



## นโยบายการบริหารความเสี่ยง พ.ศ. ๒๕๖๐

### สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

ด้วยกรมการแพทย์ได้ประกาศนโยบายให้ทุกหน่วยงานในสังกัดดำเนินการบริหารความเสี่ยงเชิงยุทธศาสตร์ การควบคุมภายใน การตรวจสอบภายใน และการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ดังนั้น เพื่อให้สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีระบบในการบริหารความเสี่ยงที่เป็นรูปธรรมโดยการบริหารปัจจัย ควบคุมความเสี่ยงตามหลักธรรมาภิบาล เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จขององค์กรให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ โดยคำนึงถึงการบรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจของหน่วยงาน ตลอดจนยุทธศาสตร์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จึงกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยงดังนี้

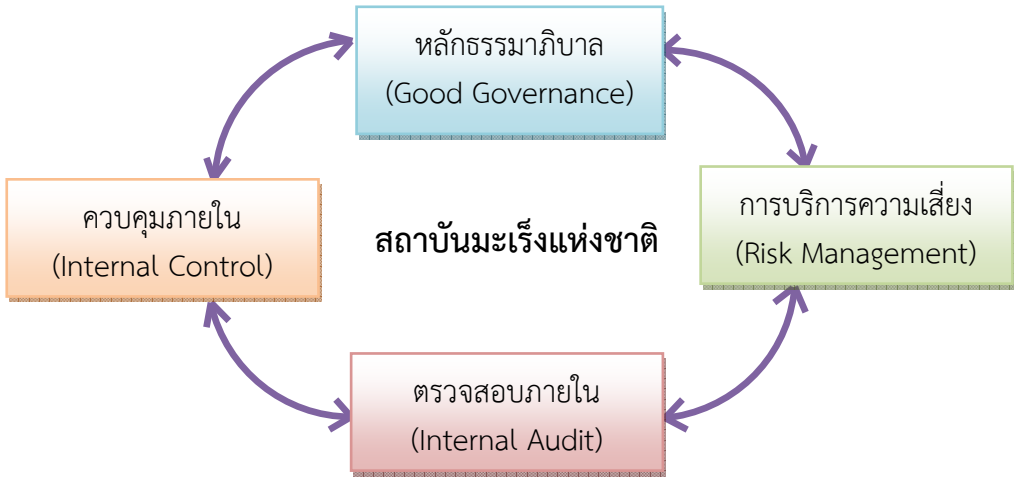
๑. กลุ่มงาน/ฝ่ายของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ต้องดำเนินการบริหารความเสี่ยง โดยให้การดำเนินการบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานปกติ
๒. กำหนดให้มีการบริหารความเสี่ยง เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วทั้งสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
๓. ให้มีการบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งสถาบันมะเร็งแห่งชาติแบบบูรณาการ โดยมีการจัดการและดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการบรรลุตัวชี้วัด กลยุทธ์ของหน่วยงาน และยุทธศาสตร์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
๔. ให้มีการติดตาม ประเมิน และรายงานผลการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งมีการทบทวน ปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ
๕. ให้มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการจัดการที่ดี

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

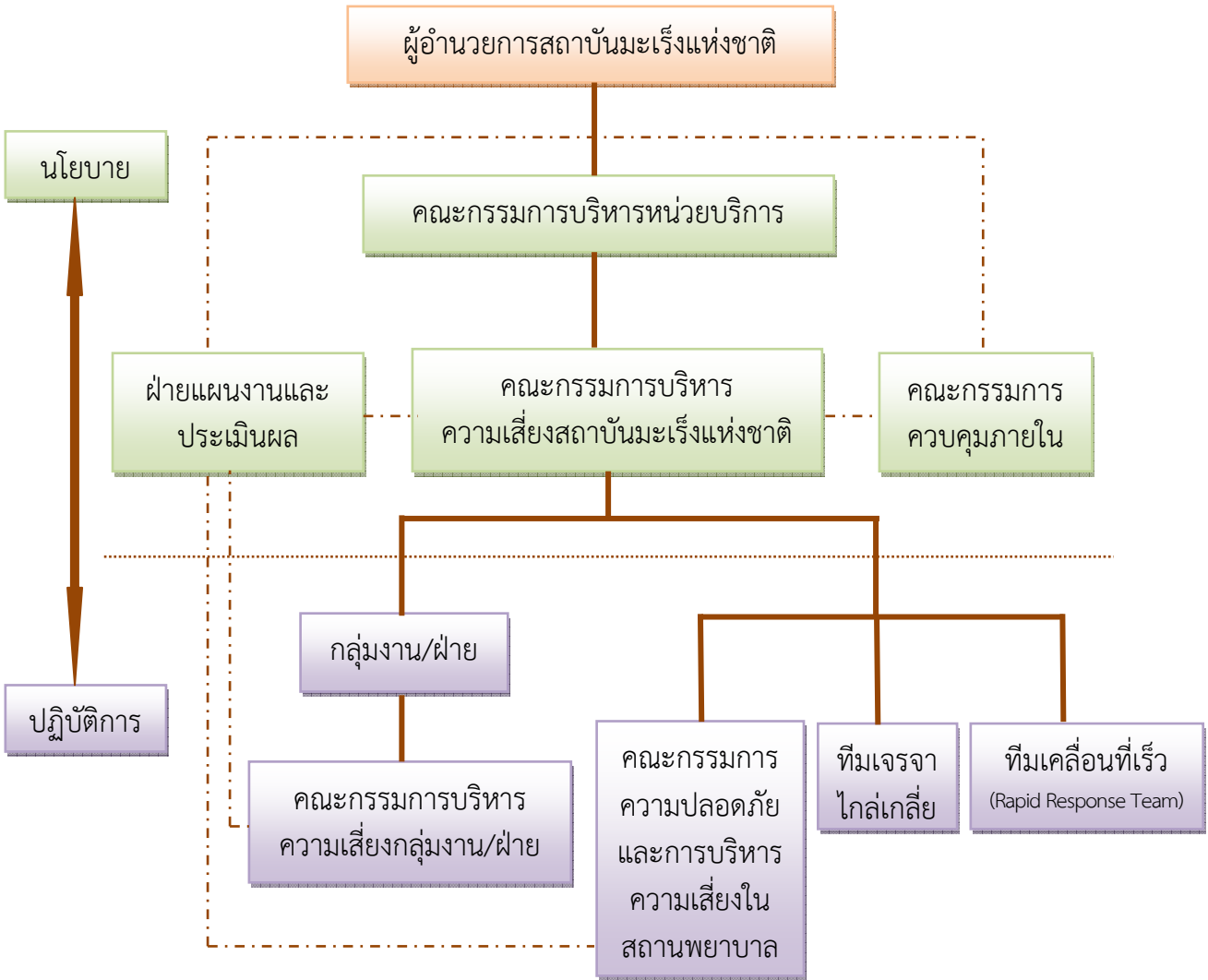
(นายวีรวุฒิ อิมสำราญ)

ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

การบูรณาการระบบบริหารจัดการให้เกิดธรรมาภิบาล



โครงสร้างการบริหารความเสี่ยงของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ



## วัตถุประสงค์การบริหารความเสี่ยง

สถาบันมะเร็งแห่งชาติดำเนินการบริหารความเสี่ยง โดยกำหนดเป็นนโยบายให้ทุกหน่วยงานร่วมดำเนินการ ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

๑. เพื่อให้สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีระบบบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์การ สามารถลดมูลเหตุของโอกาสหรือลดขนาดของความเสียหายที่จะเกิดขึ้นในอนาคตให้อยู่ในระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ ควบคุมได้ และตรวจสอบได้

๒. เพื่อให้การบริหารงานและการปฏิบัติงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล บรรลุตามเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และวิสัยทัศน์

## องค์ประกอบของการบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์การ

กลุ่มงาน/ฝ่าย ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ดำเนินการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

๑. ตกลงร่วมกันในกรอบ และวิธีการที่จะนำไปใช้
๒. จัดตั้งหน่วยงานและผู้รับผิดชอบ
๓. ฝึกอบรมให้ความรู้
๔. ดำเนินการตามกระบวนการจัดการความเสี่ยง
๕. ติดตามและประเมินผล
๖. จัดทำรายงาน

## COSO Enterprise Risk Management

การบริหารความเสี่ยงตามแนวทางของ COSO Enterprise Risk Management ประกอบด้วย ๔ ด้าน คือ

๑. ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) : เกี่ยวข้องกับการบรรลุเป้าหมายและพันธกิจในภาพรวม โดยความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเป็นความเสี่ยงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของ

◎ สถานการณ์ และเหตุการณ์ภายนอก ส่งผลต่อกลยุทธ์ที่กำหนดไว้ไม่สอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์/วิสัยทัศน์

๑. เกิดจากการกำหนดกลยุทธ์ที่ขาดการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน หรือการร่วมมือกับองค์กรอิสระ ทำให้โครงการขาดการยอมรับ และโครงการไม่ได้นำไปสู่การแก้ไขปัญหา หรือการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

๒. เป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจผิดพลาด หรือนำการตัดสินใจนั้นมาใช้อย่างไม่ถูกต้อง

**๒. ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operation Risk) :** เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพ ประสิทธิผล หรือผลการปฏิบัติงาน โดยความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเป็นความเสี่ยงเนื่องจากกระบวนการภายในขององค์กร/กระบวนการ/เทคโนโลยีหรือนวัตกรรมที่ใช้/บุคลากร/ความเพียงพอของข้อมูล ส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงาน

**๓. ความเสี่ยงด้านการรายงาน (Reporting Risk) :** เป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับระบบรายงานที่สำคัญของโรงพยาบาล เช่น สถานะการเงิน ผลการดำเนินงาน ฐานข้อมูลสำคัญ ระบบสารสนเทศขององค์กร ซึ่งเกี่ยวข้องกับความน่าเชื่อถือ ความถูกต้อง ความทันเหตุการณ์ ความปลอดภัยและการเข้าถึงข้อมูล และการสูญเสีย

**๔. ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ (Compliance Risk) :** เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามกฎระเบียบต่างๆ โดยความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเป็นความเสี่ยงเนื่องจากความไม่ชัดเจน ความไม่ทันสมัย หรือความไม่ครอบคลุมของกฎหมาย กฎระเบียบข้อบังคับต่างๆ รวมถึงการทำนิติกรรมสัญญา การร่างสัญญาที่ไม่ครอบคลุมการดำเนินงาน

## ความเสี่ยงตามหลักธรรมาภิบาล

หลักธรรมาภิบาลประกอบด้วย ๑๐ หลัก คือ

**๑. หลักประสิทธิผล (Effectiveness) :** ผลการปฏิบัติราชการที่บรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายของแผนการปฏิบัติราชการตามที่ได้รับงบประมาณมาดำเนินการ โดยการปฏิบัติราชการต้องมีทิศทางยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์ที่ชัดเจน มีกระบวนการปฏิบัติงานและระบบงานที่เป็นมาตรฐาน รวมถึงมีการติดตามประเมินผล และพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และเป็นระบบ

**๒. หลักประสิทธิภาพ (Efficiency) :** องค์กรสามารถใช้ทรัพยากร ทั้งด้านต้นทุน แรงงาน และระยะเวลา ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาขีดความสามารถในการปฏิบัติราชการตามภารกิจ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม

**๓. หลักการตอบสนอง (Responsiveness) :** การให้บริการที่สามารถดำเนินการได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนด และสร้างความเชื่อมั่น ความไว้วางใจรวมถึงตอบสนองตามความต้องการ/คาดหวังของประชาชนผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่มีความหลากหลายและมีความแตกต่าง

**๔. หลักการรับผิดชอบ (Accountability) :** การแสดงความรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่และผลงานต่อเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยความรับผิดชอบนั้นควรอยู่ในระดับที่สนองต่อความคาดหวังของสาธารณะรวมทั้งการแสดงถึงความสำนึกในการรับผิดชอบต่อปัญหาสาธารณะ

๕. **หลักความโปร่งใส (Transparency)** : กระบวนการเปิดเผยอย่างตรงไปตรงมา ชี้แจงได้ เมื่อมีข้อสงสัยและสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอันไม่ต้องห้ามตามกฎหมายได้อย่างเสรี โดยประชาชนสามารถรู้ทุกขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมหรือกระบวนการต่างๆ และสามารถตรวจสอบได้

๖. **หลักนิติธรรม (Rule of Law)** : การใช้อำนาจของกฎหมาย กฎระเบียบข้อบังคับ ในการบริหารราชการด้วยความเป็นธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ และคำนึงถึงสิทธิเสรีภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

๗. **หลักความเสมอภาค (Equity)** : การได้รับการปฏิบัติและได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่มีการแบ่งแยกด้านเพศ ถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา อายุ ความพิการ สภาพทางกายภาพหรือสุขภาพของสถานะบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจ ความเชื่อทางศาสนา การศึกษา การฝึกอบรม และอื่นๆ

๘. **หลักการมีส่วนร่วม (Participation)** : กระบวนการที่ข้าราชการ ประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม มีโอกาสได้เข้าร่วมในการรับรู้ เรียนรู้ ทำความเข้าใจ ร่วมแสดงทัศนะ ร่วมเสนอปัญหา/ประเด็นที่สำคัญที่เกี่ยวข้อง ร่วมคิดหาแนวทาง ร่วมการแก้ไขปัญหา ร่วมในกระบวนการตัดสินใจ และร่วมกระบวนการพัฒนาในฐานะหุ้นส่วนการพัฒนา

๙. **หลักการกระจายอำนาจ (Decentralization)** : การถ่ายโอนอำนาจการตัดสินใจ ทรัพยากร และภารกิจจากส่วนราชการส่วนกลางให้แก่หน่วยปกครองอื่นดำเนินการแทน โดยมีอิสระตามสมควร รวมถึงการมอบอำนาจและความรับผิดชอบในการตัดสินใจ และการดำเนินการให้แก่บุคลากร โดยมุ่งเน้นการสร้างควมพึงพอใจในการให้บริการต่อผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การปรับปรุงกระบวนการ และเพิ่มผลผลิต เพื่อผลการดำเนินงานที่ดีของส่วนราชการ ทั้งนี้ การกระจายอำนาจการตัดสินใจที่ดี บุคลากรต้องมีความรู้ความสามารถ และข้อมูลสนับสนุนเพื่อให้เกิดการตัดสินใจที่เหมาะสม

๑๐. **หลักคุณธรรม/จริยธรรม (Morality/Ethics)** : ในการปฏิบัติราชการต้องมีจิตสำนึกความรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่ให้เป็นไปอย่างมีศีลธรรม คุณธรรม และตรงตามความคาดหวังของสังคม

## แนวทางการบริหารความเสี่ยง

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้กำหนดแนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อให้กลุ่มงาน/ฝ่าย ใช้เป็นกรอบในการดำเนินงาน ดังนี้

### ๑. สภาพแวดล้อมภายในองค์กร (Internal Environment)

สภาพแวดล้อมขององค์กรเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญในการกำหนดกรอบการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วยปัจจัยหลายประการ เช่น วัฒนธรรมองค์กร นโยบายของผู้บริหาร แนวทาง การปฏิบัติงานบุคลากร กระบวนการทำงาน ระบบสารสนเทศ ระเบียบ เป็นต้น

## ๒. การกำหนดวัตถุประสงค์ (Objective Setting)

พิจารณากำหนดวัตถุประสงค์ในการบริหารความเสี่ยง ให้มีความสอดคล้องกับกลยุทธ์และเป้าประสงค์ เพื่อวางเป้าหมายในการบริหารความเสี่ยงขององค์กรได้อย่างชัดเจน และเหมาะสม

๒.๑ ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการและทีมปฏิบัติงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ความปลอดภัยของผู้รับบริการในสถานพยาบาลขึ้น ดังนี้

๑) แต่งตั้งคณะกรรมการความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยง ทำหน้าที่กำหนดแนวทาง แผนงาน และประเมินผลการพัฒนาระบบส่งเสริมความปลอดภัย และบริหารความเสี่ยงของผู้รับบริการ บุคลากร และองค์กร ทั้งนี้ ให้รวมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเข้ากับคณะกรรมการชุดนี้

๒) ทีมใกล้เคียง โดยมีรองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ เป็นประธาน นักสันติวิธี นักกฎหมาย และผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อยุติปัญหาตั้งแต่เริ่มต้นไม่ให้เกิดลุกลาม

๓) ทีมเคลื่อนที่เร็ว (Rapid Response Team) ทำหน้าที่ตอบสนองและแก้ไขปัญหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) ในการดูแลรักษา ทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบให้กลับมาเป็นปกติโดยเร็วเพื่อยุติปัญหาตั้งแต่เริ่มต้นไม่ให้เกิดลุกลาม

๒.๒ ดำเนินการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ประเด็นยุทธศาสตร์และยุทธศาสตร์ให้เป็นปัจจุบัน

๒.๓ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรและคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของสถาบันมะเร็งแห่งชาติได้ทราบ และเข้าใจในสาระสำคัญของเป้าหมายของหน่วยงาน โดยเฉพาะยุทธศาสตร์และแนวทางการขับเคลื่อน เพื่อให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงสามารถวิเคราะห์และวางแผนจัดการความเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง

๒.๔ ดำเนินนโยบายหรือแนวทางในการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน และประกาศให้บุคลากรได้รับทราบ เพื่อให้บุคลากรทุกระดับเห็นคุณค่าและมีส่วนร่วมในการค้นหาและรายงานความเสี่ยง รวมทั้งเป็นกรอบแนวทางให้กลุ่มงาน/ฝ่าย ดำเนินงานโดยเป็นส่วนหนึ่งของ การปฏิบัติงานปกติ

## ๓. การบ่งชี้เหตุการณ์ (Event Identification)

เป็นการรวบรวมเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นกับหน่วยงาน ทั้งในส่วนของปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากภายในและภายนอกองค์กร เช่น นโยบายบริหารงานบุคลากร การปฏิบัติงาน การเงิน ระบบสารสนเทศ ระเบียบ กฎหมาย ระบบบัญชี ภาษีอากร อุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event) และอุบัติการณ์อันตราย (Harmful Event) ทั้งนี้ เพื่อทำความเข้าใจต่อเหตุการณ์และสถานการณ์นั้น เพื่อให้ผู้บริหารสามารถพิจารณา กำหนดแนวทางและนโยบายในการจัดการกับความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี

๓.๑ ดำเนินการระบุประเด็นความเสี่ยงที่อาจสนับสนุนให้หน่วยงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย โดยสามารถวิเคราะห์ได้จากรายงานอุบัติการณ์ในอดีต ข่าวหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับหน่วยงานอื่น การเดินสำรวจ (Risk Round) การประชุมระดมสมอง ข้อเสนอแนะจากบุคคลภายนอกหรือผู้ตรวจสอบภายนอก เป็นต้น โดยให้คำนึงถึงความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการที่อาจเป็นสาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) และนำไปสู่ความเสียหายทั้งต่อผู้ป่วย บุคลากรผู้ปฏิบัติงานและสถาบัน ซึ่งอาจก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านชีวิต สุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขด้วย พร้อมกันนี้ให้ระบุความเสี่ยงของประเด็น ความเสี่ยง

นั้นๆ และจำแนกประเภทความเสี่ยงตามหลัก COSO : Enterprise Risk Management ได้แก่ ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk), ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติงาน (Operation Risk), ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) และความเสี่ยงด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบ (Compliance Risk)

๓.๒ นำความเสี่ยงในแต่ละประเด็นความเสี่ยงไปจำแนกประเภทความเสี่ยงตามหลักธรรมาภิบาล ได้แก่ หลักประสิทธิผล (G๑), หลักประสิทธิภาพ (G๒), หลักการตอบสนอง (G๓), หลักการรับผิดชอบต่อ (G๔), หลักความโปร่งใส (G๕), หลักนิติธรรม (G๖), หลักความเสมอภาค (G๗), หลักการมีส่วนร่วม (G๘), หลักการกระจายอำนาจ (G๙), และหลักคุณธรรมและจริยธรรม (G๑๐) โดยส่วนใหญ่ความเสี่ยงตามหลัก COSO : Enterprise Risk Management และความเสี่ยงตามหลักธรรมาภิบาลจะมีความสอดคล้องกัน ดังนี้

- ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์จะสอดคล้องกับความเสี่ยงด้านธรรมาภิบาล : หลักประสิทธิผล (G๑), หลักประสิทธิภาพ (G๒) เป็นต้น
- ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน จะสอดคล้องกับความเสี่ยงด้านธรรมาภิบาล : หลักการมีส่วนร่วม (G๘), หลักการตอบสนอง (G๓), หลักการรับผิดชอบต่อ (G๔), หลักการกระจายอำนาจ (G๙), หลักความเสมอภาค (G๗) และหลักคุณธรรมและจริยธรรม (G๑๐) เป็นต้น
- ความเสี่ยงด้านการเงิน จะสอดคล้องกับความเสี่ยงด้านธรรมาภิบาล : หลักความโปร่งใส (G๕) เป็นต้น
- ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ จะสอดคล้องกับความเสี่ยงด้านธรรมาภิบาล : หลักนิติธรรม (G๖) เป็นต้น

#### ๔. การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

การประเมินความเสี่ยงเป็นการจำแนกและพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงที่มีอยู่ โดยการประเมินจากโอกาสที่จะเกิด (Likelihood) และผลกระทบ (Impact) สามารถประเมินความเสี่ยงได้ทั้งจากความเสี่ยงภายนอกและภายในองค์กร

๔.๑ นำความเสี่ยงที่ได้จากมาทำการประเมินความเสี่ยง พิจารณาแต่ละความเสี่ยงว่ามีโอกาสเกิดขึ้นมากหรือน้อยเพียงใด และถ้าเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อองค์กรเท่าใด ให้แทนค่าโอกาสและผลกระทบด้วยตัวเลข ๑ ถึง ๕ โดย

เลข ๕ หมายถึง มีโอกาสเกิดสูงมาก/เกิดผลกระทบรุนแรงสูงมาก

เลข ๔ หมายถึง มีโอกาสเกิดสูง/เกิดผลกระทบรุนแรงสูง

เลข ๓ หมายถึง มีโอกาสเกิดปานกลาง/เกิดผลกระทบรุนแรงปานกลาง

เลข ๒ หมายถึง มีโอกาสเกิดน้อย/เกิดผลกระทบรุนแรงน้อย

เลข ๑ หมายถึง มีโอกาสเกิดน้อยมาก/เกิดผลกระทบรุนแรงน้อยมาก

๔.๒ นำค่าคะแนนของโอกาสและค่าคะแนนสูงสุดของผลกระทบมาจัดระดับความสำคัญของความเสี่ยง ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงและสูงมาก นำมาวางแผนบริหารความเสี่ยง (Enterprise Risk Management : ERM) ส่วนความเสี่ยงระดับปานกลางลงไปให้นำไปทำการควบคุมภายใน (Internal Control : IC)

## ๕. การตอบสนองความเสี่ยง (Risk Response)

เป็นการดำเนินงานหลังจากที่องค์กรสามารถบ่งชี้ความเสี่ยงขององค์กร และประเมินความสำคัญของความเสี่ยงแล้ว โดยจะต้องนำความเสี่ยงไปดำเนินการตอบสนองด้วยวิธีการที่เหมาะสมเพื่อลดความสูญเสียหรือโอกาสที่จะเกิดผลกระทบให้อยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้

๕.๑ นำความเสี่ยงที่พบทั้งหมดมากำหนดผู้รับผิดชอบและผู้ควบคุมกำกับ จัดทำเป็นบัญชีความเสี่ยง เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับดำเนินงานจัดการความเสี่ยงให้ครอบคลุม ทั้งนี้ควรให้ผู้อำนวยการเป็นผู้ควบคุมกำกับระดับความเสี่ยงสูงมากเท่านั้นในการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน

๕.๒ นำความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงและสูงมากมาวางแผนบริหารความเสี่ยงและกำหนดมาตรการจัดการความเสี่ยงเพิ่มเติม/ปรับปรุง โดยดำเนินการ ดังนี้

- (๑) ระบุลำดับที่ความเสี่ยง
- (๒) ระบุประเด็นความเสี่ยง
- (๓) ระบุความเสี่ยง
- (๔) ระบุปัจจัยหรือสาเหตุของความเสี่ยงที่ได้จากการวิเคราะห์
- (๕) ระบุประเภทความเสี่ยง
- (๖) ระบุมาตรการในการจัดการความเสี่ยงที่มีอยู่เดิม
- (๗) กำหนดมาตรการในการจัดการความเสี่ยงเพิ่มเติม/ปรับปรุง
- (๘) ระบุอุบัติการณ์ที่ผ่านมา (ถ้ามี) เพื่อแสดงถึงผลของการดำเนินการตาม

มาตรการในการจัดการความเสี่ยงในปีที่ผ่านมา

- (๙) (๑๐) (๑๑) กำหนดผู้รับผิดชอบ ผู้ควบคุมกำกับ และระยะเวลาดำเนินงาน

## ๖. กิจกรรมการควบคุม (Control Activities)

การกำหนดกิจกรรมและการปฏิบัติต่างๆ ที่กระทำเพื่อลดความเสี่ยง และทำให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร เช่น การกำหนดกระบวนการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยงให้กับบุคลากรภายในองค์กร เพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจว่าจะสามารถจัดการกับความเสี่ยงนั้นได้อย่างถูกต้องและเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

๖.๑ ดำเนินการจัดการ/ควบคุมความเสี่ยงตามมาตรการภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยมีวิธีหลัก คือ การยกเลิกหรือหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk Avoidance), การป้องกัน/การแบ่งแยก/การควบคุมความสูญเสีย (Risk Control), การโอนย้ายความเสี่ยง (Risk Transference) และการยอมรับความเสี่ยงไว้เอง (Risk Retention)

๖.๒ กลุ่มงาน/ฝ่ายที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย ให้รายงานอุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event) ให้ผู้อำนวยการทราบโดยทันที และอุบัติการณ์อันตราย (Harmful Event) ให้รายงานภายใน ๒๔ ชั่วโมงนอกนั้นให้รายงานตามระบบปกติ โดยในกรณีอุบัติการณ์รุนแรงสูงมากและอันตรายร้ายแรงซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของกรมการแพทย์ ควรมีการจัดทำรายงานให้ผู้อำนวยการ เพื่อพิจารณารายงานอุบัติการณ์การแพทย์ทราบต่อไป

## ๗. สารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communication)

มีระบบสารสนเทศและการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพราะเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปพิจารณาดำเนินการบริหารความเสี่ยงให้เป็นไปตามกรอบ และขั้นตอนการปฏิบัติที่องค์กรกำหนด

## ๘. การติดตามประเมินผล (Monitoring)

มีการติดตามผล เพื่อให้ทราบถึงผลการดำเนินการว่ามีความเหมาะสมและสามารถจัดการความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่

๘.๑ คณะกรรมการความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงสถาบันมะเร็งแห่งชาติ นิเทศติดตามผลการจัดการ/ควบคุมความเสี่ยงเป็นระยะตามที่กำหนดไว้

๘.๒ ผู้รับผิดชอบความเสี่ยงจัดทำรายงานผลการดำเนินงานจัดการ/ควบคุมความเสี่ยง รวมทั้งวิเคราะห์ข้อดี/ข้อเสีย ปัญหาอุปสรรค ถ้าพบว่ามีความเสี่ยงที่ไม่สามารถจัดการหรือควบคุมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด หรือพบว่ามีความเสี่ยงเกิดขึ้นใหม่ ผู้รับผิดชอบความเสี่ยงต้องทบทวนความเสี่ยงและกำหนดมาตรการในการจัดการความเสี่ยงเพื่อสามารถจัดการความเสี่ยงนั้น และนำเสนอคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงสถาบันมะเร็งแห่งชาติทราบทุก ๖ เดือน และ ๑๒ เดือน

๘.๓ สรุปรายงานวิเคราะห์ต้นเหตุ (Root Cause Analysis) อุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event) และอันตราย (Harmful Event) ระดับ G ขึ้นไป ตามแบบฟอร์ม “รายงานอุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event) และอันตราย (Harmful Event)” ให้สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ ทุก ๓ เดือน (๕ มกราคม, ๕ เมษายน, ๕ กรกฎาคม, ๕ ตุลาคม) ยกเว้นมีเหตุจำเป็นแล้วแต่กรณีให้รายงานทันที

๘.๔ คณะกรรมการความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงสถาบันมะเร็งแห่งชาติ สรุปผลความสำเร็จการดำเนินการบริหารความเสี่ยงภาพรวมเป็นรายงานการบริหารความเสี่ยงประจำปีเสนอต่อคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน และกรรมการแพทย์ทุก ๑ ปี

๘.๕ กระบวนการบริหารความเสี่ยงนี้ต้องดำเนินการทบทวนและวิเคราะห์ทุก ๑ ปี ถ้าความเสี่ยงใดที่จัดการ/ควบคุมไม่ได้ให้นำกลับมาดำเนินการจัดการ/ควบคุมซ้ำได้ ส่วนความเสี่ยงใดที่จัดการ/ควบคุมได้สำเร็จ ให้รวบรวมจัดทำเป็นฐานข้อมูลไว้ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการจัดการ/ควบคุมความเสี่ยงของความเสี่ยงอื่นที่มีลักษณะเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกัน

### ความเสี่ยงที่สำคัญของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีความเสี่ยงในการบริหารงานและดำเนินงานที่ต้องร่วมกันจัดการหรือควบคุม ตามแนวทางการบริหารความเสี่ยง(Enterprise Risk Management : ERM) สำหรับหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ดังนี้

๑. องค์กรไม่สามารถบริหารยุทธศาสตร์ตามเป้าหมายขององค์กร
๒. การรายงานผลที่ผิดพลาดไม่ถูกต้อง  
(ด้านบริหาร, ด้านการเงิน, ด้านปฏิบัติงานตามนโยบาย)
๓. โครงการพัฒนา Software ไม่สำเร็จ
๔. การไม่บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดที่หน่วยงานได้รับ
๕. การสูญเสียรายได้จากกระบวนการจัดเก็บรายได้ที่ไม่มีประสิทธิภาพ
๖. การให้บริการรับ – ส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพ
๗. การเบิก – จ่ายงบประมาณไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนด
๘. บุคลากรเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเกษียณ/ลาออก

- ๙. การทุจริตประพฤติมิชอบในหน่วยงาน (เช่น การลื้อกสเปค)
- ๑๐. ความลับขององค์กร/ผู้ป่วยรั่วไหล
- ๑๑. ผลกระทบจากการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่มีต่อชุมชน/สิ่งแวดล้อม
- ๑๒. การกระทำผิดกฎหมายใหม่ที่สำคัญ (เช่น พรบ.คอมพิวเตอร์, จัดซื้อจัดจ้าง)
- ๑๓. บุคลากรมีค่านิยมไม่ตรงกับองค์กร
- ๑๔. โรงพยาบาลมีสถานะการเงินรายจ่ายมากกว่ารายได้

หมายเหตุ

นอกจากความเสี่ยงที่กรรมการแพทย์กำหนดให้ กลุ่มงาน/ฝ่ายสามารถปรับหรือกำหนดความเสี่ยงเพิ่มเติมได้



นโยบายการบริหารความเสี่ยง  
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560



ฝ่ายแผนงานและประเมินผล  
กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
โทร 0 2202 6800 ต่อ 1523, 1524