

# Risk Follow Up Report 2019

February 2020

รายงานผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2562

งานบริหารความเสี่ยง สำนักงานคนบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

## สารบัญ

หัวข้อ	หน้าที่
บทสรุปผู้บริหาร .....	4
แนวทางและการพัฒนาแนวทางการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง .....	6
ขอบเขตการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง .....	6
ระยะเวลาดำเนินงาน (ใหม่).....	6
กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงาน .....	8
ตัวชี้วัดความเสี่ยง (Key Risk Indicator: KRI).....	9
ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงาน ตามแผนการจัดการความเสี่ยง .....	9
การกำหนดสถานะการจัดการความเสี่ยง.....	10
ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง .....	10
ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง.....	11
กระบวนการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง .....	13
ผลการจัดการความเสี่ยง .....	14
ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยง .....	14
ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง.....	15
การเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง.....	17
ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง.....	21
ผลการจัดการความเสี่ยงแยกตามระดับความรุนแรง .....	25
ผลการจัดการความเสี่ยงใน Red Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ).....	25
ผลการจัดการความเสี่ยงใน Orange Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ).....	32
ผลการจัดการความเสี่ยงใน Yellow Zone .....	44
ผลการจัดการความเสี่ยงใน Green Zone.....	46
ภาคผนวก.....	48

## สารบัญรูป

### รูปภาพที่

รูปภาพที่ 0 Risk Map-Dashboard Red Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ) .....	5
รูปภาพที่ 1 เอกสารการติดตามความคืบหน้า / ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม .....	8
รูปภาพที่ 2 เอกสารการติดตามผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง .....	9
รูปภาพที่ 3 เอกสารการติดตามการประเมินระดับความเสี่ยง .....	9
รูปภาพที่ 4 เอกสารการติดตามการประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง .....	10
รูปภาพที่ 5 ประเภทของกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง .....	14
รูปภาพที่ 6 ภาพรวมประสิทธิภาพของกิจกรรมการจัดการความเสี่ยง .....	15
รูปภาพที่ 7 ภาพรวม Risk Map-Dashboard .....	17
รูปภาพที่ 8 ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยงปีงบประมาณ 2562 .....	21
รูปภาพที่ 9 Risk Map-Dashboard Red Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ) .....	25
รูปภาพที่ 10 Risk Map-Dashboard Orange Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ) .....	32
รูปภาพที่ 11 Risk Map-Dashboard Yellow Zone .....	44
รูปภาพที่ 12 Risk Map-Dashboard Green Zone .....	46

## สารบัญตาราง

ตารางที่

ตารางที่ 1 ระดับความสามารถในการจัดการความเสี่ยง..... 12

## บทสรุปผู้บริหาร

การติดตามผลการจัดการความเสี่ยงของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ประจำปีงบประมาณ 2562 ปรับเวลาการดำเนินงานจาก 8 เดือน<sup>1</sup> เป็นดำเนินงานทั้ง 12 เดือน<sup>2</sup> เนื่องจากการดำเนินงานในลักษณะเดิม ส่งผลให้ความเสี่ยงส่วนใหญ่มีสถานะความเสี่ยงคงที่ หรือเป็นความเสี่ยงที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินการฯ ไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานในปัจจุบันได้ ผลการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงเป็นผลสรุปจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) ตามการคาดการณ์แนวโน้มผลการดำเนินงานฯ แทนการประเมินผลการดำเนินงานจริง ดังนั้นเพื่อให้การบริหารความเสี่ยงของคณะฯ มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถนำข้อเท็จจริงมาใช้พิจารณาได้ตามเวลาที่กำหนด คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ จึงมีมติให้ปรับเวลาการดำเนินงานให้ครบรอบตามที่กล่าวไว้ข้างต้น ได้ผลการจัดการความเสี่ยงดังนี้

ความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562 จำนวนทั้งสิ้น 35 ความเสี่ยง คณะฯ ดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยง ได้ผลการจัดการความเสี่ยง ดังนี้

ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง พิจารณาจากความสามารถของกิจกรรมการควบคุมภายหลังการดำเนินงานฯ พบว่าความเสี่ยงส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง (Yellow) มากถึงร้อยละ 51 (18x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด ความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับดี (Green) ร้อยละ 43 (15x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด และความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับต่ำ (Red) ร้อยละ 6 (2x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด

ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง พิจารณาจากระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงานฯ พบว่าระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 6 (2x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด ระดับความเสี่ยงคงที่จำนวน 16 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 46 (16x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด และระดับความเสี่ยงลดลงจำนวน 12 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 34 (12x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด และระดับความเสี่ยงที่ไม่สามารถวัดได้ตามเกณฑ์ เคลื่อนที่ออกจากตารางแสดงระดับความเสี่ยง (ไม่ส่งผลต่อคณะฯ) จำนวน 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 14 (5x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง พิจารณาจากประสิทธิภาพและความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยงพบว่าคณะฯ สามารถจัดการความเสี่ยงได้จำนวนทั้งสิ้น 17 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 49 (17x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด ความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง ยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2563 จำนวนทั้งสิ้น 10 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 29 (10x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด และความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้ ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2563 จำนวนทั้งสิ้น 8 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 23 (8x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด

<sup>1</sup> มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 1 / 2559

<sup>2</sup> มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 3 / 2561

จากความสามารถในการจัดการความเสี่ยงดังกล่าว สรุปได้ว่าความเสี่ยงที่ต้องยกไปดำเนินการจัดการต่อใน ปีงบประมาณ 2563 มีจำนวนทั้งสิ้น 30 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 86 (30x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงที่สามารถจัดการให้เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้จำนวน 12 ความเสี่ยง ความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการได้จำนวน 10 ความเสี่ยง และความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงานตามแผน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้จำนวน 8 ความเสี่ยง

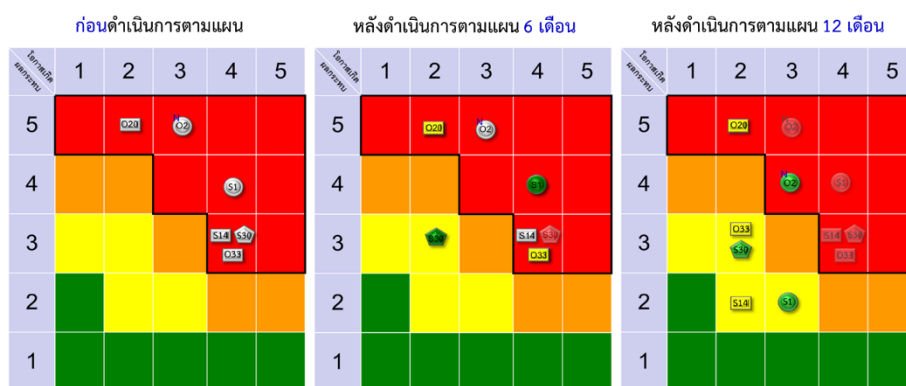
ผลการจัดการความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงมาก (Red Zone) เป็นความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ จำนวน 6 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 17 (6x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด ภายหลังการดำเนินงานตามแผนการจัดการ ความเสี่ยง พบว่าต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2563 ดังนี้

S1 การเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรระดับลง (Ranking) (2561) S14 ขาดระบบการสร้างผู้สืบทอด (Successor) ตำแหน่งบริหารระดับต้นและระดับกลาง (ตามเกณฑ์มหาวิทยาลัย) และ O33 ระบบ HIS<sup>3</sup> ที่ CNMI<sup>4</sup> ไม่สามารถใช้ในการได้ตามที่กำหนด (2561) เป็นความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ (คณะฯ สามารถยอมรับได้)

O2 การเตรียมทรัพยากรเพื่อรองรับหลักสูตรใหม่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2562) และ O20 การเกิดอัคคีภัย (2557) เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ (ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง)

S30 ไม่ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า (AHA) (2561) เป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้

จากผลการจัดการความเสี่ยงข้างต้น สามารถสรุปประเด็นที่น่าสนใจในการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2562 ได้ว่า นโยบายการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงของคณะฯ มีผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการจัดการความเสี่ยงอย่างชัดเจน โดยจากการเปลี่ยนแปลงระยะเวลาที่เกิดขึ้นส่งผลให้คณะฯ สามารถจัดการความเสี่ยงได้มากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 49 เป็นสัดส่วนผลการจัดการความเสี่ยงที่มากที่สุดในปีงบประมาณ 2562 ซึ่งมากกว่าปีงบประมาณ 2561 ที่มีผลการจัดการความเสี่ยงกลุ่มนี้อยู่ที่ร้อยละ 31 รวมถึงพบว่าสามารถลดจำนวนความเสี่ยงที่ยังอยู่ระหว่างการดำเนินงานได้อย่างชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 23 เป็นสัดส่วนผลการจัดการความเสี่ยงที่น้อยที่สุดในปีงบประมาณ 2562 ซึ่งดีกว่าปีงบประมาณ 2561 ที่มีผลการจัดการความเสี่ยงกลุ่มนี้มากถึงร้อยละ 44 ด้วย



รูปภาพที่ 0 Risk Map-Dashboard Red Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ)

<sup>3</sup> Hospital Information System

<sup>4</sup> สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์

## แนวทางและการพัฒนาแนวทางการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง

ตามที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดให้ทุกส่วนงานดำเนินการบริหารความเสี่ยง ตามมาตรฐาน COSO – ERM<sup>5</sup> และให้ส่งรายงานผลการปฏิบัติตามแผนการจัดการความเสี่ยงทุก 6 เดือนนั้น คณะฯ ดำเนินการโดยประยุกต์ให้สอดคล้องกับกระบวนการการติดตามความเสี่ยงภายใน โดยมีรายละเอียดการดังนี้

### ขอบเขตการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง

#### ระยะเวลาดำเนินงาน (ใหม่)

หนึ่งในนโยบายการบริหารความเสี่ยงของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ระบุให้คณะฯ ต้องมีการประเมิน ติดตามและทบทวนการบริหารความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มั่นใจว่าการบริหาร ความเสี่ยงของคณะฯ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสามารถควบคุมและลดความเสี่ยงได้อย่างยั่งยืน ดังนั้น การพัฒนากระบวนการในการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงจึงเป็นภารกิจหนึ่งซึ่งงานบริหารความเสี่ยง ดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 เพื่อให้ได้ข้อมูลความเสี่ยงที่มีคุณภาพ ผู้บริหารสามารถใช้ประกอบการตัดสินใจในการบริหารงาน นำไปสู่การขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนากระบวนการและกระบวนการต่าง ๆ ภายในคณะฯ (Risk Management for Improving Process) ผ่านการประสานงานและการให้คำแนะนำ เชิงรุกจากทีมนักบริหารความเสี่ยง โดยในปีงบประมาณ 2562 งานบริหารความเสี่ยงดำเนินการปรับระยะเวลา ดำเนินงานใหม่ มีลำดับการเปลี่ยนแปลงตามรายละเอียดดังนี้

มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ 11 / 2557 >> ให้การติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ของคณะฯ ต้องเสร็จสิ้นก่อนการเริ่มประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณต่อไป เพื่อให้เหตุการณ์ความเสี่ยง สอดคล้องต่อเนื่อง และช่วยลดความสับสนในการจัดทำเอกสารของเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) ด้วย

มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ 1 / 2559 >> ให้ปรับระยะเวลาการบริหารจัดการความเสี่ยง ทั้งระบบ จากการดำเนินงานทั้งปีงบประมาณ หรือ 12 เดือน ให้เหลือการดำเนินงานเพียง 8 เดือน เนื่องจาก ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดระยะเวลาการประเมินความเสี่ยงเร็วขึ้นจาก เดือนกันยายนเป็นเดือนกรกฎาคม ส่งผลให้กระบวนการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงต้องดำเนินการเร็วขึ้น โดยมีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ 1 ตุลาคมปีปัจจุบัน-31 พฤษภาคมปีต่อไป เพื่อให้สอดคล้องกับ มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ 11 / 2557

มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ 3 / 2561 >> ให้ปรับระยะเวลาการบริหารจัดการความเสี่ยง ทั้งระบบอีกครั้ง โดยให้กลับมาดำเนินการทั้งปีงบประมาณ หรือ 12 เดือน จากที่มีการดำเนินงานเพียง 8 เดือน มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 เนื่องจากพบว่าการทำงานตามมติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ 11 / 2557 และ มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ 1 / 2559 ส่งผลให้ผลการจัดการความเสี่ยง ส่วนใหญ่มีสถานะความเสี่ยงคงที่ หรือเป็นความเสี่ยงที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนประจำปีงบประมาณ

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

แผนตามปีการศึกษา แผนตามปีปฏิทิน หรือแผนตามโครงการต่อเนื่องระยะยาวที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ในปัจจุบัน การเก็บข้อมูลต่าง ๆ จึงเหลือมากรอบการติดตามความเสี่ยงของคณะฯ ส่งผลให้เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) ส่วนใหญ่ประเมินผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ จากการคาดการณ์แนวโน้มผลการดำเนินงานแทนการประเมินโดยใช้ผลการดำเนินงานจริง ผลการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่จึงเป็นผลสรุปจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยงเป็นหลัก

ดังนั้นเพื่อให้การประเมินผลการจัดการความเสี่ยงของคณะฯ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น สามารถนำผลการดำเนินงานตามข้อเท็จจริงมาใช้พิจารณาตามระยะเวลาที่กำหนด คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ จึงมีมติให้ปรับระยะเวลาการดำเนินงานตามที่กล่าวไว้ข้างต้น และให้ชี้แจงไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดลเพื่อทราบ เนื่องจากการดำเนินงานตามนโยบายนี้จะส่งผลให้คณะฯ ส่งรายงานผลการปฏิบัติตามแผนการจัดการความเสี่ยงล่าช้ากว่าระยะเวลาที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### *การติดตามผลการจัดการความเสี่ยงครั้งที่ 1*

- ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดให้รายงานผลการปฏิบัติตามแผนการจัดการความเสี่ยงรอบ 6 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561-31 มีนาคม 2562 และให้นำส่งรายงานดังกล่าวภายในเดือนเมษายน 2562
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กำหนดให้ส่งรายงานภายในคณะฯ รายงานผลการปฏิบัติตามแผนการจัดการความเสี่ยงรอบ 6 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561-31 มีนาคม 2562 และให้นำส่งรายงานดังกล่าวภายในเดือนเมษายน 2562 เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบภายในเดือนพฤษภาคม 2562 จากนั้นจึงจัดทำและนำเสนอส่งรายงานดังกล่าวไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ภายในเดือนเดียวกันต่อไป

#### *การติดตามผลการจัดการความเสี่ยงครั้งที่ 2*

- ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดให้รายงานผลการปฏิบัติตามแผนการจัดการความเสี่ยงรอบ 12 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561-30 กันยายน 2562 และให้นำส่งรายงานดังกล่าวภายในเดือนตุลาคม 2562
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กำหนดให้ส่งรายงานภายในคณะฯ รายงานผลการปฏิบัติตามแผนการจัดการความเสี่ยง รอบ 6 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่ 1 เมษายน-30 กันยายน 2562 และให้นำส่งรายงานดังกล่าวภายในเดือนตุลาคม 2562 เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561-30 กันยายน 2562 รวมทั้งสิ้น 12 เดือน ก่อนนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ และคณะกรรมการประจำคณะฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบภายในเดือนพฤศจิกายน 2562 จากนั้นจึงจัดทำและนำเสนอส่งรายงานดังกล่าวไปยังศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ภายในเดือนเดียวกันต่อไป



## กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงาน

การติดตามกิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงานเป็นการติดตามความคืบหน้า และ / หรือ ผลลัพธ์จากการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุมที่ระบุไว้ แล้วนำมาประเมินประสิทธิภาพในการควบคุมระดับโอกาสเกิด และ / หรือ ระดับผลกระทบของกิจกรรมนั้น ๆ ทั้งนี้เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) สามารถสอบทานพัฒนาการของการจัดการความเสี่ยง ตลอดจนสามารถนำผลดังกล่าวไปใช้ในการพิจารณาปรับปรุง เพิ่มหรือลดกิจกรรมการควบคุม ในปีงบประมาณต่อไปได้อย่างเหมาะสม ตามรูปภาพที่ 1

ความคืบหน้า/ ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม						
กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการ	ครั้งที่ 1 (1 ต.ค. XX - 31 มี.ค. XX)			ครั้งที่ 2 (1 เม.ย. XX - 30 ก.ย. XX)		
	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

\*\*กรณารับ หรือ แนนเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้องกับผลการดำเนินงาน\*\*

รูปภาพที่ 1 เอกสารการติดตามความคืบหน้า / ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม

การประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมเป็นการประเมินความสามารถในการควบคุมระดับโอกาสเกิด และ / หรือ ระดับผลกระทบของแต่ละกิจกรรม โดยพิจารณาจากความคืบหน้า / ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุมที่รายงานไว้ ทั้งนี้สามารถแบ่งระดับของประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ ดังนี้

**ประสิทธิภาพดี** หมายถึงกิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงานนั้น ๆ สามารถจัดการ ควบคุม หรือลดระดับโอกาสเกิด และ / หรือ ระดับผลกระทบได้เต็มศักยภาพ ดังนั้นกิจกรรมการควบคุมที่มีประสิทธิภาพในระดับนี้ เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) สามารถยกไปดำเนินการในปีงบประมาณต่อไปได้ หรือพิจารณาเพิ่มเป็นกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ในอนาคต

**ประสิทธิภาพปานกลาง** หมายถึงกิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงานนั้น ๆ สามารถจัดการ ควบคุม หรือลดระดับโอกาสเกิด และ / หรือ ระดับผลกระทบได้บางส่วน และ / หรือ มีปัจจัยภายนอกเข้ามาคุกคามส่งผลให้กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงานนั้น ๆ ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ ดังนั้นกิจกรรมการควบคุมที่มีประสิทธิภาพในระดับนี้ อาจสามารถยกไปดำเนินการในปีงบประมาณต่อไปได้ โดยอาจต้องพิจารณาลักษณะของกิจกรรมที่ดำเนินงานให้ครอบคลุมมากขึ้น หรือพิจารณาปัจจัยภายนอกเพิ่มเติมด้วย

**ประสิทธิภาพต่ำ** หมายถึงกิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงานนั้น ๆ ไม่สามารถจัดการ ควบคุม หรือลดระดับโอกาสเกิด และ / หรือ ระดับผลกระทบได้เลย รวมถึงมีปัจจัยภายนอกเข้ามาคุกคาม ส่งผลให้ระดับโอกาสเกิด และ / หรือ ระดับผลกระทบยังคงที่ หรือมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นในอนาคต ดังนั้นกิจกรรมการควบคุมที่มีประสิทธิภาพในระดับนี้ จึงไม่สามารถยกไปดำเนินการในปีงบประมาณต่อไปได้

## ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KEY RISK INDICATOR: KRI)

การติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) เป็นการเฝ้าระวังเพื่อเตือนก่อนที่ความเสี่ยงจะมีโอกาสเกิด และ / หรือ มีผลกระทบที่สูงขึ้น ตลอดจนเตือนก่อนที่ความเสี่ยงจะกลายเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไข ดำเนินการโดยการเปรียบเทียบผลที่ได้ตามตัวชี้วัดในปัจจุบัน กับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ หากผลตามตัวชี้วัดในปัจจุบันไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จะสามารถอธิบายได้ว่า ความเสี่ยงดังกล่าวมีแนวโน้มที่ระดับโอกาสเกิด และ / หรือ ระดับผลกระทบจะสูงขึ้น หรืออาจกลายเป็นปัญหาในอนาคต ทั้งนี้ เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) สามารถสอบถามพัฒนาการของผลตามตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ตลอดจนสามารถนำผลดังกล่าวไปใช้ในการพิจารณาปรับปรุง เพิ่ม ลด ตัวชี้วัดความเสี่ยง ในปีงบประมาณต่อไปอย่างเหมาะสม ตามรูปภาพที่ 2

ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)

ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)		ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	
รายละเอียด	เป้าหมาย	ครั้งที่ 1 (1 ต.ค. XX - 31 มี.ค. XX)	ครั้งที่ 2 (1 เม.ย. XX - 30 ก.ย. XX)
1. KRI 1			
2. KRI 2			

\*\*กรุณาระบุ หรือ แนบเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดความเสี่ยง\*\*

รูปภาพที่ 2 เอกสารการติดตามผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง

## ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง

การติดตามระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงาน เป็นการประเมินระดับโอกาสเกิดและผลกระทบของความเสี่ยงในปัจจุบัน หลังจากการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุมที่กำหนดไว้ โดยจะสอดคล้องกับความคืบหน้า / ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม และผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) อย่างชัดเจน ทั้งนี้จากการปรับเวลาการบริหารจัดการความเสี่ยงทั้งระบบ ส่งผลให้คณะฯ ต้องรายงานระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงาน ครั้งที่ 2 ภายหลังการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณต่อไป โดยเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) ยังคงสอบถามพัฒนาการของการเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยงได้อย่างสอดคล้องต่อเนื่อง และสามารถนำผลดังกล่าวไปใช้ในการพิจารณาปรับปรุง เพิ่ม ลด กิจกรรมการควบคุม และตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ในปีงบประมาณต่อไปได้อย่างเหมาะสม ตามรูปภาพที่ 3

การประเมินระดับความเสี่ยง

ระดับความเสี่ยงก่อนการดำเนินงาน			ระดับความเสี่ยง ภายหลังการดำเนินงาน ครั้งที่ 1			ระดับความเสี่ยง ปัจจุบันจากการประเมินปีต่อไป			ระดับความเสี่ยง ภายหลังการดำเนินงาน ครั้งที่ 2		
โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
	ด้าน...	<input type="checkbox"/> สูงมาก <input type="checkbox"/> สูง <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ		ด้าน	<input type="checkbox"/> สูงมาก <input type="checkbox"/> สูง <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ		ด้าน	<input type="checkbox"/> สูงมาก <input type="checkbox"/> สูง <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ		ด้าน	<input type="checkbox"/> สูงมาก <input type="checkbox"/> สูง <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ

รูปภาพที่ 3 เอกสารการติดตามการประเมินระดับความเสี่ยง

## การกำหนดสถานะการจัดการความเสี่ยง

การกำหนดสถานะความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงานตามแผนจัดการความเสี่ยงของคณะฯ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจในการสรุปผลการจัดการความเสี่ยง รวมถึงสามารถใช้ในการพยากรณ์ความต่อเนื่องของความเสี่ยง และการกำหนดกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสมในอนาคต

### ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง

การประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง พิจารณาจากประสิทธิภาพในการควบคุมระดับโอกาสเกิด และ / หรือ ระดับผลกระทบของกิจกรรมการควบคุมภายหลังการดำเนินงานจัดการความเสี่ยง ในภาพรวม ตามรูปภาพที่ 4

ความถี่หน้า/ ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม

กิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการ	ครั้งที่ 1 (1 ต.ค. XX - 31 มี.ค. XX)			ครั้งที่ 2 (1 เม.ย. XX - 30 ก.ย. XX)		
	ระยะเวลาดำเนินงาน	ความถี่หน้า/ ผลการดำเนินงาน	ประสิทธิภาพ	ระยะเวลาดำเนินงาน	ความถี่หน้า/ 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

\*\*กรุณาระบุ หรือ แแนเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้องกับผลการดำเนินงาน\*\*

การประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินการทั้งหมด			
ภายหลังการดำเนินงานฯ ครั้งที่ 1		ภายหลังการดำเนินงานฯ ครั้งที่ 2	
กิจกรรมมีประสิทธิภาพ	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ	กิจกรรมมีประสิทธิภาพ	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> ต่ำ

รูปภาพที่ 4 เอกสารการติดตามการประเมินประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง

ทั้งนี้สามารถแบ่งระดับประสิทธิภาพของการจัดการได้ 3 ระดับ ดังนี้

**ประสิทธิภาพดี** (สีภายในสัญลักษณ์ความเสี่ยงเป็นสีเขียว) หมายถึงกิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงานทั้งหมดสามารถจัดการ ควบคุม หรือลดระดับความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ ส่งผลให้ระดับความเสี่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถยอมรับได้ หรือ สามารถจัดการให้ความเสี่ยงนั้น ๆ ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลต่อคณะฯ ได้ในปัจจุบัน

**ประสิทธิภาพปานกลาง** (สีภายในสัญลักษณ์ความเสี่ยงเป็นสีเหลือง) หมายถึงกิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงานทั้งหมด หรือส่วนใหญ่สามารถจัดการ ควบคุม หรือลดระดับความเสี่ยงได้บางส่วน และ / หรือ อาจมีปัจจัยภายนอกเข้ามาคุกคาม ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุมไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ

**ประสิทธิภาพต่ำ** (สีภายในสัญลักษณ์ความเสี่ยงเป็นสีแดง) หมายถึงกิจกรรมการควบคุมที่ดำเนินงานทั้งหมด หรือส่วนใหญ่ไม่สามารถใช้ในการจัดการความเสี่ยงได้เลย รวมถึงมีปัจจัยภายนอกเข้ามาคุกคาม ส่งผลให้ระดับความเสี่ยงยังคงที่ หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต

### ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง

การสรุปความสามารถในการจัดการความเสี่ยง พิจารณาจากระดับการยอมรับความเสี่ยง ร่วมกับ ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม ผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง และเกณฑ์ระดับ ความรุนแรงที่มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด ทั้งนี้ สามารถแบ่งระดับความสามารถในการจัดการความเสี่ยง ได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ 5 ประเภท ดังนี้

ตารางที่ 1 ระดับความสามารถในการจัดการความเสี่ยง

ความสามารถในการจัดการ (Risk Mgt. Catalog)	ประเภทความสามารถในการจัดการ (Type of Risk Management)	การยกไป ดำเนินการปัดป้อง	การกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ปัดป้อง
ยังไม่สามารถสรุปได้	อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้	เป็นความเสี่ยง	Green Z. = ไม่ต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) Yellow Z. = อาจต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เพิ่ม / ใหม่ Orange Z. = ควรกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เพิ่ม / ใหม่ Red Z. = ต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เพิ่ม / ใหม่
สามารถ จัดการความเสี่ยงได้	ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคนฯ (ไม่อยู่ใน Risk Map วัดไม่ได้ตามเกณฑ์)	ไม่ควร เป็นความเสี่ยง	-
	เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้	เป็นความเสี่ยง	<b>ต้องไม่อยู่ใน Red-Orange Zone</b> Green Z. = ไม่ต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) Yellow Z. = อาจต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เพิ่ม / ใหม่
ไม่สามารถ จัดการความเสี่ยงได้	เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง (กิจกรรมการควบคุม+KRI ควบคุมได้บ้าง)	ต้องเป็นความเสี่ยง	<b>ต้องไม่อยู่ใน Green Zone</b> Yellow Z. = อาจต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เพิ่ม / ใหม่ Orange Z. = ควรกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เพิ่ม / ใหม่ Red Z. = ต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เพิ่ม / ใหม่
	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ (กิจกรรมการควบคุม+KRI ไม่สามารถควบคุม ความเสี่ยงได้ หรือมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น)	ต้องเป็นความเสี่ยง	จำเป็นต้องกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เพิ่ม / ใหม่

## กระบวนการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง

การติดตามผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562 งานบริหารความเสี่ยงปรับกระบวนการตามมติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ 3 / 2561 ดังนี้

### ดำเนินการจัดการความเสี่ยง

หน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง ดำเนินการจัดการความเสี่ยงตามแผนที่กำหนดไว้ในรายงานการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562

### ดำเนินการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง

1. **งานบริหารความเสี่ยง ติดตามผลการจัดการความเสี่ยง** โดยส่งหนังสือการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงไปยังหน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง พร้อมทั้งให้คำปรึกษาในการรายงาน การแนบเอกสารประกอบการรายงานฯ ตลอดจนการขอข้อมูลเพิ่มเติมระหว่างการจัดทำรายงานฯ ปีละ 2 ครั้ง ดังนี้
  - ครั้งที่ 1 ติดตามผลการจัดการความเสี่ยงช่วงระยะเวลาระหว่าง 1 ตุลาคม 2561–31 มีนาคม 2562 โดยดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2562
  - ครั้งที่ 2 ติดตามผลการจัดการความเสี่ยงช่วงระยะเวลาระหว่าง 1 เมษายน 2562–30 กันยายน 2562 โดยดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2562
2. **หน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง รายงานผลการจัดการความเสี่ยง** พร้อมทั้งนำเสนอต่อรองคณบดีที่กำกับเพื่อให้ความเห็นชอบ ก่อนส่งกลับมายังงานบริหารความเสี่ยง ตามระยะเวลาที่กำหนด
3. **งานบริหารความเสี่ยง รวบรวมและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลความเสี่ยง** รวมถึงประสานงานสอบถามประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน ตลอดจนเสนอแนะ ปรับแก้ไข หรือขอข้อมูลเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ เพื่อให้เจ้าของความเสี่ยงดำเนินการแก้ไขอีกครั้ง ก่อนดำเนินการในขั้นต่อไป

### ดำเนินการวิเคราะห์ และนำเสนอผลการจัดการความเสี่ยง

งานบริหารความเสี่ยงรวบรวม วิเคราะห์ สรุป และนำเสนอผลการจัดการความเสี่ยงต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ คณะกรรมการประจำคณะฯ และมหาวิทยาลัยมหิดล ตามลำดับ

1. **คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ** พิจารณาให้ความเห็นชอบ 2 ครั้ง ดังนี้  
ครั้งที่ 1 เดือนพฤษภาคม 2562 และ ครั้งที่ 2 เดือนพฤศจิกายน 2562
2. **คณะกรรมการประจำคณะฯ** พิจารณาให้ความเห็นชอบผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ ในเดือนพฤศจิกายน 2562
3. **งานบริหารความเสี่ยงจัดทำข้อมูลส่งให้มหาวิทยาลัยมหิดล** ตามแบบฟอร์มที่กำหนด 2 ครั้ง  
ดังนี้ ครั้งที่ 1 เดือนพฤษภาคม 2562 และ ครั้งที่ 2 เดือนพฤศจิกายน 2562

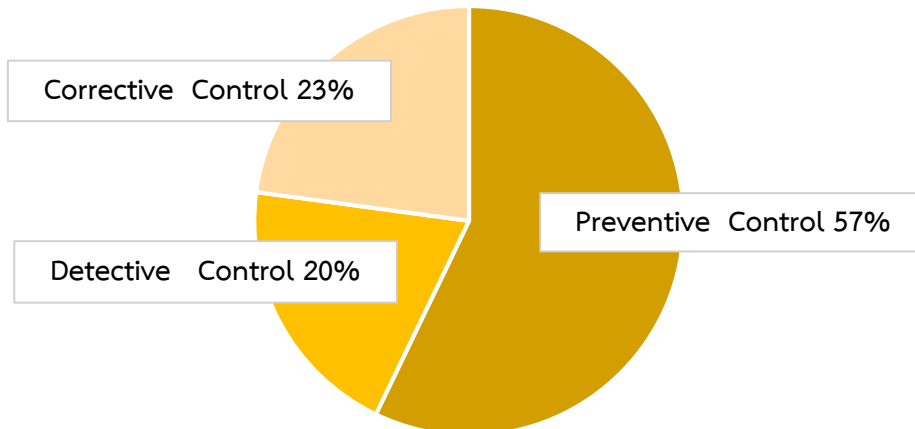
## ผลการจัดการความเสี่ยง

### ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยง

จากความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562 ทั้งสิ้น 35 ความเสี่ยง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ใช้กิจกรรมการควบคุมแบบป้องกัน (Preventive Control) เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงมากที่สุดที่ร้อยละ 57 ( $20 \times 100 / 35$ ) ของความเสี่ยงทั้งหมด และใช้กิจกรรมการควบคุมแบบแก้ไข (Corrective Control) ในการแก้ปัญหาที่พบในปัจจุบันซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยง รวมถึงใช้กิจกรรมการควบคุมแบบค้นหา (Detective Control) ในการค้นหาข้อควรพัฒนา (Weaknesses / Threats) ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ที่ร้อยละ 23 ( $8 \times 100 / 35$ ) และร้อยละ 20 ( $7 \times 100 / 35$ ) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาจากสัดส่วนดังกล่าวพบว่าคณะฯ ใช้กิจกรรมการควบคุมแบบค้นหา (Detective Control) เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2561 ที่ร้อยละ 8 ( $3 \times 100 / 39$ ) เป็นร้อยละ 20 ( $7 \times 100 / 35$ ) ในปีงบประมาณ 2562 เนื่องจากคณะฯ มีการบริหารจัดการความเสี่ยงเชิงรุกมากขึ้น จากการพิจารณาระบบ และ / หรือ กระบวนการงานประจำ เพื่อค้นหาข้อควรพัฒนา (Weaknesses / Threats) ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในอนาคต ก่อนนำเข้าสู่การหาแนวทางพัฒนาต่อไป

ประเภทของกิจกรรมการควบคุม



รูปภาพที่ 5 ประเภทของกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง

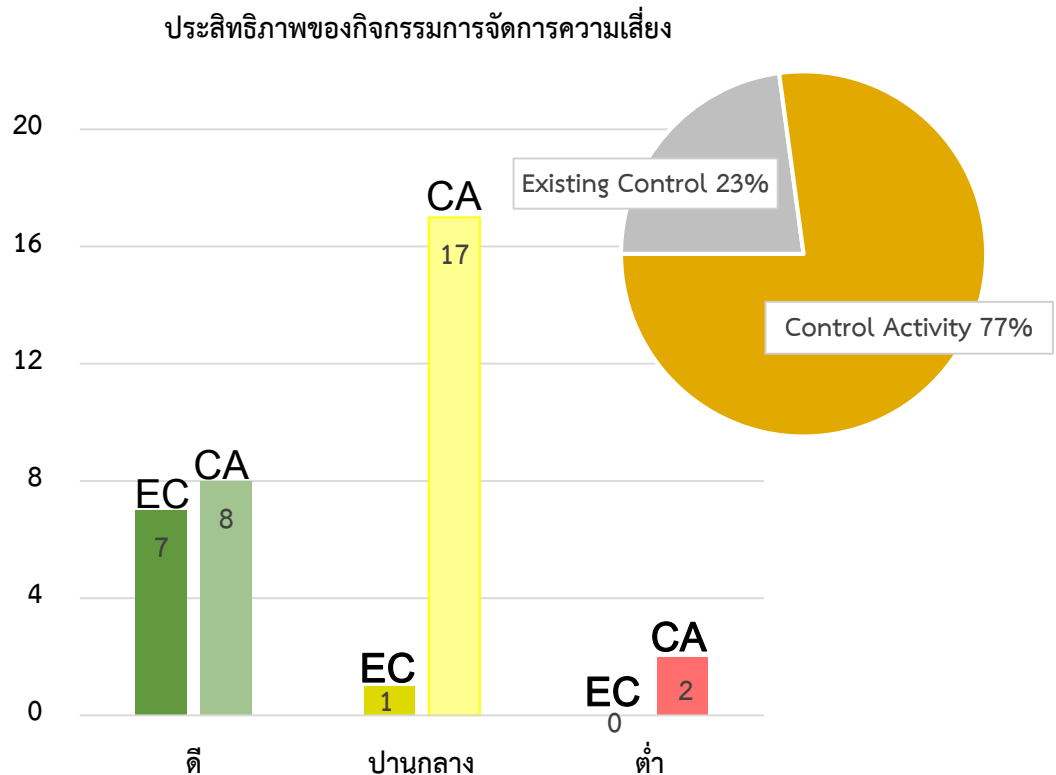
จากการดำเนินงานดังกล่าว คณะฯ ดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยงได้ผลการจัดการความเสี่ยงตามมุมมองต่าง ๆ ดังนี้

## ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง

จากการสอบทานลักษณะแผนการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562 พบว่า คณะฯ ใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ดังนี้

- ใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มากถึงร้อยละ 77 (27x100 / 35) ครอบคลุมตั้งแต่ความเสี่ยงมีระดับความเสี่ยงปานกลาง-สูงมาก และพบมากในความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูง-สูงมาก เนื่องจากกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) หรืองานประจำไม่เพียงพอในการควบคุมหรือจัดการความเสี่ยง
- ใช้กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบันหรืองานประจำ (Existing Control) ร้อยละ 23 (8x100 / 35) พบในความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำ-ปานกลาง ที่มีการบริหารจัดการความเสี่ยงมาแล้วระยะหนึ่ง รวมถึงพบว่ากิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบันหรืองานประจำ (Existing Control) เพียงพอในการควบคุมหรือจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่คณะฯ สามารถยอมรับได้

ดังนั้นการพิจารณาประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562 จึงพิจารณาจากความสามารถของทั้งกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ที่ส่งผลต่อระดับโอกาสเกิด และ / หรือ ระดับผลกระทบของความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงานจัดการความเสี่ยง ตามรูปภาพที่ 6 ดังนี้



รูปภาพที่ 6 ภาพรวมประสิทธิภาพของกิจกรรมการจัดการความเสี่ยง



จากภาพรวมประสิทธิภาพของกิจกรรมการจัดการความเสี่ยง ภายหลังจากดำเนินงานจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2562 สามารถอธิบายได้ ดังนี้

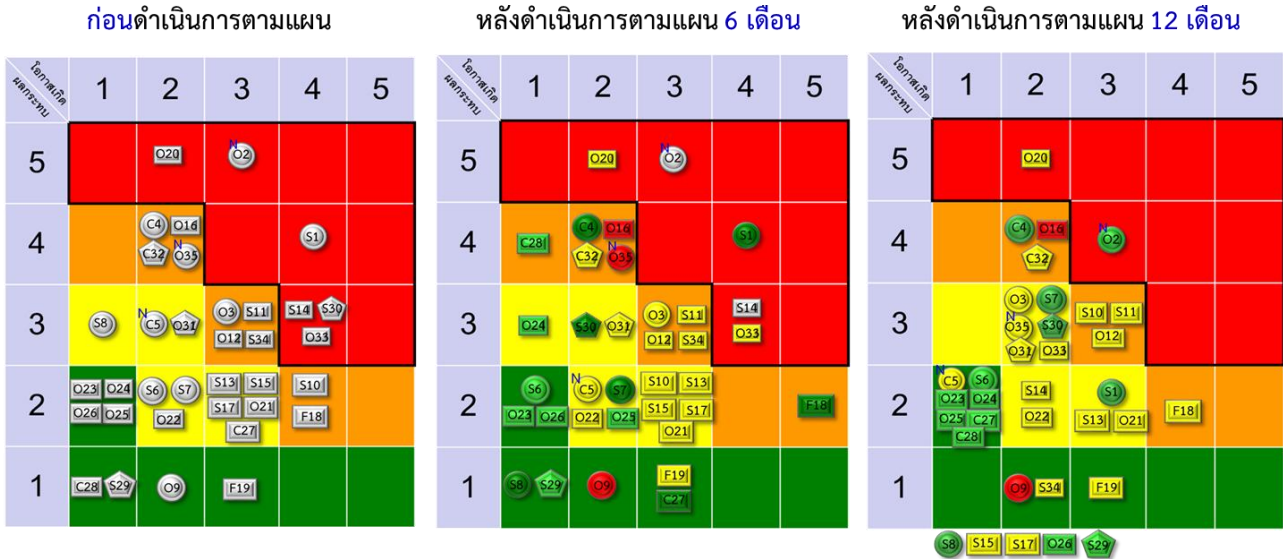
กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่ได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง (Yellow) ที่ร้อยละ 51 (18x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด เนื่องจากกิจกรรมเหล่านี้ยังอยู่ระหว่างดำเนินการ ตามแผนการจัดการความเสี่ยงระยะยาว ที่ส่วนใหญ่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายงานทั้งภายในและภายนอกคณะฯ รวมถึงมักพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าเข้ากระทบต่อการจัดการ ความเสี่ยง ส่งผลให้กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพได้เต็มศักยภาพ พบใน ความเสี่ยงที่ใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มากถึงร้อยละ 94 (17x100 / 18) และพบใน ความเสี่ยงที่ใช้กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ร้อยละ 6 (1x100 / 18) ของความเสี่ยงที่ กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงมีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง (Yellow) ทั้งหมด

ทั้งนี้พบความเสี่ยงที่กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับดี (Green) ร้อยละ 43 (15x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำ และปานกลาง ที่ได้รับการดำเนินงานจัดการความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพมาระยะหนึ่ง สามารถจัดการให้ ระดับความเสี่ยงลดลง หรือไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลต่อคณะฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ พบในความเสี่ยงที่ใช้ กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ร้อยละ 53 (8x100 / 15) และความเสี่ยงที่ใช้กิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ ในปัจจุบัน (Existing Control) ร้อยละ 47 (7x100 / 15) ของความเสี่ยงที่กิจกรรมการจัดการความเสี่ยง มีประสิทธิภาพในระดับดี (Green) ทั้งหมด

ในขณะที่พบว่ามีความเสี่ยงที่กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับ ต่ำ (Red) ร้อยละ 6 (2x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด เนื่องจากกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ไม่สอดคล้องกับสาเหตุและตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ที่กำหนดไว้ ส่งผลให้ไม่สามารถใช้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ดังกล่าวในการจัดการความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม รวมถึงพบว่ากิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่กำหนดไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ทันต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ ความเสี่ยงที่ระบุไว้ มีแนวโน้มที่จะกลายเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขในอนาคต

### ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง

จากประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงดังกล่าว ส่งผลให้ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้



รูปภาพที่ 7 ภาพรวม Risk Map-Dashboard

ระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น จำนวน 2 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 6 (2x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด โดยเพิ่มที่ระดับผลกระทบทั้ง 2 ความเสี่ยง และยังคงเป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงคงที่ในระดับปานกลาง-ต่ำ ที่สามารถดำเนินการจัดการความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับดี (Green) รวมถึงสามารถดำเนินการได้ตามตัวชี้วัด (KRI) ที่กำหนด ดังนั้นการปรับเพิ่มระดับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น จึงเป็นผลจากการพิจารณาผลกระทบที่แท้จริงให้สอดคล้องกับระดับผลกระทบตามเกณฑ์ในปัจจุบัน ร่วมกับข้อมูลแวดล้อมต่าง ๆ ตามมุมมองการบริหารความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) ดังนี้

1. S7 จำนวนบันทึกข้อตกลงความร่วมมือที่มีความเคลื่อนไหว หรือ ดำเนินการอย่างต่อเนื่องที่ต่ำกว่าเป้าหมาย (2557) จาก 2x2 เป็น 2x3
2. C28 เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vender) (2557) จาก 1x1 เป็น 1x2

**ระดับความเสี่ยงคงที่** จำนวน 16 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 46 (16x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด พบกระจายตัวใน Risk Map–Dashboard ทั้งใน Green Zone ไปจนถึง Red Zone เนื่องจาก 3 สาเหตุ ดังนี้

1. เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำ-ปานกลาง ที่ได้รับการดำเนินงานจัดการความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพมาแล้วระยะหนึ่ง สามารถควบคุมให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้
2. กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) อยู่ระหว่างการดำเนินงานต่อเนื่องตามแผนระยะยาวที่ต้องแบ่งการดำเนินงานตามปีงบประมาณ ปีการศึกษา ปีปฏิทิน หรือตามแผนโครงการ ส่งผลให้ไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานเพื่อใช้ในการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงานได้
3. เป็นความเสี่ยงสำคัญตามธรรมชาติของลักษณะธุรกิจหรือลักษณะงานที่ไม่สามารถยอมรับให้เกิดขึ้นได้ และคงที่ใน Orange Zone มาแล้วระยะหนึ่ง เนื่องจากพบว่าส่วนใหญ่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามตัวชี้วัด (KRI) ที่กำหนด และมักมีปัจจัยที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยง คงที่ มีดังนี้

1.	C4	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีถูกฟ้องร้องด้านการวิจัยในคน (2558)	คงที่ ที่	2x4
2.	O9	ขาดแคลนบุคลากรที่มีความเหมาะสมด้าน Competency (2559)	คงที่ ที่	2x1
3.	S11	ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯ แต่ละกลุ่มได้ตามความต้องการ (2559)	คงที่ ที่	3x3
4.	O12	มีโอกาที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับ (2558)	คงที่ ที่	3x3
5.	S13	ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญและจำเป็นต่อการวางแผนหรือการบริหารงานภายในคณะฯ ไม่ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ครอบคลุม (2560)	คงที่ ที่	3x2
6.	O16	ขาดการจัดการด้านการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ (2561)	คงที่ ที่	2x4
7.	F18	ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล (2561)	คงที่ ที่	4x2
8.	F19	ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการทางด้านการบริหารงบประมาณ (2561)	คงที่ ที่	3x1
9.	O20	การเกิดอัคคีภัย (2557)	คงที่ ที่	2x5
10.	O21	การจัดการขยะไม่ได้ตามมาตรฐานสากล (2561)	คงที่ ที่	3x2
11.	O22	บุคลากรได้รับบาดเจ็บ / เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน (2561)	คงที่ ที่	2x2
12.	O23	อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการยานพาหนะ (2558)	คงที่ ที่	1x2
13.	O24	กระแสไฟฟ้าขัดข้อง (เนื่องจากกระแสไฟฟ้าไม่เพียงพอ) (2559)	คงที่ ที่	1x2
14.	O25	น้ำประปาสำหรับอุปโภคบริโภคมีกลิ่นปนเปื้อน (2560)	คงที่ ที่	1x2
15.	O31	การเกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรจะสามารถป้องกันได้ (Preventable Event) เป็นผลทำให้โรงพยาบาลต้องให้การเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว (2558)	คงที่ ที่	2x2
16.	C32	ถูกฟ้องร้องจากกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะ หรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาล / องค์กรภายนอก (2556)	คงที่ ที่	2x4

**ระดับความเสี่ยงลดลง** จำนวน 12 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 34 (12x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด กระจายตัวใน Risk Map–Dashboard ทั้งใน Green Zone ไปจนถึง Red Zone โดยพบว่าส่วนใหญ่กิจกรรมควบคุม (Control Activity) มีประสิทธิภาพระดับดี (Green)-ปานกลาง (Yellow) สอดคล้องกับผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ที่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด ระดับความเสี่ยงของความเสี่ยงเหล่านี้จึงสามารถลดลงได้ทั้งในระดับโอกาสเกิด และ / หรือ ระดับผลกระทบ ดังนี้

1. S1 การเลือกเข้าศึกษาต่อระดับสูง (Ranking) (2561) จาก 4x4 เป็น 3x2
2. O2 การเตรียมทรัพยากรเพื่อรองรับหลักสูตรใหม่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2562) จาก 3x5 เป็น 3x4
3. O3 จำนวนและคุณภาพของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่สมัครเข้ารับการศึกษาฝึกอบรบไม่ได้ตามเป้าหมาย (2558) จาก 3x3 เป็น 2x3
4. C5 ความคลาดเคลื่อนในการรับ-เบิกจ่ายเงินทุนวิจัย (2562) จาก 2x3 เป็น 1x2
5. S6 ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติไม่ได้ตามเป้าหมาย (2556) จาก 2x2 เป็น 1x2
6. S10 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2556) จาก 4x2 เป็น 3x3
7. S14 ขาดระบบการสร้างผู้สืบทอด (Successor) ตำแหน่งบริหารระดับต้นและระดับกลาง (ตามเกณฑ์มหาวิทยาลัย) ที่เหมาะสม (2561) จาก 4x3 เป็น 2x2
8. C27 ความเสี่ยงจากการผิด พรบ. การจัดซื้อจัดจ้างใหม่ (2561) จาก 3x2 เป็น 1x2
9. S30 ไม่ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า (AHA<sup>6</sup>) (2561) จาก 4x3 เป็น 2x3
10. O33 ระบบ HIS<sup>7</sup> ที่ CNMI<sup>8</sup> ไม่สามารถใช้งานได้ตามที่กำหนด (2561) จาก 4x3 เป็น 2x3
11. S34 ไม่สามารถสรรหาและบรรจุบุคลากรตำแหน่งที่สำคัญ (Key Position) เพื่อรองรับการบริการและการเรียนการสอนของสถาบันการแพทย์ จักรีนฤบดินทร์ได้เพียงพอ (2561) จาก 3x3 เป็น 2x1
12. O35 การดำเนินงานเพื่อให้หลักสูตรฝึกอบรบแพทย์ประจำบ้านผ่านการตรวจประเมินตามเกณฑ์ WFME<sup>9</sup> ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2562) จาก 2x4 เป็น 2x3

<sup>6</sup> Advanced Healthcare Accreditation

<sup>7</sup> Hospital Information System

<sup>8</sup> สถาบันการแพทย์จักรีนฤบดินทร์

<sup>9</sup> World Federation for Medical Education

**ระดับความเสี่ยงไม่สามารถวัดได้ตามเกณฑ์** (ไม่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ) เคลื่อนที่ออกจาก Risk Map-Dashboard และไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2563 จำนวน 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 14 (5x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยง ได้ 2 ลักษณะ ดังนี้

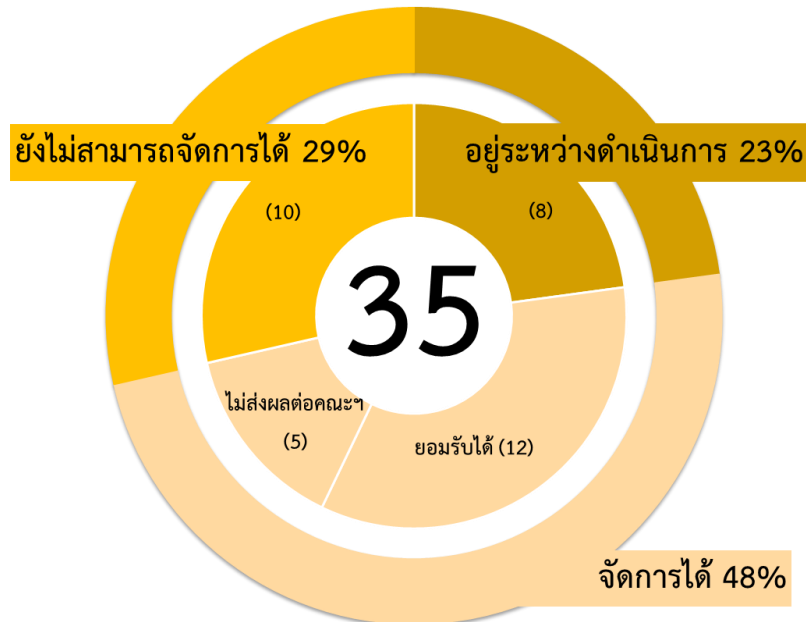
- เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำ-ปานกลาง ที่ได้รับการดำเนินงานจัดการความเสี่ยงมาแล้วระยะหนึ่ง สามารถจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อคณะฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ที่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด
- เป็นความเสี่ยงที่ได้รับการพิจารณาปรับระดับความเสี่ยง จากความเสี่ยงระดับพันธกิจ (Entity level) เป็นความเสี่ยงระดับฝ่าย (Division level) หรือความเสี่ยงระดับงาน (Business level) ที่สามารถบริหารจัดการภายในได้

ความเสี่ยงที่ไม่สามารถวัดระดับได้ตามเกณฑ์ และเคลื่อนที่ออกจาก Risk Map-Dashboard มีดังนี้

1. S8 จำนวนอาจารย์ชาวต่างชาติจากสถาบันการศึกษาอื่นในต่างประเทศ หลุดจากระดับ 1x3 ที่มหาวิทยาลัยหรือส่วนงานเชิญมาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการสอนหรือวิจัย หรือบริหารการศึกษาหรือเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการให้แก่นักศึกษา ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2558)
2. S15 บุคลากรในคณะฯ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (2560) หลุดจากระดับ 3x2
3. S17 ขาดการสนับสนุนด้านการสรรสร้างพันธกิจเชิงรุก (2560) ยกเล็ก 3x2
4. O26 คณะฯ ยังไม่สามารถจัดทำแผนการปรับปรุงตามโอกาสพัฒนา (OFI) ที่ได้รับจากการตรวจประเมินจากมหาวิทยาลัย (2560) ยกเล็ก 1x2
5. S29 ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในด้านการหารายได้ของศูนย์สนับสนุนพันธกิจ หลุดจากระดับ 1x1 ตามที่ศูนย์ฯ ตั้งไว้ (2560)

## ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง

ความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562 ทั้งสิ้น 35 ความเสี่ยง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สามารถดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยง ได้ผลการจัดการความเสี่ยง ดังนี้



รูปภาพที่ 8 ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยงปีงบประมาณ 2562

**สามารถจัดการความเสี่ยงได้** ทั้งสิ้น 17 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 49 ( $17 \times 100 / 35$ ) ของความเสี่ยงทั้งหมด ซึ่งเป็นสัดส่วนผลการจัดการความเสี่ยงที่มากที่สุดในปีงบประมาณ 2562 และมากกว่าปีงบประมาณ 2561 ที่มีผลการจัดการความเสี่ยงกลุ่มนี้ที่ร้อยละ 31 โดยเป็นผลจากมติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง คณะฯ 3 / 2561 ที่กำหนดให้การติดตามผลการจัดการความเสี่ยงของคณะฯ ดำเนินการเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ส่งผลให้เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) สามารถดำเนินการจัดการความเสี่ยง และสามารถรายงานผลการจัดการความเสี่ยงตามแผนประจำปีงบประมาณได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

สามารถแบ่งตามความสามารถของการจัดการได้ 2 ประเภท ดังนี้

1. **ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ** ไม่ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2563 จำนวน 5 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 29 ( $5 \times 100 / 17$ ) ของความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ทั้งหมด ความเสี่ยงกลุ่มนี้มีลักษณะสำคัญคือภายหลังการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง สามารถจัดการให้ระดับโอกาสเกิดและผลกระทบต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยบางส่วนกลายเป็นความเสี่ยงระดับฝ่าย และ / หรือ ความเสี่ยงระดับงาน รวมถึงเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่าส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ตามที่ได้อธิบายไว้ในหัวข้อความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการความเสี่ยง ย่อหน้าระดับความเสี่ยงไม่สามารถวัดได้ตามเกณฑ์

2. **เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้** ต้องยกไปดำเนินการในปีงบประมาณ 2563 จำนวน 12 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 71 (12x100 / 17) ของความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ทั้งหมด พบกระจายตัวใน Risk Map-Dashboard ทั้งใน Green Zone ไปจนถึง Red Zone ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงตามธรรมชาติของลักษณะธุรกิจหรือลักษณะงานที่ได้รับการดำเนินงานจัดการความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพมาแล้วระยะหนึ่ง กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับดี (Green)-ปานกลาง (Yellow) สอดคล้องกับผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ที่ส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด ส่งผลให้ระดับโอกาสเกิด และ / หรือ ระดับผลกระทบของความเสี่ยงคงที่ และ / หรือ ลดลงเคลื่อนที่เข้าสู่ Green Zone และ Yellow Zone เป็นความเสี่ยงที่คณะฯ สามารถยอมรับได้ ดังนี้

1. S1 การเลือกเข้าศึกษาในระดับสูง (Ranking) (2561)
2. S6 ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติไม่ได้ตามเป้าหมาย (2556)
3. S13 ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญและจำเป็นต่อการวางแผนหรือการบริหารงานภายในคณะฯ ไม่ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ครอบคลุม (2560)
4. S14 ขาดระบบการสร้างผู้สืบทอด (Successor) ตำแหน่งบริหารระดับต้นและระดับกลาง (ตามเกณฑ์มหาวิทยาลัย) ที่เหมาะสม (2561)
5. O23 อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการยานพาหนะ (2558)
6. O24 กระแสไฟฟ้าขัดข้อง (เนื่องจากกระแสไฟฟ้าไม่เพียงพอ) (2559)
7. O25 น้ำประปาสำหรับอุปโภคบริโภคมีคุณภาพปนเปื้อน (2560)
8. C27 ความเสี่ยงจากการผิด พรบ. การจัดซื้อจัดจ้างใหม่ (2561)
9. C28 เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vender) (2557)
10. O33 ระบบ HIS<sup>10</sup> ที่ CNMI<sup>11</sup> ไม่สามารถใช้งานได้ตามที่กำหนด (2561)
11. S34 ไม่สามารถสรรหาและบรรจุบุคลากรตำแหน่งที่สำคัญ (Key Position) เพื่อรองรับการบริการและการเรียนการสอนของสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ได้เพียงพอ (2561)
12. O35 การดำเนินงานเพื่อให้หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านผ่านการตรวจประเมินตามเกณฑ์ WFME<sup>12</sup> ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2562)

<sup>10</sup> Hospital Information System

<sup>11</sup> สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์

<sup>12</sup> World Federation for Medical Education

**ยังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้** เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง และยกไปดำเนินการในปีงบประมาณ 2563 ทั้งสิ้น 10 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 29 (10x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงสำคัญตามธรรมชาติของลักษณะธุรกิจหรือลักษณะงาน พบกระจายตัวใน Risk Map-Dashboard ทั้งใน Yellow Zone ไปจนถึง Red Zone และพบมากที่สุดที่ใน Orange Zone โดยในปีงบประมาณ 2562 พบความเสี่ยงที่ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงานฯ ลดลง เคลื่อนที่เข้าสู่ Yellow Zone แต่ได้รับการพิจารณาให้เป็นความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการได้ เนื่องจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงและระดับการยอมรับความเสี่ยงจากเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) เช่นเดียวกับปีงบประมาณ 2561 ที่ผ่านมา โดยในภาพรวมพบว่าความเสี่ยงกลุ่มนี้มีลักษณะสำคัญคือ กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง (Yellow) ยังไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการจัดการความเสี่ยงที่ชัดเจนได้ เนื่องจากยังอยู่ระหว่างดำเนินงาน ต่อเนื่อง และต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายส่วนงานทั้งภายในและภายนอกคณะฯ สอดคล้องกับ ผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงที่พบว่าส่วนใหญ่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินงานฯ จึงยังคงที่ หรือลดลงโดยยังอยู่ใน Orange Zone หรือ Red Zone ดังนั้นความเสี่ยงเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการพิจารณาปรับปรุงกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และ ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ในปีงบประมาณ 2563 ต่อไป

ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง มีดังนี้

1. O2 การเตรียมทรัพยากรเพื่อรองรับหลักสูตรใหม่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2562)
2. O3 จำนวนและคุณภาพของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่สมัครเข้ารับการศึกษามัธยมศึกษาไม่ได้ตามเป้าหมาย (2558)
3. C4 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีถูกฟ้องร้องด้านการวิจัยในคน (2558)
4. S10 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2556)
5. S11 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯ แต่ละกลุ่มได้ตามความต้องการ (2559)
6. O12 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับ (2558)
7. O16 ขาดการจัดการด้านการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ (2561)
8. O20 การเกิดอัคคีภัย (2557)
9. O31 การเกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรจะสามารถป้องกันได้ (Preventable Event) เป็นผลทำให้โรงพยาบาลต้องให้การเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว (2558)
10. C32 การถูกฟ้องร้องจากกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาล / องค์กรภายนอก (2556)



**ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้** ต้องยกไปดำเนินการในปีงบประมาณ 2563 ทั้งสิ้น 8 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 23 (8x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด เป็นสัดส่วนผลการจัดการความเสี่ยงที่น้อยที่สุดในปีงบประมาณ 2562 และดีกว่าปีงบประมาณ 2561 ที่มีผลการจัดการความเสี่ยงกลุ่มนี้ที่ร้อยละ 44 โดยเป็นผลจากมติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ ครั้งที่ 3 / 2561 ที่กำหนดให้การติดตามผลการจัดการความเสี่ยงของคณะฯ ดำเนินการเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ส่งผลให้เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) สามารถดำเนินการจัดการความเสี่ยงและสามารถรายงานผลการจัดการความเสี่ยงตามแผนประจำปีงบประมาณได้ตามเวลาที่กำหนด ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้ จึงมีสัดส่วนที่น้อยลง เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่าคุณเสี่ยงส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับระบบงานสำคัญของคณะฯ พบกระจายตัวใน Risk Map-Dashboard ทั้งใน Green Zone ไปจนถึง Red Zone และใช้กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงที่เป็นแผนต่อเนื่องระยะยาวไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ในปัจจุบัน หรือได้ผลการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากเป็นเพียงข้อมูลระหว่างการดำเนินงาน ไม่ใช่ผลลัพธ์สุดท้ายของการจัดการความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) ส่วนใหญ่จึงได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง (Yellow) สอดคล้องกับผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ระดับความเสี่ยงที่มีความสามารถในระดับนี้ส่วนใหญ่จึงยังคงที่ ดังนี้

1. C5 ความคลาดเคลื่อนในการรับ-เบิกจ่าย เงินทุนวิจัย (2562)
2. S7 จำนวนบันทึกข้อตกลงความร่วมมือที่มีความเคลื่อนไหวหรือดำเนินการอย่างต่อเนื่องที่ต่ำกว่าเป้าหมาย (2557)
3. O9 ขาดแคลนบุคลากรที่มีความเหมาะสมด้าน Competency (2559)
4. F18 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล (2561)
5. F19 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการทางด้านการบริหารงบประมาณ (2561)
6. O21 การจัดการขยะไม่ได้ตามมาตรฐานสากล (2561)
7. O22 บุคลากรได้รับบาดเจ็บ / เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน (2561)
8. S30 ไม่ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า (AHA<sup>13</sup>) (2561)

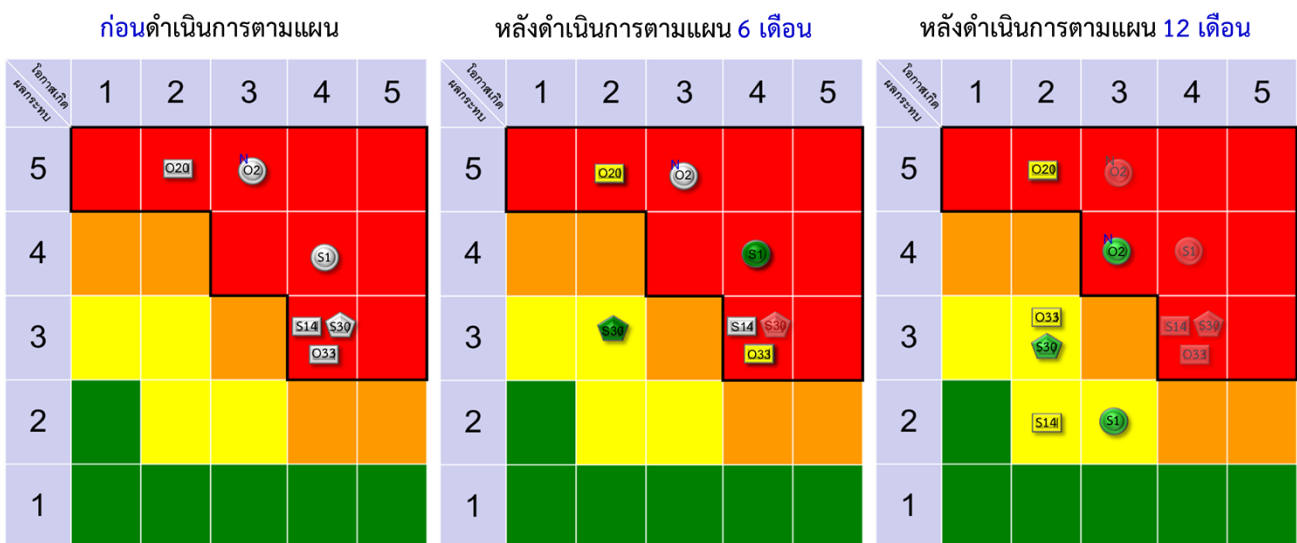
จากความสามารถในการจัดการความเสี่ยงดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่าความเสี่ยงที่ต้องยกไปดำเนินการจัดการต่อในปีงบประมาณ 2563 มีทั้งสิ้น 30 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 86 (30x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงที่สามารถจัดการให้เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ 12 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 34 (12x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด ความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ 10 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 29 (10x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด และความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้ 8 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 23 (8x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด

<sup>13</sup> Advanced Healthcare Accreditation

## ผลการจัดการความเสี่ยงแยกตามระดับความรุนแรง

### ผลการจัดการความเสี่ยงใน Red Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ)

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงมาก เป็นความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ มี 6 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 17 (6x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด ภายหลังจากการจัดการความเสี่ยงพบว่า ความเสี่ยงทั้ง 6 เรื่องนี้ ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2563 ทั้งหมด ประกอบด้วยความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปได้ 1 ความเสี่ยง ความเสี่ยงที่ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ (ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง) 2 ความเสี่ยง และความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ (คณะฯ สามารถยอมรับได้) 3 ความเสี่ยง เมื่อพิจารณาลักษณะความเสี่ยงและผลการจัดการความเสี่ยงในภาพรวมพบว่าส่วนใหญ่ ยังอยู่ระหว่างการดำเนินงานตามแผนประจำปีงบประมาณ ปีการศึกษา หรือแผนตามโครงการต่อเนื่อง ระยะยาวที่ยังไม่สามารถรายงานผลลัพธ์ในการจัดการความเสี่ยงได้ รวมถึงพบปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ความซับซ้อนและไม่ชัดเจนของโครงสร้างการกำกับดูแล (Governance Structure) ความหลากหลายของฝ่ายงาน ความแตกต่างของบุคคล ไปจนถึงการไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคล ฯลฯ ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุมบางส่วนไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ แต่ในภาพรวมพบว่า กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ส่วนใหญ่ได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง ในระดับดี เนื่องจากกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีความคืบหน้าที่ชัดเจน สามารถดำเนินการได้ อย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้ตัวชี้วัดความเสี่ยงซึ่งส่วนใหญ่ที่มีผลการดำเนินงานสัมพันธ์กับกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดเช่นกัน ดังนั้นผลการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่ จึงเป็นผลสรุปจากมุมมองการบริหารความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) จากการคาดการณ์ แนวโน้มผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ร่วมกับผลการดำเนินงานฯ เทียบกับ ตัวชี้วัดความเสี่ยงเป็นหลัก โดยมีรายละเอียดรายความเสี่ยง ดังนี้



รูปภาพที่ 9 Risk Map-Dashboard Red Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ)

## Cluster Education and Research จำนวน 2 ความเสี่ยง

### ด้านการศึกษา 2 ความเสี่ยง

**S1 การเลือกเข้าศึกษาตลอดระดับ (Ranking) (2561)** เป็นความเสี่ยงสำคัญตามธรรมชาติของสถาบันการศึกษาที่ได้รับการประเมินในปีงบประมาณ 2561 เนื่องจากคณะฯ เปลี่ยนแปลงสถานที่ศึกษาของนักศึกษาแพทย์ จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จังหวัดกรุงเทพมหานคร ไปยังสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (CNMI) จังหวัดสมุทรปราการ รวมถึงพบว่าผู้ปกครองและนักเรียนได้รับข่าวสารที่อาจสร้างความไม่มั่นใจในการจัดระบบการเรียนการสอนซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาต่อที่คณะฯ ทั้งข่าวการเป็นโรงเรียนแพทย์ใหม่ รวมถึงอาจารย์แพทย์ใหม่เป็นต้น ดังนั้น คณะฯ จึงมุ่งเน้นการสร้างการรับรู้ การสร้างภาพลักษณ์ความน่าเชื่อถือและจูงใจในการเข้าศึกษาต่อ เพื่อป้องกันโอกาสเกิดความเสียหาย (Preventive Control Activity) ต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2561 เนื่องจากเมื่อพิจารณาลักษณะของความเสี่ยงพบว่า ผลกระทบแปรผันตรงกับโอกาสเกิดโดยตรง กล่าวคือหากสามารถควบคุมโอกาสเกิดได้ ผลกระทบจะมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน

ความสามารถในการจัดการฯ: สามารถจัดการได้ (ความเสี่ยงที่คณะฯ สามารถยอมรับได้)

ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการฯ: ระดับความเสี่ยงลดลงจากระดับสูงมาก ที่โอกาสเกิดระดับ 4 ผลกระทบระดับ 4 มาอยู่ที่ระดับความเสี่ยงปานกลาง ที่โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 2 โดยยังคงต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2563 ต่อไป

ประสิทธิภาพในการจัดการฯ: กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีประสิทธิภาพในระดับดี เนื่องจากกิจกรรม Open House ณ สถาบันจักรีนฤเบดินทร์ สามารถสร้างการรับรู้ สร้างภาพลักษณ์ความน่าเชื่อถือ และจูงใจในการเข้าศึกษา ได้รับความพึงพอใจจากนักเรียนและผู้ปกครองในระดับมาก-มากที่สุด ถึงร้อยละ 100 สอดคล้องกับผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ซึ่งจะกล่าวในหัวข้อต่อไป

ผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด สอดคล้องกับประสิทธิภาพในการจัดการฯ ของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ดังนี้

1. จำนวนผู้สมัครเข้าศึกษาในระบบ กสพท.<sup>14</sup> ต้องอยู่ใน 3 ลำดับแรกของการคัดเลือก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้ลำดับที่ 1 ผู้สมัครจำนวน 967 คน
2. คะแนนเฉลี่ยในการสอบเข้าต้องอยู่ใน 3 ลำดับแรกของการคัดเลือก คณะแพทยศาสตร์-โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้ลำดับที่ 3 ด้วยคะแนน 68.3376
3. ผลสำรวจความคิดเห็นของนักเรียนในการเลือกคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จากการสอบถามนักเรียนในค่ายรามาศึกษาปี 2562 พบว่าร้อยละ 78 เลือกเรียนแม้ต้องไปเรียนที่สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ ซึ่งดีกว่าเป้าหมายที่คาดหวังไว้ที่ร้อยละ 70 รวมถึงพบว่านักเรียนในค่ายรามาศึกษาปี 2562 มีแนวโน้มจะแนะนำรุ่นน้องให้เลือกคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ถึงร้อยละ 99.2

<sup>14</sup> กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย

## 02 การเตรียมทรัพยากรเพื่อรองรับหลักสูตรใหม่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2562)

เป็นความเสี่ยงใหม่ที่ได้รับการประเมินในปีงบประมาณ 2562 เนื่องจากคณะฯ ปรับเปลี่ยนระบบการจัดการเรียนการสอนแพทยศาสตร์บัณฑิตใหม่ ทั้งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบจากภาควิชาเข้าสู่ส่วนกลาง และการเปลี่ยนแปลงสถานที่ศึกษาของนักศึกษาแพทย์ โดยพบว่าการวางระบบและการเตรียมความพร้อมของทรัพยากรในด้านต่าง ๆ เป็นส่วนสำคัญที่จะส่งผลให้การปรับเปลี่ยนต่าง ๆ ประสบความสำเร็จ ดังนั้นคณะฯ จึงมุ่งเน้นในการวางระบบใหม่ การวางแผนอัตรากำลังที่จำเป็น และการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการสนับสนุนการวางระบบ เพื่อลดโอกาสเกิดความเสี่ยง (Preventive Control Activity) แม้ระดับผลกระทบจะสูงกว่าก็ตาม เนื่องจากเมื่อพิจารณาลักษณะของความเสี่ยงพบว่าระดับผลกระทบแปรผันตรงกับระดับโอกาสเกิด กล่าวคือหากสามารถจัดการโอกาสเกิดได้ ระดับผลกระทบจะมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน

ความสามารถในการจัดการฯ: ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ (ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง)

ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการฯ: ระดับความเสี่ยงลดลง แต่ยังคงที่ในระดับสูงมากที่โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 5 มาอยู่ที่โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 4 โดยยังคงต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2563 ต่อไป

ประสิทธิภาพในการจัดการฯ: กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ทั้งหมดยังอยู่ระหว่างดำเนินการ แต่ได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับดี เนื่องจากการกำหนดกรอบอัตรากำลังและโครงสร้างการบริหารงานด้านการศึกษาของโรงเรียนแพทย์มีความคืบหน้าที่ชัดเจน ทั้งโครงสร้างการบริหารงานของโรงพยาบาลรามธิบดี กรอบอัตรากำลังอาจารย์แพทย์และสายสนับสนุนด้านการศึกษา รวมถึงพบว่าสามารถจัดทำผังกระบวนการทำงานและระบบงานด้านการศึกษา (Work Process & Work flow System) และพัฒนาระบบบริหารการศึกษาโดยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Student Life Cycle Management) ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ไปจนถึงสามารถจัดประชุมทำความเข้าใจวิธีการใช้งานระบบให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมจากแผนที่กำหนดไว้ด้วย

ผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: สอดคล้องโดยตรงกับกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินการ ดังนั้นผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) จึงยังอยู่ระหว่างดำเนินการรวบรวมข้อมูลเช่นกัน โดยพบว่าอยู่ระหว่างการจัดทำแผนกรอบอัตรากำลังสายสนับสนุนด้านการศึกษาสำหรับปีการศึกษา 2562

แต่ทั้งนี้พบว่าสามารถบรรจุอาจารย์ระดับบริหารที่รับผิดชอบงานส่วนกลางในการบริหารจัดการหลักสูตรจำนวน 5 คน ตามกรอบอัตรากำลังที่กำหนด

## Cluster Healthcare System จำนวน 1 ความเสี่ยง

### ด้านการดูแลสุขภาพ 1 ความเสี่ยง

**S30 ไม่ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า (AHA<sup>15</sup>) (2561)** เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการพัฒนากระบวนการรักษาพยาบาลเพื่อมุ่งสู่มาตรฐาน AHA (Advanced HA) ซึ่งปัจจุบันยังอยู่ระหว่างการดำเนินงานตามแผนที่ระบุไว้ใน Roadmap to Advanced HA โดยพบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้ยังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เกิดจากคณะฯ ยังไม่สามารถพัฒนาระบบงานได้ตามมาตรฐานที่ AHA กำหนด เนื่องจากเกี่ยวข้องกับระบบการรักษาพยาบาลทั้งหมด จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายส่วนงาน รวมถึงพบว่าคณะฯ ยังไม่สามารถสร้างวัฒนธรรมของการให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพให้เกิดกับบุคลากรระดับปฏิบัติการได้ ซึ่งบุคลากรเหล่านี้เป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ ดังนั้นคณะฯ จึงจัดกิจกรรมการสื่อสารเรียนรู้สร้างความเข้าใจผ่าน HCC Episode ต่าง ๆ เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรทั้งคณะฯ ในปีงบประมาณ 2561 และอยู่ระหว่างดำเนินการพัฒนาระบบงานการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานที่ AHA กำหนด

ความสามารถในการจัดการฯ: อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้

ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการฯ: ระดับความเสี่ยงลดลงจากระดับสูงมาก ที่โอกาสเกิดระดับ 4 ผลกระทบระดับ 3 มาอยู่ที่ระดับความเสี่ยงปานกลาง ที่โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 3 โดยยังคงต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2563 ต่อไป

ประสิทธิภาพในการจัดการฯ: กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ได้รับการพิจารณาเปลี่ยนแปลงเพื่อให้สอดคล้องกับสาเหตุและการดำเนินงานในปัจจุบันมากขึ้น ตามมุมมองของผู้บริหารชุดใหม่<sup>16</sup> และได้รับการประเมินให้มีประสิทธิภาพในระดับดี เนื่องจากการส่งเสริมกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพการบริการผ่านกระบวนการ Internal Survey ในระดับหน่วยงาน และทีมดูแลผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมตาม Gap Assessment AHA ตามแนวทางของ สรพ.<sup>17</sup> และการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยให้เป็นต้นแบบผ่านการรับรองเฉพาะโรค สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด สอดคล้องกับผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ซึ่งจะกล่าวในหัวข้อต่อไป

ผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด สอดคล้องกับประสิทธิภาพในการจัดการฯ ของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) โดยสามารถพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยให้เป็นต้นแบบ ผ่านการรับรองเฉพาะโรคได้ถึง 3 กลุ่มโรค ซึ่งดีกว่าเป้าหมายที่คาดการณ์ไว้ที่ 1 กลุ่มโรค รวมถึงสามารถสร้างผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าเทียบ (ระดับประเทศ / ระดับนานาชาติ) มากถึงร้อยละ 53.6 ซึ่งดีกว่าเป้าหมายที่คาดการณ์ไว้ที่ ร้อยละ 50 เช่นกัน

<sup>15</sup> Advanced Healthcare Accreditation

<sup>16</sup> ธันวาคม 2558- ธันวาคม 2562

<sup>17</sup> สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

Cluster Professional Service จำนวน 3 ความเสี่ยง

ด้านทรัพยากรบุคคล 1 ความเสี่ยง

S14 ขาดระบบการสร้างผู้สืบทอด (Successor) ตำแหน่งบริหารระดับต้นและระดับกลาง (ตามเกณฑ์มหาวิทยาลัย) ที่เหมาะสม (2561) เป็นความเสี่ยงที่มีการดำเนินงานต่อจากปีงบประมาณ 2561 เนื่องจากพบว่าคณะฯ ขาดระบบการสร้างผู้สืบทอด ซึ่งเป็นระบบสำคัญที่สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์คณะฯ ด้านที่ 5 เรื่อง Professional Support Excellence รวมถึงพบว่าผู้ที่จะขึ้นดำรง ตำแหน่งขาด Competency ในระดับบริหาร ดังนั้นคณะฯ จึงกำหนดตำแหน่งผู้ที่จะดำเนินการ สร้างผู้สืบทอด จัดทำเกณฑ์การคัดเลือก รวมถึงเกณฑ์การพัฒนาบุคลากรที่มีศักยภาพ (Talent) ในปีงบประมาณ 2561 และนำเสนอ “ร่าง” ดังกล่าวต่อคณะกรรมการบริหารคณะฯ และ คณะกรรมการประจำคณะฯ เพื่อพิจารณาอนุมัติ เป็นกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ในปีงบประมาณ 2562 ได้ผลการจัดการความเสี่ยง ดังนี้

ความสามารถในการจัดการฯ: สามารถจัดการได้ (ความเสี่ยงที่คณะฯ สามารถยอมรับได้)

ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการฯ: ระดับความเสี่ยงลดลงจากระดับสูงมาก ที่โอกาสเกิด ระดับ 4 ผลกระทบระดับ 3 มาอยู่ที่ระดับความเสี่ยงปานกลาง ที่โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 2 โดยยังคงต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2563 ต่อไป

ประสิทธิภาพในการจัดการฯ: กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีประสิทธิภาพ ในระดับดี เนื่องจาก “ร่าง” ตำแหน่งที่สำคัญเพื่อเตรียมผู้สืบทอด เกณฑ์การคัดเลือกผู้สืบทอด รวมถึง แผนการพัฒนาบุคลากรที่ได้รับคัดเลือกเป็น Talent ได้รับการพิจารณาอนุมัติผ่านรองคณบดี ที่กำกับดูแลพันธกิจสนับสนุน ต่อคณะกรรมการบริหารคณะฯ และคณะกรรมการประจำคณะฯ รวมถึง สามารถนำแผนดังกล่าวไปดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยกำหนดให้ทุกส่วนงานจัดทำแผนบุคลากร ประจำปี (People Plan) ประจำส่วนงาน ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดแผน Successor ตำแหน่งที่สำคัญเพื่อเตรียมผู้สืบทอด และแนวทางการพัฒนาหรือเตรียมบุคลากรให้พร้อมในการดำรงตำแหน่ง ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าว ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายงาน รวมถึงต้องใช้เวลาในการดำเนินงาน โดยพบว่าในปีงบประมาณ 2562 มี 10 หน่วยงานที่ดำเนินการและส่งข้อมูลไปทางฝ่ายทรัพยากรบุคคล เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ซึ่งจากการดำเนินงานดังกล่าวส่งผลให้ระบบการสร้างผู้สืบทอดของคณะฯ มีความชัดเจนและสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันมากขึ้น

ผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: สอดคล้องโดยตรงกับกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินการ ดังนั้นผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) จึงยังอยู่ระหว่างดำเนินการรวบรวมข้อมูลเช่นกัน โดยพบว่าหน่วยงานที่จัดทำแผนเตรียม ความพร้อมบุคลากรทดแทนตำแหน่งเพื่อเตรียมผู้สืบทอด และจัดทำเป็นแผน Successor แล้วเสร็จและ ส่งไปยังฝ่ายทรัพยากรบุคคลในปีงบประมาณ 2562 มีร้อยละ 62.50 ซึ่งพบน้อยกว่าเป้าหมาย ความสำเร็จของการวางแผนและจัดระบบการสรรหาผู้ที่มีคุณสมบัติ Talent ของคณะฯ เพื่อเป็น Successor ในตำแหน่งบริหารระดับต้น-ระดับกลาง ที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 80 แต่มีแนวโน้มที่จะ สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด รวมถึงได้รับการประเมินว่าจะสามารถจัดการความเสี่ยงให้เป็น ความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ (ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลต่อคณะฯ) ในอนาคตด้วย

### ด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (รักษาความปลอดภัย) 1 ความเสี่ยง

**O20 การเกิดอัคคีภัย (2557)** เป็นความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำ-ต่ำมาก ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 และได้รับการปรับให้เป็นความเสี่ยงในระดับสูงมาก ในปีงบประมาณ 2561 เนื่องจากมุมมองการประเมินความเสี่ยงและการให้ความสำคัญต่อความเสี่ยงของผู้บริหารชุดใหม่<sup>18</sup> เพื่อให้สอดคล้องกับการให้ความสำคัญในการจัดทำแผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน (BCM<sup>19</sup>) ของมหาวิทยาลัยมหิดล รวมถึงพบว่าแผนการบริหารความต่อเนื่องในการดำเนินงาน (BCP<sup>20</sup>) ของคณะฯ ยังขาดความชัดเจนและไม่ยังไม่ครอบคลุม

ความสามารถในการจัดการฯ: ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ (ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง)

ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการฯ: ระดับความเสี่ยง คงที่ ในระดับสูงมาก ที่โอกาสเกิดระดับ 2 และผลกระทบระดับ 5 ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2563 ต่อไป

ประสิทธิภาพในการจัดการฯ: กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง เนื่องจากการติดตั้งระบบหัวกระจายน้ำดับเพลิง การฝึกอบรมขั้นต้นให้กับพนักงานทุกระดับตามกฎกระทรวงเกี่ยวกับการป้องกันและระงับอัคคีภัย และการจัดทำแผนบริหารความต่อเนื่องในการดำเนินงาน (BCP) เพื่อรองรับผลกระทบหากเกิดอัคคีภัย ที่มีการดำเนินงานต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2561 ปัจจุบันยังอยู่ระหว่างการดำเนินงานระยะยาว ตามแผนประจำปีงบประมาณ จึงต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากหลายฝ่ายงาน ดังนั้นกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงยังไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ ทั้งนี้หากเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) สามารถจัดทำแผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน (BCM) ของคณะฯ ได้ชัดเจน ครอบคลุม และสามารถนำมาใช้ได้เป็นอย่างดีจะเป็นรูปธรรม จะสามารถลดผลกระทบของความเสี่ยงได้ หรืออาจยกความเสี่ยงนี้ออกจากรายการความเสี่ยงของคณะฯ เพื่อไปบริหารจัดการในแผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน (BCM) ของคณะฯ ต่อไป

ผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด แม้ว่าจะไม่พบการเกิดอัคคีภัยที่ลุกลามจนไม่สามารถดับได้ และได้รับแจ้งเหตุไฟไหม้จำนวน 1 ครั้ง ซึ่งยังอยู่ในรอบที่คณะฯ สามารถยอมรับได้ (ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปีงบประมาณ) แต่พบจำนวนการลืมนิดอุปกรณ์ไฟฟ้ามากกว่าเป้าหมาย ที่กำหนดให้ต้องไม่เกิน 12 ครั้งต่อปีงบประมาณ เพิ่มขึ้นต่อเนื่องจากปีงบประมาณที่ผ่านมา จาก 18 ครั้ง ในปีงบประมาณ 2561 เป็น 65 ครั้ง ในปีงบประมาณ 2562 ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าว อาจแสดงถึงพฤติกรรมประมาทของบุคลากรที่เพิ่มมากขึ้น และเป็นตัวเตือนว่า ความเสี่ยงนี้มีแนวโน้มที่จะเกิดเป็นเหตุการณ์เพิ่มขึ้นในอนาคต ตามลักษณะของตัวชี้วัดนำ (Leading Indicator) หากพฤติกรรมนี้เกิดร่วมกับสาเหตุอื่น ๆ เช่น ระบบโครงสร้างต่าง ๆ ของอาคาร (Infrastructure) เสื่อมสภาพ และ / หรือ เกิดไฟฟ้าลัดวงจร ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความเสี่ยงข้อนี้

<sup>18</sup> ธันวาคม 2558- ธันวาคม 2562

<sup>19</sup> Business Continuity Management

<sup>20</sup> Business Continuity Plan

## ด้านสารสนเทศ 1 ความเสี่ยง

O33 ระบบ HIS ที่ CNMI ไม่สามารถใช้งานได้ตามที่กำหนด (2561) เป็นความเสี่ยงที่มีการดำเนินงานต่อจากในปีงบประมาณ 2561 เนื่องจากการวางระบบ HIS<sup>21</sup> เป็นระบบสารสนเทศหลักในการให้บริการรักษาพยาบาลที่สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (CNMI) มีขอบเขตการดำเนินงานขนาดใหญ่ มีความซับซ้อนและไม่ชัดเจนของโครงสร้างการกำกับดูแล (Governance Structure) มีความหลากหลายของฝ่ายงาน ไปจนถึงความต้องการและกระบวนการทำงานที่หลากหลาย จำเป็นต้องใช้เวลาและอาศัยความร่วมมือจากหลายส่วนงาน รวมถึงมักพบปัจจัยที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ ส่งผลให้มีการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง

ความสามารถในการจัดการฯ: สามารถจัดการได้ (ความเสี่ยงที่คณะฯ สามารถยอมรับได้)

ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการฯ: ระดับความเสี่ยงลดลงจากระดับสูงมาก ที่โอกาสเกิดระดับ 4 ผลกระทบระดับ 3 มาอยู่ที่ระดับความเสี่ยงปานกลาง ที่โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 3 โดยยังคงต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2563 ต่อไป

ประสิทธิภาพในการจัดการฯ: กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง เนื่องจากการวางแผนเปิดบริการให้สอดคล้องกับความสามารถของระบบและทรัพยากร การกำหนดแนวทางปฏิบัติงาน (Work Process, Criteria, TOR) ร่วมกับบริษัทผู้พัฒนาระบบ รวมถึงการแต่งตั้งอนุกรรมการระบบสารสนเทศเพื่อติดตามความคืบหน้าของการพัฒนาระบบ และการ Log การรับแจ้งปัญหาการใช้งานระบบจากผู้ใช้งาน เพื่อคอยติดตามการแก้ไขปัญหาจากบริษัท มีความคืบหน้าที่ชัดเจน และสามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรม แต่ส่วนใหญ่ยังอยู่ระหว่างดำเนินการระยะยาวตามแผนประจำปีงบประมาณ ที่ต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากหลายฝ่ายงาน ดังนั้นกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงยังไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ

ผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด เนื่องจากกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรม จึงส่งผลให้จำนวน Test Case ที่ทดสอบผ่านร้อยละ 80 ตามระยะเวลาที่ได้กำหนดไว้ และจำนวน Bug Program ที่พบไม่เกินร้อยละ 20 ตามโมดูลที่ส่งมอบในแต่ละงวดงาน

<sup>21</sup> Hospital Information System



## ผลการจัดการความเสี่ยงใน Orange Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ)

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูง เป็นความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ มี 10 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 29 (10x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด ภายหลังจากดำเนินงานจัดการความเสี่ยงพบว่าความเสี่ยงทั้ง 10 เรื่องนี้ ต้องยกไปดำเนินการต่อไปในปีงบประมาณ 2563 ทั้งหมด ประกอบด้วย “ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่สามารถสรุปผลการจัดการได้” จำนวน 1 ความเสี่ยง “ความเสี่ยงที่ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ (ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง)” จำนวน 7 ความเสี่ยง และ “ความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ (คณะฯ สามารถยอมรับได้)” จำนวน 2 ความเสี่ยง เมื่อพิจารณาลักษณะความเสี่ยงและผลการจัดการ ความเสี่ยงในภาพรวมพบว่าส่วนใหญ่ยังอยู่ระหว่างการดำเนินงานตามแผนประจำปีงบประมาณ ปีการศึกษา หรืออยู่ระหว่างการดำเนินงานตามโครงการต่อเนื่องระยะยาวที่ยังไม่สามารถรายงานผลลัพธ์ในการจัดการ ความเสี่ยงได้ รวมถึงพบปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ จากความหลากหลายของฝ่ายงาน ความแตกต่างของ บุคคล ไปจนถึงการไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคล ฯลฯ ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุม บางส่วนไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ การประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ในภาพรวมจึงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัด ความเสี่ยง (KRI) ในภาพรวมพบว่าส่วนใหญ่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด เนื่องจากส่วนใหญ่มี ลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่มีผลการดำเนินงานสัมพันธ์กับแผนประจำปีงบประมาณ ปีปฏิทิน หรือกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่ยังไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ เช่นกัน โดยมีรายละเอียดรายความเสี่ยง ดังนี้



รูปภาพที่ 10 Risk Map-Dashboard Orange Zone (ความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ)

Cluster Education and Research จำนวน 3 ความเสี่ยง

**ด้านการศึกษา** (ฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา) 2 ความเสี่ยง

**O3 จำนวนและคุณภาพของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่สมัครเข้ารับการศึกษาคือ**  
**ฝักอบรมไม่ได้ตามเป้าหมาย (2558)** เป็นความเสี่ยงที่มีการดำเนินงานต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 ซึ่งมีสาเหตุมาจากความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาหลักสูตรของนักศึกษา ส่งผลต่อการตัดสินใจเปลี่ยนไปศึกษาสาขาอื่น หรือนักศึกษาสอบได้ทุน ณ ต่างประเทศ ไปจนถึงสถาบันอื่นมีองค์ประกอบหรือหลักสูตรที่น่าสนใจ โดยในปีงบประมาณ 2560 ได้รับการระบุให้เป็นความเสี่ยงร่วมของฝ่ายการศึกษาระดับปริญญาและฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา ซึ่งภายหลังการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2560 พบว่าฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาไม่สามารถจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่คณะฯ สามารถยอมรับได้ ส่งผลให้ฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาต้องดำเนินการจัดการความเสี่ยงต่อในปีงบประมาณ 2561 โดยพิจารณาปรับมุมมองความเสี่ยงให้เน้นที่นักศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาเอกเป็นหลัก และปรับชื่อจาก “จำนวนคุณภาพของนักศึกษาที่สมัครเข้ารับการศึกษาคือ / ฝักอบรมไม่ได้ตามเป้าหมาย” เป็นชื่อที่ใช้ในปัจจุบัน รวมถึงพบสาเหตุเพิ่มเติมในปีงบประมาณ 2562 จากการรับรู้ของบุคคลภายนอกต่อหลักสูตรปริญญาโทและปริญญาเอกที่คณะฯ เปิดสอนด้วย

ความสามารถในการจัดการฯ: ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ (ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง)

ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการฯ: ระดับความเสี่ยงลดลงจากระดับสูง ที่โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 3 มาอยู่ที่ระดับความเสี่ยงปานกลาง ที่โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 3 โดยยังคงต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2563 ต่อไป เนื่องจากกิจกรรมมุ่งเน้นในการลดโอกาสเกิดโดยเฉพาะ รวมถึงเจ้าของความเสี่ยงพิจารณาปรับลดเป้าหมายจำนวนและคุณภาพของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่สมัครเข้ารับการศึกษาคือ ฝักอบรมลง ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ส่งผลให้การพิจารณาระดับโอกาสเกิดลดลงตามค่าเฉลี่ยที่เกิดขึ้นจริง เทียบกับผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

ประสิทธิภาพในการจัดการฯ: กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง แม้จะสามารถดำเนินการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้หลักสูตรปริญญาโทและเอกเป็นที่รู้จักแก่บุคคลภายนอกเพิ่มมากขึ้น ผ่านการพัฒนา Website และ Facebook ของงานการศึกษาหลังปริญญาให้มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น รวมถึงการจัด Open House ในระดับการศึกษาหลังปริญญาได้ตามที่กำหนด แต่เนื่องจากพบปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ จากแนวโน้มจำนวนนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่สนใจศึกษาต่อในวิชาชีพเฉพาะในภาพรวมของทั้งประเทศลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ไม่เพียงพอต่อการจัดการความเสี่ยง

ผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด ทั้งจำนวนนักศึกษาและคะแนน GPA ของนักศึกษาที่รับเข้าไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากแนวโน้มจำนวนนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่สนใจศึกษาต่อในวิชาชีพเฉพาะในภาพรวมของทั้งประเทศลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้โอกาสที่จำนวนนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอก รวมถึงคะแนน GPA ของนักศึกษาที่สมัครเข้าศึกษาและฝักอบรมกับทางคณะฯ ลดลงเช่นกัน

**O35 การดำเนินงานเพื่อให้หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านผ่านการตรวจประเมินตามเกณฑ์ WFME<sup>22</sup> ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2562) เป็นความเสี่ยงใหม่ในปีงบประมาณ 2562** ที่เป็นผลมาจากการปรับหลักเกณฑ์ใหม่ของแพทยสภา โดยกำหนดให้หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตทุกหลักสูตรต้องผ่านการตรวจประเมินตามเกณฑ์ WFME ทุก 5 ปี โดยในครั้งแรกกำหนดให้ทุกหลักสูตรจัดส่งข้อมูลไปยังแพทยสภาพิจารณาภายในเดือนมิถุนายน 2562 ดังนั้นคณะฯ จึงกังวลว่าจะไม่สามารถดำเนินการได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ไปจนถึงกังวลว่าหลักสูตรจะไม่ผ่านการตรวจประเมินตามเกณฑ์ เนื่องจากต้องใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลการฝึกอบรมภายใน และใช้เวลาทำความเข้าใจเกณฑ์การประเมิน รวมถึงพบว่าการกำหนดวันรับการตรวจประเมินขึ้นกับความพร้อมของราชวิทยาลัย ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ แต่เนื่องจากเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) มีการจัดทำข้อมูลเพื่อเตรียมรองรับการตรวจประเมินตามเกณฑ์ WFME มาแล้วระยะหนึ่ง ทั้งการจัดการอบรมการเขียน SAR ตามเกณฑ์ WFME ให้กับคณะกรรมการบริหารโครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดจากภาควิชาต่าง ๆ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานภาควิชา นอกเหนือจากนี้ได้มีการจัดส่งข้อมูลการเขียน SAR ส่งไปยังภาควิชาต่าง ๆ เพื่อเป็นตัวอย่างและนำไปปรับใช้ตามบริบทของแต่ละภาควิชาด้วย ซึ่งจากการดำเนินงานดังกล่าวส่งผลให้การประเมินระดับโอกาสเกิดของความเสี่ยงนี้อยู่ในระดับต่ำที่โอกาสเกิดระดับ 2 แต่เนื่องจากเป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับระบบการศึกษาซึ่งเป็นพันธกิจหลักและอาจส่งผลกระทบต่อคณะฯ เป็นวงกว้าง ระดับผลกระทบจึงได้รับการประเมินให้อยู่ในระดับสูง ที่ผลกระทบระดับ 4 จำเป็นต้องกำหนดแผนการจัดการความเสี่ยง ได้ผลการดำเนินงานดังนี้

ความสามารถในการจัดการฯ: สามารถจัดการความเสี่ยงได้ (ความเสี่ยงที่สามารถยอมรับได้)

ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการฯ: ระดับความเสี่ยงลดลงจากระดับสูง ที่โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 4 มาอยู่ที่ระดับความเสี่ยงปานกลาง ที่โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 3 โดยยังคงต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2563 ต่อไป

ประสิทธิภาพในการจัดการฯ: กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง เนื่องจากการติดตามความคืบหน้าการประเมินคุณภาพหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านตามเกณฑ์คุณภาพ WFME และการสนับสนุนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ประกอบการจัดทำ SAR นอกเหนือจากวิชาการที่คณะฯ จัดให้ ปัจจุบันยังอยู่ระหว่างดำเนินการ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายงาน รวมถึงพบว่าการกำหนดวันรับการตรวจประเมิน ขึ้นกับความพร้อมของราชวิทยาลัยซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จึงไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพได้เต็มศักยภาพ จำเป็นต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด ทั้งจำนวนหลักสูตรที่ได้รับการตรวจประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ WFME ร้อยละของหลักสูตรที่จัดทำ SAR แล้วเสร็จพร้อมยื่นหลักสูตรให้แพทยสภารับรองตามระบบ WFME ภายในเดือนมิถุนายน 2562 และร้อยละของหลักสูตรที่ได้รับการตรวจประเมิน WFME ผ่านภายในมิถุนายน 2563 สามารถดำเนินการได้มีประสิทธิภาพดีกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้

<sup>22</sup> World Federation for Medical Education

## ด้านวิจัย 1 ความเสี่ยง

### C4 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีถูกฟ้องร้องด้านการวิจัยในคน (2558)

เป็นความเสี่ยงสำคัญจากลักษณะธรรมชาติของงานด้านการวิจัยในคน ที่ได้รับการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 พบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 2 ช่วง ดังนี้

ปีงบประมาณ 2560 เปลี่ยนแปลงที่ระดับผลกระทบ เนื่องจากพบว่าคณะฯ มีกระบวนการในการจัดการต่อข้อร้องเรียนที่ไม่ชัดเจน และอาจส่งผลให้คณะฯ ถูกดำเนินคดีและถูกตัดสินว่าผิด ดังนั้น การพิจารณาระดับผลกระทบจึงปรับเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ จากผลกระทบระดับ 1 เป็นระดับ 5

ปีงบประมาณ 2561 เปลี่ยนแปลงที่ระดับโอกาสเกิด เนื่องจากพบจำนวนข้อร้องเรียนเกินกว่าเป้าหมายที่คณะฯ สามารถยอมรับได้ ซึ่งเป็นผลจากช่องทางในการแจ้งเรื่องร้องเรียนและการสนับสนุนให้แจ้งเรื่องร้องเรียนมีมากขึ้น การพิจารณาระดับโอกาสจึงเพิ่มขึ้นจากระดับ 1 เป็นระดับ 2 เป็นความเสี่ยงมีระดับความเสี่ยงสูง ที่โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 5 แต่สามารถควบคุมได้ในปีงบประมาณเดียวกันที่โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 4 และยกมาการดำเนินงานต่อไปปัจจุบัน

ความสามารถในการจัดการฯ: ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ (ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง)

ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการฯ: ระดับความเสี่ยง คงที่ ในระดับสูง ที่โอกาสเกิดระดับ 2 และผลกระทบระดับ 4 ต้องยกไปดำเนินการต่อไปในปีงบประมาณ 2563 ต่อไป

ประสิทธิภาพในการจัดการฯ: กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีประสิทธิภาพในระดับดี ตามมุมมองการบริหารความเสี่ยงของเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) จากการสรุปผลการประเมินร่วมกันระหว่างความสามารถในการควบคุมโอกาสเกิดของฝ่ายวิจัย และความสามารถในการควบคุมผลกระทบของคณะฯ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

กิจกรรมในการควบคุมโอกาสเกิดจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการ การสุ่มตรวจเพื่อให้ทุกโครงการมีมาตรฐานการวิจัยในคน สามารถใช้ในการป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดจากนักวิจัยได้อย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวใช้เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากกระบวนการทางการวิจัย ตั้งแต่ก่อนเริ่มโครงการ แต่เนื่องจากเป็นความเสี่ยงตามลักษณะธรรมชาติของงานด้านการวิจัยในคน ดังนั้นโอกาสที่คณะฯ จะถูกฟ้องร้องจึงยังคงมีอยู่ สอดคล้องกับการพบข้อร้องเรียนที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561

สำหรับกิจกรรมในการควบคุมผลกระทบจากแนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดกรณีการถูกร้องเรียนหรือฟ้องร้อง และการดำเนินงานตามมติคณะกรรมการกำกับดูแลจริยธรรมและจรรยาบรรณด้านการวิจัย ปัจจุบันมีการดำเนินงานที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยฝ่ายวิจัยมีขอบเขตการดำเนินงานเฉพาะกรณีที่พบข้อสงสัย ข้อร้องทุกข์ หรือข้อร้องเรียนเท่านั้น แต่ในกรณีที่บุคคลขึ้นสู่ศาล จะเป็นขอบเขตการดำเนินงานในระดับคณะฯ ตามกระบวนการของฝ่ายกฎหมาย และ / หรือ ฝ่ายสื่อสารองค์กร ฝ่ายวิจัยจะสามารถดำเนินการได้ในส่วนของการสนับสนุนข้อมูลตามกระบวนการด้านการวิจัยเท่านั้น ดังนั้นระดับผลกระทบสูงสุดที่คาดว่าจะเป็นไปได้หากคณะฯ ถูกฟ้องร้อง คือ เป็นคดีในชั้นศาล โดยนักวิจัย และ / หรือ คณะฯ จะไม่ถูกตัดสินว่าผิด สอดคล้องกับประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมโอกาสเกิดที่กล่าวไปข้างต้น

ผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: อยู่ระหว่างดำเนินการเก็บข้อมูลตามปีปฏิทิน โดยพบว่าในช่วงระหว่าง 1 ตุลาคม 2561–30 กันยายน 2562 ไม่มีการฟ้องร้องจนคดีขึ้นสู่ศาล แต่พบข้อร้องเรียนที่เกิดจากการดำเนินงานวิจัยในคนถึง 5 ราย ซึ่งเท่ากับเป้าหมายที่สามารถยอมรับได้ และอาจเพิ่มขึ้นเมื่อสิ้นสุดปีปฏิทิน เนื่องจากปัจจุบันมีช่องทางในการแจ้งเรื่องร้องเรียนและการสนับสนุนให้แจ้งเรื่องร้องเรียนมากขึ้น รวมถึงพบว่าความหลากหลายของบุคคลส่งผลกระทบต่อความรู้และความคาดหวังที่แตกต่างกันในการดำเนินงานวิจัย จำนวนข้อร้องเรียนที่เกิดจากการดำเนินงานวิจัยในคนจึงเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจากปีที่ผ่านมา

### Cluster Healthcare System จำนวน 1 ความเสี่ยง

#### ด้านการดูแลสุขภาพ 1 ความเสี่ยง

**C32 การถูกฟ้องร้องจากกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาล / องค์กรภายนอก (2556)** เป็นความเสี่ยงตามธรรมชาติของธุรกิจบริการสุขภาพที่ดำเนินงานต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 และพบว่าระหว่างปีงบประมาณ 2562 มีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ตามมุมมองของผู้บริหารชุดใหม่<sup>23</sup> ให้เหมาะสมกับการดำเนินงานในปัจจุบัน เมื่อพิจารณาลักษณะของการจัดการความเสี่ยงตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 ถึงปัจจุบัน พบว่าคณะฯ ควบคุมโอกาสเกิดความเสี่ยงจากกิจกรรมการควบคุมแบบค้นพบ (Detective Control) เพื่อค้นหาข้อควรพัฒนาที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงจากการทบทวนแนวทาง กระบวนการ ไปจนถึงระบบต่าง ๆ ซึ่งล้วนเป็นกิจกรรมระยะยาวที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายส่วนงานและต้องมีดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

ความสามารถในการจัดการฯ: ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ (ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง)

ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการฯ: ระดับความเสี่ยง คงที่ ในระดับสูง ที่โอกาสเกิดระดับ 2 และผลกระทบระดับ 4 ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2563 ต่อไป

ประสิทธิภาพในการจัดการฯ: กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง โดยสามารถอบรมพฤติกรรมบริการ จัดทำโครงการ Patient Journey เพื่อสร้างความสัมพันธ์ร่วมกับผู้รับบริการ รวมถึงสามารถกำหนดจุดเน้นองค์กร Patient Safety ได้อย่างครอบคลุม แต่เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวเป็นเพียงส่วนหนึ่งของกิจกรรมการทบทวนและปรับปรุงระบบการพัฒนาคุณภาพความปลอดภัยและการจัดการความเสี่ยงให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันเท่านั้น จำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาและความร่วมมือจากหลายฝ่ายงาน รวมถึงพบว่าคณะฯ ยังไม่มีกิจกรรมที่ใช้ในการจัดการผลกระทบที่อาจส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กรที่ชัดเจน กิจกรรมต่าง ๆ จึงไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ แต่พบว่าเพียงพอในการควบคุมให้ระดับความเสี่ยงคงที่จนถึงปัจจุบัน

<sup>23</sup> ธันวาคม 2558- ธันวาคม 2562

ผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด เนื่องจากพบข้อร้องเรียนจากความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย / ญาติ รวมถึงพบข้อร้องเรียนที่เข้าสู่กระบวนการศาลเกินกว่าระดับที่สามารถยอมรับได้

### Cluster Professional Service จำนวน 6 ความเสี่ยง

#### ด้านสารสนเทศ 3 ความเสี่ยง

**S10 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2556)** เป็นความเสี่ยงตามลักษณะภาระงานด้านสารสนเทศ ที่มีสาเหตุมาจากกระบวนการตรวจสอบความพร้อมใช้งานของระบบสารสนเทศโรงพยาบาลยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ทั้งระบบไฟฟ้า ระบบปรับอากาศของ Data Center รวมถึงพบว่าระบบมีพื้นที่ (Capacity) ไม่เพียงพอในการรองรับปริมาณการใช้งาน ไปจนถึงพบข้อผิดพลาดในการพัฒนาซอฟต์แวร์ ตลอดจนพบภัยคุกคามด้านความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ เช่น มัลแวร์ หรือ Hackers ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้

สำหรับการบริหารความเสี่ยงของความเสี่ยงนี้ คณะฯ มีการดำเนินงานต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 จากการนำกระบวนการตามมาตรฐาน ISO / IEC 20000:2011 มาใช้ควบคุมไม่ให้เกิดเหตุการณ์ความเสี่ยง ร่วมกับการจัดทำแผนความต่อเนื่องทางธุรกิจ (BCP) แผนการกู้คืนระบบเมื่อเกิดภัยพิบัติ (DRP<sup>24</sup>) และการจัดทำ DR Site ให้ครอบคลุมระบบงานสารสนเทศโรงพยาบาลทั้งหมด โดยในปีงบประมาณ 2562 มีการเพิ่มกิจกรรมการปรับปรุง Facilities ของ Data Center ภายในคณะฯ ให้เพียงพอและพร้อมต่อการใช้งาน การทบทวนกระบวนการเฝ้าระวังภัยคุกคามจากมัลแวร์ รวมถึงทบทวนการนำกระบวนการมาตรฐานด้านการพัฒนาซอฟต์แวร์ (CMMI<sup>25</sup>) มาใช้ให้ครอบคลุมมากขึ้น ได้ผลการจัดการความเสี่ยง ดังนี้

ความสามารถในการจัดการฯ: ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ (ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง)

ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการฯ: ระดับความเสี่ยงลดลงแต่ยังคง คงที่ในระดับสูง จากโอกาสเกิดระดับ 4 ผลกระทบระดับ 2 มาอยู่ที่โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 3 โดยยังคงต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2563 ต่อไป ทั้งนี้พบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 2 ประเด็น ดังนี้

1. ระดับโอกาสเกิดลดลงจาก ระดับ 4 เป็นระดับ 3 เนื่องจากแผนการบริหารความเสี่ยงในภาพรวมสามารถควบคุมระยะเวลาการหยุดชะงักของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้อย่างต่อเนื่อง แม้จะยังอยู่ระหว่างดำเนินการตามกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ในภาพรวมยังไม่ได้ตามเป้า

2. ระดับผลกระทบเพิ่มขึ้นจาก ระดับ 2 เป็นระดับ 3 เนื่องจากแผนความต่อเนื่องทางธุรกิจ (BCP) ที่ใช้ในการลดผลกระทบมีความซับซ้อนชัดเจน ทั้งแผนภายในของฝ่ายสารสนเทศและแผนระดับวิทยาเขตพญาไท ส่งผลให้ระดับผลกระทบลดลงมาอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ เจ้าของความเสี่ยง

<sup>24</sup> Disaster Recovery Planning

<sup>25</sup> Capability Maturity Model Integration

(Risk Owner) จึงพิจารณาเปลี่ยนด้านของผลกระทบจากประสิทธิผล-ระยะเวลาการหยุดชะงักของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร-ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ส่งผลให้ระดับผลกระทบเพิ่มขึ้น และต้องดำเนินการเพื่อบริหารจัดการต่อไป

ประสิทธิภาพในการจัดการฯ: กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง เนื่องจากทั้งหมดยังอยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนระยะยาว ที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายส่วนงานทั้งภายในและภายนอกคณะฯ จึงยังไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงได้เต็มศักยภาพ ทั้งการกำหนดแผนความต่อเนื่องทางธุรกิจ (BCP) แผนการกู้คืนระบบเมื่อเกิดภัยพิบัติ (DRP<sup>26</sup>) การจัดทำ DR Site ใน Web Application และ Web Services ให้ครอบคลุมระบบงานสารสนเทศโรงพยาบาล การจัดทำ DR Site ในส่วนของ Database การปรับปรุง Facilities ของ Data Center ภายในคณะฯ การปรับปรุงกระบวนการ Update Patch ของระบบปฏิบัติการและซอฟต์แวร์ต่าง ๆ ของทั้ง Server และ Client ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงการทบทวนกระบวนการเฝ้าระวังภัยคุกคามจากมัลแวร์ และการทบทวนกระบวนการตลอดจนการดำเนินงานตามกระบวนการมาตรฐานด้านการพัฒนาซอฟต์แวร์ (CMMI) ให้ครอบคลุมทั้งหมด

ผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: ในภาพรวมยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด เนื่องจากระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนต่อ Incident และจำนวนพื้นที่เก็บข้อมูลของเครื่องแม่ข่ายมีพื้นที่เหลือน้อยกว่า 10% เกินกว่าที่สามารถยอมรับได้ ซึ่งอาจส่งผลให้ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า

แต่ทั้งนี้พบว่าผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงอื่น ๆ ส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ตามเป้า ทั้งระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนและไม่สามารถแก้ไขให้กลับมาใช้งานได้ภายใน 30 นาทีหลังจากที่ได้รับแจ้ง ไม่เกินร้อยละ 0.5 ของระยะเวลาให้บริการทั้งหมด ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลให้บริการได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 99 ของระยะเวลาให้บริการทั้งหมด ร้อยละของเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ติดมัลแวร์ ณ ขณะใด ขณะหนึ่ง ไม่เกินร้อยละ 1.5 ไปจนถึงร้อยละของการ Deploy ซอฟต์แวร์ที่มีข้อผิดพลาดจนใช้การไม่ได้หรือกระทบการให้บริการอย่างมีนัยสำคัญ ไม่เกินร้อยละ 10

**S11 ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าภายในคณะฯ แต่ละกลุ่มได้ตามความต้องการ (2559)** เป็นความเสี่ยงตามลักษณะภาระงานด้านสารสนเทศที่มีการดำเนินงานต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2558 โดยเน้นการดำเนินงานเพื่อป้องกันโอกาสเกิดความเสียหาย (Preventive Control) จากการใช้กระบวนการตามมาตรฐานด้านการพัฒนาซอฟต์แวร์ (CMMI<sup>27</sup>) ร่วมกับการใช้กระบวนการตามหลักบริหารโครงการ การพิจารณาผ่านคณะกรรมการสารสนเทศคลินิก การถ่ายทอดความรู้จากผู้มีประสบการณ์ใน Business นั้น ๆ การกำหนด Stakeholders / Business Owner ให้ชัดเจน และการปรับปรุงแบบการตรวจสอบให้ครอบคลุม

<sup>26</sup> Disaster Recovery Planning

<sup>27</sup> Capability Maturity Model Integration

ทั้ง New Project และ Change Product เป็นกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) โดยในปีงบประมาณ 2562 มีการต่อยอดและประยุกต์ใช้กระบวนการตามมาตรฐานด้านการพัฒนาซอฟต์แวร์ (CMMI<sup>28</sup>) ให้ครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของคณะฯ มากขึ้น ได้ผลการจัดการความเสี่ยงดังนี้

ความสามารถในการจัดการฯ: ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ (ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง)

ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการฯ: ระดับความเสี่ยงคงที่ในระดับสูง ที่โอกาสเกิดระดับ 3 และผลกระทบระดับ 3 โดยเปลี่ยนด้านของผลกระทบจากประสิทธิผล-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เป็นชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร-ความพึงพอใจของผู้รับบริการ เพื่อให้สอดคล้องกับความเสี่ยงมากขึ้น และต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2563 ต่อไป

ประสิทธิภาพในการจัดการฯ: กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง เนื่องจากการทบทวนและพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาลที่ต้องเข้าสู่กระบวนการตามมาตรฐานการพัฒนาซอฟต์แวร์ (CMMI) รวมถึงการทบทวนและปรับปรุงกระบวนการสรรหาและพัฒนาบุคลากรของฝ่ายสารสนเทศ ให้มีศักยภาพเพียงพอต่อความต้องการในการพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ยังอยู่ระหว่างดำเนินการต่อเนื่องระยะยาวตามโครงการ หรือแผนประจำปีงบประมาณ รวมถึงต้องดำเนินการร่วมกับหลายส่วนงานทั้งภายในและภายนอกฝ่ายสารสนเทศ ประกอบกับพบว่าอัตรากำลังและความสามารถของบุคลากรของฝ่ายสารสนเทศที่มีอยู่ ยังไม่เพียงพอต่อการตอบสนอง และ / หรือ แก้ปัญหาตามความต้องการ (Requirement) ที่มีความหลากหลายและซับซ้อนขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพได้เต็มศักยภาพ

ผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด ทั้งจำนวน Project พัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาลที่ต้องดำเนินการตามกระบวนการ CMMI เอกสาร TOR ที่ได้รับการทบทวนจากผู้เกี่ยวข้องภายในทีมและได้รับการอนุมัติจาก Business Owner ยังไม่ได้ตามที่กำหนด ระบบที่พัฒนาได้รับการยอมรับจากผู้ใช้งานในกระบวนการ UAT ยังไม่ได้ตามเป้า รวมถึงพบว่ายังไม่สามารถสำรวจระดับความพึงพอใจของผู้ใช้งานในคณะฯ ต่อระบบสารสนเทศโรงพยาบาลด้านการตอบสนองทางธุรกิจได้ตามแผนที่กำหนด สอดคล้องกับกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่อยู่ระหว่างดำเนินการต่อเนื่องตามลักษณะของงานเวชสารสนเทศคลินิก

<sup>28</sup> Capability Maturity Model Integration



**O12 มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับ (2558)** เป็นความเสี่ยงตามลักษณะภาระงานด้านสารสนเทศที่ผูกติดกับธุรกิจบริการสุขภาพ ที่มีการดำเนินงานต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 โดยมีสาเหตุมาจากระบบการกำหนดสิทธิการเข้าถึงข้อมูลของคณะฯ ยังไม่มีประสิทธิภาพ ประกอบกับคณะฯ ยังไม่สามารถสร้างวัฒนธรรมเรื่องการตระหนักถึงความปลอดภัยของข้อมูลให้เกิดกับบุคลากร จึงมักพบการไม่ปฏิบัติตามระเบียบการเข้าถึงข้อมูล รวมถึงพบว่าอาจเกิดจากมีผู้ไม่หวังดีตั้งใจลักลอบเข้าถึงข้อมูล ไปจนถึงการถูกโจมตีจาก Hackers ดังนั้นคณะฯ จึงเน้นการดำเนินงานเพื่อป้องกันโอกาสเกิดความเสี่ยง (Preventive Control) ทั้งในกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) และกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) จนถึงปัจจุบัน ได้ผลการจัดการความเสี่ยงดังนี้

ความสามารถในการจัดการฯ: ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ (ความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง)

ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการฯ: ระดับความเสี่ยงคงที่ในระดับสูง ที่โอกาสเกิดระดับ 3 และผลกระทบระดับ 3 ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2563 ต่อไป

ประสิทธิภาพในการจัดการฯ: กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง เนื่องจากกิจกรรมที่ดำเนินการต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2561 ทั้งการทบทวนโครงสร้างการกำหนดสิทธิผู้ใช้งานระบบสารสนเทศในคณะฯ (Role-based access control) การสร้างความตระหนักผ่านการจัดฝึกอบรมให้บุคลากรในคณะฯ รวมถึงการ Update Software เพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูลเมื่อพบปัจจัยภายนอกที่มีความเสี่ยงต่อการละเมิดข้อมูล ปัจจุบันยังอยู่ระหว่างการดำเนินงานต่อเนื่องตามแผนระยะยาวที่ต้องดำเนินการตามปีงบประมาณ รวมถึงพบปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ส่งผลกระทบต่อจัดการความเสี่ยง ทั้งการดำเนินงานร่วมกับหลายฝ่ายงาน การไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคลได้ กิจกรรมเหล่านี้จึงยังไม่สามารถใช้เพื่อควบคุมโอกาสเกิดความเสี่ยงได้อย่างเต็มศักยภาพ ระดับโอกาสเกิดจึงยังคงที่ รวมถึงยังไม่มีกำหนดกิจกรรมที่ใช้ในการควบคุมผลกระทบหากเกิดการละเมิดข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ ระบุผลกระทบ จึงยังคงที่เช่นกัน

ผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: ในภาพรวมยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด เนื่องจากจำนวนบุคลากรที่ได้รับความรู้ความเข้าใจจากการอบรม Security Awareness ในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมาน้อยกว่าเป้าหมายที่สามารถยอมรับได้ รวมถึงพบการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับในปีงบประมาณที่ผ่านมา

ทั้งนี้พบว่าผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัด ความเสี่ยงอื่น ๆ สามารถดำเนินการได้ตามเป้า ทั้งร้อยละของผู้ใช้งานที่ลาออกหรือมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและไม่ควรมีสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลความลับแต่ยังมีสิทธิเข้าถึง รวมถึงร้อยละของเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ติดมัลแวร์ ณ ขณะใดขณะหนึ่ง อยู่ในขอบเขตที่กำหนดด้วย

## ด้านสื่อสารองค์กร 1 ความเสี่ยง

### O16 ขาดการจัดการด้านการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ (2560)

เป็นความเสี่ยงที่มีการดำเนินงานต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 เนื่องจากในช่วงหลายปีที่ผ่านมา คณะฯ เผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉินหลายรูปแบบ ทั้งสถานการณ์ความขัดแย้งทางการเมือง ไปจนถึง การเกิดอุทกภัย ส่งผลให้คณะฯ ต้องมีการกำหนดแผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินขึ้น เพื่อให้กระบวนการ สำคัญต่าง ๆ สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง แต่จากการสอบถามพบว่าคณะฯ ยังไม่มีระบบ การสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินที่ใช้สื่อสารบุคลากรภายในอย่างเป็นทางการ การดำเนินงาน ในการบริหารความเสี่ยงจึงเริ่มจากการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารการสื่อสารในภาวะวิกฤต เป็นคณะกรรมการผู้รับผิดชอบ ตามคำสั่งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีที่ 1172 / 2560 วันที่ 27 กันยายน พ.ศ. 2560 เพื่อจัดทำระบบการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทั้งคณะฯ อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2560 และอยู่ระหว่างดำเนินการที่ต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากหลายฝ่ายงาน โดยในปีงบประมาณ 2562 เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) ยกเลิกกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) และตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) ที่ระบุไว้เมื่อต้นปีงบประมาณทั้งหมด เนื่องจากพบว่าไม่ สอดคล้องกับกระบวนการภายในของงานสื่อสารองค์กร โดยจะพิจารณาอีกครั้งในปีงบประมาณ 2563 ให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของงานสื่อสารองค์กร และสามารถสนับสนุนการบริหารจัดการ ความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ความสามารถในการจัดการฯ: ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ (ความเสี่ยงที่ไม่สามารถ ยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง)

ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการฯ: ระดับความเสี่ยงคงที่ในระดับสูง ที่โอกาสเกิดระดับ 2 และผลกระทบระดับ 4 ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2563 ต่อไป

ประสิทธิภาพในการจัดการฯ: กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีประสิทธิภาพ ในระดับต่ำ เนื่องจากการประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรภายในคณะฯ รับทราบถึงระบบการสื่อสาร ในสถานการณ์ฉุกเฉิน และการสำรวจการรับรู้ระบบการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินของบุคลากรภายใน คณะฯ ผ่านการตอบแบบสอบถามเป็นกิจกรรมเชิงรับที่ยึดความสำเร็จของแผนรองรับสถานการณ์ ฉุกเฉินของคณะฯ เป็นสำคัญ ซึ่งต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากหลายฝ่ายงาน หรือกล่าวได้ว่า หากแผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินของคณะฯ ยังไม่เสร็จสิ้น ระบบการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินจะ ไม่สามารถดำเนินการได้ กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่ระบุไว้ข้างต้น จึงยังไม่ได้ดำเนินการ และไม่สามารถใช้ในการจัดการความเสี่ยงได้ ดังนั้นงานบริหารความเสี่ยงจึงเสนอให้เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) พิจารณา กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) เชิงรุกมากขึ้น เพื่อให้ งานสื่อสารองค์กรมีระบบการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินของคณะฯ ที่เป็นกรอบการดำเนินงานหรือ แนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการประชาสัมพันธ์ร่วมกับแผนรองรับ สถานการณ์ฉุกเฉินจากฝ่ายงานต่าง ๆ ของคณะฯ ได้ในอนาคต ซึ่งจากการเสนอแนะดังกล่าว เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) เห็นชอบ โดยจะเริ่มดำเนินการเชิงรุกในปีงบประมาณ 2563 และแจ้ง ยกเลิกกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่ระบุไว้เมื่อต้นปีงบประมาณทั้งหมด

ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: ยังไม่สามารถรายงานผลตามตัวชี้วัดได้ เนื่องจากใช้ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดตาม (Lagging Indicator) ที่สัมพันธ์กับกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) ที่ถูกยกเลิก ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI) จึงถูกยกเลิกเช่นกัน

### ด้านการเงินและงบประมาณ 1 ความเสี่ยง

**F18 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล (2561)** เป็นความเสี่ยงที่มีการดำเนินงานต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 เนื่องจากพบว่ากระบวนการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลของคณะฯ ยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ ทั้งจากการมีจุดบริการเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลหลายพื้นที่ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความผิดพลาด การใช้ระบบสารสนเทศในการดึงข้อมูลมายังระบบจัดเก็บค่ารักษา (Billing System) ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ระบบการรับรองสิทธิไม่ถูกต้อง ส่งผลให้มีการให้บริการที่ไม่ตรงตามเงื่อนไขของกองทุนต่าง ๆ การเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลจึงไม่ครบถ้วน ค่าเข้า ไปจนถึงได้รับการชดเชยค่าเข้าเช่นกัน ซึ่งจากสาเหตุดังกล่าวได้รับการประเมินจากเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) ว่าระบบเทคโนโลยีสารสนเทศจะมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานต่าง ๆ รวมถึงจะส่งผลให้ระดับความเสี่ยงลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นคณะฯ จึงใช้การควบคุมแบบแก้ไข (Corrective Control Activity) เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศในส่วนจากระบบการส่งข้อมูลมายังระบบจัดเก็บค่ารักษา (Billing System) และพัฒนาระบบการเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ ให้มีเสถียรภาพมากขึ้น ซึ่งปัจจุบันพบว่ายังอยู่ระหว่างการดำเนินงานตามกระบวนการของฝ่ายสารสนเทศ

ความสามารถในการจัดการ: อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้

ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการ: ระดับความเสี่ยงคงที่ในระดับสูง ที่โอกาสเกิดระดับ 4 และผลกระทบระดับ 2 ต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2563 ต่อไป

ประสิทธิภาพในการจัดการ: กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง เนื่องจากต้องอาศัยการดำเนินงานจากฝ่ายงานสารสนเทศเป็นหลัก ทั้งการพัฒนา ระบบการส่งข้อมูลมายังระบบจัดเก็บค่ารักษา (Billing System) และพัฒนาระบบการเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิให้มีเสถียรภาพ ซึ่งทั้งหมดยังอยู่ระหว่างการดำเนินงานตามกระบวนการของฝ่ายสารสนเทศที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการดำเนินงาน กิจกรรมการควบคุมดังกล่าว (Control Activity) จึงยังไม่สามารถนำมาใช้ดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรม

ผลการดำเนินงาน เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด แม้จะสามารถนำส่งเงินรายได้ที่จัดเก็บได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง และสามารถเรียกเก็บหนี้ได้ภายใน 60 วัน แต่กลับพบข้อมูลการค้างชำระค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิเงินเชื่อ จากพฤติกรรมของผู้รับบริการบางส่วน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ รวมถึงพบว่าไม่สามารถเรียกเก็บค่าชดเชยค่ารักษาพยาบาลในผู้ป่วยที่มีสิทธิเงินเชื่อและได้รับการบริการแล้ว ซึ่งผลการดำเนินงานฯ ที่ยังไม่ได้ตามเป้าหมายนี้ ปัจจุบันอยู่ระหว่างจัดทำแผนการดำเนินงานและพัฒนาระบบการทางค่ารักษาพยาบาลร่วมกับฝ่ายสารสนเทศ

## ด้านทรัพยากรบุคคล 1 ความเสี่ยง

S34 ไม่สามารถสรรหาและบรรจุบุคลากรตำแหน่งที่สำคัญ (Key Position) เพื่อรองรับการบริการและการเรียนการสอนของสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ได้เพียงพอ (2561) เป็นความเสี่ยงที่มีการดำเนินงานต่อจากในปีงบประมาณ 2560 เนื่องจากการเตรียมทรัพยากรบุคคลเพื่อเปิดสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ (CNMI) พบว่าสามารถสรรหาตำแหน่งสนับสนุนต่าง ๆ ได้ตามที่กำหนดในปีงบประมาณ 2560 แต่ยังไม่สามารถสรรหาตำแหน่งสำคัญ (Key Position) ได้ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อเปิดดำเนินการด้านการบริการและการเรียนการสอนของสถาบันฯ ในระดับที่สูงมาก ดังนั้นในปีงบประมาณ 2561-2562 การบริหารความเสี่ยงจึงมุ่งเน้นที่การสรรหาและบรรจุบุคลากรเฉพาะในตำแหน่งสำคัญ (Key Position) เพื่อให้สามารถรองรับการบริการและการเรียนการสอนได้อย่างเพียงพอ

ความสามารถในการจัดการฯ: สามารถจัดการได้ (ความเสี่ยงที่คณะฯ สามารถยอมรับได้)

ความเคลื่อนไหวภายหลังการจัดการฯ: ระดับความเสี่ยงลดลงจากระดับความเสี่ยงสูงที่โอกาสเกิดระดับ 3 ผลกระทบระดับ 3 มาอยู่ที่ระดับความเสี่ยต่ำ ที่โอกาสเกิดระดับ 2 ผลกระทบระดับ 1 โดยยังคงต้องยกไปดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2563 ต่อไป

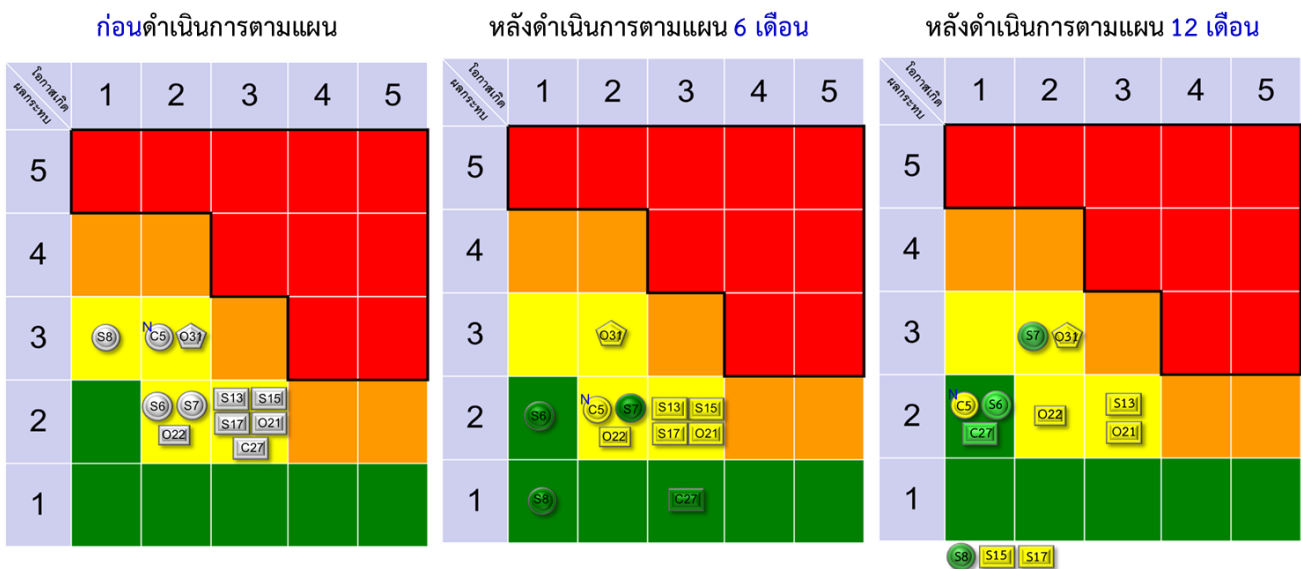
ประสิทธิภาพในการจัดการฯ: กิจกรรมการควบคุม (Control Activity) มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง เนื่องจากการวางแผนอัตรากำลังร่วมกับสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์เพื่อกำหนดตำแหน่งสำคัญ คุณสมบัติ หน้าที่รับผิดชอบ และอัตราเงินเดือนที่เหมาะสม ยังอยู่ระหว่างดำเนินการ โดยปัจจุบันสามารถดำเนินการได้ร้อยละ 68.97 รวมถึงพบการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบในการวางแผนสรรหา คัดเลือก ตั้งแต่แหล่งที่มาของผู้สมัคร วิธีการรับสมัคร คัดเลือก และการสัมภาษณ์จากฝ่ายทรัพยากรบุคคล เป็นงานทรัพยากรบุคคลของสถาบันฯ ดังนั้นการดำเนินงานต่าง ๆ จึงต้องปรับให้สอดคล้องกับแผนการเปิดให้บริการของสถาบันฯ ซึ่งพบว่ายังอยู่ระหว่างดำเนินการเช่นกัน

ผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง: อยู่ดำเนินการสรรหาและบรรจุบุคลากรตำแหน่งสำคัญตามโครงสร้าง<sup>29</sup> ซึ่งปัจจุบันสามารถดำเนินการได้ร้อยละ 68.97 (29 ตำแหน่ง) แบ่งเป็นหน่วยงานที่เปิดดำเนินการแล้วร้อยละ 100 (20 ตำแหน่ง) และหน่วยงานที่ยังไม่เปิดดำเนินการร้อยละ 31.03 (9 ตำแหน่ง) ทั้งนี้ได้รับการคาดการณ์ว่าจะสามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนดในปีงบประมาณ 2563 เนื่องจากผลการดำเนินงานมีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

<sup>29</sup> จำนวนหน่วยงานเพิ่มขึ้นตามประกาศปรับโครงสร้างฯ 2 สิงหาคม 2562

## ผลการจัดการความเสี่ยงใน Yellow Zone

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลางของคณะฯ มี 11 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 31 (11x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มีการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่องมาแล้วระยะหนึ่ง แต่ยังคงอยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนประจำปีงบประมาณ แผนตามปีการศึกษา แผนตามปีปฏิทิน หรือแผนตามโครงการต่อเนื่องระยะยาว รวมถึงพบปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงข้อบังคับจากภาครัฐ และ / หรือ มหาวิทยาลัย ความหลากหลายของฝ่ายงาน ไปจนถึงความแตกต่างของบุคคล ฯลฯ ส่งผลให้ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงพบว่าส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่กำหนด ส่งผลให้ความเสี่ยงใน Zone นี้ได้รับการประเมินว่าสามารถจัดการได้ และไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลต่อคณะฯ มากที่สุดตามที่แสดงในตาราง Risk Map-Dashboard Yellow Zone ดังนี้



รูปภาพที่ 11 Risk Map-Dashboard Yellow Zone

ภายหลังการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงพบว่าส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ จำนวน 6 ความเสี่ยง แบ่งเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้และไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งต่อคณะฯ ในสัดส่วนที่เท่ากัน ดังนี้

**ความเสี่ยงที่ยอมรับได้** จำนวน 3 ความเสี่ยง จาก Cluster Education and Research และ Cluster Professional Service ดังนี้

Cluster Education and Research จำนวน 1 ความเสี่ยง

1. พันธกิจด้านการวิจัย จาก S6 ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ ไม่ได้ตามเป้าหมาย สามารถจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง จาก 2x2 เป็น 1x2

Cluster Professional Service จำนวน 2 ความเสี่ยง

1. พันธกิจด้านสารสนเทศ จาก S13 ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญและจำเป็นต่อการวางแผนหรือการบริหารงานภายในคณะฯ ไม่ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ครอบคลุม สามารถควบคุมให้ระดับความเสี่ยงคงที่ ที่ 3x2
2. พันธกิจด้านการพัสดุ จาก C27 ความเสี่ยงจากการผิด พรบ. การจัดซื้อจัดจ้างใหม่ สามารถจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลงจาก 3x2 เป็น 1x2

**ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งต่อคณะฯ** จำนวน 3 ความเสี่ยง จาก Cluster Education and Research และ Cluster Professional Service ดังนี้

Cluster Education and Research จำนวน 1 ความเสี่ยง

1. พันธกิจด้านการศึกษา (วิเทศสัมพันธ์) จาก S8 จำนวนอาจารย์ชาวต่างชาติจากสถาบันการศึกษาอื่นในต่างประเทศที่มหาวิทยาลัยหรือส่วนงานเชิญมาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการสอนหรือวิจัยหรือบริหารการศึกษาหรือเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการให้แก่นักศึกษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

Cluster Professional Service จำนวน 2 ความเสี่ยง

1. พันธกิจด้านสร้างเสริมสุขภาพ จาก S15 บุคลากรมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม
  2. พันธกิจด้านวิชาการและวัฒนธรรม จาก S17 ขาดการสนับสนุนด้านการสร้างพันธกิจเชิงรุก
- ทั้งนี้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้** จำนวน 4 ความเสี่ยง จาก Cluster Education and Research และ Cluster Professional Service ดังนี้

Cluster Education and Research จำนวน 2 ความเสี่ยง

1. พันธกิจด้านการวิจัย จาก C5 ความคลาดเคลื่อนในการรับ-เบิกจ่ายเงินทุนวิจัย สามารถจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลงจาก 2x3 เป็น 1x2
2. พันธกิจด้านการศึกษา (วิเทศสัมพันธ์) จาก S7 บันทึกข้อตกลงความร่วมมือที่มีความเคลื่อนไหวหรือดำเนินการอย่างต่อเนื่อง (Active MOU) ต่ำกว่าเป้าหมาย ภายหลังจากดำเนินงานฯ ระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจาก 2x2 เป็น 2x3

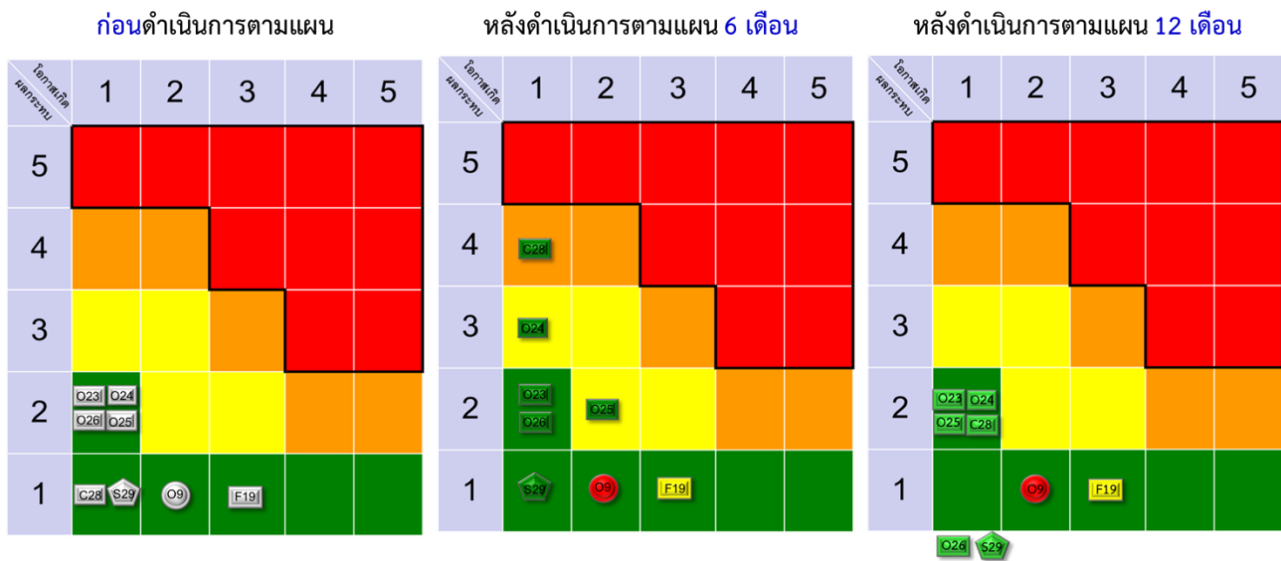
Cluster Professional Service จากพันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก สามารถควบคุมให้ระดับความเสี่ยงคงที่ จำนวน 2 ความเสี่ยง ดังนี้

1. O21 การจัดการขยะไม่ได้ตามมาตรฐานสากล ระดับความเสี่ยง คงที่ ที่ 3x2
2. O22 บุคลากรได้รับบาดเจ็บ / เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ระดับความเสี่ยง คงที่ ที่ 2x2

**ในขณะที่พบความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง** จำนวน 1 ความเสี่ยง จาก Cluster Healthcare System พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ O31 การเกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรจะสามารถป้องกันได้ (Preventable Event) ทำให้โรงพยาบาลต้องให้การเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว ระดับความเสี่ยง ภายหลังจากดำเนินงานฯ คงที่ ที่ 2x3 และได้รับการพิจารณาให้ยกไปเป็นสาเหตุและบริหารจัดการต่อในความเสี่ยงเรื่อง การถูกฟ้องร้องจากกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาล ในปี 2563

## ผลการจัดการความเสี่ยงใน Green Zone

ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่ำของคณะฯ มี 8 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 23 (8x100 / 35) ของความเสี่ยงทั้งหมด เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมหลักของพันธกิจโดยตรง และได้รับการพิจารณาให้เป็นความเสี่ยงที่ควรคงไว้เพื่อติดตามควบคุมระดับความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง จึงพบว่าความเสี่ยงใน Zone นี้ เป็นความเสี่ยงที่ได้รับการดำเนินงานโดยใช้กิจกรรมการควบคุมที่มีประสิทธิภาพดีมาแล้วระยะหนึ่ง และส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Existing Control) สอดคล้องกับผลการดำเนินงานฯ เทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด สามารถอธิบายตามทีแสดงในตาราง Risk Map-Dashboard Green Zone ดังนี้



รูปภาพที่ 12 Risk Map-Dashboard Green Zone

ภายหลังการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงพบว่าส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ จำนวน 6 ความเสี่ยง แบ่งเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ จำนวน 4 ความเสี่ยง และไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งต่อคณะฯ จำนวน 2 ความเสี่ยง ดังนี้

**ความเสี่ยงที่ยอมรับได้** จำนวน 4 ความเสี่ยง จาก Cluster Professional Service ดังนี้

1. พันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (ยานพาหนะ) จาก O23 อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการยานพาหนะ สามารถควบคุมให้ระดับความเสี่ยงคงที่ ที่ 1x2
2. พันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (วิศวกรรมบริการ) จาก O24 กระแสไฟฟ้าขัดข้อง (เนื่องจากกระแสไฟฟ้าไม่เพียงพอ) สามารถควบคุมให้ระดับความเสี่ยงคงที่ ที่ 1x2
3. พันธกิจด้านกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก (วิศวกรรมบริการ) จาก O25 น้ำประปาสำหรับอุปโภคบริโภคมีการปนเปื้อน สามารถควบคุมให้ระดับความเสี่ยงคงที่ ที่ 1x2
4. พันธกิจด้านการพัสดุ จาก C28 เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vender) ภายหลังการดำเนินงานฯ ระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจาก 1x1 เป็น 1x2

**ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งต่อคณะฯ จำนวน 2 ความเสี่ยง ดังนี้**

1. Cluster Healthcare System พันธกิจด้านดูแลสุขภาพ (ศูนย์สนับสนุนพันธกิจ) จำนวน 1 ความเสี่ยง จาก S29 ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในด้านการหารายได้ของศูนย์สนับสนุนพันธกิจตามที่ตั้งไว้
2. Cluster Professional Service พันธกิจด้านพัฒนาคุณภาพงาน จำนวน 1 ความเสี่ยง จาก O26 คณะฯ ยังไม่สามารถจัดทำแผนการปรับปรุงตามโอกาสพัฒนา (OFI) ที่ได้รับจากการตรวจประเมินจากมหาวิทยาลัย

**ทั้งนี้ เป็นความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่สามารถสรุปได้ จำนวน 2 ความเสี่ยง ดังนี้**

1. Cluster Education and Research พันธกิจด้านการศึกษา (วิเทศสัมพันธ์) จำนวน 1 ความเสี่ยง จาก O9 ขาดแคลนบุคลากรที่มีความเหมาะสมด้าน Competency สามารถควบคุมให้ระดับความเสี่ยงคงที่ ที่ 1x2
2. Cluster Professional Service พันธกิจด้านการเงินและงบประมาณ จำนวน 1 จาก F19 ความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการทางด้านการบริหารงบประมาณ สามารถควบคุมให้ระดับความเสี่ยงคงที่ ที่ 3x1



## ภาคผนวก

### ฐานข้อมูลผลการจัดการความเสี่ยง

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562																				
Cluster	Area code	ความเสี่ยง	กิจกรรมควบคุม	ผลการจัดการกิจกรรมควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR)	ผลการจัดการ ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR) (รวม)	ระดับความเสี่ยง									สรุปผลการจัดการความเสี่ยง (รวม)				สรุปหมายเหตุ
							ประเมิน			ติดตามครั้งที่ 1			ติดตามครั้งที่ 2			ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมควบคุม	ผลการจัดการเป็นตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลือบข้อจรรยาบรรณ	
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ		โอกาสเกิด	ผลกระทบ		โอกาสเกิด	ผลกระทบ						
								ด้าน	ระดับ		ด้าน	ระดับ		ด้าน	ระดับ					
Education and Research การศึกษา	SI	การเลือกเข้าศึกษาของระดับสูง (Ranking) (2561)	จัดกิจกรรม Open house ณ สถาบันจัดการแพทย์จิรวิกรมอนุทินทร์	ดำเนินการแล้วเสร็จ กิจกรรม Open House ณ สถาบันจัดการแพทย์จิรวิกรมอนุทินทร์ ดำเนินการเสร็จสิ้นเมื่อ 13 มกราคม 2562 พบว่านักเขียนและผู้ปกครองพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมมากที่สุด ถึงร้อยละ 100	จำนวนผู้สมัครเข้าศึกษาในระบอบสหภาพ (เป้าหมาย= 20) ใน 3 ลำดับแรกของภาคคัดเลือก	ลำดับที่ 1 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี 967	4	4	สูงมาก	4	4	สูงมาก	3	2	ปานกลาง	สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้	กิจกรรมการควบคุมประสิทธิภาพดี	ผลการจัดการเป็นตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ความเสี่ยงลดลง และยกเป็นความเสี่ยงต่อไป	ไม่มี
						ลำดับที่ 2 คณะแพทยศาสตร์ศิริราช 778	1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นที่พอใจ	ลำดับที่ 3 คณะแพทยศาสตร์จุฬาฯ 486 (เอกสารแนบ 1)	1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นที่พอใจ	ลำดับที่ 1 คณะแพทยศาสตร์จุฬาฯ 74.8676	1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นที่พอใจ	ลำดับที่ 2 คณะแพทยศาสตร์ศิริราช 71.6270	1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นที่พอใจ	ลำดับที่ 3 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี 68.3376 (เอกสารแนบ 2)						
						ลำดับที่ 1 ร้อยละ 78 เลือกเรียนคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หากต้องเรียนที่สถาบันการแพทย์จักรีนฤดินทร์ ตั้งแคปี 2		ลำดับที่ 2 ร้อยละ 99.2 แนะนำรุ่นน้องให้เลือกคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (เอกสารแนบ 3)												
Education and Research การศึกษา	CS	การเตรียมทรัพยากรเพื่อรองรับหลักสูตรใหม่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2562)	1. การกำหนดกรอบอัตราจ้างและโครงสร้างการบริหารงานด้านการศึกษาของโรงเรียนแพทย์	อยู่ระหว่างดำเนินงาน กำหนดโครงสร้างการบริหารงานของโรงเรียนแพทย์ รามาธิบดี (เอกสารแนบ 4) และกรอบอัตราจ้างอาจารย์แพทย์ (เอกสารแนบ 5) และสายสนับสนุนด้านการศึกษา (เอกสารแนบ 6)	1. จำนวนเจ้าหน้าที่ด้านการศึกษาที่ว่างได้โรงเรียนแพทย์เป็นไปตามกรอบอัตราจ้างที่กำหนด	3	5	สูงมาก	ยังไม่สามารถประเมินได้	1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นที่พอใจ	ยังไม่สามารถประเมินได้	1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นที่พอใจ	3	4	สูงมาก	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง	กิจกรรมการควบคุมประสิทธิภาพดี	ผลการจัดการเป็นตัวชี้วัดความเสี่ยง ยังไม่สามารถระบุได้อยู่ระหว่างทบทวนข้อมูล	ความเสี่ยงลดลง และยกเป็นความเสี่ยงต่อไป	ไม่มี
						2. การจัดทบทวนการทำงาน และระบบงานด้านการศึกษา (work process & work flow system)	อยู่ระหว่างดำเนินงาน จัดทำลิขระบริหารงานการศึกษา (เอกสารแนบ 7)	2. จำนวนอาจารย์ที่รับผลิตผลงานส่งสภาในการบริหารจัดการหลักสูตร	จำนวนอาจารย์ระดับบริหาร 5/5 คน (เอกสารแนบ 5)		1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นที่พอใจ		ยังไม่สามารถประเมินได้	1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นที่พอใจ						
															3. การพัฒนาระบบบริหารการศึกษาโดยระบบสารสนเทศ (Student Life Cycle Management)					



ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562																				
Cluster	ทีม code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR)	ผลการจัดการ เพื่อตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR) (รวม)	ระดับความเสี่ยง									สรุปผลการจัดการความเสี่ยง (รวม)				สรุปหมายเหตุ
							ประเมิน			ติดตามครั้งที่ 1			ติดตามครั้งที่ 2							
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ					
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ					
Education and Research	ทีม SC	ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติไม่ต่ำกว่า 10 ฉบับ (2556)	ไม่มี	ไม่มี	1. ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ 0.79 เรื่อง/คน/ปี พ.ศ. 2561 (เก็บย้อนหลัง เนื่องจากข้อมูลผลงานวิจัยสรุปตามปีปฏิทิน)	รวมทั้งสิ้น 297 เรื่อง	2	2	ปานกลาง	1	2	ต่ำ	1	2	ต่ำ	สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้	กิจกรรมการควบคุมประสิทธิภาพดี	ผลการจัดการเกี่ยวกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ความเสี่ยงลดลง และยกเว้นความเสี่ยงที่ยังคงอยู่	
					2. จำนวนทุนวิจัยที่ได้รับการพิจารณาไม่น้อยกว่า 50,000,000 บาท	51,064,809														
Education and Research	ทีม SC	จำนวนบันทึกข้อตกลงความร่วมมือที่ควมเคลื่อนไหวหรือดำเนินการอย่างต่อเนื่องที่ค้างบ้านมา (2557)	1. วางแผน Reactivate Collaboration ภายใต้ MOU ที่มีให้ครบ โดยนำพันธกิจที่เด่นเอกลักษณ์กิจกรรมหรือด้านในการอย่างต่อเนื่องที่ค้างบ้านมา (2557)	จำนวน MOU ที่มี activity เกิดขึ้นจริง หมายเหตุ: Activity ประกอบด้วย student exchange / staff exchange / research collaboration / visiting scholar / joint conference (มีไม่น้อยกว่า 50% ของจำนวน MOU ทั้งหมด)	จำนวน MOU ที่มี activity เกิดขึ้นจริง 71 ฉบับ จากทั้งหมด 81 ฉบับ (87%)	2	2	ปานกลาง	2	2	ปานกลาง	2	3	ปานกลาง	ยังไม่สามารถสรุปได้อยู่ระหว่างดำเนินการยังไม่สามารถสรุปได้	กิจกรรมการควบคุมประสิทธิภาพดี	ผลการจัดการเกี่ยวกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น และยกเว้นความเสี่ยงที่ยังคงอยู่	ดีคือ บันทึกข้อตกลงความร่วมมือที่ควมเคลื่อนไหวหรือดำเนินการอย่างต่อเนื่อง (Active MOU) ดังว่าจำนวน (2557)	

อยู่ระหว่างดำเนินการ

- โครงการ National Health Examination Survey กับ สป.สว
  - ภายหลังจากการส่งตัวอย่าง questionnaire ให้กับทาง สป.สว แล้ว ทางผู้ประสานงานของ สป.สว ได้ยื่นเรื่องขอทุนสนับสนุนในการทำโครงการนี้จาก WHO ซึ่งไม่ผ่านการอนุมัติให้ได้รับทุน และทาง สป.สว ต้องการขอผลการทำโครงการนี้ไปก่อน
  - รอจนครบสัญญาสนับสนุนแล้วได้ปรึกษากับคณะบดีถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และได้ปรับค่าและปรับให้ทันแผนของทุนสนับสนุนว่ามีความร่วมมือระหว่างประเทศ (TICA) โดยท่านคณะบดีให้ความอนุเคราะห์แจ้งจากที่ศูนย์บริหารของ TICA ด้วยตนเอง และได้โทรหาท่านแล้ว TICA จะให้การสนับสนุนการดำเนินงานโครงการนี้
  - คณะทำงานได้ร่วมกันเขียนแผนงานโครงการ (Project planning) และปรับข้อมูลกันไปมา เพื่อนำเสนอโครงการนี้ขอทุนต่อ TICA โดยทาง สป.สว ได้มีสนทนากับหน่วยงานของ สป.สว ไปพร้อมๆ กัน
  - TICA ได้จัดการประชุมความร่วมมือทางวิชาการ ไทย-ลาว ครั้งที่ 23 ณ จังหวัดเพชรบุรี เพื่อหารือร่างแผนงานความร่วมมือทางวิชาการเพื่อการพัฒนาระยะ 3 ปี (2563-2565) โดยโครงการ National Health Examination Survey ได้มีการผลักดันให้ถูกรวมอยู่ในแผนงานเรียบร้อยแล้ว ขณะนี้ขอผลการพิจารณาอนุมัติ
- ความร่วมมือกับ Macquarie University
  - มีการประชุมอย่างต่อเนื่องเป็นระยะในนามของโครงการจัดตั้งโครงการ ASEAN Hearing Hub โดยภายใต้โครงการนี้จะเปิดโครงการย่อยขึ้น คือ มีบริบทหลักสูตรวิชาชีพด้านเทคนิค (ป.โท)-สาขาวิชาเทคนิคปฏิบัติการสื่อความหมายหลักสูตรนานาชาติ (อยู่ระหว่างที่ภาควิชาดำเนินการสนับสนุนของวิทยาลัยอาชีวศึกษา)
  - มีจัดทำ Application บนมือถือ สำหรับตรวจการได้ยิน (อยู่ระหว่างการพัฒนา) คณะเทคนิคการแพทย์และการสื่อสาร (มิตล)
  - มีการจัดสัมมนาของภาคีประกอบด้วย 4 สถาบันที่ Macquarie University จำนวน 2 คน ประมาณ มี.ค. 2563
  - มีการจัดสัมมนาของภาคีจำนวน 1 คน ไปเรียน ป.เอก ในหลักสูตร Cotutelle program ที่ Macquarie University
  - มีเชิญ Professor จำนวน 2 ท่านจาก Macquarie University มาดำรงตำแหน่งเป็น Adjunct Staff ของคณะฯ
  - โครงการนี้ได้ส่งมอบให้แก่รองคณบดีฝ่ายศูนย์ความเป็นเลิศในการวิจัยไปแล้วเสร็จเรียบร้อยแล้ว
- ความร่วมมือกับ Osaka University ประเทศญี่ปุ่น
  - จะมีการจัดงานประชุมวิชาการ Joint Symposium ครั้งที่ 4 ในช่วงวันที่ 2-3 ส.ค. 2562
  - กาดติดตามงานวิจัย เรื่อง Custom-made surgical guides and custom-made osteosynthesis plates และเรื่อง Cell Therapy for Cartilage (Autologous Stem Cells) อยู่ระหว่างรอข้อมูลจากทาง Osaka University
- โครงการ Improving Occupational Safety, Health of Healthcare Workers, and Patients in Public Hospitals in Thailand Phase 2 (เป็นรอบสุดท้าย)
  - ดำเนินการต่อเนื่องจากโครงการชุดที่ 1 เรื่องการจัดทำศูนย์ประมวลผลข้อมูลการตรวจและอาชญากรรมจากโรงพยาบาลทั่วประเทศ (ติดตั้งลิฟต์ลิฟท์แก๊สลิฟท์)
  - ภาควิชาและพัฒนาระบบ Website ดังต่อไปนี้
  - จัดอบรม Train the Trainer for Hand Hygiene Audit ในรูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 (จัดอบรมครั้งที่ 1 สำหรับกลุ่ม รพ. ที่ยังไม่ได้เข้าร่วมในครั้งที่ 1 โดยครั้งนี้มีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมทั้งหมด 64 โรงพยาบาล รวมผู้เข้าอบรม 237 คน
  - การดำเนินงาน (ต่อเนื่อง) เรื่องการผลิตวิดีโอซีดีเป็นสื่อการสอนและเป็นกระบวนการประเมินการทำตามมาตรฐาน
- รอจนครบสัญญาสนับสนุนแล้ว เป็นผู้แทนคณะได้เข้าร่วมงานแถลงข่าวเปิดตัวโครงการ E-learning องค์กรความรู้ในวิชาการ 1,000 วันแรกของชีวิต ในวันที่ 26 ก.ย. 62 ซึ่งมหาวิทยาลัยมิตลได้เข้าร่วมเป็น Consortium Partner ในโครงการ Early Nutrition eAcademy Southeast Asia (ENEA SEA) โดยมี ศ. พญ. อุฬาร สุทธิพันธุ์วงศ์ และ ศ. ดร. พญ.ณิณี งามวิริยะพันธุ์ ภาควิชาการพยาบาลเป็นผู้ดูแลและประสานงานในตัวแทนมหาวิทยาลัยมิตล ซึ่งในปีที่ผ่านมาจะหมุนเวียนกันเป็นเจ้าภาพในการจัดประชุม และจัดกิจกรรม โดยมีกิจกรรมงานใน MOU เกี่ยวกับทุนจาก EU และมีการนำข้อมูล E-Learning ภาควิชาอังกฤษ มาแปลเป็นภาษาไทย เพื่อเป็นประโยชน์แก่บุคลากรในประเทศด้วย โดยไม่รับทุนสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น กระทรวงสาธารณสุข

ฐานข้อมูล ผลการจัดการ ความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562																							
Cluster	Area code	ความเสี่ยง	กิจกรรมควบคุม	ผลการจัดการกิจกรรม ควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR)	ผลการจัดการ เป็นตัวชี้วัด ความเสี่ยง (KR) (รวม)	ระดับความเสี่ยง										สรุปผลการจัดการความเสี่ยง (รวม)				สรุปหมายเหตุ		
							ประเมิน			ติดตามครั้งที่ 1			ติดตามครั้งที่ 2				ความสามารถในการ จัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของ กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการเป็น ตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเปลี่ยนแปลง ความเสี่ยง			
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด						ผลกระทบ	ระดับ
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด						ผลกระทบ	ระดับ
Education and Research	SR	จำนวนอาจารย์ชาวต่างชาติจาก สถาบันการศึกษาอื่นใน ต่างประเทศที่มหาวิทยาลัยหรือ ส่วนงานเชิญมาเพื่อปฏิบัติงานที่ ในการสอนหรือวิจัย หรือบริหาร การศึกษาหรือเป็นที่ปรึกษาด้าน วิชาการให้แก่นักศึกษาไม่เป็นที่ ตามเป้าหมาย (2558)	1. การปรับปรุงเกณฑ์และประกาศของคณะฯให้รองรับ หรือมีข้อตกลงการเชิญชาวต่างชาติมาปฏิบัติงานที่ได้นัก กศ. 1. เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินเดือน/ค่าใช้สอยของ คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2561 2. เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินเดือนของแคน นักวิชาการอาคันตุกะ (Visiting Scholar) ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2561 3. เรื่องแนวทางการดำเนินงานแต่งตั้งชาวต่างประเทศ ให้ดำรงตำแหน่งทางวิชาการอาคันตุกะ (Visiting Scholar) (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561	ดำเนินการแล้วเสร็จ (12 ค.ศ. 2561) ปรับประกาศ 3 ฉบับ	จำนวนอาจารย์ชาวต่างชาติจากสถาบันการศึกษาอื่นใน ต่างประเทศที่มหาวิทยาลัยหรือส่วนงานเชิญมาเพื่อ ปฏิบัติหน้าที่ในการสอนหรือวิจัย หรือบริหารการศึกษา หรือเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการให้แก่นักศึกษา (โดยมี จดหมาย /เอกสาร เชิญอย่างเป็นทางการ) (ไม่น้อยกว่า 5 คน)	มีอาจารย์ชาวต่างชาติจากสถาบันการศึกษาอื่นใน ต่างประเทศที่มหาวิทยาลัยหรือส่วนงานเชิญมาเพื่อ ปฏิบัติหน้าที่ 1. Dr. Freeman Miller 2. Professor Gwen D. Sherwood 3. John Clayton Caney 4. Professor Simon Reutakul 5. Professor Nazar N Amso 6. Associate Research Professor Angel Anne Yanagihara 7. Professor Dr.Eichi Saitoh 8. Professor Dr. Mark Woodward 9. Professor Denis Le Bhan 10. Professor Manoj Kumar Kamakar 11. Associate Professor Amir Khorram-Manesh	1	3	ปานกลาง	1	1	สูง					ไม่สามารถจัดการความ เสี่ยงได้จึงไม่สามารถ จัดการความเสี่ยงได้	กิจกรรมการควบคุมมี ประสิทธิภาพดี	ผลการจัดการเป็น ตัวชี้วัดความเสี่ยงยังคง เกณฑ์ที่กำหนด	ความเสี่ยงลดลง และ หลุดจากตารางความ เสี่ยง	ขอยกเลิกกิจกรรมที่ 2. จัดทำระบบ IT เพื่อให้มีการ update ข้อมูลชาวต่างชาติ เพื่อให้มีการ update ข้อมูลชาวต่างชาติ ซึ่งระบบปฏิบัติงานที่สอนหรือวิจัย หรือบริหาร การศึกษา หรือเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการ ให้แก่นักศึกษา เป็นแบบ Real time		
		2. จัดทำระบบ IT เพื่อให้มีการ update ข้อมูลชาวต่างชาติที่นำปฏิบัติงานที่สอนหรือวิจัย หรือบริหาร การศึกษา หรือเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการให้แก่นักศึกษา เป็นแบบ Real time	ขอยกเลิกกิจกรรม																				
Education and Research	CR	ขาดคุณบุคลากรที่มีความ เหมาะสมตาม Competency (2559)	1. ส่งบุคลากรงานวิเทศสัมพันธ์ไปมอบทักษะทางด้าน การใช้ภาษาอังกฤษเพื่อการติดต่อสื่อสารในระดับสูง	อยู่ระหว่างดำเนินการ จำนวนบุคลากรทั้งหมด 14 คน ส่งอบรม 5 คน	1. อัตราการลาออก (Turnover rate) ของบุคลากรงาน วิเทศสัมพันธ์ (ไม่น้อยกว่า 2 คนต่อปีงบประมาณ)	1. นายณิศน ชัยเจริญวัฒน์ ลาออก (ผลการปฏิบัติงานไม่ ผ่าน ไม่ได้เกิดจากประเด็นเรื่องภาษา)	2	1	สูง	2	1	สูง					ยังไม่สามารถสรุปได้อยู่ ระหว่างดำเนินการยังไม่สามารถสรุปได้	กิจกรรมการควบคุมมี ประสิทธิภาพต่ำ	ผลการจัดการเป็น ตัวชี้วัดความเสี่ยง ไม่ได้ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ความเสี่ยงคงที่ และยก เป็นความเสี่ยงที่ต้องเฝ้า	ไม่มี		
		1. ส่งบุคลากรงานวิเทศสัมพันธ์ไปมอบทักษะทางด้าน การใช้ภาษาอังกฤษเพื่อการติดต่อสื่อสารในระดับสูง	อยู่ระหว่างดำเนินการ จำนวนบุคลากรทั้งหมด 14 คน ส่งอบรม 5 คน	1. อัตราการลาออก (Turnover rate) ของบุคลากรงาน วิเทศสัมพันธ์ (ไม่น้อยกว่า 2 คนต่อปีงบประมาณ)	1. นายณิศน ชัยเจริญวัฒน์ ลาออก (ผลการปฏิบัติงานไม่ ผ่าน ไม่ได้เกิดจากประเด็นเรื่องภาษา)	1. นายณิศน ชัยเจริญวัฒน์ ลาออก (ผลการปฏิบัติงานไม่ ผ่าน ไม่ได้เกิดจากประเด็นเรื่องภาษา)	2	1	สูง	2	1	สูง					ยังไม่สามารถสรุปได้อยู่ ระหว่างดำเนินการยังไม่สามารถสรุปได้	กิจกรรมการควบคุมมี ประสิทธิภาพต่ำ	ผลการจัดการเป็น ตัวชี้วัดความเสี่ยง ไม่ได้ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ความเสี่ยงคงที่ และยก เป็นความเสี่ยงที่ต้องเฝ้า	ไม่มี		
		2. จัดทำระบบ IT เพื่อให้มีการ update ข้อมูลชาวต่างชาติที่นำปฏิบัติงานที่สอนหรือวิจัย หรือบริหาร การศึกษา หรือเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการให้แก่ศึกษา เป็นแบบ Real time	ขอยกเลิกกิจกรรม			2. มีผู้ผ่านเกณฑ์ 8 คน จาก 14 คน																	

ฐานข้อมูล ผลการจัดการ ความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562																					
Cluster	Item code	ความเสี่ยง	กิจกรรมควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR)	ผลการจัดการ เพื่อตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR) (รวม)	ระดับความเสี่ยง									สรุปผลการจัดการความเสี่ยง (รวม)				สรุปหมายเหตุ	
							ประเมิน			ติดตามครั้งที่ 1			ติดตามครั้งที่ 2			ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการเป็นตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลือบความเสี่ยง		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ		โอกาสเกิด	ผลกระทบ		โอกาสเกิด	ผลกระทบ							
								สูง	ต่ำ		สูง	ต่ำ		สูง	ต่ำ						
Professional Service	SIU	ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2556)	1. กำหนดให้มีแผนความต่อเนื่องทางธุรกิจ (BCP) และแผนการกู้คืนระบบเมื่อเกิดภัยพิบัติ (DRP) โดยรวมทั่วข้อ การวิเคราะห์ผลกระทบทางธุรกิจ (Business Impact Analysis: BIA) หากเกิดเหตุการณ์ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลไม่สามารถใช้การได้ ร่วมกับหน่วยงานที่ใช้งานระบบ และร่วมกันกำหนดแผนการจัดการระบบงานที่สำคัญ และจำเป็นต้องได้รับการกู้กลับคืน	ดำเนินการแล้วเสร็จ (เริ่ม 4 มิถุนายน 2562 เสร็จ 16 กันยายน 2562) ฝ่ายสารสนเทศพร้อมแผนบริหารความต่อเนื่องทางธุรกิจ (BCP) ในเขตพื้นที่พญาไท มหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปีงบประมาณ 2562 เมื่อวันที่ ๖ กรกฎาคม 16 กันยายน 2562 โดยมีส่วนงานในเขตพื้นที่พญาไททั้ง 9 คณะ และกองเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เข้าร่วมพิจารณาความต่อเนื่องทางธุรกิจ (BCP) และมีงานบริหารความเสี่ยง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้ประสานงานในการจัดซื้อแผนสำรอง	1. ระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนและไม่สามารถแก้ไขให้กลับมาใช้งานได้ภายใน 30 นาทีหลังจากที่ไดรับแจ้ง ไม่เกินร้อยละ 0.5 ของระยะเวลาให้บริการทั้งหมด >> ต่อเนื่องจากปี 2560	ระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผน และไม่สามารถแก้ไขให้กลับมาใช้งานได้ภายใน 30 นาทีหลังจากที่ไดรับแจ้ง 0.36	4	2	0	3	1.2 ประสิทธิภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	2	3	3.4 ข้อตั้งและกำกับข้อเสนอจัดการความเสี่ยงของผู้บริการ	3	0	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการเป็นตัวชี้วัดความเสี่ยง ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ความเสี่ยงลดลง และยกเว้นความเสี่ยงที่เกินขอบเขตความเสี่ยงที่ยอมรับได้	เปลี่ยนต้นตอระบบจาก ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เป็นชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กรความพึงพอใจของผู้รับบริการ
		2. จัดทำ DR Site ใน Web Application และ Web Services ให้ครอบคลุมระบบสารสนเทศโรงพยาบาลทั้งหมด	อยู่ระหว่างดำเนินการ ได้ดำเนินการจัดทำ DR Site และ Application Server และ Web Service ที่สามารถทำงานร่วมกับ Load Balance ได้ แต่ยังมีบาง Application และบาง Web Services ที่ยังไม่ได้จัดทำ DR Site ด้วยข้อจำกัดด้านเทคนิค ฝ่ายสารสนเทศจึงได้เริ่มพัฒนา Application และ Web Services โดยมีการ Run แบบ Docker Container ซึ่งเป็นเทคโนโลยีใหม่ โดยแผนที่จะปรับปรุงให้โครงการในปัจจุบันและโครงการ New HIS	2. ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลให้บริการได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 99 ของระยะเวลาให้บริการทั้งหมด >> ต่อเนื่องจากปี 2561	ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลให้บริการได้ 99.64																

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562																							
Cluster	Item code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการเหตุการณ์การควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR)	ผลจัดการเพื่อตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR) (รวม)	ระดับความเสี่ยง									สรุปผลการจัดการความเสี่ยง (รวม)				สรุปหมายเหตุ			
							ประเมิน			ติดตามครั้งที่ 1			ติดตามครั้งที่ 2			ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเปลี่ยนแปลงความเสี่ยง				
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ		โอกาสเกิด	ผลกระทบ		โอกาสเกิด	ผลกระทบ							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	
								ด้าน	ระดับ		ด้าน	ระดับ		ด้าน	ระดับ							ด้าน	ระดับ
								ระดับความเสี่ยง			ระดับความเสี่ยง			ระดับความเสี่ยง								ระดับความเสี่ยง	
Professional Service	SIU	ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2556)	3. ดำเนินการจัดทำ DR Site ในส่วนของ Database ในงบประมาณ 2562	อยู่ระหว่างดำเนินงานจัดทำ TOR เพื่อจัดทำระบบสำรอง (Disaster Recovery Site) ในกรณีเกิดเหตุการณ์ระบบล่ม โดยจะดำเนินการกับระบบให้บริกรผู้ช่วย ประกอบด้วยส่วนที่เป็นฐานข้อมูล 3 ระบบ ดังนี้ 1. ฐานข้อมูล FoxPro (GWI Server) 2. ฐานข้อมูล Microsoft SQL Server 3. ฐานข้อมูล Oracle ได้รับการอนุมัติเรียบร้อยแล้ว และได้ดำเนินการพิจารณาเปิดของเมื่อเดือนสิงหาคมที่ผ่านมา โดยมีผู้ยื่นเสนอราคา 1 ราย ซึ่งผลการพิจารณาจากคณะกรรมการผู้ยื่นเสนอราคาไม่ผ่านการพิจารณาด้านเทคนิค ทำให้ไม่สามารถดำเนินการภายในปีงบประมาณ 2562 ได้ ซึ่งในงบประมาณ 2563 ได้มีแผนที่จะปรับปรุง TOR ให้เป็นปัจจุบันเพื่อตอบสนองเทคโนโลยีที่ก้าวไปข้างหน้า และจะดำเนินการเปิดให้ผู้สนใจเข้ามายื่นเสนอราคาอีกครั้ง	3. ระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนคือ Incidentเฉลี่ยไม่เกิน 25 นาที	ระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนคือ Incident 159.3	4	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3			

ฐานข้อมูล ผลการจัดการ ความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562																												
Cluster	Item code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR)	ผลจัดการ เพื่อตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR) (รวม)	ระดับความเสี่ยง									สรุปผลจัดการความเสี่ยง (รวม)				สรุปหมายเหตุ								
							ประเมิน			ติดตามครั้งที่ 1			ติดตามครั้งที่ 2			ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลจัดการกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความเสี่ยงลดลง และป้องกันการเกิดซ้ำ									
โอกาสเกิด	ผลกระทบด้าน	ระดับ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบด้าน	ระดับ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบด้าน	ระดับ	ระดับความเสี่ยง	ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลจัดการกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความเสี่ยงลดลง และป้องกันการเกิดซ้ำ													
Professional Service	SMU	ระบบสารสนเทศที่โรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้รับความช่วยเหลือจากผู้ให้บริการ (2556)	4. ปรับปรุง Facilities ของ Data Center ภายในคณะ	อยู่ระหว่างดำเนินการ	4. ร้อยละของเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ติดฉนวน รม และโดยฉนวนหนึ่ง ไม่น้อยกว่า 1.5	ร้อยละของเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ติดฉนวน รม และโดยฉนวนหนึ่ง 0.92	4	1.2	2	3	3	4	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพปานกลาง	ผลจัดการกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ความเสี่ยงลดลง และป้องกันการเกิดซ้ำ เป็นความเสี่ยงที่ถือเป็นปกติ	เปลี่ยนต้นตอจาก ประสิทธิภาพดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เป็นชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กรความพึงพอใจของผู้รับบริการ



ฐานข้อมูล ผลการจัดการ ความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562																											
Cluster	Area code	ความเสี่ยง	กิจกรรมควบคุม	ผลการจัดการความเสี่ยง การควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR)	ผลการจัดการ ตัวชี้วัดชี้วัด ความเสี่ยง (KR) (รวม)	ระดับความเสี่ยง									สรุปผลการจัดการความเสี่ยง (รวม)				สรุปหมายเหตุ							
							ประเมิน			ติดตามครั้งที่ 1			ติดตามครั้งที่ 2			ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความเสี่ยงคงเหลือ								
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง												
							ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน						หลัง						
Professional Service	SU0	ระบบสารสนเทศที่รักษาภายใต้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (2556)	5. ปรับปรุงกระบวนการอัปเดต Patch ของระบบปฏิบัติการและซอฟต์แวร์ต่างๆ ของทั้ง Server and Client ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น	อยู่ระหว่างดำเนินงาน ฝ่ายสารสนเทศมีการอัปเดตระบบปฏิบัติการที่ระบบตามแผนงาน ฝ่ายสารสนเทศจะทำการอัปเดต Patch ของระบบปฏิบัติการและซอฟต์แวร์ต่างๆ ของทั้ง Server และ Client โดยเมื่อวันที่ 18 กันยายน 2562 ได้มีประชุม Vendor และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงถึงขั้นตอนการทำงาน โดยให้ Vendor ส่งแผนเพื่อดำเนินการอัปเดต Patch ในวันปีระบบแต่ละครั้ง และฝ่ายสารสนเทศจะเข้าไปตรวจสอบการอัปเดต Patch ของ Vendor เป็นระยะๆ	5. ร้อยละของการ Deploy ซอฟต์แวร์ที่มีข้อผิดพลาดจนใช้การไม่ได้หรือกระทบการให้บริการอย่างมีนัยสำคัญ ไม่เกินร้อยละ 10	ร้อยละของการ Deploy ซอฟต์แวร์ที่มีข้อผิดพลาดจนใช้การไม่ได้หรือกระทบการให้บริการอย่างมีนัยสำคัญ 7.14	4	2	4	3	1.2 ประสิทธิภาพของระบบคอมพิวเตอร์ไม่ติดขัด	2	2	3	1.2 ประสิทธิภาพของระบบคอมพิวเตอร์ไม่ติดขัด	2	3	3.4 ขึ้นชื่อและภาพลักษณ์องค์กรที่ดีของผู้ให้บริการ	3	4	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ความเสี่ยงคงเหลือ และเป็นความเสี่ยงที่ต้องเป็นความสนใจของผู้รับบริการ	ความเสี่ยงคงเหลือ และเป็นความเสี่ยงที่ต้องเป็นความสนใจของผู้รับบริการ	เปลี่ยนต้นตอผลกระทบ ประสิทธิภาพดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เป็นชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กรความพึงพอใจของผู้รับบริการ	
			6. ทบทวนกระบวนการวิเคราะห์ต้นทุนจากอีเลิฟเวอรี่	อยู่ระหว่างดำเนินงาน การกำหนดนโยบายจากผู้บริหารในการมีระบบควบคุมต้นทุน โดยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทำการติดตามข่าวสารกับคู่ค้าอย่างใกล้ชิด ซึ่งเจ้าหน้าที่หน่วยงานระบบและความปลอดภัยสารสนเทศได้รับข้อมูลข่าวสารจากทีม Cybersecurity อย่างต่อเนื่อง และยังอยู่ระหว่างทบทวนกระบวนการติดตามข่าวสารและสื่อสารให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น	6. การตรวจสอบจำนวนพื้นที่เก็บข้อมูลของเครื่องแม่ข่ายแล้วพบว่ามีพื้นที่เก็บข้อมูลต่ำกว่า 10% เป็น 0 ครั้ง	การตรวจสอบจำนวนพื้นที่เก็บข้อมูลของเครื่องแม่ข่ายแล้วพบว่ามีพื้นที่เก็บข้อมูลต่ำกว่า 10% 20 ครั้ง																					
			7. ทบทวนกระบวนการและดำเนินการตามกระบวนการมาตรฐานด้านการพัฒนาซอฟต์แวร์ (CMMI) ให้ครอบคลุม	อยู่ระหว่างดำเนินงาน มีการประชุมทีม Software Engineering Process Group (SEPG) ทุกเดือน เพื่อทบทวนกระบวนการด้านการพัฒนาซอฟต์แวร์ และวางแผนปรับปรุงกระบวนการทำงานให้เหมาะสมอยู่เสมอ โดยทีม Software Process Improvement และ Process Owner ที่เกี่ยวข้องดำเนินการปรับปรุงกระบวนการร่วมกับ อ. พ. นวนรรณ อธิษัณห์พันธุ์ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายสารสนเทศ และประธาน SEPG โดยในไตรมาสที่ 3 ได้จัดทำกระบวนการ Supplier Agreement Management เสร็จสิ้น ซึ่งเป็นกระบวนการในการบริหารจัดการ Vendor ปัจจุบันอยู่ระหว่างทบทวนกระบวนการ ซึ่งต้องมีการทบทวนและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง																							

ฐานข้อมูล ผลการจัดการ ความเสี่ยงประจำงบประมาณ 2562																								
Customer	Item code	ความเสี่ยง	กิจกรรมควบคุม	ผลการจัดการกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR)	ผลการจัดการ ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR) (รวม)	ระดับความเสี่ยง									สรุปผลการจัดการความเสี่ยง (รวม)				สรุปหมายเหตุ				
							ประเมิน			ติดตามครั้งที่ 1			ติดตามครั้งที่ 2			ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการเป็นตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนไหวของความเสี่ยง					
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง									
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง									
Professional Service	SI1	ระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าภายในคณะฯ แต่จะอยู่ได้ตามความต้องการ (2559)	1. ทบทวนการพัฒนากระบวนการพัฒนาซอฟต์แวร์ของระบบสารสนเทศของคณะฯ 2. มีการทบทวนและการใช้กระบวนการตามมาตรฐานการพัฒนาระบบ (CMMI) 2.1 กำหนด Stakeholders และ Business Owner ให้ชัดเจนในระหว่างการจัดทำโครงการ และทำการยืนยันความต้องการ (Requirement) กับ Stakeholders และ Business Owner ให้ครบถ้วน 2.2 เอกสาร TOR ต้องได้รับการทบทวนและอนุมัติจาก Business Owner และผู้เกี่ยวข้อง 2.3 กระบวนการทดสอบระบบโดยผู้ใช้งาน (User Acceptance Test) เพื่อให้มั่นใจว่าระบบที่พัฒนาตรงตามกระบวนการทางธุรกิจ (Business Process) และความต้องการของผู้ใช้งานที่ได้กำหนดไว้ (Requirements) ก่อนนำระบบขึ้นสู่การใช้งานจริง	อยู่ระหว่างดำเนินงาน กระบวนการนี้ครอบคลุมการพัฒนากระบวนการพัฒนาระบบสารสนเทศและเฟรมเวิร์ก ทำให้งานปรับปรุงระบบสารสนเทศไม่ได้เข้าสู่กระบวนการ CMMI ซึ่งคณะทำงานบริหารปัญหา และปัจจุบันมีแนวทางปรับปรุงกระบวนการให้ครอบคลุมลักษณะงานทั้งหมด เพื่อให้ทุกงานเข้าสู่กระบวนการ CMMI	1. จำนวน Project พัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาลที่ดำเนินการตามกระบวนการ CMMI Process ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ของทั้งหมด	จำนวน Project พัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาลที่ดำเนินการตามกระบวนการ CMMI Process ร้อยละ 71	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการเป็นตัวชี้วัดความเสี่ยง ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ความเสี่ยงสูง และเป็นความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง	เมื่อระบบสารสนเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าภายในคณะฯ คณะฯ ต้องการ (พิจารณาทั้ง New Project และ Change Product) (2559)  เป็นต้นแบบระบบจากประสิทธิภาพด้านงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เป็นชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กรความพึงพอใจของผู้รับบริการ
<p>อยู่ระหว่างดำเนินงาน</p> <p>1. มีการกำหนด Stakeholder และ Business Owner ในการจัดทำโครงการอย่างชัดเจน เพื่อเป็นการสื่อสารให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่ต้องดำเนินการในโครงการนี้</p> <p>2. โครงการ CPOE v2.4 และ Dashboard Medication Receive เอกสาร TOR ได้รับการทบทวนจากผู้เกี่ยวข้องและตัวแทนผู้ปฏิบัติงาน และมีการประชุมร่วมกันกับผู้เกี่ยวข้องและ Business Owner หรือตัวแทนตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ แต่ยังไม่ได้อนุมัติจาก Business Owner เนื่องจากในระหว่างการพัฒนาหรือร่วมดำเนินการปรับปรุงเนื้อหาของเอกสารอย่างต่อเนื่อง และผู้บริหารมีมติให้ระงับโครงการ จึงให้เอกสาร TOR ฉบับร่างที่ยังไม่ผ่านการอนุมัติจาก Business Owner ในการพัฒนาเพื่อให้นำไปใช้ตามที่กำหนด ซึ่งปัจจุบันยังไม่จัดทำเอกสาร TOR ฉบับสมบูรณ์เสร็จเรียบร้อยแล้ว โดยอยู่ระหว่างติดตามเอกสาร TOR ฉบับสมบูรณ์จาก Business Owner</p> <p>โครงการ Queue (ในคู่มือโครงการ CPOE v2.4) เอกสาร TOR ได้รับการทบทวนและอนุมัติจาก Business Owner แล้ว รวมถึงมีการประชุมร่วมกันผู้เกี่ยวข้องตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ แต่เนื่องจาก Business Owner ที่ดูแลใน Queue มีรายชื่อเป็น Stakeholder ของโครงการ CPOE v2.4 ทำให้ไม่สามารถให้ Business Owner ของโครงการ Queue ลงนามได้ โดยอยู่ระหว่างหารือแนวทางร่วมกับ PPOA ในการกำหนดผู้ลงนาม Business Owner ของโครงการ Queue</p> <p>โครงการ Lab Catalogue เอกสาร TOR ได้รับการทบทวนจากผู้เกี่ยวข้องและตัวแทนผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งผ่านการประชุมกับผู้เกี่ยวข้องและ Business Owner หรือตัวแทน ตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ แต่ยังไม่ได้อนุมัติจาก Business Owner เนื่องจากในระหว่างการพัฒนาหรือร่วมดำเนินการปรับปรุงเนื้อหาของเอกสารอย่างต่อเนื่อง และผู้ที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบรายการถึงจัดทำรายการ พบจากกรณีการยกเลิกอย่างกะทันหัน ผู้บริหารจึงมีมติให้เร่งพัฒนาโดยอนุมัติให้ข้ามกระบวนการทางด้านการสื่อสารเพื่อให้ระบบติดตั้งใช้งานได้ตามกำหนดเวลา และได้ดำเนินการจัดทำเอกสารที่เกี่ยวข้องภายหลังจากระบบที่ปรับปรุงใช้งานมีเสถียรภาพแล้วระดับหนึ่ง</p> <p>3. โครงการ CPOE v2.4 มีการทดสอบระบบร่วมกับผู้ใช้งาน (User Acceptance Test) โดยหลังจากที่มีการทดสอบระบบที่ผู้ใช้งานจริง เนื่องจากผู้บริหารเห็นว่าระบบมีความพร้อมในระดับหนึ่งจึงมีการ UAT ร่วมกับทีมหลักแล้วจึงให้ดำเนินการ Road Show ให้แพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องทราบในการใช้งานระบบ CPOE v2.4 และลงความเห็นว่าจะสามารถติดตั้งระบบได้ โดยให้ทีมเอกสารดูแลรูปแบบ พร้อมลงนามโดย Business Owner ภายหลัง</p> <p>โครงการ Dashboard Medication Receive มีการทดสอบระบบร่วมกับผู้ใช้งาน (User Acceptance Test) ก่อนนำระบบขึ้นสู่การใช้งานจริง และมีเอกสารการทดสอบรายการ โดยประกอบด้วยรายชื่อผู้เข้าร่วม UAT ซึ่งยังไม่ได้รับการลงนามจาก Business Owner</p> <p>โครงการ Queue มีการทดสอบระบบร่วมกับผู้ใช้งาน (User Acceptance Test) ก่อนนำระบบขึ้นสู่การใช้งานจริง และมีเอกสารการทดสอบรายการ โดยประกอบด้วยรายชื่อผู้เข้าร่วม UAT ซึ่งยังไม่ได้รับการลงนามจาก Business Owner เนื่องจาก Business Owner ที่ดูแลใน Queue มีรายชื่อเป็น Stakeholder ของโครงการ CPOE v2.4 ทำให้ไม่สามารถให้ Business Owner ของโครงการ Queue ลงนามได้ โดยอยู่ระหว่างหารือแนวทางร่วมกับ PPOA ในการกำหนดผู้ลงนาม Business Owner ของโครงการ Queue</p>																								
3. กระบวนการบริหารจัดการโครงการโดยผู้บริหารโครงการประชุมร่วมกับ Business Owner เพื่อรายงานความคืบหน้าและปรับแก้ร่วมกันเป็นระยะๆ	อยู่ระหว่างดำเนินงาน มีการประชุมร่วมกับผู้บริหารโครงการกับ Business Owner เพื่อรายงานความคืบหน้าของโครงการดำเนินงาน ความเสี่ยง ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ รวมถึงแผนการดำเนินงานในลำดับถัดไป โดยการนัดประชุมร่วมกับ Business Owner ขึ้นอยู่กับแผนงานของแต่ละโครงการ	3. ร้อยละของระบบที่พัฒนาได้รับการยอมรับจากผู้ใช้งานในกระบวนการ UAT ร้อยละ 100	ระบบที่พัฒนาได้รับการยอมรับจากผู้ใช้งานในกระบวนการ UAT ร้อยละ 80																					
4. ทบทวนและปรับปรุงกระบวนการสรรหาและพัฒนาบุคลากรของฝ่ายสารสนเทศให้มีความพึงพอใจต่อการตอบสนองและมีคุณภาพตามความต้องการ (Requirements) ในการพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาล	อยู่ระหว่างดำเนินงาน ดำเนินการประเมินทักษะของบุคลากรในฝ่ายสารสนเทศเป็นประจำทุกปี พร้อมทั้งจัดทำแผนการฝึกอบรมประจำปี โดยแผนการฝึกอบรมจะสอดคล้องกับทักษะที่ควรพัฒนา เพื่อเสริมสร้างทักษะประจำปีในการพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาล	4. ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้งานในคณะฯ ต่อระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ด้านการตอบสนองทางธุรกิจ (Business Responsiveness) ได้รับคะแนนไม่น้อยกว่า 4 (เต็ม 5) >>>ต่อเนื่องจากปี 2560	แบบสอบถามความพึงพอใจอยู่ในระหว่างการทบทวน โดยผู้ช่วยคณบดีฝ่ายสารสนเทศ																					

ฐานข้อมูล ผลการจัดการ ความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562																							
Cluster	Area code	ความเสี่ยง	กิจกรรมควบคุม	ผลการจัดการกิจกรรม ควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR)	ผลการจัดการ ตัวชี้วัด ความเสี่ยง (KR) (รวม)	ระดับความเสี่ยง									สรุปผลการจัดการความเสี่ยง (รวม)				สรุปหมายเหตุ			
							ประเมิน			ติดตามครั้งที่ 1			ติดตามครั้งที่ 2			ความสามารถในการ จัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของ กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการกับ ตัวชี้วัดความเสี่ยง	ความเสี่ยงที่ลดลง ความเสี่ยง				
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ								
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ								
Professional Service	ตามแผน OIZ	มีเอกสารที่จะดูแลมีข้อมูล ผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับ (2558)	1. ทบทวนกระบวนการกำหนดและแก้ไขสิทธิ์ผู้ใช้งาน ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Role-Based Access Control)	อยู่ระหว่างดำเนินงาน มีการกำหนดนโยบายในทางบวก ระบบการแก้ไขสิทธิ์ผู้ใช้งานระบบสารสนเทศโดยมี แผนปรับปรุงในโครงการ New HIS - มีการประชุมจัดทำ Flow การบริหารจัดการหรือ บุคลากรระหว่างฝ่ายสารสนเทศ ฝ่ายวิทยากรบุคคล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และฝ่าย การศึกษา เพื่อเป็นแนวทางการปรับโครงสร้างข้อมูล Role Code บุคลากร และการบริหารจัดการข้อมูล นักศึกษา ให้มีการจัดการเรื่อง User Account และสิทธิ การใช้งานที่เหมาะสมยิ่งขึ้น	1. ร้อยละของผู้ใช้งานที่ลาออกหรือมีการเปลี่ยนแปลง บทบาทและไม่ควรมีสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูลความลับแต่ ยังมีสิทธิ์เข้าถึง เป็นร้อยละ 0	ร้อยละของผู้ใช้งานที่ลาออกหรือมีการเปลี่ยนแปลง บทบาทและไม่ควรมีสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูลความลับแต่ ยังมีสิทธิ์เข้าถึง เป็น 0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยง ได้เป็นความเสี่ยงที่ไม่ สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง	กิจกรรมการควบคุมมี ประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการกับ ตัวชี้วัดความเสี่ยง ไม่ได้ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ความเสี่ยงสูงที่ และยก เป็นความเสี่ยงที่ต้องไป หรือข้อมูลความลับ จนถึงผลกระทบด้าน สลบต่อชื่อเสียงของคณะ ฯ(2558)	เดิมคือ มีโอกาสที่จะถูกละเมิดข้อมูลผู้ป่วย
			2. จัดฝึกอบรม Security Awareness Training ให้ บุคลากรในคณะฯ ที่ยังไม่เคยเข้ารับการอบรมในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา	อยู่ระหว่างดำเนินงาน จัดทำโครงการอบรม Security Awareness Training ให้กับบุคลากรใหม่และบุคลากรในคณะใน ปีงบประมาณ 2563 ซึ่งได้เรียนรู้นักศึกษาฝ่ายทรัพยากร บุคคลเรียบร้อยแล้ว	2. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการอบรม Security Awareness Training ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของบุคลากรทั้งหมด	ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการอบรม Security Awareness Training ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ร้อย ละ 39.15 (ไม่นับรวมบุคลากรที่เข้ารับการอบรมแล้ว ลาออกจากงานไปแล้วเทียบกับจำนวนบุคลากรปัจจุบัน)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3					
			3. ปรับปรุงกระบวนการอัปเดต Patch ของ ระบบปฏิบัติการและซอฟต์แวร์ต่างๆ ของทั้ง Server and Client ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น	อยู่ระหว่างดำเนินงาน ฝ่ายสารสนเทศมีการอัปเดตระบบปีละ 6 ครั้ง โดยมี การปิดระบบทั้งการอัปเดต Patch ของ ระบบปฏิบัติการและซอฟต์แวร์ต่างๆ ของทั้ง Server และ Client โดยเมื่อวันที่ 18 กันยายน 2562 ได้ติด ประชุม Vendor และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อแจ้งถึงขั้นตอน การทำงาน โดยให้ Vendor ส่งแผน เพื่อดำเนินการอัปเดต Patch ในวันที่ระบบแต่ละครั้ง และฝ่าย สารสนเทศจะไม่ตรวจสอบการอัปเดต Patch ของ Vendor เป็นระยะๆ	3. ร้อยละของเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ติดตั้งแล้ว ณ ขณะใด หนึ่งไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5	ร้อยละของเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ติดตั้งแล้ว ณ ขณะใด หนึ่ง 92	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3					
			4. ทบทวนกระบวนการเฝ้าระวังภัยคุกคามจากอินเทอร์เน็ต	อยู่ระหว่างดำเนินงาน การกำหนดนโยบายจากผู้บริหารในการเฝ้าระวังภัย คุกคามจากอินเทอร์เน็ต โดยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทำการติดตาม ข่าวสารภัยคุกคามอย่างใกล้ชิด ซึ่งงานโครงสร้าง พื้นฐานสารสนเทศได้ติดต่อผู้เชี่ยวชาญจากกลุ่ม Cybersecurity อย่างต่อเนื่อง	4. จำนวนการเกิดแฮกข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับ ต้องเท่ากับ 0 ครั้งต่อปี	จำนวนการเกิดแฮกข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับ ต้อง เท่ากับ 0 ครั้งต่อปี เป็น 1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3					
			5. ทบทวนกระบวนการขอรายงานข้อมูลจากระบบ สารสนเทศ	อยู่ระหว่างดำเนินงาน ได้มีการทบทวนกระบวนการขอข้อมูลจากระบบ สารสนเทศ ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูล ส่วนบุคคลและมาตรฐานจริยธรรมวิจัย นอกจากนี้ได้ พัฒนาโปรแกรมขอข้อมูลผ่านทางระบบออนไลน์ Version 3.0 เรียบร้อยแล้ว ซึ่งอยู่ในระหว่างดำเนินการ ประชาสัมพันธ์ต่อแพทย์ประจำกรม			3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3					

ฐานข้อมูล ผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562																				
Case	Item code	ความเสี่ยง	กิจกรรมควบคุม	ผลการจัดการกิจกรรม ควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR)	ผลจัดการ ควบคุมตัวชี้วัด ความเสี่ยง (KR) (รวม)	ระดับความเสี่ยง									สรุปผลจัดการความเสี่ยง (รวม)				สรุปหมายเหตุ
							ประเมิน			ติดตามครั้งที่ 1			ติดตามครั้งที่ 2			ความสามารถในการ จัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของ กิจกรรมควบคุม	ผลจัดการกับ ตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเตือนเชิงจรรยา วิชาชีพ	
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ		โอกาสเกิด	ผลกระทบ		โอกาสเกิด	ผลกระทบ						
								ด้าน ความเสี่ยง	ระดับ ความเสี่ยง		ด้าน ความเสี่ยง	ระดับ ความเสี่ยง		ด้าน ความเสี่ยง	ระดับ ความเสี่ยง					
Professional Service	514	ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญและ จำเป็นต่อวางแผนหรือการบริหารภายในคณะฯ ไม่ ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ครอบคลุม (2560)	1. ทบทวนกระบวนการกำหนดนิยามของข้อมูลสารสนเทศที่เป็นมาตรฐาน  2. ทบทวนการสื่อสารเกี่ยวกับนิยามของข้อมูลระหว่าง ผู้พัฒนาระบบ ผู้ประมวลผลข้อมูลและผู้ใช้ข้อมูล  3. ทบทวนกระบวนการกำหนดความต้องการด้านการใช้ข้อมูล (Secondary Data Use) ในการพัฒนาระบบสารสนเทศ เช่น การพัฒนา New HIS	อยู่ระหว่างดำเนินการ มีการจัดทำ Power BI Dashboard ซึ่งมีข้อมูลอยู่หลากหลาย และอยู่ระหว่างดำเนินการกำหนดนิยามของตัวชี้วัดกำกับในแต่ละ Dashboard เพิ่มเติม	1. ผู้บริหารในพันธกิจที่เกี่ยวข้อง มีความมั่นใจต่อความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลสารสนเทศที่จะนำไปใช้ในกระบวนการบริหารงานเฉลี่ยไม่น้อยกว่าระดับ 4 จากคะแนนเต็ม 5	อยู่ระหว่างทบทวนแบบสอบถามประจำปีโดยผู้ช่วย คณบดีฝ่ายสารสนเทศ	3	2	ปานกลาง	3	2	ปานกลาง	3	2	ปานกลาง	สามารถจัดการความเสี่ยง ได้เป็นความเสี่ยง ที่ยอมรับได้	กิจกรรมการควบคุมมี ประสิทธิภาพปานกลาง	ผลจัดการกับ ตัวชี้วัดความเสี่ยง ยังไม่ สามารถระบุได้อยู่ ระหว่างการเก็บข้อมูล	ความเสี่ยงสูงที่ และยก เป็นความเสี่ยงที่ต้องไป	ไม่มี
					อยู่ระหว่างดำเนินการ ประชุมร่วมกับระหว่างผู้พัฒนา ระบบ ผู้ประมวลผล ข้อมูล และผู้ใช้ข้อมูล เมื่อมีการ Implement Program ใหม่ได้มีการร่วมประชุมกับคณะกรรมการต่างๆ และ CLT ภาควิชา	2. กำหนดนิยามของข้อมูลในคณะฯ ได้ตามแผนที่กำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80														
					อยู่ระหว่างดำเนินการ ไม่มีการพัฒนา ระบบ New HIS โดยยอนการพัฒนาต้องคำนึงถึง Requirements ด้าน Data Reporting and Analytics (Secondary Data Use) (อ้างอิงการปรับปรุง กระบวนการพัฒนาซอฟต์แวร์ตามมาตรฐาน CMMI)	3. ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องได้รับการแก้ไขหลังจากที่ได้รับแจ้ง ตามกำหนดมากกว่าร้อยละ 95 >>ต่อเนื่องจากปี 2560 กำหนด ร้อยละ 100														
					4. ข้อมูลที่ผ่านการพิจารณาให้นำเข้าสู่ Data Warehouse สามารถดำเนินการได้ตามกำหนด มากกว่าร้อยละ 80 >>ต่อเนื่องจากปี 2560	ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องได้รับการแก้ไขหลังจากที่ได้รับแจ้ง ตามกำหนด ร้อยละ 90														
Professional Service	514	ขาดระบบการสำรองข้อมูล (Successor) ด้านการบริหาร ระดับต้นและระดับกลาง (ตาม เกณฑ์มหาวิทยาลัย) ที่เหมาะสม และคณะกรรมการประจำคณะฯ เพื่อพิจารณาเห็นชอบ	นำเสนอ "ร่าง" ตำแหน่งที่สำคัญเพื่อเตรียมผู้สืบทอด รวมถึงเกณฑ์การคัดเลือกผู้สืบทอดและแผนการพัฒนาบุคลากรที่ได้รับคัดเลือกเป็น Talent ผ่านองค์คณะฯ ที่กำกับดูแลพันธกิจสนับสนุนต่อการบริหารคณะฯ และคณะกรรมการประจำคณะฯ เพื่อพิจารณาเห็นชอบ	ดำเนินการแล้วเสร็จ (ประสิทธิภาพดี)	1. กำหนดให้หน่วยงานจัดทำแผนบุคลากร (People Plan) ของหน่วยงานโดยให้ระบุรายละเอียด คือ ก) แผน Successor - ตำแหน่งที่สำคัญเพื่อเตรียมผู้ สืบทอด ข) แนวทางการพัฒนาหรือเพิ่มบุคลากรให้หรือ ค) ดำรงตำแหน่ง 2. มีจำนวน 10 หน่วยงานที่ส่งข้อมูลแล้ว	ติดตามการส่งแผนบุคลากรประจำปี (People Plan) ของหน่วยงานที่ไม่ส่งข้อมูล ระบุข้อมูลทั้งหมดใน ตำแหน่งที่สำคัญเพื่อเตรียมผู้สืบทอดและจัดทำบันทึบ Successor ภาพรวมของหน่วยงานที่ดำเนินการแล้ววัด เป็น ร้อยละ 62.50	4	3	สูงมาก	4	3	สูงมาก	2	2	ปานกลาง	สามารถจัดการความ เสี่ยงได้เป็นความเสี่ยง ที่ยอมรับได้	กิจกรรมการควบคุมมี ประสิทธิภาพดี	ผลจัดการกับ ตัวชี้วัดความเสี่ยง ยังไม่ สามารถระบุได้อยู่ ระหว่างการเก็บข้อมูล	ความเสี่ยงตลง และยก เป็นความเสี่ยงที่ต้องไป	

ฐานข้อมูล ผลการจัดการ ความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562																									
Cluster	ทีม	ความเสี่ยง	กิจกรรมควบคุม	ผลการจัดการกิจกรรม ควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR)	ผลการจัดการ ควบคุมตัวชี้วัด ความเสี่ยง (KR) (รวม)	ระดับความเสี่ยง										สรุปผลการจัดการความเสี่ยง (รวม)				สรุปหมายเหตุ				
							ประเมิน				ติดตามครั้งที่ 1			ติดตามครั้งที่ 2			ความสามารถในการ จัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของ กิจกรรมควบคุม	ผลการจัดการ ควบคุมตัวชี้วัด ความเสี่ยง	การเคลื่อนที่ของ ความเสี่ยง					
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ		ระดับ ความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ		ระดับ ความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ						ระดับ ความเสี่ยง			
								สูง	ระดับ			สูง	ระดับ			สูง	ระดับ								
Professional Service	ส่วนปฏิบัติการ	S13	บุคลากรในคณะฯ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (2560)	1. ร่วมวางแผนการดำเนินงานเชิงนโยบายสุขภาพของคณะฯ เช่น Healthy break & Healthy food (ดำเนินการต่อจากปีงบประมาณ 2561)	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง) ซึ่งลงดำเนินการตามนโยบายของคณะฯ ในด้านการจัดการอาหารลดหวาน มัน เค็ม เพื่อพัฒนาทัศนแบบโรงพยาบาลในด้านบริการอาหารสุขภาพ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลือกรับโภชนาการสุขภาพ รวมทั้งสร้างกระแสให้ประชาชนรับรู้ว่าและหันมาเลือกบริโภคอาหารสุขภาพลดหวาน มัน เค็ม	1. จำนวนบุคลากรที่ตอบสนองสำรวจสุขภาพบุคลากร ร้อยละ 80	ไม่มีผลการดำเนินงาน ในช่วงการติดตามครั้งที่ 2 เนื่องจากฝ่ายทรัพยากรบุคคลได้ปรับระบบการออกแบบสำรวจสุขภาพบุคลากร ตั้งแต่ปลายเดือนมิถุนายน 2562 มีข้อมูลเพียงการติดตามครั้งที่ 1 ซึ่งไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดแต่ไม่สามารถสรุปภาพรวมทั้งจังหวัดได้ตามเป้าหมายหรือไม่	3	2	ปานกลาง	3	2	ปานกลาง	.	.	.	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ	กิจกรรมการควบคุม	ยังไม่สามารถประเมินได้	ความเสี่ยงลดลง และหลุดจากตารางความเสี่ยง					
				2. จัดกิจกรรมสนับสนุนที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ เช่น โครงการวิ่งต้น 60 นาที เพื่อสุขภาพในอนาคตรวมถึง ๓๓ เลิกบุหรี่ โครงการบุคลากรเลิกบุหรี่ ฯลฯ (ดำเนินการต่อจากปีงบประมาณ 2561)	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง) 1. โครงการ เริ่มต้น 60 นาที เพื่อสุขภาพในอนาคตรวมถึง ๓๓ เลิกบุหรี่ โครงการบุคลากรเลิกบุหรี่ ฯลฯ (ดำเนินการต่อเนื่อง) 2. โครงการ รวมนำวิ่ง ๓๓ เลิกบุหรี่ ถึงลงดำเนินการต่อเนื่อง 3. โครงการ บุคลากรเลิกบุหรี่ ประจำปีงบประมาณ 2562 ถึงลงดำเนินการต่อเนื่อง 4. โครงการ ยืนยันถึงไม่ทำไม่ต้องแล้ว ถึงลงดำเนินการต่อเนื่อง 5. กิจกรรมลดหวานมันเค็มสุขภาพ ให้ความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงถึงลงดำเนินการต่อเนื่อง	2. จำนวนบุคลากรที่ไม่ได้ออกกำลังกายไม่เกินร้อยละ 50																			
				3. ร่วมประชุมและร่วมวางแผนงานในคณะและบุคลากร สร้างเสริมสุขภาพบุคลากร	ยังไม่ดำเนินการ มีการประชุมคณะกรรมการสุขภาพบุคลากร เพื่อวางแผนการตรวจสุขภาพประจำปีและแนวทางการนำข้อมูลการตรวจสุขภาพมาใช้ประโยชน์ ในการพัฒนาการดูแลสุขภาพบุคลากร	3. จำนวนบุคลากรที่สูบบุหรี่ ไม่เกินร้อยละ 1																			
						4. จำนวนบุคลากรที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) > 25 ไม่นเกินร้อยละ 10																			

ฐานข้อมูล ผลการจัดการ ความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562																					
Cluster	Form code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR)	ผลการจัดการ ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR) (รวม)	ระดับความเสี่ยง									สรุปผลการจัดการความเสี่ยง (รวม)				สรุปหมายเหตุ	
							ประเมิน			ติดตามครั้งที่ 1			ติดตามครั้งที่ 2								
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ		โอกาสเกิด	ผลกระทบ		โอกาสเกิด	ผลกระทบ							
								ด้าน	ระดับ		ด้าน	ระดับ		ด้าน	ระดับ						
Professional Service	บริการด้าน OIB	ขาดการจัดการด้านสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ (2560)	1. จัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์บุคลากรภายในคณะฯ ได้รับทราบถึงระบบการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉิน 2. จัดทำกิจกรรมสำรวจการรับรู้ระบบการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินของบุคลากรภายในคณะฯ ผ่านการตอบแบบสอบถาม	ยกเลิกกิจกรรมนี้ เนื่องจากมีการปรับกิจกรรมการดำเนินงานใหม่ทั้งหมดให้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลง ซึ่งกิจกรรมจะเริ่มต้นดำเนินการในเดือนมีนาคม 2563  ยกเลิกกิจกรรมนี้ เนื่องจากมีการปรับกิจกรรมการดำเนินงานใหม่ทั้งหมดให้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลง ซึ่งกิจกรรมจะเริ่มต้นดำเนินการในเดือนมีนาคม 2563	ร้อยละ 80 ของบุคลากรทราบถึงขั้นตอนการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องและเป็นระบบ	ไม่มีข้อมูล	2	4	4	2	4	4	2	4	4	4	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพต่ำ	ผลการจัดการมีเป็นตัวชี้วัดความเสี่ยง ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ความเสี่ยงสูงที่ และยกเป็นความเสี่ยงที่ต้องไป	ยกเลิกกิจกรรมนี้ เนื่องจากมีการปรับกิจกรรมการดำเนินงานและตัวชี้วัดความเสี่ยงใหม่ทั้งหมดให้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลง ซึ่งกิจกรรมจะเริ่มต้นดำเนินการในเดือนมีนาคม 2563 กิจกรรมเสี่ยงจึงไม่ได้ดำเนินการต่อและไม่มีข้อมูลการดำเนินงานรวมทั้งตัวชี้วัดความเสี่ยง
Professional Service	บริการด้าน SIT	ขาดการสนับสนุนด้านการสร้างรหัสเชิงรุก (2560)	1. กำหนดแผน IDP (Individual Development Plan) สำหรับตำแหน่งงานหลักที่จะรับภาระดำเนินงานพันธกิจเชิงรุก (ต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2560)	1. ดำเนินการภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยดำเนินการแล้วเสร็จวันที่ 30 กันยายน 2562	1. ความสำเร็จของแผนการดำเนินงานพันธกิจเชิงรุกต่ำกว่าร้อยละ 90 ต่อปีงบประมาณ ของแผนการดำเนินงานเชิงรุกตามภาระงานทั้งหมด	ได้มีการดำเนินงานเชิงรุกในกรุงเทพมหานคร ดำเนินงานเชิงรุก ของพันธกิจวิชาการและวัฒนธรรม คิดเป็นร้อยละ 100	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการมีเป็นตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ยกเลิกความเสี่ยง	
Professional Service	การสนับสนุนวิชาการ	ความเสียหายที่เกิดจากระบบการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล (2561)	1. ประสานงานกับฝ่ายสารสนเทศเพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูล การส่งข้อมูลมายังระบบจัดเก็บค่ารักษา (Billing system) 2. ให้อะไหล่พัฒนาระบบการเรียกผู้ป่วยที่ใช้สิทธิโดยไม่ต้องชำระเงินสามารถรับบริการ ณ จุดบริการต่างๆ โดยไม่ต้องมาบันทึกสิทธิที่งานจัดเก็บค่ารักษาอีก 3. ประสานงานกับฝ่ายสารสนเทศเพื่อพัฒนาระบบการจัดทำหนังสือตรวจหนี้	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพ) ทางโรงพยาบาล ได้มีการกำหนดให้หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกทำการพิมพ์ใบแจ้งการค้างชำระให้ผู้รับบริการชำระเงินเมื่อไปจะจะเป็น แต่ยังไม่สามารถสอบถามได้ว่าการไม่บันทึกเงินคงได้รับชำระเงินครบถ้วนหรือไม่  ยังไม่ดำเนินการ เนื่องจากฝ่ายสารสนเทศอยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำโปรแกรมเพื่อรองรับการชำระเงินผ่านตู้ Kiosk สำหรับสิทธิบัตรผ่านบัตร และเริ่มแผนจะขยายการให้บริการชำระค่าใช้จ่ายผ่านตู้ Kiosk (สิทธิข้าราชการจ่ายผ่านบัตรผ่านบัตร)  ยังไม่ดำเนินการ เนื่องจากผู้บริบาลด้านระบบการเดินเรื่องปรับปรุงระบบการเรียกเก็บเงินที่หน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉินก่อนเนื่องจากเป็นจุดที่มีข้อมูลการค้างชำระมากที่สุด ทั้งนี้ระบบการจัดทำหนังสือตรวจหนี้อยู่ในช่วงแผนการพัฒนาโปรแกรมของฝ่ายสารสนเทศ	1. การจัดเก็บเงิน 1.1 ให้นำส่งเงินรายได้ที่จัดเก็บครบถ้วนถูกต้องทุกวันภายในวันที่วันถึงและในวันทำการถัดไป กรณีออกเวลาราชการ 2. ผู้ประสานงานเรียกเก็บเงิน 2.1 ผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิเงินเชื่อ(LNCO) เมื่อรับบริการแล้วต้องชำระเงินค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด 1.2 กรณีเงินเชื่อ ระยะเวลายื่นใบกำกับชำระหนี้ภายใน 60 วัน 1.3 ผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิเงินเชื่อ(LNCO) เมื่อรับบริการแล้วต้องชำระเงินค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด 1.4 การได้รับการจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลได้ครบถ้วนตามที่ผู้ลงทะเบียนได้แจ้งไว้	มีการนำส่งเงินที่ผู้รับบริการชำระคืนและออกใบเสร็จรับเงินแล้วสามารถนำส่งได้ส่งครบถ้วนภายในวันที่วันถึงและในวันทำการถัดไป กรณีออกเวลาราชการ  ระยะใบกรมส่งเงินเรียกเก็บหนี้ = 51.75 วัน ข้อมูล ณ 31 สิงหาคม 2562  ยังมีข้อมูลของผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิเงินเชื่อ(LNCO) ค้างชำระปรากฏอยู่ ฝ่ายสารสนเทศกำลังพัฒนาระบบการตรวจหนี้ที่โรงพยาบาลที่ได้แจ้งไปแล้ว  ยังมีข้อมูลของผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิเงินเชื่อและรับบริการแล้วแต่ไม่สามารถเรียกเงินได้ และนี่อยู่ระหว่างจัดทำแผนการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหา	4	2	2	5	2	2	4	2	2	2	ยังไม่สามารถสรุปได้อยู่ระหว่างดำเนินการยังไม่สามารถสรุปได้	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการมีเป็นตัวชี้วัดความเสี่ยง ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ความเสี่ยงสูงที่ และยกเป็นความเสี่ยงที่ต้องไป	เนื่องจากฝ่ายสารสนเทศอยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำโปรแกรมเพื่อรองรับการชำระเงินผ่านตู้ Kiosk สำหรับสิทธิบัตรผ่านบัตร และเริ่มแผนจะขยายการให้บริการชำระค่าใช้จ่ายผ่านตู้ Kiosk (สิทธิข้าราชการจ่ายผ่านบัตรผ่านบัตร) ในลำดับถัดไป ซึ่งแนวระสิทธิข้าราชการที่ขึ้นเป็นสาเหตุของความเสียหายถึงกิจกรรมครั้งนี้เป็นกิจกรรมปี 2563 ต่อไป คือ ประสานงานให้ฝ่ายสารสนเทศดำเนินการจัดทำโปรแกรมเพื่อรองรับการชำระเงินผ่านตู้ Kiosk (สิทธิข้าราชการจ่ายตรง) (ปรับกิจกรรมที่ดำเนินการต่อเมื่อของปี 2562 ที่ต้องดำเนินการต่อ)

ฐานข้อมูล ผลการจัดการ ความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562																					
Cluster	ทีม code	ความเสี่ยง	กิจกรรมควบคุม	ผลการจัดการกิจกรรม ควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR)	ผลการจัดการ ควบคุมตัวชี้วัด ความเสี่ยง (KR) (รวม)	ระดับความเสี่ยง									สรุปผลการจัดการความเสี่ยง (รวม)				สรุปหมายเหตุ	
							ประเมิน			ติดตามครั้งที่ 1			ติดตามครั้งที่ 2			ความสามารถในการ จัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของ กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการกับ ตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเตือนเชิงความ เสี่ยง		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ		โอกาสเกิด	ผลกระทบ		โอกาสเกิด	ผลกระทบ							
								ด้าน ระบุ	ระดับ ระบุ		ด้าน ระบุ	ระดับ ระบุ		ด้าน ระบุ	ระดับ ระบุ						
Professional Service	ภายในและงบประมาณ	ความเสียหายที่เกิดจาก กระบวนการทางด้านการบริหาร งบประมาณ (2561)	1. เสนอให้ขยายกำหนดนโยบายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การเบิกจ่ายเงินที่ได้รับงบประมาณ เช่น หากไม่สามารถเบิกจ่ายได้ทันปีงบประมาณให้งบประมาณ รายการนั้นตกไปและเบิกจ่ายในปีงบประมาณถัดไป	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง) ได้มีการนำเสนอกับผู้บริหารในคราวที่มีการประชุม รายงานผลการดำเนินงานทางการเงิน ไตรมาส ไตรมาส 2/62 สรุปได้ว่าให้หน่วยงานจัดซื้อตามความจำเป็น โดยยังไม่ต้องทำการจัดให้ดำเนินการเบิกจ่าย	1. อัตราส่วนการเบิกจ่ายงบประมาณ 1.1 ทุกหมวดจ่ายจ่ายถูกต้องในสิ้นสิ้นสิ้นวันที่ 30 ก.ย. ไม่มีออกกว่าร้อยละ 70 1.2 การเบิกจ่ายลงงบบุคลากรไม่เกินร้อยละ 68.75 2. การยกยอดภาระผูกพันเป็นไปอย่างถูกต้องเรียบร้อย ภายในระยะเวลาที่กำหนด		3	1	3	1	3	1	3	1	3	ยังไม่สามารถสรุปได้อยู่ ระหว่างดำเนินการจึง ไม่สามารถสรุปได้	กิจกรรมการควบคุมมี ประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการกับ ตัวชี้วัดความเสี่ยง ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ความเสี่ยงสูงที่ และยก เป็นความเสี่ยงที่ต้องไป		
Professional Service	ภายในและงบประมาณ	การฉีดวัคซีน (2557)	1. ดำเนินการติดตั้งระบบหัวกระจายน้ำดับเพลิง Sprinkler water ให้ครบทุกจุดของอาคาร 2. ดำเนินการฝึกอบรมการดับเพลิงขั้นต้นให้กับ พนักงานทุกระดับให้ได้ ตามกฎกระทรวงเกี่ยวกับการ ป้องกันและระงับอัคคีภัย 3. เติมน้ำมัน BCP ในการรองรับกรณีผู้ได้รับผลกระทบ หากเกิดอัคคีภัย(ในกรณีที่มี Operate ต่อไปไม่ได้)	1. อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพต่ำ) ในขณะมีทั้งหมด 20 อาคาร แล้วเสร็จ 7 อาคาร คิด เป็นร้อยละ 35 ที่ดำเนินการเสร็จ อาคารที่เหลืออยู่ ระหว่างวางแผนปรับปรุงพื้นที่จึงยังไม่มีการดำเนินการ เติมน้ำมัน (ไม่ได้ดำเนินการเนื่องจากการติดตามครั้งที่ 1) 2. ดำเนินการแล้วเสร็จ (ประสิทธิภาพดี) การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ทั้งหมดมาเป็น 65 % ผ่านเกณฑ์ตามที่กฎหมายกำหนดและมีปีหน่วยงานจัดให้ครบ 100 % ในปี 2563 3. อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง) อยู่ระหว่างดำเนินการร่วมประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผน BCP	1. จำนวนการฉีดวัคซีนผู้สูงอายุจนไม่สามารถดับได้ จำนวน 0 ครั้ง/ปีงบประมาณ 4. ความปลอดภัย 2. จำนวนครั้งการมีอุบัติเหตุรถชนไม่สามารถดับได้ จำนวน 0 ครั้ง/ปีงบประมาณ 3. จำนวนวันเจ็บเหตุไฟไหม้ ไม่เกิน 5 ครั้ง/ปีงบประมาณ		2	5	2	5	2	5	2	5	2	5	ไม่สามารถจัดการความ เสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง	กิจกรรมการควบคุมมี ประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการกับ ตัวชี้วัดความเสี่ยง ไม่ได้ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ความเสี่ยงสูงที่ และยก เป็นความเสี่ยงที่ต้องไป	กิจกรรมควบคุมความเสี่ยงข้อที่ 2. ดำเนินการฝึกอบรมการดับเพลิงขั้นต้น ให้กับพนักงานทุกระดับให้ได้ ตาม กฎกระทรวงเกี่ยวกับการป้องกันและระงับ อัคคีภัย หน่วยงานมีการวางแผน ดำเนินการต่อในปี 2563 จึงยกไปเป็น กิจกรรมการควบคุม 506 ปี 2563
Professional Service	ภายในและงบประมาณ	การจัดการขยะไม่ได้ตาม มาตรฐานสากล (2561)	ไม่มี	ไม่มี	1. หน่วยงานบริการผู้ปฏิบัติงานสามารถแยกประเภทของขยะ ได้ตามมาตรฐานสากลร้อยละ 100 2. ปริมาณน้ำบำบัดและตะกอนบำบัดอยู่ในเกณฑ์ มาตรฐานสากล (WHO) ดังนี้ - 11.26 Kg/เดือน/วัน - 1.24 Kg/เดือน/วัน - 1.47 Kg/เดือน/วัน - Recycle 5.46 Kg/เดือน/วัน - ชยะติดเชื้อ 2.79 Kg/เดือน/วัน - ชยะทั่วไป 3.64 Kg/เดือน/วัน	อยู่ระหว่างดำเนินการ		3	2	3	2	3	2	3	2	3	ยังไม่สามารถสรุปได้อยู่ ระหว่างดำเนินการจึง ไม่สามารถสรุปได้	กิจกรรมการควบคุมมี ประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการกับ ตัวชี้วัดความเสี่ยง ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ความเสี่ยงสูงที่ และยก เป็นความเสี่ยงที่ต้องไป	

ฐานข้อมูล ผลการจัดการ ความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562																													
Cluster	ทีม code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR)	ผลการจัดการ เพื่อตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR) (รวม)	ระดับความเสี่ยง									สรุปผลการจัดการความเสี่ยง (รวม)				สรุปหมายเหตุ									
							ประเมิน				ติดตามครั้งที่ 1			ติดตามครั้งที่ 2		ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนไหวของความเสี่ยง										
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ		ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ		ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด						ผลกระทบ		ระดับความเสี่ยง						
								ทีม	ระดับ			ทีม	ระดับ								ทีม	ระดับ							
Professional Service	OSZ	บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน (2561)	วิเคราะห์สาเหตุหาสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน (Fault Tree Analysis : FTA)	1. ดำเนินการแล้วเสร็จ (เริ่ม 1 เมษายน ถึง 31 มีนาคม 2562) จากที่ทีมอาชีวอนามัยมีการร่วมงานกับงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โควิด-19 จากสาเหตุจากข้อมูลจริงของผู้ประสบเหตุ ช่วงสถิติเดือนเมษายน 2561 - 31 มีนาคม 2562 พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีการบาดเจ็บจากการทำงาน เกิดอุบัติเหตุในห้วงเวลาที่แตกต่างกัน ทีมอาชีวอนามัยได้มีการดำเนินการวิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน (Fault Tree Analysis : FTA) อย่างต่อเนื่องเป็นปกติ และไม่มีแผนให้รวมผู้ปฏิบัติงานประจำบ้านของภาคีศึกษาศาสตร์เกี่ยวกับแนวทางลดอุบัติเหตุในการทำงาน และเสริมจัดโครงการ อดสูติกรรม ผู้มีสิทธิสำหรับผู้ปฏิบัติงานของห้องผ่าตัด ในเดือนสิงหาคม 2563	2. อัตราความถี่การบาดเจ็บของผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องจากงานไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนการบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยในบุคลากรทั้งหมด	ร้อยละ 1.06	3. อัตราความถี่การบาดเจ็บของผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องจากงาน ของบุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรงไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนการบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยในบุคลากรทั้งหมด	ร้อยละ 2.98	4. อัตราความถี่การบาดเจ็บของผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องจากงาน ของบุคลากรกลุ่มที่ไม่สัมผัสผู้ป่วยโดยตรงไม่เกิน ร้อยละ 20 ของจำนวนการบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยในบุคลากรทั้งหมด	ร้อยละ 1.36	2	4. ความปลอดภัย	2	ปานกลาง	2	4. ความปลอดภัย	2	ปานกลาง	2	4. ความปลอดภัย	2	ปานกลาง	ยังไม่สามารถสรุปได้อยู่ระหว่างดำเนินการยังไม่สามารถสรุปได้	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ยังไม่สามารถระบุได้อยู่ระหว่างการทำงานข้อมูล	ความเสี่ยงสูงที่ และยกเป็นความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง	กิจกรรม EC ดำเนินการวิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน (Fault Tree Analysis : FTA) ดำเนินการเสร็จแล้วและจะดำเนินการในปิดปี จึงขอยกไปเป็นกิจกรรมประจำ และนำกิจกรรมการวิเคราะห์และแนวทางลดอุบัติเหตุในการทำงานกับหน่วยงานที่มีสถิติสูงสุดในการวิเคราะห์สาเหตุ แทน		
Professional Service	OSZ	อุบัติเหตุที่เกิดจากการให้บริการบ้านพัก (2558)	ไม่มี	ไม่มี	1. สถิติสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจากพนักงานขับรถบนฝั่งน้อยกว่า 5 ครั้ง/ปีงบประมาณ	1.4 ครั้ง	2. สถิติการเกิดอุบัติเหตุจากพนักงานขับรถที่ยื่นรายถึงแพทย์ 0 ครั้ง/ปีงบประมาณ	2.0 ครั้ง	3. ผลการสูญหวัหระระดับแอลกอฮอล์ต่อพนักงานขับรถ 0 ครั้ง/ปีงบประมาณ	3.0 ครั้ง	4. จำนวนได้รับบาดเจ็บจากการที่ขอรับรถวิ่งเกินกว่าที่กฎหมายกำหนดจากสถานีตำรวจไม่เกิน 5 ครั้ง/ปีงบประมาณ	4.3 ครั้ง	1	4. ความปลอดภัย	2	ต่ำ	1	4. ความปลอดภัย	2	ต่ำ	1	4. ความปลอดภัย	2	ต่ำ	สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้	กิจกรรมการควบคุมมีปัจจัยจุ่มมีประสิทธิภาพดี	ผลการจัดการกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ความเสี่ยงสูงที่ และยกเป็นความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง	



ฐานข้อมูล ผลการจัดการ ความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562																								
Cluster	Kind code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR)	ผลการจัดการ เพื่อตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR) (รวม)	ระดับความเสี่ยง									สรุปผลการจัดการความเสี่ยง (รวม)				สรุปหมายเหตุ				
							ประเมิน			ติดตามครั้งที่ 1			ติดตามครั้งที่ 2			ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการเกี่ยวกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนไหวของความเสี่ยง					
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ									
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับ									
Professional Service	การวางแผนให้บริการตามสัญญา (ความรับผิด)	O24	กรณีไฟฟ้ายัดทิ้งเนื่องจากกรณีไฟฟ้ายัดทิ้ง (2559)	ไม่มี	ไม่มี	1. กรณีไฟฟ้ายัดทิ้ง 0 ครั้งต่อปี 2. กรณีไฟฟ้ายัดทิ้ง 1 ครั้งต่อปี	1. 0 ครั้ง 2. 0 ครั้ง	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้	กิจกรรมการควบคุมที่มีประสิทธิภาพดี	ผลการจัดการเกี่ยวกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ความเสี่ยงสูงที่แยกเป็นความเสี่ยงปกติ	ตัวชี้วัดความเสี่ยงที่กำหนดครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่พบความเสียหาย ไม่มีปริมาณ ซึ่งติดต่อสอบถามกรณีมีเหตุไม่สามารรถขอข้อมูลไม่ได้  ข้อมูลขณะการทำงานด้านนี้ของปีงบประมาณ 2562 ปรากฏว่างานข้อมูลให้ครบถ้วนทั้งคนและ
Professional Service	การวางแผนให้บริการตามสัญญา (ความรับผิด)	O25	น้ำประปาสำหรับอุปโภคบริโภคมีการปนเปื้อน (2560)	ไม่มี	ไม่มี	1. ตรวจพบเชื้อแบคทีเรียปนเปื้อนในน้ำดื่มต้องเท่ากับ 0 ครั้ง/ปี	1. 0 ครั้ง	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้	กิจกรรมการควบคุมที่มีประสิทธิภาพดี	ผลการจัดการเกี่ยวกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ความเสี่ยงสูงที่แยกเป็นความเสี่ยงปกติ	
Professional Service	พัฒนาบุคลากร	O26	คณะฯ ยังไม่สามารถจัดทำแผนการปรับปรุงตามโอกาสพัฒนา (OF) ที่ได้รับจากการตรวจประเมินจากมหาวิทยาลัย (2560)	ไม่มี	ไม่มี	1. แผนการปรับปรุงตามโอกาสพัฒนาไม่น้อยกว่า 2 เรื่องต่อปี จากโอกาสพัฒนาที่ได้รับจากการตรวจประเมินจากมหาวิทยาลัย	2 เรื่อง/ปี	1	2	3	1	2	3	-	-	-	1	2	3	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคณะฯ	กิจกรรมการควบคุมที่มีประสิทธิภาพดี	ผลการจัดการเกี่ยวกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ยกเลิกความเสี่ยง	
Professional Service	จัดจ้าง	O27	ความเสี่ยงจากการผิดนัดจ้างจัดซื้อจัดจ้างใหม่ (2561)	1. จัดทำ Flow การดำเนินการเกี่ยวกับระบบการจัดซื้อจัดจ้างใหม่	ดำเนินการแล้วเสร็จ (เสร็จ กุมภาพันธ์ 2562) (ประสิทธิภาพดี) การจัดซื้อจัดจ้างใหม่ Flow การจัดซื้อจัดจ้างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (วงเงินไม่เกิน 500,000.-) วิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ วิธีคัดเลือก	1. การจัดซื้อจัดจ้างเป็นไปตามแผนการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ต่อปีงบประมาณ 1.1 วิธีการจัดซื้อจัดจ้างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง KPI 15 วัน วิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ KPI 30 วัน 1.2 วิธีคัดเลือกอิเล็กทรอนิกส์ KPI 30 วัน 1.3 วิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ KPI 60 วัน 1.4 วิธีคัดเลือก KPI 30 วัน	ฝ่ายการพัสดุของระดับตัวชี้วัดความเสี่ยงให้กับพัสดุ จากเดิม เป็น "จำนวนเรื่องที่ได้รับอนุมัติงานไม่ถูกต้องตามการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1 ต่อปีงบประมาณ" จึงไม่ได้เก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดเดิม	3	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้	กิจกรรมการควบคุมที่มีประสิทธิภาพดี	ผลการจัดการเกี่ยวกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ยังไม่สามารถระบุได้อยู่ระหว่างการแก้ไข	ความเสี่ยงลดลง และตกเป็นความเสี่ยงปกติ	

ฐานข้อมูล ผลการจัดการ ความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562																											
Cluster	Form code	ความเสี่ยง	กิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR)	ผลการจัดการ เพื่อตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR) (รวม)	ระดับความเสี่ยง									สรุปผลการจัดการความเสี่ยง (รวม)				สรุปหมายเหตุ							
							ประเมิน			ติดตามครั้งที่ 1			ติดตามครั้งที่ 2			ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเคลื่อนที่ของความเสี่ยง								
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ		โอกาสเกิด	ผลกระทบ		โอกาสเกิด	ผลกระทบ													
								ด้าน	ระดับ		ด้าน	ระดับ		ด้าน	ระดับ												
Professional Service	W/C28	บริษัทจ้างเขียนใบการจัดหาพัสดุ (ซื้อของเขียนจาก Vendor) (2557)	ไม่มี	ไม่มี	จำนวนข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ เป็น 0	จำนวนข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ เป็น 0	1	โอกาสเกิด	3.3 ซึ่งเสี่ยงและภาคีที่เกี่ยวข้องต่างทราบและปฏิบัติตาม	1	ผลกระทบ	3.2 ซึ่งเสี่ยงและภาคีที่เกี่ยวข้องต่างปฏิบัติตาม	4	ระดับความเสี่ยง	สูง	1	โอกาสเกิด	3.2 ซึ่งเสี่ยงและภาคีที่เกี่ยวข้องต่างปฏิบัติตาม	2	ผลกระทบ	3.2 ซึ่งเสี่ยงและภาคีที่เกี่ยวข้องต่างปฏิบัติตาม	ไม่มี	สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพดี	ผลการจัดการกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น และกลายเป็นความเสี่ยงปิดไป	
Healthcare System	S/29	ไม่ผ่านกรรณวิธีภายในด้านการขายได้ของศูนย์สนับสนุนพันธกิจตามตัวชี้วัดฯ 1 ถึง 17 (2560)	ไม่มี	ไม่มี	1. ศูนย์สนับสนุนพันธกิจสามารถสร้างผลกำไรได้คิดเป็น 100% ของจำนวนศูนย์ทั้งหมด(ทุกศูนย์ที่อนุมัติกำไร) ศูนย์สนับสนุนพันธกิจ มีจำนวนทั้งสิ้น 8 ศูนย์ ได้แก่ 1. ศูนย์หัวใจ หลอดเลือด และเนฟโรลิมิซิม 2. ศูนย์รังสีวินิจฉัยอวัยวะหน้า (โคมก) 3. ศูนย์รังสีร่วมพิภพ 4. ศูนย์ไตเทียม 5. ศูนย์วิทยาการชีววิทยา 6. ศูนย์ตรวจสุขภาพเพื่อเดินทางไปยังประเทศ 7. ศูนย์รังสีในทางการแพทย์ 8. ศูนย์สุขภาพแนวหน้ารามอินทรี ระหว่าง ๓.๓ - ๓.๓.61 (3 เดือน) ศูนย์ฯ สามารถสร้างผลกำไรได้ทั้งสิ้น จำนวน 6 ศูนย์ ได้แก่ 1. ศูนย์หัวใจ หลอดเลือด และเนฟโรลิมิซิม 2. ศูนย์รังสีวินิจฉัยอวัยวะหน้า (โคมก) 3. ศูนย์รังสีร่วมพิภพ 4. ศูนย์วิทยาการชีววิทยา 5. ศูนย์ตรวจสุขภาพเพื่อเดินทางไปยังประเทศ 6. ศูนย์สุขภาพแนวหน้ารามอินทรี คิดเป็น 75% ของจำนวนศูนย์ทั้งหมด หมายเหตุ : ๓.๓-๓.๓.62 ยังไม่ได้รับข้อมูลรายรับรายจ่ายจากหน่วยวิเคราะห์ต้นทุน	2. บุคลากรมีศักยภาพสูง 3. ศูนย์หัวใจ หลอดเลือด และเนฟโรลิมิซิม 4. ศูนย์รังสีร่วมพิภพ 5. ศูนย์ตรวจสุขภาพเพื่อเดินทางไปยังประเทศ 6. ศูนย์สุขภาพแนวหน้ารามอินทรี คิดเป็น 75% ของจำนวนศูนย์ทั้งหมด หมายเหตุ : ๓.๓-๓.๓.62 ยังไม่ได้รับข้อมูลรายรับรายจ่ายจากหน่วยวิเคราะห์ต้นทุน	1	โอกาสเกิด	2. บุคลากรมีศักยภาพสูง	1	ผลกระทบ	2. บุคลากรมีศักยภาพสูง	1	ระดับความเสี่ยง	สูง	-	โอกาสเกิด	ไม่มีตามความเสี่ยงที่ส่งต่อ	-	ผลกระทบ	ไม่มีตามความเสี่ยงที่ส่งต่อ	ไม่มี	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ไม่เป็นความเสี่ยงที่ส่งต่อคนๆ	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพดี	ผลการจัดการกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ยังไม่สามารถระบุได้อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	ความเสี่ยงลดลง และหลุดจากตารางความเสี่ยง	ไม่มี
					2. ความสำเร็จในการดำเนินงานตามเป้าหมาย 100% ของจำนวนศูนย์ฯ ทั้งหมด	สามารถดำเนินงานตามเป้าหมาย (ศูนย์ฯ ที่สามารถสร้างผลกำไรได้มากกว่า 5,000,000.- บาท) จำนวนทั้งสิ้น ๘ ศูนย์ ได้แก่ 1. ศูนย์หัวใจ หลอดเลือด และเนฟโรลิมิซิม 2. ศูนย์รังสีวินิจฉัยอวัยวะหน้า (โคมก) 3. ศูนย์วิทยาการชีววิทยา 4. ศูนย์สุขภาพแนวหน้ารามอินทรี คิดเป็น 50% ของจำนวนศูนย์ฯ ทั้งหมด																					

ฐานข้อมูล ผลการจัดการ ความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562																				
Cluster	ทีม code	ความเสี่ยง	กิจกรรมควบคุม	ผลการจัดการตามกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR)	ผลการจัดการ เพื่อตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR) (รวม)	ระดับความเสี่ยง									สรุปผลการจัดการความเสี่ยง (รวม)				สรุปหมายเหตุ
							ประเมิน			ติดตามครั้งที่ 1			ติดตามครั้งที่ 2			ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเตือนเชิงป้องกัน	
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง					
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง					
Healthcare System	สุขภาพทีม S00	ไม่ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขึ้นกัวรันตี (AHA) (2561)	1. ส่งเสริมระดับการพัฒนาคุณภาพการบริการผ่านกระบวนการ Internal Survey ในระดับหน่วยงาน ทีมดูแลผู้ป่วย 2. เติบโตความพร้อม Gap Assessment AHA ตามแนวทางของสหฯ 3. พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยให้เป็นต้นแบบด้านการรับรองเฉพาะโรค	ดำเนินการแล้วเสร็จ เขียนหน่วยงานทางคลินิก (ฝ่ายการพยาบาล 3 อาคาร จำนวน 19 งานการพยาบาล (37/124 หน่วย คิดเป็นร้อยละ 30) เขียนที่มนำทางคลินิกและทีมสนับสนุนคลินิก จำนวน 17 ทีม - Leadership Walk round ( พ.ศ.62 = 163 หน่วยงาน) - Internal Survey (ส.ค.62 จำนวน 18 ทีม CLT/CST ระบบงานสำคัญ 8 ระบบ) - ลงพื้นที่สาธิตภาควิชา 16 ภาค 1 งาน	1. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยตัวชี้วัดผู้ป่วย (ระดับประเทศ/ระดับนานาชาติ) >50% 2. จำนวนกลุ่มโรคที่ผ่านการรับรองเฉพาะโรค > 1 กลุ่มโรค	ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยตัวชี้วัดผู้ป่วย (ระดับประเทศ/ระดับนานาชาติ) เท่ากับ 53.6% จำนวนกลุ่มโรคที่ผ่านการรับรองเฉพาะโรค > 1 กลุ่มโรค	4	3	สูงมาก	2	3	ปานกลาง	2	3	ปานกลาง	ยังไม่สามารถสรุปได้อยู่ระหว่างดำเนินการยังไม่สามารถสรุปได้	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพดี	ผลการจัดการกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ยังไม่สามารถระบุได้อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล	ความเสี่ยงลดลง และยก เป็นความเสี่ยงติดต่อกับ	ยังไม่มีกิจกรรมจาก 1. การสร้างวัฒนธรรมให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพงานตั้งแต่ระดับตัว 2. การสร้างกระบวนการมีสื่อเทคนิควิทยาเพื่อให้เกิด Critical Out อย่างน้อย 1 เป็นที่หมาย 3. การสร้างทีม CLT ระดับภาควิชาเป็นปัจจุบัน ประเมิน KSI จาก 1. อัตราการตอบกลับ RCA ใน Case ที่จำนวน 100 % 2. คะแนน Internal Survey มากกว่า > 3 3. อัตราการเกิดความเสี่ยงระดับรุนแรง (E-U) น้อยกว่า 10 % 4. การรายงานอุบัติการณ์ Near Miss มากกว่า 10 % 5. การปฏิบัติตามแผน AHA ได้ตามที่กำหนดไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 เป็นปัจจุบัน
Healthcare System	สุขภาพทีม O01	การมีเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรระวังไม่ได้ (Preventable Event) เป็นผลทำให้โรงพยาบาลต้องไม่การเสียชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว (2558)	1. สร้างความตระหนักเรื่องความเสี่ยงความปลอดภัยในระดับหน่วยงาน 2. ติดตามกระบวนการทบทวนป้องกันแก้ไข (RCA) เหตุการณ์ที่เกิด Adverse Event	อยู่ระหว่างดำเนินการ 1. กำหนดนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร (2 P Safety Goals) และถ่ายทอดสู่ระดับปฏิบัติ 2. อบรมให้ความรู้ด้านบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยระดับต่างๆ ให้เกิดความตระหนัก 3. ส่งเสริมให้หน่วยงานจัดทำทะเบียนความเสี่ยง (Risk Register) เพื่อการป้องกันความเสี่ยงเชิงรุก	1. SENTINEAL EVENT = 0 2. ตรวจงานอุบัติการณ์ Near Miss มากกว่า 10 % 3. อัตราการเกิด Adverse Event น้อยกว่า 10%	1. SENTINEAL EVENT = 3 2. ตรวจงานอุบัติการณ์ 24.9 % (Near Miss = 967 / IOR = 3875) 3. อัตราการเกิด Adverse Event 5.2 % (Adverse Event = 201 / IOR = 3875)	2	3	ปานกลาง	2	3	ปานกลาง	2	3	ปานกลาง	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ความเสี่ยงสูงที่ และยก เป็นความเสี่ยงติดต่อกับ	ยังไม่มีกิจกรรมจาก 1. ทบทวน Never Event และ Zero Event ที่พบ เช่น การสิ้นของ การฉีดยาซึ่งต้องรายงานเหตุและแจ้งรายงานตามทางป้องกันแก้ไข 2. เพิ่ม KSI 3. ประเมิน Never Event เป็น SENTINEAL EVENT 4. อบรมเป็นสาเหตุ และบริหารจัดการลดในความเสี่ยงเรื่องการถูกฟ้องร้องจากกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นต้นตอสู่นักข่าวในปี 2563

ฐานข้อมูล ผลการจัดการ ความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562																								
Cluster	Area code	ความเสี่ยง	กิจกรรมควบคุม	ผลการจัดการกิจกรรมการควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR)	ผลการจัดการ ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR) (รวม)	ระดับความเสี่ยง									สรุปผลการจัดการความเสี่ยง (รวม)				สรุปหมายเหตุ				
							ประเมิน			ติดตามครั้งที่ 1			ติดตามครั้งที่ 2			ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม	ผลการจัดการกับตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเตือนเชิงองความเสี่ยง					
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ		โอกาสเกิด	ผลกระทบ		โอกาสเกิด	ผลกระทบ										
								ด้าน	ระดับ		ด้าน	ระดับ		ด้าน	ระดับ									
Healthcare System	Quantum CX	การดูแลเรื่องจากระบบการรักษายาบาลงเรือถูกนำไปออกสู่สาธารณะหรือเป็นคดีฟ้องศาล/ องค์การเภสัชฯ (2556)	1. ทบทวนและปรับปรุงระบบการพัฒนาคุณภาพความปลอดภัยและการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล และศูนย์การแพทย์ฯ ของคณะฯ ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน >>> คัดเมื่อปี 2561	อยู่ระหว่างดำเนินการ 1.อบรมบุคลากรบริหารที่คณะฯ ระดับปฏิบัติการ 2. จัดทำโครงการ Patient Journey เพื่อสร้างความสัมพันธ์ร่วมกับผู้ให้บริการ 3. กำหนดจุดเน้นองค์กร Patient Safety ให้ครอบคลุม	อยู่ระหว่างดำเนินการ 1. จำนวนการถูกนำเสนอสู่สื่อสาธารณะ เป็น 0 2. อัตราข้อร้องเรียนจากความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติ < 1 % 3. จำนวนข้อร้องเรียนที่เข้าสู่กระบวนการศาล เป็น 0	จำนวนการถูกนำเสนอสู่สื่อสาธารณะ เป็น 0 อัตราข้อร้องเรียนจากความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติ = อัตราส่วนกับข้อร้องเรียน OPD = 0.04% จำนวนข้อร้องเรียนที่เข้าสู่กระบวนการศาล เป็น 1	2	3.2	4	4	2	3.2	4	4	2	3.2	4	4	ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการกับตัวชี้วัดความเสี่ยง ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ความเสี่ยงสูงที่ และเป็นความเสี่ยงที่ต้องไป	ความเสี่ยงสูงที่ และเป็นความเสี่ยงที่ต้องไป	เดิมคือ การดูแลเรื่องจากระบบการรักษาพยาบาลลงเรือถูกนำไปออกสู่สาธารณะหรือเป็นคดีฟ้องศาล (2556) องค์การเภสัชฯ เป็นคดีฟ้องศาล (2556) 1. NEVER EVENT = 0 4. จำนวน Case E-up ที่ Under Report < 5 case 5. อัตราการเกิดอุบัติเหตุระดับ C < 1.5
Professional Service	OS3	ระบบ HIS ที่ CNMI ไม่สามารถใช้งานได้ทันที (2561)	1. ทบทวนและปรับปรุงระบบการพัฒนาคุณภาพความปลอดภัยและการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล และศูนย์การแพทย์ฯ ของคณะฯ ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน >>> คัดเมื่อจากปี 61 2. IT ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติงาน (work process, criteria, TOR) ร่วมกับบริษัทผู้พัฒนาระบบ 2.1 การรับความต้องการในการขอเพิ่ม/ปรับเปลี่ยนระบบ (New Request / Change Request) เพื่อลดผลกระทบต่อการพัฒนาระบบที่ดำเนินการตามแผนงาน 2.2 มีการตรวจสอบระบบงานที่บริษัทส่งมอบตามงวด โดยกำหนดให้ดำเนินการก่อนในประเด็น บริษัทส่งมอบงานได้บ้าง / การทดสอบระบบก่อนส่งมอบ / นำเสนอผู้ใช้งานก่อนส่งมอบ และมีเอกสารต้นฉบับพร้อม ทุกเรื่อง ก่อนการตรวจรับงาน 2.3 สื่อสารกับผู้ใช้งาน ถึงข้อกำหนดว่า หากมีการต้องการเพิ่มเติม ขอให้แจ้งผ่านมายัง IT และรวบรวมเพื่อนำเสนอใน Phase II ต่อไป 3. มีการแต่งตั้งกรรมการระบบสารสนเทศ เพื่อติดตามความคืบหน้าของการพัฒนาระบบ CNMI HIS โดยได้เริ่มเมื่อเดือน มี.ย. 2561 กำหนดการประชุมทุกวันจันทร์ที่ 1 และ 3 ของเดือน 4. IT ได้มีการ Log การรับแจ้งปัญหาการใช้งานระบบจากผู้ใช้งาน เพื่อติดตามการแก้ไขปัญหาจากบริษัท	อยู่ระหว่างดำเนินการ ทางสารสนเทศระบบสารสนเทศ HIS Phase ที่ 2 ตามสัญญา ระยะเวลาดำเนินการประมาณ 51 สัปดาห์ โดยวางแผนการพัฒนาให้สอดคล้องกับแผนการปฏิบัติงานในแต่ละส่วน โดยแบ่งการพัฒนาเป็น 2 Module หลัก ดังนี้ - พัฒนาระบบงานใหม่ - พัฒนาระบบงานเดิม 2.1 ทางสารสนเทศจึงให้มีการระบุความต้องการของระบบที่จะพัฒนา โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญ เข้าร่วมร่วมให้ความคิดเห็น และนำมาทำเป็น Functional Specifications ให้ผู้ใช้งาน ตรวจสอบก่อนพัฒนาจริง เมื่อระบบถูกพัฒนาจาก Functional Specifications แล้ว จะนัดหมายผู้ใช้งานจากแผนกต่างๆ ทำการทดสอบ (UAT) ว่าพัฒนาได้ตาม Functional Specifications ที่ได้อนุมัติ 2.2 ในกระบวนการรับระบบงาน ได้มีการระบุสิ่งส่งมอบใน TOR และ วดงานไว้แล้ว ทั้งนี้ทางบริษัทจะรวบรวมเอกสารที่กำหนดไว้เป็นสิ่งส่งมอบ อาทิ แผนการดำเนินการ / Technical Requirement Specifications / Functional Specifications / เอกสาร User Training เป็นต้น 2.3 หากมีความต้องการเพิ่มเติมในการพัฒนาระบบ HIS ดำเนินการแล้วเสร็จ ดำเนินการประชุม อนุกรรมการระบบสารสนเทศ(IT Subcommittee) เพื่อติดตามความคืบหน้าของการพัฒนาระบบ HIS วิเคราะห์สถานะ หรือหาข้อสรุปในที่ประชุม ทุกวันจันทร์ ที่ 1 และ 3 ของทุกเดือน อยู่ระหว่างดำเนินการ เก็บข้อมูลผู้ใช้บริการ ผ่านช่องทางโทรศัพท์ (IT Call Center) เบอร์ 5051 ในการ การแก้ไขปัญหา แจ้งปัญหา และสรุปปัญหาเป็นประจำวันทุกวันเดือน	1. จำนวน Test Case ที่ทดสอบผ่าน ร้อยละ 80 ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ 2. จำนวน bug program ที่พบไม่เกินร้อยละ 20 ตามเวลาที่ส่งมอบในแต่ละช่วงเวลา 3. จำนวน Test Case ที่ทดสอบผ่าน ร้อยละ 80 ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ 1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย 2. จำนวน bug program ที่พบไม่เกินร้อยละ 20 ตามเวลาที่ส่งมอบในแต่ละช่วงเวลา 3. จำนวน Test Case ที่ทดสอบผ่าน ร้อยละ 80 ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ 1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย 2. จำนวน bug program ที่พบไม่เกินร้อยละ 20 ตามเวลาที่ส่งมอบในแต่ละช่วงเวลา 3. จำนวน Test Case ที่ทดสอบผ่าน ร้อยละ 80 ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ 1.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	4	3	4	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	สามารถจัดการความเสี่ยงได้ เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้	กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการกับตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ความเสี่ยงสูง และความเสี่ยงที่ต้องไป	ไม่มี	

ฐานข้อมูล ผลการจัดการ ความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2562																				
Cluster	ทีม code	ความเสี่ยง	กิจกรรมควบคุม	ผลการจัดการกิจกรรม ควบคุม (รวม)	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KR)	ผลการจัดการ เพื่อตัวชี้วัด ความเสี่ยง (KR) (รวม)	ระดับความเสี่ยง									สรุปผลการจัดการความเสี่ยง (รวม)				สรุปหมายเหตุ
							ประเมิน			ติดตามครั้งที่ 1			ติดตามครั้งที่ 2			ความสามารถในการ จัดการความเสี่ยง	ประสิทธิภาพของ กิจกรรมควบคุม	ผลการจัดการกับ ตัวชี้วัดความเสี่ยง	การเตือนของจรรยา วิชาชีพ	
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ		โอกาสเกิด	ผลกระทบ		โอกาสเกิด	ผลกระทบ						
								ด้าน ระบุ	ระดับ ความเสี่ยง		ด้าน ระบุ	ระดับ ความเสี่ยง		ด้าน ระบุ	ระดับ ความเสี่ยง					
Professional Service	ทีมบริการลูกค้า SH	ไม่สามารถสรรหาและบรรจุ บุคลากรตำแหน่งที่สำคัญ (Key position) เพื่อรองรับการบริการ และการเรียนการสอนของ สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบศร ใต้คลองโพธิ์ (2561)	1. ร่วมดำเนินการวางแผนบริหารกำลังคนหรือกับ สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบศรเพื่อกำหนดตำแหน่ง ที่ชัดเจน โดย HR หรือกับหน่วยงานต่างๆ ของ CNMI เพื่อจัดทำแผนอัตราจ้าง โดย มีแผนอัตราจ้างบรรจุ บุคลากรตำแหน่งที่สำคัญแล้วร้อยละ 68.97	ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจากหน่วยงานทยอยเปิดดำเนินการและยังไม่ครบ 100% ตามเวลาที่กำหนด	1. บรรจุบุคลากรตำแหน่งสำคัญตามโครงการได้ 100% ตามเวลาที่กำหนด	ดำเนินการสรรหาและบรรจุบุคลากรตำแหน่งสำคัญตาม โครงการแล้วร้อยละ 68.97 (29 ตำแหน่ง) โดยเป็น หน่วยงานที่เปิดดำเนินการแล้ว ร้อยละ 100 (20 ตำแหน่ง) ถึงสหเสือนหน่วยงานที่ยังไม่ได้เปิดดำเนินการ ร้อยละ 31.03 (9 ตำแหน่ง) **จำนวนหน่วยงานเพิ่มขึ้นตามประกาศปรับโครงสร้าง ๗ 2 ส.ค.62	3	3	สูง	3	3	สูง	2	1	สูง	สามารถจัดการความเสี่ยง ได้เป็นความเสี่ยง ที่ยอมรับได้	กิจกรรมการควบคุมมี ประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการกับ ตัวชี้วัดความเสี่ยง ยังไม่ สามารถบรรลุได้-อยู่ ระหว่างการเก็บข้อมูล	ความเสี่ยงลดลง และยก เป็นความเสี่ยงที่ต่อไป	
			2. วางแผนการสรรหาและคัดเลือก ตั้งแต่แหล่งที่มา ของผู้สมัคร วิธีการคัดเลือกและสัมภาษณ์ หมายเหตุ : กิจกรรมต่อเนื่องยังดำเนินการไม่แล้วเสร็จ	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง)	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง)															
				อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง)	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง)															
				อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง)	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง)															
Education and Research	ภาควิชา OHS	การดำเนินการเพื่อให้อัลกูดอร์ ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านผ่าน การตรวจประเมินตามเกณฑ์ WFME ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (2562)	1. การติดตามความตื่นตัวในการประเมินคุณภาพ หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านตามเกณฑ์คุณภาพ WFME ใน 2 สัปดาห์ 1.1 สอดส่องอย่างใกล้ชิดทางกรไลน์ group line WFME ซึ่งประกอบด้วย คณะกรรมการบริหาร โครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำ บ้านต่อจากภาควิชาต่างๆ และเจ้าหน้าที่ผู้ ประสานงานภาควิชา  1. การติดตามความตื่นตัวในการประเมินคุณภาพ หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านตามเกณฑ์คุณภาพ WFME ใน 2 สัปดาห์ 1.2 ดำเนินการสำรวจความตื่นตัวแบบสอบถาม หรือมีระบุความต้องการความช่วยเหลือจากส่วนกลาง  2. สนับสนุนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ก่อนนำไปใช้ ประกอบ SAR เช่น การพัฒนาด้านอื่นๆ นอกเหนือจาก วิชาการพิเศษ (การใช้ E-resource, จริยธรรมการวิจัย , การแพทย์ทางเลือก, บุคลิกภาพของแพทย์เป็นต้น) จัด ให้แก่แพทย์ประจำบ้านทุกคนเมื่อเวลาเช้า	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง)	1. จำนวนหลักสูตรที่ได้รับการตรวจประเมินคุณภาพ ตามเกณฑ์WFME ภายในระยะเวลาที่กำหนด 6 หลักสูตร  2. ร้อยละของหลักสูตรที่จัดทำ SAR แล้วเสร็จและ พร้อมยื่นหลักสูตรให้แพทยสภารับรองระบบ WFME ภายใน มิถุนายน 2562 ร้อยละ 20  3. ร้อยละของหลักสูตรที่ได้รับการตรวจประเมิน WFME ผ่านภายในมิ.ย. 63 ร้อยละ 30	จำนวนหลักสูตรที่ได้รับการตรวจประเมินคุณภาพตาม เกณฑ์WFME ภายในระยะเวลาที่กำหนด 15 หลักสูตร  ร้อยละของหลักสูตรที่จัดทำ SAR แล้วเสร็จและพร้อม ยื่นหลักสูตรให้แพทยสภารับรองระบบ WFME ภายใน มิถุนายน 2562 ร้อยละ 50  ร้อยละของหลักสูตรที่ได้รับการตรวจประเมิน WFME ผ่านภายในมิ.ย. 63 ร้อยละ 50	2	4	สูง	2	4	สูง	2	3	ปานกลาง	สามารถจัดการความเสี่ยง ได้เป็นความเสี่ยง ที่ยอมรับได้	กิจกรรมการควบคุมมี ประสิทธิภาพปานกลาง	ผลการจัดการกับ ตัวชี้วัดความเสี่ยงได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ความเสี่ยงลดลง และยก เป็นความเสี่ยงที่ต่อไป	ไม่มี
				อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง)	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ประสิทธิภาพปานกลาง)															