

Risk Assessment Report

รายงานการประเมินความเสี่ยง

ปีงบประมาณ

2562

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร.....	1
แนวทางการประเมินความเสี่ยง.....	4
➤ ขอบเขตการประเมินความเสี่ยง.....	5
➤ กระบวนการประเมินความเสี่ยง.....	6
➤ การกำหนดระดับความเสี่ยง	8
➤ การพัฒนากระบวนการประเมินความเสี่ยง	10
ผลการประเมินความเสี่ยงของคณะฯ	
➤ ภาพรวมผลความเสี่ยง.....	11
➤ ผลการประเมินความเสี่ยงตามระดับความเสี่ยง (โซนความเสี่ยง).....	18
● ความเสี่ยงระดับสูงมาก (Red Zone).....	19
● ความเสี่ยงระดับสูง (Orange Zone).....	27
● ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone).....	41
● ความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone).....	43
ภาคผนวก.....	46

สารบัญ

รูปภาพที่	หน้า
1 COSO : Enterprise Risk Management-Integrated Framework 2004	4
2 แสดงรายละเอียดกระบวนการประเมินความเสี่ยง	6
3 จำนวนและร้อยละของความเสี่ยงจำแนกตามความเสี่ยงเดิม/ใหม่	11
4 จำนวนและร้อยละของความเสี่ยงจำแนกตามประเภทความเสี่ยง	12
5 จำนวนและร้อยละของความเสี่ยงจำแนกตามแต่ละCluster และประเภทความเสี่ยง	13
6 จำนวนและร้อยละของระดับความเสี่ยงจำแนกตามโซนสี	16
7 Risk Map แสดงระดับความเสี่ยงของคณะฯ	17
8 จำนวนและร้อยละระดับของความเสี่ยงระดับสูงมาก (Red Zone) จำแนกตาม Cluster	20
9 Risk Map แสดงระดับความเสี่ยงที่อยู่ในระดับสูงมาก (Red Zone)	22
10 จำนวนและร้อยละของความเสี่ยงระดับสูง (Orange Zone) จำแนกตาม Cluster	28
11 Risk Map แสดงระดับความเสี่ยงที่อยู่ในระดับสูง (Orange Zone)	31
12 Risk Map แสดงระดับความเสี่ยงที่อยู่ในระดับปานกลาง (Yellow Zone)	41
13 จำนวนและร้อยละของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) จำแนกตาม Cluster	41
14 Risk Map แสดงระดับความเสี่ยงที่อยู่ในระดับต่ำ (Green Zone)	43
15 จำนวนและร้อยละของความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) จำแนกตาม Cluster	44

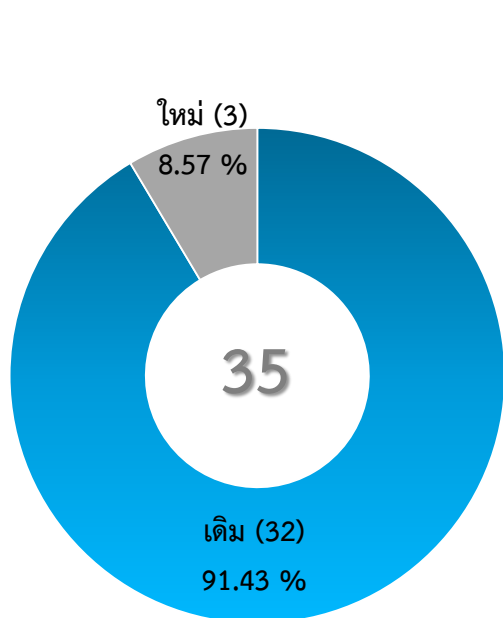
สารบัญ

ตารางที่	หน้า
1 ระดับความเสี่ยง (Risk Map)	9
2 ระดับความเสี่ยง ความหมายและแนวทางการจัดการความเสี่ยง	9
3 สรุปจำนวนความเสี่ยงของแต่ละพันธกิจจำแนกตามประเภทความเสี่ยง.....	14-15
4 แสดงความเสี่ยงระดับสูงมาก (Red Zone)	19
5 แสดงความสอดคล้องกันระหว่างความเสี่ยงและวิสัยทัศน์/ยุทธศาสตร์ของมหาวิทยาลัยมหิดลและคณะฯ	21
6 แสดงความเสี่ยงระดับสูง (Orange Zone)	27-28
7 แสดงความสอดคล้องกันระหว่างความเสี่ยงและวิสัยทัศน์/ยุทธศาสตร์ของมหาวิทยาลัยมหิดลและคณะฯ	29-30
8 แสดงความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone)	42-43
9 แสดงความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone)	44-45

บทสรุปผู้บริหาร

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีดำเนินการประเมินความเสี่ยงของคณะฯและกำหนดแผนการจัดการความเสี่ยงในทุกปีงบประมาณเพื่อใช้ในการบริหารจัดการความเสี่ยงภายในคณะฯ และรายงานแผนการจัดการความเสี่ยงในระดับสูงมาก (Red zone) และระดับสูง (Orange zone) ไปยังมหาวิทยาลัยมหิดล

สำหรับการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2562 นี้ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม 2561 โดยวิธีการหลักๆ คือ ร่วมหารือในเชิงการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) กับเจ้าของความเสี่ยง (Risk owner) ได้แก่ รองคณบดีที่รับผิดชอบในแต่ละ และผู้เกี่ยวข้องเพื่อระบุความเสี่ยงที่มี โดยเน้นการบริหารความเสี่ยงเป็นผู้รับผิดชอบดูแลและประสานงานทั้งพันธกิจตั้งแต่เริ่มกระบวนการคือ การเตรียมข้อมูลสำหรับการประเมินความเสี่ยง จนกระบวนการสุดท้ายคือ การติดตามผลการจัดการความเสี่ยง เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจพันธกิจในเชิงลึกส่งผลให้สามารถช่วยสนับสนุนและประสานงานกับเจ้าของความเสี่ยงในแต่ละพันธกิจได้อย่างครบถ้วนครอบคลุม และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของผลการบริหารจัดการความเสี่ยงให้มากขึ้น



ผลความเสี่ยงของคณะฯที่ประเมินได้ใน

ปีงบประมาณนี้ มีจำนวนทั้งสิ้น 35 ความเสี่ยง โดยเป็นความเสี่ยงเดิมมากกว่าความเสี่ยงใหม่ (จำนวน 32 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 91.43 จากความเสี่ยงทั้งหมด) ซึ่งความเสี่ยงเดิมมีการกระจายตัวอยู่ในทุกระดับความเสี่ยง ทั้งระดับสูงมาก (Red Zone) ระดับสูง (Orange Zone) ระดับปานกลาง (Yellow Zone) และระดับต่ำ (Green Zone)

สำหรับสาเหตุที่ทำให้ความเสี่ยงเดิมยังคงถูกยกมาเป็นความเสี่ยงในปีงบประมาณนี้ มี 3 ประเด็นหลัก คือ

1. ระดับความเสี่ยงยังคงที่ และไม่สามารถจัดการให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ อาจเนื่องมาจากกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงส่วนใหญ่ยังคงดำเนินการไม่เสร็จสิ้น ต้องดำเนินการต่อเนื่อง
2. ความเสี่ยงส่วนใหญ่ต้องอาศัยการจัดการร่วมกันของหลายหน่วยงาน (Cross Functional Risks) ดังนั้นจึงต้องใช้เวลาในการดำเนินการจัดการความเสี่ยง
3. ความเสี่ยงสามารถจัดการระดับความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่พิจารณาว่าเป็นความเสี่ยงสำคัญของแต่ละพันธกิจซึ่งต้องมีการติดตามและเฝ้าระวังความเสี่ยงอย่างใกล้ชิด

สำหรับความเสี่ยงใหม่ (จำนวน 3 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 8.57 จากความเสี่ยงทั้งหมด) เป็นความเสี่ยงที่กระจายตัวอยู่ใน 3 ระดับความเสี่ยงคือ ระดับความเสี่ยงสูงมาก (Red Zone) 1 ความเสี่ยง ระดับความเสี่ยงสูง (Orange Zone) 1 ความเสี่ยง และระดับปานกลาง (Yellow Zone) 1 ความเสี่ยง โดยความเสี่ยงใหม่เป็นความเสี่ยงของพันธกิจหลักของคณะฯ ทั้งความเสี่ยงด้านการศึกษา และด้านการวิจัย ได้แก่

1. การเตรียมทรัพยากรเพื่อรองรับหลักสูตรใหม่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
2. การดำเนินการเพื่อให้หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านผ่านการตรวจประเมินตามเกณฑ์ WFME ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
3. ความคลาดเคลื่อนในการรับ-เบิกจ่ายเงินทุนวิจัย

เมื่อพิจารณาตามระดับความเสี่ยง (โซนสี)

พบว่า

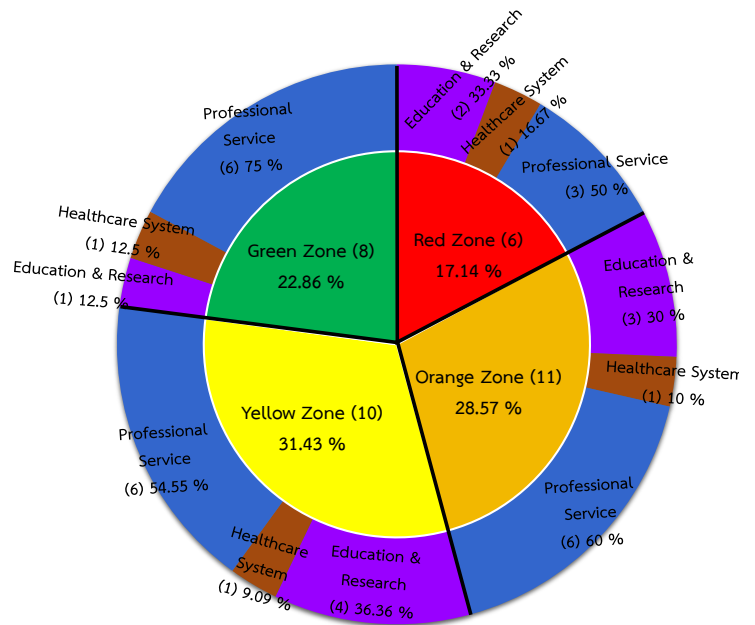
- Red Zone – ความเสี่ยงระดับสูงมาก มีจำนวน 6 ความเสี่ยง
- Orange Zone – ความเสี่ยงระดับสูง มีจำนวน 10 ความเสี่ยง
- Yellow Zone – ความเสี่ยงระดับปานกลาง มีจำนวน 11 ความเสี่ยง
- Green Zone – ความเสี่ยงระดับต่ำ มีจำนวน 8 ความเสี่ยง

ในทุกระดับความเสี่ยงมีความเสี่ยงของทุก

Cluster โดย Professional Service Cluster เป็น

Cluster ที่มีความเสี่ยงมากที่สุด อาจเนื่องมาจาก

Cluster นี้ประกอบด้วยพันธกิจสนับสนุนทั้งหมด จึงทำให้มีสัดส่วนของพันธกิจที่อยู่ใน Cluster นี้มากที่สุด



สำหรับความเสี่ยงสำคัญของคณะฯซึ่งอยู่ในระดับสูงมาก (Red Zone) นั้น ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงเดิม (5 จาก 6 ความเสี่ยง) โดยพบว่า ร้อยละ 80 ของความเสี่ยงเดิมในโซนนี้ มีระดับความเสี่ยงคงที่ เนื่องมาจาก 4 สาเหตุหลัก คือ

1. กิจกรรมควบคุมความเสี่ยงยังดำเนินการไม่เสร็จสิ้น
2. ตัวชี้วัดความเสี่ยงยังไม่ได้ตามเป้าหมาย
3. พบสาเหตุใหม่เพิ่มเติม
4. พบค่าสถิติโอกาสเกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้น

ส่วนความเสี่ยงใหม่ 1 ความเสี่ยงนั้น เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเปิดสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ (CNMI) และกระทบต่อระบบการเรียนการสอนของคณะฯทั้งระบบ

สำหรับประเภทของความเสี่ยงความเสี่ยงในโซนนี้ มีความเสี่ยงเพียง 2 ประเภทคือ ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) และความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ในสัดส่วนที่เท่าๆกัน โดยเมื่อพิจารณาความเสี่ยงที่เป็นด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) พบว่า เป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับกระบวนการสำคัญ และส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโครงการใหญ่ของคณะฯ คือ สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ (CNMI)

ความเสี่ยงในระดับสูงมาก (Red Zone) มีดังนี้

1. การเลือกเข้าศึกษาตราบดับลง (Ranking)
2. การเตรียมทรัพยากรเพื่อรองรับหลักสูตรใหม่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
3. ไม่ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขึ้นก้าวหน้า (AHA)
4. ระบบ HIS ที่ CNMI ไม่สามารถใช้งานได้ตามที่กำหนด
5. ขาดระบบการสร้างผู้สืบทอด (Successor) ตำแหน่งบริหารระดับต้นและระดับกลาง (ตามเกณฑ์มหาวิทยาลัย) ที่เหมาะสม
6. การเกิดอัคคีภัย

ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ ในระดับสูงมาก (Red Zone) จำเป็นต้องมีการจัดการความเสี่ยงอย่างเร่งด่วน โดยคณะฯ เลือกใช้กลยุทธ์การลดความเสี่ยงด้วยการกำหนดแผนการจัดการความเสี่ยงเพิ่มเติม รวมทั้งติดตามความเสี่ยงด้วยตัวชี้วัดความเสี่ยงต่อไป

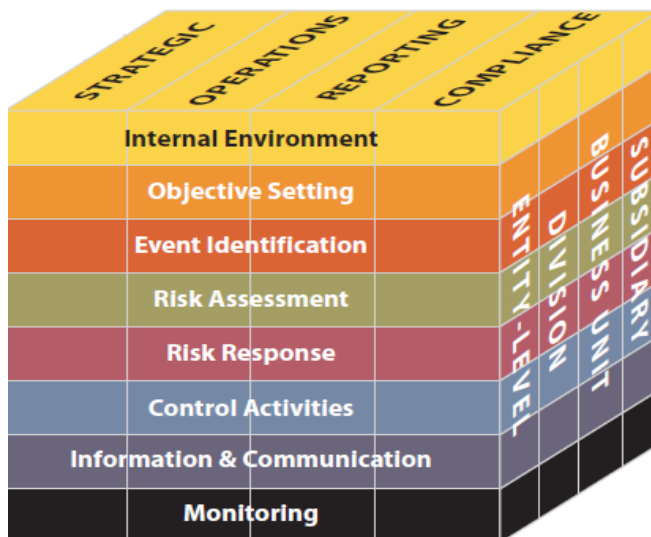
การประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2562

แนวทางการประเมินความเสี่ยง

ตามที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ได้กำหนดให้ทุกส่วนงานของมหาวิทยาลัย ดำเนินการบริหารความเสี่ยงตามแนวคิดของ COSO – ERM และนำเสนอความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยงในระดับสูงมากและระดับสูงไปยังมหาวิทยาลัยฯ ดังนั้นงานบริหารความเสี่ยงจึงดำเนินการประเมินความเสี่ยงของคณะฯ ก่อนสิ้นปีงบประมาณเพื่อให้ทันตามที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยงฯ กำหนด โดยการประเมินความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2562 ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม 2561

สำหรับการประเมินความเสี่ยงของคณะฯ นั้น พิจารณาจากพันธกิจหลักและพันธกิจสนับสนุนของส่วนงานให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของมหาวิทยาลัย และคณะฯ รวมทั้งประเมินความเสี่ยงภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงโดยให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk : S) ด้านปฏิบัติการ (Operational Risk : O) ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk : C) และความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk : F)

รายละเอียดการดำเนินการ มีดังนี้



รูปภาพที่ 1 COSO : Enterprise Risk Management-Integrated Framework 2004

ขอบเขตการประเมินความเสี่ยง

ประเมินความเสี่ยงของพันธกิจหลักและพันธกิจสนับสนุนดังนี้

พันธกิจหลัก

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. การศึกษาระดับปริญญา 2. การศึกษาหลังปริญญา 3. กิจการนักศึกษา 4. วิเทศสัมพันธ์ 5. วิจัย | <ol style="list-style-type: none"> 6. บริการสุขภาพ
(โรงพยาบาลรามาริบัติ, ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์, ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์) 7. ศูนย์ความเป็นเลิศและสนับสนุนพันธกิจ |
|--|---|

พันธกิจสนับสนุน

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. สารสนเทศ 2. ทรัพยากรบุคคล 3. การเงินและงบประมาณ 4. จัดซื้อและพัสดุ 5. กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก | <ol style="list-style-type: none"> 6. วิชาการและวัฒนธรรม 7. สื่อสารองค์กร 8. พัฒนาคุณภาพ 9. สร้างเสริมสุขภาพ |
|--|--|

ประเภทของความเสี่ยงที่ดำเนินการประเมินพิจารณาตามประเภทที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยงมหาวิทยาลัยมหิดลกำหนดซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ 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)

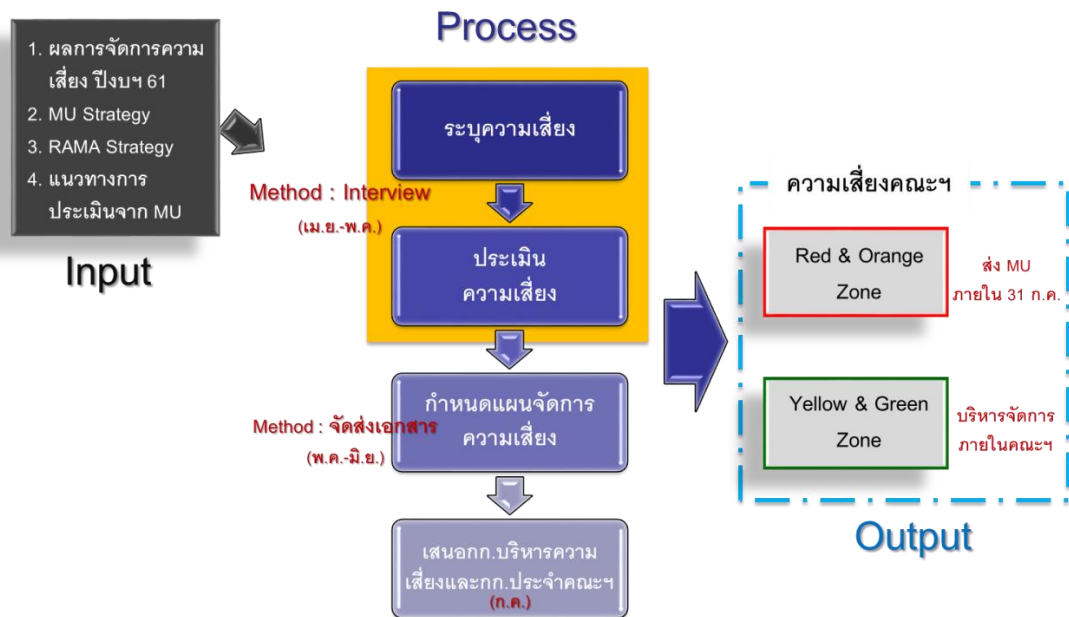
เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการไม่ปฏิบัติตามระเบียบ ข้อบังคับ และ/หรือ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในแต่ละพันธกิจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อหน่วยงานและคณะฯ

4. ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk)

เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการรายงานผล และการเงินของหน่วยงาน เช่น การบริหารงบประมาณ การบริหารสินทรัพย์ ความน่าเชื่อถือทางการเงิน เป็นต้น

กระบวนการประเมินความเสี่ยง

มีรายละเอียด ดังนี้



รูปภาพที่ 2 แสดงรายละเอียดกระบวนการประเมินความเสี่ยง

ข้อมูลนำเข้า (Input) - เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่ใช้ในการระบุความเสี่ยงที่มีในปีงบประมาณ 2562 โดยใช้ข้อมูลหลัก 3 ส่วน ดังนี้

1. แนวทางการประเมินความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2562 ที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนดโดยมีจำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ ซึ่ง 6 ข้อเป็นแนวทางที่คณะฯดำเนินการอยู่แล้วในทุกปีที่ผ่านมา ส่วนอีก 1 ข้อ คือ เน้นการประเมินความเสี่ยงในการทุจริตและผลประโยชน์ทับซ้อน (ตาม ITA) เป็นแนวทางที่มหาวิทยาลัยกำหนดเพิ่มในปีงบประมาณ 2562 เป็นปีแรก
2. ผลการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2561 นำมาใช้เพื่อพิจารณาว่ายังคงเป็นความเสี่ยงต่อเนื่องในปีงบประมาณต่อไปอยู่หรือไม่ โดยพิจารณาจากระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่เป็นหลัก
3. แผนยุทธศาสตร์ของทั้งมหาวิทยาลัยมหิดลและคณะฯ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่สามารถแสดงให้เห็นว่าคณะฯมีความเสี่ยงใดบ้าง เนื่องจากความเสี่ยงจะสะท้อนความสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์ได้

กระบวนการ (Process) – ขั้นตอนหรือกิจกรรมที่คณะดำเนินการในการประเมินความเสี่ยงและกำหนดแผนการจัดการความเสี่ยง มี 7 ขั้นตอนซึ่งดำเนินการขยายจากกระบวนการดำเนินการหลักที่แสดงในรูปภาพที่ 2 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหา ระบุความเสี่ยง และจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง

ผู้รับผิดชอบหลักในการค้นหา ระบุความเสี่ยง และจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง คือ เจ้าของความเสี่ยง (ในกรณีของคณะเจ้าของความเสี่ยงคือ รองคณบดีในแต่ละพันธกิจ รวมทั้งหัวหน้าฝ่าย/งาน/หน่วยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง) โดยจะเป็นผู้พิจารณาความเสี่ยงสำคัญของแต่ละภาระงานด้านต่างๆภายในพันธกิจ ที่คาดว่าจะมีในปีงบประมาณ 2562 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) งานบริหารความเสี่ยงจะสรุปข้อมูลความเสี่ยงในฐานข้อมูลความเสี่ยงเพื่อใช้ในการสรุปและวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ และคณะกรรมการประจำคณะฯพิจารณาต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ พิจารณา

งานบริหารความเสี่ยงนำเสนอข้อมูลความเสี่ยงที่ได้รวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ เสนอคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯพิจารณาให้ความเห็นชอบรวมทั้งนำข้อเสนอแนะจากที่ประชุมมาดำเนินการปรับแก้ไขก่อนนำเสนอคณะกรรมการประจำคณะฯพิจารณาในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 6 : คณะกรรมการประจำคณะฯพิจารณา

หลังจากผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯเรียบร้อยแล้ว งานบริหารความเสี่ยงจะนำเสนอข้อมูลความเสี่ยงดังกล่าวเข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการประจำคณะฯพิจารณาให้ความเห็นชอบเป็นขั้นตอนสุดท้าย รวมทั้งนำเสนอแนะจากที่ประชุมมาดำเนินการปรับแก้ไขก่อนสรุปความเสี่ยงฉบับสมบูรณ์นำเสนอมหาวิทยาลัยมหิดลในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 7 : จัดทำข้อมูลเพื่อจัดส่งให้มหาวิทยาลัยมหิดล

งานบริหารความเสี่ยงนำผลที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะฯ จัดทำใส่แบบฟอร์มตามที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด และจัดส่งไปยังมหาวิทยาลัยฯ ต่อไป

ผลลัพธ์ (Output) –ผลลัพธ์ที่ต้องการจากการกระบวนการประเมินความเสี่ยง ดังนี้

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

นอกจากผลลัพธ์ที่ได้เป็นอย่างดีเป็นรูปธรรมซึ่งเป็นข้อกำหนดที่ศูนย์บริการจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนดให้จัดส่งข้อมูลกลับไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยงฯแล้ว งานบริหารความเสี่ยงได้สรุปประเด็นที่น่าสนใจของความเสี่ยงคณะฯนำเสนอผู้บริหารคณะฯ เพื่อเป็นประโยชน์พัฒนาคณะฯในด้านต่างๆให้มีการพัฒนาที่ความยั่งยืนต่อไป

การกำหนดระดับความเสี่ยง

การพิจารณาระดับความเสี่ยง ใช้เกณฑ์ตามที่มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด คือ

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

ตารางที่ 1 ระดับความเสี่ยง (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 มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนดสำหรับประเมินความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2559 และ 2562) 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

การพัฒนากระบวนการประเมินความเสี่ยง

สำหรับการพัฒนากระบวนการความเสี่ยงในปีงบประมาณนี้ เน้นการพัฒนาการดำเนินการภายในของงานบริหารความเสี่ยง โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนหลักๆคือ

1. พัฒนาทักษะและเตรียมความพร้อมของนักบริหารความเสี่ยงเพิ่มเติม เนื่องจากนักบริหารความเสี่ยง เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยสนับสนุนให้การประเมินความเสี่ยงเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีความถูกต้องตรงตามแนวคิดของ COSO-ERM และแนวทางที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด โดยนักบริหารความเสี่ยงมีหน้าที่ในการประสานงาน ตรวจสอบข้อมูลความเสี่ยงให้ครบถ้วนถูกต้อง ให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาแก่เจ้าของความเสี่ยง

2. ปรับข้อมูลนำเข้า (INPUT) โดยคัดกรองข้อมูลให้เหลือเพียงข้อมูลหลักๆที่เป็นประโยชน์ เพื่อช่วยให้เจ้าของความเสี่ยงมองเห็นภาพความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน ส่งผลให้สามารถประเมินความเสี่ยงได้ง่ายขึ้น

ผลการประเมินความเสี่ยงของคณะฯ

ภาพรวมผลความเสี่ยง

จากผลการประเมินความเสี่ยงพบว่าคณะฯ มีความเสี่ยงทั้งสิ้นจำนวน 35 ความเสี่ยง โดยมีรายละเอียดของความเสี่ยงในภาพรวม ดังนี้

➤ ความเสี่ยงเดิม/ความเสี่ยงใหม่

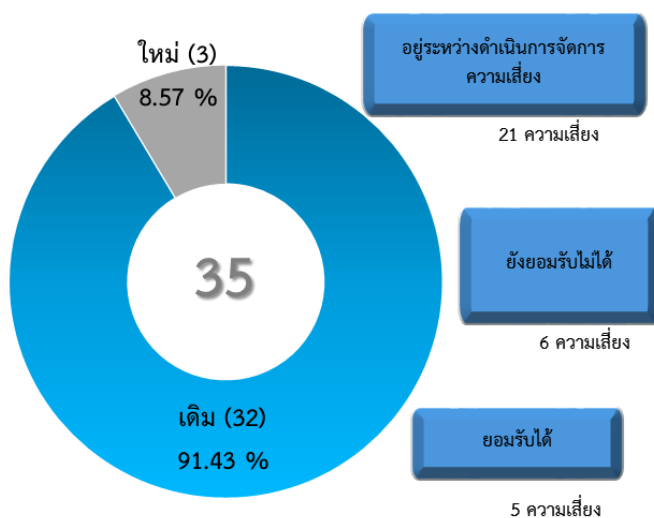
ความเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงเดิม ซึ่งเมื่อพิจารณาจากผลการจัดการความเสี่ยงในปีที่ผ่านมาซึ่งส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่ยังคงอยู่ในระหว่างดำเนินการ

➤ **ความเสี่ยงเดิม** (จากปีงบประมาณ 2561) จำนวน 32 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 91.43 ของความเสี่ยงทั้งหมด (32/35) มีลักษณะของความเสี่ยงเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. ความเสี่ยงอยู่ในระหว่างดำเนินการ คือ ดำเนินการกิจกรรมการจัดการความเสี่ยงไม่เสร็จสิ้นภายในปีงบประมาณ 2561 ดังนั้นความเสี่ยงจึงยังไม่สามารถประเมินได้ว่า จัดการความเสี่ยงได้หรือไม่ จึงยังถูกยกมาเป็นความเสี่ยงในปีงบประมาณ 2562 ต่อไป โดยมีจำนวน 21 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 65.63 ของความเสี่ยงเดิม (21/32)
2. ความเสี่ยงที่ยังยอมรับไม่ได้ คือ ระดับความเสี่ยง ณ ปลายปีงบประมาณ 2561 ยังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงให้ลดลงได้หรือจัดการให้ระดับลดลงได้แต่ยังอยู่ในระดับที่ยังรับไม่ได้ ต้องมีการจัดการต่อเนื่อง ดังนั้นจึงประเมินให้เป็นความเสี่ยงในปีงบประมาณ 2562 ต่อไป จำนวน 6 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 18.75 ของความเสี่ยงเดิม (6/32)
3. ความเสี่ยงที่ยอมรับได้ คือ ความเสี่ยงที่สามารถจัดการความเสี่ยง ณ ปลายปีงบประมาณ 2561 ให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้แต่ยังพิจารณาว่า ควรมีการควบคุมติดตามความเสี่ยงต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 15.63 ของความเสี่ยงเดิม (5/32)

➤ **ความเสี่ยงใหม่** จำนวน 3 ความเสี่ยงคิดเป็นร้อยละ 8.57 ของความเสี่ยงทั้งหมด (3/35)

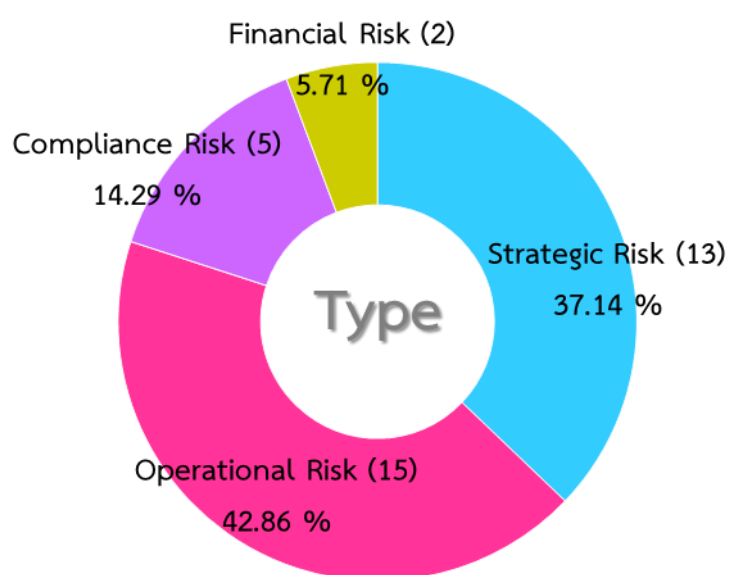
ความเสี่ยงใหม่ของคณะฯทั้งหมดเป็นที่อยู่ในพันธกิจหลักทั้งการศึกษาและวิจัย ส่วนระดับความเสี่ยงส่วนใหญ่อยู่ในระดับความเสี่ยงสูงมากและสูง



รูปภาพที่ 3 จำนวนและร้อยละของความเสี่ยงจำแนกตามความเสี่ยงเดิม/ใหม่

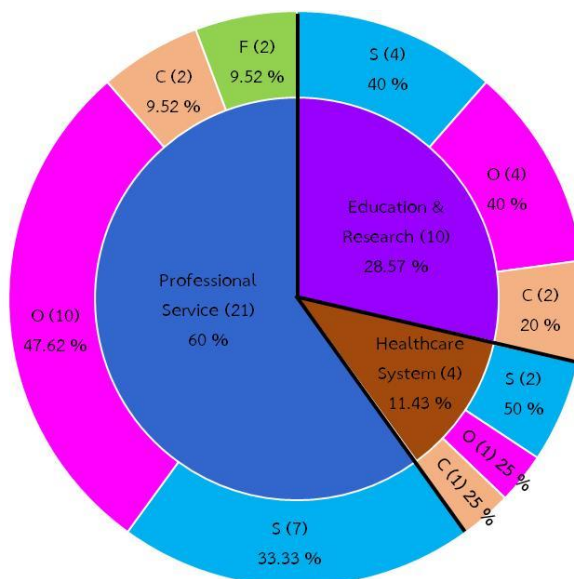
➤ ประเภทความเสี่ยง

- ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) จำนวน 13 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 37.14 ของความเสี่ยงทั้งหมด (13/35)
- ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) จำนวน 15 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 42.86 ของความเสี่ยงทั้งหมด (15/35) ความเสี่ยงประเภทนี้มีจำนวนมากที่สุด อาจเนื่องจากเป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการในการดำเนินการต่างๆ จึงทำให้มีความเสี่ยงประเภทนี้ในทุกพันธกิจ
- ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) จำนวน 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 14.29 ของความเสี่ยงทั้งหมด (5/35)
- ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 5.71 ของความเสี่ยงทั้งหมด (2/35)



รูปภาพที่ 4 จำนวนและร้อยละของความเสี่ยงจำแนกตามประเภทความเสี่ยง

➤ ความเสี่ยงแบ่งตามแต่ละ Cluster



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

รูปภาพที่ 5 จำนวนและร้อยละของความเสี่ยงจำแนกตามแต่ละCluster และประเภทความเสี่ยง

โดยรายละเอียดจำนวนความเสี่ยง มีดังนี้

- **Education and Research Cluster** จำนวน 10 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 28.57 ของความเสี่ยงทั้งหมด (10/35) โดยมีความเสี่ยงในประเภทต่างๆ ดังนี้
 - ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) จำนวน 4 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 40 ของความเสี่ยงทั้งหมด (4/10)
 - ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) จำนวน 4 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 40 ของความเสี่ยงทั้งหมด (4/10)
 - ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 20 ของความเสี่ยงทั้งหมด (2/10)
- **Healthcare System Cluster** จำนวน 4 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 11.43 ของความเสี่ยงทั้งหมด (4/35) โดยมีความเสี่ยงในประเภทต่างๆ ดังนี้
 - ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 50 ของความเสี่ยงทั้งหมด (2/4)
 - ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) จำนวน 1 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 25 ของความเสี่ยงทั้งหมด (1/4)
 - ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) จำนวน 1 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 25 ของความเสี่ยงทั้งหมด (1/4)

- **Professional Service Cluster** จำนวน 21 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 60 ของความเสี่ยงทั้งหมด (21/35) โดยมีความเสี่ยงในประเภทต่างๆ ดังนี้
- ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) จำนวน 7 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 33.33 ของความเสี่ยงทั้งหมด (7/21)
 - ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) จำนวน 10 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 47.62 ของความเสี่ยงทั้งหมด (10/21)
 - ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 9.52 ของความเสี่ยงทั้งหมด (2/21)
 - ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 9.52 ของความเสี่ยงทั้งหมด (2/21)

ตารางที่ 3 สรุปจำนวนความเสี่ยงของแต่ละพันธกิจจำแนกตามประเภทความเสี่ยง

ด้านพันธกิจ	จำนวนเหตุการณ์ความเสี่ยง			
	ด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)	ด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)	ด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk)	ด้านการเงิน (Financial Risk)
Education and Research cluster				
1. ด้านการศึกษา	1	3	-	-
2. ด้านการวิจัย	1	-	2	-
3. ด้านวิเทศสัมพันธ์	2	1	-	-
Healthcare System				
4. ด้านบริการสุขภาพ (รพ.รามาริบัติ/ศูนย์ การแพทย์สิริกิติ์/ศูนย์ การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์)	1	1	1	-
5. ศูนย์ความเป็นเลิศ และสนับสนุนพันธกิจ	1	-	-	-

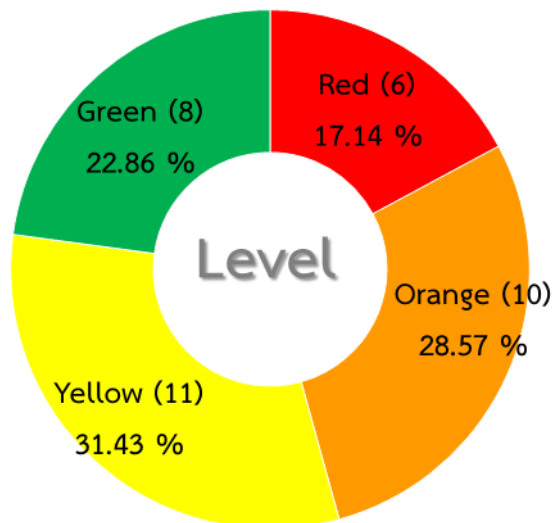
ตารางที่ 3(ต่อ) สรุปจำนวนความเสี่ยงของแต่ละพันธกิจจำแนกตามประเภทความเสี่ยง

ด้านพันธกิจ	จำนวนเหตุการณ์ความเสี่ยง			
	ด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)	ด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)	ด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk)	ด้านการเงิน (Financial Risk)
<i>Professional Service</i>				
6. สารสนเทศ	3	2	-	-
7. ทรัพยากรบุคคล	2	-	-	-
8. การเงินและ งบประมาณ	-	-	-	2
9. จัดซื้อและพัสดุ	-	-	2	-
10. วิชาการและ วัฒนธรรม	1	-	-	-
11. พัฒนาคุณภาพ	0	1	-	-
<i>Professional Service</i>				
12. สร้างเสริมสุขภาพ	1	-	-	-
13. สื่อสารองค์กร	-	1	-	-
14. กายภาพและสิ่ง อำนวยความสะดวก (อาชีวอนามัย/ วิศวกรรมบริการ/ รักษาความปลอดภัย/ ยานพาหนะ)	-	6	-	-

จากผลความเสี่ยงจำแนกตามแต่ละ Cluster และประเภทความเสี่ยงพบว่า ประเภทของความเสี่ยงสอดคล้องกับลักษณะภาระงานของ Cluster กล่าวคือ Professional Service Cluster ซึ่งเป็น Cluster ที่มีภาระงานด้านสนับสนุนการดำเนินการของพันธกิจหลัก ดังนั้นจึงอาจเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ประเภทความเสี่ยงของ Cluster นี้มีความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) มากที่สุด ส่วน Healthcare System Cluster ซึ่งเป็น Cluster ที่รับผิดชอบพันธกิจหลักด้านบริการสุขภาพของคณะฯ มีความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) มากที่สุด

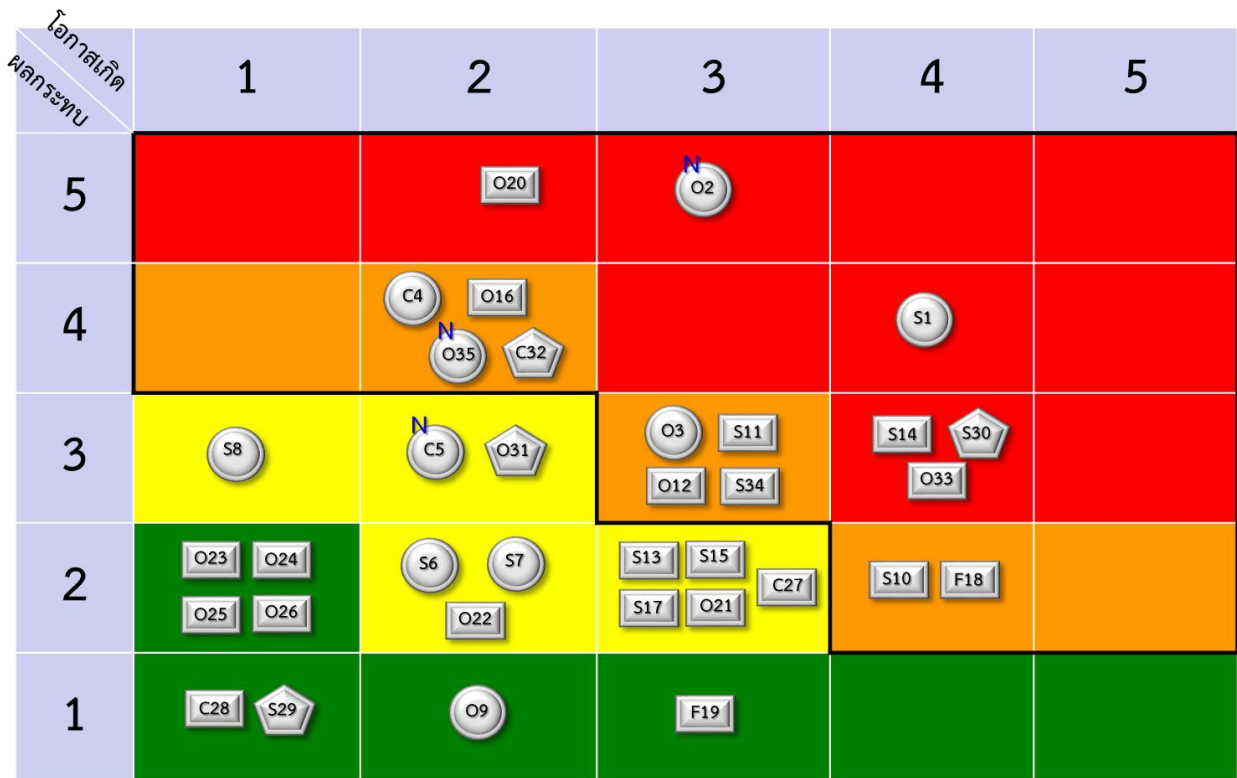
สำหรับ Education and Research Cluster ซึ่งเป็น Cluster ที่รับผิดชอบพันธกิจหลักด้านการศึกษา และวิจัย มีความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) และความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ในสัดส่วนที่เท่ากัน อาจเนื่องมาจากพันธกิจนี้เป็นพันธกิจหลักของคณะฯ และกำลังดำเนินการปรับเปลี่ยนกระบวนการหลักโดยเฉพาะด้านการศึกษา ให้สอดคล้องกับนโยบายใหม่ และการเกิดสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบศร

➤ ระดับความเสี่ยงของคณะฯ



รูปภาพที่ 6 จำนวนและร้อยละของระดับความเสี่ยงจำแนกตามโซนสี

- ระดับสูงมาก (Red Zone) จำนวน 6 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 17.14 ของความเสี่ยงทั้งหมด (6/35)
- ระดับสูง (Orange Zone) จำนวน 10 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 28.57 ของความเสี่ยงทั้งหมด (10/35)
- ระดับปานกลาง (Yellow Zone) จำนวน 11 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 31.43 ของความเสี่ยงทั้งหมด (11/35)
- ระดับต่ำ (Green Zone) จำนวน 8 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 22.86 ของความเสี่ยงทั้งหมด (8/35)



- หมายถึง Cluster : Education and Research
- ◡ หมายถึง Cluster : Healthcare System
- ◻ หมายถึง Cluster : Professional Service
- N หมายถึง ความเสี่ยงใหม่

รูปภาพที่ 7 Risk Map แสดงระดับความเสี่ยงของคณะฯ

จากการพิจารณาระดับของความเสี่ยงในภาพรวมทั้งหมดพบว่า ความเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงเดิม ซึ่งมีการจัดการความเสี่ยงมาแล้วระยะหนึ่ง และจากผลการจัดการความเสี่ยงในปีงบประมาณ 2561 พบว่ากิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงยังดำเนินการไม่เสร็จสิ้น ส่งผลให้ความเสี่ยงส่วนใหญ่ยังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และระดับความเสี่ยงความเสี่ยงส่วนใหญ่ยังคงที่

การกระจายตัวของระดับความเสี่ยงพบว่า ความเสี่ยงเดิมส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับความเสี่ยงสูง (Orange Zone) และระดับปานกลาง (Yellow Zone)

ความเสี่ยงที่อยู่ในระดับสูงมาก (Red Zone) และระดับสูง (Orange Zone) ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถลดระดับความเสี่ยงลงได้ และมีความเสี่ยงที่ถูกปรับเพิ่มระดับความเสี่ยงขึ้น อาจเนื่องมาจากกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงยังไม่เสร็จสิ้น รวมทั้งมีการประเมิณพบสาเหตุความเสี่ยงใหม่

ส่วนความเสี่ยงในระดับปานกลาง (Yellow Zone) และระดับต่ำ (Green Zone) ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงคงที่อยู่ในระดับเดิมมาหลายปี และเป็นระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้

ผลการประเมินความเสี่ยงตามระดับความเสี่ยง (โซนความเสี่ยง)

ความเสี่ยงจะแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ

1. ความเสี่ยงที่อยู่ในระดับสูงมาก (Red Zone) และระดับสูง (Orange Zone) - ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ

ความเสี่ยงกลุ่มนี้เป็นความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยมหิดล ติดตามผลการจัดการความเสี่ยงอย่างใกล้ชิด ดังนั้นเมื่อมีการประเมินความเสี่ยงเสร็จสิ้นคณะฯต้องแจ้งแผนการจัดการความเสี่ยงที่กำหนดให้มหาวิทยาลัยมหิดลรับทราบ รวมทั้งดำเนินการแจ้งผลการจัดการความเสี่ยงตามแผนการจัดการความเสี่ยงเป็นระยะตามที่มหาวิทยาลัยฯกำหนด

ความเสี่ยงในกลุ่มนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย ดังนี้

1.1 ความเสี่ยงระดับสูงมาก (Red Zone)

เป็นความเสี่ยงในระดับสูงมากตามเกณฑ์การประเมินระดับความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยฯกำหนด และเป็นความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยฯ ไม่สามารถยอมรับได้เนื่องจากความเสี่ยงในโซนนี้ หากเกิดขึ้นจะมีผลกระทบต่อคณะฯในระดับสูงมาก และบางความเสี่ยงอาจส่งผลกระทบต่อมหาวิทยาลัยด้วย ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการจัดการความเสี่ยงอย่างรวดเร็ว และจำเป็นต้องมีแผนการจัดการความเสี่ยงเพิ่มเติมจากที่มีอยู่ในปัจจุบัน

1.2 ความเสี่ยงระดับสูง (Orange Zone)

เป็นความเสี่ยงระดับสูงตามเกณฑ์การประเมินระดับความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยมหิดลฯกำหนด และเป็นความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยฯ ไม่สามารถยอมรับได้เช่นเดียวกับความเสี่ยงระดับสูงมาก (Red Zone) เนื่องจากเป็นความเสี่ยงที่มีโอกาสที่จะปรับระดับไปอยู่ใน ระดับสูงมาก (Red Zone) ได้ตลอดเวลา รวมทั้งหากเกิดขึ้นจะมีผลกระทบต่อคณะฯในระดับสูง หรืออาจส่งผลกระทบต่อมหาวิทยาลัยฯ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีแผนบริหารจัดการความเสี่ยงเพิ่มเติมจากที่มีอยู่ในปัจจุบัน

2. ความเสี่ยงที่อยู่ในระดับปานกลาง (Yellow Zone) และระดับต่ำ (Green Zone) - ความเสี่ยงที่บริหารจัดการภายในคณะฯ

ถึงแม้ว่าความเสี่ยงในกลุ่มนี้ มหาวิทยาลัยฯ ไม่กำหนดให้แจ้งแผนการจัดการความเสี่ยงไปยังมหาวิทยาลัยฯ และไม่จำเป็นต้องจัดการความเสี่ยงอย่างเร่งด่วนเหมือนเช่นกลุ่มแรก แต่ยังคงถือว่าเป็นความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อคณะฯ ดังนั้นคณะฯ จึงดำเนินการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงเป็นระยะเช่นกัน

ความเสี่ยงในกลุ่มนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย ดังนี้

2.1 ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone)

เป็นความเสี่ยงระดับปานกลางโดยอาจกำหนดหรือไม่กำหนดแผนการจัดการความเสี่ยงก็ได้ ขึ้นอยู่กับการประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมการจัดการความเสี่ยงที่มีอยู่ในปัจจุบันว่าเพียงพอแล้วหรือไม่ และการยอมรับระดับความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) ว่า ยอมรับได้หรือไม่ ส่วนการติดตามเฝ้าระวังและกำกับดูแลควบคุมความเสี่ยงยังจำเป็นต้องให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2.2 ความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone)

เป็นความเสี่ยงระดับต่ำโดยความเสี่ยงในกลุ่มนี้ไม่จำเป็นต้องมีการกำหนดแผนการจัดการความเสี่ยงเพิ่มเติม เนื่องจากความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำอยู่แล้ว แต่ต้องมีการติดตามการควบคุมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเช่นเดียวกับกลุ่มอื่นๆ

รายละเอียดของความเสี่ยงแต่ละโซน มีดังนี้

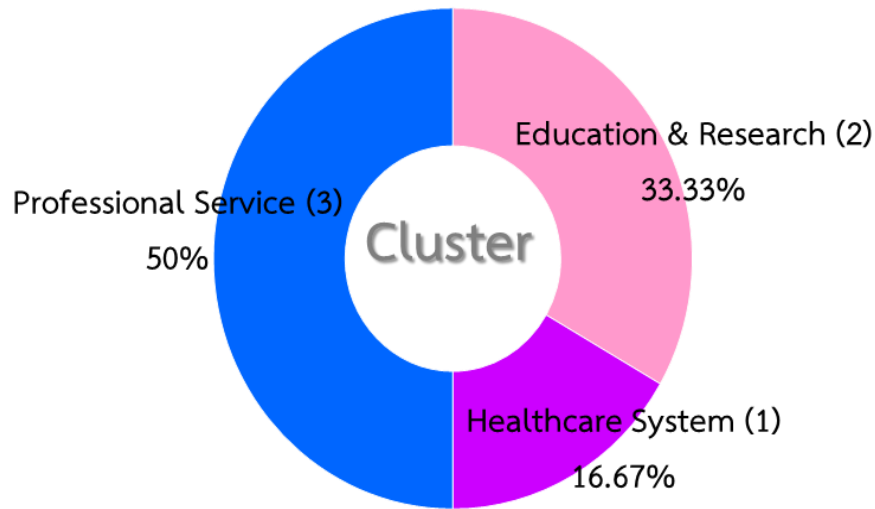
1. ความเสี่ยงที่อยู่ในระดับสูงมาก (Red Zone) และระดับสูง (Orange Zone)- ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ

1.1 ความเสี่ยงระดับสูงมาก (Red Zone)

มีความเสี่ยงทั้งหมด 6 ความเสี่ยง แบ่งเป็นความเสี่ยงเดิม 5 ความเสี่ยง และความเสี่ยงใหม่ 1 ความเสี่ยง

ตารางที่ 4 แสดงความเสี่ยงระดับสูงมาก (Red Zone) มีดังนี้

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับ	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ
การศึกษา	S1 การเลือกเข้าศึกษาตลอดระดับสูง (Ranking)	4	4
	O2 การเตรียมทรัพยากรเพื่อรองรับหลักสูตรใหม่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	3	5
ดูแลสุขภาพ	S30ไม่ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลชั้นก้าวหน้า (AHA)	4	3
สารสนเทศ	O33 ระบบ HIS ที่ CNMI ไม่สามารถใช้งานได้ตามที่กำหนด	4	3
ทรัพยากรบุคคล	S14 ขาดระบบการสร้างผู้สืบทอด (Successor) ตำแหน่งบริหารระดับต้นและระดับกลาง (ตามเกณฑ์มหาวิทยาลัย) ที่เหมาะสม	4	3
กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก	O20 การเกิดอัคคีภัย	2	5



รูปภาพที่ 8 จำนวนและร้อยละระดับของความเสี่ยงระดับสูงมาก (Red Zone) จำแนกตาม Cluster

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงภาพรวมในโซนนี้ พบว่า

ทุกความเสี่ยงในโซนนี้เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ของคณะฯ และของมหาวิทยาลัย

ความเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงเดิม (5 จาก 6 ความเสี่ยง) และมีความเสี่ยงใหม่เพียง 1 ความเสี่ยง คือ ความเสี่ยงเรื่อง “การเตรียมทรัพยากรเพื่อรองรับหลักสูตรใหม่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย” ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเปิดสถาบันการแพทย์จักรีนฤดินทร (CNMI) และการปรับเปลี่ยนระบบการเรียนการสอนของคณะฯ

ส่วนความเสี่ยงเดิมจำนวน 5 ความเสี่ยง พบว่า ร้อยละ 80 ของความเสี่ยงเดิมในโซนนี้ มีระดับความเสี่ยงคงที่ และที่เหลืออีกร้อยละ 20 มีระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น สำหรับสาเหตุที่ความเสี่ยงยังไม่สามารถปรับลดระดับลงได้ เนื่องจาก สาเหตุหลัก คือ

1. กิจกรรมควบคุมความเสี่ยงยังดำเนินการไม่เสร็จสิ้น
2. ตัวชี้วัดความเสี่ยงยังไม่ได้ตามเป้าหมาย
3. พบสาเหตุใหม่เพิ่มเติม ซึ่งส่งผลให้กิจกรรมควบคุมความเสี่ยงที่มีอยู่ยังไม่ครอบคลุมสาเหตุทั้งหมด
4. พบค่าสถิติโอกาสเกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้น

สำหรับประเภทของความเสี่ยงความเสี่ยงในโซน มีความเสี่ยงเพียง 2 ประเภทคือ ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) และความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ในสัดส่วนที่เท่ากัน ดังนี้

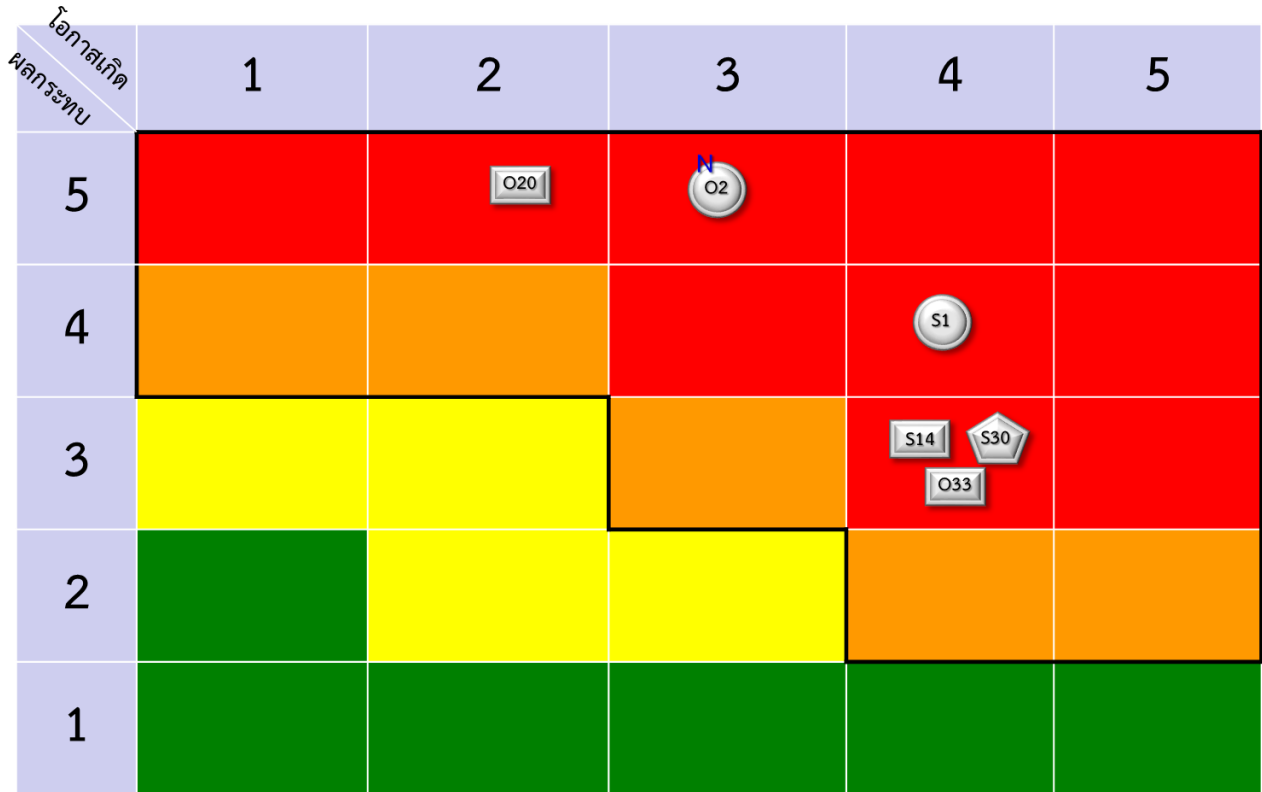
- ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) จำนวน 3 ความเสี่ยง
- ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) จำนวน 3 ความเสี่ยง

จากผลประเภทความเสี่ยงที่กล่าวมาข้างต้น เมื่อพิจารณาความเสี่ยงที่เป็นด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) พบว่า เป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับกระบวนการสำคัญของคณะฯ และหากไม่สามารถควบคุมความเสี่ยงได้ จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของพันธกิจอื่นๆ และกระทบต่อความสำเร็จของยุทธศาสตร์คณะฯ นอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 66.67 ของความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ที่มีในโซนนี้ เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโครงการใหญ่ของคณะฯ คือ สถาบันการแพทย์จักรีนฤดินทร (CNMI)

ตารางที่ 5 แสดงความสอดคล้องกันระหว่างความเสี่ยงและวิสัยทัศน์/ยุทธศาสตร์ของมหาวิทยาลัยมหิดลและคณะฯ

พันธกิจ	ความเสี่ยง	วิสัยทัศน์/ แผนยุทธศาสตร์ของ มหาวิทยาลัยมหิดล	วิสัยทัศน์/ แผนยุทธศาสตร์ของคณะฯ
การศึกษา	S1 การเลือกเข้าศึกษาลดระดับลง (Ranking)	ยุทธศาสตร์ที่ 2 Excellence in outcome-based education for globally-competent graduates	Vision : สถาบันการแพทย์ชั้นนำในระดับสากล
	O2 การเตรียมทรัพยากรเพื่อรองรับหลักสูตรใหม่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	ยุทธศาสตร์ที่ 2 Excellence in outcome-based education for globally-competent graduates	ยุทธศาสตร์ที่ 1 Outcome-based education
ดูแลสุขภาพ	S30ไม่ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขึ้นก้าวหน้า (AHA)	ยุทธศาสตร์ที่ 3 Excellence in professional service and social engagement	ยุทธศาสตร์ที่ 3 Health service management
สารสนเทศ	O33 ระบบ HIS ที่ CNMI ไม่สามารถใช้งานได้ตามที่กำหนด	ยุทธศาสตร์ที่ 4 Excellence in management for sustainable organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6 IT system as an enabler
ทรัพยากรบุคคล	S14 ขาดระบบการสร้างผู้สืบทอด (Successor) ตำแหน่งบริหารระดับต้นและระดับกลาง (ตามเกณฑ์มหาวิทยาลัย) ที่เหมาะสม	ยุทธศาสตร์ที่ 4 Excellence in management for sustainable organization	ยุทธศาสตร์ที่ 5 Professional support Excellence
กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก	O20 การเกิดอัคคีภัย	ยุทธศาสตร์ที่ 4 Excellence in management for sustainable organization	ยุทธศาสตร์ที่ 7 Green campus & Shared service facility management

รายละเอียดของแต่ละความเสี่ยงในโซนนี้ มีดังนี้



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

รูปภาพที่ 9 Risk Map แสดงระดับความเสี่ยงที่อยู่ในระดับสูงมาก (Red Zone)

ความเสี่ยงด้านการศึกษา จำนวน 2 ความเสี่ยง คือ

(S1) การเลือกเข้าศึกษาในระดับสูง (Ranking)

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงเดิม ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 โดยสาเหตุเบื้องต้นที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงนี้คือ การเปลี่ยนแปลงที่เรียนของนักศึกษาแพทย์ไปยังสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (CNMI) ซึ่งค่อนข้างห่างไกลและเดินทางลำบาก ดังนั้นจึงทำให้เกิดความกังวลว่า การเลือกเข้าศึกษาต่อที่คณะฯจะลดลง

สำหรับปีงบประมาณนี้มีการพิจารณาสาเหตุของความเสี่ยงเพิ่มเติมนอกเหนือจากสาเหตุที่กล่าวมาข้างต้น คือ ข่าวสารที่ผู้ปกครองและเด็กได้รับซึ่งอาจสร้างความไม่มั่นใจในการจัดระบบการเรียนการสอน เช่น เป็นโรงเรียนแพทย์ใหม่ อาจารย์ใหม่

ส่วนระดับความเสี่ยงในปีงบประมาณนี้ยังคงที่อยู่ในระดับสูงมาก(โอกาสเกิดระดับ 4 ผลกระทบระดับ 4) ตั้งแต่ปีงบประมาณที่ผ่านมา เนื่องจาก

1. กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงยังไม่เสร็จสิ้น
2. ยังไม่สามารถสรุปผลตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ เพราะมีการปรับเปลี่ยนระบบการคัดเลือกเข้ามหาวิทยาลัย

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาลักษณะของความเสี่ยงเพิ่มเติมพบว่า ระดับผลกระทบแปรผันตรงกับระดับโอกาสเกิด กล่าวคือ หากจัดการโอกาสเกิดได้ ระดับผลกระทบมีโอกาสดลดลงไปด้วย

ในส่วนของแผนการจัดการควบคุมความเสี่ยงปีงบประมาณนี้ เน้นการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ความเข้าใจ และสร้างภาพลักษณ์ความน่าเชื่อถือ ซึ่งสอดคล้องกับสาเหตุที่พิจารณาเพิ่มเติมในเรื่องความไม่มั่นใจของผู้ปกครองและเด็กที่เกิดจากการได้รับข่าวสารในการจัดระบบการเรียนการสอน

(O2) การเตรียมทรัพยากรเพื่อรองรับหลักสูตรใหม่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงใหม่ ที่มีผลมากจากการปรับเปลี่ยนระบบการจัดการเรียนการสอน แพทยศาสตรบัณฑิตโดยมีการปรับ 2 ส่วนหลักๆ คือ

1. บทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบ คือ เป็นการรวมภาระงานในทุกส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบการจัดการเรียนการสอนให้ส่วนกลางรับผิดชอบทั้งระบบ จากเดิมภาควิชาต่างๆจะเป็นหน่วยงานหลักที่ร่วมรับผิดชอบ

2. การย้ายสถานที่เรียนไปยังสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (CNMI)

จาก 2 ประเด็นที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า การวางระบบและการเตรียมความพร้อมของทรัพยากรในด้านต่างๆ เป็นส่วนสำคัญที่จะส่งผลให้การปรับเปลี่ยนระบบใหม่นี้ประสบความสำเร็จและสามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่นตามระยะเวลาที่กำหนด

ระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงมาก (โอกาสเกิดระดับ 4 ผลกระทบระดับ 4) อาจเนื่องมาจากความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงใหม่ยังไม่มีจัดการที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม รวมทั้งเป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อระบบการเรียนการสอนซึ่งเป็นพันธกิจหลักของคณะฯ และอาจนำไปสู่ความเสี่ยงอื่นที่เป็นความเสี่ยงสำคัญของคณะฯได้ เช่น ความเสี่ยงเรื่องระดับการเลือกเข้าศึกษาต่อ (Ranking) หรือผลลัพธ์การผลิตบัณฑิตให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

เมื่อพิจารณาสาเหตุของความเสี่ยง พบว่า เกิดจาก 3 สาเหตุหลักคือ

1. ความร่วมมือจากหลายๆส่วน เนื่องจากรายวิชาในหลักสูตรมีความเชื่อมโยงกัน
2. การวางระบบใหม่ที่ต้องสอดคล้องกันระหว่างงานการศึกษาระดับปริญญา และโรงเรียนแพทย์ สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์
3. ทักษะความชำนาญของเจ้าหน้าที่ส่วนกลาง เนื่องจากจะต้องรับผิดชอบบริหารจัดการรายวิชาทั้งหมดตั้งแต่เริ่มกระบวนการจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ ซึ่งจากเดิมในส่วนนี้ภาควิชาต่างๆเป็นผู้รับผิดชอบหลัก

ดังนั้นการกำหนดกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงในปีงบประมาณนี้ จึงกำหนดกิจกรรมที่สอดคล้องกับ 3 สาเหตุที่กล่าวมาข้างต้น คือ เน้นทั้งการวางระบบใหม่ การวางแผนอัตรากำลังที่จำเป็นและการนำระบบสารสนเทศเข้ามาช่วยสนับสนุนการวางระบบ

ด้านบริการสุขภาพ(รพ.รามาริบัติ/ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์/ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระรัตน) จำนวน 1 ความเสี่ยง คือ

(S30) ไม่ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลชั้นก้าวหน้า (AHA)

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงเดิมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 โดยเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการต่อยอดพัฒนามาตรฐานการรักษาพยาบาลให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้น จากเดิมคณะฯได้ผ่านการต่ออายุรับรองมาตรฐาน HA (Re-Accreditation) เรียบร้อย ดังนั้นจึงเริ่มพัฒนาระบบมาตรฐานการรักษาพยาบาลเพื่อมุ่งสู่ AHA (Advanced HA) ต่อไป

สำหรับปัจจัยที่ส่งผลให้ยังคงเป็นความเสี่ยงต่อเนื่องในปีงบประมาณนี้ เนื่องมาจากกิจกรรมควบคุมความเสี่ยงเกี่ยวข้องกับการจัดการระบบการรักษาพยาบาลทั้งระบบ และมีหลายส่วนงานที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นจึงต้องใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม

นอกจากนี้ในการประเมินสาเหตุ พบว่า มีสาเหตุสำคัญ 4 สาเหตุ โดยแบ่งเป็น สาเหตุเดิมจากปีงบประมาณที่ผ่านมา 2 สาเหตุ และสาเหตุใหม่ที่พบเพิ่มเติมในปีงบประมาณนี้ 2 สาเหตุ ดังนี้

➤ สาเหตุเดิม คือ

1. คณะฯ ยังไม่สามารถพัฒนาระบบงานได้ตามมาตรฐาน AHA และยังไม่มีการเยี่ยมชมสำรวจภายในอย่างเป็นระบบ
2. ความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญ คือ ทีม CLT ไม่เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

➤ สาเหตุใหม่ที่พบเพิ่มเติม คือ

1. ไม่สามารถสร้างวัฒนธรรมของการให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพให้เกิดกับบุคลากรระดับปฏิบัติการได้ ซึ่งบุคลากรกลุ่มนี้เป็นกลุ่มสำคัญที่จะช่วยขับเคลื่อนให้การดำเนินการประสบผลสำเร็จ
2. ยังไม่ได้รับความร่วมมือจากภาควิชาอย่างเพียงพอ

จากสาเหตุที่พบเพิ่มเติมข้างต้นส่งผลให้เจ้าของความเสี่ยงพิจารณาปรับเพิ่มระดับโอกาสเกิดจากระดับปานกลาง (ระดับ 3) เป็น “ระดับสูง (ระดับ 4)” ทำให้ระดับของความเสี่ยงนี้ปรับเพิ่มจากระดับความเสี่ยงสูง (Orange Zone) เป็นระดับสูงมาก (Red Zone)

ส่วนกิจกรรมควบคุมความเสี่ยงนี้เป็นกิจกรรมดำเนินการระยะยาวโดยในปีงบประมาณ 2561 เป็นการดำเนินการขั้นแรกเพื่อการเตรียมความพร้อมให้บุคลากรทั้งคณะฯ สำหรับการรับAHA เช่น ส่งเสริมการเรียนรู้และเสริมพลังของทีมนำทางคลินิก / ทีมดูแลผู้ป่วย หรือดำเนินการตาม Roadmap to Advanced HA เป็นต้น สำหรับปีงบประมาณนี้มีกิจกรรมที่จะดำเนินการเพิ่มเติมโดยเป็นกิจกรรมที่กำหนดตามสาเหตุใหม่ที่พบ ดังนี้

1. สร้างวัฒนธรรมให้แก่บุคลากรตั้งแต่ระดับปฏิบัติการให้เห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพงานบุคลากร
2. การสร้างความร่วมมือกับทางภาควิชา เพื่อให้เกิด Critical Outcome อย่างน้อย 1 เป้าหมาย
3. การสร้างทีม CLT ระดับภาควิชา

ความเสี่ยงด้านสารสนเทศ จำนวน 1 ความเสี่ยง คือ

(O33) ระบบ HIS ที่ CNMI ไม่สามารถใช้งานได้ตามที่กำหนด

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงเดิมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความเสียหายนี้คือ การดำเนินการวางระบบสารสนเทศสำหรับการดำเนินการของสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (CNMI) ซึ่งใช้ระบบ HIS เป็นระบบสารสนเทศหลักในการให้บริการรักษาพยาบาล

ประเด็นที่ส่งผลให้ความเสี่ยงนี้ยังคงเป็นความเสี่ยงต่อเนื่องในปีงบประมาณนี้ มี 2 ประเด็นหลักๆ คือ

1. แผนต่างๆยังอยู่ระหว่างการดำเนินการพัฒนาให้สมบูรณ์ บางส่วนยังอยู่ในระหว่างดำเนินการ จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่า ระบบจะเสร็จทันตามกำหนด รวมทั้งสามารถตอบสนองผู้ใช้ได้ตรงตามที่กำหนดหรือไม่

2. โครงสร้างการบริหารไม่ชัดเจน ส่งผลต่อการบริหารจัดการความเสี่ยง

เมื่อพิจารณาสาเหตุของความเสี่ยงเพิ่มเติมจากปีที่ผ่านมา พบว่า สาเหตุเกิดจากการบริหารจัดการที่ยังไม่มีระบบ ไม่พร้อม หรือยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ร่วมกับความไม่เพียงพอของอัตรากำลังและการขาดทักษะในการบริหารโครงการใหญ่ที่มีความต้องการและโครงสร้างที่ซับซ้อน

นอกเหนือจากสาเหตุที่กล่าวมาข้างต้น ในปีงบประมาณนี้ได้ประเมินพบสาเหตุเพิ่มเติม โดยเป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานและกระบวนการในการทำงาน คือ

1. ไม่มีกระบวนการทำงาน (Work process) ที่แน่ชัด ในเรื่องการขอเพิ่มหรือปรับเปลี่ยนระบบ

2. ผู้ใช้งานระบบ (User) ขอเพิ่ม และ/หรือปรับเปลี่ยนระบบต่อบริษัทผู้พัฒนาระบบโดยตรง และบริษัทมีการดำเนินการให้อย่างไม่เป็นหลักเกณฑ์ (Criteria)

3. ไม่มีเอกสารยืนยันว่าได้ทำระบบตาม TOR ครบถ้วนหรือไม่

สำหรับระดับความเสี่ยงของปีงบประมาณนี้ถึงแม้ระดับความเสี่ยงยังคงที่อยู่ในระดับสูงมาก (Red Zone) แต่ระดับโอกาสเกิดและผลกระทบมีการปรับเปลี่ยน ดังนี้

- **ระดับโอกาสเกิด** ปรับเพิ่มจากระดับปานกลาง (ระดับ 3) เป็นระดับสูง (ระดับ 4) เนื่องจากพบปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ คือ เครื่องมืออุปกรณ์และผู้ปฏิบัติงานขาดความพร้อมสำหรับการรองรับการให้บริการ รวมทั้งพบปัญหาเรื่องการจัดซื้อจัดจ้าง ทำให้เกิดความล่าช้าไม่เป็นไปตามกำหนด จึงส่งผลให้พิจารณาปรับระดับโอกาสเกิดเพิ่ม
- **ระดับผลกระทบ** ปรับลดลงจากระดับสูง (ระดับ 4) เป็นระดับปานกลาง (ระดับ 3) จากมุมมองการบริหารจัดการของผู้ปฏิบัติงาน

กิจกรรมควบคุมความเสี่ยงที่กำหนดเพิ่มในปีงบประมาณนี้เน้นกิจกรรมที่สอดคล้องกับสาเหตุที่ประเมินเพิ่มเติม ซึ่งจะช่วยจัดการระดับโอกาสเกิดที่มีการปรับระดับเพิ่มขึ้น โดยเป็นกิจกรรมที่เพิ่มความชัดเจนในการดำเนินงานที่สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ เช่น การกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานต่างๆ ทั้ง Work process Criteria TOR ร่วมกับบริษัทผู้พัฒนาระบบ การแต่งตั้งอนุกรรมการสารสนเทศเพื่อติดตามความคืบหน้าของการพัฒนาระบบ และการ Log การรับแจ้งปัญหาการใช้งานระบบจากผู้ใช้งานเพื่อคอยติดตามการแก้ไขปัญหาจากบริษัท

ความเสี่ยงด้านทรัพยากรบุคคล จำนวน 1 ความเสี่ยง คือ

(S14) **ขาดระบบการสร้างผู้สืบทอด (Successor) ตำแหน่งบริหารระดับต้นและระดับกลาง (ตามเกณฑ์ มหาวิทยาลัย) ที่เหมาะสม**

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงเดิมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 โดยความเสี่ยงมุ่งเน้นที่ผู้บริหารระดับต้น และระดับกลางตามประกาศมหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด ซึ่งตำแหน่งดังกล่าวเป็นตำแหน่งบริหารที่สำคัญระดับคณะฯ

สำหรับสาเหตุการเกิดความเสี่ยง พบว่า ยังคงเกิดจากสาเหตุเดิมและมีการเพิ่มเติมสาเหตุใหม่ ดังนี้

- **สาเหตุเดิม** คือ เกิดจากการขาดการวางระบบสำคัญเพื่อให้รองรับการจัดทำระบบการสร้างผู้สืบทอด ทั้ง 3 ระบบ ประกอบด้วย
 - ระบบสรรหา – ขาดแนวทางการทำ Succession plan
 - ระบบการประเมิน – ไม่สามารถนำผลประเมินมาเชื่อมโยงกับการบรรจุบุคลากร และผลประเมินยังไม่สะท้อนผลงานที่แท้จริง
 - ระบบการรักษา – ไม่สามารถรักษาผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมให้เกิดความผูกพันและภักดีต่อคณะฯได้
- **สาเหตุใหม่** คือ ความพร้อมของผู้ขึ้นดำรงตำแหน่งบริหาร ที่ยังขาด Competency ของผู้บริหาร

ในส่วนของระดับความเสี่ยงในปีงบประมาณนี้ยังคงที่อยู่ในระดับสูงมาก (โอกาสเกิดระดับ 4 ผลกระทบระดับ 4)ถึงแม้จะกิจกรรมการกำหนดแผนและหลักเกณฑ์ต่างๆจะดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว แต่แผนและเกณฑ์ดังกล่าวยังไม่ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการประจำคณะฯ ดังนั้นเจ้าของความเสี่ยงจึงพิจารณาระดับความเสี่ยงจนกว่าจะได้รับการอนุมัติและสามารถนำแผนต่างๆ ที่กำหนดไปดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน

กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (รักษาความปลอดภัย) จำนวน 1 ความเสี่ยง คือ

(O20) **การเกิดอัคคีภัย**

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงเดิมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 ซึ่งระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ-ต่ำมากมาหลายปีอย่างต่อเนื่อง และในปีงบประมาณ 2561 มีการปรับระดับความเสี่ยงเป็นระดับสูงมาก (Red Zone) เนื่องจากมุมมองของผู้บริหารและกิจกรรมควบคุมความเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม

สำหรับปีงบประมาณนี้ระดับความเสี่ยงยังคงที่อยู่ในระดับสูงมาก (Red Zone) โดยมีการปรับเปลี่ยนระดับโอกาสเกิดและผลกระทบ ดังนี้

- **ระดับผลกระทบ** ยังคงที่อยู่ในระดับสูงมาก (ระดับ 5) เนื่องจาก ถึงแม้กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงที่กำหนดนั้นจะสามารถควบคุมโอกาสเกิดได้ แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในทุกด้านหากเกิดอัคคีภัยขึ้นจริง ดังนั้นจึงยังไม่พิจารณาปรับลดระดับผลกระทบ
- **ระดับโอกาสเกิด** ปรับเพิ่มระดับสูงขึ้นจากระดับน้อยมาก (ระดับ 1) เป็นระดับน้อย (ระดับ 2) เนื่องจากพบสถิติการเกิดเหตุการณ์ที่จะส่งผลให้เกิดอัคคีภัยได้เพิ่มขึ้น ได้แก่ ไฟฟ้าลัดวงจร ระบบInfrastructure ของคณะฯที่เสื่อมตามระยะเวลา และเจ้าหน้าที่ประมาท

สำหรับกิจกรรมการควบคุมในปีงบประมาณนี้ กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นที่กิจกรรมสำหรับลดผลกระทบ คือ การจัดทำแผนบริหารความต่อเนื่องในการดำเนินงาน (BCP) การติดตั้งระบบหัวกระจายน้ำดับเพลิงและการฝึกอบรมดับเพลิงขั้นต้นให้พนักงานทุกระดับ

1.2 ความเสี่ยงระดับสูง(Orange Zone)

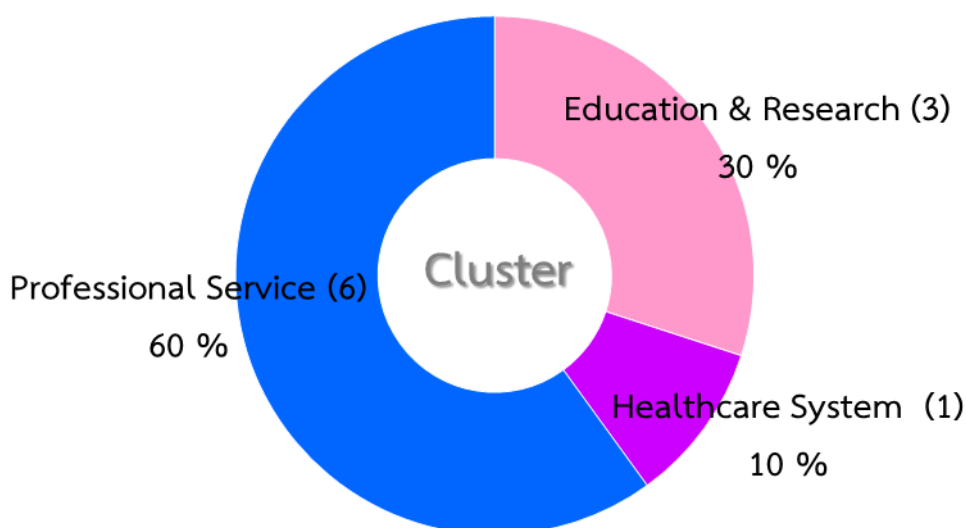
มีความเสี่ยงทั้งหมด 10 ความเสี่ยง แบ่งเป็นความเสี่ยงเดิม 9 ความเสี่ยง ความเสี่ยงใหม่ 1 ความเสี่ยง

ตารางที่ 6 แสดงความเสี่ยงระดับสูง (Orange Zone) มีดังนี้

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับ	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ
การศึกษา	O3 จำนวนและคุณภาพของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่สมัครเข้ารับการศึกษามีกรอบไม่ได้ตามเป้าหมาย	3	3
	O35 การดำเนินการเพื่อให้หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านผ่านการตรวจประเมินตามเกณฑ์ WFME ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	2	4
วิจัย	C4 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีถูกฟ้องร้องด้านการวิจัยในคน	2	4
ดูแลสุขภาพ	C32 การถูกฟ้องร้องจากกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาล	2	4
ทรัพยากรบุคคล	S34 ไม่สามารถสรรหาและบรรจุบุคลากรในตำแหน่งที่สำคัญ (Key position) เพื่อนรองรับการบริการและการเรียนการสอนของสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ได้เพียงพอ	3	3
สารสนเทศ	S10 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า	4	2
	S11 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯ แต่ละกลุ่มได้ตามความต้องการ (พิจารณาทั้ง New Project และ Change Product)	3	3

ตารางที่ 6(ต่อ) แสดงความเสี่ยงระดับสูง (Orange Zone) มีดังนี้

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับ	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ
สารสนเทศ(ต่อ)	O12 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยจนส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล	3	3
การเงินและงบประมาณ	F18 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล	5	2
สื่อสารองค์กร	O16 ขาดการจัดการด้านการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ	2	4



รูปภาพที่ 10 จำนวนและร้อยละของความเสี่ยงระดับสูง (Orange Zone) จำแนกตาม Cluster

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงภาพรวมในโซนนี้ พบว่า

ทุกความเสี่ยงเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ทั้งของคณะฯ และมหาวิทยาลัยฯ โดยความเสี่ยงส่วนใหญ่ในโซนนี้เป็นความเสี่ยงที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายในการจัดการความเสี่ยง รวมทั้งเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากกระบวนการสำคัญของคณะฯ ดังนั้นความเสี่ยงจึงจัดการให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ยาก และจะต้องติดตามเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากมีโอกาสค่อนข้างสูงในการปรับเป็นความเสี่ยงระดับสูงมาก (Red Zone)

นอกจากนี้พบว่า ความเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) เป็นความเสี่ยงเดิม (9 จาก 10 ความเสี่ยง) และความเสี่ยงใหม่เพียง 1 ความเสี่ยง ซึ่งเป็นความเสี่ยงด้านการศึกษา คือ “การดำเนินการเพื่อให้หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านผ่านการตรวจประเมินตามเกณฑ์ WFME ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย”

สำหรับความเสี่ยงเดิมจำนวน 9 ความเสี่ยงนั้น พบว่า เป็นความเสี่ยงมาแล้วตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป โดยร้อยละ 62.5 ของความเสี่ยงเดิมในโซนนี้ เป็นความเสี่ยงที่กิจกรรมควบคุมความเสี่ยงต้องดำเนินการในระยะยาว ทำให้ยังดำเนินการไม่เสร็จสิ้น ส่วนความเสี่ยงที่เหลือร้อยละ 37.5 เป็นความเสี่ยงที่ยังยอมรับไม่ได้

สำหรับระดับความเสี่ยงเดิม พบการเปลี่ยนแปลงระดับความเสี่ยงทั้งคงที่ เพิ่มขึ้น และลดลง ดังนี้

- **ระดับความเสี่ยงคงที่** เป็นความเสี่ยงที่มีสัดส่วนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.67 ของความเสี่ยงเดิมในโซนนี้ (6 จาก 9 ความเสี่ยง) เนื่องจากมาจาก 4 สาเหตุหลัก คือ
 1. ตัวชี้วัดความเสี่ยงยังไม่ได้ตามเป้าหมาย
 2. กิจกรรมควบคุมความเสี่ยงเป็นกิจกรรมระยะยาว ยังดำเนินการไม่เสร็จสิ้น
 3. พบสาเหตุใหม่เพิ่มเติม
 4. กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงที่ดำเนินการในปีงบประมาณที่ผ่านมาเป็นกิจกรรมที่ควบคุมเพียงด้านใดด้านหนึ่ง (เฉพาะโอกาสเกิด หรือผลกระทบ) ซึ่งไม่สอดคล้องกับระดับความเสี่ยงในด้านที่ยังไม่สามารถจัดการได้
- **ระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น** คิดเป็นร้อยละ 22.22 ของความเสี่ยงเดิมในโซนนี้ (2 จาก 9 ความเสี่ยง) เนื่องจากมาจาก 4 สาเหตุหลัก คือ
 1. พบสาเหตุใหม่เพิ่มเติม โดยสาเหตุที่พบเป็นจุดอ่อนที่ส่งผลให้ระดับผลกระทบเพิ่มขึ้น
 2. ตัวชี้วัดความเสี่ยงยังไม่ได้ตามเป้าหมาย
 3. กิจกรรมควบคุมความเสี่ยงเป็นกิจกรรมระยะยาว ยังดำเนินการไม่เสร็จสิ้น
 4. กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงยังไม่ครอบคลุมสาเหตุ
- **ระดับความเสี่ยงลดลง** คิดเป็นร้อยละ 11.11 ของความเสี่ยงเดิมในโซนนี้ (1 จาก 9 ความเสี่ยง) เนื่องจากมีกิจกรรมควบคุมความเสี่ยงที่เริ่มชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้น ถึงแม้กิจกรรมบางส่วนยังดำเนินการไม่เสร็จสิ้นก็ตาม

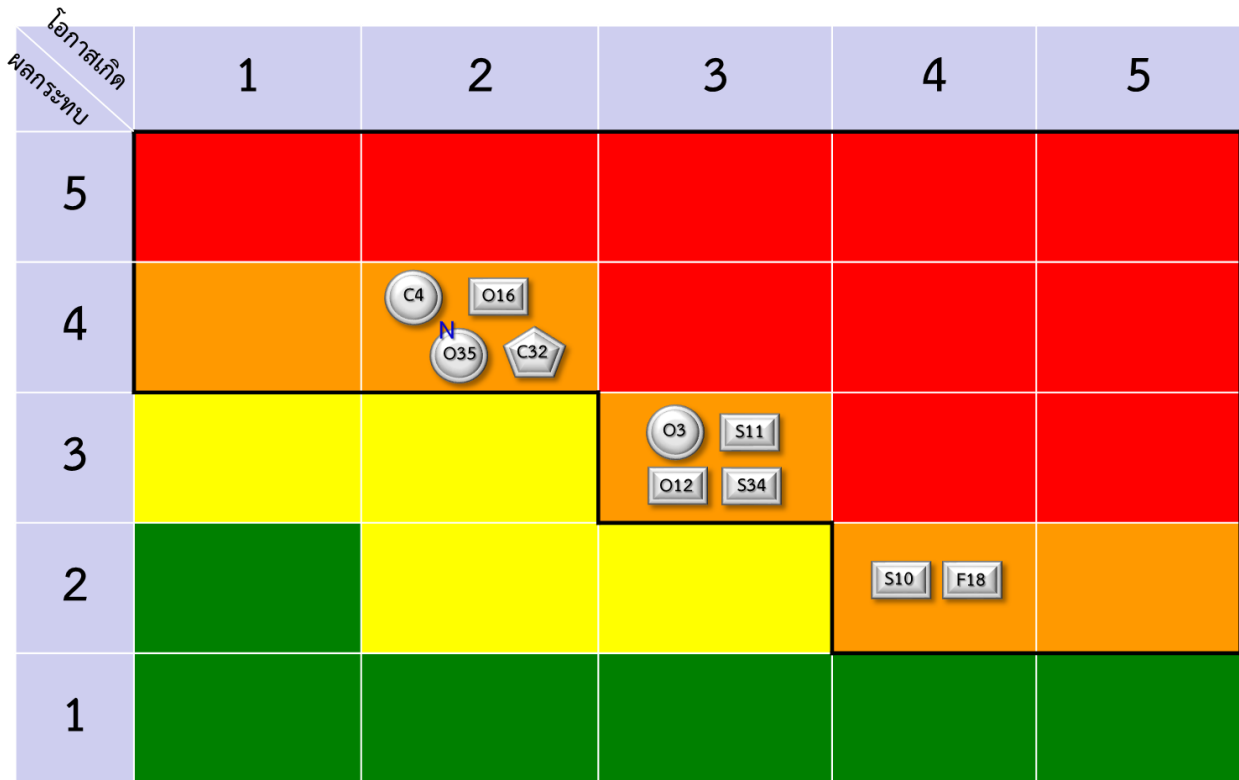
ตารางที่ 7 แสดงความสอดคล้องกันระหว่างความเสี่ยงและวิสัยทัศน์/ยุทธศาสตร์ของมหาวิทยาลัยมหิดลและคณะฯ

ความเสี่ยง	วิสัยทัศน์/ แผนยุทธศาสตร์ของมหาวิทยาลัยมหิดล	วิสัยทัศน์/ แผนยุทธศาสตร์ของคณะฯ
O3 จำนวนและคุณภาพของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่สมัครเข้ารับการศึกษาคือกรอบไม่ได้ตามเป้าหมาย	ยุทธศาสตร์ที่ 2 Excellence in outcome-based education for globally-competent graduates	ยุทธศาสตร์ที่ 1 Outcome-based education
O35 การดำเนินการเพื่อให้หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านผ่านการตรวจประเมินตามเกณฑ์ WFME ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	ยุทธศาสตร์ที่ 2 Excellence in outcome-based education for globally-competent graduates	ยุทธศาสตร์ที่ 1 Outcome-based education
C4 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีถูกฟ้องร้องด้านการวิจัยในคน	ยุทธศาสตร์ที่ 1 Excellence in research with global and social impact	ยุทธศาสตร์ที่ 2 High impact research focus

ตารางที่ 7(ต่อ) แสดงความสอดคล้องกันระหว่างความเสี่ยงและวิสัยทัศน์/ยุทธศาสตร์ของมหาวิทยาลัยมหิดลและคณะฯ

ความเสี่ยง	วิสัยทัศน์/ แผนยุทธศาสตร์ของมหาวิทยาลัยมหิดล	วิสัยทัศน์/ แผนยุทธศาสตร์ของคณะฯ
C32 การถูกฟ้องร้องจากกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาล	ยุทธศาสตร์ที่ 3 Excellence in professional service and social engagement	ยุทธศาสตร์ที่ 3 Health service management
S34 ไม่สามารถสรรหาและบรรจุบุคลากรในตำแหน่งที่สำคัญ (Key position) เพื่อบริการรับบริการและการเรียนการสอนของสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ได้เพียงพอ	ยุทธศาสตร์ที่ 4 Excellence in management for sustainable organization	ยุทธศาสตร์ที่ 5 Professional support Excellence
S10 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า	ยุทธศาสตร์ที่ 4 Excellence in management for sustainable organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6 IT system as an enabler
S11 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯ แต่ละกลุ่มได้ตามความต้องการ (พิจารณาทั้ง New Project และ Change Product)	ยุทธศาสตร์ที่ 4 Excellence in management for sustainable organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6 IT system as an enabler
O12 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยจนส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล	ยุทธศาสตร์ที่ 4 Excellence in management for sustainable organization	ยุทธศาสตร์ที่ 6 IT system as an enabler
F18 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล	ยุทธศาสตร์ที่ 4 Excellence in management for sustainable organization	ยุทธศาสตร์ที่ 3 Health service management ยุทธศาสตร์ที่ 7 Green campus & Shared service facility management
O16 ขาดการจัดการด้านการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ	ยุทธศาสตร์ที่ 4 Excellence in management for sustainable organization	ยุทธศาสตร์ที่ 5 Professional support Excellence

รายละเอียดของแต่ละความเสี่ยงในโซนนี้ มีดังนี้



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

รูปภาพที่ 11 Risk Map แสดงระดับความเสี่ยงที่อยู่ในระดับสูง (Orange Zone)

ด้านการศึกษา จำนวน 2 ความเสี่ยง คือ

(O4) จำนวนและคุณภาพของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่สมัครเข้ารับการศึกษามีกรอบไม่ได้ตามเป้าหมาย

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

ความเสี่ยงนี้เป็นเดิมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 ถือเป็นความเสี่ยงสำคัญของสถาบันการศึกษาเนื่องจากเกี่ยวข้องกับคุณภาพและเป้าหมายของการศึกษา โดยในปีงบประมาณ 2561 พิจารณาปรับชื่อและมุมมองความเสี่ยงใหม่โดยเน้นที่นักศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาเอกเป็นหลัก ส่งผลมาจากตัวชี้วัดความเสี่ยงของนักศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาเอกยังไม่ได้ตามเป้าหมาย

สำหรับความเสี่ยงในปีงบประมาณ 2562 นี้ยังคงเน้นที่นักศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาเอกเหมือนปีที่ผ่านมา โดยระดับความเสี่ยงยังคงที่อยู่ในระดับสูง (Orange Zone) เนื่องจากตัวชี้วัดความเสี่ยงยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ถึงแม้กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงที่กำหนดไว้จะดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว

ในส่วนของการจัดการความเสี่ยงนี้เน้นใน 2 มิติ คือ ด้านคุณภาพ และด้านจำนวนของนักศึกษาที่สมัครเข้ารับการอบรม ซึ่งจากผลการจัดการความเสี่ยงปีที่ผ่านมาพบว่า ในเชิงคุณภาพสามารถจัดการ

ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม แต่ในเชิงของจำนวนนักศึกษา ยังไม่ได้สามารถจัดการได้ตามเป้าหมาย ซึ่งเกิดจากปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ คือ การปรับปรุงหลักสูตรในหลายๆหลักสูตรทำให้ไม่สามารถเปิดรับนักศึกษาได้

สำหรับสาเหตุของความเสี่ยนั้น จากการพิจารณาร่วมกับผลตัวชี้วัดความเสี่ยในเรื่องจำนวนนักศึกษาที่สมัครเข้ารับการฝึกอบรมไม่ได้ตามเป้าหมาย พบสาเหตุของความเสี่ยเพิ่มเติมคือ การรับรู้ของบุคคลภายนอกต่อการมีหลักสูตรปริญญาโทและปริญญาเอกที่คณะฯเปิดสอน ส่วนสาเหตุเดิมที่ยังคงประเมินเป็นสาเหตุของปีงบประมาณนี้ คือ การตัดสินใจของนักศึกษาที่เปลี่ยนใจไปศึกษาสาขาอื่นหรือสอบได้ทุน ณ ต่างประเทศ สถาบันอื่นมีองค์ประกอบหรือหลักสูตรที่น่าสนใจมากกว่า และความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาหลักสูตรของนักศึกษา

จากสาเหตุใหม่ที่ประเมินพบดังที่กล่าวมาข้างต้น นำมาซึ่งการกำหนดกิจกรรมควบคุมความเสี่ยในปีงบประมาณนี้ โดยเป็นกิจกรรมที่เน้นการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้หลักสูตรทั้งปริญญาโทและเอกเป็นที่รู้จักแก่บุคคลภายนอกเพิ่มมากขึ้น โดยคาดการณ์ว่าหากสามารถจัดการสาเหตุนี้ได้ ระดับความเสี่ยจะมีโอกาสลดลงในระดับที่ยอมรับได้ หรืออาจไม่เป็นความเสี่ยในปีงบประมาณต่อไป

(O35) การดำเนินการเพื่อให้หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านผ่านการตรวจประเมินตามเกณฑ์ WFME ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

ประเภทความเสี่ย : ความเสี่ยด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

ความเสี่ยนี้เป็นความเสี่ยใหม่ ที่มีผลมาจากแพทยสภาปรับหลักเกณฑ์ใหม่ โดยกำหนดให้หลักสูตรแพทยศาสตร์ทุกหลักสูตรต้องผ่านการตรวจประเมินตามเกณฑ์ WFME ทุก 5 ปี สำหรับในครั้งนี้ให้ทุกหลักสูตรจัดส่งข้อมูลไปยังแพทยสภาพิจารณาภายในเดือนมิถุนายน 2562 ดังนั้นคณะฯจึงเกิดความกังวลใจว่า จะไม่สามารถดำเนินการได้ตามระยะเวลาที่กำหนด และหลักสูตรไม่ผ่านการตรวจประเมินตามเกณฑ์ WFME

สาเหตุของความเสี่ยนี้ ประเมินพบทั้งจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ดังนี้

1. ปัจจัยภายใน

- ในแต่ละหลักสูตรต้องใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลการฝึกอบรมภายในภาคศึกษาค่อนข้างมาก
- ต้องใช้เวลาทำความเข้าใจเกณฑ์การประเมิน เนื่องจากการจัดทำ SAR ตามเกณฑ์ WFME เป็นครั้งแรก

2. ปัจจัยภายนอก

- การกำหนดวันรับการตรวจประเมินขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละราชวิทยาลัย

สำหรับกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยนั้น เนื่องจากการดำเนินการจัดทำข้อมูลเพื่อการตรวจประเมินตามเกณฑ์ WFME มาในระยะหนึ่งแล้ว ดังนั้นจึงมีกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยในบางส่วนแล้ว คือการจัดการอบรมการเขียน SAR ตามเกณฑ์ WFME ให้กับคณะกรรมการบริหารโครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดจากภาควิชาต่างๆ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานภาควิชา นอกเหนือจากนี้ได้มีการจัดส่งข้อมูลการเขียน SAR ส่งไปยังภาควิชาต่างๆ เพื่อเป็นตัวอย่างและนำไปปรับใช้ตามบริบทของแต่ละภาควิชา

ส่วนกิจกรรมควบคุมที่กำลังดำเนินการในปีงบประมาณนี้ คือ การติดตามความคืบหน้าการประเมินคุณภาพหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านตามเกณฑ์คุณภาพ WFME รวมทั้งสำรวจความต้องการต่างๆของภาควิชาต่างๆที่ประสงค์ให้หน่วยงานส่วนกลางของคณะฯช่วยเหลือ

จากการประเมินระดับความเสี่ยง พบว่า ระดับโอกาสเกิดอยู่ในระดับต่ำ (ระดับ 2) อาจเนื่องมาจากความเสี่ยงนี้ได้ดำเนินกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงมาในระยะหนึ่งแล้ว ซึ่งกิจกรรมส่งผลต่อระดับโอกาสเกิดโดยตรง ส่วนระดับผลกระทบอยู่ในระดับสูง (ระดับ 4) อาจเนื่องมาจากความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับระบบการศึกษาซึ่งเป็นพันธกิจหลักของคณะฯ หากเกิดความเสี่ยงนี้ขึ้นแม้เพียงเล็กน้อยจะส่งผลกระทบต่อคณะฯ เป็นวงกว้าง

ด้านการวิจัย จำนวน 1 ความเสี่ยง คือ

(C4) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีถูกฟ้องร้องด้านการวิจัยในคน

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk)

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงเดิมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 และมีลักษณะความเสี่ยงเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากธรรมชาติของงานด้านการวิจัยในคน จากการประเมินสาเหตุพบว่า เป็นสาเหตุเดิมตั้งแต่เริ่มเกิดความเสี่ยงนี้ คือ ผู้วิจัยไม่ขออนุมัติโครงการวิจัย และ/ไม่มีความรู้ จรรยาบรรณในการวิจัย และอาสาสมัครไม่เข้าใจกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับตัวเอง ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดต่อกระบวนการในการวิจัย

สำหรับระดับความเสี่ยงมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญใน 2 ช่วง คือ

- ปีงบประมาณ 2560 มีการปรับเปลี่ยนระดับความเสี่ยงจากระดับต่ำ (Green Zone) เป็นระดับสูงมาก (Red Zone) ซึ่งเป็นผลมาจากการปรับระดับผลกระทบของความเสี่ยงด้านการฟ้องร้องในเรื่องการรักษาพยาบาลจากระดับต่ำมา (ระดับ 1) เป็นระดับสูงมาก (ระดับ 5) เนื่องจากมีการประเมินพบจุดอ่อนในกระบวนการรับมือหรือการจัดการกับการร้องเรียนเบื้องต้น ซึ่งจุดอ่อนดังกล่าวส่งผลต่อความทันทั่วทั้งในการตอบสนองต่อการร้องเรียนที่เกิดขึ้น เพื่อลดระดับความรุนแรง
- ปีงบประมาณนี้ ถึงแม้จะมีการพิจารณาปรับเพิ่มระดับโอกาสเกิดจากระดับต่ำ (ระดับ 1) เป็นระดับต่ำ (ระดับ 2) เนื่องจากคณะฯ มีช่องทางให้แจ้งเรื่องร้องเรียนเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งความเชื่อและทัศนคติของบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้จำนวนการร้องเรียนเพิ่มมากขึ้น แต่มีการพิจารณาปรับลดระดับผลกระทบลงจากสูงมาก (ระดับ 5) เป็นระดับสูง (ระดับ 4) เนื่องมาจากการพิจารณากิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงที่พบว่า มีกิจกรรมที่ใช้ป้องกันความผิดพลาดจากการดำเนินการตามกระบวนการทางวิจัยตั้งแต่ก่อนเริ่มโครงการมีคณะกรรมการพิจารณาโครงการ มีการสุ่มตรวจโครงการ เพื่อให้ทุกโครงการมีกระบวนการตามมาตรฐานการวิจัยในคน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวช่วยลดปัจจัยที่นักวิจัยจะเป็นผู้กระทำผิดและส่งผลกระทบต่อระดับผลกระทบลดลงได้

จากการปรับลดระดับผลกระทบดังที่กล่าวมาข้างต้น จึงส่งผลให้ระดับความเสี่ยงในช่วงต้นปีงบประมาณ 2562 นี้ปรับลดลงจากระดับสูงมาก (Red Zone) เป็นระดับสูง (Orange Zone) และเมื่อพิจารณากิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงในปีนี้ พบว่าเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 เน้นการลดผลกระทบเป็นหลัก ดังนั้นหากการดำเนินกิจกรรมชัดเจนและเป็นรูปธรรมเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา หรือการดำเนินการแล้วเสร็จ ความเสี่ยงนี้มีโอกาสลดระดับความเสี่ยงลงได้อย่างต่อเนื่อง

ด้านบริการสุขภาพ(รพ.รามาริบัติ/ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์/ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์) จำนวน 1 ความเสี่ยง คือ

(C32) การถูกฟ้องร้องจากกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาล

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk)

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงเดิมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 โดยลักษณะของความเสี่ยงเป็นความเสี่ยงหลักที่เกิดมาจากธรรมชาติของงานด้านการรักษาพยาบาล และยังคงพิจารณาเป็นความเสี่ยงต่อเนื่องในปีงบประมาณนี้ เนื่องจากยังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้

สำหรับชื่อของความเสี่ยงนั้น ได้มีการพิจารณาปรับเปลี่ยนให้ชัดเจนและมีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 และยังคงใช้ชื่อดังกล่าวในปีงบประมาณนี้ โดยชื่อเดิมคือการถูกฟ้องเรียหรือฟ้องร้องจากความผิดพลาดของกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาลจนถูกตัดสินว่าผิดและนำไปสู่ความเสียหายต่อชื่อเสียงภาพลักษณ์และการชดใช้เป็นตัวเงิน

ส่วนสาเหตุของความเสี่ยง ยังคงเป็นสาเหตุเดิมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 คือ สาเหตุจากการบริหารจัดการของระบบบริการสุขภาพในภาพรวม ตั้งแต่การเกิดอุบัติการณ์ที่นำไปสู่เหตุการณ์ระดับ Zero Event หรือ Never Event การไม่รายงานเมื่อเกิดอุบัติการณ์และปัญหา การไม่นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางการแก้ไข และความล่าช้าของกระบวนการรับรู้ปัญหาของผู้บริหารจนนำไปสู่กระบวนการเยียวยาที่ล่าช้า

เมื่อพิจารณาระดับความเสี่ยงควบคู่ไปกับลักษณะของกิจกรรมควบคุมความเสี่ยงพบว่า กิจกรรมควบคุมเป็นกิจกรรมระยะยาวต้องดำเนินการต่อเนื่อง และส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่เน้นการควบคุมโอกาสเกิดมากกว่าผลกระทบ จึงส่งผลให้ระดับความเสี่ยงยังคงที่อยู่ในระดับสูงมาก (Red Zone) และระดับผลกระทบยังคงที่อยู่ในระดับสูง (ระดับ 4)

ด้านสารสนเทศ จำนวน 3 ความเสี่ยง คือ

(S10) ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)

เนื่องจากระบบสารสนเทศเป็นระบบสนับสนุนที่สำคัญของคณะฯ โดยเฉพาะระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์พยาบาล เช่น ระบบ Billing Rx EMR(OPD/IPD) ระบบสิทธิผู้ป่วย ดังนั้นหากระบบล่มหรือหยุดชะงักโดยไม่ได้คาดการณ์ไว้ จะเกิดผลกระทบต่อระบบการพยาบาลทั้งระบบ

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงเดิมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 โดยการจัดการความเสี่ยงที่ผ่านมา คณะฯ ได้นำกระบวนการมาตรฐาน ISO/IEC 20000:2011 มาใช้ในการควบคุมไม่ให้เกิดเหตุการณ์ ความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่สามารถควบคุมจำนวนระบบล่มได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ดังนั้น ความเสี่ยงนี้ยังคงเป็นความเสี่ยงในปีงบประมาณนี้ และได้นำมาตราฐานด้านการพัฒนาซอฟต์แวร์ (Capability Maturity Model Integration - CMMI) มาร่วมดำเนินการจัดการความเสี่ยงเพิ่มเติม

จากการประเมินสาเหตุของความเสี่ยงพบว่า เกิดจากทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน โดยสาเหตุที่ประเมินพบในปีงบประมาณนี้ มีทั้งสาเหตุเดิมที่ยังคงอยู่และพบสาเหตุใหม่ ดังนี้

- ปัจจัยภายนอก – เป็นสาเหตุที่พิจารณาเพิ่มใหม่ในปีงบประมาณนี้ คือ ถูกโจมตีจากภัยคุกคามด้านความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ เช่น มัลแวร์ หรือ Hackers
- ปัจจัยภายใน – มีทั้งสาเหตุเดิม คือ กระบวนการตรวจสอบความพร้อมใช้งานของระบบสารสนเทศโรงพยาบาลยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ และสาเหตุใหม่ ซึ่งเป็นการขยายขอบเขตของสาเหตุเดิมที่เป็นสาเหตุหลักในการทำให้ระบบสารสนเทศหยุดชะงักมากที่สุดในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมาก คือ เรื่องระบบสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น ระบบไฟฟ้า ระบบปรับอากาศของ Data Center ไม่เพียงพอ โดยมีการขยายขอบเขตของสาเหตุเป็น ระบบสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ของสารสนเทศทั้งระบบไม่เพียงพอ นอกเหนือจากนี้ยังพบสาเหตุเรื่องระบบมีพื้นที่ (Capacity) ไม่เพียงพอในการรองรับปริมาณการใช้งาน และข้อผิดพลาดในการพัฒนาซอฟต์แวร์เพิ่มเติมอีกด้วย

สำหรับระดับความเสี่ยงปรับเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (Yellow Zone) เป็นระดับสูง (Orange Zone) โดยปรับระดับโอกาสเกิดเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (ระดับ 3) เป็นระดับสูง (ระดับ 4) เนื่องจาก กิจกรรมควบคุมความเสี่ยงยังไม่เสร็จสิ้น และตัวชี้วัดความเสี่ยงที่กำหนดยังไม่ได้ตามเป้าหมาย นอกจากนี้เมื่อพิจารณากิจกรรมควบคุมความเสี่ยงของปีงบประมาณ 2561 พบว่า ยังไม่มีกิจกรรมที่ควบคุมสาเหตุที่พบเพิ่มเติม ดังนั้นจึงส่งผลให้ระดับโอกาสเกิดเพิ่มขึ้น

สำหรับกิจกรรมควบคุมความเสี่ยงในปีงบประมาณนี้ มีทั้งกิจกรรมเดิมและกิจกรรมใหม่ที่กำหนดเพิ่มเติม ดังนี้

- กิจกรรมเดิมที่ดำเนินการต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2560 ได้แก่ จัดทำแผนความต่อเนื่องทางธุรกิจ (BCP) แผนการกู้คืนระบบเมื่อเกิดภัยพิบัติ (DRP) และ DR Site ใน Web Application และ Web Services ให้ครอบคลุมระบบงานสารสนเทศโรงพยาบาลทั้งหมด
- กิจกรรมใหม่ที่กำหนดเพิ่มเติม เป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับสาเหตุใหม่ที่ประเมินพบเพิ่มเติม ได้แก่ ทบทวนกระบวนการเฝ้าระวังภัยคุกคามจากมัลแวร์ พิจารณาปรับปรุง

ระบบสิ่งอำนวยความสะดวกทั้งระบบไฟฟ้า และระบบปรับอากาศที่ไม่เพียงพอ (สอดคล้องกับสาเหตุที่พบมากที่สุดในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา) รวมถึงทบทวนการนำกระบวนการมาตรฐานด้านการพัฒนาซอฟต์แวร์ (Capability Maturity Model Integration - CMMI) มาใช้ให้ครอบคลุมมากขึ้น

(S11) ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯแต่ละกลุ่มได้ตามความต้องการ (พิจารณาทั้ง New Project และ Change Product)

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงเดิมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 โดยในการควบคุมความเสี่ยงที่ผ่านมา คณะฯได้ใช้กระบวนการมาตรฐานด้านการพัฒนาซอฟต์แวร์ (Capability Maturity Model Integration - CMMI) ในการควบคุมความเสี่ยง สำหรับที่มาของความเสี่ยงนี้เกิดจากการประเมินกิจกรรมตามกระบวนการมาตรฐาน CMMI พบว่า กิจกรรมดังกล่าวไม่เพียงพอส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายของตัวชี้วัดความเสี่ยงที่กำหนด รวมทั้งในการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงช่วงปลายปีงบประมาณ 2561 พบว่ากิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงยังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้อย่างเต็มศักยภาพ เนื่องจากการดำเนินการเป็นไปตามแผนงานประจำปี และต้องมีการดำเนินงานร่วมกับหลายส่วนงานทั้งภายในและภายนอกฝ่ายสารสนเทศ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ดังนั้นจึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ความเสี่ยงนี้ยังคงเป็นความเสี่ยงต่อเนื่องในปีงบประมาณนี้ และระดับความเสี่ยงยังคงอยู่ในระดับสูง (Orange Zone) โดยไม่มีการปรับลดทั้งระดับโอกาสเกิด (อยู่ระดับปานกลาง หรือระดับ 3) และระดับผลกระทบ (อยู่ระดับปานกลาง หรือระดับ3)

สำหรับสาเหตุของความเสี่ยงนี้ ประเมินพบสาเหตุเพิ่มเติม คือ การกระบวนการ CMMI ในการดำเนินโครงการยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ และพบการดำเนินการข้ามขั้นตอนไม่เป็นไปตามกระบวนการที่มาตรฐาน CMMI กำหนด ส่วนสาเหตุเดิมที่ยังคงประเมินเป็นสาเหตุในปีงบประมาณนี้ คือกระบวนการในการเก็บ และยืนยันความต้องการ (Requirement) ของผู้ที่เกี่ยวข้องยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ใช้งานทั้ง Business Owner และผู้ปฏิบัติงาน ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างความต้องการ (Requirement) ในมุมมองด้านการบริหารงาน กับมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งอัตรากำลังที่มีอยู่และความสามารถของบุคลากรของฝ่ายสารสนเทศไม่เพียงพอ ในการตอบสนอง และ/หรือ แก้ปัญหาตามความต้องการ (Requirement) ที่มีความซับซ้อนขึ้นเรื่อยๆ

ดังนั้นกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงของปีงบประมาณนี้ จึงกำหนดกิจกรรมสำหรับจัดการสาเหตุให้ครอบคลุมและครบถ้วนในทุกสาเหตุ ทั้งการกำหนดข้อบังคับในการปฏิบัติตามกระบวนการมาตรฐาน CMMI เพิ่มการทบทวนกระบวนการสรรหา และพัฒนาบุคลากรเพื่อให้มีศักยภาพเพียงพอต่อความต้องการ

(O12) มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับ จนส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของคณะฯ

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงเดิมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 โดยชื่อความเสี่ยงเดิม คือ “ความปลอดภัยทางสารสนเทศยังไม่ได้มาตรฐานขั้นสูงสุดของกระทรวงสาธารณสุขและการสื่อสาร” ในปีงบประมาณ 2560 มีการปรับชื่อเพื่อให้กระชับมากขึ้น เป็น “มีโอกาสดังกล่าวที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยจนส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงโรงพยาบาล” และในปีงบประมาณ 2562 นี้ ได้พิจารณาปรับชื่ออีกครั้งเพื่อให้ความเสี่ยงชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยเป็นชื่อที่แสดงในปัจจุบัน

สำหรับระดับความเสี่ยงในปีงบประมาณนี้ พบว่า ระดับความเสี่ยงยังคงที่อยู่ในระดับสูง (Orange Zone) เนื่องจาก

- กิจกรรมควบคุมความเสี่ยงที่มีอยู่ทั้งหมด มีลักษณะ Preventive Control คือใช้เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยง ยังดำเนินการไม่เสร็จสิ้น เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ต้องดำเนินการระยะยาว ดังนั้นจึงไม่สามารถประเมินปรับลดระดับโอกาสเกิดได้
- ไม่พบกิจกรรมควบคุมความเสี่ยงที่ใช้ในการลดผลกระทบ จึงส่งผลให้ยังไม่สามารถลดระดับผลกระทบลงได้

ในส่วนสาเหตุของความเสี่ยงนั้นเป็นสาเหตุเดิมจากปีที่ผ่านมา โดยเกิดจาก 3 สาเหตุหลักคือ

1. ระบบการกำหนดสิทธิการเข้าถึงข้อมูลยังไม่มีประสิทธิภาพ
2. ยังไม่สามารถสร้างวัฒนธรรมเรื่องการตระหนักถึงความปลอดภัยของข้อมูลให้เกิดขึ้นกับบุคลากรได้ รวมทั้งการไม่ปฏิบัติตามระเบียบการเข้าถึงข้อมูล
3. การตั้งใจลักลอบเข้าถึงข้อมูลจากผู้ไม่หวังดี หรือการถูกโจมตีจาก Hackers

สำหรับกิจกรรมควบคุมความเสี่ยงนั้น ในปีงบประมาณที่ผ่านมา มีกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงที่กำหนดให้สอดคล้องตามหลัก CIA หรือมาตรการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล และวิธีปฏิบัติในการควบคุมการเข้าถึงข้อมูลที่ได้มาตรฐาน ซึ่งประกอบด้วย 3 มิติ ดังนี้ 1. Confidentiality คือการรักษาความลับของข้อมูล 2. Integrity คือ ความถูกต้องของข้อมูล 3. Availability คือการมีข้อมูลใช้อย่างต่อเนื่อง ส่วนกิจกรรมควบคุมความเสี่ยงในปีงบประมาณนี้ เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณที่ผ่านมา โดยลักษณะของกิจกรรมเป็นกิจกรรมในงานประจำ กิจกรรมบางส่วนยังดำเนินการไม่เสร็จสิ้น และในบางกิจกรรมมีการกำหนดกระบวนการทบทวนกิจกรรมเพิ่มเติม

นอกจากนี้เมื่อประเมินความเสี่ยงเพิ่มเติม พบว่า มีปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องทั้งจากปัจจัยภายนอก และปัจจัยส่วนบุคคลของทั้งบุคลากรภายในคณะฯ และภายนอกคณะฯ เอง รวมถึงยังไม่มีกำหนดกิจกรรมที่จะควบคุมผลกระทบหากมีการฟ้องร้องเรียนเกิดขึ้น ดังนั้นเมื่อสิ้นปีงบประมาณนี้ ความเสี่ยงมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถจัดการความเสี่ยงให้อยู่ระดับที่ยอมรับได้ และมีโอกาสเป็นความเสี่ยงในปีงบประมาณถัดไป

ความเสี่ยงด้านทรัพยากรบุคคล จำนวน 1 ความเสี่ยง คือ

(S34) ไม่สามารถสรรหาและบรรจุบุคลากรในตำแหน่งที่สำคัญ (Key position) เพื่อรองรับการบริการและการเรียนการสอนของสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ได้เพียงพอ

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงเดิมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 โดยปัจจัยตั้งต้นที่ทำให้เกิดความเสี่ยงนี้ เนื่องจากคณะฯจะเปิดดำเนินการศูนย์การแพทย์จักรีนฤพดินทร์ (CNMI) ดังนั้นการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อรองรับให้ทันตามกำหนดการเปิดดำเนินการนั้นจึงเป็นความกังวลใจสำคัญของทั้งภาควิชาและคณะฯต่อมาความเสี่ยงดังกล่าวยังได้รับการประเมินเป็นความเสี่ยงต่อเนื่องในปีงบประมาณนี้ แต่เนื่องจากสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ได้เปิดดำเนินการในส่วนบริการบางส่วนแล้ว และเตรียมจะเปิดในส่วนการเรียนการสอนต่อไป ดังนั้นมุมมองความเสี่ยงจึงปรับเปลี่ยนจากมุ่งที่สรรหาได้ทันต่อการเกิดสถาบันฯ เป็น การสรรหาและบรรจุบุคลากรให้สามารถรองรับการดำเนินการด้านบริการและการเรียนการสอนได้อย่างเพียงพอ และเพื่อให้สอดคล้องกับการปรับเปลี่ยนมุมมองของความเสี่ยงดังกล่าวมาข้างต้น จึงปรับชื่อความเสี่ยงจากเดิม “ไม่สามารถสรรหากำลังคนในตำแหน่งที่สำคัญ (Key position) ได้ทันต่อการเกิดสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์” เป็นชื่อใหม่ดังที่แสดงไว้ในปัจจุบัน

นอกเหนือจากการปรับเปลี่ยนมุมมองความเสี่ยงและชื่อความเสี่ยง ได้มีการปรับเปลี่ยนจุดเน้นการให้ความสำคัญของตำแหน่งที่สรรหาในแต่ละปีงบประมาณ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- ในปีแรกของการเกิดความเสี่ยงนี้ (ปีงบประมาณ 2560) เน้นในทุกตำแหน่งที่ต้องการในการดำเนินการของสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์
- ต่อมาในปีงบประมาณ 2561 มีการปรับเปลี่ยนมุมมอง โดยเน้นความเสี่ยงที่เกิดจากการสรรหาอัตรากำลังเฉพาะ “ตำแหน่งที่สำคัญ (Key position)” แทนทุกตำแหน่งงานที่ต้องการ เนื่องจากเมื่อพิจารณาจากผลตัวชี้วัดความเสี่ยงในเรื่องอัตรากำลังที่สรรหาได้นั้น พบว่า ตำแหน่งสนับสนุนต่างๆ มีแนวโน้มสรรหาได้ตามแผนที่วางไว้ แต่สำหรับตำแหน่งที่สำคัญนั้นยังเป็นประเด็นที่ทำให้กังวล และหากไม่สามารถสรรหาได้ทันตามที่กำหนด จะทำให้เกิดปัญหาในการเปิดดำเนินการของสถาบันฯ
- ส่วนปีงบประมาณนี้ ยังคงเน้นการสรรหาอัตรากำลังเฉพาะ “ตำแหน่งที่สำคัญ (Key position)” เช่นเดียวกับปีงบประมาณ 2561

สำหรับสาเหตุของความเสี่ยงนั้น พิจารณาประเมินใหม่ให้ชัดเจนเพิ่มมากขึ้น โดยผลการประเมินพบว่า มีสาเหตุสำคัญ 2 สาเหตุหลัก คือ

1. แผนการบริหารจัดการโครงสร้างองค์กรและกระบวนการทำงาน ยังไม่ชัดเจนส่งผลให้ไม่สามารถวางแผนอัตรากำลังได้ครอบคลุม
2. ยังไม่มี นโยบายและแผนงานด้านทรัพยากรบุคคลของสถาบัน รวมถึงการระบุตำแหน่งสำคัญของสถาบัน

สำหรับระดับความเสี่ยงในปีงบประมาณนี้ พิจารณาปรับระดับโอกาสเกิดลง จากระดับสูง (ระดับ 4) เป็นระดับปานกลาง (ระดับ 3) อาจเนื่องจากกิจกรรมควบคุมความเสี่ยงได้มีการดำเนินการมาในระยะเวลาหนึ่งแล้ว ส่วนระดับผลกระทบยังคงที่จากปีงบประมาณ 2561 ในระดับปานกลาง (ระดับ 3) ส่งผลให้ระดับความเสี่ยงลดลงจากระดับสูงมาก (Red Zone) เป็นระดับสูง (Orange Zone)

ความเสี่ยงด้านการเงินและงบประมาณ จำนวน 1 ความเสี่ยงคือ

(F18) ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล

ประเภทความเสี่ยง : ด้านการเงิน (Financial Risk)

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงเดิม ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 ที่มาของความเสี่ยงเนื่องจากลักษณะของกระบวนการเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลเป็นกระบวนการในงานประจำที่จะต้องปฏิบัติซ้ำในทุกวัน และมีจุดบริการที่ครอบคลุมหลายพื้นที่ให้บริการ จึงอาจทำให้เกิดความผิดพลาดได้สูง

ในปีงบประมาณนี้ ยังคงพิจารณาเป็นความเสี่ยงต่อเนื่อง เนื่องจากกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายและมีปัจจัยภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การปรับเปลี่ยนขั้นตอนการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของกรมบัญชีกลาง จึงส่งผลให้ยังดำเนินการไม่เสร็จสิ้น

สำหรับระดับความเสี่ยง พบว่า ยังคงอยู่ในระดับสูง (Orange Zone) แต่มีการพิจารณาปรับลดระดับโอกาสเกิดจากระดับสูงมาก (ระดับ 5) เป็นระดับสูง (ระดับ 4) เนื่องจากมีกิจกรรมควบคุมที่เริ่มชัดเจนเป็นรูปธรรม ประกอบกับกิจกรรมควบคุมบางกิจกรรมดำเนินการแล้วเสร็จในปีงบประมาณที่ผ่านมา ส่วนระดับผลกระทบยังคงที่ในระดับต่ำ (ระดับ 2)

ส่วนสาเหตุของความเสี่ยงนั้นยังคงยืนยันเป็นสาเหตุเดิมที่ประเมินพบตั้งแต่ปีงบประมาณที่ผ่านมา คือ

1. ระบบสารสนเทศที่ดึงข้อมูลมายังระบบจัดเก็บค่ารักษา (Billing System) ในแต่ละวันไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง
2. ระบบการรับรองสิทธิ ไม่ถูกต้องทำให้เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลไม่ครบถ้วนหรือมีความล่าช้า
3. การให้บริการไม่ตรงตามเงื่อนไขของกองทุนต่างๆ ทำให้ได้รับการชดเชยล่าช้า
4. ปัจจัยส่วนบุคคล ที่ทำให้ผู้รับบริการไม่ยอมชำระค่าบริการด้วยสาเหตุต่างๆ

ในส่วนของกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงนั้น เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการต่อเนื่องระยะยาว โดยเน้นที่การพัฒนาและแก้ปัญหาาระบบต่างๆที่เกี่ยวข้อง ทั้งการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยที่ใช้สิทธิโดยไม่ต้องชำระเงินให้สามารถรับบริการ ณ จุดบริการต่างๆโดยไม่ต้องมาบันทึกสิทธิที่งานจัดเก็บค่ารักษา การพัฒนาระบบจัดทำหนังสือทวงหนี้ รวมทั้งการแก้ไขปัญหาในระบบฐานข้อมูล และการส่งข้อมูลมายังระบบจัดเก็บค่ารักษา (Billing system)

จากลักษณะของกิจกรรมควบคุมในภาพรวมที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า เป็นกิจกรรมควบคุมโอกาสเกิด และเมื่อพิจารณาเชิงลึกร่วมกับลักษณะของความเสี่ยงทำให้คาดการณ์ได้ว่าหากสามารถลดระดับโอกาสเกิดได้ ระดับผลกระทบจะลดตามลงไปด้วยอย่างอัตโนมัติ

ความเสี่ยงด้านสื่อสารองค์กร จำนวน 1 ความเสี่ยงคือ

(O16) ขาดการจัดการด้านการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

ความเสี่ยงนี้เป็นความเสี่ยงเดิมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 โดยที่มาของความเสี่ยงนี้เกิดจากหลายปีที่ผ่านมาคณะฯเผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉินจากหลากหลายสถานการณ์ เช่น สถานการณ์ความขัดแย้งทางการเมือง หรืออุทกภัยที่เกิดขึ้น ทำให้คณะฯต้องมีการกำหนดแผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินขึ้นเพื่อให้กระบวนการต่างๆที่สำคัญของคณะฯสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งระบบสื่อสารเป็นระบบสำคัญระบบหนึ่งในการช่วยให้การจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินทันการณ์และลดระดับความรุนแรงหรือผลกระทบของสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เนื่องจากกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงที่ดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 ยังดำเนินการไม่เสร็จสิ้น และยังไม่สามารถสรุปผลตามตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ จึงส่งผลให้ยังคงพิจารณาเป็นความเสี่ยงต่อเนื่องในปีงบประมาณนี้ และยังพิจารณาองระดับความเสี่ยงเดิม คือระดับสูง (ระดับโอกาสเกิด 2 ผลกระทบ 4)

สำหรับสาเหตุของความเสี่ยง ในปีงบประมาณนี้ยังคงเป็นสาเหตุเดิมคือ คณะฯยังไม่มีระบบในการสื่อสารให้กับบุคลากรภายในคณะฯได้รับทราบอย่างเป็นรูปธรรมหากเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาร่วมกันระหว่างระดับความเสี่ยง และลักษณะของกิจกรรมควบคุมความเสี่ยง พบว่า กิจกรรมควบคุมความเสี่ยงที่กำหนดเป็นกิจกรรมที่เน้นการควบคุมโอกาสเกิดแต่ยังไม่ครอบคลุมในแง่ผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับระดับผลกระทบที่ยังอยู่ในระดับสูง (ระดับ 4)

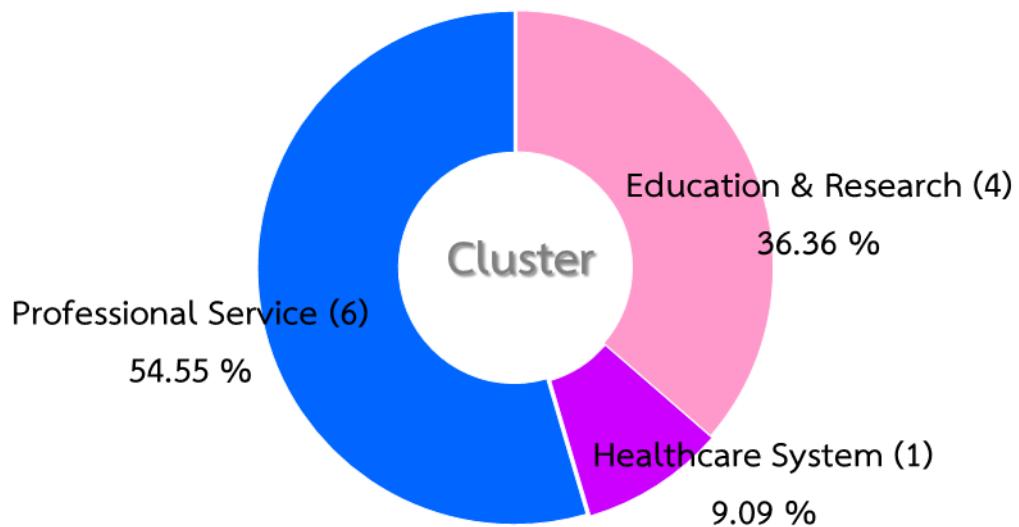
2. ความเสี่ยงที่อยู่ในระดับปานกลาง (Yellow Zone) และระดับต่ำ (Green Zone) - ความเสี่ยงที่บริหารจัดการภายในคณะฯ

2.1 ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone)

โอกาสเกิด ผลกระทบ	1	2	3	4	5
5					
4					
3	S8	N C5 O31			
2		S6 S7 O22	S13 S15 S17 O21 C27		
1					

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

รูปภาพที่ 12 Risk Map แสดงระดับความเสี่ยงที่อยู่ในระดับปานกลาง (Yellow Zone)



รูปภาพที่ 13 จำนวนและร้อยละของความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) จำแนกตาม Cluster

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงภาพรวมในโซนนี้ พบว่า

ความเสี่ยงในโซนนี้เป็นความเสี่ยงเดิม 10 ความเสี่ยง ความเสี่ยงใหม่เพียง 1 ความเสี่ยง เป็นต้น
วิจัย คือ “ความคลาดเคลื่อนในการรับ-เบิกจ่ายเงินทุนวิจัย”

สำหรับความเสี่ยงเดิม พบว่า ร้อยละ 90 เป็นความเสี่ยงที่กิจกรรมควบคุมความเสี่ยงยังไม่เสร็จ
สิ้น และร้อยละ 60 ของความเสี่ยงเดิมในโซนนี้มีระดับความเสี่ยงคงที่จากปีที่ผ่านมา

ส่วนความเสี่ยงใหม่ 1 ความเสี่ยง คือ ความคลาดเคลื่อนในการรับ-เบิกจ่ายเงินทุนวิจัย เป็น
ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นการปรับเปลี่ยนระบบงาน และทักษะงานส่วนบุคคล ซึ่งเจ้าของความเสี่ยง
พิจารณาแล้วว่า สามารถควบคุมได้จากระบบสารสนเทศ และการประสานงานถ่ายทอดความรู้ จึง
เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ถึงแม้จะเป็นความเสี่ยงใหม่

ตารางที่ 8 แสดงความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) มีดังนี้




พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับ	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ
วิจัย	C5 ความคลาดเคลื่อนในการรับ-เบิกจ่าย เงินทุนวิจัย	2	3
	S5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ ไม่ได้ตามเป้าหมาย	2	2
ดูแลสุขภาพ	O31การเกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรจะป้องกันได้ (Preventable Event) ทำให้ รพ. ต้องให้การเยียวยา ผู้ป่วยและครอบครัว	2	3
วิเทศสัมพันธ์	S7 บันทึกข้อตกลงความร่วมมือที่มีความเคลื่อนไหวหรือ ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง(Active MOU) ต่ำกว่าเป้าหมาย	2	2
	S8 จำนวนอาจารย์ชาวต่างชาติจากสถาบันการศึกษาอื่นใน ต่างประเทศที่มหาวิทยาลัยหรือส่วนงานเชิญมาเพื่อปฏิบัติ หน้าที่ในการสอนหรือวิจัยหรือบริหารการศึกษาหรือเป็นที่ ปรึกษาด้านวิชาการให้แก่นักศึกษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	1	3
สารสนเทศ	S13ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญและจำเป็นต่อการวางแผนหรือ การบริหารงานภายในคณะฯไม่ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ ครอบคลุม	3	2
พัสดุ	C27ความเสี่ยงจากการผิดรบ.การจัดซื้อจัดจ้างใหม่	3	3
สร้างเสริม สุขภาพ	S15บุคลากรในคณะฯ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่ เหมาะสม	3	2

ตารางที่ 8(ต่อ) แสดงความเสี่ยงระดับปานกลาง (Yellow Zone) มีดังนี้

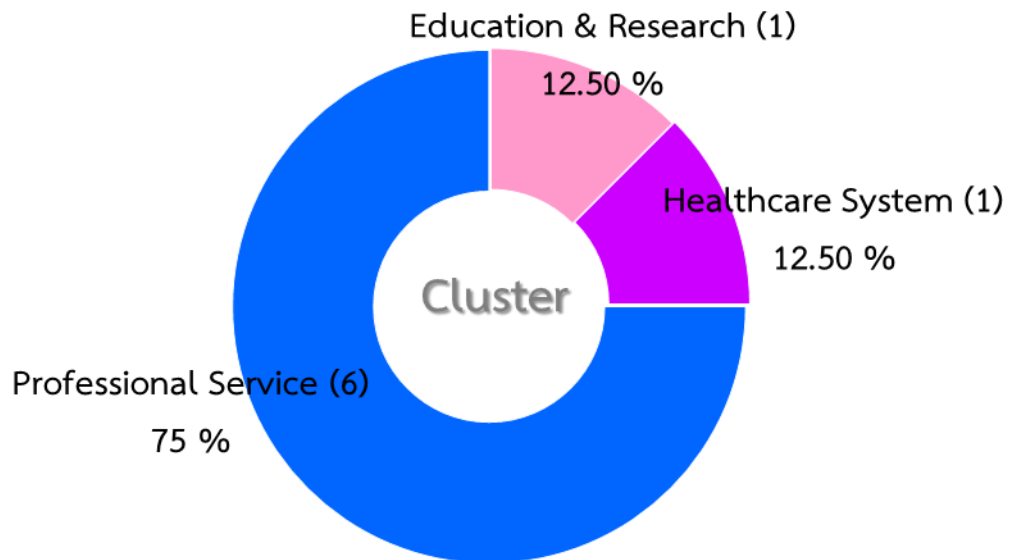
พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับ	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ
วิชาการและ วัฒนธรรม	S17ขาดการสนับสนุนด้านการสรรสร้างพันธกิจเชิงรุก	3	2
กายภาพและสิ่ง อำนวยความสะดวก	O21การจัดการขยะไม่ได้ตามมาตรฐานสากล	3	2
	O22บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน	2	2

2.2 ความเสี่ยงระดับต่ำ(Green Zone)

โอกาสเกิด ผลกระทบ	1	2	3	4	5
5					
4					
3					
2	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">O23</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">O24</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">O25</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">O26</div> </div>				
1	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">C28</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">S29</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 50%; padding: 2px;">O9</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">F19</div> </div>		

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

รูปภาพที่ 14 Risk Map แสดงระดับความเสี่ยงที่อยู่ในระดับต่ำ (Green Zone)



รูปภาพที่ 15 จำนวนและร้อยละของความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) จำแนกตาม Cluster

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงภาพรวมในโซนนี้ พบว่า

ความเสี่ยงที่อยู่ในโซนนี้มี 8 ความเสี่ยง โดยความเสี่ยงมีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ

- เป็นความเสี่ยงเดิม โดยร้อยละ 62.5 เป็นความเสี่ยงมากกว่า 3 ปี
- ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับต่ำมาหลายปี
- ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในพันธกิจสนับสนุน

เมื่อพิจารณาลักษณะของความเสี่ยงในเชิงลึกพบว่า มี 5 ความเสี่ยง หรือคิดเป็นร้อยละ 62.5 ของความเสี่ยงทั้งหมดในโซนนี้ (5/8) เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่เจ้าของความเสี่ยงยังประเมินเป็นความเสี่ยงคณะฯ เนื่องจากเป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่ความรับผิดชอบหลักของแต่ละพันธกิจ จึงถือเป็นความเสี่ยงสำคัญของแต่ละพันธกิจที่ควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 9 แสดงความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) มีดังนี้

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับ	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ
ศูนย์ความเป็นเลิศและศูนย์สนับสนุนพันธกิจ	S29 ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในด้านการหารายได้ของศูนย์สนับสนุนพันธกิจตามที่ศูนย์ฯตั้งไว้ (ศูนย์สนับสนุนพันธกิจ -Mission Possible Unit)	1	1
วิเทศสัมพันธ์	O9 ขาดแคลนบุคลากรที่มีความเหมาะสมด้าน Competency	2	1
การเงินและงบประมาณ	F19 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการทางด้านการบริหารงบประมาณ	3	1

ตารางที่ 9(ต่อ) แสดงความเสี่ยงระดับต่ำ (Green Zone) มีดังนี้

พันธกิจ	ความเสี่ยง	ระดับ	
		โอกาสเกิด	ผลกระทบ
พัสดุ	C28 เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vender)	1	1
กายภาพและสิ่ง อำนวยความสะดวก (ยานพาหนะ)	O23 อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการยานพาหนะ	1	2
	O24 กระแสไฟฟ้าขัดข้อง (เนื่องจากกระแสไฟฟ้าไม่เพียงพอ)	1	2
	O25 น้ำประปาสำหรับอุปโภคบริโภคมีกรปนเปื้อน	1	2
พัฒนาคุณภาพ งาน	O26 คณะฯ ยังไม่สามารถจัดทำแผนการปรับปรุงตามโอกาสพัฒนา (OFI) ที่ได้รับจากการตรวจประเมินจากมหาวิทยาลัย	1	2

ภาคผนวก

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2562

ด้าน	รหัส	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR)/เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่		ระดับความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2562				
							ระดับโอกาสเกิดที่เหลืออยู่	ผลกระทบที่เหลืออยู่		กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบกิจกรรม		
								ด้าน				ระดับ	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)
การศึกษา	S 1	การเลือกเข้าศึกษาลดระดับลง (Ranking)	Strategic Risk	1. สถานที่ย้ายไปไกลขึ้น 2. ข้าราชการผู้ปกครองและเด็กได้รับซึ่งอาจสร้างความไม่มั่นใจ ในการจัดการเรียนการสอน เช่น เป็นรพ.แพทย์ใหม่ อาจารย์ใหม่	1. จำนวนผู้สมัครเข้าศึกษาในระบบสพท. (เป้าหมาย = อยู่ใน 3 ลำดับแรกของการคัดเลือก) 2. คะแนนเฉลี่ยในการสอบเข้า (เป้าหมาย = อยู่ใน 3 ลำดับแรกของการคัดเลือก) 3. ผลสำรวจความคิดเห็นของนักเรียนในการเลือกคณะฯ (เป้าหมาย = 70 % -จากการสอบถามนักเรียนมาเข้าค่ายรวมปณิธาน 2562)	1. ประชาสัมพันธ์หลักสูตร 2. จัดบรรยายภาคและสิ่งแวดล้อมให้ความพร้อมและเอื้อต่อการเรียนรู้ 3. กิจกรรมแนะนำคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีสู่รั้วโรงเรียนมัธยม 4. ผลดีสื่อประชาสัมพันธ์หลักสูตร	4	1.1	4	สูงมาก	1. จัดกิจกรรม Open house ณ สถาบันจัดการแพทย์จักรีนุบาลดิษฐ์	เดือนกรกฎาคม-เมษายน 2562	งาน แพทยศาสตร์ ศึกษา	งานกิจกรรมนักศึกษา
การศึกษา	O 2	การเตรียมทรัพยากรเพื่อรองรับหลักสูตรใหม่ไม่ไปไปตามเป้าหมาย	Operational Risk	1. หลักสูตรที่ปรับปรุงใหม่ ปี 2562 มีรายวิชาที่เชื่อมโยงมากขึ้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือในการจัดการที่สอดคล้องประสาน 2. การบริหารจัดการรายวิชาจากเดิมที่แต่ละภาควิชารับผิดชอบเป็นหลัก และส่งผลการประเมิน เกรดให้ส่วนกลางมาเป็นการบริหารจัดรายวิชาโดยเจ้าหน้าที่ส่วนกลาง 3. โครงสร้างงานแพทยศาสตรศึกษาและงานบริหารการศึกษาที่ต้องพัฒนาปรับปรุงให้สอดคล้องกับการบริหารของโรงเรียนแพทย์ สถาบันการแพทย์จักรีนุบาลดิษฐ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี	1. จำนวนเจ้าหน้าที่ด้านการศึกษาที่ภายใต้โรงเรียนแพทย์เป็นไปตามกรอบอัตรากำลังที่กำหนด 2. จำนวนอาจารย์ที่รับผิดชอบงานส่วนกลางในการบริหารจัดการหลักสูตร	ไม่มี	3	1.1	5	สูงมาก	1. การกำหนดกรอบอัตรากำลังและโครงสร้างการบริหารงานด้านการศึกษาของโรงเรียนแพทย์ 2. การจัดทำกระบวนการทำงาน และระบบงานด้านการศึกษา (work process & work flow system) 3. การพัฒนาระบบบริหารการศึกษาโดยระบบสารสนเทศ (Student Life Cycle Management)	1.เดือน ธันวาคม-มีนาคม 2562 2.เดือนเมษายน 2562 3.เดือนธันวาคม 2562	งาน แพทยศาสตร์ ศึกษาและงาน บริหารการศึกษา	โรงเรียนแพทย์ รามธิบดี สถาบัน การแพทย์จักรีนุบาลดิษฐ์
การศึกษา	O 3	จำนวนและคุณภาพของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่สมัครเข้ารับการศึกษามีกรอบไม่ได้ตามเป้าหมาย	Operational Risk	1. สอบติด/ เปลี่ยนใจจะไปศึกษาในสาขาอื่น และ/หรือสอบ ได้ทุนศึกษาต่อ ณ ต่างประเทศ 2. ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาหลักสูตรของนักศึกษา 3. สถาบันอื่นเปิดหลักสูตรที่น่าสนใจหรือมีองค์ประกอบ สนับสนุนที่ดีกว่าคณะฯ 4. บุคคลภายนอกไม่ทราบว่าจะคณะฯ มีการเปิดหลักสูตรปริญญา โทและปริญญาเอก	อัตราจำนวนนักศึกษาใหม่ที่ได้รับได้ตามแผนที่กำหนดไว้และคะแนน GPA ของนักศึกษาที่รับเข้า ศึกษา/ มีกรอบรับนักศึกษาที่รับเข้า 1. รับนักศึกษาได้ตามแผนมากกว่าร้อยละ 85 2. GPA แรกเข้า - ป.โท 2.75 ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 80 - ป.เอก 3.50 ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 80	1. มีกระบวนการประกันคุณภาพที่ตรวจสอบคุณภาพของ หลักสูตร 2. มีการให้ทุนสนับสนุนนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาสำหรับ นักศึกษาที่มีศักยภาพสูง 3. ทบพวงระเบียบบริการรับนศ. เช่น คุณสมบัติที่เหมาะสม กับหลักสูตร, กำหนดคะแนน TOEFL โดยงานการศึกษา หลังปริญญาประสานร่วมกับหลักสูตร 4. ดำเนินการประชาสัมพันธ์หลักสูตรไปยังหน่วยงาน ภายนอกที่เกี่ยวข้อง 5. ดำเนินการประชาสัมพันธ์ทุนสนับสนุนการศึกษาต่างๆ เช่น ทุนการศึกษาสำหรับนักศึกษาแรกเข้า	3	1.1	3	สูง	1. พัฒนา website และ facebook ของงานการศึกษาหลัง ปริญญา ให้ active มากขึ้น 2. จัดกิจกรรม Open House ในระดับการศึกษาหลังปริญญา	1. 1 ตุลาคม 2561 - 31 พฤษภาคม 2562 2. 5 ตุลาคม 2561	การศึกษาหลัง ปริญญา	-

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2562

ด้าน	รหัส	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่		ระดับความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2562					
							โอกาสเกิดที่เหลืออยู่	ผลกระทบที่เหลืออยู่		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบกิจกรรม				
								ระดับโอกาสเกิดที่เหลืออยู่	ด้าน		ระดับ	กิจกรรมควบคุม	ผู้รับผิดชอบ	ร่วม (ถ้ามี)	
วิจัย	C	4	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีถูกฟ้องร้องด้านการวิจัยในคน	Compliance Risk	1. ผู้วิจัยไม่ได้ขออนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน 2. ผู้วิจัยขาดจรรยาบรรณ หรือความรู้ความเข้าใจในการทำการวิจัยในคน 3. อาสาสมัครไม่เข้าใจในกระบวนการดำเนินการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตนเอง	1. จำนวนข้อร้องเรียนที่เกิดจากการดำเนินการวิจัยในคน น้อยกว่า...5...ราย/ปี 2. จำนวนการฟ้องร้องจนถึงชั้นศาล...0...เรื่อง/ปี	1. ประชาสัมพันธ์หน่วยจริยธรรมการวิจัยในคนให้เป็นที่รู้จัก เช่น Website บอร์ดติดประกาศทาง Intranet ราชามา แผ่นพับ เป็นวิทยากรให้ความรู้คำแนะนำในการยื่นขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน 2. พัฒนา Website ระบบการลงทะเบียนข้อมูลเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (E-Submission) 3. ดำเนินการในแง่การแจ้งเตือนการร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย ก่อนจะถูกฟ้องร้อง 4. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การวิจัยทางคลินิกที่ดี (GCP) 5. จัดอบรมโครงการ หลักจริยธรรมการวิจัยในคนสำหรับนักวิจัย 6. กำหนดแนวทางการปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับ การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว และแจ้งแนวทางการปฏิบัติไปยังภาควิชา 7. ดำเนินการผู้ตรวจเอกสารโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองแล้ว ปีละ 1 ครั้ง	2	3.2 ชื่อเสียง และภาพลักษณ์องค์กร-ถูกฟ้องร้อง/ร้องเรียน	4	สูง	1. ขออัตรากำลังประเภทเต็มเวลา เพิ่มในการดำเนินการควบคุม ติดตาม และผู้ตรวจการดำเนินงานโครงการวิจัยที่ได้รับ การรับรองแล้ว >>ต่อเนื่องปี 2560 2. พัฒนาระบบการปฏิบัติให้ชัดเจนขึ้นหากเกิดกรณีการถูกฟ้องร้อง หรือฟ้องร้อง >>ต่อเนื่องปี 2560 3. ประชุมและดำเนินการตามมติคณะกรรมการกำกับดูแลจริยธรรมและจรรยาบรรณด้านการวิจัย	ตุลาคม 2561- พฤษภาคม 2562	หน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน งานสนับสนุนการวิจัยทางคลินิก	-
วิจัย	C	5	ความคลาดเคลื่อนในการรับ-เบิกจ่าย เงินทุนวิจัย	Compliance Risk	1. การเปลี่ยนแปลงข้อกำหนดจากมหาวิทยาลัยเรื่องการบริหารเงินทุนวิจัย จากเดิมเป็นหน้าที่ของหัวหน้าโครงการ แต่ปัจจุบันเงินจะเข้าสู่ฝ่ายวิจัย และฝ่ายวิจัยเป็นผู้ดูแลบัญชี พร้อมทำการเบิกจ่ายเงินให้กับหัวหน้าโครงการต่างๆ ซึ่งเป็นภาระงานใหม่ของฝ่ายวิจัย บุคลากรยังไม่มีความชำนาญในการดำเนินการ จึงอาจก่อให้เกิดความผิดพลาดคลาดเคลื่อนได้	1. ข้อมูลที่ได้รับการตรวจสอบจากฝ่ายการคลัง ถูกต้องครบถ้วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	1. ขอความร่วมมือให้ฝ่ายการคลังจัดทำตรวจสอบความถูกต้องเป็นระยะ (excel manual)	2	2. มูลค่าความเสียหายทางการเงิน	3	ปานกลาง	1. อยู่ระหว่างนำระบบ IT มาใช้ในการบริหารจัดการ 2. ขอความร่วมมือให้ฝ่ายการคลังจัดทำตรวจสอบความถูกต้องเป็นระยะ	ตุลาคม 2561- พฤษภาคม 2562	งานบริหารทั่วไปสนับสนุนการวิจัย	-
วิจัย	S	6	ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติไม่ได้ตามเป้าหมาย	Strategic Risk	1. มีอาจารย์สนใจทำงานวิจัย จำนวนน้อย 2. จำนวนทุนวิจัยที่ได้รับทั้งในและนอกคณะฯ ต่อปีมีจำนวนน้อย	1. ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ 0.79 เรื่อง/คน/ปี พ.ศ. 2561 (เก็บย้อนหลังเนื่องจากข้อมูลผลงานวิจัยสรุปตามปีปฏิทิน) 2. จำนวนทุนวิจัยที่ได้รับการจัดสรรทั้งในและนอกคณะฯ ไม่น้อยกว่า...บาท	1. สนับสนุนงานวิจัย โดยรองคณบดีฝ่ายวิจัยดำเนินการทำ PA กับหัวหน้าภาควิชาร่วมกับคณะฯ 2. ประชุมคณะกรรมการพันธกิจด้านการวิจัย 2.1 ประชุม คกก.บริหารการวิจัยทุก 3 เดือน 2.2 ประชุม คกก.อำนวยการด้านการศึกษา วิจัยและวิเทศสัมพันธ์ทุกเดือน 2.3 จัดการประชุม Policy Research ทุกเดือน 3. จัดกิจกรรมสนับสนุนด้านการวิจัยเพื่อกระตุ้นและผลักดันให้นักวิจัยมีผลงานวิจัยเพิ่มขึ้น 3.1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ "โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูล" 1 ครั้ง/ปี 3.2 ตรวจและแปลภาษา 4. สร้างกลุ่มนักวิจัยมุ่งเป้า	2	1.1 ประสิทธิภาพการทำงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	2	ปานกลาง	-	-	หน่วยวิเคราะห์ข้อมูลและทุนวิจัย งานบริหารงานทั่วไปสนับสนุนการวิจัย	-

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2562

ด้าน	รหัส	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR)/เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่		ระดับความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2562					
							โอกาสเกิดที่เหลืออยู่	ผลกระทบที่เหลืออยู่		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบกิจกรรม				
								ระดับโอกาสเกิดที่เหลืออยู่			ด้าน	ระดับ	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)	
วิเทศสัมพันธ์	5	7	บันทึกข้อตกลงความร่วมมือที่มีความเคลื่อนไหวหรือดำเนินการอย่างต่อเนื่อง(Active MOU) ต่ำกว่าเป้าหมาย	Strategic Risk	1.ภาระงานของอาจารย์มากเกินไป ทำให้การดำเนินการในกิจกรรมต่างๆ ไม่ต่อเนื่อง 2. การสนับสนุนด้านการเงินจากคณะฯ ไม่เพียงพอ 3. ไม่ได้รับความสนใจจากนักศึกษาแพทย์ 4. ไม่ได้ริเริ่มความร่วมมือจากประเทศที่ร่วมทำข้อตกลงเท่าที่ควร 5. ตารางการเรียนในภาควิชาต่างๆซ้อนทับกับช่วงเวลาที่นักศึกษาแพทย์จะเดินทางไปแลกเปลี่ยนยังสถานต่างประเทศที่มีข้อตกลงความร่วมมือด้วย 6. จำนวนการหมุนเวียนบุคลากรใหม่ๆ ของงานวิเทศสัมพันธ์ เป็นผลให้ความต่อเนื่องในการทำงานหรือการติดตามงานด้าน MOU ขาดหายไป 7. ตารางเรียนของแต่ละภาควิชา/กลุ่มสาขาวิชาที่เปิดรับนักศึกษาต่างชาติ ไม่ตรงกับช่วงเวลาที่นักศึกษาต่างชาติจะเดินทางมาได้ 8. ภาควิชา/กลุ่มสาขาวิชา จำกัดจำนวนในการรับนักศึกษาต่างชาติที่ขอมาแลกเปลี่ยน 9. การดำเนินงานด้านวิเทศต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายๆ ฝ่าย ซึ่งถือเป็นแกนสำคัญในการผลักดันให้เกิดกระบวนการต่างๆภายใต้ข้อตกลงตาม MOU ของแต่ละสถาบัน เช่น ด้านวิจัย, การรับนักศึกษาต่างชาติมาแลกเปลี่ยน เป็นต้น 10. สถานการณ์ทางการเมืองหรือระบอบการปกครองของแต่ละประเทศ เป็นเหตุให้การดำเนินการตามบันทึกข้อตกลงไม่เป็นไปตามเป้าหมายได้ เช่นในช่วงเวลาที่ประเทศไทยมีเหตุความรุนแรงหรือสถานการณ์ทางการเมืองไม่สงบสุข สถาบันในต่างประเทศที่มีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ(MOU) จะไม่ส่งนักศึกษามาแลกเปลี่ยน	จำนวน MOU ที่มี activity เกิดขึ้นจริง หมายเหตุ: Activity ประกอบด้วย student exchange / staff exchange / research collaboration / visiting scholar / joint conference (มีไม่น้อยกว่า 50% ของจำนวน MOU ทั้งหมด)	1. มอบหมายหน้าที่การติดตามความต่อเนื่องของงานให้กับบุคลากรที่มีความพร้อมในการปฏิบัติงานระยะยาว 2. ร่วมกับคณะฯในการลงกำหนดเป้าหมาย PA ตามพันธกิจกับหัวหน้าภาควิชา เพื่อประชาสัมพันธ์และกระตุ้นให้ภาควิชาเห็นถึงความสำคัญต่อการมีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ(MOU) 3. ปรับปรุงข้อมูลการประชาสัมพันธ์สถาบันที่มีบันทึกข้อตกลง(MOU) ให้เด่นชัดมากขึ้น เช่น การ update ข้อมูลใน Rama Website, Intranet, @Rama 4. ประสานงานกับงานสื่อสารองค์กร ในการกระจายข้อมูลของสื่อประชาสัมพันธ์ที่มีอยู่แล้วให้ขยายตัวออกไป และตรงกับกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น เช่น บุคลากรของภาควิชาซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมาย ไม่เคยอ่านข้อมูลเทศสัมพันธ์ใน @Rama 5. เพิ่มกิจกรรม(Activity) กับกลุ่มนักศึกษาของคณะฯ เพื่อให้รับทราบและติดตามข้อมูลของสถาบันที่มีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ(MOU) ได้อย่างรวดเร็วและเป็นปัจจุบัน 6. ประชาสัมพันธ์ทุก 6 เดือน ให้ภาควิชา/กลุ่มสาขาวิชาทราบถึงสถาบันที่มีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ(MOU) เพื่อกระจายข่าวสารต่อไปยังบุคลากรในสังกัดทราบ 7. ติดตามและกระตุ้นกลับไปยังสถาบันหรือหน่วยงานการศึกษาที่มีข้อตกลงความร่วมมือ เพื่อประสานงานให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน เช่นการส่งนักศึกษาแลกเปลี่ยน, การทำงานวิจัยร่วมกัน เป็นต้น	2	1.1	2	ปานกลาง	1.วางแผน Re-visit โดยนำพันธกิจที่เห็นโอกาสเกิดกิจกรรมหรือผลลัพธ์ให้ร่วมเดินทางหรือร่วมทำกิจกรรมไปด้วยกัน	พฤษภาคม 2562	งานวิเทศสัมพันธ์	1. งานแพทยศาสตร์ศึกษา 2. งานบริหารการศึกษา 3. งานกิจการนักศึกษา 3. งานการศึกษาหลังปริญญา 4. ประธานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา 5. สำนักงานวิจัยและนวัตกรรม
วิเทศสัมพันธ์	5	8	จำนวนอาจารย์ชาวต่างชาติจากสถาบันการศึกษาอื่นในต่างประเทศที่มหาวิทยาลัยหรือส่วนงานเชิญมาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการสอนหรือวิจัย หรือบริหารการศึกษหรือเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการให้แก่นักศึกษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	Strategic Risk	1.ขาดการผลักดันให้ User (ภาควิชา) เข้ามาใช้ระบบที่เอื้อหนุนให้เกิด Visiting scholar 2. สถานการณ์การเมืองภายในประเทศมีผลต่อการตัดสินใจมาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการสอนหรือวิจัย หรือบริหารการศึกษหรือเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการ ให้แก่นักศึกษา (โดยมีจดหมาย /เอกสาร เชิญอย่างเป็นทางการ) (ไม่น้อยกว่า 5 คน) 3. หน่วยงานไม่แจ้งข้อมูลการเชิญชาวต่างชาติให้งานวิเทศสัมพันธ์รับทราบ ทำให้เก็บข้อมูลไม่ได้	จำนวนอาจารย์ชาวต่างชาติจากสถาบันการศึกษาอื่นในต่างประเทศที่มหาวิทยาลัยหรือส่วนงานเชิญมาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการสอนหรือวิจัย หรือบริหารการศึกษหรือเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการ ให้แก่นักศึกษา (โดยมีจดหมาย /เอกสาร เชิญอย่างเป็นทางการ) (ไม่น้อยกว่า 5 คน)	1. ประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงานทราบว่าคณะฯ มีทุนสนับสนุนผู้ที่ได้รับเชิญให้มาตรงตำแหน่ง Visiting Scholar มาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการสอนหรือวิจัย หรือบริหารการศึกษหรือเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการ อาจารย์ชาวต่างชาติอยู่เป็นแนวทาง และส่วนงานวิเทศสัมพันธ์เพื่อเก็บเป็นข้อมูล	1	1.1	3	ปานกลาง	1. การปรับปรุงเกณฑ์และประกาศของคณะฯให้รองรับหรือมีผลต่อการเชิญชาวต่างชาติมาปฏิบัติหน้าที่ได้มากขึ้น 2. จัดทำระบบ IT เพื่อให้มีการ update ข้อมูลชาวต่างชาติที่มาปฏิบัติหน้าที่สอนหรือวิจัย หรือบริหารการศึกษา หรือเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการให้แก่นักศึกษา เป็นแบบ Real time	ธันวาคม 2561	งานวิเทศสัมพันธ์	ภาควิชา/สาขาวิชา

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2562

ด้าน	รหัส	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่		ระดับความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2562				
							ระดับโอกาสเกิดที่เหลืออยู่	ผลกระทบที่เหลืออยู่		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบกิจกรรม			
								ด้าน			ระดับ	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)	
วิเทศสัมพันธ์	0	ขาดแคลนบุคลากรที่มีความเหมาะสมด้าน Competency	Operational Risk	1. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานวิเทศสัมพันธ์ มีความสามารถเฉพาะตัวด้านภาษา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีผลต่อการตัดสินใจทำงานเพื่อไปรับผลตอบแทนที่สูงกว่า 2. บุคลากรงานวิเทศสัมพันธ์ที่บรรจุใหม่ ส่วนใหญ่เป็นผู้สมัครจากภายนอกคณะฯ ที่ผ่านการทำงานจากบริษัทเอกชน ซึ่งจะไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานระบบรัฐ จึงทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติงานหรือไม่ชอบในระบบงานและกระบวนการต่างๆ ในการทำงาน 3. ระบบ และระเบียบการทำงานแบบรัฐในบางเรื่องไม่สนับสนุนให้บุคลากรงานวิเทศสัมพันธ์ ทำงานได้อย่างสะดวกและคล่องตัว 4. ยังไม่มีระบบการพัฒนาหรือการบริหารจัดการค่าตอบแทนต่างจากคณะฯ ที่ชัดเจนถาวร ดังนั้นจึงทำให้การบริหารจัดการไม่เสถียร 5. ขาดบุคลากรที่มีความรัก ชื่นชอบในงาน และมีความสามารถเฉพาะทาง (Functional Competency) ที่ตรงกับการปฏิบัติงานวิเทศสัมพันธ์ จึงทำให้ผลงานของหน่วยไม่เป็นไปตามที่ตั้งเป้าหมายไว้เท่าที่ควร	1. อัตราการลาออก (Turnover rate) ของบุคลากรงานวิเทศสัมพันธ์ (ไม่มากกว่า 2 คนต่อปีงบประมาณ) 2. การวัดทักษะทางภาษาตามเกณฑ์ที่หน่วยงานกำหนดทุกคน (บุคลากรงานวิเทศสัมพันธ์สอบผ่านทุกคน)	1. กำหนดให้มีค่าตอบแทนความสามารถด้านภาษา โดยวัดระดับจากผลสอบ TOEIC 2. ทบทวนหลักเกณฑ์การพิจารณาให้ค่าตอบแทนความสามารถด้านภาษา 3. ทบทวนและพิจารณาเกณฑ์การรับสมัครตำแหน่งนักวิเทศสัมพันธ์ใหม่	2	1.1	1	ต่ำ	1. ส่งบุคลากรงานวิเทศสัมพันธ์ไปเพิ่มทักษะทางด้านการใช้ภาษาอังกฤษเพื่อการติดต่อสื่อสารในระดับสูง	พฤษภาคม 2562	งานวิเทศสัมพันธ์	
สารสนเทศ	5	ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า	Strategic Risk	1. กระบวนการตรวจสอบความพร้อมใช้งานของระบบสารสนเทศโรงพยาบาลยังไม่ประสิทธิภาพเพียงพอ 2. ระบบ Facilities ของ Data Center ไม่เพียงพอ (พบว่าเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ระบบสารสนเทศหยุดชะงักมากที่สุดในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา) 3. ถูกโจมตีจากภัยคุกคามด้านความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ เช่น มัลแวร์ หรือ Hackers 4. ระบบมี Capacity ไม่เพียงพอในการรองรับปริมาณการใช้งาน 5. ข้อผิดพลาดในการพัฒนาซอฟต์แวร์	1. ระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนและไม่สามารถแก้ไขให้กลับมาใช้งานได้ภายใน 30 นาทีหลังจากที่ได้รับแจ้ง ไม่เกินร้อยละ 0.5 ของระยะเวลาให้บริการทั้งหมด >> ต่อเนื่องจากปี 2560 2. ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลให้บริการได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 99 ของระยะเวลาให้บริการทั้งหมด >> ต่อเนื่องจากปี 2561 3. ระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนต่อ Incidentเฉลี่ยไม่เกิน 25 นาที 4. ร้อยละของเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ติดมัลแวร์ ณ ขณะใดขณะหนึ่ง ไม่เกินร้อยละ 1.5 5. ร้อยละของการ Deploy ซอฟต์แวร์ที่มีข้อผิดพลาดจนใช้การไม่ได้หรือกระทบการให้บริการอย่างมีนัยสำคัญ ไม่เกินร้อยละ 10 6. การตรวจสอบจำนวนพื้นที่เก็บข้อมูลของเครื่องแม่ข่ายแล้วพบว่า มีพื้นที่ที่เหลือน้อยกว่า 10% เป็น 0 ครั้ง	1. กำหนดให้มีแผนความต่อเนื่องทางธุรกิจ (BCP) และ/หรือ แผนการกู้คืนระบบเมื่อเกิดภัยพิบัติ (DRP) โดยรวมหัวข้อการวิเคราะห์ผลกระทบทางธุรกิจ (Business Impact Analysis: BIA) หากเกิดเหตุการณ์ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลไม่สามารถใช้การได้ ร่วมกับหน่วยงานที่ใช้ระบบ และร่วมกันกำหนดแผนการจัดการระบบงานที่สำคัญและจำเป็นต้องได้รับการกู้คืน 2. จัดทำ DR Site ใน Web Application และ Web Services ให้ครอบคลุมระบบงานสารสนเทศโรงพยาบาลทั้งหมด 3. ดำเนินการจัดทำ DR Site ในส่วนของ Database ในปีงบประมาณ 2562 4. อัปเดต Patch ของ Windows เพื่อปรับปรุงระบบงานตามรอบการบำรุงรักษาเป็นประจำต่อเนื่อง	4	1.2	2	สูง	1. กำหนดให้มีแผนความต่อเนื่องทางธุรกิจ (BCP) และแผนการกู้คืนระบบเมื่อเกิดภัยพิบัติ (DRP) โดยรวมหัวข้อการวิเคราะห์ผลกระทบทางธุรกิจ (Business Impact Analysis: BIA) หากเกิดเหตุการณ์ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลไม่สามารถใช้การได้ ร่วมกับหน่วยงานที่ใช้ระบบ และร่วมกันกำหนดแผนการจัดการระบบงานที่สำคัญและจำเป็นต้องได้รับการกู้คืน 2. จัดทำ DR Site ใน Web Application และ Web Services ให้ครอบคลุมระบบงานสารสนเทศโรงพยาบาลทั้งหมด 3. ดำเนินการจัดทำ DR Site ในส่วนของ Database ในปีงบประมาณ 2562 4. ปรับปรุง Facilities ของ Data Center ภายในคณะฯ 5. ปรับปรุงกระบวนการอัปเดต Patch ของระบบปฏิบัติการและซอฟต์แวร์ต่างๆ ของทั้ง Server and Client ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น 6. ทบทวนกระบวนการมีประวัติภัยคุกคามจากมัลแวร์ 7. ทบทวนกระบวนการและดำเนินการตามกระบวนการมาตรฐานด้านการพัฒนาซอฟต์แวร์ (CMMI) ให้ครอบคลุม	ตุลาคม 2561- พฤษภาคม 2562	- งานโครงสร้างพื้นฐาน - งานเวชสารสนเทศ - คณะกรรมการสารสนเทศ - อำนวยการเพื่อคลินิก ฝ่ายสารสนเทศ	- งานสารสนเทศเพื่อสนับสนุนและฝึกอบรมฝ่ายสารสนเทศ - คณะกรรมการอำนวยการเพื่อขับเคลื่อนภาคฐาน - กระบวนการพัฒนานวัตกรรมตามกรอบการดำเนินงาน Capability Maturity Model Integration (CMMI)

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2562

ด้าน	รหัส	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่		ระดับความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2562				
							ระดับโอกาสเกิดที่เหลืออยู่	ผลกระทบที่เหลืออยู่		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบกิจกรรม		ผู้รับผิดชอบโครงการ	
								ด้าน			ระดับ	หลัก		ร่วม (ถ้ามี)
สารสนเทศ	S 11	ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯ แต่กลุ่มได้ติดตามความต้องการ (พิจารณาทั้ง New Project และ Change Product)	Strategic Risk	1. พบปัญหา (Serious Incident) จากการดำเนินการข้ามขั้นตอนตามกระบวนการ CMMI (bypass) 2. กระบวนการในการเก็บ และยื่นความต้องการ (Requirements) ของผู้ที่เกี่ยวข้องยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ใช้งานทั้ง Business Owner และผู้ปฏิบัติงาน ทำให้เกิด Gap ระหว่างความต้องการ (Requirements) ในมุมมองด้านการบริหารงานกับมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน 3. กระบวนการ CMMI ในการดำเนินโครงการยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ 4. จำนวนและความสามารถของบุคลากรของฝ่ายสารสนเทศไม่เพียงพอในการตอบสนอง และ/หรือ แก้ไขหาตามความต้องการ (Requirements) ที่มีความซับซ้อนขึ้นเรื่อยๆ	1. จำนวน Project พัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาลที่ดำเนินการตามกระบวนการ CMMI Process ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ของทั้งหมด 2. เอกสาร TOR ต้องได้รับการทบทวนจากผู้เกี่ยวข้องภายในทีมตามที่ได้กำหนดไว้และได้รับการอนุมัติจาก Business Owner ร้อยละ 100 >> ต่อเนื่องจากปี 2560 3. ร้อยละของระบบที่พัฒนาที่ได้รับการยอมรับจากผู้ใช้งานในกระบวนการ UAT ร้อยละ 100 4. ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้งานในคณะฯ ต่อระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ด้านการตอบสนองทางธุรกิจ (Business Responsiveness) ได้รับความเห็นชอบไม่น้อยกว่า 4 (เต็ม 5) >> ต่อเนื่องจากปี 2560	1. ทบทวนการพัฒนากระบวนการของระบบสารสนเทศที่ต้องเข้าสู่กระบวนการ CMMI 2. มีการทบทวนและการใช้กระบวนการตามมาตรฐานการพัฒนาซอฟต์แวร์ (CMMI) 2.1 กำหนด Stakeholders และ Business Owner ให้ชัดเจนในระหว่างจัดทำโครงการ และทำการยืนยันความต้องการ (Requirements) กับ Stakeholders และ Business Owner ให้ครบถ้วน 2.2 เอกสาร TOR ต้องได้รับการทบทวนและอนุมัติจาก Business Owner และผู้เกี่ยวข้อง 2.3 กระบวนการทดสอบระบบโดยผู้ใช้งาน (User Acceptance Test) เพื่อให้แน่ใจว่าระบบที่พัฒนาตรงตามกระบวนการทางธุรกิจ (Business Process) และความต้องการของผู้ใช้งานที่ได้กำหนดไว้ (Requirements) ก่อนนำระบบขึ้นสู่การใช้งานจริง 3. กระบวนการบริหารจัดการโครงการโดยผู้บริหารโครงการประชุมร่วมกับ Business Owner เพื่อรายงานความคืบหน้าและปรับแผนร่วมกันเป็นระยะๆ	3	1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	3	สูง	1. ทบทวนการพัฒนากระบวนการของระบบสารสนเทศที่ต้องเข้าสู่กระบวนการ CMMI 2. มีการทบทวนและการใช้กระบวนการตามมาตรฐานการพัฒนาซอฟต์แวร์ (CMMI) 2.1 กำหนด Stakeholders และ Business Owner ให้ชัดเจนในระหว่างจัดทำโครงการ และทำการยืนยันความต้องการ (Requirement) กับ Stakeholders และ Business Owner ให้ครบถ้วน 2.2 เอกสาร TOR ต้องได้รับการทบทวนและอนุมัติจาก Business Owner และผู้เกี่ยวข้อง 2.3 กระบวนการทดสอบระบบโดยผู้ใช้งาน (User Acceptance Test) เพื่อให้แน่ใจว่าระบบที่พัฒนาตรงตามกระบวนการทางธุรกิจ (Business Process) และความต้องการของผู้ใช้งานที่ได้กำหนดไว้ (Requirements) ก่อนนำระบบขึ้นสู่การใช้งานจริง 3. กระบวนการบริหารจัดการโครงการโดยผู้บริหารโครงการประชุมร่วมกับ Business Owner เพื่อรายงานความคืบหน้าและปรับแผนร่วมกันเป็นระยะๆ 4. ทบทวนและปรับปรุงกระบวนการสรรหาและพัฒนาบุคลากรของฝ่ายสารสนเทศให้มีศักยภาพเพียงพอต่อการตอบสนองและแก้ปัญหาตามความต้องการ (Requirements) ในการพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาล	ตุลาคม 2561- พฤษภาคม 2562	- งานเวชสารสนเทศ คลินิก ฝ่ายสารสนเทศ - คณะกรรมการ - อำนวยการเพื่อขับเคลื่อนมาตรฐาน - คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศ - ฝ่ายพัฒนาระบบสารสนเทศ - ฝ่ายพัฒนาระบบสารสนเทศ	- งานเวชสารสนเทศ คลินิก ฝ่ายสารสนเทศ - คณะกรรมการ - อำนวยการเพื่อขับเคลื่อนมาตรฐาน - คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศ - ฝ่ายพัฒนาระบบสารสนเทศ
สารสนเทศ	O 12	มีโอกาที่จะถูกละเมิดข้อมูล ผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับ จนส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของคณะฯ	Operational Risk	1. การกำหนดผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูล การจัดลำดับชั้นการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นความลับ และเงื่อนไขในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยไม่เหมาะสม 2. กระบวนการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักและวัฒนธรรมที่ส่งเสริมความมั่นคงปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลผู้ป่วยให้บุคลากรในคณะฯ ยังไม่เพียงพอ 3. บุคคลที่ไม่ปรารถนาคิด ตั้งใจลักลอบเข้าถึงข้อมูลความลับ 4. ผู้ปฏิบัติงานละเลยการปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ 5. ถูกโจมตีจากมัลแวร์หรือ Hackers	1. ร้อยละของผู้ใช้งานที่ลาออกหรือมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและไม่ควรมีสถานะในการเข้าถึงข้อมูลความลับแต่ยังมีสิทธิ์เข้าถึง เป็นร้อยละ 0 2. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการอบรม Security Awareness Training ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของบุคลากรทั้งหมด 3. ร้อยละของเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ติดตั้งมัลแวร์ ณ ขณะใดขณะหนึ่ง ไม่เกินร้อยละ 1.5 4. จำนวนการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับ ต้องเท่ากับ 0 ครั้งต่อปี	1. มีการวิเคราะห์โครงสร้างกำหนดสิทธิ์ผู้ใช้งานระบบสารสนเทศสำหรับระบบงาน EMR และ EMAM แต่ยังไม่ครอบคลุมผู้ใช้งานในคณะฯ ทั้งหมด (Role-Based Access Control) 2. จัดฝึกอบรม Security Awareness Training ให้บุคลากรในคณะฯ 3. เมื่อมีปัจจัยภายนอกที่มีความเสี่ยงต่อการละเมิดข้อมูล จะทำการอัปเดต Software เพื่อป้องกันการใช้งานเข้าถึงข้อมูล 4. การขอรายงานข้อมูลนอกเหนือการทำงานปกติในระบบสารสนเทศ จะต้องมีผ่านขั้นตอนการพิจารณาอนุมัติ 5. มีการใช้งานโปรแกรม Antivirus และมีการมีระบบการติดตั้งมัลแวร์	3	3.2 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กรถูกฟ้องร้อง/ ร้องเรียน	3	สูง	1. ทบทวนกระบวนการกำหนดและแก้ไขสิทธิ์ผู้ใช้งานระบบสารสนเทศโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Role-Based Access Control) 2. จัดฝึกอบรม Security Awareness Training ให้บุคลากรในคณะฯ ที่ยังไม่เคยเข้ารับการอบรมในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา 3. ปรับปรุงกระบวนการอัปเดต Patch ของระบบปฏิบัติการและซอฟต์แวร์ต่างๆ ของทั้ง Server and Client ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น 4. ทบทวนกระบวนการมีระบบรักษาความปลอดภัยจากมัลแวร์ 5. ทบทวนกระบวนการขอรายงานข้อมูลจากระบบสารสนเทศ	ตุลาคม 2561- พฤษภาคม 2562	- งานสารสนเทศ เพื่อสนับสนุน และฝึกอบรม ฝ่ายสารสนเทศ - งานโครงสร้างพื้นฐาน - งานบริหารสารสนเทศ - งานเวชสารสนเทศ - ฝ่ายทรัพยากรบุคคล	- คณะทำงาน บูรณาการข้อมูล สารสนเทศ คณะฯ - งานบริหาร โรงพยาบาล - งานเวช สารสนเทศ คลินิก ฝ่าย สารสนเทศ

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2562

ด้าน	รหัส	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR)/เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่		ระดับความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2562				
							ระดับโอกาสเกิดที่เหลืออยู่	ผลกระทบที่เหลืออยู่		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบกิจกรรม		ร่วม (ถ้ามี)	
								ด้าน			ระดับ	หลัก		
สารสนเทศ	S 13	ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญและจำเป็นต่อการวางแผนหรือการบริหารงานภายในคณะฯ ไม่ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ครอบคลุม	Strategic Risk	1. แผนยุทธศาสตร์และ KPI ของคณะฯ ยังไม่ชัดเจน ข้อมูลที่ถูกนำเข้าสู่ Data Warehouse จึงยังไม่ครบถ้วนครอบคลุมทุกมุมมอง 2. นิยามของข้อมูลในคณะฯ ยังขาดการกำหนดนิยามมาตรฐาน ผู้ใช้ข้อมูลที่ใช้มุมมองต่างกันพบปัญหาว่าข้อมูลไม่ถูกต้องตรงกัน 3. ขาดการสื่อสารเกี่ยวกับนิยามของข้อมูลที่ต้องระหว่างผู้พัฒนาระบบ ผู้ประมวลผลข้อมูล และผู้ใช้ข้อมูล 4. ระบบสารสนเทศที่มีผู้มีข้อจำกัด ทำให้ไม่มีข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญและจำเป็นต่อการใช้งานที่ถูกต้องครบถ้วนและครอบคลุม	1. ผู้บริหารในพันธกิจที่เกี่ยวข้อง มีความมั่นใจต่อความต้องการความน่าเชื่อถือของข้อมูลสารสนเทศที่จะนำไปใช้ในการวางแผนหรือการบริหารงานเฉลี่ยไม่น้อยกว่าระดับ 4 จากคะแนนเต็ม 5 2. กำหนดนิยามของข้อมูลในคณะฯ ได้ตามแผนที่กำหนดไว้มากกว่าร้อยละ 80 3. ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องได้รับการแก้ไขหลังจากที่ได้รับแจ้ง ตามกำหนดมากกว่าร้อยละ 95 >> ต่อเนื่องจากปี 2560 4. ข้อมูลที่ผ่านการพิจารณาให้นำเข้าสู่ Data Warehouse สามารถดำเนินการได้ตามกำหนดมากกว่าร้อยละ 80 >>ต่อเนื่องจากปี 2560	1. มีคณะทำงานเพื่อกำหนดนิยามมาตรฐาน (ดำเนินการระยะยาว) 2. มีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำข้อมูลเข้าสู่ Data Warehouse 3. มีระบบ Help Desk และ Email เพื่อรับแจ้งข้อมูลในระบบไม่ถูกต้อง และระบบล่ม 4. มีแนวทางการรอมเพิ่มข้อมูลเข้าสู่ระบบ (RAMA_BI_PROC_02)	3	1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	2	ปานกลาง	1. ทบทวนกระบวนการกำหนดนิยามของข้อมูลสารสนเทศที่เป็นมาตรฐาน 2. ทบทวนการสื่อสารเกี่ยวกับนิยามของข้อมูลระหว่างผู้พัฒนาระบบ ผู้ประมวลผลข้อมูลและผู้ใช้ข้อมูล 3. ทบทวนกระบวนการกำหนดความต้องการด้านใช้ข้อมูล (Secondary Data Use) ในการพัฒนาระบบสารสนเทศ เช่น การพัฒนา New HIS	ตุลาคม 2561- พฤษภาคม 2562	- งานสารสนเทศ - คณะทำงานบูรณาการ - วิเคราะห์ข้อมูลทางสุขภาพ - ฝ่ายสารสนเทศคณะฯ	- คณะทำงานบูรณาการ - ข้อมูลสารสนเทศคณะฯ
ทรัพยากรบุคคล	S 14	ขาดระบบการสร้างผู้สืบทอด (Successor) ตำแหน่งบริหารระดับต้นและระดับกลาง (ตามเกณฑ์มหาวิทยาลัย) ที่เหมาะสม	Strategic Risk	1. ระบบการสรรหา 1.1 เกณฑ์การกำหนดคุณสมบัติ Talent ไม่ตรงกันระหว่างคณะฯและมหาวิทยาลัยมหิดล 1.2 ยังไม่มีแนวทางจัดทำ Succession Plan 2. ระบบการประเมิน 2.1 ยังไม่ได้เชื่อมโยงการประเมินผลเชื่อมโยงกับการกำหนด Successor 2.2 ระบบการประเมินผลไม่สะท้อนผลงานแท้จริง 3. ระบบการวิจัย 3.1 ไม่สามารถรักษามัคคุเทศน์ที่เหมาะสมให้เกิดความผูกพันและรักดีต่อคณะฯ ได้ 4. ความพร้อมของผู้ขึ้นดำรงตำแหน่งบริหาร (ขาด Competency ของผู้บริหาร)	ความสำเร็จของการวางแผนและจัดระบบการสรรหาผู้ที่มีคุณสมบัติ Talent ของคณะฯ เพื่อเป็น Successor ในตำแหน่งบริหาร ระดับต้น - ระดับกลางได้ตามแผนที่กำหนด ร้อยละ 80	1. กำหนดตำแหน่งที่จะดำเนินการสร้างผู้สืบทอดตำแหน่ง เช่นเฉพาะผู้บริหารระดับต้น (รองคณบดี/ผู้อำนวยการ/หัวหน้าภาควิชา) หรือระดับฝ่าย/งาน 2. จัดทำเกณฑ์การคัดเลือกบุคลากรที่มีศักยภาพ (Talent) และแผนการพัฒนาบุคลากรที่ได้รับคัดเลือกเป็น Talent แล้วเสร็จแล้ว ซึ่งจะนำเสนอให้ผู้บริหารพิจารณาเห็นชอบเพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติของคณะฯ	4	1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	3	สูงมาก	นำเสนอ "ร่าง" ตำแหน่งที่สำคัญเพื่อเตรียมผู้สืบทอด รวมถึงเกณฑ์การคัดเลือกผู้สืบทอดและแผนการพัฒนาบุคลากรที่ได้รับคัดเลือกเป็น Talent ผ่านรองคณบดี ที่กำกับดูแลพันธกิจสนับสนุนต่อการบริหารคณะฯและคณะกรรมการประจำคณะฯ เพื่อพิจารณาเห็นชอบ	ตุลาคม 2561	ฝ่ายทรัพยากรบุคคล	1. รองคณบดีที่กำกับดูแลพันธกิจสนับสนุน 2. กรรมการบริหารคณะฯ 3. คณะกรรมการประจำคณะฯ

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2562

ด้าน	รหัส	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่		ระดับความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2562				
							ระดับโอกาสเกิดที่เหลืออยู่	ผลกระทบที่เหลืออยู่		กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบกิจกรรม		
								ด้าน				ระดับ	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)
สร้างเสริมสุขภาพ	S 15	บุคลากรในคณะฯ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม	Strategic Risk	บุคลากรในคณะฯ ไม่เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	1. จำนวนบุคลากรที่ตอบแบบสำรวจสุขภาพบุคลากรร้อยละ 80 2. จำนวนบุคลากรที่ไม่ได้ออกกำลังกายไม่เกินร้อยละ 50 3. จำนวนบุคลากรที่สูบบุหรี่ ไม่เกินร้อยละ 1 4. จำนวนบุคลากรที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) \geq 25 ไม่เกินร้อยละ 10	1. สนับสนุนและประชาสัมพันธ์โครงการ/กิจกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพ 2. สร้างอาสาสมัครในหน่วยงานเพื่อเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพ 3. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ 4. การประสานงานในหน่วยงานที่ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อบูรณาการงาน 5. นำเสนอบุคคล/หน่วยงานต้นแบบในงานมหกรรมสุขภาพในแบบสำรวจสุขภาพบุคลากร 6. ประเมินผลข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากร	3	1.1 ประสิทธิภาพ-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	2	ปานกลาง	1. ร่วมวางแผนการดำเนินงานเชิงนโยบายสุขภาพของคณะฯ เช่น Healthy break & Healthy food (ดำเนินการต่อจากปีงบประมาณ 2561) 2. จัดกิจกรรมสนับสนุนที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ เช่น โครงการเริ่มต้น 60 นาที เพื่อสุขภาพดีในอนาคต โครงการรวมหัวใจ ลด ละ เลิกบุหรี่ โครงการบุคลากรเด็กบุหรี่ลาฯ (ดำเนินการต่อจากปีงบประมาณ 2561) 3. ร่วมประชุมและร่วมวางแผนทางในคณะอนุกรรมการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร	เดือนตุลาคม 2561 - พฤษภาคม 2562	งานสร้างเสริมสุขภาพ	ฝ่ายทรัพยากรบุคคล/ฝ่ายโภชนาการ/งานการพยาบาล ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ/หน่วยบริการสุขภาพบุคลากร/คณะอนุกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ บุคลากร/กลุ่มสาขาวิชาโภชนาการ/สาขาวิชาโภชนาการและ
สื่อสารองค์กร	O 16	ขาดการจัดการด้านการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ	Operational Risk	ไม่มีระบบการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเป็นรูปธรรม	ร้อยละ 80 ของบุคลากรทราบถึงขั้นตอนการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องและเป็นระบบ	1. แต่งตั้งคณะกรรมการผู้รับผิดชอบ 2. จัดทำระบบการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทั้งคณะฯ	2	3.3 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร-การนำเสนอข่าว	4	สูง	1. จัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรภายในคณะฯ ได้รับทราบถึงระบบการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉิน 2. จัดทำกิจกรรมสำรวจการรับรู้ระบบการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินของบุคลากรภายในคณะฯ ผ่านการตอบแบบสอบถาม	เดือนตุลาคม 2561 - พฤษภาคม 2562	งานสื่อสารองค์กร	-
วิชาการและวัฒนธรรม	S 17	ขาดการสนับสนุนด้านการสรรสร้างพันธกิจเชิงรุก	Strategic Risk	1.การพัฒนากระบวนงานเชิงรุกทำให้ภาระงานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น 2.การพัฒนาทักษะบุคลากรไม่ทันการต่อมาตรฐานของงานที่ต้องยกระดับที่ทำในพันธกิจเชิงรุก	1.ความสำเร็จของแผนการดำเนินงานพันธกิจเชิงรุกไม่ต่ำกว่าร้อยละ90 ต่อปีงบประมาณ ของแผนการดำเนินงานเชิงรุกตามภาระงานทั้งหมด 2.สัดส่วนโดยรวมของผู้เข้าร่วมประชุมชาวต่างชาติเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 5 เมื่อเทียบเคียงของเป้าหมายของปีที่ผ่านมา 3.จำนวนการจัดประชุมระดับนานาชาติ เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 7 เมื่อเทียบเคียงของปีที่ผ่านมา 4.เครือข่ายการจัดทำ Teleconference ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ต่อปีงบประมาณ	ไม่มี	3	1.1 ประสิทธิภาพ-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	2	ปานกลาง	1.กำหนดแผน IDP (Individual Development Plan) สำหรับตำแหน่งงานหลักที่รองรับการดำเนินงานพันธกิจเชิงรุก (ต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2561)	ภายใน พฤษภาคม 2562	งานบริการงานไอทีคนงานการศึกษาต่อเนื่อง	-

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2562

ด้าน	รหัส	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่		ระดับความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2562				
							ระดับโอกาสเกิดที่เหลืออยู่	ผลกระทบที่เหลืออยู่		กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบกิจกรรม		
								ด้าน				ระดับ	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)
การเงินและงบประมาณ	F 18	ความเสี่ยงที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล	Financial Risk	1.เก็บเงินไม่ครบถ้วนถูกต้อง/ได้ชำระเงินล่าช้า/จัดเก็บไม่ได้ เนื่องจาก 1.1 ได้รับข้อมูลจากจุดบริการผ่านระบบสารสนเทศของคณะฯไม่ครบถ้วนถูกต้อง 1.2 ผู้ป่วยรับบริการแล้วไม่ชำระเงินด้วยสาเหตุต่างๆ 1.3 การรับรองสิทธิไม่ถูกต้อง 1.4 การให้บริการรักษาพยาบาลที่ไม่ตรงตามเงื่อนไขของกองทุนต่างๆทำให้ไม่ได้รับการจ่ายชดเชยหรือได้รับล่าช้า 1.5 ผู้ป่วยมีเงินไม่เพียงพอในการชำระค่ารักษาพยาบาล	1.การจัดเก็บเงิน 1.1 ให้นำส่งเงินรายได้ที่จัดเก็บครบถ้วนถูกต้องทุกวันภายในวันที่รับเงินและในวันทำการถัดไปกรณีนอกเวลาราชการ 1.2 กรณีเงินเชื่อ ระยะเวลาในการได้รับชำระหนี้ภายใน 60 วัน 1.3 ผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิเงินเชื่อ (UNK) เมื่อรับบริการแล้วต้องชำระเงินค่ารักษาพยาบาลอย่างครบถ้วน 1.4 การได้รับการจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลได้ครบถ้วนตามข้อมูลที่ได้ให้บริการ	1.การจัดเก็บเงิน 1.1 มีการออกรายงานเพื่อกระทบยอดการรับเงินค่ารักษาพยาบาลประจำวันทั้งการรับด้วยเงินสด และบัตรเครดิต 1.2 มีการออกรายงานผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยที่ Discharge ประจำวัน 1.3 มีการกระทบยอดการนำฝากเงินสดและการรับบัตรเครดิตกับข้อมูลที่ Interface เข้าบันทึกบัญชีใน SAP 1.4 ประสานงานกับหน่วยรับรองสิทธิค่ารักษาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจสอบสิทธิและหารบบที่งานจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลสามารถตรวจสอบสิทธิเองได้ 1.5 มีกระบวนการเก็บเงินมัดจำค่ารักษาพยาบาลในกรณีผู้ป่วยใน 1.6 ประสานงานกับระบบบริการรักษาพยาบาลหากพบยังไม่มีการรับรองสิทธิที่ถูกต้องหรือยังไม่ได้ชำระเงินจะยังไม่ได้รับการลงทะเบียนเพื่อเข้ารักษาพยาบาล 1.7 มีการติดตามผลการเรียกเก็บหนี้เงินเชื่อเป็นประจำ	4	2.มูลค่าความเสี่ยงหายทางการเงิน	2	สูง	1. ประสานงานกับฝ่ายสารสนเทศเพื่อการแก้ไขปัญหในระบบฐานข้อมูล การส่งข้อมูลมายังระบบจัดเก็บค่ารักษา (Billing system) 2. ให้คณะพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยที่ใช้สิทธิโดยไม่ได้ชำระเงินสามารถรับบริการ ณ จุดบริการต่างๆโดยไม่ต้องงบบันทึกสิทธิที่งานจัดเก็บค่ารักษาอีก 3. ประสานงานกับฝ่ายสารสนเทศเพื่อพัฒนาระบบการจัดทำหนังสือทวงหนี้	ภายใน พฤษภาคม 2562	หัวหน้าจัดเก็บ คำรักษา	หัวหน้าฝ่ายสารสนเทศ ระบบบริการ รักษาพยาบาล
การเงินและงบประมาณ	F 19	ความเสี่ยงที่เกิดจากกระบวนการทางด้านการบริหารงบประมาณ	Financial Risk	1.การใช้งบประมาณ/การยกยอดภาระผูกพัน/การเบิกจ่าย 1.1 มีการนำเสนอมติผู้มีอำนาจอนุมัติวงเงินงบประมาณก่อนการตรวจสอบความถูกต้อง 1.2 ข้อมูลในฐานข้อมูลมีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ทำให้การยกยอดไปไม่ถูกต้อง 1.3 ภาครัฐฯ/หน่วยงาน ไม่สามารถจัดหาพัสดุ/เบิกจ่ายเงินได้ทันในปีงบประมาณที่ได้รับอนุมัติ 1.4 ภาครัฐฯ/หน่วยงานส่งเอกสารเบิกจ่ายตามปีงบประมาณที่ได้รับล่าช้า 1.5 การเบิกจ่ายในปีที่ได้รับปีงบประมาณไม่ตรงตามปีงบประมาณที่ได้รับ	1.อัตราส่วนการเบิกจ่ายงบประมาณ 1.1 ทุกหมวดจ่ายทุกแหล่งเงินสิ้นสุดวันที่ 3 ก.ย. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 1.2 การเบิกจ่ายงบลงทุนทุกแหล่งเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ	1. มีคู่มือและแนวปฏิบัติของการใช้งบประมาณ/การยกยอดภาระผูกพัน/การเบิกจ่าย 2. มีระบบการตรวจสอบข้อมูลงบประมาณลงในระบบ SAP กรณีที่งบประมาณที่เหลืออยู่ในระบบไม่เพียงพอ จะไม่สามารถบันทึกข้อมูลใบของงบประมาณได้ 3. ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจกับภาครัฐฯ/หน่วยงาน ในเรื่องขั้นตอนการใช้งบประมาณ 4. มีการตรวจสอบเอกสารอนุมัติโครงการประชุมฝึกอบรม สัมมนา 5. มีการทบทวนการมอบอำนาจในการดำเนินการด้านพัสดุและการอนุมัติเบิกจ่ายเงินเพื่อให้ผู้มีอำนาจอนุมัติเข้าใจง่าย 6. มีการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของใบของงบประมาณก่อนส่งมอบให้หน่วยงานไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป 7. เพิ่มระบบการแจ้งเตือนด้วยหนังสือทุกไตรมาส เมื่อออกใบของงบประมาณครบ 60 วัน (ที่ยังไม่มีการดำเนินการ) และยกเลิกการใช้งบประมาณเมื่อครบ 90 วัน 8. มีการติดตามผลการเบิกจ่ายเงินงบประมาณเป็นประจำ	3	1.1 ประสิทธิภาพ-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	1	ต่ำ	1. เสนอให้คณะกำหนดนโยบายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเบิกจ่ายในปีที่ได้รับงบประมาณ เช่น หากไม่สามารรถเบิกจ่ายได้ทันปีงบประมาณให้ส่งประมาณรายการนั้นตกไปและเบิกจ่ายในปีงบประมาณถัดไป	ภายใน พฤษภาคม 2562	หัวหน้างาน งบประมาณ และบริหารทั่วไป	-

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2562

ด้าน	รหัส	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่			ระดับความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2562			
							ระดับโอกาสเกิดที่เหลืออยู่	ผลกระทบที่เหลืออยู่			ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบกิจกรรม		ร่วม (ถ้ามี)
								ด้าน	ระดับ			หลัก		
กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (รักษาความปลอดภัย)	O 20	การเกิดอัคคีภัย	Operational Risk	1. อาคารต่างๆเป็นอาคารเก่าอายุการใช้งานนานปี 2. เจ้าหน้าที่ประมาณไม่ระมัดระวัง 3. ไฟฟ้าลัดวงจร 4. ระบบ Infrastructure ของคณะที่เป็นปัจจัยเสี่ยง 5. บุคลากรสัมผัสปลั๊กไฟและอุปกรณ์ไฟฟ้าทุกชนิด	1.จำนวนการเกิดอัคคีภัยถูกลดลงจนไม่สามารถดับได้ จำนวน 0 ครั้ง/ปีงบประมาณ 2.จำนวนครั้งการสัมผัสอุปกรณ์ไฟฟ้าไม่เกิน 12 ครั้ง/ปีงบประมาณ 3.จำนวนรับแจ้งเหตุไฟไหม้ ไม่นเกิน 5 ครั้ง/ปีงบประมาณ	1.ให้ความรู้กับบุคลากรในการใช้อุปกรณ์ดับเพลิงระดับเหตุเบื้องต้น 2. จัดการฝึกซ้อมแผนปฏิบัติระดับเหตุเพลิงไหม้และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 3. จัดการฝึกอบรมหลักสูตร เทคนิคการผจญเพลิงขั้นสูงให้กับเจ้าหน้าที่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกปี 4. จัดเจ้าหน้าที่ รับผิดชอบตรวจสอบอุปกรณ์ดับเพลิงให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ 5. จัดเจ้าหน้าที่ รับผิดชอบหางหนไฟให้พร้อมใช้งานเสมอ 6. จัดเจ้าหน้าที่ รับผิดชอบตรวจสอบทั้งในเวลาและหลังเวลาราชการ หน่วยงานได้สัมผัสอุปกรณ์ไฟฟ้า 7. จัดอบรมให้ความรู้ภาษาใหม่ในการใช้อุปกรณ์ดับเพลิงปีละ 1 ครั้ง 8. จัดทำประกันภัยตัวอาคารทุกอาคาร 9. ดำเนินการซ่อมอพยพหนีไฟขนาดใหญ่ แต่ละอาคารภายในคณะฯ	2	4. ความปลอดภัย	5	สูงมาก	1.ดำเนินการติดตั้งระบบหัวกระจายน้ำดับเพลิง Sprinkler water ให้ครบทุกจุดของอาคาร 2.ดำเนินการฝึกอบรมระดับเพลิงขั้นต้นให้กับพนักงานทุกระดับให้ได้ ตามกฎกระทรวงเกี่ยวกับการป้องกันและระงับอัคคีภัย 3. เพิ่มแผน BCP ในการรองรับกรณีผู้ได้รับผลกระทบจากเกิดอัคคีภัย(ในกรณีที่มี Operate ต่อไปไม่ได้)	ภายใน พฤษภาคม 2562	งานรักษาความปลอดภัย	1. ฝ่ายวิศวกรรมบริการ 2.งานอาชีวอนามัย
กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (อาชีวอนามัยและความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม)	O 21	การจัดการขยะไม่ได้ตามมาตรฐานสากล	Operational Risk	1.ปริมาณขยะแต่ละประเภทต่อจำนวนเตียงต่อวัน ไม่สอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐานสากล (WHO) เนื่องจากบุคลากรในหน่วยงานบริการผู้ป่วยแยกขยะไม่ถูกต้องตามประเภทมาตรฐานสากล	1. หน่วยงานบริการผู้ป่วยสามารถแยกประเภทของขยะได้ตามมาตรฐานสากลร้อยละ100 2 ปริมาณน้ำหนักขยะแต่ละประเภทอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสากล (WHO) ดังนี้ -ปริมาณขยะทุกประเภท 10.7 Kg/เตียง/วัน -Recycle 5.46 Kg/เตียง/วัน -ขยะติดเชื้อ 2.79 Kg/เตียง/วัน -ขยะทั่วไป 3.64 Kg/เตียง/วัน	1. คุ้มครองการแยกขยะหน่วยบริการผู้ป่วยเป็นประจำทุกวัน 2. มีถังขยะที่แยกประเภทขยะแต่ละชนิด ครอบคลุมหน่วยงาน 3.จัดทำคู่มือการจัดการขยะตามมาตรฐานสากล ภายในคณะฯ 4. จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะให้ถูกต้องตามมาตรฐานสากล 5. ประชาสัมพันธ์การคัดแยกขยะที่ถูกต้องตามมาตรฐานสากล เช่น จุลสารอาชีวอนามัย Intranet ป้ายโปสเตอร์ เป็นต้น	3	1.1 ประสิทธิภาพ-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	2	ปานกลาง	-	-	-	-

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2562

ด้าน	รหัส	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR)/เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่		ระดับความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2562				
							ระดับโอกาสเกิดที่เหลืออยู่	ผลกระทบที่เหลืออยู่		กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบกิจกรรม		
								ด้าน				ระดับ	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)
กายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก (อาชีวอนามัย ความปลอดภัยและ สิ่งแวดล้อม)	O 22	บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/ เจ็บป่วย เนื่องจากการทำงาน	Operational Risk	1. บุคลากรปฏิบัติงาน โดยขาดความรู้ในการทำงานอย่างปลอดภัย 2. บุคลากรปฏิบัติงาน โดยขาดอุปกรณ์ป้องกัน หรือขาดความปลอดภัย /ตระหนักในความสำคัญของการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน 3. สภาพแวดล้อมในการทำงานไม่ปลอดภัย 4. อุปกรณ์-เครื่องมือในการปฏิบัติงานไม่พร้อมใช้งาน	1.ผ่านเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน ของบุคลากรใน รพ. (ของสำนักโรคจากการ ประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค) / ระดับ 5 2.อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่ เกี่ยวเนื่องจากงานไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวน การบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยในบุคลากรทั้งหมด 3.อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่ เกี่ยวเนื่องจากงาน ของบุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วย โดยตรงไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนการบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยในบุคลากรทั้งหมด 4.อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่ เกี่ยวเนื่องจากงาน ของบุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัส ผู้ป่วยโดยตรง ไม่เกิน ร้อยละ20 ของจำนวนการ บาดเจ็บ/ เจ็บป่วยในบุคลากรทั้งหมด	1.ประเมินความเสี่ยงสิ่งคุกคาม ด้านอาชีวอนามัย ความ ปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคลากร ในคณะฯ 2.จัดโครงการอบรม ด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อม 3.ตั้งศูนย์รวบรวมสถิติ อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วย ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องจากงาน 4.เป็นศูนย์กลางรับอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่ เกี่ยวเนื่องจากงาน 5. กระตุ้น/ประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในคณะฯ รายงานการ เกิดอุบัติเหตุในช่องทางOR ให้มากขึ้น 6. มีการตรวจสอบ บำรุงรักษาอุปกรณ์ เครื่องมือตาม ระยะเวลา	2	4. ความ ปลอดภัย	2	ปานกลาง	1.วิเคราะห์หาสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน (Fault Tree Analysis : FTA)	พฤษภาคม 2562	งานอาชีวอนามัย	งานป้องกันและ ควบคุมการติด เชื้อ
กายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก ความสะอาด (ยานพาหนะ)	O 23	อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการ	Operational Risk	1. พนักงานขับรถใช้ความเร็วเกินอัตราที่กำหนด 2. พนักงานขับรถ ชีบครัวยุติความประมาท 3. พนักงานขับรถขณะมีปัญหาด้านสุขภาพ 4. สภาพรถไม่ดีพร้อมใช้งาน 5. จากผู้ขับขี่อื่นที่ใช้นร่วมกัน	1. สถิติสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจากพนักงานขับ รถยนต์ น้อยกว่า 5 ครั้ง/ปีงบประมาณ 2. สถิติการเกิดอุบัติเหตุจากพนักงานขับรถที่ อันตรายถึงแก่ชีวิต 0 ครั้ง/ ปีงบประมาณ 3. ผลการสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์ของพนักงาน ขับรถ 0 ครั้ง/ปีงบประมาณ 4. จำนวนได้รับใบเตือนจากการที่พอร์ชขับรถเร็ว เกินกว่าที่กฎหมายกำหนดจากสถานีตำรวจไม่เกิน 5 ครั้ง/ปีงบประมาณ	1. ติดตั้งGPSและตรวจสอบข้อมูลการใช้ความเร็วของ พนักงานขับรถด้วยระบบ GPS และแจ้งให้ พอร์ชทราบ 2. กำหนดอัตราการใช้ความเร็วของรถแต่ละประเภท 3. จัดอบรมพนักงานขับรถความปลอดภัย 4. จัดทำ พรบ. คุ้มครองผู้ประสบภัยทางรถยนต์ 5. จัดทำประกันภัยของรถยนต์คณะฯ (ประเภท3) 6. ตรวจสอบและบำรุงรักษายานพาหนะตามระยะเวลาที่ กำหนด 7. มีการสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์ของพอร์ช ทุก 3 เดือน 8. ตรวจระดับแอลกอฮอล์พอร์ช. ในกรณีต้องออกปฏิบัติ หน้าที่ต่างจังหวัดทุกครั้ง 9. กำหนดบทลงโทษในกรณีที่พอร์ชฝ่าฝืนข้อกำหนดของ หน่วยงานที่ตั้งไว้ โดยอาจจะไม่ได้รับเงินรางวัลประจำปี	1	4. ความ ปลอดภัย	2	ต่ำ	-	-	-	
กายภาพและ สิ่งอำนวยความสะดวก ความสะอาด (วิศวกรรม บริการ)	O 24	กระแสไฟฟ้าขัดข้อง(เนื่องจาก กระแสไฟฟ้าไม่เพียงพอ)	Operational Risk	1.ความต้องการใช้พลังงานไฟฟ้าเพิ่มขึ้น	1. กระแสไฟฟ้าดับ 0 ครั้งต่อปี 2. กระแสไฟฟ้ากระชาก 1 ครั้งต่อปี	1.มีการตรวจเช็คประจำวัน เดือน ปี 2. จัดบันทึกค่ากระแสไฟฟ้า 3.มีการติดตั้งมิเตอร์ไฟฟ้าย่อย เพื่อดูพฤติกรรมการ กระแสไฟฟ้า 4. มีการติดตั้งเครื่องGenerator รองรับในกรณีที่ กระแสไฟฟ้าของการไฟฟ้าดับ เพื่อให้คณะฯมีกระแสไฟฟ้า ใช้อย่างต่อเนื่อง 5. มีการบำรุงรักษาเครื่องGenerator ตามรอบระยะเวลา 6. ติดตั้งเครื่องไฟฟ้าสำรองทุกจุดที่สำคัญของคณะฯ	1	1.1 ประสิทธิผล- การดำเนินงานไม่ เป็นไปตาม เป้าหมาย	2	ต่ำ	-	-	-	

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2562

ด้าน	รหัส	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR)/เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่			ระดับความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2562			
							ระดับโอกาสเกิดที่เหลืออยู่	ผลกระทบที่เหลืออยู่			กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบกิจกรรม	
								ด้าน	ระดับ				หลัก	ร่วม (ถ้ามี)
สภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (วิศวกรรมบริการ)	O 25	น้ำประปาสำหรับอุปโภคบริโภคมีการปนเปื้อน	Operational Risk	1.เครื่องกรองน้ำและไส้กรองน้ำ ไม่มีการบำรุงรักษาอย่างต่อเนื่อง	1.ตรวจพบเชื้อแบคทีเรียปนเปื้อนในน้ำดื่มต้องเท่ากับ 0 ครั้ง/ปี	1.การเปลี่ยนไส้กรองน้ำตามอายุการใช้งานของไส้กรอง 2.การล้างบ่อน้ำสำรองใต้ดินและคาดฟ้าปีละ1ครั้ง 3.ล้างเครื่องกรองน้ำทุก3เดือน 4.ตรวจวัดค่าน้ำทุก6เดือน(จากการประปาและงานอชีวอนามัย)	1	3.1 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กรมีผลกระทบต่อ	2	ต่ำ	-	-	-	-
พัฒนาคุณภาพงาน	O 26	คณะฯ ยังไม่สามารถจัดทำแผนการปรับปรุงตามโอกาสพัฒนา (OP) ที่ได้รับจากการตรวจประเมินจากมหาวิทยาลัย	Operational Risk	1.พันธกิจ/ภาควิชา/หน่วยงานบางส่วนยังขาดความเข้าใจในกระบวนการปรับปรุงระบบงานตามโอกาสพัฒนาที่ได้รับและไม่เห็นถึงความสำคัญของการปรับปรุงโอกาสพัฒนา	1.แผนการปรับปรุงตามโอกาสพัฒนาไม่น้อยกว่า 2 เรื่องต่อปี จากโอกาสพัฒนาที่ได้รับจากการตรวจประเมินจากมหาวิทยาลัย	1. แจ้งในที่ประชุม กก.ส่วนงานฯ เรื่องการได้รับโอกาสพัฒนาและผู้รับผิดชอบหลักเพื่อจัดทำแผนการปรับปรุงในแต่ละด้าน 2.ให้คำปรึกษาในเรื่องการจัดทำแผนการปรับปรุงแก่หน่วยงานภายในคณะฯ ที่แจ้งความประสงค์เข้ามา 3. ติดตามผลจากการตรวจประเมินภายในองค์กร (Internal Assessment) 4. จัดการอบรมเกณฑ์ TQAFPEX ให้กับหัวหน้าฝ่าย/งาน/หน่วย/ผู้ที่เกี่ยวข้อง	1	1.1 ประสิทธิภาพการทำงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	2	ต่ำ	-	-	-	-
พัสดุ	C 27	เสี่ยงจากการผิดพรบ.การจัดซื้อจัดจ้าง	Compliance Risk	1.กระบวนการในการจัดซื้อจัดจ้างระบบใหม่ที่เพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดความล่าช้า 2.กรมบัญชีกลางออกกฎระเบียบในการจัดซื้อจัดจ้างที่ใหม่อยู่เสมอ 3.เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจวิธีการปฏิบัติงานไม่ครบทุกวิธี	1.การจัดซื้อจัดจ้างเป็นไปตามแผนการปฏิบัติไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ต่อปีงบประมาณ 1.1 วิธีารจัดซื้อจัดจ้างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง KPI 15 วัน 1.2 วิธีลาดิอิเล็กทรอนิกส์ KPI 30 วัน 1.3 วิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ KPI 60 วัน 1.4 วิธีคัดเลือก KPI 30 วัน	1. การฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างระบบใหม่ให้กับUser ของคณะฯ 2.จัดทำแบบฟอร์มการดำเนินการในการจัดซื้อจัดจ้างระบบใหม่ 3.จัดให้มีระบบที่เสียงสนทนาในการจัดซื้อจัดจ้างระบบใหม่ 4. เชิญผู้เชี่ยวชาญการจัดซื้อจัดจ้างมาTraining ให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 5. ฝ่ายการพัสดุเป็นศูนย์กลาง(Center)ในการจัดซื้อจัดจ้างของคณะฯ 6. จัดแบ่งหน้าที่ตามความเชี่ยวชาญในการรับผิดชอบในภาระงานที่ได้รับมอบหมายตามระบบการจัดซื้อจัดจ้างใหม่อย่างชัดเจน 7. ร่วมมือกับฝ่ายเลขานุการเพื่อวางมาตรการในการจัดซื้อจัดจ้างเรือยและวงเงินที่ของคณะฯเพื่อให้สอดคล้องภายใต้พรบ.ใหม่ 8. มีระบบการตรวจสอบ กรั่นกรอง กระบวนการทำงานในการดำเนินงานตามระบบการจัดซื้อจัดจ้างใหม่ 9. ฝ่ายการพัสดุศึกษาแบบ ISG เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติงาน	3	1.1 ประสิทธิภาพการทำงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	2	ปานกลาง	1. จัดทำFlow การดำเนินการเกี่ยวกับระบบการจัดซื้อจัดจ้างใ	ภายใน พฤษภาคม 2562	ฝ่ายการพัสดุ	ปานกลาง

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2562

ด้าน	รหัส	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่			กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2562					
							โอกาสเกิดที่เหลืออยู่		ระดับความเสี่ยง	กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบกิจกรรม			
							ระดับโอกาสเกิดที่เหลืออยู่	ผลกระทบที่เหลืออยู่				หลัก	ร่วม (ถ้ามี)		
พัสดุ	C	28	เกิดซื้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ซื้อร้องเรียนจาก Vender)	Compliance Risk	1. ข้อกำหนดโครงการ (TOR) - การกำหนดรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะซึ่งใกล้เคียงกับยี่ห้อโดยยี่ห้อหนึ่งทำให้เกิดการแข่งขันน้อยราย 2. การใช้ดุลพินิจของคณะกรรมการ กรณีซื้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดลว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2551 มิได้กำหนดแนวปฏิบัติไว้	จำนวนซื้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ เป็น 0	1. โครงการจัดหาแบบรวมศูนย์ โดยให้เจ้าหน้าที่พัสดุของฝ่ายการพัสดุเป็นผู้ดำเนินการจัดหาและร่วมเป็นคณะกรรมการดำเนินการ 2. การดำเนินการซื้อความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่เป็นรายบุคคล 3. แยกแยะข้อมูลการจัดหาและข่าวสารต่างผ่าน website เพื่อให้ผู้ประสงค์เสนอราคาวิจารณ์ร่าง TOR ก่อนดำเนินการ 4. เจ้าหน้าที่พัสดุชี้แจงหน้าที่ของคณะกรรมการระเบียบขั้นตอนตามข้อบังคับก่อนการเปิดซอง พร้อมจัดทำ Guide Book 5. กระบวนการจัดการซื้อร้องเรียน - เมื่อได้รับซื้อร้องเรียน จะดำเนินการตรวจสอบข้อมูลหลักฐาน และผู้เกี่ยวข้อง จัดทำสรุปข้อเท็จจริง - จัดทำชี้แจงเสนอผู้บังคับบัญชาเพื่อพิจารณา - เมื่อได้ดำเนินการแล้วเสร็จ ฝ่ายการพัสดุ จัดทำหนังสือแจ้งผู้ร้องเรียนทราบ - ชี้แจงรายละเอียดให้กับ บริษัท/ห้างร้าน ที่ได้รับหรืออาจได้รับความเสียหาย ร้องเรียน 6. ใช้กระบวนการการไกล่เกลี่ย เมื่อเกิดซื้อร้องเรียน	1	3.3 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กรการนำเสนองาน	1	ต่ำ	-	-	-	-

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2562

ด้าน	รหัส	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่			ระดับความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2562			
							โอกาสเกิดที่เหลืออยู่		ผลกระทบที่เหลืออยู่		กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบกิจกรรม	
							ระดับโอกาสเกิดที่เหลืออยู่	ด้าน					ระดับ	หลัก
ศูนย์ความเป็นเลิศและศูนย์สนับสนุนพันธกิจ	S 29	ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในด้านอาหารได้ของศูนย์สนับสนุนพันธกิจตามที่ตั้งศูนย์ฯ ตั้งไว้	Strategic Risk	1. ไม่สามารถหารายได้ได้ตามที่คณะฯ คาดหวัง 2. บุคลากรภายในศูนย์ฯ ไม่มีเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน 3. ไม่มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะการทำงานเป็นแบบเชิงรุกเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 4. นโยบายของคณะฯ บางอย่างไม่เอื้อต่อการดำเนินงานของแต่ละศูนย์ฯ ทำให้การดำเนินงานของศูนย์ฯ ไม่มีความคล่องตัว 5. ความผิดพลาดคลาดเคลื่อนจากระบบการดำเนินงานภายในของแต่ละศูนย์ (บริหารการลงทุน/ กระบวนการทางบัญชี-การเงิน)	1. ศูนย์สนับสนุนพันธกิจสามารถสร้างผลกำไรได้คิดเป็น 100% ของจำนวนศูนย์ฯ ทั้งหมด(ทุกศูนย์ฯ ต้องมีกำไร) 2. ความสำเร็จในการดำเนินงานตามเป้าหมาย 100% ของจำนวนศูนย์ฯ ทั้งหมด	1. บางศูนย์ฯ มีการขยายเวลาเปิดหน่วยบริการทั้งในเวลาปกติเวลา Premium Clinic และมีให้บริการแบบครบวงจร 2. บางศูนย์ฯ เปิดให้บริการ 24 ชม. ตลอด 7 วัน 3. มีการจัดประชุม เพื่อรายงานความคืบหน้าในการดำเนินการทุก 3 เดือน 4. จัดทำแบบฟอร์มติดตามผลการดำเนินการ เพื่อให้ทราบความคืบหน้า พร้อมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาพร้อมกัน 5. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ของศูนย์สนับสนุนพันธกิจ และมี การวางแผนการทำงานแบบเชิงรุก 6. การปรับโครงสร้างศูนย์ฯ ใหม่ 7. กำหนดเกณฑ์มาตรฐานรายได้ขั้นต่ำของแต่ละศูนย์ฯ ที่ได้ในแต่ละปี ต้องไม่ต่ำกว่าเกณฑ์กำหนดข้อตกลงที่ตั้งเป้าหมายไว้ 8. มีการประชุมหารือเพื่อกำหนดเป้าหมายในการหารายได้ในแต่ละปีของศูนย์สนับสนุนพันธกิจ 9. มีการติดตามผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ทุก 3 เดือน 10. ผลักดันให้แต่ละศูนย์ฯ มี Innovation Project ใหม่อย่างน้อย 1 Project 11. เพิ่มความท้าทายโดยการกำหนดเป้าหมายรายได้รวมควรมีเพิ่มขึ้น 2% จากปีที่ผ่านมา 12. ดำเนินการร่วมกับ การคลัง หรือภาคีบุคคล และพัสดุ ในการเข้าดำเนินการทำค้ำหนุนให้กับทุกศูนย์ฯ ในศูนย์สนับสนุนพันธกิจ	1	2. มูลค่าความเสี่ยงหายทางการเงิน	1	ต่ำ	-	ตุลาคม 2561- พฤษภาคม 2562	ศูนย์สนับสนุนพันธกิจ (Mission Possible Unit)	-

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2562

ด้าน	รหัส	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่			ระดับความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2562				
							ระดับโอกาสเกิดที่เหลืออยู่	ผลกระทบที่เหลืออยู่			กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบกิจกรรม		
								ด้าน	ระดับ				หลัก	ร่วม (ถ้ามี)	
ดูแลสุขภาพ	S	30	ไม่ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลชั้นก้าวหน้า (AHA)	Strategic Risk	1. คณะฯ ยังไม่สามารถพัฒนาระบบงานได้ตามมาตรฐานที่ AHA กำหนด 2. ไม่มีการดำเนินการเยี่ยมสำรวจภายในอย่างเป็นระบบและไม่ต่อเนื่อง 3. CLT ไม่เข้าร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทางคลินิก 4. บุคลากรยังไม่เห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพงาน (ยังไม่สามารถสร้างวัฒนธรรมได้ตั้งแต่ระดับราก) 5. ไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากภาควิชา 6. การดำเนินงานของ CLT ระดับภาควิชาเป็นการดำเนินการระดับบุคคล (1 คน) จึงไม่ก่อให้เกิดประสิทธิผลในการดำเนินการ	1. อัตราการตอบกลับ RCA ใน Case ที่จำเป็น 100 % 2. คะแนน Internal Survey มากกว่า > 3 3. อัตราการเกิดความเสี่ยงระดับรุนแรง (E-UP) น้อยกว่า 10 % 4. การรายงานอุบัติการณ์-Near Miss มากกว่า 10 % 5. การปฏิบัติตามแผน AHA ได้ตามที่กำหนดไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80	กิจกรรมจากการควบคุมความเสี่ยง HA ยกระดับดำเนินการต่อเนื่อง 1. การบริหารจัดการด้านคุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก 2. จัดทำกระบวนการทำงานให้มีความชัดเจนตามหลัก SIPOC และ PDCA 3. มีกระบวนการ Internal Survey เพื่อพัฒนาคุณภาพในกระบวนการต่างๆ 4. มีการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวัง (Surveillance Survey) เพื่อเตรียมความพร้อม กิจกรรมสำหรับ A-HA 1. ส่งเสริมการเรียนรู้วัฒนธรรมสากลด้านการดูแลสุขภาพและนำมาใช้พัฒนาหน่วยงาน 2. พัฒนาการบริหารจัดการหน่วยงาน 3. สร้างทีม Facilitator ด้านการดูแลสุขภาพ 4. ส่งเสริมการเรียนรู้และเสริมพลังของทีมนำทางคลินิก / ทีมดูแลผู้ป่วย 5. ส่งเสริมการดำเนินงานของศูนย์สนับสนุนพันธกิจ 6. สนับสนุนการขอการรับรองคุณภาพรายโรค 7. กำหนดตัวชี้วัดพันธกิจด้านการดูแลสุขภาพเพื่อทำข้อตกลงกับภาควิชาฯ ปีงบประมาณ 8. ดำเนินการตาม Roadmap to Advanced HA	4	3.1 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กรมีผลกระทบต่ำ	3	สูงมาก	1. การสร้างวัฒนธรรมให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพงานตั้งแต่ระดับราก 2. การสร้างความร่วมมือกับทางภาควิชา เพื่อให้เกิด Critical Out อย่างน้อย 1 เป้าหมาย 3. การสร้างทีม CLT ระดับภาควิชา	ตุลาคม 2561- พฤษภาคม 2562	1.รองคณบดีฝ่ายดูแลสุขภาพ 2.Healthcare Facilitator Team	หัวหน้าภาควิชาฯ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ศูนย์การแพทย์ฯ

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2562

ด้าน	รหัส	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่		ระดับความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2562				
							ระดับโอกาสเกิดที่เหลืออยู่	ผลกระทบที่เหลืออยู่		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบกิจกรรม			
								ด้าน	ระดับ		กิจกรรมควบคุม	หลัก	ร่วม (ถ้ามี)	
ดูแลสุขภาพ	O	31	การเกิดเหตุการณ์ความเสียหาย	Operational Risk	1.การขาดความรู้ ทักษะและความชำนาญตามมาตรฐานวิชาชีพ หรือ มาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ที่จำเป็นเรื่องความปลอดภัยของผู้รับบริการ (Patient Safety) 2. ขาดการกำกับดูแล	1. การบริหารจัดการความเสี่ยงเชิงรุกการปฏิบัติตาม Patient Safety Goalsตามเข็มมุ่งของคณะฯ - Surgical safety checklist - Medication Reconciliation - Emergency Readiness 2.การทำ RCA เหตุการณ์ความเสียหายระดับ E-up 3. วางระบบรายงานความเสี่ยงให้ง่ายต่อการเข้าถึง เช่น ระบบการรายงานความเสี่ยงผ่าน Program IOR Online 4. การวางแผนทางเชิงป้องกันเหตุการณ์ที่เกิดการวิเคราะห์แล้ว 5. มีระบบการติดตามเพื่อวัดอุปสงค์ด้านการควบคุมแบบเชิงป้องกัน (Preventive Strategy)	2	3.1 ชื่อเสียง และภาพลักษณ์องค์กรมีผลกระทบต่อ	3	ปานกลาง	1. ทบทวน Never Event และ Zero Event ที่พบ เช่นการ สิ้นของ การผ่าตัดข้าง เพื่อหาสาเหตุและพิจารณาหา แนวทางป้องกันแก้ไข	ตุลาคม 2561- พฤษภาคม 2562	1. CLT Team 2. ทีมนำระบบ สำคัญของ โรงพยาบาล	ไม่มี
ดูแลสุขภาพ	C	32	การถูกฟ้องร้องจากกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีชั้นสู่ศาล	Compliance Risk	1. อุบัติการณ์ของกระบวนการรักษาพยาบาลที่นำไปสู่เหตุการณ์ระดับ Zero Event หรือ Never Event 2. ความล่าช้าของกระบวนการรับผู้ป่วยของผู้บริหารและนำไปสู่กระบวนการเยียวยาที่ล่าช้า 3. ไม่รายงานกรณีเกิดอุบัติการณ์ 4. ขาดการนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางการแก้ไข 5. ไม่มีการแจ้งจากระดับปฏิบัติการเมื่อเกิดปัญหา	1. การกำหนดมาตรการป้องกันเหตุการณ์ ZERO EVENT หรือ NEVER EVENT 2. กระบวนการรายงานเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงและมีแนวโน้มว่าจะถูกฟ้องร้องก่อนผู้ป่วยร้องเรียน (E-up) 3. ระบบรายงานเรื่องร้องเรียนและ Incident Report ของคณะฯ 4. พัฒนาระบบ Risk Treatment Team เชิงรุก ร่วมกับกระบวนการเยียวยา 5. พัฒนาระบบการรายงาน Case ร้องเรียน ให้ง่ายต่อการใช้งาน (Friendly) : วางระบบรายงานความเสี่ยงให้ง่ายต่อการเข้าถึง เช่น ระบบการรายงานความเสี่ยงผ่าน Program IOR Online	2	3.2 ชื่อเสียง และภาพลักษณ์องค์กรถูกฟ้องร้อง/ ร้องเรียน	4	สูง	1. ทบทวนและปรับปรุงกระบวนการพัฒนาคุณภาพความปลอดภัยและการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลและศูนย์การแพทย์ฯ ของคณะฯ ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน >>ต่อเนื่องปี 2561 2. ทบทวนระบบรายงานความเสี่ยงออนไลน์ถึงผู้บริหาร >>ต่อเนื่องปี 2561 3. ทบทวนกระบวนการเยียวยาผู้รับบริการ	ตุลาคม 2561- พฤษภาคม 2562	1. รศคณบดี 2. ทีมบริหาร คณะฯ (Team Crisis Management)	หัวหน้าภาควิชาฯ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ ศูนย์การแพทย์ฯ

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2562

ด้าน	รหัส	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR)/เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่			ระดับความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2562			
							ระดับโอกาสเกิดที่เหลืออยู่	ผลกระทบที่เหลืออยู่			กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบกิจกรรม	
								ด้าน	ระดับ				หลัก	ร่วม (ถ้ามี)
สารสนเทศ	0 33	ระบบ HIS ที่ CNMI ไม่สามารถใช้งานได้ตามที่กำหนด	Operational Risk	1. ความต้องการและกระบวนการทำงานที่ CMNI มีความซับซ้อนมากกว่าที่ผู้พัฒนาประเมินไว้แต่แรก 2. ผู้พัฒนาและบุคลากรของคณะฯ ที่ดูแลโครงการ ยังขาดประสบการณ์ในการควบคุมกำกับโครงการ IT ในทุกระดับนี้ 3. ผู้พัฒนาอาจมีกำลังคนไม่เพียงพอในช่วง Critical Period ก่อน Go Live 4. การเขียนความต้องการและกระบวนการอาจไม่ครอบคลุมทุกสถานการณ์ของกระบวนการทำงาน 5. ไม่มี work process ว่า หากต้องการขอเพิ่ม/ปรับเปลี่ยนระบบ ต้องทำอย่างไร 6. user แจ้งการขอเพิ่ม/ปรับเปลี่ยนระบบ ต่อบริษัทโดยตรง และบริษัทก็ดำเนินการให้โดยไม่มี criteria 7. ไม่มีเอกสารยืนยันว่าได้ทำระบบตาม TOR ครบถ้วนหรือไม่ และในบางกรณีไม่มีนำเสนอผู้ใช้งานก่อน จึงเกิดความสับสนกับผู้ใช้งานว่า ได้พัฒนาระบบครบถ้วนแล้วหรือไม่	1. จำนวน Test Case ที่ทดสอบผ่าน ร้อยละ 80 ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ 2. จำนวน bug program ที่พบไม่เกินร้อยละ 20 ตามโมดูลที่ส่งมอบในแต่ละงวดงาน	1. การปรับแผนการให้บริการให้สอดคล้องกับความสามารถของระบบ 2. การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้จัดการโครงการกับผู้บริหารสถาบันให้สม่ำเสมอ 3. การเตรียม Manual Work Around ในกรณีที่ระบบไม่สามารถทำงานด้านที่หวังไว้ 4. ประเมินสถานการณ์เป็นระยะทุก 1 เดือน	4	1.1	3	สูงมาก	1. วางแผนเปิดบริการให้สอดคล้องกับความสามารถของระบบและทรัพยากรด้านอื่นๆ>> ต่อเนื่องจากปี 61 2. IT ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติงาน (work process, criteria, TOR) ร่วมกับบริษัทผู้พัฒนาระบบ 2.1 การรับความต้องการในการขอเพิ่ม/ปรับเปลี่ยนระบบ (New Request / Change Request) เพื่อลดผลกระทบต่อการพัฒนาระบบที่ดำเนินการตามแผนงาน 2.2 มีการตรวจเช็คระบบงานที่บริษัทส่งมอบตามงวดเดือน โดยกำหนดให้มีนำเสนอว่าในแต่ละเดือน บริษัทต้องส่งระบบงานใดบ้าง /การทดสอบระบบก่อนส่งมอบ / นำเสนอผู้ใช้งานก่อนส่งมอบ และมีเอกสารเซ็นรับรอง ทุกครั้ง ทุกเดือน ก่อนการตรวจรับงาน 2.3 สื่อสารกับผู้ใช้งาน ถึงข้อกำหนดว่า หากมีการต้องการเพิ่มเติม ขอให้แจ้งผ่านมายัง IT และรวบรวมเพื่อนำเสนอใน Phase II ต่อไป 3. มีการแต่งตั้งกรรมการระบบสารสนเทศ เพื่อติดตามความคืบหน้าของการพัฒนาระบบ CNMI HIS โดยได้เริ่มเมื่อเดือน มี.ย. 2561 กำหนดการประชุมทุกวันจันทร์ที่ 1 และ 3 ของเดือน 4. IT ได้มีการ Log การรับแจ้งปัญหาการใช้งานระบบจากผู้ใช้งาน เพื่อคอยติดตามการแก้ไขปัญหามาจากบริษัท	ตุลาคม 2561- พฤษภาคม 2562	งานสารสนเทศ ฝ่ายบริหาร สถาบัน สถาบัน การแพทย์จักรี นฤปดินทร์	

รายงานผลการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2562

ด้าน	รหัส	ความเสี่ยง	ประเภทความเสี่ยง	สาเหตุ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่			ระดับความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2562			
							โอกาสเกิดที่เหลืออยู่	ผลกระทบที่เหลืออยู่			กิจกรรมควบคุม	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบกิจกรรม	
								ระดับโอกาสเกิดที่เหลืออยู่	ด้าน				ระดับ	หลัก
ทรัพยากรบุคคล	S 34	ไม่สามารถสรรหาและบรรจุบุคลากรตำแหน่งที่สำคัญ (Key position) เพื่อรองรับการบริการและการเรียนการสอนของสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบศรได้เพียงพอ	Strategic Risk	1. แผนการบริหารจัดการ โครงสร้างองค์กรและกระบวนการทำงานที่สำคัญยังไม่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถวางแผนอัตรากำลังได้ครอบคลุม 2. ยังไม่มีนโยบายและแผนงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลของสถาบันฯ รวมถึงการระบุตำแหน่งสำคัญของสถาบัน	1. บรรจุบุคลากรตำแหน่งสำคัญตามโครงสร้างได้ 100% ตามเวลาที่กำหนด	1. ร่วมดำเนินการวางแผนอัตรากำลังโดยหรือกับสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบศรเพื่อกำหนด "ตำแหน่งที่สำคัญ" พร้อมกำหนดคุณสมบัติของ ผู้จะดำรงตำแหน่งโดยละเอียดหน้าที่รับผิดชอบและอัตราเงินเดือน 2. วางแผนการสรรหาและคัดเลือก ตั้งแต่แหล่งที่มาของผู้สมัคร วิธีการรับสมัคร วิธีการคัดเลือกและสัมภาษณ์ หมายเหตุ : กิจกรรมต่อเนื่องยังดำเนินการไม่แล้วเสร็จ	3	1.1 ประสิทธิภาพผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	3	สูง	1. ร่วมดำเนินการวางแผนอัตรากำลังโดยหรือกับสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบศรเพื่อกำหนด "ตำแหน่งที่สำคัญ" พร้อมกำหนดคุณสมบัติของ ผู้จะดำรงตำแหน่งโดยละเอียดหน้าที่รับผิดชอบและอัตราเงินเดือน 2. วางแผนการสรรหาและคัดเลือก ตั้งแต่แหล่งที่มาของผู้สมัคร วิธีการรับสมัคร วิธีการคัดเลือกและสัมภาษณ์ หมายเหตุ : กิจกรรมต่อเนื่องยังดำเนินการไม่แล้วเสร็จ	กันยายน 2562 หมายเหตุ : กิจกรรมเริ่มดำเนินการตั้งแต่ตุลาคม 2559	1. หน่วยวางแผนกลยุทธ์ คัดเลือกฯ ฝ่ายทรัพยากรบุคคล 2. สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบศร	1. หน่วยสรรหา คัดเลือกฯ ฝ่ายทรัพยากรบุคคล
การศึกษา	O 35	การดำเนินการเพื่อให้อาจารย์มีกรอบแพทย์ประจำบ้านผ่านการตรวจประเมินตามเกณฑ์ WFME ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	Operational Risk	ปัจจัยภายใน 1. แต่ละหลักสูตรใช้เวลาในการดำเนินการรวบรวมข้อมูลที่มีลักษณะภายในภาควิชาค่อนข้างมาก อีกทั้งต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจเกณฑ์การประเมิน เนื่องเป็นการจัดทำ SAR ตามเกณฑ์ WFME เป็นครั้งแรก ปัจจัยภายนอก 2. การกำหนดวันรับการตรวจประเมินขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละภาควิชาจัดตัวให้	1. จำนวนหลักสูตรที่ได้รับการตรวจประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ WFME ภายในระยะเวลาที่กำหนด 2. ร้อยละของหลักสูตรที่จัดทำ SAR แล้วเสร็จ และพร้อมยื่นหลักสูตรให้เพชรสภาฯรับของตามระบบ WFME ภายใน มิถุนายน 2562 3. ร้อยละของหลักสูตรที่ได้รับการตรวจประเมิน WFME ผ่านภายในมิ.ย. 63	1. จัดการอบรมการเขียน SAR ตามเกณฑ์ WFME ให้กับคณะกรรมการบริหารโครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อจากภาควิชาต่างๆ และเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานภาควิชา ในระหว่างเดือน มี.ค. 60 - มิ.ย. 60 2. ดำเนินการส่งข้อมูลประกอบการเขียน SAR ตามเกณฑ์ WFME องค์ประกอบที่ 6 และ 8 ซึ่งเป็นข้อมูลที่อ้างอิงจากโครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์ เพื่อให้ภาควิชาฯ นำไปเป็นตัวอย่างและปรับใช้ตามบริบทของแต่ละภาควิชา (เมื่อวันที่ 4 ธ.ค. 60) 3. แบบสอบถามความก้าวหน้าในการเตรียมฯ /ส่งการตรวจ WFME	2	1.1 ประสิทธิภาพผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	4	สูง	1. การติดตามความคืบหน้าการประเมินคุณภาพหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านตามเกณฑ์คุณภาพ WFME ใน 2 ลักษณะ - สอบถามอย่างไม่เป็นทางการใน group line WFME ซึ่งประกอบไปด้วย คณะกรรมการบริหารโครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อจากภาควิชาต่างๆ และเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานภาควิชา - ดำเนินการสำรวจความคืบหน้าด้วยแบบสอบถาม พร้อมให้ความต้องการความช่วยเหลือจากส่วนกลาง 2. สนับสนุนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ประกอบ SAR เช่น การพัฒนาด้านอื่นๆ นอกเหนือจากวิชาการที่คณะฯ (การใช้ E-resource, จริยธรรมการวิจัย , การแพทย์ทางเลือก, บุคลิกภาพของแพทย์เป็นต้น) จัดให้แก่แพทย์ประจำบ้านทุกคนเมื่อแรกเข้า	1 สิงหาคม 2561 - 31 พฤษภาคม 2562	การศึกษาหลังปริญญา	-

ที่ปรึกษา : ศ.คลินิก นพ.พรชัย มูลพฤษดิ์
ตรวจสอบ : ดร.ปฎิภาณ แซ่หลิม
เขียนและเรียบเรียง : นางสาววิรงรอง ภูวิชัย

จัดทำโดย :
งานบริหารความเสี่ยง
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
โทร 02-201-0063