



## รายงานผลการดำเนินงาน

และการใช้จ่ายงบประมาณตามแผนปฏิบัติการ  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ณ ไตรมาส 2

ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 - 31 มีนาคม 2569

สถาบันรณรงค์คุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

**วิสัยทัศน์ :** สถานพยาบาลมีระบบคุณภาพระดับสากล ประชาชนปลอดภัยด้วยมาตรฐาน HA

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

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

สถาบันได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติงานปี 2569 ไตรมาส 2 มีผลการดำเนินงานดังนี้

รายงานผลการดำเนินงานและการใช้งบประมาณ ตามแผนปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ณ ไตรมาส 2  
(ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 31 มีนาคม 2569)

1. แผนปฏิบัติงาน : สร้างความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพด้วยกระบวนการ HA

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>1</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<b>1.1 โครงการบริหารจัดการเยี่ยมประเมิน การพัฒนาและรับรองคุณภาพที่มี ประสิทธิภาพ</b>	<b>40.0000 ลบ.</b>	<b>18.1013 ลบ.</b>	<b>45.25</b>	1 ตุลาคม 2568 - 31 มีนาคม 2569	1. ร้อยละสถานพยาบาลภาครัฐที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการ สุขภาพ (รพ.ภาครัฐทั้งหมด 1,112 แห่ง) 2. ร้อยละสถานพยาบาลภาคเอกชนที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการ สุขภาพ (รพ.ภาคเอกชนทั้งหมด 379 แห่ง) 3. จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองมาตรฐาน HA ขั้นก้าวหน้า (Advance HA) (สะสม) 4. จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองมาตรฐานระบบเครือข่ายบริการ (สะสม) 5. ร้อยละของสถานพยาบาลที่ไม่สามารถจัดเยี่ยมชมสำรวจได้ตาม แผนประจำปีเนื่องจากข้อจำกัดของสถาบัน (ไม่เกินร้อยละ 5) 6. ร้อยละสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองการพัฒนาและการ รับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (รพ.ภาครัฐรวมเอกชน 1,491 แห่ง) 7. ร้อยละของอำเภอในประเทศไทยที่มีสถานพยาบาลเข้าสู่และ ได้รับการรับรองมาตรฐาน HA (877 อำเภอ) 8. ร้อยละความพึงพอใจของสถานพยาบาลต่อกระบวนการ ประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	ร้อยละ 90.74 (1,009 แห่ง) ร้อยละ 53.30 (202 แห่ง) 25 แห่ง 55 แห่ง ≤ ร้อยละ 5 ร้อยละ 81.22 (1,211 แห่ง) ≥ ร้อยละ 95 ≥ ร้อยละ 85	ร้อยละ 88.98 (985 แห่ง) ร้อยละ 48.96 (188 แห่ง) 26 แห่ง 53 แห่ง ร้อยละ 10 ร้อยละ 78.67 (1,173 แห่ง) ร้อยละ 92.25 (809 แห่ง) ร้อยละ 83.77	1. การจัดเยี่ยมชมสำรวจ ไม่ เป็นไปตามแผน เนื่องจาก สถานการณ์อุทกภัยทาง ภาคเหนือ ภาคกลาง และ ภาคใต้, สถานการณ์ความ ไม่สงบจากการปะทะ ชายแดนไทย-กัมพูชา ทำให้ มีการยกเลิกและเลื่อนการ เยี่ยมสำรวจสถานพยาบาล ทั้งหมด 15 แห่ง 2. สถานพยาบาลขอ เลื่อนการเยี่ยมชมสำรวจจาก แผนการจัดเยี่ยมที่วางไว้ ด้วยเหตุปัจจัยอื่นของ สถานพยาบาล เช่น ความ ไม่พร้อมรับการเยี่ยม การ ปรับปรุงโครงสร้างอาคาร สถานที่ ผู้บริหารติด ภารกิจ 3. การจัดเยี่ยมชมสำรวจ ขั้นพัฒนาไม่เป็นไปตาม แผน เนื่องจาก สถานพยาบาลที่ครบ กำหนด ไม่ส่งเอกสารเพื่อ อ้างอิงขั้นพัฒนา 4. ผลกระทบเรื่องการเดินทางจากสงคราม ตะวันออกกลาง	1. เพิ่มการจัดเยี่ยม สำรอง PDSC ทดแทน 2. กระตุ้นการการ อ้างอิงขั้นพัฒนาเชิงรุก จัดเวทีสร้างการเรียนรู้ สำหรับสถานพยาบาลที่ ครบกำหนดอ้างอิงขั้น พัฒนา 3. พัฒนาระบบการ บริหารจัดการ: • การใช้ center จัดเยี่ยมทุก product – ปรับการมอบหมาย งานโดยนำร่องเป็นทีม และ Multi-task เริ่ม เดือนมีนาคม 2569 • กำหนด SLA จัด ล่วงหน้า 60 วัน/ จัด เยี่ยมล่วงหน้ารอบละ 3 เดือน เริ่มรอบ เม.ย. – พ.ค. 69 - เนื่องจากทีม ใหม่เรียนรู้งาน จึงปรับ แผนเป็นเดือน มิ.ย. – ก.ย. 69 • ปรับเพิ่มรูปแบบ ในการประสานขอวี นผู้เยี่ยมให้หลากหลาย ช่องทางเชิงรับเชิงรุก ในผู้เยี่ยมแต่ละกลุ่ม เช่น เชิงรุกในกลุ่มผู้เยี่ยมที่ เป็นผู้บริหาร • ปรับรูปแบบการ เยี่ยมให้สอดคล้องกับ มาตรฐานฉบับที่ 6 และ Smart Survey :
(1.1.1) โครงการบริหารจัดการการ ประเมินรับรองเพื่อให้ สถานพยาบาลรับรองขั้นพัฒนา ขั้นมาตรฐาน ขั้นก้าวหน้า การเยี่ยมที่หลากหลาย	35.3600 ลบ.	15.4299 ลบ.	43.64						
(1.1.2) โครงการบริหารจัดการ กระบวนการพิจารณารับรอง และการบริหารจัดการกิจกรรม การเฝ้าระวังหลังการรับรอง เพื่อให้สถานพยาบาลได้รับการ กระตุ้นการพัฒนาและอ้าง คุณภาพ ให้ต่อเนื่อง	2.5800 ลบ.	1.1643 ลบ.	45.13						
(1.1.3) โครงการบริหารจัดการและ ยกย่องการพัฒนา	2.0600 ลบ.	1.5071 ลบ.	73.16						

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



โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>1</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
									<p>เป็นแบบออนไลน์ (AS, AHA) และ Hybrid (RS) โดยร่วมกับงานผู้เยี่ยมสำรวจ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• พัฒนากำหนดการเยี่ยมสำรวจ และรูปแบบ agenda เป็น non prepare agenda /ใช้ กำหนดการเยี่ยมสำรวจแบบ AHA ในกลุ่ม รพ. R6 ขึ้นไป เพื่อยกระดับ</li> <li>• พัฒนารูปแบบข้อมูลการจัดเยี่ยมให้เป็นฐานเดียวที่เห็นข้อมูลตลอดสายก่อนระบบ Smart Survey เสร็จสิ้น (ร่วมกับทีม IT)</li> <li>• ปรับรูปแบบการเยี่ยมสำรวจแบบ Online ในช่วงสถานการณ์สงครามตะวันออกกลาง เพื่อลดการใช้พลังงาน</li> </ul> <p>4. การบริหารจัดการผู้เยี่ยมสำรวจ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• การทำ MOA ผู้เยี่ยมสำรวจกลุ่มอิสระ เพื่อเพิ่ม Manday – ทำร่าง MOA ประสานผู้เยี่ยมสำรวจกลุ่มนำร่อง 5 ท่าน อยู่ระหว่างรอวันประชุมเพื่อการรับฟังเพื่อปรับ MOA</li> </ul>

๑๓๓

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>1</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<b>1.2 โครงการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพบริการสถานพยาบาลปฐมภูมิ</b>	<b>2.4750 ลบ.</b>	<b>2.3077 ลบ.</b>	<b>48.07</b>	1 ตุลาคม 2568 - 31 มีนาคม 2569	1. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิอย่างมีส่วนร่วม	ระดับ 4	วัดผลไตรมาส 4	<b>1. ด้านมาตรฐาน</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ความซับซ้อนในการรวบรวมและจัดทำหลักฐานเชิงประจักษ์(Evidence) ของสถานพยาบาลปฐมภูมิให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานสากล (ISQua EEA) ส่งผลให้ต้องมีการปรับปรุงเอกสารตามข้อเสนอแนะ</li> <li>• ความต่อเนื่องของกระบวนการสื่อสารและการตอบข้อซักถามจากทีมเยี่ยมสำรวจภายหลังการ Submit SAR</li> </ul> <b>2. ด้านการพัฒนารูปแบบ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ความซ้ำซ้อน ในการพัฒนามาตรฐานของสรพ. และกระทรวงสาธารณสุขสู่การปฏิบัติ</li> </ul> <b>3. การพัฒนากลไก</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ความซ้ำซ้อน ในการพัฒนามาตรฐานของสรพ. และกระทรวงสาธารณสุขสู่การปฏิบัติ</li> <li>• ความซ้ำซ้อนของการประเมินและความสับสนของพื้นที่ในการใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพ</li> </ul> <b>4. การพัฒนากำลังคน (Quality Expert)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ปัญหาในเชิงนโยบายในการดำเนินงานและการขยายจำนวนศูนย์การพัฒนาและรับรองปฐมภูมิ การรับรองรพ.สต.แห่งใหม่ อาจส่งผลให้จำนวนศูนย์ฯ ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย รวมทั้งกระบวนการจัดทำร่างระเบียบยังไม่ชัดเจนในการดำเนินงาน</li> </ul> <b>5. การพัฒนากำลังคน (Quality Expert)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ปัญหาในเชิงนโยบายในการดำเนินงานและการขยายจำนวนศูนย์การพัฒนาและรับรองปฐมภูมิ การรับรองรพ.สต.แห่งใหม่ อาจส่งผลให้จำนวนศูนย์ฯ ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย รวมทั้งกระบวนการจัดทำร่างระเบียบยังไม่ชัดเจนในการดำเนินงาน</li> </ul>	
(1.2.1) โครงการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพบริการสถานพยาบาลปฐมภูมิทั่วไป	2.0000 ลบ.	2.0591 ลบ.	51.47		2. ร้อยละของสถานพยาบาลปฐมภูมิที่เข้าสู่กระบวนการพัฒนามาตรฐาน สถานพยาบาลปฐมภูมิ (ทั่วไป, เขตเมือง)	ร้อยละ 15 (550 แห่ง)	ร้อยละ 14.29 (500 แห่ง)		<b>2. ด้านการพัฒนารูปแบบ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ความซ้ำซ้อน ในการพัฒนามาตรฐานของสรพ. และกระทรวงสาธารณสุขสู่การปฏิบัติ</li> </ul> <b>3. การพัฒนากลไก</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข และ กสป. ในการขับเคลื่อนร่วมกัน ผ่านคณะทำงานอนุฯ ปฐมภูมิ</li> </ul> <b>4. การพัฒนากำลังคน (Quality Expert)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• สนับสนุนเครื่องมือหรือระบบเรียนรู้และการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ</li> </ul>
(1.2.2) โครงการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพบริการสถานพยาบาลปฐมภูมิเขตเมือง	0.4750 ลบ.	0.2486 ลบ.	31.07		3. จำนวนศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้/ศูนย์การเรียนรู้ที่มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม	12 แห่ง (สะสม)	8 แห่ง (สะสม)		
					4. จำนวนพี่เลี้ยงการพัฒนาคุณภาพปฐมภูมิ	250 (คน)	190 (สะสม)	<b>3. การพัฒนากลไก</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ปัญหาในเชิงนโยบายในการดำเนินงานและการขยายจำนวนศูนย์การพัฒนาและรับรองปฐมภูมิ การรับรองรพ.สต.แห่งใหม่ อาจส่งผลให้จำนวนศูนย์ฯ ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย รวมทั้งกระบวนการจัดทำร่างระเบียบยังไม่ชัดเจนในการดำเนินงาน</li> </ul>	
					5. จำนวนผลงานวิชาการหรือองค์ความรู้ที่ถูกนำไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเชิง วิชาการระดับนานาชาติ	1 (เรื่อง)	1 (เรื่อง)		
					6. จำนวนองค์ความรู้วิชาการหรืองานวิจัยหรือข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เผยแพร่ให้แก่หน่วยงานต้นสังกัดของสถานพยาบาลปฐมภูมิ	2 (เรื่อง)	วัดผลไตรมาส 4	<b>4. การพัฒนากำลังคน (Quality Expert)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• บูรณาการเกณฑ์การประเมิน รูปแบบการประเมินเพื่อพัฒนา</li> </ul>	
					7. จำนวนบุคลากรคุณภาพ (Quality Expert) ที่ขึ้นทะเบียนและมีสมรรถนะ ด้านการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ (ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ/ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพปฐมภูมิ)	40 คน (สะสม)	31 คน		
					8. จำนวนบุคลากรคุณภาพ (Quality Expert) ที่ขึ้นทะเบียนและมีสมรรถนะ ด้านการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ (ผู้เยี่ยมสำรวจ/ผู้เยี่ยมสำรวจด้านปฐมภูมิ)	20 คน (สะสม)	10 คน	<b>5. การพัฒนาสถานพยาบาลปฐมภูมิ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• บูรณาการเกณฑ์การประเมิน รูปแบบการประเมินเพื่อพัฒนา</li> </ul>	
					9. จำนวนบุคลากรคุณภาพ (Quality Expert) ที่ขึ้นทะเบียนและมีสมรรถนะ ด้านการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ (วิทยากร)	30 คน (สะสม)	19 คน		
					10. ระดับความสำเร็จของการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการประเมินรับรอง อย่างชาญฉลาด (ที่สนับสนุนระบบประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ตามมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ)	ทดลองใช้ และ พัฒนาแล้วเสร็จ	อยู่ระหว่างพัฒนาโปรแกรม ส่วนระบบสถานพยาบาล และทดลองใช้ในส่วน SAR กับ QMR รพ.	<b>6. การพัฒนาสถานพยาบาลปฐมภูมิ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• บูรณาการเกณฑ์การประเมิน รูปแบบการประเมินเพื่อพัฒนา</li> </ul>	
					11. มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิได้รับการรับรองระดับสากล	จัดส่งแบบประเมินตนเองแล้วเสร็จ	จัดส่งแบบประเมินตนเองแล้วเสร็จ และ อยู่ระหว่างการพิจารณา		

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>1</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
								<ul style="list-style-type: none"> <li>เนื่องจากมีปัจจัยภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน ทำให้ต้องทบทวนบทบาทการดำเนินงานของ สรพ. ส่งผลให้ชะลอการทำงานในไตรมาส 2 และจะปรับกิจกรรม ดำเนินการต่อไปในไตรมาสต่อไป</li> </ul> <p><b>5. การพัฒนาสถานพยาบาลปฐมภูมิ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>การไม่สามารถขยายผลเพื่อเตรียมความพร้อมสถานพยาบาลเข้าสู่กระบวนการพัฒนาและรับรอง</li> <li>ความพร้อมของสถานพยาบาลปฐมภูมิในพื้นที่ และความสับสนในการใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพของ กสป. และ สรพ.</li> <li>ความไม่เข้าใจในการนำแนวคิด มาตรฐาน ไปสู่การปฏิบัติ และการใช้เครื่องมือประกอบการประเมินตนเอง</li> </ul>	<p>สถานพยาบาลปฐมภูมิร่วมกับ กสป.และนำมาสู่การยกระดับการประเมินรับรองจาก สรพ.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>การเชื่อมโยงฐานข้อมูลการประเมินรับรองร่วมกับ กสป.</li> <li>การส่งเสริมบทบาทการขับเคลื่อนการพัฒนาและกำกับติดตามของศูนย์พัฒนาฯ ระดับพื้นที่</li> <li>บูรณาการร่วมกับหน่วยงานกำกับในการส่งเสริมการยกระดับการพัฒนาคุณภาพและสนับสนุนงบประมาณ (ค่าธรรมเนียม)</li> <li>จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลลัพธ์คุณภาพ</li> <li>แนวทางการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบระดับจังหวัด โดยคัดเลือก รพ.สต.</li> <li>ที่มความพร้อมจังหวัดละ 1-2 แห่ง เป็นหน่วยนำร่องเพื่อการเรียนรู้และขยายผลการพัฒนาคุณภาพ</li> </ul>

๖๖

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>1</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<b>1.3 โครงการเพิ่มประสิทธิภาพระบบการประเมินและรับรองด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล (Intelligence Survey)</b> (1.3.1) โครงการเพิ่มประสิทธิภาพระบบการประเมินและรับรองด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล (Intelligence Survey) (1.3.2) โครงการการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ	0.8000 ลบ.  0.4346 ลบ.  0.3654 ลบ.	0.1781 ลบ.  ดำเนินกิจกรรมแล้วแต่ไม่ได้ใช้งบประมาณ  0.1781 ลบ.	22.26  -  48.74	1 ตุลาคม 2568 - 31 มีนาคม 2569	1. ร้อยละความสำเร็จของการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการประเมินรับรองอย่างชาญฉลาด (ด้านการพัฒนาระบบ) 2. ร้อยละความสำเร็จของการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการประเมินรับรองอย่างชาญฉลาด (ด้านการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมสำรวจ) 3. จำนวนของสถานพยาบาลที่ไม่สามารถจัดเยี่ยมสำรวจได้ตามแผนการเยี่ยมสำรวจประจำปีงบประมาณ เนื่องจากข้อจำกัดของสถาบัน 4. ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้โปรแกรม 5. ระดับความสำเร็จตามเป้าหมายของแผนการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติและประเมินผล	ร้อยละ $\geq 75$  ร้อยละ $\geq 75$  $\leq 20$ แห่ง  ร้อยละ 80  ร้อยละ $\geq 75$	ร้อยละ 40  ร้อยละ 53.3  25 แห่ง  วัดผลไตรมาส 4 อยู่ระหว่างจัดเก็บข้อมูล ร้อยละ 60	1. ความล่าช้าในการส่งงวดงาน พัฒนโปรแกรม Smart Survey เนื่องจากมีการปรับปรุงระเบียบหลักเกณฑ์การประเมินรับรอง ให้สอดคล้องตามมาตรฐาน HA ฉบับที่ 6 ซึ่งระเบียบดังกล่าวส่งผลต่อการปรับปรุงกระบวนการสำคัญ 2. ความล่าช้าแผนการพัฒนา AI for surveyor Assistant และความไม่เชี่ยวชาญในการพัฒนา 3. สถานพยาบาลมีความสนใจเข้าร่วมโครงการนำร่อง sandbox มากกว่าเป้าหมายที่กำหนด 4. การสร้างความเข้าใจผู้เกี่ยวข้อง และการปรับวิธีการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับระเบียบใหม่	1. มีที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำในการพัฒนาระบบ AI for surveyor Assistant 2. การพัฒนาเป็น QI Plan ของสถาบัน เพื่อบูรณาการงานกับทุกภาคส่วน ในการพัฒนาร่วมกับ Platform อื่น เช่น Quality platform (THIP/NLRS) +health care result Data warehouse และการพัฒนารูปแบบการเยี่ยม 3. การวางแผนบูรณาการการทำงานร่วมกัน ส่วนงานที่เกี่ยวข้อง 4. การสื่อสารและทำความเข้าใจทุกส่วนงาน เพื่อออกแบบวิธีการทำงานให้สอดคล้องกับระเบียบใหม่

2. แผนปฏิบัติงาน: เสริมพลังความร่วมมือเครือข่ายเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>2</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<b>2.1 โครงการเสริมพลังความร่วมมือเครือข่าย เพื่อคุณภาพและความปลอดภัย</b>	<b>2.4750 ลบ.</b>	<b>0.5600 ลบ.</b>	<b>22.63</b>	1 ตุลาคม 2568 - 31 มีนาคม 2569	1. ความครอบคลุมของเครือข่ายเชิงพื้นที่ 2. ผลงานการพัฒนาคุณภาพ/บทเรียน/เรื่อง เล่าความสำเร็จ 3. พี่เลี้ยงคุณภาพในพื้นที่ได้รับ การอบรม พัฒนา มีความรู้และทักษะด้านการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด 4. ความพึงพอใจของคู่ความร่วมมือต่อการดำเนินงาน 5. คู่ความร่วมมือที่มีความสำเร็จในการ ยกย่องระดับคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล 6. เครือข่ายชุมชน สังคมและองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ให้การสนับสนุน การพัฒนาและรับรองคุณภาพ 7. ความพึงพอใจของภาคี เครือข่ายในระดับชุมชน สังคม และองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ต่อการดำเนินงานของเครือข่าย 8. ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมและบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในระดับ ชุมชน สังคม และอปท.	ร้อยละ 92 เรื่อง 20 ร้อยละ 80	ร้อยละ 92 วัดผลไตรมาส 4 ดำเนินการในไตรมาส 3 วัดผลไตรมาส 4 7 แห่ง	1. การโอนงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานศูนย์ความร่วมมือฯ ไม่เป็นไปตามแผน เกิดจากหมวดงบประมาณในการสนับสนุนและระเบียบการสนับสนุนยังไม่ชัดเจน_	1. ปรับปรุงหมวดค่าใช้จ่าย 2. เสนอการจัดทำระเบียบในการสนับสนุนการดำเนินงานของ HACCC 3.ปรับวิธีการสนับสนุนการดำเนินงานวิธีอื่น
(2.1.1) โครงการ เพิ่มความครอบคลุมและขีดความสามารถของเครือข่ายระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิผล	2.0000 ลบ.	0.5263 ลบ.	26.31			ร้อยละ 80 9 แห่ง	วัดผลไตรมาส 4 7 แห่ง	หมวดงบประมาณในการสนับสนุนและระเบียบการสนับสนุนยังไม่ชัดเจน_	
(2.1.2) โครงการสร้างความร่วมมือกับองค์กรเครือข่ายในประเทศและต่างประเทศ เพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาลให้ได้รับการยอมรับระดับสากล	0.4750 ลบ.	0.0337 ลบ.	7.10			12 แห่ง ร้อยละ 80 ระดับ	8 แห่ง วัดผลไตรมาส 4 ระดับ 1 เตรียมแผนดำเนินการ	2. กิจกรรมในด้านปฐมนิเทศ เป็นเชิงนโยบายในการขยายศูนย์การพัฒนาและรับรอง ทำให้ตัวชี้วัดอาจไม่เป็นไปตามเป้าหมาย รวมทั้งกระบวนการจัดทำร่างระเบียบยังไม่ชัดเจนในการดำเนินงาน	

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

3. แผนปฏิบัติงาน: ยกระดับการจัดการความรู้และนวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>3</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงานปัจจุบัน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
3.1 โครงการยกระดับการจัดการความรู้ และนวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง (3.1.1) โครงการจัดการความรู้เพื่อสร้างผลงานวิชาการ ศึกษาวิจัย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (3.1.2) โครงการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลรัฐ ระยะที่ 4	12.3731 ลบ.	11.3969 ลบ.	92.11	1 ตุลาคม 2568 - 31 มีนาคม 2569	1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้รับการนำไปใช้ในระดับชาติหรือระดับนานาชาติ 2. จำนวนองค์ความรู้วิชาการ งานวิจัยและนวัตกรรมจำนวน ผลงานการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง/นวัตกรรมตามแผนพัฒนาคุณภาพระดับองค์กร 3. ร้อยละความพึงพอใจของประชาชนต่อสถานพยาบาลมาตรฐาน HA 4. ร้อยละความไว้วางใจของประชาชนต่อสถานพยาบาลมาตรฐาน HA	4 เรื่อง (สะสม)	วัดผลไตรมาส 4	1. การจัดการกิจกรรมทับซ้อน: กิจกรรมในโครงการ (เช่น KM, Bootcamp) มีช่วงเวลาที่กระชั้นชิดหรือทับซ้อนกับภารกิจหลักและโครงการอื่น 2. ความร่วมมือต่ำ: ผู้เข้าร่วมไม่เข้าประชุมตามนัดหมาย และการร่วมกิจกรรมแบบ Onsite ลดลง 3. ความชัดเจนของรูปแบบ: กระบวนการถอดองค์ความรู้ภายในยังไม่ชัดเจน 4. ความซับซ้อนของข้อมูล: การขอจริยธรรมวิจัย (IRB) มีเอกสารจำนวนมาก และที่ปรึกษา/ผู้ดำเนินงานยังขาดประสบการณ์ในเกณฑ์ใหม่ 5. การเตรียมข้อมูลเชิงนโยบาย: ขาดการเตรียมข้อมูลหรืองานวิจัยที่พร้อมจะยกระดับเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย	1. บูรณาการแผนงาน: ควรประสานงานกลางเพื่อทำปฏิทินรวม (Master Calendar) ป้องกันกิจกรรมชนกัน 2. เร่งรัดติดตามพัสดุ: กำหนด Timeline การจัดทำ TOR ให้เร็วขึ้น และติดตามกระบวนการจัดจ้างอย่างใกล้ชิด 3. ปรับรูปแบบกิจกรรม: ใช้การประชุมรูปแบบ Hybrid หรือ Micro-learning ที่ใช้เวลาสั้นแต่สม่ำเสมอ 4. จัดทำคู่มือ/Standard: พัฒนาแบบฟอร์มมาตรฐานสำหรับการถอดบทเรียน (KM Template) และจัดทำ Checklist สำหรับการขอจริยธรรมวิจัย 5. จัดอบรมเพิ่มทักษะเฉพาะด้าน เช่น การใช้ AI ช่วยในงาน KM หรือการทำวิจัย 6. สร้างพี่เลี้ยงวิชาการ: มีระบบ Mentor ช่วยคัดกรองและพัฒนาผลงานจากงานประจำให้กลายเป็นงานวิจัยเชิงนโยบายที่พร้อมนำเสนอ
	1.0000 ลบ.	0.6437 ลบ.	64.37			20 เรื่อง (สะสม)	22		
	11.3731 ลบ.	10.7532 ลบ.	94.55			≥ร้อยละ 80	อยู่ระหว่างการขอจริยธรรมการวิจัย		
						≥ร้อยละ 87	อยู่ระหว่างการขอจริยธรรมการวิจัย		

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



โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>3</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
					4. จำนวนมาตรฐานที่มีการทบทวนและปรับปรุงเสนอต่อคณะกรรมการ (มาตรฐาน) 5. จำนวนรูปแบบการประเมินรับรองหรือเครื่องมือที่มีการปรับปรุงและประกาศใช้  6. จำนวนผลงานวิชาการ/วิจัย/นวัตกรรม/ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ด้านการพัฒนามาตรฐานและการประเมินรับรองที่เผยแพร่สู่สาธารณะหรือได้นำเสนอเพื่อเป็นประเด็นขับเคลื่อนเชิงนโยบาย  7. จำนวนมาตรฐานการรับรองคุณภาพของสถาบันได้รับการรับรองจากหน่วยงานสากล ISQua EEA ต่อเนื่อง (สะสม)	1 มาตรฐาน  2 เรื่อง  2 เรื่อง  2 มาตรฐาน	1 มาตรฐาน  วัดผลไตรมาส 4 • เครื่องมือแบบประเมินตนเองประกอบมาตรฐาน HA  วัดผลไตรมาส 4 • อยู่ระหว่างการพัฒนาผลงานวิชาการFracture hip  2 มาตรฐาน		
<b>3.4 โครงการพัฒนากลไกเพื่อความปลอดภัยความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร สาธารณสุขและประชาชนอย่างมีส่วนร่วม (ระยะที่ 3)</b>	<b>13.3410 ลบ.</b>	<b>9.7584 ลบ.</b>	<b>73.15</b>	1 ตุลาคม 2568 - 31 มีนาคม 2569	1. สถานพยาบาลที่ร่วมพัฒนากลไกและนวัตกรรมเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย 2. สถานพยาบาลมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในทุกมิติในระบบบริการสุขภาพในระดับดีขึ้น 3. อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ของสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองขั้นพัฒนา/ขั้นมาตรฐานที่ได้รับการแก้ไขในระดับความรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (E-Up) 4. อัตราความผิดพลาดที่ป้องกันได้ที่มีระดับรุนแรงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอาจทำให้เสียชีวิตลดลง (คำนวณชั้น 3 ขึ้นไป) 5. จำนวนกลไกขับเคลื่อนเชิงระบบ ที่เกิดจากการดำเนินงานร่วมกับคู่ความร่วมมือ ทั้งในประเทศ/ต่างประเทศ และประชาชน 6. บทเรียนในระบบบริการสุขภาพจัดทำเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy) ที่เป็นผลจากการดำเนินงาน 3P Safety 7. งานวิจัย หรือองค์ความรู้เกี่ยวกับ 3P Safety ได้รับการเผยแพร่หรือมีการตีพิมพ์ในประเทศและต่างประเทศ 8. ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาลที่แสดงการวัด ผลลัพธ์ตอนที่ IV ในการเยี่ยมรับรอง (เริ่มไตรมาส 2)	ร้อยละ 70 ร้อยละ 70 ร้อยละ 40 ร้อยละ 6.0 ร้อยละ 6.0 4 กลไก 1 เรื่อง 1 เรื่อง ร้อยละ 55	ร้อยละ 68 วัดผลไตรมาส 3 ร้อยละ 40.68 ร้อยละ 5.37 ร้อยละ 5.28 1 กลไก วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4	1. รพ.สมาชิกส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน งบประมาณและบุคลากรน้อย 2. ผลักดันเป็นนโยบายร่วมกับหน่วยกำกับสถาน พยาบาล 3. จำนวนเจ้าหน้าที่ไม่สอดคล้องกับปริมาณงานโครงการที่มีขนาดใหญ่ และมีการหมุนเวียนเข้า-ออก ขาดการต่อเนื่องในการดำเนินงาน 4. สถานการณ์สงคราม ตะวันออกกลาง ส่งผลกระทบต่อประเทศไทย ทั่วโลก รวมประเทศไทย รัฐบาลจึงมีแผนบริหารจัดการงบประมาณ ทำให้งบประมาณถูกตัดไปในการพัฒนาคุณภาพด้านความปลอดภัยในสถานพยาบาล	1. การหาหรือการขับเคลื่อนด้านความปลอดภัยกับหน่วยงาน ภาคีที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนร่วมกัน 2. ใช้กลไกคณะกรรมการขับเคลื่อนฯ ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน 3. จัดทำอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ให้สอดคล้องกับปริมาณงานโครงการที่มีขนาดใหญ่ (ทั้งแบบจ้างเหมาบริการ/เจ้าหน้าที่ประจำ) 4. จัดหาวิชาการที่มีทักษะการคิดวิเคราะห์สร้างงานทางวิชาการ และมองภาพรวมงานเชิงระบบได้ ในการเข้ามาช่วยขับเคลื่อนเชิงนโยบายฯ และสามารถจัดทำข้อมูลที่สะท้อนผลลัพธ์ได้ รวมทั้งกำกับติดตามงานอย่างใกล้ชิด มีความรู้ ความสามารถที่หลากหลาย มีใจในการทำงานทุ่มเท เสียสละและมีการทำงานที่ยืดหยุ่นได้ 5. วางแผนงานให้สอดคล้องกับแผนงาน และงบประมาณที่จำกัด เพื่อให้สถานพยาบาลได้
(3.4.1) โครงการพัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่สำคัญในการขับเคลื่อนด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร สาธารณสุข และประชาชน ; ส่วนงานประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพ	11.8930 ลบ.	9.2774 ลบ.	78.00						
(3.4.2) โครงการสร้างและพัฒนาระบบข้อมูลองค์ความรู้และงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรและประชาชน	1.2170 ลบ.	0.4810 ลบ.	39.52						
(3.4.3) โครงการขับเคลื่อนนโยบาย กำกับ และอภิบาลระบบบริการสุขภาพเพื่อความปลอดภัย ของผู้ป่วย	0.2310 ลบ.	ดำเนินกิจกรรมแล้วแต่ไม่ได้ใช้งบประมาณ	-						

*(Handwritten signature)*

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>3</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
บุคลากรสาธารณสุขและประชาชน					9. ร้อยละสถานพยาบาลเข้าร่วมการจัดประชุม World Patient Safety Day & 3P Safety (Patient/ Personal/ People) 10. สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยเพื่อนำมาปรับระบบงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรมีความปลอดภัย 11. สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีการรับฟังเสียง/เรียนรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วยเพื่อนำมาปรับระบบงานให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย	ร้อยละ 70 ร้อยละ 70 ร้อยละ 70	วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 3 วัดผลไตรมาส 3		ประโยชน์สูงสุด ประชาชนเข้าถึงระบบบริการได้มีคุณภาพและความปลอดภัย
3.5 โครงการ HAI-NEX Hub: ศูนย์นวัตกรรมและการเรียนรู้แห่งอนาคตของระบบสุขภาพไทย (3.5.1) โครงการประเมินความคุ้มค่าของการดำเนินงานของ สรพ. ตามพันธกิจในระบบสาธารณสุขไทย	1.5000 ลบ.  1.5000 ลบ.	0.0773 ลบ.  0.0773 ลบ.	5.15  5.15	1 ตุลาคม 2568 - 31 มีนาคม 2569	1. จำนวนบทความวิชาการที่ได้รับการเผยแพร่ในระดับชาติหรือนานาชาติ 2. จำนวนข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้รับการนำไปใช้ใน ระดับชาติหรือระดับนานาชาติ 3. ข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์มีความชัดเจน สอดคล้องกับบริบท 4. เกิดเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในการขับเคลื่อนคุณภาพและความปลอดภัยของระบบสุขภาพ	1 บทความ  1 เรื่อง  ร้อยละ 80  ร้อยละ 80	วัดผลไตรมาส 4 • อยู่ระหว่างพัฒนาเครื่องมือ วัดผลไตรมาส 4 • อยู่ระหว่างพัฒนาเครื่องมือ วัดผลไตรมาส 4 • ร่างผลการดำเนินงานระยะแรก วัดผลไตรมาส 4 • มีการประชุมกลุ่ม stakeholder	1. ระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาลบางแห่งมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูลเนื่องจากข้อกำหนดด้านความปลอดภัยของข้อมูลและสิทธิ์การเข้าถึงส่งผลให้การรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ทำได้ยากและใช้เวลามากกว่าที่คาดการณ์ 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลบางส่วนมีค่าใช้จ่ายสูงและต้องผ่านกระบวนการอนุมัติงบประมาณหลายขั้นตอนส่งผลให้การจัดหาเครื่องมือใช้เวลานานกว่าที่วางแผน 3. การดำเนินการจัดจ้างที่ปรึกษามีความล่าช้าเนื่องจากมีการปรับขอบเขตการดำเนินงานให้มีความชัดเจนมากขึ้นและต้องคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญที่มีความเหมาะสมกับขอบเขตงานเฉพาะด้าน 4. แนวทางการประเมินเวชระเบียนต้องอ้างอิงหลายมาตรฐานและหลักเกณฑ์ทำให้ต้องใช้เวลาในการนัดหมายผู้เชี่ยวชาญจากหลายหน่วยงานเพื่อให้ข้อเสนอแนะ	1. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดแนวทางการเข้าถึงข้อมูลที่เหมาะสมและเตรียมรูปแบบข้อมูลที่เหมาะสมสำหรับกรวิเคราะห์เพื่อลดระยะเวลาในการดำเนินงาน 2. วางแผนจัดลำดับความสำคัญของเครื่องมือที่จำเป็นและเตรียมข้อมูลประกอบการขออนุมัติงบประมาณล่วงหน้าเพื่อให้สามารถดำเนินการได้ตามแผนในไตรมาสถัดไป 3. ปรับแผนการดำเนินงานโดยกำหนด TOR ให้มีความชัดเจนมากขึ้น และดำเนินการสรรหาผู้เชี่ยวชาญเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถดำเนินการจัดจ้างได้ในไตรมาสถัดไป 4. จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญเป็นระยะและรวบรวมข้อเสนอแนะเพื่อนำมาปรับ ประสานแนวทางการประเมินให้มีความครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

4. แผนปฏิบัติงาน : พัฒนาทุนมนุษย์เพื่อนับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>4</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<b>4.1 โครงการพัฒนาและยกระดับสู่การเป็นสถาบันฝึกอบรม HAI Academy</b>	<b>25.1148 ลบ.</b>	<b>6.9278 ลบ.</b>	<b>27.58</b>	1 ตุลาคม 2568 - 31 มีนาคม 2569	1. จำนวนของ Quality Expert ที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบัน (ผู้เยี่ยมสำรวจและที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ) 2. ร้อยละของจังหวัดที่มีที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ 3. จำนวนหลักสูตรฝึกอบรมหรือหลักสูตรการศึกษาดูงาน ที่ได้รับการยอมรับจากหน่วยงานภายนอกหรือระดับสากล 4. ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีผู้บริหารด้านคุณภาพ (QMR) หรือผู้จัดการศูนย์คุณภาพผ่านการอบรมหลักสูตรของสถาบัน 5. ระดับความสำเร็จการจัดการแผนการสร้างและพัฒนาบุคลากรขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพในประเทศไทย 6. ร้อยละของ Quality expert ที่มีสมรรถนะตาม competency model 7. จำนวนผลงานวิชาการ/วิจัย/ ถอดบทเรียนที่สะท้อนให้เห็นคุณค่าของผู้เยี่ยมสำรวจ/QC หรือการเยี่ยมสำรวจกับการยกระดับคุณภาพสถานพยาบาล 8. ร้อยละของบุคลากรของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมอบรมกับหลักสูตรของสถาบัน สามารถนำการอบรมไปใช้ประโยชน์	ผู้เยี่ยม=197 คน ที่ปรึกษา=140 คน ร้อยละ 80 2 หลักสูตร ร้อยละ 30 ระดับ 4 ร้อยละ 85 1 เรื่อง ผลการดำเนินงานปี 68+X	วัดผลไตรมาส 4 ร้อยละ 66.83 1 หลักสูตร (ศรีลังกา) ร้อยละ 20 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4	เนื่องจากมีการปรับรูปแบบการสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจจากเดิม ทำให้ต้องประสานความร่วมมือจากหลายส่วนในการดำเนินการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานด้านปฏิบัติการ เพื่อให้สามารถพัฒนาผู้เยี่ยมได้ และเนื่องจากมีการปรับรูปแบบจำเป็นที่จะต้องผ่านความเห็นชอบจากผู้บริหาร และคณะกรรมการผู้เยี่ยมสำรวจ ทำให้เกิดความล่าช้าในการดำเนินการ	ปรับแผนการดำเนินงาน โดยวางแผนการจัดกิจกรรมในไตรมาส 3
(4.1.1) โครงการสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมตามมาตรฐานสากล	5.7000 ลบ.	2.7613 ลบ.	48.44						
(4.1.2) โครงการสร้างและพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ	0.9500 ลบ.	0.1234 ลบ.	12.99						
(4.1.3) โครงการพัฒนาหลักสูตร และฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุข	17.5780 ลบ.	3.9362 ลบ.	22.39						
(4.1.4) โครงการสร้างและพัฒนา QMR	0.5870 ลบ.	ดำเนินกิจกรรมแล้วแต่ไม่ได้ใช้งบประมาณ	-						
(4.1.5) โครงการยกระดับการจัดการความรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง	0.2998 ลบ.	0.1069 ลบ.	35.67						
<b>4.2 โครงการบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะและส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร</b>	<b>3.0000 ลบ.</b>	<b>1.0831 ลบ.</b>	<b>36.10</b>	1 ตุลาคม 2568 - 31 มีนาคม 2569	1. จำนวนบุคลากรที่มีผลงานนำเสนอต่างประเทศ 2. ร้อยละอัตราการลาออกของเจ้าหน้าที่ประจำ 3. จำนวนหลักสูตรที่จัดฝึกอบรมให้แก่บุคลากรภายในสถาบัน 4. จำนวนผลงานการพัฒนาคุณภาพและนวัตกรรมของบุคลากรภายในองค์กรที่ดำเนินการสำเร็จในปีที่ประเมิน 5. ร้อยละของการครองตำแหน่งของเจ้าหน้าที่ตามกรอบอัตราตำแหน่งในสิ้นปีงบประมาณ 6. ร้อยละของการปรับปรุงกระบวนการทำงาน Work Instruction แล้วเสร็จ 7. ระดับความสำเร็จของแผนเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารทรัพยากรมนุษย์ 8. ร้อยละความผูกพันของบุคลากร	9 คน ร้อยละ ≤20 10 หลักสูตร 30 ผลงาน ร้อยละ 95 ร้อยละ 80 ระดับ 4 ร้อยละ 70	วัดผลไตรมาส 4 • 9 คน อยู่ระหว่างพิจารณาผลงาน ร้อยละ 5 5 หลักสูตร วัดผลไตรมาส 4 • ขับเคลื่อน CQI ร้อยละ 98.75 วัดผลไตรมาส 4 • อยู่ระหว่างทบทวน WI ใหม่ ระดับ 3 วัดผลไตรมาส 4 • จัดทำแผนพัฒนาจากผลสำรวจ	การจัดอบรม In House มีการกำหนดวันไว้แล้วตามแผน แต่มีการเลื่อนสื่อสาร ทำให้ ผอ. เจ้าหน้าที่เข้าร่วมกิจกรรมโครงการอาวุโส /ผอ. โครงการ ไม่สะดวกเข้าอบรม	จัดทำแผนการสื่อสารล่วงหน้า และจัดทำตารางลือวันกิจกรรมในปฏิทินของสถาบัน เพื่อเชิญเจ้าหน้าที่เข้าร่วมกิจกรรมให้ชัดเจนก่อนเริ่มโครงการล่วงหน้า 2-3 เดือน
(4.2.1) โครงการยกระดับความสามารถและพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทุกระดับ สนับสนุนแผนปฏิบัติการสถาบัน	0.1760 ลบ.	0.1606 ลบ.	91.25						
(4.2.2) โครงการเพิ่มประสิทธิภาพและการบริหารระบบทรัพยากรมนุษย์	2.8240 ลบ.	0.9225 ลบ.	32.67						

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

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>4</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
					<p>9. ร้อยละของบุคลากรที่ตอบแบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมที่ควรดำเนินการสะท้อนค่านิยมในองค์กร คะแนน 4-5</p> <p>10. ร้อยละของบุคลากรที่มีสมรรถนะตาม competency model</p> <p>11. ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบการบริหารและพัฒนาบุคคล</p>	<p>ร้อยละ 70</p> <p>ร้อยละ 30</p> <p>ร้อยละ 70</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>จัดทำโครงการสำคัญ เช่น ค.สื่อสารภายในองค์กร, ก.สร้างขวัญและกำลังใจ</li> </ul> <p>ร้อยละ 52.13</p> <p>วัดผลไตรมาส 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>วิเคราะห์ Gap สมรรถนะรายบุคคล</li> <li>จัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (IDP)</li> <li>เริ่มดำเนินกิจกรรมพัฒนา</li> </ul> <p>วัดผลไตรมาส 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>จัดทำเครื่องมือและเริ่มใช้งานแล้ว</li> <li>มีการดำเนินกิจกรรมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</li> <li>ได้รับผลสำรวจเบื้องต้นและมีการนำมาปรับปรุง</li> </ul>		

๗๗

5. แผนปฏิบัติงาน : การพัฒนาองค์กรให้มีสมรรถนะสูงและเป็นที่น่าไว้วางใจ

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>5</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<p><b>5.1 โครงการยกระดับองค์กรสู่ความเป็นเลิศอย่างยั่งยืน</b></p> <p>(5.1.1) โครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และการติดตามประเมินผล</p> <p>(5.1.2) โครงการส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรคุณภาพ</p> <p>(5.1.3) โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบเอกสารคุณภาพและการลดต้นทุนขององค์กร</p>	<p>6.3600 ลบ.</p> <p>4.2000 ลบ.</p> <p>2.1600 ลบ.</p> <p>-</p>	<p>3.0663 ลบ.</p> <p>1.5082 ลบ.</p> <p>1.5581 ลบ.</p> <p>ดำเนินกิจกรรมแต่ไม่ใช้งบประมาณ</p>	<p>48.21</p> <p>35.91</p> <p>72.13</p> <p>-</p>	<p>1 ตุลาคม 2568 - 31 มีนาคม 2569</p>	<p>1. ความสำเร็จการอ้างการรับรอง ISQuaEEA-Organization</p> <p>2. ความสำเร็จของการเข้าสู่กระบวนการประเมินรับรอง TQC</p> <p>3. องค์กรได้รับการประเมิน ITA</p> <p>4. ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการขับเคลื่อนวัฒนธรรมองค์กรคุณภาพ</p> <p>5. ระดับการประเมินผลองค์กรมหาชน</p>	<p>รายการระดับ 4</p> <p>ระดับดี (85-94.99 คะแนน)</p> <p>ร้อยละ 80</p> <p>ระดับดี (ตั้งแต่ 95 คะแนนขึ้นไป)</p>	<p>ผ่านการรับรองวัดผลไตรมาส 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ยื่นขอรับการตรวจประเมิน TQC วันที่ 31 มี.ค.69</li> <li>วัดผลไตรมาส 4</li> <li>ดำเนินงานตามกรอบระยะเวลาที่ ปชช.กำหนด</li> </ul> <p>วัดผลไตรมาส 4</p> <p>วัดผลไตรมาส 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>จัดทำ Template รายงานผลแล้วเสร็จ</li> <li>รวบรวมและติดตามผลการดำเนินงาน รอบ 6 เดือน</li> </ul>	<p>1. การจ้างเหมาดำเนินการจัดจ้างประเมินผลความพึงพอใจและความเชื่อมั่นฯ ปี 2569 ล่าช้ากว่าแผนเนื่องจากเปลี่ยนผู้รับจ้าง แต่สามารถจัดจ้างได้เรียบร้อยในไตรมาส 2</p> <p>2. การจัดทำ (ร่าง) บันทึกข้อตกลงการประเมินความคุ้มค่า รอบ 2 ต้องขยายเวลาดำเนินงาน เนื่องจากสำนักงาน ก.พ.ร. ปรับปฏิทินดำเนินงานเป็นมิถุนายน 2569 เป็นต้นไป และผู้ตรวจประเมินภายนอกจะเข้าตรวจประเมินความคุ้มค่า ของสถาบันรอบแรก ในวันที่ 10 เมษายน 2569 ส่งผลให้การได้รับผลตรวจประเมินจะต้องล่าช้าออกไป ซึ่งส่งผลต่อเนื่องถึงการจัดทำ (ร่าง) บันทึกข้อตกลงฯ รอบ 2 เพราะการปรับปรุงตัวชี้วัด Result Chain รอบที่ 2 ให้เหมาะสมต้องรอข้อเสนอแนะและผลการประเมินฯ จากผู้ตรวจประเมินภายนอกในรอบแรกด้วย</p> <p>3. การจัดประชุมคณะทำงานความเสี่ยงฯ</p>	<p>1. ติดตามกระบวนการจัดทำกิจกรรมประเมินผลความพึงพอใจ อย่างเป็นกิจจะลักษณะ เพื่อให้ทราบความคืบหน้าและปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น</p> <p>2. ประสานผู้รับจ้างในการจัดทำ (ร่าง) บันทึกข้อตกลงประเมินความคุ้มค่า รอบ 2 จากผลการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และนำเสนอเป็นแนวทางเบื้องต้นต่อคณะ SLT ในเดือน พ.ค.69</p> <p>3. กำหนดแผนการดำเนินกิจกรรมโครงการย่อยที่ 2 และ 3 ในไตรมาสที่ 3-4 ให้แล้วเสร็จ อย่างเร่งด่วน เพื่อให้มีเป้าหมายและแนวทางการขับเคลื่อนที่ชัดเจน รวมถึงการตั้งคณะทำงานที่เกี่ยวข้องหากมีความจำเป็นเพื่อมอบหมายความรับผิดชอบที่ชัดเจน</p>

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

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>5</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
								มี คณะทำงานจากหลายส่วนงาน ทำให้การหาวัน-เวลาที่เหมาะสมในการประชุมร่วมกันยาก 4.จากสถานการณ์ภาวะสงครามอิหร่าน-อิสราเอล-USA ส่งผลต่อสถานการณ์น้ำมันของประเทศ รัฐบาลจึงกำหนดมาตรการห้ามเดินทางประชุมต่างประเทศ หากไม่ได้ประสานงานการเดินทางไว้ล่วงหน้าแล้วส่งผลให้แผนการใช้จ่ายงบประมาณกิจกรรมที่ 3 ของโครงการย่อยที่ 1 อาจมีงบประมาณคงเหลือ 5.การขับเคลื่อนงานภายใต้โครงการย่อยที่ 2 และ 3 ยังไม่มีแผนการดำเนินกิจกรรมที่ชัดเจนรวมทั้งการถ่ายทอดงานจากทีมงานชุดเก่าสู่ทีมงานชุดใหม่ยังประสบปัญหาในเรื่องการถ่ายทอดข้อมูลต่างๆ	
5.2 โครงการพัฒนาและยกระดับองค์กรให้มีความพร้อมสู่การเป็นรัฐบาลดิจิทัล	12.3478 ลบ.	9.2939 ลบ.	75.27	1 ตุลาคม 2568 - 31 มีนาคม 2569	1. จำนวนระบบและโปรแกรมที่ได้รับการดูแลและรักษาให้สามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง 2. ความพร้อมของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (SLA) 3. จำนวนผู้ผ่านทดสอบการอบรมความตระหนักรู้ด้านความปลอดภัย 4. ความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบสารสนเทศ 5. ระดับความเป็น Digital Office	7 ระบบ  ≥ ร้อยละ 99.9 ร้อยละ 100  ≥ ร้อยละ 75 ระดับ 4	7 ระบบ  ร้อยละ 100 ≥ ร้อยละ 78  วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4	-ไม่มี-	-ไม่มี-
(5.2.1) โครงการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	8.5078 ลบ.	7.0084 ลบ.	82.38						
(5.2.2) โครงการเพิ่มประสิทธิภาพระบบคลาวด์ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	3.8400 ลบ.	2.2856 ลบ.	59.52						

ณ.น.น.

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>5</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<b>5.3โครงการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยสถานพยาบาลด้วยการบูรณาการข้อมูลและปัญญาประดิษฐ์ (HA D&amp;AI)</b> (5.3.1) โครงการพัฒนาศูนย์นวัตกรรมสารสนเทศและข้อมูลเพื่อยกระดับการเรียนรู้ระบบคุณภาพสถานพยาบาล (HA+ Data Hub) ระยะ 4 ปี พ.ศ. 2568-72 Phase 2 (5.3.2) โครงการยกระดับระบบรายงานและเรียนรู้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์	8.1905 ลบ.	3.9910 ลบ.	48.73	1 ตุลาคม 2568 - 31 มีนาคม 2569	1. มี ระบบ Smart HAI Dashboard 2. ความสำเร็จของการพัฒนาระบบงานได้ตามแผนที่กำหนด 3. ร้อยละความพึงพอใจของการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ (กลุ่มเป้าหมาย) 4. ความพึงพอใจในการทำงานของ AI 5. ลดระยะเวลาในการออกรายงาน 6. ลดเวลาการวิเคราะห์เหตุการณ์ความเสี่ยง 7. ลดค่าใช้จ่ายในการจัดการข้อมูลรายงานเหตุการณ์	1 ระบบ ร้อยละ 100 ≥ ร้อยละ 75  ≥ ร้อยละ 75 ร้อยละ 30 ร้อยละ 10 ร้อยละ 10	วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4  วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4	1. จัดพัฒนา Smart HAI Dashboard มีการทบทวนคณะ กรรมการกำหนดขอบเขต กรรมการพิจารณาผล และกรรมการตรวจรับ ทำให้ต้องมีการแต่งตั้งใหม่และทบทวน TOR ใหม่ให้ทันกับสถานการณ์ และเทคโนโลยีที่ปรับเปลี่ยนอย่างรวดเร็ว 2. ข้อจำกัดด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในตัวระบบที่พัฒนา ทำให้ขั้นตอนการตรวจสอบรายละเอียดทางเทคนิคต้องใช้เวลาในการประสานงานและรอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อรองรับความเฉพาะของระบบส่งผลให้ขั้นตอนการนำเข้าสู่กระบวนการจัดซื้อจัดจ้างล่าช้ากว่ากรอบเวลา	ปรับกระชับระยะเวลาในส่วนของการส่งมอบงานบางงวดที่ไม่กระทบต่อคุณภาพหลัก
<b>5.4โครงการสื่อสารภาพลักษณ์องค์กรและบริหารลูกค้าสัมพันธ์</b> (5.4.1) โครงการสร้างเสริมภาพลักษณ์องค์กร และลูกค้าสัมพันธ์ (5.4.2) โครงการพัฒนาสื่อและช่องทางการสื่อสารแบบบูรณาการ	4.4600 ลบ.	1.6575 ลบ.	37.16	1 ตุลาคม 2568 - 31 มีนาคม 2569	1. ร้อยละความเชื่อมั่นของประชาชน สถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานของสถาบันฯ 2. ร้อยละความพึงพอใจของสถานพยาบาลต่อการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารของสถาบันฯ	≥ ร้อยละ 85  ≥ ร้อยละ 85	วัดผลไตรมาส 4  วัดผลไตรมาส 4	1. การจัดหาวันเวลาที่เหมาะสม ระหว่างลูกค้าและผู้บริหารของ สรพ. ที่ไม่ตรงกัน 2. การจัดซื้อจัดจ้างที่ไม่เป็นไปตามแผนงานซึ่งผู้รับผิดชอบแผนงาน/ผู้ปฏิบัติงานได้มีการดำเนินงานตามแผนงานที่ผ่านการพิจารณาอนุมัติแล้ว และขึ้นระบบการซื้อจ้างแล้ว แต่ผู้บริหารที่กำกับไม่พิจารณาอนุมัติการซื้อจ้าง	ขอรื้อหรือแนวทางปฏิบัติหรือนโยบายจากผู้บริหารที่กำกับงานพัสดุและผู้บริหารในกำกับแผนงาน

รายงานผลการดำเนินงานและการใช้งบประมาณ ตามแผนปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ณ ไตรมาส 2  
(ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 31 มีนาคม 2569)

1. ค่าใช้จ่ายบุคลากร

หน่วยนับ : ล้านบาท

ลำดับ	รายการ	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่เบิกจ่าย	ร้อยละ
1	เงินเดือน	52.0000	24.4732	51.67
2	ค่าตอบแทน	7.9900	0.8769	10.98
3	เงินกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ	3.1350	1.4737	56.70
4	ค่ารักษาพยาบาล	1.2000	0.3259	65.18
5	ค่าช่วยเหลือการศึกษาบุตร	0.2500	0.0499	62.31
	<b>รวมทั้งสิ้น</b>	<b>64.5750</b>	<b>27.1996</b>	<b>42.12</b>

2. ค่าใช้จ่ายขั้นต่ำจำเป็น

หน่วยนับ : ล้านบาท

ลำดับ	รายการ	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่เบิกจ่าย	ร้อยละ
1	ค่าสาธารณูปโภค	1.6520	0.3994	24.18
1.1	• ค่าไฟฟ้า	1.0000	0.2073	20.73
1.2	• ค่าน้ำประปา	0.0300	0.0053	17.65
1.3	• ค่าโทรศัพท์พื้นฐานและค่าโทรศัพท์เคลื่อนที่	0.5300	0.1633	30.81
1.4	• ค่าไปรษณีย์	0.0800	0.0177	22.13
1.5	• ค่าเช่าระบบสัญญาณอินเทอร์เน็ต	0.0120	0.0058	48.15
2	ค่าบริหารจัดการ (ขั้นต่ำจำเป็น)	4.3609	0.9594	22.00
2.1	• ค่าใช้สอย	3.9109	0.7565	19.34
2.2	• ค่าวัสดุ	0.4500	0.2029	45.09
3	ค่าเช่า	2.1695	2.1695	100.00
4	ค่าจ้าง	3.2926	2.6449	80.33
	<b>รวมทั้งสิ้น</b>	<b>11.4750</b>	<b>6.1732</b>	<b>53.80</b>

๖๓๖