



NCI
Thailand

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

Vision with Action

นโยบายการบริหารความเสี่ยง
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
ประจำปีงบประมาณ

พ.ศ. ๒๕๖๒





นโยบายการบริหารความเสี่ยง พ.ศ. ๒๕๖๒

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

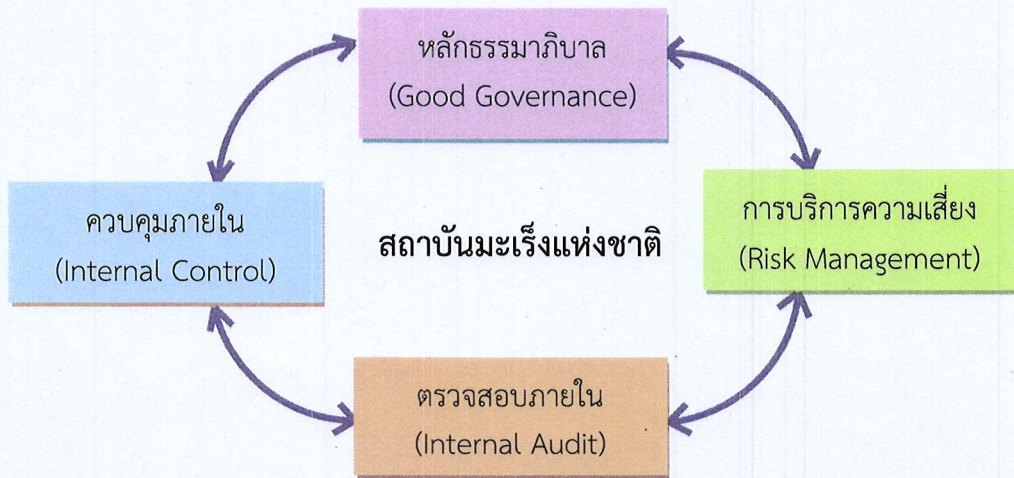
ด้วยกรมการแพทย์ได้ประกาศนโยบายให้ทุกหน่วยงานในสังกัดดำเนินการบริหารความเสี่ยงเชิงยุทธศาสตร์ การควบคุมภายใน การตรวจสอบภายใน และการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ดังนั้นเพื่อให้สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีระบบในการบริหารความเสี่ยงที่เป็นรูปธรรม โดยการบริหารจัดการ ควบคุมความเสี่ยงตามหลักธรรมาภิบาล เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จขององค์กรให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ โดยคำนึงถึงการบรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจของหน่วยงาน ตลอดจนยุทธศาสตร์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จึงกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยง ดังนี้

๑. กลุ่มงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ต้องดำเนินการบริหารความเสี่ยง โดยให้การดำเนินการบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานปกติ
๒. กำหนดให้มีการบริหารความเสี่ยง เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วทั้งสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
๓. ให้มีการบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งสถาบันมะเร็งแห่งชาติแบบบูรณาการ โดยมีการจัดการและดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการบรรลุตัวชี้วัด กลยุทธ์ของหน่วยงาน และยุทธศาสตร์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
๔. ให้มีการติดตาม ประเมิน และรายงานผลการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งมีการทบทวนปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ
๕. ให้มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการจัดการที่ดี

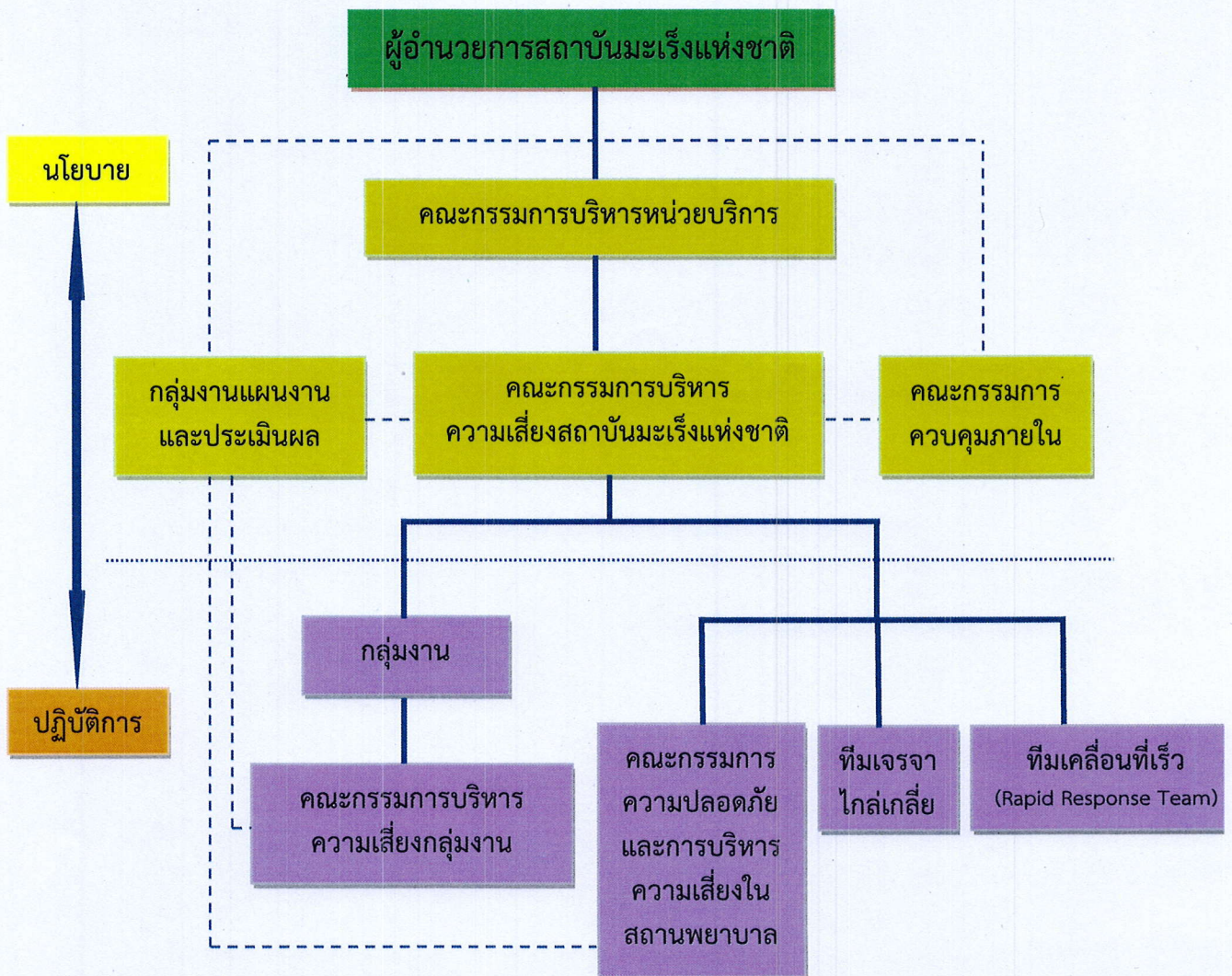
ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๒

(นายวีรฤดี อิ่มสำราญ)
ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

การบูรณาการระบบบริหารจัดการให้เกิดธรรมาภิบาล



โครงสร้างการบริหารความเสี่ยงของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ



วัตถุประสงค์การบริหารความเสี่ยง

สถาบันมะเร็งแห่งชาติดำเนินการบริหารความเสี่ยง โดยกำหนดเป็นนโยบายให้ทุกหน่วยงานร่วมดำเนินการ ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

๑. เพื่อให้สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีระบบบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กร สามารถลดมูลเหตุของโอกาสหรือลดขนาดของความเสียหายที่จะเกิดขึ้นในอนาคตให้อยู่ในระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ ควบคุมได้ และตรวจสอบได้

๒. เพื่อให้การบริหารงานและการปฏิบัติงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล บรรลุตามเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และวิสัยทัศน์

องค์ประกอบของการบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กร

กลุ่มงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ 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 โดยความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเป็นความเสี่ยงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของ

- สถานการณ์ และเหตุการณ์ภายนอก ส่งผลต่อกลยุทธ์ที่กำหนดไว้ไม่สอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์/ วิสัยทัศน์

- เกิดจากการกำหนดกลยุทธ์ที่ขาดการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน หรือการร่วมมือกับองค์กรอิสระ ทำให้โครงการขาดการยอมรับ และโครงการไม่ได้นำไปสู่การแก้ไขปัญหา หรือการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

- เป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจผิดพลาด หรือนำการตัดสินใจนั้นมาใช้อย่างไม่ถูกต้อง

๒. ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operation Risk) : เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพ ประสิทธิผล หรือผลการปฏิบัติงาน โดยความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเป็นความเสี่ยงเนื่องจากระบบงานภายในของ องค์กร/ กระบวนการ/ เทคโนโลยีหรือนวัตกรรมที่ใช้/ บุคลากร/ ความเพียงพอของข้อมูล ส่งผลต่อ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงาน

๓. ความเสี่ยงด้านการรายงาน (Reporting Risk) : เป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับระบบรายงานที่สำคัญของโรงพยาบาล เช่น สถานะการเงิน ผลการดำเนินงาน ฐานข้อมูลสำคัญ ระบบสารสนเทศของ องค์กร ซึ่งเกี่ยวข้องกับความน่าเชื่อถือ ความถูกต้อง ความทันเหตุการณ์ ความปลอดภัยและการเข้าถึง ข้อมูล และการสูญเปล่า

๔. ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ (Compliance Risk) : เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามกฎระเบียบต่าง ๆ โดยความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเป็นความเสี่ยงเนื่องจากความไม่ ชัดเจน ความไม่ทันสมัย หรือความไม่ครอบคลุมของกฎหมาย กฎระเบียบข้อบังคับต่างๆ รวมถึงการทำนิติ กรรมสัญญา การร่างสัญญาที่ไม่ครอบคลุมการดำเนินงาน

ความเสี่ยงตามหลักธรรมาภิบาล

หลักธรรมาภิบาลประกอบด้วย ๑๐ หลัก คือ

๑. หลักประสิทธิผล (Effectiveness) : ผลการปฏิบัติราชการที่บรรลุวัตถุประสงค์และ เป้าหมายของแผนการปฏิบัติราชการตามที่ได้รับงบประมาณมาดำเนินการ โดยการปฏิบัติราชการต้องมี ทิศทางยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์ที่ชัดเจน มีกระบวนการปฏิบัติงานและระบบงานที่เป็นมาตรฐาน รวมถึง มีการติดตามประเมินผล และพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และเป็นระบบ

๒. หลักประสิทธิภาพ (Efficiency) : องค์กรสามารถใช้ทรัพยากร ทั้งด้านต้นทุนแรงงาน และระยะเวลา ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาขีดความสามารถในการปฏิบัติราชการตามภารกิจ เพื่อ ตอบสนองความต้องการของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม

๓. หลักการตอบสนอง (Responsiveness) : การให้บริการที่สามารถดำเนินการได้ภายใน ระยะเวลาที่กำหนด และสร้างความเชื่อมั่น ความไว้วางใจรวมถึงตอบสนองตามความต้องการ/ คาดหวังของ ประชาชนผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่มีความหลากหลายและมีความแตกต่าง

๔. หลักการรับผิดชอบ (Accountability) : การแสดงความรับผิดชอบในการปฏิบัติ หน้าที่และผลงานต่อเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยความรับผิดชอบนั้นควรอยู่ในระดับที่สนองต่อความคาดหวัง ของสาธารณะรวมทั้งการแสดงความสำนึกในการรับผิดชอบต่อปัญหาสาธารณะ

๕. หลักความโปร่งใส (Transparency) : กระบวนการเปิดเผยอย่างตรงไปตรงมาชี้แจงได้ เมื่อมีข้อสงสัยและสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอันไม่ต้องห้ามตามกฎหมายได้อย่างเสรี โดยประชาชน สามารถรู้ทุกขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมหรือกระบวนการต่าง ๆ และสามารถตรวจสอบได้

๖. หลักนิติธรรม (Rule of Law) : การใช้อำนาจของกฎหมาย กฎระเบียบข้อบังคับในการ บริหารราชการด้วยความเป็นธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ และคำนึงถึงสิทธิเสรีภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

๗. หลักความเสมอภาค (Equity) : การได้รับการปฏิบัติและได้รับบริการอย่าง เท่าเทียมกัน โดยไม่มีการแบ่งแยกด้านเพศ ถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา อายุ ความพิการ สภาพทางกายภาพ หรือสุขภาพของสถานะบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจ ความเชื่อทางศาสนา การศึกษา การฝึกอบรม และอื่น ๆ

๘. **หลักการมีส่วนร่วม (Participation)** : กระบวนการที่ข้าราชการ ประชาชนและ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม มีโอกาสได้เข้าร่วมในการรับรู้ เรียนรู้ ทำความเข้าใจ ร่วมแสดงทัศนะร่วมเสนอปัญหา/ประเด็นที่สำคัญที่เกี่ยวข้อง ร่วมคิดหาแนวทาง ร่วมการแก้ไขปัญหาในกระบวนการตัดสินใจ และร่วมกระบวนการพัฒนาในฐานะหุ้นส่วนการพัฒนา

๙. **หลักการกระจายอำนาจ (Decentralization)** : การถ่ายโอนอำนาจการตัดสินใจ ทรัพยากร และภารกิจจากส่วนราชการส่วนกลางให้แก่หน่วยปกครองอื่นดำเนินการแทน โดยมีอิสระตามสมควร รวมถึงการมอบอำนาจและความรับผิดชอบในการตัดสินใจ และการดำเนินการให้แก่บุคลากร โดยมุ่งเน้นการสร้าง ความพึงพอใจในการให้บริการต่อผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียการปรับปรุงกระบวนการ และเพิ่มผลผลิต เพื่อผลการดำเนินงานที่ดีของส่วนราชการ ทั้งนี้การกระจายอำนาจการตัดสินใจที่ดี บุคลากร ต้องมีความรู้ความสามารถ และข้อมูลสนับสนุนเพื่อให้เกิดการตัดสินใจที่เหมาะสม

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

แนวทางการบริหารความเสี่ยง

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้กำหนดแนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อให้กลุ่มงานใช้เป็นกรอบในการดำเนินงาน ดังนี้

๑. สภาพแวดล้อมภายในองค์กร (Internal Environment)

สภาพแวดล้อมขององค์กรเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญในการกำหนดกรอบการบริหาร ความเสี่ยงประกอบด้วยปัจจัยหลายประการ เช่น วัฒนธรรมองค์กร นโยบายของผู้บริหารแนวทางการปฏิบัติงานบุคลากร กระบวนการทำงาน ระบบสารสนเทศ ระเบียบ เป็นต้น

๒. การกำหนดวัตถุประสงค์ (Objective Setting)

พิจารณากำหนดวัตถุประสงค์ในการบริหารความเสี่ยงให้มีความสอดคล้องกับกลยุทธ์และ เป้าประสงค์ เพื่อวางเป้าหมายในการบริหารความเสี่ยงขององค์กรได้อย่างชัดเจน และเหมาะสม

๒.๑ ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการและทีมปฏิบัติงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ความปลอดภัยของผู้รับบริการในสถานพยาบาลขึ้น ดังนี้

๑) แต่งตั้งคณะกรรมการความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยง ทำหน้าที่ กำหนดแนวทาง แผนงาน และประเมินผลการพัฒนาระบบส่งเสริมความปลอดภัย และบริหารความเสี่ยงของ ผู้รับบริการ บุคลากร และองค์กร ทั้งนี้ ให้รวมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเข้ากับคณะกรรมการชุดนี้

๒) ทีมใกล้เคียง โดยมีรองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ เป็นประธาน นักสันติวิธี นักกฎหมาย และผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อยุติปัญหาตั้งแต่เริ่มต้นไม่ให้ลุกลาม

๓) ทีมเคลื่อนที่เร็ว (Rapid Response Team) ทำหน้าที่ตอบสนองและแก้ไขปัญหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) ในการดูแลรักษา ทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับ ผลกระทบให้กลับมาเป็นปกติโดยเร็วเพื่อยุติปัญหาตั้งแต่เริ่มต้นไม่ให้ลุกลาม

๒.๒ ดำเนินการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ประเด็นยุทธศาสตร์และยุทธศาสตร์ ให้เป็นปัจจุบัน

๒.๓ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรและคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของสถาบัน
มะเร็งแห่งชาติได้ทราบ และเข้าใจในสาระสำคัญของเป้าหมายของหน่วยงาน โดยเฉพาะยุทธศาสตร์และแนว
ทางการขับเคลื่อน เพื่อให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงสามารถวิเคราะห์และวางแผนจัดการความเสี่ยงได้
อย่างถูกต้อง

๒.๔ ดำเนินนโยบายหรือแนวทางในการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน และประกาศให้
บุคลากรได้รับทราบ เพื่อให้บุคลากรทุกระดับเห็นคุณค่าและมีส่วนร่วมในการค้นหาและรายงานความ
เสี่ยง รวมทั้งเป็นกรอบแนวทางให้กลุ่มงาน ดำเนินงานโดยเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานปกติ

๓. การบ่งชี้เหตุการณ์ (Event Identification)

เป็นการรวบรวมเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นกับหน่วยงาน ทั้งในส่วนของปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจาก
ภายในและภายนอกองค์กร เช่น นโยบายบริหารงานบุคลากร การปฏิบัติงาน การเงิน ระบบสารสนเทศ
ระเบียบ กฎหมาย ระบบบัญชี ภาษีอากร อุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event) และอุบัติการณ์อันตราย
(Harmful Event) ทั้งนี้ เพื่อทำความเข้าใจต่อเหตุการณ์และสถานการณ์นั้นเพื่อให้ผู้บริหารสามารถพิจารณา
กำหนดแนวทางและนโยบายในการจัดการกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี

๓.๑ ดำเนินการระบุประเด็นความเสี่ยงที่กำหนดร่วมกันตาม Enterprise Risk
Management Standard ซึ่งกลุ่มงานสามารถปรับและกำหนดความเสี่ยงเพิ่มเติมที่อาจสนับสนุนให้
หน่วยงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย โดยสามารถวิเคราะห์ได้จากรายงานอุบัติการณ์ในอดีต ข่าวหรือ
สถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับหน่วยงานอื่น การเดินสำรวจ (Risk Round) การประชุมระดมสมอง ข้อเสนอแนะ
จากบุคคลภายนอกหรือผู้ตรวจสอบภายนอก เป็นต้น โดยให้กลุ่มงานคำนึงถึงความเสี่ยงด้านความปลอดภัย
ของผู้รับบริการที่อาจเป็นสาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) และนำไปสู่ความ
เสียหายทั้งต่อผู้ป่วย บุคลากรผู้ปฏิบัติงานและสถาบัน ซึ่งอาจก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านชีวิต สุขภาพ
เศรษฐกิจ และสังคม ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขด้วย พร้อมกันนี้ให้ระบุความเสี่ยงของประเด็น
ความเสี่ยงนั้น ๆ และจำแนกประเภทความเสี่ยงตามหลัก COSO : Enterprise Risk Management ได้แก่
ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk), ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติงาน (Operation Risk), ความเสี่ยงด้าน
การเงิน (Financial Risk) และความเสี่ยงด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบ (Compliance Risk) **บันทึกลงใน
แบบฟอร์มที่ ๑.๑**

๓.๒ นำความเสี่ยงในแต่ละประเด็นความเสี่ยงไปจำแนกประเภทความเสี่ยงตามหลัก
ธรรมาภิบาล ได้แก่ หลักประสิทธิผล (G๑), หลักประสิทธิภาพ (G๒), หลักการตอบสนอง (G๓), หลักการระ
ับผิดชอบ (G๔), หลักความโปร่งใส (G๕), หลักนิติธรรม (G๖), หลักความเสมอภาค (G๗), หลักการมี
ส่วนร่วม (G๘), หลักการกระจายอำนาจ (G๙), และหลักคุณธรรมและจริยธรรม (G๑๐) **บันทึกลงใน
แบบฟอร์มที่ ๑.๒** โดยส่วนใหญ่ความเสี่ยงตามหลัก COSO : Enterprise Risk Management และความ
เสี่ยงตามหลักธรรมาภิบาลจะมีความสอดคล้องกัน ดังนี้

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

- ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ จะสอดคล้องกับความเสี่ยงด้าน
ธรรมาภิบาล : หลักนิติธรรม (G๖) เป็นต้น

๔. การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

การประเมินความเสี่ยงเป็นการจำแนกและพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงที่มีอยู่ โดยการประเมินจากโอกาสที่จะเกิด (Likelihood) และผลกระทบ (Impact) สามารถประเมินความเสี่ยงได้ทั้งจากความเสี่ยงภายนอกและภายในองค์กร

๔.๑ นำความเสี่ยงที่ได้จากแบบฟอร์มที่ ๑.๑ และ ๑.๒ มาทำการประเมินความเสี่ยง**บันทึกลงในแบบฟอร์มที่ ๒** 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 โดยใส่คะแนนของแต่ละความเสี่ยง **บันทึกลงในแบบฟอร์มที่ ๓** ความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงและสูงมาก นำมาวางแผนบริหารความเสี่ยง (Enterprise Risk Management : ERM) ส่วนความเสี่ยงระดับปานกลางลงไปให้นำไปทำการควบคุมภายใน (Internal Control : IC)

๕. การตอบสนองความเสี่ยง (Risk Response)

เป็นการดำเนินงานหลังจากที่องค์กรสามารถบ่งชี้ความเสี่ยงขององค์กร และประเมินความสำคัญของความเสี่ยงแล้ว โดยจะต้องนำความเสี่ยงไปดำเนินการตอบสนองด้วยวิธีการที่เหมาะสมเพื่อลดความสูญเสียหรือโอกาสที่จะเกิดผลกระทบให้อยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้

๕.๑ นำความเสี่ยงที่พบทั้งหมดจากแบบฟอร์มที่ ๓ มากำหนดผู้รับผิดชอบและผู้ควบคุมกำกับ จัดทำเป็นบัญชีความเสี่ยง เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับดำเนินงานจัดการความเสี่ยงให้ครอบคลุม **บันทึกลงในแบบฟอร์มที่ ๔** ทั้งนี้ ผู้อำนวยการควรเป็นผู้ควบคุมกำกับระดับความเสี่ยงสูงมากเท่านั้นในการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน

๕.๒ นำความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงและสูงมาก มาวางแผนบริหารความเสี่ยงและกำหนดมาตรการจัดการความเสี่ยงเพิ่มเติม/ ปรับปรุง **บันทึกลงในแบบฟอร์มที่ ๕** โดยดำเนินการ ดังนี้

(๑) ระบุลำดับที่ความเสี่ยง

(๒) ระบุประเด็นความเสี่ยง

(๓) ระบุความเสี่ยง

(๔) ระบุปัจจัยหรือสาเหตุของความเสี่ยงที่ได้จากการวิเคราะห์

(๕) ระบุประเภทความเสี่ยง

(๖) ระบุมาตรการในการจัดการความเสี่ยงที่มีอยู่เดิม

(๗) กำหนดมาตรการในการจัดการความเสี่ยงเพิ่มเติม/ ปรับปรุง

(๘) ระบุอุบัติการณ์ที่ผ่านมา (ถ้ามี) เพื่อแสดงถึงผลของการดำเนินการตามมาตรการในการจัดการความเสี่ยงในปีที่ผ่านมา

(๙) กำหนดผู้รับผิดชอบ

(๑๐) ผู้ควบคุมกำกับ

(๑๑) ระยะเวลาดำเนินงาน

๖. กิจกรรมการควบคุม (Control Activities)

การกำหนดกิจกรรมและการปฏิบัติต่าง ๆ ที่กระทำเพื่อลดความเสี่ยง และทำให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร เช่น การกำหนดกระบวนการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยงให้กับบุคลากรภายในองค์กร เพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจว่าจะสามารถจัดการกับความเสี่ยงนั้นได้อย่างถูกต้องและเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

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

หากมีอุบัติการณ์เกิดขึ้น กลุ่มงาน ต้องรายงานอุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event) ให้ผู้อำนวยการทราบโดยทันที และอุบัติการณ์อันตราย (Harmful Event) ให้รายงานภายใน ๒๔ ชั่วโมง นอกนั้นให้รายงานตามระบบปกติ โดยในกรณีอุบัติการณ์รุนแรงสูงมากและอันตรายร้ายแรง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของกรมการแพทย์ ควรมีการจัดทำรายงานให้ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อพิจารณารายงานอภิติกรมการแพทย์ทราบต่อไป

๗. สารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communication)

มีระบบสารสนเทศและการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพราะเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปพิจารณาดำเนินการบริหารความเสี่ยงให้เป็นไปตามกรอบ และขั้นตอนการปฏิบัติที่องค์กรกำหนด โดยกลุ่มงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ให้ใช้กรอบการสื่อสารที่กำหนดร่วมกันตาม Enterprise Risk Management Standard เป็นกรอบในการดำเนินการและสามารถปรับและกำหนดเพิ่มเติมได้ตามบริบทของกลุ่มงาน

๘. การติดตามประเมินผล (Monitoring)

มีการติดตามผล เพื่อให้ทราบถึงผลการดำเนินการว่ามีความเหมาะสมและสามารถจัดการความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่

๘.๑ คณะกรรมการความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงสถาบันมะเร็งแห่งชาติ นิเทศติดตามผลการจัดการ/ ควบคุมความเสี่ยงเป็นระยะตามที่กำหนดไว้

๘.๒ ผู้รับผิดชอบความเสี่ยงจัดทำรายงานผลการดำเนินงานจัดการ/ ควบคุมความเสี่ยง รวมทั้งวิเคราะห์ข้อดี/ ข้อเสีย ปัญหาอุปสรรค ถ้าพบว่ามีความเสี่ยงที่ไม่สามารถจัดการหรือควบคุมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด หรือพบว่ามีความเสี่ยงเกิดขึ้นใหม่ ผู้รับผิดชอบความเสี่ยงต้องทบทวนความเสี่ยง และกำหนดมาตรการในการจัดการความเสี่ยงเพื่อสามารถจัดการความเสี่ยงนั้นและนำเสนอคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงสถาบันมะเร็งแห่งชาติทราบทุก ๖ เดือน และ ๑๒ เดือน โดยบันทึกลงในแบบฟอร์มที่ ๖

๘.๓ สถาบันมะเร็งแห่งชาติสรุปรายงานวิเคราะห์ต้นเหตุ (Root Cause Analysis) อุตบัติการณ์รุนแรง (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 คณะกรรมการความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงสถาบันมะเร็งแห่งชาติสรุปผลความสำเร็จการดำเนินการบริหารความเสี่ยงภาพรวมเป็นรายงานการบริหารความเสี่ยงประจำปีเสนอต่อคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน และกรมการแพทย์ทุก ๑ ปี

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

ความเสี่ยงที่สำคัญของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

๑. การระบุความเสี่ยง (Risk Identification)

สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีความเสี่ยงในการบริหารงานและดำเนินงานที่ต้องร่วมกันจัดการ หรือ ควบคุมตามแนวทางการบริหารความเสี่ยง (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 การลือกสเปค)
๑๐. ความลับขององค์กร/ ผู้ป่วยรั่วไหล
๑๑. ผลกระทบจากการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่มีต่อชุมชน/ สิ่งแวดล้อม
๑๒. การกระทำผิดกฎหมายใหม่ที่สำคัญ (เช่น พรบ.คอมพิวเตอร์, จัดซื้อจัดจ้าง)
๑๓. บุคลากรมีค่านิยมไม่ตรงกับองค์กร
๑๔. โรงพยาบาลมีสถานะการเงินรายจ่ายมากกว่ารายได้

หมายเหตุ นอกจากความเสี่ยงที่กรมการแพทย์กำหนดให้ กลุ่มงานสามารถปรับหรือกำหนดความเสี่ยงเพิ่มเติมได้

๒. เกณฑ์การประเมินค่าคะแนนโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง

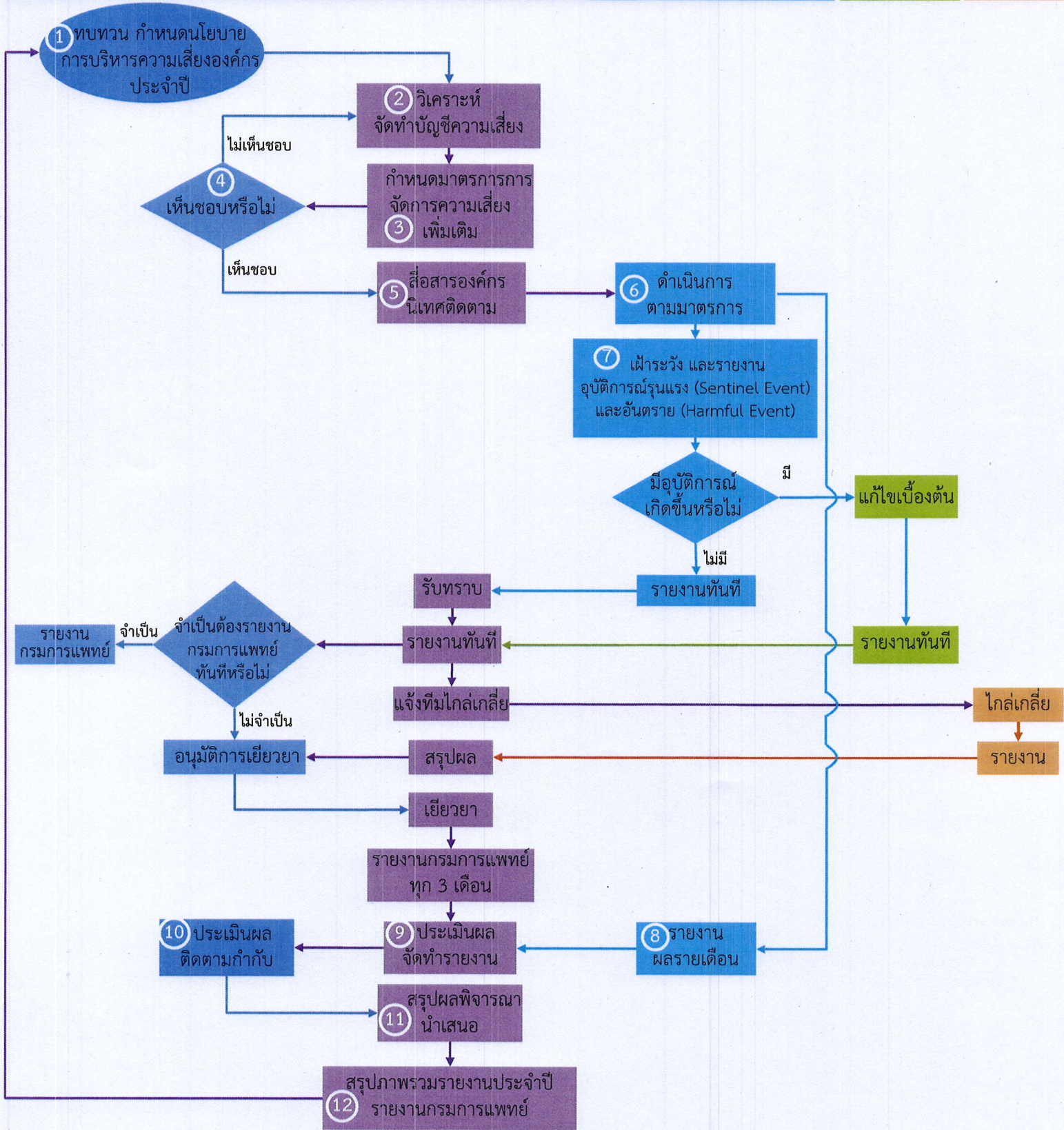
ระดับ	คำอธิบาย	โอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง
๑ น้อยมาก		อาจเกิดขึ้น ๐-๑ ครั้งต่อปี
๒ น้อย		เกิดขึ้น ๒-๓ ครั้งต่อปี
๓ ปานกลาง		เกิดขึ้น ๔-๕ ครั้งต่อปี
๔ สูง		เกิดขึ้น ๖-๑๒ ครั้งต่อปี
๕ สูงมาก		เกิดขึ้นมากกว่า ๑๒ ครั้งต่อปี

๓. เกณฑ์การประเมินระดับความรุนแรงของผลกระทบจากความเสียหาย

ด้านของผลกระทบ	ด้านการเงินและทรัพย์สินเสียหาย	ด้านชื่อเสียงภาพลักษณ์ และส่งผลให้ขาดความเชื่อมั่นจากผู้บริหารหรือองค์กรภายนอก	ด้านผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมาย	ไม่สามารถปฏิบัติตามนโยบายกฎหมายระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องได้	อันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย/ญาติ/ประชาชน/ เจ้าหน้าที่	ระบบสนับสนุนบริการ
ระดับความรุนแรง						
๑ รุนแรงน้อยมาก	มีการลดลงของรายได้หรือมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นหรือมีทรัพย์สินเสียหายน้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท	มีผลกระทบต่อชื่อเสียงในระดับบุคคล/ กลุ่มงาน/ จากผู้บริหารภายในสถาบัน	ผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมาย < ร้อยละ ๑๐ ขึ้นไปหรือ เกิดความล่าช้าในการดำเนินงาน ไม่เกิน ๔๕ วัน	เกิดการร้องเรียน แต่ไม่มีมูลค่าความผิดวินัย	อาจเกิดหรือเกิดอันตราย แต่ไม่ถึงผู้ป่วย (ระดับ A-B)	หยุดบริการน้อยกว่า ๕ นาที
๒ รุนแรงน้อย	มีการลดลงของรายได้หรือมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นหรือมีทรัพย์สินเสียหายน้อยกว่า $\geq ๑๐,๐๐๐ - ๕๐,๐๐๐$ บาท	มีผลกระทบต่อชื่อเสียงในระดับบุคคลจากผู้บริหารภายนอก	ผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมาย \geq ร้อยละ ๑๐ - ๒๐ หรือเกิดความล่าช้าในการดำเนินงาน ๔๖ - ๙๐ วัน	เกิดการร้องเรียน แต่สามารถยอมความได้ หรือรับโทษทางวินัยภาคทัณฑ์	เกิดอันตรายถึงผู้ป่วย แต่ไม่ต้องการรักษา/ ต้องเฝ้าระวังว่าไม่เกิดอันตราย (ระดับ C - D)	หยุดบริการมากกว่า ๕ - ๑๕ นาที
๓ รุนแรงปานกลาง	มีการลดลงของรายได้หรือมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นหรือมีทรัพย์สินเสียหายน้อยกว่า $> ๕๐,๐๐๐ - ๒๕๐,๐๐๐$ บาท	มีผลกระทบต่อชื่อเสียงในระดับบุคคลจากผู้บริหารภายนอก	ผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมาย $>$ ร้อยละ ๒๐ - ๓๐ หรือเกิดความล่าช้าในการดำเนินงาน ๙๑ - ๑๓๕ วัน	เกิดการร้องเรียน แต่สามารถตกลงชดเชยค่าเสียหายได้ ไม่ต้องขึ้นศาล หรือรับโทษทางวินัยตัดเงินเดือน	เกิดอันตรายชั่วคราวต้องรักษา/ นอนโรงพยาบาล (ระดับ E - F)	หยุดบริการมากกว่า ๑๕ - ๓๐ นาที
๔ รุนแรงสูง	มีการลดลงของรายได้หรือมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นหรือมีทรัพย์สินเสียหายน้อยกว่า $> ๕๐,๐๐๐ - ๒๕๐,๐๐๐$ บาท	มีผลกระทบต่อชื่อเสียงในระดับกลุ่มงานจากผู้บริหารภายนอก	ผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมาย $>$ ร้อยละ ๓๐ - ๔๐ หรือเกิดความล่าช้าในการดำเนินงาน ๑๓๖ - ๑๘๐ วัน	เกิดการฟ้องร้องขึ้นศาล หรือรับโทษทางวินัยลดเงินเดือน	เกิดอันตรายถึงขั้นพิการ หรือต้องช่วยชีวิต (ระดับ G - H)	หยุดบริการมากกว่า ๓๐ - ๖๐ นาที
๕ รุนแรงสูงมาก	มีการลดลงของรายได้หรือมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นหรือมีทรัพย์สินเสียหาย $\geq ๒๕๐,๐๐๐$ บาท	มีผลกระทบต่อชื่อเสียงภาพลักษณ์สถาบันขึ้นจากผู้บริหารภายนอก	ผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมาย $>$ ร้อยละ ๔๐ หรือเกิดความล่าช้าในการดำเนินงาน มากกว่า ๑๘๐ วัน	ต้องรับโทษในระดับสถาบัน ขึ้นไป หรือรับโทษทางวินัยปลดออกขึ้นไป	เกิดอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต (ระดับ I)	หยุดบริการมากกว่า ๑ ชั่วโมง

แผนภูมิการบริหารความเสี่ยงสำหรับโรงพยาบาล สถาบัน
ระดับความเสี่ยงสูงและสูงมาก (Enterprise Risk Management: ERM)

คณะกรรมการบริหาร	คณะกรรมการความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงในสถานพยาบาล	คณะกรรมการฯ/กลุ่มงาน/ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง	ทีมเคลื่อนที่เร็ว (RRT)	ทีมเจรจาไกล่เกลี่ย
------------------	---	--	-------------------------	--------------------



๕. สารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communication)

๕.๑ ใช้ระบบ IT หรือ Manual ในการสื่อสารความเสี่ยง

๕.๒ กำหนดกรอบระยะเวลาในการสื่อสาร ภายใน ๑ สัปดาห์

๕.๓ คณะกรรมการความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงในสถานพยาบาล ประชุมสื่อสารแผนการบริหารความเสี่ยงแก่ผู้รับผิดชอบ

๕.๔ กำหนดให้ความเสี่ยงอยู่ในวาระการประชุมบริหาร

๖. การติดตามประเมินผล (Monitoring)

๖.๑ คณะกรรมการความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงในสถานพยาบาลติดตามความก้าวหน้าอุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event) และอันตราย (Harmful Event) รายงานศูนย์สันติวิธีกรรมการแพทย์ ทุก ๓ เดือน

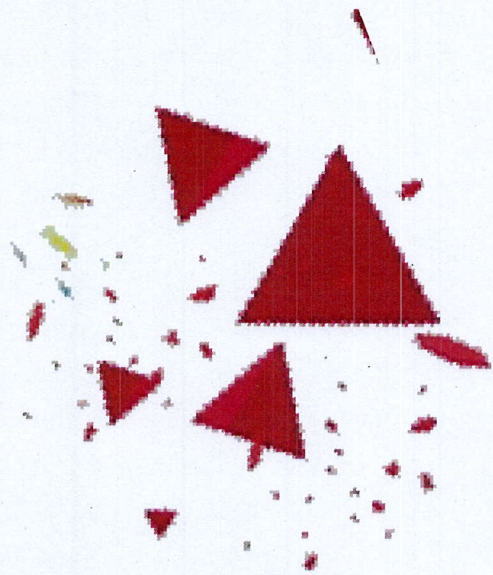
๖.๒ คณะกรรมการความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงในสถานพยาบาลติดตามความก้าวหน้าการบริหารความเสี่ยง ทุก ๓ เดือน

๑) ทำตามมาตรการหรือไม่

๒) เกิดเหตุหรือไม่ อย่างไร

๖.๓ หน่วยงานผู้รับผิดชอบแต่ละความเสี่ยงรายงานผลการจัดการความเสี่ยงให้คณะกรรมการความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงในสถานพยาบาลของหน่วยงาน ทุก ๖ เดือน

๖.๔ คณะกรรมการความปลอดภัยและบริหารความเสี่ยงในสถานพยาบาล ประเมินผลการจัดการและการจัดทำรายงาน Enterprise Risk Management สรุปผลความสำเร็จการดำเนินการบริหารความเสี่ยงภาพรวมเป็นรายงานการบริหารความเสี่ยงประจำปี สอนงต่อคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน และกรรมการแพทย์ ทุก ๑ ปี



กลุ่มงานแผนงานและประเมินผล
ภารกิจด้านอำนวยการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
โทร ๐ ๒๒๐๒ ๖๘๐๐ ต่อ ๑๕๒๔, ๓๒๐๕

