

Risk Follow Up Report

September 2018

รายงานผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2561

งานบริหารความเสี่ยง สำนักงานคนบตี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สารบัญ

หน้าที่

บทสรุปผู้บริหาร.....	4
แนวทางการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง	7
ขอบเขตการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง	7
ระยะเวลาดำเนินงาน	7
กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงาน	9
ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KEY RISK INDICATOR).....	10
ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงานฯ.....	10
กระบวนการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง	11
การกำหนดสถานะการจัดการความเสี่ยง	12
ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง	12
ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	13
ผลการจัดการความเสี่ยง	15
ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยง	15
ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง	16
การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง	18
ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง.....	22
ผลการจัดการความเสี่ยงแยกตามระดับความรุนแรง	26
ผลการจัดการความเสี่ยงใน Red Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะ ฯ).....	26
ผลการจัดการความเสี่ยงใน Orange Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะ ฯ).....	33
ผลการจัดการความเสี่ยงใน Yellow Zone.....	42
ผลการจัดการความเสี่ยงใน Green Zone	44
ข้อคิดเห็นจากนักบริหารความเสี่ยง	46
การพัฒนาตัวชี้วัดความเสี่ยงจากตัวชี้วัดตาม (Lagging) สู่ตัวชี้วัดนำ (Leading)	46
การกำหนดแผนการจัดการความเสี่ยง และการเก็บผลตามตัวชี้วัดความเสี่ยงให้สอดคล้องตามปีงบประมาณ	47
ภาคผนวก	48

สารบัญรูป

รูปภาพที่

รูปภาพที่ 1 Time Line แสดงการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2561	8
รูปภาพที่ 2 เอกสารการติดตามความคืบหน้า/ ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม	9
รูปภาพที่ 3 เอกสารการติดตามผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง.....	10
รูปภาพที่ 4 เอกสารการติดตามการประเมินระดับความเสี่ยง	10
รูปภาพที่ 5 เอกสารการติดตามการประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง	12
รูปภาพที่ 6 ประเภทของกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง	15
รูปภาพที่ 7 ภาพรวมประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง.....	17
รูปภาพที่ 8 ภาพรวม Risk Map – Dashboard	18
รูปภาพที่ 9 ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยงปีงบประมาณ 2561	22
รูปภาพที่ 10 Risk Map-Dashboard Red Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะ ฯ)	26
รูปภาพที่ 11 Risk Map-Dashboard Orange Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะ ฯ).....	33
รูปภาพที่ 12 Risk Map-Dashboard Yellow Zone.....	42
รูปภาพที่ 13 Risk Map-Dashboard Green Zone	44

สารบัญตาราง

ตารางที่

ตารางที่ 1 ระดับความสามารถในการจัดการความเสี่ยง..... 14

บทสรุปผู้บริหาร

การติดตามผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561 งานบริหารความเสี่ยงยังคงดำเนินการตามนโยบายการบริหารความเสี่ยงที่วางไว้ในปีงบประมาณ 2557 ซึ่งกำหนดให้การติดตามผลการจัดการความเสี่ยงของคณะ ฯ ต้องเสร็จสิ้นก่อนการเริ่มประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณต่อไป¹ ภายใต้รอบระยะเวลาที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด² โดยประยุกต์ให้สอดคล้องกับกระบวนการติดตามความเสี่ยงภายในคณะ ฯ ซึ่งได้รับการปรับปรุงเมื่อปีงบประมาณ 2560 ที่ผ่านมา เนื่องจากพบว่ากระบวนการดังกล่าวสามารถให้ข้อมูลความเสี่ยงที่มีคุณภาพ ครบคลุมทั้งผลตามกิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) และระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงาน ฯ ส่งผลให้เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) สามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการบริหารความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลต่าง ๆ ไปใช้ประกอบการตัดสินใจในการบริหารงาน นำไปสู่การขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนากระบวนการและกระบวนการต่าง ๆ ภายในคณะ ฯ (Risk Management for Improving Process) ได้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สามารถสรุปผลการจัดการความเสี่ยงได้ดังนี้

จากความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561 ทั้งสิ้น 39 ความเสี่ยง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สามารถดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยง ได้ผลการจัดการความเสี่ยงตามมุมมองต่าง ๆ ดังนี้

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง พิจารณาจากความสามารถของกิจกรรมการควบคุมภายหลังการดำเนินการ ฯ พบว่าความเสี่ยงส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงในระดับปานกลาง (Yellow) มากถึงร้อยละ 59 (23x100/39) ของความเสี่ยงทั้งหมด เนื่องจากกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงเหล่านี้ยังอยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถแสดงประสิทธิผลในการจัดการความเสี่ยงได้อย่างชัดเจน และ/หรือ ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายส่วนงาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุมไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ ทั้งนี้พบความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพในระดับดี (Green) เพียงร้อยละ 36 (14x100/39) ของความเสี่ยงทั้งหมด พบมากในความเสี่ยงต่ำที่ได้รับการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพระยะหนึ่ง หรือเป็นความเสี่ยงที่สามารถจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง หรือไม่เป็นความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง พิจารณาจากระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการ ฯ พบว่าระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 13 (5x100/39) ของความเสี่ยงทั้งหมด เนื่องจากยังอยู่ระหว่างดำเนินการตามกิจกรรมการควบคุมและส่วนใหญ่ไม่สามารถดำเนินการได้ตามตัวชี้วัดที่กำหนด รวมถึงพบปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้เข้ากระทบต่อการจัดการความเสี่ยงอย่างชัดเจน ในขณะที่พบว่าคณะ ฯ สามารถควบคุมให้ระดับความเสี่ยงคงที่ 16 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 41 (16x100/39) ของความเสี่ยงทั้งหมด พบในความเสี่ยงต่ำถึงปานกลางที่ได้รับการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพมาแล้วระยะหนึ่ง หรือพบในความเสี่ยงที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินการและยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้จากนโยบายการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงของคณะ ฯ รวมถึงพบว่าคณะ ฯ สามารถจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลงจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยง 11 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 28 (11x100/39) ของความเสี่ยงทั้งหมด รวมความเสี่ยงที่ต้องยกไปดำเนินการจัดการต่อในปีงบประมาณ 2562 ทั้งสิ้น 32 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 85 (33x100/39) ของความเสี่ยงทั้งหมด ทั้งนี้พบความเสี่ยงที่ไม่สามารถวัดระดับความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ (ไม่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ) เคลื่อนที่ออกจาก Risk Map-Dashboard และไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 7 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 18 (7x100/39) ของความเสี่ยงทั้งหมด เนื่องจากระดับความเสี่ยงต่ำและใช้กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ใน

1 มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะ ฯ 11/ 2557

2 มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะ ฯ 1/ 2559

ปัจจุบัน หรืองานประจำ (Internal Control) ในการควบคุมความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ และพบว่าส่วนหนึ่งเป็นผลจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยงเช่นกัน

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง พิจารณาจากภาพรวมของประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการจัดการความเสี่ยงพบว่า คณะ ฯ “สามารถจัดการความเสี่ยงได้” ทั้งสิ้น 12 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 31 (12x100/39) ของความเสี่ยงทั้งหมด แบ่งเป็นความเสี่ยงที่สามารถจัดการให้ “ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ” ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 7 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 18 (7x100/39) ของความเสี่ยงทั้งหมด และ “เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้” ต้องยกไปดำเนินการในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 13 (5x100/39) ของความเสี่ยงทั้งหมด ทั้งนี้พบความเสี่ยงที่ “ยังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้” ต้องยกไปดำเนินการในปีงบประมาณ 2562 ทั้งสิ้น 10 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 26 (10x100/39) ของความเสี่ยงทั้งหมด และเป็น “ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้” ต้องยกไปดำเนินการในปีงบประมาณ 2562 ทั้งสิ้น 17 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 44 (17x100/39) ของความเสี่ยงทั้งหมด ซึ่งเป็นสัดส่วนผลการจัดการความเสี่ยงที่มากที่สุดในปีงบประมาณ 2561 และมากกว่าปีงบประมาณ 2560 ที่มีผลการจัดการความเสี่ยงกลุ่มนี้ที่ร้อยละ 37 โดยยังคงเป็นผลที่สืบเนื่องจากนโยบายการติดตาม ฯ ของคณะ ฯ ที่กำหนดให้ดำเนินการเสร็จสิ้นก่อนการเริ่มประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณต่อไป³

สำหรับความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงมาก เป็นความเสี่ยงสำคัญของคณะ ฯ 10 ความเสี่ยง พบว่าภายหลังการดำเนินการ ฯ มีความเสี่ยงที่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2562 ถึง 8 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 80 (8x100/10) ของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงมากทั้งหมด การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ในภาพรวมอยู่ที่ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า ส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่ยัง “ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” เนื่องจากทั้งกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และ ตัวชี้วัดความเสี่ยง (Key Risk Indicator) ส่วนใหญ่ยังอยู่ระหว่างการดำเนินงานตามแผนประจำปีงบประมาณ ปีการศึกษา หรืออยู่ระหว่างการดำเนินงานตามโครงการต่อเนื่องระยะยาว ที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ รวมถึงพบปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ จากความซ้ำซ้อนและไม่ชัดเจนของโครงสร้างการกำกับดูแล (Governance Structure) ความหลากหลายของฝ่ายงาน ความแตกต่างของบุคคล ไปจนถึงไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคลได้ ฯลฯ ส่งผลให้คณะ ฯ ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ สามารถสรุปผลการจัดการความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงมากได้ดังนี้

“ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง” ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 4 ความเสี่ยง ได้แก่

Cluster Education and Research 1 ความเสี่ยง

ด้านวิจัย C7 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีถูกฟ้องร้องด้านการวิจัยในคน

Cluster Professional Service 3 ความเสี่ยง

ด้านสารสนเทศ O20 ระบบ HIS ที่CNMI ไม่สามารถใช้งานได้ตามที่กำหนด (ระบบเสร็จไม่ทัน ธันวาคม 2560 หรือเสร็จทันแต่ไม่สามารถตอบสนองผู้ใช้ได้ตามที่ต้องการ)
S21 การวางแผนหรือการบริหารงานภายในคณะ ฯ ผิดพลาดคลาดเคลื่อน เนื่องจากข้อมูลสารสนเทศไม่ถูกต้อง ไม่ครอบคลุมทุกมิติ

กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก O31 การเกิดอัคคีภัย

³ มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะ ฯ 11/ 2557

“ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้” ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 4 ความเสี่ยง ได้แก่

Cluster Education and Research จำนวน 2 ความเสี่ยง

ด้านการศึกษา S3 การเลือกเข้าศึกษาลดระดับลง (Ranking)

ด้านวิเทศสัมพันธ์ S8 ตัวชี้วัดของกิจกรรมอื่น ๆ ใน MOU นอกเหนือจากนักศึกษาแลกเปลี่ยนไม่ได้ตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์คณะ ฯ และมหาวิทยาลัย ฯ (Research Collaborative/ Medical Conference)

Cluster Professional Service 2 ความเสี่ยง

ด้านทรัพยากรบุคคล S18 ขาดระบบการสร้างผู้สืบทอด (Successor) ตำแหน่งบริหารระดับต้นและระดับกลาง (ตามเกณฑ์มหาวิทยาลัย) ที่เหมาะสม

S19 ไม่สามารถสรรหากำลังคนในตำแหน่งที่สำคัญ (Key Position) ได้ทันต่อการเปิดสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์

ทั้งนี้พบความเสี่ยงที่ถูกยกเลิกและได้รับการประเมินให้ “ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ” ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อ แต่ให้พิจารณาปรับเป็นความเสี่ยงใหม่ที่เหมาะสมขึ้น เพื่อดำเนินการในปีงบประมาณ 2562 ตามมุมมองการบริหารความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) จำนวน 2 ความเสี่ยง ได้แก่

Cluster Education and Research จำนวน 2 ความเสี่ยง

ด้านการศึกษา S1 ผลลัพธ์การ Implement หลักสูตรทางการศึกษาไม่ได้บัณฑิตตามคุณลักษณะ Transformative Leader

S2 ไม่สามารถจัดระบบบริการให้รองรับกับแนวทางการจัดการเรียนการสอนที่กำหนดได้

จากผลการจัดการความเสี่ยงที่กล่าวไป สามารถสรุปประเด็นที่น่าสนใจในการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561 ได้ว่า นโยบายการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงของคณะ ฯ มีผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการจัดการความเสี่ยงอย่างชัดเจน โดยส่งผลให้ความเสี่ยงส่วนใหญ่ ซึ่งมีกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการ (Control Activity) และตัวชี้วัดความเสี่ยง (Key Risk Indicator) ทั้งตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) และตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) ไม่สามารถสรุปผลที่ชัดเจนได้ เนื่องจากยังอยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ ซึ่งเชื่อมกับรอบการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงของคณะ ฯ ดังนั้นในการติดตามผลการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561 นี้ จึงพบการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงจากการคาดการณ์แนวโน้มผลการดำเนินการ ฯ แทนการประเมินโดยใช้ผลการดำเนินการจริงด้วย ผลการจัดการความเสี่ยงบางส่วนจึงเป็นผลสรุปจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) เป็นหลัก

แนวทางการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง

ตามที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดให้ทุกส่วนงานดำเนินการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐาน COSO – ERM⁴ และให้ส่งรายงานผลการปฏิบัติตามแผนการจัดการความเสี่ยงทุก 6 เดือนนั้น งานบริหารความเสี่ยงดำเนินการได้ตามที่กำหนด โดยประยุกต์ให้สอดคล้องกับกระบวนการติดตามความเสี่ยงภายในคณะ ฯ ซึ่งได้รับการปรับปรุงเมื่อปีงบประมาณ 2560 ที่ผ่านมา ทั้งนี้พบว่ากระบวนการดังกล่าว สามารถให้ข้อมูลความเสี่ยงที่มีคุณภาพ เจ้าของความเสี่ยงสามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการบริหารความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม ผู้บริหารสามารถนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจในการบริหารงาน นำไปสู่การขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาระบบ และกระบวนการต่าง ๆ ภายในคณะ ฯ (Risk Management for Improving Process) ได้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ผ่านการประสานงาน และการให้คำแนะนำเชิงรุกจากนักบริหารความเสี่ยง โดยมีรายละเอียดการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ดังนี้

ขอบเขตการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง

ระยะเวลาดำเนินงาน

ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล เปลี่ยนระยะเวลาการนำเสนอรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ โดยกำหนดให้ทุกส่วนงานนำเสนอรายงานดังกล่าวให้เร็วขึ้น จากเดือนกันยายน เป็นเดือนกรกฎาคม เมื่อปีงบประมาณ 2560 ที่ผ่านมา ส่งผลให้คณะ ฯ พิจารณาปรับระยะเวลาการบริหารจัดการความเสี่ยงทั้งระบบ จากการดำเนินการทั้งปีงบประมาณ หรือ 12 เดือน ให้เหลือการดำเนินการเพียง 8 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560–31 พฤษภาคม 2561 ดังนั้นกระบวนการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงจึงต้องดำเนินการให้เร็วขึ้นเช่นกัน เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของคณะ ฯ ที่กำหนดให้ การติดตามผลการจัดการความเสี่ยงต้องเสร็จสิ้นก่อนการเริ่มประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณต่อไป⁵ ภายใต้รอบระยะเวลาที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยงมหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด⁶ ทั้งสิ้น 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1

- ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดให้รายงานผลการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงรอบ 6 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560–31 มีนาคม 2561 และให้นำส่งรายงานดังกล่าวภายในเดือน เมษายน 2561
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กำหนดให้ส่วนงานภายในคณะ ฯ รายงานผลการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง รอบ 4 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560–31 มกราคม 2561 และให้นำส่งรายงานดังกล่าวภายในเดือน กุมภาพันธ์ 2561 เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะ ฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบ ภายในเดือน มีนาคม 2561 จากนั้นจึงจัดทำและนำเสนอรายงานผลการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ภายในเดือน เมษายน 2561 ตามที่กำหนด

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

5 มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะ ฯ 11/ 2557

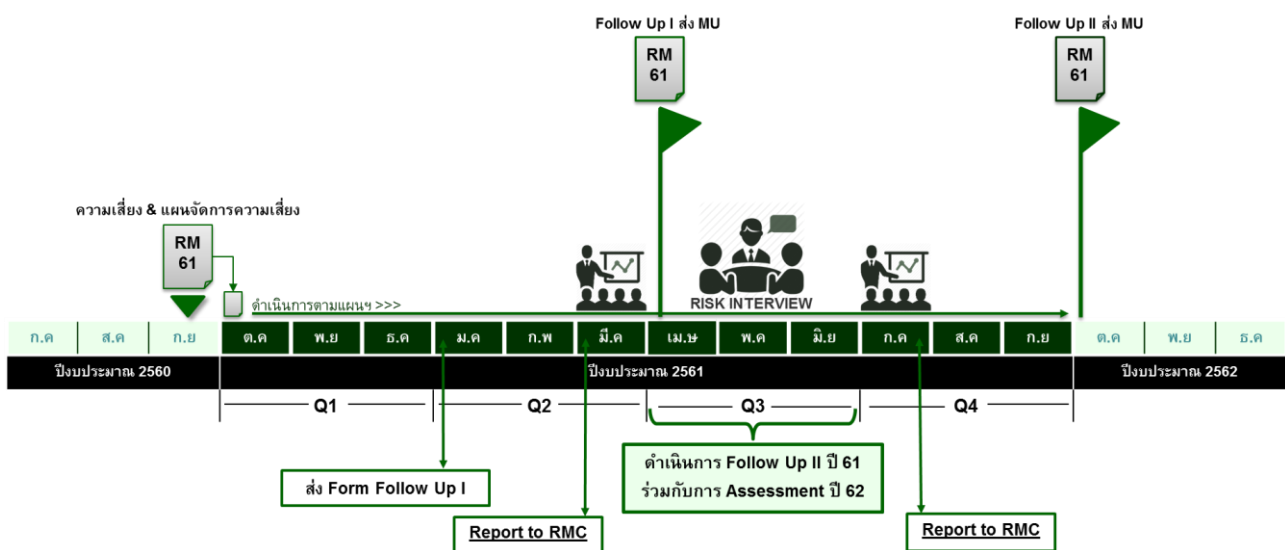
6 มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะ ฯ 1/ 2559

ครั้งที่ 2

- ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดให้รายงานผลการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงรอบ 12 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560–30 กันยายน 2561 และให้นำส่งรายงานดังกล่าวภายในเดือน ตุลาคม 2561
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กำหนดให้ส่วนงานภายในคณะ ฯ รายงานผลการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง รอบ 4 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2561–31 พฤษภาคม 2561 และให้นำส่งรายงานดังกล่าวภายในเดือน มิถุนายน 2561 เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560–31 พฤษภาคม 2561 รวมทั้งสิ้น 8 เดือน และนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะ ฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบภายในเดือน กรกฎาคม 2561 จากนั้นจึงจัดทำและนำส่งรายงานผลการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ในเดือน ตุลาคม 2561 ตามที่กำหนด

จากการดำเนินงานตามรอบระยะเวลาที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยงมหาวิทยาลัยมหิดลกำหนดทั้ง 2 ครั้ง พบประเด็นน่าสนใจ ดังนี้

1. ข้อมูลผลการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จะน้อยกว่าข้อมูลผลการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยงมหาวิทยาลัยมหิดลกำหนดทั้งสิ้น 4 เดือน เนื่องจากกระบวนการตามนโยบายของคณะ ฯ เพื่อให้ข้อมูลผลการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงมีคุณภาพมากที่สุด สามารถเชื่อมโยงกับการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณต่อไปได้อย่างเหมาะสม
2. ข้อมูลผลการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ครั้งที่ 2 เป็นการติดตามข้อมูลต่อเนื่องจากครั้งที่ 1 เพื่อให้สอดคล้องกับกระบวนการเก็บข้อมูลของส่วนงานภายในคณะ ฯ ดังนั้น งานบริหารความเสี่ยงจึงจำเป็นต้องนำข้อมูลที่ได้ทั้ง 2 ครั้ง มารวบรวมวิเคราะห์ สรุป ก่อนนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะ ฯ และใช้ในการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณต่อไป



รูปภาพที่ 1 Time Line แสดงการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2561

กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงาน

การติดตามกิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงาน เป็นการติดตามรายละเอียดความคืบหน้า และ/หรือ ผลการดำเนินงาน รวมถึงประเมินประสิทธิภาพในการควบคุมระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบของกิจกรรมนั้น ๆ ตามจำนวนกิจกรรมที่ระบุในรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561 เมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2560 ที่ผ่านมา ทั้งนี้ Risk Champion จะสามารถสอบทานพัฒนาการ รวมถึงประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมการดำเนินงาน ตลอดจนสามารถนำผลดังกล่าวไปใช้ในการพิจารณาปรับปรุง เพิ่ม หรือลดกิจกรรมการควบคุมในปีงบประมาณต่อไปได้อย่างเหมาะสม ตามรูปภาพที่ 2

ความคืบหน้า/ ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม		ครั้งที่ 1 (1 ต.ค. 60 – 31 ม.ค. 61)			ครั้งที่ 2 (1 ก.พ. 61 – 31 พ.ค. 61)		
กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงาน		ระยะเวลาดำเนินงาน	ความคืบหน้า/ ผลการดำเนินงาน	ประสิทธิภาพ	ระยะเวลาดำเนินงาน	ความคืบหน้า/ ผลการดำเนินงาน	ประสิทธิภาพ
1.	AAA	<input type="checkbox"/> ดำเนินการแล้วเสร็จ (เริ่ม.....เสร็จ.....) <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างดำเนินงาน <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจาก.....		<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> กลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ	<input type="checkbox"/> ดำเนินการแล้วเสร็จ (เริ่ม.....เสร็จ.....) <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างดำเนินงาน <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจาก.....		<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> กลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ
2.	BBB	<input type="checkbox"/> ดำเนินการแล้วเสร็จ (เริ่ม.....เสร็จ.....) <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างดำเนินงาน <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจาก.....		<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> กลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ	<input type="checkbox"/> ดำเนินการแล้วเสร็จ (เริ่ม.....เสร็จ.....) <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างดำเนินงาน <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจาก.....		<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> กลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ

****กรณาระบุ หรือ แนนเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้องกับผลการดำเนินงาน****

รูปภาพที่ 2 เอกสารการติดตามความคืบหน้า/ ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม

การประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการ เป็นการประเมินความสามารถในการควบคุมระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบของแต่ละกิจกรรม ตามความคืบหน้า/ ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุมที่ได้รายงานไว้ ทั้งนี้สามารถแบ่งระดับของประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ ดังนี้

ประสิทธิภาพดี หมายถึง กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงานนั้น ๆ สามารถจัดการ ควบคุม หรือลดระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบได้เต็มศักยภาพ ดังนั้นกิจกรรมการควบคุมที่มีประสิทธิภาพในระดับนี้ เจ้าของความเสี่ยงจะสามารถยกไปดำเนินการในปีงบประมาณต่อไปได้ หรือพิจารณาเพิ่มเป็นกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) ในอนาคต

ประสิทธิภาพปานกลาง หมายถึง กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงานนั้น ๆ สามารถจัดการ ควบคุม หรือลดระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบได้บางส่วน และ/หรือ อาจมีปัจจัยภายนอกเข้ามาคุกคาม ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงานนั้น ๆ ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ ดังนั้น กิจกรรมการควบคุมที่มีประสิทธิภาพในระดับนี้ อาจยกไปดำเนินการในปีงบประมาณต่อไปได้ โดยอาจต้องพิจารณาลักษณะของกิจกรรมที่ดำเนินงานนั้น ๆ ให้ครอบคลุมมากขึ้น หรือพิจารณาปัจจัยภายนอกเพิ่มเติมด้วย

ประสิทธิภาพต่ำ หมายถึง กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงานนั้น ๆ ไม่สามารถจัดการ ควบคุม หรือลดระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบได้เลย รวมถึงมีปัจจัยภายนอกเข้ามาคุกคาม ส่งผลให้ระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบยังคงที่ หรือมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นในอนาคต ดังนั้นกิจกรรมการควบคุมที่มีประสิทธิภาพในระดับนี้ จึงไม่สามารถยกไปดำเนินการในปีงบประมาณต่อไปได้

ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KEY RISK INDICATOR)

การติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยง เป็นการเฝ้าระวังเพื่อเตือนก่อนที่ความเสี่ยงจะมีโอกาสเกิด และ/หรือ มีผลกระทบที่สูงขึ้น ตลอดจนเตือนก่อนที่ความเสี่ยงจะกลายเป็นปัญหาที่ต้องดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ทั้งนี้การติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยง จะดำเนินการโดยการเปรียบเทียบผลที่ได้ตามตัวชี้วัดในปัจจุบัน กับเป้าหมายเชิงปริมาณที่กำหนดไว้ในรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561 เมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2560 ที่ผ่านมา หากผลตามตัวชี้วัดในปัจจุบัน ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย หรือมีความน่าจะเป็นที่จะไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด จะสามารถอธิบายได้ว่า ความเสี่ยงดังกล่าวมีแนวโน้มที่โอกาสเกิด และ/หรือ ผลกระทบจะสูงขึ้น หรืออาจกลายเป็นปัญหาที่ต้องดำเนินการแก้ไขต่อไป ทั้งนี้ Risk Champion สามารถสอบถามพัฒนาการของผลตามตัวชี้วัดความเสี่ยง และสามารถนำผลดังกล่าวไปใช้ในการพิจารณาปรับปรุง เพิ่ม ลดเป้าหมายตามตัวชี้วัด ตลอดจนใช้เพื่อพิจารณาปรับปรุง เพิ่ม ลด ตัวชี้วัดความเสี่ยงในปีงบประมาณต่อไปได้อย่างเหมาะสม ตามรูปภาพที่ 3

ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)

ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)		ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	
รายละเอียด	เป้าหมาย	ครั้งที่ 1 (1 ต.ค. 59 - 31 ม.ค. 60)	ครั้งที่ 2 (1 ก.พ. 60 - 31 พ.ค. 60)
1. KRI 1	XX		
2. KRI 2	XX		

กรุณาระบุ หรือ แยกเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดความเสี่ยง

รูปภาพที่ 3 เอกสารการติดตามผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง

ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงาน ฯ

การติดตามระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงาน ฯ เป็นการประเมินระดับโอกาสเกิด และผลกระทบของความเสี่ยงในสถานการณ์ปัจจุบัน หลังจากการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุมที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงาน ฯ จะสอดคล้องกับความคืบหน้า/ ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม และผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงอย่างชัดเจน ดังนั้น Risk Champion จึงสามารถสอบถามพัฒนาการการเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยงได้อย่างสอดคล้องต่อเนื่อง สามารถนำผลดังกล่าวไปใช้ในการพิจารณาปรับปรุงเพิ่ม/ ลด กิจกรรมการควบคุม และตัวชี้วัดความเสี่ยงในปีงบประมาณต่อไปได้อย่างเหมาะสม

การประเมินระดับความเสี่ยง

ระดับความเสี่ยงก่อนการดำเนินงาน ฯ			ระดับความเสี่ยง ภายหลังการดำเนินงาน ฯ ครั้งที่ 1			ระดับความเสี่ยง ภายหลังการดำเนินงาน ฯ ครั้งที่ 2		
โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
X	Y	<input type="checkbox"/> สูงมาก <input type="checkbox"/> สูง <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ	คำอธิบายระดับโอกาสเกิด	ด้านของผลกระทบ	<input type="checkbox"/> สูงมาก <input type="checkbox"/> สูง <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ	คำอธิบายระดับโอกาสเกิด	ด้านของผลกระทบ	<input type="checkbox"/> สูงมาก <input type="checkbox"/> สูง <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ

รูปภาพที่ 4 เอกสารการติดตามการประเมินระดับความเสี่ยง

กระบวนการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง

การติดตามผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561 งานบริหารความเสี่ยงยังคงดำเนินการตามกระบวนการที่ได้รับการปรับปรุงเมื่อปีงบประมาณ 2560 ที่ผ่านมา ดังนี้

ดำเนินการจัดการความเสี่ยง

หน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง ดำเนินการจัดการความเสี่ยงตามที่กำหนดไว้ในรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561 เมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2560 ที่ผ่านมา

ดำเนินการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง

1. งานบริหารความเสี่ยง ดำเนินการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง จำนวน 2 ครั้ง

➤ ครั้งที่ 1 ดำเนินการในเดือนมกราคม 2561

งานบริหารความเสี่ยงส่งหนังสือการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ไปยังหน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง รวมทั้งประสานงานให้คำปรึกษา ในการรายงานผลการจัดการความเสี่ยง แนวทางการเขียนรายงาน ฯ การแนบเอกสารประกอบการดำเนินงาน ตลอดจนการขอข้อมูลเพิ่มเติมระหว่างการจัดทำรายงาน ฯ กับหน่วยงานต่าง ๆ

➤ ครั้งที่ 2 ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน 2561 – เดือนมิถุนายน 2561

นักบริหารความเสี่ยงเข้าสัมภาษณ์ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ จาก Risk Champion รวมถึงประสานงานในการขอเอกสารประกอบการดำเนินงานตามพันธกิจที่รับผิดชอบ จากนั้นจึงสรุปและจัดทำรายงานผลการจัดการความเสี่ยงที่ได้จากการสัมภาษณ์ ส่งกลับไปยังหน่วยงานเจ้าของความ เพื่อยืนยันความถูกต้อง

2. หน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง รายงานและยืนยันผลการจัดการความเสี่ยง ตามระยะเวลาที่กำหนด

3. งานบริหารความเสี่ยงรวบรวมและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลความเสี่ยง ที่ได้รับการยืนยันจากเจ้าของความเสี่ยง รวมถึงประสานงาน สอบถามประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน ตลอดจนเสนอแนะ ปรับแก้ไข หรือขอข้อมูลเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ เพื่อให้เจ้าของความเสี่ยงดำเนินการแก้ไขอย่างเป็นทางการ

ดำเนินการวิเคราะห์ และนำเสนอผลการจัดการความเสี่ยง

งานบริหารความเสี่ยงรวบรวม วิเคราะห์ สรุป และนำเสนอผลการจัดการความเสี่ยงต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะ ฯ คณะกรรมการประจำคณะ ฯ และมหาวิทยาลัยมหิดล ตามลำดับ

1. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะ ฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบ ปีงบประมาณละ 2 ครั้ง

➤ ครั้งที่ 1 เดือนมีนาคม 2561

➤ ครั้งที่ 2 เดือนกรกฎาคม 2561

2. คณะกรรมการประจำคณะ ฯ พิจารณาผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ และให้ความเห็นชอบเป็นขั้นตอนสุดท้าย ในเดือนกรกฎาคม 2561

3. งานบริหารความเสี่ยงจัดทำข้อมูลส่งให้มหาวิทยาลัยมหิดล ตามแบบฟอร์มที่กำหนด

➤ ครั้งที่ 1 เดือนเมษายน 2561

➤ ครั้งที่ 2 เดือนตุลาคม 2561

การกำหนดสถานะการจัดการความเสี่ยง

การกำหนดสถานะความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการจัดการความเสี่ยงของ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจในการสรุปผลการจัดการความเสี่ยง รวมถึงสามารถใช้ในการพยากรณ์ความต่อเนื่องของ ความเสี่ยง และการกำหนดกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสมในอนาคต

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง

การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง พิจารณาจากประสิทธิภาพในการควบคุมระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบของกิจกรรมการควบคุมภายหลังการดำเนินการจัดการจัดการความเสี่ยงในภาพรวม ตาม รูปภาพที่ 5

ความคืบหน้า/ ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม

กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการ	ครั้งที่ 1 (1 ต.ค. 60 - 31 ม.ค. 61)			ครั้งที่ 2 (1 ก.พ. 61 - 31 พ.ค. 61)		
	ระยะเวลาดำเนินงาน	ความคืบหน้า/ ผลการดำเนินงาน	ประสิทธิภาพ	ระยะเวลาดำเนินงาน	ความคืบหน้า/ ผลการดำเนินงาน	ประสิทธิภาพ
1. AAA	<input type="checkbox"/> ดำเนินการแล้วเสร็จ (เริ่ม.....เสร็จ.....) <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างดำเนินงาน <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจาก.....		<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> กลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ	<input type="checkbox"/> ดำเนินการแล้วเสร็จ (เริ่ม.....เสร็จ.....) <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างดำเนินงาน <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจาก.....		<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> กลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ
2. BBB	<input type="checkbox"/> ดำเนินการแล้วเสร็จ (เริ่ม.....เสร็จ.....) <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างดำเนินงาน <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจาก.....		<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> กลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ	<input type="checkbox"/> ดำเนินการแล้วเสร็จ (เริ่ม.....เสร็จ.....) <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างดำเนินงาน <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจาก.....		<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> กลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ
3. CCC	<input type="checkbox"/> ดำเนินการแล้วเสร็จ (เริ่ม.....เสร็จ.....) <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างดำเนินงาน <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจาก.....		<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> กลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ	<input type="checkbox"/> ดำเนินการแล้วเสร็จ (เริ่ม.....เสร็จ.....) <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างดำเนินงาน <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจาก.....		<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> กลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ

การระบุ หรือ แยกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้องกับผลการดำเนินงาน

การประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการทั้งหมด

ภายหลังการดำเนินงาน ครั้งที่ 1

กิจกรรมมีประสิทธิภาพ ดี ปานกลาง ต่ำ

การประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการทั้งหมด

ภายหลังการดำเนินงาน ครั้งที่ 2

กิจกรรมมีประสิทธิภาพ ดี ปานกลาง ต่ำ

รูปภาพที่ 5 เอกสารการติดตามการประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง

ทั้งนี้สามารถแบ่งระดับประสิทธิภาพของการจัดการได้ 3 ระดับ ดังนี้

ประสิทธิภาพดี (สีภายในสัญลักษณ์ความเสี่ยงเป็นสีเขียว) หมายถึง กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงานทั้งหมด สามารถจัดการ ควบคุม หรือลดระดับความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ ส่งผลให้ระดับความเสี่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่คณะ ฯ สามารถยอมรับได้ หรือ สามารถจัดการให้ความเสี่ยงนั้น ๆ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลต่อคณะ ฯ ในปัจจุบัน

ประสิทธิภาพปานกลาง (สีภายในสัญลักษณ์ความเสี่ยงเป็นสีเหลือง) หมายถึง กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงานทั้งหมด หรือส่วนใหญ่ สามารถจัดการ ควบคุม หรือลดระดับความเสี่ยงได้บางส่วน และ/หรือ อาจมีปัจจัยภายนอกเข้ามาคุกคาม ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุมไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ

ประสิทธิภาพต่ำ (สีภายในสัญลักษณ์ความเสี่ยงเป็นสีแดง) หมายถึง กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงานทั้งหมด หรือส่วนใหญ่ไม่สามารถใช้ในการจัดการความเสี่ยงได้เลย รวมถึงมีปัจจัยภายนอกเข้ามาคุกคาม ส่งผลให้ระดับความเสี่ยงยังคงที่ หรือมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นในอนาคต

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง

การสรุปความสามารถในการจัดการความเสี่ยง พิจารณาจากระดับการยอมรับความเสี่ยง ร่วมกับประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม ผลการดำเนินการ ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง และระดับความรุนแรงที่มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด ทั้งนี้ สามารถแบ่งระดับความสามารถในการจัดการความเสี่ยงได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ 5 ประเภท ดังนี้

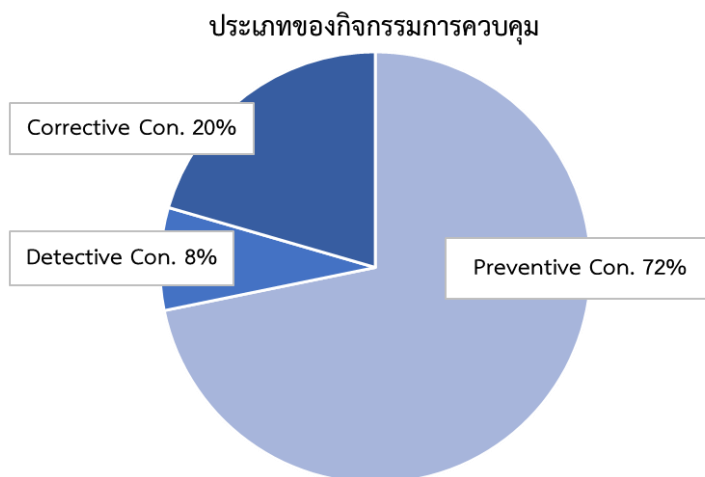
ตารางที่ 1 ระดับความสามารถในการจัดการความเสี่ยง

ความสามารถในการจัดการ ฯ (Risk Mgt. Catalog)	ประเภทความสามารถในการจัดการ ฯ (Type of Risk Management)	การยกไปดำเนินการ ปัดไป	การกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ปัดไป
ยังไม่สามารถสรุปได้	อยู่ระหว่างดำเนินการยังไม่สามารถสรุปได้	เป็นความเสี่ยง	<p>Green Zone = ไม่ต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) แต่ ถ้าพบการไม่สอดคล้องกันระหว่าง สาเหตุและผลกระทบ อาจต้องพิจารณาเพิ่มเติม</p> <p>Yellow Zone = อาจต้อง กำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เพิ่ม/ ใหม่ (โดยเฉพาะความเสี่ยงที่คงที่มานาน)</p> <p>Orange Zone = ควรกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เพิ่ม/ ใหม่</p> <p>Red Zone = ต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เพิ่ม/ ใหม่</p>
สามารถจัดการความเสี่ยงได้	<p>ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ (ไม่อยู่ใน Risk Map ไม่สามารถวัดได้ตามเกณฑ์)</p> <p>เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ (ต้องอยู่ใน Green-Yellow zone และ ต้องไม่อยู่ใน Red-Orange zone ใน Risk Map)</p>	<p>ไม่ควร</p> <p>เป็นความเสี่ยง</p>	-
	<p>เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง (ต้องไม่อยู่ใน Green zone ใน Risk Map กิจกรรมการควบคุม+KRI ควบคุมได้บ้าง)</p>	ต้องเป็นความเสี่ยง	<p>Yellow Zone = อาจต้อง กำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เพิ่ม/ ใหม่ (โดยเฉพาะความเสี่ยงที่คงที่มานาน)</p> <p>Orange Zone = ควรกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เพิ่ม/ ใหม่</p> <p>Red Zone = ต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เพิ่ม/ ใหม่</p>
ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้	<p>ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ (กิจกรรมการควบคุม+KRI ไม่สามารถควบคุม ความเสี่ยงได้ หรือมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น)</p>	ต้องเป็นความเสี่ยง	จำเป็นต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เพิ่ม/ ใหม่

ผลการจัดการความเสี่ยง

ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยง

จากความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561 ทั้งสิ้น 39 ความเสี่ยง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ใช้กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงแบบป้องกัน (Preventive Control) ในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต มากที่สุดถึงร้อยละ 72 ($28 \times 100 / 39$) ของความเสี่ยงทั้งหมด และใช้กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงแบบแก้ไข (Corrective Control) ในการแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน (สาเหตุ) ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง ร้อยละ 20 ($8 \times 100 / 39$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ในขณะที่ใช้กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงแบบค้นหา (Detective Control) ในการค้นหาข้อควรพัฒนา (Weaknesses/ Threats) ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงน้อยที่สุด เพียงร้อยละ 8 ($3 \times 100 / 39$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ตามที่แสดงในรูปภาพที่ 6



รูปภาพที่ 6 ประเภทของกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง

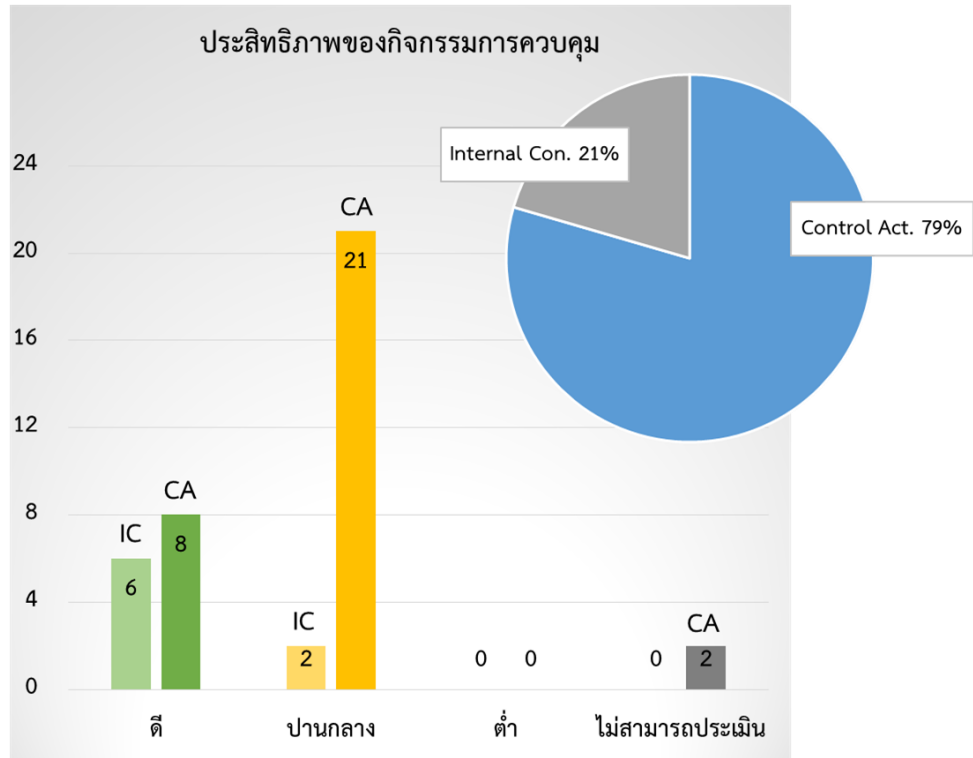
และจากการดำเนินการดังกล่าว คณะ ฯ สามารถดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยง ได้ผลการจัดการความเสี่ยงตามมุมมองต่าง ๆ ดังนี้

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง

จากการสอบทานลักษณะแผนการจัดการความเสี่ยงของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ประจำปีงบประมาณ 2561 พบว่า คณะ ฯ ใช้กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการ (Control Activity) และ กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) เป็นแผนการจัดการความเสี่ยง ดังนี้

- ใช้กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการ (Control Activity) เป็นแผนในการจัดการความเสี่ยง มากถึงร้อยละ 79 (31x100/39) ส่วนใหญ่พบในความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงถึงสูงมาก เนื่องจากกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) หรืองานประจํานั้นไม่เพียงพอในการควบคุม หรือจัดการความเสี่ยง
- ใช้กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน หรืองานประจํา (Internal Control) เป็นแผนในการจัดการความเสี่ยงถึงร้อยละ 21 (8x100/39) พบครอบคลุมตั้งแต่ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำถึงสูงมาก โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้
 - ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยง “ต่ำ-ปานกลาง” ส่วนใหญ่มีการดำเนินการมาแล้วระยะหนึ่ง และพบว่ากิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน หรืองานประจํา (Internal Control) เพียงพอในการควบคุมหรือจัดการความเสี่ยง ให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้
 - ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยง “สูง-สูงมาก” ต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการ (Control Activity) เป็นแผนในการจัดการความเสี่ยง แต่ระดับความเสี่ยงกลับถูกควบคุมด้วยกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน หรืองานประจํา (Internal Control) เนื่องจากกิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการ (Control Activity) ยังอยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนระยะยาว ยังไม่สามารถนำมาใช้ดำเนินการในการจัดการความเสี่ยงได้

ดังนั้นการพิจารณาประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561 จึงพิจารณาจากความสามารถของกิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการ (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) ที่ส่งผลต่อระดับโอกาสเกิด และ/หรือ ระดับผลกระทบของความเสี่ยง ภายหลังการดำเนินการจัดการความเสี่ยง ได้ผลตามรูปภาพที่ 7 ดังนี้



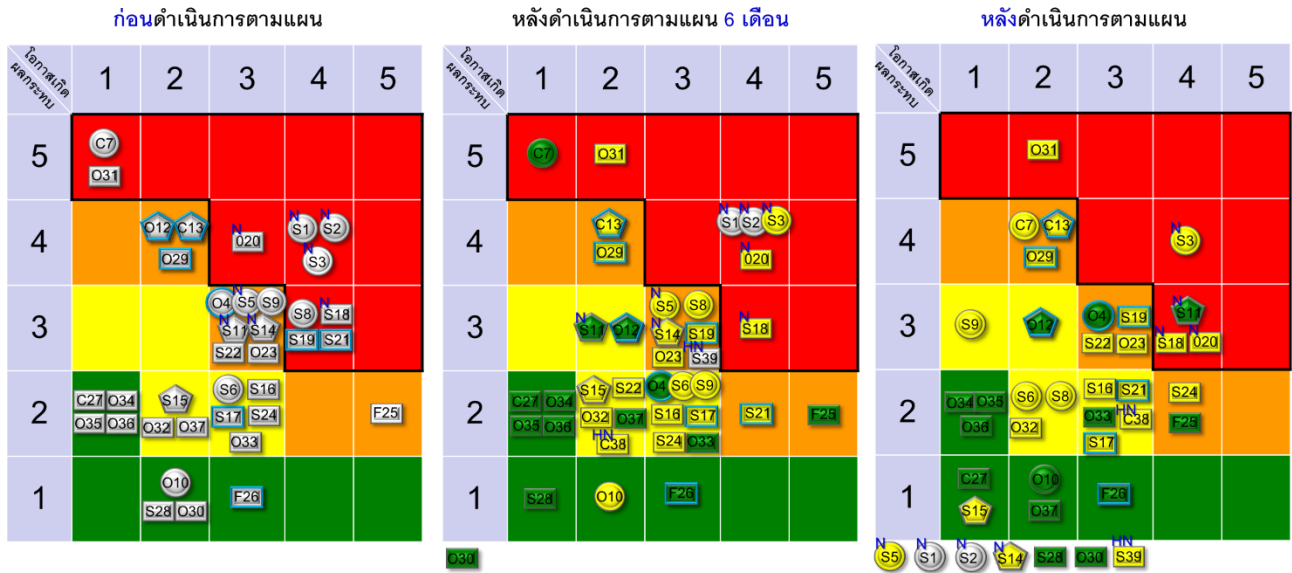
รูปภาพที่ 7 ภาพรวมประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง

จากภาพรวมประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561 พบความเสี่ยงที่ไม่สามารถประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 5 ($2 \times 100 / 39$) ของความเสี่ยงทั้งหมด เนื่องจากคณะกรรมการการศึกษา ฯ โดยรองคณบดีฝ่ายการศึกษา มีมติให้ความเสี่ยงดังกล่าวไม่เป็นความเสี่ยงในปีงบประมาณ 2561 และให้ปรับเป็นความเสี่ยงใหม่ให้เหมาะสมขึ้น เพื่อดำเนินการในปีงบประมาณ 2562 ต่อไป

ดังนั้น เมื่อพิจารณาจากความเสี่ยงที่สามารถประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมได้ พบว่าความเสี่ยงส่วนใหญ่มีกิจกรรมการควบคุมภายหลังการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง (Yellow) มากถึงร้อยละ 59 ($23 \times 100 / 39$) ของความเสี่ยงทั้งหมด แบ่งเป็นความเสี่ยงที่ใช้กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการ (Control Activity) ร้อยละ 91 ($21 \times 100 / 23$) และใช้กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) ร้อยละ 9 ($2 \times 100 / 23$) ของความเสี่ยงที่มีกิจกรรมการควบคุมภายหลังการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง (Yellow) ทั้งหมด เนื่องจากกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงเหล่านี้ยังอยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยงระยะยาว ไม่สามารถแสดงประสิทธิผลในการจัดการความเสี่ยงได้อย่างชัดเจน และ/หรือ ต้องมีการดำเนินงานร่วมกับหลายฝ่ายงานหรือหลายบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุมไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ ในขณะที่พบความเสี่ยงที่กิจกรรมการควบคุมภายหลังการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพในระดับดี (Green) เพียงร้อยละ 36 ($14 \times 100 / 39$) ของความเสี่ยงทั้งหมด เป็นความเสี่ยงที่ใช้กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการ (Control Activity) เป็นแผนในการจัดการความเสี่ยงร้อยละ 57 ($8 \times 100 / 14$) และใช้กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) เป็นแผนในการจัดการความเสี่ยงร้อยละ 43 ($6 \times 100 / 14$) ของความเสี่ยงที่มีกิจกรรมการควบคุมภายหลังการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพในระดับดี (Green) ทั้งหมด โดยส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำ ที่ได้รับการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพมาระยะหนึ่ง หรือเป็นความเสี่ยงที่สามารถจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง หรือไม่เป็นความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง

จากประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงดังกล่าว ส่งผลให้ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการตามกิจกรรมการควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้



รูปภาพที่ 8 ภาพรวม Risk Map – Dashboard

ระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น จำนวน 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 13 (5x100/39) ของความเสี่ยงทั้งหมด เนื่องจากกิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการ (Control Activity) ยังอยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนระยะยาว และส่วนใหญ่ไม่สามารถดำเนินการได้ตามตัวชี้วัดที่กำหนด ในขณะที่พบปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้จากการบริหารทรัพยากรที่ไม่มีประสิทธิภาพ และการเปลี่ยนแปลงระเบียบข้อบังคับจากภาครัฐ ส่งผลให้การดำเนินงานบางส่วนล่าช้า ระดับโอกาสเกิดจึงเพิ่มขึ้น ดังนี้

- | | | | | | |
|--------|---|-----|-----|------|-----|
| 1. S11 | ไม่ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขึ้นก้าวหน้า (AHA) | จาก | 3x3 | เป็น | 4x3 |
| 2. O20 | ระบบ HIS ที่ CNMI ไม่สามารถใช้งานได้ตามที่กำหนด | จาก | 3x4 | เป็น | 4x3 |
| 3. S24 | ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า | จาก | 3x2 | เป็น | 4x2 |
| 4. O31 | การเกิดอัคคีภัย | จาก | 1x5 | เป็น | 2x5 |
| 5. C38 | ความเสี่ยงจากการผิด พรบ. การจัดซื้อจัดจ้างใหม่ | จาก | 2x2 | เป็น | 3x2 |

ระดับความเสี่ยงคงที่ จำนวน 16 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 41 (16x100/39) ของความเสี่ยงทั้งหมด พบกระจายตัวใน Risk Map – Dashboard ทั้งใน Green Zone ไปจนถึง Red Zone เนื่องจาก 3 สาเหตุ ดังนี้

1. เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำ ถึงระดับความเสี่ยงปานกลาง ที่ได้รับการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพมาแล้วระยะหนึ่ง สามารถควบคุมให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่คณะ ฯ สามารถยอมรับให้เกิดขึ้นได้
2. เป็นผลจากนโยบายการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงของคณะ ฯ ที่กำหนดให้การติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ต้องเสร็จสิ้นก่อนการเริ่มประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณต่อไป⁷ ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุม และตัวชี้วัดความเสี่ยง (Key Risk Indicator) ทั้งตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) และตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) ที่ต้องดำเนินงานตามปีงบประมาณ ปีการศึกษา ปีปฏิทิน หรือแผนตามโครงการต่อเนื่องระยะยาวที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงาน เพื่อใช้ในการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการได้
3. พบปัจจัยที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ และไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงระเบียบข้อบังคับจากภาครัฐ ความหลากหลายของฝ่ายงาน ไปจนถึงความแตกต่างของบุคคล ฯลฯ ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุมไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยง คงที่ มีดังนี้

1.	S3	การเลือกเข้าศึกษาในระดับสูง (Ranking)	คงที่ ที่ระดับ	4x4
2.	S4	จำนวนและคุณภาพของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่สมัครเข้ารับการศึกษาฝึกอบรมไม่ได้ตามเป้าหมาย	คงที่ ที่ระดับ	3x3
3.	O10	ขาดแคลนบุคลากรที่มีความเหมาะสมด้าน Competency	คงที่ ที่ระดับ	2x1
4.	C13	การถูกฟ้องร้องจากกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาล	คงที่ ที่ระดับ	2x4
5.	S16	ขาดการสนับสนุนด้านการสรรสร้างพันธกิจเชิงรุก	คงที่ ที่ระดับ	3x2
6.	S17	บุคลากรในคณะ ฯ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม	คงที่ ที่ระดับ	3x2
7.	S18	ขาดระบบการสร้างผู้สืบทอด (Successor) ตำแหน่งบริหารระดับต้นและระดับกลาง (ตามเกณฑ์มหาวิทยาลัย) ที่เหมาะสม	คงที่ ที่ระดับ	4x3
8.	S22	ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะ ฯ แต่ละกลุ่มได้ตามความต้องการ	คงที่ ที่ระดับ	3x3
9.	O23	มีโอกาที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยจนส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล	คงที่ ที่ระดับ	3x3
10.	F26	ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการทางด้านการบริหารงบประมาณ	คงที่ ที่ระดับ	3x1
11.	O29	ขาดการจัดการด้านการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ	คงที่ ที่ระดับ	2x4
12.	O32	บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน	คงที่ ที่ระดับ	2x2
13.	O33	การจัดการขยะไม่ได้ตามมาตรฐานสากล	คงที่ ที่ระดับ	3x2
14.	O34	อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการยานพาหนะ	คงที่ ที่ระดับ	1x2
15.	O35	กระแสไฟฟ้าขัดข้อง (เนื่องจากกระแสไฟฟ้าไม่เพียงพอ)	คงที่ ที่ระดับ	1x2
16.	O36	น้ำประปาสำหรับอุปโภคบริโภค มีการปนเปื้อน	คงที่ ที่ระดับ	1x2

ระดับความเสี่ยงลดลง จำนวน 11 ความเสี่ยง คิดเป็น ร้อยละ 28 (11x100/39) ของความเสี่ยงทั้งหมด กระจายตัวใน Risk Map – Dashboard ทั้งใน Green Zone ไปจนถึง Orange Zone โดยพบว่า ความเสี่ยงเหล่านี้ ส่วนใหญ่มีกิจกรรมควบคุมและตัวชี้วัดความเสี่ยง (Key Risk Indicator) ที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนประจำปี งบประมาณ แผนตามปีการศึกษา แผนตามปีปฏิทิน หรือแผนตามโครงการต่อเนื่องระยะยาว ที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ในปัจจุบัน ดังนั้น การปรับลดระดับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น จึงเป็นผลจากการคาดการณ์แนวโน้มผลการดำเนินการ ประกอบกับการพิจารณาข้อมูลแวดล้อม ตามมุมมองการบริหารความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยง แผนการประเมินโดยใช้ผลการดำเนินการจริง ดังนี้

1.	S6	ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติไม่ได้ตามเป้าหมาย	จาก	3x2	เป็น	2x2
2.	C7	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีถูกฟ้องร้องด้านการวิจัยในคน	จาก	1x5	เป็น	2x4
3.	S8	ตัวชี้วัดของกิจกรรมอื่น ๆ ใน MOU นอกเหนือจากนักศึกษาแลกเปลี่ยน ไม่ได้ตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์คณะ ฯ และมหาวิทยาลัย (Research Collaborative/ Medical Conference)	จาก	4x3	เป็น	2x2
4.	S9	จำนวนอาจารย์ชาวต่างชาติจากสถาบันการศึกษาอื่นในต่างประเทศที่ มหาวิทยาลัยหรือส่วนงานเชิญมาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการสอนหรือวิจัย หรือบริหารการศึกษาหรือเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการให้แก่ศึกษาไม่ เป็นไปตามเป้าหมาย	จาก	3x3	เป็น	1x3
5.	O12	การเกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรจะสามารถป้องกันได้ (Preventable Event) ทำให้ รพ. ต้องให้การเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว	จาก	2x4	เป็น	2x3
6.	S15	ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในด้านการหารายได้ของศูนย์สนับสนุน พันธกิจตามที่ศูนย์ ฯ ตั้งไว้	จาก	2x2	เป็น	1x1
7.	S19	ไม่สามารถสรรหากำลังคนในตำแหน่งที่สำคัญ (Key Position) ได้ทันต่อ การเปิดสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์	จาก	4x4	เป็น	3x3
8.	S21	ระบบ HIS ที่ CNMI ไม่สามารถใช้งานได้ตามที่กำหนด	จาก	4x4	เป็น	3x2
9.	F25	ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล	จาก	5x2	เป็น	4x2
10.	C27	เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vender)	จาก	1x2	เป็น	1x1
11.	O37	คณะ ฯ ยังไม่สามารถจัดทำแผนการปรับปรุงตามโอกาสพัฒนา (OFI) ที่ได้รับจากการตรวจประเมินจากมหาวิทยาลัย	จาก	2x2	เป็น	2x1

ระดับความเสี่ยงไม่สามารถวัดได้ตามเกณฑ์ (ไม่ส่งผลต่อคณะ ฯ) เคลื่อนที่ออกจาก Risk Map-Dashboard และไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 7 ความเสี่ยง คิดเป็น ร้อยละ 18 (7x100/39) ของความเสี่ยงทั้งหมด ทั้งนี้สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยง ได้ 2 ลักษณะ ดังนี้

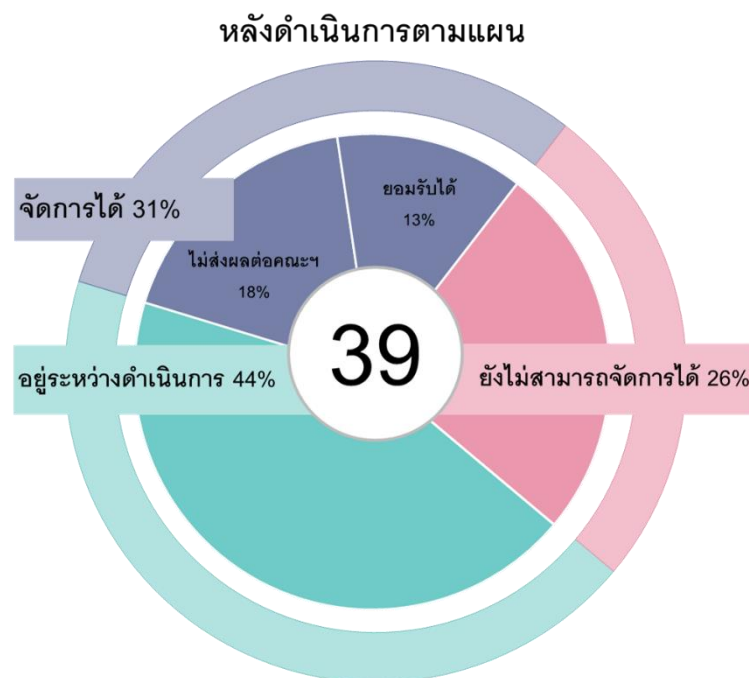
- เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยง “ต่ำ” สามารถใช้กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน หรือ งานประจำ (Internal Control) ในการควบคุมความเสี่ยง ให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ มาแล้วระยะหนึ่ง และพบว่าในปีงบประมาณ 2562 กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน หรือ งานประจำ (Internal Control) ดังกล่าว มีประสิทธิภาพดี เพียงพอในการจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อคณะ ฯ ได้
- เป็นผลจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยง ดังนี้
 - ความเสี่ยง S1 และ S2 ยกเลิกความเสี่ยง เนื่องจากคณะกรรมการการศึกษาฯ โดยรองคณบดีฝ่ายการศึกษา มีมติให้ความเสี่ยงดังกล่าวไม่เป็นความเสี่ยงในปีงบประมาณ 2561 และให้ปรับเป็นความเสี่ยงใหม่ที่เหมาะสมขึ้น เพื่อดำเนินการในปีงบประมาณ 2562 ต่อไป
 - เป็นผลจากการคาดการณ์แนวโน้มผลการดำเนินการ ประกอบกับการพิจารณาข้อมูลแวดล้อม โดยคาดว่าจะสามารถจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อคณะ ฯ ได้จากการทำงานร่วมกันหลายส่วนงาน รวมถึงการมีข้อสัญญาประกันผลการดำเนินงานตามดัชนีชี้วัดผลความสำเร็จของงาน (Key Performance Indicator) และ ตัวชี้วัดความเสี่ยง (Key Risk Indicator) ที่ชัดเจน

ความเสี่ยงที่ไม่สามารถวัดระดับได้ตามเกณฑ์ และเคลื่อนที่ออกจาก Risk Map-Dashboard มีดังนี้

- | | | | | |
|----|-----|--|--------------|-----|
| 1. | S1 | ผลลัพธ์การ Implement หลักสูตรทางการศึกษาไม่ได้บัณฑิตตาม คุณลักษณะ Transformative Leader | หลุดจากระดับ | 3x2 |
| 2. | S2 | ไม่สามารถจัดระบบบริการ ให้รองรับกับแนวทางการจัดการเรียนการสอน ที่กำหนดได้ | หลุดจากระดับ | 1x5 |
| 3. | S5 | งานวิจัยคณะ ฯ ไม่สามารถตอบสนองนโยบาย Thailand 4.0 (ในสำนักงานวิจัยเชิงนวัตกรรมและเชิงพาณิชย์) | หลุดจากระดับ | 4x3 |
| 4. | S14 | ศูนย์ความเป็นเลิศของคณะ ฯ ไม่สามารถเป็น Excellence Center ในระดับสากล ได้ตามวัตถุประสงค์ที่คณะ ฯ ต้องการ | หลุดจากระดับ | 3x3 |
| 5. | S28 | การเข้าถึงสถานีรามาชาเนลน้อย เนื่องจากช่องทางที่จำกัด | หลุดจากระดับ | 2x4 |
| 6. | O30 | การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของกลุ่มเป้าหมายทั้งภายในและภายนอกคณะ ฯ ไม่มีประสิทธิภาพ | หลุดจากระดับ | 2x2 |
| 7. | S39 | การขอตำแหน่งทางวิชาการของคณาจารย์ไม่ได้ตามเป้าหมายที่คณะ ฯ กำหนด | หลุดจากระดับ | 3x3 |

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง

จากความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561 ทั้งสิ้น 39 ความเสี่ยง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สามารถดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยง ได้ผลการจัดการความเสี่ยง ดังนี้



รูปภาพที่ 9 ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยงปีงบประมาณ 2561

สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ทั้งสิ้น 12 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 31 ($12 \times 100 / 39$) ของความเสี่ยงทั้งหมด สามารถแบ่งตามความสามารถของการจัดการได้ 2 ประเภท ดังนี้

1. **ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ** ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 7 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 18 ($7 \times 100 / 39$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ความเสี่ยงกลุ่มนี้มีลักษณะสำคัญ คือ ภายหลังจากดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยง คณะฯ สามารถจัดการให้ระดับโอกาสเกิดและผลกระทบต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยอาจกลายเป็นความเสี่ยงระดับฝ่ายงานหรือเป็นปัญหา รวมถึงเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า ส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง และส่วนหนึ่งเป็นผลจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยงตามที่ได้อธิบายไว้ในหัวข้อ ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง ย่อหน้าระดับความเสี่ยงไม่สามารถวัดได้ตามเกณฑ์
2. **เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้** ต้องยกไปดำเนินการในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 13 ($5 \times 100 / 39$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ความเสี่ยงกลุ่มนี้มีลักษณะสำคัญคือ ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำถึงปานกลาง ใช้กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบันหรืองานประจำ (Internal Control) ในการควบคุมความเสี่ยง และมีการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า ส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ระดับความเสี่ยงหลังการดำเนินการส่วนใหญ่จึงอยู่ในระดับ ต่ำ ดังนั้นความเสี่ยงที่สามารถจัดการให้เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ มีดังนี้

1. C27 เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vender)
2. O34 อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการยานพาหนะ
3. O35 กระแสไฟฟ้าขัดข้อง (เนื่องจากกระแสไฟฟ้าไม่เพียงพอ)
4. O36 น้ำประปาสำหรับอุปโภคบริโภค มีการปนเปื้อน
5. O37 คณะฯ ยังไม่สามารถจัดทำแผนการปรับปรุงตามโอกาสพัฒนา (OFI) ที่ได้รับจากการตรวจประเมินจากมหาวิทยาลัย

ยังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ ต้องยกไปดำเนินการในปีงบประมาณ 2562 ทั้งสิ้น 10 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 26 (10x100/39) ของความเสี่ยงทั้งหมด โดยในปีงบประมาณ 2561 พบความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยง ภายหลังการดำเนินการฯ ลดลง แต่ได้รับการพิจารณาให้เป็นความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการได้ เนื่องจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงและระดับการยอมรับความเสี่ยงจากเจ้าของความเสี่ยง แต่ในภาพรวมพบว่า ความเสี่ยงกลุ่มนี้มีลักษณะสำคัญคือ ระดับความเสี่ยงหลังการดำเนินการยังคงอยู่ในระดับที่สูง หรือเพิ่มระดับเป็นสูงมาก ส่วนใหญ่เป็น ความเสี่ยงสำคัญตามธรรมชาติของงานที่ต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และแม้จะสามารถควบคุมให้ระดับความเสี่ยงลดลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ความเสี่ยงเหล่านี้ก็ยังคงเป็นความเสี่ยงที่ต้องได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่พบว่าบางความเสี่ยง เป็นความเสี่ยงขนาดใหญ่ที่มีกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ยังอยู่ระหว่างดำเนินการและต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายส่วนงาน จึงยังไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการจัดการความเสี่ยงที่ชัดเจนได้ รวมถึงเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า ส่วนใหญ่ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ความเสี่ยงเหล่านี้จึงจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาปรับปรุง เพิ่ม-ลด หรือพัฒนาแผนฯ ในปีงบประมาณ 2562 ต่อไป ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง มีดังนี้

1. O4 จำนวนและคุณภาพของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่สมัครเข้ารับการศึกษามือถือบรรมไม่ได้ตามเป้าหมาย
2. C7 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีถูกฟ้องร้องด้านการวิจัยในคน
3. O12 การเกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรจะสามารถป้องกันได้ (Preventable Event) ทำให้ รพ. ต้องให้การเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว
4. C13 การถูกฟ้องร้องจากกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาล
5. O20 ระบบ HIS ที่ CNMI ไม่สามารถใช้งานได้ตามที่กำหนด
6. S21 การวางแผนหรือการบริหารงานภายในคณะฯ ผิดพลาดคลาดเคลื่อน เนื่องจากข้อมูลสารสนเทศไม่ถูกต้อง ไม่ครอบคลุมทุกมิติ
7. S22 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯ แต่ละกลุ่มได้ตามความต้องการ (พิจารณาทั้ง New Project และ Change Product)
8. O23 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยจนส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล
9. O24 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า
10. O31 การเกิดอัคคีภัย

ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้ ต้องยกไปดำเนินการในปีงบประมาณ 2562 ทั้งสิ้น 17 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 44 (17x100/39) ของความเสี่ยงทั้งหมด ซึ่งเป็นสัดส่วนผลการจัดการความเสี่ยงที่มากที่สุดในปีงบประมาณ 2561 และมากกว่าปีงบประมาณ 2560 ที่มีผลการจัดการความเสี่ยงกลุ่มนี้ที่ร้อยละ 37 โดยเป็นผลจากนโยบายการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงของคณะ ฯ ที่กำหนดให้ดำเนินการเสร็จสิ้นก่อนการเริ่มประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณต่อไป⁸ ส่งผลให้ความเสี่ยงส่วนใหญ่ซึ่งมีกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการ (Control Activity) และตัวชี้วัดความเสี่ยง (Key Risk Indicator) ทั้งตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) และตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) ยังอยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนประจำปีงบประมาณ แผนตามปีการศึกษา แผนตามปีปฏิทิน หรือแผนตามโครงการต่อเนื่องระยะยาวที่เกี่ยวข้องกับระบบงานใหญ่ ๆ ของคณะ ฯ ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ในปัจจุบัน หรือแม้จะสามารถรายงานได้ แต่ผลการดำเนินการกลับไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากการเก็บข้อมูลหลัอมกับรอบการติดตามความเสี่ยงของคณะ ฯ ประกอบด้วยความเสี่ยงดังนี้

1. S3 การเลือกเข้าศึกษาในระดับสูง (Ranking)
2. S6 ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติไม่ได้ตามเป้าหมาย
3. S8 ตัวชี้วัดของกิจกรรมอื่น ๆ ใน MOU นอกเหนือจากนักศึกษาแลกเปลี่ยนไม่ได้ตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์คณะ ฯ และมหาวิทยาลัย (Research Collaborative/ Medical Conference)
4. S9 จำนวนอาจารย์ชาวต่างชาติจากสถาบันการศึกษาอื่นในต่างประเทศ ที่มหาวิทยาลัยหรือสำนักงานเชิญมาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการสอนหรือวิจัย หรือบริหารการศึกษาหรือเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการให้แก่ นักศึกษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
5. O10 ขาดแคลนบุคลากรที่มีความเหมาะสมด้าน Competency
6. S11 ไม่ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า (AHA)
7. S15 ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในด้านการหารายได้ของศูนย์สนับสนุนพันธกิจตามที่ศูนย์ ฯ ตั้งไว้
8. S16 ขาดการสนับสนุนด้านการสรรสร้างพันธกิจเชิงรุก
9. S17 บุคลากรในคณะ ฯ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม
10. S18 ขาดระบบการสร้างผู้สืบทอด (Successor) ตำแหน่งบริหารระดับต้นและระดับกลาง (ตามเกณฑ์มหาวิทยาลัย) ที่เหมาะสม
11. S19 ไม่สามารถสรรหากำลังคนในตำแหน่งที่สำคัญ (Key Position) ได้ทันต่อการเปิดสถาบันการแพทย์ จักรีนฤบดินทร์
12. F25 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล
13. F26 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการทางด้านการบริหารงบประมาณ
14. O29 ขาดการจัดการด้านการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ
15. O32 บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน
16. O33 การจัดการขยะไม่ได้ตามมาตรฐานสากล
17. O38 ความเสี่ยงจากการผิด พรบ. การจัดซื้อจัดจ้างใหม่

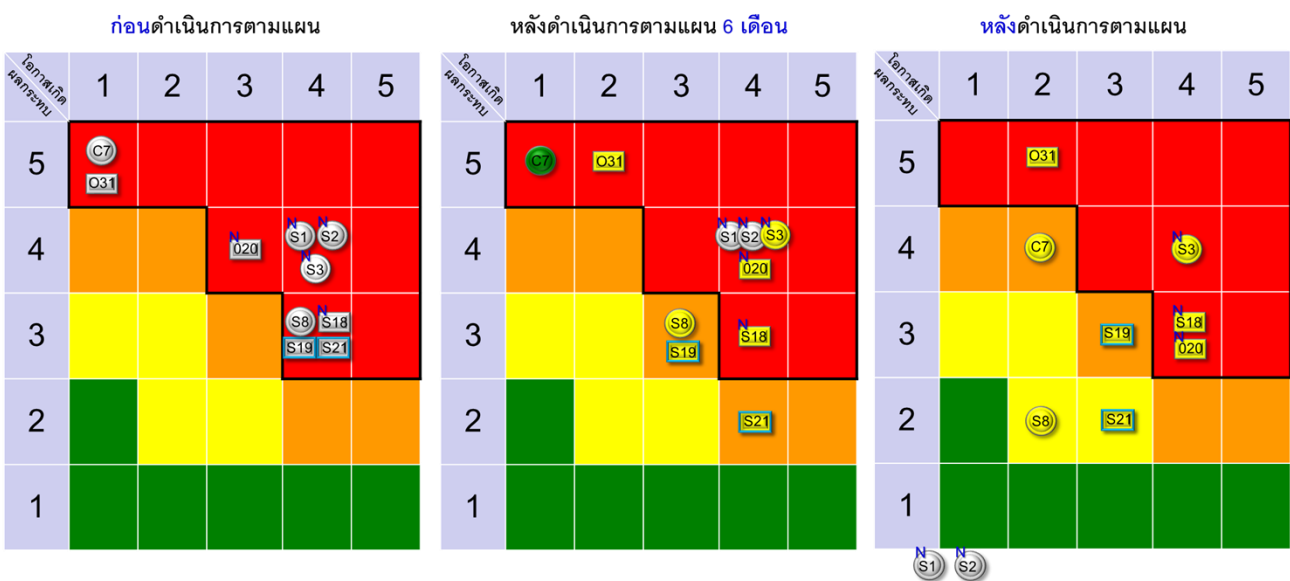
⁸ มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะ ฯ 11/ 2557

จากความสามารถในการจัดการความเสี่ยงดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า ความเสี่ยงที่ต้องยกไปดำเนินการจัดการต่อในปีงบประมาณ 2562 มีทั้งสิ้น 32 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 85 ($32 \times 100 / 39$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วย ความเสี่ยงที่สามารถจัดการให้เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 15 ($5 \times 100 / 39$) ของความเสี่ยงทั้งหมด ความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ 10 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 26 ($10 \times 100 / 39$) ของความเสี่ยงทั้งหมด และ ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้ 17 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 44 ($17 \times 100 / 39$) ของความเสี่ยงทั้งหมด

ผลการจัดการความเสี่ยงแยกตามระดับความรุนแรง

ผลการจัดการความเสี่ยงใน Red Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะ ฯ)

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงมาก เป็นความเสี่ยงสำคัญของคณะ ฯ มี 10 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 26 (10x100/39) ของความเสี่ยงทั้งหมด ภายหลังจากดำเนินการจัดการความเสี่ยง พบว่าต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2562 ถึง 8 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 80 (8x100/10) ของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงมากทั้งหมด ประกอบด้วย “ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้” จำนวน 4 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 40 (4x100/10) และ “ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง” จำนวน 4 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 40 (4x100/10) ของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงทั้งหมด ทั้งนี้พบความเสี่ยงที่ “ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ” จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 20 (2x100/10) ของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงทั้งหมดเช่นกัน เมื่อพิจารณาลักษณะความเสี่ยงและผลการจัดการความเสี่ยงในภาพรวม พบว่าส่วนใหญ่ยังอยู่ระหว่างการดำเนินงานตามแผนประจำปีงบประมาณ ปีการศึกษา หรืออยู่ระหว่างการดำเนินงานตามโครงการต่อเนื่องระยะยาวที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ รวมถึงพบปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ความซับซ้อนและไม่ชัดเจนของโครงสร้างการกำกับดูแล (Governance Structure) ความหลากหลายของฝ่ายงาน ความแตกต่างของบุคคล ไปจนถึงการไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคลได้ ฯลฯ ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุมไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ในภาพรวมจึงอยู่ที่ระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่ยัง “ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” เนื่องจากตัวชี้วัดความเสี่ยงส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่มีผลการดำเนินงานสัมพันธ์กับแผนประจำปีงบประมาณ ปีการศึกษา หรือกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ซึ่งยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ ทั้งนี้พบการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงจากการคาดการณ์แนวโน้มผลการดำเนินการ แทนการประเมินโดยใช้ผลการดำเนินการจริงในความเสี่ยงกลุ่มนี้ด้วย ดังนั้นผลการจัดการความเสี่ยงบางส่วน จึงเป็นผลสรุปจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) เป็นหลัก โดยมีรายละเอียดความเสี่ยง ดังนี้



รูปภาพที่ 10 Risk Map-Dashboard Red Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะ ฯ)

Cluster Education and Research จำนวน 5 ความเสี่ยง

ด้านการศึกษา 3 ความเสี่ยง

S1 ผลลัพธ์การ Implement หลักสูตรทางการศึกษาไม่ได้บันทึกตามคุณลักษณะ

Transformative Leader

S2 ไม่สามารถจัดระบบบริการให้รองรับกับแนวทางการจัดการเรียนการสอนที่กำหนดได้

ความเสี่ยง S1 และ S2 เป็นความเสี่ยงใหม่ที่ได้รับการประเมินในปีงบประมาณ 2561 ที่สอดคล้องกับระบบสำคัญหลัก ๆ ของคณะ ฯ ทั้งการศึกษาและการดูแลสุขภาพ ตลอดจนสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ระดับมหาวิทยาลัยมหิดลโดยตรง แต่จากที่ประชุมคณะกรรมการการศึกษา ฯ โดยรองคณบดีฝ่ายการศึกษาทั้งหมดร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ในวาระการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561 และการประเมินความเสี่ยงปีงบประมาณ 2562 มีมติให้ความเสี่ยงเหล่านี้ “ไม่เป็นความเสี่ยงในปีงบประมาณ 2561” และให้ปรับเป็นความเสี่ยงใหม่ที่เหมาะสมขึ้น เพื่อดำเนินการในปีงบประมาณ 2562 ต่อไป ดังนั้นความเสี่ยงทั้งสองนี้จึงไม่มีข้อมูลผลการจัดการความเสี่ยงในปีงบประมาณ 2561

S3 การเลือกเข้าศึกษาในระดับสูง (Ranking) เป็นความเสี่ยงใหม่ที่ได้รับการประเมินในปีงบประมาณ 2561 และปัจจุบันอยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนประจำปีการศึกษา ซึ่งพบว่าเหลือกับระยะเวลาในการติดตามข้อมูลของคณะ ฯ จึงส่งผลให้ความเสี่ยงนี้เป็น “ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้” ที่ระดับความเสี่ยงสูงมาก คงที่ ที่โอกาสเกิดระดับ 4 และผลกระทบระดับ 4 ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2562 ต่อไป เมื่อพิจารณาถึงลักษณะความเสี่ยง และผลการจัดการความเสี่ยงพบว่า เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากความกังวลในการเลือกเข้าศึกษาต่อที่คณะ ฯ ของนักเรียนจะลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสถานที่ศึกษาของนักศึกษาแพทย์ จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จังหวัดกรุงเทพมหานคร ไปยังสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ (CNMI) จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งค่อนข้างห่างไกลและเดินทางลำบาก คณะ ฯ จึงดำเนินการโดยมุ่งเน้นการสร้างการรับรู้ และจูงใจในการเข้าศึกษาต่อกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อป้องกันโอกาสเกิดความเสียหาย (Preventive Control Activity) ผ่านกิจกรรมแนะนำแนวสู่วัฒนธรรม โรงเรียนมัธยม กิจกรรม Open House มหาวิทยาลัยมหิดล และโครงการเปิดรั้วโรงเรียนแพทย์ ซึ่งพบว่ากิจกรรมดังกล่าวยังอยู่ระหว่างดำเนินการ ที่ต้องดำเนินการตามช่วงเวลาของภาคการศึกษาในโรงเรียนมัธยมเช่นเดียวกับผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ซึ่งยัง “ไม่สามารถรายงานผลตามตัวชี้วัดได้” เนื่องจากสัมพันธ์กับรอบการศึกษา ที่ยังอยู่ระหว่างการเก็บข้อมูลเช่นกัน เมื่อพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ พบว่าภูมิศาสตร์ของสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ (CNMI) ยังคงส่งผลต่อการตัดสินใจเลือก ตลอดจนพบว่าความชอบหรือความสนใจส่วนบุคคลของนักศึกษาในการเลือกศึกษาต่อ ยังคงเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงอยู่ที่ระดับปานกลาง

ด้านวิเทศสัมพันธ์ 1 ความเสี่ยง

S8 ตัวชี้วัดของกิจกรรมอื่น ๆ ใน MOU นอกเหนือจากนักศึกษาแลกเปลี่ยนไม่ได้ตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์คณะ ฯ และมหาวิทยาลัย (Research Collaborative/ Medical Conference) ยังคงเป็น “ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้” ต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2560 โดยที่ระดับความเสี่ยงลดลงจากระดับสูงมาก ที่โอกาสเกิดระดับ 4 ผลกระทบระดับ 3 มาอยู่ที่ระดับปานกลาง ที่โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 2 ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2562 ต่อไป เมื่อพิจารณาลักษณะความเสี่ยง และผลการจัดการความเสี่ยง พบว่าคณะ ฯ ยังคงดำเนินการโดยใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีลักษณะเป็นการควบคุมแบบแก้ไข (Corrective Control) ต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2560 และยังคงอยู่ระหว่างดำเนินการจนถึงปัจจุบัน โดยพบว่า กิจกรรมดังกล่าวมีลักษณะเป็นการส่งเสริม กระตุ้น และผลักดันให้เกิดข้อตกลงความร่วมมือ ซึ่งจะเกิดขึ้นได้จากความสมัครใจ หรือความพร้อมในการดำเนินการกิจกรรมนั้น ๆ ไม่ได้เกิดจากการใช้กฎข้อบังคับในการดำเนินการ จึงเป็นปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ซึ่งได้รับการปรับระหว่างปีงบประมาณ พบว่ามีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่ “สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย ที่กำหนดในภาพรวม” ทั้งจำนวน Active MOU และจำนวนกิจกรรมด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น แต่ไม่มีการรายงานผลแยกตามกิจกรรม โดยเฉพาะใน Research Collaborative และ Medical Conference ซึ่งเป็นกิจกรรมตามชื่อความเสี่ยง จึงอาจกล่าวได้ว่า ตัวชี้วัดของความเสี่ยงที่ได้รับการปรับระหว่างปีงบประมาณนี้ มีประสิทธิภาพในการเป็นตัวเตือนต่ำ เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) ควรพิจารณาตัวชี้วัดความเสี่ยงใหม่ ให้สามารถใช้เป็นตัวเตือนเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณต่อไป แต่เมื่อพิจารณาจากผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงซึ่งสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่มีการปรับใหม่ ร่วมกับการดำเนินการเชิงรุกที่มีการดำเนินการต่อเนื่อง เจ้าของความเสี่ยงจึงพิจารณาปรับระดับความเสี่ยงให้ลดลง จากระดับสูงมาก มาอยู่ที่ระดับปานกลาง ตามที่ได้กล่าวไปข้างต้น

ด้านวิจัย 1 ความเสี่ยง

C7 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีถูกฟ้องร้องด้านการวิจัยในคน เป็นความเสี่ยงสำคัญจากลักษณะธรรมชาติของงานด้านการวิจัยในคน ที่ได้รับการประเมินตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 โดยในปีงบประมาณ 2561 ได้รับการประเมินให้เป็น “ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง” แต่สามารถจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลงจากระดับสูงมาก ที่โอกาสเกิดระดับ 1 ผลกระทบระดับ 5 มาอยู่ที่ระดับสูง ที่โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 4 ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2562 ต่อไป เมื่อพิจารณาลักษณะความเสี่ยง และผลการจัดการความเสี่ยง พบว่าคณะ ฯ เน้นการดำเนินการเพื่อป้องกัน โอกาสที่จะถูกฟ้องร้องด้านการวิจัยในคน (Preventive Control) ทั้งในกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) และกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 แต่ในปีงบประมาณ 2561 พบจำนวนข้อร้องเรียนที่เกิดจากการดำเนินการวิจัยในคน เกินกว่าเป้าหมายตามตัวชี้วัดความเสี่ยงที่กำหนด เนื่องจากปัจจุบันมีช่องทางในการแจ้งเรื่องร้องเรียน และการสนับสนุนให้แจ้งเรื่องร้องเรียนมากขึ้น รวมถึงพบว่าความหลากหลายของบุคคล ส่งผลให้การรับรู้และความคาดหวังที่แตกต่างกันในการดำเนินการวิจัย จำนวนข้อร้องเรียนที่เกิดจากการดำเนินการวิจัยในคนจึงเพิ่มขึ้น ผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงจึง “ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” เป็นตัวเตือนว่าความเสี่ยงนี้มี

แนวโน้มที่จะเกิดเป็นความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในอนาคต ตามลักษณะของตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) จึงพิจารณาปรับโอกาสเกิดเพิ่มขึ้นจากระดับ 1 เป็นโอกาสเกิดระดับ 2 แต่ในขณะเดียวกันกลับพบว่า กิจกรรมเพื่อควบคุมโอกาสเกิดความเสี่ยงเหล่านี้ ใช้เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการดำเนินการตามกระบวนการทางการวิจัยตั้งแต่ก่อนเริ่มโครงการ ทั้งจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการ การสุ่มตรวจโครงการเพื่อให้ทุกโครงการมีมาตรฐานการวิจัยในคน ล้วนส่งผลให้ปัจจัยที่นักวิจัยหรือคณะ ฯ จะเป็นผู้กระทำผิดพลาดได้อย่างชัดเจน ดังนั้นหากความเสี่ยงนี้เกิดขึ้น โอกาสที่ผลกระทบจะอยู่ในชั้นศาลอาจยังคงมีอยู่ แต่นักวิจัยหรือคณะ ฯ จะไม่ถูกตัดสินว่าผิด การพิจารณาผลกระทบภายหลังการจัดการความเสี่ยงจึงปรับระดับลดลงจากผลกระทบระดับ 5 คดีขึ้นสู่ศาลและถูกตัดสินว่าผิด เป็นผลกระทบระดับ 4 คดีอยู่ในชั้นศาล เมื่อพิจารณากิจกรรมที่มุ่งเน้นในการลดผลกระทบ พบว่าการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนเมื่อเกิดกรณีการถูกร้องเรียนหรือฟ้องร้องมีการดำเนินการต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 และยังอยู่ระหว่างการดำเนินการ ซึ่งปัจจุบันมีขั้นตอนการดำเนินการภายในฝ่ายวิจัยที่ชัดเจนขึ้น เฉพาะในกรณีที่มีข้อสงสัย ข้อร้องทุกข์ หรือข้อร้องเรียนเท่านั้น แต่สำหรับกรณีที่มีการขึ้นสู่ศาลหรือพบว่าเป็นเป็นข่าว จะเป็นการดำเนินการในระดับคณะ ฯ ตามกระบวนการของฝ่ายสื่อสารองค์กร ฝ่ายกฎหมาย คณะบดี รองคณะบดีฝ่ายวิจัย หรือทีมผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง ฝ่ายวิจัยจะดำเนินการได้ในส่วนของการสนับสนุนข้อมูลตามกระบวนการด้านการวิจัยเท่านั้น ดังนั้นการประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ของความเสี่ยงนี้จึงอยู่ในระดับปานกลาง

Cluster Professional Service จำนวน 5 ความเสี่ยง

ด้านทรัพยากรบุคคล 2 ความเสี่ยง

S18 ขาดระบบการสร้างผู้สืบทอด (Successor) ตำแหน่งบริหารระดับต้นและระดับกลาง (ตามเกณฑ์มหาวิทยาลัย) ที่เหมาะสม เป็นความเสี่ยงใหม่ที่มีการดำเนินการในปีงบประมาณ 2561 และได้รับการประเมินให้เป็น “ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้” ที่ระดับความเสี่ยงสูงมากครั้งที่ โอกาสเกิดระดับ 4 และผลกระทบระดับ 3 ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2562 ต่อไปเมื่อพิจารณาลักษณะความเสี่ยง และผลการจัดการความเสี่ยง พบว่า ความเสี่ยงนี้เกิดจากคณะ ฯ ขาดระบบการสร้างผู้สืบทอด ซึ่งเป็นระบบสำคัญที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ด้านที่ 5 Professional Support Excellence: พัฒนามืออาชีพในสายสนับสนุน ใช่มืออาชีพสร้างงานสนับสนุนให้เป็น Best Practice ดังนั้นคณะ ฯ จึงดำเนินการปิดช่องว่างและลดโอกาสเกิดความเสี่ยง (Preventive Control Activity) โดยการกำหนดตำแหน่งผู้ที่จะดำเนินการสร้างผู้สืบทอดตำแหน่ง และจัดทำเกณฑ์การคัดเลือก รวมถึงเกณฑ์การพัฒนาบุคลากรที่มีศักยภาพ (Talent) ซึ่งปัจจุบันสามารถดำเนินการแล้วเสร็จ แต่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะ ฯ และคณะกรรมการประจำคณะ ฯ จึงยังไม่สามารถนำระบบไปใช้ดำเนินการจริงได้ การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า “ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” เนื่องจากตัวชี้วัดความเสี่ยงมีลักษณะเป็นตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) ซึ่งมีผลลัพธ์สัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เช่นกัน

S19 ไม่สามารถสรรหากำลังคนในตำแหน่งที่สำคัญ (Key Position) ได้ทันต่อการเปิดสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ ยังคงเป็น “ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้” ต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2560 โดยที่ระดับความเสี่ยงลดลงจากระดับสูงมาก ที่โอกาสเกิดระดับ 4 ผลกระทบระดับ 3 มาอยู่ที่ระดับสูง ที่โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 3 ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2562 ต่อไป เมื่อพิจารณาลักษณะความเสี่ยง และผลการจัดการความเสี่ยง พบว่าเป็นหนึ่งในความเสี่ยงที่เกิดจากเตรียมการเพื่อเปิดดำเนินการสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (CNMI) โดยฝ่ายทรัพยากรบุคคลรับผิดชอบในการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อรองรับการเปิดดำเนินการให้ทันตามที่กำหนด คณะฯ จึงดำเนินการวางแผนอัตรากำลังร่วมกับสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์เพื่อกำหนด “ตำแหน่งที่สำคัญ” พร้อมกำหนดคุณสมบัติของผู้จะดำรงตำแหน่ง ไปจนถึงกำหนดหน้าที่รับผิดชอบ และอัตราเงินเดือนที่เหมาะสม รวมถึงวางแผนการสรรหากัดเลือก ตั้งแต่แหล่งที่มาของผู้สมัคร วิธีการรับสมัคร วิธีการคัดเลือกและสัมภาษณ์ เพื่อป้องกันโอกาสเกิดความเสี่ยง (Preventive Control Activity) แต่ทั้งนี้พบว่าในปีงบประมาณ 2561 คณะฯ มีการปรับโครงสร้างภายในของสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ใหม่ ซึ่งได้รับการอนุมัติจากมหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2561 และคณะฯ ได้รับแจ้งผลเมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2561 ที่ผ่านมา ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการทบทวนแผนการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลอีกครั้ง เพื่อให้สอดคล้องกับโครงสร้างใหม่ ส่งผลให้การจัดการความเสี่ยงข้อนี้อยู่ระหว่างดำเนินการ และล่าช้ากว่าแผนที่กำหนด การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า “ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” เนื่องจาก ใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) วัตร้อยละการสรรหาอัตรากำลังตำแหน่งสำคัญตามโครงสร้างทันต่อการเปิดสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ ซึ่งเป็นผลการดำเนินงานที่สัมพันธ์กับกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินการ และไม่ทันตามระยะเวลาที่กำหนด เนื่องจากสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์เปิดดำเนินการแล้วเมื่อธันวาคม 2561 ที่ผ่านมา

ความเสี่ยงด้านสารสนเทศ 2 ความเสี่ยง

O20 ระบบ HIS ที่ CNMI ไม่สามารถใช้งานได้ตามที่กำหนด (ระบบเสร็จไม่ทัน ธันวาคม 2560 หรือเสร็จทันแต่ไม่สามารถตอบสนองผู้ใช้ได้ตามที่ต้องการ) เป็นความเสี่ยงใหม่ในปีงบประมาณ 2561 ที่ยังไม่สามารถจัดการได้ และได้รับการประเมินให้เป็น “ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง” ระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น คงที่ในระดับสูงมาก ที่โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 4 ไปอยู่ที่โอกาสเกิดระดับ 4 ผลกระทบระดับ 3 ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2562 ต่อไป เมื่อพิจารณาลักษณะความเสี่ยง และผลการจัดการความเสี่ยง พบว่า เป็นหนึ่งในความเสี่ยงที่เกิดจากเตรียมการเพื่อเปิดดำเนินการสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (CNMI) โดยฝ่ายสารสนเทศรับผิดชอบในการวางระบบ HIS⁹ ซึ่งเป็นระบบสำคัญในการให้บริการรักษาพยาบาล และพบว่ามีข้อจำกัดที่หลากหลาย ตั้งแต่ความซับซ้อนของความต้องการและกระบวนการทำงาน การขาดทักษะและประสบการณ์ของบุคลากรในการควบคุมกำกับโครงการขนาดใหญ่ ไปจนถึงอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ คณะฯ จึงดำเนินการโดยการประเมินสถานการณ์ทุก 1 เดือน และวางแผนเปิดบริการให้สอดคล้องกับความสามารถของระบบและทรัพยากรด้านอื่น ๆ เพื่อป้องกันโอกาสเกิดความเสี่ยง (Preventive Control Activity) ภายใต้ข้อจำกัดที่กล่าวไปข้างต้น แต่ทั้งนี้พบปัจจัยที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้และไม่สามารถควบคุมได้เข้ากระทบต่อการจัดการความเสี่ยง จากการขาดความพร้อมเรื่อง

9 Hospital Information System

ของเครื่องมืออุปกรณ์ที่รองรับการให้บริการ ไปจนถึงพบปัญหาการจัดซื้อจัดจ้าง ส่งผลให้เกิดความล่าช้าไม่ เป็นไปตามแผนที่กำหนด การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงอยู่ในระดับปานกลาง โอกาสเกิดความเสี่ยงข้อนี้จึงเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า “ยังไม่สามารถรายงานผลตามตัวชี้วัดได้” เนื่องจากใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มี ลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่สัมพันธ์กับแผนตามโครงการวางระบบ HIS ที่ยังอยู่ระหว่าง ดำเนินการ และคาดว่าจะสามารถพัฒนาให้สมบูรณ์ ครบทุกฟังก์ชันการทำงานในเดือนมิถุนายน 2561 เนื่องจากพบว่าจำนวน Test Case ในส่วนของ OPD ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งในตัวชี้วัดความเสี่ยง สามารถ ทดสอบผ่านตามระยะเวลาที่ได้กำหนด ได้มากถึงร้อยละ 95 จากที่กำหนดไว้ที่ ร้อยละ 80 ในครึ่งปีแรก เจ้าของความเสี่ยงจึงพิจารณาปรับระดับผลกระทบให้ลดลง

S21 การวางแผนหรือการบริหารงานภายในคณะ ฯ ผิดพลาดคลาดเคลื่อน เนื่องจากข้อมูล สารสนเทศไม่ถูกต้อง ไม่ครอบคลุมทุกมิติ ยังคงเป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถจัดการได้ และได้รับการประเมินให้ เป็น “ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง” มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 โดยใน ปีงบประมาณ 2561 สามารถจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลงจากระดับสูงมาก ที่โอกาสเกิดระดับ 4 ผลกระทบระดับ 3 มาอยู่ที่ระดับปานกลาง ที่โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 2 ต้องยกไปดำเนินการ ต่อในปีงบประมาณ 2562 ต่อไป เมื่อพิจารณาลักษณะความเสี่ยง และผลการจัดการความเสี่ยง พบว่า ความเสี่ยงนี้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์เรื่อง IT system as an enabler ข้อ SO5) ที่ระบุว่าคณะ ฯ ต้องมีระบบ MIS สำหรับการดึงข้อมูลมาใช้ในงานบริหารได้ แต่ในปัจจุบันคณะ ฯ ไม่สามารถดึงข้อมูลมาใช้ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ เนื่องจากการนิยามข้อมูลยังไม่มีความชัดเจน และพบว่าแผนยุทธศาสตร์ไปจนถึงดัชนีชี้วัดผล ความสำเร็จของงาน (Key Performance Indicator) ของคณะ ฯ ไม่มีความชัดเจน ข้อมูลจึงไม่ครบถ้วนไม่- ถูกต้อง และไม่สามารถนำมาใช้ในงานบริหารได้ ดังนั้นคณะ ฯ จึงมุ่งเน้นการดำเนินการเพื่อลดและป้องกัน โอกาสเกิดความเสี่ยง (Preventive Control) ทั้งในกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) และ กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 ซึ่งปัจจุบันยังอยู่ระหว่างการดำเนินการที่ ต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากหลายฝ่ายงาน การประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงอยู่ในระดับปานกลาง แต่ทั้งนี้พบว่ากิจกรรมตาม Strategic Initiatives: SI3) Management by information สร้างระบบ Business intelligence ซึ่งเป็นตัวชี้วัด Strategic KPI (output) KRA 3 ของคณะ ฯ สามารถดึงข้อมูลมาใช้ตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถนำเสนอเป็น DASH BOARD หรือรายงานข้อมูลประสิทธิภาพการดำเนินงานของพันธกิจต่าง ๆ ได้ ตามเวลาที่กำหนด ส่งผลให้ คณะ ฯ สามารถดึงข้อมูลบางส่วนมาใช้ได้มากขึ้น เจ้าของความเสี่ยงจึงพิจารณาประเมินระดับผลกระทบของ ความเสี่ยงข้อนี้ให้ลดลง สอดคล้องกับผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัด ตาม (Lagging Indicator) ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด มีเพียงตัวชี้วัดเรื่องความ มั่นใจในดัชนีชี้วัดผลความสำเร็จของงาน (Key Performance Indicator) ของคณะ ฯ ที่ยังไม่สามารถ ดำเนินการได้ตามเป้า เนื่องจากการตั้งเป้าหมายที่ 100% ซึ่งอาจเป็นเป้าหมายที่สูงและมีความเป็นไปได้ต่ำตาม มุมมองของผู้ช่วยรองคณบดีฝ่ายสารสนเทศ ส่งผลให้ผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงใน ภาพรวม “ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด”

กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (รักษาความปลอดภัย) 1 ความเสี่ยง

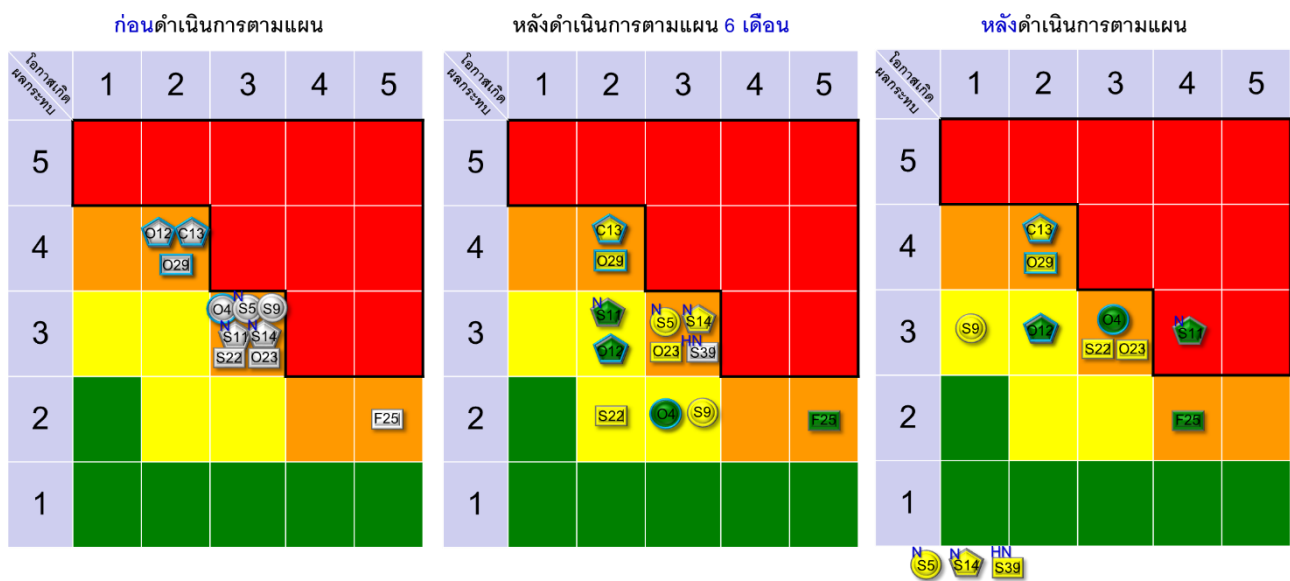
O31 การเกิดอัคคีภัย เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำ-ต่ำมาก ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 และได้รับการประเมินให้เป็นความเสี่ยงสูงมากในปีงบประมาณ 2561 ซึ่งภายหลังจากดำเนินการจัดการความเสี่ยงพบว่ายังไม่สามารถจัดการได้ และได้รับการประเมินให้เป็น “ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง” ที่ระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น คงที่ ที่ระดับสูงมาก ที่โอกาสเกิดระดับ 1 ผลกระทบระดับ 5 ไปอยู่ที่ โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 5 ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2562 ต่อไป เมื่อพิจารณาลักษณะความเสี่ยง และผลการจัดการความเสี่ยง พบว่า เป็นความเสี่ยงที่ยกระดับความรุนแรงตามมุมมองการประเมินความเสี่ยงและการให้ความสำคัญต่อความเสี่ยงของผู้บริหารชุดใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับการให้ความสำคัญกับการจัดทำแผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน (BCM¹⁰) ของมหาวิทยาลัยมหิดล ในขณะที่พบว่า คณะ ฯ ยังไม่มีแผนการบริหารความต่อเนื่องในการดำเนินงาน (BCP¹¹) ที่ชัดเจน ส่งผลให้ความเสี่ยงนี้ได้รับการประเมินว่า มีแผนการจัดการความเสี่ยงที่ยังไม่ครอบคลุม ดังนั้นในปีงบประมาณ 2561 คณะ ฯ จึงกำหนดกิจกรรมการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control Activity) ที่มุ่งเน้นการลดและควบคุมผลกระทบที่อาจเกิดจากความเสี่ยง โดยการติดตั้งระบบหัวกระจายน้ำดับเพลิง การฝึกอบรมขั้นต้นให้กับพนักงานทุกระดับ ตามกฎกระทรวงเกี่ยวกับการป้องกันและระงับอัคคีภัย และการจัดทำแผนบริหารความต่อเนื่องในการดำเนินงาน (BCP) เพื่อรองรับผลกระทบหากเกิดอัคคีภัย ซึ่งปัจจุบันยังอยู่ระหว่างการดำเนินการระยะยาว ตามแผนประจำปีงบประมาณที่ต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากหลายฝ่ายงาน การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงอยู่ในระดับปานกลาง แต่ในระหว่างปีงบประมาณ 2561 พบปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดอัคคีภัยมากขึ้น จากไฟฟ้าลัดวงจร ระบบ Infrastrure ของคณะ ฯ เสื่อม ไปจนถึงพบเจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมประมาท สอดคล้องกับสถิติการพบจำนวนการลี้มปิดอุปกรณ์ไฟฟ้า 18 ครั้งภายในปีงบประมาณ 2561 ซึ่งมากกว่าเป้าหมายที่กำหนดให้ต้องไม่เกิน 12 ครั้งต่อปีงบประมาณ ดังนั้นผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงจึง “ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” เป็นตัวเตือนว่าความเสี่ยงนี้มีแนวโน้มที่จะเกิดเป็นความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในอนาคต ตามลักษณะของตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) จึงพิจารณาปรับโอกาสเกิดเพิ่มขึ้นจากระดับ 1 เป็นโอกาสเกิดระดับ 2 โดยได้รับการคาดการณ์ว่าหากการดำเนินการทั้งหมดเสร็จสิ้นจะสามารถลดโอกาสและผลกระทบของความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

10 Business Continuity Management

11 Business Continuity Plan

ผลการจัดการความเสี่ยงใน Orange Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะ ฯ)

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงเป็นความเสี่ยงสำคัญของคณะ ฯ มี 12 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 31 (12x100/39) ของความเสี่ยงทั้งหมด ภายหลังจากติดตามผลการจัดการความเสี่ยง พบว่า ต้องยกไปดำเนินการในต่อปีงบประมาณ 2562 ถึง 9 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 75 (9x100/12) ของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงทั้งหมด ประกอบด้วย “ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง” จำนวน 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 42 (5x100/12) และ “ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้” จำนวน 4 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 33 (4x100/12) ของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงทั้งหมด ทั้งนี้พบความเสี่ยงที่คณะ ฯ สามารถจัดการให้ “ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ” จำนวน 3 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 25 (3x100/12) ของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงทั้งหมดเช่นกัน เมื่อพิจารณาลักษณะความเสี่ยงและผลการจัดการความเสี่ยงในภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่ยังอยู่ระหว่างการดำเนินงานตามแผนประจำปีงบประมาณ ปีปฏิทิน หรืออยู่ระหว่างการดำเนินงานตามโครงการต่อเนื่องระยะยาวที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ รวมถึงพบปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงระเบียบข้อบังคับจากมหาวิทยาลัย ความหลากหลายของฝ่ายงาน ความแตกต่างของบุคคล ไปจนถึง การไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคลได้ ฯลฯ ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุมไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ในภาพรวมจึงอยู่ที่ระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่ยัง “ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” เนื่องจากตัวชี้วัดความเสี่ยงส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่มีผลการดำเนินงานสัมพันธ์กับแผนประจำปีงบประมาณ ปีปฏิทิน หรือกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ เช่นกัน ทั้งนี้พบการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงจากการคาดการณ์แนวโน้มผลการดำเนินการ แทนการประเมินโดยใช้ผลการดำเนินการจริงในความเสี่ยงกลุ่มนี้ด้วย ดังนั้นผลการจัดการความเสี่ยงบางส่วน จึงเป็นผลสรุปจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) เป็นหลัก โดยมีรายละเอียดรายความเสี่ยง ดังนี้



รูปภาพที่ 11 Risk Map-Dashboard Orange Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะ ฯ)

Cluster Education and Research จำนวน 3 ความเสี่ยง

ด้านการศึกษา (ฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา) 1 ความเสี่ยง

O4 จำนวนและคุณภาพของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่สมัครเข้ารับการศึกษาคือกรอบไม่ได้ตามเป้าหมาย เป็นความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการได้ และได้รับการประเมินให้เป็น “ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง” ที่ระดับความเสี่ยงสูง คงที่ ที่โอกาสเกิดระดับ 3 และผลกระทบระดับ 3 ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2562 ต่อไป เมื่อพิจารณาลักษณะความเสี่ยงและผลการจัดการความเสี่ยง พบว่า เป็นความเสี่ยงที่มีการดำเนินการต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 โดยในปีงบประมาณ 2560 ได้รับการระบุให้เป็นความเสี่ยงร่วมของฝ่ายการศึกษาระดับปริญญา และฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา ซึ่งภายหลังจากการดำเนินการในปีงบประมาณ 2560 พบว่า ฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาไม่สามารถจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่คณะฯ สามารถยอมรับได้ ส่งผลให้ฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาต้องดำเนินการจัดการความเสี่ยงต่อในปีงบประมาณ 2561 โดยพิจารณาปรับมุมมองความเสี่ยงให้เน้นที่นักศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาเอกเป็นหลัก รวมถึงปรับชื่อจาก “จำนวนคุณภาพของนักศึกษาที่สมัครเข้ารับการศึกษาคือกรอบไม่ได้ตามเป้าหมาย” เป็นชื่อที่ใช้ในปัจจุบัน และเพิ่มกิจกรรมการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control Activity) เพื่อดำเนินการเพิ่มเติม ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพดี ทั้งกิจกรรมการประชาสัมพันธ์หลักสูตรและการให้ทุนสนับสนุนการศึกษา เนื่องจากสามารถกระตุ้นความสนใจ หรือเพิ่มแรงจูงใจในการเลือกเข้ารับการศึกษาคือกรอบ ได้ตรงกลุ่มเป้าหมาย ส่งผลให้สามารถควบคุมคุณภาพของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่สมัครเข้ารับการศึกษาคือกรอบได้ตามเป้าหมายที่กำหนด สอดคล้องกับผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง เรื่อง GPA แรกเข้า ที่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายเช่นกัน แต่เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงในภาพรวมพบว่า ส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่ “ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” เนื่องจากอยู่ระหว่างการปรับปรุงหลักสูตรจึงไม่สามารถเปิดรับนักศึกษาได้ รวมถึงมีการปรับหลักเกณฑ์การรับนักศึกษาแรกเข้าให้เข้มงวดขึ้น ส่งผลให้จำนวนนักศึกษาที่สมัครเข้ารับการสัมภาษณ์และจำนวนการรับนักศึกษาไม่ได้ตามตัวชี้วัดความเสี่ยงที่กำหนด

ด้านวิเทศสัมพันธ์ 1 ความเสี่ยง

S9 จำนวนอาจารย์ชาวต่างชาติจากสถาบันการศึกษาอื่นในต่างประเทศที่มหาวิทยาลัยหรือส่วนงานเชิญมาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการสอน หรือวิจัย หรือบริหารการศึกษา หรือเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการให้นักศึกษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ยังคงเป็น “ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้” ต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2560 โดยที่ระดับความเสี่ยงลดลงจากระดับสูง ที่โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 3 มาอยู่ที่ระดับต่ำ ที่โอกาสเกิดระดับ 1 ผลกระทบระดับ 3 ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2562 ต่อไป เมื่อพิจารณาลักษณะความเสี่ยง และผลการจัดการความเสี่ยง พบว่าเป็นความเสี่ยงที่มีการดำเนินการต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 โดยในปีงบประมาณ 2560 มีการปรับเปลี่ยนข้อตกลงร่วมกันระหว่างมหาวิทยาลัยมหิดลกับคณะฯ โดยเพิ่มเป้าหมายจำนวนอาจารย์ชาวต่างชาติที่เข้ามาปฏิบัติหน้าที่ในด้าน ทุกด้าน ทั้งการสอน การวิจัย การบริหารการศึกษา และการเป็นที่ปรึกษา จึงมีการพิจารณาปรับชื่อความเสี่ยงจาก “จำนวนบุคลากรที่เชิญมาดำรงตำแหน่งนักวิชาการอาคันตุกะ (Visiting Scholar) ต่ำกว่าเป้าหมาย” ซึ่งเน้นเฉพาะนักวิชาการอาคันตุกะ (Visiting Scholar) จากต่างประเทศที่ถูกเชิญเข้ามาปฏิบัติหน้าที่ในการสอนเพียงอย่างเดียว เป็นชื่อที่ใช้ในปัจจุบันเพื่อให้สอดคล้องกับข้อตกลงที่เกิดขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2561

งานวิเทศสัมพันธ์ยังคงระบุสาเหตุของความเสียหายจากการที่คณะ ฯ ยังไม่มีระบบที่เป็นรูปธรรมในการเชิญอาจารย์ชาวต่างชาติเข้ามาปฏิบัติงาน ส่งผลกระทบต่อความถูกต้องของการรายงานข้อมูลอาจารย์ชาวต่างชาติตามข้อตกลงกับมหาวิทยาลัยมหิดล และยังคงใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่มีลักษณะเป็นการควบคุมแบบแก้ไข (Corrective Control) ในการแก้ไขปัญหาการไม่มีระบบที่เป็นรูปธรรมดังกล่าว ต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2560 โดยการขอความร่วมมือจากหน่วยงานภายในคณะ ฯ ให้ดำเนินการเชิญอาจารย์ชาวต่างชาติอย่างเป็นทางการมากขึ้น รวมทั้งนำระบบสารสนเทศมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลอาจารย์ชาวต่างชาติ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนมากขึ้น ซึ่งกิจกรรมทั้งสองนี้ เป็นกิจกรรมที่จะต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายงาน จึงต้องใช้ความยืดหยุ่น การประณีตประณีต และระยะเวลาในการดำเนินการ ส่งผลให้กิจกรรมดังกล่าวยังไม่สามารถดำเนินการได้แล้วเสร็จ การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงอยู่ที่ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า ใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่สัมพันธ์กับการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงยัง “ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” ความเสี่ยงนี้จึงควรเป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้ ที่ระดับความเสี่ยงคงที่ ที่ระดับสูง โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 3 แต่ทั้งนี้พบว่าระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการปรับลดลงมาอยู่ที่ระดับต่ำ ที่โอกาสเกิดระดับ 1 ผลกระทบระดับ 3 เนื่องจาก ผู้บริหารประเมินระดับความเสี่ยงตามสถานการณ์ปัจจุบัน เทียบกับเกณฑ์โอกาสเกิด ที่เกิดขึ้นจริง ณ ช่วงเวลานั้น ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินการตามกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่เป็นรูปธรรมและเริ่มแสดงผลเชิงคุณภาพที่ชัดเจนมากขึ้น

ด้านการวิจัย 1 ความเสี่ยง

S5 งานวิจัยคณะ ฯ ไม่สามารถตอบสนองนโยบาย Thailand 4.0 (ใน ส่วนงานวิจัยเชิงนวัตกรรมและเชิงพาณิชย์) เป็นความเสี่ยงใหม่ที่มีการดำเนินการในปีงบประมาณ 2561 และคณะ ฯ สามารถจัดการให้ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการ ฯ ไม่สามารถวัดได้ตามเกณฑ์ ส่งผลให้ความเสี่ยงเคลื่อนที่ออกจาก Risk Map-Dashboard และได้รับการประเมินให้ “ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลต่อคณะ ฯ” เนื่องจากคณะ ฯ ใช้กิจกรรมการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control Activity) โดยการให้การสนับสนุนปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จด้านงานวิจัย ทั้งการสร้างแนวทางการนำนวัตกรรมเข้าสู่มาตรฐาน และการให้เงินทุนวิจัยแบบมุ่งเป้าด้านผลงานนวัตกรรม ส่งผลให้ปัจจุบันมีหลายส่วนงานที่เข้ามามีบทบาทในการผลิตผลงานนวัตกรรมมากขึ้น ทั้งฝ่ายวิจัย Innovation Center คณะกรรมการ R2R รวมถึงศูนย์ความเป็นเลิศ เพื่อร่วมกันตอบสนองต่อนโยบาย Thailand 4.0 ทั้งนี้เมื่อพิจารณาลักษณะของกิจกรรมดังกล่าว พบว่า กิจกรรมการให้เงินทุนวิจัยแบบมุ่งเป้าด้านผลงานนวัตกรรม เป็นกิจกรรมเพื่อสนับสนุนจุดเน้นวิจัย ให้สร้างผลงานนวัตกรรมที่มีลักษณะเป็นข้อสัญญา เพื่อประกันผลการดำเนินงานตามดัชนีชี้วัดผลความสำเร็จของงาน (Key Performance Indicator) และตัวชี้วัดความเสี่ยง (Key Risk Indicator) ที่ชัดเจน ส่งผลให้รองคณบดีฝ่ายวิจยาคาดว่า คณะ ฯ จะสามารถมีผลงานด้านนวัตกรรมตามที่ต้องการได้ รวมถึงเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง พบว่า มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดนำ (Leading indicator) ที่ยัง “ไม่สามารถรายงานผลตามตัวชี้วัดได้” แม้จะพบว่าส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าตั้งแต่ครั้งปีงบประมาณ 2561 แต่ตัวชี้วัดเรื่องการเกิดขึ้นของนวัตกรรมที่ออกสู่เชิงพาณิชย์ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดหลักยังไม่สามารถรายงานผลได้ เนื่องจากยังอยู่ระหว่างการดำเนินการตามสัญญาข้างต้น โดยบางส่วนยังอยู่ระหว่างการดำเนินการวิจัย และ/หรือ ผลิต-

นวัตกรรม ในขณะที่บางส่วนยังอยู่ระหว่างการทำสัญญา ส่งผลให้ในภาพรวม คณะ ฯ ยังมีผลงานนวัตกรรม ไม่ได้ตามเป้าที่กำหนด

Cluster Healthcare System จำนวน 4 ความเสี่ยง

ด้านการดูแลสุขภาพ 3 ความเสี่ยง

S11 ไม่ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า (AHA) เป็นความเสี่ยงใหม่จากการพัฒนากระบวนการรักษาพยาบาลเพื่อมุ่งสู่มาตรฐาน AHA (Advanced HA) ซึ่งปัจจุบันอยู่ระหว่างการดำเนินการตามแผนที่ระบุไว้ใน Roadmap to Advanced HA จึงส่งผลให้ความเสี่ยงนี้เป็น “ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้” ที่ระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากระดับสูง ที่โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 3 ไปอยู่ที่ระดับสูงมาก ที่โอกาสเกิดระดับ 4 ผลกระทบระดับ 3 ต้องยกไปดำเนินการต่อไปในปีงบประมาณ 2562 ต่อไป เนื่องจาก กิจกรรมการสื่อสารเรียนรู้ สร้างความเข้าใจผ่าน HCC Episode ต่าง ๆ เป็นเพียงการดำเนินการขั้นแรก ที่คาดว่าจะสามารถส่งผลทางอ้อมในการลดโอกาสเกิดได้ ตามลักษณะของกิจกรรมการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control Activity) โดยพบว่าบุคลากรกลุ่มเป้าหมายเข้าใจทิศทางการพัฒนาตามแผน ฯ เข้าใจวงล้อแห่งการพัฒนา 3C-PDSA และนำสู่การปฏิบัติ โดยมีส่วนร่วมในการจัดทำโครงการเพื่อพัฒนาองค์กรอยู่ในระดับต้องพัฒนาที่ร้อยละ 67.5 และมั่นใจในการใช้ 3C-PDSA อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 73.5 ของบุคลากรกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงอยู่ที่ระดับดี แต่เนื่องจากจำเป็นต้องพิจารณาและติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมถึงพบว่าคณะ ฯ ยังไม่สามารถสร้างให้บุคลากรในระดับรากมีวัฒนธรรมในการให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพงานได้ และอาจส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิผลของการดำเนินงานในอนาคต เจ้าของความเสี่ยงจึงพิจารณาปรับระดับโอกาสเกิดเพิ่มขึ้นจาก 3 เป็น 4 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการให้ทุกส่วนงานตระหนักถึงความสำคัญของความเสี่ยงนี้ให้มากขึ้น สอดคล้องกับผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงที่แม้จะมีลักษณะเป็นตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) แต่ยังไม่สามารถรายงานข้อมูลได้ เนื่องจากอยู่ระหว่างดำเนินการวัดและคำนวณข้อมูลรวมทั้งปีงบประมาณ (พิจารณาข้อมูลสิ้นสุดเมื่อสิ้นปีงบประมาณ) โดยเฉพาะตัวชี้วัดเรื่องคะแนน Internal Survey ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญยังไม่ถึงรอบการตรวจประเมิน หน่วยงานเจ้าของความเสี่ยงจึงยังไม่สามารถคาดการณ์ผลของการจัดการความเสี่ยงที่ชัดเจนได้

O12 การเกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรจะป้องกันได้ (Preventable Event) เป็นผลทำให้โรงพยาบาลต้องให้การเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว เป็นความเสี่ยงตามลักษณะภาระงาน ที่จะเกิดคู่กับพันธกิจการดูแลสุขภาพไปตลอด¹² และได้รับการประเมินให้เป็น “ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง” มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 โดยในปีงบประมาณ 2561 สามารถจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลงจากระดับสูง ที่โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 4 มาอยู่ที่ระดับปานกลาง ที่โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 3 โดยยังคงต้องยกไปดำเนินการต่อไปในปีงบประมาณ 2562 ต่อไป เมื่อพิจารณา ลักษณะความเสี่ยง และ ผลการจัดการความเสี่ยง พบว่าคณะ ฯ เน้นการดำเนินการเพื่อป้องกันโอกาสเกิดความเสี่ยง (Preventive Control) ทั้งในกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) และกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 โดยสามารถควบคุมให้ระดับโอกาสเกิดอยู่ในระดับปานกลาง คงที่ ที่ระดับ 2 ได้จนถึงปัจจุบัน การประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม (Control

12 รองคณบดีฝ่ายดูแลสุขภาพแจ้งในการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561

Activity) จึงอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า “ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” เนื่องจากใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ในการวัดจำนวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ต้องไม่เกิดขึ้น แต่ปัจจุบันคณะ ฯ พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่อง รวมถึงพบว่า คณะ ฯ ยังไม่มีกิจกรรมการควบคุมใดที่ใช้ในการจัดการผลกระทบที่อาจส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กรที่ชัดเจน ระดับผลกระทบจึงควรคงที่ที่ระดับ 4 แต่เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ระดับโอกาสเกิดและผลกระทบแล้วพบว่า หากการเกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรจะป้องกันได้ (Preventable Event) เป็นผลทำให้โรงพยาบาลต้องให้การเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว ในสถานการณ์จริงจะส่งผลกระทบต่อคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีเท่านั้น และไม่ส่งผลไปถึงคณะอื่น ๆ หรือส่วนงานอื่น ๆ ภายในมหาวิทยาลัยมหิดล ดังนั้น ระดับความเสี่ยงข้อนี้จึงปรับลดลง จากอาจส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงและภาพลักษณ์ มีผลกระทบต่อหลายส่วนงาน (หลายคณะ) ที่ระดับ 4 มาอยู่ที่อาจส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงและภาพลักษณ์ มีผลกระทบต่อเฉพาะภายในส่วนงาน (ภายในคณะ ฯ) ที่ระดับ 3 เท่านั้น

C13 การถูกฟ้องร้องจากกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาล เป็นความเสี่ยงสามัญผูกติดกับธุรกิจบริการสุขภาพ ที่คณะ ฯ มีการดำเนินการต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 ซึ่งยังไม่สามารถจัดการได้ และได้รับการประเมินให้เป็น “ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง” ที่ระดับความเสี่ยงสูง คงที่ ที่โอกาสเกิดระดับ 2 และผลกระทบระดับ 4 ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2562 ต่อไป เมื่อพิจารณาลักษณะความเสี่ยง และ ผลการจัดการความเสี่ยง พบว่าคณะ ฯ เน้นการดำเนินการเพื่อควบคุมโอกาสเกิดความเสี่ยง จากการใช้กิจกรรมการควบคุมแบบค้นพบ (Detective Control) เพื่อค้นหาข้อควรพัฒนาที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง โดยการทบทวนแนวทางการกระบวนการ และระบบต่าง ๆ ซึ่งเป็นกิจกรรมระยะยาวที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายส่วนงานและต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ยังไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ แต่เพียงพอในการควบคุมให้ระดับโอกาสเกิดอยู่ในระดับปานกลาง คงที่ ที่ระดับ 2 ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 จนถึงปัจจุบัน ทั้งนี้พบว่า คณะ ฯ ยังไม่มีกิจกรรมการควบคุมที่ใช้ในการจัดการผลกระทบที่อาจส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กรที่ชัดเจน การประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงอยู่ที่ระดับ “ปานกลาง” สอดคล้องกับผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงที่ “ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” เนื่องจากใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) วัดจำนวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ต้องไม่เกิดขึ้น แต่ปัจจุบันคณะ ฯ พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่อง

ด้านศูนย์ความเป็นเลิศและศูนย์สนับสนุนพันธกิจ 1 ความเสี่ยง

S14 ศูนย์ความเป็นเลิศของคณะ ฯ ไม่สามารถเป็น Excellence Center ในระดับสากล ได้ตามวัตถุประสงค์ที่คณะ ฯ ต้องการ เป็นความเสี่ยงใหม่ที่มีการดำเนินการในปีงบประมาณ 2561 และคณะ ฯ สามารถจัดการให้ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการ ฯ ไม่สามารถวัดได้ตามเกณฑ์ ส่งผลให้ความเสี่ยงเคลื่อนที่ออกจาก Risk Map-Dashboard และได้รับการประเมินให้ “ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะ ฯ” เนื่องจากคณะ ฯ ใช้กิจกรรมการควบคุมแบบแก้ไข (Corrective Control Activity) โดยการปรับกระบวนการในการผลักดันศูนย์ความเป็นเลิศสู่การเป็น Excellence Health Care Service ที่ไม่ชัดเจน ให้เกิดความชัดเจนตามเป้าหมายของคณะ ฯ ตลอดจนปรับกระบวนการทำงาน และการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ผ่านการ

เข้าถึงและการสื่อสารระหว่างรองคณบดีฝ่ายศูนย์ความเป็นเลิศและศูนย์สนับสนุนพันธกิจ กับศูนย์ภายในต่าง ๆ ประกอบกับการดำเนินการที่ยืดหยุ่น บนสมมติฐานที่เป็นไปได้ค่อนข้างน้อยเป็นค่อยไป เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงจึงพบว่า “สามารถดำเนินการได้ดีกว่าเกณฑ์ที่กำหนด” ส่งผลให้ปัจจุบันศูนย์ความเป็นเลิศของคณะ ฯ สามารถเป็น Excellence Center ในระดับสากล ได้ตามวัตถุประสงค์ที่คณะ ฯ ต้องการ หน่วยงานเจ้าของความเสี่ยงจึงปรับระดับความเสี่ยงจาก ความเสี่ยงระดับพันธกิจ (Entity level) เป็นความเสี่ยงระดับฝ่ายงาน (Division level) ที่ต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ต่อไป

Cluster Professional Service จำนวน 5 ความเสี่ยง

ด้านสารสนเทศ 2 ความเสี่ยง

O22 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะ ฯ แต่ละกลุ่มได้ตามความต้องการ (พิจารณาทั้ง New Project และ Change Product) เป็นความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการได้ และได้รับการประเมินให้เป็น “ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง” ที่ระดับความเสี่ยงสูง คงที่ ที่โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 3 ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2562 ต่อไป เมื่อพิจารณาลักษณะความเสี่ยง และผลการจัดการความเสี่ยง พบว่า เป็นความเสี่ยงตามลักษณะภาระงานด้านสารสนเทศที่มีการดำเนินต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2558 โดยเน้นการดำเนินการเพื่อป้องกันโอกาสเกิดความเสี่ยง (Preventive Control) จากการประยุกต์ใช้กระบวนการตามมาตรฐานด้านการพัฒนาซอฟต์แวร์ (Capability Maturity Model Integration : CMMI) ให้เข้ากับบริบทของคณะ ฯ การใช้กระบวนการตามหลักบริหารโครงการ และการพิจารณาผ่านคณะกรรมการสารสนเทศคลินิก ซึ่งเป็นกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) ไปจนถึงการเพิ่มกระบวนการถ่ายทอดความรู้จากผู้มีประสบการณ์ใน Business นั้น ๆ การกำหนด Stakeholders/ Business Owner ให้ชัดเจน และการปรับรูปแบบการตรวจสอบให้ครอบคลุมทั้ง New Project และ Change Product เป็นกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ในปัจจุบันด้วย แต่เนื่องจากกิจกรรมเหล่านี้ต้องมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ตามแผนประจำปีงบประมาณ หรือแผนตามโครงการ ร่วมกับหลายฝ่ายงาน ซึ่งไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคลได้ ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุมไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงซึ่งพบว่า “ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด” เนื่องจากใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่สัมพันธ์กับการดำเนินงานตามแผนประจำปีงบประมาณ ที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินการได้เช่นกัน

O23 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยจนส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล เป็นความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการได้ และได้รับการประเมินให้เป็น “ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง” ที่ระดับความเสี่ยงสูง คงที่ ที่โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 3 ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2562 ต่อไป เมื่อพิจารณาลักษณะความเสี่ยง และผลการจัดการความเสี่ยง พบว่า เป็นความเสี่ยงตามลักษณะภาระงานด้านสารสนเทศที่ผูกติดกับธุรกิจบริการสุขภาพ ที่มีการดำเนินการต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 ซึ่งเน้นการดำเนินการเพื่อป้องกันโอกาสเกิดความเสี่ยง (Preventive Control) ทั้งในกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) และกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จนถึงปัจจุบัน โดยในปีงบประมาณ 2560 พบสาเหตุเพิ่มจากการไม่มีการกำหนดผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูล

ที่ชัดเจน ไม่มีการจัดลำดับชั้นการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นความลับ และไม่มีการกำหนดเงื่อนไขในการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย ฝ่ายสารสนเทศจึงกำหนดกิจกรรมการควบคุมเพื่อใช้ป้องกันการเข้าถึงข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งการทบทวนโครงสร้างการกำหนดสิทธิผู้ใช้งานระบบสารสนเทศในคณะ ฯ (Role-based access control) การสร้างความตระหนักผ่านการจัดฝึกอบรมให้บุคลากรในคณะ ฯ รวมถึงการอัปเดต Software เพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูล เมื่อพบปัจจัยภายนอกที่มีความเสี่ยงต่อการละเมิดข้อมูล แต่เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมระยะยาวที่ต้องดำเนินการต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน รวมถึงพบปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลต่อการจัดการความเสี่ยง ทั้งการต้องดำเนินงานร่วมกับหลายฝ่ายงาน หรือการไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคลได้ กิจกรรมเหล่านี้จึงยังไม่สามารถใช้เพื่อควบคุมโอกาสเกิดความเสี่ยงได้อย่างเต็มศักยภาพ ระดับโอกาสเกิดจึงยังคงที่ รวมถึงยังไม่มีกำหนดกิจกรรมที่ใช้ในการควบคุมผลกระทบหากเกิดการละเมิดข้อมูลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง ระดับผลกระทบจึงยังคงที่เช่นกัน การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า ใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่ได้รับการปรับให้สามารถเป็นตัวเตือนได้ดีกว่าปีงบประมาณ 2560 จึงไม่พบการรับแจ้งเหตุ และไม่พบการละเมิดข้อมูลผู้ป่วยผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงจึง “สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด”

ด้านการเงินและงบประมาณ 1 ความเสี่ยง

F25 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเก็บเงินค่ารักษา ยังคงเป็น “ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้” ต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2560 โดยที่ระดับความเสี่ยงลดลง แต่ยังคงที่ในระดับสูง ที่โอกาสเกิดระดับ 5 ผลกระทบระดับ 2 มาอยู่ที่ โอกาสเกิดระดับ 4 ผลกระทบระดับ 2 ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2562 ต่อไป เมื่อพิจารณาลักษณะความเสี่ยง และผลการจัดการความเสี่ยงพบว่า เป็นความเสี่ยงที่มีระดับโอกาสเกิดสูงเนื่องจากกระบวนการบริหารจัดการภายในคณะ ฯ ยังไม่มีประสิทธิภาพที่เพียงพอ ทั้งการมีจุดบริการเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลหลายพื้นที่ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความผิดพลาดมากขึ้น การใช้ระบบสารสนเทศในการดึงข้อมูลมายังระบบจัดเก็บค่ารักษา (Billing System) ไม่ครบถ้วนไม่ถูกต้อง การรับรองสิทธิไม่ถูกต้องส่งผลให้การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลไม่ครบถ้วนหรือล่าช้า รวมถึงการให้บริการที่ไม่ตรงตามเงื่อนไขของกองทุนต่าง ๆ ส่งผลให้คณะ ฯ ได้รับการชดเชยล่าช้าเช่นกัน ดังนั้น คณะ ฯ จึงใช้การควบคุมแบบแก้ไข (Corrective Control Activity) เพื่อปรับปรุงระบบสารสนเทศ โดยการพัฒนากระบวนการส่งข้อมูลมายังระบบจัดเก็บค่ารักษา (Billing System) และพัฒนาระบบการเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิให้มีเสถียรภาพมากขึ้น ซึ่งปัจจุบันพบว่า ยังอยู่ระหว่างการดำเนินการและต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย รวมถึงพบการเปลี่ยนแปลงวิธีการใช้สิทธิเบิกของข้าราชการกรมบัญชีกลาง ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ กิจกรรมดังกล่าวจึงต้องมีการดำเนินการต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน โดยในปีงบประมาณ 2561 มีการเพิ่มกิจกรรมการประสานงานกับระบบการรักษาพยาบาลในการรับรองสิทธิก่อนเข้ารับการรักษาพยาบาล เพื่อลดโอกาสเกิดหากพบผู้ป่วยบริการที่ยังไม่มีการรับรองสิทธิที่ถูกต้อง หรือยังไม่ได้ชำระเงิน จะไม่ได้รับการลงทะเบียนเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ซึ่งพบว่ากิจกรรมดังกล่าวสามารถดำเนินการแล้วเสร็จ และสามารถลดระดับโอกาสเกิดได้ การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดความเสี่ยงซึ่งมีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่สอดคล้องกับพฤติกรรมที่ไม่ชำระค่าบริการด้วยสาเหตุส่วนบุคคลต่าง ๆ ของผู้รับบริการบางส่วน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ปัจจุบันจึงยังพบข้อมูล

การค้างชำระค่ารักษาพยาบาล จากผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิเงินเชื่อ และพบข้อมูลการไม่ชำระค่ารักษาพยาบาลตามระยะเวลาที่กำหนด จากผู้ที่มีสิทธิเงินเชื่อเช่นกัน ผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงจึง “ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด”

ด้านสื่อสารองค์กร 1 ความเสี่ยง

O29 ขาดการจัดการด้านการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ ยังคงเป็น “ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้” ต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2560 ที่ระดับความเสี่ยงสูง คงที่ที่โอกาสเกิดระดับ 2 และผลกระทบระดับ 4 ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2562 ต่อไปเมื่อพิจารณาลักษณะความเสี่ยง และผลการจัดการความเสี่ยง พบว่า เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการที่คณะ ฯ ยังไม่มีระบบการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินกับบุคลากรภายในอย่างเป็นรูปธรรม งานสื่อสารองค์กรจึงกำหนดกิจกรรมการควบคุมที่มีลักษณะเป็นกิจกรรมการควบคุมแบบแก้ไข (Corrective Control Activity) เพื่อแก้ไขช่องว่างของการไม่มีระบบดังกล่าว โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารการสื่อสารในภาวะวิกฤตเป็นคณะกรรมการผู้รับผิดชอบเสร็จสิ้นแล้ว ตามคำสั่งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีที่ 1172/2560 ลงวันที่ 27 กันยายน พ.ศ. 2560 รวมถึงจัดทำระบบการสื่อสาร ในสถานการณ์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทั้งคณะ ฯ อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 และอยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำ Flow Chart กระบวนการสื่อสารซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายส่วนงาน จึงยังที่ไม่สามารถดำเนินการให้เสร็จสิ้นได้ภายในปีงบประมาณ 2561 การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงอยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่า “ยังไม่สามารถรายงานผลตามตัวชี้วัดได้” เนื่องจากใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่สัมพันธ์กับกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินการ

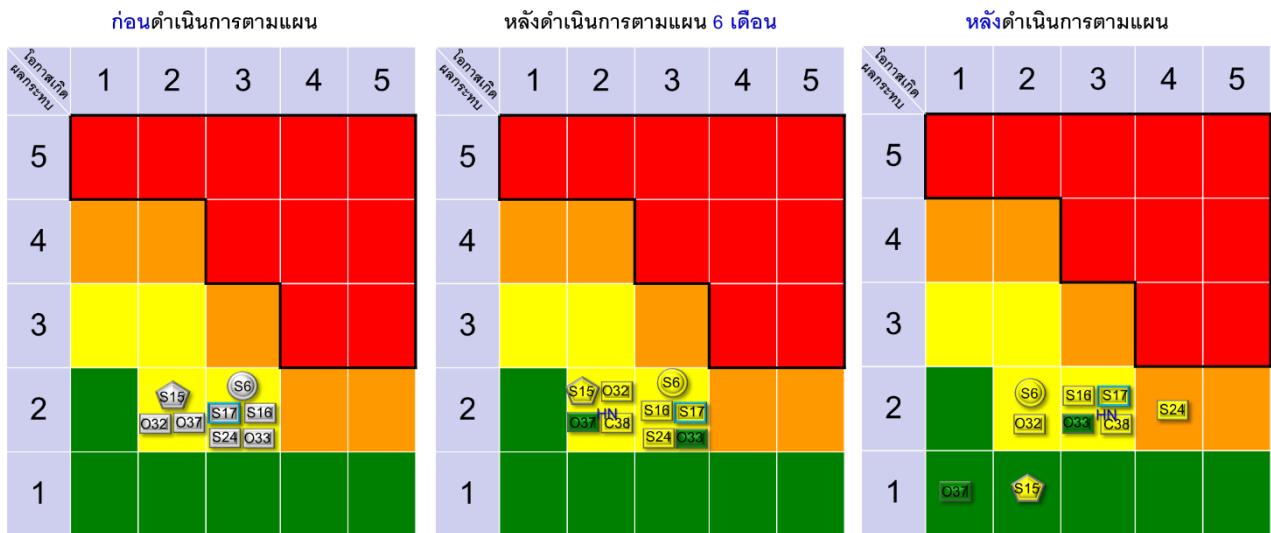
ด้านทรัพยากรบุคคล 1 ความเสี่ยง

S39 การขอตำแหน่งทางวิชาการของคณาจารย์ไม่ได้ตามเป้าหมายที่คณะ ฯ กำหนด เป็นความเสี่ยงใหม่ที่ได้รับการประเมินระหว่างปีงบประมาณ 2561 ซึ่งภายหลังการดำเนินการ ฯ พบว่า ไม่สามารถวัดระดับความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ส่งผลให้ความเสี่ยงเคลื่อนที่ออกจาก Risk Map-Dashboard และได้รับการประเมินให้ “ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลต่อคณะ ฯ” เมื่อพิจารณาลักษณะความเสี่ยง และผลการจัดการความเสี่ยง พบว่าเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนหลักเกณฑ์การขอตำแหน่งทางวิชาการของมหาวิทยาลัย ฯ ตามคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา (ก.พ.อ.) ทั้งปริมาณผลงานทางวิชาการที่ต้องใช้ในการเสนอขอตำแหน่งเพิ่มขึ้น และการปรับเกณฑ์การพิจารณาที่ยากขึ้น อาทิ การขอตำแหน่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ เดิมพิจารณาจากหนังสือ 1 เรื่อง/ บท ปรับเป็นพิจารณาจากหนังสือ 1 เล่ม หรือการขอตำแหน่งศาสตราจารย์ เดิมพิจารณาจากผลงานตีพิมพ์/ ตีเด่น 2 เรื่อง จาก 5 เรื่อง ปรับเป็นพิจารณาจากผลงานตีพิมพ์/ ตีเด่น 5 เรื่อง รวมถึงการพิจารณาลักษณะของผลงานทางวิชาการที่ใช้ในการเสนอขอตำแหน่งทุกประเภท ต้องเป็นผลงานหลังจากได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งทางวิชาการเดิม ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจส่งผลต่อความสนใจในการขอตำแหน่งทางวิชาการของคณาจารย์ ดังนั้นคณะ ฯ จึงกำหนดกิจกรรมการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control Activity) ซึ่งมุ่งเน้นการกระตุ้น สนับสนุน ช่วยเหลือให้การจัดทำผลงานทางวิชาการ และการเสนอขอตำแหน่งทางวิชาการเป็นไปอย่างราบรื่น แต่เนื่องจาก

การอนุมัติผลงานทางวิชาการจากมหาวิทยาลัย ฯ เป็นตัวชี้วัดความเสี่ยงสำคัญที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) ซึ่งใช้วัดความสำเร็จของการขอตำแหน่งทางวิชาการ ยังอยู่ระหว่างดำเนินการที่ต้องใช้เวลาในการพิจารณาตามกระบวนการของมหาวิทยาลัย ฯ ผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงจึง “ยังไม่สามารถรายงานผลตามตัวชี้วัดได้” รวมถึงพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อการเสนอขอตำแหน่งทางวิชาการโดยตรง และเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ดังนั้นการประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาจากสถิติจำนวนผู้ที่เสนอขอตำแหน่งทางวิชาการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558-25661 พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้น ประกอบกับสถิติผู้ที่ได้รับอนุมัติต่อผู้ที่ไม่ได้รับอนุมัติ พบว่ามีผู้ที่ไม่ได้รับอนุมัติน้อยกว่าร้อยละ 3 จากจำนวนผู้ที่เสนอขอตำแหน่งทางวิชาการทั้งหมด การขอตำแหน่งทางวิชาการของคณาจารย์จึงมีแนวโน้มที่จะสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่คณะ ฯ กำหนด ดังนั้นการปรับลดระดับความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่คณะ ฯ สามารถยอมรับได้ของความเสี่ยนี้ จึงเป็นผลจากการคาดการณ์แนวโน้มผลการดำเนินการ ประกอบกับการพิจารณาข้อมูลแวดล้อม ตามมุมมองการบริหารความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยง

ผลการจัดการความเสี่ยงใน Yellow Zone

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลางของคณะ ฯ มี 9 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 23 (9x100/39) ของความเสี่ยงทั้งหมด ส่วนใหญ่มีกิจกรรมควบคุมที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนประจำปีงบประมาณ แผนตามปีการศึกษา แผนตามปีปฏิทิน หรือแผนตามโครงการต่อเนื่องระยะยาว รวมถึงพบปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงระเบียบข้อบังคับจากภาครัฐ ความหลากหลายของฝ่ายงาน ไปจนถึงความแตกต่างของบุคคล ฯลฯ ส่งผลให้ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงซึ่งพบว่า ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด หรือยังอยู่ระหว่างการเก็บข้อมูลเช่นกัน สามารถอธิบายตามที่แสดงในตาราง Risk Map-Dashboard Yellow Zone ดังนี้



รูปภาพที่ 12 Risk Map-Dashboard Yellow Zone

ภายหลังการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงพบว่า ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้ จำนวน 7 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 78 (7x100/9) ของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลางทั้งหมด จาก Cluster Education and Research พันธกิจด้านการวิจัย และจาก Cluster Healthcare System พันธกิจด้านการดูแลสุขภาพ สามารถจัดการความเสี่ยงให้ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการ ฯ ลดลงจำนวน 2 ความเสี่ยง ตามลำดับ ดังนี้

1. S6 ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติไม่ได้ตามเป้าหมาย จาก 3x2 เป็น 2x2
2. S15 ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในด้านการหารายได้ของศูนย์สนับสนุนพันธกิจ จาก 2x2 เป็น 1x1 ตามที่ศูนย์ ฯ ตั้งไว้

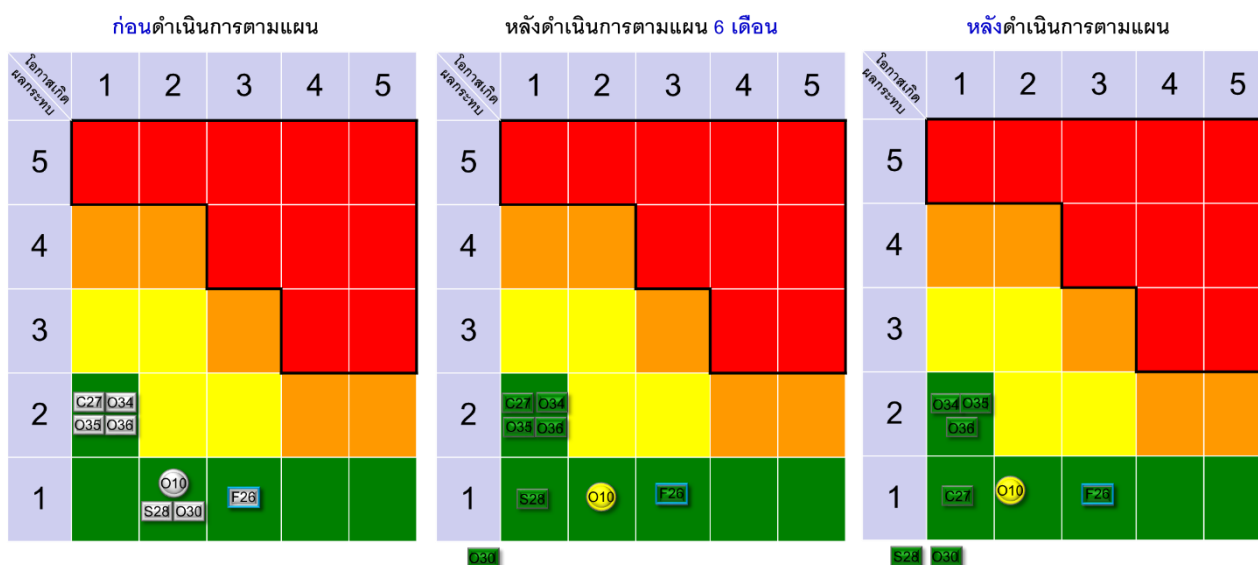
จาก Cluster Professional Service สามารถจัดการความเสี่ยงให้ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการ ฯ คงที่ จำนวน 3 ความเสี่ยง ดังนี้

พันธกิจด้านวิชาการและวัฒนธรรม

3. S16 ขาดการสนับสนุนด้านการสรรสร้างพันธกิจเชิงรุก พันธกิจด้านสร้างเสริมสุขภาพ คงที่ ที่ระดับ 3x2
4. S17 บุคลากรในคณะ ฯ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม พันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก คงที่ ที่ระดับ 3x2

ผลการจัดการความเสี่ยงใน Green Zone

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำของคณะ ฯ มี 8 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 21 (8x100/39) ของความเสี่ยงทั้งหมด เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมหลักของพันธกิจโดยตรง และได้รับการพิจารณาให้เป็นความเสี่ยงที่ควรคงไว้ เพื่อติดตามควบคุมระดับความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง จึงพบว่าความเสี่ยงใน Zone นี้ เป็นความเสี่ยงที่ได้รับการดำเนินการโดยใช้กิจกรรมการควบคุมที่มีประสิทธิภาพดีมาแล้วระยะหนึ่ง และส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) สอดคล้องกับผลการดำเนินงาน ฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด เช่นกัน สามารถอธิบายตามที่แสดงในตาราง Risk Map-Dashboard Green Zone ดังนี้



รูปภาพที่ 13 Risk Map-Dashboard Green Zone

ภายหลังการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงพบว่า คณะ ฯ สามารถจัดการให้ความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการ ฯ ส่วนใหญ่ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ จำนวน 4 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 40 (4x100/10) ของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำทั้งหมด ดังนี้

จาก Cluster Professional Service พันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก สามารถจัดการความเสี่ยงให้ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการ ฯ คงที่ จำนวน 3 ความเสี่ยง ได้แก่

1. O34 อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการยานพาหนะ คงที่ ที่ระดับ 1x2
2. O35 กระแสไฟฟ้าขัดข้อง (เนื่องจากกระแสไฟฟ้าไม่เพียงพอ) คงที่ ที่ระดับ 1x2
3. O36 น้ำประปาสำหรับอุปโภคบริโภค มีการปนเปื้อน คงที่ ที่ระดับ 1x2

และจาก Cluster Professional Service พันธกิจด้านพันธกิจด้านพัสดุ สามารถจัดการความเสี่ยงให้ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการ ฯ ลดลง จำนวน 1 ความเสี่ยง ได้แก่

4. C27 เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vendor) จาก 1x2 เป็น 1x1

รวมถึงพบความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้ สามารถจัดการความเสี่ยงให้ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการ ฯ คงที่ จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 20 (2x100/10) ของความเสี่ยงที่มีระดับ

ความเสี่ยงต่ำทั้งหมด จาก Cluster Education and Research พันธกิจด้านวิเทศสัมพันธ์ และ จาก Cluster Professional Service พันธกิจด้านการเงินและงบประมาณ ตามลำดับ ดังนี้

- | | | | | |
|----|-----|--|----------------|-----|
| 1. | O10 | ขาดแคลนบุคลากรที่มีความเหมาะสมด้าน Competency | คงที่ ที่ระดับ | 2x1 |
| 2. | F26 | ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการทางด้านการบริหารงบประมาณ | คงที่ ที่ระดับ | 3x1 |

และคณะ ฯ สามารถจัดการความเสี่ยงให้ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการ ฯ ไม่สามารถวัดได้ตามเกณฑ์รวมกับการปรับมุมมองการยอมรับความเสี่ยงของผู้บริหาร ส่งผลให้ความเสี่ยงบางส่วนเคลื่อนที่ออกจาก Risk Map-Dashboard **ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลต่อคณะ ฯ** จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 20 (2x100/10) ของความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำทั้งหมด จาก Cluster Education and Research พันธกิจด้านสื่อสารองค์กร ดังนี้

- | | | | | |
|----|-----|--|--------------|-----|
| 1. | S28 | การเข้าถึงสถานีรามาชาเนลน้อย เนื่องจากช่องทางที่จำกัด | หลุดจากระดับ | 2x4 |
| 2. | O31 | การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของกลุ่มเป้าหมายทั้งภายในและภายนอกคณะ ฯ
ไม่มีประสิทธิภาพ | หลุดจากระดับ | 2x2 |

ข้อคิดเห็นจากนักบริหารความเสี่ยง

จากการดำเนินการติดตามความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561 พบข้อควรพิจารณาเพิ่มเติม ดังนี้

การพัฒนาตัวชี้วัดความเสี่ยงจากตัวชี้วัดตาม (Lagging) สู่วัดชี้วัดนำ (Leading)

จากการสอบทานตัวชี้วัดความเสี่ยงของคณะ ฯ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 ถึงปัจจุบัน พบว่า “ส่วนใหญ่” ยังคงมีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่แสดงผลลัพธ์สุดท้ายในการจัดการความเสี่ยง หรือเป็นดัชนีวัดผลที่เกิดขึ้นแล้วจากการปฏิบัติงาน ซึ่งแม้จะสามารถวัดผลได้อย่างเป็นรูปธรรม แต่ในมุมมองของการบริหารจัดการ ถือว่าเป็นการพิจารณาผลการดำเนินการที่ผ่านไปแล้ว หากผลการดำเนินการเป็นไปตามเป้าหมายของตัวชี้วัดที่กำหนด ก็อาจจะบ่งชี้ได้ว่าคณะ ฯ สามารถจัดการความเสี่ยงได้ แต่ทั้งนี้พบว่าผลลัพธ์ที่วัดได้จากตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยไม่สามารถพยากรณ์แนวโน้มได้ล่วงหน้า และไม่สามารถปรับปรุงหรือแก้ไขแผนการดำเนินงานได้ เนื่องจากดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว การปรับแผนการจัดการ ฯ จึงจำเป็นต้องเข้าสู่วงจรการประเมินความเสี่ยงในปีงบประมาณต่อไป รวมถึงพบว่าตัวชี้วัดความเสี่ยงบางส่วน ไม่สามารถรายงานผลตามตัวชี้วัดได้ เนื่องจากยังอยู่ระหว่างการดำเนินการ ไม่สามารถรายงานข้อมูลได้แม้จะถึงรอบการติดตามประจำปีของคณะ ฯ ระดับความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงยังคงที่ และยกไปเป็นความเสี่ยงในปีงบประมาณต่อไป

และจากข้อจำกัดของการใช้ตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) งานบริหารความเสี่ยงจึงให้ความรู้เรื่องตัวชี้วัดความเสี่ยงแก่ Risk Champion ในการอบรมหลักสูตร COSO ERM-Advance Risk Management เมื่อวันที่ 2 เมษายน 2558 เพื่อคาดหวังให้เกิดการพัฒนาตัวชี้วัดความเสี่ยงของคณะ ฯ ให้สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการเตือนความเสี่ยงได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจากการอบรมที่ผ่านมา Risk Champion สามารถดำเนินการได้ 2 ลักษณะ ดังนี้ **1) พัฒนาตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator)** ที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ให้สามารถวัดผลหรือสามารถเก็บข้อมูลได้ระหว่างดำเนินการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสถิติเชิงปริมาณ ในการประมาณการผลการบริหารความเสี่ยง **2.) พิจารณาใช้ตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator)** เป็นตัวชี้วัดความเสี่ยงใหม่ หรือเพิ่มเติมจากตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีอยู่เดิม เนื่องจากตัวชี้วัดลักษณะนี้เป็นดัชนีวัดที่สาเหตุของความเสี่ยงหรือวัดที่กระบวนการจัดการความเสี่ยง จึงสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการพยากรณ์การเกิดความเสี่ยง ไปจนถึงสามารถคาดการณ์แนวโน้มผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ได้ด้วย ทั้งนี้การใช้ตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) อย่างมีประสิทธิภาพ เจ้าของความเสี่ยงควรพิจารณาตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) ที่สามารถเตือนความเสี่ยงได้ล่วงหน้า และต้องสามารถรายงานผลการดำเนินการได้ เมื่อถึงรอบการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีของคณะ ฯ ทั้งนี้หากเจ้าของความเสี่ยงสามารถพัฒนาตัวชี้วัด ฯ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลได้ตามที่กล่าวไว้ข้างต้น เจ้าของความเสี่ยงจะสามารถติดตามความก้าวหน้าในการจัดการความเสี่ยงได้อย่างต่อเนื่อง สามารถพิจารณาแก้ไข ปรับปรุงแผนการดำเนินการระหว่างปีงบประมาณ หรือเตรียมแผนเพื่อใช้รองรับความเสี่ยงที่ต้องดำเนินการต่อได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ยิ่งขึ้น

การกำหนดแผนการจัดการความเสี่ยง และการเก็บผลตามตัวชี้วัดความเสี่ยงให้สอดคล้องตามปีงบประมาณ

จากการดำเนินงานตามนโยบายการบริหารความเสี่ยงที่วางไว้ในปีงบประมาณ 2557 ซึ่งกำหนดให้การติดตามผลการจัดการความเสี่ยงของคณะ ฯ ต้องเสร็จสิ้นก่อนการเริ่มประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณต่อไป¹³ ภายใต้รอบระยะเวลาที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยงมหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด¹⁴ พบว่า เมื่อถึงรอบการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงดังกล่าวความเสี่ยงส่วนใหญ่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณต่อไป โดยยังมีสถานะความเสี่ยงคงที่ หรือเป็นความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถสรุปได้ เนื่องจากกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Internal Control) กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการ (Control Activity) และตัวชี้วัดความเสี่ยง (Key Risk Indicator) ทั้งตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) และตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) ยังอยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนประจำปีงบประมาณ แผนตามปีการศึกษา แผนตามปีปฏิทิน หรือแผนตามโครงการต่อเนื่องระยะยาวที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ในปัจจุบัน หรือแม้จะสามารถรายงานได้ แต่ผลการดำเนินการกลับไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากการเก็บข้อมูลเหลื่อมกับรอบการติดตามความเสี่ยงของคณะ ฯ ส่งผลให้เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) ส่วนใหญ่ ประเมินผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ จากการคาดการณ์แนวโน้มผลการดำเนินการ แทนการประเมินโดยใช้ผลการดำเนินการจริง ผลการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงเป็นผลสรุปจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยงเป็นหลัก ดังนั้นเพื่อให้การประเมินผลการจัดการความเสี่ยงของคณะ ฯ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถนำผลการดำเนินงานตามข้อเท็จจริงมาใช้พิจารณาได้ตามระยะเวลาที่กำหนด เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) ควรกำหนดกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ให้เป็นกิจกรรมเฉพาะที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ แทนการระบุเป็นกิจกรรมระยะยาว และกำหนดรอบการติดตามผลตามตัวชี้วัดความเสี่ยง (Key Risk Indicator) ทั้งในตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) และตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) เป็นช่วง ๆ อย่างน้อย 1-2 ครั้ง ให้สอดคล้องตามรอบการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณของคณะ ฯ

13 มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะ ฯ 11/ 2557

14 มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะ ฯ 1/ 2559

ภาคผนวก

ฐานข้อมูลผลการจัดการความเสี่ยง (Up Date 11/ 09/ 61)

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561

cluster	ด้าน	code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง (รวม)	ระดับความเสี่ยง						สรุปผลการจัดการความเสี่ยง				หมายเหตุ
								ก่อนการจัดการ			หลังการจัดการ			ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนที่ของความเสี่ยง	
								โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง					
Education and Research	การศึกษา	S1	ผลลัพธ์การ Implement หลักสูตรทางการศึกษา ไม่ได้บัณฑิตตาม คุณลักษณะ Transformative Leader	1. ปรับหลักสูตรให้เป็น outcome based 2. ควบคุมคุณภาพการจัดการเรียน การสอน 3. จัดรายวิชาเพื่อส่งเสริมทักษะฯ 4. จัดกิจกรรม/โครงการเพื่อส่งเสริม ทักษะฯ	ความเสี่ยงนี้ระหว่างปีมีการเสนอ พิจารณาใหม่ ซึ่งยังไม่ได้ข้อสรุป จน ปลายปีงบประมาณพิจารณายกเลิก ความเสี่ยง และเสนอความเสี่ยงใหม่	ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต (การประเมิน 5 ระดับ) (เป้าหมาย = 4.0)	ความเสี่ยงนี้ระหว่างปีมีการเสนอ พิจารณาใหม่ ซึ่งยังไม่ได้ข้อสรุป จน ปลายปีงบประมาณพิจารณายกเลิก ความเสี่ยง และเสนอความเสี่ยงใหม่	4	4	สูงมาก	-	-	สูงมาก	สูงมาก	สูงมาก	สูงมาก	ความเสี่ยงนี้ระหว่างปีมี การเสนอพิจารณาใหม่ ซึ่งยังไม่ได้ข้อสรุป จน ปลายปีงบประมาณ พิจารณายกเลิกความเสี่ยง และเสนอความเสี่ยงใหม่	
Education and Research	การศึกษา	S2	ไม่สามารถจัดระบบ บริการให้รองรับกับแนว ทิศทางการจัดการเรียน การสอนที่กำหนดได้	1. จัดทำระบบการรับฟังเสียงของ ลูกค้ำและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2. จัดทำระบบการบริหารจัดการ ร่วมกันโดยมีคณะกรรมการ รับผลิตขอข้อชัดเจน	ความเสี่ยงนี้ระหว่างปีมีการเสนอ พิจารณาใหม่ ซึ่งยังไม่ได้ข้อสรุป จน ปลายปีงบประมาณพิจารณายกเลิก ความเสี่ยง และเสนอความเสี่ยงใหม่	ร้อยละความพึงพอใจของนักศึกษาต่อ การจัดการเรียนการสอนระดับมกม- มากที่สุด (เป้าหมาย = 85%)	ความเสี่ยงนี้ระหว่างปีมีการเสนอ พิจารณาใหม่ ซึ่งยังไม่ได้ข้อสรุป จน ปลายปีงบประมาณพิจารณายกเลิก ความเสี่ยง และเสนอความเสี่ยงใหม่	4	4	สูงมาก	-	-	สูงมาก	สูงมาก	สูงมาก	ความเสี่ยงนี้ระหว่างปีมี การเสนอพิจารณาใหม่ ซึ่งยังไม่ได้ข้อสรุป จน ปลายปีงบประมาณ พิจารณายกเลิกความเสี่ยง และเสนอความเสี่ยงใหม่		
Education and Research	การศึกษา	S3	การเลือกเข้าศึกษาลด ระดับลง (Ranking)	1. กิจกรรมแนะแนวสู่รั้ว รร มัธยม 2. Open House มหิดล 3. โครงการเปิดรั้ว รร แพทย์	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพ ปานกลาง) กิจกรรมที่ยังไม่ได้ดำเนินการเหลือ อีก 1 โครงการ คือ "กิจกรรมแนะแนวสู่ รั้วรร.มัธยม" ตามแผนจะดำเนินการ ช่วงเดือน ก.ค. - ก.ย. เนื่องจาก ระยะเวลาดำเนินการระบุสอดคล้อง กับปีการศึกษาในภาคเรียนที่ 2 แต่ เป็นช่วงเวลาที่ไม่ตรงกับระยะเวลาใน การติดตามความเสี่ยง	1.จำนวนผู้สมัครเข้าศึกษาใน ระบบกสพท. (เป้าหมาย= อยู่ใน 3 ลำดับแรกของภาคคัดเลือก) 2.คะแนนเฉลี่ยในเอกสารสอบเข้าสอบ (เป้าหมาย= อยู่ใน 3 ลำดับแรกของ การคัดเลือก)	อยู่ระหว่างการรวบรวมข้อมูล (เนื่องจากมีการปรับระบบการคัดเลือก เป็นระบบ TCAS) คะแนนเฉลี่ยในการสอบเข้าอยู่ใน 3 อันดับแรกตามเป้าหมายที่กำหนด ที่ 1 คณะแพทยฯ จุฬาฯ 76.00 ที่ 2 คณะแพทยฯ ศิริราชฯ 72.13 ที่ 3 คณะแพทยฯ รพ.รามธิบดี 69.73 (แหล่งข้อมูล: ประชาศกกลุ่ม สถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ฉบับที่ 9 เรื่อง คะแนนสูงสุดต่ำสุด และค่าเฉลี่ย ปีการศึกษา 61)	4	4	สูงมาก	4	4	สูงมาก	สูงมาก	สูงมาก	1. ระหว่างการติดตามมี การปรับข้อกิจกรรม ควบคุมโดยระบุให้มี ความชัดเจนขึ้น 2. กิจกรรมเดิมเมื่อ ประเมินต้นปี คือ กิจกรรม แนะนำคณะ แพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามธิบดีสู่รั้วโรงเรียน มัธยม		

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561

cluster	ด้าน	code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง (รวม)	ระดับความเสี่ยง						สรุปผลการจัดการความเสี่ยง				หมายเหตุ				
								ก่อนการจัดการ			หลังการจัดการ			ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนที่ของความเสี่ยง					
								โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง									
								ด้าน	ระดับ	ระดับความเสี่ยง	ด้าน	ระดับ	ระดับความเสี่ยง									
Education and Research	การศึกษา	O4	จำนวนและคุณภาพของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่สมัครเข้ารับการศึกษาฝึกอบรม ไม่ได้ตามเป้าหมาย	1. ดำเนินการประชาสัมพันธ์หลักสูตรไปยังหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง	ดำเนินการแล้วเสร็จ - เริ่ม ค.ศ. 60 เสร็จ ม.ศ. 61 (ประสิทธิภาพดี) ดำเนินการประชาสัมพันธ์หลักสูตรไปยังหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง ครั้งที่ 2 เรียบร้อยแล้ว	อัตราจำนวนนักศึกษาใหม่ที่รับได้ตามแผนที่กำหนดไว้และคะแนน GPA ของนักศึกษาที่รับเข้าศึกษา/ ผิดอบรม ในหลักสูตรต่างๆ 1. รับนักศึกษาได้ตามแผนมากกว่าร้อยละ 85	รับนักศึกษาได้ตามแผนมากกว่าร้อยละ 74.73	3	ด้าน	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	3	ด้าน	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	3	สูง	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง	กิจกรรมการควบคุมมี ประสิทธิภาพดี	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ความเสี่ยงคงที่ และยกเป็น ความเสี่ยงปีต่อไป	
				2. ดำเนินการประชาสัมพันธ์ทุนสนับสนุนการศึกษาต่างๆ เช่น ทุนการศึกษาสำหรับนักศึกษาแรกเข้า	ดำเนินการแล้วเสร็จ - เริ่ม ค.ศ. 60 เสร็จ ม.ศ. 61 (ประสิทธิภาพดี) ดำเนินการประชาสัมพันธ์ทุนสนับสนุนการศึกษาต่างๆ ไปยังหลักสูตร ครั้งที่ 2	2. GPA แรกเข้า - ป.โท 2.75 ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 80 - ป.เอก 3.50 ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 80	- ป.โท 2.75 ขึ้นไป ร้อยละ 87.37 - ป.เอก 3.50 ขึ้นไป ร้อยละ 81.25															
						3. จำนวนนักศึกษาที่สมัครเข้ารับการสัมภาษณ์เป็น 2 เท่าของจำนวนที่ต้องการรับ (2 เดือนก่อนการสัมภาษณ์)	จำนวนนักศึกษาที่สมัครเข้ารับการสัมภาษณ์ 40 คน จาก 95 คน															

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561

cluster	ด้าน	code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง (รวม)	ระดับความเสี่ยง						สรุปผลการจัดการความเสี่ยง				หมายเหตุ		
								ก่อนการจัดการ			หลังการจัดการ			ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนที่ของความเสี่ยง			
								โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง							
Education and Research	วิจัย	S5	งานวิจัยคณะฯ ไม่สามารถตอบสนองนโยบาย Thailand 4.0 (ในสำนักงานวิจัยเชิงนวัตกรรมและเชิงพาณิชย์)	1. สร้างแนวทางการนำนวัตกรรมเข้าสู่มาตรฐาน	ดำเนินการแล้วเสร็จ (ประสิทธิภาพดี) กระบวนการพร้อมแบบฟอร์มการนำเข้านวัตกรรมเพื่อออกสู่เชิงพาณิชย์ที่ชัดเจน ประกอบด้วย 1) บันทึกผ่านหัวหน้าภาควิชา/สำนักงาน 2) ใบส่งมอบรายละเอียดผลิตภัณฑ์พร้อมจำหน่าย (รายละเอียดนวัตกรรมและเอกสารยืนยันการจัดการผลประโยชน์) 3) หนังสือยืนยันการเป็นผู้ประดิษฐ์และมีส่วนร่วมในผลงานนวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์การคิดค้นผลงาน สิทธิบัตร/อนุสิทธิบัตร/ลิขสิทธิ์ 4) แบบฟอร์มการนำเข้าเวชภัณฑ์ฯ 5) แบบฟอร์มนำเสนอขออนุมัติ (สำหรับแพทย์/พยาบาล) 6) ใบเสนอราคา 7) ข้อมูลผลิตภัณฑ์ 8) ภาพผลิตภัณฑ์/ภาพแพคเกจผลิตภัณฑ์ 9) หนังสือประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ (อย.) 10) ข้อมูลบริษัท ** Certificate of Free Sale (ถ้ามี) ปัจจุบันมีนวัตกรรมที่ดำเนินการตามแนวทางนี้ 8 นวัตกรรม	1.จำนวนนวัตกรรมที่ออกสู่เชิงพาณิชย์ >4 (ไตรมาสละ1 นวัตกรรม)	ยังไม่มีผลงานนวัตกรรม เนื่องจากยังอยู่ระหว่างการดำเนินการตามสัญญา 17 โครงการ และอยู่ระหว่างการพิจารณาให้ทุน 25 โครงการ	3	3	สูง	-	-	ดี	สามารถจัดการความเสี่ยงได้-ไม่ เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง ยังไม่สามารถระบุได้-อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	ความเสี่ยง หลุดจากตารางความเสี่ยง	ปัจจุบันมีหลายส่วนงานเข้ามามีบทบาทในการผลิตผลงานนวัตกรรมมากขึ้น รวมถึงกิจกรรมการควบคุมที่มีลักษณะเป็นข้อสัญญาเพื่อประกันผลงานนวัตกรรม ส่งผลให้รองคณบดีฝ่ายวิจัย คาดการณ์ว่า คณะฯ จะสามารถมีผลงานนวัตกรรมตามที่ต้องการได้		
								1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นที่น่าพอใจ						1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นที่น่าพอใจ						
								2.จำนวนงานวิจัยหรือนวัตกรรมที่ถูกพัฒนาและคิดค้นจาก Innovation space >2						มีจำนวน 17 โครงการ/นวัตกรรม เป็นโครงการพัฒนาเครื่องมือแพทย์และนวัตกรรมทางสุขภาพ ปีงบประมาณ 60-61 ระหว่างคณะฯ และคณะวิศวกรรมศาสตร์ ซึ่งเพิ่งเริ่มต้นวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน และอยู่ระหว่างการพิจารณาให้ทุน 25 โครงการ						
3.นวัตกรรมที่เป็นอุปกรณ์การแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยต้องผ่านมาตรฐานอย่างน้อย 1 มาตรฐาน เช่น อย.						จำนวน 8 นวัตกรรม เป็นนวัตกรรมที่ออกสู่เชิงพาณิชย์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และผลิตผ่านบริษัทที่ได้รับมาตรฐาน														

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561

cluster	ด้าน	code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง (รวม)	ระดับความเสี่ยง						สรุปผลการจัดการความเสี่ยง				หมายเหตุ					
								ก่อนการจัดการ			หลังการจัดการ			ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนที่ของความเสี่ยง						
								โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง										
								ด้าน	ระดับ	ระดับความเสี่ยง	ด้าน	ระดับ	ระดับความเสี่ยง										
Education and Research	วิจัย	S6	ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติไม่ได้ตามเป้าหมาย	การสร้างกลุ่มนักวิจัยมุ่งเป้า	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง) - กลุ่มนักวิจัยมุ่งเป้า ปี 60 มี 7 คน 1.อ.พญ.ดวงเนตร โรจนภรณ์ ภ.จักษุวิทยา 2.รศ.นพ.ธีรพงษ์ กระแจะจันทร์ ภ. พยาธิวิทยา 3.ศ.นพ.สมนึก สังฆานภาพ ภ. อายุรศาสตร์ 4.ศ.นพ.ธีรธร พูลเกษ ภ.อายุรศาสตร์ 5.อ.พญ.ประภาพร พิสิษฐ์กุล ภ. อายุรศาสตร์ 6.ศ.พญ.สาทริยา ตระกูลศรีชัย ภ. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 7.ศ.นพ.อนันต์ชัย วิสุทธิพันธ์ ภ.กุมารเวชศาสตร์ - และมีการเปิดรับและดำเนินการสัมภาษณ์นักวิจัยใหม่ของปี 2561 จำนวน 9 ท่าน เมื่อ 2 พ.ค. 2561 ที่ผ่านมา เพื่อเป็นการพิจารณาการให้ทุนจาก concept paper	1. ผลงานวิจัยที่ได้รับอนุมัติการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ [0.7 เรื่อง / อาจารย์ / ปี(พ.ศ.)] 2. จำนวนทุนวิจัยที่ได้รับจัดสรรทั้งในและนอกคณะฯ ครึ่งปีงบประมาณ 2561 ไม่น้อยกว่า 100,000,000 บาท	-จำนวนผลงานวิจัย เดือน ม.ค.61 =33 เรื่อง, ก.พ. 61= 43 เรื่อง, มี.ค. 61= 31 เรื่อง, เม.ย. 61= 36 เรื่อง - จำนวนอาจารย์ปี พ.ศ. 2561 = 757 คน รวม พ.ศ. 2561 มีผลงานวิจัยที่ได้รับอนุมัติการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ คิดเป็น 143 เรื่อง /757 คน= 0.18 เรื่อง/คน/ปี (พ.ศ) รวมจำนวนทุนวิจัยที่ได้รับจัดสรรทั้งในและนอกคณะฯ ข้อมูล ณ วันที่ 8 พ.ค. 61.= 800,555,949 บาท	3	ด้าน	ระดับ	ระดับความเสี่ยง	2	ด้าน	ระดับ	ระดับความเสี่ยง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ยังไม่สามารถสรุปได้อยู่ระหว่างดำเนินการยังไม่สามารถสรุปได้	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพ-ปานกลาง	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง ยังไม่สามารถระบุได้-อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	ความเสี่ยงลดลง และยกความเสี่ยงปีต่อไป	

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561

cluster	ด้านวิจัย	code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) (รวม)	ระดับความเสี่ยง						สรุปผลการจัดการความเสี่ยง				หมายเหตุ						
								ก่อนการจัดการ			หลังการจัดการ			ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง					ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม		ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง		การเคลื่อนที่ของความเสี่ยง	
								โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง											
								โอกาสเกิด	ด้าน	ระดับ	โอกาสเกิด	ด้าน	ระดับ	ระดับความเสี่ยง										
Education and Research	วิจัย	C7	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีถูกฟ้องร้องด้านการวิจัยในคน	1. ดำเนินการคุ้มครองเอกสารโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองแล้ว โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจะทำการคุ้มครองเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย (Patient/Participant Information Sheet), หนังสือยินยอมได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form) ต่อเนื่องจากปี 2560	ดำเนินการแล้วเสร็จ (ประสิทธิภาพดี) การคุ้มครองเอกสารโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองแล้ว มีการดำเนินการปีละ 1 ครั้ง ในช่วงเดือน มี.ค.-มิ.ย. ซึ่งเป็น การคุ้มครองเอกสารย้อนหลังของปีที่ผ่านมาก สำหรับปี 2561 ได้จัดทำหนังสือเวียนถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อคุ้มครองเอกสารของปี 2560 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และคาดว่าจะสามารถเพิ่มการคุ้มครองได้ครบถ้วน ครอบคลุม เนื่องจากได้อัฒรากำลังเพิ่ม 2 อัฒรา ตามกิจกรรมข้อที่ 2	1. จำนวนข้อร้องเรียนที่เกิดจากการดำเนินการวิจัยในคน น้อยกว่า 3 ราย/ปี	พบจำนวนข้อร้องเรียนที่เกิดจากการดำเนินการวิจัยในคนทั้งสิ้น 4 ราย	1	น้อย	5	สูงมาก	2	น้อย	4	สูง	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็น ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความเสี่ยงลดลง และยก เป็นความเสี่ยงที่ต่อเนื่อง	หมายเหตุเพิ่มเติม: - ระดับโอกาสเกิดเพิ่มขึ้น จาก 1 เป็นระดับโอกาสเกิด 2 เนื่องจากพบข้อร้องเรียนมากขึ้นในรอบปีที่ผ่านมา เนื่องจากความหลากหลายของบุคคล ส่งผลให้การรับรู้ ความคาดหวัง แตกต่างกัน - ระดับผลกระทบลดลง จาก 5 คดีขึ้นสู่ศาลและ ถูกตัดสินว่าผิด เป็นระดับ ผลกระทบ 4 คดีอยู่ในชั้นศาล เนื่องจากเมื่อพิจารณากิจกรรมที่ ดำเนินการทั้งหมด พบว่า มีกิจกรรมที่ใช้เพื่อ ป้องกันความผิดพลาด จากการดำเนินการตาม กระบวนการทางกรวิจัย ตั้งแต่ก่อนเริ่มโครงการ มี คณะกรรมการพิจารณาโครงการ มีการคุ้มครองโครงการ เพื่อให้ทุกโครงการมีกระบวนการมาตรฐานการวิจัยในคน จึงเป็นการลดปัจจัยที่ นักวิจัยหรือคณะฯ จะ เป็นผู้กระทำผิด ผลกระทบจากการที่คดี ขึ้นสู่ศาลและถูกตัดสินว่าผิดจึงลดลง				
			2. ขออัตรากำลังเพิ่มในการดำเนินการ ควบคุม ติดตามและคุ้มครองการ ดำเนินงานโครงการวิจัยที่ได้รับการ รับรองแล้ว ต่อเนื่องจากปี 2560	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง) ได้พนักงานมหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี ประเภทไม่เต็มเวลา ตำแหน่งพยาบาล 2 อัฒรา เมื่อเดือน กุมภาพันธ์ 2561 แต่อยู่ระหว่างวางแผนดำเนินการขอ อัตรากำลัง ประเภทเต็มเวลา 2 อัฒรา	2. จำนวนการฟ้องร้องจนเกิดคดีขึ้นสู่ ศาล และถูกตัดสินว่าผิด = 0	จำนวนการฟ้องร้องจนเกิดคดีขึ้นสู่ศาล และถูกตัดสินว่าผิด เป็น 0																		
			3.พัฒนาแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน เมื่อเกิดกรณีการถูกร้องเรียน หรือ ฟ้องร้อง ต่อเนื่องจากปี 2560	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง) มีการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้นดังนี้ - มี Flow ขั้นตอนการดำเนินการกรณีมีข้อสงสัย/คำร้องทุกข์ ร้องเรียน ภายในฝ่ายวิจัย (หน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน) สำหรับกรณีที่มีการร้องเรียน และพบว่าหนังสือหรือเป็นข่าว จะเป็นการดำเนินการระดับคณะฯ และจะเป็นไปตาม กระบวนการของทางฝ่ายสื่อสารองค์กร ฝ่ายกฎหมาย คณบดี หรือทีมผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง (รองคณบดีฝ่ายวิจัย) ฝ่ายวิจัยจะสามารถดำเนินการได้ในส่วนของข้อมูลและ กระบวนการด้านการวิจัย เพื่อสนับสนุนข้อมูลเท่านั้น - มีคณะกรรมการกำกับดูแลจริยธรรมด้านการวิจัย (รอง คณบดีเป็นประธาน) ซึ่งมีหน้าที่ในการพิจารณาเรื่องอุทธรณ์ ร้องทุกข์ด้านจริยธรรมการวิจัยในคนและจรรยาบรรณของ การวิจัย รวมถึงเสนอแนะแนวทางและมาตรการต่างๆ เป็น คณะกรรมการที่มีหน้าที่รับผิดชอบและดูแลที่ชัดเจนขึ้น ซึ่ง แนวทางการตั้งกรรมการดังกล่าว สอดคล้องกับแนว ทางการปฏิบัติ ของมหาวิทยาลัยมหิดล แต่ทั้งนี้ยังอยู่ ระหว่างการพิจารณาแนวทางการดำเนินงานของ คณะกรรมการที่ให้ชัดเจน																				

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561

cluster	ด้าน	code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) (รวม)	ระดับความเสี่ยง						สรุปผลการจัดการความเสี่ยง			
								ก่อนการจัดการ			หลังการจัดการ			ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนที่ของความเสี่ยง
								โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง				
Education and Research	วิเทศสัมพันธ์	S8	ตัวชี้วัดของกิจกรรมอื่นๆ ใน MOU นอกเหนือจากนักศึกษาแลกเปลี่ยน ไม่ได้ตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์คณะฯ และมหาวิทยาลัย (Research Collaborative / Medical Conference)	1. ผลักดันให้เกิด Dual Program ระหว่างคณะฯ กับ สถาบันการศึกษาต่างประเทศ ต่อเนื่องจากปี 2560	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพดี) 1. สาขาวิชาเวชศาสตร์ปริวรรต ภายใต้คณะฯ ได้จัดพิธีลงนามความร่วมมือการทำ Double degree ร่วมกับ National Sun-Yat Sen University ไปเมื่อวันที่ 5 ก.พ. 61 2. ผศ. สุชิน วรวิชวงษ์ ประธานความร่วมมือ 5 สถาบัน เพื่อให้เกิดการหารือในเรื่องการทำ Joint degree ซึ่งประกอบด้วย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี/ University of Montpellier / University of Warsaw / University of Gadjah Mada / University of Putra Malaysia	1. จำนวน MOU(ระดับคณะ แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี) ที่มี activity มีไม่น้อยกว่า 50% ของจำนวน MOU หมายเหตุ: Activity ประกอบด้วย student exchange / staff exchange / research collaboration / visiting scholar / joint conference	จำนวน MOU (General) ณ 31 ม.ค. 2561 = 54 สถาบัน จำนวนสถาบันที่มีกิจกรรมเกิดขึ้น(รวมทุกกิจกรรม) = 47 สถาบัน (ข้อมูลรวมตั้งแต่ 1 ต.ค. 60) คิดเป็น [47 หาร 54 x 100] = 87.04%	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	ยังไม่สามารถสรุปได้-อยู่ระหว่างดำเนินการยังไม่สามารถสรุปได้	กิจกรรมการควบคุมมี ประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ความเสี่ยงลดลง และยกเป็นความเสี่ยงปิดไป
				2. ปรับ Format MOU แนวใหม่ โดยทุก MOU ต้องมีข้อกำหนดเรื่อง Research Collaboration อย่างชัดเจน ต่อเนื่องจากปี 2560	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพดี) มีการปรับเนื้อหาในแบบฟอร์ม MOU ให้สอดคล้องกับข้อกำหนดเรื่อง research Collaboration เรียบร้อยแล้ว อยู่ระหว่างการวางแผนดำเนินการที่จะเวียนแจ้งหน่วยงานภายในคณะฯ ทราบและนำแบบฟอร์มไปใช้งานได้อย่างถูกต้อง	2. จำนวน Activity ที่เกิดขึ้นในเรื่องต่อไปนี Research collaboration / Visiting Scholar / International Conference มีไม่น้อยกว่า 20% ของ activity ที่เกิดขึ้นทั้งหมด	- จำนวน MOU ที่มี activity เกิดขึ้นเฉพาะด้าน Research / Visiting Scholar/International conference มีจำนวน... 11.....สถาบัน (ข้อมูลรวมตั้งแต่ 1 ต.ค. 60) หารด้วยจำนวน MOU ที่เกิด activity มีจำนวน 46 สถาบัน - คิดเป็น [11 หาร 46 x 100] = 23.91%										
				3. กระตุ้นสถาบันการศึกษาที่มี MOU กับคณะฯ อยู่แล้ว ให้เกิดแผนงานในการทำ Research และ Medical Conference ร่วมกันกับคณะฯ มากขึ้น ต่อเนื่องจากปี 2560	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง) 1. ประสานให้เกิดความต่อเนื่องของการหารือด้านวิจัยเพิ่มเติมกับสถาบัน ต่างประเทศ ดังนี้ - Commissariat A L'Energie Atomique (CEA), France - National Institute of Public Health, Ministry of Health, Lao PDR - National Sun Yat-Sen University, College of Science - Osaka University 2. อยู่ระหว่างการวางแผนดำเนินการที่จะจัดส่ง Email กระตุ้นสถาบันให้เกิดแผนงานหรือกิจกรรมในด้าน Research / Medical Conference มากขึ้น	- จำนวน MOU ที่มี activity เกิดขึ้นเนื่องจากการดำเนินการต่อเนื่อง มีจำนวน 11.....สถาบัน (ข้อมูลรวมตั้งแต่ 1 ต.ค. 60) หารด้วยจำนวน MOU ที่เกิด activity มีจำนวน 46 สถาบัน - คิดเป็น [11 หาร 46 x 100] = 23.91%											
				4. เสาะแสวงหาผู้ให้ทุนสนับสนุนด้านวิจัยหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้ทุนวิจัยเพื่อกระตุ้นให้เห็นถึงความสนใจและความพยายามของคณะฯ ในการผลักดันให้เกิดงานวิจัยใหม่ๆ ต่อเนื่องจากปี 2560	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง) 1. มีการหารือเรื่องความร่วมมือและการสนับสนุนทุนวิจัยกับสถาบัน ต่างประเทศที่มีการติดต่อกันมากขึ้น 2. ติดตามประกาศทุนสนับสนุนจากกองวิเทศสัมพันธ์ มหาวิทยาลัยมหิดลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกองวิเทศสัมพันธ์ ได้ออกประกาศการให้ทุนสนับสนุน จำนวน 11 ทุนเรียบร้อยแล้วซึ่งส่วนใหญ่สามารถช่วยสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือทางด้านวิเทศสัมพันธ์ได้อย่างมาก (ประกาศทุนตามเอกสารแนบ) และได้ทำเวียนแจ้งประชาสัมพันธ์ทุนนี้ให้หน่วยงานภายในคณะฯ ทราบแล้ว 3. กำลังดำเนินการเพิ่มกิจกรรมเชิงรุกในการหาทุน	- จำนวนกิจกรรมความร่วมมือด้านวิจัยที่มีการดำเนินการต่อเนื่อง มีจำนวน 11. Commissariat A L'Energie Atomique (CEA), France 2. National Institute of Public Health, LAO PDR 3. National Sun Yat-Sen University, College of Science, Taiwan 4. Juntendo University, Japan 5. Center for Global Health, Osaka University Hospital, Japan 6. Goldyne Savad Institute of Gene Therapy, Hadassah Medical Center, Israel 7. Institute of Applied Technology, Hefei Institutes of Physical Science, Chinese Academy of Sciences 8. Yonsei University, Korea Gynecologic Cancer Bank, Gangnam Severance Hospital, South Korea 9. Konkuk University, GLOCAL Campus, South Korea 10. Alfred I duPont Hospital for Children, Wilmington, Delaware 11. Graduate of Medicine, School of Medicine, Nagoya University, Japan											

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561

cluster	ด้าน	code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) (รวม)	ระดับความเสี่ยง						สรุปผลการจัดการความเสี่ยง				
								ก่อนการจัดการ			หลังการจัดการ			ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนที่ของความเสี่ยง	
								โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ					
Education and Research	วิเทศสัมพันธ์	S9	จำนวนอาจารย์ชาวต่างชาติจากสถาบันการศึกษาอื่นในต่างประเทศที่มหาวิทยาลัยหรือส่วนงานเชิญมาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการสอนหรือวิจัย หรือ บริหารการศึกษาหรือเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการให้แก่ นักศึกษา เป็นไปแบบ Real time ต่อเนื่องจากปี 2560	1.จัดทำระบบ IT เพื่อให้มีการ update ข้อมูลชาวต่างชาติที่มา ปฏิบัติหน้าที่สอนหรือวิจัย หรือ บริหารการศึกษา หรือเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการให้แก่ นักศึกษา เป็นไปแบบ Real time ต่อเนื่องจากปี 2560	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง)	อยู่ระหว่างประสานหรือเรื่องการพัฒนาระบบกับฝ่ายสารสนเทศ	จำนวนอาจารย์ชาวต่างชาติจาก สถาบันการศึกษาอื่นในต่างประเทศ ที่มหาวิทยาลัยหรือส่วนงานเชิญมา เพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการสอนหรือวิจัย หรือบริหารการศึกษาหรือเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการให้แก่ นักศึกษา (โดยมีจดหมาย /เอกสาร เชิญอย่างเป็นทางการ) จำนวน 3 คน ดังนี้ เป็นทางการ) ไม่น้อยกว่า 5 คน	มีจำนวนอาจารย์ชาวต่างชาติจากสถาบันการศึกษาอื่นในต่างประเทศที่มหาวิทยาลัยหรือส่วนงานเชิญมาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการสอนหรือวิจัย หรือบริหารการศึกษาหรือเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการให้แก่ นักศึกษา (โดยมีจดหมาย /เอกสาร เชิญอย่างเป็นทางการ) จำนวน 3 คน ดังนี้ 1. Associate Professor Sirimon Reutrakul Pratuangtham (tenured) Department of Medicine, University of Illinois at Chicago, USA 2. Dr.Shinji Kunishima, Ph.D., Adjunct lecturer, Department of Health Sciences, Nagoya University and Adjunct lecturer, Department of Medicine, Nagoya University, Japan 3. Dr.Shoji F. Nakayama, M.D., Ph.D., National Institute for Environmental Studies (NIES), Japan	3	3	สูง	1	3	ปานกลาง	ยังไม่สามารถสรุปได้อยู่ระหว่างดำเนินการยังไม่สามารถสรุปได้	กิจกรรมการควบคุมมี ประสิทธิภาพปานกลาง ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความเสี่ยงลดลง และยก เป็นความ เสี่ยงปีต่อไป
									1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	ยังไม่สามารถสรุปได้อยู่ระหว่างดำเนินการยังไม่สามารถสรุปได้	ยังไม่สามารถสรุปได้	ยังไม่สามารถสรุปได้	ยังไม่สามารถสรุปได้	ยังไม่สามารถสรุปได้	ยังไม่สามารถสรุปได้	ยังไม่สามารถสรุปได้	ยังไม่สามารถสรุปได้
Education and Research	วิเทศสัมพันธ์	O10	ขาดแคลนบุคลากรที่มีความเหมาะสมด้าน Competency	ส่งนักวิเทศสัมพันธ์ที่มีลักษณะงานที่ต้องประสานงานกับหน่วยงานภายนอกและต่างประเทศในระดับสูง ไปเพิ่มทุนทักษะทางด้านการใช้ภาษาอังกฤษเพื่อการติดต่อสื่อสารในระดับสูง ต่อเนื่อง จากปี 2560	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพดี)	1. มีนักวิเทศสัมพันธ์รองรับต่อเนื่อง 1 คน 2. ยังไม่มีส่งบุคลากรไปอบรมเพิ่ม(บุคลากรที่เหลือเป็นนักวิเทศสัมพันธ์ 4คน จ.บริหารทั่วไป 1คน) 3. การประเมินผลของผู้ที่รับการอบรมแล้ว จะใช้ผลคะแนน ToEIC ล่าสุดที่ไปสอบมาหลังจากผ่านการอบรม	1. อัตราการลาออก(Turnover rate) ของบุคลากรงานวิเทศสัมพันธ์ > 2 คนต่อปีงบประมาณ 2.บุคลากรงานวิเทศสัมพันธ์ต้องสอบผ่านการวัดทักษะทางภาษาตามเกณฑ์ที่หน่วยงานกำหนดทุกคน	ไม่มีผู้ลาออก	2	1	ต่ำ	2	1	ดี	ยังไม่สามารถสรุปได้อยู่ระหว่างดำเนินการยังไม่สามารถสรุปได้	กิจกรรมการควบคุมมี ประสิทธิภาพดี ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความเสี่ยงคงที่ และยกเป็น ความเสี่ยงปีต่อไป
									1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	ยังไม่สามารถสรุปได้	ยังไม่สามารถสรุปได้	ยังไม่สามารถสรุปได้	ยังไม่สามารถสรุปได้	ยังไม่สามารถสรุปได้	ยังไม่สามารถสรุปได้	ยังไม่สามารถสรุปได้	ยังไม่สามารถสรุปได้
Healthcare System	ดูแลคุณภาพ	S11	ไม่ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลชั้นก้าวหน้า (AHA)	กิจกรรมการสื่อสาร เรียนรู้ สร้างความเข้าใจผ่าน HCC Episode ต่างๆ	ดำเนินการแล้วเสร็จ (ประสิทธิภาพดี)	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	1. อัตราการตอบกลับ RCA ใน Case ที่จำเป็น 41.74% (ส่ง RCA 43 ตอบกลับ 103) On Process 2. อัตราการเกิดความเสี่ยงระดับรุนแรง (E-UP) 5.07% (E up =314 / อุบัติการณ์ทั้งหมด =6182) 3. การรายงานอุบัติการณ์-Near Miss 28.46% 4. การปฏิบัติตามแผน AHA ได้ตามที่กำหนด	3	3	สูง	4	3	สูงมาก	ยังไม่สามารถสรุปได้อยู่ระหว่างดำเนินการยังไม่สามารถสรุปได้	กิจกรรมการควบคุมมี ประสิทธิภาพดี ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น และยก เป็นความ เสี่ยงปีต่อไป	
									3.1 ข้อเสีย และภาพลักษณ์องค์กรมีผลกระทบ			3.1 ข้อเสีย และภาพลักษณ์องค์กรมีผลกระทบ						

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561

cluster	ด้าน	code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) (รวม)	ระดับความเสี่ยง						สรุปผลการจัดการความเสี่ยง					
								ก่อนการจัดการ			หลังการจัดการ			ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนที่ของความเสี่ยง		
								โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง						
Healthcare System	ดูแลสุขภาพ	O1	การเกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรระงับได้ (Preventable Event) ทำให้ รพ. ต้องให้การเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว	เพิ่มระบบการติดตาม เพื่อวัดผลประสิทธิผลการควบคุมแบบเชิงป้องกัน (Preventive Strategy)	ดำเนินการแล้วเสร็จ (ประสิทธิภาพดี) 1.กิจกรรมที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบดำเนินการ monitor ระดับรพ. ประกาศใช้ให้ครอบคลุมทั้งคณะ 2. ดำเนินการตาม SIMPLE ในส่วนของการนำ 2P safety ถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติทุกระดับ 3.พัฒนาระบบรายงานแล้วเสร็จ และนำลงสู่ปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ	NEVER EVENT = 0	NEVER EVENT = 1	2	3.1 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กรระดับชาติ	4	สูง	2	3.1 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กรระดับชาติ	3	ปานกลาง	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง	กิจกรรมการควบคุมมี ประสิทธิภาพ-ดี	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ความเสี่ยงลดลง และยกเป็นความเสี่ยงที่ต่อไป
Healthcare System	ดูแลสุขภาพ	C13	การถูกฟ้องร้องจากกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาล	1. โครงการทบทวนแนวทางการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ 2. ทบทวนและปรับปรุงระบบการพัฒนาคุณภาพความปลอดภัยและการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลและศูนย์การแพทย์ฯ ของคณะฯ ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน 3. ทบทวนกระบวนการรายงานเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงและมีแนวโน้มว่าจะถูกฟ้องร้องก่อนผู้ป่วยร้องเรียน 4. ทบทวนระบบรายงานความเสียหายออนไลน์ถึงผู้บริหาร 5.ทบทวนกระบวนการเยียวยาผู้รับบริการ	ดำเนินการแล้วเสร็จ 1. อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยใน ไตรมาส 2 ผู้ป่วยนอกทั่วไป และผู้ป่วยนอกคลินิก Premium ครั้งที่ 1 คิดเป็น 94.7 % 83.5 % และ 88.3 % ตามลำดับ อยู่ระหว่างดำเนินงาน (ประสิทธิภาพดี) มีการดำเนินการ 2P Safety ในโรงพยาบาลรามธิบดี ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ และศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน ส่วนโรงพยาบาลรามธิบดีจักษุโรคพบเห็นแจ้งเปิดดำเนินการเป็นบางส่วน จึงยังมีได้เริ่มดำเนินการ แต่มีการนำแนวคิด 2P Safety ไปรวมออกแบกระบวนการทำงาน ดำเนินการแล้วเสร็จ (ประสิทธิภาพดี) พัฒนาระบบ IOR เพื่อให้หน่วยงานสามารถรายงานเหตุการณ์ได้อย่างสะดวก แสดงให้เห็นถึงหน่วยงานให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัย สามารถป้องกันก่อนที่ผู้ป่วยจะฟ้องร้องได้ และพบว่ามีการรายงานอุบัติการณ์ผ่านระบบ IOR ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อยู่ระหว่างดำเนินงาน (ประสิทธิภาพปานกลาง) ดำเนินการ Integrated Healthcare Quality Center และสามารถพัฒนาระบบ IOR สื่อสารผู้เกี่ยวข้องเสร็จสิ้นแล้ว อยู่ระหว่างดำเนินงาน (ประสิทธิภาพปานกลาง) จัดทำโครงการ โครงการ Risk Register และ มีการจัดทำข้อมูล IOR Matrix ให้กับทุกระบบงานสำคัญ CLT โรงพยาบาล/ศูนย์การแพทย์ ให้ทีมทบทวนและนำเสนอ Action และนำเสนอที่ปรึกษาฯ เพื่อพัฒนาต่อเนื่อง	1.NEVER EVENT = 0 2.จำนวนการถูกนำเสนอข่าวโดยสื่อสาธารณะ เป็น 0 3. อัตราข้อร้องเรียนจากความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติ < 1 % 4.จำนวนCase E-up ที่ Under Report < 5 case 5. อัตราการเกิดอุบัติการณ์ระดับ C < 1.5 %	.NEVER EVENT = 1 การถูกนำเสนอข่าวโดยสื่อสาธารณะ เป็น 0 อัตราข้อร้องเรียนจากความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติ เกินกว่าเป้าที่กำหนด OPD=7.13% IPD=6.87% (ครึ่งปีแรก) OPD =7.23% IPD=1.70% (เดือน ก.พ.-เม.ย.61) ไม่พบ Case E-up ที่ Under Repor อัตราการเกิดอุบัติการณ์ระดับ C = 28.12% (1753/6232)	2	3.2 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กรของผู้ป่วย	4	สูง	2	3.2 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กรของผู้ป่วย	4	สูง	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง	กิจกรรมการควบคุมมี ประสิทธิภาพ-ปานกลาง	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ความเสี่ยงคงที่ และยกเป็นความเสี่ยงที่ต่อไป

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561

cluster	ด้าน	code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) (รวม)	ระดับความเสี่ยง						สรุปผลการจัดการความเสี่ยง				
								ก่อนการจัดการ			หลังการจัดการ			ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนที่ของความเสี่ยง	
								โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ					
Healthcare System	ด้าน	S14	ศูนย์ความเป็นเลิศของคณะฯ ไม่สามารถเป็น Excellence Center ในระดับสากล ได้ตามวัตถุประสงค์ที่คณะฯ ต้องการ	1. พิจารณาปรับกระบวนการทำงานของแต่ละศูนย์ฯ เพื่อให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของคณะฯ	อยู่ระหว่างดำเนินงาน (ประสิทธิภาพปานกลาง) รองคณบดีฝ่ายศูนย์ความเป็นเลิศและศูนย์สนับสนุนพันธกิจ จะเชิญหัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศเข้าร่วมประชุม ทุก 3 เดือน เพื่อผลักดันให้ศูนย์ฯ ต่างๆ ขอใบรับรองมาตรฐานระดับสากล โดยหน่วยงานที่ให้บริการทางคลินิก (Clinical Service) จะสามารถดำเนินการขอใบรับรองมาตรฐาน ISO ได้ นอกจากนี้ยังสามารถดำเนินการขอใบรับรองระบบการคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า (Advanced HA) รายโรคได้ด้วย ซึ่งขณะนี้ ศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ อยู่ระหว่างการเขียน Service Profile เพื่อดำเนินการขอใบรับรอง Advanced HA รายโรค ในขณะเดียวกัน รองคณบดีฝ่ายศูนย์ความเป็นเลิศและศูนย์สนับสนุนพันธกิจ ได้เชิญ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ยุวเรศนุศร์ สิทธิชาญบัญชา มาบรรยายเกี่ยวกับกระบวนการในการขอใบรับรองมาตรฐานต่างๆ เพื่อให้ทุกศูนย์ฯ มีความเข้าใจในขั้นตอนการขอใบรับรองมาตรฐานและกระบวนการทำงานมากขึ้น	สามารถมี Critical Outcome ตามเป้าหมายของคณะฯ (อย่างน้อย 1 เป้าหมาย จาก 3 เป้าหมาย) อย่างน้อย 3 ศูนย์ จากปัจจุบันมีศูนย์ความเป็นเลิศ 6 ศูนย์	สามารถมี Critical Outcome ตามเป้าหมายของคณะฯ 5 ศูนย์ ได้แก่ ศูนย์มะเร็ง, ศูนย์พิษวิทยา, ศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ, ศูนย์ปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด และศูนย์โรคหัวใจการแต่กำเนิดในผู้ใหญ่	3	1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	3	สูง	-	-	-	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ไม่ เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลต่อคณะฯ	กิจกรรมการควบคุมมี ประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ความเสี่ยง หลุดจากตารางความเสี่ยง
				2. ร่วมหารือกับแต่ละศูนย์ฯ ในการกำหนดเป้าหมายที่ต้องดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของคณะฯ ดังนี้ 2.1 มีผลการรักษาที่ตีเลิศในระดับสากล 2.2 สามารถเป็น human resource training ที่สามารถสร้าง human building capacity ให้กับประเทศ 2.3 มีผลงานวิจัยที่นำไปสู่ความเป็นเลิศ (paper publication) สามารถขึ้นนิตยสารแห่งชาติ หรือมีผลกระทบต่อบริการรักษาพยาบาล/ การศึกษา	อยู่ระหว่างดำเนินงาน (ประสิทธิภาพปานกลาง) รองคณบดีฝ่ายศูนย์ความเป็นเลิศและศูนย์สนับสนุนพันธกิจ กำหนดให้มีการประชุมศูนย์ความเป็นเลิศทุก 3 เดือน เพื่อร่วมหารือกับหัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศในการกำหนดเป้าหมายในการทำงานของแต่ละศูนย์ พร้อมทั้งพูดคุยถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อร่วมกันผลักดันให้ศูนย์ความเป็นเลิศ แต่ละศูนย์ฯ สามารถดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของคณะฯ ปัจจุบันศูนย์ความเป็นเลิศส่วนใหญ่ สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายของคณะฯ ได้อย่างน้อย 1 เป้าหมาย และพบว่ามีบางศูนย์สามารถดำเนินการได้ครบทั้ง 3 เป้าหมายด้วย ตั้งนั้นจึงกล่าวได้ว่าศูนย์ความเป็นเลิศของคณะฯ สามารถเป็น Excellence Center ในระดับสากล ได้ตามวัตถุประสงค์ที่คณะฯ ต้องการ													

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561

cluster	ด้าน	code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) (รวม)	ระดับความเสี่ยง							สรุปผลการจัดการความเสี่ยง				
								ก่อนการจัดการ			หลังการจัดการ				ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนที่ของความเสี่ยง	
								โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	ระดับความเสี่ยง					
Healthcare System	ด้าน	S15	ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในด้านการรายได้ของศูนย์สนับสนุนพันธกิจตามที่ศูนย์ฯ ตั้งไว้ ศูนย์สนับสนุนพันธกิจ (Mission Possible Unit)	1. ผลักดันให้แต่ละศูนย์มี Innovation Project ใหม่ อย่างน้อย 1 Project	อยู่ระหว่างดำเนินงาน (ประสิทธิภาพปานกลาง) ศูนย์สนับสนุนพันธกิจที่ไม่มีผลงานนวัตกรรม ได้แก่ 1. ศูนย์รังสีวินิจฉัยก้าวหน้า (ไอแมค) 1.1 เครื่องถ่วงน้ำหนักที่กระดูกสันหลังส่วนเอวเพื่อช่วยวินิจฉัยความผิดปกติของกระดูกสันหลังด้วยเครื่องเอ็มอาร์ไอ : อยู่ระหว่างการยื่นขอสิทธิบัตร 1.2 เครื่องตรวจวินิจฉัยภาวะหยุดหายใจขณะหลับเนื่องจากอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบนแบบพกพา : อยู่ระหว่างการยื่นจดสิทธิบัตร 2. ศูนย์จีโนมทางการแพทย์ นวัตกรรมที่กำลังดำเนินการอยู่ 2.1 พัฒนาชุดตรวจคัดกรองภาวะโรคพันธุกรรมสำหรับคนไทยก่อนมีบุตร 2.2 พัฒนาชุดตรวจเภสัชพันธุศาสตร์สำหรับประชากรไทยและอาเซียน 2.3 พัฒนานวัตกรรมบริการตรวจตรวจการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมในเลือดของผู้ป่วยมะเร็งปอดโดยวิธีต่างๆ	1. ศูนย์สนับสนุนพันธกิจสามารถสร้างผลกำไรได้คิดเป็น 100% ของจำนวนศูนย์ฯทั้งหมด(ทุกศูนย์ฯต้องมีกำไร)	ศูนย์สนับสนุนพันธกิจที่สามารถสร้างผลกำไรได้มีจำนวนทั้งสิ้น 7 ศูนย์ จาก 9 ศูนย์ คิดเป็น 77% ของจำนวนศูนย์ทั้งหมด หมายเหตุ : เดือนเมษายน - พฤษภาคม 2561 ยังไม่ได้รับข้อมูลรายรับรายจ่ายจากหน่วยวิเคราะห์ต้นทุน	2	ผลกระทบ	2	ปานกลาง	1	ผลกระทบ	1	ดี	ยังไม่สามารถสรุปได้อยู่ระหว่างดำเนินการยังไม่สามารถสรุปได้	กิจกรรมการควบคุมมี ประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง ยังไม่สามารถระบุได้อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	ความเสี่ยงลดลง และยก เป็นความเสี่ยงที่ต่อไป
				2. เพิ่มความท้าทายโดยการกำหนดเป้าหมายรายได้รวมควรเพิ่มขึ้น 2% จากปีที่ผ่านมา	อยู่ระหว่างดำเนินงาน (ประสิทธิภาพปานกลาง) รองคณบดีฝ่ายศูนย์ความเป็นเลิศและศูนย์สนับสนุนพันธกิจได้นำเสนอที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการศูนย์สนับสนุนพันธกิจ พิจารณาการจัดทำข้อกำหนดในการดำเนินงานของศูนย์สนับสนุนพันธกิจ โดยจะยืนยันข้อกำหนดในการดำเนินงานต่างๆ ประมาณสิ้นเดือนพฤษภาคม 2561 เพื่อที่จะประกาศใช้ภายในปี 2561 ซึ่งหากศูนย์ฯ ใดไม่สามารถดำเนินงานได้ตามข้อกำหนดเป็นระยะเวลา 5 ปี ต้องกลับไปอยู่ภาควิชา	2. ความสำเร็จในการดำเนินงานตามเป้าหมาย 100% ของจำนวนศูนย์ฯทั้งหมด	สามารถดำเนินงานตามเป้าหมายได้ คิดเป็น 44% ของจำนวนศูนย์ทั้งหมด ทั้งนี้เป็นข้อมูลที่ยังอยู่ระหว่างการดำเนินการตามปีงบประมาณ												

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561

cluster	ด้าน	code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) (รวม)	ระดับความเสี่ยง						สรุปผลการจัดการความเสี่ยง				
								ก่อนการจัดการ			หลังการจัดการ			ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนที่ของความเสี่ยง	
								โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง					
Professional Service	วิชาการและวัฒนธรรม	S16	ขาดการสนับสนุนด้านการสร้างพันธกิจเชิงรุก	1.กำหนดแผน IDP (Individual Development Plan) สำหรับตำแหน่งงานหลักที่รองรับการดำเนินงานพันธกิจเชิงรุก (ต่อเนื่องจากปีงบประมาณ60)	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพ ปานกลาง) <u>งานเสดที่คนศึกษา</u> - อยู่ระหว่างการดำเนินการจัดทำแผน IDP จำนวน 1 ตำแหน่งมีความคืบหน้าแล้ว 90% <u>งานการศึกษาต่อเนื่อง</u> มีการจัดทำแผน IDP จำนวน 1 ตำแหน่ง (หน.หน่วยประชุมทางไกลทางการแพทย์) ดำเนินการแล้วเสร็จ100%	1.ความสำเร็จของแผนการดำเนินงานพันธกิจเชิงรุกไม่ต่ำกว่าร้อยละ90 ต่อปีงบประมาณ ของแผนการดำเนินงานเชิงรุกตามภาระงานทั้งหมด	ความสำเร็จของแผนการดำเนินงานพันธกิจเชิงรุก ได้ 100% ของแผนการดำเนินงานเชิงรุกตามภาระงานทั้งหมด	3	1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นที่น่าพอใจ	2	ปานกลาง	3	2	ปานกลาง	ยังไม่สามารถสรุปได้อยู่ระหว่างดำเนินการยังไม่สามารถสรุปได้	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความเสี่ยงคงที่และเป็นความเสี่ยงปีต่อไป
				2. กำหนดอัตราค่าจ้างสำหรับการดำเนินงานพันธกิจเชิงรุก (ต่อเนื่องจากปีงบประมาณ60)	ดำเนินการแล้วเสร็จ (ประสิทธิภาพ ปานกลาง) งานเสดที่คนศึกษาได้รับอัตราทดแทนมาแล้วในปีงบฯ61 และงานการศึกษาต่อเนื่องได้รับอนุมัติอัตราค่าจ้างแล้ว 1 ตำแหน่ง	2.สัดส่วนโดยรวมของผู้เข้าร่วมประชุมชาวต่างชาติ เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 เมื่อเทียบเคียงของเป้าหมายของปีที่ผ่านมา 3.จำนวนการจัดประชุมระดับนานาชาติ เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 7 เมื่อเทียบเคียงของปีที่ผ่านมา 4.เครือข่ายการจัดทำ Teleconference ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ต่อปีงบประมาณ	จำนวนผู้เข้าร่วมประชุมชาวต่างชาติเพิ่มขึ้นร้อยละ ... เมื่อเทียบเคียงของเป้าหมายของปีที่ผ่านมา การจัดประชุมระดับนานาชาติ เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ ... เมื่อเทียบเคียงของปีที่ผ่านมา ดำเนินการจัดทำระบบ Teleconference 95 ครั้ง เครือข่าย Teleconference 86 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 81.7	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนที่ของความเสี่ยง	
Professional Service	สร้างเสริมสุขภาพ	S17	บุคลากรในคณะฯ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม	1. ร่วมวางแผนการดำเนินงานเชิงนโยบายสุขภาพของคณะฯ เช่น Healthy break & Healthy food	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง) มีการร่วมกับฝ่ายโภชนาการเพื่อพัฒนาต้นแบบโรงพยาบาลในด้านบริการอาหารสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม รวมทั้งณรงค์ให้ประชาชน บุคลากร เลือกบริโภคอาหารสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม ส่งเสริมการบริหารโภชนาการที่ดีต่อสุขภาพ	1. ร้อยละ 80 ของจำนวนบุคลากรที่ตอบแบบสำรวจสุขภาพบุคลากร	จำนวนบุคลากรที่ตอบแบบสำรวจสุขภาพบุคลากร คิดเป็นร้อยละ 80.79 (เป้าหมายร้อยละ 80)	3	1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นที่น่าพอใจ	2	ปานกลาง	3	2	ปานกลาง	ยังสามารถสรุปได้อยู่ระหว่างดำเนินการยังไม่สามารถสรุปได้	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความเสี่ยงคงที่และเป็นความเสี่ยงปีต่อไป
				2. จัดกิจกรรมสนับสนุนที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพเช่น โครงการออกกำลังกาย โครงการรวมใจสร้างเสริมสุขภาพ	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง) จัดโครงการ "เริ่มต้น 60 นาที เพื่อสุขภาพดีในอนาคต" ร่วมกับศูนย์กีฬา	2. จำนวนบุคลากรไม่เกินร้อยละ 50 ที่ไม่ได้ออกกำลังกาย	จำนวนบุคลากรที่ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 52.12 (เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 50)	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนที่ของความเสี่ยง	
				3. ร่วมประชุมและร่วมวางแผนทางในคณะอนุกรรมการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร	ดำเนินการแล้วเสร็จ (ประสิทธิภาพปานกลาง) ร่วมกับคณะอนุกรรมการสร้างเสริมสุขภาพฯ จัดงาน "มหกรรมสุขภาพชาวรามธิบดี" เมื่อวันที่ 15-17 ม.ค. 61 เพื่อบูรณาการการดูแลสุขภาพของบุคลากร และสร้างความตระหนักถึงสภาวะสุขภาพของตนเอง	3. จำนวนบุคลากรไม่เกินร้อยละ 1 ที่สูบบุหรี่ 4. จำนวนบุคลากรไม่เกินร้อยละ 30 มีดัชนีมวลกาย (BMI) > 23	จำนวนบุคลากรที่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 4.31 (เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 1) จำนวนบุคลากรที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) > 23 คิดเป็นร้อยละ 46.43 (เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 30)	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนที่ของความเสี่ยง	

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561

Cluster	ด้าน	code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) (รวม)	ระดับความเสี่ยง						สรุปผลการจัดการความเสี่ยง				หมายเหตุ	
								ก่อนการจัดการ			หลังการจัดการ			ความสามารถ ในการจัดการ ความเสี่ยง	ประสิทธิภาพ ของกิจกรรม การควบคุม	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัด ความเสี่ยง	การเคลื่อนที่ ของความเสี่ยง		
								โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ						
Professional Service	ทรัพยากรบุคคล	S18	ขาดระบบการสร้างผู้สืบทอด (Successor) ตำแหน่งบริหารระดับต้น และระดับกลาง (ตาม เกณฑ์มหาวิทยาลัย) ที่เหมาะสม	1. กำหนดตำแหน่งที่จะ ดำเนินการสร้างผู้สืบทอดตำแหน่ง เช่น เฉพาะผู้บริหารระดับสูง ตั้งตรงคณะที่ขึ้นไป หรือ ระดับฝ่าย/งาน	ดำเนินการแล้วเสร็จ - เริ่ม ธ.ค. 60 เสร็จ ม.ค. 61 (ประสิทธิภาพปานกลาง) มีการจัดทำกรอบแนวคิดและกำหนด "ร่าง" ตำแหน่งที่สำคัญเพื่อเตรียมผู้สืบทอดแล้ว อยู่ระหว่างผู้บริหารพิจารณาอนุมัติ	ความสำเร็จของกรวางแผนและ จัดระบบการสรรหาผู้ที่มีคุณสมบัติ Talent ของคณะฯเพื่อเป็น Successor ในตำแหน่งบริหารระดับ ต้นและระดับกลางได้ตามแผนที่ กำหนด ร้อยละ 80	จัดทำ "ร่าง" ตำแหน่งที่สำคัญเพื่อเตรียมผู้ สืบทอด รวมถึง "ร่าง" เกณฑ์การคัดเลือก ผู้สืบทอด ตลอดจน "ร่าง" เกณฑ์และ แผนการพัฒนาบุคลากรที่ได้รับคัดเลือก เป็น Talent เสร็จร้อยละ 60 (เป้า หมายความสำเร็จของแผนร้อยละ 80)	4	3	สูงมาก	4	3	สูงมาก	ยังไม่สามารถ สรุไปได้ อยู่ ระหว่าง ดำเนินการยังไม่สามารถสรุป ได้	กิจกรรมการ ควบคุมมี ประสิทธิภาพ- ปานกลาง	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัด ความเสี่ยง ไม่ได้ตาม เกณฑ์ที่ กำหนดไว้	ความเสี่ยงคงที่ และยกเป็น ความเสี่ยงปี ต่อไป		
			2. จัดทำเกณฑ์การคัดเลือก บุคลากรที่มีศักยภาพ (Talent) เกณฑ์การพัฒนา และการ Retain	ดำเนินการแล้วเสร็จ - เริ่ม ธ.ค.60 เสร็จ ม.ค.61 (ประสิทธิภาพปานกลาง) มีการจัดทำ "ร่าง" เกณฑ์การคัดเลือกผู้สืบทอด และ "ร่าง" เกณฑ์และแผนการพัฒนาบุคลากรที่ ได้รับคัดเลือกเป็น Talent เสร็จแล้วอยู่ระหว่าง ผู้บริหารพิจารณาอนุมัติ															
			3. นำเสนอคณะกรรมการบริหารฯ และคณะกรรมการประจำคณะฯ เพื่อพิจารณาอนุมัติ	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง) อยู่ระหว่างรอผู้บริหารพิจารณาอนุมัติ															
Professional Service	ทรัพยากรบุคคล	S19	ไม่สามารถสรรหากำลังคน ในตำแหน่งที่สำคัญ (Key position) ได้ทันต่อการ เกิดสถาบันการแพทย์ จักรีนดูบดิษฐ์	1. ร่วมดำเนินการวางแผน อัตรากำลังหรือกับสถาบัน การแพทย์จักรีนดูบดิษฐ์เพื่อ กำหนด "ตำแหน่งที่สำคัญ" พร้อม กำหนดคุณสมบัติของผู้จะดำรง ตำแหน่งโดยละเอียด หน้าที่ รับผิดชอบและอัตราเงินเดือนที่ เหมาะสม	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง) 1. ดำเนินการจัดทำและปรับโครงสร้างองค์กร ภายในของสถาบันการแพทย์จักรีนดูบดิษฐ์ ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด และได้รับอนุมัติจาก สภามหาวิทยาลัยมหิดลครั้งที่ 528 เมื่อวันที่ 17 ม.ค.61 โดยได้รับแจ้งผลการอนุมัติเมื่อวันที่ 5 ก.พ.61 2. อยู่ระหว่างร่วมกับทีม HR CNMI ดำเนินการ กำหนดอัตรา กำลังที่เหมาะสมและสอดคล้องกับ โครงสร้างองค์กรที่ปรับใหม่ รวมทั้งกำหนด ตำแหน่งที่สำคัญ, คุณสมบัติและหน้าที่ความ รับผิดชอบซึ่งเป็นองค์ประกอบของตำแหน่งด้วย	จัดหาอัตรากำลังตำแหน่งสำคัญตาม โครงสร้างทันต่อการเปิดสถาบัน การแพทย์จักรีนดูบดิษฐ์ ได้ 100 % จักรีนดูบดิษฐ์ ได้ร้อยละ 61.76	จัดหาอัตรากำลังตำแหน่งสำคัญตาม โครงสร้างทันต่อการเปิดสถาบันการแพทย์ จักรีนดูบดิษฐ์ ได้ร้อยละ 61.76	4	3	สูงมาก	3	สูง	ยังไม่สามารถ สรุไปได้ อยู่ ระหว่าง ดำเนินการยังไม่สามารถสรุป ได้	กิจกรรมการ ควบคุมมี ประสิทธิภาพ- ปานกลาง	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัด ความเสี่ยง ไม่ได้ตาม เกณฑ์ที่ กำหนดไว้	ความเสี่ยง ลดลง และยก เป็นความ เสี่ยงปีต่อไป	ความเสี่ยงนี้ HR ประเมินว่า สำหรับประเด็นอุปสรรคที่ทำให้ ตัวชี้วัดไม่ได้ตามเป้าหมาย รวมทั้ง กิจกรรมยังไม่เสร็จสิ้นนั้น เป็น ประเด็นที่เกิดจากด้าน CNMI ซึ่ง ถ้าพิจารณาในมุมมองของความเสี่ยง HRI CNMI น่าจะเป็นผู้รับผิดชอบ หลัก ดังนั้นจึงเสนอให้หารือกับ HR CNMI ว่ายังพิจารณาเป็นความ เสี่ยงหรือไม่ แต่ผลการจัดการความ เสี่ยงในปีงบประมาณ 61 เมื่อพิจารณาจาก ความคืบหน้าของกิจกรรมจึงทำให้ ยังคงเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการไม่ เสร็จสิ้นและผลตัวชี้วัดความเสี่ยง ที่ยังไม่ได้ตามเป้าจึงทำให้ระดับ ความเสี่ยงยังไม่อยู่ในระดับที่ ยอมรับได้		
			2. วางแผนการสรรหาและ คัดเลือก ตั้งแต่แหล่งที่มาของ ผู้สมัคร วิธีการรับสมัคร วิธีการ คัดเลือกและสัมภาษณ์	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง) ร่วมกับทีม HR CNMI ดำเนินการวางแผน การ สรรหาควบคู่ไปกับทยอยดำเนินการ คัดเลือกผู้ที่ จะดำรงตำแหน่งที่สำคัญเป็นระยะ															

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561

cluster	ด้าน	code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	ผลจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) (รวม)	ระดับความเสี่ยง						สรุปผลการจัดการความเสี่ยง				หมายเหตุ		
								ก่อนการจัดการ			หลังการจัดการ			ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลจัดการ เทียบตัวชี้วัด	การเคลื่อนที่ของความเสี่ยง			
								โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ							
								โอกาสเกิด	ด้าน	ระดับ	โอกาสเกิด	ด้าน	ระดับ							
Professional Service	สารสนเทศ	O20	ระบบ HIS ที่ CNMI ไม่สามารถใช้งานได้ตามที่กำหนด(ระบบเสร็จไม่ทัน ธ.ค. 60 หรือ เสร็จทันแต่ไม่สามารถตอบสนองผู้ใช้ได้ตามที่ต้องการ)	1. ประเมินสถานการณ์เป็นระยะ ทุก 1 เดือนก่อน เดือนพฤศจิกายน 2560	อยู่ระหว่างดำเนินงาน (ประสิทธิภาพปานกลาง) ทางทีมพัฒนาโปรแกรมระบบงานโรงพยาบาล ให้กับ สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ ดำเนินการพัฒนาในส่วน Module งาน OPD และ IPD ให้สมบูรณ์มากขึ้น ซึ่งคาดว่าจะสมบูรณ์ทุกฟังก์ชันการทำงานในเดือนมิถุนายน 2561	จำนวน Test Case ที่ทดสอบผ่านร้อยละ 80 ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้	อยู่ระหว่างการทดสอบ โดยผ่านการทดสอบเฉพาะในส่วนของ Function OPD ร้อยละ 95	3	ด้าน	ระดับ	สูงมาก	4	ด้าน	ระดับ	สูงมาก	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง	กิจกรรมการควบคุมมี ประสิทธิภาพปานกลาง ไม่ได้กำหนดไว้	ผลจัดการ เทียบตัวชี้วัด เพิ่มขึ้น และยก เป็นความเสี่ยงที่ลดลง	ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น และยก เป็นความเสี่ยงที่ลดลง	เจ้าของความเสี่ยงประเมินระดับ ความเสี่ยงหลังการจัดการ และ นำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเมื่อวันที่ 3 ก.ค. 61 ที่ระดับความเสี่ยง 4x4 แต่เมื่อมีการประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562 อีกครั้ง ตามมติที่ประชุมให้เปลี่ยนแปลง ผู้รับผิดชอบความเสี่ยง เจ้าของ ความเสี่ยงจึงพิจารณาปรับระดับ ความเสี่ยงเป็น 4x3 เมื่อวันที่ 23 ก.ค. 61
			2. วางแผนเปิดบริการให้สอดคล้องกับความสามารถของระบบและทรัพยากรด้านอื่นๆ	อยู่ระหว่างดำเนินงาน (ประสิทธิภาพปานกลาง) การเปิดบริการของหน่วยงานภายในโรงพยาบาล ยังไม่สามารถเปิดบริการได้ทั้งหมด เนื่องจากยังมีระบบบางส่วนที่อยู่ในขั้นตอนของการพัฒนารวมถึงยังขาดความพร้อมในเรื่องเครื่องมืออุปกรณ์ที่รองรับการให้บริการ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานและ ปัญหาเรื่องการจัดซื้อจัดจ้างซึ่งอยู่ระหว่างการดำเนินการ ซึ่งปัจจุบันอยู่ระหว่างการเปิดงานในส่วนของงาน OR พร้อมกับงานวิสัญญี โปรแกรมที่ทำการพัฒนาจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในเดือน มิถุนายน 2561																

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561

cluster	ด้าน	code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) (รวม)	ระดับความเสี่ยง								สรุปผลการจัดการความเสี่ยง						
								ก่อนการจัดการ				หลังการจัดการ				ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนที่ของความเสี่ยง			
								โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	ระดับความเสี่ยง							
Professional Service	สารสนเทศ	S21	การวางแผนหรือการบริหารงานภายในคณะฯ ผิดพลาดคลาดเคลื่อนเนื่องจากข้อมูลสารสนเทศไม่ถูกต้อง ไม่ครอบคลุมทุกมิติ	1. มีการกำหนดนิยามมาตรฐาน (ดำเนินการระยะยาว)	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง) การกำหนดนิยามรายได้ค่าใช้จ่ายในมุมมองตามพันธกิจและภาควิชาแล้วเสร็จในเดือนธันวาคม 2560 คาดว่ากิจกรรมการกำหนดนิยามมาตรฐานนี้จะเสร็จสิ้นในปีงบประมาณ 2562 ปัจจุบันอยู่ระหว่างการดำเนินการใน Phase 2 1. Cost Center (บริการ) นำไป map กับ UOS (Encounter ID/ OPD/ IPD/ SS/ ER) 2. ปีนส่วน (รายได้-ค่าใช้จ่าย) โดยนำรายได้-ค่าใช้จ่าย จาก non-profit cost center กระจายเข้าสู่ profit cost center	1. ความมั่นใจของตัวชี้วัด (KPI) ที่สามารถนำมาใช้ในการบริหารงานได้เป็นร้อยละ 100	ร้อยละ 94 (KPI ทางการเงินที่ถูกนำมาใช้บริหาร = 16x100/17)	4		3	สูงมาก	3		2	ปานกลาง	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยงไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ความเสี่ยงลดลง และยกเป็นความเสี่ยงที่ปิดไป			
				2. SI3) Management by information สร้างระบบ Business intelligence ที่สามารถดึงข้อมูลมาใช้ตัดสินใจได้ (มีรายงานเพื่อการบริหารด้านการเงิน และด้านการรักษาพยาบาล)	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพดี) การสร้างระบบ BI ดำเนินการแล้วเสร็จ สามารถมีรายงานทางด้านการเงิน การบริหาร และการรักษาพยาบาลได้ แต่เนื่องจากกิจกรรมการกำหนดนิยามมาตรฐานยังไม่เสร็จสิ้น จึงทำให้ต้องมีการแก้ไขปรับปรุงข้อมูลอย่างต่อเนื่อง	2. ข้อมูลที่ถูกต้องได้รับการแก้ไขหลังจากที่ได้รับแจ้ง ตามกำหนด มากกว่าร้อยละ 95 >> ต่อเนื่องจากปี 2560	ร้อยละ 100 (ข้อมูลไม่ถูกต้องและได้รับการแก้ไข = 4x100/4)															
				3. ข้อมูลที่ผ่านการพิจารณาให้นำเข้าสู่ Data Warehouse สามารถดำเนินการได้ตามกำหนดมากกว่าร้อยละ 80 >> ต่อเนื่องจากปี 2560	ร้อยละ 100 (ข้อมูลใหม่ใน Data Warehouse = 3x100/3)																	

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561

cluster	ด้าน	code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) (รวม)	ระดับความเสี่ยง								สรุปผลการจัดการความเสี่ยง			
								ก่อนการจัดการ				หลังการจัดการ				ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนที่ของความเสี่ยง
								โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	ระดับความเสี่ยง				
Professional Service	สารสนเทศ	S22	ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯ แต่ละกลุ่มได้ตามความต้องการ (พิจารณาทั้ง New Project และ Change Product)	1.ผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ใน Business นั้นๆ ทำการถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้ปฏิบัติงานภายในทีม	อยู่ระหว่างดำเนินงาน (ประสิทธิภาพดี) ที่มีความรู้และประสบการณ์ใน Business (Role BA) จะทำการถ่ายทอดความรู้ด้าน Business นั้นๆ ให้กับผู้ร่วมปฏิบัติงานภายในทีม ผ่านทางการประชุม และการทบทวน (Review) เอกสารความต้องการ (Business Requirement Document)	1.จัดทำเอกสารในระบบ CMMI ดังนี้ 1.1 เอกสาร TOR (Term of Requirement) ต้องได้รับการทบทวนและอนุมัติจาก Business Owner และต้องได้รับการปรับปรุงเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงความต้องการจากผู้ใช้งาน 100% >>ต่อเนื่องจากปี 2560	มีเอกสาร Business Requirements Document หรือ TOR หรือ Minutes of Meeting สำหรับทบทวน และอนุมัติจาก Business Owner ร้อยละ 50 จากโครงการในปีปัจจุบัน ที่ดำเนินการพัฒนา Source Code แล้ว	3	1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นที่น่าพอใจ	3	สูง	3	1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นที่น่าพอใจ	3	สูง	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพปานกลาง ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความเสี่ยงคงที่และยกเป็นความเสี่ยงปีต่อไป
				2.กำหนด Stakeholders และ Business Owner ให้ชัดเจนในระหว่างการจัดทำโครงการ และทำการยืนยันความต้องการ (requirement) กับ Stakeholders และ Business Owner ให้ครบถ้วน	อยู่ระหว่างดำเนินงาน (ประสิทธิภาพปานกลาง) การกำหนด Stakeholder และ Business Owner เป็นมาตรฐานในการสื่อสารภายในทีม ให้รับรู้รับทราบว่า Role ใดที่ต้องการยืนยันความต้องการ (Requirements)	1.2 เอกสาร UAT (User Acceptance Test) ต้องได้รับการทบทวนและผ่านตามเงื่อนไขการยอมรับได้ของ Business Owner 100%	มีเอกสาร User Acceptance Test Report สำหรับทบทวน และเป็นที่ยอมรับจาก Business Owner ร้อยละ 25 จากโครงการในปีปัจจุบัน ที่ดำเนินการถึงติดตั้งระบบใช้งานแล้ว	3	1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นที่น่าพอใจ	3	สูง	3	1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นที่น่าพอใจ	3	สูง	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพปานกลาง ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความเสี่ยงคงที่และยกเป็นความเสี่ยงปีต่อไป
				3.ปรับรูปแบบการตรวจสอบ (IA) ให้ครอบคลุมทั้ง Project และ Product	อยู่ระหว่างดำเนินงาน (ประสิทธิภาพปานกลาง) มีการตรวจสอบทุกโครงการทั้ง Project และ Product ในทุกเฟสของการดำเนินงาน	2. กระบวนการวัดระดับความพึงพอใจของผู้ใช้งานในคณะฯ ต่อระบบสารสนเทศ โดยต้องได้รับคะแนนความพึงพอใจไม่น้อยกว่า 4 (ระดับคะแนนเต็ม 5) >>ต่อเนื่องจากปี 2560	คะแนนความพึงพอใจ = 3.94	3	1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นที่น่าพอใจ	3	สูง	3	1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นที่น่าพอใจ	3	สูง	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพปานกลาง ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความเสี่ยงคงที่และยกเป็นความเสี่ยงปีต่อไป

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561

cluster	ด้าน	code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) (รวม)	ระดับความเสี่ยง								สรุปผลการจัดการความเสี่ยง			
								ก่อนการจัดการ				หลังการจัดการ				ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนที่ของความเสี่ยง
								โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	ระดับความเสี่ยง				
Professional Service	สารสนเทศ	O2 3	มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยจนส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล	1. จัดให้มีกระบวนการทบทวนโครงสร้างการกำหนดสิทธิ์ผู้ใช้งานระบบสารสนเทศในคณะ (Role-based access control) >>ต่อเนื่องจากปี 2560	ดำเนินการแล้วเสร็จ (ประสิทธิภาพปานกลาง) มีการควบคุมสิทธิ์การเข้าถึงระบบสารสนเทศโดยการขอเพิ่ม ลบ เปลี่ยนแปลงสิทธิ์ ผู้ใช้งานจะต้องจัดทำบันทึกข้อความที่ผ่านการอนุมัติจากหัวหน้างาน จึงจะส่งมาขอสิทธิ์จากฝ่ายสารสนเทศได้ และการการเพิ่ม ลบ เปลี่ยนแปลงสิทธิ์ก็จะมีการเก็บบันทึกประวัติไว้ในแอปพลิเคชันด้วย ซึ่งปัจจุบันมีการจัดทำ authorization matrix แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง Role และ Application เรียบร้อยแล้ว	1.จำนวนการละเมิดข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต hacker ต้องเท่ากับ 0 ครั้งต่อปี	จำนวนการละเมิดข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต hacker เป็น 0	3	3	สูง	3	3	สูง	3	สูง	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ความเสี่ยงคงที่และยกเป็นความเสี่ยงปีต่อไป
				2. จัดฝึกอบรมให้บุคลากรในคณะ หัวข้อ "ใช้ไอทีอย่างปลอดภัย พวกเราสบายใจ คนไข้ได้รับความคุ้มครอง" ปีงบประมาณ 2561 >>ต่อเนื่องจากปี 2560	อยู่ระหว่างดำเนินงาน (ประสิทธิภาพปานกลาง) ดำเนินการเขียนโครงการฝึกอบรมเรียบร้อยแล้ว ปัจจุบันอยู่ระหว่างกำหนดตารางการจัดอบรมจากวิทยากรผู้ให้ความรู้ (อน.พนวรรณ ธีระ อัมพรพันธุ์) เมื่อได้กำหนดการเรียบร้อยแล้ว ทางทีมฝึกอบรมจะดำเนินการแจ้งให้บุคลากรในคณะทราบต่อไป	2.จำนวนการรับแจ้งเหตุการณ์การร้องเรียนละเมิดข้อมูลผู้ป่วยต้องไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี	จำนวนการรับแจ้งเหตุการณ์การร้องเรียนละเมิดข้อมูลผู้ป่วยเป็น 0	3	3	สูง	3	สูง	3	สูง	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ความเสี่ยงคงที่และยกเป็นความเสี่ยงปีต่อไป	
				3.เมื่อมีปัจจัยภายนอกที่มีความเสี่ยงต่อการละเมิดข้อมูล จะทำการอัปเดต sw เพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูล	อยู่ระหว่างดำเนินงาน (ประสิทธิภาพปานกลาง) เมื่อได้รับข้อมูลจากภายนอกที่มีความเสี่ยงต่อการละเมิดข้อมูล ทางทีมผู้ดูแลและดำเนินการเปลี่ยนแปลงค่า Config, อัปเดต Patch Windows หรือวางแผนหาแนวทางในการป้องกันมิให้เกิดการละเมิดข้อมูลขึ้น ทั้งนี้ ทางทีมผู้ดูแลระบบมีการปิดปรับปรุงระบบงานคอมพิวเตอร์ และทำการอัปเดต Patch Windows เพื่อป้องกันมัลแวร์เรียกค่าไถ่ รวมถึงปรับปรุงระบบงานให้ส่วนอื่นๆ ตามรอบการบำรุงรักษาเป็นประจำต่อเนื่อง แต่ยังไม่ดำเนินการเฉพาะกับ Server โดยยังไม่ได้มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบกับ Clients ในคณะฯ	2.จำนวนการรับแจ้งเหตุการณ์การร้องเรียนละเมิดข้อมูลผู้ป่วยต้องไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี	จำนวนการรับแจ้งเหตุการณ์การร้องเรียนละเมิดข้อมูลผู้ป่วยเป็น 0	3	3	สูง	3	สูง	3	สูง	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ความเสี่ยงคงที่และยกเป็นความเสี่ยงปีต่อไป	

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561

cluster	ด้าน	code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) (รวม)	ระดับความเสี่ยง						สรุปผลการจัดการความเสี่ยง						
								ก่อนการจัดการ			หลังการจัดการ			ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนที่ของความเสี่ยง			
								โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ							
Professional Service	สารสนเทศ	S24	ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้ โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า	<p>พิจารณากิจกรรมเพิ่มเติมเนื่องจากมาตรฐาน ISO ไม่เพียงพอในการควบคุมความเสี่ยง</p> <p>1. กำหนดแผนความต่อเนื่องทางธุรกิจ (BCP) และ/หรือ แผนการกู้คืนระบบเมื่อเกิดภัยพิบัติ (DRP) ให้ครอบคลุมทั้งคณะฯ</p>	<p>อยู่ระหว่างดำเนินงาน (ประสิทธิภาพปานกลาง)</p> <p>มีการจัดทำแผน DRP ของฝ่ายสารสนเทศ โดยครอบคลุมการให้บริการทั้งหมดของฝ่าย โดยมีการเก็บข้อมูลจากทุกหน่วยงานภายในฝ่าย ซึ่งในปัจจุบันอยู่ระหว่างการจัดทำ Workflow Operation เพื่อรับมือระหว่างการจัดทำ Workflow Operation เพื่อรับมือ Disaster Risk ทุกเคสที่วิเคราะห์ โดยดำเนินการแล้วเสร็จในคลัสเตอร์ และคลัสเตอร์ใหม่</p>	<p>1. ระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนและไม่สามารถแก้ไขให้กลับมาใช้งานได้ภายใน 30 นาทีหลังจากที่ได้รับแจ้ง ไม่เกินร้อยละ 0.5 ของระยะเวลาให้บริการทั้งหมด (-ระบบBilling - ระบบRX - ระบบEMR(IPD/OPD) - ระบบสิทธิผู้ป่วย) >> ต่อเนื่องจากปี 2560</p>	<p>ระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนและไม่สามารถแก้ไขให้กลับมาใช้งานได้ภายใน 30 นาทีหลังจากที่ได้รับแจ้ง 0.59 ของระยะเวลาให้บริการทั้งหมด</p>	3	2	ปานกลาง	4	2	สูง	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น และยกเป็นความเสี่ยงที่ปิดไป			
				<p>2. จัดทำ DR Site ให้ครอบคลุมทั้งคณะฯ</p>	<p>อยู่ระหว่างดำเนินงาน (ประสิทธิภาพปานกลาง)</p> <p>ปัจจุบันมี DR Site ใน Web Application และ Web Service กับ Server ที่มี load Balance เท่านั้น ซึ่งปัจจุบันอยู่ระหว่างดำเนินการในส่วน DR Site ของ Database ซึ่งคาดว่าจะเสร็จสิ้นภายในสิ้นปี 61</p>	<p>2.ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลสามารถให้บริการได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 98 ของระยะเวลาให้บริการทั้งหมด</p>	<p>ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลสามารถให้บริการได้ 99.41ของระยะเวลาให้บริการทั้งหมด</p>	1.2 ประสิทธิภาพและเสถียรภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	1.2 ประสิทธิภาพและเสถียรภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	1.2 ประสิทธิภาพและเสถียรภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	1.2 ประสิทธิภาพและเสถียรภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	1.2 ประสิทธิภาพและเสถียรภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	1.2 ประสิทธิภาพและเสถียรภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	1.2 ประสิทธิภาพและเสถียรภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	1.2 ประสิทธิภาพและเสถียรภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	1.2 ประสิทธิภาพและเสถียรภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	1.2 ประสิทธิภาพและเสถียรภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	1.2 ประสิทธิภาพและเสถียรภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	1.2 ประสิทธิภาพและเสถียรภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	1.2 ประสิทธิภาพและเสถียรภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ
				<p>3. กิจกรรมลดผลกระทบจากระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศหยุดชะงักมากกว่า 1-3 ชั่วโมง (manual process)</p>	<p>ยังไม่ได้ดำเนินการ (ประสิทธิภาพต่ำ)</p> <p>เบื้องต้นมีการประชุมหารือถึงแผนการดำเนินงานความต่อเนื่องทางธุรกิจ (BCP) ซึ่งกิจกรรม manual process ถือเป็นกิจกรรมที่ต้องจัดทำแผนร่วมกับผู้ปฏิบัติงาน แต่เนื่องจากผู้นำโครงการติดภารกิจจึงยังไม่ได้มีการวางแผนการดำเนินการต่อเนื่อง</p>	<p>3. กิจกรรมลดผลกระทบจากระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศหยุดชะงักมากกว่า 1-3 ชั่วโมง (manual process)</p>	<p>3. กิจกรรมลดผลกระทบจากระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศหยุดชะงักมากกว่า 1-3 ชั่วโมง (manual process)</p>	<p>3. กิจกรรมลดผลกระทบจากระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศหยุดชะงักมากกว่า 1-3 ชั่วโมง (manual process)</p>	<p>3. กิจกรรมลดผลกระทบจากระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศหยุดชะงักมากกว่า 1-3 ชั่วโมง (manual process)</p>	<p>3. กิจกรรมลดผลกระทบจากระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศหยุดชะงักมากกว่า 1-3 ชั่วโมง (manual process)</p>	<p>3. กิจกรรมลดผลกระทบจากระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศหยุดชะงักมากกว่า 1-3 ชั่วโมง (manual process)</p>	<p>3. กิจกรรมลดผลกระทบจากระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศหยุดชะงักมากกว่า 1-3 ชั่วโมง (manual process)</p>	<p>3. กิจกรรมลดผลกระทบจากระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศหยุดชะงักมากกว่า 1-3 ชั่วโมง (manual process)</p>	<p>3. กิจกรรมลดผลกระทบจากระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศหยุดชะงักมากกว่า 1-3 ชั่วโมง (manual process)</p>	<p>3. กิจกรรมลดผลกระทบจากระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศหยุดชะงักมากกว่า 1-3 ชั่วโมง (manual process)</p>	<p>3. กิจกรรมลดผลกระทบจากระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศหยุดชะงักมากกว่า 1-3 ชั่วโมง (manual process)</p>	<p>3. กิจกรรมลดผลกระทบจากระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศหยุดชะงักมากกว่า 1-3 ชั่วโมง (manual process)</p>	<p>3. กิจกรรมลดผลกระทบจากระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศหยุดชะงักมากกว่า 1-3 ชั่วโมง (manual process)</p>	<p>3. กิจกรรมลดผลกระทบจากระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศหยุดชะงักมากกว่า 1-3 ชั่วโมง (manual process)</p>	<p>3. กิจกรรมลดผลกระทบจากระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศหยุดชะงักมากกว่า 1-3 ชั่วโมง (manual process)</p>
Professional Service	การเงินและงบประมาณ	F25	ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล	<p>1.ประสานงานกับฝ่ายสารสนเทศเพื่อการแก้ไขปัญหาในระบบฐานข้อมูลการส่งข้อมูลมายังระบบจัดเก็บค่ารักษา(Billing System) (ต่อเนื่องจากปี 2560)</p>	<p>อยู่ระหว่างดำเนินการ(ประสิทธิภาพดี)</p> <p>ได้มีการดำเนินการวางระบบการตรวจสอบข้อมูลกับหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก โดยนำร่องที่หน่วยตรวจทันตกรรมและหน่วยตรวจผิวหนัง ขณะนี้มีการทดสอบระบบที่ฝ่ายสารสนเทศจัดทำให้แล้ว อยู่ระหว่างการรวบรวมผล</p>	<p>1. การจัดเก็บเงิน</p> <p>1.1 ให้นำส่งเงินรายได้ที่จัดเก็บครบถ้วนถูกต้องทุกวันภายในวันที่รับเงินและในวันทำการถัดไปกรณีนอกเวลาราชการ</p>	<p>สามารถนำส่งได้อย่างครบถ้วน ถูกต้องภายในวันที่รับเงิน ในอัตรา 100%</p>	5	2	สูง	4	2	สูง	ยังไม่สามารถสรุปได้อยู่ระหว่างดำเนินการยังไม่สามารถสรุปได้	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพดี	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ความเสี่ยงลดลง และยกเป็นความเสี่ยงที่ปิดไป			
				<p>2. ให้คณะฯ พัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยที่ใช้สิทธิโดยไม่ต้องชำระเงินสามารถรับบริการ ณ จุดบริการต่างๆโดยไม่ต้องง้อบัตรสิทธิที่งานจัดเก็บค่ารักษาอีก (ต่อเนื่องปี 2560)</p>	<p>อยู่ระหว่างดำเนินการ(ประสิทธิภาพ ปานกลาง)</p> <p>กรมบัญชีกลางได้เริ่มการใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการแบบใหม่ เมื่อ 4 พ.ค.61อยู่ระหว่างการจัดทำร่างระเบียบที่จะพัฒนาไปในทิศทางใด</p>	<p>1.2 กรณีเงินเชื่อระยะเวลาในการได้รับชำระหนี้ 60 วัน</p>	<p>ระยะเวลาการได้รับชำระหนี้โดยเฉลี่ยเท่ากับ < 60 วัน</p>	2. ผู้ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน	2. ผู้ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน	2. ผู้ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน	2. ผู้ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน	2. ผู้ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน	2. ผู้ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน	2. ผู้ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน	2. ผู้ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน	2. ผู้ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน	2. ผู้ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน	2. ผู้ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน	2. ผู้ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน	
				<p>3.ประสานงานกับระบบการบริการรักษาพยาบาลหากพบยังไม่มีการรับรองสิทธิที่ถูกต้องหรือยังไม่ได้ชำระเงินจะยังไม่ได้รับการลงทะเบียนเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล</p>	<p>ดำเนินการแล้วเสร็จ (ประสิทธิภาพ ดี)</p> <p>การรับรองสิทธิที่ถูกต้องหรือยังไม่ได้ชำระเงินจะยังไม่ได้รับการลงทะเบียนเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลผลลงทะเบียนเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล</p>	<p>1.3 ผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิเงินเชื่อ (UNK) เมื่อรับบริการแล้วต้องชำระเงินค่ารักษาอย่างครบถ้วน</p> <p>1.4 การได้รับงบจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลได้ครบถ้วนตามข้อมูลที่ได้ให้บริการ</p>	<p>ผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิเงินเชื่อ (UNK) เมื่อรับบริการแล้วยังมีข้อมูลของผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิเงินเชื่อ</p> <p>ยังมีข้อมูลของผู้ป่วยที่มีสิทธิเงินเชื่อ และรับบริการแล้วแต่ยังไม่สามารถเรียกเก็บได้</p>	2. ผู้ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน	2. ผู้ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน	2. ผู้ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน	2. ผู้ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน	2. ผู้ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน	2. ผู้ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน	2. ผู้ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน	2. ผู้ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน	2. ผู้ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน	2. ผู้ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน	2. ผู้ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน	2. ผู้ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน	2. ผู้ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561

cluster	ด้าน	code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) (รวม)	ระดับความเสี่ยง						สรุปผลการจัดการความเสี่ยง			
								ก่อนการจัดการ			หลังการจัดการ			ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนที่ของความเสี่ยง
								โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง				
Professional Service		F26	ความเสี่ยงที่เกิดจากกระบวนการทางด้านการบริหารงบประมาณ	1. เพิ่มระบบการแจ้งเตือนด้วยหนังสือทุกไตรมาสเมื่อออกไปจองงบประมาณ ครบ 60 วัน (ที่ยังไม่มีการดำเนินการ)และยกเลิกการจองงบประมาณเมื่อครบ 90 วัน 2.เสนอให้คณะฯ กำหนดนโยบายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเบิกจ่ายในปีที่ได้รับงบประมาณเช่นหากไม่สามารถเบิกจ่ายได้ทันปีงบประมาณให้งบประมาณรายการนั้นตกไปและเบิกจ่ายในปีงบประมาณถัดไป	ดำเนินการแล้วเสร็จ(ประสิทธิภาพ ดี) มีการแจ้งเตือนด้วยหนังสือไตรมาส เมื่อออกไปจองงบประมาณ มีผลทำให้การเบิกจ่ายมีประสิทธิภาพมากขึ้น	1. อัตราส่วนการเบิกจ่ายงบประมาณ 1.1 ทุกหมวดจ่ายทุกแหล่งเงินสิ้นสุดวันที่ 30 ก.ย. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	ผลการเบิกจ่ายงบประมาณทุกหมวดจ่าย คิดเป็นร้อยละ 59.52%	3	1	ต่ำ	3	1	ต่ำ	ยังไม่สามารถสรุปได้อยู่ระหว่างดำเนินการยังไม่สามารถสรุปได้	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพดี	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ความเสี่ยงคงที่และยกเป็นความเสี่ยงปีต่อไป
Professional Service	พัสดุ	C27	เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vender)	ไม่มี	เนื่องจากเป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยต่ำมาก (อยู่ใน Green Zone) และสามารถจัดการความเสี่ยงได้ด้วยกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (จัดการ/ควบคุมได้ด้วยงานประจำ) จึงไม่ได้ทำการติดตามผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม	จำนวนข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ เป็น 0	จำนวนข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ เป็น 0	1	2	ต่ำ	1	2	ต่ำ	สามารถจัดการความเสี่ยงได้-เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้	กิจกรรมการควบคุมที่มีในปัจจุบันมีประสิทธิภาพดี	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ความเสี่ยงคงที่และยกเป็นความเสี่ยงปีต่อไป
Professional Service	สื่อสารองค์กร	S28	การเข้าถึงสถานี่รามาخانเล็กน้อย เนื่องจากช่องทางที่จำกัด	เพิ่มช่องทางเข้าถึงสถานี่รามาخان	เนื่องจากเป็นความเสี่ยงที่มีระดับต่ำ/ต่ำมาก (Green Zone) และสามารถจัดการความเสี่ยงได้ด้วยกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ จึงไม่ทำการติดตามผลความคืบหน้าผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม	1. มีอัตราผู้ติดตาม Facebook เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า 60% ของปีที่ผ่านมา และมีอัตราการมีส่วนร่วมไม่น้อยกว่า 1 % โดยเฉลี่ยตลอดทั้งปี 2. มีอัตราผู้ติดตาม Youtube Channel เพิ่มขึ้น 100% จากจำนวนผู้ติดตามทั้งหมดของปีที่ผ่านมา และมีอัตราจำนวนครั้งของการรับชมวิดีโอเพิ่มขึ้น 100% จากจำนวนการรับชมวิดีโอคลิปของปีที่ผ่านมา 3. มีอัตราในการเข้าชม Website มากกว่า 100% ของจำนวนครั้งในการเข้าชม Website ของปีที่ผ่านมา	- จำนวนผู้ติดตาม Facebook เพิ่มขึ้น 17.08 % - อัตราการมีส่วนร่วมเฉลี่ย 72.51% - จำนวนผู้ติดตาม You Tube Channel เพิ่มขึ้น 161.72% - มีผู้รับชมวิดีโอคลิปเพิ่มขึ้นคิดเป็น 188.57%	2	1	ต่ำ	-	-	สามารถจัดการความเสี่ยงได้-ไม่เป็นที่ส่งผลต่อคณะฯ	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพดี	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ความเสี่ยงหลุดจากตารางความเสี่ยง	

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561

cluster	ด้าน	code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) (รวม)	ระดับความเสี่ยง							สรุปผลการจัดการความเสี่ยง				
								ก่อนการจัดการ			หลังการจัดการ				ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของการควบคุม	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนที่ของความเสี่ยง	
								โอกาสเกิด	ผลกระทบ		ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ						ระดับความเสี่ยง
									ด้าน	ระดับ			ด้าน	ระดับ					
Professional Service	สื่อองค์กร	O29	ขาดการจัดการด้านการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ	1. แต่งตั้งคณะกรรมการผู้รับผิดชอบดำเนินการต่อจากปี 2560	ดำเนินการแล้วเสร็จ (ประสิทธิภาพดี)	ร้อยละ 80 ของบุคลากรทราบถึงขั้นตอนการดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารการสื่อสารในภาวะวิกฤต (คำสั่งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีที่ 1172/2560)	ตัวชี้วัดยังไม่สามารถเก็บสถิติได้ เนื่องจากกิจกรรมฯ อยู่ระหว่างดำเนินการ	2	3.3	4	สูง	2	3.3	4	สูง	ยังไม่สามารถสรุปได้อยู่ระหว่างดำเนินการยังไม่สามารถสรุปได้	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง ยังไม่สามารถระบุได้อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	ความเสี่ยงคงที่และยกเป็นความเสี่ยงปีต่อไป
				2. จัดทำระบบการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทั้งคณะฯ ดำเนินการต่อจากปี 2560	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง)	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง)	มีการจัดประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อวางแผน/ปรึกษาการจัดทำระบบสื่อสารฯ เดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งขณะนี้มีการจัดทำ Flow Chart กระบวนการสื่อสารหากเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินแล้ว	ผลการประเมินการรับรู้ข่าวสารของบุคลากรภายในคณะฯ มากกว่าร้อยละ 80	ผลการประเมินการรับรู้ข่าวสารของบุคลากรภายในคณะฯ ร้อยละ 86.70	2	1.1	1	-	-	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ไม่มีความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพดีตามเกณฑ์ที่กำหนด	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ความเสี่ยงหลุดจากตารางความเสี่ยง	
Professional Service	สื่อสาธารณะ	O30	การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของกลุ่มเป้าหมายทั้งภายในและภายนอกคณะฯ ไม่มีประสิทธิภาพ	เพิ่มช่องทางสื่อสารโดยการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ ดำเนินการต่อจากปี 2560	เนื่องจากเป็นความเสี่ยงที่มีระดับต่ำ/ต่ำมาก (Green Zone) และสามารถจัดการความเสี่ยงได้ด้วยกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ จึงไม่ทำการติดตามผลความคืบหน้า/ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม	ผลการประเมินการรับรู้ข่าวสารของบุคลากรภายในคณะฯ มากกว่าร้อยละ 80	ผลการประเมินการรับรู้ข่าวสารของบุคลากรภายในคณะฯ ร้อยละ 86.70	2	1.1	1	ต่ำ	-	-	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ไม่มีความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพดีตามเกณฑ์ที่กำหนด	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ความเสี่ยงคงที่และยกเป็นความเสี่ยงปีต่อไป		
				1. ดำเนินการติดตั้งระบบหัวกระจายน้ำดับเพลิง Sprinkler water ให้ครบทุกจุดของอาคาร	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพ ปานกลาง)	1. จำนวนการเกิดอัคคีภัยฉุกเฉินจนไม่สามารถดับได้ จำนวน 0 ครั้ง/ปี	จำนวนการเกิดอัคคีภัยฉุกเฉินจนไม่สามารถดับได้ จำนวน 0 ครั้ง	2	4	5	สูงมาก	2	4	5	สูงมาก	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ความเสี่ยงคงที่และยกเป็นความเสี่ยงปีต่อไป
				2. ดำเนินการฝึกอบรมการดับเพลิงขั้นต้นให้กับพนักงานทุกระดับให้ได้ ตามกฎกระทรวงเกี่ยวกับการป้องกันและระงับอัคคีภัย	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพ ดี)	2. จำนวนครั้งการลิมิตอุปกรณ์ไฟฟ้าไม่เกิน 12 ครั้ง ต่อปีงบประมาณ	จำนวนครั้งการลิมิตอุปกรณ์ไฟฟ้า 24 ครั้ง												
		O31	การเกิดอัคคีภัย	3. เพิ่มแผน BCP ในการรองรับกรณีมีผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุอัคคีภัย(ในกรณีที่มี Operate ต่อไปไม่ได้)	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพ ปานกลาง)	อยู่ระหว่างดำเนินการร่วมประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผน BCP													

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561

cluster	ด้าน	code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) (รวม)	ระดับความเสี่ยง						สรุปผลการจัดการความเสี่ยง			
								ก่อนการจัดการ			หลังการจัดการ			ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนที่ของความเสี่ยง
								โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ				
Professional Service	กายภาพและสิ่งแวดล้อม (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)	O32	บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน	ไม่มี	เนื่องจากเป็นความเสี่ยงที่มี ระดับความเสี่ยงปานกลาง (อยู่ใน Yellow Zone) และสามารถจัดการความเสี่ยงได้ด้วยกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (จัดการ/ควบคุมได้ด้วยงานประจำ) ทาง Owner จึงไม่ได้เพิ่มกิจกรรมการควบคุม	1.ผ่านเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรใน รพ. (ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค) /ระดับ 5	อยู่ระหว่างการเดินสำรวจหน่วยงานเสี่ยงเพื่อร่วมประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ที่กำหนด/อยู่ในระดับ 2	2	2	ปานกลาง	2	2	ปานกลาง	ยังไม่สามารถสรุปได้-อยู่ระหว่างการดำเนินการยังไม่สามารถสรุปได้	กิจกรรมการควบคุมที่มีในปัจจุบันมีประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยงไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ความเสี่ยงคงที่และยกเป็นความเสี่ยงปีต่อไป
						2.อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงานไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยในบุคลากรทั้งหมด	อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงาน เท่ากับ 3.11	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4				
						3.อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงาน ของบุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรงไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยในบุคลากรทั้งหมด	อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงาน ของบุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง เท่ากับ 4.25	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4				
						4.อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงาน ของบุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรงไม่เกิน ร้อยละ 20 ของจำนวนการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยในบุคลากรทั้งหมด	อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงาน ของบุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง เท่ากับ 1.0	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4				
Professional Service	กายภาพและสิ่งแวดล้อม (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)	O33	การจัดการขยะไม่ได้ตามมาตรฐานสากล	จัดหาถังขยะที่เหมาะสมตามมาตรฐานสากล และแยกประเภทให้แต่ละหน่วยงาน	ดำเนินการแล้วเสร็จ (ประสิทธิภาพดี) ดำเนินการเปลี่ยนถังขยะ ในพื้นที่ส่วนกลาง ห้องน้ำส่วนกลาง เป็นพลาสติกทรงสี่เหลี่ยม มีฝาปิดและมีที่เหยียบ และเปลี่ยนถังขยะติดเชื้อ ทำเครื่องหมายสัญลักษณ์ ให้ตรงตามมาตรฐานสากล	1. หน่วยงานบริการผู้ป่วยสามารถแยกประเภทของขยะได้ตามมาตรฐานสากล ร้อยละ 100	หน่วยงานบริการผู้ป่วยสามารถแยกประเภทของขยะได้ตามมาตรฐานสากล ได้ร้อยละ 100	3	2	ปานกลาง	3	2	ปานกลาง	สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพดี	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยงไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ความเสี่ยงคงที่และยกเป็นความเสี่ยงปีต่อไป
						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	ปริมาณน้ำหนักขยะแต่ละประเภทเฉลี่ยได้ดังนี้ -ปริมาณขยะทุกประเภท 10.2 Kg/เตียง/วัน -Recycle 1.2 Kg/เตียง/วัน -ขยะติดเชื้อ 2.3 Kg/เตียง/วัน -ขยะทั่วไป 6.75 Kg/เตียง/วัน	1.1.ประสิทธิภาพการดำเนินงานเชิงปริมาณขยะ	1.1.ประสิทธิภาพการดำเนินงานเชิงปริมาณขยะ	1.1.ประสิทธิภาพการดำเนินงานเชิงปริมาณขยะ	1.1.ประสิทธิภาพการดำเนินงานเชิงปริมาณขยะ	1.1.ประสิทธิภาพการดำเนินงานเชิงปริมาณขยะ	1.1.ประสิทธิภาพการดำเนินงานเชิงปริมาณขยะ				

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561

cluster	ด้าน	code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) (รวม)	ระดับความเสี่ยง							สรุปผลการจัดการความเสี่ยง				
								ก่อนการจัดการ			หลังการจัดการ				ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนที่ของความเสี่ยง	
								โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	ระดับความเสี่ยง					
Professional Service	กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (ยานพาหนะ)	O34	อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการยานพาหนะ	ไม่มี	เนื่องจากเป็นความเสี่ยงที่มี ระดับความเสี่ยงต่ำมาก (อยู่ใน Green Zone) และสามารถจัดการความเสี่ยงได้ด้วยกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (จัดการ/ควบคุมได้ด้วยงานประจำ) จึงไม่ได้ทำการติดตามผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม	สถิติสาเหตุเกิดอุบัติเหตุจากพนักงานขับรถน้อยกว่า 5 ครั้ง/ปีงบประมาณ	สถิติสาเหตุเกิดอุบัติเหตุจากพนักงานขับรถ 0 ครั้ง	1	4. ความปลอดภัย	2	ต่ำ	1	4. ความปลอดภัย	2	ต่ำ	สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพดี	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ความเสี่ยงคงที่และยกเป็นความเสี่ยงปีต่อไป
Professional Service	กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (วิศวกรรมบริการ)	O35	กระแสไฟฟ้าขัดข้อง (เนื่องจากกระแสไฟฟ้าไม่เพียงพอ)	ไม่มี	เนื่องจากเป็นความเสี่ยงที่มี ระดับความเสี่ยงต่ำมาก (อยู่ใน Green Zone) และสามารถจัดการความเสี่ยงได้ด้วยกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (จัดการ/ควบคุมได้ด้วยงานประจำ) จึงไม่ได้ทำการติดตามผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม	1. กระแสไฟฟ้าดับ 0 ครั้งต่อปี 2. กระแสไฟฟ้ากระพริบ 1 ครั้งต่อปี	กระแสไฟฟ้าดับ 0 ครั้ง กระแสไฟฟ้ากระพริบ 0 ครั้ง	1	1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่ตามเป้าหมาย	2	ต่ำ	1	1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่ตามเป้าหมาย	2	ต่ำ	สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพดี	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ความเสี่ยงคงที่และยกเป็นความเสี่ยงปีต่อไป
Professional Service	กายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (วิศวกรรมบริการ)	O36	น้ำประปาสำหรับอุปโภคบริโภค มีการปนเปื้อน	ไม่มี	เนื่องจากเป็นความเสี่ยงที่มี ระดับความเสี่ยงต่ำมาก (อยู่ใน Green Zone) และสามารถจัดการความเสี่ยงได้ด้วยกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ (จัดการ/ควบคุมได้ด้วยงานประจำ) จึงไม่ได้ทำการติดตามผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม	ตรวจพบเชื้อแบคทีเรียปนเปื้อนในน้ำดื่มต่อง่ายกับ 0 ครั้ง/ปี	ตรวจพบเชื้อแบคทีเรียปนเปื้อนในน้ำดื่มเท่ากับ 0 ครั้ง	1	3.1 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กรมีผลกระทบต่อบริษัท	2	ต่ำ	1	3.1 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กรมีผลกระทบต่อบริษัท	2	ต่ำ	สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพดี	ผลการจัดการเทียบตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ความเสี่ยงคงที่และยกเป็นความเสี่ยงปีต่อไป

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561

cluster	ด้าน	code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) (รวม)	ระดับความเสี่ยง						สรุปผลการจัดการความเสี่ยง				หมายเหตุ
								ก่อนการจัดการ			หลังการจัดการ			ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนที่ของความเสี่ยง	
								โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ					
Professional Service	พัฒนาคุณภาพงาน	O37	คณะฯ ยังไม่สามารถจัดทำแผนการปรับปรุงตามโอกาสพัฒนา (OFI) ที่ได้รับการตรวจประเมินจากมหาวิทยาลัย	เก็บข้อมูลผลการดำเนินงานภายในคณะฯ จากการทำ PA ระหว่างทีมบริหารคณะฯ และภาควิชา	ดำเนินการแล้วเสร็จ (ประสิทธิภาพ ดี) นำข้อมูลผลการดำเนินการที่ได้รับจากภาควิชาและพันธกิจหลักมาปรับปรุงโอกาสพัฒนา(OFI) โดยมีการนำข้อชี้ที่ประชุมกก.บริหารและก้านรองออกมาเป็นเล่มรายงานการประเมินตนเองปี 2561 เพื่อส่งสำนักงานรางวัลคุณภาพแห่งชาติ	แผนการปรับปรุงตามโอกาสพัฒนาไม่น้อยกว่า 2 เรื่องต่อปี จากโอกาสพัฒนาที่ได้รับจากการตรวจประเมินจากมหาวิทยาลัย	มีแผนการปรับปรุงตามโอกาสพัฒนา 2 เรื่องต่อปี จากโอกาสพัฒนาที่ได้รับจากการตรวจประเมินจากมหาวิทยาลัย	2	2	ปานกลาง	1	2	ดี	สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้	กิจกรรมการควบคุมมี ประสิทธิภาพ-ดี	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ความเสี่ยงลดลง และยก เป็นความเสี่ยงปีต่อไป	
Professional Service	ฟีดแบ็ค	C38	ความเสี่ยงจากการผิดพลาด การจัดซื้อจัดจ้างใหม่	1. จัดทำFlow การดำเนินการเกี่ยวกับระบบการจัดซื้อจัดจ้างใหม่ 2. วางแผนการทำสัญญาการจัดซื้อจัดจ้างเรื่องยาและเวชภัณฑ์ของคณะฯ เพื่อให้สอดคล้องภายใต้ พรบ.ใหม่ เพื่อการจัดหาให้ไวขึ้น	ดำเนินการแล้วเสร็จ (ประสิทธิภาพ ดี) ได้มีการประชุมหารือระหว่างฝ่ายเภสัชกรรม+เครื่องมือแพทย์จัดทำแผนงานแล้วเสร็จ	1. การจัดซื้อจัดจ้างเป็นไปตามแผนการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 1.1 การจัดซื้อจัดจ้างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง KPI 15 วัน 1.2 วิธีตลาดอิเล็กทรอนิกส์ KPI 30 วัน 1.3 วิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ KPI 60 วัน 1.4 วิธีคัดเลือก KPI 30 วัน		2	2	ปานกลาง	3	2	ปานกลาง		กิจกรรมการควบคุมมี ประสิทธิภาพ-ปานกลาง	ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น และยก เป็นความเสี่ยงปีต่อไป	ปรับระดับโอกาสเพิ่มขึ้น เนื่องจาก กรมบัญชีกลางปรับวิธีการจัดซื้อจัดจ้างใหม่อยู่ตลอดเวลา ซึ่งสอดคล้องกันกับทางOwner ยังอยู่ในระหว่างการเรียนรู้วิธีการจัดซื้อจัดจ้างแบบใหม่ อาจทำให้เกิดการผิดพลาดได้มากขึ้น	

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561

cluster	ด้าน	code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) (รวม)	ระดับความเสี่ยง						สรุปผลการจัดการความเสี่ยง				หมายเหตุ
								ก่อนการจัดการ			หลังการจัดการ			ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนที่ของความเสียหาย	
								โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ					
Professional Service	ทรัพยากรบุคคล	S39	การขอตำแหน่งทางวิชาการของคณาจารย์ไม่ได้ตามเป้าหมายที่คณะฯ กำหนด	<p>แผนระยะสั้น วางแผนรองรับการขอตำแหน่งสำหรับ 1 ปี (เกณฑ์ใหม่เริ่มใช้ 1 พ.ย. 61) ดังนี้</p> <p>1. จัดทำเอกสาร Timeline สำหรับรับการเสนอขอตำแหน่งตามหลักเกณฑ์เดิมได้ทันก่อนเริ่มใช้หลักเกณฑ์ใหม่ในวันที่ 2 พ.ย. 61 และประชาสัมพันธ์เพื่อสื่อสารให้ทุกภาควิชาและบุคลากรสายวิชาการทราบและเป็นข้อมูลสำหรับวางแผนเพื่อเสนอขอตำแหน่งได้ทันตามหลักเกณฑ์เดิม</p>	ดำเนินการแล้วเสร็จ - เริ่ม 3 ม.ค. 61 เสร็จ 31 ม.ค. 61 (ประสิทธิภาพปานกลาง) จัดทำเอกสาร Timeline สำหรับรับการเสนอขอตำแหน่งตามหลักเกณฑ์เดิมเสร็จเมื่อวันที่ 31 ม.ค.61	1. ความสำเร็จของการดำเนินการตามแผนได้ตามที่กำหนด 100%	ความสำเร็จของการดำเนินการตามแผนได้ตามที่กำหนด ร้อยละ 90 (เนื่องจากยังมีบางกิจกรรมที่อยู่ระหว่างดำเนินการ)	3	3	สูง	-	-	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ไม่มีความเสียหายที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการ เทียบตัวชี้วัดความเสี่ยง ยังไม่สามารถระบุได้ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	ความเสี่ยง หลุดจากตารางความเสี่ยง	- เป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นระหว่างปี ดังนั้นจึงเริ่มติดตามในครั้งที่ 2	
				2. จัดประชุมอนุกรรมการพิจารณา กลั่นกรองการขอตำแหน่งทางวิชาการระดับส่วนงาน (Reviewer) และผู้ประสานงานจากภาควิชาเพื่อแจ้งหลักเกณฑ์ใหม่ที่มีผลบังคับใช้ รวมถึงแผนการผลักดันให้อนุกรรมการพิจารณา กลั่นกรองฯ มีบทบาทมากขึ้นในการสนับสนุน เป็นที่ปรึกษาและเป็นพี่เลี้ยง (Mentor) ในการขอตำแหน่งวิชาการตามเกณฑ์ใหม่ให้แก่บุคลากรสายวิชาการในภาควิชา	ดำเนินการแล้วเสร็จ - เสร็จ 12 ก.พ. 61 (ประสิทธิภาพดี) จัดประชุมคณะอนุกรรมการกลั่นกรองการขอตำแหน่งทางวิชาการคณะฯ (ผู้แทนบุคลากร สายวิชาการทุกภาควิชา (Reviewer) ร่วมกับ ผู้ประสานงานของทุกภาควิชาเมื่อวันที่ 12 ก.พ.61 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ก. แจ้งหลักเกณฑ์ใหม่ ข. พิจารณาให้ความเห็นชอบ Timeline การเสนอขอตำแหน่งตามหลักเกณฑ์เดิม ค. ประชาสัมพันธ์ให้หลักต้นบุคลากรสายวิชาการในภาควิชาที่สังกัดเร่งดำเนินการตาม Timeline ที่คณะฯ กำหนด	2. จำนวนบุคลากรสายวิชาการได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งทางวิชาการไม่น้อยกว่า 70% จากจำนวนที่เสนอขอตำแหน่ง	ในปีงบประมาณ 2561 (1 ต.ค.60 – 31 พ.ค.61) มีผู้เสนอขอตำแหน่งทางวิชาการแล้วจำนวน 67 ราย ซึ่งอยู่ระหว่างผลการพิจารณาอนุมัติจาก มมท.ติด เนื่องจากกระบวนการพิจารณาอนุมัติต้องใช้เวลาในการประเมินผลงานทางวิชาการจากผู้ทรงคุณวุฒิ											

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561

cluster	ด้าน	code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)
Professional	ทรัพยากรบุคคล	S39	การขอตำแหน่งทางวิชาการของคณาจารย์ไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด (ต่อข้อมูลกิจกรรม)	3. จัดประชุมวิชาการเพื่อให้ความรู้ในการขอตำแหน่งทางวิชาการโดยเชิญอธิการบดีและทีมกองทรัพยากรบุคคล มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นวิทยากรเพื่อแจ้งหลักเกณฑ์ใหม่และตอบข้อซักถามรวมทั้งสร้างแรงบันดาลใจในการขอตำแหน่ง	ดำเนินการแล้วเสร็จ - เสร็จ 2 พ.ย. 60 (ประสิทธิภาพดี) จัดการประชุมวิชาการเรื่อง "กลยุทธ์สู่ความสำเร็จในการเสนอขอตำแหน่งทางวิชาการ ประจำปี 2561" ณ ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ เมื่อวันที่ 2 พ.ย.60 เพื่อให้คณาจารย์และสร้างแรงบันดาลใจในการขอตำแหน่งทางวิชาการแก่บุคลากรสายวิชาการ โดยมีผู้สนใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 142 คน
				4. จัดกิจกรรมพิเศษ (Roadshow) เวียนไปตามภาควิชา เพื่อให้ความรู้และให้คำปรึกษาในกลุ่มย่อยและสร้างบรรยากาศให้บุคลากรสายวิชาการเสนอขอตำแหน่งเพิ่มขึ้น	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง) 1. ผลสืบเนื่องจากการจัดประชุมวิชาการเรื่อง "กลยุทธ์สู่ความสำเร็จในการเสนอขอตำแหน่งทางวิชาการ ประจำปี 2561" ทำให้ตลอดระยะเวลา 8 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2561 มีบุคลากรสายวิชาการของคณะฯ จำนวนมากตื่นตัวและเร่งดำเนินการเสนอขอตำแหน่งทางวิชาการของตนเองให้เสร็จโดยเร็วเพื่อสามารถเข้าสู่กระบวนการพิจารณาตามหลักเกณฑ์เดิม ส่งผลให้มีเอกสารปริมาณมากที่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบต้องเร่งดำเนินการเมื่อเทียบกับการปฏิบัติงานปกติ ซึ่งมีภาระหรือทีมเจ้าหน้าที่และเห็นควรปรับแผนการทำงานโดยกำหนดให้การเอกสารไปให้มหาวิทยาลัยพิจารณาเป็นความสำคัญลำดับแรกและจะขอ การจัด Roadshow ออกไปก่อน 2. อยู่ระหว่างจัดทำแผน Roadshow ซึ่งจะเริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2562
				5. จัดโครงการให้ความรู้และให้คำปรึกษาเรื่องการขอตำแหน่งทางวิชาการตามแผนการจัดฝึกอบรมประจำปีงบประมาณ 2561 ของฝ่ายทรัพยากรบุคคลจำนวน 4 โครงการ	ดำเนินการแล้วเสร็จ - เริ่ม 27 มี.ค. 61 เสร็จ 17 พ.ค. 61 (ประสิทธิภาพดี) จัดการอบรม "โครงการพัฒนาเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนการขอตำแหน่งทางวิชาการ ประจำปีงบประมาณ 2561" เพื่อให้ความรู้และเตรียมความพร้อมบุคลากรสายสนับสนุนในการบริหารจัดการการขอตำแหน่งทางวิชาการให้แก่อาจารย์ในภาควิชา โดยแบ่งการดำเนินการเป็น 2 ระยะดังนี้ 1. ระยะที่หนึ่ง (Basic) เป็นการอบรมเพื่อให้ความรู้พื้นฐานแก่ผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ กฎระเบียบหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง, ขั้นตอนวิธีดำเนินการ รวมทั้งการเตรียมข้อมูลและเอกสารประกอบ จำนวน 1 รุ่น เมื่อวันที่ 27 มี.ค.61 มีเจ้าหน้าที่ ผู้ประสานงานของภาควิชาให้ความสนใจเข้าร่วมจำนวน 45 คน 2. ระยะที่สอง (Workshop) เป็นเวทีสัมมนาที่เปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานของภาควิชาที่ผ่านการอบรมระยะที่หนึ่ง (Basic) ใช้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันซึ่งจะเป็นแนวทางในการทำงานได้ดียิ่งขึ้น โดยกำหนดจัดทั้งหมด 3 รุ่น คือ รุ่นที่ 1 - วันที่ 26 เม.ย.61 / ผู้เข้าร่วม 19 คน รุ่นที่ 2 - วันที่ 27 เม.ย.61 / ผู้เข้าร่วม 30 คน รุ่นที่ 3 - วันที่ 17 พ.ค.61 / ผู้เข้าร่วม 21 คน
				6. สรุปรูข้อมูลและจัดทำรายงานการขอตำแหน่งทางวิชาการและได้รับตำแหน่งทางวิชาการทุกไตรมาส	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพดี) 1. ดำเนินการบันทึกข้อมูลผู้เสนอขอตำแหน่งทางวิชาการทุกรายการที่ดำเนินการเสนอเรื่องไปยังมหาวิทยาลัย 2. มีการสรุปรูข้อมูลและจัดทำรายงานการเสนอขอตำแหน่งทางวิชาการทุกสิ้นปีงบประมาณและมีแผนจะดำเนินการในไตรมาสถัดไป
				7. จัดการทำงานเป็นทีมระหว่างผู้ประสานงาน HR กับผู้รับผิดชอบของแต่ละภาควิชา เพื่อให้สามารถตรวจสอบเอกสารได้รวดเร็ว/ถูกต้อง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน	ดำเนินการแล้วเสร็จ - เริ่ม 3 ม.ค. 61 เสร็จ 27 ก.พ. 61 (ประสิทธิภาพดี) 1. ฝ่ายทรัพยากรบุคคลขอให้แต่ละภาควิชากำหนดเจ้าหน้าที่ 1 คน ทำหน้าที่ "ผู้ประสาน งานภาควิชา" เพื่อเป็นศูนย์กลางในการจัดทำ เอกสารและประสานงานการขอตำแหน่งทางวิชาการของภาควิชา 2. มีการจัดทำ Checklist เพื่อเป็นแนวทาง การปฏิบัติงานให้แก่ผู้ประสานงานภาควิชาใช้เตรียมเอกสารการขอตำแหน่งทางวิชาการให้ถูกต้องซึ่งจะช่วยลดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงานและสามารถเสนอเรื่องให้พิจารณาได้เร็วขึ้น 3. จัดประชุมระหว่างฝ่ายทรัพยากรบุคคลกับ ผู้ประสานงานภาควิชาเพื่อเป็นเวทีให้ผู้ประสาน งานภาควิชาใช้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์โดยเทียบเคียงจากหน่วยงานอื่น เมื่อวันที่ 27 ก.พ.61 โดยมีผู้สนใจเข้าร่วมจำนวน 19 คน

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2561

cluster	ด้าน	code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)
Professional Service	ทรัพยากรบุคคล	S39	การขอตำแหน่งทางวิชาการของคณาจารย์ไม่ได้ตามเป้าหมายที่คณะฯ กำหนด (ต่อข้อมูลผลกิจกรรม)	1. จัดโครงการ / กิจกรรมให้ความรู้แก่สายวิชาการที่บรรจุใหม่ รวมทั้งกระตุ้นและส่งเสริมให้สร้างผลงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพดี) ฝ่ายทรัพยากรบุคคลแบ่งบุคลากรสายวิชาการเพื่อจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกลุ่มเป้าหมายเป็น 2 กลุ่ม คือ 1. สายวิชาการที่บรรจุใหม่ 2. สายวิชาการที่ปฏิบัติงานมาระยะหนึ่งแล้ว ก. สายวิชาการที่บรรจุใหม่ มีแผนให้ความรู้เรื่อง “ความก้าวหน้าทางวิชาการ” ในโครงการปฐมนิเทศอาจารย์ใหม่และแพทย์สายบริการ ประจำปีงบประมาณ 2561 ระหว่างวันที่ 23 - 24 ส.ค.61 เพื่อสร้างแรงบันดาลใจใน การขอตำแหน่งทางวิชาการ ข. สายวิชาการที่ปฏิบัติงานมาระยะหนึ่งแล้ว มีแผนดำเนินการ 2 โครงการ ดังนี้ ข.1 โครงการ “Academic Position Club” เป็นเวทีให้บุคลากรสายวิชาการใช้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ตลอดจนวางแผนและรับคำปรึกษาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในการขอตำแหน่งทางวิชาการที่สูงขึ้น กำหนดจัดทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 – วันที่ 21 ธ.ค.60 / ผู้เข้าร่วม 18 คน ครั้งที่ 2 – วันที่ 25 เม.ย.61/ ผู้เข้าร่วม 37 คน ครั้งที่ 3 – กำหนดวันที่ 15 ส.ค.61
				2. จัดภาระหน้าที่ใหม่เป็นอาจารย์มหาวิทยาลัย (เน้นการสอนและทำวิจัย) และอาจารย์รวมภาค (แพทย์สายบริการ) เพื่อให้อาจารย์สายวิชาการมีภาระงานที่เอื้อต่อการทำผลงานวิชาการมากขึ้น (อ้างอิงตามแผนยุทธศาสตร์ Faculties Excellence)	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง) 1. ฝ่ายทรัพยากรบุคคลดำเนินการสำรวจภาระงานตำแหน่งอาจารย์ โดยให้อาจารย์ระบุสัดส่วนความรับผิดชอบเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการศึกษา, ด้านการวิจัย, ด้านบริการและด้านอื่นๆ ซึ่งเมื่อรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ว มีการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลเรียบร้อยแล้วที่เป็นภาพรวมของคณะฯ และแยกแสดงผล แต่ละภาควิชา 2. ปัจจุบันอยู่ในขั้นตอนของผู้บริหารคณะฯ และคณะทำงานลงเยี่ยมภาควิชาต่างๆ เพื่อให้ข้อมูลและทำความเข้าใจเรื่องภาระงานอาจารย์รวมภาคมหาวิทยาลัยและอาจารย์รวมภาคกับบุคลากรทุกภาควิชา 3. ทั้งนี้คณะฯทำงานได้สรุปกิจกรรมที่ดำเนินการในรอบปีแล้ว พบว่า เป็นไปตามกรอบเวลาในแผนปฏิบัติการ ซึ่งแผนฯ กำหนดจะเสร็จสิ้นในปลายปีงบประมาณ 2562