



รายงานผลการประเมินความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2560



Risk Assessments

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร.....	1
แนวทางการประเมินความเสี่ยง	
➤ ขอบเขตการประเมินความเสี่ยง.....	5
➤ กระบวนการประเมินความเสี่ยง.....	6
➤ การพัฒนากระบวนการประเมินความเสี่ยง	7
➤ การกำหนดระดับความเสี่ยง	17
ผลการประเมินความเสี่ยงของคณะฯ	
➤ ภาพรวมผลความเสี่ยง.....	18
➤ ผลการประเมินความเสี่ยงตามโซนความเสี่ยง.....	24
● ผลการประเมินความเสี่ยง Red Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ)	24
● ผลการประเมินความเสี่ยง Orange Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ)	31
● ผลการประเมินความเสี่ยง Yellow Zone.....	41
● ผลการประเมินความเสี่ยง Green Zone	43
ภาคผนวก	

สารบัญ

รูปภาพที่	หน้า
1 COSO : Enterprise Risk Management-Integrated Framework 2004	4
2 แสดงรายละเอียดกระบวนการประเมินความเสี่ยง	7
3 ความเชื่อมโยงระหว่างความเสี่ยงคณะฯและความเสี่ยงภาควิชา	8
4 ร้อยละความเสี่ยงจำแนกตามความเสี่ยงเดิม/ใหม่	19
5 ร้อยละความเสี่ยงจำแนกตามประเภทความเสี่ยง	19
6 จำนวนร้อยละความเสี่ยงแต่ละ Cluster และจำนวนความเสี่ยงจำแนกตามประเภทความเสี่ยง	20
7 ร้อยละความเสี่ยงตามโซนสี	22
8 Risk Map แสดงระดับความเสี่ยงของคณะฯ	23
9 แสดงความสอดคล้องระหว่างความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2560กับข้อตกลง 7 ข้อ สำหรับแผนยุทธศาสตร์ใหม่	26
10 Risk Map แสดงระดับความเสี่ยงของคณะฯ (Red Zone).....	27
11 Risk Map แสดงระดับความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ (Orange Zone)	34

สารบัญ

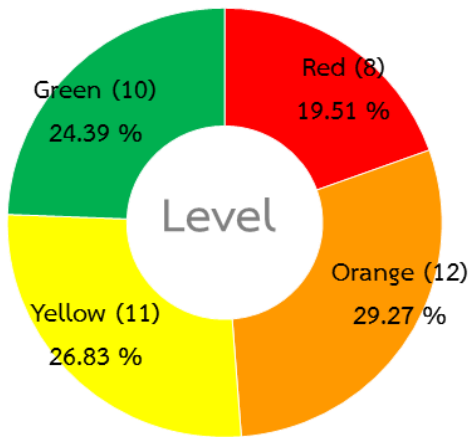
ตารางที่	หน้า
1 ความเสี่ยงของภาควิชาด้านการศึกษา	10
2 ปัญหาของภาควิชาด้านการศึกษา.....	10
3 ความเสี่ยงของภาควิชาด้านวิจัย.....	11
4 ปัญหาของภาควิชาด้านวิจัย.....	11
5 ความเสี่ยงของภาควิชาด้านบริการสุขภาพ	12
6 ปัญหาของภาควิชาด้านบริการสุขภาพ	12
7 ความเสี่ยงของภาควิชาด้านวิชาการ	13
8 ปัญหาของภาควิชาด้านวิชาการ.....	13
9 ความเสี่ยงของภาควิชาด้านทรัพยากรบุคคล	13
10 ปัญหาของภาควิชาด้านทรัพยากรบุคคล	14
11 ความเสี่ยงของภาควิชาด้านสารสนเทศ.....	14
12 ความเสี่ยงของภาควิชาด้านคุณภาพ	15
13 ปัญหาของภาควิชาด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม	15
14 Risk Map	17
15 ระดับความเสี่ยง ความหมายและแนวทางการจัดการความเสี่ยง	17
16 ตารางสรุปความเสี่ยงจำแนกตามประเภทความเสี่ยง.....	21-22
17 แสดงความเสี่ยงที่อยู่ใน Red Zone (ความเสี่ยงในระดับสูงมาก)	25
18 แสดงความเสี่ยงที่อยู่ใน Orange Zone (ความเสี่ยงในระดับสูง)	32
19 แสดงความเสี่ยงที่อยู่ใน Yellow Zone (ความเสี่ยงในระดับปานกลาง)	42-43
20 แสดงความเสี่ยงที่อยู่ใน Green Zone (ความเสี่ยงในระดับต่ำ)	44

Executive Summary

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีดำเนินการประเมินความเสี่ยงของคณะฯและกำหนดแผนการจัดการความเสี่ยงในทุกปีงบประมาณ โดยในปีนี้ได้ดำเนินการประเมินความเสี่ยงของปีงบประมาณ 2560 ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2559 โดยวิธีการหลักๆ คือ ร่วมหารือเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) ในเชิงการอภิปรายกลุ่ม (group discussion) กับ รองคณบดีที่รับผิดชอบด้านต่างๆ และผู้เกี่ยวข้องเพื่อระบุความเสี่ยงที่มี

การดำเนินการประเมินความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2560 นี้ มีการพัฒนาข้อมูลนำเข้า (Input) เป็นหลัก เพื่อช่วยให้การประเมินความเสี่ยงได้ผลที่มีคุณภาพและครอบคลุมทุกระดับของคณะฯมากขึ้น โดยได้เพิ่มข้อมูลนำเข้า (Input) คือ ความเสี่ยงของภาควิชา และปัญหาที่ภาควิชาพบ ซึ่งปีนี้เป็นปีแรกที่มีการเริ่มดำเนินการประเมินความเสี่ยงของภาควิชา

ผลความเสี่ยงของคณะฯที่ประเมินได้ มีจำนวนความเสี่ยงทั้งสิ้น 41 ความเสี่ยง ความเสี่ยงเป็นความเสี่ยงเดิมจากปีที่ผ่านมามีที่ยังต้องดำเนินการต่อมากกว่าความเสี่ยงใหม่ ระดับความเสี่ยงแบ่งตามโซนสี ดังนี้



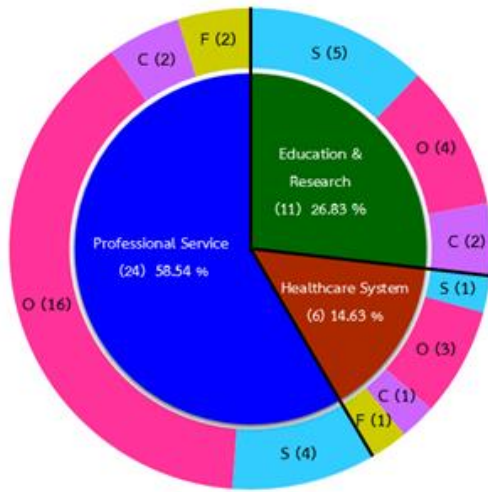
- Red Zone – ความเสี่ยงระดับสูงมาก จำนวน 8 ความเสี่ยง
- Orange Zone – ความเสี่ยงระดับสูง จำนวน 12 ความเสี่ยง
- Yellow Zone – ความเสี่ยงระดับปานกลาง จำนวน 11 ความเสี่ยง
- Green Zone – ความเสี่ยงระดับต่ำ จำนวน 10 ความเสี่ยง

สำหรับความเสี่ยงเดิมส่วนใหญ่จะอยู่ใน Yellow Zone และ Green Zone อาจเนื่องจากการจัดการความเสี่ยงมาระยะหนึ่งแล้ว โดยความเสี่ยงที่อยู่ใน Yellow Zone มีการจัดการมาแล้วตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และความเสี่ยงที่อยู่ใน Green Zone มีการจัดการมาแล้วตั้งแต่ 2 ปี

ขึ้นไป ส่วนความเสี่ยงใหม่ส่วนใหญ่อยู่ใน Red Zone และ Orange Zone

ความเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงเดิม (ร้อยละ 70.73 จากความเสี่ยงทั้งหมด) โดยสาเหตุที่ทำให้ความเสี่ยงเดิมยังคงถูกยกมาเป็นความเสี่ยงในปีงบประมาณ 2560 นั้น มี 3 ประเด็น คือ

- ความเสี่ยงยังไม่สามารถจัดการระดับความเสี่ยงให้ลดลงได้
- ความเสี่ยงสามารถจัดการระดับความเสี่ยงให้ลดลงได้ แต่ยังพิจารณาว่าเป็นความเสี่ยงสำคัญของแต่ละด้านที่จะต้องมีการติดตามอย่างใกล้ชิด
- ความเสี่ยงมีระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ซึ่งในประเด็นนี้เป็นประเด็นสำคัญที่พบในการดำเนินการประเมินความเสี่ยงในปีงบประมาณนี้ โดยปัจจัยหลักๆที่ทำให้ระดับความเสี่ยงมีการปรับเพิ่มสูงขึ้น ถึงแม้ผลการจัดการความเสี่ยงในปีงบประมาณ 2559 จะมีแนวโน้มปรับระดับลดลง มาจาก 2 ประเด็นหลักๆ คือ
 1. มีการปรับเปลี่ยนทีมบริหารชุดใหม่ ดังนั้นมุมมองในการยอมรับความเสี่ยงได้ต่างกัน
 2. มีการปรับแผนยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดใหม่ ดังนั้นมิติในการประเมินความเสี่ยงจึงมีการปรับเปลี่ยน



หมายเหตุ : S หมายถึง Strategic Risk

O หมายถึง Operational Risk

C หมายถึง Compliance Risk

F หมายถึง Financial Risk

ด้านวิเทศสัมพันธ์

2. ตัวชี้วัดของกิจกรรมอื่นๆใน MOU นอกเหนือจากนักศึกษาแลกเปลี่ยนไม่ได้ตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์คณะฯและมหาวิทยาลัย (Research Collaborative / Medical Conference)

ด้านบริการสุขภาพ

3. การเกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรจะป้องกันได้ (Preventable Event) เป็นผลทำให้โรงพยาบาลต้องให้การเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว
4. การถูกร้องเรียนหรือฟ้องร้องจากความผิดพลาดของกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาลจนถูกตัดสินว่าผิดและนำไปสู่ความเสียหายต่อชื่อเสียงภาพลักษณ์และการชดใช้เป็นตัวเงิน
5. การไม่ผ่านการต่ออายุการรับรองมาตรฐาน HA (Re-Accreditation)

ด้านวิชาการและวัฒนธรรม

6. ขาดการสนับสนุนด้านประสิทธิภาพบุคลากรในการสรรสร้างพันธกิจเชิงรุก

ด้านสารสนเทศ

7. ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุงผลการดำเนินการไม่ครบทุกมิติและไม่ถูกต้อง

ด้านทรัพยากรบุคคล

8. การวางแผนและจัดหากำลังคนไม่เพียงพอ/ ไม่ทันการต่อการขยายงานที่สถาบันการแพทย์-จักรีนฤพดินทร์อาจทำให้เปิดได้ไม่ทันตามกำหนด

สำหรับความเสี่ยงของแต่ละ Cluster นั้น ใน Education and Research Cluster มีความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) มากที่สุด น่าจะเนื่องมาจากใน Cluster นี้ รับผิดชอบพันธกิจหลักของคณะฯ ทั้งด้านการศึกษา และวิจัย ซึ่งถือเป็นตัวขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่สำคัญของคณะฯ ส่วน Professional Service Cluster มีความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) น่าจะเนื่องจากด้านแต่ละด้านใน Cluster นี้รับผิดชอบในส่วนสนับสนุนการดำเนินงานของคณะฯ ดังนั้นจึงเกิดความเสี่ยงด้านปฏิบัติการมากที่สุด

สำหรับความเสี่ยงสำคัญของคณะฯซึ่งเป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงมาก หรืออยู่ใน Red Zone มีทั้งหมด 8 ความเสี่ยง มี 6 ด้าน ดังนี้

ด้านวิจัย

1. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีถูกฟ้องร้องด้านการวิจัยในคน

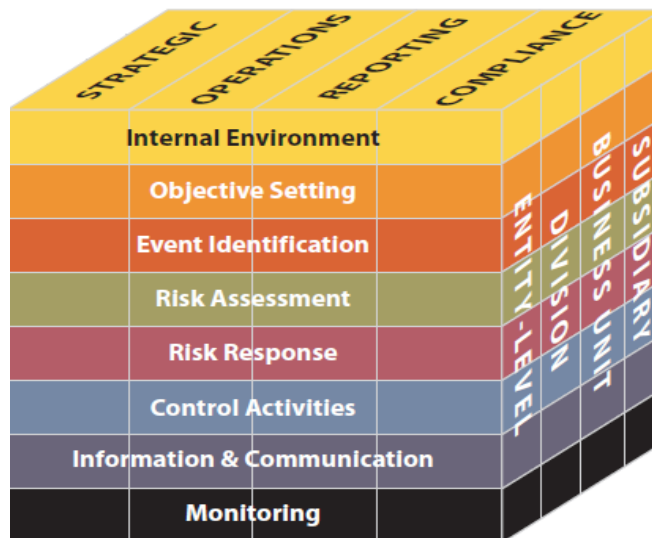
ความเสี่ยงสำคัญทั้ง 8 ความเสี่ยงนี้ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงเดิมซึ่งเป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับระบบงานใหญ่ๆของคณะฯจึงต้องมีการจัดการอย่างต่อเนื่องหลายปี รวมทั้งเกี่ยวข้องกับข้อตกลงตามตัวชี้วัดของมหาวิทยาลัย ส่วนความเสี่ยงใหม่นั้นเป็นความเสี่ยงที่สะท้อนจากข้อตกลง 7 ข้อในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ใหม่ของคณะฯ

สำหรับระดับของความเสี่ยงสำคัญของคณะฯนี้ส่วนใหญ่มีระดับโอกาสเกิดอยู่ในระดับสูง และระดับผลกระทบอยู่ในระดับสูงมาก ซึ่งส่งผลให้ระดับความเสี่ยงรวมอยู่ในระดับสูงมาก ซึ่งคณะฯจำเป็นต้องมีการจัดการความเสี่ยงทั้ง 8 ความเสี่ยงนี้อย่างเร่งด่วน โดยคณะฯเลือกใช้กลยุทธ์การลดความเสี่ยงดังกล่าว ด้วยแผนการจัดการความเสี่ยง รวมทั้งติดตามความเสี่ยงด้วยตัวชี้วัดความเสี่ยง ต่อไป

การประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2560

แนวทางการประเมินความเสี่ยง

ตามที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ได้กำหนดให้ทุกส่วนงานของมหาวิทยาลัย ดำเนินการบริหารความเสี่ยงตามแนวคิดของ COSO – ERM โดยพิจารณาจากพันธกิจหลักและพันธกิจสนับสนุนของส่วนงานให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของมหาวิทยาลัยและให้ส่วนงาน/หน่วยงานนำความเสี่ยงปีงบประมาณ 2559 มาพิจารณาร่วมด้วยและประเมินความเสี่ยงภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงโดยให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk : S) ด้านการดำเนินงานด้านปฏิบัติการ (Operational Risk : O) ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk : C) ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk : F) และให้ทุกส่วนงานประเมินความเสี่ยงและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยงพร้อมจัดส่งข้อมูลให้ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยงฯ ทุกต้นปีงบประมาณ (ประมาณเดือน ก.ค.) ดังนั้นงานบริหารความเสี่ยงจึงดำเนินการประเมินความเสี่ยงของคณะฯก่อนสิ้นปีงบประมาณเพื่อให้ทันตามที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยงฯ กำหนด โดยการประเมินความเสี่ยงปีงบประมาณ 2560 ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2559 รายละเอียดการดำเนินการ มีดังนี้



รูปภาพที่ 1 COSO : Enterprise Risk Management-Integrated Framework 2004

ขอบเขตการประเมินความเสี่ยง

- ประเมินความเสี่ยงของพันธกิจหลักและพันธกิจสนับสนุนที่สอดคล้องตาม Cluster จำนวน 3 Cluster ดังนี้

Cluster Education and Research

1. การศึกษาระดับปริญญา
2. การศึกษาหลังปริญญา
3. กิจกรรมนักศึกษา
4. วิเทศสัมพันธ์
5. วิจัย

Cluster Healthcare System

1. โรงพยาบาลรามารามิบัติ
2. ศูนย์การแพทย์ศิริกิติ
3. ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์
4. ศูนย์ความเป็นเลิศและสนับสนุนพันธกิจ

Cluster Professional Service

- | | |
|--------------------------------|-----------------------|
| 1. สารสนเทศ | 6. วิชาการและวัฒนธรรม |
| 2. ทรัพยากรบุคคล | 7. สื่อสารองค์กร |
| 3. การเงินและงบประมาณ | 8. พัฒนาคุณภาพ |
| 4. จัดซื้อและพัสดุ | 9. สร้างเสริมสุขภาพ |
| 5. กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก | |

ประเภทของความเสี่ยงที่ดำเนินการประเมินพิจารณาตามประเภทที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนดที่สอดคล้องกับแนวคิดของ COSO-ERM มีรายละเอียดดังนี้

1. ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)

เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับแผนยุทธศาสตร์ของมหาวิทยาลัย คณะฯ พันธกิจ และหน่วยงาน โดยเป็นความเสี่ยงที่เริ่มพิจารณาตั้งแต่มีประเด็นใดที่พบจากการดำเนินงานตามข้อตกลงการปฏิบัติงาน แผนยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดของมหาวิทยาลัย ความเป็นไปได้ของแผนยุทธศาสตร์ที่กำหนด การกำหนดแผนของพันธกิจหรือหน่วยงานสอดคล้องกับแผนของคณะฯหรือไม่ รวมทั้งพิจารณาถึงการดำเนินการตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ แผนดำเนินงานของหน่วยงานชัดเจนว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ หรือแผนของหน่วยงานสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของคณะฯหรือไม่

2. ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการในการทำงาน โดยส่วนใหญ่มาจากปัจจัยหลักๆ 4 ปัจจัยคือ คน กระบวนการ ระบบสารสนเทศ และ Outsource

3. ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk)

เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวกับการไม่ปฏิบัติตามระเบียบ ข้อบังคับ และ/หรือ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในแต่ละพันธกิจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อหน่วยงานและคณะฯ

4. ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk)

เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการรายงานผล และการเงินของหน่วยงาน เช่น การบริหารงบประมาณ การบริหารสินทรัพย์ ความน่าเชื่อถือทางการเงิน เป็นต้น

กระบวนการประเมินความเสี่ยง

กระบวนการหลักในการประเมินความเสี่ยง มี 7 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหา ระบุความเสี่ยง และจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง

ผู้รับผิดชอบหลักในการค้นหา ระบุความเสี่ยง และจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง คือ เจ้าของความเสี่ยง (ในกรณีของคุณฯ เจ้าของความเสี่ยงคือ รองคณบดีในแต่ละ Cluster รวมทั้งหัวหน้าฝ่าย/งาน/หน่วยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง) โดยจะเป็นผู้พิจารณาความเสี่ยงสำคัญของแต่ละภาระงานด้านต่างๆภายใน Cluster ที่คาดว่าจะมีในปีงบประมาณ 2560 ซึ่งในขั้นตอนนี้งานบริหารความเสี่ยงจะเข้าร่วมสัมภาษณ์เพื่อช่วยเจ้าของความเสี่ยงในการค้นหาและประเมินความเสี่ยง

หลังจากนั้นงานบริหารความเสี่ยงจะสรุปข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จัดส่งไปยังเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) เพื่อยืนยันข้อมูลความเสี่ยงรวมทั้งระบุแผนการจัดการความเสี่ยงอีกครั้ง

ขั้นตอนที่ 2 : รวบรวมและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลความเสี่ยง

งานบริหารความเสี่ยงจะนำข้อมูลความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยงที่ได้รับการยืนยันจากเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) มาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล รวมทั้งงานบริหารความเสี่ยงจะดำเนินการประสานงานกับเจ้าของความเสี่ยงเพื่อสอบถามประเด็นข้อสงสัย หากข้อมูลความเสี่ยงที่ได้รับมายังไม่ชัดเจน รวมทั้งเสนอแนะเพิ่มเติมข้อมูล หรือปรับแก้ไข เพื่อให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์มากที่สุด

ขั้นตอนที่ 3 : ปรับแก้ไข เพิ่มเติมข้อมูลความเสี่ยงให้สมบูรณ์

งานบริหารความเสี่ยงจะจัดส่งข้อมูลกลับไปยังเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) หลังจากได้ประสานงานชี้แจงถึงประเด็นที่ต้องแก้ไข และ/ หรือเพิ่มเติม (ในขั้นตอนที่ 2) เพื่อให้เจ้าของความเสี่ยงดำเนินการแก้ไขข้อมูลดังกล่าวอย่างเป็นทางการ

ขั้นตอนที่ 4 : สรุปข้อมูลความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยงเสนอ

เมื่อได้ข้อมูลความเสี่ยงฉบับสมบูรณ์จากเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) งานบริหารความเสี่ยงจะสรุปข้อมูลความเสี่ยงในฐานข้อมูลความเสี่ยงเพื่อใช้ในการสรุปและวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและคณะกรรมการประจำคณะฯพิจารณาต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ พิจารณา

งานบริหารความเสี่ยงนำเสนอข้อมูลความเสี่ยงที่ได้รวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ เสนอคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯพิจารณาให้ความเห็นชอบ

ขั้นตอนที่ 6 : คณะกรรมการประจำคณะฯพิจารณา

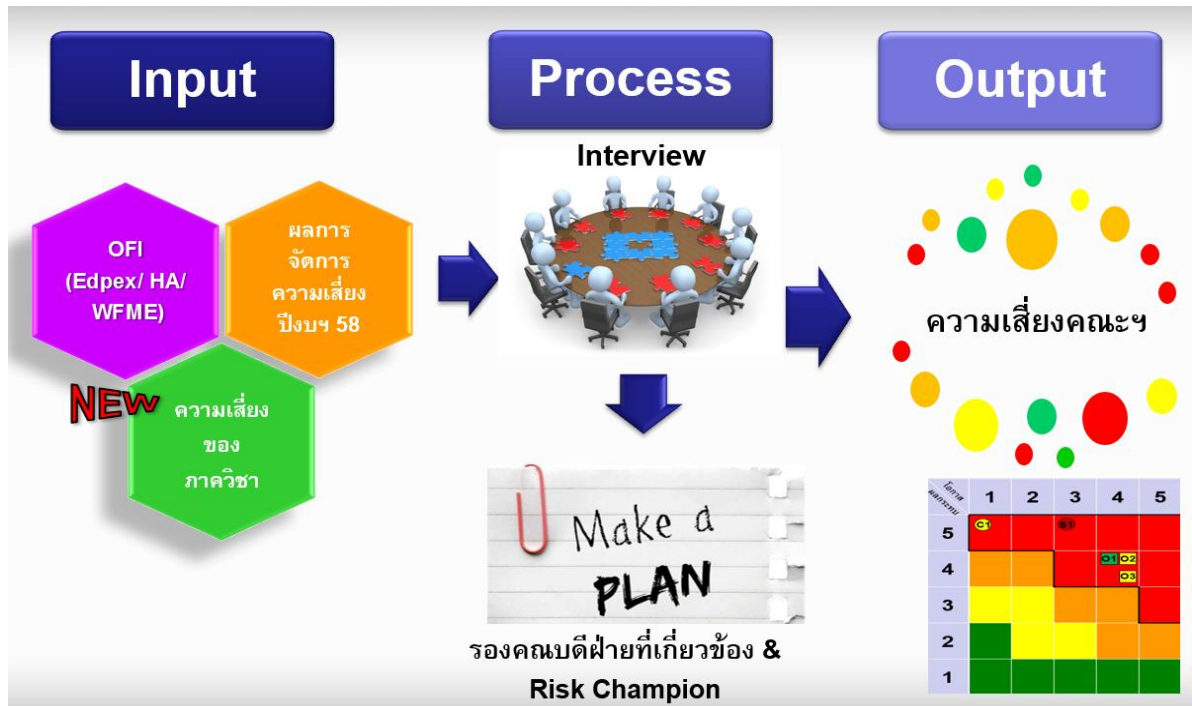
หลังจากผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯเรียบร้อยแล้ว งานบริหารความเสี่ยงจะนำเสนอข้อมูลความเสี่ยงดังกล่าวเข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการประจำคณะฯพิจารณาให้ความเห็นชอบเป็นขั้นตอนสุดท้าย

ขั้นตอนที่ 7 : จัดทำข้อมูลเพื่อจัดส่งให้มหาวิทยาลัยมหิดล

งานบริหารความเสี่ยงนำผลที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะฯ จัดทำใส่แบบฟอร์มตามที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด และจัดส่งไปยังมหาวิทยาลัยต่อไป

การพัฒนากระบวนการประเมินความเสี่ยง

การประเมินความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2560 นี้ ได้มีการพัฒนาหลักๆ คือ ข้อมูลนำเข้า (Input) ซึ่งใช้เป็นข้อมูลในการระบุความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2560 โดยรายละเอียดดังนี้



รูปภาพที่ 2 แสดงรายละเอียดกระบวนการประเมินความเสี่ยง

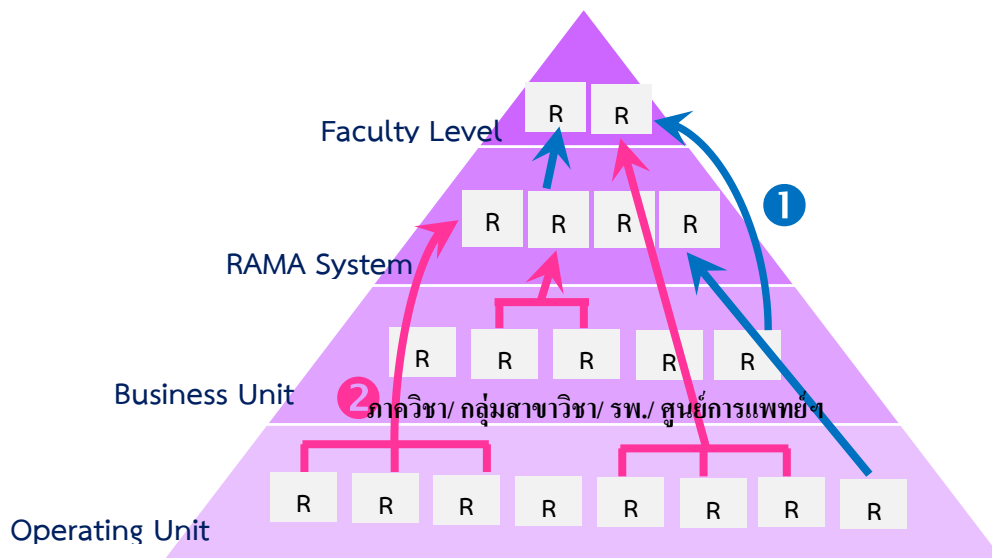
ข้อมูลนำเข้า (Input) - เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่ใช้ในการระบุความเสี่ยงที่มีในปีงบประมาณ 2560 โดยมีรายละเอียดการพัฒนา ดังนี้

เดิม	ปรับปรุงใหม่
<p>ข้อมูลเดิมที่ยังใช้อยู่</p> <ol style="list-style-type: none"> ข้อมูล สถิติที่ผ่านมาหรือปัญหาที่เจ้าของความเสี่ยงพบจากการดำเนินงาน กฎระเบียบข้อบังคับที่สำคัญ (ข้อมูลจากรายงานการดำเนินการเพื่อองค์กรที่เป็นเลิศ) ข้อมูลโอกาสพัฒนา (OFI) จากมาตรฐานสำคัญหลักๆ ที่คณะฯใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ Edpex, HA, WFME เพื่อใช้เป็นปัจจัยในการพิจารณาประเด็นความเสี่ยงที่น่าจะยังมีอยู่ 	<p>ข้อมูลเดิมที่ยังใช้อยู่</p> <ol style="list-style-type: none"> ข้อมูล สถิติที่ผ่านมาหรือปัญหาที่เจ้าของความเสี่ยงพบจากการดำเนินงาน กฎระเบียบข้อบังคับที่สำคัญ (ข้อมูลจากรายงานการดำเนินการเพื่อองค์กรที่เป็นเลิศ) ข้อมูลโอกาสพัฒนา (OFI) จากมาตรฐานสำคัญหลักๆ ที่คณะฯใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ Edpex, HA, WFME เพื่อใช้เป็นปัจจัยในการพิจารณาประเด็นความเสี่ยงที่น่าจะยังมีอยู่

เดิม (ต่อ)	ปรับปรุงใหม่ (ต่อ)
4. ผลการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณล่าสุดนำมาใช้เพื่อพิจารณาว่ายังคงเป็นความเสี่ยงต่อเนื่องในปีงบประมาณต่อไปอยู่หรือไม่	4. ผลการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณล่าสุดนำมาใช้เพื่อพิจารณาว่ายังคงเป็นความเสี่ยงต่อเนื่องในปีงบประมาณต่อไปอยู่หรือไม่ ข้อมูลใหม่ที่เพิ่มเติม 5. ความเสี่ยงของภาควิชา เป็นความเสี่ยงภาพรวมภาควิชาที่สรุปจากความเสี่ยงที่พบของแต่ละทุกภาควิชา

สำหรับการประเมินความเสี่ยงภาควิชาซึ่งในปีคณะฯใช้เป็นข้อมูลนำเข้า (Input) สำหรับการประเมินความเสี่ยงในระดับคณะฯเพิ่มเติมดังที่กล่าวมาข้างต้นนั้น มีรายละเอียดการดำเนินการทั้งความเชื่อมโยงระหว่างความเสี่ยงคณะฯและภาควิชา ขอบเขตการดำเนินการ รวมทั้งผลการประเมินความเสี่ยง ดังนี้

ความเชื่อมโยงระหว่างความเสี่ยงคณะฯ และความเสี่ยงภาควิชา



รูปภาพที่ 3 ความเชื่อมโยงระหว่างความเสี่ยงคณะฯและความเสี่ยงภาควิชา

ความเสี่ยงภาควิชาสามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นของความเสี่ยงระดับที่สูงขึ้นไป คือความเสี่ยงของคณะฯ โดยความเสี่ยงภาควิชาสามารถเชื่อมโยงกับความเสี่ยงของคณะฯได้ 2 มิติ ดังนี้

1. ความเสี่ยงของระดับหนึ่ง = ความเสี่ยงของอีกระดับที่สูงขึ้น

ความเสี่ยงของภาควิชาในบางความเสี่ยงอาจเป็นความเสี่ยงของคณะฯ เนื่องจากภาควิชาเป็นหน่วยงานหลักสำคัญในการขับเคลื่อนพันธกิจหลักๆของคณะฯให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด ผลการดำเนินการของภาควิชาคือ ผลของความสำเร็จของตัวชี้วัดบางตัวชี้วัดของคณะฯ เช่น ผลงานวิจัยตีพิมพ์ในระดับนานาชาติ

2. ความเสี่ยงของระดับหนึ่ง = สาเหตุความเสี่ยงของอีกระดับที่สูงขึ้น

หากในหลายๆภาควิชามีความเสี่ยงที่เหมือนกัน ความเสี่ยงดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อให้เกิดความเสี่ยงใหม่ที่ใหญ่ขึ้นในระดับของคณะฯ เช่น ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล อาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงเรื่องการถูกฟ้องร้อง ซึ่งเป็นความเสี่ยงของคณะฯ

ขอบเขตการประเมินความเสี่ยงภาควิชา

ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากทั้งหมด 16 ภาควิชา ดังนี้

1. ภาควิชารังสีวิทยา
2. ภาควิชาจักษุวิทยา
3. ภาควิชาพยาธิวิทยา
4. ภาควิชาศัลยศาสตร์
5. ภาควิชาอายุรศาสตร์
6. ภาควิชาออร์โธปิดิกส์
7. ภาควิชาวิสัญญีวิทยา
8. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
9. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
10. ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู
11. ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน
12. ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
13. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
14. ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
15. ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา
16. ภาควิชาวิทยาศาสตร์สื่อความหมาย

ผลความเสี่ยงของภาควิชา

จากผลการประเมินความเสี่ยงภาควิชา สรุปความเสี่ยงได้ทั้งหมด จำนวน 8 ด้าน ซึ่งเป็นด้านที่เกี่ยวข้องกับภาระงานที่ภาควิชารับผิดชอบ ดังนี้

1. ด้านการศึกษา
2. ด้านวิจัย
3. ด้านบริการสุขภาพ
4. ด้านวิชาการ
5. ด้านทรัพยากรบุคคล
6. ด้านสารสนเทศ
7. ด้านคุณภาพ
8. ด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม

สำหรับผลที่ได้นั้น สามารถแบ่งข้อมูลได้ 2 ส่วนใหญ่ๆคือ

1. ความเสี่ยง

เป็นเหตุการณ์ที่ภาควิชาประเมินว่ามีโอกาสเกิดขึ้นในอนาคต

2. ปัญหา

เป็นเหตุการณ์ที่ภาควิชาประสบอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งบางปัญหาอาจนำไปสู่ความเสี่ยงในอนาคต รายละเอียดความเสี่ยงและปัญหาของภาควิชาในแต่ละด้าน มีดังนี้

ด้านการศึกษา

มีความเสี่ยงจำนวน 7 ความเสี่ยงและมีปัญหาที่อาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยง จำนวน 2 ปัญหา ดังนี้

ตารางที่ 1 ความเสี่ยงของภาควิชาด้านการศึกษา

ความเสี่ยง
1. ผู้บังคับบัญชา / นายจ้าง ไม่พึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของบัณฑิต
2. การถูกฟ้องร้องกรณีใช้สื่อสังคมออนไลน์ ไม่เหมาะสม / ผิดจรรยาบรรณวิชาชีพ
3. นักศึกษาใช้เวลาเรียนเกินกว่าที่หลักสูตรกำหนด
4. จำนวนและคุณภาพของนักศึกษาที่สมัครเข้ารับการศึกษาน่า / ฝึกอบรมไม่ได้ตามเป้าหมาย
5. บัณฑิตที่จบสอบไม่ได้ License
6. คุณภาพของนักศึกษาที่จบลดลง
7. จำนวนนักศึกษาหลังปริญญาต่ำกว่ามาตรฐาน

ความเสี่ยงในข้อ 3 นักศึกษาใช้เวลาเรียนเกินกว่าที่หลักสูตรกำหนด และ ข้อ 4 จำนวนและคุณภาพของนักศึกษาที่สมัครเข้ารับการศึกษาน่า / ฝึกอบรมไม่ได้ตามเป้าหมาย เป็นความเสี่ยงที่สอดคล้องกับความเสี่ยงของคณะฯ ปีงบประมาณ 2560

ตารางที่ 2 ปัญหาของภาควิชาด้านการศึกษา

ปัญหา
1. ความชัดเจนของการเรียนการสอน หลักสูตรสถาบันจักรีนฤพดินทร์
2. ภาษาอังกฤษของนักศึกษาปริญญาโทไม่ได้มาตรฐานทำให้เขียน Thesis นาน

ปัญหาที่ภาควิชาพบในเรื่อง “ความชัดเจนของการเรียนการสอน หลักสูตรสถาบันจักรีนฤพดินทร์” อาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในระดับคณะฯ คือ ความไม่เชื่อมต่อของระบบการจัดการเรียนการสอนระหว่าง 2 Campus (Seamless Education System) รวมทั้งอาจเกิดผลกระทบระยะยาวทำให้เกิดความเสี่ยง Ranking (การเลือกเข้าศึกษาต่อ) ของคณะฯลดระดับลง

ปัญหาที่ภาควิชาพบในเรื่อง “ภาษาอังกฤษของนักศึกษาปริญญาโทไม่ได้มาตรฐานทำให้เขียน Thesis นาน” เป็นสาเหตุของความเสี่ยงปีงบประมาณ 2560 คือความเสี่ยง “นักศึกษใช้เวลาเรียนเกินกว่าที่หลักสูตรกำหนด” ซึ่งเป็นความเสี่ยงในระดับสูง หรืออยู่ใน Orange Zone โดยการจัดการความเสี่ยงนี้มีการกำหนดกิจกรรมการจัดการความเสี่ยงในเรื่องการทบทวนระเบียบวิธีการรับนักศึกษา เช่น คุณสมบัติที่เหมาะสมกับหลักสูตร, กำหนดคะแนน TOEFL

ด้านวิจัย

มีความเสี่ยงจำนวน 8 ความเสี่ยงและมีปัญหาที่อาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยง จำนวน 5 ปัญหา ดังนี้
ตารางที่ 3 ความเสี่ยงของภาควิชาด้านวิจัย

ความเสี่ยง
1. จำนวนสนับสนุนไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
2. ผลงานวิจัยไม่สามารถนำไปต่อยอดในเชิงพาณิชย์
3. ทุนสนับสนุนด้านการวิจัยจากแหล่งทุนภาครัฐและภาคเอกชนทั้งในประเทศและต่างประเทศต่ำกว่าเป้าหมาย
4. ขาดระบบสารสนเทศเพื่อตอบสนองด้านการวิจัย
5. ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติยังมีจำนวนน้อย /ไม่ได้ตามเป้าหมาย
6. จำนวนงานวิจัยอาจเพิ่มขึ้นแต่ได้รับการยอมรับหรืออ้างอิงต่ำลง
7. ขาดบุคลากรด้านการวิจัย หรือผู้ช่วยในการทำวิจัย
8. ไม่มีระบบสนับสนุนรองรับการทำวิจัยคุณภาพสูง โครงการที่เสนอต่อองค์กรให้ทุนต่างประเทศและโครงการวิจัยที่ได้รับ

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงทั้ง 8 ข้อด้านวิจัย พบว่า ความเสี่ยงข้อ 7 ขาดบุคลากรด้านการวิจัย หรือผู้ช่วยในการทำวิจัย และข้อ 8 ไม่มีระบบสนับสนุนรองรับการทำวิจัยคุณภาพสูง อาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงที่ใหญ่ขึ้น คือ ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติยังมีจำนวนน้อย/ ไม่ได้ตามเป้าหมาย ซึ่งเป็นความเสี่ยงของคณะฯ ปีงบประมาณ 2560 ที่เป็นความเสี่ยงระดับสูงหรืออยู่ใน Orange Zone

ตารางที่ 4 ปัญหาของภาควิชาด้านวิจัย

ปัญหา
1. บุคลากรขาดความรู้พื้นฐานในการทำวิจัย
2. ผลงานวิจัยไม่มีคุณภาพจึงไม่สามารถนำมาต่อยอดในงานประจำ หรือใช้ประโยชน์ได้จริง
3. ขาดระบบสนับสนุนทางการวิจัยที่ดี เช่น CRC ที่มีประสิทธิภาพ
4. ขั้นตอนการขอยุ่งยากซับซ้อน โอกาสในการเข้าถึงแหล่งทุนยาก
5. ไม่มีทุนสนับสนุนวิจัยระดับชาติที่มุ่งเฉพาะงานวิจัยทางคลินิก

เมื่อพิจารณาปัญหาทั้ง 5 ข้อ พบว่า

ปัญหาข้อ 1 และ 2 ภาควิชาประเมินว่าเป็นปัญหาที่พบในปัจจุบันและมีโอกาสเป็นความเสี่ยงในอนาคตด้วยเช่นกัน

ปัญหาข้อ 3 – 4 อาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงที่ใหญ่ขึ้น คือ ความเสี่ยง “จำนวนโครงการที่เสนอต่อองค์กรให้ทุนต่างประเทศและโครงการวิจัยที่ได้รับสนับสนุนไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ” และความเสี่ยง “ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติยังมีจำนวนน้อย/ ไม่ได้ตามเป้าหมาย ” ซึ่งความเสี่ยงผลงานวิจัยวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ฯ เป็นความเสี่ยงของคณะฯ ปีงบประมาณ 2560 ที่เป็นความเสี่ยงระดับสูง

หรืออยู่ใน Orange Zone โดยได้ในปีงบประมาณ 2560 นี้ ได้มีการเพิ่มตัวชี้วัดความเสี่ยงในเรื่องการจัดหาทุน เป็นตัวชี้วัดความเสี่ยงตัวหนึ่ง

ด้านบริการสุขภาพ

มีความเสี่ยงจำนวน 10 ความเสี่ยงและมีปัญหาที่อาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยง จำนวน 7 ปัญหา ดังนี้
ตารางที่ 5 ความเสี่ยงของภาควิชาด้านบริการสุขภาพ

ความเสี่ยง
1. การไม่ผ่านการรับรองคุณภาพด้านการบริการสุขภาพตามมาตรฐานที่กำหนด
2. การจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศ (Center of Excellence) ในสาขาที่จำเป็นของประเทศที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์
3. การเกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรจะป้องกันได้ (Preventable Event) เป็นผลทำให้โรงพยาบาลต้องให้การเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว
4. การไม่ผ่านการต่ออายุการรับรองมาตรฐานต่างๆที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน เช่นมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ ISO 15189:2012 , ISO 15190:2003
5. การเรียกร้องสิทธิการรักษาเพิ่มมากขึ้น
6. เกิด Preventable Harm ที่เกิดกับผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เช่น Drug Error
7. การรับผู้ป่วยต่างชาติที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นทำให้การให้บริการไม่ถูกต้อง หรือผิดพลาด หรือไม่ทันการจากการที่บุคลากรทางการแพทย์ขาดทักษะทางภาษา
8. บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยอื่นมีโอกาสติดเชื้อ จากวิธีการรักษาหรือเครื่องมือต่างๆ
9. เกิดการเสียชีวิตของผู้ป่วยโดยไม่คาดหวัง
10. บุคลากรทางการแพทย์ คนไข้ ญาติได้รับอุบัติเหตุ/ อันตรายจากการปฏิบัติหน้าที่

ตารางที่ 6 ปัญหาของภาควิชาด้านบริการสุขภาพ

ปัญหา
1. โรงพยาบาลเพิ่มจำนวนเตียงผู้ป่วยและขยายการให้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น ในขณะที่งานบริการบางส่วนไม่สามารถขยายงานรองรับได้ทัน เช่น งานด้านพยาธิวิทยา
2. ขาดความร่วมมือจากหน่วยงานหลายๆฝ่ายในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความล่าช้าและการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน
3. ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการโดย นศ. แพทย์ประจำบ้าน และประจำบ้านต่อยอด
4. การควบคุมป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วย การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ เช่น เครื่องช่วยหายใจ ยังไม่ได้มาตรฐานหรือรัดกุมเพียงพอ
5. ไม่มีนโยบายหรือมาตรการที่ช่วยลดอันตรายหรือการเจ็บป่วยที่เกิดจากการปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน เช่น การติดโรคติดต่อจากผู้ป่วย การโดนทำร้ายจากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง
6. คุณภาพอาหารและการบริการด้านอาหารที่ยังไม่ดี ทั้งปริมาณและคุณภาพ เช่น ด้านความสะอาด
7. จำนวนผู้รับบริการมากขึ้นเกินกว่าอัตรากำลังเจ้าหน้าที่และจำนวนเตียงที่มี

จากการพิจารณาความเสี่ยงของภาควิชาทั้ง 10 ข้อ พบว่ามีความเสี่ยงที่สอดคล้องกับความเสี่ยงของคณะฯ ในปีงบประมาณ 2560 คือ ความเสี่ยง “การเกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรจะป้องกันได้ (Preventable Event) เป็นผลทำให้โรงพยาบาลต้องให้การเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว” โดยเป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับความเสี่ยงสูงมาก หรือ Red Zone

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาความเสี่ยงที่เหลืออีก 9 ข้อ และจากปัญหาของภาควิชา พบว่า มีโอกาสที่จะทำให้เกิดความเสี่ยงที่ส่งผลในระดับคณะฯ คือ การถูกร้องเรียนหรือฟ้องร้องจากความผิดพลาดของกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาลจนถูกตัดสินว่าผิดและนำไปสู่ความเสียหายต่อชื่อเสียงภาพลักษณ์และการชดใช้เป็นตัวเงิน ซึ่งในปีงบประมาณ 2560 เป็นความเสี่ยงของคณะฯ ที่อยู่ในระดับความเสี่ยงสูงมาก หรือ Red Zone

ด้านวิชาการ

มีความเสี่ยงจำนวน 1 ความเสี่ยงและมีปัญหาที่อาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยง จำนวน 2 ปัญหาดังนี้
ตารางที่ 7 ความเสี่ยงของภาควิชาด้านวิชาการ

ความเสี่ยง
1. รายได้จากการบริการวิชาการไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

ตารางที่ 8 ปัญหาของภาควิชาด้านวิชาการ

ปัญหา
1. ขาดการประชาสัมพันธ์การประชุมวิชาการแบบครบวงจร
2. ขาดแคลนงบประมาณสนับสนุนการจัดประชุมวิชาการระดับประเทศ และระหว่างประเทศ

จากการพิจารณาผลทั้งความเสี่ยงและปัญหาพบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นทั้ง 2 ข้อของภาควิชา มีโอกาสเป็นความเสี่ยงขอที่ภาควิชา และอาจส่งผลต่อคณะฯ ในเรื่องการดำเนินการของคณะฯ ที่ส่งผลให้การดำเนินการด้านบริการวิชาการของคณะฯ ไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด

ด้านทรัพยากรบุคคล

มีความเสี่ยงจำนวน 4 ความเสี่ยงและมีปัญหาที่อาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยง จำนวน 5 ปัญหา ดังนี้
ตารางที่ 9 ความเสี่ยงของภาควิชาด้านทรัพยากรบุคคล

ความเสี่ยง
1. แนวโน้มของบุคลากรที่ปฏิบัติงานได้ต่ำกว่าความคาดหวังของหน่วยงานมีจำนวนเพิ่มขึ้น
2. บุคลากรไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพให้เหมาะสมกับงาน
3. บุคลากรขาดแรงจูงใจในการทำงาน ทำให้งานไม่มีคุณภาพ
4. อัตราการลาออกสูง โดยเฉพาะตำแหน่งสนับสนุนที่มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง เนื่องจากถูกแย่งตัว (ภาวะสมองไหล) ทำให้เกิดรอยต่อของการส่งมอบงานระหว่างรุ่นส่งผลให้ระบบการถ่ายทอดงานไม่มีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 10 ปัญหาของภาควิชาด้านทรัพยากรบุคคล

ปัญหา
1. ขาดผู้ดำรงตำแหน่งแทน (Successor) ในตำแหน่งงานบริหารที่สำคัญ
2. อัตรากำลังไม่เพียงพอต่อการขยายงานที่สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์อาจทำให้เปิดไม่ทันตามกำหนด
3. ภาระงานที่มีมากเกินไป ประกอบกับบุคลากรไม่เพียงพอทำให้เกิดผลเสียต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย ประสิทธิภาพการเรียนการสอนที่ลดลง มีการลาออกของบุคลากรหรือเกิดการฟ้องร้องเพิ่มมากขึ้น
4. ค่าตอบแทนของบุคลากรบางตำแหน่งที่ไม่เหมาะสมกับภาระงาน
5. การกำหนดอัตรากำลังที่ยังไม่เหมาะสม บางสายงานขาดบุคลากร

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงและปัญหาของภาควิชา จะเห็นว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อคณะฯ 2 เรื่องใหญ่ๆ คือ 1. ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับการเปิดดำเนินการสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ในด้านอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ 2. ขาดผู้ดำรงตำแหน่งแทน (Successor) ในตำแหน่งที่สำคัญ 3. อัตราการลาออก โดยเฉพาะตำแหน่งเฉพาะทางมีอัตราสูงขึ้น

สำหรับปัญหาในข้อ 1 ขาดผู้ดำรงตำแหน่งแทน (Successor) ในตำแหน่งที่สำคัญ และ ข้อ 2 อัตรากำลังไม่เพียงพอต่อการขยายงานที่สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์อาจทำให้เปิดไม่ทันตามกำหนด ภาควิชาประเมินว่าเป็นปัญหาที่มีโอกาสเกิดเป็นความเสี่ยงในอนาคตด้วย ซึ่งปัญหาในข้อ 2 นั้น สอดคล้องกับความเสี่ยงของคณะฯ ปีงบประมาณ 2560 คือความเสี่ยง “การวางแผนและจัดหากำลังคนไม่เพียงพอ/ ไม่ทันการต่อการขยายงานที่สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์อาจทำให้เปิดได้ไม่ทันตามกำหนด ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับสูง หรืออยู่ใน Red Zone

ด้านสารสนเทศ

มีความเสี่ยงจำนวน 1 ความเสี่ยง ดังนี้

ตารางที่ 11 ความเสี่ยงของภาควิชาด้านสารสนเทศ

ความเสี่ยง
1. ระบบ IT ยังพัฒนาได้ไม่ทันกับความต้องการเพื่อรองรับพันธกิจหลัก

จากผลการประเมินที่ได้พบว่า ความเสี่ยงสำคัญของภาควิชาด้านสารสนเทศที่พบเพียงหนึ่งความเสี่ยงนั้น เป็นความเสี่ยงที่สอดคล้องกับความเสี่ยงของคณะฯ ปีงบประมาณ 2560 คือความเสี่ยง “ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าในคณะฯ แต่ละกลุ่มได้ตามความต้องการ โดยเป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับสูง หรือ Orange Zone โดยอาจเนื่องมาจากภาควิชาถือเป็นกลุ่มลูกค้าสำคัญของด้านสารสนเทศกลุ่มหนึ่ง

ด้านคุณภาพ

มีความเสี่ยงจำนวน 2 ความเสี่ยง ดังนี้

ตารางที่ 12 ความเสี่ยงของภาควิชาด้านคุณภาพ

ความเสี่ยง
1. ภาควิชา/หน่วยงานไม่มีการเก็บรวบรวมองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ
2. การเก็บข้อมูลการทำงานยังไม่เป็นระบบ

ความเสี่ยงทั้ง 2 ความเสี่ยงนี้เมื่อพิจารณาอย่างละเอียด จะเห็นได้ว่าเป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางาน การทำงานอย่างเป็นระบบและมาตรฐาน และการจัดการความรู้ (Knowledge Management) ซึ่งทั้ง 3 เรื่องถือเป็นหัวใจหลักในการพัฒนาคุณภาพ และพบว่าความเสี่ยงของภาควิชา มีความเสี่ยงที่สอดคล้องกับความเสี่ยงของคณะฯ ในปีงบประมาณ 2560 คือ ความเสี่ยง “ภาควิชา/หน่วยงานไม่มีการเก็บรวบรวมองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ”

ด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม

มีปัญหากที่อาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยง จำนวน 3 ปัญหา ดังนี้

ตารางที่ 13 ปัญหาของภาควิชาด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม

ปัญหา
1. ความปลอดภัยในรพ. : ระบบรักษาความปลอดภัยในรพ. ไม่เข้มแข็ง
2. การขาดแคลนสถานที่ในการจัดการเรียนการสอน และสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
3. ความไม่พึงพอใจด้านการเดินทาง การจอดรถที่มีสถานที่รองรับไม่เพียงพอ

ในด้านนี้ภาควิชาประเมินพบแต่ปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และเมื่อพิจารณาปัญหาทั้ง 3 ข้อที่เกิดขึ้น จะเห็นว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อคณะฯ ในเรื่องความพึงพอใจของผู้รับบริการทั้งคนไข้และนักศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มผู้รับบริการหลักของคณะฯ ทั้ง 2 กลุ่ม และอาจเป็นความเสี่ยงที่ใหญ่ขึ้นในระดับคณะฯ คือ ชื่อเสียงภาพลักษณ์ของคณะฯ ในด้านที่ลดลง

กระบวนการ (Process) ใช้กระบวนการเดิมเหมือนการประเมินความเสี่ยงในปีที่ผ่านมา ดังนี้

1. สัมภาษณ์เจ้าของความเสี่ยงเพื่อระบุความเสี่ยงและประเมินความเสี่ยง เช่น สาเหตุ กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ ระดับโอกาสเกิดและผลกระทบ ซึ่งในปีนี้เพิ่มเทคนิค Group Discussion มากขึ้น โดยนอกเหนือจากการประเมินความเสี่ยงร่วมกับรองคณบดีที่รับผิดชอบในแต่ละด้านแล้ว งานบริหารความเสี่ยงได้เชิญผู้เกี่ยวข้องท่านอื่น เช่น หัวหน้างานที่ทำงานสนับสนุนรองคณบดีแต่ละท่านซึ่งมีหน้าที่ดำเนินการกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงโดยตรง เข้าร่วมในการประเมินความเสี่ยง เพื่อให้ได้มุมมองที่ครอบคลุมในทุกระดับของการปฏิบัติงาน

2. จัดส่งแบบฟอร์มเพื่อให้เจ้าของความเสี่ยงดำเนินการกำหนดแผนการจัดการความเสี่ยง และ ประสิทธิภาพของแผนการจัดการความเสี่ยงเพิ่มเติมในทุกความเสี่ยง ยกเว้นความเสี่ยงที่อยู่ใน Green Zone ซึ่งไม่จำเป็นต้องกำหนดแผนการจัดการความเสี่ยงเพิ่มเติม

ผลลัพธ์ (Output) – ผลลัพธ์ที่ต้องการจากการกระบวนการประเมินความเสี่ยง คือ

1. ความเสี่ยงของคณะฯ
2. แผนการจัดการความเสี่ยงเพิ่มเติมของความเสี่ยงที่อยู่ใน
 - ✓ Red Zone
 - ✓ Orange Zone
 - ✓ Yellow Zone (กำหนดแผนการจัดการความเสี่ยงเพิ่มหรือไม่ก็ได้)
 - ✗ Green Zone (ไม่จำเป็นต้องกำหนดแผนการจัดการความเสี่ยงเพิ่มเติม)

จากที่กล่าวมาข้างต้น นอกจากผลลัพธ์ที่ได้ที่เป็นรูปธรรมซึ่งเป็นข้อกำหนดที่ศูนย์บริการจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนดให้จัดส่งข้อมูลไปยังศูนย์ฯ การพัฒนาข้อมูลนำเข้า (Input) ช่วยส่งผลให้ข้อมูลความเสี่ยงมีการพัฒนาในส่วนของคุณภาพของข้อมูลเพิ่มมากขึ้น ทำให้การพิจารณาประเมินความเสี่ยงของแต่ละด้านครอบคลุมในทุกระดับมากขึ้น อาทิ ด้านการศึกษา ด้านวิจัย ด้านบริการ เป็นต้น

การกำหนดระดับความเสี่ยง

การพิจารณาระดับความเสี่ยง ใช้เกณฑ์ตามที่มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด คือ

1. ระดับโอกาสเกิด (Likelihood) คือ ระดับของโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง
2. ระดับผลกระทบ (Impact) คือ ระดับความรุนแรงของผลกระทบที่จะเกิดขึ้น หากเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยง

ตารางที่ 14 Risk Map

ระดับผลกระทบ (Impact)	5					
	4				Red Zone	
	3			Orange Zone		
	2		Yellow Zone			
	1	Green Zone				
		1	2	3	4	5
ระดับโอกาสเกิด (Likelihood)						

ระดับความเสี่ยงแบ่งเป็น 4 ระดับ โดยในแต่ละระดับมีความหมายและแนวทางการจัดการความเสี่ยงแตกต่างกัน (อ้างอิงจากแนวทางที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนดในปีงบประมาณ 2559 และ 2560) ดังนี้

ตารางที่ 2 ระดับความเสี่ยง ความหมายและแนวทางการจัดการความเสี่ยง

ระดับความเสี่ยง	ความหมาย	แนวทางการจัดการความเสี่ยง
สูงมาก (Red Zone)	ระดับความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยไม่สามารถยอมรับได้และจำเป็นต้องวางแผนบริหารจัดการอย่างเร่งด่วน	ลดความเสี่ยงหรือหลีกเลี่ยงความเสี่ยงหรือร่วมจัดการความเสี่ยง
สูง (Orange Zone)	ระดับความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยไม่สามารถยอมรับได้และจำเป็นต้องวางแผนบริหารจัดการ	ร่วมจัดการความเสี่ยงหรือการลดความเสี่ยง
ปานกลาง (Yellow Zone)	ระดับความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยยอมรับได้ แต่ต้องมีการติดตามเฝ้าระวังและกำกับดูแลมาตรฐานการควบคุมที่มีอยู่ให้ดำเนินไปอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง	ยอมรับความเสี่ยงหรือลดความเสี่ยง
ต่ำ (Green Zone)	ระดับความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยยอมรับได้ เนื่องจากมีมาตรการการควบคุมที่เพียงพอแล้ว	ยอมรับความเสี่ยง

ผลการประเมินความเสี่ยงของคณะฯ

ภาพรวมผลความเสี่ยง

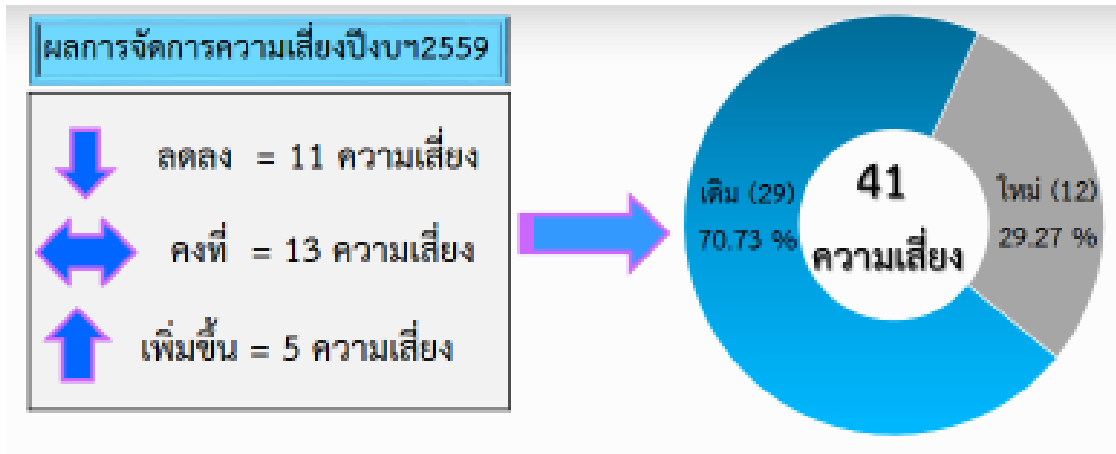
จากผลการประเมินความเสี่ยงของทุก Cluster คณะฯ มีความเสี่ยงทั้งสิ้นจำนวน 41 ความเสี่ยง โดยมีรายละเอียดของความเสี่ยงในภาพรวม ดังนี้

➤ ความเสี่ยงเดิม/ความเสี่ยงใหม่

ความเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงเดิม ซึ่งเมื่อพิจารณาจากผลการจัดการความเสี่ยงในปีที่ผ่านมาพบว่า ความเสี่ยงส่วนใหญ่ระดับความเสี่ยงยังคงที่และบางส่วนเป็นความเสี่ยงที่สามารถจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลงได้แล้ว แต่ยังเป็นความเสี่ยงสำคัญของแต่ละ Cluster ที่ต้องมีการติดตามเพิ่มเติมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อไม่ให้ระดับความเสี่ยงปรับเปลี่ยนในระดับที่สูงขึ้น

- **ความเสี่ยงเดิม** (จากปีงบประมาณ 2559) จำนวน 29 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 70.73 ของความเสี่ยงทั้งหมด (29/41) มีลักษณะของความเสี่ยงเป็น 4 ลักษณะ คือ
 1. ระดับความเสี่ยงลดลง คือ ระดับความเสี่ยง ณ ปลายปีงบประมาณ 2559 มีระดับลดลงจนเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ แต่ยังพิจารณาว่าเป็นความเสี่ยงสำคัญที่ต้องมีการติดตาม จำนวน 11 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 37.93 ของความเสี่ยงเดิม (11/29)
 2. ระดับความเสี่ยงคงที่ คือ ระดับความเสี่ยง ณ ปลายปีงบประมาณ 2559 ยังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงให้ลดลงได้ ดังนั้นจึงประเมินให้เป็นความเสี่ยงในปีงบประมาณ 2560 เพื่อจัดการความเสี่ยงต่อเนื่อง จำนวน 13 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 44.83 ของความเสี่ยงเดิม (13/29)
 3. ระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น คือ ระดับความเสี่ยง ณ ปลายปีงบประมาณ 2559 มีระดับความเสี่ยงที่สูงขึ้นเป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ จำนวน 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 17.24 ของความเสี่ยงเดิม (5/29) ลักษณะความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้นพบว่ามี 2 ประเภท ดังนี้
 - 3.1 ความเสี่ยงที่ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ตามตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 40 ของความเสี่ยงที่ระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น (2/5)
 - 3.2 ความเสี่ยงที่มีการปรับมุมมอง/มิติจากความเสี่ยงเดิม คือ ณ ปลายปีงบประมาณ 2559 ซึ่งเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) มีการปรับมุมมองความเสี่ยงเพื่อให้สอดคล้องกับในทุกมิติของการดำเนินงาน จึงพิจารณาปรับเพิ่ม เปลี่ยนแปลงสาเหตุของความเสี่ยง ซึ่งส่งผลให้มีการปรับระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น จำนวน 3 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 60 ของความเสี่ยงที่ระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น (3/5)
- **ความเสี่ยงใหม่** จำนวน 12 ความเสี่ยงของความเสี่ยงทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 29.27 (12/41)

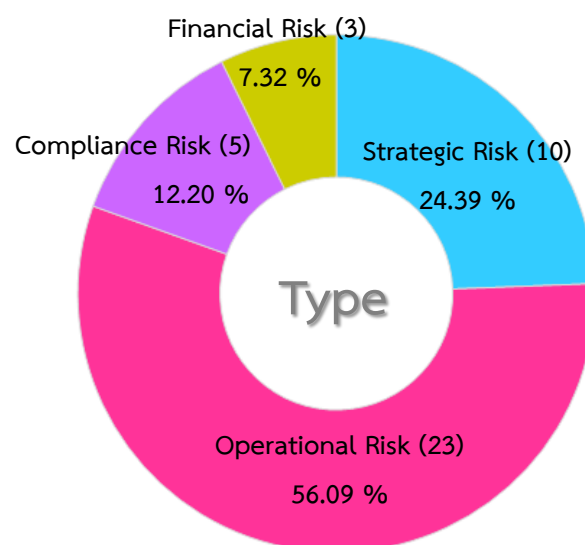
จากการพิจารณาพบว่าความเสี่ยงใหม่ของคณะฯส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงสูงมากจำนวน 3 ความเสี่ยง ระดับของความเสี่ยงสูงจำนวน 4 ความเสี่ยง ระดับความเสี่ยงปานกลางจำนวน 4 ความเสี่ยง และระดับความเสี่ยงต่ำจำนวน 1 ความเสี่ยง



รูปภาพที่ 4 ร้อยละความเสี่ยงจำแนกตามความเสี่ยงเดิม/ใหม่

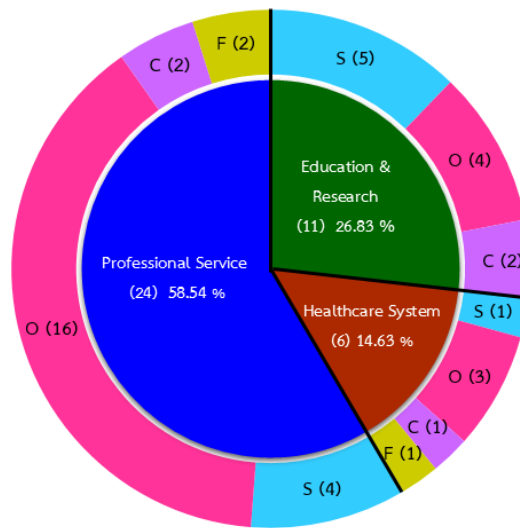
➤ ประเภทความเสี่ยง

- ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) จำนวน 10 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 24.39 ของความเสี่ยงทั้งหมด (10/41)
- ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) จำนวน 23 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 56.09 ของความเสี่ยงทั้งหมด (23/41) ความเสี่ยงประเภทนี้มีมากที่สุด อาจเนื่องจากเป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการในการดำเนินการต่างๆ จึงทำให้มีความเสี่ยงประเภทนี้ในทุก Cluster
- ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) จำนวน 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 12.20 ของความเสี่ยงทั้งหมด (5/41)
- ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) จำนวน 3 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 7.32 ของความเสี่ยงทั้งหมด (3/41)



รูปภาพที่ 5 ร้อยละความเสี่ยงจำแนกตามประเภทความเสี่ยง

➤ ความเสี่ยงแบ่งตามแต่ละ Cluster



- หมายเหตุ : S หมายถึง Strategic Risk
 O หมายถึง Operational Risk
 C หมายถึง Compliance Risk
 F หมายถึง Financial Risk

รูปภาพที่ 6 จำนวนร้อยละความเสี่ยงของแต่ละ Cluster และจำนวนความเสี่ยงจำแนกตามประเภทความเสี่ยง

โดยรายละเอียดจำนวนความเสี่ยงแต่ละด้านมีดังนี้

- **Education and Research Cluster** จำนวน 11 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 26.83 ของความเสี่ยงทั้งหมด (11/41) โดยมีความเสี่ยงด้าน
 - Strategic Risk จำนวน 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 12.19 ของความเสี่ยงทั้งหมด (5/41)
 - Operational Risk จำนวน 4 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 9.76 ของความเสี่ยงทั้งหมด (4/41)
 - Compliance Risk จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 4.88 ของความเสี่ยงทั้งหมด (2/41)
- **Healthcare System Cluster** จำนวน 6 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 14.63 ของความเสี่ยงทั้งหมด (6/41) โดยมีความเสี่ยงด้าน
 - Strategic Risk จำนวน 1 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 2.44 ของความเสี่ยงทั้งหมด (1/41)
 - Operational Risk จำนวน 3 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 7.31 ของความเสี่ยงทั้งหมด (3/41)
 - Compliance Risk จำนวน 1 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 2.44 ของความเสี่ยงทั้งหมด (1/41)
 - Financial Risk จำนวน 1 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 2.44 ของความเสี่ยงทั้งหมด (1/41)

- **Professional Service Cluster** จำนวน 24 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 58.54 ของความเสี่ยงทั้งหมด (24/41)
 - Strategic Risk จำนวน 4 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 9.76 ของความเสี่ยงทั้งหมด (4/41)
 - Operational Risk จำนวน 16 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 39.02 ของความเสี่ยงทั้งหมด (16/41)
 - Compliance Risk จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 4.88 ของความเสี่ยงทั้งหมด (2/41)
 - Financial Risk จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 4.88 ของความเสี่ยงทั้งหมด (2/41)

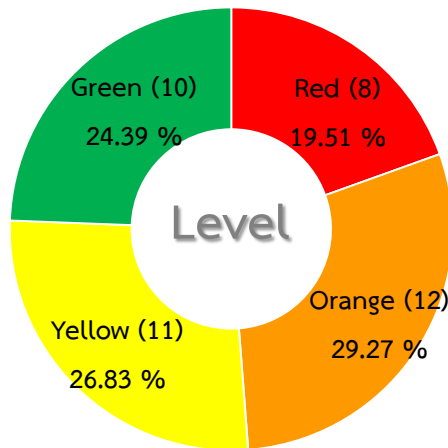
ตารางที่ 16 สรุปจำนวนความเสี่ยงจำแนกตามประเภทความเสี่ยง

ด้านพันธกิจ	จำนวนเหตุการณ์ความเสี่ยง			
	ด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)	ด้านปฏิบัติการ (Operation Risk)	ด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk)	ด้านการเงิน (Financial Risk)
<i>Education and Research cluster</i>				
1. ด้านการศึกษา	2	3	1	-
2. ด้านการวิจัย	1	-	1	-
3. ด้านวิเทศสัมพันธ์	2	1	-	-
<i>Healthcare System</i>				
4. ด้านบริการสุขภาพ (รพ.รามธิบดี/ศูนย์ การแพทย์สิริกิติ์/ศูนย์ การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์)	1	1	1	-
5. ศูนย์ความเป็นเลิศ และสนับสนุนพันธกิจ	-	2	-	1
<i>Professional Service</i>				
6. สารสนเทศ	-	4	-	-
7. ทรัพยากรบุคคล	1	2	1	-
8. การเงินและ งบประมาณ	-	-	-	2
9. จัดซื้อและพัสดุ	-	-	1	-
10. วิชาการและ วัฒนธรรม	1	-	-	-
11. พัฒนาคุณภาพ	-	2	-	-

ตารางที่ 16 (ต่อ) สรุปจำนวนความเสี่ยงจำแนกตามประเภทความเสี่ยง

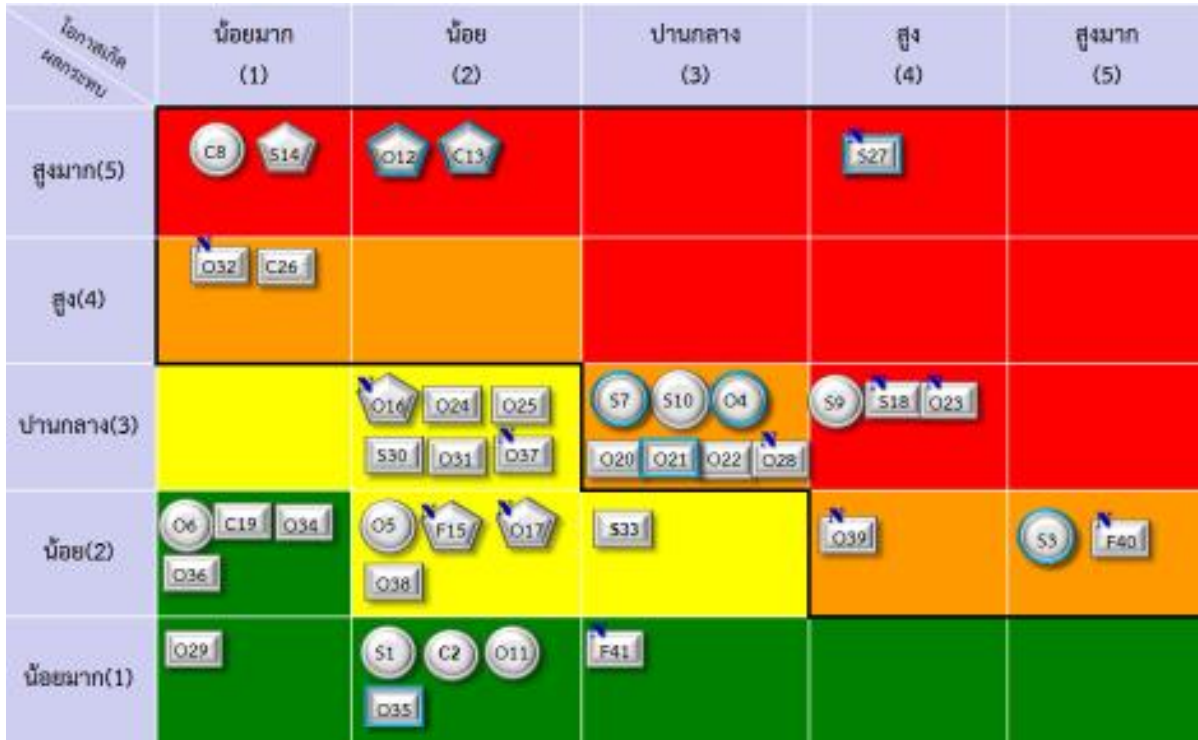
ด้านพันธกิจ	จำนวนเหตุการณ์ความเสี่ยง			
	ด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)	ด้านปฏิบัติการ (Operation Risk)	ด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk)	ด้านการเงิน (Financial Risk)
<i>Professional Service</i>				
12. สร้างเสริมสุขภาพ	1	-	-	-
13. สื่อสารองค์กร	1	2	-	-
14. กายภาพและสิ่ง อำนวยความสะดวก (อาชีวอนามัย/ วิศวกรรมบริการ/รักษา ความปลอดภัย/ ยานพาหนะ)	-	6	-	-

➤ ระดับความเสี่ยงของคณะฯ



รูปภาพที่ 7 ร้อยละความเสี่ยงจำแนกตามโซนสี

- Red Zone จำนวน 8 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 19.51 ของความเสี่ยงทั้งหมด (8/41)
- Orange Zone จำนวน 12 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 29.27 ของความเสี่ยงทั้งหมด (12/41)
- Yellow Zone จำนวน 11 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 26.83 ของความเสี่ยงทั้งหมด (11/41)
- Green Zone จำนวน 10 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 24.39 ของความเสี่ยงทั้งหมด (10/41)



- หมายเหตุ :
- หมายถึง Cluster : Education and Research
 - หมายถึง Cluster : Healthcare System
 - หมายถึง Cluster : Professional Service
 - หมายถึง ความเสี่ยงใหม่

รูปภาพที่ 8 Risk Map แสดงระดับความเสี่ยงของคณะฯ

จากการพิจารณาระดับของความเสี่ยงในภาพรวมทั้งหมดพบว่า ความเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงเดิม ซึ่งมีการจัดการความเสี่ยงมาแล้วระยะหนึ่ง และจากผลการจัดการความเสี่ยงในปีงบประมาณ 2559 พบว่าผลการดำเนินกิจกรรมตามแผนยังไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และในปีงบประมาณ 2560 ได้มีการปรับมุมมองและมิติของความเสี่ยงเพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินงานที่ปรับเปลี่ยนไปเนื่องจากการเปลี่ยนทีมบริหารใหม่ ดังนั้นความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงมีการปรับระดับความเสี่ยงขึ้นมาอยู่ในระดับความเสี่ยงสูง (Orange Zone)

การกระจายตัวของความเสี่ยงในระดับความเสี่ยงพบว่า ความเสี่ยงเดิมส่วนใหญ่จะอยู่ใน Yellow Zone และ Green Zone ส่วนความเสี่ยงใหม่ส่วนใหญ่จะอยู่ใน Red Zone และ Orange Zone

จากการพิจารณาพบว่าความเสี่ยงเดิมมีประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง-ดี อาจเนื่องจากมีปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้เข้ามามีผลต่อการจัดการความเสี่ยง แต่ยังมีบางความเสี่ยงที่กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงยังไม่สอดคล้องกับความเสี่ยง ดังนั้นจึงต้องมีการวิเคราะห์หาสาเหตุของความเสี่ยงที่แท้จริงเพื่อการพัฒนากิจกรรมการควบคุมเพื่อใช้ในการจัดการความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพในการลดระดับความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น

ผลการประเมินความเสี่ยงตามโซนความเสี่ยง

ความเสี่ยงจะแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ

1. ความเสี่ยงที่อยู่ใน Red Zone และ Orange Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ)

ความเสี่ยงกลุ่มนี้เป็นความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยมหิดล ติดตามผลการจัดการความเสี่ยงอย่างใกล้ชิด ดังนั้นเมื่อมีการประเมินความเสี่ยงเสร็จสิ้นคณะฯต้องแจ้งแผนการจัดการความเสี่ยงที่กำหนดให้มหาวิทยาลัยมหิดลรับทราบ และดำเนินการแจ้งผลการจัดการความเสี่ยงตามแผนการจัดการความเสี่ยงเป็นระยะด้วย

ความเสี่ยงในกลุ่มนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย ดังนี้

1.1 ความเสี่ยงใน Red Zone

เป็นความเสี่ยงในระดับสูงมากตามเกณฑ์การประเมินระดับความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดและเป็นความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยไม่สามารถยอมรับได้เนื่องจากความเสี่ยงในโซนนี้ถ้าเกิดความเสี่ยงขึ้นจะมีผลกระทบต่อคณะฯในระดับสูงมากและบางความเสี่ยงอาจจะส่งผลกระทบต่อระดับมหาวิทยาลัยด้วย ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการจัดการความเสี่ยงเพิ่มเติมอย่างเร่งด่วน

1.2 ความเสี่ยงใน Orange Zone

เป็นความเสี่ยงระดับสูงตามเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงระดับความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดและเป็นความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยไม่สามารถยอมรับได้เนื่องจากความเสี่ยงในโซนนี้ถ้าเกิดความเสี่ยงจะมีผลกระทบต่อคณะฯในระดับสูง ซึ่งจำเป็นต้องมีแผนบริหารจัดการความเสี่ยงเพิ่มเติมจากที่มีอยู่ในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นความเสี่ยงที่มีโอกาสที่จะปรับระดับไปอยู่ใน Red Zone มากที่สุด

2. ความเสี่ยงที่ไม่อยู่ใน Red Zone และ Orange Zone (Yellow และ Green Zone)

ถึงแม้ว่าความเสี่ยงในกลุ่มนี้ไม่ต้องแจ้งแผนการจัดการความเสี่ยงไปยังมหาวิทยาลัยฯ และไม่จัดเป็นความเสี่ยงจำเป็นอย่างเร่งด่วนเหมือนเช่นกลุ่มแรก แต่ยังคงถือว่าเป็นความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อคณะฯ ดังนั้นคณะฯ จึงต้องมีการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงเป็นระยะเช่นกัน

ความเสี่ยงในกลุ่มนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย ดังนี้

2.1 ความเสี่ยงใน Yellow Zone

เป็นความเสี่ยงระดับปานกลาง โดยอาจกำหนดหรือไม่กำหนดแผนการจัดการความเสี่ยงก็ได้ ขึ้นอยู่กับการประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมการจัดการความเสี่ยงที่มีอยู่ในปัจจุบันว่าเพียงพอแล้วหรือไม่ รวมทั้งการยอมรับระดับความเสี่ยงที่อยู่ในระดับนี้ แต่ต้องมีการติดตามเฝ้าระวังและกำกับดูแลการควบคุมที่มีอยู่ให้ดำเนินไปอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

2.2 ความเสี่ยงใน Green Zone

เป็นความเสี่ยงระดับต่ำ โดยความเสี่ยงในกลุ่มนี้ไม่จำเป็นต้องมีการกำหนดแผนการจัดการความเสี่ยงเพิ่มเติม เนื่องจากความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำอยู่แล้ว แต่ต้องมีการติดตามการควบคุมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเช่นเดียวกับกลุ่มอื่นๆ

รายละเอียดของความเสี่ยงแต่ละโซน มีดังนี้

1. ความเสี่ยงใน Red Zone และ Orange Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ)

1.1 ความเสี่ยงใน Red Zone

มีความเสี่ยงทั้งหมด 8 ความเสี่ยง แบ่งเป็นความเสี่ยงเดิม 5 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่

3 ความเสี่ยง

ตารางที่ 17 แสดงความเสี่ยงที่อยู่ใน Red Zone (ความเสี่ยงในระดับสูงมาก) มีดังนี้

Cluster	พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับ	
			โอกาสเกิด	ผลกระทบ
Education and Research	วิจัย	1. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีถูกฟ้องร้องด้านการวิจัยในคน	1	5
	วิเทศสัมพันธ์	2. ตัวชี้วัดของกิจกรรมอื่นๆในMOU นอกเหนือจากนักศึกษาแลกเปลี่ยนไม่ได้ตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์คณะฯและมหาวิทยาลัย (Research Collaborative / Medical Conference)	4	3
Healthcare System	บริการสุขภาพ	3. การเกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรจะสามารถป้องกันได้ (Preventable Event) เป็นผลทำให้โรงพยาบาลต้องให้การเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว	2	5
		4. การถูกร้องเรียนหรือฟ้องร้องจากความผิดพลาดของกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาลจนถูกตัดสินว่าผิดและนำไปสู่ความเสียหายต่อชื่อเสียงภาพลักษณ์และการชดใช้เป็นตัวเงิน	2	5
		5. การไม่ผ่านการต่ออายุการรับรองมาตรฐาน HA (Re-Accreditation)	1	5
Professional Service	วิชาการและวัฒนธรรม	6. ขาดการสนับสนุนด้านประสิทธิภาพบุคลากรในการสรรสร้างพันธกิจเชิงรุก	4	3
	สารสนเทศ	7. ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการวัดวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุงผลการดำเนินการไม่ครบทุกมิติและไม่ถูกต้อง	4	3
	ทรัพยากรบุคคล	8. การวางแผนและจัดหากำลังคนไม่เพียงพอ/ไม่ทันการต่อการขยายงานที่สถาบัน การแพทย์จักรีนฤดินทร์อาจทำให้เปิดได้ไม่ทันตามกำหนด	4	5

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงในภาพรวมในโซนนี้ พบว่า

ความเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงเดิม ซึ่งเมื่อพิจารณาภาพรวมของความเสี่ยงพบว่า ความเสี่ยงส่วนใหญ่ในโซนนี้เป็นความเสี่ยงที่หากเกิดขึ้นจะมีผลกระทบที่สูงมาก

ส่วนความเสี่ยงใหม่เป็นความเสี่ยงที่มีปัจจัยความเสี่ยงด้าน Strategy (ตามแนวคิด 7- S Model) ซึ่งเกี่ยวข้องกับทิศทางองค์กร นโยบาย และตัวชี้วัด

นอกจากนี้พบว่า ความเสี่ยงในโซนนี้ เป็นความเสี่ยงที่มีความสอดคล้องกับข้อตกลง 7 ข้อที่คณะฯ ประเมินเพื่อใช้ในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ฉบับใหม่ ทั้งสิ้น 7 ความเสี่ยงจาก 8 ความเสี่ยง โดยสอดคล้องกับ ข้อตกลง 5 ข้อ จาก 7 ข้อ ดังนั้นสาเหตุหลักๆที่นำจะทำให้ความเสี่ยงอยู่ใน Red Zone น่าจะเนื่องจากเป็น ความเสี่ยงสำคัญที่คณะฯต้องให้ความสนใจเป็นอันดับต้นๆ รวมทั้งเมื่อพิจารณาความเสี่ยงร่วมกับข้อมูลความ เสี่ยงของภาควิชา พบว่ามีความเสี่ยง 3 จาก 8 ความเสี่ยงที่สอดคล้องกับความเสี่ยงภาควิชาหรือมีปัญหาที่ ภาควิชาพบเป็นสาเหตุที่ส่งผลต่อการเกิดความเสี่ยง ความเสี่ยงที่สอดคล้องกับความเสี่ยงภาควิชา มีดังนี้

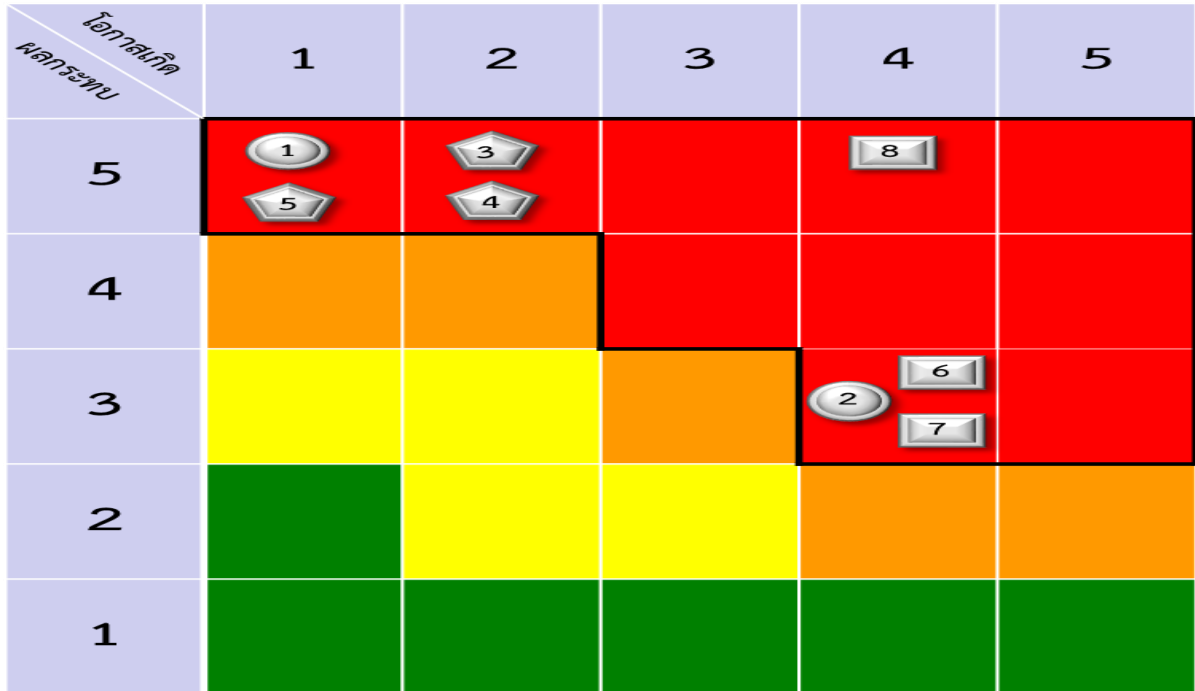
1. การเกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรจะป้องกันได้ (Preventable Event) เป็นผลทำให้ โรงพยาบาลต้องให้การเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว
2. การถูกร้องเรียนหรือฟ้องร้องจากความผิดพลาดของกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไป ออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาลจนถูกตัดสินว่าผิดและนำไปสู่ความเสียหายต่อชื่อเสียง ภาพลักษณ์และการชดใช้เป็นตัวเงิน
3. การวางแผนและจัดหากำลังคนไม่เพียงพอ/ ไม่ทันการต่อการขยายงานที่สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์อาจทำให้เปิดได้ไม่ทันตามกำหนด

ความเสี่ยงที่สอดคล้องกับ 7 ข้อตกลงในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ใหม่ของคณะฯ มีรายละเอียดดัง ข้อมูลที่แสดงด้านล่างนี้

ข้อตกลง 7 ข้อ	ความเสี่ยง
Health service	<ol style="list-style-type: none"> 1. การถูกร้องเรียนหรือฟ้องร้องจากความผิดพลาดของกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาลจนถูกตัดสินว่าผิดและนำไปสู่ความเสียหายต่อชื่อเสียงภาพลักษณ์และการชดใช้เป็นตัวเงิน 2. การเกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรจะป้องกันได้ (Preventable Event) เป็นผลทำให้โรงพยาบาลต้องให้การเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว 3. การไม่ผ่านการต่ออายุการรับรองมาตรฐาน HA (Re-Accreditation)
Research focus	4. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีถูกฟ้องร้องด้านการวิจัยในคน
Professional service	5. การวางแผนและจัดหากำลังคนไม่เพียงพอ/ ไม่ทันการต่อการขยายงานที่สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์อาจทำให้เปิดได้ไม่ทันตามกำหนด
Student experience	6. ตัวชี้วัดของกิจกรรมอื่นๆใน MOU นอกเหนือจากนักศึกษาแลกเปลี่ยนไม่ได้ตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์คณะฯและมหาวิทยาลัย (Research Collaborative / Medical Conference)
IT System as an enabler	7. ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการวัดวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุงผลการดำเนินการไม่ครบทุกมิติและไม่ถูกต้อง

รูปที่ 9 แสดงความสอดคล้องระหว่างความเสี่ยงปีงบประมาณ 2560 กับ ข้อตกลง 7 ข้อสำหรับแผนยุทธศาสตร์ใหม่

สำหรับรายละเอียดระดับความเสี่ยงของแต่ละความเสี่ยงในโซน มีดังนี้



- หมายเหตุ : หมายถึง Cluster : Education and Research
- หมายถึง Cluster : Healthcare System
- หมายถึง Cluster : Professional Service

รูปภาพที่ 10 Risk Map แสดงระดับความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ (Red Zone)

Cluster : Education and Research

สำหรับ Cluster นี้ แบ่งเป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ ส่วนที่ 1 คือ งานด้านการศึกษาและสนับสนุนการศึกษา และส่วนที่ 2 คือ งานด้านวิจัย

สำหรับ Cluster นี้มีความเสี่ยงที่อยู่ใน Red Zone จากในแต่ละส่วน ส่วนละ 1 ความเสี่ยง รวมทั้งสิ้น จำนวน 2 ความเสี่ยง แบ่งเป็นด้านวิจัย 1 ความเสี่ยง และด้านวิเทศสัมพันธ์ 1 ความเสี่ยง

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงทั้ง 2 ความเสี่ยง พบว่า เป็นความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อกระทำการดำเนินการของคณะฯ รวมทั้งเป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาระงานหลักที่แต่ละด้านรับผิดชอบ

รายละเอียดของแต่ละความเสี่ยง มีดังนี้

ความเสี่ยงด้านวิจัย จำนวน 1 ความเสี่ยง คือ

1. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีถูกฟ้องร้องด้านการวิจัยในคน

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk)

ความเสี่ยงนี้ถือได้ว่าเป็นความเสี่ยงสำคัญที่เกิดจากลักษณะธรรมชาติของงานด้านการวิจัยในคน เนื่องจากการทำวิจัยโดยเฉพาะในคนนั้น มีโอกาสที่จะเกิดการฟ้องร้อง ทั้งจากการไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับของผู้วิจัยเอง การไม่ได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย หรือความไม่เข้าใจในกระบวนการจนเกิดความไม่พึงพอใจของผู้เข้าร่วมวิจัย

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงเดิมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 โดยระดับความเสี่ยงเมื่อปีงบประมาณ 2559 อยู่ในระดับต่ำมาก (โอกาสเกิดระดับ 1 ผลกระทบระดับ 1) แต่เมื่อได้ดำเนินการประเมินความเสี่ยงในปีงบประมาณ 2560 มีการปรับเปลี่ยนระดับผลกระทบจากระดับ 1 เป็นระดับ 5 (ระดับสูงมาก) ให้สอดคล้องกับระดับผลกระทบของความเสี่ยงด้านการฟ้องร้องในเรื่องการรักษาพยาบาล เนื่องจากหากเกิดกรณีการฟ้องร้องจะใช้กลไกการไกล่เกลี่ยรวมทั้งผู้รับผิดชอบทีมเดียวกับด้านการบริการสุขภาพ

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาจากข้อมูลเชิงลึกที่ได้เพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์หน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องการวิจัยในคนโดยตรง พบว่า ความเสี่ยงนี้จากสถิติในอดีตยังไม่เคยเกิดขึ้น (สอดคล้องกับระดับโอกาสเกิดต่ำมาก) ดังนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบจึงยังไม่เป็นกิจกรรมการจัดการที่ควรพัฒนา และจากการค้นหาข้อมูลเชิงลึกทำให้พบจุดอ่อนคือ การไม่มีกระบวนการในการรับมือ หรือจัดการกับการร้องเรียนเบื้องต้นอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งบุคลากรที่รับผิดชอบไม่ทราบแนวทางการดำเนินการเบื้องต้นหากเกิดความเสียหาย ซึ่งการจัดการความเสี่ยงได้ตั้งแต่เบื้องต้นถือเป็นส่วนสำคัญทำให้ระดับความเสี่ยงไม่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น (สอดคล้องกับระดับผลกระทบที่ประเมินว่าอยู่ในระดับสูงมาก) ดังนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบจึงเพิ่มกิจกรรมในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน (WI) ซึ่งจะช่วยในการจัดการระดับผลกระทบให้ลดลงได้ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนากิจกรรมอื่นๆ เพื่อช่วยลดโอกาสเกิดเพิ่มเติมด้วย เช่น การดำเนินการสุ่มตรวจเอกสารโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองแล้ว

ความเสี่ยงด้านวิเทศสัมพันธ์ จำนวน 1 ความเสี่ยง คือ

2. *ตัวชี้วัดของกิจกรรมอื่นๆใน MOU นอกเหนือจากนักศึกษาแลกเปลี่ยนไม่ได้ตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์คณะฯและมหาวิทยาลัย (Research Collaborative / Medical Conference)*
ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)

คณะฯมีความเสี่ยงเรื่องการดำเนินด้านการบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2557 โดยช่วงเริ่มแรกนั้นเป็นความเสี่ยงที่เน้นการจัดการความเสี่ยงในมิติบันทึกข้อตกลงความร่วมมือที่มีความเคลื่อนไหวหรือดำเนินการอย่างต่อเนื่อง (Active MOU) ต่ำกว่าเป้าหมาย ซึ่งเป็นการประเมินภาพรวมกิจกรรมทั้งหมดภายใต้ MOU จนกระทั่งมีการปรับเปลี่ยนแนวทางการมุ่งเน้นที่กิจกรรมด้าน Research Collaborative และ Medical Conference เพื่อรองรับการเป็นมหาวิทยาลัยชั้นนำในระดับสากล และการจัดอันดับมหาวิทยาลัย (University Ranking) ดังนั้นจึงมีการปรับตัวชี้วัดความเสี่ยงให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ของมหาวิทยาลัย โดยเน้นที่กิจกรรมด้าน Research Collaborative และ Medical Conference โดยเฉพาะ และมีการปรับชื่อตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับการประเมิน จึงทำให้เมื่อพิจารณาแยกตามตัวชี้วัดจากสถิติที่ผ่านมาประกอบกับกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงที่ผ่านมาที่ไม่เน้นที่ตัวชี้วัดความเสี่ยงทั้ง 2 กิจกรรมนี้ จึงทำให้ระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น จนอยู่ในระดับสูงมากในปีงบประมาณ 2560

Cluster : Healthcare System

ในโซนนี้มีความเสี่ยงด้านการบริการสุขภาพ จำนวน 3 ความเสี่ยง โดยจากข้อมูลพบว่า 2 ใน 3 ความเสี่ยงที่อยู่ในระดับนี้เป็ความเสี่ยงที่สอดคล้องกับความเสี่ยงของภาควิชา คือ การเกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรจะสามารถป้องกันได้ (Preventable Event) เป็นผลทำให้โรงพยาบาลต้องให้การเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว และ การถูกร้องเรียนหรือฟ้องร้องจากความผิดพลาดของกระบวนการ

รักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาลจนถูกตัดสินว่าผิดและนำไปสู่ความเสียหายต่อชื่อเสียงภาพลักษณ์และการชดใช้เป็นตัวเงิน

เมื่อพิจารณาพบว่า สาเหตุของความเสียหายทั้ง 2 ความเสี่ยงนั้นส่วนหนึ่งเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากภาระงานและบุคลากรด้านการแพทย์ซึ่งภาควิชามีส่วนรับผิดชอบเป็นหลักสำคัญ ดังนั้นความเสี่ยงดังกล่าวจึงเป็นความเสี่ยงของภาควิชา รวมทั้งปัญหาจากการดำเนินการด้านบริการสุขภาพที่ภาควิชาพบเป็นสาเหตุให้เกิดความเสี่ยงในด้านการบริการสุขภาพ เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการโดยนักศึกษาแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด

รายละเอียดของแต่ละความเสี่ยง มีดังนี้

3. การเกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรจะป้องกันได้ (Preventable Event) เป็นผลทำให้โรงพยาบาลต้องให้การเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 อาจเนื่องจากเป็นความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้หากขาดคุณภาพการให้รักษาพยาบาล หรือการละเลยของบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นจึงทำให้เป็นความกังวลใจที่ผู้รับผิดชอบพิจารณาว่า ควรมีการติดตามควบคุมอย่างใกล้ชิด ถึงแม้ว่าในปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ 2558 และ 2559) ระดับความเสี่ยงจะไม่อยู่ในระดับสูงมากก็ตาม

ในปีงบประมาณ 2560 นี้ ยังคงมีการพิจารณาเป็นความเสี่ยง แต่มีความกังวลใจที่เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนทีมบริหาร ซึ่งส่งผลกระทบต่อมุมมองในการพิจารณาระดับความเสี่ยงให้เปลี่ยนแปลงตามด้วย โดยระดับโอกาสเกิดยังคงประเมินว่าอยู่ในระดับต่ำเหมือนเดิม แต่ระดับผลกระทบพิจารณาปรับจากระดับต่ำเป็นสูงมาก เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงสำคัญ คือมุมมองวิสัยทัศน์ของทีมบริหารชุดใหม่ ดังนั้นทำให้การประเมินระดับความเสี่ยงมีการปรับสูงขึ้น

4. การถูกร้องเรียนหรือฟ้องร้องจากความผิดพลาดของกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาลจนถูกตัดสินว่าผิดและนำไปสู่ความเสียหายต่อชื่อเสียงภาพลักษณ์และการชดใช้เป็นตัวเงิน

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk)

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 ถึงแม้ว่าในแต่ละปีความเสี่ยงจะมีการจัดการให้อยู่ในระดับยอมรับได้ แต่ความเสี่ยงนี้ยังถูกยกมาเป็นความกังวลใจที่ต้องมีการติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เนื่องจากความเสี่ยงการถูกฟ้องร้องถือเป็นความเสี่ยงสามัญที่ผูกติดกับธุรกิจสุขภาพอยู่แล้ว โดยในปีงบประมาณ 2560 นี้ ถูกพิจารณาปรับระดับความเสี่ยงขึ้นมาเป็นความเสี่ยงในระดับสูงมากจากการปรับระดับผลกระทบ ซึ่งส่งผลมาจากปัจจัย 2 ส่วน คือ

ปัจจัยภายใน – การเปลี่ยนแปลงทีมบริหารชุดใหม่ ทำให้มุมมองการพิจารณาความเสี่ยงเปลี่ยนแปลง

ปัจจัยภายนอก – การเปลี่ยนแปลงทัศนคติของสังคมที่เริ่มมีการเรียกร้องสิทธิเพิ่มมากขึ้น

จากทั้ง 2 ปัจจัยทำให้เห็นว่า ถึงแม้โอกาสเกิดการฟ้องร้องต่ำ แต่หากเกิดอาจมีผลกระทบทางด้านชื่อเสียงภาพลักษณ์ในระดับสูงมาก

5. การไม่ผ่านการต่ออายุการรับรองมาตรฐาน HA (Re-Accreditation)

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 สาเหตุของความเสี่ยงนี้มาจากความกังวลของผู้รับผิดชอบ ว่าถึงแม้ในปัจจุบันคณะฯจะผ่านการต่ออายุรับรองมาตรฐาน HA (Re-Accreditation) และจากประวัติที่ผ่านมาคณะฯยังไม่เคยไม่ผ่านการต่ออายุการรับรองมาตรฐาน HA (Re-Accreditation) ก็ตาม แต่เนื่องจากค่าคะแนนที่คณะฯได้นั้นไม่มากนักเมื่อเทียบกับขนาดขององค์กรที่เป็นคณะแพทยศาสตร์ขนาดใหญ่และเป็นที่ยุติ จึงทำให้เกิดความกังวลใจว่า คณะฯอาจมีโอกาสนี้ไม่ผ่านการ Re-Accreditation

ระดับความเสี่ยงนี้ในปีที่ผ่านมาอยู่ใน Red Zone เช่นเดียวกับปีงบประมาณนี้ โดยมีการลดระดับโอกาสเกิดจากระดับปานกลางเป็นระดับต่ำ แต่ระดับผลกระทบยังคงอยู่ในระดับสูงมาก อาจเนื่องมาจากคณะฯมีกิจกรรมการจัดการความเสี่ยงเป็นกิจกรรมที่เน้นการพัฒนากระบวนการสำคัญและสร้างระบบงานด้าน HA ให้มีความยั่งยืน แต่กิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ต้องดำเนินการระยะยาว จึงมีโอกาที่ความเสี่ยงจะเกิดขึ้นในระดับสูงขึ้นในอนาคตหากกิจกรรมไม่ประสบความสำเร็จ และถ้าหากเกิดขึ้นถึงแม้จะเพียงแค่ครั้งเดียวแต่คณะฯจะได้รับผลกระทบสูงมาก โดยเฉพาะในด้านชื่อเสียงภาพลักษณ์ของคณะฯ เนื่องจากเป็นมาตรฐานสำคัญในการให้บริการรักษาพยาบาล

Cluster : Professional Service

สำหรับ Cluster นี้ เป็น Cluster ที่ประกอบด้วยงานสนับสนุนเฉพาะที่สำคัญไว้จำนวน 9 ด้าน โดยมีความเสี่ยงที่อยู่ใน Red Zone มีความเสี่ยง จำนวน 3 ความเสี่ยง จากด้านวิชาการและวัฒนธรรม 1 ความเสี่ยง ด้านสารสนเทศ 1 ความเสี่ยง และด้านทรัพยากรบุคคล 1 ความเสี่ยง

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงในภาพรวมที่อยู่ในโซนนี้ พบว่า เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการพัฒนากระบวนการทำงานหลักของคณะฯ รวมทั้งเกี่ยวข้องกับภาระงานสำคัญของคณะฯทั้งสิ้น ทั้งโครงการศูนย์การแพทย์จักรีนฤพดินทร์ ซึ่งเป็นโครงการสำคัญของคณะฯในขณะนี้ และความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนข้อมูลเพื่อการพัฒนาคุณภาพของคณะฯ ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพแห่งชาติเพื่อผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศ (TQA)

รายละเอียดของแต่ละความเสี่ยง มีดังนี้

ความเสี่ยงด้านวิชาการและวัฒนธรรม จำนวน 1 ความเสี่ยง คือ

6. ขาดการสนับสนุนด้านประสิทธิภาพบุคลากรในการสรรสร้างพันธกิจเชิงรุก

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงใหม่ที่เกิดขึ้นจากการปรับรูปแบบการดำเนินงานด้านวิชาการและวัฒนธรรมจากเชิงรับเป็นเชิงรุกเพิ่มมากขึ้น แต่จากการพิจารณาทรัพยากรที่มีอยู่ พบว่ามีช่องว่างระหว่างแผนการดำเนินงานและทรัพยากรที่ไม่สนับสนุนแผนดังกล่าว เช่น จำนวนบุคลากรความสามารถของบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน ดังนั้นจึงเกิดความกังวลถึงความเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบให้แผนการดำเนินการที่วางไว้ไม่ประสบความสำเร็จ โดยในปีงบประมาณ 2560 ผู้รับผิดชอบได้กำหนดกิจกรรมควบคุมความเสี่ยงเพื่อปิดช่องว่างที่พบข้างต้น

ความเสี่ยงด้านสารสนเทศ จำนวน 1 ความเสี่ยง คือ

7. ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการวัดวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุงผลการดำเนินการไม่ครบทุกมิติและไม่ถูกต้อง

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงใหม่ โดยเป็นความเสี่ยงที่ถูกค้นพบและระบุความเสี่ยงจากพัฒนาระบบงานเพื่อให้ตอบสนองตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติเพื่อผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศ (TQA) หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้

การพัฒนาระบบงานที่มีประสิทธิภาพเป็นกลไกหลักที่ช่วยให้คณะฯ ผ่านตามเกณฑ์ที่ TQA กำหนดไว้ ซึ่งในการพัฒนาระบบงานนั้นระบบสารสนเทศเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญโดยเฉพาะในส่วนการรวบรวมข้อมูลในด้านต่างๆที่มีอยู่ในคณะฯ ดังนั้นแผนในการจัดการความเสี่ยงจึงมุ่งเน้นการตีความความหมายตามเกณฑ์เพื่อใช้ต่อยอดในการพัฒนางานด้านสารสนเทศให้สามารถสนับสนุนการดำเนินการพัฒนาของคณะฯ และการจัดการและรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่ตามแหล่งต่างๆเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลกลางของคณะฯ เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลมาใช้ในการบริหารจัดการคณะฯ ให้ตรงตามเกณฑ์คุณภาพกำหนดมากที่สุด

ความเสี่ยงด้านทรัพยากรบุคคล จำนวน 1 ความเสี่ยง คือ

8. การวางแผนและจัดทำกำลังคนไม่เพียงพอ/ไม่ทันการต่อการขยายงานที่สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์อาจทำให้เปิดได้ไม่ทันตามกำหนด

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงใหม่ของปีงบประมาณ 2560 เนื่องจากคณะฯ ใกล้เคียงที่จะเปิดดำเนินการศูนย์การแพทย์จักรีนฤพดินทร์ ดังนั้นการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อรองรับให้ทันตามกำหนดการเปิดดำเนินการนั้นจึงเป็นความกังวลใจสำคัญหนึ่งของคณะฯ จากการพิจารณาถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงนี้ พบว่า มีปัจจัยทั้งภายในและภายนอกที่มีโอกาสทำให้เกิดความเสี่ยงในระดับสูง และหากเกิดจะส่งผลกระทบต่อคณะฯ ในระดับสูงมาก

สำหรับปัจจัยภายในที่สำคัญ คือ แผนการบริหารจัดการที่ยังไม่มีความแน่นอนชัดเจน จึงทำให้การวางแผนอัตรากำลังของบางหน่วยงานยังไม่สามารถกำหนดได้ ส่วนปัจจัยภายนอกที่น่าจะมีผลต่อการสรรหาบุคลากร คือ สภาพภูมิศาสตร์ที่ตั้งของสถาบันฯ ที่ค่อนข้างไกลการเดินทางยังไม่คล่องตัว ซึ่งอาจส่งผลต่อการตัดสินใจสมัครงานของบุคลากรภายนอก หรือการตัดสินใจโอนย้ายงานของบุคลากรภายใน

นอกจากนี้ ความเสี่ยงนี้ยังเป็นความเสี่ยงที่สอดคล้องกับความเสี่ยงที่ภาควิชากังวลใจอีกด้วย เนื่องจากภาควิชาฯ เป็นหน่วยงานสำคัญที่ต้องมีการวางแผนเพื่อรองรับการเปิดดำเนินการของสถาบัน ทั้งแผนการดำเนินงานและอัตรากำลัง

1.2 ความเสี่ยงใน Orange Zone (ความเสี่ยงในระดับสูงของคณะฯ)

มีความเสี่ยงทั้งหมด 12 ความเสี่ยง แบ่งเป็นความเสี่ยงเดิม 8 ความเสี่ยง ความเสี่ยงใหม่ 4 ความเสี่ยง

ตารางที่ 18 แสดงความเสี่ยงที่อยู่ใน Orange Zone (ความเสี่ยงในระดับสูง) มีดังนี้

Cluster	พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับ	
			ระดับเกิด	ผลกระทบ
Education and Research	การศึกษา	1. นักศึกษาใช้เวลาเรียนเกินกว่าหลักสูตรกำหนด	5	2
		2. จำนวนและคุณภาพของนักศึกษาที่สมัครเข้ารับการศึกษา/ฝึกอบรมไม่ได้ตามเป้าหมาย	3	3
	วิจัย	3. ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติยังมีจำนวนน้อย/ไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด	3	3
	วิเทศสัมพันธ์	4. จำนวนอาจารย์ชาวต่างชาติจากสถาบันการศึกษาอื่นในต่างประเทศที่มหาวิทยาลัยหรือส่วนงานเชิญมาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการสอนหรือวิจัยหรือบริหารการศึกษาหรือเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการให้แก่นักศึกษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	3	3
Professional Service	สารสนเทศ	5. มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยจนส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล	3	3
		6. ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯ แต่ละกลุ่มได้ตามความต้องการ	3	3
		7. ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผน	3	3
	ทรัพยากรบุคคล	8. ถูกร้องเรียน/ฟ้องร้องจากบุคลากรกรณีการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงานประจำปี	1	4
	พัฒนาคุณภาพงาน	9. คณะฯ ไม่สามารถจัดทำแผนการปรับปรุงตามโอกาสพัฒนา(OFI)ที่ได้รับจากการตรวจประเมินจากมหาวิทยาลัย	3	3
	สื่อสารองค์กร	10. ขาดการจัดการด้านการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ	1	4
	การเงินและงบประมาณ	11. ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเก็บเงินค่ารักษา	5	2
	กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)	12. การจัดการขยะไม่ได้ตามมาตรฐานสากล	4	2

จากการพิจารณาพบว่า ความเสี่ยงเดิมมีจำนวน 8 ความเสี่ยงคิดเป็นร้อยละ 66.67 ของความเสี่ยงในโซนนี้ เมื่อพิจารณาแล้วพบว่าความเสี่ยงเดิมกิจกรรมการควบคุมส่วนใหญ่ยังอยู่ในระหว่างดำเนินการและจากผลการติดตามพบว่ายังไม่สามารถจัดการได้ตามเป้าหมายตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ที่กำหนดไว้และประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งหมายถึงมีปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้เข้ามาเกี่ยวข้อง จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ความเสี่ยงยังคงอยู่ในระดับสูงและมีโอกาสที่จะปรับระดับความเสี่ยงเป็น Red Zone ค่อนข้างสูง

ส่วนความเสี่ยงใหม่มีจำนวน 4 ความเสี่ยงคิดเป็นร้อยละ 33.33 ของความเสี่ยงในโซนนี้เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า เป็นความเสี่ยงที่มีความสอดคล้องกับระบบที่สำคัญในการดำเนินงานของคณะฯ คือระบบการเงิน เพื่อความมีเสถียรภาพที่เพียงพอต่อการดำเนินงาน ระบบการบริหารจัดการเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน ระบบการควบคุมสภาพแวดล้อมตามมาตรฐานสากล ระบบคุณภาพที่จะนำพาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้และจำเป็นต้องมีการวางแผนบริหารจัดการความเสี่ยงที่สอดคล้องกับแผนการดำเนินงานของคณะฯ เพื่อลดระดับความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้

ความเสี่ยงในโซนนี้เป็นความเสี่ยงที่มีความสอดคล้องกับข้อตกลง 7 ข้อที่คณะฯ ประเมินเพื่อใช้ในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ฉบับใหม่จำนวน 5 ข้อจาก 7 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้

ข้อตกลง 7 ข้อ	ความเสี่ยง
Faculty management	1. ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติยังมีจำนวนน้อย/ไม่ได้ตามเป้าหมาย
Student experience	1. นักศึกษาใช้เวลาเรียนเกินกว่าหลักสูตรกำหนด 2. จำนวนอาจารย์ชาวต่างชาติจากสถาบันการศึกษาอื่นในต่างประเทศที่มหาวิทยาลัยหรือส่วนงานเชิญมาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการสอนหรือวิจัยหรือบริหารการศึกษาหรือเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการให้แก่ักศึกษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
Research focus	1. ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติยังมีจำนวนน้อย/ไม่ได้ตามเป้าหมาย
IT System as an enabler	1. มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยจนส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล 2. ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯ แต่ละกลุ่มได้ตามความต้องการ 3. ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผน
Green Campus Professional shared service facilities	1. ขาดการจัดการด้านการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ 2. การจัดการขยะไม่ได้ตามมาตรฐานสากล

นอกจากนี้ความเสี่ยงในโซนนี้มีความเสี่ยงที่สอดคล้องกับความเสี่ยงของภาควิชาหรือปัญหาที่ภาควิชาพบเป็นสาเหตุที่ส่งผลต่อการเกิดความเสี่ยง ดังนี้

ด้านการศึกษา

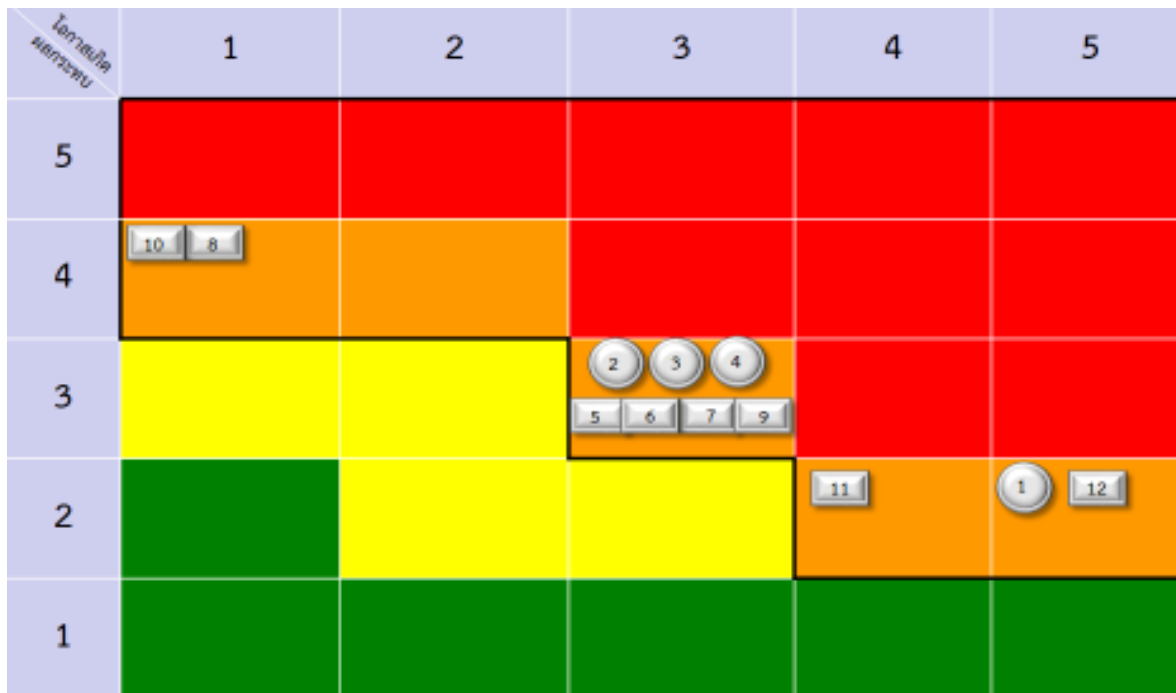
1. นักศึกษาใช้เวลาเรียนเกินกว่าที่หลักสูตรกำหนด
2. จำนวนและคุณภาพของนักศึกษาที่สมัครเข้ารับการศึกษาคือเกินกรอบไม่ได้ตามเป้าหมาย

ด้านการวิจัย

1. ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติยังมีจำนวนน้อยไม่ได้ตามเป้าหมาย

ด้านสารสนเทศ

1. ระบบ IT ยังพัฒนาได้ไม่ทันกับความต้องการเพื่อรองรับพันธกิจหลัก
- รายละเอียดของแต่ละความเสี่ยงใน Orange Zone มีดังนี้



- หมายเหตุ :
- หมายถึง Cluster : Education and Research
 - หมายถึง Cluster : Healthcare System
 - หมายถึง Cluster : Professional Service

รูปภาพ 11 Risk Map แสดงระดับความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ (Orange Zone)

Cluster : Education and Research

มีความเสี่ยงจำนวน 4 ความเสี่ยง แบ่งเป็นความเสี่ยงด้านการศึกษา 2 ความเสี่ยง ด้านวิเทศสัมพันธ์ 1 ความเสี่ยงและด้านการวิจัย 1 ความเสี่ยง ซึ่งความเสี่ยงทั้งหมดใน Cluster นี้เป็นความเสี่ยงเดิมจากปีงบประมาณ 2559

ใน Cluster นี้มีความเสี่ยงที่สอดคล้องกับความเสี่ยงของภาควิชาทั้งสิ้น 3 จาก 4 ความเสี่ยงซึ่งอาจจะ เป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลให้ความเสี่ยงเหล่านี้อยู่ในระดับสูง (Orange Zone) เนื่องจากภาควิชาเป็น ส่วนงานหนึ่งที่สำคัญในการผลักดันเรื่องการเรียนการสอนและการวิจัยเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของคณะฯที่ตั้งไว้

สำหรับการประเมินความเสี่ยงด้านการศึกษา ในปีงบประมาณที่ผ่านมาเป็นการพิจารณาความเสี่ยงแยกตามผู้รับผิดชอบด้านการศึกษาในแต่ละระดับ แต่ในปีงบประมาณ 2560 นี้มีการปรับเปลี่ยนมุมมองในการประเมินความเสี่ยงเพื่อให้การจัดการความเสี่ยงด้านการศึกษาของคณะมาเป็นระบบเดียวกันมากขึ้น ดังนั้นในทุกความเสี่ยงของการศึกษาจะถูกพิจารณาจากทุกส่วนงานร่วมกันคือ การศึกษาระดับปริญญา การศึกษาหลังปริญญา และกิจกรรมนักศึกษา ซึ่งทำให้พบว่าความเสี่ยงด้านการศึกษาที่มีในปีงบประมาณนี้ ระดับความเสี่ยงยังคงที่ รวมทั้งมีสาเหตุความเสี่ยงและกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงที่มีอยู่เพิ่มขึ้น

รายละเอียดของแต่ละความเสี่ยงมีดังนี้

ด้านการศึกษา จำนวน 2 ความเสี่ยง คือ

1. นักศึกษาใช้เวลาเรียนเกินกว่าหลักสูตรกำหนด

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงเดิมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 โดยผลการจัดการความเสี่ยงปลายปีงบประมาณ 2559 พบว่า กิจกรรมการควบคุมไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เนื่องจากกิจกรรมยังอยู่ในระหว่างดำเนินการ

เมื่อพิจารณาจากสาเหตุทั้งจากในปีที่ผ่านมาและจากสาเหตุที่ประเมินเพิ่มเติมในปีงบประมาณ 2560 พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยส่วนบุคคล ความตั้งใจและความพยายามของนักศึกษาหรือปัญหาสุขภาพ รวมทั้งเมื่อพิจารณารวมกับความเสี่ยงของภาควิชาพบว่า ความเสี่ยงนี้มีความสอดคล้องกับความเสี่ยงที่ภาควิชามีความกังวลประกอบกับปัญหาที่ภาควิชาพบในเรื่องภาษาอังกฤษของนักศึกษาปริญญาโทไม่ได้มาตรฐานทำให้เขียน Thesis นาน

จากประเด็นหลักๆข้างต้นที่กล่าวมาทั้งการจัดการความเสี่ยงในปลายปีที่ผ่านมาที่ยังจัดการไม่ได้ สาเหตุหลักๆที่เกิดจากปัจจัยที่ควบคุมได้ยาก และความสอดคล้องกับความเสี่ยงของภาควิชาและปัญหาที่ภาควิชาพบ ทั้งหมดนี้อาจเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ระดับความเสี่ยงยังไม่มีการปรับระดับลดลงจากปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะระดับโอกาสเกิดที่ยังคงอยู่ในระดับสูงมาก (ระดับ5)

สำหรับการจัดการความเสี่ยงในปีงบประมาณนี้ เมื่อมีการพิจารณาทั้งจากการศึกษาระดับปริญญา และการศึกษาหลังปริญญา พบว่าความเสี่ยงมีโอกาสเกิดขึ้นกับการศึกษาหลังปริญญา มากกว่าระดับปริญญาเนื่องจากการศึกษาระดับปริญญาที่มีหลักสูตรและระยะเวลาในการเรียนในแต่ละปีการศึกษาที่ชัดเจน ดังนั้นแผนการจัดการความเสี่ยงในปีนี้จะเน้นที่การศึกษาระดับหลังปริญญาเป็นผู้รับผิดชอบหลัก โดยมีแผนการทบทวนระเบียบวิธีการรับนักศึกษา เช่นการกำหนดคะแนน TOEFL ซึ่งจะเห็นได้ว่าสอดคล้องกับปัญหาที่ภาควิชาพบในเรื่องของภาษาอังกฤษของนักศึกษา

2. จำนวนคุณภาพของนักศึกษาที่สมัครเข้ารับการศึกษามี/ฝึกอบรมไม่ได้ตามเป้าหมาย

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

ความเสี่ยงนี้ถือเป็นความเสี่ยงสำคัญของสถาบันการศึกษาเนื่องจากเกี่ยวข้องกับคุณภาพและเป้าหมายของการศึกษา

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงเดิมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 โดยผลการจัดการความเสี่ยงในปลายปีงบประมาณ 2559 พบว่า กิจกรรมการควบคุม ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงเนื่องจากกิจกรรมยังอยู่ในระหว่างดำเนินการ

เมื่อพิจารณาสาเหตุทั้งจากในปีที่ผ่านมาและจากสาเหตุที่ประเมินเพิ่มเติมในปีงบประมาณ 2560 พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ (3 จาก 4 สาเหตุ) เป็นปัจจัยภายนอกที่ควบคุมได้ยากทั้งจากการตัดสินใจของนักศึกษาเองที่สอบติดสถาบันอื่นหรือเปลี่ยนใจไปศึกษาสาขาอื่นหรือสอบได้ทุน ณ ต่างประเทศ รวมทั้งจากสถาบันอื่นที่มีองค์ประกอบหรือหลักสูตรที่น่าสนใจมากกว่า นอกจากนี้เมื่อพิจารณาความเสี่ยงของภาควิชาพบว่าความเสี่ยงดังกล่าวยังสอดคล้องกับความเสี่ยงที่ภาควิชากังวล

ด้านวิเทศสัมพันธ์ จำนวน 1 ความเสี่ยง คือ

3. จำนวนอาจารย์ชาวต่างชาติจากสถาบันการศึกษาอื่นในต่างประเทศที่มหาวิทยาลัยหรือส่วนงานเชิญมาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการสอนหรือวิจัย หรือบริหารการศึกษาหรือเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการให้แก่ นักศึกษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงเดิมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 โดยในปีงบประมาณที่ผ่านมาขึ้นชื่อความเสี่ยงคือ“จำนวนบุคลากรที่เชิญมาดำรงตำแหน่งนักวิชาการอาคันตุกะ (Visiting Scholar) ต่ำกว่าเป้าหมาย”เนื่องจากเน้นเฉพาะนักวิชาการอาคันตุกะ (Visiting Scholar) จากต่างประเทศที่ถูกต้องเชิญเข้ามาปฏิบัติหน้าที่ในการสอนเพียงอย่างเดียว โดยในปีงบประมาณ 2560 ได้มีการปรับเปลี่ยนข้อตกลงจากมหาวิทยาลัยมติดลกับคณะฯโดยเพิ่มเป้าหมายจำนวนอาจารย์ชาวต่างชาติที่เข้ามาปฏิบัติหน้าที่ในทุกด้านทั้งการสอน การวิจัย บริหารการศึกษาหรือเป็นที่ปรึกษา ดังนั้นเมื่อมีการพิจารณาถึงกลไกของคณะฯที่ผ่านมาซึ่งไม่เน้นการผลักดันให้เกิดอาจารย์ชาวต่างชาติที่เข้ามาปฏิบัติหน้าที่ในด้านอื่นนอกเหนือจากการสอน จึงเป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลให้ระดับความเสี่ยงปรับระดับสูงขึ้นจากต้นปีงบประมาณ 2559 ที่มีการประเมินความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ (Green Zone) มาอยู่ในระดับสูง (Orange Zone)

จากการสัมภาษณ์เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) พบว่าสาเหตุหลักของความเสี่ยงคือคณะฯยังไม่มีการหารือหรือระบุอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนในการเชิญอาจารย์ชาวต่างชาติมาปฏิบัติงานในคณะฯ ซึ่งที่ผ่านมาเป็นการใช้สายสัมพันธ์ส่วนบุคคลในการผลักดัน จึงส่งผลกระทบต่อภารกิจของอาจารย์ชาวต่างชาติของคณะฯ รวมทั้งยังมีปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวกับสถานการณ์ทางการเมืองที่มีผลต่อการตัดสินใจมาปฏิบัติหน้าที่ของอาจารย์ชาวต่างชาติ ดังนั้นในปีงบประมาณ 2560 จึงเพิ่มกิจกรรมการจัดการความเสี่ยงในส่วนของการจัดการเชิญอาจารย์ชาวต่างชาติอย่างเป็นทางการมากขึ้นรวมทั้งนำระบบสารสนเทศมาใช้ในการเก็บรวบรวมอาจารย์ชาวต่างชาติเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนมากขึ้น

ด้านการวิจัย จำนวน 1 ความเสี่ยง คือ

4. ผลงานวิจัยที่ได้การตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติยังมีจำนวนน้อย/ไม่ได้ตามเป้าหมาย

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงเดิมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 โดยจากผลการจัดการความเสี่ยงปลายปีงบประมาณ 2559 พบว่ายังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เนื่องจากในการเขียนผลงานวิจัยเพื่อตีพิมพ์ในระดับนานาชาติจะต้องอาศัยปัจจัยสนับสนุนหลายอย่างเป็นแรงผลักดันทั้งในส่วนบุคคลหน่วยงานที่สังกัดและคณะฯ

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงร่วมกับผลการประเมินความเสี่ยงของภาควิชาพบว่าความเสี่ยงนี้สอดคล้องกับความเสี่ยงที่ภาควิชามีความกังวล

สำหรับสาเหตุของความเสี่ยงในปีงบประมาณนี้มีการประเมินเพิ่มเติมในเรื่อง “จำนวนทุนวิจัยที่ได้รับทั้งในและนอกคณะฯต่อปีมีจำนวนน้อย” ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุที่สอดคล้องกับปัญหาที่ภาควิชาพบคือ “ไม่มีทุนสนับสนุนวิจัยระดับนานาชาติที่มุ่งเฉพาะวิจัยทางคลินิก” และ “ขั้นตอนการขอยุ่งยากซับซ้อนโอกาสในการเข้าถึงแหล่งทุนยาก” นอกจากนี้มีการเพิ่มสาเหตุในเรื่องระยะเวลาในการซ่อมเครื่องมือในการดำเนินการวิจัยล่าช้าซึ่งเป็นสาเหตุความเสี่ยงที่พบว่าต้องมีกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับเรื่องดังกล่าวให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นทั้งประเด็นการจัดการความเสี่ยงปลายปีที่ยังไม่สามารถจัดการได้ตามเป้าหมายตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) การพิจารณาสาเหตุเพิ่มรวมทั้งความสอดคล้องของความเสี่ยงและปัญหาที่ภาควิชาพบ ทำให้มีการปรับระดับผลกระทบเพิ่มจากปีงบประมาณที่ผ่านมาจากระดับผลกระทบต่ำ (ระดับ 2) เป็นระดับปานกลาง(ระดับ3) จึงส่งผลให้ระดับความเสี่ยงปรับมาอยู่ในระดับความเสี่ยงสูง (Orange Zone)

Cluster : Professional Service

Cluster นี้ประกอบด้วยระบบงานสนับสนุนสำคัญที่ช่วยในการขับเคลื่อนการดำเนินงานภารกิจหลักของคณะฯให้บรรลุเป้าหมาย

มีความเสี่ยงทั้งหมดจำนวน 8 ความเสี่ยง เป็นความเสี่ยงเดิมจำนวน 4 ความเสี่ยงและความเสี่ยงใหม่จำนวน 4 ความเสี่ยงโดยแบ่งเป็นด้านสารสนเทศ 3 ความเสี่ยง ด้านทรัพยากรบุคคล 1 ความเสี่ยง ด้านพัฒนาคุณภาพงาน 1 ความเสี่ยง ด้านสื่อสารองค์กร 1 ความเสี่ยงและด้านการเงินและงบประมาณ 1 ความเสี่ยง รายละเอียดของแต่ละความเสี่ยงมีดังนี้

ด้านสารสนเทศ จำนวน 3 ความเสี่ยง คือ

5. มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยจนส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงเดิมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 สำหรับในปีงบประมาณ 2560 มีการพิจารณาปรับชื่อความเสี่ยงจากเดิม “ความปลอดภัยทางสารสนเทศยังไม่ได้มาตรฐานขั้นสูงสุดของกระทรวงสาธารณสุขและการสื่อสาร” เนื่องจากเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) เห็นควรปรับชื่อให้กระชับมากขึ้น

เนื่องจากระบบสารสนเทศจะต้องมีมาตรการรักษาความปลอดภัยข้อมูล และวิธีปฏิบัติในการควบคุมการเข้าถึงข้อมูลที่ได้มาตรฐานและครอบคลุมกับการดำเนินงานใน 3 มิติของ CIA คือ

1. Confidentiality คือการรักษาความลับของข้อมูล 2. Integrity คือ ความถูกต้องของข้อมูล 3. Availability คือการมีข้อมูลใช้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงมีการพิจารณาเพิ่มกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงให้สอดคล้องกันทุกมิติของ CIA

กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงของคณะฯที่ผ่านมาได้ปรับปรุงโครงสร้าง Data Center และ Infrastructure ให้ได้มาตรฐาน ISO และใช้กระบวนการมาตรฐานด้าน ISO/IEC 20000:2011 ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงได้ดีแต่จากการวิเคราะห์ถึงสาเหตุความเสี่ยงเพิ่มเติมพบว่าไม่มีการกำหนดผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งหมดของคณะฯ การจัดลำดับชั้น

การเข้าถึงข้อมูลที่เป็นความลับ และเงื่อนไขในการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย ดังนั้นความเสี่ยงนี้ยังคงเป็นความเสี่ยงระดับสูงของคณะฯ ในปีงบประมาณ 2560

6. ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯ แต่ละกลุ่มได้ตามความต้องการ

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงเดิมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 โดยในการจัดการความเสี่ยงที่ผ่านมา คณะฯ ได้ใช้กระบวนการมาตรฐานด้านการพัฒนาซอฟต์แวร์ (Capability Maturity Model Integration - CMMI) ในการจัดการความเสี่ยงและมีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงระดับปานกลางและจากพิจารณาพบว่า แผนการจัดการความเสี่ยง ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ชื่อความเสี่ยงไม่สอดคล้องกัน ส่งผลให้ระดับความเสี่ยงหลังการดำเนินงานยังคงที่ และเป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้และต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง

เมื่อมีการพิจารณาร่วมกับการประเมินความเสี่ยงของภาควิชาพบว่าความเสี่ยงนี้สอดคล้องกับความเสี่ยงภาควิชาที่มีความกังวลในเรื่อง “ระบบ IT ที่ยังพัฒนาได้ไม่ทันกับความต้องการเพื่อรองรับพันธกิจหลักของคณะฯ” เนื่องจากระบบสารสนเทศมีภาระหน้าที่หนึ่งที่สำคัญคือ พัฒนาระบบสารสนเทศที่ให้บริการใช้งานให้ตรงกับความต้องการให้ครอบคลุมในทุกระบบของคณะฯ

ดังนั้นในปีงบประมาณ 2560 จึงได้มีการวิเคราะห์หาสาเหตุของความเสี่ยงใหม่และปรับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) เพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มลูกค้าภายในของคณะฯ ที่เป็นกลุ่มผู้ใช้งานทั้ง Business Owner และ End User และมีการปรับปรุงและพัฒนาแผนการจัดการความเสี่ยงให้มีความชัดเจนตรงตามเป้าหมายการดำเนินงานมากขึ้น และในปีนี้มีมีการปรับระดับโอกาสเกิดความเสี่ยงลดลงมาจากระดับสูง (ระดับ 4) เป็น ระดับปานกลาง (ระดับ 3) และผลกระทบเพิ่มขึ้นจากระดับน้อย (ระดับ 2) เป็นระดับปานกลาง (ระดับ 3) ฉะนั้นความเสี่ยงนี้จึงยังคงเป็นความเสี่ยงในระดับสูงของคณะฯ ที่จะต้องมีการติดตามต่อเนื่องอย่างใกล้ชิดต่อไป

7. ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลสามารถใช้งานได้โดยไม่ได้วางแผน

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

เนื่องจากระบบสารสนเทศเป็นระบบสนับสนุนที่สำคัญของคณะฯ โดยเฉพาะระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์พยาบาล เช่น ระบบ Billing Rx EMR(OPD/IPD) ระบบสิทธิผู้ป่วยซึ่งระบบมีการขยายตัวเพิ่มมากขึ้นในทุกๆปีเพื่อรองรับการขยายตัวของภาระงานด้านการรักษาพยาบาล ดังนั้นอาจทำให้ระบบสารสนเทศที่รองรับการให้บริการมีโอกาสที่ระบบล่มหรือหยุดชะงักได้โดยที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงเดิมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 โดยการจัดการความเสี่ยงที่ผ่านมา คณะฯ ได้นำกระบวนการมาตรฐาน ISO/IEC 20000:2011 มาใช้ในการควบคุมไม่ให้เกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงมาอย่างต่อเนื่องซึ่งกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงดังกล่าวสามารถลดระดับความเสี่ยงจากระดับสูงมากมาเป็นระดับสูงได้แต่ยังไม่สามารถควบคุมจำนวนระบบระบบล่มได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ดังนั้นความเสี่ยงนี้ยังคงเป็นความเสี่ยงในปีงบประมาณ 2560 ที่ยังต้องมีการพัฒนาระบบสารสนเทศที่รองรับการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความเสี่ยงด้านทรัพยากรบุคคล จำนวน 1 ความเสี่ยง คือ

8. *ถูกร้องเรียน/ฟ้องร้องจากบุคลากรกรณีการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงานประจำปี*

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk)

เนื่องจากคณะฯมีการประเมินผลการปฏิบัติงานประจำปีของแต่ละตำแหน่งอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรแต่อาจมีบางหน่วยงานที่ไม่แจ้งผลการปฏิบัติงานให้กับบุคลากรได้รับทราบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดทำให้บุคลากรบางคนคิดว่าไม่ได้รับความเป็นธรรมจากผลการประเมินการปฏิบัติงาน

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงเดิมในปีงบประมาณ 2558 โดยผลการจัดการความเสี่ยงปลายปีที่ผ่านมาพบว่ายังไม่สามารถจัดการได้ตามตัวชี้วัดความเสี่ยงที่กำหนด ประกอบกับในปีงบประมาณ 2560 มีการปรับมุมมองความเสี่ยงของทีมบริหารชุดใหม่ ดังนั้นในปีงบประมาณ 2560 จึงมีการปรับเพิ่มระดับความเสี่ยงจากระดับปานกลาง (ระดับ 3) เป็นระดับสูง (ระดับ 4) และเพิ่มกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงในเรื่องการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงานให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น

ความเสี่ยงด้านพัฒนาคุณภาพงาน จำนวน 1 ความเสี่ยง คือ

9. *คณะฯยังไม่สามารถจัดทำแผนการปรับปรุงตามโอกาสพัฒนา (OFI) ที่ได้รับจากตรวจประเมินจากมหาวิทยาลัย*

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

ในปีนี้คณะฯได้มุ่งเน้นเรื่องคุณภาพมากขึ้นเพื่อการนำองค์กรไปสู่การได้รับรองคุณภาพความเป็นเลิศตามเกณฑ์ TQA ดังนั้นคณะฯจึงได้มีการมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพคน คุณภาพงานในด้านต่างๆ ของคณะฯเพื่อให้เกิดการพัฒนาให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดเพื่อที่จะนำพองค์กรก้าวสู่ความเป็นเลิศและพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งแรงผลักดันดังกล่าวจึงเป็นที่มาของความเสี่ยงนี้

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงใหม่ในปีงบประมาณ 2560 จากการที่ได้สัมภาษณ์เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) พบว่าภาควิชา หน่วยงาน บางส่วนยังไม่เห็นถึงความสำคัญของการปรับปรุงตามโอกาสพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพรวมทั้งยังขาดความเข้าใจในกระบวนการปรับปรุงระบบงานตามโอกาสพัฒนาที่ได้รับ ดังนั้นคณะฯจึงต้องมีกระบวนการในการสร้างความเข้าใจและให้คำปรึกษาเพื่อให้ทุกส่วนงานปรับปรุงแผนงานตามโอกาสพัฒนา ซึ่งจะทำการพัฒนาระบบคุณภาพของคณะฯประสบความสำเร็จตามที่ตั้งไว้และมีความยั่งยืนมากขึ้น

ความเสี่ยงด้านสื่อสารองค์กร จำนวน 1 ความเสี่ยง คือ

10. *ขาดการจัดการด้านการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ*

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

ในหลายปีที่ผ่านมาคณะฯเผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉินจากหลากหลายสถานการณ์ เช่น สถานการณ์ความขัดแย้งทางการเมือง หรืออุทกภัยที่เกิดขึ้น ทำให้คณะฯต้องมีแผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินขึ้นเพื่อให้คณะฯสามารถดำเนินงานในกระบวนการที่สำคัญของคณะฯได้อย่างต่อเนื่อง

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงใหม่ ในปีงบประมาณ 2560 ประเด็นที่พบจากการสัมภาษณ์เจ้าของความเสี่ยง(Risk Owner) พบว่า สาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งที่อาจส่งผลให้การบริหารสถานการณั้ล้มเหลวคือ คณะฯยังไม่มีระบบในการสื่อสารให้กับบุคลากรภายในคณะฯได้รับทราบอย่างเป็นรูปธรรมหากเกิดมีสถานการณ์ฉุกเฉิน จากการพิจารณาระดับความเสี่ยงพบว่าถึงแม้โอกาสเกิดความเสี่ยงจะอยู่ในน้อยมาก (ระดับ 1) แต่ถ้าหากเกิดความเสี่ยงแล้วระดับผลกระทบจะอยู่ในระดับสูง (ระดับ 4) ดังนั้นจึงต้องการกำหนดกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงเพื่อลดผลกระทบโดยคณะฯวางแผนจัดทำระบบการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทั้งระบบอย่างเป็นรูปธรรมและครอบคลุมทุกด้านของคณะฯมากขึ้น

ความเสี่ยงด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย) จำนวน 1 ความเสี่ยง คือ

11. *การจัดการขยะไม่ได้ตามมาตรฐานสากล*

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

คณะฯได้ใช้เกณฑ์ตามมาตรฐานตามองค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งเป็นมาตรฐานสากล ในการกำกับดูแลและบริหารสิ่งแวดล้อมทุกระบบภายในคณะฯ โดยในการจัดเก็บขยะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยจะมีขยะที่จะต้องคัดแยกประเภทให้ถูกต้องตามหลักมาตรฐานก่อนที่จะจัดส่งเพื่อทำลายซึ่งแบ่งเป็น 4 ประเภท ได้แก่ ขยะอันตราย ขยะติดเชื้อ ขยะทั่วไป ขยะรีไซเคิล เพราะการจัดเก็บขยะในแต่ละชนิดจะมีวิธีจัดเก็บที่แตกต่างกันออกไปซึ่งถ้ามีการจัดเก็บที่ไม่ถูกวิธีสามารถก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ปฏิบัติงานและอาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อต่อผู้ป่วยได้

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงใหม่ในปีงบประมาณ 2560 เพื่อให้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงตามโอกาสพัฒนาในเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล HA (Re-Accreditation Survey) ในเรื่องระบบการจัดการขยะให้รัดกุมต่อการป้องกันการปนเปื้อน การแพร่กระจายเชื้อ จากการประเมินความเสี่ยงพบว่าสาเหตุหลักๆที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงนี้คือ หน่วยงานบริการผู้ป่วยแยกขยะในหน่วยงานไม่ครบถ้วนถูกต้องตามมาตรฐานสากลซึ่งส่งผลให้ระดับโอกาสเกิดความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง (ระดับ 4) ดังนั้นคณะฯจึงกำหนดกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงเพื่อลดระดับโอกาสเกิดโดยการสื่อสารถึงกระบวนการวิธีปฏิบัติในการจัดแยกขยะเพื่อให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการจัดการแยกขยะที่ถูกต้องเพื่อส่งผลให้สภาพแวดล้อมในการทำงานถูกสุขลักษณะและมีความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานและเป็นมาตรฐานสากล

ความเสี่ยงด้านการเงินและงบประมาณ จำนวน 1 ความเสี่ยง คือ

12. *ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเก็บเงินค่ารักษา*

ประเภทความเสี่ยง : ด้านการเงิน (Financial Risk)

การเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลเป็นรายได้หนึ่งที่สำคัญของคณะฯและเนื่องจากกระบวนการเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลเป็นกระบวนการการปฏิบัติงานแบบ Routine ที่จะต้องทำในทุกๆวัน และจุดบริการที่ครอบคลุมหลายพื้นที่ให้บริการ จึงอาจจะทำให้เกิดความผิดพลาดได้สูง ดังนั้นจึงทำให้โอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง (Orange Zone)

จากการพิจารณาจากสาเหตุของความเสียหายนี้พบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุหลักมาจากระบบสารสนเทศในการดึงข้อมูลมายังระบบจัดเก็บค่ารักษา (Billing System) ในแต่ละวันไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง และการรับรองสิทธิ์ที่ไม่ถูกต้องทำให้เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลไม่ครบถ้วนหรือมีความล่าช้า นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลจากผู้รับบริการไม่ยอมชำระค่าบริการด้วยสาเหตุต่างๆ ดังนั้นในปีงบประมาณ 2560 คณะฯจึงต้องเพิ่มกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงในด้านการพัฒนาระบบสารสนเทศ พัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเพื่อให้กระบวนการการเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลที่มีเสถียรภาพอย่างยั่งยืน

2. ความเสี่ยงที่ไม่อยู่ใน Red Zone และ Orange Zone อยู่ใน (Yellow/Green Zone)

2.1 ความเสี่ยงใน Yellow Zone

มีความเสี่ยงจำนวน 11 ความเสี่ยง แบ่งเป็นความเสี่ยงเดิมจำนวน 7 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่จำนวน 4 ความเสี่ยง

ความเสี่ยงในโซนนี้จะต้องมีการติดตามและควบคุมเฝ้าระวังและกำกับดูแลมาตรฐานการควบคุมที่มีอยู่ให้ดำเนินไปอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อควบคุมไม่ให้ระดับของความเสี่ยงเพิ่มขึ้น

ความเสี่ยงเดิมในโซนนี้เป็นความเสี่ยงที่มีการดำเนินกิจกรรมการจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องมาแล้ว 1 ปีขึ้นไป และความเสี่ยงส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมการควบคุมหรือบางความเสี่ยงกิจกรรมการควบคุมยังดำเนินการไม่เสร็จสิ้นในปีที่ผ่านมา และจากผลการจัดการความเสี่ยงในปลายปีงบประมาณ 2559 พบว่าประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากอาจจะมีปัจจัยภายนอกและปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่สามารถควบคุมได้ทำให้มีผลต่อการจัดการความเสี่ยง ดังนั้นจึงอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ระดับความเสี่ยงยังคงที่อยู่ในระดับปานกลาง (Yellow Zone)

ส่วนความเสี่ยงใหม่จาก 3 ใน 4 ความเสี่ยงเป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับระบบการดำเนินงานในการให้บริการทางการแพทย์เพื่อหารายได้ภายในศูนย์ความเป็นเลิศและสนับสนุนพันธกิจที่เป็นอีกหนึ่งช่องทางที่สำคัญในการหารายได้ให้กับคณะฯ ความเสี่ยงทั้ง 3 ความเสี่ยง ได้แก่

1. ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในด้านการหารายได้ของศูนย์สนับสนุนพันธกิจที่ตั้งไว้
2. การบริการที่ล่อแหลมไม่เป็นไปตาม Scientifically Proven
3. เกิดความขัดแย้งระหว่างผลประโยชน์ส่วนร่วมและส่วนตน (Conflict of interes)

ของการบริการ Public Private Partnership : PPP

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงทั้ง 3 ความเสี่ยงพบว่า ถึงแม้จะเป็นความเสี่ยงใหม่แต่ภายในศูนย์ฯมีระบบในการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐานของการให้บริการทางการแพทย์อยู่แล้ว แต่เมื่อพิจารณาจากสาเหตุของความเสียหายพบว่า โครงสร้างและระบบการทำงานบางส่วนยังไม่เอื้อให้สามารถพัฒนาศักยภาพการทำงานของศูนย์ฯได้อย่างเต็มที่ จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง (Yellow Zone) ดังนั้นจึงมีการปรับปรุงและพัฒนาระบบการดำเนินงานให้เป็นรูปธรรมมากขึ้นเพื่อสามารถทำให้ศูนย์ฯบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพตามที่ตั้งไว้

ส่วนความเสี่ยงใหม่อีก 1 ความเสี่ยงคือ “ระบบน้ำประปาสำหรับอุปโภคบริโภคมีการปนเปื้อน” นั้น ระบบน้ำประปาถือเป็นระบบสาธารณสุขบริโภคที่สำคัญของคณะฯ หากเกิดการปนเปื้อนเชื้อโรคต่างๆจะส่งผลกระทบต่อบุคลากรและผู้มารับบริการและถึงแม้ว่าคณะฯจะมีระบบการบำรุงรักษาและตรวจคุณภาพน้ำอยู่แล้ว แต่เมื่อพิจารณาจากสาเหตุของความเสี่ยงพบว่าระบบการบำรุงรักษาเครื่องกรองน้ำและไส้กรองน้ำยังขาดการดูแลและบำรุงรักษาอย่างต่อเนื่องจึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงใหม่ในปีงบประมาณ 2560 และระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง (Yellow Zone) ดังนั้นในปีงบประมาณ 2560 นี้ จึงต้องมีการกำหนดกิจกรรมควบคุมความเสี่ยงในการดูแลอุปกรณ์และตรวจสอบวัดคุณภาพน้ำอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น

ตารางที่ 19 แสดงความเสี่ยงที่อยู่ใน Yellow Zone (ความเสี่ยงในระดับปานกลาง) มีดังนี้

Cluster	พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับ	
			ระดับเกิด	ผลกระทบ
Education and Research	การศึกษา	1. นักศึกษาได้รับผลกระทบจากโรคระบาดและภัยด้านอื่นๆ	2	2
Healthcare System	ศูนย์ความเป็นเลิศและสนับสนุนพันธกิจ	2. ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในด้านการหารายได้ของศูนย์สนับสนุนพันธกิจตามที่ศูนย์ฯ ตั้งไว้	2	2
		3. การบริการที่ล่อแหลมไม่เป็นไปตาม Scientifically Proven	2	3
		4. เกิดความขัดแย้งระหว่างผลประโยชน์ส่วนร่วมและส่วนตน (Conflict of interes) ของการบริการ Public Private Partnership : PPP	2	2
Professional Service	ทรัพยากรบุคคล	5. บุคลากรไรตำแหน่งวิชาชีพเฉพาะมีอัตราการลาออกสูง	2	3
		6. ขาดเอกสารวิธีปฏิบัติงาน(Work Instruction)/คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual)	2	3
	สื่อสารองค์กร	7. ประชาชนรับชมสถานีรามาชาแนลน้อยส่งผลให้ Rating ของสถานีไม่เป็นไปตาม PA กำหนด	2	3
		8. การเข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสารของกลุ่มเป้าหมายทั้งภายในและภายนอกคณะฯ	2	3
	สร้างเสริมสุขภาพ	9. บุคลากรในคณะฯ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม	3	2

ตารางที่ 19 (ต่อ) แสดงความเสี่ยงที่อยู่ใน Yellow Zone (ความเสี่ยงในระดับปานกลาง) มีดังนี้

Cluster	พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับ	
			ระดับเกิด	ผลกระทบ
Professional Service	กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (วิศวกรรมบริการ)	10. น้ำประปาสำหรับอุปโภคบริโภคมีกลิ่นปนเปื้อน	2	3
	กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)	11. บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน	2	2

2.2 ความเสี่ยงใน Green Zone

มีความเสี่ยงทั้งหมด 10 ความเสี่ยง แบ่งเป็นความเสี่ยงเดิม 9 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่ 1 ความเสี่ยง

เมื่อพิจารณาจากความเสี่ยงพบว่า ร้อยละ 90 ของความเสี่ยงที่อยู่ในโซนนี้เป็นความเสี่ยงเดิมที่ได้มีการดำเนินกิจกรรมการจัดการความเสี่ยงมาแล้วตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปและจากผลการจัดการความเสี่ยงในปลายปีงบประมาณ 2559 พบว่าประสิทธิภาพในการควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (Green) ดังนั้นจึงอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนความเสี่ยงใหม่ 1 ความเสี่ยงในโซนนี้คือ ความเสี่ยง“ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการทางด้านการบริหารงบประมาณ” เมื่อพิจารณาพบว่า ความเสี่ยงนี้ถึงแม้ว่าเป็นความเสี่ยงใหม่แต่เป็นความเสี่ยงด้านการเงินและงบประมาณ ซึ่งเป็นด้านที่มีแนวทางและขั้นตอนปฏิบัติงาน (WI) ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมในระดับหนึ่ง ดังนั้นระดับความเสี่ยงจึงอยู่ในระดับต่ำแต่เป็นความเสี่ยงที่จะต้องมีการติดตามควบคุมอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นความเสี่ยงที่สำคัญต่อการบริหารจัดการของคณะฯ

ตารางที่ 20 แสดงความเสี่ยงที่อยู่ใน Green Zone (ความเสี่ยงในระดับต่ำ) มีดังนี้

Cluster	พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับ	
			ระดับเกิด	ผลกระทบ
Education and Research	การศึกษา	1. นักศึกษาลาออกเพื่อศึกษาสาขาอื่น/สถาบันอื่น	2	1
		2. การถูกฟ้องร้องกรณีใช้สื่อสังคมออนไลน์ไม่เหมาะสม/ผิดจริยธรรมวิชาชีพ	2	1
		3. ภัยจากอุบัติเหตุและอาชญากรรม	1	2
	วิเทศสัมพันธ์	4. ขาดแคลนบุคลากรที่มีความสามารถด้านภาษาในการปฏิบัติงาน	2	1
Professional Service	กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (ยานพาหนะ)	5. อุบัติเหตุที่เกิดจากการใช้บริการยานพาหนะ	1	2
	กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (รักษาความปลอดภัย)	6. การเกิดอัคคีภัย	2	1
	กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (วิศวกรรมบริการ)	7. กระแสไฟฟ้าขัดข้อง (เนื่องจากกระแสไฟฟ้าไม่เพียงพอ)	2	1
	การเงินและงบประมาณ	8. ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการทางด้านการบริหารงบประมาณ	1	1
	จัดซื้อและพัสดุ	9. เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจากVender)	1	2
	พัฒนาคุณภาพ	10. ภาควิชา/หน่วยงาน ไม่มีการเก็บรวบรวมองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ	1	1

ภาคผนวก

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2560

Cluster Education and Research														
ด้าน	ลำดับ	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะ ดำเนินการในงบประมาณ 2560		ผู้รับผิดชอบกิจกรรม		ระดับ โอกาสเกิด	ผลกระทบที่เหลื่ออยู่		ระดับ ความเสี่ยง
							กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลา ดำเนินการ	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)		ด้าน	ระดับ	
การศึกษา	1	นักศึกษาลาออก เพื่อศึกษาสาขา อื่น/สถาบันอื่น	Strategic Risk	1.หลักสูตรไม่ตรงตาม ความต้องการ/ความ ถนัดของนักศึกษา 2. ไม่มีความสุขในการ เรียน	<u>การศึกษาระดับปริญญา</u> ร้อยละของนักศึกษาที่ลาออกไปศึกษาอื่น/ สถาบันอื่น - หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ไม่เกินร้อยละ 1 - หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ไม่เกินร้อยละ 10 - หลักสูตรวทบ.สาขาความผิดปกติของการสื่อ ความหมาย ไม่เกินร้อยละ15 - หลักสูตรวทบ.สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ไม่ เกินร้อยละ5 <u>การศึกษาล้างปริญญา</u> - แพทย์ประจำบ้านไม่เกินร้อยละ 2 - แพทย์ประจำบ้านต่อยอดไม่เกินร้อยละ 2 - ปริญญาโท ไม่เกินร้อยละ 5 - ปริญญาเอก ไม่เกินร้อยละ 5	<u>การศึกษาระดับปริญญา</u> 1.การจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพ 2. การปฐมนิเทศนักศึกษา 3. การพบนักศึกษาชั้นปีที่ 1 (ม. มิหิตล ศาลายา) เพื่อให้ข้อมูลในการเรียนการสอน ของหลักสูตร 4. การพบปะ การติดตามและให้คำปรึกษานักศึกษา <u>หลักสูตรขอพบ เพิ่ม</u> - มีกระบวนการให้ประธานหลักสูตรฯ พุดคุย สัมภาษณ์นักศึกษาก่อนลาออก (Exit Interview) เพื่อนำ ข้อมูลปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนต่อไป - ให้ข้อมูลคณะแนะแนวเกี่ยวกับวิชาชีพพยาบาล - Road show ใ้รู้จักวิชาชีพพยาบาล <u>การศึกษาล้างปริญญา</u> 1. ประชาสัมพันธ์หลักสูตร/Open House/Road Show 2. การปฐมนิเทศนักศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการศึกษา 3. ประชุมตัวแทนคณะทำงานแพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอด/นักศึกษบัณฑิตศึกษาเพื่อรับ ฟังเสียงของนักศึกษาและนำเสนอที่ประชุมกรรมการบริหารโครงการ/หลักสูตรต่อไป	-	-	-	-	2	1.1 ประสิทธิภาพ- การ ดำเนินงาน ไม่เป็นไป ตาม เป้าหมาย	1	ต่ำ
การศึกษา	2	การถูกฟ้องร้อง กรณีใช้สื่อสังคม ออนไลน์ไม่ เหมาะสม/ผิด จริยธรรมวิชาชีพ	Compliance Risk	1.การใช้สื่อสังคม ออนไลน์ไม่เหมาะสม/ ไม่มีมาตรการเฝ้าระวังผลเสียที่ จะเกิดขึ้น 2.ผู้ที่เกี่ยวข้องยังไม่ ตระหนักถึงผลเสีย ของการใช้สื่อ	<u>การศึกษาระดับปริญญา</u> อัตราการใช้สื่อสังคม ผู้ป่วย/บุคลากร -หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต 0 เรื่อง/ปี -หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต 0 เรื่อง/ปี -หลักสูตรวทบ.สาขาความผิดปกติของการสื่อ ความหมาย ไม่เกิน 2 เรื่องต่อปี -หลักสูตรวทบ.สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ไม่ เกิน 2 เรื่องต่อปี <u>การศึกษาล้างปริญญา</u> -จำนวนข้อร้องเรียนกรณีแพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ ประจำบ้านต่อยอดใช้สื่อสังคม Online ไม่เหมาะสม/ ผิดจริยธรรมวิชาชีพ ไม่เกิน 2 เรื่องต่อปี	<u>การศึกษาระดับปริญญา</u> 1. การบังคับใช้ระเบียบ การกำกับทำความเข้าใจการใช้ Internet ในคณะ / มหาวิทยาลัย 2. การชี้แจงประกาศระเบียบการใช้สื่อ internet ที่เหมาะสม (อาจารย์ชี้แจง/ เน้นย้ำนักศึกษาในการปฐมนิเทศก่อนเข้ารับการศึกษา นศพ. ปี3 และก่อนขึ้น Ward) <u>หลักสูตรขอพบ เพิ่ม</u> - ประสานงานไปที่หน่วยกิจการนักศึกษาของโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดีให้เน้นย้ำนักศึกษาในวัน Moral Homeroom <u>การศึกษาล้างปริญญา</u> 1. การบังคับใช้ระเบียบ การกำกับทำความเข้าใจการใช้ Internet ในคณะ / มหาวิทยาลัย 2. การชี้แจงประกาศระเบียบการใช้สื่อ internet ที่เหมาะสมในการปฐมนิเทศนักศึกษาก่อนเข้ารับ การศึกษา	-	-	-	-	2	3.2 ชื่อเสียง และ ภาพลักษณ์ องค์กร-ถูก ฟ้องร้อง-ถูก ร้องเรียน	1	ต่ำ

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2560

Cluster Education and Research														
ด้าน	ลำดับ	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2560		ผู้รับผิดชอบกิจกรรม		โอกาสเกิด	ผลกระทบที่เหลืออยู่		ระดับความเสี่ยง
							กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาดำเนินการ	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)		ด้าน	ระดับ	
การศึกษา	3	นักศึกษาใช้เวลาเรียนเกินกว่าหลักสูตรกำหนด	Strategic Risk	1. นักศึกษามีปัญหาด้านการเรียน ด้านเจตคติ/พฤติกรรม หรือด้านสุขภาพ 2. นักศึกษาขาดความตั้งใจหรือความพยายามในการทำวิทยานิพนธ์	<u>การศึกษาระดับปริญญา</u> KRI1. ร้อยละของบัณฑิตที่สำเร็จมากกว่าวงรอบหลักสูตร KRI2. ร้อยละของนักศึกษาที่ศึกษาล่าช้าในแต่ละชั้นปี - หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต : KRI1 และ KRI2 ไม่เกินร้อยละ 5 -หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต : KRI1 และ KRI2 ไม่เกินร้อยละ 1 -หลักสูตรวทบ.สาขาความผิดปกติของรังสี ความหมาย : KRI1 ไม่เกินร้อยละ 10 และ KRI2 ไม่เกินร้อยละ 5 -หลักสูตรวทบ.สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ : KRI1 และ KRI2 -NA <u>การศึกษาระดับปริญญา</u> - ร้อยละ 50 ของบัณฑิตที่ใช้เวลาเรียนเกินกว่าที่กำหนด (ปีโท ≤ 36 เดือน ปีเอก ≤ 60 เดือน)	<u>การศึกษาระดับปริญญา</u> 1.ระบบการให้คำแนะนำ ติดตาม และช่วยเหลือนักศึกษาระดับปริญญาและหลักสูตร 2. จัดทำระบบอาจารย์ที่ปรึกษา (Mentoring) <u>หลักสูตรระบบเข้ม</u> 1. มีการปฐมนิเทศและนำการเรียนรู้นี้ในแต่ละชั้นปีให้กับนักศึกษา 2. มีระบบอาจารย์สายรหัสที่คอยให้คำแนะนำช่วยเหลือนักศึกษาด้านต่างๆ (อยู่ในความรับผิดชอบของงานกิจการนักศึกษา) 3. มีกระบวนการในการกำกับติดตามและให้ความช่วยเหลือนักศึกษาที่มีปัญหาด้านต่างๆ ทั้งในระดับภาควิชาและคณะฯ ผ่านคณะกรรมการบริหารหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตระยะที่ 3 <u>หลักสูตรระบบเข้ม</u> 3.1 ให้ข้อมูลกับบุคลากรเชิงผลเสียในกรณีที่มีการที่นักศึกษาเข้าร่วมโครงการ Work & Travel ในช่วงปิดภาคการศึกษา และกลับมาหลังจากเปิดภาคการศึกษา ทำให้เวลาเรียนไม่พอ 3.2 จัดให้เกิดระบบเพื่อนช่วยเพื่อนแก่นักศึกษาที่เรียนอ่อน ซึ่งจะมีการประชุมทุกเดือนในวันจันทร์สัปดาห์แรกของเดือน <u>การศึกษาระดับปริญญา</u> 1. ดำเนินการเร่งรัดและพัฒนากระบวนการศึกษาของทุกหลักสูตรและปรับเปลี่ยนทัศนคติของอาจารย์และนักศึกษาต่อการขยายเวลาการศึกษา โดยการให้การขอขยายเวลาทำวิทยานิพนธ์ 2. จัดทำ PA กับหัวหน้าภาควิชาที่มีหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาทุกภาควิชา 3. จัดกิจกรรมประชุมวิชาการ (Research Day) เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา	1. ทบทวนระเบียบวิธีรับบ. เช่น คุณสมบัติที่เหมาะสมกับหลักสูตร, กำหนดคะแนน TOEFL โดยงานการศึกษา หลังปริญญาประสานร่วมกับหลักสูตร	ตุลาคม 2559 - มีนาคม 2560	งานการศึกษา หลังปริญญา	หลักสูตรต่างๆ	5	1.1 ประสิทธิภาพการทำงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	2	สูง

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2560

Cluster Education and Research														
ด้าน	ลำดับ	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการใน ปีงบประมาณ 2560		ผู้รับผิดชอบกิจกรรม		ระดับ โอกาสเกิด	ผลกระทบที่เหลืออยู่		ระดับ ความเสี่ยง
							กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลา ดำเนินการ	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)		ด้าน	ระดับ	
การศึกษา	4	จำนวนและคุณภาพของนักศึกษาที่สมัครเข้ารับการศึกษามีกรอบไม่ได้ตามเป้าหมาย	Operational Risk	<u>การศึกษาระดับปริญญา</u> 1. นักศึกษาสอบติดที่สถาบันอื่น 2. ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาหลักสูตรของนักศึกษา <u>หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต เข้ม</u> เปลี่ยนใจที่จะไปศึกษาในสาขาอื่น และ/หรือ สอบได้ทุนศึกษาต่อ ณ ต่างประเทศ <u>การศึกษาระดับปริญญา</u> 1. สถาบันอื่นเปิดหลักสูตรที่น่าสนใจหรือมี องค์ประกอบสนับสนุนที่ดีกว่าคณะฯ	<u>การศึกษาระดับปริญญา</u> ร้อยละของการรับนักศึกษาได้ตามแผน -หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต = ไม่ต่ำกว่า 99 % -หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต = 100 % -หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของภาคเรียนที่ 1 = ไม่ต่ำกว่า 80 % -หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตการแพทย์ = ไม่ต่ำกว่า 95 % <u>การศึกษาระดับปริญญา</u> อัตราจำนวนนักศึกษาใหม่ที่รับได้ตามแผนที่กำหนดไว้ และคะแนน GPA ของนักศึกษาที่รับเข้าศึกษา/ฝึกอบรมในหลักสูตรต่างๆ (GPA แรกเข้าต้องไม่ต่ำกว่า ป.โท 2.75 ป.เอก 3.00)	<u>การศึกษาระดับปริญญา</u> 1. การประชาสัมพันธ์หลักสูตร/จัดกิจกรรม Road Show ให้ข้อมูลกับนักศึกษา <u>การศึกษาระดับปริญญา</u> 1. ติดตามสถิติผู้เข้ารับการอบรมในทุกหลักสูตรอย่าง สม่ำเสมอ 2. มีกระบวนการประกันคุณภาพที่ตรวจสอบคุณภาพของ หลักสูตร 3. จัดการประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ จัดทำเอกสาร แนะนำหลักสูตร 4. มีการให้ทุนสนับสนุนนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา สำหรับนักศึกษาที่มีศักยภาพสูง	1. ทบทวนระเบียบวิธีการ รับศ. เช่น คุณสมบัติที่ เหมาะสมกับหลักสูตร, กำหนดคะแนน TOEFL โดย งานการศึกษาหลังปริญญา ประสานร่วมกับหลักสูตร 2. ทบทวนภาระงานของ อาจารย์เพื่อให้สามารถดู แลนศ.ได้อย่างใกล้ชิด 3. พัฒนาข้อปฏิบัติโดยให้ ศ.จัดทำวิทยานิพนธ์หลังจาก Coursework	ตุลาคม 2559 - มีนาคม 2560	งาน การศึกษา หลังปริญญา	หลักสูตร ต่างๆ	3	1.1 ประสิทธิผล- การดำเนินงาน ไม่เป็นไปตาม เป้าหมาย	3	สูง
การศึกษา	5	นักศึกษาได้รับผลกระทบจากโรคระบาด และภัยด้านอื่นๆ	Operational Risk	<u>กิจการนักศึกษา</u> 1.บริเวณหอพักนักศึกษาแพทย์มีบุคคลภายนอก เข้า-ออกได้ 2.มีการพำนักอาศัยอยู่ร่วมกัน 3.สภาพห้องพักแออัด และอากาศไม่ถ่ายเท 4. นักศึกษาและแพทย์ประจำบ้านติดโรคจาก การเรียนการสอน <u>การศึกษาระดับปริญญา</u> 1. นักศึกษาติดโรคจากการเรียนการสอนที่ เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย 2. นักศึกษาขาดความเคร่งครัด/ขาดวินัยการ ปฏิบัติงานด้านที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย	<u>กิจการนักศึกษา</u> 1.จำนวนครั้งของการเกิดโรคระบาด และภัยด้านอื่น ๆ 1 ครั้ง /ปี <u>การศึกษาระดับปริญญา</u> 1. จำนวนนักศึกษาที่ติดโรคระบาดไม่เกิน 2 คน/ปี	<u>กิจการนักศึกษา</u> 1.ดำเนินการจัดเวรยามให้เข้มงวด ตลอด 24 ชม 2. ดำเนินการให้บุคคลภายนอกแลกเปลี่ยนเข้า-ออกก่อนเข้า หอพัก 3. เพิ่มจำนวน และซ่อมแซมกล่องวงจรปิดตามชั้น ใน หอพักนักศึกษาแพทย์ 4. มีการปรับปรุงห้องพัก และติดตั้งพัดลมดูดอากาศภายใน ห้องพักเพื่อการถ่ายเทอากาศ 5.หอพักแพทย์ประจำบ้านได้มีการติดประตูตะแกรงเข้า- ออกทุกชั้น <u>การศึกษาระดับปริญญา</u> 1. การบังคับใช้ระเบียบการตรวจสุขภาพและรับวัคซีนก่อน เข้ารับการศึกษ 2. ส่งเสริมกิจกรรมการล้างมือ	-	-	-	-	2	3.4 ชื่อเสียง และ ภาพลักษณ์ องค์กร-ความ พึงพอใจ ของผู้รับบริการ	2	ปานกลาง

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2560

Cluster Education and Research														
ด้าน	ลำดับ	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2560		ผู้รับผิดชอบกิจกรรม		ระดับโอกาสเกิด	ผลกระทบที่เหลื่ออยู่		ระดับความเสี่ยง
							กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาดำเนินการ	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)		ด้าน	ระดับ	
การศึกษา	6	ภัยจากอุบัติเหตุและอาชญากรรม	Operational Risk	1.เกิดอุบัติเหตุจากการเดินทางไปทำกิจกรรมหรือขณะทำกิจกรรมของนักศึกษาทั้งภายในและภายนอกคณะ 2. เนื่องจากคณะเป็นสถานที่เปิดที่มีบุคคลภายนอกเข้าออกได้ตลอดเวลาจึงอาจทำให้เกิดอาชญากรรมกับนักศึกษาขณะที่ทำกิจกรรมภายในคณะ	1.จำนวนอุบัติเหตุ หรืออาชญากรรมในการเดินทางหรือการทำกิจกรรม 1 ครั้ง/ปี	<u>กิจกรรมนักศึกษา</u> 1. ดำเนินการจัดเจ้าหน้าที่ควบคุมดูแลอย่างทั่วถึงตลอดโครงการ 2.ดำเนินการแจ้งรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการไปยังมหาวิทยาลัยมหิดล 3.ดำเนินการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมทุกพื้นที่ เพื่อความปลอดภัย และเอื้ออำนวยความสะดวก 4. มีการชี้แนะแนวทางการปฏิบัติตนในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่พึงรู้ <u>การศึกษาล้างปริญญา</u> 1. ดำเนินการจัดเจ้าหน้าที่ควบคุมดูแลอย่างทั่วถึงตลอดโครงการ 2.จัดทำประกันอุบัติเหตุเพื่อรองรับการเดินทางไปทำกิจกรรมนอกคณะ 3. ชี้แจงแนะนำแนวทางการปฏิบัติตนในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆที่พึงรู้และปฏิบัติ	-	-	-	-	1	4. ความปลอดภัย	2	ต่ำ
วิจัย	7	ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติยังมีจำนวนน้อย/ไม่ได้ตามเป้าหมาย	Strategic Risk	1. อาจารย์ไม่สนใจทำงานวิจัย 2. จำนวนทุนวิจัยที่ได้รับทั้งในและนอกคณะฯ ต่ำเกินไปมีจำนวนน้อย 3. ระยะเวลา Delay ในการขอเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย 4. จำนวนทุนวิจัยที่ได้รับทั้งในและนอกคณะฯ ครึ่งปีงบประมาณ 2560 ไม่น้อยกว่า 84,000,000 บาท 5. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นแจ้งขอเครื่องมือจนถึงบริษัทเข้ามาดำเนินการ ไม่ควรเกิน 21 วันทำการ	1. ผลงานวิจัยที่ได้รับอนุมัติการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ [0.8 เรื่อง / อาจารย์ / ปี(พ.ศ.)] 2. จำนวนอาจารย์บรรจุใหม่ ที่มีภาระงานด้านการศึกษาวิจัยที่ชัดเจนเข้ามาปรึกษางานวิจัยกับสำนักงานวิจัยฯ แต่ละปีไม่น้อยกว่า 20% ของอาจารย์บรรจุใหม่ทั้งหมด 3. จำนวนทุนวิจัยที่ได้รับทั้งในและนอกคณะฯ ครึ่งปีงบประมาณ 2560 ไม่น้อยกว่า 84,000,000 บาท 4. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นแจ้งขอเครื่องมือจนถึงบริษัทเข้ามาดำเนินการ ไม่ควรเกิน 21 วันทำการ	1.พันธกิจวิจัย โดยรองคณบดีฝ่ายวิจัยได้ดำเนินการทำ PA กับหัวหน้าภาควิชาทุกภาควิชาร่วมกับคณะฯ 2.ประชุมคณะกรรมการพันธกิจด้านการวิจัย 2.1 ประชุมคณะกรรมการบริหารการวิจัย ทุกเดือน 2.2 ประชุมคณะกรรมการอำนวยความสะดวกด้านการศึกษา วิจัยและวิเทศสัมพันธ์ ทุกเดือน 2.3 จัดการประชุม Policy Research ทุกเดือน 3.จัดกิจกรรมในการสนับสนุนพันธกิจด้านการวิจัยเพื่อเป็นแรงกระตุ้นและผลักดันให้นักวิจัยมีผลงานวิจัยเพิ่มขึ้น 3.1 จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ "โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูล" 1 ครั้ง/ปี 3.2 จัดกิจกรรม Research Club/R2R Club ไม่น้อยกว่า 6 ครั้ง/ปี 3.3 จัดอบรม Facilitator R2R ปีเว้นปี 4.กำหนดแผนการซ่อมบำรุงเครื่องมือ และการจัดซื้อเครื่องมือทดแทน 5.ขอให้คณะฯ อนุมัติงบประมาณซื้อเครื่องมือทดแทนกรณีชำรุดจนซ่อมไม่ได้ 6.จัดเจ้าหน้าที่ดูแลเครื่องมืออย่างเป็นระบบ 7.จัดทำโปรแกรมการดูแล บำรุงรักษาและสอนเทียบเครื่องมืออย่างเป็นระบบ	1. พัฒนาข้อมูลการซ่อมและบำรุงรักษาเครื่องมืออย่างเป็นระบบ โดยใช้สารสนเทศเข้ามามีส่วนร่วม	ตุลาคม 2559 - มกราคม 2560	งานห้องปฏิบัติการการวิจัย	-	3	1.1 ประสิทธิภาพการทำงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	3	สูง

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2560

Cluster Education and Research														
ด้าน	ลำดับ	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2560		ผู้รับผิดชอบกิจกรรม		ระดับโอกาสเกิด	ผลกระทบที่เหลืออยู่		ระดับความเสี่ยง
							กิจกรรมควบคุม	ดำเนินการ	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)		ด้าน	ระดับ	
วิจัย	8	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ถูกฟ้องร้องด้านการวิจัย ในคน	Compliance Risk	1. ผู้วิจัยไม่ได้ขออนุมัติโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน 2. ผู้วิจัยขาดจรรยาบรรณ หรือความรู้ ความเข้าใจในการทำกรวิจัยในคน 3. อาสาสมัครไม่เข้าใจในกระบวนการ ดำเนินการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตนเอง	- จำนวนข้อร้องเรียนที่เกิด จากการทำกรวิจัยในคน น้อยกว่า 3 ราย/ปี - จำนวนการฟ้องร้องจน เกิดคดีขึ้นสู่ศาล และถูกตัดสิน ว่าผิด = 0	1. ประชาสัมพันธ์หน่วยวิจัยจริยธรรมการวิจัยในคนให้ เป็นที่รู้จัก เช่น Website, บอร์ดติดประกาศทาง Intranet รามา, แผ่นพับ (Brochure), เป็นวิทยากรให้ความรู้ คำนะนำในการยื่นขอรับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน 2. พัฒนาWebsite, ระบบการลงทะเบียนข้อมูลเพื่อ ขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในคน (E-Submission) 3. การดำเนินการไกล่เกลี่ยกรณีเกิดการร้องเรียนที่ เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย ก่อนจะถูกฟ้องร้อง 4. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การวิจัยทางคลินิกที่ดี (GCP) 5. จัดอบรมโครงการ การลงทะเบียนงานวิจัยทางคลินิก ในฐานข้อมูลสาธารณะที่พัฒนาโดยคนไทย (TCTR) 6. จัดอบรมโครงการ หลักจริยธรรมการวิจัยในคนสำหรับ นักวิจัย	1. กำหนดแนวทางการปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน คนแล้ว และแจ้งแนวทางการปฏิบัติ ไปยังภาควิชา 2. ดำเนินการคุ้มครองเอกสารโครงการวิจัยที่ได้รับการ รับรองแล้ว โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จะทำการคุ้มครองเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำนะนำแก่ ผู้เข้าร่วมการวิจัย (Patient/Participant Information Sheet), หนังสือยินยอมได้รับการบอกกล่าวและเต็ม ใจ (Informed Consent Form) 3. ขออัตรากำลังเพิ่มในการดำเนินการควบคุม ติดตาม และคุ้มครองการดำเนินงานโครงการวิจัยที่ได้รับการ รับรองแล้ว 4. พัฒนาแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนเมื่อเกิดการมีการถูก ร้องเรียน หรือฟ้องร้อง	ตุลาคม 2559 - พฤษภาคม 2560	หน่วย จริยธรรม การวิจัยในคน งาน สนับสนุน การวิจัยทาง คลินิก	—	1	3.2 ชื่อเสียง และ ภาพลักษณ์ องค์กร-ถูก ฟ้องร้อง/ ร้องเรียน	5	สูงมาก
วิเทศสัมพันธ์	9	ตัวชี้วัดของกิจกรรมอื่นๆ ในMOU นอกเหนือจากนักศึกษา แลกเปลี่ยนไม่ได้ตาม เป้าหมายของแผน ยุทธศาสตร์คณะและ มหาวิทยาลัย (Research Collaborative / Medical Conference)	Strategic Risk	1. การดำเนินงานด้านวิเทศต้องอาศัย ความร่วมมือจากหลายฝ่าย ซึ่งถือเป็น แกนสำคัญในการผลักดันให้เกิด กระบวนการต่างๆภายใต้ข้อตกลงตาม MOU ของแต่ละสถาบัน เช่น ด้านวิจัย, การรับนักศึกษาต่างชาติมาแลกเปลี่ยน เป็นต้น 2. สถานการณ์ทางการเมืองหรือระบอบ การปกครองของแต่ละประเทศ เป็นเหตุ ให้การดำเนินการตามบันทึกข้อตกลงไม่ เป็นไปตามเป้าหมายได้	1. จำนวนกิจกรรมด้าน Research Collaborative ที่ ถูกดำเนินการมีไม่น้อยกว่า 50% ของ MOU ที่มีข้อตกลง ด้านกิจกรรมกันทั้งหมด 2. จำนวนกิจกรรมด้าน Medical Conference ที่ถูก ดำเนินการมีไม่น้อยกว่า 50% ของ MOU ที่มีข้อตกลงด้าน กิจกรรมกันทั้งหมด	1. ปรับปรุงข้อมูลการประชาสัมพันธ์สถาบันที่มีบันทึก ข้อตกลง(MOU) ให้เด่นชัดมากขึ้น เช่น การ update ข้อมูลใน Rama Website, Intranet, @Rama 2. ประสานงานกับงานสื่อสารองค์กร ในการกระจาย ข้อมูลของสื่อประชาสัมพันธ์ที่มีอยู่แล้วให้ขยายตัวออกไป และตรงกับกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น บุคลากรของ ภาควิชาซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมาย ไม่เคยอ่านข้อมูลวิเทศ สัมพันธ์ใน @ Rama 3. เพิ่มกิจกรรม(Activity) กับกลุ่มนักศึกษาของคณะฯ เพื่อให้รับทราบและติดตามข้อมูลของสถาบันที่มีบันทึก ข้อตกลงความร่วมมือ(MOU) ได้อย่างรวดเร็วและเป็น ปัจจุบัน 4. ประชาสัมพันธ์ทุก 6 เดือน ให้ภาควิชา/กลุ่มสาขาวิชา ทราบถึงสถาบันที่มีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ(MOU) เพื่อกระจายข่าวสารต่อไปยังบุคลากรในสังกัดทราบ	1. ผลักดันให้เกิด Dual Program ระหว่างคณะฯ กับ สถาบันการศึกษาต่างประเทศ 2. ปรับ Format MOU แนวใหม่ โดยทุก MOU ต้องมี ข้อกำหนดเรื่อง Research Collaboration อย่างชัดเจน 3. กระตุ้นสถาบันการศึกษาที่มี MOU กับคณะฯ อยู่แล้ว ให้เกิดแผนงานในการทำ Research และ Medical Conference ร่วมกับกันคณะฯ มากขึ้น 4. เสาะหาแหล่งผู้ให้ทุนสนับสนุนด้านวิจัยหรือผู้ที่ เกี่ยวข้องกับการให้ทุนวิจัยเพื่อกระตุ้นให้เห็นถึงความ สนใจและความพยายามของคณะฯ ในการผลักดันให้เกิด งานวิจัยใหม่ๆ	ต.ค. 59 - พ.ค. 60	งานวิเทศ สัมพันธ์	ภาควิชา / กลุ่ม สาขาวิชา / หน่วยงาน การศึกษา / โรงเรียน พยาบาล รามาธิบดี	4	1.1 ประสิทธิภาพ- การดำเนินงาน ไม่เป็นไปตาม เป้าหมาย	3	สูงมาก

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2560

Cluster Education and Research														
ด้าน	ลำดับ	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2560		ผู้รับผิดชอบกิจกรรม		ระดับโอกาสเกิด	ผลกระทบที่เหลืออยู่		ระดับความเสี่ยง
							กิจกรรมควบคุม	ดำเนินการ	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)		ด้าน	ระดับ	
วิเทศสัมพันธ์	10	จำนวนอาจารย์ชาวต่างชาติจากสถาบันการศึกษาอื่นในต่างประเทศที่มหาวิทยาลัยหรือส่วนงานเชิญมาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการสอนหรือวิจัย หรือบริหารการศึกษาหรือเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการให้แก่นักศึกษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	Strategic Risk	1. ไม่มีกลไกหรือระบบที่จะเกื้อหนุนให้เกิด Visiting scholar ซึ่งในระยะเวลาที่ผ่านมาเป็นการใช้สายสัมพันธ์ส่วนตัวในการผลักดัน 2. สถานการณ์การเมืองภายในประเทศมีผลต่อการตัดสินใจมาปฏิบัติหน้าที่ของอาจารย์ชาวต่างชาติ 3. หน่วยงานเชิญอาจารย์ชาวต่างชาติมาส่วนตัว ไม่มีหนังสือหรือเอกสารเชิญอย่างเป็นทางการ ทำให้เก็บข้อมูลตาม PA มติคลังไม่ได้ 4. หน่วยงานไม่แจ้งข้อมูลการเชิญชาวต่างชาติให้งานวิเทศสัมพันธ์รับทราบ ทำให้เก็บข้อมูลไม่ได้	จำนวนอาจารย์ชาวต่างชาติจากสถาบันการศึกษาอื่นในต่างประเทศที่มหาวิทยาลัยหรือส่วนงานเชิญมาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการสอนหรือวิจัย หรือบริหารการศึกษาหรือเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการให้แก่ นักศึกษา (โดยมีจดหมาย / เอกสาร เชิญอย่างเป็นทางการ) < 20 คน	1. ประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงานทราบว่าคุณค่า มีทุนสนับสนุนผู้ที่ได้รับเชิญให้มาดำรงตำแหน่ง Visiting Scholar	1. จัดทำระบบ IT เพื่อให้มีการ update ข้อมูลชาวต่างชาติที่มาปฏิบัติหน้าที่สอนหรือวิจัย หรือบริหารการศึกษา หรือเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการให้แก่นักศึกษา เป็นไปแบบ Real time 2. ขอความร่วมมือจากหน่วยงานในคณะฯ ทำหนังสือเชิญอาจารย์ชาวต่างชาติอย่างเป็นทางการ และประสานงานวิเทศสัมพันธ์เพื่อเก็บเป็นข้อมูล	ต.ค. 59 - พ.ค. 60	งานวิเทศสัมพันธ์	ทุกหน่วยงานภายในคณะฯ ที่มีการเชิญอาจารย์ชาวต่างชาติ	3	1.1	3	สูง
วิเทศสัมพันธ์	11	ขาดแคลนบุคลากรที่มีความสามารถด้านภาษาในการปฏิบัติงาน	Operational Risk	1. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานวิเทศสัมพันธ์ มีความสามารถเฉพาะตัวด้านภาษา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีผลต่อการตัดสินใจย้ายงานเพื่อไปรับผลตอบแทนที่สูงกว่า 2. บุคลากรงานวิเทศสัมพันธ์ที่บรรจุใหม่ ส่วนใหญ่เป็นผู้สมัครจากภายนอกคณะฯ ที่ผ่านการทำงานจากบริษัทเอกชน ซึ่งจะไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานระบบรัฐ จึงทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติงานหรือไม่ชอบในระบบงานและกระบวนการต่างๆ ในการทำงาน 3. ระบบ และระเบียบการทำงานแบบรัฐในบางเรื่องไม่สนับสนุนให้บุคลากรงานวิเทศสัมพันธ์ ทำงานได้อย่างสะดวกและคล่องตัว 4. การพิจารณาอนุมัติ หรือเบิก-จ่าย ค่าตอบแทนล่าช้า 5. ยังไม่มีระบบการพัฒนาหรือการบริหารจัดการค่าตอบแทนต่างๆจากคณะฯที่ชัดเจนถาวร ดังนั้นจึงทำให้การบริหารจัดการไม่เสถียร	1. อัตราการลาออก(Turnover rate) ของบุคลากรงานวิเทศสัมพันธ์ > 2 คนต่อปีงบประมาณ 2. บุคลากรงานวิเทศสัมพันธ์ต้องสอบผ่านการวัดทักษะทางภาษาตามเกณฑ์ที่หน่วยงานกำหนดทุกคน	1. กำหนดให้มีค่าตอบแทนตามความสามารถด้านภาษา โดยวัดระดับจากผลสอบ TOEIC 2. ทบทวนหลักเกณฑ์การพิจารณาให้ค่าตอบแทนความสามารถด้านภาษา 3. ทบทวนและพิจารณาเกณฑ์การรับสมัครตำแหน่งนักวิเทศสัมพันธ์ใหม่ 4. ร่วมหรือร่วมกับฝ่ายทรัพยากรบุคคลในเรื่องทบทวนอัตราค่าตอบแทนพิเศษทางภาษาและกระบวนการเบิกจ่าย 5. ส่งนักวิเทศสัมพันธ์ไปเพิ่มทุนทักษะทางด้านภาษาให้มีความเชี่ยวชาญเพิ่มมากขึ้น	1. ส่งนักวิเทศสัมพันธ์ที่มีลักษณะงานที่ต้องประสานงานกับหน่วยงานภายนอกและต่างประเทศในระดับสูงไปเพิ่มทุนทักษะทางด้านการใช้ภาษาอังกฤษเพื่อการติดต่อสื่อสารในระดับสูง	ต.ค. 59 - พ.ค. 60	งานวิเทศสัมพันธ์	ฝ่ายทรัพยากรบุคคล	2	1.1	1	ต่ำ

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2560

Cluster Healthcare System														
ด้าน	ลำดับ	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2560		ผู้รับผิดชอบกิจกรรม		ระดับโอกาสเกิด	ผลกระทบที่เหลืออยู่		ระดับความเสี่ยง
							กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาดำเนินการ	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)		ด้าน	ระดับ	
โรงพยาบาลและศูนย์การแพทย์ สิริกิติ์และศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน	12	การเกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรจะป้องกันได้ (Preventable Event) เป็นผลทำให้โรงพยาบาลต้องให้การเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว	Operational Risk	1.การขาดความรู้ ทักษะและความชำนาญที่จำเป็นเรื่องความปลอดภัยของผู้รับบริการ(Patient Safety) 2.การละเลยไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ หรือ มาตรฐานการดูแลผู้ป่วย	NEVER EVENT = 0	1. การทบทวนเหตุการณ์โดยใช้ Root cause analysis 2. การบริการจัดการความเสี่ยงเชิงรุก - Simple - Surgical safety checklist - Hand hygiene promotion 3. การทำ RCA เหตุการณ์ความเสี่ยงระดับ E-up 4. วางระบบรายงานความเสี่ยงให้ง่ายต่อการเข้าถึง เช่นระบบการรายงานความเสี่ยงผ่าน Program IOR Online 5. การวางแผนทางเชิงป้องกันเหตุการณ์ที่เกิดการวิเคราะห์แล้ว	1. ปฏิบัติตาม Patient Safety Goals 2. เพิ่มระบบ FMEA (Failure Model and Effect Analysis : In new process design) เพื่อวัตถุประสงค์ด้านการควบคุมแบบเชิงป้องกัน (Preventive Strategy) 3. เรียนรู้จากที่อื่น (Learning from Others)	ตุลาคม 2559-พฤศจิกายน 2560 (ติดตามช่วงปีแรก) แต่แผนการดำเนินงานจริงจะครอบคลุมภายใน 2-3 ปี	1. CLT Team 2. ทีมนำระบบสำคัญของโรงพยาบาล	—	2	3.1 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร-มีผลกระทบต่อ	5	สูงมาก
โรงพยาบาลและศูนย์การแพทย์ สิริกิติ์และศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน	13	การถูกร้องเรียนหรือฟ้องร้องจากความผิดพลาดของกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาลจนถูกตัดสินว่าผิดและนำไปสู่ความเสียหายต่อชื่อเสียงภาพลักษณ์และการขาดใช้เป็นตัวเงิน	Compliance Risk	1. การผิดพลาดของกระบวนการรักษาพยาบาลและนำไปสู่เหตุการณ์ระดับ Zero Event หรือ Never Event 2.ความล่าช้าของกระบวนการรับรู้ปัญหาของผู้บริหารและนำไปสู่กระบวนการเยียวยาที่ล่าช้า	1. NEVER EVENT = 0 2. จำนวนการถูกนำเสนอสื่อโดยสื่อสาธารณะ เป็น 0 3. จำนวนเรื่องที่ผู้ป่วย/ญาติฟ้องร้องต่อศาล เป็น 0 4 จำนวนคดีที่ขึ้นสู่ศาลและถูกตัดสินทำผิด เป็น 0	1. การกำหนดมาตรการป้องกันเหตุการณ์ ZERO EVENT หรือ NEVER EVENT 2. กระบวนการรายงานเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงและมีแนวโน้มว่าจะถูกฟ้องร้องก่อนผู้ป่วยร้องเรียน 3.ระบบรายงานเรื่องร้องเรียนและ Incident Report ของคณะฯ 4. กระบวนการเยียวยาผู้รับบริการ 5.วางระบบรายงานความเสี่ยงให้ง่ายต่อการเข้าถึง เช่นระบบการรายงานความเสี่ยงผ่าน Program IOR Online	1. พัฒนาระบบการรายงาน Case ร้องเรียนให้ง่ายต่อการใช้งาน (Friendly) 2. พัฒนาระบบ Risk Treatment Team เชิงรุก ร่วมกับกระบวนการเยียวยา	ตุลาคม 2559-พฤศจิกายน 2560 (ติดตามช่วงปีแรก) ลักษณะเป็น Day-to-Day operation	ทีมบริหารคณะฯ (Team Crisis Management)	—	2	3.2 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร-ถูกฟ้องร้อง/ร้องเรียน	5	

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2560

Cluster Healthcare System														
ด้าน	ลำดับ	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2560		ผู้รับผิดชอบกิจกรรม		ระดับโอกาสเกิด	ผลกระทบที่เหลืออยู่		ระดับความเสี่ยง
							กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาดำเนินการ	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)		ด้าน	ระดับ	
โรงพยาบาลและศูนย์การแพทย์สิริกิติ์และศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์	14	การไม่ผ่านการต่ออายุการรับรองมาตรฐาน HA (Re-Accreditation)	Strategic Risk	1.คณะยังไม่สามารถพัฒนาระบบได้ตามมาตรฐานที่ HA กำหนด	1. การไม่ได้รับการรับรองมาตรฐาน HA 2. อัตราการตอบกลับ RCA ใน Case ที่จำเป็น 100 % 3. คะแนน Internal Survey มากกว่า 2.7 4. อัตราการเกิดความเสี่ยงระดับรุนแรง (E-UP) น้อยกว่า 10 % 5. การรายงานอุบัติการณ์-Near Miss มากกว่า 10 %	1.การบริหารจัดการด้านคุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก 2.จัดทำกระบวนการทำงานให้มีความชัดเจนตามหลัก SIPOC และ PDCA 3. มีกระบวนการ Internal Survey เพื่อพัฒนาคุณภาพในกระบวนการต่างๆ 4. มีการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวัง (Surveillance Survey) เพื่อเตรียมพร้อมการ (Re-Accreditation) ในรอบต่อไป	ระบบ Roadmap ตาม Episode ต่างๆ 1. Short Term Plan (1ปี) = เน้นการพัฒนาเรื่องโครงสร้างของระบบงานสำคัญ และกระบวนการสื่อสาร 2. Medium Term Plan (2-3 ปี)= ปรับระบบเพื่อการ Re-Accreditation และการเตรียมขอ AHA 3. Long Term Operation (5 ปี) = เน้นการสร้างระบบ HA เพื่อความยั่งยืน (Sustainability)	ตุลาคม 2559- พค 2560 (ติดตามช่วงปีแรก) แต่แผนการดำเนินงานจริงจะครอบคลุม ภายใน1-5 ปี	Healthcare Facilitator Team	—	1	3.1 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร-มีผลกระทบต่อ	5	สูงมาก
ศูนย์ความเป็นเลิศและสนับสนุนพันธกิจ	15	ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในด้านการหารายได้ของศูนย์สนับสนุนพันธกิจตามที่ศูนย์ฯตั้งไว้	Financial Risk	1. ศูนย์ฯไม่สามารถหารายได้ได้ตามที่คณาจารย์คาดหวัง 2. บุคลากรภายในศูนย์ฯ ไม่มีเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะการทำงานเป็นแบบเชิงรุก เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 3. นโยบายของคณะฯ บางอย่างไม่เอื้อต่อการดำเนินงานของแต่ละศูนย์ฯ ทำให้การดำเนินงานของศูนย์ฯไม่มีความคล่องตัว	1. ศูนย์สนับสนุนพันธกิจสามารถสร้างผลกำไรได้คิดเป็น 100% ของจำนวนศูนย์ฯทั้งหมด (ทุกศูนย์ฯต้องมีกำไร) 2. ความสำเร็จในการดำเนินงานตามเป้าหมาย 100% ของจำนวนศูนย์ฯ ทั้งหมด	1. บางศูนย์ฯ มีการขยายเวลาเปิดหน่วยบริการทั้งในเวลา นอกเวลา Premium Clinic และมีให้บริการแบบครบวงจร 2. บางศูนย์ฯ เปิดให้บริการ 24 ชม. ตลอด 7 วัน 3. มีการจัดการประชุม เพื่อรายงานความคืบหน้าในการดำเนินการทุก 3 เดือน 4. จัดทำแบบฟอร์มติดตามผลการดำเนินการ เพื่อให้ทราบความคืบหน้า พร้อมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาร่วมกัน 5. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ของศูนย์สนับสนุนพันธกิจ และมีการวางแผนการทำงานแบบเชิงรุก	1. การปรับโครงสร้างศูนย์ฯ ใหม่ 2. กำหนดเกณฑ์มาตรฐานรายได้ขั้นต่ำของแต่ละศูนย์ฯที่ได้ในแต่ละปี ต้องไม่ต่ำกว่าเกณฑ์กำหนดข้อตกลงที่ตั้งเป้าหมายไว้ 3. มีการประชุมหารือเพื่อกำหนดเป้าหมายในการหารายได้ในแต่ละปีของศูนย์สนับสนุนพันธกิจ 4. มีการติดตามผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ทุก 3 เดือน	ภายในปีงบประมาณ 2560	ศูนย์สนับสนุนพันธกิจ	—	2	2. มูลค่าความเสี่ยงทางการเงิน	2	ปานกลาง

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2560

Cluster Healthcare System														
ด้าน	ลำดับ	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2560		ผู้รับผิดชอบกิจกรรม		ระดับโอกาสเกิด	ผลกระทบที่เหลืออยู่		ระดับความเสี่ยง
							กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาดำเนินการ	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)		ด้าน	ระดับ	
ศูนย์ความเป็นเลิศและสนับสนุนพันธกิจ	16	การบริการที่ล้นแหลมไม่เป็นที่ไปตาม Scientifically Proven	Operational Risk	1. นำบริการทางการแพทย์ที่ยังไม่ได้รับการรับรองทางวิทยาศาสตร์มาใช้เพื่อการหารายได้	1. จำนวนข้อร้องเรียนจากการให้บริการของศูนย์ฯ \leq 5 % 2. จำนวนการฟ้องร้องที่เกิดจากการให้บริการที่ล้นแหลมของศูนย์ฯ ที่ถูกตัดสินว่าผิด (ไม่มีข้อร้องเรียน)	1. มีการควบคุม มาตรฐานให้มีการบริการที่ยังไม่ได้รับการรับรองทางวิทยาศาสตร์	-	-	-	-	2	3.3 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร-การนำเสนอข่าว	3	ปานกลาง
ศูนย์ความเป็นเลิศและสนับสนุนพันธกิจ	17	เกิดความขัดแย้งระหว่างผลประโยชน์ส่วนร่วมและส่วนตน (Conflict of interes) ของการบริการ Public Private Partnership: PPP	Operational Risk	1. ขาดการระมัดระวังในการดำเนินงานที่มีผลกระทบที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผลประโยชน์ส่วนรวมและส่วนตน เช่น การระบุชื่อแพทย์เจ้าของไข้เป็นคนเดียวทุกเคสของโรงพยาบาลเอกชนที่มีความร่วมมือร่วม	1. จำนวนข้อร้องเรียนจากการให้บริการของศูนย์ฯ (ไม่มีข้อร้องเรียน)	1. กำหนดให้มีการใส่รหัสเพื่อระบุชื่อแพทย์เจ้าของไข้แต่ละเคส กรณีโรงพยาบาลเอกชนที่มีความร่วมมือร่วม	-	-	-	-	2	3.3 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร-การนำเสนอข่าว	2	ปานกลาง

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2560

Cluster Professional Service														
ด้าน	ลำดับ	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2560		ผู้รับผิดชอบกิจกรรม		ระดับโอกาสเกิด	ผลกระทบที่เหลืออยู่		ระดับความเสี่ยง
							กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาดำเนินการ	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)		ด้าน	ระดับ	
สารสนเทศ	20	มีโอกาที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยจนส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล	Operational Risk	1. ยังไม่มีการกำหนดผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูล, การจัดลำดับชั้นการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นความลับ และเงื่อนไขในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย 2. กระบวนการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักและวัฒนธรรมที่ส่งเสริมความมั่นคงปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลผู้ป่วยให้กับบุคลากรในคณะฯ ยังไม่เพียงพอ	1. จัดทำเอกสารโครงสร้างการกำหนดสิทธิผู้ใช้งานระบบสารสนเทศในคณะฯ ร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย จำนวน <u>1 โครงการ</u> 2. จำนวนอุบัติเหตุการละเมิดข้อมูลผู้ป่วยที่ปรากฏในสื่อหรือบุคคลภายนอกคณะฯ และส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงโรงพยาบาล เท่ากับ <u>0</u>	1. มีเอกสารวิเคราะห์โครงสร้างการกำหนดสิทธิผู้ใช้งานระบบสารสนเทศสำหรับระบบงาน EMR และ EMAM แต่ยังไม่ครอบคลุมผู้ใช้งานในคณะฯ ทั้งหมด (Role-based access control) 2. จัดฝึกอบรมให้บุคลากรในคณะฯ หัวข้อ "ใช้ไอทีอย่างปลอดภัย พวกเราสบายใจ คนใช้ได้รับความคุ้มครอง" ในปีงบประมาณ 2558 และปีงบประมาณ 2559	1. จัดให้มีการทบทวนโครงสร้างการกำหนดสิทธิผู้ใช้งานระบบสารสนเทศในคณะฯ (Role-based access control) 2. จัดฝึกอบรมให้บุคลากรในคณะฯ หัวข้อ "ใช้ไอทีอย่างปลอดภัย พวกเราสบายใจ คนใช้ได้รับความคุ้มครอง" ในปีงบประมาณ 2558 และปีงบประมาณ 2559	มี.ย. 59 - พ.ค. 60	- ส่วนงานเวชสารสนเทศคลินิก และคณะทำงานฝ่ายสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง	คณะกรรมการพัฒนาสารสนเทศเพื่อบริการทางด้านการดูแลสุขภาพ	3	3.2 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร-ถูกฟ้องร้อง/ร้องเรียน	3	สูง
สารสนเทศ	21	ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯ และแต่ละกลุ่มได้ตามความต้องการ	Operational Risk	1. กระบวนการในการยืนยันความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ใช้งานทั้ง Business Owner และ End User 2. กระบวนการสื่อสารความสับสนของโครงการให้ Business Owner ของโครงการรับทราบยังไม่เพียงพอและไม่ประสิทธิภาพ	1. จัดทำเอกสารในระบบ CMMI ดังนี้ 1.1 เอกสาร TOR (Term of Requirement) ต้องได้รับการทบทวนและอนุมัติจาก Business Owner และต้องได้รับการปรับปรุงเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงความต้องการจากผู้ใช้งาน <u>100%</u> 1.2 เอกสาร UAT (User Acceptance Test) ต้องได้รับการทบทวนและผ่านเงื่อนไขการยอมรับได้ของ Business Owner <u>100%</u> 3. จัดการประชุมร่วมกับ Business Owner หรือส่งเมลรายงานความสับสนของโครงการให้รับทราบอย่างน้อยเดือนละ <u>1 ครั้ง</u> 4. กระบวนการวัดระดับความพึงพอใจของผู้ใช้งานในคณะฯ ต่อระบบสารสนเทศ โดยต้องได้รับคะแนนความพึงพอใจไม่ต่ำกว่า <u>4</u> (ระดับคะแนนเต็ม 5)	1. การใช้กระบวนการมาตรฐานด้านการพัฒนาซอฟต์แวร์ (CMMI) แต่เป็นการตรวจสอบข้อผิดพลาดในการพัฒนา ในขั้นตอนของการ Deploy Software ก่อนใช้งานจริง ซึ่งมีโอกาสไม่ตรงกับความต้องการของผู้ใช้งาน	1. การใช้กระบวนการมาตรฐานด้านการพัฒนาซอฟต์แวร์ (CMMI) 1.1 กระบวนการทบทวนและอนุมัติความต้องการของผู้ใช้งานที่ได้กำหนดไว้ (Requirements) <u>ก่อนการพัฒนาแบบจริง</u> 1.2 กระบวนการทดสอบระบบโดยผู้ใช้งาน (User Acceptance Test) เพื่อให้แน่ใจว่าระบบที่พัฒนาตรงตามกระบวนการทางธุรกิจ (Business Process) และความต้องการของผู้ใช้งานที่ได้กำหนดไว้ (Requirements) <u>ก่อนนำระบบที่ส่งการปฏิบัติงานจริง</u> 2. กระบวนการบริหารจัดการโครงการโดยผู้บริหารโครงการประชุมร่วมกับ Business Owner เพื่อรายงานความสับสนและปรับแผนร่วมกันอย่างน้อยเดือนละ <u>1 ครั้ง</u>	มี.ย. 59 - พ.ค. 60	- ส่วนงานเวชสารสนเทศคลินิก และคณะทำงานฝ่ายสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง	—	3	1.1 ประสิทธิภาพการทำงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	3	สูง

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2560

Cluster Professional Service														
ด้าน	ลำดับ	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2560		ผู้รับผิดชอบกิจกรรม		ระดับโอกาสเกิด	ผลกระทบที่เหลืออยู่		ระดับความเสี่ยง
							กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาดำเนินการ	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)		ด้าน	ระดับ	
สารสนเทศ	22	ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลสามารถใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผน	Operational Risk	1. กระบวนการตรวจสอบความพร้อมใช้งานของระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ 2. แผนความต่อเนื่องทางธุรกิจ (BCP) และแผนการกู้คืนระบบเมื่อเกิดภัยพิบัติ (DRP) ไม่ได้รับการทบทวนและทดสอบอย่างสม่ำเสมอ	1. จำนวนครั้งที่ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผน <u>ไม่เกิน 3 ครั้งต่อปี</u> 2. ระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนและไม่สามารถแก้ไขให้กลับมาใช้งานได้ภายใน 30 นาทีหลังจากที่ได้รับแจ้ง <u>ไม่เกินร้อยละ 0.5 ของระยะเวลาให้บริการทั้งหมด</u>	1. การใช้กระบวนการมาตรฐานด้าน ISO/IEC 20000:2011 ในหัวข้อ ระเบียบปฏิบัติงานการบริหารจัดการความต่อเนื่องและความพร้อมใช้ของบริการ (Continuity and Availability Management Procedure)PR_IIS_10	1. กำหนดให้มีการทบทวนแผนความต่อเนื่องทางธุรกิจ (BCP) และ/หรือ แผนการกู้คืนระบบเมื่อเกิดภัยพิบัติ (DRP) โดยรวมหัวข้อการวิเคราะห์ผลกระทบทางธุรกิจ (Business Impact Analysis: BIA) หากเกิดเหตุการณ์ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลไม่สามารถใช้การได้ ร่วมกับหน่วยงานที่ใช้งานระบบ และร่วมกันกำหนดแผนการจัดการระบบงานที่สำคัญ และจำเป็นต้องได้รับการกู้กลับคืน เช่น ระบบ Billing, ระบบ RX, ระบบ EMR (IPD/OPD), ระบบสิทธิผู้ป่วย เป็นต้น	ม.ย. 59 - พ.ค. 60	- ส่วนงานโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศ และคณะทำงานฝ่ายสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง	—	3	1.1 ประสิทธิภาพการทำงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	3	สูง
สารสนเทศ	23	ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุงผลการดำเนินการไม่ครบทุกมิติและไม่ถูกต้อง	Operational Risk	1. ข้อมูลที่อยู่ในระบบไม่ถูกต้อง เช่น ข้อมูลสูญหาย ข้อมูลแสดงผลไม่ถูกต้อง 2. ข้อมูลไม่ได้ถูกนำเข้าสู่ Data Warehouse 3. ข้อมูลที่มีอยู่ในระบบยังขาดการกำหนดนิยามที่เป็นมาตรฐาน	1. ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องได้รับการแก้ไขหลังจากที่ได้รับแจ้ง ตามกำหนด <u>มากกว่าร้อยละ 95</u> 2. ข้อมูลที่ผ่านการพิจารณาให้นำเข้าสู่ Data Warehouse สามารถดำเนินการได้ตามกำหนด <u>มากกว่าร้อยละ 80</u> 3. มีโครงการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนิยามที่เป็นมาตรฐาน <u>จำนวน 1 โครงการ</u>	1. มีระบบ Help Desk และ Email เพื่อรับแจ้งข้อมูลในระบบไม่ถูกต้อง และระบบล่ม 2. มีแนวทางการขอเพิ่มข้อมูลเข้าสู่ระบบ (RAMA_BI_PROC_02)	1. มีแผนจัดตั้งคณะทำงานเพื่อกำหนดนิยามมาตรฐาน 2. มีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำข้อมูลเข้าสู่ Data Warehouse	ม.ย. 59 - พ.ค. 60	- ส่วนงานสารสนเทศเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลทางสุขภาพ และคณะทำงานฝ่ายสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง	—	4	2. มูลค่าความเสี่ยงทางการเงิน	3	สูงมาก

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2560

Cluster Professional Service														
ด้าน	ลำดับ	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2560		ผู้รับผิดชอบกิจกรรม		ระดับโอกาสเกิด	ผลกระทบที่เหลื่ออยู่		ระดับความเสี่ยง
							กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาดำเนินการ	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)		ด้าน	ระดับ	
ทรัพยากรบุคคล	24	บุคลากรในตำแหน่งวิชาชีพเฉพาะมีอัตราการลาออกสูง	Operational Risk	1.อัตรากำลังไม่สอดคล้องกับภาระงาน 2. การบริหารงานภายในหน่วยงานขาดประสิทธิภาพ 3.เป็นตำแหน่งที่ต้องการของตลาดแรงงาน	อัตราการลาออก/ ไม่ต่อสัญญาจ้างของบุคลากรสายวิชาชีพเฉพาะ น้อยกว่าร้อยละ 5	1. การสำรวจความผูกพันของบุคลากร (Employee Engagement) 2. ดำเนินการเสริมสร้างความผูกพันแก่บุคลากรคณะฯ 3. วิเคราะห์สาเหตุการลาออก ร่วมกับการสำรวจความผูกพัน เพื่อวางแผนปรับปรุง และดำเนินการเสริมสร้างความผูกพันแก่บุคลากรคณะฯ	1. วิเคราะห์ปริมาณงาน และกระบวนการการทำงาน (Work load) เพื่อวางแผนอัตรากำลังให้สอดคล้องกับปริมาณงาน และกระบวนการทำงาน	ต.ค. 56 - พ.ค. 60	หน่วยงานแผนกลยุทธ์และพัฒนาคุณภาพงาน	คณะทำงาน (ตัวแทนของหน่วยงานต่างๆ ภายใฝายทรัพยากรบุคคล)	2	1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	3	ปานกลาง
ทรัพยากรบุคคล	25	ขาดเอกสารวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)/คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual)	Operational Risk	1. บุคลากรยังไม่ได้จัดทำเอกสารวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)/คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) ที่เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงานครบถ้วนในทุกหน่วยงาน/ กระบวนการสำคัญภายในภาควิชา 2. ยังไม่ได้มีการดำเนินการ Implement WI อย่างเป็นระบบ	1.ไม่มีข้อร้องเรียนจากการปฏิบัติงานที่ผิดพลาด (0%) 2. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการที่ถูกต้อง และเป็นมาตรฐานเดียวกัน มากกว่าร้อยละ 80	1. ดำเนินการจัดทำ Work Flow การปฏิบัติงานของทุกกระบวนการทำงานภายในฝ่ายทรัพยากรบุคคล เพื่อนำไปสู่อำนาจจัดทำเอกสารวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction) 2. แต่งตั้งคณะทำงานพิจารณาและทบทวนกระบวนการทำงาน (Work System) ของฝ่ายทรัพยากรบุคคล 3. จัดทำเอกสารวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)/คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual)	1.ดำเนินการจัดทำ Work Flow การปฏิบัติงานของทุกกระบวนการทำงานภายในฝ่ายทรัพยากรบุคคล เพื่อนำไปสู่อำนาจจัดทำเอกสารวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction) 2.จัดทำเอกสารวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)/คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual)	ต.ค. 57 - พ.ค. 60	หัวหน้าฝ่ายทรัพยากร	คณะทำงาน (ตัวแทนของหน่วยงานต่างๆ ภายใฝายทรัพยากรบุคคล)	2	1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	3	ปานกลาง

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2560

Cluster Professional Service														
ด้าน	ลำดับ	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2560		ผู้รับผิดชอบกิจกรรม		ระดับโอกาสเกิด	ผลกระทบที่เหลืออยู่		ระดับความเสี่ยง
							กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาดำเนินการ	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)		ด้าน	ระดับ	
ทรัพยากรบุคคล	26	ถูกร้องเรียน /ฟ้องร้องจากบุคลากรกรณีการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงานประจำปี	Compliance Risk	1.บุคลากรไม่ได้รับการแจ้งผลการประเมินการปฏิบัติงานจากหน่วยงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงาน 2.บุคลากรรู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการประเมินผลการปฏิบัติงาน	1.จำนวนข้อร้องเรียนด้านการดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติงานจากบุคลากรเท่ากับ 0	1. ดำเนินการชี้แจงภาคีวิชา หน่วยงานต่าง ๆ ถึงหลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงาน 2. ดำเนินการตามกระบวนการใกล้เคียงตามลำดับขั้นตอนที่ชัดเจน	1. ดำเนินการสุ่มตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางประเมินผลการปฏิบัติงานที่กำหนดในแต่ละหน่วยงาน	ต.ค. 58 - พ.ค. 60	กลุ่มงานประเมินผล	—	1	3.2 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร-ถูกฟ้องร้อง/ร้องเรียน	4	สูง
ทรัพยากรบุคคล	27	การวางแผนและจัดทำกำลังคนไม่เพียงพอ/ ไม่ทันการต่อกรขยายงานที่สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบศรหรืออาจทำให้เปิดได้ไม่ทันตามกำหนด	Strategic Risk	1. ยังไม่มีแผนการบริหารจัดการงานที่แน่นอน ทำให้การวางแผนอัตรากำลังของบางหน่วยงานยังไม่ชัดเจน 2. งานบางตำแหน่งขาดแคลนและหายาก ต้องใช้เวลาในการสรรหามา 3. สถาบันฯ เปิดใหม่ ผู้สมัครงานรู้สึกว่าเป็นพื้นที่ห่างไกล เดินทางลำบาก และอาจจะขาดความพร้อมในหลายๆ ด้าน ซึ่งการสรรหาจากชุมชนท้องถิ่นไม่เพียงพอ 4. บุคลากรเดิมไม่ต้องการย้ายไป เพราะรู้สึกว่าการเดินทางลำบาก ขาดความสะดวกขาดความพร้อมในหลายๆ ด้าน รวมทั้งต้องโยกย้ายถิ่นฐาน 5. ยังไม่มีข้อสรุปเรื่องค่าตอบแทนเพิ่มเติมสำหรับกลุ่มบุคลากรที่ประจำที่สถาบันฯ	1. จัดหาอัตรากำลังที่จำเป็นต่อการเปิดสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบศร	1. ร่วมดำเนินการวางแผนอัตรากำลังและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเปิดสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบศร 2. จัดทำแผนดำเนินการสรรหาและคัดเลือกบุคลากรร่อนนำเสนอขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ 3. จัดทำข้อเสนออัตราค่าตอบแทนบุคลากร	1.หารือกับหน่วยงานแต่ละหน่วยเพื่อร่วมกันวางแผนอัตรากำลัง และแผนการดำเนินการ เช่น สื่อสารองค์กร สถาบันจักรีฯ และภาคีวิชา/ฝ่ายงานต่างๆ 2. จัดทำแผนการดำเนินการสรรหาและคัดเลือกตามแผนอัตรากำลัง 3. จัดทำข้อเสนอค่าตอบแทนกลุ่มบุคลากรของสถาบันจักรีฯ 4. นำเสนอแผนทั้งหมดให้คณะกรรมการบริหารคณะอนุมัติการดำเนินการ	ต.ค. 59 - พ.ค. 60	1.หน่วยวางแผนกลยุทธ์และพัฒนาคูณภาพงาน 2.ฝ่ายทรัพยากรบุคคล 3.สถาบันจักรีฯ	1.ภาคีวิชา/ฝ่ายต่างๆ 2.สื่อสารองค์กร	4	1.1 ประสิทธิภาพการทำงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	5	สูงมาก

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2560

Cluster Professional Service														
ด้าน	ลำดับ	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2560		ผู้รับผิดชอบกิจกรรม		ระดับโอกาสเกิด	ผลกระทบที่เหลืออยู่		ระดับความเสี่ยง
							กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาดำเนินการ	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)		ด้าน	ระดับ	
พัฒนาคุณภาพงาน	28	คณะยังไม่สามารถจัดทำแผนการปรับปรุงตามโอกาสพัฒนา (OF) ที่ได้รับจากการตรวจประเมินจากมหาวิทยาลัย	Operational Risk	พันธกิจ/ภาควิชา/หน่วยงาน บางส่วนยังขาดความเข้าใจในกระบวนการปรับปรุงระบบงานตามโอกาสพัฒนาที่ได้รับและไม่เห็นถึงความสำคัญของการปรับปรุงโอกาสพัฒนา	1.แผนการปรับปรุงตามโอกาสพัฒนาไม่น้อยกว่า 2 เรื่องต่อปี จากโอกาสพัฒนาที่ได้รับจากการตรวจประเมินจากมหาวิทยาลัย	1. แจ้งในที่ประชุม กก.ส่วนงานฯ เรื่องการได้รับโอกาสพัฒนาและผู้รับผิดชอบหลักเพื่อจัดทำแผนการปรับปรุงในแต่ละด้าน 2. ให้คำปรึกษาในเรื่องการจัดทำแผนการปรับปรุงแก่หน่วยงานภายในคณะฯ ที่แจ้งความประสงค์เข้ามา	1.ติดตามผลจากการตรวจประเมินภายในองค์กร (Internal Assessment)	ตุลาคม 2559 - กันยายน 2560	งานพัฒนาคุณภาพงาน	—	3	3.1 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร-มีผลกระทบต่อ	3	สูง
พัฒนาคุณภาพงาน	29	ภาควิชา/หน่วยงาน ไม่มีการเก็บรวบรวมองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ	Operational Risk	ขาดเวทีสำหรับให้ผู้ที่มีความรู้ได้ใช้ถ่ายทอด/sharing	1.จำนวนข้อมูลที่ถอดบทเรียนจากการ AARไม่น้อยกว่า 10 เรื่อง/ปี	1. ส่งแบบฟอร์ม AAR ซึ่งเป็นแบบฟอร์มสำหรับเก็บประเด็นองค์ความรู้ ไปยังทุกภาควิชาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามจัดเก็บองค์ความรู้ สำหรับภาควิชาที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในและขอความร่วมมือให้กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มส่งให้งานพัฒนาคุณภาพฯ เพื่อดำเนินการจัดเก็บและเผยแพร่ต่อไป 2. จัดโครงการ "อบรมการถอดบทเรียน" โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันภายนอกมาเป็นวิทยากรให้ความรู้แก่บุคลากรกลุ่มเป้าหมาย	—	—	—	—	1	1.1 ประสิทธิภาพการทำงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	1	ต่ำ
สื่อสารองค์กร	30	ประชาชนรับชมสถานีรามาชานเล็กน้อย ส่งผลให้ Rating ของสถานีไม่เป็นไปตาม PA ที่กำหนด	Strategic Risk	1.ช่องทางการรับชมอยู่ในวงจำกัด ขอบเขตของกลุ่มผู้ชมน้อย ด้วยระบบจำกัดในระบบของ True vision 2. รูปแบบของรายการยังไม่น่าสนใจ เนื่องจากงบประมาณที่ใช้ในการผลิตรายการมีจำกัด	1.Rating ของผู้ชมรายการมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปีก่อนไม่น้อยกว่า 0.02 ต่อปี	1. เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น 1.1 จัดกิจกรรมต่างๆร่วมกับหน่วยงานภายนอกที่มีชื่อเสียงและเป็นที่ยอมรับ เพื่ออาศัยช่องทางเหล่านั้น ในการเพิ่มจำนวนผู้ชมรายการ เช่น Youtube Live , Application ผ่าน Smart Phone หรือ Tablet, ผ่าน ทางระบบ TV, ระบบ Internet 1.2 นำรายการที่ผลิตไปออกอากาศในช่องหรือสถานีอื่นๆ ที่เป็นที่ยอมรับของผู้ชมทั่วไป เช่น ช่อง 3, 5, 7, 9 หรือ TV Digital หรือ TV ดาวเทียมช่องต่างๆ 2. จัดกิจกรรม (Event) เพื่อประชาสัมพันธ์สถานีรามาชานแนล ทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด	—	—	—	—	2	1.1 ประสิทธิภาพการทำงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	3	ปานกลาง

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2560

Cluster Professional Service														
ด้าน	ลำดับ	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2560		ผู้รับผิดชอบกิจกรรม		ระดับโอกาสเกิด	ผลกระทบที่เหลื่ออยู่		ระดับความเสี่ยง
							กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาดำเนินการ	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)		ด้าน	ระดับ	
สื่อสารองค์กร	31	การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของกลุ่มเป้าหมายทั้งภายในและภายนอกคณะ	Operational Risk	1. ข้อมูลและข่าวสารมีความหลากหลาย/กลุ่มเป้าหมายเลือกเปิดรับสารเพียงบางประเภท และให้ความสนใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องเฉพาะตนเอง 2. บุคลากรไม่เปิดรับข้อมูลข่าวสารจากช่องทางต่างๆที่คณะฯ จัดให้ 3. เครื่องมือและกลไกการสื่อสารภายในของคณะฯยังไม่เป็นระบบ 4. ไม่มีการสื่อสารกับลูกค้าและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านด้านการวิจัยอย่างเป็นระบบ	1. ผลการประเมินการรับรู้ข่าวสารของบุคลากรภายในคณะฯ มากกว่าร้อยละ 80	1. จัดทำโครงการ Rama Network (1:20) เพื่อสร้าง "การสื่อสารระหว่างบุคคล" ให้สามารถกระจายข่าวสารของคณะฯได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2. เพิ่มการสำรวจการรับรู้ข่าวสารของบุคลากรภายในคณะฯ เป็นปีละ 2 ครั้ง และจัดกิจกรรมเพื่อประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้บุคลากรร่วมตอบแบบสอบถามให้ได้มากที่สุด 3. จัดให้มีการสัมมนาเชิญผู้บริหารรับรู้ข่าวสารของบุคลากรในแต่ละหน่วยงานประมาณ 1-2 คน เพื่อประเมินผลและพัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสารของตัวแทน Rama Network (1:20)	1. เพิ่มช่องทางสื่อสารโดยการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้	1 ต.ค.59-31 พ.ค. 60	งานสื่อสารองค์กร	—	2	1.1 ประสิทธิภาพการทำงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	3	ปานกลาง
สื่อสารองค์กร	32	ขาดการจัดการด้านการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ	Operational Risk	1. ไม่มีระบบการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเป็นรูปธรรม	1. ร้อยละ 80 ของบุคลากรทราบถึงขั้นตอนการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องและเป็นระบบ	ไม่มี	1. แต่งตั้งคณะกรรมการผู้รับผิดชอบ 2. จัดทำระบบการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทั้งคณะฯ	1 ต.ค.59-31 พ.ค. 60	งานสื่อสารองค์กร	—	1	3.3 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร-การนำเสนอข่าว	4	สูง
สร้างเสริมสุขภาพ	33	บุคลากรในคณะฯมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม	Strategic Risk	1. บุคลากรในคณะฯไม่เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	1. จำนวนบุคลากรไม่เกินร้อยละ 50 ที่ไม่ได้ออกกำลังกาย 2. จำนวนบุคลากรไม่เกินร้อยละ 1 ที่สูบบุหรี่	1. สนับสนุน และประชาสัมพันธ์โครงการ/กิจกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพ 2. สร้างอาสาสมัครในหน่วยงานเพื่อเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพ 3. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ 4. การประสานงานกับหน่วยงานที่ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อบูรณาการงาน 5. นำเสนอบุคคล/หน่วยงานต้นแบบในงานมหกรรมคุณภาพ	1. เพิ่มข้อสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพในแบบสำรวจสุขภาพของบุคลากร 2. ประเมินผลข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากร	1 ต.ค.59-31 พ.ค. 60	งานสร้างเสริมสุขภาพ	ฝ่ายทรัพยากรบุคคล / หน่วยบริการสุขภาพบุคลากร	3	1.1 ประสิทธิภาพการทำงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	2	ปานกลาง

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2560

Cluster Professional Service														
ด้าน	ลำดับ	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2560		ผู้รับผิดชอบกิจกรรม		ระดับโอกาสเกิด	ผลกระทบที่เหลืออยู่		ระดับความเสี่ยง
							กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาดำเนินการ	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)		ด้าน	ระดับ	
กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (ยานพาหนะ)	34	อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการยานพาหนะ	Operational Risk	1.พนักงานขับรถใช้ความเร็วเกินอัตราที่กำหนด 2.พนักงานขับรถยนต์ ขับขี่ด้วยความประมาท 3.พนักงานขับรถยนต์มีปัญหาด้านสุขภาพ 4.สภาพรถยนต์ไม่พร้อมใช้งาน 5.จากผู้ขับขี่อื่นๆ ที่ใช้ถนนร่วมกัน	1.สถิติสาเหตุเกิดอุบัติเหตุจากพนักงานขับรถ น้อยกว่า 5 ครั้ง/ปีงบประมาณ	1. ติดตั้งGPSและตรวจสอบข้อมูลการใช้ความเร็วของพนักงานขับรถยนต์ด้วยระบบ GPS และแจ้งให้ พพร.ทราบ 2.ติดตั้งกล้องสัญญาณเตือนความเร็วเมื่อใช้อัตราความเร็วเกินกำหนด 3.กำหนดอัตราการใช้ความเร็วของรถแต่ละประเภท 4.จัดอบรมเพิ่มทักษะการขับขี่ปลอดภัย 5.จัดทำ พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยทางรถยนต์ 6.จัดทำประกันภัยของรถยนต์คณะฯ 7.ตรวจสอบและบำรุงรักษายานพาหนะตามระยะเวลาที่กำหนด	-	-	-	-	1	4. ความปลอดภัย	2	ต่ำ
กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (รักษาความปลอดภัย)	35	การเกิดอัคคีภัย	Operational Risk	1. อาคารต่างๆเป็นอาคารเก่าอายุการใช้งานนานปี 2. เจ้าหน้าที่ประเภทไม่ระมัดระวัง	1.จำนวนการเกิดอัคคีภัยลูกตามจนไม่สามารถดับได้ จำนวน 0 ครั้ง/ปี	1. ให้ความรู้กับบุคลากรในการใช้อุปกรณ์ดับเพลิงระงับเหตุเบื้องต้น 2. จัดการฝึกซ้อมแผนปฏิบัติการดับเหตุเพลิงไหม้และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 3. จัดการฝึกอบรมหลักสูตร เทคนิคการผจญเพลิงขั้นสูงให้กับเจ้าหน้าที่ รปภ.ทุกปี 4. จัดเจ้าหน้าที่ รปภ.ทำการตรวจสอบอุปกรณ์ดับเพลิงให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ 5. จัดเจ้าหน้าที่ รปภ. ตรวจสอบทางหนีไฟให้พร้อมใช้งานเสมอ 6. จัดเจ้าหน้าที่ รปภ. เดินตรวจสอบหลังเวลาราชการหน่วยงานใดลิ้มปีคอุปกรณ์ไฟฟ้า 7. จัดอบรมให้ความรู้พยาบาลใหม่ในการใช้อุปกรณ์ดับเพลิงปีละ 1 ครั้ง 8. ให้ความรู้ในการปฐมพยาบาลการเข้าใหม่เดือนละ 1 ครั้ง	-	-	-	-	2	4. ความปลอดภัย	1	ต่ำ

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2560

Cluster Professional Service														
ด้าน	ลำดับ	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2560		ผู้รับผิดชอบกิจกรรม		ระดับโอกาสเกิด	ผลกระทบที่เหลืออยู่		ระดับความเสี่ยง
							กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาดำเนินการ	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)		ด้าน	ระดับ	
กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (วิศวกรรมบริการ)	36	กระแสไฟฟ้าขัดข้อง (เนื่องจากกระแสไฟฟ้าไม่เพียงพอ)	Operational Risk	1.ความต้องการใช้งานไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้น	1.กระแสไฟฟ้าดับ 0 ครั้งต่อปี 2.กระแสไฟฟ้ากระพริบ 1 ครั้งต่อปี	1.มีการตรวจเช็คประจำวัน เดือน ปี 2. จัดบันทึกค่ากระแสไฟฟ้า 3.มีการติดตั้งมิเตอร์ไฟฟ้าย่อย เพื่อตรวจวัดปริมาณกระแสไฟฟ้า	—	—	—	—	1	1.1 ประสิทธิภาพการทำงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	2	ต่ำ
กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (วิศวกรรมบริการ)	37	น้ำประปาสำหรับอุปโภคบริโภค มีการปนเปื้อน	Operational Risk	1.เครื่องกรองน้ำและไส้กรองน้ำ ไม่มีการบำรุงรักษาอย่างต่อเนื่อง	1.ตรวจพบเชื้อแบคทีเรียปนเปื้อนในน้ำดื่มต้องเท่ากับ 0 ครั้ง/ปี	1.การเปลี่ยนไส้กรองน้ำตามอายุการใช้งานของไส้กรอง 2.การล้างบอพักน้ำสำรองใต้ดินและคาดฟ้าปีละ1ครั้ง	1.ล้างเครื่องกรองน้ำทุก3เดือน 2.ตรวจวัดค่าน้ำทุก3เดือน	ม.ย.59-พ.ค.60	งานวิศวกรรมบริการ	—	2	3.1 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร-มีผลกระทบต่อ	3	ปานกลาง
กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)	38	บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/ เจ็บป่วย	Operational Risk	1. บุคลากรปฏิบัติงาน โดยขาดความรู้ในการทำงานอย่างปลอดภัย 2. บุคลากรปฏิบัติงาน โดยขาดอุปกรณ์ป้องกัน หรือขาดความตระหนักในความสำคัญของการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน 3. สภาพแวดล้อมในการทำงานไม่ปลอดภัย 4. อุปกรณ์-เครื่องมือในการปฏิบัติงานไม่พร้อมใช้งาน	1.ผ่านเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรใน รพ. (ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค) /ระดับ 5 2.อัตราความถี่การบาดเจ็บ,เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงานไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนการบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยในบุคลากรทั้งหมด 3.อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงาน ของบุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรงไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนการบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยในบุคลากรทั้งหมด 4.อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงาน ของบุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ไม่เกิน ร้อยละ20 ของจำนวนการบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยในบุคลากรทั้งหมด	1.ประเมินความเสี่ยงสิ่งคุกคาม ด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคลากรในคณะฯ 2.ตั้งศูนย์รวบรวมสถิติ อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงาน 3.จัดโครงการอบรม ด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม 4.เป็นศูนย์กลางรับอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องจากงาน	—	—	—	—	2	4. ความปลอดภัย	2	ปานกลาง

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2560

Cluster Professional Service														
ด้าน	ลำดับ	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2560		ผู้รับผิดชอบกิจกรรม		ระดับโอกาสเกิด	ผลกระทบที่เหลืออยู่		ระดับความเสี่ยง
							กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาดำเนินการ	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)		ด้าน	ระดับ	
กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)	39	การจัดการขยะไม่ได้ตามมาตรฐานสากล	Operational Risk	1. หน่วยงานบริการผู้ป่วยแยกขยะในหน่วยงานไม่ครบถ้วน	1. หน่วยงานบริการผู้ป่วยสามารถแยกประเภทขยะได้อย่างถูกต้องร้อยละ 100 2. หน่วยงานบริการผู้ป่วยมีถังแยกประเภทขยะครบทุก ประเภทร้อยละ 100	1. สุ่มตรวจการแยกขยะหน่วยบริการผู้ป่วยเป็นประจำทุกเดือน 2. มีการจัดถังขยะแต่ละประเภทไว้ภายในหน่วยงาน	1. จัดทำถังขยะที่เหมาะสมและแยกประเภท ให้แต่ละหน่วยงาน 2. สุ่มสำรวจความถูกต้องของการแยกประเภทขยะของแต่ละหน่วยงาน	ต.ค.59-พ.ค.60	งานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	คณะทำงานการบริหารจัดการขยะ	4	1.1 ประสิทธิภาพการทำงาน	2	สูง
การเงินและงบประมาณ	40	ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเก็บเงินค่ารักษา	Financial Risk	1. เก็บเงินไม่ครบถ้วนถูกต้อง/ ได้รับความเสียหาย/ จัดเก็บไม่ได้เนื่องจาก 1.1 ได้รับข้อมูลจากจุดบริการผ่านระบบสารสนเทศของคณะฯ ไม่ครบถ้วน ถูกต้อง 1.2 ผู้ป่วยรับบริการแล้วไม่ชำระเงินด้วยสาเหตุต่างๆ 1.3 การรับรองสิทธิไม่ถูกต้อง	1. การจัดเก็บเงิน 1.1 ให้นำส่งเงินรายได้ที่จัดเก็บครบถ้วนถูกต้องทุกวันที่รับเงินและในวันทำการถัดไปกรณีนอกเวลาราชการ 1.2 กรณีเงินเชื่อระยะเวลาในการได้รับชำระหนี้ 60 วัน	1. การจัดเก็บเงิน 1.1 การรับเงินผู้ป่วยนอก 1.2 การรับเงินผู้ป่วยใน 1.3 สรุปรายงานรับเงินค่ารักษา	1. ประสานงานกับฝ่ายสารสนเทศเพื่อการแก้ไขปัญหาในระบบฐานข้อมูล การส่งข้อมูลมายังระบบจัดเก็บค่ารักษา (Billing System) 2. ประสานงานกับหน่วยรับรองสิทธิ ค่ารักษาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจสอบสิทธิและหาระบบที่งานจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลสามารถตรวจสอบสิทธิเองได้ 3. ให้คณะฯ พัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยที่ใช้สิทธิโดยไม่ต้องชำระเงิน สามารถรับบริการ ณ จุดบริการต่างๆ โดยไม่ต้องงบบันทึกสิทธิที่งานจัดเก็บค่ารักษาอีก	23 มิถุนายน - ธันวาคม 2559 23 มิถุนายน - ธันวาคม 2559 1 ตุลาคม 2559 - พฤษภาคม 2560	หัวหน้างานจัดเก็บค่ารักษาสารสนเทศ	หัวหน้าฝ่ายสารสนเทศ	5	2. มูลค่าความเสียหายทางการเงิน	2	สูง
การเงินและงบประมาณ	41	ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการทางด้านการบริหารงบประมาณ	Financial Risk	การจองงบประมาณ/การยกยอดการผูกพัน/การเบิกจ่าย - ผู้มีอำนาจอนุมัติวงเงินงบประมาณก่อนการตรวจสอบความถูกต้อง - ข้อมูลในฐานข้อมูลมีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ทำให้การยกยอดไปไม่ถูกต้อง - ภาควิชา/หน่วยงาน ไม่สามารถจัดหาวัสดุ/เบิกจ่ายได้ทันในปีงบประมาณที่ได้รับอนุมัติ - ภาควิชา/หน่วยงานส่งเอกสารเบิกจ่ายตามปีงบประมาณที่ได้รับล่าช้า	อัตราส่วนการเบิกจ่ายงบประมาณ - ทุกหมวดกระจายทุกแหล่งเงินสิ้นสุดวันที่ 30 ก.ย. ร้อยละ 70 - งบลงทุน ร้อยละ 62.50	1. มีคู่มือและแนวปฏิบัติการจองงบประมาณ 2. การบันทึกข้อมูลในระบบ SAP เป็นขั้นตอนเพื่อให้ได้ใบจองงบประมาณและมีการตรวจสอบข้อมูลงบประมาณคงเหลือในระบบ SAP อัตโนมัติ กรณีที่งบประมาณที่เหลืออยู่ในระบบไม่เพียงพอ จะไม่สามารถบันทึกข้อมูลใบจองงบประมาณได้	1. แผนการอบรมให้ความรู้การจองงบประมาณแก่เจ้าหน้าที่ของภาควิชา/หน่วยงานที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการจัดทำเอกสารขออนุมัติหลักการ ค่าใช้จ่ายต่างๆ เพื่อให้การใช้งบประมาณถูกต้องเบิกจ่ายทันภายในปีงบประมาณ 2. เพิ่มระบบการแจ้งเตือนทาง SMS เมื่อออกใบจองงบประมาณ ครบ 60 วัน (ยังไม่มีดำเนินการ) พร้อมส่งข้อมูลทาง E-Mail และยกเลิกการจองงบประมาณเมื่อครบ 60 วัน	1 ตุลาคม - 30 พฤศจิกายน 2559	หัวหน้าหน่วยงานงบประมาณ	หัวหน้างานงบประมาณและบริหารทั่วไป	3	1.1 ประสิทธิภาพการทำงาน	1	ต่ำ

ที่ปรึกษา : ศ.คลินิก นพ.พรชัย มุลพฤกษ์

บรรณาธิการ : นายปฎิภาณ แซ่หลิม

เรียบเรียง :

1. นางสาววิรงรอง ภูวิชัย

2. นางศิริพร ทองวัน

ออกแบบปก : นางสาวพิกุล โสเจยยะ

จัดทำโดย
งานบริหารความเสี่ยง สำนักงานคณบดี
โทร 02-201-0063 โทรสาร 02-201-0063