



รายงานผลการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณตามแผนปฏิบัติงาน

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ณ ไตรมาส 1

(ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 31 ธันวาคม 2567)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



วิสัยทัศน์ : **สถานพยาบาลมีระบบคุณภาพระดับสากล ประชาชนปลอดภัยด้วยมาตรฐาน HA**

- พันธกิจ :**
- (1) ประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลรวมทั้งกำหนดมาตรฐานเพื่อการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
 - (2) ส่งเสริมให้เกิดกลไกการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีทั้งภายในและต่างประเทศ
 - (3) สนับสนุนการสร้าง เผยแพร่ และจัดการความรู้ การศึกษาวิจัย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ด้านการพัฒนา คุณภาพสถานพยาบาลและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
 - (4) จัดหลักสูตรและฝึกอบรมแก่บุคลากรของสถานพยาบาล เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

- เป้าประสงค์ :**
- (1) ยกระดับและเพิ่มความครอบคลุมสถานพยาบาลได้รับการพัฒนาและประเมินรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA
 - (2) ประชาชนได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพและความปลอดภัยจากสถานพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน HA
 - (3) การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพประเทศไทยได้รับการยอมรับในระดับสากล

สถาบันได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติงานปี 2568 ไตรมาส 1 มีผลการดำเนินงานดังนี้

รายงานผลการดำเนินงานและการใช้งบประมาณ ตามแผนปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ณ ไตรมาส 1
(ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 - 31 ธันวาคม 2567)

1. แผนปฏิบัติงาน : สร้างความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพด้วยกระบวนการ HA

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย ¹	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
1.1 โครงการบริหารจัดการเยี่ยมประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพที่มีประสิทธิผล	35.9460 ลบ.	10.0352 ลบ.	28.11	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. ร้อยละสถานพยาบาลภาครัฐ ที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (รพ.ภาครัฐทั้งหมด 1,107 แห่ง) 2. ร้อยละสถานพยาบาลภาคเอกชน ที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (รพ.ภาคเอกชนทั้งหมด 384 แห่ง) 3. ร้อยละสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองการพัฒนาและการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (รพ.ภาครัฐและเอกชน 1,491 แห่ง) 4. จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองมาตรฐาน HA ขั้นก้าวหน้า (Advance HA) 5. จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองมาตรฐานระบบเครือข่ายบริการ 6. ระดับความพึงพอใจของสถานพยาบาลต่อกระบวนการประเมินและให้การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	ร้อยละ 83.1 (920 แห่ง) ร้อยละ 48.12 (185 แห่ง) ร้อยละ 74.11 (1,105 แห่ง) 22 แห่ง 35 แห่ง ร้อยละ 90	ร้อยละ 81.93 (907 แห่ง) ร้อยละ 47.92 (184 แห่ง) ร้อยละ 73.17 (1,091 แห่ง) 21 แห่ง 37 แห่ง วัดผลไตรมาส 4	ข้อจำกัดจากจำนวน Manday ของผู้เยี่ยมสำรวจ ที่สถาบันได้รับ ส่งผลทำให้จำนวนการจัดเยี่ยมสำรวจ จำนวนการจัดเยี่ยมสำรวจขั้นมาตรฐานและการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวัง ไม่เป็นไปตามแผน	วางแผนประสานขอวันจากผู้เยี่ยมสำรวจและวางแผนการจัดเยี่ยมสำรวจล่วงหน้า ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
(1.1.1) โครงการเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาล	32.2460 ลบ.	9.3390 ลบ.	28.96						
(1.1.2) โครงการสนับสนุนคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ	1.8000 ลบ.	0.3854 ลบ.	21.41						
(1.1.3) โครงการเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการรับรองคุณภาพ	0.2500 ลบ.	ดำเนินกิจกรรมแล้วแต่ไม่ได้ใช้งบประมาณ	-						
(1.1.4) โครงการพัฒนาคลังส่งเสริมการเรียนรู้และเตรียมความพร้อมสถานพยาบาลเข้าสู่กระบวนการรับรอง ปี 2568	1.4000 ลบ.	0.3108 ลบ.	22.20						
1.2 โครงการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพบริการสถานพยาบาลปฐมภูมิ	3.3444 ลบ.	0.2891 ลบ.	8.64	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. ร้อยละสถานพยาบาลปฐมภูมิที่เข้าสู่กระบวนการพัฒนา มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ 2. จำนวนศูนย์การเรียนรู้ที่มีการขับเคลื่อนการพัฒนาตาม มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ 3. จำนวนผลงานวิชาการที่ถูกลำดับไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเชิง วิชาการระดับนานาชาติ 4. จำนวนองค์ความรู้วิชาการ/งานวิจัย/นวัตกรรม รวมทั้งข้อเสนอ แนะเชิงนโยบายที่ได้รับการนำไปใช้ในระดับชาติหรือนานาชาติ 5. จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาและรับรอง คุณภาพจากสถานพยาบาล ที่มีการเผยแพร่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 6. จำนวนบุคลากรคุณภาพ (Quality Expert) ด้านการพัฒนา ตามมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ 6.1 พี่เลี้ยงการพัฒนา (สะสม) 6.2 วิทยากร (สะสม) 6.3 ผู้เยี่ยมสำรวจ (สะสม) 6.4 ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ (สะสม) 7. ระดับความสำเร็จของการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการ ประเมินรับรองอย่างชาญฉลาด 8. ระดับความสำเร็จของการดำเนินการเพื่อได้รับการรับรอง มาตรฐานในระดับสากล	ร้อยละ 2 8 แห่ง 3 เรื่อง 1 เรื่อง 20 เรื่อง 120 คน 20 คน 10 คน 40 คน ระดับ 2 ระดับ 1	ร้อยละ 1.51 5 แห่ง วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 190 คน 19 คน 4 คน 23 คน วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4	1. พี่เลี้ยงในสังกัด อบจ. อยากร่วมเพื่อ นำความรู้ไปพัฒนาในพื้นที่ ของตนเอง แต่งบประมาณ สรรพมีจำกัด 2. แนวทางการสนับสนุน ศูนย์การเรียนรู้/ศูนย์ ส่งเสริมการเรียนรู้ โดยมี พื้นที่เป้าหมาย 5 แห่ง คือ HACC นครชัย บุรินทร์, HACC เชียงราย รพ.กุสุมาลย์ และ รพช. กุสุมาลย์ อบจ.สกลนคร และเขตสุขภาพที่ 4 3. การออกแบบรูปแบบ กระบวนการขึ้นทะเบียน วิทยากรให้เป็นระบบ โดยมีวิทยากรที่ได้รับ การอบรมเรียบร้อยแล้ว จำนวน 19 คน	1. นำเสียงสะท้อนที่ ได้รับหรือเป็นเชิง นโยบายต่อไป 2. กำหนดแนวทางการ ดำเนินงานศูนย์การ เรียนรู้แต่ละระดับ / กำหนดให้ ศสร. มี การจัดทำแผนดำเนิน งานและกำกับติดตาม โดยคณะทำงาน ศูนย์ฯ /กำกับติดตาม โดยอนุกรรมการฯ 3. วางระบบการขึ้น ทะเบียนวิทยากร
(1.2.1) โครงการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพบริการสถานพยาบาลปฐมภูมิ	3.3444 ลบ.	0.2891 ลบ.	8.64						

¹ ผลการใช้จ่าย หมายถึง ผลการเบิกจ่ายจริง+ภาระผูกพัน

2. แผนปฏิบัติงาน : เสริมพลังความร่วมมือเครือข่ายเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย ²	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<p>2.1 โครงการเสริมพลังความร่วมมือเครือข่าย เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการที่ดีมีคุณภาพและได้มาตรฐาน</p> <p>(2.1.1) โครงการย่อยพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล</p> <p>(2.1.2) โครงการย่อยพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือองค์กรเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ</p> <p>(2.1.3) โครงการย่อยโครงการพัฒนาเครือข่ายสถานพยาบาลต้นแบบด้านมิติจิตวิญญาณ</p>	<p>3.7803 ลบ.</p> <p>2.1503 ลบ.</p> <p>0.8300 ลบ.</p> <p>0.8000 ลบ.</p>	<p>0.4302 ลบ.</p> <p>0.4302 ลบ.</p> <p>ดำเนินกิจกรรมแล้วแต่ไม่ได้ใช้งบประมาณ</p> <p>ดำเนินกิจกรรมแล้วแต่ไม่ได้ใช้งบประมาณ</p>	<p>11.38</p> <p>11.38</p> <p>-</p> <p>-</p>	<p>1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568</p>	<p>1. จำนวนเครือข่าย HACCP (สะสม)</p> <p>2. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาขีดความสามารถของเครือข่ายระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิผล</p> <p>3. ร้อยละความครอบคลุมของจังหวัดที่มีเครือข่ายเชิงพื้นที่</p> <p>4. จำนวนคู่ความร่วมมือที่มีความสำเร็จในการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล</p> <p>5. จำนวนเครือข่ายชุมชนและสังคมที่ให้การสนับสนุนการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล</p> <p>6. จำนวนสถานพยาบาลที่ไม่มีชั้น เข้าสู่การพัฒนาตามมาตรฐาน HA</p> <p>7. จำนวนสถานพยาบาลต้นแบบ มิติจิตวิญญาณ Spiritual Healthcare Appreciate : SHA</p> <p>8. จำนวนคู่ความร่วมมือที่มีความสำเร็จในการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล</p>	<p>11 แห่ง ระดับ 80</p> <p>ร้อยละ 80</p> <p>7 คู่ความร่วมมือ</p> <p>5 เครือข่าย</p> <p>20 แห่ง</p> <p>6 แห่ง</p> <p>7 คู่ความร่วมมือ</p>	<p>9 แห่ง วัดผลไตรมาส 4</p> <p>วัดผลไตรมาส 4</p> <p>วัดผลไตรมาส 4</p> <p>วัดผลไตรมาส 4</p> <p>วัดผลไตรมาส 4</p> <p>วัดผลไตรมาส 4</p> <p>วัดผลไตรมาส 4</p>	<p>-ไม่มี-</p>	<p>-ไม่มี-</p>
<p>2.2 โครงการสร้างการมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ชุมชน ในการขับเคลื่อนความปลอดภัย</p> <p>(2.2.1) โครงการสร้างการมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ชุมชน ในการขับเคลื่อนความปลอดภัย</p>	<p>0.5000 ลบ.</p> <p>0.5000 ลบ.</p>	<p>ดำเนินกิจกรรมแล้วแต่ไม่ได้ใช้งบประมาณ</p> <p>ดำเนินกิจกรรมแล้วแต่ไม่ได้ใช้งบประมาณ</p>	<p>-</p> <p>-</p>	<p>1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568</p>	<p>1. สถานพยาบาลที่มีประชาชนเป็นส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ</p> <p>2. ร้อยละสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีการรับฟัง/เรียนรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วยเพื่อนำมาปรับระบบงานให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย</p> <p>3. จำนวนนักสร้างสุข Patient Safety Champion</p> <p>4. ร้อยละพื้นที่ที่สะท้อนผลลัพธ์ในมิติวัดคุณภาพ ด้านความปลอดภัย</p>	<p>ร้อยละ 80</p> <p>ร้อยละ 75</p> <p>30 คน</p> <p>ร้อยละ 80</p>	<p>วัดผลไตรมาส 4</p> <p>วัดผลไตรมาส 4</p> <p>วัดผลไตรมาส 4</p> <p>วัดผลไตรมาส 4</p>	<p>1. การดำเนินงานและแผนการใช้จ่ายไม่ปฏิบัติตามแผนงานที่กำหนด</p> <p>2. ลักษณะการดำเนินงานมีการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่สถานพยาบาลอาจทำให้การประสานงานเกิดความล่าช้าและขาดความต่อเนื่อง</p>	<p>จัดหาคู่ความร่วมมือเครือข่ายด้านสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานเพิ่มมากขึ้น เช่น สสส., สช. เป็นต้น</p>

² ผลการใช้จ่าย หมายถึง ผลการเบิกจ่ายจริง+ภาวะผูกพัน

3. แผนปฏิบัติงาน : ยกระดับการจัดการความรู้และนวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย ³	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
3.1 โครงการยกระดับการจัดการความรู้และนวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง (3.1.1) การจัดการความรู้เพื่อสร้างผลงานวิชาการศึกษาวิจัย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (3.1.2) โครงการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลรัฐ ระยะที่ 3	3.3563 ลบ. 1.7900 ลบ. 1.5663 ลบ.	0.2500 ลบ. ดำเนินกิจกรรมแล้วแต่ไม่ได้ใช้งบประมาณ 0.2500 ลบ.	7.45 - 7.45	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. จำนวนองค์ความรู้วิชาการ งานวิจัย และนวัตกรรม รวมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้รับการนำไปใช้ในระดับชาติหรือระดับนานาชาติ (Result chain: Output) 2. ร้อยละความไว้วางใจของประชาชนต่อสถานพยาบาลมาตรฐาน HA (Result chain: Impact) 3. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาแผนการจัดการความรู้ขององค์กร 4. จำนวนผลงานการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง/นวัตกรรมตามแผนพัฒนาคุณภาพระดับองค์กร 5. จำนวนสถานพยาบาลที่ประเมินตนเองไว้ระดับการพัฒนาคุณภาพของระบบสารสนเทศและใช้ผลการสำรวจมาพัฒนาคุณภาพระบบสารสนเทศและความมั่นคงปลอดภัย 6. ร้อยละความพึงพอใจการใช้แพลตฟอร์ม HITS จากผู้ใช้บริการ	3 เรื่อง (สะสม) ร้อยละ 80 ระดับ 3 12 เรื่อง (สะสม) 150 แห่ง (สะสม) ร้อยละ 80	วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 ระดับ 2 วัดผลไตรมาส 4 101 แห่ง วัดผลไตรมาส 4	1. การจัดสัมมนาคืนข้อมูลการสำรวจแก่หน่วยงานด้านกำกับนโยบาย จำเป็นต้องใช้ข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์และนัดหมายผู้ที่เกี่ยวข้องยาก 2. รพ.รายใหม่ยังแจ้งความประสงค์สมัครเข้ามาจำนวนน้อยกว่าเป้าหมาย	1. จัดคืนข้อมูลการสำรวจให้เป็นหนึ่งในวาระของการประชุมคณะกรรมการ 3P safety หรือนัดหมายแยกโดยเร่งดำเนินการนัดหมายวันสัมมนาภายในไตรมาส 3 2. ดำเนินการเชิงรุกประชาสัมพันธ์เพิ่มเติมผ่านช่องทาง สรพ. และหน่วยงานความร่วมมือ เช่น TMI ช่วยประชาสัมพันธ์เพิ่มเติม
3.2 โครงการประชุมวิชาการประจำปี (3.2.1) โครงการประชุมวิชาการประจำปี	28.0000 ลบ. 28.0000 ลบ.	10.0000 ลบ. 10.0000 ลบ.	35.71 35.71	1 ตุลาคม 2567- 31 มีนาคม 2568	1. ร้อยละของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมการประชุมวิชาการประจำปี 2. จำนวนผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี 3. จำนวนผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี 4. จำนวนผลงานวิชาการที่เผยแพร่ภายในงานประชุมวิชาการประจำปี 5. จำนวนหัวข้อในการบรรยายภายในงานประชุมวิชาการประจำปี 6. ร้อยละของผูรร่วมประชุมที่มีระดับความพึงพอใจเป็นไปตามคาดหวัง/เกินคาดหวังต่องานประชุมวิชาการประจำปี 7. ดัชนีความภักดีของลูกค้า (Net Promotor Score: NPS) 8. จำนวนบุคลากรที่สามารถพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการทีม 9. จำนวนรายได้จากการจัดประชุมวิชาการประจำปี 10. จำนวนรายได้จากหน่วยงานสนับสนุน 11. จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพจากสถานพยาบาล ที่มีการเผยแพร่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้	≥ ร้อยละ 50 ≥ 6,300 คน ≥ 7,500 คน ≥ 540 ผลงาน ≥ 140 หัวข้อ ≥ ร้อยละ 90 ≥ ร้อยละ 90 10 คน 31.5000 ลบ. 2.0000 ลบ. 900 องค์ความรู้	วัดผลไตรมาส 2 วัดผลไตรมาส 2 วัดผลไตรมาส 2 วัดผลไตรมาส 2 วัดผลไตรมาส 2 วัดผลไตรมาส 2 วัดผลไตรมาส 2 วัดผลไตรมาส 2 วัดผลไตรมาส 2 วัดผลไตรมาส 2	บริษัท organizer เป็นบริษัทใหม่ บริษัทยังต้องใช้เวลาทำความเข้าใจ concept การจัดงาน ในปีที่ผ่านมา เพื่อเป็นแนวทางในการจัดงานให้ได้ตามลักษณะงานที่กำหนด	ทำความเข้าใจและให้ข้อมูลลักษณะ concept การจัดงาน ในปีที่ผ่านมา เพื่อเป็นแนวทางในการจัดงานให้ได้ตามลักษณะงานที่กำหนด
3.3 โครงการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลและกระบวนการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (3.3.1) โครงการพัฒนามาตรฐานและระบบการประเมินรับรอง HA ให้ได้รับการยอมรับในระดับสากล (3.3.2) โครงการพัฒนามาตรฐานและระบบการประเมินรับรองที่หลากหลายแบบมีส่วนร่วมตามแนวทางสากล	2.0000 ลบ. 1.3420 ลบ. 0.6580 ลบ.	0.6866 ลบ. 0.3866 ลบ. 0.3000 ลบ.	34.33 28.80 45.59	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. ระดับความสำเร็จตามเป้าหมายของแผนการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ 2. ระดับความสำเร็จตามเป้าหมายของแผนการนำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพสู่การปฏิบัติและประเมินผล 3. ระดับความสำเร็จตามเป้าหมายของแผนการพัฒนามาตรฐานและระบบประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ 4. ระดับความสำเร็จตามแผนงานการพัฒนากระบวนการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลอย่างชาญฉลาด (intelligence survey)	ผ่านเกณฑ์ขั้นสูง ผ่านเกณฑ์ขั้นมาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ขั้นสูง ผ่านเกณฑ์ขั้นมาตรฐาน	วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4	-ไม่มี-	-ไม่มี-

³ ผลการใช้จ่าย หมายถึง ผลการเบิกจ่ายจริง+ภาระผูกพัน

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย ³	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
					5. จำนวนรูปแบบการประเมินรับรองหรือเครื่องมือที่มีการปรับปรุงและประกาศใช้ 6. จำนวนผลงานวิชาการ/วิจัย/นวัตกรรม/ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการพัฒนามาตรฐานและการประเมินรับรองที่เผยแพร่สู่สาธารณะหรือได้นำเสนอเพื่อเป็นประเด็นขับเคลื่อนเชิงนโยบาย 7. จำนวนมาตรฐานที่ได้รับการรับรองในระดับสากล	2 เรื่อง 2 เรื่อง 1 จำนวน (สะสม)	วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4		
3.4 โครงการพัฒนากลไกการจัดการคุณภาพบริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดความเหลื่อมล้ำของคุณภาพและความปลอดภัย ระยะที่ 2 (3.4.1) พัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่สำคัญในการขับเคลื่อน 3P Safety (3.4.2) สร้างและพัฒนาระบบข้อมูลองค์ความรู้และงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรและประชาชน (3.4.3) ขับเคลื่อนนโยบาย กำกับ และอภิบาลระบบบริการสุขภาพเพื่อ 3P Safety	13.3410 ลบ. 8.6531 ลบ. 1.5501 ลบ. 3.1378 ลบ.	8.1346 ลบ. 7.0126 ลบ. ดำเนินกิจกรรมแล้วแต่ไม่ได้ใช้งบประมาณ 1.1220 ลบ.	60.97 81.04 - 35.83	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. ร้อยละสถานพยาบาลที่ร่วมพัฒนากลไกและนวัตกรรมเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย: แผนยกระดับการจัดการความรู้และนวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง 2. ร้อยละอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Preventable Harm) ตามที่คณะกรรมการกำหนดระดับความรุนแรงถึงตัวผู้ป่วยในสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองลดลง 3. ร้อยละอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากกระบวนดูแลที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในสถานพยาบาล (Patient Suffering) 4. จำนวนคู่ความร่วมมือที่มีความสำเร็จในการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล 5. ร้อยละของสถานพยาบาลที่พัฒนาเชื่อมโยงระบบรายงานอุบัติการณ์และการเรียนรู้เข้าสู่ส่วนกลาง National Reporting and Learning System (NRLS) และระบบ THIP 6. ร้อยละอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ของสถานพยาบาลได้รับการแก้ไขในระดับ E-up 7. ร้อยละสถานพยาบาลเข้าร่วมการจัดประชุม World Patient Safety Day & 3P Safety (Patient/ Personal/ People) 8. ร้อยละของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยเพื่อนำมาปรับระบบงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรมีความปลอดภัย 9. ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาลที่แสดงการวัดผลลัพธ์ตอนที่ IV ในการเยี่ยมรับรอง 10. จำนวนองค์ความรู้ งานวิจัย และนวัตกรรมเกี่ยวกับ 3P Safety ได้รับการเผยแพร่ หรือมีการตีพิมพ์ ในประเทศและต่างประเทศ 11. จำนวนองค์ความรู้และบทเรียนในระบบบริการสุขภาพ/ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy) ที่เป็นผลจากการดำเนินงาน 3P Safety 12. จำนวนการจัดการความรู้แบบ มีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญและนักปฏิบัติ (Community of Practice) 13. จำนวนองค์ความรู้ นวัตกรรมการพัฒนาคุณภาพด้านความปลอดภัย	ร้อยละ 70 ร้อยละ 6.05 ร้อยละ 6.10 5 กลไก (สะสม) ร้อยละ 80 ร้อยละ 35 ร้อยละ 80 ร้อยละ 75 ร้อยละ 50 1 เรื่อง 1 เรื่อง 2 เรื่อง 5 ผลงาน/เรื่อง	ร้อยละ 65.53 ร้อยละ 5.84 ร้อยละ 6.01 1 กลไก ร้อยละ 92.22 ร้อยละ 35.80 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 2 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 1 เรื่อง วัดผลไตรมาส 4	1. มีการวางแผนงานกิจกรรมล่าช้า (นักวิชาการลาออก / มีการปรับงานภายใน/ผู้ปฏิบัติงานมีทักษะไม่สอดคล้องกับโครงการฯ) 2. ร้อยละสถานพยาบาลที่ร่วมพัฒนากลไกและนวัตกรรมเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด 3. รพ.เปลี่ยนผู้ประสานงาน โครงการฯ ใหม่ ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจการเข้าร่วมโครงการ	1. กำหนดภาระงาน/แผนงานตามอัตรากำลังที่มี และเพิ่มทักษะความรู้ให้กับผู้ปฏิบัติงาน 2. ขอบรับลดตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับการดำเนินงานปัจจุบัน 3. จัดทำเอกสารสำหรับสื่อสาร รพ.สมาชิกทุกกิจกรรมในโครงการ

4. แผนปฏิบัติงาน : พัฒนาทุนมนุษย์เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย ⁴	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
4.1 โครงการพัฒนา HAI Academy (4.1.1) กิจกรรมการจัดทำหลักสูตรฝึกอบรม (4.1.2) โครงการสร้างกระบวนการเปลี่ยนผ่านองค์กรเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลในยุคลี้คมสูงอายุ	12.5064 ลบ. 11.6000 ลบ. 0.9064 ลบ.	1.7798 ลบ. 1.7798 ลบ. ดำเนินกิจกรรมแล้วแต่ไม่ได้ใช้งบประมาณ	14.23 14.23 -	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. จำนวนหลักสูตรฝึกอบรมหรือหลักสูตรการศึกษาดูงาน ที่ได้รับการยอมรับจากหน่วยงานภายนอกหรือระดับสากล 2. จำนวนหลักสูตรที่ได้รับการทบทวน 3. จำนวนหลักสูตรฝึกอบรมหรือหลักสูตรการศึกษาดูงาน ที่ได้รับการยอมรับจากหน่วยงานภายนอกหรือระดับสากล 4. รายได้จากการจัดอบรม 5. จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่เข้ารับการอบรมในทุกหลักสูตร 6. ร้อยละของผู้เข้าอบรมหลักสูตรเป็นไปตามเป้าหมาย 7. ร้อยละความพึงพอใจของผู้เข้าอบรมหลักสูตร Public Training 8. ร้อยละความพึงพอใจของผู้เข้าอบรมหลักสูตร e-Learning 9. จำนวนผู้บริหาร ที่เข้ารับการอบรมครบถ้วน 10. ความพึงพอใจของผู้รับการอบรม 11. จำนวนผลงาน หรือแผนงานพัฒนาฯ โครงการที่ผู้เข้าร่วมอบรมจะดำเนินการที่เกิดขึ้นต่อยอดหลังจากอบรม 12. รายงานผลการนำไปใช้ประโยชน์ของการอบรม	1 หลักสูตร (สะสม) 1 หลักสูตร 1 หลักสูตร (สะสม) 21.0000 ลบ. 3,800 คน ร้อยละ 90 ร้อยละ 90 ร้อยละ 85 15 คน ร้อยละ 80 1 ชุดข้อมูล 1 ชุดข้อมูล	วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 3.2075 ลบ. 991 คน ร้อยละ 98 ร้อยละ 96 ร้อยละ 90 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 1 ชุดข้อมูล วัดผลไตรมาส 4	จัดหลักสูตรฝึกอบรมนอกสถานที่ (โรงแรม) ส่งผลทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงคุณภาพในการบริการที่ยังพบปัญหา เช่น สัญญาณเสียงไมโครโฟนที่ไม่ชัดเจน ห้องพักไกลจากที่จอดรถ ไม่มีป้ายบ่งชี้ อาหาร เป็นต้น	1. การ Feedback โรงแรมทันที เพื่อการปรับปรุงร่วมกัน 2. การประสานงานและการเจรจาต่อรองในภาพรวมของสถาบันเพื่อประกันคุณภาพร่วมกันในภาพรวม
4.2 โครงการสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจตามมาตรฐานระดับสากล (4.2.1) โครงการสร้างผู้เยี่ยมสำรวจ (4.2.2) โครงการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ (4.2.3) โครงการบริหารจัดการ	5.5500 ลบ. 2.4000 ลบ. 2.5000 ลบ. 0.6500 ลบ.	1.6343 ลบ. 0.7457 ลบ. 0.7460 ลบ. 0.1426 ลบ.	29.45 31.07 29.84 21.94	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจที่คงอยู่ในระบบ และ/หรือรวมดำเนินการกิจต่างๆในสถาบัน 2. ร้อยละผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ (SIT) ที่ผ่านการขึ้นทะเบียนจากกลุ่มที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเตรียมความพร้อม (หลักสูตร 451) 3. ร้อยละการบริการการฝึกเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลตามแผน SIT 4. ร้อยละการฝึกเยี่ยมฯ ตามแผน New Surveyor 5. ร้อยละผู้เยี่ยมสำรวจใหม่(New Surveyor) ขึ้นทะเบียนเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ Experienced Surveyor 6. ร้อยละการบริหารฝึกเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลตามแผน หัวหน้าทีม 7. จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจที่ขึ้นทะเบียนเป็นหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ 8. จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจและผู้เชี่ยวชาญที่เข้ารับการอบรม PDSC 9. ร้อยละผู้เยี่ยมสำรวจที่เข้าร่วมโครงการ SHA ต่อเนื่อง 10. ร้อยละการบริหารฝึกเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลตามแผน ผู้เยี่ยมหลากหลาย 11. จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจที่สามารถเยี่ยมสำรวจ มากกว่า 1 โปรแกรม 12. ร้อยละผู้เยี่ยมที่เยี่ยมตามเกณฑ์ 10 MD/ปี 13. ร้อยละผู้เยี่ยมสำรวจ มี man-day มากกว่า 20 วัน/ปี 14. แนวทางพัฒนาผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ สรพ. ปรับปรุงใหม่ ปี 2568 15. สรุบบทเรียนการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ กลุ่ม initial surveyor (SIT / New surveyor) 16. ร้อยละผู้เยี่ยมสำรวจมี competencyผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด	187 คน ร้อยละ 100 ≥ร้อยละ 80 ≥ร้อยละ 80 ≥ร้อยละ 80 ≥ร้อยละ 80 ≥5 คน ≥20 คน ≥ร้อยละ 80 ≥ร้อยละ 80 75 คน ≥ร้อยละ 60 ≥ร้อยละ 40 1 ชิ้นงาน 1 ชิ้นงาน ≥ร้อยละ 80	177 คน ร้อยละ 94.02 วัดผลไตรมาส 4 ร้อยละ 28 วัดผลไตรมาส 4 ร้อยละ 37.5 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 ร้อยละ 53.67 ร้อยละ 37.85 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4	-ไม่มี-	-ไม่มี-

⁴ ผลการใช้จ่าย หมายถึง ผลการเบิกจ่ายจริง+ภาระผูกพัน

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย ⁴	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
4.3 โครงการสร้างและพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ (4.3.1) กิจกรรม การสร้างและพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ	0.9500 ลบ. 0.9500 ลบ.	0.0799 ลบ. 0.0799 ลบ.	8.40 8.40	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. จำนวนที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ ที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบันตามเป้าหมายแผนการสร้างและพัฒนาบุคลากรขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพในประเทศไทย 2. ร้อยละ QC ที่มีภาระงานผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (80% ของงาน) 3. ร้อยละของ Quality Coach ที่มีความรู้และทักษะตามเกณฑ์สมรรถนะที่สรพ.กำหนด 4. จำนวนวิทยากรที่ได้รับการขึ้นทะเบียน	130 คน ร้อยละ 80 ร้อยละ 68 20 คน	130 คน วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4	1 กระบวนการคัดเลือกพัฒนาและขึ้นทะเบียนยังไม่ชัดเจน ดำเนินการตามมติของคณะทำงานฯ ส่งผลกระทบต่องบประมาณดำเนินการไม่เพียงพอตามแผน 2 ที่ปรึกษาฯ แจ้งความจำนงไม่ต่ออายุ เนื่องจากไปเป็นผู้เยี่ยมสำรวจและอยู่ระหว่างการฝึก ส่งผลให้จำนวนที่ปรึกษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย 3.มีแผนพัฒนาทักษะที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพในการเป็นวิทยากร แต่ยังขาดแนวทางการพัฒนา (หลักสูตร) วิทยากร และยังไม่เป็นระบบ	1. ปรับแผน บริหารจัดการในรูปแบบ online 2. จัดทำหลักสูตรพัฒนาวิทยากรอย่างเป็นระบบ
4.4 โครงการบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะและส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร (4.4.1) กิจกรรม ยกกระดับความสามารถและพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทุกระดับสนับสนุนแผนปฏิบัติการสถาบัน (4.4.2) โครงการเพิ่มประสิทธิภาพและการบริหารระบบทรัพยากรมนุษย์	2.8958 ลบ. 2.0858 ลบ. 0.8100 ลบ.	0.5664 ลบ. 0.4797 ลบ. 0.0867 ลบ.	19.56 22.99 10.70	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. จำนวนบุคลากรที่ได้เข้าร่วมเป็นกรรมการ ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ หรือสามารถเป็นผู้แทนสถาบันประสานขับเคลื่อนการทำงานกับหน่วยงานภายนอกในระดับ ประเทศ/นานาชาติ 2. ร้อยละของเจ้าหน้าที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรมาตรฐาน 3. ระดับความสำเร็จการจัดการแผนการสร้างและพัฒนาบุคลากรขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพในประเทศไทย 4. ร้อยละของระดับการรับรู้ต่อค่านิยมองค์กรและการนำสู่การปฏิบัติ 5. ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่มีสมรรถนะ ด้านดิจิทัลที่เหมาะสมตามความคาดหวังของตำแหน่ง 6. ร้อยละของเจ้าหน้าที่กลุ่มเป้าหมาย ที่มีผลการประเมินการวัดระดับความรู้ความเข้าใจมาตรฐาน HA ผ่านเกณฑ์กำหนด 7. ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่บรรลุภายหลังผ่านการประเมินทดลองปฏิบัติงาน 8. ร้อยละอัตราการลาออกของเจ้าหน้าที่ประจำ 9. ร้อยละของการปรับปรุงกระบวนการทำงาน Work Instruction แล้วเสร็จ 10. ระดับความสำเร็จของแผนเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารทรัพยากรมนุษย์ 11. ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่มีความเข้าใจ ในกระบวนการทรัพยากรมนุษย์	1 คน ร้อยละ 80 ระดับ 3 ร้อยละ 80 ร้อยละ 80 ร้อยละ 80 ร้อยละ 80 ≤ ร้อยละ 20 ร้อยละ 80 ระดับ 3 ร้อยละ 80	วัดผลไตรมาส 4 ร้อยละ 20 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 ร้อยละ 20 ร้อยละ 20 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4	มีการจัดส่งเจ้าหน้าที่ไปฝึกอบรม นอกแผน ส่งผลทำให้งบประมาณที่ได้รับจัดสรรไม่เพียงพอ	ปรับแผนงบประมาณรายจ่าย ในไตรมาส 3

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย ⁴	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
4.5 โครงการพัฒนาผู้จัดการศูนย์คุณภาพ (Quality Management Representative: QMR) (4.5.1) โครงการพัฒนาผู้จัดการศูนย์คุณภาพ (QMR)	1.3189 ลบ. 1.3189 ลบ.	0.2047 ลบ. 0.2047 ลบ.	15.52 15.52	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของสถานพยาบาล ที่มีผู้บริหารด้านคุณภาพ (QMR) หรือผู้จัดการศูนย์คุณภาพ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของสถาบัน QMR ที่เข้ารับการอบรมกับสถาบันมีความรู้และทักษะเพิ่มมากขึ้น ร้อยละสถานพยาบาลที่มี QMR ที่ผ่านการอบรมของสถาบันมีสถานะการรับรอง และยกระดับ หลักสูตรได้รับการรับรองในเดือนสิงหาคม 2568 ร้อยละวิทยากรสถาบันที่เข้ารับการอบรมสัมมนาประจำปี วิทยากรที่ผ่านเกณฑ์สมรรถนะที่กำหนด 	ร้อยละ 20 ร้อยละ 80 ร้อยละ 80 1 หลักสูตร ร้อยละ 80 ร้อยละ 80	ร้อยละ 15 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4	-ไม่มี-	-ไม่มี-

5. แผนปฏิบัติงาน : การพัฒนาองค์กรให้มีสมรรถนะสูงและเป็นที่ยอมรับ

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย ⁵	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
5.1 โครงการเพิ่มประสิทธิภาพระบบสนับสนุนการบริหารจัดการคุณภาพองค์กร (5.1.1) โครงการ การสนับสนุนส่งเสริมองค์กรธรรมาภิบาล (5.1.2) โครงการสร้างความเข้มแข็งของระบบการบริหารจัดการสู่องค์กรสมรรถนะสูง	3.3243 ลบ.	1.5952 ลบ.	47.99	1 ตุลาคม 2567-30 กันยายน 2568	1. รายงานการรับอันตรายจากการทำงาน 2. ค่าใช้จ่ายสาธารณูปโภค (ค่าไฟฟ้า) ลดลงจากปีที่ผ่านมา 3. ระดับความสุขของบุคลากรในองค์กร 4. จำนวนข้อดำเนินการที่ผิดระเบียบ แนวทางปฏิบัติที่วางไว้ 5. ร้อยละของเรื่องร้องเรียนเรื่องยานพาหนะ 6. การชำระสมาชิกการรับรองคุณภาพสากลจาก ISQua ด้านองค์กร 7. จำนวนการผ่านและชำระการประเมินรับรองตามมาตรฐาน ISO 8. ระดับความสำเร็จของการเข้าสู่กระบวนการประเมินรับรอง TQC 9. ระดับผลการประเมิน ITA 10. ระดับการประเมินรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA 4.0) 11. คู่สัญญาได้รับเงินค่าจ้างตามสัญญาภายในเวลาที่กำหนด	ไม่มี/ไม่พบ ร้อยละ 5 ระดับดี/ยอมรับได้ ≤ 2 เรื่อง ≤ ร้อยละ 2 ผ่าน 2 มาตรฐาน (สะสม) ระดับ 3 ระดับดี ผ่านเกณฑ์ขั้น มาตรฐาน ≥ ร้อยละ 80	ไม่มี/ไม่พบ วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4	-ไม่มี-	-ไม่มี-
5.2 โครงการพัฒนาและยกระดับองค์กรให้มีความพร้อมสู่การเป็นรัฐบาลดิจิทัล (5.2.1) โครงการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (5.2.2) โครงการพัฒนาศูนย์นวัตกรรมสารสนเทศและข้อมูลเพื่อยกระดับการเรียนรู้ระบบคุณภาพสถานพยาบาล (HA Data Hub)	22.8700 ลบ.	6.7767 ลบ.	29.63	1 ตุลาคม 2567-30 กันยายน 2568	1. ความพึงพอใจต่อระบบงานบริการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ 2. ระดับความสำเร็จของการพัฒนา สู่การเป็น Digital Office ระดับ 3 ขึ้นไป (อย่างน้อย 3 มิติ) 3. กิจกรรมดำเนินการตามแผน 4. สามารถย้าย Cloud ของสถาบันให้แล้วเสร็จ และใช้งานได้ภายในเวลาที่กำหนด 5. จัดหา Notebook ตามกำหนด 6. ระดับความสำเร็จของ การจัดการระบบ Healthcare Platforms	> ร้อยละ 75 ระดับ 3 > ร้อยละ 96 > ร้อยละ 80 ร้อยละ 100 ระดับ 2	วัดผลไตรมาส 4 ระดับ 6 > ร้อยละ 29 > ร้อยละ 5 วัดผลไตรมาส 2 วัดผลไตรมาส 4	การดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง บางรายการไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผน เนื่องจากคุณลักษณะของงานไม่ชัดเจน ไม่มีผู้รับจ้าง ราคาเกินงบประมาณ	ปรับแผน ขออนุมัติปรึกษาที่ปรึกษาเพื่อวางแนวทางการดำเนินการ
5.3 โครงการขับเคลื่อนนโยบายและติดตามประเมินผล (5.3.1) กิจกรรมสนับสนุนการประชุมคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะผู้บริหารระดับสูง (5.3.2) กิจกรรมสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่คณะกรรมการและผู้บริหารในต่างประเทศ (5.3.3) กิจกรรมขับเคลื่อนนโยบายและติดตามประเมินผล	5.0730 ลบ.	0.4248 ลบ.	8.37	1 ตุลาคม 2567-30 กันยายน 2568	1. ร้อยละความสำเร็จของการพัฒนาด้านการควบคุมดูแลกิจการของคณะกรรมการ 2. ร้อยละความสำเร็จของแผนปฏิบัติงาน 3. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการดำเนินงานของสถาบัน 4. ร้อยละของการนำข้อมูลสำคัญตามเกณฑ์ประเมินผล หรือการวัดคุณภาพขององค์กรต่างๆ เผยแพร่สู่สาธารณะภายในเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ 90 ≥ ร้อยละ 90 ≥ ร้อยละ 85 ร้อยละ 100	ร้อยละ 25 ร้อยละ 25 วัดผลไตรมาส 4 ร้อยละ 100	การเผยแพร่ คู่มือการปฏิบัติงาน พ.ศ. 2568 และแบบรายงานตัวชี้วัดระดับองค์กร ถ้าช้ากว่ากำหนด เนื่องจากอยู่ระหว่างการปรับโครงสร้างใหม่ ส่งผลต่อการกำหนด/มอบหมายผู้รับผิดชอบหลักโครงการและผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1. เร่งรัดการจัดทำ Template พร้อมจัดทำข้อมูลเบื้องต้นส่งให้ผู้รับผิดชอบตรวจทานและเพิ่มเติมข้อมูล 2. กำกับติดตามให้มีการดำเนินงานตามแผนงานที่กำหนดไว้อย่างใกล้ชิด

⁵ ผลการใช้จ่าย หมายถึง ผลการเบิกจ่ายจริง+ภาระผูกพัน

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย ⁵	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
5.4โครงการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์องค์กร	3.3000 ลบ.	1.6819 ลบ.	50.97	1 ตุลาคม 2567-30 กันยายน 2568	1. ร้อยละประชาชนผู้รับบริการรู้จักการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลโรงพยาบาล HA 2. ร้อยละความไว้วางใจของประชาชนต่อสถานพยาบาลมาตรฐาน HA	≥ ร้อยละ 30	วัดผลไตรมาส 4	การจัดซื้อจัดจ้างในกิจกรรมที่ 2 ในส่วนของการจ้างทำการสื่อสารผ่าน Influencer Marketing ไม่เป็นไปตามแผนงาน เนื่องจากอยู่ระหว่างการหารือ เพื่อจัดทำความร่วมมือ หรือ MOU ร่วมกัน บริษัท TELL SCORE	-ไม่มี-
(5.4.1) กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการสื่อสารสาธารณะ	0.4680 ลบ.	0.0553 ลบ.	11.81			≥ ร้อยละ 85	วัดผลไตรมาส 4		
(5.4.2) กิจกรรมจัดทำสื่อและเครื่องมือสื่อสารภาพลักษณ์สนับสนุนภารกิจของสถาบัน และสื่อสารคุณภาพและความปลอดภัยตามมาตรฐาน HA	1.7500 ลบ.	0.7397 ลบ.	42.27						
(5.4.3) กิจกรรมสื่อสารคุณค่า รพ. HA โรงพยาบาลคุณภาพ	1.0820 ลบ.	0.8870 ลบ.	81.98						

รายงานผลการดำเนินงานและการใช้งบประมาณ ตามแผนปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ณ ไตรมาส 1
(ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 31 ธันวาคม 2567)

1. ค่าใช้จ่ายบุคลากร

หน่วยนับ : ล้านบาท

ลำดับ	รายการ	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่เบิกจ่าย	ร้อยละ
1	เงินเดือน	51.1202	12.4102	24.28
2	ค่าตอบแทน	9.3819	0.3824	4.08
3	เงินกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ	3.1273	0.7688	24.58
4	ค่ารักษาพยาบาล	1.1000	0.4031	36.65
5	ค่าช่วยเหลือการศึกษาบุตร	0.2500	0.0723	28.92
	รวมทั้งสิ้น	64.9794	14.0368	21.60

2. ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ

หน่วยนับ : ล้านบาท

ลำดับ	รายการ	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่เบิกจ่าย	ร้อยละ
1	ค่าสาธารณูปโภค	2.2000	0.3362	15.28
1.1	• ค่าไฟฟ้า	1.0000	-	-
1.2	• ค่าน้ำประปา	0.0300	-	-
1.3	• ค่าโทรศัพท์พื้นฐานและค่าโทรศัพท์เคลื่อนที่	0.5380	0.1089	20.24
1.4	• ค่าไปรษณีย์	0.1200	0.0172	14.33
1.5	• ค่าเช่าระบบสัญญาณอินเทอร์เน็ต	0.5120	0.2101	41.04
2	ค่าบริหารจัดการ (ขั้นต้น)	4.5000	0.6052	13.45
2.1	• ค่าใช้สอย	2.1700	0.3866	17.82
2.2	• ค่าวัสดุ	2.3300	0.2186	9.38
3	ค่าเช่า	2.0865	0.4100	19.65
4	ค่าจ้าง	3.4380	2.4972	72.64
5	หมวดลงทุน (ครุภัณฑ์)	0.3890	0.3616	92.96
5.1	• โต๊ะทำงาน จำนวน 16 ชุด	0.1328	0.1080	81.33
5.2	• อุปกรณ์ถ่ายทอดสัญญาณภาพและเสียง จำนวน 2 ชุด	0.0162	0.0139	85.80
5.3	• เครื่องแปลงสัญญาณเสียง (Audio Interface) จำนวน 2 ตัว	0.0180	0.0180	100
5.4	• กล้องถ่ายภาพนิ่งพร้อมเลนส์ จำนวน 1 ชุด	0.2100	0.2099	99.95
5.5	• Wireless Microphone จำนวน 2 ชุด	0.0120	0.0118	98.33
	รวมทั้งสิ้น	12.6135	4.2102	33.38

ภาคผนวก

รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ณ ไตรมาส 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 31 ธันวาคม 2567)

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเป้าประสงค์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
1	ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองการพัฒนาและการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA)	ร้อยละ	67.20	73.17
2	ร้อยละของอำเภอในประเทศไทยที่มีสถานพยาบาลเข้าสู่และได้รับการรับรองตามมาตรฐาน HA	ร้อยละ	>95	อยู่ระหว่างดำเนินการ
3	ร้อยละอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากกระบวนการดูแลที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในสถานพยาบาล (Patient Suffering)	ร้อยละ	6.10	6.01
4	ความพึงพอใจ/ความไว้วางใจ ของประชาชนต่อสถานพยาบาลมาตรฐาน HA			
	4.1) ร้อยละความพึงพอใจ	ร้อยละ	≥ 80	อยู่ระหว่างดำเนินการ
	4.2) ร้อยละความไว้วางใจ	ร้อยละ	≥ 80	อยู่ระหว่างดำเนินการ
5	สรพ. ได้รับการรับรอง ISQuaEEA อย่างต่อเนื่องครบทั้ง 3 ด้าน	ผ่าน	ส่งแบบ ประเมินตนเอง เพื่อขอต่ออายุ Organization และ HA Standard	<p>1. ด้านการรับรององค์กร (Organization) ปี 2566 : ส่งรายงานความก้าวหน้าครั้งที่ 1 (1st Progress Report) ไปยัง ISQuaEEA วันที่ 7 ธค.65 ปี 2567 : ส่งรายงานความก้าวหน้าครั้งที่ 2 (2nd Progress Report) ไปยัง ISQuaEEA</p> <p>2. ด้านการรับรองมาตรฐาน (HA Standards) ปี 2566 : จัดทำแผนการพัฒนามาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 ตามข้อ เสนอแนะหน่วยงาน ISQuaEEA และจัดส่ง รายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 1 (1st Progress report) วันที่ 15 กพ.66 ปี 2567 : ส่งรายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 2 (2nd Progress Report) ไปยัง ISQuaEEA วันที่ 15 สค.67</p>

1. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนปฏิบัติงาน : สร้างความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพด้วยกระบวนการ HA

เป้าหมาย :

1. เพิ่มความครอบคลุม ต่อเนื่อง และยกระดับของการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลด้วยมาตรฐาน HA
2. สถานพยาบาลมีผลลัพธ์คุณภาพและความปลอดภัย
3. เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบการประเมินและรับรอง

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
(1.1)	ความครอบคลุมสถานพยาบาลมาตรฐาน HA			
(1.1.1)	ร้อยละสถานพยาบาล ภาครัฐ ที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA)	ร้อยละ	76.2	81.93
(1.1.2)	ร้อยละสถานพยาบาล ภาคเอกชน ที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA)	ร้อยละ	41.4	47.92
(1.1.3)	จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองคุณภาพ ขั้นก้าวหน้า (Advanced HA)	จำนวน (สะสม)	22	21
(1.1.4)	ร้อยละสถานพยาบาลปฐมภูมิที่เข้าสู่ กระบวนการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ	ร้อยละ	2 (70 แห่ง)	1.51
(1.1.5)	จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองมาตรฐานระบบเครือข่ายบริการ	จำนวน (สะสม)	35	37
(1.2)	ร้อยละอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Preventable Harm) ตามที่คณะกรรมการกำหนดมีระดับรุนแรงถึงตัวผู้ป่วยในสถานพยาบาล ที่ผ่านการรับรองลดลง	ร้อยละ	6.5	5.84
(1.3)	ระดับความสำเร็จของการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการประเมินรับรองอย่างชาญฉลาด	ระดับ	3	อยู่ระหว่างดำเนินการ
(1.4)	ร้อยละความเชื่อมั่นของสถานพยาบาลต่อการดำเนินงานของสถาบัน	ร้อยละ	วัดผลปี พ.ศ. 2569	

2. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนปฏิบัติงาน : เสริมพลังความร่วมมือเครือข่ายเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย

เป้าหมาย

1. เพิ่มความครอบคลุมและขีดความสามารถของเครือข่ายระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิผล
2. สร้างความร่วมมือกับองค์กร/เครือข่ายในประเทศและต่างประเทศเพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาลให้ได้รับการยอมรับระดับสากล
3. ส่งเสริมเครือข่ายชุมชน และสังคม ให้สนับสนุนการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
(2.1)	ร้อยละความครอบคลุมของจังหวัดที่มีเครือข่ายเชิงพื้นที่	ร้อยละ	80	90
(2.2)	จำนวนคู่ความร่วมมือที่มีความสำเร็จในการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล	จำนวน	7	อยู่ระหว่างดำเนินการ
(2.3)	จำนวนเครือข่ายชุมชน และสังคม ที่ให้การสนับสนุนการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	จำนวน(สะสม)	5	อยู่ระหว่างดำเนินการ

3. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนปฏิบัติงาน : ยกระดับการจัดการความรู้และนวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง

เป้าหมาย

1. สร้างและพัฒนามาตรฐาน HA ให้ได้รับการยอมรับในระดับสากล
2. ยกระดับขีดความสามารถด้านวิชาการ และนวัตกรรม ให้มีคุณค่าด้วยการจัดการองค์ความรู้วิชาการ การวิจัย และการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อเผยแพร่และใช้ประโยชน์
3. พัฒนากลไกและนวัตกรรมเพื่อสะท้อนผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
(3.1)	จำนวนมาตรฐานที่ได้รับการรับรองในระดับสากล	จำนวน (สะสม)	1	อยู่ระหว่างดำเนินการ
(3.2)	จำนวนองค์ความรู้วิชาการ งานวิจัย และนวัตกรรม รวมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้รับการนำไปใช้ในระดับชาติหรือระดับนานาชาติ	จำนวน (สะสม)	3	อยู่ระหว่างดำเนินการ
(3.3)	จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพจากสถานพยาบาล ที่มีการเผยแพร่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้	จำนวน	900	อยู่ระหว่างดำเนินการ
(3.4)	ร้อยละสถานพยาบาลที่ร่วมพัฒนากลไกและนวัตกรรมเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย	ร้อยละ	70	65.53

4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนปฏิบัติงาน : พัฒนาทุนมนุษย์เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ

เป้าหมาย

1. สร้างและพัฒนาทุนมนุษย์ด้านคุณภาพให้มีศักยภาพ จำนวนเพียงพอและเหมาะสม (Capacity & Capability) อย่างเป็นระบบ
2. ชำรงและส่งเสริมการพัฒนาทุนมนุษย์ด้านคุณภาพ ให้สามารถขับเคลื่อนงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
3. เพิ่มความเข้มแข็งในการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้เป็นทุนมนุษย์ด้านการพัฒนาคุณภาพ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
(4.1)	ระดับความสำเร็จการจัดทำแผนการสร้างและพัฒนาบุคลากรขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพในประเทศไทย	ระดับ	3	อยู่ระหว่างดำเนินการ
(4.2)	จำนวนของ Quality Expert ที่ขึ้นทะเบียน			
(4.2.1)	จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบัน	คน(สะสม)	ตามแผนข้อ 1	อยู่ระหว่างดำเนินการ
(4.2.2)	จำนวนที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบัน	คน (สะสม)	130	130
(4.3)	ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีผู้บริหาร ด้านคุณภาพ (QMR) หรือ ผู้จัดการศูนย์คุณภาพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของสถาบัน	ร้อยละ	20	15
(4.4)	จำนวนหลักสูตรฝึกอบรมหรือหลักสูตร การศึกษาดูงาน ที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงานภายนอกหรือระดับสากล	หลักสูตร (สะสม)	2	อยู่ระหว่างดำเนินการ
(4.5)	ระดับความสำเร็จของแผนเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารทรัพยากรมนุษย์ของสถาบัน	ระดับ	3	อยู่ระหว่างดำเนินการ

5. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนปฏิบัติงาน: การพัฒนาองค์กรให้มีสมรรถนะสูงและเป็นที่ยอมรับ

เป้าหมาย

- พัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง เป็นที่ยอมรับของสถานพยาบาล ประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- สร้างและส่งเสริมให้องค์กรมีสภาพแวดล้อม บรรยากาศ และวัฒนธรรมในการทำงานที่ดี
- ยกระดับการใช้ข้อมูล สารสนเทศ และดิจิทัลเทคโนโลยีในการบริหารจัดการองค์กรสู่ผลสัมฤทธิ์
- ส่งเสริมภาพลักษณ์องค์กรและการสื่อสาร ให้ประชาชนรับรู้การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
(5.1)	ผลลัพธ์ของการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง			
(5.1.1)	ระดับความสำเร็จของการเข้าสู่กระบวนการประเมินรับรอง TQC	ระดับ	3	อยู่ระหว่างดำเนินการ
(5.1.2)	จำนวนการผ่านและชำระการประเมินรับรอง ตามมาตรฐาน ISO	จำนวน (สะสม)	2	อยู่ระหว่างดำเนินการ
(5.1.3)	ระดับการประเมินรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA 4.0)	ระดับ	ผ่านเกณฑ์ขั้น มาตรฐาน	อยู่ระหว่างดำเนินการ
(5.1.4)	ระดับผลการประเมิน ITA	ระดับ	ระดับดี	อยู่ระหว่างจัดเก็บข้อมูลตาม กรอบเวลาที่ปช.กำหนด
(5.2)	ผลการประเมินวัฒนธรรมองค์กรผ่านเกณฑ์วัฒนธรรมองค์กรสู่การเป็นองค์กร High performance (มากกว่า percentile ที่ 80)	จำนวนมิติ	วัดผลปี พ.ศ. 2569	
(5.3)	ระดับความพร้อมในการใช้ข้อมูล สารสนเทศ และดิจิทัลเทคโนโลยี เพื่อการบริหารจัดการ			
(5.3.1)	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาสู่การเป็นดิจิทัล office ระดับ 3 ขึ้นไป	จำนวนมิติ	อย่างน้อย 3 มิติ	6 มิติ
(5.3.2)	ระดับความสำเร็จของการจัดการ ระบบ Healthcare Platform	ระดับ	2	อยู่ระหว่างดำเนินการ
(5.4)	ประชาชนผู้รับบริการรู้จักการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล รพ. HA	ร้อยละ	30	อยู่ระหว่างดำเนินการ