Executive Summary

ในปีงบประมาณ 2558 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีได้เริ่มดำเนินการประเมินความเสี่ยงและจัดทำแผนจัดการความเสี่ยง ช่วงเดือนมีนาคม 2558 โดยมีการปรับกระบวนการประเมินที่สำคัญ 2 ส่วนคือ

1. ค้นหาความเสี่ยงและระบุความเสี่ยง โดยงานบริหารความเสี่ยงได้สัมภาษณ์เจ้าของความเสี่ยงแทนการจัดส่งแบบฟอร์มให้เจ้าของความเสี่ยงประเมิน
2. ประเมินความเสี่ยงแยกตามประเภทความเสี่ยง 4 ประเภท ตามที่ COSO-ERM กำหนด คือ ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) ความเสี่ยงด้านการรายงาน (Reporting Risk)

ผลจากการประเมินความเสี่ยง ได้ดังนี้

ความเสี่ยงคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ประกอบด้วยความเสี่ยงของพันธกิจหลัก จำนวน 23 ความเสี่ยงและความเสี่ยงของพันธกิจสนับสนุน จำนวน 32 ความเสี่ยง รวมทั้งสิ้น 55 ความเสี่ยง ความเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

ความเสี่ยงระดับพันธกิจ ทั้งหมด 55 ความเสี่ยงนั้น มีความเสี่ยงระดับคณะฯ หรือความเสี่ยงที่มีความเสี่ยงอยู่ระดับสูงมาก (Red Zone) จากทั้งพันธกิจหลักและสนับสนุน จำนวน 5 ความเสี่ยง ได้แก่

<u>ความเสี่ยงด้านบริการสุขภาพ</u> จำนวน 1 ความเสี่ยง คือ

1. การจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศ (Center of Excellence) ในสาขาที่จำเป็นของประเทศ ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์

<u>ความเสี่ยงด้านวิจัย</u> จำนวน 1 ความเสี่ยง คือ

2. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ถูกฟ้องร้องจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

<u>ความเสี่ยงด้านสารสนเทศ</u> จำนวน 2 ความเสี่ยง คือ

3. การให้บริการไม่มีประสิทธิภาพหรือทำงานไม่ได้จากการพัฒนาระบบสารสนเทศที่มีข้อผิดพลาด
4. ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

<u>ความเสี่ยงด้านทรัพยากรบุคคล</u> จำนวน 1 ความเสี่ยง คือ

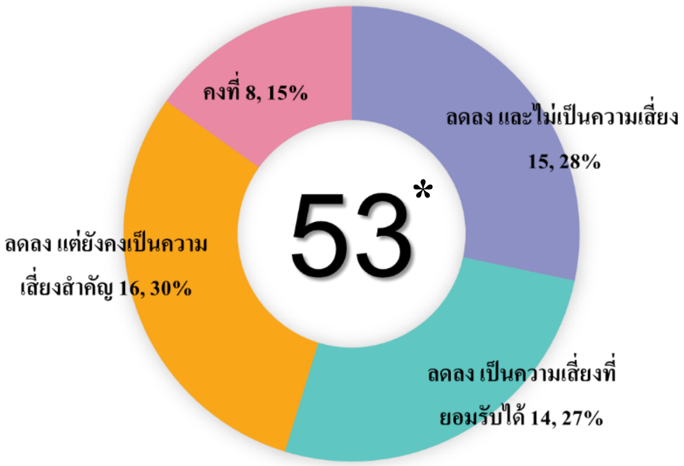
5. ขาดเอกสารวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)/คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual)

ภายหลังการดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยง คณะฯ สามารถจัดการให้ค่าระดับความเสี่ยงลดลงได้ 45 ความเสี่ยง คิดเป็น ร้อยละ 85 ของความเสี่ยงทั้งหมด โดยส่วนใหญ่เคลื่อนที่เข้าสู่บริเวณ Green Zone ใน Risk Map อย่างชัดเจน และควบคุมให้ระดับความเสี่ยงไม่เพิ่มขึ้น 8 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 15 ของความเสี่ยงทั้งหมด เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) พบว่า กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพในระดับ ปานกลาง (Yellow) ร้อยละ 40 และ มีประสิทธิภาพ ดี (Green) ร้อยละ 60 ของความเสี่ยงทั้งหมด ทั้งนี้สามารถจำแนกผลการจัดการความเสี่ยงได้ดังนี้

1. ความเสี่ยงที่ค่าระดับความเสี่ยงลดลง ถึงระดับที่ไม่เป็นความเสี่ยงของคณะฯ มีการเคลื่อนที่เข้าสู่บริเวณ Green Zone บน Risk Map อย่างชัดเจน จำนวน 15 ความเสี่ยง คิดเป็น ร้อยละ 28 ของความเสี่ยงทั้งหมด

2. ความเสี่ยงที่ค่าระดับความเสี่ยงลดลง ถึงระดับที่เป็นความเสี่ยงที่สามารถยอมรับได้ จำนวน 14 ความเสี่ยง คิดเป็น ร้อยละ 27 ของความเสี่ยงทั้งหมด มีการเคลื่อนที่เข้าสู่บริเวณ Green Zone และมีบางส่วนกระจายอยู่ในบริเวณ Yellow Zone บน Risk Map

3. ความเสี่ยงที่ค่าระดับความเสี่ยงลดลง แต่ยังคงเป็นความเสี่ยงสำคัญ จำนวน 16 ความเสี่ยง คิดเป็น ร้อยละ 30 ของความเสี่ยงทั้งหมด และถือเป็นความเสี่ยงที่มีจำนวนมากที่สุด มีการกระจายตัวอยู่ใน Risk Map โดยส่วนใหญ่จะอยู่ในบริเวณ Yellow Zone เนื่องจากพบปัจจัยภายนอก ที่มีผลกระทบต่อการจัดการความเสี่ยง จึงจำเป็นต้องมีการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง



รูปภาพที่ 1 ความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของคณะฯ

4. ความเสี่ยงที่ค่าระดับความเสี่ยงยังคงที่ จำนวน 8 ความเสี่ยง คิดเป็น ร้อยละ 15 ของความเสี่ยงทั้งหมด มีการกระจายตัวอยู่ทั่วไปใน Risk Map เนื่องจาก ยังอยู่ระหว่างการดำเนินการ หรือกิจกรรมการควบคุมเป็นกิจกรรมที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องในระยะยาว จำเป็นต้องมีการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ใกล้ชิดในปีต่อไป

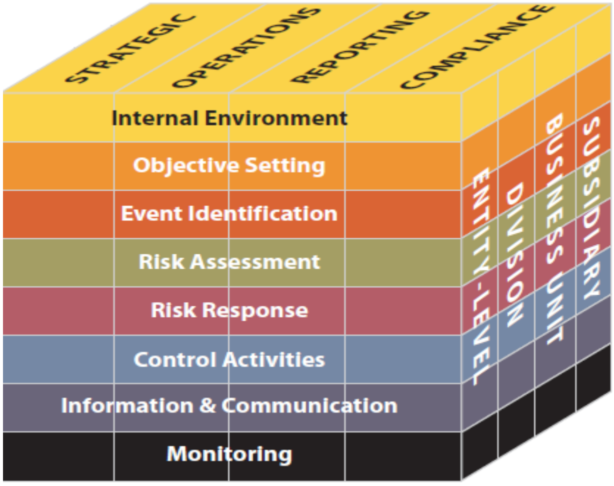
สำหรับความเสี่ยงระดับคณะฯ (ระดับความเสี่ยงสูงมาก) จำนวน 5 ความเสี่ยงนั้น คณะฯ สามารถจัดการให้ระดับความเสี่ยงส่วนใหญ่ "ลดลง" และเคลื่อนที่ออกจากบริเวณ Red Zone ได้อย่างชัดเจน โดยสามารถทำให้ **ความเสี่ยง No. 14** คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ถูกฟ้องร้องจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย มีค่าระดับความเสี่ยงลดลง และไม่เป็นความเสี่ยงของคณะฯ **ความเสี่ยง No. 15** การจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศ (Center of Excellence) ในสาขาที่จำเป็นของประเทศ ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ มีค่าระดับความเสี่ยงลดลง แต่ยังคงเป็นความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ **ความเสี่ยง No. 26** ขาดเอกสารวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)/ คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) และ **ความเสี่ยง No. 29** การให้บริการไม่มีประสิทธิภาพหรือทำงานไม่ได้ จากการพัฒนาระบบสารสนเทศโรง พยาบาลมีข้อผิดพลาด มีค่าระดับความเสี่ยงลดลง เป็นความเสี่ยงที่สามารถยอมรับได้ และ **ความเสี่ยง No. 30** ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า เป็นความเสี่ยงระดับคณะฯ เพียงความเสี่ยงเดียวที่ยังคงมีค่าระดับความเสี่ยงคงที่

** หมายเหตุ: งานบริหารความเสี่ยงดำเนินการติดตามความเสี่ยงทั้งสิ้น 53 ความเสี่ยง โดยไม่ได้ติดตามความความเสี่ยงโครงการ Business Intelligence (BI) จำนวน 2 ความเสี่ยง เนื่องจาก โครงการดังกล่าวดำเนินการติดตามในลักษณะของความสำเร็จของโครงการ มากกว่า ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง*

การประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2558

แนวทางการประเมินความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง

ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยมหิดล ได้กำหนดให้ทุกส่วนงานของมหาวิทยาลัย ดำเนินการบริหารความเสี่ยงตามแนวคิดของ COSO – ERM และให้ทุกส่วนงานประเมินความเสี่ยงและจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยงของตนเองและจัดส่งข้อมูลให้ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยงฯ ทุกต้นปีงบประมาณ ดังนั้นงานบริหารความเสี่ยงจึงดำเนินการประเมินความเสี่ยงของคณะฯก่อนสิ้นปีงบประมาณเพื่อให้ทันตามที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยงฯ กำหนด โดยการประเมินความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2558 ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคม 2557 รายละเอียดการดำเนินการ มีดังนี้



รูปภาพที่ 1.1 COSO : Enterprise Risk Management-Integrated Framework 2004

<u>ขอบเขตการประเมินความเสี่ยง</u>

- ประเมินความเสี่ยงของพันธกิจหลัก จำนวน 4 ด้าน และพันธกิจสนับสนุน จำนวน 9 ด้าน ดังนี้

พันธกิจหลัก

1. การศึกษา
   1.1 ระดับปริญญา
   1.2 หลังปริญญา
   1.3 กิจการนักศึกษา
2. วิจัย
3. บริการสุขภาพ
4. บริการวิชาการสู่สังคม
   4.1 บริการวิชาการ
   4.1 สร้างเสริมสุขภาพ

พันธกิจสนับสนุน

1. นโยบายและแผน
2. ทรัพยากรบุคคล
3. การเงินและงบประมาณ
4. จัดซื้อและพัสดุ
5. สารสนเทศ
6. สื่อสารองค์กร
7. วิเทศสัมพันธ์
8. พัฒนาคุณภาพ
9. กายภาพและสิ่งแวดล้อม

ประเมินความเสี่ยงแยกตามประเภทความเสี่ยง 4 ความเสี่ยง ตามแนวคิด COSO-ERM (รูปที่ 1.1) ดังนี้

1. ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)
   เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับแผนยุทธศาสตร์คณะฯ พันธกิจ และหน่วยงาน โดยเป็นความเสี่ยงที่เริ่มพิจารณาตั้งแต่การกำหนดแผนยุทธศาสตร์ ว่ามีความเป็นไปได้หรือไม่ การกำหนดแผนของพันธกิจหรือหน่วยงานสอดคล้องกับแผนของคณะฯหรือไม่ รวมทั้งพิจารณาถึงการดำเนินการตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ แผนดำเนินงานของหน่วยงานชัดเจนหรือเหมาะสมหรือไม่ หรือแผนของหน่วยงานสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของคณะฯหรือไม่
2. ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)
   เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการในการทำงาน โดยส่วนใหญ่มาจากปัจจัยหลักๆ 4 ปัจจัยคือ คน กระบวนการ ระบบสารสนเทศ และ Outsourse
3. ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk)
   เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวกับการไม่ปฏิบัติตามระเบียบ ข้อบังคับ และ/หรือ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในแต่ละพันธกิจ ซึ่งส่งผลกระทบทางลบต่อหน่วยงานและคณะฯ
4. ความเสี่ยงด้านการรายงาน (Reporting Risk)
   ในการประเมินความเสี่ยงด้านนี้จะดำเนินการประเมินความเสี่ยงแยกเป็น 2 ส่วน คือ
   4.1 Non – Financial Risk เป็นความเสี่ยงที่พิจารณารายงานต่างๆที่มีอยู่ในคณะฯ ทั้งความครบถ้วนของการจัดทำรายงานและความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลที่ใช้ในรายงาน ซึ่งในปีงบประมาณนี้ดำเนินการประเมินความเสี่ยงของโครงการ BI
   4.2 Financial Risk เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการรายงานผล และการเงินของหน่วยงาน เช่น การตั้งงบประมาณ ขอ งบประมาณ หรือใช้งบประมาณ เป็นต้น

<u>กระบวนการประเมินความเสี่ยง</u>

กระบวนการหลักในการประเมินความเสี่ยง มี 7 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 :ค้นหา ระบุความเสี่ยง และจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง

ผู้รับผิดชอบหลักในการค้นหา ระบุความเสี่ยง และจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง คือ เจ้าของความเสี่ยง (ในกรณีของคณะฯ เจ้าของความเสี่ยงคือ รองคณบดีของแต่ละพันธกิจ รวมทั้งหัวหน้าฝ่าย/งานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง) โดยจะเป็นผู้พิจารณาความเสี่ยงสำคัญของแต่ละพันธกิจที่คาดว่าจะมีในปีงบประมาณ 2558 ซึ่งในขั้นตอนนี้งานบริหารความเสี่ยงจะเข้าร่วมเพื่อช่วยเจ้าของความเสี่ยงในการค้นหาและประเมินความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 2 : รวบรวมและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลความเสี่ยง

งานบริหารความเสี่ยงจะนำข้อมูลความเสี่ยงที่ได้รับจากกระบวนการสัมภาษณ์ มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล รวมทั้งงานบริหารความเสี่ยงจะดำเนินการประสานงานกับเจ้าของความเสี่ยงเพื่อสอบถามประเด็นข้อสงสัย หากข้อมูลความเสี่ยงที่ได้รับมายังมีความไม่ชัดเจน รวมทั้งเสนอแนะเพิ่มเติมข้อมูล หรือปรับแก้ไข เพื่อให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์มากที่สุด

ขั้นตอนที่ 3 : ปรับแก้ไข เพิ่มเติมข้อมูลความเสี่ยงให้สมบูรณ์

งานบริหารความเสี่ยงจะจัดส่งข้อมูลกลับไปยังเจ้าของความเสี่ยง หลังจากได้ประสานงานชี้แจงถึงประเด็นที่ต้องแก้ไข และ/ หรือเพิ่มเติม (ในขั้นตอนที่ 2) เพื่อให้เจ้าของความเสี่ยงดำเนินการแก้ไขข้อมูลดังกล่าวอย่างเป็นทางการ

ขั้นตอนที่ 4 : สรุปข้อมูลความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยงเสนอผู้บริหาร

เมื่อได้ข้อมูลความเสี่ยงฉบับสมบูรณ์งานบริหารความเสี่ยงจะสรุปข้อมูลความเสี่ยงในฐานข้อมูลความเสี่ยงเพื่อใช้ในการสรุปและวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและคณะกรรมการประจำคณะฯพิจารณาต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ พิจารณา

งานบริหารความเสี่ยงนำเสนอข้อมูลความเสี่ยงที่ได้รวมทั้งบทวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ เสนอคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯพิจารณาให้ความเห็นชอบ

ขั้นตอนที่ 6 : คณะกรรมการประจำคณะฯพิจารณา

หลังจากผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯเรียบร้อยแล้ว งานบริหารค วามเสี่ยงจะนำเสนอข้อมูลความเสี่ยงดังกล่าวเข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการประจำคณะฯพิจารณาให้ความเห็นชอบเป็นขั้นตอนสุดท้าย

ขั้นตอนที่ 7 : จัดทำข้อมูลเพื่อจัดส่งให้มหาวิทยาลัยมหิดล

งานบริหารความเสี่ยงนำผลที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะฯ จัดทำใส่แบบฟอร์มที่ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยงมหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด และจัดส่งไปยังมหาวิทยาลัยต่อไป

<u>การพัฒนากระบวนการและแบบฟอร์มการประเมินความเสี่ยง</u>

➢ ปรับปรุงกระบวนการ

ในปีงบประมาณนี้มีการปรับปรุงกระบวนการในการประเมินความเสี่ยง ในขั้นตอนที่ 1 โดยปรับจากปีที่ผ่านมา การประเมินความเสี่ยงและจัดทำแผนจัดการความเสี่ยงนั้น งานบริหารความเสี่ยงจะจัดส่งแบบฟอร์มไปยังเจ้าของความเสี่ยงระบุในรอบเดียวกัน แต่ในปีงบประมาณนี้จะแบ่งการดำเนินการย่อยเป็น 2 ครั้ง คือ

<u>ครั้งที่ 1</u> งานบริหารความเสี่ยงจะนัดหมายเข้าพบรองคณบดีแต่ละพันธกิจรวมทั้งผู้เกี่ยวข้อง เพื่อสัมภาษณ์และช่วยในการการค้นหาและระบุความเสี่ยง และการกำหนดแผนจัดการความเสี่ยงที่ระบุ โดยในปีงบประมาณนี้ทั้ง 2 ส่วนจะแบ่งดำเนินการเป็น 2 ครั้ง คือ งานบริหารความเสี่ยงจะเข้าพบเจ้าของความเสี่ยง (Risk Owner) เพื่อสัมภาษณ์และช่วยในการระบุความเสี่ยงที่มี หลังจากนั้นเมื่อได้ผลสรุปความเสี่ยงแล้ว งานบริหารความเสี่ยงจะดำเนิน

<u>ครั้งที่ 2</u> งานบริหารความเสี่ยงจะนำข้อมูลความเสี่ยงที่ได้จากการสัมภาษณ์ในครั้งที่ 1 มาสรุปใส่แบบฟอร์มการประเมินความเสี่ยงและกำหนดแผนการจัดการความเสี่ยง จัดส่งกลับไปยังเจ้าของความเสี่ยงเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลรวมทั้งกำหนดแผนจัดการความเสี่ยง

➢ ปรับปรุงแบบฟอร์ม

เนื่องจากการประเมินความเสี่ยงในปีงบประมาณ 2558 นี้ดำเนินการประเมินแยกตามความเสี่ยง 4 ประเภท ดังนั้นแบบฟอร์มที่ใช้จึงจัดทำแยกตามแต่ละประเภท เนื่องจากแต่ละประเภทมีรายละเอียดบางส่วนที่ต่างกัน โดยเฉพาะปัจจัยตั้งต้นที่เป็นที่มาของความเสี่ยง

ตารางที่ 1.1 การพัฒนากระบวนการและแบบฟอร์มการประเมินความเสี่ยง

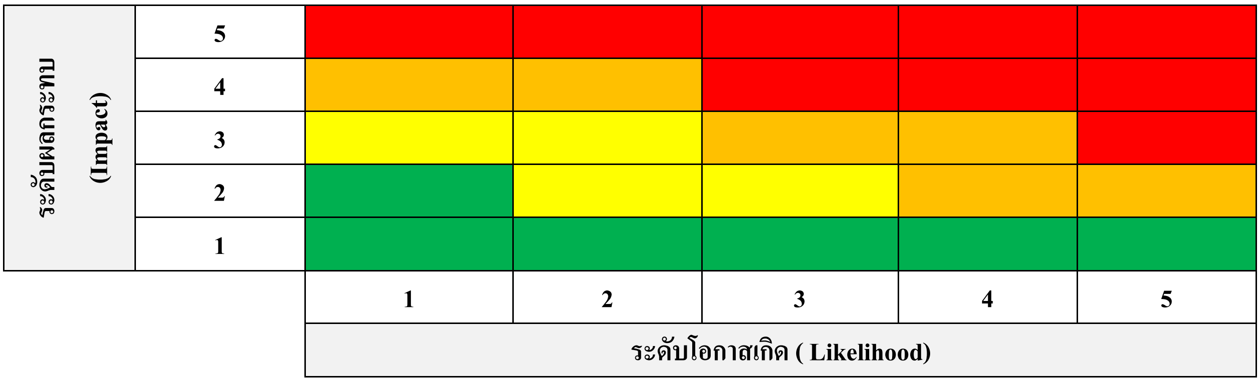
แนวทาง	กระบวนการ
แนวทางเดิม	1. จัดส่งแบบฟอร์มให้เจ้าของความเสี่ยงจัดทำด้วยตนเองทั้งการประเมินความเสี่ยงและการจัดทำแผนจัดการความเสี่ยงในครั้งเดียวกัน 2. แบบฟอร์มที่ใช้เป็นแบบฟอร์มชุดเดียวกัน
แนวทางที่ปรับปรุงเพิ่มเติม	1. เปลี่ยนวิธีการประเมินความเสี่ยงจากการให้เจ้าของความเสี่ยงพิจารณาความเสี่ยงด้วยตนเอง เป็นวิธี “การสัมภาษณ์” 2. แยกย่อยขั้นตอนวิธีการค้นหาและระบุความเสี่ยง ออกจากขั้นตอนการกำหนดแผนจัดการความเสี่ยง 5. พัฒนาแบบฟอร์ม โดยแยกแบบฟอร์มการประเมินความเสี่ยงออก เป็น 4 ชุดตามความเสี่ยงทั้ง 4 ประเภท คือ • ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) • ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk) • ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk) • ความเสี่ยงด้านการรายงาน (Reporting Risk)

<u>การกำหนดระดับความเสี่ยง</u>

การพิจารณาระดับความเสี่ยง ใช้เกณฑ์ตามที่มหาวิทยาลัยกำหนด คือ

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

ตารางที่ 1.2 Risk Map



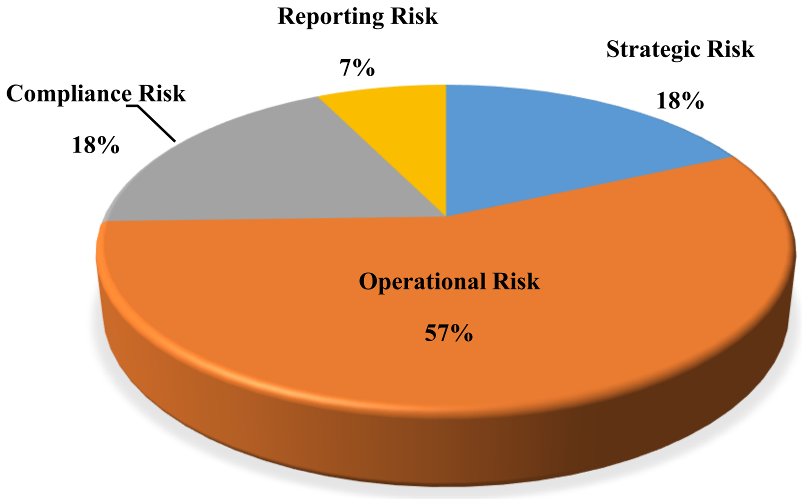
มหาวิทยาลัยมหิดลได้กำหนดระดับความเสี่ยง เป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับความเสี่ยง	ความหมาย
สูงมาก (Red Zone)	ระดับความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยไม่สามารถยอมรับได้และจำเป็นต้องวางแผนบริหารจัดการอย่างเร่งด่วน
สูง (Orange Zone)	ระดับความเสี่ยงที่ส่วนงานจะต้องวางแผนบริหารจัดการภายในส่วนงานเอง (สลับกันกับข้างล่างไหม)
ปานกลาง (Yellow Zone)	ระดับความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยยอมรับได้ แต่ต้องมีการติดตามเฝ้าระวังและกำกับดูแลมาตรฐานการควบคุมที่มีอยู่ให้ดำเนินไปอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
ต่ำ (Green Zone)	ระดับความเสี่ยงที่มหาวิทยาลัยยอมรับได้ เนื่องจากมีมาตรการการควบคุมที่เพียงพอแล้ว

ผลการประเมินความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2558

<u>ความเสี่ยงระดับพันธกิจ</u>

จากการประเมินความเสี่ยงทั้งพันธกิจหลักและพันธกิจสนับสนุน ของคณะฯ มีความเสี่ยงทั้งสิ้นจำนวน 55 ความเสี่ยง โดยแบ่งตามประเภทของความเสี่ยงได้ดังนี้



รูปภาพที่ 1.2 สัดส่วนจำนวนความเสี่ยงแยกตามประเภทความเสี่ยง

ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)

จำนวน 10 ความเสี่ยง ซึ่งความเสี่ยงที่มีส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มีปัจจัยภายนอกเป็นสาเหตุของความเสี่ยง

ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

จำนวน 31 ความเสี่ยง ซึ่งมีสัดส่วนมากที่สุดหากเทียบกับความเสี่ยงประเภทอื่น โดยความเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากงานประจำและเป็นความเสี่ยงที่มีการจัดการมาระยะหนึ่ง ดังนั้นกิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงที่มีอยู่ในปัจจุบัน จึงสามารถจัดการความเสี่ยงได้บางส่วนอย่างมีประสิทธิภาพ

ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk)

จำนวน 10 ความเสี่ยง ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบสำคัญของคณะ หรือความเสี่ยงที่เกิดจากการถูกฟ้องร้อง ร้องเรียน ซึ่งมีผลกระทบแตกต่างกันไปตามแต่ละกลุ่มของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ความเสี่ยงด้านการรายงาน (Reporting Risk)

จำนวน 4 ความเสี่ยง โดยความเสี่ยงในด้านนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือความเสี่ยงด้านการเงิน จำนวน 2 ความเสี่ยง เป็นความเสี่ยงจากการบริหารรายได้และสินทรัพย์ และความเสี่ยงด้านการรายงาน จำนวน 2 ความเสี่ยง ซึ่งเป็นความเสี่ยงของโครงการ BI ที่คณะฯกำลังดำเนินการพัฒนาระบบการจัดทำรายงานในด้านต่างๆของคณะฯให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่คณะฯมีอยู่ได้อย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ

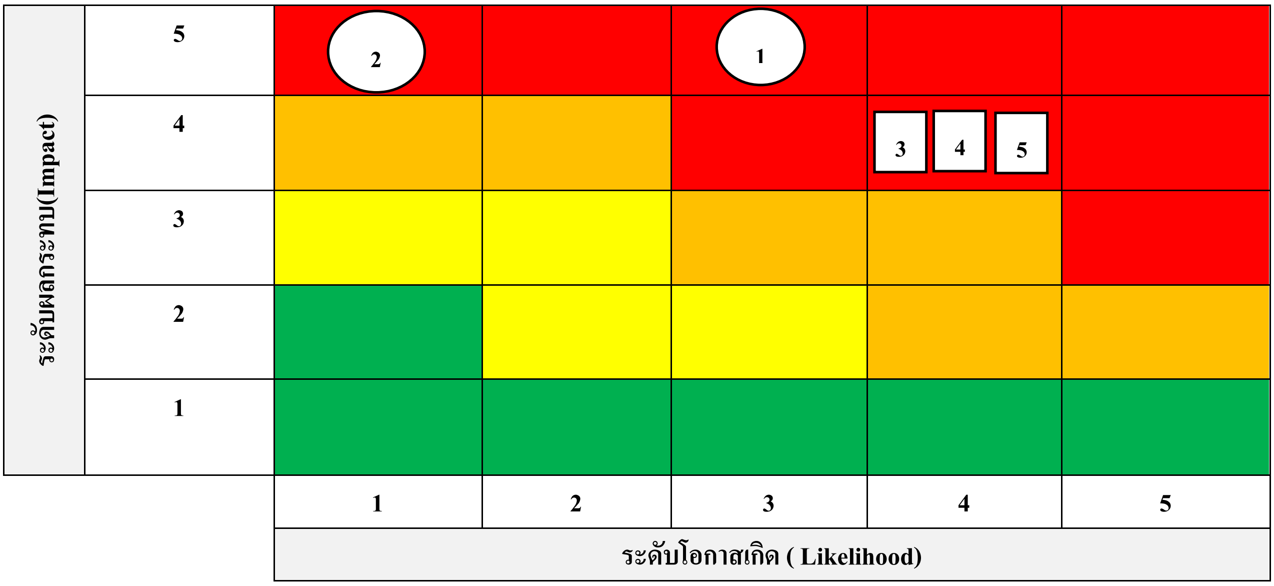
ตารางที่ 1.3 จำนวนความเสี่ยงของแต่ละพันธกิจ

พันธกิจ	จำนวนเหตุการณ์ความเสี่ยง			
	ด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)	ด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)	ด้านกฎระเบียบ (Compliance Risk)	ด้านการรายงาน (Reporting Risk)
พันธกิจหลัก				
1. ด้านการศึกษา				
1.1 การศึกษาระดับปริญญา	2	-	2	-
1.2 การศึกษาหลังปริญญา	1	1	1	-
1.3 กิจการนักศึกษา	-	2	-	-
2. ด้านวิจัย	1	3	1	-
3. ด้านบริการสุขภาพ	1	1	2	-
4. ด้านบริการวิชาการสู่สังคม				
4.1 บริการวิชาการ	-	1	1	-
4.2 สร้างเสริมสุขภาพ	1	2	-	-
พันธกิจสนับสนุน				
1. ด้านนโยบายและแผน	2	-	-	-
2. ด้านทรัพยากรบุคคล	-	3	1	-
3. ด้านการเงินและงบประมาณ	-	1	1	2
4. ด้านจัดซื้อและพัสดุ	-	-	1	-
5. ด้านสารสนเทศ	1	2	-	2
6. ด้านสื่อสารองค์กร	-	2	-	-
7. ด้านวิเทศสัมพันธ์	1	1	-	-
8. ด้านพัฒนาคุณภาพ	-	1	-	-
9. ด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม (อาชีวอนามัย/ รักษาความปลอดภัย/ ยานพาหนะ/ วิศวกรรมบริการ)	-	11	-	-

<u>ความเสี่ยงระดับคณะฯ</u>

เมื่อพิจารณาระดับความเสี่ยง (พิจารณาจากระดับโอกาสเกิดควบคู่กับระดับผลกระทบ) ทั้งหมด 55 ความเสี่ยง พบว่า ความเสี่ยงที่อยู่ใน Red Zone หรือมีความเสี่ยงในระดับสูงมากซึ่งจัดเป็นความเสี่ยงระดับคณะฯ มีจำนวน 5 ความเสี่ยง ได้แก่

ตารางที่ 1.4 Risk Map ระดับคณะฯ



หมายเหตุ : ◯ หมายถึง พันธกิจหลัก ☐ หมายถึง พันธกิจสนับสนุน

ความเสี่ยงด้านบริการสุขภาพ จำนวน 1 ความเสี่ยง คือ

1. การจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศ (Center of Excellence) ในสาขาที่จำเป็นของประเทศ ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)

การจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศ (Center of Excellence) ในสาขาที่จำเป็นของประเทศนั้นเป็นเป้าหมายหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์ของคณะฯ สาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงนี้ พบว่าเกิดจาก 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ ความชัดเจนของการกำหนดโครงสร้างศูนย์ความเป็นเลิศ และการเตรียมความพร้อมบุคลากรที่ต้องมีทักษะที่สอดคล้องกับศูนย์ความเป็นเลิศศูนย์ต่างๆที่จะจัดตั้ง รวมทั้งความพอเพียงของบุคลากร โดยในการควบคุมความเสี่ยงนี้จะเน้นที่การปรับโครงการศูนย์ความเป็นเลิศให้มีความชัดเจนมากขึ้น

ความเสี่ยงด้านวิจัย จำนวน 1 ความเสี่ยง คือ

2. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ถูกฟ้องร้องจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบ (Compliance Risk)

ในการทำวิจัยโดยเฉพาะในการทำวิจัยในคนนั้น มีโอกาสที่จะเกิดการฟ้องร้อง ทั้งจากการไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับของผู้วิจัยเอง การไม่ได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย หรือจากความไม่พึงพอใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ดังนั้นถึงแม้ความเสี่ยงนี้เมื่อประเมินแล้วพบว่า มีโอกาสเกิดขึ้นน้อยมาก เนื่องจากในการวิจัยในคนมีการกำหนดกฎระเบียบข้อบังคับไว้อย่างชัดเจน แต่หากเกิดขึ้นจะมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์และชื่อเสียงของคณะฯสูงมาก นอกจากนี้ยังอาจส่งผลต่อทั้งผู้วิจัยเองซึ่งร้ายแรงถึงขั้นถูกเพิกถอนใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้เข้าร่วมงานวิจัยอาจถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นคณะฯจึงเพิ่มความละเอียดรอบคอบ โปร่งใสในการพิจารณาโครงการวิจัยให้มากขึ้นโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัย ตาม

แนวปฏิบัติของเฮลซิงกิ รวมทั้งหน่วยงานที่สนับสนุนการดำเนินการวิจัยได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ทำวิจัย และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การวิจัยทางคลินิกที่ดี (GCP)

ความเสี่ยงด้านสารสนเทศ จำนวน 2 ความเสี่ยง คือ

3. การให้บริการไม่มีประสิทธิภาพหรือทำงานไม่ได้จากการพัฒนาระบบสารสนเทศที่มีข้อผิดพลาด

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

ระบบสารสนเทศถือเป็นระบบสนับสนุนที่สำคัญของคณะฯ ซึ่งคณะฯมีการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อให้รองรับการพัฒนาและการขยายตัวอย่างต่อเนื่องของคณะฯ ในการพัฒนาแต่ละด้านนั้นมีความเสี่ยงที่เมื่อนำระบบไปใช้จริงอาจมีข้อผิดพลาดและส่งผลกระทบต่อการทำงานทั้งระบบ เช่น ทำให้การทำงานงานล่าช้า ระบบหยุดชะงัก ข้อมูลในระบบผิดพลาด หรือสูญหาย ดังนั้นเพื่อป้องการความเสี่ยงนี้คณะฯได้นำกระบวนการมาตรฐานด้านการพัฒนาซอฟท์แวร์(CMMI) มาใช้ป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว

หมายเหตุ : คณะฯผ่านการประเมินมาตรฐานการพัฒนาซอฟแวร์ CMMI ในเดือนธันวาคม 2557

4. ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

เนื่องจากการให้บริการรักษาพยาบาลของคณะฯ มีอัตราการเติบโตค่อนข้างเร็ว ซึ่งอาจทำให้การเติบโตของระบบเพื่อรองรับการให้บริการเพิ่มขึ้นเกินกว่าที่คาดการณ์ไว้ ดังนั้นจึงมีโอกาสที่ระบบสารสนเทศที่ใช้จะล่ม หรือหยุดชะงักกะทันหันโดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า ซึ่งหากเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบในวงกว้างเนื่องจากมีผู้เกี่ยวข้องที่ได้รับผลกระทบเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้ป่วย ซึ่งในแต่ละวันโรงพยาบาลต้องรองรับคนไข้เป็นจำนวนมาก (ผู้ป่วยนอก ปี 2557 มีจำนวน 1,438,212 ราย เฉลี่ย 5,490.8 รายต่อวัน)(1) ดังนั้นคณะฯจึงได้ใช้กระบวนการมาตรฐานด้าน ISO/IEC 20000:2011 มาใช้ในการควบคุมไม่ให้เกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงดังกล่าว

(1) ที่มา: ข้อมูลทางสถิติบริการผู้ป่วย (HIS) โดยฝ่ายสารสนเทศ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ความเสี่ยงด้านทรัพยากรบุคคล จำนวน 1 ความเสี่ยง คือ

5. ขาดเอกสารวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)/คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual)

ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk)

ทุนมนุษย์ถือเป็นฟันเฟืองหลักของทุกองค์กร ดังนั้นระบบบริหารทรัพยากรบุคคลจึงถือเป็นระบบสนับสนุนสำคัญของคณะ ทั้งในด้านการสรรหาบุคลากร การรักษาบุคลากร และการพัฒนาบุคคลากร

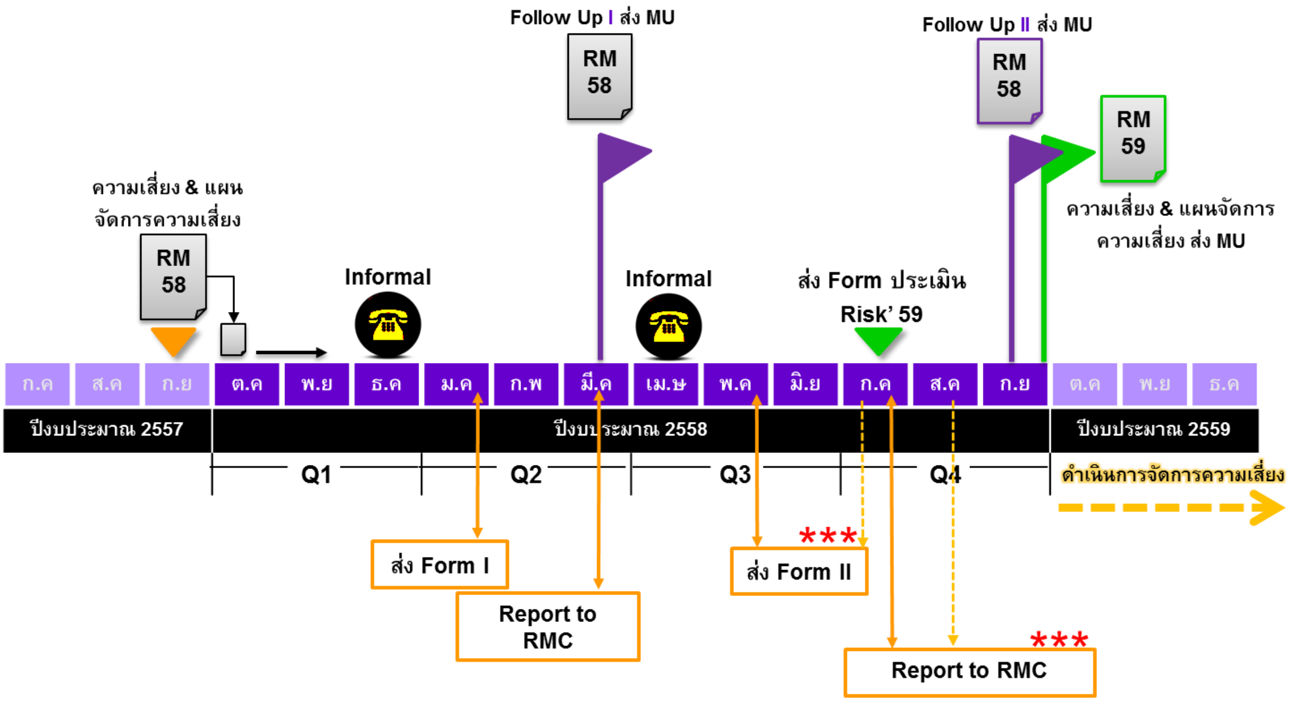
ในการทำงานให้มีประสิทธิภาพนั้น คู่มือการปฏิบัติงานเป็นเครื่องมือสำคัญตัวหนึ่งที่จะช่วยเรื่องดังกล่าวได้ และจากการประเมินระบบงานด้านทรัพยากรบุคคลพบว่า ยังขาดคู่มือการปฏิบัติงานด้านทรัพยากรบุคคลในแต่ละกระบวนการ ดังนั้นจึงได้มีการวางแผนในการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานให้ครบถ้วนทุกกระบวนการทำงานด้านทรัพยากรบุคคลทั้งระบบ รวมทั้งจะมีการทบทวนและพัฒนากระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องตามแนวทางของคุณภาพต่อไป

การจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2558

แนวทางการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง

หนึ่งในนโยบายการบริหารความเสี่ยงของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ระบุว่าคณะฯ จะต้องมีการประเมิน ติดตาม และทบทวนการบริหารความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มั่นใจว่าการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สามารถควบคุม และ ลดความเสี่ยงของคณะฯ ได้อย่างยั่งยืน ดังนั้นการพัฒนากระบวนการในการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง จึงเป็นภารกิจหนึ่งที่งานบริหารความเสี่ยงดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 เพื่อให้ได้ข้อมูลความเสี่ยงที่มีคุณภาพ ผู้บริหารสามารถใช้ประกอบการตัดสินใจในการบริหารงาน นำไปสู่การขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาระบบ และกระบวนการต่างๆ ภายในคณะฯ (Risk Management for Improving Process) ได้อีกด้วย

สำหรับการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2558 นั้น งานบริหารความเสี่ยงดำเนินการ ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในปีงบประมาณ 2557 โดยปรับระยะเวลาการดำเนินการ ให้เสร็จสิ้น ก่อนการเริ่มประเมินความเสี่ยงประจำปีงบประมาณต่อไป (มติคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ 11/2557) ดังนี้



รูปภาพที่ 2.1 Time Line แสดงการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2558

1. **หน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง** ดำเนินการจัดการความเสี่ยงตามแผนการจัดการความเสี่ยงที่ได้ระบุไว้
2. **งานบริหารความเสี่ยง** ดำเนินการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง และสอบทานความคืบหน้าของกิจกรรมการควบคุมตามที่ระบุไว้ อย่างไม่เป็นทางการ โดยได้ดำเนินการเร็วขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา ดังนี้
   - 2.1. ครั้งที่ 1 ปรับจาก เดือนมกราคม 2558 เป็น เดือนธันวาคม 2557
   - 2.2. ครั้งที่ 2 ปรับจาก เดือนมิถุนายน 2558 เป็น เดือนเมษายน 2558
3. **งานบริหารความเสี่ยง** จัดส่งหนังสือการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง ไปยังหน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง และ จัดทำแบบฟอร์มการรายงานดังกล่าว เผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์งานบริหารความเสี่ยง อีกทั้งดำเนินการประสานงาน ให้คำปรึกษา ในการรายงานผลการจัดการความเสี่ยง แนวทางการเขียนรายงานฯ การแนบเอกสารประกอบการดำเนินงาน

รวมถึงสอบทานเพื่อยืนยัน และขอรายละเอียดข้อมูลเพิ่มเติมระหว่างการจัดทำรายงานผลการจัดการความเสี่ยงกับหน่วยงานต่างๆ โดยได้ดำเนินการเร็วขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา ดังนี้

3.1. ครั้งที่ 1 ปรับจาก เดือนมีนาคม 2558 เป็น เดือนมกราคม 2558

3.2. ครั้งที่ 2 ปรับจาก เดือนกรกฎาคม 2558 เป็น เดือนพฤษภาคม 2558

4. **หน่วยงานเจ้าของความเสี่ยง** รายงานผลการบริหารจัดการความเสี่ยงตามแผนที่กำหนด และส่งกลับมายังงานบริหารความเสี่ยง ตามแบบฟอร์มการรายงานฯ

5. **งานบริหารความเสี่ยง** ดำเนินการรวบรวม วิเคราะห์ ประเมิน สรุปผลการจัดการความเสี่ยง และนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ

6. **คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะฯ** พิจารณาผลการจัดการความเสี่ยง เพื่อทราบและใช้เป็นข้อมูลประกอบการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ ต่อไป

6.1. ครั้งที่ 1 เดือนมีนาคม 2558

6.2. ครั้งที่ 2 ปรับจาก เดือนสิงหาคม 2558 เป็น เดือนกรกฎาคม 2558

7. **คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล** ดำเนินการจัดส่งผลการบริหารจัดการความเสี่ยงไปยังมหาวิทยาลัย

7.1. ครั้งที่ 1 เดือนเมษายน 2558

7.2. ครั้งที่ 2 เดือนกันยายน 2558

8. **ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยงมหาวิทยาลัยมหิดล** รับทราบผลการจัดการความเสี่ยง และรวบรวมผลเพื่อรายงานต่อไป

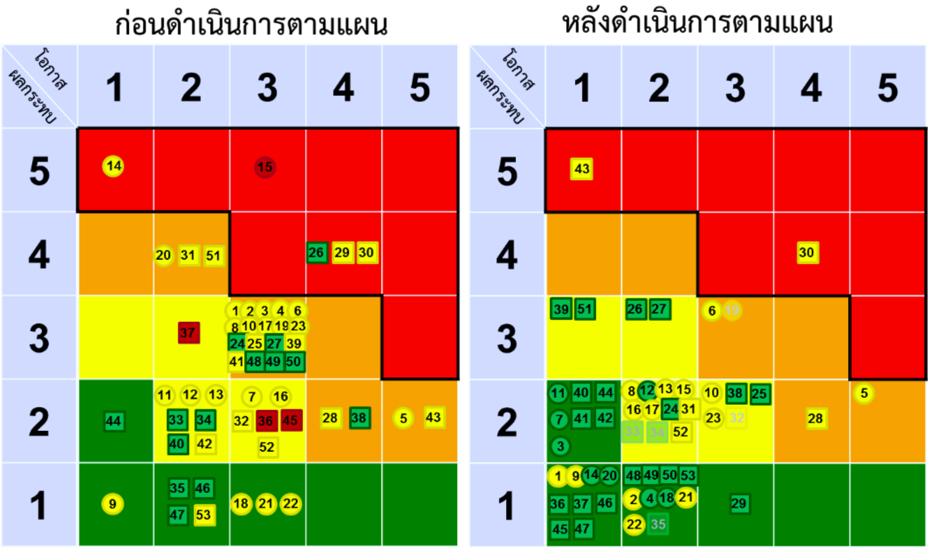
จากการดำเนินการดังกล่าว สามารถทำให้เจ้าของความเสี่ยงนำผลการจัดการความเสี่ยงที่ได้ ไปใช้ประกอบการพิจารณาการประเมิน และวางแผนการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2559 ให้เกิดความสอดคล้องต่อเนื่องของเหตุการณ์ความเสี่ยงได้มากขึ้น รวมถึงเป็นการช่วยลดความสับสนในการจัดทำเอกสารของเจ้าของความเสี่ยง

ผลการจัดการความเสี่ยง

งานบริหารความเสี่ยงดำเนินการติดตามความเสี่ยงทั้งสิ้น 53 ความเสี่ยง โดยไม่ได้ติดตามความความเสี่ยงโครงการ Business Intelligence (BI) จำนวน 2 ความเสี่ยง เนื่องจาก โครงการดังกล่าวดำเนินการติดตามในลักษณะของความสำเร็จของโครงการ มากกว่า ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง

<u>**ภาพรวมผลการจัดการความเสี่ยง**</u>

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สามารถดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2558 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ตามที่แสดงในตาราง Risk Map-Dashboard ดังนี้



รูปภาพที่ 2.2 Risk Map-Dashboard

จากการเคลื่อนไหวของความเสี่ยงทั้ง 53 ความเสี่ยง บน Risk Map-Dashboard สามารถอธิบายได้ว่า คณะฯ สามารถจัดการความเสี่ยงให้ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการตามแผนฯ ส่วนใหญ่ "ลดลง"และเคลื่อนที่เข้าสู่บริเวณ Green Zone ได้อย่างชัดเจน เมื่อพิจารณาสถานะของกิจกรรมการควบคุม (Control Activity) พบว่า กิจกรรมการควบคุมภายหลังการดำเนินการตามแผนฯ "ทั้งหมด" มีประสิทธิภาพอยู่ในเกณฑ์ดีตามที่ได้ประเมินไว้ โดยมีเหตุการณ์ความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพการควบคุมในระดับ ดีบางส่วน (Yellow) ร้อยละ 40 และ ดีมาก (Green) ถึงร้อยละ 60 ของความเสี่ยงทั้งหมด

เมื่อนำผลลัพธ์ที่ได้มาจัดทำเป็นตารางแสดงจำนวนความเสี่ยงเปรียบเทียบระหว่างระดับความเสี่ยง และความสามารถในการจัดการความเสี่ยง จึงทำให้เห็นข้อมูลผลการจัดการความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ 2558 ที่ชัดเจน ดังนี้

ตารางที่ 2.1 จำนวนความเสี่ยงเปรียบเทียบระหว่างระดับความเสี่ยง และ ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง

ระดับความเสี่ยง	สามารถจัดการความเสี่ยงได้				ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงได้	รวม
	ลดลง-ไม่เป็นความเสี่ยง	ลดลง-เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้	ลดลง-เป็นความเสี่ยงสำคัญ	คงที่		
สูงมาก			1	1	0	**2**
สูง				3	0	**3**
ปานกลาง	1	4	10	2	0	**17**
ต่ำ	14	10	5	2	0	**31**
รวม	**15**	**14**	**16**	**8**	**0**	**53**

จากตารางแสดงจำนวนความเสี่ยงเปรียบเทียบระหว่างระดับความเสี่ยง และ ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง พบว่า ในปีงบประมาณ 2558 คณะฯ สามารถจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลงได้ 45 ความเสี่ยง คิดเป็น ร้อยละ 85 ของความเสี่ยงทั้งหมด และสามารถควบคุมให้ระดับความเสี่ยงไม่เพิ่มขึ้นได้ 8 ความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 15 ของความเสี่ยงทั้งหมด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. **ความเสี่ยงที่ค่าระดับความเสี่ยงลดลง ถึงระดับที่ไม่เป็นความเสี่ยงของคณะฯ** จำนวน 15 ความเสี่ยง คิดเป็น ร้อยละ 28 ของความเสี่ยงทั้งหมด ในจำนวนนี้สามารถแยกตามระดับความเสี่ยงได้ดังนี้

   1.1. ความเสี่ยงที่มีค่าระดับความเสี่ยง “ปานกลาง” (Yellow Zone) จำนวน 1 ความเสี่ยง ได้แก่

   No. 39 ความเสี่ยงที่เกิดจากระบบการสื่อสารขัดข้อง เช่นเกิดการดับ ค้าง หรือ ขัดข้อง

   1.2. ความเสี่ยงที่มีค่าระดับความเสี่ยง “ต่ำ” (Green Zone) จำนวน 14 ความเสี่ยง ได้แก่

   No. 1 บัณฑิตที่จบสอบไม่ได้ License

   No. 3 การถูกฟ้องร้องกรณีตัดสินการพ้นสภาพของนักศึกษา

   No. 11 ความไม่ปลอดภัยในห้องปฏิบัติการด้านชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม

   No. 14 *คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ถูกฟ้องร้องจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

   No. 19 ไม่สามารถจัดโครงการที่หน่วยงานเสนอขอมาได้ทั้งหมด เนื่องจากเป็นโครงการนอกแผน

   No. 20 ขาดกระบวนการตรวจสอบการละเมิดลิขสิทธิ์ผลงานวิชาการก่อนการตีพิมพ์ที่มีประสิทธิภาพ

   No. 32 ความเสี่ยงจากกระบวนการการเงิน

   No. 33 เงินรายได้สะสมลดลง

   (มาจากเงินลงทุนระยะสั้น กับเงินลงทุนระยะยาวในรายงานการเงิน-งบดุล)

   No. 34 สินทรัพย์มีมูลค่าลดลงหรือไม่เพิ่มขึ้น

   No. 35 ไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับประกาศด้านการเงิน และงบประมาณต่างๆ ของมหาวิทยาลัยและคณะฯ

   No. 40 ความเสี่ยงจากการข้อมูลที่สื่อสาร/ ประชาสัมพันธ์ คลาดเคลื่อน/ ไม่ถูกต้อง

   No. 45 ความเสี่ยงจากขั้นตอนการดำเนินงาน

   No. 46 การควบคุมการก่อสร้างยังไม่รอบคอบเพียงพอ

   No. 47 ระบบไฟฟ้าสำรองไม่พร้อมใช้งาน 100 % บางเครื่อง

จะเห็นได้ว่า ความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการเคลื่อนที่เข้าสู่บริเวณ Green Zone อย่างชัดเจน แสดงถึงประสิทธิผลของกิจกรรมการควบคุม ที่สามารถทำให้ค่าระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการ ลดลง มาอยู่ที่ระดับความเสี่ยง "ต่ำ" จนอยู่ในระดับที่ไม่เป็นความเสี่ยงของคณะฯ และเมื่อเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง พบว่าผลลัพธ์ที่ได้ อยู่ภายใต้กรอบของตัวชี้วัดที่กำหนดไว้

2. **ความเสี่ยงที่ค่าระดับความเสี่ยงลดลง ถึงระดับที่เป็นความเสี่ยงที่สามารถยอมรับได้** จำนวน 14 ความเสี่ยง คิดเป็น ร้อยละ 27 ของความเสี่ยงทั้งหมด ในจำนวนนี้สามารถแยกตามระดับความเสี่ยงได้ดังนี้

2.1. ความเสี่ยงที่มีค่าระดับความเสี่ยง "ปานกลาง" (Yellow Zone) จำนวน 4 ความเสี่ยง ได้แก่

No. 23 การสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการยังไม่บรรลุเป้าหมาย

No. 26 *ขาดเอกสารวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)/คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual)

No. 27 ถูกฟ้องร้องจากบุคลากรกรณีการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงานประจำปี

No. 41 ขาดแคลนบุคลากรที่เชิญมาดำรงตำแหน่ง Visiting Professor

2.2. ความเสี่ยงที่มีค่าระดับความเสี่ยง "ต่ำ" (Green Zone) จำนวน 10 ความเสี่ยง ได้แก่

No. 7 ถูกปิดหลักสูตรหลังจากดำเนินการสอนแล้วเนื่องจากคุณสมบัติเบื้องต้นของหลักสูตรไม่ตรงตามข้อกำหนดของราชวิทยาลัย

No. 21 ไม่ได้รับรายงานข้อมูลจากผู้รับผิดชอบโครงการ/ กิจกรรมที่นำไปสู่จำนวนนโยบายสุขภาพและจำนวนรางวัลนวัตกรรม

No. 22 การรับฟังเสียงของผู้รับบริการ/ การรายงานข้อมูล/ การเชื่อมโยงข้อมูลจากแต่ละหน่วยงานยังไม่สมบูรณ์/ เข้มแข็งพอ

No. 29 *การให้บริการไม่มีประสิทธิภาพหรือทำงานไม่ได้จากการพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาลมีข้อผิดพลาด

No. 36 แผนดำเนินการก่อสร้างอาคารปรีคลินิกและอาคารวิจัย ที่จะต้องเสนอของบประมาณปี 2559 ยังไม่พร้อมเสนอในเดือนตุลาคมนี้ ประกอบด้วยราคากลาง และ TOR เสนอกระทรวงพลังงาน

No. 37 แผนรองรับสำหรับการจัดการแผนงบประมาณด้านการบริการรักษาในอนาคตที่สถาบันการแพทย์จักรีนฤบดินทร์ที่เหมาะสม เพียงพอ

No. 38 ภาควิชา/หน่วยงานไม่มีการเก็บรวบรวมองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ

No. 48 เจ้าหน้าที่และผู้ใช้บริการไม่ให้ความร่วมมือในมาตรการที่กำหนดขึ้น

No. 49 พื้นที่จอดรถไม่เพียงพอสำหรับเจ้าหน้าที่และผู้มาใช้บริการ

No. 53 การให้บริการยานพาหนะที่ไม่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

จะเห็นได้ว่า ความเสี่ยงที่ถูกจัดการให้เป็นความเสี่ยงที่คณะฯ สามารถยอมรับได้นั้น ส่วนใหญ่จะมีค่าระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการ ลดระดับมาอยู่ที่ ระดับความเสี่ยง "ต่ำ" ในบริเวณ Green Zone และบางส่วนลดระดับมาอยู่ที่ ระดับความเสี่ยง "ปานกลาง" ในบริเวณ Yellow Zone อย่างชัดเจน แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของกิจกรรมการควบคุม ที่สามารถทำให้ค่าระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการ ลดลง แต่ยังคงเป็นความเสี่ยงของพันธกิจ ที่ยอมรับให้เกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงนั้นๆ ได้อีก เนื่องจากความเสี่ยงเหล่านี้ สามารถควบคุม หรือจัดการความเสี่ยงได้ด้วยกิจกรรมการควบคุม และ/หรือ กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน รวมถึงเมื่อเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง พบว่า ผลลัพธ์ที่ได้ อยู่ภายใต้กรอบของตัวชี้วัดที่กำหนดไว้

3. **ความเสี่ยงที่ค่าระดับความเสี่ยงลดลง แต่ยังคงเป็นความเสี่ยงสำคัญ** จำนวน 16 ความเสี่ยง คิดเป็น ร้อยละ 30 ของความเสี่ยงทั้งหมด ในจำนวนนี้สามารถแยกตามระดับความเสี่ยงได้ดังนี้

3.1. ความเสี่ยงที่มีค่าระดับความเสี่ยง "สูงมาก" (Red Zone) จำนวน 1 ความเสี่ยง ได้แก่

No. 43 บุคลากรบางท่านที่ทำงานสัมผัสเสียงดัง ไม่ใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE)

3.2. ความเสี่ยงที่มีค่าระดับความเสี่ยง "ปานกลาง" (Yellow Zone) จำนวน 10 ความเสี่ยง ได้แก่

No. 8 นักศึกษาได้รับผลกระทบจากโรคระบาด และภัยด้านอื่น ๆ

No. 10 ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติยังมีจำนวนน้อย

No. 15 *การจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศ (Center of Excellence) ในสาขาที่จำเป็นของประเทศ ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์

No. 16 การเกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรจะป้องกันได้ (Preventable Event) เป็นผลทำให้โรงพยาบาลต้องให้การเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว

No. 17 การถูกร้องเรียนหรือฟ้องร้องจากความผิดพลาดของกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาลจนถูกตัดสินว่าผิดและนำไปสู่ความเสียหายต่อชื่อเสียงภาพลักษณ์และการชดใช้เป็นตัวเงิน

No. 24 ฐานข้อมูลบุคลากรยังไม่สมบูรณ์และเป็นปัจจุบัน

No. 25 บุคลากรในตำแหน่งด้านวิชาชีพเฉพาะมีอัตราการลาออกสูง

No. 31 เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vender)

No. 51 อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน เช่นการปฏิบัติงานในที่สูง การขนย้ายของที่น้ำหนักมาก

No. 52 อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากการให้บริการยานพาหนะ

3.3. ความเสี่ยงที่มีค่าระดับความเสี่ยง "ต่ำ" (Green Zone) จำนวน 5 ความเสี่ยง ได้แก่

No. 2 นักศึกษาลาออกเพื่อศึกษาสาขาอื่น/สถาบันอื่น

No. 4 การถูกฟ้องร้องกรณีใช้สื่อสังคมออนไลน์ ไม่เหมาะสม/ ผิดจริยธรรมวิชาชีพ

No. 18 คณะฯ ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพเวชกรรม โดยไม่ระบุข้อบ่งชี้การใช้ยาในเวชระเบียนคนไข้

No. 42 บันทึกข้อตกลงความร่วมมือที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง (Active MOU) มีจำนวนต่ำกว่าเป้าหมาย

No. 50 อาคารต่างๆ เป็นอาคารเก่าอายุการใช้งานนานปี และเจ้าหน้าที่ประมาทไม่ระมัดระวัง

จะเห็นได้ว่าความเสี่ยงที่ยังคงเป็นความเสี่ยงสำคัญ ภายหลังการดำเนินงาน มีจำนวนมากที่สุด เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากกระบวนงานหลักของพันธกิจ หรือยังอยู่ระหว่างการดำเนินงาน *(รายละเอียดตามภาคผนวก)* ตำแหน่งของความเสี่ยงมีการกระจายตัวอยู่ใน Risk Map โดยส่วนใหญ่จะมีค่าระดับความเสี่ยงลดลงอยู่ในระดับ "ปานกลาง" ในบริเวณ Yellow Zone เมื่อพิจารณาผลลัพธ์เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง พบว่า ผลการจัดการความเสี่ยงบางส่วนได้ผลลัพธ์ภายใต้กรอบของตัวชี้วัดที่กำหนด แต่บางส่วนได้ผลลัพธ์ที่เกินกว่า หรือใกล้เคียงกับการระบุให้เป็นความเสี่ยง ทั้งนี้มักพบปัจจัยภายนอกอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อการจัดการความเสี่ยงด้วย ดังนั้นความเสี่ยงเหล่านี้ จึงจำเป็นต้องมีการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และอาจต้องพิจารณาปรับปรุง เพิ่ม-ลด หรือพัฒนากิจกรรมการควบคุมความเสี่ยงใหม่ๆ ในปีต่อไป

4. ความเสี่ยงที่ค่าระดับความเสี่ยงยังคงที่ จำนวน 8 ความเสี่ยง คิดเป็น ร้อยละ 15 ของความเสี่ยงทั้งหมด ในจำนวนนี้สามารถแยกตามระดับความเสี่ยงได้ดังนี้

4.1. ความเสี่ยงที่มีค่าระดับความเสี่ยง "สูงมาก" (Red Zone) จำนวน 1 ความเสี่ยง ได้แก่

No. 30 *ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า (เนื่องจากยังอยู่ระหว่างดำเนินการ รายละเอียดตามภาคผนวก)

4.2. ความเสี่ยงที่มีค่าระดับความเสี่ยง "สูง" (Orange Zone) จำนวน 3 ความเสี่ยง ได้แก่

No. 5 นักศึกษาใช้เวลาเรียนเกินกว่าที่หลักสูตรกำหนด (เนื่องจากยังอยู่ระหว่างดำเนินการ และเป็นการดำเนินการต่อเนื่อง รายละเอียดตามภาคผนวก)

No. 6 จำนวนและคุณภาพของนักศึกษาที่สมัครเข้ารับการศึกษา/ ฝึกอบรมไม่ได้ตามเป้าหมาย (เนื่องจากยังอยู่ระหว่างดำเนินการ และเป็นการดำเนินการต่อเนื่อง รายละเอียดตามภาคผนวก)

No. 28 ความปลอดภัยทางสารสนเทศยังไม่ได้มาตรฐานขั้นสูงสุดของกระทรวงสารสนเทศและการสื่อสาร (เนื่องจากยังอยู่ระหว่างดำเนินการ รายละเอียดตามภาคผนวก)

4.3. ความเสี่ยงที่มีค่าระดับความเสี่ยง "ปานกลาง" (Yellow Zone) จำนวน 2 ความเสี่ยง ได้แก่

No. 12 ไม่สามารถดำเนินการวิจัยได้ตามแผนเนื่องจากเครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์มีการชำรุดเสียหายจากเหตุการณ์ต่างๆ (เนื่องจากยังอยู่ระหว่างดำเนินการ และเป็นการดำเนินการต่อเนื่อง รายละเอียดตามภาคผนวก)

No. 13 อาจารย์แพทย์/ แพทย์/ นักวิจัยรุ่นใหม่ให้ความสำคัญหรือมีผลงานวิจัยไม่มาก (เนื่องจากยังอยู่ระหว่างดำเนินการ และเป็นการดำเนินการต่อเนื่อง รายละเอียดตามภาคผนวก)

4.4. ความเสี่ยงที่มีค่าระดับความเสี่ยง "ต่ำ" (Green Zone) จำนวน 2 ความเสี่ยง ได้แก่

No. 9 ภัยจากอุบัติเหตุ และอาชญากรรม (เนื่องจากยังอยู่ระหว่างดำเนินการ และเป็นการดำเนินการต่อเนื่อง รายละเอียดตามภาคผนวก)

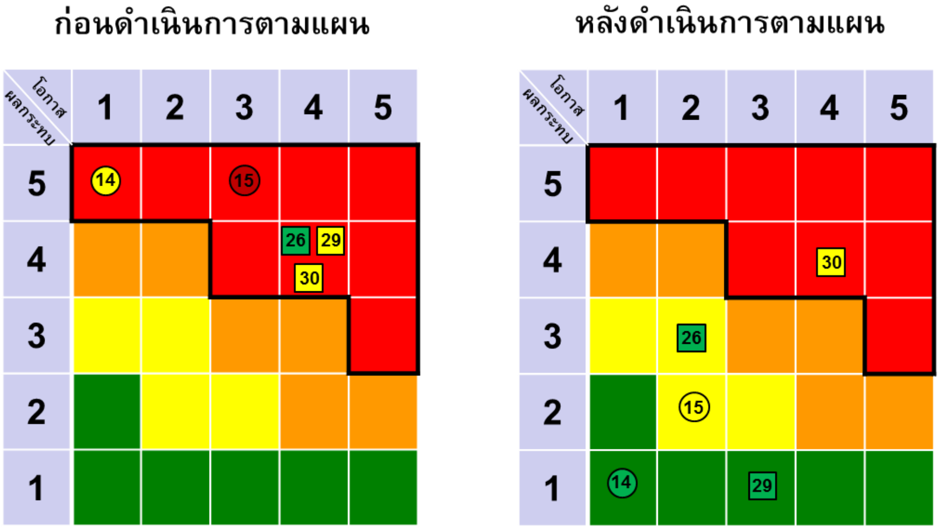
No. 44 บุคลากรทำงานในห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์โดนสารเคมี (เนื่องจากยังอยู่ระหว่างดำเนินการ และเป็นการดำเนินการต่อเนื่อง รายละเอียดตามภาคผนวก)

ความเสี่ยงที่ยังมีค่าระดับความเสี่ยงคงที่ ในปีงบประมาณ 2558 ทั้งหมดมีสาเหตุเนื่องมาจาก ยังอยู่ระหว่างการดำเนินการ หรือกิจกรรมการควบคุมเป็นกิจกรรมที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เมื่อ พิจารณาผลลัพธ์เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยง พบว่า ความเสี่ยงบางส่วนไม่สามารถวัดผลได้ในระยะสั้น บางส่วนได้ผลลัพธ์ภายใต้กรอบของตัวชี้วัดที่กำหนด แต่บางส่วนได้ผลลัพธ์ที่เกินกว่า หรือใกล้เคียงกับการระบุให้เป็นความเสี่ยง รวมถึงพบปัจจัยภายนอกอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อการจัดการความเสี่ยงด้วย การประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกิจกรรมการควบคุมภายหลังการดำเนินการจึงยังไม่ชัดเจน จำเป็นต้องมีการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ใกล้ชิด รวมถึงอาจจำเป็นต้องพิจารณาปรับปรุง เพิ่ม-ลด หรือพัฒนาแผนการจัดการความเสี่ยงใหม่ๆ ในปีต่อไป

ทั้งนี้ความเสี่ยงที่มีเครื่องหมาย (*) เป็นความเสี่ยงระดับคณะฯ ที่มีค่าระดับความเสี่ยงก่อนการจัดการความเสี่ยงสูงมาก จะขอกล่าวถึงรายละเอียดการจัดการในหัวข้อต่อไป

<u>**ผลการจัดการความเสี่ยง ระดับคณะฯ**</u>

ความเสี่ยงระดับคณะฯ ทั้งหมด 5 ความเสี่ยง คณะฯ สามารถจัดการความเสี่ยงให้ระดับความเสี่ยงภายหลังการดำเนินการตามแผนฯ ส่วนใหญ่ "ลดลง" และเคลื่อนที่ออกจากบริเวณ Red Zone ได้อย่างชัดเจน ตามที่แสดงในตาราง Risk Map-Dashboard ระดับคณะฯ ดังนี้



รูปภาพที่ 2.3 Risk Map-Dashboard ระดับคณะฯ

ความเสี่ยง No. 14 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ถูกฟ้องร้องจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฝ่ายวิจัย สามารถจัดการความเสี่ยง ให้ค่าระดับความเสี่ยงลดลงจาก ระดับความเสี่ยงสูงมาก 5 (1X5) มาอยู่ที่ระดับความเสี่ยงต่ำ 1 (1X1) ได้ เนื่องจากมีการปรับเพิ่ม กิจกรรมการบันทึกข้อร้องเรียน และการใช้กระบวนการไกล่เกลี่ย เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการควบคุม *(รายละเอียดตามภาคผนวก)* ส่งผลให้กิจกรรมการควบคุมมีประสิทธิภาพดีขึ้น (สถานะเปลี่ยนจากสีเหลือง เป็น สีเขียว) สามารถลดผลกระทบจากการถูกฟ้องร้องเป็นคดีความขึ้นสู่ศาล และถูกตัดสินว่าผิด ให้เหลือเพียง การถูกร้องเรียนภายในหน่วยงาน ดังนั้น เมื่อความเสี่ยงข้อนี้ส่งผลกระทบเฉพาะในระดับหน่วยงาน จึงระบุได้ว่า ความเสี่ยงข้อนี้ไม่เป็นความเสี่ยงระดับคณะฯ และ ไม่เป็นความเสี่ยงของคณะฯ เช่นกัน

ความเสี่ยง No. 15 การจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศ (Center of Excellence) ในสาขาที่จำเป็นของประเทศ ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ เจ้าของความเสี่ยงในพันธกิจบริการสุขภาพ สามารถจัดการความเสี่ยง ให้ค่าระดับความเสี่ยงลดลงจาก ระดับความเสี่ยงสูงมาก 15 (3X5) มาอยู่ที่ระดับความเสี่ยงปานกลาง 4 (2X2) ได้ เนื่องจากสามารถดำเนินการปรับโครงสร้างศูนย์ความเป็นเลิศ กับศูนย์สนับสนุนพันธกิจ ได้ตามกิจกรรมการควบคุมที่วางไว้ หลังจากที่ไม่สามารถดำเนินการดังกล่าวได้ มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 (สถานะเปลี่ยนจากสีแดง เป็น สีเหลือง)

ทั้งนี้ แม้จะสามารถลดระดับความเสี่ยงลงมาอยู่ในระดับปานกลาง แต่ยังคงถือว่า ความเสี่ยงข้อนี้เป็นความเสี่ยงสำคัญของคณะฯ เนื่องจาก การจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศ (Center of Excellence) ในสาขาที่จำเป็นของประเทศ ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ จำเป็นต้องมีการจัดทำแผนพัฒนาศูนย์ฯ ให้อยู่ในเกณฑ์ระดับเอเชีย ซึ่งปัจจุบัน คณะฯ ยังไม่มีแผนในการดำเนินการดังกล่าว ดังนั้น ความเสี่ยงในข้อนี้จึงจำเป็นต้องมีการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

ความเสี่ยง No. 26 ขาดเอกสารวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)/ คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) ฝ่ายทรัพยากรบุคคล สามารถจัดการความเสี่ยง ให้ค่าระดับความเสี่ยงมีแนวโน้มลดลงจาก ระดับความเสี่ยงสูงมาก 16 (4X4) มาอยู่ที่ระดับความเสี่ยงปานกลาง 6 (2X3) ได้ จากประสิทธิภาพของกิจกรรมการควบคุม ที่สามารถลดขั้นตอน และปรับปรุงกระบวนการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพจริงตามที่ระบุไว้ในตัวชี้วัดความเสี่ยง แต่เนื่องจากยังดำเนินการไม่เสร็จสิ้น จึงยัง

ไม่สามารถรายงานผลเมื่อเทียบกับตัวชี้วัดความเสี่ยงอื่นๆ ได้ ความเสี่ยงข้อนี้จึงยังคงเป็นความเสี่ยงของคณะฯ ที่ฝ่ายทรัพยากรบุคคลสามารถจัดการให้เป็นความเสี่ยงที่สามารถยอมรับให้เกิดขึ้นได้

ความเสี่ยง No. 29 การให้บริการไม่มีประสิทธิภาพหรือทำงานไม่ได้ จากการพัฒนาระบบสารสนเทศโรง พยาบาลมีข้อผิดพลาด ฝ่ายสารสนเทศ ดำเนินการจัดการความเสี่ยงโดยการพัฒนาระบบสารสนเทศจนได้รับรองมาตรฐาน CMMI *(รายละเอียดตามภาคผนวก)* ทำให้ค่าระดับความเสี่ยงมีแนวโน้มลดลงจาก ระดับความเสี่ยงสูงมาก 16 (4X4) มาอยู่ที่ระดับความเสี่ยงต่ำ 3 (3X1) ได้ แต่เนื่องจากยังไม่ได้นำกระบวนการ ตามมาตรฐานด้านการพัฒนาซอฟท์แวร์ (CMMI) ไปใช้ในการ Maintenance Project เดิม จึงพบการ Deploy ระบบไปใช้งานมีข้อผิดพลาด จากความเหลื่อมล้ำของ New Project และ Maintenance Project เดิม ความเสี่ยงข้อนี้จึงยังคงเป็นความเสี่ยงของคณะฯ ที่ฝ่ายสารสนเทศสามารถจัดการให้เป็นความเสี่ยงที่สามารถยอมรับให้เกิดขึ้นได้

ความเสี่ยง No. 30 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า (เนื่องจากยังอยู่ระหว่างดำเนินการ รายละเอียดตามภาคผนวก) ฝ่ายสารสนเทศ วางแผนการจัดการความเสี่ยงโดยการใช้กระบวนการมาตรฐานด้าน ISO/IEC 20000:2011 แต่เนื่องจากยังดำเนินการไม่เสร็จสิ้น (ข้อมูลเมื่อวันที่ 23/07/58) จึงยังไม่สามารถคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยงหลังดำเนินการได้ ระดับความเสี่ยงจึงยัง คงที่ ที่ระดับความเสี่ยงสูงมาก 16 (4X4) ภายหลังฝ่ายสารสนเทศได้ดำเนินการจนได้มาตรฐาน และถูกประกาศให้ทราบภายในคณะฯ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว (ข้อมูลเมื่อวันที่ 10/8/2558) ดังนั้น สามารถคาดการณ์ได้ว่า หากนำกระบวนการตามมาตรฐานดังกล่าวมาใช้ ระดับความเสี่ยงข้อนี้น่าจะมีแนวโน้มลดลงในปีต่อไป

ภาคผนวก

ผลการประเมินความเสี่ยงและแผนจัดการความเสี่ยง

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับ โอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับ ผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับ ความเสี่ยง
การศึกษา (การศึกษาระดับปริญญา)	1	บัณฑิตที่จบสอบไม่ได้ License	Startegic Risk	การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ไม่มีประสิทธิภาพ อาจารย์ไม่ดูแลนักศึกษาใกล้ชิด (Suppervision)	3	3.1 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร-มีผลกระทบต่อ	3	ร้อยละของผู้สำเร็จการศึกษาที่สอบไม่ได้ License (เป้าหมาย) - หลักสูตร พบ. ร้อยละ 4 - หลักสูตร พย.บ. ร้อยละ 8	1. การจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพ 2. การเตรียมตัวของนักศึกษา	1.ระบบติดตามและให้ความช่วยเลือนักศึกษา 2. โครงการทบทวนความรู้	1. ตลอดปีการศึกษา (1 มิ.ย. - 31 พ.ค.) 2. ม.ค. 58 - มิ.ย. 58	รองคณบดีฝ่ายการศึกษา/ ผอ.โรงเรียนพยาบาล/ หัวหน้าภาควิชาภาควิชาวิทยาศาสตร์สื่อความหมาย	สูง
การศึกษา (การศึกษาระดับปริญญา)	2	นักศึกษาลาออกเพื่อศึกษาสาขาอื่น/สถาบันอื่น	Startegic Risk	หลักสูตรไม่ตรงตามความต้องการ / ความถนัดของนักศึกษา	3	2. มูลค่าความเสียงหายทางการเงิน	3	ร้อยละของนักศึกษาที่ลาออกเพื่อไปศึกษาสาขาอื่น / สถาบันอื่น - หลักสูตร พบ. ไม่เกินร้อยละ 2 - หลักสูตร พยบ. ไม่เกินร้อยละ 10 - หลักสูตร วทบ. ไม่เกินร้อยละ 20	1.การจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพ 2. การจัดกิจกรรมเสริมสร้างความผูกพัน	1. การปฐมนิเทศ 2. การดูแลนักศึกษา ติดตามนักศึกษาที่มีปัญหา	1. ตลอดปีการศึกษา (1 มิ.ย. - 31 พ.ค.) 2. ระยะเริ่มเปิดเรียน	รองคณบดีฝ่ายการศึกษา/ รองคณบดีฝ่ายกิจการนักศึกษาผอ.โรงเรียนพยาบาล/ หัวหน้าภาควิชาภาควิชาวิทยาศาสตร์สื่อความหมาย	สูง
การศึกษา (การศึกษาระดับปริญญา)	3	การถูกฟ้องร้องกรณีตัดสินการพ้นสภาพของนักศึกษา	Compliance Risk	การตัดสินเป็นเชิงนามธรรม ซึ่งไม่มีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนในการตัดสิน เช่น การมีคุณธรรมจริยธรรม	3	3.1 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร-มีผลกระทบต่อ	3	อัตราการฟ้องร้องที่เกิดจากการอุธรผลการตัดสิน (0 %)	1. ชี้แจงหลักเกณฑ์ข้อบังคับต่างๆ ในวันปฐมนิเทศ 2. เก็บหลักฐานเพื่อใช้ประกอบการตัดสิน	1. ระบบติดตามและให้ความช่วยเหลือนักศึกษา 2. การชี้แจงหลักเกณฑ์การตัดสินผลรายวิชา	ตลอดปีการศึกษา (1 มิ.ย. - 31 พ.ค.)	รองคณบดีฝ่ายการศึกษา/ หัวหน้าภาควิชา/ ประธานรายวิชา/ ผอ.โรงเรียนพยาบาลฯ	ปานกลาง
การศึกษา (การศึกษาระดับปริญญา)	4	การถูกฟ้องร้องกรณีใช้สื่อสังคมออนไลน์ ไม่เหมาะสม / ผิดจริยธรรมวิชาชีพ	Compliance Risk	- การใช้สื่อสังคมออนไลน์ไม่เหมาะสม / ไม่ระมัดระวังผลเสียที่จะเกิดขึ้น	3	3.2 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร-ถูกฟ้องร้อง/ ร้องเรียน	3	อัตราการร้องเรียนกรณีถูกเปิดเผยข้อมูลความลับของผู้ป่วย / บุคลากร (ไม่เกิน 2 เรื่องต่อปี)	การบังคับใช้ระเบียบ การกำกับทำความเข้าใจการใช้ Internet ในคณะ / มหาวิทยาลัย	การชี้แจงประกาศระเบียบการใช้สื่อ internet ที่เหมาะสม	1. ตลอดปีการศึกษา (1 มิ.ย. - 31 พ.ค.) 2. ระยะเริ่มเปิดเรียน	รองคณบดีฝ่ายการศึกษา/ รองคณบดีฝ่ายสารสนเทศ/ ผอ. โรงเรียนพยาบาล	ปานกลาง

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับโอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับความเสี่ยง
การศึกษา (การศึกษาหลังปริญญา)	5	นักศึกษาใช้เวลาเรียนเกินกว่าที่หลักสูตรกำหนด	Startegic Risk	นักศึกษาขาดความตั้งใจ หรือความพยายามในการทำวิทยานิพนธ์	5	1.1 ประสิทธิผล-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	2	ร้อยละ 50 ของบัณฑิตที่ใช้เวลาเรียนเกินกว่าที่กำหนด (ป.โท $\leq$ 12 เดือน ป.เอก $\leq$ 60 เดือน)	1. ดำเนินการเร่งรัดและพัฒนาระบบการศึกษาของทุกหลักสูตรและปรับเปลี่ยนทัศนคติของอาจารย์และนักศึกษาต่อการขยายเวลาการศึกษา โดยการให้การขอขยายเวลาทำให้ยากขึ้น 2. จัดทำ PA กับหัวหน้าภาควิชาที่มีหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาทุกภาควิชา	1. ดำเนินการเร่งรัดและพัฒนาระบบการศึกษาของทุกหลักสูตรและปรับเปลี่ยนทัศนคติของอาจารย์และนักศึกษาต่อการขยายเวลาการศึกษาโดยการให้การขอขยายเวลาทำให้ยากขึ้น 2. จัดทำ PA กับหัวหน้าภาควิชาที่มีหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาทุกภาควิชา	ตุลาคม 2557 - กันยายน 2558	งานการศึกษาหลังปริญญา	สูง
การศึกษา (การศึกษาหลังปริญญา)	6	จำนวนและคุณภาพของนักศึกษาที่สมัครเข้ารับการศึกษา/ฝึกอบรมไม่ได้ตามเป้าหมาย	Operational Risk	สถาบันอื่นเปิดหลักสูตรที่น่าสนใจหรือมีองค์ประกอบสนับสนุนที่ดีกว่าคณะฯ	3	1.1 ประสิทธิผล-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	3	อัตราจำนวนนักศึกษาใหม่ที่รับได้ตามแผนที่กหนดไว้และคะแนน GPA ของนักศึกษาที่รับเข้าศึกษา/ฝึกอบรมในหลักสูตรต่างๆ (เป้าหมาย??-รอหน่วยงานแจ้งมาอีกครั้ง)	1. ติดตามสถิติผู้เข้ารับการอบรมในทุกหลักสูตรอย่างสม่ำเสมอ 2. มีกระบวนการประกันคุณภาพที่ตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตร 3. จัดการประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ จัดทำเอกสารแนะนำหลักสูตร	1. ติดตามสถิติผู้เข้ารับการอบรมในทุกหลักสูตรอย่างสม่ำเสมอ 2. มีกระบวนการประกันคุณภาพที่ตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตร 3. จัดการประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ จัดทำเอกสารแนะนำหลักสูตร	ตุลาคม2557 -กันยายน2558	งานการศึกษาหลังปริญญา	สูง
การศึกษา (การศึกษาหลังปริญญา)	7	ถูกปิดหลักสูตรหลังจากดำเนินการสอนแล้วเนื่องจากคุณสมบัติเบื้องต้นของหลักสูตรไม่ตรงตามข้อกำหนดของราชวิทยาลัย	Compliance Risk	อาจารย์ลาศึกษาต่อ	3	1.1 ประสิทธิผล-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	2	ร้อยละของหลักสูจรที่ถูกปิดรือระงับการเรียนการสอน (ไม่เกินร้อยละ 10)	1. กลั่นกรองหลักสูตรที่ขอเสนอเปิด/ปรับปรุงหลักสูตรโดยคณะอนุกรรมการพิจารณากลั่นกรองหลักสูตรระดับหลังปริญญาของคณะฯ 2. ตรวจประเมินคุณภาพหลักสูตรระดับหลังปริญญาเป็นประจำทุกปีทุกหลักสูตร	1. กลั่นกรองหลักสูตรที่ขอเสนอเปิด/ปรับปรุงหลักสูตรโดยคณะอนุกรรมการพิจารณากลั่นกรองหลักสูตรระดับหลังปริญญาของคณะฯ 2. ตรวจประเมินคุณภาพหลักสูตรระดับหลังปริญญาเป็นประจำทุกปีทุกหลักสูตร	ตุลาคม2557 -กันยายน2558	- ทีมบริหารการศึกษา หลังปริญญา - คณะกรรมการกลั่นกรองหลักสูตรระดับหลังปริญญา	ปานกลาง

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับโอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับความเสี่ยง
วิจัย	8	ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติยังมีจำนวนน้อย	Startegic Risk	1. อาจารย์ไม่สนใจทำงานวิจัย	3	1.1 ประสิทธิผล-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	3	ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์วารสารระดับนานาชาติ (0.5 เรื่อง / อาจารย์ / ปี)	1. ภาควิชา, กลุ่มสาขาวิชา, โรงเรียนพยาบาล ทำ PA กับอาจารย์เป็นรายบุคคล รวมทั้งคณะฯ ทำPA ด้านการวิจัยกับทุกภาควิชา	1. ภาควิชา, กลุ่มสาขาวิชา, โรงเรียนพยาบาล ทำ PA กับอาจารย์เป็นรายบุคคล รวมทั้งคณะฯ ทำPA ด้านการวิจัยกับทุกภาควิชา	1. มกราคม - มีนาคม 2558	1. พันธกิจวิจัย	สูง
				2. การสนับสนุนด้านข้อมูลวิจัยไม่เพียงพอ					2. จัดทำ Website และฐานข้อมูลผลงานวิจัย เพื่อให้นักวิจัยสามารถค้นคว้าหาแหล่งทุนและบุคคลที่ทำวิจัยด้านที่นักวิจัยสนใจ เพื่อทำวิจัยร่วมกันได้	2. กำหนดสัดส่วนภาระงานด้านวิจัย ให้กับนักวิจัยรุ่นใหม่ มากกว่าภาระงานด้านการเรียนการสอน และด้านการบริการ	2. ตุลาคม - ธันวาคม 2557	2. พันธกิจวิจัย	
										3. Update หน้า Website และฐานข้อมูลผลงานวิจัย เพื่อให้ค้นคว้าหาแหล่งทุนและบุคคลที่ทำวิจัยด้านต่างๆ ได้ถูกต้องและรวดเร็ว	3. ตุลาคม 2557 - กันยายน 2558	3. งานบริหารทั่วไปสนับสนุนการวิจัย	
วิจัย	9	ความไม่ปลอดภัยในห้องปฏิบัติการด้านชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม	Operational Risk	1.งานที่ทำทางห้องปฏิบัติการมีโอกาสที่จะสัมผัสกับสารเคมีสารพิษ เชื้อก่อโรค	2	4. ความปลอดภัย	2	1. จำนวนอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในห้องปฏิบัติการไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี	1. เผยแพร่คู่มือแนวทางความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการให้แก่บุคลากรในสำนักงานวิจัยฯ และบุคลากรภายนอกที่เข้ามาใช้บริการให้ปฏิบัติตามคู่มืออย่างเคร่งครัด	1 เผยแพร่คู่มือแนวทางความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการให้แก่บุคลากรในสำนักงานวิจัยฯ และบุคลาภายนอกที่เข้ามาใช้บริการ	ตุลาคม 2557- กันยายน 2558	งานห้องปฏิบัติการวิจัย	ปานกลาง
				2. ของเสียที่เกิดจากสารเคมีอันตรายมีโอกาสสร้างมลพิษต่อสิ่งแวดล้อม				2. มูลค่าความเสียหายที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุไม่เกิน 20,000 บาท/ปี	2. ส่งบุคลากรใหม่เข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์	2 ประชาสัมพันธ์เรื่องการจัดเก็บและทำลายสารเคมีในห้องปฏิบัติการ	ตุลาคม 2557-กันยายน 2558		
				3. กลิ่นที่เกิดจากระบบบำบัดน้ำเสียไม่มีประสิทธิภาพ				3. ไม่เกิดการร้องเรียนจากภายนอก	3. จัดซื้อชุดปฐมพยาบาล และชุดอุปกรณ์เบื้องต้นที่ใช้ในการป้องกันและจัดการเมื่อเกิดอันตรายจากสารเคมี	3 จัดกิจกรรมการตรวจประเมิน 5ส ทุกปี ๆ ละ 1 ครั้ง	กรกฎาคม 2558		
				4. ท่อแก๊สรั่ว									

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับโอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับความเสี่ยง
วิจัย	10	ไม่สามารถดำเนินการวิจัยได้ตามแผน เนื่องจากเครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์มีการชำรุด เสียหายจากเหตุการณ์ต่างๆ	Operational Risk	1. เครื่องมือชำรุดตามระยะเวลาการใช้งาน 2.ไฟดับ ระบบไฟฉุกเฉินไม่ทำงาน 3. มีน้ำฝนรั่วจากเพดาน และท่อแก๊สรั่ว 4.โครงสร้างอาคารไม่เหมาะสมกับการจัดวางเครื่องมือที่มีความละเอียดอ่อนสูง	2	1.1 ประสิทธิผล-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	2	จำนวนโครงการวิจัยที่ต้องเลื่อนการดำเนินงานไม่เกิน 2 โครงการ/ปี	1. จัดเจ้าหน้าที่ดูแลเครื่องมืออย่างเป็นระบบ 2. จัดทำโปรแกรมการดูแลบำรุงรักษา และสอบเทียบเครื่องมือ อย่างเป็นระบบ	1 จัดจ้างบริษัทในการ maintenance และ calibrate เครื่องมือให้พร้อมใช้ และได้มาตรฐาน 2 กำหนดแผนการซ่อมบำรุงเครื่องมือ และการจัดซื้อเครื่องมือทดแทน 3 ขอให้คณะฯ อนุมัติงบประมาณซื้อเครื่องมือทดแทนกรณีชำรุดจนซ่อมไม่ได้	ตุลาคม 2557 - กรกฎาคม 2558	งานห้องปฏิบัติการวิจัย	ปานกลาง
วิจัย	11	อาจารย์แพทย์/ แพทย์/ นักวิจัยรุ่นใหม่ให้ความสำคัญหรือมีผลงานวิจัยไม่มาก	Operational Risk	อาจารย์แพทย์/ แพทย์/ นักวิจัยรุ่นใหม่ให้ความสำคัญกับงานวิจัยไม่มาก อาจมาจากไม่มีเวลา ไม่ทราบข้อมูลในเรื่องการสนับสนุนการวิจัยที่คณะฯ จัดให้ รวมถึงช่องทางการติดต่อสื่อสารการประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง	2	1.1 ประสิทธิผล-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	2	จำนวนโครงการและจำนวนผู้วิจัยที่เข้ามาใช้บริการหน่วยวิจัยทางคลินิก เพิ่มขึ้น 20%	1. ประชาสัมพันธ์หน่วยวิจัยทางคลินิกมากขึ้น เช่น Website, บอร์ดติดประกาศเป็นระยะ ทาง Intranet รามา, แผ่นพับ (Brochure) 2. เข้าร่วมโครงการต่างๆ ในสำนักงานวิจัย เพื่อประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงาน/ภาควิชาต่างๆ ในคณะฯ	1 พัฒนา Website และจัดทำแผ่นพับ (Brochure) 2 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ "การวิจัยทางคลินิกที่ดี (GCP)" 3 จัดอบรมการใช้งาน "โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูล (OMERET)" 4 จัดอบรมโครงการ TCTR 5 เข้าร่วมโครงการพัฒนาบุคลากรสายสนับสนุนด้านการวิจัยเพื่อการพัฒนา	ตุลาคม 2557 - กันยายน 2558	งานสนับสนุนการวิจัยทางคลินิก	ปานกลาง

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับโอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับความเสี่ยง
วิจัย	12	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีถูกฟ้องร้องจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	Compliance Risk	1. ผู้วิจัยไม่ได้ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	1	3.2 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร-ถูกฟ้องร้อง/ร้องเรียน	5	จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (อาสาสมัคร) ที่ร้องเรียนมายังหน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน = 0%	1. ประชาสัมพันธ์หน่วยวิจัยจริยธรรมการวิจัยในคนให้เป็นที่รู้จัก เช่น Website, บอร์ดติดประกาศ ,ทาง Intranet รามา,แผ่นพับ (Brochure)	1. พัฒนาWebsite ,ระบบการลงทะเบียนข้อมูลเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (E-Submission) และจัดทำแผ่นพับsoj;p (Brochure)	ตุลาคม 2557 - กันยายน 2558	งานสนับสนุนการวิจัยทางคลินิก	สูงมาก
				2. ผู้วิจัยไม่ได้ขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย					2. ให้คำปรึกษา แนะนำ ตรวจเอกสาร และอำนวยความสะดวกในการยื่นขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	2. เป็นวิทยากรให้ความรู้คำแนะนำในการยื่นขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน			
				3. ผู้วิจัยไม่ได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนที่ได้ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน					3. พิจารณาโครงการด้วยความละเอียดรอบคอบ โปร่งใส โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัย ตามแนวปฏิบัติของเฮลซิงกิ	3. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการวิจัยทางคลินิกที่ดี (GCP)			
				4. ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่พึงพอใจ/ไม่ได้รับความปลอดภัยจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย						4. จัดอบรมโครงการ การลงทะเบียนงานวิจัยทางคลินิกในฐานข้อมูลสาธารณะที่พัฒนาโดยคน			
										5. เข้าร่วมโครงการพัฒนาบุคลากรสายสนับสนุนด้านการวิจัยเพื่อการพัฒนา			
										6. พิจารณาโครงการด้วยความละเอียดรอบคอบ โปร่งใส โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัย ตามแนวปฏิบัติของเฮลซิงกิ			

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับโอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับความเสี่ยง
บริการสุขภาพ	13	การจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศ (Center of Excellence) ในสาขาที่จำเป็นของประเทศ ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์	Startegic Risk	1. ความล่าช้าของการกำหนดโครงสร้างศูนย์ความเป็นเลิศในโครงสร้างคณะฯ อย่างเป็นทางการ	3	1.1 ประสิทธิผล-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	5	จำนวนศูนย์ความเป็นเลิศระดับเอเชียที่ถูกจัดตั้งขึ้น (6 ศูนย์ภายในปี พ.ศ. 2558)	1. กรรมการโครงสร้างคณะฯ พิจารณาความเหมาะสมของการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศ	1. การปรับโครงสร้างศูนย์ความเป็นเลิศกับศูนย์สนับสนุนพันธกิจ	ตุลาคม 2557 - กันยายน 2558	รองคณบดีผู้รับผิดชอบด้านโครงสร้างคณะฯ	สูงมาก
				2. การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญตามที่ต้องการ					2. กรรมการงบประมาณพิจารณาการสนับสนุนด้านทรัพยากร				
				2.1 บุคลากรลาออกเนื่องจากค่าตอบแทนต่ำกว่าภาคเอกชน					3. การเพิ่มศักยภาพคลินิกอาจารย์แพทย์เพื่อสร้างรายได้ให้บุคลากร				
				2.2 การไม่สามารถสรรหาบุคลากรที่เหมาะสมตามที่ต้องการ					4. การปรับอัตราค่าตอบแทนบุคลากรและการกำหนดการให้โบนัส				
				2.3 การไม่สามารถพัฒนาบุคลากรเพื่อรองรับศูนย์ความเป็นเลิศ									
				3. บุคลากรที่มีสมรรถนะเหมาะสมไม่ได้รับการสนับสนุนให้รักษาและพัฒนาความสามารถอย่างต่อเนื่อง									

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับโอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับความเสี่ยง
บริการสุขภาพ	14	การเกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรจะป้องกันได้ (Preventable Event) เป็นผลทำให้โรงพยาบาลต้องให้การเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว	Operational Risk	1.การขาดความรู้ ทักษะ และความชำนาญที่จำเป็นเรื่องความปลอดภัยของผู้รับบริการ (Patient safety) 2.การละเลยไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ หรือมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย	3	3.1 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร-มีผลกระทบต่อ	2	จำนวนความเสี่ยง/เหตุการณ์ ZERO EVENT หรือ NEVER EVENT ที่เกิดขึ้น (ZERO EVENT หรือ NEVER EVENT = 0)	1. การทบทวนเหตุการณ์โดยใช้ Root cause anlysis ผู้รับบริการ 2. การกำหนดเข็มมุ่งด้านความปลอดภัยของ 3. การรณรณรงค์เรื่อง Hand Hygiene	การบริการจัดการความเสี่ยงเชิงรุก - Simple - Surgical safety checklist - Hand hygiene promotion	ตุลาคม 2557 - กันยายน 2558	รองคณบดีฝ่ายบริการและทีมบริหารโรงพยาบาลและศูนย์การแพทย์สิริกิติ์	ปานกลาง
บริการสุขภาพ	15	การถูกร้องเรียนหรือฟ้องร้องจากความผิดพลาดของกระบวนการรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาลจนถูกตัดสินว่าผิดและนำไปสู่ความเสียหายต่อชื่อเสียงภาพลักษณ์และการชดใช้เป็นตัวเงิน	Compliance Risk	1.การผิดพลาดของกระบวนการรักษาพยาบาลและนำไปสู่เหตุการณ์ระดับ Zero Event หรือ Never Event 2.ความล่าช้าของกระบวนการรับรู้ปัญหาของผู้บริหารและนำไปสู่กระบวนการเยียวยาที่ล่าช้า	3	3.2 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร-ถูกฟ้องร้อง/ร้องเรียน	3	1.1 จำนวนเหตุการณ์ระดับ Zero Event หรือ Never Event ในรอบ 1 ปี เป็น 0 2.1 จำนวนการถูกนำเสนอข่าว โดยสื่อสาธารณะ เป็น 0 2.2จำนวนเรื่องที่ผู้ป่วย/ญาติ ฟ้องร้องต่อ 2.3 จำนวนคดีที่ขึ้นสู่ศาลและถูกตัดสินทำผิดเป็น 0	1. การกำหนดมาตรการป้องกันเหตุการณ์ ZERO EVENT หรือ NEVER EVENT 2. ระบบรายงานความเสี่ยงออนไลน์ถึงผู้บริหาร 3. ระบบรายงานเรื่องร้องเรียนและ Incedent Report ของคณะฯ	1. กระบวนการรายงานเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงและมีแนวโน้มว่าจะถูกฟ้องร้องก่อนผู้ป่วยร้องเรียน 2. กระบวนการเยียวยาผู้รับบริการ	1. ตุลาคม 2557-กันยายน 2558 2. ตุลาคม 2557-กันยายน 2558	1. รองคณบดีฝ่ายบริการและงานคุ้มครองผู้รับบริการฯ 2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดีและงานคุ้มครองผู้รับบริการ	สูง
บริการสุขภาพ	16	คณะฯไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพเวชกรรม โดนไม่ระบุข้อบ่งชี้การใช้ยาในเวชระเบียนคนไข้	Compliance Risk	1. แพทย์ละเลยการลงข้อมูลยาในเวชระเบียน 2. จำนวนคนไข้มีมาก ทำให้ไม่มีเวลาลงข้อมูลในเวชระเบียน	3	2. มูลค่าความเสียหายทางการเงิน	1	มูลค่าจำนวนเงินที่คณะฯ คืนให้กับกรมบัญชีกลาง <u>เป้าหมาย</u> น้อยกว่า 0.5 % ของรายได้ที่ได้รับในปีที่ผ่านมา	การตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกเวชระเบียน (โดยการสุ่มตรวจ)	มาตรการให้แพทย์ผู้สั่งยาชดใช้เงินให้กับคณะฯ เมื่อถูกกรมบัญชีกลางรียกคืนเงิน เนื่องจากไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพของการบันทึกเวชระเบียน	ตุลาคม2557 -กันยายน2558	รองคณบดีฝ่ายบริการและหัวหน้าภาควิชา	ต่ำ

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับโอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับความเสี่ยง
บริการวิชาการสู่สังคม (บริการวิชาการ)	17	ไม่สามารถจัดโครงการที่หน่วยงานเสนอขอมาได้ทั้งหมด เนื่องจากเป็นโครงการนอกแผน	Operational Risk	1. ช่วงเวลาที่ให้ดำเนินการจัดเป็นช่วงที่ตรงกับการจัดโครงการอื่นในแผนอยู่แล้ว	3	1.1 ประสิทธิผล-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	3	1. มีโครงการนอกแผนไม่เกินร้อยละ 5 ของโครงการทั้งหมด ที่ไม่สามารถดำเนินการได้	1. จัดทำการสำรวจโครงการจัดประชุม อบรมทางวิชาการ เป็นประจำทุกปี	1. จัดทำการสำรวจโครงการจัดประชุม อบรมทางวิชาการ เป็นประจำทุกปี	ตุลาคม 2557 - กันยายน 2558	งานบริการวิชาการ	สูง
				2. สถานที่จัดประชุมไม่ว่าง					2. ระบุเงื่อนไขในการรับจัดประชุมอบรมให้หน่วยงานทราบ	2. แจ้งเงื่อนไขในการรับจัดประชุม อบรมให้หน่วยงานทราบผ่านการประชุมคณะกรรมการบริหารบริการวิชาการ			
				3. เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ เนื่องจากมีการวางแผนงานให้เจ้าหน้าที่รับผิดชอบโครงการตามแผนอยู่แล้ว						3. สรุปแผนการจัดประชุมอบรม ในแต่ละเสนอที่ประชุมคณะกรรมการประจำคณะฯ เพื่อรับทราบและอนุมัติแผน			
บริการวิชาการสู่สังคม (บริการวิชาการ)	18	ขาดกระบวนการตรวจสอบการละเมิดลิขสิทธิ์ผลงานวิชาการก่อนการตีพิมพ์ที่มีประสิทธิภาพ	Compliance Risk	กระบวนการที่มีอยู่ไม่สามารถตรวจสอบการลอกบทความหรือผลงานของผู้อื่นพบ	2	3.2 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร-ถูกฟ้องร้อง/ร้องเรียน	4	จำนวนข้อร้องเรียนไม่เกิน 10%ของผลงานทางวิชาการต่อปี	อบรม/ สื่อสารทำความเข้าใจเรื่องการขอผลงาน เช่น จัดอบรมการเขียนตำราทางวิชาการ	จัดการประชุม อบรมเกี่ยวกับการก้าวสู่ตำแหน่งทางวิชาการอย่างต่อเนื่อง โดยแยกระดับ ผศ., รศ. และ ศ. และระดับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน เพื่อความชัดเจนในการทำความเข้าใจในแต่ละกลุ่ม	ปีงบประมาณ 2558 (กำลังอยู่ระหว่างวางแผนดำเนินการ และจะแจ้งช่วงเวลาให้ทราบอีกครั้งหนึ่ง)	งานบริการวิชาการ	สูง

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับ โอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับ ผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับ ความเสี่ยง
บริการวิชาการสู่สังคม (สร้างเสริมสุขภาพ)	19	ไม่ได้รับรายงานข้อมูลจากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมที่นำไปสู่จำนวนนโยบายสุขภาพและจำนวนรางวัลนวัตกรรม	Startegic Risk	ระบบการรายงานข้อมูลยังไม่สมบูรณ์/เข้มแข็งพอ	3	1.1 ประสิทธิผล-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	1	1.จำนวนนโยบายสุขภาพหรือการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพที่คณะฯ มีส่วนสำคัญในการผลักดันให้เกิด	1. สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม/โครงการด้านสร้างเสริมสุขภาพ	1. สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม/โครงการด้านสร้างเสริมสุขภาพ	ตุลาคม 2557-กันยายน 2560	รองคณบดีฝ่ายสร้างเสริมสุขภาพและวัฒนธรรม/งานสร้างเสริมสุขภาพ/งานนโยบายและแผน	ต่ำ
								2.จำนวนรางวัลของโครงการ นวัตกรรมสู่สังคมที่ได้รับระดับชาติหรือได้รับการยกย่องว่าเป็นประโยชน์ต่อสังคม/ประเทศชาติ (อย่างน้อยปีละ 2 รางวัล)	2. เชิญหน่วยงานที่ดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มานำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและวัฒนธรรม,งานมหกรรมคุณภาพ	2. เชิญหน่วยงานที่ดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มานำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและวัฒนธรรม, งานมหกรรมคุณภาพ			
										3. จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้โปรแกรมฐานข้อมูล (PIS) ปีละ 1 ครั้ง			
										4. จัดทำคู่มือการ ปฏิบัติงาน (WI) โปรกรมฐานข้อมูลหลักรวม (PIS)			

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับ โอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับ ผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับ ความเสี่ยง
บริการวิชาการสู่สังคม (สร้างเสริมสุขภาพ)	20	การรับฟังเสียงของผู้รับบริการ/การรายงานข้อมูล/การเชื่อมโยงข้อมูลจากแต่ละหน่วยงานยังไม่สมบูรณ์/เข้มแข็งพอ	Operational Risk	1. เนื่องจากมีกลุ่มผู้รับบริการที่หลากหลายและการระบุผู้รายงานข้อมูลที่ไม่ชัดเจน 2. การสร้างความตระหนัก/เห็นความสำคัญของการรายงานข้อมูล	3	1.1 ประสิทธิผล-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	1	มีเครือข่าย/หน่วยงานที่ดำเนินกิจกรรม/โครงการสร้างเสริมสุขภาพในหน่วยงาน (อย่างน้อยปีละ 1 หน่วยงาน)	1. สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม/โครงการด้านสร้างเสริมสุขภาพ 2. จัดประชุม/อบรม/กิจกรรมที่สร้างความตระหนักและส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพ 3. นำเสนอบุคคลต้นแบบในงานมหกรรมคุณภาพ 4. ประชาสัมพันธ์โครงการ/กิจกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพ 5. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ	1. สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม/โครงการด้านสร้างเสริมสุขภาพ 2. จัดประชุม/อบรม/กิจกรรมที่สร้างความตระหนักและส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพ 3. นำเสนอบุคคลต้นแบบในงานมหกรรมคุณภาพ 4. ประชาสัมพันธ์โครงการ/กิจกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพ 5. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ	ตุลาคม 2557 - กันยายน 2558	รองคณบดีฝ่ายสร้างเสริมสุขภาพและวัฒนธรรม/งานสร้างเสริมสุขภาพ	ต่ำ

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับโอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับความเสี่ยง
บริการวิชาการสู่สังคม (สร้างเสริมสุขภาพ)	21	การสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการยังไม่บรรลุเป้าหมาย	Operational Risk	1. เนื่องจากมีกลุ่มผู้รับบริการที่หลากหลาย	3	1.1 ประสิทธิผล-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	3	1.มีจำนวนผู้รับบริการ/เครือข่ายใหม่เกิดขึ้น (อย่างน้อย 1 หน่วยงาน)	1. จัดอบรม/กิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการ เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน	1. จัดอบรม/กิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน	ตุลาคม 2557 - กันยายน 2558	รองคณบดีฝ่ายสร้างเสริมสุขภาพและวัฒนธรรม/งานสร้างเสริมสุขภาพ	สูง
				2.กลุ่มผู้รับบริการไม่เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง				2.ความพึงพอใจของผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ 80	2. การปรับรูปแบบของกิจกรรมให้มีความเหมาะสมและตรงกับกลุ่มเป้าหมาย/ประเมินผลจากการสังเกตุและทบทวนกลุ่มในการจัดกิจกรรมเพื่อหาช่องทางและการพัฒนา	2. การปรับรูปแบบของกิจกรรมให้มีความเหมาะสมและตรงกับกลุ่มเป้าหมาย/ประเมินผลจากการสังเกตุและทบทวนกลุ่มในการจัดกิจกรรมเพื่อหาช่องทางและการพัฒนา			
								3.ความคาดหวังของผู้รับบริการตรงตามความต้องการมากกว่าร้อยละ 80	3. สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม/โครงการด้านสร้างเสริมสุขภาพ	3. สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม/โครงการด้านสร้างเสริมสุขภาพ			
กิจการนักศึกษา	22	นักศึกษาได้รับผลกระทบจากโรคระบาด และภัยด้านอื่น ๆ	Operational Risk	1.บริเวณหอพักนักศึกษาแพทย์มีบุคคลภายนอกเข้า-ออกได้	3	3.4 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร-ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	3	จำนวนครั้งของการเกิดโรคระบาด และภัยด้านอื่น ๆ 1 ครั้ง/ปี	1.ดำเนินการจัดเวรยามให้เข้มงวด และขอเพิ่มจำนวนยามเฝ้าระวัง 24 ชั่วโมง	1.ดำเนินการจัดเวรยามให้เข้มงวด และขอเพิ่มจำนวนยามเฝ้าระวัง 24 ชั่วโมง	ตุลาคม2557 -กันยายน2558	งานกิจการนักศึกษา	สูง
				2.มีการพักอาศัยอยู่ร่วมกัน					2.ดำเนินการให้บุคคลภายนอกแลกบัตรเข้า-ออกก่อนเข้าหอพัก	2.ดำเนินการให้บุคคลภายนอกแลกบัตรเข้า-ออกก่อนเข้าหอพัก			
				3.สภาพห้องพักแออัด และอากาศไม่ถ่ายเท					3.เพิ่มจำนวน และซ่อมแซมกล้องวงจรปิดตามชั้นในหอพักนักศึกษาแพทย์	3. ติดตั้งชุดแสกนเข้า-ออกหอพักนักศึกษาแพทย์			
									4.มีการปรับปรุงห้องพัก และติดตั้งพัดลมดูดอากาศภายในห้องพักเพื่อการถ่ายเท				

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับ โอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับ ผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับ ความเสี่ยง
กิจการนักศึกษา	23	ภัยจากอุบัติเหตุ และ อาชญากรรม	Operational Risk	1.การเดินทางไปทำกิจกรรมภายนอกคณะฯ	1	4. ความปลอดภัย	1	จำนวนอุบัติเหตุ หรือ อาชญกรรมในการเดินทางหรือการทำกิจกรรม 1 ครั้ง/ปี	1.ดำเนินการ จัดเจ้าหน้าที่ควบคุมดูแลอย่างทั่วถึงตลอดโครงการ	1.ดำเนินการ จัดเจ้าหน้าที่ควบคุมดูแลอย่างทั่วถึงตลอดโครงการ	ตุลาคม2557 -กันยายน2558	งานกิจการนักศึกษา	ต่ำ
				2.การทำกิจกรรมของนักศึกาภายในคณะฯ					2.ดำเนินการแจ้งรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการไปยังม.มหิดล	2.ดำเนินการแจ้งรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการไปยังม.มหิดล			
				3.มีบุคคลภายนอกเข้า-ออกเนื่องจากเป็นสถานพยาบาล					3.ดำเนินการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมทุกพื้นที่ เพื่อความปลอดภัย และเอื้ออำนวยความสะดวก	3.ดำเนินการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมทุกพื้นที่ เพื่อความปลอดภัย และเอื้ออำนวยความสะดวก			
									4.มีการชี้แนะแนวทางการปฏิบัติตนในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆที่พึงรู้	4.มีการชี้แนะแนวทางการปฏิบัติตนในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆที่พึงรู้			
ทรัพยากรบุคคล	24	ฐานข้อมูลบุคลากรยังไม่สมบูรณ์และเป็นปัจจุบัน	Operational Risk	1. บุคลากรไม่แจ้งหรือดำเนินการปรับปรุงข้อมูลส่วนบุคคลให้เป็นปัจจุบัน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล	3	1.1 ประสิทธิผล-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	3	ฐานข้อมูลมีความถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100	แจ้งขอความร่วมมือจากบุคลากรในการส่งเอกสารที่เป็นปัจจุบันมายังฝ่ายทรัพยากรบุคคล	1) พัฒนาระบบ HR i-Services ให้มีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อความต้องการในการใช้งานให้มากขึ้น โดยบุคลากรสามารถปรับปรุงข้อมูลส่วนตัวให้เป็นปัจจุบันได้ทันที	ตุลาคม 2557 - กันยายน 2558	งานบริหารและกลยุทธ์ทรัพยากรบุคคล ฝ่ายทรัพยากรบุคคล	สูง
				2. การบันทึกข้อมูลมีความคลาดเคลื่อน/ไม่ถูกต้อง						2) จัดทำเอกสารวิธีการปฏิบัติงาน (Work Instruction) เพื่อให้ผู้ลงฐานข้อมูลสามารถตรวจสอบกระบวนการลงข้อมูลที่ถูกต้อง			

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับโอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับความเสี่ยง
ทรัพยากรบุคคล	25	บุคลากรในตำแหน่งด้านวิชาชีพเฉพาะมีอัตราการลาออกสูง	Operational Risk	1. อัตรากำลังไม่สอดคล้องกับภาระงาน 2. การบริหารงาน/ กระบวนการทำงานภายในหน่วยงานยังขาดประสิทธิภาพ 3. เป็นตำแหน่งที่ต้องการของตลาดแรงงาน	3	1.1 ประสิทธิผล-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	3	อัตราการลาออก/ ไม่ต่อสัญญาจ้างของบุคลากรสายวิชาชีพเฉพาะ น้อยกว่า ร้อยละ 5	1) ดำเนินการสำรวจปริมาณงานและกระบวนการการทำงาน ในตำแหน่งวิชาชีพเฉพาะ ตามภาควิชา/ฝ่าย/งาน ต่างๆ 2) กระบวนการ Exit Interview เพื่อหาสาเหตุการลาออก	1) วิเคราะห์ปริมาณงานและกระบวนการการทำงาน (Work load)เพื่อวางแผนอัตรากำลังให้สอดคล้องกับปริมาณงาน และ 2) วิเคราะห์สาเหตุการลาออกและวางแผนดำเนินการเชิงรุก 3) การสำรวจความผูกพันของบุคลากร (Employee Engagement)	ตุลาคม 2557 - มีนาคม.2558	งานบริหารและกลยุทธ์ทรัพยากรบุคคล ฝ่ายทรัพยากรบุคคล	สูง
ทรัพยากรบุคคล	26	ขาดเอกสารวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)/คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual)	Operational Risk	1.บุคลากรยังไม่ได้จัดทำเอกสารวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)/คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) ที่เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงาน	4	1.1 ประสิทธิผล-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	4	1. บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง และเป็นมาตรฐานเดียวกัน 2. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการที่ถูกต้อง และเป็นมาตรฐานเดียวกันมากกว่าร้อยละ 80 3.การลดขั้นตอน/ ปรับปรุงกระบวนการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4.บุคลากรสามารถปฏิบัติงานแทนกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ	เริ่มดำเนินการจัดทำเอกสารวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)/คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual)	1) จัดทำเอกสารวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)/คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) 2) ทบทวนและปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างสม่ำเสมอตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพ เช่น TQA เป็นต้น	ตุลาคม 2557 - มีนาคม 2558	งานบริหารและกลยุทธ์ทรัพยากรบุคคล ฝ่ายทรัพยากรบุคคล	สูงมาก

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับโอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับความเสี่ยง
ทรัพยากรบุคคล	27	ถูกฟ้องร้องจากบุคลากรกรณีการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงานประจำปี	Compliance Risk	1.บุคลากรไม่ได้รับการแจ้งผลการประเมินการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน ตามหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงาน 2.บุคลากรรู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการประเมินผลการปฏิบัติงาน	3	1.1 ประสิทธิผล-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย 3.2 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร-ถูกฟ้องร้อง/ร้องเรียน	3	จำนวนข้อร้องเรียนด้านการดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติงานจากบุคลากรเท่ากับ 0	จัดทำหนังสือแจ้งภาควิชาหน่วยงานต่าง ๆ ถึงหลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงาน ทุกรอบการประเมินฯ	1. ดำเนินการชี้แจงภาควิชา หน่วยงานต่าง ๆ ถึงหลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงานทุกรอบการประเมินฯ 2. ฝ่ายทรัพยากรบุคคล นำระบบสารสนเทศเข้ามาช่วยในการสร้างแบบฟอร์มการประเมินเพื่อความสะดวกในการแจ้งและจัดเก็บผลการประเมิน 3.สุ่มสำรวจแบบประเมินผลการปฏิบัติงานฉบับสมบูรณ์จากภาควิชา/หน่วยงาน ต่างๆ เพื่อตรวจสอบกระบวนการการประเมินผลการปฏิบัติงานว่าเป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงานหรือไม่	ทุกรอบการประเมิน ตุลาคม-มีนาคม และ เมษายน-กันยายน	งานบริหารทรัพยากรบุคคล ฝ่ายทรัพยากรบุคคล	สูง
สารสนเทศ	28	1.ความปลอดภัยทางสารสนเทศยังไม่ได้มาตรฐานขั้นสูงสุดของกระทรวงสารสนเทศและการสื่อสาร	Startegic Risk	1.การปรับปรุงส่งผลกระทบกับระบบงานและการทำงานผู้ใช้งาน	4	1.2 ประสิทธิผล-ระยะเวลาการหยุดชะงักของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	2	ระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้ต้องไม่เกินร้อยละ 0.5 หรือ ไม่เกิน 3 ครั้งต่อปี	1.ปรับปรุงโครงสร้าง Data Center และ Infrastructure ให้ได้มาตราฐาน ISO	1.ปรับปรุงโครงสร้าง Data Center และ Infrastructure ให้ได้มาตราฐาน ISO	ขยายเวลาที่กำหนด ระยะเวลาเดิม ต.ค.56 - ก.ย.57 เป็น ต.ค.57 - ก.ย.58	ส่วนงานโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศ	สูง
สารสนเทศ	29	การให้บริการไม่มีประสิทธิภาพหรือทำงานไม่ได้จากพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาลมีข้อผิดพลาด	Operational Risk	ขั้นตอนหรือวิธีปฏิบัติในการพัฒนาหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงระบบงานมีการควบคุมที่ไม่มีประสิทธิภาพ	4	1.2 ประสิทธิผล-ระยะเวลาการหยุดชะงักของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	4	การ Deploy ระบบไปใช้งานจะต้องมีข้อผิดพลาดในการพัฒนาและการ Deploy ไม่เกินร้อยล่ะ 5 หรือไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี	การใช้กระบวนการมาตรฐานด้านการพัฒนาซอฟท์แวร์(CMMI)	การใช้กระบวนการมาตรฐานด้านการพัฒนาซอฟท์แวร์(CMMI)	ตุลาคม 2556 - กันยายน 2558	งานเวชสารสนเทศคลินิก	สูงมาก

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับโอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับความเสี่ยง
สารสนเทศ	30	ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า	Operational Risk	1.ขั้นตอนหรือแนวทางการปฏิบัติงานในการควบคุมการปฏิบัติงานและการรักษาความปลอดภัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศไม่มีประสิทธิภาพ 2. การเติบโตของระบบงานเร็วกว่าที่คาดการณ์ไว้	4	1.2 ประสิทธิผล-ระยะเวลาการหยุดชะงักของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	4	ระบบสารสนเทศจะต้องมีมาตรการรักษาความปลอดภัยข้อมูลและวิธิปฏิบัติในการควบคุมการเข้าถึงข้อมูลไม่น้อยกว่า ร้อยล่ะ 90	การใช้กระบวนการมาตรฐานด้าน ISO/IEC 20000:2011	การใช้กระบวนการมาตรฐานด้าน ISO/IEC 20000:2011	สิงหาคม 2557 - สิงหาคม 2558	งานโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศ	สูงมาก
พัสดุ	31	เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vender)	Compliance Risk	ข้อกำหนดโครงการ (TOR) 1. การกำหนดรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะซึ่งใกล้เคียงกับยี่ห้อใดยี่ห้อหนึ่งทำให้เกิดการแข่งขันน้อยราย 2. การกำหนดคุณสมบัติผู้เสนอราคานอกเหนือประกาศประกวดราคา 3. การใช้หลักเกณฑ์การพิจารณาของคณะกรรมการ	2	3.2 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร-ถูกฟ้องร้อง/ร้องเรียน	4	จำนวนข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ เป็น 0	1. จัดทำระบบ Vender List ที่มีทั้งข้อมูล Spec ส่วนกลางและราคากลาง 2. เจ้าหน้าที่พัสดุชี้แจงหน้าที่ของคณะกรรมการระเบียบขั้นตอนตามข้อบังคับก่อนการเปิดซอง พร้อมจัดทำ Guide Book	1. จัดทำระบบ Vender List ที่มีทั้งข้อมูล Spec ส่วนกลางและราคากลาง 2. เจ้าหน้าที่พัสดุชี้แจงหน้าที่ของคณะกรรมการระเบียบขั้นตอนตามข้อบังคับก่อนการเปิดซอง พร้อมจัดทำ Guide Book	ตุลาคม 2557 - กันยายน 2558	ฝ่ายการพัสดุ	สูง

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับโอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับความเสี่ยง
การเงินและงบประมาณ	32	ความเสี่ยงจากกระบวนการการเงิน	Operational Risk	1. เก็บเงินไม่ครบถ้วนถูกต้อง/ได้รับการชำระเงินล่าช้า/จัดเก็บไม่ได้ เนื่องจาก - ระบบสารสนเทศยังขาดประสิทธิภาพ - ฐานข้อมูลยังไม่ครบถ้วน ถูกต้อง - ผู้ปฏิบัติงานใส่ข้อมูลไม่ครบถ้วนถูกต้อง	3	2. มูลค่าความเสียหายทางการเงิน	2	1. การจัดเก็บเงิน 1.1 จำนวนเงินที่ได้รับเทียบกับจำนวนที่พึงได้รับร้อยละ 90 1.2 ระยะเวลาในการได้รับชำระหนี้ 60 วัน	1. การจัดเก็บเงิน 1.1 การติดตามข้อมูลการชำระเงิน 1.2 การติดตามทวงถามลูกหนี้	1. การจัดเก็บเงิน 1.1 การติดตามข้อมูลการชำระเงิน 1.2 การติดตามทวงถามลูกหนี้	ตุลาคม 2557- กันยายน 2558	1. หัวหน้างานการเงิน 2. ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายการคลัง	ปานกลาง
				2. จ่ายเงินให้เจ้าหน้าที่ล่าช้า เนื่องจาก - ผู้ปฏิบัติงานดำเนินการล่าช้า - ระบบการปฏิบัติงานด้านการเบิกจ่ายเงินยังไม่มีประสิทธิภาพทั้ง มหาวิทยาลัยและคณะฯ				2. การจ่ายเงิน 2.1 ร้อยละจำนวนเจ้าหนี้การค้าที่ได้รับเงินล่าช้ากว่ากำหนด 45 วัน นับแต่ตั้งหนี้ 2.2 ร้อยละจำนวนเจ้าหนี้การค้าที่ได้รับเงินล่าช้ากว่ากำหนด 60 วัน นับแต่ตรวจรับ	2. การจ่ายเงิน 2.1 ติดตามผลการปฏิบัติงาน	2. การจ่ายเงิน 2.1 ติดตามผลการปฏิบัติงาน 2.2 เร่งรัดหน่วยงานที่ตรวจรับแล้วให้ส่งมาตั้งหนี้	ตุลาคม 2557- กันยายน 2558	1. หัวหน้างานบัญชี 2. หัวหน้าฝ่ายการคลัง	
				3. นำส่งเงินรายได้ไม่ครบถ้วน/เงินสูญหายระหว่างการเก็บรักษา เนื่องจากมีการทุจริตและการโจรกรรม				3. การเก็บรักษาเงิน 3.1 จำนวนครั้งที่สูญหาย (เป้าหมาย??) 3.2 จำนวนเงินที่สูญหาย (เป้าหมาย??)	3. การเก็บรักษาเงิน 3.1 ตรวจสอบการปฏิบัติงาน 3.2 กล้องวงจรปิด/ ห้องมั่นคง 3.3 กระทบยอดทางบัญชีกับธนาคาร	3. การเก็บรักษาเงิน 3.1 ตรวจสอบการปฏิบัติงาน 3.2 กล้องวงจรปิด/ ห้องมั่นคง 3.3 กระทบยอดทางบัญชีกับธนาคาร	ตุลาคม 2557- กันยายน 2558	1. หัวหน้าฝ่ายการคลัง	
				4. การจัดทำรายงานล่าช้า เนื่องจากระบบสารสนเทศยังขาดประสิทธิภาพ และมีการบันทึกบัญชีผิดพลาด				4. การทำรายงานทางการเงิน 4.1 รายงานการเงินเสร็จภายใน 60 วัน	4. การทำรายงานทางการเงิน 4.1 ติดตามทวงถามการส่งรายงานทางการเงิน	4. การทำรายงานทางการเงิน 4.1 ติดตามทวงถามการส่งรายงานทางการเงิน 4.2 แก้ไขปัญหา สาเหตุที่ทำให้จัดทำรายงานล่าช้า	ตุลาคม 2557- กันยายน 2558	1. หัวหน้างานบัญชี 2. หัวหน้าฝ่ายการคลัง 3. รองคณบดีฝ่ายการคลัง	
				5. การตัดสินใจเลือกหลักทรัพย์ในการจัดหาประโยชน์ เนื่องจากการตัดสินใจมีทั้งผิดและถูก				5. การจัดหาผลประโยชน์ 5.1 ผลตอบแทนที่ได้รับเปรียบเทียบกับตัวเทียบต่ำกว่าตัวเทียบวัดไม่เกิด 10 %	5. การจัดหาผลประโยชน์ 5.1 ดำเนนิการตามแผนการจัดหาประโยชน์ที่ได้รับอนุมัติ 5.2 ติดตามผลตอบแทนอย่างใกล้ชิด	5. การจัดหาผลประโยชน์ 5.1 ดำเนนิการตามแผนการจัดหาประโยชน์ที่ได้รับอนุมัติ 5.2 ติดตามผลตอบแทนอย่างใกล้ชิด	ตุลาคม 2557- กันยายน 2558	1. รองคณบดีฝ่ายการคลัง 2. หัวหน้างานบัญชี	
				6. การใช้งบประมาณแผนดินไม่เป็นไปตามเป้าหมายของแผนงาน เนื่องจากมีการจัดสรรงบประมาณที่ไม่เหมาะสม และการติดตามการใช้งบประมาณไม่ดีพอ				6. การบริหารงบประมาณ 6.1 ร้อยละการใช้งบประมาณแผ่นดินเทียบกับแผน - เงินอุดหนุนทั่วไป > 90 % - เงินอุดหนุนทั่วไปโครงการ เฉพาะ >90 %	6. การบริหารงบประมาณ 6.1 ติดตามรายงานการใช้งบประมาณ 6.2 การปรับการจัดสรรงบประมาณโครงการเฉพาะ	6. การบริหารงบประมาณ 6.1 ติดตามรายงานการใช้งบประมาณ 6.2 การปรับการจัดสรรงบประมาณโครงการเฉพาะ	ตุลาคม 2557- กันยายน 2558	1. รองคณบดีฝ่ายการคลัง 2. หัวหน้างานงบประมาณ	

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับโอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับความเสี่ยง
การเงินและงบประมาณ	33	เงินรายได้สะสมลดลง (มาจากเงินลงทุนระยะสั้น กับเงินลงทุนระยะยาวในรายงานการเงิน-งบดุล)	Reporting Risk	1. การจัดทำงบประมาณขาดดุล	2	2. มูลค่าความเสียงหายทางการเงิน	2	จำนวนเงินรายได้สะสมปีปัจจุบันเทียบกับปีก่อน	1. การติดตามรายงานการเงินประจำปี/เดือน	1. การติดตามรายงานการเงินประจำปี/เดือน	ตุลาคม 2557-กันยายน 2558	งานบัญชี งานการเงิน	ปานกลาง
				2. รายจ่ายจากระบบงบประมาณสูงกว่ารายได้					2. การจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปี (จากเงินรายได้)	2. การจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปี (จากเงินรายได้)			
									3. การติดตามรายรับและรายจ่ายจากระบบงบประมาณทุกเดือน	3. การติดตามรายรับและรายจ่ายจากระบบงบประมาณทุกเดือน			
การเงินและงบประมาณ	34	สินทรัพย์มีมูลค่าลดลงหรือไม่เพิ่มขึ้น	Reporting Risk	1. เงินสดและเงินลงทุนระยะสั้นลดลงจากรายจ่ายมากกว่ารายรับ	2	2. มูลค่าความเสียงหายทางการเงิน	2	1.เงินสดลดลงเหลือต่ำกว่าร้อยละ 50 ของหนี้สินหมุนเวียน	1. ติดตามรายงานการเงินประจำปี/เดือน	1. ติดตามรายงานการเงินประจำปี/เดือน	ตุลาคม 2557-กันยายน 2558	งานบัญชี งานการเงิน	ปานกลาง
				2. มีลูกหนี้ที่ไม่มีคุณภาพ (โอกาสเกิดหนี้สูญ) จำนวนมาก				2. มูลค่าลูกหนี้ค้างชำระ (เกิน 90 วัน) มากกว่าร้อยละ 40 ของเงินค้างชำระทั้งหมด	2. การติดตามสถานการณ์หนี้ค้างชำระประจำเดือน	2. การติดตามสถานการณ์หนี้ค้างชำระประจำเดือน			
								3. NAV ของกองทุนคณะฯ เพิ่มขึ้นน้อยกว่า 4 % ต่อปี	3. การติดตามรายงานมูลค่าเงินลงทุนและ NAV เดือนละ 2 ครั้ง และเมื่อมีเหตการณ์เปลี่ยนแปลง	3. การติดตามรายงานมูลค่าเงินลงทุนและ NAV เดือนละ 2 ครั้ง และเมื่อมีเหตการณ์เปลี่ยนแปลง			

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับโอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับความเสี่ยง
การเงินและงบประมาณ	35	ไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับ ประกาศด้านการเงินและงบประมาณต่างๆ ของมหาวิทยาลัยและคณะฯ	Compliance Risk	1.ผู้รับผิดชอบไม่มีความรู้ความเข้าใจในการตีความประกาศข้อบังคับทำให้ปฏิบัติไม่ถูกต้องครบถ้วน 2. ผู้ปฏิบัติไม่มีความรอบคอบ	2	2. มูลค่าความเสียหายทางการเงิน	1	ไม่เกิดการส่งบันทึกขออนุมัติงบประมาณต่างๆกลับจากมหาวิทยาลัยเนื่องจากดำเนินการไม่ถูกต้องครบถ้วน	ตรวจสอบเอกสารการดำเนินงาน เมื่อมีการขอเบิกจ่ายจากหน่วยงานต่างๆ	ตรวจสอบเอกสารการดำเนินงาน เมื่อมีการขอเบิกจ่ายจากหน่วยงานต่างๆ	ตุลาคม 2557-กันยายน 2558	งานบัญชี งานการเงิน	ต่ำ
BI Project	36	ความถูกต้องของข้อมูลนำเข้าระบบ BI	Reporting Risk	**OVERALL** 1. ข้อมูลมีหลายแหล่ง	3	1.1 ประสิทธิผล-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	2	**BI Team** ข้อมูลที่ผิดพลาดไม่เกิน 5 %	**BI Team** 1. ตรวจสอบข้อมูลก่อนนำเข้า	1. .ให้ User เทียบรายงานที่ Generate จากระบบกับรายงานManual	ต.ค.-57	งานสารสนเทศคลังข้อมูล	ปานกลาง
				2.User กรอกข้อมูลไม่ครบถ้วน					2. ประสานงานกับ Data Owner (งานเวชสารสนเทศคลินิก และงานสารสนเทศเพื่อการบริหาร)ในการ Clean up ข้อมูล	2. ใช้ ETL Server สำหรับจัดการข้อมูลต้นทางให้อยู่ในรูปแบบเดียวกัน			
				2.1 กระบวนการทำงานแต่ละที่ไม่เหมือนกัน Application เดี่ยวกัน วิธีการกรอก ข้อมูลต่างกัน									
				2.2 ผู้ใช้งาน กรอกข้อมูลไม่ครบถ้วน บาง Fill									
				HIS 1. ระบบ HIS มีปัญหา (ทั้ง *Software Hardware Infastructure)*				**HIS** ข้อมูลผิดพลาดจาก Application Error ไม่เกิน 3 %	**HIS** 1. พัฒนา Process Software โดยใช้ Capability Maturity Model Integration (CMMI)	1. จัดระเบียบ Web service โดยการกำหนด Server กลาง เพื่อให้สามารถแยกได้ว่าข้อมูลมาจาก Internal หรือ Third Party	มี.ค.-58	งานเวชสารสนเทศคลินิก	
				2. User กรอกข้อมูลผิด					2. พัฒนาความปลอดภัยของข้อมูลโดยใช้ มาตรฐาน ISO	2. ปรับ Fox pro เป็น Web Service			
				3. แหล่งข้อมูล Input ไม่ถูกต้อง เช่น ข้อมูลบุคลากร ข้อมูลราคายา					3. จัดซื้อเครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบประสิทธิภาพของระบบ	3. ออกแบบ Infrastructure ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยการกั้น Network			
										4.จำกัดช่วงเวลาในการดึงข้อมูลของ User			
				SAP การประมวลผลข้อมูลรายวันผิดพลาด				**SAP** ข้อมูลที่ผิดพลาดไม่เกิน 5 % (เฉลี่ยรายปี) หรือ ผิดพลาด 5-10 % (เฉลี่ยรายไตรมาส)	**SAP** ใช้เจ้าหน้าที่ monitor ข้อมูล (ปัจจุบันมีประมาณ 10 คน)	1. มีการ Clean up ข้อมูลทุกวันเพื่อตรวจสอบความผิดพลาด 2. ในการดึงข้อมูลของ BI Team จะกำหนดให้ดึงข้อมูลย้อนหลัง 1 เดือน	ทุกวัน / ไตรมาส / ปี	งานสารสนเทศเพื่อการบริหาร	

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับโอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับความเสี่ยง
BI Project	37	โครงการ BI เสร็จล่าช้ากว่าแผนที่กำหนด	Reporting Risk	1. การส่งต่อในแต่ละเฟสมีการล่าช้า (Phase I – V) เนื่องจากงานบางส่วนที่ยังไม่สามารถระบุผู้รับผิดชอบหลักได้ (ray Zone) เช่น Data Cleaning แบบ Batch	2	1.1 ประสิทธิผล-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	1	โครงการล่าช้าไม่เกิน 3 เดือน (ในแต่ละเฟส)	1. กำหนด TOR ที่ชัดเจนเกี่ยวกับข้อกำหนดต่างๆรวมทั้งวิธีการปฏิบัติหากเกิดความล่าช้า หรือไม่ตรงตามที่ตกลง เช่น การปรับ	1. เพิ่มความถี่ในการทดสอบระบบ เพื่อไม่ให้รบกวนหน้างาน	ต.ค.-57	งานสารสนเทศคลังข้อมูล	ต่ำ
				2. Delay on Phase 4 - Data Warehouse Phase เนื่องจากมีข้อมูลนำเข้าค่อนข้างเยอะ เกรงว่าจะใช้เวลานานให้การทำข้อมูลให้สมบูรณ์					2. จัดประชุมความคืบหน้ากับผู้เกี่ยวข้องเป็นระยะ	2. เร่งกระบวนการในการประสานงาน			
				3. การจัดส่ง Hardware ล่าช้า						3. เพิ่มผู้รับผิดชอบในการดูแลข้อมูล (Data base admin - DBA)			
นโยบายและแผน	38	แผนดำเนินการก่อสร้างอาคารปรีคลินิกและอาคารวิจัย ที่จะต้องเสนอของบประมาณปี 2559 ยังไม่พร้อมเสนอในเดือน ตุลาคมนี้ ประกอบด้วย ราคากลาง และ TOR เสนอกระทรวงพลังงาน	Startegic Risk	อยู่ระหว่างดำเนินการกำหนดแบบรูปรายการ	3	1.1 ประสิทธิผล-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	2	มีแบบรูปรายการ และประมาณราคากลางของโครงการภายในเดือนตุลาคม 2557	ทำหนังสือแจ้งขั้นตอนการดำเนินการแก่ผู้รับผิดชอบโดยตรงของโครงการ	เร่งรัดการดำเนินการ ให้ทันเสนอของบประมาณปี 2559 ในเดือนตุลาคม 2557	สิงหาคม 2557-กันยายน 2557 และปีงบประมาณ 2558	งานนโยบายและแผน หน่วยงบประมาณ	ปานกลาง
นโยบายและแผน	39	แผนรองรับสำหรับการจัดการแผนงบประมาณด้านการบริการรักษาในอนาคตที่สถาบันการแพทย์จักรีนฤบดินทร์ที่เหมาะสมเพียงพอ	Startegic Risk	แผนการจัดการบริการผู้ป่วยทุติยภูมิ และปฐมภูมิ ที่สถาบันการแพทย์จักรีนฤบดินทร์ เพื่อเน้นการจัดการเรียนการสอน ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่สามารถแสวงหารายได้จากการดำเนินงานได้มากนัก เพราะอาคารหลักยังมีการปรับปรุงอาคารและสร้างอาคารใหม่นอกคณะฯอีกหนึ่งอาคาร	2	1.1 ประสิทธิผล-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	3	มีรายได้เพียงพอในการตั้งงบประมาณประจำปี	การจัดทำงบประมาณที่สมดุล หรือเกินดุลให้มากที่สุด รวมทั้งยังมีงบประมาณกองสลากและมูลนิธิสนับสนุนในแต่ละปี	มีการจัดลำดับความสำคัญของงานโครงการที่คณะฯจะดำเนินการในอนาคต	ตุลาคม 2557-กันยายน 2560	งานนโยบายและแผน หน่วยงบประมาณ/ กรรมการงบประมาณ	ปานกลาง

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับโอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับความเสี่ยง
พัฒนาคุณภาพ	40	ภาควิชา/หน่วยงานไม่มีการเก็บรวบรวมองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ	Operational Risk	1. ภาควิชา/หน่วยงานขาดความรู้ความเข้าใจในวิธีการดึงความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคคลออกมาใช้	4	1.1 ประสิทธิผล-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	2	จำนวนข้อมูลที่ถอดบทเรียนจากการ AAR ไม่น้อยกว่า 10 เรื่อง/ปี	<u>กิจกรรมกลุ่ม CQI/KAIZEN</u> 1. สำรวจความต้องการสนับสนุนของกลุ่มเป้าหมาย (2 ทีม/สัปดาห์)	อยู่ระหว่างการวางแผนดำเนินการ	1 ต.ค. 57 - 30 ก.ย. 58	หน่วยจัดการความรู้, หน่วยวิชาการและพัฒนาคุณภาพ งานพัฒนาคุณภาพงาน	สูง
				2. ขาดเวทีสำหรับให้ผู้ที่มีองค์ความรู้ได้ใช้ถ่ายทอด/sharing					2. ลงทะเบียนกลุ่มกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ				
				3.กระบวนการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพในงานประจำของบุคลากรยังไม่เป็นระบบ					3. ให้คำปรึกษาและติดตามความก้าวหน้ากลุ่มกิจกรรมพัฒนา				
									4. ประเมินโครงการและสรุปผล				
									กิจกรรมการจัดการความรู้ 1. เชิญวิทยากรจากการไฟฟ้าเข้ามาอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดทำKM แก่บุคลากรจำนวน 3 กลุ่มหลัก คือ กก.คณะฯ, กลุ่ม Facilitators, หัวหน้างานทุกงานตามโครงสร้างคณะฯ				
									2. ส่งแบบฟอร์ม AAR ซึ่งเป็นแบบฟอร์มสำหรับเก็บประเด็นองค์ความรู้ ไปยังทุกภาควิชาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามจัดเก็บองค์ความรู้ สำหรับภาควิชาที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในและขอความร่วมมือภาควิชากรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มส่งให้งานพัฒนาคุณภาพฯ เพื่อดำเนินการจัดเก็บและเผยแพร่ต่อไป				
									3. เชิญวิทยากรจากกรมสุขภาพจิตเข้ามาอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรการปรับปรุงกระบวนการทำงาน แก่บุคลากร 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ประสานงานกลาง กลุ่มสมาชิกชุมนุมนักปฏิบัติ เครือข่ายพี่เลี้ยง จำนวน 40 คน				

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับโอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับความเสี่ยง
สื่อสารองค์กร	41	ความเสี่ยงที่เกิดจากระบบการสื่อสารขัดข้อง เช่นเกิดการดับ ค้าง หรือ ขัดข้อง	Operational Risk	เกิดปัญหาที่ hard ware และ soft ware เนื่องจากการใช้งานตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์	3	3.4 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร-ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	3	ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการใช้อุปกรณ์ Electronic อาทิเช่น จอ LDC ดับ, อุปกรณ์การออกอากาศรามาแชนแนล ค้าง หรือ เกิดการ Error ลดลงจากปีที่ผ่านมา/ ไม่เกินเดือนละ 1 ครั้ง หรือไม่เกิด 6 ครั้ง/ปี	มีการปิดระบบเพื่อปรับปรุง Soft Ware ของอุปกรณ์นั้นๆ	1.เพิ่มความถี่ในการปิดระบบเพื่อปรับปรุง Soft Ware หรือ อุปกรณ์ดังกล่าว เป็นเดือนละ 1 ครั้งในช่วงเวลา No Traffic	ตุลาคม 57 - กันยายน 58	งานสื่อสารองค์กร	สูง
										2.กำหนดตารางการบำรุงรักษา กับ บริษัท Outsourse	กันยายน 57 - ธันวาคม 57		
สื่อสารองค์กร	42	ความเสี่ยงจากการข้อมูลที่สื่อสาร/ ประชาสัมพันธ์คลาดเคลื่อน/ไม่ถูกต้อง	Operational Risk	1.เกิดจากผู้ส่งสารให้ข้อมูลที่ไม่ชัดเจน ตามวัตถุประสงค์	2	3.3 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร-การนำเสนอข่าว	2	จำนวนข่าวประชาสัมพันธ์ที่ส่งออกไปเกิดความผิดพลาดลดลง อาทิ จำนวนตัวสะกดผิดลดลงจากปีที่ผ่านมา / ไม่เกินเดือนละครั้ง หรือ ไม่เกิด 6ครั้งต่อปี	จัดลำดับขั้นของการตรวจทานแก้ไขก่อนการส่งออก Public	1.มีการตรวจคุณภาพงานก่อนออกอากาศหรือPublic ทุกครั้ง ทั้งสื่อโทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ และสื่ออิเล็คทรอนิคส์	ตุลาคม 57 - กันยายน 58	งานสื่อสารองค์กร	ปานกลาง
				2.ผู้รับรับไม่มีความเข้าใจในเนื้อหา ตามวัตถุประสงค์ที่แท้จริง						2.จัดการฝึกอบรมการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพในหน่วยงาน เพื่อให้สื่อสารได้เข้าใจ และตรงจุดมุ่งหมาย			
วิเทศสัมพันธ์	43	ขาดแคลนบุคลากรที่เชิญมาดำรงตำแหน่ง Visiting Professor	Startegic Risk	Active Professor มีภาระงานมาก ไม่สามารถมาอยู่ทำงานเต็มเวลาในฐานะVisiting Professor ให้คณะฯได้อย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาที่กำหนดตามตัวชี้วัดของมหาวิทยาลัยได้ (ไม่น้อยกว่า 1 เดือน)	3	1.1 ประสิทธิผล-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	3	จำนวน Visiting Professor ต่ำกว่าเป้าหมาย (ไม่น้อยกว่า 3 คนในปี 2558)	ส่งเสริม Retired Professor ให้เข้ามารับตำแหน่ง Visiting Professor	ปรับเงื่อนไขให้สามารถแบ่งช่วงเวลาการมาทำงานในฐานะ Visiting Professor ได้ โดยในระยะเวลา 1 เดือนสามารถขอแบ่งช่วงเวลาการมาปฏิบัติงานได้เป็นสองช่วง ช่วงละ 2 สัปดาห์ โดยให้มีระยะเวลาห่างกันไม่เกิน 2-3 เดือนและให้อยู่ในปีงบประมาณเดียวกัน	ตุลาคม 2557-กันยายน 2558	งานวิเทศสัมพันธ์	สูง

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับโอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับความเสี่ยง
วิเทศสัมพันธ์	44	บันทึกข้อตกลงความร่วมมือที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง (Active MOU) มีจำนวนต่ำกว่าเป้าหมาย	Operational Risk	1. ตารางการเรียนในภาควิชาต่างๆซ้อนทับกับช่วงเวลาที่นักศึกษาแพทย์จะเดินทางเพื่อไปแลกเปลี่ยนยังสถาบัน 2. ฐานข้อมูลการรับนักศึกษา/ แพทย์ชาวต่างชาติเข้ามารับการฝึกอบรมระยะสั้นกับข้อมูลจำนวนนักศึกษา/ แพทย์ชาวต่างชาติที่ได้รับจากงานต่างๆที่เกี่ยวข้องไม่ตรงกัน	2	1.1 ประสิทธิผล-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	2	จำนวนบันทึกข้อตกลงความร่วมมือที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง (Active MOU) มีน้อยกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนบันทึกข้อตกลงความร่วมมือทั้งหมด	พิจารณาปัจจัยอื่นๆที่นอกเหนือจากวัตถุประสงค์ของ MOU เช่น ความพร้อมของบุคลากร ก่อนที่จะมีการทำ MOU ใดๆ	1. ดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบ 2. จัดทำตารางช่วงเวลาที่แต่ละสถาบันที่มี MOU ด้วยสามารถรับนักศึกษาแลกเปลี่ยนได้ 3. จัดทำระบบการจัดเก็บข้อมูลการศึกษาระยะสั้น (ระยะที่ 2)	1. ตุลาคม 2557- กันยายน 2558 2. ตุลาคม 2557- กันยายน 2558 3. ตุลาคม 2557- ธันวาคม 2557	งานวิเทศสัมพันธ์	ปานกลาง
บริหารกายภาพสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย (อาชีวอนามัย)	45	บุคลากรบางท่านที่ทำงานสัมผัสเสียงดังไม่ใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE)	Operational Risk	บุคลากรบางท่านยังไม่คุ้นเคยกับการใส่ PPE	5	4. ความปลอดภัย	2	บุคลากรที่ทำงานสัมผัสเสียงดัง ไม่มีประสาทหูเสื่อมจากเสียงดังรายใหม่	1. บุคลากรให้ความร่วมมือในการใส่ PPE เมื่อเข้าทำงานในพื้นที่เสียงดัง 2. ให้การใช้ PPE สำหรับบุคลากรที่ทำงานในพื้นที่เสียงดังเป็นตกลงในการทำงาน (PA) ของบุคลากรและผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลในพื้นที่เสียงดัง	1. ให้การใช้ PPE สำหรับบุคลากรที่ทำงานในพื้นที่เสียงดังเป็นตกลงในการทำงาน (PA) ของบุคลากรและผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลในพื้นที่เสียงดัง 2. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการรักษ์หูสำหรับบุคลากรที่สัมผัสเสียงดัง	ตุลาคม 2557-กันยายน 2558	งานบริหารกายภาพสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	สูง

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับโอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับความเสี่ยง
บริหารกายภาพสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย (อาชีวอนามัย)	46	บุคลากรทำงานในห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์โดนสารเคมี	Operational Risk	อุบัติเหตุขวดสารเคมีหล่นแตก	1	4. ความปลอดภัย	2	1. บุคลากรทำงานในห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ไม่สามารถปฐมพยาบาลตนเองได้ถูกต้อง จากเหตุการณ์ในอดีตที่เกิดขึ้น 2. บุคลากรทำงานในห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ไม่สามารถใช้ Spiil Kit ได้ถูกต้อง (100 %)	1. บุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือในการสำรวจ Spill Kit 2. บุคลากรให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมอบรม 3. บุคลากรทราบถึงวิธีการปฐมพยาบาลตนเอง เมื่อถูกสารเคมี 4. บุคลากรทราบถึงวิธีการใช้ Spill Kit 5. บุคลากรทราบถึงหลักการและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยทางชีวภาพทั้งต่อผู้ปฏิบัติงาน ผู้ที่เกี่ยวข้อง ชุมชนและสิ่งแวดล้อม 6. จัดอบรมการทำงานกับสารเคมีอย่างปลอดภัย	จัดฝึกอบรมให้กับบุคลากรใหม่ และบุคลากรที่ยังไม่ได้เข้ารับการอบรม ดังนี้ - จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้ Spill Kit - จัดอบรมการทำงานกับสารเคมีอย่างปลอดภัย	ตุลาคม 2557-กันยายน 2558	งานบริหารกายภาพสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	ต่ำ

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับโอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับความเสี่ยง
บริหารกายภาพสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย (อาชีวอนามัย)	47	ความเสี่ยงจากขั้นตอนการดำเนินงาน	Operational Risk	เกดจากปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น - ห้องจัดอบรมถูกยกเลิกกระทันหัน - บุคลากรที่หน่วยงานส่งเข้าร่วมกิจกรรมไม่พร้อมได้รับการฝึกอบรม	3	1.1 ประสิทธิผล-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	2	ความสำเร็จของการดำเนินการตามแผน (สำเร็จไม่ถึงร้อยละ 80)	ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตกลงหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน เช่น ปรับประบวนการ หาผู้รับผิดชอบ	ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตกลงหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน เช่น ปรับประบวนการ หาผู้รับผิดชอบ	ตุลาคม 2557-กันยายน 2558	งานบริหารกายภาพสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	YELLOW
บริหารกายภาพสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย (วิศวกรรมบริการ)	48	การควบคุมการก่อสร้างยังไม่รอบคอบเพียงพอ	Operational Risk	ผู้ปฏิบัติงานขาดความรับผิดชอบในการควบคุมงานและขาดความรู้เฉพาะด้าน	2	4. ความปลอดภัย	1	อาคารชำรุด ร้าว ทรุดตัว พนักงานและผู้มารับบริการไม่สามารถปฏิบัติงานได้รวมทุกอาคาร ไม่เกิด 1 ครั้ง/ปี	ทำรายงานตรวจสอบความปลอดภัยอาคารสูงประจำปีทุกปี	ส่งพนักงานอบรมด้านเทคนิคเฉพาะด้านออกแบบและควบคุมงานอาคารสูง	ตุลาคม 2557-กันยายน 2558	ฝ่ายวิศวกรรมบริการ	ต่ำ
บริหารกายภาพสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย (วิศวกรรมบริการ)	49	ระบบไฟฟ้าสำรองไม่พร้อมใช้งาน 100 % บางเครื่อง	Operational Risk	อยู่ในช่วงทดสอบเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองของเครื่องที่ติดตั้งใหม่	2	4. ความปลอดภัย	1	กระแสไฟฟ้านครหลวงดับ เครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองไม่สามารถจ่ายกระแสไฟฟ้าสำรองได้รวมทุกเครื่อง ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี	แผนงานการตรวจเช็คประจำวัน/เดือน/ปี	ส่งพนักงานอบรมด้านเทคนิคเฉพาะด้านระบบไฟฟ้าสำรอง	ตุลาคม 2557-กันยายน 2558	ฝ่ายวิศวกรรมบริการ	ต่ำ
บริหารกายภาพสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย (รักษาความปลอดภัย)	50	เจ้าหน้าที่และผู้ใช้บริการไม่ให้ความร่วมมือในมาตรการที่กำหนดขึ้น	Operational Risk	การลืมปิดประตู หน้าต่าง ของหน่วยงาน และการลืมสิ่งของไว้ในห้องน้ำ	3	2. มูลค่าความเสียหายทางการเงิน	3	1. จำนวนการจับกุมผู้เข้ามาลักทรัพย์ 80% ของเหตุที่เกิดขึ้นทั้งหมด 2. จำนวนการลืมปิดประตู หน้าต่าง ไม่เกิน 50 ครั้ง/ปี	1. ตรวจสอบและบันทึกชื่อผู้ผ่านเข้าออกภายในอาคาร หลังเวลา 21.00-05.00 น. 2. จัดเจ้าหน้าที่ รปภ. ตรวจสอบการลืมปิดประตู หน้าต่าง หลังเวลาราชการ 3. ประกาศเตือนให้ระมัดระวังสิ่งของ มีค่า อย่าหลงเชื่อคนแปลกหน้า	1. ตรวจสอบและบันทึกชื่อผู้ผ่านเข้าออกภายในอาคาร หลังเวลา 21.00-05.00 น. 2. จัดเจ้าหน้าที่ รปภ. ตรวจสอบการลืมปิดประตู หน้าต่าง หลังเวลาราชการ 3. ประกาศเตือนให้ระมัดระวังสิ่งของมีค่า อย่าหลงเชื่อคนแปลกหน้า	ตุลาคม 2557-กันยายน 2558	งานรักษาความปลอดภัย	สูง

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับโอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับความเสี่ยง
บริหารกายภาพสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย (รักษาความปลอดภัย)	51	พื้นที่จอดรถไม่เพียงพอสำหรับเจ้าหน้าที่และผู้มาใช้บริการ	Operational Risk	เจ้าหน้าที่และผู้ใช้บริการไม่ปฏิบัติตามระเบียบของคณะฯ และจอดรถในพื้นที่ห้ามจอดหรือฝ่าฝืนเครื่องหมายจราจร	3	3.4 ชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร-ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	3	1. จำนวนการล็อคล้อรถที่กระทำผิดระเบียบไม่เกิน 750 คัน/ปี เฉลี่ยวันละ 2 คัน	1. ติดประกาศระเบียบและข้อห้ามของคณะฯ ตามอาคารจอดรถต่างๆ	1. ติดประกาศระเบียบและข้อห้ามของคณะฯ ตามอาคารจอดรถต่างๆ	ตุลาคม 2557-กันยายน 2558	งานรักษาความปลอดภัย	สูง
								2. จำนวนการร้องเรียนเรื่องการให้บริการที่จอดรถไม่เกิน 20 ครั้ง/ปี	2. จัดทำป้ายเครื่องหมายจราจรให้ชัดเจน	2. จัดทำป้ายเครื่องหมายจราจรให้ชัดเจน			
									3 จัดเจ้าหน้าที่ในการอำนวยความสะดวกรถเข้า-ออก ให้เกิดความคล่องตัว	3. จัดเจ้าหน้าที่ในการอำนวยความสะดวกรถเข้า-ออก ให้เกิดความคล่องตัว			
บริหารกายภาพสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย (รักษาความปลอดภัย)	52	อาคารต่างๆ เป็นอาคารเก่าอายุการใช้งานนานปี และเจ้าหน้าที่ประมาทไม่ระมัดระวัง	Operational Risk	การขาดการดูแลรักษาอุปกรณ์ไฟฟ้าต่างๆ การลืมปิดอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าต่างๆ	3	4. ความปลอดภัย	3	จำนวนการเกิดอัคคีภัยลุกลามดับได้ จำนวน 0 ครั้ง/ปี	1) จัดเจ้าหน้าที่ รปภ. เดินตรวจสอบหลังเวลาราชการ	1. จัดเจ้าหน้าที่ รปภ. เดินตรวจสอบหลังเวลาราชการ	ตุลาคม 2557-กันยายน 2558	งานรักษาความปลอดภัย	สูง
									2) จัดอบรมให้ความรู้พยาบาลจบใหม่ในการใช้อุปกรณ์ดับเพลิงปีละ 1 ครั้ง	2. จัดอบรมให้ความรู้พยาบาลจบใหม่ในการใช้อุปกรณ์ดับเพลิงปีละ 1 ครั้ง			
									3) จัดการฝึกซ้อมแผนระงับอัคคีภัยและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	3. จัดการฝึกซ้อมแผนระงับอัคคีภัย และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย			
									4) จัดเจ้าหน้าที่ รปภ. ตรวจสอบอุปกรณ์ดับเพลิงให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ	4. จัดเจ้าหน้าที่ รปภ. ตรวจสอบอุปกรณ์ดับเพลิงให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ			

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับ โอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับ ผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ใน ปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะ ดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับ ความเสี่ยง
บริหารกายภาพ สิ่งแวดล้อมและอาชี วอนามัย (อาคารสถานที่และ ยานพาหนะ)	53	อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจาก การปฏิบัติงาน เช่น การปฏิบัติงานในที่สูง การขนย้าย ของที่มี น้ำหนักมาก	Operational Risk	1. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานโดย ขาดอุปกรณ์ป้องกัน	2	4. ความปลอดภัย	4	จำนวนครั้งในการเกิด อุบัติเหตุ 0 ราย	1. มีการตรวจสอบอุปกรณีที่ใช้ใน การปกิบัติงาน	1. การจัดหาอุปกรณี ป้องกันการปฏิบัติงานในที่ สูง ป้องกันการบาดเจ็บ และอุปกรณ์ในการขนย้าย ของหนัก	1. ตุลาคม 2557 - ธันวาคม 2557	งานอาคารสถานที่และ ยานพาหนะ	สูง
				2. อุปกรณ์ป้องกันที่ใช้ไม่ สมบูรณ์					2. ส่งเจ้าหน้าที่เข้าอบรมเรื่องท่าทาง การทำงานที่ถูกต้อง	2. การจัดทำราวระเบียง บริเวณสานที่ที่เสี่ยงต่อ ความปลอดภัย	2. ตุลาคม 2557- มกราคม 2558		
				3. สถานที่ไม่มีความปลอดภัย					3. จัดหาอุปกรณ์ช่วยในการขนย้าย ของหนัก	3. มีการตรวจสอบอุปกรณ์ ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน	3. ตุลาคม 2557- กันยายน 2558		
				4. ขาดความระมัดระวังในการ ปฏิบัติงาน						4. ส่งเจ้าหน้าที่เข้าอบรม เรื่องท่าทางการทำงานที่ ถูกต้อง	4. พฤษภาคม 2558		
				5. ท่าทางการยกของไม่ถูกต้อง									
				6. ขาดอุปกรณ์ช่วยในการยก สิ่งของที่มีน้ำหนักมาก									
				7. สภาพพื้นที่ไม่เอื้ออำนวย ในการขนย้าย									
				8. ขาดอุปกรณ์ช่วยลดการ บาดเจ็บจากการขนย้ายของ หนัก									
บริหารกายภาพ สิ่งแวดล้อมและอาชี วอนามัย (อาคารสถานที่และ ยานพาหนะ)	54	อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจาก การให้บริการ ยานพาหนะ	Operational Risk	1. พนักงานขับรถประมาท	3	4. ความปลอดภัย	2	จำนวนครั้งในการเกิด อุบัติเหตุ (น้อยกว่า 5 ครั้ง)	1.การติดตั้ง GPS เพื่อควบคุมความเร็ว	1. การจัดอบรมให้กับ พนักงานขับรถ	ตุลาคม 2557-กันยายน 2558	งานอาคารสถานที่และ ยานพาหนะ	ปานกลาง
				2. พนักงานขับรถมีปัญหาด้าน สุขภาพ					2. การให้พนักงานขับรถเข้ารับการ อบรม	2 การติดตามการขับรถของ พนักงานขับรถจากข้อมูล GPS			
				3. สภาพรถไม่พร้อมใช้งาน					3. จำกัดความเร็วของรถแต่ละ ประเภท	3. จำกัดความเร็วของรถแต่ ละประเภท			

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ความเสี่ยงด้าน	สาเหตุความเสี่ยง	ระดับ โอกาสเกิด	ด้านผลกระทบ	ระดับ ผลกระทบ	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)/ เป้าหมาย	กิจกรรมการควบคุมที่มีอยู่ใน ปัจจุบัน	กิจกรรมการควบคุมที่จะ ดำเนินงาน	ช่วงเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระดับ ความเสี่ยง
บริหารกายภาพ สิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย (อาคารสถานที่และยานพาหนะ)	55	การให้บริการยานพาหนะที่ไม่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ	Operational Risk	1. รถยนต์มีจำกัด 2. จำนวนผู้ใช้รถมีมากกว่าจำนวนรถที่ให้บริการ 3. ไม่ขอรถล่วงหน้า 4. รถเสียระหว่างทาง 5. ปัญหาจากการจราจร 6. ผู้ใช้บริการไป - กลับ ไม่เป็นไปตามเวลาที่ขอไว้ 7. สภาพอากาศ (ฝนตก)	2	1.1 ประสิทธิผล-การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	1	ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80)	1. การตรวจสอบข้อมูลจาก GPS 2. โทรศัพท์สอบถามพนักงานขับรถ 3. ไปทางเดียวกันให้ไปด้วยกัน 4. แจ้งผู้ขอใช้รถให้เลื่อนเวลาการเดินทางในกรณีที่ไม่สามารถจัดรถให้ได้	1. การตรวจสอบข้อมูลจาก GPS 2. จัดรถคันอื่นให้แทนกรณีมาไม่ทันเวลาที่กำหนด 3. ไปทางเดียวกันให้ไปด้วยกัน 4. ให้ขอรถล่วงหน้า 5. แจ้งผู้ขอใช้รถให้เลื่อนเวลาการเดินทาง 6. ให้ผู้ใช้บริการแนบหลักฐานประกอบการขอใช้รถ	ตุลาคม 2557 - ธันวาคม 2557	งานอาคารสถานที่และยานพาหนะ	ต่ำ

ผลการจัดการความเสี่ยง

รายงานผลการจัดการความเสี่ยง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ประจำปีงบประมาณ 2558

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่ได้	สรุป	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
การศึกษา (ระดับปริญญา)	1	บัณฑิตที่จบสอบไม่ได้ License	ร้อยละของผู้สำเร็จการศึกษาที่สอบไม่ได้ License (เป้าหมาย) - หลักสูตร พบ. ร้อยละ 4 - หลักสูตร พย.บ. ร้อยละ 8 - หลักสูตร วท.บ. ร้อยละ 4	1.ระบบติดตามและให้ความช่วยเลือนักศึกษา	**1.1 หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต** สำเร็จสอบผ่าน license 100% **1.2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต** อยู่ระหว่างการเตรียมตัวสอบ วันที่ 25-26 ก.ค.58 กิจกรรมได้แก่ - ติดตามและวิเคราะห์ผลการสอบรวบยอดของ น.ศ. - วางแผนการพบและให้กำลังใจนักศึกษาโดย ผ.อ.และทีมบริหารโรงเรียนฯ วันที่ 23 มิ.ย. 58 - การจัดสถานที่ที่เอื้ออำนวยต่อการอ่านหนังสือสอบทั้งในและนอกเวลาราชการ **1.3 หลักสูตรวิทยาศาสตร์ความผิดปกติฯ** กำลังดำเนินการแจ้งให้กับบัณฑิตที่สอบไม่ได้ License ทราบกำหนดการในการทบทวนความรู้	**กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "บางส่วน (สีเหลือง)" เนื่องจากมีปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งไม่สามารถควบคุมได้** ส่งผลมีเพียงหลักสูตร พบ. เท่านั้น ที่ดำเนินกิจกรรมแล้วให้ผลลัพธ์เทียบกับ KRI แล้วไม่เป็นความเสี่ยง (หลักสูตร พบ. ครั้งที่ 1 ร้อยละ 1.89 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 3.08 ซึ่งน้อยกว่า KRI ที่กำหนดไว้ หลักสูตร พย.บ. มีร้อยละ 16.87 และ หลักสูตร วท.บ. มีร้อยละ 16 ซึ่งมากกว่า KRI ที่กำหนดไว้) ทั้งนี้เนื่องจากทั้ง 2 หลักสูตร จะมีการสอบอีกครั้ง (ข้อมูล 13/07/58) และคาดว่าจะได้ข้อมูลที่ดีขึ้น จึงสรุปว่า **กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิผลเพียงพอในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง และไม่เป็นความเสี่ยงของคณะฯ ได้**	3	3	9	1	1	1
				2. โครงการทบทวนความรู้	**2.1 หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต** มีกิจกรรมทบทวนความรู้ โดยพี่สอนน้อง **2.2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต** - การจัดทบทวนความรู้แก่ในช่วงวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ เริ่มตั้งแต่ กพ. - พ.ค. 58 - การจัดทบทวนความรู้หลังการสอบรวบยอดแล้วเสร็จ ในวันราชการ เริ่มตั้งแต่ 8 มิ.ย. - 10 ก.ค. 58 - การจัดสอบ Pre-exam เป็นการจำลองสถานการณ์ที่เสมือนการสอบจริงทุกประการ วันที่ 20-21 มิ.ย.58 - โครงการย่อยเพิ่มพลังใจไปให้ถึงฝัน 3 กิจกรรม คือ ด้วยความรักรู้นะว่าหนักหนา, หิ้วตระกร้าข้าวปลามาฝากพี่ และเรื่องเล่าจากพี่มีมาฝาก **2.3 วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาความผิดปกติฯ** 1. จัดทบทวนความรู้ และ เชิญอาจารย์ผู้สอนกฎหมายและพระราชบัญญัติในสาขาวิชาชีพมาให้ความรู้กับบัณฑิต							

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่ได้	สรุป	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
การศึกษา (ระดับปริญญา)	2	นักศึกษาลาออกเพื่อศึกษาสาขาอื่น/สถาบันอื่น	ร้อยละของนักศึกษาที่ลาออกเพื่อไปศึกษาสาขาอื่น / สถาบันอื่น - หลักสูตร พบ. ไม่เกินร้อยละ 2 - หลักสูตร พยบ. ไม่เกินร้อยละ 10 - หลักสูตร วทบ. ไม่เกินร้อยละ 20	1. การปฐมนิเทศ	**1.1 หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต** ไม่มีนักศึกษาลาออก **1.2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต** การจัดการเรียนการสอนรายวิชา รมพย 142 บทนำ วิชาชีพและมโนมติพื้นฐานทางการพยาบาล เพื่อให้ นักศึกษาเข้าใจและมองเห็นภาพเกี่ยวกับการพยาบาล **1.3 หลักสูตรวิทยาศาสตร์ ฯ** - มีการจัดกิจกรรมพบศิษย์ศาลายาสำหรับนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 ครั้งที่ 2 เพื่อให้ข้อมูลในการเรียนการสอนของหลักสูตรและการปฏิบัติงานในสาขาวิชาชีพ เมื่อวันที่ 11 ก.พ. 58 เป็นที่เรียบร้อย - กำหนดจัดปฐมนิเทศนักศึกษาชั้นปีที่ 2-4 ปีการศึกษา 2558 ในวันที่ 3 ส.ค. 58	<u>**กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "บางส่วน (สีเหลือง)"**</u> เนื่องจากมีปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ <u>**แต่มีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลงได้ดี โดยยังคงเป็นความเสี่ยงสำคัญของพันธกิจ**</u> เมื่อพิจารณาผลลัพธ์เทียบกับ KRI พบว่า กิจกรรมดำเนินงานสามารถทำให้ร้อยละของศึกษาที่ลาออกเพื่อไปศึกษาสาขาอื่น / สถาบันอื่น น้อยกว่า KRI ที่กำหนดไว้ได้ ทุกหลักสูตร ดังนี้ 1. หลักสูตร พบ. มีร้อยละ 0.56 2. หลักสูตร พย.บ. มีร้อยละ 3.26 หลักสูตร วท.บ. มีร้อยละ 10	3	3	9	2	1	2
				2. การดูแลนักศึกษา ติดตามนักศึกษาที่มีปัญหา	**2.1 หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต** มีการติดตามและให้ความช่วยเหลือนักศึกษาเป็นรายๆ แล้วแต่ละกรณี โดยประสานงานระหว่าง อาจารย์ผู้สอน งานแพทยศาสตรศึกษา งานกิจการนักศึกษา ภาควิชาและภาควิชาจิตเวชฯ **2.2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต** - ติดตามดูแลการจัดการศึกษาอย่างใกล้ชิดในกลุ่มนักศึกษาที่ได้ผลการเรียน F ที่ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะพ้นสภาพ - มีกระบวนการให้ประธานหลักสูตรฯ พูดคุย สัมภาษณ์นักศึกษาก่อนลาออก (Exit Interview)เพื่อนำข้อมูลปรับปรับการจัดการเรียนการสอนต่อไป หลักสูตรวิทยาศาสตร์ ฯ อาจารย์ประจำชั้นปี และอาจารย์ที่ปรึกษา มีการดำเนินการพูดคุยและเรียกพบนักศึกษาที่มีปัญหา							

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่ได้	สรุป	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
การศึกษา (ระดับปริญญา)	3	การถูกฟ้องร้องกรณีตัดสินการพ้นสภาพของนักศึกษา	อัตราการฟ้องร้องที่เกิดจากการอุทธรณ์ผลการตัดสิน (0%)	1. ระบบติดตามและให้ความช่วยเหลือนักศึกษา 2. การชี้แจงหลักเกณฑ์การตัดสินผลรายวิชา	ปัจจุบันยังไม่มีระบบที่ชัดเจน จะดำเนินการ โดยการให้คำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษา เป็นช่วงๆ และมีการติดตามในกรณีที่นักศึกษามีปัญหาด้วย มีการแจ้งหลักเกณฑ์การตัดสินผลรายวิชาให้นักศึกษาทราบและดำเนินการทุกครั้งที่สอนเสร็จสิ้น เป็นรายวิชา	**กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง และไม่เป็นความเสี่ยงของคณะฯ ได้** เมื่อพิจารณาผลลัพธ์เทียบกับ KRI พบว่า ไม่มีนักศึกษาฟ้องร้องจากกรณีดังกล่าวเลย	3	3	9	1	2	2
การศึกษา (ระดับปริญญา)	4	การถูกฟ้องร้องกรณีใช้สื่อสังคมออนไลน์ ไม่เหมาะสม / ผิดจริยธรรมวิชาชีพ	อัตราการร้องเรียนกรณีถูกเปิดเผยข้อมูล ความลับของผู้ป่วย / บุคลากร (ไม่เกิน 2 เรื่องต่อปี)	1. การชี้แจงประกาศระเบียบการใช้สื่อ internet ที่เหมาะสม	คณะฯ มีการออกประกาศ เรื่อง ข้อกำหนดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี อีกทั้งในรายวิชาปฏิบัติ อาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาได้ ชี้แจงข้อควรปฏิบัติ และห้ามเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยทุกราย ให้นักศึกษาทราบว่า เป็นการผิดจรรยาบรรณ และเป็นการละเมิดสิทธิ	**กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง แต่ยังคงถือเป็นความเสี่ยงสำคัญของพันธกิจ** เมื่อพิจารณาผลลัพธ์เทียบกับ KRI พบว่า ไม่มีการถูกฟ้องร้องจากกรณีดังกล่าวเกิดขึ้น (อาจเป็นผลมาจาก กิจกรรมดำเนินงานเหล่านี้ถูกจัดขึ้นภายหลังการเกิดกรณีไปแล้ว การจัดทำประกาศจึงเพื่อป้องกันการเกิดเหตุซ้ำอีก ถือเป็นการควบคุมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ที่ไม่เหมาะสม/ ผิดจริยธรรมวิชาชีพ)	3	3	9	2	1	2
การศึกษา (หลังปริญญา)	5	นักศึกษาใช้เวลาเรียนเกินกว่าที่หลักสูตรกำหนด	ร้อยละ 50 ของบัณฑิตที่ใช้เวลาเรียนเกินกว่าที่กำหนด (ป.โท ≤ 12เดือน ป.เอก ≤ 60 เดือน)	1. ดำเนินการเร่งรัดและพัฒนาระบบการศึกษาของทุกหลักสูตรและปรับเปลี่ยนทัศนคติของอาจารย์และนักศึกษาต่อการขยายเวลาการศึกษา โดยการให้การขอขยายเวลาทำให้ยากขึ้น 2. จัดทำ PA กับหัวหน้าภาควิชาที่มีหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาทุกภาควิชา	เร่งรัดนักศึกษาให้เรียน Couse Work เร็วขึ้น และนำเข้าประชุมใน คกก. หลักสูตรบริหารการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ผลลัพธ์จะรายงานได้เมื่อสิ้นปีการศึกษา 57 (17 ก.ค. 58) (ข้อมูล 30/06/58) ดำเนินการ จัดทำ PA กับหัวหน้าภาควิชาที่มีหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา แล้วทุกภาควิชา	กิจกรรมดำเนินงานอยู่ระหว่างการดำเนินการ และจะได้ผลลัพท์ในช่วงสิ้นปีการศึกษา จึง**ยังไม่สามารถคาดการการเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยงหลังดำเนินการได้ ระดับความเสี่ยงจึงยัง คงที่** อีกทั้งเนื่องจาก เป็นกิจกรรมที่ต้องดำเนินการต่อเนื่อง ไม่เห็นผลในระยะสั้น แต่จะเห็นในระยะยาว	5	2	10	5	2	10

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่ได้	สรุป	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
การศึกษา (หลังปริญญา)	6	จำนวนและคุณภาพของนักศึกษาที่สมัครเข้ารับการศึกษา/ ฝึกอบรมไม่ได้ตามเป้าหมาย	อัตราจำนวนนักศึกษาใหม่ที่รับได้ตามแผนที่กำหนดไว้ (100%) และคะแนน GPA ของนักศึกษาที่รับเข้าศึกษา/ฝึกอบรมในหลักสูตรต่างๆ (GPA ต้องไม่ต่ำกว่า ป.ตรี 2.75 ป.โท 3.00)	1. ติดตามสถิติผู้เข้ารับการอบรมในทุกหลักสูตรอย่างสม่ำเสมอ	**อัตราจำนวนนักศึกษาใหม่ตามแผน** **ระดับ ปี55 ปี56 ปี 57** **ป.โท** 88.24 80.45 49.70 **ป.เอก** 60.87 16.67 45.71 **GPA ของนักศึกษาที่รับเข้าศึกษา** **ป.โท** 3.09 3.18 3.22 **ป.เอก** 3.35 3.60 3.50	**<u>กิจกรรมดำเนินงานเป็นกิจกรรมที่ต้องดำเนินการต่อเนื่อง และยังอยู่ระหว่างการดำเนินการ จึงยังไม่สามารถคาดการการเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยงหลังดำเนินการได้ ระดับความเสี่ยงจึงยัง คงที่</u>** แต่สามารถแสดงผลลัพธ์เมื่อเทียบกับ KRI ในปีปัจจุบัน ได้ดังนี้ 1. อัตราจำนวนนักศึกษาใหม่ที่รับได้น้อยกว่า KRI ที่กำหนดไว้ ส่งผลให้ยังคงเป็นความเสี่ยงอยู่ 2. คะแนน GPA ของนักศึกษามากกว่า KRI ที่กำหนดไว้ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่เป็นความเสี่ยง ทั้งนี้ จะเห็นว่าผลที่ได้เมื่อเทียบกับ KRI ยังไม่สอดคล้องกัน จึงจะต้องติดตามผลในระยะยาวต่อไป	3	3	9	3	3	9
				2. มีกระบวนการประกันคุณภาพที่ตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตร	มีการประกันคุณภาพโดยการทำ PA หัวหน้าภาควิชาร่วมกับคณบดี ทั้งนี้ได้มีการลงตรวจเยี่ยมประเมินเป็นรายหลักสูตร (หลักสูตรบัณฑิตศึกษา) เพื่อเตรียมความพร้อมประเมินคุณภาพหลักสูตร AUN- QA ตามนโยบายมหาวิทยาลัย							
				3. จัดการประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ จัดทำเอกสารแนะนำหลักสูตร	ประชาสัมพันธ์หลักสูตรอย่างต่อเนื่องทั้งในรูปของเอกสารและwebsite							
การศึกษา (หลังปริญญา)	7	ถูกปิดหลักสูตรหลังจากดำเนินการสอนแล้ว เนื่องจากคุณสมบัติเบื้องต้นของหลักสูตรไม่ตรงตามข้อกำหนดของราชวิทยาลัย	ร้อยละของหลักสูตรที่ถูกปิดหรือระงับการเรียนการสอน (ไม่เกินร้อยละ 10)	1. กลั่นกรองหลักสูตรที่ขอเสนอเปิด/ ปรับปรุงหลักสูตรโดยคณะอนุกรรมการพิจารณากลั้นกรองหลักสูตรระดับหลังปริญญาของคณะฯ	ยังไม่มีหลักสูตรใด ถูกเสนอขอปิด หรือระงับการเรียนการสอน (ข้อมูล 30/06/58)	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง แต่ยังคงเป็นความเสี่ยง ที่ยอมรับให้เกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงนั้นๆ ได้อีก</u>** เมื่อพิจารณาผลลัพธ์เทียบกับ KRI พบว่า ไม่มีหลักสูตรใด ถูกเสนอขอปิด หรือระงับการเรียนการสอนเลย	3	2	6	1	2	2
				2. ตรวจประเมินคุณภาพหลักสูตรระดับหลังปริญญาเป็นประจำทุกปีทุกหลักสูตร	ในปีการศึกษานี้ มีการประกันคุณภาพโดยการจัดทำ PA หัวหน้าภาควิชาร่วมกับคณบดี ทั้งนี้ได้มีการลงตรวจเยี่ยมประเมินเป็นรายหลักสูตร (หลักสูตรบัณฑิตศึกษา) เพื่อเตรียมความพร้อมประเมินคุณภาพหลักสูตร AUN- QA ตามนโยบายมหาวิทยาลัย							
การศึกษา (กิจการนักศึกษา)	8	นักศึกษาได้รับผลกระทบจากโรคระบาด และภัยด้านอื่น ๆ	จำนวนครั้งของการเกิดโรคระบาด และภัยด้านอื่น ๆ 1 ครั้ง/ปี	1. ดำเนินการจัดเวรยามให้เข้มงวด และขอเพิ่มจำนวนยามเฝ้าระวัง 24 ชั่วโมง	ดำเนินการจัดเวรยามเรียบร้อยแล้ว เนื่องจากการก่อสร้างปรับปรุงหอพักนักศึกษาเสร็จสิ้นแล้วตั้งแต่เดือนธันวาคม 2557	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "บางส่วน (สีเหลือง)"</u>** เนื่องจากอาจมีปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ แต่**<u>มีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลงได้ดี โดยยังคงเป็นความเสี่ยงสำคัญของพันธกิจ</u>** เมื่อพิจารณาผลลัพธ์เทียบกับ KRI จึงพบว่า ไม่มีการเกิดโรคระบาด หรือภัยด้านอื่นๆ เลย	3	3	9	2	2	4
				2. ดำเนินการให้บุคคลภายนอกแลกบัตรเข้า-ออกก่อนเข้าหอพัก	มีข้อมูลเข้า-ออก หอพักของบุคคลากรภายนอก							
				3. ติดตั้งชุดแสกนเข้า-ออกหอพักนักศึกษาแพทย์	ดำเนินการติดตั้งชุดสแกนบัตร เข้า-ออก หอพักนักศึกษาแพทย์ แล้ว							

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่ได้	สรุป	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
การศึกษา (กิจการนักศึกษา)	9	ภัยจากอุบัติเหตุ และอาชญากรรม	จำนวนอุบัติเหตุ หรืออาชญกรรมในการเดินทางหรือการทำกิจกรรม 1 ครั้ง/ปี	1. ดำเนินการ จัดเจ้าหน้าที่ควบคุมดูแลอย่างทั่วถึงตลอดโครงการ	เจ้าหน้าที่ควบคุม ดูแลนักศึกษาทุกโครงการ	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "บางส่วน (สีเหลือง)"</u>** เนื่องจากอาจมีปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ และสามารถทำให้ผลลัพธ์เมื่อเทียบกับ KRI พบว่า ไม่มีอุบัติเหตุ หรืออาชญากรรม แต่อย่างใด กิจกรรมดำเนินงานจึงถือว่า**<u>มีประสิทธิผลในการจัดการความเสี่ยงได้ดี</u>** แต่เนื่องจาก เมื่อเทียบกับเกณฑ์วัดระดับความเสี่ยง ระดับความเสี่ยงจึงยัง คงที่ เนื่องจาก ระดับความเสี่ยงต่ำมาก แต่**<u>ยังคงถือว่าเป็นความเสี่ยงสำคัญของพันธกิจ</u>**	1	1	1	1	1	1
				2. ดำเนินการแจ้งรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการไปยัง ม.มหิดล	ม. มหิดล อนุมัตินักศึกษาเข้าร่วมโครงการ							
				3. ดำเนินการประสานงานหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมทุกพื้นที่ เพื่อความปลอดภัย และเอื้ออำนวยความสะดวก	สามารถดำเนินการจัดกิจกรรมได้อย่างราบรื่นและปลอดภัย							
				4. มีการชี้แนะแนวทางการปฏิบัติตนในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่พึงรู้	ผู้เข้าร่วมโครงการรับทราบข้อปฏิบัติในการเข้ากิจกรรม							
วิจัย (บริหารทั่วไป สนับสนุนการวิจัย)	10	ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติยังมีจำนวนน้อย	ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์วารสารระดับนานาชาติ (0.5 เรื่อง / อาจารย์ / ปี)	1. ภาควิชา, กลุ่มสาขาวิชา, โรงเรียนพยาบาล ทำ PA กับอาจารย์เป็นรายบุคคล รวมทั้งคณะฯ ทำ PA ด้านการวิจัยกับทุกภาควิชา	พันธกิจวิจัย โดยรองคณบดีฝ่ายวิจัย ได้ดำเนินการทำPA กับหัวหน้าภาควิชา ทุกภาควิชาร่วมกับคณะฯ เริ่มตั้งแต่ ม.ค.-ก.พ. 58 เรียบร้อยแล้ว แต่ไม่ได้ทำ PA กับอาจารย์ในภาควิชาเป็นรายบุคคล เนื่องจากเป็นหน้าที่ของหัวหน้าภาควิชาทุกภาค ที่ต้องทำ PA กับบุคลากรในสังกัด	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "บางส่วน (สีเหลือง)"</u>** และสามารถทำให้มีผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์วารสารระดับนานาชาติมีจำนวน 0.40 เรื่อง/ อาจารย์/ ปี (ข้อมูล16/ 06/ 58) ซึ่งแม้ว่าจะเป็นผลลัพธ์ที่น้อยกว่า KRI ที่กำหนดไว้ แต่ก็อยู่ในระดับที่ใกล้เคียง และคาดว่าน่าจะมีผลงานวิจัยเพิ่มขึ้นอีกเมื่อสิ้นปี จึงถือว่ากิจกรรมดำเนินงานเหล่านี้**<u>มีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลงได้ โดยยังคงถือเป็นความเสี่ยงที่สำคัญของพันธกิจ</u>**	3	3	9	3	2	6
				2. Update หน้า Website และฐานข้อมูลผลงานวิจัย เพื่อให้ค้นคว้าหาแหล่งทุนและบุคคลที่ทำวิจัยด้านต่างๆ ได้ถูกต้องและรวดเร็ว	มีการ Update หน้า Website ของหน่วยวิเคราะห์ข้อมูลและทุนวิจัยให้ทันสมัยอยู่เสมอ พร้อมกับ ปรับปรุงฐานข้อมูลผลงานวิจัยใหม่ ให้ใช้งานได้สะดวกขึ้น							
				*** 3. เพิ่มการจัดกิจกรรมในการสนับสนุนพันธกิจด้านการวิจัยเพื่อเป็นแรงกระตุ้นและผลักดันให้นักวิจัยมีผลงานวิจัยเพิ่มขึ้น***	1. จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการใช้โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูล Online Medical Research วันที่ 15 พ.ค. 58 ห้อง 317 ชั้น 3 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี 2. จัดโครงการ Research Days 2015 เมื่อวันที่ 15 มิ.ย. 58 เวลา 13.00-15.00 น. ณ ห้อง 810B ชั้น 9 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์ และ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี 3. จัดอบรม Facilitator ระหว่างวันที่ 6-7 ส.ค. 58 ณ ลำพวา อำพวา รีสอร์ท จ. สมุทรสงคราม *****ทำให้ผลงานวิจัยระดับนานาชาติเพิ่มขึ้นตั้งแต่เดือน ม.ค. 58 - พ.ค.58 จำนวน 8 เรื่อง*****							

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่ได้	สรุป	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
วิจัย (งานห้องปฏิบัติการวิจัย)	11	ความไม่ปลอดภัยในห้องปฏิบัติการด้านชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม	1. จำนวนอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในห้องปฏิบัติการไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี 2. มูลค่าความเสียหายที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุไม่เกิน 20,000 บาท/ปี 3. ไม่เกิดการร้องเรียนจากภายนอก	1. เผยแพร่คู่มือแนวทางความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการให้แก่บุคลากรในสำนักงานวิจัยฯและบุคลาภายนอกที่เข้ามาใช้บริการ 2. ประชาสัมพันธ์เรื่องการจัดเก็บและทำลายสารเคมีในห้องปฏิบัติการ 3. จัดกิจกรรมการตรวจประเมิน 5ส ทุกปีๆ ละ 1 ครั้ง	ประชาสัมพันธ์ และกระตุ้นให้บุคลากรโดยเฉพาะบุคลากรใหม่ศึกษาคู่มือ"แนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ" เป็นประจำทุกเดือน ประชาสัมพันธ์เรื่องการจัดเก็บและทำลายสารเคมี๊ โดยให้รวบรวมสารเคมีที่ต้องการทำลายบรรจุใส่ภาชนะ และติดฉลากให้เรียบร้อย โดยส่งทำลายตามนโยบายคณะฯ ทุกสิ้นเดือน บุคลากรให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม 5 ส (Big Cleaning Day) และมีกรรมการตรวจประเมินสถานที่หลังเสร็จกิจกรรม 5 ส ประมาณ 1 สัปดาห์	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง และไม่เป็นความเสี่ยงของคณะฯ</u>** เมื่อพิจารณาผลลัพธ์เทียบกับ KRI จึงไม่พบอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในห้องปฏิบัติการ ไม่มีมูลค่าความเสียหายที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุ และไม่พบการร้องเรียนจากภายนอก เลย	2	2	4	1	2	2
วิจัย (งานห้องปฏิบัติการวิจัย)	12	ไม่สามารถดำเนินการวิจัยได้ตามแผนเนื่องจากเครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์มีการชำรุดเสียหายจากเหตุการณ์ต่างๆ	จำนวนโครงการวิจัยที่ต้องเลื่อนการดำเนินงานไม่เกิน 2 โครงการ/ปี	1. จัดจ้างบริษัทในการ maintenance และ calibrate เครื่องมือให้พร้อมใช้และได้มาตรฐาน 2. กำหนดแผนการซ่อมบำรุงเครื่องมือและการจัดซื้อเครื่องมือทดแทน 3. ขอให้คณะฯ อนุมัติงบประมาณซื้อเครื่องมือทดแทนกรณีชำรุดจนซ่อมไม่ได้	ทำสัญญาบริการและบำรุงรักษาเครื่องแมสสเปคโตรมิเตอร์ Bruker รุ่น UltrafleXtreme ดำเนินการขออนุมัติหลักการส่งซ่อมเครื่องมือได้แก่ เครื่อง Microplate Reader, ตู้แช่แข็งอุณหภูมิ -86 องศา, เครื่องดูดสารละลายอัตโนมัติ, เครื่องปั่นเหวี่ยงชนิดอุณหภูมิต่ำ 2 เครื่อง, ตู้อบเพาะเชื้อ และเครื่องวัดความเป็นกรด ไม่มีเครื่องมือที่ชำรุดจนซ่อมไม่ได้	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)"</u>** สามารถทำให้ไม่มีโครงการวิจัยที่ต้องเลื่อนการดำเนินงาน ซึ่งทำได้ดีกว่า KRI ที่กำหนดไว้ กิจกรรมดำเนินงานจึงถือว่า**<u>มีประสิทธิผลในการจัดการความเสี่ยงได้ดี แต่เนื่องจาก เมื่อเทียบกับเกณฑ์วัดระดับความเสี่ยง ระดับความเสี่ยงจึงยัง คงที่</u>** เนื่องจากไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดการชำรุดเสียหายหรือไม่ ซึ่งถ้าเกิดเหตุการณ์นี้ขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานวิจัย	2	2	4	2	2	4
วิจัย (งานสนับสนุนการวิจัยทางคลินิก)	13	อาจารย์แพทย์/ แพทย์/ นักวิจัยรุ่นใหม่ให้ความสำคัญหรือมีผลงานวิจัยไม่มาก	จำนวนโครงการและจำนวนผู้วิจัยที่เข้ามาใช้บริการหน่วยวิจัยทางคลินิกเพิ่มขึ้น 20%	1. พัฒนา Website และจัดทำแผ่นพับ (Brochure) 2. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ "การวิจัยทางคลินิกที่ดี (GCP)" 3. จัดอบรมการใช้งาน "โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูล (OMERET)" 4. จัดอบรมโครงการ TCTR 5. เข้าร่วมโครงการพัฒนาบุคลากรสายสนับสนุนด้านการวิจัยเพื่อการพัฒนา	1. พัฒนา website ทั้ง Intranet Internet และ แผ่นพับ เพื่อประชาสัมพันธ์ให้แผ่นพับ เพื่อประชาสัมพันธ์ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น ซึ่งดำเนินการอยู่แล้วและต่อเนื่อง 1. จัดอบรมและประชาสัมพันธ์หน่วยงานให้มากขึ้น 2. เพิ่มช่องทางการติดต่อ	กิจกรรมดำเนินงานอยู่ระหว่างการดำเนินการ จึงยังไม่สามารถคาดการการเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยง และผลลัพธ์เมื่อเทียบกับ KRI หลังดำเนินการ ได้ **<u>ระดับความ</u>**	2	2	4	2	2	4

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่ได้	สรุป	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
วิจัย (งานสนับสนุน การวิจัยทางคลินิก)	14	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ถูกฟ้องร้องจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (อาสาสมัคร) ที่ร้องเรียนมายังหน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน = 0%	1. พัฒนา Website ,ระบบการลงทะเบียนข้อมูลเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (E-Submission) และจัดทำแผ่นพับ (Brochure)	ดำเนินการอยู่แล้วอย่างต่อเนื่อง	หลังจากที่งานบริหารความเสี่ยงได้เสนอให้ฝ่ายงานปรับแผนการจัดการความเสี่ยงให้สามารถควบคุมผลกระทบใน Q2 แล้วนั้น ฝ่ายงาน*ได้เพิ่ม การใช้สมุดลงบันทึกร้องเรียน/ร้องทุกข์เบื้องต้น และ การใช้กระบวนการไกล่เกลี่ย เป็นกิจกรรมดำเนินงานที่เพิ่มเติมเข้ามา*และเมื่อพิจารณาประสิทธิภาพพบว่า **กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง ได้มาก สู่ระดับที่ไม่เป็นความเสี่ยงของคณะฯ** เมื่อพิจารณาผลลัพธ์เทียบกับ KRI จึงไม่พบผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (อาสาสมัคร) ที่ร้องเรียนมายังหน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน	1	5	5	1	1	1
				2. เป็นวิทยากรให้ความรู้ คำแนะนำในการยื่นขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	ดำเนินการเมื่อมีการเชิญจากโรงเรียนพยาบาลหรือภาควิชาต่างๆ และได้เป็นวิทยากรให้กับโรงเรียนพยาบาล โรงเรียนพยาบาลและภาควิชาต่างแล้ว							
				3. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การวิจัยทางคลินิกที่ดี (GCP)	ดำเนินการและประชาสัมพันธ์ถึงความสำคัญของใบรับรองนี้							
				4. จัดอบรมโครงการ การลงทะเบียนงานวิจัยทางคลินิกในฐานข้อมูลสาธารณะที่พัฒนาโดยคนไทย (TCTR)	ดำเนินการและประชาสัมพันธ์							
				5. เข้าร่วมโครงการพัฒนาบุคลากรสายสนับสนุนด้านการวิจัยเพื่อการพัฒนาองค์กร	ดำเนินการและประชาสัมพันธ์							
				6. พิจารณาโครงการด้วยความละเอียดรอบคอบ โปร่งใส โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัย ตามแนวปฏิบัติของเฮลซิงกิ	ดำเนินการพิจารณาโครงการด้วยความละเอียดโปร่งใส โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัย							

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่ได้	สรุป	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
บริการสุขภาพ	15	การจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศ (Center of Excellence) ในสาขาที่จำเป็นของประเทศ ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์	จำนวนศูนย์ความเป็นเลิศระดับเอเชียที่ถูกจัดตั้งขึ้น (6 ศูนย์ภายในปี พ.ศ. 2558)	1. การปรับโครงสร้างศูนย์ความเป็นเลิศกับศูนย์สนับสนุนพันธกิจ	1. มหาวิทยาลัยมหิดลมีมติกำหนดให้มีโครงสร้างศูนย์ความเป็นเลิศ เป็นหน่วยงานภายในส่วนงานคณะฯ ตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค. 58	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "บางส่วน (สีเหลือง)" เนื่องจากยังขาดการวางแผนพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศที่อยู่ในโครงสร้างคณะฯ อย่างเป็นทางการ ให้อยู่ในเกณฑ์ระดับเอเชียที่ตั้งไว้</u>** แต่ก็สามารถทำให้จัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศระดับเอเชียได้ 5 ศูนย์ ซึ่งแม้ว่าจะเป็นผลลัพธ์ที่น้อยกว่า KRI ที่กำหนดไว้ แต่ก็อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงมาก จึงถือว่ากิจกรรมดำเนินงานเหล่านี้**<u>มีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลงได้ โดยยังคงถือเป็นความเสี่ยงที่สำคัญของพันธกิจ</u>**	3	5	15	2	2	4
				2. การอนุมัติศูนย์ความเป็นเลิศโดยกรรมการโครงสร้าง	2. มีการอนุมัติศูนย์ความเป็นเลิศในโครงสร้างคณะฯ แล้ว 7 ศูนย์ ได้แก่ 1 ศูนย์พิษวิทยา 2 ศูนย์มะเร็ง 3 ศูนย์ปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด 4 ศูนย์ส่องกล้อง 5 ศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ 6 ศูนย์จีโนมทางการแพทย์ 7 ศูนย์โรคหัวใจแต่กำเนิด							
				3. การประเมินความสำเร็จของศูนย์ความเป็นเลิศ	ศูนย์ที่ได้รับการประเมินว่ามีผลความสำเร็จอยู่ในระดับเอเชียแล้ว ได้แก่ 1. ศูนย์ปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด (อยู่ใน COE) 2. ศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ (อยู่ใน COE) 3. ศูนย์รังสีวินิจฉัยก้าวหน้า AIMC (อยู่ใน MPU) 4. ศูนย์โรคเลือดออกง่าย ฮีโมฟีเลีย (ขึ้นกับ QSMC รอเข้าโครงสร้าง COE) 5. ศูนย์โรคการนอนหลับ (อยู่ใน QSMC) รอเข้ากรรมการโครงสร้าง เพื่อให้เข้าไปใน COE							
บริการสุขภาพ	16	การเกิดเหตุการณ์ความเสียหายชนิดที่ควรจะป้องกันได้ (Preventable Event) เป็นผลทำให้โรงพยาบาลต้องให้การเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว	จำนวนความเสี่ยง/เหตุการณ์ ZERO EVENT หรือ NEVER EVENT ที่เกิดขึ้น (ZERO EVENT หรือ NEVER EVENT = 0)	การบริการจัดการความเสี่ยงเชิงรุก -Simple - Surgical safety checklist - Hand hygiene promotion	1.Surgical Safety Check list ครบ 100% ทุกหน่วยงานที่มีการผ่าตัด 2. โครงการ Hand Hygiene ได้รับการตรวจเยี่ยมจาก APSIC เมื่อ ม.ค 2558 - ทั้งนี้ยังพบเหตุการณ์ Preventable Event อยู่บ้าง จึงทำให้เหตุการณ์ Zero Event หรือ Never Event ไม่เป็น 0 ตาม KRI ที่กำหนดไว้ แต่คณะฯ ได้มีการดำเนินการเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อเกิดกรณีดังกว่าขึ้น เช่นกัน	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "บางส่วน (สีเหลือง)"</u>** เนื่องจากอาจมีปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้พบเหตุการณ์ ZERO EVENT หรือ NEVER EVENT เกิดขึ้น 2 ครั้ง ซึ่งเกินกว่า KRI ที่กำหนดไว้ แต่ได้มีการดำเนินการเยียวยาผู้ป่วย และครอบครัว เมื่อเกิดกรณีดังกว่าขึ้นในทันที ดังนั้น**<u>เมื่อพิจารณาประสิทธิผลจึงพบว่า กิจกรรมดำเนินงานสามารถ จัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลงได้ โดยยังคงถือเป็นความเสี่ยงที่สำคัญของพันธกิจ</u>**	3	2	6	2	2	4

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่ได้	สรุป	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
บริการสุขภาพ	17	การถูกร้องเรียนหรือฟ้องร้องจากความผิดพลาดของกระบวน การรักษาพยาบาลจนเรื่องถูกนำไปออกสื่อสาธารณะหรือเป็นคดีขึ้นสู่ศาลจนถูกตัดสินว่าผิดและนำไปสู่ความเสียหายต่อชื่อเสียงภาพลักษณ์และการชดใช้เป็นตัวเงิน	1.1 จำนวนเหตุการณ์ระดับ Zero Event หรือ Never Event ในรอบ 1 ปี เป็น 0 2.1 จำนวนการถูกนำเสนอข่าว โดยสื่อสาธารณะ เป็น 0 2.2จำนวนเรื่องที่ผู้ป่วย/ญาติ ฟ้องร้องต่อศาลเป็น 0 2.3 จำนวนคดีที่ขึ้นสู่ศาลและถูกตัดสินทำผิด เป็น 0	1. กระบวนการรายงานเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงและมีแนวโน้มว่าจะถูกฟ้องร้องก่อนผู้ป่วยร้องเรียน 2. กระบวนการเยียวยาผู้รับบริการ	ปัจจุบันมีคดีที่ถูกฟ้องร้องต่อศาล 1 คดี แต่ยังไม่ถึงช่วงการตัดสินคดีความซึ่งเป็น case ที่ไม่ได้เข้าสู่กระบวนการเยียวยาของ รพ.ตั้งแต่แรก และเมื่อ มี.ค.58 ศาลพิจารณายกฟ้อง เนื่องจากโจทก์ (ผู้ป่วย) ฟ้องผิด (ฟ้องชื่อ รพ.รามาธิบดี ซึ่งไม่เป็นนิติบุคคล ผู้ป่วยมีแผนที่จะไปยื่นฟ้อง ม.มหิดล) แต่ปัจจุบัน (มิ.ย.58) ผู้ป่วยยังมิได้ดำเนินการฟ้องต่อ ม.มหิดล	**กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "บางส่วน (สีเหลือง)"** เนื่องจากอาจมีปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้มีเหตุการณ์ ZERO EVENT หรือ NEVER EVENT เกิดขึ้น 2 ครั้ง และมีผู้ป่วย/ ญาติฟ้องร้องต่อศาล 1 เรื่อง ซึ่งเกินกว่า KRI ที่กำหนดไว้ แต่หน่วยงานได้มีการดำเนินการเยียวยาผู้ป่วย และครอบครัวเมื่อเกิดกรณีดังกว่าขึ้นในทันที จึงทำให้ไม่มีถูกนำเสนอข่าวโดยสื่อสาธารณ และคดีความที่ขึ้นสู่ศาล ไม่ถูกตัดสินทำผิด ซึ่งเป็นไปตาม KRI ที่กำหนดไว้ ดังนั้น**เมื่อพิจารณาประสิทธิผลจึงพบว่า กิจกรรมดำเนินงานสามารถจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลงได้ โดยยังคงถือเป็นความเสี่ยงที่สำคัญของพันธกิจ**	3	3	9	2	2	4
บริการสุขภาพ	18	คณะฯไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพเวชกรรมโดยไม่ระบุข้อบ่งชี้การใช้ยาในเวชระเบียนคนไข้	มูลค่าจำนวนเงินที่คณะฯ คืนให้กับกรมบัญชีกลาง เป้าหมาย น้อยกว่า 0.5 % ของรายได้ที่ได้รับในปีที่ผ่านมา	มาตรการให้แพทย์ผู้สั่งยาชดใช้เงินให้กับคณะฯ เมื่อถูกกรมบัญชีกลางเรียกคืนเงินเนื่องจากไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพของการบันทึกเวชระเบียน	สื่อสารมาตรการผ่านระบบการทำ PA กับภาควิชา ทั้งนี้ ยังไม่ถึงกำหนดการตรวจเยี่ยมตามวาระของกรมบัญชีกลาง จึงยังไม่ทราบมูลค่าจำนวนเงินที่คณะฯ คืนให้กับกรมบัญชีกลาง	**กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลงได้** แต่เนื่องจาก ยังไม่ถึงกำหนดตรวจเยี่ยมทำให้ไม่สามารถทราบผลลัพธ์ที่สามารถเทียบกับ KRI ได้ **เหตุการณ์นี้ จึงถือว่ายังเป็นความเสี่ยงที่สำคัญของพันธกิจอยู่**	3	1	3	2	1	2
บริการวิชาการสู่สังคม (บริการ	19	ไม่สามารถจัดโครงการที่หน่วยงานเสนอขอมาได้ทั้งหมด เนื่องจากเป็นโครงการนอกแผน	มีโครงการนอกแผนไม่เกินร้อยละ 5 ของโครงการทั้งหมด ที่ไม่สามารถดำเนินการได้	1. จัดทำการสำรวจโครงการจัดประชุม อบรมทางวิชาการ เป็นประจำทุกปี 2. แจ้งเงื่อนไขในการรับจัดประชุม อบรม ให้หน่วยงานทราบผ่านการประชุมคณะกรรมการบริหารบริการวิชาการ 3. สรุปแผนการจัดประชุม อบรม ในแต่ละโครงการ เสนอที่ประชุมคณะกรรมการประจำคณะฯ เพื่อรับทราบและอนุมัติแผน	จากการซักซ้อมทำความเข้าใจกับภาควิชาอย่างต่อเนื่องประกอบกับได้จัดทำการ update ข้อมูลแผนการดำเนินการประจำปีทุก 6 เดือน ทำให้สามารถดำเนินการจัดประชุมวิชาการได้ตรงตามเป้าหมายที่กำหนดและลดข้อผิดพลาดและข้อขัดแย้งต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น	**กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี"** รวมถึง**มีประสิทธิผลในการจัดการให้**ไม่มีโครงการนอกแผนที่ไม่สามารถดำเนินการได้ ซึ่งอยู่ในกรอบ KRI ที่กำหนดไว้ ส่งผลให้เหตุการณ์ความเสี่ยงนี้**ไม่เป็นความเสี่ยงของคณะฯ**	3	3	9	0	0	0

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่ได้	สรุป	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
บริการวิชาการสู่สังคม (บริการวิชาการ)	20	ขาดกระบวนการตรวจสอบการละเมิดลิขสิทธิ์ผลงานวิชาการก่อนการตีพิมพ์ที่มีประสิทธิภาพ	จำนวนข้อร้องเรียนไม่เกิน 10% ของผลงานทางวิชาการต่อปี	จัดการประชุม อบรมเกี่ยวกับการก้าวสู่ตำแหน่งทางวิชาการอย่างต่อเนื่อง โดยแยกระดับ ผศ., รศ. และ ศ. และระดับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน เพื่อความชัดเจนในการทำความเข้าใจในแต่ละกลุ่ม	ดำเนินการจัดประชุมอบรมเกี่ยวกับการก้าวสู่ตำแหน่งทางวิชาการอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2558 มีกำหนดจัดอบรมในระดับผู้ช่วยศาสตราจารย์ ในวันที่ 9 มี.ค. 2558 และระดับเจ้าหน้าที่ ในวันที่ 10 มี.ค. 2558 ทั้งนี้สำหรับระดับเจ้าหน้าที่ได้เชิญวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิจากกองทรัพยากรบุคคล มหาวิทยาลัยมหิดล มาร่วมแบ่งปันประสบการณ์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมได้รับทราบและเรียนรู้ในประสบการรีที่หลากหลายแง่มุม ทำให้มีผู้เสนอขอกำหนดตำแหน่งวิชาการเพิ่มมากขึ้น	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง และไม่เป็นความเสี่ยงของคณะฯ</u>** เมื่อพิจารณาผลลัพธ์เทียบกับ KRI จึงไม่พบข้อร้องเรียน ซึ่งอยู่ในกรอบ KRI ที่กำหนดไว้	2	4	5	1	1	1
บริการวิชาการสู่สังคม (สร้างเสริมสุขภาพ)	21	ไม่ได้รับรายงานข้อมูลจากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมที่นำไปสู่จำนวนนโยบายสุขภาพและจำนวนรางวัลนวัตกรรม	1.จำนวนนโยบายสุขภาพหรือการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพที่คณะฯ มีส่วนสำคัญในการผลักดันให้เกิด (อย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง) 2.จำนวนรางวัลของโครงการ นวัตกรรมสู่สังคมที่ได้รับระดับชาติหรือได้รับการยกย่องว่าเป็นประโยชน์ต่อสังคม/ประเทศชาติ (อย่างน้อยปีละ 2 รางวัล)	1. สนับสนุนงบประมาณหรืออำนวยความสะดวกเพื่อรับการสนับสนุนจากแหล่งทุนที่เหมาะสม ในการดำเนินกิจกรรม/โครงการด้านสร้างเสริมสุขภาพที่นำไปสู่นโยบายสุขภาพ (ข้อมูลเพิ่มเติมจาก Q2)	1. หน่วยงานให้ความสำคัญกับการลงข้อมูลในระบบ RAMAPIS เพิ่มมากขึ้น มีจำนวนโครงการ/กิจกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพที่คีย์ลงในระบบ RAMAPIS จำนวน 51 โครงการ (ข้อมูลเดือน ต.ค. 57 - พ.ค. 58) 2. มีจำนวนนโยบายสุขภาพหรือการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพที่คณะฯ มีส่วนสำคัญในการผลักดันให้เกิด จำนวน 6 เรื่อง และ จำนวนรางวัลของโครงการนวัตกรรมสู่สังคมที่ได้รับระดับชาติฯ จำนวน 2 รางวัล	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "บางส่วน (สีเหลือง)" เนื่องจากอาจมีปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ แต่มีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง แต่ยังคงเป็นความเสี่ยง ที่ยอมรับให้เกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงนั้นๆ ได้อีก</u>** เมื่อพิจารณาผลลัพธ์เทียบกับ KRI พบว่า มีนโยบายสุขภาพหรือการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพที่คณะฯ มีส่วนสำคัญในการผลักดันให้เกิด จำนวน 6 เรื่อง และได้รางวัลโครงการ นวัตกรรมสู่สังคมรับระดับชาติหรือได้รับการยกย่องว่าเป็นประโยชน์ต่อสังคม/ประเทศชาติ จำนวน 2 รางวัล ซึ่งดีกว่า KRI ที่กำหนดไว้	3	1	3	2	1	2
				2. เชิญหน่วยงานที่ดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มานำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและวัฒนธรรม,งานมหกรรมคุณภาพ	มีแผนเชิญหน่วยงาน คือ งานการพยาบาลป้องกันโรคฯ มานำเสนอกิจกรรม รณรงค์เลิกบุหรี่ในการประชุมคณะกรรมการบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพฯ ในเดือนมิถุนายน							
				3. จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้โปรแกรมฐานข้อมูล (PIS) ปีละ 1 ครั้ง	จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการลงข้อมูลในระบบ RAMAPIS วันที่ 18 มิ.ย. 2558							
				4. จัดทำคู่มือการ ปฏิบัติงาน (WI) โปรแกรมฐานข้อมูลหลักรวม (PIS)	จัดทำคู่มือการ ปฏิบัติงาน (WI) โปรแกรมฐานข้อมูลหลักรวม (PIS) ให้กับภาควิชา/หน่วยงาน ที่เข้ารับการอบรมในวันที่ 18 มิ.ย. 2558 เพื่อความสะดวกในการลงข้อมูล โดยงานนโยบายและแผน							
				เพิ่มใหม่ 5.ขอสำเนาเรื่องที่น่ายินดีจากการนำเสนอในกรรมการประจำคณะฯ	ได้รับข้อมูลย้อนหลังปีงบประมาณ 2557							

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่ได้	สรุป	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
บริการวิชาการสู่สังคม (สร้างเสริมสุขภาพ)	22	การรับฟังเสียงของผู้รับบริการ/การรายงานข้อมูล/การเชื่อมโยงข้อมูลจากแต่ละหน่วยงานยังไม่สมบูรณ์/เข้มแข็งพอ	มีข้อมูลแสดงความคิดเห็นจากหน่วยงานอื่นในคณะฯ เกี่ยวกับการดำเนินงานของหน่วยงานสร้างเสริมสุขภาพและ/หรือจากผู้รับบริการ**	1.จัดกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์กับชมรม/กลุ่ม/หน่วยงาน/ผู้รับบริการ เพื่อสร้างความเข้าใจ ไว้ใจ เชื่อมั่น	ทุกโครงการ/กิจกรรมมีการประเมินผลด้วยแบบสอบถาม และเพิ่มการรับฟังเสียงในการนัดประชุม	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "บางส่วน (สีเหลือง)" เนื่องจากอาจมีปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ แต่มีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง โดยยังคงถือเป็นความเสี่ยง ที่ยอมรับให้เกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงนั้นๆ ได้อีก</u>** ซึ่งเมื่อพิจารณาผลลัพธ์เทียบกับ KRI พบว่าสามารถทำให้ มีเครือข่าย/ หน่วยงานที่ดำเนินกิจกรรม/ โครงการสร้างเสริมสุขภาพในหน่วยงานได้ 13 หน่วยงาน	3	1	3	2	1	2
				2.เชื่อมโยงกับการรับฟังข้อร้องเรียนของโรงพยาบาล และศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์	ข้อร้องเรียนส่วนใหญ่จะเป็นการโทรศัพท์มาแจ้งเรื่องของเสียงดนตรี ที่ดังเกินไปทำให้คนไข้ที่มารอรับการตรวจไม่ได้ยินเจ้าหน้าที่เรียก จะเพิ่มการบันทึกและนำมาทบทวนร่วมกันต่อไป							
				3.จัดระบบการติดตามประเมินผล กิจกรรม	มีการติดตามและประเมินผลในการดำเนินกิจกรรม 1.กิจกรรม ลานดนตรี มีการเปลี่ยนระบบการติดตามผลโดยตั้งเป้าแบบสอบถาม 200 คน/เดือน โดยมีกระบวนการ ดังนี้ 1.1ใช้วิธีการแจกแบบสอบถามรายบุคคลด้วยตนเองแทนการตั้งกล่อง 1.2วงดนตรีที่มาบรรเลงเพลง/ขับร้องเป็นผู้แจกแบบสอบถามให้ผู้ที่มาฟังเพลง ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบสอบถามจะเป็นกลุ่มผู้ป่วย และญาติมีความพึงพอใจในระดับมาก-มากที่สุด 2.กิจกรรม จิตอาสารามาธิบดี มีการปรับรูปแบบการประเมินผลความพึงพอใจเป็นรายบุคคล เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มอายุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 3.จะเพิ่มการประเมินความไม่พึงพอใจ							
				4. ประชาสัมพันธ์โครงการ/กิจกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพ	มีการประชาสัมพันธ์โครงการ/กิจกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพเป็นระยะๆ ตามแผนกิจกรรมที่วางไว้โดยจะมีการประชาสัมพันธ์ล่วงหน้าอย่างน้อย 2-3 สัปดาห์							
				5. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ	ใช้พื้นที่ด้านในและบริเวณหน้าศูนย์เสริมพลังฯ ในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ เช่น แบบประเมินความเครียด แบบประเมินความต้องการเลิกสูบบุหรี่ กิจกรรมคำคมชวนคิด เลิกสูบบุหรี่แล้วได้อะไร KM เพื่อรวบรวมผลงานวิชาการ นวัตกรรม สู่ประชาชน ในรูปแบบสื่อต่างๆ เช่น E-book							

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่ได้	สรุป	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
บริการวิชาการสู่สังคม (สร้างเสริม	23	การสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการยังไม่บรรลุเป้าหมาย	1.มีจำนวนผู้รับบริการ/เครือข่ายใหม่เกิดขึ้น (อย่างน้อย 1 หน่วยงาน) 2.ความพึงพอใจของผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ 80 3.ความคาดหวังของผู้รับบริการตรงตามความต้องการมากกว่าร้อยละ 80	1. จัดอบรม/กิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการ เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน	1.จัดกิจกรรม รามาร่วมใจ ลด ละ เลิกบุหรี่ โดยจัดในกลุ่มบุคลากรที่มีความพร้อมและต้องการเลิกบุหรี่ โดยใช้แบบประเมินและแบบสอบถามซึ่งมีผู้เข้าร่วม 20 คน จากการสำรวจสุขภาพบุคลากร เมื่อเดือนตุลาคม 2557 มีจำนวนผู้สูบบุหรี่ 197 คน	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "บางส่วน (สีเหลือง)"</u>** ส่งผลให้มีเพียงข้อมูลจำนวนผู้รับบริการที่สามารถรายงานได้เท่านั้น คือ กิจกรรมดำเนินงานสามารถทำให้มีผู้รับบริการ/ เครือข่ายใหม่เกิดขึ้น 13 หน่วยงาน ซึ่งดีกว่า KRI ที่กำหนดไว้ และเมื่อพิจารณามี**<u>ประสิทธิผลในภาพรวม พบว่ากิจกรรมดำเนินงานสามารถจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลงได้ แต่ยังคงถือเป็นความเสี่ยง ที่ยอมรับให้เกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงนั้นๆ ได้อีก</u>**	3	3	9	3	2	6
				2. การปรับรูปแบบกิจกรรมให้มีความเหมาะสมและตรงกับกลุ่มเป้าหมาย/ประเมินผลจากการสังเกตุและทบทวนกลุ่มในการจัดกิจกรรมเพื่อหาช่องทางและการพัฒนา	1.กิจกรรม รามาร่วมใจ ลด ละ เลิกบุหรี่ นำผลประเมินและจากการสอบถามผู้เข้าร่วมของการจัดกิจกรรมที่ผ่านมา ปรับรูปแบบการทำกิจกรรมกลุ่ม เช่น ใช้กิจกรรมเสริมพลังให้สนุกสนานมากขึ้น							
				3. สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม/โครงการด้านสร้างเสริมสุขภาพ	1.สนับสนุนการดำเนินโครงการ/กิจกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยรองคณบดีฝ่ายสร้างเสริมสุขภาพและวัฒนธรรม มีหน่วยงานที่ดำเนินโครงการด้านสร้างเสริมสุขภาพ ณ ปัจจุบัน จำนวน 51 โครงการ 2.ประชาสัมพันธ์และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโครงการ/กิจกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพในที่ต่างๆ เช่น ประชุมคณะกรรมการบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพฯ ประชุมคณะกรรมการประจำคณะฯ							
ทรัพยากรบุคคล	24	ฐานข้อมูลบุคลากรยังไม่สมบูรณ์และเป็นปัจจุบัน	ฐานข้อมูลมีความถูกต้องสมบูรณ์ ร้อยละ 100	1. พัฒนาระบบ HR i-Services ให้มีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อความต้องการในการใช้งานให้มากขึ้น โดยบุคลากรสามารถปรับปรุงข้อมูลส่วนตัวให้เป็นปัจจุบันได้ทันที	อยู่ระหว่างการนำปัญหา/ข้อเสนอแนะจากผู้ใช้บริการ ในการใช้ระบบการดูประวัติส่วนตัว / การศึกษา / ครอบครัว (iProfile) มาวางแผนการพัฒนาระบบ รวมถึงการวิเคราะห์ว่าข้อมูลส่วนบุคคลใดที่ควรปรากฏเพิ่มเติมในระบบบ้าง เพื่อให้ข้อมูลส่วนบุคคลในระบบฐานข้อมูลมีความสมบูรณ์เป็นประโยชน์ต่อการใช้งานมากยิ่งขึ้น	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง</u>** แต่เนื่องจากยังอยู่ระหว่างการดำเนินงาน เมื่อพิจารณาผลลัพธ์จึงพบว่า ฐานข้อมูลมีความถูกต้องสมบูรณ์ร้อยละ 85 ซึ่งน้อยกว่า KRI ที่กำหนดไว้ **<u>เหตุการณ์ความเสี่ยงนี้จึงยังคงถือเป็นความเสี่ยงสำคัญของพันธกิจ</u>**	3	3	9	2	2	4
				2. จัดทำเอกสารวิธีการปฏิบัติงาน (Work Instruction) เพื่อให้ผู้ลงฐานข้อมูลสามารถตรวจสอบกระบวนการลงข้อมูลที่ถูกต้อง	- ดำเนินการจัดทำ และทบทวน Work Flow การปฏิบัติงานของทุกกระบวนการทำงานภายในฝ่ายทรัพยากรบุคคล เพื่อนำไปสู่การจัดทำเอกสารวิธีการปฏิบัติงาน (Work Instruction) ต่อไป							

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่ได้	สรุป	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
ทรัพยากรบุคคล	25	บุคลากรในตำแหน่งด้านวิชาชีพเฉพาะมีอัตราการลาออกสูง	อัตราการลาออก/ ไม่ต่อสัญญาจ้างของบุคลากรสายวิชาชีพเฉพาะ น้อยกว่าร้อยละ 5	1. วิเคราะห์ปริมาณงาน และกระบวนการการทำงาน (Work load)เพื่อวางแผนอัตรากำลังให้สอดคล้องกับปริมาณงานและกระบวนการทำงาน	ดำเนินการสรุปปริมาณงาน และกระบวนการการทำงาน ในตำแหน่งวิชาชีพเฉพาะ จำนวน 4 ตำแหน่ง (จากการลงไปสำรวจภาระงานตามภาควิชา 10 ตำแหน่ง)	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง</u>** แต่เนื่องจากยังอยู่ระหว่างการดำเนินงาน และเมื่อพิจารณาผลลัพธ์พบว่า มีอัตราการลาออก/ ไม่ต่อสัญญาจ้างของบุคลากรสายวิชาชีพเฉพาะร้อยละ 4.12 (ข้อมูล ณ มิ.ย.58) ซึ่งน้อยกว่า KRI ที่กำหนดไว้ **<u>เหตุการณ์ความเสี่ยงนี้จึงยังคงถือเป็นความเสี่ยงสำคัญของพันธกิจ</u>**	3	3	9	3	2	6
				2. วิเคราะห์สาเหตุการลาออกและวางแผนดำเนินการเชิงรุก	อยู่ระหว่างนำสาเหตุการลาออก ปีงบประมาณ 57 มาเป็นส่วนหนึ่งของการวิเคราะห์ร่วมกับผลการสำรวจความผูกพันเพื่อวางแผนปรับปรุง และดำเนินการเสริมสร้างความผูกพันแก่บุคลากรคณะฯ ต่อไป							
				3. การสำรวจความผูกพันของบุคลากร (Employee Engagement)	เข้าร่วมโครงการ Engagement for patient safety กับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. โดยวินิจฉัยความอยู่ดีมีสุขและความผูกพันของบุคลากรด้วยเครื่องมือ Emo-meter (Employee Engagement on Meter) ในเดือน มี.ค.-พ.ค. 58 โดยสำรวจจากบุคลากรคณะฯ ทั้งหมด จำนวน 9,330 ราย ซึ่งอยู่ระหว่างการวิเคราะห์ผลและจะนำข้อมูลมาวางแผน ปรับปรุงพัฒนาและดำเนินการเสริมสร้างความผูกพันแก่บุคลากร ต่อไป							
ทรัพยากรบุคคล	26	ขาดเอกสารวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)/คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual)	1. บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องและเป็นมาตรฐานเดียวกัน 2. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้ บริการที่ถูกต้อง และเป็นมาตรฐานเดียวกันมากกว่าร้อยละ 80 3. การลดขั้นตอน/ปรับปรุงกระบวนการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4. บุคลากรสามารถปฏิบัติงานแทนกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ	1. จัดทำเอกสารวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)/คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) ให้ครบทุกกระบวนการปฏิบัติงาน	ดำเนินการทบทวน และจัดทำ Work Flow การปฏิบัติงานของทุกกระบวนการทำงานภายในฝ่ายทรัพยากรบุคคล เพื่อนำไปสู่การจัดทำเอกสารวิธีการปฏิบัติงาน (Work Instruction) ต่อไป	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)"</u>** สามารถลดขั้นตอน/ปรับปรุงกระบวนการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตาม KRI ที่กำหนดไว้ แต่ยังไม่สามารถรายงานผลเมื่อเทียบกับ KRI ตัวอื่นได้ เมื่อพิจารณา**<u>ประสิทธิผลในภาพรวม</u>**พบว่า กิจกรรมดำเนินงาน**<u>สามารถจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลงได้ แต่ยังคงถือเป็นความเสี่ยง ที่ยอมรับให้เกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงนั้นๆ ได้อีก</u>**	4	4	16	2	3	6
				2. ทบทวนและปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างสม่ำเสมอตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพ เช่น TQA เป็นต้น	มีการประชุมทบทวนกระบวนการ/ ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานของบุคลากรภายใน HR และส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรทั้งภายในและภายนอก HR เพื่อหรือและปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างสม่ำเสมอ							

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่ได้	สรุป	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
ทรัพยากรบุคคล	27	ถูกฟ้องร้องจากบุคลากร กรณีการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการประเมินผลการ	จำนวนข้อร้องเรียนด้านการดำเนินการประเมิน ผลการปฏิบัติงานจากบุคลากร	1. ดำเนินการชี้แจงภาควิชา หน่วยงานต่าง ๆ ถึงหลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงาน ทุกรอบการ	ดำเนินการชี้แจงถึงหลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงาน ตามภาควิชา/หน่วยงานที่ต้องการทราบข้อมูล	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง</u>** สามารถทำให้ไม่มีข้อร้องเรียนในการดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติงานจากบุคลากร ซึ่งเป็นไปตาม KRI ที่กำหนดไว้ แต่เนื่องจากยังอยู่ระหว่างการดำเนินงาน (ยังไม่ถึงรอบการประเมิน) เหตุการณ์ความเสี่ยงนี้จึงยังคงถือ**<u>เป็นความเสี่ยง ที่สามารถยอมรับให้เกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงนั้นๆ ได้อีก</u>**	3	3	9	2	3	6
				2. ฝ่ายทรัพยากรบุคคล นำระบบสารสนเทศเข้ามาช่วยในการสร้างแบบฟอร์มการประเมินเพื่อความสะดวกในการแจ้งและจัดเก็บผลการประเมิน	2.1 อยู่ระหว่างรอความชัดเจนจากมหาวิทยาลัยในการประกาศใช้โปรแกรมการประเมินผลการปฏิบัติงาน ที่ทางมหาวิทยาลัยดำเนินการจัดทำขึ้น 2.2 ดำเนินการจัด Fogus group บุคลากรในตำแหน่งที่มีคุณวุฒิต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 19 ตำแหน่ง เพื่อค้นหาสมรรถนะเฉพาะตำแหน่ง (Functional Competency) และอยู่ระหว่างนำผลจากการทำ Fogus group มาดำเนินการสรุปสมรรถนะเฉพาะตำแหน่ง (Functional Competency) เพื่อใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานใน ปีงบประมาณ 2559							
				3.สุ่มสำรวจแบบประเมินผลการปฏิบัติงาน ฉบับสมบูรณ์จากภาควิชา/หน่วยงาน ต่างๆ เพื่อตรวจสอบกระบวนการการประเมินผลการปฏิบัติงานว่าเป็นไปตามหลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงานหรือไม่	อยู่ระหว่างการวางแผนวิธีการสุ่มสำรวจแบบประเมินผลการปฏิบัติงานฉบับสมบูรณ์จากภาควิชา/หน่วยงาน ต่างๆ							
สารสนเทศ	28	ความปลอดภัยทางสารสนเทศยังไม่ได้มาตรฐานขั้นสูงสุดของกระทรวงสารสนเทศและการสื่อสาร	ระบบสารสนเทศจะต้อง มีมาตรการรักษาความปลอดภัยข้อมูล และวิธิปฏิบัติในการควบคุมการเข้าถึงข้อมูลไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	1.ปรับปรุงโครงสร้าง Data Center และ Infrastructure ให้ได้มาตราฐาน ISO	อยู่ระหว่างการจัดซื้อ	กิจกรรมดำเนินงานอยู่ระหว่างการดำเนินการ จึงยังไม่สามารถคาดการ การเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยงหลังดำเนินการได้ **<u>ระดับความเสี่ยงจึงยัง คงที่</u>** แต่สามารถแสดงผลลัพธ์เมื่อเทียบกับ KRI ในปีปัจจุบัน ได้ว่า กิจกรรมดำเนินงาน สามารถทำให้ ระบบสารสนเทศมีมาตรการรักษาความปลอดภัยข้อมูล และวิธิปฏิบัติในการควบคุมการเข้าถึงข้อมูลร้อยละ 90 ซึ่งอยู่ในกรอบ KRI ที่กำหนดไว้	4	2	8	4	2	8

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่ได้	สรุป	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
สารสนเทศ	29	การให้บริการไม่มีประสิทธิภาพหรือทำงานไม่ได้จากการพัฒนาระบบสารสนเทศโรง พยาบาลมีข้อผิดพลาด	การ Deploy ระบบไปใช้งานจะต้องมีข้อผิด พลาดในการพัฒนาและการ Deploy ไม่เกินร้อยล่ะ 5 หรือไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี	การใช้กระบวนการมาตรฐานด้านการพัฒนาซอฟท์แวร์(CMMI)	ผ่านการประเมินมาตรฐานการพัฒนา Software คุณภาพตามมาตรฐาน CMMI for V.1.3 ในเดือน ธ.ค. 57 พบการ Deploy 2 ประเภท คือ 1. กรณี New Project ที่ผ่านกระบวนการ CMMI สามารถ Control ความเสี่ยงและควบคุมให้ลดลงภายใต้KPI 2. กรณี Maintenance Project ไม่ผ่านกระบวนการ CMMI (เนื่องจากยังมีการ Define Process เพื่อควบคุม) ยังไม่สามารถ Control ให้อยู่ใน KPI ได้ มีเหตุการณ์ประมาณ 10 ครั้งในปีที่ผ่านมา	**กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง**ด้วย แต่เนื่องจากยังไม่ได้นำกระบวนการมาตรฐานด้านการพัฒนาซอฟท์แวร์ (CMMI) ไปใช้ในการ Maintenance Project เดิม (เนื่องจากพบสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดการ Deploy Error) ทำให้พบการ Deploy ระบบไปใช้งานมีข้อผิดพลาดประมาณ 10 ครั้ง ซึ่งถือว่าเกินกว่า KRI ที่ระบุไว้ แต่ทั้งนี้เป็นเพียงความผิดพลาดจากความเหลื่อมล้ำของ New Project และ Maintenance Project เท่านั้น ส่งผลให้เหตุการณ์ความเสี่ยงนี้ **เป็นความเสี่ยงในระดับ ที่สามารถยอมรับให้เกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงนั้นๆ ได้อีก**	4	4	16	3	1	3
สารสนเทศ	30	ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลใช้การไม่ได้โดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า	ระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ใช้การไม่ได้ต้องไม่เกินร้อยละ 0.5 หรือ ไม่เกิน 3 ครั้งต่อปี	การใช้กระบวนการมาตรฐานด้าน ISO/IEC 20000:2011	ดำเนินการคืบหน้าไปแล้ว 70% (ข้อมูล 23/07/58) ภายหลังฝ่ายสารสนเทศดำเนินการจนได้มาตรฐานและถูกประกาศให้ทราบภายในคณะฯ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว>> http://intra.rama.mahidol.ac.th/rama/news/view.aspx?ID=5306&fileID=10082558055313	กิจกรรมดำเนินงานอยู่ระหว่างการดำเนินการ จึงยังไม่สามารถคาดการการเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยงหลังดำเนินการได้ **ระดับความเสี่ยงจึงยัง คงที่** แต่สามารถแสดงผลลัพธ์เมื่อเทียบกับ KRI ในปีปัจจุบัน ได้ว่า กิจกรรมดำเนินงาน สามารถทำให้ ระยะเวลาที่ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ใช้การไม่ได้มีร้อยละ 0.5 ซึ่งอยู่ในกรอบ KRI ที่กำหนดไว้	4	4	16	4	4	16

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่ได้	สรุป	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
พัสดุ	31	เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ (ข้อร้องเรียนจาก Vender)	จำนวนข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ เป็น 0	1. จัดทำระบบ Vender List ที่มีทั้งข้อมูล Spec ส่วนกลางและราคากลาง	ระบบ Vender List ทำให้เจ้าหน้าที่พัสดุสามารถเปรียบเทียบราคา spec ก่อนจัดหา และเชิญชวน Vender เข้าร่วมแข่งขันในการ ได้เพิ่มขึ้น	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "บางส่วน (สีเหลือง)" เนื่องจากมีปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งไม่สามารถควบคุมได้</u> <u>แต่มีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลงได้</u>** สามารถทำให้ไม่เกิดข้อร้องเรียนในการจัดหาพัสดุ ซึ่งอยู่ในกรอบ KRI ที่กำหนดไว้ แต่เนื่องจากเหตุการณ์นี้เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากกระบวนงานหลักของพันธกิจ **<u>เหตุการณ์นี้จึงยังคงถือเป็นความเสี่ยงสำคัญของพันธกิจอยู่</u>**	4	2	8	2	2	4
				2. เจ้าหน้าที่พัสดุชี้แจงหน้าที่ของคณะกรรมการระเบียบขั้นตอนตามข้อบังคับก่อนการเปิดซอง พร้อมจัดทำ Guide Book	2.1 เจ้าหน้าที่พัสดุได้เพิ่มทักษะ ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติ และให้คำแนะนำคณะกรรมการได้ถูกต้อง 2.2 คณะกรรมการมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ขั้นตอนตามข้อบังคับฯ ปฏิบัติได้ถูกต้อง							
				3. ประสานงานกับงานนโยบายและแผน เพื่อให้ได้รายการงบประมาณเตรียมการจัดหา	3.1 ระบบ Vender List ทำให้เจ้าหน้าที่พัสดุสามารถเปรียบเทียบราคา spec ก่อนจัดหา 3.2 เชิญชวน vender เข้าร่วมแข่งขันในการจัดหาได้เพิ่มขึ้น							
				4. จัดแบ่งภารงานและเตรียม spec เพื่อการจัดหา	เจ้าหน้าที่มีความเชี่ยวชาญในการจัดหา							
				5. จัดทำ WI ในขั้นตอนการปฏิบัติงาน	เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจในขั้นตอนการปฏิบัติงาน							
				6. การจัดส่งเจ้าหน้าที่อบรมเพื่อเพิ่มความรู้	เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจในการทำงานตามระเบียบข้อบังคับ							
				7. จัดเวที R2L (Routine to Learning)	สามารถนำปัญหาในการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้น เป็นกรณีศึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดกระบวนการทำงานที่เป็นระบบ และแก้ปัญหากรณีปัญหานั้น							
				8. การดำเนินการซักซ้อมความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่เป็นรายบุคคล	เจ้าหน้าที่เข้าใจถึงบทบาท ภาระหน้าที่ ที่ตนต้องปฏิบัติ							
				9.เผยแพร่ข้อมูลการจัดหาและข่าวสารต่างๆผ่าน web site	เพิ่มช่องทางให้ Vendor สามารถรับรู้ข้อมูลสารได้							

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่ได้	สรุป	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
การเงินและงบประมาณ	32	ความเสี่ยงจากกระบวนการการเงิน	1. การจัดเก็บเงิน 1.1 จำนวนเงินที่ได้รับเทียบกับจำนวนที่พึงได้รับ ร้อยละ 90 1.2 ระยะเวลาในการได้รับชำระหนี้ 60 วัน	1. การจัดเก็บเงิน 1.1 การติดตามข้อมูลการชำระเงิน 1.2 การติดตามทวงถามลูกหนี้	ดำเนินการเป็นงานประจำ ซึ่งเมื่อดำเนินการแล้ว ยังไม่ได้ตาม KRI ที่กำหนด ดังนี้ 1.1 จำนวนเงินที่ได้รับ เทียบกับจำนวนเงินที่พึงได้รับ ไม่สามารถระบุจำนวนที่ชัดเจนได้ เนื่องจาก จะได้ข้อมูลเมื่อคิดตัดหนี้ศูนย์ ซึ่งจะดำเนินการทุก 2 ปี พบ ยอดหนี้ประมาณ 10 ล้านบาท ซึ่งเมื่อเทียบรายรับที่ประมาณ หมื่นล้านบาท ถือว่าน้อยมาก 1.2 ระยะเวลาในการได้รับชำระหนี้ ยังไม่ได้ตาม KRI ที่ตั้งไว้ แต่มีการติดตามทวงถามตามกระบวนการดำเนินงานอยู่แล้ว ***แม้จะไม่ได้ตาม KRI ที่ตั้งไว้ แต่ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบ	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี"</u>** *(เนื่องจากเป็นกิจกรรมงานประจำ)* แม้ว่าเมื่อพิจารณาผลลัพธ์เทียบกับ KRI พบว่า ไม่สามารถดำเนินการได้ตามที่ตั้งไว้ แต่เมื่อพิจารณาถึงมีประสิทธิผลในการจัดการ พบว่า แม้จะไม่สามารถดำเนินการให้ได้ผลตาม KRI ที่กำหนด ก็ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบกับสถานะทางการเงินของคณะฯ แต่อย่างใด**<u>เหตุการณ์ความเสี่ยงนี้จึงไม่ถือเป็นความเสี่ยงของคณะฯ</u>**	3	2	6	0	0	0
			2. การจ่ายเงิน 2.1 ร้อยละจำนวนเจ้าหนี้การค้าที่ได้รับเงินล่าช้ากว่ากำหนด 45 วัน นับแต่ตั้งหนี้ 2.2 ร้อยละจำนวนเจ้าหนี้การค้าที่ได้รับเงินล่าช้ากว่ากำหนด 60 วัน นับแต่ตรวจรับ	2. การจ่ายเงิน 2.1 ติดตามผลการปฏิบัติงาน 2.2 เร่งรัดหน่วยงานที่ตรวจรับแล้วให้ส่งมาตั้งหนี้	ดำเนินการเป็นงานประจำ ซึ่งเมื่อดำเนินการแล้วสามารถทำได้ตาม KRI ที่ตั้งไว้ แต่ไม่ใช่ทุกครั้ง หรือทำได้ไม่ 100% KRI ที่กำหนด เป็นความคาดหวังให้การดำเนินการ ใช้ระยะเวลาเพียงเท่านี้ ***แต่แม้จะดำเนินการไม่ได้ตาม KRI ที่ตั้งไว้ ก็ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบกับสถานะทางการเงินของคณะฯ แต่อย่างใด***							
			3. การเก็บรักษาเงิน 3.1 จำนวนครั้งที่หาย 3.2 จำนวนเงินที่หาย	3. การเก็บรักษาเงิน 3.1 ตรวจสอบการปฏิบัติงาน 3.2 กล้องวงจรปิด/ ห้องมั่นคง 3.3 กระทบยอดทางบัญชีกับธนาคาร	ดำเนินการเป็นงานประจำ มีระบบ และ กระบวนการรองรับไว้ ซึ่งภายในช่วงปีงบประมาณ 2558 พบการสูญหาย 1 ครั้ง วงเงินประมาณ 80,000 บาท สามารถจับกุมผู้กระผิด และเรียกค่าเสียหายคือ และแจ้งพ้นสภาพเป็นที่เรียบร้อยแล้ว							
			4. การทำรายงานทางการเงิน 4.1 รายงานการเงินเสร็จภายใน 60 วัน	4. การทำรายงานทางการเงิน 4.1 ติดตามทวงถามการส่งรายงานทางการเงิน 4.2 แก้ไขปัญหา สาเหตุที่ทำให้ล่าช้า	ดำเนินการเป็นงานประจำ ซึ่งเมื่อดำเนินการแล้ว ยังไม่ได้ตาม KRI ที่กำหนด แต่ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบกับสถานะทางการเงินของคณะฯ แต่อย่างใด							

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่ได้	สรุป	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
การเงินและงบประมาณ		ความเสี่ยงจากกระบวนการการเงิน (ต่อ)	5. การจัดหาผลประโยชน์ 5.1 ผลตอบแทนที่ได้รับเปรียบเทียบกับตัวเทียบต่ำกว่าตัวเทียบวัดไม่เกิน 10 %	5. การจัดหาผลประโยชน์ 5.1 ดำเนินการตามแผนการจัดหาประโยชน์ที่ได้รับอนุมัติ 5.2 ติดตามผลตอบแทนอย่างใกล้ชิด	ดำเนินการเป็นงานประจำ ซึ่งเมื่อดำเนินการแล้ว ผลตอบแทนที่ได้รับเปรียบเทียบกับตัวเทียบไม่เคยต่ำกว่าตัวเทียบวัดเลย และมักจะสูงกว่าเสมอ แต่ทั้งนี้หากเกิดต่ำกว่า KRI ที่ตั้งไว้ ก็ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบกับสถานะทางการเงินของคณะฯ แต่อย่างใด							
			6. การบริหารงบประมาณ 6.1 ร้อยละการใช้งบประมาณแผ่นดินเทียบกับแผน - เงินอุดหนุนทั่วไป>90% - เงินอุดหนุนทั่วไปโครงการเฉพาะ >90%	6. การบริหารงบประมาณ 6.1 ติดตามรายงานการใช้งบประมาณ 6.2 การปรับการจัดสรรงบประมาณโครงการเฉพาะ	งบประมาณแผนดินที่คณะฯ ได้รับ ลดลงเรื่อยๆ ปัจจุบันคณะฯได้รับเพียง 15% และใช้เงินจากงบประมาณภายในคณะฯเองถึง 85% ซึ่งถือเป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทั้งนี้ผลที่เกิดจากการลดลงของงบประมาณแผนดิน จะส่งผลถึงด้านการได้กำไรของคณะลดลง แต่ก็ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบกับสถานะทางการเงินของคณะฯ แต่อย่างใด							
การเงินและงบประมาณ	33	เงินรายได้สะสมลดลง (มาจากเงินลงทุนระยะสั้นกับเงินลงทุนระยะยาวในรายงานการเงิน-งบดุล)	จำนวนเงินรายได้สะสมปีปัจจุบันเทียบกับปีก่อน	1. การติดตามรายงานการเงินประจำปี/เดือน 2. การจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปี (จากเงินรายได้) 3. การติดตามรายรับและรายจ่ายจากระบบงบประมาณทุกเดือน	ดำเนินการเป็นงานประจำ ซึ่งเมื่อดำเนินการแล้ว คณะฯ ไม่เคยมีเงินรายได้สะสมลดลงเลย	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี"</u>** *(เนื่องจากเป็นกิจกรรมงานประจำ)* แม้ว่าจะไม่สามารถพิจารณาผลลัพธ์เทียบกับ KRI ได้ แต่สามารถรายงานได้ว่าคณะฯ ไม่เคยมีกรณีที่เงินรายได้สะสมลดลงเลย **<u>เหตุการณ์ความเสี่ยงนี้จึงถูกพิจารณาว่าไม่เป็นความเสี่ยงของคณะฯ</u>**	**2**	**2**	4	**0**	**0**	**0**
การเงินและงบประมาณ	34	สินทรัพย์มีมูลค่าลดลงหรือไม่เพิ่มขึ้น	1.เงินสดลดลงเหลือต่ำกว่าร้อยละ 50 ของหนี้สินหมุนเวียน 2. มูลค่าลูกหนี้ค้างชำระ (เกิน 90 วัน) มากกว่าร้อยละ 40 ของเงินค้างชำระทั้งหมด 3. NAV ของกองทุนคณะฯ เพิ่มขึ้นน้อยกว่า 4 % ต่อปี	1. ติดตามรายงานการเงินประจำปี/เดือน 2. การติดตามสถานการณ์หนี้ค้างชำระประจำเดือน 3. การติดตามรายงานมูลค่าเงินลงทุนและ NAV เดือนละ 2 ครั้ง และเมื่อมีเหตการณ์เปลี่ยนแปลง	กิจกรรมการดำเนินงาน เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการเป็นงานประจำ ซึ่งเมื่อดำเนินการแล้ว คณะฯ ไม่เคยมีสินทรัพย์ที่มีมูลค่าลดลงเลย	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี"</u>** *(เนื่องจากเป็นกิจกรรมงานประจำ)* แม้ว่าจะไม่สามารถพิจารณาผลลัพธ์เทียบกับ KRI ได้ แต่สามารถรายงานได้ว่าคณะฯ ไม่เคยมีกรณีที่สินทรัพย์ของคณะฯ มีมูลค่าลดลงเลย **<u>เหตุการณ์ความเสี่ยงนี้จึงถูกพิจารณาว่าไม่เป็นความเสี่ยงของคณะฯ</u>**	**2**	**2**	4	**0**	**0**	**0**

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่ได้	สรุป	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
การเงินและงบประมาณ	35	ไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับประกาศด้านการเงินและงบประมาณต่างๆของมหาวิทยาลัยและคณะฯ	ไม่เกิดการส่งบันทึกขออนุมัติงบประมาณต่างๆ กลับจากมหาวิทยาลัยเนื่องจากดำเนินการไม่ถูกต้องครบถ้วน	ตรวจสอบเอกสารการดำเนินงาน เมื่อมีการขอเบิกจ่ายจากหน่วยงานต่างๆ	กิจกรรมการตรวจสอบเอกสารการดำเนินงาน เมื่อมีการขอเบิกจ่ายจากหน่วยงานต่างๆ เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการเป็นงานประจำ ซึ่งเมื่อดำเนินการแล้ว ไม่พบการการส่งบันทึกขออนุมัติงบประมาณต่างๆ กลับจากมหาวิทยาลัยเนื่องจากดำเนินการไม่ถูกต้องครบถ้วน แต่ทั้งนี้หากพบการส่งกลับตามที่ระบุใน KRI ก็ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบกับสถานะทางการเงินของคณะฯ แต่อย่างใด	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการ</u>**ให้ไม่เกิดการส่งบันทึกขออนุมัติงบประมาณต่างๆ กลับจากมหาวิทยาลัยเนื่องจากดำเนินการไม่ถูกต้องครบถ้วนซึ่งอยู่ในกรอบ KRI ที่กำหนดไว้ และแม้ว่าจะไม่สามารถดำเนินการได้ผลตาม KRI ที่กำหนด ก็ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบกับสถานะทางการเงินของคณะฯ แต่อย่างใด **<u>เหตุการณ์ความเสี่ยงนี้จึงไม่ถือเป็นความเสี่ยงของคณะฯ</u>**	2	1	2	0	0	0
นโยบายและแผน	36	แผนดำเนินการก่อสร้างอาคารปรีคลินิกและอาคารวิจัย ที่จะต้องเสนอขอ งบประมาณปี 2559 ยังไม่พร้อมเสนอในเดือนตุลาคมนี้ ประกอบด้วยราคากลาง และ TOR เสนอกระทรวงพลังงาน	มีแบบรูปรายการ และประมาณราคากลางของโครงการภายในเดือนตุลาคม 2557	เร่งรัดการดำเนินการ ให้ทันเสนอของบประมาณปี 2559 ในเดือนตุลาคม 2557	สิ้นสุดสัญญาการออกแบบประมาณ เดือนมิถุนายน 2558 สำหรับการออกแบบคาดว่าจะเสร็จสิ้นตามแผนที่กำหนด แต่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ ขณะนี้โครงการยังอยู่ระหว่างการเสนอขอหลักการจากกระทรวงศึกษาธิการ	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง</u>** แม้ว่าจะไม่สามารถทำให้มีแบบรูปรายการ และประมาณราคากลางโครงการได้ภายใน KRI กำหนด แต่ก็สามารถได้มาเมื่อเดือน มิถุนายน ที่ผ่านมา ส่งผลให้ให้เหตุการณ์ความเสี่ยงข้อนี้มีประสิทธิผล**<u>อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้</u>**	3	2	6	1	1	1
นโยบายและแผน	37	แผนรองรับสำหรับการจัดการแผนงบประมาณด้านการบริการรักษาในอนาคตที่สถาบันการแพทย์จักรีนฤบดินทร์ที่เหมาะสมเพียงพอ	มีรายได้เพียงพอในการตั้งงบประมาณประจำปี	มีการจัดลำดับความสำคัญของงานโครงการที่คณะฯจะดำเนินการในอนาคต	ในปีงบประมาณ 2559 มีการตั้งงบประมาณรองรับเพียงพอกับงบประมาณรายจ่าย โดยมีแผนการรับเงินสนับสนุนจากกองสลาก และที่ผ่านมา แหล่งเงินนี้ ได้รับการจัดสรรต่อเนื่องเป็นไปตามแผน	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้</u>** สามารถทำให้มีรายได้เพียงพอในการตั้งงบประมาณประจำปี ซึ่งเป็นไปตาม KRI ที่กำหนดไว้	2	3	6	1	1	1

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่ได้	สรุป	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
พัฒนาคุณภาพ	38	ภาควิชา/หน่วยงานไม่มีการเก็บรวบรวมองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ	จำนวนข้อมูลที่ถอดบทเรียนจากการ AAR ไม่น้อยกว่า 10 เรื่อง/ปี	จัดทำโครงการฝึกอบรมหลักสูตรการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ 1. หลักสูตรอบรมบุคลากรสายสนับสนุน (ฝึกอบรมส่งเสริมการจัดการความรู้) 2. หลักสูตรอบรมกลุ่ม Facilitator ในหน่วยงาน	1. บุคลากรที่เข้าอบรมการถอดบทเรียนรุ่นที่ 1 ได้เข้าร่วมถอดบทเรียนในกิจกรรม R2R Club ของสำนักงานวิจัยวิชาการและนวัตกรรม โดยมีเรื่องที่ถอดบทเรียนออกมาจำนวน 3 เรื่อง 2. เตรียมจัดอบรมโครงการอบรมการถอดบทเรียนรุ่นที่ 2 ในวันที่ 27 - 29 ก.ค. 58 3. ติดตามจัดเก็บองค์ความรู้จากภาควิชาที่มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในผ่านแบบฟอร์มติดตามกิจกรรม จำนวน 28 กิจกรรม แบ่งเป็น KM ด้านอื่นๆ ที่ไม่ใช่ด้านการศึกษาและการวิจัยจำนวน 18 กิจกรรม และ CoP ด้านอื่นๆ ที่ไม่ใช่ด้านการศึกษาและการวิจัยจำนวน 10 กิจกรรม	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับให้เกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงนั้นๆได้อีก</u>** โดยสามารถทำให้มีกิจกรรมที่ถอดบทเรียนจากการ AAR 28 เรื่อง และมีจำนวนเรื่องจากบุคลากรที่เข้าร่วมการถอดบทเรียนในกิจกรรม R2R Club จำนวน 3 เรื่อง ซึ่งถือว่าดีกว่า KRI ที่กำหนดไว้	4	2	8	3	2	6
สื่อสารองค์กร	39	ความเสี่ยงที่เกิดจากระบบการสื่อสารขัดข้อง เช่นเกิดการดับ ค้าง หรือ ขัดข้อง	ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการใช้อุปกรณ์ Electronic อาทิเช่น จอ LDC ดับ, อุปกรณ์การออกอากาศรามาแชนแนล ค้าง หรือ เกิดการ Error ลดลงจากปีที่ผ่านมา/ไม่เกินเดือนละ 1 ครั้ง หรือไม่เกิน 6 ครั้ง/ปี	1. เพิ่มความถี่ในการปิดระบบเพื่อปรับปรุง Soft Ware หรือ อุปกรณ์ดังกล่าว เป็นเดือนละ 1 ครั้งในช่วงเวลา No Traffic 2. กำหนดตารางการบำรุงรักษา กับ บริษัท Outsourse	ดำเนินการตามแผนงานทำให้อุปกรณ์การออกอากาศดับน้อยลงและกิจกรรมดังกล่าว สามารถป้องกันไม่ให้เกิดอาการจอค้าง ภาพกระตุกของอุปกรณ์การออกอากาศช่องทางสถานีรามาแชนแนล ทำให้ผู้ชมรายการสามารถรับชมรายการได้อย่างต่อเนื่อง ราบรื่น ไม่เกิดปัญหาจอดำแต่อย่างใด ดำเนินการจัดจ้าง Outsource เพื่อมาดูแล และซ่อมแซม เมื่อจอ LED ดับในทันที ทำให้ลดระยะเวลาการเกิดจอดับลดลงและทำให้ผู้รับบริการในโรงพยาบาล สามารถรับชมสื่อประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล ได้อย่างต่อเนื่องราบรื่น ไม่เกิดปัญหาจอดำแต่อย่างใด	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง อยู่ในระดับที่ไม่ถือว่าเป็นความเสี่ยงของคณะฯ</u>**(ไม่มีรายงานผลลัพธ์เทียบกับ KRI)	3	3	9	1	3	3

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่ได้	สรุป	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
สื่อสารองค์กร	40	ความเสี่ยงจากการข้อมูลที่สื่อสาร/ ประชาสัมพันธ์คลาดเคลื่อน/ไม่ถูกต้อง	จำนวนข่าวประชาสัมพันธ์ที่ส่งออกไปเกิดความผิดพลาดลดลง อาทิ จำนวนตัวสะกดผิด ลดลงจากปีที่ผ่านมา / ไม่เกินเดือนละครั้ง หรือ ไม่เกิน 6 ครั้งต่อปี	1. มีการตรวจคุณภาพงานก่อนออกอากาศหรือPublic ทุกครั้ง ทั้งสื่อโทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ และสื่ออิเล็คทรอนิคส์	ดำเนินการจัดทีม Proof Reader ตรวจทานก่อนการนำส่งสื่อมวลชนเป็นครั้งสุดท้ายแล้วผลที่ได้คือ การส่งข่าวประชาสัมพันธ์ผิดพลาดลดลงเหลือเพียง 0.1% จากงานทั้งหมด โดยตั้งแต่เดือน ต.ค. 57 ถึงปัจจุบันมีความผิดพลาดด้านการส่งข่าวเพียง 1 ข่าวประชาสัมพันธ์	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง อยู่ในระดับที่ไม่ถือว่าเป็นความเสี่ยงของคณะฯ</u>** เมื่อพิจารณาผลลัพธ์พบว่ากิจกรรมดำเนินงานสามารถทำให้ มีความผิดพลาดข่าวประชาสัมพันธ์ที่ส่งออกไปเพียง 1 ครั้ง ในรอบปี ซึ่งถือว่าดีกว่า KRI ที่กำหนดไว้	2	2	4	1	2	2
				2. จัดการฝึกอบรมการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพในหน่วยงานเพื่อให้สื่อสารได้เข้าใจและตรงจุดมุ่งหมาย	หลังจากฝึกการอบรมแล้วทำให้สื่อที่ถูกประชาสัมพันธ์ออกไปมีความถูกต้อง ชัดเจน และตรงตามวัตถุประสงค์มากขึ้น โดยตั้งแต่เดือน ต.ค. 57 ถึงปัจจุบัน เนื้อหาด้านข่าวสารที่ส่งออกไปมีความถูกต้องและตรงตามจุดมุ่งหมายของเจ้าของงานทั้งหมด							
วิเทศสัมพันธ์	41	ขาดแคลนบุคลากรที่เชิญมาดำรงตำแหน่ง Visiting Professor	จำนวน Visiting Professor ต่ำกว่าเป้าหมาย (ไม่น้อยกว่า 3 คนในปี 2558)	ปรับเงื่อนไขให้สามารถแบ่งช่วงเวลาการมาทำงานในฐานะ Visiting Professor ได้ โดยในระยะเวลา 1 เดือนสามารถขอแบ่งช่วงเวลาการมาปฏิบัติงานได้เป็นสองช่วง ช่วงละ 2 สัปดาห์ โดยให้มีระยะเวลาห่างกันไม่เกิน 2-3 เดือนและให้อยู่ในปีงบประมาณเดียวกัน	สามารถรับนักวิชาการจากต่างประเทศมาปฏิบัติหน้าที่นักวิชาการอาคันตุกะได้เกินเป้าหมายที่วางไว้ คือมีถึง 5 ราย ด้วยกัน	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับให้เกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงนั้นๆ ได้อีก</u>** โดยสามารถทำให้มี Visiting Professor จำนวน 5 คน ซึ่งดีกว่า KRI ที่กำหนดไว้	3	3	9	1	2	2
วิเทศสัมพันธ์	42	บันทึกข้อตกลงความร่วมมือที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง (Active MOU) มีจำนวนต่ำกว่าเป้าหมาย	จำนวนบันทึกข้อตกลงความร่วมมือที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง (Active MOU) มีน้อยกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนบันทึกข้อตกลงความร่วมมือทั้งหมด	1. ดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบ	1.1 มีการขอความร่วมมือตัวแทนจากแต่ละภาควิชาและหน่วยงานเพื่อเป็นผู้ประสานงาน เพื่อให้ข้อมูลMOU เข้าถึงแต่ละภาควิชาและหน่วยงานมากขึ้น 1.2 ปรับปรุงเว็บไซต์เพื่อให้การประชาสัมพันธ์มีประสิทธิภาพมากขึ้น	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง</u>** สามารถทำให้มีจำนวนบันทึกข้อตกลงความร่วมมือที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง (Active MOU) ถึงร้อยละ 90.62 ซึ่งดีกว่า KRI ที่กำหนดไว้ แต่เนื่องจากเหตุการณ์นี้เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากกระบวนงานหลักของพันธกิจ **<u>เหตุการณ์นี้จึงยังคงถือเป็นความเสี่ยงสำคัญของพันธกิจอยู่</u>**	2	2	4	1	2	2
				2. จัดทำตารางช่วงเวลาที่แต่ละสถาบันที่มี MOU ด้วยสามารถรับนักศึกษาแลกเปลี่ยนได้	ส่งอีเมล์เพื่อสอบถามไปยังสถาบันคู่ MOU เพื่อเก็บข้อมูลตารางระยะเวลาที่สถาบันนั้นเปิดรับนักศึกษา Elective และเพื่อประชาสัมพันธ์การรับนักศึกษาต่างชาติของคณะฯ ด้วยเช่นกัน							
				3. จัดทำระบบการจัดเก็บข้อมูลการศึกษาระยะสั้น (ระยะที่ 2)	อยู่ระหว่างการพัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลเพื่อให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น							

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่ได้	สรุป	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
การบริหารกายภาพ สิ่งแวดล้อมและอาชีว อนามัย (อาชีวอนามัย)	43	บุคลากรบางท่านที่ทำงานสัมผัสเสียงดัง ไม่ใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE)	บุคลากรที่ทำงานสัมผัสเสียงดัง ไม่มีประสาทหูเสื่อมจากเสียงดังรายใหม่	1. ให้การใช้ PPE สำหรับบุคลากรที่ทำงานในพื้นที่เสียงดังเป็นตกลงในการทำงาน (PA) ของบุคลากรและผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลในพื้นที่เสียงดัง 2. โครงการอนุรักษ์การได้ยิน (เดิม-จัดอบรมเชิงปฏิบัติการรักษ์หูสำหรับบุคลากรที่สัมผัสเสียงดัง)	จัดทำประกาศคณะฯ เรื่องการใช้อุปกรณ์ปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดัง เสร็จเมื่อ มิถุนายน 2557 ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนพิจารณาจากผู้บริหาร โครงการอนุรักษ์การได้ยิน เริ่มจัด เดือนสิงหาคม 2558	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "บางส่วน (สีเหลือง)"</u>** เนื่องจากมีปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ **<u>เมื่อพิจารณาประสิทธิผลในการจัดการความเสี่ยงพบว่า สามารถลดระดับความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์การประเมิน แต่ยังคงถือเป็นความเสี่ยงสำคัญของพันธกิจ</u>** เนื่องจาก กิจกรรมดำเนินงานสามารถควบคุมได้เฉพาะ โอกาสเกิดเท่านั้น แต่ไม่สามารถควบคุมผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้ จึงส่งผลให้พบบุคลากรที่ทำงานสัมผัสเสียงดังมีประสาทหูเสื่อมรายใหม่ 25 คน (เข้ารับการตรวจวัดสมรรถภาพการได้ยินเป็นครั้งแรก) และพบผู้ที่มีประสาทหูเสื่อมเพิ่มขึ้น (รายเดิม) 3 คน ซึ่งเกินกว่าที่ KRI กำหนดไว้	5	2	10	1	5	5
การบริหารกายภาพ สิ่งแวดล้อมและอาชีว อนามัย (อาชีวอนามัย)	44	บุคลากรทำงานในห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์โดนสารเคมี	1. บุคลากรทำงานในห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ไม่สามารถปฐมพยาบาลตนเองได้ถูกต้อง จากเหตุการณ์ในอดีตที่เกิดขึ้น (1 ราย) 2. บุคลากรทำงานในห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ไม่สามารถใช้ Spiil Kit ได้ถูกต้อง (100%)	จัดฝึกอบรมให้กับบุคลากรใหม่ และบุคลากรที่ยังไม่ได้เข้ารับการอบรม ดังนี้ - จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้ Spill Kit - จัดอบรมการทำงานกับสารเคมีอย่างปลอดภัย	บุคลากรมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value< 0.001) โดยคะแนนเต็ม 32 คะแนน ผลการทดสอบความรู้เฉลี่ย ก่อนการอบรม 11.60 คะแนน หลังการอบรม 23.50 คะแนน	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการควบคุมให้ระดับความเสี่ยงยังคง คงที่</u>** โดยสามารถทำให้บุคลากรที่ทำงานในห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์สามารถปฐมพยาบาลตนเองได้ถูกต้อง และ สามารถใช้ Spiil Kit ได้ถูกต้อง 100% ซึ่งอยู่ในกรอบ KRI ที่กำหนดไว้	1	2	2	1	2	2
การบริหารกายภาพ สิ่งแวดล้อมและอาชีว อนามัย (อาชีวอนามัย)	45	ความเสี่ยงจากขั้นตอนการดำเนินงาน	ความสำเร็จของการดำเนินการตามแผน (สำเร็จไม่ถึงร้อยละ 80)	ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตกลงหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน เช่น ปรับกระบวนการ หาผู้รับผิดชอบ	ดำเนินการได้ตามแผนงานที่กำหนดไว้ได้ร้อยละ 100	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง และไม่เป็นความเสี่ยงของคณะฯ</u>** โดย สามารถทำให้ การดำเนินการตามแผนสำเร็จถึงร้อยละ 100 ซึ่งดีกว่า KRI ที่กำหนดไว้	3	2	6	1	1	1

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่ได้	สรุป	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
การบริหารกายภาพสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย (วิศวกรรมบริการ)	46	การควบคุมการก่อสร้างยังไม่รอบคอบเพียงพอ	อาคารชำรุด ร้าว ทรุดตัว พนักงานและผู้มารับบริการไม่สามารถปฏิบัติงานได้ รวมทุกอาคาร ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี	**จ้างผู้ตรวจสอบอาคาร เข้าสำรวจและตรวจสอบอาคารสูงประจำปี** *(เดิมเป็นส่งพนักงานอบรมด้านเทคนิคเฉพาะด้านออกแบบและควบคุมงานอาคารสูง)*	ผู้ตรวจสอบอาคาร เข้าสำรวจและตรวจสอบอาคารสูงประจำปี 2558 เพื่อหาความเสี่ยงของอาคาร โครงสร้างอาคาร และตัวประกอบอาคาร ไม่พบอาคารชำรุด ร้าว หรือทรุดตัว จนพนักงานและผู้มารับบริการไม่สามารถปฏิบัติงานได้	**กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง และไม่เป็นความเสี่ยงของคณะฯ** โดยไม่พบอาคารชำรุด ร้าว หรือทรุดตัว จนพนักงานและผู้มารับบริการไม่สามารถปฏิบัติงานได้ ซึ่งดีกว่า KRI ที่กำหนดไว้	2	1	2	1	1	1
การบริหารกายภาพสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย (วิศวกรรมบริการ)	47	ระบบไฟฟ้าสำรองไม่พร้อมใช้งาน 100 % บางเครื่อง	กระแสไฟฟ้านครหลวงดับ เครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองไม่สามารถจ่ายกระแสไฟฟ้าสำรองได้รวมทุกเครื่อง ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี	**จ้างผู้ตรวจสอบอาคาร เข้าสำรวจและตรวจสอบอาคารสูงประจำปี** *(ส่งพนักงานอบรมด้านเทคนิคเฉพาะด้านระบบไฟฟ้าสำรอง)*	ผู้ตรวจสอบอาคาร เข้าสำรวจและตรวจสอบอาคารสูงประจำปี 2558 เพื่อหาความเสี่ยงของอาคาร โครงสร้างอาคาร และตัวประกอบอาคาร ไม่พบเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองไม่สามารถจ่ายกระแสไฟฟ้าสำรองได้ เมื่อเกิดกรณีกระแสไฟฟ้านครหลวงดับ	**กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง และไม่เป็นความเสี่ยงของคณะฯ** โดยไม่พบเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองไม่สามารถจ่ายกระแสไฟฟ้าสำรองได้ เมื่อเกิดกรณีกระแสไฟฟ้านครหลวงดับ ซึ่งดีกว่า KRI ที่กำหนดไว้	2	1	2	1	1	1
การบริหารกายภาพสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย (รักษาความปลอดภัย)	48	เจ้าหน้าที่และผู้ใช้บริการไม่ให้ความร่วมมือในมาตรการที่กำหนดขึ้น	1. จำนวนการจับกุมผู้เข้ามาลักทรัพย์ 80% ของเหตุที่เกิดขึ้นทั้งหมด 2. จำนวนการลืมปิดประตูหน้าต่าง ไม่เกิน 50 ครั้ง/ปี	1. ตรวจสอบและบันทึกชื่อผู้ผ่านเข้าออกภายในอาคาร หลังเวลา 21.00-05.00 น. 2. จัดเจ้าหน้าที่ รปภ. ตรวจสอบการลืมปิดประตู หน้าต่าง หลังเวลาราชการ 3. ประกาศเตือนให้ระมัดระวังสิ่งของ มีค่า อย่าหลงเชื่อคนแปลกหน้า	การลักทรัพย์และการจับกุม จำนวน 17 ครั้ง จับกุมได้ จำนวน 17 ครั้ง จับกุมไม่ได้ จำนวน 0 ครั้ง ลืมปิดประตู จำนวน 44 ครั้ง ลืมปิดหน้าต่าง จำนวน 13 ครั้ง รวม 57 ครั้ง ไม่มีเหตุการณ์ถูกหลอกเอาทรัพย์	**กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง** เมื่อพิจารณาผลลัพธ์เทียบกับ KRI พบว่า สามารถจับกุมผู้เข้ามาลักทรัพย์ได้ 100% แต่ พบการลืมปิดประตู หน้าต่างถึง 57 ครั้ง เหตุการณ์นี้จึงยังคง**เป็นความเสี่ยงอยู่ แต่สามารถยอมรับให้เกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงนั้นๆ ได้อีก**	3	3	9	2	1	2

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่ได้	สรุป	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
การบริหารกายภาพสิ่งแวดล้อมและอาชีว อนามัย (รักษาความปลอดภัย)	49	พื้นที่จอดรถไม่เพียงพอสำหรับเจ้าหน้าที่และผู้มาใช้บริการ	1. จำนวนการล็อคล้อรถที่กระทำผิดระเบียบไม่เกิน 750 คัน/ปี เฉลี่ยวันละ 2 คัน 2. จำนวนการร้องเรียนเรื่องการให้บริการที่จอดรถไม่เกิน 20 ครั้ง/ปี	1. ติดประกาศระเบียบและข้อห้ามของคณะฯ ตามอาคารจอดรถต่างๆ 2. จัดทำป้ายเครื่องหมายจราจรให้ชัดเจน 3. จัดเจ้าหน้าที่ในการอำนวยความสะดวกรถเข้า-ออก ให้เกิดความคล่องตัว	รถที่กระทำผิดระเบียบและถูกล็อคล้อจำนวน 275 คัน มีการดำเนินการตีเส้นและทาสีเครื่องหมายจราจรในจุดที่ตรวจสอบพบว่าสีซีดและไม่ชัดเจน จัดเจ้าหน้าที่ รปภ.อำนวยความสะดวกประจำจุดทางเข้า-ออก ลานจอดรถต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้มาใช้บริการ	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับให้เกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงนั้นๆ ได้อีก</u>** โดยสามารถทำให้ พบการล็อคล้อรถที่กระทำผิดระเบียบเพียง 275 คัน และ พบการร้องเรียนเรื่องการให้บริการที่จอดรถจำนวน 1 ครั้ง ซึ่งถือว่าดีกว่า KRI ที่กำหนดไว้	3	3	9	2	1	2
การบริหารกายภาพสิ่งแวดล้อมและอาชีว อนามัย (รักษาความปลอดภัย)	50	อาคารต่างๆ เป็นอาคารเก่าอายุการใช้งานนานปี และเจ้าหน้าที่ประมาทไม่	จำนวนการเกิดอัคคีภัยลุกลามดับได้ จำนวน 0	1. จัดเจ้าหน้าที่ รปภ. เดินตรวจสอบหลัง 2. จัดอบรมให้ความรู้พยาบาลจบใหม่ในการใช้อุปกรณ์ดับเพลิงปีละ 1 ครั้ง 3. จัดการฝึกซ้อมแผนระงับอัคคีภัย และ 4. จัดเจ้าหน้าที่ รปภ. ตรวจสอบอุปกรณ์ดับเพลิงให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ	เกิดเหตุไฟฟ้าลัดวงจร จำนวน 4 ครั้ง และสามารถระงับเหตุ อบรมเจ้าหน้าที่เข้าใหม่ จำนวน 6 รุ่น อบรมเจ้าหน้าที่หน่วยงานต่างๆ ที่ร้องขอจำนวน 4 รุ่น ดำเนินการฝึกซ้อมไปแล้ว จำนวน 8 หน่วยงาน 1. พบไฟฉุกเฉินชำรุดและเปลี่ยนใหม่ 25 เครื่อง 2. พบแบตเตอรี่ไฟฉุกเฉินเสื่อมสภาพและเปลี่ยนใหม่ 35 เครื่อง 3. พบหลอดไฟฉุกเฉินขาด และเปลี่ยนใหม่ 11 หลอด 4. ไม่พบพบสายดับเพลิงชำรุด	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง แต่ยังคงถือเป็นความเสี่ยงสำคัญของพันธกิจ</u>** เมื่อพิจารณาผลลัพธ์เทียบกับ KRI พบจำนวนการเกิดอัคคีภัยที่ลุกลามแล้วดับได้จำนวน 4 ซึ่งมากกว่าที่กำหนดไว้	3	3	9	2	1	2
การบริหารกายภาพสิ่งแวดล้อมและอาชีว อนามัย (อาคารสถานที่และยานพาหนะ)	51	อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน เช่น การปฏิบัติงานในที่สูง การขนย้าย ของที่มีน้ำหนักมาก	จำนวนครั้งในการเกิดอุบัติเหตุ (0 ราย)	1. การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันการปฏิบัติงานในที่สูง ป้องกันการบาดเจ็บและอุปกรณ์ในการขนย้ายของหนัก 2. การจัดทำราวระเบียงบริเวณสถานที่ที่เสี่ยงต่อความปลอดภัย 3. มีการตรวจสอบอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน 4. ส่งเจ้าหน้าที่เข้าอบรมเรื่องท่าทางการทำงานที่ถูกต้อง	ดำเนินการจัดหาแล้วเสร็จ 1. ดำเนินการติดต่อฝ่ายวิศวกรรมบริการให้จัดทำ ราวระเบียงบริเวณจุดเสี่ยง 2.และให้ฝ่ายวิศวกรรมบริการจัดทำราวระเบียงเพิ่มเติมบริเวณตึกกลาง (บริเวณระเบียงหอผู้ป่วยฝั่งเหนือและฝั่งใต้เสร็จเรียบร้อย) ดำเนินการอยู่แล้วอย่างต่อเนื่อง (งานที่ทำประจำ) งานที่ทำประจำ (กำหนดจัดอบรมปีงบ 58 อบรมเดือนมิถุนายน 2558)	**<u>กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง</u>** ไม่พบการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งดีกว่า KRI ที่กำหนดไว้ แต่เนื่องจากเหตุการณ์นี้เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากกระบวนงานหลักของพันธกิจ **<u>เหตุการณ์นี้จึงยังคงถือเป็นความเสี่ยงสำคัญของพันธกิจอยู่</u>**	2	4	8	1	3	3

พันธกิจ	No	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดความเสี่ยง (KRI)	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่ได้	สรุป	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
							โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
การบริหารกายภาพสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย (อาคารสถานที่และยานพาหนะ)	52	อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากการให้บริการยานพาหนะ	จำนวนครั้งในการเกิดอุบัติเหตุ (น้อยกว่า 5 ครั้ง)	1. การจัดอบรมให้กับพนักงานขับรถ	ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว (จัดอบรมในวันที่ 7-8 มีนาคม และ 14-15 มีนาคม 2558)	**กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "บางส่วน (สีเหลือง)"** เนื่องจากอาจมีปัจจัยซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ และ**มีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง** ไม่พบการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งดีกว่า KRI ที่กำหนดไว้ แต่เนื่องจากเหตุการณ์นี้เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากกระบวนงานหลักของพันธกิจ เหตุการณ์นี้จึงยังคงถือ**เป็นความเสี่ยงสำคัญของพันธกิจอยู่**	3	2	6	2	2	4
				2 การติดตามการขับรถของพนักงานขับรถจากข้อมูล GPS	ดำเนินการอยู่แล้วอย่างต่อเนื่อง (งานที่ทำประจำ)							
				3. จำกัดความเร็วของรถแต่ละประเภท	ดำเนินการอยู่แล้วอย่างต่อเนื่อง (งานที่ทำประจำ)							
การบริหารกายภาพสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย (อาคารสถานที่และยานพาหนะ)	53	การให้บริการยานพาหนะที่ไม่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ	ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับ บริการ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80)	1. การตรวจสอบข้อมูลจาก GPS	ดำเนินการอยู่แล้วอย่างต่อเนื่อง (งานที่ทำประจำ)	**กิจกรรมดำเนินงานมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงได้ "ดี (สีเขียว)" รวมถึงมีประสิทธิผลในการจัดการให้ระดับความเสี่ยงลดลง อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับให้เกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงนั้นๆ ได้อีก** เนื่องจากสามารถทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจได้ถึงร้อยละ 85 ซึ่งดีกว่า KRI ที่กำหนดไว้	2	1	2	1	1	1
				2. จัดรถคันอื่นให้แทนกรณีมาไม่ทันเวลาที่กำหนด	1. ดำเนินการอยู่แล้วอย่างต่อเนื่อง (งานที่ทำประจำ) 2. ใช้ GPS ในการค้นหารถที่อยู่ใกล้ที่สุด เพื่อให้บริการแทนรถที่มาไม่ทันเวลา							
				3. ไปทางเดียวกันให้ไปด้วยกัน	ดำเนินการอยู่แล้วอย่างต่อเนื่อง (งานที่ทำประจำ)							
				4. ให้ขอรถล่วงหน้า	1. ดำเนินการอยู่แล้วอย่างต่อเนื่อง (งานที่ทำประจำ) 2. ทำการเวียนแจ้งหน่วยงานเกี่ยวกับระเบียบการขอใช้รถ							
				5. แจ้งผู้ขอใช้รถให้เลื่อนเวลาการเดินทาง	1. ดำเนินการอยู่แล้วอย่างต่อเนื่อง (งานที่ทำประจำ) 2. ทำการประสานงานล่วงหน้าก่อนวันเดินทาง							
				6. ให้ผู้ใช้บริการแนบหลักฐานประกอบการขอใช้รถ	ดำเนินการอยู่แล้วอย่างต่อเนื่อง (งานที่ทำประจำ)							