



## การสร้างระบบสำรวจความพึงพอใจของหน่วยงานรับตรวจและคู่มือปฏิบัติงานเรื่อง การตรวจประเมินคุณภาพตามฐานความเสี่ยง

ในบทนี้เป็นส่วนของการสร้างระบบสำรวจความพึงพอใจของหน่วยงานรับตรวจที่สอดคล้องกับแนวทางการตรวจประเมินคุณภาพตามฐานความเสี่ยงและคู่มือแนวปฏิบัติที่ดีที่ได้พัฒนาขึ้น

### 5.1 การสร้างระบบสำรวจความพึงพอใจของหน่วยงานรับตรวจ

ผู้รับการตรวจเปรียบเสมือนลูกค้าของหน่วยงานตรวจสอบและผู้ตรวจ (Auditor) ดังนั้นหลังดำเนินการตรวจสอบ/ตรวจประเมินแล้ว จำเป็นที่จะต้องมีการสอบถามและ/หรือสำรวจความคิดเห็นและความพึงพอใจที่ได้รับจากบริการการตรวจสอบ/ตรวจประเมิน ทั้งนี้เพื่อนำผลการสำรวจที่ได้ไปพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการตรวจสอบให้เป็นที่เชื่อถือ สร้างคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของหน่วยงานรับตรวจและผู้ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนของการดำเนินการสร้างระบบสำรวจความพึงพอใจของหน่วยงานการตรวจประกอบด้วย

- 5.1.1 การกำหนดหัวข้อการสำรวจความพึงพอใจของหน่วยงานรับการตรวจ
- 5.1.2 การจัดทำระบบสำรวจความพึงพอใจของหน่วยงานรับการตรวจ

#### 5.1.1 การกำหนดหัวข้อการสำรวจความพึงพอใจของหน่วยงานรับการตรวจ

ในส่วนของการสำรวจความพึงพอใจของหน่วยงานรับการตรวจนั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาวิธีการและเกณฑ์การสำรวจความพึงพอใจของหน่วยงานรับตรวจที่ได้รับบริการการตรวจจากส่วนประกันคุณภาพ และสอบถามความคิดเห็นต่างๆ เกี่ยวกับระบบสำรวจความพึงพอใจ ได้แก่ เกณฑ์ในการสำรวจ ผู้ประเมิน จำนวนครั้งที่สำรวจ เป็นต้น จากผู้อำนวยการส่วนประกันคุณภาพ สำนักบริหารวิชาการ และได้รับข้อเสนอแนะว่า รายละเอียดของการประเมินความพึงพอใจ ควรแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

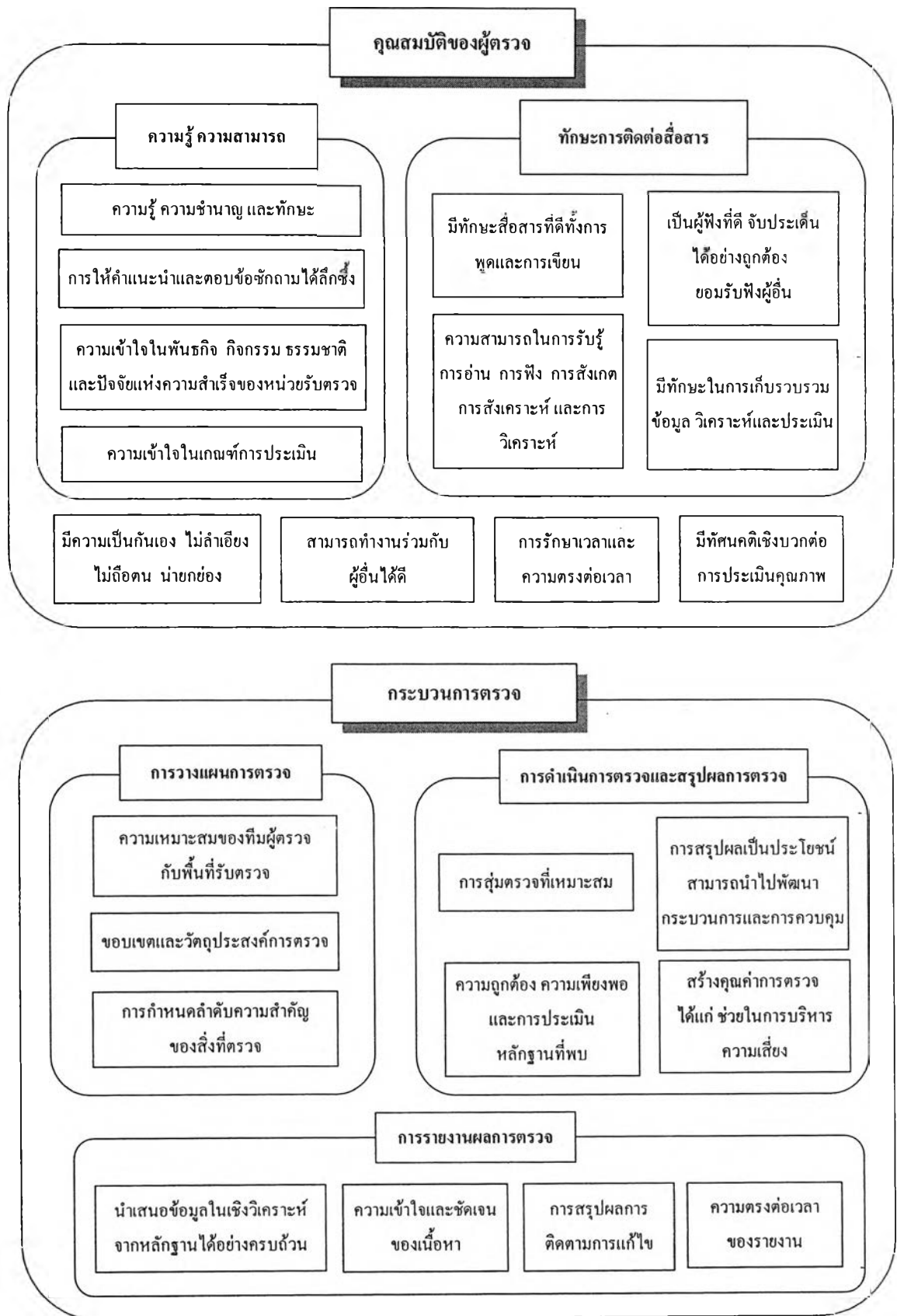
- ส่วนที่ 1 ความพึงพอใจด้านกระบวนการตรวจประเมินในภาพรวมตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนจนถึงการรายงานผลการตรวจ ซึ่งประเมินโดยตัวแทนของหน่วยงานรับตรวจ อาทิ ตัวแทนฝ่ายบริหาร และทีมผู้ตรวจสอบภายใน

- ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจด้านผู้ตรวจสอบ (รายบุคคล) ซึ่งประเมินโดยผู้รับตรวจของแต่ละพื้นที่ที่ตรวจ

จากนั้นดำเนินการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้ตรวจ (วัลลภา เทพหัสดิน ณ อยุธยา 2545 ; ธิติรัตน์ บุญนุช 2545 อ้างถึงใน ชุดินันท์ อธิธิริตนา, 2546) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับตรวจ (The institute of Internal auditors, 2549) และเกณฑ์การประเมินประสิทธิผลของระบบการตรวจสอบ/ตรวจประเมิน (Beckmerhagen และคณะ, 2004 : 16-20) ดังกล่าวในบทที่ 2 สามารถจัดกลุ่มเกณฑ์การประเมินความพึงพอใจของหน่วยงานรับการตรวจในด้านกระบวนการตรวจและคุณภาพผู้ตรวจ โดยใช้แผนผังกลุ่มเชื่อมโยง (Affinity Diagram) ดังรูปที่ 5.1

ขั้นตอนต่อมา คือ การวิเคราะห์และระบุเกณฑ์การสำรวจความพึงพอใจของหน่วยงานรับตรวจทั้งในด้านกระบวนการตรวจประเมินและคุณภาพของผู้ตรวจที่สอดคล้องและครอบคลุมประโยชน์และคุณค่าที่ได้รับจากการประยุกต์ใช้แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพตามฐานความเสี่ยงและคู่มือแนวปฏิบัติที่ดีหลังดำเนินการตรวจประเมินโดยพิจารณาร่วมกับเกณฑ์การสำรวจความพึงพอใจที่ได้จากการศึกษาและวิเคราะห์ โดยจัดทำแบบสำรวจความพึงพอใจของหน่วยงานรับตรวจ

สามารถกำหนดเกณฑ์การประเมินความพึงพอใจของหน่วยงานรับการตรวจในด้านกระบวนการตรวจและคุณภาพผู้ตรวจ ดังตารางที่ 5.1



รูปที่ 5.1 แผนผังกลุ่มเชื่อมโยงของเกณฑ์การสำรวจความพึงพอใจของหน่วยงานรับตรวจ

ตารางที่ 5.1 หัวข้อและรายละเอียดการประเมินความพึงพอใจของคุณภาพการตรวจประเมิน

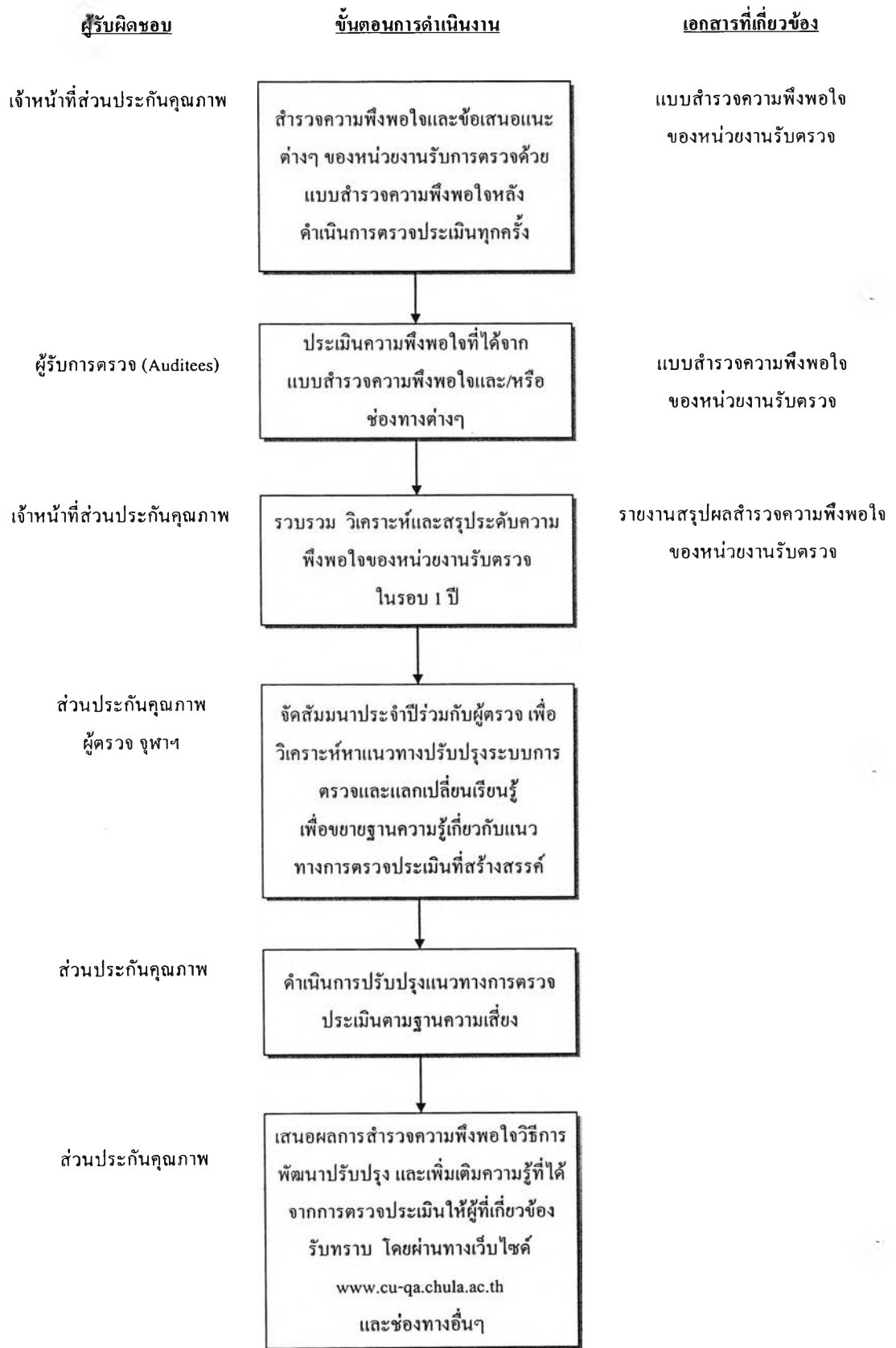
หัวข้อการประเมิน	รายละเอียดการประเมิน
<b>ส่วนที่ 1 ความพึงพอใจด้านกระบวนการตรวจประเมิน</b>	
1.1 การวางแผนการตรวจ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• การกำหนดเลือกตรวจพื้นที่ที่มีปัญหา (มีระดับความเสี่ยงสูง / มีผลลัพธ์ผิดปกติ) และมีผลลัพธ์โดดเด่น ช่วยในการมุ่งเน้นหาแนวทางการพัฒนาปรับปรุงได้เหมาะสมขึ้น</li> <li>• ความเหมาะสมของระยะเวลาและการจัดลำดับก่อน-หลังของโปรแกรมการตรวจ</li> <li>• ผู้ตรวจมีความเข้าใจในขอบเขต พันธกิจและธรรมชาติของหน่วยงานเป็นอย่างดี</li> </ul>
1.2 การดำเนินการตรวจและสรุปผล	<ul style="list-style-type: none"> <li>• จำนวนเอกสารและข้อมูลที่ใช้ประกอบการตรวจลดลง</li> <li>• ข้อเสนอแนะที่ได้รับจากการตรวจช่วยในการวิเคราะห์ ประเมินและจัดการความเสี่ยงของหน่วยงานรับตรวจ</li> <li>• ความถูกต้อง ความชัดเจน ความสมบูรณ์ ความเชื่อถือได้ของประเด็น/สิ่งที่ตรวจพบ (Findings)</li> <li>• ความเหมาะสมของการวิเคราะห์และตีความสิ่งที่ตรวจพบในการพิจารณาอภิปรายข้อเสนอแนะเพื่อความสอดคล้อง สร้างสรรค์ และพัฒนา</li> <li>• การปิดประเด็น/สรุปผลการปิดอภิปรายข้อเสนอแนะเพื่อความสอดคล้อง สร้างสรรค์ และพัฒนา</li> <li>• การสรุปผลการตรวจ/ข้อเสนอแนะที่ได้รับ เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน นำไปสู่แนวทางการพัฒนา และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง</li> </ul>
1.3 การรายงานผลการตรวจ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• รายงานเสนอข้อมูลในเชิงวิเคราะห์/สังเคราะห์จากหลักฐานและสิ่งที่ตรวจพบได้อย่างชัดเจน ครอบคลุม และใช้ข้อความที่เข้าใจง่าย</li> <li>• รายงานได้ชี้ให้เห็นปัญหา ความเสี่ยง และสะท้อนภาพจุดอ่อนและศักยภาพของหน่วยงานรับตรวจได้ชัดเจนและถูกต้อง</li> <li>• รายงานผลการตรวจได้รับการส่งให้ท่านตรงเวลาทันต่อการใช้งาน</li> </ul>

ตารางที่ 5.1 หัวข้อและรายละเอียดการประเมินความพึงพอใจของคุณภาพการตรวจประเมิน (ต่อ)

หัวข้อการประเมิน	รายละเอียดการประเมิน
<b>ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจด้านผู้ตรวจสอบ</b>	
	• ผู้ตรวจมีความเข้าใจในขอบเขต ระบบการทำงาน และธรรมชาติของพื้นที่รับการตรวจ
	• ผู้ตรวจมีทักษะ ความรู้และความชำนาญในพื้นที่รับการตรวจ
	• ผู้ตรวจมีความยุติธรรม เป็นกลาง สุภาพ มีมนุษยสัมพันธ์ มีทักษะการสื่อสาร รวมทั้งรับฟังความคิดเห็นของผู้รับตรวจ
	• ผู้ตรวจมีความเข้าใจในข้อกำหนด มาตรฐาน และเกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจประเมิน
	• ผู้ตรวจให้ข้อเสนอแนะเชิงสร้างสรรค์ เป็นประโยชน์ และสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้
	• การรักษาเวลาและความตรงต่อเวลาของผู้ตรวจ

#### 5.1.2 การจัดทำระบบสำรวจความพึงพอใจของหน่วยงานรับการตรวจ

ในส่วนของการสร้างระบบสำรวจความพึงพอใจนั้น ได้แสดงภาพรวมของระบบการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับการตรวจหลังดำเนินการตรวจประเมิน ดังรูปที่ 5.2 ซึ่งระบบผู้รับผิดชอบขั้นตอนดำเนินงาน และเอกสารที่เกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอน



รูปที่ 5.2 แผนผังของระบบสำรวจความพึงพอใจของหน่วยงานรับการตรวจ

## 5.2 การสร้างคู่มือปฏิบัติงานเรื่องการตรวจประเมินคุณภาพตามฐานความเสี่ยง

จากแนวทางการตรวจประเมินคุณภาพตามฐานความเสี่ยง แบบฟอร์มที่ได้ปรับปรุง และการพัฒนาคู่มือแนวปฏิบัติที่ดี ในบทที่ 4 ผนวกกับระบบสำรวจความพึงพอใจของหน่วยรับตรวจที่สร้างขึ้น นำมาจัดทำคู่มือแนวทางการตรวจประเมินคุณภาพตามฐานความเสี่ยงที่สอดคล้องกับรูปแบบและลักษณะการตรวจรูปแบบใหม่ สำหรับผู้ตรวจสอบส่วนกลาง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งรับผิดชอบโดยส่วนประกันคุณภาพ สำนักบริหารวิชาการ ซึ่งรายละเอียดประกอบด้วย

1. วัตถุประสงค์
2. ขอบเขต
3. คำนิยาม/คำย่อ
4. ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย แผนผังกระบวนการตรวจสอบ และรายละเอียดการดำเนินงานประกอบด้วย
  - การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของหน่วยงานรับตรวจ เพื่อดำเนินการคัดเลือกขอตรวจหน่วยงาน ตามบทบาทใหม่ของส่วนประกันคุณภาพ
  - คัดเลือกหน่วยงานรับตรวจตามรูปแบบการตรวจแบบใหม่ คือ 2RS ได้แก่ คัดเลือก (Select) สุ่มเลือก (Random) และ หน่วยงานเสนอขอตรวจ (Request)
  - คัดเลือกคณะผู้ตรวจ
  - ติดต่อประสานงานคณะผู้ตรวจและหน่วยงานรับตรวจ
  - วางแผนการตรวจตามฐานความเสี่ยง และตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้อง
  - ดำเนินการตรวจตามแนวทางการตรวจตามฐานความเสี่ยง
  - วิเคราะห์และสรุปผลการตรวจ
  - จัดทำรายงานการตรวจ
  - สำรวจและวิเคราะห์ความพึงพอใจของหน่วยงานรับตรวจ
  - พิจารณาบททวนรายงานการตรวจ
  - วิเคราะห์และสรุปภาพรวมการประกันคุณภาพของมหาวิทยาลัยและของแต่ละหน่วยงานตามบทบาทใหม่ของส่วนประกันคุณภาพ
5. ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย แบบฟอร์มต่างๆ ที่ใช้ในการตรวจประเมิน ได้แก่
  - บันทึกแผนการตรวจตามฐานความเสี่ยง (Risk Based Plan)
  - บันทึกสิ่งที่ได้สังเกตพบ (Finding Sheet)
  - ใบข้อเสนอแนะเพื่อความสอดคล้อง สร้างสรรค์และพัฒนา

- รายงานการตรวจประเมิน
  - แบบสำรวจความพึงพอใจของหน่วยงานรับตรวจ
6. ส่วนที่ 3 ประกอบด้วย เอกสารสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่
- ระบบการสำรวจความพึงพอใจ
  - หลักเกณฑ์การเปิดประชุมและปิดประชุม



# คู่มือปฏิบัติงาน (Procedure Manual)

## เรื่อง การตรวจประเมินคุณภาพตามฐานความเสี่ยง (Risk Based Quality Assessment)

ส่วนประกันคุณภาพ สำนักบริหารวิชาการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทนำ

เป็นเวลากว่า 5 ปี ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีการดำเนินการประกันคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานต่างๆ ภายในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยได้พัฒนาระบบประกันคุณภาพเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการที่ดีและสามารถตรวจสอบได้ ซึ่งในระยะแรกของการตรวจสอบเป็นการทำให้เชื่อมั่นว่าหน่วยงานได้ปฏิบัติตามมาตรฐานระบบประกันคุณภาพที่นำมาประยุกต์ใช้หรือเป็นการตรวจสอบสิ่งที่ปฏิบัติว่าสอดคล้อง (Compliance) กับสิ่งที่เขียนไว้ใน QM , PM , WI , SD อย่างครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่ ตามรอบระยะเวลาการตรวจ

ส่วนประกันคุณภาพ สำนักบริหารวิชาการ ในฐานะเป็นตัวแทนหลักของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในการประกันคุณภาพ ได้ปรับเปลี่ยนการตรวจสอบระบบประกันคุณภาพของหน่วยงานเพื่อเป็นการยกระดับคุณภาพ เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผล สร้างสรรค์และเป็นกัลยาณมิตร จึงได้พัฒนาแนวทางการตรวจประเมินคุณภาพตามฐานความเสี่ยง (Risk Based Quality Assessment) โดยมุ่งเน้นการตรวจเพื่อเสริมสร้างคุณค่าของงาน เน้นวัตถุประสงค์/เป้าหมายคุณภาพตามพันธกิจของหน่วยงาน ค้นหากระบวนการหลัก (Key Process/Critical Process) คำนึงถึงความเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อวัตถุประสงค์/เป้าหมายคุณภาพในลักษณะของการวางระบบควบคุมภายในที่เน้นเชิงป้องกันเพื่อปรับปรุงให้เป้าหมายคุณภาพ (KPI) สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง พร้อมให้ข้อเสนอแนะเชิงสร้างสรรค์ที่ก่อให้เกิดการปรับปรุงขั้นตอน/กระบวนการที่ตอบสนองต่อผู้เกี่ยวข้อง ตลอดจนค้นหาแนวทางปฏิบัติที่ดี (Good Practice) เพื่อแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และแบ่งปัน (Learning and Sharing) ร่วมกันระหว่างประชาคมภายในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงทำให้เป็นการตรวจสอบ/ตรวจประเมินที่สร้างคุณค่าให้กับหน่วยงานรับการตรวจอย่างแท้จริง

สารบัญ
--------

	หน้า
วัตถุประสงค์	4
ขอบเขต	5
คำนิยาม/คำย่อ	6
<b>ส่วนที่ 1</b>	
แผนผังกระบวนการงาน	8
รายละเอียดการดำเนินงาน	10
<b>ส่วนที่ 2</b>	
แบบฟอร์ม	19
บันทึกแผนการตรวจตามฐานความเสี่ยง	20
บันทึกสิ่งที่ได้สังเกตพบ (Finding Sheet)	21
ใบข้อเสนอแนะเพื่อความสอดคล้อง สร้างสรรค์และพัฒนา	22
รายงานการตรวจประเมิน	23
แบบสำรวจความพึงพอใจของหน่วยงานรับตรวจ	28
<b>ส่วนที่ 3</b>	
เอกสารสนับสนุน	33
การสำรวจความพึงพอใจของหน่วยรับตรวจ	34
หลักเกณฑ์การเปิดประชุม (Opening Meeting) และการปิดประชุม (Closing Meeting)	35

### วัตถุประสงค์

เพื่อกำหนดเป็นคู่มือปฏิบัติงานมาตรฐานในการตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐานระบบประกันคุณภาพ CU-QA 84 ให้แก่หน่วยงานต่างๆ ภายในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่าการตรวจสอบ/ตรวจประเมินได้ปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างมีคุณภาพ เป็นที่เชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขต
--------

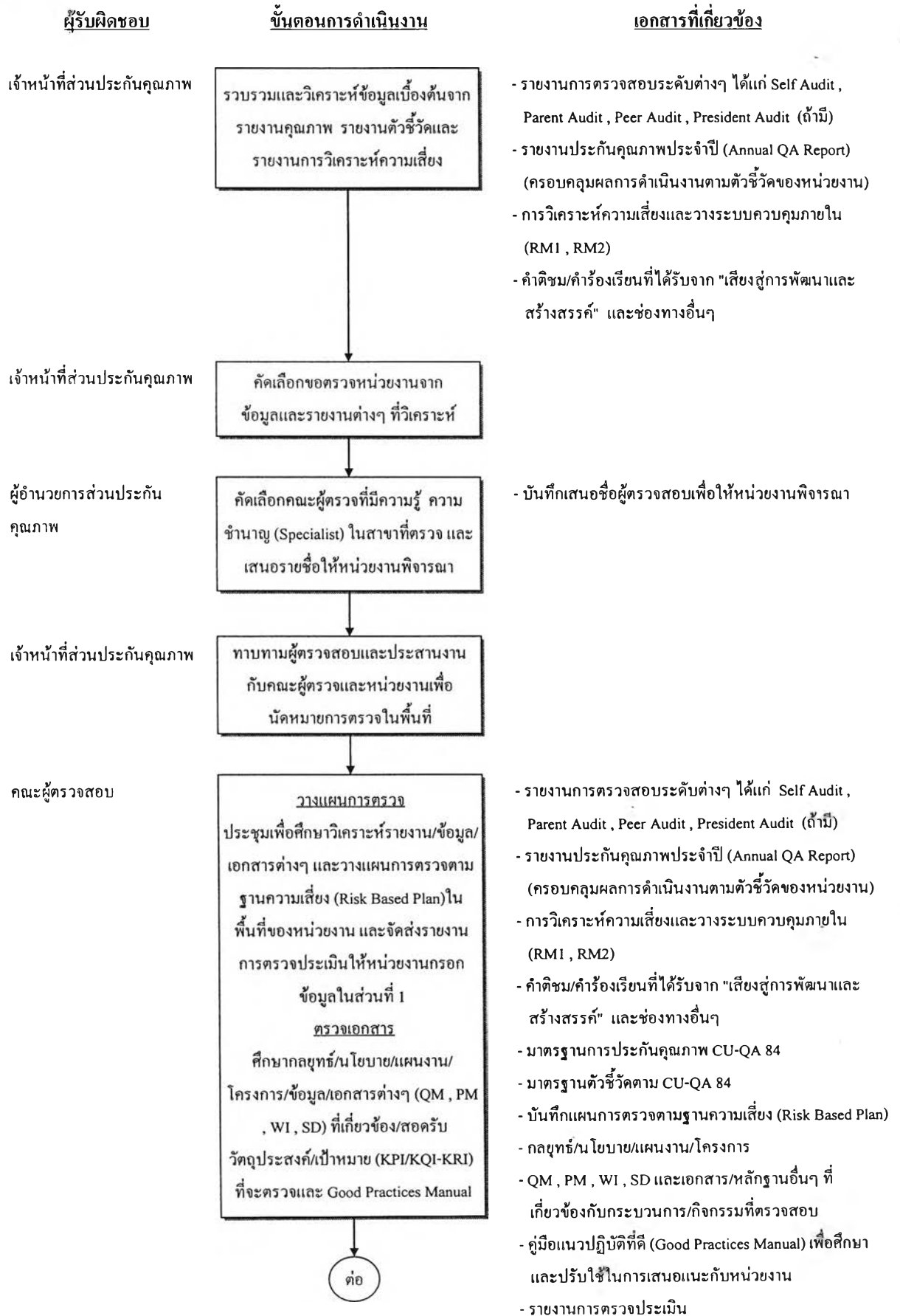
1. สำหรับคณะผู้ตรวจส่วนกลาง ซึ่งเป็นตัวแทนของส่วนประกันคุณภาพ สำนักบริหาร  
วิชาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. มาตรฐานประกันคุณภาพที่นำมาอ้างอิง ได้แก่ CU-QA 84 , CQA , RQA , SsQA ;  
SaQA

<b>คำนิยาม/คำย่อ</b>
----------------------

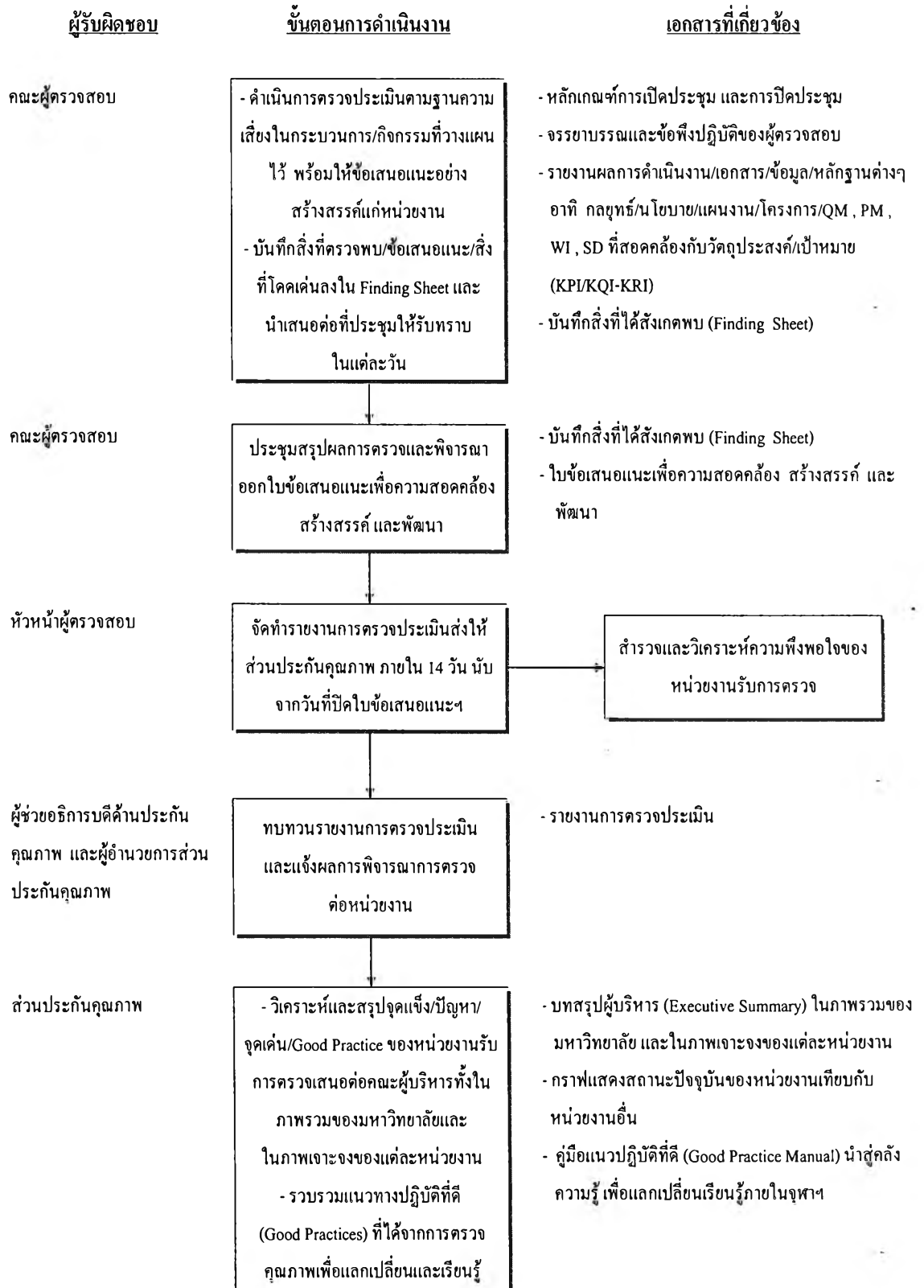
คำนิยาม/คำย่อ	ความหมาย
Self Audit	กระบวนการตรวจติดตามภายในของหน่วยงานต่างๆ ในมหาวิทยาลัย โดยพัฒนาระบบให้เอื้อต่อการสนับสนุน ติดตาม และเฝ้าระวังระบบประกันคุณภาพด้วยตนเองของหน่วยงาน และมีรอบการตรวจสอบทุกปี
Parent Audit	หน่วยงานได้รับการตรวจติดตามจากหน่วยงานที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ เช่น ระดับมหาวิทยาลัย (ส่วนประกันคุณภาพ) ตรวจติดตามระดับคณะ ระดับคณะตรวจติดตามระดับภาควิชา เป็นต้น และมีความถี่ในการตรวจ 1-2 ปี
Peer Audit	หน่วยงานสามารถที่จะเลือกให้หน่วยงานอื่นที่อยู่ในสาขาเดียวกัน กับตนเอง หรือสาขาที่ต่างออกไป ซึ่งอาจมีลักษณะ/ธรรมชาติ ของหน่วยงานที่เหมาะสมแก่การเข้าตรวจติดตาม แล้วเกิดผลดี เกิดการแลกเปลี่ยนระหว่างกันให้เข้ามาตรวจติดตามได้ และมีความถี่การตรวจ 2 ปี
Partner Audit	การตรวจติดตามโดยคณะผู้ตรวจ ซึ่งเป็นตัวแทนของส่วนประกันคุณภาพ ตามระบบการตรวจติดตามที่มีอยู่เดิม และมีความถี่การตรวจ 2-3 ปี
President Audit	การตรวจที่คณะผู้ตรวจ คือ ตัวแทนคณะผู้บริหารมหาวิทยาลัย อาจเป็นตัวแทนในลักษณะหน่วยงาน เช่น สำนักงานตรวจสอบภายใน หรืออาจเป็นตัวแทนในลักษณะบุคคล/คณะบุคคลที่ได้รับมอบหมาย
หน่วยงาน	หน่วยงานรับการตรวจจากคณะผู้ตรวจสอบ ส่วนประกันคุณภาพ
คณะผู้ตรวจสอบ	หัวหน้าทีมผู้ตรวจสอบ (Lead Auditor) และ ผู้ตรวจสอบ (Auditors) ในการตรวจสอบครั้งนั้นๆ ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ ความชำนาญ (Specialist) ในสาขาที่ตรวจ และมีความเป็นกลางและอิสระ
คณะผู้บริหาร	คณะกรรมการผู้ดูแลระบบประกันคุณภาพของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนิยาม/คำย่อ	ความหมาย
ความเสี่ยง (Risk)	โอกาสของบางสิ่งหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อวัตถุประสงค์/เป้าหมาย โดยวัดจากผลกระทบ (Consequence) และโอกาสที่จะเกิด (Likelihood) (AS/NZS 4360 Standard)
Inherent Risk	ความเสี่ยงก่อนที่จะมีมาตรการควบคุมหรือการบริหารจัดการ
Residual Risk	ความเสี่ยงที่เหลืออยู่หลังจากมีการควบคุมหรือบริหารจัดการเพื่อลดโอกาสที่จะเกิดและ/หรือผลกระทบแล้ว
Annual QA Report	รายงานประกันคุณภาพประจำปี อย่างน้อยประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- สภาพปัจจุบันของหน่วยงาน</li> <li>- ผลการดำเนินงานและการดำเนินการด้านประกันคุณภาพของหน่วยงาน ได้แก่ กิจกรรมที่ดำเนินการ ผลการดำเนินการและรายงานตามตัวชี้วัด แนวทางการพัฒนาปรับปรุงตามองค์ประกอบ/ตัวชี้วัดของหน่วยงาน</li> <li>- ข้อเสนอแนะหรือแผนพัฒนาหน่วยงานในภาพรวมและเจาะจงเฉพาะด้านประกันคุณภาพ</li> <li>- เอกสารประกอบต่างๆ</li> </ul>
CU-QA 84	มาตรฐานระบบประกันคุณภาพของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CQA	Curriculum Quality Assurance
RQA	Research Quality Assurance
SsQa	Service and Supporting Quality Assurance
SaQa	Academic Service Quality Assurance
KPI (Key Performance Indicator)	ตัวชี้วัดสมรรถนะหลัก
KQI (Key Quality Indicator)	ตัวชี้วัดคุณภาพหลัก
KRI (Key Risk Indicator)	ตัวชี้วัดความเสี่ยงหลัก
QM	Quality Manual
PM	Procedure Manual
WI	Work Instruction
SD	Supporting Document

## ส่วนที่ 1 แผนผังกระบวนการ







## รายละเอียดการดำเนินงาน

### 1. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของหน่วยงานรับการตรวจ

เจ้าหน้าที่ส่วนประกันคุณภาพ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นจากรายงานการตรวจสอบระดับต่างๆ ได้แก่ Self Audit , Parent Audit , Peer Audit , President Audit (ถ้ามี) รายงานประกันคุณภาพประจำปี (Annual QA Report) รายงานการวิเคราะห์ความเสี่ยงและการวางระบบควบคุมภายใน (RM1 , RM2) และคำติชม/คำร้องเรียนที่ได้รับจาก "เสียงผู้การพัฒนาและสร้างสรรค์" และช่องทางอื่นๆ ของหน่วยงานต่างๆ ภายในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อดำเนินการคัดเลือกขอตรวจสอบหน่วยงาน

### 2. คัดเลือกขอตรวจหน่วยงาน

เจ้าหน้าที่ส่วนประกันคุณภาพ ดำเนินการคัดเลือกขอตรวจหน่วยงานจากรายงาน/เอกสารต่างๆ ที่วิเคราะห์ข้างต้น และเสนอรายชื่อหน่วยงานให้ผู้ช่วยอธิการบดีด้านประกันคุณภาพพิจารณาอนุมัติโดยผ่านผู้อำนวยการส่วนประกันคุณภาพ

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Select) หน่วยงานเพื่อขอตรวจ พิจารณาจาก

- หน่วยงานที่ไม่มี การตรวจสอบใดๆ ในช่วง 2-3 ปี ที่ผ่านมา
- หน่วยงานที่มีความโดดเด่น/มีผลลัพธ์สูงกว่าเป้าหมายมาก เพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูลแนวทางปฏิบัติที่ดี (Good Practices) สำหรับการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และแบ่งปันความรู้ระหว่างหน่วยงานภายในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- หน่วยงานที่มีปัญหาหรือมีความไม่ชัดเจน เช่น การปฏิบัติงานไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด/กฎระเบียบ ผลลัพธ์ของตัวชี้วัดมีความผิดปกติ (ต่ำกว่าเป้าหมาย) การได้รับข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ/ผู้เกี่ยวข้องบ่อยครั้ง เป็นต้น

นอกจากนี้หน่วยงานรับตรวจ ให้รวมถึง

- หน่วยงานที่เสนอคำร้องให้มีการตรวจ (Request) อาจด้วยเหตุผลว่ามีระบบงานที่พัฒนาขึ้นใหม่ และต้องการให้มีการทบทวน โดยบุคคลอื่นหรืออาจด้วยไม่สามารถตรวจกันเองภายในเพื่อนำไปสู่การพัฒนาได้อีก เป็นต้น
- หน่วยงานที่มีผลการดำเนินงานที่ดีและได้วางแผนที่จะตรวจกระบวนการ/ขั้นตอนต่างๆ ตามความจำเป็น ทั้งนี้เพื่อต้องการคำแนะนำเพิ่มเติมจากภายนอก
- หน่วยงานที่ถูกสุ่มตรวจ (Random)

### 3. คัดเลือกคณะผู้ตรวจสอบ

ผู้อำนวยการส่วนประกันคุณภาพ คัดเลือกคณะผู้ตรวจสอบที่มีความรู้ ความชำนาญ (Specialist) ในสาขาที่ตรวจ และให้จัดทำเป็นจดหมายแจ้งรายชื่อผู้ตรวจสอบเพื่อให้หน่วยงานรับการตรวจพิจารณาให้การยอมรับก่อนดำเนินการตรวจ

### 4. ติดต่อและประสานงานคณะผู้ตรวจสอบและหน่วยงานรับการตรวจ

เจ้าหน้าที่ส่วนประกันคุณภาพ ทาบทามผู้ตรวจสอบที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นผู้ดำเนินการตรวจ พร้อมทั้งประสานงานกับผู้ตรวจและหน่วยงานเพื่อนัดหมายวัน-เวลาที่จะทำการตรวจและจัดทำจดหมายแจ้งกำหนดการตรวจให้หน่วยงานรับทราบ

### 5. วางแผนการตรวจตามฐานความเสี่ยง (Risk Based Plan) และการตรวจสอบเอกสาร

#### 5.1 วางแผนการตรวจตามฐานความเสี่ยง (Risk Based Plan)

5.1.1 คณะผู้ตรวจสอบ ประชุมเพื่อศึกษาและวิเคราะห์รายงาน/ข้อมูล/เอกสารต่างๆ เพื่อดำเนินการวางแผนการตรวจ ได้แก่

- รายงานการตรวจสอบระดับต่างๆ ได้แก่ Self Audit , Parent Audit , Peer Audit , President Audit (ครั้งที่ผ่านมา)
- รายงานประกันคุณภาพประจำปี (Annual QA Report) (ครอบคลุมผลการดำเนินงานตามองค์ประกอบของตัวชี้วัด)
- รายงานการวิเคราะห์ความเสี่ยงและการวางระบบควบคุมภายใน (RM1 , RM2)
- คำติชม/คำร้องเรียนที่ได้รับจาก "เสียงสู่การพัฒนาและสร้างสรรค์" และช่องทางอื่นๆ เป็นต้น

5.1.2 คณะผู้ตรวจสอบ ดำเนินการวางแผนการตรวจสอบตามฐานความเสี่ยง (Risk Based Plan) ในพื้นที่ของหน่วยงานเพื่อจัดลำดับความสำคัญของกระบวนการ/กิจกรรมที่จะตรวจสอบซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ของหน่วยงาน โดยมีแนวทางการวางแผนการตรวจตามฐานความเสี่ยง ดังนี้

### แนวทางการวางแผนการตรวจตามฐานความเสี่ยง (Risk Based Plan)

- จากวัตถุประสงค์/เป้าหมาย (KPI/KQI) ของหน่วยงาน พิจารณาความเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อการบรรลุผลสำเร็จจากรายงานการวิเคราะห์ความเสี่ยงและการวางระบบควบคุมภายใน (RM1 , RM2) และ/หรือจากดัชนีความเสี่ยงหลัก (KRI : Key Risk Indicator) ว่ามีความเสี่ยงในระดับสูงหรือต่ำ ตามรูปที่ 1

#### ระดับความเสี่ยง

	บ่อย	ไม่บ่อย
รุนแรง	ก1	ก2
ไม่รุนแรง	ข1	ข2

รูปที่ 1 ระดับความเสี่ยง

- เลือกตรวจประเมินในพื้นที่ ดังต่อไปนี้

- 1) วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (KPI/KQI) และ/หรือดัชนีความเสี่ยงหลัก (KRI : Key Risk Indicator) ที่มีระดับความเสี่ยงสูง (High Inherent Risk) และความเสี่ยงที่เหลืออยู่หลังจากบริหารจัดการในระดับสูง (High Residual Risk) สำหรับวัตถุประสงค์/เป้าหมาย (KPI/KQI) และ/หรือดัชนีความเสี่ยงหลัก (KRI : Key Risk Indicator) ที่มีความเสี่ยงระดับต่ำให้พิจารณาตรวจในลำดับถัดไปหรือไม่ ต้องลงรายละเอียดในการตรวจมากขึ้นไป
- 2) วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (KPI/KQI) ที่มีผลลัพธ์ผิดปกติ เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ จุดอ่อน ปัญหาของมาตรการควบคุม/กระบวนการว่ามีการดำเนินการที่ผิดพลาดอย่างไร
- 3) วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (KPI/KQI) ที่มีผลลัพธ์โดดเด่น เพื่อแลกเปลี่ยนและเรียนรู้

- จากวัตถุประสงค์/เป้าหมาย (KPI/KQI) และ/หรือดัชนีความเสี่ยงหลัก (KRI : Key Risk Indicator) ค้นหาและระบุกระบวนการ/กิจกรรมหลัก (Key Process/Critical Process) จาก PM , WI , SD และ/หรือมาตรการควบคุมอื่นๆ ที่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์/เป้าหมายตามประเด็นทั้ง 3 ดังกล่าวมาข้างต้น

- บันทึกรายละเอียดการวางแผนโปรแกรมการตรวจกระบวนการ/ขั้นตอนปฏิบัติงาน (PM/WI/SD) ที่เกี่ยวข้อง ลงในแบบฟอร์มบันทึกแผนการตรวจสอบตามฐานความเสี่ยง (Risk Based Plan) ตามองค์ประกอบของวัตถุประสงค์/เป้าหมาย (KPI/KQI) ลงในรายงานการตรวจประเมิน และแจ้งโปรแกรมการตรวจให้หน่วยงานรับทราบก่อนอย่างน้อย 1 สัปดาห์ ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากหน่วยงาน พร้อมส่งรายงานการตรวจประเมินให้หน่วยงานรับการตรวจกรอกข้อมูลในส่วนที่ 1 เฉพาะช่องความเห็นของหน่วยงานก่อนดำเนินการตรวจในพื้นที่ โดยเจ้าหน้าที่ส่วนประกันคุณภาพเป็นผู้ติดต่อประสานงาน

สำหรับการวางแผนเพื่อกำหนดโปรแกรมการตรวจให้ขึ้นอยู่กับหัวหน้าผู้ตรวจสอบเป็นผู้พิจารณาตามความเหมาะสมและตามสถานการณ์ โดยคำนึงถึงต่างๆ ดังนี้

- ข้อจำกัดหรือเงื่อนไขของหน่วยงาน ขนาดขององค์กร สถานที่ทำงาน รวมถึงความพร้อมของการเดินทางซึ่งเป็นสิ่งจำเป็น
- เวลาในการทำงานของหน่วยงาน
- ขอบเขตและเวลาของขั้นตอนปฏิบัติงานที่ตรวจสอบ
- เงื่อนไขทางเทคนิคซึ่งต้องการผู้ตรวจสอบที่มีทักษะ ความรู้ ความสามารถเฉพาะด้านในการตรวจแต่ละพื้นที่ที่ตรวจ
- ผู้รับผิดชอบ โดยตรงและผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ตรวจสอบ

#### หมายเหตุ

ก่อนดำเนินการตรวจสอบอาจจัดให้มีการประชุมระหว่างหน่วยงานรับการตรวจและคณะผู้ตรวจตามความเหมาะสมและความจำเป็นเพื่อแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ตรวจและผู้รับการตรวจ ทั้งนี้เพื่อทราบความคิดเห็นและความต้องการของหน่วยงานและใช้ประกอบการวางแผนการตรวจ ซึ่งจะทำให้การตรวจสอบตอบสนองวัตถุประสงค์ของทั้งสองฝ่าย โดยเป็นการให้คำแนะนำหรือข้อเสนอแนะตามที่ต้องการและสามารถปฏิบัติได้จริง ซึ่งเป็นการสร้างคุณค่าหรือเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานรับตรวจอย่างแท้จริง

### 5.2 การตรวจสอบเอกสาร

5.2.1 คณะผู้ตรวจสอบ ศึกษากลยุทธ์/นโยบาย/แผนงาน/โครงการ/ข้อมูลและเอกสารต่างๆ (QM, PM, WI, SD) ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์/เป้าหมาย (KPI/KQI) และ/หรือดัชนีความเสี่ยงหลัก (KRI : Key Risk Indicator) ที่จะดำเนินการตรวจก่อนลงตรวจสอบพื้นที่เพื่อทำความเข้าใจหน่วยงานและภารกิจหลักของหน่วยงานอย่างเพียงพอ รวมทั้งเป้าหมาย ลักษณะการดำเนินงาน กระบวนการและกิจกรรมต่างๆ

5.2.2 คณะผู้ตรวจสอบ ศึกษาคู่มือแนวปฏิบัติที่ดี (Good Practices Manual) เพื่อปรับใช้ในการให้คำ เสนอแนะต่างๆ แก่หน่วยงานในระหว่างการตรวจสอบ นอกจากนี้ควรมีการศึกษารายงานการ วิเคราะห์ความเสี่ยงและการวางระบบควบคุมภายใน (RM1 , RM2) ของหน่วยงานอื่นที่มีภารกิจ เดียวกันเพื่อพิจารณาเปรียบเทียบความถูกต้องและสามารถแนะนำหน่วยงานรับการตรวจได้อย่าง ถูกต้องและสร้างสรรค์ กล่าวคือ ทำไมหน่วยงานอื่นที่มีภารกิจเดียวกันมีความเสี่ยงในด้านนี้ แต่ทำไม หน่วยงานรับการตรวจจึงไม่มีความเสี่ยงในด้านเดียวกัน เป็นต้น ซึ่งประเด็น/ข้อสังเกต/สิ่งที่พบจาก การตรวจเอกสารจะเป็นข้อมูลที่น่าไปสู่การตรวจสอบในพื้นที่ต่อไป

ทั้งนี้การวางแผนจำนวนวันในการตรวจเอกสารและตรวจพื้นที่ให้เป็นไปตามมาตรฐานการ ปฏิบัติงานของส่วนประกันคุณภาพ สำนักบริหารวิชาการ

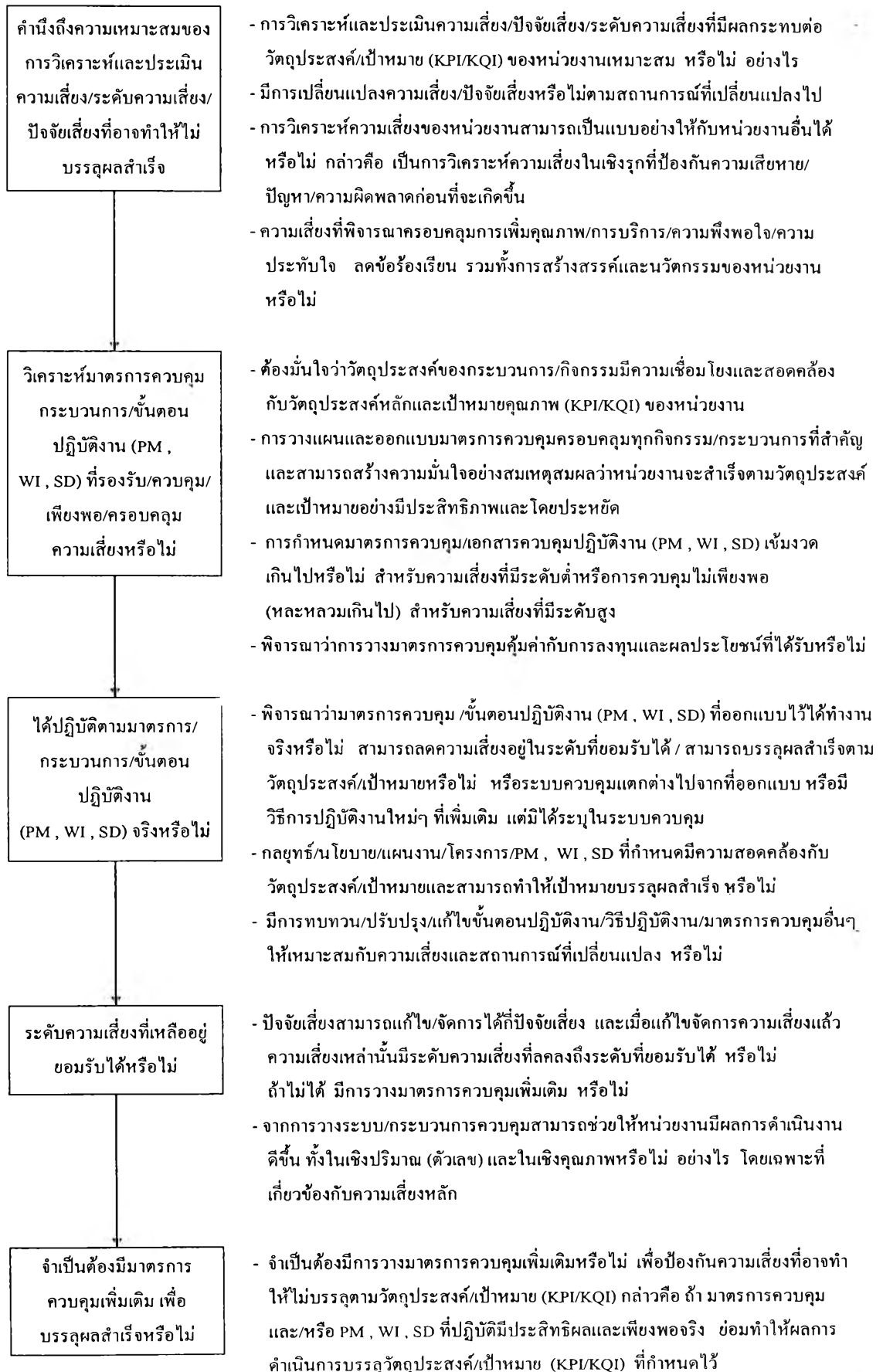
## 6. ดำเนินการตรวจสอบ

6.1 หัวหน้าผู้ตรวจสอบเปิดประชุม (Opening Meeting) ตามหลักเกณฑ์การเปิดประชุมและการปิด ประชุม

6.2 คณะผู้ตรวจสอบดำเนินการตรวจประเมินแผนงาน/โครงการ/กระบวนการ/ขั้นตอนปฏิบัติงาน (PM/ WI/SD) และ/หรือสิ่งต่างๆ ซึ่งไม่จำเป็นต้องกำหนดเป็นเอกสารปฏิบัติก็ได้ ที่สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (KPI/KQI) และ/หรือดัชนีความเสี่ยงหลัก (KRI : Key Risk Indicator) ที่ได้ วางแผนภายใต้กำหนดการตรวจที่ได้ตกลงกับหน่วยงานและเป็นไปตามจรรยาบรรณและข้อพึงปฏิบัติ ของผู้ตรวจภายใต้บรรยากาศการตรวจสอบอย่างกัลยาณมิตรที่ให้ข้อเสนอแนะเชิงสร้างสรรค์และ แลกเปลี่ยน เรียนรู้ร่วมกันระหว่างคณะผู้ตรวจและหน่วยงานรับการตรวจเพื่อลดจุดอ่อนและลดความ เสี่ยง ดังรายละเอียดตามแนวทางการตรวจประเมินตามฐานความเสี่ยง

## แนวทางการตรวจประเมินตามฐานความเสี่ยง (Risk Based Assessment)

จากการวิเคราะห์วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (KPI/KQI) และ/หรือ KRI ที่มีระดับความเสี่ยงสูง/ผิดปกติ/โดดเด่น



6.3 ในระหว่างการตรวจสอบควรเน้นการตรวจแบบมีส่วนร่วมมากขึ้น โดยเน้นถึงการประสานงานกันระหว่างผู้ตรวจและผู้รับตรวจรวมทั้งผู้บริหารของหน่วยงาน โดยมีการประชุมปรึกษาเพื่อให้ข้อมูลซึ่งกันและกันมากขึ้น มีการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาของหน่วยงานรับตรวจและเป็นการตรวจเพื่อให้เกิดความเข้าใจและยอมรับผลการตรวจสอบ รวมทั้งเก็บเกี่ยวจุดเด่น/ปัจจัยแห่งความสำเร็จ/วัฒนธรรมองค์กร/แนวทางปฏิบัติที่ดี (Good Practices) ที่นำมาซึ่งผลลัพธ์/ผลสัมฤทธิ์ที่มีความโดดเด่น/มีคุณค่าสูง (Breakthrough) และการสร้างสรรค์/นวัตกรรมคุณภาพที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศของหน่วยงาน เพื่อเข้าสู่คลังความรู้ (Knowledge Asset) และนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

6.4 คณะผู้ตรวจบันทึกสิ่งที่ตรวจพบ/ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ/ความโดดเด่น (Good Practices) ลงในบันทึกสิ่งที่ได้สังเกตพบ (Finding Sheet) และนำเสนอต่อที่ประชุมให้หน่วยงานรับทราบในแต่ละวัน

## 7. วิเคราะห์และสรุปผลการตรวจ

7.1 คณะผู้ตรวจ รวบรวม วิเคราะห์และสรุปผลการตรวจ ดังนี้

- ผลการตรวจประเมินกระบวนการ/กิจกรรมหลัก (ข้อเท็จจริงที่พบ) ที่คำนึงถึงความเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง ซึ่งมีผลสำคัญต่อการบรรลุวัตถุประสงค์/เป้าหมายตามองค์ประกอบของตัวชี้วัด (KPI/KQI-KRI) พร้อมให้ข้อสังเกต และข้อเสนอแนะเป็นตัวชี้วัดรายตัว

- ผลการสรุปของความเห็นเพิ่มเติม ได้แก่ จุดเด่น/ศักยภาพ จุดที่ควรปรับปรุง

- ผลสรุปของข้อเสนอแนะและพิจารณาออกไปข้อเสนอแนะเพื่อความสอดคล้อง สร้างสรรค์และพัฒนา เมื่อสิ่งที่ตรวจพบมีคุณค่า/นัยสำคัญต่อการพัฒนา หรือข้อเสนอแนะ/คำแนะนำต่างๆ ตามที่ระบุใน Finding Sheet ในระหว่างการตรวจ

- แนวทางปฏิบัติงานที่ดี (Good Practices) เพื่อเป็นแบบอย่างให้กับหน่วยงานอื่นได้ประยุกต์ใช้

### หมายเหตุ

ในการสรุปผลและสิ่งที่ตรวจพบจะต้องมีการสนับสนุนจากผลการวิเคราะห์ผลและแปลผลของหลักฐานการตรวจสอบอย่างเพียงพอและเหมาะสม

7.2 หัวหน้าผู้ตรวจ ทำการปิดประชุม (Closing Meeting) ตามหลักเกณฑ์การเปิดประชุมและการปิดประชุม โดยแจ้งผลการตรวจประเมินเบื้องต้นให้ที่ประชุมรับทราบตามรายละเอียดข้อ 7.1

ในกรณีที่มิใช่ข้อเสนอแนะเพื่อความสอดคล้อง สร้างสรรค์และพัฒนา หัวหน้าผู้ตรวจสอบให้ต้นฉบับใบข้อเสนอแนะฯ และสำเนา Finding Sheet แก่หน่วยงาน เพื่อให้หน่วยงานดำเนินการ



ปรับปรุง/พัฒนาตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ และหัวหน้าผู้ตรวจทำสำเนาเก็บไว้ 1 ชุด สำหรับต้นฉบับ Finding Sheet และสำเนาใบข้อเสนอแนะฯ จัดส่งให้ส่วนประกันคุณภาพ เพื่อรับทราบและประสานงานการติดตามผลการปรับปรุง/พัฒนา

สำหรับการติดตามการปรับปรุง/พัฒนาจะถูกนำมาพิจารณาในการตรวจประเมินครั้งต่อไป ทั้งนี้หน่วยงานรับการตรวจต้องจัดส่งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการปรับปรุง/พัฒนาตามข้อเสนอแนะที่ได้รับให้หัวหน้าผู้ตรวจสอบหรือผู้ตรวจสอบภายใน 56 วัน หรือ 8 สัปดาห์ นับจากวันที่ปิดประชุม เพื่อสรุปผลลงในรายงานการตรวจประเมินส่วนที่ 3

#### 8. การจัดทำรายงานการตรวจประเมิน

หัวหน้าผู้ตรวจสอบ จัดทำรายงานผลการตรวจประเมินซึ่งได้รับความเห็นชอบจากหน่วยงานรับตรวจ จากนั้นจัดส่งผู้ช่วยอธิการบดีด้านประกันคุณภาพ โดยผ่านผู้อำนวยการส่วนประกันคุณภาพ ภายใน 14 วัน นับจากวันที่ปิดใบข้อเสนอแนะฯ

##### หลักการเขียนรายงาน

- เขียนเพื่อตอบข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการประเมินครบทุกประเด็น
- เขียนในเชิงสรุปที่เป็นผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลและหลักฐานทั้งหมด
- เขียนในเชิงให้เกิดการพัฒนาหน่วยงาน โดยชี้ให้เห็นปัญหาของการดำเนินการประกันคุณภาพ
- เขียนรายงานตามข้อเท็จจริง และส่งรายงานตามกำหนดเวลา
- รายงานควรมีความยาว 5-10 หน้า กระดาษ A4

##### วิธีการเขียนรายงานผล

- เขียนโดยใช้คำและข้อความที่อ่านแล้วเข้าใจง่าย ชัดเจน ไม่มีข้อความที่ต้องมาตีความ หรือให้ผู้อ่านนำไปคิดต่อ
  - เขียนในลักษณะที่เป็นข้อมูลสรุปที่เป็นความเห็นร่วมกันของคณะผู้ตรวจ อย่าเขียนในประเด็นที่มีข้อสรุปหรือความเห็นที่แตกต่างกัน
  - ควรเขียนฉบับร่างขึ้นมาก่อน แล้วค่อยอ่านวิเคราะห์ร่วมกันในองค์ประชุมอีกครั้งก่อนที่จะใช้ฉบับจริง

## 9. สํารวจและวิเคราะห์ความพึงพอใจของหน่วยงานรับการตรวจ

เจ้าหน้าที่ส่วนประกันคุณภาพ สํารวจและวิเคราะห์ความพึงพอใจของหน่วยงานรับการตรวจ หลังดำเนินการตรวจทุกครั้งโดยใช้แบบสำรวจความพึงพอใจเพื่อรับทราบข้อบกพร่อง/ข้อเสนอแนะ โดยรวบรวมและสรุประดับความพึงพอใจของผู้รับการตรวจเป็นรายปี ทั้งนี้เพื่อนำมาวิเคราะห์และปรับปรุงระบบการตรวจสอบให้มีคุณภาพ คุณค่า และเป็นที่ยอมรับ

การสำรวจความพึงพอใจแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 ความพึงพอใจด้านกระบวนการตรวจประเมินในภาพรวมตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนจนถึงการรายงานผลการตรวจ ซึ่งประเมินโดยตัวแทนของหน่วยงานรับตรวจ อาทิ ตัวแทนฝ่ายบริหาร และทีมผู้ตรวจสอบภายใน

- ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจด้านผู้ตรวจสอบ (รายบุคคล) ซึ่งประเมินโดยผู้รับตรวจของแต่ละพื้นที่ที่ตรวจ

### หมายเหตุ

หน่วยงานรับการตรวจให้รวมถึงตัวแทนในแต่ละฝ่าย/แผนกที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยงานให้รับการตรวจ

## 10. พิจารณาบททวนรายงานการตรวจสอบ

ผู้ช่วยอธิการบดีด้านประกันคุณภาพ และผู้อำนวยการส่วนประกันคุณภาพ พิจารณาบททวนรายงานการตรวจประเมิน และแจ้งผลการพิจารณาการตรวจสอบต่อหน่วยงาน

## 11. วิเคราะห์และสรุปภาพรวมการประกันคุณภาพของมหาวิทยาลัยและแต่ละหน่วยงาน

ส่วนประกันคุณภาพ ดำเนินการต่างๆ ดังนี้

- วิเคราะห์และสรุปปัญหา จุดแข็ง จุดอ่อนที่เกิดขึ้นทั้งในภาพรวมของมหาวิทยาลัยและในภาพเจาะจงของแต่ละหน่วยงานเพื่อเสนอต่อคณะผู้บริหาร
- จัดทำกราฟแสดงสถานะปัจจุบันของหน่วยงานเทียบกับหน่วยงานอื่น
- รวบรวมแนวทางปฏิบัติที่ดี (Good Practices) ที่ได้เก็บเกี่ยวจากการตรวจประเมิน นำมาจัดทำเป็นคู่มือแนวปฏิบัติที่ดี (Good Practices Manual) เพื่อให้ผู้ตรวจสอบได้ศึกษาและปรับใช้ในการให้คำแนะนำอย่างสร้างสรรค์แก่หน่วยงานรับการตรวจต่อไป ทั้งนี้จะมีการปรับปรุง พัฒนาและเพิ่มเติมองค์ความรู้ในคู่มือแนวปฏิบัติที่ดี (Good Practices Manual) ที่ได้จากการตรวจประเมินจากหน่วยงานต่างๆ ภายในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยอย่างต่อเนื่อง

## ส่วนที่ 2 : เอกสารที่แนบ

1. บันทึกแผนการตรวจตามฐานความเสี่ยง (Risk Based Plan)
2. บันทึกสิ่งที่ได้สังเกตพบ (Finding Sheet)
3. ใบข้อเสนอแนะเพื่อความสะดวกต้อง สร้างสรรค์และพัฒนา
4. รายงานการตรวจประเมิน
5. แบบสำรวจความพึงพอใจของหน่วยงานรับตรวจ

ส่วนประกันคุณภาพ สำนักบริหารวิชาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**แผนการตรวจสอบตามฐานความเสี่ยง (Risk Based Plan)**

หน่วยงานรับตรวจ : .....

ช่วงวันที่ตรวจสอบ .....

ลำดับ ที่	วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (KPI/KQI-KRI)	ผลลัพธ์	เป้าหมาย	ความเสี่ยง	ระดับ ความเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยง	PM/WI/SD ที่เกี่ยวข้อง กับการควบคุมความเสี่ยง	ผู้ตรวจสอบ	วัน-เวลา ตรวจสอบ	หมายเหตุ
	(ระบุชื่อตัวชี้วัด KPI/KQI-KRI ที่เลือกตรวจประเมิน)	(ระบุผลลัพธ์ ช่วงที่ผ่านมา)	(ระบุเป้าหมาย ที่กำหนดไว้)	(ระบุความเสี่ยงจาก RM1 RM2)	(ระบุระดับ ก1 ก2 ข1 ข2 จาก RM1 RM2)	(ระบุปัจจัยเสี่ยงจาก RM1 RM2)	(ระบุมาตรการ/กระบวนการ PM/WI/SD ในระบบคุณภาพ และ/หรือมาตรการเพิ่มเติม จาก RM1 RM2)	(ระบุชื่อผู้ตรวจ ที่จะตรวจใน พื้นที่ที่สอดคล้อง กับ KPI/KQI-KRI)	(ระบุวันที่ และช่วงเวลา ตรวจพื้นที่)	(ระบุรายละเอียดอื่นๆ เพิ่มเติมหรือพิเศษ - ถ้ามี)

หัวหน้าผู้ตรวจสอบ ..... (...../...../.....)

## ส่วนประกันคุณภาพ สำนักบริหารวิชาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บันทึกสิ่งที่ได้สังเกตพบ (Finding Sheet)		
เลขที่	พื้นที่	วันที่
ข้อกำหนดมาตรฐานประกันคุณภาพ/วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (KPI/KQI-KRI) :		
ข้อเท็จจริง/ข้อสังเกตที่ ได้พบจากการตรวจ :		
ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไข ปรับปรุงและพัฒนา :		จุดเด่น/Good Practices ซึ่งน่าจะสามารถนำไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ :
..... ผู้ตรวจ		..... ผู้รับการตรวจ

## ส่วนประกันคุณภาพ สำนักบริหารวิชาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บันทึกสิ่งที่ได้สังเกตพบ (Finding Sheet)		
เลขที่	พื้นที่	วันที่
ข้อกำหนดมาตรฐานประกันคุณภาพ/วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (KPI/KQI-KRI) :		
ข้อเท็จจริง/ข้อสังเกตที่ ได้พบจากการตรวจ :		
ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไข ปรับปรุงและพัฒนา :		จุดเด่น/Good Practices ซึ่งน่าจะสามารถนำไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ :
..... ผู้ตรวจ		..... ผู้รับการตรวจ

## ส่วนประกันคุณภาพ สำนักบริหารวิชาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<b>ใบข้อเสนอแนะเพื่อความสะดวกคล่อง สร้างสรรค์และพัฒนา</b>	
<b>สำหรับผู้ตรวจการออก</b>	เลขที่ <span style="float: right;">วันที่</span>
	ข้อกำหนดมาตรฐานประกันคุณภาพ/วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (KPI/KQI-KRI) :
	ข้อเท็จจริง/ข้อสังเกต/หลักฐานที่ได้พบจากการตรวจ :
	บันทึกสิ่งที่ได้สังเกตพบ (Finding Sheet) เลขที่ :
	ลายเซ็นผู้ตรวจ <span style="float: right;">ลายเซ็นผู้รับการตรวจ</span>
<b>สำหรับผู้รับการตรวจการออก</b>	<b>แนวทาง/การปฏิบัติการปรับปรุง/พัฒนา/สร้างสรรค์ ที่หน่วยงานเสนอ</b>
	กำหนดการที่คาดหวังในการดำเนินการ (เริ่มต้น-สิ้นสุด) : <span style="float: right;">(รวมระยะเวลา .....)</span>
	ลายเซ็นผู้รับการตรวจ/ตัวแทนหน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการ
<b>สำหรับผู้ตรวจการออก</b>	<b>ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง/พัฒนา/สร้างสรรค์ ที่ผู้ตรวจเสนอเพิ่มเติม</b>
	ลายเซ็นผู้ตรวจ <span style="float: right;">วันที่</span>



ส่วนที่ 1 ตัวชี้วัด/เป้าหมาย (KPI/KQI-KRI) ที่เลือกตรวจ

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย (KPI/KQI-KRI) ที่ 1	
ผลลัพธ์/เป้าหมาย	
ความเสี่ยง	
ระดับความเสี่ยง	
ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่	

ระบุมাত্রการควบคุม/โครงการ/กระบวนการ/ขั้นตอนปฏิบัติงาน (PM/WI/SD) ที่รองรับ  
ตัวชี้วัด(KPI/KQI-KRI) และควบคุมปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย

.....

.....

.....

.....

ความเห็นของหน่วยงานรับตรวจ

.....

(นำเสนอวิธีการ/มาตรการ/กระบวนการควบคุม คุณภาพและปัญหาในการดำเนินการ)

.....

.....

ความเห็นของผู้ตรวจ

.....

(นำเสนอผลการตรวจกระบวนการ (ข้อเท็จจริง/หลักฐาน/สิ่งที่พบ) ข้อสังเกต ข้อเสนอแนะ  
จุดเด่น/แนวปฏิบัติที่ดีที่สามารถนำไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้)

.....

.....

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย (KPI/KQI-KRI) ที่ 2	
ผลลัพธ์/เป้าหมาย	
ความเสี่ยง	
ระดับความเสี่ยง	
ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่	



ระบุมাত্রการควบคุม/โครงการ/กระบวนการ/ขั้นตอนปฏิบัติงาน (PM/WI/SD) ที่รองรับ  
ตัวชี้วัด(KPI/KQI-KRI) และควบคุมปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย

.....

.....

.....

.....

ความเห็นของหน่วยงานรับตรวจ

.....

(นำเสนอวิธีการ/มาตรการ/กระบวนการควบคุม คุณภาพและปัญหาในการดำเนินการ)

.....

.....

ความเห็นของผู้ตรวจ

.....

(นำเสนอผลการตรวจกระบวนการ (ข้อเท็จจริง/หลักฐาน/สิ่งที่พบ) ข้อสังเกต ข้อเสนอแนะ  
จุดเด่น/แนวปฏิบัติที่ดีที่สามารถนำไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้)

.....

.....

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย (KPI/KQI-KRI) ที่ n	}	จาก RM1, RM2 และ/ หรือรายงานตัวชี้วัด
ผลลัพธ์/เป้าหมาย		
ความเสี่ยง		
ระดับความเสี่ยง		
ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่		

ระบุมাত্রการควบคุม/โครงการ/กระบวนการ/ขั้นตอนปฏิบัติงาน (PM/WI/SD) ที่รองรับ  
ตัวชี้วัด(KPI/KQI-KRI) และควบคุมปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย

.....

.....

.....

.....

ความเห็นของหน่วยงานรับตรวจ

(นำเสนอวิธีการ/มาตรการ/กระบวนการควบคุม คุณภาพและปัญหาในการดำเนินการ)

ความเห็นของผู้ตรวจ

(นำเสนอผลการตรวจกระบวนการ (ข้อเท็จจริง/หลักฐาน/สิ่งที่พบ) ข้อสังเกต ข้อเสนอแนะ  
จุดเด่น/แนวปฏิบัติที่ดีที่สามารถนำไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้)

ส่วนที่ 2 รายการข้อเสนอแนะเพื่อความสอดคล้อง สร้างสรรค์และพัฒนา (ระบุรายการไป  
ข้อเสนอแนะเพื่อความสอดคล้อง สร้างสรรค์และพัฒนาโดยอ้างอิงเลขที่ Finding Sheet)

ความเห็นของผู้ตรวจ

(สรุปจำนวนข้อเสนอแนะเพื่อความสอดคล้อง สร้างสรรค์และพัฒนาที่เสนอให้หน่วยรับตรวจ)

ส่วนที่ 3 การปิดประเด็นและปรับปรุง/พัฒนาสิ่งที่ได้รับการเสนอแนะจากการตรวจ

ความเห็นของผู้ตรวจ

(สรุปผลการปรับปรุง/พัฒนาข้อเสนอแนะที่หน่วยงานนำเสนอและ/หรือผู้ตรวจให้ข้อเสนอแนะ  
เพิ่มเติม)

#### ส่วนที่ 4 สิ่งที่น่าจะตรวจในครั้งต่อไป

ความเห็นของผู้ตรวจ

.....

.....

.....

.....

#### ส่วนที่ 5 รายชื่อบุคลากรที่สัมภาษณ์ระหว่างการตรวจสอบและกำหนดการตรวจสอบ

(กรุณาแนบใบ Finding Sheet และใบข้อเสนอแนะเพื่อความสอดคล้อง สร้างสรรค์และ  
พัฒนา มาพร้อมรายงานด้วย)

.....

.....

.....

.....

#### ส่วนที่ 6 บทสรุปความคิดเห็นเพิ่มเติม

จุดเด่น/ศักยภาพของหน่วยงาน .....

.....

จุดที่ควรปรับปรุงของหน่วยงาน .....

.....

แนวปฏิบัติที่ดี (Good Practices) ของหน่วยงาน .....

.....

ลงนาม .....

(.....)

ผู้แทนฝ่ายบริหารด้านประกันคุณภาพ

ลงนาม .....

(.....)

หัวหน้าผู้ตรวจ

### แบบสำรวจความพึงพอใจของหน่วยงานรับการตรวจ

#### วัตถุประสงค์ :

แบบสำรวจความพึงพอใจฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาความพึงพอใจของผู้รับการตรวจ ทั้งในด้านกระบวนการตรวจประเมินและคุณภาพของผู้ตรวจสอบ ตลอดจนความต้องการเพิ่มเติมที่ผู้รับการตรวจคาดหวังที่จะได้รับการบริการ การตรวจประเมินจากส่วนประกันคุณภาพ สำนักบริหารวิชาการ เพื่อนำผลที่ได้รับมาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงการ ให้บริการการตรวจประเมินที่มีคุณภาพ ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของหน่วยงานรับตรวจอย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

แบบสำรวจฉบับนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

#### ส่วนที่ 1 ความพึงพอใจต่อกระบวนการตรวจประเมิน

เป็นส่วนของการสำรวจความพึงพอใจต่อกระบวนการตรวจประเมินในภาพรวมทั้งหมด ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนการตรวจจนถึงการรายงานผลการตรวจ

#### ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อคุณภาพของผู้ตรวจ

เป็นส่วนของการสำรวจความพึงพอใจต่อผู้ตรวจเป็นรายบุคคลของแต่ละพื้นที่รับการตรวจ ทั้งในด้านทักษะความรู้ความสามารถ มนุษย์สัมพันธ์ รวมทั้งการให้ข้อเสนอแนะอย่างสร้างสรรค์

โปรดแสดงข้อคิดเห็นของท่านตามความเป็นจริง และกรุณาส่งแบบสำรวจกลับมายังส่วนประกันคุณภาพ สำนักบริหารวิชาการ

ชื่อหน่วยงานรับตรวจ ..... วันที่ .....

(คณะ/สถาบัน/ศูนย์/สำนัก/วิทยาลัย/สำนักวิชา)

ส่วนที่ 1 ความพึงพอใจต่อกระบวนการตรวจประเมิน

คำชี้แจง : แบบสำรวจความพึงพอใจของหน่วยงานรับตรวจต่อกระบวนการตรวจประเมินในภาพรวม มุ่งวัดระดับความพึงพอใจของหน่วยงานที่ได้รับบริการการตรวจประเมินจากส่วนประกันคุณภาพ สำนักบริหารวิชาการ  
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความเป็นจริง

รายละเอียด	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
<b>1. การวางแผนการตรวจ</b>					
1.1 การกำหนดเลือกตรวจพื้นที่ที่มีปัญหา (ระดับความเสี่ยงสูง / ผลลัพธ์ผิดปกติ) และมีผลลัพธ์โดดเด่น ช่วยในการมุ่งเน้นหาแนวทางการพัฒนาปรับปรุงได้เหมาะสมขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 ความเหมาะสมของระยะเวลาและการจัดลำดับก่อนหลังของโปรแกรมการตรวจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 ผู้ตรวจมีความเข้าใจในขอบเขต พันธกิจและธรรมชาติของหน่วยงานเป็นอย่างดี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. การดำเนินการตรวจและสรุปผล</b>					
2.1 จำนวนเอกสารและข้อมูลที่ใช้ประกอบการตรวจลดลง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 ข้อเสนอแนะที่ได้รับจากการตรวจช่วยในการวิเคราะห์ประเมินและจัดการความเสี่ยงของหน่วยงานรับตรวจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 ความถูกต้อง ความชัดเจน ความสมบูรณ์ ความเชื่อถือได้ของประเด็น/สิ่งที่ตรวจพบ (Findings)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 ความเหมาะสมของการวิเคราะห์และตีความสิ่งที่ตรวจพบในการพิจารณาออกไปข้อเสนอแนะเพื่อความสอดคล้องสร้างสรรค์ และพัฒนา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 การปิดประเด็น/สรุปผลการปิดไปข้อเสนอแนะเพื่อความสอดคล้องสร้างสรรค์ และพัฒนา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6 การสรุปผลการตรวจ/ข้อเสนอแนะที่ได้รับ เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานนำไปสู่แนวทางการพัฒนา และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

รายละเอียด	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
<b>3. การรายงานผลการตรวจ</b>					
3.1 รายงานมีการเสนอข้อมูลในเชิงวิเคราะห์/สังเคราะห์จากหลักฐานและสิ่งที่ตรวจพบได้อย่างชัดเจนและครอบคลุม และใช้ข้อความที่เข้าใจง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 รายงานชี้ให้เห็นปัญหา และสะท้อนสภาพจุดอ่อนและศักยภาพของหน่วยงานรับตรวจได้ชัดเจนและถูกต้อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 รายงานผลการตรวจได้รับการส่งให้ท่านตรงเวลาดำเนินการปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1) อะไร คือสิ่งที่ท่านพึงพอใจในการตรวจสอบ/ตรวจประเมิน และเพราะเหตุใด (ตอบได้มากกว่า 1 อย่าง)

2) อะไร คือสิ่งที่ท่านต้องการให้มีการปรับปรุงในการตรวจสอบ/ตรวจประเมิน และเพราะเหตุใด (ตอบได้มากกว่า 1 อย่าง)

3. ความคิดเห็นอื่นๆ เพิ่มเติม

ผู้ให้ข้อมูล .....

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อคุณภาพของผู้ตรวจ

คำชี้แจง : แบบสำรวจความพึงพอใจของหน่วยงานรับตรวจต่อผู้ตรวจเป็นรายบุคคลของแต่ละพื้นที่รับการตรวจ มุ่งวัดระดับความพึงพอใจของหน่วยงานที่ได้รับบริการการตรวจประเมินของส่วนประกันคุณภาพ สำนักบริหารวิชาการ  
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความเป็นจริง

ชื่อ-นามสกุลผู้ตรวจ .....

ปฏิบัติหน้าที่  หัวหน้าคณะผู้ตรวจ  ผู้ตรวจ

พื้นที่รับการตรวจ ..... วัน/เดือน/ปีที่ตรวจ .....

รายละเอียด	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1) ผู้ตรวจมีความเข้าใจในขอบเขต ระบบการทำงาน และ ธรรมชาติของพื้นที่รับการตรวจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ผู้ตรวจมีทักษะ ความรู้และความชำนาญในพื้นที่รับการตรวจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ผู้ตรวจมีความยุติธรรม เป็นกลาง สุภาพ มีมนุษยสัมพันธ์ มีทักษะการสื่อสาร รวมทั้งรับฟังความคิดเห็นของผู้รับตรวจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ผู้ตรวจมีความเข้าใจในข้อกำหนด มาตรฐาน และเกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจประเมิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ผู้ตรวจให้ข้อเสนอแนะเชิงสร้างสรรค์ เป็นประโยชน์ และสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) การรักษาเวลาและความตรงต่อเวลาของผู้ตรวจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โปรดประเมินโดยให้ข้อมูลตามความเป็นจริง เพื่อการประมวลข้อมูลในภาพรวม นำไปใช้ในการปรับปรุงพัฒนา  
ทั้งนี้การประเมินจะไม่มีผลใดๆ ต่อหน่วยงานของท่าน ข้อมูลรายบุคคลจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ ไม่เผยแพร่ใดๆ  
ทั้งสิ้น

1. อะไร คือสิ่งที่ท่านพึงพอใจในการตรวจของผู้ตรวจ และเพราะเหตุใด (ตอบได้มากกว่า 1 อย่าง)

2. อะไร คือสิ่งที่ท่านต้องการให้มีการปรับปรุงในการตรวจของผู้ตรวจ และเพราะเหตุใด (ตอบได้มากกว่า 1 อย่าง)

3. ความคิดเห็นอื่นๆ เพิ่มเติม

ผู้ให้ข้อมูล .....

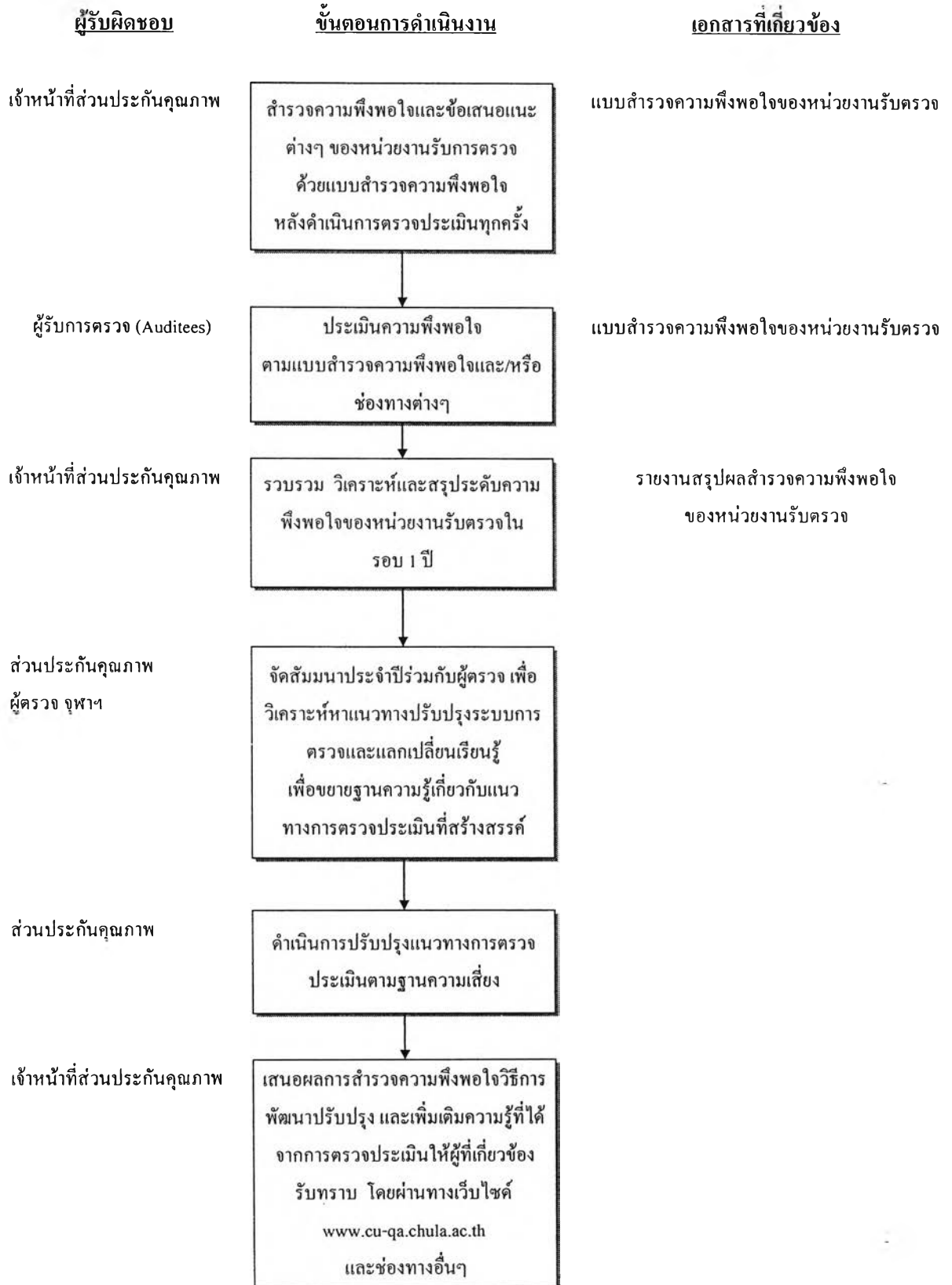
ตำแหน่ง .....

วันที่ .....



### ส่วนที่ 3 : เอกสารสนับสนุน

#### 1. ขั้นตอนการสำรวจความพึงพอใจของหน่วยรับตรวจ



## 2. หลักเกณฑ์การเปิดประชุม (Opening Meeting) และการปิดประชุม (Closing Meeting)

ส่วนประกันคุณภาพ ได้กำหนดสิ่งที่หัวหน้าผู้ตรวจสอบจะต้องแจ้งและยืนยันในขั้นตอนของการเปิดประชุม (Opening Meeting) และการปิดประชุม (Closing Meeting) ดังต่อไปนี้

### การเปิดประชุม (Opening Meeting)

1. ผู้เข้าประชุมลงนามในเอกสารรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
2. แนะนำผู้ตรวจสอบในคณะต่อหน่วยงานผู้รับการตรวจ
3. ทบทวนและยืนยันวัตถุประสงค์และขอบข่ายของการตรวจสอบ
4. ทำความตกลงตารางเวลาการตรวจสอบแต่ละวันกับผู้รับการตรวจสอบ
5. ทำความตกลงกับผู้รับการตรวจสอบว่า บุคคลใดจะเป็นผู้มีอำนาจและหน้าที่ในการลงนามใบข้อเสนอแนะเพื่อความสะดวกคล่อง สร้างสรรค์ และพัฒนา
6. ทำความตกลงเรื่องสถานที่ในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ตรวจสอบ พื้นที่ที่อนุญาตให้เข้าทำการตรวจสอบ การเดินทางรวมถึงบุคคลที่ทำหน้าที่ในการติดต่อและอำนวยความสะดวกในระหว่างการตรวจ
7. ชี้แจงวิธีการดำเนินการตรวจสอบอย่างน้อยดังนี้
  - การสัมภาษณ์ (Interview)
  - การสังเกตการณ์ระหว่างปฏิบัติหน้าที่ (Observation)
  - ตรวจสอบบันทึกคุณภาพ (Sampling Records)
  - การทดสอบวิธีปฏิบัติงาน เช่น การเข้าเว็บไซต์
8. ผู้ตรวจสอบทุกคนจะไม่เปิดเผยข้อมูลแก่บุคคลที่ 3 โดยไม่ได้รับอนุญาตจากหน่วยงานผู้รับการตรวจ
9. การตรวจสอบนั้นใช้หลักฐานตามวิธีการข้างต้น โดยเมื่อพบสิ่งที่ตรวจสอบมีนัยสำคัญหรือมีคำแนะนำต่างๆ ให้แก่หน่วยงานในระหว่างการตรวจ จะแจ้งให้ที่ประชุมทราบในแต่ละวันของการตรวจสอบ
10. ถามผู้รับการตรวจว่าทั้งหมดที่กล่าวถึงข้างต้นมีข้อสงสัยใดหรือไม่ หรือต้องการจะเปลี่ยนแปลงในขั้นตอนการตรวจสอบอย่างไรบ้าง ซึ่งต้องให้ผู้รับการตรวจเห็นด้วยทุกครั้งจึงจะสามารถดำเนินการตรวจสอบได้

### การปิดประชุม (Closing Meeting)

1. ผู้เข้าร่วมประชุมลงนามในเอกสารรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
2. กล่าวขอบคุณหน่วยงานที่ให้ความร่วมมือในการเข้าตรวจ
3. ทบทวนรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการตรวจ
4. แนะนำผู้ตรวจสอบที่ปฏิบัติหน้าที่ในการตรวจ
5. ยืนยันวิธีการตรวจที่ดำเนินการผ่านมาในระหว่างการตรวจ
  - การสัมภาษณ์ (Interview)
  - การสังเกตการณ์ระหว่างปฏิบัติหน้าที่ (Observation)
  - ตรวจสอบบันทึกคุณภาพ (Sampling Records)
  - การทดสอบวิธีปฏิบัติงาน เช่น การเข้าเว็บไซต์
6. สรุปรายละเอียดโดยรวมในผลการตรวจโดยจะแจ้งในที่ประชุมทราบ
  - ผลการตรวจประเมินกระบวนการ/กิจกรรมหลักที่คำนึงถึงความเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง ซึ่งมีผลสำคัญต่อการบรรลุวัตถุประสงค์/เป้าหมายตามองค์ประกอบของตัวชี้วัด (KPI/KQI-KRI) พร้อมข้อสังเกต และข้อเสนอแนะเป็นตัวชี้วัดรายตัว
    - ผลการสรุปของความเห็นเพิ่มเติม ได้แก่ จุดเด่น/ศักยภาพ จุดที่ควรปรับปรุง
    - ผลสรุปของข้อเสนอแนะและพิจารณาออกไปข้อเสนอแนะเพื่อความสอดคล้อง สร้างสรรค์ และพัฒนา เมื่อสิ่งที่ตรวจพบมีคุณค่า/นัยสำคัญที่นำไปสู่การปรับปรุงหรือข้อเสนอแนะ/คำแนะนำต่างๆ ตามที่ระบุใน Finding Sheet
    - แนวปฏิบัติงานที่ดี (Good Practices) เพื่อเป็นแบบอย่างให้กับหน่วยงานอื่นไปประยุกต์ใช้
7. ทำความตกลงเรื่องข้อเสนอแนะที่ได้รับ (ถ้ามี) กรณีที่ไม่สามารถปิดไปข้อเสนอแนะเพื่อความสอดคล้อง สร้างสรรค์ และพัฒนา ได้ก่อนการปิดประชุม จะต้องปิดให้ได้ภายใน 56 วันหรือ 8 สัปดาห์ หลังจากปิดประชุม
8. แจ้งให้ผู้รับการตรวจทราบว่าผลการตรวจประเมินครั้งนี้เป็นการสุ่มตรวจเท่านั้น ไม่ได้หมายความว่า ทั้งระบบจะมีความสมบูรณ์ทั้งหมด และรายงานการตรวจประเมินที่จัดทำขึ้นต้องได้รับความเห็นชอบของหน่วยงานรับการตรวจก่อนนำเสนอเพื่อพิจารณาต่อไป
9. สอบถามผู้รับการตรวจว่ามีข้อสงสัยหรือคำถามจากการรายงานผลข้างต้นหรือไม่ ถ้ามีหัวหน้าผู้ตรวจสอบ จะต้องชี้แจงจนข้อสงสัยดังกล่าวมีความเข้าใจตรงกันทั้งสองฝ่าย
10. คณะผู้ตรวจสอบจะต้องสรุปสุดท้ายเรื่องความเห็นของคณะผู้ตรวจสอบว่าเป็นอย่างไร แต่ต้องไม่ลืมว่าเป็นเพียงความคิดเห็นของผู้ตรวจสอบเท่านั้น กรณีที่คณะกรรมการกลั่นกรองผลการตรวจระบบประกันคุณภาพและปรับปรุงคุณภาพของจุฬาฯ มีความเห็นเป็นอย่างอื่นหรือต้องการรายละเอียด

เพิ่มเติมทางส่วนประกันคุณภาพและผู้ตรวจสอบจะแจ้งให้ทางผู้ขอการตรวจทราบเป็นลายลักษณ์อักษรอีกครั้งหนึ่ง