



รายงานผลการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณตามแผนปฏิบัติงาน

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ณ ไตรมาส 3

(ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 30 มิถุนายน 2568)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



**วิสัยทัศน์ :**            **สถานพยาบาลมีระบบคุณภาพระดับสากล ประชาชนปลอดภัยด้วยมาตรฐาน HA**

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

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

สถาบันได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติงานปี 2568 ไตรมาส 3 มีผลการดำเนินงานดังนี้

รายงานผลการดำเนินงานและการใช้งบประมาณ ตามแผนปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ณ ไตรมาส 3

(ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 30 มิถุนายน 2568)

1. แผนปฏิบัติงาน : สร้างความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพด้วยกระบวนการ HA

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>1</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<b>1.1 โครงการบริหารจัดการเยี่ยมประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพที่มีประสิทธิผล</b>	<b>35.9460 ลบ.</b>	<b>26.3720 ลบ.</b>	<b>73.39</b>	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. ร้อยละสถานพยาบาลภาครัฐ ที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (รพ.ภาครัฐทั้งหมด 1,107 แห่ง) 2. ร้อยละสถานพยาบาลภาคเอกชน ที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (รพ.ภาคเอกชนทั้งหมด 384 แห่ง) 3. ร้อยละสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองการพัฒนาและการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (รพ.ภาครัฐและเอกชน 1,491 แห่ง) 4. จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองมาตรฐาน HA ขั้นก้าวหน้า (Advance HA) 5. จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองมาตรฐานระบบเครือข่ายบริการ 6. ระดับความพึงพอใจของสถานพยาบาลต่อกระบวนการประเมินและให้การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	ร้อยละ 83.1 (920 แห่ง) ร้อยละ 48.12 (185 แห่ง) ร้อยละ 74.11 (1,105 แห่ง) 22 แห่ง 35 แห่ง ร้อยละ 90	ร้อยละ 86.69 (964 แห่ง) ร้อยละ 50.66 (192 แห่ง) ร้อยละ 74.11 (1,105 แห่ง) 23 แห่ง 52 แห่ง 90.08	1.จำนวนการเยี่ยมสำรวจต่ำกว่าแผนที่กำหนด เนื่องจาก ผู้เยี่ยมสำรวจให้วันในการจัดเยี่ยมสำรวจน้อยกว่าที่กำหนด 2.รพ.ขอเลื่อน/ยกเลิก หลังจากจัดทำแผนไปแล้ว	1. จัดทำ QI Plan ใน การพัฒนา Intelligence Survey โดย ● ทบทวนกระบวนการบริหารจัดการ ได้แก่ การพัฒนา Application ทบทวนแนวทางในการติดตามความก้าวหน้าในการชำระคุณภาพหลังการรับรอง การปรับรูปแบบการเยี่ยม การลดรูปแบบรายงานที่ซ้ำซ้อน ● การทบทวนกระบวนการสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ ได้แก่ การทบทวนแนวทางในการเพิ่ม Manday ผู้เยี่ยมสำรวจกลุ่มอิสระ สร้าง track ผู้เยี่ยมกิตติมศักดิ์ การประสานเครือข่ายพื้นที่ ให้ช่วยบริหารจัดการ 2. ผลกระทบจากการเปลี่ยนทิศทางในการรับรองคุณภาพของผู้นำกระทรวงสาธารณสุข นำมาสู่การทบทวนรูปแบบการทำงาน และการส่งต่อข้อมูลร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ที่เป็น key customer หลักในการรับรองคุณภาพของสถาบัน
(1.1.1) โครงการเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาล	32.2460 ลบ.	23.8747 ลบ.	74.04						
(1.1.2) โครงการสนับสนุนคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ	1.8000 ลบ.	1.2614 ลบ.	70.08						
(1.1.3) โครงการเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการรับรองคุณภาพ	0.2500 ลบ.	0.1302 ลบ.	52.08						
(1.1.4) โครงการพัฒนากลไกส่งเสริมการเรียนรู้และเตรียมความพร้อมสถานพยาบาลเข้าสู่กระบวนการรับรอง ปี 2568	1.4000 ลบ.	1.1057 ลบ.	78.98						

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

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>1</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<b>1.2 โครงการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพบริการสถานพยาบาลปฐมภูมิ</b> (1.2.1) โครงการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพบริการสถานพยาบาลปฐมภูมิ	3.3444 ลบ.	2.2799 ลบ.	68.17	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. ร้อยละสถานพยาบาลปฐมภูมิที่เข้าสู่กระบวนการพัฒนา มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ 2. จำนวนศูนย์การเรียนรู้ที่มีการขับเคลื่อนการพัฒนาตาม มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ 3. จำนวนผลงานวิชาการที่ถูกลำดับไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเชิง วิชาการระดับนานาชาติ 4. จำนวนองค์ความรู้วิชาการ/งานวิจัย/นวัตกรรม รวมทั้งข้อเสนอ แนะนำเชิงนโยบายที่ได้รับการนำไปใช้ในระดับชาติหรือนานาชาติ 5. จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาและรับรอง คุณภาพจากสถานพยาบาล ที่มีการเผยแพร่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 6. จำนวนบุคลากรคุณภาพ (Quality Expert) ด้านการพัฒนา ตามมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ 6.1 พี่เลี้ยงการพัฒนา (สะสม) 6.2 วิทยากร (สะสม) 6.3 ผู้เยี่ยมสำรวจ (สะสม) 6.4 ทีปรึกษากระบวนการคุณภาพ (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 1.8 6 แห่ง 2 เรื่อง วัดผลไตรมาส 4 33 เรื่อง 190 คน 19 คน 7 คน 23 คน วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4	1. การกำหนดแนว ทิศทางการดำเนินงาน และการสร้างความ ร่วมมือกับเครือข่ายใน การจัดตั้งศูนย์ส่งเสริม การเรียนรู้/ศูนย์การ เรียนรู้ฯ ยังไม่ชัดเจน 2. บุคลากรในพื้นที่ยัง ขาดความเข้าใจเรื่อง มาตรฐาน 3. ด้วยการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างใหม่ การจัด วางองค์ประกอบของ ทีมไม่เพียงพอของ บุคลากรด้านวิชาการ และการเพิ่มศักยภาพ	1. กำหนดแนวทางการ ดำเนินงานศูนย์การ เรียนรู้แต่ละระดับ / กำหนดให้ ศสร. มี การจัดทำแผน และ ดำเนินงานและกำกับ ติดตามโดย คณะทำงานศูนย์ฯ / กำกับติดตามโดยอนุ กรรมการฯ 2. จัดกิจกรรมพัฒนาที่ เล็งเห็นในพื้นที่และ สื่อสารมาตรฐาน สถานพยาบาลปฐม ภูมิในพื้นที่เพิ่มเติม 3. การทบทวนปรับ โครงสร้างและ อัตรากำลังในการ ดำเนินงาน

2. แผนปฏิบัติงาน : เสริมพลังความร่วมมือเครือข่ายเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>2</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<p><b>2.1 โครงการเสริมพลังความร่วมมือเครือข่าย เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการที่ดีมีคุณภาพและได้มาตรฐาน</b></p> <p>(2.1.1) โครงการย่อยพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล</p> <p>(2.1.2) โครงการย่อยพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือองค์กรเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ</p> <p>(2.1.3) โครงการย่อยโครงการพัฒนาเครือข่ายสถานพยาบาลต้นแบบด้านมิติจิตวิญญาณ</p>	<p>3.7803 ลบ.</p> <p>2.1503 ลบ.</p> <p>0.8300 ลบ.</p> <p>0.8000 ลบ.</p>	<p>1.7575 ลบ.</p> <p>1.4990 ลบ.</p> <p>0.0134 ลบ.</p> <p>0.2451 ลบ.</p>	<p>46.49</p> <p>69.71</p> <p>1.61</p> <p>30.65</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>10 คู่ความร่วมมือ</p> <p>10 เครือข่าย</p> <p>4 แห่ง</p> <p>6 แห่ง</p> <p>6 คู่ความร่วมมือ</p>	<p>1. หลังมีการเปลี่ยนคณะทำงาน รพ.ชั้น 0 ส่งผลทำให้อาจรับรองไม่ทันเป้าหมาย 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><b>2.2 โครงการสร้างการมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ชุมชน ในการขับเคลื่อนความปลอดภัย</b></p> <p>(2.2.1) โครงการสร้างการมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง 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>30 คน</p> <p>วัดผลไตรมาส 4</p>	<p>1. การดำเนินงานและแผนการใช้จ่ายไม่ปฏิบัติตามแผนงานที่กำหนด</p> <p>2. ลักษณะการดำเนินงานมีการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่สถานพยาบาลอาจทำให้การประสานงานเกิดความล่าช้าและขาดความต่อเนื่อง</p>	<p>จัดหาคู่ความร่วมมือเครือข่ายด้านสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานเพิ่มมากขึ้น เช่น สสส., สช. เป็นต้น</p>

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

3. แผนปฏิบัติงาน : ยกระดับการจัดการความรู้และนวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>3</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<b>3.1 โครงการยกระดับการจัดการความรู้และนวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง</b> (3.1.1) การจัดการความรู้เพื่อสร้างผลงานวิชาการศึกษาวิจัย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (3.1.2) โครงการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลรัฐ ระยะที่ 3	3.3563 ลบ.  1.7900 ลบ.  1.5663 ลบ.	2.1046 ลบ.  1.0014 ลบ.  1.1032 ลบ.	62.71  55.94  70.44	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	1. สถานพยาบาลที่ทำแบบตอบรับเข้าร่วมสำรวจระดับความพร้อมฯ เข้ามาแต่ไม่เข้ามาทำแบบประเมินในระบบเป็นจำนวนมาก 2. โรงพยาบาลเก่าที่เคยเข้าร่วมโครงการ แจ้งความประสงค์สมัครเข้าร่วมโครงการจำนวนน้อยกว่าที่วางแผนไว้	1. โทรศัพท์ติดตาม แจ้งกำหนดเวลาชัดเจน และเน้นประโยชน์ที่จะได้รับจากรายงานผล 2. ออกจดหมายเชิญอย่างเป็นทางการ และมีแรงจูงใจ เช่น ได้รับใบประกาศเกียรติคุณพิเศษ
<b>3.2 โครงการประชุมวิชาการประจำปี</b> (3.2.1) โครงการประชุมวิชาการประจำปี	28.0000 ลบ. 28.0000 ลบ.	25.3688 ลบ. 25.3688 ลบ.	90.60 90.60	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	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">ปิดโครงการ</div>	
<b>3.3 โครงการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลและกระบวนการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพ</b> (3.3.1) โครงการพัฒนามาตรฐานและระบบการประเมินรับรอง HA ให้ได้รับการยอมรับในระดับสากล (3.3.2) โครงการพัฒนามาตรฐานและระบบการประเมินรับรองที่หลากหลายแบบมีส่วนร่วมตามแนวทางสากล	2.0000 ลบ.  1.3420 ลบ.  0.6580 ลบ.	1.1085 ลบ.  0.8008 ลบ.  0.3078 ลบ.	55.43  69.25  46.77	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. ระดับความสำเร็จตามเป้าหมายของแผนการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ 2. ระดับความสำเร็จตามเป้าหมายของแผนการนำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพสู่การปฏิบัติและประเมินผล 3. ระดับความสำเร็จตามเป้าหมายของแผนการพัฒนามาตรฐานและระบบประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ 4. ระดับความสำเร็จตามแผนงานการพัฒนากระบวนการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลอย่างชาญฉลาด (intelligence survey)	ผ่านเกณฑ์ขั้นสูง  ผ่านเกณฑ์ขั้นมาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ขั้นสูง  ผ่านเกณฑ์ขั้นมาตรฐาน	วัดผลไตรมาส 4  วัดผลไตรมาส 4  วัดผลไตรมาส 4  วัดผลไตรมาส 4	เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างภายใน ทำให้แผนการจัดซื้อจัดจ้างเกิดความล่าช้ากว่าแผน	นำเรียนปรึกษาผู้บริหารตามโครงสร้างใหม่และจัดทำบันทึกข้อความขออนุมัติปรับแผนการจัดซื้อจัดจ้าง

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

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>3</sup>	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		
<b>3.4 โครงการพัฒนากลไกการจัดการคุณภาพบริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดความเหลื่อมล้ำของคุณภาพและความปลอดภัย ระยะที่ 2</b>	<b>13.3410 ลบ.</b>	<b>10.3604 ลบ.</b>	<b>77.66</b>	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. จำนวนการจัดการความรู้แบบ มีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญและนักปฏิบัติ (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 5 ร้อยละ 5.1 1 กลไก ร้อยละ 93.83 ร้อยละ 39.95 วัดผลไตรมาส 4 ร้อยละ 83.42 ร้อยละ 73 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 3 เรื่อง วัดผลไตรมาส 4	1.สถานพยาบาลเปลี่ยนผู้บริหาร ผู้ประสานงานโครงการฯ ทำให้ขาดความรู้ ความเข้าใจการดำเนินงานในโครงการฯ 2.การดำเนินงานโครงการมีการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ที่ไม่ใช่สถานพยาบาลอาจทำให้การประสานงานล่าช้าและขาดความต่อเนื่อง 3.อัตรากำลังไม่เพียงพอและอัตรากำลังที่ดำรงตำแหน่งอยู่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจการขับเคลื่อนงาน	1. จัดทำเอกสารสำหรับสื่อสาร สถานพยาบาลสมาชิกทุกกิจกรรมในโครงการอย่างต่อเนื่อง 2. วางแผนกระตุ้น ติดตามการรายงานตัวชี้วัดระบบ THIP เพิ่มเติม 3. สร้างความรู้ ความเข้าใจ ผู้ประสานหรือผู้รับผิดชอบที่มาจากใหม่ผ่านระบบ ZOOM และช่องทางต่างๆ ผ่านกิจกรรมสัมมนาฯ cop เป็นต้น
(3.4.1) พัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่สำคัญในการขับเคลื่อน 3P Safety	8.6531 ลบ.	8.9185 ลบ.	103.06						
(3.4.2) สร้างและพัฒนาระบบข้อมูลองค์ความรู้และงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรและประชาชน	1.5501 ลบ.	0.3424 ลบ.	22.09						
(3.4.3) ขับเคลื่อนนโยบาย กำกับ และอภิบาลระบบบริการสุขภาพเพื่อ 3P Safety	3.1378 ลบ.	1.0995 ลบ.	35.11						

4. แผนปฏิบัติงาน : พัฒนาทุนมนุษย์เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>4</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<b>4.1 โครงการพัฒนา HAI Academy</b>	<b>12.5064 ลบ.</b>	<b>8.8131 ลบ.</b>	<b>70.47</b>	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. จำนวนหลักสูตรฝึกอบรมหรือหลักสูตรการศึกษาดูงาน ที่ได้รับการยอมรับจากหน่วยงานภายนอกหรือระดับสากล 2. จำนวนหลักสูตรที่ได้รับการทบทวน 3. จำนวนหลักสูตรฝึกอบรมหรือหลักสูตรการศึกษาดูงาน ที่ได้รับการยอมรับจากหน่วยงานภายนอกหรือระดับสากล 4. รายได้จากการจัดอบรม 5. จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่เข้ารับการอบรมในทุกหลักสูตร 6. ร้อยละของผู้เข้าอบรมหลักสูตรเป็นไปตามเป้าหมาย 7. ร้อยละความพึงพอใจของผู้เข้าอบรมหลักสูตร Public Training 8. ร้อยละความพึงพอใจของผู้เข้าอบรมหลักสูตร e-Learning 9. จำนวนผู้บริหาร ที่เข้ารับการอบรมครบถ้วน 10. ความพึงพอใจของผู้รับการอบรม 11. จำนวนผลงาน หรือแผนงานพัฒนาฯ โครงการที่ผู้เข้าร่วมอบรมจะดำเนินการที่เกิดขึ้นต่อยอดหลังจากอบรม 12. รายงานผลการนำไปใช้ประโยชน์ของการอบรม	1 หลักสูตร (สะสม) 1 หลักสูตร 1 หลักสูตร (สะสม) 21.0000 ลบ. 3,800 คน ร้อยละ 90 ร้อยละ 90 ร้อยละ 85 15 คน ร้อยละ 80 1 ชุดข้อมูล 1 ชุดข้อมูล	1 หลักสูตร 1 หลักสูตร วัดผลไตรมาส 4 13.9386 ลบ. 1,426 คน ร้อยละ 95 ร้อยละ 96 ร้อยละ 90 32 คน ร้อยละ 88 วัดผลไตรมาส 4 1 ชุดข้อมูล	- เกิดสถานการณ์แผ่นดินไหว ส่งผลกระทบด้านจิตใจ ผู้สมัครอบรมหลักสูตร HA602 แจ้งขอย้ายรุ่นการเรียน เป็นรุ่นถัดไป - การปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารจัดการ ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินการในการจัด อัตรากำลังในการจัดทำ หลักสูตรที่วางแผนไว้ ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ	การตั้งกลุ่มไลน์แก้ไข และ ประชุมเฉพาะในการ ตัดสินใจแก้ปัญหาใน สถานการณ์ฉุกเฉิน การ ประสานงานกับทางโรงแรม ผู้จัดในการยืนยันความ ปลอดภัย
<b>4.2 โครงการสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยม สํารวจตามมาตรฐานระดับสากล</b>	<b>5.5500 ลบ.</b>	<b>4.5812 ลบ.</b>	<b>82.54</b>	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. จำนวนผู้เยี่ยมสํารวจที่คงอยู่ในระบบ และ/หรือร่วมดำเนิน การกิจต่างๆให้สถาบัน 2. ร้อยละผู้ฝึกเยี่ยมสํารวจ (SIT) ที่ผ่านการขึ้นทะเบียนจากกลุ่มที่ ผ่านการอบรมหลักสูตรเตรียมความพร้อม (หลักสูตร 451) 3. ร้อยละการบริการการฝึกเยี่ยมสํารวจโรงพยาบาลตามแผน SIT 4. ร้อยละการฝึกเยี่ยมมา ตามแผน New Surveyor 5. ร้อยละผู้เยี่ยมสํารวจใหม่(New Surveyor) ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ เยี่ยมสํารวจ Experienced Surveyor 6. ร้อยละการบริหารฝึกเยี่ยมสํารวจโรงพยาบาลตามแผน หัวหน้าทีม 7. จำนวนผู้เยี่ยมสํารวจที่ขึ้นทะเบียนเป็นหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสํารวจ 8. จำนวนผู้เยี่ยมสํารวจและผู้เชี่ยวชาญที่เข้ารับการอบรม PDSC 9. ร้อยละผู้เยี่ยมสํารวจที่เข้าร่วมโครงการ SHA ต่อเนื่อง 10. ร้อยละการบริหารฝึกเยี่ยมสํารวจโรงพยาบาลตามแผนผู้เยี่ยม หลากหลาย 11. จำนวนผู้เยี่ยมสํารวจที่สามารถเยี่ยมสํารวจ มากกว่า 1 โปรแกรม 12. ร้อยละผู้เยี่ยมที่เยี่ยมตามเกณฑ์ 10 MD/ปี 13. ร้อยละผู้เยี่ยมสํารวจ มี man-day มากกว่า 20 วัน/ปี 14. แนวทางพัฒนาผู้ฝึกเยี่ยมสํารวจ สรพ. ปรับปรุงใหม่ ปี 2568 15. สรุบบทเรียนการพัฒนาผู้เยี่ยมสํารวจ กลุ่ม initial surveyor (SIT / New surveyor) 16. ร้อยละผู้เยี่ยมสํารวจมี competencyผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด	187 คน ร้อยละ 100 ≥ร้อยละ 80 ≥ร้อยละ 80 ≥ร้อยละ 80 ≥ร้อยละ 80 ≥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 100 วัดผลไตรมาส 4 ร้อยละ 100 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 ร้อยละ 23.16 ร้อยละ 64.41 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4	-ไม่มี-	-ไม่มี-

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

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>4</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<b>4.3 โครงการสร้างและพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ</b> (4.3.1) กิจกรรม การสร้างและพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ	0.9500 ลบ. 0.9500 ลบ.	0.6838 ลบ. 0.6838 ลบ.	71.98 71.98	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. จำนวนที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ ที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบันตามเป้าหมายแผนการสร้างและพัฒนาบุคลากรขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพในประเทศไทย 2. ร้อยละ QC ที่มีภาระงานผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (80% ของงาน) 3. ร้อยละของ Quality Coach ที่มีความรู้และทักษะตามเกณฑ์สมรรถนะที่สรพ.กำหนด 4. จำนวนวิทยากรที่ได้รับการขึ้นทะเบียน	130 คน ร้อยละ 80 ร้อยละ 68 20 คน	125 คน ร้อยละ 69.6 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4	ภาระขึ้นงานที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ มีเกณฑ์หลายท่าน	ประสานงานขอความร่วมมือไปยังเครือข่าย HACCC QLND 0-5 ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์หลายท่าน กระจายขึ้นงานให้กับที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพในการเข้าร่วมกิจกรรมกับทางเครือข่ายมากขึ้น เช่น เยี่ยมกระตุ่นรพ.ในพื้นที่ และสร้างการเรียนรู้กับกลุ่มรพ.ตนเอง เป็นต้น
<b>4.4 โครงการบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะและส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร</b> (4.4.1) กิจกรรม ยกกระดับความสามารถและพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทุกระดับสนับสนุนแผนปฏิบัติการสถาบัน (4.4.2) โครงการเพิ่มประสิทธิภาพและการบริหารระบบทรัพยากรมนุษย์	2.8958 ลบ. 2.0858 ลบ. 0.8100 ลบ.	1.5496 ลบ. 1.2115 ลบ. 0.3381 ลบ.	53.51 58.08 41.74	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. จำนวนบุคลากรที่ได้เข้าร่วมเป็นกรรมการ ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ หรือสามารถเป็นผู้แทนสถาบันประสานขับเคลื่อนการทำงานกับหน่วยงานภายนอกในระดับ ประเทศ/นานาชาติ 2. ร้อยละของเจ้าหน้าที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรมาตรฐาน 3. ระดับความสำเร็จการจัดการแผนการสร้างและพัฒนาบุคลากรขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพในประเทศไทย 4. ร้อยละของระดับการรับรู้ต่อค่านิยมองค์กรและการนำสู่การปฏิบัติ 5. ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่มีสมรรถนะ ด้านดิจิทัลที่เหมาะสมตามความคาดหวังของตำแหน่ง 6. ร้อยละของเจ้าหน้าที่กลุ่มเป้าหมาย ที่มีผลการประเมินการวัดระดับความรู้ความเข้าใจมาตรฐาน HA ผ่านเกณฑ์กำหนด 7. ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่บรรลุภายหลังผ่านการประเมินทดลองปฏิบัติงาน 8. ร้อยละอัตราการลาออกของเจ้าหน้าที่ประจำ 9. ร้อยละของการปรับปรุงกระบวนการทำงาน Work Instruction แล้วเสร็จ 10. ระดับความสำเร็จของแผนเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารทรัพยากรมนุษย์ 11. ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่มีความเข้าใจ ในกระบวนการทรัพยากรมนุษย์	1 คน ร้อยละ 80 ระดับ 3 ร้อยละ 80 ร้อยละ 80 ร้อยละ 80 ร้อยละ 80 ≤ ร้อยละ 20 ร้อยละ 80 ระดับ 3 ร้อยละ 80	วัดผลไตรมาส 4 ร้อยละ 60 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4 ร้อยละ 60 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4	มีการวางตัวชี้วัดการประเมินการรับรู้ในมาตรฐานสถาบัน ฉบับ 5 ของเจ้าหน้าที่ พบว่า ได้มีการปรับเนื้อหาและรายละเอียดของมาตรฐาน ทำให้ไม่สามารถทำการวัดผลเจ้าหน้าที่ได้	หาหรือผู้บริหารเพื่อจัดทำตัวชี้วัดใหม่
<b>4.5 โครงการพัฒนาผู้จัดการศูนย์คุณภาพ (Quality Management Representative: QMR)</b> (4.5.1) โครงการพัฒนาผู้จัดการศูนย์คุณภาพ (QMR)	1.3189 ลบ. 1.3189 ลบ.	0.2047 ลบ. 0.2047 ลบ.	15.52 15.52	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568	1. ร้อยละของสถานพยาบาล ที่มีผู้บริหารด้านคุณภาพ (QMR) หรือผู้จัดการศูนย์คุณภาพ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของสถาบัน 2. QMR ที่เข้ารับการอบรมกับสถาบันมีความรู้และทักษะเพิ่มมากขึ้น 3. ร้อยละสถานพยาบาลที่มี QMR ที่ผ่านการอบรมของสถาบันมีสถานะการรับรอง และยกระดับ 4. หลักสูตรได้รับการรับรองในเดือนสิงหาคม 2568 5. ร้อยละวิทยากรสถาบันที่เข้ารับการอบรมสัมมนาประจำปี	ร้อยละ 20 ร้อยละ 80 ร้อยละ 80 1 หลักสูตร ร้อยละ 80	ร้อยละ 20 วัดผลไตรมาส 4 ร้อยละ 95 วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4	-ไม่มี-	-ไม่มี-

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>4</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
					6. วิทยากรที่ผ่านเกณฑ์สมรรถนะที่กำหนด	ร้อยละ 80	วัดผลไตรมาส 4		

5. แผนปฏิบัติงาน : การพัฒนาองค์กรให้มีสมรรถนะสูงและเป็นที่ไว้วางใจ

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>5</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<b>5.1 โครงการเพิ่มประสิทธิภาพระบบสนับสนุนการบริหารจัดการคุณภาพองค์กร</b>	<b>3.3243 ลบ.</b>	<b>2.8127 ลบ.</b>	<b>84.61</b>	1 ตุลาคม 2567-30 กันยายน 2568	1. ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อการจัดการด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน 2. ผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA) 3. ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศระเบียบให้ทันสมัยสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงองค์กร ไปรับการประกาศใช้ทันเวลาการตอบสนอง 4. ความพึงพอใจของผู้มาติดต่อกับสถาบัน 5. ค่าใช้จ่ายการใช้รถยนต์มีความเหมาะสมกับปริมาณงาน หรือ ค่าใช้จ่ายไม่สูงขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (ค่าเช่า ค่าน้ำมัน ค่าธรรมเนียมทางด่วน ค่าจอดรถ) 6. จำนวนข้อตรวจพบที่เกี่ยวข้องกับการกระทำผิดระเบียบขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้าง 7. จำนวนข้อตรวจพบที่เกี่ยวข้องกับการกระทำผิดระเบียบขั้นตอนการเงินและบัญชีความพึงพอใจการให้บริการงานการเงินและบัญชี	ร้อยละ 80  ร้อยละ 90 จำนวน 10 (สะสม)  ร้อยละ 80 ≤ ร้อยละ 5  เป็นศูนย์  ≤ ร้อยละ 20	วัดผลไตรมาส 4  วัดผลไตรมาส 4 22  วัดผลไตรมาส 4 วัดผลไตรมาส 4  วัดผลไตรมาส 4  วัดผลไตรมาส 4	-ไม่มี-	-ไม่มี-
(5.1.1) โครงการ การสนับสนุนส่งเสริมองค์กรธรรมาภิบาล	0.5630 ลบ.	0.1770 ลบ.	75.97						
(5.1.2) โครงการสร้างความเข้มแข็งของระบบการบริหารจัดการผู้องค์กรสมรรถนะสูง	2.7613 ลบ.	2.6357 ลบ.	85.26						
<b>5.2 โครงการพัฒนาและยกระดับองค์กรให้มีความพร้อมสู่การเป็นรัฐบาลดิจิทัล</b>	<b>22.8700 ลบ.</b>	<b>21.6942 ลบ.</b>	<b>94.86</b>	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 75  ร้อยละ 80 วัดผลไตรมาส 4	การจ้างวิเคราะห์ระบบและออกแบบ visualization Dashboard/info/platform ในรอบแรกของกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างผ่านระบบ e-bidding ไม่มีผู้เสนอราคายื่นเข้าร่วม	ดำเนินการปรับลดระยะเวลาในการดำเนินงานเพื่อให้สามารถดำเนินการได้ตามแผน
(5.2.1) โครงการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	9.7700 ลบ.	8.9482 ลบ.	91.59						
(5.2.2) โครงการพัฒนาศูนย์นวัตกรรมสารสนเทศและข้อมูลเพื่อยกระดับการเรียนรู้ระบบคุณภาพสถานพยาบาล (HA Data Hub)	13.000 ลบ.	12.7460 ลบ.	98.05						
<b>5.3 โครงการขับเคลื่อนนโยบายและติดตามประเมินผล</b>	<b>5.0730 ลบ.</b>	<b>2.1470 ลบ.</b>	<b>42.32</b>	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 70  ร้อยละ 70 วัดผลไตรมาส 4 ร้อยละ 100	1. การรายงานผลการดำเนินงานผ่าน Template หลายตัวชี้วัดต่ำกว่าค่าแผน 2. เดือน มิย. 68 สำนักงาน กพร. แจ้งให้ สถาบันต้องจัดทำ การสำรวจความเชื่อมั่นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญต่อภารกิจของสถาบัน	1. กำกับติดตามให้มีการดำเนินงานตามแผนงานที่กำหนดไว้อย่างใกล้ชิด 2. ปรับแผนงบประมาณรายจ่ายและเร่งจัดหาผู้รับจ้าง
(5.3.1) กิจกรรมสนับสนุนการประชุมคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะผู้บริหารระดับสูง	2.0780 ลบ.	1.2571 ลบ.	60.50						
(5.3.2) กิจกรรมสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่คณะกรรมการและผู้บริหารในต่างประเทศ	1.9900 ลบ.	0.0501 ลบ.	2.52						
(5.3.3) กิจกรรมขับเคลื่อนนโยบายและติดตามประเมินผล	1.0050 ลบ.	0.8397 ลบ.	83.56						

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

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>5</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
								และขอให้ส่งผล สำรวจคืนกลับ สำนักงาน กพร. ภายในวันที่ 6 สค. 68 ซึ่งเป็นการสำรวจ นอกแผน ทำให้ไม่ได้ ตั้ง งบประมาณ ตั้งแต่ต้นปี และระยะเวลาการ ดำเนินงานที่กระชั้น ชิด ส่งผลทำให้ต้องมี การปรับแผน งบประมาณรายจ่าย และเป็นภาระงานที่ เร่งด่วนให้แก่ เจ้าหน้าที่	
<b>5.4โครงการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์องค์กร</b>	<b>3.3000 ลบ.</b>	2.2088 ลบ.	66.93	1 ตุลาคม 2567- 30 กันยายน 2568	1. ร้อยละประชาชนผู้รับบริการรู้จักการรับรองคุณภาพ สถานพยาบาลโรงพยาบาล HA 2. ร้อยละความไว้วางใจของประชาชนต่อสถานพยาบาล มาตรฐาน HA	≥ ร้อยละ 30  ≥ ร้อยละ 85	วัดผลไตรมาส 4  วัดผลไตรมาส 4	-ไม่มี-	-ไม่มี-
(5.4.1) กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการสื่อสารสาธารณะ	0.4680 ลบ.	0.2635 ลบ.	56.30						
(5.4.2) กิจกรรมจัดทำสื่อและเครื่องมือสื่อสารภาพลักษณ์สนับสนุนภารกิจของสถาบัน และสื่อสารคุณภาพและความปลอดภัยตามมาตรฐาน HA	1.7500 ลบ.	1.0277 ลบ.	58.72						
(5.4.3) กิจกรรมสื่อสารคุณค่า รพ. HA โรงพยาบาลคุณภาพ	1.0820 ลบ.	0.9176 ลบ.	84.81						

รายงานผลการดำเนินงานและการใช้งบประมาณ ตามแผนปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ณ ไตรมาส 3  
(ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 30 มิถุนายน 2568)

1. ค่าใช้จ่ายบุคลากร

หน่วยนับ : ล้านบาท

ลำดับ	รายการ	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่เบิกจ่าย	ร้อยละ
1	เงินเดือน	51.1202	36.5875	71.57
2	ค่าตอบแทน	9.3819	8.1675	87.06
3	เงินกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ	3.1273	2.2665	72.47
4	ค่ารักษาพยาบาล	1.1000	1.0490	95.36
5	ค่าช่วยเหลือการศึกษาบุตร	0.2500	0.1237	49.48
	<b>รวมทั้งสิ้น</b>	<b>64.9794</b>	<b>48.1943</b>	<b>74.17</b>

2. ค่าใช้จ่ายขั้นต่ำจำเป็น

หน่วยนับ : ล้านบาท

ลำดับ	รายการ	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่เบิกจ่าย	ร้อยละ
1	<b>ค่าสาธารณูปโภค</b>	<b>2.2000</b>	<b>1.2265</b>	<b>55.75</b>
1.1	• ค่าไฟฟ้า	1.0000	0.4468	44.68
1.2	• ค่าน้ำประปา	0.0300	0.0173	57.67
1.3	• ค่าโทรศัพท์พื้นฐานและค่าโทรศัพท์เคลื่อนที่	0.5380	0.3663	68.09
1.4	• ค่าไปรษณีย์	0.1200	0.0553	46.08
1.5	• ค่าเช่าระบบสัญญาณอินเทอร์เน็ต	0.5120	0.3408	66.56
2	<b>ค่าบริหารจัดการ (ขั้นต่ำจำเป็น)</b>	<b>4.5000</b>	<b>3.3866</b>	<b>75.26</b>
2.1	• ค่าใช้สอย	2.1700	1.8207	83.90
2.2	• ค่าวัสดุ	2.3300	1.5659	67.21
3	<b>ค่าเช่า</b>	<b>2.0865</b>	<b>1.5225</b>	<b>72.97</b>
4	<b>ค่าจ้าง</b>	<b>3.4380</b>	<b>3.2327</b>	<b>94.03</b>
5	<b>หมวดลงทุน (ครุภัณฑ์)</b>	<b>0.3890</b>	<b>0.3616</b>	<b>92.96</b>
5.1	• โต๊ะทำงาน จำนวน 16 ชุด	0.1328	0.1080	81.33
5.2	• อุปกรณ์ถ่ายทอดสัญญาณภาพและเสียง จำนวน 2 ชุด	0.0162	0.0139	85.80
5.3	• เครื่องแปลงสัญญาณเสียง (Audio Interface) จำนวน 2 ตัว	0.0180	0.0180	100.00
5.4	• กล้องถ่ายภาพนิ่งพร้อมเลนส์ จำนวน 1 ชุด	0.2100	0.2099	99.95
5.5	• Wireless Microphone จำนวน 2 ชุด	0.0120	0.0118	98.33
	<b>รวมทั้งสิ้น</b>	<b>12.6135</b>	<b>9.7299</b>	<b>77.14</b>

ภาคผนวก

รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ณ ไตรมาส 3  
(ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 30 มิถุนายน 2568)

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเป้าประสงค์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
1	ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองการพัฒนาและการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA)	ร้อยละ	67.20	77.53
2	ร้อยละของอำเภอในประเทศไทยที่มีสถานพยาบาลเข้าสู่และได้รับการรับรองตามมาตรฐาน HA	ร้อยละ	>95	90.76
3	ร้อยละอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากกระบวนการดูแลที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในสถานพยาบาล (Patient Suffering)	ร้อยละ	6.10	5.10
4	ความพึงพอใจ/ความไว้วางใจ ของประชาชนต่อสถานพยาบาลมาตรฐาน HA			
	4.1) ร้อยละความพึงพอใจ	ร้อยละ	≥ 80	อยู่ระหว่างดำเนินการสำรวจและรายงานผลในไตรมาส 4
	4.2) ร้อยละความไว้วางใจ	ร้อยละ	≥ 80	อยู่ระหว่างดำเนินการสำรวจและรายงานผลในไตรมาส 4
5	สรพ. ได้รับการรับรอง ISQuaEEA อย่างต่อเนื่องครบทั้ง 3 ด้าน	ผ่าน	ส่งแบบ ประเมินตนเอง เพื่อขอต่ออายุ Organization และ HA Standard	1. ด้านการรับรององค์กร (Organization) ปี 2566 : ส่งรายงานความก้าวหน้าครั้งที่ 1 (1 <sup>st</sup> Progress Report) ไปยัง ISQuaEEA วันที่ 7 ธค.65 ปี 2567 : ส่งรายงานความก้าวหน้าครั้งที่ 2 (2 <sup>nd</sup> Progress Report) ไปยัง ISQuaEEA ปี 2568 : จัดส่งแบบประเมินตนเอง วันที่ 30 มิย.68 2. ด้านการรับรองมาตรฐาน (HA Standards) ปี 2566 : จัดทำแผนการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 ตามข้อเสนอแนะหน่วยงาน ISQuaEEA และจัดส่งรายงาน ความก้าวหน้า ครั้งที่ 1 (1 <sup>st</sup> Progress report) วันที่ 15 กพ.66 ปี 2567 : ส่งรายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 2 (2 <sup>nd</sup> Progress Report) ไปยัง ISQuaEEA วันที่ 15 สค.67

1. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนปฏิบัติงาน : สร้างความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพด้วยกระบวนการ HA

เป้าหมาย :

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

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
(1.1)	ความครอบคลุมสถานพยาบาลมาตรฐาน HA			
(1.1.1)	ร้อยละสถานพยาบาล <u>ภาครัฐ</u> ที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA)	ร้อยละ	76.2	86.7
(1.1.2)	ร้อยละสถานพยาบาล <u>ภาคเอกชน</u> ที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA)	ร้อยละ	41.4	50.7
(1.1.3)	จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองคุณภาพ ขั้นก้าวหน้า (Advanced HA)	จำนวน (สะสม)	22	23
(1.1.4)	ร้อยละสถานพยาบาลปฐมภูมิที่เข้าสู่ กระบวนการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ	ร้อยละ	2 (70 แห่ง)	4.5
(1.1.5)	จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองมาตรฐานระบบเครือข่ายบริการ	จำนวน (สะสม)	35	52
(1.2)	ร้อยละอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Preventable Harm) ตามที่คณะกรรมการกำหนดมีระดับรุนแรงถึงตัวผู้ป่วยในสถานพยาบาล ที่ผ่านการรับรองลดลง	ร้อยละ	6.5	5
(1.3)	ระดับความสำเร็จของการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการประเมินรับรองอย่างชาญฉลาด	ระดับ	3	2
(1.4)	ร้อยละความเชื่อมั่นของสถานพยาบาลต่อการดำเนินงานของสถาบัน	ร้อยละ		

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	6
(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	3
(3.3)	จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพจากสถานพยาบาล ที่มีการเผยแพร่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้	จำนวน	900	1,331
(3.4)	ร้อยละสถานพยาบาลที่ร่วมพัฒนากลไกและนวัตกรรมเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย	ร้อยละ	70	65.5

#### 4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนปฏิบัติงาน : พัฒนาทุนมนุษย์เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ

##### เป้าหมาย

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

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
(4.1)	ระดับความสำเร็จการจัดทำแผนการสร้างและพัฒนาบุคลากรขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพในประเทศไทย	ระดับ	3	อยู่ระหว่างดำเนินการ ทบทวนภาระงานและวางแผน อัตรากำลัง QC
(4.2)	จำนวนของ Quality Expert ที่ขึ้นทะเบียน			
(4.2.1)	จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบัน	คน(สะสม)	187	177
(4.2.2)	จำนวนที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบัน	คน (สะสม)	130	125
(4.3)	ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีผู้บริหาร ด้านคุณภาพ (QMR) หรือ ผู้จัดการศูนย์คุณภาพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของสถาบัน	ร้อยละ	20	20.4
(4.4)	จำนวนหลักสูตรฝึกอบรมหรือหลักสูตร การศึกษาดูงาน ที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงานภายนอกหรือระดับสากล	หลักสูตร (สะสม)	2	1
(4.5)	ระดับความสำเร็จของแผนเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารทรัพยากรมนุษย์ของสถาบัน	ระดับ	3	อยู่ระหว่างดำเนินการ - จัดทำ PA ในบุคลากรที่เชื่อมโยงระหว่างผลการปฏิบัติงานของสถาบัน และระบบค่าตอบแทน - อยู่ระหว่างทดลองใช้งานระบบ empeo

## 5. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนปฏิบัติงาน: การพัฒนาองค์กรให้มีสมรรถนะสูงและเป็นที่ยอมรับ

### เป้าหมาย

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

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
(5.1)	ผลลัพธ์ของการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง			
(5.1.1)	ระดับความสำเร็จของการเข้าสู่กระบวนการประเมินรับรอง TOC	ระดับ	3	ระดับ 3 - ทบทวนและ ปรับปรุงโครงสร้างองค์กร (organization profile) - มีการประเมินตนเอง (Internal Assessment) และจัดส่ง แบบประเมินตนเองเพื่อขอรับข้อเสนอแนะเรียบร้อย
(5.1.2)	จำนวนการผ่านและอ้างการประเมินรับรอง ตามมาตรฐาน ISO	จำนวน (สะสม)	2	2
(5.1.3)	ระดับการประเมินรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA 4.0)	ระดับ	ผ่านเกณฑ์ขั้นมาตรฐาน	อยู่ระหว่างดำเนินการจัดส่งแบบประเมินตนเอง ตามระยะเวลา ที่สำนักงาน ก.พ.ร. กำหนด (30 ก.ค. 68)
(5.1.4)	ระดับผลการประเมิน ITA	ระดับ	ระดับดี	อยู่ระหว่างรอผลการประเมิน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
(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