



รายงานผลการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณตามแผนปฏิบัติงาน

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ณ ไตรมาส 2

(ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 31 มีนาคม 2568)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

อยู่ระหว่าง เสนอคณะกรรมการสถาบัน ในการประชุมครั้งที่ 4/2568 วันที่ 18 เมษายน 2568

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

สถาบันได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติงานปี 2568 ไตรมาส 1 มีผลการดำเนินงานดังนี้

รายงานผลการดำเนินงานและการใช้งบประมาณ ตามแผนปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ณ ไตรมาส 2
(ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 31 มีนาคม 2568)

1. แผนปฏิบัติงาน : สร้างความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพด้วยกระบวนการ HA

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย ¹	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
1.1 โครงการบริหารจัดการเยี่ยมประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพที่มีประสิทธิผล	35.9460 ลบ.	19.0128 ลบ.	53.26	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. ร้อยละสถานพยาบาลภาครัฐ ที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (รพ.ภาครัฐทั้งหมด 1,107 แห่ง) 2. ร้อยละสถานพยาบาลภาคเอกชน ที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (รพ.ภาคเอกชนทั้งหมด 384 แห่ง) 3. ร้อยละสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองการพัฒนาและการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (รพ.ภาครัฐและเอกชน 1,491 แห่ง) 4. จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองมาตรฐาน HA ขั้นก้าวหน้า (Advance HA) 5. จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองมาตรฐานระบบเครือข่ายบริการ 6. ระดับความพึงพอใจของสถานพยาบาลต่อกระบวนการประเมินและให้การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	ร้อยละ 83.1 (920 แห่ง) ร้อยละ 48.12 (185 แห่ง) ร้อยละ 74.11 (1,105 แห่ง) 22 แห่ง 35 แห่ง ร้อยละ 90	ร้อยละ 83.42 (926 แห่ง) ร้อยละ 50.39 (192 แห่ง) ร้อยละ 74.98 (1,118 แห่ง) 22 แห่ง 46 แห่ง 93.41	1.จำนวนการเยี่ยมสำรวจต่ำกว่าแผนที่กำหนดเนื่องจาก รพ.ขอเลื่อน/ยกเลิกหลังจากจัดทำแผนการเยี่ยมสำรวจเรียบร้อยแล้ว 2.รพ.สต.บางพื้นที่ยังขาดความรู้เรื่องมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ เช่น เขตสุขภาพที่ 4 และจังหวัดภูเก็ต เป็นต้น	1. ทบทวนกระบวนการบริหารจัดการ เช่น การติดตามความก้าวหน้าหลังการรับรอง การปรับรูปแบบการเยี่ยมสำรวจ และการลดรายงานที่ซ้ำซ้อน 2. กำกับติดตามจัดกิจกรรมพัฒนาที่เลี้ยงและสื่อสารมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิให้ครอบคลุมมากขึ้นในพื้นที่
1.2 โครงการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพบริการสถานพยาบาลปฐมภูมิ	3.3444 ลบ.	1.4536 ลบ.	43.46	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. ร้อยละสถานพยาบาลปฐมภูมิที่เข้าสู่กระบวนการพัฒนา มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ 2. จำนวนศูนย์การเรียนรู้ที่มีการขับเคลื่อนการพัฒนาตาม มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ 3. จำนวนผลงานวิชาการที่ถูกนำไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเชิง วิชาการระดับนานาชาติ 4. จำนวนองค์ความรู้วิชาการ/งานวิจัย/นวัตกรรม รวมทั้งข้อเสนอ แนะเชิงนโยบายที่ได้รับการนำไปใช้ในระดับชาติหรือนานาชาติ 5. จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาและรับรอง คุณภาพจากสถานพยาบาล ที่มีการเผยแพร่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 6. จำนวนบุคลากรคุณภาพ (Quality Expert) ด้านการพัฒนา ตามมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ 6.1 พี่เลี้ยงการพัฒนา (สะสม) 6.2 วิทยากร (สะสม) 6.3 ผู้เยี่ยมสำรวจ (สะสม) 6.4 ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ (สะสม) 7. ระดับความสำเร็จของการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการ ประเมินรับรองอย่างชาญฉลาด 8. ระดับความสำเร็จของการดำเนินการเพื่อได้รับการรับรอง มาตรฐานในระดับสากล	ร้อยละ 2 8 แห่ง 3 เรื่อง 1 เรื่อง 20 เรื่อง 120 คน 20 คน 10 คน 40 คน ระดับ 2 ระดับ 1	ร้อยละ 1.65 5 แห่ง 2 เรื่อง วัดผลไตรมาส 4 33 เรื่อง 190 คน 19 คน 7 คน 23 คน วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4	1. ทบทวนกระบวนการบริหารจัดการ เช่น การติดตามความก้าวหน้าหลังการรับรอง การปรับรูปแบบการเยี่ยมสำรวจ และการลดรายงานที่ซ้ำซ้อน 2. กำกับติดตามจัดกิจกรรมพัฒนาที่เลี้ยง และสื่อสารมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิให้ครอบคลุมมากขึ้นในพื้นที่ 3. การพัฒนาองค์ความรู้ งานวิชาการล้ำค่า ด้วย ความไม่เพียงพอของ บุคลากรด้านวิชาการ	1. กำหนดแนวทางการ ดำเนินงานศูนย์การ เรียนรู้แต่ละระดับ / กำหนดให้ ศสร. มี การจัดทำแผน และ ดำเนินงานและกำกับ ติดตามโดยคณะทำ งานศูนย์ฯ/กำกับติด ตามโดยอนุกรรมการ และสื่อสารมาตรฐาน สถานพยาบาลปฐมภูมิ ให้ครอบคลุมมากขึ้น ในพื้นที่ 2. จัดกิจกรรมพัฒนา พี่เลี้ยงในพื้นที่และ สื่อสารมาตรฐาน สถานพยาบาลปฐม ภูมิในพื้นที่เพิ่มเติม 3. การทบทวนปรับ โครงสร้างและ อัตรากำลังในการ ดำเนินงาน

¹ ผลการใช้จ่าย หมายถึง ผลการเบิกจ่ายจริง+ภาวะผูกพัน

2. แผนปฏิบัติงาน : เสริมพลังความร่วมมือเครือข่ายเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย ²	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<p>2.1 โครงการเสริมพลังความร่วมมือเครือข่าย เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการที่ดีมีคุณภาพและได้มาตรฐาน</p> <p>(2.1.1) โครงการย่อยพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล</p> <p>(2.1.2) โครงการย่อยพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือองค์กรเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ</p> <p>(2.1.3) โครงการย่อยโครงการพัฒนาเครือข่ายสถานพยาบาลต้นแบบด้านมิติจิตวิญญาณ</p>	<p>3.7803 ลบ.</p> <p>2.1503 ลบ.</p> <p>0.8300 ลบ.</p> <p>0.8000 ลบ.</p>	<p>0.8520 ลบ.</p> <p>0.8520 ลบ.</p> <p>ดำเนินกิจกรรมแล้วแต่ไม่ได้ใช้งบประมาณ</p> <p>ดำเนินกิจกรรมแล้วแต่ไม่ได้ใช้งบประมาณ</p>	<p>22.54</p> <p>39.62</p> <p>-</p> <p>-</p>	<p>1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568</p>	<p>1. จำนวนเครือข่าย HACC (สะสม)</p> <p>2. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาขีดความสามารถของเครือข่ายระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิผล</p> <p>3. ร้อยละความครอบคลุมของจังหวัดที่มีเครือข่ายเชิงพื้นที่</p> <p>4. จำนวนคู่ความร่วมมือที่มีความสำเร็จในการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล</p> <p>5. จำนวนเครือข่ายชุมชนและสังคมที่ให้การสนับสนุนการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล</p> <p>6. จำนวนสถานพยาบาลที่ไม่มีชั้น เข้าสู่การพัฒนาตามมาตรฐาน HA</p> <p>7. จำนวนสถานพยาบาลต้นแบบ มิติจิตวิญญาณ Spiritual Healthcare Appreciate : SHA</p> <p>8. จำนวนคู่ความร่วมมือที่มีความสำเร็จในการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล</p>	<p>11 แห่ง ระดับ 80</p> <p>ร้อยละ 80</p> <p>7 คู่ความร่วมมือ</p> <p>5 เครือข่าย</p> <p>20 แห่ง</p> <p>6 แห่ง</p> <p>7 คู่ความร่วมมือ</p>	<p>9 แห่ง วัดผลไตรมาส 4</p> <p>ร้อยละ 90</p> <p>5 คู่ความร่วมมือ</p> <p>5 เครือข่าย</p> <p>วัดผลไตรมาส 4</p> <p>วัดผลไตรมาส 4</p> <p>5 คู่ความร่วมมือ</p>	<p>1. เครือข่าย SHA และภาคประชาชนหรือหารือแนวทางใหม่ที่ชัดเจน เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนคณะทำงานและผู้รับผิดชอบ</p> <p>2. หลังมีการเปลี่ยนคณะทำงาน รพ.ชั้น 0 อาจรับรองไม่ทันเป้าหมาย เนื่องจากมีเวลาเตรียมตัว 1 ปี</p>	<p>1. กระตุ้น รพ.จำนวน 20 แห่งในเครือข่ายผ่านพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาคุณภาพ</p> <p>2. เชิญ รพ.เข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้ของ สรพ. เช่น shared vision</p> <p>3. เสนอแนวทางการรับรองขั้นพัฒนาโดยหารือร่วมกับส่วนงานประเมินและรับรอง</p>
<p>2.2 โครงการสร้างการมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยครอบครัว ชุมชน ในการขับเคลื่อนความปลอดภัย</p> <p>(2.2.1) โครงการสร้างการมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยครอบครัว ชุมชน ในการขับเคลื่อนความปลอดภัย</p>	<p>0.5000 ลบ.</p> <p>0.5000 ลบ.</p>	<p>ดำเนินกิจกรรมแล้วแต่ไม่ได้ใช้งบประมาณ</p> <p>ดำเนินกิจกรรมแล้วแต่ไม่ได้ใช้งบประมาณ</p>	<p>-</p> <p>-</p>	<p>1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568</p>	<p>1. สถานพยาบาลที่มีประชาชนเป็นส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ</p> <p>2. ร้อยละสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีการรับฟัง/เรียนรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วยเพื่อนำมาปรับระบบงานให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย</p> <p>3. จำนวนนักสร้างสุข Patient Safety Champion</p> <p>4. ร้อยละพื้นที่ที่สะท้อนผลลัพธ์ในมิติวัดคุณภาพ ด้านความปลอดภัย</p>	<p>ร้อยละ 80</p> <p>ร้อยละ 75</p> <p>30 คน</p> <p>ร้อยละ 80</p>	<p>วัดผลไตรมาส 4</p> <p>วัดผลไตรมาส 4</p> <p>วัดผลไตรมาส 4</p> <p>วัดผลไตรมาส 4</p>	<p>1. การดำเนินงานและแผนการใช้จ่ายไม่เป็นไปตามแผนงานที่กำหนด</p> <p>2. ลักษณะการดำเนินงานมีการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่สถานพยาบาลอาจทำให้การประสานงานเกิดความล่าช้าและขาดความต่อเนื่อง</p>	<p>จัดหาคู่ความร่วมมือเครือข่ายด้านสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานเพิ่มมากขึ้น เช่น สสส., สช. เป็นต้น</p>

² ผลการใช้จ่าย หมายถึง ผลการเบิกจ่ายจริง+ภาระผูกพัน

3. แผนปฏิบัติงาน : ยกระดับการจัดการความรู้และนวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย ³	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
3.1 โครงการยกระดับการจัดการความรู้และนวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง (3.1.1) การจัดการความรู้เพื่อสร้างผลงานวิชาการศึกษาวิจัย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (3.1.2) โครงการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลรัฐ ระยะที่ 3	3.3563 ลบ. 1.7900 ลบ. 1.5663 ลบ.	1.0524 ลบ. ดำเนินกิจกรรมแล้วแต่ไม่ได้ใช้งบประมาณ 1.0524 ลบ.	31.36 - 67.19	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. จำนวนองค์ความรู้วิชาการ งานวิจัย และนวัตกรรม รวมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้รับการนำไปใช้ในระดับชาติหรือระดับนานาชาติ (Result chain: Output) 2. ร้อยละความไว้วางใจของประชาชนต่อสถานพยาบาลมาตรฐาน HA (Result chain: Impact) 3. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาแผนการจัดการความรู้ขององค์กร 4. จำนวนผลงานการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง/นวัตกรรมตามแผนพัฒนาคุณภาพระดับองค์กร 5. จำนวนสถานพยาบาลที่ประเมินตนเองวัดระดับการพัฒนาคุณภาพของระบบสารสนเทศและใช้ผลการสำรวจมาพัฒนาคุณภาพระบบสารสนเทศและความมั่นคงปลอดภัย 6. ร้อยละความพึงพอใจการใช้แพลตฟอร์ม HITS จากผู้ใช้บริการ	3 เรื่อง (สะสม) ร้อยละ 80 ระดับ 3 12 เรื่อง (สะสม) 150 แห่ง (สะสม) ร้อยละ 80	วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 101 แห่ง วัดผลไตรมาส 4	สื่อประชาสัมพันธ์ Application "บอกคุณ" ยังเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ไม่ทั่วถึง เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านจำนวนและรูปแบบการจัดกิจกรรม ประเมินผลและรับฟังความคิดเห็นเพื่อพัฒนาให้สื่อที่กระจายได้ไม่ครบ	ปรับการประชาสัมพันธ์ Application "บอกคุณ" ให้หลากหลาย เช่น ใช้โซเชียลมีเดีย สื่อสิ่งพิมพ์ และกิจกรรมในที่ประชุม พร้อมรูปแบบการจัดกิจกรรม เช่น บูธหรือป้าย X-stand ที่กระจ่ายได้ไม่ครบ
3.2 โครงการประชุมวิชาการประจำปี (3.2.1) โครงการประชุมวิชาการประจำปี	28.0000 ลบ. 28.0000 ลบ.	11.3924 ลบ. 11.3924 ลบ.	40.69 40.69	1 ตุลาคม 2567- 31 มีนาคม 2568	1. ร้อยละของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมการประชุมวิชาการประจำปี 2. จำนวนผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี 3. จำนวนผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี 4. จำนวนผลงานวิชาการที่เผยแพร่ภายในงานประชุมวิชาการประจำปี 5. จำนวนหัวข้อในการบรรยายภายในงานประชุมวิชาการประจำปี 6. ร้อยละของผู้ร่วมประชุมที่มีระดับความพึงพอใจเป็นไปตามคาดหวัง/เกินคาดหวังต่องานประชุมวิชาการประจำปี 7. ดัชนีความภักดีของลูกค้า (Net Promotor Score: NPS) 8. จำนวนรายได้จากการจัดประชุมวิชาการประจำปี 9. จำนวนรายได้จากหน่วยงานสนับสนุน 10. จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพจากสถานพยาบาล ที่มีการเผยแพร่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้	≥ ร้อยละ 50 ≥ 6,300 คน ≥ 7,500 คน ≥ 540 ผลงาน ≥ 140 หัวข้อ ≥ ร้อยละ 90 ≥ ร้อยละ 90 31.5000 ลบ. 2.0000 ลบ. 900 องค์ความรู้	ร้อยละ 56 6,144 คน 8,147 คน 1,109 ผลงาน 163 หัวข้อ ร้อยละ 98.8 ร้อยละ 39.7 30.7200 ลบ. 1.0000 ลบ. 1,331 องค์ความรู้	การใช้เทคโนโลยี 2 แพลตฟอร์ม จัดการข้อมูลของผู้ลงทะเบียนในงานประชุมวิชาการประจำปีทำให้ข้อมูลไม่ตรงกัน และการใช้งานเกิดความล่าช้า	การใช้เทคโนโลยี 2 แพลตฟอร์ม จัดการข้อมูลของผู้ลงทะเบียนในงานประชุมวิชาการประจำปีทำให้ข้อมูลไม่ตรงกัน และการใช้งานเกิดความล่าช้า
3.3 โครงการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลและกระบวนการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (3.3.1) โครงการพัฒนามาตรฐานและระบบการประเมินรับรอง HA ให้ได้รับการยอมรับในระดับสากล (3.3.2) โครงการพัฒนามาตรฐานและระบบการประเมินรับรองที่หลากหลายแบบมีส่วนร่วมตามแนวทางสากล	2.0000 ลบ. 1.3420 ลบ. 0.6580 ลบ.	0.9634 ลบ. 0.6634 ลบ. 0.3000 ลบ.	48.17 57.38 45.59	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. ระดับความสำเร็จตามเป้าหมายของแผนพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ 2. ระดับความสำเร็จตามเป้าหมายของแผนการนำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพสู่การปฏิบัติและประเมินผล 3. ระดับความสำเร็จตามเป้าหมายของแผนพัฒนามาตรฐานและระบบประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ 4. ระดับความสำเร็จตามแผนงานการพัฒนาระบบประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลอย่างชาญฉลาด (intelligence survey)	ผ่านเกณฑ์ขั้นสูง ผ่านเกณฑ์ขั้นมาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ขั้นสูง ผ่านเกณฑ์ขั้นมาตรฐาน	วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4	1. เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างภายใน ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบแผนงานบางส่วนในระดับผู้บริหารและการส่งต่อแผนงานบางส่วน ซึ่งทำให้เกิดการดำเนินงานตามแผนที่ล่าช้าและเกิดความ	เมื่อมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างบทบาทที่ชัดเจน ได้มีการทบทวน และนำเรียนปรึกษาร่วมกับผู้บริหารตามโครงสร้างใหม่ และกำหนดแผนงานร่วมกัน เพื่อให้ดำเนินการตามแผนโดยที่ไม่เกินระยะเวลาที่กำหนด

³ ผลการใช้จ่าย หมายถึง ผลการเบิกจ่ายจริง+ภาระผูกพัน

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย ³	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
					5. จำนวนรูปแบบการประเมินรับรองหรือเครื่องมือที่มีการปรับปรุงและประกาศใช้ 6. จำนวนผลงานวิชาการ/วิจัย/นวัตกรรม/ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการพัฒนามาตรฐานและการประเมินรับรองที่เผยแพร่สู่สาธารณะหรือได้นำเสนอเพื่อเป็นประเด็นขับเคลื่อนเชิงนโยบาย 7. จำนวนมาตรฐานที่ได้รับการรับรองในระดับสากล	2 เรื่อง 2 เรื่อง 1 จำนวน (สะสม)	วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4	กระชั้นในการจัดกิจกรรม 2. ทิศทางองค์กรในการขับเคลื่อน และผลักดันเพื่อการพัฒนาแบบประเมินที่หลากหลาย	
3.4 โครงการพัฒนากลไกการจัดการคุณภาพบริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดความเหลื่อมล้ำของคุณภาพและความปลอดภัย ระยะที่ 2	13.3410 ลบ.	8.9100 ลบ.	66.79	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. ร้อยละสถานพยาบาลที่ร่วมพัฒนากลไกและนวัตกรรมเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย: แผนยกระดับการจัดการความรู้และนวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง 2. ร้อยละอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Preventable Harm) ตามที่คณะกรรมการกำหนดระดับความรุนแรงถึงตัวผู้ป่วยในสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองลดลง 3. ร้อยละอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากกระบวนการดูแลที่ส่งผลกระทบกับผู้ป่วยในสถานพยาบาล (Patient Suffering) 4. จำนวนคู่ความร่วมมือที่มีความสำเร็จในการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล 5. ร้อยละของสถานพยาบาลที่พัฒนาเชื่อมโยงระบบรายงานอุบัติการณ์และการเรียนรู้เข้าสู่ส่วนกลาง National Reporting and Learning System (NRLS) และระบบ THIP 6. ร้อยละอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ของสถานพยาบาลได้รับการแก้ไขในระดับ E-up 7. ร้อยละสถานพยาบาลเข้าร่วมการจัดประชุม World Patient Safety Day & 3P Safety (Patient/ Personal/ People) 8. ร้อยละของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยเพื่อนำมาปรับระบบงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรมีความปลอดภัย 9. ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาลที่แสดงการวัดผลลัพธ์ตอนที่ IV ในการเยี่ยมรับรอง 10. จำนวนองค์ความรู้ งานวิจัย และนวัตกรรมเกี่ยวกับ 3P Safety ได้รับการเผยแพร่ หรือมีการตีพิมพ์ ในประเทศและต่างประเทศ 11. จำนวนองค์ความรู้และบทเรียนในระบบบริการสุขภาพ/ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy) ที่เป็นผลจากการดำเนินงาน 3P Safety 12. จำนวนการจัดการความรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญและนักปฏิบัติ (Community of Practice) 13. จำนวนองค์ความรู้ นวัตกรรมพัฒนาคุณภาพด้านความปลอดภัย	ร้อยละ 70 ร้อยละ 6.05 ร้อยละ 6.10 5 กลไก (สะสม) ร้อยละ 80 ร้อยละ 35 ร้อยละ 80 ร้อยละ 75 ร้อยละ 50 1 เรื่อง 1 เรื่อง 2 เรื่อง 5 ผลงาน/เรื่อง	ร้อยละ 65.53 ร้อยละ 6.03 ร้อยละ 5.55 1 กลไก ร้อยละ 92.11 ร้อยละ 35.90 วัดผลไตรมาส 4 ร้อยละ 91.81 ร้อยละ 61 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 2 เรื่อง วัดผลไตรมาส 4	1.สถานพยาบาลเปลี่ยนผู้บริหาร ผู้ประสานงานโครงการฯ ทำให้ขาดความรู้ ความเข้าใจการดำเนินงานในโครงการฯ 2.การดำเนินงานโครงการมีการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ที่ไม่ใช่สถานพยาบาลอาจทำให้การประสานงานล่าช้าและขาดความต่อเนื่อง 3.บุคลากรที่รับผิดชอบการใช้งานระบบ THIP ขาดความรู้ ความเข้าใจในการรายงาน	1. จัดทำเอกสารสำหรับสื่อสาร สถานพยาบาลสมาชิกทุกกิจกรรมในโครงการอย่างต่อเนื่อง 2. วางแผนกระตุ้น ติดตามการรายงานตัวชี้วัดระบบ THIP เพิ่มเติม 3. สร้างความรู้ ความเข้าใจ ผู้ประสานหรือผู้รับผิดชอบที่มาจากใหม่ผ่านระบบ ZOOM และช่องทางต่างๆ
(3.4.1) พัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่สำคัญในการขับเคลื่อน 3P Safety	8.6531 ลบ.	7.4578 ลบ.	86.19						
(3.4.2) สร้างและพัฒนาระบบข้อมูลองค์ความรู้และงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรและประชาชน	1.5501 ลบ.	0.3302	21.30						
(3.4.3) ขับเคลื่อนนโยบาย กำกับ และอภิบาลระบบบริการสุขภาพเพื่อ 3P Safety	3.1378 ลบ.	1.1220 ลบ.	35.83						

4. แผนปฏิบัติงาน : พัฒนาทุนมนุษย์เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย ⁴	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
4.1 โครงการพัฒนา HAI Academy	12.5064 ลบ.	4.4009 ลบ.	35.19	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. จำนวนหลักสูตรฝึกอบรมหรือหลักสูตรการศึกษาดูงาน ที่ได้รับการยอมรับจากหน่วยงานภายนอกหรือระดับสากล 2. จำนวนหลักสูตรที่ได้รับการทบทวน 3. จำนวนหลักสูตรฝึกอบรมหรือหลักสูตรการศึกษาดูงาน ที่ได้รับการยอมรับจากหน่วยงานภายนอกหรือระดับสากล 4. รายได้จากการจัดอบรม 5. จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่เข้ารับการอบรมในทุกหลักสูตร 6. ร้อยละของผู้เข้าอบรมหลักสูตรเป็นไปตามเป้าหมาย 7. ร้อยละความพึงพอใจของผู้เข้าอบรมหลักสูตร Public Training 8. ร้อยละความพึงพอใจของผู้เข้าอบรมหลักสูตร e-Learning 9. จำนวนผู้บริหาร ที่เข้ารับการอบรมครบถ้วน 10. ความพึงพอใจของผู้รับการอบรม 11. จำนวนผลงาน หรือแผนงานพัฒนา โครงการที่ผู้เข้าร่วมอบรมจะดำเนินการที่เกิดขึ้นต่อยอดหลังจากอบรม 12. รายงานผลการนำไปใช้ประโยชน์ของการอบรม	1 หลักสูตร (สะสม) 1 หลักสูตร 1 หลักสูตร (สะสม) 21.0000 ลบ. 3,800 คน ร้อยละ 90 ร้อยละ 90 ร้อยละ 85 15 คน ร้อยละ 80 1 ชุดข้อมูล 1 ชุดข้อมูล	วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 6.7931 ลบ. 1,708 คน ร้อยละ 95 ร้อยละ 95 ร้อยละ 90 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4	หลักสูตร HA501 เป็นหลักสูตรต่อเนื่องที่ต้องผ่านภายใน 1 ปีเพื่อเข้าอบรม HA 451 ทำให้มีความต้องการสูงและเสียงเรียกร้องจากลูกค้าจำนวนมาก	ปรึกษาทีมวิทยากร HA501 เพิ่มรุ่นใหม่เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าที่สำรอง ที่นั่งในรุ่นสุดท้ายของปีงบประมาณ
4.2 โครงการสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจตามมาตรฐานระดับสากล	5.5500 ลบ.	3.3225 ลบ.	59.87	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจที่คงอยู่ในระบบ และ/หรือร่วมดำเนินการกิจต่างๆให้สถาบัน 2. ร้อยละผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ (SIT) ที่ผ่านการขึ้นทะเบียนจากกลุ่มที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเตรียมความพร้อม (หลักสูตร 451) 3. ร้อยละการบริการการฝึกเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลตามแผน SIT 4. ร้อยละการฝึกเยี่ยมฯ ตามแผน New Surveyor 5. ร้อยละผู้เยี่ยมสำรวจใหม่(New Surveyor) ขึ้นทะเบียนเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ Experienced Surveyor 6. ร้อยละการบริหารฝึกเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลตามแผน หัวหน้าทีม 7. จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจที่ขึ้นทะเบียนเป็นหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ 8. จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจและผู้เชี่ยวชาญที่เข้ารับการอบรม PDSC 9. ร้อยละผู้เยี่ยมสำรวจที่เข้าร่วมโครงการ SHA ต่อเนื่อง 10. ร้อยละการบริหารฝึกเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลตามแผน ผู้เยี่ยมหลากหลาย 11. จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจที่สามารถเยี่ยมสำรวจ มากกว่า 1 โปรแกรม 12. ร้อยละผู้เยี่ยมที่เยี่ยมตามเกณฑ์ 10 MD/ปี 13. ร้อยละผู้เยี่ยมสำรวจ มี man-day มากกว่า 20 วัน/ปี 14. แนวทางพัฒนาผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ สรพ. ปรับปรุงใหม่ ปี 2568 15. สรุบบทเรียนการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ กลุ่ม initial surveyor (SIT / New surveyor) 16. ร้อยละผู้เยี่ยมสำรวจมี competencyผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด	187 คน ร้อยละ 100 ≥ร้อยละ 80 ≥ร้อยละ 80 ≥ร้อยละ 80 ≥ร้อยละ 80 ≥ร้อยละ 80 ≥ร้อยละ 80 ≥ร้อยละ 80 75 คน ≥ร้อยละ 60 ≥ร้อยละ 40 1 ชิ้นงาน 1 ชิ้นงาน ≥ร้อยละ 80	177 คน ร้อยละ 94.02 ร้อยละ 42.86 ร้อยละ 38 วัดผลไตรมาส 4 ร้อยละ 81.25 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 ร้อยละ 87.01 ร้อยละ 54.24 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4	-ไม่มี-	-ไม่มี-

⁴ ผลการใช้จ่าย หมายถึง ผลการเบิกจ่ายจริง+ภาระผูกพัน

5. แผนปฏิบัติงาน : การพัฒนาองค์กรให้มีสมรรถนะสูงและเป็นที่ไว้วางใจ

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย ⁵	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
5.1 โครงการเพิ่มประสิทธิภาพระบบสนับสนุนการบริหารจัดการคุณภาพองค์กร (5.1.1) โครงการ การสนับสนุนส่งเสริมองค์กรธรรมาภิบาล (5.1.2) โครงการสร้างความเข้มแข็งของระบบการบริหารจัดการสู่องค์กรสมรรถนะสูง	3.3243 ลบ. 0.5630 ลบ. 2.7613 ลบ.	2.0677 ลบ. 0.1295 ลบ. 1.9382 ลบ.	62.20 23.01 70.19	1 ตุลาคม 2567-30 กันยายน 2568	1. ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อการจัดการด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน 2. ผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA) 3. ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศระเบียบให้ทันสมัยสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงองค์กร ไปรับการประกาศใช้ทันเวลาการตอบสนอง 4. ความพึงพอใจของผู้มาติดต่อกับสถาบัน 5. ค่าใช้จ่ายการใช้รถยนต์มีความเหมาะสมกับปริมาณงาน หรือค่าใช้จ่ายไม่สูงขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (ค่าเช่า ค่าน้ำมัน ค่าธรรมเนียมทางด่วน ค่าจอดรถ) 6. จำนวนข้อตรวจพบที่เกี่ยวข้องกับการกระทำผิดระเบียบขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้าง 7. จำนวนข้อตรวจพบที่เกี่ยวข้องกับการกระทำผิดระเบียบขั้นตอนการเงินและบัญชีความพึงพอใจการให้บริการงานการเงินและบัญชี	ร้อยละ 80 ร้อยละ 90 จำนวน (สะสม) 10 ร้อยละ 80 ≤ ร้อยละ 5 เป็นศูนย์ ≤ ร้อยละ 20	วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 16 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4	1. การจัดประชุม คณะกรรมการ ตรวจสอบภายใน ใกล้ครบจำนวนที่ ประมาณการไว้ อาจส่งผลกระทบต่อปริมาณงาน 2. การจัดประชุม คณะอนุกรรมการ กฎหมายไม่เป็นไปตามที่ประมาณการไว้	งบประมาณการจัดประชุมคณะกรรมการ ตรวจสอบภายในอาจไม่เพียงพอ และต้องพิจารณาแนวทาง 1. ถัวเฉลี่ยจากค่าใช้จ่ายการประชุม คณะอนุกรรมการ กฎหมาย / ใช้ งบประมาณจาก ค่าจ้างเหมาบริการ ผู้ช่วยผู้ตรวจสอบ ภายในซึ่งยังไม่ได้ดำเนินการ 2. ขอบปรับแผน งบประมาณกลางปี
5.2 โครงการพัฒนาและยกระดับองค์กรให้มีความพร้อมสู่การเป็นรัฐบาลดิจิทัล (5.2.1) โครงการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (5.2.2) โครงการพัฒนาศูนย์นวัตกรรมสารสนเทศและข้อมูลเพื่อยกระดับการเรียนรู้ระบบคุณภาพสถานพยาบาล (HA Data Hub)	22.8700 ลบ. 9.7700 ลบ. 13.000 ลบ.	8.5939 ลบ. 8.2268 ลบ. 0.3671	37.58 84.20 35.44	1 ตุลาคม 2567-30 กันยายน 2568	1. ความพึงพอใจต่อระบบงานบริการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ 2. ระดับความสำเร็จของการพัฒนา สู่การเป็น Digital Office ระดับ 3 ขึ้นไป (อย่างน้อย 3 มิติ) 3. กิจกรรมดำเนินตามแผน 4. สามารถย้าย Cloud ของสถาบันให้แล้วเสร็จ และใช้งานได้ภายในเวลาที่กำหนด 5. จัดหา Notebook ตามกำหนด 6. ระดับความสำเร็จของ การจัดการระบบ Healthcare Platforms	> ร้อยละ 75 ระดับ 3 > ร้อยละ 96 > ร้อยละ 80 ร้อยละ 100 ระดับ 2	วัดผลไตรมาส 4 ระดับ 6 > ร้อยละ 53 > ร้อยละ 65 วัดผลไตรมาส 80 วัดผลไตรมาส 4	การขึ้น TOR ของการจ้างวิเคราะห์ระบบและออกแบบ Visualization Dashboard มีความซับซ้อนมีรายละเอียดจำนวนมาก เพราะขอบเขตงานหลายส่วน	มอบหมายเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบ และพิจารณา TOR ส่วนที่มีรายละเอียดมากเกินไปออก และพิจารณา TOR ส่วนที่ยังไม่ชัดเจนให้มีความชัดเจนมากขึ้น
5.3 โครงการขับเคลื่อนนโยบายและติดตามประเมินผล (5.3.1) กิจกรรมสนับสนุนการประชุม คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะผู้บริหารระดับสูง (5.3.2) กิจกรรมสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่คณะกรรมการและผู้บริหารในต่างประเทศ	5.0730 ลบ. 2.0780 ลบ. 1.9900 ลบ.	1.0363 ลบ. 0.8660 ลบ. 0.0303 ลบ.	20.43 41.67 1.52	1 ตุลาคม 2567-30 กันยายน 2568	1. ร้อยละความสำเร็จของการพัฒนาด้านการควบคุมดูแลกิจการของคณะกรรมการ 2. ร้อยละความสำเร็จของแผนปฏิบัติงาน 3. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการดำเนินงานของสถาบัน 4. ร้อยละของการนำข้อมูลสำคัญตามเกณฑ์ประเมินผล หรือการวัดคุณภาพขององค์กรต่างๆ เผยแพร่สู่สาธารณะภายในเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ 90 ≥ ร้อยละ 90 ≥ ร้อยละ 85 ร้อยละ 100	ร้อยละ 50 ร้อยละ 40 วัดผลไตรมาส 4 ร้อยละ 100	1. การรายงานผลการดำเนินงานผ่าน Template หลายตัวชี้วัดยังมีความคลาดเคลื่อนไม่ถูกต้อง 2. การจัดทำรายงานประจำปี 2567 ล่าช้า	1. เร่งรัดการจัดทำ Template พร้อมจัดทำข้อมูลเบื้องต้น ส่งให้ผู้รับผิดชอบ ตรวจสอบและเพิ่มเติมข้อมูล 2. กำกับติดตามให้มีการดำเนินงานตาม

⁵ ผลการใช้จ่าย หมายถึง ผลการเบิกจ่ายจริง+ภาระผูกพัน

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย ⁵	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
(5.3.3) กิจกรรมขับเคลื่อนนโยบายและติดตามประเมินผล	1.0050 ลบ.	0.1400 ลบ.	13.93					กว่าแผน เนื่องจากมีการปรับแก้ไขโครงสร้าง รูปแบบ และเนื้อหา รายงานประจำปีหลายครั้ง 3. การจัดจ้างประเมินผลความพึงพอใจฯ 2568 ค่าต่ำกว่าแผน เนื่องจากมีการตรวจทานและเพิ่มเติมเนื้อหา (ร่าง) TOR ให้มีความสมบูรณ์มากที่สุด	แผนงานที่กำหนดไว้อย่างใกล้ชิด
5.4โครงการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์องค์กร	3.3000 ลบ.	1.7486 ลบ.	52.99	1 ตุลาคม 2567-30 กันยายน 2568	1. ร้อยละประชาชนผู้รับบริการรู้จักการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลโรงพยาบาล HA 2. ร้อยละความไว้วางใจของประชาชนต่อสถานพยาบาลมาตรฐาน HA	≥ ร้อยละ 30 ≥ ร้อยละ 85	วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4	การจัดซื้อจัดจ้างในกิจกรรมที่ 2 มีความล่าช้าในบางกิจกรรมเนื่องจากต้องหารือและปรับกิจกรรมจากซื้อจ้างเป็นการทำความร่วมมือ ร่วมกับ tell score	-ไม่มี-
(5.4.1) กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการสื่อสารสาธารณะ	0.4680 ลบ.	0.1098 ลบ.	23.46						
(5.4.2) กิจกรรมจัดทำสื่อและเครื่องมือสื่อสารภาพลักษณ์สนับสนุนภารกิจของสถาบัน และสื่อสารคุณภาพและความปลอดภัยตามมาตรฐาน HA	1.7500 ลบ.	0.7641 ลบ.	43.66						
(5.4.3) กิจกรรมสื่อสารคุณค่า รพ. HA โรงพยาบาลคุณภาพ	1.0820 ลบ.	0.8747 ลบ.	80.84						

รายงานผลการดำเนินงานและการใช้งบประมาณ ตามแผนปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ณ ไตรมาส 2
(ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 31 มีนาคม 2568)

1. ค่าใช้จ่ายบุคลากร

หน่วยนับ : ล้านบาท

ลำดับ	รายการ	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่เบิกจ่าย	ร้อยละ
1	เงินเดือน	51.1202	24.4850	53.64
2	ค่าตอบแทน	9.3819	6.0241	78.93
3	เงินกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ	3.1273	1.5256	48.78
4	ค่ารักษาพยาบาล	1.1000	0.7864	71.49
5	ค่าช่วยเหลือการศึกษาบุตร	0.2500	0.0896	35.84
	รวมทั้งสิ้น	64.9794	32.9107	50.65

2. ค่าใช้จ่ายขั้นต่ำจำเป็น

หน่วยนับ : ล้านบาท

ลำดับ	รายการ	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่เบิกจ่าย	ร้อยละ
1	ค่าสาธารณูปโภค	2.2000	0.6036	27.44
1.1	• ค่าไฟฟ้า	1.0000	-	-
1.2	• ค่าน้ำประปา	0.0300	-	-
1.3	• ค่าโทรศัพท์พื้นฐานและค่าโทรศัพท์เคลื่อนที่	0.5380	0.2365	43.96
1.4	• ค่าไปรษณีย์	0.1200	0.0311	25.91
1.5	• ค่าเช่าระบบสัญญาณอินเทอร์เน็ต	0.5120	0.3360	65.63
2	ค่าบริหารจัดการ (ขั้นต่ำจำเป็น)	4.5000	1.9333	42.96
2.1	• ค่าใช้สอย	2.1700	0.7925	36.52
2.2	• ค่าวัสดุ	2.3300	1.1409	48.96
3	ค่าเช่า	2.0865	1.5225	72.97
4	ค่าจ้าง	3.4380	2.8868	83.97
5	หมวดลงทุน (ครุภัณฑ์)	0.3890	0.3616	92.96
5.1	• โต๊ะทำงาน จำนวน 16 ชุด	0.1328	0.1080	81.33
5.2	• อุปกรณ์ถ่ายทอดสัญญาณภาพและเสียง จำนวน 2 ชุด	0.0162	0.0139	85.80
5.3	• เครื่องแปลงสัญญาณเสียง (Audio Interface) จำนวน 2 ตัว	0.0180	0.0180	100
5.4	• กล้องถ่ายภาพนิ่งพร้อมเลนส์ จำนวน 1 ชุด	0.2100	0.2099	99.95
5.5	• Wireless Microphone จำนวน 2 ชุด	0.0120	0.0118	98.33
	รวมทั้งสิ้น	12.6135	7.3079	57.94

ภาคผนวก

รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ณ ไตรมาส 2
(ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 31 มีนาคม 2568)

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเป้าประสงค์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
1	ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองการพัฒนาและการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA)	ร้อยละ	67.20	74.98
2	ร้อยละของอำเภอในประเทศไทยที่มีสถานพยาบาลเข้าสู่และได้รับการรับรองตามมาตรฐาน HA	ร้อยละ	>95	88.48
3	ร้อยละอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากกระบวนการดูแลที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในสถานพยาบาล (Patient Suffering)	ร้อยละ	6.10	5.55
4	ความพึงพอใจ/ความไว้วางใจ ของประชาชนต่อสถานพยาบาลมาตรฐาน HA			
	4.1) ร้อยละความพึงพอใจ	ร้อยละ	≥ 80	อยู่ระหว่างดำเนินการ
	4.2) ร้อยละความไว้วางใจ	ร้อยละ	≥ 80	อยู่ระหว่างดำเนินการ
5	สรพ. ได้รับการรับรอง ISQuaEEA อย่างต่อเนื่องครบทั้ง 3 ด้าน	ผ่าน	ส่งแบบ ประเมินตนเอง เพื่อขอต่ออายุ Organization และ HA Standard	<p>1. ด้านการรับรององค์กร (Organization) ปี 2566 : ส่งรายงานความก้าวหน้าครั้งที่ 1 (1st Progress Report) ไปยัง ISQuaEEA วันที่ 7 ธค.65 ปี 2567 : ส่งรายงานความก้าวหน้าครั้งที่ 2 (2nd Progress Report) ไปยัง ISQuaEEA</p> <p>2. ด้านการรับรองมาตรฐาน (HA Standards) ปี 2566 : จัดทำแผนการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 ตามข้อเสนอแนะหน่วยงาน ISQuaEEA และจัดส่งรายงาน ความก้าวหน้า ครั้งที่ 1 (1st Progress report) วันที่ 15 กพ.66 ปี 2567 : ส่งรายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 2 (2nd Progress Report) ไปยัง ISQuaEEA วันที่ 15 สค.67</p>

1. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนปฏิบัติงาน : สร้างความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพด้วยกระบวนการ HA

เป้าหมาย :

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

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
(1.1)	ความครอบคลุมสถานพยาบาลมาตรฐาน HA			
(1.1.1)	ร้อยละสถานพยาบาล ภาครัฐ ที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA)	ร้อยละ	76.2	83.42
(1.1.2)	ร้อยละสถานพยาบาล ภาคเอกชน ที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA)	ร้อยละ	41.4	50.39
(1.1.3)	จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองคุณภาพ ขั้นก้าวหน้า (Advanced HA)	จำนวน (สะสม)	22	22
(1.1.4)	ร้อยละสถานพยาบาลปฐมภูมิที่เข้าสู่ กระบวนการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ	ร้อยละ	2 (70 แห่ง)	4.54
(1.1.5)	จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองมาตรฐานระบบเครือข่ายบริการ	จำนวน (สะสม)	35	46
(1.2)	ร้อยละอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Preventable Harm) ตามที่คณะกรรมการกำหนดมีระดับรุนแรงถึงตัวผู้ป่วยในสถานพยาบาล ที่ผ่านการรับรองลดลง	ร้อยละ	6.5	5.55
(1.3)	ระดับความสำเร็จของการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการประเมินรับรองอย่างชาญฉลาด	ระดับ	3	อยู่ระหว่างดำเนินการ
(1.4)	ร้อยละความเชื่อมั่นของสถานพยาบาลต่อการดำเนินงานของสถาบัน	ร้อยละ	วัดผลปี พ.ศ. 2569	

2. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนปฏิบัติงาน : เสริมพลังความร่วมมือเครือข่ายเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย

เป้าหมาย

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

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

3. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนปฏิบัติงาน : ยกระดับการจัดการความรู้และนวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง

เป้าหมาย

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

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
(3.1)	จำนวนมาตรฐานที่ได้รับการรับรองในระดับสากล	จำนวน (สะสม)	1	อยู่ระหว่างดำเนินการ
(3.2)	จำนวนองค์ความรู้วิชาการ งานวิจัย และนวัตกรรม รวมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้รับการนำไปใช้ในระดับชาติหรือระดับนานาชาติ	จำนวน (สะสม)	3	อยู่ระหว่างดำเนินการ
(3.3)	จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพจากสถานพยาบาล ที่มีการเผยแพร่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้	จำนวน	900	1,331
(3.4)	ร้อยละสถานพยาบาลที่ร่วมพัฒนากลไกและนวัตกรรมเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย	ร้อยละ	70	65.53

4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนปฏิบัติงาน : พัฒนาทุนมนุษย์เพื่อนำขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ

เป้าหมาย

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

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
(4.1)	ระดับความสำเร็จการจัดทำแผนการสร้างและพัฒนาบุคลากรขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพในประเทศไทย	ระดับ	3	อยู่ระหว่างดำเนินการ
(4.2)	จำนวนของ Quality Expert ที่ขึ้นทะเบียน			
(4.2.1)	จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบัน	คน(สะสม)	ตามแผนข้อ 1	177
(4.2.2)	จำนวนที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบัน	คน (สะสม)	130	125
(4.3)	ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีผู้บริหาร ด้านคุณภาพ (QMR) หรือ ผู้จัดการศูนย์คุณภาพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของสถาบัน	ร้อยละ	20	15
(4.4)	จำนวนหลักสูตรฝึกอบรมหรือหลักสูตร การศึกษาดูงาน ที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงานภายนอกหรือระดับสากล	หลักสูตร (สะสม)	2	อยู่ระหว่างดำเนินการ
(4.5)	ระดับความสำเร็จของแผนเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารทรัพยากรมนุษย์ของสถาบัน	ระดับ	3	อยู่ระหว่างดำเนินการ

5. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนปฏิบัติงาน: การพัฒนาองค์กรให้มีสมรรถนะสูงและเป็นที่ยอมรับ

เป้าหมาย

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

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

DRAFT