

มีนาคม 2566
รายงานการบริหารความเสี่ยง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

RISK ASSESSMENT AND FOLLOW UP REPORT

RISK MANAGEMENT REPORT

2022

งานบริหารความเสี่ยง

สำนักงานคณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สารบัญ

หัวข้อ	หน้าที่
บทสรุปผู้บริหาร	5
แนวทางและการพัฒนาการบริหารความเสี่ยง	8
ขอบเขตการบริหารความเสี่ยง.....	8
ระยะเวลาดำเนินการ.....	13
การกำหนดระดับความเสี่ยง	16
การกำหนดและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง.....	20
การกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยง.....	22
การกำหนดสถานะการจัดการความเสี่ยง	23
กระบวนการบริหารความเสี่ยง	26
กระบวนการประเมินความเสี่ยง	27
กระบวนการติดตามความเสี่ยง	29
ผลการบริหารความเสี่ยง.....	30
การประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง	30
ภาพรวมผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง	30
ภาพรวมความเสี่ยงที่มีประเด็นเกี่ยวข้องกัน.....	37
ภาพรวมความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล.....	43
ผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง แยกตามระดับความเสี่ยง	48
ผลการจัดการความเสี่ยง	70
ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยง	70
ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยงในความเสี่ยงที่มีประเด็นเกี่ยวข้องกัน	87
ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยงในความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล	97
ผลการจัดการความเสี่ยง แยกตามระดับความเสี่ยง	105

สารบัญรูป

รูปภาพที่	หน้าที่
รูปภาพที่ 1 COSO: Enterprise Risk Management - Integrated Framework 2004	8
รูปภาพที่ 2 Level of Assess ระดับคณะฯ	9
รูปภาพที่ 3 การติดตามความคืบหน้า/ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม	11
รูปภาพที่ 4 การติดตามผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง.....	12
รูปภาพที่ 5 การติดตามการประเมินระดับความเสี่ยง	12
รูปภาพที่ 6 ระยะเวลาดำเนินการบริหารความเสี่ยง.....	14
รูปภาพที่ 7 การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง	23
รูปภาพที่ 8 การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง	24
รูปภาพที่ 9 กระบวนการบริหารความเสี่ยง	26
รูปภาพที่ 10 กระบวนการประเมินความเสี่ยง.....	27
รูปภาพที่ 11 กระบวนการติดตามความเสี่ยง.....	29
รูปภาพที่ 12 ภาพรวมผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง.....	30
รูปภาพที่ 13 ระดับความเสี่ยงของคณะฯ	35
รูปภาพที่ 14 ความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562.....	37
รูปภาพที่ 15 ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19).....	39
รูปภาพที่ 16 ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ	41
รูปภาพที่ 17 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล	43
รูปภาพที่ 18 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone)	48
รูปภาพที่ 19 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone).....	52
รูปภาพที่ 20 ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone)	57
รูปภาพที่ 21 ความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone).....	65
รูปภาพที่ 22 ภาพรวมประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง.....	70
รูปภาพที่ 23 แสดงภาพรวมผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	71
รูปภาพที่ 24 แสดง Risk Map–Dashboard ภาพรวมการเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง	73

สารบัญรูป

รูปภาพที่	หน้าที่
รูปภาพที่ 25 ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยง	81
รูปภาพที่ 26 ผลการจัดการความเสี่ยงในความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติ คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562.....	87
รูปภาพที่ 27 ผลการจัดการความเสี่ยงในความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19).....	90
รูปภาพที่ 28 ผลการจัดการความเสี่ยงในความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ.....	94
รูปภาพที่ 29 ผลการจัดการความเสี่ยงในความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล.....	97
รูปภาพที่ 30 Risk Map-Dashboard ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล.....	99
รูปภาพที่ 31 Risk Map-Dashboard Red Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ).....	105
รูปภาพที่ 32 Risk Map-Dashboard Orange Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ).....	109
รูปภาพที่ 33 Risk Map-Dashboard Yellow Zone (ความเสี่ยงของคณะฯ)	115
รูปภาพที่ 34 Risk Map-Dashboard Green Zone (ความเสี่ยงของคณะฯ)	124

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้าที่
ตารางที่ 1 เกณฑ์การประเมินโอกาสเกิด (Likelihood) และผลกระทบ (Impact).....	16
ตารางที่ 2 ตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map).....	17
ตารางที่ 3 ระดับความเสี่ยง ความหมาย และแนวทางการจัดการความเสี่ยง.....	18
ตารางที่ 4 ระดับความเสี่ยงและกลยุทธ์การจัดการความเสี่ยง.....	20
ตารางที่ 5 ประเภทของตัวชี้วัดความเสี่ยงและแหล่งที่มา	22
ตารางที่ 6 ระดับความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	25
ตารางที่ 7 จำนวนความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster แยกตามพันธกิจ ประเภท และลักษณะของความเสี่ยง	33
ตารางที่ 8 ความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562.....	38
ตารางที่ 9 ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	40
ตารางที่ 10 ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ.....	42
ตารางที่ 11 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล.....	45
ตารางที่ 12 แสดงความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์	50
ตารางที่ 13 แสดงความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์.....	54
ตารางที่ 14 แสดงความเสี่ยงของคณะฯ ระดับปานกลาง (Yellow Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์.....	59
ตารางที่ 15 แสดงความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์.....	67
ตารางที่ 16 ผลการจัดการความเสี่ยงของความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562	89
ตารางที่ 17 ผลการจัดการความเสี่ยงของความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19).....	92
ตารางที่ 18 ผลการจัดการความเสี่ยงของความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ.....	95
ตารางที่ 19 ผลการจัดการความเสี่ยงของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล	100
ตารางที่ 20 ผลการจัดการความเสี่ยงของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone).....	107
ตารางที่ 21 ผลการจัดการความเสี่ยงของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone).....	112
ตารางที่ 22 ผลการจัดการความเสี่ยงของคณะฯ ระดับปานกลาง (Yellow Zone).....	118
ตารางที่ 23 ผลการจัดการความเสี่ยงของคณะฯ ระดับต่ำ (Green Zone).....	126

บทสรุปผู้บริหาร

การดำเนินงานเพื่อบริหารความเสี่ยงองค์กร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ดำเนินการตามมาตรฐาน COSO – ERM¹ ผ่านการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของคณะฯ ได้ผลการบริหารความเสี่ยงที่สามารถอธิบายตามกระบวนการประเมินความเสี่ยง และกระบวนการติดตามความเสี่ยง ดังนี้

กระบวนการประเมินความเสี่ยง: จากการดำเนินงานเพื่อประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่า คณะฯ มีความเสี่ยงทั้งสิ้นจำนวน 78 ความเสี่ยง เป็นความเสี่ยงเดิมที่ยกมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จำนวน 51 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 27 ความเสี่ยง สามารถสรุปตามมุมมองต่าง ๆ ได้ดังนี้

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

ลักษณะของกิจกรรมการควบคุม: ส่วนใหญ่ใช้กิจกรรมการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control) เพื่อป้องกันเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 โดยพบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 คณะฯ ใช้กิจกรรมการควบคุมแบบแก้ไข (Corrective Control) และกิจกรรมการควบคุมแบบค้นหา (Detective Control) เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เนื่องจาก หน่วยงานในพันธกิจต่าง ๆ ระบุและกำหนดกิจกรรมการควบคุม จากประเด็นโอกาสพัฒนาที่พบในรายงาน Opportunities for Improvement (OFI) ทั้งในลักษณะของการแก้ไขประเด็นที่พบ และการค้นหาประเด็นที่แท้จริง (Root Cause Analysis)

ลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยง: จากการพิจารณาลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยงในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่า เจ้าของความเสี่ยงยังคงนิยมใช้ตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) จากเป้าหมายของการดำเนินงานตามกิจกรรมและตัวชี้วัดความสำเร็จ (Key Performance Indicator: KPI) มากำหนดเป็นตัวชี้วัดความเสี่ยง แต่มีจำนวนลดลงและมีสัดส่วนระหว่างตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) และตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) ที่ใกล้เคียงกันมากขึ้น ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 แสดงถึงความก้าวหน้าของการดำเนินงานเชิงรุกเพื่อพัฒนาการกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยงของคณะฯ ดังนั้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 งานบริหารความเสี่ยงจึงยังคงต้องดำเนินงานเพื่อพัฒนาการกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยงของคณะฯ อย่างต่อเนื่อง

ระดับความเสี่ยงของคณะฯ: ความเสี่ยงของคณะฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มีระดับความเสี่ยงที่ครอบคลุมตั้งแต่ระดับความเสี่ยงสูงมากไปจนถึงระดับความเสี่ยงต่ำ โดยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงคงที่ ต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ประกอบด้วยระดับความเสี่ยงสูงมาก (Red Zone) จำนวน 10 ความเสี่ยง ระดับความเสี่ยงสูง (Orange Zone) จำนวน 17 ความเสี่ยง ระดับความเสี่ยงปานกลาง (Yellow Zone) ซึ่งมีความเสี่ยงมากที่สุด จำนวน 35 ความเสี่ยง และระดับความเสี่ยงต่ำ (Green Zone) จำนวน 16 ความเสี่ยง

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

กระบวนการติดตามความเสี่ยง: จากการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 คณะฯ สามารถดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยง ได้ผลการจัดการความเสี่ยงที่สามารถสรุปตามมุมมองต่าง ๆ ดังนี้

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง: ความเสี่ยงส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง (Yellow) เนื่องจากยังอยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยงระยะยาว ต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน รวมทั้งพบความไม่เพียงพอของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และได้รับการพิจารณาให้ปรับแผนใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในบางความเสี่ยง ไปจนถึงพบว่า ความเสี่ยงบางส่วนยังคงได้รับผลกระทบจากปัจจัยภายนอกที่ควบคุมยาก ทั้งจากการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย และ/หรือ นโยบายที่คณะฯ ต้องปฏิบัติตาม และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ยังคงส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ส่งผลให้กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพได้เต็มศักยภาพ

ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงานพบว่า ส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้า โดยเป็นผลจากภาพรวมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และสถานการณ์ทางการเงินของคณะฯ มีทิศทางที่ดีขึ้น สามารถสะท้อนผ่านผลการบริหารจัดการตามคุณภาพ มาตรฐาน ร่วมกับการทบทวนและพัฒนาตามประเด็นโอกาสพัฒนา Opportunities for Improvement (OFI) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้พบความเสี่ยงที่มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงไม่เป็นไปตามเป้า โดยเป็นผลจากความเสี่ยงเหล่านี้มีความไวต่อปัจจัยที่ควบคุมยาก (Sensitive) และไม่สามารถบริหารจัดการได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง สำหรับความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ เป็นผลจากลักษณะของตัวชี้วัดที่สัมพันธ์กับกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินการ รวมถึงพบว่า ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการประสานงานในการขอและการให้ข้อมูลภายในคณะฯ ยังไม่มีประสิทธิภาพ สะท้อนโครงสร้างบริหารและโครงสร้างการกำกับดูแล (Governance Structure) ของคณะฯ ซึ่งมีขนาดใหญ่ ซับซ้อน ได้อย่างชัดเจน

การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง: จากประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงดังกล่าว ส่งผลให้ Risk Zone ส่วนใหญ่คงที่ และบางส่วนสามารถจัดการให้ Risk Zone ลดลงได้ โดยพบว่ามีความเสี่ยงที่ Risk Zone เพิ่มขึ้น เนื่องจากผลการดำเนินงานและผลการบริหารความเสี่ยงไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนด รวมทั้งพบการพิจารณาปรับระดับผลกระทบของความเสี่ยง (Impact) เพิ่มขึ้น ให้สอดคล้องกับเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยกำหนดเช่นเดียวกับปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ทั้งนี้พบความเสี่ยงที่ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เป็นความเสี่ยงที่สามารถจัดการหรือควบคุมให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ไม่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญ และความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้ยกเลิกดำเนินการ เนื่องจาก นำไปบริหารจัดการรวมกับความเสี่ยงใหญ่ที่มีความเกี่ยวข้องกัน และกิจกรรมซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงมีการดำเนินการแล้วเสร็จ

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง: ภายหลังการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่คณะฯ สามารถจัดการได้ เนื่องจาก ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงทั่วไปหรือความเสี่ยงธรรมชาติของพันธกิจที่มีการดำเนินงานตามมาตรฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน ในขณะที่พบความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการได้ ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง เนื่องจาก ยังอยู่ระหว่างดำเนินการและไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการจัดการความเสี่ยงได้อย่างชัดเจน ส่งผลให้ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด รวมถึงพบความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้จากความเสี่ยงใหม่และความเสี่ยงที่ต้องมีการดำเนินงานต่อเนื่อง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 นี้เช่นกัน

จากกระบวนการติดตามความเสี่ยง สามารถสรุปได้ว่า ความเสี่ยงที่ต้องยกไปดำเนินการจัดการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีจำนวนทั้งสิ้น 68 ความเสี่ยง ประกอบด้วยความเสี่ยงที่สามารถจัดการให้เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้จำนวน 29 ความเสี่ยง ความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้จำนวน 21 ความเสี่ยง และความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงานยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้จำนวน 18 ความเสี่ยง

สำหรับการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 งานบริหารความเสี่ยงขยายขอบเขตการวิเคราะห์และนำเสนอรายการความเสี่ยงประจำปี จากเดิมวิเคราะห์และนำเสนอรายละเอียดความเสี่ยง เฉพาะในความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) เป็นการวิเคราะห์และนำเสนอภาพรวมของความเสี่ยงที่มีประเด็นเกี่ยวข้องกัน และความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัย เพื่อให้ผู้บริหารรับทราบประเด็นความเสี่ยงสำคัญ ได้อย่างครอบคลุมครบถ้วน สามารถนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจในการบริหารคณะฯ ได้อย่างเหมาะสม สามารถสรุปภาพรวมได้ดังนี้

การบริหารความเสี่ยงที่มีประเด็นเกี่ยวข้องกัน: เมื่อพิจารณาลักษณะของความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบความเสี่ยงที่มีประเด็นเกี่ยวข้องกัน 3 ประเด็นใหญ่ ๆ ได้แก่ ความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 จำนวน 4 ความเสี่ยง ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 8 ความเสี่ยง และความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ จำนวน 10 ความเสี่ยง โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการที่คณะฯ ได้รับแรงกระตุ้นจากปัจจัยภายนอกที่มีการเปลี่ยนแปลง ในขณะที่พบว่าระบบการบริหารจัดการในปัจจุบันยังไม่เพียงพอ และ/หรือ ไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสม จนอาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายของมหาวิทยาลัยและคณะฯ ในระดับที่สูงมาก หากไม่สามารถบริหารจัดการให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ การบริหารความเสี่ยงในประเด็นเหล่านี้ จึงจำเป็นต้องมีการจัดการอย่างเป็นรูปธรรม ด้วยการขับเคลื่อนตามนโยบายและการดำเนินงานในลักษณะ Top Down ผ่านคณะกรรมการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน แต่เนื่องจากคณะฯ มีข้อจำกัดในการบริหารจัดการบนโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างบริหารที่มีขอบเขตการบริหารจัดการขนาดใหญ่ ซับซ้อน จึงจำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาและความร่วมมือในการสื่อสาร เพื่อสร้างระบบ สร้างองค์ความรู้ และสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การบริหารจัดการความเสี่ยงของความเสี่ยงที่มีประเด็นเกี่ยวข้องกัน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ส่วนใหญ่จึงยังอยู่ระหว่างดำเนินงาน และได้รับการประเมินว่ามีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงในระดับปานกลาง เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถจัดการได้ ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง และมีการเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยงที่คงที่ ทั้งในลักษณะของ Risk Zone และระดับความเสี่ยง

ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัย: จากความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน 78 ความเสี่ยง มีความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัย จำนวน 28 ความเสี่ยง ประกอบด้วย ความเสี่ยงระดับสูงมาก (Red Zone) จำนวน 10 ความเสี่ยง ความเสี่ยงระดับสูง (Orange Zone) จำนวน 17 ความเสี่ยง และความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) ซึ่งเป็นความเสี่ยงจากการดำเนินงานที่อาจก่อให้เกิดการทุจริต (Fraud) หรือการขัดกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนกับผลประโยชน์ส่วนรวม (Conflict of Interest) จำนวน 1 ความเสี่ยง โดยพบครอบคลุมทุก Cluste และพบมากที่สุดที่ Cluster Professional Service สอดคล้องกับประเภทของความเสี่ยง ซึ่งพบว่าเป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) มากที่สุด ความเสี่ยงเหล่านี้ เป็นความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยและคณะฯ ให้ความสำคัญ เนื่องจากมีความไวต่อปัจจัยที่ควบคุมยาก (Sensitive) ในขณะที่ระบบการบริหารจัดการในปัจจุบัน โดยเฉพาะระบบพื้นฐานด้านความปลอดภัยทั้งทางกายภาพและเทคโนโลยียังไม่เพียงพอ และ/หรือ ไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสม ในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง จนอาจก่อให้เกิดความเสียหายที่ไม่สามารถยอมรับให้เกิดขึ้นได้ จำเป็นต้องติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง แม้จะมีการดำเนินงานตามคุณภาพมาตรฐาน ร่วมกับการทบทวนและพัฒนาตามประเด็นโอกาสพัฒนา Opportunities for Improvement (OFI) อย่างต่อเนื่อง ความเสี่ยงเหล่านี้ จึงจำเป็นต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากหลายหน่วยงานในการกำหนดนโยบาย จัดทำแผน และกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างรัดกุม ดังนั้น การบริหารจัดการความเสี่ยงในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ส่วนใหญ่จึงยังอยู่ระหว่างดำเนินงานตามแผนระยะยาว และได้รับการประเมินว่ามีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถจัดการได้ ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง และมีการเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยงที่คงที่ ทั้งในลักษณะของ Risk Zone และระดับความเสี่ยง

แนวทางและการพัฒนาการบริหารความเสี่ยง

ตามที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ให้ทุกส่วนงานดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยงองค์กร โดยกำหนดให้ส่งรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ ภายในเดือนกรกฎาคม และให้ส่งรายงานผลการปฏิบัติตามแผนการจัดการความเสี่ยงทุก 6 เดือนนั้น คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ดำเนินการโดยประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบทการบริหารจัดการภายใน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ขอบเขตการบริหารความเสี่ยง

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีดำเนินการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐาน COSO – ERM² ครอบคลุมครบถ้วนทั้ง 3 มิติ ตามรูปภาพที่ 1 ดังนี้



รูปภาพที่ 1 COSO: Enterprise Risk Management - Integrated Framework 2004

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

คณะฯ พิจารณาความเสี่ยงครบ 4 ประเภท ตามมาตรฐาน ดังนี้

1. ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) แทนด้วยสัญลักษณ์ S: คณะฯ พิจารณาความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการบรรลุตามแผนยุทธศาสตร์ทั้งหมด ครอบคลุมตั้งแต่ระดับมหาวิทยาลัย ระดับคณะฯ ระดับพันธกิจ ไปจนถึงข้อตกลงการปฏิบัติงาน (Performance Agreement: PA) ที่คณะฯ ตกลงไว้กับทางมหาวิทยาลัย โดยพิจารณาความสอดคล้องของการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ เป้าหมายการดำเนินงาน และความเป็นไปได้ของแผนยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้ในแต่ละระดับ เพื่อประกอบการพิจารณาความเสี่ยง

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

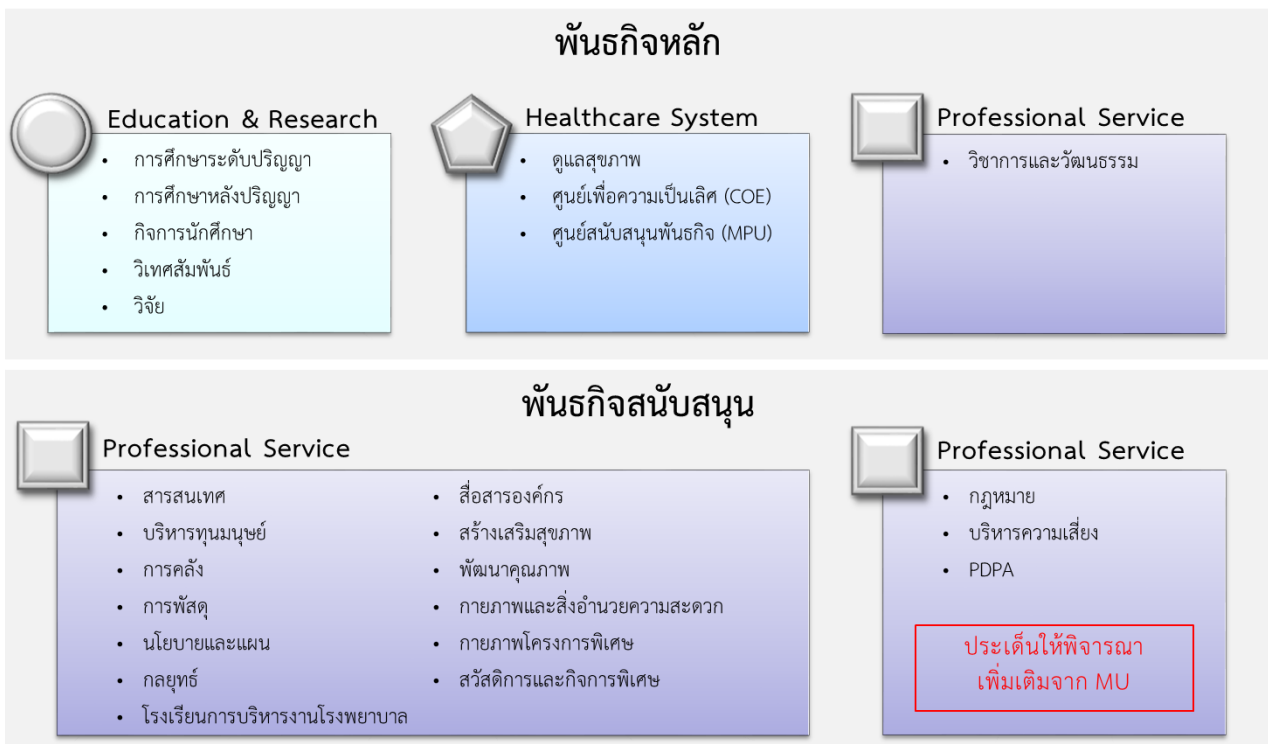
² The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission - Enterprise Risk Management

3. ความเสี่ยงด้านการเงิน/การรายงาน (Financial/Reporting Risk) แทนด้วยสัญลักษณ์ F: คณะฯ พิจารณาความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับเอกสารรายงานต่าง ๆ และการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง โดยพิจารณาตั้งแต่การบริหารงบประมาณ การบริหารสินทรัพย์ เสถียรภาพ ความน่าเชื่อถือ และความมั่นคงทางการเงินของคณะฯ

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 โดยพิจารณาจากพันธกิจหลักและพันธกิจสนับสนุนตามโครงสร้างองค์กร (Organizational Structure) รวมถึงแบ่งตาม Cluster การบริหารเป็น Education & Research แทนด้วยสัญลักษณ์ วงกลม Healthcare System แทนด้วยสัญลักษณ์ ห้าเหลี่ยม และ Professional Service แทนด้วยสัญลักษณ์ สี่เหลี่ยม ตามรูปภาพที่ 2



รูปภาพที่ 2 Level of Assess ระดับคณะฯ

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

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

คณะฯ ดำเนินการบริหารความเสี่ยง โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินงานออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ ๆ ตามขอบเขต และแนวทางที่มหาวิทยาลัยกำหนด ผ่านแนวคิดเชิงระบบ (System Concept) ดังนี้

1. การประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง

ข้อมูลนำเข้า (Input) >> คณะฯ พิจารณาความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จากแผนยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2563-2566 แผนยุทธศาสตร์ระดับคณะฯ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2567 รายงาน Opportunities for Improvement จากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้ง World Federation for Medical Education (WFME) Advanced Hospital Accreditation (A-HA) Thailand Quality Award (TQA) และรายงานการตรวจสอบภายใน (IA) รวมถึงใช้แนวทางการจัดทำรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย ในการดำเนินงาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงให้พิจารณาจากพันธกิจหลักและพันธกิจสนับสนุนของส่วนงาน
2. ให้นำความเสี่ยงที่ไม่สามารถจัดการได้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มาดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
3. ให้วิเคราะห์ความเสี่ยงโดยคำนึงถึงเหตุการณ์ความเสี่ยงมหาวิทยาลัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564
4. ให้พิจารณาประเภทของความเสี่ยงให้ครบ 4 ด้าน ทั้งด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) ด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ด้านการเงิน (Financial Risk) และด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk)
5. ให้วิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงตามแนวทางการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) เรื่องการป้องกันการทุจริต โดยเป็นการประเมินความเสี่ยงของการดำเนินงานที่อาจก่อให้เกิดการทุจริต (Fraud) หรือการขัดกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนกับผลประโยชน์ส่วนรวม (Conflict of Interest)
6. ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูง (Orange Zone) สูงมาก (Red Zone) และความเสี่ยงของการดำเนินงานที่อาจก่อให้เกิดการทุจริต (Fraud Risk) ให้รายงานผลการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง พร้อมแนวทางการจัดการความเสี่ยงต่อมหาวิทยาลัยปีงบประมาณละ 1 ครั้ง และให้รายงานผลการปฏิบัติตามแผนการจัดการความเสี่ยง ต่อมหาวิทยาลัยทุก 6 เดือน
7. ให้พิจารณาปัจจัยภายนอกที่อาจส่งผลกระทบต่อส่วนงาน ในการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง
8. ให้ส่งรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงไปยังมหาวิทยาลัยมหิดล ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2564

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 พ.ศ. 2565 ซึ่งประกอบด้วย ชื่อความเสี่ยง ประเภทของความเสี่ยง สาเหตุของความเสี่ยง ตัวชี้วัดความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการในปัจจุบัน ระดับความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ผู้รับผิดชอบ และระยะเวลาในการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง รวมถึง Dashboard แสดงตำแหน่งของความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

2. การติดตามผลการจัดการความเสี่ยง

ข้อมูลนำเข้า (Input) >> คณะฯ ติดตามผลการจัดการความเสี่ยงจากรายการความเสี่ยง (Risk Profile) ที่ได้จากการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 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 แนนเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้องกับผลการดำเนินงาน

รูปภาพที่ 3 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 หรือพิจารณาประเด็นจากปัจจัยภายนอกเพิ่มเติมด้วย

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 จะอธิบายได้ว่า ความเสี่ยงดังกล่าวมีแนวโน้มที่โอกาสเกิดและ/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 4 การติดตามผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง

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

ตอนที่ ๓ การประเมินระดับความเสี่ยง

ระดับความเสี่ยงก่อนการดำเนินงาน ที่ได้จากการประเมิน			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 5 การติดตามการประเมินระดับความเสี่ยง

ผลลัพธ์ (Output) >> จากข้อมูลนำเข้า (Input) และกระบวนการ (Process) ดังกล่าว คณะฯ จะได้ผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ซึ่งประกอบด้วย ผลลัพธ์ตามกิจกรรมการควบคุมที่ได้ดำเนินการในปีงบประมาณ ผลตามตัวชี้วัดความเสี่ยง การเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยง และ Dashboard แสดงความเคลื่อนไหวของความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ระยะเวลาดำเนินการ

รอบระยะเวลาในการบริหารความเสี่ยงของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ใช้ระยะเวลาดำเนินการต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 มีรายละเอียดและลำดับการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 11/2557 >> ให้การติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ต้องเสร็จสิ้นก่อนการเริ่มประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณต่อไป เพื่อให้เกิดความสอดคล้องต่อเนื่องของเหตุการณ์ความเสี่ยง รวมถึงเป็นการช่วยลดความสับสนในการจัดทำเอกสารของเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner)

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

ดังนั้น คณะฯ จึงดำเนินการตามมติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 11/2557 และมติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 1/2559 มาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 และพบว่าการดำเนินการดังกล่าวส่งผลให้ผลการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่มีสถานะความเสี่ยงคงที่ หรือเป็นความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถสรุปได้ ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณต่อไป เนื่องจากยังอยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนประจำปีงบประมาณ แผนตามปีการศึกษา แผนตามปีปฏิทิน หรือแผนตามโครงการต่อเนื่องระยะยาวที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ในปัจจุบัน หรือแม้จะสามารถรายงานได้ แต่ผลการดำเนินการกลับไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากการเก็บข้อมูลเหลื่อมกับรอบการติดตามความเสี่ยงของคณะฯ ส่งผลให้เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) ส่วนใหญ่ประเมินผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณจากการคาดการณ์แนวโน้มผลการดำเนินการแทนการประเมินโดยใช้ผลการดำเนินการจริง ผลการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงเป็นผลสรุปจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยงเป็นหลัก

มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 3/2561 >> ให้ปรับระยะเวลาการบริหารจัดการความเสี่ยงทั้งระบบอีกครั้ง โดยให้ดำเนินการทั้งปีงบประมาณ หรือ 12 เดือน จากการดำเนินการเพียง 8 เดือน ที่มีการดำเนินการต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 เพื่อให้การบริหารจัดการความเสี่ยงของคณะฯ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น สามารถนำผลการดำเนินงานตามข้อเท็จจริงมาใช้พิจารณาได้ตามระยะเวลาที่กำหนด คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ จึงมีมติให้ปรับระยะเวลาการดำเนินงานตามที่กล่าวไว้ข้างต้น และให้ชี้แจงไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดลทราบ เนื่องจากการดำเนินการตามนโยบายนี้ จะส่งผลให้คณะฯ ส่งรายงานผลการปฏิบัติตามแผนการจัดการความเสี่ยงล่าช้ากว่าระยะเวลาที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด โดยมีลำดับการดำเนินการตามภาพที่ 6 ดังนี้

Risk Management Action Plan	ปีงบประมาณ พ.ศ.																			
	2564					2565										2566				
	พ.ค. 64	มิ.ย. 64	ก.ค. 64	ส.ค. 64	ก.ย. 64	ต.ค. 64	พ.ย. 64	ธ.ค. 64	ม.ค. 65	ก.พ. 65	มี.ค. 65	เม.ย. 65	พ.ค. 65	มิ.ย. 65	ก.ค. 65	ส.ค. 65	ก.ย. 65	ต.ค. 65	พ.ย. 65	
ประเมินความเสี่ยง ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2565			RMC ประจำคณะฯ MU																	
ติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ครั้งที่ 2									RMC ประจำคณะฯ MU											
ติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ครั้งที่ 1													RMC ประจำคณะฯ MU							
ประเมินความเสี่ยง ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2566															RMC ประจำคณะฯ MU					
ติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ครั้งที่ 2																				RMC ประจำคณะฯ MU

รูปภาพที่ 6 ระยะเวลาดำเนินการบริหารความเสี่ยง

1. **การประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2564 – กรกฎาคม 2564**
 - ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดให้ส่งรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2564
 - คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กำหนดให้หน่วยงานภายในคณะฯ ส่งรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ภายในเดือนมิถุนายน 2564 เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และนำเสนอต่อ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ รวมถึงคณะกรรมการประจำคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบภายใน เดือนกรกฎาคม 2564 ก่อนนำส่งรายงานดังกล่าวไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ภายใน เดือนเดียวกัน
2. **การติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ครั้งที่ 1 ดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2565 – พฤษภาคม 2565**
 - ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดให้ส่งรายงานการปฏิบัติตามแผนการจัดการความเสี่ยง รอบ 6 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565 ภายในวันที่ 30 เมษายน 2565
 - คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กำหนดให้หน่วยงานภายในคณะฯ ส่งรายงานการปฏิบัติตามแผน การจัดการความเสี่ยง รอบ 6 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565 ภายในเดือน เมษายน 2565 เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ รวมถึง คณะกรรมการประจำคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบ ภายในเดือนพฤษภาคม 2565 ก่อนนำส่งรายงาน ดังกล่าว ไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ภายในเดือนเดียวกัน
3. **การประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2565 – กรกฎาคม 2565**
 - ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดให้ส่งรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2565
 - คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กำหนดให้หน่วยงานภายในคณะฯ ส่งรายงานการวิเคราะห์และประเมิน ความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ภายในเดือนมิถุนายน 2565 เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และนำเสนอต่อ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ รวมถึงคณะกรรมการประจำคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบ ภายในเดือนกรกฎาคม 2565 ก่อนนำส่งรายงานดังกล่าวไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ภายในเดือนเดียวกัน
4. **การติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ครั้งที่ 2 ดำเนินการระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ระหว่างเดือน สิงหาคม 2565 – พฤศจิกายน 2565**
 - ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดให้ส่งรายงานการปฏิบัติตามแผนการจัดการ ความเสี่ยงรอบ 12 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565 ภายในวันที่ 31 ตุลาคม 2565
 - คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กำหนดให้หน่วยงานภายในคณะฯ ส่งรายงานผลการปฏิบัติตามแผน การจัดการความเสี่ยงรอบ 6 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่ 1 เมษายน 2565 – 30 กันยายน 2565 ภายในเดือนตุลาคม 2565 เพื่อรวบรวม และวิเคราะห์ผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565 รวมทั้งสิ้น 12 เดือน ก่อนนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ และคณะกรรมการประจำคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบภายในเดือน พฤศจิกายน 2565 จากนั้นจึงนำส่ง รายงานดังกล่าว ไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ภายในเดือนเดียวกัน

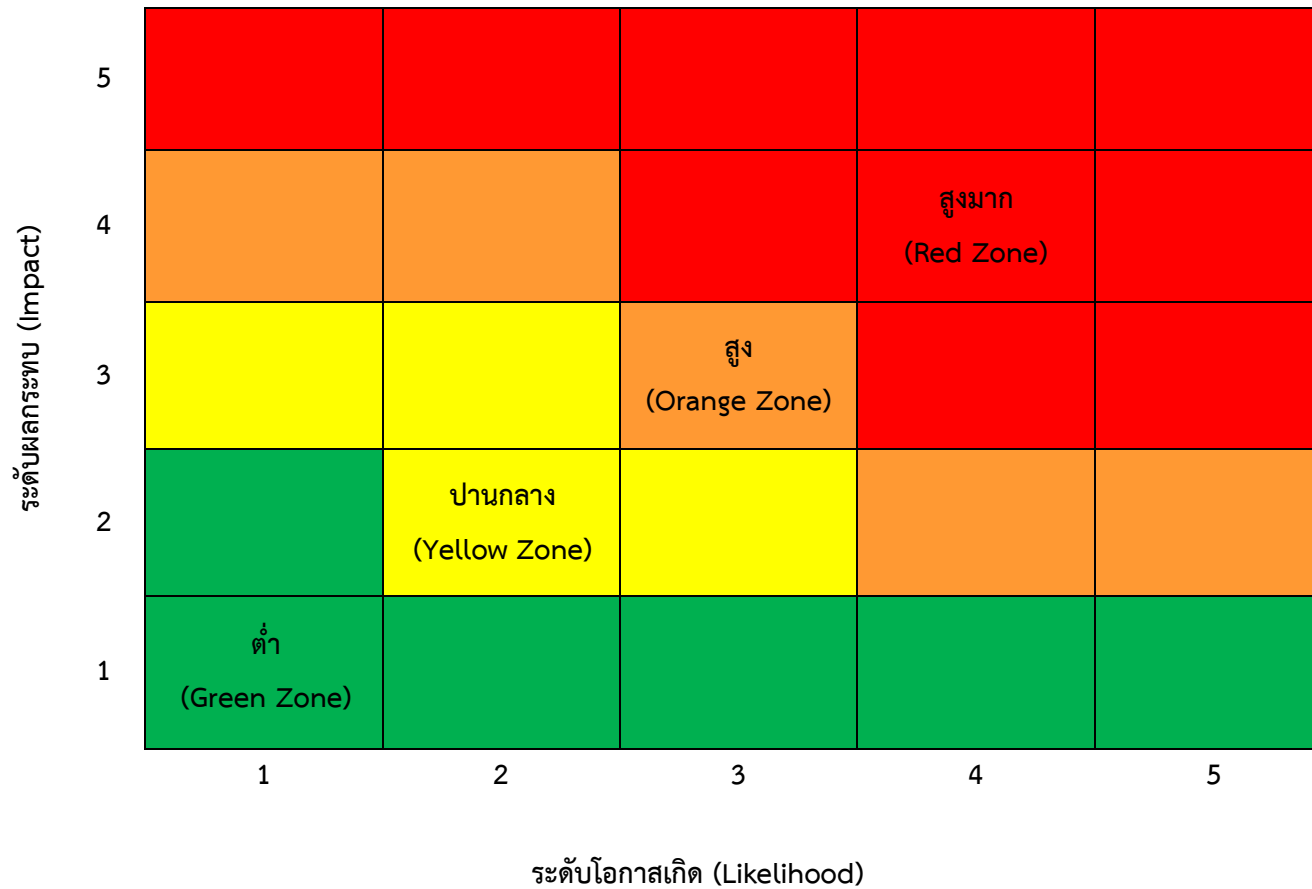
การกำหนดระดับความเสี่ยง

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	การนำเสนอลูกค้า	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
สูงมาก (Red Zone)	เป็นระดับความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ และจำเป็นต้องวางแผนบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างเร่งด่วน	ระดับการยอมรับได้ : เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ แนวทางการจัดการ : จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องกำหนดแผนการจัดการความเสี่ยง อย่างเร่งด่วน แนวทางการติดตาม : จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องติดตามผลการจัดการความเสี่ยงอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่อง
สูง (Orange Zone)	เป็นระดับความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ และต้องวางแผนบริหารจัดการ	ระดับการยอมรับได้ : เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ แนวทางการจัดการ : ต้องกำหนดแผนการจัดการความเสี่ยง แนวทางการติดตาม : ต้องติดตามผลการจัดการความเสี่ยง อย่างต่อเนื่อง
ปานกลาง (Yellow Zone)	เป็นระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ แต่ต้องมีการติดตามเฝ้าระวัง และกำกับดูแลตามมาตรฐานการควบคุมที่มีอยู่อย่างสม่ำเสมอ	ระดับการยอมรับได้ : เป็นความเสี่ยงที่สามารถยอมรับได้ แนวทางการจัดการ : สามารถควบคุมความเสี่ยงได้ด้วยงานประจำ แต่สามารถพิจารณากำหนดแผนการจัดการความเสี่ยงเพิ่มเติมได้ หากเห็นสมควร แนวทางการติดตาม : ต้องติดตามและเฝ้าระวัง อย่างสม่ำเสมอ
ต่ำ (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 จึงต้องรายงานความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ให้มหาวิทยาลัยรับทราบ รวมทั้งเมื่อดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยงเสร็จสิ้นตามรอบระยะเวลาที่กำหนด คณะฯ ต้องรายงานผลการจัดการความเสี่ยงให้มหาวิทยาลัย รับทราบอีกครั้งเช่นกัน

ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ประกอบด้วยความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยง ดังนี้

1. **ระดับความเสี่ยงสูงมาก (Red Zone)** เป็นความเสี่ยงที่มีระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ผลกระทบสูงมาก ตามเกณฑ์การประเมินระดับความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยกำหนด ความเสี่ยงลักษณะนี้หากเกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อคณะฯ ในระดับที่สูงมาก และ/หรือ อาจส่งผลกระทบต่อระดับมหาวิทยาลัยด้วยเช่นกัน ดังนั้น จึงเป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการจัดการอย่างเร่งด่วน และจำเป็นต้องเป็นแผนการจัดการความเสี่ยงใหม่ ที่พิจารณาเพิ่มเติมจากที่มีอยู่ในปัจจุบัน
2. **ระดับความเสี่ยงสูง (Orange Zone)** เป็นความเสี่ยงที่มีระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ผลกระทบสูง ตามเกณฑ์การประเมินระดับความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยกำหนด ความเสี่ยงลักษณะนี้มีโอกาสปรับระดับความเสี่ยงไปอยู่ในระดับความเสี่ยงสูงมาก (Red Zone) หากไม่สามารถบริหารจัดการได้ตามแผนที่กำหนด หรือมีปัจจัยภายนอกเข้าคุกคามจนส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการความเสี่ยง รวมทั้งหากความเสี่ยงลักษณะนี้เกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อคณะฯ ในระดับที่สูง และ/หรือ อาจส่งผลกระทบต่อระดับมหาวิทยาลัยด้วยเช่นกัน ดังนั้น จึงเป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ เช่นเดียวกับความเสี่ยงระดับสูงมาก (Red Zone) ต้องมีการจัดการ และต้องเป็นแผนการจัดการความเสี่ยงใหม่ ที่พิจารณาเพิ่มเติมจากที่มีอยู่ในปัจจุบัน

ความเสี่ยงที่บริหารจัดการภายในคณะฯ

ความเสี่ยงกลุ่มนี้ มหาวิทยาลัยมหิดลไม่ได้กำหนดให้คณะฯ รายงานแผนการจัดการความเสี่ยงให้มหาวิทยาลัยรับทราบ เนื่องจากลักษณะของความเสี่ยง ไม่จำเป็นต้องบริหารจัดการอย่างเร่งด่วนเหมือนกลุ่มแรก แต่เมื่อพิจารณาในระดับคณะฯ พบว่า หากความเสี่ยงเหล่านี้เกิดขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อคณะฯ โดยตรง ดังนั้น คณะฯ จึงดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยงเป็นการภายใน เพื่อควบคุมความเสี่ยงให้ยังคงอยู่ในระดับที่คณะฯ และมหาวิทยาลัยสามารถยอมรับได้

ความเสี่ยงที่บริหารจัดการภายในคณะฯ ประกอบด้วยความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยง ดังนี้

1. **ระดับความเสี่ยงปานกลาง (Yellow Zone)** เป็นความเสี่ยงที่มีระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ผลกระทบปานกลาง ตามเกณฑ์การประเมินระดับความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยกำหนด ความเสี่ยงลักษณะนี้สามารถกำหนดหรือไม่กำหนดแผนการจัดการความเสี่ยงก็ได้ ขึ้นอยู่กับการประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความเพียงพอของของกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงที่มีอยู่ในปัจจุบัน ร่วมกับการยอมรับความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) โดยยังคงต้องมีการกำกับดูแล ติดตาม และเฝ้าระวังภายในคณะฯ เพื่อควบคุมความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ อย่างสม่ำเสมอ
2. **ระดับความเสี่ยงต่ำ (Green Zone)** เป็นความเสี่ยงที่มีระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ผลกระทบต่ำ ตามเกณฑ์การประเมินระดับความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยกำหนด 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 โดยแบ่งความเสี่ยงบางส่วนให้แก่บุคคลหรือองค์กรอื่นเพื่อร่วมรับผิดชอบที่อาจเกิดขึ้น เช่น การทำประกันภัย, การร่วมทุน, การหาพันธมิตร เป็นต้น

การเลือกใช้กลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยงตามมาตรฐาน COSO – ERM³ คณะฯ ดำเนินการตามแนวทางที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนด ตามตารางที่ 4 ดังนี้

ตารางที่ 4 ระดับความเสี่ยงและกลยุทธ์การจัดการความเสี่ยง

ระดับความเสี่ยง	กลยุทธ์การจัดการความเสี่ยง
สูงมาก (Red Zone)	<ol style="list-style-type: none"> 1. กลยุทธ์การลดความเสี่ยง (Treat/Reduce) 2. กลยุทธ์การโอนหรือกระจายความเสี่ยง (Transfer/Share) 3. กลยุทธ์การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Terminate/Avoid)
สูง (Orange Zone)	<ol style="list-style-type: none"> 1. กลยุทธ์การโอนหรือกระจายความเสี่ยง (Transfer/Share) 2. กลยุทธ์การลดความเสี่ยง (Treat/Reduce)
ปานกลาง (Yellow Zone)	<ol style="list-style-type: none"> 1. กลยุทธ์การยอมรับความเสี่ยง (Take/Accept) 2. กลยุทธ์การลดความเสี่ยง (Treat/Reduce)
ต่ำ (Green Zone)	<ol style="list-style-type: none"> 1. กลยุทธ์การยอมรับความเสี่ยง (Take/Accept)

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

เครื่องมือและการเลือกใช้เครื่องมือในการจัดการความเสี่ยง

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)

ทั้งนี้ ในการกำหนดกิจกรรมการควบคุมต่าง ๆ ที่จะใช้ในการจัดการความเสี่ยง จำเป็นต้องกำหนดระยะเวลาการดำเนินงานและผู้รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรมให้ชัดเจน เพื่อใช้ในการติดตาม/สอบทาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการจัดการความเสี่ยง สอดคล้องกับกลยุทธ์การลดความเสี่ยง (Treat/Reduce) และกลยุทธ์การโอนหรือกระจายความเสี่ยง (Transfer/Share)

การกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยง

ตัวชี้วัดความเสี่ยง (Key Risk Indicator: KRI) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสังเกตการณ์ความเสี่ยง (Monitor) เพื่อเตือนก่อนที่ความเสี่ยงจะมีโอกาสเกิด และ/หรือ ผลกระทบที่สูงขึ้น จนอาจกลายเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขในอนาคต มีลักษณะสำคัญคือ ตัวชี้วัดและเป้าหมายของตัวชี้วัดที่กำหนดนั้น ควรเป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่มีความเฉพาะเจาะจง มีทิศทางที่ชัดเจน (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 หรือแผนการจัดการความเสี่ยง	-
ตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator)	-	-	1. ผลการบริหารความเสี่ยง 2. เป้าหมายการดำเนินงาน

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

1. วัดจากปัจจัยนำเข้า (Input) ตัวชี้วัดลักษณะนี้จะแจ้งสัญญาณการเปลี่ยนแปลงของสาเหตุ และปัจจัยสำคัญต่าง ๆ 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 7

ตอนที่ 1 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 แนนเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้องกับผลการดำเนินงาน

ครั้งที่ 1

ครั้งที่ 2

นักบริหารความเสี่ยงประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง จากการวิเคราะห์ภาพรวมของประสิทธิภาพรายกิจกรรมที่เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) รายงานมายังงานบริหารความเสี่ยง

รูปภาพที่ 7 การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง

ทั้งนี้ สามารถแบ่งระดับประสิทธิภาพของการจัดการได้ 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

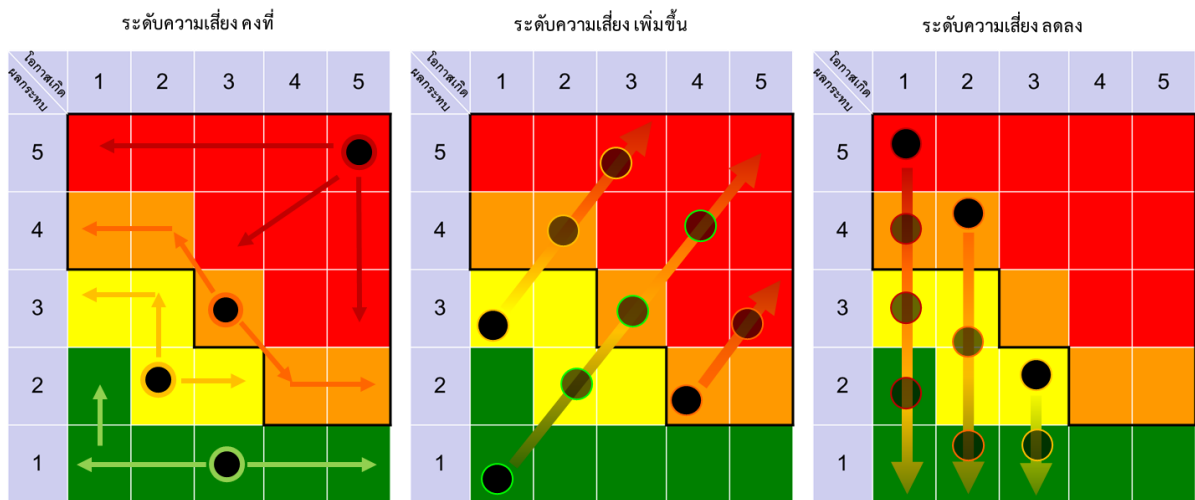
การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง

การระบุการเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง 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 8 การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง

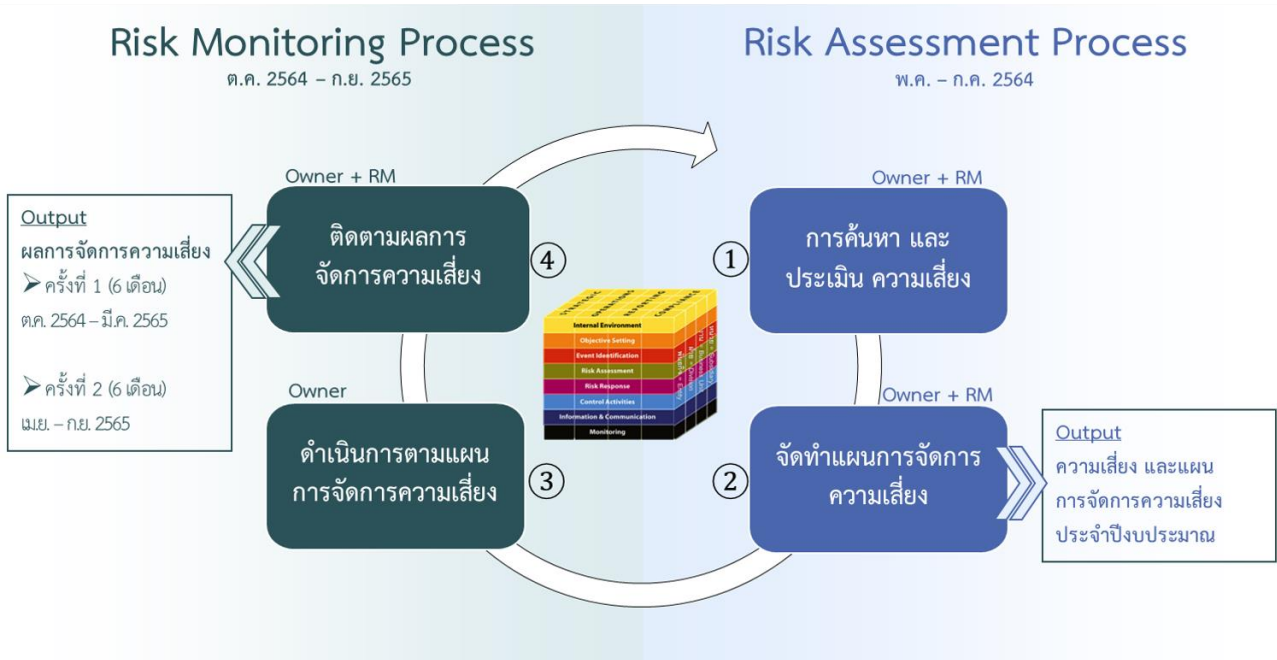
การสรุปความสามารถในการจัดการความเสี่ยง พิจารณาจากระดับการยอมรับความเสี่ยง ร่วมกับประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง และระดับความรุนแรงที่มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด ทั้งนี้ สามารถแบ่งระดับความสามารถในการจัดการความเสี่ยงได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ 5 ประเภท ดังนี้

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)	ไม่ควรเป็นความเสี่ยง	-
	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 พ.ศ. 2565 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ดำเนินงานตามกระบวนการที่ได้รับมติจากคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 3/2561 สามารถสรุปภาพรวมเพื่อใช้สื่อสารสร้างความเข้าใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยง ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ตามรูปภาพที่ 9



รูปภาพที่ 9 กระบวนการบริหารความเสี่ยง

จากรูปภาพที่ 9 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

ซึ่งจะอธิบายรายละเอียดในหัวข้อกระบวนการประเมินความเสี่ยงและกระบวนการติดตามความเสี่ยง ต่อไป

กระบวนการประเมินความเสี่ยง

เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ยังคงยืดเยื้อต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 โดยไม่สามารถคาดการณ์แนวโน้มความรุนแรง และความยาวนานของสถานการณ์ได้อย่างชัดเจน ส่งผลให้คณะฯ จำเป็นต้องลดโอกาสสัมผัสตามมาตรการ Social Distancing อย่างเคร่งครัด ต่อเนื่อง งานบริหารความเสี่ยงจึงปรับกระบวนการในการประเมินความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ให้สอดคล้อง และยืดหยุ่น เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ดังกล่าว โดยให้เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) พิจารณาเลือก แนวทางการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จาก 1 ใน 2 แนวทาง ดังนี้

- แนวทางที่ 1 ดำเนินการประเมินความเสี่ยงผ่านกลไกการสัมภาษณ์
 - แนวทางที่ 2 ดำเนินการประเมินความเสี่ยงผ่านการทบทวนเอกสาร
- ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่กระทบต่อการดำเนินงานในภาพรวม ตามรูปภาพที่ 10



รูปภาพที่ 10 กระบวนการประเมินความเสี่ยง

กระบวนการที่ 1 เตรียมการประเมินความเสี่ยง งานบริหารความเสี่ยง จัดทำข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ จากแผนยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2563-2566 แผนยุทธศาสตร์ระดับคณะฯ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 - 2563 รายงาน Opportunities for Improvement (OFI) จากหน่วยงานภายในและภายนอกคณะฯ ต่าง ๆ ทั้ง World Federation for Medical Education (WFME) Advanced Hospital Accreditation (A-HA) Thailand Quality Award (TQA) และรายงานการตรวจสอบภายใน (IA) รวมถึงใช้แนวทางการจัดทำรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ที่ได้รับจากมหาวิทยาลัยตามรายละเอียดที่ระบุไว้ในหัวข้อขอบเขตการบริหารความเสี่ยง มิติที่ 3 ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง (Components of Enterprise Risk Management: Method)

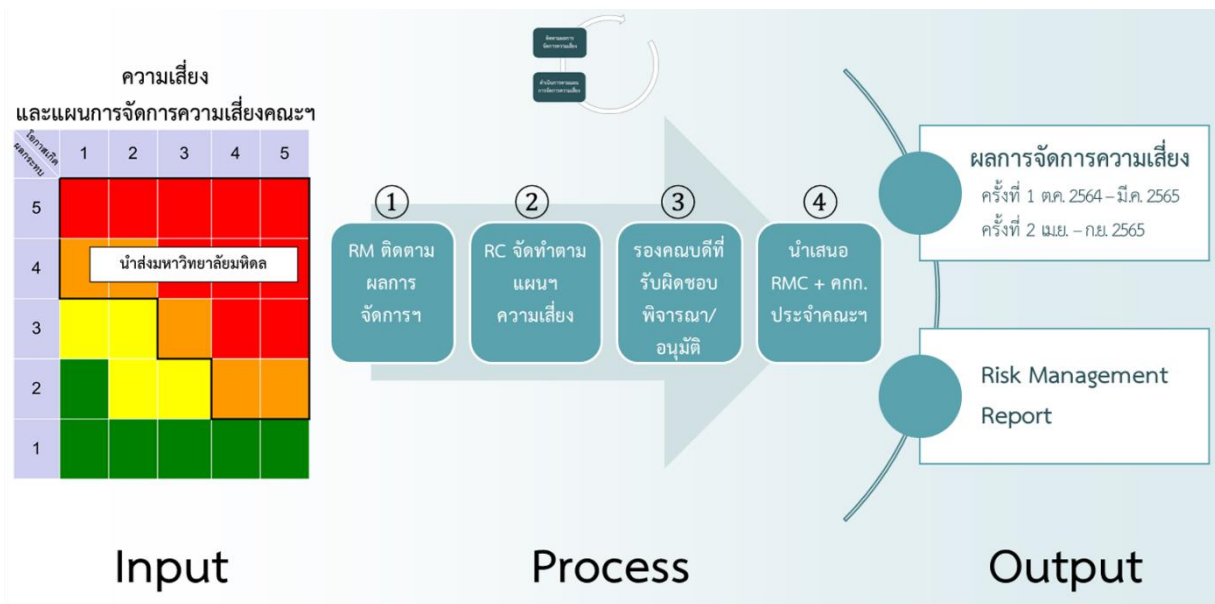
กระบวนการที่ 2 ดำเนินการประเมินความเสี่ยง งานบริหารความเสี่ยงและเจ้าของความเสี่ยง ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม 2564 – มิถุนายน 2564 ดังนี้

1. งานบริหารความเสี่ยง ดำเนินการประเมินความเสี่ยง 2 แนวทาง ดังนี้
 - **แนวทางที่ 1 ดำเนินการประเมินความเสี่ยงผ่านกลไกการสัมภาษณ์**
งานบริหารความเสี่ยงเข้าสัมภาษณ์รองคณบดีฝ่ายต่าง ๆ และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหา วิเคราะห์ ระบุ ประเมิน และจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พร้อมทั้งสรุปข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์
 - **แนวทางที่ 2 ดำเนินการประเมินความเสี่ยงผ่านการทบทวนเอกสาร**
งานบริหารความเสี่ยงจัดทำแบบรายงานการประเมินความเสี่ยงและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 โดยใช้ข้อมูลจากความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 พร้อมทั้งระบุข้อเสนอแนะที่พบจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งจากการบริหารความเสี่ยงในปีที่ผ่านมา ประเด็นโอกาสพัฒนา Opportunities for Improvement (OFI) และนโยบายจากมหาวิทยาลัย เพื่อเตรียมจัดส่งไปยังเจ้าของความเสี่ยง เพื่อค้นหา วิเคราะห์ ระบุ ประเมิน และจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
2. งานบริหารความเสี่ยงจัดทำและนำส่งหนังสือการประเมินความเสี่ยงและจัดทำแผนจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ไปยังเจ้าของความเสี่ยง เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล รวมถึงเพิ่มเติม และ/หรือ ปรับแก้ข้อมูลความเสี่ยงให้ครบถ้วนสมบูรณ์
3. หน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง จัดทำรายงานการประเมินความเสี่ยงและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และนำเสนอต่อรองคณบดีที่กำกับ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ก่อนส่งกลับมายังงานบริหารความเสี่ยง ตามระยะเวลาที่กำหนด
4. งานบริหารความเสี่ยงรวบรวม และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าของความเสี่ยง พร้อมทั้งให้คำปรึกษา แจ้งข้อเสนอแนะ รวมถึงขอข้อมูลในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนเพิ่มเติม เพื่อให้เจ้าของความเสี่ยงดำเนินการแก้ไข และนำเสนอต่อรองคณบดีที่กำกับ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ก่อนส่งกลับมายังงานบริหารความเสี่ยงอีกครั้ง

กระบวนการที่ 3 ดำเนินการวิเคราะห์ และนำเสนอรายงานการประเมินความเสี่ยง งานบริหารความเสี่ยงรวบรวม วิเคราะห์ สรุป และนำเสนอผลการประเมินความเสี่ยง เสร็จสิ้นภายในเดือนกรกฎาคม 2564 ดังนี้

1. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบ รวมทั้งให้ข้อเสนอเพื่อปรับแก้ไข ก่อนนำเสนอ คณะกรรมการประจำคณะฯ ต่อไป
2. คณะกรรมการประจำคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบ รวมทั้งให้ข้อเสนอเพื่อปรับแก้ไข ก่อนจัดทำรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ ส่งมหาวิทยาลัยมหิดลต่อไป
3. งานบริหารความเสี่ยงจัดทำรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เพื่อนำส่งมหาวิทยาลัยมหิดล

กระบวนการติดตามความเสี่ยง



รูปภาพที่ 11 กระบวนการติดตามความเสี่ยง

กระบวนการที่ 1 ดำเนินการจัดการความเสี่ยง หน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง ดำเนินการจัดการความเสี่ยงตามแผนที่กำหนดไว้จากกระบวนการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เมื่อเดือนกรกฎาคม 2564 ที่ผ่านมา

กระบวนการที่ 2 ดำเนินการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง งานบริหารความเสี่ยงและเจ้าของความเสี่ยงดำเนินการ ดังนี้

- งานบริหารความเสี่ยงส่งหนังสือการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ไปยังหน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง ปีงบประมาณละ 2 ครั้ง
 - ครั้งที่ 1 ส่งหนังสือการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ในเดือนมีนาคม 2565 โดยจะติดตามข้อมูลผลการจัดการความเสี่ยงช่วงระยะเวลาระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565
 - ครั้งที่ 2 ส่งหนังสือการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ในเดือนกันยายน 2565 โดยจะติดตามข้อมูลผลการจัดการความเสี่ยงช่วงระยะเวลาระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 30 กันยายน 2565
- หน่วยงานเจ้าของความเสี่ยงรายงานผลการจัดการความเสี่ยง และนำเสนอต่อรองคณบดีที่กำกับ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ก่อนส่งกลับมายังงานบริหารความเสี่ยงตามระยะเวลาที่กำหนด
- งานบริหารความเสี่ยงรวบรวมและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าของความเสี่ยง พร้อมทั้งให้คำปรึกษา แจกข้อเสนอแนะ รวมถึงขอข้อมูลในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนเพิ่มเติม เพื่อให้เจ้าของความเสี่ยงดำเนินการแก้ไข และนำเสนอต่อรองคณบดีที่กำกับ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ก่อนส่งกลับมายังงานบริหารความเสี่ยงอีกครั้ง

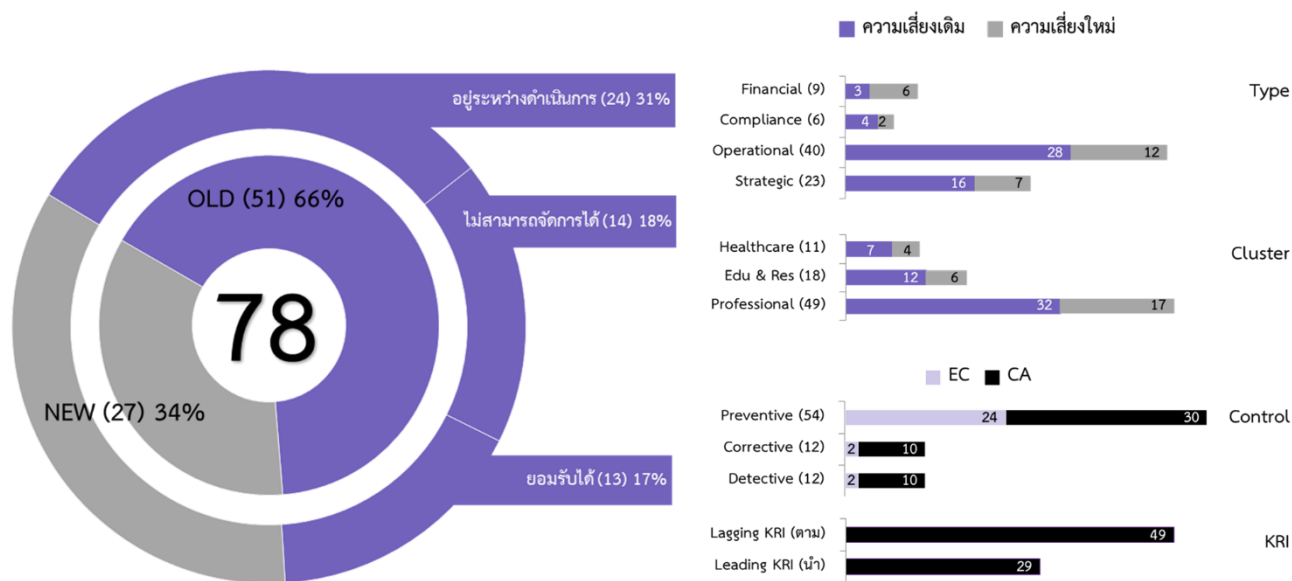
กระบวนการที่ 3 ดำเนินการวิเคราะห์และนำเสนอผลการจัดการความเสี่ยง งานบริหารความเสี่ยงรวบรวมวิเคราะห์ สรุป และนำเสนอผลการจัดการความเสี่ยง ครั้งที่ 1 เดือนพฤษภาคม 2565 ครั้งที่ 2 เดือนพฤศจิกายน 2565 ดังนี้

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

ผลการบริหารความเสี่ยง การประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง

ภาพรวมผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง

จากการดำเนินงานเพื่อประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่า คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีความเสี่ยงทั้งสิ้นจำนวน 78 ความเสี่ยง สามารถอธิบายในภาพรวมได้ ดังนี้



รูปภาพที่ 12 ภาพรวมผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง

ความเสี่ยงเดิมและความเสี่ยงใหม่

เมื่อพิจารณาจากลักษณะของทั้ง 78 ความเสี่ยง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงเดิมที่ยกมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และบางส่วนเป็นความเสี่ยงใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ดังนี้

ความเสี่ยงใหม่: ความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้เป็นความเสี่ยงใหม่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มีจำนวน 27 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 34 ($27 \times 100 / 78$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ทั้งนี้ พบว่าการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เกิดจากหลายปัจจัย สามารถสรุปได้ดังนี้

1. การพิจารณาความเสี่ยงใหม่เพิ่มเติมตามประเด็นที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย ส่งผลให้คณะฯ ต้องพิจารณาความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 3 พันธกิจ ได้แก่ พันธกิจด้านกฎหมาย พันธกิจด้านการบริหารความเสี่ยง และพันธกิจด้านการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

2. การปรับแนวทางการบริหารความเสี่ยง ตามมุมมองการบริหารความเสี่ยงของรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ
 - I. เพิ่มขอบเขตการบริหารความเสี่ยง ครอบคลุม 5 พันธกิจ ได้แก่ พันธกิจด้านกลยุทธ์ พันธกิจด้านนโยบายและแผน พันธกิจด้านโรงเรียนบริหารงานโรงพยาบาล พันธกิจด้านสวัสดิการและกิจการพิเศษ และพันธกิจด้านกายภาพโครงการพิเศษ ไปจนถึงเพิ่มขอบเขตการบริหารความเสี่ยงภายในสถาบัน-การแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ด้วยเช่นกัน
 - II. การนำประเด็นที่พบจากรายงาน Opportunities for Improvement (OFI) ทั้งจากหน่วยงานภายในและภายนอกคณะฯ มาใช้ในการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ ส่งผลให้หน่วยงานในพันธกิจต่าง ๆ นำประเด็นโอกาสพัฒนา มาใช้ประกอบการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง รวมถึงนำมาระบุเป็นความเสี่ยงใหม่ในปีงบประมาณ
3. การดำเนินงานเชิงรุกของทีมบริหารความเสี่ยง
 - I. การบรรจุวาระเพื่อพิจารณาประเด็นความเสี่ยงใหม่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ผ่านกลไกการให้ความเห็นตามมติของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ (Top Down)
 - II. จัดทำตัวอย่างรายการความเสี่ยงตามประเด็นที่ต้องดำเนินการ (Risk Catalog) เพื่อนำเสนอต่อหน่วยงานต่าง ๆ ผ่านกลไกการสัมภาษณ์เพื่อประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ
4. การพิจารณาความเสี่ยงใหม่จากปัจจัยภายนอกที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ยืดเยื้อ และการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ในวันที่ 1 มิถุนายน 2565 ส่งผลให้หน่วยงานในพันธกิจต่าง ๆ พิจารณาความเสี่ยงในประเด็นดังกล่าวอย่างครอบคลุมและรัดกุมมากขึ้นกว่าปีงบประมาณที่ผ่านมา

ความเสี่ยงเดิม: ความเสี่ยงเดิมที่ยกมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ทั้งสิ้นจำนวน 51 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 66 (51x100/78) ของความเสี่ยงทั้งหมด แบ่งตามระดับความสามารถในการจัดการความเสี่ยงที่ยกมา ดังนี้

1. ความเสี่ยงอยู่ในระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้ จำนวน 24 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 47 (24x100/51) ของความเสี่ยงเดิมทั้งหมด ความเสี่ยงที่มีความสามารถในการจัดการระดับนี้ เป็นความเสี่ยงที่ยังดำเนินการตามกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ไม่เสร็จสิ้นภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เนื่องจากการดำเนินงานตามแผนประจำปีการศึกษา⁴ หรือแผนตามปีปฏิทิน (1 มกราคม 2564 – 31 ธันวาคม 2564) หรือแผนโครงการต่อเนื่อง (ดำเนินการต่อเนื่อง 3 – 5 ปี) จึงไม่สามารถประเมินผลการจัดการความเสี่ยงได้ภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และจำเป็นต้องยกมาบริหารจัดการต่อ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ต่อไป
2. ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง จำนวน 14 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 27 (14x100/51) ของความเสี่ยงเดิมทั้งหมด ความเสี่ยงที่มีความสามารถในการจัดการระดับนี้ เป็นความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถควบคุม หรือจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่คณะฯ สามารถยอมรับได้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จำเป็นต้องยกมาบริหารจัดการต่อ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
3. สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ จำนวน 13 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 25 (13x100/51) ของความเสี่ยงเดิมทั้งหมด ความเสี่ยงที่มีความสามารถในการจัดการระดับนี้ เป็นความเสี่ยงที่สามารถควบคุม หรือจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่คณะฯ สามารถยอมรับได้แล้วในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 แต่ได้รับการพิจารณาให้ยกมาติดตาม และควบคุมต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

4 - ปีการศึกษา 2564 หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต เริ่ม 1 สิงหาคม 2564 – 31 พฤษภาคม 2565

- ปีการศึกษา 2564 หลักสูตรแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด เริ่ม 1 กรกฎาคม 2564 – 30 มิถุนายน 2565

ประเภทของความเสี่ยง

เมื่อพิจารณาประเภทของความเสี่ยงจากทั้ง 78 ความเสี่ยง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) และความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) โดยพบว่ามีความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) และความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) เพียงเล็กน้อย ดังนี้

1. ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) แทนด้วยสัญลักษณ์ S จำนวน 23 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 29 ($23 \times 100 / 78$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 16 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 7 ความเสี่ยง ความเสี่ยงประเภทนี้มีมากเป็นอันดับ 2 เนื่องจาก ความเสี่ยงระดับองค์กร (Enterprise Risk Management: ERM) จะพิจารณาจากแผนยุทธศาสตร์เป็นกรอบในการดำเนินงานจึงทำให้มีความเสี่ยงประเภทนี้ในทุกพันธกิจ
2. ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) แทนด้วยสัญลักษณ์ O จำนวน 40 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 51 ($40 \times 100 / 78$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 28 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 12 ความเสี่ยง ความเสี่ยงประเภทนี้พบได้ในทุกพันธกิจ จึงมีจำนวนมากที่สุด เนื่องจากเกี่ยวข้องกับกระบวนการในการดำเนินงานต่าง ๆ ทั้งในพันธกิจหลักและพันธกิจสนับสนุน สอดคล้องกับธรรมชาติของความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ที่มักพบมากที่สุดในทุกองค์กร รวมถึงพบว่า เป็นผลจากปัจจัยตามที่ได้วิเคราะห์ไว้แล้วในหัวข้อความเสี่ยงใหม่
3. ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) แทนด้วยสัญลักษณ์ F จำนวน 9 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 12 ($9 \times 100 / 78$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 3 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่ที่มีสัดส่วนของจำนวนความเสี่ยงใหม่ที่มากที่สุดในปีงบประมาณ จำนวนถึง 6 ความเสี่ยง ซึ่งเป็นผลจากการระบุความเสี่ยงผ่านกลไกคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ (Top Down) ที่มีมติให้ประเด็นสถานะทางการเงินเป็นความเสี่ยงใหญ่ ที่ต้องบริหารจัดการในลักษณะเป็น Cross-Functional Management มีคณะกรรมการบริหารคณะฯ เป็นเจ้าของความเสี่ยง และมีพันธกิจต่าง ๆ ร่วมรับผิดชอบ ส่งผลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาเพิ่มความเสี่ยงใหม่ในประเด็นดังกล่าวอย่างครอบคลุมมากขึ้น
4. ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) แทนด้วยสัญลักษณ์ C จำนวน 6 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 8 ($6 \times 100 / 78$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 4 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 2 ความเสี่ยง ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายต่าง ๆ ที่คณะฯ ต้องปฏิบัติตาม รวมทั้งครอบคลุมถึงประเด็นที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย ทั้งในพันธกิจด้านกฎหมาย และพันธกิจด้านการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

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 18 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 23 ($18 \times 100 / 78$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 12 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 6 ความเสี่ยง
2. Cluster Healthcare System จำนวน 11 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 14 ($11 \times 100 / 78$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 7 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 4 ความเสี่ยง
3. Cluster Professional Service มีความเสี่ยงมากที่สุดจำนวน 49 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 63 ($49 \times 100 / 78$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 32 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 17 ความเสี่ยง

จากภาพรวมผลการประเมินความเสี่ยงดังกล่าว สามารถสรุปจำนวนความเสี่ยง แบ่งตาม Cluster จำแนกตาม พันธกิจ 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
Cluster Education and Research										
ด้านการศึกษา	3	3	0	0	6	1	3	0	0	4
ด้านการวิจัย	1	2	1	0	4	0	0	0	0	0
ด้านกิจการนักศึกษา	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1
ด้านวิเทศสัมพันธ์	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1
Cluster Healthcare System										
ด้านการดูแลสุขภาพ	1	3	0	1	5	2	0	0	0	2
ศูนย์เพื่อความเป็นเลิศ	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
ศูนย์สนับสนุนพันธกิจ	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0
Cluster Professional Service										
ด้านบริหารทุนมนุษย์	1	1	0	0	2	1	0	0	1	2
ด้านสารสนเทศ	5	2	1	0	8	0	0	0	0	0
ด้านการคลัง	0	0	0	2	2	0	0	0	2	2
ด้านการพัสดุ	0	2	2	0	4	0	0	0	0	0
ด้านวิชาการและวัฒนธรรม	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1
ด้านคุณภาพ	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
ด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก	0	11	0	0	11	0	1	0	0	1
ด้านสื่อสารองค์กร	0	1	0	0	1	0	3	0	0	3
ด้านสร้างเสริมสุขภาพ	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0
ด้านนโยบายและแผน	0	0	0	0	0	1	2	0	1	4
ด้านโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
ด้านกฎหมาย	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
ด้านบริหารความเสี่ยง	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
ด้านคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1

ลักษณะของกิจกรรมการควบคุม

เมื่อพิจารณาลักษณะของแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่า คณะฯ ใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ดังนี้

- ใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มากถึงจำนวน 50 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 64 (50x100/78) ของความเสี่ยงทั้งหมด ครอบคลุมตั้งแต่ระดับความเสี่ยงสูงมาก ไปจนถึงระดับความเสี่ยงต่ำ กระจายตัวทั่วตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) เนื่องจาก กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) หรืองานประจำไม่เพียงพอในการควบคุมหรือจัดการความเสี่ยง
- ใช้กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบันหรืองานประจำ (Existing Control) จำนวน 28 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 36 (28x100/78) ของความเสี่ยงทั้งหมด พบในความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลาง ไปจนถึงระดับความเสี่ยงต่ำ ที่มีการบริหารจัดการความเสี่ยงมาแล้วระยะหนึ่ง รวมถึงพบว่า กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบันหรืองานประจำ (Existing Control) เพียงพอในการควบคุมหรือจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่คณะฯ สามารถยอมรับได้

ทั้งนี้ เมื่อแบ่งประเภทของกิจกรรมการควบคุมทั้งจากกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) พบว่า คณะฯ ใช้กิจกรรมการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control) เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงมากที่สุด ที่จำนวน 54 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 69 (54x100/78) ของความเสี่ยงทั้งหมด โดยใช้กิจกรรมการควบคุมแบบแก้ไข (Corrective Control) ในการแก้ปัญหาที่พบในปัจจุบัน หรือใช้ในการรองรับสถานการณ์ (แก้ไข) หากความเสี่ยงกลายเป็นปัญหา และใช้กิจกรรมการควบคุมแบบค้นหา (Detective Control) ในการค้นหาข้อควรพัฒนา (Weaknesses/Threats) ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในอนาคต ในสัดส่วนเท่ากันที่จำนวน 12 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 15 (12x100/78) ของความเสี่ยงทั้งหมด

เมื่อพิจารณาจากสัดส่วนดังกล่าวพบว่า คณะฯ ใช้กิจกรรมการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control) ในสัดส่วนที่มากที่สุด ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 เนื่องจากยังคงนำข้อควรพัฒนา (Weaknesses/Threats) ที่พบจากการพิจารณาระบบ และ/หรือ กระบวนการงานประจำ มากำหนดเป็นกิจกรรมการควบคุม เพื่อใช้ในการป้องกันเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 คณะฯ ใช้กิจกรรมการควบคุมแบบแก้ไข (Corrective Control) และกิจกรรมการควบคุมแบบค้นหา (Detective Control) เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เนื่องจาก หน่วยงานในพันธกิจต่าง ๆ ระบุและกำหนดกิจกรรมการควบคุมจากประเด็นโอกาสพัฒนาที่พบในรายงาน Opportunities for Improvement (OFI) ทั้งในลักษณะของการแก้ไขประเด็นที่พบ (แก้ไขปัญหา) และการค้นหาประเด็นที่แท้จริง (Root Cause Analysis) ผ่านกลไกการบริหารความเสี่ยงเชิงรุกของทีมนักบริหารความเสี่ยง โดยการให้ประเด็นเสนอแนะ และยกตัวอย่างกิจกรรมการควบคุมต่อเจ้าของความเสี่ยงโดยตรง

ลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยง

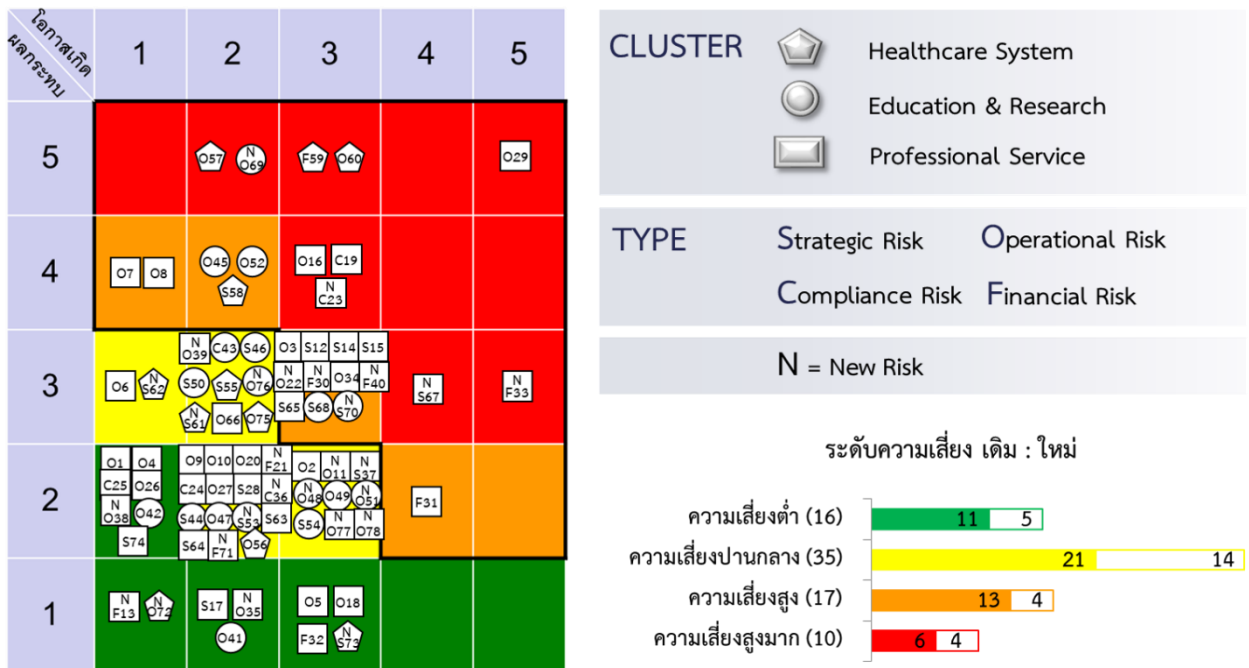
การพัฒนาการกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยง ให้สามารถใช้เป็นเครื่องมือเตือน (Early Warning) ระหว่างการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลนั้น งานบริหารความเสี่ยงดำเนินการเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง มาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ผ่านการให้ประเด็นเสนอแนะ และยกตัวอย่างการกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยงจากการพิจารณาแหล่งที่มาของตัวชี้วัดความเสี่ยงโดยวิธีระบบ (System Approach) ต่อเจ้าของความเสี่ยง (ตามรายละเอียดที่ระบุไว้ในหัวการกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยง) ซึ่งพบว่าภายหลังการดำเนินงานดังกล่าว เจ้าของความเสี่ยงยังคงนิยมใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) เนื่องจากการใช้เป้าหมายของการดำเนินงาน

ตามกิจกรรม และใช้ตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) มากำหนดเป็นตัวชี้วัดความเสี่ยง จะสอดคล้องกับการดำเนินงานตาม ภาระงานประจำ ง่ายต่อการเก็บข้อมูล และสามารถให้ผลลัพธ์ได้อย่างเป็นรูปธรรมโดยไม่ต้องตีความ

แต่เมื่อพิจารณาร้อยละของตัวชี้วัดความเสี่ยงทั้ง 2 พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) และตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) มีร้อยละที่ใกล้เคียงกันมากขึ้น จากตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่ร้อยละ 71 (25x100/35) และเป็นตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) ที่ร้อยละ 29 (10x100/35) ของความเสี่ยง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 เป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่ร้อยละ 63 (49x100/78) และตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) ที่ร้อยละ 37 (29x100/78) ของความเสี่ยงในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 แต่ยังคงมีสัดส่วนที่ ใกล้เคียงจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ที่ตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่ร้อยละ 62 (37x100/60) และตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) ที่ร้อยละ 38 (23x100/60) แสดงถึงภาพรวมความก้าวหน้าของการดำเนินงานในการพัฒนา การกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยง ให้สามารถใช้เป็นเครื่องมือเตือน (Early Warning) ระหว่างการบริหารความเสี่ยง ได้เพิ่มขึ้น ดังนั้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 งานบริหารความเสี่ยง จึงยังคงต้องดำเนินงานเพื่อพัฒนาการกำหนด ตัวชี้วัดความเสี่ยงของคณะฯ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง

ระดับความเสี่ยงของคณะฯ

เมื่อพิจารณาระดับความเสี่ยงของคณะฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่า มีระดับความเสี่ยงครอบคลุม ตั้งแต่ระดับความเสี่ยงสูงมากไปจนถึงระดับความเสี่ยงต่ำ กระจายตัวทั่วตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) ดังนี้



รูปภาพที่ 13 ระดับความเสี่ยงของคณะฯ

1. ระดับความเสี่ยงสูงมาก (Red Zone) จำนวน 10 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 13 (10x100/78) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 6 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 4 ความเสี่ยง
2. ระดับความเสี่ยงสูง (Orange Zone) จำนวน 17 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 22 (17x100/78) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 13 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 4 ความเสี่ยง
3. ระดับความเสี่ยงปานกลาง (Yellow Zone) มีความเสี่ยงมากที่สุดจำนวน 35 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 45 (35x100/78) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 21 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 14 ความเสี่ยง
4. ระดับความเสี่ยงต่ำ (Green Zone) จำนวน 16 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 20 (16x100/78) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 11 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 5 ความเสี่ยง

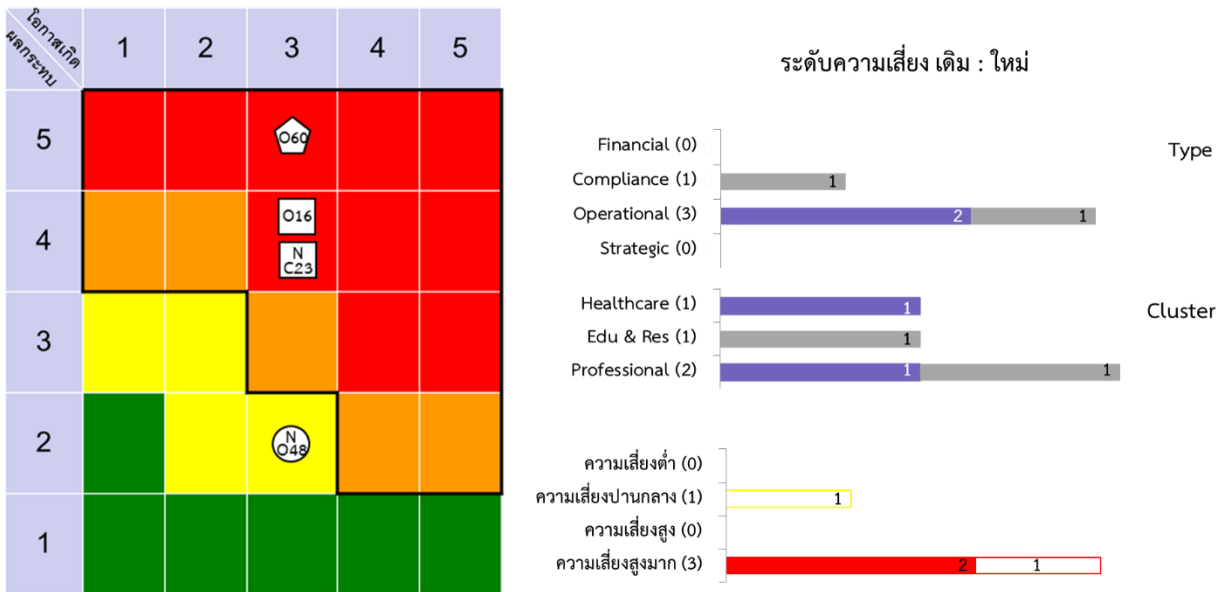
เมื่อวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงในภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงคงที่ กระจายตัวทั่วตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) ต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้ โดยพบว่า ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลาง (Yellow Zone) และระดับต่ำ (Green Zone) ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มีการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่องมาแล้วระยะหนึ่ง ในขณะที่ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงมาก (Red Zone) และสูง (Orange Zone) ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงธรรมชาติของลักษณะองค์กร หรือลักษณะงาน ตั้งแต่ระดับนโยบาย มาตรฐานการปฏิบัติงาน ไปจนถึงระดับกระบวนการสำคัญ ความเสี่ยงเหล่านี้ส่วนใหญ่จึงเป็น ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) และความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) ที่ต้องใช้เวลาและอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงานในการบริหารจัดการ รวมถึงพบว่า มักมีปัจจัยภายนอกเข้ากระทบต่อการดำเนินงาน จำเป็นต้องบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง

สำหรับระดับความเสี่ยงของความเสี่ยงใหม่ พบกระจายตัวทั่วตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) โดยมีจำนวนของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) มากที่สุด เนื่องจากส่วนใหญ่มีการดำเนินงานตามคุณภาพมาตรฐาน หรือกฎระเบียบข้อบังคับการปฏิบัติงานอยู่แล้ว เพียงแต่ระบุให้เป็นความเสี่ยงตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ ให้ครบถ้วน ครอบคลุม สำหรับความเสี่ยงระดับอื่น ๆ พบว่ามีเพียงเล็กน้อยและมีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน โดยสามารถวิเคราะห์ภาพรวมได้ตามที่อธิบายไว้แล้วในหัวข้อความเสี่ยงใหม่

ภาพรวมความเสี่ยงที่มีประเด็นเกี่ยวข้องกัน

เมื่อพิจารณาลักษณะของความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ทั้ง 78 ความเสี่ยง พบความเสี่ยงที่มีประเด็นเกี่ยวข้องกัน 3 ประเด็นใหญ่ ๆ ได้แก่ ความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ โดยสามารถสรุปภาพรวมของความเสี่ยงแยกตามประเด็นได้ ดังนี้

ความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562



รูปภาพที่ 14 ความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

ความเสี่ยงเดิมและความเสี่ยงใหม่: ความเสี่ยงในประเด็นนี้ เป็นหนึ่งในความเสี่ยงตามประเด็นที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มีความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ทั้งสิ้นจำนวน 4 ความเสี่ยง เป็นความเสี่ยงเดิมจำนวน 2 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 2 ความเสี่ยง โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ในวันที่ 1 มิถุนายน 2565 ส่งผลให้หน่วยงานในพันธกิจต่าง ๆ นำปัจจัยดังกล่าวมาร่วมพิจารณาความเสี่ยงอย่างครอบคลุมและรัดกุมมากขึ้น

ประเภทของความเสี่ยง: เนื่องจากพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2565 ในขณะที่คณะฯ ยังไม่พร้อมต่อการดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวอย่างรัดกุม โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริหารจัดการสำคัญ ดังนั้น ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงเป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) จำนวน 4 ความเสี่ยง และระบุให้มีความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) เพียง 1 ความเสี่ยงเพื่อบริหารจัดการในภาพรวม โดยรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ รับผิดชอบดูแลและเร่งดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมาย

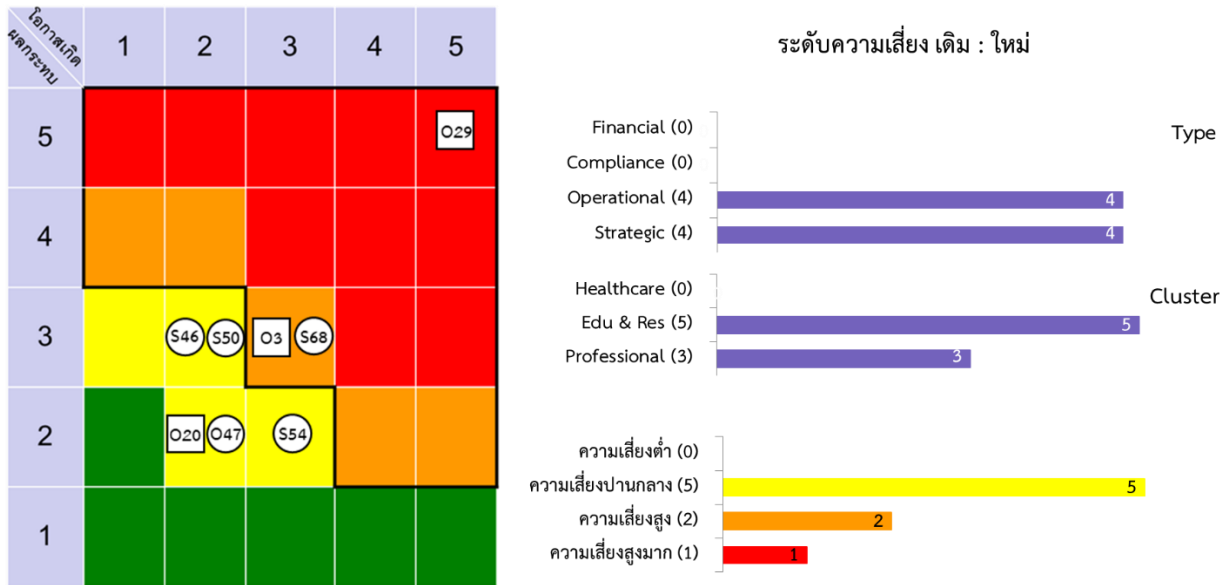
ความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster: ความเสี่ยงในประเด็นนี้ พบครอบคลุมทุก Cluster ทั้งในพันธกิจหลักและพันธกิจสนับสนุน เนื่องจากการดำเนินงานของคณะฯ เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งภายในและภายนอก ตั้งแต่ข้อมูลทางการศึกษา การวิจัย การดูแลสุขภาพ ไปจนถึงข้อมูลบุคลากรภายในคณะฯ

- ระดับความเสี่ยง: ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงระดับสูงมาก สามารถอธิบายแยกระดับโอกาสเกิดและผลกระทบได้ ดังนี้
- ระดับโอกาสเกิด 3 เท่ากันทั้ง 4 ความเสี่ยง เนื่องจากคณะฯ ยังไม่พร้อมต่อการดำเนินงานที่รัดกุม ในวันที่ 1 มิถุนายน 2565 และอาจส่งผลให้เกิดเป็นปัญหาได้ภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ดังนั้น แผนการจัดการความเสี่ยงในภาพรวมของคณะฯ และแผนการจัดการความเสี่ยงรายพันธกิจ จึงมุ่งเน้นในการลดระดับโอกาสเกิด โดยการเร่งพัฒนากระบวนการให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับ
 - ระดับผลกระทบของความเสี่ยงทั้ง 4 ต่างกันตามธรรมชาติของพันธกิจ แต่พบว่า มีความสอดคล้องกัน ในประเด็นการส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงภาพลักษณ์ของคณะฯ โดยตรง ตั้งแต่การส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของคณะฯ การถูกนำเสนอข่าว ไปจนถึงถูกฟ้องร้องและถูกตัดสินว่าผิด ดังนั้นการบริหารจัดการด้านผลกระทบกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จึงต้องมีมาตรการทั้งในมุมมองกฎหมาย และในมุมมองการสื่อสารของคณะฯ

ตารางที่ 8 ความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)
Cluster Education & Research		
ด้านการศึกษา	O48 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล/ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียน รั่วไหลผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562	3 x 2 ปานกลาง
Cluster Healthcare System		
ด้านดูแลสุขภาพ	O60 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562	3 x 5 สูงมาก
Cluster Professional Service		
ด้านสารสนเทศ	O16 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับ ที่เก็บในระบบคอมพิวเตอร์	3 x 4 สูงมาก
ด้านคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคล	C23 การเตรียมความพร้อมและการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติ คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน	3 x 4 สูงมาก

ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)



รูปภาพที่ 15 ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ความเสี่ยงเดิมและความเสี่ยงใหม่: ความเสี่ยงในประเด็นนี้มีทั้งสิ้นจำนวน 8 ความเสี่ยง ทั้งหมดเป็นความเสี่ยงเดิมที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ยังคงยืดเยื้อต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในขณะที่ไม่สามารถคาดการณ์แนวโน้มความรุนแรง และความยาวนานของสถานการณ์ได้อย่างชัดเจน

ประเภทของความเสี่ยง: ทั้งหมดเป็นความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) และความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ในจำนวนเท่ากันที่ 4 ความเสี่ยง ซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบการบริหารจัดการด้านคุณภาพและมาตรฐานการดำเนินงานต่าง ๆ ของคณะฯ ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จนอาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายการดำเนินงาน ไปจนถึงอาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ หากคณะฯ ไม่สามารถควบคุมความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้

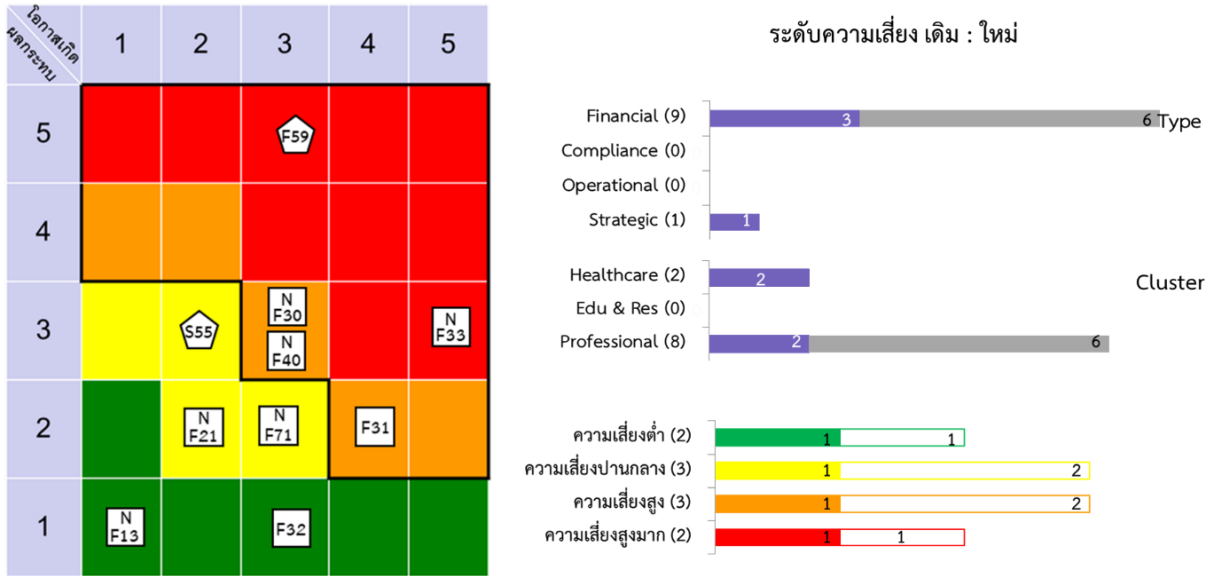
ความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster: ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงจาก Cluster Education and Research ด้านการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับประเด็นด้านคุณภาพและมาตรฐานการศึกษา จากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินงาน ไปจนถึงกระทบถึงประเด็นด้านความปลอดภัยของนักศึกษา โดยมีความเสี่ยงจาก Cluster Professional Service ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากจำนวนบุคลากรที่ติดเชื้อ และส่งผลกระทบต่อการทำงานในภาพรวม

ระดับความเสี่ยง: จากการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 พบว่า คณะฯ สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ดีขึ้น มีความไวต่อการตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤต ทั้งในมุมของสื่อสาร การเรียนรู้ถอดบทเรียน และการมีแผนพร้อมใช้ในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน รวมถึงพบว่าคณะฯ มีความไวต่อการรับรู้สัญญาณเตือนต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ส่งผลให้ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงในระดับปานกลาง และมีแนวโน้มที่บางความเสี่ยงจะกลายเป็นปัญหา ที่ต้องมีการบริหารสถานการณ์เฉพาะหน้า ซึ่งจะสะท้อนถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการบริหารความเสี่ยง และการบริหารงานในสถานการณ์วิกฤตได้ในอนาคต สำหรับความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงถึงสูงมาก พบว่า มีการพิจารณาความเสี่ยงสัมพันธ์กับจำนวนการติดเชื้อ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมยาก ส่งผลให้การประเมินระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ไม่สามารถยอมรับได้

ตารางที่ 9 ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)
Cluster Education & Research		
ด้านการศึกษา	S46 นักศึกษาอาจไม่บรรลุ Outcome เนื่องจากการปรับการเรียนการสอนตามสถานการณ์ COVID-19 หรืออื่น ๆ	2 x 3 ปานกลาง
ด้านการศึกษา	O47 การแพร่ระบาดหรือการติดเชื้อของนักศึกษา	2 x 2 ปานกลาง
ด้านการศึกษา	S50 คุณภาพการเรียนรู้ตามเกณฑ์การฝึกอบรมของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดไม่เป็นไปตามมาตรฐานการฝึกอบรมของแพทยสภา และ/หรือ ราชวิทยาลัย	2 x 3 ปานกลาง
ด้านวิเทศสัมพันธ์	S54 ผลลัพธ์การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ทางการศึกษา/วิจัย/วิชาการ ที่ลดลงเนื่องจากได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ COVID-19	3 x 2 ปานกลาง
ด้านการศึกษา	S68 คุณภาพการเรียนการสอนของโรงเรียนแพทย์รามธิบดีลดลง เนื่องจากสถานการณ์ COVID-19	3 x 3 สูง
Cluster Professional Service		
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O3 บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน	3 x 3 สูง
ด้านวิชาการและ วัฒนธรรม	O20 การให้บริการตามพันธกิจบริการวิชาการตอบสนองได้ไม่ทันต่อความต้องการของลูกค้า	2 x 2 ปานกลาง
ด้านบริหารทุนมนุษย์	O29 จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน เนื่องจากการติดเชื้อ COVID-19	5 x 5 สูงมาก

ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ



รูปภาพที่ 16 ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ

ความเสี่ยงเดิมและความเสี่ยงใหม่: ความเสี่ยงในประเด็นนี้ เป็นหนึ่งในความเสี่ยงตามประเด็นที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มีความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ ทั้งสิ้นจำนวน 10 ความเสี่ยง เป็นความเสี่ยงเดิมจำนวน 6 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 4 ความเสี่ยง ทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการพิจารณาให้ประเด็นด้านสถานะทางการเงิน เป็นความเสี่ยงใหญ่ระดับคณะฯ ที่ควรมีผู้รับผิดชอบร่วมกันหลายหน่วยงาน ส่งผลให้หน่วยงานในพันธกิจต่าง ๆ นำปัจจัยดังกล่าวมาร่วมพิจารณาความเสี่ยงอย่างครอบคลุมและรัดกุม การบริหารความเสี่ยงในประเด็นนี้จึงมีลักษณะเป็น Cross-Functional Management ที่มีคณะกรรมการบริหารคณะฯ เป็นเจ้าของความเสี่ยง

ประเภทของความเสี่ยง: ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) ที่พิจารณาทั้งจากกระบวนการหารายได้ ลดค่าใช้จ่าย ไปจนถึงการบริหารจัดการงบประมาณที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้พบความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) จากพันธกิจด้านดูแลสุขภาพ จำนวน 2 ความเสี่ยง เนื่องจากการระบุดูประสงค์ด้านการเงินอย่างชัดเจนในแผนยุทธศาสตร์

ความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster: จากลักษณะของประเภทของความเสี่ยงที่พิจารณาทั้งจากกระบวนการหารายได้ ลดค่าใช้จ่าย ไปจนถึงการบริหารจัดการงบประมาณที่มีประสิทธิภาพ ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงมาจาก Cluster Professional Service ทั้งนี้พบความเสี่ยงจาก Cluster Healthcare System จำนวน 2 ความเสี่ยง เนื่องจาก เป็นพันธกิจหลักในการหารายได้ ตามที่ระบุในแผนยุทธศาสตร์ด้านการเงินของคณะฯ

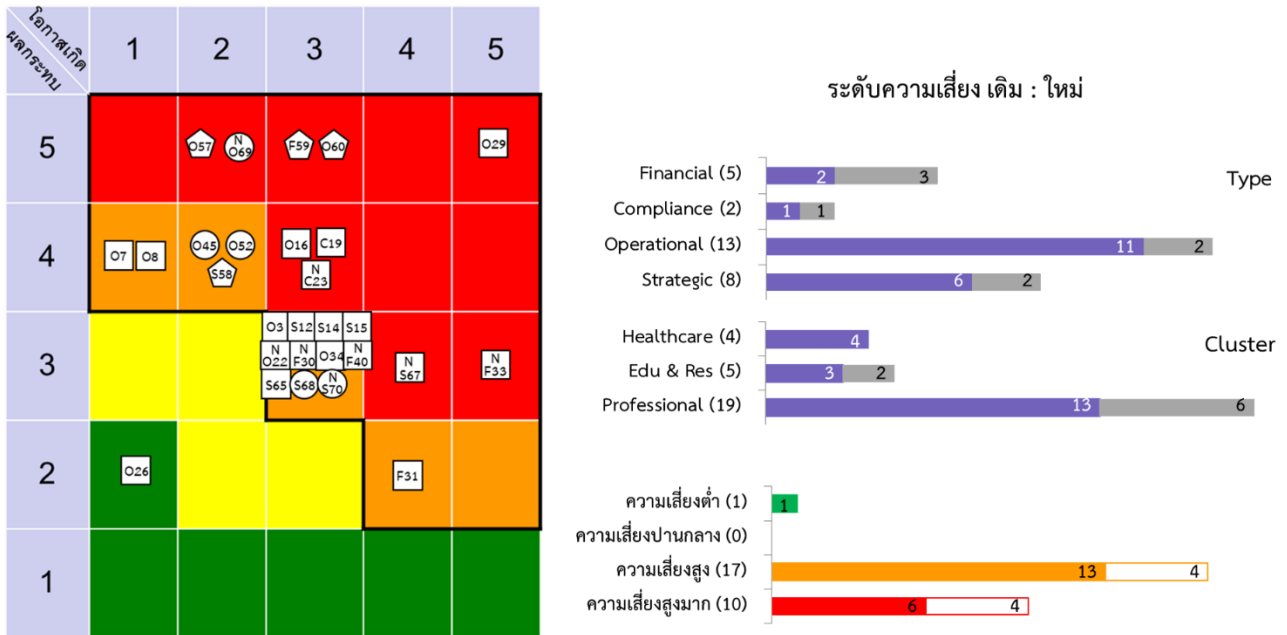
ระดับความเสี่ยง: ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ พบกระจายตัวทั่วตารางแสดงระดับความเสี่ยงในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน โดยจะแตกต่างกันตามธรรมชาติและบริบทของแต่ละพันธกิจ แต่ทั้งหมดพิจารณาผลกระทบสอดคล้องกันที่ด้านของมูลค่าความเสียหายทางการเงิน ซึ่งใช้ข้อมูลอ้างอิงจาก Magic Number (Financial Plan) ที่ได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายการคลัง

ตารางที่ 10 ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)
Cluster Healthcare System		
ด้านดูแลสุขภาพ	S55 รายได้ภาพรวมของศูนย์สนับสนุนพันธกิจมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากสถานะเศรษฐกิจ	2 x 3 ปานกลาง
ด้านดูแลสุขภาพ	F59 ผลการดำเนินการดูแลสุขภาพด้านการเงินสุทธิไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	3 x 5 สูงมาก
Cluster Professional Service		
ด้านโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล	F13 รายได้จากการอบรมวิชาการต่ำกว่าเป้าหมาย	1 x 1 ต่ำ
ด้านวิชาการและวัฒนธรรม	F21 รายได้จากการอบรมวิชาการต่ำกว่าเป้าหมาย	2 x 2 ปานกลาง
ด้านบริหารทุนมนุษย์	F30 ค่าใช้จ่ายบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายภาพรวมของคณะฯ	3 x 3 สูง
ด้านการคลัง	F31 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (เน้นระบบ Billing System)	4 x 2 สูง
ด้านการคลัง	F32 ความเสียหายจากกระบวนการรับเงินรายได้สวัสดิการเข้าคณะฯ หรืออื่น ๆ นอกเหนือค่ารักษาพยาบาล	3 x 1 ต่ำ
ด้านการคลัง	F33 ภาพรวมผลการดำเนินงานด้านการเงินของคณะฯ มีแนวโน้มลดลงจากการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และสาเหตุอื่น ๆ	5 x 3 สูงมาก
ด้านนโยบายและแผน	F40 ภาพรวมผลการดำเนินงานด้านการเงินของคณะฯ มีแนวโน้มลดลงจากการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และสาเหตุอื่น ๆ	3 x 3 สูง
ด้านการคลัง	F71 ผลกระทบจากการดำเนินงานของสถาบันการแพทย์-จักรีนฤพดินทร์ที่มีผลต่อสถานะการเงินของคณะฯ	3 x 2 ปานกลาง

ภาพรวมความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่า จากความเสี่ยงทั้งหมดจำนวน 78 ความเสี่ยง มีความเสี่ยงสำคัญที่คณะฯ ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยทั้งสิ้นจำนวน 28 ความเสี่ยง สามารถอธิบายในภาพรวมได้ ดังนี้



รูปภาพที่ 17 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล

ความเสี่ยงเดิมและความเสี่ยงใหม่: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัย ประกอบด้วย ความเสี่ยงเดิมจำนวน 20 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 8 ความเสี่ยง โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากระบบการบริหารจัดการของคณะฯ ในปัจจุบันที่ยังไม่เพียงพอ และ/หรือ ไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสม ในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง จนก่อให้เกิดความเสียหาย โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 คณะฯ ต้องเผชิญกับเหตุการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การบริหารงบประมาณที่มีข้อจำกัด การเป็นประเด็นข่าว และ/หรือ การถูกร้องเรียนในสื่อสังคมออนไลน์ ในขณะที่พบความล่าช้าในการปรับปรุงกระบวนการสำคัญ ไปจนถึงพบว่าระบบพื้นฐานของคณะฯ โดยเฉพาะระบบความปลอดภัยทั้งทางกายภาพและเทคโนโลยียังไม่ครอบคลุมหรือไม่เหมาะสม และไม่สามารถยอมรับให้เกิดขึ้นได้ จำเป็นต้องติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง แม้จะมีการดำเนินงานตามคุณภาพมาตรฐาน ร่วมกับการทบทวนและพัฒนาตามประเด็นโอกาสพัฒนา Opportunities for Improvement (OFI) อย่างต่อเนื่อง ตามลักษณะธรรมชาติขององค์กร และ/หรือ หน่วยงาน (Core Business/Core Process) ในระบบสำคัญของคณะฯ

ประเภทของความเสี่ยง: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัย พบครอบคลุมทุกประเภทของความเสี่ยง โดยพบมากที่สุดในความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) และความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) ตามลำดับ (อธิบายรายละเอียดไว้แล้วในหัวข้อประเภทของความเสี่ยง)

ความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster: เนื่องจากความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัย เกี่ยวข้องกับระบบการบริหารจัดการของคณะฯ ในปัจจุบันที่ยังไม่เพียงพอ และ/หรือ ไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง จึงพบความเสี่ยงครอบคลุมทุก Cluster โดยพบมากที่สุดที่ Cluster Professional Service เนื่องจากมีจำนวนหน่วยงานภายในกลุ่ม Cluster มากที่สุด ครอบคลุมทั้งหน่วยงานตามพันธกิจหลักและพันธกิจสนับสนุน ตามด้วยความเสี่ยงจาก Cluster Education and Research และความเสี่ยงจาก Cluster Healthcare System ตามลำดับ (อธิบายรายละเอียดไว้แล้วในหัวข้อประเภทของความเสี่ยง)

ระดับความเสี่ยง: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัย ประกอบด้วยความเสี่ยงระดับสูงมาก (Red Zone) จำนวน 10 ความเสี่ยง ความเสี่ยงระดับสูง (Orange Zone) จำนวน 17 ความเสี่ยง และความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) ในความเสี่ยงของการดำเนินงานที่อาจก่อให้เกิดการทุจริต (Fraud) หรือการขัดกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนกับผลประโยชน์ส่วนรวม (Conflict of Interest) จำนวน 1 ความเสี่ยง ความเสี่ยงเหล่านี้เป็นความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยและคณะฯ ให้การติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) และมักได้รับผลกระทบหากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ในขณะที่ความเสี่ยงเหล่านี้ต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ในการกำหนดนโยบาย จัดทำแผน และกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม (สำหรับรายละเอียดจะอธิบายอีกครั้งในหัวข้อ “ผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง แยกตามระดับความเสี่ยง”)

ตารางที่ 11 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล

พันธกิจด้าน	เหตุการณ์ความเสี่ยง 28 ความเสี่ยง		
	ระดับสูงมาก (Red Zone) 10 ความเสี่ยง	ระดับสูง (Orange Zone) 17 ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้านทุจริต (Fraud Risk) 1 ความเสี่ยง
การศึกษา	O69 ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของนักศึกษาภายในสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (CNMI)	O45 ทรัพยากรไม่เพียงพอต่อการรองรับการบริหารหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตปรับปรุง 2563 O52 การฆ่าตัวตายของนักศึกษา S68 คุณภาพการเรียนการสอนของโรงเรียนแพทยรามาริบัติลดลง เนื่องจากสถานการณ์ COVID-19 S70 ขาดการบูรณาการเรียนการสอน การดูแลสุขภาพ และการวิจัย ระหว่างทั้ง 2 Campus และภายในสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (CNMI)	-
ดูแลสุขภาพ	O57 เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง (G, H, I) ในการให้การดูแลสุขภาพ และ/หรือ ทำให้เกิดการร้องเรียนต่อองค์กรภายนอก/ศาล F59 ผลการดำเนินการดูแลสุขภาพด้านการเงินสุทธิไม่เป็นไปตามเป้าหมาย O60 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562	S58 ผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	-

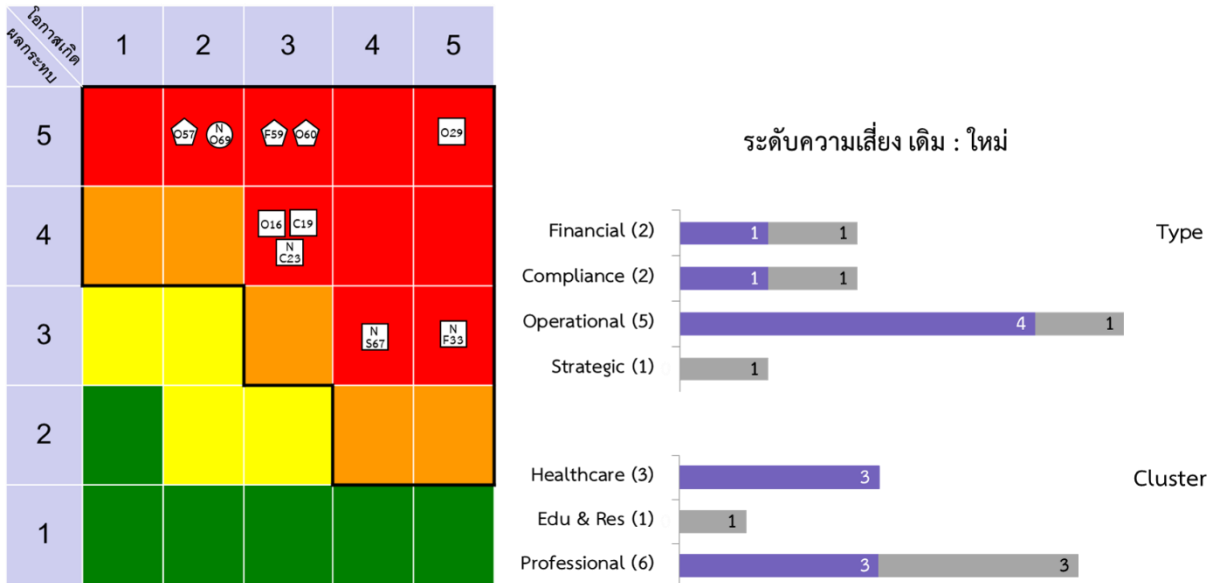
พันธกิจด้าน	เหตุการณ์ความเสี่ยง 28 ความเสี่ยง		
	ระดับสูงมาก (Red Zone) 10 ความเสี่ยง	ระดับสูง (Orange Zone) 17 ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้านทุจริต (Fraud Risk) 1 ความเสี่ยง
คุณภาพ	-	S12 คณะฯ ไม่ผ่านเกณฑ์รางวัลการบริหาร สู่ความเป็นเลิศที่มีความโดดเด่นด้านปฏิบัติการ (Thailand Quality Class Plus: TQC Plus)	-
สารสนเทศ	O16 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูล ความลับที่เก็บในระบบคอมพิวเตอร์ C19 ภัยคุกคามทางไซเบอร์ต่อระบบสารสนเทศ โรงพยาบาล	S14 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้ โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า S15 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการ ของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯ ได้ตามความต้องการ S65 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้ วางแผนไว้ล่วงหน้า (CNMI) ⁵	-
กายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	-	O3 บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน O7 การเกิดอัคคีภัย O8 เกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรงภายในคณะฯ	-
สื่อสารองค์กร	-	O34 ความเสียหายต่อชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร ที่เกิดจากข่าวสารในสื่อสังคมออนไลน์	-
บริหารความเสี่ยง	-	O22 การดำเนินงานภายในคณะฯ และแก้ปัญหาใน สถานการณ์วิกฤตไม่มีประสิทธิภาพ	-

5 สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์

พันธกิจด้าน	เหตุการณ์ความเสี่ยง 28 ความเสี่ยง		
	ระดับสูงมาก (Red Zone) 10 ความเสี่ยง	ระดับสูง (Orange Zone) 17 ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้านทุจริต (Fraud Risk) 1 ความเสี่ยง
คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล	C23 การเตรียมความพร้อมและการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน	-	-
การคลัง	F33 ภาพรวมผลการดำเนินงานด้านการเงินของคณะฯ มีแนวโน้มลดลงจากการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และสาเหตุอื่น ๆ	F31 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (เน้นระบบ Billing System)	-
นโยบายและแผน	-	F40 ภาพรวมผลการดำเนินงานด้านการเงินของคณะฯ มีแนวโน้มลดลงจากการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และสาเหตุอื่น ๆ	-
บริหารทุนมนุษย์	O29 จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานเนื่องจากการติดเชื้อ COVID-19 S67 ศักยภาพของผู้สมัครไม่บรรลุคุณสมบัติตามตำแหน่งที่เปิดรับ (CNMI ⁶)	F30 ค่าใช้จ่ายบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายภาพรวมของคณะฯ	-
การพัสดุ	-	-	O26 การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกรับผลประโยชน์หรือการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของเจ้าหน้าที่พัสดุ

ผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง แยกตามระดับความเสี่ยง

ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone)



รูปภาพที่ 18 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone)

เมื่อพิจารณาลักษณะของความเสี่ยงระดับสูงมาก (Red Zone) ทั้ง 10 ความเสี่ยง พบประเด็นที่น่าสนใจในภาพรวม ดังนี้ **ความเสี่ยงเดิมและความเสี่ยงใหม่:** ทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากระบบการบริหารจัดการในปัจจุบันที่ไม่ชัดเจน ไม่เพียงพอ และไม่สามารถนำไปใช้บริหารจัดการภายใต้สถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ซึ่งเป็นผลจากนโยบายและเป้าหมายของคณะฯ ที่มีขอบเขตการบริหารจัดการขนาดใหญ่ ซับซ้อน ต้องอาศัยระยะเวลา และการดำเนินงานร่วมกับหลายหน่วยงาน รวมถึงพบว่า ความเสี่ยงเหล่านี้ มีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) จึงมักได้รับผลกระทบโดยตรงหากมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นทั้งจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และการประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ทั้งนี้สามารถอธิบายแยกเพิ่มเติมได้ ดังนี้

ความเสี่ยงเดิม จำนวน 6 ความเสี่ยง ประกอบด้วยความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงคงที่ ต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จากพันธกิจหลักด้านดูแลสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการรักษาพยาบาล กฎหมายที่ต้องปฏิบัติตาม ไปจนถึงเป้าหมายด้านรายได้ที่ระบุไว้อย่างชัดเจนในแผนยุทธศาสตร์ จำนวน 3 ความเสี่ยง ในขณะที่พบความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาปรับระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากความเสี่ยงระดับปานกลางและสูง เป็นระดับความเสี่ยงสูงมาก จากพันธกิจสนับสนุนด้านบริหารทุนมนุษย์และด้านสารสนเทศ จำนวน 3 ความเสี่ยง โดยความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาปรับระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้นนั้น เป็นผลจากการพิจารณาระดับในด้านของผลกระทบ ให้สอดคล้องกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจริงในปัจจุบัน ทั้งในประเด็นของการถูกฟ้องร้อง และประเด็นด้านความปลอดภัย

ความเสี่ยงใหม่ จำนวน 4 ความเสี่ยง เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการพิจารณาปัจจัยภายนอกที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ยืดเยื้อ และการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ในวันที่ 1 มิถุนายน 2565 ส่งผลให้หน่วยงานในพันธกิจต่าง ๆ พิจารณาความเสี่ยงในประเด็นดังกล่าวอย่างครอบคลุมและรัดกุมมากขึ้นกว่าปีงบประมาณที่ผ่านมา รวมถึงพบความเสี่ยงที่เกิดจากการเพิ่มขอบเขตการบริหารความเสี่ยงภายในสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ ตามมุมมองการบริหารความเสี่ยงของรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการด้วยเช่นกัน

ประเภทของความเสี่ยง: พบครอบคลุมทุกประเภทของความเสี่ยง โดยพบมากที่สุดในการเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ทั้งในพันธกิจหลักและพันธกิจสนับสนุน ในขณะที่พบความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) และความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) เพียงเล็กน้อย โดยทั้งหมดเกิดจากการพบโอกาสพัฒนาในระบบการบริหารจัดการสำคัญของคณะฯ ซึ่งมีโอกาสที่จะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายของมหาวิทยาลัยและคณะฯ ในระดับที่สูงมาก หากไม่สามารถบริหารจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้

ความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบครอบคลุมทุก Cluster โดยส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงจาก Cluster Professional Service ซึ่งประกอบด้วย ความเสี่ยงใหม่ที่เกิดจากการพิจารณาความเสี่ยงจากปัจจัยภายนอกที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างครอบคลุมและรัดกุมมากขึ้น จำนวน 3 ความเสี่ยงและความเสี่ยงเดิมซึ่งมีระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เนื่องจากการพิจารณาระดับในด้านของผลกระทบให้สอดคล้องกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจริงในปัจจุบัน จำนวน 3 ความเสี่ยง ในขณะที่ยังคงพบความเสี่ยงจาก Cluster Healthcare System ที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการรักษาพยาบาล กฎหมายที่ต้องปฏิบัติตาม ไปจนถึงเป้าหมายด้านรายได้ที่ระบุไว้อย่างชัดเจนในแผนยุทธศาสตร์ ซึ่งมีระดับความเสี่ยงคงที่จากปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จำนวน 3 ความเสี่ยง รวมทั้งพบความเสี่ยงใหม่จาก Cluster Education and Research ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการเพิ่มขอบเขตการบริหารความเสี่ยงภายในสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ ตามมุมมองการบริหารความเสี่ยงของรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ จำนวน 1 ความเสี่ยง

ทั้งนี้พบว่า ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) ทั้งหมด สามารถเชื่อมโยงยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ 2563 - 2566 และยุทธศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ 2564 - 2567 ได้ตามตารางที่ 12 ดังนี้

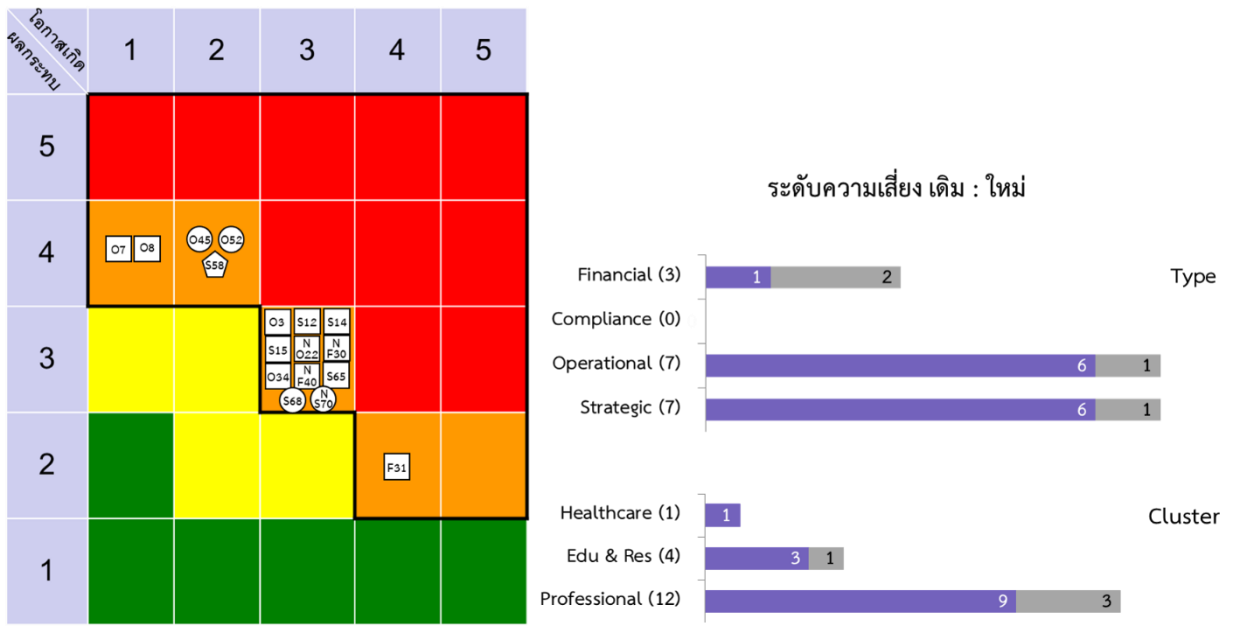
ตารางที่ 12 แสดงความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยยวมหิดล	คณะฯ
Cluster Education & Research					
ด้านการศึกษา	O69 ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของนักศึกษาภายในสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์	2	5	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
Cluster Healthcare System					
ด้านดูแลสุขภาพ	O57 เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง (G, H, I) ในการให้การดูแลสุขภาพ และ/หรือ ทำให้เกิดการร้องเรียนต่อองค์กรภายนอก/ศาล	2	5	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional / Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Integrated High-Quality Health Care
	F59 ผลการดำเนินการดูแลสุขภาพด้านการเงินสุทธิไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	3	5	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional / Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
	O60 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562	3	5	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional / Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Integrated High-Quality Health Care

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะฯ
Cluster Professional Service					
ด้านสารสนเทศ	O16 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับที่เก็บในระบบคอมพิวเตอร์	3	4	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. Digital Technology for Transformation
	C19 ภัยคุกคามทางไซเบอร์ต่อระบบสารสนเทศโรงพยาบาล	3	4	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. Digital Technology for Transformation
ด้านคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล	C23 การเตรียมความพร้อมและการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน	3	4	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านบริหารทุนมนุษย์	O29 จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานเนื่องจากการติดเชื้อ COVID-19	5	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 5. People excellence
	S67 ศักยภาพของผู้สมัครไม่บรรลุคุณสมบัติตามตำแหน่งที่เปิดรับ (CNMI ⁷)	4	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 5. People excellence
ด้านการคลัง	F33 ภาพรวมผลการดำเนินงานด้านการเงินของคณะฯ มีแนวโน้มลดลงจากการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และสาเหตุอื่น ๆ	5	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability

7 สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์

ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone)



รูปภาพที่ 19 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone)

เมื่อพิจารณาลักษณะของความเสี่ยงระดับสูง (Orange Zone) จำนวน 17 ความเสี่ยง พบประเด็นที่น่าสนใจในภาพรวม ดังนี้ ความเสี่ยงเดิมและความเสี่ยงใหม่: ทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการพบอุปสรรคและโอกาสพัฒนาในระบบ และ/หรือ กระบวนการหลักสำคัญตามลักษณะธรรมชาติขององค์กร และ/หรือ หน่วยงาน (Core Business/Core Process) ซึ่งมีขอบเขตการบริหารจัดการขนาดใหญ่ ซับซ้อน ต้องอาศัยระยะเวลา และการดำเนินงานร่วมกับหลายหน่วยงาน รวมถึงพบว่า ความเสี่ยงเหล่านี้มีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) และมักได้รับผลกระทบโดยตรงหากมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้ความเสี่ยงระดับสูง (Orange Zone) เหล่านี้ มีโอกาสปรับเป็นความเสี่ยงในระดับสูงมาก (Red Zone) ได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ที่คณะฯ ยังคงต้องพิจารณาความเสี่ยงจากความเพียงพอ เหมาะสม ของระบบบริหารจัดการภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงเดิมจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จำนวน 13 ความเสี่ยง พบว่า ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับพันธกิจ ด้านสารสนเทศ ทั้งจากภาระงานตามแผนยุทธศาสตร์หลักของฝ่ายสารสนเทศ และจากการสนับสนุนงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในภาระงานของพันธกิจอื่นในแทบทุกหน่วยงาน เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานและพัฒนาระบบต่าง ๆ ของคณะฯ สู่ความสำเร็จตามเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ ดังนั้น ฝ่ายสารสนเทศจึงมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จตามเป้าหมาย และความสำเร็จในการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับความเสี่ยงใหม่จำนวน 4 ความเสี่ยง นอกจากจะมีลักษณะร่วมเดียวกับความเสี่ยงที่กล่าวไปข้างต้น ยังพบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นด้านสถานะทางการเงินของคณะฯ ทั้งในมุมของการกำหนดนโยบายการบริหารจัดการงบประมาณในภาพรวม และมุมของการบริหารจัดการต้นทุนบุคลากร ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายหลักในภาพรวมของคณะฯ รวมถึงพบความเสี่ยงจากการพิจารณาประเด็นด้านการบริหารความเสี่ยงเนื่องในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นหนึ่งในประเด็นที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย และความเสี่ยงจากการเพิ่มขอบเขตการบริหารความเสี่ยงที่ครอบคลุมทุกระดับของการประเมินความเสี่ยง (Level of Assess) ตามนโยบายการบริหารความเสี่ยงของรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการด้วยเช่นกัน

ประเภทของความเสียหาย: จากลักษณะของความเสียหายที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริหารจัดการสำคัญของคณะฯ ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูง (Orange Zone) ของคณะฯ ส่วนใหญ่จึงเป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) และความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) โดยบางส่วนเป็นความเสี่ยงด้านการรายงาน/การเงิน (Financial/Reporting Risk) ที่มีโอกาสส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ ในระดับที่สูงหรือสูงมาก หากคณะฯ ไม่สามารถบริหารจัดการความเสี่ยง ให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้

ความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster: ความเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงจาก Cluster Professional Service ที่ดำเนินงานต่อเนื่องจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และจากความเสี่ยงใหม่ที่ได้รับการประเมินในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ทั้งนี้ พบความเสี่ยงจาก Cluster Education and Research และ Cluster Healthcare System ซึ่งได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพียงเล็กน้อย โดยเป็นความเสี่ยงที่พบได้ในทุกองค์การการศึกษาและองค์กรด้านสาธารณสุข ทั้งในระดับประเทศและระดับสากล เนื่องจาก เกี่ยวข้องกับคุณภาพ/มาตรฐานการศึกษา และการให้บริการทางการแพทย์ซึ่งเชื่อมโยงกับประเด็นความมั่นคงและเสถียรภาพทางการเงินของทุกองค์กร

เมื่อพิจารณาความเชื่อมโยงด้านยุทธศาสตร์ พบว่า ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ทั้งหมดสามารถเชื่อมโยงยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2563 - 2566 และยุทธศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. 2564 - 2567 ได้ตามตารางที่ 13 ดังนี้

ตารางที่ 13 แสดงความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะฯ
Cluster Education & Research					
ด้านการศึกษา	O45 ทรัพยากรไม่เพียงพอต่อการรองรับการบริหารหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตปรับปรุง 2563	2	4	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
	O52 การฆ่าตัวตายของนักศึกษา	2	4	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
	S68 คุณภาพการเรียนการสอนของโรงเรียนแพทยรามาริบัติลดลง เนื่องจากสถานการณ์ COVID-19 (CNMI ⁸)	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
	S70 ขาดการบูรณาการเรียนการสอน การดูแลสุขภาพ และการวิจัย ระหว่างทั้ง 2 Campus และภายในสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
Cluster Healthcare System					
ด้านการดูแลสุขภาพ	S58 ผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	2	4	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Integrated High-Quality Health Care

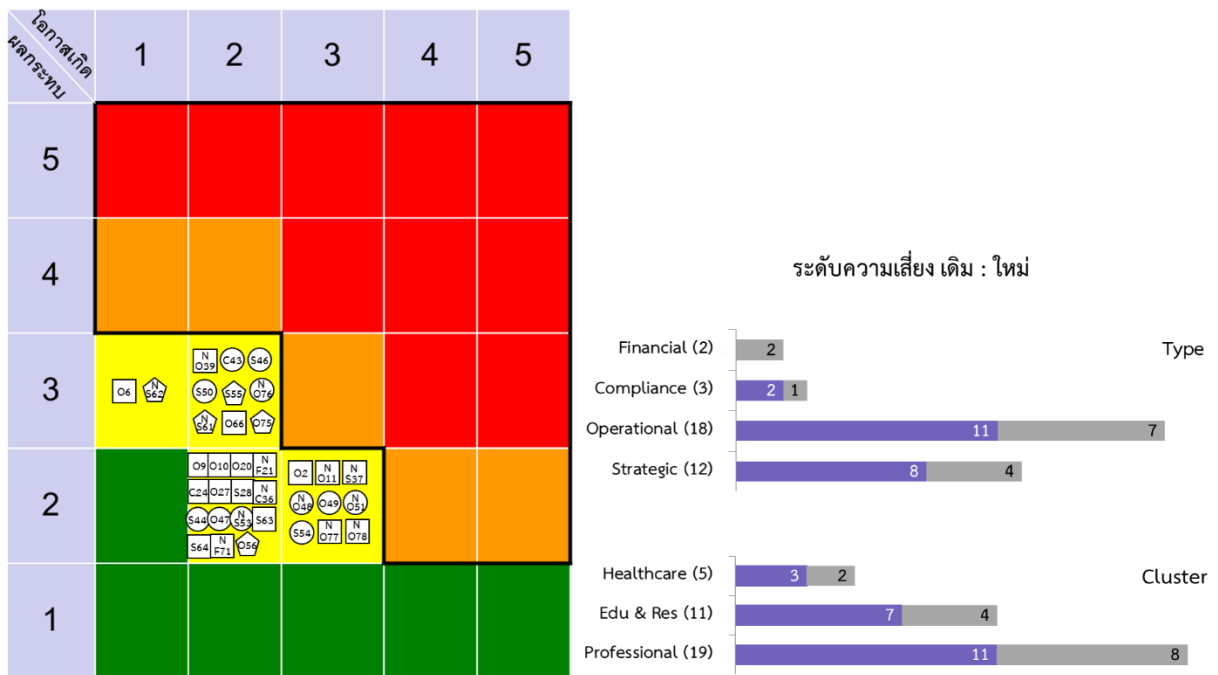
8 สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะฯ
Cluster Professional Service					
ด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก	O3 บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก	O7 การเกิดอัคคีภัย	1	4	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก	O8 เกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรงภายในคณะฯ	1	4	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านคุณภาพ	S12 คณะฯ ไม่ผ่านเกณฑ์รางวัลการบริหารสู่ความเป็นเลิศที่มีความโดดเด่นด้านปฏิบัติการ (Thailand Quality Class Plus: TQC Plus)	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านสารสนเทศ	S14 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. Digital Technology for Transformation
ด้านสารสนเทศ	S15 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯ ได้ตามความต้องการ	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. Digital Technology for Transformation

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะฯ
ด้านสารสนเทศ	S65 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (CNMI) ⁹	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. Digital Technology for Transformation
ด้านบริหารความเสี่ยง	O22 การดำเนินงานภายในคณะฯ และแก้ปัญหาในสถานการณ์วิกฤตไม่มีประสิทธิภาพ	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านบริหารทุนมนุษย์	F30 ค่าใช้จ่ายบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายภาพรวมของคณะฯ	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านการคลัง	F31 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (Billing System)	4	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านสื่อสารองค์กร	O34 ความเสียหายต่อชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กรที่เกิดจากข่าวสารในสื่อสังคมออนไลน์	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านนโยบายและแผน	F40 ภาพรวมผลการดำเนินงานด้านการเงินของคณะฯ มีแนวโน้มลดลงจากการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และสาเหตุอื่น ๆ	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability

9 สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์

ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone)



รูปภาพที่ 20 ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone)

เมื่อพิจารณาภาพรวมของความเสี่ยงคณะฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลางเช่นเดียวกับปีงบประมาณที่ผ่านมา ทั้งจากความเสี่ยงเดิมในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และความเสี่ยงใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 โดยมีรวมกันมากถึง 35 ความเสี่ยง เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณที่ผ่านมาจำนวน 12 ความเสี่ยง ทั้งนี้พบประเด็นที่น่าสนใจในภาพรวม ดังนี้

ความเสี่ยงเดิมและความเสี่ยงใหม่: เมื่อพิจารณาลักษณะของทั้ง 35 ความเสี่ยง พบว่า เป็นความเสี่ยงเดิมจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จำนวน 21 ความเสี่ยง และเป็นความเสี่ยงใหม่จำนวน 14 ความเสี่ยง ดังนี้

ความเสี่ยงเดิม: เป็นความเสี่ยงธรรมชาติขององค์กรหรือพันธกิจ ที่เกิดจากการพบอุปสรรคและโอกาสพัฒนาในระบบและ/หรือ กระบวนการ ที่ต้องได้รับการดำเนินการและติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐาน หรือกฎระเบียบข้อบังคับ โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มีการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ มาแล้วระยะหนึ่ง

ความเสี่ยงใหม่: การเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 อย่างมีนัยสำคัญ โดยเพิ่มจากจำนวน 3 ความเสี่ยง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 เป็นจำนวน 13 ความเสี่ยง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และเพิ่มเป็นจำนวน 14 ความเสี่ยง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เนื่องจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการ ดังนี้

- 1) เกิดจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงของรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ ซึ่งมีนโยบายให้พิจารณาความเสี่ยงองค์กรจากทุกความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อคณะฯ โดยพิจารณาคอบคลุมทุกระดับของการประเมินความเสี่ยง (Level of Assess) เพื่อสร้างความตระหนักเรื่องคุณภาพและมาตรฐาน ทั้งจากพันธกิจหลักและพันธกิจสนับสนุน ส่งผลให้กระบวนการย่อยต่าง ๆ ได้รับการพิจารณาอุปสรรคและโอกาสพัฒนามากขึ้น โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 และสถานะทางการเงินของคณะฯ

- 2) เกิดจากการนำแผนยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2563-2566 แผนยุทธศาสตร์ระดับคณะฯ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 - 2563 รายงาน Opportunities for Improvement จากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้ง World Federation for Medical Education (WFME), Advanced Hospital Accreditation (A-HA), Thailand Quality Award (TQA), รายงานการตรวจสอบภายใน และแนวทางการจัดทำรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย มาร่วมพิจารณาความเสี่ยงอย่างครอบคลุมมากขึ้น

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 ที่เกิดขึ้นเพื่อให้การดำเนินงานต่าง ๆ เป็นไปตามมาตรฐาน และ/หรือ เพื่อให้คณะฯ ได้รับการรับรองคุณภาพด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาความเชื่อมโยงด้านยุทธศาสตร์ พบว่า ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมดสามารถเชื่อมโยงยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2563 - 2566 และ ยุทธศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. 2563 - 2567 ได้ตามตารางที่ 14 ดังนี้

ตารางที่ 14 แสดงความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะฯ
Cluster Education & Research					
ด้านการวิจัย	C43 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีการกระทำผิดการวิจัยในคน	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Global Research and Innovation	ยุทธศาสตร์ที่ 2. High Impact Research
ด้านการวิจัย	S44 ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติไม่ได้ตามเป้าหมาย	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Global Research and Innovation	ยุทธศาสตร์ที่ 2. High Impact Research
ด้านการศึกษา	S46 นักศึกษาอาจไม่บรรลุ Outcome ของหลักสูตร เนื่องจากการปรับการเรียนการสอนตามสถานการณ์ COVID-19 หรืออื่นๆ	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
ด้านการศึกษา	O47 การแพร่ระบาดหรือการติดเชื้อของนักศึกษา (Outbreak Risk)	3	2	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
ด้านการศึกษา	O48 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล/ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษารั่วไหลผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562	3	2	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
ด้านการศึกษา	O49 จำนวนของนักศึกษาศรีอยุธยาโทและปริญญาเอกที่สมัครเข้ารับการศึกษาคือกรอบไม่ได้ตามเป้าหมาย	3	2	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะฯ
ด้านการศึกษา	S50 คุณภาพการเรียนรู้ตามเกณฑ์การฝึกอบรมของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการฝึกอบรมของแพทยสภา และ/หรือ ราชวิทยาลัย	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
ด้านการศึกษา	O51 การพัฒนาคุณภาพของทุกหลักสูตร ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	3	2	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
ด้านการศึกษา	S53 กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตและการดูแลนักศึกษาของคณะฯ ไม่สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิต และ/หรือ สนับสนุนทางการศึกษาได้อย่างเหมาะสม	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
ด้านวิเทศสัมพันธ์	S54 ผลลัพธ์การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ทางการศึกษา/วิจัย/วิชาการ ที่ลดลง เนื่องจากได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ COVID-19	3	2	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
ด้านวิเทศสัมพันธ์	O76 ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการดำเนินงานตามพันธกิจลดลง จากการปรับโครงสร้างของสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ โดยจัดตั้ง “ศูนย์บริการนักศึกษา” ซึ่งดูแลกิจกรรมของนักศึกษาแพทย์ในทุกด้าน รวมถึงด้านต่างประเทศ	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะฯ
Cluster Healthcare System					
ด้านดูแลสุขภาพ	S55 รายได้ภาพรวมของศูนย์สนับสนุนพันธกิจมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากสถานะเศรษฐกิจ	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านดูแลสุขภาพ	O56 ความปลอดภัยของผู้รับบริการจากให้บริการของศูนย์สนับสนุนพันธกิจ (Patient Safety)	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านดูแลสุขภาพ	S61 ไม่ผ่านการต่ออายุรับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า (A-HA) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Integrated High-Quality Health Care
ด้านดูแลสุขภาพ	S62 ไม่ผ่านการต่ออายุรับการรับรอง JCI ที่โรงพยาบาลรามธิบดีจักษุรัตนินทร์	1	3	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Integrated High-Quality Health Care
Cluster Professional Service					
ด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก	O2 การจัดการขยะในหน่วยงานบริการผู้ป่วยไม่ได้ตามมาตรฐานสากล	3	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก	O6 โครงสร้างอาคารเสียหาย	1	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability

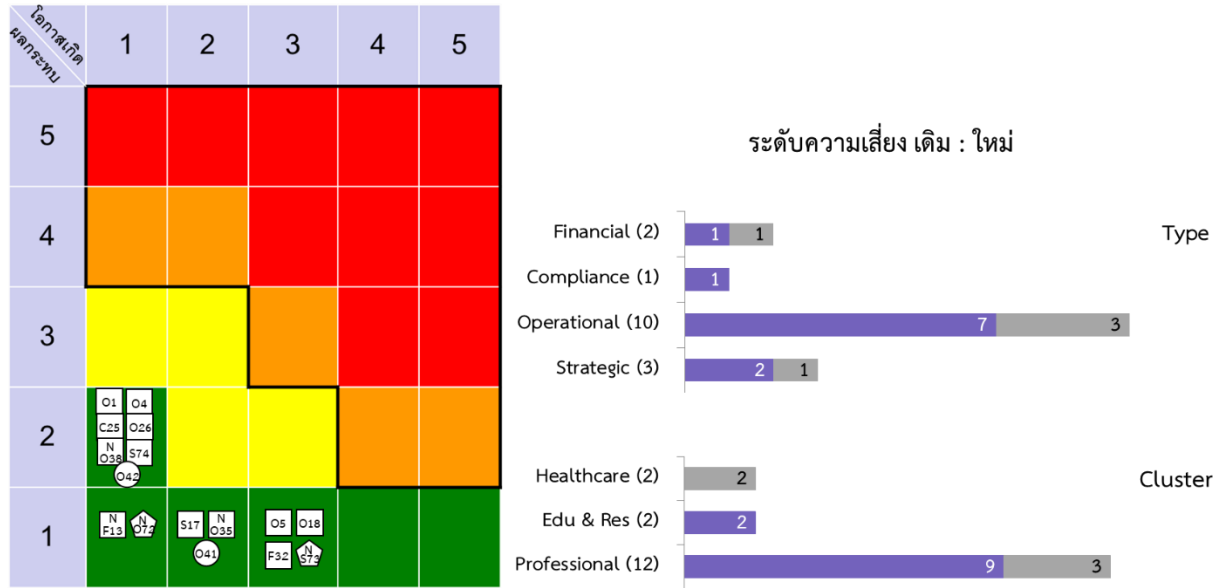
พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะฯ
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O9 ความปลอดภัยในการจราจรในคณะฯ	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O10 ทรัพย์สินสูญหาย	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O11 โครงการก่อสร้างล่าช้า	3	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านวิชาการและ วัฒนธรรม	O20 การให้บริการตามพันธกิจบริการวิชาการ ตอบสนองได้ไม่ทันต่อความต้องการของลูกค้า	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านวิชาการและ วัฒนธรรม	F21 รายได้จากการอบรมวิชาการต่ำกว่า เป้าหมาย	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านการพัสดุ	C24 เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vendor)	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านการพัสดุ	O27 ครุภัณฑ์ของคณะฯ สูญหาย หรือ เสียหาย ที่ไม่เกิดจากการใช้งานตามปกติ	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะฯ
ด้านบริหารทุนมนุษย์	S28 การเตรียมความพร้อมของผู้ที่เหมาะสม ขึ้นสู่ตำแหน่งบริหารได้อย่างต่อเนื่อง	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 5. People excellence
ด้านกฎหมาย	C36 คณะฯ ไม่สามารถปฏิบัติตามระเบียบ/ ข้อบังคับ/กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคณะฯ ได้อย่างครบถ้วน/ถูกต้อง	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านนโยบายและแผน	S37 ไม่สามารถพัฒนาแผนงานตามแผน ยุทธศาสตร์ของคณะฯ ได้ตามเกณฑ์รางวัล คุณภาพแห่งชาติ	3	2	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านนโยบายและแผน	O39 การก่อสร้างอาคารโรงพยาบาล และ ยานนวัตกรรมโยธิล่าช้าไม่เป็นไปตามแผน	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านสร้างเสริมสุขภาพ	S63 ประชาชนในชุมชนที่คณะฯ ดูแล มีปัญหาด้านสุขภาพ	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านสารสนเทศ	S64 ระบบ HIS ที่ CNMI ¹⁰ ไม่สามารถใช้ การได้ตามที่กำหนด	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. Digital Technology for Transformation

10 สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะฯ
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O66 การก่อสร้างเพื่อรองรับการเรียน การสอนล่าช้ากว่าที่วางไว้	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านการคลัง	F71 ผลกระทบจากการดำเนินงานของ สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ที่มีผลต่อ สถานะการเงินของคณะฯ	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านสื่อสารองค์กร	O77 เว็บไซต์คณะฯ ถูกโจมตี (Hack)	3	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านสื่อสารองค์กร	O78 เว็บไซต์คณะฯ ล่ม	3	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability

ความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone)



รูปภาพที่ 21 ความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone)

เมื่อพิจารณาลักษณะของความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) จำนวน 16 ความเสี่ยง พบประเด็นที่น่าสนใจในภาพรวม ดังนี้ ความเสี่ยงเดิมและความเสี่ยงใหม่: เมื่อพิจารณาภาพรวมของความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) ของคณะฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่า เป็นความเสี่ยงเดิม จำนวน 11 ความเสี่ยง และเป็นความเสี่ยงใหม่ จำนวน 5 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 ที่ต้องได้รับการดำเนินการและติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานหรือกฎระเบียบข้อบังคับ โดยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มีการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพมาแล้วระยะหนึ่ง

ความเสี่ยงใหม่: ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงของรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ ซึ่งมีนโยบายให้พิจารณาความเสี่ยงองค์กรจากทุกความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อคณะฯ โดยพิจารณาครอบคลุมทุกระดับของการประเมินความเสี่ยง (Level of Assess) ส่งผลให้กระบวนการย่อยต่าง ๆ ได้รับการพิจารณาอุปสรรคและโอกาสพัฒนามากขึ้น และพบว่า ระบบการบริหารจัดการที่ใช้ในปัจจุบันบางส่วนไม่เพียงพอ ไม่สามารถบริหารจัดการภายใต้สถานการณ์ที่มีเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

ประเภทของความเสี่ยง: ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริหารจัดการ และมาตรฐานการดำเนินงานของคณะฯ ที่อาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายการดำเนินงาน ไปจนถึงอาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ หากคณะฯ ไม่สามารถควบคุมความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ ทั้งนี้ พบความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) และความเสี่ยงด้านการรายงาน/การเงิน (Financial/Reporting Risk) บางส่วน ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งมีลักษณะร่วมเดียวกับความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ที่กล่าวไปข้างต้น

ความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster: ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงจาก Cluster Professional Service รวมถึงพบความเสี่ยงจาก Cluster Education and Research และความเสี่ยงใหม่จาก Cluster Healthcare System บ้างบางส่วน โดยพบว่า ทั้งหมดเป็นความเสี่ยงตามลักษณะธรรมชาติของหน่วยงาน ที่เกิดจากการพบอุปสรรคและโอกาสพัฒนาในระบบ และ/หรือ กระบวนการที่ต้องได้รับการดำเนินการและติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐาน หรือกฎระเบียบข้อบังคับ โดยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มีการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพมาแล้วระยะหนึ่ง

เมื่อพิจารณาความเชื่อมโยงด้านยุทธศาสตร์ พบว่า ความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) ทั้งหมด สามารถเชื่อมโยง ยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2563 - 2566 และยุทธศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. 2563 - 2567 ได้ตามตารางที่ 15 ดังนี้

ตารางที่ 15 แสดงความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะฯ
Cluster Education & Research					
ด้านการวิจัย	O41 ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจหรือน้ำยาทดสอบที่เก็บในตู้แช่แข็ง -30°C หรือ -80°C เสียหาย	2	1	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Global Research and Innovation	ยุทธศาสตร์ที่ 2. High Impact Research
ด้านการวิจัย	O42 ความไม่ปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการวิจัย (Lab Safety)	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Global Research and Innovation	ยุทธศาสตร์ที่ 2. High Impact Research
Cluster Healthcare System					
ด้านดูแลสุขภาพ	O72 ความปลอดภัยของผู้รับบริการ จากให้บริการของศูนย์เพื่อความเป็นเลิศ (Patient Safety)	1	1	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Integrated High-Quality Health Care
ด้านดูแลสุขภาพ	S73 ผลลัพธ์จากให้บริการของศูนย์เพื่อความเป็นเลิศ ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	3	1	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Integrated High-Quality Health Care
Cluster Professional Service					
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O1 อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการ ยานพาหนะ	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O4 ระบบไฟฟ้าไม่เพียงพอต่อความต้องการ ในคณะฯ	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะฯ
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O5 น้ำรั่วจากท่อเมนน้ำประปา, ท่อระบายน้ำ อุดตัน	3	1	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านโรงเรียนการ บริหารงานโรงพยาบาล	F13 รายได้จากการอบรมวิชาการต่ำกว่า เป้าหมาย	1	1	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านสารสนเทศ	S17 ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญและจำเป็น ต่อการวางแผนหรือการบริหารงานภายใน คณะฯ ไม่ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ครอบคลุม	2	1	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. Digital Technology for Transformation
ด้านสารสนเทศ	O18 ทรัพย์สินสารสนเทศของคณะฯ เสี่ยงหาย	3	1	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. Digital Technology for Transformation
ด้านการพัสดุ	C25 ความเสี่ยงจากการทำผิดพระราชบัญญัติ การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านการพัสดุ	O26 การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกรับ ผลประโยชน์หรือการมีผลประโยชน์ทับซ้อน ของเจ้าหน้าที่พัสดุ	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านการคลัง	F32 ความเสียหายจากกระบวนการรับเงิน รายได้สวัสดิการเข้าคณะหรืออื่น ๆ นอกเหนือค้ำรักษาพยาบาล	3	1	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะฯ
ด้านสื่อสารองค์กร	O35 กระบวนการสื่อสารภายในคณะฯ ไม่สามารถสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ และเป้าหมายของคณะฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	2	1	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านนโยบายและแผน	O38 ผลการดำเนินงาน ไม่สามารถนำไปใช้ในการสนับสนุนพันธกิจต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability

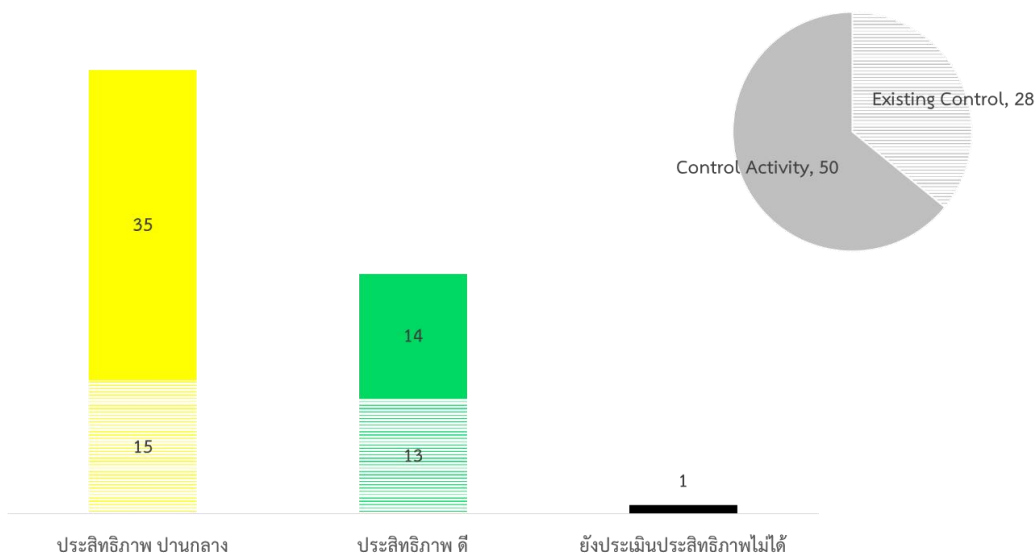
ผลการจัดการความเสี่ยง

ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยง

จากการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 คณะฯ สามารถดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยง ได้ผลการจัดการความเสี่ยงตามมุมมองต่าง ๆ สามารถอธิบายในภาพรวมได้ ดังนี้

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง

การพิจารณาประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พิจารณาจากความสามารถของทั้งกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ที่ส่งผลต่อระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบของความเสี่ยง ภายหลังจากดำเนินงานจัดการความเสี่ยง โดยพบว่า คณะฯ ใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จำนวน 50 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 64 ($50 \times 100 / 78$) และใช้กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) จำนวน 28 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 36 ($28 \times 100 / 78$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ตามรูปภาพที่ 22



รูปภาพที่ 22 ภาพรวมประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง

กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่ได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Yellow) ที่ร้อยละ 64 ($50 \times 100 / 78$) ของความเสี่ยงทั้งหมด พบในความเสี่ยงที่ใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มากถึงร้อยละ 70 ($35 \times 100 / 50$) และพบในความเสี่ยงที่ใช้กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ร้อยละ 30 ($15 \times 100 / 50$) ของความเสี่ยงที่กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Yellow) ทั้งหมด กิจกรรมเหล่านี้ไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ เนื่องจาก ส่วนใหญ่อยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนระยะยาว หรือต้องมีการดำเนินงานต่อเนื่องตามระเบียบ นโยบาย หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้ ซึ่งส่งผลให้กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงลักษณะนี้ อาจสามารถพัฒนาเป็นงานประจำได้ในงบประมาณต่อไป รวมทั้งพบว่า ความเสี่ยงเหล่านี้ต้องบริหารจัดการบนปัจจัยที่ควบคุมยาก จากปัจจัยภายในตามลักษณะของโครงสร้าง

องค์กรและโครงสร้างบริหารที่มีระบบใหญ่ ซับซ้อน และจากปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายที่คณะฯ ต้องปฏิบัติตาม ไปจนถึงจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ยังคงส่งผลกระทบต่อคณะฯ ต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ดังนั้น ความเสี่ยงเหล่านี้จึงจำเป็นต้องอาศัยเวลา การสื่อสาร การประสานงาน และการได้รับความร่วมมือจากหลายหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกคณะฯ

ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับดี (Green) ร้อยละ 35 (27x100/78) ของความเสี่ยงทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำและปานกลาง ที่ได้รับการดำเนินงานจัดการความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับที่คณะฯ สามารถยอมรับได้ โดยสามารถควบคุมให้ระดับความเสี่ยงคงที่ หรือจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง หรือจัดการให้ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ พบในความเสี่ยงที่ใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ร้อยละ 52 (14x100/27) และความเสี่ยงที่ใช้กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ร้อยละ 48 (13x100/27) ของความเสี่ยงที่กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงมีประสิทธิภาพในระดับดี (Green) ทั้งหมด

โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบความเสี่ยงที่กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงยังไม่ได้ได้รับการประเมินประสิทธิภาพ 1 ความเสี่ยง เนื่องจากกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีความซ้ำซ้อนกับกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) จึงจำเป็นต้องทบทวนและปรับแผนใหม่ให้เหมาะสมขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง

เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดความเสี่ยง ภายหลังจากจัดการความเสี่ยง สามารถอธิบายผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ในภาพรวมได้ตามรูปภาพที่ 23



รูปภาพที่ 23 แสดงภาพรวมผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง

ความเสี่ยงในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงเป็นไปตามเป้า จำนวน 43 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 55 (43x100/78) ของความเสี่ยงทั้งหมด เนื่องจากปัจจัยดังนี้

- 1) ภาพรวมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และสถานการณ์ทางการเงินมีทิศทางที่ดีขึ้น
- 2) สามารถบริหารจัดการตามคุณภาพ มาตรฐาน ร่วมกับการทบทวนและพัฒนาตามประเด็นโอกาสพัฒนา Opportunities for Improvement (OFI) ตามลักษณะธรรมชาติขององค์กร และ/หรือ หน่วยงาน (CoreBusiness/Core Process) ในระบบสำคัญของคณะฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 3) ได้รับความร่วมมือในการดำเนินงานจากหน่วยงานต่าง ๆ ภายในคณะฯ
- 4) เป็นผลจากมติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 3/2561 ที่กำหนดให้การติดตามผลการจัดการความเสี่ยงต้องดำเนินการเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ส่งผลให้เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) สามารถรายงานการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

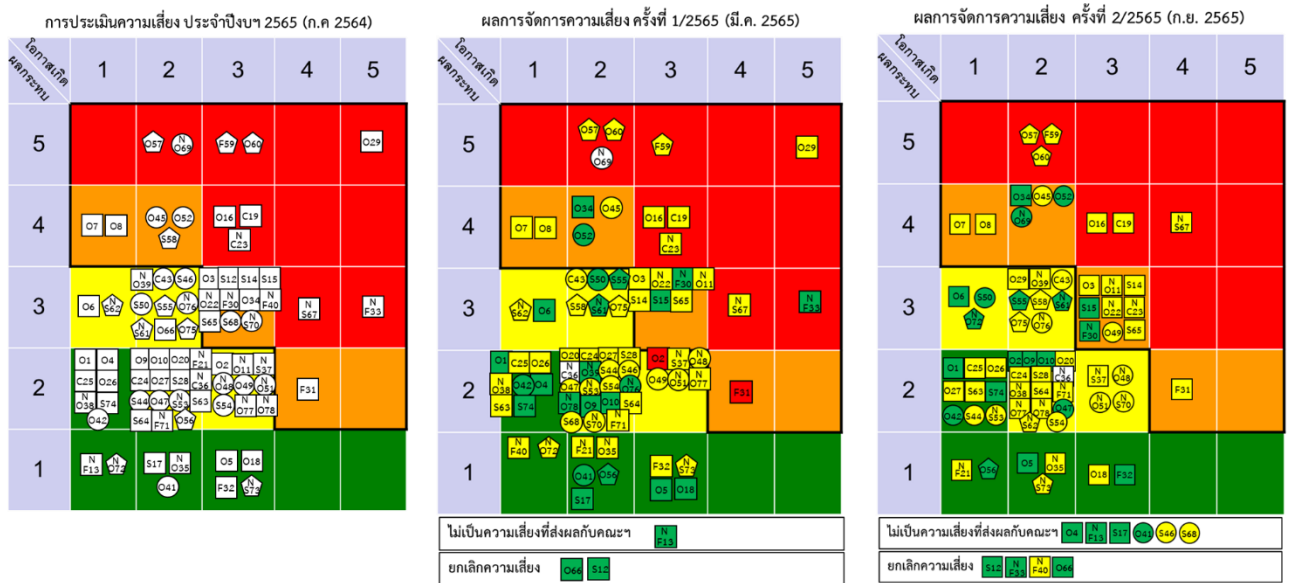
ทั้งนี้ พบประเด็นน่าสนใจโดยพบว่า ความเสี่ยงที่มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ซึ่งได้ตามเป้าที่กำหนด ส่วนหนึ่งเป็นผลจากลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยง ที่วัดจากการดำเนินงานที่แล้วเสร็จตามแผนที่กำหนดไว้ (Process Indicator) และบางส่วนวัดจากการไม่เกิดเหตุการณ์ความเสียหายในช่วงเวลาที่กำหนด (Impact Indicator) ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากตัวชี้วัดทั้ง 2 ลักษณะนี้ เป็นเพียงการชี้วัดความเสี่ยงทางอ้อม ไม่สามารถชี้วัดจากประสิทธิภาพและประสิทธิผลของแผนการจัดการความเสี่ยง ที่ส่งผลต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้

สำหรับความเสี่ยงที่มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงไม่เป็นไปตามเป้า จำนวน 20 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 26 (20x100/78) ของความเสี่ยงทั้งหมด โดยเป็นผลจากความเสี่ยงเหล่านี้มีความไวต่อปัจจัยที่ควบคุมยาก (Sensitive) และได้รับผลกระทบโดยตรง เนื่องจากระบบการบริหารจัดการในปัจจุบันที่ยังไม่เพียงพอ และ/หรือ ไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง ก่อให้เกิดเหตุการณ์ความเสียหายในช่วงเวลาที่กำหนด (Impact Indicator) ทั้งจำนวนการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในบุคลากรและนักศึกษา การถูกโจมตีทางไซเบอร์ การถูกละเมิดข้อมูล จำนวนผู้สมัครเข้ารับการอบรม จำนวนและคุณสมบัติตามเป้าประสงค์ของผู้สมัครที่สนใจเข้าทำงานกับคณะฯ ความเสียหายที่เกิดจากการใช้งานครุภัณฑ์สารสนเทศตามปกติ และการเกิดกระแสไฟฟ้าขัดข้องภายในคณะฯ

ไปจนถึงพบความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ จำนวน 15 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 19 (15x100/78) ของความเสี่ยงทั้งหมด เป็นผลจากลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยง ที่สัมพันธ์กับกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินงานตามแผนประจำปีงบประมาณ แผนตามปีการศึกษา แผนตามปีปฏิทิน หรือแผนตามโครงการต่อเนื่องระยะยาว ที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ในปัจจุบัน รวมถึงพบว่า ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการประสานงานในการขอและการให้ข้อมูลภายในคณะฯ ยังไม่มีประสิทธิภาพซึ่งสะท้อนโครงสร้างบริหารและโครงสร้างการกำกับดูแล (Governance Structure) ของคณะฯ ซึ่งมีขนาดใหญ่ ซับซ้อน ได้อย่างชัดเจน

การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง

จากประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงและผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงดังกล่าว ส่งผลให้ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุมมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้



รูปภาพที่ 24 แสดง Risk Map – Dashboard ภาพรวมการเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง

Risk Zone เพิ่มขึ้น จำนวน 4 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 5 (4x100/78) ของความเสี่ยงทั้งหมด โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงธรรมชาติขององค์กร และ/หรือ พันธกิจ ที่อยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนระยะยาว ซึ่งต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ทั้งภายในและภายนอกคณะฯ รวมถึงพบว่า ความเสี่ยงเหล่านี้ได้รับผลกระทบโดยตรงจากปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) จนส่งผลให้ระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้นทั้งในระดับโอกาสเกิด (Likelihood) และระดับผลกระทบ (Impact) ทั้งนี้ สามารถแยกวิเคราะห์ที่ได้ดังนี้

- ความเสี่ยงที่ระดับโอกาสเกิด (Likelihood) ปรับเพิ่มขึ้น เป็นการพิจารณาจากผลการดำเนินงานและผลการบริหารความเสี่ยง ซึ่งไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนด โดยพบว่าปัจจัยความร่วมมือของหน่วยงานภายในคณะฯ ส่งผลต่อการสรุปความสามารถในการบริหารความเสี่ยงโดยตรง
- ความเสี่ยงที่ระดับผลกระทบ (Impact) ปรับเพิ่มขึ้น เป็นการพิจารณาผลกระทบของความเสี่ยงตามเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยกำหนดอย่างรัดกุมมากขึ้น

ความเสี่ยงที่ Risk Zone เพิ่มขึ้น มีดังนี้

1. พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ	O72	ความปลอดภัยของผู้รับบริการจาก ให้บริการของศูนย์เพื่อความเป็นเลิศ (Patient Safety) (2565)	จาก	1 x 1	เป็น	1 x 3
2. พันธกิจด้านนโยบายและแผน	O38	ผลการดำเนินงานไม่สามารถนำไปใช้ ในการสนับสนุนพันธกิจต่าง ๆ ได้อย่าง เหมาะสม (2565)	จาก	1 x 2	เป็น	2 x 2
3. พันธกิจด้านการศึกษา (การศึกษาหลังปริญญา)	O49	จำนวนของนักศึกษาปริญญาโทและ ปริญญาเอกที่สมัครเข้ารับการศึกษ ฝึกอบรมไม่ได้ตามเป้าหมาย (2561)	จาก	3 x 2	เป็น	3 x 3
4. พันธกิจด้านกายภาพและสิ่ง อำนวยความสะดวก	O11	โครงการก่อสร้างล่าช้า (2565)	จาก	3 x 2	เป็น	3 x 3

Risk Zone คงที่ จำนวน 53 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 68 (53x100/78) ของความเสี่ยงทั้งหมด พบกระจาย ตัวทั่วทั้ง Risk Map – Dashboard โดยส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงคงที่ ทั้งในระดับโอกาสเกิด (Likelihood) และ ระดับผลกระทบ (Impact) ทั้งนี้สามารถวิเคราะห์แยกตามระดับความเสี่ยงได้ดังนี้

- ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงคงที่ ที่ระดับปานกลางและระดับต่ำ เป็นความเสี่ยงที่ได้รับการควบคุม ตามมาตรฐานหรือระเบียบด้านคุณภาพและความปลอดภัยตามบริบทของแต่ละพันธกิจ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถควบคุมให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ แต่ยังคงได้รับการประเมินให้เป็นความเสี่ยง ระดับคณฯ ที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง
- ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงคงที่ ที่ระดับสูงและระดับสูงมาก เป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ที่ต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน และมักได้รับผลกระทบจากปัจจัยที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ ส่งผลให้ผลการดำเนินงานเมื่อเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ไม่ได้ตามเป้าที่กำหนด และได้รับการประเมิน ให้เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามต่อเนื่อง

ความเสี่ยงที่ Risk Zone คงที่ มีดังนี้

1. พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ	O57	เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง (G, H, I) ในการให้การดูแลสุขภาพ และ/หรือ ทำให้เกิด การร้องเรียนต่อองค์กรภายนอก/ศาล (2556)	คงที่	ที่	2 x 5
2. พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ	F59	ผลการดำเนินการดูแลสุขภาพด้านการเงินสุทธิ ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2564)	คงที่	ที่	2 x 5
3. พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ	O60	การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติ คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2564)	คงที่	ที่	2 x 5
4. พันธกิจด้านสารสนเทศ	O16	มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับ ที่เก็บในระบบคอมพิวเตอร์ (2558)	คงที่	ที่	3 x 4

5. พันธกิจด้านสารสนเทศ	C19	ภัยคุกคามทางไซเบอร์ต่อระบบสารสนเทศ โรงพยาบาล (2564)	คงที่ ที่	3 x 4
6. พันธกิจด้านบริหารทุนมนุษย์	S67	ศักยภาพของผู้สมัครไม่บรรลุคุณสมบัติตามตำแหน่ง ที่เปิดรับ (2565)	คงที่ ที่	4 x 4
7. พันธกิจด้านการศึกษา (การศึกษาระดับปริญญา)	O45	ทรัพยากรไม่เพียงพอต่อการรองรับการบริหาร หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตปรับปรุง 2563 (2562)	คงที่ ที่	2 x 4
8. พันธกิจด้านการศึกษา (กิจการนักศึกษา)	O52	การฆ่าตัวตายของนักศึกษา (2564)	คงที่ ที่	2 x 4
9. พันธกิจด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O3	บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน (2561)	คงที่ ที่	3 x 3
10. พันธกิจด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O7	การเกิดอัคคีภัย (2557)	คงที่ ที่	1 x 4
11. พันธกิจด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O8	เกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรงภายในคณะฯ (2563)	คงที่ ที่	1 x 4
12. พันธกิจด้านการคลัง	F31	ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บค่า รักษาพยาบาล (เน้นระบบ Billing System) (2561)	คงที่ ที่	4 x 2
13. พันธกิจด้านบริหารความเสี่ยง	O22	การดำเนินงานภายในคณะฯ และแก้ปัญหา ในสถานการณ์วิกฤตไม่มีประสิทธิภาพ (2565)	คงที่ ที่	3 x 3
14. พันธกิจด้านบริหารทุนมนุษย์	F30	ค่าใช้จ่ายบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อ ค่าใช้จ่ายภาพรวมของคณะฯ (2565)	คงที่ ที่	3 x 3
15. พันธกิจด้านสารสนเทศ	S14	ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้ โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2555)	คงที่ ที่	3 x 3
16. พันธกิจด้านสารสนเทศ	S15	ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนอง ความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯ ได้ตาม ความต้องการ (2557)	คงที่ ที่	3 x 3
17. พันธกิจด้านสารสนเทศ (CNMI) ¹¹	S65	ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้ วางแผนไว้ล่วงหน้า (2563)	คงที่ ที่	3 x 3
18. พันธกิจด้านสื่อสารองค์กร	O34	ความเสียหายต่อชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร ที่เกิดจากข่าวสารในสื่อสังคมออนไลน์ (2564)	คงที่ ที่	2 x 4
19. พันธกิจด้านการศึกษา (การศึกษาระดับปริญญา)	O47	การแพร่ระบาดหรือการติดเชื้อของนักศึกษา (Outbreak Risk) (2564)	คงที่ ที่	2 x 2

11 สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์

20. พันธกิจด้านการศึกษา (การศึกษาระดับปริญญา)	O48	ประการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล/ข้อมูลส่วนบุคคล ของนักศึกษาทั่วโลกผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2565)	ครั้งที่ 3 x 2
21. พันธกิจด้านการศึกษา (การศึกษาหลังปริญญา)	S50	คุณภาพการเรียนรู้ตามเกณฑ์การฝึกอบรมของ แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการฝึกอบรมของแพทยสภา และ/หรือ ราชวิทยาลัย (2564)	ครั้งที่ 1 x 3
22. พันธกิจด้านการศึกษา (การศึกษาหลังปริญญา)	O51	การพัฒนาคุณภาพของทุกหลักสูตรไม่เป็นไปตาม เป้าหมาย (2565)	ครั้งที่ 3 x 2
23. พันธกิจด้านการวิจัย	C43	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมีการกระทำ ผิดการวิจัยในคน (2558)	ครั้งที่ 2 x 3
24. พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ	S55	รายได้ภาพรวมของศูนย์สนับสนุนพันธกิจมีแนวโน้ม ลดลงเนื่องจากสภาวะเศรษฐกิจ (2564)	ครั้งที่ 2 x 3
25. พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ	S61	ไม่ผ่านการต่ออายุรับการรับรองคุณภาพ สถานพยาบาลชั้นก้าวหน้า (A-HA) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (2565)	ครั้งที่ 2 x 3
26. พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ	S62	ไม่ผ่านการต่ออายุรับการรับรอง JCI ที่โรงพยาบาล รามาธิบดีจากรีนฤดดินทร์ (2565)	ครั้งที่ 2 x 2
27. พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ	O75	เครื่องมือแพทย์ที่มีการเชื่อมต่อกับคอมพิวเตอร์และ ระบบเครือข่าย ได้รับผลกระทบจากไวรัส มัลแวร์ หรือภัยคุกคามทางไซเบอร์ (2564)	ครั้งที่ 2 x 3
28. พันธกิจด้านวิเทศสัมพันธ์	S54	ผลลัพธ์การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ ทางการศึกษา/วิจัย/วิชาการ ที่ลดลงเนื่องจาก ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ COVID-19 (2564)	ครั้งที่ 2 x 2
29. พันธกิจด้านวิเทศสัมพันธ์	O76	ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการดำเนินงานลดลง เนื่องจาก การปรับโครงสร้างสถาบันการแพทย์- จักรีนฤดดินทร์ โดยจะมีการจัดตั้ง “ศูนย์บริการ นักศึกษา” ซึ่งจะดูแลกิจกรรมของนักศึกษาแพทย์ ในทุก ๆ ด้าน รวมถึงด้านต่างประเทศ (2565)	ครั้งที่ 2 x 3
30. พันธกิจด้านวิชาการและ วัฒนธรรม	O20	การให้บริการตามพันธกิจบริการวิชาการตอบสนองได้ ไม่ทันต่อความต้องการของลูกค้า (2564)	ครั้งที่ 2 x 2
31. พันธกิจด้านกฎหมาย	C36	คณะฯ ไม่สามารถปฏิบัติตามระเบียบ/ข้อบังคับ/ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคณะฯ ได้อย่างครบถ้วน/ ถูกต้อง (2565)	ครั้งที่ 2 x 2

32. พันธกิจด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O2	การจัดการขยะในหน่วยงานบริการผู้ป่วย ไม่ได้ตามมาตรฐานสากล (2561)	คงที่ ที่	2 x 2
33. พันธกิจด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O6	โครงสร้างอาคารเสียหาย (2564)	คงที่ ที่	1 x 3
34. พันธกิจด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O9	ความปลอดภัยในการจราจรในคณะฯ (2564)	คงที่ ที่	2 x 2
35. พันธกิจด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O10	ทรัพย์สินสูญหาย (2564)	คงที่ ที่	2 x 2
36. พันธกิจด้านการคลัง	F71	ผลกระทบจากการดำเนินงานของของสถาบัน- การแพทย์จักรีนฤดินทร์ที่มีผลต่อสถานะการเงิน ของคณะฯ (2565)	คงที่ ที่	2 x 2
37. พันธกิจด้านการพัสดุ	C21	เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vendor) (2557)	คงที่ ที่	2 x 2
38. พันธกิจด้านนโยบายและแผน	S37	ไม่สามารถพัฒนาแผนงานตามแผนยุทธศาสตร์ของ คณะฯ ได้ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (2565)	คงที่ ที่	3 x 2
39. พันธกิจด้านนโยบายและแผน	O39	การก่อสร้างอาคารโรงพยาบาลและย่านนวัตกรรมโยธี ล่าช้าไม่เป็นไปตามแผน (2565)	คงที่ ที่	2 x 3
40. พันธกิจด้านบริหารทุนมนุษย์	S28	การเตรียมความพร้อมของผู้ที่เหมาะสมขึ้นสู่ตำแหน่ง บริหารได้อย่างต่อเนื่อง (2561)	คงที่ ที่	2 x 2
41. พันธกิจด้านสารสนเทศ	S64	ระบบ HIS ที่ CNMI ¹² ไม่สามารถใช้งานได้ตามที่ กำหนด (2561)	คงที่ ที่	2 x 2
42. พันธกิจด้านสื่อสารองค์กร	O77	เว็บไซต์คณะฯ ถูกโจมตี (Hack) (2565)	คงที่ ที่	2 x 2
43. พันธกิจด้านสื่อสารองค์กร	O78	เว็บไซต์คณะฯ ล่ม (2565)	คงที่ ที่	2 x 2
44. พันธกิจด้านการวิจัย	O42	ความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการวิจัย (Lab Safety) (2564)	คงที่ ที่	1 x 2
45. พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ	S73	ผลลัพธ์จากให้บริการของศูนย์เพื่อความเป็นเลิศ ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (2565)	คงที่ ที่	2 x 1
46. พันธกิจด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O1	อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการยานพาหนะ (2558)	คงที่ ที่	1 x 2
47. พันธกิจด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O5	น้ำรั่วจากท่อเมนน้ำประปา, ท่อระบายน้ำอุดตัน (2564)	คงที่ ที่	2 x 1

12 สถาบันการแพทย์จักรีนฤดินทร์

48. พันธกิจด้านการคลัง	F32	ความเสียหายจากกระบวนการรับเงินรายได้สวัสดิการ เข้าคณะฯ หรืออื่น ๆ นอกเหนือค้ำรักษาพยาบาล (2564)	คงที่ ที่	3 x 1
49. พันธกิจด้านการพัสดุ	C25	ความเสี่ยงจากการทำผิดพระราชบัญญัติการจัดซื้อ จัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 (2561)	คงที่ ที่	1 x 2
50. พันธกิจด้านการพัสดุ	O26	การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกรับผลประโยชน์หรือ การมีผลประโยชน์ทับซ้อนของเจ้าหน้าที่พัสดุ (2563)	คงที่ ที่	1 x 2
51. พันธกิจด้านสร้างเสริมสุขภาพ	S74	คณะฯ ไม่มีผลงานที่ชี้้นำสังคมเป็นนโยบายระดับชาติ หรือนานาชาติตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยกำหนด (2564)	คงที่ ที่	1 x 2
52. พันธกิจด้านสารสนเทศ	O18	ครุภัณฑ์สารสนเทศของคณะฯ เสียหาย (2563)	คงที่ ที่	3 x 1
53. พันธกิจด้านสื่อสารองค์กร	O35	กระบวนการสื่อสารภายในคณะฯ ไม่สามารถ สนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และเป้าหมาย ของคณะฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (2565)	คงที่ ที่	2 x 1

Risk Zone ลดลง จำนวน 11 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 14 (11x100/78) ของความเสี่ยงทั้งหมด พบกระจายตัวทั่วทั้ง Risk Map – Dashboard โดยส่วนใหญ่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ที่สามารถแสดงความคืบหน้าของการดำเนินงานอย่างมีแนวโน้มที่ดี มีประสิทธิภาพเพียงพอในการควบคุมความเสี่ยง รวมทั้งมีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ได้ตามเป้าที่กำหนด ระดับความเสี่ยงจึงลดลงทั้งในระดับโอกาสเกิดและผลกระทบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในความเสี่ยงที่มีการดำเนินการมาแล้วระยะหนึ่ง ดังนั้น ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินให้เป็นความเสี่ยงที่สามารถยอมรับได้ ทั้งนี้ ยังคงพบการปรับลดระดับความเสี่ยงที่เป็นผลจากการพิจารณาความเป็นไปได้ในภาพรวมของความเสี่ยง ร่วมกับการใช้ข้อมูลแวดล้อมต่าง ๆ ตามมุมมองการบริหารความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) เช่นเดียวกับปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 บ้างบางส่วน

ความเสี่ยงที่ Risk Zone ลดลง มีดังนี้

1. พันธกิจด้านการศึกษา	O69	ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของ นักศึกษาภายในสถาบันการแพทย์ จักรีนฤพดินทร์ (2565)	จาก	2 x 5	เป็น	2 x 4
2. พันธกิจด้านการคุ้มครองข้อมูล ส่วนบุคคลคณะฯ	C23	การเตรียมความพร้อมและ การดำเนินงานตามพระราชบัญญัติ คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน (2565)	จาก	3 x 4	เป็น	3 x 3
3. พันธกิจด้านบริหารทุนมนุษย์	O29	จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อ การปฏิบัติงาน เนื่องจากการติดเชื้อ COVID-19 (2564)	จาก	5 x 5	เป็น	2 x 3

4. พันธกิจด้านการศึกษา	S70	ขาดการบูรณาการการเรียนการสอน การดูแลสุขภาพ และการวิจัย ระหว่าง ทั้ง 2 Campus และภายในสถาบัน- การแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (2565)	จาก	3 x 3	เป็น	2 x 2
5. พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ	S58	ผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (2564)	จาก	2 x 4	เป็น	2 x 3
6. พันธกิจด้านการศึกษา (กิจการนักศึกษา)	S53	กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตและการดูแลนักศึกษาของคณะฯ ไม่สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิต และ/หรือ สนับสนุน ทางการศึกษาได้อย่างเหมาะสม (2565)	จาก	2 x 2	เป็น	1 x 2
7. พันธกิจด้านการวิจัย	S44	ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร ระดับนานาชาติไม่ได้ตามเป้า (2556)	จาก	2 x 2	เป็น	1 x 2
8. พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ	O56	ความปลอดภัยของผู้รับบริการจาก ให้บริการของศูนย์สนับสนุนพันธกิจ (Patient Safety) (2564)	จาก	2 x 2	เป็น	1 x 1
9. พันธกิจด้านการพัสดุ	O27	ครุภัณฑ์ของคณะฯ สูญหายหรือเสียหาย ที่ไม่เกิดจากการใช้งาน ตามปกติ (2564)	จาก	2 x 2	เป็น	1 x 2
10. พันธกิจด้านวิชาการและวัฒนธรรม	F21	รายได้จากการอบรมวิชาการต่ำกว่า เป้าหมาย (2565)	จาก	2 x 2	เป็น	1 x 1
11. พันธกิจด้านสร้างเสริมสุขภาพ	S63	ประชาชนในชุมชนที่คณะฯ ดูแล มีปัญหา ด้านสุขภาพ (2564)	จาก	2 x 2	เป็น	1 x 2

ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญ เคลื่อนที่ออกจาก Risk Map - Dashboard และไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน 6 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 8 (6x100/78) ของความเสี่ยงทั้งหมด โดยพบว่า กิจกรรมการควบคุมที่มีในปัจจุบันและกิจกรรมควบคุมความเสี่ยง มีประสิทธิภาพเพียงพอในการจัดการและควบคุมความเสี่ยง โดยสามารถนำไปบริหารจัดการได้ภายในหน่วยงาน (Division/Business Unit) ต่อไป

ความเสี่ยงที่ภายหลังการดำเนินงานพบว่า ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญ มีดังนี้

1. พันธกิจด้านการศึกษา	S68	คุณภาพการเรียนการสอนของโรงเรียนแพทย์ฯ จาก	3 x 3	เป็น 2 x 2
		ลดลง เนื่องจากสถานการณ์ COVID-19 (2564)		
2. พันธกิจด้านการศึกษา (การศึกษาระดับปริญญา)	S46	นักศึกษาอาจไม่บรรลุ Outcome เนื่องจากการปรับการเรียนการสอนตามสถานการณ์ COVID-19 หรืออื่น ๆ (2564)	2 x 3	เป็น 1 x 2
3. พันธกิจด้านการวิจัย	O41	ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจหรือน้ำยาทดสอบที่เก็บในตู้แช่แข็ง -30°C หรือ -80°C เสียหาย (2564)	2 x 1	เป็น 2 x 1
4. โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล	F13	รายได้จากการอบรมวิชาการต่ำกว่าเป้าหมาย (2565)	1 x 1	เป็น 1 x 1
5. พันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก	O4	ระบบไฟฟ้าไม่เพียงพอต่อความต้องการในคณะฯ (2559)	1 x 2	เป็น 1 x 2
6. พันธกิจด้านสารสนเทศ	S17	ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญและจำเป็นต่อการวางแผนหรือการบริหารงานภายในคณะฯ ไม่ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ครอบคลุม (2560)	2 x 1	เป็น 2 x 1

ยกเลิกความเสี่ยง ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 4 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 5 (4x100/78) ของความเสี่ยงทั้งหมด โดยพบความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้นำไปบริหารจัดการรวมกับความเสี่ยงใหญ่ที่มีความเกี่ยวข้องกันจำนวน 2 ความเสี่ยง ได้แก่

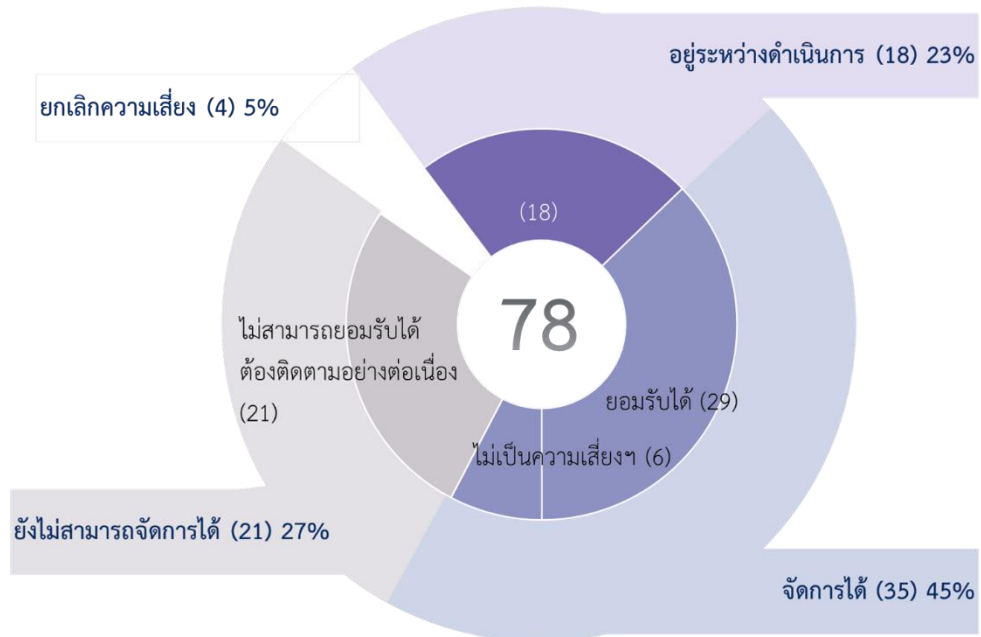
1. พันธกิจด้านการคลัง	F33	ภาพรวมผลการดำเนินงานด้านการเงินของคณะฯ มีแนวโน้มลดลงจากการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และสาเหตุอื่น ๆ (2565)	ยกเลิกจาก	5 x 3
2. พันธกิจด้านนโยบายและแผน	F40	ภาพรวมผลการดำเนินงานด้านการเงินของคณะฯ มีแนวโน้มลดลงจากการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และสาเหตุอื่น ๆ (2565)	ยกเลิกจาก	3 x 3

และความเสี่ยงที่กิจกรรมซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงมีการดำเนินการแล้วเสร็จ จำนวน 2 ความเสี่ยง ได้แก่

3. พันธกิจด้านคุณภาพ	S12	ไม่ผ่านเกณฑ์รางวัลการบริหารสู่ความเป็นเลิศที่มีความโดดเด่นด้านปฏิบัติการ (Thailand Quality Class Plus) (2564)	ยกเลิกจาก	3 x 3
4. พันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก	O66	การก่อสร้างเพื่อรองรับการเรียนการสอนล่าช้ากว่าที่วางไว้ (2564)	ยกเลิกจาก	2 x 3

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง

ความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน 78 ความเสี่ยง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สามารถดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยง ได้ผลการจัดการความเสี่ยง ดังนี้



รูปภาพที่ 25 ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยง

สามารถจัดการความเสี่ยงได้ จำนวน 35 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 45 ($35 \times 100 / 78$) ของความเสี่ยงทั้งหมด คิดเป็นสัดส่วนผลการจัดการความเสี่ยงที่มากที่สุดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 โดยส่วนหนึ่งเป็นผลจากมติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 3/2561 ที่กำหนดให้การติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ต้องดำเนินการเมื่อสิ้นสุตปีงบประมาณ ส่งผลให้เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) สามารถดำเนินการและรายงานผลการจัดการความเสี่ยงได้ตามระยะเวลาที่กำหนด รวมทั้งพบว่า ส่วนหนึ่งเป็นผลจากลักษณะของความเสี่ยง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงทั่วไปหรือความเสี่ยงธรรมชาติของพันธกิจที่มีการดำเนินงานตามมาตรฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน โดยสามารถสะท้อนผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดความเสี่ยง ที่ส่วนใหญ่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ระดับความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงคงที่ ที่ระดับปานกลางและระดับต่ำ แม้จะได้รับผลกระทบจากปัจจัยควบคุมยาก ทั้งจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และสถานะทางการเงินของคณะฯ ทั้งนี้สามารถแบ่งตามความสามารถของการจัดการได้ 2 ประเภท ดังนี้

1. **ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญ** ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 6 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 17 ($6 \times 100 / 35$) ของความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ทั้งหมด *รายละเอียดได้อธิบายไว้ในหัวข้อ ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง ย่อหน้า ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญ*

2. เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ ต้องยกไปดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 29 ความเสี่ยงคิดเป็นร้อยละ 83 (29x100/35) ของความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ทั้งหมด เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลางและระดับความเสี่ยงต่ำ รวมถึง พบความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงแต่ได้รับการประเมินภายหลังการจัดการความเสี่ยง ว่าเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้บางส่วน โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงธรรมชาติของลักษณะองค์กรหรือลักษณะงาน (Core Business/Core Process) ที่อาจเกิดขึ้นได้หากมีปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้เข้ากระทบ ทั้งนี้พบลักษณะร่วมของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่างกัน ดังนี้

- ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลางและระดับความเสี่ยงต่ำ เป็นความเสี่ยงที่ได้รับการควบคุมตามมาตรฐานหรือระเบียบด้านคุณภาพและความปลอดภัย ตามธรรมชาติของลักษณะงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมาแล้วระยะหนึ่ง กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับดี (Green) - ปานกลาง (Yellow) โดยสามารถควบคุมให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ แต่ยังคงได้รับการประเมินให้เป็นความเสี่ยงระดับคณฯ ที่ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
- ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงทั้งหมด เป็นความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) ที่ได้รับการพิจารณาให้เป็นความเสี่ยงใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และ 2565 เนื่องจาก เกี่ยวข้องกับการบรรลุตามแผนยุทธศาสตร์คณฯ พ.ศ 2564 – 2567 ตามพันธกิจหลักสำคัญ (Core Business) ด้านดูแลสุขภาพและด้านการศึกษา โดยเมื่อดำเนินการตามกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) พบว่า กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะสามารถจัดการให้ระดับโอกาสเกิดและระดับผลกระทบของความเสี่ยงลดลง และเคลื่อนเข้าสู่ Yellow Zone เป็นความเสี่ยงที่คณฯ สามารถยอมรับได้

ความเสี่ยงที่ยอมรับได้ มีดังนี้

พันธกิจด้านการศึกษา

1. O47 การแพร่ระบาดหรือการติดเชื้อของนักศึกษา (Outbreak Risk) (2564)
2. S70 ขาดการบูรณาการการเรียนการสอน การดูแลสุขภาพ และการวิจัย ระหว่างทั้ง 2 Campus และภายในสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (2565)

พันธกิจด้านการวิจัย

3. O42 ความไม่ปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการวิจัย (Lab Safety) (2564)
4. C43 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมีการกระทำผิดการวิจัยในคน (2558)
5. S44 ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติไม่ได้ตามเป้าหมาย (2556)

พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ

6. O56 ความปลอดภัยของผู้รับบริการจากให้บริการของศูนย์สนับสนุนพันธกิจ (Patient Safety) (2564)
7. S58 ผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (2564)
8. O75 เครื่องมือแพทย์ที่มีการเชื่อมต่อกับคอมพิวเตอร์และระบบเครือข่าย ได้รับผลกระทบจากไวรัส มัลแวร์ หรือภัยคุกคามทางไซเบอร์ (2564)

พันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก

9. O1 อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการยานพาหนะ (2558)
10. O2 การจัดการขยะในหน่วยงานบริการผู้ป่วยไม่ได้ตามมาตรฐานสากล (2561)
11. O5 น้ำรั่วจากท่อเมนน้ำประปา, ท่อระบายน้ำอุดตัน (2564)
12. O6 โครงสร้างอาคารเสียหาย (2564)
13. O9 ความปลอดภัยในการจราจรในคณะฯ (2564)
14. O10 ทรัพย์สินสูญหาย (2564)

พันธกิจด้านการคลัง

15. F32 ความเสียหายจากกระบวนการรับเงินรายได้สวัสดิการเข้าคณะฯ หรืออื่น ๆ นอกเหนือ
คำรักษาพยาบาล (2564)
16. F71 ผลกระทบจากการดำเนินงานของของสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ที่มีผลต่อ
สถานะการเงินของคณะฯ (2565)

พันธกิจด้านการพัสดุ

17. C24 เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vendor) (2557)
18. C25 ความเสี่ยงจากการทำผิดพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ
พ.ศ. 2560 (2561)
19. O26 การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกรับผลประโยชน์หรือการมีผลประโยชน์ทับซ้อน
ของเจ้าหน้าที่พัสดุ (2563)
20. O27 ทรัพย์สินของคณะฯ สูญหายหรือเสียหาย ที่ไม่เกิดจากการใช้งานตามปกติ (2564)

พันธกิจด้านนโยบายและแผน

21. S37 ไม่สามารถพัฒนาแผนงานตามแผนยุทธศาสตร์ของคณะฯ ได้ตามเกณฑ์รางวัล
คุณภาพแห่งชาติ (2565)
22. O38 ผลการดำเนินงานไม่สามารถนำไปใช้สนับสนุนพันธกิจต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (2565)
23. O39 การก่อสร้างอาคารโรงพยาบาลและยานวัตกรรมโยธิต้าซ่าไม่เป็นไปตามแผน (2565)

พันธกิจด้านบริหารทุนมนุษย์

24. S28 การเตรียมความพร้อมของผู้ที่เหมาะสมขึ้นสู่ตำแหน่งบริหารได้อย่างต่อเนื่อง (2561)

พันธกิจด้านวิชาการและวัฒนธรรม

25. F21 รายได้จากการอบรมวิชาการต่ำกว่าเป้าหมาย (2565)

พันธกิจด้านสร้างเสริมสุขภาพ

26. S63 ประชาชนในชุมชนที่คณะฯ ดูแล มีปัญหาด้านสุขภาพ (2564)
27. S74 คณะฯ ไม่มีผลงานที่ขึ้นนำสังคมเป็นนโยบายระดับชาติหรือนานาชาติตามหลักเกณฑ์
ที่มหาวิทยาลัยกำหนด (2564)

พันธกิจด้านสารสนเทศ

28. O18 ทรัพย์สินสารสนเทศของคณะฯ เสียหาย (2563)
29. S64 ระบบ HIS ที่ CNMI¹³ ไม่สามารถใช้งานได้ตามที่กำหนด (2561)

13 สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์

ยังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง และยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 21 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 27 (21x100/78) ของความเสี่ยงทั้งหมด พบทั้งในความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลางไปจนถึงระดับความเสี่ยงสูงมาก โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงสำคัญ ตามธรรมชาติของลักษณะธุรกิจหรือลักษณะงาน (Core Business/Core Process) ที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินงานต่อเนื่องระยะยาว ต้องใช้เวลาและอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกคณะฯ ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการจัดการความเสี่ยงได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด ระดับความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงยังคงที่ และบางส่วนได้รับการประเมินให้มีระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น (รายละเอียดได้อธิบายไว้ในหัวข้อการเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง ย่อหน้า Risk Zone เพิ่มขึ้น) ดังนั้น ความเสี่ยงเหล่านี้จึงจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาปรับปรุงกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ต่อไป ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่สามารถจัดการให้ Risk Zone ภายหลังการดำเนินงานฯ ลดลง โดยความเสี่ยงเคลื่อนที่จาก Red Zone เข้าสู่ Orange Zone และเคลื่อนที่จาก Orange Zone เข้าสู่ Yellow Zone แต่ยังคงได้รับการพิจารณาให้เป็นความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการได้ เนื่องจาก ความเสี่ยงเหล่านี้มีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) จึงมักได้รับผลกระทบโดยตรงหากมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้น

ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง มีดังนี้

พันธกิจด้านการศึกษา

1. O49 จำนวนของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่สมัครเข้ารับการศึกษามิได้ตามเป้า (2561)
2. S50 คุณภาพการเรียนรู้ตามเกณฑ์การฝึกอบรมของแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการฝึกอบรมของแพทยสภา และ/หรือ ราชวิทยาลัย (2564)
3. O51 การพัฒนาคุณภาพของทุกหลักสูตรไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2565)

พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ

4. O57 เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง (G, H, I) ในการให้การดูแลสุขภาพ และ/หรือ ทำให้เกิดการร้องเรียนต่อองค์กรภายนอก/ศาล (2556)

พันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก

5. O3 บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน (2561)
6. O7 การเกิดอัคคีภัย (2557)
7. O8 เกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรงภายในคณะฯ (2563)

พันธกิจด้านการคลัง

8. F31 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (Billing System) (2561)

พันธกิจด้านบริหารความเสี่ยง

9. O22 การดำเนินงานภายในคณะฯ และแก้ปัญหาในสถานการณ์วิกฤตไม่มีประสิทธิภาพ (2565)

พันธกิจด้านบริหารทุนมนุษย์

10. O29 จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน เนื่องจากการติดเชื้อ COVID-19 (2564)
11. F30 ค่าใช้จ่ายบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายภาพรวมของคณะฯ (2565)
12. S67 ศักยภาพของผู้สมัครไม่บรรลุคุณสมบัติตามตำแหน่งที่เปิดรับ (2565)

พันธกิจด้านการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล คณะฯ

13. C23 การเตรียมความพร้อมและการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน (2565)

พันธกิจด้านสารสนเทศ

14. S14 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2555)
15. S15 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าในคณะฯ ได้ตามต้องการ (2557)
16. O16 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับที่เก็บในระบบคอมพิวเตอร์ (2558)
17. C19 ภัยคุกคามทางไซเบอร์ต่อระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (2564)
18. S65 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2563) (CNMI¹⁴)

พันธกิจด้านสื่อสารองค์กร

19. O34 ความเสียหายต่อชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร ที่เกิดจากข่าวสารในสื่อสังคมออนไลน์ (2564)
20. O77 เว็บไซต์คณะฯ ถูกโจมตี (Hack) (2565)
21. O78 เว็บไซต์คณะฯ ล่ม (2565)

ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้ ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 18 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 23 (18x100/78) ของความเสี่ยงทั้งหมด ซึ่งพบว่าเป็นสัดส่วนผลการจัดการความเสี่ยงที่ใกล้เคียงกับปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2564 และดีกว่าปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ที่มีผลการจัดการความเสี่ยงในกลุ่มนี้มากถึงร้อยละ 44 โดยผลการจัดการที่สามารถสรุปได้มากขึ้นนั้นเป็นผลจากมติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 3/2561 ที่กำหนดให้การติดตามผลการจัดการความเสี่ยงของคณะฯ ต้องดำเนินการเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ส่งผลให้เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) สามารถดำเนินการจัดการความเสี่ยง และสามารถรายงานผลการจัดการความเสี่ยงตามแผนประจำปีงบประมาณ ได้ตามเวลาที่กำหนด ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงานยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้ จึงมีสัดส่วนที่น้อยลง ทั้งนี้พบกระจายตัวใน Risk Map – Dashboard ทั้งใน Green Zone ไปจนถึง Red Zone เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงใหม่ที่ได้รับการประเมินในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในขณะที่ยังคงพบความเสี่ยงเก่าที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินงานและต้องดำเนินงานต่อเนื่องมาถึงปัจจุบันบ้างบางส่วน โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับระบบงานสำคัญของคณะฯ ที่กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงที่เป็นแผนต่อเนื่องระยะยาว ไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ในปัจจุบัน หรือได้ผลการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากเป็นเพียงข้อมูลระหว่างการดำเนินงาน ไม่ใช่ผลลัพธ์สุดท้ายของการจัดการความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง (Yellow) สอดคล้องกับผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ที่ส่วนใหญ่ยังอยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล

ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้ มีดังนี้

พันธกิจด้านการศึกษา

1. O45 ทรัพยากรไม่เพียงพอต่อการรองรับหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตปรับปรุง 2563 (2562)
2. O48 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล/ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษารั่วไหลผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2565)

3. O52 การฆ่าตัวตายของนักศึกษา (2564)
 4. S53 กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตและการดูแลนักศึกษาของคณะฯ ไม่สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตและ/หรือ สนับสนุนทางการศึกษาได้อย่างเหมาะสม (2565)
 5. O69 ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของนักศึกษาภายในสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (2565)
พันธกิจด้านวิเทศสัมพันธ์
 6. S54 ผลลัพธ์การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ทางการศึกษา/วิจัย/วิชาการ ที่ลดลงเนื่องจากได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ COVID-19 (2564)
 7. O76 ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลตามพันธกิจด้านวิเทศสัมพันธ์ลดลง เนื่องจาก การปรับโครงสร้างของสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (2565)
- พันธกิจดูแลสุขภาพ
8. S55 รายได้ภาพรวมของศูนย์สนับสนุนพันธกิจมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากสภาวะเศรษฐกิจ (2564)
 9. F59 ผลการดำเนินการดูแลสุขภาพด้านการเงินสุทธิไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2564)
 10. O60 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2564)
 11. S61 ไม่ผ่านการต่ออายุการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขึ้นก้าวหน้าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (2565)
 12. S62 ไม่ผ่านการต่ออายุรับการรับรอง JCI ที่โรงพยาบาลรามาริบัติจักรีนฤเบดินทร์ (2565)
 13. O72 ความปลอดภัยของผู้รับบริการจากให้บริการของศูนย์เพื่อความเป็นเลิศ (Patient Safety) (2565)
 14. S73 ผลลัพธ์จากให้บริการของศูนย์เพื่อความเป็นเลิศ ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (2565)
- พันธกิจด้านกฎหมาย
15. C36 ไม่สามารถปฏิบัติตามระเบียบ/ข้อบังคับ/กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้อย่างครบถ้วน/ถูกต้อง (2565)
- พันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก
16. O11 โครงการก่อสร้างล่าช้า (2565)
- พันธกิจด้านวิชาการและวัฒนธรรม
17. C3 การให้บริการตามพันธกิจบริการวิชาการตอบสนองได้ไม่ทันต่อความต้องการของลูกค้า (2564)
- พันธกิจด้านสื่อสารองค์กร
18. O35 การสื่อสารไม่สนับสนุนการยุทธศาสตร์และเป้าหมายของคณะฯ อย่างมีประสิทธิภาพ (2565)

ยกเลิกความเสี่ยง ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 4 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 5 (4x100/78) ของความเสี่ยงทั้งหมด *รายละเอียดได้อธิบายไว้ในหัวข้อ ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง ย่อหน้ายกเลิกความเสี่ยง*

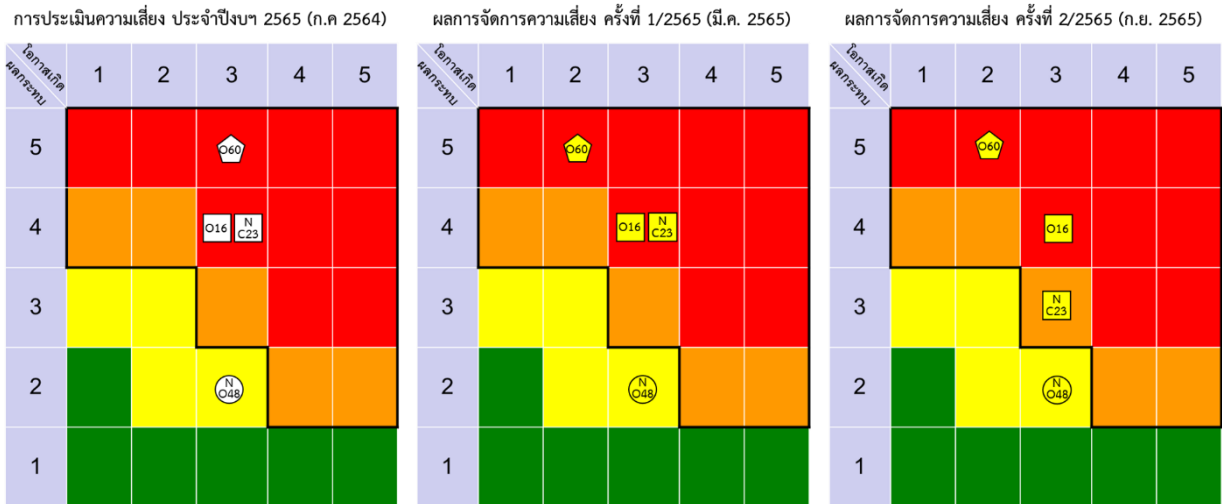
จากความสามารถในการจัดการความเสี่ยงดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า ความเสี่ยงที่ต้องยกไปดำเนินการจัดการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีจำนวนทั้งสิ้น 68 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 87 (68x100/78) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงที่สามารถจัดการให้เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้จำนวน 29 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 83 (29x100/78) ของความเสี่ยงทั้งหมด ความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้จำนวน 21 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 27 (21x100/78) ของความเสี่ยงทั้งหมด และความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้จำนวน 18 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 23 (18x100/78) ของความเสี่ยงทั้งหมด

ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยงในความเสี่ยงที่มีประเด็นเกี่ยวข้องกัน

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงที่มีประเด็นเกี่ยวข้องกัน ทั้งความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ สามารถสรุปภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยงแยกตามประเด็นได้ ดังนี้

ผลการจัดการความเสี่ยง

ในความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562



รูปภาพที่ 26 ผลการจัดการความเสี่ยง

ในความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง: ความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ได้รับการบริหารจัดการอย่างเป็นรูปธรรม ด้วยการขับเคลื่อนตามนโยบายและการดำเนินงานในลักษณะ Top Down ผ่านคณะกรรมการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงได้รับการประเมินว่าคณะฯ มีความพร้อมเพียงพอในการป้องกันการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 แต่เนื่องจากคณะฯ มีข้อจำกัดในการบริหารจัดการบนโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างบริหารที่มีขอบเขตการบริหารจัดการขนาดใหญ่ ซับซ้อน รวมถึงต้องดำเนินงานร่วมกับหลายหน่วยงาน ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาในการสื่อสาร เพื่อสร้างระบบสร้างองค์ความรู้ และสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ทั้งหมดจึงยังอยู่ระหว่างการดำเนินงาน และได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง (Yellow)

ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: จากประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงที่ระบุว่าคุณภาพมีความพร้อมเพียงพอในการป้องกันการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 สามารถสะท้อนความคืบหน้าและความสำเร็จได้จากผลการดำเนินงานเมื่อเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ได้ตามเป้าที่กำหนด ทั้งจากการดำเนินการได้ตามแผนการจัดการความเสี่ยง (Process Indicator) และจากการไม่เกิดเหตุการณ์ความเสียหาย (Impact Indicator)

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง: จากการวิเคราะห์ลักษณะของประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง ซึ่งพบว่ายังอยู่ระหว่างการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) บนข้อจำกัดในการบริหารจัดการ บนโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างบริหารที่มีขอบเขตการบริหารจัดการขนาดใหญ่ ซับซ้อน รวมถึงต้องดำเนินงานร่วมกับหลายหน่วยงาน จำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาในการบริหารจัดการเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างรัดกุม ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินว่า ไม่สามารถจัดการได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง และอยู่ระหว่างการดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้

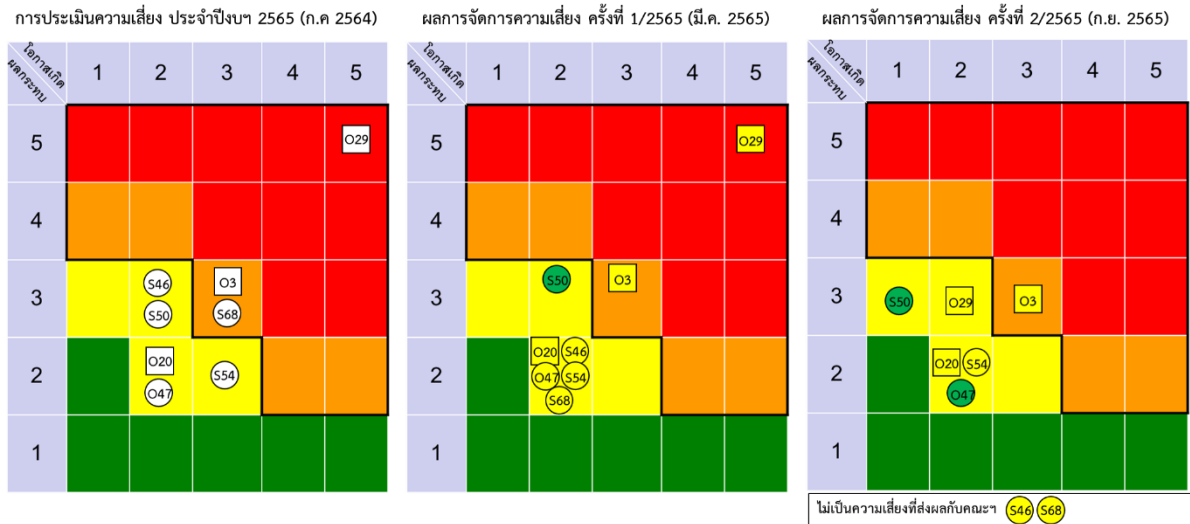
การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง: Risk Zone ส่วนใหญ่คงที่ โดยพบว่า คงที่ที่ Risk Zone ระดับสูงมากและระดับปานกลาง เนื่องจาก ต้องดำเนินการให้สอดคล้อง สัมพันธ์กับการดำเนินงานด้านการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของคณะฯ ซึ่งยังอยู่ระหว่างการดำเนินงานเพื่อสร้างความชัดเจนในการนำไปปฏิบัติภายในคณะฯ ในขณะที่พบว่า ความเสี่ยงเรื่อง การเตรียมความพร้อมและการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน ซึ่งเป็นความเสี่ยงจากพันธกิจด้านการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของคณะฯ เป็นความเสี่ยงเดียวในกลุ่มของความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ที่มี Risk Zone ลดลงจากระดับความเสี่ยงสูงมากเป็นระดับความเสี่ยงสูง สอดคล้องกับประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงที่ระบุว่าคณะฯ มีความพร้อมเพียงพอในการป้องกันการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ซึ่งสามารถสะท้อนความสำเร็จได้จากผลการดำเนินงานเมื่อเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ซึ่งส่วนใหญ่ได้ตามเป้าที่กำหนด

ตารางที่ 16 ผลการจัดการความเสี่ยง ของความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Education & Research					
ด้านการศึกษา	O48 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล/ข้อมูลส่วนบุคคล ของนักศึกษารั้วไหลผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562	3 x 2 ปานกลาง	3 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้
Cluster Healthcare System					
ด้านดูแลสุขภาพ	O60 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติ คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562	3 x 5 สูงมาก	3 x 5 สูงมาก	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้
Cluster Professional Service					
ด้านสารสนเทศ	O16 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูล ความลับที่เก็บในระบบคอมพิวเตอร์	3 x 4 สูงมาก	3 x 4 สูงมาก	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านคุ้มครองข้อมูล ส่วนบุคคล	C23 การเตรียมความพร้อมและการดำเนินงาน ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน	3 x 4 สูงมาก	3 x 3 สูง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง

ผลการจัดการความเสี่ยงใน

ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)



รูปภาพที่ 27 ผลการจัดการความเสี่ยงใน

ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง: กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ในความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่วนใหญ่ได้รับการประเมินว่ามีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง (Yellow) เนื่องจาก สถานการณ์ดังกล่าว เป็นปัจจัยที่ควบคุมยาก แม้จะมีการดำเนินงานที่รัดกุมตามมาตรฐานของนโยบายด้านความปลอดภัย ทั้งจากภาครัฐและจากภายในคณะฯ อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้พบการพัฒนากระบวนการดำเนินงานแบบ New Normal ให้เป็นการดำเนินงานแบบปกติ และส่งผลให้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ได้รับการประเมินว่ามีประสิทธิภาพในระดับดี (Green) ในบางความเสี่ยง

ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: จากการดำเนินงานที่รัดกุมตามมาตรฐานของนโยบายด้านความปลอดภัย ทั้งจากภาครัฐและจากภายในคณะฯ ส่งผลให้ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงส่วนใหญ่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด แต่เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นปัจจัยที่ควบคุมยาก ส่งผลให้ความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับจำนวนการติดเชื้อ มีให้ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงที่ไม่ได้ตามเป้า

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง: เนื่องจากความเสี่ยงในประเด็นนี้ทั้งหมด เป็นความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) และความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริหารจัดการด้านคุณภาพ และมาตรฐานการดำเนินงานสำคัญของคณะฯ ซึ่งได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ไม่สามารถคาดการณ์ความรุนแรงและความยาวนานของสถานการณ์ได้อย่างชัดเจน จนอาจส่งผลทางลบต่อเป้าหมายเชิงกลยุทธ์และความสำเร็จตามเป้าหมายการดำเนินงาน ดังนั้น ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินว่าไม่สามารถจัดการได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการบริหารจัดการประเด็นความเพียงพอและเหมาะสมของบุคลากร รวมทั้ง พบความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ ทั้งความเสี่ยงที่ยอมรับได้ และไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภาพรวมดีขึ้น คณะฯ สามารถปรับตัวด้วยการพัฒนากระบวนการดำเนินงานแบบ New Normal ให้เป็นการดำเนินงานแบบปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

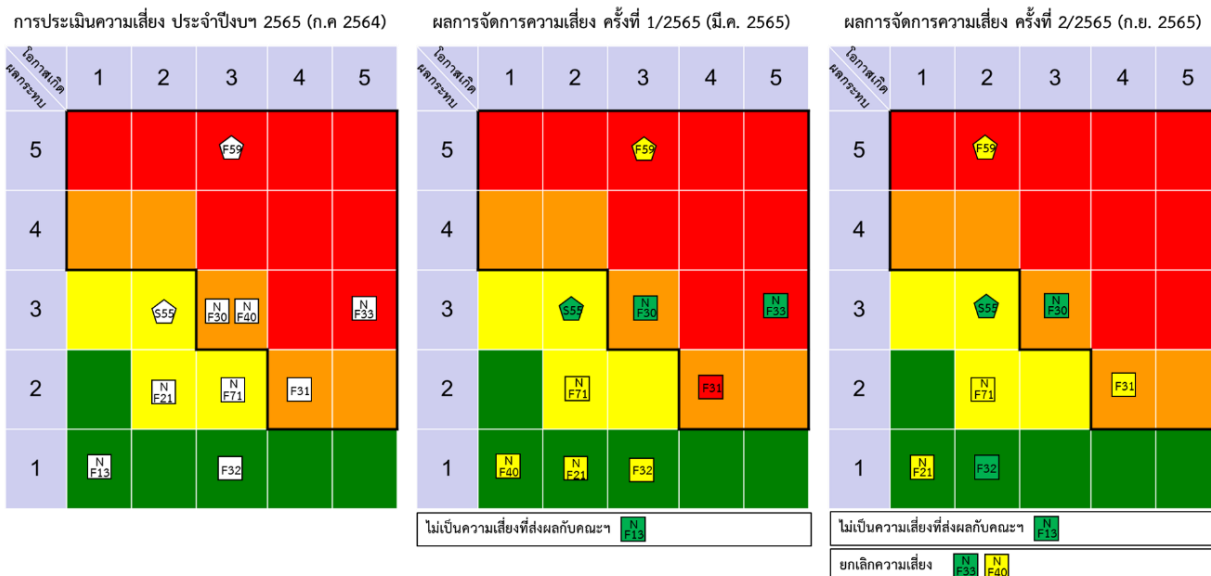
การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง: เนื่องจาก สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ไม่สามารถคาดการณ์แนวโน้มความรุนแรง และความยาวนานของสถานการณ์ได้อย่างชัดเจน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคณะฯ หากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น จึงจำเป็นต้องติดตามและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่เกิดจาก สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ Risk Zone ส่วนใหญ่ คงที่ ที่ระดับปานกลาง ในขณะที่พบว่า ความเสี่ยงบางส่วนมี Risk Zone ลดลงจากระดับความเสี่ยงสูงมากเป็นระดับ ความเสี่ยงปานกลาง รวมถึงพบความเสี่ยงที่เคลื่อนที่ออกจากตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) จากระดับ ความเสี่ยงสูงและระดับความเสี่ยงปานกลางด้วยเช่นกัน แต่เมื่อพิจารณาแยกระดับโอกาสเกิดและระดับผลกระทบ พบว่า ระดับความเสี่ยงส่วนใหญ่ลดลง ทั้งในระดับโอกาสเกิดและระดับผลกระทบ สอดคล้องกับสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่มีภาพรวมดีขึ้น ในขณะที่คณะฯ สามารถปรับตัว ด้วยการพัฒนากระบวนการดำเนินงานแบบ New Normal ให้เป็นการดำเนินงานแบบปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 17 ผลการจัดการความเสี่ยง ของความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Education & Research					
ด้านการศึกษา	S46 นักศึกษาอาจไม่บรรลุ Outcome เนื่องจากการปรับการเรียนการสอนตามสถานการณ์ COVID-19 หรืออื่น ๆ	2 x 3 ปานกลาง	1 x 2 ต่ำ	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ
ด้านการศึกษา	O47 การแพร่ระบาดหรือการติดเชื้อของนักศึกษา	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้านการศึกษา	S50 คุณภาพการเรียนรู้ตามเกณฑ์การฝึกอบรมของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการฝึกอบรมของแพทยสภา และ/หรือ ราชวิทยาลัย	2 x 3 ปานกลาง	1 x 3 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านวิเทศสัมพันธ์	S54 ผลลัพธ์การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ทางการศึกษา/วิจัย/วิชาการ ที่ลดลง เนื่องจากได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ COVID-19	3 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้
ด้านการศึกษา	S68 คุณภาพการเรียนการสอนของโรงเรียนแพทย์รามธิบดีลดลง เนื่องจากสถานการณ์ COVID-19	3 x 3 สูง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Professional Service					
ด้านกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก	O3 บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน	3 x 3 สูง	3 x 3 สูง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านวิชาการ และวัฒนธรรม	O20 การให้บริการตามพันธกิจบริการวิชาการตอบสนอง ได้ไม่ทันต่อความต้องการของลูกค้า	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้
ด้านบริหาร ทุนมนุษย์	O29 จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน เนื่องจาก การติดเชื้อ COVID-19	5 x 5 สูงมาก	2 x 3 ปานกลาง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง

ผลการจัดการความเสี่ยงในความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ



รูปภาพที่ 28 ผลการจัดการความเสี่ยงในความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง: ความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นสถานะทางการเงินของคณะฯ ได้รับการบริหารจัดการอย่างเป็นรูปธรรม ด้วยการขับเคลื่อนตามนโยบายและการดำเนินงานในลักษณะ Top Down ผ่านคณะกรรมการต่าง ๆ รวมทั้งใช้การบริหารจัดการที่มีลักษณะเป็น Cross-Functional Management ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ทั้งภายในและภายนอกคณะฯ การบริหารความเสี่ยงในภาพรวมจึงอยู่ระหว่างการดำเนินงาน และได้รับการประเมินว่ามีประสิทธิภาพปานกลาง (Yellow) และดี (Green) ในจำนวนเท่ากัน

ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: จากความร่วมมือในการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ภายในคณะฯ ตามนโยบายทางการเงินแบบ Cross-Functional Management รวมถึงภาพรวมสถานการณ์ทางการเงินของคณะฯ มีทิศทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ส่วนใหญ่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง: จากผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ร่วมกับภาพรวมสถานการณ์ทางการเงินของคณะฯ ซึ่งมีทิศทางที่ดีขึ้น ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินว่า เป็นความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ โดยเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ และไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถสรุปผลการดำเนินงาน และพบความเสี่ยงที่ได้รับการประเมินว่าไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เนื่องจาก เกี่ยวข้องกับการหารายได้หลัก และการใช้จ่ายสำคัญของคณะฯ ในขณะที่พบการยกเลิกความเสี่ยง เพื่อนำไปบริหารจัดการร่วมกับความเสี่ยงใหญ่ที่มีความเกี่ยวข้องกัน ในประเด็นนี้เช่นกัน

การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง: เนื่องจากสถานการณ์ทางการเงินของคณะฯ เพิ่งเริ่มมีทิศทางที่ดีขึ้น ในขณะที่การดำเนินงานต่าง ๆ ยังคงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินให้คงที่ ทั้งในลักษณะของ Risk Zone และระดับความเสี่ยง โดยคงที่กระจายตัวทั่วตารางแสดงระดับความเสี่ยง ในจำนวนที่ใกล้เคียงกับ Risk Zone จากการประเมินความเสี่ยง ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ Risk Zone ลดลง ไปจนถึง พบความเสี่ยงที่เคลื่อนที่ออกจากตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) จากระดับความเสี่ยงต่ำ และพบความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้ยกเลิกความเสี่ยง เพื่อนำไปบริหารจัดการร่วมกับความเสี่ยงใหญ่ที่มีความเกี่ยวข้องกัน ในความเสี่ยงประเด็นนี้เช่นกัน

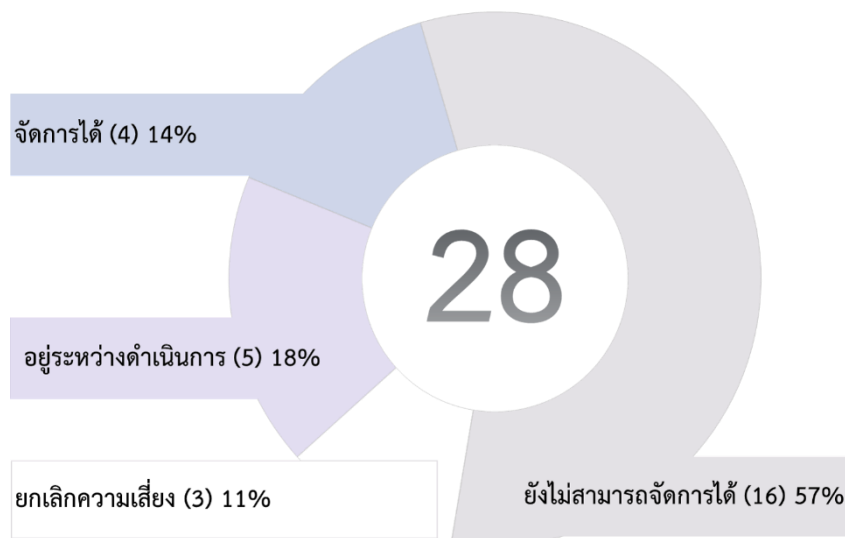
ตารางที่ 18 ผลการจัดการความเสี่ยง ของความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Healthcare System					
ด้านดูแลสุขภาพ	S55 รายได้ภาพรวมของศูนย์สนับสนุนพันธกิจ มีแนวโน้มลดลงเนื่องจากสถานะเศรษฐกิจ	2 x 3 ปานกลาง	2 x 3 ปานกลาง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้
ด้านดูแลสุขภาพ	F59 ผลการดำเนินการดูแลสุขภาพด้าน การเงินสุทธิไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	3 x 5 สูงมาก	2 x 5 สูงมาก	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้
Cluster Professional Service					
ด้านโรงเรียน การบริหารงานโรงพยาบาล	F13 รายได้จากการอบรมวิชาการต่ำกว่าเป้า	1 x 1 ต่ำ	1 x 1 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ
ด้านวิชาการฯ	F21 รายได้จากการอบรมวิชาการต่ำกว่าเป้า	2 x 2 ปานกลาง	1 x 1 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้านบริหารทุนมนุษย์	F30 ค่าใช้จ่ายบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายภาพรวมของคณะฯ	3 x 3 สูง	3 x 3 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการคลัง	F31 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเก็บ ค่ารักษาพยาบาล (เน้นระบบ Billing System)	4 x 2 สูง	4 x 2 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
ด้านการคลัง	F32 ความเสียหายจากกระบวนการรับเงิน รายได้สวัสดิการเข้าคณะฯ หรืออื่น ๆ นอกเหนือ ค่ารักษาพยาบาล	3 x 1 ต่ำ	3 x 1 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้านการคลัง	F33 ภาพรวมผลการดำเนินงานด้านการเงิน ของคณะฯ มีแนวโน้มลดลงจากการแพร่ระบาดของ โรค COVID-19 และสาเหตุอื่น ๆ	5 x 3 สูงมาก	ยกเลิก	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ยกเลิกการดำเนินการ
ด้านนโยบายและแผน	F40 ภาพรวมผลการดำเนินงานด้านการเงิน ของคณะฯ มีแนวโน้มลดลงจากการแพร่ระบาดของ โรค COVID-19 และสาเหตุอื่น ๆ	3 x 3 สูง	ยกเลิก	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ยกเลิกการดำเนินการ
ด้านการคลัง	F71 ผลกระทบจากการดำเนินงานของ สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ที่มีผลต่อ สถานะการเงินของคณะฯ	3 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้

ภาพรวมความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล

เมื่อพิจารณาเฉพาะความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ทั้ง 28 ความเสี่ยง สามารถสรุปผลการจัดการความเสี่ยงในภาพรวมได้ ดังนี้



รูปภาพที่ 29 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยฯ ทั้งหมดเป็น ความเสี่ยงที่เกิดจากระบบการบริหารจัดการในปัจจุบันที่ยังไม่เพียงพอ และ/หรือ ไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสม ในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง ในขณะที่พบความล่าช้าในการปรับปรุงกระบวนการสำคัญ ไปจนถึงพบว่า ระบบพื้นฐาน ของคณะฯ โดยเฉพาะระบบความปลอดภัยทั้งทางกายภาพและเทคโนโลยี ยังไม่ครอบคลุมหรือยังไม่เพียงพอ ความเสี่ยงเหล่านี้จึงจำเป็นต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากหลายหน่วยงานในการกำหนดนโยบาย จัดทำแผน และกำหนด แนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างรัดกุม ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินว่า ไม่สามารถจัดการได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง มากถึง 16 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 57 ($10 \times 100 / 28$) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยฯ ทั้งหมด โดยบางส่วนได้รับการประเมินว่า อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปผลการดำเนินงานได้ จำนวน 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 18 ($5 \times 100 / 28$) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยฯ ทั้งหมด ทั้งนี้พบความเสี่ยงที่มีการดำเนินงานอย่างมี ประสิทธิภาพ สะท้อนผ่านผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดความเสี่ยงที่ได้ตามเป้าที่กำหนด และได้รับการประเมินว่าสามารถ จัดการได้ จำนวน 4 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 14 ($4 \times 100 / 28$) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อ มหาวิทยาลัยฯ ทั้งหมด โดยแบ่งเป็นความเสี่ยงที่ไม่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญ ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เนื่องจากกิจกรรมการจัดการความเสี่ยงมีประสิทธิภาพเพียงพอในการจัดการและควบคุมความเสี่ยง โดยสามารถนำไปบริหารจัดการได้ภายในหน่วยงาน (Division/Business Unit) จำนวน 1 ความเสี่ยง และเป็นความเสี่ยงที่ ยอมรับได้ แต่ยังคงต้องนำไปดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 3 ความเสี่ยง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการบรรลุตามแผน ยุทธศาสตร์คณะฯ พ.ศ. 2564 – 2567 ตามพันธกิจหลักสำคัญ (Core Business) ด้านดูแลสุขภาพและด้านการศึกษา รวมถึงพบว่า บางส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานที่อาจก่อให้เกิดการทุจริต (Fraud) หรือการขัดกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนกับผลประโยชน์ ส่วนรวม (Conflict of Interest) ซึ่งเป็นหนึ่งในประเด็นที่มหาวิทยาลัยให้ความสำคัญ จำเป็นต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

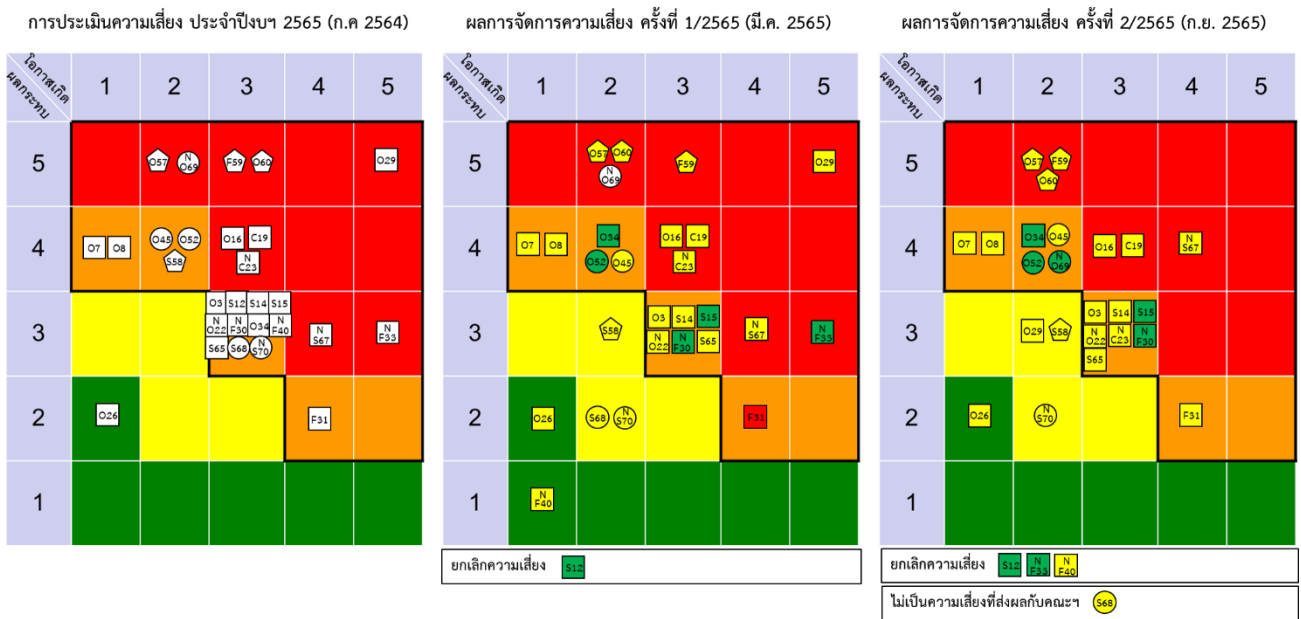
ทั้งนี้พบความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้ยกเลิก ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 3 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 11 (3x100/28) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัย ทั้งหมด แบ่งเป็นความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้นำไปบริหารจัดการรวมกับความเสี่ยงใหญ่ที่มีความเกี่ยวข้องกันจำนวน 2 ความเสี่ยง และความเสี่ยงที่กิจกรรมซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยง มีการดำเนินการแล้วเสร็จ จำนวน 1 ความเสี่ยง ทั้งนี้พบว่า ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัย เป็นกลุ่มความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้ยกเลิกความเสี่ยงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75 (3x100/4) ของความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้ยกเลิก ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ทั้งหมด

รายละเอียดได้อธิบายไว้ในหัวข้อ ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง ย่อหน้ายกเลิกความเสี่ยง

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัย ส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Yellow) เนื่องจาก ส่วนใหญ่อยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนระยะยาว หรือต้องมีการดำเนินงานต่อเนื่องตามระเบียบ นโยบาย หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้ จึงจำเป็นต้องอาศัยเวลา การสื่อสาร การประสานงาน และการได้รับความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ทั้งภายในและภายนอกคณะฯ รวมทั้งพบว่า ความเสี่ยงเหล่านี้ต้องบริหารจัดการบนปัจจัยที่ควบคุมยาก จากลักษณะของโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างบริหารที่มีระบบใหญ่ ซับซ้อน ซึ่งเป็นปัจจัยภายใน และจากปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายที่คณะฯ ต้องปฏิบัติตาม ไปจนถึงจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ยังคงส่งผลกระทบต่อคณะฯ ต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ทั้งนี้พบความไม่เพียงพอของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ในบางความเสี่ยง และได้รับการพิจารณาทบทวนเพื่อปรับแผนใหม่ให้เหมาะสมขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับดี (Green) โดยเป็นผลสะท้อนจากการคาดการณ์แนวโน้มผลการดำเนินการ ร่วมกับการพิจารณาข้อมูลแวดล้อมประกอบตามมุมมองของผู้บริหารบ้างบางส่วน

ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: จากการดำเนินงานตามคุณภาพมาตรฐาน ร่วมกับการทบทวนและพัฒนาตามประเด็นโอกาสพัฒนา Opportunities for Improvement (OFI) อย่างต่อเนื่อง รวมถึงพบว่า ภาพรวมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และสถานการณ์ทางการเงินของคณะฯ มีทิศทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ส่วนใหญ่ได้ตามเป้าที่กำหนด ทั้งนี้ พบประเด็นน่าสนใจโดยพบว่า ความเสี่ยงที่มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ซึ่งได้ตามเป้าที่กำหนด ส่วนหนึ่งเป็นผลจากลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยง ที่วัดจากการดำเนินงานที่แล้วเสร็จตามแผนที่กำหนดไว้ (Process Indicator) และบางส่วนวัดจากการไม่เกิดเหตุการณ์ความเสียหายในช่วงเวลาที่กำหนด (Impact Indicator) ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากตัวชี้วัดทั้ง 2 ลักษณะนี้ เป็นเพียงการชี้วัดความเสี่ยงทางอ้อมไม่สามารถชี้วัดจากประสิทธิภาพและประสิทธิผลของแผนการจัดการความเสี่ยง ที่ส่งผลต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้

การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง: เนื่องจากความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัย ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ และยังอยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนฯ รวมทั้งลักษณะของความเสี่ยงส่วนใหญ่ มีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) และมักได้รับผลกระทบหากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น การเคลื่อนไหว ภายหลังการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่ จึงได้รับการประเมินให้คงที่ ทั้งในลักษณะของ Risk Zone และระดับความเสี่ยง ทั้งนี้พบความเสี่ยงที่ Risk Zone ลดลง ไปจนถึงเคลื่อนที่ออกจากตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) เนื่องจาก สามารถแสดงควมคืบหน้าของการดำเนินงานซึ่งมีแนวโน้มที่ดี รวมถึงพบว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีภาพรวมดีขึ้น สามารถปรับตัวและพัฒนากระบวนการดำเนินงานแบบ New Normal ให้เป็นการดำเนินงานแบบปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ



รูปภาพที่ 30 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล

ตารางที่ 19 ผลการจัดการความเสี่ยง ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Education & Research					
ด้านการศึกษา	O69 ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของนักศึกษา ภายในสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (2565)	2 x 5 สูงมาก	2 x 4 สูง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้
ด้านการศึกษา	O45 ทรัพยากรไม่เพียงพอต่อการรองรับการบริหาร หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตปรับปรุง 2563 (2562)	2 x 4 สูง	2 x 4 สูง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้
ด้านการศึกษา	S68 คุณภาพการเรียนการสอนของโรงเรียนแพทย์ รามธิบดีลดลง เนื่องจากสถานการณ์ COVID-19 (2564)	3 x 3 สูง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ
ด้านการศึกษา	S70 ขาดการบูรณาการการเรียนการสอน การดูแล สุขภาพ และการวิจัย ระหว่างทั้ง 2 Campus (2565)	3 x 3 สูง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้านกิจการ นักศึกษา	O52 การฆ่าตัวตายของนักศึกษา (2564)	2 x 4 สูง	2 x 4 สูง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Healthcare System					
ด้านดูแลสุขภาพ	O57 เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง (G, H, I) ในการให้การดูแลสุขภาพ และ/หรือ ทำให้เกิดการร้องเรียนต่อองค์กรภายนอก/ศาล (2556)	2 x 5 สูงมาก	2 x 5 สูงมาก	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านดูแลสุขภาพ	F59 ผลการดำเนินการดูแลสุขภาพด้านการเงินสุทธิไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2564)	3 x 5 สูงมาก	2 x 5 สูงมาก	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้
ด้านดูแลสุขภาพ	O60 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2564)	3 x 5 สูงมาก	2 x 5 สูงมาก	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้
ด้านดูแลสุขภาพ	S58 ผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (2564)	2 x 4 สูง	2 x 3 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
Cluster Professional Service					
ด้านสารสนเทศ	O16 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับที่เก็บในระบบคอมพิวเตอร์ (2558)	3 x 4 สูงมาก	3 x 4 สูงมาก	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านสารสนเทศ	C19 ภัยคุกคามทางไซเบอร์ต่อระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (2564)	3 x 4 สูงมาก	3 x 4 สูงมาก	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านบริหาร ทุนมนุษย์	S67 ศักยภาพของผู้สมัครไม่บรรลุคุณสมบัติตามตำแหน่งที่เปิดรับ (2565)	4 x 3 สูงมาก	4 x 4 สูงมาก	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
ด้านบริหาร ทุนมนุษย์	O29 จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน เนื่องจากการติดเชื้อ COVID-19 (2564)	5 x 5 สูงมาก	2 x 3 ปานกลาง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านคุ้มครองข้อมูล ส่วนบุคคล	C23 การเตรียมความพร้อมและการดำเนินงานตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน (2565)	3 x 4 สูงมาก	3 x 3 สูง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการคลัง	F33 ภาพรวมผลการดำเนินงานด้านการเงินของคณะฯ มีแนวโน้มลดลงจากการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และสาเหตุอื่น ๆ (2565)	5 x 3 สูงมาก	ยกเลิก	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ยกเลิกการดำเนินการ
ด้านกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก	O3 บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเนื่องจาก การทำงาน (2561)	3 x 3 สูง	3 x 3 สูง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก	O7 การเกิดอัคคีภัย (2557)	1 x 4 สูง	1 x 4 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก	O8 เกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรง ภายในคณะฯ (2563)	1 x 4 สูง	1 x 4 สูง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
ด้านสารสนเทศ	S14 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้ โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2555)	3 x 3 สูง	3 x 3 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านสารสนเทศ	S15 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนอง ความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯ ได้ตามความต้องการ (2557)	3 x 3 สูง	3 x 3 สูง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านสารสนเทศ	S65 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้ วางแผนไว้ล่วงหน้า (2563) (CNMI) ¹⁵	3 x 3 สูง	3 x 3 สูง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านบริหาร ความเสี่ยง	O22 การดำเนินงานภายในคณะฯ และแก้ปัญหาใน สถานการณ์วิกฤตไม่มีประสิทธิภาพ (2565)	3 x 3 สูง	3 x 3 สูง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านบริหาร ทุนมนุษย์	F30 ค่าใช้จ่ายบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายภาพรวมของคณะฯ (2565)	3 x 3 สูง	3 x 3 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการคลัง	F31 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บ ค่ารักษาพยาบาล (เน้นระบบ Billing System) (2561)	4 x 2 สูง	4 x 2 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง

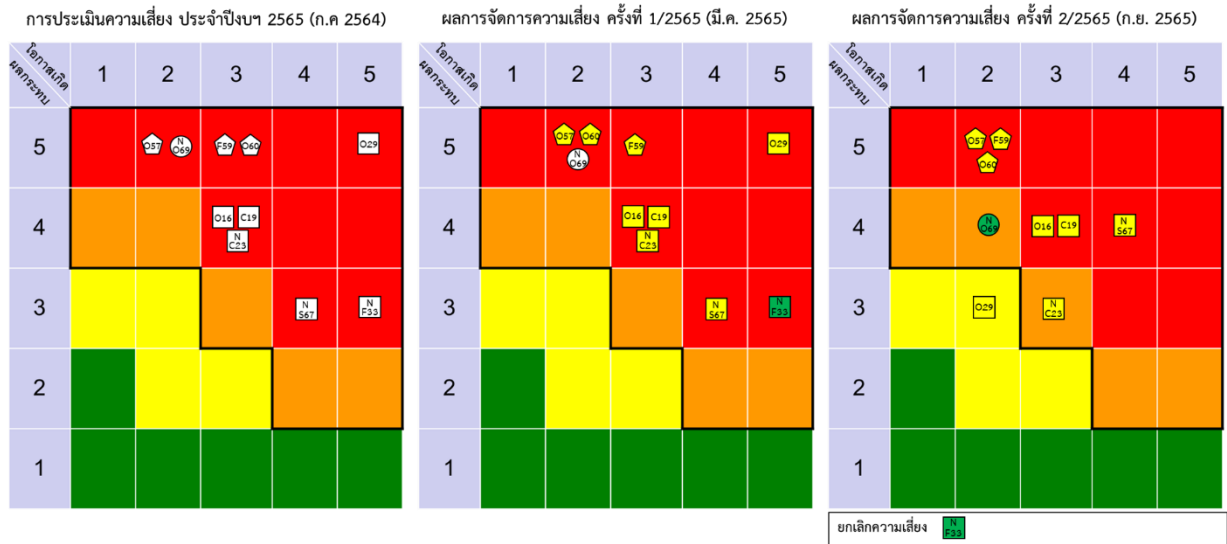
15 สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
ด้านสื่อสารองค์กร	O34 ความเสียหายต่อชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร ที่เกิดจากข่าวสารในสื่อสังคมออนไลน์ (2564)	3 x 3 สูง	2 x 4 สูง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านนโยบาย และแผน	F40 ภาพรวมผลการดำเนินงานด้านการเงินของคณะฯ มีแนวโน้มลดลงจากการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และสาเหตุอื่น ๆ (2565)	3 x 3 สูง	ยกเลิก	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ยกเลิกการดำเนินการ
ด้านคุณภาพ	S12 คณะฯ ไม่ผ่านเกณฑ์รางวัลการบริหาร สู่ความเป็นเลิศที่มีความโดดเด่นด้านปฏิบัติการ (Thailand Quality Class Plus: TQC Plus) (2564)	3 x 3 สูง	ยกเลิก	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ยกเลิกการดำเนินการ
ด้านการพัสดุ	O26 การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกรับผลประโยชน์ หรือการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของเจ้าหน้าที่พัสดุ (2563)	1 x 2 ต่ำ	1 x 2 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้

ผลการจัดการความเสี่ยง แยกตามระดับความเสี่ยง

ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone)

เมื่อพิจารณาเฉพาะความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) ทั้ง 10 ความเสี่ยง สามารถสรุปผลการจัดการความเสี่ยงในภาพรวมได้ ดังนี้



รูปภาพที่ 31 Risk Map - Dashboard Red Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ)

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) ทั้งหมดเป็นความเสี่ยงตามลักษณะธรรมชาติขององค์กร และ/หรือ หน่วยงาน (Core Business/Core Process) ในระบบสำคัญ ทั้งจากพันธกิจหลัก ด้านการศึกษา ด้านดูแลสุขภาพ และพันธกิจสนับสนุนด้านสารสนเทศ ด้านการคลัง ด้านบริหารทุนมนุษย์ ไปจนถึงด้านการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของคณะฯ ซึ่งได้รับผลกระทบโดยตรงจากปัจจัยกระตุ้นของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สถานการณ์ทางการเงิน และการประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 โดยพบว่า ระบบการบริหารจัดการในปัจจุบัน ยังไม่ครอบคลุม ไม่เพียงพอ และไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งพบว่า การปรับปรุงกระบวนการต่าง ๆ เป็นไปอย่างล่าช้า เนื่องจาก ข้อจำกัดของขอบเขตการบริหารจัดการของคณะฯ ซึ่งมีขนาดใหญ่ ชับซ้อน ความเสี่ยงทั้งหมดจึงยังอยู่ระหว่างดำเนินงาน จำเป็นต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ในการกำหนดนโยบาย จัดทำแผน และกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างรัดกุม ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินว่า ไม่สามารถจัดการได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง จำนวน 6 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 60 (6x100/10) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) ทั้งหมด ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ได้รับการประเมินว่าอยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปผลการดำเนินงานได้ จำนวน 3 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 30 (3x100/10) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) ทั้งหมด และพบความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้ยกเลิก ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เนื่องจากนำไปบริหารจัดการรวมกับความเสี่ยงใหญ่ จำนวน 1 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 10 (1x100/10) ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) ทั้งหมด

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง: จากการวิเคราะห์ความสามารถในการจัดการความเสี่ยงซึ่งพบว่า ทั้งหมดยังอยู่ระหว่างการดำเนินงานบนข้อจำกัดของขอบเขตการบริหารจัดการของคณะฯ ซึ่งมีขนาดใหญ่ ซับซ้อน จำเป็นต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ในการกำหนดนโยบาย จัดทำแผน และกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม รวมทั้งพบว่า ความเสี่ยงเหล่านี้มีความไวต่อปัจจัยที่ควบคุมยาก (Sensitive) จากปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายที่คณะฯ ต้องปฏิบัติตาม ไปจนถึงจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ยังคงส่งผลกระทบต่อคณะฯ ต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ส่งผลให้การดำเนินงานต่าง ๆ ต้องเป็นไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป เพื่อลดความผิดพลาดและ/หรือ แรงต่อต้านที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการบริหารความเสี่ยง ทั้งนี้ พบความไม่เพียงพอของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ในบางความเสี่ยง จนได้รับการพิจารณาให้ปรับแผนใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ดังนั้น กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง (Control Activity) ส่วนใหญ่ จึงไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ และได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Yellow) ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง (Control Activity) ได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับดี (Green) โดยเป็นผลจากการคาดการณ์แนวโน้มผลการดำเนินการ และการพิจารณาข้อมูลแวดล้อมประกอบตามมุมมองของผู้บริหาร ซึ่งสามารถสะท้อนผ่านผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดความเสี่ยงที่ได้ตามเป้า

ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงเป็นไปตามเป้าและไม่เป็นไปตามเป้าที่กำหนด ในจำนวนเท่ากันที่ 4 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 40 ($4 \times 100 / 10$) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) ทั้งหมด โดยพบว่า ความเสี่ยงที่มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงที่เป็นไปตามเป้า เป็นผลจากภาพรวมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และสถานการณ์ทางการเงินมีทิศทางที่ดีขึ้น สามารถสะท้อนผลการดำเนินงานตามคุณภาพ มาตรฐาน ตามลักษณะธรรมชาติขององค์กร และ/หรือ หน่วยงาน (Core Business/Core Process) ร่วมกับการทบทวนและพัฒนาตามประเด็นโอกาสพัฒนา Opportunities for Improvement (OFI) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงพบว่า ส่วนหนึ่งเป็นผลจากลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยง ที่วัดจากการดำเนินงานที่แล้วเสร็จตามแผนที่กำหนดไว้ (Process Indicator) และบางส่วนวัดจากการไม่เกิดเหตุการณ์ความเสียหายในช่วงเวลาที่กำหนด (Impact Indicator) สำหรับความเสี่ยงที่มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงไม่เป็นไปตามเป้า เป็นผลจาก ความเสี่ยงเหล่านี้มีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) ทั้งจำนวนการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในบุคลากร การถูกโจมตีทางไซเบอร์ การถูกละเมิดข้อมูล และจำนวนผู้สมัครเข้าทำงานกับคณะฯ ทั้งนี้พบว่า ความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ เป็นผลจากการประสานงานในการขอและทำให้ข้อมูลภายในคณะฯ ที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสะท้อนโครงสร้างบริหารและโครงสร้างการกำกับดูแล (Governance Structure) ของคณะฯ ซึ่งมีขนาดใหญ่ ซับซ้อน ได้อย่างชัดเจน

การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง: เนื่องจากความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ และยังคงอยู่ระหว่างดำเนินการ รวมทั้งลักษณะของความเสี่ยงมีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) และมักได้รับผลกระทบหากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่ จึงได้รับการประเมินให้มี Risk Zone คงที่ จำนวน 6 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 60 ($6 \times 100 / 210$) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) ทั้งหมด ทั้งนี้พบความเสี่ยงที่ Risk Zone ลดลง เนื่องจากภาพรวมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และสถานการณ์ทางการเงินมีทิศทางที่ดีขึ้น สามารถสะท้อนผ่านผลการดำเนินงานที่มีความคืบหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไปจนถึงพบความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้ยกเลิก โดยนำไปบริหารจัดการรวมกับความเสี่ยงใหญ่ที่มีความเกี่ยวข้องกัน ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 1 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 10 ($1 \times 100 / 10$) ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) ทั้งหมด

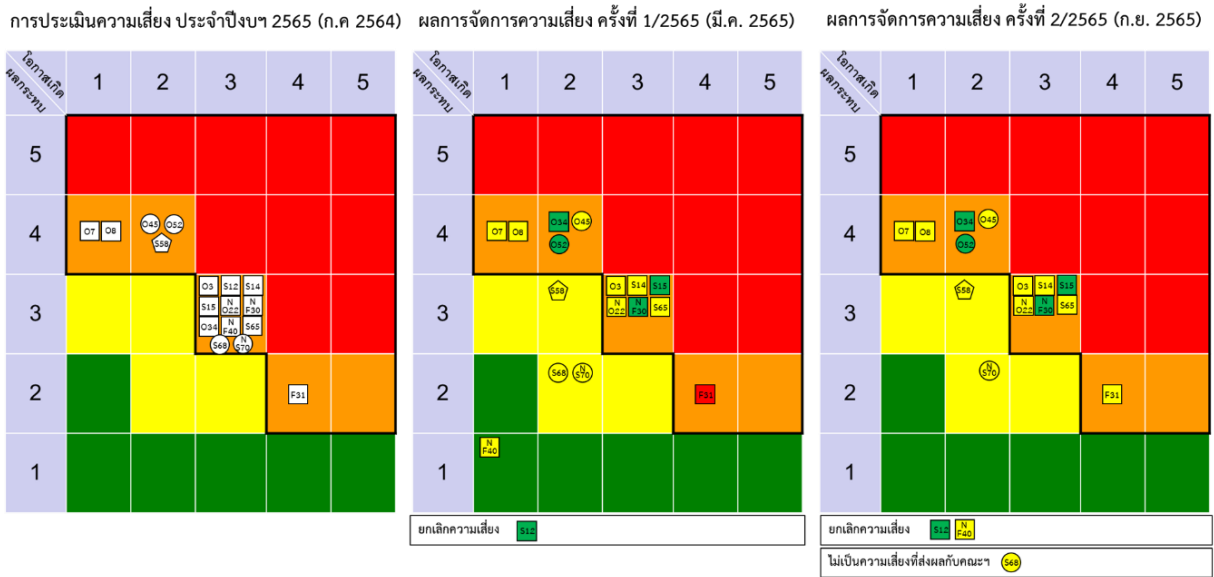
ตารางที่ 20 ผลการจัดการความเสี่ยง ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone)

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Education & Research					
ด้านการศึกษา	O69 ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของนักศึกษา ภายในสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ (2565)	2 x 5 สูงมาก	2 x 4 สูง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้
Cluster Healthcare System					
ด้านดูแลสุขภาพ	O57 เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง (G, H, I) ในการให้การดูแลสุขภาพ และ/หรือ ทำให้เกิดการ ร้องเรียนนอกองค์กรภายนอก/ศาล (2556)	2 x 5 สูงมาก	2 x 5 สูงมาก	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านดูแลสุขภาพ	F59 ผลการดำเนินการดูแลสุขภาพด้านการเงินสุทธิ ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2564)	3 x 5 สูงมาก	2 x 5 สูงมาก	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้
ด้านดูแลสุขภาพ	O60 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติ คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2564)	3 x 5 สูงมาก	2 x 5 สูงมาก	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Professional Service					
ด้านสารสนเทศ	O16 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูล ความลับที่เก็บในระบบคอมพิวเตอร์ (2558)	3 x 4 สูงมาก	3 x 4 สูงมาก	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านสารสนเทศ	C19 ภัยคุกคามทางไซเบอร์ต่อระบบสารสนเทศ โรงพยาบาล (2564)	3 x 4 สูงมาก	3 x 4 สูงมาก	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านบริหาร ทุนมนุษย์	S67 ศักยภาพของผู้สมัครไม่บรรลุคุณสมบัติตาม ตำแหน่งที่เปิดรับ (2565)	4 x 3 สูงมาก	4 x 4 สูงมาก	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านบริหาร ทุนมนุษย์	O29 จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน เนื่องจากการติดเชื้อ COVID-19 (2564)	5 x 5 สูงมาก	2 x 3 ปานกลาง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านคุ้มครองข้อมูล ส่วนบุคคล	C23 การเตรียมความพร้อมและการดำเนินงานตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน (2565)	3 x 4 สูงมาก	3 x 3 สูง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการคลัง	F33 ภาพรวมผลการดำเนินงานด้านการเงินของคณะฯ มีแนวโน้มลดลงจากการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และสาเหตุอื่น ๆ (2565)	5 x 3 สูงมาก	ยกเลิก	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ยกเลิกการดำเนินการ

ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone)

เมื่อพิจารณาเฉพาะความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) จำนวน 17 ความเสี่ยง สามารถสรุปผลการจัดการความเสี่ยงในภาพรวมได้ ดังนี้



รูปภาพที่ 32 Risk Map - Dashboard Orange Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ)

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการพบอุปสรรคและโอกาสพัฒนาในระบบ และ/หรือ กระบวนการหลักสำคัญ ตามลักษณะธรรมชาติขององค์กรและ/หรือ หน่วยงาน (Core Business/Core Process) โดยพบว่าระบบการบริหารจัดการในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุม ถ้าซ้ำไม่เพียงพอ และไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะในระบบพื้นฐานทั้งระบบความปลอดภัยทางกายภาพและเทคโนโลยี จึงจำเป็นต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากหลายหน่วยงานในการดำเนินงานผ่านการกำหนดนโยบาย จัดทำแผน และกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างรัดกุม ในขณะที่ความเสี่ยงเหล่านี้มีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) และมักได้รับผลกระทบโดยตรงหากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้ความเสี่ยงระดับสูง (Orange Zone) เหล่านี้ มีโอกาสปรับเป็นความเสี่ยงในระดับสูงมาก (Red Zone) ได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่คณะฯ ยังคงต้องพิจารณาความเสี่ยงจากความเพียงพอ เหมาะสม ของระบบบริหารจัดการภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ พบความเสี่ยงด้านสถานะทางการเงิน และความเสี่ยงด้านการบริหารความต่อเนื่องในการดำเนินงาน (Business Continuity Management: BCM) ซึ่งจึงจำเป็นต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากสอดคล้องกับความเสี่ยงตามนโยบายการบริหารความเสี่ยงของรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ และเป็นประเด็นที่มหาวิทยาลัยให้ความสำคัญ ดังนั้น ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินว่าไม่สามารถจัดการได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง จำนวน 10 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 59 (10x100/17) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ทั้งหมด โดยบางส่วนได้รับการประเมินว่าอยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ระยะยาว และยังไม่สามารถสรุปผลการดำเนินงานได้ จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 12 (2x100/17) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ทั้งหมด ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่มีการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ สะท้อนผ่านผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดความเสี่ยงที่ได้ตามเป้าและได้รับการประเมินว่า สามารถจัดการได้ จำนวน 3 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 18

(3x100/17) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ทั้งหมด แบ่งเป็นความเสี่ยงที่ไม่ส่งผลต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญ ไม่ต้องยกไปดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เนื่องจาก สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภาพรวมดีขึ้น สามารถปรับตัวด้วยการพัฒนากระบวนการดำเนินงานแบบ New Normal ให้เป็นการดำเนินงานแบบปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปบริหารจัดการได้ภายในหน่วยงาน (Division/Business Unit) จำนวน 1 ความเสี่ยง และเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ แต่ยังคงต้องนำไปดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ความเสี่ยง เนื่องจาก เกี่ยวข้องกับการบรรลุตามแผนยุทธศาสตร์คณะฯ พ.ศ 2564 – 2567 ตามพันธกิจหลักสำคัญ (Core Business) ด้านดูแลสุขภาพและด้านการศึกษา ซึ่งพบว่า มีการดำเนินการเชิงนโยบายและนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้ยกเลิก ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 12 (2x100/17) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ทั้งหมด โดยเป็นความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้นำไปบริหารจัดการรวมกับความเสี่ยงใหญ่ที่มีความเกี่ยวข้องกัน และความเสี่ยงที่กิจกรรมซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงมีการดำเนินการแล้วเสร็จ ในจำนวนเท่ากันที่ 1 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 6 (1x100/17) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ทั้งหมด

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ส่วนใหญ่ได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Yellow) เนื่องจาก เป็นความเสี่ยงตามลักษณะธรรมชาติขององค์กร และ/หรือ หน่วยงาน (Core Business/Core Process) ทั้งในลักษณะของความเสี่ยงทั่วไป (General Risk) และความเสี่ยงเฉพาะ (Specific Risk) ขององค์กรการศึกษาและองค์กรด้านสาธารณสุข ทั้งในระดับประเทศและระดับสากล ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพมาตรฐานการศึกษา และการให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งเชื่อมโยงกับประเด็นความมั่นคงและเสถียรภาพทางการเงิน โดยพบว่า ความเสี่ยงเหล่านี้ได้รับผลกระทบโดยตรงจากปัจจัยกระตุ้นของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และส่งผลให้ความเสี่ยงมีโอกาสปรับเป็นความเสี่ยงในระดับสูงมาก (Red Zone) ได้ง่าย รวมถึงพบว่า ความเสี่ยงส่วนใหญ่อยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนระยะยาว หรือต้องมีการดำเนินงานต่อเนื่องตามระเบียบ นโยบาย หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้ ในขณะที่ต้องบริหารจัดการบนปัจจัยที่ควบคุมยาก จากลักษณะของโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างบริหารที่มีระบบใหญ่ ซับซ้อน จึงจำเป็นต้องอาศัยเวลา การสื่อสาร การประสานงาน และการได้รับความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ทั้งภายในและภายนอกคณะฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับพันธกิจด้านสารสนเทศ ทั้งจากภาระงานตามแผนยุทธศาสตร์หลักของฝ่ายสารสนเทศ และจากการสนับสนุนงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในภาระงานของพันธกิจอื่นเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานและพัฒนาระบบต่าง ๆ ความสำเร็จตามเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ ดังนั้น ความสำเร็จของงานตามพันธกิจด้านสารสนเทศ จึงมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จในการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง (Control Activity) เหล่านี้ ซึ่งต้องพึ่งพิงหน่วยงานอื่นในการจัดการความเสี่ยง ไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ ทั้งนี้พบความเสี่ยงที่กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง (Control Activity) ได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับดี (Green) โดยเป็นผลจากการคาดการณ์แนวโน้มผลการดำเนินการ และการพิจารณาข้อมูลแวดล้อมประกอบตามมุมมองของผู้บริหาร ซึ่งสะท้อนผ่านผลการดำเนินงานที่สามารถแสดงแนวโน้มความคืบหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ส่วนใหญ่ มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงเป็นไปตามเป้าที่กำหนด จำนวน 10 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 59 (10x100/17) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ทั้งหมด โดยเป็นผลจากภาพรวมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และสถานการณ์ทางการเงิน ซึ่งมีทิศทางที่ดีขึ้น สามารถสะท้อนผ่านผลการดำเนินงานตามคุณภาพ มาตรฐาน ตามลักษณะธรรมชาติขององค์กร และ/หรือ หน่วยงาน (Core Business/Core Process) ร่วมกับการทบทวนและพัฒนาตามประเด็นโอกาสพัฒนา Opportunities for Improvement (OFI) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงพบว่า ส่วนหนึ่งเป็นผลจากลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยง ที่วัดจากการดำเนินงานที่แล้วเสร็จตามแผนที่กำหนดไว้ (Process Indicator) และบางส่วนวัดจากการไม่เกิดเหตุการณ์ความเสียหายในช่วงเวลาที่กำหนด (Impact Indicator) สำหรับความเสี่ยงที่มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงไม่เป็นไปตามเป้า และความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ พบในจำนวนเท่ากันที่ 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 12 (2x100/17) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ทั้งหมด โดยพบว่า ความเสี่ยงที่มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงไม่เป็นไปตามเป้า เป็นผลจากความเสี่ยงเหล่านี้มีความไวต่อปัจจัยที่ควบคุมยาก (Sensitive) และได้รับผลกระทบโดยตรงเนื่องจากระบบการบริหารจัดการในปัจจุบันที่ยังไม่เพียงพอ และ/หรือ ไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง ก่อให้เกิดเหตุการณ์ความเสียหายในช่วงเวลาที่กำหนด (Impact Indicator) ในขณะที่ ความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ เป็นผลจากผลลัพธ์ของการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง สัมพันธ์กับกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินงานในปัจจุบัน

การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง: เนื่องจากความเสี่ยงส่วนใหญ่ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ มีโอกาสปรับเป็นความเสี่ยงในระดับสูงมาก (Red Zone) ได้ง่าย และยังอยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนระยะยาว หรือต้องมีการดำเนินงานต่อเนื่อง ในขณะที่ความเสี่ยงเหล่านี้ ส่วนใหญ่มีความไวต่อปัจจัยที่ควบคุมยาก (Sensitive) มักได้รับผลกระทบหากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น การดำเนินงานต่าง ๆ จึงต้องดำเนินงานอย่างค่อยเป็นค่อยไป เพื่อลดความผิดพลาด และ/หรือ แรงต่อต้านต่างอาจเกิดขึ้นระหว่างการบริหารความเสี่ยง ดังนั้น การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินให้คงที่ ทั้งในลักษณะของ Risk Zone และระดับความเสี่ยง ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ Risk Zone ลดลงเคลื่อนเข้าสู่ Yellow Zone เป็นความเสี่ยงที่คณะฯ สามารถยอมรับได้ แต่ยังคงต้องนำไปดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 12 (2x100/17) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ทั้งหมด เนื่องจาก เกี่ยวข้องกับการบรรลุตามแผนยุทธศาสตร์คณะฯ พ.ศ 2564 – 2567 ตามพันธกิจหลักสำคัญ (Core Business) ด้านดูแลสุขภาพและด้านการศึกษา ซึ่งพบว่า มีการดำเนินการเชิงนโยบายและนำไปสู่การปฏิบัติ ได้อย่างเป็นรูปธรรม ไปจนถึงพบการเคลื่อนที่ออกจากตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) เป็นความเสี่ยงที่ไม่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญ ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เนื่องจาก สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภาพรวมดีขึ้น สามารถปรับตัวด้วยการพัฒนากระบวนการดำเนินงานแบบ New Normal ให้เป็นการดำเนินงานแบบปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปบริหารจัดการได้ภายในหน่วยงาน (Division/Business Unit) จำนวน 1 ความเสี่ยงคิดเป็นร้อยละ 6 (1x100/17) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ทั้งหมด ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้ยกเลิก ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 12 (2x100/17) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ทั้งหมด โดยเป็นความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้นำไปบริหารจัดการรวมกับความเสี่ยงใหญ่ที่มีความเกี่ยวข้องกันและเป็นความเสี่ยงที่กิจกรรมซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงมีการดำเนินการแล้วเสร็จ ในจำนวนเท่ากันที่ 1 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 6 (1x100/17) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ทั้งหมด

ตารางที่ 21 ผลการจัดการความเสี่ยง ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone)

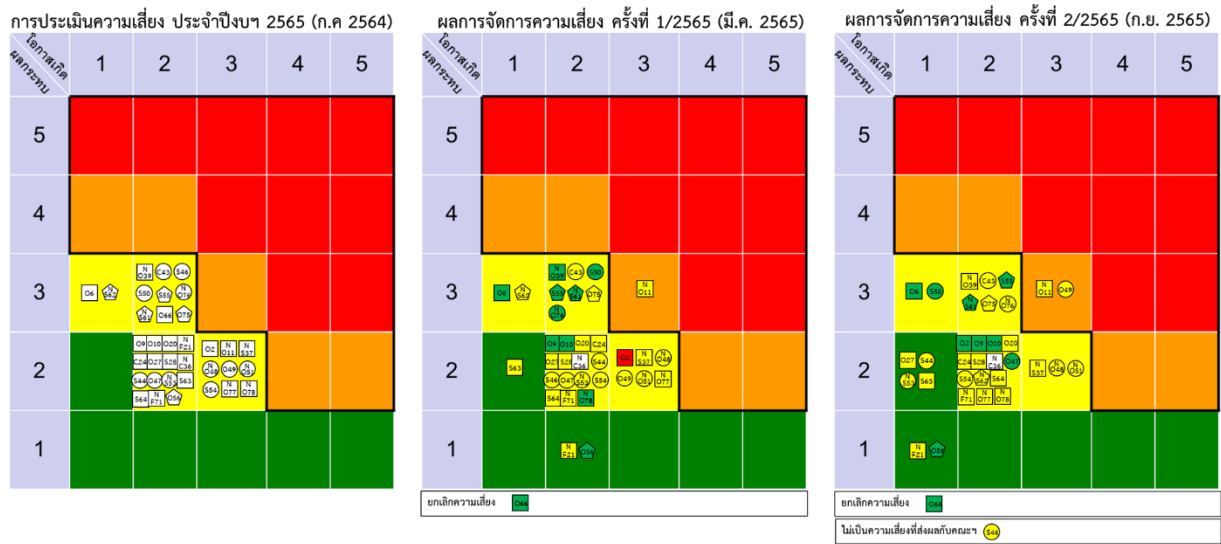
พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Education & Research					
ด้านการศึกษา	O45 ทรัพยากรไม่เพียงพอต่อการรองรับการบริหาร หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตปรับปรุง 2563 (2562)	2 x 4 สูง	2 x 4 สูง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้
ด้านการศึกษา	S68 คุณภาพการเรียนการสอนของโรงเรียนแพทย์ รามธิบดีลดลง เนื่องจากสถานการณ์ COVID-19 (2564)	3 x 3 สูง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ
ด้านการศึกษา	S70 ขาดการบูรณาการการเรียนการสอน การดูแลสุขภาพ และการวิจัย บริการสุขภาพระหว่าง ทั้ง 2 Campus (2565)	3 x 3 สูง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้านกิจการ นักศึกษา	O52 การฆ่าตัวตายของนักศึกษา (2564)	2 x 4 สูง	2 x 4 สูง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้
Cluster Healthcare System					
ด้านดูแลสุขภาพ	S58 ผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพ ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (2564)	2 x 4 สูง	2 x 3 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Professional Service					
ด้านกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก	O3 บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเนื่องจาก การทำงาน (2561)	3 x 3 สูง	3 x 3 สูง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก	O7 การเกิดอัคคีภัย (2557)	1 x 4 สูง	1 x 4 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก	O8 เกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรง ภายในคณะฯ (2563)	1 x 4 สูง	1 x 4 สูง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านสารสนเทศ	S14 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้ โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2555)	3 x 3 สูง	3 x 3 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านสารสนเทศ	S15 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนอง ความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯ ได้ตามความต้องการ (2557)	3 x 3 สูง	3 x 3 สูง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านสารสนเทศ	S65 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้ วางแผนไว้ล่วงหน้า (2563) (CNMI) ¹⁶	3 x 3 สูง	3 x 3 สูง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
ด้านบริหาร ความเสี่ยง	O22 การดำเนินงานภายในคณะฯ และแก้ปัญหา ในสถานการณ์วิกฤตไม่มีประสิทธิภาพ (2565)	3 x 3 สูง	3 x 3 สูง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านบริหาร ทุนมนุษย์	F30 ค่าใช้จ่ายบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อ ค่าใช้จ่ายภาพรวมของคณะฯ (2565)	3 x 3 สูง	3 x 3 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการคลัง	F31 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บ ค่ารักษาพยาบาล (เน้นระบบ Billing System) (2561)	4 x 2 สูง	4 x 2 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านสื่อสารองค์กร	O34 ความเสียหายต่อชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร ที่เกิดจากข่าวสารในสื่อสังคมออนไลน์ (2564)	3 x 3 สูง	2 x 4 สูง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านนโยบาย และแผน	F40 ภาพรวมผลการดำเนินงานด้านการเงินของคณะฯ มีแนวโน้มลดลงจากการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และสาเหตุอื่น ๆ (2565)	3 x 3 สูง	ยกเลิก	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ยกเลิกการดำเนินการ
ด้านคุณภาพ	S12 คณะฯ ไม่ผ่านเกณฑ์รางวัลการบริหาร สู่ความเป็นเลิศที่มีความโดดเด่นด้านปฏิบัติการ (Thailand Quality Class Plus: TQC Plus) (2564)	3 x 3 สูง	ยกเลิก	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ยกเลิกการดำเนินการ

ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone)

เมื่อพิจารณาเฉพาะความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับปานกลาง (Yellow Zone) จำนวน 35 ความเสี่ยง สามารถสรุปผลการจัดการความเสี่ยงในภาพรวมได้ ดังนี้



รูปภาพที่ 33 Risk Map - Dashboard Yellow Zone (ความเสี่ยงของคณะฯ)

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับปานกลาง (Yellow Zone) เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการพบอุปสรรคและโอกาสพัฒนาในระบบ และ/หรือ กระบวนการ สำคัญตามธรรมชาติขององค์กรหรือพันธกิจ (Core Business/Core Process) โดยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มีการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานหรือกฎระเบียบ ข้อบังคับอย่างมีประสิทธิภาพมาแล้วระยะหนึ่ง รวมทั้งมีการทบทวนและพัฒนาตามประเด็นโอกาสพัฒนาจากรายงาน Opportunities for Improvement จากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้ง World Federation for Medical Education (WFME), Advanced Hospital Accreditation (A-HA), Thailand Quality Award (TQA) ไปจนถึงรายงานการตรวจสอบภายในของคณะฯ อย่างต่อเนื่อง การดำเนินงานต่าง ๆ จึงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถสะท้อนผ่านผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดความเสี่ยงที่ได้ตามเป้าที่กำหนด ดังนั้น ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินว่าสามารถจัดการได้ จำนวน 19 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 54 (19x100/35) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด แบ่งเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ แต่ยังคงต้องได้รับการดำเนินการและติดตามอย่างต่อเนื่องในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 18 ความเสี่ยง และเป็นความเสี่ยงที่ไม่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญ ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในภาพรวมดีขึ้น สามารถปรับตัวด้วยการพัฒนากระบวนการดำเนินงานแบบ New Normal ให้เป็นการดำเนินงานแบบปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปบริหารจัดการได้ภายในหน่วยงาน (Division/Business Unit) จำนวน 1 ความเสี่ยง ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ได้รับการประเมินว่าอยู่ระหว่างดำเนินการต่อเนื่องระยะยาวตามแผนยุทธศาสตร์ และยังไม่สามารถสรุปผลการดำเนินงานได้ จำนวน 10 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 29 (10x100/35) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด โดยบางส่วนได้รับการประเมินว่าเป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง จำนวน 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 14 (5x100/35) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด เนื่องจากเกี่ยวข้องกับกระบวนการตามแผนยุทธศาสตร์คณะฯ พ.ศ 2564 – 2567 ตามพันธกิจหลักสำคัญ (Core Business) ด้านการศึกษาในประเด็นด้านคุณภาพมาตรฐาน ไปจนถึง

จำนวนผู้สมัครเข้ารับการอบรม รวมทั้งพบว่า บางส่วนเป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับชื่อเสียงภาพลักษณ์ขององค์กร ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้ยกเลิก ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เนื่องจาก กิจกรรมซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงมีการดำเนินการแล้วเสร็จ จำนวน 1 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 3 (1x100/35) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง: จากลักษณะของความเสี่ยงที่ต้องมีการบริหารจัดการตามแผนระยะยาวอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานหรือกฎระเบียบข้อบังคับ รวมทั้งต้องมีการทบทวนและพัฒนาตามประเด็นโอกาสพัฒนาจากรายงาน Opportunities for Improvement (OFI) จากหน่วยงานต่าง ๆ แสดงถึงอิทธิพลของปัจจัยภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อการบริหารความเสี่ยง ส่งผลให้กิจกรรมเหล่านี้ไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ รวมทั้งพบว่า ความเสี่ยงเหล่านี้ต้องบริหารจัดการบนปัจจัยที่ควบคุมยาก จากลักษณะของโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างบริหารที่มีระบบใหญ่ ซับซ้อน ซึ่งเป็นปัจจัยภายใน และจากปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายที่คณะฯ ต้องปฏิบัติตามไปจนถึงจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ยังคงส่งผลกระทบต่อคณะฯ ต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ดังนั้น ความเสี่ยงเหล่านี้จึงจำเป็นต้องอาศัยเวลา การสื่อสาร การประสานงาน และการได้รับความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ทั้งภายในและภายนอกคณะฯ กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่ จึงได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Yellow) มากถึง 24 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 69 (24x100/35) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด ทั้งนี้พบความเสี่ยงที่กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับดี (Green) จำนวน 10 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 29 (10x100/35) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด เนื่องจาก สถานการณ์ทางการเงิน และสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในภาพรวมดีขึ้น สามารถปรับตัวด้วยการพัฒนากระบวนการดำเนินงานแบบ New Normal ให้เป็นการดำเนินงานแบบปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการดำเนินงานตามคุณภาพ มาตรฐานซึ่งสามารถแสดงความคืบหน้าของการดำเนินงาน และสะท้อนผ่านผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดความเสี่ยงที่ได้ตามเป้า หรือมีแนวโน้มที่จะได้ตามเป้า ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ยังไม่ได้รับการประเมินประสิทธิภาพ เนื่องจากกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีความซ้ำซ้อนกับกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) จึงจำเป็นต้องทบทวนและปรับแผนใหม่ให้เหมาะสมขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 1 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 3 (1x100/35) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด

ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับปานกลาง (Yellow Zone) ส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงเป็นไปตามเป้าที่กำหนด จำนวน 18 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 51 (18x100/35) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด โดยเป็นผลจากภาพรวมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และสถานการณ์ทางการเงิน ซึ่งมีทิศทางที่ดีขึ้น สามารถสะท้อนผ่านผลการดำเนินงานตามคุณภาพ มาตรฐาน ร่วมกับการทบทวนและพัฒนาตามประเด็นโอกาสพัฒนา Opportunities for Improvement (OFI) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงพบว่า ส่วนหนึ่งเป็นผลจากลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยงที่วัดจากการดำเนินงานที่แล้วเสร็จตามแผนที่กำหนดไว้ (Process Indicator) และบางส่วนวัดจากการไม่เกิดเหตุการณ์ความเสียหายในช่วงเวลาที่กำหนด (Impact Indicator) ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ จำนวน 9 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 26 (9x100/35) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด เป็นผลจากผลลัพธ์ของการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง สัมพันธ์กับกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินงานตามแผนประจำปีงบประมาณ แผนตามปีการศึกษา แผนตามปีปฏิทิน หรือแผนตามโครงการต่อเนื่องระยะยาว ที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ในปัจจุบัน รวมถึงพบว่า ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการประสานงาน

ในการขอและการให้ข้อมูลภายในคณะฯ ยังไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสะท้อนโครงสร้างบริหารและโครงสร้างการกำกับดูแล (Governance Structure) ของคณะฯ ซึ่งมีขนาดใหญ่ ซับซ้อน ได้อย่างชัดเจน ในขณะที่พบความเสี่ยงที่มีผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงไม่เป็นไปตามเป้า จำนวน 8 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 23 (8x100/35) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด เป็นผลจากความเสี่ยงเหล่านี้มีความไวต่อปัจจัยที่ควบคุมยาก (Sensitive) และได้รับผลกระทบโดยตรง เนื่องจากระบบการบริหารจัดการในปัจจุบันที่ยังไม่เพียงพอ และ/หรือ ไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสม ในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง ก่อให้เกิดเหตุการณ์ความเสียหายในช่วงเวลาที่กำหนด (Impact Indicator) ทั้งจำนวนการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในบุคลากรและนักศึกษา การถูกโจมตีทางไซเบอร์ จำนวนผู้สมัครเข้ารับการอบรม และคุณสมบัติตามเป้าประสงค์ของผู้สมัครที่สนใจเข้าทำงานกับคณะฯ

การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง: เนื่องจากความเสี่ยงส่วนใหญ่ เป็นความเสี่ยงสำคัญตามธรรมชาติขององค์กรหรือพันธกิจ (Core Business/Core Process) ที่มีการบริหารจัดการตามแผนระยะยาว ตามมาตรฐานหรือกฎระเบียบข้อบังคับ รวมทั้งมีการทบทวนและพัฒนาตามประเด็นโอกาสพัฒนาจากรายงาน Opportunities for Improvement (OFI) จากหน่วยงานต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง สะท้อนผ่านความคืบหน้าในการดำเนินงานและการบริหารความเสี่ยง ส่งผลให้การดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นไปตามเป้าที่กำหนด การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินให้คงที่ ทั้งในลักษณะของ Risk Zone และระดับความเสี่ยง จำนวน 25 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 71 (25x100/35) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ Risk Zone ลดลงเคลื่อนเข้าสู่ Green Zone จำนวน 6 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 17 (6x100/35) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด และพบความเสี่ยงที่ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณพ.ศ. 2566 จำนวน 2 ความเสี่ยง โดยเป็นความเสี่ยงที่เคลื่อนที่ออกจากตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) เป็นความเสี่ยงที่ไม่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจาก สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในภาพรวมดีขึ้น สามารถปรับตัวด้วยการพัฒนากระบวนการดำเนินงานแบบ New Normal ให้เป็นการดำเนินงานแบบปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปบริหารจัดการได้ภายในหน่วยงาน (Division/Business Unit) และความเสี่ยงที่กิจกรรมซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงมีการดำเนินการแล้วเสร็จ ได้รับการพิจารณาให้ยกเลิก ในจำนวนเท่ากันที่ 1 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 3 (1x100/35) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ Risk Zone เพิ่มขึ้น เคลื่อนเข้าสู่ Orange Zone จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 6 (2x100/35) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด เนื่องจากลักษณะของความเสี่ยงสัมพันธ์กับลักษณะธรรมชาติของภารกิจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับจำนวนนักศึกษาที่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในระดับประเทศ และเกี่ยวข้องกับประเด็นความล่าช้าซึ่งเป็นความเสี่ยงธรรมชาติของงานด้านบริหารโครงการ (Common Risk) โดยพบว่าความเสี่ยงทั้ง 2 มีแนวโน้มการดำเนินงาน และ/หรือผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงไม่เป็นไปตามเป้า

ตารางที่ 22 ผลการจัดการความเสี่ยง ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับปานกลาง (Yellow Zone)

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Education & Research					
ด้านการศึกษา	S46 นักศึกษาอาจไม่บรรลุ Outcome ของหลักสูตร เนื่องจากการปรับการเรียนการสอนตามสถานการณ์ COVID-19 หรืออื่น ๆ (2564)	2 x 3 ปานกลาง	1 x 2 ต่ำ	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ
ด้านการศึกษา	O47 การแพร่ระบาดหรือการติดเชื้อของนักศึกษา (Outbreak Risk) (2564)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้านการศึกษา	O48 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล/ข้อมูลส่วนบุคคล ของนักศึกษารั่วไหลผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2565)	3 x 2 ปานกลาง	3 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้
ด้านการศึกษา	O49 จำนวนของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอก ที่สมัครเข้ารับการศึกษาคือกรอบไม่ได้ตามเป้า (2561)	3 x 2 ปานกลาง	3 x 3 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการศึกษา	S50 คุณภาพการเรียนรู้ตามเกณฑ์การฝึกอบรม ของแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการฝึกอบรมของแพทยสภา และ/หรือ ราชวิทยาลัย (2564)	2 x 3 ปานกลาง	1 x 3 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
ด้านการศึกษา	O51 การพัฒนาคุณภาพของทุกหลักสูตร ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2565)	3 x 2 ปานกลาง	3 x 2 ปานกลาง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการศึกษา	S53 กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะชีวิต และการดูแล นักศึกษา ไม่สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิต และ/หรือ สนับสนุนทางการศึกษาได้อย่างเหมาะสม (2565)	2 x 2 ปานกลาง	1 x 2 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้
ด้านวิจัย	C43 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีการกระทำผิดการวิจัยในคน (2558)	2 x 3 ปานกลาง	2 x 3 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้านวิจัย	S44 ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับ นานาชาติไม่ได้ตามเป้าหมาย (2556)	2 x 2 ปานกลาง	1 x 2 ต่ำ	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้านวิเทศสัมพันธ์	S54 ผลลัพธ์การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ ทางการศึกษา/วิจัย/วิชาการ ที่ลดลงเนื่องจากได้รับ ผลกระทบจากสถานการณ์ COVID-19 (2564)	3 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้
ด้านวิเทศสัมพันธ์	O76 ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการดำเนินงาน ตามพันธกิจด้านวิเทศสัมพันธ์ลดลงเนื่องจากการปรับ โครงสร้างของสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (2565)	2 x 3 ปานกลาง	2 x 3 ปานกลาง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Healthcare System					
ด้านดูแลสุขภาพ	S55 รายได้ภาพรวมของศูนย์สนับสนุนพันธกิจ มีแนวโน้มลดลงเนื่องจากสภาวะเศรษฐกิจ (2564)	2 x 3 ปานกลาง	2 x 3 ปานกลาง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้
ด้านดูแลสุขภาพ	O56 ความปลอดภัยของผู้รับบริการจากให้บริการ ของศูนย์สนับสนุนพันธกิจ (Patient Safety) (2564)	2 x 2 ปานกลาง	1 x 1 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้านดูแลสุขภาพ	S61 ไม่ผ่านการต่ออายุรับการรับรองคุณภาพ สถานพยาบาลชั้นก้าวหน้า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (2565)	2 x 3 ปานกลาง	2 x 3 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้
ด้านดูแลสุขภาพ	S62 ไม่ผ่านการต่ออายุรับการรับรอง JCI ที่โรงพยาบาลรามธิบดีจักรีนฤพดินทร์ (2565)	1 x 3 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้
ด้านดูแลสุขภาพ	O75 เครื่องมือแพทย์ที่มีการเชื่อมต่อกับคอมพิวเตอร์ และระบบเครือข่าย ได้รับผลกระทบจากไวรัส มัลแวร์ หรือภัยคุกคามทางไซเบอร์ (2564)	2 x 3 ปานกลาง	2 x 3 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Professional Service					
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O2 การจัดการขยะในหน่วยงานบริการผู้ป่วย ไม่ได้ตามมาตรฐานสากล (2561)	3 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O6 โครงสร้างอาคารเสียหาย (2564)	1 x 3 ปานกลาง	1 x 3 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O9 ความปลอดภัยในการจราจรในคณะฯ (2564)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O10 ทรัพย์สินสูญหาย (2564)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O11 โครงการก่อสร้างล่าช้า (2565)	3 x 2 ปานกลาง	3 x 3 สูง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O66 การก่อสร้างเพื่อรองรับการเรียนการสอนล่าช้า กว่าที่วางไว้ (2564)	2 x 3 ปานกลาง	ยกเลิก	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ยกเลิกการดำเนินการ
ด้านกฎหมาย	C36 คณะฯ ไม่สามารถปฏิบัติตามระเบียบ/ ข้อบังคับ/กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคณะฯ ได้อย่าง ครบถ้วน/ถูกต้อง (2565)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
ด้านการคลัง	F71 ผลกระทบจากการดำเนินงานของสถาบัน- การแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ที่มีผลต่อสถานะการเงิน ของคณะฯ (2565)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้านการพัสดุ	C24 เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vendor) (2557)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้านการพัสดุ	O27 ครุภัณฑ์ของคณะฯ สูญหาย หรือเสียหาย ที่ไม่เกิดจากการใช้งานตามปกติ (2564)	2 x 2 ปานกลาง	1 x 2 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้าน นโยบายและแผน	S37 ไม่สามารถพัฒนาแผนงานตามแผนยุทธศาสตร์ คณะฯ ได้ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (2565)	3 x 2 ปานกลาง	3 x 2 ปานกลาง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้าน นโยบายและแผน	O39 การก่อสร้างอาคารโรงพยาบาลและย่าน นวัตกรรมโยธีล่าช้าไม่เป็นไปตามแผน (2565)	2 x 3 ปานกลาง	2 x 3 ปานกลาง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้านวิชาการและ วัฒนธรรม	O20 การให้บริการตามพันธกิจบริการวิชาการ ตอบสนองได้ไม่ทันต่อความต้องการของลูกค้า (2564)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้
ด้านวิชาการและ วัฒนธรรม	F21 รายได้จากการอบรมวิชาการต่ำกว่าเป้า (2565)	2 x 2 ปานกลาง	1 x 1 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
ด้าน บริหารทุนมนุษย์	S28 การเตรียมความพร้อมของผู้ที่เหมาะสม ขึ้นสู่ตำแหน่งบริหารได้อย่างต่อเนื่อง (2561)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้าน สร้างเสริมสุขภาพ	S63 ประชาชนในชุมชนที่คณะฯ ดูแล มีปัญหา ด้านสุขภาพ (2564)	2 x 2 ปานกลาง	1 x 2 ต่ำ	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้านสารสนเทศ	S64 ระบบ HIS ที่ CNMI ¹⁷ ไม่สามารถใช้งานได้ ตามที่กำหนด (2561)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้านสื่อสารองค์กร	O77 เว็บไซต์คณะฯ ถูกโจมตี (Hack) (2565)	3 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านสื่อสารองค์กร	O78 เว็บไซต์คณะฯ ล่ม (2565)	3 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง

17 สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์

ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับระดับต่ำ (Green Zone) ส่วนใหญ่ มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงเป็นไปตามเป้าที่กำหนด โดยมีจำนวน 10 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 63 (10x100/16) ของความเสี่ยงระดับระดับต่ำ (Green Zone) ทั้งหมด โดยเป็นผลจากการบริหารจัดการตามมาตรฐาน หรือกฎระเบียบข้อบังคับที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงพบว่า ส่วนหนึ่งเป็นผลจากลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยงที่วัดจากการไม่เกิดเหตุการณ์ความเสียหายในช่วงเวลาที่กำหนด (Impact Indicator) ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ และความเสี่ยงที่มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงไม่เป็นไปตามเป้า ในจำนวนเท่ากันที่ 3 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 19 (3x100/16) ของความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) ทั้งหมด โดยความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ เป็นผลจากยังอยู่ระหว่างดำเนินงานตามแผนประจำปีงบประมาณ แผนตามปีปฏิทิน หรือแผนตามโครงการต่อเนื่องระยะยาวที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ในปัจจุบัน รวมถึงพบว่า ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการประสานงานในการขอและการให้ข้อมูลภายในคณะฯ ยังไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสะท้อนโครงสร้างบริหารและโครงสร้างการกำกับดูแล (Governance Structure) ของคณะฯ ซึ่งมีขนาดใหญ่ ซับซ้อน ได้อย่างชัดเจน และสำหรับความเสี่ยงที่มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงไม่เป็นไปตามเป้า เป็นผลจากการได้รับผลกระทบจากปัจจัยภายนอก ทั้งจากการความเสียหายที่เกิดจากการใช้งานครุภัณฑ์สารสนเทศตามปกติและจากกระแสไฟฟ้าขัดข้องภายในคณะฯ

การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง: จากการวิเคราะห์ความสามารถในการจัดการความเสี่ยงร่วมกับผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการประเมินว่าเป็นความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ และมีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงเป็นไปตามเป้าที่กำหนด การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่ จึงได้รับการประเมินให้คงที่ ทั้งในลักษณะของ Risk Zone และระดับความเสี่ยง จำนวน 10 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 63 (10x100/16) ของความเสี่ยงระดับระดับต่ำ (Green Zone) ทั้งหมด ไปจนถึงพบความเสี่ยงที่เคลื่อนไหวที่ออกจากตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) เป็นความเสี่ยงที่ไม่ส่งผลต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญ ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เนื่องจาก สามารถนำไปบริหารจัดการได้ภายในหน่วยงาน (Division/Business Unit) จำนวน 4 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 25 (4x100/16) ของความเสี่ยงระดับระดับต่ำ (Green Zone) ทั้งหมด ทั้งนี้พบความเสี่ยงที่ Risk Zone เพิ่มขึ้น เคลื่อนเข้าสู่ Yellow Zone จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 13 (2x100/16) ของความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) ทั้งหมด เนื่องจาก พิจารณาปรับระดับผลกระทบ (Impact) เพิ่มขึ้นให้ เหมาะสมตามความเป็นจริง และสอดคล้องตามเกณฑ์แสดงระดับความเสี่ยงของมหาวิทยาลัย รวมถึงพบว่า ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการประสานงานในการขอและการให้ข้อมูลภายในคณะฯ ยังไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสะท้อนโครงสร้างบริหารและโครงสร้างการกำกับดูแล (Governance Structure) ของคณะฯ ซึ่งมีขนาดใหญ่ ซับซ้อน ได้อย่างชัดเจน

ตารางที่ 23 ผลการจัดการความเสี่ยง ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับต่ำ (Green Zone)

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Education & Research					
ด้านการวิจัย	O41 ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจหรือน้ำยาทดสอบที่เก็บในตู้แช่แข็ง -30°C หรือ -80°C เสียหาย (2564)	2 x 1 ต่ำ	2 x 1 ต่ำ	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ
ด้านการวิจัย	O42 ความไม่ปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการวิจัย (Lab Safety) (2564)	1 x 2 ต่ำ	1 x 2 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
Cluster Healthcare System					
ด้านดูแลสุขภาพ	O72 ความปลอดภัยของผู้รับบริการ จากให้บริการของศูนย์เพื่อความเป็นเลิศ (Patient Safety) (2565)	1 x 1 ต่ำ	1 x 3 ปานกลาง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้
ด้านดูแลสุขภาพ	S73 ผลลัพธ์จากให้บริการของศูนย์เพื่อความเป็นเลิศไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (2565)	3 x 1 ต่ำ	2 x 1 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Professional Service					
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O1 อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการยานพาหนะ (2558)	1 x 2 ต่ำ	1 x 2 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O4 ระบบไฟฟ้าไม่เพียงพอต่อความต้องการ ในคณะฯ (2559)	1 x 2 ต่ำ	1 x 2 ต่ำ	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O5 น้ำรั่วจากท่อเมนน้ำประปา, ท่อระบายน้ำอุดตัน (2564)	3 x 1 ต่ำ	2 x 1 ต่ำ	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้านการคลัง	F32 ความเสียหายจากกระบวนการรับเงินรายได้ สวัสดิการเข้าคณะหรืออื่น ๆ นอกเหนือค่า รักษาพยาบาล (2564)	3 x 1 ต่ำ	3 x 1 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้านการพัสดุ	C25 ความเสี่ยงจากการทำผิดพระราชบัญญัติการ จัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 (2561)	1 x 2 ต่ำ	1 x 2 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้านการพัสดุ	O26 การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกรับ ผลประโยชน์หรือการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของ เจ้าหน้าที่พัสดุ (2563)	1 x 2 ต่ำ	1 x 2 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้าน นโยบายและแผน	O38 ผลการดำเนินงาน ไม่สามารถนำไปใช้ในการ สนับสนุนพันธกิจต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (2565)	1 x 2 ต่ำ	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
ด้านโรงเรียนการ บริหารงานโรงพยาบาล	F13 รายได้จากการอบรมวิชาการต่ำกว่าเป้าหมาย (2565)	1 x 1 ต่ำ	1 x 1 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ
ด้านสารสนเทศ	S17 ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญและจำเป็นต่อ การวางแผนหรือการบริหารงานภายในคณะฯ ไม่ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ครอบคลุม (2560)	2 x 1 ต่ำ	2 x 1 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ
ด้านสารสนเทศ	O18 ครุภัณฑ์สารสนเทศของคณะฯ เสียหาย (2563)	3 x 1 ต่ำ	3 x 1 ต่ำ	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้
ด้านสื่อสารองค์กร	O35 กระบวนการสื่อสารภายในคณะฯ ไม่สามารถ สนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และเป้าหมาย ของคณะฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (2565)	2 x 1 ต่ำ	2 x 1 ต่ำ	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้
ด้านสร้างเสริมสุขภาพ	S74 คณะฯ ไม่มีผลงานที่ชี้นำสังคมเป็นนโยบาย ระดับชาติหรือนานาชาติ ตามหลักเกณฑ์ที่ มหาวิทยาลัยกำหนด (2564)	2 x 1 ต่ำ	2 x 1 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้