



รายงานผลการดำเนินงานตามภารกิจหลัก
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

วิสัยทัศน์ : สถานพยาบาลมีระบบคุณภาพระดับสากล ประชาชนปลอดภัยด้วยมาตรฐาน HA

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

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

ตัวชี้วัด เป้าประสงค์ตามแผนปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25567

- (1) ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองการพัฒนาและการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ร้อยละ 67.2
- (2) ความพึงพอใจ/ความไว้วางใจ ของประชาชนต่อสถานพยาบาลมาตรฐาน HA
 - (2.1) ร้อยละความพึงพอใจ วัดผลปี พ.ศ. 2568
 - (2.2) ร้อยละความไว้วางใจ ร้อยละ ≥ 76
- (3) การขับเคลื่อนเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยระบบบริการสุขภาพในระดับสากล ระดับ Global

ผลการดำเนินงานตามเป้าประสงค์และตัวชี้วัด ภาพรวม :

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
1	ร้อยละของสถานพยาบาลที่พัฒนาและเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ	ร้อยละ	65	● 72.1
2	ร้อยละความไว้วางใจของประชาชนต่อสถานพยาบาล HA	ร้อยละ	>76	● 85.58
3	การขับเคลื่อนเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยระดับบริการสุขภาพในระดับสากล	ระดับ	Global	● Global

แผนปฏิบัติงาน : การประเมินรับรองเพื่อสร้างคุณค่าและความไว้วางใจ

เป้าหมาย :

- 1) เพิ่มความครอบคลุมการรับรองสถานพยาบาล มาตรฐาน HA
- 2) สถานพยาบาลมีผลลัพธ์ความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นที่ดี
- 3) หน่วยงาน /องค์กร ต่างๆ ใช้ผลการรับรองคุณภาพ HA ในการให้คุณค่าสถานพยาบาล
- 4) มาตรฐาน HA ได้รับการยอมรับในระดับสากล เพื่อสร้างความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนปฏิบัติงาน : การประเมินรับรองเพื่อสร้างคุณค่าและความไว้วางใจ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
(1.1)	ความครอบคลุมสถานพยาบาลมาตรฐาน HA			
(1.1.1)	ร้อยละสถานพยาบาล ภาครัฐ ที่มีสถานะการรับรองการพัฒนาและการรับรองคุณภาพ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA)	ร้อยละ	74.2	● 81.12
(1.1.2)	ร้อยละสถานพยาบาล ภาคเอกชน ที่มีสถานะการรับรองการพัฒนาและการรับรองคุณภาพ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA)2	ร้อยละ	39.2	● 46.09
(1.1.3)	จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองมาตรฐาน HA ขั้นก้าวหน้า (Advanced HA)	จำนวน (สะสม)	20	● 20
(1.1.4)	จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองมาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHSA)	แห่ง	45	● 33
(1.2)	ร้อยละอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (preventable harms) ตามที่คณะกรรมการ กำหนด มีระดับความรุนแรงถึงตัวผู้ป่วยในสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองลดลง	ร้อยละ	7.05	● 6
(1.3)	หน่วยงานหรือองค์กรนำผลการรับรอง HA ไปให้ใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมใน การให้คุณค่าสถานพยาบาล	เรื่อง (สะสม)	1	● 1
(1.4)	จำนวนมาตรฐานการรับรองคุณภาพของสถาบันได้รับการรับรองจากหน่วยงานสากล ISQuaEEA	มาตรฐาน (สะสม)	1	● 1

ผลการดำเนินงานตามโครงการ /กิจกรรม แผนปฏิบัติงาน : การประเมินรับรองเพื่อสร้างคุณค่าและความไว้วางใจ

โครงการ/กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	งบประมาณที่ ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่ใช้จ่าย	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
1.1 โครงการบริหารจัดการเยี่ยมสำรวจที่มีประสิทธิภาพ (1.1.1) การเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาล ชั้นมาตรฐานและชั้นก้าวหน้า (1.1.2) การเยี่ยมสำรวจที่หลากหลาย (1.1.3) การเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวัง (1.1.4) การบริหารจัดการเพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพกระบวนการเยี่ยม สำรวจและรับรอง (1.1.5) การบริหารจัดการกระบวนการ พิจารณารับรอง	1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567	1. ร้อยละสถานพยาบาลภาครัฐที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการ สุขภาพ (รพ. ภาครัฐทั้งหมด 1,107 แห่ง) 2. ร้อยละสถานพยาบาลภาคเอกชนที่มีสถานะการรับรองการ พัฒนาและการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและ บริการสุขภาพ (รพ.ภาคเอกชน ทั้งหมด 384 แห่ง) 3. ร้อยละสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองการพัฒนาและการ รับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ 4. จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองมาตรฐาน HA ชั้น ก้าวหน้า (Advance HA) สะสม 5. จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองมาตรฐานสุขภาพ ระดับอำเภอ (DHSA) สะสม 6. ระดับความพึงพอใจของสถานพยาบาลต่อกระบวนการ ประเมินและให้การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	ร้อยละ 74.2 (821 แห่ง) ร้อยละ 39.3 (151 แห่ง) ร้อยละ 65.2 (972 แห่ง) 20 แห่ง 45 แห่ง ร้อยละ 80	ร้อยละ 81.12 ร้อยละ 46.09 ร้อยละ 72.10 22 แห่ง 35 แห่ง ร้อยละ 91.52	39.0579 ลบ. 	37.3882 (ร้อยละ 95.72)	1.ผลิตภาพ (productivity) ของการจัดการเยี่ยมสำรวจ เพื่อรับรองคุณภาพชั้น มาตรฐาน/ชั้นก้าวหน้า ที่จัด ได้จริงเฉลี่ย 36 ครั้ง/เดือน ส่งผลให้ระยะเวลารอคอย การจัดเยี่ยมในกลุ่ม โรงพยาบาลต่ออายุ นาน กว่า 4 เดือน ทำให้โรงพยาบาล หมดยุค ก่อนการรับรอง ครั้งใหม่ และกลุ่มที่ขอ รับรองครั้งแรกมีระยะเวลา รอคอย ประมาณ 6-7 เดือน	1. พัฒนาระบบ Intelligence Survey: พัฒนา Application Survey เพื่อใช้ในการ บริหารจัดการ 2. พัฒนาระบบการสร้าง และพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ Smart Surveyor 3. การพัฒนาระบบการ ควบคุม ภายในเพื่อให้ เกิด Compliance ตาม แนวทางที่กำหนด 4. การพัฒนาระบบ ฐานข้อมูลเพื่อใช้ร่วมกัน เป็นฐานเดียว
		2. รพ. ไม่เข้าสู่กระบวนการ ขอรับรองทั้งรายใหม่ และ การขอต่ออายุการรับรอง	1. พัฒนาระบบอ้างหลังการ รับรอง 2. ขยายความร่วมมือกับ เครือข่าย HACCP ในการ พัฒนาคุณภาพ สถานพยาบาลต่อเนื่อง เพื่อให้ สถานพยาบาลมี ความพร้อมต่อการเข้าสู่ กระบวนการรับรอง					
1.2 โครงการพัฒนามาตรฐานและ กระบวนการรับรองคุณภาพ สถานพยาบาลที่มีคุณค่า (1.2.1) พัฒนามาตรฐานและระบบการ ประเมินรับรอง HA ให้เป็นที่ ยอมรับในระดับสากล (1.2.2) พัฒนามาตรฐานและระบบการ ประเมินรับรองที่หลากหลาย แบบมีส่วนร่วม	1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567	1. จำนวนมาตรฐานการรับรองคุณภาพของสถาบันได้รับการ รับรองจาก หน่วยงานสากล ISQua EEA ต่อเนื่อง (สะสม) 2. ระดับความสำเร็จตามเป้าหมายการพัฒนามาตรฐานและ การ ประเมินรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ 3. จำนวนมาตรฐานที่มีการทบทวนและปรับปรุงเสนอต่อ คณะกรรมการ (มาตรฐาน) 4. ร้อยละความสำเร็จตามแผนงานการพัฒนาเพิ่มประสิทธิภาพ ระบบการประเมินรับรองมาตรฐาน HA 5. จำนวนรูปแบบการประเมินรับรองหรือเครื่องมือที่มีการ ปรับปรุงและประกาศใช้ (เรื่อง) 6. จำนวนผลงานวิชาการ/วิจัย/นวัตกรรม/ข้อเสนอแนะเชิง นโยบาย ด้านการพัฒนามาตรฐานและการประเมินรับรองที่ เผยแพร่สู่สาธารณะหรือได้นำเสนอเพื่อเป็นประเด็นขับเคลื่อน เชิงนโยบาย 7. ร้อยละความสำเร็จตามแผนงานการพัฒนามาตรฐาน HA ที่ ตอบสนองต่อผลการประเมินความพึงพอใจของสถานพยาบาล และผู้มีส่วนได้เสีย	1 มาตรฐาน ระดับ 2 2 มาตรฐาน ร้อยละ 80 2 เรื่อง 2 เรื่อง ร้อยละ 80	1 มาตรฐาน ระดับ 2 2 มาตรฐาน ร้อยละ 80 4 เรื่อง 3 เรื่อง ร้อยละ 80	2.0549 	1.8315 (ร้อยละ 89.13)	1.พัฒนาระบบอ้างหลังการ รับรอง 2.สร้างความร่วมมือกับ สมาคม รพ. เอกชน เพื่อ กระตุ้นการ เข้าสู่ กระบวนการขอรับรอง	1. พัฒนาระบบอ้างหลัง การรับรอง 2. สร้างความร่วมมือกับ สมาคม รพ. เอกชน เพื่อ กระตุ้นการเข้าสู่ กระบวนการขอรับรอง

แผนปฏิบัติงาน : การพัฒนากลไกความร่วมมือและองค์ความรู้

เป้าหมาย

- 1) เพิ่มขีดความสามารถและความเข้มแข็งให้กลไกความร่วมมือและเครือข่าย เพื่อขยายความครอบคลุมและความต่อเนื่องของการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล
- 2) สร้างความร่วมมือกับองค์กร/เครือข่ายในประเทศและต่างประเทศเพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล
- 3) บูรณาการความร่วมมือเครือข่ายภาคประชาชนในการมีส่วนร่วมการพัฒนาคุณภาพความปลอดภัยหรือระบบการประเมินรับรอง

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนปฏิบัติงาน : การพัฒนากลไกความร่วมมือและองค์ความรู้

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
(2.1)	จำนวนสถานพยาบาลที่ใช้กลไก/เครื่องมือ Quality Measurement ในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	แห่ง	980	● 980
(2.2)	จำนวนสถานพยาบาลภายใต้เครือข่ายพื้นที่ที่เข้าสู่การรับรองการพัฒนาคุณภาพ HA	แห่ง	902	● 945
(2.3)	จำนวนกลไกขับเคลื่อนเชิงระบบ ที่เกิดจากการดำเนินงานร่วมกับคู่ความร่วมมือทั้งในประเทศ/ต่างประเทศ และประชาชน	เรื่อง (สะสม)	4	● 9
(2.4)	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิอย่างมีส่วนร่วม	ระดับ	2	● 2

ผลการดำเนินงานตามโครงการ / กิจกรรม ตามแผนปฏิบัติงาน : การพัฒนาหลักความร่วมมือและองค์ความรู้

โครงการ/กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	งบประมาณที่ ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่ใช้จ่าย	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
2.1 โครงการพัฒนาหลักการจัดการ คุณภาพบริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และลดความเหลื่อมล้ำของคุณภาพและ ความปลอดภัย ระยะที่ 2 (2.1.1) สร้างระบบให้มีการผลิต พัฒนา และส่งเสริมให้บุคลากร สาธารณสุขมีศักยภาพและ ความตระหนักเรื่องคุณภาพ และความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรและประชาชน (2.1.2) สร้างการมีส่วนร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน เครือข่าย ภาคประชาสังคมและองค์กร ต่างๆ ในการขับเคลื่อนเรื่อง ความปลอดภัยในระบบบริการ สุขภาพ (2.1.3) พัฒนากลไกและระบบ สนับสนุนที่สำคัญในการ ขับเคลื่อน 3P Safety (2.1.4) สร้างและพัฒนาระบบข้อมูล องค์ความรู้และงานวิจัย เกี่ยวกับคุณภาพและความ ปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน (2.1.5) ขับเคลื่อนนโยบาย กำกับ และ อภิบาลระบบบริการสุขภาพ เพื่อ 3P Safety	1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567	1. จำนวนสถานพยาบาลใช้กลไกเครื่องมือ Quality Measurement (NRLS, THIP, PEP, HSCS) ในการพัฒนา คุณภาพและความปลอดภัย 2. สถานพยาบาลที่พัฒนาเชื่อมโยงระบบเชื่อมโยงระบบรายงาน อุบัติการณ์และการเรียนรู้เข้าสู่ส่วนกลาง National Reporting and Learning System (NRLS) 3. ร้อยละอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ของ สถานพยาบาลได้รับการแก้ไขในระดับ E-Up 4. การจัดประชุม World Patient Safety Day & 3P Safety (Patient/Personal/People) 5. ร้อยละของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีการสำรวจ วัฒนธรรมความปลอดภัยเพื่อนำมาปรับระบบงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรมีความปลอดภัย 6. ร้อยละของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีการรับฟัง เสียง/เรียนรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วยเพื่อนำมาปรับระบบงาน ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย 7. ลดอัตราความผิดพลาดที่ป้องกันได้ที่มีระดับรุนแรงและอาจ ทำให้ ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (ความรุนแรงระดับ E-I) 8. จำนวนกลไกขับเคลื่อนเชิงระบบ ที่เกิดจากการดำเนินงาน ร่วมกับคู่ความร่วมมือ ทั้งในประเทศ/ต่างประเทศ และ ประชาชน 9. ผลงานวิจัย หรือองค์ความรู้เกี่ยวกับ 3P Safety ได้รับการ เผยแพร่หรือมีการตีพิมพ์ในประเทศและต่างประเทศ (ความ ร่วมมือระดับสากลในการเผยแพร่ข้อมูลด้านคุณภาพและ ความปลอดภัย) 10. จำนวนองค์ความรู้และบทเรียนในระบบบริการสุขภาพ/ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy) ที่เป็นผลจากการ ดำเนินงาน 3P Safety 11. จำนวนการจัดการความรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญและ นักปฏิบัติ (Community of Practice) 12. จำนวนองค์ความรู้นวัตกรรมการพัฒนาคู่มือด้านความ ปลอดภัย	980 แห่ง 845 แห่ง ร้อยละ 35 560 แห่ง ร้อยละ 75 ร้อยละ 75 <9.5 2 กลไก (สะสม) 1 เรื่อง 1 เรื่อง 2 เรื่อง 5 ผลงาน/ เรื่อง	980 แห่ง 938 แห่ง ร้อยละ 36 567 แห่ง ร้อยละ 75 ร้อยละ 75 6 2 กลไก 1 เรื่อง 1 เรื่อง 3 เรื่อง 7 เรื่อง	13.8449 ลบ.	13.7724 ลบ. (ร้อยละ 99.48)	-ไม่มี-	-ไม่มี-
2.2 โครงการพัฒนากลไกและเครือข่าย เพื่อธำรงและพัฒนาคุณภาพ สถานพยาบาล (2.2.1) พัฒนากลไกส่งเสริมการเรียนรู้ และเตรียมความพร้อม สถานพยาบาลเข้าสู่ กระบวนการรับรอง (2.2.2) พัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ เพื่อการพัฒนาคุณภาพ สถานพยาบาล ปี 2567	1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567	1. ร้อยละของสถานพยาบาลภาครัฐที่มีสถานะการรับรองการ พัฒนาและการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและ บริการสุขภาพ 2. ร้อยละของสถานพยาบาลภาคเอกชนที่มีสถานะการรับรอง การพัฒนาและการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและ บริการสุขภาพ 3. ร้อยละของสถานพยาบาลภายใต้เครือข่ายพื้นที่ที่มี สถานะการรับรองการพัฒนาและการรับรองคุณภาพ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	ร้อยละ 74.2 (841 แห่ง) ร้อยละ 39.2 (151 แห่ง) ร้อยละ 69.1 (623 แห่ง)	ร้อยละ 81.12 ร้อยละ 46.09 ร้อยละ 76.27	4.0800 ลบ.	3.6261 ลบ. (ร้อยละ 88.87)	จำนวน รพ. ที่สนใจสมัคร เข้าร่วมกิจกรรม “Act to Acc มีความพร้อมในการ ประเมินขั้นรับรองคุณภาพ” และ รพ. ส่งผลการประเมิน ตนเองในปี 2567 ไม่เป็น ตามเป้าหมาย	เพิ่มการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น

โครงการ/กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	งบประมาณที่ ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่ใช้จ่าย	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
		4. จำนวนกลไกขับเคลื่อนเชิงระบบ ที่เกิดจากการดำเนินงานร่วมกับคู่ความร่วมมือ ทั้งในประเทศ/ ต่างประเทศ และประชาชน (กลไก) 5. จำนวนบุคลากรสาธารณสุขแกนนำเครือข่าย/สถานพยาบาล ที่เข้าร่วมการอบรมและดำเนินการสรุปทเรียนแนวทางการบูรณาการ SHA ผ่านการเรียนรู้ร่วมกับสถานพยาบาล (คน) 6. ระดับความพึงพอใจของสถานพยาบาลต่อกระบวนการประเมินและให้การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (ขั้นพัฒนา) (ร้อยละ) 7. ระดับความพึงพอใจต่อกลไกเพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสถานพยาบาล (ร้อยละ)	4 20 ร้อยละ 85 85	8 36 ร้อยละ 93.73 ร้อยละ 92.22				
2.3 โครงการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพบริการสถานพยาบาลปฐมภูมิ (2.3.1) สร้างและพัฒนากลไกการเรียนรู้การพัฒนาและประเมินขั้นพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ (2.3.2) บริหาร กำกับ และวางระบบดำเนินการ (2.3.3) สนับสนุนจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินงานโครงการ (2.3.4) สร้างและพัฒนาสมรรถนะกำลังคนในการขับเคลื่อนงาน	1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567	1. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิอย่างมีส่วนร่วม <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้ที่ขึ้นทะเบียนและได้รับการรับรอง 4 แห่ง - จำนวนพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ (Quality Coach) 40 คน - จำนวนวิทยากรที่ขึ้นทะเบียน 6 คน 2. จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองมาตรฐานระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ (DHSA) 3. จำนวนความครอบคลุมของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าสู่กระบวนการรับรองการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ 4. ร้อยละความพึงพอใจ ของสถานพยาบาลต่อการพัฒนาคุณภาพด้วย มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ	ระดับ 2 50 แห่ง 35 แห่ง ร้อยละ 80	ระดับ 2 33 แห่ง 53 แห่ง ร้อยละ 83.3	4.8024	4.0943 (ร้อยละ 85.25)	ระบบการจัดตั้งเป็นศูนย์การเรียนรู้/ศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้ ยังไม่ชัดเจน	วางระบบการขึ้นทะเบียนศูนย์การเรียนรู้, โครงสร้างศูนย์การเรียนรู้ และร่าง ระเบียบการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้

แผนปฏิบัติงาน : การยกระดับการจัดการความรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง

เป้าหมาย

- 1) สร้างและส่งเสริมกระบวนการจัดการความรู้ การศึกษาวิจัย และข้อเสนอแนะ เชิงนโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล
- 2) สร้างพื้นที่การจัดการความรู้ที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจากสาขาวิชาชีพและปฏิบัติ
- 3) ส่งเสริมการเผยแพร่และใช้ประโยชน์ จากการจัดการความรู้ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเป็นวงกว้าง

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ตามแผนปฏิบัติงาน: การยกระดับการจัดการความรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
(3.1)	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาแผนการจัดการความรู้ขององค์กร	ระดับ	2	● 2
(3.2)	ร้อยละของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมการประชุมวิชาการประจำปี	ร้อยละ	45	● 48.60 (671 สถานพยาบาล)
(3.3)	จำนวนผลงานวิชาการ งานวิจัย นวัตกรรม ที่นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและยกระดับระบบบริการสุขภาพ	เรื่อง (สะสม)	4	● 4
(3.4)	จำนวนข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย แนวทาง หรือการปฏิบัติด้านคุณภาพและความปลอดภัย ที่เสนอต่อองค์กรระดับนโยบาย	เรื่อง (สะสม)	4	● 5
(3.5)	จำนวนการจัดการความรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญและนักปฏิบัติ (Community of Practice) COP2P6	จำนวน (สะสม)	5	● 7

ผลการดำเนินงานตามโครงการ /กิจกรรม ตามแผนปฏิบัติงาน : การยกระดับการจัดการความรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง

โครงการ/กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	งบประมาณที่ ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่ใช้จ่าย	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
3.1 โครงการยกระดับการจัดการความรู้ และนวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง (3.1.1) จัดการความรู้เพื่อพัฒนา คุณภาพ นวัตกรรม และอัตร การรับรองมาตรฐานสากล (3.1.2) จัดการความรู้เพื่อสร้างผลงาน วิชาการ ศึกษาวิจัย และ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (3.1.3) พัฒนาคุณภาพและความ ปลอดภัยของระบบเทคโนโลยี สารสนเทศโรงพยาบาลรัฐ	1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567	1. จำนวนผลงานวิชาการ งานวิจัย นวัตกรรมที่นำไปใช้ประโยชน์ ในการพัฒนาและยกระดับระบบบริการสุขภาพ 2. จำนวนข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย แนวทางหรือการปฏิบัติด้าน คุณภาพและความปลอดภัยที่เสนอต่อองค์กรระดับนโยบาย 3. จำนวนผลงานการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง/นวัตกรรมตาม แผนพัฒนาคุณภาพระดับองค์กร 4. จำนวนสถานพยาบาลที่ประเมินตนเองวัดระดับการพัฒนา คุณภาพของระบบสารสนเทศและใช้ผลการสำรวจมาพัฒนา คุณภาพระบบสารสนเทศและความมั่นคงปลอดภัย 5. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาแผนการจัดการความรู้ของ องค์กร 6. องค์กรได้รับการอำนวยการรับรองจาก ISQuaEEA ต่อเนื่อง 7. การประเมินสถานะของหน่วยงานภาครัฐเป็นระบบราชการ 4.0 8. ผลการประเมิน ITA มีคะแนนเกินกว่า 93 9. ระดับความสำเร็จของการเข้าสู่กระบวนการประเมินรับรอง TQC 10. ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบ เอกสารคุณภาพ	4 เรื่อง (สะสม) 2 เรื่อง (สะสม) 10 เรื่อง (สะสม) 100 แห่ง (สะสม) ระดับ 2 ผ่าน ผ่านเกณฑ์ขั้นสูง ร้อยละ 93 ระดับ 2 ร้อยละ 80	4 เรื่อง 2 เรื่อง 11 เรื่อง 101 แห่ง ระดับ 2 ผ่าน ผ่านเกณฑ์ขั้นสูง (479.98 คะแนน) ร้อยละ 86.22 ระดับ 2 ร้อยละ 83.33	4.3550 ลบ.	4.3508 ลบ. (ร้อยละ 99.90)	กระบวนการในการ ดำเนินงานเปิดของ หา ผู้รับจ้าง โดยวิธีคัดเลือก และคณะกรรมการตรวจ รับพัสดุในงานจ้างที่ ปรึกษา ใช้เวลานาน กระบวนการซับซ้อน ต้องกันงบเหลือปี	ความคุ้ม กำกับ ติดตามอย่างต่อเนื่อง
3.2 โครงการประชุมวิชาการประจำปี (3.2.1) การจัดการประชุมวิชาการ ประจำปี (3.2.2) การบริหารจัดการเพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพการจัดประชุม วิชาการ	1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567	1. ร้อยละของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมการประชุมวิชาการ ประจำปี 2. จำนวนผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี 3. จำนวนผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี 4. จำนวนผลงานวิชาการที่เผยแพร่ภายในงานประชุมวิชาการ ประจำปี 5. จำนวนหัวข้อในการบรรยายภายในงานประชุมวิชาการ ประจำปี 6. ร้อยละของผู้รวมประชุมที่มีระดับความพึงพอใจเป็นไปตาม คาดหวัง/เกินคาดหวังต่องานประชุมวิชาการประจำปี 7. ดัชนีความภักดีของลูกค้า (Net Promotor Score: NPS) 8. จำนวนบุคลากรที่สามารถพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการ ทีม 9. จำนวนรายได้จากการจัดประชุมวิชาการประจำปี (ค่าธรรมเนียม) 10. จำนวนรายได้จากการจัดประชุมวิชาการประจำปี (สปอนเซอร์)	≥ ร้อยละ 45 (678 แห่ง) ≥ 6,000 คน ≥ 7,000 คน ≥ 500 ผลงาน ≥ 120 หัวข้อ ≥ ร้อยละ 90 ≥ 25 คะแนน ≥ 8 คน 31.0000 ลบ. 2.0000 ลบ.	ร้อยละ 48.6 6,233 คน 7,458 คน 812 ผลงาน 143 หัวข้อ ร้อยละ 98.3 46.7 คะแนน 8 คน 31.1650 ลบ. 1.1185 ลบ.	27.1908 ลบ.	27.1908 ลบ. (ร้อยละ 100.0)	1. การประชาสัมพันธ์ ผู้เข้าร่วมประชุม สมัครเข้าประชุม วิชาการกระชั้นชิด 2. การประมาณการ อาหารและของว่าง พบว่า มีอาหารเหลือ เนื่องจากผู้เข้าร่วม งาน/ไม่ได้มาเข้า ร่วมงาน หรือไม่ได้ รับประทาน	1. เพิ่มการ ประชาสัมพันธ์เชิงรุก กลุ่ม รพ. ใหญ่ รพ. ที่ เคยส่งบุคลากรใน การเข้าร่วมเป็น จำนวนมาก กลุ่ม รพ. ที่ไม่เคยสมัคร เข้าร่วมประชุมควร ให้ความสนใจกลุ่มนี้ มากขึ้น 2. ประมาณการอาหาร เทียบเคียงจาก ปริมาณยอดสั่งและ ยอดคงเหลือของปีที่ ผ่านมา

แผนปฏิบัติงาน : พัฒนาทุนมนุษย์เพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ

เป้าหมาย

- 1) มีแผนในการสร้างและพัฒนาทุนมนุษย์ด้านคุณภาพ
- 2) เป็นสถาบันสร้างและพัฒนาทุนมนุษย์ด้านคุณภาพให้มีศักยภาพ และจำนวนเพียงพอ
- 3) ส่งเสริมกระบวนการสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมชมสำรวจเป็นไปตามมาตรฐานสากล (ISQuaEEA)

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ตามแผนปฏิบัติงาน : พัฒนาทุนมนุษย์เพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
(4.1)	ระดับความสำเร็จการจัดทำแผนการสร้างและพัฒนาบุคลากรขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพในประเทศไทย	ระดับ	2	● 2
(4.2)	จำนวนของ Quality Expert ที่ขึ้นทะเบียน			
(4.2.1)	จำนวนผู้เยี่ยมชมสำรวจที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบัน	คน	177	● 177
(4.2.2)	จำนวนที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบัน	คน	130	● 131
(4.3)	ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีผู้บริหารด้านคุณภาพ (QMR) หรือ ผู้จัดการศูนย์คุณภาพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของสถาบัน	ร้อยละ	15	● 15
(4.4)	จำนวนหลักสูตรฝึกอบรมหรือหลักสูตรการศึกษาดูงานสำหรับต่างประเทศ	หลักสูตร (สะสม)	1	● 1
(4.5)	ระดับความสำเร็จของแผนเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารทรัพยากรมนุษย์ของสถาบัน	ระดับ	2	● 2
(4.6)	โปรแกรมพัฒนาผู้เยี่ยมชมสำรวจได้รับการรับรองมาตรฐานสากล ISQuaEEA	ผ่าน	ผ่านการต่ออายุโปรแกรมการพัฒนาผู้เยี่ยมชมสำรวจ	● ผ่าน

ผลการดำเนินงานตามโครงการ /กิจกรรม ตามแผนปฏิบัติงาน : พัฒนาทุนมนุษย์เพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ

โครงการ/กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	งบประมาณที่ ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่ใช้ จ่าย	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
4.1 โครงการพัฒนา HAI Academy (4.1.1) การจัดทำหลักสูตรฝึกอบรม (4.1.2) การสร้างและพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านคุณภาพ ได้แก่ QMR และ วิทยาการ	1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567	1. จำนวนหลักสูตรฝึกอบรม หรือ หลักสูตรการศึกษา ดูงาน สำหรับต่างประเทศ (สถาบัน และประเทศ) - ร้อยละความพึงพอใจของผู้เข้าอบรมหลักสูตร Public Training - ร้อยละความพึงพอใจของผู้เข้าอบรมหลักสูตร E-Learning - ร้อยละของผู้เข้าอบรมหลักสูตรเป็นไปตามเป้าหมาย - รายได้ค่าลงทะเบียนหลักสูตรเป็นไปตามเป้าหมาย - ร้อยละค่าใช้จ่ายโครงการเป็นไปตามเป้าหมาย 2. ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีผู้บริหารด้านคุณภาพ (QMR) หรือ ผู้จัดการศูนย์คุณภาพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของสถาบัน - QMR ที่เข้ารับการอบรมกับสถาบัน มีความรู้ และทักษะ เพิ่มขึ้น - ร้อยละของสถานพยาบาลที่มี QMR ที่ผ่านการอบรม หลักสูตรของสถาบัน (รุ่น 1 ปี 2566) มีสถานะการรับรอง 3. จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่เข้ารับการอบรมในทุกหลักสูตร ของ สรพ.	1 (หลักสูตร) 90 85 90 19.6 ลบ. 96 15 (หลักสูตร) 80 15 3,004 คน	1 (หลักสูตร) 96.27 89.92 107.97 20.68 ลบ. 65.59 15 (หลักสูตร) 80 15.29 3,752 คน	12.6952 ลบ.	12.6353 ลบ. (ร้อยละ 99.53)	หลักสูตร EC001 มีค่าลงทะเบียนสูง 15,000 บาท และ ไม่ได้มีการประชาสัมพันธ์ ล่วงหน้าตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ รพ. ไม่ได้ตั้งงบสำหรับอบรม ในหลักสูตรที่ราคาสูงไว้ ล่วงหน้า ส่งผลให้มีคนสมัคร มาน้อย จึงจำเป็นต้องยกเลิก การจัดอบรม เนื่องจากมี ต้นทุนค่าใช้จ่ายสำหรับ วิทยากรต่างประเทศ ที่ค่อนข้างสูง	วางแผนการจัดอบรม หลักสูตรต่างประเทศ ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ และประชาสัมพันธ์ ล่วงหน้า
4.2 โครงการสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยม สำรวจตามมาตรฐานระดับสากล (4.2.1) จัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการเพื่อ เตรียมความพร้อม (orientation program) และ ลงฝึกเยี่ยมในพื้นที่ (onsite) (4.2.2) จัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการ และ ลงฝึกเยี่ยมในพื้นที่ (onsite) (4.2.3) การบริหารจัดการ	1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567	1.จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจที่คงอยู่ในระบบ และ/หรือรวมดำเนิน การกิจต่างๆในสถาบัน 2.ร้อยละการบริหารฝึกเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลตามแผน SIT 3.จำนวนผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ (SIT ->new surveyor) 4.ร้อยละการบริหารฝึกเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลตามแผน New Surveyor 5.จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ที่ขึ้นทะเบียนเป็น experienced surveyor (new -> experienced) 6.ร้อยละการบริหารฝึกเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลตามแผนหัวหน้าทีม/ ครูฝึก 7.จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจที่ขึ้นทะเบียนเป็นหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ 8.จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจที่ขึ้นทะเบียนเป็นครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ 9.จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจที่สามารถเยี่ยมสำรวจ มากกว่า 1 โปรแกรม 10. ร้อยละผู้เยี่ยมที่เยี่ยมตามเกณฑ์ 10 MD/ปี 11. ร้อยละผู้เยี่ยมสำรวจ มี man-day มากกว่า 20 วัน/ปี 12. ร้อยละผู้เยี่ยมสำรวจมี competency ผ่านตามเกณฑ์ที่ กำหนด 13. ร้อยละผู้เยี่ยมสำรวจที่มีสมรรถนะด้านระบบดิจิทัลผ่านเกณฑ์ที่ กำหนด	177 คน > ร้อยละ 80 (64 ครั้ง/80 ครั้ง) 11 คน > ร้อยละ 80 (40 ครั้ง/ 50 ครั้ง) 8 คน > ร้อยละ 80 (11 ครั้ง/14 ครั้ง) 3 คน 1 คน > ร้อยละ 60 > ร้อยละ 40 > ร้อยละ 80 > ร้อยละ 80	177 คน > 81.25 (65 ครั้ง/80 ครั้ง) 12 คน 100 (50 ครั้ง/50 ครั้ง) 9 คน > ร้อยละ 85.71 (12 ครั้ง/14 ครั้ง) 3 คน - คน > ร้อยละ 73.68 > ร้อยละ 34.50 > ร้อยละ 86.89 > ร้อยละ 91.79	5.6700 ลบ.	5.6002 ลบ. (ร้อยละ 98.77)	1. การบริหารการฝึกเยี่ยม สำรวจโรงพยาบาลตามแผน ในส่วนของผู้เยี่ยม หลากหลายไม่เป็นไปตาม แผนที่กำหนด 2. ผู้เยี่ยมสำรวจที่มี man- day มากกว่า 20 วัน/ปี ไม่ เป็นไปตามแผนที่กำหนด	1. จัดทำโครงการพัฒนา ผู้เยี่ยมสำรวจที่ หลากหลาย (PDSC, HNA) โดยกำหนด วัตถุประสงค์และผลที่ คาดว่าจะได้รับไว้ชัดเจน 2. มีการจัดทำกิจกรรม พัฒนาทักษะ ความรู้ เกี่ยวกับการบริหารและ การพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ โดยส่งเจ้าหน้าที่ในกลุ่ม ภารกิจเข้าร่วมประชุม อบรม สัมมนาใน ประเทศ และเข้าร่วม ถอดบทเรียนการฝึก เยี่ยมสำรวจ

โครงการ/กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	งบประมาณที่ ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่ใช้ จ่าย	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
		14. การต่ออายุการรับรองครั้งที่ 3 ISQuaEEA: Surveyor Training Programmes 15. ร้อยละการจัดกิจกรรม/การจัดประชุมได้ตามเวลาที่กำหนด	ผ่าน > ร้อยละ 70	ผ่าน > ร้อยละ 100				
4.3 โครงการสร้างและพัฒนาที่ปรึกษา กระบวนการคุณภาพ (4.3.1) คัดเลือกและพัฒนาพัฒนาที่ ปรึกษากระบวนการคุณภาพ รายใหม่ (4.3.2) ฝึกทักษะ ลงพื้นที่ฝึกทักษะการ เยี่ยมที่ปรึกษากระบวนการ คุณภาพใหม่ (4.3.3) พัฒนาทักษะที่ปรึกษา กระบวนการคุณภาพผ่านการ เป็นวิทยากรกลุ่ม (4.3.4) อบรมเสริมสร้างความรู้ใหม่ และพัฒนาทักษะที่ปรึกษา กระบวนการคุณภาพที่ขึ้น ทะเบียน (4.3.5) สัมมนาเชิงปฏิบัติการพัฒนาที่ ปรึกษากระบวนการคุณภาพ ประจำปี 2567 (4.3.6) สวัสดิการที่ปรึกษา เช่น จ้าง เหมาทำบัตรประจำตัวที่ปรึกษา กระบวนการคุณภาพ, บัตร กรรมธรรม์ ประกันภัยที่ปรึกษา กระบวนการคุณภาพ	1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567	1. จำนวนที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพที่ขึ้น ทะเบียนกับ สถาบัน 2. ร้อยละของที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพที่มีภาระงานในปี 2567 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 3. ร้อยละของจังหวัดที่มีที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ 4. ร้อยละของ Quality Coach ที่มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น (เทียบก่อน และหลัง) 5. อัตราความพึงพอใจของที่ปรึกษาในการทำหน้าที่เป็นที่ ปรึกษา 6. ร้อยละความพึงพอใจของสถานพยาบาลต่อที่ปรึกษา	130 คน ร้อยละ 70 ร้อยละ 60 ร้อยละ 80 ร้อยละ 90 ร้อยละ 90	131 คน ร้อยละ 73 ร้อยละ 68.8 ร้อยละ 47.7 ร้อยละ 94.8 ร้อยละ 93.60	0.6000 ลบ.	0.5960 ลบ. (ร้อยละ 99.33)	-ไม่มี-	-ไม่มี-
4.4 โครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และ ส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร (4.4.1) ยกระดับความสามารถและ พัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทุก ระดับสนับสนุนแผนปฏิบัติการ (4.4.2) ยกระดับความสามารถของ บุคลากรที่มีความสามารถสูงใน	1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567	1. จำนวนบุคลากรที่โตเขารวมเป็นกรรมการ ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ ทรงคุณวุฒิ หรือสามารถเป็นตัวแทนสถาบันประสาน ขับเคลื่อนการทำงานกับหน่วยงานภายนอกใน ระดับประเทศ/นานาชาติ (คน) 2. ร้อยละของบุคลากรที่มีผลงานการพัฒนาคุณภาพและ นวัตกรรม CQI	6 คน ร้อยละ 70	6 คน ร้อยละ 73.2	3.5916 ลบ.	3.5483 ลบ. (ร้อยละ 98.79)	1. เจ้าหน้าที่ เลือกใช้ งบประมาณผิดพลาด ค่าใช้จ่าย ส่งผลทำให้เงินที่ กันไว้ในระบบไม่เพียงพอ 2. การกำหนดคุณสมบัติและ จำนวนบุคลากรสำหรับ เดินทางไปสัมมนา	1. สร้างความรู้ความเข้าใจ การใช้งบประมาณ กับ เจ้าหน้าที่ 2. ค่าใช้จ่ายการเข้าร่วม สัมมนาต่างประเทศ มี ราคาสูง หากจำนวนผู้ เดินทางไปสัมมนา

โครงการ/กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	งบประมาณที่ ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่ใช้ จ่าย	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<p>การประสานขับเคลื่อนการทำงานร่วมกับเครือข่ายพันธมิตรทุกภาคส่วนทั้งภายในประเทศและนานาชาติ (Networking)</p> <p>(4.4.3) เพิ่มประสิทธิภาพและการบริหารระบบทรัพยากรมนุษย์</p> <p>(4.4.4) ส่งเสริมการนำค่านิยมสู่การปฏิบัติ ความผูกพัน วัฒนธรรม และคุณธรรมจริยธรรม</p>		<p>3. ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่บรรลุภายหลังผ่านการประเมินทดลองปฏิบัติงาน</p> <p>4. ร้อยละระดับความสำเร็จของแผนเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารทรัพยากรมนุษย์</p> <p>5. ระดับความสำเร็จการจัดการแผนการสร้างและพัฒนาบุคลากรขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพในประเทศไทย</p> <p>6. ร้อยละของระดับการรับรู้ต่อค่านิยมองค์กรและการนำสู่การปฏิบัติ</p> <p>7. ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่มีสมรรถนะตามดิจิทัลที่เหมาะสมตามความคาดหวังของตำแหน่ง</p>	<p>ร้อยละ 80</p> <p>ระดับ 2</p> <p>ระดับ 2</p> <p>ร้อยละ 70</p> <p>ร้อยละ 70</p>	<p>ร้อยละ 85.71</p> <p>ระดับ 2</p> <p>ระดับ 2</p> <p>ร้อยละ 94</p> <p>ร้อยละ 76</p>			ต่างประเทศ ควรมีความชัดเจน	กำหนดส่งผลกระทบต่องบประมาณ

แผนปฏิบัติงาน: บริหารจัดการองค์กรสู่ความเป็นเลิศ

เป้าหมาย

- 1) ยกระดับ สรพ. ให้เป็นองค์กรที่มีธรรมาภิบาล
- 2) ส่งเสริมให้ สรพ. มีการพัฒนาองค์กร (Organization) ตามมาตรฐานทั้งในประเทศและต่างประเทศ

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ตามแผนปฏิบัติงาน : บริหารจัดการองค์กรสู่ความเป็นเลิศ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
(5.1)	ผลการประเมินและรับรององค์มาตรฐานสากล ISQuaEEA และมาตรฐานระดับประเทศ			
(5.1.2)	ระดับการประเมินรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA 4.0)	ผ่านเกณฑ์ขั้นสูง	ผ่าน	● ผ่านเกณฑ์ขั้นสูง (479.98 คะแนน)
(5.1.3)	ผลการประเมิน ITA	ร้อยละ	≥ 92	● 88.62
(5.1.4)	ระดับความสำเร็จการเข้าสู่กระบวนการประเมินรับรอง TQC	ระดับ	2	● 2
(5.2)	ความสามารถหารายได้ขององค์กร (จากการดำเนินงาน)	ล้านบาท	104	● 134.9464
(5.3)	ร้อยละความเชื่อมั่นของสถานพยาบาลต่อการดำเนินของสถาบัน	ร้อยละ	≥ 80	● 88.34
(5.4)	จำนวนของระบบที่ใช้ดิจิทัลในการเปลี่ยนแปลงองค์กร	ระบบ(สะสม)	4	● 4

ผลการดำเนินงานตามโครงการ /กิจกรรม ตามแผนปฏิบัติงาน : บริหารจัดการองค์กรสู่ความเป็นเลิศ

โครงการ/กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	งบประมาณที่ ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่ใช้จ่าย	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
5.1 โครงการเพิ่มประสิทธิภาพและการบริหารจัดการองค์กร (5.1.1) พัฒนาระบบงานการปฏิบัติงานด้านการเงินการคลัง การจัดซื้อจัดจ้าง การบริหารพัสดุ ให้บุคลากรของ สรพ. ปฏิบัติงานได้โดยสะดวก และอยู่ภายใต้หลักการของกฎหมาย (5.1.2) สนับสนุนงบประมาณในการปฏิบัติงาน ของคณะกรรมการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ งบประมาณที่ใช้ในการประชุม คณะกรรมการตรวจสอบภายใน และคณะอนุกรรมการกฎหมาย (5.1.3) จ้างเหมาบริการบุคคลปฏิบัติงานเพิ่มเติม ภายในกลุ่มงานการเงินการคลัง กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป กลุ่มงานกฎหมาย (5.1.4) จ้างเหมาบริการปรับปรุงระบบไฟฟ้าส่องสว่างภายในสำนักงาน เพื่อให้มีแสงสว่างเหมาะสมและเพียงพอในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ (5.1.5) จัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องสำหรับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้ารับการประเมินสำนักงานสีเขียว (Green Office) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เช่น กิจกรรม 5 ส. กิจกรรมรณรงค์ประหยัดพลังงาน เป็นต้น (5.1.6) จัดกิจกรรมฝึกซ้อมอพยพหนีไฟ เพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคาร รวมไปถึงเพื่อลดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน ในกรณีที่หน่วยงานต้องเผชิญสถานการณ์เพลิงไหม้	1 ตุลาคม 2566-30 กันยายน 2567	1) จำนวนการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการซ้อมอพยพหนีไฟ และการปรับปรุงระบบแสงสว่างให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน และเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้ารับการประเมินสำนักงานสีเขียว 2) เจ้าหน้าที่ สรพ. ได้รับความพึงพอใจหลังจากการพัฒนากระบวนการ ปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการเงินการคลัง การจัดซื้อจัดจ้าง การบริหารพัสดุ 3) คู่สัญญาได้รับค่าพัสดุ/ค่าจ้าง ตามสัญญา ที่ผ่านกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง ภายใน 30 วัน นับถัดจากวันที่ได้รับเอกสารการส่งมอบพัสดุ/เอกสารการส่งมอบงาน 4) ผู้เยี่ยมสำรวจ / วิทยากร ได้รับค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานให้สรพ. ภายใน 30 วัน นับถัดจากวันที่กลุ่มงานการเงินการคลังได้รับเอกสารประกอบการเบิกจ่ายที่มีความถูกต้องครบถ้วน 5) ค่าไฟฟ้า และค่ากระดาษถ่ายเอกสาร มีการปรับตัวลดลง	3 กิจกรรม ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70 ของบุคลากรทั้งสถาบัน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของคู่สัญญาทั้งหมดในปีงบประมาณ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของผู้เยี่ยมสำรวจ / วิทยากร ทั้งหมดในปีงบประมาณ ร้อยละ 2 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา	2 กิจกรรม ร้อยละ 84.2 ร้อยละ 95.33 ร้อยละ 100 ร้อยละ 2	1.5310 ลบ.	1.4080 ลบ.	-ไม่มี-	-ไม่มี-

โครงการ/กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	งบประมาณที่ ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่ใช้จ่าย	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
5.2 โครงการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (5.2.1) โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศ (5.2.2) โครงการพัฒนาศูนย์นวัตกรรมสารสนเทศและข้อมูลเพื่อยกระดับการเรียนรู้ระบบคุณภาพสถานพยาบาล (HA_IDC) (5.2.3) โครงการบริหารงาน ERP ที่มีประสิทธิภาพ	1 ตุลาคม 2566-30 กันยายน 2567	1) เพิ่มประสิทธิภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้สามารถทำงานได้ราบรื่นและต่อเนื่อง (SLA ทุกระบบ) 2) การดูแลและบำรุงรักษาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและโปรแกรมประยุกต์ของสถาบันทันเวลา 3) Prototype HAI dashboard 4) จำนวนชุดข้อมูล (open data) ที่ได้รับการเปิดเผย เป็นประโยชน์ต่อสถานพยาบาลและประชาชน (ชุดข้อมูลใหม่) 5) เพิ่มประสิทธิภาพระบบความมั่นคงปลอดภัยข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ 6) สถาบันใช้นวัตกรรมระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหรือโปรแกรมประยุกต์ที่สนับสนุนองค์กร (ได้แก่ E-tax/e-receipt ,ระบบรายงาน ความเสี่ยงหรือร้องเรียน e-service ที่ใช้ line OA) 7) การประกันการให้บริการ (SLA) การตอบสนองการให้บริการ	> ร้อยละ 99.9 8 ระบบ 1 ระบบ 5 ชุดข้อมูล 2 มาตรฐาน 2 ระบบ ไม่เกิน 30 นาที	ร้อยละ 100 8 ระบบ 1 ระบบ 5 ชุดข้อมูล 2 มาตรฐาน 2 ระบบ ไม่เกิน 30 นาที	12.8550 ลบ.	12.7402 ลบ.	-ไม่มี-	-ไม่มี-
5.3 โครงการขับเคลื่อนนโยบายและติดตามประเมินผล (5.3.1) กิจกรรมสนับสนุนการประชุม (5.3.2) กิจกรรมสนับสนุนการปฏิบัติงาน และการศึกษาดูงานของคณะกรรมการ (5.3.3) กิจกรรมขับเคลื่อนนโยบายและติดตามประเมินผล	1 ตุลาคม 2566-30 กันยายน 2567	1) ร้อยละความสำเร็จของการพัฒนาด้านการควบคุมดูแลกิจการของคณะกรรมการองค์การมหาชน 2) ร้อยละของความสำเร็จตามเป้าหมายแผนปฏิบัติการ 3) ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการดำเนินงานของสถาบัน	≥ ร้อยละ 90 ≥ ร้อยละ 90 ≥ ร้อยละ 85	ร้อยละ 96.25 ร้อยละ 100 ร้อยละ 90.40	3.7420 ลบ.	3.4785 ลบ.	-ไม่มี-	-ไม่มี-
5.4 โครงการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์องค์กร (5.4.1) กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการขับเคลื่อนการสื่อสารสาธารณะ (5.4.2) โครงการย่อย การพัฒนาเนื้อหา สื่อ ช่องทางการเผยแพร่สื่อ เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ Brand HA (5.4.3) โครงการย่อย การสื่อสารคุณค่า รพ. HA โรงพยาบาลคุณภาพ (5.4.4) โครงการย่อย การจัดทำ สื่อเพื่อการสื่อสาร และ สนับสนุนภารกิจของสถาบัน (5.4.5) โครงการพัฒนาเครือข่าย การสื่อสารคุณภาพ		1) ร้อยละการรับรู้ของผู้ติดตาม Facebook page HAITHALAND ที่มีต่อเครื่องหมายตราสัญลักษณ์การรับรองกระบวนการคุณภาพมาตรฐาน HA 2) จำนวน News clipping การเผยแพร่ภารกิจของสถาบันและความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล สู่ช่องทางสื่อของหน่วยงานอื่นๆ 3) ร้อยละความเชื่อมั่นของสถานพยาบาลต่อการดำเนินงานของสถาบัน	≥ ร้อยละ 60 ≥ 300 ชิ้นต่อปี ≥ ร้อยละ 85	ร้อยละ 95 838 ชิ้น ร้อยละ 85.58	2.5000 ลบ.	2.4954 ลบ.	มีการดำเนินกิจกรรมที่นอกแผนงาน เช่นการจัดแสดงนิทรรศการผลงานกระทรวงสาธารณสุข	บริหารงบประมาณภายในโครงการ

ค่าใช้จ่ายบุคลากร

ผลการเบิกจ่าย : ค่าใช้จ่ายบุคลากร

หน่วยนับ : ล้านบาท

ลำดับ	รายการ	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่เบิกจ่าย	ร้อยละ
1	เงินเดือน	47.4843	47.4089	99.84
2	ค่าตอบแทน	7.0862	7.0812	99.93
3	เงินกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ	2.8138	2.8206	100.24
4	ค่ารักษาพยาบาล	1.1453	1.1436	99.85
5	ค่าช่วยเหลือการศึกษาบุตร	0.2800	0.2659	94.96
	รวมทั้งสิ้น	58.8096	58.7202	99.85

ค่าใช้จ่ายขั้นต่ำจำเป็น

ผลการเบิกจ่าย : ค่าใช้จ่ายขั้นต่ำจำเป็น

หน่วยนับ : ล้านบาท

ลำดับ	รายการ	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่เบิกจ่าย	ร้อยละ
1	ค่าสาธารณูปโภค	2.6354	2.2572	85.62
1.1	● ค่าไฟฟ้า	1.2191	0.9910	81.23
1.2	● ค่าน้ำประปา	0.0308	0.0268	87.01
1.3	● ค่าโทรศัพท์พื้นฐานและค่าโทรศัพท์เคลื่อนที่	0.5700	0.5317	93.28
1.4	● ค่าไปรษณีย์	0.2233	0.1165	52.17
1.5	● ค่าเช่าระบบสัญญาณอินเทอร์เน็ต	0.5922	0.5912	99.83
2	ค่าบริหารจัดการ (ขั้นต่ำจำเป็น)	6.3952	6.2203	97.24
2.1	● ค่าใช้สอย	3.3650	3.2663	97.07
2.2	● ค่าวัสดุ	3.0302	2.9540	97.43
3	ค่าเช่า	1.5524	1.3615	87.70
4	ค่าจ้าง	3.4697	3.4441	99.26
5	หมวดลงทุน (ครุภัณฑ์)	0.0520	0.0513	98.65
5.1	● เครื่องพิมพ์บัตรพนักงาน	0.0450	0.0449	99.78
5.2	● เครื่องสแกนใบหน้า	0.0070	0.0064	85.62
	รวมทั้งสิ้น	14.1047	13.3344	94.54