



รายงานผลการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณตามแผนปฏิบัติการ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 30 กันยายน 2568)

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) ประชาชนได้รับการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพและความปลอดภัยจากสถานพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน HA
  - (3) การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพประเทศไทยได้รับการยอมรับในระดับสากล

สถาบันได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติงานปี 2568 ไตรมาส 3 มีผลการดำเนินงานดังนี้

รายงานผลการดำเนินงานและการใช้งบประมาณ ตามแผนปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ณ ไตรมาส 4

(ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 30 กันยายน 2568)

1. แผนปฏิบัติงาน : สร้างความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพด้วยกระบวนการ HA

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>1</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<b>1.1 โครงการบริหารจัดการเยี่ยมประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพที่มีประสิทธิผล</b>	<b>38.6960 ลบ.</b>	<b>38.1572 ลบ.</b>	<b>98.61</b>	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 89.16 (987 แห่ง) ร้อยละ 50.52 (194 แห่ง) ร้อยละ 79.01 (1,181 แห่ง) 23 แห่ง 53 แห่ง 92.25	สถานพยาบาลภาครัฐไม่พร้อมต่ออายุการรับรองผลทำให้มีการขอชะลอการต่ออายุ HA (2 แห่ง) การขอเลื่อนกิจกรรมเยี่ยมสำรวจ มีการเข้าเยี่ยมเฉพาะเรื่อง (FS) จากสาเหตุ เช่น มีข้อจำกัดด้านงบประมาณ มีการเปลี่ยนแปลงภายในของบุคลากรที่รับผิดชอบภาระงาน กักขังพิบัติและสถานการณ์ความไม่สงบตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชา การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข	1. พัฒนาระบบสนับสนุน/ส่งเสริมการอ้างคุณภาพหลังการรับรองตามระดับความถี่ของการอ้าง ร่วมกับเครือข่าย 2. การลดค่าธรรมเนียมการเยี่ยมสำรวจ เหลือ 30% ขยายในกลุ่ม Risk Score 5-7 สำหรับ รพ. ภาครัฐ ปีงบประมาณ 2568 3. การสร้างความเข้มแข็งและความครอบคลุมให้กับเครือข่ายส่งเสริมการพัฒนาระดับพื้นที่ (HACC, QLN) 4. โครงการ 1 อำเภอ 1 โรงพยาบาลคุณภาพสนับสนุน รพ.ชั้น 0 เข้าสู่กระบวนการโดยไม่มีค่าใช้จ่าย 5. แนวทางการสนับสนุนและบริหารจัดการสถานพยาบาลที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชา

<sup>1</sup> ผลการใช้จ่าย หมายถึง ผลการเบิกจ่ายจริง+ภาระผูกพัน

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>1</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
1.2 โครงการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพ บริการสถานพยาบาลปฐมภูมิ (1.2.1) โครงการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพ บริการสถานพยาบาลปฐมภูมิ	3.3444 ลบ. 3.3444 ลบ.	3.3401 ลบ. 3.3401 ลบ.	99.87 99.87	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. ร้อยละสถานพยาบาลปฐมภูมิที่เข้าสู่กระบวนการพัฒนา มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ 2. จำนวนศูนย์การเรียนรู้ที่มีการขับเคลื่อนการพัฒนาตาม มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ 3. จำนวนผลงานวิชาการที่ถูกนำไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเชิง 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 7.4 8 แห่ง 2 เรื่อง 1 เรื่อง 33 เรื่อง 190 คน 20 คน 10 คน 50 คน ระดับ 2 ระดับ 1	การรองรับภาระงาน กลุ่มเป้าหมายที่เพิ่มมากขึ้น เพื่อเพิ่มความครอบคลุม ต่อเนื่อง ยกระดับ และการ ทำงานร่วมกันระหว่าง ส่วนงานตามโครงสร้างใหม่ การบริหารกำลังคนให้มี ความเพียงพอ และมี ทักษะเพียงพอด้านวิชาการ และบริหารโครงการ	การจัดทำแผนงาน ร่วมกันระหว่างส่วนงาน ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียม ความพร้อมในการขยาย พื้นที่กลุ่มเป้าหมาย และ การปรับเพิ่มอัตรา กำลังคนในส่วนวิชาการ และการบริหารงาน

2. แผนปฏิบัติงาน : เสริมพลังความร่วมมือเครือข่ายเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>2</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<p><b>2.1 โครงการเสริมพลังความร่วมมือเครือข่าย เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการที่ดีมีคุณภาพและได้มาตรฐาน</b></p> <p>(2.1.1) โครงการย่อยพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล</p> <p>(2.1.2) โครงการย่อยพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือองค์กรเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ</p> <p>(2.1.3) โครงการย่อยโครงการพัฒนาเครือข่ายสถานพยาบาลต้นแบบด้านมิติจิตวิญญาณ</p>	<p>3.1803 ลบ.</p> <p>2.6503 ลบ.</p> <p>0.2300 ลบ.</p> <p>0.3000 ลบ.</p>	<p>2.4943 ลบ.</p> <p>2.1819 ลบ.</p> <p>0.0672 ลบ.</p> <p>0.2452 ลบ.</p>	<p>78.43</p> <p>82.33</p> <p>29.20</p> <p>81.73</p>	<p>1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568</p>	<p>1. จำนวนเครือข่าย HACC (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>10 แห่ง ระดับ 81</p> <p>ร้อยละ 96.10</p> <p>9 คู่ความร่วมมือ</p> <p>8 เครือข่าย</p> <p>19 แห่ง</p> <p>6 แห่ง</p> <p>9 คู่ความร่วมมือ</p>	<p>การลงเยี่ยมสำรวจในชั้นพัฒนาของ รพ.ที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 21 แห่งไม่เป็นไปตามเป้าหมาย</p>	<p>ได้มีการประสาน กระตุ้น และมีแผนการดำเนินงานเพิ่มเติม และจัดทีมเฉพาะกิจในการลงพื้นที่เยี่ยมสำรวจ เช่น รพ.อุ้มผาง</p>
<p><b>2.2 โครงการสร้างการมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยครอบครัว ชุมชน ในการขับเคลื่อนความปลอดภัย</b></p> <p>(2.2.1) โครงการสร้างการมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยครอบครัว ชุมชน ในการขับเคลื่อนความปลอดภัย</p>	<p>0.5000 ลบ.</p> <p>0.5000 ลบ.</p>	<p>0.4578 ลบ.</p> <p>0.4578 ลบ.</p>	<p>91.56</p> <p>91.56</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>ร้อยละ 66</p> <p>ร้อยละ 84</p> <p>30 คน</p> <p>ร้อยละ 80</p>	<p>ลักษณะการดำเนินงานมีการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่สถานพยาบาล อาจทำให้การประสานงานเกิดความล่าช้าและขาดความต่อเนื่อง</p>	<p>จัดหาคู่ความร่วมมือเครือข่ายด้านสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานเพิ่มมากขึ้น เช่น สสส., สข. เป็นต้น</p>

<sup>2</sup> ผลการใช้จ่าย หมายถึง ผลการเบิกจ่ายจริง+ภาระผูกพัน

1. แผนปฏิบัติงาน : ยกระดับการจัดการความรู้และนวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>3</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
3.1 โครงการยกระดับการจัดการความรู้และนวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง	3.2998 ลบ.	3.2386 ลบ.	98.15	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. จำนวนสถานพยาบาลที่ประเมินตนเองวัดระดับการพัฒนาคุณภาพของระบบสารสนเทศและใช้ผลการสำรวจมาพัฒนาคุณภาพระบบสารสนเทศและความมั่นคงปลอดภัย 6. ร้อยละความพึงพอใจการใช้แพลตฟอร์ม HITS จากผู้ใช้บริการ	3 เรื่อง (สะสม)	9 เรื่อง	1. ข้อจำกัดด้านบุคลากร และเวลา: บุคลากรของโรงพยาบาลมีภาระงานจำนวนมาก ทำให้การเข้าร่วมตอบแบบสำรวจหรือการประเมินล่าช้า 2. ความต่อเนื่องของการเข้าร่วมโครงการ: โรงพยาบาลที่เข้าร่วมในปีก่อน ไม่ได้เข้าร่วมต่อเนื่องทุกปี ส่งผลให้ฐานข้อมูลและการพัฒนาเชื่อมโยงไม่ต่อเนื่อง 3. สัมมนาหน่วยงานผู้มีส่วนได้เสีย: กลุ่มเป้าหมายไม่ชัดเจนทำให้ต้องเลื่อนการจัดกิจกรรม 4. ระบบ KM ที่มีอยู่ยังไม่เป็นมาตรฐานและไม่เชื่อมโยงกับการปฏิบัติงานจริง 5. ขาดกลไกหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการพัฒนานวัตกรรมจากองค์ความรู้ 6. ตัวชี้วัดความสำเร็จด้าน KM/Innovation ไม่ชัดเจนและไม่สะท้อนคุณค่าที่แท้จริง	1. ควรลดข้อคำถามแบบสำรวจให้น้อยลง ใช้งานง่าย เพื่อลดระยะเวลาในการทำแบบประเมิน 2. พัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางต่อเนื่อง ให้โรงพยาบาลเห็นความก้าวหน้าเมื่อเปรียบเทียบกับปีต่อไป 3. สร้างกรอบ KM ที่สอดคล้องกับบริบทองค์กร และเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ 4. จัดทำระบบฐานข้อมูล/คลังความรู้ (Knowledge Repository) ที่เข้าถึงง่าย และส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
(3.1.1) การจัดการความรู้เพื่อสร้างผลงานวิชาการศึกษาวิจัย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	1.7335 ลบ.	1.6726 ลบ.	96.49			ร้อยละ 80	ร้อยละ 90.17		
(3.1.2) โครงการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลรัฐ ระยะที่ 3	1.5663 ลบ.	1.5660 ลบ.	99.98			ระดับ 3	ระดับ 3		
						12 เรื่อง (สะสม)	11 เรื่อง		
						150 แห่ง (สะสม)	151 แห่ง		
						ร้อยละ 80	ร้อยละ 83		

<sup>3</sup> ผลการใช้จ่าย หมายถึง ผลการเบิกจ่ายจริง+ภาระผูกพัน

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>3</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
3.2 โครงการประชุมวิชาการประจำปี (3.2.1) โครงการประชุมวิชาการประจำปี	25.3690 ลบ. 28.3690 ลบ.	25.3688 ลบ. 25.3688 ลบ.	100 100	1 ตุลาคม 2567- 31 มีนาคม 2568	1. ร้อยละของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมการประชุมวิชาการประจำปี 2. จำนวนผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี 3. จำนวนผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี 4. จำนวนผลงานวิชาการที่เผยแพร่ภายในงานประชุมวิชาการประจำปี 5. จำนวนหัวข้อในการบรรยายภายในงานประชุมวิชาการประจำปี 6. ร้อยละของผู้ร่วมประชุมที่มีระดับความพึงพอใจเป็นไปตามคาดหวัง/เกินคาดหวังต่องานประชุมวิชาการประจำปี 7. ดัชนีความภักดีของลูกค้า (Net Promotor Score: NPS) 8. จำนวนรายได้จากการจัดประชุมวิชาการประจำปี 9. จำนวนรายได้จากหน่วยงานสนับสนุน 10. จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพจากสถานพยาบาล ที่มีการเผยแพร่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้	≥ ร้อยละ 50 ≥ 6,300 คน ≥ 7,500 คน ≥ 540 ผลงาน ≥ 140 หัวข้อ ≥ ร้อยละ 90 ≥ ร้อยละ 90 31.5000 ลบ. 2.0000 ลบ. 900 องค์ความรู้	ร้อยละ 56 6,144 คน 8,147 คน 1,109 ผลงาน 163 หัวข้อ ร้อยละ 98.8 ร้อยละ 39.7 30.7200 ลบ. 1.0000 ลบ. 1,331 องค์ความรู้	ปิดโครงการ	
3.3 โครงการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลและกระบวนการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (3.3.1) โครงการพัฒนามาตรฐานและระบบการประเมินรับรอง HA ให้ได้รับการยอมรับในระดับสากล (3.3.2) โครงการพัฒนามาตรฐานและระบบการประเมินรับรองที่หลากหลายแบบมีส่วนร่วมตามแนวทางสากล	2.0565 ลบ. 1.4070 ลบ. 0.6495ลบ.	2.0516 ลบ. 1.4054 ลบ. 0.6462 ลบ.	99.76 99.89 99.49	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. ระดับความสำเร็จตามเป้าหมายของแผนการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ 2. ระดับความสำเร็จตามเป้าหมายของแผนการนำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพสู่การปฏิบัติและประเมินผล 3. ระดับความสำเร็จตามเป้าหมายของแผนการพัฒนามาตรฐานและระบบประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ 4. ระดับความสำเร็จตามแผนงานการพัฒนาระบบประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลอย่างชาญฉลาด (intelligence survey) 5. จำนวนรูปแบบการประเมินรับรองหรือเครื่องมือที่มีการปรับปรุงและประกาศใช้ 6. จำนวนผลงานวิชาการ/วิจัย/นวัตกรรม/ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการพัฒนามาตรฐานและการประเมินรับรองที่เผยแพร่สู่สาธารณะหรือได้นำเสนอเพื่อเป็นประเด็นขับเคลื่อนเชิงนโยบาย 7. จำนวนมาตรฐานที่ได้รับการรับรองในระดับสากล	ผ่านเกณฑ์ขั้นสูง ผ่านเกณฑ์ขั้นมาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ขั้นสูง ผ่านเกณฑ์ขั้นมาตรฐาน 2 เรื่อง 2 เรื่อง 1 จำนวน (สะสม)	ผ่านเกณฑ์ขั้นสูง ผ่านเกณฑ์ขั้นมาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ขั้นสูง ผ่านเกณฑ์ขั้นมาตรฐาน 2 เรื่อง 2 เรื่อง 1 จำนวน	1. การทบทวนและปรับปรุงมาตรฐานประสพความล่าช้าเนื่องจากมีข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญและหน่วยงานวิชาชีพภายนอกจำนวนมาก ซึ่งต้องใช้เวลาในการรวบรวม วิเคราะห์ และพิจารณาตัดสินใจในการนำข้อเสนอไปปรับใช้ 2. การบูรณาการการทำงานร่วมกัน ในงานที่เกี่ยวข้องกับส่วนงานอื่น เช่น การขอรับรองมาตรฐาน ที่ต้องอาศัยข้อมูลจากส่วนงานอื่น ทำให้การรวบรวมข้อมูลล่าช้า ขาดความครบถ้วน และส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงานโดยรวม	1. จัดทำแนวทางหรือกระบวนการพิจารณาข้อเสนอแนะที่ชัดเจน เพื่อให้การตัดสินใจมีความรวดเร็วและโปร่งใส 2. กำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการประสานงาน จัดระบบติดตามความก้าวหน้า และสร้างช่องทางสื่อสารที่ชัดเจนระหว่างส่วนงาน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่องและทันเวลา

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>3</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
3.4 โครงการพัฒนากลไกการจัดการคุณภาพบริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดความเหลื่อมล้ำของคุณภาพและความปลอดภัย ระยะที่ 2	13.3410 ลบ.	13.2651 ลบ.	99.43	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. ร้อยละสถานพยาบาลที่ร่วมพัฒนากลไกและนวัตกรรมเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย: แผนยกระดับการจัดการความรู้และนวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง 2. ร้อยละอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Preventable Harm) ตามที่คณะกรรมการกำหนดระดับความรุนแรงถึงตัวผู้ป่วยในสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองลดลง 3. ร้อยละอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากกระบวนการดูแลที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในสถานพยาบาล (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 65.53	-ไม่มี-	-ไม่มี-
(3.4.1) พัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่สำคัญในการขับเคลื่อน 3P Safety	9.9128 ลบ.	9.9126 ลบ.	99.99			ร้อยละ 6.05	ร้อยละ 5		
(3.4.2) สร้างและพัฒนาระบบข้อมูลองค์ความรู้และงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน	0.6438 ลบ.	0.6206 ลบ.	96.04			ร้อยละ 6.10	ร้อยละ 6.10		
(3.4.3) ขับเคลื่อนนโยบาย กำกับ และอภิบาลระบบบริการสุขภาพเพื่อ 3P Safety	2.7844 ลบ.	2.7319 ลบ.	98.33			5 กลไก (สะสม)	1 กลไก		
						ร้อยละ 80	ร้อยละ 94		
						ร้อยละ 35	ร้อยละ 39.95		
						ร้อยละ 80	ร้อยละ 54		
						ร้อยละ 75	ร้อยละ 83.42		
						ร้อยละ 50	ร้อยละ 73		
						1 เรื่อง	1 เรื่อง		
						1 เรื่อง	1 เรื่อง		
						2 เรื่อง	13 เรื่อง		
						5 ผลงาน/เรื่อง	-		

4. แผนปฏิบัติงาน : พัฒนาทุนมนุษย์เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>4</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<b>4.1 โครงการพัฒนา HAI Academy</b>	<b>14.3904 ลบ.</b>	<b>14.3477 ลบ.</b>	<b>99.70</b>	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	1 หลักสูตร 9 หลักสูตร 1 หลักสูตร 22.5000 ลบ. 3,983 คน ร้อยละ 95 ร้อยละ 97 ร้อยละ 90 32 คน ร้อยละ 88 1 ชุดข้อมูล 1 ชุดข้อมูล	การประมาณการ ค่าใช้จ่ายที่คลาดเคลื่อน และมีการเพิ่มจำนวนผู้เข้าอบรมในหลักสูตร ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ควบคุมประมาณการ ค่าใช้จ่ายไม่ได้ ต้องขออนุมัติเพิ่มเติม	- ดำเนินการทบทวนและ เสร็จครัดต่อกระบวนการ ควบคุมภายใน - ปฏิบัติงานตามแผนและ การประมาณที่ได้รับอนุมัติ
<b>4.2 โครงการสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยม สํารวจตามมาตรฐานระดับสากล</b>	<b>5.7000 ลบ.</b>	<b>5.6081 ลบ.</b>	<b>82.54</b>	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. จำนวนผู้เยี่ยมสํารวจที่คงอยู่ในระบบ และ/หรือร่วมดำเนิน การกิจต่างๆให้สถาบัน 2. ร้อยละผู้ฝึกเยี่ยมสํารวจ (SIT) ที่ผ่านการขึ้นทะเบียนจากกลุ่มที่ ผ่านการอบรมหลักสูตรเตรียมความพร้อม (หลักสูตร 451) 3. ร้อยละการบริการการฝึกเยี่ยมสํารวจโรงพยาบาลตามแผน SIT 4. ร้อยละการฝึกเยี่ยมมา ตามแผน New Surveyor 5. ร้อยละผู้เยี่ยมสํารวจใหม่(New Surveyor) ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ เยี่ยมสํารวจ Experienced Surveyor 6. ร้อยละการบริหารฝึกเยี่ยมสํารวจโรงพยาบาลตามแผน หัวหน้าทีม 7. จำนวนผู้เยี่ยมสํารวจที่ขึ้นทะเบียนเป็นหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสํารวจ 8. จำนวนผู้เยี่ยมสํารวจและผู้เชี่ยวชาญที่เข้ารับการอบรม PDSC 9. ร้อยละผู้เยี่ยมสํารวจที่เข้าร่วมโครงการ SHA ต่อเนื่อง 10. ร้อยละการบริหารฝึกเยี่ยมสํารวจโรงพยาบาลตามแผนผู้เยี่ยม หลากหลาย 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	200 คน ร้อยละ 94.02 ร้อยละ 100 ร้อยละ 100 ร้อยละ 100 ร้อยละ 91.67 7 คน 44 คน ร้อยละ 88.89 ร้อยละ 80 92 คน ร้อยละ 66.10 ร้อยละ 30.51 1 ชิ้นงาน 1 ชิ้นงาน ร้อยละ 87.5	-ไม่มี-	-ไม่มี-

<sup>4</sup> ผลการใช้จ่าย หมายถึง ผลการเบิกจ่ายจริง+ภาระผูกพัน

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>4</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<b>4.3 โครงการสร้างและพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ</b> (4.3.1) กิจกรรม การสร้างและพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ	0.9500 ลบ. 0.9500 ลบ.	0.8279 ลบ. 0.8279 ลบ.	87.15 87.15	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	125 คน ร้อยละ 86 ร้อยละ 79 20 คน	จำนวนที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ ไม่เป็นไปเป้าหมายที่วางไว้ เนื่องจากด้วยอยู่ระหว่างกระบวนการฝึกปฏิบัติเพื่อเข้าสู่การขึ้นทะเบียนเป็นที่ปรึกษา รายใหม่ (On Process จำนวน 19 คน) ขึ้นทะเบียนไม่ทันปีงบประมาณ 2568	จัดอบรมและฝึกปฏิบัติร่วมกับครูฝึก สำหรับผู้สมัครที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ (On Process เพื่อฝึกปฏิบัติต่อไปปีงบประมาณ 2569 และขึ้นทะเบียนเป็นที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ รายใหม่ ในลำดับถัดไป)
<b>4.4 โครงการบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะและส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร</b> (4.4.1) กิจกรรม ยกระดับความสามารถและพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทุกระดับสนับสนุนแผนปฏิบัติการสถาบัน (4.4.2) โครงการเพิ่มประสิทธิภาพและการบริหารระบบทรัพยากรมนุษย์	2.8958 ลบ. 2.0858 ลบ. 0.8100 ลบ.	2.6273 ลบ. 1.8582 ลบ. 0.7691 ลบ.	90.73 89.08 94.95	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 80 ≤ ร้อยละ 20 ร้อยละ 80 ระดับ 3 ร้อยละ 80	1 คน ร้อยละ 100 ระดับ 3 ร้อยละ 93 ร้อยละ 68 ร้อยละ 45 ร้อยละ 67 ร้อยละ 7.50 ร้อยละ 60 ระดับ 3 ร้อยละ 74	1. แผนงบประมาณ สำหรับการไปปฏิบัติงานต่างประเทศ ไม่เพียงพอ จึงต้องมีการปรับโอนงบประมาณข้ามหมวดรายจ่าย ส่งผลทำให้เกิดความล่าช้าในการทำเรื่องเบิกจ่ายงบประมาณ 2. ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่มีสมรรถนะ ด้านดิจิทัลที่เหมาะสมตามที่คาดหวัง และร้อยละของเจ้าหน้าที่ กลุ่มเป้าหมายที่มีผลการประเมินการวัดระดับความรู้ความเข้าใจมาตรฐาน HA ผ่านเกณฑ์ โดยใช้วิธีการประเมินสมรรถนะ ด้านดิจิทัลด้วยตัวเอง มีค่าต่ำกว่าเป้าหมาย ทั้ง 2 ตัว โดยพบว่ากิจกรรมการพัฒนาของโครงการยังไม่สอดคล้องกับการพัฒนาสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ที่ดำเนินการประกอบกับการ	1. ทบทวนแผนการปฏิบัติงาน และกระบวนการควบคุมภายใน 2. จัดทำแผนและดำเนินการพัฒนา competency gap ให้ชัดเจนในปี 2569

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>4</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
								ประเมินสมรรถนะดำเนินการในไตรมาส 4 แล้ว จึงมีการปรับแผนกิจกรรมไม่ทัน	
<b>4.5 โครงการพัฒนาผู้จัดการศูนย์คุณภาพ (Quality Management Representative: QMR)</b> (4.5.1) โครงการพัฒนาผู้จัดการศูนย์คุณภาพ (QMR)	1.3189 ลบ.  1.3189 ลบ.	1.3185 ลบ.  1.3185 ลบ.	99.98  99.98	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. ร้อยละของสถานพยาบาล ที่มีผู้บริหารด้านคุณภาพ (QMR) หรือผู้จัดการศูนย์คุณภาพ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของสถาบัน 2. QMR ที่เข้ารับการอบรมกับสถาบันมีความรู้และทักษะเพิ่มมากขึ้น 3. ร้อยละสถานพยาบาลที่มี QMR ที่ผ่านการอบรมของสถาบันมีสถานะการรับรอง และยกระดับ 4. หลักสูตรได้รับการรับรองในเดือนสิงหาคม 2568 5. ร้อยละวิทยากรสถาบันที่เข้ารับการอบรมสัมมนาประจำปี	ร้อยละ 20  ร้อยละ 80  ร้อยละ 80  1 หลักสูตร ร้อยละ 80	ร้อยละ 20  ร้อยละ 87  ร้อยละ 95  1 หลักสูตร ร้อยละ 83.50	ระเบียบ/ กฎที่เกี่ยวข้องกับการขึ้นทะเบียน และพัฒนาวิทยากร ยังไม่ชัดเจน	ทบทวนระเบียบที่เกี่ยวข้องและจัดตั้งคณะทำงานในการดำเนินการวางแผนการพัฒนาวิทยากร

5. แผนปฏิบัติงาน : การพัฒนาองค์กรให้มีสมรรถนะสูงและเป็นที่ยอมรับ

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>5</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<b>5.1 โครงการเพิ่มประสิทธิภาพระบบสนับสนุนการบริหารจัดการคุณภาพองค์กร</b> (5.1.1) โครงการ การสนับสนุนส่งเสริมองค์กรธรรมาภิบาล (5.1.2) โครงการสร้างความเข้มแข็งของระบบการบริหารจัดการสู่องค์กรสมรรถนะสูง	3.3243 ลบ.	2.8127 ลบ.	84.61	1 ตุลาคม 2567-30 กันยายน 2568	1. ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อการจัดการด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน 2. ผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA) 3. ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศระเบียบให้ทันสมัยสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงองค์กร ไปรับการประกาศใช้ทันเวลาการตอบสนอง 4. ความพึงพอใจของผู้มาติดต่อกับสถาบัน 5. ค่าใช้จ่ายการใช้รถยนต์มีความเหมาะสมกับปริมาณงาน หรือ ค่าใช้จ่ายไม่สูงขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (ค่าเช่า ค่าน้ำมัน ค่าธรรมเนียมทางด่วน ค่าจอดรถ) 6. จำนวนข้อตรวจพบที่เกี่ยวข้องกับการกระทำผิดระเบียบขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้าง 7. จำนวนข้อตรวจพบที่เกี่ยวข้องกับการกระทำผิดระเบียบขั้นตอนการเงินและบัญชีความพึงพอใจการให้บริการงานการเงินและบัญชี	ร้อยละ 80  ร้อยละ 90 จำนวน 10 (สะสม)  ร้อยละ 80 ≤ ร้อยละ 5  เป็นศูนย์  ≤ ร้อยละ 20	ร้อยละ 77  ร้อยละ 94 28  ร้อยละ 93.94 > ร้อยละ 33  1 เรื่อง  ≤ ร้อยละ 25	- ค่าใช้จ่ายยานพาหนะสูงกว่าประมาณการเนื่องจากภารกิจในการเยี่ยมสำรวจเพิ่มมากขึ้น - งานพัสดุ มีประเด็นตรวจพบ กรณีวันที่เอกสารเบิกจ่าย เกิดก่อนวันที่เอกสารตรวจรับ ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ สอบหาข้อเท็จจริง โดยมีข้อสรุปว่า เป็นความคลาดเคลื่อนของบุคคลผู้บันทึกข้อมูลในระบบให้ยุติเรื่อง	- ปีงบประมาณ 2568 จะลดค่าใช้จ่ายรถรับจ้างพร้อมพนักงานขับรถยนต์ โดยใช้วิธีการ e-bidding เพื่อจัดหาผู้รับจ้างที่ให้ราคาต่ำกว่าเดิม - เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบันทึกข้อมูลในระบบ ERP จะมีการปรับ Flow กระบวนการตรวจรับ และขอเบิก
<b>5.2 โครงการพัฒนาและยกระดับองค์กรให้มีความพร้อมสู่การเป็นรัฐบาลดิจิทัล</b> (5.2.1) โครงการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (5.2.2) โครงการพัฒนาศูนย์นวัตกรรมสารสนเทศและข้อมูลเพื่อยกระดับการเรียนรู้ระบบคุณภาพสถานพยาบาล (HA Data Hub) (5.2.3) โครงการงานบริการเชื่อมโยงข้อมูลโรงพยาบาลคุณภาพ (Healthcare One Search System: HOSS)	26.7176 ลบ.	25.7466 ลบ.	96.37	1 ตุลาคม 2567-30 กันยายน 2568	1. ความพึงพอใจต่อระบบงานบริการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ 2. ระดับความสำเร็จของการพัฒนา ศูนย์เป็น Digital Office ระดับ 3 ขึ้นไป (อย่างน้อย 3 มิติ) 3. กิจกรรมดำเนินตามแผน 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	> ร้อยละ 80 ระดับ 6  > ร้อยละ 53 > ร้อยละ 75  ร้อยละ 80 ระดับ 2	การจำวิเคราะห์ระบบและออกแบบ visualization Dashboard/info/platform ในรอบแรกของกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างผ่านระบบ e-bidding ไม่มีผู้เสนอราคายื่นเข้าร่วม	ดำเนินการปรับลดระยะเวลาในการดำเนินงานเพื่อให้สามารถดำเนินการได้ตามแผน
<b>5.3 โครงการขับเคลื่อนนโยบายและติดตามประเมินผล</b> (5.3.1) กิจกรรมสนับสนุนการประชุมคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะผู้บริหารระดับสูง	5.7730 ลบ.	5.4797 ลบ.	94.92	1 ตุลาคม 2567-30 กันยายน 2568	1. ร้อยละความสำเร็จของการพัฒนาด้านการควบคุมดูแลกิจการของคณะกรรมการ 2. ร้อยละความสำเร็จของแผนปฏิบัติงาน 3. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการดำเนินงานของสถาบัน	≥ ร้อยละ 90  ≥ ร้อยละ 90 ≥ ร้อยละ 85 ร้อยละ 100	ร้อยละ 90  ร้อยละ 90 ร้อยละ 85.64 ร้อยละ 100	1. ได้รับการรายงานผลการดำเนินงาน ไตรมาส 4 ล่าช้ากว่ากำหนด	1. กำกับติดตามให้มีการดำเนินงานตามแผนงานที่กำหนดไว้อย่างใกล้ชิด

<sup>5</sup> ผลการใช้จ่าย หมายถึง ผลการเบิกจ่ายจริง+ภาระผูกพัน

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>5</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
(5.3.2) กิจกรรมสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่คณะกรรมการและผู้บริหารในต่างประเทศ	2.3900 ลบ.	2.3900 ลบ.	100		4. ร้อยละของการนำข้อมูลสำคัญตามเกณฑ์ประเมินผล หรือการวัดคุณภาพขององค์กรต่างๆ เผยแพร่สู่สาธารณะภายในเวลาที่กำหนด			2. เดือน กย. 68 มีการดำเนินงานนอกแผนดังนี้ - จัดทำโครงการเตรียมความพร้อมในการการประเมินความคุ้มค่าเพื่อพัฒนาองค์การมหาชน (RC) ระยะที่ 2 ส่งผลให้ต้องมีการปรับแผนงบประมาณรายจ่าย และเป็นภาระงานที่เร่งด่วนให้แก่เจ้าหน้าที่ - ดำเนินงานนอกแผนได้รับ งบ. โครงการงบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น ประจำปี พ.ศ. 2568 จำนวน 4,897,140 บาท (งบลงทุน)	2. รายงานผู้บริหารรับทราบ, สื่อสารในการประชุม SLT
(5.3.3) กิจกรรมขับเคลื่อนนโยบายและติดตามประเมินผล	1.5300 ลบ.	1.4583 ลบ.	95.32						
<b>5.4โครงการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์องค์กร</b>	<b>2.9000 ลบ.</b>	<b>2.8948 ลบ.</b>	<b>99.82</b>	<b>1 ตุลาคม 2567-30 กันยายน 2568</b>	<b>1. ร้อยละประชาชนผู้รับบริการรู้จักการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลโรงพยาบาล HA 2. ร้อยละความไว้วางใจของประชาชนต่อสถานพยาบาลมาตรฐาน HA</b>	<b>≥ ร้อยละ 30 ≥ ร้อยละ 85</b>	<b>ร้อยละ 93.64 ร้อยละ 90.51</b>	มีการจัดจ้างทำสื่อวิดีโอสรุปผลงานของสถาบัน แต่เนื่องจากมีความจำเป็นต้องใช้สื่อวิดีโอสรุปผลการดำเนินงานของสถาบัน เพื่อนำเสนอท่าน ร.ม.ช. สธ งานสื่อสารจึงดำเนินการผลิตเอง ดังนั้นจึงส่งผลให้ต้องปรับขอบเขตงานจ้างเหมาบริการในการจัดทำสื่อวิดีโอสรุปผลการดำเนินงานของสถาบัน ไปเป็นการจัดทำสื่อวิดีโอเพื่อสื่อสารคุณค่าของการรับรองมาตรฐาน HA แทน	นำปัญหาอุปสรรคต่างๆ ไปปรับเพื่อจัดทำแผนปี 2569 ให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป
(5.4.1) กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการขับเคลื่อนการสื่อสารสาธารณะ	0.3235 ลบ.	0.3227 ลบ.	99.76						
(5.4.2) กิจกรรมจัดทำสื่อและเครื่องมือสื่อสารภาพลักษณ์สนับสนุนภารกิจของสถาบัน และสื่อสารคุณภาพและความปลอดภัยตามมาตรฐาน HA	1.5945 ลบ.	1.5926 ลบ.	99.88						
(5.4.3) กิจกรรมสื่อสารคุณค่า รพ. HA โรงพยาบาลคุณภาพ	0.9820 ลบ.	0.9794 ลบ.	99.74						

รายงานผลการดำเนินงานและการใช้งบประมาณ ตามแผนปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ณ ไตรมาส 4  
(ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 30 กันยายน 2568)

1. ค่าใช้จ่ายบุคลากร

หน่วยนับ : ล้านบาท

ลำดับ	รายการ	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่เบิกจ่าย	ร้อยละ
1	เงินเดือน	50.0000	48.1864	94.26
2	ค่าตอบแทน	8.7593	8.6023	98.21
3	เงินกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ	3.1273	2.9722	95.04
4	ค่ารักษาพยาบาล	1.3500	1.1377	100.23
5	ค่าช่วยเหลือการศึกษาบุตร	0.2500	0.1600	64.02
	<b>รวมทั้งสิ้น</b>	<b>63.4866</b>	<b>61.0588</b>	<b>96.18</b>

2. ค่าใช้จ่ายขั้นต่ำจำเป็น

หน่วยนับ : ล้านบาท

ลำดับ	รายการ	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่เบิกจ่าย	ร้อยละ
1	<b>ค่าสาธารณูปโภค</b>	<b>2.2000</b>	<b>1.9259</b>	<b>87.54</b>
1.1	• ค่าไฟฟ้า	1.0000	0.9860	98.60
1.2	• ค่าน้ำประปา	0.0300	0.2730	91.00
1.3	• ค่าโทรศัพท์พื้นฐานและค่าโทรศัพท์เคลื่อนที่	0.5380	0.4923	91.50
1.4	• ค่าไปรษณีย์	0.1200	0.7749	64.58
1.5	• ค่าเช่าระบบสัญญาณอินเทอร์เน็ต	0.5120	0.3428	66.95
2	<b>ค่าบริหารจัดการ (ขั้นต่ำจำเป็น)</b>	<b>4.5229</b>	<b>4.4884</b>	<b>99.23</b>
2.1	• ค่าใช้สอย	2.4722	2.4719	99.99
2.2	• ค่าวัสดุ	2.0507	2.0165	98.33
3	<b>ค่าเช่า</b>	<b>1.5861</b>	<b>1.3958</b>	<b>95.99</b>
4	<b>ค่าจ้าง</b>	<b>4.4254</b>	<b>4.4254</b>	<b>100.00</b>
5	<b>หมวดลงทุน (ครุภัณฑ์)</b>	<b>0.3890</b>	<b>0.3616</b>	<b>92.96</b>
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	100.00
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
	<b>รวมทั้งสิ้น</b>	<b>13.1234</b>	<b>12.5970</b>	<b>95.99</b>

ภาคผนวก

รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ณ ไตรมาส 4  
(ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 30 กันยายน 2568)









ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเป้าประสงค์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย		ผลงาน
1	ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองการพัฒนาและการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA)	ร้อยละ	67.20	●	79.01
2	ร้อยละของอำเภอในประเทศไทยที่มีสถาน พยาบาลเข้าสู่และได้รับการรับรองตามมาตรฐาน HA	ร้อยละ	>95	●	95.67
3	ร้อยละอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากกระบวนการดูแลที่ส่งผลกระทบกับผู้ป่วยในสถาน พยาบาล (Patient Suffering)	ร้อยละ	6.10	●	5.91
4	ความพึงพอใจ/ความไว้วางใจ ของประชาชนต่อสถานพยาบาล มาตรฐาน HA				
(4.1)	ร้อยละความพึงพอใจ	ร้อยละ	≥ 80	●	84.70
(4.2)	ร้อยละความไว้วางใจ	ร้อยละ	≥ 80	●	90.51
5	สรพ. ได้รับการรับรอง ISQuaEEA อย่างต่อเนื่องครบทั้ง 3 ด้าน	ผ่าน	ส่งแบบ ประเมินตนเอง เพื่อขอ ต่ออายุ Organization และ HA Standard	●	- Organization: ผ่านการรับรอง (ไม่เป็นทางการ) - HA Standard: จัดส่งแบบประเมินตนเอง วันที่ 8 ก.ย.68

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 <u>ภาครัฐ</u> ที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองคุณภาพ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA)	ร้อยละ	76.2	 89.16
(1.1.2)	ร้อยละสถานพยาบาล <u>ภาคเอกชน</u> ที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองคุณภาพ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA)	ร้อยละ	41.4	 50.52
(1.1.3)	จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองคุณภาพ ขั้นก้าวหน้า (Advanced HA)	จำนวน (สะสม)	22	 23
(1.1.4)	ร้อยละสถานพยาบาลปฐมภูมิที่เข้าสู่ กระบวนการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ	ร้อยละ	2 (70 แห่ง)	 7.40 (259 แห่ง)
(1.1.5)	จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองมาตรฐานระบบเครือข่าย บริการ	จำนวน (สะสม)	35	 53
(1.2)	ร้อยละอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Preventable Harm) ตามที่คณะกรรมการกำหนดมี ระดับรุนแรงถึงตัวผู้ป่วยในสถานพยาบาล ที่ผ่านการรับรองลดลง	ร้อยละ	6.5	 5.18
(1.3)	ระดับความสำเร็จของการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการประเมินรับรองอย่างชาญฉลาด	ระดับ	3	 3
(1.4)	ร้อยละความเชื่อมั่นของสถานพยาบาลต่อการดำเนินงานของสถาบัน	ร้อยละ		 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">วัดผลปี พ.ศ. 2569</span>

## 2. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนปฏิบัติงาน : เสริมพลังความร่วมมือเครือข่ายเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย

### เป้าหมาย





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

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
(2.1)	ร้อยละความครอบคลุมของจังหวัดที่มีเครือข่ายเชิงพื้นที่	ร้อยละ	80	 96.10
(2.2)	จำนวนคู่ความร่วมมือที่ประสบความสำเร็จในการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล	จำนวน	7	 9
(2.3)	จำนวนเครือข่ายชุมชน และสังคม ที่ให้การสนับสนุนการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	จำนวน (สะสม)	5	 8

### 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	 1
(3.2)	จำนวนองค์ความรู้วิชาการ งานวิจัย และนวัตกรรม รวมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้รับการนำไปใช้ในระดับชาติหรือระดับนานาชาติ	จำนวน (สะสม)	3	 9
(3.3)	จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพจากสถานพยาบาล ที่มีการเผยแพร่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้	จำนวน (เรื่อง)	900	 1,331
(3.4)	ร้อยละสถานพยาบาลที่ร่วมพัฒนากลไกและนวัตกรรมเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย	ร้อยละ	70	 65.53

#### 4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนปฏิบัติงาน : พัฒนาทุนมนุษย์เพื่อนำขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ

##### เป้าหมาย

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

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
(4.1)	ระดับความสำเร็จการจัดทำแผนการสร้างและพัฒนาบุคลากรขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพในประเทศไทย	ระดับ	3	 3
(4.2)	จำนวนของ Quality Expert ที่ขึ้นทะเบียน			
(4.2.1)	จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบัน	คน (สะสม)	187	 207
(4.2.2)	จำนวนที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบัน	คน (สะสม)	130	 125 (On Process 19 คน)
(4.3)	ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีผู้บริหาร ด้านคุณภาพ (QMR) หรือ ผู้จัดการศูนย์คุณภาพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของสถาบัน	ร้อยละ	20	 20.40
(4.4)	จำนวนหลักสูตรฝึกอบรมหรือหลักสูตร การศึกษาดูงาน ที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงานภายนอกหรือระดับสากล	หลักสูตร (สะสม)	2	 2
(4.5)	ระดับความสำเร็จของแผนเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารทรัพยากรมนุษย์ของสถาบัน	ระดับ	3	 3

## 5. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนปฏิบัติงาน: การพัฒนาองค์กรให้มีสมรรถนะสูงและเป็นที่น่าพอใจ

### เป้าหมาย

1. พัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูง เป็นที่น่าพอใจของสถานพยาบาล ประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
2. สร้างและส่งเสริมให้องค์กรมีสภาพแวดล้อม บรรยากาศ และวัฒนธรรมในการทำงานที่ดี
3. ยกระดับการใช้ข้อมูล สารสนเทศ และดิจิทัลเทคโนโลยีในการบริหารจัดการองค์กรสู่ผลสัมฤทธิ์
4. ส่งเสริมภาพลักษณ์องค์กรและการสื่อสาร ให้ประชาชนรับรู้การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
(5.1)	ผลลัพธ์ของการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง			
(5.1.1)	ระดับความสำเร็จของการเข้าสู่กระบวนการประเมินรับรอง TQC	ระดับ	3	● 3
(5.1.2)	จำนวนการผ่านและอ้างการประเมินรับรอง ตามมาตรฐาน ISO	จำนวน (สะสม)	2	● 2
(5.1.3)	ระดับการประเมินรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA 4.0)	ระดับ	ผ่านเกณฑ์ ขั้นมาตรฐาน	● ผ่านเป้าหมายขั้นมาตรฐาน (424.14)
(5.1.4)	ระดับผลการประเมิน ITA	ระดับ	ระดับดี	● ระดับดี ร้อยละ 93.98
(5.2)	ผลการประเมินวัฒนธรรมองค์กรผ่านเกณฑ์วัฒนธรรมองค์กรสู่การเป็นองค์กร High performance (มากกว่า percentile ที่ 80)	จำนวนมิติ	วัดผลปี พ.ศ. 2569	
(5.2)	ระดับความพร้อมในการใช้ข้อมูลสารสนเทศ และดิจิทัลเทคโนโลยี เพื่อการบริหารจัดการ			
(5.3.1)	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาสู่การเป็นดิจิทัล office ระดับ 3 ขึ้นไป	จำนวนมิติ	อย่างน้อย 3 มิติ	● ระดับ 4 ใน 4 มิติ
(5.3.2)	ระดับความสำเร็จของการจัดการ ระบบ Healthcare Platform	ระดับ	2	● 1
(5.4)	ประชาชนผู้รับบริการรู้จักการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล รพ. HA	ร้อยละ	30	● 53.49