

มีนาคม 2565  
รายงานการบริหารความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2564

RISK ASSESSMENT AND FOLLOW UP REPORT

# RISK MANAGEMENT REPORT

# 2021

งานบริหารความเสี่ยง

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

## สารบัญ

หัวข้อ	หน้าที่
บทสรุปผู้บริหาร.....	5
แนวทางและการพัฒนาการบริหารความเสี่ยง.....	8
ขอบเขตการบริหารความเสี่ยง.....	8
ระยะเวลาดำเนินการ.....	13
การกำหนดระดับความเสี่ยง .....	16
การกำหนดและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง.....	20
การกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยง.....	22
การกำหนดสถานะการจัดการความเสี่ยง .....	23
กระบวนการบริหารความเสี่ยง .....	26
ผลการบริหารความเสี่ยง.....	30
ผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง .....	30
ภาพรวมผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง .....	30
ผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง แยกตามระดับความเสี่ยง .....	37
ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) .....	37
ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) .....	48
ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone).....	54
ความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone).....	60
ผลการจัดการความเสี่ยง .....	64
ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยง .....	64
ผลการจัดการความเสี่ยง แยกตามระดับความเสี่ยง .....	78
ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) .....	78
ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) .....	89
ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone).....	92
ความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone).....	95
ภาคผนวก .....	97

## สารบัญรูป

รูปภาพที่	หน้าที่
รูปภาพที่ 1 การบริหารความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone).....	7
รูปภาพที่ 2 COSO : Enterprise Risk Management - Integrated Framework 2004 .....	8
รูปภาพที่ 3 Level of Assess ระดับคณะฯ.....	9
รูปภาพที่ 4 การติดตามความคืบหน้า/ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม.....	11
รูปภาพที่ 5 การติดตามผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง.....	12
รูปภาพที่ 6 การติดตามการประเมินระดับความเสี่ยง .....	12
รูปภาพที่ 7 ระยะเวลาดำเนินการบริหารความเสี่ยง .....	14
รูปภาพที่ 8 การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง .....	23
รูปภาพที่ 9 การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง .....	24
รูปภาพที่ 10 กระบวนการบริหารความเสี่ยง.....	26
รูปภาพที่ 11 กระบวนการประเมินความเสี่ยง .....	27
รูปภาพที่ 12 กระบวนการติดตามความเสี่ยง .....	29
รูปภาพที่ 13 ภาพรวมผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง .....	30
รูปภาพที่ 14 ระดับความเสี่ยงของคณะฯ.....	35
รูปภาพที่ 15 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone).....	37
รูปภาพที่ 16 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) .....	48
รูปภาพที่ 17 ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone).....	54
รูปภาพที่ 18 ความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone).....	60
รูปภาพที่ 17 ภาพรวมประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง .....	52
รูปภาพที่ 18 แสดง Risk Map–Dashboard ภาพรวมการเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง.....	53

## สารบัญรูป

รูปภาพที่	หน้าที่
รูปภาพที่ 19 ภาพรวมประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง .....	64
รูปภาพที่ 20 แสดง Risk Map-Dashboard ภาพรวมการเคลื่อนไหวภายหลังจากจัดการความเสี่ยง.....	65
รูปภาพที่ 21 ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยง .....	72
รูปภาพที่ 22 Risk Map-Dashboard Red Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ).....	78
รูปภาพที่ 23 Risk Map-Dashboard Orange Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ).....	89
รูปภาพที่ 24 Risk Map-Dashboard Yellow Zone (ความเสี่ยงของคณะฯ).....	92
รูปภาพที่ 25 Risk Map-Dashboard Green Zone (ความเสี่ยงของคณะฯ).....	95

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้าที่
ตารางที่ 1 เกณฑ์การประเมินโอกาสเกิด (Likelihood) และ ผลกระทบ (Impact).....	16
ตารางที่ 2 ตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) .....	17
ตารางที่ 3 ระดับความเสี่ยง ความหมาย และแนวทางการจัดการความเสี่ยง .....	18
ตารางที่ 4 ระดับความเสี่ยง และกลยุทธ์การจัดการความเสี่ยง .....	20
ตารางที่ 5 ประเภทของตัวชี้วัดความเสี่ยงและแหล่งที่มา.....	22
ตารางที่ 6 ระดับความสามารถในการจัดการความเสี่ยง.....	25
ตารางที่ 7 จำนวนความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster แยกตามพันธกิจ ประเภท และ ลักษณะของความเสี่ยง .....	33
ตารางที่ 8 แสดงความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ .....	38
ตารางที่ 9 แสดงความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์.....	50
ตารางที่ 10 แสดงความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับปานกลาง (Yellow Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์	56
ตารางที่ 11 แสดงความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ .....	62

## บทสรุปผู้บริหาร

การดำเนินงานเพื่อบริหารความเสี่ยงองค์กร ประจำปีงบประมาณ 2564 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ดำเนินการตามมาตรฐาน COSO – ERM<sup>1</sup> ผ่านการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของคณะฯ ได้ผลการบริหารความเสี่ยงที่สามารถอธิบายตามกระบวนการประเมินความเสี่ยง และกระบวนการติดตามความเสี่ยง ดังนี้

**กระบวนการประเมินความเสี่ยง:** จากการดำเนินงานเพื่อประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2564 พบว่า คณะฯ มีความเสี่ยงทั้งสิ้นจำนวน 60 ความเสี่ยง เป็นความเสี่ยงเดิมที่ยกมาจากรายปีงบประมาณ 2563 จำนวน 28 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 32 ความเสี่ยง สามารถอธิบายในมุมมองต่าง ๆ ได้ดังนี้

**ความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster และประเภทของความเสี่ยง:** ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงจาก Cluster Professional Service เนื่องจากมีจำนวนหน่วยงานมากที่สุดภายในกลุ่ม Cluster และมีภาระงานที่เกี่ยวข้องกับดำเนินงานต่าง ๆ ครอบคลุมทั้งหน่วยงานตามพันธกิจหลักและพันธกิจสนับสนุน ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงเป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

**ลักษณะของกิจกรรมการควบคุม:** ส่วนใหญ่ใช้กิจกรรมการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control) ทั้งในกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) โดยพบว่า คณะฯ ใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ในการจัดการความเสี่ยงมากที่สุด ครอบคลุมตั้งแต่ระดับความเสี่ยงสูงมากไปจนถึงระดับความเสี่ยงต่ำ และใช้กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ในการจัดการความเสี่ยง ที่มีระดับความเสี่ยงปานกลางไปจนถึงระดับความเสี่ยงต่ำ เพื่อควบคุมความเสี่ยงให้ยังคงอยู่ในระดับที่คณะฯ สามารถยอมรับได้

**ลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยง:** ในปีงบประมาณ 2564 คณะฯ พัฒนาการกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยง ให้สามารถใช้เป็นเครื่องมือเตือน (Early Warning) ผ่านการดำเนินงานเชิงรุกของทีมนักบริหารความเสี่ยง โดยการให้ประเด็นเสนอแนะ และยกตัวอย่างการกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยงต่อเจ้าของความเสี่ยงโดยตรง ซึ่งพบว่า ภายหลังจากการดำเนินงานดังกล่าว เจ้าของความเสี่ยงยังคงนิยมใช้เป้าหมายของการดำเนินงานตามกิจกรรม และตัวชี้วัดความสำเร็จ (Key Performance Indicator: KPI) มากำหนดเป็นตัวชี้วัดความเสี่ยง แต่เมื่อพิจารณาสัดส่วนของตัวชี้วัดความเสี่ยง พบว่า ในปีงบประมาณ 2564 คณะฯ ใช้ตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) และตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) ในสัดส่วนใกล้เคียงกันมากขึ้นจากรายปีงบประมาณ 2563 แสดงถึงความก้าวหน้าของการดำเนินงานเชิงรุกเพื่อพัฒนาการกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยง ดังนั้น ในปีงบประมาณ 2565 งานบริหารความเสี่ยงจึงยังคงต้องดำเนินงานเพื่อพัฒนาการกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยงของคณะฯ อย่างต่อเนื่อง

**ระดับความเสี่ยงของคณะฯ:** ความเสี่ยงของคณะฯ มีระดับความเสี่ยงที่ครอบคลุมตั้งแต่ระดับความเสี่ยงสูงมากไปจนถึงระดับความเสี่ยงต่ำ ประกอบด้วยระดับความเสี่ยงสูงมาก (Red Zone) จำนวน 5 ความเสี่ยง ระดับความเสี่ยงสูง (Orange Zone) จำนวน 20 ความเสี่ยง ระดับความเสี่ยงปานกลาง (Yellow Zone) ซึ่งมีความเสี่ยงมากที่สุดจำนวน 23 ความเสี่ยง และระดับความเสี่ยงต่ำ (Green Zone) จำนวน 12 ความเสี่ยง

**กระบวนการติดตามความเสี่ยง:** จากการประเมิน และจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2564 คณะฯ สามารถดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยง ได้ผลการจัดการความเสี่ยงที่สามารถอธิบายตามมุมมองต่าง ๆ ดังนี้

**ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง:** กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง (Yellow) เนื่องจากยังอยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยงระยะยาว ที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกคณะฯ รวมถึงพบว่า บางส่วนได้รับผลกระทบจากปัจจัยภายนอกที่ควบคุมยาก ทั้งจากการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย และ/หรือ นโยบายที่คณะฯ ต้องปฏิบัติตาม ในขณะที่สถานการณ์การแพร่ระบาด

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

ของโรค COVID-19 ยังคงส่งผลกระทบต่อการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ อย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 และส่งผลให้กิจกรรมที่ใช้ในการบริหารความเสี่ยงบางส่วนล่าช้า เนื่องจากถูกชะลอหรือถูกระงับการดำเนินงาน รวมถึงพบว่าการกิจกรรมบางส่วนที่กำหนดไว้ภายใต้การประเมินสถานการณ์ COVID-19 จากปีงบประมาณ 2563 ไม่เพียงพอต่อการบริหารจัดการจริงในปีงบประมาณ 2564 ส่งผลให้กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพ ได้เต็มศักยภาพ

**การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง:** จากประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงดังกล่าว ส่งผลให้ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงานฯ ส่วนใหญ่คงที่ จำนวน 35 ความเสี่ยง รวมถึงพบว่ามีบางส่วนสามารถจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลงจำนวน 11 ความเสี่ยง และสามารถจัดการ/ควบคุมให้ความเสี่ยงไม่ส่งผลสำคัญต่อคณะฯ ระดับความเสี่ยงเคลื่อนที่ออกจาก Risk Map-Dashboard (ไม่สามารถวัดได้ตามเกณฑ์) และไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 3 ความเสี่ยง โดยพบว่า มีความเสี่ยงที่ระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น จำนวน 5 ความเสี่ยง เนื่องจาก ปัจจัยภายนอกที่มีการเปลี่ยนแปลงและการพิจารณาผลกระทบของความเสี่ยงตามเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยกำหนดอย่างรัดกุมมากขึ้น ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้ยกเลิกดำเนินการ จำนวน 6 ความเสี่ยง เนื่องจาก ได้รับผลกระทบจากปัจจัยที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ ส่งผลให้วัตถุประสงค์ และ/หรือ การดำเนินงานของคณะฯ ไม่สอดคล้องกับปัจจุบัน จึงไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2565

**ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง:** ภายหลังการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่คณะฯ สามารถจัดการความเสี่ยงได้ จำนวน 23 ความเสี่ยง ในขณะที่พบความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการได้ ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง จำนวน 16 ความเสี่ยง รวมถึงพบความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้จำนวน 15 ความเสี่ยง และพบความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้ยกเลิกดำเนินการ จำนวน 6 ความเสี่ยง

จากความสามารถในการจัดการความเสี่ยงดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า ความเสี่ยงที่ต้องยกไปดำเนินการจัดการต่อในปีงบประมาณ 2565 มีจำนวนทั้งสิ้น 51 ความเสี่ยง ประกอบด้วยความเสี่ยงที่สามารถจัดการให้เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้จำนวน 20 ความเสี่ยง ความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้จำนวน 16 ความเสี่ยง และความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้จำนวน 15 ความเสี่ยง

**การบริหารความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone):** จาก 60 ความเสี่ยง คณะฯ มีความเสี่ยงสำคัญระดับสูงมาก (Red Zone) จำนวน 5 ความเสี่ยง ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) และความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) ที่เกิดจากข้อควรพัฒนา และการพบโอกาสพัฒนาจากระบบการบริหารจัดการสำคัญของคณะฯ ซึ่งมีโอกาสที่จะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายของคณะฯ ในระดับที่สูงมาก หากคณะฯ ไม่สามารถบริหารจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงจากพันธกิจหลัก 4 ความเสี่ยง ประกอบด้วยความเสี่ยงจาก Cluster Healthcare System จำนวน 3 ความเสี่ยง และความเสี่ยงจาก Cluster Education and Research ด้านการศึกษา จำนวน 1 ความเสี่ยง รวมทั้งมีความเสี่ยงจาก Cluster Professional Service จากพันธกิจสนับสนุนด้านสื่อสารองค์กร จำนวน 1 ความเสี่ยง สามารถสรุปการบริหารจัดการได้ดังนี้

ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) ทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากระบบการบริหารจัดการในปัจจุบันที่ไม่ชัดเจน ไม่เพียงพอ และไม่สามารถนำไปใช้บริหารจัดการภายใต้สถานการณ์ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ทั้งจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และการประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นผลมาจากนโยบายและเป้าหมายของคณะฯ ที่มีขอบเขตการบริหารจัดการขนาดใหญ่ ซับซ้อน ต้องอาศัยระยะเวลาและดำเนินงานร่วมกับหลายหน่วยงาน รวมถึงพบว่า ความเสี่ยงเหล่านี้ มีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) จึงมักได้รับผลกระทบโดยตรงหากมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้น ดังนั้น การดำเนินงานต่าง ๆ จึงเป็นไปได้ค่อนข้างยากไป เพื่อลดความผิดพลาด และ/หรือ แรงต่อต้านที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการบริหารความเสี่ยง ความเสี่ยงทั้งหมด จึงเป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงานตามแผนระยะยาว ที่มีการแบ่งการดำเนินงานเป็นงบประมาณ

ปีการศึกษา หรือแผนตามโครงการต่อเนื่องที่ยังไม่สามารถรายงานผลลัพธ์ในการจัดการความเสี่ยงได้ กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง (Control Activity) ของความเสี่ยงทั้ง 5 นี้ จึงไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ และได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง ต้องยกไปดำเนินการในปีงบประมาณ 2565 ต่อไป

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงาน พบว่า จาก 5 ความเสี่ยง มีความเสี่ยงมีระดับความเสี่ยงคงที่ที่ Red Zone จำนวน 3 ความเสี่ยง และมีความเสี่ยงที่ระดับความเสี่ยงลดลง สามารถเคลื่อนที่จาก Red Zone เข้าสู่ Orange Zone จำนวน 1 ความเสี่ยง รวมถึงพบความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้ยกเลิกความเสี่ยง จำนวน 1 ความเสี่ยง ทั้งนี้สามารถสรุปความสามารถในการจัดการความเสี่ยงได้ตามรูปภาพที่ 1

Cluster/พันธกิจ	ความเสี่ยง	ผลการจัดการฯ	ผล KRI	ระดับความเสี่ยง		
				ก่อนการดำเนินงานฯ	หลังการดำเนินงาน	การเคลื่อนไหว
Cluster Education and Research ด้านการศึกษา	O39 ทรัพยากรไม่เพียงพอต่อการรองรับหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตปรับปรุง 2562 และ 2563	อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้	ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	3 x 4 สูงมาก	2 x 4 สูง	ลดลง
Cluster Healthcare System ด้านดูแลสุขภาพ	O51 เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง (GHI) ในการให้การดูแลสุขภาพและ/หรือ ทำให้เกิดการร้องเรียนนอกองค์กรภายนอก/ศาล	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ (ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง)	ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	2 x 5 สูงมาก	2 x 5 สูงมาก	คงที่
	C54 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562	อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้	ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	3 x 5 สูงมาก	2 x 5 สูงมาก	คงที่
	O56 เครื่องมือทางแพทย์ช่วยชีวิต ความเสี่ยงสูงหยุดทำงาน/ทำงานไม่ถูกต้องเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย	ได้รับการพิจารณาให้ยกเลิกการดำเนินงาน	ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	2 x 5 สูงมาก	ได้รับการพิจารณาให้ยกเลิกการดำเนินงาน	ออกจากตารางแสดงระดับความเสี่ยง
Cluster Professional Service ด้านสื่อสารองค์กร	O14 ความเสียหายต่อชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร ที่เกิดจากข่าวสารในสื่อสังคมออนไลน์	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ (ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง)	สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	3 x 4 สูงมาก	3 x 4 สูงมาก	คงที่

รูปภาพที่ 1 การบริหารความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone)

จากการบริหารความเสี่ยงข้างต้น พบประเด็นที่น่าสนใจในปีงบประมาณ 2564 ในภาพรวม 2 ประเด็น ดังนี้

1. การเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงใหม่ในปีงบประมาณ 2564 ส่วนใหญ่เกิดจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงของรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการซึ่งมีนโยบายให้พิจารณาความเสี่ยงองค์กร จากทุกความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อคณะฯ โดยพิจารณาครอบคลุมทุกระดับของการประเมินความเสี่ยง (Level of Assess) รวมถึงพบว่า ส่วนหนึ่งเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากระบบการบริหารจัดการที่ใช้ในปัจจุบันของบางหน่วยงานไม่เพียงพอ ไม่สามารถนำมาใช้บริหารจัดการภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้คณะฯ ได้รับความเสียหายด้านการเงิน ชื่อเสียงภาพลักษณ์ และการถูกร้องเรียนในสื่อสังคมออนไลน์
2. ความเสี่ยงจาก Cluster Education and Research และ Cluster Healthcare System ที่เกิดจากการได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 เป็นความเสี่ยงที่พบได้ในทุกองค์การการศึกษาและองค์กรด้านสาธารณสุข ทั้งในระดับประเทศและระดับสากล เนื่องจาก เกี่ยวข้องกับคุณภาพ/มาตรฐานการศึกษา และการให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งเชื่อมโยงกับประเด็นความมั่นคงและเสถียรภาพทางการเงินของทุกองค์กร

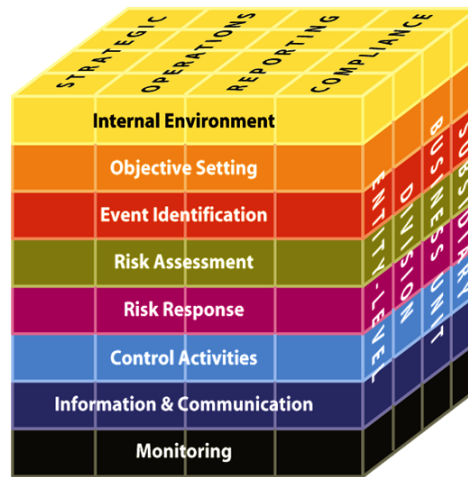


## แนวทางและการพัฒนาการบริหารความเสี่ยง

ตามที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ให้ทุกส่วนงานดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยงองค์กร โดยกำหนดให้ส่งรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ ภายในเดือนกรกฎาคม และให้ส่งรายงานผลการปฏิบัติตามแผนการจัดการความเสี่ยงทุก 6 เดือนนั้น คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ดำเนินการโดยประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบทการบริหารจัดการภายใน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### ขอบเขตการบริหารความเสี่ยง

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีดำเนินการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐาน COSO – ERM<sup>2</sup> ครอบคลุมครบถ้วนทั้ง 3 มิติ ตามรูปภาพที่ 2 ดังนี้



รูปภาพที่ 2 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 พิจารณาความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการบรรลุตามแผนยุทธศาสตร์ทั้งหมด ครอบคลุมตั้งแต่ระดับมหาวิทยาลัย ระดับคณะฯ ระดับพันธกิจ ไปจนถึงข้อตกลงการปฏิบัติงาน (Performance Agreement: PA) ที่คณะฯ ตกลงไว้กับทางมหาวิทยาลัย โดยพิจารณาความสอดคล้องของการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ เป้าหมายการดำเนินงาน และความเป็นไปได้ของแผนยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้ในแต่ละระดับ เพื่อประกอบการพิจารณาความเสี่ยง

<sup>2</sup> The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission - Enterprise Risk Management

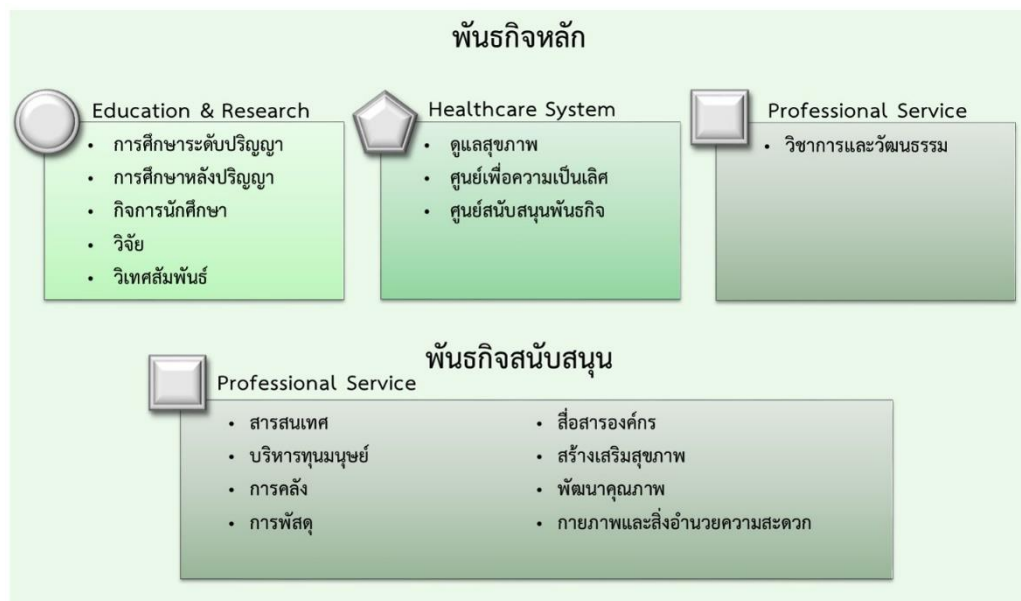
2. ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) แทนด้วยสัญลักษณ์ O: คณะฯ พิจารณาความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับ กระบวนการหลักตามแผนยุทธศาสตร์ของคณะฯ (Core Process) จากปัจจัยสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ คน ระบบ/กระบวนการ เทคโนโลยีสารสนเทศ และ Outsource โดยพิจารณาความสอดคล้องของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ และความเป็นไปได้ของเป้าหมายการดำเนินงานที่กำหนดไว้ในแต่ละระดับ เพื่อประกอบการพิจารณาความเสี่ยง

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

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

### มิติที่ 2 ระดับของการประเมินความเสี่ยง (Level of Assess)

คณะฯ ดำเนินการบริหารความเสี่ยงในระดับ Entity level และ Division level โดยพิจารณาจากพันธกิจหลัก และพันธกิจสนับสนุน ตามโครงสร้างองค์กร (Organizational Structure) รวมถึงแบ่งตาม Cluster การบริหารเป็น Education & Research แทนด้วยสัญลักษณ์ วงกลม Healthcare System แทนด้วยสัญลักษณ์ ห้าเหลี่ยม และ Professional Service แทนด้วยสัญลักษณ์ สี่เหลี่ยม ตามรูปภาพที่ 3



รูปภาพที่ 3 Level of Assess ระดับคณะฯ

สำหรับการบริหารความเสี่ยงในระดับ Business Unit ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของคณะฯ ในระดับภาควิชา นั้น คณะฯ ดำเนินการตามมาตรฐานอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะกล่าวในรายงานการบริหารความเสี่ยงระดับภาควิชาอีกครั้งหนึ่ง และสำหรับการบริหารความเสี่ยงในระดับ Subsidiary คณะฯ ยังต้องศึกษาแนวทาง วิธีการ รวมถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน ก่อนพิจารณาเพื่อดำเนินการในลำดับต่อไป

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

คณะฯ ดำเนินการบริหารความเสี่ยงตามขั้นตอนที่ระบุในมิติที่ 3 ของมาตรฐาน COSO - ERM<sup>3</sup> อย่างครบถ้วน โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินงานออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ ตามขอบเขต และแนวทางที่มหาวิทยาลัยกำหนด ผ่านแนวคิดเชิงระบบ (System Concept) ดังนี้

#### 1. การประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง

**ข้อมูลนำเข้า (Input)** >> คณะฯ พิจารณาความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2564 จากแผนยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2563-2566 แผนยุทธศาสตร์ระดับคณะฯ ปีงบประมาณ 2560 - 2563 และแนวทางการจัดทำรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2564 ที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงให้พิจารณาจากพันธกิจหลักและพันธกิจสนับสนุนของส่วนงาน
2. ให้นำความเสี่ยงที่ไม่สามารถบริหารจัดการได้ในปีงบประมาณ 2563 มาดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2564
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 ในการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง
7. ให้จัดส่งรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2563

**กระบวนการ (Process)** >> การประเมินสภาพแวดล้อมภายใน (Internal Environment) และการกำหนดวัตถุประสงค์ในการจัดการความเสี่ยง (Objective Setting) คณะฯ พิจารณาร่วมกับข้อมูลนำเข้า (Input) ที่กล่าวไปข้างต้น เพื่อใช้ในการระบุและประเมินความเสี่ยง (Event Identification & Risk Assessment) 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 2564 ซึ่งประกอบด้วย ชื่อความเสี่ยง ประเภทของความเสี่ยง สาเหตุของความเสี่ยง ตัวชี้วัดความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการในปัจจุบัน ระดับความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2564 ผู้รับผิดชอบ และระยะเวลาในการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง รวมถึง Dashboard แสดงตำแหน่งของความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2564

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

2. การติดตามผลการจัดการความเสี่ยง

**ข้อมูลนำเข้า (Input)** >> คณะฯ ติดตามผลการจัดการความเสี่ยงจากรายการความเสี่ยง (Risk Profile) ที่ได้จากการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2564 ที่กล่าวไปข้างต้น

**กระบวนการ (Process)** >> การติดตามประเมินผล (Monitoring) คณะฯ ดำเนินการติดตามข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้

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

ตอนที่ ๑ ความคืบหน้า/ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม

กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการ	ครั้งที่ 1 (1 ต.ค. XXX - 31 มี.ค. XXX+1)			ครั้งที่ 2 (1 เม.ย. XXX+1 - 30 ก.ย. XXX+1)		
	ระยะเวลาดำเนินงาน	ความคืบหน้า/ ผลการดำเนินงาน	ประสิทธิ ภาพ	ระยะเวลาดำเนินงาน	ความคืบหน้า/ ผลการดำเนินงาน	ประสิทธิ ภาพ
1. กิจกรรมที่ 1	<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. กิจกรรมที่ 2	<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\*\*\*

รูปภาพที่ 4 การติดตามความคืบหน้า/ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม

**ประสิทธิภาพดี** หมายถึง กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงานสามารถจัดการหรือควบคุมให้ระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบ คงที่หรือลดลงมาอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ ได้อย่างเต็มศักยภาพ ดังนั้น กิจกรรมที่มีประสิทธิภาพในระดับนี้ สามารถยกไปดำเนินการในปีงบประมาณต่อไปได้ หรือพิจารณาเพิ่มเป็นกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) หรือกิจกรรมการควบคุมภายใน (Internal Control) ได้ในอนาคต

**ประสิทธิภาพปานกลาง** หมายถึง กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงานสามารถจัดการหรือควบคุมให้ระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบ คงที่หรือลดลงได้บางส่วน และ/หรือ มีปัจจัยภายนอกเข้าคุกคาม ส่งผลให้ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้อย่างเต็มศักยภาพ ดังนั้น กิจกรรมที่มีประสิทธิภาพในระดับนี้อาจยกไปดำเนินการในปีงบประมาณต่อไปได้ โดยต้องพิจารณาลักษณะของกิจกรรมให้ครอบคลุมขึ้น หรือพิจารณาปัจจัยภายนอกเพิ่มเติมด้วย

**ประสิทธิภาพต่ำ** หมายถึง กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงานไม่สามารถจัดการหรือควบคุมให้ระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบ คงที่หรือลดลงได้เลย รวมถึงมีปัจจัยภายนอกเข้าคุกคาม จนส่งผลให้ระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นในอนาคต ดังนั้น กิจกรรมที่มีประสิทธิภาพในระดับนี้ จึงไม่สามารถยกไปดำเนินการในปีงบประมาณต่อไปได้

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้ประสานงานด้านความเสี่ยง (Risk Champion) สามารถสอบถามพัฒนาการของการจัดการความเสี่ยง ตลอดจนสามารถนำผลที่ได้ไปใช้ในการพิจารณาปรับปรุง เพิ่ม หรือลดกิจกรรมการควบคุม ในปีงบประมาณต่อไปได้อย่างเหมาะสม

- **ตัวชี้วัดความเสี่ยง (Key Risk Indicator: KRI):** การติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงเป็นการเฝ้าระวัง เพื่อเตือนก่อนที่ความเสี่ยงจะมีโอกาสเกิด และ/หรือ มีผลกระทบที่สูงขึ้น ตลอดจนเตือนก่อนที่ความเสี่ยงจะกลายเป็นปัญหา ทั้งนี้การติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงจะดำเนินการโดยการเปรียบเทียบผลที่ได้ตามตัวชี้วัดในปัจจุบัน กับเป้าหมายเชิงปริมาณที่กำหนดไว้ หากผลตามตัวชี้วัดในปัจจุบันไม่เป็นไปตามเป้าหมายหรือมีความน่าจะเป็นที่จะไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จะอธิบายได้ว่าความเสี่ยงดังกล่าวมีแนวโน้มที่โอกาสเกิดและ/หรือ ผลกระทบจะสูงขึ้น หรืออาจกลายเป็นปัญหาที่ต้องดำเนินการแก้ไข ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวผู้ประสานงานด้านความเสี่ยง (Risk Champion) สามารถสอบทานพัฒนาการของผลตามตัวชี้วัดความเสี่ยงตลอดจนสามารถนำผลที่ได้ไปใช้ในการพิจารณาปรับปรุง เพิ่ม ลด ตัวชี้วัดความเสี่ยงในปีงบประมาณต่อไปได้อย่างเหมาะสม

ตอนที่ ๒ ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)

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

\*\*\*กรุณาระบุ หรือ แบนเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดความเสี่ยง\*\*\*

รูปภาพที่ 5 การติดตามผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง

- **ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงาน:** การติดตามระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการ เป็นการประเมินระดับโอกาสเกิดและระดับผลกระทบของความเสี่ยงในสถานการณ์ปัจจุบัน ภายหลังจากการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุมที่กำหนดไว้ โดยระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงานจะสอดคล้องกับความคืบหน้า/ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม และผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงอย่างชัดเจน ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวผู้ประสานงานด้านความเสี่ยง (Risk Champion) สามารถสอบทานพัฒนาการของการเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยงได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถนำผลที่ได้ไปใช้ในการพิจารณาปรับปรุง เพิ่ม ลด กิจกรรมการควบคุม และตัวชี้วัดความเสี่ยงในปีงบประมาณต่อไปได้อย่างเหมาะสม

ตอนที่ ๓ การประเมินระดับความเสี่ยง

ระดับความเสี่ยงก่อนการดำเนินงาน			ระดับความเสี่ยง สืบเนื่องจากการติดตาม ปีงบประมาณ 2563 ครั้งที่ 2			ระดับความเสี่ยง ภายหลังการดำเนินงาน ครั้งที่ 1			ระดับความเสี่ยง ปัจจุบันจากการประเมิน ปีต่อไป			ระดับความเสี่ยง ภายหลังการดำเนินงาน ครั้งที่ 2		
โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
		<input type="checkbox"/> สูงมาก <input type="checkbox"/> สูง <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ			<input type="checkbox"/> สูงมาก <input type="checkbox"/> สูง <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ			<input type="checkbox"/> สูงมาก <input type="checkbox"/> สูง <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ			<input type="checkbox"/> สูงมาก <input type="checkbox"/> สูง <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ			<input type="checkbox"/> สูงมาก <input type="checkbox"/> สูง <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ

รูปภาพที่ 6 การติดตามการประเมินระดับความเสี่ยง

**ผลลัพธ์ (Output) >>** จากข้อมูลนำเข้า (Input) และกระบวนการ (Process) ดังกล่าว คณะฯ จึงได้ผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2564 ซึ่งประกอบด้วย ผลลัพธ์ตามกิจกรรมการควบคุมที่ได้ดำเนินการในปีงบประมาณ ผลตามตัวชี้วัดความเสี่ยง การเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยง และ Dashboard แสดงความเคลื่อนไหวของความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2564

## ระยะเวลาดำเนินการ

รอบระยะเวลาในการบริหารความเสี่ยงของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ประจำปีงบประมาณ 2564 ใช้ระยะเวลาดำเนินการต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ 2562 มีรายละเอียดและลำดับการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 11/2557 >> ให้การติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ต้องเสร็จสิ้นก่อนการเริ่มประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณต่อไป เพื่อให้เกิดความสอดคล้องต่อเนื่องของเหตุการณ์ความเสี่ยง รวมถึงเป็นการช่วยลดความสับสนในการจัดทำเอกสารของเจ้าของความเสี่ยง

มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 1/2559 >> ให้ปรับระยะเวลาการบริหารจัดการความเสี่ยงทั้งระบบจากการดำเนินการทั้งปีงบประมาณ หรือ 12 เดือน ให้เหลือการดำเนินการเพียง 8 เดือน เนื่องจากศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดระยะเวลาการรายงานผลการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณให้เร็วขึ้นจากเดือนกันยายนเป็นเดือนกรกฎาคม ส่งผลให้กระบวนการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงต้องดำเนินการเร็วขึ้น เช่นกัน โดยมีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ 1 ตุลาคมปีปัจจุบัน – 31 พฤษภาคมปีต่อไป เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของคณะฯ ตามมติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 11/2557

ดังนั้น คณะฯ จึงดำเนินการตามมติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 11/2557 และมติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 1/2559 มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 และพบว่าการดำเนินการดังกล่าวส่งผลให้ผลการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่มีสถานะความเสี่ยงคงที่ หรือเป็นความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถสรุปได้ ต้องยกไปดำเนินการต่อไป เนื่องจากยังอยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนประจำปีงบประมาณ แผนตามปีการศึกษา แผนตามปีปฏิทิน หรือแผนตามโครงการต่อเนื่องระยะยาวที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ในปัจจุบัน หรือแม้จะสามารถรายงานได้ แต่ผลการดำเนินการกลับไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากการเก็บข้อมูลเหลื่อมกับรอบการติดตามความเสี่ยงของคณะฯ ส่งผลให้เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) ส่วนใหญ่ประเมินผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ จากการคาดการณ์แนวโน้มผลการดำเนินการแทนการประเมินโดยใช้ผลการดำเนินการจริง ผลการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงเป็นผลสรุปจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยงเป็นหลัก

มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 3/2561 >> ให้ปรับระยะเวลาการบริหารจัดการความเสี่ยงทั้งระบบอีกครั้ง โดยให้ดำเนินการทั้งปีงบประมาณ หรือ 12 เดือน จากการดำเนินการเพียง 8 เดือน ที่มีการดำเนินการต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 เพื่อให้การบริหารจัดการความเสี่ยงของคณะฯ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น สามารถนำผลการดำเนินงานตามข้อเท็จจริงมาใช้พิจารณาได้ตามระยะเวลาที่กำหนด คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ จึงมีมติให้ปรับระยะเวลาการดำเนินงานตามที่กล่าวไว้ข้างต้น และให้ชี้แจงไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดลทราบ เนื่องจากการดำเนินการตามนโยบายนี้ จะส่งผลให้คณะฯ ส่งรายงานผลการปฏิบัติตามแผนการจัดการความเสี่ยงล่าช้ากว่าระยะเวลาที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด โดยมีลำดับการดำเนินการ ตามภาพที่ 7 ดังนี้

Risk Management Action Plan	ปีงบประมาณ 2563					ปีงบประมาณ 2564											ปีงบประมาณ 2565			
	พค	มีย	กค	สค	กย	ตค	พย	ธค	มค	กพ	มีค	เมย	พค	มีย	กค	สค	กย	ตค	พย	
	63	63	63	63	63	63	63	63	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	
ประเมินความเสี่ยง ประจำปี งบประมาณ 2564			RMC ประจำคณะฯ MU																	
ติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2563 ครั้งที่ 2						RMC ประจำคณะฯ MU														
ติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2564 ครั้งที่ 1													RMC ประจำคณะฯ MU							
ประเมินความเสี่ยง ประจำปี งบประมาณ 2565														RMC ประจำคณะฯ MU						
ติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2564 ครั้งที่ 2																			RMC ประจำคณะฯ MU	

รูปภาพที่ 7 ระยะเวลาดำเนินการบริหารความเสี่ยง

1. **การประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2564 ดำเนินการในปีงบประมาณ 2563 ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2563 – กรกฎาคม 2563**
  - ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดให้ส่งรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2564 ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2563
  - คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กำหนดให้หน่วยงานภายในคณะฯ ส่งรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2564 ภายในเดือนมิถุนายน 2563 เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และนำเสนอต่อ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ รวมถึงคณะกรรมการประจำคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบภายใน เดือนกรกฎาคม 2563 ก่อนนำส่งรายงานดังกล่าวไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ภายใน เดือนเดียวกัน
2. **การติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2564 ครั้งที่ 1 ดำเนินการในปีงบประมาณ 2564 ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2564 – พฤษภาคม 2564**
  - ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดให้ส่งรายงานการปฏิบัติตามแผนการจัดการความเสี่ยง รอบ 6 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564 ภายในเดือนเมษายน 2564
  - คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กำหนดให้หน่วยงานภายในคณะฯ ส่งรายงานการปฏิบัติตามแผน การจัดการความเสี่ยง รอบ 6 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564 ภายในเดือน เมษายน 2564 เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ รวมถึง คณะกรรมการประจำคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบ ภายในเดือนพฤษภาคม 2564 ก่อนนำส่งรายงาน ดังกล่าว ไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ภายในเดือนเดียวกัน
3. **การประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2565 ดำเนินการในปีงบประมาณ 2564 ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2564 – กรกฎาคม 2564**
  - ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดให้ส่งรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2565 ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2564
  - คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กำหนดให้หน่วยงานภายในคณะฯ ส่งรายงานการวิเคราะห์และประเมิน ความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2565 ภายในเดือนมิถุนายน 2564 เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และนำเสนอต่อ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ รวมถึงคณะกรรมการประจำคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบ ภายในเดือนกรกฎาคม 2564 ก่อนนำส่งรายงานดังกล่าวไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ภายในเดือนเดียวกัน
4. **การติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2564 ครั้งที่ 2 ดำเนินการระหว่างปีงบประมาณ 2564 - ปีงบประมาณ 2565 ระหว่างเดือน สิงหาคม 2564 – พฤศจิกายน 2565**
  - ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดให้ส่งรายงานการปฏิบัติตามแผนการจัดการ ความเสี่ยงรอบ 12 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564 ภายในเดือนตุลาคม 2564
  - คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กำหนดให้หน่วยงานภายในคณะฯ ส่งรายงานผลการปฏิบัติตามแผน การจัดการความเสี่ยงรอบ 6 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่ 1 เมษายน 2564 – 30 กันยายน 2564 ภายในเดือนตุลาคม 2564 เพื่อรวบรวม และวิเคราะห์ผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2564 ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564 รวมทั้งสิ้น 12 เดือน ก่อนนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ และคณะกรรมการประจำคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบภายในเดือน พฤศจิกายน 2564 จากนั้นจึงนำส่ง รายงานดังกล่าว ไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ภายในเดือนเดียวกัน



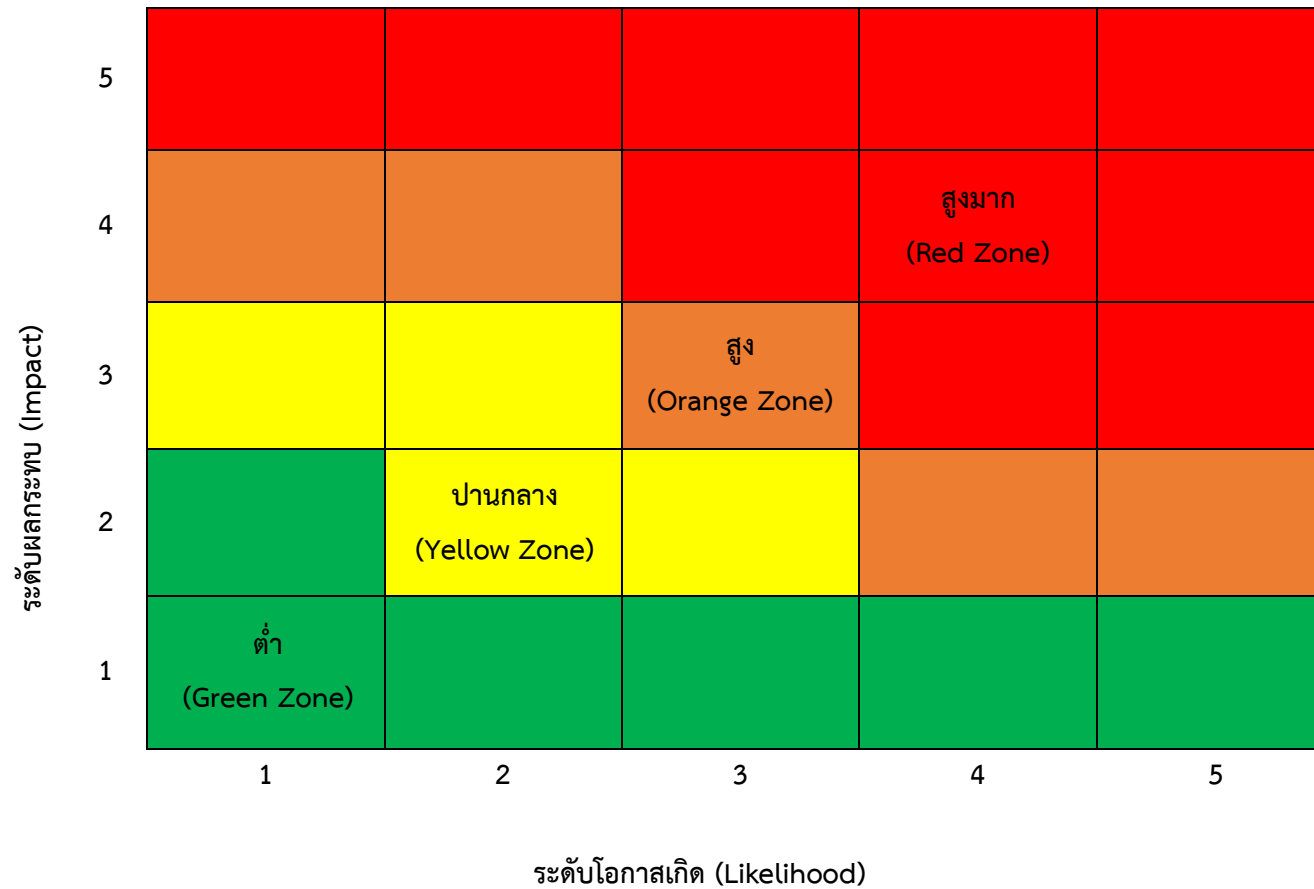
## การกำหนดระดับความเสี่ยง

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

ตารางที่ 1 เกณฑ์การประเมินโอกาสเกิด (Likelihood) และผลกระทบ (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 ซึ่งในแต่ละระดับมีความหมายและแนวทางการจัดการแตกต่างกัน ตามแนวทางที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด ดังนี้

ตารางที่ 3 ระดับความเสี่ยง ความหมาย และแนวทางการจัดการความเสี่ยง

ระดับความเสี่ยง	ความหมาย	แนวทางการจัดการความเสี่ยง
<b>สูงมาก</b> (Red Zone)	เป็นระดับความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ และจำเป็นต้องวางแผนบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างเร่งด่วน	ระดับการยอมรับได้ : เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ แนวทางการจัดการ : จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องกำหนดแผนการจัดการความเสี่ยง อย่างเร่งด่วน แนวทางการติดตาม : จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องติดตามผลการจัดการความเสี่ยงอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่อง
<b>สูง</b> (Orange Zone)	เป็นระดับความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ และต้องวางแผนบริหารจัดการ	ระดับการยอมรับได้ : เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ แนวทางการจัดการ : ต้องกำหนดแผนการจัดการความเสี่ยง แนวทางการติดตาม : ต้องติดตามผลการจัดการความเสี่ยง อย่างต่อเนื่อง
<b>ปานกลาง</b> (Yellow Zone)	เป็นระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ แต่ต้องมีการติดตามเฝ้าระวัง และกำกับดูแลตามมาตรฐานการควบคุมที่มีอยู่อย่างสม่ำเสมอ	ระดับการยอมรับได้ : เป็นความเสี่ยงที่สามารถยอมรับได้ แนวทางการจัดการ : สามารถควบคุมความเสี่ยงได้ด้วยงานประจำ แต่สามารถพิจารณากำหนดแผนการจัดการความเสี่ยงเพิ่มเติมได้ หากเห็นสมควร แนวทางการติดตาม : ต้องติดตามและเฝ้าระวัง อย่างสม่ำเสมอ
<b>ต่ำ</b> (Green Zone)	เป็นระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ เนื่องจากมีมาตรการการควบคุมที่เพียงพอ	ระดับการยอมรับได้ : เป็นความเสี่ยงที่สามารถยอมรับได้ แนวทางการจัดการ : สามารถควบคุมความเสี่ยงได้ด้วยงานประจำ ไม่จำเป็นต้องกำหนดแผนการจัดการความเสี่ยง แนวทางการติดตาม : ต้องติดตามและเฝ้าระวัง อย่างสม่ำเสมอ

จากตารางที่ 2 และตารางที่ 3 สามารถแบ่งความเสี่ยงได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ และความเสี่ยงที่บริหารจัดการภายในคณะฯ 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 ความเสี่ยงลักษณะนี้หากเกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อคณะฯ ในระดับที่สูงมาก และ/หรือ อาจส่งผลกระทบต่อระดับมหาวิทยาลัยด้วยเช่นกัน ดังนั้น จึงเป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการจัดการอย่างเร่งด่วน และจำเป็นต้องเป็นแผนการจัดการความเสี่ยงใหม่ ที่พิจารณาเพิ่มเติมจากที่มีอยู่ในปัจจุบัน
2. **ระดับความเสี่ยงสูง (Orange Zone)** เป็นความเสี่ยงที่มีระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ผลกระทบสูง ตามเกณฑ์การประเมินระดับความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยฯ กำหนด ความเสี่ยงลักษณะนี้มีโอกาสปรับระดับความเสี่ยง ไปอยู่ในระดับความเสี่ยงสูงมาก (Red Zone) หากไม่สามารถบริหารจัดการได้ตามแผนที่กำหนด หรือมีปัจจัยภายนอกเข้าคุกคามจนส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการความเสี่ยง รวมทั้งหากความเสี่ยงลักษณะนี้เกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อคณะฯ ในระดับที่สูง และ/หรือ อาจส่งผลกระทบต่อระดับมหาวิทยาลัยด้วยเช่นกัน ดังนั้น จึงเป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ เช่นเดียวกับความเสี่ยงระดับสูงมาก (Red Zone) ต้องมีการจัดการ และต้องเป็นแผนการจัดการความเสี่ยงใหม่ ที่พิจารณาเพิ่มเติมจากที่มีอยู่ในปัจจุบัน

## ความเสี่ยงที่บริหารจัดการภายในคณะฯ

ความเสี่ยงกลุ่มนี้ มหาวิทยาลัยมหิดล ไม่ได้ให้คณะฯ รายงานแผนการจัดการความเสี่ยงให้มหาวิทยาลัยฯ รับทราบ รวมถึงลักษณะของความเสี่ยง ไม่จำเป็นต้องบริหารจัดการอย่างเร่งด่วนเหมือนกลุ่มแรก แต่เมื่อพิจารณาในระดับคณะฯ พบว่า หากความเสี่ยงลักษณะนี้เกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อคณะฯ โดยตรง ดังนั้น คณะฯ จึงดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยงเป็นการภายใน เพื่อควบคุมความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่คณะฯ และมหาวิทยาลัยสามารถยอมรับได้ ประกอบด้วยความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยง ดังนี้

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

## การกำหนดและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง

การค้นหา ระบุ วิเคราะห์ และประเมินความเสี่ยง เป็นขั้นตอนการจัดลำดับความสำคัญของรายการความเสี่ยงของคณะฯ เพื่อให้สามารถพิจารณาเลือกใช้กลยุทธ์และเครื่องมือต่าง ๆ ในการตอบสนองต่อความเสี่ยง (Risk Response) ที่มีระดับความเสี่ยงแตกต่างกันได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

### กลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยง

1. **กลยุทธ์การยอมรับความเสี่ยง (Take/Accept)** เป็นการดำเนินงานตามมาตรการควบคุมที่มีอยู่เดิม ไม่กำหนดแผนจัดการความเสี่ยงเพิ่มเติม และยอมรับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นภายใต้ระดับความเสี่ยงที่สามารถยอมรับได้ โดยยังคงดำเนินการตามมาตรการควบคุมภายในที่มีอยู่อย่างต่อเนื่อง แต่ต้องมีการติดตามเฝ้าระวังสถานะของความเสี่ยงที่อาจมีการปรับระดับเพิ่มขึ้นได้ ทั้งจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่เปลี่ยนแปลงไป
2. **กลยุทธ์การลดความเสี่ยง (Treat/Reduce)** เป็นการกำหนดแผนจัดการความเสี่ยง (แผนระยะสั้น-ระยะยาว) เพิ่มเติมเพื่อลดโอกาสเกิด และ/หรือ ผลกระทบของความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ เช่น กำหนดนโยบายและวิธีการปฏิบัติงานใหม่, การเพิ่มการควบคุม, การฝึกอบรมเพิ่มทักษะ, การปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงาน เป็นต้น
3. **กลยุทธ์การหลีกเลี่ยง (Terminate/Avoid)** เป็นการดำเนินการยกเลิกงาน กิจกรรม หรือโครงการที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง ทั้งนี้ต้องมั่นใจแล้วว่าการดำเนินงานโดยรวมจะยังสามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ เช่น ปรับเปลี่ยนเป้าหมาย, ปรับเปลี่ยนนโยบาย, หยุดบางกิจกรรม เป็นต้น
4. **กลยุทธ์การถ่ายโอนหรือกระจายความเสี่ยง (Transfer/Share)** เป็นการหาผู้ร่วมรับผิดชอบความเสี่ยง หรือหาผู้ร่วมจัดการความเสี่ยง โดยแบ่งความเสี่ยงบางส่วนให้แก่บุคคลหรือองค์กรอื่นเพื่อร่วมรับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น เช่น การทำประกันภัย, การร่วมทุน, การหาพันธมิตร เป็นต้น

การเลือกใช้กลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยงตามมาตรฐาน COSO – ERM<sup>4</sup> คณะฯ ดำเนินการตามแนวทางที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนด ตามตารางที่ 4 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)

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

## เครื่องมือ และการเลือกใช้เครื่องมือในการจัดการความเสี่ยง

การเลือกใช้เครื่องมือในการจัดการความเสี่ยงจะสอดคล้องกับระดับความเสี่ยง และกลยุทธ์การจัดการความเสี่ยง ที่กล่าวไปข้างต้น ดังนี้

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

สำหรับความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูง – สูงมาก กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (Existing Control) จะไม่เพียงพอ และไม่สามารถควบคุมโอกาสเกิดความเสี่ยง (สาเหตุ) และ/หรือ ผลกระทบที่อาจเกิดจากความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ ดังนั้น กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (Existing Control) จะถูกระบุเป็นเครื่องมือเบื้องต้นในการควบคุมความเสี่ยงเท่านั้น และจำเป็นต้องพิจารณาเครื่องมือในการจัดการความเสี่ยงอื่น ๆ เพิ่มเติม

**กิจกรรมการควบคุม หรือแผนการจัดการความเสี่ยง (Control Activity)** เป็นเครื่องมือที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้ในการจัดการความเสี่ยงโดยตรง มีลักษณะเป็นกิจกรรมเฉพาะนอกเหนือจากภาระงานประจำ มุ่งเน้นในการลดโอกาสเกิดความเสี่ยง (สาเหตุ) และ/หรือ ลดผลกระทบที่อาจเกิดจากความเสี่ยง ให้สามารถอยู่ในระดับที่คณะฯ สามารถยอมรับได้ โดยการกำหนดกิจกรรมการควบคุม หรือแผนการจัดการความเสี่ยง (Control Activity) ให้สอดคล้องกับสาเหตุ และ/หรือ ผลกระทบที่ยังไม่สามารถควบคุมได้จากกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (Existing Control)

ทั้งนี้ในการกำหนดกิจกรรมการควบคุมต่าง ๆ ที่จะใช้ในการจัดการความเสี่ยง จำเป็นต้องกำหนดระยะเวลาการดำเนินงานและผู้รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรมให้ชัดเจน เพื่อใช้ในการติดตาม/สอบทาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการจัดการความเสี่ยงต่อไป สอดคล้องกับกลยุทธ์การลดความเสี่ยง (Treat/Reduce) และกลยุทธ์การโอนหรือกระจายความเสี่ยง (Transfer/Share)

## การกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยง

ตัวชี้วัดความเสี่ยง (Key Risk Indicator: KRI) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสังเกตการณ์ความเสี่ยง (Monitor) เพื่อเตือนก่อนที่ความเสี่ยงจะมีโอกาสเกิด และ/หรือ ผลกระทบที่สูงขึ้น จนอาจกลายเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขในอนาคต มีลักษณะสำคัญคือ ตัวชี้วัดและเป้าหมายของตัวชี้วัดที่กำหนดนั้น ควรเป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่มีความเฉพาะเจาะจง มีทิศทางที่วัดที่ชัดเจน (Specific) สามารถทำการวัดผลและเก็บข้อมูลได้จริง (Measurable) เป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นเป้าหมายที่เป็นไปได้ และสามารถบรรลุผลได้ (Achievable) มีความสมเหตุสมผล สอดคล้องกับความสามารถในการดำเนินการ (Relevant) รวมถึงมีการกำหนดระยะเวลาการชี้วัดที่ชัดเจน (Time Bound) อยู่ในรอบการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงของคณะฯ เพื่อให้สามารถติดตามและประเมินความเสี่ยงได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ สามารถแบ่งประเภทของตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ตามตารางที่ 5 ดังนี้

ตารางที่ 5 ประเภทของตัวชี้วัดความเสี่ยงและแหล่งที่มา

ประเภทของตัวชี้วัดความเสี่ยง	แหล่งที่มาของตัวชี้วัดความเสี่ยงจากวิธีระบบ (System Approach)		
	Input	Process	Output/Outcome/Impact
ตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator)	สาเหตุของความเสี่ยง	1. กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ 2. กิจกรรมการควบคุม หรือ แผนการจัดการความเสี่ยง	-
ตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator)	-	-	1. ผลการบริหารความเสี่ยง 2. เป้าหมายการดำเนินงาน

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

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

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

## การกำหนดสถานะการจัดการความเสี่ยง

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กำหนดสถานะความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการจัดการความเสี่ยง เพื่อสร้างความเข้าใจในการสรุปผลการจัดการความเสี่ยงร่วมกันภายในคณะฯ รวมถึงใช้ในการคาดการณ์ความต่อเนื่องของความเสี่ยง และการกำหนดกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสมในอนาคต ทั้งนี้ สามารถแบ่งเป็นสถานะด้านประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง การเคลื่อนไหว และสถานะด้านความสามารถในการจัดการความเสี่ยง ดังนี้

### ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง

การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง นักบริหารความเสี่ยงจะวิเคราะห์จากภาพรวมของประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม ในการจัดการระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบ ที่เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) รายงานมายังงานบริหารความเสี่ยง ภายหลังการดำเนินการจัดการความเสี่ยงเป็นรายกิจกรรม ตามรูปภาพที่ 8

ตอนที่ ๑ ความคืบหน้า/ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม

กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการ	ครั้งที่ 1 (1 ต.ค. XXX - 31 มี.ค. XXX+1)			ครั้งที่ 2 (1 เม.ย. XXX+1 - 30 ก.ย. XXX+1)		
	ระยะเวลาดำเนินงาน	ความคืบหน้า/ ผลการดำเนินงาน	ประสิทธิภาพ	ระยะเวลาดำเนินงาน	ความคืบหน้า/ ผลการดำเนินงาน	ประสิทธิภาพ
1. กิจกรรมที่ 1	<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. กิจกรรมที่ 2	<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 แนวนอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้องกับผลการดำเนินงาน\*\*\*

ครั้งที่ 1

ครั้งที่ 2

นักบริหารความเสี่ยงประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง จากการวิเคราะห์ภาพรวมของประสิทธิภาพรายกิจกรรมที่เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) รายงานมายังงานบริหารความเสี่ยง

### รูปภาพที่ 8 การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง

ทั้งนี้สามารถแบ่งระดับประสิทธิภาพของการจัดการได้ 3 ระดับ ดังนี้

**ประสิทธิภาพดี** (สีภายในสัญลักษณ์ความเสี่ยงเป็นสีเขียว) หมายถึง กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงานทั้งหมดสามารถจัดการ ควบคุม หรือลดระดับความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ ส่งผลให้ระดับความเสี่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่คณะฯ สามารถยอมรับได้ หรือสามารถจัดการให้ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ ในปัจจุบันได้

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

**ประสิทธิภาพต่ำ** (สีภายในสัญลักษณ์ความเสี่ยงเป็นสีแดง) หมายถึง กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงานทั้งหมด หรือส่วนใหญ่ ไม่สามารถใช้ในการจัดการความเสี่ยงได้เลย รวมถึงมีปัจจัยภายนอกเข้ามาคุกคาม ส่งผลให้ความเสี่ยงยังคงที่ หรือมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นในอนาคต



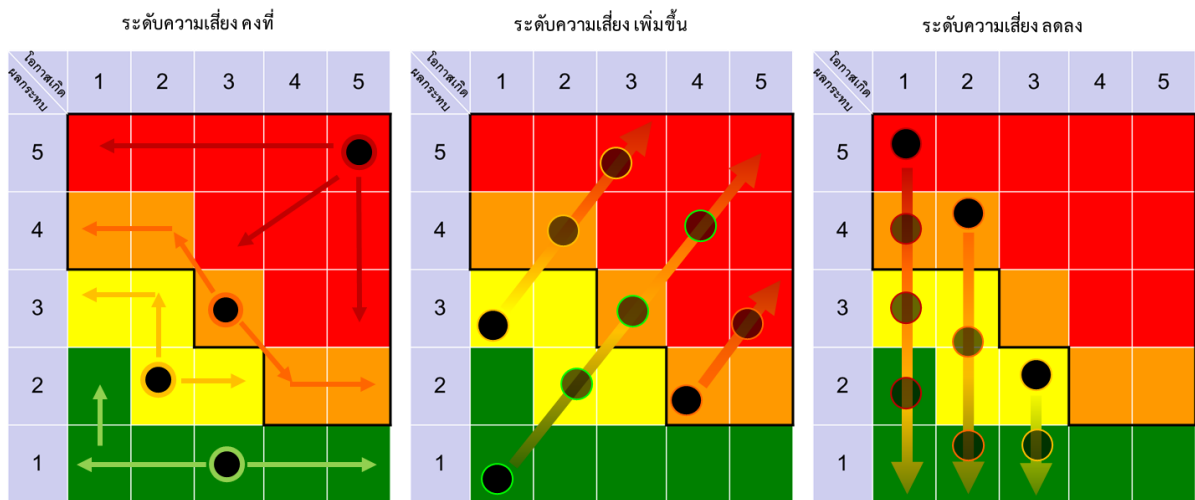
**การเคลื่อนไหวภายหลังจากจัดการความเสี่ยง**

การระบุการเคลื่อนไหวภายหลังจากจัดการความเสี่ยง นักบริหารความเสี่ยงพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลง Zone ตามตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) ดังนี้

**ความเสี่ยงคงที่** คือ ความเสี่ยงที่มีระดับระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบคงที่หรือมีการเปลี่ยนแปลงภายใน Zone เดิม ตามตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) เมื่อเทียบจากการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ

**ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น** คือ ความเสี่ยงที่มีระดับระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบเปลี่ยนแปลงและส่งผลให้ความเสี่ยงเคลื่อนที่จาก Zone เดิม เข้าสู่ Zone ที่สูงกว่า ตามตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) เมื่อเทียบจากการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ

**ความเสี่ยงลดลง** คือ ความเสี่ยงที่มีระดับระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบเปลี่ยนแปลงและส่งผลให้ความเสี่ยงเคลื่อนที่จาก Zone เดิม เข้าสู่ Zone ที่ต่ำกว่า ตามตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) เมื่อเทียบจากการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ



รูปภาพที่ 9 การเคลื่อนไหวภายหลังจากจัดการความเสี่ยง

**ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง**

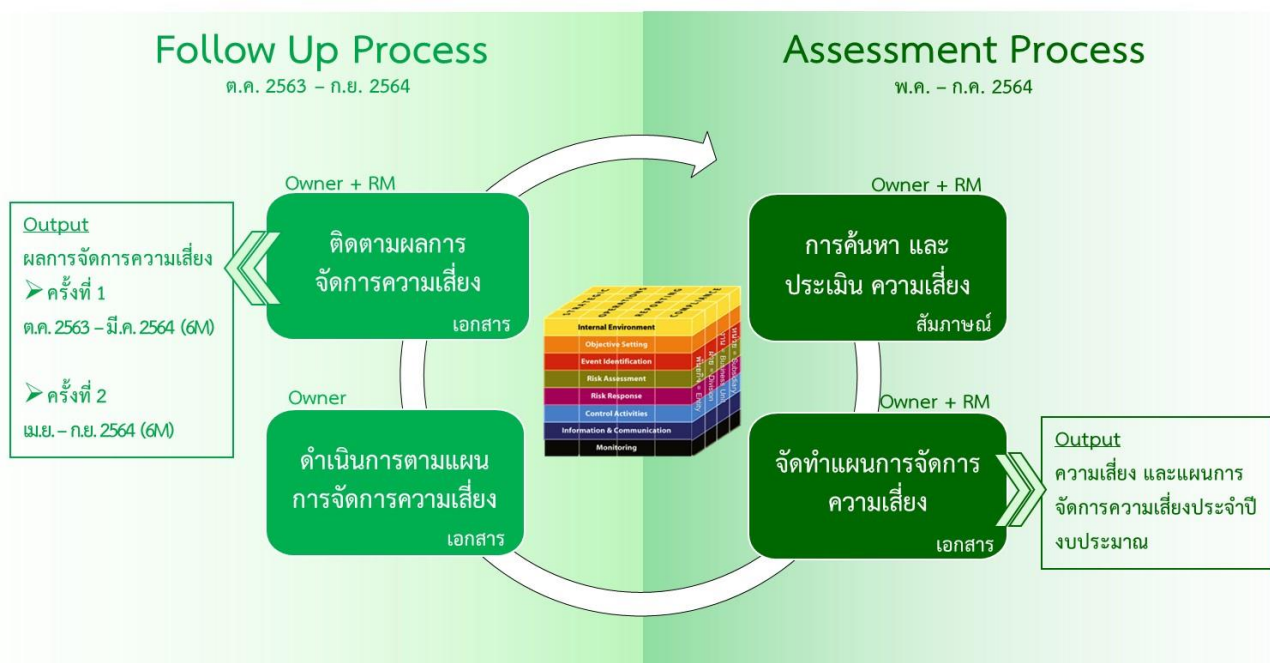
การสรุปความสามารถในการจัดการความเสี่ยง พิจารณาจากระดับการยอมรับความเสี่ยง ร่วมกับประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม ผลการดำเนินการฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง และระดับความรุนแรงที่มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด ทั้งนี้ สามารถแบ่งระดับความสามารถในการจัดการความเสี่ยงได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ 5 ประเภท ดังนี้

ตารางที่ 6 ระดับความสามารถในการจัดการความเสี่ยง

ความสามารถในการจัดการฯ (Risk Mgt. Catalog)	ประเภทความสามารถในการจัดการฯ (Type of Risk Management)	การดำเนินการ ในปัจจุบันต่อไป	
		สถานะความต่อเนื่องของ ความเสี่ยง	การกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) แยกตาม Risk Map Zone
ยังไม่สามารถสรุปได้	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้	เป็นความเสี่ยง	Green Zone = ไม่จำเป็นต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม Yellow Zone = อาจต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม เพิ่ม/ใหม่ Orange Zone = ควรกำหนดกิจกรรมการควบคุม เพิ่ม/ใหม่ Red Zone = จำเป็นต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม เพิ่ม/ใหม่
สามารถจัดการความเสี่ยงได้	ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ (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 หรือจัดการความเสี่ยงได้ และ/หรือ มีแนวโน้มที่ระดับความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้น จึงจำเป็นต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม เพิ่ม/ใหม่

## กระบวนการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2564 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ดำเนินงานตามกระบวนการที่ได้รับมติจากคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 3/2561 สามารถสรุปภาพรวมเพื่อใช้สื่อสารสร้างความเข้าใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยง ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ตามรูปภาพที่ 10



รูปภาพที่ 10 กระบวนการบริหารความเสี่ยง

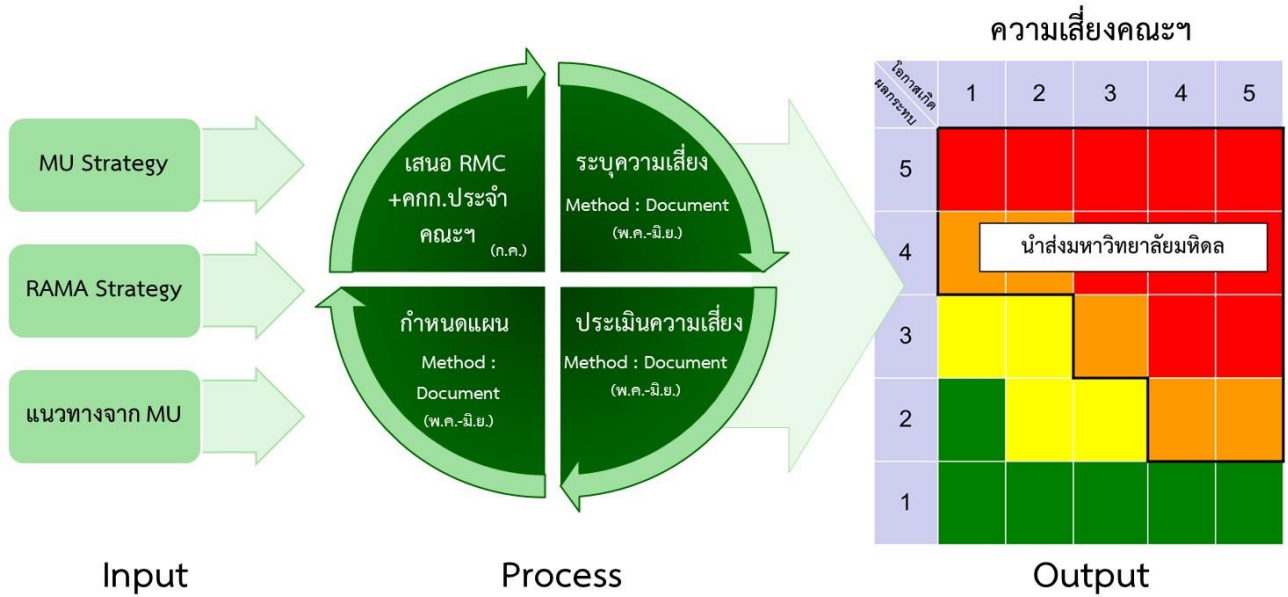
จากรูปภาพที่ 10 คณะฯ แบ่งกระบวนการบริหารความเสี่ยงออกเป็น 2 กระบวนการหลัก กับ 4 กระบวนการย่อย ดังนี้

1. กระบวนการประเมินความเสี่ยง ประกอบด้วย
  - 1.1 กระบวนการค้นหาและประเมินความเสี่ยง
  - 1.2 กระบวนการจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง
2. กระบวนการติดตามความเสี่ยง ประกอบด้วย
  - 2.1 กระบวนการดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยง
  - 2.2 กระบวนการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง

ซึ่งจะอธิบายรายละเอียดในหัวข้อ กระบวนการประเมินความเสี่ยง และ กระบวนการติดตามความเสี่ยง ต่อไป

### กระบวนการประเมินความเสี่ยง

เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปีงบประมาณ 2563 ส่งผลให้คณะฯ จำเป็นต้องลดโอกาสสัมผัสตามมาตรการ Social Distancing งานบริหารความเสี่ยงจึงเปลี่ยนแปลงกระบวนการในการประเมินความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2564 จากการสัมภาษณ์รองคณบดีฝ่ายต่าง ๆ และผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นการดำเนินการผ่านทางเอกสารทั้งหมด รวมทั้งให้นำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารคณะฯ แทนคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ เนื่องจากผู้บริหารมีภารกิจในการบริหารสถานการณ์วิกฤติเพิ่มขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่กระทบต่อการดำเนินงานในภาพรวม ตามรูปภาพที่ 11



รูปภาพที่ 11 กระบวนการประเมินความเสี่ยง

กระบวนการที่ 1 เตรียมการประเมินความเสี่ยง งานบริหารความเสี่ยง จัดทำข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ จากแผนยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2563-2566 แผนยุทธศาสตร์ระดับคณะฯ ปีงบประมาณ 2560 - 2563 และแนวทางการจัดทำรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2564 ที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย ตามรายละเอียดที่ระบุไว้ในหัวข้อขอบเขตการบริหารความเสี่ยง มิติที่ 3 ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง (Components of Enterprise Risk Management: Method)

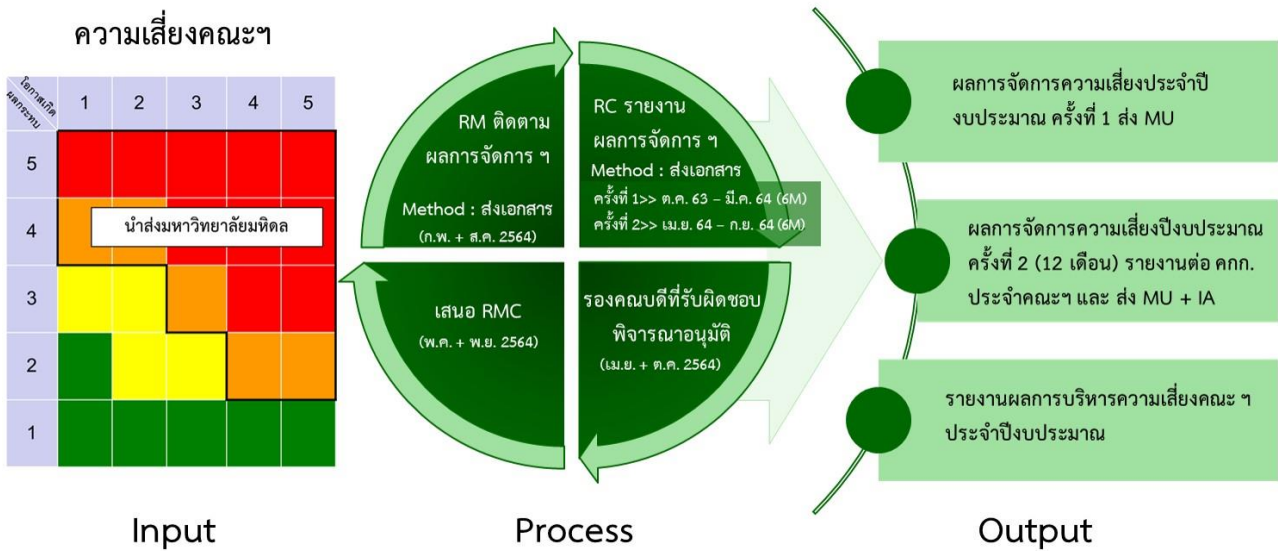
**กระบวนการที่ 2 ดำเนินการประเมินความเสี่ยง** งานบริหารความเสี่ยง และเจ้าของความเสี่ยง ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม 2563 – มิถุนายน 2563 ดังนี้

1. งานบริหารความเสี่ยง จัดทำหนังสือการประเมินความเสี่ยงและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2564 พร้อมทั้งระบุข้อเสนอแนะที่พบจากข้อมูลการบริหารความเสี่ยงในปีที่ผ่านมา จัดส่งไปยังเจ้าของความเสี่ยง เพื่อค้นหา วิเคราะห์ ระบุ ประเมิน และจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2564
2. หน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง จัดทำรายงานการประเมินความเสี่ยงและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2564 และนำเสนอต่อรองคณบดีที่กำกับ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ก่อนส่งกลับมายังงานบริหารความเสี่ยง ตามระยะเวลาที่กำหนด
3. งานบริหารความเสี่ยงรวบรวม และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าของความเสี่ยง พร้อมทั้งให้คำปรึกษา แจ้งข้อเสนอแนะ รวมถึงขอข้อมูลในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนเพิ่มเติม เพื่อให้เจ้าของความเสี่ยงดำเนินการแก้ไข และนำเสนอต่อรองคณบดีที่กำกับ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ก่อนส่งกลับมายังงานบริหารความเสี่ยง อีกครั้ง

**กระบวนการที่ 3 ดำเนินการวิเคราะห์ และนำเสนอรายงานการประเมินความเสี่ยง** งานบริหารความเสี่ยงรวบรวม วิเคราะห์ สรุป และนำเสนอผลการประเมินความเสี่ยง เสร็จสิ้นภายในเดือนกรกฎาคม 2563 ดังนี้

1. คณะกรรมการบริหารคณะฯ (แทนคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ) พิจารณาให้ความเห็นชอบ รวมทั้งให้ข้อเสนอเพื่อปรับแก้ไข ก่อนนำเสนอคณะกรรมการประจำคณะฯ ต่อไป
2. คณะกรรมการประจำคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบ รวมทั้งให้ข้อเสนอเพื่อปรับแก้ไข ก่อนจัดทำรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ ส่งมหาวิทยาลัยมหิดล ต่อไป
3. งานบริหารความเสี่ยงจัดทำรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2564 เพื่อนำส่งมหาวิทยาลัยมหิดล

กระบวนการติดตามความเสี่ยง



รูปภาพที่ 12 กระบวนการติดตามความเสี่ยง

**กระบวนการที่ 1 ดำเนินการจัดการความเสี่ยง** หน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง ดำเนินการจัดการความเสี่ยงตามแผนที่กำหนดไว้จากกระบวนการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2564 เมื่อเดือนกรกฎาคม 2563 ที่ผ่านมา

**กระบวนการที่ 2 ดำเนินการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง** งานบริหารความเสี่ยง และเจ้าของความเสี่ยง ดำเนินการ ดังนี้

- งานบริหารความเสี่ยง ส่งหนังสือการติดตามฯ ไปยังหน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง ปีงบประมาณละ 2 ครั้ง ดังนี้
  - ครั้งที่ 1 ส่งหนังสือการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ในเดือนมีนาคม 2564 โดยจะติดตามข้อมูลผลการจัดการความเสี่ยงช่วงระยะเวลาระหว่าง 1 ตุลาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564
  - ครั้งที่ 2 ส่งหนังสือการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ในเดือนกันยายน 2564 โดยจะติดตามข้อมูลผลการจัดการความเสี่ยงช่วงระยะเวลาระหว่าง 1 เมษายน 2564 – 30 กันยายน 2564
- หน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง รายงานผลการจัดการความเสี่ยง และนำเสนอต่อรองคณบดีที่กำกับ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ก่อนส่งกลับมายังงานบริหารความเสี่ยงตามระยะเวลาที่กำหนด
- งานบริหารความเสี่ยงรวบรวม และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าของความเสี่ยง พร้อมทั้งให้คำปรึกษา แจกข้อเสนอแนะ รวมถึงขอข้อมูลในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนเพิ่มเติม เพื่อให้เจ้าของความเสี่ยงดำเนินการแก้ไข และนำเสนอต่อรองคณบดีที่กำกับ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ก่อนส่งกลับมายังงานบริหารความเสี่ยง อีกครั้ง

**กระบวนการที่ 3 ดำเนินการวิเคราะห์ และนำเสนอผลการจัดการความเสี่ยง** งานบริหารความเสี่ยงรวบรวม วิเคราะห์ สรุป และนำเสนอผลการจัดการความเสี่ยง ครั้งที่ 1 เดือนพฤษภาคม 2564 ครั้งที่ 2 เดือนพฤศจิกายน 2564 ดังนี้

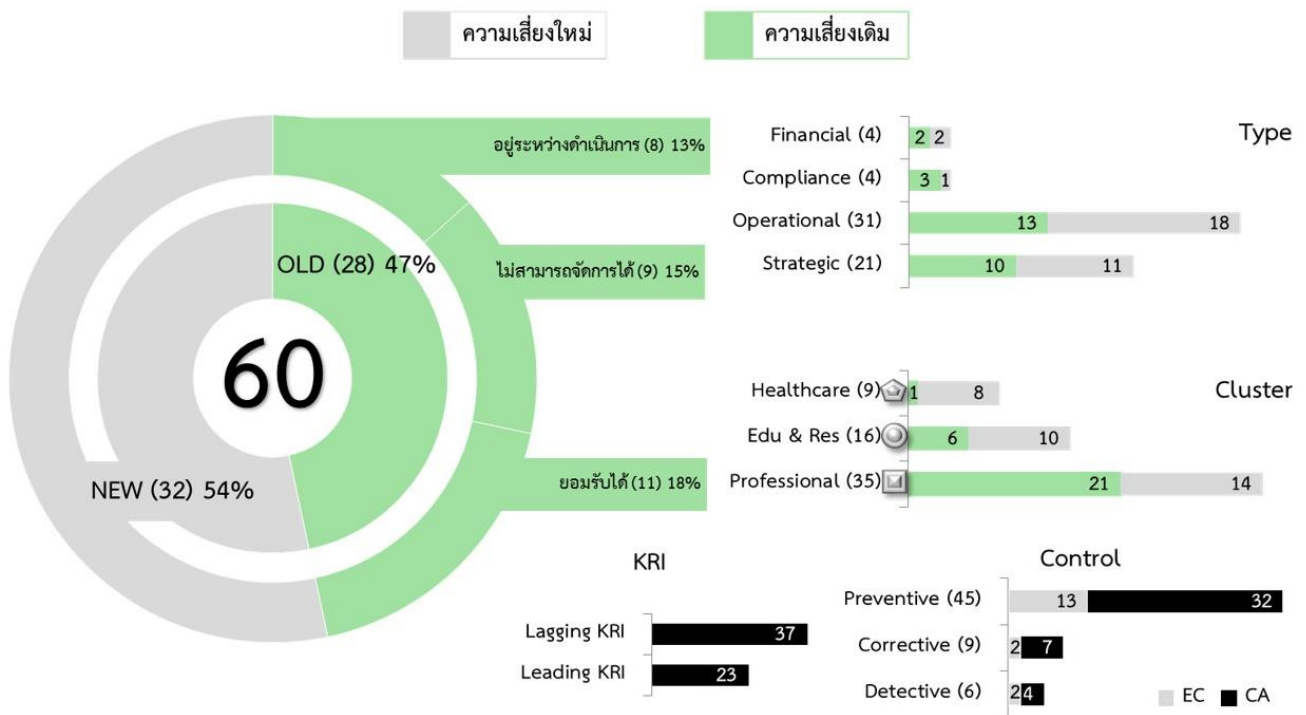
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบ รวมทั้งให้ข้อเสนอเพื่อปรับแก้ไข ก่อนนำเสนอคณะกรรมการประจำคณะฯ ต่อไป
- คณะกรรมการประจำคณะฯ พิจารณาและรับทราบผลการจัดการความเสี่ยง รวมทั้งให้ข้อเสนอเพื่อปรับแก้ไข ก่อนจัดทำรายงานผลการจัดการความเสี่ยง ส่งมหาวิทยาลัยมหิดล ต่อไป
- งานบริหารความเสี่ยงจัดทำรายงานผลการจัดการความเสี่ยง เพื่อนำส่งมหาวิทยาลัยมหิดล

## ผลการบริหารความเสี่ยง

### ผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง

#### ภาพรวมผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง

จากการดำเนินงานเพื่อประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2564 พบว่า คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีความเสี่ยงทั้งสิ้นจำนวน 60 ความเสี่ยง สามารถอธิบายในภาพรวมได้ ดังนี้



รูปภาพที่ 13 ภาพรวมผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง

#### ความเสี่ยงเดิม และความเสี่ยงใหม่

เมื่อพิจารณาจากลักษณะของทั้ง 60 ความเสี่ยง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงใหม่ ในปีงบประมาณ 2564 และบางส่วนเป็นความเสี่ยงเดิมที่ยกมาจากปีงบประมาณ 2563 ดังนี้

*ความเสี่ยงใหม่:* ความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้เป็นความเสี่ยงใหม่ ประจำปีงบประมาณ 2564 มีจำนวน 32 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 54 ( $32 \times 100 / 60$ ) ของความเสี่ยงทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2563 ที่มีจำนวนความเสี่ยงใหม่เพียง 7 ความเสี่ยง หรือคิดเป็นร้อยละ 18 ( $7 \times 100 / 35$ ) ของความเสี่ยงทั้งหมด ในปีงบประมาณ ทั้งนี้พบว่าการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงใหม่ในปีงบประมาณ 2564 ส่วนใหญ่เกิดจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงของรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ ซึ่งมีนโยบายให้พิจารณาความเสี่ยงองค์กร จากทุกความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อคณะฯ โดยพิจารณาครอบคลุมทุกระดับของการประเมินความเสี่ยง (Level of Assess) ตามรายละเอียดที่ระบุไว้ในหัวข้อขอบเขตการบริหารความเสี่ยง รวมถึงพบว่า ส่วนหนึ่งเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากระบบการบริหารจัดการที่ใช้ในปัจจุบันของบางหน่วยงานไม่เพียงพอ ไม่สามารถใช้บริหารจัดการภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้คณะฯ ได้รับความเสียหายด้านการเงิน และชื่อเสียงภาพลักษณ์ จนเป็นข่าวเชิงลบ และการถูกร้องเรียนในสื่อสังคมออนไลน์

*ความเสี่ยงเดิม:* ความเสี่ยงเดิมที่ยกมาจากปีงบประมาณ 2563 ทั้งสิ้นจำนวน 28 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 47 ( $28 \times 100 / 60$ ) ของความเสี่ยงทั้งหมด แบ่งตามระดับความสามารถในการจัดการความเสี่ยงที่ยกมา ดังนี้

1. ความเสี่ยงอยู่ในระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้ จำนวน 8 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 13 ( $8 \times 100 / 28$ ) ของความเสี่ยงเดิมทั้งหมด ความเสี่ยงที่มีความสามารถในการจัดการระดับนี้ เป็นความเสี่ยงที่ยังดำเนินการตามกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ไม่เสร็จสิ้นภายในปีงบประมาณ 2563 เนื่องจากเป็นการดำเนินงานตามแผนประจำปีการศึกษา<sup>5</sup> หรือแผนตามปฏิทิน (1 มกราคม 2563 – 31 ธันวาคม 2563) หรือแผนโครงการต่อเนื่อง (ดำเนินการต่อเนื่อง 3 – 5 ปี) จึงไม่สามารถประเมินผลการจัดการความเสี่ยงได้ภายในปีงบประมาณ 2563 และจำเป็นต้องยกมาบริหารจัดการต่อ ในปีงบประมาณ 2564 ต่อไป
2. ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง จำนวน 9 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 15 ( $9 \times 100 / 28$ ) ของความเสี่ยงเดิมทั้งหมด ความเสี่ยงที่มีความสามารถในการจัดการระดับนี้ เป็นความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถควบคุม หรือจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่คณะฯ สามารถยอมรับได้ ในปีงบประมาณ 2563 จำเป็นต้องยกมาบริหารจัดการต่อในปีงบประมาณ 2564 ต่อไป
3. สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ จำนวน 11 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 18 ( $11 \times 100 / 28$ ) ของความเสี่ยงเดิมทั้งหมด ความเสี่ยงที่มีความสามารถในการจัดการระดับนี้ เป็นความเสี่ยงที่สามารถควบคุม หรือจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่คณะฯ สามารถยอมรับได้ในปีงบประมาณ 2563 แต่ได้รับการพิจารณาให้ยกมาติดตาม และควบคุมต่อไปในปีงบประมาณ 2564

5 - ปีการศึกษา 2563 หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต เริ่ม 1 สิงหาคม 2563 – 31 พฤษภาคม 2564

- ปีการศึกษา 2563 หลักสูตรแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด เริ่ม 1 กรกฎาคม 2563 – 30 มิถุนายน 2564



## ประเภทของความเสี่ยง

เมื่อพิจารณาประเภทของความเสี่ยงจากทั้ง 60 ความเสี่ยง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) และความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) ตามลำดับ โดยพบว่ามีความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) และความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) เพียงเล็กน้อยในจำนวนที่เท่ากัน ดังนี้

1. ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) แทนด้วยสัญลักษณ์ S จำนวน 21 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 35 ( $21 \times 100 / 60$ ) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 10 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 11 ความเสี่ยง ความเสี่ยงประเภทนี้มีมากเป็นอันดับ 2 เนื่องจาก ความเสี่ยงระดับองค์กร (Enterprise Risk Management: ERM) จะพิจารณาจากแผนยุทธศาสตร์เป็นกรอบในการดำเนินงาน จึงทำให้มีความเสี่ยงประเภทนี้ในทุกพันธกิจ
2. ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) แทนด้วยสัญลักษณ์ O จำนวน 31 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 62 ( $31 \times 100 / 60$ ) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 13 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 18 ความเสี่ยง ความเสี่ยงประเภทนี้พบได้ในทุกพันธกิจ จึงมีจำนวนมากที่สุด เนื่องจากเกี่ยวข้องกับกระบวนการในการดำเนินงานต่าง ๆ ทั้งในพันธกิจหลักและพันธกิจสนับสนุน สอดคล้องกับธรรมชาติของความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ที่มักพบมากที่สุดในทุกองค์กร รวมถึงพบว่าเป็นความเสี่ยงใหม่ที่เกิดจากการทบทวนกระบวนการปฏิบัติงานต่าง ๆ เพื่อค้นหาและประเมินความเสี่ยงตามมุมมองการบริหารความเสี่ยงของรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ ซึ่งมีนโยบายให้พิจารณาความเสี่ยงองค์กรจากทุกความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อคณะฯ
3. ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) แทนด้วยสัญลักษณ์ C จำนวน 4 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 7 ( $4 \times 100 / 60$ ) ของความเสี่ยงทั้งหมด
4. ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) แทนด้วยสัญลักษณ์ F จำนวน 4 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 7 ( $4 \times 100 / 60$ ) ของความเสี่ยงทั้งหมด

## ความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster

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

1. Cluster Education and Research จำนวน 16 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 27 (16x100/60) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 6 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 10 ความเสี่ยง
2. Cluster Healthcare System จำนวน 9 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 15 (9x100/60) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 1 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 8 ความเสี่ยง
3. Cluster Professional Service มีความเสี่ยงมากที่สุดจำนวน 35 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 58 (35x100/60) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 21 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 14 ความเสี่ยง

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

ตารางที่ 7 จำนวนความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster จำแนกตามพันธกิจ ประเภท และลักษณะของความเสี่ยง

พันธกิจ	ความเสี่ยงเดิม					ความเสี่ยงใหม่				
	S	O	C	F	รวม	S	O	C	F	รวม
<b>Cluster Education and Research</b>										
ด้านการศึกษา	1	3	0	0	4	4	3	0	0	7
ด้านการวิจัย	1	0	1	0	2	0	2	0	0	2
ด้านวิเทศสัมพันธ์	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
<b>Cluster Healthcare System</b>										
ด้านการดูแลสุขภาพ	2	1	0	0	3	0	2	1	1	4
ศูนย์สนับสนุนพันธกิจ	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0
<b>Cluster Professional Service</b>										
ด้านบริหารทุนมนุษย์	2	0	0	0	2	0	1	0	0	1
ด้านสารสนเทศ	5	2	0	0	7	0	1	0	0	1
ด้านการคลัง	0	0	0	2	2	0	0	0	1	1
ด้านการพัสดุ	0	1	2	0	3	0	1	0	0	1
ด้านวิชาการและวัฒนธรรม	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1
ด้านคุณภาพ	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
ด้านกายภาพฯ	0	6	0	0	6	0	5	0	0	5
ด้านสื่อสารองค์กร	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
ด้านสร้างเสริมสุขภาพ	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2

### ลักษณะของกิจกรรมการควบคุม

เมื่อพิจารณาลักษณะของแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2564 พบว่า คณะฯ ใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ดังนี้

- ใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มากถึงร้อยละ 72 (43x100/60) ครอบคลุมตั้งแต่ระดับความเสี่ยงสูงมาก ไปจนถึงระดับความเสี่ยงต่ำ กระจายตัวทั่วตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) เนื่องจากกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) หรืองานประจำไม่เพียงพอในการควบคุมหรือจัดการความเสี่ยง
- ใช้กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบันหรืองานประจำ (Existing Control) ร้อยละ 28 (17x100/60) พบในความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลาง-ต่ำ ที่มีการบริหารจัดการความเสี่ยงมาแล้วระยะหนึ่ง รวมถึงพบว่ากิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน หรืองานประจำ (Existing Control) เพียงพอในการควบคุม หรือจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่คณะฯ สามารถยอมรับได้

ทั้งนี้เมื่อแบ่งประเภทของกิจกรรมการควบคุม ทั้งจากกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) พบว่า คณะฯ ใช้กิจกรรมการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control) เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงมากที่สุด ที่ร้อยละ 75 (45x100/60) ของความเสี่ยงทั้งหมด และใช้กิจกรรมการควบคุมแบบแก้ไข (Corrective Control) ในการแก้ปัญหาที่พบในปัจจุบันซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยง หรือใช้รองรับสถานการณ์ (แก้ไข) หากความเสี่ยงกลายเป็นปัญหา ร้อยละ 15 (9x100/60) รวมถึงใช้กิจกรรมการควบคุมแบบค้นหา (Detective Control) ในการค้นหาข้อควรพัฒนา (Weaknesses/Threats) ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในอนาคต ร้อยละ 10 (6x100/60)

เมื่อพิจารณาจากสัดส่วนดังกล่าวพบว่าคณะฯ ใช้กิจกรรมการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 ที่ร้อยละ 57 (20x100/39) เป็นร้อยละ 69 (24x100/35) ในปีงบประมาณ 2563 และที่ร้อยละ 75 (45x100/60) ในปีงบประมาณ 2564 เนื่องจากในปีงบประมาณ 2562 คณะฯ มีการบริหารความเสี่ยงเชิงรุกจากการพิจารณาระบบ และ/หรือ กระบวนการงานประจำ เพื่อค้นหาข้อควรพัฒนา (Weaknesses/Threats) ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในอนาคตมากขึ้น ดังนั้นตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 ถึงปีงบประมาณ 2564 คณะฯ จึงยังคงนำข้อควรพัฒนาที่พบ มากำหนดเป็นกิจกรรมการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control) เพื่อใช้ในการป้องกันเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดจากข้อควรพัฒนาที่พบอย่างต่อเนื่อง

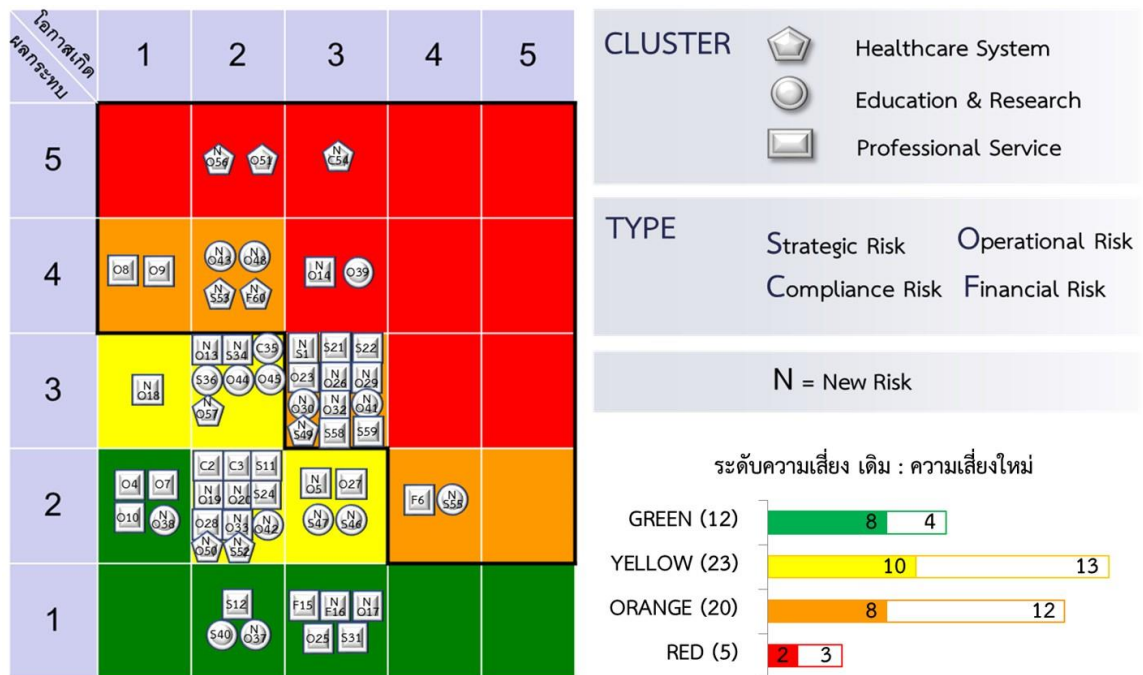
### ลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยง

ในปีงบประมาณ 2564 คณะฯ ได้รับโจทย์สำคัญในการพัฒนาการกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยง ให้สามารถใช้เป็นเครื่องมือเตือน (Early Warning) ระหว่างการบริหารความเสี่ยงให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มขึ้น ดังนั้นงานบริหารความเสี่ยงจึงดำเนินการเชิงรุก ผ่านการให้ประเด็นเสนอแนะ และยกตัวอย่างการกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยง จากการพิจารณาแหล่งที่มาของตัวชี้วัดความเสี่ยงโดยวิธีระบบ (System Approach) ต่อเจ้าของความเสี่ยง (ตามรายละเอียดที่ระบุไว้ในหัวการกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยง) ซึ่งพบว่า ภายหลังจากดำเนินการดังกล่าว เจ้าของความเสี่ยงยังคงนิยมใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) เนื่องจากการใช้เป้าหมายของการดำเนินงานตามกิจกรรม และใช้ตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) มากำหนดเป็นตัวชี้วัดความเสี่ยง จะสอดคล้องกับการดำเนินงานตามภาระงานประจำ ง่ายต่อการเก็บข้อมูล และสามารถให้ผลลัพธ์ได้อย่างเป็นรูปธรรมโดยไม่ต้องตีความ

แต่เมื่อพิจารณาร้อยละของตัวชี้วัดความเสี่ยงทั้ง 2 พบว่า ในปีงบประมาณ 2564 ตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) และตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) มีร้อยละที่ใกล้เคียงกันมากขึ้น จากตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่ร้อยละ 71 (25x100/35) และเป็นตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) ที่ร้อยละ 29 (10x100/35) ของความเสี่ยงในปีงบประมาณ 2563 เป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่ร้อยละ 62 (37x100/60) และตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) ที่ร้อยละ 38 (23x100/60) ของความเสี่ยงในปีงบประมาณ 2564 แสดงถึงความก้าวหน้าของการดำเนินงานเชิงรุกในการพัฒนาการกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยง ให้สามารถใช้เป็นเครื่องมือเตือน (Early Warning) ระหว่างการบริหารความเสี่ยงได้เพิ่มขึ้น ดังนั้น ในปีงบประมาณ 2565 งานบริหารความเสี่ยง จึงยังคงต้องดำเนินงานเพื่อพัฒนาการกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยงของคณะฯ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง

**ระดับความเสี่ยงของคณะฯ**

เมื่อพิจารณาระดับความเสี่ยงในภาพรวมพบว่า ความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2564 มีระดับความเสี่ยงครอบคลุมตั้งแต่ระดับความเสี่ยงสูงมาก ไปจนถึงระดับความเสี่ยงต่ำ กระจายตัวทั่วตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) ดังนี้



รูปภาพที่ 14 ระดับความเสี่ยงของคณะฯ

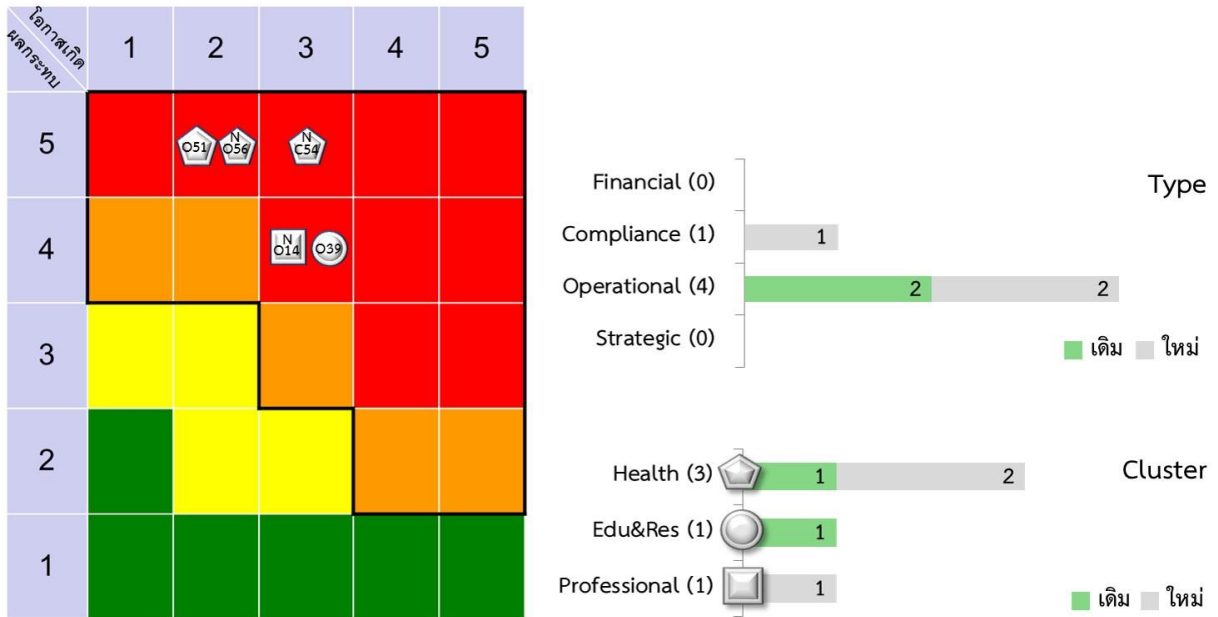
1. ระดับความเสี่ยงสูงมาก (Red Zone) จำนวน 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 8 (5x100/60) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 2 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 3 ความเสี่ยง
2. ระดับความเสี่ยงสูง (Orange Zone) จำนวน 20 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 33 (20x100/60) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 8 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 12 ความเสี่ยง
3. ระดับความเสี่ยงปานกลาง (Yellow Zone) มีความเสี่ยงมากที่สุดจำนวน 23 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 38 (23x100/60) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 10 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 13 ความเสี่ยง
4. ระดับความเสี่ยงต่ำ (Green Zone) จำนวน 12 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 20 (12x100/60) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 8 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 4 ความเสี่ยง

เมื่อวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงในภาพรวม พบว่า ความเสี่ยงเดิมจากปีงบประมาณ 2563 ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่สามารถจัดการ หรือควบคุมให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้มาแล้วระยะหนึ่ง ดังนั้น ระดับความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงอยู่ในระดับปานกลาง (Yellow Zone) และระดับต่ำ (Green Zone) สำหรับความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงมาก (Red Zone) และสูง (Orange Zone) ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงธรรมชาติของลักษณะองค์กร หรือลักษณะงาน ตั้งแต่ระดับนโยบาย มาตรฐานการปฏิบัติงาน ไปจนถึงระดับกระบวนการสำคัญ ความเสี่ยงเหล่านี้ส่วนใหญ่จึงเป็นด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) และความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) ที่ต้องใช้เวลาและอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงานในการบริหารจัดการ รวมถึงพบว่า มักมีปัจจัยภายนอกเข้ากระทบต่อการดำเนินงาน จำเป็นต้องบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง

สำหรับระดับความเสี่ยงของความเสี่ยงใหม่ พบกระจายตัวทั่วตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) ในสัดส่วนที่มากกว่าความเสี่ยงเดิมอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นผลจากการพิจารณาความเสี่ยงองค์กร จากทุกความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อคณะฯ โดยพิจารณาครอบคลุมทุกระดับของการประเมินความเสี่ยง (Level of Assess) ตามนโยบายการบริหารความเสี่ยงของรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ รวมถึงพบว่า ส่วนหนึ่งเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากระบบการบริหารจัดการที่ใช้ในปัจจุบันของบางหน่วยงานไม่เพียงพอ ไม่สามารถใช้บริหารจัดการภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้คณะฯ ได้รับความเสียหายด้านการเงิน และชื่อเสียงภาพลักษณ์ จนเป็นข่าวเชิงลบ และการถูกร้องเรียนในสื่อสังคมออนไลน์

**ผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง แยกตามระดับความเสี่ยง**

**ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone)**



รูปภาพที่ 15 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone)

เมื่อพิจารณาลักษณะของทั้ง 5 ความเสี่ยง พบประเด็นที่น่าสนใจในภาพรวม ดังนี้

**ความเสี่ยงเดิม และความเสี่ยงใหม่:** จากทั้ง 5 ความเสี่ยง ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงใหม่ จำนวน 3 ความเสี่ยง และเป็นความเสี่ยงเดิมที่มีระดับความเสี่ยง คงที่ จากปีงบประมาณ 2563 จำนวน 2 ความเสี่ยง ทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากระบบการบริหารจัดการในปัจจุบันที่ไม่ชัดเจน ไม่เพียงพอ และไม่สามารถนำไปใช้บริหารจัดการภายใต้สถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ทั้งจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และการประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นผลมาจากนโยบาย และเป้าหมายของคณะฯ ที่มีขอบเขตการบริหารจัดการขนาดใหญ่ ซับซ้อน ต้องอาศัยระยะเวลา และดำเนินงานร่วมกับหลายหน่วยงาน รวมถึงพบว่า ความเสี่ยงเหล่านี้ มีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) จึงมักได้รับผลกระทบโดยตรงหากมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้น

**ประเภทของความเสี่ยง:** จากลักษณะของความเสี่ยงดังกล่าว สามารถระบุได้ว่า ประเภทของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงมาก (Red Zone) ประจำปีงบประมาณ 2564 ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) และความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) ที่เกิดจากข้อควรพัฒนา และการพบโอกาสพัฒนาจากระบบการบริหารจัดการสำคัญของคณะฯ ซึ่งมีโอกาสที่จะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายของคณะฯ ในระดับที่สูงมาก หากคณะฯ ไม่สามารถบริหารจัดการความเสี่ยง ให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้

**ความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster:** เมื่อพิจารณาลักษณะของความเสี่ยง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงจากพันธกิจหลักมากถึง 4 ความเสี่ยง ประกอบด้วยความเสี่ยงจาก Cluster Healthcare System จำนวน 3 ความเสี่ยง และความเสี่ยงจาก Cluster Education and Research ด้านการศึกษา จำนวน 1 ความเสี่ยง โดยมีความเสี่ยงจาก Cluster Professional Service จากพันธกิจสนับสนุนด้านสื่อสารองค์กร จำนวน 1 ความเสี่ยง ซึ่งจะอธิบายรายละเอียดของแต่ละความเสี่ยงในลำดับต่อไป

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
<b>Cluster Education &amp; Research</b>					
ด้านการศึกษา	O39 ทรัพยากรไม่เพียงพอต่อการรองรับหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตปรับปรุง 2562 และ 2563	3	4	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
<b>Cluster Healthcare System</b>					
ด้านดูแลสุขภาพ	O51 เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง (GHI) ในการให้การดูแลสุขภาพ และ/หรือ ทำให้เกิดการร้องเรียนนอกองค์กรภายนอก/ศาล	2	5	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional / Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Health Service Management
	C54 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562	3	5		
	O56 เครื่องมือทางแพทย์ช่วยชีวิตความเสียหายสูงหยุดทำงาน/ทำงานไม่ถูกต้องเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย	2	5		
<b>Cluster Professional Service</b>					
ด้านสื่อสารองค์กร	O14 ความเสียหายต่อชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กรที่เกิดจากข่าวสารในสื่อสังคมออนไลน์	3	4	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 5. Professional Support Excellence

## Cluster Education & Research: ด้านการศึกษา (ระดับปริญญา) จำนวน 1 ความเสี่ยง

### O39 ทรัพยากรไม่เพียงพอต่อการรองรับหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตปรับปรุง 2562 และ 2563 (2562)

เดิมใช้ชื่อการเตรียมทรัพยากรเพื่อรองรับหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตใหม่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

ประเภทของความเสี่ยง: ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

ลักษณะของความเสี่ยง: เป็นความเสี่ยงที่ได้รับการประเมินในปีงบประมาณ 2562 เนื่องจากคณะฯ ปรับเปลี่ยนระบบการจัดการเรียนการสอน ร่วมกับปรับหลักสูตรระดับแพทยศาสตรบัณฑิตใหม่ ซึ่งจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงใน 2 ส่วนสำคัญ ดังนี้

- 1) การเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการบริหารจัดการจาก Departmentalize เป็น Hybridized Administration โดยการรวบรวมภาระงาน และความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับระบบการจัดการเรียนการสอนจากภาควิชาต่าง ๆ เข้าสู่ความรับผิดชอบของส่วนกลางทั้งหมด
  - 2) การเปลี่ยนแปลงสถานที่ศึกษาของนักศึกษาแพทย์ จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เขตพญาไท เป็นสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ (CNMI) จังหวัด สมุทรปราการ
- จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว พบอุปสรรคและโอกาสพัฒนา ซึ่งเป็นสาเหตุที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง 6 สาเหตุสำคัญ ดังนี้
- 1) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ไม่มีความชำนาญในการบริหารจัดการชั้นพรีคลินิก เนื่องจาก เดิมใช้ระบบและความรับผิดชอบของคณะวิทยาศาสตร์ แต่ต้องเปลี่ยนมาใช้ระบบ และการบริหารจัดการ โดยคณะฯ เป็นผู้ความรับผิดชอบเอง
  - 2) เจ้าหน้าที่ส่วนกลางไม่มีความชำนาญในการบริหารจัดการรายวิชา เนื่องจาก เดิมภาควิชาต่าง ๆ เป็นผู้รับผิดชอบหลัก แต่ต้องเปลี่ยนเป็นการบริหารจัดการโดยส่วนกลาง ตั้งแต่เริ่มกระบวนการจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ (ทั้งประธานรายวิชา เจ้าหน้าที่บริหาร เจ้าหน้าที่สนับสนุน และอื่น ๆ) ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการบริหารจัดการ จาก Departmentalize เป็น Hybridized Administration ที่กล่าวไปข้างต้น
  - 3) ต้องอาศัยความร่วมมือในการบริหารจัดการจากหลายหน่วยงาน เนื่องจาก หลักสูตรปรับปรุงใหม่ มีความเชื่อมโยงระหว่างรายวิชา จึงต้องมีการบูรณาการเพื่อสร้างความเชื่อมโยงให้เกิดขึ้น
  - 4) ต้องพัฒนาโครงสร้างและระบบงาน ให้เกิดความสอดคล้องกันระหว่างงานแพทยศาสตรศึกษา งานบริหารการศึกษา และโรงเรียนแพทย์รามาธิบดี สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ (CNMI)
  - 5) การเตรียมอาจารย์แพทย์ ที่สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ (CNMI) ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
  - 6) จำนวนเตียงและผู้ป่วยไม่เป็นไปตามแผน

ลักษณะของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity): เมื่อพิจารณาจากลักษณะและสาเหตุข้างต้น พบว่า การวางระบบ และความพร้อมของทรัพยากรด้านต่าง ๆ จะส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นส่วนสำคัญต่อความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนระบบการจัดการเรียนการสอน และปรับหลักสูตรระดับแพทยศาสตรบัณฑิตใหม่ที่เกิดขึ้น ดังนั้นคณะฯ จึงกำหนดกิจกรรมการควบคุมที่มุ่งเน้นในการลดโอกาสเกิดความเสียหาย (Preventive Control Activity) ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 โดยพบว่า เจ้าของความเสี่ยงนำข้อควรพัฒนาที่พบจากกระบวนการทำงาน และการบริหารความเสี่ยง มาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการบริหารจัดการ ผ่านการกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ในแต่ละปีงบประมาณ ดังนี้



ปีงบประมาณ 2562

- 1) กำหนดกรอบอัตรากำลังและโครงสร้างการบริหารงานด้านการศึกษาของโรงเรียนแพทย์
- 2) จัดทำกระบวนการทำงาน และระบบงานด้านการศึกษา (Work Process & Work Flow System)
- 3) การพัฒนาระบบบริหารการศึกษาโดยระบบสารสนเทศ (Student Life Cycle Management)

ปีงบประมาณ 2563

- 4) ปรับระบบการสรรหาและบรรจุอาจารย์แพทย์ และ Hospitalist ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
- 5) มอบหมายให้ภาควิชาเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนในกระบวนการต่างๆ
- 6) วางแผนในการรับผู้ป่วยประกันสังคม

ปีงบประมาณ 2564

- 7) ปรับโครงสร้างการบริหารหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต

- 8) รายงานผลการดำเนินการโรงพยาบาลรามธิบดีจักรีนฤเบดินทร์ต่อแพทยสภาทุก 12 เดือน

ลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยง: ส่วนใหญ่เป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่ใช้ในการวัดเป้าหมายของทรัพยากรสำคัญที่ต้องการ ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 และได้รับการพิจารณาเพิ่มเติมให้สอดคล้องกับสาเหตุและกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ดังนี้

ปีงบประมาณ 2562-2563

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

ปีงบประมาณ 2564

- 4) จำนวนอาจารย์แพทย์ และ Hospitalist
- 5) ร้อยละของผู้ป่วยประกันสังคม
- 6) ร้อยละของรายวิชาที่มีการใช้เทคโนโลยีด้านการศึกษาได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่คณะฯ กำหนด
- 7) โครงสร้างการบริหารหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตปรับปรุง 2563 แล้วเสร็จภายใน กันยายน 2563
- 8) จำนวนภาควิชาที่ได้รับการทำความเข้าใจ และรับทราบการปรับการบริหารหลักสูตร ภายใน กันยายน 2563 ทุกภาควิชาที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้พบการกำหนดตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) จากประเด็นเสนอแนะของรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ เพื่อวัดแนวโน้มการคงอยู่ของอาจารย์ซึ่งเป็นทรัพยากรด้านบุคคลที่สำคัญ จากทัศนคติที่มีต่อคณะฯ ดังนี้

- 9) ร้อยละของอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาที่มีความพึงพอใจต่อระบบบริหารการศึกษา
- 10) ระดับความผูกพันต่อองค์กร (Engagement) ของอาจารย์

ระดับความเสี่ยงของคณะฯ: ระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงมาก (โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 4)

เนื่องจาก เป็นความเสี่ยงสำคัญตามพันธกิจหลักด้านการศึกษาของคณะฯ ที่สามารถส่งผลกระทบต่อระบบการเรียนการสอน และอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทิศทางเดียวกัน ของความเสี่ยงเรื่อง การเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตลดระดับลง (Ranking) ด้วย รวมถึงพบว่า ความเสี่ยงข้อนี้ เมื่อเริ่มมีการดำเนินการที่ชัดเจนและต่อเนื่องเมื่อปลายปีงบประมาณ 2562 จึงพบอุปสรรคและปัจจัยที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้อย่างต่อเนื่อง ระดับความเสี่ยงจึงยัง คงที่

ทั้งนี้พบว่า ระดับผลกระทบของความเสี่ยงข้อนี้ แปรผันตรงกับระดับโอกาสเกิด กล่าวคือ หากสามารถจัดการโอกาสเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้ระดับผลกระทบมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน

## Cluster Healthcare System: ด้านการดูแลสุขภาพ จำนวน 3 ความเสี่ยง

O51 เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง (G, H, I) ในการให้การดูแลสุขภาพ และ/หรือ ทำให้เกิดการร้องเรียนต่อองค์กรภายนอก/ศาล (2556) เดิมใช้ชื่อการถูกฟ้องร้องจากกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาล/องค์กรภายนอก

**ประเภทความเสี่ยง:** ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) เดิมเป็นความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) ที่ได้รับการพิจารณาให้เปลี่ยนประเภทความเสี่ยง เพื่อให้สอดคล้องกับการปรับมุมมองการบริหารความเสี่ยงที่เน้นในระดับกระบวนการเพิ่มขึ้น

**ลักษณะของความเสี่ยง:** เป็นความเสี่ยงธรรมชาติของงานด้านการรักษาพยาบาล ที่ได้รับการประเมินให้เป็นความเสี่ยงของคณะฯ มาตั้งแต่ในปีงบประมาณ 2556 พบการเปลี่ยนแปลงตลอดการบริหารจัดการความเสี่ยง ตามบริบทของผู้รับผิดชอบในแต่ละปีงบประมาณ ดังนี้

- ปีงบประมาณ 2561 ได้รับการพิจารณาปรับชื่อความเสี่ยงที่ใช้มาตั้งแต่ในปีงบประมาณ 2556 ให้ชัดเจน และมีความเฉพาะเจาะจงขึ้นจาก “การถูกร้องเรียนหรือฟ้องร้องจากความผิดพลาดของกระบวนการรักษาพยาบาล จนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาล จนถูกตัดสินว่าผิดและนำไปสู่ความเสียหายต่อชื่อเสียงภาพลักษณ์และการชดใช้เป็นตัวเงิน” เป็น “การถูกฟ้องร้องจากกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาล”
- ปีงบประมาณ 2562 ได้รับการพิจารณาปรับชื่อความเสี่ยงอีกครั้งให้ครอบคลุมมากขึ้น เป็น “การถูกฟ้องร้องจากกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาล/องค์กรภายนอก” รวมถึงเปลี่ยนแปลงการวิเคราะห์สาเหตุ การกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ในภาพรวมทั้งหมด ตามมุมมองของผู้บริหารชุดใหม่<sup>6</sup> ให้สอดคล้องกับการดำเนินงานในปัจจุบัน
- ปีงบประมาณ 2564 ได้รับการพิจารณาปรับมุมมองการบริหารจัดการความเสี่ยง ตามนโยบายการบริหารความเสี่ยงของรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ โดยให้พิจารณาความเสี่ยงที่สามารถชี้ข้อควรพัฒนาจากมาตรฐานด้านคุณภาพและความปลอดภัย เพื่อเร่งแก้ไขสาเหตุที่แท้จริงของความเสี่ยงเรื่อง การถูกฟ้องร้องจากกระบวนการรักษาพยาบาล

จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลให้มีการพิจารณาปรับการวิเคราะห์ความเสี่ยงในภาพรวมใหม่ทั้งหมด ให้สอดคล้องกับมุมมองการบริหารจัดการความเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไป พบโอกาสพัฒนาซึ่งเป็นสาเหตุที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง 4 สาเหตุสำคัญ ดังนี้สาเหตุ

- 1) เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระดับรุนแรง ถึงแก่พิการ หรือต้อง CPR หรือเสียชีวิต จากกระบวนการดูแลสุขภาพ รักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยเฉพาะทาง และผู้ป่วยซับซ้อน
- 2) เกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากกระบวนการรักษาพยาบาลที่นำไปสู่เหตุการณ์ระดับ Sentinel Event หรือเกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรจะสามารถป้องกันได้ (Preventable Event) เป็นผลทำให้โรงพยาบาลต้องให้การเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว
- 3) บุคลากรขาดความตระหนักในเรื่องความเสี่ยงและความปลอดภัยในการค้นหาความเสี่ยง
- 4) ขาดการทบทวนแนวทางปฏิบัติและการป้องกันไข หรือมีการทบทวนที่ไม่รัดกุม ไม่ครอบคลุม

<sup>6</sup> ธันวาคม 2558- ธันวาคม 2562

ลักษณะของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity): เมื่อพิจารณาจากลักษณะและสาเหตุข้างต้น พันธกิจการดูแลสุขภาพจึงมุ่งเน้นในการกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เพื่อใช้ในการแก้ไขสาเหตุที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง ตามประเด็นที่พบจากโอกาสพัฒนา รวมถึงใช้เพื่อแก้ไขสถานการณ์หากมีแนวโน้มที่จะเกิดความเสียหายขึ้น (Corrective Control Activity) ดังนี้

- 1) สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในบุคลากรทุก 2 ปี
- 2) จัดตั้งคณะกรรมการกำกับบริการระบบพิเศษในคลินิกพิเศษนอกเวลาและพรีเมียมคลินิก ใน การบริหารจัดการด้านบุคลากร ด้านทรัพยากร ด้านความเสี่ยงและจัดการข้อร้องเรียน
- 3) ดำเนินงานและติดตามกิจกรรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกผ่านคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
- 4) การสร้างความตระหนักผ่านกิจกรรม Situation Awareness Training และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ใน 2P Safety Learn & Share
- 5) พัฒนาระบบการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ผ่านโปรแกรม IOR Online และติดตาม การรายงานเหตุการณ์ทุกไตรมาส
- 6) สร้างกระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ยเชิงรุก ตั้งแต่การอบรมการจัดทำแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิด เหตุการณ์ในระดับความเสี่ยงรุนแรง
- 7) แนวทางการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ ที่ชัดเจนและมีประสิทธิผล

ลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยง: ส่วนใหญ่เป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่ใช้ในการวัดความเสียหาย ที่อาจเกิดขึ้นจากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในกระบวนการดูแลสุขภาพ ดังนี้

- 1) อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับ G, H, I ตาม Patient Safety Goal (2018)<sup>7</sup>
- 2) จำนวนข้อร้องเรียนที่เข้าสู่กระบวนการศาล/องค์กรอิสระ
- 3) อัตราการเกิด Re Incident
- 4) อัตราการตอบสนองข้อร้องเรียนที่เกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล

ระดับความเสี่ยงของคณะฯ: จากการเปลี่ยนมุมมองการบริหารความเสี่ยงเรื่อง “การถูกฟ้องร้อง จากกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาล/องค์กรภายนอก” เป็น “เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง (G, H, I) ในการให้การดูแลสุขภาพ และ/หรือ ทำให้เกิดการร้องเรียน ต่อองค์กรภายนอก/ศาล” ส่งผลให้การพิจารณาด้านและระดับผลกระทบของความเสี่ยงเปลี่ยนแปลงดังนี้

- เดิม พิจารณาผลกระทบด้านชื่อเสียงและภาพลักษณ์ถูกฟ้องร้อง/ร้องเรียน: คดีอยู่ในชั้นศาล ที่ผลกระทบระดับ 4
- ใหม่ พิจารณาผลกระทบด้านความปลอดภัย: อันตรายถึงชีวิต ที่ผลกระทบระดับ 5

ดังนั้น ระดับความเสี่ยงจึงเพิ่มขึ้นจากระดับความเสี่ยงสูง (โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 4) ในปีงบประมาณ 2563 เป็นระดับสูงมาก (โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 5) ในปีงบประมาณ 2564 ตามลักษณะธรรมชาติของความเสี่ยง ซึ่งสามารถส่งผลกระทบเชิงลบที่รุนแรงและอันตรายถึงชีวิต รวมถึงพบว่าการดำเนินงานต่าง ๆ ต้องอาศัยระยะเวลาและความร่วมจากหลายหน่วยงานซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมยาก ส่งผลให้ความเสี่ยงนี้ มีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) จึงมักได้รับผลกระทบโดยตรงหากมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้น

7 Patient Safety Goal (2018) ได้แก่ ทำให้เกิดความพิการ/บั่นทอนใจ/เสียชีวิต หรือเกิดความเสียหายที่ทำให้เกิดการร้องเรียนศาล/องค์กรภายนอกอื่น ๆ สำหรับการบริการ ด้านการผ่าตัด/ทำหัตถการ การติดเชื้อในโรงพยาบาล การให้ยา ให้เลือด กระบวนการพยาบาล การใส่สายในร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน โดยเฉพาะกรณีแม่และเด็ก และที่ห้องฉุกเฉิน

#### C54 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2564)

ประเภทความเสี่ยง: ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

ลักษณะของความเสี่ยง: เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากแรงกระตุ้นของปัจจัยภายนอก (External Factors) ซึ่งสามารถกล่าวโดยสรุป ดังนี้

เมื่อ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 สหภาพยุโรป (European Union: EU) ออกกฎหมาย General Data Protection Regulation หรือ GDPR เป็นกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล โดยบังคับให้การทำการค้าและการทำธุรกิจระหว่างประเทศ ที่มีการติดต่อ-รับส่งข้อมูลส่วนบุคคลของประชาชน ระหว่างประเทศที่เป็นสมาชิกสหภาพยุโรป (Cross-Border Data Transfer Issues) และผู้ประกอบการประเทศนอกสมาชิก ต้องมีมาตรการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่เหมาะสมและเพียงพอ ดังนั้น หากประเทศไทยไม่มีกฎหมายที่เกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ย่อมทำให้เสียโอกาสและความเชื่อมั่นจากกลุ่มประเทศในสหภาพยุโรป และอาจรวมไปถึงประชาคมโลกที่กำลังตื่นตัวในเรื่อง Data Protection จากเหตุการณ์การรั่วไหลของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใช้ Facebook หลายล้านบัญชี ดังนั้นประเทศไทยจึงใช้กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสหภาพยุโรป หรือ GDPR เป็นต้นแบบในการประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 หรือ Personal Data Protection Act (PDPA) เพื่อบังคับใช้ภายในประเทศเช่นกัน

จากกฎหมายระหว่างประเทศที่กระตุ้นให้เกิดการพิจารณากฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลภายในประเทศนั้น เมื่อพิจารณาเหตุผลสำคัญจากปัจจัยภายในประเทศ ตามหมายเหตุในประกาศราชกิจจานุเบกษา พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 พบว่า ปัจจุบันมีการล่วงละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัวของข้อมูลส่วนบุคคลเป็นจำนวนมาก จนสร้างความเดือดร้อนรำคาญ หรือความเสียหายให้แก่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยี ทำให้การเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล อันเป็นการล่วงละเมิดดังกล่าว ทำได้โดยง่าย สะดวก และรวดเร็ว ก่อให้เกิดความเสียหายต่อเศรษฐกิจโดยรวม สมควรกำหนดให้มีกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลเป็นการทั่วไปขึ้นเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ กลไก หรือมาตรการกำกับดูแลเกี่ยวกับการให้ความคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นหลักการทั่วไป จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้ และให้มีผลบังคับใช้ในวันที่ 1 มิถุนายน 2565

เมื่อพิจารณาใจความสำคัญของพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ที่มุ่งเน้นให้องค์กรมี “มาตรฐาน” ในการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลอย่างเหมาะสมและเพียงพอ เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบต่อการรักษาความลับ (Confidentiality) ความถูกต้องสมบูรณ์ (Integrity) และความพร้อมใช้งาน (Availability) ของข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบหรือความเสียหายในระดับบุคคลหรือองค์กร นั้นพบว่า กฎหมายฉบับนี้กระทบต่อการดำเนินงานของคณะฯ ในพันธกิจการดูแลสุขภาพโดยตรง เนื่องจากพันธกิจการดูแลสุขภาพมีหน้าที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ จึงกล่าวได้ว่า พันธกิจการดูแลสุขภาพ มีฐานะเป็นผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล (Data Controller) มีภาระหน้าที่ปฏิบัติตามกฎหมาย หากมีการกระทำการฝ่าฝืนหรือกระทำการผิดกฎหมาย โทษตามกฎหมายมีทั้งความรับผิดทางแพ่ง ความรับผิดทางอาญา และความรับผิดทางปกครอง

จากปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวไปข้างต้น คณะฯ จึงพิจารณาความเสี่ยงเรื่อง “การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562” เป็นความเสี่ยงใหม่ในปีงบประมาณ 2564 และดำเนินการเพื่อเตรียมความพร้อมต่อการประกาศใช้พระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว เพื่อป้องกันโอกาสเกิดความเสียหายที่อาจเกิดจากความไม่พร้อมของระบบบริหารจัดการภายในคณะฯ (Preventive Control Activity) โดยการจัดทำระบบการกำกับดูแล การจัดทำ (ร่าง) การเตรียมองค์กร การจัดตั้งคณะกรรมการระดับคณะฯ ในการกำกับดูแล

การแต่งตั้งคณะกรรมการเตรียมความพร้อม การออกประกาศนโยบายของคณะฯ การแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนตามนโยบาย การกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการขอความยินยอมให้สอดคล้องกับสิทธิของเจ้าของข้อมูลตามกฎหมาย รวมถึงการสร้างความตระหนักและให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยพบว่าการกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบันดังกล่าว (Existing Control) อาจไม่เพียงพอต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงเนื่องจาก พบอุปสรรคและโอกาสพัฒนา ซึ่งเป็นสาเหตุที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง 4 สาเหตุสำคัญ ดังนี้

- 1) บุคคลที่ไม่ประสงค์ ตั้งใจลักลอบเข้าถึงข้อมูล
- 2) การกำหนดผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูล การจัดลำดับชั้นการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นความลับ และเงื่อนไขในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยไม่เหมาะสม
- 3) กระบวนการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนัก และวัฒนธรรมที่ส่งเสริมความมั่นคงปลอดภัย และความเป็นส่วนตัวของข้อมูลผู้ป่วยให้บุคลากรในคณะฯ ยังไม่เพียงพอ
- 4) ผู้ปฏิบัติงานละเลยการปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบ

**ลักษณะของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity):** เมื่อพิจารณาจากลักษณะของความเสี่ยง และสาเหตุข้างต้น พันธกิจการดูแลสุขภาพจึงกำหนดกิจกรรมเชิงรุก โดยมุ่งเน้นที่กิจกรรมการควบคุมแบบค้นพบ (Detective Control) เพื่อค้นหาข้อควรพัฒนาที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มเติม ทั้งนี้ พบการกำหนดกิจกรรมเพื่อป้องกันโอกาสเกิดความเสียหาย (Preventive Control Activity) และกิจกรรมเพื่อแก้ไขตามประเด็นที่พบจากกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Corrective Control Activity) ดังนี้

- 1) มีระบบเฝ้าระวังและการรายงานเหตุการณ์เมื่อมีการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล
- 2) ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลทุก 1-2 เดือน
- 3) ติดตามการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- 4) เตรียมความพร้อมเรื่องการจับคู่ข้อมูล (Data Map) และการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบที่เกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่ชัดเจน และเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการจัดทำ Role & Authorization for Medical Record Access ร่วมกับฝ่ายสารสนเทศ
- 5) จัดอบรมและจับคู่ข้อมูล (Data Map) Workshop
- 6) แก้ไข ปรับปรุงหลักเกณฑ์และวิธีการขอความยินยอมให้สอดคล้องกับสิทธิของเจ้าของข้อมูล เรื่องการเตรียมความพร้อมการจัดเก็บประมวลผล ได้แก่ การจัดทำใบ Consent หรือการใช้หลักการ Contact ร่วมกับคณะกรรมการเวชระเบียน

**ลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยง:** ส่วนใหญ่เป็นตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) ที่วัดความพร้อมต่อการประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 รวมถึงพบตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่วัดความเสียหายที่อาจเกิดจากระบบการบริหารจัดการที่ไม่เพียงพอ และ/หรือ เกิดจากปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ ดังนี้

- 1) ร้อยละของบุคลากรด้านการดูแลสุขภาพที่ได้รับการอบรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อความปลอดภัย
- 2) อัตราหน่วยงานกลุ่มภารกิจดูแลสุขภาพที่ดำเนินการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลตามนโยบาย PDPA ของคณะฯ
- 3) จำนวนเหตุการณ์ที่มีการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลในระดับรุนแรง

**ระดับความเสี่ยงของคณะฯ:** ระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงมาก (โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 5) และมีแนวโน้มที่ยากต่อการบริหารจัดการ เนื่องจากความซับซ้อนของงานในสถาบันทางการแพทย์ รวมถึงพบว่าการกิจกรรมการดำเนินงานต่าง ๆ ต้องอาศัยระยะเวลาและความร่วมจากหลายหน่วยงาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมยาก ในขณะที่กฎหมายลูกของพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ยังไม่ชัดเจน ส่งผลให้ความเสี่ยงนี้มีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) จึงได้รับผลกระทบโดยตรงหากมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้น

## O56 เครื่องมือทางการแพทย์ช่วยชีวิตความเสี่ยงสูงหยุดทำงาน/ทำงานไม่ถูกต้องเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (2564)

ประเภทความเสี่ยง: ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

ลักษณะของความเสี่ยง: เป็นความเสี่ยงใหม่ที่ได้รับการประเมินในปีงบประมาณ 2564 จากมุมมองการบริหารความเสี่ยงของรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ ที่พิจารณาความเสี่ยงองค์กรจากทุกความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อคณะฯ ครอบคลุมทุกระดับของการประเมินความเสี่ยง (Level of Assess) โดยพบว่า ความเสี่ยงที่อาจเกิดจากเครื่องมือทางการแพทย์ช่วยชีวิตความเสี่ยงสูง เป็นหนึ่งในความเสี่ยงระดับปฏิบัติการ ที่สามารถส่งผลกระทบต่อเชิงลบที่รุนแรงและอันตรายถึงชีวิต แม้จะมีการดำเนินงานตามมาตรฐาน เพื่อป้องกันโอกาสเกิดความเสี่ยง (Preventive Control Activity) และค้นหาข้อควรพัฒนาที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง (Detective Control) รวมถึง แก้ไขประเด็นปัญหาที่เคยพบ และแก้ไขสถานการณ์หากมีแนวโน้มที่จะเกิดความเสียหายขึ้น (Corrective Control Activity) เป็นกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ดังนี้

### Risk Transfer and Prevention

- 1) โดยการจัดทำ Quick Guide และแบบบันทึกการตรวจสอบความพร้อมก่อนการใช้งาน
- 2) การประสานงานการฝึกอบรมกับบริษัท และทดสอบความพร้อมและการใช้งานเครื่องมือ
- 3) ตรวจสอบระบบไฟฟ้าสำรองในพื้นที่เสี่ยงสูง และไฟฟ้าสำรองที่จ่ายให้กับระบบแก๊สทางการแพทย์

### Risk Monitor

- 1) ติดตามการปฏิบัติตามการเตรียมความพร้อมเครื่องมือ พร้อมกับการตรวจสอบคุณภาพภายในของระบบงาน ENV คณะฯ
- 2) ติดตามการตรวจสอบ ปรับปรุง แหล่งจ่ายของไฟฟ้าสำรองในพื้นที่เสี่ยงสูง

### Risk Mitigation

- 1) สำรองเครื่องมือในส่วน Equipment Pool หากเกิดความเสียหายขณะใช้งาน
- 2) จัดทำรายการเครื่องมือ ต่อผู้ใช้งานเพื่อให้ทราบกรณีต้องการยืมเครื่องมือแพทย์ระหว่างแผนก

### Quality Improvement Plan

- 1) สำรองเครื่องมือแพทย์สำคัญจากบริษัท โดยระบุในสัญญาซื้อขายและกำหนดระยะเวลาบริการ
- 2) ตรวจสอบอุบัติการณ์ ข้อร้องเรียน หรือ Request ต้องการฝึกอบรมเพื่อนำมาวางแผนการสอนจากกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบันดังกล่าว (Existing Control) ยังคงพบประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา

ในระบบการบริหารจัดการ ซึ่งเป็นสาเหตุที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง 3 สาเหตุสำคัญ ดังนี้

- 1) มีการนำเครื่องมือไปใช้งานนอกแผนก และผู้ใช้งาน Setup เครื่องไม่ถูกต้อง
- 2) ระบบสนับสนุนหยุดการทำงาน เช่น ระบบไฟฟ้าสำรอง แก๊สทางการแพทย์ แบตเตอรี่ภายในเครื่อง
- 3) เครื่องมือแพทย์ความเสี่ยงสูงช่วยชีวิต จากภายนอกไม่ได้รับการตรวจสอบก่อนนำมาใช้งาน

ลักษณะของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity): เมื่อพิจารณาจากลักษณะของความเสี่ยง และสาเหตุข้างต้น พันธกิจการดูแลสุขภาพ โดยงานอุปกรณ์การแพทย์จึงจัดทำนโยบายด้านความปลอดภัยในเทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อกำหนดสู่การปฏิบัติในผู้ใช้งานเครื่องมือแพทย์ความเสี่ยงสูง เป็นกิจกรรมในการป้องกันโอกาสเกิดความเสี่ยง (Preventive Control Activity) เพิ่มเติมในปีงบประมาณ 2564

ลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยง: ส่วนใหญ่เป็นตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) ที่วัดความพร้อมและความสามารถในการใช้งานเครื่องมือแพทย์ รวมถึงพบตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่วัดความผิดพลาดจากการใช้เครื่องมือ ดังนี้

- 1) ร้อยละผู้ใช้งานเครื่องมือแพทย์ที่มีความชำนาญ และทดสอบผ่านเกณฑ์การอบรมการใช้งาน
- 2) ร้อยละเครื่องมือสำรองในส่วน Equipment Pool ที่พร้อมใช้งาน Average Uptime
- 3) จำนวนอุบัติเหตุจากเครื่องมือแพทย์ความเสี่ยงสูงช่วยชีวิต หยุดทำงานจากการทำงาน หรือทำงานไม่ถูกต้อง (User Error/Misuse)

ระดับความเสี่ยงของคณะฯ: ระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงมาก (โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 5) ตามลักษณะธรรมชาติของความเสี่ยง ที่สามารถส่งผลกระทบต่อเชิงลบที่รุนแรงและอันตรายถึงชีวิต รวมถึงอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทิศทางเดียวกัน ของความเสี่ยงเรื่อง เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง (G, H, I) ในการให้การดูแลสุขภาพ และ/หรือ ทำให้เกิดการร้องเรียนต่อองค์กรภายนอก/ศาล จึงจำเป็นต้องมีการควบคุม และเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

**Cluster Professional Service: ด้านสื่อสารองค์กร จำนวน 1 ความเสี่ยง**

#### **O14 ความเสียหายต่อชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร ที่เกิดจากข่าวสารในสื่อสังคมออนไลน์ (2564)**

ประเภทของความเสี่ยง: ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

ลักษณะของความเสี่ยง: เป็นความเสี่ยงใหม่ที่ได้รับการประเมินในปีงบประมาณ 2564 จากการถอดบทเรียนประเด็นการสื่อสารในสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของคณะฯ กรณีข้อผิดพลาดจากการบริหารจัดการของบริจาด เพื่อช่วยเหลือบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และส่งผลให้คณะฯ เสียชื่อเสียงภาพลักษณ์จากการถูกร้องเรียนจนเป็นข่าวเชิงลบในสื่อสังคมออนไลน์

จากการถอดบทเรียนและทบทวนกระบวนการสื่อสารในสถานการณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของคณะฯ พบว่า ส่วนใหญ่คณะฯ เน้นในการแก้ไขสถานการณ์หากเกิดความเสียหาย (Corrective Control Activity) โดยการติดต่อผู้เผยแพร่ข้อมูลเพื่อให้ยุติการเผยแพร่หรือให้แก้ไขข้อมูลให้ถูกต้อง การดำเนินการทางกฎหมายกับผู้ที่เกี่ยวข้อง การพิจารณาการตอบสนองต่อสถานการณ์ในประเด็นสำคัญ/เร่งด่วน/มีผลกระทบในวงกว้าง จากคณะกรรมการบริหารการสื่อสารในภาวะวิกฤต และการออกแถลงการณ์/แถลงข่าวตามช่องทางต่าง ๆ รวมถึงพบว่ามีผู้ใช้กิจกรรมเพื่อเฝ้าระวังโอกาสเกิดความเสี่ยง ผ่านระบบตรวจสอบข้อมูลข่าวสารจากสื่อออนไลน์ต่าง ๆ (Detective Control Activity) โดยพบว่า กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ดังกล่าว ไม่เพียงพอ และไม่สามารถนำไปใช้บริหารจัดการภายใต้สถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้อย่างเหมาะสม รวมถึงพบอุปสรรคและโอกาสพัฒนาซึ่งเป็นสาเหตุที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง 5 สาเหตุ ดังนี้

- 1) แผนการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์องค์กรไม่ชัดเจน
- 2) การนำข้อมูลเชิงวิชาการหรือข้อมูลสุขภาพไปแสวงหาผลประโยชน์ โดยใช้ความน่าเชื่อถือขององค์กร
- 3) ทักษะคนคัดค้านลบที่มีต่อองค์กร
- 4) การนำข้อมูลเชิงวิชาการที่คาดเคลื่อนไปเปิดเผยสู่สาธารณะ
- 5) การเผยแพร่ข่าวเท็จ

ลักษณะของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity): จากลักษณะของความเสี่ยง และสาเหตุข้างต้น งานสื่อสารองค์กรจึงพิจารณากำหนดกิจกรรมการควบคุม ที่มุ่งเน้นในการป้องกันโอกาสเกิดความเสี่ยง (Preventive Control Activity) ดังนี้

- 1) จัดกิจกรรม "รู้ทันสื่อออนไลน์" และผลที่จะเกิดขึ้นทั้งในส่วนบุคคลและองค์กร
- 2) เพิ่มช่องทางการแจ้งเบาะแส/การรับเรื่องร้องเรียน และให้รางวัลจากการแจ้งข้อมูลการกระทำผิด
- 3) ประชาสัมพันธ์โครงการ CSR<sup>8</sup> แก่กลุ่มเป้าหมายและสาธารณชนให้แพร่หลายขึ้น

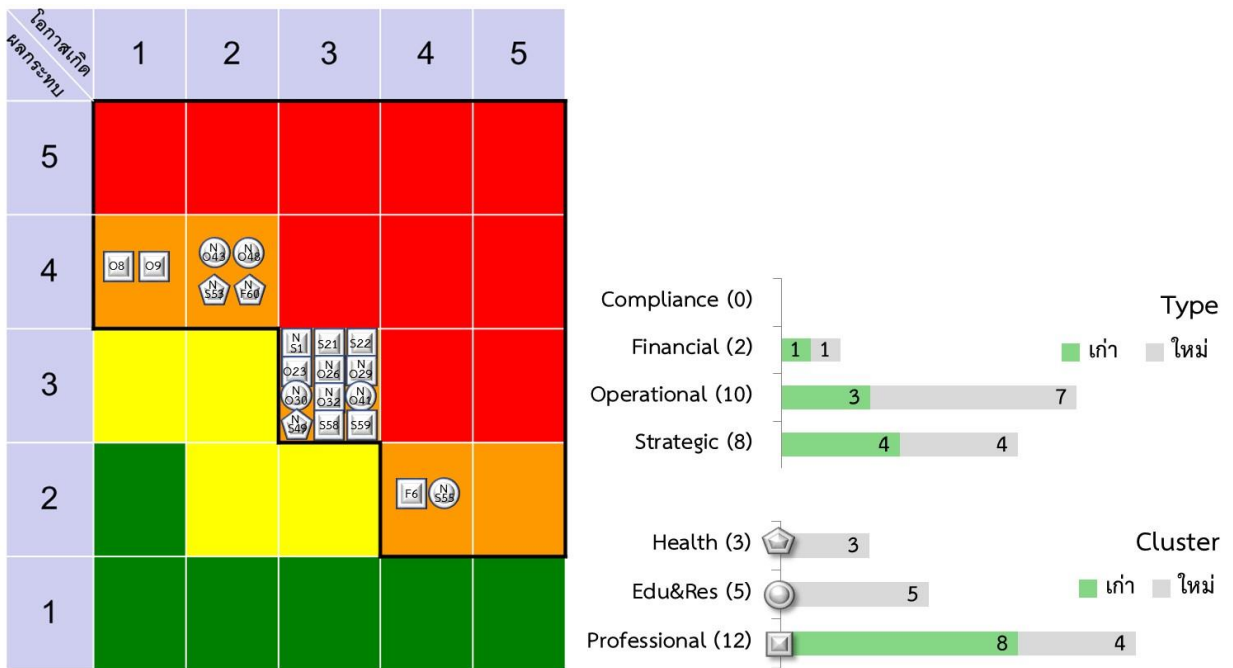
ลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยง: ส่วนใหญ่เป็นตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) ที่แสดงถึงความสามารถในการตรวจจับการเผยแพร่ข้อมูลก่อนที่จะเกิดความเสียหาย รวมถึงพบตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่วัดความสามารถในการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ ดังนี้

- 1) ร้อยละของข่าวสารที่ถูกยุติหรือแก้ไขให้ถูกต้องก่อนถูกส่งต่อ หรือถูกเผยแพร่ออกไปในวงกว้าง
- 2) ระยะเวลาที่ตอบสนองต่อกระแสความมา หรือก่อนที่จะกระทบต่อภาพลักษณ์ขององค์กรในวงกว้าง
- 3) จำนวนแถลงการณ์ แถลงข่าว ที่สามารถจัดการได้ต่อประเด็น

ระดับความเสี่ยงของคณะฯ: ระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงมาก (โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 4) และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น เนื่องจาก คณะฯ เป็นองค์กรที่อยู่ในความสนใจของประชาชน ในขณะที่พฤติกรรม และทัศนคติในการใช้สื่อสังคมออนไลน์จากบุคลากรภายในและผู้ให้บริการ เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ จึงจำเป็นต้องมีการควบคุม และเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง



ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone)



รูปภาพที่ 16 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone)

เมื่อพิจารณาลักษณะของทั้ง 20 ความเสี่ยง พบประเด็นที่น่าสนใจในภาพรวม ดังนี้

ความเสี่ยงเดิม และ ความเสี่ยงใหม่: จาก 20 ความเสี่ยง พบว่า เป็นความเสี่ยงใหม่ จำนวน 12 ความเสี่ยง และความเสี่ยงเดิมจากปีงบประมาณ 2563 จำนวน 8 ความเสี่ยง โดยทั้งหมดล้วนเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการพบอุปสรรคและโอกาสพัฒนาในระบบ และ/หรือ กระบวนการหลักสำคัญตามลักษณะธรรมชาติขององค์กร และ/หรือ หน่วยงาน (Core Business/Core Process) ซึ่งมีขอบเขตการบริหารจัดการขนาดใหญ่ ซับซ้อน ต้องอาศัยระยะเวลา และการดำเนินงานร่วมกับหลายหน่วยงาน รวมถึงพบว่า ความเสี่ยงเหล่านี้มีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) มักได้รับผลกระทบโดยตรงหากมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นส่งผลให้มีโอกาสปรับเป็นความเสี่ยงในระดับสูงมาก (Red Zone) ได้ง่าย

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงเดิมจากปีงบประมาณ 2563 พบว่า ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับพันธกิจด้านสารสนเทศ ทั้งจากภาระงานตามแผนยุทธศาสตร์หลักของฝ่ายสารสนเทศ และจากการสนับสนุนงานด้านสารสนเทศ ในภาระงานของพันธกิจอื่น เนื่องจาก คณะฯ ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดำเนินงานและพัฒนาระบบต่าง ๆ เพื่อขับเคลื่อนสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ในแทบทุกหน่วยงาน ดังนั้น ฝ่ายสารสนเทศจึงมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จตามเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ และความสำเร็จในการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ ด้วย ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่น่าสนใจจากพันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ปรับระดับความเสี่ยงจากความเสี่ยงที่คงที่ในระดับสูงมาก มาบริหารจัดการเป็นความเสี่ยงระดับสูงในปีงบประมาณ 2564 ต่อเนื่องจากการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2563 ตามมุมมองการบริหารความเสี่ยงของผู้บริหาร<sup>9</sup>

9 ตามมติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ผ่านการประชุมคณะกรรมการบริหารคณะฯ (วันที่ 5 พฤษภาคม 2563) ซึ่งสอดคล้องกับรองคณบดีเจ้าของความเสี่ยง และรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ โดยพิจารณาจากความเป็นไปได้ในภาพรวมของความเสี่ยง หรือโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยง รวมถึง ภาพรวมของความเสี่ยง หรือโอกาสที่จะส่งผลกระทบในระดับที่รุนแรงสูงสุด ร่วมกับการพิจารณาเกณฑ์ที่มีในปัจจุบัน

สำหรับความเสี่ยงใหม่ จำนวน 12 ความเสี่ยง นอกจากจะมีลักษณะร่วมเดียวกับความเสี่ยงเดิมที่กล่าวไปข้างต้น ยังพบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงจากพันธกิจหลักมากถึง 9 ความเสี่ยง ประกอบด้วย ความเสี่ยงจากพันธกิจด้านการศึกษา จำนวน 5 ความเสี่ยง ความเสี่ยงจากพันธกิจด้านการดูแลสุขภาพ จำนวน 3 ความเสี่ยง และ ความเสี่ยงจากพันธกิจด้านบริการวิชาการและวัฒนธรรม จำนวน 1 ความเสี่ยง โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการพิจารณาความเพียงพอ เหมาะสม ของระบบบริหารจัดการภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่อาจส่งผลกระทบต่อวัตถุประสงค์การดำเนินงานของคณะฯ ร่วมกับการพิจารณาความเสี่ยงที่ครอบคลุมทุกระดับของการประเมินความเสี่ยง (Level of Assess) ตามนโยบายการบริหารความเสี่ยงของรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ

ประเภทของความเสี่ยง: จากลักษณะความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริหารจัดการสำคัญของคณะฯ ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงเป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) และความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) โดยบางส่วนเป็นความเสี่ยงด้านการรายงาน/การเงิน (Financial/Reporting Risk) ที่มีโอกาสส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ ในระดับที่สูงหรือสูงมาก หากคณะฯ ไม่สามารถบริหารจัดการความเสี่ยง ให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้

ความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster: ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงจาก Cluster Professional Service ที่มาจากความเสี่ยงเดิมในปีงบประมาณ 2563 แต่เมื่อพิจารณาร่วมกับประเด็นความเสี่ยงเดิมและความเสี่ยงใหม่ พบว่า ความเสี่ยงใหม่ที่ได้รับการประเมินในปีงบประมาณ 2564 ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงจาก Cluster Education and Research และ Cluster Healthcare System ซึ่งเป็นพันธกิจหลักของคณะฯ ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ร่วมกับการพิจารณาความเสี่ยงที่ครอบคลุมทุกระดับของการประเมินความเสี่ยง (Level of Assess) ตามนโยบายการบริหารความเสี่ยงของรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ

ทั้งนี้พบว่า ความเสี่ยงจาก Cluster Education and Research และ Cluster Healthcare System ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นความเสี่ยงที่พบได้ในทุกองค์การการศึกษาและองค์กรด้านสาธารณสุข ทั้งในระดับประเทศและระดับสากล เนื่องจาก เกี่ยวข้องกับคุณภาพ/มาตรฐานการศึกษา และการให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งเชื่อมโยงกับประเด็นความมั่นคงและเสถียรภาพทางการเงินของทุกองค์กร

เมื่อพิจารณาความเชื่อมโยงด้านยุทธศาสตร์ พบว่า ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ทั้งหมดสามารถเชื่อมโยงยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล 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
<b>Cluster Education &amp; Research</b>					
ด้านการศึกษา	S30 คุณภาพการเรียนการสอนของโรงเรียนแพทย์รามธิบดีลดลง เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (CNMI)	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
ด้านการศึกษา	S41 คุณภาพการเรียนการสอนลดลง เนื่องจากการปรับการเรียนการสอนตามสถานการณ์ COVID-19 หรืออื่นๆ	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
ด้านการศึกษา	O43 ข้อผิดพลาด/ข้อร้องเรียนจากเหตุการณ์ประมวลผลคะแนนผิดพลาดในการรับนักศึกษาหรือกรณีอื่นๆ	2	4	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
ด้านการศึกษา	O48 การฆ่าตัวตายของนักศึกษา	2	4	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
วิเทศสัมพันธ์	S55 ผลลัพธ์การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ทางการศึกษา/วิจัย/วิชาการ ที่ลดลงเนื่องจากได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ COVID-19	4	2	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัย	คณะฯ
<b>Cluster Healthcare System</b>					
ด้านการดูแลสุขภาพ	S49 รายได้ภาพรวมของศูนย์สนับสนุนพันธกิจมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากสถานะเศรษฐกิจ	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Health Service Management
ด้านการดูแลสุขภาพ	S53 ผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	2	4	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Health Service Management
ด้านการดูแลสุขภาพ	F60 ผลการดำเนินการดูแลสุขภาพด้านการเงินสุทธิไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	2	4	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Health Service Management
<b>Cluster Professional Service</b>					
วิชาการและวัฒนธรรม	O32 การให้บริการตามพันธกิจบริการวิชาการตอบสนองได้ไม่ทันต่อความต้องการของลูกค้า	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 5. Professional Support Excellence
ด้านคุณภาพ	S1 คณะฯ ไม่ผ่านเกณฑ์รางวัลการบริหารสู่ความเป็นเลิศที่มีความโดดเด่นด้านปฏิบัติการ (Thailand Quality Class Plus: TQC Plus)	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 5. Professional Support Excellence
ด้านการคลัง	F6 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (Billing System)	4	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Health service Management

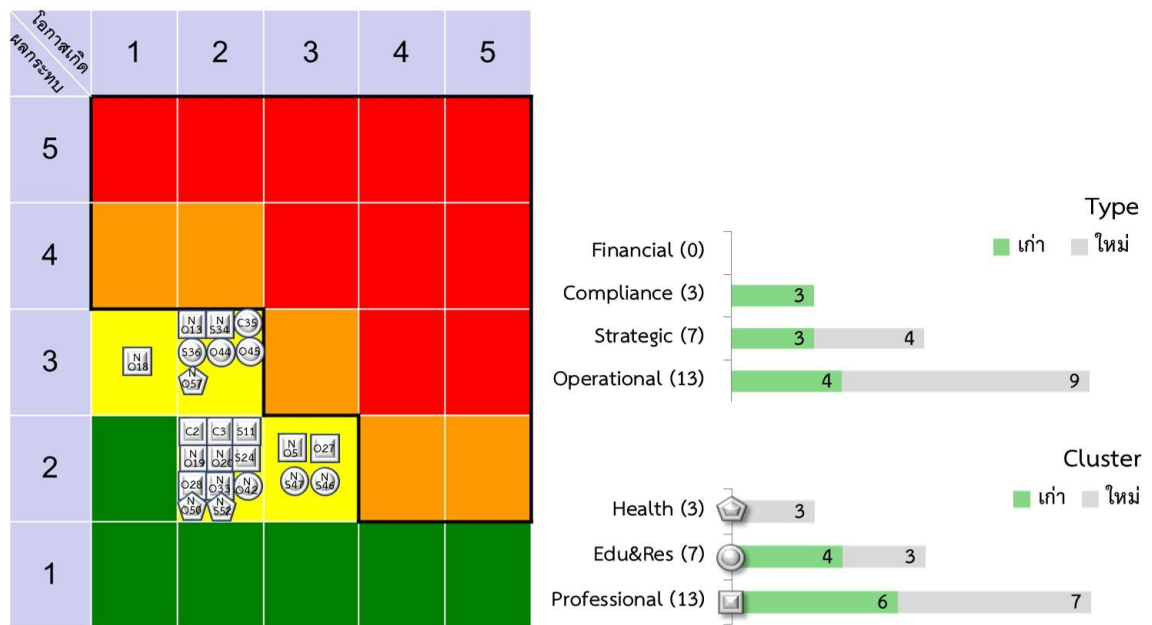
พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัย	คณะฯ
ด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก	O8 การเกิดอัคคีภัย	1	4	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 7. Green Campus & Shared Service Facility Management
ด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก	O9 เกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรงภายในคณะฯ	1	4	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 7. Green Campus & Shared Service Facility Management
ด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก	O29 การก่อสร้างเพื่อรองรับการเรียนการสอนล่าช้ากว่าแผนที่วางไว้ (CNMI)	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 7. Green Campus & Shared Service Facility Management
ด้านสารสนเทศ	S21 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้ โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. IT System as an Enabler
ด้านสารสนเทศ	S22 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯ แต่ ละกลุ่มได้ตามความต้องการ	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. IT System as an Enabler
ด้านสารสนเทศ	O23 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับ	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. IT System as an Enabler

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัย	คณะฯ
ด้านสารสนเทศ	O26 ภัยคุกคามทางไซเบอร์ต่อระบบสารสนเทศโรงพยาบาล	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. IT System as an Enabler
ด้านสารสนเทศ	O33 ระบบ HIS <sup>10</sup> ที่ CNMI <sup>11</sup> ไม่สามารถใช้งานได้ตามที่กำหนด	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. IT System as an Enabler
ด้านสารสนเทศ	S59 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. IT System as an Enabler

10 Hospital Information System

11 สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์

## ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone)



รูปภาพที่ 17 ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone)

เพื่อพิจารณาภาพรวมของความเสี่ยงคณะฯ ในปีงบประมาณ 2564 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลาง ทั้งจากความเสี่ยงเดิมในปีงบประมาณ 2563 และความเสี่ยงใหม่ในปีงบประมาณ 2564 โดยมีรวมกันมากถึง 23 ความเสี่ยง พบประเด็นที่น่าสนใจในภาพรวม ดังนี้

**ความเสี่ยงเดิม และ ความเสี่ยงใหม่:** เมื่อพิจารณาลักษณะของทั้ง 23 ความเสี่ยง พบว่า เป็นความเสี่ยงเดิมจากปีงบประมาณ 2563 จำนวน 10 ความเสี่ยง และเป็นความเสี่ยงใหม่จำนวน 13 ความเสี่ยง ดังนี้

**ความเสี่ยงเดิม:** เป็นความเสี่ยงธรรมชาติของ Cluster Professional Service และ Cluster Education and Research ที่เกิดจากการพบอุปสรรคและโอกาสพัฒนาในระบบ และ/หรือ กระบวนการ ที่ต้องได้รับการดำเนินการ และติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐาน หรือกฎระเบียบข้อบังคับ โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มีการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ มาแล้วระยะหนึ่ง

**ความเสี่ยงใหม่:** การเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงระดับปานกลางในปีงบประมาณ 2564 มากกว่าปีงบประมาณ 2563 อย่างมีนัยสำคัญ โดยเพิ่มจาก 3 ความเสี่ยง เป็น 13 ความเสี่ยง เนื่องจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการ ดังนี้

- 1) เกิดจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงของรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ ซึ่งมีนโยบายให้พิจารณาความเสี่ยงองค์กร จากทุกความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อคณะฯ โดยพิจารณาครอบคลุมทุกระดับของการประเมินความเสี่ยง (Level of Assess) เพื่อสร้างความตระหนักเรื่องคุณภาพและมาตรฐาน ทั้งจากพันธกิจหลักและพันธกิจสนับสนุน ส่งผลให้กระบวนการย่อยต่าง ๆ ได้รับการพิจารณาอุปสรรคและโอกาสพัฒนามากขึ้น
- 2) เกิดจากระบบการบริหารจัดการที่ใช้ในปัจจุบันไม่เพียงพอ ไม่สามารถใช้บริหารจัดการภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เกิดขึ้น และเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเภทของความเสี่ยง: ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) และความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) ที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริหารจัดการ มาตรฐานการดำเนินงาน และการรับรองคุณภาพด้านต่าง ๆ ของคณะฯ ที่อาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายการดำเนินงาน ไปจนถึงอาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ หากคณะฯ ไม่สามารถควบคุมความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้

ความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster: ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงจาก Cluster Professional Service และ Cluster Education and Research ทั้งนี้พบความเสี่ยงจาก Cluster Healthcare System บ้างบางส่วน โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงตามธรรมชาติของคณะฯ ที่เกิดจากการพบอุปสรรค และโอกาสพัฒนาในระบบการบริหารจัดการการดำเนินงานตามมาตรฐาน และการรับรองคุณภาพด้านต่าง ๆ ที่ได้รับการวางแผนบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อพิจารณาความเชื่อมโยงด้านยุทธศาสตร์ พบว่า ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมดสามารถเชื่อมโยงยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2563 - 2566 และ ยุทธศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. 2560 - 2563 ได้ตามตารางที่ 10 ดังนี้



ตารางที่ 10 แสดงความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับปานกลาง (Yellow Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์

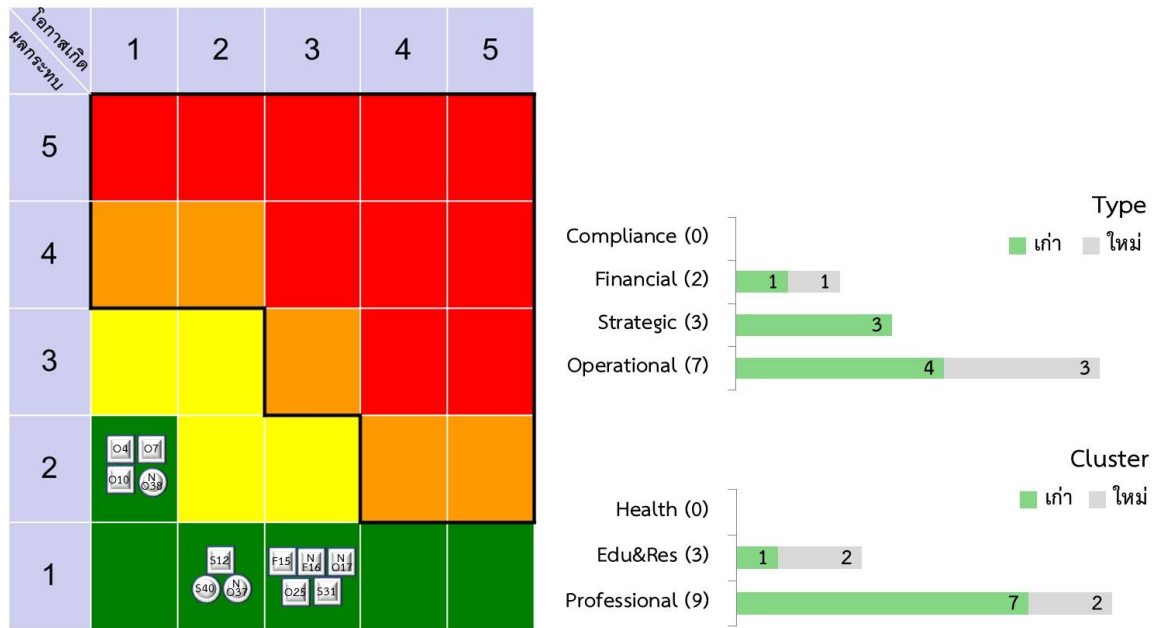
พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยฯ	คณะฯ
<b>Cluster Education &amp; Research</b>					
ด้านการศึกษา	O42 ความเสี่ยงของการแพร่ระบาด หรือการติดเชื้อของนักศึกษา (Outbreak Risk)	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 7. Green Campus & Shared Service Facility Management
ด้านการศึกษา	O44 จำนวนของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่สมัครเข้ารับการศึกษามีกรอบไม่ได้ตามเป้าหมาย	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
ด้านการศึกษา	O45 การดำเนินการเพื่อให้หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านผ่านการตรวจประเมินตามเกณฑ์ WFME ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
ด้านการศึกษา	S46 คุณภาพการเรียนรู้ตามเกณฑ์การฝึกอบรมของแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการฝึกอบรมของแพทยสภา และ/หรือ ราชวิทยาลัย	3	2	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
ด้านการศึกษา	S47 การพัฒนาคุณภาพของหลักสูตร Master/Ph.D. ไม่เป็นไปตามมาตรฐานสากลตามเกณฑ์คุณภาพ AUN-QA	3	2	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัย	คณะฯ
ด้านการวิจัย	C35 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีการกระทำผิดการวิจัยในคน	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Global Research and Innovation	ยุทธศาสตร์ที่ 2. High Impact Research Focus
ด้านการวิจัย	S36 ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร ระดับนานาชาติไม่ได้ตามเป้าหมาย	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Global Research and Innovation	ยุทธศาสตร์ที่ 2. High Impact Research Focus
<b>Cluster Healthcare System</b>					
ด้านดูแลสุขภาพ (ศูนย์สนับสนุนพันธกิจ)	O50 ไม่ความปลอดภัยของผู้รับบริการจาก ให้บริการของศูนย์สนับสนุนพันธกิจ (Patient Safety)	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Health Service Management
ด้านดูแลสุขภาพ	S52 ไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ HA ที่ โรงพยาบาลรามาธิบดีจี้กรีนฤบดินทร์	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Health Service Management
ด้านดูแลสุขภาพ	O57 เครื่องมือแพทย์ที่มีการเชื่อมต่อกับ คอมพิวเตอร์และระบบเครือข่าย ได้รับผลกระทบจากไวรัส มัลแวร์ หรือภัยคุกคามทางไซเบอร์	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Health Service Management

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัย	คณะฯ
<b>Cluster Professional Service</b>					
ด้านการพัสดุ	C2 เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vendor)	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self - Sufficiency and Sustainable Organization	ไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของคณะฯ
ด้านการพัสดุ	C3 ความเสี่ยงจากการทำผิดพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self - Sufficiency and Sustainable Organization	ไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของคณะฯ
ด้านการพัสดุ	O5 ครุภัณฑ์ของคณะฯ สูญหาย หรือเสียหายที่ไม่เกิดจากการใช้งานตามปกติ	3	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self - Sufficiency and Sustainable Organization	ไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของคณะฯ
ด้านบริหารทุนมนุษย์	S11 ขาดระบบการคัดเลือกและเตรียมความพร้อมของผู้ที่เหมาะสมขึ้นสู่ตำแหน่งบริหาร	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 5. Professional Support Excellence
ด้านบริหารทุนมนุษย์	O13 บุคลากรที่ปฏิบัติงานสัมผัสผู้ป่วยและบุคลากรที่ปฏิบัติงานสนับสนุนอื่นๆ ในพื้นที่โรงพยาบาลมีโอกาสติดเชื้อ COVID-19	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 5. Professional Support Excellence
ด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก	O18 โครงสร้างอาคารเสียหาย	1	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 7. Green Campus & Shared Service Facility Management

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัย	คณะฯ
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O19 ความปลอดภัยในการจราจรในคณะฯ	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 7. Green Campus & Shared Service Facility Management
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O20 ควทรัพย์สินสูญหาย	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 7. Green Campus & Shared Service Facility Management
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O27 การจัดการขยะในหน่วยงานบริการ ผู้ป่วยไม่ได้ตามมาตรฐานสากล	3	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 7. Green Campus & Shared Service Facility Management
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O28 บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วย เนื่องจากการทำงาน	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 7. Green Campus & Shared Service Facility Management
ด้านสารสนเทศ	S24 ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญและจำเป็นต่อ การวางแผนหรือการบริหารงานภายในคณะฯ ไม่ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ครอบคลุม	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. IT System as an Enabler
ด้านสร้างเสริมสุขภาพ	S33 ประชาชนในชุมชนที่คณะฯ ดูแล มีปัญหาด้านสุขภาพ	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Health Service Management
ด้านสร้างเสริมสุขภาพ	S34 คณะฯ ไม่มีผลงานที่ขึ้นำสังคมเป็น นโยบายระดับชาติหรือนานาชาติตาม หลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยกำหนด (2564)	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของ คณะฯ

ความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone)



รูปภาพที่ 18 ความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone)

เมื่อพิจารณาลักษณะของทั้ง 12 ความเสี่ยง พบประเด็นที่น่าสนใจในภาพรวม ดังนี้

**ความเสี่ยงเดิม และ ความเสี่ยงใหม่:** เพื่อพิจารณาภาพรวมของความเสี่ยงคณะฯ ในปีงบประมาณ 2564 พบว่า ความเสี่ยงที่อยู่ใน Green Zone เป็น Zone เดียวที่มีความเสี่ยงเดิมจากปีงบประมาณ 2563 มากกว่า ความเสี่ยงใหม่ โดยพบว่า เป็นความเสี่ยงเดิม จำนวน 8 ความเสี่ยง และเป็นความเสี่ยงใหม่ จำนวน 4 ความเสี่ยง เมื่อพิจารณาลักษณะร่วมของความเสี่ยง พบว่า ทั้งหมดใช้กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (Existing Control) ในการควบคุมความเสี่ยงเป็นหลัก และใช้กิจกรรมการควบคุมหรือแผนการจัดการความเสี่ยง (Control Activity) จากการพบอุปสรรคและโอกาสพัฒนาในระบบการบริหารจัดการ เพื่อส่งเสริมความสามารถของกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (Existing Control) ในบางความเสี่ยงเท่านั้น สามารถอธิบายได้ ดังนี้

**ความเสี่ยงเดิม:** เป็นความเสี่ยงธรรมชาติของหน่วยงานจาก Cluster Professional Service และ Cluster Education and Research ที่เกิดจากการพบอุปสรรคและโอกาสพัฒนาในระบบ และ/หรือ กระบวนการ ที่ต้องได้รับการดำเนินการ และติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐาน หรือกฎระเบียบ ข้อบังคับ โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มีการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ มาแล้วระยะหนึ่ง

**ความเสี่ยงใหม่:** ทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงของรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ ซึ่งมีนโยบายให้พิจารณาความเสี่ยงองค์กร จากทุกความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อคณะฯ โดยพิจารณา ครอบคลุมทุกระดับของการประเมินความเสี่ยง (Level of Assess) ส่งผลให้กระบวนการย่อยต่าง ๆ ได้รับการ พิจารณาอุปสรรคและโอกาสพัฒนามากขึ้น และพบว่า ระบบการบริหารจัดการที่ใช้ในปัจจุบันบางส่วน ไม่เพียงพอ ไม่สามารถบริหารจัดการภายใต้สถานการณ์ที่มีเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

ประเภทของความเสียหาย: ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริหารจัดการ และมาตรฐานการดำเนินงานของคณะฯ ที่อาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายการดำเนินงาน ไปจนถึงอาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ หากคณะฯ ไม่สามารถควบคุมความเสี่ยง ให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ ทั้งนี้พบความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) และความเสี่ยงด้านการรายงาน/การเงิน (Financial/Reporting Risk) บางส่วน ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งมีลักษณะร่วมเดียวกับความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ที่กล่าวไปข้างต้น

ความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster: ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงจาก Cluster Professional Service และบางส่วนเป็นความเสี่ยงจาก Cluster Education and Research โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงตามลักษณะธรรมชาติของหน่วยงานที่เกิดจากการพบอุปสรรคและโอกาสพัฒนาในระบบ และ/หรือ กระบวนการ ที่ต้องได้รับการดำเนินการ และติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐาน หรือกฎระเบียบข้อบังคับ โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มีการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ 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
<b>Cluster Education &amp; Research</b>					
ด้านการศึกษา	S40 การเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตลดระดับลง (Ranking)	2	1	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
ด้านวิจัย	O37 ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจหรือน้ำยาทดสอบที่เก็บในตู้แช่แข็ง -30°C หรือ -80°C เสียหาย	2	1	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Global Research and Innovation	ยุทธศาสตร์ที่ 2. High Impact Research Focus
ด้านวิจัย	O38 ความไม่ปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการวิจัย (Lab Safety)	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Global Research and Innovation	ยุทธศาสตร์ที่ 2. High Impact Research Focus
<b>Cluster Professional Service</b>					
ด้านวิชาการและวัฒนธรรม	S31 หัวหน้างานพันธกิจบริการวิชาการขาด Competency ด้านบริหารสำคัญ เพื่อมุ่งสู่การบริการวิชาการที่เป็นเลิศ (ใหม่)	3	1	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 5. Professional support Excellence
ด้านการพัสดุ	O4 การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกรับผลประโยชน์หรือการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของเจ้าหน้าที่พัสดุ	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของคณะฯ
ด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก	O7 ระบบไฟฟ้า ไม่เพียงพอต่อความต้องการในคณะฯ	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
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O10 อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการ ยานพาหนะ	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self - Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 7. Green Campus & Shared Service Facility Management
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O17 น้ำรั่วจากท่อเมนน้ำประปา , ท่อระบาย น้ำอุดตัน	3	1	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self - Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 7. Green Campus & Shared Service Facility Management
ด้านบริหารทุนมนุษย์	S12 ไม่สามารถสรรหาและบรรจุบุคลากร ตำแหน่งที่สำคัญ (Key position) ได้เพียงพอ ตามหน่วยงานในสถาบันฯ ที่เปิดดำเนินการ	2	1	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 5. Professional Support Excellence
ด้านการคลัง	F15 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการ ทางด้านการบริหารงบประมาณ	3	1	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของ คณะฯ
ด้านการคลัง	F16 ความเสียหายจากกระบวนการรับเงิน รายได้อื่นนอกเหนือค่ารักษาพยาบาล (2564)	3	1	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของ คณะฯ
ด้านสารสนเทศ	O25 ครุภัณฑ์สารสนเทศของคณะฯ สูญหาย หรือเสียหาย	3	1	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. IT System as an Enabler



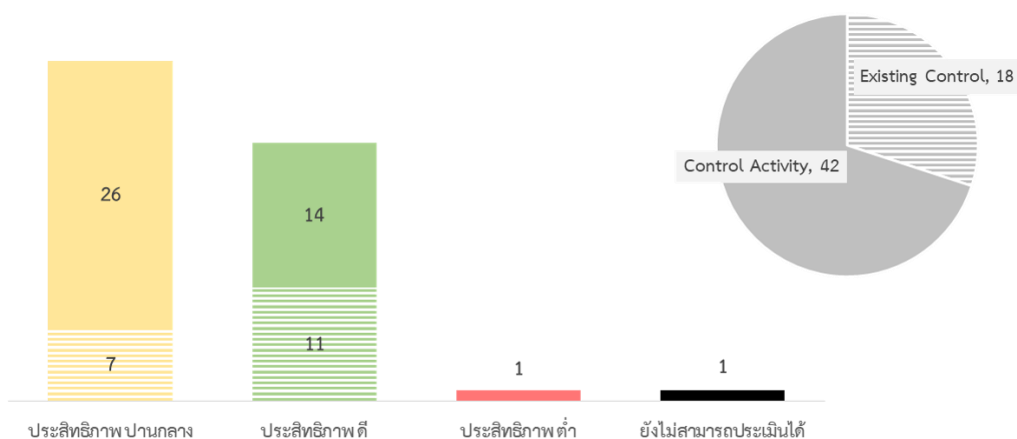
## ผลการจัดการความเสี่ยง

### ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยง

จากการประเมิน และจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2564 คณะฯ สามารถดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยง ได้ผลการจัดการความเสี่ยงตามมุมมองต่าง ๆ สามารถอธิบายในภาพรวมได้ ดังนี้

#### ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง

การพิจารณาประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2564 พิจารณาจากความสามารถของทั้งกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ที่ส่งผลต่อระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบของความเสี่ยง ภายหลังจากดำเนินงานจัดการความเสี่ยง โดยพบว่าคณะฯ ใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ร้อยละ 70 ( $42 \times 100 / 60$ ) และใช้กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ร้อยละ 30 ( $18 \times 100 / 60$ ) ตามรูปภาพที่ 19



รูปภาพที่ 19 ภาพรวมประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง

กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่ได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง (Yellow) ที่ร้อยละ 55 ( $33 \times 100 / 60$ ) ของความเสี่ยงทั้งหมด พบในความเสี่ยงที่ใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มากถึงร้อยละ 79 ( $26 \times 100 / 33$ ) และพบในความเสี่ยงที่ใช้กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ร้อยละ 21 ( $7 \times 100 / 33$ ) ของความเสี่ยงที่กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงมีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง (Yellow) ทั้งหมด กิจกรรมเหล่านี้ไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ เนื่องจากส่วนใหญ่อยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนระยะยาว และ/หรือ ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกคณะฯ รวมถึงพบว่าบางส่วนได้รับผลกระทบจากปัจจัยภายนอกที่ควบคุมยาก ทั้งจากการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย และ/หรือ นโยบาย ที่คณะฯ ต้องปฏิบัติตาม และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่ยังคงส่งผลกระทบต่อการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ ต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ 2563 และส่งผลให้กิจกรรมที่ใช้ในการบริหารความเสี่ยงบางส่วนล่าช้า เนื่องจากถูกชะลอหรือถูกระงับการดำเนินงาน รวมถึงพบว่า กิจกรรมบางส่วนที่กำหนดไว้ภายใต้การประเมินสถานการณ์ COVID-19 จากปีงบประมาณ 2563 ไม่เพียงพอต่อการบริหารจัดการจริงในปีงบประมาณ 2564

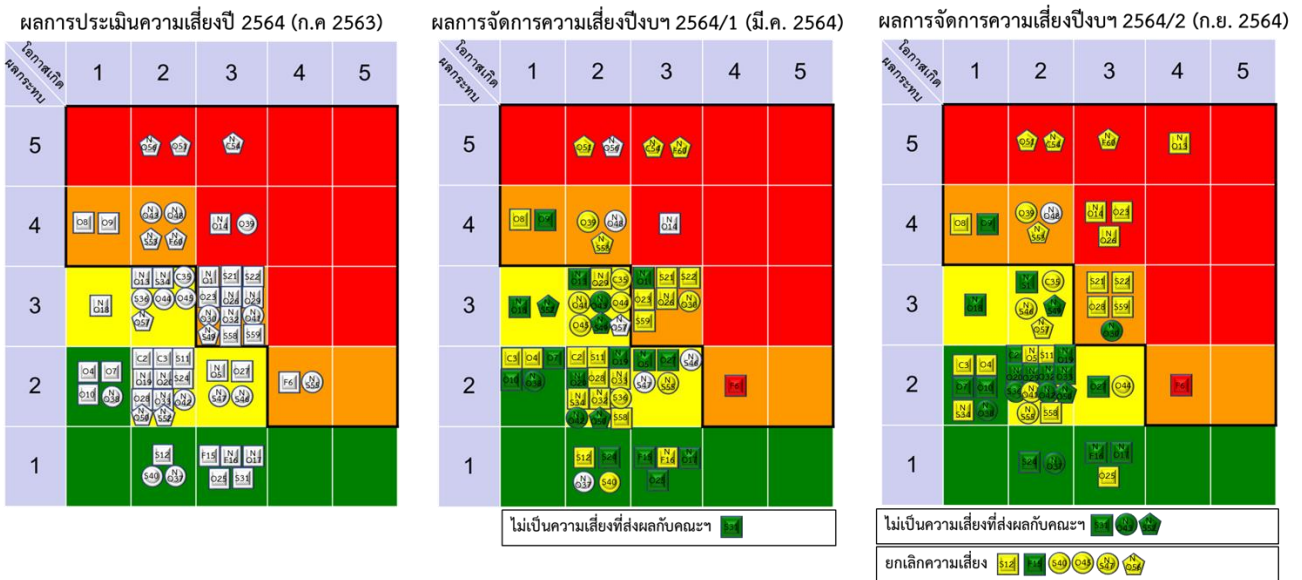
ทั้งนี้พบความเสี่ยงที่กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับดี (Green) ร้อยละ 42 (25x100/60) ของความเสี่ยงทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำ และปานกลาง ที่ได้รับการดำเนินงานจัดการความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับที่คณะฯ สามารถยอมรับได้ โดยสามารถควบคุมให้ระดับความเสี่ยงคงที่ หรือจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง หรือจัดการให้ไม่มีความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ พบในความเสี่ยงที่ใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ร้อยละ 56 (14x100/25) และความเสี่ยงที่ใช้กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ร้อยละ 44 (11x100/25) ของความเสี่ยงที่กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงมีประสิทธิภาพในระดับดี (Green) ทั้งหมด

โดยในปีงบประมาณ 2564 พบความเสี่ยงที่กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับ ต่ำ (Red) 1 ความเสี่ยง เนื่องจากกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ทั้งหมดไม่เป็นไปตามแผน และไม่สามารถใช้ในการจัดการความเสี่ยงได้ รวมถึงพบปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้จากการที่เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) ไม่สามารถควบคุมการดำเนินงานได้ด้วยตัวเอง ต้องอาศัยหน่วยงานอื่นในการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยงทั้งหมด

รวมถึงพบความเสี่ยงที่กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงยังไม่ได้รับการประเมินประสิทธิภาพ 1 ความเสี่ยง เนื่องจากกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ทั้งหมดอยู่ระหว่างการวางระบบ และยังไม่สามารถนำไปใช้ในการจัดการความเสี่ยงได้จริง

**การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง**

จากประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงดังกล่าว ส่งผลให้ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุมมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้



รูปภาพที่ 20 แสดง Risk Map-Dashboard ภาพรวมการเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง

**ระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น** จำนวน 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 8 (5x100/60) ของความเสี่ยงทั้งหมด โดยส่วนใหญ่อยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนระยะยาว และ/หรือ ต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากหลายหน่วยงานภายในคณะฯ รวมถึงพบว่าแผนการบริหารจัดการที่กำหนดไว้ ไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จนส่งผลให้ระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้นทั้งในระดับโอกาสเกิด (Likelihood) และระดับผลกระทบ (Impact) เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง สามารถแยกวิเคราะห์ได้ดังนี้

- ความเสี่ยงที่ระดับโอกาสเกิด (Likelihood) ปรับเพิ่มขึ้น เป็นการพิจารณาจากปัจจัยภายนอกที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 การประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 และพระราชบัญญัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ. 2562
- ความเสี่ยงที่ระดับผลกระทบ (Impact) ปรับเพิ่มขึ้น เป็นการพิจารณาผลกระทบของความเสี่ยงตามเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยกำหนดอย่างรัดกุมมากขึ้น

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยง เพิ่มขึ้น มีดังนี้

1. พันธกิจด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O28	บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเนื่องจาก การทำงาน (2561)	จาก	2 x 2	เป็น	3 x 3
2. พันธกิจด้านบริหารทุนมนุษย์	O13	บุคลากรที่ปฏิบัติงานสัมผัสผู้ป่วยและ บุคลากรที่ปฏิบัติงานสนับสนุนอื่น ๆ ในพื้นที่โรงพยาบาลมีโอกาสติดเชื้อ COVID-19 (2564)	จาก	2 x 3	เป็น	4 x 5
3. พันธกิจด้านสารสนเทศ	O23	มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือ ข้อมูลความลับ (2558)	จาก	3 x 3	เป็น	3 x 4
4. พันธกิจด้านสารสนเทศ	O26	ภัยคุกคามทางไซเบอร์ต่อระบบ สารสนเทศโรงพยาบาล (2564)	จาก	3 x 3	เป็น	3 x 4
5. พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ	F60	ผลการดำเนินการดูแลสุขภาพด้านการเงิน สุทธิไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2564)	จาก	2 x 4	เป็น	3 x 5

**ระดับความเสี่ยงคงที่** จำนวน 35 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 58 (35x100/60) ของความเสี่ยงทั้งหมด พบกระจายตัวทั่วทั้ง Risk Map – Dashboard สามารถวิเคราะห์แยกตามระดับความเสี่ยงได้ดังนี้

- ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงคงที่ ที่ระดับปานกลางและระดับต่ำ เป็นความเสี่ยงที่ได้รับ การควบคุมตามมาตรฐานหรือระเบียบด้านคุณภาพและความปลอดภัยตามธรรมชาติของ ลักษณะงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถควบคุมให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ แต่ยังคงได้รับการประเมินให้เป็นความเสี่ยงระดับคณณะ ที่ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
- ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงคงที่ ที่ระดับสูงและระดับสูงมาก เป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการ ดำเนินงานที่ต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน และมักได้รับผลกระทบจากปัจจัย ที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ จนส่งผลให้ผลการดำเนินงานฯ เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ไม่ได้ ตามเป้าที่กำหนด และได้รับการประเมินให้เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามต่อเนื่อง

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยง คงที่ มีดังนี้

1. พันธกิจด้านสื่อสารองค์กร	O14	ความเสียหายต่อชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กรที่เกิด จากข่าวสารในสื่อสังคมออนไลน์ (2564)	คงที่ ที่	3 x 4
2. พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ	O51	เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง (G, H, I) ในการให้การดูแลสุขภาพ และ/หรือ ทำให้เกิดการ ร้องเรียนต่อองค์กรภายนอก/ศาล (2556)	คงที่ ที่	2 x 5
3. พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ	C54	การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตาม พรบ.คุ้มครองข้อมูล ส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2564)	คงที่ ที่	3 x 5
4. พันธกิจด้านการคลัง	F6	ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บ ค่ารักษาพยาบาล (เน้นระบบ Billing System) (2561)	คงที่ ที่	4 x 2
5. พันธกิจด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O8	การเกิดอัคคีภัย (2557)	คงที่ ที่	1 x 4
6. พันธกิจด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O9	เกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรงภายในคณะฯ (2563)	คงที่ ที่	1 x 4
7. พันธกิจด้านสารสนเทศ	S21	ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้ วางแผนไว้ล่วงหน้า (2555)	คงที่ ที่	3 x 3
8. พันธกิจด้านสารสนเทศ	S22	ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการ ของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯ แต่ละกลุ่มได้ตามความ ต้องการ (2557)	คงที่ ที่	3 x 3
9. พันธกิจด้านการศึกษา	O30	คุณภาพการเรียนการสอนของโรงเรียนแพทย์ งามาธิบติลดลง เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ ของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (CNMI) (2564)	คงที่ ที่	3 x 3
10. พันธกิจด้านการศึกษา	O48	การฆ่าตัวตายของนักศึกษา (2564)	คงที่ ที่	2 x 4

11. พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ	S53	ผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพไม่เป็นไปตาม วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (2564)	ครั้งที่ 2 x 4
12. พันธกิจด้านสารสนเทศ	S59	ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้ วางแผนไว้ล่วงหน้า (2563)	ครั้งที่ 3 x 3
13. พันธกิจด้านการพัสดุ	C2	เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vendor) (2557)	ครั้งที่ 2 x 2
14. พันธกิจด้านการพัสดุ	O5	ครุภัณฑ์ของคณะฯ สูญหายหรือเสียหาย ที่ไม่เกิดจาก การใช้งานตามปกติ (2564)	ครั้งที่ 3 x 2
15. พันธกิจด้านบริหารทุนมนุษย์	S11	ขาดระบบการคัดเลือกและเตรียมความพร้อม ของผู้ที่เหมาะสมขึ้นสู่ตำแหน่งบริหาร (2561)	ครั้งที่ 2 x 2
16. พันธกิจด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O18	โครงสร้างอาคารเสียหาย (2564)	ครั้งที่ 1 x 3
17. พันธกิจด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O19	ความปลอดภัยในการจราจรในคณะฯ (2564)	ครั้งที่ 2 x 2
18. พันธกิจด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O20	ทรัพย์สินสูญหาย (2564)	ครั้งที่ 2 x 2
19. พันธกิจด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O27	การจัดการขยะในหน่วยงานบริการผู้ป่วยไม่ได้ตาม มาตรฐานสากล (2561)	ครั้งที่ 3 x 2
20. พันธกิจด้านสร้างเสริมสุขภาพ	S33	ประชาชนในชุมชนที่คณะฯ ดูแล มีปัญหาด้านสุขภาพ (2564)	ครั้งที่ 2 x 2
21. พันธกิจด้านวิจัย	C35	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมีการกระทำ ผิดการวิจัยในคน (2558)	ครั้งที่ 2 x 3
22. พันธกิจด้านวิจัย	S36	ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับ นานาชาติไม่ได้ตามเป้าหมาย (2556)	ครั้งที่ 2 x 3
23. พันธกิจด้านการศึกษา	O42	ความเสี่ยงของการแพร่ระบาด หรือการติดเชื้อของ นักศึกษา (Outbreak Risk) (2564)	ครั้งที่ 2 x 2
24. พันธกิจด้านการศึกษา	O44	จำนวนของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่ สมัครเข้ารับการศึกษามีกรอบไม่ได้ตามเป้าหมาย (2561)	ครั้งที่ 2 x 3
25. พันธกิจด้านการศึกษา	S46	คุณภาพการเรียนรู้ตามเกณฑ์การฝึกอบรมของแพทย์ ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ไม่เป็นไป- ตามมาตรฐานการฝึกอบรมของแพทยสภา และ/หรือ ราชวิทยาลัย (2564)	ครั้งที่ 3 x 2

26. พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ	O50	ความปลอดภัยของผู้รับบริการจากให้บริการของศูนย์ สนับสนุนพันธกิจ (Patient Safety) (2564)	ครั้งที่ 2 x 2
27. พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ	O57	เครื่องมือแพทย์ที่มีการเชื่อมต่อกับคอมพิวเตอร์และ ระบบเครือข่าย ได้รับผลกระทบจากไวรัส มัลแวร์ หรือภัยคุกคามทางไซเบอร์ (2564)	ครั้งที่ 2 x 3
28. พันธกิจด้านการพัสดุ	O4	การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกปรับผลประโยชน์หรือ การมีผลประโยชน์ทับซ้อนของเจ้าหน้าที่พัสดุ (2563)	ครั้งที่ 1 x 2
30. พันธกิจด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O7	ระบบไฟฟ้า ไม่เพียงพอต่อความต้องการในคณะฯ (2559)	ครั้งที่ 1 x 2
31. พันธกิจด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O10	อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการยานพาหนะ (2558)	ครั้งที่ 1 x 2
32. พันธกิจด้านการคลัง	F16	ความเสียหายจากกระบวนการรับเงินรายได้อื่น นอกเหนือค่ารักษาพยาบาล (2564)	ครั้งที่ 3 x 1
33. พันธกิจด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O17	น้ำรั่วจากท่อเมนน้ำประปา, ท่อระบายน้ำอุดตัน (2564)	ครั้งที่ 3 x 1
34. พันธกิจด้านสารสนเทศ	O25	ครุภัณฑ์สารสนเทศของคณะฯ สูญหายหรือเสียหาย (2563)	ครั้งที่ 3 x 1
35. พันธกิจด้านวิจัย	O37	ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจหรือน้ำยาทดสอบที่เก็บในตู้แช่แข็ง -30°C หรือ -80°C เสียหาย (2564)	ครั้งที่ 1 x 1
36. พันธกิจด้านวิจัย	O38	ความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการวิจัย (Lab Safety) (2564)	ครั้งที่ 1 x 2

**ระดับความเสี่ยงลดลง** จำนวน 11 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 31 (11x100/60) ของความเสี่ยงทั้งหมด กระจายตัวทั่วทั้ง Risk Map–Dashboard โดยพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ระหว่างดำเนินการ และมีผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด แต่สามารถแสดงความคืบหน้าของการดำเนินงานที่มีแนวโน้มที่ดี มีประสิทธิภาพเพียงพอในการควบคุมความเสี่ยง จากการจัดการสาเหตุของความเสี่ยง ดังนั้นระดับความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงลดลงที่ระดับโอกาสเกิด และส่งผลให้ระดับผลกระทบในความเสี่ยงที่มีการดำเนินการมาแล้วระยะหนึ่งปรับลดลงด้วย ทั้งนี้ยังคงพบการปรับลดระดับความเสี่ยงที่เป็นผลจากการพิจารณาความเป็นไปได้ในภาพรวมของความเสี่ยง ร่วมกับข้อมูลแวดล้อมต่าง ๆ ตามมุมมองการบริหารความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) เช่นเดียวกับปีงบประมาณ 2563 บ้างบางส่วน

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยง ลดลง มีดังนี้

1. พันธกิจด้านการศึกษา	O39	ทรัพยากรไม่เพียงพอต่อการรองรับ หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตปรับปรุง 2562 และ 2563 (2562)	จาก 3 x 4 เป็น 2 x 4
------------------------	-----	---	----------------------

2. พันธกิจด้านคุณภาพ	S1	คณะฯ ไม่ผ่านเกณฑ์รางวัลการบริหารสู่ความเป็นเลิศที่มีความโดดเด่นด้านปฏิบัติการ (TQC Plus) (2564)	จาก	3 x 3	เป็น	2 x 3
3. พันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก	O29	การก่อสร้างเพื่อรองรับการเรียนการสอนล่าช้ากว่าแผนที่วางไว้ (CNMI) (2564)	จาก	3 x 3	เป็น	2 x 2
4. พันธกิจด้านวิชาการและวัฒนธรรม	O32	การให้บริการตามพันธกิจฯ ตอบสนองได้ไม่ทันต่อความต้องการของลูกค้า (2564)	จาก	3 x 3	เป็น	2 x 2
5. พันธกิจด้านการศึกษา	S41	คุณภาพการเรียนการสอนลดลงเนื่องจากการปรับการเรียนการสอนตามสถานการณ์ COVID-19 หรืออื่นๆ (2564)	จาก	3 x 3	เป็น	2 x 2
6. พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ	S49	รายได้ภาพรวมของศูนย์สนับสนุนพันธกิจมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากสภาวะเศรษฐกิจ (2564)	จาก	3 x 3	เป็น	2 x 3
7. พันธกิจด้านวิเทศสัมพันธ์	S55	ผลลัพธ์การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ทางการศึกษา/วิจัย/วิชาการ ที่ลดลงเนื่องจากได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ COVID-19 (2564)	จาก	4 x 2	เป็น	2 x 2
8. พันธกิจด้านสารสนเทศ	S58	ระบบ HIS <sup>12</sup> ที่ CNMI <sup>13</sup> ไม่สามารถใช้งานได้ตามที่กำหนด (2561)	จาก	3 x 3	เป็น	2 x 2
9. พันธกิจด้านสร้างเสริมสุขภาพ	S34	คณะฯ ไม่มีผลงานที่ขึ้นนำสังคมเป็นนโยบายระดับชาติหรือนานาชาติตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยกำหนด (2564)	จาก	2 x 3	เป็น	1 x 2
10. พันธกิจด้านการพัสดุ	C3	ความเสี่ยงจากการทำผิดพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 (2561)	จาก	2 x 2	เป็น	1 x 2
11. พันธกิจด้านสารสนเทศ	S24	ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญและจำเป็นต่อการวางแผนหรือการบริหารงานภายในคณะฯ ไม่ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ครอบคลุม (2560)	จาก	2 x 2	เป็น	2 x 1

12 Hospital Information System

13 สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์

**ระดับความเสี่ยงไม่สามารถวัดได้ตามเกณฑ์** เคลื่อนที่ออกจาก Risk Map-Dashboard ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 3 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 5 (3x100/60) ของความเสี่ยงทั้งหมด โดยพบว่า กิจกรรมการควบคุมที่มีในปัจจุบันและกิจกรรมควบคุมมีประสิทธิภาพดี สามารถจัดการและควบคุมให้ความเสี่ยงทั้ง 3 ไม่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ รวมถึงสามารถนำไปบริหารจัดการและควบคุมได้ภายในหน่วยงาน (Division/Business Unit) ต่อไป

ความเสี่ยงที่ภายหลังการดำเนินงานพบว่า ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ มีดังนี้

1. พันธกิจด้านวิชาการและวัฒนธรรม	S31	หัวหน้างานพันธกิจบริการวิชาการขาด Competency (ด้านบริหารจัดการ) สำคัญ เพื่อมุ่งสู่การบริการวิชาการที่เป็นเลิศ (2563)	หลุดจากระดับ	3 x 1
2. พันธกิจด้านการศึกษา	O43	ข้อผิดพลาด/ข้อร้องเรียนจากเหตุการณ์ ประมวลผลคะแนนผิดพลาดในการรับนักศึกษา หรือกรณีอื่นๆ (2564)	หลุดจากระดับ	2 x 4
3. พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ	S52	ไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ HA ที่โรงพยาบาล รามาธิบดีจักรีนฤเบดินทร์ (2564)	หลุดจากระดับ	2 x 2

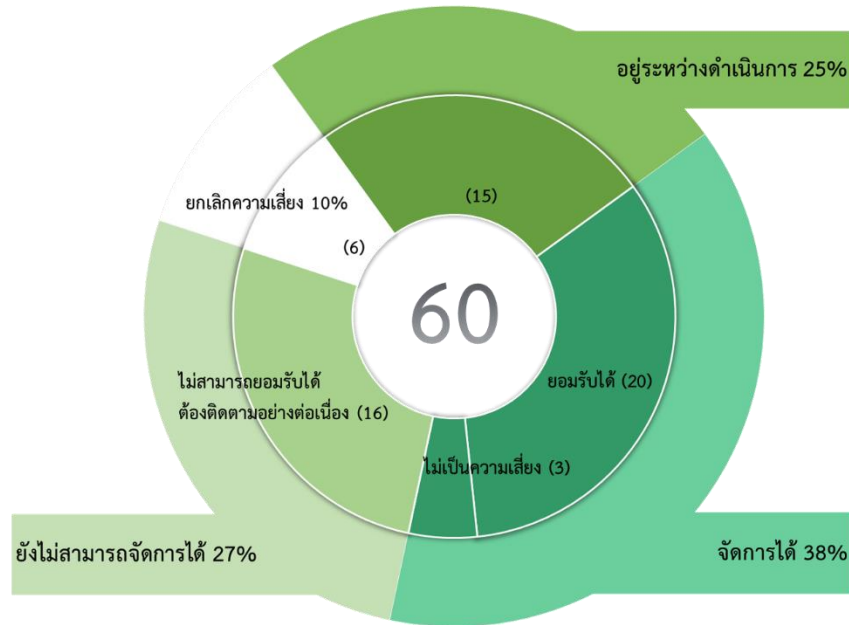
**ยกเลิกความเสี่ยง** ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 6 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 10 (6x100/60) ของความเสี่ยงทั้งหมด ความเสี่ยงเหล่านี้เป็นความเสี่ยงที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงข้อตกลง/กระบวนการ/ผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติงาน ไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงมุมมองของผู้บริหาร ส่งผลให้วัตถุประสงค์ และ/หรือ การดำเนินงานของคณะฯ ไม่สอดคล้องกับปัจจุบัน และได้รับการประเมินให้ยกเลิกการดำเนินงานเพื่อจัดการความเสี่ยง ประกอบด้วยความเสี่ยง ดังนี้

1. พันธกิจด้านบริหารทุนมนุษย์	S12	ไม่สามารถสรรหาและบรรจุบุคลากรตำแหน่ง สำคัญ (Key Position) ได้เพียงพอตามหน่วยงาน ในสถาบันฯ ที่เปิดดำเนินการ (2561)	ยกเลิกจาก	2 x 1
2. พันธกิจด้านการคลัง	F15	ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการทางด้านการ บริหารงบประมาณ	ยกเลิกจาก	3 x 1
3. พันธกิจด้านการศึกษา	S40	การเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ลดระดับลง (Ranking) (2561)	ยกเลิกจาก	2 x 1
4. พันธกิจด้านการศึกษา	O45	การดำเนินการเพื่อให้หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ ประจำบ้านผ่านการตรวจประเมินตามเกณฑ์ WFME ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2562)	ยกเลิกจาก	2 x 3
5. พันธกิจด้านการศึกษา	S47	การพัฒนาคุณภาพของหลักสูตร Master/Ph.D. ไม่เป็นไปตามมาตรฐานสากลตามเกณฑ์คุณภาพ AUN-QA (2564)	ยกเลิกจาก	3 x 2
6. พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ	O56	เครื่องมือแพทย์ช่วยชีวิตความเสี่ยงสูงหยุดทำงาน/ ทำงานไม่ถูกต้องเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (2564)	ยกเลิกจาก	2 x 5



## ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง

ความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2564 จำนวน 60 ความเสี่ยง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สามารถดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยง ได้ผลการจัดการความเสี่ยง ดังนี้



รูปภาพที่ 21 ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยง

**สามารถจัดการความเสี่ยงได้** จำนวน 23 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 38 ( $23 \times 100 / 60$ ) ของความเสี่ยงทั้งหมด คิดเป็นสัดส่วนผลการจัดการความเสี่ยงที่มากที่สุดในปีงบประมาณ 2564 โดยเป็นผลจากมติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 3/2561 ที่กำหนดให้การติดตามผลการจัดการความเสี่ยงต้องดำเนินการเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ส่งผลให้เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) สามารถดำเนินการจัดการความเสี่ยง และสามารถรายงานผลการจัดการความเสี่ยง ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ทั้งนี้สามารถแบ่งตามความสามารถของการจัดการได้ 2 ประเภท ดังนี้

1. **ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ** ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 3 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 13 ( $3 \times 100 / 23$ ) ของความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ทั้งหมด รายละเอียดได้อธิบายไว้ในหัวข้อ *ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง* ย่อหน้า *ระดับความเสี่ยงไม่สามารถวัดได้ตามเกณฑ์*
2. **เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้** ต้องยกไปดำเนินการในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 20 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 87 ( $20 \times 100 / 23$ ) ของความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลางและระดับความเสี่ยงต่ำ รวมถึงพบความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงที่ได้รับการประเมินภายหลังการจัดการฯ ว่าเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้บางส่วน โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงธรรมชาติของลักษณะธุรกิจหรือลักษณะงานที่อาจเกิดขึ้นได้ หากมีปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้เข้ากระทบ ทั้งนี้พบลักษณะร่วมของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่างกัน ดังนี้

- ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลางและระดับความเสี่ยงต่ำ เป็นความเสี่ยงที่ได้รับการควบคุมตามมาตรฐานหรือระเบียบด้านคุณภาพและความปลอดภัยตามธรรมชาติของลักษณะงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมาแล้วระยะหนึ่ง กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับดี (Green) - ปานกลาง (Yellow) โดยสามารถควบคุมให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ แต่ยังคงได้รับการประเมินให้เป็นความเสี่ยงระดับคณฯ ที่ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
- ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูง เป็นความเสี่ยงใหม่ในปีงบประมาณ 2564 ที่เกิดจากการได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่เป็นปัจจัยกระตุ้น ทั้งการล่าช้าของโครงการก่อสร้าง คุณภาพการเรียนการสอน ไปจนถึงรายได้ที่อาจมีแนวโน้มลดลง แต่เมื่อดำเนินการตามกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) พบว่า กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะสามารถจัดการให้ระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบของความเสี่ยง ลดลง และเคลื่อนเข้าสู่ Yellow Zone เป็นความเสี่ยงที่คณฯ สามารถยอมรับได้

#### ความเสี่ยงที่ยอมรับได้ มีดังนี้

##### พันธกิจด้านการศึกษา

1. S41 คุณภาพการเรียนการสอนลดลง เนื่องจากการปรับการเรียนการสอนตามสถานการณ์ COVID-19 หรืออื่นๆ (2564) ลดลงจาก 3x3 เป็น 2x2
2. O42 ความเสี่ยงของการแพร่ระบาด หรือการติดเชื้อของนักศึกษา (Outbreak Risk) (2564) คงที่ ที่ 2x2
3. O44 จำนวนของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่สมัครเข้ารับการศึกษามีกอບรมไม่ได้ตามเป้าหมาย (2561) คงที่ ที่ 2x3 เป็น 3x2
4. S46 คุณภาพการเรียนรู้ตามเกณฑ์การฝึกอบรมของแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการฝึกอบรมของแพทยสภา และ/หรือ ราชวิทยาลัย (2564) คงที่ ที่ 3x2 เป็น 2x3

##### พันธกิจด้านการวิจัย

5. S36 ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติไม่ได้ตามเป้าหมาย (2556) คงที่ ที่ 2x3 เป็น 2x2
6. O37 ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจหรือน้ำยาทดสอบที่เก็บในตู้แช่แข็ง -30°C หรือ -80°C เสียหาย (2564) คงที่ ที่ 1x1 เป็น 2x1
7. O38 ความไม่ปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการวิจัย (Lab Safety) (2564) คงที่ ที่ 1x2

##### พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ

8. S49 รายได้ภาพรวมของศูนย์สนับสนุนพันธกิจมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจ (2564) ลดลงจาก 3x3 เป็น 2x3
9. O50 ความปลอดภัยของผู้รับบริการจากให้บริการของศูนย์สนับสนุนพันธกิจ (Patient Safety) (2564) คงที่ ที่ 2x2

## พันธกิจด้านการคลัง

10. F16 ความเสียหายจากกระบวนการรับเงินรายได้อื่นนอกเหนือค่ารักษาพยาบาล (2564) คงที่ ที่ 3x1

## พันธกิจด้านการพัสดุ

11. C2 เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vendor) (2557) คงที่ ที่ 2x2

## พันธกิจด้านบริหารทุนมนุษย์

12. S11 ขาดระบบการคัดเลือกและเตรียมความพร้อมของผู้ที่เหมาะสมขึ้นสู่ตำแหน่งบริหาร (2561) คงที่ ที่ 2x2

## พันธกิจด้านสารสนเทศ

13. O25 ครุภัณฑ์สารสนเทศของคณะฯ สูญหายหรือเสียหาย (2563) คงที่ ที่ 3x1

## พันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก

14. O7 ระบบไฟฟ้า ไม่เพียงพอต่อความต้องการในคณะฯ (2559) คงที่ ที่ 1x2
15. O10 อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการยานพาหนะ (2558) คงที่ ที่ 1x2
16. O17 น้ำรั่วจากท่อเมนน้ำประปา , ท่อระบายน้ำอุดตัน (2564) คงที่ ที่ 3x1
17. O18 โครงสร้างอาคารเสียหาย (2564) คงที่ ที่ 1x3
18. O19 ความปลอดภัยในการจราจรในคณะฯ (2564) คงที่ ที่ 2x2
19. O20 ทรัพย์สินสูญหาย (2564) คงที่ ที่ 2x2
20. O29 การก่อสร้างเพื่อรองรับการเรียนการสอนล่าช้ากว่าแผนที่วางไว้ (CNMI) (2564) ลดลงจาก 3x3 เป็น 2x2

**ยังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้** เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง และยกไปดำเนินการในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 16 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 27 (16x100/60) ของความเสี่ยงทั้งหมด พบทั้งในความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลางไปจนถึงระดับความเสี่ยงสูงมาก โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงสำคัญตามธรรมชาติของลักษณะธุรกิจหรือลักษณะงาน ที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินงาน ต่อเนื่องระยะยาว ต้องใช้เวลาและอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกคณะฯ ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการจัดการความเสี่ยงได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด ระดับความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงยังคงที่ และบางส่วนได้รับการประเมินให้มีระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น (รายละเอียดได้อธิบายไว้ในหัวข้อความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง ย่อหน้าระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น) ดังนั้น ความเสี่ยงเหล่านี้จึงจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาปรับปรุงกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ในปีงบประมาณ 2565 ต่อไป ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่สามารถจัดการให้ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงานฯ ลดลง และเคลื่อนที่จาก Orange Zone เข้าสู่ Yellow Zone แต่ยังคงได้รับการพิจารณาให้เป็นความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการได้ เนื่องจาก พบปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้เข้ากระทบต่อการดำเนินงาน และส่งผลให้ผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด

ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง มีดังนี้

พันธกิจดูแลสุขภาพ

1. O51 เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง (G, H, I) ในการให้การดูแลสุขภาพ และ/หรือ ทำให้เกิดการร้องเรียนต่อองค์กรภายนอก/ศาล (2556) คงที่ ที่ 2x5
2. F60 ผลการดำเนินการดูแลสุขภาพด้านการเงินสุทธิไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2564) เพิ่มขึ้นจาก 2x4 เป็น 3x5

พันธกิจด้านคุณภาพ

3. S1 คนๆ ไม่ผ่านเกณฑ์รางวัลการบริหารสู่ความเป็นเลิศที่มีความโดดเด่นด้านปฏิบัติการ (Thailand Quality Class Plus: TQC Plus) (2564) ลดลงจาก 3x3 เป็น 2x3

พันธกิจด้านการคลัง

4. F6 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (เน้นระบบ Billing System) (2561) คงที่ ที่ 4x2

พันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก

5. O8 การเกิดอัคคีภัย (2557) คงที่ ที่ 1x4
6. O9 เกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรงภายในคนละ (2563) คงที่ ที่ 1x4
7. O27 การจัดการขยะในหน่วยงานบริการผู้ป่วยไม่ได้ตามมาตรฐานสากล (2561) คงที่ ที่ 3x2
8. O28 บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน (2561) เพิ่มขึ้นจาก 2x2 เป็น 3x3

พันธกิจด้านบริหารทุนมนุษย์

9. O13 บุคลากรที่ปฏิบัติงานสัมผัสผู้ป่วยและบุคลากรที่ปฏิบัติงานสนับสนุนอื่นๆ ในพื้นที่ โรงพยาบาลมีโอกาสดติดเชื้อ COVID-19 (2564) เพิ่มขึ้นจาก 2x3 เป็น 4x5

พันธกิจด้านสื่อสารองค์กร

10. O14 ความเสียหายต่อชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร ที่เกิดจากข่าวสารในสื่อสังคมออนไลน์ (2564) คงที่ ที่ 3x4

พันธกิจด้านสารสนเทศ

11. S21 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2555) คงที่ ที่ 3x3
12. S22 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคนละ แต่แต่ละกลุ่มได้ตามความต้องการ (2557) คงที่ ที่ 3x3
13. O23 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับ (2558) เพิ่มขึ้นจาก 3x3 เป็น 3x4
14. O26 ภัยคุกคามทางไซเบอร์ต่อระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (2564) เพิ่มขึ้นจาก 3x3 เป็น 3x4
15. S58 ระบบ HIS ที่ CNMI ไม่สามารถใช้การได้ตามที่กำหนด (2561) ลดลงจาก 3x3 เป็น 2x2
16. S59 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2563) คงที่ ที่ 3x3

**ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้** ต้องยกไปดำเนินการในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 15 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 25 (15x100/60) ของความเสี่ยงทั้งหมด ซึ่งเป็นสัดส่วนผลการจัดการความเสี่ยงที่ใกล้เคียงกับปีงบประมาณ 2562-2563 และดีกว่าปีงบประมาณ 2561 ที่มีผลการจัดการความเสี่ยงกลุ่มนี้ที่ร้อยละ 44 โดยเป็นผลจากมติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 3/2561 ที่กำหนดให้การติดตามผลการจัดการความเสี่ยงของคณะฯ ดำเนินการเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ส่งผลให้เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) สามารถดำเนินการจัดการความเสี่ยง และสามารถรายงานผลการจัดการความเสี่ยงตามแผนประจำปีงบประมาณได้ตามเวลาที่กำหนด ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงานยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้ จึงมีสัดส่วนที่น้อยลง เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่าส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงใหม่ที่ได้รับการประเมินในปีงบประมาณ 2564 ในขณะที่พบความเสี่ยงเก่าที่ยังอยู่ระหว่างการดำเนินงานเพียงเล็กน้อย พบกระจายตัวใน Risk Map-Dashboard ทั้งใน Green Zone ไปจนถึง Red Zone โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับระบบงานสำคัญของคณะฯ ที่กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงที่เป็นแผนต่อเนื่องระยะยาว ไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ในปัจจุบัน หรือได้ผลการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากเป็นเพียงข้อมูลระหว่างการดำเนินงาน ไม่ใช่ผลลัพธ์สุดท้ายของการจัดการความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง (Yellow) สอดคล้องกับผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ที่ส่วนใหญ่ยังอยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล หรือ ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

**ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้ มีดังนี้**

**พันธกิจด้านการศึกษา**

1. S30 คุณภาพการเรียนการสอนของโรงเรียนแพทย์รามาริบัติลดลง เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (CNMI) (2564) คงที่ ที่ 3x3
2. O39 ทรัพยากรไม่เพียงพอต่อการรองรับหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตปรับปรุง 2562 และ 2563 (2562) ลดลงจาก 3x4 เป็น 2x4
3. O48 การฆ่าตัวตายของนักศึกษา (2564) คงที่ ที่ 2x4

**พันธกิจด้านวิเทศสัมพันธ์**

4. S55 ผลลัพธ์การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ทางการศึกษา/วิจัย/วิชาการ ที่ลดลง เนื่องจากได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ COVID-19 (2564) ลดลงจาก 4x2 เป็น 2x2

**พันธกิจด้านการวิจัย**

5. C35 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติมีการกระทำผิดการวิจัยในคน (2558) คงที่ ที่ 2x3

**พันธกิจดูแลสุขภาพ**

6. S53 ผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (2564) คงที่ ที่ 2x4
7. S54 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตาม พรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2564) คงที่ ที่ 3x5 เป็น 2x5
8. O57 เครื่องมือแพทย์ที่มีการเชื่อมต่อกับคอมพิวเตอร์และระบบเครือข่าย ได้รับผลกระทบจากไวรัส มัลแวร์ หรือภัยคุกคามทางไซเบอร์ (2564) คงที่ ที่ 2x3

## พันธกิจด้านวิชาการและวัฒนธรรม

9. O32 การให้บริการตามพันธกิจบริการวิชาการตอบสนองได้ไม่ทันต่อความต้องการของลูกค้ำ ลดลงจาก 3x3 เป็น 2x2

## พันธกิจด้านการพัสดุ

10. C3 ความเสี่ยงจากการทำผิดพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 (2561) ลดลงจาก 2x2 เป็น 1x2
11. O4 การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกรับผลประโยชน์หรือการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของเจ้าหน้าที่พัสดุ (2563) คงที่ ที่ 1x2
12. O5 ครุภัณฑ์ของคณะฯ สูญหาย หรือเสียหาย ที่ไม่เกิดจากการใช้งานตามปกติ (2564) คงที่ ที่ 3x2 เป็น 2x2

## พันธกิจด้านสารสนเทศ

13. S24 ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญและจำเป็นต่อการวางแผนหรือการบริหารงานภายในคณะฯ ไม่ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ครอบคลุม (2560) ลดลงจาก 2x2 เป็น 2x1

## พันธกิจด้านสร้างเสริมสุขภาพ

14. S33 ประชาชนในชุมชนที่คณะฯ ดูแล มีปัญหาด้านสุขภาพ (2564) คงที่ ที่ 2x2
15. S34 คณะฯ ไม่มีผลงานที่ชี้้นำสังคมเป็นนโยบายระดับชาติหรือนานาชาติตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยกำหนด (2564) ลดลงจาก 2x3 เป็น 1x2

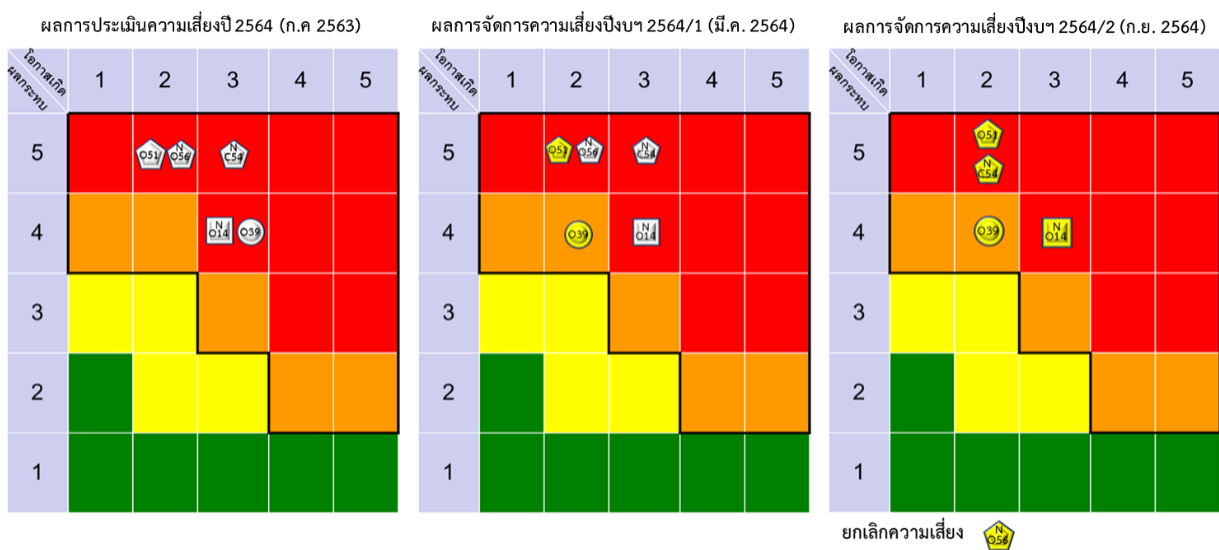
**ยกเลิกความเสี่ยง** ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 6 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 10 ( $6 \times 100 / 60$ ) ของความเสี่ยงทั้งหมด รายละเอียดได้อธิบายไว้ในหัวข้อ ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง ย่อหน้ายกเลิกความเสี่ยง

จากความสามารถในการจัดการความเสี่ยงดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า ความเสี่ยงที่ต้องยกไปดำเนินการจัดการต่อในปีงบประมาณ 2565 มีจำนวนทั้งสิ้น 51 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 85 ( $51 \times 100 / 60$ ) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงที่สามารถจัดการให้เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้จำนวน 20 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 33 ( $20 \times 100 / 60$ ) ของความเสี่ยงทั้งหมด ความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้จำนวน 16 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 27 ( $16 \times 100 / 60$ ) ของความเสี่ยงทั้งหมด และความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้จำนวน 15 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 25 ( $15 \times 100 / 60$ ) ของความเสี่ยงทั้งหมด

**ผลการจัดการความเสี่ยง แยกตามระดับความเสี่ยง**

**ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone)**

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงมาก เป็นความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ มี 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 8.3 (5x100/60) ของความเสี่ยงทั้งหมด เมื่อพิจารณาลักษณะความเสี่ยงและผลการจัดการความเสี่ยงในภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) และความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) ที่เกิดจากข้อควรพัฒนาและการพบโอกาสพัฒนาจากระบบการบริหารจัดการสำคัญของคณะฯ ที่ไม่ชัดเจน ไม่เพียงพอ และไม่สามารถนำไปใช้บริหารจัดการภายใต้สถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ซึ่งเป็นผลมาจากนโยบาย และ/หรือ เป้าหมายของคณะฯ ที่มีขอบเขตการบริหารจัดการและโครงสร้างการกำกับดูแล (Governance Structure) ขนาดใหญ่ ซับซ้อน จึงต้องอาศัยระยะเวลาและการดำเนินงานร่วมกับหลายหน่วยงาน ทั้งภายในและภายนอกคณะฯ รวมถึงพบว่า ความเสี่ยงเหล่านี้มีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) และมักได้รับผลกระทบโดยตรงหากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น การดำเนินงานต่าง ๆ จึงเป็นไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป เพื่อลดความผิดพลาด และ/หรือ แรงต่อต้านที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการบริหารความเสี่ยง ดังนั้น ความเสี่ยงทั้งหมดจึงเป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงานตามแผนระยะยาว ที่มีการแบ่งการดำเนินงานเป็นงบประมาณ ปีการศึกษา หรือแผนตามโครงการต่อเนื่องที่ยังไม่สามารถรายงานผลลัพธ์ในการจัดการความเสี่ยงได้ รวมถึงพบว่า ในปีงบประมาณ 2564 คณะฯ ยังคงได้รับผลกระทบจากปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทั้งจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ส่งผลให้กิจกรรมที่ใช้ในการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ บางส่วนล่าช้า เนื่องจากถูกชะลอ/ระงับการดำเนินงาน และการประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ที่ส่งผลให้คณะฯ ต้องทบทวนระบบงานที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลสำคัญต่าง ๆ อย่างรัดกุมเพิ่มขึ้น กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง (Control Activity) ของความเสี่ยงทั้ง 5 นี้ จึงไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง ได้เต็มศักยภาพ และได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง ต้องยกไปดำเนินการในปีงบประมาณ 2565 ต่อไป



รูปภาพที่ 22 Risk Map-Dashboard Red Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ)

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงาน พบว่า จาก 5 ความเสี่ยง มีความเสี่ยงมีระดับความเสี่ยงคงที่ ที่ Red Zone จำนวน 3 ความเสี่ยง และมีความเสี่ยงที่ระดับความเสี่ยงลดลง สามารถเคลื่อนที่จาก Red Zone เข้าสู่ Orange Zone จำนวน 1 ความเสี่ยง รวมถึงพบความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้ยกเลิกความเสี่ยง จำนวน 1 ความเสี่ยง เนื่องจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงของผู้บริหาร ทั้งนี้สามารถแบ่งตามความสามารถในการจัดการความเสี่ยง ดังนี้

1. **ยังไม่สามารถสรุปได้:** เป็นความเสี่ยงที่ยังอยู่ระหว่างการดำเนินงาน และไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้ จำนวน 2 ความเสี่ยง ประกอบด้วยความเสี่ยงเก่าจากพันธกิจด้านการศึกษาที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 และความเสี่ยงใหม่จากพันธกิจดูแลสุขภาพที่ยังอยู่ระหว่างการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562
2. **เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้:** เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง จำนวน 2 ความเสี่ยง โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงสำคัญตามธรรมชาติของลักษณะธุรกิจหรือลักษณะงาน ที่ต้องมีการดำเนินงานเพื่อควบคุมและติดตามอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยความเสี่ยงเก่าจากพันธกิจดูแลสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับความมาตรฐานคุณภาพ/ความปลอดภัยในการรักษาพยาบาล และความเสี่ยงใหม่จากพันธกิจด้านสื่อสารองค์กรที่เกี่ยวข้องกับชื่อเสียงภาพลักษณ์ของคณะฯ
3. **ยกเลิกความเสี่ยง:** เป็นความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้ยกเลิกการดำเนินงานเพื่อจัดการความเสี่ยง แต่ให้นำไปบริหารจัดการเป็นสาเหตุและกิจกรรมในความเสี่ยงเรื่องเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง (G, H, I) ในการให้การดูแลสุขภาพ และ/หรือ ทำให้เกิดการร้องเรียนต่อองค์กรภายนอก/ศาล ในปีงบประมาณ 2565 ตามมุมมองการบริหารความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner)

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงมาก เป็นความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ทั้ง 5 ความเสี่ยง สามารถอธิบายผลการจัดการความเสี่ยง รายละเอียดได้ ดังนี้

#### Cluster Education & Research: ด้านการศึกษา (ระดับปริญญา) จำนวน 1 ความเสี่ยง

##### O39 ทรัพยากรไม่เพียงพอต่อการรองรับหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตปรับปรุง 2563 (2562)

ความสามารถในการจัดการ: อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้

ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการ: ระดับความเสี่ยง ลดลง จากระดับความเสี่ยงสูงมาก ที่โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 4 มาอยู่ที่ระดับความเสี่ยงสูง ที่โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 4 และต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2565 โดยเป็นผลจากการคาดการณ์แนวโน้มผลการดำเนินการ ร่วมกับการพิจารณาข้อมูลแวดล้อมประกอบ ตามมุมมองของผู้บริหาร ซึ่งจะอธิบายในย่อหน้าต่อไป

ประสิทธิภาพในการจัดการ: กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ทั้งหมดยังอยู่ระหว่างการดำเนินงาน เนื่องจาก มีขอบเขตการบริหารจัดการขนาดใหญ่ ซับซ้อน ต้องอาศัยระยะเวลา และดำเนินงานร่วมกับหลายหน่วยงาน จึงได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง แต่ในภาพรวมพบว่าการดำเนินงานมีความคืบหน้าอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 อย่างชัดเจน ดังนี้



1. สามารถกำหนดโครงสร้างการบริหารงานด้านการศึกษา กรอบอัตรากำลังอาจารย์แพทย์ กรอบอัตรากำลังสายสนับสนุนด้านการศึกษา และสามารถแบ่งโครงสร้างภายในโรงเรียนแพทย์ เป็นสาขาวิชาคลินิก สาขาวิชาพรีคลินิก งานบริหารธุรการทั่วไป งานบริหารการศึกษา โดยสามารถบรรจุอัตรากำลังเพิ่มในสาขาวิชาคลินิก 2 อัตรา สาขาวิชาพรีคลินิก 4 อัตรา งานบริหารทั่วไปตำแหน่งผู้ปฏิบัติงานบริหาร 1 อัตรา ทั้งนี้มีการประชุมร่วมกับฝ่ายบริหารทุนมนุษย์ เพื่อแจ้งแผนการดำเนินงานในการบริหารหลักสูตรจนถึงปีการศึกษา 2566 ซึ่งจำเป็นต้องปรับโครงสร้างงานแพทยศาสตรศึกษาและขออัตรากำลังเพิ่มในตำแหน่ง นักวิชาการศึกษา 2 อัตรา นักวิชาการโสตทัศนศึกษา 1 อัตรา และเจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป 1 อัตรา เนื่องจากการกำหนดให้โรงเรียนแพทย์เป็นภาควิชาที่รับผิดชอบในการจัดรายวิชา จำนวนมาก โดยมีงานแพทยศาสตรศึกษาและงานบริหารการศึกษา เป็นหน่วยงานหลัก ในการรับผิดชอบบริหารหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
2. การจัดทำกระบวนการทำงานและระบบงานด้านการศึกษา (Work Process & Work Flow System) สามารถกำหนด/จัดทำ Work System ด้านการศึกษาแล้วเสร็จ ประกอบด้วย 6 กระบวนการหลัก และ 5 กระบวนการสนับสนุน ปัจจุบันอยู่ระหว่างการจัดทำ Work Flow ของกระบวนการ รวมทั้งปรับปรุงกระบวนการทำงานด้านการศึกษาของหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต และจัดทำ Work Instruction ของแต่ละกระบวนการ
3. ระบบบริหารการศึกษาซึ่งใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการดำเนินงาน (Student Life Cycle Management) ที่จัดทำและพัฒนาสำเร็จแล้วในปีงบประมาณ 2562 ปัจจุบันอยู่ระหว่างการนำมาใช้ให้ครอบคลุมภายในคณะฯ โดยเริ่มใช้ SLCM Phase 1 ในชั้นคลินิกหลักสูตรปรับปรุง 2554 และชั้นพรีคลินิกหลักสูตรปรับปรุง 2563 ร่วมกับการประเมินผลภายหลังการดำเนินงาน เพื่อพิจารณาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของคณะฯ โดยการดำเนินงาน SLCM ใน Phase 2 มีการพัฒนาระบบ SLCM โดยเพิ่มสิทธิ์ผู้เกี่ยวข้องในการเข้าถึงข้อมูลแบบประเมินรายวิชาและแบบประเมินสรุปผลสุดท้าย รวมทั้งปรับระบบตารางสอน (ส่วนจัดกลุ่มอัตโนมัติ) และเพิ่มการจัดการในระบบลงทะเบียนเลือกเสรี ร่วมกับการจัดทำ E-portfolio ให้เชื่อมโยงกับ SLCM
4. การปรับระบบการสรรหา บรรจุอาจารย์แพทย์ และ Hospitalist คณะฯ สามารถปรับวงรอบ การสัมภาษณ์ กระบวนการบรรจุ การออกคำสั่งบรรจุได้ภายใน 3 เดือน แล้วเสร็จตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2563 โดยในปีงบประมาณ 2564 สามารถรับอาจารย์แพทย์เพิ่มได้ 4 อัตรา และรับแพทย์ใช้ทุนสาขาพรีคลินิกและแพทย์สาขาบริการ เพื่อรองรับการเรียนการสอน ชั้นพรีคลินิกที่สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ในปีการศึกษา 2564 และช่วยงานบริการ รักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลรามารามาศิษย์จักรีนฤพดินทร์ได้เพิ่มเติม ทั้งนี้ มีการดำเนินการ เรื่องคณะกรรมการนักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญาเพื่อต่อโครงการแพทย์สายบริการอีก 5 ปี (2566-2570) ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการประจำคณะฯ ในการประชุมครั้งที่ 18/2564 เมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม 2564

5. สำหรับการมอบหมายภาควิชาให้มีส่วนร่วมในการวางแผน มีการดำเนินการในระดับหัวหน้าภาควิชา ผ่านกลไกการประชุม Curriculum Development Plan และในระดับบริหารรายวิชา มีการดำเนินการผ่านกลไกของประธานกลุ่มรายวิชาและประธานรายวิชา รวมทั้งประสานงานประธานกลุ่มรายวิชาและอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาเพื่อปรับอนุกรรมการรายวิชาให้เป็นปัจจุบัน ทั้งนี้มีการประชุมอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาปี 4 – 5 และการประชุมรายละเอียดการจัดรายวิชาชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2565
6. การวางแผนรับผู้ป่วยประกันสังคม ยังไม่มีการดำเนินงานเพิ่มเติมจากปีงบประมาณ 2563 โดยปัจจุบันสามารถรับผู้ป่วยประกันสังคมได้ จำนวน 3,500 คน และอยู่ระหว่างประเมินผลและศึกษาโอกาสในการเพิ่มจำนวนในอนาคต
7. สามารถปรับโครงสร้างการบริหารหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ได้ตามแผนที่กำหนด
8. การรายงานผลการดำเนินการของโรงพยาบาลรามธิบดีจักรีนฤพดินทร์ให้แพทย์สภาทุก 12 เดือน ส่งผลให้คณะฯ ได้รับการรับรองหลักสูตรปรับปรุง 2562 และ 2563 จากแพทย์สภาเรียบร้อยแล้ว ผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: ในภาพรวมยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

จากจำนวนบุคลากรด้านการศึกษากายใต้โรงเรียนแพทย์ตามกรอบอัตราค่าจ้างที่ 90 อัตรา แต่สามารถดำเนินการได้เพียง 85 อัตรา (สังกัดงานแพทยศาสตรศึกษา 15 อัตรา งานบริหารการศึกษา 14 อัตรา งานกิจการนักศึกษา 23 อัตรา และโรงเรียนแพทย์รามธิบดี 33 อัตรา) และร้อยละของรายวิชาที่มีการใช้เทคโนโลยีด้านการศึกษาได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่คณะฯ กำหนดที่ร้อยละ 70 แต่สามารถดำเนินการได้เพียงร้อยละ 56.82 (25x100/44)

แม้จะพบว่ามีความเสี่ยงบางส่วนที่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด จากจำนวนอาจารย์ที่รับผิดชอบงานส่วนกลางในการบริหารจัดการหลักสูตรเป็นไปตามเป้า โดยมีอาจารย์ประจำหลักสูตร 5 อัตรา และอาจารย์ประธานกลุ่มรายวิชา 21 อัตรา รวมทั้งสามารถกำหนดโครงสร้างการบริหารหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตปรับปรุง 2563 ได้แล้วเสร็จ และสามารถสื่อสารกับภาควิชาเพื่อรับทราบและสร้างความเข้าใจในการปรับการบริหารหลักสูตรได้ครบทุกภาควิชาได้ตามแผนที่กำหนด

ในขณะที่ตัวชี้วัดความเสี่ยงส่วนใหญ่ยังอยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล โดยบางส่วนต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นในการรายงานข้อมูล บางส่วนอยู่ระหว่างการพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้เก็บข้อมูล และไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ทันภายในปีงบประมาณ ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่ยังอยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยจำนวนผู้ป่วยนอก ระดับความผูกพันต่อองค์กรของอาจารย์ จำนวนอาจารย์แพทย์ต่อ Hospitalist ร้อยละของผู้ป่วยประกันสังคม และร้อยละของอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาที่มีความพึงพอใจต่อระบบบริหารการศึกษา

แม้ประสิทธิภาพในการจัดการฯ และผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง จะยังไม่เป็นไปตามเป้าที่กำหนด แต่สามารถแสดงความคืบหน้าได้อย่างชัดเจน ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 และส่งผลให้ทรัพยากรด้านบุคลากรตามเกณฑ์ WFME ทั้งบุคลากรด้านวิชาการ/คณาจารย์ และทรัพยากรทางการศึกษาผ่านการประเมินตามมาตรฐาน WFME ทั้งในระดับพื้นฐานและระดับเพื่อการพัฒนา ส่งผลให้คณะฯ ได้รับการรับรองหลักสูตรปรับปรุง 2562 และ 2563 จากแพทย์สภาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ดังนั้น ความเสี่ยงข้อนี้จึงมีแนวโน้มที่ระดับความเสี่ยงจะสามารถลดลงได้ในปีงบประมาณ 2565

## Cluster Healthcare System: ด้านการดูแลสุขภาพ จำนวน 3 ความเสี่ยง

### O51 เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง (G, H, I) ในการให้การดูแลสุขภาพ และ/หรือ ทำให้เกิดการร้องเรียนต่อองค์กรภายนอก/ศาล (2556)

ความสามารถในการจัดการฯ: ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ (ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง)

ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการฯ: ระดับความเสี่ยง คงที่ ที่ระดับความเสี่ยงสูงมาก ที่โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 5 และมีแนวโน้มที่ระดับความเสี่ยงจะคงที่ ที่ระดับนี้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจาก เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับประเด็นด้านคุณภาพและความปลอดภัยที่ส่งผลต่อชีวิตของผู้รับบริการ การเป็นข่าว และถูกฟ้องร้อง

ประสิทธิภาพในการจัดการฯ: กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง เนื่องจาก กิจกรรมทั้งหมดยังอยู่ระหว่างการดำเนินงาน โดยบางส่วนเป็นการดำเนินงานระยะยาวตามแผนประจำปีงบประมาณ และบางส่วนคาดว่าจะมีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะกำหนดให้ดำเนินงานต่อเนื่อง เป็นงานประจำ ในขณะที่กิจกรรมทั้งหมด เป็นกิจกรรมต้องอาศัยระยะเวลาและความร่วมจากหลายหน่วยงาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมยาก ส่งผลให้ความเสี่ยงนี้ มีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) และมักได้รับผลกระทบโดยตรงหากมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้น

ประสิทธิภาพในการจัดการฯ: กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ทั้งหมดยังอยู่ระหว่างการดำเนินงาน โดยบางส่วนเป็นการดำเนินงานระยะยาวตามแผนประจำปีงบประมาณ และบางส่วนคาดว่าจะมีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะกำหนดให้ดำเนินงานต่อเนื่องเป็นงานประจำ ในขณะที่กิจกรรมทั้งหมด เป็นกิจกรรมต้องอาศัยระยะเวลาและความร่วมจากหลายหน่วยงานซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมยาก ส่งผลให้ความเสี่ยงนี้มีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) และมักได้รับผลกระทบโดยตรงหากมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้น จึงได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง ทั้งนี้ สามารถอธิบายในรายกิจกรรมได้ดังนี้

1. สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในบุคลากรทุก 2 ปี
  - 1) การสำรวจในปีงบประมาณ 2563 จำนวนกลุ่มเป้าหมาย 9,239 คน มีตอบกลับร้อยละ 67.78 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2561 มีจำนวน 11 ใน 12 ข้อ ที่ปีงบประมาณ 2563 คะแนนดีกว่าปีงบประมาณ 2561 และมี 1 ข้อที่ปีงบประมาณ 2563 คะแนนน้อยกว่าปี 2561 และมี 10 ข้อ ที่มากกว่า AHRQ
  - 2) แผนพัฒนา:
    - ส่งเสริม/สร้างบรรยากาศของการไม่กล่าวโทษกัน (No Blame No Shame) เช่น จัดกิจกรรม Learning 2P Safety กำหนดประเด็นการ Walk Round เพิ่มเติม รวมทั้งกระตุ้นให้ภาควิชา/ฝ่าย/งาน จัดทำแนวทางเพื่อพัฒนาระบบ Blame Free ในสังกัดตนเอง
    - ส่งเสริมวัฒนธรรมการรายงานเหตุการณ์ (IOR Reporting) ได้แก่ จัดให้รางวัลการรายงาน จัด Risk Round นำข้อมูลการรายงานเข้าสู่กระบวนการเรียนรู้
    - เตรียมแผนสำรวจในปี 2565

2. จัดตั้งคณะกรรมการกำกับบริการระบบพิเศษในคลินิกพิเศษนอกเวลา และพรีเมียมคลินิก ในการบริหารจัดการด้านบุคลากร ด้านทรัพยากร ด้านความเสี่ยงและจัดการข้อร้องเรียน แล้วเสร็จเมื่อ 8 ก.ค. 2563 มีการดำเนินการออกแนวทางปฏิบัติในระบบพิเศษสำหรับแพทย์ จัดระเบียบการผ่าตัด Elective Case ในระบบพิเศษ และทบทวนข้อมูลการปฏิบัติงานของแพทย์ระบบพิเศษให้เป็นไปตาม แนวทางการปฏิบัติของคณะฯ รวมทั้งออกประกาศนโยบายเพื่อสื่อสารและกำกับติดตามต่อไป
3. ดำเนินงานและติดตามกิจกรรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกผ่านคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ในการประชุมคณะอนุกรรมการบริหารความเสี่ยงการดูแลสุขภาพ โดยทีมนำทางคลินิกร่วม แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการทำ RCA ทีมนำทางคลินิกและทีมระบบงานสำคัญร่วมแลกเปลี่ยน เรียนรู้การทำ Risk Register รวมทั้งนำมาตรฐานความปลอดภัย 9 ข้อ ตามที่ สรพ.<sup>14</sup> กำหนด มาทบทวนในส่วนที่ดำเนินการและยังไม่ได้ดำเนินการ พร้อมวางแผนการติดตามกำกับต่อไป
4. สร้างความตระหนักผ่านกิจกรรม Situation Awareness Training และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ใน 2P Safety Learn & Share โดย
  - 1) จัดกิจกรรม Learning 2P Safety ตามหมวด Patient & Personnel Safety 12 ครั้ง ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จำนวนทั้งสิ้น 879 คน (ห้องประชุม 374 คน/Webex 505 คน)
  - 2) ได้ผลการประเมินกิจกรรมระดับมาก - มากที่สุด โดยร้อยละ 97.4 เห็นว่าหัวข้อน่าสนใจ ร้อยละ 89.3 เห็นว่าได้รับความรู้ใหม่ ร้อยละ 85.9 เห็นว่าสามารถนำไปใช้ประโยชน์/นำไปประยุกต์ใช้งาน ร้อยละ 76.6 เห็นว่าสามารถนำความรู้ไปเผยแพร่/ถ่ายทอดได้ ร้อยละ 83.6 เห็นว่ารูปแบบการจัดกิจกรรมน่าสนใจ และร้อยละ 79.1 เห็นว่าเวลาที่ กำหนดมีความเหมาะสม
  - 3) กำหนดแผนพัฒนาติดตามการบรรลุนโยบาย 2P Safety ภาพรวม
  - 4) ติดตามผลลัพธ์การดำเนินงาน 2P Safety SIMPLE ที่บรรลุผลการดำเนินงานและ โอกาสพัฒนา กำหนดนโยบายและติดตามการบรรลุนโยบายความเสี่ยงระดับปฏิบัติการ ด้าน 2P Safety ภาพรวม
    - Patient Safety Goals (Sentinel Event) ปีงบประมาณ 2563 ร้อยละ 71.4 (4/10) ปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 92.9 (1/13)
    - Personnel Safety Goals ปีงบประมาณ 2563 ร้อยละ 45.5 (5/11) ปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 62.5 (5/8)
  - 5) ติดตามกิจกรรม Learning 2P Safety
    - จัดกิจกรรม Learning 2P Safety ครอบคลุมหมวด S-M-P-L-E จำนวน 12 ครั้ง เนื่องจากการสถานการณ์ COVID-19 ทำให้ค้างการดำเนินการหมวด I-M (Medication) จำนวน 3 ครั้ง
    - ติดตามการ Access Learning 2P Safety ผ่าน Website
      - การเข้าชม Learning 2P Safety หมวด Patient = 248 ครั้ง
      - การเข้าชม Learning 2P Safety หมวด Personnel = 181 ครั้ง

5. พัฒนาระบบการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ผ่านโปรแกรม IOR Online และติดตามการรายงานเหตุการณ์ทุกไตรมาส
  - 1) พัฒนาโปรแกรม IOR Online Phase 4 ไปยังสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์
  - 2) ร่วมนำเสนอความก้าวหน้าการพัฒนาโปรแกรม IOR Online และรับ Requirement จากผู้ใช้งาน ผ่านการประชุมคณะอนุกรรมการบริหารความเสี่ยงการดูแลสุขภาพ
  - 3) รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทุกไตรมาส ผ่านการประชุมคณะอนุกรรมการบริหารความเสี่ยงการดูแลสุขภาพ
6. สร้างกระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ยเชิงรุก ตั้งแต่การอบรมการจัดทำแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์ในระดับความเสี่ยงรุนแรง
  - 1) จัดอบรมโครงการพัฒนาทักษะเพื่อลดความขัดแย้งทางการแพทย์ (Mediation) เมื่อวันที่ 28-29 ตุลาคม 2563 และวันที่ 2-4 พฤศจิกายน 2563 มีจำนวนผู้ผ่านหลักสูตรการอบรมทั้งสิ้น 44 ท่าน
  - 2) มีผู้ประสงค์ขึ้นทะเบียนผู้ไกล่เกลี่ย จำนวน 1 ท่าน อยู่ระหว่างการประสานส่งข้อมูลเพิ่มเติม
  - 3) อยู่ระหว่างการร่างจัดทำ Flow การเจรจาไกล่เกลี่ย
7. แนวทางการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ ที่ชัดเจนและมีประสิทธิผล
  - 1) มีวิธีการทำงาน (Work Instruction: WI) กำกับชัดเจน
  - 2) อยู่ระหว่างการทบทวนแนวทางปฏิบัติ (Quality Procedure: QP)

ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด แม้อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับ G, H, I จะน้อยกว่าร้อยละ 1 และจำนวนข้อร้องเรียนที่เข้าสู่กระบวนการศาล/องค์กรอิสระ จะน้อยกว่า 5 เรื่อง/ปี ซึ่งเป็นไปตามเป้าที่กำหนด แต่อัตราการเกิด Repeated Incident มากถึง ร้อยละ 29.16 (42/144) (กำหนดไว้ที่น้อยกว่าร้อยละ 10) และอัตราการตอบสนองข้อร้องเรียนที่เกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาลมีเพียง ร้อยละ 54.54 (12/22) (กำหนดไว้ที่มากกว่าร้อยละ 60)

จากข้อมูลดังกล่าว สอดคล้องกับข้อควรพัฒนาที่ระบุไว้ในสาเหตุของความเสี่ยงในด้านของบุคลากรขาดความตระหนักในเรื่องความเสี่ยง/ความปลอดภัยในการค้นหาความเสี่ยง และขาดการทบทวนแนวทางปฏิบัติ และการป้องกันไข หรือมีการทบทวนที่ไม่รัดกุม ไม่ครอบคลุม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมยาก ดังนั้นความชำนาญและความตระหนักทางวิชาชีพ ตลอดจนวัฒนธรรมความปลอดภัย ถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารความเสี่ยงที่ท้าทายของความเสี่ยงนี้

#### C54 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2564)

ความสามารถในการจัดการ: อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้

ความเสี่ยงใหม่ภายหลังการจัดการ: ความเสี่ยงคงที่ ที่ความเสี่ยงสูงมาก แต่ระดับความเสี่ยงลดลง จากโอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 5 เป็นโอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 5 ทั้งนี้สามารถอธิบายระดับโอกาสเกิดที่ลดลงได้จาก ลักษณะของความเสี่ยงที่ถูกขับเคลื่อนจากนโยบาย และดำเนินการในลักษณะ Top Down ผ่านคณะกรรมการต่าง ๆ ความเสี่ยงนี้จึงได้รับการจัดการอย่างเป็นรูปธรรม และได้รับการประเมินว่า คณะฯ มีความพร้อมเพียงพอในการป้องกันการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 แม้ว่าในภาพรวมยังจำเป็นต้องใช้เวลาในการสร้างระบบ สร้างองค์ความรู้ และสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน

ประสิทธิภาพในการจัดการ: กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ทั้งหมดเป็นกิจกรรมใหม่ ที่ต้องใช้ความรู้/ทักษะเฉพาะในการดำเนินงาน จึงจำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาและความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน กิจกรรมส่วนใหญ่จึงยังอยู่ระหว่างการดำเนินงาน และบางส่วนถูกชะลอ/ถูกระงับการดำเนินงาน เนื่องจากได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในขณะที่ยังคงพบปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ จากความหลากหลายของหน่วยงาน ความแตกต่างของบุคคล ไปจนถึงการไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคล กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง (Control Activity) จึงไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ และได้รับการประเมินว่ามีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงในระดับปานกลาง และมีแนวโน้มที่ยากต่อการบริหารจัดการ เนื่องจากความซับซ้อนของงานในสถาบันทางการแพทย์ ในขณะที่กฎหมายลูกของพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ยังไม่ชัดเจน ส่งผลให้ความเสี่ยงนี้มีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) จึงได้รับผลกระทบโดยตรงหากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ทั้งนี้ สามารถอธิบายในรายกิจกรรมได้ดังนี้

1. ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลทุก 1-2 เดือน และระบบเฝ้าระวังและการรายงานเหตุการณ์เมื่อมีการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล เลื่อนการประชุม เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19
2. ติดตามการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผ่านประชุมติดตามการดำเนินงานของหน่วยงานภายใต้กลุ่มภารกิจดูแลสุขภาพ 1 ครั้ง
3. ประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมเรื่องการจับคู่ข้อมูล (Data Map) และการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบที่เกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่ชัดเจน และเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการจัดทำ Role & Authorization for Medical Record Access ร่วมกับฝ่ายสารสนเทศ
4. จัดอบรมและจับคู่ข้อมูล (Data Map) Workshop ผ่านการประชุม/อบรม ในระดับมหาวิทยาลัย 1 ครั้ง
5. แก้ไข ปรับปรุงหลักเกณฑ์และวิธีการขอความยินยอมให้สอดคล้องกับสิทธิของเจ้าของข้อมูล เรื่องการเตรียมความพร้อมการจัดเก็บประมวลผล ได้แก่ การจัดทำใบ Consent หรือการใช้หลักการ Contact ร่วมกับคณะกรรมการเวชระเบียน ผ่านคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง

ผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากบุคลากรด้านการดูแลสุขภาพได้รับการอบรมการใช้ IT เพื่อความปลอดภัยเพียงร้อยละ 22.8 และไม่ได้ดำเนินการต่อ เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80) แม้จะสามารถจัดการข้อมูลส่วนบุคคลตามนโยบาย PDPA ของคณะฯ มากกว่าร้อยละ 80 และไม่พบการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล ในระดับรุนแรง

## O56 เครื่องมือทางการแพทย์ช่วยชีวิตความเสี่ยงสูงหยุดทำงาน/ทำงานไม่ถูกต้องเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (2564)

ความสามารถในการจัดการ: เป็นความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้ยกเลิกการดำเนินงานเพื่อจัดการความเสี่ยง เนื่องจากพบว่า ความเสี่ยงดังกล่าว เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทิศทางเดียวกัน ของความเสี่ยงเรื่อง เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง (G, H, I) ในการให้การดูแลคุณภาพ และ/หรือ ทำให้เกิดการร้องเรียนต่อองค์กรภายนอก/ศาล ดังนั้น จึงได้รับการพิจารณาให้นำไปรวมเป็นสาเหตุ และกำหนดเป็นกิจกรรมเพื่อบริหารจัดการ ในความเสี่ยงเรื่องเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง (G, H, I) ในการให้การดูแลคุณภาพ และ/หรือ ทำให้เกิดการร้องเรียนต่อองค์กรภายนอก/ศาล ตามมุมมอง การบริหารความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) ในปีงบประมาณ 2565

ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการ: ยกเลิก

ประสิทธิภาพในการจัดการ: กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง เนื่องจาก การจัดทำนโยบายด้านความปลอดภัยในเทคโนโลยีทางการแพทย์ และกำหนดสู่การปฏิบัติ ในผู้ใช้งานเครื่องมือแพทย์ความเสี่ยงสูง แม้จะผ่านความเห็นชอบในอนุกรรมการเครื่องมือแพทย์ แต่การนำ วาระเข้านำเสนอในระดับคณะฯ ล่าช้ากว่าที่กำหนดไว้ ส่งผลให้ไม่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติงานหรือประเมินผล การปฏิบัติงานตามนโยบายดังกล่าวได้จริง เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่ส่งผลให้ ต้องชะลอการดำเนินงาน เพื่อเร่งติดตั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์ทั้งใน Hospital, Home Isolation, Community Isolation ตามภารกิจหลัก

ผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจาก ผู้ใช้งานเครื่องมือแพทย์ที่ทดสอบผ่านเกณฑ์การอบรมการใช้งานของเครื่องมือ มีเพียงร้อยละ 75 (กำหนดไว้ที่ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90) โดยเป็นผลจากการต้องระงับการดำเนินงาน เพื่อเร่งติดตั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์ทั้งใน Hospital, Home Isolation, Community Isolation ตามภารกิจหลัก แต่ในภาพรวมพบว่า ส่วนใหญ่สามารถ ดำเนินการได้ตามที่กำหนด ทั้งเครื่องมือสำรองในส่วน Equipment Pool ที่พร้อมใช้งาน Average Uptime ดีกว่าเป้าที่กำหนดที่ ร้อยละ 97.78 (กำหนดไว้ที่ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95) และไม่พบอุบัติเหตุการณ์ จากเครื่องมือแพทย์ความเสี่ยงสูงช่วยชีวิตหยุดทำงานจากการทำงานไม่ถูกต้อง (User error/misuse) เป็นไปตามเป้าที่กำหนด

## Cluster Professional Service: ด้านสื่อสารองค์กร จำนวน 1 ความเสี่ยง

### O14 ความเสียหายต่อชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร ที่เกิดจากข่าวสารในสื่อสังคมออนไลน์ (2564)

ความสามารถในการจัดการฯ: ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ (ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง)

ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการฯ: ระดับความเสี่ยง คงที่ ที่ระดับความเสี่ยงสูงมาก ที่โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 4 และมีแนวโน้มที่ระดับความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้น หรือคงที่อย่างต่อเนื่อง เนื่องจาก เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับประเด็นด้านความเชื่อมั่นของสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับคณะฯ ซึ่งเป็นองค์กรที่มีภารกิจทางการศึกษาและการบริการทางการแพทย์ที่อยู่ในความสนใจของประชาชน ในขณะที่พฤติกรรมและทัศนคติในการใช้สื่อสังคมออนไลน์จากบุคลากรภายในและผู้ให้บริการ เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ จึงจำเป็นต้องมีการควบคุม และเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

ประสิทธิภาพในการจัดการฯ: กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงในระดับปานกลาง เนื่องจาก ส่วนใหญ่ยังอยู่ระหว่างการดำเนินงาน และบางส่วนถูกชะลอ/ถูกระงับการดำเนินงาน เนื่องจากได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 รวมทั้งพบว่า ความเสี่ยงนี้จึงมีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) และมักได้รับผลกระทบโดยตรง หากมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้น ทั้งจากความหลากหลายของหน่วยงาน ความแตกต่างของบุคคล ไปจนถึงการไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคล ดังนั้น ความร่วมมือของคนในองค์กร ระบบที่รวดเร็ว และการสื่อสารที่เหมาะสม จึงเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารความเสี่ยงที่ท้าทายของความเสี่ยงข้อนี้ ทั้งนี้ สามารถอธิบายความคืบหน้าในรายการกิจกรรมได้ดังนี้

1. การจัดกิจกรรม "รู้ทันสื่อออนไลน์" และผลที่จะเกิดขึ้นทั้งในส่วนบุคคลและองค์กร ถูกชะลอการดำเนินงาน เนื่องจากได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19
2. การเพิ่มช่องทางแจ้งเบาะแสและการรับเรื่องร้องเรียนต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ชื่อเสียงองค์กร รวมทั้งการให้รางวัลแก่บุคลากรภายในจากการแจ้งข้อมูลเบาะแส สิ่งทีกระทบทำผิด ปัจจุบันดำเนินการผ่านการจัดตั้งกลุ่ม Crisis Communication
3. การประชาสัมพันธ์โครงการ CSR แก่กลุ่มเป้าหมายและสาธารณชนให้แพร่หลายขึ้น เนื่องจากต้องดำเนินงานภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID- 19 จึงจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันทั้ง การฉีดวัคซีนให้แก่ประชาชนที่เซ็นทรัล ลาดพร้าว และการจัดตั้ง Community Isolation

ผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งหมด ดังนี้

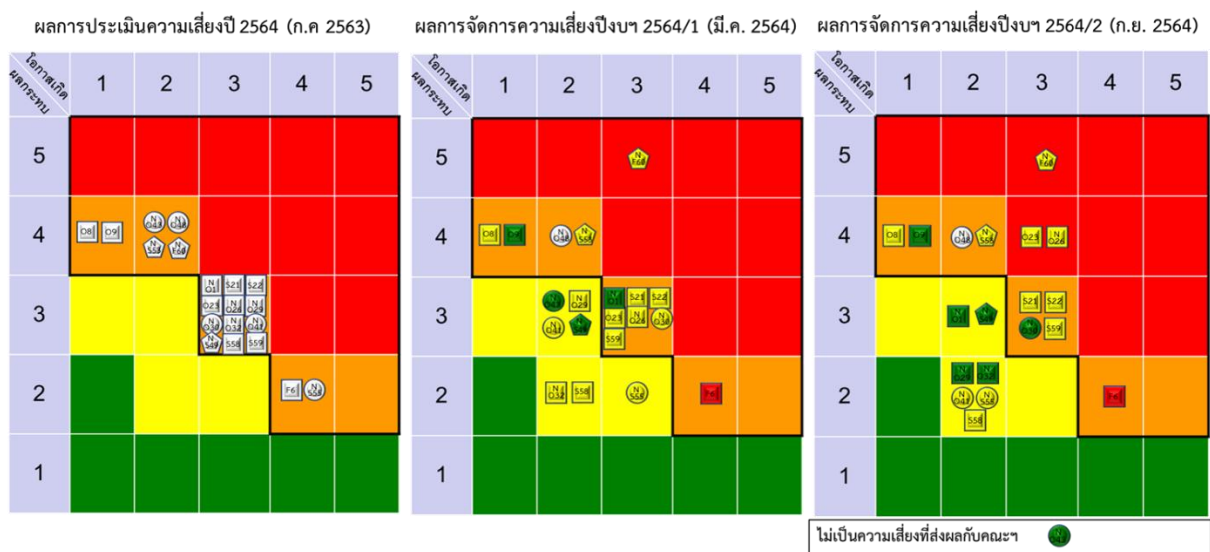
1. ร้อยละของข่าวสารที่ถูกยุติหรือแก้ไขให้ถูกต้องก่อนที่จะถูกส่งต่อหรือถูกเผยแพร่ออกไปในวงกว้าง ได้ร้อยละ 100 (กำหนดไว้ที่มากกว่าร้อยละ 90) โดยในปีงบประมาณ 2564 มีข่าวสารที่ถูกยุติหรือแก้ไขให้ถูกต้องก่อนที่จะถูกส่งต่อหรือถูกเผยแพร่ออกไปในวงกว้าง จำนวน 7 ประเด็น ดังนี้
  - 1.1 ประเด็นการนำร่องทำพยาบาลที่ได้รับบริจาคมา ไปจำหน่ายต่อ
  - 1.2 ประเด็นน้ำยาทดสอบไวรัส COVID-19 ขาดแคลนชั่วคราว
  - 1.3 ประเด็นกรณีผู้จัดงานวิ่ง "ลาชาดควันบุหรี" นำรายได้หลังหักค่าใช้จ่ายมามอบให้คณะฯ โดยไม่แจ้ง และก่อให้เกิดความเสียหายต่อภาพลักษณ์องค์กร



- 1.4 ประเด็นสำนักงานข่าวเดลินิวส์ ลงข่าวผิดจากโรงพยาบาลรามาริบัติปิดคัดกรอง COVID-19 เป็นโรงพยาบาลจุฬาฯ
- 1.5 ประเด็นการประชาสัมพันธ์การจองวัคซีนโมเดอนารั่วไหลจากภายใน ก่อนเปิดการจอง
- 1.6 ประเด็น Nation TV ลงข่าวบุคลากรของคณะฯ ติด COVID-19 โดยใช้คำว่าบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งต้องใช้ว่าบุคลากร เท่านั้น
- 1.7 ประเด็นผู้ใช้ Facebook ส่วนบุคคลได้อ้างอิงและทำการเผยแพร่ข้อมูลในสื่อ Social Media โดยระบุข้อมูลแหล่งอ้างอิงจากแพทย์โรงพยาบาลรามาริบัติ เรื่อง คำแนะนำในการรับประทานอาหารที่มีฤทธิ์เป็นต่างและกรด การนั่งตากแดด และรับประทานวิตามินเพื่อป้องกัน COVID-19
2. ระยะเวลาที่ตอบสนองต่อกระแสตรามาที่เกิดขึ้น หรือก่อนที่จะเกิดผลกระทบต่อภาพลักษณ์องค์กรในวงกว้าง ภายใน 24 ชั่วโมง เป็นไปตามเป้า มีจำนวน 7 ประเด็น ดังนี้
  - 2.1 ประเด็นการนำร่องแท็กซี่พยาบาลที่ได้รับบริจาคมา ไปจำหน่ายต่อ
  - 2.2 ประเด็นน้ำยาทดสอบไวรัส COVID-19 ขาดแคลนชั่วคราว
  - 2.3 ประเด็นกรณีผู้จัดงานวิ่ง "ลาซาดควันบุหรี" นำรายได้หลังหักค่าใช้จ่ายมอบให้คณะฯ โดยไม่แจ้ง และก่อให้เกิดความเสียหายต่อภาพลักษณ์องค์กร
  - 2.4 ประเด็นสำนักงานข่าวเดลินิวส์ ลงข่าวผิดจากโรงพยาบาลรามาริบัติปิดคัดกรอง COVID-19 เป็นโรงพยาบาลจุฬาฯ
  - 2.5 ประเด็นการประชาสัมพันธ์การจองวัคซีนโมเดอนารั่วไหลจากภายใน ก่อนเปิดการจอง
  - 2.6 ประเด็น Nation TV ลงข่าวบุคลากรของคณะฯ ติด COVID-19 โดยใช้คำว่าบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งต้องใช้ว่าบุคลากร เท่านั้น
  - 2.7 ประเด็นผู้ใช้ Facebook ส่วนบุคคล อ้างอิงและเผยแพร่ข้อมูลในสื่อ Social Media โดยระบุข้อมูลแหล่งอ้างอิงจากแพทย์โรงพยาบาลรามาริบัติ เรื่อง คำแนะนำในการรับประทานอาหารที่มีฤทธิ์เป็นต่างและกรด การนั่งตากแดด และรับประทานวิตามินเพื่อป้องกัน COVID-19
3. จำนวนแถลงการณ์/แถลงข่าวที่สามารถจัดการกับกระแสในกรณีที่เกิดผลกระทบต่อภาพลักษณ์ขององค์กรในวงกว้าง มีจำนวน 6 ประเด็น ประเด็นละ 1 ครั้ง (กำหนดไว้ที่ไม่เกิน 3 ครั้งต่อประเด็น) โดยดำเนินการแก้ไขโดยการออกประกาศ และแถลงการณ์เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง
  - 3.1 ประเด็นการนำร่องแท็กซี่พยาบาลที่ได้รับบริจาคมา ไปจำหน่ายต่อ
  - 3.2 ประเด็นน้ำยาทดสอบไวรัส COVID-19 ขาดแคลนชั่วคราว
  - 3.3 ประเด็นกรณีผู้จัดงานวิ่ง "ลาซาดควันบุหรี" นำรายได้หลังหักค่าใช้จ่ายมอบให้คณะฯ โดยไม่แจ้ง และก่อให้เกิดความเสียหายต่อภาพลักษณ์องค์กร
  - 3.4 ประกาศคณะฯ แจ้งพบบุคลากรติด COVID-19
  - 3.5 ประกาศมาตรการของโรงพยาบาลรามาริบัติในช่วงที่มีบุคลากร ติดเชื้อ COVID-19 สะสมมากกว่า 300 ราย ส่งผลให้ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่จะดูแลผู้ป่วย
  - 3.6 ประกาศคณะฯ เนื่องจากมีผู้ใช้ Facebook ส่วนบุคคลได้อ้างอิงและทำการเผยแพร่ข้อมูลในสื่อ Social Media โดยระบุข้อมูลแหล่งอ้างอิงจากแพทย์โรงพยาบาลรามาริบัติ เรื่อง คำแนะนำในการรับประทานอาหารที่มีฤทธิ์เป็นต่างและกรด การนั่งตากแดด และรับประทานวิตามินเพื่อป้องกัน COVID-19

### ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone)

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูง เป็นความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ มี 20 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 33 (20x100/60) ของความเสี่ยงทั้งหมด เมื่อพิจารณาลักษณะความเสี่ยงและผลการจัดการความเสี่ยงในภาพรวม พบว่าทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการพบอุปสรรคและโอกาสพัฒนาในระบบ และ/หรือ กระบวนการหลักสำคัญตามลักษณะธรรมชาติขององค์กร และ/หรือ หน่วยงาน (Core Business/Core Process) ที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องมาแล้วระยะหนึ่ง เนื่องจาก ลักษณะของความเสี่ยงเหล่านี้ มีขอบเขตการบริหารจัดการขนาดใหญ่ ซับซ้อน ต้องอาศัยระยะเวลา และการดำเนินงานร่วมกับหลายหน่วยงาน ทั้งภายในและภายนอกคณะฯ รวมถึงพบว่า ความเสี่ยงเหล่านี้มีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) และมักได้รับผลกระทบโดยตรงหากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ส่งผลให้มีโอกาสปรับเป็นความเสี่ยงในระดับสูงมาก (Red Zone) ได้ง่าย การดำเนินงานต่าง ๆ จึงต้องดำเนินงานอย่างค่อยเป็นค่อยไป เพื่อลดความผิดพลาด และ/หรือ แรงต่อต้านต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการบริหารความเสี่ยง ดังนั้น ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงมีระดับความเสี่ยงที่ยัง คงที่ และอยู่ระหว่างการดำเนินงานตามแผนประจำปีงบประมาณ ปีการศึกษา หรืออยู่ระหว่างการดำเนินงานตามโครงการต่อเนื่องระยะยาว ที่ไม่สามารถรายงานผลลัพธ์ในการจัดการความเสี่ยงได้ สอดคล้องกับผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ซึ่งยังอยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล ตามลักษณะของตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่มีผลการดำเนินงานสัมพันธ์กับกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานตามที่ได้กล่าวไป รวมถึงพบว่า คณะฯ ยังคงได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ 2563 ซึ่งกระทบต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงโดยตรง ส่งผลให้กิจกรรมที่ใช้ในการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ บางส่วนล่าช้า เนื่องจากถูกชะลอการดำเนินงาน หรือบางส่วนถูกระงับการดำเนินงาน ในขณะที่ยังคงพบปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ จากความหลากหลายของหน่วยงาน ความแตกต่างของบุคคล ไปจนถึงการไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคล อย่างต่อเนื่อง กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง (Control Activity) ส่วนใหญ่จึงไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ และได้รับการประเมินว่ามีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงในระดับปานกลาง และส่วนใหญ่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2565 ทั้งนี้ สามารถแบ่งตามความสามารถในการจัดการฯ ได้ดังนี้



รูปภาพที่ 23 Risk Map-Dashboard Orange Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ)

ภายหลังการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงพบว่า สามารถจัดการความเสี่ยงได้ จำนวน 4 ความเสี่ยง ประกอบด้วยความเสี่ยงที่สามารถยอมรับได้ และไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ ดังนี้  
ความเสี่ยงที่สามารถยอมรับได้

พันธกิจด้านการศึกษา

1. S41 คุณภาพการเรียนการสอนลดลง เนื่องจากการปรับการเรียนการสอนตามสถานการณ์ COVID-19 หรืออื่นๆ (2564) ลดลงจาก 3x3 เป็น 2x2

พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ

2. S49 รายได้ภาพรวมของศูนย์สนับสนุนพันธกิจมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจ (2564) ลดลงจาก 3x3 เป็น 2x3

พันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก

3. O29 การก่อสร้างเพื่อรองรับการเรียนการสอนล่าช้ากว่าแผนที่วางไว้ (CNMI) (2564) ลดลงจาก 3x3 เป็น 2x2

ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ

พันธกิจด้านการศึกษา

4. O43 ข้อผิดพลาด/ข้อร้องเรียนจากเหตุการณ์ประมวผลคะแนนผิดพลาดในการรับนักศึกษา หรือกรณีอื่นๆ (2564) หลุดจากระดับ 2x4

รวมถึงพบว่า มีความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้ จำนวน 5 ความเสี่ยง ดังนี้  
พันธกิจด้านการศึกษา

1. S30 คุณภาพการเรียนการสอนของโรงเรียนแพทย์รามธิบดีลดลง เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (CNMI) (2564) คงที่ ที่ 3x3
2. O48 การฆ่าตัวตายของนักศึกษา (2564) คงที่ ที่ 2x4

พันธกิจด้านวิเทศสัมพันธ์

3. S55 ผลลัพธ์การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ทางการศึกษา/วิจัย/วิชาการ ที่ลดลงเนื่องจากได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ COVID-19 (2564) ลดลงจาก 4x2 เป็น 2x2

พันธกิจดูแลสุขภาพ

4. S53 ผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (2564) คงที่ ที่ 2x4

พันธกิจด้านวิชาการและวัฒนธรรม

5. O32 การให้บริการตามพันธกิจบริการวิชาการตอบสนองได้ไม่ทันต่อความต้องการของลูกค้า ลดลงจาก 3x3 เป็น 2x2

และพบว่า ความเสี่ยงส่วนใหญ่ยังไม่สามารถจัดการได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง จำนวน 11 ความเสี่ยง ดังนี้

พันธกิจดูแลสุขภาพ

1. F60 ผลการดำเนินการดูแลสุขภาพด้านการเงินสุทธิไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2564) เพิ่มขึ้นจาก 2x4 เป็น 3x5

พันธกิจด้านคุณภาพ

2. S1 คณะฯ ไม่ผ่านเกณฑ์รางวัลการบริหารสู่ความเป็นเลิศที่มีความโดดเด่นด้านปฏิบัติการ (Thailand Quality Class Plus: TQC Plus) (2564) ลดลงจาก 3x3 เป็น 2x3

พันธกิจด้านการคลัง

3. F6 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (เน้นระบบ Billing System) (2561) คงที่ ที่ 4x2

พันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก

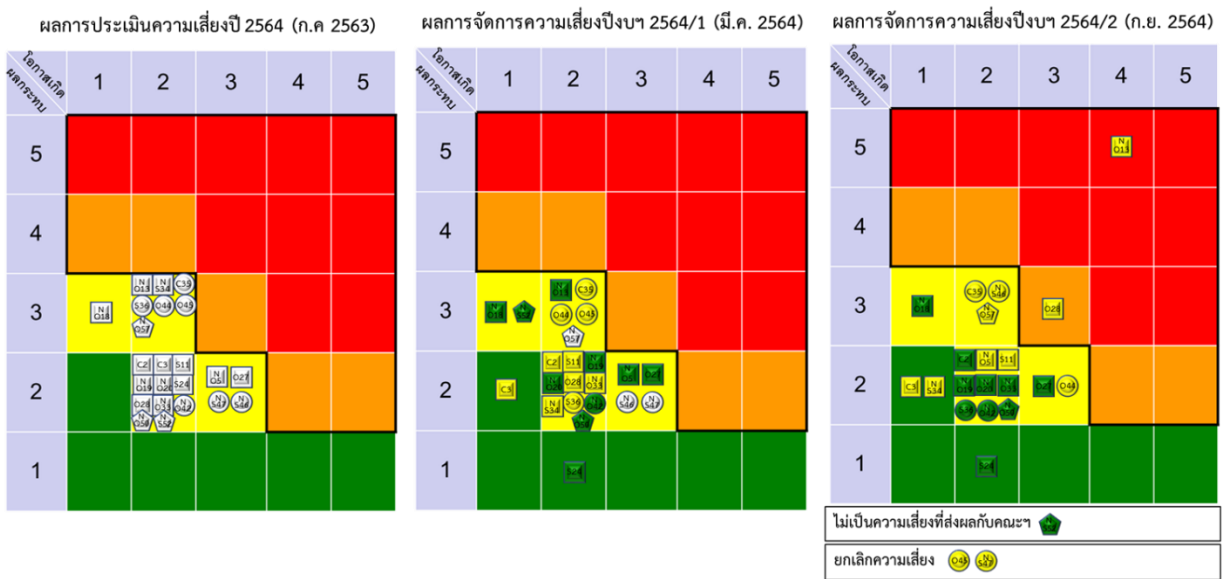
4. O8 การเกิดอัคคีภัย (2557) คงที่ ที่ 1x4
5. O9 เกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรงภายในคณะฯ (2563) คงที่ ที่ 1x4

พันธกิจด้านสารสนเทศ

6. S21 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2555) คงที่ ที่ 3x3
7. S22 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯ แต่ละกลุ่มได้ตามความต้องการ (2557) คงที่ ที่ 3x3
8. O23 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับ (2558) เพิ่มขึ้นจาก 3x3 เป็น 3x4
9. O26 ภัยคุกคามทางไซเบอร์ต่อระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (2564) เพิ่มขึ้นจาก 3x3 เป็น 3x4
10. S58 ระบบ HIS ที่ CNMI ไม่สามารถใช้งานได้ตามที่กำหนด (2561) ลดลงจาก 3x3 เป็น 2x2
11. S59 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2563) คงที่ ที่ 3x3

### ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone)

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลางของคณะฯ มี 23 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 38 (23x100/60) ของความเสี่ยงทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการพบอุปสรรค และโอกาสพัฒนาในระบบ และ/หรือ กระบวนการตามลักษณะธรรมชาติขององค์กร และ/หรือ หน่วยงาน (Core Business/Core Process) ที่มีการบริหารจัดการตามมาตรฐาน หรือกฎระเบียบข้อบังคับอย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่องมาแล้วระยะหนึ่ง ดังนั้น กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง (Control Activity) จึงได้รับการประเมินว่ามีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงในระดับดีและปานกลาง ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ในขณะที่ยังคงพบปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 เข้ากระทบต่อการจัดการความเสี่ยงโดยตรง ต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ 2563 ไปจนถึงปัจจัยด้านบุคคลที่ควบคุมยาก ทั้งจากความหลากหลายของหน่วยงาน ความแตกต่างของบุคคล และการให้ความร่วมมือในกรณีต่าง ๆ เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) พบว่า ส่วนใหญ่ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด แต่สามารถแสดงผลการดำเนินงานที่มีความคืบหน้าได้อย่างชัดเจน สามารถคาดการณ์แนวโน้มผลการดำเนินงานจากข้อมูลแวดล้อมประกอบว่าจะสามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด หรือพลาดเป้าเพียงเล็กน้อย ดังนั้นผลการจัดการความเสี่ยงในภาพรวมจึงได้รับการประเมินว่าสามารถจัดการได้ และต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2565 ดังนี้



รูปภาพที่ 24 Risk Map-Dashboard Yellow Zone (ความเสี่ยงของคณะฯ)

ภายหลังการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงพบว่า ส่วนใหญ่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ทั้งสิ้น จำนวน 11 ความเสี่ยง ประกอบด้วยความเสี่ยงที่สามารถยอมรับได้ จำนวน 10 ความเสี่ยง และไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ จำนวน 1 ความเสี่ยง ดังนี้

### ความเสี่ยงที่สามารถยอมรับได้

#### พันธกิจด้านการศึกษา

1. O42 ความเสี่ยงของการแพร่ระบาด หรือการติดเชื้อของนักศึกษา (Outbreak Risk) (2564) คงที่ ที่ 2x2
2. O44 จำนวนของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่สมัครเข้ารับการศึกษาคืออบรมไม่ได้ตามเป้าหมาย (2561) คงที่ ที่ 2x3 เป็น 3x2
3. S46 คุณภาพการเรียนรู้ตามเกณฑ์การฝึกอบรมของแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดไม่เป็นไปตามมาตรฐานการฝึกอบรมของแพทยสภา และ/หรือ ราชวิทยาลัย (2564) คงที่ ที่ 3x2 เป็น 2x3

#### พันธกิจด้านการวิจัย

4. S36 ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติไม่ได้ตามเป้าหมาย (2556) คงที่ ที่ 2x3 เป็น 2x2

#### พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ

5. O50 ความปลอดภัยของผู้รับบริการจากให้บริการของศูนย์สนับสนุนพันธกิจ (Patient Safety) (2564) คงที่ ที่ 2x2

#### พันธกิจด้านการพัสดุ

6. C2 เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vendor) (2557) คงที่ ที่ 2x2

#### พันธกิจด้านบริหารทุนมนุษย์

7. S11 ขาดระบบการคัดเลือกและเตรียมความพร้อมของผู้ที่เหมาะสมขึ้นสู่ตำแหน่งบริหาร (2561) คงที่ ที่ 2x2

#### พันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก

8. O18 โครงสร้างอาคารเสียหาย (2564) คงที่ ที่ 1x3
9. O19 ความปลอดภัยในการจราจรในคณะฯ (2564) คงที่ ที่ 2x2
10. O20 ทรัพย์สินสูญหาย (2564) คงที่ ที่ 2x2

### ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ

#### พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ

11. S52 ไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ HA ที่โรงพยาบาลรามาริบัติจักษุรัตนิน (2564) หลุดจากระดับ 2x2

รวมถึงพบว่า มีความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้ จำนวน 7 ความเสี่ยง ดังนี้

#### พันธกิจด้านการวิจัย

1. C35 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติมีกรกระทำผิดการวิจัยในคน (2558) คงที่ ที่ 2x3

#### พันธกิจดูแลสุขภาพ

2. O57 เครื่องมือแพทย์ที่มีการเชื่อมต่อกับคอมพิวเตอร์และระบบเครือข่าย ได้รับผลกระทบจากไวรัส มัลแวร์ หรือภัยคุกคามทางไซเบอร์ (2564) คงที่ ที่ 2x3

#### พันธกิจด้านการพัสดุ

3. C3 ความเสี่ยงจากการทำผิดพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 (2561) ลดลงจาก 2x2 เป็น 1x2
4. O5 คุรุภัณฑ์ของคณะฯ สูญหาย หรือเสียหาย ที่ไม่เกิดจากการใช้งานตามปกติ (2564) คงที่ ที่ 3x2 เป็น 2x2

พันธกิจด้านสารสนเทศ

5. S24 ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญและจำเป็นต่อการวางแผนหรือการบริหารงานภายในคณะฯ ไม่ถูกต้อง ครบถ้วนหรือไม่ครอบคลุม (2560) ลดลงจาก 2x2 เป็น 2x1

พันธกิจด้านสร้างเสริมสุขภาพ

6. S33 ประชาชนในชุมชนที่คณะฯ ดูแล มีปัญหาด้านสุขภาพ (2564) คงที่ ที่ 2x2
7. S34 คณะฯ ไม่มีผลงานที่ขึ้นำสังคมเป็นนโยบายระดับชาติหรือนานาชาติตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัย กำหนด (2564) ลดลงจาก 2x3 เป็น 1x2

และพบว่าความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง จำนวน 3 ความเสี่ยง ดังนี้

พันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก

1. O27 การจัดการขยะในหน่วยงานบริการผู้ป่วยไม่ได้ตามมาตรฐานสากล (2561) คงที่ ที่ 3x2
2. O28 บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน (2561) เพิ่มขึ้นจาก 2x2 เป็น 3x3

พันธกิจด้านบริหารทุนมนุษย์

3. O13 บุคลากรที่ปฏิบัติงานสัมผัสผู้ป่วยและบุคลากรที่ปฏิบัติงานสนับสนุนอื่นๆ ในพื้นที่โรงพยาบาลมี โอกาสติดเชื้อ COVID-19 (2564) เพิ่มขึ้นจาก 2x3 เป็น 4x5

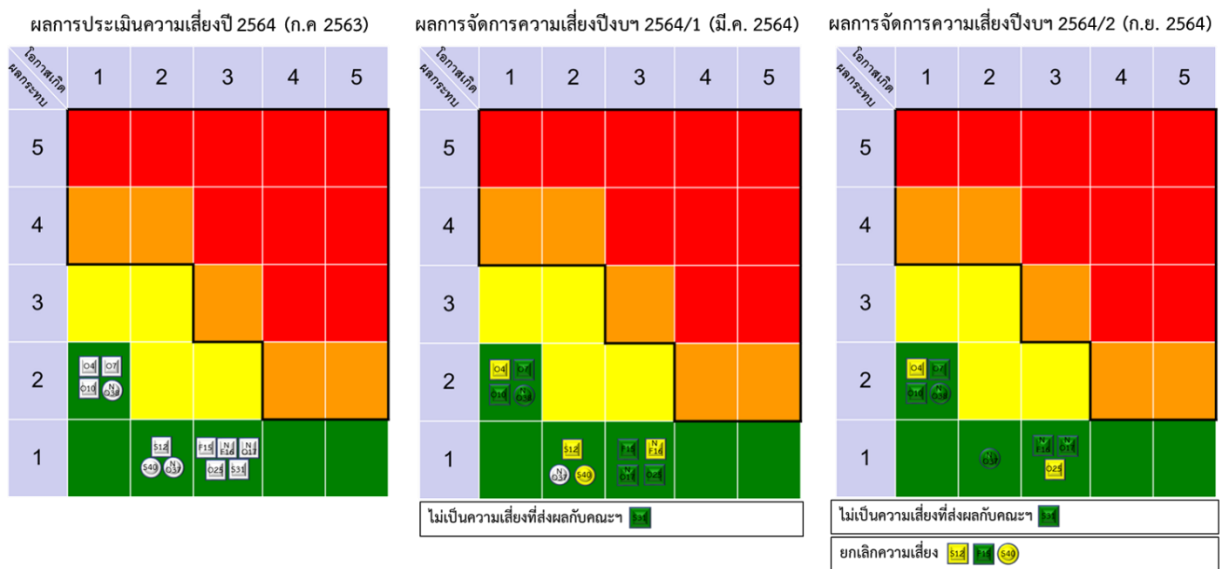
ทั้งนี้พบความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้ยกเลิกการดำเนินงานจากเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) จำนวน 2 ความเสี่ยง ดังนี้

พันธกิจด้านการศึกษา

1. O45 การดำเนินการเพื่อให้หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านผ่านการตรวจประเมินตามเกณฑ์ WFME ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2562) ยกเลิกจาก 2x3
2. S47 การพัฒนาคุณภาพของหลักสูตร Master/Ph.D. ไม่เป็นไปตามมาตรฐานสากลตามเกณฑ์คุณภาพ AUN-QA (2564) ยกเลิกจาก 3x2

### ความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone)

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำของคณะฯ มี 12 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 20 (12x100/60) ของความเสี่ยงทั้งหมด เป็นความเสี่ยงที่มีการบริหารจัดการตามมาตรฐาน หรือกฎระเบียบข้อบังคับอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้อย่างต่อเนื่องมาแล้วระยะหนึ่ง โดยพบว่า ความเสี่ยงในกลุ่มนี้ทั้งหมดใช้กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (Existing Control) ในการควบคุมความเสี่ยงเป็นหลัก และใช้กิจกรรมการควบคุม หรือแผนการจัดการความเสี่ยง (Control Activity) เพื่อส่งเสริมความสามารถของกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (Existing Control) เพียงเล็กน้อยเท่านั้น เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) พบว่าสามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด และไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน โดยความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด สามารถแสดงผลการดำเนินงานที่มีความคืบหน้าได้อย่างชัดเจน สามารถคาดการณ์แนวโน้มผลการดำเนินงานจากข้อมูลแวดล้อมประกอบว่าจะสามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด หรือพลาดเป้าเพียงเล็กน้อย ดังนั้นผลการจัดการความเสี่ยงในภาพรวมจึงได้รับการประเมินว่าสามารถจัดการได้ แต่ได้รับการพิจารณาให้เป็นความเสี่ยงที่ควรคงไว้ เพื่อติดตามควบคุมระดับความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2565 ดังนี้



รูปภาพที่ 25 Risk Map-Dashboard Green Zone (ความเสี่ยงของคณะฯ)

ภายหลังการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงพบว่า สามารถจัดการความเสี่ยงได้ จำนวน 8 ความเสี่ยง ประกอบด้วยความเสี่ยงที่สามารถยอมรับได้ จำนวน 7 ความเสี่ยง และไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ จำนวน 1 ความเสี่ยง ดังนี้



### ความเสี่ยงที่สามารถยอมรับได้

#### พันธกิจด้านการวิจัย

1. O37 ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจหรือน้ำยาทดสอบที่เก็บในตู้แช่แข็ง -30°C หรือ -80°C เสียหาย (2564) คงที่ ที่ 1x1 เป็น 2x1
2. O38 ความไม่ปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการวิจัย (Lab Safety) (2564) คงที่ ที่ 1x2

#### พันธกิจด้านการคลัง

3. F16 ความเสียหายจากกระบวนการรับเงินรายได้อื่นนอกเหนือค้ำรักษาพยาบาล (2564) คงที่ ที่ 3x1

#### พันธกิจด้านสารสนเทศ

4. O25 ธุรกรรมสารสนเทศของคณะฯ สูญหายหรือเสียหาย (2563) คงที่ ที่ 3x1

#### พันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก

5. O7 ระบบไฟฟ้า ไม่เพียงพอต่อความต้องการในคณะฯ (2559) คงที่ ที่ 1x2
6. O10 อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการยานพาหนะ (2558) คงที่ ที่ 1x2
7. O17 น้ำรั่วจากท่อเมนน้ำประปา , ท่อระบายน้ำอุดตัน (2564) คงที่ ที่ 3x1

### ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ

#### พันธกิจด้านวิชาการและวัฒนธรรม

8. S31 หัวหน้างานพันธกิจบริการวิชาการขาด Competency (ด้านบริหารจัดการ) สำคัญเพื่อมุ่งสู่การบริการวิชาการที่เป็นเลิศ (2563) หลุดจากระดับ 3x1

รวมถึงพบว่า มีความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้ จำนวน 1 ความเสี่ยง ดังนี้

#### พันธกิจด้านการพัสดุ

1. O4 การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกรับผลประโยชน์หรือการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของเจ้าหน้าที่พัสดุ (2563) คงที่ ที่ 1x2

ทั้งนี้พบความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้ยกเลิกการดำเนินงานจากเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) จำนวน 3 ความเสี่ยง ดังนี้

#### พันธกิจด้านบริหารทุนมนุษย์

1. S12 ไม่สามารถสรรหาและบรรจุบุคลากรตำแหน่งสำคัญ (Key Position) ได้เพียงพอตามหน่วยงานในสถาบันฯ ที่เปิดดำเนินการ (2561) ยกเลิกจาก 2x1

#### พันธกิจด้านการคลัง

2. F15 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการทางด้านการบริหารงบประมาณ ยกเลิกจาก 3x1

#### พันธกิจด้านการศึกษา

3. S40 การเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตลดระดับลง (Ranking) (2561) ยกเลิกจาก 2x1

ภาคผนวก

ฐานข้อมูลการประเมินความเสี่ยง

















ผลการประเมินความเสี่ยงจำแนกประเภท 2564																							
Code	Risk Desc	จุดตรวจ/จุดตรวจ (63-64)	จุดตรวจ/จุดตรวจ (60-63)	ค่าตัว	ความถี่ (ปี ค.ศ.)	แหล่งที่มา	ปัจจัยเสี่ยง		ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)ปีงบประมาณ 2564	กิจกรรมควบคุมที่ระบุในปัจจุบัน	ระดับความถี่ของผลอยู่ในปัจจุบัน						กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการในปีงบประมาณ 2564				หมายเหตุ		
							ความถี่ของเหตุการณ์	สาเหตุ			ระดับความถี่ (A)		ระดับความถี่ (B)		ระดับความถี่ (C)		ระดับความถี่ (D)		กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาดำเนินการ		ผู้รับผิดชอบกิจกรรม	
											High	Medium	High	Medium	High	Medium	High	Medium				ชื่อ	ตำแหน่ง
Education Research	Global research and innovation	Impact research	5	36	ประจำปี	การวิจัย	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ			
Education Research	Global research and innovation	Impact research	0	37	ประจำปี	การวิจัย	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ			
Education Research	Global research and innovation	Impact research	0	38	ประจำปี	การวิจัย	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ			
Education Research	Academic and Entrepreneurial Education	come based edu	0	39	ประจำปี	การวิจัย	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ			
Education Research	Academic and Entrepreneurial Education	Outcome based education	5	40	ประจำปี	การวิจัย	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ	1. วิชาการ 2. วิชาการ			









## ภาคผนวก

### ฐานข้อมูลผลการจัดการความเสี่ยง





Course Job Owner	Job ID	Job Name (Job Code)	Job Description (Job Description)	ระดับงานเบื้องต้น		Position/Role	ระดับงานเบื้องต้น		Job Title	ระดับงานเบื้องต้น		ระดับงานเบื้องต้น		Job Title	Job Title	Job Title	
				Job Title			Job Title			Job Title		Job Title					
				Job Title	Job Title		Job Title	Job Title		Job Title	Job Title	Job Title	Job Title				
				Job Title	Job Title		Job Title	Job Title		Job Title	Job Title	Job Title	Job Title				
Professional Service Professional Service	6	ระบบบริหารจัดการระบบการเรียกเก็บค่าสมาชิกสมาชิก (Billing System) (2561)	1. การติดตั้งระบบ 1.1 กรณีมีการเปลี่ยนแปลงระบบสมาชิก สามารถใช้งานได้ทันที 1.2 กรณีมีการเปลี่ยนแปลงระบบสมาชิก (Average Collection Period) ของระบบสมาชิก 1.3 ผู้ดูแลระบบ (Admin) หรือทีมพัฒนาระบบสามารถเข้าถึงระบบสมาชิกได้ 1.4 กรณีมีการเปลี่ยนแปลงระบบสมาชิก สามารถใช้งานได้ทันที 1.5 ผู้ดูแลระบบ (Admin) หรือทีมพัฒนาระบบสามารถเข้าถึงระบบสมาชิกได้	4	4	Professional Service	Professional Service	4	4	Professional Service	Professional Service	4	4	Professional Service	Professional Service	Professional Service	
																	Professional Service
Professional Service Professional Service	8	ระบบบัญชี (2557)	1. งานระบบบัญชี 1.1 งานระบบบัญชี 1.2 งานระบบบัญชี 1.3 งานระบบบัญชี 1.4 งานระบบบัญชี 1.5 งานระบบบัญชี	1	4	Professional Service	Professional Service	1	4	Professional Service	Professional Service	1	4	Professional Service	Professional Service	Professional Service	Professional Service
Professional Service Professional Service	9	บัญชี (2563)	1. งานระบบบัญชี 1.1 งานระบบบัญชี 1.2 งานระบบบัญชี 1.3 งานระบบบัญชี 1.4 งานระบบบัญชี 1.5 งานระบบบัญชี	1	4	Professional Service	Professional Service	1	4	Professional Service	Professional Service	1	4	Professional Service	Professional Service	Professional Service	Professional Service
Professional Service Professional Service	10	บัญชี (2568)	1. งานระบบบัญชี 1.1 งานระบบบัญชี 1.2 งานระบบบัญชี 1.3 งานระบบบัญชี 1.4 งานระบบบัญชี 1.5 งานระบบบัญชี	1	4	Professional Service	Professional Service	1	4	Professional Service	Professional Service	1	4	Professional Service	Professional Service	Professional Service	Professional Service
Professional Service Professional Service	11	ระบบบริหารจัดการระบบการเรียกเก็บค่าสมาชิกสมาชิก (Billing System) (2561)	1. การติดตั้งระบบ 1.1 กรณีมีการเปลี่ยนแปลงระบบสมาชิก สามารถใช้งานได้ทันที 1.2 กรณีมีการเปลี่ยนแปลงระบบสมาชิก (Average Collection Period) ของระบบสมาชิก 1.3 ผู้ดูแลระบบ (Admin) หรือทีมพัฒนาระบบสามารถเข้าถึงระบบสมาชิกได้ 1.4 กรณีมีการเปลี่ยนแปลงระบบสมาชิก สามารถใช้งานได้ทันที 1.5 ผู้ดูแลระบบ (Admin) หรือทีมพัฒนาระบบสามารถเข้าถึงระบบสมาชิกได้	4	4	Professional Service	Professional Service	4	4	Professional Service	Professional Service	4	4	Professional Service	Professional Service	Professional Service	Professional Service































ผลการประเมินความเสี่ยงระดับปัจจัยอันตราย 2564										ผลการพิจารณาเชิงประจักษ์ปัจจัยอันตราย 2564									
Counter Risk Owner	ส่วนงาน/หน่วยงาน	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (OKR) หน่วยงาน	ระดับความเสี่ยงที่เห็นอยู่		กิจกรรมการควบคุมเชิงดำเนินการในปัจจัยอันตราย 2564	ผลการพิจารณาเชิงประจักษ์	ระดับความเสี่ยงก่อนดำเนินการ			ระดับความเสี่ยงหลังดำเนินการ			สรุปผลการพิจารณาเชิงประจักษ์ (ปัจจัยอันตราย)				สรุปหมายเหตุ (ปัจจัยอันตราย)		
			ความเสี่ยงก่อนดำเนินการ	ความเสี่ยงหลังดำเนินการ			ปริมาณ	ความรุนแรง	ความถี่	ปริมาณ	ความรุนแรง	ความถี่	ความเหมาะสมของมาตรการ	ประสิทธิภาพของมาตรการ	การเปลี่ยนแปลงความเสี่ยง	การประเมินผล			
			High	Medium			จำนวน	คะแนน	ปี	จำนวน	คะแนน	ปี							
Professional Service	1. ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ (EMR) ของโรงพยาบาลราชวิถี	1. ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ (EMR) ของโรงพยาบาลราชวิถี มีความปลอดภัยสูง ไม่มีการรั่วไหลของข้อมูล	3	3	1. ทบทวนนโยบายความปลอดภัย (BCP) และแผนกู้คืนระบบเป็นปกติ (DR) ของโรงพยาบาลราชวิถีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2. ทบทวนการปฏิบัติตามข้อกำหนดความปลอดภัย (PCI) ของธนาคารแห่งประเทศไทย 3. ดำเนินการอัปเดต DR Site ในระบบ Database 4. ทบทวนการดำเนินการ DR Site ในระบบ Database 5. ทบทวนการดำเนินการ DR Site ในระบบ Database 6. ทบทวนการดำเนินการ DR Site ในระบบ Database	ผลการพิจารณาเชิงประจักษ์	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Healthcare System	1. ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ (EMR) ของโรงพยาบาลราชวิถี	1. ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ (EMR) ของโรงพยาบาลราชวิถี มีความปลอดภัยสูง ไม่มีการรั่วไหลของข้อมูล	3	3	1. ทบทวนนโยบายความปลอดภัย (BCP) และแผนกู้คืนระบบเป็นปกติ (DR) ของโรงพยาบาลราชวิถีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2. ทบทวนการปฏิบัติตามข้อกำหนดความปลอดภัย (PCI) ของธนาคารแห่งประเทศไทย 3. ดำเนินการอัปเดต DR Site ในระบบ Database 4. ทบทวนการดำเนินการ DR Site ในระบบ Database 5. ทบทวนการดำเนินการ DR Site ในระบบ Database 6. ทบทวนการดำเนินการ DR Site ในระบบ Database	ผลการพิจารณาเชิงประจักษ์	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3