

มีนาคม 2567

รายงานการบริหารความเสี่ยง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

RISK ASSESSMENT AND FOLLOW UP REPORT

RISK MANAGEMENT REPORT

2023

งานบริหารความเสี่ยง

สำนักงานคณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สารบัญ

หัวข้อ	หน้าที่
บทสรุปผู้บริหาร	5
แนวทางและการพัฒนาการบริหารความเสี่ยง	8
มาตรฐานและกรอบการดำเนินงาน.....	8
ระยะเวลาดำเนินการ.....	15
การกำหนดระดับความเสี่ยง	18
การกำหนดและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง.....	22
การกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยง.....	24
การกำหนดสถานะการจัดการความเสี่ยง	25
กระบวนการบริหารความเสี่ยง	28
กระบวนการประเมินความเสี่ยง	29
กระบวนการติดตามความเสี่ยง	31
ผลการบริหารความเสี่ยง.....	32
การประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง	32
ภาพรวมผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง	32
ภาพรวมความเสี่ยงที่มีประเด็นเกี่ยวข้องกัน.....	41
ภาพรวมความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล.....	47
ผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง แยกตามระดับความเสี่ยง	52
ผลการจัดการความเสี่ยง	76
ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยง	76
ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยงในความเสี่ยงที่มีประเด็นเกี่ยวข้องกัน	96
ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยงในความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล	108
ผลการจัดการความเสี่ยง แยกตามระดับความเสี่ยง	117

สารบัญรูป

รูปภาพที่	หน้าที่
รูปภาพที่ 1 COSO: Enterprise Risk Management - Integrated Framework 2004 & 2017	8
รูปภาพที่ 2 ประเภทความเสี่ยง.....	8
รูปภาพที่ 3 ขอบเขตการบริหารความเสี่ยงคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี	9
รูปภาพที่ 4 Level of Assess ระดับคณะฯ	10
รูปภาพที่ 5 ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง.....	11
รูปภาพที่ 6 การติดตามความคืบหน้า/ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม	13
รูปภาพที่ 7 การติดตามผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง.....	14
รูปภาพที่ 8 การติดตามการประเมินระดับความเสี่ยง	14
รูปภาพที่ 9 ระยะเวลาดำเนินการบริหารความเสี่ยง.....	16
รูปภาพที่ 10 การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง	25
รูปภาพที่ 11 การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง	26
รูปภาพที่ 12 กระบวนการบริหารความเสี่ยง	28
รูปภาพที่ 13 กระบวนการประเมินความเสี่ยง.....	29
รูปภาพที่ 14 กระบวนการติดตามความเสี่ยง.....	31
รูปภาพที่ 15 ภาพรวมผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง.....	32
รูปภาพที่ 16 สัดส่วนระหว่างตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) และตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator).....	38
รูปภาพที่ 17 ระดับความเสี่ยงของคณะฯ	39
รูปภาพที่ 18 ความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562.....	41
รูปภาพที่ 19 ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19).....	43
รูปภาพที่ 20 ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ	45
รูปภาพที่ 21 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล	47
รูปภาพที่ 22 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone)	52
รูปภาพที่ 23 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone).....	56
รูปภาพที่ 24 ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone)	61
รูปภาพที่ 25 การเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone).....	62
รูปภาพที่ 26 ความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone).....	70
รูปภาพที่ 27 ภาพรวมประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง.....	76
รูปภาพที่ 28 แสดงภาพรวมผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	78
รูปภาพที่ 29 แสดง Risk Map – Dashboard ภาพรวมการเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง	80
รูปภาพที่ 30 ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยง	89
รูปภาพที่ 31 ผลการจัดการความเสี่ยง ของความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562	96

สารบัญรูป

รูปภาพที่

หน้าที่

รูปภาพที่ 32 ผลการจัดการความเสี่ยง ของความเสียหายที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19).....	100
รูปภาพที่ 33 ผลการจัดการความเสี่ยงของความเสียหายที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ	104
รูปภาพที่ 34 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล	108
รูปภาพที่ 35 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล	110
รูปภาพที่ 36 Risk Map - Dashboard Red Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ).....	117
รูปภาพที่ 37 Risk Map - Dashboard Orange Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ).....	121
รูปภาพที่ 38 Risk Map - Dashboard Yellow Zone (ความเสี่ยงของคณะฯ).....	127
รูปภาพที่ 39 Risk Map-Dashboard Green Zone (ความเสี่ยงของคณะฯ)	138

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้าที่
ตารางที่ 1 เกณฑ์การประเมินโอกาสเกิด (Likelihood) และผลกระทบ (Impact).....	18
ตารางที่ 2 ตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map).....	19
ตารางที่ 3 ระดับความเสี่ยง ความหมาย และแนวทางการจัดการความเสี่ยง.....	20
ตารางที่ 4 ระดับความเสี่ยงและกลยุทธ์การจัดการความเสี่ยง.....	22
ตารางที่ 5 ประเภทของตัวชี้วัดความเสี่ยงและแหล่งที่มา.....	24
ตารางที่ 6 ระดับความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	27
ตารางที่ 7 จำนวนความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster แยกตามพันธกิจ ประเภท และลักษณะของความเสี่ยง.....	36
ตารางที่ 8 ความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562.....	42
ตารางที่ 9 ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	44
ตารางที่ 10 ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ.....	46
ตารางที่ 11 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล.....	49
ตารางที่ 12 แสดงความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์	54
ตารางที่ 13 แสดงความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์.....	58
ตารางที่ 14 แสดงความเสี่ยงของคณะฯ ระดับปานกลาง (Yellow Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์.....	63
ตารางที่ 15 แสดงความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์.....	72
ตารางที่ 16 ผลการจัดการความเสี่ยงของความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562	98
ตารางที่ 17 ผลการจัดการความเสี่ยงของความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19).....	102
ตารางที่ 18 ผลการจัดการความเสี่ยงของความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ.....	106
ตารางที่ 19 ผลการจัดการความเสี่ยงของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล	111
ตารางที่ 20 ผลการจัดการความเสี่ยงของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone).....	119
ตารางที่ 21 ผลการจัดการความเสี่ยงของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone).....	124
ตารางที่ 22 ผลการจัดการความเสี่ยงของคณะฯ ระดับปานกลาง (Yellow Zone).....	130
ตารางที่ 23 ผลการจัดการความเสี่ยงของคณะฯ ระดับต่ำ (Green Zone).....	140

บทสรุปผู้บริหาร

การดำเนินงานเพื่อบริหารความเสี่ยงองค์กร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ดำเนินการตามมาตรฐาน COSO – ERM¹ ผ่านการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของคณะฯ ได้ผลการบริหารความเสี่ยงที่สามารถอธิบายตามกระบวนการประเมินความเสี่ยง และกระบวนการติดตามความเสี่ยง ดังนี้

กระบวนการประเมินความเสี่ยง: จากการดำเนินงานเพื่อประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่า คณะฯ มีความเสี่ยงทั้งสิ้นจำนวน 86 ความเสี่ยง เป็นความเสี่ยงเดิมที่ยกมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน 68 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 18 ความเสี่ยง สามารถสรุปตามมุมมองต่าง ๆ ได้ดังนี้

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

ลักษณะของกิจกรรมการควบคุม: ส่วนใหญ่ใช้กิจกรรมการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control) เพื่อป้องกันเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น โดยพบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 คณะฯ ใช้กิจกรรมการควบคุมแบบแก้ไข (Corrective Control) เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เนื่องจาก หน่วยงานในพันธกิจต่าง ๆ ระบุและกำหนดกิจกรรมการควบคุม จากประเด็นโอกาสพัฒนาที่พบในรายงาน Opportunities for Improvement (OFI) เพื่อแก้ไขประเด็นที่พบ โดยการให้ประเด็นเสนอแนะ และยกตัวอย่างกิจกรรมการควบคุมต่อเจ้าของความเสี่ยงโดยตรง

ลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยง: จากการพิจารณาลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยงในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่า ตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) และตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) มีร้อยละที่ใกล้เคียงกันมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง แสดงถึงความก้าวหน้าของการดำเนินงานในการพัฒนาการกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยง ให้สามารถใช้เป็นเครื่องมือเตือน (Early Warning) ระหว่างการบริหารความเสี่ยงได้เพิ่มขึ้น ดังนั้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 งานบริหารความเสี่ยงจึงยังคงต้องดำเนินงานเพื่อพัฒนาการกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยงของคณะฯ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง

ระดับความเสี่ยงของคณะฯ: ความเสี่ยงของคณะฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีระดับความเสี่ยงที่ครอบคลุมตั้งแต่ระดับความเสี่ยงสูงมากไปจนถึงระดับความเสี่ยงต่ำ โดยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงคงที่ ต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ประกอบด้วยระดับความเสี่ยงสูงมาก (Red Zone) จำนวน 11 ความเสี่ยง ระดับความเสี่ยงสูง (Orange Zone) จำนวน 16 ความเสี่ยง ระดับความเสี่ยงปานกลาง (Yellow Zone) ซึ่งมีความเสี่ยงมากที่สุด จำนวน 40 ความเสี่ยง และระดับความเสี่ยงต่ำ (Green Zone) จำนวน 19 ความเสี่ยง

กระบวนการติดตามความเสี่ยง: จากการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 คณะฯ สามารถดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยง ได้ผลการจัดการความเสี่ยงที่สามารถสรุปตามมุมมองต่าง ๆ ดังนี้

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง: ความเสี่ยงส่วนใหญ่ได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับดี (Green) และปานกลาง (Yellow) ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน แสดงถึงความสามารถของคณะฯ ในการบริหารจัดการความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ และมาตรฐานต่าง ๆ ร่วมกับการทบทวนและพัฒนาตามประเด็นโอกาสพัฒนา Opportunities for Improvement (OFI) อย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ต้องบริหารจัดการบนปัจจัยที่ควบคุมยาก ทั้งจากปัจจัยภายในตามลักษณะขององค์กรที่มีระบบใหญ่ ซับซ้อน และจากปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย สภาวะเศรษฐกิจ ไปจนถึงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ยังคงส่งผลกระทบต่อคณะฯ ต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

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

ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: ความเสี่ยงส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย เป็นผลจากลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยงที่วัดจากวิธีระบบ (System Approach) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งจากการบริหารจัดการทรัพยากรที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงที่เป็นไปตามเป้าหมาย (Input Indicator) วัดจากความครบถ้วนหรือแล้วเสร็จตามแผนที่กำหนด (Process Indicator) วัดจากการไม่เกิดเหตุการณ์ความเสียหาย (Impact Indicator) หรือจากผลการดำเนินงานที่เป็นไปตามเป้าหมาย (Output Indicator) ทั้งนี้ พบผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงไม่เป็นไปตามเป้าหมาย โดยเป็นผลจากความเสี่ยงเหล่านี้มีความไวต่อปัจจัยที่ควบคุมยาก (Sensitive) และไม่สามารถบริหารจัดการได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ พบประเด็นด้านอัตราค่าลงในแต่ละพันธกิจที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการดำเนินงานตามนโยบายควบคุมอัตราค่าลงที่เป็นไปตามเป้า แต่ไม่สอดคล้องและแสดงถึงความไม่สัมพันธ์กันระหว่างนโยบายการควบคุมอัตราค่าลงและทิศทางงบเติบโตของคณะฯ ซึ่งจำเป็นต้องเร่งทบทวนและแก้ไข เพื่อให้การบริหารจัดการภาพรวมเป็นไปตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ และไม่กระทบต่อการขยายตัวจนอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงอื่น ๆ ในอนาคต สำหรับความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ เป็นผลจากลักษณะของตัวชี้วัดที่สัมพันธ์กับกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินงาน รวมถึงพบว่า ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการประสานงานในการขอข้อมูลและการให้ข้อมูลภายในคณะฯ ยังไม่มีประสิทธิภาพ สะท้อนโครงสร้างบริหารและโครงสร้างการกำกับดูแล (Governance Structure) ของคณะฯ ซึ่งมีขนาดใหญ่ ซับซ้อน ได้อย่างชัดเจน

การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง: จากประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงดังกล่าว ส่งผลให้ Risk Zone ส่วนใหญ่คงที่ และบางส่วนสามารถจัดการให้ Risk Zone ลดลงได้ โดยพบว่ามีความเสี่ยงที่ Risk Zone เพิ่มขึ้น เนื่องจาก ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงและผลการบริหารความเสี่ยงไม่เป็นไปตามแผน ร่วมกับการพบประเด็นที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ระหว่างกระบวนการจัดการความเสี่ยง โดยเป็นผลจากประสิทธิภาพในการค้นหาข้อควรพัฒนา (Detective Control) ของกระบวนการตรวจสอบภายใน (Internal Audit) และกระบวนการควบคุมภายใน (Internal Control) ของคณะฯ รวมทั้งพบการปรับด้านของผลกระทบและระดับระดับของความเสี่ยงเพิ่มขึ้นให้สอดคล้องกับลักษณะของความเสี่ยง ตามเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยกำหนด ตามข้อสังเกตของรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่เคลื่อนที่ออกจากตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) เป็นความเสี่ยงที่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว เนื่องจาก นำไปบริหารจัดการรวมกับความเสี่ยงใหญ่ที่มีความเกี่ยวข้องกัน และความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้สิ้นสุดหรือยุติความเสี่ยง เนื่องจากสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย ทั้งจากการได้รับการรับรองมาตรฐานและการดำเนินโครงการแล้วเสร็จ

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง: ภายหลังการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่คณะฯ สามารถจัดการได้ ทั้งในลักษณะของความเสี่ยงที่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่องและไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว เนื่องจาก ความเสี่ยงเหล่านี้มีการดำเนินงานตามมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอตามบริบทของแต่ละพันธกิจ ในขณะที่พบความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการได้ โดยไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง เนื่องจาก ยังไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการจัดการความเสี่ยงได้อย่างชัดเจน ส่งผลให้ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด รวมถึงพบความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้ จากความเสี่ยงใหม่และความเสี่ยงที่ต้องมีการดำเนินงานต่อเนื่องในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 นี้เช่นกัน ในขณะที่พบความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้สิ้นสุดหรือยุติความเสี่ยงเนื่องจาก นำไปบริหารจัดการรวมกับความเสี่ยงใหญ่ที่มีความเกี่ยวข้องกันและความเสี่ยงสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย ทั้งจากการได้รับการรับรองมาตรฐานและการดำเนินโครงการแล้วเสร็จ

จากกระบวนการติดตามความเสี่ยงสามารถสรุปได้ว่า ความเสี่ยงที่ต้องยกไปบริหารจัดการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีจำนวนทั้งสิ้น 69 ความเสี่ยง ประกอบด้วยความเสี่ยงที่สามารถจัดการให้เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังคงติดตามอย่างต่อเนื่องจำนวน 45 ความเสี่ยง ความเสี่ยงที่ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ โดยไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้จำนวน 16 ความเสี่ยง และความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้ จำนวน 8 ความเสี่ยง

สำหรับการวิเคราะห์ภาพรวมของความเสี่ยงที่มีประเด็นเกี่ยวข้องกัน และความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้บริหารรับทราบประเด็นความเสี่ยงสำคัญ ได้อย่างครอบคลุมครบถ้วน สามารถนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจในการบริหารคณะฯ ได้อย่างเหมาะสม สามารถสรุปภาพรวมได้ ดังนี้

การบริหารความเสี่ยงที่มีประเด็นเกี่ยวข้องกัน: เมื่อพิจารณาลักษณะของความเสี่ยง ประจําปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบความเสี่ยงที่มีประเด็นเกี่ยวข้องกัน 3 ประเด็นใหญ่ ๆ ได้แก่ ความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 จำนวน 6 ความเสี่ยง ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 6 ความเสี่ยง และความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ จำนวน 8 ความเสี่ยง โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการที่คณะฯ ได้รับแรงกระตุ้นจากปัจจัยภายนอกที่มีการเปลี่ยนแปลง ในขณะที่พบว่าระบบการบริหารจัดการในปัจจุบันยังไม่เพียงพอ และ/หรือไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสม จนอาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายของมหาวิทยาลัยและคณะฯ ในระดับที่สูงมาก หากไม่สามารถบริหารจัดการให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ การบริหารความเสี่ยงในประเด็นเหล่านี้ จึงจำเป็นต้องมีการจัดการอย่างเป็นรูปธรรม ด้วยการขับเคลื่อนตามนโยบายและการดำเนินงานในลักษณะ Top Down ผ่านคณะกรรมการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน แต่เนื่องจากคณะฯ มีข้อจำกัดในการบริหารจัดการบนโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างบริหารที่มีขอบเขตการบริหารจัดการขนาดใหญ่ ซับซ้อน จึงจำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาและความร่วมมือในการสื่อสาร เพื่อสร้างระบบ สร้างองค์ความรู้ และสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การบริหารจัดการความเสี่ยงของความเสี่ยงที่มีประเด็นเกี่ยวข้องกัน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ส่วนใหญ่จึงมีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง และได้รับการประเมินว่าเป็นความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ โดยเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยมีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงซึ่งส่วนใหญ่ได้ตามเป้าหมาย รวมทั้งมีการเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยงที่ คงที่ ทั้งในลักษณะของ Risk Zone และระดับความเสี่ยง

ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล: จากความเสี่ยงประจําปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 86 ความเสี่ยง มีความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 32 ความเสี่ยง ประกอบด้วย ความเสี่ยงระดับสูงมาก (Red Zone) จำนวน 11 ความเสี่ยง ความเสี่ยงระดับสูง (Orange Zone) จำนวน 16 ความเสี่ยง และความเสี่ยงจากการดำเนินงานที่อาจก่อให้เกิดการทุจริต (Fraud) หรือการขัดกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนกับผลประโยชน์ส่วนรวม (Conflict of Interest) จำนวน 5 ความเสี่ยง ประกอบด้วยความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) จำนวน 3 ความเสี่ยง และความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) จำนวน 2 ความเสี่ยง โดยความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยเหล่านี้พบครอบคลุมทุก Cluste และพบมากที่สุดที่ Cluster Professional Service สอดคล้องกับประเภทของความเสี่ยงซึ่งพบว่าเป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) มากที่สุด โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยและคณะฯ ให้ความสำคัญ เนื่องจากมีความไวต่อปัจจัยที่ควบคุมยาก (Sensitive) ในขณะที่ระบบการบริหารจัดการในปัจจุบัน โดยเฉพาะระบบพื้นฐานด้านความปลอดภัยทั้งทางกายภาพและเทคโนโลยียังไม่เพียงพอ และ/หรือไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสม ในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง จนอาจก่อให้เกิดความเสียหายที่ไม่สามารถยอมรับได้ และจำเป็นต้องติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด แม้จะมีการดำเนินงานตามคุณภาพมาตรฐาน ร่วมกับการทบทวนและพัฒนาตามประเด็นโอกาสพัฒนา Opportunities for Improvement (OFI) อย่างต่อเนื่อง ความเสี่ยงเหล่านี้จึงจำเป็นต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากหลายหน่วยงานในการกำหนดนโยบาย จัดทำแผน และกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างรัดกุม ดังนั้น การบริหารจัดการความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินว่าไม่สามารถจัดการได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยมีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง (Yellow) และดี (Green) ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน รวมทั้งมีการเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยงที่ คงที่ ทั้งในลักษณะของ Risk Zone และระดับความเสี่ยง

แนวทางและการพัฒนาการบริหารความเสี่ยง

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

มาตรฐานและกรอบการดำเนินงาน

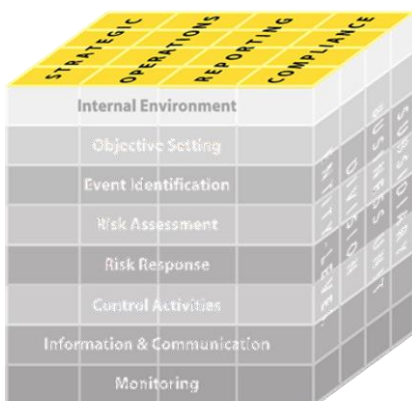
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีดำเนินการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐาน The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO ERM 2004) และ Enterprise Risk Management-Integrating with Strategy and Performance (COSO ERM 2017) ครอบคลุม ครบถ้วน สามารถอธิบายได้ 3 มิติ ตามรูปภาพที่ 1 ดังนี้



รูปภาพที่ 1 COSO: Enterprise Risk Management - Integrated Framework 2004 & 2017

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

คณะฯ พิจารณาความเสี่ยงครบ 4 ประเภท ตามมาตรฐาน ดังนี้



รูปภาพที่ 2 ประเภทความเสี่ยง

1. ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) แทนด้วยสัญลักษณ์ S: คณะฯ พิจารณาความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการบรรลุตามแผนยุทธศาสตร์ทั้งหมด ครอบคลุมตั้งแต่ระดับมหาวิทยาลัย ระดับคณะฯ ระดับพันธกิจ ไปจนถึงข้อตกลงการปฏิบัติงาน (Performance Agreement: PA) ที่คณะฯ ตกลงไว้กับทางมหาวิทยาลัยมหิดล 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

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

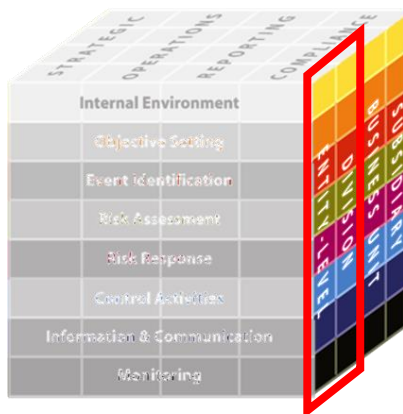
มิติที่ 2 ระดับของการประเมินความเสี่ยง (Level of Assess)

คณะฯ บริหารความเสี่ยงครอบคลุมทุกระดับของการประเมินความเสี่ยง (Level of Assess) โดยแบ่งการดำเนินงานสอดคล้องกับบริบทการบริหารจัดการภายใน ดังนี้ 1) ระดับ Entity level บริหารจัดการในระดับคณะฯ 2) ระดับ Division level บริหารจัดการในระดับพันธกิจ 3) ระดับ Business Unit บริหารจัดการในระดับภาควิชา และ 4) ระดับ Subsidiary เป็นการบริหารจัดการภายในหน่วยงาน ตามรูปภาพที่ 2

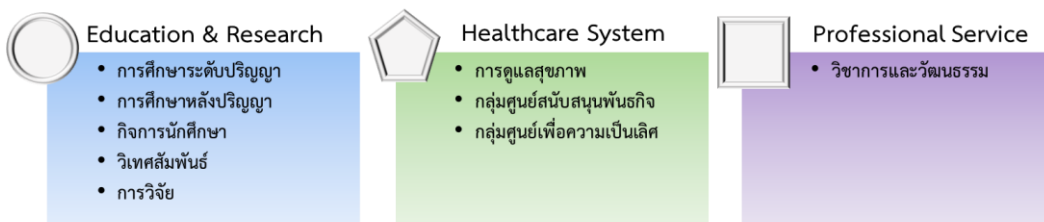


รูปภาพที่ 3 ขอบเขตการบริหารความเสี่ยงคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

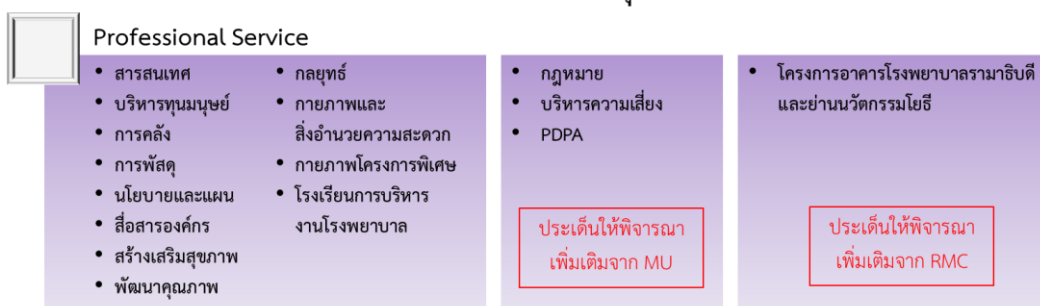
สำหรับการบริหารความเสี่ยงในระดับ Entity level และ Division level ซึ่งจะกล่าวถึงในรายงานฉบับนี้
 คณะฯ พิจารณาจากพันธกิจหลักและพันธกิจสนับสนุนตามโครงสร้างองค์กร (Organizational Structure) รวมถึง
 แบ่งตาม Cluster การบริหารเป็น Education & Research แทนด้วยสัญลักษณ์ วงกลม Healthcare System
 แทนด้วยสัญลักษณ์ ห้าเหลี่ยม และ Professional Service แทนด้วยสัญลักษณ์ สี่เหลี่ยม ตามรูปภาพที่ 3



พันธกิจหลัก



พันธกิจสนับสนุน



รูปภาพที่ 4 Level of Assess ระดับคณะฯ

สำหรับการบริหารความเสี่ยงในระดับ Business Unit ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของคณะฯ ในระดับภาควิชาชั้น
 คณะฯ ดำเนินการตามมาตรฐานอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะกล่าวถึงในรายงานการบริหารความเสี่ยงระดับภาควิชาอีกครั้งหนึ่ง
 และสำหรับบริหารความเสี่ยงในระดับ Subsidiary ซึ่งเป็นการบริหารจัดการภายในหน่วยงาน คณะฯ ดำเนินการโดย
 การสนับสนุนข้อมูลและให้คำปรึกษาในการดำเนินงาน ในหน่วยงานที่ได้รับข้อเสนอให้บริหารจัดการภายในหน่วยงาน
 ต่อไป ซึ่งการดำเนินงานในลักษณะนี้จะไม่ได้นำเสนอต่อคณะกรรมการในระดับคณะฯ ซึ่งจะแตกต่างกับความเสี่ง
 ในระดับ Entity level และ Division level

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



รูปภาพที่ 5 ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง

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

1. การประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง

ข้อมูลนำเข้า (Input) >> คณะฯ พิจารณาความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 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) รวมถึงใช้แนวทางการจัดทำรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย ในการดำเนินงาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงให้พิจารณาจากพันธกิจหลักและพันธกิจสนับสนุนของส่วนงาน
2. ให้นำความเสี่ยงที่ไม่สามารถจัดการได้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มาดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
3. ให้วิเคราะห์ความเสี่ยงโดยคำนึงถึงเหตุการณ์ความเสี่ยงมหาวิทยาลัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
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 2565

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 นำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ คณะกรรมการประจำคณะฯ และรายงานผลไปยังมหาวิทยาลัยมหิดลเพื่อรับทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ผลลัพธ์ (Output) >> จากข้อมูลนำเข้า (Input) และกระบวนการ (Process) ดังกล่าว คณะฯ จะได้รายการความเสี่ยง (Risk Profile) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ซึ่งประกอบด้วย ชื่อความเสี่ยง ประเภทของความเสี่ยง สาเหตุของความเสี่ยง ตัวชี้วัดความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการในปัจจุบัน ระดับความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ผู้รับผิดชอบ และระยะเวลาในการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง รวมถึง Dashboard แสดงตำแหน่งของความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

2. การติดตามผลการจัดการความเสี่ยง

ข้อมูลนำเข้า (Input) >> คณะฯ ติดตามผลการจัดการความเสี่ยงจากรายการความเสี่ยง (Risk Profile) ที่ได้จากการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ที่กล่าวไปข้างต้น

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

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

ตอนที่ ๑ ความคืบหน้า/ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม

กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการ	ครั้งที่ 1 (1 ต.ค. XXX - 31 มี.ค. XXX+1)			ครั้งที่ 2 (1 เม.ย. XXX+1 - 30 ก.ย. XXX+1)		
	ระยะเวลาดำเนินงาน	ความคืบหน้า/ ผลการดำเนินงาน	ประสิทธิ ภาพ	ระยะเวลาดำเนินงาน	ความคืบหน้า/ ผลการดำเนินงาน	ประสิทธิ ภาพ
1. กิจกรรมที่ 1	<input type="checkbox"/> ดำเนินการแล้วเสร็จ (เริ่ม.....เสร็จ.....) <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างดำเนินงาน <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจาก.....		<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> กลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ	<input type="checkbox"/> ดำเนินการแล้วเสร็จ (เริ่ม.....เสร็จ.....) <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างดำเนินงาน <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจาก.....		<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> กลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ
2. กิจกรรมที่ 2	<input type="checkbox"/> ดำเนินการแล้วเสร็จ (เริ่ม.....เสร็จ.....) <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างดำเนินงาน <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจาก.....		<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> กลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ	<input type="checkbox"/> ดำเนินการแล้วเสร็จ (เริ่ม.....เสร็จ.....) <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างดำเนินงาน <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจาก.....		<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> กลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ

กรุณาระบุ หรือ แนบเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้องกับผลการดำเนินงาน

รูปภาพที่ 6 การติดตามความคืบหน้า/ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม

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

ประสิทธิภาพปานกลาง หมายถึง กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงานสามารถจัดการหรือควบคุมให้ระดับโอกาสเกิด และ/หรือระดับผลกระทบ คงที่หรือลดลงได้บางส่วน และ/หรือมีปัจจัยภายนอกเข้าคุกคาม ส่งผลให้ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้อย่างเต็มศักยภาพ ดังนั้น กิจกรรมที่มีประสิทธิภาพในระดับนี้อาจยกไปดำเนินการในปีงบประมาณต่อไปได้ โดยต้องพิจารณาลักษณะของกิจกรรมให้ครอบคลุมขึ้น หรือพิจารณาประเด็นจากปัจจัยภายนอกเพิ่มเติมด้วย

ประสิทธิภาพต่ำ หมายถึง กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงานไม่สามารถจัดการหรือควบคุมให้ระดับโอกาสเกิด และ/หรือระดับผลกระทบ คงที่หรือลดลงได้เลย รวมถึงมีปัจจัยภายนอกเข้าคุกคาม จนส่งผลให้ระดับโอกาสเกิด และ/หรือระดับผลกระทบมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นในอนาคต ดังนั้น กิจกรรมที่มีประสิทธิภาพในระดับนี้ จึงไม่สามารถยกไปดำเนินการในปีงบประมาณต่อไปได้

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้ประสานงานด้านความเสี่ยง (Risk Champion) สามารถสอบถามพัฒนาการของการจัดการความเสี่ยง ตลอดจนสามารถนำผลที่ได้ไปใช้ในการพิจารณาปรับปรุง เพิ่ม หรือลดกิจกรรมการควบคุม ในปีงบประมาณต่อไปได้อย่างเหมาะสม

- **ตัวชี้วัดความเสี่ยง (Key Risk Indicator: KRI):** การติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงเป็นการเฝ้าระวัง เพื่อเตือนก่อนที่ความเสี่ยงจะมีโอกาสเกิด และ/หรือมีผลกระทบที่สูงขึ้น ตลอดจนเตือนก่อนที่ความเสี่ยงจะกลายเป็นปัญหา ทั้งนี้ การติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงจะดำเนินการโดยการเปรียบเทียบผลที่ได้ตามตัวชี้วัดในปัจจุบัน กับเป้าหมายเชิงปริมาณที่กำหนดไว้ หากผลตามตัวชี้วัดในปัจจุบันไม่เป็นไปตามเป้าหมาย หรือมีความน่าจะเป็นที่จะไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จะอธิบายได้ว่า ความเสี่ยงดังกล่าวมีแนวโน้มที่โอกาสเกิด และ/หรือผลกระทบจะสูงขึ้น หรืออาจกลายเป็นปัญหาที่ต้องดำเนินการแก้ไข ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวผู้ประสานงานด้านความเสี่ยง (Risk Champion) สามารถสอบทานพัฒนาการของผลตามตัวชี้วัดความเสี่ยง ตลอดจนสามารถนำผลที่ได้ไปใช้ในการพิจารณาปรับปรุง เพิ่ม ลดตัวชี้วัดความเสี่ยงในปีงบประมาณต่อไปได้อย่างเหมาะสม

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.				

กฎระเบียบ หรือ แผนเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดความเสี่ยง

รูปภาพที่ 7 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 8 การติดตามการประเมินระดับความเสี่ยง

ผลลัพธ์ (Output) >> จากข้อมูลนำเข้า (Input) และกระบวนการ (Process) ดังกล่าว คณะฯ จะได้ผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ซึ่งประกอบด้วย ผลลัพธ์ตามกิจกรรมการควบคุมที่ได้ดำเนินการในปีงบประมาณ ผลตามตัวชี้วัดความเสี่ยง การเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยง และ Dashboard แสดงความเคลื่อนไหวของความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ระยะเวลาดำเนินการ

รอบระยะเวลาในการบริหารความเสี่ยงของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 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 เนื่องจากการเก็บข้อมูลเหลือมกับรอบการติดตามความเสี่ยงของคณะฯ ส่งผลให้เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) ส่วนใหญ่ประเมินผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ จากการคาดการณ์แนวโน้มผลการดำเนินการแทนการประเมินโดยใช้ผลการดำเนินการจริง ผลการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงเป็นผลสรุปจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยงเป็นหลัก

มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 3/2561 >> ให้ปรับระยะเวลาการบริหารจัดการความเสี่ยงทั้งระบบอีกครั้ง โดยให้ดำเนินการทั้งปีงบประมาณหรือ 12 เดือน จากการดำเนินการเพียง 8 เดือน ที่มีการดำเนินการต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 เพื่อให้การบริหารจัดการความเสี่ยงของคณะฯ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น สามารถนำผลการดำเนินงานตามข้อเท็จจริงมาใช้พิจารณาได้ตามระยะเวลาที่กำหนด คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ จึงมีมติให้ปรับระยะเวลาการดำเนินงานตามที่กล่าวไว้ข้างต้น และให้ชี้แจงไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดลทราบเนื่องจากการดำเนินการตามนโยบายนี้ จะส่งผลให้คณะฯ ส่งรายงานผลการปฏิบัติตามแผนการจัดการความเสี่ยงล่าช้ากว่าระยะเวลาที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด โดยมีลำดับการดำเนินการ ตามภาพที่ 8 ดังนี้

Risk Management Action Plan	ปีงบประมาณ พ.ศ.																			
	2565					2566										2567				
	พ.ค. 65	มิ.ย. 65	ก.ค. 65	ส.ค. 65	ก.ย. 65	ต.ค. 65	พ.ย. 65	ธ.ค. 65	ม.ค. 66	ก.พ. 66	มี.ค. 66	เม.ย. 66	พ.ค. 66	มิ.ย. 66	ก.ค. 66	ส.ค. 66	ก.ย. 66	ต.ค. 66	พ.ย. 66	
ประเมินความเสี่ยง ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2566			RMC ประจำคณะฯ MU																	
ติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ครั้งที่ 2							RMC ประจำคณะฯ MU													
ติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ครั้งที่ 1													RMC ประจำคณะฯ MU							
ประเมินความเสี่ยง ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2567															RMC ประจำคณะฯ MU					
ติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ครั้งที่ 2																				RMC ประจำคณะฯ MU

รูปภาพที่ 9 ระยะเวลาดำเนินการบริหารความเสี่ยง

1. **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 ส่งรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ภายในเดือนมิถุนายน 2565 เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และนำเสนอต่อ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ รวมถึงคณะกรรมการประจำคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบภายใน เดือนกรกฎาคม 2565 และนำส่งรายงานดังกล่าวไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ภายใน เดือนเดียวกัน
2. **การติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ครั้งที่ 1 ดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2566 – พฤษภาคม 2566**
 - ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดให้ส่งรายงานการปฏิบัติตามแผนการจัดการความเสี่ยง รอบ 6 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566 ภายในวันที่ 30 เมษายน 2566
 - คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กำหนดให้หน่วยงานภายในคณะฯ ส่งรายงานการปฏิบัติตามแผน การจัดการความเสี่ยง รอบ 6 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566 ภายในเดือน เมษายน 2566 เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ รวมถึง คณะกรรมการประจำคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบ ภายในเดือนพฤษภาคม 2566 และนำส่งรายงานดังกล่าว ไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ภายในเดือนเดียวกัน
3. **การประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2566 – กรกฎาคม 2566**
 - ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดให้ส่งรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2566
 - คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กำหนดให้หน่วยงานภายในคณะฯ ส่งรายงานการวิเคราะห์และประเมิน ความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ภายในเดือนมิถุนายน 2566 เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และนำเสนอต่อ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ รวมถึงคณะกรรมการประจำคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบ ภายในเดือนกรกฎาคม 2566 และนำส่งรายงานดังกล่าวไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ภายในเดือนเดียวกัน
4. **การติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ครั้งที่ 2 ดำเนินการระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ระหว่างเดือน สิงหาคม 2566 – พฤศจิกายน 2566**
 - ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดให้ส่งรายงานการปฏิบัติตามแผนการจัดการ ความเสี่ยงรอบ 12 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566 ภายในวันที่ 31 ตุลาคม 2566
 - คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กำหนดให้หน่วยงานภายในคณะฯ ส่งรายงานผลการปฏิบัติตามแผน การจัดการความเสี่ยงรอบ 6 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่ 1 เมษายน 2566 – 30 กันยายน 2566 ภายในเดือนตุลาคม 2566 เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์ผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566 รวมทั้งสิ้น 12 เดือน ก่อนนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ และคณะกรรมการประจำคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบภายในเดือน พฤศจิกายน 2566 และนำส่งรายงาน ดังกล่าว ไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ภายในเดือนเดียวกัน

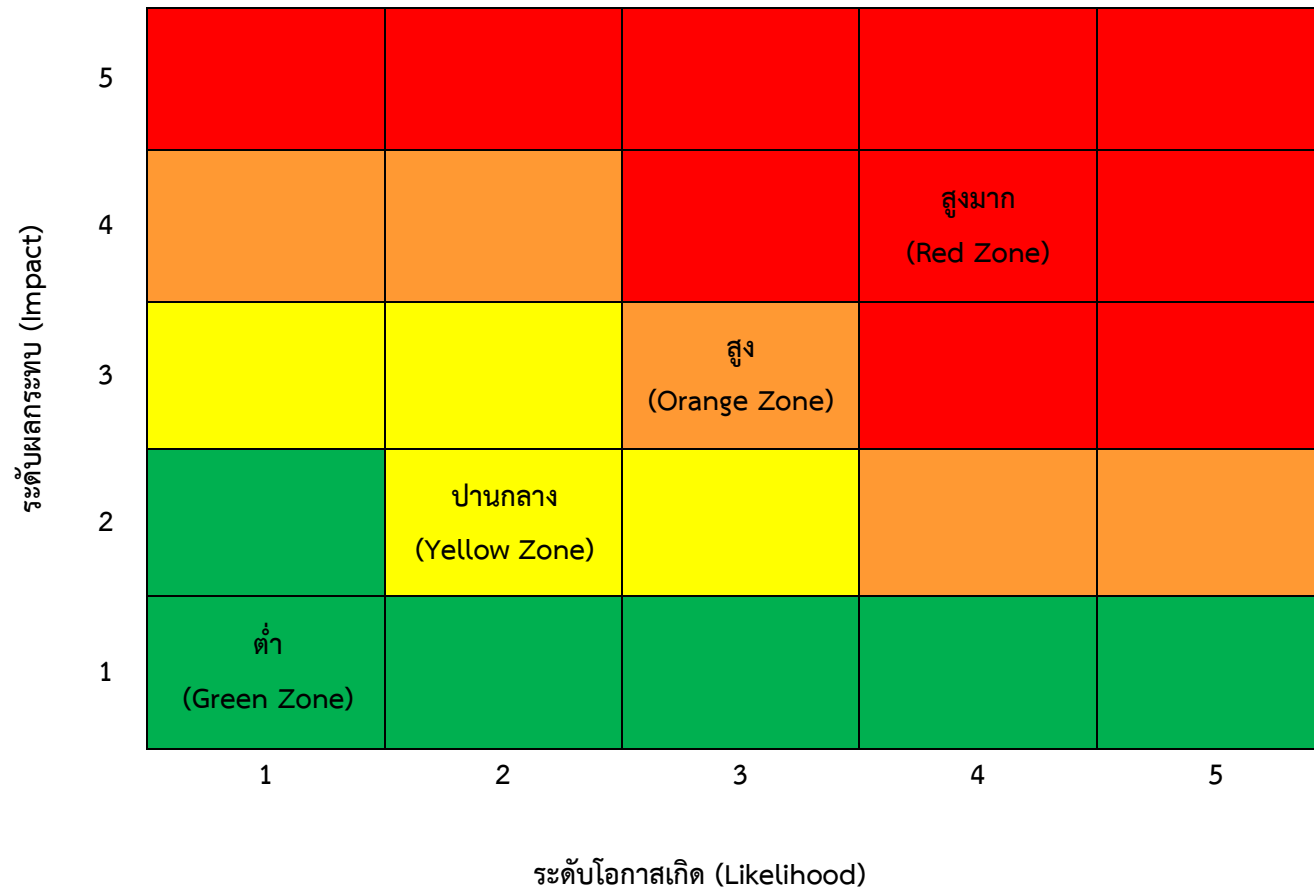
การกำหนดระดับความเสี่ยง

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

ตารางที่ 1 เกณฑ์การประเมินโอกาสเกิด (Likelihood) และผลกระทบ (Impact)

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

ตารางที่ 2 ตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map)



จากตารางที่ 2 สามารถแบ่งระดับความเสี่ยงของคณะฯ เป็น 4 ระดับ ซึ่งในแต่ละระดับมีความหมายและแนวทางการจัดการแตกต่างกัน ตามแนวทางที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด ดังนี้

ตารางที่ 3 ระดับความเสี่ยง ความหมาย และแนวทางการจัดการความเสี่ยง

ระดับความเสี่ยง	ความหมาย	แนวทางการจัดการความเสี่ยง
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 แต่ต้องมีการติดตาม ฝ้าระวัง และกำกับดูแลตามมาตรฐานการควบคุม ที่มีอยู่อย่างสม่ำเสมอ	ระดับการยอมรับได้ : เป็นความเสี่ยงที่สามารถยอมรับได้ แนวทางการจัดการ : สามารถควบคุมความเสี่ยงได้ด้วยงานประจำ แต่สามารถพิจารณากำหนด แผนการจัดการความเสี่ยงเพิ่มเติมได้ หากเห็นสมควร แนวทางการติดตาม : ต้องติดตามและฝ้าระวัง อย่างสม่ำเสมอ
ต่ำ (Green Zone)	เป็นระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ เนื่องจาก มีมาตรการการควบคุมที่เพียงพอ	ระดับการยอมรับได้ : เป็นความเสี่ยงที่สามารถยอมรับได้ แนวทางการจัดการ : สามารถควบคุมความเสี่ยงได้ด้วยงานประจำ ไม่จำเป็นต้องกำหนด แผนการจัดการความเสี่ยง แนวทางการติดตาม : ต้องติดตามและฝ้าระวัง 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/หรือผลกระทบสูงมาก ตามเกณฑ์การประเมินระดับความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยกำหนด ความเสี่ยงลักษณะนี้หากเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อคณะฯ ในระดับที่สูงมาก และ/หรืออาจส่งผลกระทบต่อระดับมหาวิทยาลัยด้วยเช่นกัน ดังนั้น จึงเป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการจัดการอย่างเร่งด่วน และจำเป็นต้องเป็นแผนการจัดการความเสี่ยงใหม่ ที่พิจารณาเพิ่มเติมจากที่มีอยู่ในปัจจุบัน
2. **ระดับความเสี่ยงสูง (Orange Zone)** เป็นความเสี่ยงที่มีระดับโอกาสเกิด และ/หรือผลกระทบสูง ตามเกณฑ์การประเมินระดับความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยกำหนด ความเสี่ยงลักษณะนี้มีโอกาสปรับระดับความเสี่ยงไปอยู่ในระดับความเสี่ยงสูงมาก (Red Zone) หากไม่สามารถบริหารจัดการได้ตามแผนที่กำหนด หรือมีปัจจัยภายนอกเข้าคุกคามจนส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการความเสี่ยง รวมทั้งหากความเสี่ยงลักษณะนี้เกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อคณะฯ ในระดับที่สูง และ/หรืออาจส่งผลกระทบต่อระดับมหาวิทยาลัยด้วยเช่นกัน ดังนั้น จึงเป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ เช่นเดียวกับความเสี่ยงระดับสูงมาก (Red Zone) ต้องมีการจัดการ และต้องเป็นแผนการจัดการความเสี่ยงใหม่ ที่พิจารณาเพิ่มเติมจากที่มีอยู่ในปัจจุบัน

ความเสี่ยงที่บริหารจัดการภายในคณะฯ

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

ความเสี่ยงที่บริหารจัดการภายในคณะฯ ประกอบด้วยความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยง ดังนี้

1. **ระดับความเสี่ยงปานกลาง (Yellow Zone)** เป็นความเสี่ยงที่มีระดับโอกาสเกิด และ/หรือผลกระทบปานกลาง ตามเกณฑ์การประเมินระดับความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยกำหนด ความเสี่ยงลักษณะนี้สามารถกำหนดหรือไม่กำหนดแผนการจัดการความเสี่ยงก็ได้ ขึ้นอยู่กับการประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความเพียงพอของของกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงที่มีอยู่ในปัจจุบัน ร่วมกับการยอมรับความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) โดยยังคงต้องมีการกำกับดูแล ติดตาม และเฝ้าระวังภายในคณะฯ เพื่อควบคุมความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ อย่างสม่ำเสมอ
2. **ระดับความเสี่ยงต่ำ (Green Zone)** เป็นความเสี่ยงที่มีระดับโอกาสเกิด และ/หรือผลกระทบต่ำ 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/หรือผลกระทบของความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ เช่น กำหนดนโยบาย และวิธีการปฏิบัติงานใหม่, การเพิ่มการควบคุม, การฝึกอบรมเพิ่มทักษะ, การปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงาน เป็นต้น
3. **กลยุทธ์การหลีกเลี่ยง (Terminate/Avoid)** เป็นการดำเนินการยกเลิกงาน กิจกรรม หรือโครงการที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง ทั้งนี้ต้องมั่นใจว่าการดำเนินงานโดยรวมจะยังสามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ เช่น ปรับเปลี่ยนเป้าหมาย, ปรับเปลี่ยนนโยบาย, หยุดบางกิจกรรม เป็นต้น
4. **กลยุทธ์การถ่ายโอนหรือกระจายความเสี่ยง (Transfer/Share)** เป็นการหาผู้ร่วมรับผิดชอบความเสี่ยง หรือหาผู้ร่วมจัดการความเสี่ยง โดยแบ่งความเสี่ยงบางส่วนให้แก่บุคคลหรือองค์กรอื่นเพื่อร่วมรับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น เช่น การทำประกันภัย, การร่วมทุน, การหาพันธมิตร เป็นต้น

การเลือกใช้กลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยงตามมาตรฐาน COSO – ERM² คณะฯ ดำเนินการตามแนวทางที่ ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด ตามตารางที่ 4 ดังนี้

ตารางที่ 4 ระดับความเสี่ยงและกลยุทธ์การจัดการความเสี่ยง

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

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

เครื่องมือและการเลือกใช้เครื่องมือในการจัดการความเสี่ยง

การเลือกใช้เครื่องมือในการจัดการความเสี่ยงจะสอดคล้องกับระดับความเสี่ยงและกลยุทธ์การจัดการความเสี่ยงที่กล่าวไปข้างต้น ดังนี้

กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (Existing Control) เป็นเครื่องมือพื้นฐานที่ใช้ในการควบคุมความเสี่ยง มีลักษณะเป็นงานประจำที่สามารถควบคุมโอกาสเกิดความเสี่ยง (สาเหตุ) และ/หรือผลกระทบที่อาจเกิดจากความเสี่ยงได้ในระดับหนึ่ง จึงสามารถใช้เป็นเครื่องมือหลักในการควบคุมความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำ – ปานกลาง ให้ยังคงอยู่ในระดับที่คนๆ สามารถยอมรับได้ สอดคล้องกับกลยุทธ์การยอมรับความเสี่ยง (Take/Accept) และกลยุทธ์การลดความเสี่ยง (Treat/Reduce)

สำหรับความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูง – สูงมาก กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (Existing Control) จะไม่เพียงพอและไม่สามารถควบคุมโอกาสเกิดความเสี่ยง (สาเหตุ) และ/หรือผลกระทบที่อาจเกิดจากความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ ดังนั้น กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (Existing Control) จะถูกระบุเป็นเครื่องมือเบื้องต้นในการควบคุมความเสี่ยงเท่านั้น และจำเป็นต้องพิจารณาเครื่องมือในการจัดการความเสี่ยงอื่น ๆ เพิ่มเติม

กิจกรรมการควบคุมหรือแผนการจัดการความเสี่ยง (Control Activity) เป็นเครื่องมือที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้ในการจัดการความเสี่ยงโดยตรง มีลักษณะเป็นกิจกรรมเฉพาะนอกเหนือจากภาระงานประจำ มุ่งเน้นในการลดโอกาสเกิดความเสี่ยง (สาเหตุ) และ/หรือลดผลกระทบที่อาจเกิดจากความเสี่ยงให้สามารถอยู่ในระดับที่คนๆ สามารถยอมรับได้ โดยการกำหนดกิจกรรมการควบคุมหรือแผนการจัดการความเสี่ยง (Control Activity) ให้สอดคล้องกับสาเหตุ และ/หรือผลกระทบที่ยังไม่สามารถควบคุมได้จากกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (Existing Control)

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

การกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยง

ตัวชี้วัดความเสี่ยง (Key Risk Indicator: KRI) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสังเกตการณ์ความเสี่ยง (Monitor) เพื่อเตือนก่อนที่ความเสี่ยงจะมีโอกาสเกิด และ/หรือผลกระทบที่สูงขึ้น จนอาจกลายเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขในอนาคต มีลักษณะสำคัญคือ ตัวชี้วัดและเป้าหมายของตัวชี้วัดที่กำหนดนั้น ควรเป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่มีความเฉพาะเจาะจง มีทิศทางที่วัดที่ชัดเจน (Specific) สามารถทำการวัดผลและเก็บข้อมูลได้จริง (Measurable) เป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นเป้าหมายที่เป็นไปได้ และสามารถบรรลุผลได้ (Achievable) มีความสมเหตุสมผล สอดคล้องกับความสามารถในการดำเนินการ (Relevant) รวมถึงมีการกำหนดระยะเวลาการวัดที่ชัดเจน (Time Bound) อยู่ในรอบการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงของคณะ 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) ตัวชี้วัดลักษณะนี้จะแจ้งสัญญาณการเปลี่ยนแปลงของสาเหตุและปัจจัยสำคัญต่าง ๆ ที่อาจนำไปสู่ความเสี่ยง จึงเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคาดการณ์โอกาสเกิดความเสี่ยงล่วงหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. วัดจากกระบวนการบริหารความเสี่ยง (Process) ตัวชี้วัดลักษณะนี้จะแจ้งผลลัพธ์ความสำเร็จในการควบคุมสาเหตุและผลกระทบ รวมถึงปัจจัยสำคัญต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง ตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง ทั้งจากกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (Existing Control) และกิจกรรมการควบคุม/แผนการจัดการความเสี่ยง (Control Activity) จึงเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคาดการณ์โอกาสเกิด และ/หรือผลกระทบของความเสี่ยงจากความสามารถของกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง 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) ระหว่างการบริหารความเสี่ยงได้ดียิ่งขึ้น

การกำหนดสถานะการจัดการความเสี่ยง

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กำหนดสถานะความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการจัดการความเสี่ยง เพื่อสร้างความเข้าใจในการสรุปผลการจัดการความเสี่ยงร่วมกันภายในคณะฯ รวมถึงใช้ในการคาดการณ์ความต่อเนื่องของความเสี่ยง และการกำหนดกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสมในอนาคต ทั้งนี้ สามารถแบ่งเป็นสถานะด้านประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง การเคลื่อนไหว และสถานะด้านความสามารถในการจัดการความเสี่ยง ดังนี้

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง

การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง นักบริหารความเสี่ยงจะวิเคราะห์จากภาพรวมของประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม ในการจัดการระดับโอกาสเกิด และ/หรือระดับผลกระทบ ที่เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) รายงานมายังงานบริหารความเสี่ยง ภายหลังการดำเนินการจัดการความเสี่ยงเป็นรายกิจกรรม ตามรูปภาพที่ 9

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 10 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/หรือมีปัจจัยภายนอกเข้ามาคุกคาม ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุมไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ

ประสิทธิภาพต่ำ (สีภายในสัญลักษณ์ความเสี่ยงเป็นสีแดง) หมายถึง กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงานทั้งหมด หรือส่วนใหญ่ ไม่สามารถใช้ในการจัดการความเสี่ยงได้เลย รวมถึงมีปัจจัยภายนอกเข้ามาคุกคาม ส่งผลให้ความเสี่ยงยังคงที่ หรือมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นในอนาคต

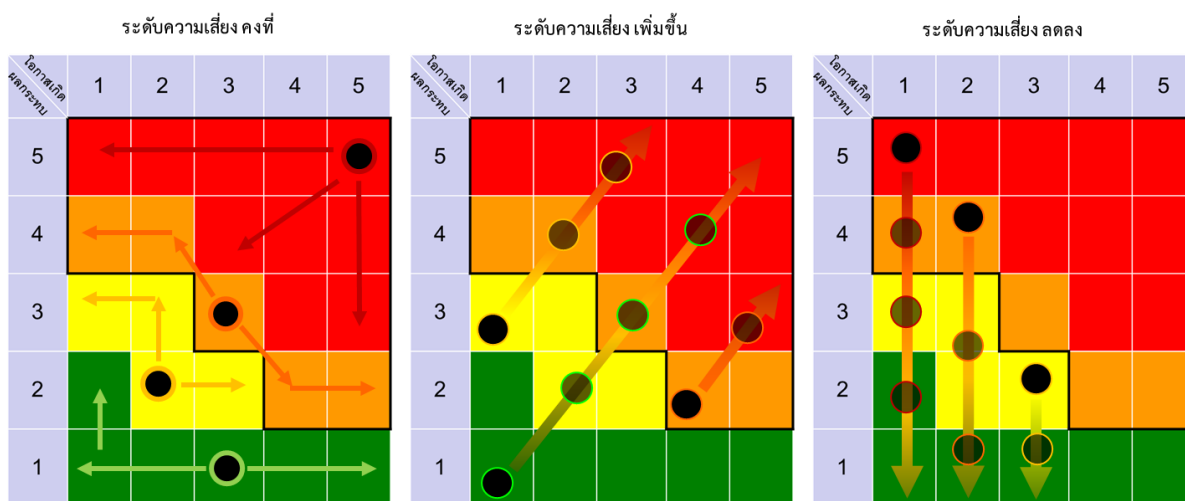
การเคลื่อนไหวภายหลังจากจัดการความเสี่ยง

การระบุการเคลื่อนไหวภายหลังจากจัดการความเสี่ยง นักบริหารความเสี่ยงพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลง Zone ตามตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) ดังนี้

ความเสี่ยงคงที่ คือ ความเสี่ยงที่มีระดับระดับโอกาสเกิด และ/หรือระดับผลกระทบคงที่หรือมีการเปลี่ยนแปลงภายใน Zone เดิม ตามตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) เมื่อเทียบจากการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ

ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น คือ ความเสี่ยงที่มีระดับระดับโอกาสเกิด และ/หรือระดับผลกระทบเปลี่ยนแปลงและส่งผลให้ความเสี่ยงเคลื่อนที่จาก Zone เดิม เข้าสู่ Zone ที่สูงกว่า ตามตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) เมื่อเทียบจากการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ

ความเสี่ยงลดลง คือ ความเสี่ยงที่มีระดับระดับโอกาสเกิด และ/หรือระดับผลกระทบเปลี่ยนแปลงและส่งผลให้ความเสี่ยงเคลื่อนที่จาก Zone เดิม เข้าสู่ Zone ที่ต่ำกว่า ตามตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) เมื่อเทียบจากการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ



รูปภาพที่ 11 การเคลื่อนไหวภายหลังจากจัดการความเสี่ยง

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง

การสรุปความสามารถในการจัดการความเสี่ยง พิจารณาจากระดับการยอมรับความเสี่ยง ร่วมกับประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง และระดับความรุนแรงที่มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด ทั้งนี้ สามารถแบ่งระดับความสามารถในการจัดการความเสี่ยงได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ 6 ประเภท ดังนี้

ตารางที่ 6 ระดับความสามารถในการจัดการความเสี่ยง

ความสามารถในการจัดการฯ (Risk Mgt. Catalog)	ประเภทความสามารถในการจัดการฯ (Type of Risk Management)	การดำเนินการ ในปัจจุบันต่อไป	
		สถานะความต่อเนื่อง ของความเสี่ยง	การกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) แยกตาม Risk Map Zone
อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้	เป็นความเสี่ยง	Green Zone = ไม่จำเป็นต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม Yellow Zone = อาจต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม เพิ่ม/ใหม่ Orange Zone = ควรกำหนดกิจกรรมการควบคุม เพิ่ม/ใหม่ Red Zone = จำเป็นต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม เพิ่ม/ใหม่
สามารถจัดการความเสี่ยงได้	ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว (ตัดออกจาก Risk Map ในปัจจุบันถัดไป โดยอาจนำไปบริหารจัดการต่อ ภายในหน่วยงาน และไม่ต้องรายงานต่อคณะฯ)	ไม่ควรเป็นความเสี่ยง ระดับคณะฯ	-
	เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังคงติดตาม อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ โดยความเสี่ยงต้องอยู่ใน Yellow Zone (ปานกลาง) หรือ Green Zone (ต่ำ)	เป็นความเสี่ยง	Green Zone = ไม่จำเป็นต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม Yellow Zone = อาจต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม เพิ่ม/ใหม่
ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้	ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยง อยู่ในระดับที่ยอมรับได้	ต้องเป็นความเสี่ยง	Yellow Zone = อาจต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม เพิ่ม/ใหม่ Orange Zone = ควรกำหนดกิจกรรมการควบคุม เพิ่ม/ใหม่ Red Zone = จำเป็นต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม เพิ่ม/ใหม่
	เป็นความเสี่ยงที่สำคัญที่อยู่ในระดับที่ยอมรับไม่ได้ แม้จะ ควบคุมความเสี่ยงเต็มที่แล้ว (Maximum Capacity)	ต้องเป็นความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุมและตัวชี้วัดความเสี่ยง ไม่สามารถควบคุม หรือจัดการความเสี่ยงได้ และ/หรือ มีแนวโน้มที่ระดับความเสี่ยง จะเพิ่มขึ้น จึงจำเป็นต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม เพิ่ม/ ใหม่
สิ้นสุดหรือยุติความเสี่ยง	สิ้นสุดหรือยุติความเสี่ยง	ไม่ควรเป็นความเสี่ยง	-

กระบวนการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ดำเนินงานตามกระบวนการที่ได้รับมติจากคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 3/2561 สามารถสรุปภาพรวมเพื่อใช้สื่อสารสร้างความเข้าใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยง ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ตามรูปภาพที่ 12



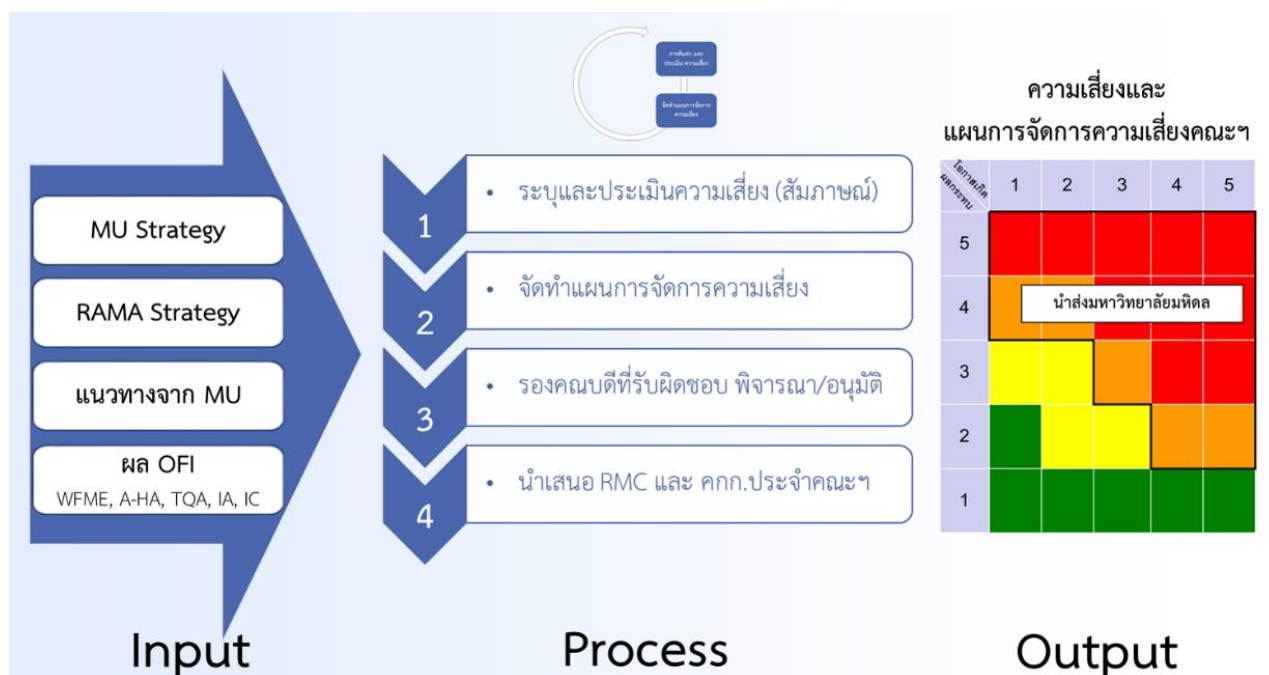
รูปภาพที่ 12 กระบวนการบริหารความเสี่ยง

จากรูปภาพที่ 12 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



รูปภาพที่ 13 กระบวนการประเมินความเสี่ยง

กระบวนการที่ 1 เตรียมการประเมินความเสี่ยง งานบริหารความเสี่ยง จัดทำข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมิน และจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ จากแผนยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2563-2566 แผนยุทธศาสตร์ระดับคณะฯ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2567 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. 2566 ที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย ตามรายละเอียดที่ระบุไว้ในหัวข้อขอบเขตการบริหารความเสี่ยง มิติที่ 3 ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง (Components of Enterprise Risk Management: Method)

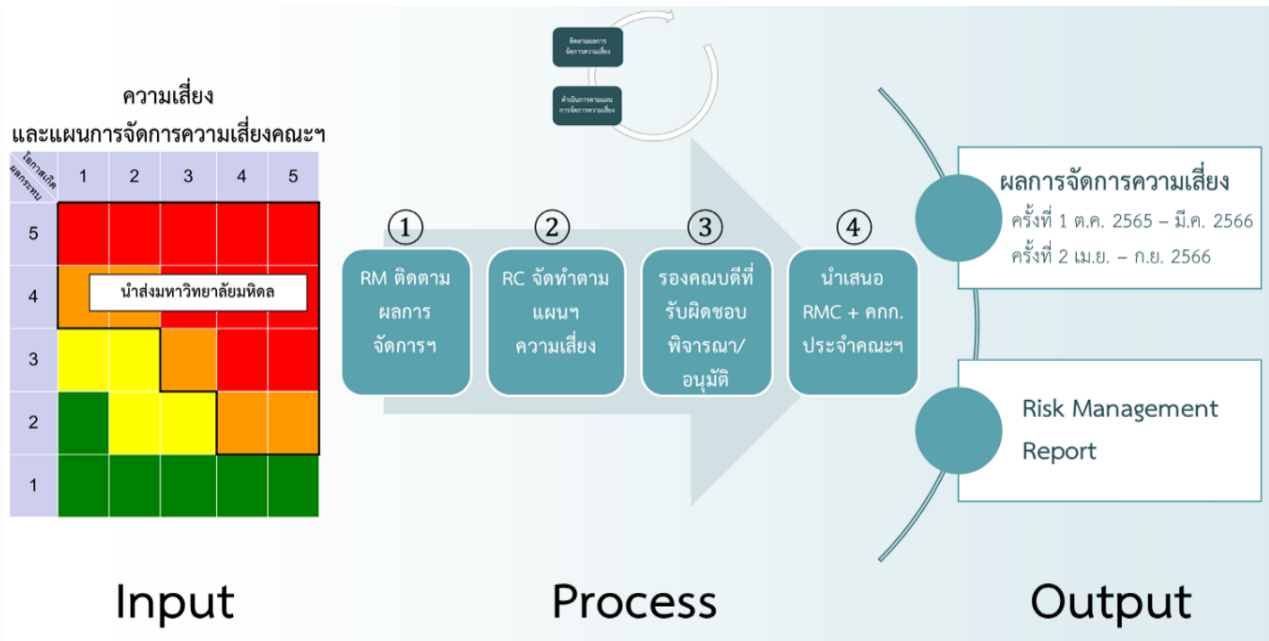
กระบวนการที่ 2 ดำเนินการประเมินความเสี่ยง งานบริหารความเสี่ยงและเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม 2565 – มิถุนายน 2565 ดังนี้

1. งานบริหารความเสี่ยงเข้าสัมภาษณ์รองคณบดีฝ่ายต่าง ๆ และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหา วิเคราะห์ ระบุ ประเมิน และจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พร้อมทั้งสรุปข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์
2. งานบริหารความเสี่ยงจัดทำและนำส่งหนังสือการประเมินความเสี่ยงและจัดทำแผนจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ไปยังเจ้าของความเสี่ยง เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล รวมถึงเพิ่มเติม และ/หรือปรับแก้ข้อมูลความเสี่ยงให้ครบถ้วนสมบูรณ์
3. หน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง จัดทำรายงานการประเมินความเสี่ยงและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และนำเสนอต่อรองคณบดีที่กำกับ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ก่อนส่งกลับมายังงานบริหารความเสี่ยง ตามระยะเวลาที่กำหนด
4. งานบริหารความเสี่ยงรวบรวม และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าของความเสี่ยง พร้อมทั้งให้คำปรึกษา แจ้งข้อเสนอแนะ รวมถึงขอข้อมูลในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนเพิ่มเติม เพื่อให้เจ้าของความเสี่ยงดำเนินการแก้ไข และนำเสนอต่อรองคณบดีที่กำกับ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ก่อนส่งกลับมายังงานบริหารความเสี่ยงอีกครั้ง

กระบวนการที่ 3 ดำเนินการวิเคราะห์ และนำเสนอรายงานการประเมินความเสี่ยง งานบริหารความเสี่ยงรวบรวม วิเคราะห์ สรุป และนำเสนอผลการประเมินความเสี่ยง เสร็จสิ้นภายในเดือนกรกฎาคม 2565 ดังนี้

1. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบ รวมทั้งให้ข้อเสนอเพื่อปรับแก้ไข ก่อนนำเสนอ คณะกรรมการประจำคณะฯ ต่อไป
2. คณะกรรมการประจำคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบ รวมทั้งให้ข้อเสนอเพื่อปรับแก้ไข ก่อนจัดทำรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ และนำเสนอมหาวิทยาลัยมหิดลต่อไป
3. งานบริหารความเสี่ยงจัดทำรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อนำส่งมหาวิทยาลัยมหิดล

กระบวนการติดตามความเสี่ยง



รูปภาพที่ 14 กระบวนการติดตามความเสี่ยง

กระบวนการที่ 1 ดำเนินการจัดการความเสี่ยง หน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง ดำเนินการจัดการความเสี่ยงตามแผนที่กำหนดไว้จากกระบวนการประเมินความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เมื่อเดือนกรกฎาคม 2565 ที่ผ่านมา

กระบวนการที่ 2 ดำเนินการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง งานบริหารความเสี่ยงและเจ้าของความเสี่ยงดำเนินการ ดังนี้

- งานบริหารความเสี่ยงส่งหนังสือการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ไปยังหน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง ปีงบประมาณละ 2 ครั้ง
 - ครั้งที่ 1** ส่งหนังสือการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงในเดือนมีนาคม 2566 โดยจะติดตามข้อมูลผลการจัดการความเสี่ยงช่วงระยะเวลาระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566
 - ครั้งที่ 2** ส่งหนังสือการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงในเดือนกันยายน 2566 โดยจะติดตามข้อมูลผลการจัดการความเสี่ยงช่วงระยะเวลาระหว่าง 1 เมษายน 2566 – 30 กันยายน 2566
- หน่วยงานเจ้าของความเสี่ยงรายงานผลการจัดการความเสี่ยงและนำเสนอต่อรองคณบดีที่กำกับ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ก่อนส่งกลับมายังงานบริหารความเสี่ยงตามระยะเวลาที่กำหนด
- งานบริหารความเสี่ยงรวบรวมและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าของความเสี่ยง พร้อมทั้งให้คำปรึกษาแจ้งข้อเสนอแนะ รวมถึงขอข้อมูลในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนเพิ่มเติม เพื่อให้เจ้าของความเสี่ยงดำเนินการแก้ไข และนำเสนอต่อรองคณบดีที่กำกับ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ก่อนส่งกลับมายังงานบริหารความเสี่ยงอีกครั้ง

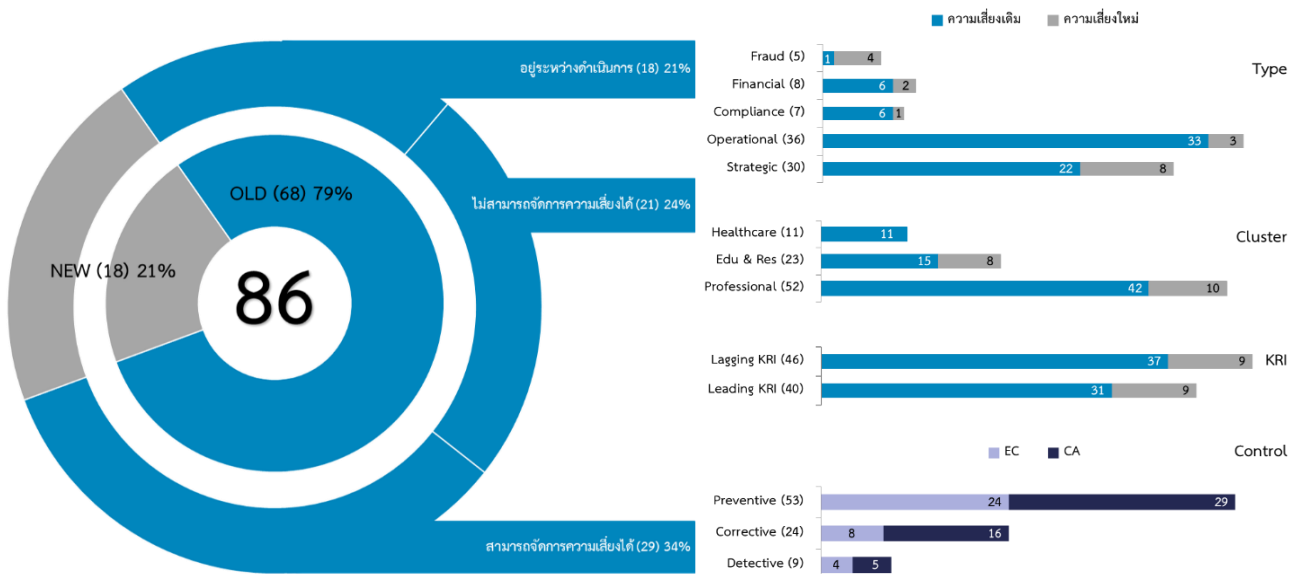
กระบวนการที่ 3 ดำเนินการวิเคราะห์และนำเสนอผลการจัดการความเสี่ยง งานบริหารความเสี่ยงรวบรวมวิเคราะห์ สรุป และนำเสนอผลการจัดการความเสี่ยง ครั้งที่ 1 เดือนพฤษภาคม 2566 ครั้งที่ 2 เดือนพฤศจิกายน 2566 ดังนี้

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

ผลการบริหารความเสี่ยง การประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง

ภาพรวมผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง

จากการดำเนินงานเพื่อประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่า คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีความเสี่ยงทั้งสิ้นจำนวน 86 ความเสี่ยง สามารถอธิบายในภาพรวมได้ ดังนี้



รูปภาพที่ 15 ภาพรวมผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง

ความเสี่ยงเดิมและความเสี่ยงใหม่

เมื่อพิจารณาจากลักษณะของทั้ง 86 ความเสี่ยง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงเดิมที่ยกมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และบางส่วนเป็นความเสี่ยงใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 สามารถอธิบายรายละเอียดได้ ดังนี้

ความเสี่ยงใหม่: ความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้เป็นความเสี่ยงใหม่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีจำนวน 18 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 21 (18x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด ทั้งนี้ พบว่าความเสี่ยงใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เกิดจากหลายปัจจัยโดยสามารถสรุปได้ดังนี้

1. การพิจารณาความเสี่ยงใหม่ตามแนวทางการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) เรื่องการป้องกันการทุจริตตามประเด็นที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย ส่งผลให้หน่วยงานในพันธกิจต่าง ๆ พิจารณาความเสี่ยงของการดำเนินงานที่อาจก่อให้เกิดการทุจริต (Fraud Risk) หรือการขัดกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนกับผลประโยชน์ส่วนรวม (Conflict of Interest) อย่างครอบคลุมและรัดกุมมากขึ้นกว่าปีงบประมาณที่ผ่านมา
2. การพิจารณาความเสี่ยงใหม่จากการขยายตัวของคณะฯ ไปยังสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ ซึ่งมีโครงสร้างองค์กร โครงสร้างบริหาร และโครงสร้างการกำกับดูแล (Governance Structure) บางส่วนแตกต่างและแยกจากส่วนกลางของคณะฯ ส่งผลให้พบการระบุความเสี่ยงในลักษณะเดียวกับคณะฯ หรือคล้ายคลึงกับคณะฯ เนื่องจาก

เกิดจากปัจจัยเดียวกันหรือคล้ายกัน ตามลักษณะธรรมชาติของการดำเนินงาน ทั้งในพันธกิจด้านการศึกษ การวิจัย สารสนเทศ และการพัสดุ

3. การพิจารณาความเสี่ยงใหม่จากปัจจัยภายนอกที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 หน่วยงานในพันธกิจต่าง ๆ ยังคงพิจารณาความเสี่ยงในประเด็นการดำเนินงานให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 อย่างต่อเนื่อง ในขณะที่พบการระบุความเสี่ยงจากการกระตุ้นของปัจจัยภายนอก ซึ่งแม้จะไม่ได้ส่งผลกระทบต่อคณะฯ โดยตรง แต่ส่งผลต่อการสร้างความตระหนักในการบริหารความเสี่ยงภายในคณะฯ ส่งผลให้หน่วยงานในพันธกิจที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่าง ๆ พิจารณาความเสี่ยงอย่างครอบคลุมและรัดกุมมากขึ้น ทั้งในประเด็นด้าน Financial Crisis จากสถานการณ์โลกและประเด็นจากสารเคมีรั่วไหลในจังหวัดนครปฐม
4. การพิจารณาความเสี่ยงใหม่เพื่อให้ครอบคลุมการดำเนินงานตามนโยบายของคณะฯ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 คณะฯ เน้นไปที่การดำเนินโครงการอาคารโรงพยาบาลและย่านนวัตกรรมโยธี และการขอรับรางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award: TQA) ไปจนถึงพบการประเมินความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงแนวทางการดำเนินงานด้านการเงินในพันธกิจด้านการวิจัย
5. การพิจารณาความเสี่ยงใหม่จากการดำเนินงานเชิงรุกของทีมนักบริหารความเสี่ยงระดับพันธกิจ ดังนี้
 - 1) การบรรจุวาระเพื่อพิจารณาประเด็นความเสี่ยงใหม่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ผ่านกลไกการให้ความเห็นตามมติของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ (Top Down)
 - 2) จัดทำตัวอย่างรายการความเสี่ยงตามประเด็นที่ต้องดำเนินการ (Risk Catalog) เพื่อนำเสนอต่อหน่วยงานต่าง ๆ ผ่านกลไกการสัมภาษณ์เพื่อประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ

ความเสี่ยงเดิม: ความเสี่ยงเดิมที่ยกมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ทั้งสิ้นจำนวน 68 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 79 (68x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด แบ่งตามความสามารถในการจัดการความเสี่ยงที่ยกมา ดังนี้

1. ความเสี่ยงอยู่ในระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้ มีจำนวน 18 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 26 (18x100/68) ของความเสี่ยงเดิมทั้งหมด ความเสี่ยงที่มีความสามารถในการจัดการระดับนี้ เป็นความเสี่ยงที่ยังดำเนินการตามกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ไม่เสร็จสิ้นภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เนื่องจากการดำเนินงานตามแผนประจำปีการศึกษา³ หรือแผนตามปฏิทิน (1 มกราคม 2565 – 31 ธันวาคม 2565) หรือแผนโครงการต่อเนื่อง (ดำเนินการต่อเนื่อง 3 – 5 ปี) จึงไม่สามารถประเมินผลการจัดการความเสี่ยงได้ภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และจำเป็นต้องยกมาบริหารจัดการต่อ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ต่อไป
2. ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ : ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้และต้องจัดการต่อเพื่อลดระดับความเสี่ยง มีจำนวน 21 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 31 (21x100/68) ของความเสี่ยงเดิมทั้งหมด ความเสี่ยงที่มีความสามารถในการจัดการระดับนี้ เป็นความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถควบคุมหรือจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่คณะฯ สามารถยอมรับได้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำเป็นต้องยกมาบริหารจัดการต่อ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
3. สามารถจัดการความเสี่ยงได้ : เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังคงติดตามอย่างต่อเนื่องเนื่องจากเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ มีจำนวนความเสี่ยงมากที่สุดถึง 29 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 43 (29x100/68) ของความเสี่ยงเดิมทั้งหมด ความเสี่ยงที่มีความสามารถในการจัดการระดับนี้ เป็นความเสี่ยงที่คณะฯ สามารถควบคุมหรือจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้แล้วในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

3 - ปีการศึกษา 2565 หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต เริ่ม 1 สิงหาคม 2565 – 31 พฤษภาคม 2566

- ปีการศึกษา 2565 หลักสูตรแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด เริ่ม 1 กรกฎาคม 2565 – 30 มิถุนายน 2566

แต่ได้รับการพิจารณาให้ยกมาติดตามและควบคุมต่อไปในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ที่ระดับความเสี่ยงปานกลางและระดับความเสี่ยงต่ำ

ประเภทของความเสี่ยง

เมื่อพิจารณาประเภทของความเสี่ยง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) และความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) โดยพบว่ามีความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) และความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) บางส่วน ในขณะที่พบความเสี่ยงด้านทุจริต (Fraud Risk) เพียงเล็กน้อย ดังนี้

1. ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) แทนด้วยสัญลักษณ์ S จำนวน 30 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 35 ($30 \times 100 / 86$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ความเสี่ยงประเภทนี้มีมากเป็นอันดับ 2 เนื่องจาก ความเสี่ยงระดับองค์กร (Enterprise Risk Management: ERM) จะพิจารณาจากแผนยุทธศาสตร์เป็นกรอบในการดำเนินงาน จึงทำให้พบความเสี่ยงประเภทนี้ในทุกพันธกิจ โดยปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) ของคณะฯ ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 22 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่ที่มีสัดส่วนของจำนวนความเสี่ยงใหม่ที่มีมากที่สุดในปีงบประมาณ จำนวนถึง 8 ความเสี่ยง ซึ่งเป็นผลจากการพิจารณาความเสี่ยงให้ครอบคลุมการดำเนินงานตามนโยบายของคณะฯ ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เน้นไปที่การขยายการดำเนินงานไปยังสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ การดำเนินโครงการอาคารโรงพยาบาลและยานวัตกรรมโยธี การขอรับรางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award: TQA) และการดำเนินงานตามแนวทางการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) ไปจนถึงพบการประเมินความเสี่ยงจากปัจจัยภายนอกที่มีการเปลี่ยนแปลงในประเด็นด้าน Financial Crisis จากสถานการณ์โลกซึ่งส่งผลกระทบต่อยุทธศาสตร์ของคณะฯ ในปีนี้ด้วยเช่นกัน
2. ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) แทนด้วยสัญลักษณ์ O จำนวน 36 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 42 ($36 \times 100 / 86$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 33 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 3 ความเสี่ยง ความเสี่ยงประเภทนี้พบได้ในทุกพันธกิจจึงมีจำนวนมากที่สุด เนื่องจากเกี่ยวข้องกับกระบวนการในการดำเนินงานต่าง ๆ ทั้งในพันธกิจหลักและพันธกิจสนับสนุน สอดคล้องกับธรรมชาติของความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ที่มักพบมากที่สุดในทุกองค์กร
3. ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) แทนด้วยสัญลักษณ์ F จำนวน 8 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 9 ($8 \times 100 / 86$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 6 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่ จำนวน 2 ความเสี่ยง ซึ่งยังคงเป็นผลจากการระบุความเสี่ยงผ่านกลไกคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ (Top Down) ที่มีมติให้ประเด็นสถานะทางการเงินเป็นความเสี่ยงใหญ่ ที่ต้องบริหารจัดการในลักษณะเป็น Cross-Functional Management มีคณะกรรมการบริหารคณะฯ เป็นเจ้าของความเสี่ยง และมีพันธกิจต่าง ๆ ร่วมรับผิดชอบ ส่งผลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังคงต้องบริหารจัดการความเสี่ยงในประเด็นนี้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ พบการประเมินความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงแนวทางการดำเนินงานด้านการเงินในพันธกิจด้านการวิจัย ในปีงบประมาณนี้ด้วย
4. ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) แทนด้วยสัญลักษณ์ C จำนวน 7 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 8 ($7 \times 100 / 86$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 6 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 1 ความเสี่ยง ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายต่าง ๆ ที่คณะฯ ต้องปฏิบัติตาม รวมทั้งครอบคลุมถึงประเด็นที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย ทั้งในพันธกิจด้านกฎหมาย และพันธกิจด้านการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

5. ความเสี่ยงด้านทุจริต (Fraud Risk) แทนด้วยสัญลักษณ์ Fr จำนวน 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 6 (5x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 1 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 4 ความเสี่ยง โดยความเสี่ยงทั้งหมดเกิดจากการดำเนินงานเชิงรุกของทีมนักบริหารความเสี่ยงระดับพันธกิจ ในการจัดทำตัวอย่างรายการความเสี่ยง (Risk Catalog) ตามประเด็นการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส ในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) เรื่อง การป้องกันการทุจริตตามประเด็นที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย โดยนำเสนอตัวอย่างรายการความเสี่ยงของการดำเนินงานที่อาจก่อให้เกิดการทุจริต (Fraud Risk) หรือการขัดกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนกับผลประโยชน์ส่วนรวม (Conflict of Interest) ต่อหน่วยงานต่าง ๆ ผ่านกลไกการสัมภาษณ์เพื่อประเมินความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ ส่งผลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเห็นภาพความเสี่ยงและนำไปบริหารจัดการในส่วนที่เกี่ยวข้อง เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

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 23 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 27 (23x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 15 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 8 ความเสี่ยง
2. Cluster Healthcare System จำนวน 11 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 13 (11x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 15 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 8 ความเสี่ยง
3. Cluster Professional Service มีความเสี่ยงมากที่สุดจำนวน 52 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 60 (52x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 42 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 10 ความเสี่ยง

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

ตารางที่ 7 จำนวนความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster จำแนกตามพันธกิจ ประเภท และลักษณะของความเสี่ยง

พันธกิจด้าน	จำนวน ความเสี่ยงรวม	ความเสี่ยงเดิม						ความเสี่ยงใหม่					
		S	O	C	F	Fr	รวม	S	O	C	F	Fr	รวม
Cluster Education and Research													
การศึกษา	12	4	4	0	0	0	8	2	0	0	0	2	4
การวิจัย	6	1	1	1	0	0	3	0	1	0	1	1	3
กิจการนักศึกษา	2	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
วิเทศสัมพันธ์	3	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Cluster Healthcare System													
การดูแลสุขภาพ	7	3	3	0	1	0	7	0	0	0	0	0	0
ศูนย์เพื่อความเป็นเลิศ	2	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
ศูนย์สนับสนุนพันธกิจ	2	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Cluster Professional Service													
บริหารทุนมนุษย์	5	2	1	0	1	0	4	1	0	0	0	0	1
สารสนเทศ	9	4	2	1	0	0	7	1	0	0	0	1	2
การคลัง	4	0	0	0	3	0	3	0	0	0	1	0	1
การพัสดุ	5	0	1	2	0	1	4	0	0	1	0	0	1
วิชาการและวัฒนธรรม	3	0	1	0	1	0	2	0	1	0	0	0	1
คุณภาพ	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก	11	0	10	0	0	0	10	0	1	0	0	0	1
สื่อสารองค์กร	4	0	4	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0
สร้างเสริมสุขภาพ	2	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
นโยบายและแผน	3	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
กฎหมาย	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
บริหารความเสี่ยง	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
บริหารโครงการ	2	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
รวม	86	22	33	6	6	1	68	8	3	1	2	4	18

ลักษณะของกิจกรรมการควบคุม

เมื่อพิจารณาลักษณะของแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่า คณะฯ ใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ดังนี้

- ใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มากถึงจำนวน 50 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 58 (50x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด ครอบคลุมตั้งแต่ระดับความเสี่ยงสูงมาก ไปจนถึงระดับความเสี่ยงต่ำ กระจายตัวทั่วตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) เนื่องจาก กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) หรืองานประจำไม่เพียงพอในการควบคุมหรือจัดการความเสี่ยง
- ใช้กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบันหรืองานประจำ (Existing Control) จำนวน 36 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 42 (36x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด ส่วนใหญ่พบในความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลาง ไปจนถึงระดับความเสี่ยงต่ำ ที่มีการบริหารจัดการความเสี่ยงมาแล้วระยะหนึ่ง รวมถึงพบว่า กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบันหรืองานประจำ (Existing Control) เพียงพอในการควบคุมหรือจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่คณะฯ สามารถยอมรับได้

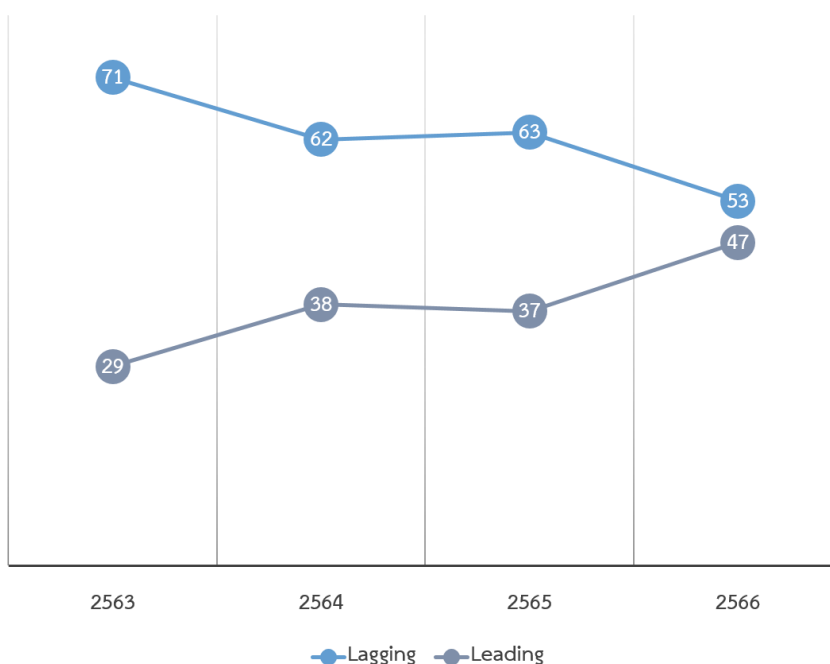
ทั้งนี้ เมื่อแบ่งประเภทของกิจกรรมการควบคุมทั้งจากกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) พบว่า คณะฯ ใช้กิจกรรมการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control) เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงมากที่สุด ที่จำนวน 53 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 62 (53x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด โดยใช้กิจกรรมการควบคุมแบบแก้ไข (Corrective Control) ในการแก้ปัญหาที่พบในปัจจุบัน หรือใช้ในการรองรับสถานการณ์ (แก้ไข) หากความเสี่ยงกลายเป็นปัญหา จำนวน 24 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 28 (24x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด และใช้กิจกรรมการควบคุมแบบค้นหา (Detective Control) ในการค้นหาข้อควรพัฒนา (Weaknesses/Threats) ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในอนาคต จำนวน 9 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 10 (9x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด

เมื่อพิจารณาจากสัดส่วนดังกล่าวพบว่า คณะฯ ใช้กิจกรรมการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control) ในสัดส่วนที่มากที่สุด ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 เนื่องจากยังคงนำข้อควรพัฒนา (Weaknesses/Threats) ที่พบจากการพิจารณาระบบ และ/หรือกระบวนการงานประจำ มากำหนดเป็นกิจกรรมการควบคุม เพื่อใช้ในการป้องกันเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 คณะฯ ใช้กิจกรรมการควบคุมแบบแก้ไข (Corrective Control) เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เนื่องจาก หน่วยงานในพันธกิจต่าง ๆ ระบุและกำหนดกิจกรรมการควบคุมจากประเด็นโอกาสพัฒนาที่พบในรายงาน Opportunities for Improvement (OFI) ในลักษณะของการแก้ไขประเด็นที่พบ (แก้ไขปัญหา) ผ่านกลไกการบริหารความเสี่ยงเชิงรุกของทีมนักบริหารความเสี่ยง โดยการให้ประเด็นเสนอแนะและยกตัวอย่างกิจกรรมการควบคุมต่อเจ้าของความเสี่ยงโดยตรง ทั้งนี้พบการใช้กิจกรรมการควบคุมแบบค้นหา (Detective Control) เพื่อค้นหาประเด็นปัญหาที่แท้จริง (Root Cause Analysis) เพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยง

การพัฒนาการกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยง ให้สามารถใช้เป็นเครื่องมือเตือน (Early Warning) ระหว่างการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลนั้น งานบริหารความเสี่ยงดำเนินการเชิงรุกอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ผ่านการให้ประเด็นเสนอแนะ และยกตัวอย่างการกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยงจากการพิจารณาแหล่งที่มาของตัวชี้วัดความเสี่ยงโดยวิธีระบบ (System Approach) ต่อเจ้าของความเสี่ยง (ตามรายละเอียดที่ระบุไว้ในหัวข้อการกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยง) ซึ่งพบว่าภายหลังการดำเนินงานดังกล่าว เจ้าของความเสี่ยงยังคงนิยมใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) เนื่องจากการใช้เป้าหมายของการดำเนินงานตามกิจกรรม และใช้ตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) มากำหนดเป็นตัวชี้วัดความเสี่ยง จะสอดคล้องกับการดำเนินงานตามภาระงานประจำ ง่ายต่อการเก็บข้อมูล และสามารถให้ผลลัพธ์ได้อย่างเป็นรูปธรรมโดยไม่ต้องตีความ

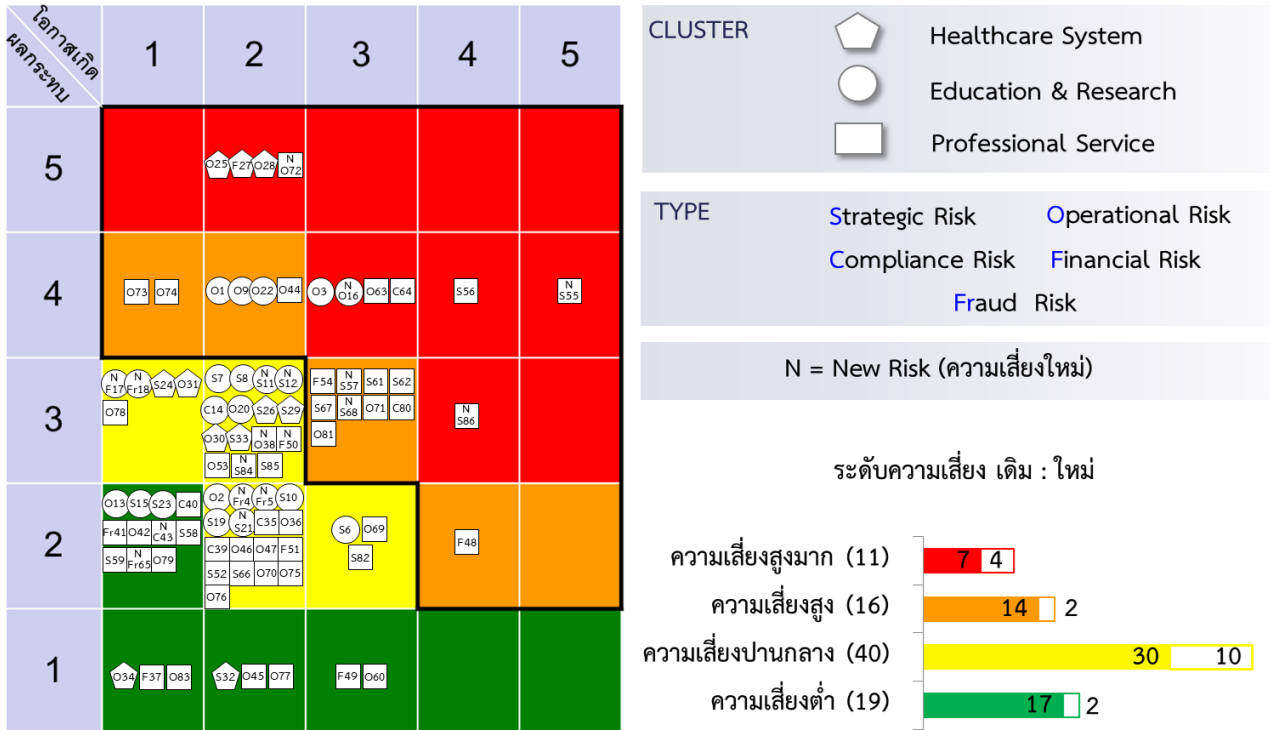
แต่เมื่อพิจารณาร้อยละของตัวชี้วัดความเสี่ยงทั้ง 2 พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) และตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) มีร้อยละที่ใกล้เคียงกันมากขึ้น ตามรูปภาพที่ 16 แสดงถึงความก้าวหน้าของการดำเนินงานในการพัฒนาการกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยงให้สามารถใช้เป็นเครื่องมือเตือน (Early Warning) ระหว่างการบริหารความเสี่ยงได้เพิ่มขึ้น ดังนั้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 งานบริหารความเสี่ยงจึงยังคงต้องดำเนินงานเพื่อพัฒนาการกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยงของคณะฯ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง



รูปภาพที่ 16 สัดส่วนระหว่างตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) และตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator)

ระดับความเสี่ยงของคณะฯ

เมื่อพิจารณาระดับความเสี่ยงของคณะฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่า มีระดับความเสี่ยงครอบคลุม ตั้งแต่ระดับความเสี่ยงสูงมากไปจนถึงระดับความเสี่ยงต่ำ กระจายตัวทั่วตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) ดังนี้



รูปภาพที่ 17 ระดับความเสี่ยงของคณะฯ

1. ระดับความเสี่ยงสูงมาก (Red Zone) จำนวน 11 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 13 (11x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 7 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 4 ความเสี่ยง
2. ระดับความเสี่ยงสูง (Orange Zone) จำนวน 16 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 19 (16x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 14 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 2 ความเสี่ยง
3. ระดับความเสี่ยงปานกลาง (Yellow Zone) มีความเสี่ยงมากที่สุดจำนวน 40 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 45 (40x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 30 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 10 ความเสี่ยง
4. ระดับความเสี่ยงต่ำ (Green Zone) จำนวน 19 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 22 (19x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 17 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 2 ความเสี่ยง

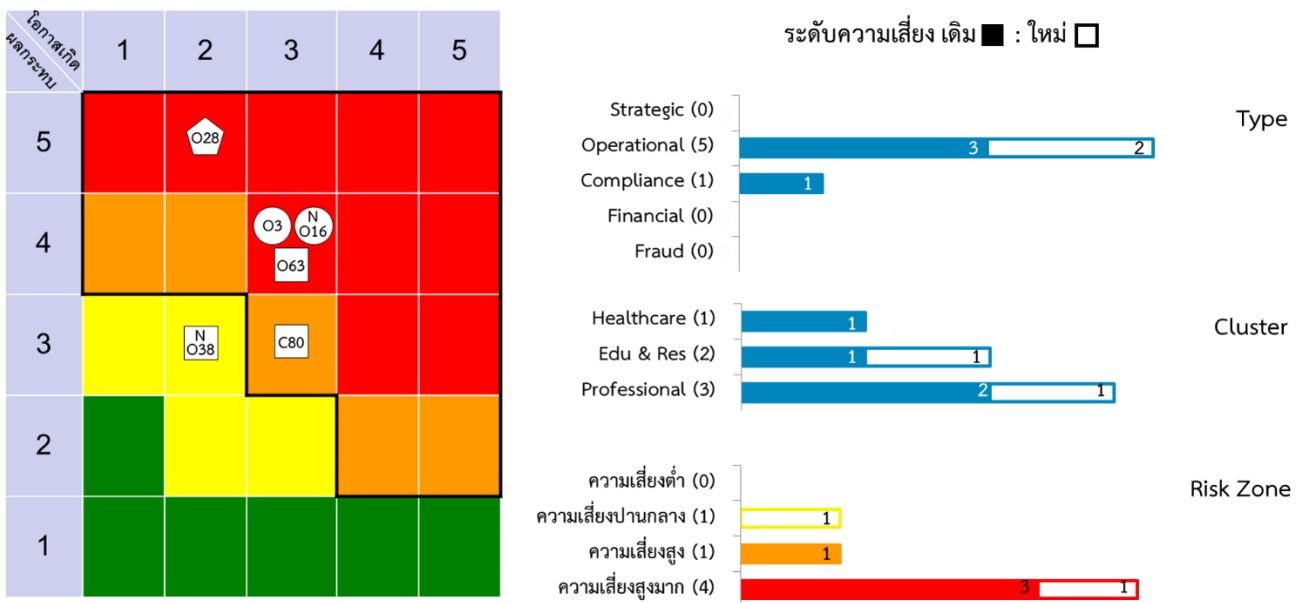
เมื่อวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงในภาพรวมพบว่า ความเสี่ยงของคณะฯ ส่วนใหญ่ เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งจากความเสี่ยงเดิมที่ยกมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ซึ่งได้รับการพิจารณาว่าเป็นความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ยังคงต้องได้รับการติดตาม แม้จะมีการบริหารจัดการตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และจากการพิจารณาความเสี่ยงใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อให้ครอบคลุมการดำเนินงานตามนโยบายของคณะฯ ทั้งจากการขยายการดำเนินงานไปยังสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ และการดำเนินงานตามแนวทางการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) ไปจนถึงพบการประเมินความเสี่ยงจากปัจจัยภายนอกที่มีการเปลี่ยนแปลงในประเด็นด้าน Financial Crisis จากสถานการณ์โลกซึ่งส่งผลกระทบต่อยุทธศาสตร์ของคณะฯ ทั้งนี้ พบว่าความเสี่ยงใหม่ดังกล่าวมีการดำเนินงานตามคุณภาพมาตรฐาน หรือกฎระเบียบข้อบังคับการปฏิบัติงานอยู่แล้ว เพียงแต่ระบุให้เป็นความเสี่ยงเพิ่มเติมตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ ให้ครบถ้วน ครอบคลุมเท่านั้น

สำหรับความเสี่ยงระดับอื่น ๆ พบว่าส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงเดิมที่ยกมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เช่นเดียวกับความเสี่ยงปานกลาง (Yellow Zone) และมีความเสี่ยงใหม่เพียงเล็กน้อย จึงสามารถอธิบายลักษณะในภาพรวมได้ว่า ความเสี่ยงต่ำ (Green Zone) เป็นความเสี่ยงที่มีการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน เช่นเดียวกับความเสี่ยงปานกลาง (Yellow Zone) ในขณะที่ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงมาก (Red Zone) และสูง (Orange Zone) ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงธรรมชาติของลักษณะองค์กรหรือลักษณะงาน ตั้งแต่ระดับนโยบาย มาตรฐานการปฏิบัติงาน ไปจนถึงระดับกระบวนการสำคัญที่ต้องใช้เวลาและอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ทั้งภายในและภายนอกคณะฯ รวมถึงพบว่ามักมีปัจจัยภายนอกเข้ากระทบต่อการดำเนินงาน จำเป็นต้องบริหารจัดการอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่อง

ภาพรวมความเสี่ยงที่มีประเด็นเกี่ยวข้องกัน

เมื่อพิจารณาลักษณะของความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ทั้ง 86 ความเสี่ยง ยังคงพบความเสี่ยงที่มีประเด็นเกี่ยวข้องกัน 3 ประเด็นใหญ่ ๆ ต่อเนื่องมาจากประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ได้แก่ ความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ โดยสามารถสรุปภาพรวมของความเสี่ยงแยกตามประเด็นได้ ดังนี้

ความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562



รูปภาพที่ 18 ความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

ความเสี่ยงเดิมและความเสี่ยงใหม่: ความเสี่ยงในประเด็นนี้ เป็นหนึ่งในความเสี่ยงตามประเด็นที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ทั้งสิ้นจำนวน 6 ความเสี่ยง เป็นความเสี่ยงเดิมจำนวน 4 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 2 ความเสี่ยง โดยหน่วยงานในพันธกิจต่าง ๆ ยังคงพิจารณาความเสี่ยงในประเด็นการดำเนินงานให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 รวมถึงพบการระบุความเสี่ยงใหม่เพื่อให้ครอบคลุมภาระงานตามพันธกิจ ที่ต้องเกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคลให้รัดกุมมากขึ้น

ประเภทของความเสี่ยง: เนื่องจากพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2565 ในขณะที่คณะฯ ยังไม่พร้อมต่อการดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวอย่างรัดกุม โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริหารจัดการสำคัญ ดังนั้น ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงเป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) จำนวน 5 ความเสี่ยง และระบุให้มีความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) เพียง 1 ความเสี่ยง เพื่อบริหารจัดการในภาพรวม โดยรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ รับผิดชอบดูแลและเร่งดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมาย

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

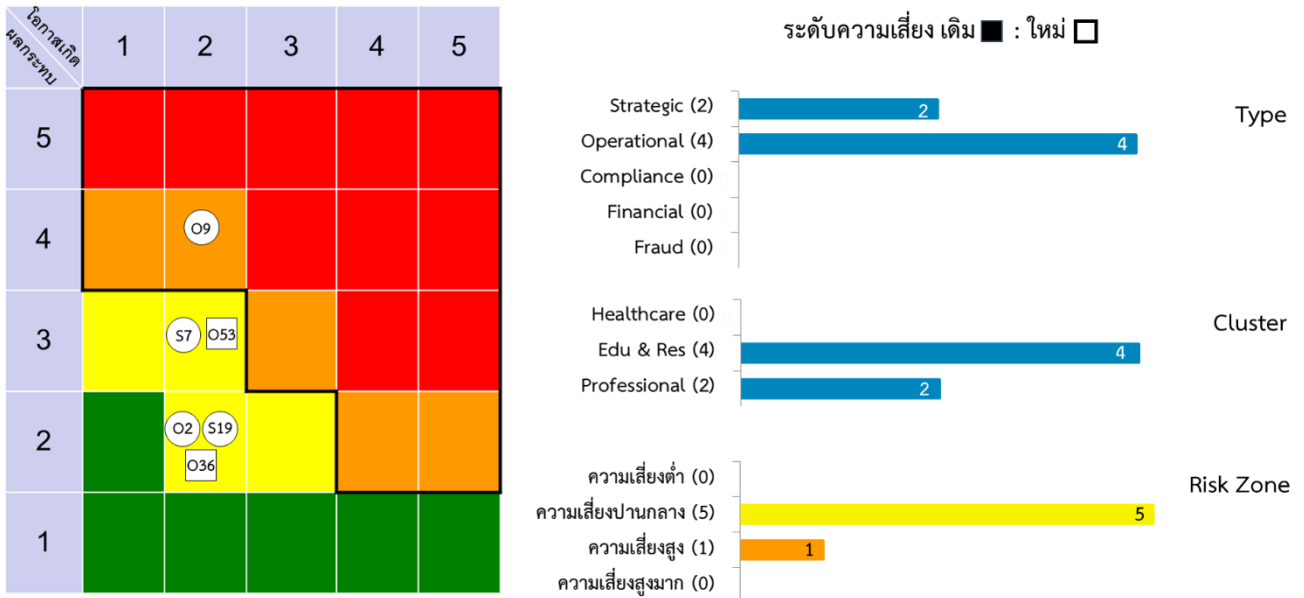
ระดับความเสี่ยง: ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงระดับสูงมาก สามารถอธิบายแยกระดับโอกาสเกิดและผลกระทบได้ ดังนี้

- ระดับโอกาสเกิดส่วนใหญ่ยังคงที่ในระดับ 3 เนื่องจากคณะฯ ยังไม่พร้อมต่อการดำเนินงานที่รัดกุม แม้พระราชบัญญัติจะมีผลบังคับใช้แล้วเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2565 ความเสี่ยงเหล่านี้จึงได้รับการพิจารณาว่าอาจส่งผลให้เกิดเป็นปัญหาได้ภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ดังนั้น แผนการจัดการความเสี่ยงในภาพรวมของคณะฯ และแผนการจัดการความเสี่ยงรายพันธกิจ จึงมุ่งเน้นในการลดระดับโอกาสเกิด โดยการเร่งพัฒนากระบวนการให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับ ทั้งนี้ พบว่าระดับโอกาสเกิดบางส่วนได้รับการประเมินให้อยู่ในระดับ 2 เนื่องจากในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 คณะฯ สามารถแสดงความคืบหน้าในการเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ระดับผลกระทบของความเสี่ยงทั้ง 6 ต่างกันตามธรรมชาติของพันธกิจ แต่พบว่า มีความสอดคล้องกันในประเด็นการส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงภาพลักษณ์ของคณะฯ โดยตรง ตั้งแต่การส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของคณะฯ การถูกนำเสนอข่าว ไปจนถึงถูกฟ้องร้องและถูกตัดสินว่าผิด ดังนั้น การบริหารจัดการด้านผลกระทบกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จึงต้องมีมาตรการทั้งในมุมมองกฎหมาย และในมุมมองสื่อสารของคณะฯ

ตารางที่ 8 ความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)
Cluster Education & Research		
ด้านการศึกษา	O3 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล/ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษา รั่วไหล ผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2565)	3 x 4 สูงมาก
ด้านการวิจัย	O16 การละเมิด/การถูกละเมิด/การรั่วไหล ของข้อมูลส่วนบุคคล ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2566)	3 x 4 สูงมาก
Cluster Healthcare System		
ด้านการดูแล สุขภาพ	O28 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติ คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2564)	2 x 5 สูงมาก
Cluster Professional Service		
ด้านสารสนเทศ	O63 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับ ที่เก็บในระบบคอมพิวเตอร์ (2558)	3 x 4 สูงมาก
ด้านการคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคล	C80 การเตรียมความพร้อมและการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติ คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน (2565)	3 x 3 สูง
ด้านวิชาการ และวัฒนธรรม	O38 การดำเนินงานไม่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูล ส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2566)	2 x 2 ปานกลาง

ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)



รูปภาพที่ 19 ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ความเสี่ยงเดิมและความเสี่ยงใหม่: ความเสี่ยงในประเด็นนี้มีทั้งสิ้นจำนวน 6 ความเสี่ยง โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงเดิมที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ยังคงยึดเยื้อต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 โดยพบว่าความเสี่ยงดังกล่าวมีแนวโน้มลดลงทั้งในมุมมองของจำนวนความเสี่ยงและระดับของความเสี่ยง ซึ่งเป็นผลจากการผ่อนคลายความกังวลในภาพรวมของคณะฯ ต่อสถานการณ์ดังกล่าว สอดคล้องกับรายงาน Global Risk Report 2022 จาก The World Economic Forum ที่ระบุถึงความกังวลต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในหลายประเทศทั่วโลกมีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน

ประเภทของความเสี่ยง: ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) จำนวน 4 ความเสี่ยง และความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) จำนวน 2 ความเสี่ยง ที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริหารจัดการด้านคุณภาพและมาตรฐานการดำเนินงานต่าง ๆ ของคณะฯ ซึ่งได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จนอาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายการดำเนินงาน ไปจนถึงอาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ หากคณะฯ ไม่สามารถควบคุมความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้

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

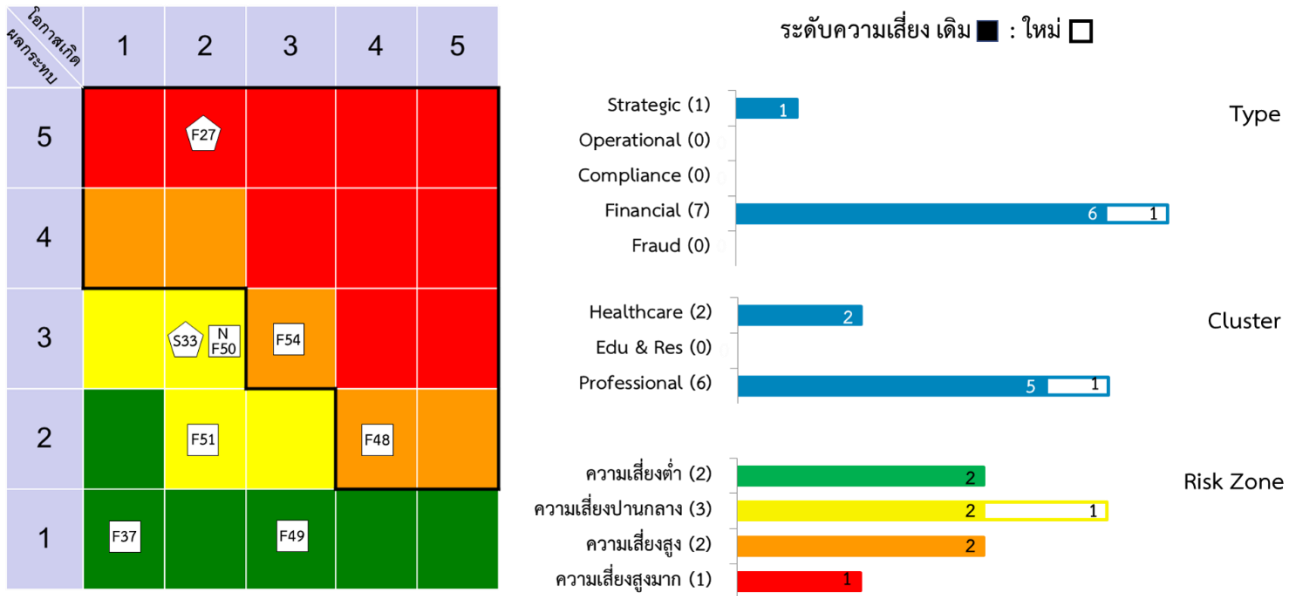
ระดับความเสี่ยง: จากการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่า คณะฯ สามารถดำเนินงานตามคุณภาพมาตรฐาน และนโยบายความปลอดภัยอย่างเคร่งครัด ต่อเนื่อง สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความไวต่อการตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤต ทั้งในมุมมองของสื่อสาร การเรียนรู้ถอดบทเรียน และการมีแผนพร้อมใช้ในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน รวมถึงพบว่าคณะฯ มีความไวต่อการรับรู้สัญญาณเตือนต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ไปจนถึงพบการพัฒนากระบวนการดำเนินงาน ให้สามารถดำเนินการได้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น (New Normal)

ส่งผลให้ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงในระดับปานกลาง และมีแนวโน้มที่บางความเสี่ยงจะกลายเป็นปัญหาที่ต้องมีการบริหารสถานการณ์เฉพาะหน้า ซึ่งจะสะท้อนถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการบริหารความเสี่ยง และการบริหารงานในสถานการณ์วิกฤตได้ในอนาคต สำหรับความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูง พบว่ามีการพิจารณาความเสี่ยงสัมพันธ์กับจำนวนการติดเชื้อซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมยาก ส่งผลให้การประเมินระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ไม่สามารถยอมรับได้

ตารางที่ 9 ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)
Cluster Education & Research		
ด้านการศึกษา	O9 ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของนักศึกษาภายในสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ (2565)	2 x 4 สูง
ด้านการศึกษา	O2 การแพร่ระบาดหรือการติดเชื้อของนักศึกษา (Outbreak Risk) (2564)	2 x 2 ปานกลาง
ด้านการศึกษา	S7 คุณภาพการเรียนรู้ตามเกณฑ์การฝึกอบรมของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดไม่เป็นไปตามมาตรฐานการฝึกอบรมของแพทยสภา และ/หรือราชวิทยาลัย (2564)	2 x 3 ปานกลาง
ด้านวิเทศสัมพันธ์	S19 ผลลัพธ์การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ทางการศึกษา/วิจัย/วิชาการ ลดลงเนื่องจากได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ COVID-19 และอื่น ๆ (2564)	2 x 2 ปานกลาง
Cluster Professional Service		
ด้านวิชาการ และวัฒนธรรม	O36 การให้บริการตามพันธกิจบริการวิชาการตอบสนองได้ไม่ทันต่อความต้องการของลูกค้า (2564)	2 x 2 ปานกลาง
ด้านบริหารทุนมนุษย์	O53 จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานเนื่องจากการติดเชื้อ COVID-19 (2564)	2 x 3 ปานกลาง

ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ



รูปภาพที่ 20 ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ

ความเสี่ยงเดิมและความเสี่ยงใหม่: ความเสี่ยงในประเด็นนี้ เป็นหนึ่งในความเสี่ยงตามประเด็นที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ ทั้งสิ้นจำนวน 8 ความเสี่ยง เป็นความเสี่ยงเดิมจำนวน 7 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 1 ความเสี่ยง ทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการพิจารณาให้ประเด็นด้านสถานะทางการเงินเป็นความเสี่ยงใหญ่ระดับคณะฯ ที่ควรมีผู้รับผิดชอบร่วมกันหลายหน่วยงาน ส่งผลให้หน่วยงานในพันธกิจต่าง ๆ นำปัจจัยดังกล่าวมาร่วมพิจารณาความเสี่ยงอย่างครอบคลุมและรัดกุม การบริหารความเสี่ยงในประเด็นนี้จึงมีลักษณะเป็น Cross-Functional Management ที่มีคณะกรรมการบริหารคณะฯ เป็นเจ้าของความเสี่ยง

ประเภทของความเสี่ยง: ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) ที่พิจารณาทั้งจากกระบวนการหารายได้ ลดค่าใช้จ่าย ไปจนถึงการบริหารจัดการงบประมาณที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ พบความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) จากพันธกิจด้านการดูแลสุขภาพ จำนวน 1 ความเสี่ยง เนื่องจากการระบุดัชนีชี้วัดการดำเนินงานอย่างชัดเจนในแผนยุทธศาสตร์

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

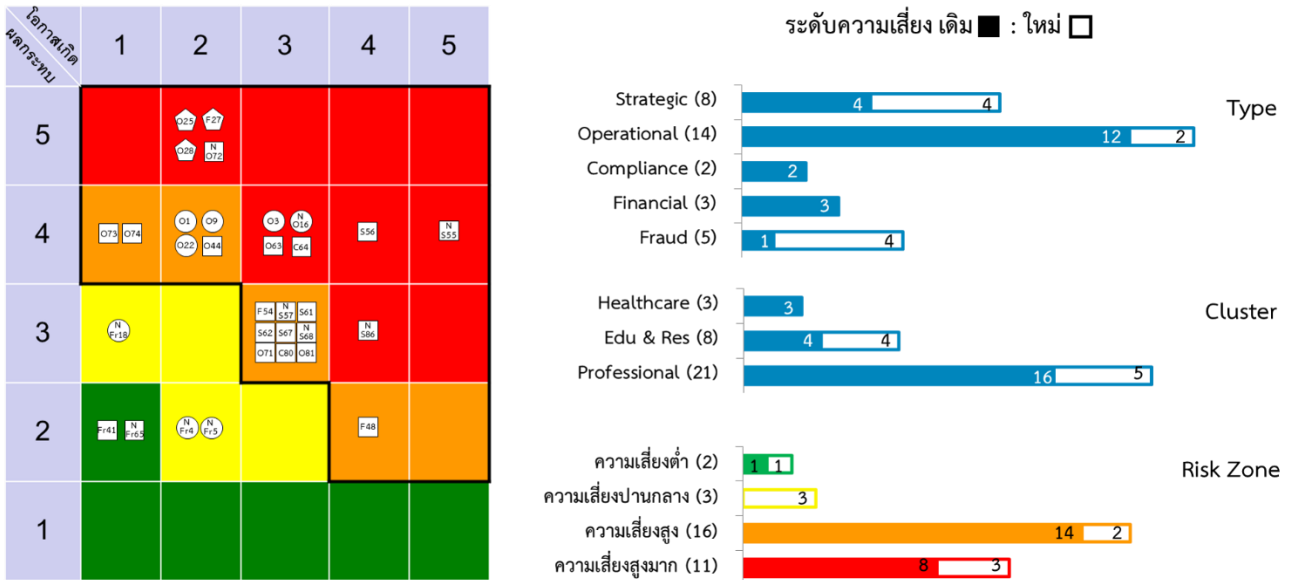
ระดับความเสี่ยง: ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ พบกระจายตัวทั่วตารางแสดงระดับความเสี่ยงในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน โดยจะแตกต่างกันตามธรรมชาติและบริบทของแต่ละพันธกิจ แต่ทั้งหมดพิจารณาผลกระทบสอดคล้องกันที่ด้านของมูลค่าความเสียหายทางการเงิน ซึ่งใช้ข้อมูลอ้างอิงจาก Magic Number (Financial Plan) ที่ได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายการคลัง

ตารางที่ 10 ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)
Cluster Healthcare System		
ด้านการดูแลสุขภาพ	F27 Financial Outcome จากพันธกิจดูแลสุขภาพ ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2564)	2 x 5 สูงมาก
ด้านการดูแลสุขภาพ	S33 รายได้ภาพรวมของศูนย์สนับสนุนพันธกิจมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากสภาวะเศรษฐกิจ (2564)	2 x 3 ปานกลาง
Cluster Professional Service		
ด้านบริหารทุนมนุษย์	F54 สัดส่วนค่าใช้จ่ายบุคลากรต่อรายได้จากความสามารถ ของคณะฯ สูงเกินค่าเป้าหมาย (2565)	3 x 3 สูง
ด้านการคลัง	F48 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บ ค่ารักษาพยาบาล (เน้นระบบ Billing System) (2561)	4 x 2 สูง
ด้านการคลัง	F50 ความมั่นคงทางการเงินคณะฯ ในระยะยาว (2566)	2 x 3 ปานกลาง
ด้านการคลัง	F51 ผลกระทบจากการดำเนินงานของสถาบันการแพทย์- จักรีนฤพดินทร์ที่มีผลต่อสถานะการเงินของคณะฯ (2565)	2 x 2 ปานกลาง
ด้านการคลัง	F49 ความเสียหายจากกระบวนการรับเงินรายได้สวัสดิการ เข้าคณะฯ หรืออื่น ๆ นอกเหนือค่ารักษาพยาบาล (2564)	3 x 1 ต่ำ
ด้านวิชาการ และวัฒนธรรม	F37 รายได้จากการอบรมวิชาการต่ำกว่าเป้าหมาย (2565)	1 x 1 ต่ำ

ภาพรวมความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่า จากความเสี่ยงทั้งหมดจำนวน 86 ความเสี่ยง มีความเสี่ยงสำคัญที่คณะฯ ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยทั้งสิ้นจำนวน 32 ความเสี่ยง สามารถอธิบายในภาพรวมได้ ดังนี้



รูปภาพที่ 21 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล

ความเสี่ยงเดิมและความเสี่ยงใหม่: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล ประกอบด้วยความเสี่ยงเดิมจำนวน 23 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 9 ความเสี่ยง โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากระบบการบริหารจัดการของคณะฯ ในปัจจุบันที่ยังไม่เพียงพอ และ/หรือไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสม ในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง จนก่อให้เกิดความเสียหาย โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 คณะฯ ต้องเผชิญกับเหตุการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การบริหารงบประมาณที่มีข้อจำกัด การเป็นประเด็นข่าว และ/หรือการถูกร้องเรียนในสื่อสังคมออนไลน์ ในขณะที่พบความล่าช้าในการปรับปรุงกระบวนการสำคัญ ไปจนถึงพบว่าระบบพื้นฐานของคณะฯ โดยเฉพาะระบบความปลอดภัยทั้งทางกายภาพและเทคโนโลยียังไม่ครอบคลุมหรือไม่เหมาะสม และไม่สามารถยอมรับให้เกิดขึ้นได้ จำเป็นต้องติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง แม้จะมีการดำเนินงานตามคุณภาพมาตรฐาน ร่วมกับการทบทวนและพัฒนาตามประเด็นโอกาสพัฒนา Opportunities for Improvement (OFI) อย่างต่อเนื่อง ตามลักษณะธรรมชาติขององค์กร และ/หรือหน่วยงาน (Core Business/Core Process) ในระบบสำคัญของคณะฯ ทั้งนี้ พบความเสี่ยงเดียวกันหรือคล้ายกัน แต่เกิดในต่างหน่วยงาน แต่ได้รับการประเมินให้เป็นความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัย เช่นเดียวกัน เนื่องจากความเสี่ยงเกิดจากปัจจัยเดียวกันหรือคล้ายกันตามลักษณะธรรมชาติของงานตามภารกิจ โดยเป็นผลจากโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างบริหารที่ซับซ้อน ส่งผลให้การบริหารจัดการและการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ ในบางส่วนแยกส่วนกัน

ทั้งนี้ พบประเด็นที่น่าสนใจเมื่อพิจารณาเฉพาะความเสี่ยงใหม่ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยพบว่ามียอดถึงร้อยละ 50 (9x100/18) ของความเสี่ยงใหม่ของคณะฯ ทั้งหมด ซึ่งเป็นผลจากการพิจารณาความเสี่ยงให้ครอบคลุมภาระงานตามพันธกิจ โดยเชื่อมโยงกับปัจจัยภายนอกที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งจากนโยบายต่อต้านการทุจริตตามแนวทางการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) การดำเนินงานตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ไปจนถึงการดำเนินงานตามมาตรฐานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประเภทของความเสี่ยง: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัย พบครอบคลุมทุกประเภทของความเสี่ยง โดยพบมากที่สุดในการปฏิบัติงาน (Operational Risk) ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) ความเสี่ยงด้านการทุจริต (Fraud Risk) ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) และความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) ตามลำดับ ซึ่งในภาพรวมได้อธิบายรายละเอียดไว้แล้วในหัวข้อประเภทของความเสี่ยง ทั้งนี้ พบประเด็นที่น่าสนใจที่ความเสี่ยงด้านการทุจริต (Fraud Risk) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนกว่าปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 โดยเป็นผลจากการดำเนินงานเชิงรุกของทีมนักบริหารความเสี่ยงผ่านกลไกการให้ประเด็นเสนอแนะ และยกตัวอย่างรายการความเสี่ยงต่อเจ้าของความเสี่ยงโดยตรง

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

ระดับความเสี่ยง: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัย ประกอบด้วยความเสี่ยงระดับสูงมาก (Red Zone) จำนวน 11 ความเสี่ยง ความเสี่ยงระดับสูง (Orange Zone) จำนวน 16 ความเสี่ยง ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) จำนวน 3 ความเสี่ยง และความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) จำนวน 2 ความเสี่ยง ความเสี่ยงเหล่านี้เป็นความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยและคณะฯ ให้การติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) และมักได้รับผลกระทบหากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ในขณะที่ความเสี่ยงเหล่านี้ต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ในการกำหนดนโยบาย จัดทำแผน และกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม (สำหรับรายละเอียดจะอธิบายอีกครั้งในหัวข้อ “ผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง แยกตามระดับความเสี่ยง”)

ตารางที่ 11 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล

พันธกิจด้าน	รายงานความเสี่ยงจำนวน 32 ความเสี่ยง		
	ระดับสูงมาก (Red Zone) 11 ความเสี่ยง	ระดับสูง (Orange Zone) 16 ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้านทุจริต (Fraud Risk) 5 ความเสี่ยง
การศึกษา	O3 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล/ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาทั่วโลก ผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2565)	O1 ทรัพยากรไม่เพียงพอต่อการรองรับการบริหารหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตปรับปรุง 2563 (2562) O9 ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของนักศึกษาภายในสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ (2565) O22 การฆ่าตัวตายของนักศึกษา (2564)	Fr4 การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกรับผลประโยชน์จากการรับนักศึกษา (2566) Fr5 นักศึกษาทุจริตในการสอบ (2566)
การวิจัย	O16 การละเมิด/การถูกละเมิด/การรั่วไหลของข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2566)	-	Fr18 การเป็นคู่สัญญาในโครงการวิจัย ที่อาจเกิดการขัดกันระหว่างผลประโยชน์ ส่วนตนกับผลประโยชน์ส่วนรวม (2566)
การดูแลสุขภาพ	O25 เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง (G, H, I) ในการให้การดูแลสุขภาพ และ/หรือ ทำให้เกิดการร้องเรียนต่อองค์กรภายนอก/ศาล (2556) F27 Financial Outcome จากพันธกิจดูแลสุขภาพไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2564) O28 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2564)	-	-
คุณภาพ	-	S57 คณะฯ ไม่ผ่านเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award: TQA) (2566)	-

พันธกิจด้าน	รายงานความเสี่ยงจำนวน 32 ความเสี่ยง		
	ระดับสูงมาก (Red Zone) 11 ความเสี่ยง	ระดับสูง (Orange Zone) 16 ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้านทุจริต (Fraud Risk) 5 ความเสี่ยง
สารสนเทศ	O63 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับที่เก็บในระบบคอมพิวเตอร์ (2558) C64 ภัยคุกคามทางไซเบอร์ต่อระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (2564)	S61 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้ โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2555) S62 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในขณะนี้ ได้ตามความต้องการ (2557) S67 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้ โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2563) (CNMI) S68 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในสถาบันฯ ได้ตามความต้องการ (2566) (CNMI) ⁴	Fr65 การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกรับผลประโยชน์หรือการมีผลประโยชน์ทับซ้อนในการจัดซื้อจัดจ้างของเจ้าหน้าที่สารสนเทศ (2566)
กายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก ความสะอาด	O72 การจัดการสารเคมีประเภทไวไฟ หกรั่วไหลภายในขณะนี้ (2566)	O71 บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน (2561) O73 การเกิดอัคคีภัย (2557) O74 เกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรงภายในขณะนี้ (2563)	-
สื่อสารองค์กร	-	O44 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กรเสียหายจากข่าวสารในสื่อสังคมออนไลน์ (2564)	-

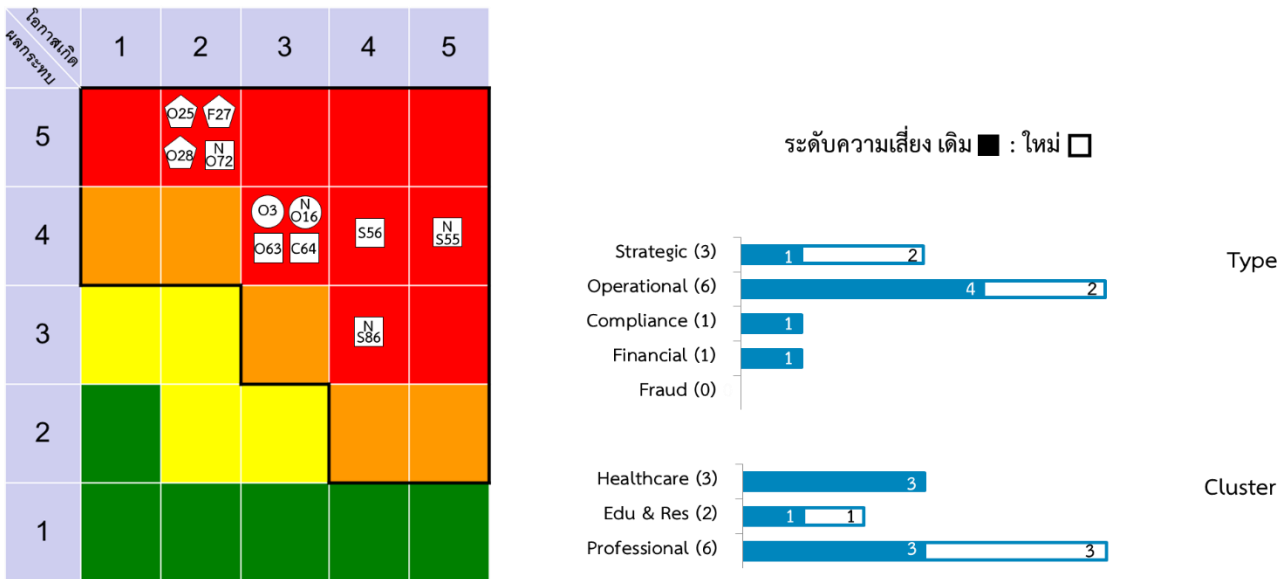
4 สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์

พันธกิจด้าน	รายงานความเสี่ยงจำนวน 32 ความเสี่ยง		
	ระดับสูงมาก (Red Zone) 11 ความเสี่ยง	ระดับสูง (Orange Zone) 16 ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้านทุจริต (Fraud Risk) 5 ความเสี่ยง
บริหารความเสี่ยง	-	O81 การดำเนินงานภายในคณะฯ และแก้ปัญหา ในสถานการณ์วิกฤตไม่มีประสิทธิภาพ (2565)	-
คุ้มครองข้อมูล ส่วนบุคคล	-	C80 การเตรียมความพร้อมและการดำเนินงาน ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน (2565)	-
การคลัง	-	F48 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บ ค่ารักษาพยาบาล (เน้นระบบ Billing System) (2561)	-
นโยบายและแผน	-	-	-
บริหารทุนมนุษย์	S55 การขาดแคลนบุคลากรในตำแหน่งสำคัญ และ/หรือ ผู้ที่มีสมรรถนะสอดคล้องกับยุทธศาสตร์คณะฯ (2566) S56 จำนวนและศักยภาพของผู้สมัครไม่บรรลุคุณสมบัติ ตามตำแหน่งที่เปิดรับ (2565) (CNMI ⁵)	F54 สัดส่วนค่าใช้จ่ายบุคลากรต่อรายได้ จากความสามารถของคณะฯ สูงเกินค่าเป้าหมาย (2565)	-
การพัสดุ	-	-	F41 การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกรับผลประโยชน์หรือ การมีผลประโยชน์ทับซ้อนของเจ้าหน้าที่พัสดุ (2563)
บริหารโครงการ	S86 การเปิดบริการอาคารโรงพยาบาลและ ย่านนวัตกรรมโยธีไม่เป็นไปตามแผน (2566)	-	

5 สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์

ผลการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง แยกตามระดับความเสี่ยง

ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone)



รูปภาพที่ 22 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone)

เมื่อพิจารณาลักษณะของความเสี่ยงระดับสูงมาก (Red Zone) ทั้ง 11 ความเสี่ยง พบประเด็นที่น่าสนใจในภาพรวม โดยพบว่า ทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากระบบการบริหารจัดการในปัจจุบันที่ไม่ชัดเจน ไม่เพียงพอ และไม่สามารถนำไปใช้บริหารจัดการภายใต้สถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ซึ่งเป็นผลจากนโยบายและเป้าหมายของคณะฯ ที่มีขอบเขตการบริหารจัดการขนาดใหญ่ ซับซ้อน ต้องอาศัยระยะเวลา และการดำเนินงานร่วมกับหลายหน่วยงาน รวมถึงพบว่า ความเสี่ยงเหล่านี้มีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) จึงมักได้รับผลกระทบโดยตรง หากมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้น โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่า ความเสี่ยงส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับพันธกิจด้านการดูแลสุขภาพ ที่พบมากในองค์กรที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ไปจนถึงด้านบริหารโครงการ

ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่เกิดจากการประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ในความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) มากถึง 4 ความเสี่ยง โดยเป็นผลจากโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างบริหารที่ซับซ้อน ส่งผลให้หน่วยงานในพันธกิจที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคล จำเป็นต้องบริหารจัดการและการบริหารความเสี่ยงในประเด็นการดำเนินงานให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ในบางส่วนแยกส่วนจากของคณะฯ เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงในประเด็นดังกล่าว ครอบคลุมและรัดกุมที่สุด

ความเสี่ยงเดิมและความเสี่ยงใหม่: เมื่อพิจารณาลักษณะของความเสี่ยงระดับสูงมาก (Red Zone) ทั้ง 11 ความเสี่ยง พบว่าเป็นความเสี่ยงเดิมจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน 7 ความเสี่ยง และเป็นความเสี่ยงใหม่จำนวน 4 ความเสี่ยง ดังนี้

ความเสี่ยงเดิม จำนวน 7 ความเสี่ยง ประกอบด้วยความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงคงที่ ต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จากพันธกิจหลักด้านการศึกษา การดูแลสุขภาพ และจากพันธกิจสนับสนุนด้านบริหารทุนมนุษย์ ด้านสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับประเด็นด้านกฎหมายที่ต้องปฏิบัติตาม ประเด็นคุณภาพ มาตรฐานและความปลอดภัย ทั้งในกระบวนการรักษาพยาบาล และความปลอดภัยต่อระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ไปจนถึงเป้าหมายด้านรายได้ที่ระบุไว้อย่างชัดเจนในแผนยุทธศาสตร์และประเด็นด้านวิกฤตทางการเงิน ซึ่งพบได้ในทุกในองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร

ความเสี่ยงใหม่ จำนวน 4 ความเสี่ยง เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากปัจจัยภายนอก 2 ความเสี่ยง และความเสี่ยงที่เกิดจากปัจจัยภายใน 2 ความเสี่ยง ดังนี้

- ความเสี่ยงที่เกิดจากปัจจัยภายนอกจำนวน 2 ความเสี่ยง เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการกระตุ้นของสถานการณ์ ซึ่งแม้จะยังไม่ได้ส่งผลกระทบต่อคณะฯ โดยตรง แต่ส่งผลกระทบต่อสร้างความตระหนักในการบริหารความเสี่ยงภายในคณะฯ ส่งผลให้หน่วยงานในพันธกิจที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่าง ๆ พิจารณาความเสี่ยงอย่างครอบคลุมและรัดกุมตามภาระงานมากขึ้น ทั้งในประเด็นการดำเนินงานให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 และในประเด็นสารเคมีรั่วไหลที่จังหวัดนครปฐม
- ความเสี่ยงที่เกิดจากปัจจัยภายในจำนวน 2 ความเสี่ยง เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการพิจารณาความเสี่ยง เพื่อให้ครอบคลุมการดำเนินงานตามนโยบายของคณะฯ ในประเด็นด้านบุคลากรและการดำเนินโครงการอาคารโรงพยาบาลและย่านนวัตกรรมโยธี

ประเภทของความเสี่ยง: เมื่อพิจารณาประเภทของความเสี่ยงทั้ง 11 ความเสี่ยง พบว่าเป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) มากที่สุด เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 และการดำเนินงานเพื่อให้เป็นไปตามคุณภาพ มาตรฐานและความปลอดภัย ทั้งในกระบวนการรักษาพยาบาล และความปลอดภัยต่อระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ในขณะที่พบความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) และความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) เพียงด้านละ 1 ความเสี่ยง ซึ่งเกี่ยวข้องกับประเด็นด้านวิกฤตทางการเงินและภัยคุกคามทางไซเบอร์ซึ่งพบมากขึ้นในทุกองค์กรในปัจจุบัน ทั้งนี้ พบความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) ในพันธกิจสนับสนุนซึ่งเกี่ยวข้องกับพันธกิจด้านการดูแลสุขภาพ ในประเด็นของการบริหารทรัพยากรบุคคลและการดำเนินโครงการอาคารโรงพยาบาลและย่านนวัตกรรมโยธี โดยพบว่าความเสี่ยงดังกล่าวมีโอกาสที่จะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายของมหาวิทยาลัยและคณะฯ ในระดับที่สูงมาก หากไม่สามารถบริหารจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้

ความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบครอบคลุมทุก Cluster โดยส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงจาก Cluster Professional Service ในประเด็นด้านความปลอดภัยต่อระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล และการดำเนินโครงการอาคารโรงพยาบาลและย่านนวัตกรรมโยธี ไปจนถึงความเสี่ยงที่เกิดจากการกระตุ้นของปัจจัยภายนอกในประเด็นสารเคมีรั่วไหลที่จังหวัดนครปฐม ในขณะที่ยังคงพบความเสี่ยงจาก Cluster Healthcare System ที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการรักษาพยาบาล กฎหมายที่ต้องปฏิบัติตาม ไปจนถึงเป้าหมายด้านรายได้ที่ระบุไว้อย่างชัดเจนในแผนยุทธศาสตร์ ซึ่งมีระดับความเสี่ยงคงที่จากปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 รวมทั้งพบความเสี่ยงจาก Cluster Education and Research ซึ่งเกี่ยวข้องกับประเด็นการดำเนินงานให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ทั้งจากพันธกิจด้านการศึกษาและพันธกิจด้านการวิจัย

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

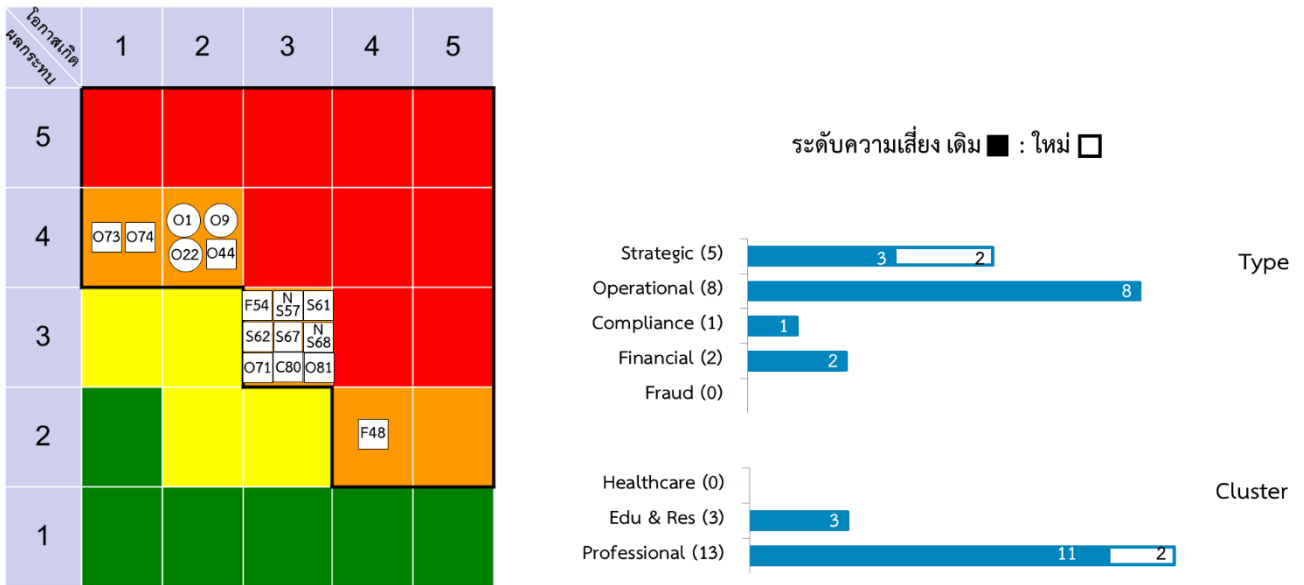
ตารางที่ 12 แสดงความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยยมหิดล	คณะฯ
Education and Research					
ด้านการศึกษา	O3 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล/ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาทั่วโลก ผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2565)	3	4	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
ด้านการวิจัย	O16 การละเมิด/การถูกละเมิด/การรั่วไหลของข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2566)	3	4	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Global Research and Innovation	ยุทธศาสตร์ที่ 2. High Impact Research
Cluster Healthcare System					
ด้านการดูแลสุขภาพ	O25 เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง (G, H, I) ในการให้การดูแลสุขภาพ และ/หรือทำให้เกิดการร้องเรียนต่อองค์กรภายนอก/ศาล (2556)	2	5	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Integrated High-Quality Health Care
	F27 Financial Outcome จากพันธกิจดูแลสุขภาพไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2564)	2	5	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
	O28 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2564)	2	5	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะฯ
Cluster Professional Service					
ด้านบริหารทุนมนุษย์	S55 การขาดแคลนบุคลากรในตำแหน่งสำคัญ และ/หรือผู้ที่มีสมรรถนะสอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์คณะฯ (2566)	5	4	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 5. People Excellence
	S56 จำนวนและศักยภาพของผู้สมัครไม่บรรลุ คุณสมบัติตามตำแหน่งที่เปิดรับ (2565) (CNMI ⁶)	4	4	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 5. People Excellence
ด้านสารสนเทศ	O63 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือ ข้อมูลความลับที่เก็บในระบบคอมพิวเตอร์ (2558)	3	4	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. Digital Technology for Transformation
	C64 ภัยคุกคามทางไซเบอร์ต่อระบบสารสนเทศ โรงพยาบาล (2564)	3	4	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. Digital Technology for Transformation
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O72 การจัดการสารเคมีประเภทไวไฟ หกรั่วไหล ภายในคณะฯ (2566)	2	5	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านบริหารโครงการ	S86 การเปิดบริการอาคารโรงพยาบาล และย่านนวัตกรรมโยธีไม่เป็นไปตามแผน (2566)	4	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability

6 สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์

ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone)



รูปภาพที่ 23 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone)

เมื่อพิจารณาลักษณะของความเสี่ยงระดับสูง (Orange Zone) จำนวน 16 ความเสี่ยง พบประเด็นที่น่าสนใจในภาพรวม ดังนี้ ความเสี่ยงเดิมและความเสี่ยงใหม่: ทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการพบอุปสรรคและโอกาสพัฒนาในระบบ และ/หรือ กระบวนการหลักสำคัญตามลักษณะธรรมชาติขององค์กร และ/หรือหน่วยงาน (Core Business/Core Process) ซึ่งมีขอบเขตการบริหารจัดการขนาดใหญ่ ซับซ้อน ต้องอาศัยระยะเวลา และการดำเนินงานร่วมกับหลายหน่วยงาน รวมถึงพบว่า ความเสี่ยงเหล่านี้มีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) และมักได้รับผลกระทบโดยตรง หากมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้ความเสี่ยงระดับสูง (Orange Zone) เหล่านี้ มีโอกาสปรับเป็นความเสี่ยงในระดับสูงมาก (Red Zone) ได้ง่าย

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงเดิมจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน 14 ความเสี่ยง พบว่า ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับพันธกิจ ด้านสารสนเทศ ทั้งจากภาระงานตามแผนยุทธศาสตร์หลักของฝ่ายสารสนเทศและจากการสนับสนุนงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในภาระงานของพันธกิจอื่นในแทบทุกหน่วยงาน เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานและพัฒนาระบบต่าง ๆ ของคณะฯ สู่ความสำเร็จตามเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ ดังนั้น ฝ่ายสารสนเทศจึงมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จตามเป้าหมาย และความสำเร็จในการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ ยังคงพบความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นด้านคุณภาพและมาตรฐานความปลอดภัยในพันธกิจด้านการศึกษาและพันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก ประเด็นการเป็นข่าว และ/หรือ การถูกร้องเรียนในสื่อสังคมออนไลน์ ประเด็นด้านสถานะทางการเงิน ทั้งในมุมมองของกระบวนการในการหารายได้ และมุมมองของการบริหารจัดการต้นทุนบุคลากร ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายหลักในภาพรวมของคณะฯ รวมถึงพบความเสี่ยงจากการพิจารณาประเด็นด้านการบริหารความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นหนึ่งในประเด็นที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย ด้วยเช่นกัน

สำหรับความเสี่ยงใหม่จำนวน 2 ความเสี่ยง เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการเติบโตและการดำเนินงานตามนโยบายของคณะฯ ทั้งจากการขยายตัวไปยังสถาบันการแพทย์จักรินฤตินทร์ ในพันธกิจด้านสารสนเทศซึ่งมีโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างการกำกับดูแล (Governance Structure) บางส่วนแตกต่างและแยกจากส่วนกลาง ส่งผลให้พบการระบุความเสี่ยงในลักษณะเดียวกับคณะฯ เพื่อให้ครอบคลุมการดำเนินงานตามพันธกิจ รวมทั้งพบความเสี่ยงที่เกิดจากการขอรับรางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award: TQA) ตามพันธกิจด้านคุณภาพของคณะฯ ในปีนี้เช่นกัน

ประเภทของความเสี่ยง: จากลักษณะของความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริหารจัดการสำคัญของคณะฯ ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูง (Orange Zone) ของคณะฯ ส่วนใหญ่จึงเป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) และความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) โดยบางส่วนเป็นความเสี่ยงด้านการรายงาน/การเงิน (Financial/Reporting Risk) และความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) ที่มีโอกาสส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ในระดับที่สูงหรือสูงมาก หากคณะฯ ไม่สามารถบริหารจัดการความเสี่ยง ให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้

ความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster: ความเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงจาก Cluster Professional Service ที่ดำเนินงานต่อเนื่องจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และจากความเสี่ยงใหม่ที่ได้รับการประเมินในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบการบริหารจัดการ มาตรฐานและความปลอดภัยในการดำเนินงาน ไปจนถึงการรับรองคุณภาพด้านต่าง ๆ ของคณะฯ ที่อาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายการดำเนินงาน ไปจนถึงอาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ หากคณะฯ ไม่สามารถควบคุมความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ ทั้งนี้ พบความเสี่ยงจาก Cluster Education and Research ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ มาตรฐานการศึกษา ไปจนถึงสวัสดิภาพและความปลอดภัยของนักศึกษา ซึ่งเป็นความเสี่ยงธรรมชาติที่พบได้ในทุกองค์กรการศึกษา

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	O1 ทรัพยากรไม่เพียงพอต่อการรองรับการบริหารหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตปรับปรุง 2563 (2562)	2	4	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
	O9 ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของนักศึกษาภายในสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (2565) (CNMI ⁷)	2	4	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
กิจการนักศึกษา	O22 การฆ่าตัวตายของนักศึกษา (2564)	2	4	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
Cluster Professional Service					
ด้านสื่อสารองค์กร	O44 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กรเสียหายจากข่าวสารในสื่อสังคมออนไลน์ (2564)	2	4	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. Digital Technology for Transformation
ด้านการคลัง	F48 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (เน้นระบบ Billing System) (2561)	4	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านบริหารทุนมนุษย์	F54 สัดส่วนค่าใช้จ่ายบุคลากรต่อรายได้จากความสามารถของคณะฯ สูงเกินค่าเป้าหมาย (2565)	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 5. People Excellence

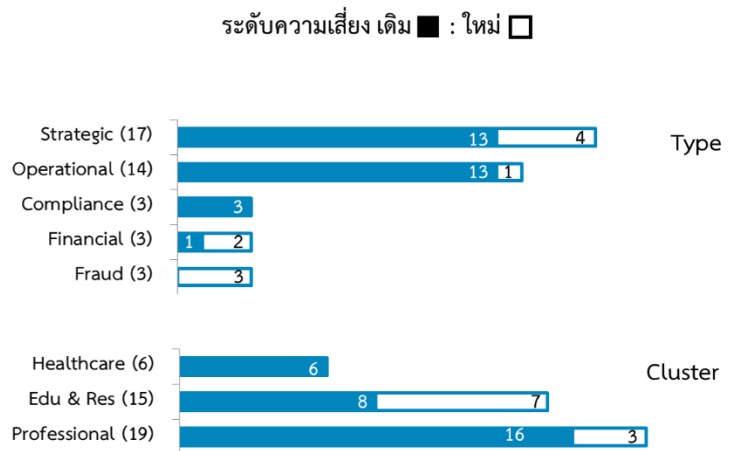
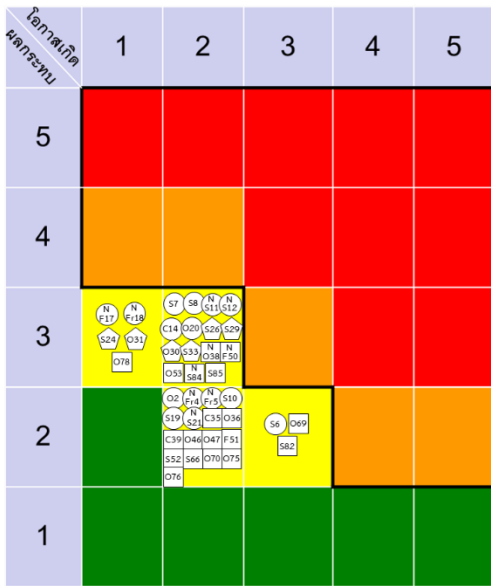
7 สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะฯ
ด้านคุณภาพ	S57 คณะฯ ไม่ผ่านเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award: TQA) (2566)	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านสารสนเทศ	S61 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้ โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2555)	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. Digital Technology for Transformation
	S62 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯ ได้ตามความต้องการ (2557)	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. Digital Technology for Transformation
	S67 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้ โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2563) (CNMI) ⁸	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. Digital Technology for Transformation
	S68 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในสถาบันฯ ได้ตามความต้องการ (2566) (CNMI) ⁹	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. Digital Technology for Transformation

8-9 สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะฯ
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O71 บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเนื่องจาก การทำงาน (2561)	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
	O73 การเกิดอัคคีภัย (2557)	1	4	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
	O74 เกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรง ภายในคณะฯ (2563)	1	4	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านการคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคล	C80 การเตรียมความพร้อมและการดำเนินงาน ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน (2565)	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านบริหารความเสี่ยง	O81 การดำเนินงานภายในคณะฯ และแก้ปัญหา ในสถานการณ์วิกฤตไม่มีประสิทธิภาพ (2565)	3	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability

ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone)



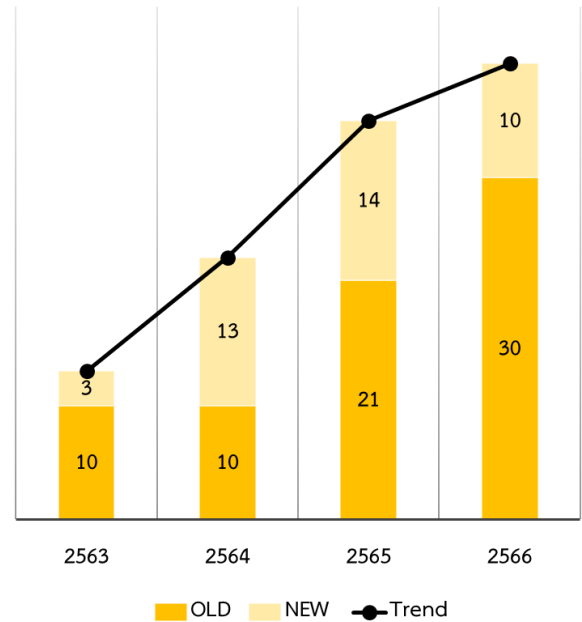
รูปภาพที่ 24 ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone)

เมื่อพิจารณาภาพรวมของความเสี่ยงคณะฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลางเช่นเดียวกับปีงบประมาณที่ผ่านมา ทั้งจากความเสี่ยงเดิมในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และความเสี่ยงใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยมีรวมกันมากถึง 40 ความเสี่ยง เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณที่ผ่านมาจำนวน 5 ความเสี่ยง ทั้งนี้ พบประเด็นที่น่าสนใจในภาพรวม ดังนี้

ความเสี่ยงเดิมและความเสี่ยงใหม่: เมื่อพิจารณาลักษณะของทั้ง 40 ความเสี่ยง พบว่า เป็นความเสี่ยงเดิมจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน 30 ความเสี่ยง และเป็นความเสี่ยงใหม่จำนวน 10 ความเสี่ยง ดังนี้

ความเสี่ยงเดิม: เป็นความเสี่ยงธรรมชาติขององค์กรหรือพันธกิจ ที่เกิดจากการพบอุปสรรคและโอกาสพัฒนาในระบบและ/หรือกระบวนการที่ต้องได้รับการดำเนินการและติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐาน หรือกฎระเบียบข้อบังคับ โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มีการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพมาแล้วระยะหนึ่ง ทั้งนี้ ยังคงพบความเสี่ยงจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงของรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ ซึ่งยังคงต้องนำมาบริหารจัดการต่อไปในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อสร้างความตระหนักเรื่องคุณภาพและมาตรฐาน ทั้งจากพันธกิจหลักและพันธกิจสนับสนุน รวมทั้งพบความเสี่ยงที่มีลักษณะคล้ายกันแต่เกิดในต่างหน่วยงานกัน เนื่องจากเกิดจากปัจจัยเดียวกันหรือคล้ายกันตามลักษณะธรรมชาติของงานตามภารกิจ โดยเป็นผลจากโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างบริหารที่ซับซ้อน ส่งผลให้การบริหารจัดการและการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ ในบางส่วนแยกส่วนกัน

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 และลดลงเล็กน้อยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ที่จำนวน 10 ความเสี่ยง โดยพบว่าการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เป็นการพิจารณาเพื่อให้ครอบคลุมการดำเนินงานตามนโยบายของคณะฯ ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงแนวทางการดำเนินงาน การขยายการดำเนินงานไปยังสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ และการดำเนินงานตามแนวทางการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) ไปจนถึงพบการประเมินความเสี่ยงจากปัจจัยภายนอกที่มีการเปลี่ยนแปลงในประเด็นการดำเนินงานให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ไปจนถึงประเด็นด้าน Financial Crisis จากสถานการณ์โลกซึ่งส่งผลกระทบต่อยุทธศาสตร์ของคณะฯ ทั้งนี้ พบว่าความเสี่ยงใหม่ดังกล่าวมีการดำเนินงานตามคุณภาพมาตรฐาน หรือกฎระเบียบข้อบังคับการปฏิบัติงานอยู่แล้ว เพียงแต่ระบุให้เป็นความเสี่ยงเพิ่มเติมตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ ให้ครบถ้วน ครอบคลุมเท่านั้น



รูปภาพที่ 25

การเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone)

ประเภทของความเสี่ยง: ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) และความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริหารจัดการ มาตรฐานการดำเนินงาน และการรับรองคุณภาพด้านต่าง ๆ ของคณะฯ ที่อาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายการดำเนินงาน ไปจนถึงอาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ หากคณะฯ ไม่สามารถควบคุมความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ ทั้งนี้ พบความเสี่ยงด้านทุจริต (Fraud Risk) เข้ามาเป็นความเสี่ยงใหม่มากถึง 3 ความเสี่ยง โดยความเสี่ยงทั้งหมดเกิดจากการพิจารณาความเสี่ยงตามประเด็นการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) เรื่องการป้องกันการทุจริตตามประเด็นที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย

ความเสี่ยงแบ่งตาม Cluster: ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงจาก Cluster Professional Service และ Cluster Education and Research ทั้งนี้ พบความเสี่ยงจาก Cluster Healthcare System บ้างบางส่วน โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงตามธรรมชาติของคณะฯ ที่เกิดขึ้นเพื่อให้การดำเนินงานต่าง ๆ เป็นไปตามมาตรฐาน และ/หรือเพื่อให้คณะฯ ได้รับการรับรองคุณภาพด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง

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

ตารางที่ 14 แสดงความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) และการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะฯ
Cluster Education & Research					
ด้านการศึกษา	O2 การแพร่ระบาดหรือการติดเชื้อของนักศึกษา (Outbreak Risk) (2564)	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
	Fr4 การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกร้องผลประโยชน์จากการรับนักศึกษา (2566)	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
	Fr5 นักศึกษาทุจริตในการสอบ (2566)	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
	S6 จำนวนของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่สมัครเข้ารับการศึกษามิครบรรมไม่ได้ตามเป้าหมาย (2561)	3	2	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
	S7 คุณภาพการเรียนรู้ตามเกณฑ์การฝึกอบรมของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการฝึกอบรมของแพทยสภาและ/หรือราชวิทยาลัย (2564)	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
	S8 การพัฒนาคุณภาพของทุกหลักสูตรไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2565)	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะฯ
ด้านการศึกษา	S10 ขาดการบูรณาการการเรียนการสอน การวิจัย การดูแลสุขภาพระหว่างทั้ง 2 Campus (รามามา พญาไท-โรงเรียนแพทย์ รามาธิบดี สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์) และภายในสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (2565)	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
	S11 คุณภาพด้านการเรียนการสอน ในระดับชั้น Pre-clinic ลดลง (2566) (CNMI ¹⁰)	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
	S12 สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ ไม่สามารถเป็นเลิศด้านการวิจัย (2566)	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 2. High Impact Research
ด้านการวิจัย	C14 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีการกระทำผิดด้านจริยธรรมการวิจัยในคน (2558)	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Global Research and Innovation	ยุทธศาสตร์ที่ 2. High Impact Research
	F17 การบริหารจัดการงบประมาณ และการเบิกจ่ายงบประมาณโครงการวิจัย ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ (2566)	1	3	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Global Research and Innovation	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
	Fr18 การเป็นคู่สัญญาในโครงการวิจัย ที่อาจเกิดการขัดกันระหว่างผลประโยชน์ ส่วนตนกับผลประโยชน์ส่วนรวม (2566)	1	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 2. High Impact Research

10 สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะฯ
ด้านวิเทศสัมพันธ์	S19 ผลลัพธ์การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ทางการศึกษา/วิจัย/วิชาการ ลดลงเนื่องจากได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ COVID-19 และอื่น ๆ (2564)	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
	O20 การดำเนินงานตามพันธกิจวิเทศสัมพันธ์ บางส่วน อาจได้รับผลกระทบในช่วงการเปลี่ยนถ่ายงานไปสู่ “ศูนย์บริการนักศึกษา” ที่สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (2565)	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
	S21 การสนับสนุนเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ และเป้าหมายของคณะฯ ด้านต่างประเทศ ได้รับผลกระทบจาก Financial Crisis ของสถานการณ์โลก (2566)	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 5. People Excellence
Cluster Healthcare System					
ด้านการดูแลสุขภาพ	S24 ไม่ผ่านการต่ออายุรับการรับรอง JCI ที่โรงพยาบาลรามธิบดีจักรีนฤเบดินทร์ (2565)	1	3	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional / Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Integrated High-Quality Health Care
	S26 ผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพ ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (2564)	2	3	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
ด้านการดูแลสุขภาพ	S29 ไม่ผ่านการต่ออายุรับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขึ้นก้าวหน้า (AHA) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (2565)	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Integrated High-Quality Health Care
	O30 เครื่องมือแพทย์ที่มีการเชื่อมต่อกับคอมพิวเตอร์และระบบเครือข่าย ได้รับผลกระทบจากไวรัส มัลแวร์ หรือภัยคุกคามทางไซเบอร์ (2564)	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Integrated High-Quality Health Care
	O31 ความปลอดภัยของผู้รับบริการ จากให้บริการของศูนย์เพื่อความเป็นเลิศ (Patient Safety) (2565)	1	3	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Integrated High-Quality Health Care
	S33 รายได้ภาพรวมของศูนย์สนับสนุนพันธกิจมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากสถานะเศรษฐกิจ (2564)	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
Cluster Professional Service					
ด้านกฎหมาย	C35 คณะฯ ไม่สามารถปฏิบัติตามระเบียบ/ข้อบังคับ/กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคณะฯ ได้อย่างครบถ้วน/ถูกต้อง (2565)	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านวิชาการและวัฒนธรรม	O36 การให้บริการตามพันธกิจบริการวิชาการ ตอบสนองได้ไม่ทันต่อความต้องการของลูกค้า (2564)	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะฯ
ด้านวิชาการและ วัฒนธรรม	O38 การดำเนินงานไม่สอดคล้องกับ พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2566)	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านการพัสดุ	C39 เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vendor) (2557)	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านสื่อสารองค์กร	O46 เว็บไซต์คณะฯ ถูกโจมตี (Hack) (2565)	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. Digital Technology for Transformation
	O47 เว็บไซต์คณะฯ ล่ม (2565)	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. Digital Technology for Transformation
ด้านการคลัง	F50 ความมั่นคงทางการเงินคณะฯ ในระยะยาว (2566)	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
	F51 ผลกระทบจากการดำเนินงานของ สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ที่มีผลต่อ สถานะการเงินของคณะฯ (2565) (CNMI ¹¹)	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability

11 สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์

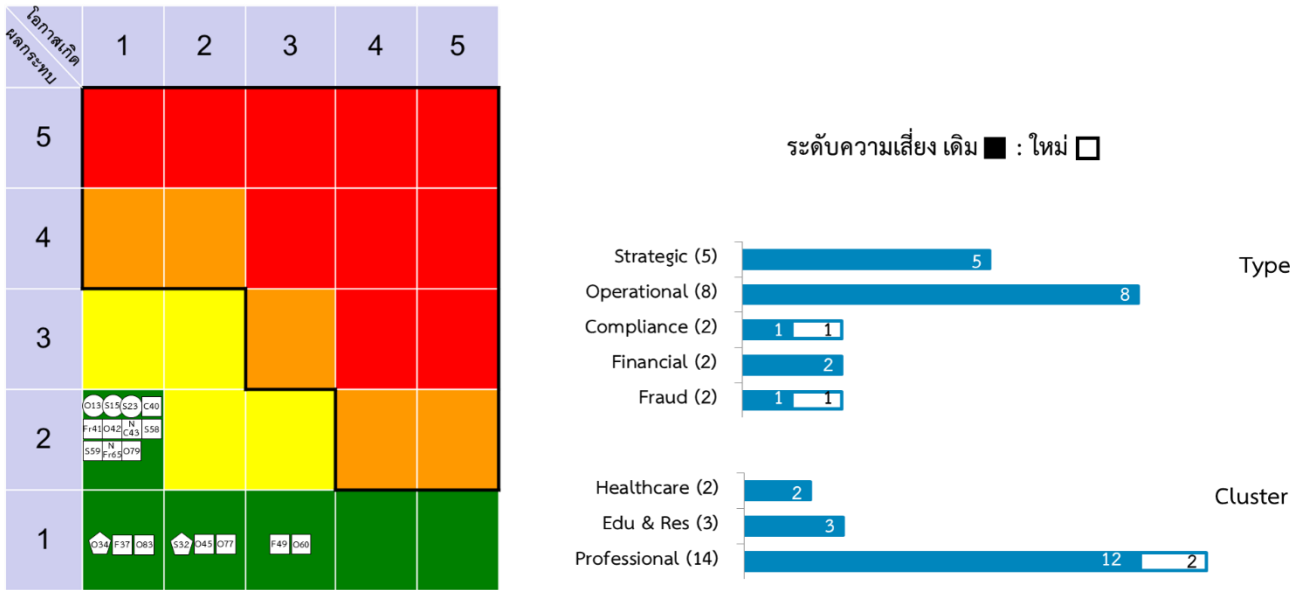
พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะฯ
ด้านบริหารทุนมนุษย์	S52 ไม่สามารถเตรียมผู้เหมาะสมให้พร้อมเข้าสู่ตำแหน่งบริหารได้อย่างต่อเนื่อง (2561)	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 5. People excellence
	O53 จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน เนื่องจากการติดเชื้อ COVID-19 (2564)	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 5. People excellence
ด้านสารสนเทศ	S66 ระบบ HIS ¹² ที่ CNMI ¹³ ไม่สามารถใช้งานได้ตามที่กำหนด (2561)	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. Digital Technology for Transformation
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O69 โครงการก่อสร้างล่าช้า (2565)	3	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
	O70 การจัดการขยะในหน่วยงานบริการผู้ป่วยไม่ได้ตามมาตรฐานสากล (2561)	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
	O75 ความปลอดภัยในการจราจรในคณะฯ (2564)	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability

12 Hospital Information System หรือระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล

13 สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะฯ
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O76 ทรัพย์สินสูญหาย (2564)	2	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
	O78 โครงสร้างอาคารเสียหาย (2564)	1	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านนโยบายและแผน	S82 ไม่สามารถพัฒนาแผนงานตามแผนยุทธศาสตร์ของคณะฯ ได้ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) (2565)	3	2	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านนโยบายและแผน	S84 ไม่สามารถสนับสนุนการดำเนินงานด้าน ITA ของคณะฯ ได้อย่างครบถ้วน (2566)	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
บริหารโครงการ	S85 การก่อสร้างอาคารโรงพยาบาลและยานนวัตกรรมโยธิต้าซ่าไม่เป็นไปตามแผน (2565)	2	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability

ความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone)



รูปภาพที่ 26 ความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone)

เมื่อพิจารณาลักษณะของความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) จำนวน 19 ความเสี่ยง พบประเด็นที่น่าสนใจในภาพรวม ดังนี้ ความเสี่ยงเดิมและความเสี่ยงใหม่: เมื่อพิจารณาภาพรวมของความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) ของคณะฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่า ทั้งหมดใช้กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (Existing Control) ในการควบคุมความเสี่ยงเป็นหลัก และใช้กิจกรรมการควบคุมหรือแผนการจัดการความเสี่ยง (Control Activity) จากการพบอุปสรรคและโอกาสพัฒนาในระบบการบริหารจัดการ เพื่อส่งเสริมความสามารถของกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (Existing Control) ในบางความเสี่ยงเท่านั้น

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงเดิมจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน 17 ความเสี่ยง พบว่า ทั้งหมดเป็นความเสี่ยงธรรมชาติของงานตามพันธกิจ ที่ได้รับการดำเนินงานและติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานหรือกฎระเบียบข้อบังคับ โดยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นประเด็นที่มีการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพมาแล้วระยะหนึ่ง แต่ระบุให้เป็นความเสี่ยงตามมุมมองการบริหารความเสี่ยงของรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ ซึ่งมีนโยบายให้พิจารณาความเสี่ยงองค์กรจากทุกความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อคณะฯ โดยพิจารณาครอบคลุมทุกระดับของการประเมินความเสี่ยง (Level of Assess) ส่งผลให้กระบวนการย่อยต่าง ๆ ได้รับการพิจารณาอุปสรรคและโอกาสพัฒนาอย่างครบถ้วน ครอบคลุมมากขึ้น รวมทั้งพบความเสี่ยงเดียวกันหรือคล้ายกันแต่เกิดในต่างหน่วยงานกัน ในพันธกิจสารสนเทศและการพัสดุ เนื่องจากเกิดจากปัจจัยเดียวกันหรือคล้ายกันตามลักษณะธรรมชาติของงานตามภารกิจ โดยเป็นผลจากโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างบริหารที่ซับซ้อน ส่งผลให้การบริหารจัดการและการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ ในบางส่วนแยกส่วนกัน

สำหรับความเสี่ยงใหม่จำนวน 2 ความเสี่ยง เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาระงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง ซึ่งเกิดในพันธกิจสารสนเทศส่วนกลางและพันธกิจด้านการพัสดุที่สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ โดยความเสี่ยงดังกล่าวเป็นความเสี่ยงเดียวกันหรือคล้ายกันกับความเสี่ยงเดิมที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน ซึ่งเป็นผลจากความซับซ้อนของโครงสร้างองค์กร โครงสร้างบริหาร และโครงสร้างการกำกับดูแล (Governance Structure) เช่นกัน

ประเภทของความเสียหาย: ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) และความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) ที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริหารจัดการ และมาตรฐานการดำเนินงานของคณะฯ ที่อาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายการดำเนินงานไปจนถึงอาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายเชิงกลยุทธ์หากคณะฯ ไม่สามารถควบคุมความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ ทั้งนี้ พบความเสี่ยงด้านการรายงาน/การเงิน (Financial/Reporting Risk) ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) และความเสี่ยงด้านการทุจริต (Fraud Risk) ในจำนวนที่เท่ากันบางส่วน ซึ่งมีลักษณะร่วมเดียวกับความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ที่กล่าวไปข้างต้น

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

เมื่อพิจารณาความเชื่อมโยงด้านยุทธศาสตร์ พบว่า ความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) ทั้งหมด สามารถเชื่อมโยงยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล 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	O13 ความไม่ปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการวิจัย (Lab Safety) (2564)	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Global Research and Innovation	ยุทธศาสตร์ที่ 2. High Impact Research
	S15 ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติไม่ได้ตามเป้าหมาย (2556)	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Global Research and Innovation	ยุทธศาสตร์ที่ 2. High Impact Research
กิจการนักศึกษา	S23 กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตและการดูแลนักศึกษาของคณะฯ ไม่สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิต และ/หรือ สนับสนุนทางการศึกษาได้อย่างเหมาะสม (2565)	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 2. Academic and Entrepreneurial Education	ยุทธศาสตร์ที่ 1. Outcome-Based Education
Cluster Healthcare System					
ด้านการดูแลสุขภาพ	S32 ผลลัพธ์จากการดำเนินงานของศูนย์เพื่อความเป็นเลิศ ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (2565)	2	1	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional/Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Integrated High-Quality Health Care
	O34 ความปลอดภัยของผู้รับบริการจากการให้บริการของศูนย์สนับสนุนพันธกิจ (Patient Safety) (2564)	1	1	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					
ด้านวิชาการและ วัฒนธรรม	F37 รายได้จากการอบรมวิชาการต่ำกว่า เป้าหมาย (2565)	1	1	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านการพัสดุ	C40 การทำผิดพระราชบัญญัติการจัดซื้อ จัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 (2561)	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
	Fr41 การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกรับ ผลประโยชน์หรือการมีผลประโยชน์ทับซ้อน ของเจ้าหน้าที่พัสดุ (2563)	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
	O42 ทรัพย์สินของคณะฯ สูญหายหรือ เสียหาย ที่ไม่ได้เกิดจากการใช้งานตามปกติ (2564)	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
	C43 ความเสี่ยงจากการทำผิดพระราชบัญญัติ การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 (2566) (CNMI ¹⁴)	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านสื่อสารองค์กร	O45 กระบวนการสื่อสารภายในคณะฯ ไม่สามารถสนับสนุนการขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์และเป้าหมายของคณะฯ ได้อย่าง มีประสิทธิภาพ (2565)	2	1	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. Digital Technology for Transformation

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะฯ
ด้านการคลัง	F49 ความเสียหายจากกระบวนการรับเงินรายได้สวัสดิการเข้าคณะฯ หรืออื่น ๆ นอกเหนือค่ารักษาพยาบาล (2564)	3	1	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านสร้างเสริมสุขภาพ	S58 ประชาชนในชุมชนที่คณะฯ ดูแล มีปัญหาด้านสุขภาพ (2564)	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional / Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
	S59 คณะฯ ไม่มีผลงานที่ชี้้นำสังคมเป็นนโยบายระดับชาติหรือนานาชาติตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยกำหนด (2564)	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 3. Policy Advocacy and Leaders in Professional / Academic Services	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านสารสนเทศ	O60 ครุภัณฑ์สารสนเทศของคณะฯ เสียหาย (2563)	3	1	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. Digital Technology for Transformation
	Fr65 การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกรับผลประโยชน์หรือการมีผลประโยชน์ทับซ้อนในการจัดซื้อจัดจ้างของเจ้าหน้าที่สารสนเทศ (2566)	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6. Digital Technology for Transformation

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		ยุทธศาสตร์	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ	มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะฯ
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O77 น้ำรั่วซึม, ท่อระบายน้ำอุดตัน (2564)	2	1	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
	O79 อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการยานพาหนะ (2558)	1	2	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability
ด้านนโยบายและแผน	O83 ผลการดำเนินงานไม่สามารถนำไปใช้ในการสนับสนุนพันธกิจต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (2565)	1	1	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Self-Sufficiency and Sustainable Organization	ยุทธศาสตร์ที่ 4. Management for Sustainability

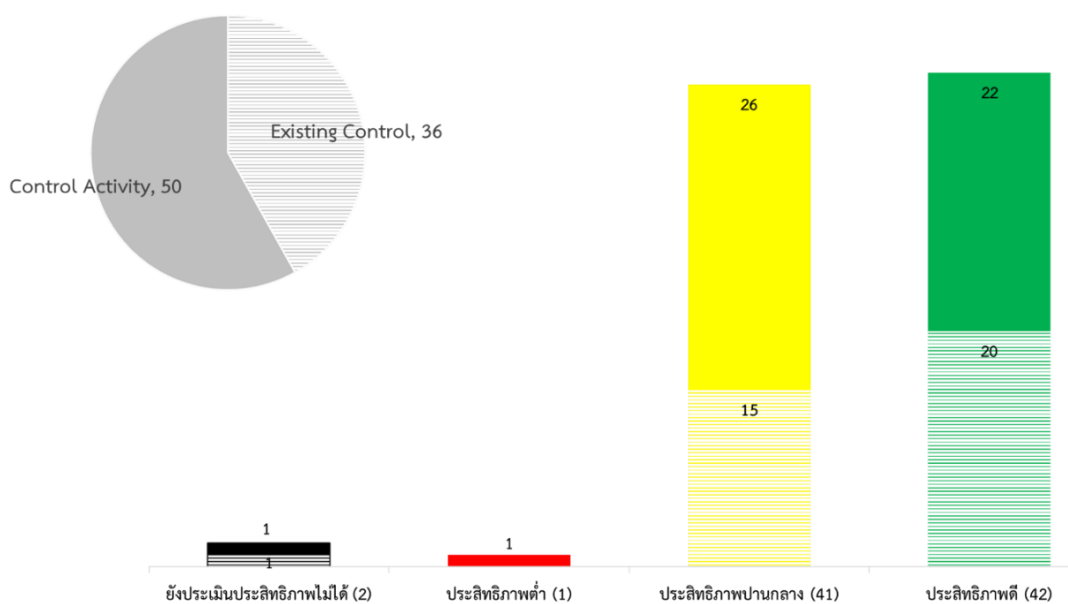
ผลการบริหารความเสี่ยง ผลการจัดการความเสี่ยง

ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยง

จากการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 คณะฯ สามารถดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยง ได้ผลการจัดการความเสี่ยงตามมุมมองต่าง ๆ สามารถอธิบายในภาพรวมได้ ดังนี้

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง

การพิจารณาประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พิจารณาจากความสามารถของทั้งกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ที่ส่งผลต่อระดับโอกาสเกิด และ/หรือระดับผลกระทบของความเสี่ยง ภายหลังจากดำเนินงานจัดการความเสี่ยง โดยพบว่า คณะฯ ใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จำนวน 50 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 58 (50x100/86) และใช้กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) จำนวน 36 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 42 (36x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด ตามรูปภาพที่ 26



รูปภาพที่ 27 ภาพรวมประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง

กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ส่วนใหญ่ได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับดี (Green) และปานกลาง (Yellow) ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับความเสี่ยงของคณะฯ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ (จะกล่าวโดยละเอียดในหัวข้อความสามารถในการจัดการความเสี่ยง) แสดงถึงความสามารถของคณะฯ (หน่วยงานตามพันธกิจต่าง ๆ) ในการบริหารจัดการและ/หรือควบคุมความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่าระบบสำคัญทั้งหมด (Core Business/Core Process) มีการดำเนินงานเพื่อให้เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ นโยบาย และมาตรฐานต่าง ๆ ตามบริบทของแต่ละพันธกิจ ร่วมกับการทบทวนและพัฒนาตามประเด็นโอกาสพัฒนา Opportunities for Improvement (OFI) อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ สามารถอธิบายแยกตามประสิทธิภาพได้ดังนี้

กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงที่ได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับดี (Green) พบร้อยละ 49 (42x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำและปานกลางที่ได้รับการจัดการความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับที่คณะฯ สามารถยอมรับได้ โดยสามารถควบคุมให้ระดับความเสี่ยงคงที่หรือจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง หรือจัดการให้ไม่成为ความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว พบในความเสี่ยงที่ใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ร้อยละ 52 (22x100/42) และความเสี่ยงที่ใช้กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ร้อยละ 48 (20x100/42) ของความเสี่ยงที่กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงมีประสิทธิภาพในระดับดี (Green) ทั้งหมด

สำหรับความเสี่ยงที่กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง (Yellow) พบร้อยละ 48 (41x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด พบกระจายตัวทั่วตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) โดยเป็นความเสี่ยงที่ใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ร้อยละ 63 (26x100/41) และความเสี่ยงที่ใช้กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ร้อยละ 37 (15x100/41) ของความเสี่ยงที่กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Yellow) ทั้งหมด กิจกรรมเหล่านี้ไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ เนื่องจากส่วนใหญ่อยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนระยะยาว ในขณะที่ต้องบริหารจัดการบนปัจจัยที่ควบคุมยาก จากปัจจัยภายในตามลักษณะของโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างบริหารที่มีระบบใหญ่ ซับซ้อน จำเป็นต้องอาศัยเวลา การสื่อสาร การประสานงาน และการได้รับความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน และจากปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายซึ่งคณะฯ ต้องปฏิบัติตาม ไปจนถึงปัจจัยจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ยังคงส่งผลกระทบต่อคณะฯ ต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

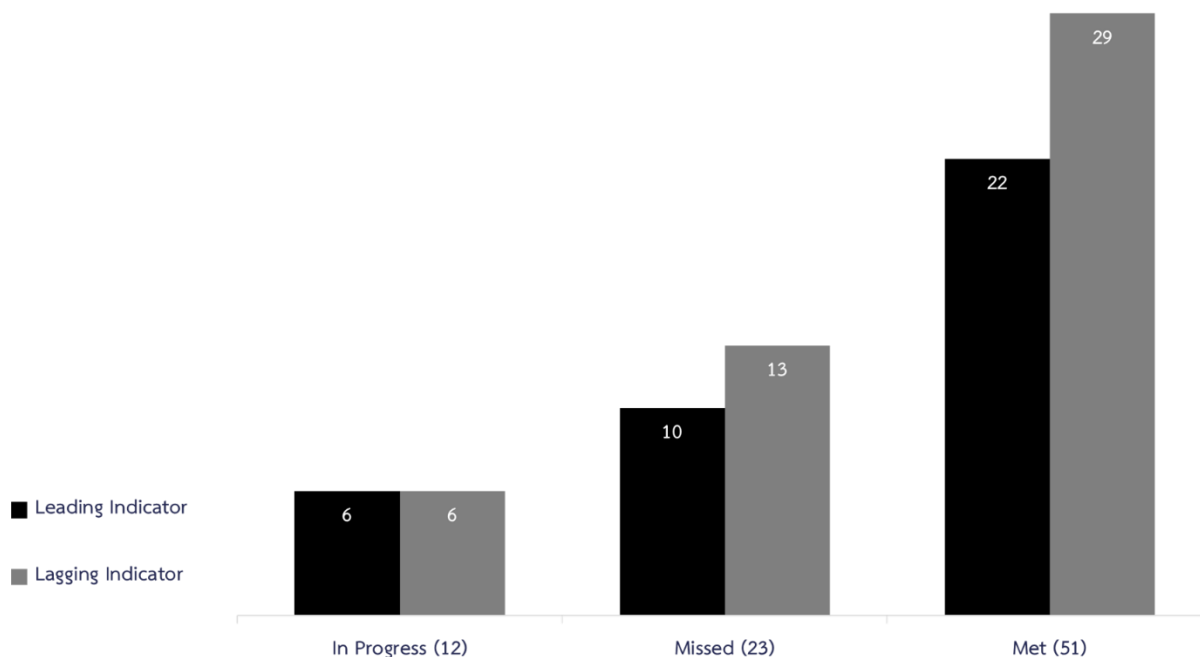
ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ประสิทธิภาพต่ำ จำนวน 1 ความเสี่ยง จากพันธกิจด้านการคลัง รหัส F48 ความเสี่ยงเรื่องความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (Billing System) (2561) เนื่องจากฝ่ายการคลังไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนการจัดการความเสี่ยงที่กำหนด ซึ่งเป็นผลจากลักษณะของแผนการจัดการ ที่ส่วนใหญ่ต้องอาศัยฝ่ายสารสนเทศในการดำเนินงานเป็นหลัก ในขณะที่ฝ่ายสารสนเทศยังไม่สามารถให้การสนับสนุนการจัดการความเสี่ยงได้อย่างเต็มศักยภาพ ส่งผลให้การพัฒนาระบบไม่ทันต่อความเสียหายที่เกิดขึ้น

ในขณะที่พบความเสี่ยงที่กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงยังไม่สามารถประเมินประสิทธิภาพได้ จำนวน 2 ความเสี่ยง เนื่องจากพบอุปสรรคในประเด็นความร่วมมือ ทั้งในด้านการดำเนินงานเพื่อจัดการความเสี่ยง ไปจนถึงด้านการขอและการให้ข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสะท้อนโครงสร้างบริหารและโครงสร้างการกำกับดูแล (Governance Structure) ของคณะฯ ซึ่งมีขนาดใหญ่ ซับซ้อน ได้อย่างชัดเจน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้น จึงสามารถกล่าวได้ว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ คือ นโยบาย แนวทางการปฏิบัติ และการสื่อสารที่ชัดเจน ร่วมกับการได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกคณะฯ ไปจนถึงการมีทักษะ ความรู้ ความสามารถ และความตระหนักของบุคลากรในการบริหารความเสี่ยง

ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง

เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดความเสี่ยง ภายหลังจากจัดการความเสี่ยง สามารถอธิบายผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ในภาพรวมได้ตามรูปภาพที่ 27



รูปภาพที่ 28 แสดงภาพรวมผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง

ความเสี่ยงในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงเป็นไปตามเป้าหมาย มีจำนวน 51 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 59 ($51 \times 100 / 86$) ของความเสี่ยงทั้งหมด เนื่องจากปัจจัยดังนี้

- 1) ผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าที่กำหนด (Output Indicator)
- 2) สามารถบริหารจัดการทรัพยากรที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง (ปัจจัยเสี่ยง/สาเหตุ) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Input Indicator)
- 3) ตัวชี้วัดความเสี่ยงสัมพันธ์กับงานประจำ (Existing Control) และแผนการจัดการความเสี่ยง (Control Activity) ที่มีประสิทธิภาพ โดยสามารถบริหารจัดการได้ครบถ้วน ถูกต้องตามคุณภาพ มาตรฐาน ร่วมกับการทบทวนและพัฒนาตามประเด็นโอกาสพัฒนา Opportunities for Improvement (OFI) ตามลักษณะธรรมชาติขององค์กรและ/หรือหน่วยงาน (Core Business/Core Process) ในระบบสำคัญของคณะฯ (Process Indicator)
- 4) ได้รับความร่วมมือในการดำเนินงานจากหน่วยงานต่าง ๆ ภายในคณะฯ
- 5) เป็นผลจากมติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 3/2561 ที่กำหนดให้การติดตามผลการจัดการความเสี่ยงต้องดำเนินการเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ส่งผลให้เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) สามารถรายงานการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

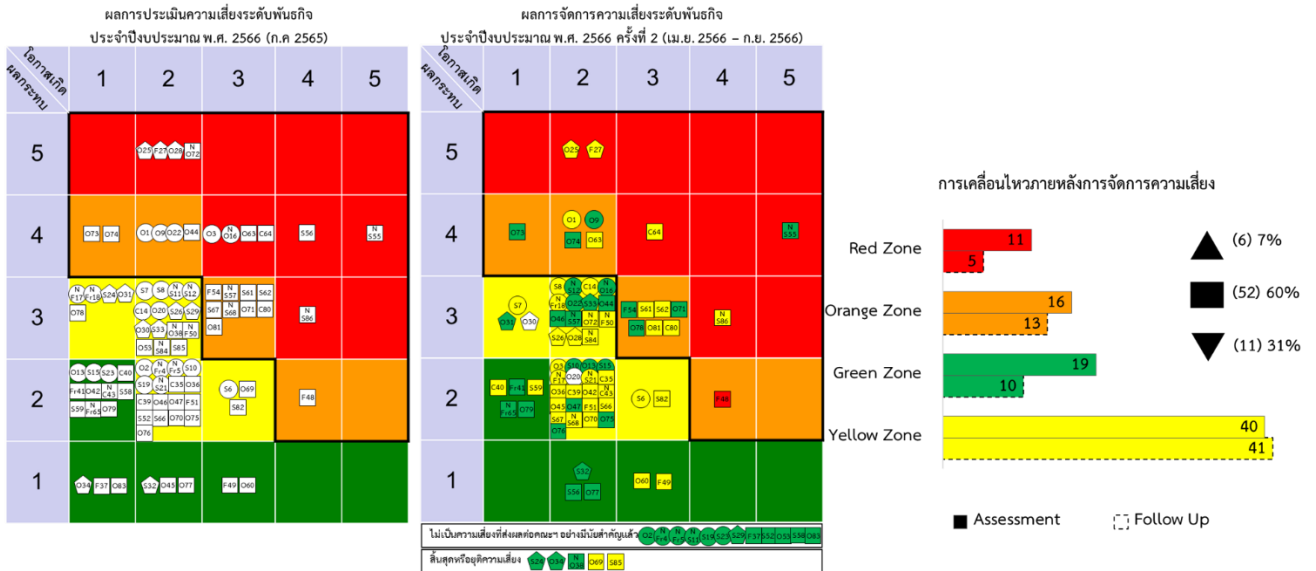
ทั้งนี้ พบประเด็นน่าสนใจโดยพบว่า ความเสี่ยงที่มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงซึ่งได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ส่วนหนึ่งเป็นผลจากลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยง ที่วัดจากความครบถ้วน ถูกต้องของการดำเนินงานหรือวัดจากการดำเนินงานที่แล้วเสร็จตามแผนที่กำหนดไว้ (Process Indicator) และบางส่วนวัดจากการไม่เกิดเหตุการณ์ความเสียหายในช่วงเวลาที่กำหนด (Impact Indicator) ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากตัวชี้วัดทั้ง 2 ลักษณะนี้ เป็นเพียงการชี้วัดความเสี่ยงทางอ้อม ไม่สามารถชี้วัดจากประสิทธิภาพและประสิทธิผลของแผนการจัดการความเสี่ยง ที่ส่งผลต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้

สำหรับความเสี่ยงที่มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงไม่เป็นไปตามเป้าหมายมีจำนวน 23 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 27 (23x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด โดยเป็นผลจากลักษณะของความเสี่ยงที่มีความไวต่อปัจจัยที่ควบคุมยาก (Sensitive) จึงได้รับผลกระทบโดยตรงจากสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง ตั้งแต่ประเด็นด้านจำนวนผู้ป่วย จำนวนทุนวิจัย จำนวนประชากร ระดับความพึงพอใจ ระดับความสนใจ ไปจนถึงการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การถูกฟ้องร้องเรียน และการถูกโจมตีทางไซเบอร์ ซึ่งเป็นผลจากระบบการบริหารจัดการในปัจจุบันที่ยังไม่เพียงพอ ไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสม และ/หรือไม่สามารถบริหารจัดการทรัพยากรที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง (ปัจจัยเสี่ยง/สาเหตุ) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Input Indicator) ไปจนถึงยังไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง ตามคุณภาพ มาตรฐาน และกระบวนการ (Process Indicator) ทั้งจากกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และจากกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) จนก่อให้เกิดความเสียหาย หรือมีผลการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายในช่วงเวลาที่กำหนด (Impact Indicator)

ในขณะที่พบความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ จำนวน 12 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 14 (12x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด เป็นผลจากลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินงาน หรือมีรอบระยะเวลาการเก็บข้อมูลตามแผนประจำปีงบประมาณ แผนตามปีการศึกษา แผนตามปีปฏิทิน หรือแผนตามโครงการต่อเนื่องระยะยาว ที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ในปัจจุบัน รวมถึงพบว่า ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการประสานงานในการขอและการให้ข้อมูลภายในคณะฯ ยังไม่มีประสิทธิภาพซึ่งสะท้อนโครงสร้างบริหารและโครงสร้างการกำกับดูแล (Governance Structure) ของคณะฯ ซึ่งมีขนาดใหญ่ ซับซ้อน ได้อย่างชัดเจน

การเคลื่อนไหวภายหลังจากจัดการความเสี่ยง

จากประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงและผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงดังกล่าว ส่งผลให้ระดับความเสี่ยงภายหลังจากดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุมมีการเปลี่ยนแปลง ตามรูปภาพที่ 29 ดังนี้



รูปภาพที่ 29 แสดง Risk Map – Dashboard ภาพรวมการเคลื่อนไหวภายหลังจากจัดการความเสี่ยง

Risk Zone เพิ่มขึ้น จำนวน 6 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 7 (6x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงธรรมชาติขององค์กร พันธกิจ และ/หรือกระบวนการ ที่ต้องมีการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง รวมถึงพบว่า ความเสี่ยงเหล่านี้ได้รับผลกระทบโดยตรงจากปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) ส่งผลให้ระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้นทั้งในระดับโอกาสเกิด (Likelihood) และ/หรือระดับผลกระทบ (Impact) จนส่งผลให้ความเสี่ยงเคลื่อนที่จาก Zone เดิม เข้าสู่ Zone ที่สูงกว่าตามตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) เมื่อเทียบจากการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ ทั้งนี้ สามารถแยกวิเคราะห์สาเหตุที่ส่งผลให้ Risk Zone เพิ่มขึ้นได้ดังนี้

- ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากไม่สามารถบริหารจัดการทรัพยากรที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง (ปัจจัยเสี่ยง/สาเหตุ) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Input Indicator) ไปจนถึงยังไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง ตามคุณภาพ มาตรฐาน และกระบวนการ (Process Indicator) ทั้งจากกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และจากกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) จนก่อให้เกิดความเสียหายหรือมีผลการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายในช่วงเวลาที่กำหนด (Impact Indicator)
- พบประเด็นที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ระหว่างกระบวนการจัดการความเสี่ยง โดยเป็นผลจากประสิทธิภาพในการค้นหาข้อควรพัฒนา (Detective Control) ของกระบวนการตรวจสอบภายใน (Internal Audit) และกระบวนการควบคุมภายใน (Internal Control) ของคณะฯ
- พบการปรับระดับโอกาสเกิด (Likelihood) และระดับผลกระทบ (Impact) ไปจนถึงการปรับด้านของผลกระทบ เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะของความเสี่ยง ตามเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยกำหนด ตามข้อสังเกตของรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ

ความเสี่ยงที่ Risk Zone เพิ่มขึ้น มีดังนี้

1. พันธกิจด้านการวิจัย	O13	ความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการ วิจัย (Lab Safety) (2564)	จาก	1 x 2	เป็น	2 x 2
2. พันธกิจด้านการวิจัย	S15	ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติไม่ได้ตามเป้าหมาย (2556)	จาก	1 x 2	เป็น	2 x 2
3. พันธกิจด้านการพัสดุ	O42	ครุภัณฑ์ของคณะฯ สูญหาย หรือเสียหายที่ไม่ได้เกิดจากการใช้งานตามปกติ (2564)	จาก	1 x 2	เป็น	2 x 2
4. พันธกิจด้านการพัสดุ	C43	ความเสี่ยงจากการทำผิดพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 (2566)	จาก	1 x 2	เป็น	2 x 2
5. พันธกิจด้านสื่อสารองค์กร	O45	กระบวนการสื่อสารภายในคณะฯ ไม่สามารถสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และเป้าหมายของคณะฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (2565)	จาก	2 x 1	เป็น	2 x 2
6. พันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก	O78	โครงสร้างอาคารเสียหาย (2564)	จาก	1 x 3	เป็น	3 x 3

Risk Zone คงที่ จำนวน 52 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 60 (52x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด พบกระจายตัวทั่วทั้ง Risk Map – Dashboard โดยส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงคงที่ ทั้งในระดับโอกาสเกิด (Likelihood) และระดับผลกระทบ (Impact) ทั้งนี้ สามารถวิเคราะห์แยกตามระดับความเสี่ยงได้ ดังนี้

- ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงคงที่ ที่ระดับปานกลางและระดับต่ำ เป็นความเสี่ยงที่พบมากที่สุดในการความเสี่ยงระดับพันธกิจ สอดคล้องกับความเสี่ยงของคณะฯ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ (จะกล่าวโดยละเอียดในหัวข้อความสามารถในการจัดการความเสี่ยง) แสดงถึงความสามารถของคณะฯ (หน่วยงานตามพันธกิจต่าง ๆ) ในการบริหารจัดการและ/หรือควบคุมความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่าระบบสำคัญทั้งหมด (Core Business/Core Process) ได้รับการควบคุมเพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายระเบียบ นโยบาย และมาตรฐานต่าง ๆ ตามบริบทของแต่ละพันธกิจ ร่วมกับการทบทวนและพัฒนาตามประเด็นโอกาสพัฒนา Opportunities for Improvement (OFI) อย่างต่อเนื่อง
- ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงคงที่ ที่ระดับสูงและระดับสูงมาก เป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงานที่ต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน และมักได้รับผลกระทบจากปัจจัยที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ (Sensitive) ส่งผลให้ผลการดำเนินงานเมื่อเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ไม่ได้ตามเป้าที่กำหนด และได้รับการประเมินว่าไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ต้องจัดการต่อเพื่อลดระดับความเสี่ยง

ความเสี่ยงที่ Risk Zone คงที่ มีดังนี้

1. พันธกิจด้านการดูแลสุขภาพ	O25	เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง (G, H, I) ในการให้การดูแลสุขภาพ และ/หรือ ทำให้เกิดการร้องเรียนต่อองค์กรภายนอก/ศาล (2556)	คงที่	ที่	2 x 5
2. พันธกิจด้านการดูแลสุขภาพ	F27	Financial Outcome จากพันธกิจดูแลสุขภาพ ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2564)	คงที่	ที่	2 x 5
3. พันธกิจด้านบริหารทุนมนุษย์	S55	การขาดแคลนบุคลากรในตำแหน่งสำคัญ และ/หรือ ผู้ที่มีสมรรถนะสอดคล้องกับยุทธศาสตร์คณะฯ (2566)	คงที่	ที่	4 x 4
4. พันธกิจด้านสารสนเทศ	C64	ภัยคุกคามทางไซเบอร์ต่อระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (2564)	คงที่	ที่	3 x 4
5. พันธกิจด้านบริหารโครงการ	S86	การเปิดบริการอาคารโรงพยาบาลและย่านนวัตกรรม โยธี่ไม่เป็นไปตามแผน (2566)	คงที่	ที่	4 x 3
6. พันธกิจด้านการศึกษา (การศึกษาระดับปริญญา)	O1	ทรัพยากรไม่เพียงพอต่อการรองรับการบริหาร หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตปรับปรุง 2563 (2562)	คงที่	ที่	2 x 4
7. พันธกิจด้านการศึกษา (กิจการนักศึกษา)	O9	ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของนักศึกษาภายในสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (2565)	คงที่	ที่	2 x 4
8. พันธกิจด้านการคลัง	F48	ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (เน้นระบบ Billing System) (2561)	คงที่	ที่	4 x 2
9. พันธกิจด้านบริหารทุนมนุษย์	F54	สัดส่วนค่าใช้จ่ายบุคลากรต่อรายได้จากความสามารถของคณะฯ สูงเกินค่าเป้าหมาย (2565)	คงที่	ที่	3 x 3
10. พันธกิจด้านสารสนเทศ	S61	ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2556)	คงที่	ที่	3 x 3
11. พันธกิจด้านสารสนเทศ	S62	ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯ ได้ตามความต้องการ (2556)	คงที่	ที่	3 x 3
12. พันธกิจด้านกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก	O71	บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน (2561)	คงที่	ที่	3 x 3
13. พันธกิจด้านกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก	O73	การเกิดอัคคีภัย (2557)	คงที่	ที่	1 x 4
14. พันธกิจด้านกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก	O74	เกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรงภายในคณะฯ (2563)	คงที่	ที่	2 x 4

15. พันธกิจด้านการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลคนละ	C80	การเตรียมความพร้อมและการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน (2565)	คงที่ ที่	3 x 3
16. พันธกิจด้านบริหารความเสี่ยง	O81	การดำเนินงานภายในคณะฯ และแก้ปัญหาในสถานการณ์วิกฤตไม่มีประสิทธิภาพ (2565)	คงที่ ที่	3 x 3
17. พันธกิจด้านการศึกษา (การศึกษาหลังปริญญา)	S6	จำนวนของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่สมัครเข้ารับการศึกษาคือกรอบไม่ได้ตามเป้าหมาย (2561)	คงที่ ที่	3 x 2
18. พันธกิจด้านการศึกษา (การศึกษาหลังปริญญา)	S7	คุณภาพการเรียนรู้ตามเกณฑ์การฝึกอบรมของแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการฝึกอบรมของแพทยสภา และ/หรือ ราชวิทยาลัย (2564)	คงที่ ที่	1 x 3
19. พันธกิจด้านการศึกษา (การศึกษาระดับปริญญา)	S8	การพัฒนาคุณภาพของทุกหลักสูตรไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2565)	คงที่ ที่	2 x 3
20. พันธกิจด้านการศึกษา (CNMI ¹⁵)	S10	ขาดการบูรณาการการเรียนการสอน การวิจัย การดูแลสุขภาพระหว่างทั้ง 2 Campus (รามามา วิทยาโท-โรงเรียนแพทย์รามาริบัติ สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์) และภายในสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ (2565)	คงที่ ที่	2 x 2
21. พันธกิจด้านการวิจัย (CNMI)	S12	สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ไม่สามารถเป็นเลิศด้านการวิจัย (2566)	คงที่ ที่	2 x 3
22. พันธกิจด้านการวิจัย	C14	โครงการวิจัยของคนๆ มีการกระทำผิดด้านจริยธรรมการวิจัยในคน (2558)	คงที่ ที่	2 x 3
23. พันธกิจด้านการวิจัย	F17	การบริหารจัดการงบประมาณ และการเบิกจ่ายงบประมาณโครงการวิจัยไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ (2566)	คงที่ ที่	2 x 2
24. พันธกิจด้านการวิจัย	Fr18	การเป็นคู่สัญญาในโครงการวิจัย ที่อาจเกิดการขัดกันระหว่างผลประโยชน์ ส่วนตนกับผลประโยชน์ส่วนรวม (2566)	คงที่ ที่	2 x 3
25. พันธกิจด้านวิเทศสัมพันธ์	O20	การดำเนินงานตามพันธกิจวิเทศสัมพันธ์บางส่วน อาจได้รับผลกระทบในช่วงการเปลี่ยนถ่ายงานไปสู่ “ศูนย์บริการนักศึกษา” ที่สถาบันการแพทย์-จักรีนฤพดินทร์ (2565)	คงที่ ที่	2 x 2

15 สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์

26. พันธกิจด้านวิเทศสัมพันธ์	S21	การสนับสนุนเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และเป้าหมายของคณะฯ ด้านต่างประเทศ ได้รับผลกระทบจาก Financial Crisis ของสถานการณ์โลก (2566)	ครั้งที่ 2 x 2
27. พันธกิจด้านการดูแลสุขภาพ	S26	ผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (2564)	ครั้งที่ 2 x 3
28. พันธกิจด้านการดูแลสุขภาพ	O30	เครื่องมือแพทย์ที่มีการเชื่อมต่อกับคอมพิวเตอร์และระบบเครือข่ายได้รับผลกระทบจากไวรัส มัลแวร์หรือภัยคุกคามทางไซเบอร์ (2564)	ครั้งที่ 1 x 3
29. พันธกิจด้านการดูแลสุขภาพ	O31	อาจเกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้รับบริการ จากการให้บริการของกลุ่มศูนย์เพื่อความเป็นเลิศ (2565)	ครั้งที่ 1 x 3
30. พันธกิจด้านการดูแลสุขภาพ	S33	รายได้ภาพรวมของศูนย์สนับสนุนพันธกิจมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากสภาวะเศรษฐกิจ (2564)	ครั้งที่ 2 x 3
31. พันธกิจด้านกฎหมาย	C35	คณะฯ ไม่สามารถปฏิบัติตามระเบียบ/ข้อบังคับ/กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคณะฯ ได้อย่างครบถ้วน/ถูกต้อง (2565)	ครั้งที่ 2 x 2
32. พันธกิจด้านวิชาการและวัฒนธรรม	O36	การให้บริการการจัดประชุมทางไกลและการลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมวิชาการไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ (2564)	ครั้งที่ 2 x 2
33. พันธกิจด้านการพัสดุ	C39	เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vendor) (2557)	ครั้งที่ 2 x 2
34. พันธกิจด้านสื่อสารองค์กร	O46	เว็บไซต์คณะฯ ถูกโจมตี (Hack) (2565)	ครั้งที่ 2 x 3
35. พันธกิจด้านสื่อสารองค์กร	O47	เว็บไซต์คณะฯ ล่ม (2565)	ครั้งที่ 2 x 2
36. พันธกิจด้านการคลัง	F50	ความมั่นคงทางการเงินคณะฯ ในระยะยาว (2566)	ครั้งที่ 2 x 3
37. พันธกิจด้านการคลัง	F51	ผลกระทบจากการดำเนินงานของสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ที่มีผลต่อสถานะการเงินของคณะฯ (2565)	ครั้งที่ 2 x 2
38. พันธกิจด้านสารสนเทศ	S66	ระบบ HIS ¹⁶ ที่ CNMI ¹⁷ ไม่สามารถพัฒนาเพื่อใช้งานได้ตามที่กำหนด (2561)	ครั้งที่ 2 x 2
39. พันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก	O70	การจัดการขยะในหน่วยงานบริการผู้ป่วยไม่ได้ตามมาตรฐานสากล (2561)	ครั้งที่ 2 x 2

16 Hospital Information Systems

17 สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์

40. พันธกิจด้านกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก	O75	ความปลอดภัยในการจราจรในคณะฯ (2564)	คงที่	2 x 2
41. พันธกิจด้านกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก	O76	ทรัพย์สินสูญหาย (2564)	คงที่	2 x 2
42. พันธกิจด้านนโยบายและแผน	S82	ไม่สามารถพัฒนาแผนงานตามแผนยุทธศาสตร์ ของคณะฯ ได้ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) (2565)	คงที่	3 x 2
43. พันธกิจด้านนโยบายและแผน	S84	ไม่สามารถสนับสนุนการดำเนินงานด้าน ITA ของคณะฯ ได้อย่างครบถ้วน (2566)	คงที่	2 x 3
44. พันธกิจด้านการดูแลสุขภาพ	S32	ผลลัพธ์จากการดำเนินงานของศูนย์เพื่อความเป็นเลิศ ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (2565)	คงที่	2 x 1
45. พันธกิจด้านการพัสดุ	C40	การทำผิดพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 (2561)	คงที่	1 x 2
46. พันธกิจด้านการพัสดุ	Fr41	การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกรับผลประโยชน์หรือ การมีผลประโยชน์ทับซ้อนของเจ้าหน้าที่พัสดุ (2563)	คงที่	1 x 2
47. พันธกิจด้านการคลัง	F49	ความเสียหายจากกระบวนการรับเงินรายได้อื่น ๆ นอกเหนือจากค่ารักษาพยาบาล (2564)	คงที่	3 x 1
48. พันธกิจด้านสร้างเสริมสุขภาพ	S59	คณะฯ ไม่มีผลงานที่ขึ้นนำสังคมเป็นนโยบายระดับชาติ หรือนานาชาติตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยกำหนด (2564)	คงที่	1 x 2
49. พันธกิจด้านสารสนเทศ	O60	ครุภัณฑ์สารสนเทศของคณะฯ เสียหาย (2563)	คงที่	3 x 1
50. พันธกิจด้านสารสนเทศ	Fr65	การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกรับผลประโยชน์ หรือการมีผลประโยชน์ทับซ้อนในการจัดซื้อจัดจ้าง ของบุคลากรด้านสารสนเทศ (2566)	คงที่	1 x 2
51. พันธกิจด้านกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก	O77	น้ำรั่วซึม, ท่อระบายน้ำอุดตัน (2564)	คงที่	2 x 1
52. พันธกิจด้านกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก	O79	อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการยานพาหนะ (2558)	คงที่	1 x 2

Risk Zone ลดลง จำนวน 11 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 31 (11x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด พบใน ความเสี่ยงระดับสูงมากและสูงที่สามารถแสดงความคืบหน้าของกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) และแผนการจัดการความเสี่ยง (Control Activity) โดยสามารถดำเนินการตามกฎหมาย แนวทางจากมหาวิทยาลัย และแนวทางส่วนกลางของคณะฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการดำเนินงานเมื่อเทียบกับตัวชี้วัด ความเสี่ยง (KRI) ที่ได้ตามเป้า ส่งผลให้ระดับความเสี่ยงลดลงทั้งในระดับโอกาสเกิด (Likelihood) และ/หรือ ระดับผลกระทบ (Impact) จนส่งผลให้ความเสี่ยงเคลื่อนที่จาก Zone เดิม เข้าสู่ Zone ที่ต่ำกว่าตามตารางแสดง ระดับความเสี่ยง (Risk Map) เมื่อเทียบจากการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ ทั้งนี้ พบว่าความเสี่ยงบางส่วน ปรับลดระดับความเสี่ยงจากการปรับด้านของผลกระทบ (Impact) เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะของความเสี่ยง ตามข้อสังเกตของรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ ในขณะที่ยังคงพบการปรับลดระดับความเสี่ยงที่เป็นผลจากการพิจารณา ความเป็นไปได้ในภาพรวมของความเสี่ยง ร่วมกับการใช้ข้อมูลแวดล้อมต่าง ๆ ตามมุมมองการบริหารความเสี่ยง ของเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) บ้างบางส่วน

ความเสี่ยงที่ Risk Zone ลดลง มีดังนี้

1. พันธกิจด้านการศึกษา	O3	การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล/ ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษารั้วไหล ผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูล ส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2565)	จาก	2 x 5	เป็น	2 x 2
2. พันธกิจด้านการวิจัย	O16	การเกิดเหตุการณ์ละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วน บุคคล พ.ศ. 2562 (2566)	จาก	3 x 4	เป็น	2 x 3
3. พันธกิจด้านการดูแลสุขภาพ	O28	การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูล ส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2564)	จาก	2 x 5	เป็น	2 x 3
4. พันธกิจด้านบริหารทุนมนุษย์	S56	จำนวนและศักยภาพของผู้สมัครไม่บรรลุ คุณสมบัติตามตำแหน่งที่เปิดรับ (2565)	จาก	4 x 4	เป็น	2 x 1
5. พันธกิจด้านสารสนเทศ	O63	มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วย หรือข้อมูลความลับที่เก็บในระบบ สารสนเทศ (2558)	จาก	3 x 4	เป็น	2 x 4
6. พันธกิจด้านกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก	O72	สารเคมีประเภทไวไฟหกรั้วไหล ภายในคณะฯ (2566)	จาก	2 x 5	เป็น	2 x 3
7. พันธกิจด้านกิจการนักศึกษา	O22	การฆ่าตัวตายของนักศึกษา (2564)	จาก	2 x 4	เป็น	2 x 3
8. พันธกิจด้านสื่อสารองค์กร	O44	ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กรเสียหาย จากข่าวสารในสื่อสังคมออนไลน์ (2564)	จาก	2 x 4	เป็น	2 x 3

9. พันธกิจด้านคุณภาพ	S57	คณะฯ ไม่ผ่านเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) (2566)	จาก	3 x 3	เป็น	2 x 3
10. พันธกิจด้านสารสนเทศ	S67	ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้ โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2564)	จาก	3 x 3	เป็น	2 x 2
11. พันธกิจด้านสารสนเทศ	S68	ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในสถาบันฯ ได้ตามความต้องการ (2566)	จาก	3 x 3	เป็น	2 x 2

สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว เคลื่อนที่ออกจาก Risk Map -Dashboard และไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 12 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 14 (12x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด โดยพบว่า กิจกรรมการควบคุมที่มีในปัจจุบัน (Existing Control) และกิจกรรมควบคุมความเสี่ยง (Control Activity) มีประสิทธิภาพเพียงพอในการจัดการและควบคุมความเสี่ยงสะท้อนผ่านผลการดำเนินงานเมื่อเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ที่ได้ตามเป้าหรือดีกว่าเป้าที่กำหนดไว้ จึงสามารถนำไปบริหารจัดการได้ภายในหน่วยงาน (Division/Business Unit) และไม่ต้องรายงานต่อคณะฯ ในปีงบประมาณต่อไป

ความเสี่ยงที่ภายหลังการดำเนินงานพบว่า สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว มีดังนี้

1. พันธกิจด้านการศึกษา	O2	การแพร่ระบาด หรือการติดเชื้อของนักศึกษา (การศึกษาระดับปริญญา) (Outbreak Risk) (2564)	จาก	2 x 2	เป็น	2 x 2
2. พันธกิจด้านการศึกษา	Fr4	การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกรับผลประโยชน์จากการรับนักศึกษา (การศึกษาระดับปริญญา) (2566)	จาก	2 x 2	เป็น	1 x 2
3. พันธกิจด้านการศึกษา	Fr5	นักศึกษาทุจริตในการสอบ (การศึกษาระดับปริญญา) (2566)	จาก	2 x 2	เป็น	1 x 1
4. พันธกิจด้านการศึกษา	S11	คุณภาพด้านการเรียนการสอนในระดับชั้นปริคณินกลดลง (CNMI ¹⁸) (2566)	จาก	2 x 3	เป็น	2 x 3
5. พันธกิจด้านวิเทศสัมพันธ์	S19	ผลลัพธ์การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ทางการศึกษา/วิจัย/วิชาการ ลดลงเนื่องจากสถานการณ์ COVID-19 และอื่น ๆ (2564)	จาก	2 x 2	เป็น	2 x 2
6. พันธกิจด้านกิจการนักศึกษา	S23	กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตและการดูแลนักศึกษาของคณะฯ ไม่สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตและ/หรือสนับสนุนทางการศึกษาได้อย่างเหมาะสม (2565)	จาก	1 x 2	เป็น	1 x 2

7. พันธกิจด้าน การดูแลสุขภาพ	S29	ไม่ผ่านการต่ออายุรับการรับรองคุณภาพ สถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า (AHA) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (2565)	จาก	2 x 3	เป็น	1 x 3
8. พันธกิจด้านวิชาการ และวัฒนธรรม	F37	รายได้จากการอบรมวิชาการต่ำกว่าเป้าหมาย (2565)	จาก	1 x 1	เป็น	1 x 1
9. พันธกิจด้านบริหาร ทุนมนุษย์	S52	ไม่สามารถเตรียมผู้เหมาะสมให้พร้อมเข้าสู่ ตำแหน่งบริหารได้อย่างต่อเนื่อง (2561)	จาก	2 x 2	เป็น	1 x 2
10. พันธกิจด้านบริหาร ทุนมนุษย์	O53	จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน เนื่องจากการติดเชื้อ COVID-19 (2564)	จาก	2 x 3	เป็น	1 x 1
11. พันธกิจด้านสร้างเสริม สุขภาพ	S58	ประชาชนในชุมชนที่คณะฯ ดูแล มีปัญหาด้าน สุขภาพ (2564)	จาก	1 x 2	เป็น	1 x 1
12. พันธกิจด้าน นโยบายและแผน	O83	ผลการดำเนินงานไม่สามารถนำไปใช้สนับสนุน พันธกิจต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (2565)	จาก	1 x 1	เป็น	2 x 2

สิ้นสุดหรือยุติความเสี่ยง ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 5 ความเสี่ยง คิดเป็น ร้อยละ 6 (5x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด โดยพบความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้นำไปบริหารจัดการรวมกับ ความเสี่ยงใหญ่ที่มีความเกี่ยวข้องกันจำนวน 3 ความเสี่ยง ได้แก่

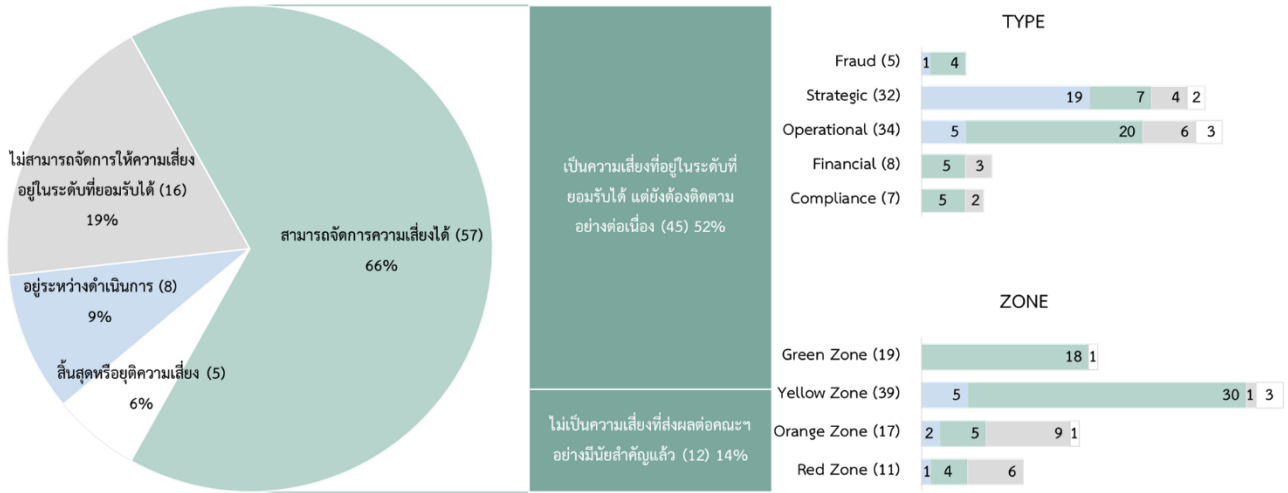
1. พันธกิจด้าน การดูแลสุขภาพ	O34	ความปลอดภัยของผู้รับบริการ จากการให้บริการ ของศูนย์สนับสนุนพันธกิจ (Patient Safety) (2564)	ที่ระดับ	1 x 1
2. พันธกิจด้านวิชาการ และวัฒนธรรม	O38	การดำเนินงานไม่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2566)	ที่ระดับ	2 x 3
3. พันธกิจด้านบริหาร โครงการ	S85	การก่อสร้างอาคารโรงพยาบาล และยานนวัตกรรมโยธิต้าซ่า ไม่เป็นไปตามแผน (2565)	ที่ระดับ	2 x 3

และความเสี่ยงสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย ทั้งจากการได้รับการรับรองมาตรฐานและการดำเนินโครงการ แล้วเสร็จ จำนวน 2 ความเสี่ยง ได้แก่

4. พันธกิจด้านคุณภาพ	S24	ไม่ผ่านการต่ออายุรับการรับรอง JCI ที่โรงพยาบาลรามธิบดี จักรีนฤพดินทร์ (2565)	ที่ระดับ	1 x 3
5. พันธกิจด้านกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก	O69	โครงการก่อสร้างล่าช้า (2565)	ที่ระดับ	3 x 2

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง

ความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 86 ความเสี่ยง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีสามารถดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยง ได้ผลการจัดการความเสี่ยง ดังนี้



รูปภาพที่ 30 ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยง

สามารถจัดการความเสี่ยงได้ จำนวน 57 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 66 (57x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด คิดเป็นสัดส่วนผลการจัดการความเสี่ยงที่มากที่สุดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยเป็นผลจากลักษณะของความเสี่ยง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงทั่วไปหรือความเสี่ยงธรรมชาติของพันธกิจ ที่ได้รับการควบคุมจากงานประจำ (Exitng Control) ได้อย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานหรือระเบียบด้านคุณภาพและความปลอดภัยตามบริบทของแต่ละพันธกิจ โดยใช้แผนการจัดการความเสี่ยง (Control Activity) ในการสนับสนุนและปิดข้อควรพัฒนาจากงานประจำ เพื่อให้สามารถจัดการความเสี่ยงได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น ทั้งนี้ สามารถสะท้อนผลการจัดการความเสี่ยงซึ่งได้ตามเป้าหมายหรือมีความคืบหน้าของการดำเนินงานที่ชัดเจน สอดคล้องกับผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดความเสี่ยงที่ส่วนใหญ่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ระดับความเสี่ยงส่วนใหญ่ลดลงเป็นความเสี่ยงระดับปานกลางและระดับต่ำ ทั้งนี้ พบการปรับด้านของผลกระทบและระดับความเสี่ยงให้สอดคล้องกับความเป็นจริง ตามนโยบายของรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ รวมทั้งพบว่าส่วนหนึ่งเป็นผลจากมติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 3/2561 ที่กำหนดให้การติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ต้องดำเนินการเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ส่งผลให้เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) สามารถดำเนินการและรายงานผลการจัดการความเสี่ยงได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ทั้งนี้ สามารถแบ่งตามความสามารถของการจัดการได้ 2 ประเภท ดังนี้

1. **ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคนๆ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว** ตัดออกจาก Risk Map ในปีงบประมาณถัดไป โดยอาจนำไปบริหารจัดการต่อภายในหน่วยงาน และไม่ต้องรายงานต่อคณะฯ จำนวน 12 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 21 (12x100/57) ของความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ทั้งหมด *รายละเอียดได้อธิบายไว้ในหัวข้อ ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง ย่อหน้า สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคนๆ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว*

2. เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังคงติดตามอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ ต้องยกไปดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 45 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 79 (45x100/57) ของความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ทั้งหมด โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่พบมากในปัจจุบัน โดยเฉพาะในองค์กรการศึกษา และองค์กรที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ทั้งจากประเด็นด้านคุณภาพ มาตรฐานและความปลอดภัย ทั้งในกระบวนการรักษาพยาบาล ความปลอดภัยต่อระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ไปจนถึงประเด็นด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลและประเด็นด้านวิกฤตทางการเงิน ซึ่งพบได้ในทุกในองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร โดยพบว่าความเสี่ยงเหล่านี้ได้รับการควบคุมตามกฎหมาย มาตรฐาน หรือระเบียบด้านคุณภาพ และความปลอดภัย ตามธรรมชาติของลักษณะงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับดี (Green) - ปานกลาง (Yellow) สอดคล้องกับผลการจัดการความเสี่ยงและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดความเสี่ยงที่ส่วนใหญ่ได้ตามเป้า ระดับความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงคงที่ ที่ระดับความเสี่ยงปานกลาง และระดับความเสี่ยงต่ำ รวมถึงพบความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงและสูงมากแต่ได้รับการประเมินภายหลังการจัดการความเสี่ยงว่าเป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้บางส่วน

ความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังคงติดตามอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ มีดังนี้
พันธกิจด้านการศึกษา

1. O3 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล/ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาเร็วไหล ผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2565)
2. S6 จำนวนนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่สมัครเข้าศึกษาฝึกอบรมไม่ได้ตามเป้าหมาย (2561)
3. S7 คุณภาพการเรียนรู้ตามเกณฑ์การฝึกอบรมของแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดไม่เป็นไปตามมาตรฐานการฝึกอบรมของแพทยสภา และ/หรือราชวิทยาลัย (2564)
4. S8 การพัฒนาคุณภาพของทุกหลักสูตรไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2565)
5. S10 ขาดการบูรณาการการเรียนการสอน การวิจัย การดูแลสุขภาพระหว่างทั้ง 2 Campus (รามฯ พญาไท-โรงเรียนแพทย์รามธิบดี สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์) และภายในสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ (2565)

พันธกิจด้านการวิจัย

6. O13 ความไม่ปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการวิจัย (Lab Safety) (2564)
7. C14 โครงการวิจัยของคณะฯ มีการกระทำผิดด้านจริยธรรมการวิจัยในคน (2558)
8. S15 ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติไม่ได้ตามเป้าหมาย (2556)
9. O16 เกิดเหตุการณ์ละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2566)
10. F17 การบริหารจัดการงบประมาณ และการเบิกจ่ายงบประมาณโครงการวิจัยไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ (2566)
11. Fr18 การเป็นคู่สัญญาในโครงการวิจัย ที่อาจเกิดการขัดกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนกับผลประโยชน์ส่วนรวม (2566)

พันธกิจด้านกิจการนักศึกษา

12. O22 การฆ่าตัวตายของนักศึกษา (2564)

พันธกิจด้านการดูแลสุขภาพ

13. S26 ผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (2564)
14. O28 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2564)
15. O30 เครื่องมือแพทย์ที่มีการเชื่อมต่อกับคอมพิวเตอร์และระบบเครือข่ายได้รับผลกระทบจากไวรัส มัลแวร์ หรือภัยคุกคามทางไซเบอร์ (2564)
16. O31 อาจเกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้รับบริการ จากการให้บริการของกลุ่มศูนย์เพื่อความเป็นเลิศ (2565)
17. S32 ผลลัพธ์จากการดำเนินงานของศูนย์เพื่อความเป็นเลิศ ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (2565)
18. S33 รายได้ภาพรวมของศูนย์สนับสนุนพันธกิจมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจ (2564)

พันธกิจด้านกฎหมาย

19. C35 คณะฯ ไม่สามารถปฏิบัติตามระเบียบ/ข้อบังคับ/กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคณะฯ ได้อย่างครบถ้วน/ ถูกต้อง (2565)

พันธกิจด้านวิชาการและวัฒนธรรม

20. O36 การให้บริการการจัดประชุมทางไกลและการลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมวิชาการไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ (2564)

พันธกิจด้านการพัสดุ

21. C39 เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vendor) (2557)
22. C40 การทำผิดพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 (2561)
23. Fr41 การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกรับผลประโยชน์หรือการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของเจ้าหน้าที่พัสดุ (2563)
24. O42 ทรัพย์สินของคณะฯ สูญหาย หรือเสียหาย ที่ไม่ได้เกิดจากการใช้งานตามปกติ (2564)
25. C43 ความเสี่ยงจากการทำผิดพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 (2566)

พันธกิจด้านสื่อสารองค์กร

26. O44 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กรเสียหายจากข่าวสารในสื่อสังคมออนไลน์ (2564)
27. O45 กระบวนการสื่อสารภายในคณะฯ ไม่สามารถสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และเป้าหมายของคณะฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (2565)
28. O47 เว็บไซต์คณะฯ ล่ม (2565)

พันธกิจด้านการคลัง

29. F49 ความเสียหายจากกระบวนการรับเงินรายได้อื่น ๆ นอกเหนือจากค่ารักษาพยาบาล (2564)
30. F50 ความมั่นคงทางการเงินคณะฯ ในระยะยาว (2566)
31. F51 ผลกระทบจากการดำเนินงานของของสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ที่มีผลต่อสถานะการเงินของคณะฯ (2565)

พันธกิจด้านบริหารทุนมนุษย์

32. S56 จำนวนและศักยภาพของผู้สมัครไม่บรรลุคุณสมบัติตามตำแหน่งที่เปิดรับ (2565)

พันธกิจด้านคุณภาพ

33. S57 คณะฯ ไม่ผ่านเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award: TQA) (2566)

พันธกิจด้านสร้างเสริมสุขภาพ

34. S59 คณะฯ ไม่มีผลงานที่ขึ้นนำสังคมเป็นนโยบายระดับชาติหรือนานาชาติตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยกำหนด (2564)

พันธกิจด้านสารสนเทศ

35. O60 ครุภัณฑ์สารสนเทศของคณะฯ เสียหาย (2563)
36. Fr65 การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกรับผลประโยชน์หรือการมีผลประโยชน์ทับซ้อนในการจัดซื้อจัดจ้างของบุคลากรด้านสารสนเทศ (2566)
37. S66 ระบบ HIS ที่ CNMI ไม่สามารถพัฒนาเพื่อใช้งานได้ตามที่กำหนด (2561)
38. S67 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2564)
39. S68 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในสถาบันฯ ได้ตามความต้องการ (2566)

พันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก

40. O70 การจัดการขยะในหน่วยงานบริการผู้ป่วยไม่ได้ตามมาตรฐานสากล (2561)
41. O75 ความปลอดภัยในการจราจรในคณะฯ (2564)
42. O76 ทรัพย์สินสูญหาย (2564)
43. O77 น้ำรั่วซึม, ท่อระบายน้ำอุดตัน (2564)
44. O79 อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการยานพาหนะ (2558)

พันธกิจด้านนโยบายและแผน

45. S84 ไม่สามารถสนับสนุนการดำเนินงานด้าน ITA ของคณะฯ ได้อย่างครบถ้วน (2566)

ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ โดยไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง และยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 16 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 19 (16x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด พบในความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงไปจนถึงระดับความเสี่ยงสูงมาก โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงสำคัญตามธรรมชาติของลักษณะธุรกิจหรือลักษณะงาน (Core Business/Core Process) ซึ่งพบได้มากในองค์กรที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล จากประเด็นด้านคุณภาพ มาตรฐานและความปลอดภัย ทั้งในกระบวนการรักษาพยาบาล ความปลอดภัยต่อระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ไปจนถึงประเด็นด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล และ Financial Outcome โดยความเสี่ยงทั้งหมดอยู่ระหว่างดำเนินการเพื่อให้ครอบคลุมนโยบายตามแผนระยะยาวหรือตามแผนโครงการ ในขณะที่ต้องบริหารจัดการบนปัจจัยที่ควบคุมยาก ทั้งจากความซับซ้อนของโครงสร้างองค์กร และโครงสร้างบริหาร การสื่อสาร การประสานงาน และการให้ความร่วมมือจากหลายหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยภายใน ไปจนถึงปัจจัยส่วนบุคคลทั้งในด้านการฟ้องร้อง พยาธิสภาพ ทัศนคติหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนลักษณะด้านประชากรศาสตร์ ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอก ความเสี่ยงเหล่านี้จึงจำเป็นต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากหลายหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกคณะฯ ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการจัดการความเสี่ยงได้อย่างชัดเจน การจัดการความเสี่ยงจึงไม่ทันต่อความเสียหายที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด เนื่องจากยังไม่สามารถบริหารจัดการปัจจัยหรือทรัพยากร (Input) ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างครบถ้วน ถูกต้องตามมาตรฐาน และกระบวนการ (Process) จนเกิดความเสียหายหรือมีผลการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด (Output) ระดับความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงยังคงที่ ดังนั้น ความเสี่ยงเหล่านี้จึงจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาปรับปรุงกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ต่อไป

ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่สามารถจัดการให้ Risk Zone ภายหลังจากดำเนินงานฯ ลดลง โดยความเสี่ยงเคลื่อนที่จาก Orange Zone เข้าสู่ Yellow Zone แต่ยังคงได้รับการพิจารณาให้เป็นความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการได้ เนื่องจาก ความเสี่ยงเหล่านี้มีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) จึงมักได้รับผลกระทบโดยตรงหากมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้น

ความเสี่ยงที่ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ โดยไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง มีดังนี้

พันธกิจด้านการดูแลสุขภาพ

1. O25 เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง (G, H, I) ในการให้การดูแลสุขภาพ และ/หรือทำให้เกิดการร้องเรียนต่อองค์กรภายนอก/ศาล (2556)
2. F27 Financial Outcome จากพันธกิจดูแลสุขภาพไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2564)

พันธกิจด้านสื่อสารองค์กร

3. O46 เว็บไซต์คณะฯ ถูกโจมตี (Hack) (2565)

พันธกิจด้านการคลัง

4. F48 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (เน้นระบบ Billing System) (2561)

พันธกิจด้านบริหารทุนมนุษย์

5. F54 สัดส่วนค่าใช้จ่ายบุคลากรต่อรายได้จากความสามารถของคณะฯ สูงเกินค่าเป้าหมาย (2565)
6. S55 การขาดแคลนบุคลากรในตำแหน่งสำคัญ และ/หรือ ผู้ที่มีสมรรถนะสอดคล้องกับยุทธศาสตร์คณะฯ (2566)

พันธกิจด้านสารสนเทศ

7. S61 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2556)
8. S62 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯ ได้ตามความต้องการ (2556)
9. O63 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับที่เก็บในระบบสารสนเทศ (2558)
10. C64 ภัยคุกคามทางไซเบอร์ต่อระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (2564)

พันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก

11. O71 บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน (2561)
12. O73 การเกิดอัคคีภัย (2557)
13. O74 เกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรงภายในคณะฯ (2563)

พันธกิจด้านการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล คณะฯ

14. C80 การเตรียมความพร้อมและการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน (2565)

พันธกิจด้านบริหารความเสี่ยง

15. O81 การดำเนินงานภายในคณะฯ และแก้ปัญหาในสถานการณ์วิกฤตไม่มีประสิทธิภาพ (2565)

พันธกิจด้านบริหารโครงการ

16. S86 การเปิดบริการอาคารโรงพยาบาลและย่านนวัตกรรมโยธีไม่เป็นไปตามแผน (2566)

ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการยังไม่สามารถสรุปได้ ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 8 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 9 (8x100/86) ของความเสี่ยงทั้งหมด ซึ่งพบว่าเป็นสัดส่วนผลการจัดการความเสี่ยงที่ดีกว่าปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และดีกว่าปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ที่มีผลการจัดการความเสี่ยงในกลุ่มนี้มากถึงร้อยละ 44 โดยผลการจัดการที่สามารถสรุปได้มากขึ้นนั้น เป็นผลจากมติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 3/2561 ที่กำหนดให้การติดตามผลการจัดการความเสี่ยงของคณะฯ ต้องดำเนินการเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ส่งผลให้เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) สามารถดำเนินการจัดการความเสี่ยง และสามารถรายงานผลการจัดการความเสี่ยงตามแผนประจำปีงบประมาณ ได้ตามเวลาที่กำหนด ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงานยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้ จึงมีสัดส่วนที่น้อยลง พบในความเสี่ยงที่มีระดับปานกลางไปจนถึงระดับความเสี่ยงสูง เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงใหม่ที่ได้รับการประเมินในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2565 ในขณะที่ยังคงพบความเสี่ยงเก่าที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินงานและต้องดำเนินงานต่อเนื่องมาถึงปัจจุบันบ้างบางส่วน โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับระบบงานสำคัญของคณะฯ ที่กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงที่เป็นแผนต่อเนื่องระยะยาวไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ในปัจจุบัน หรือได้ผลการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากเป็นเพียงข้อมูลระหว่างการทำงาน ไม่ใช่ผลลัพธ์สุดท้ายของการจัดการความเสี่ยง สอดคล้องกับผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง (Yellow)

ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้ มีดังนี้

พันธกิจด้านการศึกษา

1. O1 ทรัพยากรไม่เพียงพอต่อการรองรับการบริหารหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตปรับปรุง 2563 (2562)
2. O9 ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของนักศึกษาภายในสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ (2565)
3. S12 สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ไม่สามารถเป็นเลิศด้านการวิจัย (2566)

พันธกิจด้านวิเทศสัมพันธ์

4. O20 การดำเนินงานตามพันธกิจวิเทศสัมพันธ์บางส่วน อาจได้รับผลกระทบในช่วงการเปลี่ยนถ่ายงานไปสู่ “ศูนย์บริการนักศึกษา” ที่สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ (2565)
5. S21 การสนับสนุนเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และเป้าหมายของคณะฯ ด้านต่างประเทศ ได้รับผลกระทบจาก Financial Crisis ของสถานการณ์โลก (2566)

พันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก

6. O72 สารเคมีประเภทไวไฟหกรั่วไหลภายในคณะฯ (2566)
7. O78 โครงสร้างอาคารเสียหาย (2564)

พันธกิจด้านนโยบายและแผน

8. S82 ไม่สามารถพัฒนาแผนงานตามแผนยุทธศาสตร์ของคณะฯ ได้ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) (2565)

สิ้นสุดหรือยุติความเสี่ยง ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 5 ความเสี่ยง คิดเป็น ร้อยละ 6 ($5 \times 100/86$) ของความเสี่ยงทั้งหมด รายละเอียดได้อธิบายไว้ในหัวข้อ *ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการ ความเสี่ยง* สิ้นสุดหรือยุติความเสี่ยง

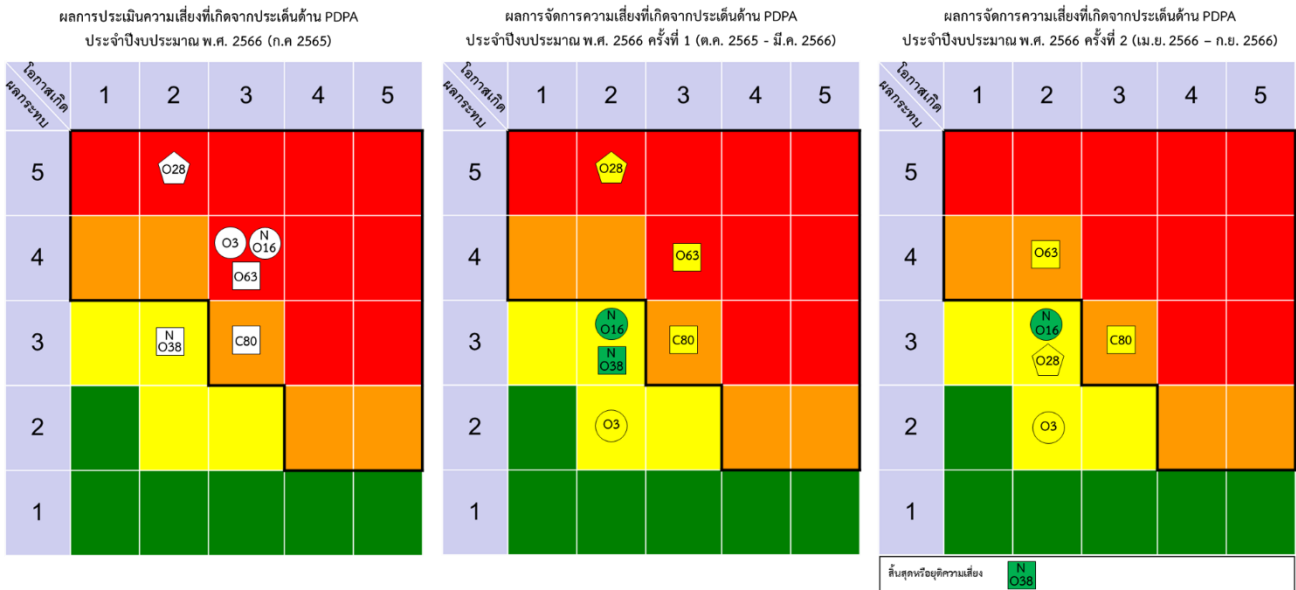
จากความสามารถในการจัดการความเสี่ยงดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า ความเสี่ยงที่ต้องยกไปดำเนินการจัดการ ต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีจำนวนทั้งสิ้น 69 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 80 ($69 \times 100/86$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงที่สามารถจัดการให้เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังคงติดตามอย่างต่อเนื่อง จำนวน 45 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 52 ($45 \times 100/86$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ จำนวน 16 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 19 ($16 \times 100/86$) ของความเสี่ยงทั้งหมด และความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการยังไม่สามารถสรุปได้ จำนวน 8 ความเสี่ยง คิดเป็น ร้อยละ 9 ($8 \times 100/86$) ของความเสี่ยงทั้งหมด

ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยงในความเสี่ยงที่มีประเด็นเกี่ยวข้องกัน

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

ผลการจัดการความเสี่ยง

ในความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562



รูปภาพที่ 31 ผลการจัดการความเสี่ยง

ในความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

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

ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: จากประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงที่ระบุว่าคณะฯ มีความพร้อมเพียงพอในการป้องกันการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 สามารถสะท้อนความคืบหน้าและความสำเร็จได้จากผลการดำเนินงานเมื่อเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ได้ตามเป้าที่กำหนด จากการไม่เกิดเหตุการณ์ความเสียหาย (Impact Indicator) ในขณะที่พบว่าตัวชี้วัดที่วัดจากกระบวนการตามแผนการจัดการความเสี่ยง (Process Indicator) ส่วนใหญ่ยังอยู่ระหว่างการดำเนินงานให้ครบถ้วนและบางส่วนพบว่ายังไม่ได้ตามเป้าหมาย จากประเด็นด้านความรู้ ความเข้าใจของบุคลากร ซึ่งยังคงต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง: จากการวิเคราะห์ลักษณะของประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงร่วมกับผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง พบว่า ได้รับการบริหารจัดการอย่างเป็นรูปธรรม มีความคืบหน้าที่ชัดเจน สามารถสะท้อนความสำเร็จได้จากผลการดำเนินงานเมื่อเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ซึ่งได้ตามเป้าที่กำหนด ดังนั้น ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินว่าสามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังคงติดตามอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ ในขณะที่พบความเสี่ยงที่ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ โดยไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่องจำนวน 2 ความเสี่ยง เนื่องจากเป็นความเสี่ยงจากพันธกิจที่กำกับดูแลและเกี่ยวข้องสำคัญในประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 โดยตรง ซึ่งในภาพรวมยังอยู่ระหว่างการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) บนข้อจำกัดในการบริหารจัดการบนโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างบริหารที่มีขอบเขตการบริหารจัดการขนาดใหญ่ ซับซ้อน รวมถึงต้องดำเนินการร่วมกับหลายหน่วยงาน จำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาในการบริหารจัดการเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างรัดกุม ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ได้รับการประเมินให้สิ้นสุดหรือยุติความเสี่ยงเนื่องจากยุบไปบริหารจัดการในปีงบประมาณต่อไป ร่วมกับความเสี่ยงเรื่องการเตรียมความพร้อมและการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน (2565) ซึ่งเป็นความเสี่ยงจากพันธกิจที่กำกับดูแลด้านการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของคณะฯ

การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง: ความเสี่ยงส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงลดลง ทั้งจากระดับความเสี่ยงสูงมากเป็นระดับความเสี่ยงปานกลาง และระดับความเสี่ยงสูงมากเป็นระดับความเสี่ยงสูง รวมถึงพบความเสี่ยงที่เคลื่อนที่ออกจากตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) เนื่องจากได้รับการประเมินให้สิ้นสุดหรือยุติความเสี่ยง ตามที่กล่าวไปข้างต้น โดยพบว่าความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงคงที่ที่ระดับสูง เป็นความเสี่ยงจากพันธกิจที่กำกับดูแลประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 โดยตรง ซึ่งยังอยู่ระหว่างการดำเนินงานเพื่อสร้างความชัดเจนและครอบคลุมในการนำไปปฏิบัติภายในคณะฯ

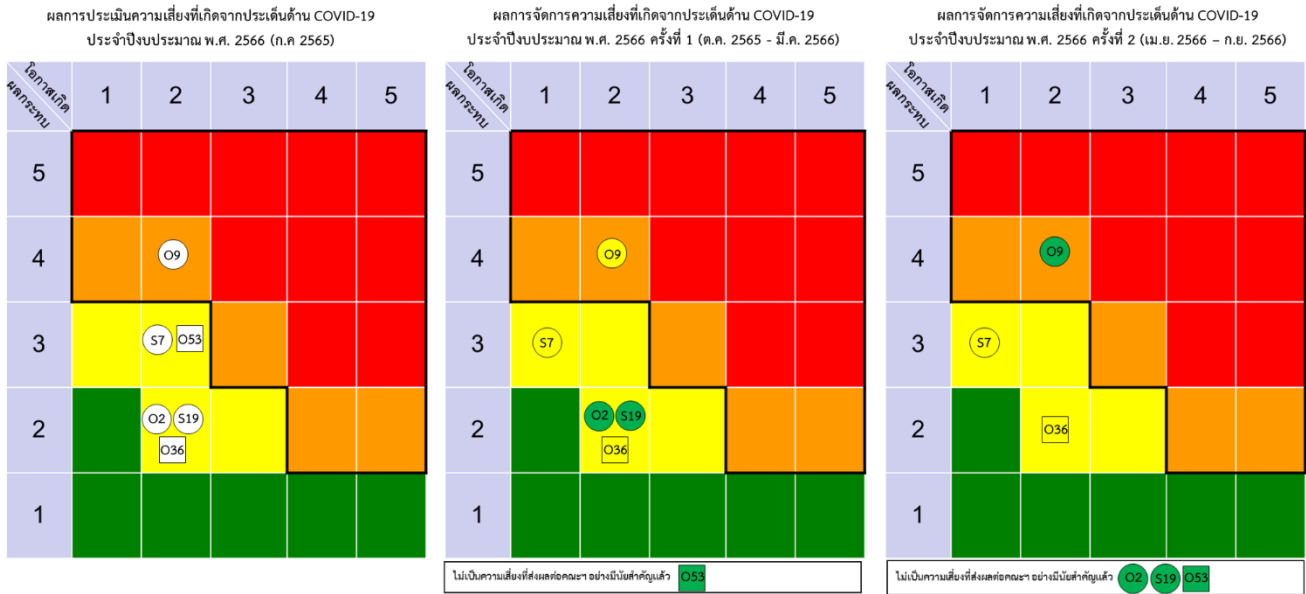
ตารางที่ 16 ผลการจัดการความเสี่ยงของความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Education & Research					
ด้านการศึกษา	○3 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล/ข้อมูลส่วนบุคคล ของนักศึกษารั้วไหล ผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2565)	3 x 4 สูงมาก	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการวิจัย	○16 การเกิดเหตุการณ์ละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2566)	3 x 4 สูงมาก	2 x 3 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
Cluster Healthcare System					
ด้านการดูแล สุขภาพ	○28 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติ คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2564)	2 x 5 สูงมาก	2 x 3 ปานกลาง	ไม่ได้ได้ตามเกณฑ์ที่ กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Professional Service					
ด้านวิชาการ และวัฒนธรรม	O38 การดำเนินงานไม่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติ คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2566)	2 x 3 ปานกลาง	-	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สิ้นสุดหรือยุติความเสี่ยง
ด้านสารสนเทศ	O63 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูล ความลับที่เก็บในระบบสารสนเทศ (2558)	3 x 4 สูงมาก	2 x 4 สูง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยง อยู่ในระดับที่ยอมรับได้
ด้านการคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคล คณะฯ	C80 การเตรียมความพร้อมและการดำเนินงานตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน (2565)	3 x 3 สูง	3 x 3 สูง	ไม่ได้ได้ตามเกณฑ์ที่ กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยง อยู่ในระดับที่ยอมรับได้

ผลการจัดการความเสี่ยงใน

ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)



รูปภาพที่ 32 ผลการจัดการความเสี่ยงใน

ความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง: กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) และกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ในความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่วนใหญ่ได้รับการประเมินว่ามีประสิทธิภาพในระดับดี (Green) เนื่องจากคณะฯ สามารถดำเนินงานได้อย่างรัดกุมตามมาตรฐานของนโยบายด้านความปลอดภัยทั้งจากภาครัฐและจากภายในคณะฯ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งพบว่าคณะฯ สามารถพัฒนากระบวนการดำเนินงานแบบ New Normal ให้เป็นการดำเนินงานแบบปกติได้อย่างเหมาะสม

ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: จากการดำเนินงานที่รัดกุมตามมาตรฐานของนโยบายด้านความปลอดภัยทั้งจากภาครัฐและจากภายในคณะฯ ส่งผลให้ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงส่วนใหญ่ได้ตามเป้าที่กำหนด แต่เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นปัจจัยที่ควบคุมยาก ส่งผลให้ความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับจำนวนการติดเชื้อ มีให้ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงที่ไม่ได้ตามเป้าหมาย

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง: เนื่องจาก สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภาพรวมดีขึ้น คณะฯ สามารถปรับตัวด้วยการพัฒนากระบวนการดำเนินงานแบบ New Normal ให้เป็นการดำเนินงานแบบปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินว่า สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว สำหรับความเสี่ยงที่ได้รับการประเมินว่าสามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังคงติดตามอย่างต่อเนื่อง เป็นความเสี่ยงที่มีปัจจัยอื่นนอกเหนือจากประเด็นด้านการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จึงยังคงต้องนำไปบริหารจัดการต่อไป

การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง: จากประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง และความสามารถในการจัดการความเสี่ยง ที่สะท้อนความสามารถในการปรับตัวของคณะฯ ในการพัฒนากระบวนการดำเนินงานแบบ New Normal ให้เป็นการดำเนินงานแบบปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้ง สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภาพรวมดีขึ้น ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงเคลื่อนที่ ออกจากตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) สอดคล้องกับที่ได้รับการประเมินว่าสามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว

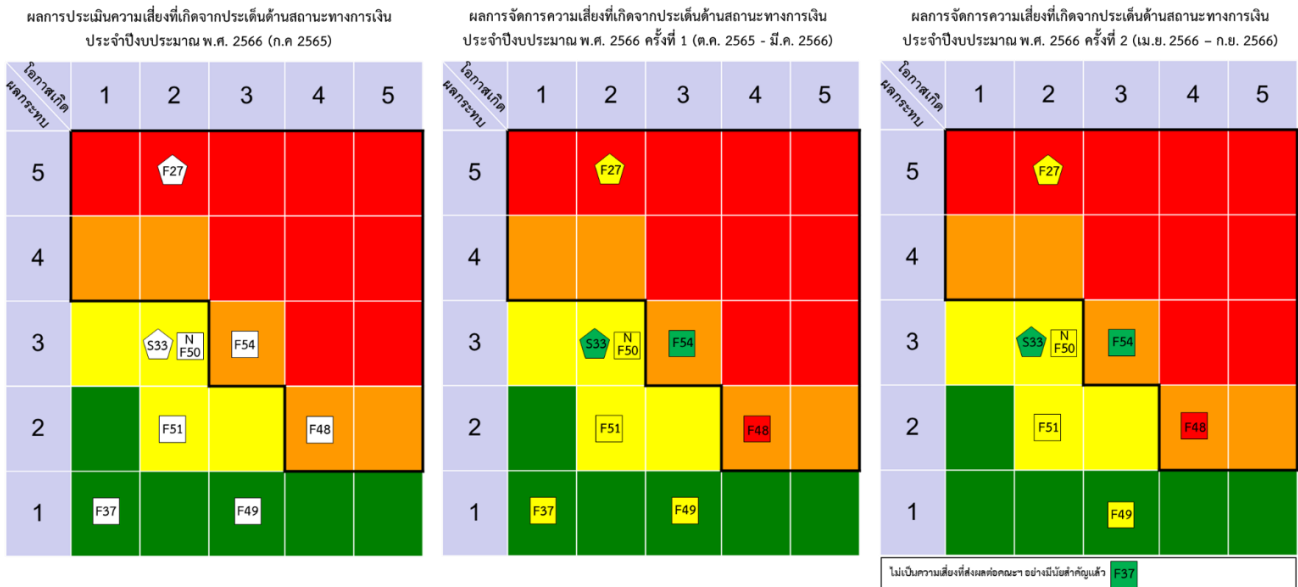
สำหรับความเสี่ยงที่ได้รับการประเมินว่าสามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังคงติดตามอย่างต่อเนื่อง เป็นความเสี่ยงที่ยังคงมีระดับความเสี่ยงที่คงที่ เนื่องจากพบปัจจัยอื่นนอกเหนือจาก ประเด็นด้านการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จึงยังคงต้องนำไปบริหารจัดการต่อ ในปีงบประมาณต่อไป

ตารางที่ 17 ผลการจัดการความเสี่ยงของความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Education & Research					
ด้านการศึกษา	O2 การแพร่ระบาด หรือการติดเชื้อของนักศึกษา (Outbreak Risk) (2564)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว
ด้านการศึกษา	S7 คุณภาพการเรียนรู้ตามเกณฑ์การฝึกอบรมของแพทย์ ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ไม่เป็นไปตาม มาตรฐานการฝึกอบรมของแพทยสภา และ/หรือ ราชวิทยาลัย (2564)	2 x 3 ปานกลาง	1 x 3 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการศึกษา	O9 ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของนักศึกษาภายในสถาบัน การแพทย์จักรีนฤพดินทร์ (2565)	2 x 4 สูง	2 x 4 สูง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อยู่ระหว่างดำเนินการ
ด้านวิเทศสัมพันธ์	S19 ผลลัพธ์การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ทางการศึกษา/ วิจัย/วิชาการ ลดลงเนื่องจากได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ COVID-19 และอื่น ๆ (2564)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Professional Service					
ด้านวิชาการ และวัฒนธรรม	O36 การให้บริการการจัดประชุมทางไกลและการลงทะเบียน เข้าร่วมประชุมวิชาการไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการ ของผู้รับบริการ (2564)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านบริหาร ทุนมนุษย์	O53 จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน เนื่องจาก การติดเชื้อ COVID-19 (2564)	2 x 3 ปานกลาง	1 x 1 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว

ผลการจัดการความเสี่ยงในความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ



รูปภาพที่ 33 ผลการจัดการความเสี่ยงในความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง: ความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็นสถานะทางการเงินของคณะฯ ได้รับการบริหารจัดการอย่างเป็นรูปธรรม ด้วยการขับเคลื่อนตามนโยบายและการดำเนินงานในลักษณะ Top Down ผ่านกลไกการแต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายการเงิน (Finance Committee) และการกำหนดนโยบายต่าง ๆ รวมทั้งมีการบริหารจัดการที่มีลักษณะเป็น Cross-Functional Management ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ทั้งภายในและภายนอกคณะฯ การบริหารความเสี่ยงในภาพรวมจึงอยู่ระหว่างการดำเนินงาน และได้รับการประเมินว่ามีประสิทธิภาพปานกลาง (Yellow) และประสิทธิภาพดี (Green)

ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพต่ำ จากพันธกิจด้านการคลัง เรื่อง ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (เน้นระบบ Billing System) (2561) เนื่องจากพบความล่าช้าในการดำเนินงาน จึงยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนที่กำหนด ต้องอาศัยฝ่ายสารสนเทศในการดำเนินงานเป็นหลัก ส่งผลให้ระบบพัฒนาไม่ทันต่อความเสียหายทางการเงินที่เกิดขึ้น

ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: จากความร่วมมือในการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ภายในคณะฯ ตามนโยบายทางการเงินแบบ Cross-Functional Management รวมถึงภาพรวมสถานการณ์ทางการเงินของคณะฯ มีทิศทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ส่วนใหญ่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด โดยพบประเด็นน่าสนใจ ในความเสี่ยงที่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นความเสี่ยงจากพันธกิจหลักในการหารายได้ หรือควบคุมค่าใช้จ่าย ส่งผลให้เป้าหมายที่กำหนด เป็นเป้าหมายที่พันธกิจต่าง ๆ สามารถดำเนินการได้อยู่แล้ว

สำหรับผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงที่ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย พบว่าเป็นผลจากการพัฒนาระบบ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่วัดจากกระบวนการตามแผนการจัดการความเสี่ยง (Process Indicator) รวมทั้ง ผลลัพธ์การควบคุมค่าใช้จ่ายบุคลากร และผลการดำเนินงานด้านการเงิน (Impact Indicator) ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผลมาจากประสิทธิภาพของการประสานงานในการขอและให้ข้อมูลภายในคณะฯ สะท้อนโครงสร้างบริหารและโครงสร้างการกำกับดูแล ซึ่งมีขนาดใหญ่ ซับซ้อนอย่างชัดเจน

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง: จากผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ได้ตามเป้าที่กำหนด ร่วมกับภาพรวมสถานการณ์ทางการเงินของคณะฯ ซึ่งมีทิศทางที่ดีขึ้น ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินว่า เป็นความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ โดยเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ แต่ยังคงติดตามอย่างต่อเนื่อง และไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ได้รับการประเมินว่าไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ในความเสี่ยงจากพันธกิจที่กำกับดูแลและเกี่ยวข้องสำคัญในการหารายได้ และการควบคุมการใช้จ่ายสำคัญของคณะฯ โดยตรง เนื่องจากมีผลการดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามเป้า และส่งผลกระทบต่อเชิงลบโดยตรงต่อคณะฯ

การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง: เนื่องจากสถานการณ์ทางการเงินของคณะฯ เพิ่งเริ่มมีทิศทางที่ดีขึ้น ในขณะที่การดำเนินงานต่าง ๆ ยังคงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินให้คงที่ ทั้งในลักษณะของ Risk Zone และระดับความเสี่ยง โดยคงที่กระจายตัวทั่วตารางแสดงระดับความเสี่ยง ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่เคลื่อนที่ออกจากตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) จากระดับความเสี่ยงต่ำ เนื่องจากสามารถจัดการได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว

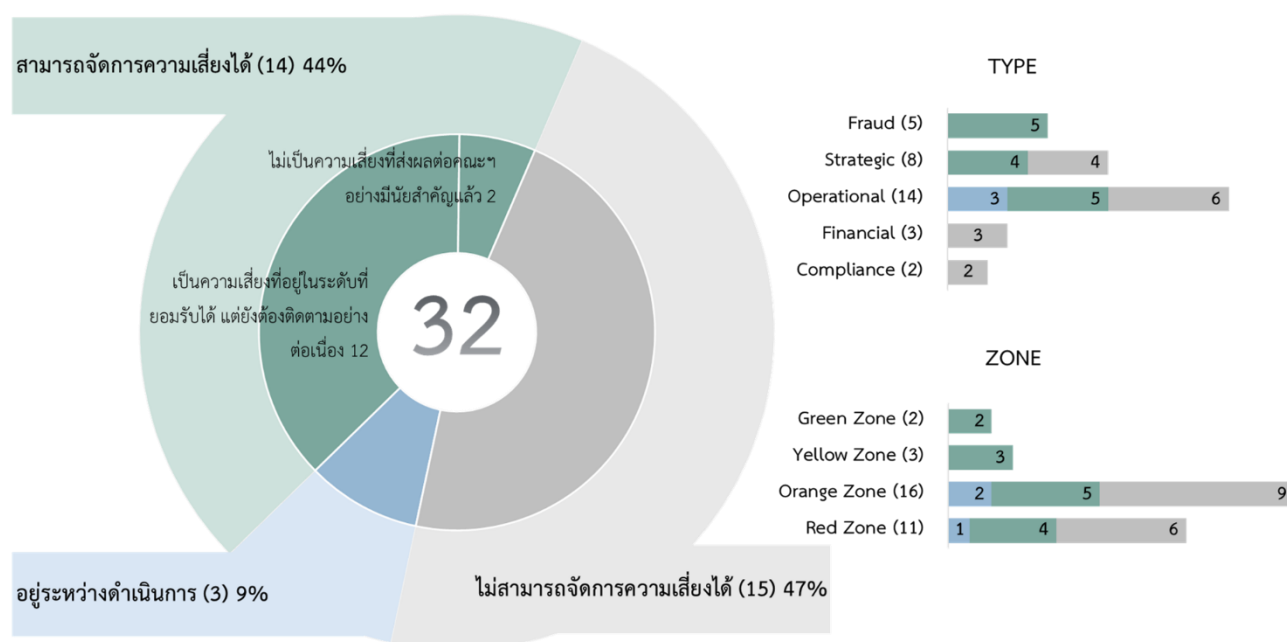
ตารางที่ 18 ผลการจัดการความเสี่ยงของความเสี่ยงที่เกิดจากสถานะทางการเงินของคณะฯ

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Healthcare System					
ด้านการดูแลสุขภาพ	F27 Financial Outcome จากพันธกิจดูแล สุขภาพไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2564)	2 x 5 สูงมาก	2 x 5 สูงมาก	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยง อยู่ในระดับที่ยอมรับได้
ด้านการดูแลสุขภาพ	S33 รายได้ภาพรวมของศูนย์สนับสนุนพันธกิจ มีแนวโน้มลดลงเนื่องจากสถานะเศรษฐกิจ (2564)	2 x 3 ปานกลาง	2 x 3 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
Cluster Professional Service					
ด้านวิชาการ และวัฒนธรรม	F37 รายได้จากการอบรมวิชาการต่ำกว่า เป้าหมาย (2565)	1 x 1 ต่ำ	1 x 1 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว
ด้านการคลัง	F48 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการ เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (เน้นระบบ Billing System) (2561)	4 x 2 สูง	4 x 2 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยง อยู่ในระดับที่ยอมรับได้
ด้านการคลัง	F49 ความเสียหายจากกระบวนการรับเงิน รายได้อื่น ๆ นอกเหนือจากค่ารักษาพยาบาล (2564)	3 x 1 ต่ำ	3 x 1 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง	ผลการจัดการความเสี่ยง		
		จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
ด้านการคลัง	F50 ความมั่นคงทางการเงินคณะฯ ในระยะยาว (2566)	2 x 3 ปานกลาง	2 x 3 ปานกลาง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังคงติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการคลัง	F51 ผลกระทบจากการดำเนินงานของ สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ที่มีผลต่อ สถานะการเงินของคณะฯ (2565)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังคงติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านบริหารทุนมนุษย์	F54 สัดส่วนค่าใช้จ่ายบุคลากรต่อรายได้จาก ความสามารถของคณะฯ สูงเกินค่าเป้าหมาย (2565)	3 x 3 สูง	3 x 3 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยง อยู่ในระดับที่ยอมรับได้

ภาพรวมความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล

เมื่อพิจารณาเฉพาะความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ทั้ง 32 ความเสี่ยง สามารถสรุปผลการจัดการความเสี่ยงในภาพรวมได้ ดังนี้



รูปภาพที่ 34 ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดลทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากระบบการบริหารจัดการในปัจจุบันที่ยังไม่เพียงพอ และ/หรือไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสม ในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง ในขณะที่พบความล่าช้าในการปรับปรุงกระบวนการสำคัญ ไปจนถึงพบว่าระบบพื้นฐานของคณะฯ โดยเฉพาะระบบความปลอดภัยทั้งทางกายภาพและเทคโนโลยี ยังไม่ครอบคลุมหรือยังไม่เพียงพอ ความเสี่ยงเหล่านี้จึงจำเป็นต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากหลายหน่วยงานในการกำหนดนโยบาย จัดทำแผน และกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างรัดกุม ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินว่าไม่สามารถจัดการได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง จำนวน 15 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 47 ($15 \times 100 / 32$) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยทั้งหมด ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่มีการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ สะท้อนผ่านผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดความเสี่ยงที่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด และได้รับการประเมินว่าสามารถจัดการได้ จำนวน 14 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 44 ($14 \times 100 / 32$) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยทั้งหมด โดยแบ่งเป็นความเสี่ยงที่ไม่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เนื่องจากกิจกรรมการจัดการความเสี่ยงมีประสิทธิภาพเพียงพอในการจัดการและควบคุมความเสี่ยง โดยสามารถนำไปบริหารจัดการได้ภายในหน่วยงาน (Division/Business Unit) จำนวน 2 ความเสี่ยง และสามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังคงต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง ต้องนำไปบริหารจัดการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 12 ความเสี่ยง ซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่มหาวิทยาลัยให้ความสำคัญ ทั้งด้านการดำเนินงานที่อาจก่อให้เกิดการทุจริต (Fraud) หรือการขัดกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนกับผลประโยชน์ส่วนรวม (Conflict of Interest) ไปจนถึงด้านการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

จึงจำเป็นต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่พบความเสี่ยงที่ได้รับการประเมินว่าอยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปผลการดำเนินงานได้ จำนวน 3 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 9 (3x100/32) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัย ทั้งหมด

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล ส่วนใหญ่ได้รับการประเมินว่ามีประสิทธิภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Yellow) และดี (Green) ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงในระบบใหญ่ ตามลักษณะธรรมชาติขององค์กรหรือพันธกิจ (Core Business) ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากปัจจัยภายนอกที่มีการเปลี่ยนแปลง และไม่สามารถยอมรับให้เกิดขึ้นได้ จำเป็นต้องติดตามเฝ้าระวัง แม้จะมีการดำเนินงานตามคุณภาพมาตรฐานร่วมกับการทบทวนพัฒนาตามประเด็นโอกาสพัฒนา Opportunities for Improvement (OFI) อย่างต่อเนื่อง ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงยังอยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนระยะยาว หรือต้องมีการดำเนินงานต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องอาศัยเวลา การสื่อสาร การประสานงาน และการได้รับความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ทั้งภายในและภายนอกคณะฯ รวมทั้งพบว่า ความเสี่ยงเหล่านี้ต้องบริหารจัดการบนปัจจัยที่ควบคุมยาก จากลักษณะของโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างบริหารที่มีระบบใหญ่ ซับซ้อน ซึ่งเป็นปัจจัยภายใน และจากปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายที่คณะฯ ต้องปฏิบัติตาม ไปจนถึงจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ยังคงส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพต่ำ จำนวน 1 ความเสี่ยง จากพันธกิจด้านการคลัง รหัส F48 ความเสี่ยงเรื่องความเสียหายที่เกิดจากระบบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (Billing System) (2561) เนื่องจากฝ่ายการคลัง ไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนการจัดการความเสี่ยงที่กำหนด ซึ่งเป็นผลจากลักษณะของแผนการจัดการ ที่ส่วนใหญ่ต้องอาศัยฝ่ายสารสนเทศในการดำเนินงานเป็นหลัก ในขณะที่ฝ่ายสารสนเทศยังไม่สามารถให้การสนับสนุนการจัดการความเสี่ยงได้อย่างเต็มศักยภาพ ส่งผลให้การพัฒนากระบวนการไม่ทันต่อความเสียหายที่เกิดขึ้น

ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: จากความสามารถในการจัดการความเสี่ยง พบว่า สอดคล้องกับผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ซึ่งมีสัดส่วนของการดำเนินงานที่ได้ตามเป้าหมายและไม่ได้ตามเป้าหมายในจำนวนที่เท่ากัน โดยความเสี่ยงที่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงที่ได้ตามเป้าหมาย ส่วนความเสี่ยงที่ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงที่ไม่ได้ตามเป้าหมายเช่นกัน

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

สำหรับความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ พบว่า เป็นผลจากประสิทธิภาพของการประสานงานในการขอข้อมูลและการให้ข้อมูลภายในคณะฯ ซึ่งสะท้อนโครงสร้างบริหารและโครงสร้างการกำกับดูแลซึ่งมีขนาดใหญ่ ซับซ้อนอย่างชัดเจน

ตารางที่ 19 ผลการจัดการความเสี่ยงของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ที่ต้องรายงานต่อมหาวิทยาลัยมหิดล

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Education & Research					
ด้านการศึกษา	○1 ทรัพยากรไม่เพียงพอต่อการรองรับการบริหาร หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตปรับปรุง 2563 (2562)	2 x 4 สูง	2 x 4 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อยู่ระหว่างดำเนินการ
ด้านการศึกษา	○3 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล/ข้อมูลส่วนบุคคล ของนักศึกษารั้วไหล ผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2565)	3 x 4 สูง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการศึกษา	Fr4 การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกรับผลประโยชน์ จากการรับนักศึกษา (2566)	2 x 2 ปานกลาง	1 x 2 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว
ด้านการศึกษา	นักศึกษาทุจริตในการสอบ (2566)	2 x 2 ปานกลาง	1 x 2 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว
ด้านการศึกษา	○9 ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของนักศึกษา ภายในสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (2565)	2 x 4 สูง	2 x 4 สูง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อยู่ระหว่างดำเนินการ

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
ด้านการวิจัย	O16 การเกิดเหตุการณ์ละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2566)	3 x 4 สูง	2 x 3 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังคงติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการวิจัย	Fr18 การเป็นคู่สัญญาในโครงการวิจัยที่อาจเกิดการขัดกันระหว่างผลประโยชน์ ส่วนตนกับผลประโยชน์ส่วนรวม (2566)	1 x 3 ปานกลาง	2 x 3 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังคงติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านกิจการ นักศึกษา	O22 การฆ่าตัวตายของนักศึกษา (2564)	2 x 4 สูง	2 x 3 ปานกลาง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังคงติดตามอย่างต่อเนื่อง
Cluster Healthcare System					
ด้านการดูแล สุขภาพ	O25 เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง (G, H, I) ในการให้การดูแลสุขภาพ และ/หรือทำให้เกิดการร้องเรียนต่อองค์กรภายนอก/ศาล (2556)	2 x 5 สูงมาก	2 x 5 สูงมาก	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้
ด้านการดูแล สุขภาพ	F27 Financial Outcome จากพันธกิจดูแลสุขภาพไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2564)	2 x 5 สูงมาก	2 x 5 สูงมาก	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้
ด้านการดูแล สุขภาพ	O28 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2564)	2 x 5 สูงมาก	2 x 3 ปานกลาง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังคงติดตามอย่างต่อเนื่อง

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Professional Service					
ด้านการพัสดุ	Fr41 การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกรับผลประโยชน์หรือการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของเจ้าหน้าที่พัสดุ (2563)	1 x 2 ต่ำ	1 x 2 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังคงติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านสื่อสารองค์กร	O44 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กรเสียหายจากข่าวสารในสื่อสังคมออนไลน์ (2564)	2 x 4 สูง	2 x 3 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังคงติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการคลัง	F48 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (เน้นระบบ Billing System) (2561)	4 x 2 สูง	4 x 2 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้
ด้านบริหาร ทุนมนุษย์	F54 สัดส่วนค่าใช้จ่ายบุคลากรต่อรายได้จากความสามารถของคนฯ สูงเกินค่าเป้าหมาย (2565)	3 x 3 สูงมาก	3 x 3 สูงมาก	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้
ด้านบริหาร ทุนมนุษย์	S55 การขาดแคลนบุคลากรในตำแหน่งสำคัญและ/หรือผู้ที่มีสมรรถนะสอดคล้องกับยุทธศาสตร์คณะฯ (2566)	5 x 4 สูงมาก	4 x 4 สูงมาก	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้
ด้านบริหาร ทุนมนุษย์	S56 จำนวนและศักยภาพของผู้สมัครไม่บรรลุคุณสมบัติตามตำแหน่งที่เปิดรับ (2565)	4 x 4 สูงมาก	2 x 1 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังคงติดตามอย่างต่อเนื่อง

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
ด้านคุณภาพ	S57 คณะฯ ไม่ผ่านเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award: TQA) (2566)	3 x 3 สูง	2 x 3 ปานกลาง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านสารสนเทศ	S61 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้ วางแผนไว้ล่วงหน้า (2556)	3 x 3 สูง	3 x 3 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยง อยู่ในระดับที่ยอมรับได้
ด้านสารสนเทศ	S62 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนอง ความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯ ได้ตาม ความต้องการ (2556)	3 x 3 สูง	3 x 3 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยง อยู่ในระดับที่ยอมรับได้
ด้านสารสนเทศ	S63 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูล ความลับที่เก็บในระบบสารสนเทศ (2558)	3 x 4 สูงมาก	2 x 4 สูงมาก	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยง อยู่ในระดับที่ยอมรับได้
ด้านสารสนเทศ	C64 ภัยคุกคามทางไซเบอร์ต่อระบบสารสนเทศ โรงพยาบาล (2564)	3 x 4 สูงมาก	3 x 4 สูงมาก	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยง อยู่ในระดับที่ยอมรับได้
ด้านสารสนเทศ	Fr65 การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกรับผลประโยชน์ หรือการมีผลประโยชน์ทับซ้อนในการจัดซื้อจัดจ้าง ของบุคลากรด้านสารสนเทศ (2566)	1 x 2 ต่ำ	1 x 2 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง

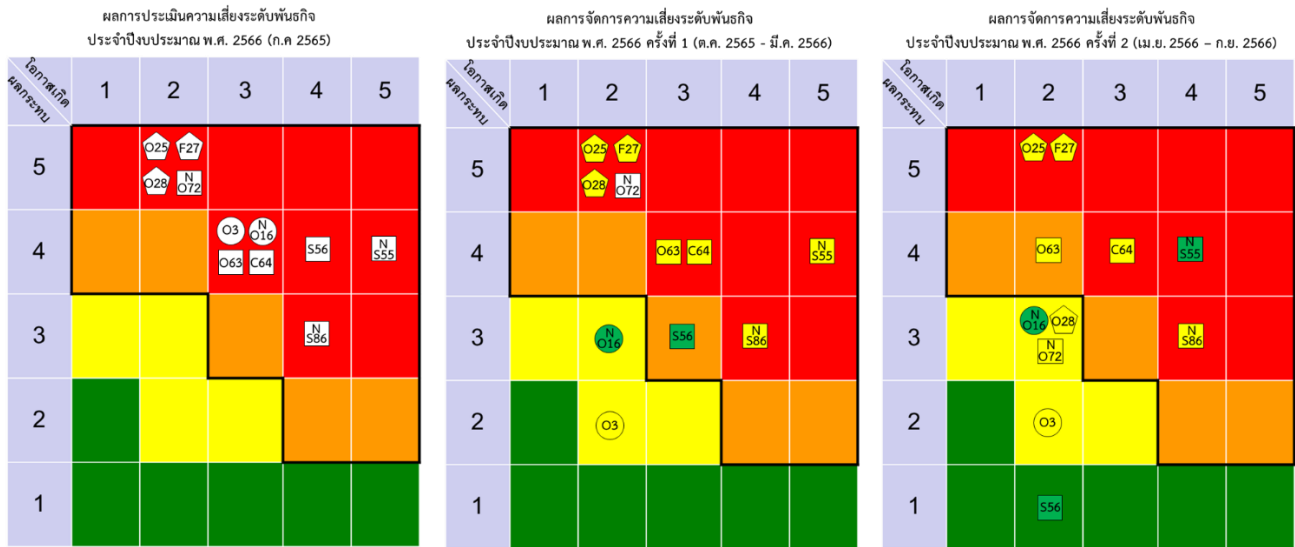
พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
ด้านสารสนเทศ	S67 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้ โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2564)	3 x 3 สูง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านสารสนเทศ	S68 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนอง ความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในสถาบันฯ ได้ตามความต้องการ (2566)	3 x 3 สูง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก	O71 บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเนื่องจาก การทำงาน (2561)	3 x 3 สูง	3 x 3 สูง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยง อยู่ในระดับที่ยอมรับได้
ด้านกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก	O72 สารเคมีประเภทไวไฟหกรั่วไหลภายในคณะฯ (2566)	2 x 4 สูงมาก	2 x 3 ปานกลาง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อยู่ระหว่างดำเนินการ
ด้านกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก	O73 การเกิดอัคคีภัย (2557)	1 x 4 สูง	1 x 4 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยง อยู่ในระดับที่ยอมรับได้
ด้านกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก	O74 เกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรงภายใน คณะฯ (2563)	1 x 4 สูง	2 x 4 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยง อยู่ในระดับที่ยอมรับได้

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
ด้านคุ้มครองข้อมูล ส่วนบุคคล	C80 การเตรียมความพร้อมและการดำเนินงานตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน (2565)	3 x 4 สูงมาก	3 x 3 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยง อยู่ในระดับที่ยอมรับได้
ด้านบริหาร ความเสี่ยง	O81 การดำเนินงานภายในคณะฯ และแก้ปัญหา ในสถานการณ์วิกฤตไม่มีประสิทธิภาพ (2565)	3 x 3 สูง	3 x 3 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยง อยู่ในระดับที่ยอมรับได้
ด้านการบริหาร โครงการ	S86 การเปิดบริการอาคารโรงพยาบาล และยานนวัตกรรมโยธีไม่เป็นไปตามแผน (2566)	4 x 3 สูงมาก	4 x 3 สูงมาก	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยง อยู่ในระดับที่ยอมรับได้

ผลการจัดการความเสี่ยง แยกตามระดับความเสี่ยง

ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone)

เมื่อพิจารณาเฉพาะความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) ทั้ง 11 ความเสี่ยง สามารถสรุปผลการจัดการความเสี่ยงในภาพรวมได้ ดังนี้



รูปภาพที่ 36 Risk Map - Dashboard Red Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ)

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) เป็นความเสี่ยงตามลักษณะธรรมชาติขององค์กรและ/หรือหน่วยงาน (Core Business/Core Process) ในระบบสำคัญ ทั้งจากพันธกิจหลักและพันธกิจสนับสนุน ซึ่งพบได้มากในองค์กรที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล จากประเด็นด้านคุณภาพ มาตรฐานและความปลอดภัย ทั้งในกระบวนการรักษาพยาบาล ความปลอดภัยต่อระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ไปจนถึงประเด็นด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลและประเด็นด้าน Financial Outcome ซึ่งได้รับผลกระทบโดยตรงจากปัจจัยกระตุ้นของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สถานการณ์ทางการเงิน และการประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 โดยพบว่าระบบการบริหารจัดการในปัจจุบัน ยังไม่ครอบคลุม ไม่เพียงพอ และไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งพบว่า การปรับปรุงกระบวนการต่าง ๆ เป็นไปอย่างล่าช้า เนื่องจากข้อจำกัดของขอบเขตการบริหารจัดการของคณะฯ ซึ่งมีขนาดใหญ่ ซับซ้อน ความเสี่ยงทั้งหมดจึงยังอยู่ระหว่างดำเนินการ จำเป็นต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ในการกำหนดนโยบาย จัดทำแผน และกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างรัดกุม ความเสี่ยงส่วนใหญ่ จึงได้รับการประเมินว่าไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ จำนวน 6 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 55 (6x100/11) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) ทั้งหมด ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ได้รับการประเมินว่าสามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังคงติดตามอย่างต่อเนื่อง จำนวน 4 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 36 (4x100/11) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) ทั้งหมด เนื่องจากสามารถดำเนินการตามกฎหมาย แนวทางจากมหาวิทยาลัย และแนวทางส่วนกลางของคณะฯ รวมทั้งสามารถบริหารจัดการทรัพยากรที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง (ปัจจัยเสี่ยง/สาเหตุ) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการดำเนินงานเมื่อเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ที่ได้ตามเป้าหมาย ในขณะที่พบความเสี่ยงที่ได้รับการประเมินว่าอยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปผลการดำเนินงานได้

จำนวน 1 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 9 (1x100/11) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) ทั้งหมด เนื่องจากเป็น ความเสี่ยงใหม่ในงบประมาณ ที่ยังอยู่ระหว่างการพิจารณาและทบทวนกระบวนการเพื่อหาประเด็นพัฒนาในภาพรวมของคณะฯ

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง: จากการวิเคราะห์ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง ซึ่งพบว่า ทั้งหมด อยู่ระหว่างการดำเนินงานบนข้อจำกัดของขอบเขตการบริหารจัดการของคณะฯ ซึ่งมีขนาดใหญ่ ซับซ้อน จำเป็นต้องอาศัย เวลาและความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ในการกำหนดนโยบาย จัดทำแผน และกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม รวมทั้งพบว่า ความเสี่ยงเหล่านี้มีความไวต่อปัจจัยที่ควบคุมยาก (Sensitive) จากปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย ที่คณะฯ ต้องปฏิบัติตาม ปัจจัยจากพยาธิสภาพของผู้ป่วย การถูกโจมตีทางไซเบอร์ ไปจนถึงจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ยังคงส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ส่งผลให้การดำเนินงานต่าง ๆ ต้องเป็นไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป เพื่อลดความผิดพลาดและ/หรือแรงต่อต้านที่อาจเกิดขึ้น ระหว่างการบริหารความเสี่ยง ดังนั้น กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง (Control Activity) ส่วนใหญ่จึงไม่สามารถแสดง ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ และได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Yellow) จำนวน 9 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 82 (9x100/11) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) ทั้งหมด ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง (Control Activity) ได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับดี (Green) จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 18 (2x100/11) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) ทั้งหมด เนื่องจากสามารถดำเนินการตามกฎหมาย แนวทางจากมหาวิทยาลัย และแนวทางส่วนกลางของคณะฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) ส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงเป็นไปตามเป้าหมาย จำนวน 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 45 (5x100/11) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) ทั้งหมด โดยพบว่าความเสี่ยงที่มีผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงที่เป็นไปตามเป้าหมาย เป็นผลจากลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยง ที่วัดจากการดำเนินงานที่แล้วเสร็จตามแผนที่กำหนดไว้ (Process Indicator) และบางส่วนวัดจากการไม่เกิดเหตุการณ์ความเสียหายในช่วงเวลาที่กำหนด (Impact Indicator) รวมทั้งสามารถดำเนินการ ตามกฎหมาย แนวทางจากมหาวิทยาลัย และแนวทางส่วนกลางของคณะฯ ในประเด็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับความเสี่ยงที่มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เป็นผลจากความเสี่ยงเหล่านี้มีความไวต่อปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Sensitive) ทั้งจำนวนการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในบุคลากร การถูกโจมตีทางไซเบอร์ การถูกละเมิดข้อมูล และจำนวนผู้สมัครเข้าทำงานกับคณะฯ ทั้งนี้ พบว่าความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้เป็นผลจากการประสานงาน ในการขอและการให้ข้อมูลภายในคณะฯ ที่ยังไม่มีประสิทธิภาพซึ่งสะท้อนโครงสร้างบริหารและโครงสร้างการกำกับดูแล (Governance Structure) ของคณะฯ ซึ่งมีขนาดใหญ่ ซับซ้อน ได้อย่างชัดเจน

การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง: จากการพิจารณาความสามารถในการจัดการความเสี่ยงและผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง พบว่า ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) ส่วนใหญ่ ได้รับการประเมินให้มี Risk Zone ลดลง จำนวน 6 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 55 (6x100/11) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) ทั้งหมด โดยพบว่า เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ที่ได้รับการบริหารจัดการ อย่างเป็นรูปธรรม มีความคืบหน้าที่ชัดเจน ตามที่กล่าวไปแล้วในหัวข้อ “ผลการจัดการความเสี่ยง ในความเสี่ยงที่เกิดจากประเด็น การบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562” มากถึง 4 ความเสี่ยง ในขณะที่พบว่ามีความเสี่ยงได้รับการ ประเมินให้มี Risk Zone คงที่ในจำนวนที่ใกล้เคียงกันที่จำนวน 5 ความเสี่ยงคิดเป็นร้อยละ 45 (5x100/11) ของความเสี่ยงสำคัญของ คณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone) ทั้งหมด เนื่องจากมีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

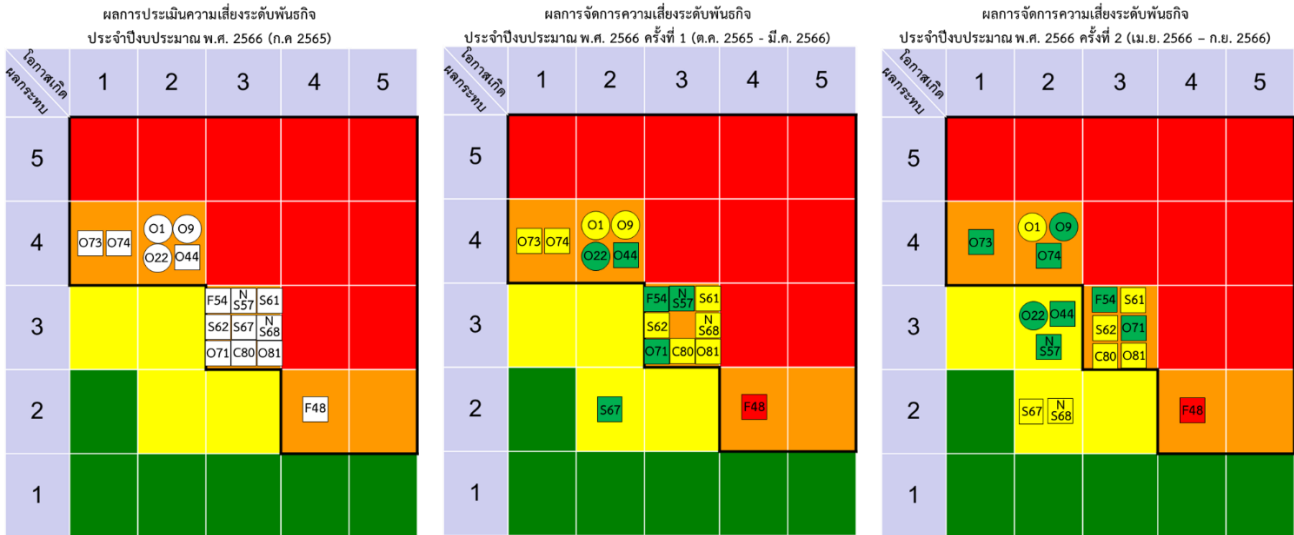
ตารางที่ 20 ผลการจัดการความเสี่ยงของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูงมาก (Red Zone)

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Education & Research					
ด้านการศึกษา	O3 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล/ข้อมูลส่วนบุคคล ของนักศึกษารั้วไหล ผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2565)	3 x 4 สูงมาก	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการวิจัย	O16 การเกิดเหตุการณ์ละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2566)	3 x 4 สูงมาก	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
Cluster Healthcare System					
ด้านการดูแล สุขภาพ	O25 เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง (G, H, I) ในการให้การดูแลสุขภาพ และ/หรือทำให้เกิด การร้องเรียนต่อองค์กรภายนอก/ศาล (2556)	2 x 5 สูงมาก	2 x 5 สูงมาก	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ใน ระดับที่ยอมรับได้
ด้านการดูแล สุขภาพ	F27 Financial Outcome จากพันธกิจดูแลสุขภาพ ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2564)	2 x 5 สูงมาก	2 x 5 สูงมาก	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยง อยู่ในระดับที่ยอมรับได้
ด้านการดูแล สุขภาพ	O28 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติ คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2564)	2 x 5 สูงมาก	2 x 3 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Professional Service					
ด้านบริหาร ทุนมนุษย์	S55 การขาดแคลนบุคลากรในตำแหน่งสำคัญ และ/หรือ ผู้ที่มีสมรรถนะสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ คณะฯ (2566)	5 x 4 สูงมาก	4 x 4 สูงมาก	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยง อยู่ในระดับที่ยอมรับได้
ด้านบริหาร ทุนมนุษย์	O56 จำนวนและศักยภาพของผู้สมัครไม่บรรลุ คุณสมบัติตามตำแหน่งที่เปิดรับ (2565)	4 x 4 สูงมาก	2 x 1 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านสารสนเทศ	O63 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูล ความลับที่เก็บในระบบสารสนเทศ (2558)	3 x 4 สูงมาก	2 x 4 สูงมาก	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยง อยู่ในระดับที่ยอมรับได้
ด้านสารสนเทศ	C64 ภัยคุกคามทางไซเบอร์ต่อระบบสารสนเทศ โรงพยาบาล (2564)	3 x 4 สูงมาก	3 x 4 สูงมาก	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยง อยู่ในระดับที่ยอมรับได้
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O72 สารเคมีประเภทไวไฟหรือรั่วไหลภายในคณะฯ (2566)	2 x 5 สูงมาก	2 x 3 ปานกลาง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อยู่ระหว่างดำเนินการ
ด้านการคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคล	S86 การเปิดบริการอาคารโรงพยาบาล และยานวัตกรรมโยธีไม่เป็นไปตามแผน (2566)	4 x 3 สูงมาก	4 x 3 สูงมาก	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยง อยู่ในระดับที่ยอมรับได้

ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone)

เมื่อพิจารณาเฉพาะความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) จำนวน 16 ความเสี่ยง สามารถสรุปผลการจัดการความเสี่ยงในภาพรวมได้ ดังนี้



รูปภาพที่ 37 Risk Map - Dashboard Orange Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ)

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการพบอุปสรรคและโอกาสพัฒนาในระบบ และ/หรือกระบวนการหลักสำคัญ ตามลักษณะธรรมชาติขององค์กรและ/หรือหน่วยงาน (Core Business/Core Process) โดยพบว่าระบบการบริหารจัดการในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุม ล่าช้าไม่เพียงพอ และไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะในระบบพื้นฐานทั้งระบบความปลอดภัยทางกายภาพและเทคโนโลยี จึงจำเป็นต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากหลายหน่วยงานในการดำเนินงานผ่านการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนและกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม 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 ไปจนถึงพบความเสี่ยงจากประเด็นที่คณะฯ ขยายตัว และต้องการอัตรากำลังเพิ่ม ซึ่งไม่สอดคล้องกับนโยบายด้านอัตรากำลัง รวมทั้งพบความล่าช้าในกระบวนการ ส่งผลให้ระบบพัฒนาไม่ทันต่อความเสียหายที่เกิดขึ้น ดังนั้น ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินว่าไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และต้องจัดการเพื่อลดระดับความเสี่ยง จำนวน 9 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 56 (9x100/16) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ทั้งหมด โดยบางส่วนได้รับการประเมินว่าอยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ระยะยาว ซึ่งต้องมีการดำเนินการในภาพใหญ่ รวมทั้งต้องมีการขยายขอบเขตการบริหารจัดการให้ครอบคลุมไปถึงสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์

จึงยังไม่สามารถสรุปผลการดำเนินงานได้ จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 13 (2x100/16) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ทั้งหมด ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่มีการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ สะท้อนผ่านผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดความเสี่ยงที่ได้ตามเป้าและได้รับการประเมินว่า สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังคงติดตามอย่างต่อเนื่อง จำนวน 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 31 (5x100/16) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ทั้งหมด

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับระดับดี (Green) และปานกลาง (Yellow) ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน เนื่องจาก มีการดำเนินงานต่อเนื่องตามกฎหมาย ระเบียบ นโยบาย หรือมาตรฐานด้านการศึกษาและองค์กรด้านสาธารณสุข ทั้งในระดับประเทศและระดับสากล ซึ่งเชื่อมโยงกับประเด็นความมั่นคงและเสถียรภาพทางการเงิน ทั้งในลักษณะของความเสี่ยงทั่วไป (General Risk) และความเสี่ยงเฉพาะ (Specific Risk) โดยพบว่า ความเสี่ยงที่กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง (Control Activity) ได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง (Yellow) ส่วนใหญ่อยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนระยะยาวหรือต้องมีการดำเนินงานต่อเนื่อง ในขณะที่ต้องบริหารจัดการบนปัจจัยที่ควบคุมยาก จากลักษณะของโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างบริหารที่มีระบบใหญ่ ซับซ้อนจึงจำเป็นต้องอาศัยเวลา การสื่อสาร การประสานงาน และการได้รับความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ทั้งภายในและภายนอกคณะฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับพันธกิจด้านสารสนเทศ ทั้งจากภาระงานตามแผนยุทธศาสตร์หลักของฝ่ายสารสนเทศ และจากการสนับสนุนงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ในภาระงานของพันธกิจอื่นเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานและพัฒนาระบบต่าง ๆ ความสำเร็จตามเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ ดังนั้น ความสำเร็จของงานตามพันธกิจด้านสารสนเทศ จึงมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จในการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง (Control Activity) เหล่านี้ ซึ่งต้องพึ่งพิงหน่วยงานอื่นในการจัดการความเสี่ยงไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ

สำหรับความเสี่ยงที่กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง (Control Activity) ได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับดี (Green) นอกจากจะมีลักษณะของประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงภาพรวมเช่นเดียวกับความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง (Yellow) ยังพบว่า กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง (Control Activity) มีประสิทธิภาพสามารถสะท้อนผ่านผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงซึ่งเป็นไปตามเป้าที่กำหนด ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ประสิทธิภาพต่ำ จำนวน 1 ความเสี่ยงจากพันธกิจด้านการคลัง รหัส F48 ความเสี่ยงเรื่อง ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (Billing System) (2561) เนื่องจากฝ่ายการคลังไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนการจัดการความเสี่ยงที่กำหนด ซึ่งเป็นผลจากลักษณะของแผนการจัดการ ที่ส่วนใหญ่ต้องอาศัยฝ่ายสารสนเทศในการดำเนินงานเป็นหลัก ในขณะที่ฝ่ายสารสนเทศยังไม่สามารถให้การสนับสนุนการจัดการความเสี่ยงได้อย่างเต็มศักยภาพ ส่งผลให้การพัฒนาระบบไม่ทันต่อความเสียหายที่เกิดขึ้น

ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงไม่เป็นไปตามเป้าที่กำหนด จำนวน 9 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 56 (9x100/16) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ทั้งหมด เป็นผลจากความเสี่ยงเหล่านี้มีความไวต่อปัจจัยที่ควบคุมยาก (Sensitive) และได้รับผลกระทบโดยตรง เนื่องจากระบบการบริหารจัดการในปัจจุบันที่ยังไม่เพียงพอ และ/หรือไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง ก่อให้เกิดเหตุการณ์ความเสียหายในช่วงเวลาที่กำหนด (Impact Indicator) ทั้งนี้ พบประเด็นด้านอัตรากำลังในแต่ละพันธกิจที่ไม่เป็นไปตามเป้า ซึ่งสอดคล้องกับผลการดำเนินงานตามนโยบายควบคุมอัตรากำลังที่เป็นไปตามเป้าที่กำหนด แต่ไม่สอดคล้องและแสดงถึงความไม่สัมพันธ์กันระหว่างนโยบายการควบคุมอัตรากำลังและทิศทางการเติบโตของคณะฯ ซึ่งจำเป็นต้องเร่งทบทวนและแก้ไข เพื่อให้การบริหารจัดการภาพรวมเป็นไปตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ และไม่กระทบต่อการขยายตัวจนอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงอื่น ๆ ในอนาคต

ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงเป็นไปตามเป้าที่กำหนด จำนวน 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 31 (5x100/16) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ทั้งหมด โดยเป็นผลจากภาพรวมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และสถานการณ์ทางการเงิน ซึ่งมีทิศทางที่ดีขึ้น สามารถสะท้อนผ่านผลการดำเนินงานตามคุณภาพ มาตรฐาน ตามลักษณะธรรมชาติขององค์กร และ/หรือหน่วยงาน (Core Business/Core Process) ร่วมกับการทบทวนและพัฒนาตามประเด็นโอกาสพัฒนา Opportunities for Improvement (OFI) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงพบว่า ส่วนหนึ่งเป็นผลจากลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยง ที่วัดจากการดำเนินงานที่แล้วเสร็จตามแผน (Process Indicator) และบางส่วนวัดจากการไม่เกิดเหตุการณ์ความเสียหายในช่วงเวลาที่กำหนด (Impact Indicator) ในขณะที่ความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 13 (2x100/16) ของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ทั้งหมด เป็นผลจากผลลัพธ์ของการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง สัมพันธ์กับกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินงาน และมีรอบระยะเวลาการเก็บข้อมูลเหลื่อมกับรอบระยะเวลาการติดตามความเสี่ยงของคณะฯ

การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง: เนื่องจากความเสี่ยงส่วนใหญ่ ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ โดยไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ รวมทั้งมีโอกาสปรับเป็นความเสี่ยงในระดับสูงมาก (Red Zone) ได้ง่าย และยังคงอยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนระยะยาวหรือต้องมีการดำเนินงานต่อเนื่อง ในขณะที่ความเสี่ยงเหล่านี้ ส่วนใหญ่ มีความไวต่อปัจจัยที่ควบคุมยาก (Sensitive) มักได้รับผลกระทบหากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น การดำเนินงานต่าง ๆ จึงต้อง ดำเนินงานอย่างค่อยเป็นค่อยไป เพื่อลดความผิดพลาด และ/หรือแรงต่อต้านต่างอาจเกิดขึ้นระหว่างการบริหารความเสี่ยง ดังนั้น การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินให้คงที่ ทั้งในลักษณะของ Risk Zone และระดับความเสี่ยง ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ Risk Zone ลดลงเคลื่อนเข้าสู่ Yellow Zone เป็นความเสี่ยงที่สามารถจัดการ ให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังคงติดตามอย่างต่อเนื่องคณะฯ จำนวน 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 31 (5x100/16) ของความเสี่ยง สำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone) ทั้งหมด เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการบรรลุตามแผนยุทธศาสตร์คณะฯ พ.ศ 2564 – 2567 ด้านการศึกษา ด้านสื่อสารองค์กร และด้านสารสนเทศ ซึ่งพบว่า มีการดำเนินการเชิงนโยบายและนำไปสู่ การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ในขณะที่พบการปรับระดับความเสี่ยงให้สอดคล้องกับความเป็นจริง ตามข้อสังเกต ของรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการในความเสี่ยงระดับนี้เช่นกัน

ตารางที่ 21 ผลการจัดการความเสี่ยงของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับสูง (Orange Zone)

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Education & Research					
ด้านการศึกษา	O1 ทรัพยากรไม่เพียงพอต่อการรองรับการบริหาร หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตปรับปรุง 2563 (2562)	2 x 4 สูง	2 x 4 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อยู่ระหว่างดำเนินการ
ด้านการศึกษา	O9 ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของนักศึกษาภายใน สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (2565)	2 x 4 สูง	2 x 4 สูง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อยู่ระหว่างดำเนินการ
ด้านกิจการ นักศึกษา	O52 การฆ่าตัวตายของนักศึกษา (2564)	2 x 4 สูง	2 x 3 ปานกลาง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
Cluster Professional Service					
ด้านสื่อสารองค์กร	O44 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กรเสียหาย จากข่าวสารในสื่อสังคมออนไลน์ (2564)	2 x 4 สูง	2 x 3 สูง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการคลัง	F48 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บ ค่ารักษาพยาบาล (เน้นระบบ Billing System) (2561)	4 x 2 สูง	4 x 2 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ใน ระดับที่ยอมรับได้

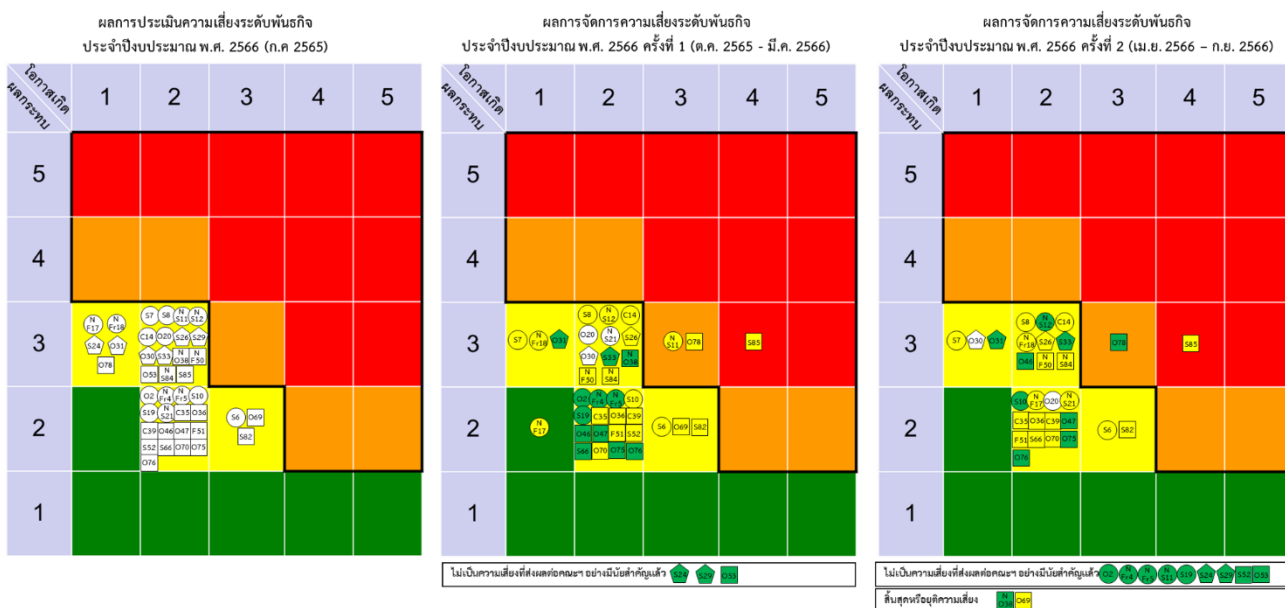
พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
ด้านบริหาร ทุนมนุษย์	F54 สัดส่วนค่าใช้จ่ายบุคลากรต่อรายได้จาก ความสามารถของคนฯ สูงเกินค่าเป้าหมาย (2565)	3 x 3 สูง	3 x 3 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ใน ระดับที่ยอมรับได้
ด้านคุณภาพ	S57 คนฯ ไม่ผ่านเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award: TQA) (2566)	3 x 3 สูง	2 x 3 ปานกลาง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านสารสนเทศ	S61 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้ วางแผนไว้ล่วงหน้า (2556)	3 x 3 สูง	3 x 3 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ใน ระดับที่ยอมรับได้
ด้านสารสนเทศ	S62 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนอง ความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคนฯ ได้ตามความต้องการ (2556)	3 x 3 สูง	3 x 3 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ใน ระดับที่ยอมรับได้
ด้านสารสนเทศ	S67 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้ โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2564)	3 x 3 สูง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านสารสนเทศ	S68 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนอง ความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในสถาบันฯ ¹⁹ ได้ตามความต้องการ (2566)	3 x 3 สูง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง

¹⁹ สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
ด้านกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก	O71 บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเนื่องจาก การทำงาน (2561)	3 x 3 สูง	3 x 3 สูง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ใน ระดับที่ยอมรับได้
ด้านกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก	O73 การเกิดอัคคีภัย (2557)	1 x 4 สูง	1 x 4 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ใน ระดับที่ยอมรับได้
ด้านกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก	O74 เกิดเหตุทะเลาะวิวาทและความรุนแรงภายใน คณะฯ (2563)	1 x 4 สูง	2 x 4 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ใน ระดับที่ยอมรับได้
ด้านการคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคล คณะฯ	C80 การเตรียมความพร้อมและการดำเนินงาน ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน (2565)	3 x 3 สูง	3 x 3 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ใน ระดับที่ยอมรับได้
ด้านบริหาร ความเสี่ยง	O81 การดำเนินงานภายในคณะฯ และแก้ปัญหา ในสถานการณ์วิกฤตไม่มีประสิทธิภาพ (2565)	3 x 3 สูง	3 x 3 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ใน ระดับที่ยอมรับได้

ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone)

เมื่อพิจารณาเฉพาะความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับปานกลาง (Yellow Zone) จำนวน 40 ความเสี่ยง สามารถสรุปผลการจัดการความเสี่ยงในภาพรวมได้ ดังนี้



รูปภาพที่ 38 Risk Map - Dashboard Yellow Zone (ความเสี่ยงของคณะฯ)

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับปานกลาง (Yellow Zone) เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการพบอุปสรรคและโอกาสพัฒนาในระบบ และ/หรือกระบวนการ 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 สามารถสะท้อนผ่านผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดความเสี่ยงที่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ดังนั้น ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินว่าสามารถจัดการความเสี่ยงได้ จำนวน 30 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 75 (30x100/40) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด แบ่งเป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังคงติดตามอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ จำนวน 22 ความเสี่ยง และไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 และสามารถนำไปบริหารจัดการได้ภายในหน่วยงาน (Division/Business Unit) จำนวน 8 ความเสี่ยง โดยส่วนใหญ่เป็นผลจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในภาพรวมดีขึ้น คณะฯ สามารถปรับตัวด้วยการพัฒนากระบวนการดำเนินงานแบบ New Normal ให้เป็นการดำเนินงานแบบปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ได้รับการประเมินว่าอยู่ระหว่างดำเนินการต่อเนื่องตามแผนยุทธศาสตร์ และยังไม่สามารถสรุปผลการดำเนินงานได้ จำนวน 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 13 (5x100/40) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด ในขณะที่พบความเสี่ยงที่ได้รับการประเมินว่าไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ โดยไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และต้องจัดการต่อเพื่อลดระดับความเสี่ยงจำนวน 1 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 3 (1x100/40) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด

เนื่องจากเกี่ยวข้องกับประเด็นด้านคุณภาพ มาตรฐานและความปลอดภัยต่อระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล และบางส่วนเกี่ยวข้องกับชื่อเสียงภาพลักษณ์ขององค์กร ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่พบมากในปัจจุบัน โดยเฉพาะในองค์กรการศึกษาและองค์กรที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้สิ้นสุดหรือยุติความเสี่ยง ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 4 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 10 (4x100/40) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด โดยเป็นความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้นำไปบริหารจัดการรวมกับความเสี่ยงใหญ่ที่มีความเกี่ยวข้องกัน และจากการได้รับการรับรองมาตรฐานและการดำเนินโครงการแล้วเสร็จ ในจำนวนเท่ากันที่ 2 ความเสี่ยง

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง: จากลักษณะของความเสี่ยง กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Yellow) และดี (Green) ในจำนวนเท่ากันที่ 19 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 48 (19x100/40) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด เนื่องจากความเสี่ยงเหล่านี้ต้องมีการบริหารจัดการตามแผนระยะยาวอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานหรือกฎระเบียบข้อบังคับ รวมทั้งต้องมีการทบทวนและพัฒนาตามประเด็นโอกาสพัฒนาจากรายงาน Opportunities for Improvement (OFI) จากหน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งต้องบริหารจัดการบนปัจจัยที่ควบคุมยาก จากลักษณะของโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างบริหารที่มีระบบใหญ่ ซับซ้อน ไปจนถึงทัศนคติ ทักษะความรู้ ความเข้าใจของบุคลากร ซึ่งเป็นปัจจัยภายใน และจากปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายหรือมาตรฐานที่คณะฯ ต้องปฏิบัติตาม การถูกโจมตีต่อระบบสารสนเทศของคณะฯ สภาวะทางเศรษฐกิจ ลักษณะและจำนวนประชากรที่ส่งผลกระทบต่อลักษณะและจำนวนของผู้รับบริการ ไปจนถึงจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ยังคงส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ดังนั้น ความเสี่ยงเหล่านี้จึงจำเป็นต้องอาศัยเวลา การสื่อสาร การประสานงาน และการได้รับความร่วมมือจากหลายหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกคณะฯ ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงยังไม่สามารถประเมินประสิทธิภาพได้ จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 5 (2x100/40) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด เนื่องจาก พบอุปสรรคในประเด็นความร่วมมือทั้งในด้านการดำเนินงานเพื่อจัดการความเสี่ยง ไปจนถึงด้านการขอ ข้อมูลและการให้ข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสะท้อนโครงสร้างบริหารและโครงสร้างการกำกับดูแล (Governance Structure) ของคณะฯ ซึ่งมีขนาดใหญ่ ซับซ้อน ได้อย่างชัดเจน

ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับปานกลาง (Yellow Zone) ส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด จำนวน 27 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 68 (27x100/40) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด โดยเป็นผลจากภาพรวมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และสถานการณ์ทางการเงิน ซึ่งมีทิศทางที่ดีขึ้น สามารถสะท้อนผ่านผลการดำเนินงานตามคุณภาพมาตรฐาน ร่วมกับการทบทวนและพัฒนาตามประเด็นโอกาสพัฒนา Opportunities for Improvement (OFI) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงพบว่า ส่วนหนึ่งเป็นผลจากลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยงที่วัดจากการดำเนินงานที่แล้วเสร็จตามแผนที่กำหนดไว้ (Process Indicator) และบางส่วนวัดจากการไม่เกิดเหตุการณ์ความเสียหายในช่วงเวลาที่กำหนด (Impact Indicator) ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จำนวน 7 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 18 (7x100/40) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด เป็นผลจากความเสี่ยงเหล่านี้มีความไวต่อปัจจัยภายนอกที่ควบคุมยาก (Sensitive) และได้รับผลกระทบโดยตรง เนื่องจาก ระบบการบริหารจัดการในปัจจุบันที่ยังไม่เพียงพอ และ/หรือไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง ก่อให้เกิดเหตุการณ์ความเสียหายในช่วงเวลาที่กำหนด (Impact Indicator) ทั้งลักษณะด้านประชากรศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อจำนวนและความสนใจต่อการสมัครเข้าศึกษาที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ไปจนถึงการไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ใช้บริการ เนื่องจากจำนวนผู้เข้าใช้บริการในคณะฯ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามการเติบโต ในขณะที่ยังคงพบการดำเนินงานทางการเงินไม่ได้ตามเป้าหมาย รวมทั้งพบประเด็นซึ่งเป็นผลมาจากกิจกรรมการควบคุมแบบค้นหา (Detective Control) ที่มีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ จำนวน 4 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 10 ($4 \times 100 / 40$) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด และความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถประเมินผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 5 ($2 \times 100 / 40$) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด เป็นผลจากผลลัพธ์ของการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง สัมพันธ์กับกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินงานตามแผนประจำปีงบประมาณ แผนตามปีการศึกษา แผนตามปีปฏิทิน หรือแผนตามโครงการต่อเนื่องระยะยาว ที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ในปัจจุบัน รวมถึงพบว่า ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการประสานงานในการขอและการให้ข้อมูลภายในคณะฯ ยังไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสะท้อนโครงสร้างบริหารและโครงสร้างการกำกับดูแล (Governance Structure) ของคณะฯ ซึ่งมีขนาดใหญ่ ซับซ้อน ได้อย่างชัดเจน

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 27 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 78 ($27 \times 100 / 40$) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณพ.ศ. 2567 จำนวน 12 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 30 ($12 \times 100 / 40$) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด โดยเป็นความเสี่ยงที่เคลื่อนที่ออกจากตารางแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว และสามารถนำไปบริหารจัดการได้ภายในหน่วยงาน (Division/Business Unit) จำนวน 8 ความเสี่ยง โดยส่วนใหญ่เป็นผลจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในภาพรวมดีขึ้น คณะฯ สามารถปรับตัวด้วยการพัฒนากระบวนการดำเนินงานแบบ New Normal ให้เป็นการดำเนินงานแบบปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้สิ้นสุดหรือยุติความเสี่ยง จำนวน 4 ความเสี่ยง โดยเป็นความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาให้นำไปบริหารจัดการรวมกับความเสี่ยงใหญ่ที่มีความเกี่ยวข้องกัน รวมทั้งจากการได้รับการรับรองมาตรฐานและการดำเนินโครงการแล้วเสร็จ ในจำนวนเท่ากันที่ 2 ความเสี่ยง ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ Risk Zone เพิ่มขึ้น เคลื่อนเข้าสู่ Orange Zone และ Red Zone จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 5 ($2 \times 100 / 40$) ของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ทั้งหมด เนื่องจากลักษณะของความเสี่ยงที่มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงที่ไม่เป็นไปตามเป้า ซึ่งเป็นผลมาจากกิจกรรมการควบคุมแบบค้นหา (Detective Control) ที่มีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 22 ผลการจัดการความเสี่ยงของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) ของคณะฯ

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Education & Research					
ด้านการศึกษา	O2 การแพร่ระบาด หรือการติดเชื้อของนักศึกษา (Outbreak Risk) (2564)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว
ด้านการศึกษา	Fr4 การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกรับผลประโยชน์ จากการรับนักศึกษา (2566)	2 x 2 ปานกลาง	1 x 2 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว
ด้านการศึกษา	Fr5 นักศึกษาทุจริตในการสอบ (2566)	2 x 2 ปานกลาง	1 x 1 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว
ด้านการศึกษา	S6 จำนวนของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอก ที่สมัครเข้ารับการศึกษาฝึกอบรมไม่ได้ตามเป้าหมาย (2561)	3 x 2 ปานกลาง	3 x 2 ปานกลาง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการศึกษา	S7 คุณภาพการเรียนรู้ตามเกณฑ์การฝึกอบรม ของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการฝึกอบรมของแพทยสภา และ/หรือราชวิทยาลัย (2564)	2 x 3 ปานกลาง	1 x 3 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
ด้านการศึกษา	S8 การพัฒนาคุณภาพของทุกหลักสูตร ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2565)	2 x 3 ปานกลาง	2 x 3 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการศึกษา	S10 ขาดการบูรณาการการเรียนการสอน การวิจัย การดูแลสุขภาพระหว่างทั้ง 2 Campus (รามฯ พญาไท-โรงเรียนแพทย์รามธิบดี สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์) และภายใน สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (2565)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการศึกษา	S11 คุณภาพด้านการเรียนการสอนในระดับชั้น พรีคลินิกลดลง (2566)	2 x 3 ปานกลาง	2 x 3 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว
ด้านการศึกษา	S12 สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ไม่สามารถ เป็นเลิศด้านการวิจัย (2566)	2 x 3 ปานกลาง	2 x 3 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อยู่ระหว่างดำเนินการ
ด้านการวิจัย	C14 โครงการวิจัยของคณะฯ มีการกระทำผิด ด้านจริยธรรมการวิจัยในคน (2558)	2 x 3 ปานกลาง	2 x 3 ปานกลาง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการวิจัย	F17 การบริหารจัดการงบประมาณและการเบิกจ่าย งบประมาณโครงการวิจัยไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ (2566)	1 x 3 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
ด้านการวิจัย	Fr18 การเป็นคู่สัญญาในโครงการวิจัย ที่อาจเกิดการขัดกันระหว่างผลประโยชน์ ส่วนตนกับผลประโยชน์ส่วนรวม (2566)	1 x 3 ปานกลาง	2 x 3 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังคงติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านวิเทศสัมพันธ์	S19 ผลลัพธ์การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ทางการศึกษา/วิจัย/วิชาการ ลดลงเนื่องจากได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ COVID-19 และอื่น ๆ (2564)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว
ด้านวิเทศสัมพันธ์	O20 การดำเนินงานตามพันธกิจวิเทศสัมพันธ์ บางส่วนอาจได้รับผลกระทบในช่วงการเปลี่ยนถ่ายงานไปสู่ “ศูนย์บริการนักศึกษา” ที่สถาบัน-การแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (2565)	2 x 3 ปานกลาง	2 x 3 ปานกลาง	ยังไม่สามารถประเมินได้	อยู่ระหว่างดำเนินการ
ด้านวิเทศสัมพันธ์	S21 การสนับสนุนเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ และเป้าหมายของคณะฯ ด้านต่างประเทศ ได้รับผลกระทบจาก Financial Crisis ของสถานการณ์โลก (2566)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อยู่ระหว่างดำเนินการ

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Healthcare System					
ด้านการดูแลสุขภาพ	S24 ไม่ผ่านการต่ออายุรับการรับรอง JCI ที่โรงพยาบาลรามารวมใจดีจักษ์รินฤบดีนทร์ (2565)	1 x 3 ปานกลาง	-	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สิ้นสุดหรือยุติความเสี่ยง
ด้านการดูแลสุขภาพ	S26 ผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพไม่เป็นไปตาม วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (2564)	2 x 3 ปานกลาง	2 x 3 ปานกลาง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการดูแลสุขภาพ	S29 ไม่ผ่านการต่ออายุรับการรับรองคุณภาพ สถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า (AHA) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (2565)	2 x 3 ปานกลาง	1 x 3 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว
ด้านการดูแลสุขภาพ	O30 เครื่องมือแพทย์ที่มีการเชื่อมต่อกับคอมพิวเตอร์ และระบบเครือข่ายได้รับผลกระทบจากไวรัส มัลแวร์ หรือภัยคุกคามทางไซเบอร์ (2564)	2 x 3 ปานกลาง	1 x 3 ปานกลาง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการดูแลสุขภาพ	O31 อาจเกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้รับบริการ จากการให้บริการของกลุ่มศูนย์เพื่อความเป็นเลิศ (2565)	1 x 3 ปานกลาง	1 x 3 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการดูแลสุขภาพ	S33 รายได้ภาพรวมของศูนย์สนับสนุนพันธกิจ มีแนวโน้มลดลงเนื่องจากสถานะเศรษฐกิจ (2564)	2 x 3 ปานกลาง	2 x 3 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Professional Service					
ด้านกฎหมาย	C35 คณะฯ ไม่สามารถปฏิบัติตามระเบียบ/ ข้อบังคับ/กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคณะฯ ได้อย่างครบถ้วน/ถูกต้อง (2565)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ยังไม่สามารถประเมินได้	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านวิชาการและ วัฒนธรรม	O36 การให้บริการการจัดประชุมทางไกลและ การลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมวิชาการไม่สามารถ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ (2564)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านวิชาการและ วัฒนธรรม	O38 การดำเนินงานไม่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติ คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (2566)	2 x 3 ปานกลาง	-	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สิ้นสุดหรือยุติความเสี่ยง
ด้านการพัสดุ	C39 เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vendor) (2557)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านสื่อสารองค์กร	O46 เว็บไซต์คณะฯ ถูกโจมตี (Hack) (2565)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 3 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่สามารถจัดการให้ความเสี่ยงอยู่ใน ระดับที่ยอมรับได้
ด้านสื่อสารองค์กร	O47 เว็บไซต์คณะฯ ล่ม (2565)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
ด้านการคลัง	F50 ความมั่นคงทางการเงินคณะฯ ในระยะยาว (2566)	2 x 3 ปานกลาง	2 x 3 ปานกลาง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการคลัง	F51 ผลกระทบจากการดำเนินงานของของสถาบัน การแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ที่มีผลต่อสถานะการเงิน ของคณะฯ (2565)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้าน บริหารทุนมนุษย์	S52 ไม่สามารถเตรียมผู้เหมาะสมให้พร้อมเข้าสู่ ตำแหน่งบริหารได้อย่างต่อเนื่อง (2561)	2 x 2 ปานกลาง	1 x 2 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว
ด้าน บริหารทุนมนุษย์	S53 จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน เนื่องจากการติดเชื้อ COVID-19 (2564)	2 x 3 ปานกลาง	1 x 1 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว
ด้านสารสนเทศ	S66 ระบบ HIS ²⁰ ที่ CNMI ²¹ ไม่สามารถใช้งานได้ ตามที่กำหนด (2561)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง

20 Hospital Information System หรือระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล

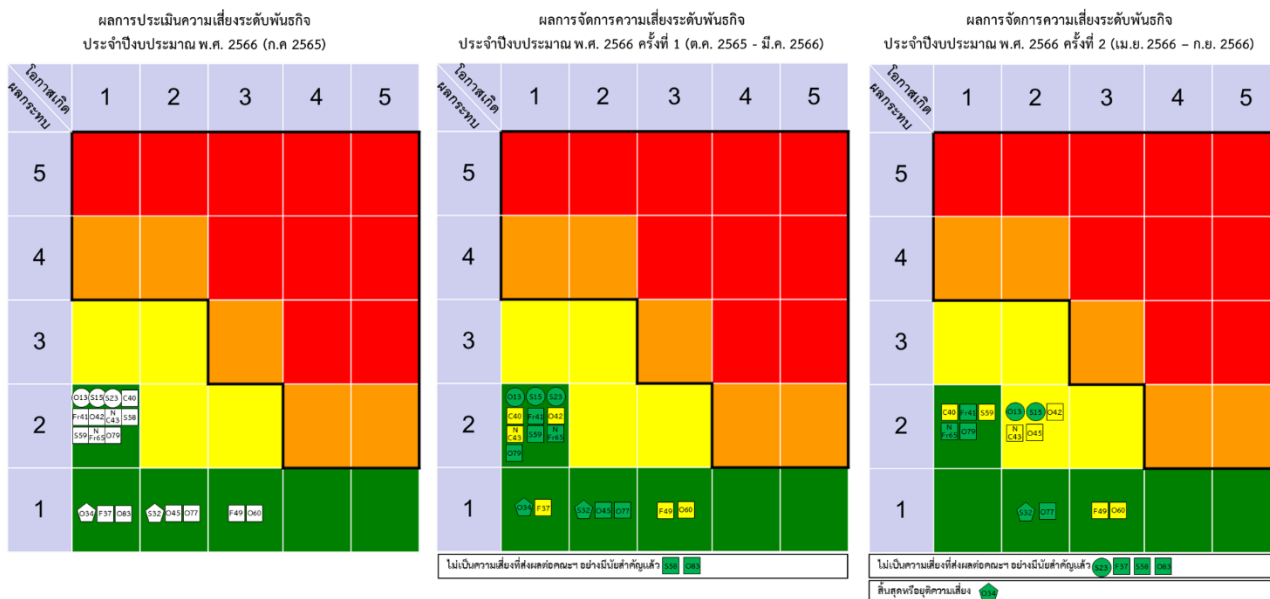
21 สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O69 โครงการก่อสร้างล่าช้า (2565)	3 x 2 ปานกลาง	-	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สิ้นสุดหรือยุติความเสี่ยง
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O70 การจัดการขยะในหน่วยงานบริการผู้ป่วยไม่ได้ ตามมาตรฐานสากล (2561)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O75 ความปลอดภัยในการจราจรในคณะฯ (2564)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O76 ทรัพย์สินสูญหาย (2564)	2 x 2 ปานกลาง	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O78 โครงสร้างอาคารเสียหาย (2564)	1 x 3 ปานกลาง	3 x 3 สูง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อยู่ระหว่างดำเนินการ

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
ด้าน นโยบายและแผน	S82 ไม่สามารถพัฒนาแผนงานตามแผนยุทธศาสตร์ ของคณะฯ ได้ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) (2565)	3 x 2 ปานกลาง	3 x 2 ปานกลาง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อยู่ระหว่างดำเนินการ
ด้าน นโยบายและแผน	S84 ไม่สามารถสนับสนุนการดำเนินงานด้าน ITA ของคณะฯ ได้อย่างครบถ้วน (2566)	2 x 3 ปานกลาง	2 x 3 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้าน นโยบายและแผน	S85 การก่อสร้างอาคารโรงพยาบาลและ ย่านนวัตกรรมโยธีล่าช้าไม่เป็นไปตามแผน (2565)	2 x 3 ปานกลาง	4 x 3 สูงมาก	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	สิ้นสุดหรือยุติความเสี่ยง

ความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone)

เมื่อพิจารณาเฉพาะความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับต่ำ (Green Zone) จำนวน 19 ความเสี่ยง สามารถสรุปผลการจัดการความเสี่ยงในภาพรวมได้ ดังนี้



รูปภาพที่ 39 Risk Map-Dashboard Green Zone (ความเสี่ยงของคณะฯ)

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง: ความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงทั่วไป ตามธรรมชาติของงานตามพันธกิจ ที่มีการบริหารจัดการตามมาตรฐานหรือกฎระเบียบข้อบังคับอย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่าทั้งหมดใช้กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (Existing Control) ในการควบคุมความเสี่ยงเป็นหลัก และใช้แผนการจัดการความเสี่ยง (Control Activity) เพื่อส่งเสริมความสามารถของกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (Existing Control) เพียงเล็กน้อยในบางความเสี่ยงเท่านั้น และพบว่าสามารถควบคุมให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้อย่างต่อเนื่องมาแล้วระยะหนึ่ง สามารถสะท้อนผ่านผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ซึ่งส่วนใหญ่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนั้น ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินว่า สามารถจัดการความเสี่ยงได้ จำนวน 18 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 95 (18x100/19) ของความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) ทั้งหมด เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังคงติดตามอย่างต่อเนื่อง จำนวน 14 ความเสี่ยง และไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เนื่องจากสามารถนำไปบริหารจัดการได้ภายในหน่วยงาน (Division/Business Unit) จำนวน 4 ความเสี่ยง ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ได้รับการประเมินว่าสิ้นสุดหรือยุติความเสี่ยง เนื่องจากนำไปบริหารจัดการรวมกับความเสี่ยงใหญ่ที่มีความเกี่ยวข้องกันในพันธกิจการดูแลสุขภาพ จำนวน 1 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 5 (1x100/19) ของความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) ทั้งหมด

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง: จากลักษณะของความสามารถในการจัดการความเสี่ยง ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับดี (Green) จำนวน 12 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 63 (12x100/19) ของความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) ทั้งหมด ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Yellow) จำนวน 7 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 37 (7x100/19) ของความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) ทั้งหมด เนื่องจาก กิจกรรมการดำเนินงานจำเป็นต้องอาศัยเวลา การสื่อสาร การประสานงาน และการได้รับความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน รวมทั้งบางส่วนเกี่ยวข้องกับประเด็นทางกฎหมาย ซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมยาก

ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ระดับระดับต่ำ (Green Zone) ส่วนใหญ่ มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด โดยมีจำนวน 15 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 79 (15x100/19) ของความเสี่ยงระดับระดับต่ำ (Green Zone) ทั้งหมด โดยเป็นผลจากการบริหารจัดการตามมาตรฐาน หรือกฎระเบียบข้อบังคับที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงพบว่า ส่วนหนึ่งเป็นผลจากลักษณะของตัวชี้วัดความเสี่ยงที่วัดจากการไม่เกิด เหตุการณ์ความเสียหายในช่วงเวลาที่กำหนด (Impact Indicator) ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ และความเสี่ยงที่มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ในจำนวน เท่ากัน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 11 (2x100/19) ของความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) ทั้งหมด โดยความเสี่ยง ที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ เป็นผลจากยังอยู่ระหว่างดำเนินงานตามแผนประจำปี งบประมาณ แผนตามปฏิทิน หรือแผนตามโครงการต่อเนื่องระยะยาวที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ในปัจจุบัน รวมถึงพบว่า ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการประสานงานในการขอข้อมูลและการให้ข้อมูลภายในคณะฯ ยังไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสะท้อนโครงสร้างบริหารและโครงสร้างการกำกับดูแล (Governance Structure) ของคณะฯ ซึ่งมีขนาดใหญ่ ซับซ้อน ได้อย่างชัดเจน และสำหรับความเสี่ยงที่มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจาก ยังไม่สามารถบริหารจัดการทรัพยากรที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง (ปัจจัยเสี่ยง/สาเหตุ) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Input Indicator) ไปจนถึงยังไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง ตามคุณภาพ มาตรฐาน และกระบวนการ (Process Indicator) ทั้งจากกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และจากกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) จนก่อให้เกิด ความเสียหาย หรือมีผลการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายในช่วงเวลาที่กำหนด (Impact Indicator)

การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง: จากการวิเคราะห์ความสามารถในการจัดการความเสี่ยงร่วมกับ ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการประเมินว่าเป็นความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ และมีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง ส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินให้คงที่ ทั้งในลักษณะของ Risk Zone และระดับความเสี่ยง จำนวน 9 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 47 (9x100/19) ของความเสี่ยงระดับระดับต่ำ (Green Zone) ทั้งหมด ไปจนถึงพบความเสี่ยงที่เคลื่อนที่ออกจากตาราง แสดงระดับความเสี่ยง (Risk Map) จำนวน 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 26 (5x100/19) ของความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) ทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงซึ่งสามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว จำนวน 4 ความเสี่ยง และความเสี่ยงที่ได้รับการประเมินว่าสิ้นสุดหรือยุติความเสี่ยง จำนวน 1 ความเสี่ยง ทั้งนี้ พบความเสี่ยง ที่ Risk Zone เพิ่มขึ้น เคลื่อนเข้าสู่ Yellow Zone จำนวน 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 26 (5x100/19) ของความเสี่ยงระดับ ต่ำ (Green Zone) ทั้งหมด สอดคล้องกับความเสี่ยงที่มีผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงไม่เป็นไปตามเป้าหมาย รวมทั้งพบประเด็นโอกาสพัฒนาจากรายงานการตรวจสอบภายใน ส่งผลให้ต้องพิจารณาระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ในขณะที่พบ การปรับด้านของผลกระทบและระดับความเสี่ยงขึ้นให้สอดคล้องกับความเป็นจริง ตามข้อสั่งเกตของรองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการ ในความเสี่ยงระดับนี้เช่นกัน

ตารางที่ 23 ผลการจัดการความเสี่ยงของความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) ของคณะฯ

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Education & Research					
ด้านการวิจัย	O13 ความไม่ปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการวิจัย (Lab Safety) (2564)	1 x 2 ต่ำ	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการวิจัย	S15 ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร ระดับนานาชาติไม่ได้ตามเป้าหมาย (2556)	1 x 2 ต่ำ	2 x 2 ปานกลาง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านกิจการนักศึกษา	S23 กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตและการดูแล นักศึกษาของคณะฯ ไม่สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิต และ/หรือ สนับสนุนทางการศึกษาได้อย่างเหมาะสม (2565)	1 x 2 ต่ำ	1 x 2 ต่ำ	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว
Cluster Healthcare System					
ด้านการดูแลสุขภาพ	S32 ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน ของศูนย์เพื่อความเป็นเลิศ ไม่เป็นไปตาม วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (2565)	2 x 1 ต่ำ	2 x 1 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการดูแลสุขภาพ	O34 ความปลอดภัยของผู้รับบริการ จากการให้บริการของศูนย์สนับสนุนพันธกิจ (Patient Safety) (2564)	1 x 1 ต่ำ	-	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สิ้นสุดหรือยุติความเสี่ยง

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
Cluster Professional Service					
ด้านวิชาการและ วัฒนธรรม	F37 รายได้จากการอบรมวิชาการต่ำกว่าเป้าหมาย (2565)	1 x 1 ต่ำ	1 x 1 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว
ด้านการพัสดุ	C40 การทำผิดพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 (2561)	1 x 2 ต่ำ	1 x 2 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการพัสดุ	Fr41 การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกรับ ผลประโยชน์หรือการมีผลประโยชน์ทับซ้อน ของเจ้าหน้าที่พัสดุ (2563)	1 x 2 ต่ำ	1 x 2 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการพัสดุ	O42 ครุภัณฑ์ของคณะฯ สูญหายหรือเสียหาย ที่ไม่ได้เกิดจากการใช้งานตามปกติ (2564)	1 x 2 ต่ำ	2 x 2 ปานกลาง	ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านการพัสดุ	O43 ความเสี่ยงจากการทำผิดพระราชบัญญัติ การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 (2566)	1 x 2 ต่ำ	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านสื่อสารองค์กร	O45 กระบวนการสื่อสารภายในคณะฯ ไม่สามารถ สนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และเป้าหมาย ของคณะฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (2565)	2 x 1 ต่ำ	2 x 2 ปานกลาง	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
ด้านการคลัง	F49 ความเสียหายจากกระบวนการรับเงินรายได้ อื่น ๆ นอกเหนือจากค่ารักษาพยาบาล (2564)	3 x 1 ต่ำ	3 x 1 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านสร้างเสริมสุขภาพ	S58 ประชาชนในชุมชนที่คณะฯ ดูแล มีปัญหา ด้านสุขภาพ (2564)	1 x 2 ต่ำ	1 x 1 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว
ด้านสร้างเสริมสุขภาพ	S59 คณะฯ ไม่มีผลงานที่ชี้เป้าสังคมเป็นนโยบาย ระดับชาติหรือนานาชาติตามหลักเกณฑ์ ที่มหาวิทยาลัยกำหนด (2564)	1 x 2 ต่ำ	1 x 2 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านสารสนเทศ	O60 ทรัพย์สินสารสนเทศของคณะฯ เสียหาย (2563)	3 x 1 ต่ำ	3 x 1 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านสารสนเทศ	Fr65 การใช้อำนาจหน้าที่ในการเรียกรับผลประโยชน์ หรือการมีผลประโยชน์ทับซ้อนในการจัดซื้อจัดจ้าง ของบุคลากรด้านสารสนเทศ (2566)	1 x 2 ต่ำ	1 x 2 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O77 น้ำรั่วซึม, ท่อระบายน้ำอุดตัน (2564)	2 x 1 ต่ำ	2 x 1 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง จากการประเมินฯ (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการจัดการความเสี่ยง		
			ระดับความเสี่ยง (โอกาสเกิดxผลกระทบ)	ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
ด้านกายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก	O79 อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการยานพาหนะ (2558)	1 x 2 ต่ำ	1 x 2 ต่ำ	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ยังต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง
ด้าน นโยบายและแผน	O83 ผลการดำเนินงาน ไม่สามารถนำไปใช้ในการ สนับสนุนพันธกิจต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม (2565)	1 x 1 ต่ำ	2 x 2 ปานกลาง	ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ อย่างมีนัยสำคัญแล้ว

จัดทำโดย

งานบริหารความเสี่ยง สำนักงานคณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
โทร/โทรสาร 02 201 0063