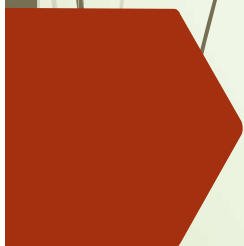


รายงานผลการดำเนินงานของโครงการ/กิจกรรม
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567





**แผนงานที่ 1 ประเมินรับรองเพื่อสร้างคุณค่าและความไว้วางใจ
จำนวน 2 โครงการ**

1.1 โครงการบริหารจัดการเยี่ยมสำรวจที่มีประสิทธิภาพ

**1.2 โครงการพัฒนามาตรฐานและกระบวนการรับรองคุณภาพ
สถานพยาบาลที่มีคุณค่า**

1.1 โครงการบริหารจัดการเยี่ยมสำรวจอย่างมีประสิทธิภาพ

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPIs) ตามโครงการ	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน					ร้อยละ (ผลเทียบค่าเป้าหมาย)
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รวม	
				(1 ต.ค. - 31 ธ.ค. 67)	(1 ม.ค. - 31 มี.ค. 67)	(1 เม.ย. -30 มิ.ย. 67)	(1 ก.ค. - 30 ก.ย. 67)		
1	ร้อยละสถานพยาบาลภาครัฐที่มีสถานะการรับรองการพัฒนาและการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (รพ.ภาครัฐทั้งหมด 1,107 แห่ง)		ร้อยละ 74.2 (821 แห่ง)	ร้อยละ 78.5 (869 แห่ง)	ร้อยละ 78.59 (870 แห่ง)	ร้อยละ 78.59 (870 แห่ง)			105.92
2	ร้อยละสถานพยาบาลภาคเอกชนที่มีสถานะการรับรองการพัฒนาและการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (รพ.ภาคเอกชนทั้งหมด 384 แห่ง)		ร้อยละ 39.3 (151 แห่ง)	ร้อยละ 41.41 (159 แห่ง)	ร้อยละ 42.45 (163 แห่ง)	ร้อยละ 45.83 (163 แห่ง)			114.86
3	ร้อยละสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองการพัฒนาและการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ		ร้อยละ 65.2 (972 แห่ง)	ร้อยละ 68.95 (1028 แห่ง)	ร้อยละ 65.28 (1033 แห่ง)	ร้อยละ 65.28 (1033 แห่ง)			100.12
4	จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองมาตรฐาน HA ขั้นก้าวหน้า (Advance HA) สะสม		20 แห่ง	17 แห่ง	20 แห่ง	20 แห่ง			100
5	จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองมาตรฐานสุขภาพระดับอำเภอ (DHSA) สะสม		45 แห่ง	48 แห่ง	41 แห่ง	41 แห่ง			91.11
6	ระดับความพึงพอใจของสถานพยาบาลต่อกระบวนการประเมินและให้การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล		ร้อยละ 80	ร้อยละ 91.92 (จากแบบประเมินหลังเยี่ยม)	ร้อยละ 90.01 (จากแบบประเมินหลังเยี่ยม)	ร้อยละ 90.05 (จากแบบประเมินหลังเยี่ยม)			112.56

- หมายเหตุ**
- 1.กรณีค่าเป้าหมาย **สะสม** ให้ระบุ แผน/ผล รายไตรมาส แบบสะสม
 2. ตารางนี้ให้รายงานต่อเนื่อง ทุกไตรมาส

1.1 โครงการบริหารจัดการเยี่ยมสำรวจอย่างมีประสิทธิภาพ

ไตรมาส 1

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	โครงการเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาลขั้นมาตรฐาน และขั้นก้าวหน้า	✓				
1.1	การเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพ ขั้นก้าวหน้า	✓		การบริหารจัดการในการเยี่ยมสำรวจเพื่อการต่ออายุรับรองให้ทันเวลา - รพ.ส่งเอกสารล่าช้า ไม่เป็นไปตาม timeline - ระยะเวลาออกคอยการจัดเยี่ยมมากกว่า 4 เดือน ทำให้หมดอายุก่อนการรับรอง	ทบทวนปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. 2566 ประกาศ ณ วันที่ 16 ตุลาคม 2566 - วางแผนในการพัฒนาระบบ Customer Relationship และติดตามการความก้าวหน้าในการดำเนินการตามระบบธำรงการรับรอง	121.50
1.2	การเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ ขั้นก้าวหน้า	✓				
1.3	การเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพ ขั้นมาตรฐาน	✓				
1.4	การเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ ขั้นมาตรฐาน	✓				
1.5	การเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพ ศูนย์บริการสาธารณสุข	✓				
1.6	การเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ ศูนย์บริการสาธารณสุข	✓				
1.7	การเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวัง ศูนย์บริการสาธารณสุข	✓				
1.8	การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข ขั้นพัฒนา	✓				
2	โครงการเยี่ยมสำรวจที่หลากหลาย					
2.1	การเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ	✓		จำนวนสถานพยาบาลที่หมดอายุ ในแต่ละไตรมาส ของ ปี 2567 มีจำนวนทั้งสิ้น 33 แห่ง แต่สามารถจัดเยี่ยมได้จำนวน 2-3 แห่ง ต่อเดือน เนื่องจากผู้เยี่ยมไม่เพียงพอ และจากนโยบายเรื่องการถ่ายโอน รพ.สต. ส่งผลให้บาง รพ.ไม่ขอต่ออายุการรับรอง	ทบทวน Business Model เพื่อส่งเสริมให้มีการรับรอง โดยบูรณาการกับการพัฒนารูปแบบการรับรองปฐมภูมิ - วางแผนร่วมกับกลุ่มภารกิจสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจในการสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อให้สามารถเยี่ยม DHSA ได้เพิ่มขึ้น	100.00
2.2	การเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ	✓		มีสถานพยาบาลยื่นความจำนงขอรับการรับรองจำนวนมาก ทำให้ค้างจัดเยี่ยม จำนวน 20 แห่ง (ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม 2567)	เพิ่มการจัดเยี่ยมจาก 3 แห่ง ต่อ เดือน เป็น 7 แห่ง ต่อเดือน	210
2.3	การเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ		✓	ไม่มีสถานพยาบาลขอการรับรองเครือข่าย HNA	ทบทวนข้อมูลจากการรับรอง PNC เพื่อวางแผนดำเนินงานร่วมกับกลุ่มภารกิจส่งเสริมการพัฒนา	
3	โครงการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวัง					
3.1	การเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังกระบวนการคุณภาพ		✓	การใช้ผู้เยี่ยมกลุ่มเดียวกันในการเยี่ยมรับรองโรงพยาบาลที่มี productivity สูง ส่งผลให้มี Man-day ในการจัดการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังน้อยลง	ทบทวนฐานข้อมูลผู้เยี่ยมสำรวจและจัดทำรายชื่อผู้เยี่ยมสำรวจสำหรับการจัดเยี่ยมเพื่อเฝ้าระวัง	63.33
3.2	การเยี่ยมสำรวจเมื่อมีการปรับเปลี่ยนผู้บริหาร และการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังกระบวนการคุณภาพ	✓				
3.3	การเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังกระบวนการคุณภาพ ขั้นก้าวหน้า	✓				
4	โครงการบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกระบวนการเยี่ยมและการรับรอง					
4.1	จ้างนักวิชาการ technical review report	✓				
4.2	จ้างผู้ประสานงาน	✓				
4.3	จัดประชุมพัฒนา application	✓				
4.4	จัดประชุมพัฒนาผู้ประสานงาน			แผนปฏิบัติการ อยู่ที่ไตรมาส 3-4 เนื่องจากปีงบประมาณ 2567 ดำเนินการโดยใช้งบประมาณพรากก่อน จึงเน้นกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจเป็นหลัก เพื่อให้มีงบประมาณเพียงพอในการดำเนินงาน	ใช้การเรียนรู้ผ่านเวทีการประชุมกลุ่มภารกิจประจำเดือน และการประชุมกลุ่มย่อย	
4.5	ผู้ประสานงานลงพื้นที่ร่วมสังเกตการณ์เยี่ยม					
4.5	โครงการพัฒนาระบบแอปพลิเคชันการประเมินและรับรอง			เริ่มดำเนินการโครงการ ไตรมาสที่ 3 ซึ่งมีความเสี่ยงในการจัดซื้อจัดจ้างพัฒนา application	จัดทำ action plan ที่ชัดเจน มีการกำกับติดตามเพื่อให้สามารถดำเนินงานและจัดจ้างได้ตามกำหนดเวลา	
5	โครงการบริหารจัดการกระบวนการพิจารณารับรอง					
5.1	จัดประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ เพื่อพิจารณาสถานพยาบาล	✓		ความล่าช้าของการนำรายงานเข้าสู่กระบวนการรับรองไม่เป็นไปตามกำหนด 45 วัน หลังการเยี่ยมสิ้นสุด	ทบทวนแนวทางและการบริหารจัดการบุคลากรในการมอบหมายงาน จัดทำระบบการติดตามและฐานข้อมูลที่ใช้ในการติดตาม	
5.2	จัดประชุมคณะกรรมการร่วม 2 ชุด	✓				
5.3	จัดทำใบประกาศนียบัตร		✓	การจัดทำใบประกาศนียบัตรล่าช้า	ทบทวนและจัดทำ CQI ใบประกาศนียบัตรอิเล็กทรอนิกส์	

ไตรมาส 2

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	โครงการเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาลขั้นมาตรฐาน และขั้นก้าวหน้า	✓				
1.1	การเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพ ขั้นก้าวหน้า	✓		ผลิตภาพ (productivity) ของการจัดการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพขั้นมาตรฐาน/ขั้นก้าวหน้า เป้าหมายจัดได้ 40 กิจกรรม/เดือน แต่จัดได้จริงเฉลี่ย 36 ครั้ง/เดือน ผลทำให้มีโรงพยาบาลที่หมดอายุจากข้อจำกัดในการจัดการเยี่ยมสำรวจของสถาบัน ซึ่งจากการประมาณการต้องจัดกิจกรรมการเยี่ยมให้ได้ 50 ครั้ง/เดือน จึงจะสามารถจัดเยี่ยมได้ตามระเบียบคณะกรรมการฯ ใหม่ ส่งผลให้ระยะเวลาการคอยการจัดเยี่ยมในกลุ่มโรงพยาบาลต่ออายุมากกว่า 4 เดือน ทำให้โรงพยาบาลหมดอายุก่อนการรับรองครั้งใหม่ และกลุ่มที่ขอรับรองครั้งแรกมีระยะเวลาการคอย ประมาณ 6-7 เดือน	ประมวลข้อมูลเพื่อนำเสนอทีมบริหารในการดำเนินงาน นำมาสู่การกำหนดนโยบายในการจัดการ ดังนี้ กลุ่ม รพ. ที่หมดอายุก่อนวันที่ 1 พฤษภาคม 2567 อนุมัติให้ต่ออายุชั่วคราว ตามระเบียบคณะกรรมการฯ พ.ศ. 2565 จำนวน 136 แห่ง กลุ่ม รพ. ที่หมดอายุตั้งแต่ 1 พฤษภาคม - 31 ธันวาคม 2567 ผู้อำนวยการพิจารณาขยายอายุการรับรอง 3 เดือน เนื่องจากเหตุปัจจัย ข้อจำกัดของสถาบันที่ไม่สามารถจัดเยี่ยมได้ตามกำหนด จำนวน 251 แห่ง กลุ่ม รพ. ที่หมดอายุตั้งแต่ 1 พฤษภาคม - 31 ธันวาคม 2567 ที่ไม่เคยเยี่ยมสำรวจแบบลดรูปในครั้งก่อนหน้า และมีความสมัครใจรับการเยี่ยมสำรวจแบบลดรูป สามารถจัดการเยี่ยมสำรวจแบบลดรูป ระยะเวลารับรอง 3 ปี จำนวน 22 แห่ง	120.56
1.2	การเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ ขั้นก้าวหน้า	✓				
1.3	การเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพ ขั้นมาตรฐาน	✓				
1.4	การเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ ขั้นมาตรฐาน	✓				
1.5	การเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพ ศูนย์บริการสาธารณสุข	✓				
1.6	การเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ ศูนย์บริการสาธารณสุข	✓				
1.7	การเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวัง ศูนย์บริการสาธารณสุข	✓				
1.8	การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข ขั้นพัฒนา	✓				
2	โครงการเยี่ยมสำรวจที่หลากหลาย					
2.1	การเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ		✓	จากนโยบายเรื่องการถ่ายโอน รพ.สต. ส่งผลให้บาง รพ.ไม่ขอต่ออายุการรับรอง จำนวน 5 แห่ง จำนวนสถานพยาบาลที่หมดอายุ ในแต่ละไตรมาส ของ ปี 2567 มีจำนวนทั้งสิ้น 33 แห่ง แต่สามารถจัดเยี่ยมได้จำนวน 2-3 แห่ง ต่อเดือน เนื่องจากผู้เยี่ยมไม่เพียงพอ ทำให้โรงพยาบาลที่หมดอายุและอยู่ระหว่างกระบวนการต่ออายุ มีจำนวน 13 แห่ง	วางแผนร่วมกับกลุ่มภารกิจสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจในการสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อให้สามารถเยี่ยม DHSA ได้เพิ่มขึ้น เสนอข้อมูลต่อผู้บริหารเพื่อทบทวน Business Model เพื่อส่งเสริมให้มีการรับรอง โดยบูรณาการกับการพัฒนารูปแบบการรับรองปฐมภูมิ	91.11
2.2	การเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ	✓		มีสถานพยาบาลอื่นความจำเป็นขอรับการรับรองจำนวนมาก ทำให้ค้างจัดเยี่ยม จำนวน 35 แห่ง (ข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน 2567)	ทบทวนปรับแผนการเยี่ยมและงบประมาณดำเนินงาน เพิ่มจาก 3 แห่ง ต่อ เดือน เป็น 6 แห่ง ต่อเดือน สะท้อนข้อมูลและร่วมกับกลุ่มภารกิจบริหารและพัฒนาผู้เยี่ยมในการวางแผนงานรองรับปริมาณการขอการรับรองที่เพิ่มขึ้น	180
2.3	การเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ		✓	ไม่มีสถานพยาบาลขอการรับรองเครือข่าย HNA	ทบทวนข้อมูลจากการรับรอง PNC เพื่อวางแผนดำเนินงานร่วมกับกลุ่มภารกิจส่งเสริมการพัฒนา	
3	โครงการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวัง					
3.1	การเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังกระบวนการคุณภาพ		✓	การใช้ผู้เยี่ยมกลุ่มเดียวกันในการเยี่ยมรับรองโรงพยาบาลที่มี productivity สูง ส่งผลให้มี Man-day ในการจัดการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังน้อยลง	ทบทวนฐานข้อมูลผู้เยี่ยมสำรวจและจัดทำรายชื่อผู้เยี่ยมสำรวจสำหรับการจัดเยี่ยมเพื่อเฝ้าระวัง	97.48
3.2	การเยี่ยมสำรวจเมื่อมีการปรับเปลี่ยนผู้บริหาร และการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังกระบวนการคุณภาพ	✓				
3.3	การเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังกระบวนการคุณภาพ ขั้นก้าวหน้า	✓				
4	โครงการบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกระบวนการเยี่ยมและการรับรอง					
4.1	จ้างนักวิชาการ technical review report	✓				
4.2	จ้างผู้ประสานงาน	✓				
4.3	จัดประชุมพัฒนา application	✓				
4.4	จัดประชุมพัฒนาผู้ประสานงาน			แผนปฏิบัติการ อยู่ที่ไตรมาส 3-4 เนื่องจากปีงบประมาณ 2567 ดำเนินการโดยใช้งบประมาณพรากก่อน จึงเน้นกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจเป็นหลัก เพื่อให้มีงบประมาณเพียงพอในการดำเนินงาน	ใช้การเรียนรู้ผ่านเวทีการประชุมกลุ่มภารกิจประจำเดือน และการประชุมกลุ่มย่อย	
4.5	ผู้ประสานงานลงพื้นที่ร่วมสังเกตการณ์เยี่ยม					
4.5	โครงการพัฒนาระบบแอปพลิเคชันการประเมินและรับรอง			เริ่มดำเนินการโครงการ ไตรมาสที่ 3 ซึ่งมีความเสี่ยงในการจัดซื้อจัดจ้างพัฒนา application	จัดทำ action plan ที่ชัดเจน มีการกำกับติดตามเพื่อให้สามารถดำเนินงานและจัดจ้างได้ตามกำหนดเวลา	
5	โครงการบริหารจัดการกระบวนการพิจารณารับรอง					
5.1	จัดประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ เพื่อพิจารณาสถานพยาบาล	✓		สามารถจัดการประชุมได้ตามกำหนดเวลา แต่ยังคงพบความล่าช้าของกรนำรายงานเข้าสู่กระบวนการรับรองไม่เป็นไปตามกำหนด 45 วัน หลังการเยี่ยมสิ้นสุด	ทบทวนแนวทางและการบริหารจัดการบุคลากรในการมอบหมายงาน จัดทำระบบการติดตามและฐานข้อมูลที่ใช้ในการติดตาม	
5.2	จัดประชุมคณะกรรมการร่วม 2 ชุด	✓				
5.3	จัดทำใบประกาศนียบัตร		✓	การจัดทำใบประกาศนียบัตรล่าช้า	ทบทวนและจัดทำ COI ใบประกาศนียบัตรอิเล็กทรอนิกส์	

ไตรมาส 3

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	โครงการเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาลขั้นมาตรฐาน และขั้นก้าวหน้า	✓				
1.1	การเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพ ขั้นก้าวหน้า	✓				100.00
1.2	การเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ ขั้นก้าวหน้า	✓				
1.3	การเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพ ขั้นมาตรฐาน	✓				
1.4	การเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ ขั้นมาตรฐาน	✓				
1.5	การเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพ ศูนย์บริการสาธารณสุข	✓				
1.6	การเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ ศูนย์บริการสาธารณสุข	✓				
1.7	การเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวัง ศูนย์บริการสาธารณสุข	✓				
1.8	การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข ขั้นพัฒนา	✓				
2	โครงการเยี่ยมสำรวจที่หลากหลาย					
2.1	การเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ		✓			91.11
2.2	การเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ	✓				180
2.3	การเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ		✓			
3	โครงการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวัง					
3.1	การเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังกระบวนการคุณภาพ		✓			97.48
3.2	การเยี่ยมสำรวจเมื่อมีการปรับเปลี่ยนผู้บริหาร และการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังกระบวนการคุณภาพ	✓				
3.3	การเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังกระบวนการคุณภาพ ขั้นก้าวหน้า	✓				
4	โครงการบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกระบวนการเยี่ยมและการรับรอง					
4.1	จ้างนักวิชาการ technical review report	✓				
4.2	จ้างผู้ประสานงาน	✓				
4.3	จัดประชุมพัฒนา application	✓				
4.4	จัดประชุมพัฒนาผู้ประสานงาน	✓				
4.5	ผู้ประสานงานลงพื้นที่ร่วมสังเกตการณ์เยี่ยม	✓				
4.5	โครงการพัฒนาระบบแอปพลิเคชันการประเมินและรับรอง	✓				
5	โครงการบริหารจัดการกระบวนการพิจารณารับรอง					
5.1	จัดประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ เพื่อพิจารณาสถานพยาบาล	✓				
5.2	จัดประชุมคณะกรรมการร่วม 2 ชุด	✓				
5.3	จัดทำใบประกาศนียบัตร		✓			

1.2 โครงการพัฒนามาตรฐานและกระบวนการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่มีคุณค่า

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPIs) ตามโครงการ	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน					ร้อยละ (ผลเทียบค่าเป้าหมาย)
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รวม	
				(1 ต.ค. - 31 ธ.ค. 67)	(1 ม.ค. - 31 มี.ค. 67)	(1 เม.ย. - 30 มิ.ย. 67)	(1 ก.ค. - 30 ก.ย. 67)		
1	จำนวนมาตรฐานการรับรองคุณภาพของสถาบันได้รับการรับรองจากหน่วยงานสากล ISQua EEA ต่อเนื่อง (สะสม)	มาตรฐาน	1	มีการดำเนินงานตามแผนการพัฒนา progress report ครั้งที่ 1 จากข้อเสนอแนะ ISQua EEA และมีแผนจัดสัมมนาเพื่อพัฒนาแนวทางการใช้ HA Scoring จากผลการทดสอบ ในวันที่ 19 ม.ค. 2567 (การประชุมผู้เยี่ยม) เพื่อจัดส่ง progress report ครั้งที่สองในเดือนสิงหาคม	มีการสร้างการเรียนรู้แนวทางการใช้ HA Scoring ในเวทีวิชาการ ประจำปี Forum ครั้งที่ 24	มีการยกย่อง progress report ครั้งที่ 2 ตามข้อเสนอแนะ ISQua EEA เพื่ออ้างอิงการรับรองมาตรฐานสากล โดยจะจัดส่งในเดือนสิงหาคม			80
2	ระดับความสำเร็จตามเป้าหมายการพัฒนามาตรฐานและการประเมินรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ	ระดับ	2	มีการปรับปรุงมาตรฐานภายหลังทดลองใช้และเสนอต่อคณะกรรมการ ประกาศใช้มาตรฐาน วันที่ 16 ธ.ค. 2566 เป็นต้นไป	1. มีการจัดทำ (ร่าง) แบบประเมินตนเองขั้นมาตรฐาน 2. กำหนดวันลงพื้นที่ทดสอบเครื่องมือและกระบวนการประเมินขั้นมาตรฐาน วันที่ 2-3 พ.ค. จังหวัดอยุธยา	1. จัดให้มีการทดสอบเครื่องมือประเมินตนเองและกระบวนการประเมินรับรอง ขั้นมาตรฐาน ในพื้นที่นำร่องจังหวัดอยุธยา วันที่ 2-3 พ.ค. และมีแผนลงพื้นที่เขตนครชัยบุรีในวันที่ 4-5 ก.ค. 2. อยู่ระหว่างการพัฒนา PCSA platform โดยบูรณาการพัฒนา TOR การบริหารกระบวนการเยี่ยมสำรวจผ่าน Web-Based Application			70
3	จำนวนมาตรฐานที่มีการทบทวนและปรับปรุงเสนอต่อคณะกรรมการ (มาตรฐาน)	มาตรฐาน	2	1. มีการปรับปรุงมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิและเสนอต่อคณะกรรมการสถาบัน ประกาศใช้มาตรฐาน วันที่ 16 ธ.ค. 2566 เป็นต้นไป 2. มาตรฐาน HA ฉบับที่ 5.1 อยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนการพัฒนามาตรฐานสากล โดยจะจัดสัมมนารับฟังความคิดเห็นต่อการพัฒนามาตรฐานในกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย ในวันที่ 16 และ 19 ม.ค. 2567	1. มีการจัดรับฟังความคิดเห็นต่อการพัฒนามาตรฐานในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ องค์กรวิชาชีพ องค์กรสาธารณสุข วันที่ 16 ม.ค. 2567 2. จัดให้มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนามาตรฐาน วันที่ 1 มี.ค. 2567 โดยอนุกรรมการได้กำหนดหลักการพัฒนามาตรฐานและเสนอแนะต่อประเด็นที่ได้จากการรับฟังความคิดเห็น เพื่อนำไปสู่การกำหนดประเด็นสำคัญในการปรับปรุงมาตรฐาน	จัดให้มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนามาตรฐาน วันที่ 21 มิ.ย. 2567 โดยได้มีการทบทวนหลักการพัฒนามาตรฐาน HA และกำหนดประเด็นสำคัญในการปรับปรุงมาตรฐาน และมอบหมายทีมเลขาฯร่างมาตรฐานฉบับปรับปรุง เพื่อนำมาเสนอในการประชุมครั้งถัดไป			60
4	ร้อยละความสำเร็จตามแผนงานการพัฒนาเพิ่มประสิทธิภาพระบบการประเมินรับรองมาตรฐาน HA	ร้อยละ	80	1. มีการทบทวนระเบียบ/ประกาศหลักเกณฑ์การพิจารณาและเครื่องมือคุณภาพที่เกี่ยวข้องในการประเมินการพัฒนาและรับรองให้สอดคล้องกับหลักเกณฑ์และวิธีการประเมิน พ.ศ.2566 2. มีการทบทวนและปรับปรุงขั้นตอนการทำงานระบบประเมินรับรองร่วมกับหน่วยงานภายในที่เกี่ยวข้อง	1. มีการทบทวนระเบียบ/ประกาศหลักเกณฑ์การพิจารณาและเครื่องมือคุณภาพที่เกี่ยวข้องในการประเมินการพัฒนาและรับรองให้สอดคล้องกับหลักเกณฑ์และวิธีการประเมิน พ.ศ.2566 ครอบคลุมทุก product 2. มีการทบทวนและปรับปรุงขั้นตอนการทำงานระบบประเมินรับรองร่วมกับหน่วยงานภายในที่เกี่ยวข้อง	อยู่ระหว่างทบทวน SP/W/SD/FM ให้สอดคล้องกับประกาศและระเบียบ			70
5	จำนวนรูปแบบการประเมินรับรองหรือเครื่องมือที่มีการปรับปรุงและประกาศใช้ (เรื่อง)	เรื่อง	2	มีการทบทวนรูปแบบการประเมินและประกาศใช้เครื่องมือคุณภาพสำหรับสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ศบส. ปฐมภูมิ: ขั้นพัฒนา) และสถานพยาบาลที่พัฒนาระบบเครือข่าย (HNA)	1. มีการขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ สำหรับการประเมินรับรอง ศบส, HNA และอยู่ระหว่างร่างคู่มือการเตรียมรับการประเมิน 2. อยู่ระหว่างการพัฒนาเครื่องมือคุณภาพ การประเมินรับรองสถานพยาบาลปฐมภูมิ	1. มีการขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ สำหรับการประเมินรับรอง ศบส, HNA, PDSC และอยู่ระหว่างร่างคู่มือการเตรียมรับการประเมินรับรอง 2. อยู่ระหว่างการพัฒนาเครื่องมือคุณภาพ การประเมินรับรองสถานพยาบาลปฐมภูมิ			70
6	จำนวนผลงานวิชาการ/วิจัย/นวัตกรรม/ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ด้านการพัฒนามาตรฐานและการประเมินรับรองที่เผยแพร่สู่สาธารณะหรือได้นำเสนอเพื่อเป็นประเด็นขับเคลื่อนเชิงนโยบาย	เรื่อง	2	อยู่ระหว่างดำเนินการพัฒนาผลงานวิชาการ Fxhip และ ศมส.	1. อยู่ระหว่างดำเนินการพัฒนาผลงานวิชาการ Fxhip โดยจะจัดให้มีการประชุมทบทวนแนวทางปฏิบัติ ในวันที่ 17 เม.ย. 2. อยู่ระหว่างการประชุมรวม วิเคราะห์ประเด็น จากการประชุมอนุรับรองเพื่อกำหนดเป็นประเด็นขับเคลื่อนเชิงนโยบาย	1. อยู่ระหว่างร่างแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มข้อสะโพกหัก ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ โดยมีแผนจัดประชุมรับฟังร่วมกับราชวิทยาลัยในเดือนสิงหาคม 2. อยู่ระหว่างการประชุม วิเคราะห์ประเด็น จากการประชุมอนุรับรองเพื่อกำหนดเป็นประเด็นขับเคลื่อนเชิงนโยบาย			60
7	ร้อยละความสำเร็จตามแผนงานการพัฒนามาตรฐาน HA ที่ตอบสนองต่อผลการประเมินความพึงพอใจของสถานพยาบาลและผู้มีส่วนได้เสีย	ร้อยละ	80	อยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนการพัฒนามาตรฐาน HA 5.1 ตามแนวทางสากล	มีการดำเนินงานตามแผนการพัฒนามาตรฐาน HA 5.1 ตามแนวทางสากล ที่สอดคล้องกับตัววัดลำดับที่ 3	มีการดำเนินงานตามแผนการพัฒนามาตรฐาน HA 5.1 ตามแนวทางสากล ที่สอดคล้องกับตัววัดลำดับที่ 3			60

หมายเหตุ 1.กรณีค่าเป้าหมายสะสม ให้ระบุ แผน/ผล รายไตรมาส แบบสะสม
2. ตารางนี้ให้รายงานต่อเนื่อง ทุกไตรมาส

1.2 โครงการพัฒนามาตรฐานและกระบวนการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่มีคุณค่า

ไตรมาส 1

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จเทียบกับเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	โครงการย่อย 1 พัฒนามาตรฐานและระบบการประเมินรับรอง HA ให้ได้รับการยอมรับในระดับสากล		✓	ความล่าช้าในการดำเนินงานตามแผน 1 การพัฒนามาตรฐาน HA ฉบับที่ 5.1 ตามแนวทางสากล มีกระบวนการขั้นตอนที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสียที่หลากหลาย อาจทำให้การขับเคลื่อนล่าช้ากว่าที่กำหนด 2 การพัฒนาระบบการทำงานด้านการประเมินรับรอง (HA) เนื่องจากต้องมีการประสานเชื่อมโยงและบูรณาการการทำงานร่วมกับกลุ่มภารกิจอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงอาจทำให้เกิดความล่าช้า 3 การพัฒนารูปแบบการประเมินรับรองสถานพยาบาลปฐมภูมิ จากบริบทของงานที่เป็นการขับเคลื่อนเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ ที่ต้องการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียทั้งภายนอกและภายในองค์กร และปัจจัยการกระจายอำนาจ ถ่ายโอน รับผิดชอบ ผลกระทบทำให้ ยังไม่มีความชัดเจนเรื่องโครงสร้าง รูปแบบ การบริหารจัดการของหน่วยบริการ ที่พื้นที่ยังไม่มีความชัดเจน	กำหนดกลไกการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานภายในและภายนอก การประสานความร่วมมือ และสร้างการมีส่วนร่วมที่ชัดเจน เพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับพื้นที่	
2	โครงการย่อย 2 พัฒนามาตรฐานและระบบการประเมินรับรองที่หลากหลายแบบมีส่วนร่วม		✓	1 ความล่าช้าในการจัดทำผลงานวิชาการ งานวิจัย หรือข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เนื่องจากขาดการกำหนดกลไก และแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและเป็นระบบ 2 จากบริบทของงานที่ต้องทำความเข้าใจทางวิชาการกับหน่วยงานภาคี/องค์กรวิชาชีพ/สมาคม อาจทำให้เกิดการล่าช้า	1. กำหนดแผนงานที่ชัดเจนและกำกับติดตามให้เป็นไปตามขั้นตอน 2. พัฒนาระบบของนักวิชาการในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	

ไตรมาส 2

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จเทียบกับเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	โครงการย่อย 1 พัฒนามาตรฐานและระบบการประเมินรับรอง HA ให้ได้รับการยอมรับในระดับสากล		✓	ความล่าช้าในการดำเนินงานตามแผน 1 การพัฒนามาตรฐาน HA ฉบับที่ 5.1 ตามแนวทางสากล มีกระบวนการขั้นตอนที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสียที่หลากหลาย อาจทำให้การขับเคลื่อนล่าช้ากว่าที่กำหนด 2 การพัฒนาระบบการทำงานด้านการประเมินรับรอง (HA) เนื่องจากต้องมีการประสานเชื่อมโยงและบูรณาการการทำงานร่วมกับกลุ่มภารกิจอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงอาจทำให้เกิดความล่าช้า 3 การพัฒนารูปแบบการประเมินรับรองสถานพยาบาลปฐมภูมิ จากบริบทของงานที่เป็นการขับเคลื่อนเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ ที่ต้องการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียทั้งภายนอกและภายในองค์กร การสร้างแรงจูงใจให้กับพื้นที่ และปัจจัยการกระจายอำนาจ ถ่ายโอน รับผิดชอบ อาจทำให้การดำเนินงานตามแผนล่าช้ากว่าที่กำหนด	- กำหนดกลไกการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานภายในและภายนอก การประสานความร่วมมือ และสร้างการมีส่วนร่วมที่ชัดเจน - การกำกับติดตามแผนการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เป็นตามขั้นตอนและเวลาที่กำหนด - การสร้างแรงจูงใจให้กับพื้นที่ในการขับเคลื่อนงานเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ เพื่อได้รับความร่วมมือ	
2	โครงการย่อย 2 พัฒนามาตรฐานและระบบการประเมินรับรองที่หลากหลายแบบมีส่วนร่วม		✓	1 ความล่าช้าในการจัดทำผลงานวิชาการ งานวิจัย หรือข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เนื่องจากขาดการกำหนดกลไก แนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและเป็นระบบ 2 จากบริบทของงานที่ต้องทำความเข้าใจทางวิชาการกับหน่วยงานภาคี/องค์กรวิชาชีพ/สมาคม อาจทำให้เกิดการล่าช้า	1. กำหนดแผนงานที่ชัดเจนและกำกับติดตามให้เป็นไปตามขั้นตอน 2. กำหนดแนวทางปฏิบัติการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เป็นรูปธรรมชัดเจน และพัฒนาระบบของนักวิชาการ	

ไตรมาส 3

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จเทียบกับเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	โครงการย่อย 1 พัฒนามาตรฐานและระบบการประเมินรับรอง HA ให้ได้รับการยอมรับในระดับสากล		✓	ความล่าช้าในการดำเนินงานตามแผน การพัฒนามาตรฐาน HA ฉบับที่ 5.1 หรือ 6 ตามแนวทางสากล มีกระบวนการขั้นตอนที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสียที่หลากหลาย อาจทำให้การขับเคลื่อนล่าช้ากว่าที่กำหนด และการพัฒนาระบบของนักวิชาการ	การกำกับติดตามแผนการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เป็นตามขั้นตอนและเวลาที่กำหนด และพัฒนาระบบของนักวิชาการ	
2	โครงการย่อย 2 พัฒนามาตรฐานและระบบการประเมินรับรองที่หลากหลายแบบมีส่วนร่วม		✓	ความล่าช้าในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เนื่องจากขาดการกำหนดกลไก แนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและเป็นระบบ และพัฒนาระบบของนักวิชาการ	กำหนดแนวทางปฏิบัติการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เป็นรูปธรรมชัดเจน และพัฒนาระบบของนักวิชาการ	



แผนงานที่ 2 การพัฒนากลไกความร่วมมือและองค์ความรู้ จำนวน 3 โครงการ

2.1 โครงการพัฒนากลไกการจัดการคุณภาพบริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ
และลดความเหลื่อมล้ำของคุณภาพและความปลอดภัย

2.2 โครงการพัฒนากลไกและเครือข่ายเพื่อธำรงและพัฒนาคุณภาพ
สถานพยาบาล

2.3 โครงการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพบริการสถานพยาบาลปฐมภูมิ

2.1 โครงการพัฒนาการดำเนินการจัดการคุณภาพบริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดความถี่ของข้อผิดพลาดของบุคลากรและความปลอดภัย ระยะที่ 2

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPIs) ตามโครงการ	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน					ร้อยละ (ผลเทียบค่าเป้าหมาย)	หมายเหตุ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รวม		
				(1 ต.ค. - 31 ธ.ค. 67)	(1 ม.ค. - 31 มี.ค. 67)	(1 เม.ย. - 30 มิ.ย. 67)	(1 ก.ค. - 30 ก.ย. 67)			
1	จำนวนสถานพยาบาลใช้กลไกเครื่องมือ Quality Measurement (NRLS, THIP, PEP, HSCS) ในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย (ตามตัวชี้วัดแผน 5 ปี แผนปฏิบัติการที่ 2 ข้อ 1.1)	แห่ง	980	1049	940	998	0	998	101.84	
2	สถานพยาบาลที่พัฒนาเชื่อมโยงระบบเชื่อมโยงระบบรายงานอุบัติการณ์และการเรียนรู้เข้าสู่ส่วนกลาง National Reporting and Learning System (NRLS)	แห่ง	845	817 (N=945) ยังไม่นับรวมสมาชิกใหม่ 1007	858	956	0	956	113.14	
3	สถานพยาบาลที่มีประชาชนเป็นส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	ร้อยละ	80	0	0	0	0	0	0.00	ยังไม่ได้ดำเนินการ
4	ร้อยละอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ของสถานพยาบาลได้รับการแก้ไขในระดับ E-Up	ร้อยละ	35	46.62 (1860997*100/3907771)	48.27 (2037879*100/42)	35.48 (902735*100/320)	0	35.48	101.37	
5	จำนวนสถานพยาบาลเข้าร่วมงานประชุม World Patient Safety Day & 3P Safety (Patient/Personal/People)	แห่ง	560	0	0	0	ผลไตรมาส 4	0	0.00	ดำเนินการไตรมาส 4
6	ร้อยละของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยเพื่อนำมาปรับระบบงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรมีความปลอดภัย	ร้อยละ	75	0	0	75 (สมาชิก1007แห่งสำรวจ 755 แห่ง)	0	75	100.00	ดำเนินการไตรมาส 2
7	ร้อยละของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีรับฟังเสียง/เรียนรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วยเพื่อนำมาปรับระบบงานให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย (ตามตัวชี้วัด Result Chain: Patient Experience for Safety)	ร้อยละ	75	0	0	76.7 (สมาชิก 1007 สมัครใช้ระบบ 772)	0	76.7	102.27	ปิดการสำรวจไตรมาส 3
8	ลดอัตราความผิดพลาดที่ป้องกันได้ที่มีระดับรุนแรงและอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (ความรุนแรงระดับ E-I) (ตามตัวชี้วัดแผน 5 ปี แผนปฏิบัติการที่ 1 ข้อ 2)	ร้อยละ	9.5	6.65	6.2	6	0	6.28	100.00	สะสมปีงบประมาณ = 6.26
9	จำนวนกลไกขับเคลื่อนเชิงระบบที่เกิดจากการดำเนินงานร่วมกับคู่ความร่วมมือทั้งในประเทศ/ต่างประเทศ และประชาชน (ตามตัวชี้วัดแผน 5 ปี แผนปฏิบัติการที่ 2 ข้อ 2)	กลไก	2	2 (ECRI/สวทช.)	0	0	0	2 (ECRI/สวทช.)	100.00	สะสม
10	ผลงานวิจัย หรือความรู้เกี่ยวกับ 3P Safety ได้รับการเผยแพร่ หรือมีการตีพิมพ์ในประเทศและต่างประเทศ (ความร่วมมือระดับสากลในการเผยแพร่ข้อมูลด้านคุณภาพและความปลอดภัย) (ตามตัวชี้วัดแผน 5 ปี แผนปฏิบัติการที่ 3 ข้อ 3 และตามตัวชี้วัด Result Chain)	เรื่อง	1	0	0	0	0	0	0.00	อยู่ระหว่างดำเนินการ
11	จำนวนองค์ความรู้และบทเรียนในระบบบริการสุขภาพ/ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy) ที่เป็นผลจากการดำเนินงาน 3P Safety (ตามตัวชี้วัดแผน 5 ปี แผนปฏิบัติการที่ 3 ข้อ 4 และตามตัวชี้วัด Result Chain)	เรื่อง	1	0	0	1	0	1	100.00	ได้ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายจาก Top10 Patient safety 1 เรื่อง ค้ำเรื่อง People safety (P2.1: Process improvement of health promotion by health service)
12	จำนวนการจัดการความรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญและนักปฏิบัติ (Community of Practice) (ตามตัวชี้วัดแผน 5 ปี แผนปฏิบัติการที่ 3 ข้อ 5 และตามตัวชี้วัด Result Chain)	เรื่อง	2	0	0	2	0	0	100.00	ดำเนินการไตรมาส 3: IPC, Mental health
13	จำนวนองค์ความรู้นวัตกรรมการพัฒนาคุณภาพด้านความปลอดภัย	เรื่อง	5	13	13	7		7	140.00	

หมายเหตุ 1.กรณีค่าเป้าหมายสะสม ให้ระบุ แผน/ผล รายไตรมาส แบบสะสม
2. ตารางนี้ให้รายงานต่อเนื่อง ทุกไตรมาส

2.1 โครงการพัฒนากลไกการจัดการคุณภาพบริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดความเหลื่อมล้ำของคุณภาพและความปลอดภัย ระยะที่ 2

ไตรมาส 1

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	โครงการย่อยยุทธศาสตร์สร้างระบบให้มีการผลิต พัฒนา และส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขมีศักยภาพและความตระหนักเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรและประชาชน		✓	ผู้อำนวยการ มอบหมายายตามยุทธศาสตร์ให้กลุ่มภารกิจส่งเสริมพัฒนาเครือข่ายและฝึกอบรมดำเนินการ	นัดหมายประชุมไปแล้ว 1 ครั้ง	0
2	โครงการย่อยยุทธศาสตร์สร้างการมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องรอบครัว ชุมชน เครือข่ายภาคประชาสังคมและองค์กรต่างๆ ในการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ	✓			NA	0
3	โครงการย่อยยุทธศาสตร์ พัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่สำคัญในการขับเคลื่อน 3P Safety	✓			NA	66.67
4	โครงการย่อยยุทธศาสตร์ สร้างและพัฒนาระบบข้อมูล องค์ความรู้และงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรและประชาชน	✓			NA	50
5	โครงการย่อยยุทธศาสตร์ ขับเคลื่อนนโยบาย กำกับ และอภิบาลระบบบริการสุขภาพ เพื่อ 3P Safety	✓			NA	80
6	โครงการย่อยข้อมูลตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand hospital indicator program : THIP)	✓			NA	50

ไตรมาส 2

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	โครงการย่อยยุทธศาสตร์สร้างระบบให้มีการผลิต พัฒนา และส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขมีศักยภาพและความตระหนักเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรและประชาชน		✓	ผู้อำนวยการ มอบหมายายตามยุทธศาสตร์ให้กลุ่มภารกิจส่งเสริมพัฒนาเครือข่ายและฝึกอบรมดำเนินการ	นัดหมายประชุมไปแล้ว 1 ครั้ง	0
2	โครงการย่อยยุทธศาสตร์สร้างการมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องรอบครัว ชุมชน เครือข่ายภาคประชาสังคมและองค์กรต่างๆ ในการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ	✓		บูรณาการกิจกรรมหลักร่วมกับโครงการที่ 3 พัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่สำคัญในการขับเคลื่อน 3P Safety	NA	0
3	โครงการย่อยยุทธศาสตร์ พัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่สำคัญในการขับเคลื่อน 3P Safety	✓			NA	0.00
4	โครงการย่อยยุทธศาสตร์ สร้างและพัฒนาระบบข้อมูล องค์ความรู้และงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรและประชาชน	✓			NA	0
5	โครงการย่อยยุทธศาสตร์ ขับเคลื่อนนโยบาย กำกับ และอภิบาลระบบบริการสุขภาพ เพื่อ 3P Safety	✓			NA	0
6	โครงการย่อยข้อมูลตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand hospital indicator program : THIP)	✓			NA	0

ไตรมาส 3

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	โครงการย่อยยุทธศาสตร์สร้างระบบให้มีการผลิต พัฒนา และส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขมีศักยภาพและความตระหนักเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรและประชาชน		✓	ผู้อำนวยการ มอบหมายายตามยุทธศาสตร์ให้กลุ่มภารกิจส่งเสริมพัฒนาเครือข่ายและฝึกอบรมดำเนินการ	ให้นำแผนไปดำเนินการในปีงบประมาณ 2568	0
2	โครงการย่อยยุทธศาสตร์สร้างการมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องรอบครัว ชุมชน เครือข่ายภาคประชาสังคมและองค์กรต่างๆ ในการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ	✓		บูรณาการกิจกรรมหลักร่วมกับโครงการที่ 3 พัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่สำคัญในการขับเคลื่อน 3P Safety	NA	20
3	โครงการย่อยยุทธศาสตร์ พัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่สำคัญในการขับเคลื่อน 3P Safety	✓			NA	83.00
4	โครงการย่อยยุทธศาสตร์ สร้างและพัฒนาระบบข้อมูล องค์ความรู้และงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรและประชาชน	✓			NA	75
5	โครงการย่อยยุทธศาสตร์ ขับเคลื่อนนโยบาย กำกับ และอภิบาลระบบบริการสุขภาพ เพื่อ 3P Safety	✓			NA	80
6	โครงการย่อยข้อมูลตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand hospital indicator program : THIP)	✓			NA	80

2.2 โครงการ พัฒนากลไกและเครือข่ายเพื่อธำรงและพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPIs) ตามโครงการ	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				ร้อยละ (ผลเทียบค่าเป้าหมาย)	
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4		รวม
				(1 ต.ค. - 31 ธ.ค. 67)	(1 ม.ค. - 31 มี.ค. 67)	(1 เม.ย. - 30 มิ.ย. 67)	(1 ก.ค. - 30 ก.ย. 67)		
1	ร้อยละของสถานพยาบาลภาครัฐที่มีสถานะการรับรองการพัฒนาและการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (ร้อยละ)	ร้อยละ	74.2	78.5	78.59	77.24			
2	ร้อยละของสถานพยาบาลภาคเอกชนที่มีสถานะการรับรองการพัฒนาและการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (ร้อยละ)	ร้อยละ	39.2	41.41	42.45	42.71			
3	ร้อยละของสถานพยาบาลภายใต้เครือข่ายพื้นที่ที่มีสถานะการรับรองการพัฒนาและการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (ร้อยละ)	ร้อยละ	69.1	69.48	78.98	79.5			
4	จำนวนกลไกขับเคลื่อนเชิงระบบ ที่เกิดจากการดำเนินงานร่วมกับคู่ความร่วมมือ ทั้งในประเทศ/ต่างประเทศ และประชาชน (กลไก)	จำนวน	4	-	-				
5	จำนวนบุคลากรสาธารณสุขแกนนำเครือข่าย/สถานพยาบาลที่เข้าร่วมการอบรมและดำเนินการสรุปทเรียนแนวทางการบูรณาการ SHA ผ่านการเรียนรู้ร่วมกับสถานพยาบาล (คน)	จำนวน	20	-	-				
6	ระดับความพึงพอใจของสถานพยาบาลต่อกระบวนการประเมินและให้การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (ขั้นพัฒนา) (ร้อยละ)	ร้อยละ	85	ยังไม่ได้ประเมินผล	ยังไม่ได้ประเมินผล	93.43			
7	ระดับความพึงพอใจต่อกลไกเพื่อสนับสนุนการพัฒนากระบวนการสุขภาพสถานพยาบาล (ร้อยละ)	ร้อยละ	85	ยังไม่ได้ประเมินผล	ยังไม่ได้ประเมินผล				

หมายเหตุ 1.กรณีค่าเป้าหมาย **สะสม** ให้ระบุ แผน/ผล รายไตรมาส แบบสะสม

2. ตารางนี้ให้รายงานต่อเนื่อง ทุกไตรมาส

2.2 โครงการ พัฒนาภาคโลกและเครือข่ายเพื่อธำรงและพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล

ไตรมาส 1						
ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบกับเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	โครงการย่อย พัฒนาภาคโลกส่งเสริม การเรียนรู้และเตรียมความพร้อมสถานพยาบาลเข้าสู่กระบวนการรับรอง					
1.1	เตรียมความพร้อมสถานพยาบาลเพื่อเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ -การเยี่ยมประเมินชั้น 1 ชั้น2 =ผลการดำเนินงานไตรมาสที่ 1 จัดเยี่ยมประเมินชั้น 1 ทั้งหมด 2 โรงพยาบาล และเยี่ยมชั้น 2 15 โรงพยาบาล น้อยกว่าที่ประมาณการ 3 แห่ง -การวิเคราะห์แบบประเมินตนเองใน รพ. เข้าสู่กระบวนการรับรองครั้งแรก =ผลการดำเนินงานไตรมาสแรก วิเคราะห์แบบประเมินตนเอง ทั้งสิ้น 10 แห่ง มากกว่าแผนที่ตั้งไว้ 1 แห่ง -อบรม Act to Acc =ดำเนินการไตรมาส 2 ตามแผน -ถอดบทเรียนสาธารณสุขุขยแค้นและพื้นที่เฉพาะ =ดำเนินการไตรมาส 4 ตามแผน	✓		การเยี่ยมประเมินชั้นที่พัฒนาขึ้น 1 และชั้น 2 จำนวน โรงพยาบาลที่เยี่ยมในช่วงประเมินไปในไตรมาสแรก เป็นไปตามแผน แต่ยังไม่ได้เบิกจ่าย 3 แห่ง		80%
1.2	ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลถึงการรับรองกระบวนการคุณภาพ -อบรมเชิงปฏิบัติการ Surveillance WS =ดำเนินการไตรมาส 2 -วิเคราะห์แผนการพัฒนาคุณภาพ =ผลการดำเนินงานไตรมาสแรก มีพลังแผนเพื่อทำการวิเคราะห์ทั้งสิ้น 77 แห่ง มากกว่าที่ประมาณการไว้ 17 แห่ง	✓		การวิเคราะห์แผนการพัฒนาคุณภาพ ดำเนินการได้มากกว่าแผนที่ตั้งไว้ เนื่องจากฐานข้อมูลของ โรงพยาบาลหลังการรับรองไม่มีการระบุวันที่แน่นอน ในการส่งแผนการพัฒนา และไม่สามารถประมาณการได้จากวันที่เริ่มรับรอง เนื่องจากการรับรองมีผลย้อนหลัง และการส่งงานใหม่โรงพยาบาลมีความล่าช้า	ดำเนินการพัฒนาระบบการอ้างคุณภาพหลังการรับรองสอดคล้องตามระเบียบใหม่ โดยแยกตามระดับความเสี่ยงต่อการอ้างการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลและระบุวันที่ที่ชัดเจนในการส่งเอกสารต่างๆตามที่กำหนดให้แล้วเสร็จ โดยประสานกับกลุ่มการปฏิบัติการ	100%
1.3	ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลโดยหลักเกณฑ์การนำมิติจิตวิญญาณประกอบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 (SHA Supplement) =ผลการดำเนินงานไตรมาสแรก ลำช้า 1 กิจกรรมคือการประชุมคณะทำงาน SHA ซึ่งจะจัดในเดือนมกราคม 2567		✓	กิจกรรมที่ไม่เป็นไปตามแผนคือการจัดประชุม คณะทำงาน เนื่องจากเวลาที่สะดวกในการนัดหมายของคณะกรรมการแต่ละท่านไม่ตรงกัน	ปรับแผนเพื่อประชุมในเดือนมกราคม 2567	0
2 โครงการย่อยพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล						
2.1	เพิ่มประสิทธิภาพระบบเครือข่ายด้วยระบบ Membership (เป้าหมาย 25 จังหวัด) = ดำเนินการไตรมาส 2 ตามแผน		✓	มีเครือข่ายสมัครเข้าร่วมโครงการ จำนวน 21 จังหวัด ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย		
2.2	การเพิ่มศักยภาพเครือข่าย HACC และเครือข่ายพื้นที่ = ผลการดำเนินงานไตรมาสแรก ไม่เป็นไปตามแผน โดยยังไม่ได้เบิกจ่ายเพื่อการสนับสนุนดำเนินงานของแต่ละศูนย์ความร่วมมือ		✓	ศูนย์ความร่วมมือแต่ละที่ ส่งผลการดำเนินการปี 2567 ลำช้า ทำให้ไม่สามารถดำเนินการเบิกจ่ายเพื่อสนับสนุนดำเนินงานได้	ปรับแผนการเบิกจ่ายเพื่อการสนับสนุนดำเนินงานของศูนย์ความร่วมมือฯ เป็นเดือนมกราคม ติดตามการส่งผลการดำเนินงานของแต่ละศูนย์ความร่วมมือ วิเคราะห์แผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับการดำเนินงานของสถาบัน และดำเนินการเบิกจ่ายสนับสนุน	20%

ไตรมาส 2

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบกับเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	โครงการย่อย พัฒนาภาคโลกส่งเสริม การเรียนรู้และเตรียมความพร้อมสถานพยาบาลเข้าสู่กระบวนการรับรอง					
1.1	เตรียมความพร้อมสถานพยาบาลเพื่อเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ -การเยี่ยมประเมินชั้น 1 ชั้น2 =ผลการดำเนินงานไตรมาสที่ 2 จัดเยี่ยมประเมินชั้น 1 ทั้งหมด 2 โรงพยาบาล และเยี่ยมชั้น 2 14 โรงพยาบาล น้อยกว่าที่ประมาณการ 1 แห่ง -การวิเคราะห์แบบประเมินตนเองใน รพ. เข้าสู่กระบวนการรับรองครั้งแรก =ผลการดำเนินงานไตรมาสแรก วิเคราะห์แบบประเมินตนเอง ทั้งสิ้น 11 แห่ง น้อยกว่าแผนที่ตั้งไว้ 3 แห่ง -อบรม Act to Acc =ผลการดำเนินการคาดว่าจะมีโรงพยาบาลสมัคร 20 แห่ง สมัครจริง 13 แห่ง น้อยกว่าที่ประมาณการ 7 แห่ง -ถอดบทเรียนสาธารณสุขุขยแค้นและพื้นที่เฉพาะ =ดำเนินการไตรมาส 4 ตามแผน		✓	การเยี่ยมชั้น 1-2 มีโรงพยาบาลในกลุ่มเป้าหมายเดิม ขยับเป็นชั้นมาตรฐาน/ ยังไม่พร้อมส่งเอกสาร กิจกรรม Act to Acc ระยะเวลาในการประชาสัมพันธ์ค่อนข้างสั้น เนื่องจากมีโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย แต่ โรงพยาบาลกลุ่มดังกล่าวไม่สะดวกเข้าร่วมกิจกรรม	เพิ่มการติดตามโรงพยาบาลให้ส่งเอกสาร และเพิ่มกลุ่มเป้าหมายใหม่ ปรับเพิ่มระยะเวลาประชาสัมพันธ์ในวอร์หน้า	50%
1.2	ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลถึงการรับรองกระบวนการคุณภาพ -อบรมเชิงปฏิบัติการ Surveillance WS = ผลการดำเนินการคาดว่าจะมีโรงพยาบาลสมัคร 50 แห่ง สมัครจริงตามเงื่อนไข 35 แห่ง น้อยกว่าที่ประมาณการ 15 แห่ง -วิเคราะห์แผนการพัฒนาคุณภาพ =ผลการดำเนินงานไตรมาสแรก มีพลังแผนเพื่อทำการวิเคราะห์ทั้งสิ้น 45 แห่ง น้อยกว่าที่ประมาณการไว้ 7 แห่ง		✓	กิจกรรม surveillance น้อยกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากความชัดเจนในการดำเนินงานร่วมกับปฏิบัติการ ยังไม่มีการส่งข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงของสถานพยาบาลระหว่างปี โดยรายชื่อกลุ่มเป้าหมายเดิมจะได้นำตั้งต้นปีงบประมาณ แต่หากโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลง เช่นเปลี่ยนผู้บริหาร ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการ surveillance onsite จะไม่ได้ติดต่อจากยอดประมาณการ ทำให้จำนวนกลุ่มเป้าหมายคลาดเคลื่อนได้ การวิเคราะห์แผนการพัฒนาคุณภาพ ดำเนินการได้ น้อยกว่าแผนที่ตั้งไว้ เนื่องจากมีการปรับกิจกรรมการอ้างของโรงพยาบาลตามระเบียบใหม่ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น และลดการส่งแผนลง แต่เปลี่ยนเป็นกิจกรรมสร้างการเรียนรู้กับเครือข่ายในโรงพยาบาลกลุ่มเสี่ยงสูงแทน	ปรับวิธีการสื่อสารกลุ่มเป้าหมายของสถานพยาบาลที่ต่อมีการ onsite ร่วมกับกลุ่มปฏิบัติการ ดำเนินการปรับแผนเพื่อให้ออกคล้อยกับระเบียบใหม่	50%
1.3	ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลโดยหลักเกณฑ์การนำมิติจิตวิญญาณประกอบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 (SHA Supplement) = จัดกิจกรรมประชุมคณะทำงาน 2 ครั้ง มากกว่าที่ประมาณการ 1 ครั้ง		✓			100%
2 โครงการย่อยพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล						
2.1	เพิ่มประสิทธิภาพระบบเครือข่ายด้วยระบบ Membership (เป้าหมาย 25 จังหวัด) = ผลการดำเนินการคาดว่าจะมีเครือข่ายสมัคร 25 แห่ง สมัครจริง 21 แห่ง น้อยกว่าที่ประมาณการ 4 แห่ง		✓	มีเครือข่ายสมัครเข้าร่วมโครงการ จำนวน 21 จังหวัด ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	ปรับโครงการในปี 2568 เป็นของเงินงบประมาณ	84%
2.2	การเพิ่มศักยภาพเครือข่าย HACC และเครือข่ายพื้นที่ =เบิกจ่ายเงินสนับสนุนในไตรมาส 2 นี้		✓			100%

ไตรมาส 3

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบกับเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	โครงการย่อย พัฒนาภาคโลกส่งเสริม การเรียนรู้และเตรียมความพร้อมสถานพยาบาลเข้าสู่กระบวนการรับรอง					
1.1	เตรียมความพร้อมสถานพยาบาลเพื่อเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ -การเยี่ยมประเมินชั้น 1 ชั้น2 =ผลการดำเนินงานไตรมาสที่ 3 จัดเยี่ยมประเมินชั้น 2 14 โรงพยาบาล น้อยกว่าที่ประมาณการ 3 แห่ง (สะสม ชั้น 1 4 แห่ง ชั้น 2 45 แห่ง) -การวิเคราะห์แบบประเมินตนเองใน รพ. เข้าสู่กระบวนการรับรองครั้งแรก =ผลการดำเนินงานไตรมาสแรก วิเคราะห์แบบประเมินตนเอง ทั้งสิ้น 14 แห่ง มากกว่าแผนที่ตั้งไว้ 4 แห่ง -อบรม Act to Acc =ติดอบรมได้ตามแผน โดยใช้งบประมาณน้อยกว่าแผนที่ตั้งไว้ เนื่องจากให้ QC ในพื้นที่เป็นผู้ไปเยี่ยมประเมิน เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางน้อย -ถอดบทเรียนสาธารณสุขุขยแค้นและพื้นที่เฉพาะ =ยกเลิกการดำเนินการ		✓	ชั้น 1-2 ประมาณการไว้ตามแผน 75 รพ. แต่พบว่า มี รพ. ที่พัฒนาเป็นชั้นรับรอง ทั้งสิ้น 13 รพ. โดยมี รพ. ไม่ได้อยู่ตามรอบ 5 โรงพยาบาลเท่านั้น	การประมาณการ รพ. ทำให้ค่อนข้างยาก เนื่องจากมีการปรับระดับการพัฒนา	50%
1.2	ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลถึงการรับรองกระบวนการคุณภาพ -อบรมเชิงปฏิบัติการ Surveillance WS = ผลการดำเนินการคาดว่าจะมีโรงพยาบาลสมัคร 50 แห่ง สมัครจริงตามเงื่อนไข 35 แห่ง น้อยกว่าที่ประมาณการ 15 แห่ง -วิเคราะห์แผนการพัฒนาคุณภาพ =ผลการดำเนินงานไตรมาสแรก มีพลังแผนเพื่อทำการวิเคราะห์ทั้งสิ้น 45 แห่ง น้อยกว่าที่ประมาณการไว้ 7 แห่ง		✓	กิจกรรม surveillance น้อยกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากความชัดเจนในการดำเนินงานร่วมกับปฏิบัติการ ยังไม่มีการส่งข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงของสถานพยาบาลระหว่างปี โดยรายชื่อกลุ่มเป้าหมายเดิมจะได้นำตั้งต้นปีงบประมาณ แต่หากโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลง เช่นเปลี่ยนผู้บริหาร ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการ surveillance onsite จะไม่ได้ติดต่อจากยอดประมาณการ ทำให้จำนวนกลุ่มเป้าหมายคลาดเคลื่อนได้ การวิเคราะห์แผนการพัฒนาคุณภาพ ดำเนินการได้ น้อยกว่าแผนที่ตั้งไว้ เนื่องจากมีการปรับกิจกรรมการอ้างของโรงพยาบาลตามระเบียบใหม่ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น และลดการส่งแผนลง แต่เปลี่ยนเป็นกิจกรรมสร้างการเรียนรู้กับเครือข่ายในโรงพยาบาลกลุ่มเสี่ยงสูงแทน	ปรับวิธีการสื่อสารกลุ่มเป้าหมายของสถานพยาบาลที่ต่อมีการ onsite ร่วมกับกลุ่มปฏิบัติการ ดำเนินการปรับแผนเพื่อให้ออกคล้อยกับระเบียบใหม่	50%
1.3	ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลโดยหลักเกณฑ์การนำมิติจิตวิญญาณประกอบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 (SHA Supplement) = จัดกิจกรรมอบรม SHA coach		✓			50%
2 โครงการย่อยพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล						
2.1	เพิ่มประสิทธิภาพระบบเครือข่ายด้วยระบบ Membership (เป้าหมาย 25 จังหวัด) = ดำเนินกิจกรรมอบรมที่เมือง และสอน online ได้ตามแผน		✓	อยู่ระหว่างเบิกเงินกิจกรรมอบรมที่เมือง		100%
2.2	การเพิ่มศักยภาพเครือข่าย HACC และเครือข่ายพื้นที่ =จัดประชุมคณะทำงาน และศกก HACC ได้ตามแผน		✓			100%

2.3 โครงการ ส่งเสริมพัฒนาคุณภาพบริการสถานพยาบาลปฐมภูมิ

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPIs) ตามโครงการ	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน					ร้อยละ (ผลเทียบค่าเป้าหมาย)
				ไตรมาส 1 (1 ต.ค. - 31 ธ.ค. 67)	ไตรมาส 2 (1 ม.ค. - 31 มี.ค. 67)	ไตรมาส 3 (1 เม.ย. -30 มิ.ย. 67)	ไตรมาส 4 (1 ก.ค. - 30 ก.ย. 67)	รวม	
1	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิอย่างมีส่วนร่วม -จำนวนศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้ที่ขึ้นทะเบียนและได้รับการรับรอง 4 แห่ง -จำนวนพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ (Quality Coach) 40 คน -จำนวนวิทยากรที่ขึ้นทะเบียน 6 คน	ระดับ	2	ยังไม่ได้ประเมิน (จำนวนพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพที่ขึ้นทะเบียน จำนวน 65 คน)	-2 แห่ง (สกลนคร/นครชัยบุรินทร์) -18 คน (พี่เลี้ยง 12 คน/QC 6คน) -อยู่ระหว่างดำเนินการ ไตรมาส 4	ร่าง 4 แห่ง (กุสุมาลย์ สกลนคร/นครชัยบุรินทร์/ เชียงราย/ เขต 4) -59 คน (พี่เลี้ยง 53คน/QC 6คน) -อยู่ระหว่างดำเนินการ ไตรมาส 4			
2	จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองมาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHSA)	แห่ง	50		54	60			
3	จำนวนความครอบคลุมของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าสู่กระบวนการรับรองการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ	แห่ง	35	อยู่ระหว่างดำเนินการ ไตรมาส 2	13	13			
4	ร้อยละความพึงพอใจ ของสถานพยาบาลต่อการพัฒนาคุณภาพด้วยมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ	ร้อยละ	80	อยู่ระหว่างดำเนินการ ไตรมาส 4	อยู่ระหว่างดำเนินการ ไตรมาส 4				

หมายเหตุ 1. กรณีค่าเป้าหมาย **สะสม** ให้ระบุ แผน/ผล รายไตรมาส แบบสะสม

2. ตารางนี้ให้รายงานต่อเนื่อง ทุกไตรมาส

2.3 โครงการ ส่งเสริมพัฒนาคุณภาพบริการสถานพยาบาลปฐมภูมิ

ไตรมาส 1

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
	กิจกรรมย่อยที่ 1 พัฒนาศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้ และกำลังคนที่มีความเชี่ยวชาญ (Quality expert) และประเมินขั้นพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ		✓			
	การอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพที่เลือกการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อประเมินการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ รุ่นที่ 1 วันที่ 26 ตุลาคม 2566 เวลา 08.30 - 16.30 น. ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์	✓				100
	ประชุมอนุกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ		✓	เนื่องจากคณะกรรมการใช้เวลาระดมความคิดเห็นในการประชุมไม่พร้อมกัน	ปรับแผน โดยประชุมอนุกรรมการปฐมภูมิวันที่ 17 มกราคม 2567	0
	ประชุมคณะทำงาน		✓	เนื่องจากคณะกรรมการใช้เวลาระดมความคิดเห็นในการประชุมไม่พร้อมกัน	ปรับแผนโดยประชุมคณะทำงานพัฒนาและขับเคลื่อนศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้ฯ เดือนกุมภาพันธ์	0
	บันทึกข้อตกลงความร่วมมือการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ เพื่อยกระดับด้านการสาธารณสุขมูลฐาน และบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดเชียงรายระหว่างสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย และศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์		✓	การประสานข้อมูลและเตรียมการเพื่อความร่วมมือยังไม่บรรลุความสำเร็จ เนื่องจากความเข้าใจและการตกลงร่วมมือร่วมกัน การประสานงานระหว่างแกนกลางยังไม่ชัดเจน จึงขอเลื่อนไปก่อน	ประสานระหว่างทีมบริหารเพื่อยืนยันความเข้าใจ ทั้งในรูปแบบทางการและไม่เป็นทางการ	0

ไตรมาส 2

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	ประชุมคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ครั้งที่ 1/2567 วันพุธ ที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2567 เวลา 09.00 - 12.00 น. ณ ห้องประชุมร่วมไม้สายธาร ชั้น 5 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับการประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์	✓				100
2	การสัมมนาเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างการเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิและรับรองการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิวันที่ 8 - 9 กุมภาพันธ์ 2567 เวลา 08.30 - 16.30 น. ณ ห้องประชุมบงกช 1 โรงแรมแกรนด์ เซ็นเตอร์ พอยท์ เทอร์มินอล 21 โคราช จังหวัดนครราชสีมา	✓				100
3	การสัมมนาเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาที่เลือกการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิและรับรองการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2567 เวลา 08.30 - 16.30 น. ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเพียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวสร้าง อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567 เวลา 08.30 - 16.30 น. ณ ห้องประชุมรัช มงคลนายก โรงพยาบาลกุสุมาลย์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร	✓				100
4	ประชุมคณะทำงานพัฒนาและขับเคลื่อนศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ ครั้งที่ 1/2567 ในวันที่ 1 มีนาคม 2567 เวลา 13.00-16.00 น. ณ ห้องประชุมร่วมไม้สายธาร ชั้น 5 อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี ร่วมกับการประชุมผ่านสื่อ	✓				100
5	อนุมัติการรับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลทั้งองค์กรที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ตามมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ โดยมีระยะเวลา 2 ปี จำนวน 13 แห่ง ประกาศ ณ วันที่ 4 มีนาคม 2567	✓				100

ไตรมาส 3

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	จัดจ้างนักวิชาการ		✓	พิจารณาไม่จ้าง เนื่องจากได้งบประมาณท้ายปีงบประมาณ		0
2	PKM กูเกิด		✓	ปรับแผนเป็นสื่อสารทำความเข้าใจในการดำเนินงานตามมาตรฐานปฐมภูมิ	ปรับแผน/ ปรับกิจกรรม	25%
3	ประชุมคณะทำงานศูนย์เรียนรู้		✓	ไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจากปรับเป็นรอเสนออนุกรรมการปฐมภูมิก่อน	ปรับแผน	
4	อบรมพี่เลี้ยง	✓				100%



**แผนงานที่ 3 ยกระดับการจัดการความรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง
จำนวน 2 โครงการ**

3.1 โครงการยกระดับการจัดการความรู้และนวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง

3.2 โครงการประชุมวิชาการประจำปี

3.1 โครงการยกระดับการจัดการความรู้และนวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPIs) ตามโครงการ	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				รวม	ร้อยละ (ผลเทียบค่าเป้าหมาย)	หมายเหตุ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4			
				(1 ต.ค. - 31 ธ.ค. 66)	(1 ม.ค. - 31 มี.ค. 67)	(1 เม.ย. -30 มิ.ย. 67)	(1 ก.ค. - 30 ก.ย. 67)			
1	จำนวนผลงานวิชาการ งานวิจัย นวัตกรรมที่นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและยกระดับระบบบริการสุขภาพ (ค่าเป้าหมาย จำนวน 4 เรื่อง (สะสม))	เรื่อง	4	2				2	50	สะสม
2	จำนวนข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย แนวทางหรือการปฏิบัติ ด้านคุณภาพและความปลอดภัยที่เสนอต่อองค์กรระดับนโยบาย (ค่าเป้าหมาย จำนวน 2 เรื่อง (สะสม))	เรื่อง	2	1				1	50	สะสม
3	จำนวนผลงานการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง/นวัตกรรมตามแผนพัฒนาคุณภาพระดับองค์กร (สะสม)	เรื่อง	10	3	3			3	30	อยู่ระหว่างวางแผนกิจกรรม และวางรูปแบบการติดตาม กระตุ้นการดำเนินงานของ CQI
4	จำนวนสถานพยาบาลที่ประเมินตนเองระดับการพัฒนาคุณภาพของระบบสารสนเทศและใช้ผลการสำรวจมาพัฒนาคุณภาพระบบสารสนเทศและความมั่นคงปลอดภัย (สะสม)	แห่ง	150	0				0	0	อยู่ระหว่างการดำเนินงานประชาสัมพันธ์ โดยจะเริ่มดำเนินการในเดือน ก.พ. 67
5	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาแผนการจัดการความรู้ขององค์กร (ค่าเป้าหมาย ระดับ 2)	ระดับ	2	1 (ตามเป้าหมายปี 66)	1 (ตามเป้าหมายปี 66)	เป้าหมายระดับ 2	เป้าหมายระดับ 2	1	50	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ KM มีแผนจัดทำ KM Mapping และ Stekholder analysis ภายในไตรมาส 3 ซึ่งอยู่ระหว่างการจัดเตรียมกิจกรรมกับวิทยากรและสำรวจผู้เข้าร่วมจากตัวแทนกลุ่มภารกิจ
6	องค์กรได้รับการรับรองจาก ISQuaEEA	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน					จัดทำแผนการดำเนินงานและทบทวน evidence
7	ระดับการประเมินรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ	ผ่านขั้นสูง	ผ่านขั้นสูง	0	0			0		
8	ผลการประเมิน ITA มีคะแนนเกินกว่า 93	ร้อยละ	93	0				0	0	ประชุมคณะทำงานเพื่อวิเคราะห์ gap และวางแผนการดำเนินการปีงบ 67
9	ระดับความสำเร็จของการเข้าสู่กระบวนการประเมินรับรอง TOC ระดับ 2	ระดับ	2	0	0			0	0	1.ประชุมคณะทำงานเพื่อวางแผนการดำเนินการ 2.สมัครเข้าใช้งานโปรแกรม SMART-Ex Program เพื่อทดลองทำแบบประเมินตนเอง 3.สัมมนาเชิงปฏิบัติการ อบรมโปรแกรม Smart-Ex Intermediate Online Training (ครั้งที่ 3) วันหยุดสبتที่ 11 เมษายน 2567
10	ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบเอกสารคุณภาพ	ร้อยละ	80	0	0			0	0	แผนการดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบเอกสารคุณภาพ

หมายเหตุ 1.กรณีค่าเป้าหมายสะสม ให้ระบุ แผน/ผล รายไตรมาส แบบสะสม
2. ตารางนี้ให้รายงานต่อเนื่อง ทุกไตรมาส

3.1 โครงการยกระดับการจัดการความรู้และนวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง

ไตรมาส 1

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	โครงการย่อยที่ 1 จัดการความรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพ นวัตกรรม และธำรงการรับรองมาตรฐานสากล	✓				
2	โครงการย่อยที่ 2 จัดการความรู้เพื่อสร้างผลงานวิชาการ ศึกษาวิจัย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	✓		1. ขออนุมัติให้งานนโยบายและแผน ปรับโอนงบประมาณเพิ่มเติม จำนวน 550,000 บาท (ห้าแสนห้าหมื่นบาทถ้วน) 2. อยู่ระหว่างกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง สรรหาคู่เทียบ	1. เสนอแผนการดำเนินงานและงบประมาณ ต่อ SLT และได้รับอนุมัติจากมติที่ประชุม SLT วันที่ 18 ธ.ค.66 ให้ปรับโอนงบประมาณจาก ส่วนกลางมาเพิ่ม 250,000 บาท โดยได้กร่างการขออนุมัติงบประมาณจัดสรรงบกลางเพิ่มเติม คาดว่าจะดำเนินการได้ภายในเดือน ม.ค.67 (ตามระเบียบงานพัสดุภายในไตรมาส 2 (เดือนมกราคม) 2. วางแผนการจัดกิจกรรมสัมมนาวิชาการล่วงหน้า และเพิ่มการสื่อสาร ล่วงหน้าในหลายช่องทาง ให้ผู้บริหารและนักวิชาการลือครวญเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมได้	
3	โครงการย่อยที่ 3 พัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลรัฐ		✓	เนื่องจากระบบสำรวจระดับความพร้อมให้สมาชิกใช้ อย่างต่อเนื่อง แต่เงินที่ได้รับการจัดสรรไม่เพียงพอในการเข้าใช้อนุมัติดำเนินงาน	ทำบันทึกแจ้งความประสงค์ขอปรับเงินเพิ่มเติม จากที่รับการจัดสรร จำนวน 500,000 บาท ซึ่งถ้าได้รับงบประมาณจัดสรรจากรัฐ จะดำเนินการคืนเงินให้สถาบันฯ ต่อไป	

ไตรมาส 2

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	โครงการย่อยที่ 1 จัดการความรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพ นวัตกรรม และธำรงการรับรองมาตรฐานสากล	✓				
2	โครงการย่อยที่ 2 จัดการความรู้เพื่อสร้างผลงานวิชาการ ศึกษาวิจัย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย		✓	1. งานจัดจ้างที่ปรึกษาสำรวจข้อมูล วิเคราะห์และประมวลผล เพื่อประเมินผลความพึงพอใจ และความไว้วางใจของประชาชนต่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ปีงบประมาณ 2567 มีปรับโอนงบประมาณระหว่างปีเพิ่มมา จำนวน 250,000 บาท (ตามมติ SLT 18 ธ.ค.66) รวม 750,000 บาท เนื่องจากงบประมาณเดิม ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด 2. ได้รับงบประมาณสำหรับจัดจ้างประเมินผลความเชื่อมั่นต่อ สรพ. ภาระหว่างปี จำนวน 300,000 บาท และได้ดำเนินการจัดจ้างที่ปรึกษาร่วมกับงานประเมินผลความพึงพอใจ และความไว้วางใจของประชาชนต่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA เนื่องจากลักษณะงานเดียวกัน	ทำบันทึกแจ้งความประสงค์ขอปรับเงินเพิ่มเติม จากที่รับการจัดสรร 500,000 บาท มาจำนวน 550,000 บาท รวมเป็น 1,050,000 บาท และปรับรูปแบบการจ้างจากจ้างเหมาบริการเป็นการจ้างที่ปรึกษา (นิติบุคคล) เพื่อดำเนินการสำรวจ วิเคราะห์ และประมวลผลการสำรวจ 3 งาน โดยอยู่ระหว่างการสรรหาที่ปรึกษาคณะระเบียบพัสดุ	
3	โครงการย่อยที่ 3 พัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลรัฐ	✓				

ไตรมาส 3

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			

ปิดโครงการ

3.2 โครงการประชุมวิชาการประจำปี 2567

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPIs) ตามโครงการ	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน					ร้อยละ (ผลเทียบค่าเป้าหมาย)
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รวม	
				(1 ต.ค. - 31 ธ.ค. 67)	(1 ม.ค. - 31 มี.ค. 67)	(1 เม.ย. -30 มิ.ย. 67)	(1 ก.ค. - 30 ก.ย. 67)		
1	ร้อยละของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมการประชุมวิชาการประจำปีระดับประเทศและระดับภูมิภาค	ร้อยละ	45.0	0.0	48.6	0.0	0.0	48.6	108.0
2	จำนวนผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี	คน	6,000.0	0.0	6,233.0	0.0	0.0	6,233.0	103.9
3	จำนวนผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี	คน	7,000.0	0.0	7,458.0	0.0	0.0	7,458.0	106.5
4	จำนวนผลงานวิชาการที่เผยแพร่ภายในงานประชุมวิชาการประจำปี	เรื่อง	500.0	0.0	812.0	0.0	0.0	812.0	162.4
5	จำนวนหัวข้อในการบรรยายภายในงานประชุมวิชาการประจำปี	หัวข้อ	120.0	0.0	143.0	0.0	0.0	143.0	119.2
6	ร้อยละของผู้ร่วมประชุมที่มีระดับความพึงพอใจเป็นไปตามคาดหวัง/เกินคาดหวังต่องานประชุมวิชาการประจำปี	ร้อยละ	90.0	0.0	98.3	0.0	0.0	98.3	109.2
7	ดัชนีความภักดีของลูกค้า (Net Promotor Score: NPS)	คะแนน	25.0	0.0	46.7	0.0	0.0	46.7	186.8
8	จำนวนบุคลากรที่สามารถพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการทีม	คน	8.0	0.0	8.0	0.0	0.0	8.0	100.0
9	จำนวนรายได้จากการจัดประชุมวิชาการประจำปี (ค่าธรรมเนียม)	บาท	31,000,000.0	0.0	31,165,000.0	0.0	0.0	31,165,000.0	100.5
10	จำนวนรายได้จากการจัดประชุมวิชาการประจำปี (สปอนเซอร์)	บาท	2,000,000.0	0.0	1,143,500.0	0.0	0.0	1,118,500.0	55.9

หมายเหตุ 1. กรณีค่าเป้าหมาย **สะสม** ให้ระบุ แผน/ผล รายไตรมาส แบบสะสม

2. ตารางนี้ให้รายงานต่อเนื่อง ทุกไตรมาส


3.2 โครงการประชุมวิชาการประจำปี 2567

ไตรมาส 1

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	จัดจ้างเหมาบริการผู้รับจ้างจัดงานประชุมวิชาการ	✓		1) ช่วงเวลาจัดซื้อจัดจ้างสั้นและกระชั้นชิดกับการจัดงาน 2) ความไม่ครบถ้วนของประเด็นใน TOR ซึ่งส่งผลให้ต้องมีการซื้อจ้างเพิ่ม เช่น การรักษาความปลอดภัย รวมทั้งโอกาสพัฒนาในการปรับปรุงข้อกำหนดในปีถัดไปให้ดียิ่งขึ้น 3) การตรวจรับงานที่มีรายละเอียดจำนวนมาก ทำให้การตรวจรับภายหลังงานจบมีความเสี่ยงต่อการตรวจสอบในรายละเอียด	1) ขออนุมัติกรอบวงเงินโครงการจากคณะกรรมการและดำเนินการจัดซื้อจ้างในไตรมาส 4 ของปีงบประมาณ 2567 2) นำประเด็นที่พบมาปรับปรุงเพิ่มเติมใน TOR การจัดงานปีถัดไป 3) จัดทำ Check list การตรวจรับงาน และจัดให้มีการตรวจรับงานของคณะกรรมการในวันที่มีการจัดงานตาม Checklist (ข้อเสนอแนะจากผู้ตรวจสอบภายใน)	
2	จัดจ้างเหมาบริการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์และสื่อความรู้	✓				

ไตรมาส 2

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	จัดจ้างเหมาบริการจัดทำอาร์ตเวิร์คและจัดพิมพ์หนังสือ		✓	1) มีการปรับเนื้อหาของหนังสือ ส่งผลให้ไม่สามารถจัดพิมพ์ได้ตามกำหนด จนส่งผลให้มีการขยายระยะเวลาส่งมอบ 2) การจัดทำพิมพ์ Agenda และ HA Update ซึ่งต้องส่งของทางไปรษณีย์พร้อมกันตามกำหนด แต่ต้นฉบับเสร็จจะช้าติด ส่งผลให้มีการเร่งผลิตช่วงท้ายๆ	1) อาจพิจารณาใช้บริษัทในการจัดพิมพ์มากกว่าหนึ่งบริษัท ในรายการหนังสือที่ต้องใช้พร้อมกัน 2) จัดลำดับความสำคัญของการออกแบบและจัดทำหนังสือที่ต้องส่งทางไปรษณีย์เป็นลำดับแรกๆ กับบริษัท	
2	ค่าอาหารและอาหารว่าง	✓		1) การประมาณการอาหารและของว่าง (7,030 ชุด, 7,020 ชุด, 7,000 ชุด) พบว่ามีอาหารเหลือเนื่องจากผู้เข้าร่วมงาน/ไม่ได้มาเข้าร่วมงาน หรือไม่ได้รับประทาน	1) ประมาณการอาหารเทียบเคียงจากปริมาณยอดสั่งลดยอดเหลือของปีที่ผ่านมา (7,000 ชุด, 7,000 ชุด, 6,000 ชุด)	
3	ค่าตอบแทนวิทยากร	✓		1) ค่าตอบแทนวิทยากรมีการปรับเพิ่มอัตราต่อหัวชื่อ 1,500 บาท/คน/หัวชื่อ ผลทำให้ค่าใช้จ่ายค่าตอบแทนวิทยากรไม่เกินงบประมาณที่ตั้งไว้		
4	ค่าปฏิบัติงานล่วงเวลาของเจ้าหน้าที่		✓	1) ค่าปฏิบัติงานล่วงเวลาสูงกว่าประมาณการ เนื่องจากการออกกำหนดการและการประสานจัดการงานค่อนข้างกระชั้นชิด จำเป็นต้องมีการปฏิบัติงานนอกเวลาเพิ่มในช่วง 1-2 สัปดาห์ก่อนจัดงานเพิ่มขึ้น	1) บริหารจัดการงานให้ทันตามแผนงาน 2) ประมาณการงบประมาณให้เหมาะสมในปีถัดไป	
5	ค่าพาหนะ	✓		ค่าพาหนะไม่เกินกว่าจำนวนประมาณการ	พิจารณาการเดินทางเพิ่มเติม กรณีเดินทางจากที่ที่ไปยังสนามบินจังหวัดนั้นๆ และ จากสนามบินดอนเมือง/สุวรรณภูมิ ไปยัง อิมแพ็ค เนื่องจากสถาบันฯ สนับสนุนเฉพาะค่าพาหนะจากสนามบินดอนเมือง/สุวรรณภูมิมายังโรงแรมหรือสถานที่จัดประชุมเท่านั้น	
6	ค่าที่พัก		✓	1) ค่าใช้จ่ายที่พิสูจน์กว่าประมาณการที่ตั้งไว้จากปีที่ผ่านมา 2) จองล่วงหน้าสูงมาก 150 ห้องโดยไม่ได้คืนตามกำหนดเวลา ผลทำให้ต้องมีการปรับแผนและบริหารจัดการในการจัดสรรห้องพัก เพื่อลดความเสี่ยงค่าใช้จ่าย ซึ่งแม้ว่าจะสามารถจัดการอุปการณ์ดังกล่าวได้ แต่ก็ใช้ภาระงานมาก	1) ประมาณการค่าใช้จ่ายที่พักใกล้เคียงเดิม 2) วางแผนเรื่องการจองที่พัก การควบคุมการตรวจสอบเมื่อครบกำหนดระยะเวลาคืนห้องพักที่จองไว้	
7	ค่าเงินรางวัล	✓		เงินรางวัลเป็นไปตามประมาณการ		
8	ค่าสาธารณูปโภค		✓	1) ค่าใช้จ่ายสูงกว่าประมาณการ	1) ทบทวนบทบาทหน้าที่ที่สามารถเบิกค่าโทรศัพท์ได้ตามความเหมาะสม 2) เพิ่มการอธิบายรายละเอียดการใช้โทรศัพท์ ตามบทบาทหน้าที่	
9	ค่าธรรมเนียมสะสมวิชาชีพ		✓	1) ค่าใช้จ่ายสูงกว่าประมาณการ	1) ประมาณการค่าใช้จ่ายจากข้อมูลเดิม	
10	จ้างเหมาจัดซื้อจัดจ้างจัดทำภูมิทัศน์และประกาศนียบัตร		✓	1) ค่าใช้จ่ายสูงกว่าประมาณการ	1) ประมาณการค่าใช้จ่ายจากข้อมูลจริง ด้วยจำนวนสถานพยาบาลที่เข้ารับประกาศนียบัตรเพิ่มขึ้น มากกว่าประมาณการไว้รวม 700 แห่ง รวมทั้งทุกพิธีรับใบประกาศฯ จึงทำให้ค่าใช้จ่ายมากขึ้น	



**แผนงานที่ 4 พัฒนาทุนมนุษย์เพื่อการขับเคลื่อน
การพัฒนาคุณภาพ
จำนวน 4 โครงการ**

4.1 โครงการพัฒนา HAI Academy

4.2 โครงการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจตามมาตรฐานระดับสากล

4.3 โครงการสร้างและพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ

4.4 โครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร

4.1 โครงการพัฒนา HAI Academy

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPIs) ตามโครงการ	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน					ร้อยละ (ผลเทียบค่าเป้าหมาย)
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รวม	
				(1 ต.ค. - 31 ธ.ค. 67)	(1 ม.ค. - 31 มี.ค. 67)	(1 เม.ย. - 30 มิ.ย. 67)	(1 ก.ค. - 30 ก.ย. 67)		
1	ความพึงพอใจของผู้เข้าอบรมหลักสูตร Public Training	ร้อยละ	90	96.99	96.77	95.2			
2	ความพึงพอใจของผู้เข้าอบรมหลักสูตร E-Learning	ร้อยละ	85	89.93	89.79	89.82			
3	ผู้เข้าอบรมหลักสูตรเป็นไปตามเป้าหมาย	ร้อยละ	90	90.95	93.91	116.66			
4	รายได้ค่าลงทะเบียนหลักสูตรเป็นไปตามเป้าหมาย (ล้านบาท)	บาท	19.6	2,861,891	3,813,887	6,110,798			
5	ค่าใช้จ่ายโครงการเป็นไปตามเป้าหมาย	ร้อยละ	96	34.09	75.49	63.2			
6	ผู้จัดการศูนย์คุณภาพ (QMR) ของรพ.ผ่านการอบรมหลักสูตรของสถาบัน	ร้อยละ	80	ดำเนินการไตรมาส 4	ดำเนินการไตรมาส 4	ดำเนินการไตรมาส 4			
7	บุคลากรสาธารณสุขที่เข้ารับการอบรมหลักสูตรของสรรพ.	คน (สะสม)	3,004	746	695	1,085			

หมายเหตุ 1.กรณีค่าเป้าหมายสะสม ให้ระบุ แผน/ผล รายไตรมาส แบบสะสม

2. ตารางนี้ให้รายงานต่อเนื่อง ทุกไตรมาส

4.1 โครงการ พัฒนา HAI Academy						
ไตรมาส 1						
ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
โครงการย่อยที่ 1 โครงการฝึกอบรมบุคลากรสถานพยาบาล : การจัดหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับบุคลากรสถานพยาบาล						
1.1 กิจกรรมที่ 1 จัดหลักสูตรฝึกอบรม และเผยแพร่ความรู้ ในรูปแบบต่างๆ						
1.1.1	Public Training ไตรมาส 1 จัด 6 หลักสูตร ผู้เข้าอบรมทั้งสิ้น 746 คน แบ่งเป็น ผู้อบรมที่จ่ายเงินค่าลงทะเบียน 573 คน (ตั้งเป้าไว้ 630 คน) , แบ่งส่วนค่าลงทะเบียนกับ มส. หลักสูตรอาชีวอนามัย 159 คน วิชาความรู้ค่าลงทะเบียน 14 คน (ผู้เยี่ยมสำรวจ 5 คน จนท.สพท 9 คน) รายได้ค่าลงทะเบียน Public Training = 2,569,500 บาท เป้าตั้งไว้ 2,885,000 บาท ค่ากว่าเป้า สรุปรวมรายได้ค่าลงทะเบียนหลักสูตรฝึกอบรม = 2,861,891 บาท (ผลรวมรายได้ Public + EL) เป้าตั้งไว้ 3,135,421 บาท (คิดเป็นร้อยละ 91 ของเป้าหมายที่ตั้งไว้)	✓		ปัญหาอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ มีหลักสูตรที่มีผู้เข้าอบรมต่ำกว่าเป้าหมาย คือ 1) HA303 ผู้สมัคร 44 ตั้งเป้า 100 คน 2) HA601 ผู้สมัคร 66 ตั้งเป้า 100 คน ไตรมาส 1 จัดทำหลักสูตร 6 หลักสูตร ได้แก่ HA501 HA201 HA303 HA602 HA601 และหลักสูตรอาชีวอนามัยซึ่งเป็นความร่วมมือกับสมาคมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย และ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	1) การเพิ่มจำนวนผู้รับสมัครอบรมในหลักสูตรที่จัดทำทาง ZOOM ได้แก่ HA201 ตั้งเป้า 100 คน สมัคร 134 คน 2) เพิ่มจำนวนผู้สมัครในหลักสูตร HA601 ในรุ่นถัดไป พร้อมเตรียมการประสานวิทยากร และห้องประชุมโรงแรมจัดการอบรมล่วงหน้า	ร้อยละ 95
1.1.2	E-Learning จัด 27 หลักสูตร ผู้สมัคร 209 account ณ 27 ธค 66 ตั้งเป้าไว้ 179 account (250,421 บาท) เกินกว่าเป้า รายได้ค่าลงทะเบียน EL 292,391 บาท	✓				
1.1.3	Inhouse Training จัด 8 ครั้ง (แห่ง) รายได้ค่าตอบแทนวิทยากร 38,800 บาท ค่าใช้จ่าย/ค่าตอบแทนวิทยากร 23,000 บาท เป้ารายได้ 63,000 บาท เป้าค่าใช้จ่าย 37,500 บาท ค่ากว่าเป้าที่ตั้งไว้	✓				
1.2	กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมจัดซื้อจัดจ้างพัฒนาหลักสูตร ประสานวิชาชีพ (จัดจ้างผลิตบทความ)		✓	รอส่งบทความ 3 บทความจากเภสัชกร	ติดตามการส่งบทความ	ร้อยละ 5
โครงการย่อยที่ 2 โครงการพัฒนาหลักสูตรสำหรับผู้จัดการศูนย์คุณภาพ : กิจกรรมจัดประชุม/อบรมสัมมนา หลักสูตร QMR/ พัฒนาศูนย์คุณภาพ						
2.1	กิจกรรมย่อย 1 หลักสูตร QMR		✓	วางแผนดำเนินการและเตรียมการประชุม คณะทำงานพัฒนาหลักสูตร วันที่ 6 มกราคม 2567 วางแผนจัดหลักสูตร	การจัดทำหลักสูตร QMR ตามแผนที่กำหนดไว้	ร้อยละ 5
2.2	กิจกรรมย่อย 2 พัฒนาศูนย์คุณภาพ		✓	เสนอ (ร่าง) แผนการพัฒนาวิทยากรในคณะอนุ HR สถาบันฯ ในวันที่ 21 ธันวาคม 2566 จัดทำระเบียบสถาบันว่าด้วยหลักเกณฑ์ ขั้นตอน และวิธีการเพื่อแต่งตั้งและมอบหมายให้บุคคลเป็นวิทยากร ผ่านการพิจารณาจากงานกฎหมาย จัดทำ WI การคัดเลือก พัฒนาศูนย์คุณภาพ	การจัดการอบรมและดำเนินการตามแผนพัฒนาศูนย์คุณภาพ ตามแผนที่กำหนดไว้	ร้อยละ 10
ไตรมาส 2						
ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
โครงการย่อยที่ 1 โครงการฝึกอบรมบุคลากรสถานพยาบาล : การจัดหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับบุคลากรสถานพยาบาล						
1.1 กิจกรรมที่ 1 จัดหลักสูตรฝึกอบรม และเผยแพร่ความรู้ ในรูปแบบต่างๆ						
1.1.1	Public Training ไตรมาส 2 วางแผนจัด 9 หลักสูตร แต่จัดได้จริง 8 หลักสูตร (ยกเลิก 1 หลักสูตร คือ HA609) ผู้เข้าอบรมทั้งสิ้น 695 คน แบ่งเป็น ผู้อบรมที่จ่ายเงินค่าลงทะเบียน 684 คน (ตั้งเป้าไว้ 740 คน) วิชาความรู้ค่าลงทะเบียน 11 คน (ผู้เยี่ยมสำรวจ 8 คน รท. เลิศสิน 2 คน ที่ปรึกษาระบบการคุณภาพ 1 คน) รายได้ค่าลงทะเบียน Public Training = 3,376,000 บาท เป้าตั้งไว้ 3,570,000 บาท ค่ากว่าเป้า	✓		ปัญหาอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ 1. มีหลักสูตรที่มีผู้เข้าอบรมต่ำกว่าเป้าหมาย 3 หลักสูตร คือ 1) HA304 ผู้สมัคร 73 ตั้งเป้า 80 คน 2) HA305 ผู้สมัคร 55 ตั้งเป้า 80 คน 3) HA602 ผู้สมัคร 78 ตั้งเป้า 100 คน 2. ยกเลิกการจัดอบรมหลักสูตร HA609 เนื่องจากวิทยากรติดภารกิจ และจำนวนผู้สมัครน้อยมาก	เพิ่มจำนวนผู้รับสมัครอบรมในหลักสูตรที่มีผู้สมัครได้รับความนิยมน ได้แก่ HA601 ตั้งเป้า 100 คน รับสมัครเพิ่ม 150 คน , HA501 ตั้งเป้า 100 คน รับสมัครเพิ่มเป็น 120 คน	ร้อยละ 95
1.1.2	E-Learning จัด 27 หลักสูตร ผู้สมัคร 313 account ณ 31 มีค 67 ตั้งเป้าไว้ 179 account (250,421 บาท) ผลดำเนินการเกินกว่าเป้า รายได้ค่าลงทะเบียน EL 437,887 บาท	✓				
1.1.3	Inhouse Training จัด 7 ครั้ง (แห่ง) รายได้ค่าตอบแทนวิทยากร 83,600 บาท ค่าใช้จ่าย/ค่าตอบแทนวิทยากร 40,000 บาท เป้ารายได้ 63,000 บาท เป้าค่าใช้จ่าย 37,500 บาท ผลดำเนินการสูงกว่าเป้าที่ตั้งไว้	✓				
1.2	กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมจัดซื้อจัดจ้างพัฒนาหลักสูตร ประสานวิชาชีพ (จัดจ้างผลิตบทความ) ได้บทความวิชาการยา 1 เรื่อง อัปเดตเว็บไซต์การศึกษาต่อเนื่องเภสัชเวทยา	✓				ร้อยละ 5
โครงการย่อยที่ 2 โครงการพัฒนาหลักสูตรสำหรับผู้จัดการศูนย์คุณภาพ : กิจกรรมจัดประชุม/อบรมสัมมนา หลักสูตร QMR/ พัฒนาศูนย์คุณภาพ						
2.1	กิจกรรมย่อย 1 หลักสูตร QMR จัดการประชุมคณะทำงานพัฒนาหลักสูตร วันที่ 6 มกราคม 2567 เวลา 8.30 - 12.00 น. ณ ห้องประชุมมีไม้-สายธาร สพท.	✓				ร้อยละ 5
2.2	กิจกรรมย่อย 2 พัฒนาศูนย์คุณภาพ		✓	งานกฎหมายอยู่ระหว่างจัดทำระเบียบสถาบันว่าด้วยหลักเกณฑ์ ขั้นตอน และวิธีการเพื่อแต่งตั้งและมอบหมายให้บุคคลเป็นวิทยากร	การจัดการอบรมและดำเนินการตามแผนพัฒนาศูนย์คุณภาพ ตามแผนที่กำหนดไว้	ร้อยละ 10
ไตรมาส 3						
ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
โครงการย่อยที่ 1 โครงการฝึกอบรมบุคลากรสถานพยาบาล : การจัดหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับบุคลากรสถานพยาบาล						
1.1 กิจกรรมที่ 1 จัดหลักสูตรฝึกอบรม และเผยแพร่ความรู้ ในรูปแบบต่างๆ						
1.1.1	Public Training ไตรมาส 3 วางแผนจัด 13 หลักสูตร แต่จัดได้จริง 12 หลักสูตร (ยกเลิก 1 หลักสูตร คือ HA801) ผู้เข้าอบรมทั้งสิ้น 695 คน แบ่งเป็น ผู้อบรมที่จ่ายเงินค่าลงทะเบียน 1085 คน (ตั้งเป้าไว้ 930 คน) วิชาความรู้ค่าลงทะเบียน 8 คน (เจ้าหน้าที่สพท. 6 คน วิชาความรู้.ฝึกเยี่ยม 2 คน) รายได้ค่าลงทะเบียน Public Training = 5,408,500 บาท เป้าตั้งไว้ 4,630,000 บาท สูงกว่าเป้า	✓		ปัญหาอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ 1. มีหลักสูตรที่มีผู้เข้าอบรมต่ำกว่าเป้าหมาย 3 หลักสูตร คือ 1) HA504 ผู้สมัคร 35 ตั้งเป้า 80 คน 2) HA900 ผู้สมัคร 51 ตั้งเป้า 70 คน 3) HA901 ผู้สมัคร 46 ตั้งเป้า 60 คน 2. ยกเลิกการจัดอบรมหลักสูตร HA801 เนื่องจากวางแผนรับลูกค้าในรูปแบบ in house training	เพิ่มจำนวนผู้รับสมัครอบรมในหลักสูตรที่มีผู้สมัครได้รับความนิยมน ได้แก่ HA601 ตั้งเป้า 100 คน รับสมัครเพิ่ม 150 คน , HA201 ตั้งเป้า 100 คน รับสมัครเพิ่มเป็น 120 คน, HA602 ตั้งเป้า 100 คน รับสมัครเพิ่ม 150 คน, HA303 ตั้งเป้า 100 คน รับสมัครเพิ่มเป็น 120 คน	ร้อยละ 95
1.1.2	E-Learning จัด 27 หลักสูตร ผู้สมัคร 502 account ณ 25 มีย. 67 ตั้งเป้าไว้ 179 account (250,421 บาท) ผลดำเนินการเกินกว่าเป้า รายได้ค่าลงทะเบียน EL 702,298 บาท	✓				
1.1.3	Inhouse Training จัด 9 ครั้ง (แห่ง) รายได้ค่าตอบแทนวิทยากร 64,200 บาท เป้ารายได้ 54,000 บาท ผลดำเนินการสูงกว่าเป้าที่ตั้งไว้ ค่าใช้จ่าย/ค่าตอบแทนวิทยากร 0 บาท	✓				
1.2	กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมจัดซื้อจัดจ้างพัฒนาหลักสูตร ประสานวิชาชีพ (จัดจ้างผลิตบทความ) ได้บทความวิชาการยา 1 เรื่อง อัปเดตเว็บไซต์การศึกษาต่อเนื่องเภสัชเวทยา		✓	(ได้จำนวนหน่วยกิตรครบแล้ว)		ร้อยละ 5

4.2 โครงการ การสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจตามมาตรฐานสากล

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPIs) ตามโครงการ	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน					ร้อยละ (ผลเทียบค่าเป้าหมาย)
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รวม	
				(1 ต.ค. - 31 ธ.ค. 67)	(1 ม.ค. - 31 มี.ค. 67)	(1 เม.ย. -30 มิ.ย. 67)	(1 ก.ค. - 30 ก.ย. 67)		
1	จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจที่คงอยู่ในระบบ และ/หรือร่วมดำเนินการกิจต่างๆ ให้สถาบัน	คน	177	171	169	167			
2	ร้อยละการบริหารฝึกเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลตามแผน SIT	ร้อยละ	≥ 80	40 (8 ใน 20 ครั้ง) 10 (8 ใน 80 ครั้ง)	77.5 (31 ใน 40 ครั้ง) 38.75 (31 ใน 80 ครั้ง)	85.00 (51 ใน 60 ครั้ง) 63.75 (51 ใน 80 ครั้ง)			
3	จำนวนผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ (SIT -> new surveyor)	คน	11 (70% จาก 16 คน)	on process	on process	on process			
4	ร้อยละการบริหารฝึกเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลตามแผน New Surveyor	ร้อยละ	≥ 80	88 (11 ใน 12.5 ครั้ง) 22 (11 ใน 50 ครั้ง)	108 (27 ใน 25 ครั้ง) 54 (27 ใน 50 ครั้ง)	122.67 (46 ใน 37.5) 92 (46 ใน 50 ครั้ง)			
5	จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ที่ขึ้นทะเบียนเป็น experienced surveyor (new -> experienced)	คน	8 (70% จาก 11 คน)	on process	on process	on process			
6	ร้อยละการบริหารฝึกเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลตามแผน หัวหน้าทีม/ครูฝึก	ร้อยละ	≥ 80	0	75 (3 ใน 4 ครั้ง) 37.5 (3 ใน 8 ครั้ง)	116.67 (7 ใน 6 ครั้ง) 87.50 (7 ใน 8 ครั้ง)			
7	จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจที่ขึ้นทะเบียนเป็นหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ	คน	3	on process	on process	on process			
8	จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจที่ขึ้นทะเบียนเป็นครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ	คน	1	on process	on process	on process			
9	ร้อยละการบริหารฝึกเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลตามแผน ผู้เยี่ยมหลากหลาย	ร้อยละ	≥ 80	0	0	0			
10	จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจที่สามารถเยี่ยมสำรวจ มากกว่า 1 โปรแกรม	คน	60 (35% จาก 171 คน)	on process	on process	on process			
11	ร้อยละผู้เยี่ยมที่เยี่ยมตามเกณฑ์ 10 MD/ปี	ร้อยละ	> 60	63.16 (108 คน)	43.86 (75 คน)	13.45 (23 คน)			
12	ร้อยละผู้เยี่ยมสำรวจ มี man-day มากกว่า 20 วัน/ปี	ร้อยละ	> 40	37.43 (64 คน)	16.96 (29 คน)	2.34 (4 คน)			
13	ร้อยละผู้เยี่ยมสำรวจมี competency ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด **	ร้อยละ	> 80	0	0	0			
14	ร้อยละผู้เยี่ยมสำรวจที่มีสมรรถนะด้านระบบดิจิทัลผ่านเกณฑ์ที่กำหนด **	ร้อยละ	> 80	0	0	0			
15	การต่ออายุการรับรองครั้งที่ 3 ISQuaEEA: Surveyor Training Programmes	ผ่าน	ผ่าน	on process	ผ่าน	ผ่าน			
16	ร้อยละการจัดกิจกรรม/การจัดประชุมได้ตามเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	> 70	100	77.78	72.72			
17	ร้อยละการใช้เงินงบประมาณตามแผนที่กำหนด	ร้อยละ	> 96	99.95	99.98	82.7			

หมายเหตุ 1. กรณีค่าเป้าหมาย **สะสม** ให้ระบุ แผน/ผล รายไตรมาส แบบสะสม

2. ตารางนี้ให้รายงานต่อเนื่อง ทุกไตรมาส

4.2 โครงการ การสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจตามมาตรฐานสากล

ไตรมาส 1

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	สัมมนาเชิงปฏิบัติการ Orientation Program for SIT	✓		จัดกิจกรรมได้ตาม action plan	NA	100%
2	สัมมนาเชิงปฏิบัติการ Orientation Program for NS	✓		จัดกิจกรรมได้ตาม action plan	NA	100%
3	Share & Learn on Zoom: (Experience surveyor)	✓		จัดกิจกรรมได้ตาม action plan	NA	100%
4	การใช้ scoring on Zoom: หัวหน้าทีมเยี่ยมสำรวจ (Lead Team Surveyor)	✓		จัดกิจกรรมได้ตาม action plan	NA	100%
5	การใช้ scoring on Zoom: ครูฝึกเยี่ยมสำรวจ (Surveyor Trainer)	✓		จัดกิจกรรมได้ตาม action plan	NA	100%
6	Catch the Light_on Zoom	✓		จัดกิจกรรมได้ตาม action plan	NA	100%
7	ประชุมคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ	✓		จัดกิจกรรมได้ตาม action plan	NA	100%
8	Surveyor in training: onsite 3 hos (8 คน)	✓		มีกิจกรรม Orientation Program for SIT ปลายเดือนพฤศจิกายน ส่งผลให้จัดกิจกรรม SIT ได้ในเดือนธันวาคม	NA	66.67% (8 ใน 12 ครั้ง)

ไตรมาส 2

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	สัมมนาเชิงปฏิบัติการผู้เยี่ยมสำรวจประจำปี (Surveyor Conference)	✓		จัดกิจกรรมได้ตาม action plan	NA	100%
2	ประชุมคณะทำงานคัดเลือกผู้มีศักยภาพเป็นหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ	✓		จัดกิจกรรมได้ตาม action plan	NA	100%
3	สัมมนาเชิงปฏิบัติการผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ (New surveyor workshop)	✓		จัดกิจกรรมได้ตาม action plan	NA	100%
4	สัมมนาเชิงปฏิบัติการพัฒนาเป็นหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ รุ่นที่ 3 ครั้งที่ 1/2567 รูปแบบ Hybrid Meeting	✓		จัดกิจกรรมได้ตาม action plan	NA	100%
5	ประชุมคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ	✓		จัดกิจกรรมได้ตาม action plan	NA	100%
6	กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้กับผู้เยี่ยมสำรวจ (Surveyor Engagement)	✓		จัดกิจกรรมได้ตาม action plan	NA	100%
7	Catch the Light_on Zoom		✓	ไม่สามารถจัดได้ตาม action plan	จัดรวมในไตรมาสถัดไป	0%
8	Share & Learn on Zoom: (Experience surveyor)		✓	ไม่สามารถจัดได้ตาม action plan	จัดรวมในไตรมาสถัดไป	0%
9	Surveyor in training: onsite 10 hos (22 คน)	✓		จัดกิจกรรมได้ตาม action plan	NA	172.55 (22 ใน 12.75 ครั้ง)

ไตรมาส 3

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	สัมมนาเชิงปฏิบัติการผู้เยี่ยมสำรวจ (Surveyor Camp) ครั้งที่ 1/2567	✓		จัดกิจกรรมได้ตาม action plan	NA	100%
2	สัมมนาเชิงปฏิบัติการผู้เยี่ยมสำรวจเฉพาะระบบ (ผู้เยี่ยมสำรวจพยาบาล)	✓		จัดกิจกรรมได้ตาม action plan	NA	100%
3	สัมมนาเชิงปฏิบัติการผู้เยี่ยมสำรวจเฉพาะระบบ (ผู้เยี่ยมสำรวจระบบสนับสนุน)	✓		จัดกิจกรรมได้ตาม action plan	NA	100%
4	Catch the Light_ ผ่าน zoom ครั้งที่ 2/2567	✓		จัดกิจกรรมได้ตาม action plan	NA	100%
5	ประชุมคณะทำงาน PDSC แบบ hybrid	✓		จัดกิจกรรมได้ตาม action plan	NA	100%
6	สัมมนาเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ เพื่อทำแผนพัฒนาผู้เยี่ยมสู่การเป็น smart surveyor ปี 2567	✓		จัดกิจกรรมได้ตาม action plan	NA	100%
7	ประชุมคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ ครั้งที่ 2/2567	✓		จัดกิจกรรมได้ตาม action plan	NA	100%
8	สัมมนาเชิงปฏิบัติการผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ (New surveyor workshop)		✓	ไม่สามารถจัดได้ตาม action plan	จัดรวมในไตรมาสถัดไป	0%
9	Share & Learn on Zoom: (Experience surveyor)		✓	ไม่สามารถจัดได้ตาม action plan	ยกเลิกกิจกรรม	0%
10	สัมมนาเชิงปฏิบัติการหัวหน้าทีมเยี่ยมสำรวจ (Lead Team Surveyor Workshop)		✓	ไม่สามารถจัดได้ตาม action plan	จัดรวมในไตรมาสถัดไป	0%
11	Surveyor in training: onsite 12 hos (20 คน)	✓	▪	จัดกิจกรรมได้ตาม action plan	NA	100% (20 ใน 20 ครั้ง) 25% (20 ใน 80 ครั้ง)

4.3 โครงการ สร้างและพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPIs) ตามโครงการ	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน					ร้อยละ (ผลเทียบค่าเป้าหมาย)
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รวม	
				(1 ต.ค. - 31 ธ.ค. 67)	(1 ม.ค. - 31 มี.ค. 67)	(1 เม.ย. - 30 มิ.ย. 67)	(1 ก.ค. - 30 ก.ย. 67)		
	จำนวนที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพที่ขึ้น ทะเบียนกับสถาบัน	คน	130	103	101	100			
	ร้อยละของที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพที่มีภาระงานในปี 2567 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	70	-	-	39			
	ร้อยละของจังหวัดที่มีที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ	ร้อยละ	60	48.05	48.05	48.05			
	ร้อยละของ Quality Coach ที่มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น (เทียบก่อนและหลัง)	ร้อยละ	80	-	-	-			
	อัตราความพึงพอใจของที่ปรึกษาในการทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาฯ	ร้อยละ	90	-	-	-			
	ร้อยละความพึงพอใจของสถานพยาบาลต่อที่ปรึกษา	ร้อยละ	90	-	-	-			เพิ่ม KPI

หมายเหตุ 1.กรณีค่าเป้าหมาย **สะสม** ให้ระบุ แผน/ผล รายไตรมาส แบบสะสม

2. ตารางนี้ให้รายงานต่อเนื่อง ทุกไตรมาส

4.3 โครงการ สร้างและพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ

ไตรมาส 1

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
	สัมมนาเชิงปฏิบัติการพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ เพื่อการเรียนรู้มาตรฐานใหม่ การฝึกทักษะการเขียนรายงาน การอ่านวิเคราะห์ SAR แผนพัฒนาคุณภาพ วันที่ วันที่ 31 ตุลาคม -1 พฤศจิกายน 2566 @ Amari ดอนเมือง	✓		การปรับระเบียบและแนวทางการพัฒนาใหม่ยังไม่ชัดเจน เครื่องมือในการประเมินการพัฒนามีการปรับใหม่	เปิดโอกาสให้ QC ร่วมแสดงความคิดเห็น มีการสรุปบทเรียน ทบทวนเป็นระยะๆ	100
	อบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาทักษะวิทยากรกระบวนการของที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ วันที่ พฤศจิกายน 2566 หลักสูตร HA201 online	✓				100

ไตรมาส 2

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
	สวัสดิการที่ปรึกษา (ประกันภัย)	✓				100

ไตรมาส 3

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	อบรมเชิงปฏิบัติการที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพรายใหม่		✓	เกณฑ์ในการคัดเลือก พัฒนา ขึ้นทะเบียนไม่ชัดเจน	แต่งตั้งคณะทำงาน ปรับเกณฑ์ในการคัดเลือก พัฒนาและขึ้นทะเบียน QC แต่ละระดับก่อน จึงจัดอบรม - ปรับแผนเป็นเดือน ก.ค.	0

4.4 โครงการ พัฒนาทรัพยากรมนุษย์และส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPIs) ตามโครงการ	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน					ร้อยละ (ผลเทียบค่าเป้าหมาย)
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รวม	
				(1 ต.ค. - 31 ธ.ค. ...)	(1 ม.ค. - 31 มี.ค. ...)	(1 เม.ย. - 30 มิ.ย. ...)	(1 ก.ค. - 30 ก.ย. ...)		
1	จำนวนบุคลากรที่ได้เข้าร่วมเป็นกรรมการ ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ หรือสามารถเป็นผู้แทนสถาบันประสานขับเคลื่อนการทำงานกับหน่วยงานภายนอกในระดับประเทศ/นานาชาติ (คน)	คน	6	3	5				83.3
2	ร้อยละของบุคลากรที่มีผลงานการพัฒนาคุณภาพและนวัตกรรม CQI	ร้อยละ	70	0	0				0.0
3	ร้อยละของเจ้าหน้าที่บรรจุภายหลังผ่านการประเมินทดลองปฏิบัติงาน	ร้อยละ	80	67	71.4				89.3
4	ร้อยละระดับความสำเร็จของแผนเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารทรัพยากรมนุษย์ (ตัวชี้วัดแผนปฏิบัติการ)	ระดับ	2	1	1				50.0
5	ระดับความสำเร็จการจัดการแผนการสร้างและพัฒนาบุคลากรขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพในประเทศไทย (ค่าเป้าหมาย ระดับ 2) HRD Blueprint	ระดับ	2	1	1				50.0
6	ร้อยละของระดับการรับรู้ต่อค่านิยมองค์กรและการนำสู่การปฏิบัติ	ร้อยละ	70	0	94				134.3
7	ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่มีสมรรถนะด้านดิจิทัลที่เหมาะสมตามความคาดหวังของตำแหน่ง	ร้อยละ	70	76	76				108.6
8	ร้อยละของเจ้าหน้าที่กลุ่มเป้าหมายที่มีผลการประเมินการวัดระดับความรู้ความเข้าใจมาตรฐาน HA ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	70	0	0				0.0

หมายเหตุ 1.กรณีค่าเป้าหมาย **สะสม** ให้ระบุ แผน/ผล รายไตรมาส แบบสะสม
 2. ตารางนี้ให้รายงานต่อเนื่อง ทุกไตรมาส

4.4 โครงการ พัฒนาศูนย์บริการปฐมภูมิและส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร

ไตรมาส 1

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	โครงการย่อยที่ 1 ยกระดับความสามารถและพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทุกระดับสนับสนุนแผนปฏิบัติการ	✓		1. การเบิกจ่ายต่ำกว่าแผน เนื่องจากหลักสูตร ที่มีราคาสูง และไม่ได้อำนาจ	1. ให้ประมาณการทบทวนแผนของการฝึกอบรม และปรับแผน	100
2	โครงการย่อยที่ 2 ยกระดับความสามารถของบุคลากรที่มีความสามารถสูงในการประสานขับเคลื่อนการทำงานร่วมกับเครือข่ายพันธมิตรทุกภาคส่วนทั้งภายในประเทศและนานาชาติ (Networking)	รอดำเนินการ ไตรมาส 3				0
3	โครงการย่อยที่ 3 เพิ่มประสิทธิภาพและการบริหารระบบทรัพยากรมนุษย์	✓				75
4	โครงการย่อยที่ 4 ส่งเสริมการนำคำนิยามสู่การปฏิบัติ ความผูกพัน วัฒนธรรม และคุณธรรมจริยธรรม	✓				100
5	โครงการย่อยที่ 1 ยกระดับความสามารถและพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทุกระดับสนับสนุนแผนปฏิบัติการ	รอดำเนินการ ไตรมาส 3-4				

ไตรมาส 2

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	โครงการย่อยที่ 1 ยกระดับความสามารถและพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทุกระดับสนับสนุนแผนปฏิบัติการ	✓		1. การเบิกจ่ายต่ำกว่าแผน เนื่องจากหลักสูตร ที่มีราคาสูง และไม่ได้อำนาจ	1. ให้ประมาณการทบทวนแผนของการฝึกอบรม และปรับแผน	100
2	โครงการย่อยที่ 2 ยกระดับความสามารถของบุคลากรที่มีความสามารถสูงในการประสานขับเคลื่อนการทำงานร่วมกับเครือข่ายพันธมิตรทุกภาคส่วนทั้งภายในประเทศและนานาชาติ (Networking)	รอดำเนินการ ไตรมาส 3		อยู่ระหว่างดำเนินการ		0
3	โครงการย่อยที่ 3 เพิ่มประสิทธิภาพและการบริหารระบบทรัพยากรมนุษย์	✓				100
4	โครงการย่อยที่ 4 ส่งเสริมการนำคำนิยามสู่การปฏิบัติ ความผูกพัน วัฒนธรรม และคุณธรรมจริยธรรม	✓				100
5	โครงการย่อยที่ 1 ยกระดับความสามารถและพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทุกระดับสนับสนุนแผนปฏิบัติการ	รอดำเนินการ ไตรมาส 3-4		อยู่ระหว่างดำเนินการ		0

ไตรมาส 3

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			



**แผนงานที่ 5 การบริหารจัดการองค์กรสู่ความเป็นเลิศ
จำนวน 4 โครงการ**

5.1 โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการองค์กร

5.2 โครงการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

5.3 โครงการขับเคลื่อนนโยบายและติดตามประเมินผล

5.4 โครงการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์องค์กร

5.1 โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการองค์กร

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPIs) ตามโครงการ	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน					ร้อยละ (ผลเทียบค่าเป้าหมาย)		
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รวม			
				(1 ต.ค. - 31 ธ.ค. 66)	(1 ม.ค. - 31 มี.ค.67)	(1 เม.ย. -30 มิ.ย. 67)	(1 ก.ค. - 30 ก.ย. 67)				
1	เชิงปริมาณ จำนวนการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการซ่อมอพยพหนีไฟ และการปรับปรุงระบบแสงสว่างให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน และเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้ารับการประเมินสำนักงานสีเขียว	กิจกรรม	3 กิจกรรม	1	1	-				- สั่งจ้างปรับปรุงระบบไฟฟ้าส่องสว่างเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2566 (ดำเนินการปรับปรุงในเดือน ม.ค. 67) - กิจกรรมซ่อมหนีไฟและแผน BCP วันที่ 19 ก.พ. 67	
2	เชิงคุณภาพ เจ้าหน้าที่ สรพ. ได้รับความพึงพอใจหลังจากการพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการเงินการคลัง การจัดซื้อจัดจ้าง การบริหารพัสดุ	ร้อยละ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของบุคลากรทั้งสถาบัน	N/A	N/A	N/A				จัดทำแบบสำรวจความพึงพอใจในไตรมาสสุดท้าย	
3	เชิงเวลา 1. คู่สัญญาได้รับค่าพัสดุ/ค่าจ้าง ตามสัญญา ที่ผ่านกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง ภายใน 30 วัน นับถัดจากวันที่ได้รับเอกสารการส่งมอบพัสดุ/เอกสารการส่งมอบงาน	ร้อยละ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของคู่สัญญาทั้งหมดในปีงบประมาณ	N/A	N/A	N/A				จะดำเนินการจัดทำรายงานในภาพรวมประจำปีงบประมาณในไตรมาสสุดท้าย	
	2. ผู้เยี่ยมสำรวจ / วิทยากร ได้รับคำตอบแทนในการปฏิบัติงานให้ สรพ. ภายใน 30 วัน นับถัดจากวันที่กลุ่มงานการเงินการคลังได้รับเอกสารประกอบการเบิกจ่ายที่มีความถูกต้องครบถ้วน	ร้อยละ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของผู้เยี่ยมสำรวจ / วิทยากร ทั้งหมดในปีงบประมาณ	N/A	N/A	N/A				จะดำเนินการจัดทำรายงานในภาพรวมประจำปีงบประมาณในไตรมาสสุดท้าย	
4	เชิงค่าใช้จ่าย ค่าไฟฟ้า และค่ากระดาษถ่ายเอกสาร มีการปรับตัวลดลง	ร้อยละ	ร้อยละ 2 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา								
	4.1 ค่าไฟ										
	- ไตรมาส 1/66 รวมเป็นเงิน 364,464.80 บาท - ไตรมาส 1/67 รวมเป็นเงิน 209,672.50 บาท									ปรับลดลงร้อยละ 42	ไตรมาสแรกของปี 66 สรพ. ใช้ไฟชั้น 5 และชั้น 6 เนื่องจากอยู่ระหว่างปรับปรุงอาคาร
	- ไตรมาส 2/66 รวมเป็นเงิน 259,049.38 บาท - ไตรมาส 2/67 รวมเป็นเงิน 247,774.41 บาท									ปรับลดลงร้อยละ 4.35	
	- ไตรมาส 3/66 รวมเป็นเงิน 332,500.55 บาท - ไตรมาส 3/67 รวมเป็นเงิน xxxxxx บาท									N/A	ณ วันที่จัดทำข้อมูลยังไม่ได้รับเอกสารแจ้งค่าไฟฟ้าเดือน มิ.ย. 67
	- ไตรมาส 4/66 รวมเป็นเงิน 279,918 บาท - ไตรมาส 4/67 รวมเป็นเงิน บาท										
	4.2 ค่ากระดาษถ่ายเอกสาร										
	- ไตรมาส 1/66 ใช้ไป 78,642 แผ่น เป็นเงิน 42,425.64 บาท - ไตรมาส 1/67 ใช้ไป 73,181 แผ่น เป็นเงิน 41,049.83 บาท										- ปริมาณใช้กระดาษลดลง ร้อยละ 6.9 - มูลค่าการใช้เครื่องถ่ายเอกสารลดลงร้อยละ 3.2
	- ไตรมาส 2/66 ใช้ไป 85,512 แผ่น เป็นเงิน 47,949.81 บาท - ไตรมาส 2/67 ใช้ไป 101,998 แผ่น เป็นเงิน 58,491.64 บาท										- ปริมาณใช้กระดาษเพิ่มขึ้นร้อยละ 19 - มูลค่าการใช้เครื่องถ่ายเอกสารเพิ่มขึ้นร้อยละ 22
	- ไตรมาส 3/66 ใช้ไป 95,861 แผ่น เป็นเงิน 45,956.63 บาท - ไตรมาส 3/67 ใช้ไป xxxx แผ่น เป็นเงิน xxxxx บาท										ณ วันที่จัดทำข้อมูลยังไม่ได้รับเอกสารแจ้งหนี้ค่าเช่าเครื่องถ่ายเอกสาร

หมายเหตุ 1.กรณีค่าเป้าหมายสะสม ให้ระบุ แผน/ผล รายไตรมาส แบบสะสม
2. ตารางนี้ให้รายงานต่อเนื่อง ทุกไตรมาส

5.1 โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการองค์กร

ไตรมาส 1

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	โครงการ Green Office			- ปัญหาการเก็บข้อมูลการเบิกจ่ายเงินให้แก่คู่สัญญา/ วิทยากร/ผู้เยี่ยมชมสำรวจ ว่าสามารถจ่ายได้ตามตัวชี้วัด หรือไม่ เนื่องจากข้อมูลในระบบ ERP มีรายงานจำแนกใน แต่ละชั้นตอน แต่ยังไม่มียางานภาพรวม	- ปัญหาการเก็บข้อมูลแจ้งผู้พัฒนาระบบแล้ว อยู่ระหว่างดำเนินการแก้ไข ซึ่งอาจต้องมี ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม	
2	กิจกรรมจัดการความเสี่ยงและการควบคุมภายใน					
3	กิจกรรมเพิ่มประสิทธิภาพงานกฎหมาย					
4	กิจกรรมเพิ่มประสิทธิภาพงานด้านลูกค้าสัมพันธ์					

ไตรมาส 2

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	โครงการ Green Office			- การวางแนวทางการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับ หลักเกณฑ์ของผู้ประเมิน เช่น แนวทางการจัดการ ของเสีย จัดการน้ำเสีย เป็นต้น (สรพ. ใช้อาคาร ร่วมกับหน่วยงานอื่น)	- ขอคำปรึกษา/แนะนำ จากสำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจาก หน่วยงานดังกล่าวได้รับการรับรองสำนักงาน สีเขียวแล้ว	
2	กิจกรรมจัดการความเสี่ยงและการควบคุมภายใน			- ด้านการควบคุมภายในของงานพัสดุ ต้องการ ผู้ปฏิบัติงานเพิ่ม เพื่อช่วยจัดการด้านเอกสารที่ เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงและการควบคุมภายใน - ด้านงานสารบรรณ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานยัง ขาดองค์ความรู้ในด้านระเบียบและแนวทางปฏิบัติ	- ปรับแผนของจัดสรรงบประมาณเพื่อจ้าง เหมาบริการผู้ช่วยเจ้าหน้าที่พัสดุ - ส่งเสริมการฝึกอบรมแนวทางการปฏิบัติ ตามระเบียบให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน	
3	กิจกรรมเพิ่มประสิทธิภาพงานกฎหมาย					
4	กิจกรรมเพิ่มประสิทธิภาพงานด้านลูกค้าสัมพันธ์					

ไตรมาส 3

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	โครงการ Green Office			- การเข้าร่วมโครงการ Green Office ส่งผลต่อ ภาระงานที่เพิ่มขึ้นของบุคลากร สรพ. ในภาพรวม	- ทบทวนแล้วเห็นว่าในปีงบประมาณ 2568 จะไม่เข้าร่วมโครงการ Green Office	
2	กิจกรรมจัดการความเสี่ยงและการควบคุมภายใน			- บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน มีความรู้ความเข้าใจการ จัดการความเสี่ยงและการควบคุมภายในไม่เพียงพอ - ภาระงานส่งผลให้บางกิจกรรมไม่เป็นไปตาม เป้าหมาย เช่น กระบวนการจำหน่ายพัสดุ เป็นต้น	- เสริมสร้างองค์ความรู้ให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ทั้ง ในด้านการฝึกปฏิบัติ และการฝึกอบรม - วางแผน และจัดลำดับการปฏิบัติงานตาม ความสำคัญ เร่งด่วน ของงาน	
3	กิจกรรมเพิ่มประสิทธิภาพงานกฎหมาย			ในปีงบประมาณ 2567 นิติกรลาออก 2 ครั้ง ส่งผล ให้งานที่ปฏิบัติอาจไม่เกิดความต่อเนื่อง	ประสานงาน HR ให้สรรหานิติกรทดแทนโดยเร็ว	
4	กิจกรรมเพิ่มประสิทธิภาพงานด้านลูกค้าสัมพันธ์			-	-	

5.2 โครงการ พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPIs) ตามโครงการ	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน					ร้อยละ (ผลเทียบค่าเป้าหมาย)
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รวม	
				(1 ต.ค. - 31 ธ.ค. 67)	(1 ม.ค. - 31 มี.ค. 67)	(1 เม.ย. - 30 มิ.ย. 67)	(1 ก.ค. - 30 ก.ย. 67)		
1	เพิ่มประสิทธิภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้สามารถทำงานได้ราบรื่นและต่อเนื่อง (SLA ทุกระบบ)	ร้อยละ	99.9	100	100	100		100	100%
2	การดูแลและบำรุงรักษาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและโปรแกรมประยุกต์ของสถาบันทันเวลา	ระบบ	8	4	5	8		8	100%
3	Prototype HAI dashboard	ระบบ	1	0	0	0		0	0%
4	จำนวนชุดข้อมูล (open data) ที่ได้รับการเปิดเผย เป็นประโยชน์ต่อสถานพยาบาลและประชาชน (ชุดข้อมูลใหม่)	ชุดข้อมูล	5	5	5	5		5	100%
5	เพิ่มประสิทธิภาพระบบความมั่นคงปลอดภัยข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ	มาตรฐาน	2	0	0	0		0	0%
6	สถาบันใช้นวัตกรรมระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหรือโปรแกรมประยุกต์ที่สนับสนุนองค์กร	ระบบ	2	1	1	1		1	50%
7	การประกันการให้บริการ (SLA) การตอบสนองการให้บริการ	นาที	30	30	30	30		30	100%
8	ป้องกันมูลค่าความเสียหายจากการโจมตีสำเร็จทางไซเบอร์ (Cyber Attack)	บาท	2,000,000	2000000	2000000	2000000		2000000	100%
9	ค่าใช้จ่าย e-Tax Invoice & Receipt	บาท	20,000	-	-			20000	100%

หมายเหตุ 1.กรณีค่าเป้าหมาย **สะสม** ให้ระบุ แผน/ผล รายไตรมาส แบบสะสม

2. ตารางนี้ให้รายงานต่อเนื่อง ทุกไตรมาส

5.2 โครงการ พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

ไตรมาส 1

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศ		✓	มีบางกิจกรรมไม่สามารถหาผู้รับจ้าง ได้		71%
2	โครงการย่อยพัฒนาศูนย์นวัตกรรมข้อมูล HA_IDC		✓	มีการปรับเปลี่ยนฟังก์ชันที่จะนำมาใช้งาน		10%
3	โครงการบริหารงาน ERP ที่มีประสิทธิภาพ		✓	มีการประชุมภายในเป็นหลัก ส่วนบุคคลภายนอก เพียงแต่ไม่กี่ชั่วโมง จึงไม่มีค่าใช้จ่าย		0%
4	เครื่องคอมพิวเตอร์พกพา	✓				100%
5	พัฒนาระบบ THIP เชื่อมต่อ API ERP		✓	ติดปัญหา ทางด้านการพัฒนาของ 2 ฝ่าย	นัดคุยกันระหว่างผู้พัฒนาทั้ง 2 ระบบ	0%
6	พัฒนาระบบ Register เชื่อมต่อ API ERP		✓	ติดปัญหา ทางด้านการพัฒนาของ 2 ฝ่าย	นัดคุยกันระหว่างผู้พัฒนาทั้ง 2 ระบบ	0
7	ระบบลงทะเบียน Forum		✓	รายละเอียดทางด้าน TOR และภาระงาน		0
8	Prototype HAI Dashboard		✓	รายละเอียดของ TOR และผู้รับจ้าง		0

ไตรมาส 2

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศ	✓		มีบางกิจกรรมไม่สามารถหาผู้รับจ้าง ได้		90%
2	โครงการย่อยพัฒนาศูนย์นวัตกรรมข้อมูล HA_IDC		✓	มีการปรับเปลี่ยนฟังก์ชันที่จะนำมาใช้งาน		80%
3	โครงการบริหารงาน ERP ที่มีประสิทธิภาพ		✓	มีการประชุมภายในเป็นหลัก ส่วนบุคคลภายนอก เพียงแต่ไม่กี่ชั่วโมง จึงไม่มีค่าใช้จ่าย		
4	เครื่องคอมพิวเตอร์พกพา	✓				100%
5	พัฒนาระบบ THIP เชื่อมต่อ API ERP	✓				100%
6	พัฒนาระบบ Register เชื่อมต่อ API ERP	✓				100%
7	ระบบลงทะเบียน Forum	✓				100%
8	Prototype HAI Dashboard	✓				

ไตรมาส 3

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	1. โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศ		✓			
2	2. โครงการย่อยพัฒนาศูนย์นวัตกรรมข้อมูล HA_IDC	✓				
3	2. โครงการย่อยพัฒนาศูนย์นวัตกรรมข้อมูล HA_IDC		✓			20%
4	3. โครงการบริหารงาน ERP ที่มีประสิทธิภาพ		✓	มีการประชุมภายในเป็นหลัก ส่วนบุคคลภายนอก เพียงแต่ไม่กี่ชั่วโมง จึงไม่มีค่าใช้จ่าย		75%
5	3. โครงการบริหารงาน ERP ที่มีประสิทธิภาพ	✓				20%
6	4. เครื่องคอมพิวเตอร์พกพา	✓				100%
7	5. พัฒนาระบบ THIP เชื่อมต่อ API ERP	✓				100%
8	6. พัฒนาระบบ Register เชื่อมต่อ API ERP	✓				100%
9	7. ระบบลงทะเบียน Forum	✓				100%
10	8. Prototype HAI Dashboard	✓				25%

5.3 โครงการขับเคลื่อนนโยบายและติดตามประเมินผล

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPIs) ตามโครงการ	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน					ร้อยละ (ผลเทียบค่าเป้าหมาย)
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รวม	
				(1 ต.ค. - 31 ธ.ค. 67)	(1 ม.ค. - 31 มี.ค. 67)	(1 เม.ย. -30 มิ.ย. 67)	(1 ก.ค. - 30 ก.ย. 67)		
1	ร้อยละความสำเร็จของการพัฒนาด้านการควบคุมดูแลกิจการของคณะกรรมการองค์การมหาชน	ร้อยละ	90						วัดผลไตรมาส 4
2	ร้อยละของความสำเร็จตามเป้าหมายแผนปฏิบัติการ	ร้อยละ	90						วัดผลไตรมาส 4
3	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการดำเนินงานของสถาบัน	ร้อยละ	85						วัดผลไตรมาส 4

- หมายเหตุ**
- 1.กรณีค่าเป้าหมาย **สะสม** ให้ระบุ แผน/ผล รายไตรมาส แบบสะสม
 2. ตารางนี้ให้รายงานต่อเนื่อง ทุกไตรมาส

5.3 โครงการขับเคลื่อนนโยบายและติดตามประเมินผล

ไตรมาส 1

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	กิจกรรมสนับสนุนการประชุม	<input checked="" type="checkbox"/>		-	-	100
2	กิจกรรมสนับสนุนการปฏิบัติงาน และ การศึกษาดูงานของคณะกรรมการ		<input checked="" type="checkbox"/>	- ขาดข้อมูลที่แม่นยำในเรื่องแผนการเดินทางต่างประเทศในช่วงระยะเวลาจัดทำแผนงบประมาณประจำปี ส่งผลให้การวางแผนเบิกจ่ายงบประมาณภายใต้กิจกรรมเป็นลักษณะของการคาดการณ์ช่วงเวลาของการใช้จ่ายงบประมาณจากข้อมูลเดิมในอดีต จึงทำให้มีโอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนได้สูง - การวางแผนเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา ต่างประเทศต้องรอการประกาศจัดประชุมอย่างเป็นทางการ รวมทั้งต้องเกิดจากความประสงค์ของผู้บริหาร ทำให้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา - การวางแผนงบประมาณการสำหรับใช้เดินทางเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนาในต่างประเทศของปีงบประมาณ 2567 มีความคลาดเคลื่อนในการวางแผนการใช้จ่ายงบประมาณ ช่วงไตรมาสที่ 1 และ 2 เนื่องจากไม่มีกิจกรรมเกิดขึ้น โดยกำหนดการเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา ในต่างประเทศของปีงบประมาณ 67 ที่มีการยืนยันการเดินทางจริง จะเกิดขึ้นในไตรมาสที่ 3 และ 4 (ตั้งแต่เดือนเมษายน เป็นต้นไป)	- กำหนดรายการของการเข้าร่วมประชุม/สัมมนา/อบรม ต่างประเทศให้ชัดเจน เพื่อปรับปรุงแผนเบิกจ่ายให้สอดคล้องกับกิจกรรมที่เกิดขึ้นจริง - ปรับปรุงแผนการใช้จ่ายงบประมาณของกิจกรรมสนับสนุนการปฏิบัติงาน และการศึกษาดูงานของคณะกรรมการให้เกิดในช่วงไตรมาส 3 และ 4 โดยไม่ปรับลดงบประมาณ - ติดตามและควบคุมให้เกิดการเบิกจ่ายงบประมาณ ให้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 96	0
3	กิจกรรมขับเคลื่อนนโยบายและติดตาม ประเมินผล		<input checked="" type="checkbox"/>	- ข้อจำกัดเรื่องเวลาของกลุ่มผู้บริหารที่ติดภารกิจของสถาบันในด้านต่างๆ ทำให้เกิดข้อจำกัดในเรื่องการจัดกิจกรรมย่อยต่างๆ - กิจกรรมจ้างประเมินความพึงพอใจ มีการเพิ่มเติมเนื้อหาในการประเมินผล จึงทำให้ต้องมีการหารือร่วมกับหลายฝ่าย ส่งผลให้แผนการจัดซื้อจัดจ้างล่าช้ากว่าที่กำหนดไว้ประมาณ 45 วัน - การปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดกิจกรรมย่อยต่างๆ ของการทบทวนยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับช่วงเวลาที่กลุ่มเป้าหมายของกิจกรรมย่อยต่างๆ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ โดยปรับเปลี่ยนจากการจัดประชุม นอกสถานที่มาเป็นการจัดประชุมภายในอาคารสุขภาพแห่งชาติ และการหารือผ่านการประชุมผู้บริหารภายในสถาบัน (SLT) ทำให้มีการบริหารจัดการเวลาในการจัดกิจกรรมย่อยให้กระชับกว่าที่คาดการณ์ไว้ ส่งผลให้การเบิกจ่ายงบประมาณในการจัดกิจกรรมย่อยต่ำกว่าที่คาดการณ์ไว้ แต่อย่างไรก็ตามผลสัมฤทธิ์ที่ได้รับจากการจัดกิจกรรมยังคงเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ - กิจกรรมย่อยการจัดทำรายงานประจำปี อยู่ระหว่างดำเนินการกระบวนการ ขออนุมัติจัดจ้าง เป็นไปตามแผนการดำเนินงาน แต่ยังคงต้องอยู่ในการติดตามการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด - กิจกรรมย่อยบางกิจกรรมสามารถจัดกิจกรรมได้แล้วเสร็จโดยไม่มีการเบิกจ่ายงบประมาณ เช่น การจัดทำคำรับรองการปฏิบัติงาน จึงทำให้ผลการเบิกจ่ายต่ำกว่าที่ประมาณการไว้	- เร่งรัดกิจกรรมจัดจ้างประเมินผลความพึงพอใจให้เกิดการลงนามสัญญาไม่เกินกลางเดือนกุมภาพันธ์ และติดตามให้เกิดการเบิกจ่ายงบฯ วงที่ 1 ภายในไตรมาสที่ 2 (ไม่เกิน 25 มีนาคม 2567) - ปรับปรุงแผนเบิกจ่ายงบประมาณให้สอดคล้องกับแผนเบิกจ่ายงบประมาณที่เกิดขึ้นแล้วของไตรมาสที่ 1 - ทบทวนและปรับปรุงงบประมาณที่ต้องการใช้ดำเนินกิจกรรม และกำหนดแผนการใช้จ่ายงบประมาณในไตรมาสที่ 2, 3 และ 4 ให้ตรงกับกิจกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจริงในช่วงเวลาดังกล่าว - ปรับลดงบประมาณส่วนเกินส่งคืนสถาบันภายในไตรมาสที่ 3	75

ไตรมาส 2

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	กิจกรรมสนับสนุนการประชุม	<input checked="" type="checkbox"/>				100
2	กิจกรรมสนับสนุนการปฏิบัติงาน และ การศึกษาดูงานของคณะกรรมการ		<input checked="" type="checkbox"/>	มีการปรับเปลี่ยนแผนการเดินทาง ส่งผลถึงงบประมาณในไตรมาส 2	ดำเนินการปรับแผนงบประมาณรายจ่าย	100
3	กิจกรรมขับเคลื่อนนโยบายและติดตาม ประเมินผล	<input checked="" type="checkbox"/>		ในปีงบประมาณ 2567 การจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปี พร้อมกัน 2 ปีงบประมาณ (ปี 2567 และ ปี 2568) และมีการเปลี่ยนแปลงหรือข้อมูลกระชั้นชิด ส่งผลกระทบต่อการสื่อสาร/ความเข้าใจในการจัดทำข้อมูลคลาดเคลื่อนไม่ตรงกัน	จัดทำคู่มือและจัดทำแผนการสื่อสารภายในให้ชัดเจนยิ่งขึ้น	100

ไตรมาส 3

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	กิจกรรมสนับสนุนการประชุม	<input checked="" type="checkbox"/>		เนื้อหาเอกสาร ไม่สอดคล้องกับเอกสารที่นำเสนอต่อคณะกรรมการสถาบัน	สื่อสารแนวทางปฏิบัติในการจัดทำและจัดส่งเอกสาร ในการประชุมคณะผู้บริหารระดับสูง SLT ทราบ	100
2	กิจกรรมสนับสนุนการปฏิบัติงาน และ การศึกษาดูงานของคณะกรรมการ		<input checked="" type="checkbox"/>	สถาบันเลือกรูปแบบการลงทะเบียนเข้าร่วมประชุม ลักษณะ early bird ส่งผลทำให้มีรายการค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต้องจ่ายล่วงหน้าในไตรมาส 3 ได้แก่ ค่าลงทะเบียน และค่าที่พัก เป็นต้น ส่งผลทำให้งบประมาณไม่เป็นที่ไปตามแผนที่กำหนด	ปรับงบประมาณรายจ่ายจากไตรมาส 4 มาดำเนินการในไตรมาส 3 แทน การลงทะเบียนแบบ early bird ช่วยให้สถาบันลดงบประมาณรายจ่ายในการเข้าร่วมประชุมลง จำนวน 13,440 บาท (4,480*3 คน)	100
3	กิจกรรมขับเคลื่อนนโยบายและติดตาม ประเมินผล	<input checked="" type="checkbox"/>		- ปี 2567 มีการจัดทำงบประมาณ 2 รอบ ส่งผลทำให้การดำเนินงานตามแผนในกิจกรรมที่ 3 เกิดขึ้นอย่างกระชั้นชิด - การติดตามประเมินผล : มีการรายงานโครงการและตัวชี้วัดไม่ครบถ้วนตามระยะเวลาที่กำหนด ส่งผลทำให้การจัดทำข้อมูลเสนอต่อคณะกรรมการสถาบันไม่ครบถ้วน และทำให้เกิดกระบวนการติดตามซ้ำหลายรอบ	จะดำเนินการวางแผนและสื่อสารระยะเวลาการจัดกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่นั้นเป็นต้นไป	100

5.4 โครงการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์องค์กร

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPIs) ตามโครงการ	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน					ร้อยละ (ผลเทียบค่าเป้าหมาย)
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รวม	
				(1 ต.ค. - 31 ธ.ค. 67)	(1 ม.ค. - 31 มี.ค. 67)	(1 เม.ย. -30 มิ.ย. 67)	(1 ก.ค. - 30 ก.ย. 67)		
1	ร้อยละการรับรู้ของผู้ติดตาม Facebook page HAITHALAND ที่มีต่อเครื่องหมายตราสัญลักษณ์การรับรองกระบวนการคุณภาพมาตรฐาน HA	ร้อยละ	≥60	0	0	0			10
2	จำนวน News kipping การเผยแพร่ภารกิจของสถาบันและความสำเร็จของการ พัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล สู่ช่องทางสื่อของหน่วยงานอื่นๆ	จำนวน	≥300	0	189	233			10
3	ร้อยละความเชื่อมั่นของสถานพยาบาลต่อการดำเนินงานของสถาบัน	ร้อยละ	≥85	0	0	0			0

หมายเหตุ 1.กรณีค่าเป้าหมาย **ยสะสม** ให้ระบุ แผน/ผล รายไตรมาส แบบสะสม

2. ตารางนี้ให้รายงานต่อเนื่อง ทุกไตรมาส

5.4 โครงการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์องค์กร

ไตรมาส 1

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการ การขับเคลื่อนการสื่อสารสาธารณะ	<input checked="" type="checkbox"/>				
2	โครงการย่อย การพัฒนาเนื้อหา สื่อ ช่องทางการเผยแพร่สื่อเพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ Brand HA		<input checked="" type="checkbox"/>	การจัดซื้อจัดจ้างงาน Digital Content ไม่มีบริษัทเข้ามารับงานจ้าง	ปรับขอบเขตงานจ้างใหม่ โดยทบทวนปริมาณงานให้เหมาะสมกับระยะเวลาการดำเนินงาน	
3	โครงการย่อย การสื่อสารคุณค่า รพ. HA โรงพยาบาลคุณภาพ		<input checked="" type="checkbox"/>	กิจกรรมสื่อสารเชิงประเด็น ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจากต้องทบทวนพื้นที่โรงพยาบาลในการจัดทำประเด็นใหม่		
4	โครงการย่อย การจัดทำสื่อเพื่อการสื่อสาร และ สนับสนุนภารกิจของสถาบัน	<input checked="" type="checkbox"/>				
5	โครงการพัฒนาเครือข่ายการสื่อสารคุณภาพ		<input checked="" type="checkbox"/>	คณะกรรมการขับเคลื่อนการสื่อสารสาธารณะ ขอเลื่อนการประชุม workshop แลกเปลี่ยนเรียนรู้ของคณะกรรมการขับเคลื่อนการสื่อสารสาธารณะ ไปจัด เดือนพฤษภาคม		

ไตรมาส 2

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการ การขับเคลื่อนการสื่อสารสาธารณะ	<input checked="" type="checkbox"/>				
2	โครงการย่อย การพัฒนาเนื้อหา สื่อ ช่องทางการเผยแพร่สื่อเพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ Brand HA		<input checked="" type="checkbox"/>	อยู่ระหว่างการทำสัญญา ในเดือน เมษายน		
3	โครงการย่อย การสื่อสารคุณค่า รพ. HA โรงพยาบาลคุณภาพ		<input checked="" type="checkbox"/>	อยู่ระหว่างการอนุมัติดำเนินการ ในการจัดกิจกรรม		
4	โครงการย่อย การจัดทำสื่อเพื่อการสื่อสาร และ สนับสนุนภารกิจของสถาบัน	<input checked="" type="checkbox"/>				
5	โครงการพัฒนาเครือข่ายการสื่อสารคุณภาพ		<input checked="" type="checkbox"/>	คณะกรรมการขับเคลื่อนการสื่อสารสาธารณะ ขอเลื่อนการประชุม workshop แลกเปลี่ยนเรียนรู้ของคณะกรรมการขับเคลื่อนการสื่อสารสาธารณะ ไปจัด เดือนพฤษภาคม		

ไตรมาส 3

ลำดับ	กิจกรรม/โครงการย่อย	การดำเนินงาน		ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ร้อยละความสำเร็จ เทียบเป้าหมาย
		ตามแผน	ไม่ตามแผน			
1	กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการ การขับเคลื่อนการสื่อสารสาธารณะ	<input checked="" type="checkbox"/>				
2	โครงการย่อย การพัฒนาเนื้อหา สื่อ ช่องทางการเผยแพร่สื่อเพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ Brand HA	<input checked="" type="checkbox"/>				
3	โครงการย่อย การสื่อสารคุณค่า รพ. HA โรงพยาบาลคุณภาพ	<input checked="" type="checkbox"/>		มีการปรับเปลี่ยนพื้นที่โรงพยาบาลในการจัดกิจกรรม สื่อสารเชิงประเด็น ทำให้ต้องจัดหาพื้นที่ใหม่และประสานงาน หลายรอบ	กำหนดพื้นที่ โรงพยาบาลให้ชัดเจน และเสนอเข้า SLT เพื่ออนุมัติรายชื่อ โรงพยาบาล ที่จะดำเนินการ จัดทำสื่อสารเชิงประเด็น	
4	โครงการย่อย การจัดทำสื่อเพื่อการสื่อสาร และ สนับสนุนภารกิจของสถาบัน	<input checked="" type="checkbox"/>				
5	โครงการพัฒนาเครือข่ายการสื่อสารคุณภาพ	<input checked="" type="checkbox"/>				