

มีนาคม 2564
รายงานการบริหารความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2563

RISK ASSESSMENT AND FOLLOW UP REPORT

RISK MANAGEMENT REPORT

2020

งานบริหารความเสี่ยง

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สารบัญ

หัวข้อ	หน้าที่
บทสรุปผู้บริหาร.....	5
แนวทางและการพัฒนาการบริหารความเสี่ยง.....	8
ขอบเขตการบริหารความเสี่ยง	8
ระยะเวลาดำเนินการ	13
การกำหนดระดับความเสี่ยง.....	16
การกำหนดและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง.....	19
การกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยง.....	21
การกำหนดสถานะการจัดการความเสี่ยง.....	22
กระบวนการบริหารความเสี่ยง	25
ผลการบริหารความเสี่ยง.....	28
ผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง	28
ภาพรวมผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง	28
ผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง แยกตามระดับความเสี่ยง	34
ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone)	34
ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone)	40
ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone).....	44
ความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone).....	48
ผลการจัดการความเสี่ยง	52
ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยง	52
ผลการจัดการความเสี่ยง แยกตามระดับความเสี่ยง	63
ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone)	63
ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone)	68
ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone).....	70
ความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone).....	72
ภาคผนวก.....	74

สารบัญรูป

รูปภาพที่	หน้าที่
รูปภาพที่ 1 COSO : Enterprise Risk Management - Integrated Framework 2004.....	8
รูปภาพที่ 2 การบริหารความเสี่ยงในระดับคณะฯ พิจารณาจากพันธกิจหลัก พันธกิจสนับสนุน และ Cluster การบริหาร	9
รูปภาพที่ 3 การติดตามความคืบหน้า/ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม.....	11
รูปภาพที่ 4 การติดตามผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	12
รูปภาพที่ 5 การติดตามการประเมินระดับความเสี่ยง.....	12
รูปภาพที่ 6 ระยะเวลาดำเนินการบริหารความเสี่ยง	14
รูปภาพที่ 7 การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง	22
รูปภาพที่ 8 กระบวนการประเมินความเสี่ยง.....	25
รูปภาพที่ 9 กระบวนการประเมินความเสี่ยง.....	27
รูปภาพที่ 10 ภาพรวมผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง	28
รูปภาพที่ 11 ลักษณะของกิจกรรมการควบคุม.....	31
รูปภาพที่ 12 ระดับความเสี่ยงของคณะฯ	32
รูปภาพที่ 13 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone).....	34
รูปภาพที่ 14 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone)	40
รูปภาพที่ 15 ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone).....	44
รูปภาพที่ 16 ความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone).....	48
รูปภาพที่ 17 ภาพรวมประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง	52
รูปภาพที่ 18 แสดง Risk Map–Dashboard ภาพรวมการเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง.....	53
รูปภาพที่ 19 ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยง.....	58

สารบัญรูป

รูปภาพที่	หน้าที่
รูปภาพที่ 20 Risk Map-Dashboard Red Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ).....	63
รูปภาพที่ 21 จำนวนการลื้มปิดอุปกรณ์ไฟฟ้า	66
รูปภาพที่ 22 Risk Map-Dashboard Orange Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ)	68
รูปภาพที่ 23 Risk Map-Dashboard Yellow Zone (ความเสี่ยงของคณะฯ).....	70
รูปภาพที่ 24 Risk Map-Dashboard Green Zone (ความเสี่ยงของคณะฯ).....	72

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้าที
ตารางที่ 1 เกณฑ์การประเมินโอกาสเกิด (Likelihood) และ ผลกระทบ (Impact).....	16
ตารางที่ 2 ตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map).....	17
ตารางที่ 3 ระดับความเสี่ยง ความหมาย และแนวทางการจัดการความเสี่ยง	17
ตารางที่ 4 ระดับความเสี่ยง และกลยุทธ์การจัดการความเสี่ยง.....	19
ตารางที่ 5 ประเภทของตัวชี้วัดความเสี่ยง และแหล่งที่มา.....	21
ตารางที่ 6 ระดับความสามารถในการจัดการความเสี่ยง.....	24
ตารางที่ 7 จำนวนความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster แยกตามพันธกิจ ประเภท และ ลักษณะของความเสี่ยง	30
ตารางที่ 8 แสดงความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์	35
ตารางที่ 9 แสดงความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์.....	42
ตารางที่ 10 แสดงความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับปานกลาง (Yellow Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์.....	45
ตารางที่ 11 แสดงความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์.....	50

บทสรุปผู้บริหาร

การดำเนินงานเพื่อบริหารความเสี่ยงองค์กร ประจำปีงบประมาณ 2563 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ดำเนินการตามมาตรฐาน COSO – ERM¹ ผ่านการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของคณะฯ ได้ผลการบริหารความเสี่ยงที่สามารถอธิบายตามกระบวนการประเมินความเสี่ยง และ กระบวนการติดตามความเสี่ยง ดังนี้

กระบวนการประเมินความเสี่ยง: จากการดำเนินงานเพื่อประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563 พบว่า คณะฯ มีความเสี่ยงทั้งสิ้นจำนวน 35 ความเสี่ยง เป็นความเสี่ยงเดิมที่ยกมาจากปีงบประมาณ 2562 จำนวน 28 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 7 ความเสี่ยง สามารถอธิบายในมุมมองต่างๆ ได้ดังนี้

ความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster และ ประเภทของความเสี่ยง : ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงจาก Cluster Professional Service ที่มีภาระงานเกี่ยวข้องกับกระบวนการในการดำเนินการต่างๆ ครอบคลุมทั้งหน่วยงานตามพันธกิจหลัก และพันธกิจสนับสนุน จึงมีหน่วยงานมากที่สุดเมื่อเทียบกับ Cluster อื่น ส่งผลให้ความเสี่ยงส่วนใหญ่ เป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ที่สามารถพบได้จากทุกพันธกิจ เช่นกัน

ลักษณะของกิจกรรมการควบคุม: คณะฯ ใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ในการจัดการความเสี่ยงมากที่สุด ครอบคลุมตั้งแต่ระดับความเสี่ยงสูงมาก ไปจนถึงระดับความเสี่ยงต่ำ และ ใช้กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ในความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลาง ไปจนถึงระดับความเสี่ยงต่ำ เพื่อควบคุมความเสี่ยงให้ยังคงอยู่ในระดับที่คณะฯ สามารถยอมรับได้ โดยพบว่า ทั้งกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และ กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control) ที่ใช้ในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงมากที่สุด

ลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยง: ส่วนใหญ่คณะฯ ใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) เนื่องจาก เจ้าของความเสี่ยงใช้เป้าหมายของการดำเนินงานตามกิจกรรม และ ตัวชี้วัดความสำเร็จ (Key Performance Indicator: KPI) มากำหนดเป็นตัวชี้วัดความเสี่ยง เพราะง่ายต่อการเก็บข้อมูล แต่เนื่องจากตัวชี้วัดความเสี่ยงลักษณะนี้ไม่สามารถใช้เป็นเครื่องมือเตือน (Early Warning) ระหว่างการบริหารความเสี่ยงได้ ดังนั้น จึงเป็นโจทย์สำคัญของงานบริหารความเสี่ยง ที่จะดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบการกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยงของคณะฯ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้นในอนาคต

ระดับความเสี่ยงของคณะฯ: จาก 35 ความเสี่ยง พบว่า ความเสี่ยงของคณะฯ มีระดับความเสี่ยงที่ครอบคลุมตั้งแต่ระดับความเสี่ยงสูงมาก ไปจนถึงระดับความเสี่ยงต่ำ กระจายตัวใน Risk Map – Dashboard ประกอบด้วยระดับความเสี่ยงสูงมาก (Red Zone) จำนวน 3 ความเสี่ยง ระดับความเสี่ยงสูง (Orange Zone) จำนวน 10 ความเสี่ยง ระดับความเสี่ยงปานกลาง (Yellow Zone) ซึ่งมีความเสี่ยงมากที่สุดจำนวน 13 ความเสี่ยง และ ระดับความเสี่ยงต่ำ (Green Zone) จำนวน 9 ความเสี่ยง

¹ The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission - Enterprise Risk Management

กระบวนการติดตามความเสี่ยง: จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ส่งผลให้คณะฯ ต้องชะลอ หรือ ระวังการบริหารความเสี่ยงบางส่วน ตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) ได้ผลการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง สามารถอธิบายในมุมมองต่างๆ ดังนี้

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง: กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง (Yellow) เนื่องจากยังอยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยงระยะยาว ที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกคณะฯ รวมถึงพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าเข้ากระทบต่อการจัดการความเสี่ยง ส่งผลให้กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพ ได้เต็มศักยภาพ

การเคลื่อนไหวภายหลังจากจัดการความเสี่ยง: จากประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงดังกล่าว ส่งผลให้ระดับความเสี่ยงภายหลังจากดำเนินงานฯ ส่วนใหญ่คงที่ จำนวน 18 ความเสี่ยง พบกระจายตัวใน Risk Map-Dashboard ทั้งใน Green Zone ไปจนถึง Orange Zone รวมถึงพบว่า บางส่วนสามารถจัดการให้ระดับความเสี่ยง ลดลง เคลื่อนที่ และ เปลี่ยน Zone ตาม Risk Map-Dashboard จำนวน 7 ความเสี่ยง พบกระจายตัวใน Risk Map - Dashboard ทั้งใน Green Zone ไปจนถึง Red Zone โดยพบว่า มีความเสี่ยงที่ระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น จำนวน 2 ความเสี่ยง เนื่องจากมุมมองการยอมรับความเสี่ยงจากของความเสี่ยง (Risk Owner) ในปีงบประมาณด้วย ทั้งนี้พบความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณายกเลิก ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2564 จำนวน 7 ความเสี่ยง เนื่องจากได้รับผลกระทบจากปัจจัยที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงกระบวนการปฏิบัติงาน การเปลี่ยนแปลงมุมมองของผู้บริหาร หรือ ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 โดยตรง ส่งผลให้วัตถุประสงค์ และการดำเนินงานของคณะฯ เปลี่ยนแปลงไป ความเสี่ยงเหล่านี้จึงได้รับการประเมินว่าไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และการดำเนินงานของคณะฯ ในปัจจุบัน และได้รับการพิจารณาให้ยกเลิกการดำเนินงานเพื่อจัดการความเสี่ยงดังกล่าว

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง: ภายหลังจากดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่คณะฯ สามารถจัดการความเสี่ยงได้ จำนวน 13 ความเสี่ยง ทั้งนี้พบความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง และยกไปดำเนินการในปีงบประมาณ 2564 จำนวน 8 ความเสี่ยง รวมถึงพบความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้ และยกไปดำเนินการ ในปีงบประมาณ 2564 จำนวน 7 ความเสี่ยง

จากความสามารถในการจัดการความเสี่ยงดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า ความเสี่ยงที่ต้องยกไปดำเนินการจัดการต่อในปีงบประมาณ 2564 มีจำนวนทั้งสิ้น 27 ความเสี่ยง ประกอบด้วยความเสี่ยงที่สามารถจัดการให้เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ จำนวน 12 ความเสี่ยง ความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้จำนวน 8 ความเสี่ยง และความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้จำนวน 7 ความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone): จาก 35 ความเสี่ยง คณะฯ มีความเสี่ยงสำคัญระดับสูงมาก (Red Zone) จำนวน 3 ความเสี่ยง จาก Cluster Education and Research ด้านการศึกษา ที่เกี่ยวข้องกับการปรับระบบการศึกษา ร่วมกับการปรับหลักสูตร ระดับแพทยศาสตรบัณฑิตใหม่ เรื่อง การเตรียมทรัพยากร (เน้นทรัพยากรบุคคล) เพื่อรองรับหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตใหม่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (O8) จำนวน 1 ความเสี่ยง จาก Cluster Professional Service ด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก ที่เกี่ยวข้องกับระบบการรักษาความปลอดภัยสำคัญของคณะฯ จำนวน 2 ความเสี่ยง เรื่อง การเกิดอัคคีภัย (O22) และ ความเสี่ยงใหม่เรื่องการเกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรงภายในแผนกฉุกเฉิน (O23)

เมื่อพิจารณาผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง พบว่า ทั้งหมดเป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ที่เกิดจากการพบโอกาสพัฒนาในระบบการบริหารจัดการภายใน ทั้งจากงานประจำ และการจัดการความเสี่ยงที่ยังไม่ชัดเจน ซึ่งเป็นผลมาจากนโยบาย และ/หรือ เป้าหมายของคณะฯ ที่มีขอบเขตการบริหารจัดการขนาดใหญ่ ซับซ้อน ต้องอาศัยระยะเวลา และดำเนินงานร่วมกับหลายหน่วยงาน รวมถึงพบว่า ความเสี่ยงเหล่านี้มีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) สามารถส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายของคณะฯ ในระดับที่สูงมาก หากคณะฯ ไม่สามารถบริหารจัดการความเสี่ยง ให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ ดังนั้น การดำเนินงานเพื่อจัดการความเสี่ยง จึงต้องดำเนินงานอย่างค่อยเป็นค่อยไป เพื่อลดความผิดพลาด และ/หรือ แรงต่อต้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการบริหารความเสี่ยง

ดังนั้น ภายหลังจากการดำเนินงานจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ ความเสี่ยงทั้งหมดจึงยังอยู่ระหว่างการดำเนินงานตามแผนระยะยาว ที่มีการแบ่งการดำเนินงานเป็นงบประมาณ ปีการศึกษา หรือแผนตามโครงการต่อเนื่อง ที่ยังไม่สามารถรายงานผลลัพธ์ในการจัดการความเสี่ยงได้ รวมถึงพบว่า ในปีงบประมาณ 2563 คณะฯ ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ส่งผลให้กิจกรรมที่ใช้ในการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ บางส่วนล่าช้า เนื่องจากถูกชะลอ หรือถูกระงับการดำเนินงาน กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง (Control Activity) จึงไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ และมีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง (Yellow) ต้องยกไปดำเนินการในปีงบประมาณ 2564 ต่อไป

เมื่อพิจารณาระดับความเสี่ยงภายหลังจากการดำเนินงานฯ พบว่า ทั้ง 3 ความเสี่ยง มีระดับความเสี่ยงที่ ลดลง เคลื่อนที่จาก Red Zone เข้าสู่ Orange Zone เนื่องจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงของผู้บริหาร จากการคาดการณ์แนวโน้มผลการดำเนินงาน และ การพิจารณาจากความเป็นไปได้ในภาพรวมของการเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยง และภาพรวมของโอกาสที่เหตุการณ์ความเสี่ยงจะส่งผลกระทบในระดับที่รุนแรงสูงสุด

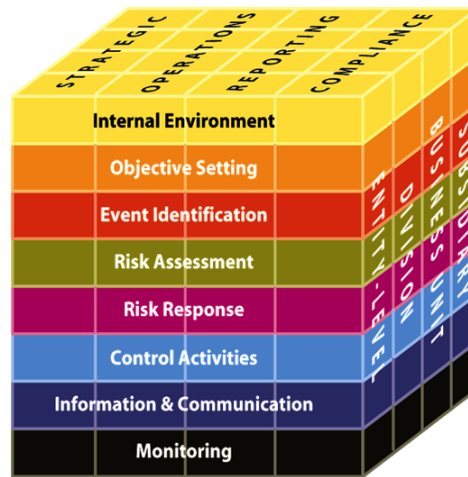
จากผลการบริหารความเสี่ยงข้างต้น สามารถสรุปประเด็นที่น่าสนใจในปีงบประมาณ 2563 ได้ว่า นโยบายการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ มีผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการจัดการความเสี่ยงอย่างชัดเจน โดยพบว่า การเปลี่ยนแปลงระยะเวลาดำเนินการที่เกิดขึ้น ส่งผลให้คณะฯ สามารถจัดการความเสี่ยงได้มากขึ้นต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2562 โดยในปีงบประมาณ 2563 คณะฯ สามารถจัดการความเสี่ยงได้ร้อยละ 37 (13x100/35) เป็นสัดส่วนผลการจัดการความเสี่ยงที่มากที่สุดในปีงบประมาณ 2563 แต่เมื่อเทียบสัดส่วนความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้จากปี 2562 พบว่า ความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ในปีงบประมาณ 2563 น้อยกว่าปีงบประมาณ 2562 ที่มีผลการจัดการความเสี่ยงกลุ่มนี้มากถึงร้อยละ 49 (17x100/35) เนื่องจาก ความเสี่ยงในปีงบประมาณ 2563 บางส่วนได้รับการพิชิตภัยเล็กน้อยความเสี่ยงระหว่างปีงบประมาณ ส่งผลต่อจำนวนความเสี่ยงที่ใช้คำนวณความสามารถในการจัดการความเสี่ยงในภาพรวมทั้งหมด

แนวทางและการพัฒนาการบริหารความเสี่ยง

ตามที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ให้ทุกส่วนงานดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยงองค์กร โดยกำหนดให้ส่งรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ ภายในเดือนกรกฎาคม และให้ส่งรายงานผลการปฏิบัติตามแผนการจัดการความเสี่ยงทุก 6 เดือนนั้น คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ดำเนินการโดยประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบทการบริหารจัดการภายใน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ขอบเขตการบริหารความเสี่ยง

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีดำเนินการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐาน COSO – ERM² ครอบคลุมครบถ้วนทั้ง 3 มิติ ตามรูปภาพที่ 1 ดังนี้



รูปภาพที่ 1 COSO: Enterprise Risk Management - Integrated Framework 2004

มิติที่ 1 ประเภทความเสี่ยง (Achievement of Objectives: Type of Risk)

คณะฯ พิจารณาความเสี่ยงครบ 4 ประเภท ตามมาตรฐาน ดังนี้

1. ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) แทนด้วยสัญลักษณ์ S: คณะฯ พิจารณาความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับแผนยุทธศาสตร์ทั้งหมด ครอบคลุมตั้งแต่ระดับมหาวิทยาลัย ระดับคณะฯ ระดับพันธกิจ ระดับหน่วยงาน ไปจนถึงข้อตกลงการปฏิบัติงาน (Performance Agreement: PA) ตามแผนยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดของมหาวิทยาลัย โดยพิจารณาความสอดคล้องของการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ในแต่ละระดับ เป้าหมายการดำเนินการ และความเป็นไปได้ของแผนยุทธศาสตร์ที่กำหนด

² The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission - Enterprise Risk Management

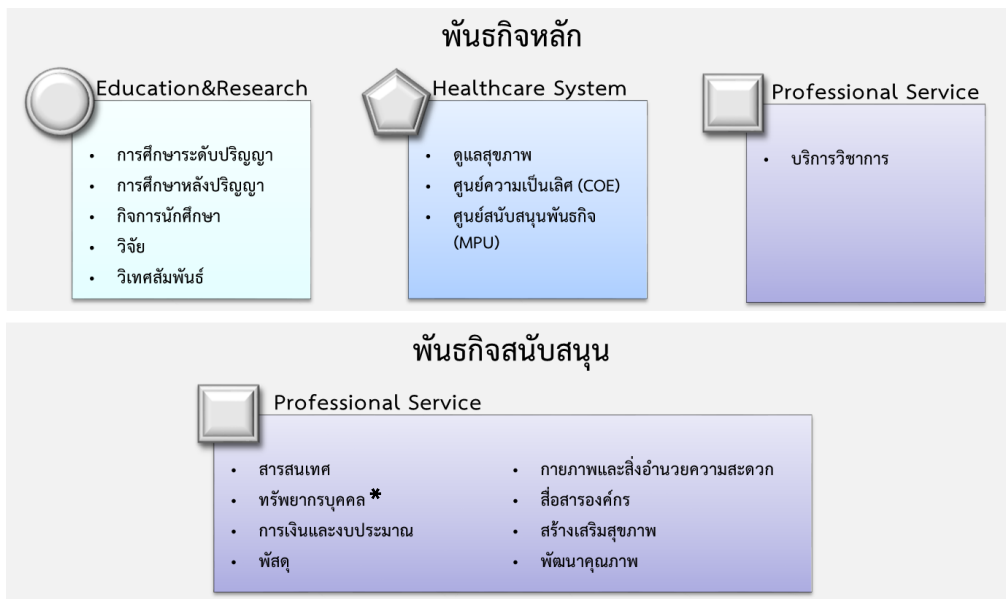
2. ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) แทนด้วยสัญลักษณ์ O: คณะฯ พิจารณาความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงานตามแผนยุทธศาสตร์ของคณะฯ (Core Process) โดยพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยสำคัญ 4 ประการ ดังนี้ คน กระบวนการ ระบบสารสนเทศ และ Outsource โดยพิจารณาความสอดคล้องของการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ในแต่ละระดับ เป้าหมาย และความเป็นไปได้ของการดำเนินการที่กำหนด

3. ความเสี่ยงด้านการรายงาน/การเงิน (Financial/Reporting Risk) แทนด้วยสัญลักษณ์ F: คณะฯ พิจารณาความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับเอกสารรายงานต่างๆ และการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของคณะฯ โดยพิจารณาตั้งแต่การบริหารงบประมาณ การบริหารสินทรัพย์ เสถียรภาพและความน่าเชื่อถือทางการเงิน เป็นต้น

4. ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) แทนด้วยสัญลักษณ์ C: คณะฯ พิจารณาความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับ ที่เกี่ยวข้องกับคณะฯ ในภาพรวมทั้งหมด ตั้งแต่เนบอบายไปจนถึงกระบวนการในการปฏิบัติงานที่อาจส่งผลกระทบต่อคณะฯ หากมีการละเมิดหรือไม่ปฏิบัติตาม

มิติที่ 2 ระดับของการประเมินความเสี่ยง (Level of Assess)

ปัจจุบันคณะฯ ดำเนินการบริหารความเสี่ยงในระดับ Entity level และ Division level โดยพิจารณาจากพันธกิจหลักและพันธกิจสนับสนุน ตามโครงสร้างองค์กร (Organizational Structure) รวมถึงแบ่งตาม Cluster การบริหารเป็น Education & Research แทนด้วยสัญลักษณ์ วงกลม Healthcare System แทนด้วยสัญลักษณ์ สี่เหลี่ยม และ Professional Service แทนด้วยสัญลักษณ์ สี่เหลี่ยม ตามรูปภาพที่ 2



รูปภาพที่ 2 การบริหารความเสี่ยงในระดับคณะฯ พิจารณาจากพันธกิจหลัก พันธกิจสนับสนุน และ Cluster การบริหาร

สำหรับปีงบประมาณ 2563 งานบริหารความเสี่ยงดำเนินการบริหารความเสี่ยงในระดับ Business Unit ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของคณะฯ ในระดับภาควิชา โดยรายละเอียดดังกล่าวจะระบุในรายงานการบริหารความเสี่ยงระดับภาควิชา สำหรับการบริหารความเสี่ยงในระดับ Subsidiary คณะฯ ยังต้องศึกษาแนวทาง วิธีการ รวมถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินการ ก่อนพิจารณาเพื่อดำเนินการต่อไป

* ฝ่ายทรัพยากรบุคคล เปลี่ยนชื่อเป็น ฝ่ายบริหารทุนมนุษย์ เมื่อ 8 กันยายน 2563

มิติที่ 3 ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง (Components of Enterprise Risk Management : Method)

คณะฯ ดำเนินการบริหารความเสี่ยงตามขั้นตอนที่ระบุในมิติที่ 3 ของมาตรฐาน COSO - ERM³ อย่างครบถ้วน โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินงานออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ ตามขอบเขต และแนวทางที่มหาวิทยาลัยกำหนด ผ่านแนวคิดเชิงระบบ (System Concept) ดังนี้

1. การประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง

ข้อมูลนำเข้า (Input) >> คณะฯ พิจารณาความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563 จากแผนยุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2563-2566 แผนยุทธศาสตร์ระดับคณะฯ ปีงบประมาณ 2560 - 2563 และ แนวทางการจัดทำรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563 ที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงให้พิจารณาจากพันธกิจหลัก และพันธกิจสนับสนุนของส่วนงาน
2. ให้นำความเสี่ยง ที่ไม่สามารถบริหารจัดการได้ มาดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2563
3. ให้พิจารณาประเภทของความเสี่ยงให้ครบ 4 ด้าน ทั้งด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) ด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ด้านการเงิน (Financial Risk) และด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk)
4. ให้วิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงตามแนวทางการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) เรื่องการป้องกันการทุจริต โดยเป็นการประเมินความเสี่ยงของการดำเนินงานที่อาจก่อให้เกิดการทุจริต (Fraud) หรือการขัดกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนกับผลประโยชน์ส่วนรวม (Conflict of Interest)
5. ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูง (Orange Zone) และสูงมาก (Red Zone) ให้รายงานผลการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง พร้อมแนวทางการจัดการความเสี่ยงต่อมหาวิทยาลัยปีงบประมาณละ 1 ครั้ง และให้รายงานผลการปฏิบัติตามแผนการจัดการความเสี่ยง ต่อมหาวิทยาลัยทุก 6 เดือน
6. ให้พิจารณาปัจจัยภายนอกที่อาจส่งผลกระทบต่อส่วนงาน ในการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงด้วย
7. ให้จัดส่งรายงานผลการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัย ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2562

กระบวนการ (Process) >> การประเมินสภาพแวดล้อมภายใน (Internal Environment) และการกำหนดวัตถุประสงค์ในการจัดการความเสี่ยง (Objective Setting) คณะฯ พิจารณาร่วมกับข้อมูลนำเข้า (Input) ที่กล่าวไปข้างต้น เพื่อใช้ในการระบุและประเมินความเสี่ยง (Event Identification & Risk Assessment) ผ่านการสัมภาษณ์รองคณบดีฝ่ายต่างๆ จากนั้นจึงกำหนดแนวทางการตอบสนองต่อความเสี่ยง (Risk Response) กำหนดแผนการจัดการความเสี่ยง (Control Activities) จัดทำข้อมูลและสื่อสาร (Information and Communication) ไปยังเจ้าของความเสี่ยง คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ คณะกรรมการประจำคณะฯ และมหาวิทยาลัยมหิดล รับทราบ เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ผลลัพธ์ (Output) >> จากข้อมูลนำเข้า (Input) และกระบวนการ (Process) ดังกล่าว คณะฯ จะได้รายการความเสี่ยง (Risk Profile) ประจำปีงบประมาณ 2563 ซึ่งประกอบด้วย ชื่อความเสี่ยง ประเภทของความเสี่ยง สาเหตุของความเสี่ยง ตัวชี้วัดความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการในปัจจุบัน ระดับความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2563 ผู้รับผิดชอบ และระยะเวลาในการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง รวมถึง Dashboard แสดงตำแหน่งของความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563

3 The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission - Enterprise Risk Management

2. การติดตามผลการจัดการความเสี่ยง

ข้อมูลนำเข้า (Input) >> คณะฯ ติดตามผลการจัดการความเสี่ยงจากรายการความเสี่ยง (Risk Profile) ที่ได้จากการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563 ที่กล่าวไปข้างต้น

กระบวนการ (Process) >> การติดตามประเมินผล (Monitoring) คณะฯ ดำเนินการติดตามข้อมูลต่างๆ ดังนี้

- **กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงาน:** การติดตามกิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงาน เป็นการติดตามความคืบหน้า และ/หรือ ผลลัพธ์จากการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุมที่ระบุไว้ และนำมาประเมินประสิทธิภาพในการควบคุมระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบของกิจกรรมนั้นๆ โดยสามารถแบ่งระดับของประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ ดังนี้

ความคืบหน้า/ ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม		ครั้งที่ 1 (1 ต.ค. XX - 31 มี.ค. XX)			ครั้งที่ 2 (1 เม.ย. XX - 30 ก.ย. XX)		
กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการ		ระยะเวลาดำเนินงาน	ความคืบหน้า/ ผลการดำเนินงาน	ประสิทธิภาพ	ระยะเวลาดำเนินงาน	ความคืบหน้า/ ผลการดำเนินงาน	ประสิทธิภาพ
1.	AAA	<input type="checkbox"/> ดำเนินการแล้วเสร็จ (เริ่ม.....เสร็จ.....) <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างดำเนินงาน <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจาก.....		<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> กลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ	<input type="checkbox"/> ดำเนินการแล้วเสร็จ (เริ่ม.....เสร็จ.....) <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างดำเนินงาน <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจาก.....		<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> กลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ
2.	BBB	<input type="checkbox"/> ดำเนินการแล้วเสร็จ (เริ่ม.....เสร็จ.....) <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างดำเนินงาน <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจาก.....		<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> กลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ	<input type="checkbox"/> ดำเนินการแล้วเสร็จ (เริ่ม.....เสร็จ.....) <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างดำเนินงาน <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจาก.....		<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> กลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ

การระบุ หรือ แแนบเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน

รูปภาพที่ 3 การติดตามความคืบหน้า/ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม

ประสิทธิภาพดี หมายถึง กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงาน สามารถจัดการ หรือควบคุมให้ระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบ คงที่หรือลดลงมาอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ ได้เต็มศักยภาพ ดังนั้น กิจกรรมที่มีประสิทธิภาพในระดับนี้ สามารถยกไปดำเนินการในปีงบประมาณต่อไปได้ หรือพิจารณาเพิ่มเป็นกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) หรือกิจกรรมการควบคุมภายใน (Internal Control) ได้ในอนาคต

ประสิทธิภาพปานกลาง หมายถึง กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงาน สามารถจัดการ หรือควบคุมให้ระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบ คงที่หรือลดลงได้บางส่วน และ/หรือ มีปัจจัยภายนอกเข้าคุกคาม ส่งผลให้ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ ดังนั้น กิจกรรมที่มีประสิทธิภาพในระดับนี้อาจยกไปดำเนินการในปีงบประมาณต่อไปได้ โดยต้องพิจารณาลักษณะของกิจกรรมให้ครอบคลุมขึ้น หรือพิจารณาปัจจัยภายนอกเพิ่มเติม

ประสิทธิภาพต่ำ หมายถึง กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงาน ไม่สามารถจัดการ หรือควบคุมให้ระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบคงที่หรือลดลงได้เลย รวมถึงมีปัจจัยภายนอกเข้าคุกคามจนส่งผลให้ระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นในอนาคต ดังนั้น กิจกรรมที่มีประสิทธิภาพในระดับนี้ จึงไม่สามารถยกไปดำเนินการในปีงบประมาณต่อไปได้

และจากข้อมูลดังกล่าวผู้ประสานงานด้านความเสี่ยง (Risk Champion) สามารถสอบถามพัฒนาการของการจัดการความเสี่ยง ตลอดจนสามารถนำผลที่ได้ไปใช้ในการพิจารณาปรับปรุง เพิ่ม หรือลดกิจกรรมการควบคุม ในปีงบประมาณต่อไปได้อย่างเหมาะสม

- **ตัวชี้วัดความเสี่ยง (Key Risk Indicator):** การติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงเป็นการเฝ้าระวัง เพื่อเตือนก่อนที่ความเสี่ยงจะมีโอกาสเกิด และ/หรือ มีผลกระทบที่สูงขึ้น ตลอดจนเตือนก่อนที่ความเสี่ยงจะกลายเป็นปัญหา ทั้งนี้การติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงจะดำเนินการโดยการเปรียบเทียบผลที่ได้ตามตัวชี้วัดในปัจจุบัน กับเป้าหมายเชิงปริมาณที่กำหนดไว้ หากผลตามตัวชี้วัดในปัจจุบันไม่เป็นไปตามเป้าหมาย หรือมีความน่าจะเป็นที่จะไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จะอธิบายได้ว่าความเสี่ยงดังกล่าวมีแนวโน้มที่โอกาสเกิด และ/หรือ ผลกระทบจะสูงขึ้น หรืออาจกลายเป็นปัญหาที่ต้องดำเนินการแก้ไข ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าว Risk Champion สามารถสอบทานพัฒนาการของผลตามตัวชี้วัดความเสี่ยง ตลอดจนสามารถนำผลที่ได้ไปใช้ในการพิจารณาปรับปรุง เพิ่ม ลด ตัวชี้วัดความเสี่ยงในปีงบประมาณต่อไปได้อย่างเหมาะสม

ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)

ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)		ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	
รายละเอียด	เป้าหมาย	ครั้งที่ 1 (1 ต.ค. XX - 31 มี.ค. XX)	ครั้งที่ 2 (1 เม.ย. XX - 30 ก.ย. XX)
1. KRI 1			
2. KRI 2			

กรุณาระบุ หรือ แนบเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดความเสี่ยง

รูปภาพที่ 4 การติดตามผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง

- **ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงาน:** การติดตามระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงาน เป็นการประเมินระดับโอกาสเกิด และระดับผลกระทบของความเสี่ยงในสถานการณ์ปัจจุบัน ภายหลังการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุมที่กำหนดไว้ โดยระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงานจะสอดคล้องกับความคืบหน้า/ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม และผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงอย่างชัดเจน โดยข้อมูลที่แสดงให้เห็นจากการติดตามระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงาน Risk Champion สามารถสอบทานพัฒนาการของการเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยงได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถนำผลดังกล่าวไปใช้ในการพิจารณาปรับปรุง เพิ่ม ลด กิจกรรมการควบคุม และตัวชี้วัดความเสี่ยงในปีงบประมาณต่อไปได้อย่างเหมาะสม

การประเมินระดับความเสี่ยง

ระดับความเสี่ยงก่อนการดำเนินงาน			ระดับความเสี่ยง ภายหลังการดำเนินงาน ครั้งที่ 1			ระดับความเสี่ยง ปัจจุบันจากการประเมินปีต่อไป			ระดับความเสี่ยง ภายหลังการดำเนินงาน ครั้งที่ 2		
โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
	ด้าน...	<input type="checkbox"/> สูงมาก <input type="checkbox"/> สูง <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ		ด้าน	<input type="checkbox"/> สูงมาก <input type="checkbox"/> สูง <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ		ด้าน	<input type="checkbox"/> สูงมาก <input type="checkbox"/> สูง <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ		ด้าน	<input type="checkbox"/> สูงมาก <input type="checkbox"/> สูง <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ

รูปภาพที่ 5 การติดตามการประเมินระดับความเสี่ยง

ผลลัพธ์ (Output) >> จากข้อมูลนำเข้า (Input) และ กระบวนการ (Process) ดังกล่าว คณะฯ จึงได้ผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563 ซึ่งประกอบด้วย ผลลัพธ์ตามกิจกรรมการควบคุมที่ได้ดำเนินการในปีงบประมาณ ผลตามตัวชี้วัดความเสี่ยง การเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยง และ Dashboard แสดงความเคลื่อนไหวของความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563

ระยะเวลาดำเนินการ

หนึ่งในนโยบายการบริหารความเสี่ยงของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ระบุว่าคณะฯ จะต้องมีการประเมิน ติดตาม และทบทวนการบริหารความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มั่นใจว่าการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล สามารถควบคุม และลดความเสี่ยงได้อย่างยั่งยืน ดังนั้นการพัฒนากระบวนการในการบริหารจัดการ ความเสี่ยง จึงเป็นภารกิจหนึ่งซึ่งงานบริหารความเสี่ยงดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 เพื่อให้ได้ข้อมูล ความเสี่ยงที่มีคุณภาพ ผู้บริหารสามารถใช้ประกอบการตัดสินใจในการบริหารงาน นำไปสู่การขับเคลื่อนให้เกิด การพัฒนาระบบ และกระบวนการต่างๆ ภายในคณะฯ (Risk Management for Improving Process) ได้ตามวัตถุประสงค์ ที่ตั้งไว้ ผ่านการประสานงาน และการให้คำแนะนำเชิงรุกจากทีมนักบริหารความเสี่ยง โดยในปีงบประมาณ 2563 คณะฯ ดำเนินการต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2562 ซึ่งมีการปรับระยะเวลาดำเนินงาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 11/2557 >> ให้การติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ต้องเสร็จสิ้น ก่อนการเริ่มประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณต่อไป เพื่อให้เกิดความสอดคล้องต่อเนื่องของเหตุการณ์ความเสี่ยง รวมถึง เป็นการช่วยลดความสับสนในการจัดทำเอกสารของเจ้าของความเสี่ยง

มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 1/2559 >> ให้ปรับระยะเวลาการบริหารจัดการความเสี่ยงทั้งระบบ จากการดำเนินการทั้งปีงบประมาณ หรือ 12 เดือน ให้เหลือการดำเนินการเพียง 8 เดือน เนื่องจากศูนย์บริหารจัดการ ความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดระยะเวลาการรายงานผลการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณให้เร็วขึ้น จากเดือนกันยายนเป็นเดือนกรกฎาคม ส่งผลให้กระบวนการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงต้องดำเนินการเร็วขึ้นเช่นกัน โดยมีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ 1 ตุลาคมปีปัจจุบัน – 31 พฤษภาคมปีต่อไป เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของคณะฯ ตามมติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 11/2557

มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 3/2561 >> ให้ปรับระยะเวลาการบริหารจัดการความเสี่ยงทั้งระบบ อีกครั้ง โดยให้ดำเนินการทั้งปีงบประมาณ หรือ 12 เดือน จากการดำเนินการเพียง 8 เดือน ที่มีการดำเนินการต่อเนื่องมา ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 เนื่องจากพบว่า การดำเนินการตามมติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 11/2557 และ มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 1/2559 ส่งผลให้ผลการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่มีสถานะความเสี่ยง คงที่ หรือเป็นความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถสรุปได้ ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณต่อไป เนื่องจากยังอยู่ระหว่าง ดำเนินการตามแผนประจำปีงบประมาณ แผนตามปีการศึกษา แผนตามปีปฏิทิน หรือแผนตามโครงการต่อเนื่องระยะยาวที่ยัง ไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ในปัจจุบัน หรือแม้จะสามารถรายงานได้ แต่ผลการดำเนินการกลับไม่เป็นไปตาม เป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากการเก็บข้อมูลเหลือมกับรอบการติดตามความเสี่ยงของคณะฯ ส่งผลให้เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) ส่วนใหญ่ประเมินผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ จากการคาดการณ์แนวโน้มผลการดำเนินการ แทนการประเมินโดยใช้ผลการดำเนินการจริง ผลการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงเป็นผลสรุปจากมุมมองการบริหาร ความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยงเป็นหลัก

ดังนั้นเพื่อให้การบริหารจัดการความเสี่ยงของคณะฯ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถนำผลการดำเนินงาน ตามข้อเท็จจริงมาใช้พิจารณาได้ตามระยะเวลาที่กำหนด คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ จึงมีมติให้ปรับระยะเวลา การดำเนินงานตามที่กล่าวไว้ข้างต้น และให้ชี้แจงไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดลทราบ เนื่องจากการดำเนินการตามนโยบายนี้ จะส่งผลให้คณะฯ ส่งรายงานผลการปฏิบัติตามแผนการจัดการความเสี่ยงล่าช้ากว่าระยะเวลา ที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด โดยมีรายละเอียดตามลำดับการดำเนินการ ตามภาพที่ 6 ดังนี้

Risk Management Action Plan	ปีงบประมาณ 63																	ปีงบประมาณ 64		
	พค	มิย	กค	สค	กย	ตค	พย	ธค	มค	กพ	มีค	เมย	พค	มิย	กค	สค	กย	ตค	พย	
	62	62	62	62	62	62	62	62	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	
ประเมินความเสี่ยง ประจำปี งบประมาณ 2563	█		RMC ประจำคณะ MU																	
ติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2562 ครั้งที่ 2	█						RMC ประจำคณะ MU													
ติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563 ครั้งที่ 1	█											RMC MU								
ประเมินความเสี่ยง ประจำปี งบประมาณ 2564	█												RMC ประจำคณะ MU							
ติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563 ครั้งที่ 2	█												RMC ประจำคณะ MU							

รูปภาพที่ 6 ระยะเวลาดำเนินการบริหารความเสี่ยง

1. **การประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563 ดำเนินการในปีงบประมาณ 2562 ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2562 – กรกฎาคม 2562**
 - ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดให้ส่งรายงานผลการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563 ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2562
 - คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กำหนดให้หน่วยงานภายในคณะฯ ส่งรายงานผลการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563 ภายในเดือนมิถุนายน 2562 เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ รวมถึงคณะกรรมการประจำคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบภายในเดือนกรกฎาคม 2562 ก่อนนำส่งรายงานดังกล่าว ไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ภายในเดือนเดียวกัน
2. **การติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563 ครั้งที่ 1 ดำเนินการในปีงบประมาณ 2563 ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2563 – พฤษภาคม 2563**
 - ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดให้ส่งรายงานผลการปฏิบัติตามแผนการจัดการความเสี่ยงรอบ 6 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 – 31 มีนาคม 2563 ภายในเดือนเมษายน 2563
 - คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กำหนดให้หน่วยงานภายในคณะฯ ส่งรายงานผลการปฏิบัติตามแผนการจัดการความเสี่ยง รอบ 6 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 – 31 มีนาคม 2563 ภายในเดือนเมษายน 2563 เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบ ภายในเดือนพฤษภาคม 2563 ก่อนนำส่งรายงานดังกล่าว ไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ภายในเดือนเดียวกัน
3. **การประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2564 ดำเนินการในปีงบประมาณ 2563 ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2563 – กรกฎาคม 2563**
 - ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดให้ส่งรายงานผลการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2564 ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2563
 - คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กำหนดให้หน่วยงานภายในคณะฯ ส่งรายงานผลการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2564 ภายในเดือนมิถุนายน 2563 เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ และคณะกรรมการประจำคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบ ภายในเดือนกรกฎาคม 2563 ก่อนนำส่งรายงานดังกล่าว ไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ภายในเดือนเดียวกัน
4. **การติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563 ครั้งที่ 2 ดำเนินการระหว่างปีงบประมาณ 2563 - ปีงบประมาณ 2564 ระหว่างเดือน สิงหาคม 2563 – พฤศจิกายน 2563**
 - ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดให้ส่งรายงานผลการปฏิบัติตามแผนการจัดการความเสี่ยงรอบ 12 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563 ภายในเดือนตุลาคม 2563
 - คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กำหนดให้หน่วยงานภายในคณะฯ ส่งรายงานผลการปฏิบัติตามแผนการจัดการความเสี่ยงรอบ 6 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่ 1 เมษายน 2563 – 30 กันยายน 2563 ภายในเดือนตุลาคม 2563 เพื่อรวบรวม และวิเคราะห์ผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563 ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563 รวมทั้งสิ้น 12 เดือน ก่อนนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ และคณะกรรมการประจำคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบภายในเดือน พฤศจิกายน 2563 จากนั้นจึงนำส่งรายงานดังกล่าว ไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ภายในเดือนเดียวกัน

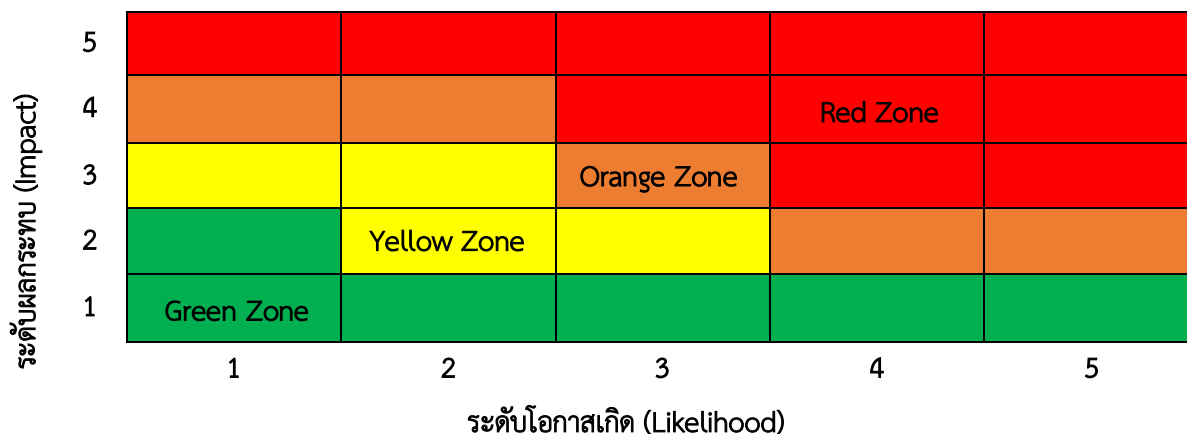
การกำหนดระดับความเสี่ยง

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ใช้เกณฑ์การประเมินระดับความเสี่ยง ทั้งเกณฑ์การประเมินระดับโอกาสเกิด (Likelihood) และเกณฑ์การประเมินระดับผลกระทบ (Impact) รวมถึงตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) ตามที่มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด ดังนี้

ตารางที่ 1 เกณฑ์การประเมินโอกาสเกิด (Likelihood) และ ผลกระทบ (Impact)

LEVEL	โอกาสเกิด	ผลกระทบ								
		ด้านประสิทธิผล		ด้านมูลค่าความเสียหายการเงิน	ด้านชื่อเสียงและภาพลักษณ์				ด้านความปลอดภัย	
		การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	ระยะเวลาการหยุดชะงักของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ		มีผลกระทบต่อ	ถูกฟ้องร้อง/ร้องเรียน	การนำเสนอข่าว	ความพึงพอใจของผู้รับบริการ		
5	โอกาสเกิดมากกว่า 99% หรือ เกิดบ่อยหรือ อาจเกิดขึ้นได้ภายในรอบวันถึงสัปดาห์	ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย > 40 %	> 24 ชม.	> 5% ของรายได้ที่ได้รับในปีที่ผ่านมา	มหาวิทยาลัย	คดีชั้นสู่ศาล และถูกตัดสินว่าผิด	พาดหัวข่าวทางสถานีโทรทัศน์/หนังสือพิมพ์/สื่อสังคมออนไลน์	ระดับความพึงพอใจ ≤ 65 %	ระดับความไม่พึงพอใจ > 20 %	อันตรายถึงชีวิต
4	โอกาสเกิดมากกว่า 50% หรือ อาจเกิดขึ้นได้ง่าย หรือ อาจเกิดขึ้นได้ภายในรอบสัปดาห์ถึงรอบเดือน	ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย > 30-40 %	> 12-24 ชม.	> 3-5% ของรายได้ที่ได้รับในปีที่ผ่านมา	หลายส่วนงาน	คดีอยู่ในชั้นศาล	กรอบข่าวทางสถานีโทรทัศน์/หนังสือพิมพ์/สื่อสังคมออนไลน์	ระดับความพึงพอใจ 66-70 %	ระดับความไม่พึงพอใจ 16-20 %	บาดเจ็บสาหัสและรักษาไม่หาย
3	โอกาสเกิดมากกว่า 10% หรือ อาจเกิดขึ้นได้เพราะเคยเกิดขึ้นแล้ว หรือ อาจเกิดขึ้นได้ภายในรอบปี	ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย > 20-30 %	> 3-12 ชม.	> 1-3% ของรายได้ที่ได้รับในปีที่ผ่านมา	เฉพาะภายในส่วนงาน	ออกสื่อ	ข่าวระหว่างส่วนงาน/เว็บบอร์ด	ระดับความพึงพอใจ 71-75 %	ระดับความไม่พึงพอใจ 11-15 %	บาดเจ็บต้องรักษาและรักษาหาย
2	โอกาสเกิดมากกว่า 1% หรือ อาจเกิดขึ้นได้แต่ยังไม่เคยเกิดขึ้น หรือ อาจเกิดขึ้นได้ภายในรอบหลายปี	ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย > 10-20 %	> 1-3 ชม.	> 0.5-1% ของรายได้ที่ได้รับในปีที่ผ่านมา	เฉพาะหน่วยงานภายในส่วนงาน	ภายในมหาวิทยาลัย	ข่าวภายในส่วนงาน/เว็บบอร์ด	ระดับความพึงพอใจ 76-80 %	ระดับความไม่พึงพอใจ 6-10 %	บาดเจ็บเล็กน้อย/มีผลต่อสุขภาพ
1	โอกาสเกิดน้อยกว่า 1% หรือ เป็นไปได้แต่เฉพาะในกรณีฉุกเฉิน หรือ เกิดขึ้นได้ยากแม้ในอนาคตในระยะยาว	ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ≤ 10 %	≤ 1 ชม.	≤ 0.5% ของรายได้ที่ได้รับในปีที่ผ่านมา	เฉพาะบุคคล	ภายในส่วนงาน	ข่าวภายในหน่วยงาน	ระดับความพึงพอใจ > 80 %	ระดับความไม่พึงพอใจ ≤ 5 %	เดือดร้อน รำคาญ เสียเวลา /ไม่มีผลกระทบ

ตารางที่ 2 ตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map)



จากตารางที่ 2 สามารถแบ่งระดับความเสี่ยงของคณะฯ เป็น 4 ระดับ ซึ่งในแต่ละระดับมีความหมาย และแนวทางการจัดการความเสี่ยงแตกต่างกัน ตามแนวทางที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนด ดังนี้

ตารางที่ 3 ระดับความเสี่ยง ความหมาย และแนวทางการจัดการความเสี่ยง

ระดับความเสี่ยง	ความหมาย	แนวทางการจัดการความเสี่ยง
สูงมาก (Red Zone)	ระดับความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ และจำเป็นต้องวางแผนบริหารจัดการอย่างเร่งด่วน	ลดความเสี่ยง หรือ หลีกเลี่ยงความเสี่ยง หรือ ร่วมจัดการความเสี่ยง
สูง (Orange Zone)	ระดับความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ และจำเป็นต้องวางแผนบริหารจัดการ	ร่วมจัดการความเสี่ยง หรือ ลดความเสี่ยง
ปานกลาง (Yellow Zone)	ระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ แต่ต้องมีการติดตามเฝ้าระวัง และกำกับดูแลตามมาตรฐานการควบคุมที่มีอยู่ให้ดำเนินไปอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง	ยอมรับความเสี่ยง หรือ ลดความเสี่ยง
ต่ำ (Green Zone)	ระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ เนื่องจากมีมาตรการการควบคุมที่เพียงพอแล้ว	ยอมรับความเสี่ยง

จากตารางที่ 2 และ ตารางที่ 3 สามารถแบ่งความเสี่ยงได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ และ ความเสี่ยงที่บริหารจัดการภายในคณะฯ ดังนี้

ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ

ความเสี่ยงกลุ่มนี้ เป็นความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยมหิดล ติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ดังนั้น เมื่อคณะฯ ประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณเสร็จสิ้น จึงต้องรายงานแผนการจัดการความเสี่ยงให้มหาวิทยาลัยฯ รับทราบ รวมทั้งเมื่อดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยงเสร็จสิ้นตามรอบระยะเวลาที่กำหนด คณะฯ ต้องรายงานผลการจัดการความเสี่ยงให้มหาวิทยาลัยฯ รับทราบอีกครั้งเช่นกัน ประกอบด้วยความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยง ดังนี้

1. **ระดับความเสี่ยงสูงมาก (Red Zone)** เป็นความเสี่ยงที่มีระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ผลกระทบสูงมาก ตามเกณฑ์การประเมินระดับความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยฯ กำหนด เนื่องจาก หากความเสี่ยงลักษณะนี้เกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อคณะฯ ในระดับที่สูงมาก และ/หรือ อาจส่งผลกระทบในระดับมหาวิทยาลัยด้วยเช่นกัน ดังนั้น จึงเป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการจัดการอย่างเร่งด่วน และจำเป็นต้องเป็นแผนการจัดการความเสี่ยงใหม่ ที่พิจารณาเพิ่มเติมจากที่มีอยู่ในปัจจุบัน
2. **ระดับความเสี่ยงสูง (Orange Zone)** เป็นความเสี่ยงที่มีระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ผลกระทบสูง ตามเกณฑ์การประเมินระดับความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยฯ กำหนด เนื่องจาก เป็นความเสี่ยงที่มีโอกาสปรับระดับความเสี่ยง ไปอยู่ในระดับความเสี่ยงสูงมาก (Red Zone) หากไม่สามารถบริหารจัดการได้ตามแผนที่กำหนด หรือมีปัจจัยภายนอกเข้าคุกคามจนส่งผลต่อการบริหารจัดการความเสี่ยง รวมทั้งหากความเสี่ยงลักษณะนี้เกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อคณะฯ ในระดับที่สูง และ/หรือ อาจส่งผลกระทบในระดับมหาวิทยาลัยด้วยเช่นกัน ดังนั้น จึงเป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ เช่นเดียวกับความเสี่ยงระดับสูงมาก (Red Zone) จำเป็นต้องมีการจัดการความเสี่ยง และต้องเป็นแผนการจัดการความเสี่ยงใหม่ ที่พิจารณาเพิ่มเติมจากที่มีอยู่ในปัจจุบัน

ความเสี่ยงที่บริหารจัดการภายในคณะฯ

ความเสี่ยงกลุ่มนี้ เป็นความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยมหิดล ไม่ได้กำหนดให้คณะฯ ต้องรายงานแผนการจัดการความเสี่ยงให้มหาวิทยาลัยฯ รับทราบ รวมถึงลักษณะของความเสี่ยง ไม่จำเป็นต้องบริหารจัดการอย่างเร่งด่วนเหมือนกลุ่มแรก แต่เมื่อพิจารณาในระดับคณะฯ พบว่า หากความเสี่ยงลักษณะนี้เกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อคณะฯ โดยตรง ดังนั้น คณะฯ จึงดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยงเป็นการภายใน เพื่อควบคุมความเสี่ยงให้ยังคงอยู่ในระดับที่คณะฯ และมหาวิทยาลัยสามารถยอมรับได้ ประกอบด้วยความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยง ดังนี้

1. **ระดับความเสี่ยงปานกลาง (Yellow Zone)** เป็นความเสี่ยงที่มีระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ผลกระทบปานกลาง ตามเกณฑ์การประเมินระดับความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยฯ กำหนด ความเสี่ยงลักษณะนี้สามารถกำหนดหรือไม่กำหนดแผนการจัดการความเสี่ยงก็ได้ ขึ้นอยู่กับการประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความเพียงพอของของกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงที่มีอยู่ในปัจจุบัน ร่วมกับ การยอมรับความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) โดยยังคงต้องมีการกำกับดูแล ติดตาม และเฝ้าระวังภายในคณะฯ เพื่อควบคุมความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
2. **ระดับความเสี่ยงต่ำ (Green Zone)** เป็นความเสี่ยงที่มีระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ผลกระทบต่ำ ตามเกณฑ์การประเมินระดับความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยฯ กำหนด ความเสี่ยงลักษณะนี้มีกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงที่มีอยู่ในปัจจุบันที่เพียงพอ และมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จึงไม่จำเป็นต้องกำหนดแผนการจัดการความเสี่ยงเพิ่มเติม แต่ต้องมีการกำกับดูแลภายในคณะฯ เพื่อควบคุมความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้เป็นการภายใน อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

การกำหนดและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง

การค้นหา ระบุ วิเคราะห์ และประเมินความเสี่ยง เป็นขั้นตอนการจัดลำดับความสำคัญของรายการความเสี่ยงของคณะฯ เพื่อให้สามารถพิจารณาเลือกใช้กลยุทธ์และเครื่องมือต่างๆ ในการตอบสนองต่อความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงแตกต่างกันได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

กลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยง

การเลือกใช้กลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยงตามมาตรฐาน COSO – ERM⁴ คณะฯ ดำเนินการตามแนวทางที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนด ดังนี้

ตารางที่ 4 ระดับความเสี่ยง และกลยุทธ์การจัดการความเสี่ยง

ระดับความเสี่ยง	กลยุทธ์การจัดการความเสี่ยง
สูงมาก (Red Zone)	1. กลยุทธ์การลดความเสี่ยง (Treat/Reduce) 2. กลยุทธ์การโอนหรือกระจายความเสี่ยง (Transfer/Share) 3. กลยุทธ์การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Terminate/Avoid)
สูง (Orange Zone)	1. กลยุทธ์การโอนหรือกระจายความเสี่ยง (Transfer/Share) 2. กลยุทธ์การลดความเสี่ยง (Treat/Reduce)
ปานกลาง (Yellow Zone)	1. กลยุทธ์การยอมรับความเสี่ยง (Take/Accept) 2. กลยุทธ์การลดความเสี่ยง (Treat/Reduce)
ต่ำ (Green Zone)	1. กลยุทธ์การยอมรับความเสี่ยง (Take/Accept)

เครื่องมือ และการเลือกใช้เครื่องมือในการจัดการความเสี่ยง

การเลือกใช้เครื่องมือในการจัดการความเสี่ยงจะสอดคล้องกับระดับความเสี่ยง และกลยุทธ์การจัดการความเสี่ยงที่กล่าวไปข้างต้น ดังนี้

กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (Existing Control) เป็นเครื่องมือพื้นฐานที่ใช้ในการควบคุมความเสี่ยง มีลักษณะเป็นงานประจำที่สามารถควบคุมโอกาสเกิดความเสี่ยง (สาเหตุ) และ/หรือ ผลกระทบที่อาจเกิดจากความเสี่ยงได้ในระดับหนึ่ง จึงสามารถใช้เป็นเครื่องมือหลักในการควบคุมความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำ – ปานกลาง ให้ยังคงอยู่ในระดับที่คณะฯ สามารถยอมรับได้ สอดคล้องกับกลยุทธ์การยอมรับความเสี่ยง (Take/Accept) และ กลยุทธ์การลดความเสี่ยง (Treat/Reduce)

สำหรับความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูง – สูงมาก กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (Existing Control) จะไม่เพียงพอและไม่สามารถควบคุมโอกาสเกิดความเสี่ยง (สาเหตุ) และ/หรือ ผลกระทบที่อาจเกิดจากความเสี่ยง ให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ ดังนั้น กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (Existing Control) จะถูกระบุเป็นเครื่องมือเบื้องต้นในการควบคุมความเสี่ยงเท่านั้น และจำเป็นต้องพิจารณาเครื่องมือในการจัดการความเสี่ยงอื่นๆ เพิ่มเติม

4 The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission - Enterprise Risk Management

กิจกรรมการควบคุม หรือแผนการจัดการความเสี่ยง (Control Activity) เป็นเครื่องมือที่จัดขึ้นเพื่อใช้ในการจัดการความเสี่ยงโดยตรง มีลักษณะเป็นกิจกรรมเฉพาะนอกเหนือจากภาระงานประจำ มุ่งเน้นในการลดโอกาสเกิดความเสี่ยง (สาเหตุ) และ/หรือ ลดผลกระทบที่อาจเกิดจากรisk ให้สามารถอยู่ในระดับที่คณฯ สามารถยอมรับได้ โดยการกำหนดกิจกรรมการควบคุม หรือแผนการจัดการความเสี่ยง (Control Activity) ให้สอดคล้องกับสาเหตุ และ/หรือ ผลกระทบที่ยังไม่สามารถควบคุมได้จากกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (Existing Control)

ทั้งนี้ในการกำหนดกิจกรรมการควบคุมต่างๆ ที่จะใช้ในการจัดการความเสี่ยง จำเป็นต้องกำหนดระยะเวลาการดำเนินงาน และผู้รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรมให้ชัดเจน เพื่อใช้ในการติดตาม/สอบทาน ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการจัดการความเสี่ยงต่อไป สอดคล้องกับกลยุทธ์การลดความเสี่ยง (Treat/Reduce) และกลยุทธ์การโอนหรือกระจายความเสี่ยง (Transfer/Share)

การกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยง

ตัวชี้วัดความเสี่ยง (Key Risk Indicator) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสังเกตการณ์ความเสี่ยง (Monitor) เพื่อเตือนก่อนที่ความเสี่ยงจะมีโอกาสเกิด และ/หรือ ผลกระทบที่สูงขึ้น จนอาจกลายเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขในอนาคต มีลักษณะที่สำคัญคือ ตัวชี้วัดและเป้าหมายของตัวชี้วัดที่กำหนดนั้น ควรเป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่มีความเฉพาะเจาะจง มีทิศทางที่วัดที่ชัดเจน (Specific) สามารถทำการวัดผลและเก็บข้อมูลได้จริง (Measurable) เป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นเป้าหมายที่เป็นไปได้ และสามารถบรรลุผลได้ (Achievable) มีความสมเหตุสมผล สอดคล้องกับความสามารถในการดำเนินการ (Relevant) รวมถึงมีการกำหนดระยะเวลาการชี้วัดที่ชัดเจน (Time Bound) อยู่ในรอบการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงของคณะฯ เพื่อให้สามารถติดตามและประเมินความเสี่ยงได้อย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 5 ประเภทของตัวชี้วัดความเสี่ยง และแหล่งที่มา

ประเภทของ ตัวชี้วัดความเสี่ยง	แหล่งที่มาของตัวชี้วัดความเสี่ยงจากวิธีระบบ (System Approach)		
	Input	Process	Output/Outcome/Impact
ตัวชี้วัดนำ (Leading)	สาเหตุของความเสี่ยง	1. กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (Existing Control) 2. กิจกรรมการควบคุม หรือ แผนการจัดการความเสี่ยง (Control Activity)	-
ตัวชี้วัดตาม (Lagging)	-	-	ผลการบริหารความเสี่ยง

ตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) เป็นเครื่องมือที่ไวต่อการรับรู้ หากเกิดการเปลี่ยนแปลงของความเสี่ยง (Sensitive) จึงสามารถเตือนสถานะของความเสี่ยง (Early Warning) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถแบ่งการวัดตามแหล่งที่มาได้ ดังนี้

1. วัดจากปัจจัยนำเข้า (Input): ตัวชี้วัดลักษณะนี้จะแจ้งสัญญาณการเปลี่ยนแปลงของสาเหตุ และปัจจัยสำคัญต่างๆ ที่อาจนำไปสู่ความเสี่ยง จึงเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคาดการณ์โอกาสเกิดความเสี่ยงล่วงหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. วัดจากกระบวนการบริหารความเสี่ยง (Process): ตัวชี้วัดลักษณะนี้จะแจ้งผลลัพธ์ความสำเร็จในการควบคุมสาเหตุ และผลกระทบ รวมถึงปัจจัยสำคัญต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง ตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง ทั้งจากกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (Existing Control) และกิจกรรมการควบคุม/แผนการจัดการความเสี่ยง (Control Activity) จึงเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคาดการณ์โอกาสเกิด และ/หรือ ผลกระทบของความเสี่ยง จากความสามารถของกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง รวมถึงเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคาดการณ์ผลการบริหารความเสี่ยงล่วงหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลการบริหารความเสี่ยง โดยจะแสดงผลลัพธ์สุดท้ายของกระบวนการในการจัดการความเสี่ยง มีลักษณะคล้ายตัวชี้วัดความสำเร็จ (Key Performance Indicator: KPI) ที่แสดงผลลัพธ์สุดท้ายภายหลังการดำเนินงาน ดังนั้น ตัวชี้วัดลักษณะนี้จึงสามารถให้ผลลัพธ์ได้อย่างเป็นรูปธรรม ตรงไปตรงมา สามารถนำไปใช้ในการพิจารณาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในปีต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ไม่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของความเสี่ยง (Sensitive) จึงไม่สามารถใช้เป็นเครื่องมือเตือน (Early Warning) ระหว่างการบริหารความเสี่ยงได้

การกำหนดสถานะการจัดการความเสี่ยง

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีกำหนดสถานะความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการจัดการความเสี่ยง เพื่อสร้างความเข้าใจในการสรุปผลการจัดการความเสี่ยงร่วมกันภายในคณะฯ รวมถึงใช้ในการคาดการณ์ความต่อเนื่องของความเสี่ยง และการกำหนดกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสมในอนาคต แบ่งเป็นสถานะด้านประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง และสถานะด้านความสามารถในการจัดการความเสี่ยง ดังนี้

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง

การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง พิจารณาจากประสิทธิภาพในการจัดการระดับโอกาสเกิด และ/หรือระดับผลกระทบของกิจกรรมการควบคุม ภายหลังการดำเนินการจัดการจัดการความเสี่ยงในภาพรวม ตามรูปภาพที่ 7

ความถี่หน้า/ ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม

กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการ	ครั้งที่ 1 (1 ต.ค. XX - 31 มี.ค. XX)			ครั้งที่ 2 (1 เม.ย. XX - 30 ก.ย. XX)		
	ระยะเวลาดำเนินงาน	ความถี่หน้า/ ผลการดำเนินงาน	ประสิทธิภาพ	ระยะเวลาดำเนินงาน	ความถี่หน้า/ ผลการดำเนินงาน	ประสิทธิภาพ
1. AAA <input type="checkbox"/> ดำเนินการแล้วเสร็จ (เริ่ม.....เสร็จ.....) <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างดำเนินงาน <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจาก.....			<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> กลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ	<input type="checkbox"/> ดำเนินการแล้วเสร็จ (เริ่ม.....เสร็จ.....) <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างดำเนินงาน <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจาก.....		<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> กลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ
2. BBB <input type="checkbox"/> ดำเนินการแล้วเสร็จ (เริ่ม.....เสร็จ.....) <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างดำเนินงาน <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจาก.....			<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> กลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ	<input type="checkbox"/> ดำเนินการแล้วเสร็จ (เริ่ม.....เสร็จ.....) <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างดำเนินงาน <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจาก.....		<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> กลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ

กรุณาระบุ หรือ แนบเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้องกับผลการดำเนินงาน

การประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการทั้งหมด			
ภายหลังการดำเนินงานฯ ครั้งที่ 1		ภายหลังการดำเนินงานฯ ครั้งที่ 2	
กิจกรรมมีประสิทธิภาพ	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ	กิจกรรมมีประสิทธิภาพ	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ

รูปภาพที่ 7 การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง

ทั้งนี้สามารถแบ่งระดับประสิทธิภาพของการจัดการได้ 3 ระดับ ดังนี้

ประสิทธิภาพดี (สีภายในสัญลักษณ์ความเสี่ยงเป็นสีเขียว) หมายถึง กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงานทั้งหมดสามารถจัดการ ควบคุม หรือลดระดับความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ ส่งผลให้ระดับความเสี่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่คณะฯ สามารถยอมรับได้ หรือสามารถจัดการให้ไม่เป็ความเสี่ยงที่ส่งผลต่อคณะฯ ในปัจจุบันได้

ประสิทธิภาพปานกลาง (สีภายในสัญลักษณ์ความเสี่ยงเป็นสีเหลือง) หมายถึง กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงานทั้งหมด หรือส่วนใหญ่ สามารถจัดการ ควบคุม หรือลดระดับความเสี่ยงได้บางส่วน และ/หรือ มีปัจจัยภายนอกเข้ามาคุกคาม ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุมไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ

ประสิทธิภาพต่ำ (สีภายในสัญลักษณ์ความเสี่ยงเป็นสีแดง) หมายถึง กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงานทั้งหมด หรือส่วนใหญ่ ไม่สามารถใช้ในการจัดการความเสี่ยงได้เลย รวมถึงมีปัจจัยภายนอกเข้ามาคุกคาม ส่งผลให้ความเสี่ยงยังคงที่ หรือมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นในอนาคต

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง

การสรุปความสามารถในการจัดการความเสี่ยง พิจารณาจากระดับการยอมรับความเสี่ยง ร่วมกับประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม ผลการดำเนินการฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง และระดับความรุนแรงที่มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด ทั้งนี้ สามารถแบ่งระดับความสามารถในการจัดการความเสี่ยงได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ 5 ประเภท ดังนี้

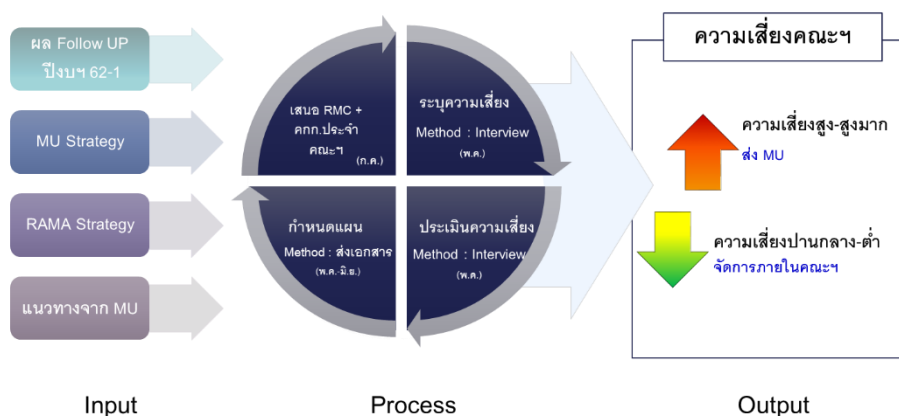
ตารางที่ 6 ระดับความสามารถในการจัดการความเสี่ยง

ความสามารถในการจัดการ ๑ (Risk Mgt. Catalog)	ประเภทความสามารถในการจัดการ ๑ (Type of Risk Management)	การดำเนินการ ในปัจจุบันต่อไป	
		สถานะความต่อเนื่องของ ความเสี่ยง	การกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) แยกตาม Zone
ยังไม่สามารถสรุปได้	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้	เป็นความเสี่ยง	Green Zone = ไม่จำเป็นต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม Yellow Zone = อาจต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม เพิ่ม/ใหม่ Orange Zone = ควรกำหนดกิจกรรมการควบคุม เพิ่ม/ใหม่ Red Zone = จำเป็นต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม เพิ่ม/ใหม่
สามารถจัดการความเสี่ยงได้	ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะ ๑ (ไม่สามารถวัดได้ตามเกณฑ์ Risk Map)	ไม่ควร เป็นความเสี่ยง	-
	เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ (ต้องไม่อยู่ใน Red - Orange zone)	เป็นความเสี่ยง	Green Zone = ไม่จำเป็นต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม Yellow Zone = อาจต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม เพิ่ม/ใหม่
ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้	เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง (ต้องไม่อยู่ใน Green zone)	ต้องเป็นความเสี่ยง	Yellow Zone = อาจต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม เพิ่ม/ใหม่ Orange Zone = ควรกำหนดกิจกรรมการควบคุม เพิ่ม/ใหม่ Red Zone = จำเป็นต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม เพิ่ม/ใหม่
	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้	ต้องเป็นความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม และตัวชี้วัดความเสี่ยง ไม่สามารถควบคุม/ จัดการความเสี่ยงได้ และ/หรือ มีแนวโน้มที่ระดับความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้น จึงจำเป็นต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม เพิ่ม/ใหม่

กระบวนการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ดำเนินการตามกระบวนการที่ได้รับมติจากคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 3/2561 ดังนี้

กระบวนการประเมินความเสี่ยง



รูปภาพที่ 8 กระบวนการประเมินความเสี่ยง

กระบวนการที่ 1 เตรียมการประเมินความเสี่ยง งานบริหารความเสี่ยง ประสานงานเพื่อขอเข้าสัมภาษณ์รองคณบดีฝ่ายต่างๆ และผู้ที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งจัดทำข้อมูลเพื่อในการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ ตามรายละเอียดที่ระบุไว้ในหัวข้อขอบเขตการบริหารความเสี่ยง มิติที่ 3 ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง (Components of Enterprise Risk Management : Method)

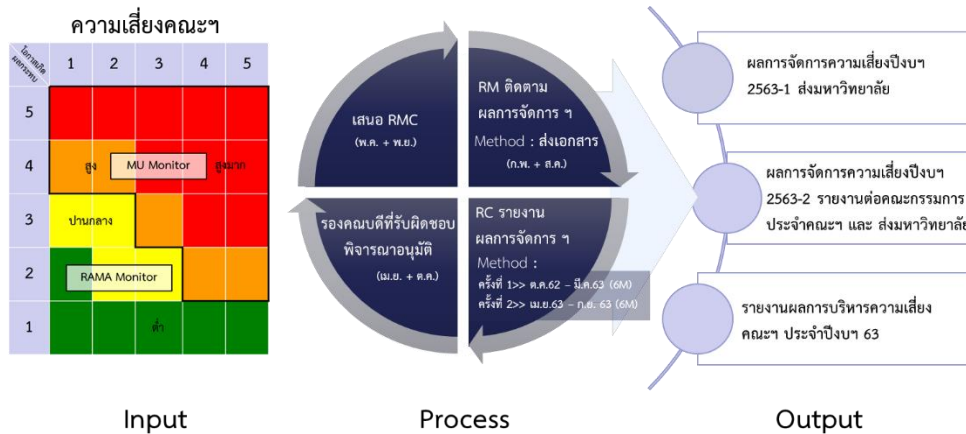
กระบวนการที่ 2 ดำเนินการประเมินความเสี่ยง งานบริหารความเสี่ยง และเจ้าของความเสี่ยง ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม 2562 – มิถุนายน 2562 ดังนี้

1. งานบริหารความเสี่ยง เข้าสัมภาษณ์รองคณบดีฝ่ายต่างๆ และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหา วิเคราะห์ ระบุ ประเมิน และจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563
2. งานบริหารความเสี่ยง จัดทำหนังสือการประเมินความเสี่ยงและจัดทำแผนจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563 พร้อมทั้งสรุปข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ จัดส่งไปยังเจ้าของความเสี่ยง เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล รวมถึงเพิ่มเติม และ/หรือ ปรับแก้ข้อมูลความเสี่ยงให้ครบถ้วนสมบูรณ์
3. หน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง จัดทำรายงานการประเมินความเสี่ยงและจัดทำแผนจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563 และนำเสนอต่อรองคณบดีที่กำกับ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ก่อนส่งกลับมายังงานบริหารความเสี่ยง ตามระยะเวลาที่กำหนด
4. งานบริหารความเสี่ยงรวบรวม และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าของความเสี่ยง พร้อมทั้งให้คำปรึกษา แจ้งข้อเสนอแนะ รวมถึงขอข้อมูลในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนเพิ่มเติม เพื่อให้เจ้าของความเสี่ยงดำเนินการแก้ไข และนำเสนอต่อรองคณบดีที่กำกับ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ก่อนส่งกลับมายังงานบริหารความเสี่ยง อีกครั้ง

กระบวนการที่ 3 ดำเนินการวิเคราะห์ และนำเสนอผลการประเมินความเสี่ยง งานบริหารความเสี่ยงรวบรวม วิเคราะห์ สรุป และนำเสนอผลการประเมินความเสี่ยง เสร็จสิ้นภายในเดือนกรกฎาคม 2562 ดังนี้

1. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบ รวมทั้งให้ข้อเสนอเพื่อปรับแก้ไข ก่อนนำเสนอ คณะกรรมการประจำคณะฯ ต่อไป
2. คณะกรรมการประจำคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบ รวมทั้งให้ข้อเสนอเพื่อปรับแก้ไข ก่อนจัดทำรายงาน ผลการจัดการความเสี่ยง ส่งมหาวิทยาลัยมหิดล ต่อไป
3. จัดทำรายงานผลการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563 ส่งมหาวิทยาลัยมหิดล

กระบวนการติดตามความเสี่ยง



รูปภาพที่ 9 กระบวนการประเมินความเสี่ยง

กระบวนการที่ 1 ดำเนินการจัดการความเสี่ยง หน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง ดำเนินการจัดการความเสี่ยงตามแผนที่กำหนดไว้จากกระบวนการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563 เมื่อเดือนกรกฎาคม 2562 ที่ผ่านมา

กระบวนการที่ 2 ดำเนินการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง งานบริหารความเสี่ยง และเจ้าของความเสี่ยง ดำเนินการ ดังนี้

1. งานบริหารความเสี่ยง ส่งหนังสือการติดตามฯ ไปยังหน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง ปีงบประมาณละ 2 ครั้ง ดังนี้
 - ครั้งที่ 1 ส่งหนังสือการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ในเดือนมีนาคม 2563 โดยจะติดตามข้อมูลผลการจัดการความเสี่ยงช่วงระยะเวลาระหว่าง 1 ตุลาคม 2562 – 31 มีนาคม 2563
 - ครั้งที่ 2 ส่งหนังสือการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ในเดือนกันยายน 2563 โดยจะติดตามข้อมูลผลการจัดการความเสี่ยงช่วงระยะเวลาระหว่าง 1 เมษายน 2563 – 30 กันยายน 2563
2. หน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง รายงานผลการจัดการความเสี่ยง และนำเสนอต่อรองคณบดีที่กำกับ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ก่อนส่งกลับมายังงานบริหารความเสี่ยง ตามระยะเวลาที่กำหนด
3. งานบริหารความเสี่ยงรวบรวม และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าของความเสี่ยง พร้อมทั้งให้คำปรึกษา แจกข้อเสนอแนะ รวมถึงขอข้อมูลในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนเพิ่มเติม เพื่อให้เจ้าของความเสี่ยงดำเนินการแก้ไข และนำเสนอต่อรองคณบดีที่กำกับ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ก่อนส่งกลับมายังงานบริหารความเสี่ยง อีกครั้ง

กระบวนการที่ 3 ดำเนินการวิเคราะห์ และนำเสนอผลการจัดการความเสี่ยง งานบริหารความเสี่ยงรวบรวม วิเคราะห์สรุป และนำเสนอผลการจัดการความเสี่ยง ดังนี้

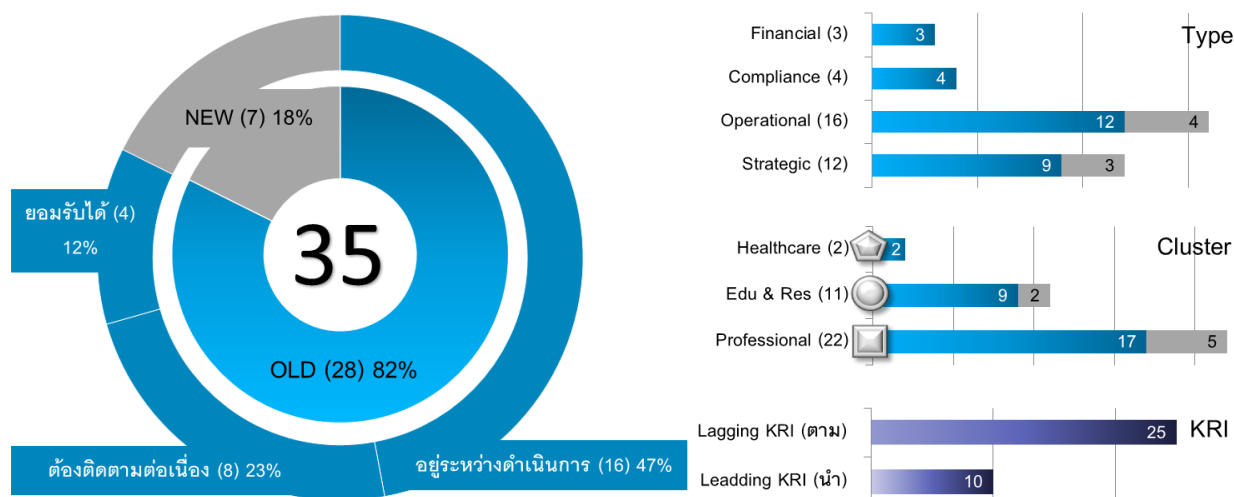
4. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบ
 - ครั้งที่ 1 เดือนพฤษภาคม 2563
 - ครั้งที่ 2 เดือนพฤศจิกายน 2563
5. คณะกรรมการประจำคณะฯ พิจารณา และรับทราบผลการจัดการความเสี่ยง เดือนพฤศจิกายน 2563
6. จัดทำรายงานผลการจัดการความเสี่ยง ส่งมหาวิทยาลัยมหิดล
 - ครั้งที่ 1 เดือนพฤษภาคม 2563
 - ครั้งที่ 2 เดือนพฤศจิกายน 2563

ผลการบริหารความเสี่ยง

ผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง

ภาพรวมผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง

จากการดำเนินการเพื่อประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563 พบว่า คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีความเสี่ยงทั้งสิ้นจำนวน 35 ความเสี่ยง สามารถอธิบายในภาพรวมได้ ดังนี้



รูปภาพที่ 10 ภาพรวมผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง

ความเสี่ยงเดิม และ ความเสี่ยงใหม่

เมื่อพิจารณาจากลักษณะของทั้ง 35 ความเสี่ยง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงเดิมที่ยกมาจาก ปีงบประมาณ 2562 และบางส่วนเป็นความเสี่ยงใหม่ ในปีงบประมาณ 2563 ดังนี้

- ความเสี่ยงเดิม:* ความเสี่ยงเดิมที่ยกมาจากปีงบประมาณ 2562 ทั้งสิ้นจำนวน 28 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 82 ($28 \times 100 / 35$) ของความเสี่ยงทั้งหมด แบ่งตามระดับความสามารถในการจัดการความเสี่ยงที่ยกมา ดังนี้
1. ความเสี่ยงอยู่ในระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้ จำนวน 16 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 47 ($16 \times 100 / 28$) ของความเสี่ยงเดิมประจำปีงบประมาณ 2563 ทั้งหมด ความเสี่ยงที่มีความสามารถในการจัดการระดับนี้ เป็นความเสี่ยงที่ยังดำเนินการตามกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ไม่เสร็จสิ้นภายในปีงบประมาณ 2562 เนื่องจาก เป็นการดำเนินการตามแผนประจำปีการศึกษา (1 สิงหาคม 2562 – 31 กรกฎาคม 2563) หรือแผนตามปีปฏิทิน (1 มกราคม 2562 – 31 ธันวาคม 2562) หรือแผนโครงการต่อเนื่อง (ดำเนินการต่อเนื่อง 3 – 5 ปี) จึงไม่สามารถประเมินผลการจัดการความเสี่ยงได้ภายในปีงบประมาณ 2562 และจำเป็นต้องยกมาบริหารจัดการต่อ ในปีงบประมาณ 2563 ต่อไป

2. ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง จำนวน 8 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 23 ($8 \times 100 / 28$) ของความเสี่ยงเดิมประจำปีงบประมาณ 2563 ทั้งหมด ความเสี่ยงที่มีความสามารถในการจัดการระดับนี้ เป็นความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถควบคุม หรือจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่คณะฯ สามารถยอมรับได้ ในปีงบประมาณ 2562 จำเป็นต้องยกมาบริหารจัดการต่อไป
3. สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ จำนวน 4 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 12 ($4 \times 100 / 28$) ของความเสี่ยงเดิมประจำปีงบประมาณ 2563 ทั้งหมด ความเสี่ยงที่มีความสามารถในการจัดการระดับนี้ เป็นความเสี่ยงที่สามารถควบคุม หรือจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่คณะฯ สามารถยอมรับได้ใน ปีงบประมาณ 2562 แต่ได้รับการพิจารณาให้ยกมาติดตาม และควบคุมต่อไปในปีงบประมาณ 2563

ความเสี่ยงใหม่: ความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้เป็นความเสี่ยงใหม่ ประจำปีงบประมาณ 2563 มีจำนวน 7 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 18 ($7 \times 100 / 35$) ของความเสี่ยงทั้งหมด เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการพบโอกาสในการพัฒนาระบบต่างๆ ของคณะฯ รวมถึงเกิดจากการพิจารณาความเสี่ยงให้ครอบคลุมเป้าหมาย ข้อตกลงการปฏิบัติงาน (PA) และการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงตามแนวทางการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) เรื่องการป้องกันการทุจริต โดยเป็นการประเมินความเสี่ยงของการดำเนินงาน ที่อาจก่อให้เกิดการทุจริต (Fraud) หรือการขัดกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตน กับผลประโยชน์ส่วนรวม (Conflict of Interest)

ประเภทของความเสี่ยง

เมื่อพิจารณาประเภทของความเสี่ยงจากทั้ง 35 ความเสี่ยง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) และด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) ดังนี้

1. ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) แทนด้วยสัญลักษณ์ S จำนวน 12 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 34.29 ($12 \times 100 / 35$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 9 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 3 ความเสี่ยง ความเสี่ยงประเภทนี้มีมากเป็นอันดับ 2 เนื่องจาก ความเสี่ยงระดับองค์กร (Enterprise Risk Management: ERM) จะพิจารณาจากแผนยุทธศาสตร์เป็นกรอบในการดำเนินการ จึงทำให้มีความเสี่ยงประเภทนี้ ในทุกพันธกิจ
2. ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) แทนด้วยสัญลักษณ์ O จำนวน 16 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 45.71 ($16 \times 100 / 35$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 12 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 4 ความเสี่ยง ความเสี่ยงประเภทนี้มีจำนวนมากที่สุด เนื่องจาก เกี่ยวข้องกับกระบวนการในการดำเนินการต่างๆ ทั้งในพันธกิจหลัก และพันธกิจสนับสนุน จึงทำให้มีความเสี่ยงประเภทนี้ ในทุกพันธกิจ
3. ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) แทนด้วยสัญลักษณ์ C จำนวน 4 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 11.43 ($4 \times 100 / 35$) ของความเสี่ยงทั้งหมด
4. ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) แทนด้วยสัญลักษณ์ F จำนวน 3 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 8.57 ($3 \times 100 / 35$) ของความเสี่ยงทั้งหมด

ความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster

เมื่อพิจารณาแบ่งความเสี่ยงตาม Cluster พบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงจาก Cluster Professional Service เนื่องจาก มีจำนวนหน่วยงานภายในกลุ่ม Cluster มากที่สุด ครอบคลุมทั้งหน่วยงานตามพันธกิจหลัก และพันธกิจสนับสนุน ตามด้วยความเสี่ยงจาก Cluster Education and Research และ ความเสี่ยงจาก Cluster Healthcare System ดังนี้

1. Cluster Education and Research จำนวน 11 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 31.43 ($11 \times 100 / 35$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 9 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 2 ความเสี่ยง
2. Cluster Healthcare System จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 5.71 ($2 \times 100 / 35$) ของความเสี่ยงทั้งหมด
3. Cluster Professional Service มีความเสี่ยงมากที่สุดจำนวน 22 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 62.86 ($22 \times 100 / 35$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 17 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 5 ความเสี่ยง

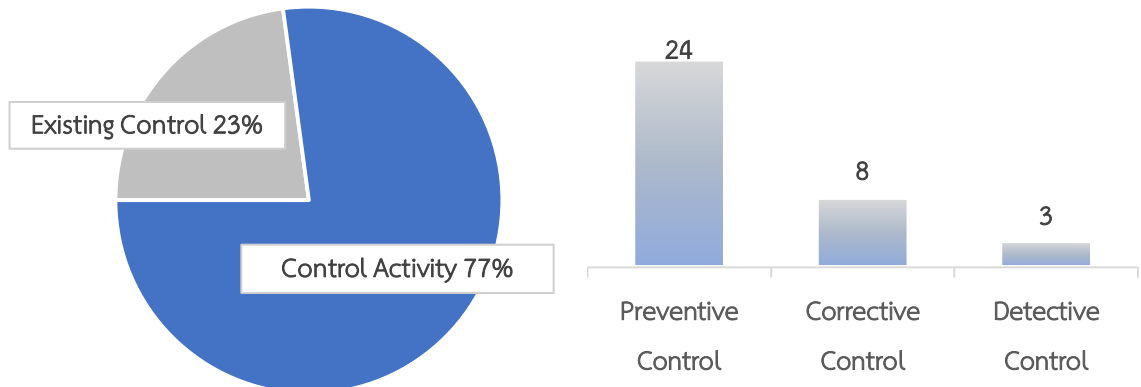
จากภาพรวมผลการประเมินความเสี่ยงดังกล่าว สามารถสรุปจำนวนความเสี่ยง แบ่งตาม Cluster แยกตามพันธกิจ ประเภทของความเสี่ยง และลักษณะของความเสี่ยง เก่า/ใหม่ ได้ตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster แยกตามพันธกิจ ประเภท และ ลักษณะของความเสี่ยง

พันธกิจ	ความเสี่ยงเดิม					ความเสี่ยงใหม่				
	S	O	C	F	รวม	S	O	C	F	รวม
Cluster Education and Research										
ด้านการศึกษา	1	3	0	0	4	0	0	0	0	0
ด้านการวิจัย	1	0	1	1	3	0	0	0	0	0
ด้านวิเทศสัมพันธ์	1	1	0	0	2	2	0	0	0	2
Cluster Healthcare System										
ด้านการดูแลสุขภาพ	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0
ศูนย์สนับสนุนพันธกิจ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cluster Professional Service										
ด้านทรัพยากรบุคคล	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0
ด้านสารสนเทศ	3	2	0	0	5	0	1	0	0	1
ด้านการเงินและงบประมาณ	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0
ด้านจัดซื้อและพัสดุ	0	0	2	0	2	0	1	0	0	1
ด้านวิชาการและวัฒนธรรม	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
ด้านคุณภาพ	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
ด้านกายภาพฯ	0	5	0	0	5	0	1	0	0	1
ด้านสื่อสารองค์กร	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
ด้านสร้างเสริมสุขภาพ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ลักษณะของกิจกรรมการควบคุม

เมื่อพิจารณาลักษณะของแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563 พบว่า คณะฯ ใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ดังนี้



รูปภาพที่ 11 ลักษณะของกิจกรรมการควบคุม

- ใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มากถึงร้อยละ 69 (24x100/35) ครอบคลุมตั้งแต่ระดับความเสี่ยงสูงมาก ไปจนถึงระดับความเสี่ยงต่ำ กระจายตัวทั่วตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) เนื่องจากกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) หรืองานประจำไม่เพียงพอในการควบคุมหรือจัดการความเสี่ยง
- ใช้กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบันหรืองานประจำ (Existing Control) ร้อยละ 31 (11x100/35) พบในความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลาง-ต่ำ ที่มีการบริหารจัดการความเสี่ยงมาแล้วระยะหนึ่ง รวมถึงพบว่ากิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน หรือ งานประจำ (Existing Control) เพียงพอในการควบคุม หรือจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่คณะฯ สามารถยอมรับได้

ทั้งนี้เมื่อแบ่งประเภทของกิจกรรมการควบคุม ทั้งจากกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) พบว่า คณะฯ ใช้กิจกรรมการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control) เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงมากที่สุด ที่ร้อยละ 69 (24x100/35) ของความเสี่ยงทั้งหมด และใช้กิจกรรมการควบคุมแบบแก้ไข (Corrective Control) ในการแก้ปัญหาซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงที่พบในปัจจุบัน ร้อยละ 23 (8x100/35) รวมถึงใช้กิจกรรมการควบคุมแบบค้นหา (Detective Control) ในการค้นหาข้อควรพัฒนา (Weaknesses/Threats) ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในอนาคต ร้อยละ 9 (3x100/35)

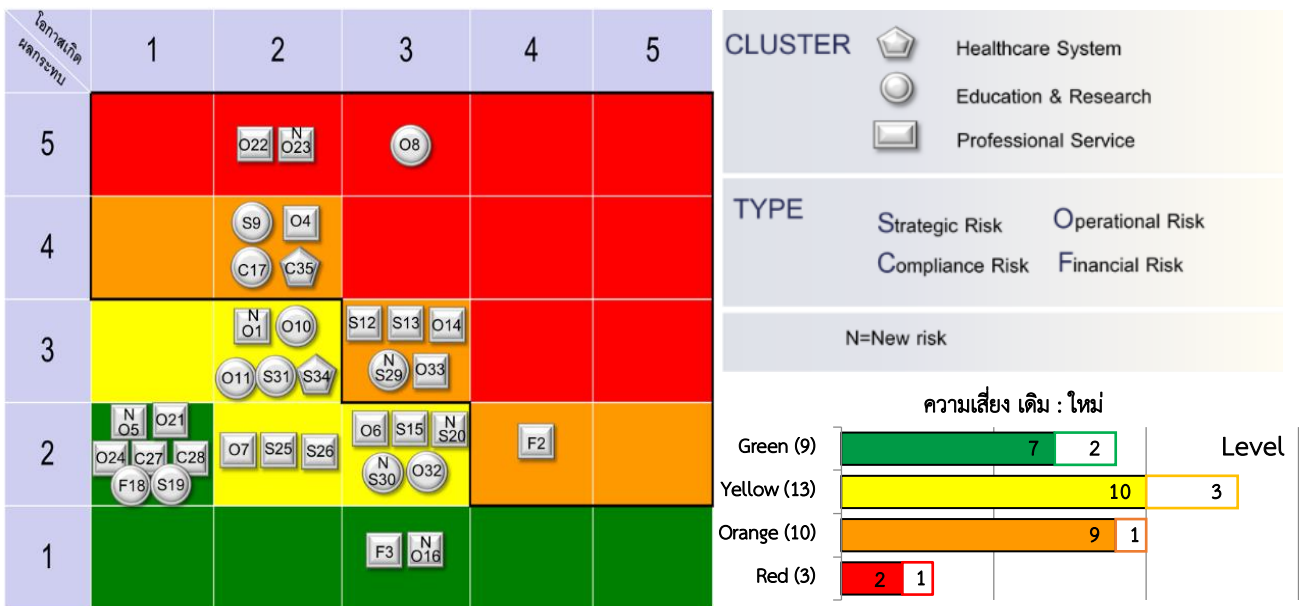
เมื่อพิจารณาจากสัดส่วนดังกล่าวพบว่าคณะฯ ใช้กิจกรรมการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control) เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2562 ที่ร้อยละ 57 (20x100/39) เป็นร้อยละ 69 (24x100/35) ในปีงบประมาณ 2563 เนื่องจากในปีงบประมาณ 2562 คณะฯ มีการบริหารความเสี่ยงเชิงรุกจากการพิจารณาระบบ และ/หรือ กระบวนการงานประจำ เพื่อค้นหาข้อควรพัฒนา (Weaknesses/Threats) ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในอนาคตมากขึ้น ดังนั้นในปีงบประมาณ 2563 คณะฯ จึงนำข้อควรพัฒนาที่พบมากำหนดเป็นกิจกรรมการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control) เพื่อใช้ในการป้องกันเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ ที่อาจเกิดจากข้อควรพัฒนาที่พบ

ลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยง

เมื่อพิจารณาลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยงในภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่คณะฯ ใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) มากถึง 25 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 71 (25x100/35) ของความเสี่ยงทั้งหมด และ ใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) เพียง 10 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 29 (10x100/35) ของความเสี่ยงทั้งหมด โดยสาเหตุที่คณะฯ มีตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ในสัดส่วนที่มากกว่าอย่างชัดเจนนี้ เนื่องจาก เจ้าของความเสี่ยงนิยมใช้เป้าหมายของการดำเนินงานตามกิจกรรม และ ตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) มากำหนดเป็นตัวชี้วัดความเสี่ยง เพราะง่ายต่อการเก็บข้อมูล และสามารถให้ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม ตรงไปตรงมา แต่เนื่องจากตัวชี้วัดความเสี่ยงลักษณะนี้ไม่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของความเสี่ยง (Sensitive) จึงไม่สามารถใช้เป็นเครื่องมือเตือน (Early Warning) ระหว่างการบริหารความเสี่ยงได้ ดังนั้น จึงเป็นโจทย์สำคัญของงานบริหารความเสี่ยง ที่จะดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบการกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยงของคณะฯ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้นในอนาคต

ระดับความเสี่ยงของคณะฯ

เมื่อพิจารณาระดับความเสี่ยงในภาพรวมพบว่า ความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563 มีระดับความเสี่ยงครอบคลุมตั้งแต่ระดับความเสี่ยงสูงมาก ไปจนถึงระดับความเสี่ยงต่ำ กระจายตัวทั่วตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) ดังนี้



รูปภาพที่ 12 ระดับความเสี่ยงของคณะฯ

1. ระดับความเสี่ยงสูงมาก (Red Zone) จำนวน 3 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 8.57 ($3 \times 100 / 35$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 2 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 1 ความเสี่ยง
2. ระดับความเสี่ยงสูง (Orange Zone) จำนวน 10 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 28.57 ($10 \times 100 / 35$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 9 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 1 ความเสี่ยง
3. ระดับความเสี่ยงปานกลาง (Yellow Zone) มีความเสี่ยงมากที่สุดจำนวน 13 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 37.14 ($13 \times 100 / 35$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 10 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 3 ความเสี่ยง
4. ระดับความเสี่ยงต่ำ (Green Zone) จำนวน 9 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 25.71 ($9 \times 100 / 35$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 7 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 2 ความเสี่ยง

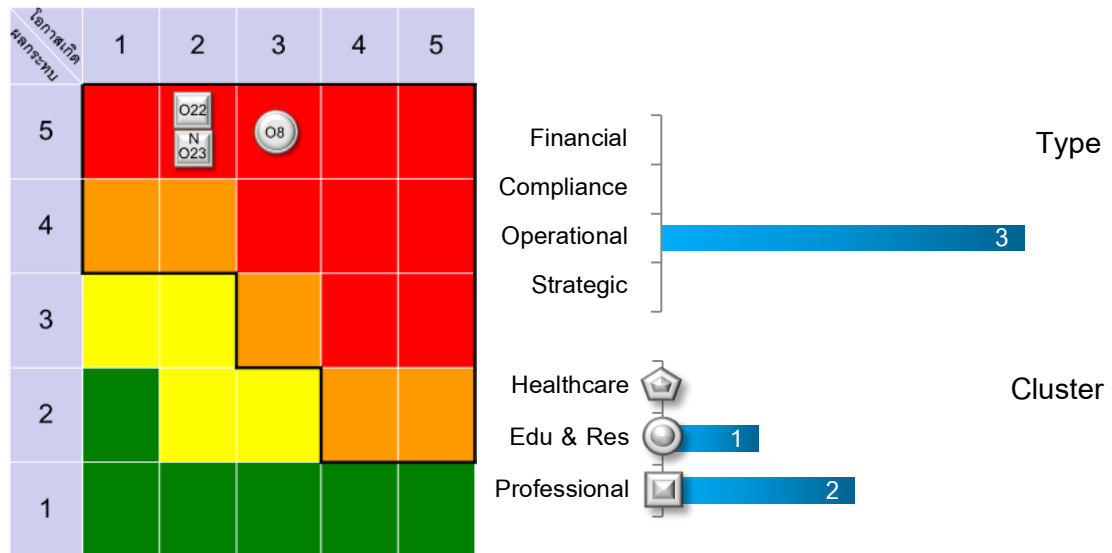
เมื่อวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงในภาพรวม พบว่า ความเสี่ยงเดิมจากปีงบประมาณ 2562 ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่สามารถจัดการ หรือควบคุมให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้มาแล้วระยะหนึ่ง ดังนั้น ระดับความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงอยู่ในระดับปานกลาง (Yellow Zone) และระดับต่ำ (Green Zone) สำหรับความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงมาก (Red Zone) และสูง (Orange Zone) เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงคงที่จากปีงบประมาณ 2562 เนื่องจาก เป็นความเสี่ยงตามธรรมชาติของลักษณะองค์กร หรือลักษณะงาน ตั้งแต่ระดับนโยบาย มาตรฐานการปฏิบัติงาน ไปจนถึงระดับกระบวนการสำคัญ ความเสี่ยงเหล่านี้ส่วนใหญ่จึงเป็นความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) และด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ที่ต้องใช้เวลาและอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงานในการบริหารจัดการ รวมถึงพบว่า มักมีปัจจัยภายนอกเข้ากระทบต่อการดำเนินงาน จำเป็นต้องบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง

สำหรับระดับความเสี่ยงของความเสี่ยงใหม่ พบกระจายตัวทั่วตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน โดยเกิดจากการพบโอกาสพัฒนาจากระบบต่างๆ ภายในคณะฯ ทั้งระบบครุภัณฑ์สารสนเทศ (IT) ระบบการพัฒนาบุคลากร (Competency) ระบบรักษาความปลอดภัย รวมถึงพิจารณาความเสี่ยงให้ครอบคลุมเป้าหมายข้อตกลงการปฏิบัติงาน (PA) และการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงตามแนวทางการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) เรื่องการป้องกันการทุจริต โดยเป็นการประเมินความเสี่ยงของการดำเนินงาน ที่อาจก่อให้เกิดการทุจริต (Fraud) หรือการขัดกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนกับผลประโยชน์ส่วนรวม (Conflict of Interest)

ผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง แยกตามระดับความเสี่ยง

ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone)

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) ทั้ง 3 ความเสี่ยง พบประเด็นที่น่าสนใจในภาพรวม ดังนี้



รูปภาพที่ 13 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone)

ความเสี่ยงเดิม และ ความเสี่ยงใหม่: เมื่อพิจารณาลักษณะของทั้ง 3 ความเสี่ยง พบว่า เป็นความเสี่ยงใหม่ จำนวน 1 ความเสี่ยง และความเสี่ยงเดิมที่มีระดับความเสี่ยง คงที่ จากปีงบประมาณ 2562 จำนวน 2 ความเสี่ยง โดยทั้ง 3 ความเสี่ยง ล้วนเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากระบบการบริหารจัดการภายในคณะฯ ทั้งจากงานประจำ และการจัดการความเสี่ยงที่ยังไม่ชัดเจน ซึ่งเป็นผลมาจากนโยบาย และ/หรือ เป้าหมายของคณะฯ ที่มีขอบเขตการบริหารจัดการขนาดใหญ่ ซับซ้อน ต้องอาศัยระยะเวลา และดำเนินงานร่วมกับหลายหน่วยงาน รวมถึงพบว่า ความเสี่ยงเหล่านี้ มีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) จึงมักได้รับผลกระทบโดยตรง หากมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้น

ประเภทของความเสี่ยง: จากลักษณะของความเสี่ยงดังกล่าว สามารถระบุได้ว่า ประเภทของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงมาก (Red Zone) ประจำปีงบประมาณ 2563 ทั้งหมด เป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ที่เกิดจากข้อควรพัฒนา และการพบโอกาสพัฒนา จากระบบการบริหารจัดการสำคัญของคณะฯ ซึ่งมีโอกาสที่จะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายของคณะฯ ในระดับที่สูงมาก หากคณะฯ ไม่สามารถบริหารจัดการความเสี่ยง ให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้

ความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster: เมื่อพิจารณาแบ่งความเสี่ยงตาม Cluster พบว่า เป็นความเสี่ยงเดิมจาก Cluster Education and Research ด้านการศึกษา ที่เกี่ยวข้องกับการปรับระบบการศึกษา ร่วมกับการปรับหลักสูตร ระดับแพทยศาสตร์บัณฑิตใหม่ จำนวน 1 ความเสี่ยง และความเสี่ยงจาก Cluster Professional Service ด้านกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาความปลอดภัยสำคัญของคณะฯ จำนวน 2 ความเสี่ยง ประกอบด้วย ความเสี่ยงเดิมจำนวน 1 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 1 ความเสี่ยง

ทั้งนี้พบว่า ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) ทั้งหมด สามารถเชื่อมโยงยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ 2563 - 2566 และยุทธศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ 2560 – 2563 ได้ตามตารางที่ 8 ดังนี้

ตารางที่ 8 แสดงความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยฯ	คณะฯ
Cluster Education & Research					
ด้านการศึกษา	O8 การเตรียมทรัพยากรเพื่อรองรับหลักสูตรแพทยศาสตร์บัณฑิตใหม่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (เน้นทรัพยากรบุคคล)	3	5	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-based education
Cluster Professional Service					
ด้านกายภาพฯ	O22 การเกิดอัคคีภัย	2	5	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 7. Green campus & Shared service facility management
ด้านกายภาพฯ	O23 เกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรงภายในแผนกฉุกเฉิน (ใหม่)	2	5	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 7. Green campus & Shared service facility management

Cluster Education & Research

ด้านการศึกษา (ระดับปริญญา) จำนวน 1 ความเสี่ยง

O8 การเตรียมทรัพยากรเพื่อรองรับหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตใหม่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2562)

ประเภทของความเสี่ยง: ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

ลักษณะของความเสี่ยง: เป็นความเสี่ยงที่ได้รับการประเมินในปีงบประมาณ 2562 เนื่องจากคณะฯ ปรับเปลี่ยนระบบการจัดการเรียนการสอน ร่วมกับปรับหลักสูตร ระดับแพทยศาสตรบัณฑิตใหม่ ซึ่งจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงใน 2 ส่วนสำคัญ ดังนี้

- 1) การเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการบริหารจัดการ จาก Departmentalize เป็น Centralize โดยการรวบรวมภาระงาน และความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับระบบการจัดการเรียนการสอนจากภาควิชาต่างๆ เข้าสู่ความรับผิดชอบของส่วนกลางทั้งหมด
- 2) การเปลี่ยนแปลงสถานที่ศึกษาของนักศึกษาแพทย์ จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เขตพญาไท เป็นสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (CNMI) จังหวัด สมุทรปราการ

จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว พบอุปสรรคและโอกาสพัฒนา ซึ่งเป็นสาเหตุที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง 6 สาเหตุสำคัญ ดังนี้

- 1) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ไม่มีความชำนาญในการบริหารจัดการชั้นพรีคลินิก เนื่องจาก เดิมใช้ระบบและความรับผิดชอบของคณะวิทยาศาสตร์ แต่ต้องเปลี่ยนมาใช้ระบบ และการบริหารจัดการ โดยคณะฯ เป็นผู้ความรับผิดชอบเอง
- 2) เจ้าหน้าที่ส่วนกลางไม่มีความชำนาญในการบริหารจัดการรายวิชา เนื่องจาก เดิมภาควิชาต่างๆ เป็นผู้รับผิดชอบหลัก แต่ต้องเปลี่ยนเป็นการบริหารจัดการโดยส่วนกลาง ตั้งแต่เริ่มกระบวนการจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ (ทั้งประธานรายวิชา เจ้าหน้าที่บริหาร เจ้าหน้าที่สนับสนุน และอื่นๆ) ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการบริหารจัดการจาก Departmentalize เป็น Centralize ที่กล่าวไปข้างต้น
- 3) ต้องอาศัยความร่วมมือในการบริหารจัดการจากหลายหน่วยงาน เนื่องจาก หลักสูตรปรับปรุงใหม่ มีความเชื่อมโยงระหว่างรายวิชา จึงต้องมีการบูรณาการเพื่อสร้างความเชื่อมโยงให้เกิดขึ้น
- 4) ต้องพัฒนาโครงสร้าง และระบบงาน ให้เกิดความสอดคล้องกันระหว่างงานแพทยศาสตรศึกษา งานบริหารการศึกษา และโรงเรียนแพทย์รามาธิบดี สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (CNMI)
- 5) การเตรียมอาจารย์แพทย์ ที่จะปฏิบัติหน้าที่ที่สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (CNMI) ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
- 6) จำนวนเตียงและผู้ป่วยไม่เป็นไปตามแผน

ลักษณะของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity): เมื่อพิจารณาจากลักษณะและสาเหตุข้างต้น พบว่า การวางระบบ และความพร้อมของทรัพยากรด้านต่างๆ จะส่งผลต่อประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นส่วนสำคัญต่อความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนระบบการจัดการเรียนการสอน และปรับหลักสูตรระดับแพทยศาสตรบัณฑิตใหม่ที่เกิดขึ้น ดังนั้นคณะฯ จึงกำหนดกิจกรรมการควบคุมที่มุ่งเน้น ในการลดโอกาสเกิดความเสี่ยง (Preventive Control Activity) ดังนี้

- 1) กำหนดกรอบอัตรากำลังและโครงสร้างการบริหารงานด้านการศึกษาของโรงเรียนแพทย์
- 2) จัดทำกระบวนการทำงาน และระบบงานด้านการศึกษา (Work Process & Work Flow System)
- 3) การพัฒนาระบบบริหารการศึกษาโดยระบบสารสนเทศ (Student Life Cycle Management)
- 4) ปรับระบบการสรรหาและบรรจุอาจารย์แพทย์ และ Hospitalist ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
- 5) มอบหมายให้ภาควิชาเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนในกระบวนการต่างๆ
- 6) วางแผนในการรับผู้ป่วยประกันสังคม

ทั้งนี้พบว่า ระดับผลกระทบของความเสี่ยงข้อนี้ แปรผันตรงกับระดับโอกาสเกิด กล่าวคือหากสามารถ จัดการโอกาสเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้ระดับผลกระทบมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน

ลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยง: เป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่ใช้ในการวัดเป้าหมายของ ทรัพยากรสำคัญ ที่ต้องการ ดังนี้

- 1) จำนวนเจ้าหน้าที่ด้านการศึกษาภายใต้โรงเรียนแพทย์เป็นไปตามกรอบอัตรากำลังที่กำหนด
- 2) จำนวนอาจารย์ที่รับผิดชอบงานส่วนกลางในการบริหารจัดการหลักสูตรเป็นไปตามที่กำหนด
- 3) จำนวนเตียงและผู้ป่วยเป็นไปตามที่กำหนด

ระดับความเสี่ยงของคณะฯ: ระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงมาก (โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 5) เนื่องจาก เป็นความเสี่ยงสำคัญตามพันธกิจหลักด้านการศึกษาของคณะฯ ที่สามารถส่งผลกระทบเชิงลบต่อ ระบบการเรียนการสอน และอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทิศทางเดียวกัน ของความเสี่ยง เรื่อง การเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตลดระดับลง (Ranking) ด้วย รวมถึงพบว่า ความเสี่ยง ข้อนี้ เริ่มมีการดำเนินการที่ชัดเจนและต่อเนื่องเมื่อปลายปีงบประมาณ 2562 จึงพบอุปสรรค และปัจจัยที่ไม่ได้ คาดการณ์ไว้ ระดับความเสี่ยงจึง คงที่ จากการประเมินความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563

Cluster Professional Service

ด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (รักษาความปลอดภัย) จำนวน 2 ความเสี่ยง

O22 การเกิดอัคคีภัย (2557)

ประเภทของความเสี่ยง: ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

ลักษณะของความเสี่ยง: เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำ - ต่ำมาก ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 และได้รับการปรับให้เป็นความเสี่ยงในระดับสูงมาก ในปีงบประมาณ 2561 เนื่องจากมุมมองการประเมินความเสี่ยงและการให้ความสำคัญต่อความเสี่ยงของผู้บริหารชุดใหม่⁵ เพื่อให้สอดคล้องกับการให้ความสำคัญในการจัดทำแผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน (Business Continuity Management: BCM) ของมหาวิทยาลัยมหิดล ในขณะที่แผนการบริหารความต่อเนื่องในการดำเนินงาน (Business Continuity Plan: BCP) ของคณะฯ ยังขาดความชัดเจน และยังไม่ครอบคลุม รวมถึงพบว่า อุปสรรค และโอกาสพัฒนาทั้งด้านกายภาพและด้านบุคคล ซึ่งเป็นสาเหตุที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงยังไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม หรือเพียงพอ เป็นสาเหตุสำคัญอย่างต่อเนื่อง 5 สาเหตุ ดังนี้

- 1) อาคารต่างๆ เป็นอาคารเก่า มีอายุการใช้งานมานาน
- 2) ระบบโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) เสื่อมสภาพ มีอายุการใช้งานมานาน
- 3) การเกิดไฟฟ้าลัดวงจร
- 4) บุคลากร และ/หรือ เจ้าหน้าที่ภายในคณะฯ ประมาท ไม่ระมัดระวัง
- 5) บุคลากรลืมนถอดปลั๊กไฟ และอุปกรณ์ไฟฟ้าทุกชนิด

ลักษณะของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity): มุ่งเน้นในการป้องกันและรองรับความเสียหายที่อาจเกิดจากความเสี่ยง (Preventive Control Activity) ที่มีการดำเนินงานมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 ดังนี้

- 1) ดำเนินการติดตั้งระบบหัวกระจายน้ำดับเพลิง Sprinkler water ให้ครบทุกจุดของอาคาร
- 2) ดำเนินการฝึกอบรมการดับเพลิงขั้นต้นให้กับบุคลากรทุกระดับ รวมทั้งบุคลากรบรรจุใหม่ ตามกฎกระทรวงเกี่ยวกับการป้องกันและระงับอัคคีภัย
- 3) เพิ่มแผนการบริหารความต่อเนื่องในการดำเนินงาน (BCP) ด้านอัคคีภัย ในการรองรับกรณีมีผู้ได้รับผลกระทบ (กรณีทีคณะฯ ดำเนินงานต่อไม่ได้) โดยนำแผนอัคคีภัยที่มีอยู่ รวมเข้าสู่แผนการบริหารความต่อเนื่องในการดำเนินงาน (BCP) ของคณะฯ

ลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยง: ส่วนใหญ่เป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่ใช้ในการวัดจำนวนและความรุนแรงของการเกิดอัคคีภัย รวมถึงมีตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) ที่วัดจากพฤติกรรมของบุคลากรภายในคณะฯ ดังนี้

- 1) จำนวนรับแจ้งเหตุอัคคีภัยไม่เกิน 5 ครั้ง/ปีงบประมาณ
- 2) จำนวนการเกิดอัคคีภัยลุกลามจนไม่สามารถดับได้ จำนวน 0 ครั้ง/ปีงบประมาณ
- 3) จำนวนครั้งการลืมนถอดอุปกรณ์ไฟฟ้าไม่เกิน 12 ครั้ง/ปีงบประมาณ

ระดับความเสี่ยงของคณะฯ: ระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงมาก (โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 5) ตามลักษณะธรรมชาติของความเสี่ยง ซึ่งสามารถส่งผลกระทบเชิงลบที่รุนแรง และอันตรายถึงชีวิต รวมถึงพบว่า พฤติกรรมประมาทของบุคลากรเป็นปัจจัยที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ ระดับความเสี่ยงจึง คงที่ จากการประเมินความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563

5 ธันวาคม 2558 - ธันวาคม 2562

O23 เกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรงภายในแผนกฉุกเฉิน (2563)

ประเภทของความเสียหาย: ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

ลักษณะของความเสียหาย: เป็นความเสี่ยงใหม่ที่ได้รับการประเมินในปีงบประมาณ 2563 ซึ่งเกิดจากปัจจัยภายนอก ร่วมกับการพบโอกาสในการพัฒนาระบบสำคัญของคณะฯ เนื่องจาก ปัจจุบันมีเหตุการณ์ทะเลาะวิวาท และการใช้ความรุนแรงจากบุคคลภายนอก ภายในสถานพยาบาลต่างๆ เพิ่มมากขึ้น จึงเป็นประเด็นที่ส่งผลให้คณะฯ ต้องทบทวนระบบการรักษาความปลอดภัยภายใน รวมถึงต้องพัฒนาระบบดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น โดยระบุสาเหตุที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงจากปัจจัยภายนอกได้ 2 สาเหตุ ดังนี้

- 1) ญาติผู้ป่วยพกพาอาวุธและใช้ข่มขู่เจ้าหน้าที่ในแผนกฉุกเฉิน
- 2) บุคคลภายนอกเข้ามาทะเลาะวิวาทภายในแผนกฉุกเฉิน

ลักษณะของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity): เมื่อพิจารณาจากลักษณะของความเสียหาย และสาเหตุข้างต้น พบว่า พฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์ของบุคคลภายนอก เป็นปัจจัยที่ควบคุมยาก คณะฯ จึงมุ่งเน้นในการป้องกันและรองรับความเสียหายที่อาจเกิดจากความเสียหาย (Preventive Control Activity) จากระบบการรักษาความปลอดภัย ภายในของคณะฯ ดังนี้

- 1) จัดอบรมทักษะการป้องกันตัวขั้นสูง และตั้งทีมงานเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยเฉพาะกิจ ทั้ง 3 ผลัด สำหรับควบคุมสถานการณ์ จับผู้ป่วย/ญาติ/บุคคลภายนอก
- 2) ฝึกซ้อมแผนการระงับเหตุรุนแรงภายในพื้นที่แผนกฉุกเฉิน ประจำปี

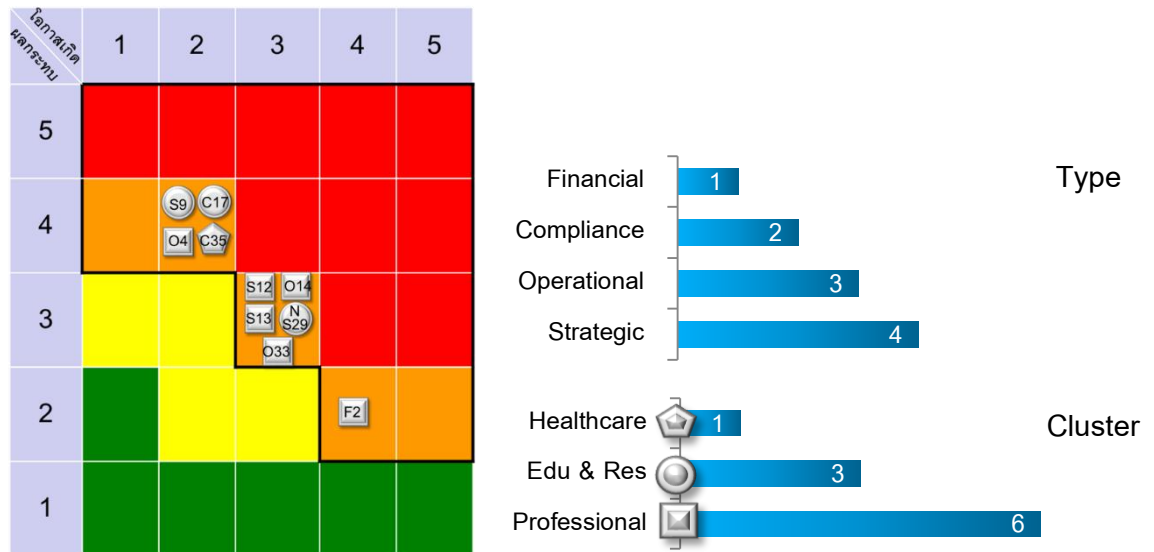
ลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยง: เป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่ใช้ในการวัดจำนวน และความรุนแรงของการเกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรงภายในแผนกฉุกเฉิน ดังนี้

- 1) เกิดเหตุทะเลาะวิวาท (ระดับ 3) ภายในแผนกฉุกเฉิน ไม่สามารถควบคุมได้ 0 ครั้ง/ปีงบประมาณ
- 2) สถิติเจ้าหน้าที่ถูกทำร้ายร่างกายด้วยอาวุธ 0 ครั้ง/ปีงบประมาณ
- 3) เกิดเหตุความรุนแรงอันตรายถึงแก่ชีวิต 0 ครั้ง/ปีงบประมาณ

ระดับความเสี่ยงของคณะฯ: ระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงมาก (โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 5) ตามลักษณะธรรมชาติของความเสี่ยงในธุรกิจโรงพยาบาลที่พบได้มากในปัจจุบัน โดยความเสี่ยงลักษณะนี้สามารถส่งผลกระทบเชิงลบที่รุนแรง และอันตรายถึงชีวิต รวมถึงพบว่า พฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์ของบุคคลภายนอก ซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมยาก มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone)

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ทั้ง 10 ความเสี่ยง พบประเด็นที่น่าสนใจในภาพรวม ดังนี้



รูปภาพที่ 14 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone)

ความเสี่ยงเดิม และ ความเสี่ยงใหม่: เมื่อพิจารณาลักษณะของทั้ง 10 ความเสี่ยง พบว่า เป็นความเสี่ยงใหม่จำนวน 1 ความเสี่ยง และความเสี่ยงเดิมจากปีงบประมาณ 2562 จำนวน 9 ความเสี่ยง โดยทั้งหมดล้วนเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการพบอุปสรรคและโอกาสพัฒนาในระบบ และ/หรือ กระบวนการหลักสำคัญตามลักษณะธรรมชาติขององค์กร และ/หรือ หน่วยงาน (Core Business/Core Process) ซึ่งมีขอบเขตการบริหารจัดการขนาดใหญ่ ซับซ้อน ต้องอาศัยระยะเวลา และการดำเนินงานร่วมกับหลายหน่วยงาน รวมถึงพบว่า ความเสี่ยงเหล่านี้มีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) มักได้รับผลกระทบโดยตรงหากมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้น ส่งผลให้มีโอกาสปรับเป็นความเสี่ยงในระดับสูงมาก (Red Zone) ได้ง่าย จึงได้รับการประเมินว่าเป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับให้เกิดขึ้นได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง

สำหรับความเสี่ยงใหม่ นอกจากจะมีลักษณะร่วมเดียวกับความเสี่ยงเดิมที่กล่าวไปข้างต้น ยังพบว่า เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการพิจารณาให้ครอบคลุมภาระงานหลัก ตามเป้าหมายข้อตกลงการปฏิบัติงาน (PA⁶) ที่ตกลงไว้กับมหาวิทยาลัยด้วย

ประเภทของความเสี่ยง: ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) และ ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) โดยบางส่วนเป็นความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) และ ความเสี่ยงด้านการรายงาน/การเงิน (Financial/Reporting Risk) ซึ่งทั้งหมดเกี่ยวข้องกับระบบการบริหารจัดการสำคัญของคณะฯ ที่มีโอกาสส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ ในระดับที่สูง หรือ สูงมาก หากคณะฯ ไม่สามารถบริหารจัดการความเสี่ยง ให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้

6 Performance Agreement

ความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster: จากลักษณะความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริหารจัดการสำคัญของคณะฯ ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงเป็นความเสี่ยงจาก Cluster Professional Service โดยพบว่า ส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับพันธกิจ ด้านสารสนเทศ ทั้งจากภาระงานหลักของฝ่ายสารสนเทศ และจากการสนับสนุนงานด้านสารสนเทศ ในภาระงานของ พันธกิจอื่น เนื่องจาก คณะฯ ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดำเนินงาน และพัฒนาระบบต่างๆ ภายใน เพื่อขับเคลื่อนสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ ในแทบทุกหน่วยงาน ดังนั้น ฝ่ายสารสนเทศจึงมีบทบาทสำคัญ ต่อความสำเร็จตามเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ และความสำเร็จในการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ ด้วย

ทั้งนี้พบบางส่วนเป็นความเสี่ยงจาก Cluster Education and Research และ Cluster Healthcare System ซึ่งเป็นความเสี่ยงสำคัญตามธรรมชาติขององค์กรด้านการศึกษา และ องค์กรด้านสาธารณสุข ที่ได้รับการประเมินว่าไม่สามารถยอมรับให้เกิดขึ้นได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาความเชื่อมโยงด้านยุทธศาสตร์ พบว่า ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ทั้งหมด สามารถเชื่อมโยงยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2563 - 2566 และ ยุทธศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. 2560 - 2563 ได้ตามตารางที่ 9 ดังนี้

ตารางที่ 9 แสดงความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัย	คณะฯ
Cluster Education & Research					
ด้านการศึกษา	S9 การเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตลดระดับลง (Ranking)	2	4	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	Vision : สถาบันการแพทย์ชั้นนำในระดับสากล
ด้านการวิจัย	C17 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ถูกฟ้องร้องด้านการวิจัยในคน	2	4	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Global Research and Innovation	ยุทธศาสตร์ที่ 2. High impact research focus
ด้านวิเทศสัมพันธ์	S29 นักศึกษาระดับปริญญาที่ไปศึกษาแลกเปลี่ยนต่างประเทศ ไม่เป็นไปตามเป้า (ใหม่)	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-based education
Cluster Healthcare System					
ด้านการดูแลสุขภาพ	C35 การถูกฟ้องร้องจากกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาล/องค์กรภายนอก	2	4	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Health service management

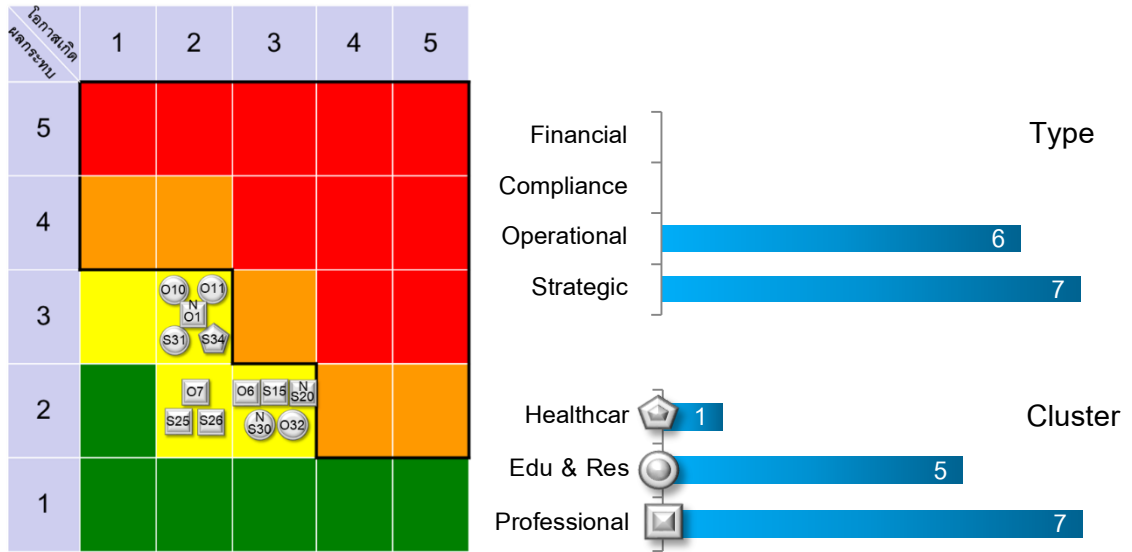
พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัย	คณะฯ
Cluster Professional Service					
ด้านการเงินและงบประมาณ	F2 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (Billing System)	4	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Health service management
ด้านสื่อสารองค์กร	O4 การจัดการด้านการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินไม่มีประสิทธิภาพ (ทั้งภายในและภายนอกคณะฯ)	2	4	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 5. Professional support Excellence
ด้านสารสนเทศ	S12 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้ โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. IT system as an enabler
ด้านสารสนเทศ	S13 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯ แต่ละกลุ่มได้ตามความต้องการ	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. IT system as an enabler
ด้านสารสนเทศ	O14 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับ	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. IT system as an enabler
ด้านสารสนเทศ	O33 ระบบ HIS ⁷ ที่ CNMI ⁸ ไม่สามารถใช้งานได้ตามที่กำหนด	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. IT system as an enabler

7 Hospital Information System

8 สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์

ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone)

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้ง 13 ความเสี่ยง พบประเด็นที่น่าสนใจในภาพรวม ดังนี้



รูปภาพที่ 15 ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone)

ความเสี่ยงเดิม และ ความเสี่ยงใหม่: เมื่อพิจารณาลักษณะของทั้ง 13 ความเสี่ยง พบว่า เป็นความเสี่ยงใหม่ จำนวน 3 ความเสี่ยง และความเสี่ยงเดิมจากปีงบประมาณ 2562 จำนวน 10 ความเสี่ยง ดังนี้

ความเสี่ยงใหม่: เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากมุมมองของผู้บริหารเจ้าของความเสี่ยง ที่พิจารณาความเสี่ยงจากภาระงานที่มีแนวโน้มจะไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้า และอาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายของคณะฯ บางบางส่วน

ความเสี่ยงเดิม: เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการพบอุปสรรคและโอกาสพัฒนาในระบบ และ/หรือ กระบวนการตามลักษณะธรรมชาติขององค์กร และ/หรือ หน่วยงาน (Core Business/Core Process) ส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงลดลงจากปีงบประมาณ 2562 โดยได้รับการประเมินว่าเป็นความเสี่ยงในระดับที่สามารถยอมรับและควบคุมได้ เนื่องจาก มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ อย่างต่อเนื่อง มาแล้วระยะหนึ่ง

ประเภทของความเสี่ยง: ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) และ ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริหารจัดการ มาตรฐานการดำเนินงาน และการรับรองคุณภาพด้านต่างๆ ของคณะฯ ที่อาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายการดำเนินงาน ไปจนถึงอาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ของคณะฯ บางบางส่วน หากคณะฯ ไม่สามารถควบคุมความเสี่ยง ให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้

ความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster: ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงจาก Cluster Professional Service และ Cluster Education and Research ทั้งนี้พบความเสี่ยงจาก Cluster Healthcare System บางบางส่วน โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงตามธรรมชาติของคณะฯ ที่เกิดจากการพบอุปสรรค และโอกาสพัฒนาในระบบการบริหารจัดการ การดำเนินงานตามมาตรฐาน และการต่อยอดการรับรองคุณภาพด้านต่างๆ ที่มีการวางแผนบริหารจัดการ และรองรับความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ มาแล้วระยะหนึ่ง

เมื่อพิจารณาความเชื่อมโยงด้านยุทธศาสตร์ พบว่า ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด สามารถเชื่อมโยงยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2563 - 2566 และยุทธศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. 2560 - 2563 ได้ตามตารางที่ 10 ดังนี้

ตารางที่ 10 แสดงความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับปานกลาง (Yellow Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์

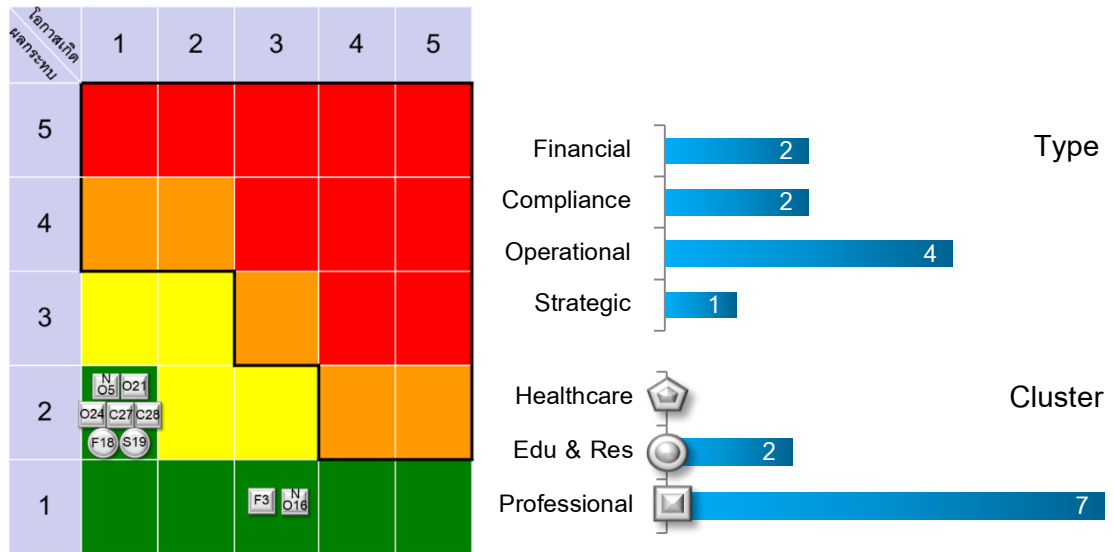
พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยฯ	คณะฯ
Cluster Education & Research					
ด้านการศึกษา	O10 จำนวนและคุณภาพของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่สมัครเข้ารับการศึกษามือถือบรรมไม่ได้ตามเป้าหมาย	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-based education
ด้านการศึกษา	O11 การดำเนินการเพื่อให้หลักสูตรมือถือบรรมแพทย์ประจำบ้านผ่านการตรวจประเมินตามเกณฑ์ WFME ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-based education
ด้านวิเทศสัมพันธ์	S30 จำนวนบันทึกข้อตกลงความร่วมมือด้านวิจัยที่มีความเคลื่อนไหวหรือดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ที่ต่ำกว่าเป้าหมาย (ใหม่)	3	2	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Global Research and Innovation	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-based education ยุทธศาสตร์ที่ 2. High impact research focus
ด้านวิเทศสัมพันธ์	S31 จำนวนบันทึกข้อตกลงความร่วมมือที่มีความเคลื่อนไหว หรือดำเนินการอย่างต่อเนื่องที่ต่ำกว่าเป้าหมาย	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-based education ยุทธศาสตร์ที่ 2. High impact research focus

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยฯ	คณะฯ
ด้านวิเทศสัมพันธ์	O32 ไม่สามารถรักษาบุคลากรด้านวิเทศสัมพันธ์ ให้คงอยู่ตามจำนวนงานที่มีและมีแนวโน้มงานจะเพิ่มขึ้น	3	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 5. Professional support Excellence
Cluster Healthcare System					
ด้านดูแลสุขภาพ	S34 ไม่ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขึ้นก้าวหน้า (AHA)	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Health service management
Cluster Professional Service					
ด้านพัฒนาคุณภาพงาน	O1 โครงการฝึกอบรมการถอดบทเรียนของงานพัฒนาคุณภาพงานไม่ได้จัดอบรมตามแผนปฏิบัติการ (ใหม่)	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 5. Professional support Excellence
ด้านกายภาพฯ	O6 การจัดการขยะในหน่วยงานบริการผู้ป่วยไม่ได้ตามมาตรฐานสากล	3	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 7. Green campus & Shared service facility management
ด้านกายภาพฯ	O7 บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 7. Green campus & Shared service facility management
ด้านสารสนเทศ	S15 ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญและจำเป็นต่อการวางแผนหรือการบริหารงานภายในคณะฯ ไม่ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ครอบคลุม	3	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. IT system as an enabler

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัย	คณะฯ
ด้านวิชาการและ วัฒนธรรม	S20 หัวหน้างานพันธกิจบริการวิชาการขาด Competency ด้านบริหารสำคัญ เพื่อมุ่งสู่ การบริการวิชาการที่เป็นเลิศ (ใหม่)	3	2	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	พันธกิจด้านบริการวิชาการ: ให้ความรู้ หรือคำปรึกษาทางวิชาการด้าน การแพทย์ พยาบาล และวิทยาศาสตร์ สุขภาพ
ด้านทรัพยากรบุคคล	S25 ระบบการสร้างผู้สืบทอด (Successor) ตำแหน่งบริหารระดับต้นและระดับกลาง (ตามเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยกำหนด) ไม่ สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 5. Professional support Excellence
ด้านทรัพยากรบุคคล	S26 ไม่สามารถสรรหาและบรรจุบุคลากร ตำแหน่ง ที่สำคัญ (Key position ไม่รวม อาจารย์แพทย์ และแพทย์ Hospitalist) เพื่อ รองรับการบริการและการเรียนการสอนของ สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ได้เพียงพอ	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 5. Professional support Excellence

ความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone)

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) ทั้ง 9 ความเสี่ยง พบประเด็นที่น่าสนใจในภาพรวม ดังนี้



รูปภาพที่ 16 ความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone)

ความเสี่ยงเดิม และ ความเสี่ยงใหม่: เมื่อพิจารณาลักษณะของทั้ง 9 ความเสี่ยง พบว่า เป็นความเสี่ยงใหม่ จำนวน 2 ความเสี่ยง และความเสี่ยงเดิมจากปีงบประมาณ 2562 จำนวน 7 ความเสี่ยง เมื่อพิจารณาลักษณะร่วมของความเสี่ยง พบว่า ทั้งหมดใช้กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (Existing Control) ในการควบคุมความเสี่ยงเป็นหลัก และพบการใช้กิจกรรมการควบคุม หรือแผนการจัดการความเสี่ยง (Control Activity) เพื่อส่งเสริมความสามารถของกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (Existing Control) เพียงเล็กน้อยเท่านั้น สามารถอธิบายได้ ดังนี้

ความเสี่ยงใหม่: เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากมุมมองของผู้บริหารเจ้าของความเสี่ยง ที่พิจารณาความเสี่ยงจากอุปสรรคและโอกาสพัฒนาในระบบครุภัณฑ์สารสนเทศ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายของคณะฯ บางบางส่วน รวมถึงพิจารณาความเสี่ยงให้ครอบคลุมการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงตามแนวทางการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) เรื่องการป้องกันการทุจริต โดยเป็นการประเมินความเสี่ยงของการดำเนินงาน ที่อาจก่อให้เกิดการทุจริต (Fraud) หรือการขัดกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนกับผลประโยชน์ส่วนรวม (Conflict of Interest)

ความเสี่ยงเดิม: เป็นความเสี่ยงตามลักษณะธรรมชาติของหน่วยงาน (Core Process) ที่มีการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ มาแล้วระยะหนึ่ง

ประเภทของความเสี่ยง: ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ที่อาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายการดำเนินงาน ไปจนถึงอาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายของคณะฯ บางบางส่วน ทั้งนี้ พบความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) ด้านการรายงาน/การเงิน (Financial/Reporting Risk) และ ด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) เพียงเล็กน้อย ในจำนวนใกล้เคียงกัน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการ และการดำเนินงานเป็นสำคัญ

ความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster: ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงจาก Cluster Professional Service และบางส่วนเป็นความเสี่ยงจาก Cluster Education and Research โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงตามลักษณะธรรมชาติของหน่วยงาน (Core Process) ที่มีการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ มาแล้วระยะหนึ่ง

เมื่อพิจารณาความเชื่อมโยงด้านยุทธศาสตร์ พบว่า ความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) ทั้งหมด สามารถเชื่อมโยงยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2563 - 2566 และ ยุทธศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. 2560 - 2563 ได้ตามตารางที่ 11 ดังนี้

ตารางที่ 11 แสดงความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยฯ	คณะฯ
Cluster Education & Research					
ด้านวิจัย	F18 ความคลาดเคลื่อนในการรับ-เบิกจ่าย เงินทุนวิจัย	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Global Research and Innovation	ยุทธศาสตร์ที่ 2. High Impact Research Focus
ด้านวิจัย	S19 ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร ระดับนานาชาติไม่ได้ตามเป้าหมาย	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Global Research and Innovation	ยุทธศาสตร์ที่ 2. High Impact Research Focus
Cluster Professional Service					
ด้านการเงินและ งบประมาณ	F3 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการ ทางด้านการบริหารงบประมาณ	3	1	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Health Service Management
ด้านการพัสดุ	O5 การทุจริตและการขัดกันระหว่าง ผลประโยชน์ส่วนตนและผลประโยชน์ ส่วนรวม (ใหม่)	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของ คณะฯ
ด้านการพัสดุ	O16 ครุภัณฑ์สารสนเทศของคณะฯ สูญหาย หรือเสียหาย (ใหม่)	3	1	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. IT System as an Enabler
ด้านกายภาพฯ	O21 ระบบสาธารณูปโภค (ไฟฟ้า ประปา) มีคุณภาพและปริมาณไม่เพียงพอต่อความ ต้องการในคณะฯ	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 7. Green Campus & Shared Service Facility Management

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยฯ	คณะฯ
ด้านกายภาพฯ	O24 อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการยานพาหนะ	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self - Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 7. Green Campus & Shared Service Facility Management
ด้านการพัสดุ	C27 เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vendor)	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self - Sufficiency and Sustainable Organization	ไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของคณะฯ
ด้านการพัสดุ	C28 ความเสี่ยงจากการทำผิดพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self - Sufficiency and Sustainable Organization	ไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของคณะฯ

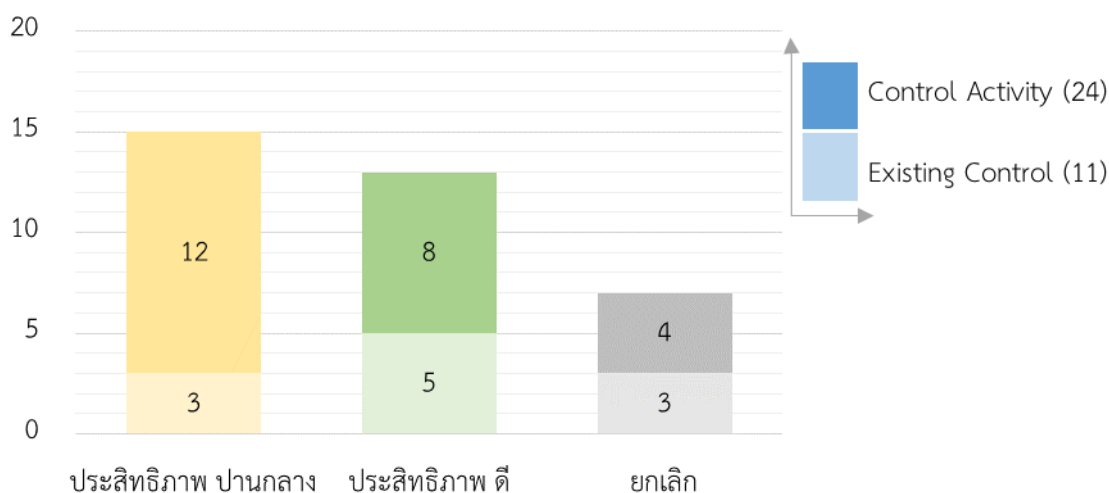
ผลการจัดการความเสี่ยง

ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยง

จากการประเมิน และจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563 คณะฯ สามารถดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยง ได้ผลการจัดการความเสี่ยงตามมุมมองต่างๆ สามารถอธิบายในภาพรวมได้ ดังนี้

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง

การพิจารณาประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563 พิจารณาจากความสามารถของทั้งกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ที่ส่งผลต่อระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบของความเสี่ยง ภายหลังจากการดำเนินงานจัดการความเสี่ยง ตามรูปภาพที่ 17



รูปภาพที่ 17 ภาพรวมประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง

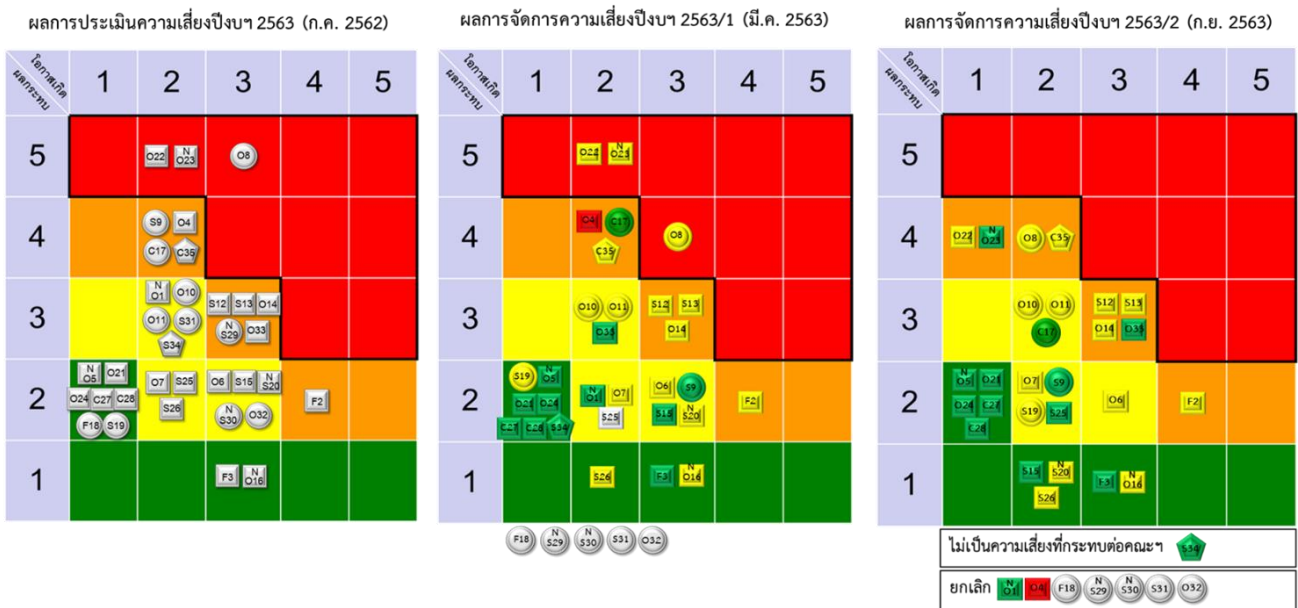
กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่ได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง (Yellow) ที่ร้อยละ 43 ($15 \times 100 / 35$) ของความเสี่ยงทั้งหมด เนื่องจากกิจกรรมเหล่านี้ยังอยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยงระยะยาว ที่ส่วนใหญ่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกคณะฯ รวมถึงมักพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าเข้ากระทบต่อการจัดการความเสี่ยง โดยในปีงบประมาณ 2563 การบริหารความเสี่ยงของคณะฯ ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 โดยตรง ส่งผลให้กิจกรรมที่ใช้ในการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ บางส่วนล่าช้า เนื่องจากถูกชะลอการดำเนินงาน หรือบางส่วนถูกระงับการดำเนินงาน ส่งผลให้กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพ ได้เต็มศักยภาพ พบในความเสี่ยงที่ใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มากถึงร้อยละ 80 ($12 \times 100 / 15$) และพบในความเสี่ยงที่ใช้กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ร้อยละ 20 ($3 \times 100 / 15$) ของความเสี่ยงที่กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงมีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง (Yellow) ทั้งหมด

ทั้งนี้พบความเสี่ยงที่กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับดี (Green) ร้อยละ 37 (13x100/35) ของความเสี่ยงทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำ และปานกลาง ที่ได้รับการดำเนินงานจัดการความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับที่คณะฯ สามารถยอมรับได้ โดยสามารถควบคุมให้ระดับความเสี่ยงคงที่ หรือ จัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง หรือ จัดการให้ไม่เป็น ความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ พบในความเสี่ยงที่ใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ร้อยละ 62 (8x100/13) และความเสี่ยงที่ใช้กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ร้อยละ 38 (5x100/13) ของความเสี่ยงที่กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงมีประสิทธิภาพในระดับดี (Green) ทั้งหมด

ทั้งนี้มีความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณายกเลิกระหว่างปีงบประมาณ ร้อยละ 20 (7x100/35) พบใน ความเสี่ยงที่ใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ร้อยละ 57 (4x100/7) และความเสี่ยงที่ใช้ กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ร้อยละ 43 (3x100/7) ของความเสี่ยงที่ ได้รับการพิจารณายกเลิกทั้งหมด โดยจะอธิบายรายละเอียดในหัวข้อต่อไป

การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง

จากประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงดังกล่าว ส่งผลให้ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงานตาม กิจกรรมการควบคุมมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้



รูปภาพที่ 18 แสดง Risk Map–Dashboard ภาพรวมการเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง

ระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 6 (2x100/35) ของความเสี่ยงทั้งหมด โดยทั้ง 2 ความเสี่ยงมีระดับความเสี่ยงเพิ่มที่ระดับโอกาสเกิด เนื่องจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) ในการพิจารณาระดับโอกาสเกิดที่แท้จริง ตามลักษณะธรรมชาติของความเสี่ยง เทียบกับเกณฑ์การประเมินโอกาสเกิด (Likelihood) และ ผลกระทบ (Impact) ในปัจจุบัน ร่วมกับ ข้อมูลแวดล้อมต่างๆ ดังนี้

- | | |
|--|----------------------|
| 1. S19 ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติไม่ได้ตามเป้าหมาย (2556) | จาก 1 x 2 เป็น 2 x 2 |
| 2. O33 ระบบ HIS ⁹ ที่ CNMI ¹⁰ ไม่สามารถใช้งานได้ตามที่กำหนด (2561) | จาก 2 x 3 เป็น 3 x 3 |

ทั้งนี้พบว่า ความเสี่ยง O33 มีประเด็นเรื่องระดับความเสี่ยง ระหว่างปีงบประมาณ ดังนี้

- ได้รับการประเมินจากเจ้าของความเสี่ยง ให้เป็นความเสี่ยงสูงในปีงบประมาณ 2563 จึงนำเสนอ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ คณะกรรมการประจำคณะฯ และนำเสนอ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ระดับความเสี่ยง 3x3
- ได้รับการพิจารณาปรับลดระดับความเสี่ยงเป็น 2x3 ตามมุมมองการบริหารความเสี่ยงของผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ ณ ขณะนั้น ภายหลังจากนำเสนอ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ความเสี่ยงคงที่ ที่ระดับ 2x3 ในการติดตามความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562 ครั้งที่ 2
- ใช้ระดับความเสี่ยง 2x3 ในการติดตามความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563 ครั้งที่ 1

ระดับความเสี่ยงคงที่ จำนวน 18 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 51 (18x100/35) ของความเสี่ยงทั้งหมด พบกระจายตัวใน Risk Map – Dashboard ทั้งใน Green Zone ไปจนถึง Orange Zone โดยพบว่ามีกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) และ/หรือ กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีศักยภาพในการจัดการความเสี่ยงที่ คงที่ มาแล้วระยะหนึ่ง เนื่องจากสาเหตุ ดังนี้

1. เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำ-ปานกลาง ที่ได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ แต่ยังคงได้รับการประเมินให้เป็นความเสี่ยงที่ต้องติดตามต่อเนื่อง
2. เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูง ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามตัวชี้วัด (KRI) รวมถึงพบว่า กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ส่วนใหญ่ยังอยู่ระหว่างการดำเนินงานต่อเนื่อง ที่ต้องใช้เวลา และอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน และมักได้รับผลกระทบจากปัจจัยที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ โดยในปีงบประมาณ 2563 การบริหารความเสี่ยงของคณะฯ ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID - 19 โดยตรง ส่งผลให้กิจกรรมที่ใช้ในการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ บางส่วนล่าช้า เนื่องจากถูกชะลอการดำเนินงาน หรือบางส่วนถูกระงับการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2563 ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ในปีงบประมาณนี้ ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ

9 Hospital Information System

10 สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยง คงที่ มีดังนี้

การศึกษา :

- | | | | | | |
|----|-----|--|-------|-----|-------|
| 1. | O10 | จำนวนและคุณภาพของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่สมัครเข้ารับการศึกษาคงที่ที่
ฝึกอบรมไม่ได้ตามเป้าหมาย (2561) | คงที่ | ที่ | 2 x 3 |
| 2. | O11 | การดำเนินการเพื่อให้หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านผ่านการตรวจประเมิน
ตามเกณฑ์ WFME ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2562) | คงที่ | ที่ | 2 x 3 |

การคลัง :

- | | | | | | |
|----|----|--|-------|-----|-------|
| 3. | F2 | ความเสียหายจากกระบวนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (Billing System) (2561) | คงที่ | ที่ | 4 x 2 |
| 4. | F3 | ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการทางด้านการบริหารงบประมาณ (2561) | คงที่ | ที่ | 3 x 1 |

การพัสดุ :

- | | | | | | |
|----|-----|---|-------|-----|-------|
| 5. | O5 | การทุจริตและการขัดกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนและผลประโยชน์ส่วนรวม
(2563) | คงที่ | ที่ | 1 x 2 |
| 6. | C27 | เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vendor) (2557) | คงที่ | ที่ | 1 x 2 |
| 7. | C28 | การทำผิดพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560
(2561) | คงที่ | ที่ | 1 x 2 |

กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก :

- | | | | | | |
|-----|-----|---|-------|-----|-------|
| 8. | O6 | การจัดการขยะในหน่วยงานบริการผู้ป่วยไม่ได้ตามมาตรฐานสากล (2561) | คงที่ | ที่ | 3 x 2 |
| 9. | O7 | บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน (2561) | คงที่ | ที่ | 2 x 2 |
| 10. | O21 | สาธารณูปโภค (ไฟฟ้า ประปา) มีคุณภาพ/ปริมาณไม่พอต่อความต้องการ (2559) | คงที่ | ที่ | 1 x 2 |
| 11. | O24 | อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการยานพาหนะ (2558) | คงที่ | ที่ | 1 x 2 |

สารสนเทศ :

- | | | | | | |
|-----|-----|--|-------|-----|-------|
| 12. | S12 | ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2556) | คงที่ | ที่ | 3 x 3 |
| 13. | S13 | ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯ
แต่ละกลุ่มได้ตามความต้องการ (2559) | คงที่ | ที่ | 3 x 3 |
| 14. | O14 | มีโอกาสนี้จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับ (2558) | คงที่ | ที่ | 3 x 3 |
| 15. | O16 | ครุภัณฑ์สารสนเทศของคณะฯ สูญหาย หรือเสียหาย (2563) | คงที่ | ที่ | 3 x 1 |

บริหารทุนมนุษย์ :

- | | | | | | |
|-----|-----|---|-------|-----|-------|
| 16. | S25 | ระบบการสร้างผู้สืบทอด (Successor) ตำแหน่งบริหารระดับต้นและระดับกลาง
(ตามเกณฑ์มหาวิทยาลัย) ไม่สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (2561) | คงที่ | ที่ | 2 x 2 |
| 17. | S26 | ไม่สามารถสรรหาและบรรจุบุคลากรตำแหน่งที่สำคัญ ไม่รวมอาจารย์แพทย์ และ
แพทย์ (Hospitalist) เพื่อรองรับการบริการและการเรียนการสอนของสถาบัน
การแพทย์จักรีนฤดินทร์ได้เพียงพอ (2561) | คงที่ | ที่ | 2 x 1 |

ดูแลสุขภาพ :

- | | | | | | |
|-----|-----|---|-------|-----|-------|
| 18. | C35 | การถูกฟ้องร้องจากกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะ
หรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาล/องค์กรภายนอก (2556) | คงที่ | ที่ | 2 x 4 |
|-----|-----|---|-------|-----|-------|

ระดับความเสี่ยงลดลง จำนวน 7 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 20 (7x100/35) ของความเสี่ยงทั้งหมด กระจายตัวใน Risk Map–Dashboard ทั้งใน Green Zone ไปจนถึง Red Zone โดยพบว่า ส่วนใหญ่กิจกรรมควบคุม (Control Activity) ยังอยู่ระหว่างดำเนินงาน และมีผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด ดังนั้น การปรับลดระดับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น จึงเป็นผลจากการพิจารณาความเป็นไปได้ในภาพรวมของความเสี่ยง ร่วมกับ ข้อมูลแวดล้อมต่างๆ ตามมุมมองการบริหารความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) ทั้งนี้พบว่า ความเสี่ยงที่มีการปรับระดับลดลงทั้งหมดนี้ สามารถเคลื่อนที่และเปลี่ยน Zone ตาม Risk Map–Dashboard ดังนี้

การศึกษา :

1. O8	การเตรียมทรัพยากรเพื่อรองรับหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตใหม่ ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2562)	จาก 3 x 5 เป็น 2 x 4
2. S9	การเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตลดระดับลง (Ranking) (2561)	จาก 2 x 4 เป็น 2 x 2

วิจัย :

3. C17	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีถูกฟ้องร้องด้านการวิจัยในคน (2558)	จาก 2 x 4 เป็น 2 x 3
--------	---	----------------------

กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก :

4. O22	การเกิดอัคคีภัย (2557)	จาก 2 x 5 เป็น 1 x 4
5. O23	เกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรงภายในแผนกฉุกเฉิน (2563)	จาก 2 x 5 เป็น 1 x 4

สารสนเทศ :

6. S15	ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญและจำเป็นต่อการวางแผนหรือการบริหารงาน ภายในคณะฯ ไม่ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ครอบคลุม (2560)	จาก 3 x 2 เป็น 2 x 1
--------	---	----------------------

วิชาการและวัฒนธรรม :

7. S20	หัวหน้างานพันธกิจบริการวิชาการขาด Competency ด้านบริหารสำคัญ เพื่อมุ่งสู่การบริการวิชาการที่เป็นเลิศ (2563)	จาก 3 x 2 เป็น 2 x 1
--------	---	----------------------

ระดับความเสี่ยงไม่สามารถวัดได้ตามเกณฑ์ (ไม่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ) เคลื่อนที่ออกจาก Risk Map–Dashboard และไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2564 จำนวน 1 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 3 (1x100/35) ของความเสี่ยงทั้งหมด เนื่องจาก คณะฯ สามารถดำเนินการได้สำเร็จตามเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ โดยได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า (AHA) เรียบร้อยแล้ว ดังนั้น การดำเนินงาน และ วัตถุประสงค์การดำเนินงาน ของคณะฯ จึงเปลี่ยนไป ส่งผลให้คณะฯ ไม่จำเป็นต้องบริหารจัดการความเสี่ยง เรื่องการไม่ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า (AHA) ต่อไป

ดูแลสุขภาพ :

1. S34	ไม่ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า (AHA) (2561)	หลุดจากระดับ 2 x 3
--------	---	--------------------

ยกเลิกความเสี่ยง ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2564 จำนวน 7 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 20 (7x100/35) ของความเสี่ยงทั้งหมด ความเสี่ยงเหล่านี้เป็นความเสี่ยงที่ได้รับผลกระทบจาก ปัจจัยที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงกระบวนการปฏิบัติงาน การเปลี่ยนแปลงมุมมอง ของผู้บริหาร หรือ ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 โดยตรง ส่งผลให้ วัตถุประสงค์ และการดำเนินงานของคณะฯ เปลี่ยนแปลงไป ความเสี่ยงเหล่านี้จึงได้รับการประเมินว่า ไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และการดำเนินงานของคณะฯ ในปัจจุบัน จึงพิจารณาให้ยกเลิก การดำเนินงานเพื่อจัดการความเสี่ยงดังกล่าว ดังนี้

พัฒนาคุณภาพ :

- | | | | | |
|----|----|--|-----------|-------|
| 1. | O1 | โครงการฝึกอบรมการถอดบทเรียนของงานพัฒนาคุณภาพงานไม่ได้จัดอบรม ตามแผนปฏิบัติการ (2563) | ยกเลิกจาก | 2 x 3 |
|----|----|--|-----------|-------|

สื่อสารองค์กร :

- | | | | | |
|----|----|--|-----------|-------|
| 2. | O4 | การจัดการด้านการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉิน ไม่มีประสิทธิภาพ (ทั้งภายในและภายนอกคณะฯ) (2560) | ยกเลิกจาก | 2 x 4 |
|----|----|--|-----------|-------|

วิจัย :

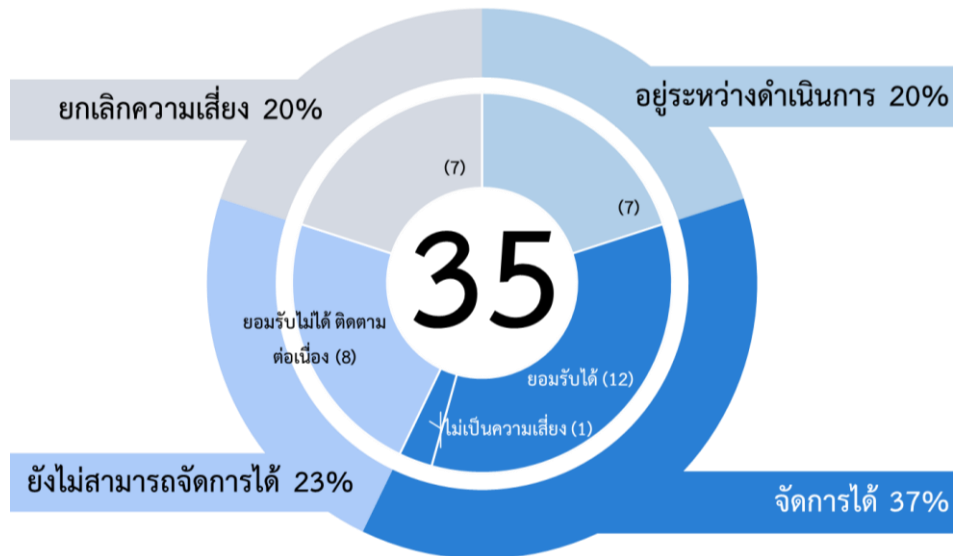
- | | | | | |
|----|-----|--|-----------|-------|
| 3. | F18 | ความคลาดเคลื่อนในการรับ-เบิกจ่าย เงินทุนวิจัย (2562) | ยกเลิกจาก | 1 x 2 |
|----|-----|--|-----------|-------|

วิเทศสัมพันธ์ :

- | | | | | |
|----|-----|--|-----------|-------|
| 4. | S29 | นักศึกษาระดับปริญญาที่ไปศึกษาแลกเปลี่ยนต่างประเทศ ไม่เป็นไปตามเป้า (2563) | ยกเลิกจาก | 3 x 3 |
| 5. | S30 | จำนวนบันทึกข้อตกลงความร่วมมือด้านวิจัยที่มีความเคลื่อนไหว หรือดำเนินการ อย่างต่อเนื่อง ที่ต่ำกว่าเป้าหมาย (2563) | ยกเลิกจาก | 3 x 2 |
| 6. | S31 | จำนวนบันทึกข้อตกลงความร่วมมือที่มีความเคลื่อนไหว หรือดำเนินการอย่าง ต่อเนื่องที่ต่ำกว่าเป้าหมาย (2557) | ยกเลิกจาก | 2 x 3 |
| 7. | O32 | ไม่สามารถรักษาบุคลากรด้านวิเทศสัมพันธ์ ให้คงอยู่ตามจำนวนงานที่มี และมีแนวโน้มงานจะเพิ่มขึ้น (2559) | ยกเลิกจาก | 3 x 2 |

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง

ความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563 จำนวน 35 ความเสี่ยง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สามารถดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยง ได้ผลการจัดการความเสี่ยง ดังนี้



รูปภาพที่ 19 ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยง

สามารถจัดการความเสี่ยงได้ จำนวน 13 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 37 ($13 \times 100 / 35$) ของความเสี่ยงทั้งหมด คิดเป็นสัดส่วนผลการจัดการความเสี่ยงที่มากที่สุดในปีงบประมาณ 2563 โดยเป็นผลจากมติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 3/2561 ที่กำหนดให้การติดตามผลการจัดการความเสี่ยงต้องดำเนินการเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ส่งผลให้เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) สามารถดำเนินการจัดการความเสี่ยง และสามารถรายงานผลการจัดการความเสี่ยง ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

เมื่อเทียบสัดส่วนความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้จากปี 2562 พบว่า ความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ในปีงบประมาณ 2563 น้อยกว่าปีงบประมาณ 2562 ที่มีผลการจัดการความเสี่ยงกลุ่มนี้มากถึงร้อยละ 49 ($17 \times 100 / 35$) เนื่องจาก ความเสี่ยงในปีงบประมาณ 2563 บางส่วนได้รับการพิจารณายกเลิกความเสี่ยงระหว่างปีงบประมาณ ส่งผลต่อจำนวนความเสี่ยงที่ใช้คำนวณความสามารถในการจัดการความเสี่ยงในภาพรวมทั้งหมด ทั้งนี้สามารถแบ่งตามความสามารถของการจัดการได้ 2 ประเภท ดังนี้

1. **ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ** ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2564 จำนวน 1 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 8 ($1 \times 100 / 13$) ของความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ทั้งหมด โดยปกติความเสี่ยงกลุ่มนี้จะมีลักษณะสำคัญคือ ภายหลังจากดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง ระดับโอกาสเกิด และ ผลกระทบจะต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แต่ในปีงบประมาณ 2563 พบว่า ความเสี่ยงที่ได้รับการประเมินว่าไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ เนื่องจาก คณะฯ สามารถดำเนินการได้สำเร็จตามเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ โดยได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า (AHA) เรียบร้อยแล้ว ดังนั้น การดำเนินงาน และวัตถุประสงค์การดำเนินงาน ของคณะฯ จึงเปลี่ยนไป ส่งผลให้คณะฯ ไม่จำเป็นต้องบริหารจัดการความเสี่ยงเรื่องการไม่ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า (AHA) ต่อไป

2. **เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้** ต้องยกไปดำเนินการในปีงบประมาณ 2564 จำนวน 12 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 92 (12x100/13) ของความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็น ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำ และพบความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลางบางส่วน โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงตามธรรมชาติของลักษณะธุรกิจหรือลักษณะงาน ที่ได้รับการ ดำเนินงานจัดการความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพมาแล้วระยะหนึ่ง กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ได้รับการ ประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับดี (Green) - ปานกลาง (Yellow) สอดคล้องกับผลการ ดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ที่ส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด ส่งผลให้ระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบของความเสี่ยง คงที่ และ/หรือ ลดลง เคลื่อนเข้าสู่ Green Zone และ Yellow Zone เป็นความเสี่ยงที่คณะฯ สามารถยอมรับได้ ดังนี้

การคลัง :

- | | | | |
|----|----|--|---------------|
| 1. | F3 | ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการทางด้านการบริหาร งบประมาณ (2561) | คงที่ ที่ 3x1 |
|----|----|--|---------------|

การพัสดุ :

- | | | | |
|----|----|--|---------------|
| 2. | O5 | การทุจริตและการขัดกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนและ ผลประโยชน์ส่วนรวม (2563) | คงที่ ที่ 1x2 |
|----|----|--|---------------|

การศึกษา :

- | | | | |
|----|-----|--|---------------|
| 3. | O10 | จำนวนและคุณภาพของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอก ที่สมัครเข้ารับการศึกษามีกรอบไม่ได้ตามเป้าหมาย (2561) | คงที่ ที่ 2x3 |
| 4. | O11 | การดำเนินการเพื่อให้หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ผ่านการตรวจประเมินตามเกณฑ์ WFME ไม่เป็นไปตาม เป้าหมาย (2562) | คงที่ ที่ 2x3 |

สารสนเทศ :

- | | | | |
|----|-----|---|----------------------|
| 5. | S15 | ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญและจำเป็นต่อการวางแผนหรือการ บริหารงานภายในคณะฯ ไม่ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ครอบคลุม (2560) | ลดลงจาก 3x2 เป็น 2x1 |
| 6. | O16 | ครุภัณฑ์สารสนเทศของคณะฯ สูญหาย หรือเสียหาย (2563) | คงที่ ที่ 3x1 |

วิจัย :

- | | | | |
|----|-----|---|---------------------------|
| 7. | S19 | ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับ นานาชาติไม่ได้ตามเป้าหมาย (2556) | เพิ่มขึ้นจาก 1x2 เป็น 2x2 |
|----|-----|---|---------------------------|

กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก :

- | | | | |
|----|-----|---|---------------|
| 8. | O21 | ระบบสาธารณูปโภค (ไฟฟ้า ประปา) มีคุณภาพและปริมาณ ไม่เพียงพอต่อความต้องการในคณะฯ (2559) | คงที่ ที่ 1x2 |
| 9. | O24 | อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการยานพาหนะ (2558) | คงที่ ที่ 1x2 |

บริหารทุนมนุษย์ :

- | | | |
|---------|---|----------------------|
| 10. S26 | ไม่สามารถสรรหาและบรรจุบุคลากรตำแหน่งที่สำคัญ (Key Position ไม่รวมอาจารย์แพทย์ และแพทย์ Hospitalist) เพื่อรองรับการบริการและการเรียนการสอนของสถาบัน การแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ได้เพียงพอ (2561) | ลดลงจาก 2x2 เป็น 2x1 |
|---------|---|----------------------|

การพัสดุ :

- | | | |
|---------|---|---------------|
| 11. C27 | เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vendor) (2557) | คงที่ ที่ 1x2 |
| 12. C28 | ความเสี่ยงจากการทำผิดพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 (2561) | คงที่ ที่ 1x2 |

ยังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง และยกไปดำเนินการในปีงบประมาณ 2564 จำนวน 8 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 23 (8x100/35) ของความเสี่ยงทั้งหมด เป็นความเสี่ยงสำคัญตามธรรมชาติของลักษณะธุรกิจหรือลักษณะงาน ที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินงานต่อเนื่องระยะยาว ที่ต้องใช้เวลา และอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงานทั้งภายในและภายนอก คณะฯ จึงยังไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการจัดการความเสี่ยง ได้อย่างชัดเจน ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ส่วนใหญ่ได้รับการประเมินว่ามีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง (Yellow) และยังคงเป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูง (Orange Zone) ดังนั้น ความเสี่ยงเหล่านี้ จึงจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาปรับปรุงกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ในปีงบประมาณ 2564 ต่อไป

ทั้งนี้พบว่า ในปีงบประมาณ 2563 มีความเสี่ยงที่กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ได้รับการประเมินว่ามีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงระดับดี (Green) ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงานฯ ลดลง สามารถเคลื่อนที่จาก Orange Zone เข้าสู่ Yellow Zone แต่ได้รับการพิจารณาให้เป็นความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการได้ เนื่องจากมุมมองการบริหารความเสี่ยง และระดับการยอมรับความเสี่ยงจากเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) เช่นเดียวกับปีงบประมาณ 2562 ที่ผ่านมา

ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง มีดังนี้

การคลัง :

- | | | | |
|----|----|---|---------------|
| 1. | F2 | ความเสียหายจากกระบวนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (เน้นระบบ Billing System) (2561) | คงที่ ที่ 4x2 |
|----|----|---|---------------|

สารสนเทศ :

- | | | | |
|----|-----|--|---------------|
| 2. | S12 | ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2556) | คงที่ ที่ 3x3 |
| 3. | S13 | ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าในขณะนี้ได้ตามต้องการ (2559) | คงที่ ที่ 3x3 |
| 4. | O14 | มีโอกาที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับ (2558) | คงที่ ที่ 3x3 |

วิจัย :

- | | | | |
|----|-----|---|----------------------|
| 5. | C17 | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีถูกฟ้องร้องด้านการวิจัยในคน (2558) | ลดลงจาก 2x4 เป็น 2x3 |
|----|-----|---|----------------------|

กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก :

- | | | | |
|----|-----|---|----------------------|
| 6. | O22 | การเกิดอัคคีภัย (2557) | ลดลงจาก 2x5 เป็น 1x4 |
| 7. | O23 | เกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรงภายในแผนกฉุกเฉิน (2563) | ลดลงจาก 2x5 เป็น 1x4 |

ดูแลสุขภาพ :

- | | | | |
|----|-----|---|---------------|
| 8. | C35 | การถูกฟ้องร้องจากกระบวนการรักษาพยาบาล จนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะ หรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาล/องค์กรภายนอก (2556) | คงที่ ที่ 2x4 |
|----|-----|---|---------------|

ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้ ต้องยกไปดำเนินการ ใน ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 7 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 20 (7x100/35) ของความเสี่ยงทั้งหมด ซึ่งเป็นสัดส่วนผลการจัดการความเสี่ยงที่ใกล้เคียงกับปีงบประมาณ 2562 และดีกว่าปีงบประมาณ 2561 ที่มีผลการจัดการความเสี่ยงกลุ่มนี้ที่ร้อยละ 44 โดยเป็นผลจากมติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะ ครั้งที่ 3/2561 ที่กำหนดให้การติดตามผลการจัดการความเสี่ยงของคณะฯ ดำเนินการเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ส่งผลให้เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) สามารถดำเนินการจัดการความเสี่ยง และสามารถรายงานผลการจัดการความเสี่ยงตามแผนประจำปีงบประมาณได้ตามเวลาที่กำหนด ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงานยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้ จึงมีสัดส่วนที่น้อยลง เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่า ความเสี่ยงส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับระบบงานสำคัญของคณะฯ พบกระจายตัวใน Risk Map-Dashboard ทั้งใน Green Zone ไปจนถึง Red Zone และใช้กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงที่เป็นแผนต่อเนื่องระยะยาว ไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ในปัจจุบัน หรือได้ผลการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากเป็นเพียงข้อมูลระหว่างการดำเนินงาน ไม่ใช่ผลลัพธ์สุดท้ายของการจัดการความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง (Yellow) สอดคล้องกับผลการดำเนินงานฯ เทียบกับ ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ที่ส่วนใหญ่ยังอยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล หรือ ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ระดับความเสี่ยงที่มีความสามารถในระดับนี้จึงพบทั้ง คงที่ ลดลง และบางส่วนเพิ่มขึ้น ดังนี้

กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก :

- | | | | |
|-------|--|-----------|-----|
| 1. O6 | การจัดการขยะในหน่วยงานบริการผู้ป่วยไม่ได้ตามมาตรฐานสากล (2561) | คงที่ ที่ | 3x2 |
| 2. O7 | บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน (2561) | คงที่ ที่ | 2x2 |

การศึกษา :

- | | | | |
|-------|--|------------------|-----|
| 3. O8 | การเตรียมทรัพยากรเพื่อรองรับหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตใหม่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2562) | ลดลงจาก 3x5 เป็น | 2x4 |
| 4. S9 | การเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตลดระดับลง (Ranking) (2561) | จาก 2x4 เป็น | 2x2 |

วิชาการและวัฒนธรรม :

- | | | | |
|--------|---|------------------|-----|
| 5. S20 | หัวหน้างานพันธกิจบริการวิชาการขาด Competency ด้านบริหารสำคัญ เพื่อมุ่งสู่การบริการวิชาการที่เป็นเลิศ (2563) | ลดลงจาก 3x2 เป็น | 2x1 |
|--------|---|------------------|-----|

บริหารทุนมนุษย์ :

- | | | | |
|--------|--|-----------|-----|
| 6. S25 | ระบบการสร้างผู้สืบทอด (Successor) ตำแหน่งบริหารระดับต้นและระดับกลาง (ตามเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยกำหนด) ไม่สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (2561) | คงที่ ที่ | 2x2 |
|--------|--|-----------|-----|

สารสนเทศ :

- | | | | |
|--------|--|-----------------------|-----|
| 7. O33 | ระบบ HIS ¹¹ ที่ CNMI ¹² ไม่สามารถใช้งานได้ตามที่กำหนด (2561) | เพิ่มขึ้นจาก 2x3 เป็น | 3x3 |
|--------|--|-----------------------|-----|

ยกเลิกความเสี่ยง ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2564 จำนวน 7 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 20 (7x100/35) ของความเสี่ยงทั้งหมด *รายละเอียดได้อธิบายไว้ในหัวข้อ ความเคลื่อนไหว ภายหลังการจัดการความเสี่ยง ย่อหน้ายกเลิกความเสี่ยง*

จากความสามารถในการจัดการความเสี่ยงดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า ความเสี่ยงที่ต้องยกไปดำเนินการจัดการ ต่อในปีงบประมาณ 2564 มีจำนวนทั้งสิ้น 27 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 77 (27x100/35) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงที่สามารถจัดการให้เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้จำนวน 12 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 34 (12x100/35) ของความเสี่ยงทั้งหมด ความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้จำนวน 8 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 23 (8x100/35) ของความเสี่ยงทั้งหมด และความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้จำนวน 7 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 20 (7x100/35) ของความเสี่ยงทั้งหมด

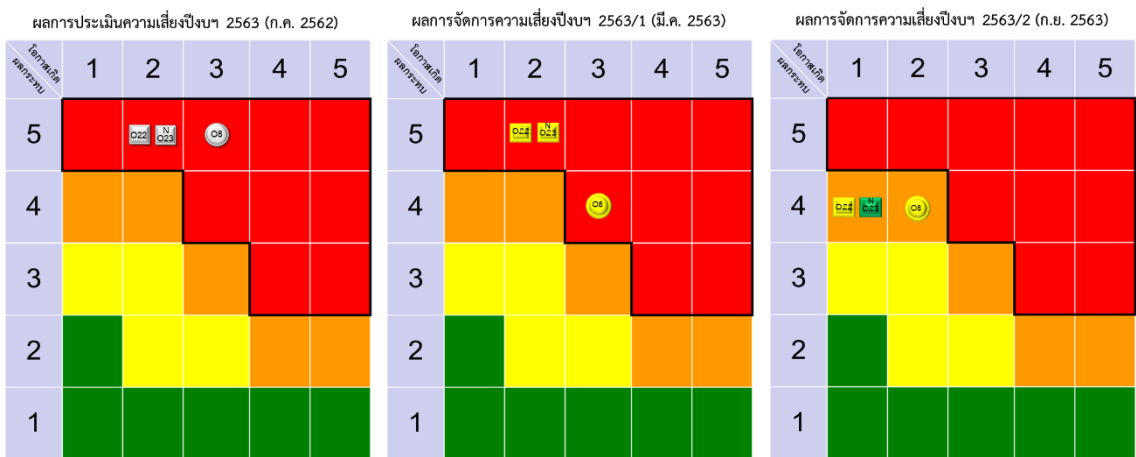
11 Hospital Information System

12 สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบศร

ผลการจัดการความเสี่ยง แยกตามระดับความเสี่ยง

ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone)

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงมาก เป็นความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ มี 3 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 8.57 (3x100/35) ของความเสี่ยงทั้งหมด เมื่อพิจารณาลักษณะความเสี่ยงและผลการจัดการความเสี่ยงในภาพรวม พบว่าทั้งหมดเป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ที่เกิดจากข้อควรพัฒนา และการพบโอกาสพัฒนา ในระบบการบริหารจัดการสำคัญของคณะฯ ซึ่งเป็นผลมาจากนโยบาย และ/หรือ เป้าหมายของคณะฯ ที่มีขอบเขตการบริหารจัดการขนาดใหญ่ ซับซ้อน ต้องอาศัยระยะเวลา และดำเนินงานร่วมกับหลายหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกคณะฯ รวมถึงพบว่า ความเสี่ยงเหล่านี้ มีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) และมักได้รับผลกระทบโดยตรง หากมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้น การดำเนินงานต่างๆ จึงต้องดำเนินงานอย่างค่อยเป็นค่อยไป เพื่อลดความผิดพลาด และ/หรือ แรงต่อต้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการบริหารความเสี่ยง ดังนั้น ความเสี่ยงทั้งหมดจึงเป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงานตามแผนระยะยาว ที่มีการแบ่งการดำเนินงานเป็นงบประมาณ ปีการศึกษา หรือ แผนตามโครงการต่อเนื่อง ที่ยังไม่สามารถรายงานผลลัพธ์ในการจัดการความเสี่ยงได้ รวมถึงพบปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทั้งความซับซ้อนและไม่ชัดเจนของโครงสร้างการกำกับดูแล (Governance Structure) ภายในคณะฯ ความหลากหลายของหน่วยงาน ความแตกต่างของบุคคล การไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคล รวมถึงพบว่าในปีงบประมาณ 2563 คณะฯ ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า เข้ากระทบต่อการจัดการความเสี่ยงโดยตรง ส่งผลให้กิจกรรมที่ใช้ในการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ บางส่วนล่าช้า เนื่องจากถูกชะลอการดำเนินงาน หรือบางส่วนถูกระงับการดำเนินงาน กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง (Control Activity) ไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ และได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง ต้องยกไปดำเนินการในปีงบประมาณ 2564 ต่อไป



รูปภาพที่ 20 Risk Map-Dashboard Red Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ)

เมื่อพิจารณาระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงาน พบว่า ทั้ง 3 ความเสี่ยง มีระดับความเสี่ยงที่ลดลง สามารถเคลื่อนที่จาก Red Zone เข้าสู่ Orange Zone เนื่องจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงของผู้บริหาร โดยพบว่า สามารถแบ่งตามความสามารถในการจัดการความเสี่ยง และ ปัจจัยที่ส่งผลให้ความเสี่ยงปรับลดได้ 2 ลักษณะ ดังนี้

1. **ยังไม่สามารถสรุปได้:** อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้จากพันธกิจด้านการศึกษา จำนวน 1 ความเสี่ยง ได้รับการพิจารณาปรับลดระดับความเสี่ยง เนื่องจาก ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง (Control Activity) และ ผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ส่วนใหญ่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด และมีความคืบหน้าชัดเจน การปรับลดระดับความเสี่ยงข้อนี้ จึงเป็นผลจากการคาดการณ์แนวโน้มผลการดำเนินการ ร่วมกับการพิจารณาข้อมูลแวดล้อมประกอบ
2. **เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้:** เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง จากพันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 2 ความเสี่ยง ได้รับการพิจารณาปรับลดระดับความเสี่ยง จากมติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง คณะฯ ผ่านการประชุมคณะกรรมการบริหารคณะฯ¹³ ซึ่งสอดคล้องกับรองคณบดีเจ้าของความเสี่ยง และ รองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ โดยพิจารณาจากความเป็นไปได้ในภาพรวมของ ความถี่ หรือ โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยง รวมถึง ภาพรวมของความถี่ หรือ โอกาสที่จะส่งผลกระทบต่อในระดับที่รุนแรงสูงสุด ร่วมกับการพิจารณาเกณฑ์ที่มีในปัจจุบัน

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงมาก เป็นความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ทั้ง 3 ความเสี่ยง สามารถอธิบายรายละเอียดผลการจัดการความเสี่ยง รายละเอียดความเสี่ยงได้ ดังนี้

13 วันที่ 5 พฤษภาคม 2563

Cluster Education & Research

ด้านการศึกษา (ระดับปริญญา) จำนวน 1 ความเสี่ยง

O8 การเตรียมทรัพยากรเพื่อรองรับหลักสูตรใหม่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2562)

ความสามารถในการจัดการฯ: อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้

ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการฯ: ระดับความเสี่ยง ลดลง จากระดับความเสี่ยงสูงมาก ที่โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 5 มาอยู่ที่ระดับความเสี่ยงสูง ที่โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 4 และต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2564 โดยเป็นผลจากการคาดการณ์แนวโน้มผลการดำเนินการ ร่วมกับการพิจารณาข้อมูลแวดล้อมประกอบ ตามมุมมองของผู้บริหาร ซึ่งจะอธิบายในย่อหน้าต่อไป

ประสิทธิภาพในการจัดการฯ: กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ทั้งหมดยังอยู่ระหว่างการดำเนินงาน เนื่องจาก มีขอบเขตการบริหารจัดการขนาดใหญ่ ซับซ้อน ต้องอาศัยระยะเวลา และดำเนินงานร่วมกับหลายหน่วยงาน จึงได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง แต่ในภาพรวมพบว่า การดำเนินงานมีความคืบหน้าต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2562 อย่างชัดเจน โดยสามารถกำหนดโครงสร้างการบริหารงานด้านการศึกษา และกรอบอัตรากำลังอาจารย์แพทย์ รวมถึงสายสนับสนุนด้านการศึกษา ได้เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2562 โดยในปีงบประมาณ 2563 สามารถแบ่งโครงสร้างภายในโรงเรียนแพทย์เป็นสาขาวิชาคลินิก สาขาวิชาพรีคลินิก งานบริหารธุรการทั่วไป งานบริหารการศึกษา และสามารถกำหนดกรอบอัตรากำลังเพิ่มเติมเป็น สาขาวิชาคลินิก 110 คน สาขาวิชาพรีคลินิก 51 คน เจ้าหน้าที่งานบริหารการศึกษา สาขาวิชาพรีคลินิก 15 คน สาขาวิชาคลินิก 11 คน และด้านกิจการนักศึกษา 4 คน รวมถึงพบว่า กระบวนการทำงานและระบบงานด้านการศึกษา (Work Process & Work Flow System) ตลอดจนระบบบริหารการศึกษาซึ่งใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการดำเนินงาน (Student Life Cycle Management) ที่จัดทำและพัฒนาสำเร็จแล้วในปีงบประมาณ 2562 ปัจจุบันอยู่ระหว่างการนำมาใช้ให้ครอบคลุมภายในคณะฯ ร่วมกับการประเมินผลภายหลังการดำเนินงาน เพื่อพิจารณาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของคณะฯ ทั้งนี้พบว่า กิจกรรมที่ระบุเพิ่มในปีงบประมาณ 2563 คณะฯ สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด โดยอยู่ระหว่างการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อพิจารณาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของคณะฯ เช่นกัน ทั้งการปรับระบบการสรรหา บรรจุอาจารย์แพทย์ และ Hospitalist คณะฯ สามารถปรับวงรอบการสัมภาษณ์ กระบวนการบรรจุ การออกคำสั่งบรรจุได้ภายใน 3 เดือน โดยปัจจุบันสามารถรับแพทย์เพื่อเตรียมเป็นอาจารย์สาขาคลินิกและพรีคลินิก จำนวน 4 คน และรับแพทย์สาขาบริการ จำนวน 4 คน จากการประชาสัมพันธ์ให้กับแพทย์ที่จบการฝึกอบรม สำหรับการมอบหมายภาควิชาให้มีส่วนร่วมในการวางแผน ดำเนินการในระดับหัวหน้าภาควิชา ผ่านกลไกการประชุม Curriculum Development Plan และในระดับบริหารรายวิชา ผ่านกลไกของประธานกลุ่มรายวิชาและประธานรายวิชา และในส่วนของ การวางแผนรับผู้ป่วยประกันสังคม สามารถรับผู้ป่วยประกันสังคมได้ จำนวน 3,500 คน และอยู่ระหว่างประเมินผลและศึกษาโอกาสในการเพิ่มจำนวนในอนาคต

ผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: ส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ตามเป้า สอดคล้องกับกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่มีความคืบหน้า ต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2562 อย่างชัดเจน โดยสามารถบรรจุอาจารย์ประธานกลุ่มรายวิชา จำนวน 21 คนอาจารย์ประจำหลักสูตร จำนวน 5 คน และเจ้าหน้าที่งานบริหารการศึกษา จำนวน 5 คน เป็นไปตามเป้าหมาย แต่ทั้งนี้ยังอยู่ระหว่างการเพิ่มจำนวนเตียงและผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินการ โดยพบว่าสามารถเปิดบริการได้จำนวน 156 เตียง (141 เตียง 15 Cribs) (ข้อมูลเดือนพฤษภาคม 2563) ดังนั้น ผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงในภาพรวมจึงยังอยู่ระหว่างการดำเนินการรวบรวมข้อมูล

Cluster Professional Service

ด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (รักษาความปลอดภัย) จำนวน 2 ความเสี่ยง

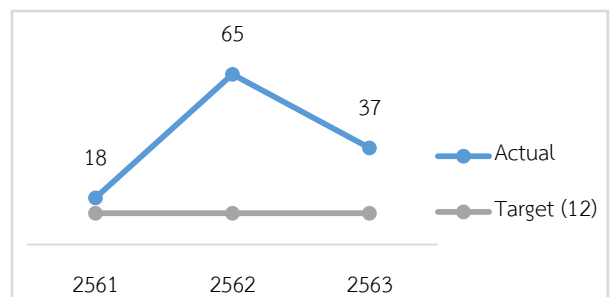
O22 การเกิดอัคคีภัย (2557)

ความสามารถในการจัดการฯ: ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ (ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง)

ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการฯ: ระดับความเสี่ยง ลดลง เนื่องจาก ผลการพิจารณาความเป็นไปได้ ในภาพรวมของความถี่ หรือ โอกาสที่จะเกิดอัคคีภัยภายในคณะฯ จนส่งผลกระทบต่อด้านความปลอดภัยในระดับ อันตรายถึงชีวิต ถูกพิจารณาปรับลดระดับลงจากระดับความเสี่ยงสูงมาก ที่โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 5 มาอยู่ที่ระดับความเสี่ยงสูง ที่โอกาสเกิดระดับ 1 ผลกระทบระดับ 4 ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2564 สอดคล้องกับมติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ผ่านการประชุมคณะกรรมการบริหารคณะฯ¹⁴ ร่วมกับรองคณบดีฝ่ายกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก และรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ

ประสิทธิภาพในการจัดการฯ: กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง เนื่องจากการติดตั้งระบบหัวกระจายน้ำดับเพลิง และการจัดทำแผนบริหารความต่อเนื่องในการดำเนินงาน (BCP) ที่มีการดำเนินงานต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2561 ปัจจุบันยังอยู่ระหว่างการดำเนินงานระยะยาว ตามแผนประจำปีงบประมาณ ซึ่งต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน รวมถึงพบว่า ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 โดยตรง ส่งผลให้กิจกรรมการฝึกอบรม ขึ้นต้นกับพนักงานทุกระดับตามกฎกระทรวงเกี่ยวกับการป้องกันและระงับอัคคีภัย ฉุกเฉินการดำเนินงาน ในช่วงครึ่งปีงบประมาณหลัง ตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) ดังนั้น กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงในภาพรวมจึงไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง ได้เต็มศักยภาพ ทั้งนี้ หากคณะฯ สามารถจัดทำแผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน (BCM) และนำมาใช้ ได้อย่างเป็นรูปธรรม จะสามารถลดผลกระทบของความเสี่ยงได้อย่างชัดเจนขึ้น หรืออาจยกความเสี่ยง ออกจากรายการความเสี่ยงของคณะฯ เพื่อบริหารจัดการในแผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน (BCM) ของคณะฯ ต่อไป

ผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด แม้จะไม่พบการเกิดอัคคีภัยที่ลุกลามจนไม่สามารถดับได้ และได้รับแจ้งเหตุไฟไหม้จำนวน 1 ครั้ง ซึ่งอยู่ในรอบ ที่คณะฯ สามารถยอมรับได้ (ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปีงบประมาณ) แต่ยังคงพบจำนวนการลีสัมปิดอุปกรณ์ไฟฟ้า เกินกว่ากรอบที่คณะฯ สามารถยอมรับได้ จำนวน 37 ครั้ง (ไม่เกิน 12 ครั้งต่อปีงบประมาณ) ซึ่งจากข้อมูล ดังกล่าว แสดงถึงพฤติกรรมประมาทของบุคลากร ที่ยังคงพบอย่างต่อเนื่อง สามารถเป็นตัวเตือนถึง แนวโน้มที่ความเสี่ยงนี้จะมีโอกาสเกิดเป็นเหตุการณ์ เพิ่มขึ้นในอนาคต ตามลักษณะของตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) หากพฤติกรรมดังกล่าวเกิด ร่วมกับสาเหตุอื่นๆ เช่น ระบบโครงสร้างของอาคาร (Infrastructure) เสื่อมสภาพ และ/หรือ เกิดไฟฟ้า ลัดวงจร ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความเสี่ยงข้อนี้



รูปภาพที่ 21 จำนวนการลีสัมปิดอุปกรณ์ไฟฟ้า

O23 เกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรงภายในแผนกฉุกเฉิน (2563)

ความสามารถในการจัดการฯ: ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ (ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง)

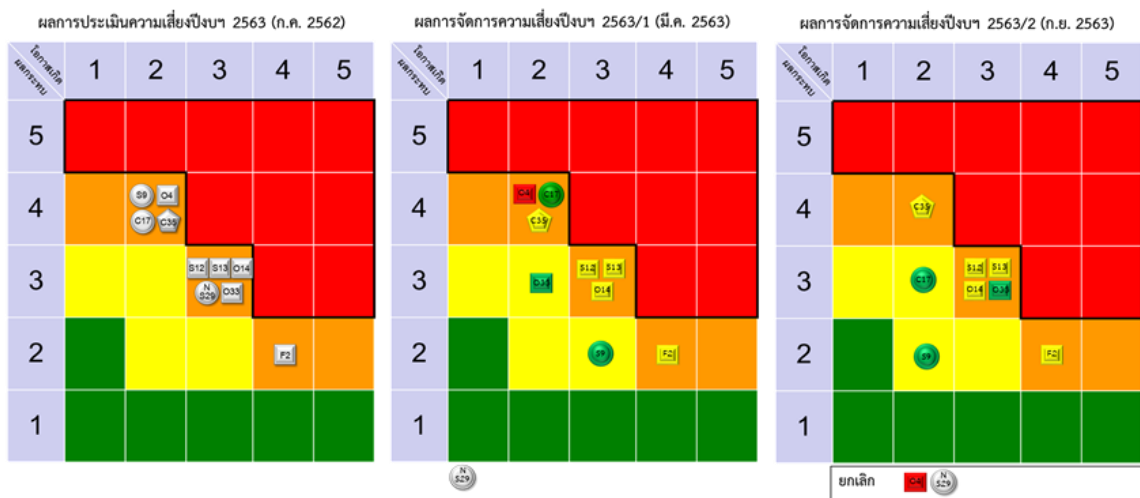
ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการฯ: ระดับความเสี่ยง ลดลง เนื่องจากผลการพิจารณาความเป็นไปได้ในภาพรวมของความถี่ หรือ โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยง รวมถึง พิจารณาจากความเป็นไปได้ในภาพรวมของความถี่ หรือ โอกาสที่เหตุการณ์ความเสี่ยงจะส่งผลกระทบต่อในระดับที่รุนแรงสูงสุด ซึ่งพบว่า ความเป็นไปได้ในภาพรวมของความถี่ หรือ โอกาสที่จะเกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรงภายในแผนกฉุกเฉิน จนส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในระดับอันตรายถึงชีวิต ลดลง จากระดับความเสี่ยงสูงมาก ที่โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 5 มาอยู่ที่ระดับความเสี่ยงสูง ที่โอกาสเกิดระดับ 1 ผลกระทบระดับ 4 ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2564

ประสิทธิภาพในการจัดการฯ: กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีประสิทธิภาพในระดับดี เนื่องจาก สามารถดำเนินการฝึกซ้อมแผนการระงับเหตุรุนแรงจากผู้ป่วยก้าวร้าวระดับ 1-3 ตามระเบียบปฏิบัติ (Quality Procedure: QP) ของคณะฯ ได้ตามเป้าที่กำหนด แม้จะพบว่า กิจกรรมการจับกุม บังคับการป้องกันตัวขั้นสูง และตั้งทีมงานเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยเฉพาะกิจสำหรับควบคุมสถานการณ์จับผู้ป่วย/ญาติ/บุคคลภายนอก ทั้ง 3 ผลัด ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และส่งผลให้กิจกรรมดังกล่าวถูกระงับการดำเนินงาน ตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) แต่เนื่องจากเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) พิจารณากิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบันหรืองานประจำ (Existing Control) ทั้งการตรวจสอบอาวุธก่อนเข้าพื้นที่ภายในอาคาร และทักษะความรู้ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยจากการอบรมหลักสูตรพื้นฐานการป้องกันตัว และเทคนิคสังเกตคนร้าย พบว่า เพียงพอในการควบคุมความเป็นไปได้ในภาพรวมของความถี่ หรือ โอกาสที่จะเกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรงภายในแผนกฉุกเฉิน จนส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในระดับอันตรายถึงชีวิตได้ในปีงบประมาณ 2563 ดังนั้น แม้ว่กิจกรรมการจับกุม บังคับการป้องกันตัวขั้นสูง และตั้งทีมงานเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยเฉพาะกิจ จะไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง ได้เต็มศักยภาพ แต่ได้รับการพิจารณาว่าไม่ส่งผลกระทบต่อประเมินประสิทธิภาพในการจัดการฯ ในภาพรวม

ผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งหมด สอดคล้องกับผลการประเมินความเป็นไปได้ในภาพรวมของความถี่ หรือ โอกาสที่จะเกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรงภายในแผนกฉุกเฉิน จนส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในระดับอันตรายถึงชีวิต ร่วมกับ ผลการประเมินประสิทธิภาพในการจัดการฯ ที่กล่าวไปข้างต้น โดยพบว่า ไม่พบเหตุทะเลาะวิวาท (ระดับ 3) ภายในแผนกฉุกเฉิน ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ไม่เกิดเหตุความรุนแรงอันตรายถึงแก่ชีวิต และ ไม่พบเจ้าหน้าที่ถูกทำร้ายร่างกายด้วยอาวุธ ในปีงบประมาณ 2563

ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone)

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูง เป็นความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ มี 10 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 28.57 (10x100/35) ของความเสี่ยงทั้งหมด เมื่อพิจารณาลักษณะความเสี่ยงและผลการจัดการความเสี่ยงในภาพรวม พบว่าทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการพบอุปสรรคและโอกาสพัฒนาในระบบ และ/หรือ กระบวนการหลักสำคัญตามลักษณะธรรมชาติขององค์กร และ/หรือ หน่วยงาน (Core Business/Core Process) ที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องมาแล้วระยะหนึ่ง เนื่องจาก ลักษณะของความเสี่ยงเหล่านี้ มีขอบเขตการบริหารจัดการขนาดใหญ่ ซับซ้อน ต้องอาศัยระยะเวลา และการดำเนินงานร่วมกับหลายหน่วยงาน ทั้งภายในและภายนอกคณะฯ รวมถึงพบว่า ความเสี่ยงเหล่านี้มีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) และมักได้รับผลกระทบโดยตรงหากมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้น ส่งผลให้มีโอกาสปรับเป็นความเสี่ยงในระดับสูงมาก (Red Zone) ได้ง่าย การดำเนินงานต่างๆ จึงต้องดำเนินงานอย่างค่อยเป็นค่อยไป เพื่อลดความผิดพลาด และ/หรือ แร่งต่อต้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการบริหารความเสี่ยง ดังนั้น ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงมีระดับความเสี่ยงที่ยัง คงที่ และอยู่ระหว่างการดำเนินงานตามแผนประจำปีงบประมาณ ปีการศึกษา หรืออยู่ระหว่างการดำเนินงานตามโครงการต่อเนื่องระยะยาว ไม่สามารถรายงานผลลัพธ์ในการจัดการความเสี่ยงได้ รวมถึงพบว่า ในปีงบประมาณ 2563 คณะฯ ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า เข้ากระทบต่อการจัดการความเสี่ยงโดยตรง ส่งผลให้กิจกรรมที่ใช้ในการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ บางส่วนล่าช้า เนื่องจากถูกระงับการดำเนินงาน หรือบางส่วนถูกระงับการดำเนินงาน ในขณะที่ยังคงพบปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ จากความหลากหลายของหน่วยงาน ความแตกต่างของบุคคล ไปจนถึงการไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคล อย่างต่อเนื่อง กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง (Control Activity) ส่วนใหญ่จึงไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ และได้รับการประเมินว่ามีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ซึ่งพบว่า ในภาพรวมยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด เนื่องจากส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่มีผลการดำเนินงานสัมพันธ์กับแผนประจำปีงบประมาณ ปีปฏิทิน หรือกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้เช่นกัน ดังนั้น ผลการจัดการความเสี่ยงในภาพรวมจึงต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2564 ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณายกเลิกความเสี่ยงบางส่วน เนื่องจากมุมมองของผู้บริหารเจ้าของความเสี่ยง ดังนี้



รูปภาพที่ 22 Risk Map-Dashboard Orange Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ)

ภายหลังการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงพบว่าส่วนใหญ่ ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ : เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง จำนวน 6 ความเสี่ยง ดังนี้

การคลัง :

- | | | |
|----|--|---------------|
| 1. | F2 ความเสียหายจากกระบวนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (เน้นระบบ Billing System) (2561) | คงที่ ที่ 4x2 |
|----|--|---------------|

สารสนเทศ :

- | | | |
|----|--|---------------|
| 2. | S12 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2556) | คงที่ ที่ 3x3 |
| 3. | S13 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าในขณะนี้ได้ตามต้องการ (2559) | คงที่ ที่ 3x3 |
| 4. | O14 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับ (2558) | คงที่ ที่ 3x3 |

วิจัย :

- | | | |
|----|---|----------------------|
| 5. | C17 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีถูกฟ้องร้องด้านการวิจัยในคน (2558) | ลดลงจาก 2x4 เป็น 2x3 |
|----|---|----------------------|

ดูแลสุขภาพ :

- | | | |
|----|---|---------------|
| 6. | C35 การถูกฟ้องร้องจากกระบวนการรักษาพยาบาล จนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะ หรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาล/องค์กรภายนอก (2556) | คงที่ ที่ 2x4 |
|----|---|---------------|

รวมถึงพบว่า ภายหลังการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง มีความเสี่ยงที่ ยังไม่สามารถสรุปได้ : อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้ และ ความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณายกเลิก จำนวน 2 ความเสี่ยงเท่ากัน ดังนี้

ยังไม่สามารถสรุปได้ : อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้

- | | | |
|----|---|------------------|
| 1. | S9 การเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตลดระดับลง (Ranking) (2561) | จาก 2x4 เป็น 2x2 |
|----|---|------------------|

สารสนเทศ :

- | | | |
|----|--|---------------------------|
| 2. | O33 ระบบ HIS ¹⁵ ที่ CNMI ¹⁶ ไม่สามารถใช้งานได้ตามที่กำหนด (2561) | เพิ่มขึ้นจาก 2x3 เป็น 3x3 |
|----|--|---------------------------|

ความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณายกเลิก: จากเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner)

สื่อสารองค์กร :

- | | | |
|----|---|-----------------|
| 1. | O4 การจัดการด้านการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉิน ไม่มีประสิทธิภาพ (ทั้งภายในและภายนอกคณะฯ) (2560) | ยกเลิกจาก 2 x 4 |
|----|---|-----------------|

วิเทศสัมพันธ์ :

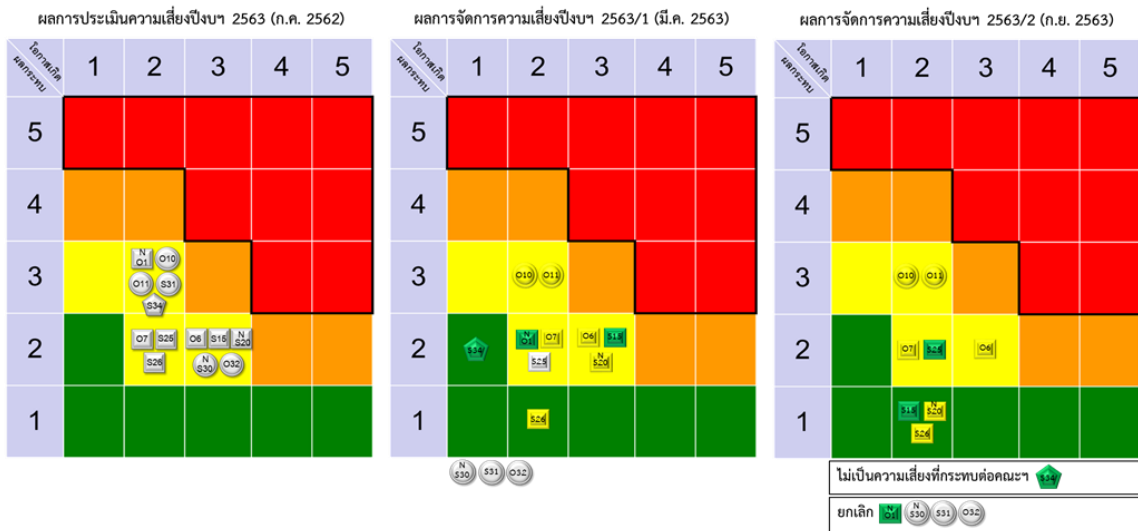
- | | | |
|----|---|-----------------|
| 2. | S29 นักศึกษาระดับปริญญาที่ไปศึกษาแลกเปลี่ยนต่างประเทศ ไม่เป็นไปตามเป้า (2563) | ยกเลิกจาก 3 x 3 |
|----|---|-----------------|

15 Hospital Information System

16 สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์

ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone)

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลางของคณะฯ มี 13 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 37.14 (13x100/35) ของความเสี่ยงทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการพบอุปสรรค และโอกาสพัฒนาในระบบ และ/หรือ กระบวนการตามลักษณะธรรมชาติขององค์กร และ/หรือ หน่วยงาน (Core Business/Core Process) ที่มีการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่องมาแล้วระยะหนึ่ง เนื่องจากเป็นแผนระยะยาวที่ต้องแบ่งการดำเนินงานตามแผนประจำปีงบประมาณ แผนตามปีการศึกษา แผนตามปีปฏิทิน หรือแผนตามโครงการต่างๆ ของคณะฯ โดยพบว่าในปีงบประมาณ 2563 คณะฯ ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าเข้ากระทบต่อการจัดการความเสี่ยงโดยตรง ส่งผลให้กิจกรรมที่ใช้ในการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ บางส่วนล่าช้า เนื่องจากถูกชะลอการดำเนินงาน หรือบางส่วนถูกระงับการดำเนินงาน ในขณะที่ยังคงพบปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทั้งการเปลี่ยนแปลงข้อบังคับจากภาครัฐ และ/หรือ มหาวิทยาลัย ความหลากหลายของหน่วยงาน ไปจนถึงความแตกต่างของบุคคล ดังนั้น กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง (Control Activity) ส่วนใหญ่จึงไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ และได้รับการประเมินว่ามีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) พบว่า ส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด หรือ สามารถดำเนินการได้อย่างค้ำหน้า สามารถคาดการณ์แนวโน้มผลการดำเนินงานจากข้อมูลแวดล้อมประกอบ ว่าจะสามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด ดังนั้น ผลการจัดการความเสี่ยงในภาพรวมจึงได้รับการประเมินว่าสามารถจัดการได้ และส่วนใหญ่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2564 ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณายกเลิกความเสี่ยงบางส่วน เนื่องจากมุมมองของผู้บริหารเจ้าของความเสี่ยง ดังนี้



รูปภาพที่ 23 Risk Map-Dashboard Yellow Zone (ความเสี่ยงของคณะฯ)

ภายหลังการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงพบว่าส่วนใหญ่ สามารถจัดการความเสี่ยงได้ จำนวน 5 ความเสี่ยง ประกอบด้วยความเสี่ยงที่สามารถยอมรับได้ และ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ ดังนี้

เป็นความเสี่ยงที่สามารถยอมรับได้ จำนวน 4 ความเสี่ยง ดังนี้

การศึกษา :

- | | |
|---|---------------|
| 1. O10 จำนวนและคุณภาพของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่สมัครเข้ารับการศึกษาฝึกอบรมไม่ได้ตามเป้าหมาย (2561) | คงที่ ที่ 2x3 |
| 2. O11 การดำเนินการเพื่อให้หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านผ่านการตรวจประเมินตามเกณฑ์ WFME ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2562) | คงที่ ที่ 2x3 |

สารสนเทศ :

- | | |
|---|----------------------|
| 3. S15 ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญและจำเป็นต่อการวางแผนหรือการบริหารงาน ลดลงจาก 3x2 เป็น 2x1 ภายในคณะฯ ไม่ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ครอบคลุม (2560) | ลดลงจาก 3x2 เป็น 2x1 |
|---|----------------------|

บริหารทุนมนุษย์ :

- | | |
|--|----------------------|
| 4. S26 ไม่สามารถสรรหาและบรรจุบุคลากรตำแหน่งที่สำคัญ (Key Position ไม่รวม อาจารย์แพทย์ และแพทย์ Hospitalist) เพื่อรองรับการบริการและการเรียน การสอนของสถาบันการแพทย์จักษุรัตนินทร์ได้เพียงพอ (2561) | ลดลงจาก 2x2 เป็น 2x1 |
|--|----------------------|

ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ จำนวน 1 ความเสี่ยง ดังนี้

ดูแลสุขภาพ :

- | | |
|--|--------------------|
| 1. S34 ไม่ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า (AHA) (2561) | หลุดจากระดับ 2 x 3 |
|--|--------------------|

รวมถึงพบว่า ภายหลังการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง มีความเสี่ยงที่ ยังไม่สามารถสรุปได้ : อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้ และ ความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณายกเลิก จำนวน 4 ความเสี่ยงเท่ากัน ดังนี้

ยังไม่สามารถสรุปได้ : อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้

กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก :

- | | |
|--|---------------|
| 1. O6 การจัดการขยะในหน่วยงานบริการผู้ป่วยไม่ได้ตามมาตรฐานสากล (2561) | คงที่ ที่ 3x2 |
| 2. O7 บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน (2561) | คงที่ ที่ 2x2 |

วิชาการและวัฒนธรรม :

- | | |
|---|--------------|
| 3. S20 หัวหน้างานพันธกิจบริการวิชาการขาด Competency ด้านบริหารสำคัญ ลดลงจาก 3x2 เป็น 2x1 เพื่อมุ่งสู่การบริการวิชาการที่เป็นเลิศ (2563) | 3x2 เป็น 2x1 |
|---|--------------|

บริหารทุนมนุษย์ :

- | | |
|---|---------------|
| 4. S25 ระบบการสร้างผู้สืบทอด (Successor) ตำแหน่งบริหารระดับต้นและระดับกลาง (ตามเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยกำหนด) ไม่สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (2561) | คงที่ ที่ 2x2 |
|---|---------------|

ความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณายกเลิก: จากเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner)

พัฒนาคุณภาพ :

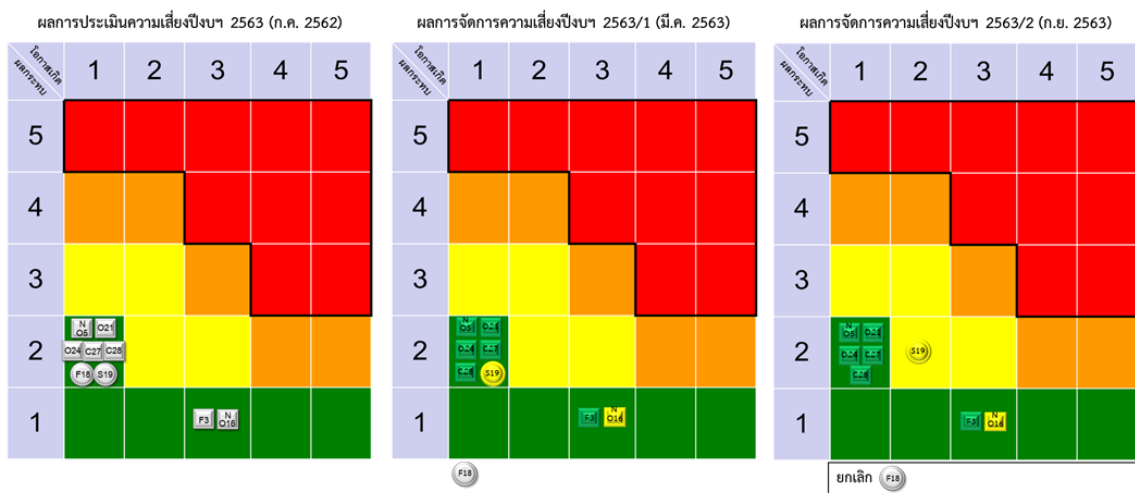
- 1. O1 โครงการฝึกอบรมการถอดบทเรียนของงานพัฒนาคุณภาพงานไม่ได้จัดอบรม ตามแผนปฏิบัติการ (2563) ยกเลิกจาก 2 x 3

วิเทศสัมพันธ์ :

- 2. S30 จำนวนบันทึกข้อตกลงความร่วมมือด้านวิจัยที่มีความเคลื่อนไหว หรือดำเนินการ อย่างต่อเนื่อง ที่ต่ำกว่าเป้าหมาย (2563) ยกเลิกจาก 3 x 2
- 3. S31 จำนวนบันทึกข้อตกลงความร่วมมือที่มีความเคลื่อนไหว หรือดำเนินการอย่าง ต่อเนื่องที่ต่ำกว่าเป้าหมาย (2557) ยกเลิกจาก 2 x 3
- 4. O32 ไม่สามารถรักษาค่าบุคลากรด้านวิเทศสัมพันธ์ ให้คงอยู่ตามจำนวนงานที่มี และมีแนวโน้มงานจะเพิ่มขึ้น (2559) ยกเลิกจาก 3 x 2

ความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone)

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำของคณะฯ มี 9 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 25.71 (9x100/35) ของความเสี่ยง ทั้งหมด เป็นความเสี่ยงที่มีการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่สามารถ ยอมรับได้ อย่างต่อเนื่องมาแล้วระยะหนึ่ง โดยพบว่า ความเสี่ยงในกลุ่มนี้ ทั้งหมดใช้กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (Existing Control) ในการควบคุมความเสี่ยงเป็นหลัก และใช้กิจกรรมการควบคุม หรือแผนการจัดการความเสี่ยง (Control Activity) เพื่อส่งเสริมความสามารถของกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (Existing Control) เพียงเล็กน้อย เท่านั้น สอดคล้องกับผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด ดังนั้น ผลการจัดการความเสี่ยงในภาพรวมจึงได้รับการประเมินว่าสามารถจัดการได้ มากที่สุดใน ปีงบประมาณนี้ แต่ได้รับการพิจารณาให้เป็นความเสี่ยงที่ควรคงไว้ เพื่อติดตามควบคุมระดับความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่จึงต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2564 ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณายกเลิกความเสี่ยง บางส่วน เนื่องจากมุมมองของผู้บริหารเจ้าของความเสี่ยง ดังนี้



รูปภาพที่ 24 Risk Map-Dashboard Green Zone (ความเสี่ยงของคณะฯ)

ภายหลังการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงพบว่าส่วนใหญ่ สามารถจัดการความเสี่ยงได้ จำนวน 8 ความเสี่ยง โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่สามารถยอมรับได้ ดังนี้

การคลัง :

1. F3 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการทางด้านการบริหารงบประมาณ (2561) คงที่ ที่ 3x1

การพัสดุ :

2. O5 การทุจริตและการขัดกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนและผลประโยชน์ส่วนรวม (2563) คงที่ ที่ 1x2

สารสนเทศ :

3. O16 ครุภัณฑ์สารสนเทศของคณะฯ สูญหาย หรือเสียหาย (2563) คงที่ ที่ 3x1

วิจัย :

4. S19 ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติไม่ได้ตามเป้า (2556) เพิ่มขึ้นจาก 1x2 เป็น 2x2

กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก :

5. O21 ระบบสาธารณูปโภค (ไฟฟ้า ประปา) มีคุณภาพและปริมาณไม่เพียงพอต่อความต้องการในคณะฯ (2559) คงที่ ที่ 1x2

6. O24 อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการยานพาหนะ (2558) คงที่ ที่ 1x2

การพัสดุ :

7. C27 เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vendor) (2557) คงที่ ที่ 1x2

8. C28 ความเสี่ยงจากการทำผิดพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 (2561) คงที่ ที่ 1x2

ทั้งนี้พบว่า ภายหลังการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง มีความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณายกเลิก จำนวน 1 ความเสี่ยง ดังนี้

วิจัย :

1. F18 ความคลาดเคลื่อนในการรับ-เบิกจ่าย เงินทุนวิจัย (2562) ยกเลิกจาก 1 x 2

ภาคผนวก

ฐานข้อมูลการประเมินความเสี่ยง

ผลการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563																							
Cluster	Cluster	คำค้น	ความเสี่ยง (ปี พ.ศ.)	ประเภทความเสี่ยง	ระดับ/ใหม่	ปัจจัยเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่				ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่ - ปัจจุบันจากการติดตามครั้งที่ 2/2562				กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2563				หมายเหตุ		
									ผลกระทบ		Risk Map Zone	ผลกระทบ		Risk Map Zone		ผลกระทบ	Risk Map Zone	ผลกระทบ	Risk Map Zone	ผลกระทบ		Risk Map Zone	
									ระดับโอกาสเกิด (A)	ระดับ (B)		ระดับโอกาสเกิด (A)	ระดับ (B)	ระดับโอกาสเกิด (A)	ระดับ (B)								
Professional Service	พัฒนาคุณภาพงาน	O	1	โครงการฝึกอบรมการออกแบบเขียนของงานพัฒนาคุณภาพงานไม่ได้จัดอบรมตามแผนปฏิบัติการ (2563)	ความเสี่ยงใหม่	เนื่องจากจำนวนบุคลากรที่ให้ความสนใจในการอบรมมีจำนวนน้อยทำให้ไม่คุ้มค่าที่จะเชิญวิทยากรจากภายนอกเข้ามาให้ความรู้ จึงทำให้ยกเลิกโครงการฝึกอบรมการออกแบบเขียน	จำนวนแผนกับบรรลุตามเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ต่อปี	1. ส่งรองความต้องการการอบรมในกลุ่มบุคลากรที่โดยอบรมการออกแบบเขียน 2. แจ้งให้ผู้สนใจเข้าร่วมอบรมการออกแบบเขียนทราบว่าจะมีการอบรมรางวัล "นักออกแบบเขียนคุณภาพของคณะฯ" ในงานมหกรรมคุณภาพของทุกปี เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรสนใจเข้าร่วมอบรมโครงการออกแบบเขียน	2	3	2 x 3 ขานกลาง	Yellow	2	3	2 x 3 ขานกลาง	Yellow	ไม่มี	ไม่มี	งานพัฒนาคุณภาพงาน	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	
Professional Service	การให้บริการ	F	2	ความเสี่ยงภัยที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (เน้นระบบ Billing System) (2561)	ความเสี่ยงเดิม	ยังไม่สามารถระบุได้ว่าอยู่ระหว่างดำเนินการซึ่งสามารถระบุได้	1. การจัดเก็บเงิน 1.1 กรณีรับชำระเป็นเงินสดหรือบัตรเครดิต สามารถนำส่งเงินได้ครบถ้วนถูกต้องทุกวันภายในวันที่รับเงินหรือในวันทำการถัดไป 1.2 กรณีเงินสด ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ (Average Collection Period) ไม่เกิน 60 วัน 1.3 ผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิเงินเชื่อ (UNK) หรือมีสิทธิเงินเชื่อแต่มีส่วนร่วมจ่าย เมื่อรับบริการแล้วต้องชำระเงินค่ารักษาอย่างครบถ้วน 1.4 การให้บริการรักษาพยาบาลที่ไม่ตรงจนเสียใจของกองทุนต่างๆ ทำให้ไม่ได้รับการจ่ายชดเชยหรือได้รับชำระเงินล่าช้า 1.5 การพัฒนาระบบสารสนเทศของคณะฯ ไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์การขอรับเงินชดเชยของกองทุนต่าง ๆ	1. การจัดเก็บเงิน 1.1 มีการออกรายงานเพื่อกระหนยอดการรับเงินค่ารักษาพยาบาลประจำวันทั้งการรับด้วยเงินสดและบัตรเครดิตโดยการกระหนยอด เงินสดและบัตรเครดิตที่ได้รับบัญชีข้อมูล ในระบบ SAP 1.2 มีการติดตามสถานะการเรียกเก็บหนี้เป็นประจำวัน มี Warroom สำหรับการแก้ไขปัญหาข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ (ดีด C) รวมถึงทำการกำหนด KPI ระบบการติดตามหนี้อย่างชัดเจน 1.3 มีการพัฒนาระบบเงินมัดจำค่ารักษาพยาบาลในกรณีผู้ป่วยใน มีระบบการแสดงยอดค้างชำระบริการรับชำระเงินประสานงานกับส่วนบริหารโรงพยาบาลเพื่อออกใบแจ้งหนี้ค้าง ณ จุดบริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก (OPD) 1.4 ประสานงานกับระบบการบริการรักษาพยาบาลให้มีการร้องสิทธิอย่างถูกต้อง และให้บริการรักษาพยาบาลตามหลักเกณฑ์ที่กองทุนต่างๆ กำหนด	4	2	4 x 2 สูง	Orange	4	2	4 x 2 สูง	Orange	ไม่มีข้อมูล	คณะฯ	1. ประสานงานกับฝ่ายสารสนเทศให้มีการออกรายงานในส่วนของการให้บริการรักษาพยาบาลด้วยเงินเชื่อเพื่อกระหนยอดการ Interface ข้อมูลระหว่างระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้แก่ Billing>Staging>SAP 2. ประสานงานกับฝ่ายสารสนเทศเพื่อทราบแก้ไขปัญหาการส่งข้อมูลยังระบบจัดเก็บค่ารักษาพยาบาล (Billing System) และจัดการปัญหาข้อมูลค้างเป็นระยะเวลาตาม 3. ประสานงานกับฝ่ายสารสนเทศเพื่อพัฒนาระบบการจัดทำหนี้เสียวงหนี้	30 ก.ย. 2563	ฝ่ายสารสนเทศ	ฝ่ายสารสนเทศ	ดีดชื่อ ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล
Professional Service	การให้บริการ	F	3	ความเสี่ยงภัยที่เกิดจากกระบวนการทางด้านการบริหารงบประมาณ (2561)	ความเสี่ยงเดิม	ยังไม่สามารถระบุได้ว่าอยู่ระหว่างดำเนินการซึ่งสามารถระบุได้	1. การเบิกจ่ายงบประมาณไม่เป็นไปตามแผน การออกยอดการผูกพันเกิดความผิดพลาด 1.1 ภาควิชา/หน่วยงาน ไม่สามารถดำเนินการตามกระบวนการจัดหาพัสดุ ได้ทันในปีงบประมาณที่ได้รับอนุมัติ 1.2 การรวบรวมเอกสารประกอบการเบิกจ่ายไม่ทันในปีงบประมาณที่ได้รับอนุมัติ 1.3 ข้อมูลในฐานข้อมูลมีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ทำให้การยอดการผูกพันเกิดความผิดพลาด	1. การเบิกจ่ายงบประมาณและการออกยอดการผูกพัน 1.1 การเบิกจ่ายทุกหมวดควรรายจ่ายทุกแห่งเงินสิ้นปีวันที่ 30 กันยายน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 1.2 การเบิกจ่ายงบลงทุนทุกแห่งเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ 68.75 2. การยอดการผูกพันเป็นไปอย่างถูกต้องเรียบร้อยภายในระยะเวลาที่กำหนด	3	1	3 x 1 ต่ำ	Green	3	1	3 x 1 ต่ำ	Green	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	

ผลการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563																									
Cluster	ด้าน	ความสำคัญ (ปี พ.ศ.)	ประเภทความเสี่ยง	ระดับ/ไหม	ปัจจัยเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่		ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่-ปัจจุบันจากการติดตามครั้งที่ 2/2562		ประเมินความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2563				หมายเหตุ								
								ระดับโอกาสเกิด (A)	ระดับ (B)	ระดับโอกาสเกิด (A)	ระดับ (B)		ผลกระทบ	ระยะเวลา	ผลกระทบ	ระยะเวลา		กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาดำเนินการ (ระยะเวลาตั้งแต่ไม่ดำเนินปีงบประมาณ)	สรุปผลของกิจกรรม					
																				ผลกระทบน้อย	ผลกระทบน้อย	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)		
Professional Service	ด้าน	ความเสี่ยง	Operational Risk	ความเสี่ยง	ยังไม่สามารถระบุได้ว่ามีความเสี่ยงหรือไม่สามารถระบุได้	1. บุคลากรปฏิบัติงาน โดยขาดความรู้ในการทำงานอย่างปลอดภัย 2. บุคลากรปฏิบัติงาน โดยขาดอุปกรณ์ป้องกัน หรือขาดความระมัดระวังในความสำคัญของการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน 3. สภาพแวดล้อมในการทำงานไม่ปลอดภัย 4. อุปกรณ์-เครื่องมือในการทำงานไม่พร้อมใช้งาน	1. ผ่านเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรใน รพ. (ข้อสำนึกโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค)/ระดับ 3 2. อัตราความถี่การบาดเจ็บ, เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงานไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยในบุคลากรทั้งหมด 3. อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงานของบุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรงไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยในบุคลากรทั้งหมด 4. อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงาน ของบุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ไม่เกิน ร้อยละ 20 ของจำนวนการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยในบุคลากรทั้งหมด	1. ประเมินความเสี่ยงสังคมด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคลากรในคณะฯ 2. จัดโครงการอบรม ด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม 3. ตั้งศูนย์รวมสวัสดิ อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงาน 4. เป็นศูนย์กลางรับอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงาน 5. กระตุ้น/ประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในคณะฯ รายงานการเกิดอุบัติเหตุในช่องทาง IOR ไลน์ภาคขึ้น 6. มีการตรวจสอบ บำรุงรักษาอุปกรณ์ เครื่องมือตามระยะเวลา	2	4. ความปลอดภัย	2	2 x 2 ข้างบน	Yellow	2	4. ความปลอดภัย	2	2 x 2 ข้างบน	Yellow	ไม่เพียงพอ	คณะฯ	1. วิเคราะห์หาสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน (Fault Tree Analysis : FTA) 2. โครงการป้องกันขั้นต้นในห้องพักติด	ก.ย. 2563	คณะกรรมการความปลอดภัยและสุขภาพแวดล้อมในการทำงาน	งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ คณะกรรมการอำนวยการ	ไม่มี
									3	5	3	3	4	3 x 4 ด้านล่าง	Red	1.1 ประสิทธิภาพการทำงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	1.1 ประสิทธิภาพการทำงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	4	3 x 4 ด้านล่าง	Red	ไม่เพียงพอ	คณะฯ	1. การกำหนดกรอบอัตรากำลังและโครงสร้างการบริหารงานด้านการศึกษาของโรงเรียนแพทย์ >> ต่อเนื่องจากปี 2562 2. การจัดทำกระบวนการทำงาน และระบบงานด้านการศึกษา (work process & work flow system) >>ต่อเนื่องจากปี 2562 3. การพัฒนาระบบบริหารการศึกษาโดยระบบสารสนเทศ (Student Life Cycle Management) >>ต่อเนื่องจากปี 2562 4. ปรับระบบการสรรหาและบรรจุอาจารย์แพทย์ และ Hospitalist ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น 5. มอบหมายให้ภาควิชาเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน 6. วางแผนในการรับผู้ป่วยประกันสังคม	ดำเนินการต่อเนื่อง ถึงปีงบประมาณ 2563	รองคณบดีฝ่ายการศึกษาและประกันคุณภาพ
Education and Research	ด้าน	ความเสี่ยง	Operational Risk	ความเสี่ยง	ยังไม่สามารถระบุได้ว่ามีความเสี่ยงหรือไม่สามารถระบุได้	1. จำนวนเจ้าหน้าที่ด้านการศึกษาได้โรงเรียนแพทย์เป็นไปตามกรอบอัตราที่กำหนด >> ต่อเนื่องปี 2562 2. จำนวนอาจารย์ที่รับผิดชอบงานส่วนกลางในการบริหารจัดการหลักสูตรเป็นไปตามที่กำหนด >> ต่อเนื่องปี 2562 3. จำนวนจำนวนเตียงและผู้ป่วยเป็นไปตามที่กำหนด	1. การกำหนดกรอบอัตรากำลังและโครงสร้างการบริหารงานด้านการศึกษาของโรงเรียนแพทย์ >> ต่อเนื่องจากปี 2562 2. การจัดทำกระบวนการทำงาน และระบบงานด้านการศึกษา (work process & work flow system) >>ต่อเนื่องจากปี 2562 3. การพัฒนาระบบบริหารการศึกษาโดยระบบสารสนเทศ (Student Life Cycle Management) >>ต่อเนื่องจากปี 2562	3	5	3	3	4	3 x 4 ด้านล่าง	Red	ไม่เพียงพอ	คณะฯ	1. การกำหนดกรอบอัตรากำลังและโครงสร้างการบริหารงานด้านการศึกษาของโรงเรียนแพทย์ >> ต่อเนื่องจากปี 2562 2. การจัดทำกระบวนการทำงาน และระบบงานด้านการศึกษา (work process & work flow system) >>ต่อเนื่องจากปี 2562 3. การพัฒนาระบบบริหารการศึกษาโดยระบบสารสนเทศ (Student Life Cycle Management) >>ต่อเนื่องจากปี 2562 4. ปรับระบบการสรรหาและบรรจุอาจารย์แพทย์ และ Hospitalist ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น 5. มอบหมายให้ภาควิชาเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน 6. วางแผนในการรับผู้ป่วยประกันสังคม	ดำเนินการต่อเนื่อง ถึงปีงบประมาณ 2563	รองคณบดีฝ่ายการศึกษาและประกันคุณภาพ	รองคณบดีฝ่ายกิจการนักศึกษา และ ผู้อำนวยการโรงเรียนแพทย์ร่วมรับผิดชอบ	ไม่มี				

ผลการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563																									
Cluster	ด้าน	ความเสียง (ปี พ.ศ)	ประเภทความเสี่ยง	ระดับ/ใหม่	ปัจจัยเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่			ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่-ปัจจุบันจากการติดตามครั้งที่ 2/2562			ประเมินความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2563				หมายเหตุ						
								ระดับโอกาสเกิด (A)	ผลกระทบ		ระดับโอกาสเกิด (A)	ผลกระทบ			ระดับโอกาสเกิด (A)	ผลกระทบ		ระดับความถี่ในการประเมินความเสี่ยง (ระยะเวลาในการประเมิน)		ประเภท	ผู้รับผิดชอบ	รวม (ถ้ามี)			
									สูง	ต่ำ		สูง	ต่ำ			สูง	ต่ำ						สูง	ต่ำ	
Education and Research	การศึกษา (ระดับปริญญา)	9	การเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตระดับของ (Ranking) (2561)	Strategic Risk	ความเสี่ยงค่า	ยังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้	1. ความพร้อมในการบริหารจัดการหลักสูตร (สอดคล้องกับความเสียงการเตรียมทรัพยากรเพื่อรองรับหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตใหม่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย) 2. สถานที่เรียนใกล้ขึ้น>>ต่อเนื่องจากปี 2561 3. นักเรียนและผู้ปกครองอาจไม่มีใจต่อคุณภาพการเรียนการสอนชั้นพรีคลินิก เนื่องจาก เป็นการจัดการเรียนการสอนโดย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี CNMI ซึ่งมีประสบการณ์น้อยกว่าคณะวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี>>ต่อเนื่องจากปี 2561	1. จำนวนผู้สมัครเข้าศึกษาในระบบ กสพท.>>ต่อเนื่องปี 2561 (เป้าหมาย = อยู่ใน 3 ลำดับแรกของการคัดเลือก) 2. คะแนนเฉลี่ยในการสอบเข้า>>ต่อเนื่องปี 2561 (เป้าหมาย = อยู่ใน 3 ลำดับแรกของการคัดเลือก) 3. ผลสำรวจความคิดเห็นย้อนหลังจากนักศึกษาเข้าใหม่ปีล่าสุด จากกิจกรรมรับน้อง ผลต่อการเลือกเข้าศึกษาในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (เป้าหมาย = ร้อยละ 80 ที่ยังคงเลือกรามธิบดี)	1. ประชาสัมพันธ์หลักสูตร 2. จัดบรรยายภาคและสิ่งแวดลอมในความพร้อมและเอื้อต่อการเรียนรู้ 3. กิจกรรมแนะนำคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีสู่วีรโรเรียนมัธยม 4. ผลิตสื่อประชาสัมพันธ์หลักสูตร 5. กิจกรรม Open House ประชาสัมพันธ์ 4 หลักสูตร ที่สถาบันจัดการแพทย์จักษุบัณฑิตพันธ์ เพื่อสร้างการรับรู้ และนำไปสู่การบอต่อ 6. กิจกรรมรับน้อง ณ สถาบันจัดการแพทย์จักษุบัณฑิตพันธ์ ช่วงเดือน ก.ค. เพื่อสร้างการรับรู้ และนำไปสู่การบอต่อ (ปี 2562 จัดช่วง 6-8 ก.ค. 2562) 7. เตรียมการบริหารจัดการหลักสูตรร่วมกับระหว่าง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีและคณะวิทยาศาสตร์	2	สูง	4	2 x 4 สูง	Change	3	สูง	2	3 x 2 ปานกลาง	Yellow	ไม่ต่อเนื่อง	1. การดำเนินการเพื่อให้หลักสูตรผ่านสภามหาวิทยาลัย 2. ประชาสัมพันธ์ให้ทราบว่ามีปี 2563 ต้องไปเรียนพรีคลินิกที่สถาบันจัดการแพทย์จักษุบัณฑิตพันธ์ ก่อนการเปิดรับสมัครนักเรียน ในเดือนตุลาคม 2562 3. สำรวจความคิดเห็นย้อนหลังจากนักศึกษาเข้าใหม่ปีล่าสุด จากกิจกรรมรับน้อง โดยสอบถามถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกเข้าศึกษาในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยสอบถามรวมถึงด้านสถานที่ ด้านการบริหารจัดการ และหลักสูตร	ดำเนินการต่อเนื่อง ถึงปีงบประมาณ 2563	รศ.ดร.ศุภมาสวีต	ผู้ช่วยคณบดีโรงเรียนแพทย์รามธิบดี	ไม่มี
Education and Research	การศึกษา (ระดับปริญญา)	10	จำนวนและคุณภาพของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่สมัครเข้ารับการศึกษาฝึกอบรมไม่ได้ตามเป้าหมาย (2561)	Operational Risk	ความเสี่ยงค่า	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้	1. ระบุตัวชี้วัด/เปลี่ยนที่จะไปศึกษาในสาขาอื่น และ/หรือ สอบได้ทุนศึกษาต่อ ณ ต่างประเทศ 2. ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาหลักสูตรของนักศึกษา 3. สถาบันอื่นเปิดหลักสูตรที่นำเสนอใจหรือมีองค์ประกอบสนับสนุนที่ดีกว่าคณะฯ 4. บุคคลภายนอกไม่ทราบว่าจะมี มีการเปิดหลักสูตรปริญญาโทและปริญญาเอก 5. จำนวนและคุณภาพของนักศึกษา ป.โท-ป.เอก ที่สนใจศึกษา ในตลาดภาพรวม ลดลง (อ้างอิงจำนวนประชากรเกิดลดลง จำนวนเด็กจบปริญญาตรีลดลง)	1. ระบุตัวชี้วัด/เปลี่ยนที่จะไปศึกษาในสาขาอื่น และ/หรือ สอบได้ทุนศึกษาต่อ ณ ต่างประเทศ 2. ทรัพยากรสำเร็จการศึกษาในวงรอบของหลักสูตร 2.1. ป.โท 36 เดือน 2.2. ป.เอก 60 เดือน	1. ระบุตัวชี้วัด/เปลี่ยนที่จะไปศึกษาในสาขาอื่น และ/หรือ สอบได้ทุนศึกษาต่อ ณ ต่างประเทศ 2. การให้ทุนสนับสนุนนักศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาสำหรับนักศึกษาที่มีศักยภาพสูง 3. ดำเนินการประชาสัมพันธ์หลักสูตรไปยังหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง 4. ดำเนินการประชาสัมพันธ์ทุนสนับสนุนการศึกษาต่างๆ เช่น ทุนการศึกษาสำหรับนักศึกษาแรกเข้า 5. พัฒนา Website และ Facebook ของงานการศึกษาหลังปริญญา ให้ Active มากขึ้น 6. จัดกิจกรรม Open House ในระดับการศึกษาหลังปริญญา	2	สูง	3	2 x 3 ปานกลาง	Yellow	2	สูง	3	2 x 3 ปานกลาง	Yellow	ต่อเนื่อง	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี

ผลการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563																									
Cluster	ด้าน	ความเสี่ยง (ปี พ.ศ.)	ประเภทความเสี่ยง	ระดับ/ไหม	ปัจจัยเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่			ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่-ปัจจุบันจากการติดตามครั้งที่ 2/2562			ประเมินความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2563				หมายเหตุ						
								ระดับโอกาสเกิด (A)	ผลกระทบ		ระดับโอกาสเกิด (A)	ผลกระทบ			ระดับโอกาสเกิด (A)	ระดับโอกาสเกิด (A X B)	Risk Map Zone	ระดับโอกาสเกิด (A)		ระดับโอกาสเกิด (A X B)	Risk Map Zone	กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาสิ้นสุดโครงการเป็นปีงบประมาณ)	สรุปผลขอ	
									สูง	ต่ำ		สูง	ต่ำ											สูง	ต่ำ
Education and Research	การศึกษ (ใช้สิ่งปลูก)	การดำเนินงานเพื่อให้หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านผ่านการตรวจประเมินตามเกณฑ์ WFME ในปีงบประมาณ 2562	Operational Risk	ความเสี่ยงค่า	ปัจจัยภายใน 1. แต่หลักสูตรใช้เวลาในการดำเนินการรวบรวมข้อมูลการฝึกอบรมภายในภาควิชาค่อนข้างมาก อีกทั้งต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจเกณฑ์การประเมินเนื่องเป็นการจัดทำ SAR ตามเกณฑ์ WFME เป็นครั้งแรก ปัจจัยภายนอก 1. การกำหนดวันรับการตรวจประเมินขึ้นกับความพร้อมของแต่ละสาขาวิชาจึงจัดคิวให้	1. ร้อยละของหลักสูตรที่จัดทำ SAR แล้วเสร็จ และพร้อมยื่นหลักสูตรให้แพทยสภารับรองตามระบบ WFME ภายในระยะเวลาที่กำหนด >>ต่อเนื่องปี 2562 2. ร้อยละของหลักสูตรที่ได้รับการตรวจประเมิน WFME ภายในระยะเวลาที่กำหนด >>ต่อเนื่องปี 2562 3. ร้อยละของหลักสูตรที่ได้รับการตรวจประเมิน WFME ผ่านภายในระยะเวลาที่กำหนด >>ต่อเนื่องปี 2562	1. แบบสอบถามสำรวจความก้าวหน้าในการเตรียม/ส่งการตรวจ WFME 2. ติดตามความคืบหน้าการประเมินคุณภาพหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านตามเกณฑ์ WFME ใน 2 ลักษณะ 2.1. สอบถามอย่างไม่เป็นทางการใน Group Line WFME ซึ่งประกอบไปด้วย คณะกรรมการบริหารโครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้าน ต่อยอดจากภาควิชาต่างๆ และเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานภาควิชา 2.2. สำรวจความคืบหน้าด้วยแบบสอบถาม พร้อมให้ระบุความต้องการ 3. สนับสนุนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ประกอบ SAR นอกเหนือจากวิชาการตีพิมพ์ จัดให้แก่แพทย์ประจำบ้านทุกคนเมื่อแรกเข้า (การให้ E-Resource, จักรวรรณาวิจัย, การแพทย์ทางเลือก, บุคลิกภาพของแพทย์ เป็นต้น) 4. การประกันคุณภาพที่ตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตร	2 สูง	3 ต่ำ	2 สูง	3 ต่ำ	2 สูง	3 ต่ำ	2 สูง	3 ต่ำ	1. การประกันคุณภาพที่ตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตร (IOA)	1 - 30 ก.ย. 2562	สมบูรณ์	ดำเนินการ ปีงบประมาณ 2562	ไม่มี					
Professional Service	สารสนเทศ	ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2556)	Strategic Risk	ความเสี่ยงค่า	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างใกล้ชิด	1. กระบวนการเฝ้าระวังและตรวจสอบความพร้อมใช้งานของระบบสารสนเทศโรงพยาบาลประสิทธิภาพ 2. ระบบ Facilities ของ Data Center ไม่เพียงพอ 3. ถูกโจมตีจากภัยคุกคามด้านความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ เช่น มัลแวร์ หรือ Hackers 4. ระบบมี Capacity ไม่เพียงพอในการรองรับปริมาณการใช้งาน 5. ขีดจำกัดในการพัฒนาซอฟต์แวร์	1. ระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผน และไม่สามารถแก้ไขให้กลับมาใช้งานได้ภายใน 30 นาทีหลังจากที่ได้รับแจ้ง ไม่มีเกินร้อยละ 0.5 ของระยะเวลาให้บริการทั้งหมด >>ต่อเนื่องจากปี 2560 2. ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลให้บริการได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 99 ของระยะเวลาให้บริการทั้งหมด>>ต่อเนื่องจากปี 2561 3. ระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนต่อ Incident เฉลี่ยไม่เกิน 25 นาที >> ต่อเนื่องจากปี 2562 4. ร้อยละของเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ติดมัลแวร์ ณ ขณะใดขณะหนึ่ง ไม่เกินร้อยละ 1.5 >> ต่อเนื่องจากปี 2562 5. ร้อยละของการ Deploy ซอฟต์แวร์ที่มีข้อผิดพลาดจนใช้การไม่ได้หรือกระทบการให้บริการอย่างมีนัยสำคัญ ไม่เกินร้อยละ 10 >> ต่อเนื่องจากปี 2562 6. การตรวจสอบจำนวนพื้นที่เก็บข้อมูลของเครื่องแม่ข่ายแล้วพบว่าพื้นที่เหลือน้อยกว่าร้อยละ 10 เป็น 0 ครั้ง >> ต่อเนื่องจากปี 2562	1. เฝ้าระวังและตรวจสอบความพร้อมใช้งานของระบบอย่างสม่ำเสมอ 2. จัดให้มีระบบสำรองสำหรับ Web Application และ Web Service ที่สำคัญ 3. การเฝ้าระวังภัยคุกคามจากมัลแวร์ 4. อัปเดต Patch ของ Windows เพื่อปรับปรุงระบบงานตามรอบการบำรุงรักษาเป็นประจำต่อเนื่อง 5. ดำเนินการตามกระบวนการมาตรฐานด้านการพัฒนาซอฟต์แวร์ (CMMI) อย่างครอบคลุม	3 สูง	3 ต่ำ	3 สูง	3 ต่ำ	3 สูง	3 ต่ำ	3.4. ขึ้นถึงและภาวะการก่อเกิดความเสี่ยงสูง	3.5. ขณะดูแลและสภาพการตรวจสอบการควบคุมความเสี่ยง	3.6. ขณะดำเนินการเฝ้าระวังความเสี่ยง	1. กำหนดให้มีแผนความต่อเนื่องทางธุรกิจ (BCP) และแผนการกู้คืนระบบเมื่อเกิดภัยพิบัติ (DRP) หากเกิดเหตุการณ์ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลไม่สามารถใช้การได้ ร่วมกับหน่วยงานที่ใช้งานระบบ และร่วมกันกำหนดแผนการจัดการระบบงานที่สำคัญ และจำเป็นต้องได้รับการกู้กลับคืน 2. ดำเนินการจัดทำ DR Site ในส่วนของ Database 3. วางแผนเพื่อดำเนินการ DR Site นอก Campus (Off-Site) 4. ปรับปรุง Facilities ของ Data Center ภายในคณะฯ 5. วางแผนการดำเนินการตาม พ.บ. การรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ. 2562 และ พรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562	ก.ย. 2563	1. งานเฝ้าระวังภัยคุกคามสารสนเทศ ฝ่ายสารสนเทศ 2. งานตรวจสอบและติดตาม ฝ่ายสารสนเทศ	1. งานสารสนเทศสนับสนุนและฝึกอบรม ฝ่ายสารสนเทศ 2. คณะกรรมการด้านวิชาการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน	ไม่มี			

ผลการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563																								
Cluster	ความเสี่ยง	ระดับ	ความเสี่ยง (ปี พ.ศ.)	ประเภทความเสี่ยง		ปัจจัยเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) / เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่			ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่ - ปัจจุบันจากการติดตามครั้งที่ 2/2562			ประเมินความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุมที่ถือว่าสำคัญ	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2563				หมายเหตุ				
				ความเสี่ยงเชิงปฏิบัติการ					ความเสี่ยงเชิงกลยุทธ์		ความเสี่ยงเชิงปฏิบัติการ		ความเสี่ยงเชิงกลยุทธ์			ความเสี่ยงดำเนินการ (ระยะเวลาตั้งแต่การเริ่มดำเนินการ)	สรุปผลของกิจกรรม							
				ผลกระทบ	ระดับ (A)				ผลกระทบ	ระดับ (B)	ผลกระทบ	ระดับ (A)	ผลกระทบ	ระดับ (B)			หลักการ	วันที่ (ถ้ามี)						
Professional Service	สถานะที่	14	มีโอกาสที่จะถูกโจมตีข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับ (2558)	ความเสี่ยงเชิงปฏิบัติการ	ความเสี่ยงเชิงกลยุทธ์	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงเชิงปฏิบัติการได้เนื่องจากเป็นความเสี่ยงเชิงกลยุทธ์	1. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับอบรม Security Awareness Training ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของบุคลากรทั้งหมด >>> ต่อเนื่องจากปี 2562 2. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับอบรม Security Awareness Training ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมาไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของบุคลากรทั้งหมด 3. ร้อยละของเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ติดตั้งโปรแกรมป้องกันไวรัสไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 >> ต่อเนื่องจากปี 2562 4. จำนวนอุบัติเหตุการรั่วไหลของข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับโดยละเมิดความเป็นส่วนตัวต้องเท่ากับ 0 ครั้ง >> ต่อเนื่องจากปี 2562 5. จำนวนอุบัติเหตุการรั่วไหลของข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับโดยไม่มีเหตุอันสมควร ต้องเท่ากับ 0 ครั้ง	1. มีการวิเคราะห์โครงสร้างการกำหนดสิทธิ์ใช้งานระบบสารสนเทศสำหรับระบบงาน EMR และ EMAM แต่ยังไม่ครอบคลุมผู้ใช้งานในคณะฯ ทั้งหมด (Role-Based Access Control) 2. มีระบบการยกเลิกสิทธิ์ใช้งานที่ล่าช้าหรือมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและไมโครสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูลความลับโดยอัตโนมัติ 3. จัดฝึกอบรม Security Awareness Training ให้บุคลากรในคณะฯ 4. เมื่อมีปัจจัยภายนอกที่มีความเสี่ยงต่อการละเมิดข้อมูล จะทำการอัปเดต Software เพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูล 5. อัปเดต Patch ของระบบปฏิบัติการและซอฟต์แวร์ต่างๆ ของทั้ง Server และ Client เป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ 6. การขอรายงานข้อมูลนอกเหนือการทำงานปกติในระบบสารสนเทศ จะต้องผ่านขั้นตอนการพิจารณาอนุมัติ 7. มีการใช้งานโปรแกรม Antivirus และมีการเฝ้าระวังการติดมัลแวร์ 8. การติดตามข่าวสารเกี่ยวกับภัยคุกคามต่างๆ 9. กลไกการสื่อสารในภาวะวิกฤตของคณะฯ กรณีเกิดเหตุการณ์ที่กระทบกับภาพลักษณ์ของคณะฯ ในสื่อต่างๆ	3	3	3 x 3 สูง	3	3	3 x 3 สูง	3	3	3 x 3 สูง	ไม่เพียงพอ	1. ทบทวนกระบวนการกำหนดและแก้ไขสิทธิ์ใช้งานระบบสารสนเทศโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Role-Based Access Control) 2. จัดฝึกอบรม Security Awareness Training ให้บุคลากรในคณะฯ เพิ่มเติมโดยเน้นเรื่องการเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลโดยไม่มีเหตุอันสมควร 3. กำหนดกระบวนการเตรียมความพร้อมรับมือกรณีผู้ป่วย VIP หรือ VVIP เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 4. วางแผนการดำเนินการตาม พรบ.การรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ. 2562 และ พรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562	ก.ย. 2563	ก.ย. 2563	ก.ย. 2563	ก.ย. 2563	มีสื่อ มีโอกาสที่จะถูกโจมตีข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับ ส่วนส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของคณะฯ (2558)
Professional Service	สถานะที่	5	ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญและจำเป็นต่อการวางแผนหรือการบริหารงานภายในคณะฯ ไม่ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ครอบคลุม (2560)	ความเสี่ยงเชิงปฏิบัติการ	ความเสี่ยงเชิงกลยุทธ์	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงเชิงปฏิบัติการได้เนื่องจากเป็นความเสี่ยงเชิงกลยุทธ์	1. ผู้บริหารในทั้งห้องที่เกี่ยวข้อง มีความเข้าใจต่อความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลสารสนเทศที่จะนำไปใช้ในการวางแผนหรือการบริหารงานเสียไม่น้อยกว่าระดับ 4 จากคะแนนเต็ม 5 >> ต่อเนื่องจากปี 2562 2. กำหนดนิยามของข้อมูลในคณะฯ ได้ตามแผนที่กำหนดไว้มากกว่าร้อยละ 80 >> ต่อเนื่องจากปี 2562 3. ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องได้รับการแก้ไขหลังจากที่ได้รับแจ้งตามกำหนดมากกว่าร้อยละ 95 >> ต่อเนื่องจากปี 2560 4. ข้อมูลที่ผ่านการพิจารณาให้นำเข้าสู่ Data Warehouse สามารถดำเนินการได้ตามกำหนดมากกว่าร้อยละ 80 >> ต่อเนื่องจากปี 2560	1. กำหนดนิยามของข้อมูลสารสนเทศที่เป็นมาตรฐาน 2. มีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำข้อมูลเข้าสู่ Data Warehouse 3. มีระบบ Help Desk และ E-mail เพื่อรับแจ้งข้อมูลในระบบไม่ถูกต้อง และระบบจัดซื้อ 4. มีแนวทางการขอแก้ไขข้อมูลเข้าสู่ระบบ 5. การกำหนดความต้องการดำเนินการใช้ข้อมูล (Secondary Data Use) ในการพัฒนาระบบสารสนเทศ	3	2	3 x 2 ปานกลาง	3	2	3 x 2 ปานกลาง	ไม่เพียงพอ	1. กำหนดนิยามของข้อมูลสารสนเทศเพิ่มเติม 2. ดำเนินการสื่อสารเกี่ยวกับนิยามของข้อมูล ระหว่างผู้พัฒนาระบบ ผู้ประมวลผลข้อมูล และผู้ใช้ข้อมูลเพิ่มเติม 3. รวบรวมความต้องการ หรือปัญหาอุปสรรคจากการใช้ข้อมูลจากระบบเดิม	ก.ย. 2563	ก.ย. 2563	ก.ย. 2563	ไม่มี				

ผลการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563																										
Cluster	ด้าน	ระดับ	ความเสี่ยง (ปี พ.ศ.)	ประเภทความเสี่ยง	เกิด/ไม่เกิด	ปัจจัยเสี่ยง		ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่			ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่ - ปัจจุบันจากการติดตามครั้งที่ 2/2562			ประเมินความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่	ส่งผลกระทบต่อวัตถุประสงค์	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2563				หมายเหตุ				
						สาเหตุ	ความเสี่ยง			ผลกระทบ	ระดับโอกาสเกิด (A)	ระดับ (B)	ระดับความเสี่ยง (A x B)	Risk Map Zone	ระดับโอกาสเกิด (A)			ระดับ (B)	ระดับความเสี่ยง (A x B)	Risk Map Zone	กิจกรรมควบคุม		ระยะเวลาสิ้นสุดไม่ครบถ้วน (ปีงบประมาณ)	สรุปผลของกิจกรรม		
																								หลัก	ร่วม (ถ้ามี)	
Professional Service	สถานะที่	O	16	ครุภัณฑ์สารสนเทศของคณะฯ สูญหาย หรือเสียหาย (2563)	Operational Risk	ความเสี่ยงสูง	1. ข้อมูลครุภัณฑ์ในระบบเป็นข้อมูลเก่า ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล 2. ข้อมูลครุภัณฑ์มีค่อนข้างมากแต่การบันทึกไม่ครอบคลุมครบถ้วน 3. ผู้ครอบครองครุภัณฑ์ทำครุภัณฑ์สูญหายหรือเสียหาย	1. จอของของครุภัณฑ์สารสนเทศที่ทำการสำรวจถูกต้องครบถ้วนตามที่ได้มีการลงทะเบียนใช้งานไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 2. มูลค่าความเสียหายของครุภัณฑ์สารสนเทศของคณะฯ ที่สูญหายหรือเสียหายไม่เกิน 200,000 บาทต่อปีงบประมาณ	1. สำรองครุภัณฑ์สารสนเทศทุกปีงบประมาณ 2. ปรับปรุงทะเบียนครุภัณฑ์ให้เป็นปัจจุบัน	3	3	3 x 1 ค่า	Green	3	3	3 x 1 ค่า	Green	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี				
Education and Research	วิจัย	C	17	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีถูกฟ้องร้องด้านการวิจัยในคน (2558)	Compliance Risk	ความเสี่ยงต่ำ	1. ผู้วิจัยไม่ได้อนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน 2. ผู้วิจัยขาดจรรยาบรรณ หรือความรู้ความเข้าใจในการทำการวิจัยในคน 3. ยาสลาคีร์ไม่เข้าใจในกระบวนการดำเนินการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตนเอง	1. จำนวนข้อร้องเรียนที่เกิดจากการดำเนินการวิจัยในคน น้อยกว่าร้อยละ 1 ต่อโครงการที่ได้รับการพิจารณาต่อปีงบประมาณ 2. จำนวนการฟ้องร้องจนคดีขึ้นสู่ศาล 0 เรื่อง/ปี	1. ประชาสัมพันธ์หน่วยงานจริยธรรมการวิจัยในคนให้เป็นที่ยู่งใจ เช่น Website บอร์ดติดประกาศทาง Intranet รามา แนนท์ เป็นวิทยากรให้ความรู้คำแนะนำในการยื่นขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน 2. พัฒนา Website ระบบการลงทะเบียนข้อมูลเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (E-Submission) 3. ดำเนินการไกล่เกลี่ยกรณีการร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย ก่อนจะถูกฟ้องร้อง 4. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การวิจัยทางคลินิกที่ดี (GCP) 5. จัดอบรมโครงการ หลักสูตรจริยธรรมการวิจัยในคนสำหรับนักวิจัย 6. กำหนดแนวทางการปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว และแจ้งแนวทางการปฏิบัติไปยังภาควิชา 7. ดำเนินการคุ้มครองเอกสารโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองแล้ว ปีละ 1 ครั้ง	1. ประชาสัมพันธ์หน่วยงานจริยธรรมการวิจัยในคนให้เป็นที่ยู่งใจ เช่น Website บอร์ดติดประกาศทาง Intranet รามา แนนท์ เป็นวิทยากรให้ความรู้คำแนะนำในการยื่นขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน 2. พัฒนา Website ระบบการลงทะเบียนข้อมูลเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (E-Submission) 3. ดำเนินการไกล่เกลี่ยกรณีการร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย ก่อนจะถูกฟ้องร้อง 4. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การวิจัยทางคลินิกที่ดี (GCP) 5. จัดอบรมโครงการ หลักสูตรจริยธรรมการวิจัยในคนสำหรับนักวิจัย 6. กำหนดแนวทางการปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว และแจ้งแนวทางการปฏิบัติไปยังภาควิชา 7. ดำเนินการคุ้มครองเอกสารโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองแล้ว ปีละ 1 ครั้ง	2	4	2 x 4 ค่า	Orange	2	4	2 x 4 ค่า	Orange	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	กิจกรรมข้อที่ 3 ได้ดำเนินการแล้วเสร็จและปัจจุบันเป็นงานประจำ
Education and Research	วิจัย	F	18	ความคลาดเคลื่อนในการรับ-เบิกจ่าย เงินวิทยวิจัย (2562)	Financial Risk	ความเสี่ยงต่ำ	1. การเปลี่ยนแปลงข้อกำหนดมหาวิทยาลัยเรื่องการบริหารเงินทุนวิจัย จากเดิมเป็นหน้าห้องหัวหน้าโครงการ แต่ปัจจุบันเงินจะเข้าสู่ฝ่ายวิจัย และฝ่ายวิจัยเป็นผู้ดูแลบัญชี พร้อมทั้งการเบิกจ่ายเงินให้กับหัวหน้าโครงการต่างๆ ซึ่งเป็นภาระงานใหม่ของฝ่ายวิจัย บุคลากรยังไม่มีควมชำนาญในการดำเนินการ จึงอาจก่อให้เกิดความผิดพลาดคลาดเคลื่อนได้	1. ข้อมูลที่ได้รับการตรวจสอบจากฝ่ายการคลัง ถูกต้องครบถ้วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	1. ขอความร่วมมือให้ฝ่ายการคลังจัดทำตรวจสอบความถูกต้องเป็นระยะ (Excel Manual) 2. ผู้ดูแลระบบฝ่ายการคลัง	1	2	1 x 2 ค่า	Green	1	2	1 x 2 ค่า	Green	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี			

ผลการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563																										
Cluster	ด้าน	ความเสี่ยง (ปี พ.ศ.)	ประเภทความเสี่ยง	ระดับ/ใหม่	ปัจจัยเสี่ยง		ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่				ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่ - ปัจจุบันจากการติดตามครั้งที่ 2/2562				ประเมินความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2563				หมายเหตุ				
					สาเหตุ	ความเสี่ยง			ผลกระทบ		ระดับโอกาสเกิด (A)	ระดับโอกาสเกิด (A)	ผลกระทบ		ระดับโอกาสเกิด (A X B)	Risk Map Zone		ระดับโอกาสเกิด (A)	ระดับโอกาสเกิด (A)	ระดับโอกาสเกิด (A X B)	Risk Map Zone		กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาที่ดำเนินการ (ระยะเวลาสูงสุดในการเป็นปีงบประมาณ)	สรุปผลของกิจกรรม	
									ด้าน	ระดับ (B)			ด้าน	ระดับ (B)											ด้าน	ระดับ (B)
Professional Service	การกำกับและเฝ้าระวังความเสี่ยง (เชิงปริมาณเชิงลึก)	ระบบสาธารณูปโภค (ไฟฟ้า ประปา) มีความพอ และปริมาณไม่เพียงพอต่อความต้องการในคณะฯ (2559)	Operational Risk	ความเสี่ยงเก่า	สามารถจัดการความเสี่ยงได้	1. ความต้องการใช้งานไฟฟ้ามีเพิ่มมากขึ้น 2. เครื่องกรองน้ำและไส้กรองน้ำ ไม่มีการบำรุงรักษาอย่างต่อเนื่อง	1. กระแสไฟฟ้าดับ 0 ครั้งต่อปี 2. กระแสไฟฟ้ากระชาก 1 ครั้งต่อปี 3. ตรวจสอบเชื้อแบคทีเรียปนเปื้อนในน้ำดื่มห้องพัก 0 ครั้ง/ปี	ระบบไฟฟ้า 1. มีการตรวจเช็คประจำวัน เดือน ปี 2. จัดบันทึกค่ากระแสไฟฟ้า 3. มีการติดตั้งไดโอรีย์ฟายเออร์ เพื่อตัดพฤติกรรมค่ากระแสไฟฟ้า 4. มีการติดตั้งเครื่อง Generator รองรับในกรณีที่มีกระแสไฟฟ้าของอาคารไฟฟ้าดับ เพื่อให้คณะฯ มีกระแสไฟฟ้าใช้อย่างต่อเนื่อง 5. มีการบำรุงรักษาเครื่อง Generator ตามรอบระยะเวลา 6. ติดตั้งเครื่องไฟฟ้าสำรองทุกจุดที่สำคัญของคณะฯ ระบบประปา 7. เปลี่ยนไส้กรองน้ำดื่มตามอายุการใช้งานของไส้กรอง 8. การล้างเอทานอลสำรองใต้ดินและศาลาพิบิละ 1 ครั้ง 9. ล้างเครื่องกรองน้ำทุก 3 เดือน 10. ตรวจวัดค่าน้ำทุก 6 เดือน (จากการประปาและงานอาสาสมัคร)	1 1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่ไปตามเป้าหมาย	2 1 x 2 ค่า Green	1 1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่ไปตามเป้าหมาย	2 1 x 2 ค่า Green	ไม่เปลี่ยนแปลง	ไม่เปลี่ยนแปลง	1. ติดตั้งหม้อแปลงขนาด 1500 KVA 4 ลูก เพิ่มจากขนาด 1000 KVA 2 ลูก ตั้งใหม่ 2 ลูก 2. เปลี่ยนท่อจ่ายน้ำประปาจากท่อเหล็กเป็ท่อ PPR	ภายในเดือนตุลาคม 2563 อาคาร 1 ภายในเดือนตุลาคม 2563	ฝ่ายวิศวกรรมบริการ	ไม่มี	มีการรวมความเสี่ยง 2 ข้อ เป็นข้อเดียว จาก กระแสไฟฟ้าช็อต (เนื่องจากกระแสไฟฟ้าไม่เพียงพอ) (2559) และ น้ำประปาสำหรับอุปโภคบริโภค มีการปนเปื้อน (2560)							
Professional Service	การกำกับและเฝ้าระวังความเสี่ยง (เชิงปริมาณเชิงตื้น)	การเกิดอัคคีภัย (2557)	Operational Risk	ความเสี่ยงเก่า	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้	1. อาคารต่างๆ เป็นอาคารเก่าอายุการใช้งานนานปี 2. เจ้าหน้าที่ประมาณไม่ระมัดระวัง 3. ไฟฟ้าตัดวงจร 4. ระบบ Infrastructure ของคณะฯ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยง 5. บุคลากรเริ่มถอดปลั๊กไฟและอุปกรณ์ไฟฟ้าทุกชนิด	1. จำนวนการเกิดอัคคีภัยลูกตามจนไม่สามารถดับได้จำนวน 0 ครั้ง/ปีงบประมาณ 2. จำนวนครั้งการเริ่มปิดอุปกรณ์ไฟฟ้าไม่เกิน 12 ครั้ง/ปีงบประมาณ 3. จำนวนวันแจ้งเหตุไฟไหม้ ไม่เกิน 5 ครั้ง/ปีงบประมาณ	1. ให้ความรู้กับบุคลากรในการใช้อุปกรณ์ดับเพลิงระงับเหตุเบื้องต้น 2. จัดการฝึกซ้อมแผนปฏิบัติการจับเหตุเพลิงไหม้และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 3. จัดการฝึกอบรมหลักสูตร เทคนิคการลงเพลิงขั้นสูง ให้กับเจ้าหน้าที่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกปี 4. จัดเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยทำการตรวจสอบอุปกรณ์ดับเพลิงให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ 5. จัดเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยตรวจสอบทางหนีไฟให้พร้อมใช้งานเสมอ 6. จัดเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยตรวจสอบทั้งในเวลากลางและหลังเวลาราชการ หน่วยงานโดยมีเปิดอุปกรณ์ไฟฟ้า 7. จัดอบรมให้ความรู้พยาบาลใหม่ในการใช้อุปกรณ์ดับเพลิง ปีละ 1 ครั้ง 8. จัดทำประกันภัยอาคารทุกอาคาร 9. ดำเนินการซ่อมแซมพืชน้ำขนาดใหญ่ แต่จะอาคารภายในคณะฯ 10. แจ้งเตือนหน่วยงานที่สัมผัสกับเครื่องปิดอุปกรณ์ไฟฟ้าให้ทราบและระมัดระวังปิดไฟทุกครั้งด้วยบันทึกข้อความ	2 4. ความปลอดภัย	5 2 x 3 ค่า Red	2 4. ความปลอดภัย	5 2 x 5 ค่า Red	ไม่เปลี่ยนแปลง	ไม่เปลี่ยนแปลง	1. ดำเนินการติดตั้งระบบหัวกระจายน้ำดับเพลิง Sprinkler Water ให้ครบทุกจุดของอาคาร 2. ดำเนินการฝึกอบรมการดับเพลิงขั้นต้นให้กับพนักงานทุกระดับรวมทั้งพนักงานที่บรรจุใหม่ให้ได้ตามกฎกระทรวงเกี่ยวกับการป้องกันและระงับอัคคีภัย 3. เพิ่มแผน BCP ในการรองรับกรณีผู้ได้รับผลกระทบหากเกิดอัคคีภัย (ในกรณีที่ Operate ต่อไปไม่ได้) และนำแผนอัคคีภัยรวมเข้าสู่แผน BCP คณะฯ	1 ตุลาคม 2562 - 30 กันยายน 2563	งานรักษาความปลอดภัย	1. คณะฯ (BCP) 2. ฝ่ายวิศวกรรมบริการ 3. งานอาคารและรักษาความปลอดภัยและสิ่งอำนวยความสะดวก	ไม่มี							

ผลการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563																									
Cluster	ด้าน	ความเสี่ง (ปี พ.ศ)	ประเภทความเสี่ยง	ระดับ/ใหม่	ปัจจัยเสี่ยง		ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่				ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่-ปัจจุบันจากการติดตามครั้งที่ 2/2562				ประเมินความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่	ส่งผลกระทบต่อวัตถุประสงค์	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2563				หมายเหตุ		
					สาเหตุ	ความเสี่ยง			ผลกระทบ		ผลกระทบ		ระดับความเสี่ยง(A, X, B)	Risk Map Zone	ผลกระทบ				ระดับความเสี่ยง(A, X, B)	Risk Map Zone	กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาสิ้นสุดไม่ครบถ้วน (ปีงบประมาณ)		สรุปผลของกิจกรรม	
									ระดับโอกาสเกิด (A)	ด้าน	ระดับ (B)	ระดับโอกาสเกิด (A)			ด้าน	ระดับ (B)								หลัก	รวม (ถ้ามี)
Professional Service	การกำกับและเฝ้าระวังความเสี่ยง	เกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรงภายในแผนก ลูกเสือ (2563)	Operational Risk	ความเสี่ยง/ใหม่	1. ลูกเสือป่วยพักพลาอาวูและใช้เงินกุ้เจ้าหน้าที่ใน ER 2. บุคคลภายนอกเข้ามาทะเลาะวิวาทภายใน ER	1. เกิดเหตุทะเลาะวิวาท(ระดับ 3) ภายใน ER ไม่สามารถควบคุมได้ 0 ครั้ง/ปีงบประมาณ 2. เกิดเหตุความรุนแรงอันตรายถึงแก่ชีวิต 0 ครั้ง/ปีงบประมาณ 3. สถิติเจ้าหน้าที่ถูกทำร้ายร่างกายด้วยอาวุธ 0 ครั้ง/ปีงบประมาณ	1. มีการตรวจสอบอาวุธก่อนเข้าพื้นที่ภายในอาคาร 2. จัดอบรมพนักงานรักษาความปลอดภัย หลักกฏระเบียบพื้นฐานการป้องกันตัวและเทคนิคสังเกตคนร้าย 3. มีข้อมูลแผนการจับหรือควบคุมญาติหรือผู้เกี่ยวข้องทั่ว ประจำปี	2	4. ความปลอดภัย	5	2 x 3 สูงมาก	Red	2	4. ความปลอดภัย	5	2 x 5 สูงมาก	Red	ไม่เพียงพอ	ความเสี่ยง	1. จัดอบรมทักษะการป้องกันตัวขั้นสูงและตั้งทีมงานเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยเฉพาะกิจ ทั้ง 3 ผลิตสำหรับควบคุมสถานการณ์จับผู้ร้าย/ญาติ/บุคคลภายนอก 2. มีข้อมูลแผนการระงับเหตุรุนแรงภายในพื้นที่ ER ประจำปี	1 ตุลาคม 2562 - 30 กันยายน 2563	งานรักษาความปลอดภัย	1. ฝึกอบรมเสริมขีด 2. พบผู้ตรวจดูเพิ่ม	ไม่มี	
Professional Service	การกำกับและเฝ้าระวังความเสี่ยง	อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการยานพาหนะ (2558)	Operational Risk	ความเสี่ยงเก่า	สามารถจัดการความเสี่ยงได้-เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้	1. พนักงานขับรถใช้ความเร็วเกินที่กำหนด 2. พนักงานขับรถเผลอ ชนหรือชนสิ่งกีดขวาง 3. พนักงานขับรถเผลอชนสิ่งกีดขวางด้านสุขภาพ 4. สภาพรถยนต์ไม่พร้อมใช้งาน 5. จากผู้ขับขี่อื่นที่ขับชนร่วมกัน	1. สถิติสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจากพนักงานขับรถเผลอชน น้อยกว่า 5 ครั้ง/ปีงบประมาณ 2. สถิติการเกิดอุบัติเหตุจากพนักงานขับรถที่อันตรายถึงแก่ชีวิต 0 ครั้ง/ปีงบประมาณ 3. ผลการสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์ของพนักงานขับรถ 0 ครั้ง/ปีงบประมาณ 4. จำนวนได้รับใบเตือนจากการที่พนักงานขับรถ ชนหรือชนสิ่งกีดขวางที่กฎหมยกำหนดจากสถานีตำรวจไม่เกิน 5 ครั้ง/ปีงบประมาณ	1. ติดตั้ง GPS และตรวจสอบข้อมูลการใช้ความเร็วของพนักงานขับรถเผลอด้วยระบบ GPS และแจ้งให้พนักงานขับรถทราบ 2. กำหนดอัตราการใช้ความเร็วของรถแต่ละประเภท 3. จัดอบรมหมัดทักษะการขับขี่ปลอดภัย 4. จัดทำ พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถยนต์ 5. จัดทำประกันภัยของรถยนต์คดณะฯ (ประเภท3) 6. ตรวจสอบและบำรุงรักษายานพาหนะตามระยะเวลาที่กำหนด 7. มีการสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์ของพนักงานขับรถทุก 3 เดือน 8. ตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์พนักงานขับรถในการมีต้องออกปฏิบัติหน้าที่ต่างจังหวัดทุกครั้ง 9. กำหนดบทลงโทษในกรณีที่มีพนักงานขับรถฝ่าฝืนข้อกำหนดของหน่วยงานที่ตั้งไว้ โดยอาจจะไม่ได้รับเงินรางวัลประจำปี	1	4. ความปลอดภัย	2	1 x 2 ต่ำ	Green	1	4. ความปลอดภัย	2	1 x 2 ต่ำ	Green	เพียงพอ	ความเสี่ยง	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี

ผลการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563																								
Cluster	ด้าน	ความเสี่ยง (ปี พ.ศ)	ประเภทความเสี่ยง	เกิด/ไม่เกิด	ปัจจัยเสี่ยง		ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่			ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่ - ปัจจุบันจากการติดตามครั้งที่ 2/2562			ประเมินความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2563				หมายเหตุ				
					สาเหตุ	ความต่อเนื่องจากปีที่ผ่านมา			ผลกระทบ	ระดับโอกาสเกิด (A) / 3	ระดับ (B) / 3	ระดับความเสี่ยง(A X B) / 3 x 3 สูง	Risk Map Zone / Orange	ผลกระทบ		ระดับโอกาสเกิด (A) / 3	ระดับ (B) / 3	ระดับความเสี่ยง(A X B) / 3 x 3 สูง	Risk Map Zone / Orange		ประเภทความเสี่ยง	ระยะเวลาในการดำเนินการ (ระยะเวลาตั้งแต่การเป็นปีงบประมาณ)	ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม
Education and Research	งานสัมพันธ์กับ	นักศึกษาในระดับปริญญา ที่ไปศึกษาแลกเปลี่ยนต่างประเทศ ไม่เป็นไปตามเป้า (2563)	Strategic Risk	ความเสี่ยง/ไม่เกิด		1. หลักสูตร และตารางการเรียนไม่เอื้อหรือไม่สนับสนุนให้นักศึกษาแพทย์เดินทางไปแลกเปลี่ยนยังสถาบันต่างประเทศที่มีข้อตกลงความร่วมมือ (ตารางเวลาซ้อนทับกัน) 2. การดำเนินงานด้านวิเทศต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ซึ่งถือเป็นแกนสำคัญในการผลักดันให้นักศึกษาเดินทางไปศึกษาแลกเปลี่ยนต่างประเทศ 3. นักศึกษาที่นำสมัครขอทุนวีซ่านักศึกษาและภาษาอังกฤษและการศึกษาค่าที่เกณฑ์กำหนด 4. ระยะเวลาในการเดินทางไปศึกษาแลกเปลี่ยนของนักศึกษา ไม่สามารถเป็นไปตามเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยกำหนดกำหนดคือ 12 สัปดาห์ ซึ่งปกติจะเดินทางไปได้เพียง 4 สัปดาห์ 5. ยังมีนักศึกษาที่ไม่ทราบข้อมูลการขอทุนจากวิเทศ	จำนวนนักศึกษาระดับปริญญา ที่ไปศึกษาแลกเปลี่ยนต่างประเทศ ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป มีไม่น้อยกว่า 60 คน (หมายเหตุ: การคิด 60 คน มาจากผลจำนวน นศ. Outbound ในปีงบประมาณ 2561 (ตามข้อมูล PA ที่นำส่งให้งานนโยบาย) x 10% = 58.3 คน บัดเป็นเลขกลมที่ 60คน)	1. ประชาสัมพันธ์การเปิดรับสมัครทุนผ่าน Website/Facebook ของคณะ และของงานวิเทศสัมพันธ์ และผ่าน line กลุ่มของนักศึกษาชมรมวิเทศและ line กลุ่มนักศึกษาตามชั้นปี 2. ประสานงานกับงานแพทยศาสตรศึกษาในเรื่องของการขอปรับเปลี่ยน Rotation ให้กับนักศึกษาที่ได้รับทุนเพื่อเดินทางไปต่างประเทศได้ 3. มีโครงการสนับสนุนค่าสอบวัดความรู้ภาษาอังกฤษสำหรับนักศึกษาที่ต้องการสมัครขอรับทุนวิเทศ	3	3	3 x 3 สูง	Orange	3	3	3 x 3 สูง	Orange	ไม่ต่อเนื่อง	มหาวิทยาลัย	ร่วมหารือกับคณะกรรมการพิจารณาการขอทุนในโครงการปรับลดเกณฑ์คะแนนและระเบียบที่ใช้การสมัครขอรับทุนวิเทศ 2. การช่วยจัดหาผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ เพื่อสอนติว เสริมให้แก่นักศึกษาสำหรับนำไปสอบวัดคะแนนและนำมาขอทุนวิเทศ 3. นำผลย้อนหลัง 3 ปีของจำนวนนักศึกษาที่มีปัญหาในการสมัครขอทุนวิเทศ ร่วมหารือกับทีมการศึกษา	ภายในเดือน มี.ค. 2563	งานวิเทศสัมพันธ์ / ผู้ดูแลเกณฑ์วิชา / งานบริการการศึกษา	ร่วม (ถ้ามี)	ไม่มี	
Education and Research	งานสัมพันธ์กับ	จำนวนบันทึกข้อตกลงความร่วมมือด้านวิจัยที่มีความเคลื่อนไหวหรือดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ที่ต่ำกว่าเป้าหมาย (2563)	Strategic Risk	ความเสี่ยง/ไม่เกิด		1. การดำเนินงานด้านวิเทศต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ซึ่งถือเป็นแกนสำคัญในการผลักดันให้เกิดกระบวนการในการทำงานอย่างต่อเนื่องและเกิดผลสัมฤทธิ์ของงาน 2. การได้รับจัดสรรทุนที่ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน 3. ไม่มีบุคลากรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาสนับสนุนอย่างจริงจัง 4. ไม่ได้มีความร่วมมือจากประเทศที่ร่วมทำข้อตกลงเท่าที่ควร 5. ความพร้อมของผู้เชี่ยวชาญที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยได้อย่างเต็มที่	จำนวนบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU/MOA/Agreement) ที่มีความเคลื่อนไหวของกิจกรรมเฉพาะด้านวิจัยที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนบันทึกข้อตกลงความร่วมมือทั้งหมดที่มีการระบุเรื่องวิจัยไว้ด้วย หมายเหตุ: จำนวนบันทึกข้อตกลงความร่วมมือทั้งหมดที่มีการระบุเรื่องวิจัยในเอกสารทั้งหมด เช่น เป็น General MOU แต่มีการระบุเรื่อง research collaboration / joint research เป็นต้น ก็ให้ไม่นับนั้นๆ นำไปรวมจำนวนด้วย	1. ร่วมกันคัดเลือกในการกำหนดเป้าหมายตามพันธกิจกับหัวหน้าภาควิชา หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประชาสัมพันธ์และกระตุ้นให้เห็นถึงความสำคัญต่อการมีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ 2. ปรับปรุงข้อมูลการประชาสัมพันธ์สถาบันที่มีบันทึกข้อตกลง (MOU) ให้เด่นชัดขึ้น เช่น การ Update ข้อมูลใน Rama Website, Intranet, @Rama 3. ประสานงานกับงานสื่อสารองค์กร ในการกระจายข้อมูลของสื่อประชาสัมพันธ์ที่มีอยู่ให้ขยายตัวออกไปและตรงกับเป้าหมายมากขึ้น เช่น บุคลากรของภาควิชาซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมาย ไม่เคยอ่านข้อมูลวิเทศสัมพันธ์ใน @Rama 4. ประชาสัมพันธ์ทุก 6 เดือน ให้ภาควิชา/กลุ่มสาขาวิชา ทราบถึงสถาบันที่มีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เพื่อกระจายข่าวสารต่อไปยังบุคลากรในสังกัดทราบ 5. ติดตามและกระตุ้นกลับไปยังสถาบันหรือหน่วยงานการศึกษาที่มีข้อตกลงความร่วมมือ เพื่อประสานงานให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน	3	2	3 x 2 ปานกลาง	Yellow	3	2	3 x 2 ปานกลาง	Yellow	ไม่ต่อเนื่อง	มหาวิทยาลัย	1. ติดตามความคืบหน้าโครงการความร่วมมือด้านวิจัยภายใต้บันทึกข้อตกลงความร่วมมืออย่างต่อเนื่องและมี การรายงานผลทุกไตรมาส	ภายในเดือน ก.ย. 2563	งานวิเทศสัมพันธ์ / รองคณบดีฝ่ายวิจัย / หัวหน้าภาควิชา	ร่วม (ถ้ามี)	ไม่มี	

ผลการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563																							
Cluster	ด้าน	ความเสียง (ปี พ.ศ.)	ประเภทความเสี่ยง	ระดับ/ใหม่	ปัจจัยเสี่ยง		ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่				ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่-ปัจจุบันจากการติดตามครั้งที่ 2/2562				ประเมินความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2563				หมายเหตุ	
					สาเหตุ	ความต่อเนื่องจากปีที่ก่อนมา			ผลกระทบ		ระดับโอกาสเกิด (A)	ระดับโอกาสเกิด (A)	ผลกระทบ		ระดับโอกาสเกิด (A)	ระดับโอกาสเกิด (A)		ผลกระทบ	ระดับโอกาสเกิด (A)	ผลกระทบ	ระดับโอกาสเกิด (A)		ผลกระทบ
									ระดับโอกาสเกิด (A)	ระดับโอกาสเกิด (A)			ระดับโอกาสเกิด (A)	ระดับโอกาสเกิด (A)									
Education and Research	งานวิจัย	32	Operational Risk	ความเสี่ยงเก่า	ยังไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามแผนได้	1. บุคลากรที่ปฏิบัติงานวิเทศสัมพันธ์ มีความสามารถเฉพาะตัวด้านภาษา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีผลต่อการตัดสินใจย้ายงานเพื่อไปรับผลตอบแทนที่สูงกว่า (สูงกว่า 5 เท่า และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น) 2. บุคลากรงานวิเทศสัมพันธ์ที่บรรจุใหม่ ส่วนใหญ่เป็นผู้สมัครจากภายนอกคณะฯ ที่ผ่านการทรงงานจากบริษัทเอกชน ซึ่งจะไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานระบบรัฐ จึงทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติงานหรือไม่อยู่ในระบบงานและกระบวนการต่างๆ ในการทำงาน 3. ระบบ และระเบียบการทำงานแบบรัฐในบางเรื่องไม่สนับสนุนให้บุคลากรงานวิเทศสัมพันธ์ ทำงานได้อย่างสะดวกและคล่องตัว 4. ยังไม่มีระบบการพัฒนาหรือการบริหารจัดการค่าตอบแทนต่างๆ จากคณะฯ ที่ชัดเจนถาวร ดังนั้นจึงทำให้การบริหารจัดการไม่ละเอียด 5. ขาดบุคลากรที่มีความรัก ซื่อซอบในงาน และมีความสามารถเฉพาะทาง (Functional Competency) ที่ตรงกับภารกิจปฏิบัติงานวิเทศสัมพันธ์ จึงทำให้ผลงานของหน่วยไม่เป็นไปตามที่ตั้งเป้าหมายไว้เท่าที่ควร 6. บุคลากรสูญเสียรายได้จากการถูกระงับการจ่ายเงินค่าตอบแทนพิเศษ เนื่องจากยังอยู่ระหว่างพิจารณา กำหนดมาตรฐานและหลักเกณฑ์การจ่ายเงินค่าตอบแทนพิเศษใหม่ของคณะฯ 7. นโยบายการจ่ายเงินค่าจ้างงานช่วงเวลาของคณะฯ ไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง (ระยะเวลาทำงานมากกว่า ระยะเวลาที่สามารถเบิกได้ และไม่ปลอดภัยหลังการเลิกทำงานช่วงเวลาในยามวิกาล) จึงไม่สนับสนุนให้บุคลากรงานวิเทศสัมพันธ์ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	1. อัตราการลาออก (Turnover rate) ของบุคลากรงานวิเทศสัมพันธ์ (ไม่มากกว่า 2 คนต่อปีงบประมาณ) 2. การวัดทักษะทางภาษาตามเกณฑ์ที่หน่วยงานกำหนด (บุคลากรงานวิเทศสัมพันธ์ทุกคนสอบผ่านตาม Level ความสามารถของแต่ละคน)	1. กำหนดให้มีค่าตอบแทนตามความสามารถด้านภาษาและความเหมาะสมในแต่ละตำแหน่งงานที่รับผิดชอบ 2. ทบทวนหลักเกณฑ์การพิจารณาให้ค่าตอบแทนความสามารถด้านภาษาให้เหมาะสมตามตำแหน่งงานของแต่ละคน 3. ทบทวนและพิจารณาเกณฑ์การรับสมัครตำแหน่งต่างๆ ด้านวิเทศสัมพันธ์ 4. บุคลากรจะต้องมีผลคะแนนสอบทางภาษา ในระดับที่สูงขึ้น โดยมีผลการสอบในทุกๆ 2 ปี	3	High	3 x 2 ปานกลาง	Yellow	2	High	2 x 1 ต่ำ	Green	ไม่เพียงพอ	1. ร่วมหารือกับ รองคณบดี และ รองคณบดีฝ่ายทรัพยากรบุคคลเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา 2. ซึ่งจะมีการจ่ายค่าตอบแทนพิเศษ (Top Up) ตามความรู้ความสามารถของบุคลากรตามความเร่งด่วน 3. พิจารณาการบริหารจัดการค่าจ้างเวลา ตามลักษณะงาน	ภายในเดือน ม.ค. 2563	งานวิเทศสัมพันธ์	รองคณบดีฝ่ายทรัพยากรบุคคล	เมื่อชื่อ ขาดแคลนบุคลากรที่มีความเหมาะสมด้าน Competency	

ผลการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563																					
Cluster	ด้าน	ระดับ	ความเสี่ยง (ปี พ.ศ.)	ประเภทความเสี่ยง		ปัจจัยเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่				ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่-ปัจจุบันจากการติดตามครั้งที่ 2/2562				กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2563				หมายเหตุ
				ความเสี่ยงเชิงรุก					ความเสี่ยงเชิงรับ		ผลกระทบ		ผลกระทบ		ผลกระทบ		สรุปผลขอขบ				
				ระดับโอกาสเกิด (A)	ระดับ (B)				ระดับโอกาสเกิด (A)	ระดับ (B)	ระดับโอกาสเกิด (A)	ระดับ (B)	ระดับโอกาสเกิด (A)	ระดับ (B)	ระดับโอกาสเกิด (A)	ระดับ (B)	ผลกระทบต่อผู้ป่วย/ประชาชน	ระยะเวลาดำเนินการ (ระยะเวลาสิ้นสุด/การเป็นปัจจุบัน)	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)	
Professional Service	สถานะที่	33	ระบบ HIS ที่ CNMI ไม่สามารถใช้งานได้ตามที่กำหนด (2561)	Operational Risk	ความเสี่ยงเชิงรุก	ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าผู้ดูแลระบบสามารถดำเนินการได้	1. ความต้องการและกระบวนการทำงานที่ CMNI มีความซับซ้อนมากกว่าที่ผู้พัฒนาประเมินไว้ 2. การเขียนความต้องการและกระบวนการอาจไม่ครอบคลุมทุกสถานการณ์ของระบบการทำงาน 3. User แจ้งการขอเพิ่ม/ปรับเปลี่ยนระบบ ต่อบริษัทโดยตรง และบริษัทที่ดำเนินการให้โดยไม่มี Criteria 4. แผนการ Operational โรงพยาบาลจากส่วนกลางไม่ชัดเจน และมีการเปลี่ยนแปลง Requirements อย่างต่อเนื่อง	1. การปรับแผนการให้บริการให้สอดคล้องกับความสามารถของระบบ 2. การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้จัดการโครงการกับผู้บริหารสถาบันให้สม่ำเสมอ 3. มี Manual Work Around ในกรณีที่มีระบบไม่สามารถทำงานตามที่หวังไว้ 4. ประเมินสถานการณ์เป็นระยะทุก 1 เดือน 5. มีอนุกรรมการระบบสารสนเทศ เพื่อติดตามความคืบหน้าของการพัฒนาระบบ CNMI HIS โดยได้เริ่มเมื่อเดือน มิ.ย. 2561 กำหนดการประชุมทุกวันจันทร์ที่ 1 และ 3 ของเดือน 6. IT ได้มีการ Log การรับแจ้งปัญหาการใช้งานระบบจากผู้ใช้งาน เพื่อคอยติดตามการแก้ไขปัญหาจากบริษัท	3	3	3 x 3 สูง	Orange	2	3	2 x 3 ปานกลาง	Yellow	ไม่เพียงพอ	1. วางแผนเปิดบริการให้สอดคล้องกับความสามารถของระบบและทรัพยากรด้านอื่นๆ >> ต่อเนื่องจากปี 2561 2. IT ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติงาน (Work Process, Criteria, TOR) ร่วมกับบริษัทผู้พัฒนาระบบ >> ต่อเนื่องจากปี 2562 2.1 การรับความต้องการในการขอเพิ่ม/ปรับเปลี่ยนระบบ (New Request/Change Request) เพื่อลดผลกระทบต่อการพัฒนาระบบที่ดำเนินการตามแผนงาน 2.2 มีการตรวจเช็คระบบงานที่บริษัทส่งมอบตามงวดเดือน โดยกำหนดให้มีนำเสนอว่าในแต่ละเดือนบริษัทต้องส่งระบบงานใดบ้าง/การทดสอบระบบก่อนส่งมอบ/นำเสนอผู้ใช้งานก่อนส่งมอบ และเมื่อการเซ็นรับรอง ทุกเดือน ก่อนการตรวจรับงาน 2.3 สื่อสารกับผู้ใช้งาน ถึงข้อกำหนดว่า หากมีการต้องการเพิ่มเติม ขอให้แจ้งล่วงหน้ามายัง IT และรวบรวมเพื่อนำเสนอใน Phase II ต่อไป 3. จัดทำแผนการดำเนินงานภายใน และปรับโครงสร้างภายในส่วนงานสารสนเทศ 4. ปรับแผน และรูปแบบการทำงานร่วมกับ Vender ใหม่ ให้สามารถยึดหยุ่นและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามแผนการ Operational ของโรงพยาบาล (ส่วนกลาง) ที่มีการเปลี่ยนแปลง Requirements อย่างต่อเนื่อง 5. จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ใช้งานระบบ HIS	ตุลาคม 2562 - กันยายน 2563	งานสารสนเทศ ฝ่ายบริหารสถาบัน สถาบันกามเทพย์กับศูนย์บริหารงานสุขภาพและบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล ร่วมคิด จัดทำกับผู้บริหาร	ไม่มี

ผลการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563																								
Cluster	ด้าน	ความเสี่ยง (ปี พ.ศ.)	ประเภทความเสี่ยง	ระดับ/High	ปัจจัยเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่				ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่ - ปัจจุบันจากการติดตามครั้งที่ 2/2562				ประเมินความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2563				หมายเหตุ			
								ผลกระทบ		ระดับความถี่ (A, X, B)	Risk Map Zone	ผลกระทบ		ระดับความถี่ (A, X, B)	Risk Map Zone		ผลกระทบ	ระดับความถี่ (A, X, B)	Risk Map Zone	ผลกระทบ		ระดับความถี่ (A, X, B)	Risk Map Zone	
								ระดับโอกาสเกิด (A)	ระดับ (B)			ระดับโอกาสเกิด (A)	ระดับ (B)											
Healthcare System	คุณภาพ	S 34	ไม่ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลชั้นก้าวหน้า (AHA) (2561)	Strategic Risk	ความเสี่ยงแก่	ไม่สามารถเข้าถึงความถี่ที่นำมา	1. คณะฯ ยังไม่สามารถพัฒนากระบวนการรองรับรองได้ตามมาตรฐานที่ AHA กำหนด 2. การกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพผ่านการใช้เครื่องมือต่างๆ ยังไม่สามารถสื่อสารและเชื่อมโยงไปถึงบุคลากรระดับปฏิบัติงาน 3. ไม่ได้รับความร่วมมือจากทีมดูแลผู้ป่วย/ทีมระบบงานสำคัญ 4. ทีมดูแลผู้ป่วย ทีมนำทางคลินิก/สนับสนุนทางคลินิก/ฝ่าย/งาน/หน่วย ยังไม่สามารถสร้างการมีส่วนร่วมจากทีมที่เกี่ยวข้อง	1. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ผู้เกี่ยวข้อง (ระดับประเพณี/ระดับนานาชาติ) มากกว่าร้อยละ 50 2. จำนวนกลุ่มโรคที่ผ่านการรับรองเฉพาะโรค มากกว่า 1 กลุ่มโรค	กิจกรรมจากการควบคุมความเสี่ยง HA ยอมรับ <u>ดำเนินการต่อเนื่อง</u> 1. การบริหารจัดการด้านคุณภาพและวางแผนลดข้อบกพร่องทางคลินิก 2. มีกระบวนการ Internal Survey เพื่อพัฒนาคุณภาพในกระบวนการต่างๆ <u>กิจกรรมสำหรับ AHA</u> 1. ส่งเสริมการเรียนรู้มาตรฐานสากลด้านดูแลสุขภาพและนำมาใช้พัฒนาหน่วยงาน 2. พัฒนากิจกรรมจัดการหน่วยงาน 3. ส่งเสริมการเรียนรู้และเสริมพลังของทีมนำทางคลินิก/ทีมดูแลผู้ป่วย 4. สนับสนุนการขอการรับรองคุณภาพรายโรค 5. ดำเนินการตาม Roadmap to Advanced HA 6. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคซับซ้อนให้มีผลการรักษาระดับสากล	2	3	2	3	2	3	2	3	ไม่ต่อเนื่อง	ไม่ต่อเนื่อง	1. ส่งเสริมกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพการบริการผ่านกระบวนการ Internal Survey ในระดับหน่วยงาน/ทีมดูแลผู้ป่วย >>ต่อเนื่องปี 2562 2. เตรียมความพร้อม Gap Assessment AHA ตามแนวทางของสรท. >>ต่อเนื่อง 2562 3. พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยให้เป็นต้นแบบ/ผ่านการรับรองเฉพาะโรค >>ต่อเนื่องปี 2562	1 ก.ค. 2562-30 ก.ย. 2563	ทีมบริหารการดูแลคุณภาพ	ภาคีชี้ขาด/งาน คณะระบบงานดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาล	ไม่มี
Healthcare System	คุณภาพ	C 35	การถูกฟ้องร้องจากกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาล/องค์กรภายนอก (2556)	Compliance Risk	ความเสี่ยงแก่	ไม่สามารถจัดการความถี่ได้	1. บุคลากรขาดความตระหนักในเรื่องความเสี่ยงและความปลอดภัยในการค้นหาความเสี่ยง 2. เกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรจะสามารถป้องกันได้ (Preventable Event) เป็นผลทำให้โรงพยาบาลต้องให้การเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว 3. เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากกระบวนการรักษาพยาบาลที่นำไปสู่เหตุการณ์ระดับ Sentinel Event 4. การทบทวนแนวทางปฏิบัติและการป้องกันยังไม่รัดกุม/ไม่ครอบคลุม	1. การรายงานอุบัติการณ์ Near Miss มากกว่าร้อยละ 10 2. อัตราการเกิด Adverse Event น้อยกว่าร้อยละ 10 3. SENTINEL EVENT เป็น 0 4. อัตราการเกิด Re Incident น้อยกว่าร้อยละ 10 5. อัตราข้อร้องเรียนของผู้ป่วย/ญาติ จากกระบวนการรักษาพยาบาล น้อยกว่าร้อยละ 2 6. อัตราการตอบสนองข้อร้องเรียนที่เกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล น้อยกว่าร้อยละ 60 7. จำนวนข้อร้องเรียนที่เข้าสู่กระบวนการศาล/องค์กรอิสระ/มหาวิทยาลัย/สภาวิชาชีพ เป็น 0 8. จำนวนการถูกนำเสนอสู่ศาลสาธารณะ เป็น 0	1. การทำ RCA เหตุการณ์ความเสี่ยงระดับ E-up 2. การกำหนดมาตรการป้องกันเหตุการณ์ Sentinel Event 3. วางระบบรายงานความเสี่ยง และระบบการรายงาน Case ร้องเรียน ที่ง่ายต่อการเข้าถึงและใช้งาน (Friendly) เช่นระบบการรายงานความเสี่ยงผ่าน Program IOR Online 4. พัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร (Patient and Personal Safety Goals) 5. สร้าง Risk Awareness ในบุคลากรทุกระดับ 6. การส่งเสริมความเสี่ยงเชิงรุกผ่านเครื่องมือทะเบียนความเสี่ยง (Risk Register)	2	4	2	4	2	4	ไม่ต่อเนื่อง	ไม่ต่อเนื่อง	1. สร้างความตระหนักเรื่องความเสี่ยงความปลอดภัยในระดับหน่วยงาน >>ต่อเนื่องปี 2562 2. ส่งเสริมการจัดการความเสี่ยงเชิงรุก 3. ทบทวนและปรับปรุงระบบการพัฒนาคุณภาพความปลอดภัยและการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลและศูนย์การแพทย์ฯ ของคณะฯ ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน >>ต่อเนื่องปี 2561 4. ติดตามกระบวนการทบทวนป้องกันแก้ไข (RCA) เหตุการณ์ที่เกิด Adverse Event >>ต่อเนื่องปี 2562	1 ก.ค. 2562-30 ก.ย. 2563	คณะกรรมการอำนวยการระบบดูแลคุณภาพ	ภาคีชี้ขาด/งาน คณะระบบงานดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาล	- เดิมคือ การถูกฟ้องร้องจากกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาล - นำความเสี่ยงเรื่อง เกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรจะสามารถป้องกันได้ (Preventable Event) เป็นผลทำให้โรงพยาบาลต้องให้การเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว มาเป็นสาเหตุคู่ต้นด้วย		

ภาคผนวก

ฐานข้อมูลผลการจัดการความเสี่ยง

ผลการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563										ผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563																			
Client	Kru	ตำแหน่ง (อ.พ.ร)	ชื่อหัวหน้างาน	ระดับความเสี่ยงที่เผชิญอยู่	ระดับความเสี่ยงที่เผชิญอยู่			ระดับความเสี่ยงที่เผชิญอยู่			กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการในปีงบประมาณ 2563	ผลการจัดการความเสี่ยงการควบคุม	ผลการจัดการ ความเสี่ยง (KR)	ระดับความเสี่ยงที่ดำเนินการ						สรุปผลการจัดการความเสี่ยง (ปีงบประมาณ)				สรุปหมายเหตุ (ปีงบประมาณ)					
					ผลกระทบ	โอกาส (A)	ความรุนแรง (B)	ผลกระทบ	โอกาส (A)	ความรุนแรง (B)				ผลกระทบ	โอกาส (A)	ความรุนแรง (B)	ผลกระทบ	โอกาส (A)	ความรุนแรง (B)	ผลกระทบ	โอกาส (A)	ความรุนแรง (B)	ผลกระทบ		โอกาส (A)	ความรุนแรง (B)	ผลกระทบ	โอกาส (A)	ความรุนแรง (B)
Professional Service	อ.พ.ร	5	การทุจริตและการฉ้อโกงระหว่างผลประโยชน์ส่วนบุคคลและผลประโยชน์ส่วนรวม (2563)	1. การนำทรัพย์สินของคณะฯ ไปใช้เพื่อส่วนตนเป็น 0 2. การรับของขวัญหรือผลประโยชน์จากคู่ค้าเกินกว่า 0 3. การเป็นผู้อยู่ในบัญชีของธนาคารที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานเป็น 0 4. จำนวนเรื่องร้องเรียนในการติดตามคดี เป็น 0	1 ผลกระทบ สูง	2 โอกาส (B) สูง	3 ความรุนแรง (A X B) สูง	1 ผลกระทบ สูง	2 โอกาส (B) สูง	3 ความรุนแรง (A X B) สูง	ไม่มี	เมื่อจัดการความเสี่ยงเบื้องต้นแล้ว และสามารถจัดการความเสี่ยงได้โดยกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (จัดการ/ควบคุม/ได้ตั้งงบประมาณประจำ) จึงไม่มีการติดตามผลความครบถ้วนของการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม	1.0 2.0 3.0 4.0	1 ผลกระทบ สูง	2 โอกาส (B) สูง	3 ความรุนแรง (A X B) สูง	1 ผลกระทบ สูง	2 โอกาส (B) สูง	3 ความรุนแรง (A X B) สูง	1 ผลกระทบ สูง	2 โอกาส (B) สูง	3 ความรุนแรง (A X B) สูง	สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นไปตามแผน สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนด ผลการจัดการความเสี่ยง ความเสี่ยงที่สอดคล้องกับ	กิจกรรมการควบคุมที่มีประสิทธิภาพ ความเสี่ยงได้ ประสิทธิภาพ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ผลการจัดการความเสี่ยง ความเสี่ยงที่สอดคล้องกับ	ความเสี่ยงที่สอดคล้องกับ	ไม่มี		
Professional Service	อ.พ.ร	5	การจัดการของไม่ปลอดภัย/การปฏิบัติงานไม่ปลอดภัย (2561)	ปริมาณน้ำหนักของตะกั่วที่ปนเปื้อนในดินตามมาตรฐานสากล (WHO) ดังนี้ - ปริมาณตะกั่วประมาณ 10.7 Kg/ฮีตองวิน - Recycle 5.46 Kg/ฮีตองวิน - ตะกั่วสี 2.79 Kg/ฮีตองวิน - ตะกั่วสี 3.64 Kg/ฮีตองวิน	3 ผลกระทบ สูง	2 โอกาส (B) สูง	3 ความรุนแรง (A X B) สูง	3 ผลกระทบ สูง	2 โอกาส (B) สูง	3 ความรุนแรง (A X B) สูง	1. การพัฒนาผลิตภัณฑ์/บริการที่รวมเอาผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ผสมผสานรวมและเพิ่มประสิทธิภาพ (CS) บริษัท ซีทีที เทคโนโลยี จำกัด 2. กิจกรรม Safety Day	เฉลี่ยที่ปี จนถึง 31 ธ.ค.2563 1.1 15.65 Kg/ฮีตองวิน (เกินกว่ามาตรฐานกำหนด) 1.2 1.58 Kg/ฮีตองวิน (ต่ำกว่ามาตรฐานกำหนด) 1.3 2.51 Kg/ฮีตองวิน (ไม่เกินกว่ามาตรฐานกำหนด) 1.4 11.44 Kg/ฮีตองวิน (เกินกว่ามาตรฐานกำหนด)	3 ผลกระทบ สูง	2 โอกาส (B) สูง	3 ความรุนแรง (A X B) สูง	3 ผลกระทบ สูง	2 โอกาส (B) สูง	3 ความรุนแรง (A X B) สูง	3 ผลกระทบ สูง	2 โอกาส (B) สูง	3 ความรุนแรง (A X B) สูง	ยังไม่สามารถสรุป ได้ อยู่ ส่วนหนึ่ง ไม่สามารถสรุปได้	กิจกรรมการควบคุมที่มีประสิทธิภาพ ความเสี่ยง ไม่ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ผลการจัดการความเสี่ยง ความเสี่ยงที่สอดคล้องกับ	ความเสี่ยงที่สอดคล้องกับ	ไม่มี			
Professional Service	อ.พ.ร	5	ความปลอดภัย/ความปลอดภัย/ความปลอดภัย/ความปลอดภัย (2561)	1. ผ่านเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรใน หน่วยงาน/โครงการ/กิจกรรม/ผลิตภัณฑ์และผลิตภัณฑ์ กระบวนการ/โปรแกรม/ระบบ 3 2. อัตราความถี่การเกิดข้อผิดพลาด/ข้อบกพร่องที่เกี่ยวข้องจากงาน ไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนการดำเนินงาน/กิจกรรมทั้งหมด 3. อัตราความถี่การเกิดข้อผิดพลาด/ข้อบกพร่องที่เกี่ยวข้องจากงานของบุคลากรกลุ่มผลิตภัณฑ์/โครงการ/ผลิตภัณฑ์ ไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนการดำเนินงาน/กิจกรรมทั้งหมด 4. อัตราความถี่การเกิดข้อผิดพลาด/ข้อบกพร่องที่เกี่ยวข้องจากงานของบุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้มีผลิตภัณฑ์/โครงการ/ผลิตภัณฑ์ ไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนการดำเนินงาน/กิจกรรมทั้งหมด	3 ผลกระทบ สูง	2 โอกาส (B) สูง	3 ความรุนแรง (A X B) สูง	3 ผลกระทบ สูง	2 โอกาส (B) สูง	3 ความรุนแรง (A X B) สูง	1. วิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน (Fault Tree Analysis : FTA) 2. โครงการป้องกันเชิงป้องกัน	1. อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพ ปานกลาง) คือการขยายขอบเขตงานกับงานอื่นที่ดูแลควบคุมการตั้งชื่อ เพื่อให้งานครอบคลุมงานผู้ถือหุ้น และวิเคราะห์สาเหตุต่างๆที่เกี่ยวข้องอยู่ประมาณ 50% ซึ่งอยู่ในโครงการทั้งหมดที่ชื่ออยู่ประมาณ 50% 2. ดำเนินการวิเคราะห์ FTA 3. ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจากสถานการณ์ COVID-19 จึงมีการเลื่อนการจัดอบรมให้ความรู้ ภายในเดือน ธันวาคม 2563	1. ระดับ 2 2. ร้อยละ 2.985 3. ร้อยละ 2.815 4. ร้อยละ 1.055	2 ผลกระทบ สูง	2 โอกาส (B) สูง	3 ความรุนแรง (A X B) สูง	2 ผลกระทบ สูง	2 โอกาส (B) สูง	3 ความรุนแรง (A X B) สูง	2 ผลกระทบ สูง	2 โอกาส (B) สูง	3 ความรุนแรง (A X B) สูง	ยังไม่สามารถสรุปได้ ได้ อยู่ ส่วนหนึ่ง ไม่สามารถสรุปได้	กิจกรรมการควบคุมที่มีประสิทธิภาพ ความเสี่ยง ไม่ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ผลการจัดการความเสี่ยง ความเสี่ยงที่สอดคล้องกับ	ความเสี่ยงที่สอดคล้องกับ	ไม่มี		

ผลการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563										ผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Cluster	กรู	ลำดับ	ความเสี่ยง (O, H, C)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) / เป้าหมาย	ระดับความเสี่ยงที่เผชิญอยู่					ระดับความเสี่ยงที่คาดการณ์					กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการในปีก่อน	กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการในปีงบประมาณ 2563	ผลการจัดการความเสี่ยงที่ดำเนินการ	ผลการจัดการ ความเสี่ยง (KRI)	ระดับความเสี่ยงที่คาดการณ์					สรุปผลการจัดการความเสี่ยง (ในปีงบประมาณ)				สรุปผลของเหตุ (ในปีงบประมาณ)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
					ระดับโอกาส (O)		ระดับผลกระทบ (C)		Risk Map Zone	ระดับโอกาส (O)		ระดับผลกระทบ (C)		Risk Map Zone					ระดับโอกาส (O)		ระดับผลกระทบ (C)		Risk Map Zone	ความเสียหายในการจัดการ ความเสี่ยง	ประสิทธิผลการควบคุม	ผลการจัดการ ความเสี่ยง	การ เหนือที่ของความเสี่ยง																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
					โอกาส	ผลกระทบ	โอกาส	ผลกระทบ	Zone	โอกาส	ผลกระทบ	โอกาส	ผลกระทบ	Zone					โอกาส	ผลกระทบ	Zone																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Professional Service	การประเมินและจัดการความเสี่ยง (การประเมิน)	21	ระบบสารสนเทศ (เพื่อทำ ประปร) มีคุณภาพและปริมาณไม่เพียงพอต่อความต้องการในการวิเคราะห์ (2559)	1. กระแสไฟฟ้าดับ 0 ครั้งต่อปี 2. กระแสไฟฟ้ากระชอน 1 ครั้งต่อปี 3. ตรวจสอบเซ็นเซอร์และเซ็นเซอร์เป็นต้นในวีซีเอ็มต้องเท่ากับ 0 ครั้งต่อปี	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000

ผลการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563										ผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563																
Cluster	Form	ลำดับ	ความเสี่ยง (O, H, M)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) / เป้าหมาย	ระดับความเสี่ยงที่เผชิญอยู่			ระดับความเสี่ยงที่คาดการณ์			กิจกรรมควบคุม	กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการในปีงบประมาณ 2563	ผลการจัดการความเสี่ยงรวม	ผลการจัดการความเสี่ยงที่ความเสี่ยง (KRI)	ระดับความเสี่ยงจากการดำเนินการ						สรุปผลการจัดการความเสี่ยง (ในปีงบประมาณ)	สรุปหมายเหตุ (ในปีงบประมาณ)				
					ผลกระทบ		Risk Map Zone	ผลกระทบ		Risk Map Zone					ผลกระทบ		Risk Map Zone	ผลกระทบ		Risk Map Zone			ความเสียหายจากการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกระบวนการควบคุม	ผลการจัดการความเสี่ยง	การเพิ่มขึ้นของความเสี่ยง
					โอกาสเกิด (A)	ต้นทุน (B)		โอกาสเกิด (A)	ต้นทุน (B)						โอกาสเกิด (A)	ต้นทุน (B)		โอกาสเกิด (A)	ต้นทุน (B)							
Professional Service	สภาพแวดล้อมในการทำงาน (สถานะ)		24	อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการตามกำหนด (2558)	1. สถิติความปลอดภัยเกิดจากอุบัติเหตุจากพนักงานขับรถองค์กร น้อยกว่า 5 ครั้ง/ปีงบประมาณ 2. สถิติการเกิดอุบัติเหตุจากพนักงานขับรถองค์กรที่บาดเจ็บหรือเสียชีวิต 0 ครั้ง/ปีงบประมาณ 3. ผลการสำรวจระดับแอลกอฮอล์ของพนักงานขับรถ 0 ครั้ง/ปีงบประมาณ 4. จำนวนไม่ได้รับใบเตือนจากการที่พนักงานขับรถ ขับรถเร็วเกินกว่าที่กฎหมายกำหนดจากสถานีตำรวจไม่เกิน 5 ครั้ง/ปีงบประมาณ	1	2	4. ความปลอดภัย	1	2	4. ความปลอดภัย		ไม่มี	เมื่อพิจารณาความเสี่ยงปานกลางต่ำ และสามารถจัดการความเสี่ยงได้ด้วยกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (จัดการ/ควบคุม/ได้ตั้งงบประมาณ) จึงไม่ทำการติดตามผลรวมกับตัวชี้วัดการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม	1. 2 ครั้ง 2. 0 ครั้ง 3. 0 ครั้ง 4. 1 ครั้ง	1	2	4. ความปลอดภัย	1	2	4. ความปลอดภัย	สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นไปตามระดับที่ประเมินไว้ได้	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพ	ผลการจัดการความเสี่ยง	ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น	ไม่มี
Professional Service	ทรัพยากรบุคคล	5	ระบบการส่งผู้สืบทอด (Successor) ตำแหน่งบริหารระดับและระดับกลาง (ตามเกณฑ์บริหาร/วิเทศ/กำหนด) ไม่สามารถเข้าถึงได้ อย่างมีประสิทธิภาพ (2561)	1. ร้อยละ 80 ของหน่วยงานตามโครงสร้างมีการกำหนด Successor ในแผนบุคลากรประจำปี (People Plan) 2. ร้อยละ 80 ของ Successor ได้รับการพัฒนาและติดตามผลตามตัวชี้วัดที่กำหนด 3. ร้อยละ 80 ของ Successor ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งบริหาร	2	2	1.1. มีประสิทธิภาพด้านประเมินผลเป็นไปตามเป้าหมาย 2.2. 2.3. 2.4. 2.5. 2.6. 2.7. 2.8. 2.9. 2.10. 2.11. 2.12. 2.13. 2.14. 2.15. 2.16. 2.17. 2.18. 2.19. 2.20. 2.21. 2.22. 2.23. 2.24. 2.25. 2.26. 2.27. 2.28. 2.29. 2.30. 2.31. 2.32. 2.33. 2.34. 2.35. 2.36. 2.37. 2.38. 2.39. 2.40. 2.41. 2.42. 2.43. 2.44. 2.45. 2.46. 2.47. 2.48. 2.49. 2.50. 2.51. 2.52. 2.53. 2.54. 2.55. 2.56. 2.57. 2.58. 2.59. 2.60. 2.61. 2.62. 2.63. 2.64. 2.65. 2.66. 2.67. 2.68. 2.69. 2.70. 2.71. 2.72. 2.73. 2.74. 2.75. 2.76. 2.77. 2.78. 2.79. 2.80. 2.81. 2.82. 2.83. 2.84. 2.85. 2.86. 2.87. 2.88. 2.89. 2.90. 2.91. 2.92. 2.93. 2.94. 2.95. 2.96. 2.97. 2.98. 2.99. 3.00. 3.01. 3.02. 3.03. 3.04. 3.05. 3.06. 3.07. 3.08. 3.09. 3.10. 3.11. 3.12. 3.13. 3.14. 3.15. 3.16. 3.17. 3.18. 3.19. 3.20. 3.21. 3.22. 3.23. 3.24. 3.25. 3.26. 3.27. 3.28. 3.29. 3.30. 3.31. 3.32. 3.33. 3.34. 3.35. 3.36. 3.37. 3.38. 3.39. 3.40. 3.41. 3.42. 3.43. 3.44. 3.45. 3.46. 3.47. 3.48. 3.49. 3.50. 3.51. 3.52. 3.53. 3.54. 3.55. 3.56. 3.57. 3.58. 3.59. 3.60. 3.61. 3.62. 3.63. 3.64. 3.65. 3.66. 3.67. 3.68. 3.69. 3.70. 3.71. 3.72. 3.73. 3.74. 3.75. 3.76. 3.77. 3.78. 3.79. 3.80. 3.81. 3.82. 3.83. 3.84. 3.85. 3.86. 3.87. 3.88. 3.89. 3.90. 3.91. 3.92. 3.93. 3.94. 3.95. 3.96. 3.97. 3.98. 3.99. 4.00. 4.01. 4.02. 4.03. 4.04. 4.05. 4.06. 4.07. 4.08. 4.09. 4.10. 4.11. 4.12. 4.13. 4.14. 4.15. 4.16. 4.17. 4.18. 4.19. 4.20. 4.21. 4.22. 4.23. 4.24. 4.25. 4.26. 4.27. 4.28. 4.29. 4.30. 4.31. 4.32. 4.33. 4.34. 4.35. 4.36. 4.37. 4.38. 4.39. 4.40. 4.41. 4.42. 4.43. 4.44. 4.45. 4.46. 4.47. 4.48. 4.49. 4.50. 4.51. 4.52. 4.53. 4.54. 4.55. 4.56. 4.57. 4.58. 4.59. 4.60. 4.61. 4.62. 4.63. 4.64. 4.65. 4.66. 4.67. 4.68. 4.69. 4.70. 4.71. 4.72. 4.73. 4.74. 4.75. 4.76. 4.77. 4.78. 4.79. 4.80. 4.81. 4.82. 4.83. 4.84. 4.85. 4.86. 4.87. 4.88. 4.89. 4.90. 4.91. 4.92. 4.93. 4.94. 4.95. 4.96. 4.97. 4.98. 4.99. 5.00. 5.01. 5.02. 5.03. 5.04. 5.05. 5.06. 5.07. 5.08. 5.09. 5.10. 5.11. 5.12. 5.13. 5.14. 5.15. 5.16. 5.17. 5.18. 5.19. 5.20. 5.21. 5.22. 5.23. 5.24. 5.25. 5.26. 5.27. 5.28. 5.29. 5.30. 5.31. 5.32. 5.33. 5.34. 5.35. 5.36. 5.37. 5.38. 5.39. 5.40. 5.41. 5.42. 5.43. 5.44. 5.45. 5.46. 5.47. 5.48. 5.49. 5.50. 5.51. 5.52. 5.53. 5.54. 5.55. 5.56. 5.57. 5.58. 5.59. 5.60. 5.61. 5.62. 5.63. 5.64. 5.65. 5.66. 5.67. 5.68. 5.69. 5.70. 5.71. 5.72. 5.73. 5.74. 5.75. 5.76. 5.77. 5.78. 5.79. 5.80. 5.81. 5.82. 5.83. 5.84. 5.85. 5.86. 5.87. 5.88. 5.89. 5.90. 5.91. 5.92. 5.93. 5.94. 5.95. 5.96. 5.97. 5.98. 5.99. 6.00. 6.01. 6.02. 6.03. 6.04. 6.05. 6.06. 6.07. 6.08. 6.09. 6.10. 6.11. 6.12. 6.13. 6.14. 6.15. 6.16. 6.17. 6.18. 6.19. 6.20. 6.21. 6.22. 6.23. 6.24. 6.25. 6.26. 6.27. 6.28. 6.29. 6.30. 6.31. 6.32. 6.33. 6.34. 6.35. 6.36. 6.37. 6.38. 6.39. 6.40. 6.41. 6.42. 6.43. 6.44. 6.45. 6.46. 6.47. 6.48. 6.49. 6.50. 6.51. 6.52. 6.53. 6.54. 6.55. 6.56. 6.57. 6.58. 6.59. 6.60. 6.61. 6.62. 6.63. 6.64. 6.65. 6.66. 6.67. 6.68. 6.69. 6.70. 6.71. 6.72. 6.73. 6.74. 6.75. 6.76. 6.77. 6.78. 6.79. 6.80. 6.81. 6.82. 6.83. 6.84. 6.85. 6.86. 6.87. 6.88. 6.89. 6.90. 6.91. 6.92. 6.93. 6.94. 6.95. 6.96. 6.97. 6.98. 6.99. 7.00. 7.01. 7.02. 7.03. 7.04. 7.05. 7.06. 7.07. 7.08. 7.09. 7.10. 7.11. 7.12. 7.13. 7.14. 7.15. 7.16. 7.17. 7.18. 7.19. 7.20. 7.21. 7.22. 7.23. 7.24. 7.25. 7.26. 7.27. 7.28. 7.29. 7.30. 7.31. 7.32. 7.33. 7.34. 7.35. 7.36. 7.37. 7.38. 7.39. 7.40. 7.41. 7.42. 7.43. 7.44. 7.45. 7.46. 7.47. 7.48. 7.49. 7.50. 7.51. 7.52. 7.53. 7.54. 7.55. 7.56. 7.57. 7.58. 7.59. 7.60. 7.61. 7.62. 7.63. 7.64. 7.65. 7.66. 7.67. 7.68. 7.69. 7.70. 7.71. 7.72. 7.73. 7.74. 7.75. 7.76. 7.77. 7.78. 7.79. 7.80. 7.81. 7.82. 7.83. 7.84. 7.85. 7.86. 7.87. 7.88. 7.89. 7.90. 7.91. 7.92. 7.93. 7.94. 7.95. 7.96. 7.97. 7.98. 7.99. 8.00. 8.01. 8.02. 8.03. 8.04. 8.05. 8.06. 8.07. 8.08. 8.09. 8.10. 8.11. 8.12. 8.13. 8.14. 8.15. 8.16. 8.17. 8.18. 8.19. 8.20. 8.21. 8.22. 8.23. 8.24. 8.25. 8.26. 8.27. 8.28. 8.29. 8.30. 8.31. 8.32. 8.33. 8.34. 8.35. 8.36. 8.37. 8.38. 8.39. 8.40. 8.41. 8.42. 8.43. 8.44. 8.45. 8.46. 8.47. 8.48. 8.49. 8.50. 8.51. 8.52. 8.53. 8.54. 8.55. 8.56. 8.57. 8.58. 8.59. 8.60. 8.61. 8.62. 8.63. 8.64. 8.65. 8.66. 8.67. 8.68. 8.69. 8.70. 8.71. 8.72. 8.73. 8.74. 8.75. 8.76. 8.77. 8.78. 8.79. 8.80. 8.81. 8.82. 8.83. 8.84. 8.85. 8.86. 8.87. 8.88. 8.89. 8.90. 8.91. 8.92. 8.93. 8.94. 8.95. 8.96. 8.97. 8.98. 8.99. 9.00. 9.01. 9.02. 9.03. 9.04. 9.05. 9.06. 9.07. 9.08. 9.09. 9.10. 9.11. 9.12. 9.13. 9.14. 9.15. 9.16. 9.17. 9.18. 9.19. 9.20. 9.21. 9.22. 9.23. 9.24. 9.25. 9.26. 9.27. 9.28. 9.29. 9.30. 9.31. 9.32. 9.33. 9.34. 9.35. 9.36. 9.37. 9.38. 9.39. 9.40. 9.41. 9.42. 9.43. 9.44. 9.45. 9.46. 9.47. 9.48. 9.49. 9.50. 9.51. 9.52. 9.53. 9.54. 9.55. 9.56. 9.57. 9.58. 9.59. 9.60. 9.61. 9.62. 9.63. 9.64. 9.65. 9.66. 9.67. 9.68. 9.69. 9.70. 9.71. 9.72. 9.73. 9.74. 9.75. 9.76. 9.77. 9.78. 9.79. 9.80. 9.81. 9.82. 9.83. 9.84. 9.85. 9.86. 9.87. 9.88. 9.89. 9.90. 9.91. 9.92. 9.93. 9.94. 9.95. 9.96. 9.97. 9.98. 9.99. 10.00. 10.01. 10.02. 10.03. 10.04. 10.05. 10.06. 10.07. 10.08. 10.09. 10.10. 10.11. 10.12. 10.13. 10.14. 10.15. 10.16. 10.17. 10.18. 10.19. 10.20. 10.21. 10.22. 10.23. 10.24. 10.25. 10.26. 10.27. 10.28. 10.29. 10.30. 10.31. 10.32. 10.33. 10.34. 10.35. 10.36. 10.37. 10.38. 10.39. 10.40. 10.41. 10.42. 10.43. 10.44. 10.45. 10.46. 10.47. 10.48. 10.49. 10.50. 10.51. 10.52. 10.53. 10.54. 10.55. 10.56. 10.57. 10.58. 10.59. 10.60. 10.61. 10.62. 10.63. 10.64. 10.65. 10.66. 10.67. 10.68. 10.69. 10.70. 10.71. 10.72. 10.73. 10.74. 10.75. 10.76. 10.77. 10.78. 10.79. 10.80. 10.81. 10.82. 10.83. 10.84. 10.85. 10.86. 10.87. 10.88. 10.89. 10.90. 10.91. 10.92. 10.93. 10.94. 10.95. 10.96. 10.97. 10.98. 10.99. 11.00. 11.01. 11.02. 11.03. 11.04. 11.05. 11.06. 11.07. 11.08. 11.09. 11.10. 11.11. 11.12. 11.13. 11.14. 11.15. 11.16. 11.17. 11.18. 11.19. 11.20. 11.21. 11.22. 11.23. 11.24. 11.25. 11.26. 11.27. 11.28. 11.29. 11.30. 11.31. 11.32. 11.33. 11.34. 11.35. 11.36. 11.37. 11.38. 11.39. 11.40. 11.41. 11.42. 11.43. 11.44. 11.45. 11.46. 11.47. 11.48. 11.49. 11.50. 11.51. 11.52. 11.53. 11.54. 11.55. 11.56. 11.57. 11.58. 11.59. 11.60. 11.61. 11.62. 11.63. 11.64. 11.65. 11.66. 11.67. 11.68. 11.69. 11.70. 11.71. 11.72. 11.73. 11.74. 11.75. 11.76. 11.77. 11.78. 11.79. 11.80. 11.81. 11.82. 11.83. 11.84. 11.85. 11.86. 11.87. 11.88. 11.89. 11.90. 11.91. 11.92. 11.93. 11.94. 11.95. 11.96. 11.97. 11.98. 11.99. 12.00. 12.01. 12.02. 12.03. 12.04. 12.05. 12.06. 12.07. 12.08. 12.09. 12.10. 12.11. 12.12. 12.13. 12.14. 12.15. 12.16. 12.17. 12.18. 12.19. 12.20. 12.21. 12.22. 12.23. 12.24. 12.25. 12.26. 12.27. 12.28. 12.29. 12.30. 12.31. 12.32. 12.33. 12.34. 12.35. 12.36. 12.37. 12.38. 12.39. 12.40. 12.41. 12.42. 12.43. 12.44. 12.45. 12.46. 12.47. 12.48. 12.49. 12.50. 12.51. 12.52. 12.53. 12.54. 12.55. 12.56. 12.57. 12.58. 12.59. 12.60. 12.61. 12.62. 12.63. 12.64. 12.65. 12.66. 12.67. 12.68. 12.69. 12.70. 12.71. 12.72. 12.73. 12.74. 12.75. 12.76. 12.77. 12.78. 12.79. 12.80. 12.81. 12.82. 12.83. 12.84. 12.85. 12.86. 12.87. 12.88. 12.89. 12.90. 12.91. 12.92. 12.93. 12.94. 12.95. 12.96. 12.97. 12.98. 12.99. 13.00. 13.01. 13.02. 13.03. 13.04. 13.05. 13.06. 13.07. 13.08. 13.09. 13.10. 13.11. 13.12. 13.13. 13.14. 13.15. 13.16. 13.17. 13.18. 13.19. 13.20. 13.21. 13.22. 13.23. 13.24. 13.25. 13.26. 13.27. 13.28. 13.29. 13.30. 13.31. 13.32. 13.33. 13.34. 13.35. 13.36. 13.37. 13.38. 13.39. 13.40. 13.41. 13.42. 13.43. 13.44. 13.45. 13.46. 13.47. 13.48. 13.49. 13.50. 13.51. 13.52. 13.53. 13.54. 13.55. 13.56. 13.57. 13.58. 13.59. 13.60. 13.61. 13.62. 13.63. 13.64. 13.65. 13.66. 13.67. 13.68. 13.69. 13.70. 13.71. 13.72. 13.73. 13.74. 13.75. 13.76. 13.77. 13.78. 13.79. 13.80. 13.81. 13.82. 13.83. 13.84. 13.85. 13.86. 13.87. 13.88. 13.89. 13.90. 13.91. 13.92. 13.93. 13.94. 13.95. 13.96. 13.97. 13.98. 13.99. 14.00. 14.01. 14.02. 14.03. 14.04. 14.05. 14.06. 14.07. 14.08. 14.09. 14.10. 14.11. 14.12. 14.13. 14.14. 14.15. 14.16. 14.17. 14.18. 14.19. 14.20. 14.21. 14.22. 14.23. 14.24. 14.25. 14.26. 14.27. 14.28. 14.29. 14.30. 14.31. 14.32. 14.33. 14.34. 14.35. 14.36. 14.37. 14.38. 14.39. 14.40. 14.41. 14.42. 14.43. 14.44. 14.45. 14.46. 14.47. 14.48. 14.49. 14.50. 14.51. 14.52. 14.53. 14.54. 14.55. 14.56. 14.57. 14.58. 14.59. 14.60. 14.61. 14.62. 14.63. 14.64. 14.65. 14.66. 14.67. 14.68. 14.69. 14.70. 14.71. 14.72. 14.73. 14.74. 14.75. 14.76. 14.77. 14.78. 14.79. 14.80. 14.81. 14.82. 14.83. 14.84. 14.85. 14.86. 14.87. 14.88. 14.89. 14.90. 14.91. 14.92. 14.93. 14.94. 14.95. 14.96. 14.97. 14.98. 14.99. 15.00. 15.01. 15.02. 15.03. 15.04. 15.05. 15.06. 15.07. 15.08. 15.09. 15.10. 15.11. 15.12. 15.13. 15.14. 15.15. 15.16. 15.17. 15.18. 15.19. 15.20. 15.21. 15.22. 15.23. 15.24. 15.25. 15.26. 15.27. 15.28. 15.29. 15.30. 15.31. 15.32. 15.33. 15.34. 15.35. 15.36. 15.37. 15.38. 15.39. 15.40. 15.41. 15.42. 15.43. 15.44. 15.45. 15.46. 15.47. 15.48. 15.49. 15.50. 15.51. 15.52. 15.53. 15.54. 15.55. 15.56. 15.57. 15.58. 15.59. 15.60. 15.61. 15.62. 15.63. 15.64. 15.65. 15.66. 15.67. 15.68. 15.69. 15.70. 15.71. 15.72. 15.73. 15.74. 15.75. 15.76. 15.77. 15.78. 15.79. 15.80. 15.81. 15.82. 15.83. 15.84. 15.85. 15.86. 15.87. 15.88. 15.89. 15.90. 15.91. 15.92. 15.93. 15.94. 15.95. 15.96. 15.97. 15.98. 15.99. 16.00. 16.01. 16.02. 16.03. 16.04. 16.05. 16.06. 16.07. 16.08. 16.09. 16.10. 16.11. 16.12. 16.13. 16.14. 16.15. 16.16. 16.17. 16.18. 16.19. 16.20. 16.21. 16.22. 16.23. 16.24. 16.25. 16.26. 16.27. 16.28. 16.29. 16.30. 16.31. 16.32. 16.33. 16.34. 16.35. 16.36. 16.37. 16.38. 16.39. 16.40. 16.41. 16.42. 16.43. 16.44. 16.45. 16.46. 16.47. 16.48. 16.49. 16.50. 16.51. 16.52. 16.53. 16.54. 16.55. 16.56. 16.57. 16.58. 16.59. 16.60. 16.61. 16.62. 16.63. 16.64. 16.65. 16.66. 16.67. 16.68. 16.69. 16.70. 16.71. 16.72. 16.73. 16.74. 16.75. 16.76. 16.77. 16.78. 16.79. 16.80. 16.81. 16.82. 16.83. 16.84. 16.85. 16.86. 16.87. 16.88. 16.89. 16.90. 16.91. 16.92. 16.93. 16.94. 16.95. 16.96. 16.97. 16.98. 16.99. 17.00. 17.01. 17.02. 17.03. 17.04. 17.05. 17.06. 17.07. 17.08. 17.09. 17.10. 17.11. 17.12. 17.13. 17.14. 17.15. 17.16. 17.17. 17.18. 17.19. 17.20. 17.21. 17.22. 17.23. 17.24. 17.25. 17.26. 17.27. 17.28. 17.29. 17.30. 17.31. 17.32. 17.33. 17.34. 17.35. 17.36. 17.37. 17.38. 17.39. 17.40. 17.41. 17.42. 17.43. 17.44. 17.45. 17.46. 17.47. 17.48. 17.49. 17.50. 17.51. 17.52. 17.53. 17.54. 17.55. 17.56. 17.57. 17.58. 17.59. 17.60. 17.61. 17.62. 17.63. 17.64. 17.65. 17.66. 17.67. 17.68. 17.69. 17.70. 17.71. 17.72. 17.73. 17.74. 17.75. 17.76. 17.77. 17.78. 17.79. 17.80. 17.81. 17.82. 17.83. 17.84. 17.85. 17.86. 17.87. 17.88. 17.89. 17.90. 17.91. 17.92. 17.93. 17.94. 17.95. 17.96. 17.97. 17.98. 17.99. 18.00. 18.01. 18.02. 18.03. 18.04. 18.05. 18.06. 18.07. 18.08. 18.09. 18.10. 18.11. 18.12. 18.13. 18.14. 18.15. 18.16. 18.17. 18.18. 18.19. 18.20. 18.21. 18.22. 18.23. 18.24. 18.25. 18.26. 18.27. 18.28. 18.29. 18.30. 18.31. 18.32. 18.33. 18.34. 18.35. 18.36. 18.37. 18.38. 18.39. 18.40. 18.41. 18.42. 18.43. 18.44. 18.45. 18.46. 18.47. 18.48. 18.49. 18.50. 18.51. 18.52. 18.53. 18.54. 18.55. 18.56. 18.57. 18.58. 18.59. 18.60. 18.61. 18.62. 18.63. 18.64. 18.65. 18.66. 18.67. 18.68. 18.69. 18.70. 18.71. 18.72. 18.73. 18.74. 18.75. 18.76. 18.77. 18.78. 18.79. 18.80. 18.81. 18.82. 18.83. 18.84. 18.85. 18.86. 18.87. 18.88. 18.89. 18.90. 18.91. 18.92. 18.93. 18.94. 18.95. 18.96. 18.97. 18.98. 18.99. 19.00. 19.01. 19.02. 19.03. 19.04. 19.05. 19.06. 19.07. 19.08. 19.09. 19.10. 19.11. 19.12. 19.13. 19.14. 19.15. 19.16. 19.17. 19.18. 19.19. 19.20. 19.21. 19.22. 19.23. 19.																			

ผลการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563											ผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563																				
Cluster	Form	ลำดับ	ความเสี่ยง (O, H, C)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) / เป้าหมาย	ระดับความเสี่ยงที่เผชิญอยู่						ระดับความเสี่ยงที่คาดหวัง		กิจกรรมควบคุม	ผลการจัดการความเสี่ยงตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ 2563	ผลการจัดการความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยงตามผลการดำเนินการ						สรุปผลการจัดการความเสี่ยง (ในปีงบประมาณ)				สรุปหมายเหตุ (ในปีงบประมาณ)					
					ผลกระทบ		ทรัพยากร		ระดับความถี่		โอกาส	ความรุนแรง				โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง						
					โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง				โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง						
Professional Service	บริหารบุคคล	C	26	ไม่สามารถสรรหาและบรรจุบุคลากรตำแหน่งที่สำคัญ (Key position) ไม่รวมอาจารย์แพทย์ และแพทย์ Hospital) เพื่อรองรับการบริการ และการเรียนการสอน ของสถาบันการแพทย์ ภัทรวิบูลย์นครที่มี 5 แห่ง (2561)	1. บรรจุบุคลากรตำแหน่งสำคัญตามโครงสร้างได้ ร้อยละ 100	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	ไม่มี	เมื่อพิจารณาดังกล่าวแล้วพบว่า ค่า และสามารถจัดการความเสี่ยงได้ด้วยกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (จัดการ/ควบคุม/ได้ตั้งแต่จบประจำ) จึงไม่ทำการติดตามผลความคืบหน้าของการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม	ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ 2563 มีจำนวน 87 ตำแหน่ง โดยเป็นตำแหน่งของหน่วยงานที่รับผิดชอบการให้บริการ 61 ตำแหน่ง (คิดเป็นร้อยละ 70.11 ของตำแหน่งทั้งหมด) มีคณะกรรมาธิการที่รับผิดชอบไม่เพียงพอในการ 26 ตำแหน่ง (คิดเป็นร้อยละ 29.89) ที่ไม่สามารถสรรหาและบรรจุบุคลากรตำแหน่งสำคัญตามโครงสร้าง (ที่รับผิดชอบการบริการ) ร้อยละ 100 (61 ตำแหน่ง)	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	ไม่มี
						Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low				Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low			
						11	11	11	11	11	11	11	11				11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11		
Professional Service	คลัง	C	27	เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียน ณ Vendor) (2557)	จำนวนข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ เป็น 0	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	ไม่มี	เมื่อพิจารณาดังกล่าวแล้วพบว่า ค่า และสามารถจัดการความเสี่ยงได้ด้วยกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (จัดการ/ควบคุม/ได้ตั้งแต่จบประจำ) จึงไม่ทำการติดตามผลความคืบหน้าของการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม	ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ 2563 มีจำนวน 87 ตำแหน่ง โดยเป็นตำแหน่งของหน่วยงานที่รับผิดชอบการให้บริการ 61 ตำแหน่ง (คิดเป็นร้อยละ 70.11 ของตำแหน่งทั้งหมด) มีคณะกรรมาธิการที่รับผิดชอบไม่เพียงพอในการ 26 ตำแหน่ง (คิดเป็นร้อยละ 29.89) ที่ไม่สามารถสรรหาและบรรจุบุคลากรตำแหน่งสำคัญตามโครงสร้าง (ที่รับผิดชอบการบริการ) ร้อยละ 100 (61 ตำแหน่ง)	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	ไม่มี
						Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low				Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low			
						3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2				3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2			
Professional Service	คลัง	C	28	ความเสียหายจากการทำผิดหรือทำผิดปฏิบัติการซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ไม่เกินร้อยละ 1 ต่อปีงบประมาณ	1. จำนวนเรื่องที่เกิดจากข้อผิดพลาดในการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ไม่เกินร้อยละ 1 ต่อปีงบประมาณ	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	ไม่มี	เมื่อพิจารณาดังกล่าวแล้วพบว่า ค่า และสามารถจัดการความเสี่ยงได้ด้วยกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (จัดการ/ควบคุม/ได้ตั้งแต่จบประจำ) จึงไม่ทำการติดตามผลความคืบหน้าของการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม	ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ 2563 มีจำนวน 87 ตำแหน่ง โดยเป็นตำแหน่งของหน่วยงานที่รับผิดชอบการให้บริการ 61 ตำแหน่ง (คิดเป็นร้อยละ 70.11 ของตำแหน่งทั้งหมด) มีคณะกรรมาธิการที่รับผิดชอบไม่เพียงพอในการ 26 ตำแหน่ง (คิดเป็นร้อยละ 29.89) ที่ไม่สามารถสรรหาและบรรจุบุคลากรตำแหน่งสำคัญตามโครงสร้าง (ที่รับผิดชอบการบริการ) ร้อยละ 100 (61 ตำแหน่ง)	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	โอกาส	ความรุนแรง	ไม่มี
						Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low				Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low			
						3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3				3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3		

ผลการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563												ผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563																		
Cluster	Form	ลำดับ	ความเสี่ยง (O, N, R)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) / เป้าหมาย	ระดับความเสี่ยงที่เผชิญอยู่						กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการในปีงบประมาณ 2563	ผลการจัดการความเสี่ยง	ระดับความเสียหายจากการดำเนินการ						สรุปผลการจัดการความเสี่ยง (ในปีงบประมาณ)											
					ระดับโอกาส (O)		ระดับ (R)		Risk Map Zone				ระดับโอกาส (O)		ระดับ (R)		Risk Map Zone			ความเสียหายในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการความเสี่ยง	การเก็บข้อมูลที่จำเป็น							
					โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ			โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ														
Education and Research	แบบชี้วัด	5	29	นักศึกษาระดับปริญญาตรีที่ไปศึกษานอกประเทศในช่วงเวลา 2 ปี (2563)	จำนวนนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่ไปศึกษานอกประเทศในช่วงเวลา 2 ปี (2563) ไม่เกิน 60 คน จำนวน นศ. Outbound ในปีงบประมาณ 2561 (ตามข้อมูล PA ที่นำส่งให้งานนโยบาย) x 10% = 58.3 คน ปีงบประมาณ 2562 (60 คน)	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	1. ร่วมหารือกับคณะกรรมการพิจารณาการจ้าง ในเรื่องการรับนักศึกษาที่คนนอกกรรมการพิจารณาเลือกบัณฑิต 2. การช่วยเหลือผู้ช่วยวิทยากรในภาษาอังกฤษ เพื่อสอน ดิว เติมนให้แก่นักศึกษาสำหรับนำไปสอนบัณฑิตคนนอก และแนะนำอาจารย์ที่ปรึกษา 3. นำผลย้อนหลัง 3 ปีของจำนวนนักศึกษาที่มีปัญหาในการสมัครทุนนิตยสาร ร่วมหารือกับกรรมการศึกษา	ไม่มีรายงานข้อมูลเนื่องจาก Owner แจ้งยกเลิกความเสี่ยง	ไม่มีรายงานข้อมูลเนื่องจาก Owner แจ้งยกเลิกความเสี่ยง	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	ยกเลิกความเสี่ยง ยกเลิกความเสี่ยง ยกเลิกความเสี่ยง ยกเลิกความเสี่ยง	ยกเลิกเนื่องจากสถานการณ์ COVID-19 ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการตามกระบวนการประจำ		
						โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ				โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ						
						โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ				โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ				
Education and Research	แบบชี้วัด	5	30	จำนวนบัณฑิตที่ตกลงความร่วมมือ (MOU/MOA/Agreement) ที่มีความพร้อมด้านวิจัยหรือมีความเชี่ยวชาญหรือมีความชำนาญเฉพาะด้านวิจัยที่เกินครึ่งปีงบประมาณ (2563)	จำนวนบัณฑิตที่ตกลงความร่วมมือที่พร้อมที่จะขอทุนวิจัยหรือมีความชำนาญเฉพาะด้านวิจัยที่เกินครึ่งปีงบประมาณ (2563) จำนวน 50 ของจำนวนบัณฑิตที่ตกลงความร่วมมือทั้งหมดที่มีการวิจัยหรือมีความชำนาญเฉพาะด้านวิจัยที่เกินครึ่งปีงบประมาณ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	1. ติดตามความคืบหน้าโครงการความร่วมมือด้านวิจัยภาคใต้บัณฑิตที่ตกลงความร่วมมืออย่างคืบคลอนและมีการรายงานผลทุกไตรมาส	ไม่มีรายงานข้อมูลเนื่องจาก Owner แจ้งยกเลิกความเสี่ยง	ไม่มีรายงานข้อมูลเนื่องจาก Owner แจ้งยกเลิกความเสี่ยง	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	ยกเลิกการดำเนินการ ยกเลิกการดำเนินการ ยกเลิกการดำเนินการ ยกเลิกความเสี่ยง	ยกเลิกเนื่องจากสถานการณ์ COVID-19 ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการตามกระบวนการประจำ		
						โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ				โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ				
						โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ				โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ			โอกาส	ระดับ
Education and Research	แบบชี้วัด	5	31	จำนวนบัณฑิตที่ตกลงความร่วมมือที่มีกิจกรรมเกิดขึ้นจริง ปีไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนบัณฑิตที่ตกลงทั้งหมด	จำนวนบัณฑิตที่ตกลงความร่วมมือที่มีกิจกรรมเกิดขึ้นจริง ปีไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนบัณฑิตที่ตกลงทั้งหมด	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	1.1. ติดตามผลการดำเนินงานบัณฑิตที่ตกลงความร่วมมือที่เกินครึ่งปีงบประมาณ	ไม่มีรายงานข้อมูลเนื่องจาก Owner แจ้งยกเลิกความเสี่ยง	ไม่มีรายงานข้อมูลเนื่องจาก Owner แจ้งยกเลิกความเสี่ยง	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	ยกเลิกการดำเนินการ ยกเลิกการดำเนินการ ยกเลิกการดำเนินการ ยกเลิกความเสี่ยง	ยกเลิกเนื่องจากสถานการณ์ COVID-19 ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการตามกระบวนการประจำ		
						โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ				โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ			โอกาส	ระดับ
						โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ				โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ	โอกาส	ระดับ			โอกาส	ระดับ

ผลการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563										ผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563																								
Cluster	Form	ลำดับ	ความเสี่ยง (O, H, M, L)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) / เปรียบเทียบ	ระดับความเสี่ยงที่เผชิญอยู่			ระดับความเสี่ยงที่คาดหวัง			การประเมินความเสี่ยงที่ดำเนินการตามแผน	กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการในปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมควบคุม	ผลการจัดการความเสี่ยงรวมรวมควบคุม		ผลการจัดการ ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)		ระดับความเสี่ยงตามผลการดำเนินการ				สรุปผลการจัดการความเสี่ยง (ตั้งปีงบประมาณ)				สรุปหมายเหตุ (ตั้งปีงบประมาณ)								
					ความเสี่ยง (A)		ความเสี่ยง (B)		ความเสี่ยง (A X B)					ความเสี่ยง (A X B)		ความเสี่ยง (A)		ความเสี่ยง (B)		ความเสี่ยง (A X B)		ความเสี่ยง (A)		ความเสี่ยง (B)			ความเสี่ยง (A X B)		ความเสี่ยงในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพการควบคุม	ผลการจัดการความเสี่ยง	การเพิ่มขึ้น/ลดลงของความเสี่ยง		
					Target	Actual	Target	Actual	Target	Actual				Target	Actual	Target	Actual	Target	Actual	Target	Actual	Target	Actual	Target	Actual		Target	Actual						
Healthcare System	Quality	C	35	การระบุข้อร้องเรียนจากกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นสื่อที่ผู้ชม/องค์กรภายนอก (2556)	1. การรายงานอุบัติการณ์ Near Miss มากกว่าร้อยละ 10 2. อัตราการเกิด Adverse Event น้อยกว่าร้อยละ 10 3. SENTINEL EVENT เป็น 0 4. อัตราการเกิด Re Incident น้อยกว่าร้อยละ 10 5. อัตราข้อร้องเรียนของผู้นับญาติ จากกระบวนการรักษาพยาบาล น้อยกว่าร้อยละ 2 6. อัตราการตอบสนองข้อร้องเรียนที่เกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล น้อยกว่าร้อยละ 60 7. จำนวนข้อร้องเรียนที่เข้าสู่กระบวนการทางองค์กรอิสระ/มหาวิทยาลัย/สภากาชาด เป็น 0 8. จำนวนการถูกดำเนินคดีโดยสื่อสาธารณะ เป็น 0	~	4	2.5 (Q1) Orange	~	4	2.5 (Q1) Orange	ไม่เพียงพอ ไม่เพียงพอ	1. สร้างความตระหนักเรื่องความปลอดภัยกับบุคลากร หน่วยงาน >>ตั้งแต่ปี 2562 2. ส่งเสริมการจัดการความเสี่ยงเชิงรุก 3. ทบทวนและปรับปรุงระบบการพัฒนาศักยภาพความปลอดภัยและการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลและศูนย์การแพทย์ฯ ของคณะ ให้ถือเป็นไปในแนวทางเดียวกัน >>ตั้งแต่ปี 2561 4. ติดตามกระบวนการทบทวนปัจจัยเสี่ยง (RCA) เหตุการณ์ที่เกิด Adverse Event >>ตั้งแต่ปี 2562	1. อยู่ระหว่างดำเนินการ 1.1 กำหนดเป็นแผนกลยุทธ์กลุ่มภารกิจสุขภาพฯ พร้อมจัดทำแผนการดำเนินการ 2. กำหนดนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร (2P Safety Goals) และถ่ายทอดสู่ระดับปฏิบัติ 3. กำหนดการ Learning 2P safety 6ท่าต่อเดือน 4. กำหนดแผน Training - กลุ่ม The Trainer Nontechnical skill 5. กำหนดการอบรมจากวิทยากรภายในโรงพยาบาล ประมาณ 30 ท่าน เรียนรู้นโยบาย Training Crew Resource Management (CRM) - กลุ่มบุคลากรที่พัฒนา ฝึกอบรมบุคลากร เข้าร่วมดำเนินการที่เกี่ยวข้องเช่น ฝ่ายทรัพยากรบุคคล องค์กรบริหารพัฒนาฯ	1. การรายงานอุบัติการณ์ Near Miss 36.3 (Near-Miss = 1794/OR = 4945) 2. อัตราการเกิด Adverse Event 6.4 (AE= 316/OR = 4945) 3. SENTINEL EVENT = 6 4. อัตราการเกิด Re Incident อยู่ระหว่างดำเนินการ 5. อัตราข้อร้องเรียนของผู้นับญาติ จากกระบวนการรักษาพยาบาล OPD = 2.06/APD = 0.08 6. อัตราการตอบสนองข้อร้องเรียนที่เกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล 30 7. จำนวนข้อร้องเรียนที่เข้าสู่กระบวนการทางองค์กรอิสระ/มหาวิทยาลัย/สภากาชาด เป็น 0 (คดี 1 เรื่อง, มหาวิทยาลัย 4 เรื่อง, แพทย์สภา 1 เรื่อง) 8. จำนวนการถูกดำเนินคดีโดยสื่อสาธารณะ 2 ครั้ง	2	4	2.5 (Q1) Orange	~	4	2.5 (Q1) Orange	ไม่เพียงพอ ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ ไม่เพียงพอ	เปลี่ยนชื่อในการประเมินปี 64 เป็นคุณภาพและความปลอดภัยจากกระบวนการรักษาพยาบาล (2556)