

Risk Follow Up Report

September 2017

รายงานผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2560

งานบริหารความเสี่ยง สำนักงานคนบตี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สารบัญ

หน้าที่	
บทสรุปผู้บริหาร	4
แนวทางการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง	7
การพัฒนากระบวนการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง	7
การกำหนดขอบเขตการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง	7
ปรับกระบวนการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง	8
กระบวนการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง	10
การกำหนดสถานะการจัดการความเสี่ยง	11
ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง	11
ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	11
ผลการจัดการความเสี่ยง	13
ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยง	13
มุมมองความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	13
มุมมองความสามารถในการจัดการความเสี่ยงแยกตาม Cluster	15
มุมมองประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง	16
ผลการจัดการความเสี่ยงแยกตามระดับความรุนแรง	19
ผลการจัดการความเสี่ยงใน Red Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะ ฯ)	19
ผลการจัดการความเสี่ยงใน Orange Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะ ฯ)	24
ผลการจัดการความเสี่ยงใน Yellow Zone	31
ผลการจัดการความเสี่ยงใน Green Zone	33
ข้อคิดเห็นจากนักบริหารความเสี่ยง	35
การพัฒนาตัวชี้วัดความเสี่ยงจากตัวชี้วัดตาม (Lagging) สู่ตัวชี้วัดนำ (Leading)	35
การกำหนดแผนการจัดการความเสี่ยงให้สอดคล้องตามปีงบประมาณ	36
ภาคผนวก	37

สารบัญรูป

รูปภาพที่

รูปภาพที่ 1 Time Line แสดงการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2560	10
รูปภาพที่ 2 ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยงปีงบประมาณ 2560	13
รูปภาพที่ 3 ความสามารถในการจัดการความเสี่ยงปีงบประมาณ 2560 พิจารณาตาม Cluster.....	15
รูปภาพที่ 4 ภาพรวม Risk Map-Dashboard	16
รูปภาพที่ 5 Risk Map-Dashboard Red Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะ ฯ)	19
รูปภาพที่ 6 Risk Map-Dashboard Orange Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะ ฯ)	24
รูปภาพที่ 7 Risk Map-Dashboard Yellow Zone.....	31
รูปภาพที่ 8 Risk Map-Dashboard Green Zone.....	31

สารบัญตาราง

ตารางที่

ตารางที่ 1 การปรับกระบวนการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง.....	9
ตารางที่ 2 ระดับความสามารถในการจัดการความเสี่ยง.....	12
ตารางที่ 3 การเปลี่ยนแปลงระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการตามกิจกรรมการควบคุม	17

บทสรุปผู้บริหาร

การติดตามผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2560 งานบริหารความเสี่ยงดำเนินการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง เสร็จสิ้นก่อนการเริ่มประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561 ผ่านการดำเนินการกำหนดขอบเขตการติดตามและการปรับกระบวนการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงใหม่ เพื่อให้ได้ข้อมูลความเสี่ยงที่มีคุณภาพ สามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ในกระบวนการบริหารความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับมุมมองด้านการบริหารจัดการในลักษณะ Cluster ของคณะผู้บริหารชุดใหม่ ซึ่งจากการดำเนินการดังกล่าว ส่งผลให้การบริหารความเสี่ยงสามารถให้ความสนใจ (Focus) กับการวิเคราะห์ลักษณะของความเสี่ยงรายตัวได้อย่างละเอียด สามารถแจกแจงประเด็นสำคัญต่าง ๆ ได้ลึกซึ้ง รวมถึงสามารถวางแผนการดำเนินการต่อ Risk Champion ที่มีความหลากหลายได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น สามารถสรุปผลการจัดการความเสี่ยงได้ดังนี้

จากความเสี่ยง ทั้งสิ้น 41 ความเสี่ยง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สามารถกำจัดความเสี่ยงที่ “ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ” ออกจากบัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) และไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2561 ทั้งสิ้น 12 ความเสี่ยง คิดเป็น ร้อยละ 29 ($12 \times 100 / 41$) ของความเสี่ยงทั้งหมด เนื่องจากกิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพ และสามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนด รวมถึงพบว่าบางส่วนเป็นผลมาจากการปรับมุมมองการยอมรับความเสี่ยง ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงยุทธศาสตร์และเป้าประสงค์ของคณะ ฯ ความเสี่ยงเหล่านี้จึงเปลี่ยนสถานะจากความเสี่ยงของคณะ ฯ เป็นความเสี่ยงระดับฝ่ายงานหรือเป็นเพียงปัญหาต่อไป ซึ่งสัดส่วนดังกล่าวถือว่าไม่สูงนักและคณะ ฯ ต้องพัฒนากระบวนการจัดการความเสี่ยงต่อไป ดังนั้นจึงมีความเสี่ยงที่ต้องยกไปดำเนินการจัดการต่อในปีงบประมาณ 2561 ทั้งสิ้น 29 ความเสี่ยง คิดเป็น ร้อยละ 71 ($29 \times 100 / 41$) ของความเสี่ยงทั้งหมด เมื่อพิจารณาลักษณะร่วมกันของความเสี่ยงที่ต้องยกไปดำเนินการต่อเหล่านี้พบว่า ส่วนใหญ่กิจกรรมการควบคุมยังอยู่ระหว่างการดำเนินการ และไม่เพียงพอในการจัดการความเสี่ยง เนื่องจากมุ่งเน้นที่การควบคุมโอกาสเกิด แต่ยังขาดกิจกรรมที่ใช้เพื่อควบคุมผลกระทบที่อาจเกิดจากรisk รวมถึงพบว่าความเสี่ยงกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่ต้องดำเนินการตามแผนประจำปีงบประมาณ ไม่สามารถรายงานข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการของความเสี่ยงที่ต้องยกไปดำเนินการต่อเหล่านี้จึงมีทั้งความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยง คงที่ ที่ร้อยละ 39 ($16 \times 100 / 41$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ระดับความเสี่ยงลดลง ที่ร้อยละ 27 ($11 \times 100 / 41$) ของความเสี่ยงทั้งหมด และรวมถึงพบความเสี่ยงที่ระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 ($2 \times 100 / 41$) ของความเสี่ยงทั้งหมด

เมื่อพิจารณาตามความสามารถในการจัดการความเสี่ยง พบว่าคณะ ฯ สามารถจัดการความเสี่ยงได้ทั้งสิ้น 19 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 46 ($19 \times 100 / 41$) ของความเสี่ยงทั้งหมด เป็นความเสี่ยงที่สามารถจัดการให้ “ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ” ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 12 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 29 ($12 \times 100 / 41$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ตามที่ได้กล่าวไป และสามารถจัดการให้ “เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้” จำนวน 7 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 17 ($7 \times 100 / 41$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ทั้งนี้พบ “ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง” ทั้งสิ้น 7 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 17 ($7 \times 100 / 41$) ของความเสี่ยงทั้งหมด” และ “ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้” ทั้งสิ้น 15 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 37 ($15 \times 100 / 41$) ของความเสี่ยงทั้งหมด เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุมภายหลังการดำเนินการพบว่า ทั้งหมดมีประสิทธิภาพ ปานกลาง (Yellow) - ดี (Green) ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน โดยความเสี่ยงที่กิจกรรมการควบคุม มีประสิทธิภาพปานกลาง (Yellow) พบกระจายตัวครอบคลุมใน Risk Map-Dashboard ร้อยละ 46 ($19 \times 100 / 41$) ของความเสี่ยงทั้งหมด เนื่องจากความเสี่ยงเหล่านี้ยังอยู่ระหว่างการดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยงระยะยาว และ/หรือ

ต้องมีการดำเนินงานร่วมกับหลายฝ่ายงาน ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอก ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุม ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ สำหรับความเสี่ยงที่กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพดี (Green) สามารถลดระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ผลกระทบของความเสี่ยงได้อย่างชัดเจน ที่ร้อยละ 49 (20x100/41) ของความเสี่ยงทั้งหมด พบในบริเวณ Risk Map-Dashboard Green Zone และเคลื่อนที่ออกจาก Risk Map-Dashboard อย่างชัดเจน ทั้งนี้พบว่า ความเสี่ยงที่ใช้กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) ในการจัดการความเสี่ยง เกือบทั้งหมดมีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงอยู่ในกลุ่มนี้ด้วย

เมื่อพิจารณาผลการจัดการความเสี่ยงเทียบในแต่ละ Cluster พบว่า **Cluster Professional Service** เป็น Cluster เดียวที่สามารถจัดการความเสี่ยงได้จากความสามารถของกิจกรรมการควบคุม โดยสามารถจัดการได้มากที่สุดที่ร้อยละ 27 (11x100/41) ของความเสี่ยงทั้งหมด ตามด้วย **Cluster Education and Research** สามารถจัดการความเสี่ยงได้ร้อยละ 12 (5x100/41) และ **Cluster Healthcare System** สามารถจัดการความเสี่ยงได้ร้อยละ 7 (3x100/41) ของความเสี่ยงทั้งหมด โดยพบว่าทั้ง 2 Cluster นี้ใช้การบริหารจัดการความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงมุมมองความเสี่ยงของผู้บริหาร ตามทิศทางการบริหารงานที่เปลี่ยนแปลงของคณะ ฯ

สำหรับความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงมากเป็นความเสี่ยงสำคัญของคณะ ฯ 8 ความเสี่ยง ส่วนใหญ่ไม่สามารถจัดการให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ ต้องยกไปดำเนินการในปีงบประมาณ 2561 ทั้งสิ้น 7 ความเสี่ยงเนื่องจากกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีประสิทธิภาพระดับปานกลาง และอยู่ระหว่างการดำเนินงานตามแผนประจำปีงบประมาณ หรืออยู่ระหว่างการดำเนินงานตามโครงการต่อเนื่องระยะยาวที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ สอดคล้องกับผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงที่ “ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” เช่นกัน เนื่องจากส่วนใหญ่ใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่มีผลการดำเนินงานสัมพันธ์กับแผนตามปีงบประมาณ ซึ่งยังไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพได้เต็มศักยภาพ ประกอบด้วย

“ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง” จำนวน 4 ความเสี่ยง ได้แก่

Cluster Healthcare System 3 ความเสี่ยง	O12 การเกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรจะสามารถป้องกันได้ (Preventable Event) เป็นผลทำให้โรงพยาบาลต้องให้การเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว (ด้านการดูแลสุขภาพ)
	C13 การถูกร้องเรียนหรือฟ้องร้องจากความผิดพลาดของกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาลจนถูกตัดสินว่าผิดและนำไปสู่ความเสียหายต่อชื่อเสียงภาพลักษณ์และการชดใช้เป็นตัวเงิน (ด้านการดูแลสุขภาพ)
Cluster Professional Service 2 ความเสี่ยง	O23 ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุงผลการดำเนินการไม่ครบทุกมิติและไม่ถูกต้อง (ด้านสารสนเทศ)
	S27 การวางแผนและจัดหากำลังคนไม่เพียงพอ/ ไม่ทันการต่อการขยายงานที่สถาบัน การแพทย์จักรีนฤเบดินทร์อาจทำให้เปิดได้ไม่ทันตามกำหนด (ด้านทรัพยากรบุคคล)

และ “ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้” จำนวน 3 ความเสี่ยง ได้แก่

Cluster Education&Research 2 ความเสี่ยง	C8 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีถูกฟ้องร้องด้านการวิจัยในคน (ด้านวิจัย) S9 ตัวชี้วัดของกิจกรรมอื่น ๆ ใน MOU นอกเหนือจากนักศึกษาแลกเปลี่ยนไม่ได้ตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์คณะ ฯ และมหาวิทยาลัย (Research Collaborative/ Medical Conference) (ด้านวิเทศสัมพันธ์)
Cluster Professional Service 1 ความเสี่ยง	S18 ขาดการสนับสนุนด้านประสิทธิภาพบุคลากรในการสร้างพันธกิจเชิงรุก (ด้านวิชาการและวัฒนธรรม)

ซึ่งพบว่าไม่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยงที่ “ลดลง” ถึงร้อยละ 50 (4x100/8) ของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงมากทั้งหมด รวมถึงพบความเสี่ยงที่สามารถจัดการให้ “ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ”

ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 1 ความเสี่ยง ได้แก่

Cluster Healthcare System 1 ความเสี่ยง	S14 การไม่ผ่านการต่ออายุการรับรองมาตรฐาน HA (Re-Accreditation) (ด้านการดูแลสุขภาพ)
---	--

เนื่องจาก “ผู้บริหาร” ประเมินระดับความเสี่ยงตามสถานการณ์ปัจจุบัน และเปลี่ยนมุมมองให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หรือเป้าประสงค์ของคณะ ฯ มากขึ้น จึงสามารถสรุปได้ว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ระดับความเสี่ยงเหล่านี้ ลดลงหรือไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ เป็นผลมาจากมุมมองของผู้บริหารทั้งหมด

แนวทางการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง

ตามที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดให้ทุกส่วนงานดำเนินการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐาน COSO – ERM¹ โดยให้ส่งรายงานผลการปฏิบัติตามแผนการจัดการความเสี่ยงทุก 6 เดือน นั้น งานบริหารความเสี่ยงได้ดำเนินการตามที่กำหนด โดยมีรายละเอียดการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงของคณะ ฯ ดังนี้

การพัฒนากระบวนการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง

หนึ่งในนโยบายการบริหารความเสี่ยงของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ระบุว่า คณะ ฯ จะต้องมีการประเมิน ติดตาม และทบทวนการบริหารความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มั่นใจว่าการบริหารความเสี่ยงของคณะ ฯ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สามารถควบคุม และลดความเสี่ยงของคณะ ฯ ได้อย่างยั่งยืน ดังนั้นการพัฒนากระบวนการในการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง จึงเป็นภารกิจหนึ่งที่งานบริหารความเสี่ยงดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 เพื่อให้ได้ข้อมูลความเสี่ยงที่มีคุณภาพ ผู้บริหารสามารถใช้ประกอบการตัดสินใจในการบริหารงาน นำไปสู่การขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนากระบวนการ และกระบวนการต่าง ๆ ภายในคณะ ฯ (Risk Management for Improving Process)

สำหรับปีงบประมาณ 2560 งานบริหารความเสี่ยงดำเนินการกำหนดขอบเขตการติดตาม และปรับกระบวนการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อมูลความเสี่ยงที่มีคุณภาพ สามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ในกระบวนการบริหารความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม ผ่านกระบวนการประสานงาน และการให้คำแนะนำเชิงรุกจากนักบริหารความเสี่ยง โดยมีรายละเอียดดังนี้

การกำหนดขอบเขตการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง

ตามเอกสารแนะนำคณะผู้บริหารชุดใหม่ (Moving Forward 2015-2019)² ในพิธีส่งมอบตำแหน่ง คณบดี เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2558 ณ หอประชุมอารี วัลยะเสวี ระบุว่า คณะ ฯ มีมุมมองด้านการบริหารจัดการในลักษณะของ Cluster ดังนั้น งานบริหารความเสี่ยงจึงนำมุมมองดังกล่าวมาเป็นขอบเขตการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2560 และเริ่มดำเนินการเชิงรุก โดยการจัดทีมนักบริหารความเสี่ยงเข้าให้คำปรึกษาในการรายงานผลการจัดการความเสี่ยง รวมถึงการวิเคราะห์ ประเมิน และสรุปผลการจัดการความเสี่ยง ให้สอดคล้องตาม Cluster ดังนี้

ทีมที่ 1. Cluster Education and Research ประกอบด้วย 5 พันธกิจ ได้แก่

- 1.1. การศึกษาระดับปริญญา
- 1.2. การศึกษาหลังปริญญา
- 1.3. กิจกรรมนักศึกษา
- 1.4. วิเทศสัมพันธ์
- 1.5. วิจัย

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

2 http://intra9.rama.mahidol.ac.th/sites/default/files/public/pdf/PDF_Mix.pdf

ทีมที่ 2. Cluster Healthcare System ประกอบด้วย 2 พันธกิจ ได้แก่

- 2.1. ดูแลสุขภาพ
- 2.2. ศูนย์ความเป็นเลิศและสนับสนุนพันธกิจ

ทีมที่ 3. Cluster Professional Service ประกอบด้วย 9 พันธกิจ ได้แก่

- 3.1. สารสนเทศ
- 3.2. ทรัพยากรบุคคล
- 3.3. การเงินและงบประมาณ
- 3.4. จัดซื้อและพัสดุ
- 3.5. กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก
- 3.6. วิชาการและวัฒนธรรม
- 3.7. สื่อสารองค์กร
- 3.8. พัฒนาคุณภาพ
- 3.9. สร้างเสริมสุขภาพ

การดำเนินการดังกล่าวเป็นการลดจำนวนพันธกิจที่นักบริหารความเสี่ยงต้องดูแลให้คำปรึกษา ส่งผลให้นักบริหารความเสี่ยงสามารถให้ความสนใจ (Focus) กับการวิเคราะห์ลักษณะของความเสี่ยงรายตัวได้อย่างละเอียด สามารถแจกแจงประเด็นสำคัญต่าง ๆ ได้ลึกซึ้ง รวมถึงสามารถวางแผนการดำเนินการต่อ Risk Champion ที่มีความหลากหลายได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

ปรับกระบวนการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง

ในปีงบประมาณ 2560 งานบริหารความเสี่ยงดำเนินการปรับกระบวนการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความต่อเนื่องกับกระบวนการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561 และอำนวยความสะดวกต่อ Risk Champion ในการรายงานข้อมูลความเสี่ยง รวมถึงเป็นการสร้างการรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของข้อมูลตลอดกระบวนการบริหารความเสี่ยง ส่งผลให้เจ้าของความเสี่ยงสามารถนำผลการจัดการที่ได้ มาใช้ประกอบการประเมินและวางแผนการจัดการความเสี่ยงได้ดียิ่งขึ้น ก่อให้เกิดความต่อเนื่องของความเสี่ยงของคณะ ฯ ผ่านการปรับกระบวนการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ดังนี้

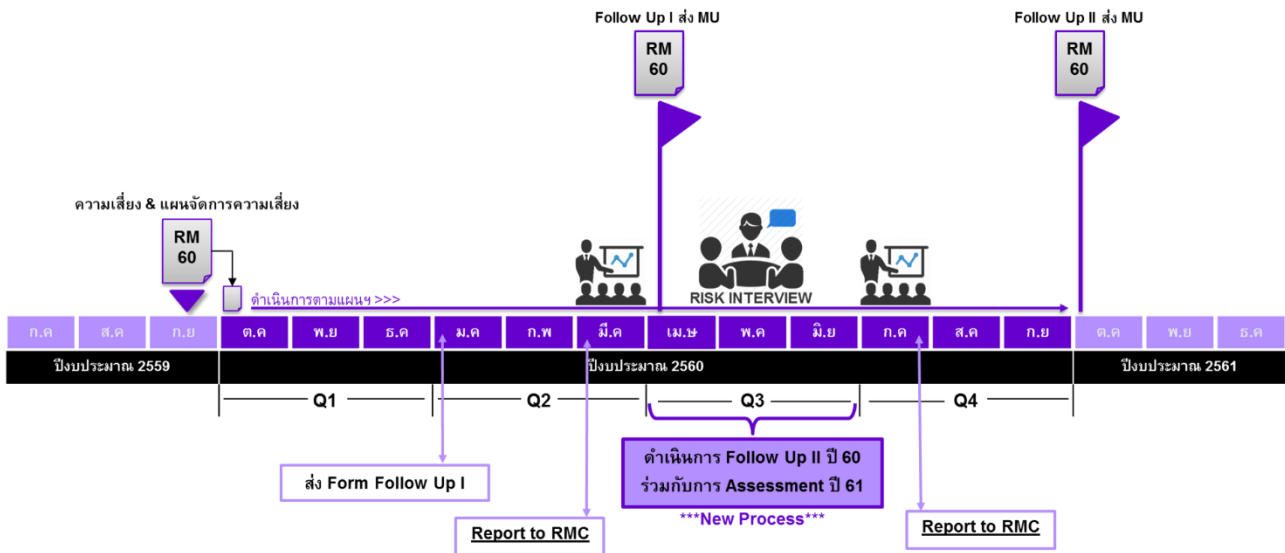
ตารางที่ 1 การปรับกระบวนการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง

รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง	กระบวนการเดิม	กระบวนการที่ปรับ
1. ขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของนักบริหารความเสี่ยง	ปฏิบัติงานครอบคลุมเฉพาะกระบวนการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงของคณะ ฯ เท่านั้น	ปฏิบัติงานครอบคลุมกระบวนการบริหารความเสี่ยงของคณะ ฯ ทั้งการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2560 และ การประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561
2. จำนวนนักบริหารความเสี่ยง	นักบริหารความเสี่ยง 1 คน รับผิดชอบความเสี่ยงทั้งหมดใน ปีงบประมาณ โดยเฉลี่ยปีงบประมาณละ 46 ความเสี่ยง ³	จัดทีมนักบริหารความเสี่ยง เข้าให้คำปรึกษาตาม Cluster รับผิดชอบความเสี่ยงในปีงบประมาณ 2560 โดยเฉลี่ยที่นักบริหารความเสี่ยง 1 คน ต่อ 10 ความเสี่ยง
3. วิธีการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ครั้งที่ 2	ส่งหนังสือไปยังหน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง แล้วจึงประสานงานให้คำปรึกษากับ Risk Champion ในการเขียนรายงาน และการแนบเอกสารประกอบตามเอกสารการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง	1. สัมภาษณ์ผลการจัดการความเสี่ยง จาก Risk Champion รวมถึงประสานงานในการขอเอกสารประกอบการดำเนินงาน 2. จัดทำรายงานผลการจัดการความเสี่ยงที่ได้จากการสัมภาษณ์ แล้วส่งกลับไปยังหน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง เพื่อยืนยันความถูกต้อง
4. การส่งต่อข้อมูลเพื่อประเมินความเสี่ยงปีต่อไป	ส่งข้อมูลผลการจัดการความเสี่ยงที่ได้รับการอนุมัติจากหน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง ต่อ นักบริหารความเสี่ยงที่ รับผิดชอบการประเมินและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง	1. จัดทำข้อมูลต่าง ๆ เชื่อมโยงกับผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2560 เพื่อใช้ในการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561 2. สัมภาษณ์เจ้าของความเสี่ยงซึ่งประกอบไปด้วย รองคณบดีฝ่ายต่าง ๆ Risk Champion และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อยืนยันผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2560 พร้อมทั้งชี้แจงประเด็นสำคัญต่าง ๆ เพื่อยืนยันความต่อเนื่องของความเสี่ยง ก่อนการค้นหาและประเมินความเสี่ยงใหม่ต่อไป

3 จำนวนความเสี่ยงตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556-2560 ได้แก่ 60 36 53 39 และ 41 ความเสี่ยง ตามลำดับ

กระบวนการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง

จากการพัฒนากระบวนการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงข้างต้น งานบริหารความเสี่ยงนำมาใช้ในการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2560 โดยยังคงดำเนินการตามนโยบายที่วางไว้ในปีงบประมาณ 2557 ซึ่งกำหนดให้การติดตามผลการจัดการความเสี่ยงของคณะ ฯ ต้องเสร็จสิ้นก่อนการเริ่มประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณต่อไป⁴ ภายใต้รอบระยะเวลาที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยงมหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด⁵ ดังนี้



รูปภาพที่ 1 Time Line แสดงการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2560

ขั้นตอนที่ 1. หน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง ดำเนินการจัดการความเสี่ยงตามแผน ฯ ที่ระบุไว้

ขั้นตอนที่ 2. งานบริหารความเสี่ยง ดำเนินการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง จำนวน 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ดำเนินการในเดือนมกราคม 2560 งานบริหารความเสี่ยงจัดส่งหนังสือการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ไปยังหน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง รวมทั้งประสานงานให้คำปรึกษา ในการรายงานผลการจัดการความเสี่ยง แนวทางการเขียนรายงาน ฯ การแนบเอกสารประกอบการดำเนินงาน และการขอข้อมูลเพิ่มเติมระหว่างการจัดทำรายงานผลการจัดการความเสี่ยงกับหน่วยงานต่าง ๆ

ครั้งที่ 2 (กระบวนการที่ปรับ) ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน 2560 – เดือนมิถุนายน 2560 โดยนักบริหารความเสี่ยงเข้าสัมภาษณ์ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ จาก Risk Champion รวมถึงประสานงานในการขอเอกสารประกอบการดำเนินงาน ตาม Cluster ที่รับผิดชอบ จากนั้นจึงสรุปข้อมูลและจัดทำรายงานผลการจัดการความเสี่ยงที่ได้จากการสัมภาษณ์ ส่งกลับไปยังหน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง เพื่อยืนยันความถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 3. หน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง รายงานและยืนยันผลการจัดการความเสี่ยง กลับมายังงานบริหารความเสี่ยง ตามระยะเวลาที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 4. งานบริหารความเสี่ยง รวบรวมและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลความเสี่ยง ที่ได้รับการยืนยันจากเจ้าของความเสี่ยง และประสานงานในการสอบถามประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน รวมถึงเสนอแนะปรับแก้ไข หรือขอเพิ่มเติมข้อมูลความเสี่ยงให้สมบูรณ์ เพื่อให้เจ้าของความเสี่ยงดำเนินการแก้ไขข้อมูลดังกล่าวอย่างเป็นทางการ

4 มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะ ฯ 11/ 2557

5 มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะ ฯ 1/ 2559

ขั้นตอนที่ 5. งานบริหารความเสี่ยงรวบรวม วิเคราะห์ สรุป นำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะ ฯ และคณะกรรมการประจำคณะ ฯ พิจารณา ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 6. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะ ฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบ ปิงบประมาณละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เดือนมีนาคม 2560 และ ครั้งที่ 2 เดือนกรกฎาคม 2560

ขั้นตอนที่ 7. คณะกรรมการประจำคณะ ฯ พิจารณาผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ และให้ความเห็นชอบเป็นขั้นตอนสุดท้าย ในเดือนกรกฎาคม 2560

ขั้นตอนที่ 8. งานบริหารความเสี่ยงจัดทำข้อมูลส่งให้มหาวิทยาลัยมหิดล ตามแบบฟอร์มที่ มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนด ครั้งที่ 1 เดือนเมษายน 2560 และ ครั้งที่ 2 เดือนตุลาคม 2560

การกำหนดสถานะการจัดการความเสี่ยง

การกำหนดสถานะความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการจัดการความเสี่ยงของ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันในการสรุปผลการจัดการความเสี่ยง รวมถึงสามารถใช้ในการพยากรณ์ความต่อเนื่องของความเสี่ยง และการกำหนดกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสมในอนาคต

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง

การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง พิจารณาจากความสามารถของกิจกรรมการควบคุมภายหลังการดำเนินการจัดการความเสี่ยง ว่าสามารถส่งผลกระทบต่อระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบของความเสี่ยงได้ดีเพียงใด โดยสามารถแบ่งระดับประสิทธิภาพของการจัดการได้ 3 ระดับ ดังนี้

ประสิทธิภาพดี (สภาวะในสัญลักษณ์ความเสี่ยงเป็นสีเขียว) หมายถึง กิจกรรมทั้งหมดสามารถจัดการ ควบคุม หรือลดระดับความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่คณะ ฯ สามารถยอมรับได้ ไปจนถึง สามารถจัดการให้ความเสี่ยงนั้น ๆ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ ได้เต็มศักยภาพ

ประสิทธิภาพปานกลาง (สภาวะในสัญลักษณ์ความเสี่ยงเป็นสีเหลือง) หมายถึง กิจกรรมทั้งหมด หรือส่วนใหญ่ สามารถจัดการ ควบคุม หรือลดระดับความเสี่ยงได้บ้าง และ/หรือ อาจมีปัจจัยภายนอกเข้ามาคุกคาม ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุมไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ

ประสิทธิภาพต่ำ (สภาวะในสัญลักษณ์ความเสี่ยงเป็นสีแดง) หมายถึง กิจกรรมทั้งหมด หรือส่วนใหญ่ไม่สามารถใช้ในการจัดการความเสี่ยงได้เลย รวมถึงมีปัจจัยภายนอกเข้ามาคุกคาม ส่งผลให้ระดับความเสี่ยงยังคงที่ หรือมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นในอนาคต

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง

การสรุปความสามารถในการจัดการความเสี่ยง พิจารณาจากระดับการยอมรับความเสี่ยง ร่วมกับประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม และผลการดำเนินการ ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง สอดคล้องกับระดับความรุนแรงที่มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด ทั้งนี้ สามารถแบ่งระดับความสามารถในการจัดการความเสี่ยงได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ 5 ประเภท ดังนี้

ตารางที่ 2 ระดับความสามารถในการจัดการความเสี่ยง

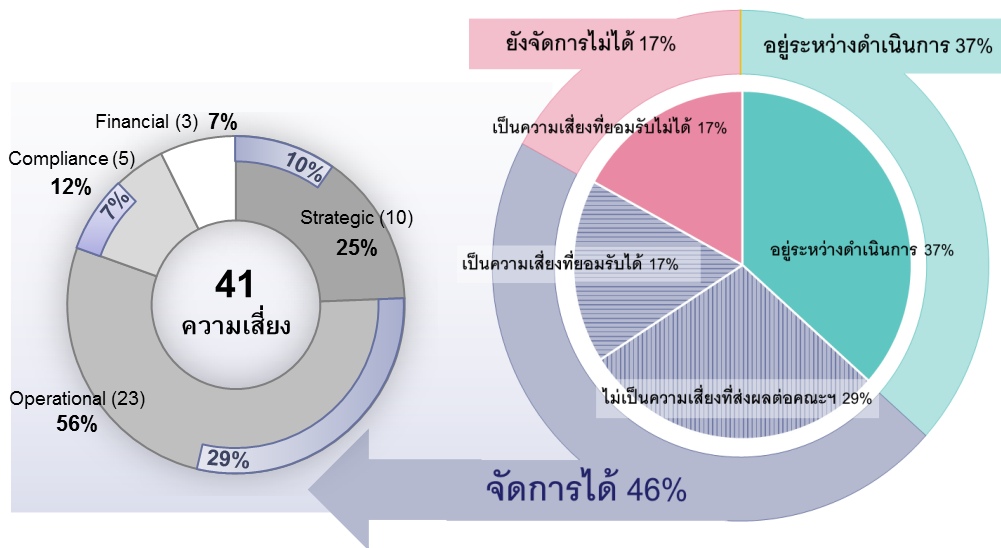
ความสามารถในการจัดการ ๑ (Risk Mgt. Catalog)	ประเภทความสามารถในการจัดการ ๑ (Type of Risk Management)	การยกไป ดำเนินการ ปัดไป	การกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ปัดไป
ยังไม่สามารถสรุปได้	อยู่ระหว่างดำเนินการยังไม่สามารถสรุปได้	เป็นความเสี่ยง	Green Zone = ไม่ต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) แต่ ถ้าพบการไม่สอดคล้องกันระหว่าง สาเหตุและผลกระทบ อาจต้องพิจารณาเพิ่มเติม Yellow Zone = อาจต้อง กำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เพิ่ม/ใหม่ (โดยเฉพาะความเสี่ยงที่คงที่มานาน) Orange Zone = ควรกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เพิ่ม/ใหม่ Red Zone = ต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เพิ่ม/ใหม่
สามารถจัดการความเสี่ยงได้	ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะ ๑ (ไม่อยู่ใน Risk Map ไม่สามารถวัดได้ตามเกณฑ์)	ไม่ควร เป็นความเสี่ยง	-
	เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ (ไม่อยู่ใน Red - Orange zone ใน Risk Map)	เป็นความเสี่ยง	Green Zone = ไม่ต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) แต่ ถ้าพบการไม่สอดคล้องกันระหว่าง สาเหตุและผลกระทบ อาจต้องพิจารณาเพิ่มเติม Yellow Zone = อาจต้อง กำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เพิ่ม/ใหม่ (โดยเฉพาะความเสี่ยงที่คงที่มานาน)
ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้	เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง (ไม่อยู่ใน Green zone ใน Risk Map)	ต้องเป็นความเสี่ยง	Yellow Zone = อาจต้อง กำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เพิ่ม/ใหม่ (โดยเฉพาะความเสี่ยงที่คงที่มานาน) Orange Zone = ควรกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เพิ่ม/ใหม่ Red Zone = ต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เพิ่ม/ใหม่
	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ (ไม่สามารถดำเนินการได้ตาม KRI ไม่สามารถลดความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้น)	ต้องเป็นความเสี่ยง	จำเป็นต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) แผนเพิ่ม/ใหม่

ผลการจัดการความเสี่ยง

ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยง

จากความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2560 ทั้งสิ้น 41 ความเสี่ยง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สามารถดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยง ได้ผลการจัดการความเสี่ยง ดังนี้

มุมมองความสามารถในการจัดการความเสี่ยง



รูปภาพที่ 2 ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยงปีงบประมาณ 2560

คณะ ฯ สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ทั้งสิ้น 19 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 46 ($19 \times 100 / 41$) ของความเสี่ยงทั้งหมด (รายละเอียดตามภาคผนวก 1) เมื่อพิจารณาตามประเภทของความเสี่ยง พบว่าคณะ ฯ สามารถจัดการความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ได้มากที่สุด ถึงร้อยละ 29 ($12 \times 100 / 41$) ตามด้วยความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) ร้อยละ 10 ($4 \times 100 / 41$) และความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) ร้อยละ 7 ($3 \times 100 / 41$) ในจำนวนนี้สามารถแบ่งตามความสามารถของการจัดการได้ 2 ประเภท ดังนี้

1. สามารถจัดการให้ “ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ” ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 12 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 29 ($12 \times 100 / 41$) ของความเสี่ยงทั้งหมด (รายละเอียดตามภาคผนวก 1) ความเสี่ยงกลุ่มนี้มีลักษณะสำคัญ คือ ภายหลังจากดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยง คณะ ฯ สามารถจัดการให้ระดับโอกาสเกิดและผลกระทบต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยอาจกลายเป็นความเสี่ยงระดับฝ่ายงานหรือเป็นเพียงปัญหาต่อไป รวมถึงเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า ส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยพบว่านอกเหนือจากปัจจัยด้านประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง (Control Activity) ที่สามารถจัดการความเสี่ยงได้แล้ว ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการปรับมุมมองการยอมรับความเสี่ยง ในความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำและสามารถควบคุมได้ด้วยกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control)

ต่อเนื่องติดต่อกันมาหลายปี รวมถึงพบว่า การเปลี่ยนเป้าประสงค์ภายในฝ่ายงานให้สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์ของคณะ ฯ ส่งผลให้ความเสี่ยงนั้น ๆ “ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ” เช่นกัน

2. สามารถจัดการให้ “เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้” จำนวน 7 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 17 (7x100/41) ของความเสี่ยงทั้งหมด (รายละเอียดตามภาคผนวก 1) ความเสี่ยงกลุ่มนี้มีลักษณะสำคัญ คือ ทั้งหมดเป็น ความเสี่ยงจาก Cluster Professional Service ที่ระดับความเสี่ยงหลังการดำเนินการอยู่ในระดับปาน กลาง-ต่ำ กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง (Control Activity) มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพียงพอใน การจัดการความเสี่ยง โดยไม่จำเป็นต้องจัดทำแผนการจัดการ ฯ เพิ่มเติมในปีงบประมาณ 2561 รวมถึง เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า ส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด

ทั้งนี้พบว่าคณะ ฯ “ยังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้” ทั้งสิ้น 7 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 17 (7x100/41) ของความเสี่ยงทั้งหมด (รายละเอียดตามภาคผนวก 1) ความเสี่ยงกลุ่มนี้มีลักษณะสำคัญ คือ เมื่อดำเนินการตามแผน แล้ว ระดับความเสี่ยงหลังการดำเนินการ ยังคงสูง หรือ เพิ่มระดับเป็น สูงมาก เนื่องจากกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ยังไม่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพียงพอ เมื่อดำเนินการจัดการแล้วจึง “เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถ ยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง” และต้องพิจารณาปรับปรุง เพิ่ม-ลด หรือพัฒนาแผนฯ ในปี 2561 ต่อไป

รวมถึงพบ “ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้” ต้องยกไป ดำเนินการในปีงบประมาณ 2561 ทั้งสิ้น 15 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 37 (15x100/41) ของความเสี่ยงทั้งหมด (รายละเอียดตามภาคผนวก 1) ซึ่งมากกว่าปีที่ผ่านมาร้อยละ 76 ((ร้อยละ⁶-ร้อยละ³⁷)x100/ร้อยละ21) โดยเป็น ผลมาจาก 3 ส่วนสำคัญดังนี้

1. นโยบายการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงของคณะ ฯ ที่กำหนดให้ดำเนินการเสร็จสิ้นก่อนการเริ่ม ประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณต่อไป⁶ ซึ่งส่งผลให้ความเสี่ยงบางส่วนที่มีแผนการดำเนินงานตาม ปีงบประมาณ ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้
2. แผนการจัดการความเสี่ยงมีลักษณะเป็นแผน หรือโครงการต่อเนื่องระยะยาว ยังไม่สามารถรายงานผล การดำเนินงานได้ สอดคล้องกับลักษณะของความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับระบบงานใหญ่ ๆ ของคณะ ฯ จำเป็นต้องพิจารณาแผนการจัดการอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่อง
3. ไม่สามารถพยากรณ์ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ เนื่องจากส่วนใหญ่คณะ ฯ ใช้ตัวชี้วัด ความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) การรายงานผลตามตัวชี้วัดความเสี่ยงจึง สัมพันธ์กับการดำเนินงานตามแผนประจำปีงบประมาณ ดังนี้
 - สามารถรายงานผลตามตัวชี้วัดได้ แต่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายของตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ เนื่องจาก ดำเนินการเสร็จสิ้นตามแผนงานแล้ว การปรับแผนการจัดการความเสี่ยง จึงจำเป็นต้องเข้าสู่วงจร การประเมินความเสี่ยงในปีงบประมาณต่อไป
 - ไม่สามารถรายงานผลตามตัวชี้วัดได้ เนื่องจากยังอยู่ระหว่างการดำเนินงานเก็บ หรือสรุปข้อมูล ตามแผนที่กำหนดไว้

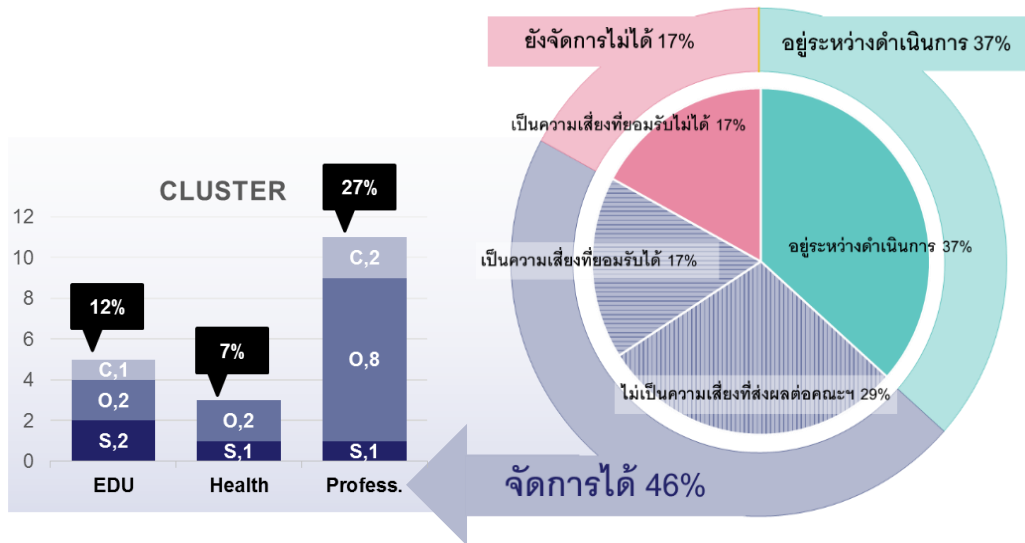
6 ร้อยละของความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินการในปีงบประมาณ 2559

7 ร้อยละของความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินการในปีงบประมาณ 2560

8 มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะ ฯ 11/ 2557

มุมมองความสามารถในการจัดการความเสี่ยงแยกตาม Cluster

เมื่อพิจารณาเฉพาะความเสี่ยงที่คณะ ฯ สามารถการจัดการได้ร้อยละ 46 (19x100/41) แยกตาม Cluster สามารถอธิบายได้ดังนี้



รูปภาพที่ 3 ความสามารถในการจัดการความเสี่ยงปีงบประมาณ 2560 พิจารณาตาม Cluster

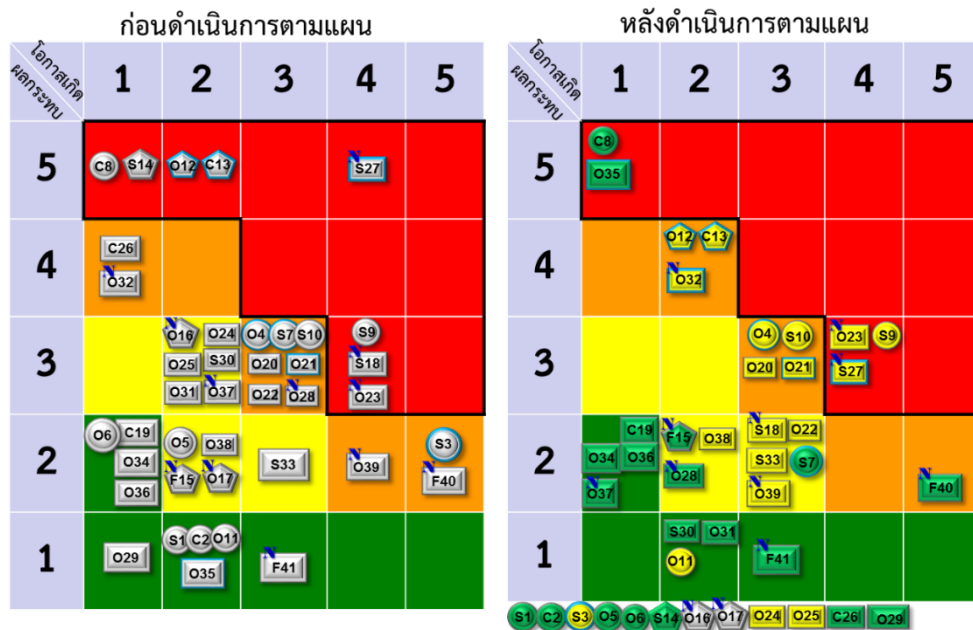
Cluster Professional Service สามารถจัดการความเสี่ยงได้มากที่สุดที่ร้อยละ 27 (11x100/41) ของความเสี่ยงทั้งหมด เนื่องจากลักษณะของความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ที่พบมากใน Cluster นี้ ส่วนใหญ่ระบุสาเหตุจากปัญหาในปัจจุบัน โดยพบว่าคณะ ฯ เลือกใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่มีลักษณะเป็นการควบคุมแบบแก้ไข (Corrective Control) เพื่อใช้แก้ปัญหาที่พบ ดังนั้นเมื่อปัญหา (สาเหตุ) ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงได้รับการแก้ไข (ปิดสาเหตุ) ระดับความเสี่ยงจึงลดลงเป็นความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้

Cluster Education and Research สามารถจัดการความเสี่ยงได้ร้อยละ 12 (5x100/41) โดยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงจากพันธกิจด้านการศึกษา ซึ่งสาเหตุที่ได้รับการประเมินว่าเหตุการณ์เหล่านี้ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ ในปัจจุบัน เนื่องจาก ความเสี่ยงส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงต่ำที่สามารถควบคุมได้ด้วยกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) ต่อเนื่องติดต่อกันมาหลายปี รวมถึงเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง พบว่า สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง

Cluster Healthcare System สามารถจัดการความเสี่ยงได้ร้อยละ 7 (3x100/41) ของความเสี่ยงทั้งหมด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงมุมมองความเสี่ยงจากเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) ตามทิศทางการบริหารงานของคณะ ฯ โดยพบว่าเหตุการณ์ที่เคยระบุเป็นความเสี่ยงเมื่อต้นปีงบประมาณ ไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ และ/หรือ เป้าประสงค์ปัจจุบันของคณะ ฯ รวมถึงเมื่อพิจารณาแล้วพบว่าเหตุการณ์ดังกล่าวสามารถบริหารจัดการได้จากระบบภายในฝ่ายงาน

มุมมองประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง

การพิจารณาประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีพิจารณาจากความสามารถของกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง ที่ส่งผลต่อระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบของความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการ สามารถอธิบายได้ ดังนี้



รูปภาพที่ 4 ภาพรวม Risk Map-Dashboard

จากภาพรวม Risk Map-Dashboard ประจำปีงบประมาณ 2560 พบความเสี่ยงที่ไม่ประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 5 ($2 \times 100 / 41$) ของความเสี่ยงทั้งหมด เนื่องจากได้รับการพิจารณาว่าทั้ง 2 เหตุการณ์ไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ และ/หรือ เป้าประสงค์ปัจจุบันของคณะ ฯ รวมถึงสามารถบริหารจัดการได้จากระบบภายในฝ่ายงาน จึงไม่ทำการประเมินกิจกรรมการควบคุมดังกล่าว แต่สำหรับความเสี่ยงส่วนใหญ่พบว่ากิจกรรมการควบคุมภายหลังการดำเนินการทั้งหมดมีประสิทธิภาพ ปานกลาง (Yellow) - ดี (Green) ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ดังนี้





ความเสี่ยงที่กิจกรรมการควบคุมภายหลังการดำเนินการ (Control Activity) มีประสิทธิภาพปานกลาง (Yellow) พบกระจายตัวครอบคลุมใน Risk Map-Dashboard มีร้อยละ 46 ($19 \times 100 / 41$) ของความเสี่ยงทั้งหมด เนื่องจากความเสี่ยงเหล่านี้ยังอยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยงระยะยาว จึงไม่สามารถแสดงประสิทธิผลในการจัดการความเสี่ยงที่ชัดเจนได้ และ/หรือ ต้องมีการดำเนินงานร่วมกับหลายฝ่ายงาน ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอก (ปัจจัยส่วนบุคคล) ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ

ความเสี่ยงที่กิจกรรมการควบคุมภายหลังการดำเนินการ มีประสิทธิภาพดี (Green) ส่วนใหญ่สามารถระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ผลกระทบของความเสี่ยง รวมถึงสามารถดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนด พบกระจายตัวอยู่ใน Risk Map-Dashboard Green Zone หรือเคลื่อนที่ออกจาก Risk Map-Dashboard ถึงร้อยละ 49 ($20 \times 100 / 41$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ในจำนวนนี้พบว่าร้อยละ 50 ($10 \times 100 / 20$) เป็นความเสี่ยงที่ใช้กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) ในการจัดการความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 77 ($10 \times 100 / 13$) ของความเสี่ยงที่ใช้

กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) ในการจัดการความเสี่ยง ดังนั้น จากจำนวนร้อยละดังกล่าว สามารถอธิบายได้ว่า ครึ่งหนึ่งของความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงที่ดี (Green) เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความรุนแรงปานกลาง-ต่ำ สามารถใช้กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) ในการจัดการความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (งานประจำมีประสิทธิภาพเพียงพอในการจัดการหรือควบคุมความเสี่ยง) ทั้งนี้พบว่า ความเสี่ยงที่ใช้กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) ในการจัดการความเสี่ยง ประจําปีงบประมาณ 2560 เกือบทั้งหมดมีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงอยู่ในกลุ่มนี้ด้วย สำหรับความเสี่ยงที่ประเมินประสิทธิภาพจากกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) อีกร้อยละ 50 (10x100/20) ของความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพดีนั้น สามารถแบ่งลักษณะของการจัดการความเสี่ยงได้เป็น การควบคุมแบบแก้ไข (Corrective Control) ใช้ในการแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน (สาเหตุ) ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง และการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control) ใช้ในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

จากประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงดังกล่าว สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยง ภายหลังการดำเนินการตามกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ได้ดังนี้

ตารางที่ 3 การเปลี่ยนแปลงระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการตามกิจกรรมการควบคุม

การเปลี่ยนแปลง ระดับความเสี่ยง	Health 6 (15%)	EDU 11 (27%)	Profess 24 (58%)
 5% (2)	0	0	2
 39% (16)	1	5	10
 27% (11)	2	1	8
 29% (12)	3	5	4

ภายหลังการดำเนินการตามกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ประจําปีงบประมาณ 2560 พบความเสี่ยงที่ต้องยกไปดำเนินการจัดการต่อในปีงบประมาณ 2561 ทั้งสิ้น 29 ความเสี่ยง คิดเป็น ร้อยละ 71 (29x100/41) ของความเสี่ยงทั้งหมด เมื่อพิจารณาลักษณะร่วมกันของความเสี่ยงเหล่านี้พบว่า ส่วนใหญ่กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) หรือกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) ยังอยู่ระหว่างการดำเนินการ และไม่เพียงพอในการจัดการความเสี่ยง เนื่องจากมุ่งเน้นที่การควบคุมโอกาสเกิด ด้วยการแก้ปัญหาและการป้องกันจากกิจกรรมการควบคุมแบบแก้ไข (Corrective Control) และกิจกรรมการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control) ตามลำดับ โดยยังขาดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่ใช้เพื่อควบคุมผลกระทบที่อาจเกิดจากความเสี่ยง รวมถึงพบว่าความเสี่ยงกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีตัวชี้วัดเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่ไม่สามารถพยากรณ์ผลการจัดการความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากนัก เนื่องจากผลตามตัวชี้วัดสัมพันธ์กับการดำเนินงานตามแผนประจําปีงบประมาณ ที่ยังอยู่ระหว่างการดำเนินการ ดังนั้น จากลักษณะดังกล่าวสามารถอธิบายจำแนกตามการเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยงได้ดังนี้

ระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น เนื่องจาก การปรับมุมมองการยอมรับความเสี่ยงจากคณะผู้บริหารชุดใหม่ รวมถึงพบว่ากิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) ไม่เพียงพอ และ/หรือ ไม่ครอบคลุมในการควบคุมโอกาสเกิด-ผลกระทบของความเสี่ยง พบจำนวน 2 ความเสี่ยง จาก Cluster Professional Service คิดเป็น ร้อยละ 5 (2x100/41) ของความเสี่ยงทั้งหมด

ระดับความเสี่ยงคงที่ สามารถอธิบายตามระดับของความเสี่ยงดังนี้

- ระดับความเสี่ยงคงที่ที่ระดับสูง-สูงมาก เนื่องจากกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมตามแผนการจัดการความเสี่ยงระยะยาว ที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ จึงยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้
- ระดับความเสี่ยงคงที่ที่ระดับปานกลาง-ต่ำ ใช้กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) ในการควบคุมความเสี่ยง และอยู่ระหว่างการดำเนินการตามแผนงานประจำปี ประเมินความเสี่ยง จึงยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้

โดยเป็นผลเนื่องจาก นโยบายการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงของคณะ ฯ ที่กำหนดให้ดำเนินการเสร็จสิ้นก่อนการเริ่มประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณต่อไป⁹ ซึ่งส่งผลให้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่ต้องดำเนินงานตามแผนประจำปีงบประมาณ ไม่สามารถรายงานข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการได้ พบจำนวน 16 ความเสี่ยง คิดเป็น ร้อยละ 39 (16x100/41) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วย Cluster Healthcare System จำนวน 1 ความเสี่ยง Cluster Education and Research จำนวน 5 ความเสี่ยง และ Cluster Professional Service จำนวน 10 ความเสี่ยง

ระดับความเสี่ยงลดลง ส่วนใหญ่เนื่องจากประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมแบบแก้ไข (Corrective Control Activity) ที่สามารถแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน (สาเหตุ) ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงพบว่ามีผลการพิจารณาความเหมาะสมตามสถานการณ์จากผลกระทบที่เกิดขึ้นจริง ณ ช่วงเวลาที่ทำการประเมิน หรือพิจารณาเปลี่ยนแปลงด้านของผลกระทบให้สอดคล้องกับมหาวิทยาลัย ส่งผลให้ระดับความเสี่ยงลดลงที่ระดับผลกระทบ โดยไม่ได้พิจารณาตามประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง พบจำนวน 11 ความเสี่ยง คิดเป็น ร้อยละ 27 (11x100/41) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วย Cluster Healthcare System จำนวน 2 ความเสี่ยง Cluster Education and Research จำนวน 1 ความเสี่ยง และ Cluster Professional Service จำนวน 8 ความเสี่ยง

นอกจากนี้คณะ ฯ สามารถกำจัดความเสี่ยงออกจากบัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) และไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 12 ความเสี่ยง สามารถอธิบายตามการเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยงได้ดังนี้

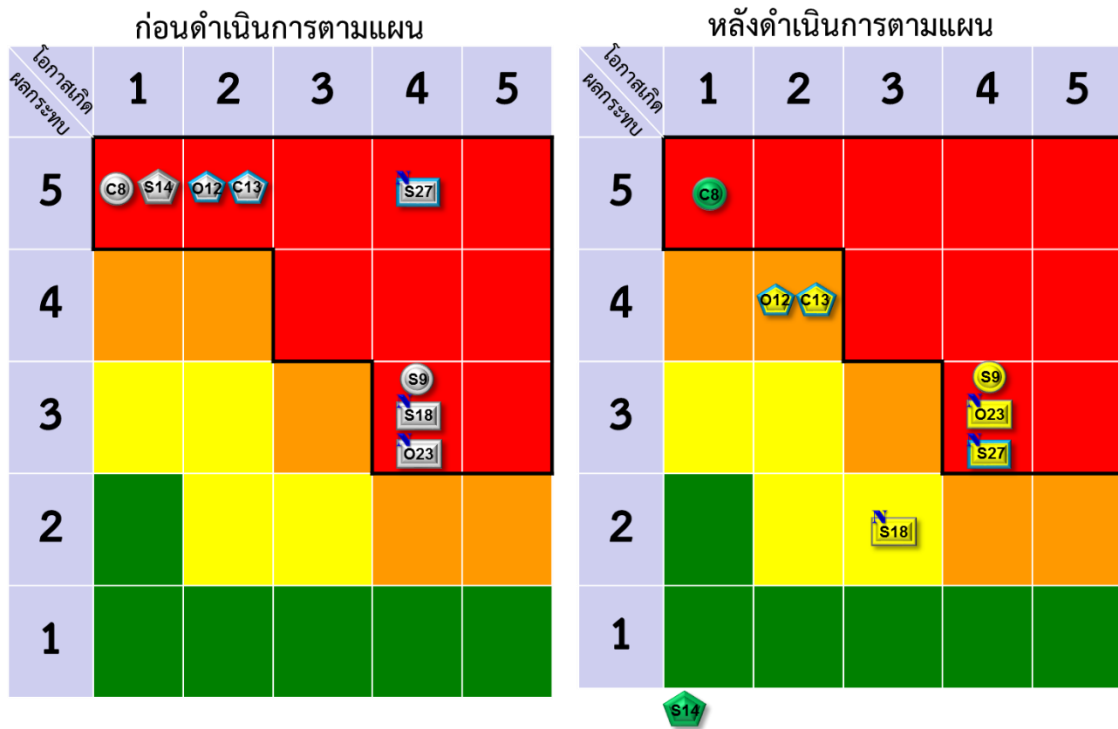
ระดับความเสี่ยงไม่สามารถวัดได้ตามเกณฑ์ (ไม่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ) เคลื่อนที่ออกจาก Risk Map-Dashboard จำนวน 12 ความเสี่ยง คิดเป็น ร้อยละ 29 (12x100/41) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วย Cluster Healthcare System จำนวน 3 ความเสี่ยง Cluster Education and Research จำนวน 5 ความเสี่ยง และ Cluster Professional Service จำนวน 4 ความเสี่ยง โดยสามารถอธิบายสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงระดับความเสี่ยงกลุ่มนี้ได้ตามหัวข้อ “มุมมองความสามารถในการจัดการความเสี่ยง” หน้าที่ 10 ย่อหน้าที่ 2 ข้อที่ 1 สามารถจัดการให้ไม่มีความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ

⁹ มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะ ฯ 11/ 2557

ผลการจัดการความเสี่ยงแยกตามระดับความรุนแรง

ผลการจัดการความเสี่ยงใน Red Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะ ฯ)

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงมากเป็นความเสี่ยงสำคัญของคณะ ฯ มี 8 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 20 (8x100/41) ของความเสี่ยงทั้งหมด ภายหลังจากดำเนินการจัดการความเสี่ยงพบว่า ส่วนใหญ่ไม่สามารถจัดการให้อยู่ในระดับที่คณะ ฯ สามารถยอมรับได้ เนื่องจากกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) อยู่ระหว่างการดำเนินงานตามแผนประจำปีงบประมาณ หรืออยู่ระหว่างการดำเนินงานตามโครงการต่อเนื่องระยะยาวที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงมีประสิทธิภาพที่ระดับ “ปานกลาง” เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า “ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” เนื่องจากส่วนใหญ่ใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่มีผลการดำเนินงานสัมพันธ์กับแผนตามปีงบประมาณ ซึ่งยังไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพได้เต็มศักยภาพ จึงส่งผลให้ความเสี่ยงส่วนใหญ่ “เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง ” หรือ “เป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้” ต้องยกไปดำเนินการในปีงบประมาณ 2561 ทั้งสิ้น 7 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 88 (7x100/8) ของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงมาก ซึ่งไม่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยงที่ “ลดลง” ถึงร้อยละ 50 (4x100/8) ของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงมาก รวมถึงพบความเสี่ยงที่ “ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ ” ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 1 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 12 (1x100/8) ของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงมากด้วย เนื่องจาก “ผู้บริหาร” ประเมินระดับความเสี่ยงตามสถานการณ์ปัจจุบัน และเปลี่ยนมุมมองให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หรือเป้าประสงค์ของคณะ ฯ มากขึ้น หรือสามารถสรุปได้ว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ระดับความเสี่ยงใน Zone นี้ ลดลงหรือไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ เป็นผลมาจากมุมมองของผู้บริหารทั้งหมด โดยมีรายละเอียดความเสี่ยง ดังนี้



รูปภาพที่ 5 Risk Map-Dashboard Red Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะ ฯ)

Cluster Education and Research จำนวน 2 ความเสี่ยง

ด้านวิจัย 1 ความเสี่ยง

C8 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีถูกฟ้องร้องด้านการวิจัยในคน เป็นความเสี่ยงที่เน้นกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) ที่มีลักษณะเป็นการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control) เพื่อใช้ในการป้องกันโอกาสที่คณะ ฯ จะถูกฟ้องร้องด้านการวิจัยในคนในอนาคต ซึ่งพบว่ากิจกรรมเหล่านี้มีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงในระดับ “ดี” สามารถควบคุมโอกาสเกิดความเสี่ยงให้ “คงที่” ที่ระดับต่ำ (โอกาสเกิดระดับ 1) ต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2558 จนถึงปัจจุบัน แต่เนื่องจากความเสี่ยงนี้มีผลกระทบต่อคณะ ฯ ในระดับที่สูงมาก (ผลกระทบต่อระดับ 5) และพบว่ากิจกรรมการไกล่เกลี่ยกรณีเกิดการฟ้องร้อง ซึ่งเป็นกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) ไม่เพียงพอในการจัดการความเสี่ยง ฝ่ายวิจัยจึงดำเนินการ “พัฒนาแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนเมื่อเกิดกรณีการถูกร้องเรียนหรือฟ้องร้อง” เป็นกิจกรรมการควบคุมในปีงบประมาณ 2560 ร่วมกับ กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) อื่น ๆ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องดำเนินการต่อเนื่อง ไม่สามารถรายงานผลการดำเนินการได้ภายในปีงบประมาณ จึงส่งผลให้ความเสี่ยงนี้ “เป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้” ที่ระดับความเสี่ยงคงที่ ในระดับสูงมาก (โอกาสเกิดระดับ 1 ผลกระทบระดับ 5) ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2561 ต่อไป เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ในการวัดจำนวนข้อร้องเรียน และการถูกฟ้องร้อง ซึ่งไม่พบในปัจจุบัน สอดคล้องกับโอกาสเกิดที่ต่ำ จึงอาจกล่าวได้ว่า ตัวชี้วัดของความเสี่ยงข้อนี้แทบไม่มีผลในการจัดการความเสี่ยง และมีประสิทธิภาพในการเป็นตัวเตือนต่ำ เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) ควรพิจารณาตัวชี้วัดความเสี่ยงใหม่ให้สามารถใช้เป็นตัวเตือนเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณต่อไป

ด้านวิเทศสัมพันธ์ 1 ความเสี่ยง

S9 ตัวชี้วัดของกิจกรรมอื่น ๆ ใน MOU นอกเหนือจากนักศึกษาแลกเปลี่ยนไม่ได้ตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์คณะ ฯ และมหาวิทยาลัย (Research Collaborative/ Medical Conference) “เป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้” ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2561 ต่อไป เนื่องจากกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีลักษณะเป็นการควบคุมแบบแก้ไข (Corrective Control) ที่เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2560 และยังอยู่ระหว่างดำเนินการต่อเนื่อง ไม่สามารถรายงานผลการแก้ไขปัญหา (สาเหตุ) ได้ภายในปีงบประมาณ การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงอยู่ในระดับปานกลาง **ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการจึงคงที่ ในระดับสูงมาก (โอกาสเกิดระดับ 4 ผลกระทบระดับ 3)** สอดคล้องกับผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ที่ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) วัดจำนวนกิจกรรมด้าน Research Collaborative และ Medical Conference ที่ถูกดำเนินการจริงตามแผนประจำปีงบประมาณ จึงอาจกล่าวได้ว่า ตัวชี้วัดของความเสี่ยงเหล่านี้แทบไม่มีผลในการจัดการความเสี่ยง และมีประสิทธิภาพในการเป็นตัวเตือนต่ำ เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) ควรพิจารณาตัวชี้วัดความเสี่ยงใหม่ให้สามารถใช้เป็นตัวเตือนเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณต่อไป

Cluster Healthcare System ด้านการดูแลสุขภาพ 3 ความเสี่ยง

O12 การเกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรจะสามารถป้องกันได้ (Preventable Event) เป็นผลทำให้โรงพยาบาลต้องให้การเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว เป็นความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดต่ำ แต่สามารถส่งผลกระทบต่อในระดับที่สูงมาก ทั้งนี้พบว่า คณะ ฯ เน้นการดำเนินการเพื่อป้องกันโอกาสเกิดความเสี่ยง (Preventive Control) ทั้งในกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) และกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 จนถึงปัจจุบัน โดยไม่พบกิจกรรมการควบคุมใดที่ใช้ในการจัดการผลกระทบต่อข้อเสียและภาพลักษณ์องค์กรที่มีผลกระทบต่อมหาวิทยาลัย และความปลอดภัยจากการได้รับอันตรายถึงชีวิตจากการปฏิบัติงาน การประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ยังไม่ครอบคลุมตามที่กล่าวไป เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า “ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” เนื่องจากใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ในการวัดจำนวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ต้องไม่เกิดขึ้น ซึ่งแม้จะสามารถใช้เป็นตัวเตือนได้บ้าง แต่ตัวเลขเป้าหมายที่ตั้งไว้ยังไม่เหมาะสม เนื่องจากปัจจุบันคณะ ฯ พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่อง จึงกล่าวได้ว่าหากคณะ ฯ ยังคงพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เหล่านี้ ความเสี่ยงข้อนี้จึงมีโอกาสเกิดขึ้น ปัจจุบันความเสี่ยงนี้จึง **“เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง” ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการลดจากระดับสูงมาก (โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 5) มาอยู่ที่ระดับสูง (โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 4) ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2561 ต่อไป เนื่องจาก “ผู้บริหาร” ประเมินระดับความเสี่ยงจากสถานการณ์ปัจจุบัน ตามความผลกระทบที่เกิดขึ้นจริง ณ ช่วงเวลานั้น**

C13 การถูกร้องเรียนหรือฟ้องร้องจากความผิดพลาดของกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาลจนถูกตัดสินว่าผิดและนำไปสู่ความเสียหายต่อชื่อเสียงภาพลักษณ์และการชดใช้เป็นตัวเงิน เป็นความเสี่ยงสามัญที่ผูกติดกับธุรกิจบริการสุขภาพ ที่คณะ ฯ มีการดำเนินการต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 โดยในปัจจุบันความเสี่ยงนี้ **“เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง” ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2561 ต่อไป เนื่องจากกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เป็นกิจกรรมระยะยาวที่ต้องดำเนินการต่อเนื่อง ยังไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ การประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงอยู่ที่ระดับ “ปานกลาง” เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า “ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” เนื่องจากใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ในการวัดจำนวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ต้องไม่เกิดขึ้น ซึ่งแม้จะสามารถใช้เป็นตัวเตือนได้บ้าง แต่ตัวเลขเป้าหมายที่ตั้งไว้ยังไม่เหมาะสม เนื่องจากปัจจุบันคณะ ฯ พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่อง จึงกล่าวได้ว่าหากคณะ ฯ ยังคงพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เหล่านี้ ความเสี่ยงข้อนี้จึงมีโอกาสเกิดขึ้น ทั้งนี้พบว่าระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการลดจากระดับสูงมาก (โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 5) มาอยู่ที่ระดับสูง (โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 4) เนื่องจาก “ผู้บริหาร” ประเมินระดับความเสี่ยงจากสถานการณ์ปัจจุบัน ตามความผลกระทบที่เกิดขึ้นจริง ณ ช่วงเวลานั้น**

S14 การไม่ผ่านการต่ออายุการรับรองมาตรฐาน HA (Re-Accreditation) เป็นความเสี่ยงที่ดำเนินการมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 และสามารถจัดการให้ “ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลต่อคณะ ฯ” ได้ระหว่างปีงบประมาณ 2560 เนื่องจากคณะ ฯ ผ่านการต่ออายุการรับรองมาตรฐาน HA (Re-Accreditation) และเปลี่ยนเป้าประสงค์สู่การได้รับรองมาตรฐาน A-HA (Advanced HA) ขณะที่ยังอยู่ระหว่างการดำเนินการตามกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า ตัวชี้วัดที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ส่งผลให้ภาพรวมผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนั้นการพิจารณาความเสี่ยงระหว่างปีงบประมาณ จึงเป็นการพิจารณาจาก “ผู้บริหาร” ประเมินความเสี่ยงตามสถานการณ์ปัจจุบัน และเปลี่ยนมุมมองให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หรือเป้าประสงค์ของคณะ ฯ มากกว่าการพิจารณาจากผลการดำเนินการตามกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) หรือ ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI¹⁰) สำหรับการประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง พบว่ากิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เหล่านี้มีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงในระดับ “ดี” เนื่องจากทั้งหมดเป็นกิจกรรมที่เน้นการพัฒนากระบวนการสำคัญ และสร้างระบบงานด้าน HA ให้มีความยั่งยืน สามารถยกไปดำเนินการเพื่อการขอรับรองมาตรฐาน A-HA (Advanced HA) ต่อไปได้

Cluster Professional Service จำนวน 3 ความเสี่ยง

ด้านวิชาการและวัฒนธรรม 1 ความเสี่ยง

S18 ขาดการสนับสนุนด้านประสิทธิภาพบุคลากรในการสรรสร้างพันธกิจเชิงรุก เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการปรับรูปแบบการดำเนินงานด้านวิชาการและวัฒนธรรมจากเชิงรับเป็นเชิงรุกเพิ่มมากขึ้น กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงมีลักษณะเป็นการควบคุมแบบแก้ไข (Corrective Control) ที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาช่องว่างระหว่างแผนการดำเนินงานและทรัพยากรที่ไม่สนับสนุนแผนเชิงรุกดังกล่าว เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงพบว่า กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เหล่านี้มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง เนื่องจากมีปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้เข้ามาเกี่ยวข้อง และยังอยู่ระหว่างการดำเนินการกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงยังไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพได้เต็มที่ รวมถึงเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า ฝ่ายวิชาการและวัฒนธรรมไม่สามารถรายงานผลตามตัวชี้วัดได้ เนื่องจากตัวชี้วัดความเสี่ยงมีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่ยังอยู่ระหว่างการเก็บข้อมูลตามแผนที่กำหนดไว้ในปีงบประมาณ ดังนั้น ความเสี่ยงนี้จึง “เป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการยังไม่สามารถสรุปได้” ที่มีระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการลดลงจาก ระดับสูงมาก (โอกาสเกิดระดับ 4 ผลกระทบระดับ 3) มาอยู่ที่ระดับปานกลาง (โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 2) ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2561 ต่อไป เนื่องจาก “ผู้บริหาร” ประเมินระดับความเสี่ยงตามสถานการณ์ปัจจุบัน และเปลี่ยนมุมมองให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หรือเป้าประสงค์ของคณะ ฯ มากขึ้น โดยพิจารณาว่า ความเสี่ยงนี้แม้จะส่งผลกระทบต่อการทำงานเชิงรุกของฝ่ายวิชาการและวัฒนธรรมโดยตรง แต่อาจไม่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ มากนัก

10 Key Risk Indicator

ความเสี่ยงด้านสารสนเทศ 1 ความเสี่ยง

O23 ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการวัดวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุงผลการดำเนินการไม่ครบทุกมิติและไม่ถูกต้อง เป็นความเสี่ยงตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติเพื่อผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศ (TQA)¹¹ ซึ่งระบบสารสนเทศเป็นส่วนสนับสนุนสำคัญในการรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่ในคณะ ฯ ดังนั้นกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงมุ่งเน้นการตีความเพื่อใช้ในการพัฒนางานด้านสารสนเทศให้สามารถสนับสนุนการพัฒนาของคณะ ฯ รวมถึงการจัดการและรวบรวมข้อมูลเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลกลาง เพื่อใช้ในการตัดสินใจในการบริหารจัดการมากที่สุด ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวไม่สามารถดำเนินการให้เสร็จสิ้นได้ภายในปีงบประมาณ ประกอบกับการดำเนินงานร่วมกับหลายฝ่ายงานเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลต่อการจัดการความเสี่ยงด้วย รวมถึงพบว่ากิจกรรมเหล่านี้เป็นการดำเนินการเบื้องต้น ดังนั้นประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ในการจัดการความเสี่ยงจึงอยู่ในระดับปานกลาง **ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการคงที่ ในระดับสูงมาก (โอกาสเกิดระดับ 4 ผลกระทบระดับ 3) “เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง” ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2561 ต่อไป** เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด จากตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่สอดคล้องกับกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) จึงใช้เตือนและควบคุมระดับความเสี่ยงไม่ให้สูงขึ้น ทั้งนี้มีการเปลี่ยนด้านของผลกระทบ เนื่องจากการเรียกมูลค่าทางการเงินเพื่อประเมินผลกระทบของความเสี่ยงอยู่นอกเหนือขอบเขตของฝ่ายสารสนเทศ จึงพิจารณาเปลี่ยนผลกระทบจาก “มูลค่าความเสียหายทางการเงิน” เป็น “ประสิทธิผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย”

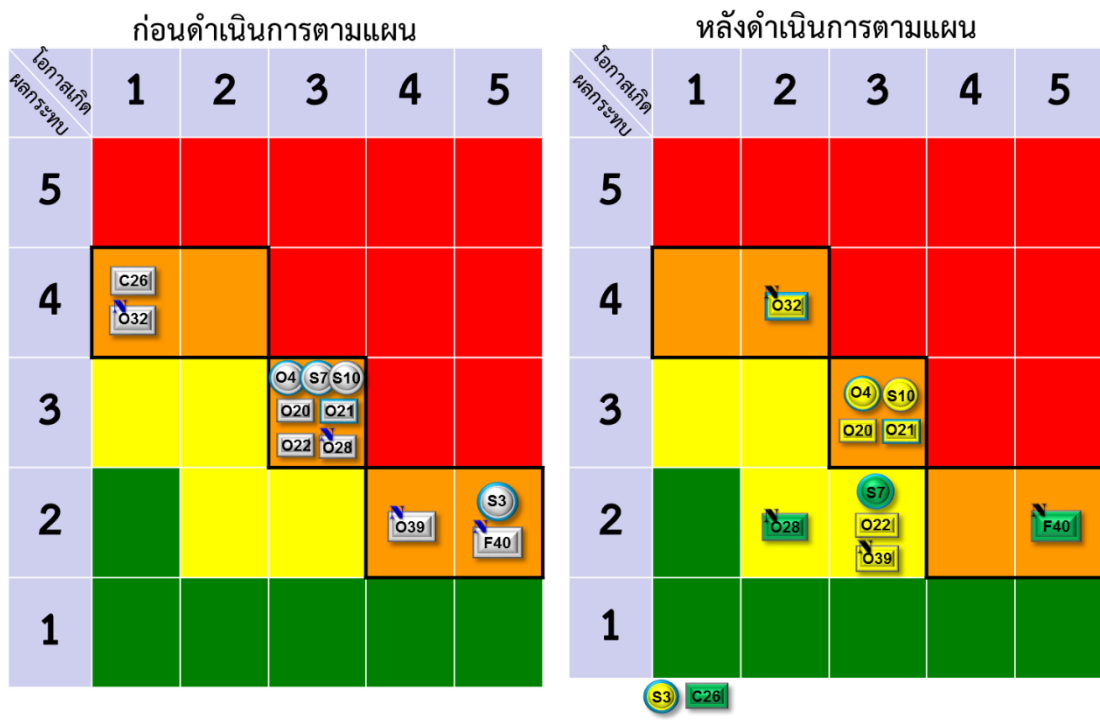
ด้านทรัพยากรบุคคล 1 ความเสี่ยง

S27 การวางแผนและจัดหากำลังคนไม่เพียงพอ/ ไม่ทันการต่อการขยายงานที่สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์อาจทำให้เปิดได้ไม่ทันตามกำหนด เป็นความเสี่ยงที่ใช้กิจกรรมการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control) โดยการกำหนดแผนและนโยบายต่าง ๆ เช่น อัตรากำลังหรืออัตราค่าตอบแทนเพิ่มเติม ซึ่งเมื่อกำหนดแผนและนโยบายดังกล่าวแล้ว จะต้องเสนอต่อคณะกรรมการอำนวยการสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์พิจารณาอนุมัติ จึงจะสามารถนำแผนหรือนโยบายดังกล่าวไปดำเนินการร่วมกับฝ่ายงานต่าง ๆ ต่อไป ดังนั้นจากลักษณะงานที่มีความเกี่ยวข้องและส่งผลกระทบกับหลายส่วนงาน ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้เกิดความล่าช้าและกระทบต่อกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่ไม่สามารถดำเนินการได้แล้วเสร็จตามที่กำหนดไว้ การประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า “ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” เนื่องจากใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) วัดจำนวนอัตรากำลังที่สามารถสรรหาได้ ซึ่งเป็นผลการดำเนินงานที่สัมพันธ์กับกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) แผนตามปีงบประมาณ ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะยังไม่สามารถสรรหาได้ตามเป้าหมายภายในสิ้นปีงบประมาณ ดังนั้นความเสี่ยงข้อนี้จึง **“เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง” ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2561 ต่อไป ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการยังคงอยู่ในระดับสูงมาก แม้จะสามารถลดระดับความเสี่ยงจาก โอกาสเกิดระดับ 4 ผลกระทบระดับ 5 มาอยู่ที่ โอกาสเกิดระดับ 4 ผลกระทบระดับ 3** จากการเปลี่ยนมุมมองของผู้บริหารที่เน้นที่การวางแผนและจัดหากำลังคนในตำแหน่งสำคัญเฉพาะ เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หรือเป้าประสงค์ของคณะ ฯ มากขึ้น

11 หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้

ผลการจัดการความเสี่ยงใน Orange Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะ ฯ)

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงเป็นความเสี่ยงสำคัญของคณะ ฯ มี 12 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 29 (12x100/41) ของความเสี่ยงทั้งหมด ภายหลังจากติดตามผลการจัดการความเสี่ยงพบว่า ส่วนใหญ่ยังอยู่ระหว่างการดำเนินงานตามแผนประจำปีงบประมาณ หรืออยู่ระหว่างการดำเนินงานตามโครงการต่อเนื่องระยะยาวที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงมีประสิทธิภาพที่ระดับ “ปานกลาง” เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า ส่วนใหญ่ใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่มีผลการดำเนินงานสัมพันธ์กับแผนตามปีงบประมาณ ซึ่งยังไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพได้เต็มศักยภาพ ส่งผลให้ผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงส่วนใหญ่ “ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” ความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงต้องยกไปดำเนินการในต่อปีงบประมาณ 2561 ถึง 10 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 83 (7x100/12) ของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงทั้งหมด แบ่งเป็น “เป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้” จำนวน 7 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 58 (7x100/12) ตามด้วย “เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง” จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 17 (2x100/12) และ “เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้” จำนวน 1 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 8 (1x100/12) ของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงทั้งหมด ทั้งนี้พบความเสี่ยงที่คณะ ฯ สามารถจัดการให้ “ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ” จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 17 (2x100/12) ของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงทั้งหมด เนื่องจาก “ผู้บริหาร” ประเมินความเสี่ยงตามสถานการณ์ปัจจุบันให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หรือเป้าประสงค์ของคณะ ฯ มากขึ้น รวมถึงพบการเปลี่ยนมุมมองการวิเคราะห์ความเสี่ยง จากการเปลี่ยนผู้บริหารใหม่ด้วย โดยมีรายละเอียดรายความเสี่ยง ดังนี้



รูปภาพที่ 6 Risk Map-Dashboard Orange Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะ ฯ)

Cluster Education and Research จำนวน 4 ความเสี่ยง

ด้านการศึกษา 2 ความเสี่ยง

ผลการจัดการความเสี่ยงของพันธกิจด้านการศึกษาประจำปีงบประมาณ 2560 เป็นมติความเห็นชอบร่วมจากการประชุมคณะกรรมการการศึกษา ฯ ซึ่งมีรองคณบดีอาวุโสฝ่ายการศึกษาและวิจัย รองคณบดีฝ่ายการศึกษาระดับปริญญา รองคณบดีฝ่ายศึกษาระดับปริญญา และรองคณบดีฝ่ายกิจการนักศึกษา ร่วมพิจารณาได้ผลการจัดการดังนี้

S3 นักศึกษาใช้เวลาเรียนเกินกว่าหลักสูตรกำหนด เป็นความเสี่ยงที่มีการดำเนินการต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 โดยในปีงบประมาณนี้ได้รับการพิจารณาว่าเป็นความเสี่ยงร่วมกันระหว่างฝ่ายการศึกษาระดับปริญญา และฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา โดยพบว่าความเสี่ยงมีโอกาสเกิดขึ้นกับฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา มากกว่าฝ่ายการศึกษาระดับปริญญา เนื่องจากฝ่ายการศึกษาระดับปริญญา มีหลักสูตรและระยะเวลาการเรียนในแต่ละปีการศึกษาที่ชัดเจน ดังนั้นแผนการจัดการความเสี่ยงจึงเน้นที่ฝ่ายการศึกษาระดับหลังปริญญาเป็นผู้รับผิดชอบหลัก โดยมีแผนการทบทวนระเบียบวิธีการรับนักศึกษา เป็นกิจกรรมการควบคุมแบบค้นพบ (Detective Control Activity) เพื่อใช้ค้นหาระเบียบวิธีการรับนักศึกษาที่ยังไม่เหมาะสม แต่เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวเป็นเพียงกิจกรรมเบื้องต้น ยังไม่มีการดำเนินการแก้ไข หรือปรับปรุง ประสิทธิภาพของกิจกรรมดังกล่าวจึงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่าใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่ “ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” และส่วนใหญ่ไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดได้ เนื่องจากยังอยู่ระหว่างการดำเนินงานที่สัมพันธ์กับแผนประจำปีการศึกษา จากผลการดำเนินการดังกล่าวความเสี่ยงข้อนี้จึงน่าจะเป็นความเสี่ยงของคณะ ฯ ต่อไป แต่เนื่องจากที่ประชุมคณะกรรมการการศึกษา ฯ พิจารณาถึงสาเหตุของความเสียหายจากในปีที่ผ่านมาทั้งหมด พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลของนักศึกษา ตั้งแต่ความตั้งใจ ความพยายาม ปัญหาสุขภาพ รวมถึงความสามารถทางภาษาอังกฤษของนักศึกษาปริญญาโท ซึ่งเป็นปัจจัยที่คณะ ฯ ไม่สามารถควบคุมได้ รวมถึงเมื่อประเมินความเสี่ยงตามสถานการณ์ปัจจุบันสอดคล้องกับยุทธศาสตร์หรือเป้าประสงค์ของคณะ ฯ พบว่ามีความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการเปิดสถาบันการแพทย์จักรีนฤดินทร์ที่ควรให้ความสำคัญมากกว่า (รายละเอียดในรายงานผลการประเมินความเสี่ยงปีงบประมาณ 2561) การประเมินผลการจัดการความเสี่ยงนี้จึง “ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลต่อคณะ ฯ”

O4 จำนวนคุณภาพของนักศึกษาที่สมัครเข้ารับการศึกษาค้นพบ/ ผิดกรอบไม่ได้ตามเป้าหมาย เป็นความเสี่ยงที่มีการดำเนินการต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 และได้รับการพิจารณาว่าเป็นความเสี่ยงร่วมกันของฝ่ายการศึกษาระดับปริญญา และฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา ในปีงบประมาณ 2560 โดยมีกิจกรรมการควบคุมแบบค้นพบ (Detective Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control Activity) ที่ยังอยู่ระหว่างการดำเนินการในความรับผิดชอบของฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาทั้งหมด รวมถึงพบว่าปัจจัยจากการตัดสินใจส่วนบุคคลของนักศึกษา ทั้งการสอบติดสถาบันอื่น การเปลี่ยนสาขาที่ศึกษา การสอบได้ทุนต่างประเทศ รวมถึงการพิจารณาว่าสถาบันอื่นที่มีองค์ประกอบหรือหลักสูตรที่น่าสนใจกว่านั้น เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ การประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงอยู่ที่ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า ใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) โดยที่ฝ่ายการศึกษาระดับปริญญาสามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่ฝ่ายการศึกษาหลังปริญญายังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงในภาพรวมของความเสี่ยงข้อนี้จึง “ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตาม

เกณฑ์ที่กำหนด” ดังนั้นจากผลการจัดการดังกล่าว ฝ่ายการศึกษาระดับปริญญาจึงพิจารณาว่าไม่ใช่ความเสี่ยงสำคัญของฝ่ายงาน ส่งผลให้ฝ่ายการศึกษาหลังปริญญายังคงต้องติดตามความเสี่ยงข้อนี้ต่อไป การประเมินผลการจัดการความเสี่ยงจึง “เป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้” ที่ระดับความเสี่ยง **คงที่ ในระดับสูง (โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 3) ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2561** ต่อไป โดยที่ฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาเป็นเจ้าของความเสี่ยงเพียงฝ่ายเดียว

ด้านวิเทศสัมพันธ์ 1 ความเสี่ยง

S10 จำนวนอาจารย์ชาวต่างชาติจากสถาบันการศึกษาอื่นในต่างประเทศที่มหาวิทยาลัยหรือส่วนงานเชิญมาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการสอนหรือวิจัย หรือบริหารการศึกษาหรือเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการให้นักศึกษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากคณะ ฯ ไม่มีระบบที่เป็นรูปธรรมในการเชิญอาจารย์ชาวต่างชาติเข้ามาปฏิบัติงาน ส่งผลกระทบต่อความถูกต้องของการรายงานข้อมูลอาจารย์ชาวต่างชาติ ตามข้อตกลงกับมหาวิทยาลัยมหิดล งานวิเทศสัมพันธ์จึงใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงมีลักษณะเป็นการควบคุมแบบแก้ไข (Corrective Control) เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาการไม่มีระบบที่เป็นรูปธรรมดังกล่าว โดยการขอความร่วมมือจากหน่วยงานภายในคณะ ฯ ให้ดำเนินการเชิญอาจารย์ชาวต่างชาติอย่างเป็นทางการมากขึ้น รวมทั้งนำระบบสารสนเทศมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลอาจารย์ชาวต่างชาติ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนมากขึ้น ซึ่งกิจกรรมทั้งสองนี้ เป็นกิจกรรมที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่ายงาน จึงต้องใช้ความยืดหยุ่นและการประณีตระมัดระวังในการดำเนินการ ส่งผลให้กิจกรรมดังกล่าวยังไม่สามารถดำเนินการได้แล้วเสร็จ รวมถึงพบว่ามีปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวกับสถานการณ์ทางการเมืองที่มีผลต่อการตัดสินใจมาปฏิบัติหน้าที่ของอาจารย์ชาวต่างชาติด้วย การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงอยู่ที่ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า ใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่สัมพันธ์กับการดำเนินงานตามแผนประจำปีงบประมาณจึง “ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” ความเสี่ยงนี้จึง “เป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้” ที่ระดับความเสี่ยง **คงที่ ในระดับสูง (โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 3) ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2561** ต่อไป

ด้านการวิจัย 1 ความเสี่ยง

S7 ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติยังมีจำนวนน้อย/ ไม่ได้ตามเป้าหมาย เป็นความเสี่ยงต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2557 ที่มีผลการจัดการความเสี่ยงปลายปีงบประมาณ 2559 พบว่ายังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เนื่องจากต้องอาศัยปัจจัยสนับสนุนหลายอย่างทั้งในส่วนของบุคคล หน่วยงานที่สังกัด ไปจนถึงคณะ ฯ เมื่อพิจารณาในปีงบประมาณ 2560 พบปัจจัยที่คาดว่าจะก่อให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มเติมจากจำนวนทุนวิจัยที่ได้รับทั้งในและนอกคณะ ฯ ต่อปีมีจำนวนน้อย การไม่มีทุนสนับสนุนวิจัยระดับนานาชาติที่มุ่งเฉพาะวิจัยทางคลินิก ขั้นตอนการขอทุนยุ่งยากซับซ้อน โอกาสในการเข้าถึงแหล่งทุนยาก รวมถึงระยะเวลาในการซ่อมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยล่าช้า เป็นสาเหตุที่ส่งผลต่อจำนวนผลงานวิจัย จึงต้องมีกิจกรรมการควบคุมอย่างเป็นรูปธรรม แต่ผลการดำเนินการติดตามความเสี่ยงพบว่า ฝ่ายวิจัยมีการกำหนดกิจกรรมการควบคุมที่ยังไม่ครอบคลุม พบเพียงกิจกรรมการพัฒนาข้อมูลการซ่อมบำรุงโดยใช้ระบบสารสนเทศ เป็นกิจกรรมการควบคุมแบบแก้ไข (Corrective Control Activity) เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาการซ่อมเครื่องมือล่าช้า เป็นกิจกรรมการควบคุมกิจกรรมเดียว ซึ่งสามารถดำเนินการแล้วเสร็จต้นปีงบประมาณ (ธ.ค. 2559 -ม.ค. 2560) และพบว่ากิจกรรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงที่ดี ในส่วนของการควบคุมระยะเวลาที่อาจล่าช้าได้ เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า ใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะ

เป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) “ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” เนื่องจากผลงานวิจัยที่ได้รับการอนุมัติให้ตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ ไม่สามารถสรุปข้อมูลได้ตามรอบปีงบประมาณ โดยต้องรอสรุปเมื่อผลงานวิจัยได้รับการขึ้นทะเบียน ความเสี่ยงข้อนี้จึง “เป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้” ที่มีระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการลดลงจากระดับสูง (โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 3) มาอยู่ที่ระดับปานกลาง (โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 2) ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2561 ต่อไป

Cluster Professional Service จำนวน 8 ความเสี่ยง

ด้านสารสนเทศ 3 ความเสี่ยง

O20 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยจนส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล เป็นความเสี่ยงต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 ที่มีกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงสอดคล้องต่อเนื่องตั้งแต่การปรับโครงสร้าง Data Center และ Infrastructure ให้ได้มาตรฐาน ISO การใช้กระบวนการมาตรฐานด้าน ISO/IEC 20000:2011 ร่วมกับการสร้างความตระหนักแก่บุคลากรในคณะ ฯ ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดเป็นกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงได้ดี มีการดำเนินการเป็นกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) จนถึงปัจจุบัน โดยในปีงบประมาณ 2560 พบสาเหตุเพิ่มจากการไม่มีการกำหนดผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูลที่ชัดเจน ไม่มีการจัดลำดับชั้นการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นความลับ และไม่มีการกำหนดเงื่อนไขในการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย ฝ่ายสารสนเทศจึงกำหนดกิจกรรมการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control Activity) เพื่อใช้ป้องกันการเข้าถึงข้อมูล แต่เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมระยะยาวที่ต้องดำเนินการต่อเนื่อง รวมถึงพบปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลต่อการจัดการความเสี่ยง เช่น ต้องดำเนินงานร่วมกับหลายฝ่ายงาน หรือ การไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคลได้ ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า ใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่สัมพันธ์กับการดำเนินงานตามแผนประจำปีงบประมาณ จึง “ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” ความเสี่ยงนี้จึง “เป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้” ที่มีระดับความเสี่ยงคงที่ ในระดับสูง (โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 3) ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2561 ต่อไป

O21 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะ ฯ แต่ละกลุ่มได้ตามความต้องการ เป็นความเสี่ยงต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2558 ที่มีกิจกรรมการควบคุมจากการใช้กระบวนการตามมาตรฐานด้านการพัฒนาซอฟต์แวร์ (Capability Maturity Model Integration : CMMI) ในการจัดการความเสี่ยง ซึ่งในปีงบประมาณ 2560 เป็นการนำมาตรฐานดังกล่าวมาประยุกต์ใช้งานจริงตามบริบทของคณะ ฯ และพบว่าเป็นกิจกรรมระยะยาวที่ต้องดำเนินการต่อเนื่อง รวมถึงพบปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลต่อการจัดการความเสี่ยง เช่น ต้องดำเนินงานร่วมกับหลายฝ่ายงาน หรือ การไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคลได้ ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า ใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่สัมพันธ์กับการดำเนินงานตามแผนประจำปีงบประมาณ จึง “ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” ความเสี่ยงนี้จึง “เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง” ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการคงที่ ในระดับสูง (โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 3) ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2561 ต่อไป

O22 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผน เป็นความเสี่ยงต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 โดยการจัดการความเสี่ยงที่ผ่านมาคณะ ฯ ใช้กระบวนการตามมาตรฐาน ISO/IEC 20000:2011 เป็นกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) ในการควบคุมไม่ให้เกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวสามารถลดระดับความเสี่ยงจากระดับสูงมากมาเป็นระดับสูงได้ แต่ยังไม่สามารถควบคุมจำนวนระบบล่มได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ทั้งนี้พบว่าในปีงบประมาณ 2560 ฝ่ายสารสนเทศไม่ได้ดำเนินการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อรองรับการให้บริการด้านการรักษาพยาบาล แต่มุ่งเน้นการดำเนินการในส่วนขอแผนความต่อเนื่องทางธุรกิจ (Business Continuity Planning : BCP) และแผนการกู้คืนระบบเมื่อเกิดภัยพิบัติ (Disaster Recovery Planning : DRP) ซึ่งเป็นแผนที่จัดทำขึ้นเพื่อลดผลกระทบเมื่อเกิดในกรณีฉุกเฉินเท่านั้น ไม่สามารถลดโอกาสเกิด หรือ ผลกระทบ เมื่อเกิดเหตุการณ์ในสถานการณ์ปกติได้ รวมถึงพบว่ากิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมระยะยาวที่ต้องดำเนินการต่อเนื่อง และพบปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลต่อการจัดการความเสี่ยง เช่น ต้องดำเนินงานร่วมกับหลายฝ่ายงาน หรือ การไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคลได้ ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า ใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่ “ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” และไม่สามารถใช้เป็นตัวเตือนที่เหมาะสมได้ เนื่องจากตัวเลขที่เก็บได้ เป็นการวัดประสิทธิภาพและประสิทธิผลการดำเนินงานเท่านั้น ความเสี่ยงนี้จึง “เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง” ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2561 ต่อไป ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการลดลงจากระดับสูง (โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 3) มาอยู่ที่ระดับปานกลาง (โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 2) เนื่องจากการพิจารณาเปลี่ยนผลกระทบจาก “ด้านประสิทธิผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย” เป็น “ด้านระยะเวลาการหยุดชะงักของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ” เพื่อให้สอดคล้องกับเกณฑ์ของมหาวิทยาลัยมากที่สุด

ด้านทรัพยากรบุคคล จำนวน 1 ความเสี่ยง

C26 ถูกร้องเรียน/ ฟ้องร้องจากบุคลากรกรณีการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงานประจำปี เป็นความเสี่ยงที่มีการดำเนินการต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 โดยมีการพิจารณาเพิ่มกิจกรรมการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างเป็นรูปธรรม เป็นกิจกรรมการควบคุมแบบค้นพบ (Detective Control Activity) ที่สามารถดำเนินการแล้วเสร็จระหว่างปีงบประมาณ 2560 ได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับดี เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า ใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่ “สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” เนื่องจากไม่พบการร้องเรียนจากการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุเชิงลึกพบว่า สาเหตุหลักของความเสี่ยงนี้มาจากปัญหาเฉพาะบุคคลหรือระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมได้ยาก รวมถึงเมื่อประเมินความเสี่ยงตามสถานการณ์ปัจจุบัน ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หรือเป้าประสงค์ของคณะ ฯ พบว่ามีความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการเปิดสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทรที่ควรให้ความสำคัญมากกว่า (รายละเอียดในรายงานผลการประเมินความเสี่ยงปีงบประมาณ 2561) การประเมินผลการจัดการความเสี่ยงนี้จึง “ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลต่อคณะ ฯ”

ด้านพัฒนาคุณภาพงาน 1 ความเสี่ยง

O28 คณะ ฯ ยังไม่สามารถจัดทำแผนการปรับปรุงตามโอกาสพัฒนา (OFI) ที่ได้รับจากตรวจประเมินจากมหาวิทยาลัย เนื่องจากพบว่า ภาควิชา และหน่วยงานบางส่วนไม่เห็นความสำคัญของการปรับปรุงตามโอกาสพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพ รวมทั้งยังขาดความเข้าใจในกระบวนการปรับปรุงระบบงานตามโอกาสพัฒนาที่ได้รับ ซึ่งพบว่าปัจจุบันมีกระบวนการในการสร้างความเข้าใจ และให้คำปรึกษาเพื่อให้ทุกส่วนงานปรับปรุงแผนงานตามโอกาสพัฒนาเป็นกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) แต่ไม่เพียงพอในการจัดการความเสี่ยง งานพัฒนาคุณภาพงานจึงกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เพิ่มเติม โดยการติดตามผลจากการตรวจประเมินภายในองค์กร (Internal Assessment) ซึ่งสามารถดำเนินการแล้วเสร็จตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2559 - มีนาคม 2560 ได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับดี เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า ใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่ “สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการลดลงจากระดับสูง (โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 3) มาอยู่ที่ระดับปานกลาง (โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 2) “เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้” ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2561 ต่อไป

ด้านสื่อสารองค์กร 1 ความเสี่ยง

O32 ขาดการจัดการด้านการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการที่คณะ ฯ ยังไม่มีระบบการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินกับบุคลากรภายในคณะ ฯ อย่างเป็นรูปธรรม งานสื่อสารองค์กรจึงกำหนดกิจกรรมการควบคุมที่มีลักษณะเป็นกิจกรรมการควบคุมแบบแก้ไข (Corrective Control Activity) เพื่อแก้ไขช่องว่างของการไม่มีระบบดังกล่าว โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการผู้รับผิดชอบ รวมถึงจัดทำระบบการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทั้งระบบของคณะ ฯ อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ไม่สามารถดำเนินการให้เสร็จสิ้นได้ภายในหนึ่งปีงบประมาณ การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า “ยังไม่สามารถรายงานผลตามตัวชี้วัดได้” เนื่องจากใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่สัมพันธ์กับกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินการ ความเสี่ยงข้อนี้จึง “เป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้” โดยมีระดับความเสี่ยงสูงขึ้นที่ระดับโอกาสเกิดจาก โอกาสเกิดระดับ 1 ผลกระทบระดับ 4 ไปอยู่ที่ โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 4 ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2561 ต่อไป เนื่องจากได้รับการประเมินว่า ในหลายปีที่ผ่านมาคณะ ฯ เผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉินในรูปแบบที่หลากหลาย ทั้งสถานการณ์ความขัดแย้งทางการเมือง หรือการเกิดอุทกภัย ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ยังไม่มีมาตรการรองรับจากภาครัฐที่เป็นรูปธรรม ส่งผลให้เหตุการณ์เหล่านี้อาจมีแนวโน้มที่จะเกิดเพิ่มขึ้นในอนาคต

ด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย) 1 ความเสี่ยง

O39 การจัดการขยะไม่ได้ตามมาตรฐานสากล เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากหน่วยงานบริการผู้ป่วยแยกขยะในหน่วยงานไม่ครบถ้วนถูกต้องตามมาตรฐานสากล เป็นผลให้คณะ ฯ ได้รับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงตามโอกาสพัฒนาจากการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล HA (Re-Accreditation Survey) “เรื่องระบบการจัดการขยะให้รัดกุมต่อการป้องกันการปนเปื้อน การแพร่กระจายเชื้อ” งานบริหารกายภาพสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย จึงกำหนดกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงเพื่อลดระดับโอกาสเกิดโดยการ โดยการจัดหาถังขยะที่เหมาะสมและสุ่มสำรวจความถูกต้องในการแยกขยะของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่ยังอยู่ระหว่างการดำเนินงานตามแผนประจำปีงบประมาณ

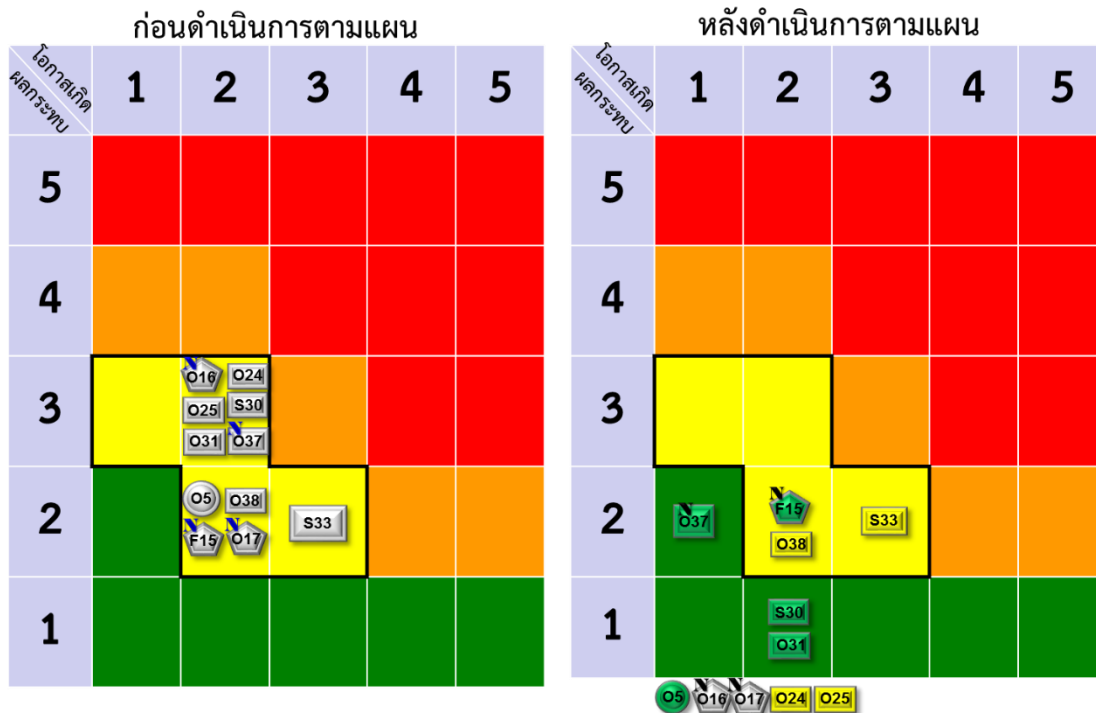
การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า “ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” เนื่องจากใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่สัมพันธ์กับกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินการ ความเสี่ยงข้อนี้จึง “เป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้” ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการลดลงจากระดับสูง (โอกาสเกิดระดับ 4 ผลกระทบระดับ 2) มาอยู่ที่ระดับปานกลาง (โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 2) ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2561 ต่อไป

ด้านการเงินและงบประมาณ 1 ความเสี่ยง

F40 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเก็บเงินค่ารักษา เป็นความเสี่ยงที่มีระดับโอกาสเกิดสูง เนื่องจากคณะ ฯ มีจุดบริการเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลครอบคลุมหลายพื้นที่ จึงอาจทำให้เกิดความผิดพลาดได้สูง รวมถึงพบว่าระบบสารสนเทศในการดึงข้อมูลมายังระบบจัดเก็บค่ารักษา (Billing System) ในแต่ละวันไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง และพบการรับรองสิทธิ์ที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้การเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลไม่ครบถ้วนหรือมีความล่าช้า นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีปัจจัยส่วนบุคคลจากผู้รับบริการที่ไม่ชำระค่าบริการด้วยสาเหตุต่าง ๆ ดังนั้นในปีงบประมาณ 2560 จึงเพิ่มกิจกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศ กิจกรรมการพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเพื่อให้กระบวนการการเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลที่มีเสถียรภาพ เป็นกิจกรรมการควบคุมแบบแก้ไข (Corrective Control Activity) ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมระยะยาวที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากฝ่ายสารสนเทศ จึงส่งผลให้กิจกรรมนี้ไม่สามารถดำเนินการให้เสร็จสิ้นภายในปีงบประมาณ แต่คาดว่าจะสามารถจัดการความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับดี เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า “ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” เนื่องจากใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่สัมพันธ์กับการดำเนินงานตามแผนประจำปีงบประมาณที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินการความเสี่ยงข้อนี้จึง “เป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้” ที่ระดับความเสี่ยงคงที่ ในระดับสูง (โอกาสเกิดระดับ 5 ผลกระทบระดับ 2) ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2561 ต่อไป

ผลการจัดการความเสี่ยงใน Yellow Zone

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลางของคณะ ฯ มี 11 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 27 (11x100/41) ของความเสี่ยงทั้งหมด คณะ ฯ มีการติดตามควบคุมฝ้าระวัง และกำกับดูแลตามมาตรฐานการควบคุมที่มีอยู่ ให้สามารถดำเนินการได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เพื่อควบคุมไม่ให้ระดับของความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในอนาคต ซึ่งภายหลังจากติดตามผลการจัดการความเสี่ยงพบว่า คณะ ฯ สามารถจัดการความเสี่ยงให้ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการ ฯ ส่วนใหญ่เคลื่อนที่ออกจาก Risk Map-Dashboard เนื่องจากผู้บริการปรับมุมมองการยอมรับความเสี่ยง ในความเสี่ยงที่มีสามารถควบคุมได้ต่อเนื่องติดต่อกันมาหลายปี ร่วมกับการเปลี่ยนเป้าประสงค์ภายในฝ่ายงานให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของคณะ ฯ ส่งผลให้ความเสี่ยงเหล่านี้ “ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลต่อคณะ ฯ” ถึง 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 45 (5x100/11) ของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลางทั้งหมด และพบความเสี่ยงที่คณะ ฯ สามารถจัดการให้ระดับความเสี่ยง “ลดลง” เคลื่อนที่เข้าสู่บริเวณ Green Zone “เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้” จำนวน 3 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 27 (3x100/11) ของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลางทั้งหมด รวมถึงพบความเสี่ยงที่ “เป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้” อีก 3 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 27 (3x100/11) ของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลางทั้งหมด เช่นกัน เมื่อพิจารณาสถานะของกิจกรรมการควบคุมพบว่า ความเสี่ยงเหล่านี้ มีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงในระดับปานกลาง-ดี โดยใช้กิจกรรมการควบคุมที่เป็นกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) และกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ทั้งนี้พบกิจกรรมการควบคุมที่เป็นควบคุมแบบแก้ไข (Corrective Control) ที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน (สาเหตุ) มากที่สุด ตามด้วยการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control) ที่ใช้ในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในอนาคต และการควบคุมแบบค้นพบ (Detective Control) เพื่อค้นหาประเด็นที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง ตามลำดับ สามารถอธิบายตามที่แสดงในตาราง Risk Map-Dashboard Yellow Zone ดังนี้



รูปภาพที่ 7 Risk Map-Dashboard Yellow Zone

Cluster Education and Research จำนวน 1 ความเสี่ยง

ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ 1 ความเสี่ยง ได้แก่

ด้านการศึกษ O5 นักศึกษาได้รับผลกระทบจากโรคระบาด และภัยด้านอื่น ๆ

Cluster Healthcare System จำนวน 3 ความเสี่ยง

ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ 2 ความเสี่ยง ได้แก่

ด้านการดูแลสุขภาพ O16 การบริการที่ล่อแหลมไม่เป็นไปตาม Scientifically Proven

O17 เกิดความขัดแย้งระหว่างผลประโยชน์ส่วนร่วมและส่วนตน

(Conflict of interest) ของการบริการ Public Private Partnership

เป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้ 1 ความเสี่ยง ได้แก่

ด้านการดูแลสุขภาพ F15 ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในด้านการหารายได้ของศูนย์สนับสนุนพันธกิจ
ตามที่ศูนย์ฯ ตั้งไว้

Cluster Professional Service จำนวน 7 ความเสี่ยง

ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ 2 ความเสี่ยง ได้แก่

ด้านทรัพยากรบุคคล O24 บุคลากรในตำแหน่งวิชาชีพเฉพาะมีอัตราการลาออกสูง

O25 ขาดเอกสารวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)/คู่มือการปฏิบัติงาน

(Work Manual)

เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ 3 ความเสี่ยง ได้แก่

ด้านสื่อสารองค์กร S30 ประชาชนรับชมสถานีรามามาชาแนลน้อย ส่งผลให้ Rating ของสถานีไม่เป็นไปตาม PA ที่กำหนด

O31 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของกลุ่มเป้าหมายทั้งภายในและภายนอก
คณะ ฯ

ด้านกายภาพ ฯ O37 น้ำประปาสำหรับอุปโภคบริโภค มีการปนเปื้อน

(วิศวกรรมบริการ)

เป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้ 2 ความเสี่ยง ได้แก่

ด้านสร้างเสริมสุขภาพ S33 บุคลากรในคณะ ฯ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

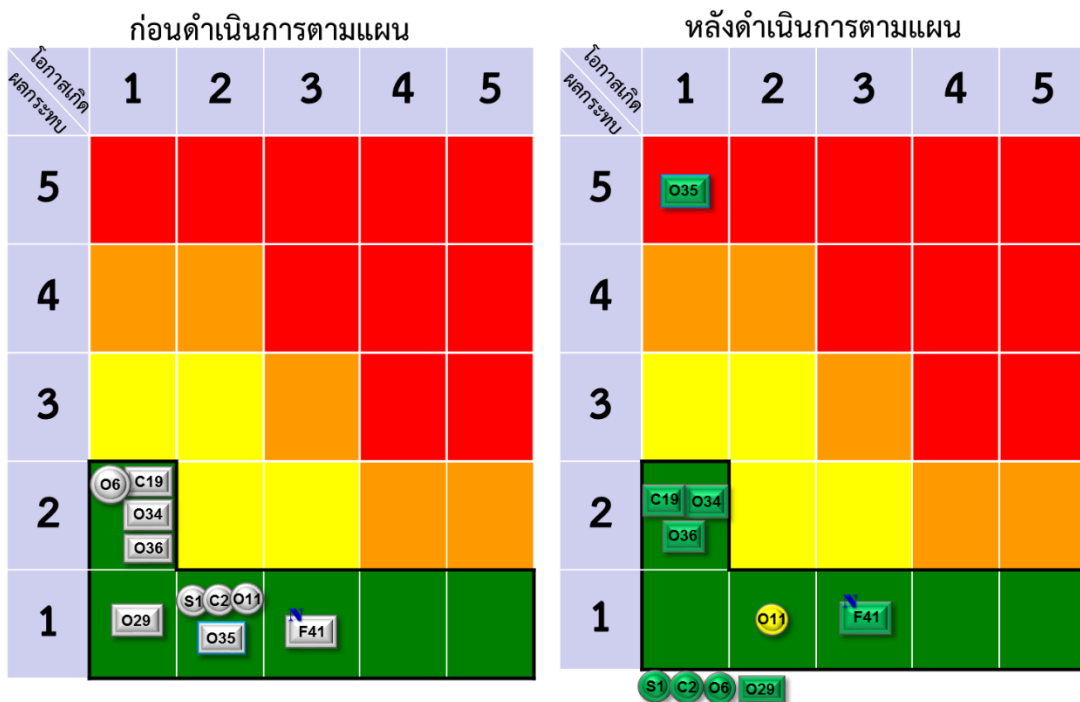
ด้านกายภาพ ฯ S38 บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน

(อาชีวอนามัยและความ

ปลอดภัย)

ผลการจัดการความเสี่ยงใน Green Zone

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำของคณะ ฯ มี 10 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 24 (10x100/41) ของความเสี่ยงทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่ได้มีการดำเนินการมาแล้วตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป และใช้กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) ที่มีประสิทธิภาพในระดับดี ในการจัดการความเสี่ยง คณะ ฯ จึงมีการติดตามควบคุมเฝ้าระวัง และกำกับดูแลตามมาตรฐานการควบคุมที่มีอยู่ ให้สามารถดำเนินการได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เพื่อควบคุมไม่ให้ระดับของความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในอนาคต ซึ่งภายหลังการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงพบว่า คณะ ฯ สามารถจัดการความเสี่ยงให้ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการ ฯ ส่วนใหญ่คงที่ “เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้” จำนวน 3 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 30 (3x100/10) ของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำทั้งหมด และ “เป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้” จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 20 (2x100/10) ของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำทั้งหมด ทั้งนี้พบความเสี่ยงที่มีผลการจัดการสืบเนื่องจากผู้บริหารปรับมุมมองการยอมรับความเสี่ยง ในความเสี่ยงที่มีสามารถควบคุมได้ต่อเนื่องติดต่อกันมาหลายปี ร่วมกับการเปลี่ยนเป้าประสงค์ภายในฝ่ายงานให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของคณะ ฯ ส่งผลให้ความเสี่ยงบางส่วนเคลื่อนที่ออกจาก Risk Map-Dashboard “ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ” ถึง 4 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 40 (4x100/10) ของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำทั้งหมด รวมถึงส่งผลให้ความเสี่ยงมีระดับความเสี่ยงสูงขึ้นเคลื่อนที่เข้าสู่บริเวณ Red Zone 1 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 10 (1x100/10) ของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำทั้งหมด “เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง” สามารถอธิบายตามที่แสดงในตาราง Risk Map-Dashboard Green Zone ดังนี้



รูปภาพที่ 8 Risk Map-Dashboard Green Zone

Cluster Education and Research จำนวน 4 ความเสี่ยง

ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ 3 ความเสี่ยง ได้แก่

- ด้านการศึกษา S1 นักศึกษาลาออกเพื่อศึกษาสาขาอื่น/สถาบันอื่น
- C2 การถูกฟ้องร้องกรณีใช้สื่อสังคมออนไลน์ไม่เหมาะสมผิดจริยธรรมวิชาชีพ
- O6 ภัยจากอุบัติเหตุและอาชญากรรม

เป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้ 1 ความเสี่ยง ได้แก่

- ด้านวิเทศสัมพันธ์ O11 ขาดแคลนบุคลากรที่มีความสามารถด้านภาษาในการปฏิบัติงาน

Cluster Professional Service จำนวน 6 ความเสี่ยง

ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ 1 ความเสี่ยง ได้แก่

- ด้านพัฒนาคุณภาพงาน O29 ภาควิชา/หน่วยงานไม่เก็บรวบรวมองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ

เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ 3 ความเสี่ยง ได้แก่

- ด้านพัสดุ C19 เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vender)

- ด้านกายภาพ ฯ O34 อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการยานพาหนะ

(ยานพาหนะ)

- ด้านกายภาพ ฯ O36 กระแสไฟฟ้าขัดข้อง (เนื่องจากกระแสไฟฟ้าไม่เพียงพอ)

(วิศวกรรมบริการ)

เป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้ 2 ความเสี่ยง ได้แก่

- ด้านสร้างเสริมสุขภาพ F41 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการทางด้านการบริหารงบประมาณ

เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง

- ด้านกายภาพ ฯ O35 การเกิดอัคคีภัย

(รักษาความปลอดภัย)

ข้อคิดเห็นจากนักบริหารความเสี่ยง

จากการดำเนินการติดตามความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2560 พบข้อควรพิจารณาเพิ่มเติม ดังนี้

การพัฒนาตัวชี้วัดความเสี่ยงจากตัวชี้วัดตาม (Lagging) สู่วัดชี้วัดนำ (Leading)

จากการสอบถามตัวชี้วัดความเสี่ยงของคณะ ฯ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 ถึงปัจจุบัน พบว่า “ส่วนใหญ่” มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่แสดงผลลัพธ์สุดท้ายของกระบวนการในการจัดการความเสี่ยง หรือเรียกว่าเป็นตัวชี้วัดผลที่เกิดขึ้นแล้วจากการปฏิบัติงาน ซึ่งแม้จะสามารถวัดผลได้อย่างเป็นรูปธรรม แต่ในแง่ของการบริหารจัดการ ถือได้ว่าเป็นการพิจารณาผลการดำเนินการที่ผ่านไปแล้ว หากผลการดำเนินการเป็นไปตามเป้าหมายของตัวชี้วัดที่กำหนด ก็อาจจะบ่งชี้ได้ว่า คณะ ฯ สามารถจัดการความเสี่ยงได้ แต่ทั้งนี้ พบความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการได้ และไม่สามารถพยากรณ์แนวโน้มผลการจัดการความเสี่ยงได้ โดยส่วนหนึ่งเป็นผลจาก การใช้ตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ดังนี้

สามารถรายงานผลตามตัวชี้วัดได้ แต่ผลการดำเนินการไม่เป็นไปตามเป้าหมายของตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ รวมถึงไม่สามารถปรับปรุงหรือแก้ไขแผนการดำเนินงานเพื่อให้ได้ผลการจัดการความเสี่ยงตามที่คาดหวัง เนื่องจากดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วตามแผนประจำปีงบประมาณ การปรับแผนการจัดการ ฯ จึงจำเป็นต้องเข้าสู่จรรยาบรรณประเมินความเสี่ยงในปีงบประมาณต่อไป

ไม่สามารถรายงานผลตามตัวชี้วัดได้ เนื่องจากยังอยู่ระหว่างการดำเนินการ ไม่สามารถรายงานข้อมูลได้แม้จะถึงรอบการติดตามประจำปีของคณะ ฯ ระดับความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงยังคงที่ และยกไปเป็นความเสี่ยงที่ในปีงบประมาณต่อไป

จากข้อจำกัดของผลที่ได้จากการใช้ตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) งานบริหารความเสี่ยงจึงเริ่มให้ความรู้เรื่องตัวชี้วัดความเสี่ยงแก่ Risk Champion ในการอบรมหลักสูตร COSO ERM-Advance Risk Management เมื่อวันที่ 2 เมษายน 2558 เพื่อคาดหวังให้เกิดการพัฒนาตัวชี้วัดความเสี่ยงของคณะ ฯ ให้สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการเตือนความเสี่ยงได้ดียิ่งขึ้น โดยสามารถดำเนินการได้ 2 ลักษณะ ดังนี้

1. พัฒนาตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ให้สามารถวัดผล หรือสามารถเก็บข้อมูลได้ระหว่างดำเนินการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสถิติเชิงปริมาณ ในการประมาณการผลการบริหารความเสี่ยง
2. พิจารณาใช้ตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) เป็นตัวชี้วัดความเสี่ยงใหม่ หรือ เพิ่มเติมจากตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีอยู่เดิม เนื่องจาก ตัวชี้วัดลักษณะนี้เป็นตัวชี้วัดผลที่สาเหตุของความเสี่ยง สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการพยากรณ์แนวโน้มการเกิดความเสี่ยง และผลของตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ได้ล่วงหน้า ทั้งนี้การใช้ตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) ให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เจ้าของความเสี่ยงควรพิจารณาว่า ตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) ที่กำหนดขึ้นนี้ ต้องสามารถแสดงผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพในการเตือนความเสี่ยงได้ล่วงหน้า และต้องสามารถรายงานผลการดำเนินการได้ เมื่อถึงรอบการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีของคณะ ฯ

จาก 2 ประเด็นข้างต้น สามารถส่งผลให้ เจ้าของความเสี่ยงสามารถติดตามความก้าวหน้าของผลตามตัวชี้วัดได้อย่างต่อเนื่อง สามารถพิจารณาแก้ไข ปรับปรุงแผนการดำเนินการระหว่างปีงบประมาณ หรือเตรียมแผนเพื่อใช้รองรับความเสี่ยงที่ต้องดำเนินการต่อ ได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ยิ่งขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าการพัฒนาตัวชี้วัดความเสี่ยงในลักษณะนี้ สามารถดำเนินการได้ทันที โดยที่งานบริหารความเสี่ยงสามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาโดยการให้ความรู้ คำแนะนำ และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญแก่เจ้าของความเสี่ยง เพื่อให้เจ้าของความเสี่ยงสามารถกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ได้อย่างเหมาะสม สามารถใช้เป็นหนึ่งในเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงคณะ ฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ยิ่งขึ้น

การกำหนดแผนการจัดการความเสี่ยงให้สอดคล้องตามปีงบประมาณ

จากนโยบายการบริหารความเสี่ยงที่วางไว้ในปีงบประมาณ 2557 ซึ่งกำหนดให้การติดตามผลการจัดการความเสี่ยงของคณะ ฯ ต้องเสร็จสิ้นก่อนการเริ่มประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณต่อไป¹² ภายใต้รอบระยะเวลาที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยงมหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด¹³ ส่งผลให้ความเสี่ยงส่วนใหญ่ใช้การคาดการณ์แนวโน้มผลการดำเนินการ ในการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง แทนการประเมินโดยใช้ผลการดำเนินการจริง เนื่องจาก กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) หรือกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เป็นแผนการดำเนินงานตามปีงบประมาณ/ปีการศึกษา หรือเป็นโครงการต่อเนื่องระยะยาวที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ ตามลักษณะของความเสี่ยงซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบงานใหญ่ ๆ ที่จำเป็นต้องพิจารณาแผนการจัดการอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง ความเสี่ยงส่วนใหญ่เหล่านี้ จึงต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณต่อไป โดยมีสถานะคงที่หรือเป็นความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถสรุปได้ ดังนั้นเพื่อให้สามารถพิจารณาความคืบหน้าของการจัดการความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) ควรพิจารณา กำหนดแผนการจัดการความเสี่ยงให้สอดคล้องตามปีงบประมาณ เพื่อให้สามารถพิจารณาผลการดำเนินการจริงได้ตามระยะเวลาที่กำหนด โดยการกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่เคยระบุเป็นกิจกรรมระยะยาว กิจกรรมตามปีงบประมาณ หรือกิจกรรมตามปีการศึกษา เป็นกิจกรรมเฉพาะที่มีการดำเนินการจริงที่ตามในปีงบประมาณนั้น ๆ เพื่อให้เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) สามารถประเมินผลการจัดการความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามผลการดำเนินการจริงของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity)

12 มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะ ฯ 11/ 2557

13 มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะ ฯ 1/ 2559

ภาคผนวก 1

ตารางแสดงความสามารถในการจัดการความเสี่ยง

ความสามารถในการจัดการ ๑ (Catalog)	ประเภทความสามารถในการจัดการ ๑ (Type)	บัญชีความเสี่ยง (Risk Profile)		
		Cluster	ด้าน	ชื่อความเสี่ยง
ยังไม่สามารถสรุปได้	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้	EDU	การศึกษา	O4 จำนวนและคุณภาพของนักศึกษาที่สมัครเข้ารับการศึกษาคือ/ฝึกอบรมไม่ได้ตามเป้าหมาย
			วิจัย	S7 ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติยังมีจำนวนน้อย/ไม่ได้ตามเป้าหมาย
				C8 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีถูกฟ้องร้องด้านการวิจัยในคน
			วิเทศสัมพันธ์	S9 ตัวชี้วัดของกิจกรรมอื่นๆในMOU นอกเหนือจากนักศึกษาแลกเปลี่ยนไม่ได้ตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์คณะฯและมหาวิทยาลัย (Research Collaborative / Medical Conference)
				S10 จำนวนอาจารย์ชาวต่างชาติจากสถาบันการศึกษาอื่นในต่างประเทศที่มหาวิทยาลัยหรือส่วนงานเชิญมาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการสอนหรือวิจัย หรือบริหารการศึกษาหรือเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการให้แก่นักศึกษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
				O11 ขาดแคลนบุคลากรที่มีความสามารถด้านภาษาในการปฏิบัติงาน
		Health		MPU&COE
		Profess.	วิชาการ	S18 ขาดการสนับสนุนด้านประสิทธิภาพบุคลากรในการสรรสร้างพันธกิจเชิงรุก
			IT	O20 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยจนส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล
			สื่อสาร	O32 ขาดการจัดการด้านการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ
			สร้างเสริม	S33 บุคลากรในคณะฯมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม
			กายภาพฯ	O38 บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน
				O39 การจัดการขยะไม่ได้ตามมาตรฐานสากล
		การเงิน	F40 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเก็บเงินค่ารักษา	
			F41 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการทางด้านการบริหารงบประมาณ	

ความสามารถในการจัดการ ๑ (Catalog)	ประเภทความสามารถในการจัดการ ๑ (Type)	บัญชีความเสี่ยง (Risk Profile)		
		Cluster	ด้าน	ชื่อความเสี่ยง
สามารถจัดการความเสี่ยงได้	ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ	EDU	การศึกษา	S1 นักศึกษาลาออกเพื่อศึกษาสาขาอื่น/สถาบันอื่น
				C2 การถูกฟ้องร้องกรณีใช้สื่อสังคมออนไลน์ไม่เหมาะสม/ผิดจริยธรรมวิชาชีพ
				S3 นักศึกษาใช้เวลาเรียนเกินกว่าหลักสูตรกำหนด
				O5 นักศึกษาได้รับผลกระทบจากโรคระบาด และภัยด้านอื่นๆ
				O6 ภัยจากอุบัติเหตุและอาชญากรรม
		Health	ดูแลสุขภาพ	S14 การไม่ผ่านการต่ออายุการรับรองมาตรฐาน HA (Re-Accreditation)
				MPU&COE
		Profess.	HR	O17 เกิดความขัดแย้งระหว่างผลประโยชน์ส่วนร่วมและส่วนตน ของการบริการ Public Private Partnership
				O24 บุคลากรในตำแหน่งวิชาชีพเฉพาะมีอัตราการลาออกสูง
				O25 ขาดเอกสารวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)/คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual)
	คุณภาพ	คุณภาพ	C26 ถูกร้องเรียน /ฟ้องร้องจากบุคลากรกรณีการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงานประจำปี	
			O29 ภาควิชา/หน่วยงาน ไม่มีการเก็บรวบรวมองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ	
	เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้	Profess.	พัสดุ	C19 เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vender)
				คุณภาพ
			กายภาพฯ	O34 อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการยานพาหนะ
				O36 กระแสไฟฟ้าขัดข้อง (เนื่องจากกระแสไฟฟ้าไม่เพียงพอ)
				O37 น้ำประปาสำหรับอุปโภคบริโภค มีการปนเปื้อน
สื่อสาร			สื่อสาร	S30 ประชาชนรับชมสถานีรามาราชานนดน้อย ส่งผลให้ Rating ของสถานีไม่เป็นไปตาม PA ที่กำหนด
				O31 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของกลุ่มเป้าหมายทั้งภายในและภายนอกคณะฯ

ความสามารถในการจัดการ ๑ (Catalog)	ประเภทความสามารถในการจัดการ ๑ (Type)	บัญชีความเสี่ยง (Risk Profile)		
		Cluster	ด้าน	ชื่อความเสี่ยง
ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้	เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง	Health	ดูแลสุขภาพ	O12 การเกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรจะสามารถป้องกันได้ (Preventable Event) เป็นผลทำให้โรงพยาบาลต้องให้การเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว
				C13 การถูกร้องเรียนหรือฟ้องร้องจากความผิดพลาดของกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะ หรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาลจนถูกตัดสินว่าผิด และนำไปสู่ความเสียหายต่อชื่อเสียงภาพลักษณ์ และการชดใช้เป็นตัวเงิน
		Profess.	IT	O21 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะในแต่ละกลุ่มได้ตามความต้องการ
				O22 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า
				O23 ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรค ทบทวน และปรับปรุงผลการดำเนินการไม่ครบทุกมิติและไม่ถูกต้อง
	HR	S27 การวางแผนและจัดหากำลังคนไม่เพียงพอ/ ไม่ทันการต่อการขยายงานที่สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ อาจทำให้เปิดได้ไม่ทันตามกำหนด		
กายภาพฯ	O35 การเกิดอัคคีภัย			
ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้	-	-	-	-

ภาคผนวก 2

ฐานข้อมูลผลการจัดการความเสี่ยง