



## รายงานผลการดำเนินงาน

และการใช้จ่ายงบประมาณตามแผนปฏิบัติการ  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ณ ไตรมาส 1

ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 - 31 ธันวาคม 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) ประชาชนได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพและความปลอดภัยจากสถานพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน HA
  - (3) การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพประเทศไทยได้รับการยอมรับในระดับสากล

สถาบันได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติงานปี 2569 ไตรมาส 1 มีผลการดำเนินงานดังนี้

รายงานผลการดำเนินงานและการใช้งบประมาณ ตามแผนปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ณ ไตรมาส 1

(ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 31 ธันวาคม 2568)

1. แผนปฏิบัติงาน : สร้างความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพด้วยกระบวนการ HA

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>1</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายทั้งปี	ผลการดำเนินงาน Q1	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<b>1.1 โครงการบริหารจัดการเยี่ยมประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพที่มีประสิทธิผล</b>	<b>40.0000 ลบ.</b>	<b>9.0289 ลบ.</b>	<b>22.57</b>	<b>1 ตุลาคม 2568 - 30 ธันวาคม 2568</b>	<b>1. ร้อยละสถานพยาบาลภาครัฐที่มีสถานะการรับรองการพัฒนาและการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (รพ.ภาครัฐทั้งหมด 1,112 แห่ง)</b>	<b>ร้อยละ 90.74 (1,009 แห่ง)</b>	<b>ร้อยละ 90.74 (1,009 แห่ง)</b>	<b>1.การจัดเยี่ยมสำรวจ ไม่เป็นไปตามแผน เนื่องจากสถานการณ์อุทกภัยทางภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้, สถานการณ์ความไม่สงบจากการปะทะชายแดนไทย-กัมพูชา ทำให้มีการยกเลิกและเลื่อนการเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาลทั้งหมด 15 แห่ง</b>	<b>1. เพิ่มการจัดเยี่ยมสำรวจ PDSC ทดแทน</b>
(1.1.1) โครงการบริหารจัดการการประเมินรับรองเพื่อให้สถานพยาบาลรับรองขั้นพัฒนาขั้นมาตรฐาน ขั้นก้าวหน้า การเยี่ยมที่หลากหลาย	35.3600 ลบ.	7.2715 ลบ.	20.56		2. ร้อยละสถานพยาบาลเอกชนที่มีสถานะการรับรองการพัฒนาและการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (รพ.ภาคเอกชนทั้งหมด 379 แห่ง)	ร้อยละ 53.30 (202 แห่ง)	ร้อยละ 50.66 (192 แห่ง)	2. กระตุ้นการการอ้างระดับพัฒนาเชิงรุก จัดเวทีสร้างการเรียนรู้สำหรับสถานพยาบาลที่ครบกำหนดอ้างขั้นพัฒนา	
(1.1.2) โครงการบริหารจัดการกระบวนการพิจารณารับรองและการบริหารจัดการกิจกรรมการเฝ้าระวังหลังการรับรองเพื่อให้สถานพยาบาลได้รับการกระตุ้นการพัฒนาและอ้างคุณภาพให้ต่อเนื่อง	2.5800 ลบ.	0.4314 ลบ.	16.72		3. จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองมาตรฐาน HA ขั้นก้าวหน้า (Advance HA) (สะสม)	25 แห่ง	24 แห่ง		
(1.1.3) โครงการบริหารจัดการและยกระดับการพัฒนา	2.0600 ลบ.	1.3260 ลบ.	64.37		4. จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองมาตรฐานระบบเครือข่ายบริการ (สะสม)	55 แห่ง	55 แห่ง		
					5. ร้อยละของสถานพยาบาลที่ไม่สามารถจัดเยี่ยมสำรวจได้ตามแผนประจำปีเนื่องจากข้อจำกัดของสถาบัน (ไม่เกินร้อยละ 5)	≤ ร้อยละ 5	ร้อยละ 10		
					6. ร้อยละสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองการพัฒนาและการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (รพ.ภาครัฐรวมเอกชน 1,491 แห่ง)	ร้อยละ 81.22 (1,211 แห่ง)	ร้อยละ 80.55 (1,201 แห่ง)	2. การจัดเยี่ยมสำรวจขั้นพัฒนาไม่เป็นไปตามแผน เนื่องจากสถานพยาบาลที่ครบกำหนด ไม่ส่งเอกสารเพื่ออ้างขั้นพัฒนา	
					7. ร้อยละของอำเภอในประเทศไทยที่มีสถานพยาบาลเข้าสู่และได้รับการรับรองมาตรฐาน HA (877 อำเภอ)	≥ ร้อยละ 95	ร้อยละ 94.30 (827 แห่ง)		
					8. ร้อยละความพึงพอใจของสถานพยาบาลต่อกระบวนการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	≥ ร้อยละ 85	ร้อยละ 93.56		

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

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>1</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายทั้งปี	ผลการดำเนินงาน Q1	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<b>1.2 โครงการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพบริการสถานพยาบาลปฐมภูมิ</b>	<b>2.4750 ลบ.</b>	<b>0.7752 ลบ.</b>	<b>16.15</b>	1 ตุลาคม 2568 - 30 ธันวาคม 2568	1. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิอย่างมีส่วนร่วม	ระดับ 4	N/A	1. ความซ้ำซ้อน และความสับสนของพื้นที่ในการนำมาตรฐานของสรพ. และกระทรวงสาธารณสุขสู่การปฏิบัติ	1. การจัดตั้งคณะทำงานการหารือร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขในระดับภาพใหญ่ เพื่อขับเคลื่อนร่วมงานแบบบูรณาการ
(1.2.1) โครงการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพบริการสถานพยาบาลปฐมภูมิทั่วไป	2.0000 ลบ.	0.6995 ลบ.	17.49		2. ร้อยละของสถานพยาบาลปฐมภูมิที่เข้าสู่กระบวนการพัฒนามาตรฐาน สถานพยาบาลปฐมภูมิ (ทั่วไป, เขตเมือง)	ร้อยละ 15 (550 แห่ง)	ร้อยละ 10.56 (377 แห่ง)	2. รูปแบบรายงานการประเมินตนเอง ที่เข้าใจได้ยาก และยากต่อการปฏิบัติ	2. การพัฒนาเทคโนโลยีระดับพื้นที่เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานแบบ Decentralization ในการประเมินตนเอง
(1.2.2) โครงการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพบริการสถานพยาบาลปฐมภูมิเขตเมือง	0.4750 ลบ.	0.0757 ลบ.	9.46		3. จำนวนศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้/ศูนย์การเรียนรู้ที่มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม	12 แห่ง (สะสม)	8 แห่ง (สะสม)	3. การสนับสนุนความร่วมมือในการทำงานร่วมกันระหว่าง สรพ. สธ. อบจ. HACG แบบบูรณาการ	3. การประสานและบูรณาการระบบประเมิน และการเชื่อมโยงข้อมูลร่วมกับ กสป.
					4. จำนวนพี่เลี้ยงการพัฒนาคุณภาพปฐมภูมิ	250 (คน)	190 (สะสม)	4. ความไม่พร้อมของสถานพยาบาลปฐมภูมิในพื้นที่ จากความไม่เข้าใจรูปธรรมการพัฒนา ขาดโครงสร้างพื้นฐาน ขาดการสนับสนุนจากต้นสังกัด	5. การกำหนดผลลัพธ์การบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สำคัญ (healthcare result)
					5. จำนวนผลงานวิชาการหรือองค์ความรู้ที่ถูกนำไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเชิง วิชาการระดับนานาชาติ	1 (เรื่อง)	N/A		6. การสร้างกลไกความร่วมมือกับ กสป และ การขอสนับสนุนงบประมาณ
					6. จำนวนองค์ความรู้วิชาการหรืองานวิจัยหรือข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เผยแพร่ให้แก่หน่วยงานต้นสังกัดของสถานพยาบาลปฐมภูมิ	2 (เรื่อง)	N/A		7. การส่งเสริมบทบาทการขับเคลื่อนการพัฒนาและกำกับติดตามของศูนย์พัฒนาฯ ระดับพื้นที่
					7. จำนวนบุคลากรคุณภาพ (Quality Expert) ที่ขึ้นทะเบียนและมีสมรรถนะ ด้านการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ (ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ/ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพปฐมภูมิ)	40 คน (สะสม)	31 คน		8. บูรณาการร่วมกับหน่วยงานกำกับในการส่งเสริมการยกระดับการพัฒนาคุณภาพและสนับสนุนงบประมาณ
					8. จำนวนบุคลากรคุณภาพ (Quality Expert) ที่ขึ้นทะเบียนและมีสมรรถนะ ด้านการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ (ผู้เยี่ยมสำรวจ/ผู้เยี่ยมสำรวจด้านปฐมภูมิ)	20 คน (สะสม)	10 คน		9. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลลัพธ์คุณภาพ
					9. จำนวนบุคลากรคุณภาพ (Quality Expert) ที่ขึ้นทะเบียนและมีสมรรถนะ ด้านการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ (วิทยากร)	30 คน (สะสม)	19 คน		
					10. ระดับความสำเร็จของการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการประเมินรับรอง อย่างชาญฉลาด (ที่สนับสนุนระบบประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ตามมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ)	ทดลองใช้ และพัฒนาแล้วเสร็จ	อยู่ระหว่างพัฒนาโปรแกรม		
					11. มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิได้รับการรับรองระดับสากล	จัดส่งแบบประเมินตนเองแล้วเสร็จ	อยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำแบบประเมินตนเอง		

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>1</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายทั้งปี	ผลการดำเนินงาน Q1	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<b>1.3 โครงการเพิ่มประสิทธิภาพระบบการประเมินและรับรองด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล (Intelligence Survey)</b> (1.3.1) โครงการ เพิ่มประสิทธิภาพระบบการประเมินและรับรองด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล (Intelligence Survey) (1.3.2) โครงการการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ	0.8000 ลบ.  0.4346 ลบ.  0.3654 ลบ.	0.1185 ลบ.  ดำเนินกิจกรรมแล้วแต่ไม่ได้ใช้งบประมาณ  0.1185 ลบ.	14.81  -  32.43	1 ตุลาคม 2568 - 30 ธันวาคม 2568	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 $\geq 75$	N/A  N/A  18 แห่ง  N/A N/A	1.ความล่าช้าของการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมสำรวจโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและพัฒนา AI for surveyor assistant และความไม่เชี่ยวชาญในการพัฒนา 2.ความล่าช้าในการรับสมัครกลุ่มรพ. นำร่อง ทดลองการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ (sandbox) 3.การรับฟังความคิดเห็นต่อ (ร่าง) หลักเกณฑ์และวิธีการประเมิน ไม่ครอบคลุมเป้าหมาย ทำให้ต้องขยับแผนการดำเนินงาน	1.มีที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำในการพัฒนาระบบและlean ระบบ 2.การร่วมมือสื่อสารประชาสัมพันธ์กลุ่มรพ. เป้าหมายเพื่อเข้าร่วมโครงการ 3.การทำงานร่วมกับส่วนงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ส่วนงานงานบริหารและพัฒนาทุนมนุษย์ เพื่อจัดกระบวนการกลุ่มรับฟังกับผู้เยี่ยมสำรวจ และกลุ่มงานกฎหมาย เพื่อร่วมยกร่างหลักเกณฑ์และวิธีการประเมิน

2. แผนปฏิบัติงาน: เสริมพลังความร่วมมือเครือข่ายเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>2</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายทั้งปี	ผลการดำเนินงาน Q1	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
2.1 โครงการเสริมพลังความร่วมมือเครือข่าย เพื่อคุณภาพและความปลอดภัย	2.4750 ลบ.	0.2008 ลบ.	8.11	1 ตุลาคม 2568 - 30 ธันวาคม 2568	1. ความครอบคลุมของเครือข่ายเชิงพื้นที่	ร้อยละ 92	อยู่ระหว่างรอการยืนยันจากพื้นที่	1. ความไม่แน่นอนของการทำงานร่วมกับหน่วยงานภายนอก มีการเลื่อนกำหนดการและความล่าช้าของผู้มีส่วนร่วมทำให้จำเป็นต้องเลื่อนการประชุม	ปรับแผนการดำเนินงาน
(2.1.1) โครงการ เพิ่มความครอบคลุมและขีดความสามารถของเครือข่ายระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิผล	2.0000 ลบ.	0.1801 ลบ.	9.01		2. ผลงานการพัฒนาคุณภาพ/บทเรียน/เรื่อง เล่าความสำเร็จ 3. พี่เลี้ยงคุณภาพในพื้นที่ได้รับ การอบรม พัฒนา มีความรู้และทักษะด้านการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด 4. ความพึงพอใจของคุณความร่วมมือต่อการดำเนินงาน 5. คุณความร่วมมือที่มีความสำเร็จในการ ยกย่องคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล	เรื่อง 20 ร้อยละ 80	N/A N/A		
(2.1.2) โครงการสร้างความร่วมมือกับองค์กรเครือข่ายในประเทศและต่างประเทศ เพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาลให้ได้รับการยอมรับระดับสากล	0.4750 ลบ.	0.0207 ลบ.	4.35		6. เครือข่ายชุมชน สังคมและองค์กร ปกครองสวนท้องถิ่น ที่ให้การสนับสนุน การพัฒนาและรับรองคุณภาพ 7. ความพึงพอใจของภาคี เครือข่ายในระดับชุมชน สังคม และองค์กร ปกครองสวนท้องถิ่น ต่อการดำเนินงานของเครือข่าย 8. ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมและบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในระดับ ชุมชน สังคม และอปท.	ร้อยละ 80 9 แห่ง 12 แห่ง ร้อยละ 80 ระดับ	N/A 9 แห่ง 8 แห่ง N/A ระดับ 1	2. กิจกรรมการรับสมัครเครือข่ายเข้าร่วมมีความล่าช้ากว่ากำหนด เนื่องจากต้องการรอการตอบกลับการเข้าร่วมให้ครบและชำระค่าสมาชิกให้เป็นไปตามเป้าหมาย จึงทำให้กิจกรรมการประชุมมีความล่าช้า	

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

3. แผนปฏิบัติงาน: ยกระดับการจัดการความรู้และนวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>3</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายทั้งปี	ผลการดำเนินงาน Q1	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<p><b>3.1 โครงการยกระดับการจัดการความรู้ และนวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง</b></p> <p>(3.1.1) โครงการจัดการความรู้เพื่อสร้างผลงานวิชาการ ศึกษาวิจัย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย</p> <p>(3.1.2) โครงการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลรัฐ ระยะที่ 4</p>	<p>12.3731 ลบ.</p> <p>1.0000 ลบ.</p> <p>11.3731 ลบ.</p>	<p>10.6114 ลบ.</p> <p>0.0103 ลบ.</p> <p>10.6011 ลบ.</p>	<p>85.76</p> <p>1.03</p> <p>93.21</p>	<p>1 ตุลาคม 2568 - 30 ธันวาคม 2568</p>	<p>1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้รับการนำไปใช้ในระดับชาติหรือระดับนานาชาติ</p> <p>2. จำนวนองค์ความรู้วิชาการ งานวิจัยและนวัตกรรมจำนวน ผลงานการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง/นวัตกรรมตามแผนพัฒนาคุณภาพระดับองค์กร</p> <p>3. ร้อยละความพึงพอใจของประชาชนต่อสถานพยาบาลมาตรฐาน HA</p> <p>4. ร้อยละความไว้วางใจของประชาชนต่อสถานพยาบาลมาตรฐาน HA</p>	<p>4 เรื่อง (สะสม)</p> <p>20 เรื่อง</p> <p>≥ ร้อยละ 80</p> <p>≥ ร้อยละ 87</p>	<p>N/A</p> <p>N/A</p> <p>N/A</p> <p>N/A</p>	<p>1.การทำงานที่ต้องเชื่อมโยงหลายส่วนงาน (เช่น QI, Lean, HR, ยุทธศาสตร์) ทำให้กระบวนการตกลงใจหรือยกย่องแผนล่าช้ากว่าที่กำหนด</p> <p>2.การเตรียมเอกสารจริยธรรมการวิจัย (IRB) มีความยุ่งยากสูง (15 รายการต่อโครงการ) ทำให้ใช้เวลามากกว่าที่คาดการณ์</p> <p>3.ความกระจุกตัวของงาน: กิจกรรมสาคัญส่วนใหญ่ (Camp, Bootcamp, การเก็บข้อมูลวิจัย, การผลิตสื่อ) ก่ออยู่ในไตรมาส 3-4 ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางงานทับซ้อน</p>	<p>1.สร้าง Engagement/แรงจูงใจในการเข้าร่วม เช่น การชี้ให้เห็นผลประโยชน์ (WIIFM - What's in it for me) ที่ผู้เข้าร่วมจะได้รับจากผลงานวิชาการ</p> <p>2.ปรับแนวทางให้มีผู้ช่วยตรวจสอบเอกสาร ผ่าน Checklist เพื่อเร่งเตรียมเอกสารจริยธรรมการวิจัยให้เสร็จสิ้นก่อนเข้าสู่ไตรมาส 3</p> <p>3.พิจารณาดึงงานบางส่วนจากไตรมาส 3-4 มาเริ่มเตรียมการ (Pre-operation) ในไตรมาส 2 เพื่อลดความแออัดของงานในช่วงปลายปีงบประมาณ</p>
<p><b>3.2 โครงการประชุมวิชาการประจำปี</b></p> <p>(3.2.1) โครงการประชุมวิชาการประจำปี</p>	<p>27.0000 ลบ.</p> <p>27.0000 ลบ.</p>	<p>10.3995 ลบ.</p> <p>10.3995 ลบ.</p>	<p>38.52</p> <p>38.52</p>	<p>1 ตุลาคม 2568 - 30 ธันวาคม 2568</p>	<p>1. ร้อยละของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมการประชุมวิชาการประจำปีระดับประเทศและระดับภูมิภาค</p> <p>2. จำนวนผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี</p> <p>3. จำนวนผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี</p> <p>4. จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ จากสถานพยาบาล ที่มีการเผยแพร่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้</p> <p>5. จำนวนหัวข้อในการบรรยายภายในงานประชุมวิชาการประจำปี</p> <p>6. ร้อยละของผู้รวมประชุมที่มีระดับความพึงพอใจเป็นไปตามคาดหวัง/เกินคาดหวังต่องานประชุมวิชาการประจำปี</p> <p>7. ดัชนีความภักดีของลูกค้า (Net Promotor Score: NPS)</p> <p>8. จำนวนรายได้จากการจัดประชุมวิชาการประจำปี</p> <p>9. จำนวนรายได้จากหน่วยงานสนับสนุน</p>	<p>≥ ร้อยละ 60 (895 แห่ง)</p> <p>≥ 6,200 คน</p> <p>≥ 7,500 คน</p> <p>≥ 1,400 ผลงาน</p> <p>≥ 150 หัวข้อ</p> <p>≥ ร้อยละ 98</p> <p>≥ ร้อยละ 40</p> <p>29.0000 ลบ.</p> <p>1.0000 ลบ.</p>	<p>N/A</p> <p>N/A</p> <p>N/A</p> <p>N/A</p> <p>N/A</p> <p>N/A</p> <p>N/A</p> <p>N/A</p>	<p>1. ต้นฉบับเนื้อหา (HA Update) ล่าช้า ซึ่งпенจุดวิกฤตต่อการพิมพ์</p> <p>2. ข้อมูลสัญญาภัยกับสถานที่ (IMPACT) ขาดความต่อเนื่องทำให้การประสานงานบางส่วนติดขัด</p>	<p>1. กำหนด Deadline สงต้นฉบับที่ชัดเจน และติดตามจากผู้เขียน/ผู้ทรงคุณวุฒิรายสัปดาห์</p> <p>2. จัดทำฐานข้อมูลกลางเก็บข้อมูลสัญญาสำคัญเพื่อให้อะไรทำงานทุกส่วนเข้าถึงข้อมูลได้</p>

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

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>3</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายทั้งปี	ผลการดำเนินงาน Q1	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<b>3.3 โครงการพัฒนามาตรฐานและรูปแบบการประเมินและรับรองเพื่อระบบบริการสุขภาพที่ยั่งยืน</b> (3.3.1) โครงการพัฒนา มาตรฐานและระบบการประเมินรับรอง HA ให้ได้รับการยอมรับในระดับสากล (3.3.2) โครงการพัฒนา มาตรฐานและระบบการประเมินรับรองที่หลากหลายแบบมีส่วนร่วมตามแนวทางสากล	2.0000 ลบ.  1.2957 ลบ.  0.7043 ลบ.	0.4069 ลบ.  0.4069 ลบ.  ดำเนินกิจกรรมแล้วแต่ไม่ได้ใช้งบประมาณ	20.34  31.490  -	1 ตุลาคม 2568 - 30 ธันวาคม 2568	1. ระดับความสำเร็จตามเป้าหมายของแผนการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ 2. ระดับความสำเร็จตามเป้าหมายของแผนการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติและประเมินผล 3. ระดับความสำเร็จตามเป้าหมายของแผนการพัฒนามาตรฐานและระบบประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ 4. จำนวนมาตรฐานที่มีการทบทวนและปรับปรุงเสนอต่อคณะกรรมการ (มาตรฐาน) 5. จำนวนรูปแบบการประเมินรับรองหรือเครื่องมือที่มีการปรับปรุงและประกาศใช้ 6. จำนวนผลงานวิชาการ/วิจัย/นวัตกรรม/ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ด้านการพัฒนามาตรฐานและการประเมินรับรองที่เผยแพร่สู่สาธารณะหรือได้นำเสนอเพื่อเป็นประเด็นขับเคลื่อนเชิงนโยบาย 7. จำนวนมาตรฐานการรับรองคุณภาพของสถาบันได้รับการรับรองจากหน่วยงานสากล ISQua EEA ต่อเนื่อง (สะสม)	ชั้นมาตรฐาน  ชั้นมาตรฐาน  ระดับ 4  1 มาตรฐาน  2 เรื่อง  2 เรื่อง  2 มาตรฐาน	N/A  N/A  N/A  1 มาตรฐาน  1 เรื่อง  N/A  1 มาตรฐาน	1. เนื้อหามาตรฐานปฐมภูมิไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์ ISQua 2. การไม่สามารถสรรหานักวิชาการได้ตามแผนจำนวนผู้สนใจสมัครเข้ารับการคัดเลือกไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์ไว้	1. ทบทวนเกณฑ์ ISQua ร่วมกับคณะอนุกรรมการและผู้เชี่ยวชาญให้สอดคล้องและครบถ้วนตามเกณฑ์ 2. ทบทวนคุณสมบัติและเงื่อนไขการจ้างงานให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ตลาดแรงงานมากยิ่งขึ้นและขยายระยะเวลาและช่องทางการประชาสัมพันธ์การรับสมัคร เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสม
<b>3.4 โครงการพัฒนากลไกเพื่อความปลอดภัยความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุขและประชาชนอย่างมีส่วนร่วม (ระยะที่ 3)</b> (3.4.1) โครงการพัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่สำคัญในการขับเคลื่อนด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน ; ส่วนงานประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (3.4.2) โครงการสร้างและพัฒนาระบบข้อมูลองค์ความรู้และงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรและประชาชน	13.3410 ลบ.  11.8930 ลบ.  1.2170 ลบ.	9.2972 ลบ.  8.9372 ลบ.  0.3600	69.69  75.15  29.58	1 ตุลาคม 2568 - 30 ธันวาคม 2568	1. สถานพยาบาลที่ร่วมพัฒนากลไกและนวัตกรรมเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย 2. สถานพยาบาลมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในทุกมิติในระบบบริการสุขภาพในระดับดีขึ้น 3. อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ของสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองขั้นพัฒนา/ชั้นมาตรฐานที่ได้รับการแก้ไขในระดับความรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (E-Up) 4. อัตราความผิดพลาดที่ป้องกันได้ที่มีระดับรุนแรงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอาจทำให้เสียชีวิตลดลง (คำนวณชั้น 3 ขึ้นไป) อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากกระบวนการดูแลที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในสถานพยาบาล (Patient Suffering) 5. จำนวนกลไกขับเคลื่อนเชิงระบบ ที่เกิดจากการดำเนินงานร่วมกับคู่ความร่วมมือ ทั้งในประเทศ/ต่างประเทศ และประชาชน 6. บทเรียนในระบบบริการสุขภาพจัดทำเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy) ที่เป็นผลจากการดำเนินงาน 3P Safety 7. งานวิจัย หรือองค์ความรู้เกี่ยวกับ 3P Safety ได้รับการเผยแพร่หรือมีการตีพิมพ์ในประเทศและต่างประเทศ	ร้อยละ 70  ร้อยละ 70  ร้อยละ 40  ร้อยละ 60  ร้อยละ 6.0  4 กลไก  1 เรื่อง  1 เรื่อง	ร้อยละ 68  N/A  ร้อยละ 40.19  ร้อยละ 60.2  ร้อยละ 5.68  1 กลไก  N/A  N/A	1.รพ.สมาชิกส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน งบประมาณและบุคลากรน้อย 2.ผลักดันเป็นนโยบายร่วมกับหน่วยกำกับสถานพยาบาล 3.จำนวนเจ้าหน้าที่ไม่สอดคล้องกับปริมาณงาน โครงการที่มีขนาดใหญ่และมีกรมวนเวียนเข้า-ออก ขาดการต่อเนื่องในการดำเนินงาน	1. ผลักดันเป็นนโยบายร่วมกับหน่วยกำกับสถานพยาบาล 2. ใช้กลไกคณะกรรมการขับเคลื่อนฯ ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน 3. จัดหาอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ให้สอดคล้องกับปริมาณงานโครงการที่มีขนาดใหญ่ (ทั้งแบบจ้างเหมาบริการ/เจ้าหน้าที่ประจำ)

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>3</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายทั้งปี	ผลการดำเนินงาน Q1	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
(3.4.3) โครงการขับเคลื่อนนโยบาย กำกับ และ อภิบาลระบบบริการสุขภาพเพื่อความปลอดภัย ของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน	0.2310 ลบ.	ดำเนินกิจกรรมแล้วแต่ไม่ได้ใช้งบประมาณ	-		8. ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาลที่แสดงการวัด ผลลัพธ์ตอนที่ IV ในการเยี่ยมรับรอง 9. ร้อยละสถานพยาบาลเข้าร่วมการจัดประชุม World Patient Safety Day & 3P Safety (Patient/ Personal/ People) 10. สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยเพื่อนำมาปรับระบบงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรมีความปลอดภัย 11. สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีการรับฟังเสียง/ เรียนรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วยเพื่อนำมาปรับระบบงานให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย	ร้อยละ 55 ร้อยละ 70 ร้อยละ 70 ร้อยละ 70	N/A N/A N/A N/A		
<b>3.5 โครงการ HAI-NEX Hub: ศูนย์นวัตกรรมและการเรียนรู้ แห่งอนาคตของระบบสุขภาพไทย</b> (3.5.1) โครงการการประเมินความคุ้มค่าของการดำเนินงานของ สรพ. ตามพันธกิจในระบบสาธารณสุขไทย	1.5000 ลบ. 1.5000 ลบ.	0.0437 ลบ. 0.0437 ลบ.	2.91 2.91	1 ตุลาคม 2568 - 30 ธันวาคม 2568	1. จำนวนบทความวิชาการที่ได้รับการเผยแพร่ในระดับชาติหรือนานาชาติ 2. จำนวนข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้รับการนำไปใช้ใน ระดับชาติหรือระดับนานาชาติ 3. ข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์มีความชัดเจน สอดคล้องกับบริบท 4. เกิดเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในการขับเคลื่อนคุณภาพและความปลอดภัยของระบบสุขภาพ	1 บทความ 1 เรื่อง ร้อยละ 80 ร้อยละ 80	N/A N/A N/A N/A	การดำเนินการจัดจ้างที่ปรึกษายังไม่สามารถดำเนินการได้ในไตรมาสที่ 1 เนื่องจากโครงการอยู่ระหว่างการจัดลำดับขั้นตอนการดำเนินงาน ประกอบกับได้รับข้อเสนอแนะทิศทางการดำเนินงานเพิ่มเติมจากคณะกรรมการ ส่งผลให้ต้องทบทวนและปรับกรอบแนวคิด ทิศทาง และขอบเขตการดำเนินงานวิจัย	ปรับแผนการดำเนินงาน และ จะดำเนินการจัดทำขอบเขตงาน สำหรับการจ้างที่ปรึกษาโดยอาศัย ข้อมูลและผลลัพธ์จากการสัมมนาเชิงปฏิบัติการดังกล่าวเป็นฐาน เพื่อให้การจัดจ้างในไตรมาสถัดไปเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โปร่งใส และเกิดความคุ้มค่าสูงสุดตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

4. แผนปฏิบัติงาน : พัฒนาทุนมนุษย์เพื่อนับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>4</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายทั้งปี	ผลการดำเนินงาน Q1	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<b>4.1 โครงการพัฒนาและยกระดับสู่การเป็นสถาบันฝึกอบรม HAI Academy</b>	<b>25.1148 ลบ.</b>	<b>2.1474 ลบ.</b>	<b>8.55</b>	1 ตุลาคม 2568 - 30 ธันวาคม 2568	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	N/A ร้อยละ 66.83 1 หลักสูตร (ศรีลังกา) ร้อยละ 20 N/A N/A N/A N/A	เนื่องจากการมีการปรับรูปแบบการสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจจากเดิม ทำให้ต้องประสานความร่วมมือจากหลายส่วนในการดำเนินการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานด้านปฏิบัติการ เพื่อให้สามารถพัฒนาผู้เยี่ยมได้ และเนื่องจากการปรับรูปแบบจำเป็นที่จะต้องผ่านความเห็นชอบจากผู้บริหาร และคณะกรรมการผู้เยี่ยมสำรวจ ทำให้เกิดความล่าช้าในการดำเนินการ	ปรับแผนการดำเนินงาน โดยวางแผนการจัดกิจกรรมในไตรมาส 2
(4.1.1) โครงการสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมตามมาตรฐานสากล	5.7000 ลบ.	0.8525 ลบ.	14.96						
(4.1.2) โครงการสร้างและพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ	0.9500 ลบ.	0.0556 ลบ.	5.86						
(4.1.3) โครงการพัฒนาหลักสูตร และฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุข	17.5780 ลบ.	1.2393 ลบ.	7.05						
(4.1.4) โครงการสร้างและพัฒนา QMR	0.5870 ลบ.	ดำเนินกิจกรรมแล้วแต่ไม่ได้ใช้งบประมาณ	-						
(4.1.5) โครงการ ยกกระดับการจัดการความรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง	0.2998 ลบ.	ดำเนินกิจกรรมแล้วแต่ไม่ได้ใช้งบประมาณ	-						
<b>4.2 โครงการบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะและส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร</b>	<b>3.0000 ลบ.</b>	<b>0.9398 ลบ.</b>	<b>31.33</b>	1 ตุลาคม 2568 - 30 ธันวาคม 2568	1. จำนวนบุคลากรที่มีผลงานนำเสนอต่างประเทศ 2. ร้อยละอัตราการลาออกของเจ้าหน้าที่ประจำ 3. จำนวนหลักสูตรที่จัดฝึกอบรมให้แก่บุคลากรภายในสถาบัน 4. จำนวนผลงานการพัฒนาคุณภาพและนวัตกรรมของบุคลากรภายในองค์กรที่ดำเนินการสำเร็จในปีที่ประเมิน 5. ร้อยละของการครองตำแหน่งของเจ้าหน้าที่ตามกรอบอัตราตำแหน่งในสิ้นปีงบประมาณ 6. ร้อยละของการปรับปรุงกระบวนการทำงาน Work Instruction แล้วเสร็จ 7. ระดับความสำเร็จของแผนเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารทรัพยากรมนุษย์ 8. ร้อยละความผูกพันของบุคลากร 9. ร้อยละของบุคลากรที่ตอบแบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมที่ควรดำเนินการสะท้อนค่านิยมในองค์กร คะแนน 4-5 10. ร้อยละของบุคลากรที่มีสมรรถนะตาม competency model 11. ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบการบริหารและพัฒนาบุคคล	9 คน ร้อยละ ≤ 20 10 หลักสูตร 30 ผลงาน ร้อยละ 95 ร้อยละ 80 ระดับ 4 ร้อยละ 70 ร้อยละ 70 ร้อยละ 30 ร้อยละ 70	N/A ร้อยละ 5 N/A N/A ร้อยละ 98.75 N/A ระดับ 3 N/A ร้อยละ 52.13 N/A N/A	การดำเนินงานล่าช้ากว่าแผนเนื่องจากการปรับวิธีการดำเนินให้ชัดเจนขึ้น	ปรับแผนการดำเนินงาน
(4.2.1) โครงการยกระดับความสามารถและพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทุกระดับ สนับสนุนแผนปฏิบัติการสถาบัน	0.1760 ลบ.	0.0385 ลบ.	21.88						
(4.2.2) โครงการเพิ่มประสิทธิภาพและการบริหารระบบทรัพยากรมนุษย์	2.8240 ลบ.	0.9013 ลบ.	31.91						

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

5. แผนปฏิบัติงาน : การพัฒนาองค์กรให้มีสมรรถนะสูงและเป็นที่น่าพอใจ

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>5</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายทั้งปี	ผลการดำเนินงาน Q1	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<b>5.1 โครงการยกระดับองค์กรสู่ความเป็นเลิศอย่างยั่งยืน</b> (5.1.1) โครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และการติดตามประเมินผล (5.1.2) โครงการส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรคุณภาพ (5.1.3) โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบเอกสารคุณภาพและการลดต้นทุนขององค์กร	5.7000 ลบ. 0.5630 ลบ. 1.5000 ลบ. -	1.7157 ลบ. 0.1295 ลบ. 1.2740 ลบ. ดำเนินกิจกรรมแต่ไม่ใช้งบประมาณ	30.10 23.01 84.93 -	1 ตุลาคม 2568 - 30 ธันวาคม 2568	1. ความสำเร็จการอ้างการรับรอง ISQuaEEA-Organization 2. ความสำเร็จของการเข้าสู่กระบวนการประเมินรับรอง TQC 3. องค์กรได้รับการประเมิน ITA 4. ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการขับเคลื่อนวัฒนธรรมองค์กรคุณภาพ 5. ระดับการประเมินผลองค์กรมหาชน	รายการระดับ 4 ระดับดี (85-94.99 คะแนน) ร้อยละ 80 ระดับดี (ตั้งแต่ 95 คะแนนขึ้นไป)	ผ่านการรับรอง N/A N/A N/A	1. การจัดประชุมคณะทำงานความเสี่ยงฯ ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งคณะทำงาน รวมถึงภาระงานของคณะทำงานที่มาจากหลายส่วนงาน ทำให้การหาวัน-เวลาที่เหมาะสมในการประชุมร่วมกันเป็นไปได้ยาก 2. การขับเคลื่อนงานภายใต้โครงการย่อยที่ 2 และ 3 ยังไม่มีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน รวมทั้งการถ่ายทอดงานจากทีมงานชุดเก่าสู่ทีมงานชุดใหม่ยังประสบปัญหาในเรื่องการถ่ายทอดข้อมูลต่างๆ	1. กำหนดวันจัดประชุมคณะทำงานความเสี่ยงฯ ชุดใหม่ภายในเดือนมกราคม และกำหนดวันประชุมล่วงหน้าตลอดทั้งปีงบประมาณ 2. กำหนดแผนการดำเนินงานโครงการย่อยที่ 2 และ 3 ให้แล้วเสร็จภายในเดือนมกราคม เพื่อให้มีเป้าหมายและแนวทางการขับเคลื่อนที่ชัดเจน รวมถึงการตั้งคณะทำงานที่เกี่ยวข้องหากมีความจำเป็นเพื่อมอบหมายความรับผิดชอบที่ชัดเจน
<b>5.2 โครงการพัฒนาและยกระดับองค์กรให้มีความพร้อมสู่การเป็นรัฐบาลดิจิทัล</b> (5.2.1) โครงการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (5.2.2) โครงการเพิ่มประสิทธิภาพระบบคลาวด์ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	12.3478 ลบ. 8.5078 ลบ. 3.8400 ลบ.	9.1425 ลบ. 6.8569 ลบ. 2.2856 ลบ.	74.04 80.59 59.52	1 ตุลาคม 2568 - 30 ธันวาคม 2568	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 N/A N/A	-ไม่มี-	-ไม่มี-

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

โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	ผลการใช้จ่าย <sup>5</sup>	คิดเป็นร้อยละ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายทั้งปี	ผลการดำเนินงาน Q1	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	8.1905 ลบ.	0.9760 ลบ.	11.92	1 ตุลาคม 2568 - 30 ธันวาคม 2568	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	N/A N/A N/A  N/A N/A N/A N/A	โครงการเป็นการนำเทคโนโลยีขั้นสูง (Generative AI และ NLP) มาประยุกต์ใช้กับข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อน (ข้อมูลผู้ป่วยและความเสี่ยงทางการแพทย์) ทำให้การจัดทำและทบทวน TOR ต้องใช้ความละเอียดรอบคอบสูง เพื่อให้มั่นใจเรื่องความปลอดภัยของข้อมูล (Data Privacy) และธรรมาภิบาล ปัญญาประดิษฐ์ ส่งผลทำให้ต้องใช้ระยะเวลานาน	ปรับกระชับระยะเวลาในส่วนของการส่งมอบงานบางงวดที่ไม่กระทบต่อคุณภาพหลัก
(5.3.2) โครงการยกระดับระบบรายงานและเรียนรู้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์	4.0000 ลบ.	-	-						
<b>5.4โครงการสื่อสารภาพลักษณ์องค์กรและบริหารลูกค้าสัมพันธ์</b> (5.4.1) โครงการสร้างเสริมภาพลักษณ์องค์กร และลูกค้าสัมพันธ์ (5.4.2) โครงการพัฒนาสื่อและช่องทางการสื่อสารแบบบูรณาการ	4.4600 ลบ.	1.5633 ลบ.	35.05	1 ตุลาคม 2568 - 30 ธันวาคม 2568	1. ร้อยละความเชื่อมั่นของประชาชน สถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานของสถาบันฯ 2. ร้อยละความพึงพอใจของสถานพยาบาลต่อการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารของสถาบันฯ	≥ ร้อยละ 85  ≥ ร้อยละ 85	N/A  N/A	1. การกำหนดขอบเขตงานจ้างเหมาในการจัดทำสื่อ มีความล่าช้าเนื่องจากมีการปรับแก้ไขหลายรอบ 2. ประสบปัญหาในเรื่องการถ่ายทอดข้อมูลการจัดทำสื่อและการพิจารณาอนุมัติสื่อต่างๆ 3. การจัดหาวันเวลาที่เหมาะสม ระหว่างลูกค้าและผู้บริหารที่ไม่ตรงกัน	จัดทำแผนในการจัดทำขอบเขตงานเสนอเพื่อพิจารณาแก้ไข

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

1. ค่าใช้จ่ายบุคลากร

หน่วยนับ : ล้านบาท

ลำดับ	รายการ	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่เบิกจ่าย	ร้อยละ
1	เงินเดือน	52.0000	12.6138	21.75
2	ค่าตอบแทน	7.9900	0.4792	5.99
3	เงินกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ	3.1350	0.7536	28.99
4	ค่ารักษาพยาบาล	1.2000	0.1564	31.28
5	ค่าช่วยเหลือการศึกษาบุตร	0.2500	0.0395	49.38
	<b>รวมทั้งสิ้น</b>	<b>64.5750</b>	<b>14.0425</b>	<b>21.75</b>

2. ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็น

หน่วยนับ : ล้านบาท

ลำดับ	รายการ	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่เบิกจ่าย	ร้อยละ
1	ค่าสาธารณูปโภค	1.6520	0.1094	6.62
1.1	• ค่าไฟฟ้า	1.0000	-	-
1.2	• ค่าน้ำประปา	0.0300	-	-
1.3	• ค่าโทรศัพท์พื้นฐานและค่าโทรศัพท์เคลื่อนที่	0.5300	0.1032	19.47
1.4	• ค่าไปรษณีย์	0.0800	0.0033	4.13
1.5	• ค่าเช่าระบบสัญญาณอินเทอร์เน็ต	0.0120	0.0029	24.08
2	ค่าบริหารจัดการ (ขั้นต้นจำเป็น)	4.4100	0.2536	5.75
2.1	• ค่าใช้สอย	3.9600	0.2536	36.52
2.2	• ค่าวัสดุ	0.4500	-	-
3	ค่าเช่า	2.1750	2.1695	99.98
4	ค่าจ้าง	3.2380	2.2565	69.69
	<b>รวมทั้งสิ้น</b>	<b>11.4750</b>	<b>4.7890</b>	<b>41.73</b>

ภาคผนวก

รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ณ ไตรมาส 1  
(ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 31 ธันวาคม 2568)

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดวัตถุประสงค์ (O-KPIs)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย ทั้งปี	ผลการดำเนินงาน Q1
1	ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองการพัฒนาและการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA)	ร้อยละ	78	● ร้อยละ 74.98
2	ร้อยละของอำเภอในประเทศไทยที่มีสถาน พยาบาลเข้าสู่และได้รับการรับรองตามมาตรฐาน HA	ร้อยละ	>95	● ร้อยละ 88.48
3	ร้อยละของสถานพยาบาลปฐมภูมิที่เข้าสู่กระบวนการ พัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ	ร้อยละ	15 (525 แห่ง)	● ร้อยละ 9.68 (339 แห่ง)
4	ร้อยละอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากกระบวนการดูแลที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยบุคลากรในสถานพยาบาล (Patient-People Suffering)	ร้อยละ	5.20	● ร้อยละ 5.68
5	ความพึงพอใจ/ความไว้วางใจ ของประชาชนต่อสถานพยาบาลมาตรฐาน HA			
(5.1)	ร้อยละความพึงพอใจ	ร้อยละ	≥ 85	● อยู่ระหว่างดำเนินงาน ● จัดทำ Dashboard ขึ้นหน้าเว็บไซต์ ● ไตรมาส 3 ยื่นคณะกรรมการจริยธรรม ● ไตรมาส 4 จัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล
(5.2)	ร้อยละความไว้วางใจ	ร้อยละ	≥ 87	
6	สรพ. ได้รับการรับรอง ISQuaEEA อย่างต่อเนื่องครบทั้ง 3 ด้าน			●
(6.1)	ผ่านการรับรอง Organization	ผ่าน		ผ่านการรับรอง Organization ครั้งที่ 4 (ธ.ค. 68 - ธ.ค. 72)
(6.2)	- ผ่านการรับรอง HA Standard - ส่ง SAR ขอรับรอง Primary Care Standard	ผ่าน		- HA Standard: ได้จัดส่งมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับ 6 วันที่ 6 ต.ค. 2568 - Primary Care Standard อยู่ระหว่างการดำเนินการ


ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย ทั้งปี	ผลการดำเนินงาน Q1
(6.3)	Surveyor Training Program: 2 <sup>nd</sup> Report (ภายใน ส.ค. 69)	ผ่าน		อยู่ระหว่างการจัดทำข้อมูลเพื่อรายงาน progress report ภายในเดือนสิงหาคม 2569



## 1. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์ที่ 1 สร้างความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพด้วยกระบวนการ HA

### เป้าหมาย :

- ขยายความครอบคลุม ต่อเนื่อง และยกระดับของการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลด้วยมาตรฐาน HA
- ส่งเสริมผลลัพธ์คุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ
- เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย ทั้งปี	ผลการดำเนินงาน Q1
(1.1)	ความครอบคลุมสถานพยาบาลมาตรฐาน HA			●
(1.1.1)	ร้อยละสถานพยาบาล <u>ภาครัฐ</u> ที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ (HA)	ร้อยละ	88	90.74
(1.1.2)	ร้อยละสถานพยาบาล <u>ภาคเอกชน</u> ที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ (HA)	ร้อยละ	52	50.66
(1.1.3)	จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองคุณภาพขั้นก้าวหน้า (Advanced HA)	แห่ง (สะสม)	25	24
(1.1.4)	จำนวนสถานพยาบาลปฐมภูมิที่เข้าสู่ กระบวนการรับรองการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ	แห่ง (สะสม)	550	339
(1.1.5)	จำนวนสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองการพัฒนา และการรับรอง มาตรฐานระบบเครือข่ายบริการ	จำนวน (สะสม)	55	53
(1.2)	ร้อยละอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Preventable Harm) ตามที่คณะกรรมการกำหนด มีระดับรุนแรงถึงตัวผู้ป่วยในสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองลดลง	ร้อยละ	5	● 5.18





ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย ทั้งปี	ผลการดำเนินงาน Q1
(1.3)	ระดับความสำเร็จของการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการ ประเมินรับรองอย่างชาญฉลาด	ระดับ	4	 อยู่ระหว่างดำเนินงาน <ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนา Front end / Architecture Design / Flow to be</li> <li>อยู่ระหว่างการวางแผนการพัฒนารูปแบบการเชื่อมต่อสำรวจ และพัฒนา AI for Surveyor</li> </ul>


-  หมายถึง เป็นไปตามเป้าหมาย และ/หรือ สูงกว่าเป้าหมาย
-  หมายถึง ต่ำกว่าเป้าหมาย และ/หรือ อยู่ระหว่างดำเนินงาน

## 2. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์ที่ 2 เสริมพลังความร่วมมือเครือข่ายเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย

### เป้าหมาย

1. เพิ่มความครอบคลุมและขีดความสามารถของเครือข่ายระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิผล
2. สร้างความร่วมมือกับองค์กร/เครือข่ายในประเทศและต่างประเทศ เพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาลให้ได้รับการยอมรับระดับสากล
3. ส่งเสริมเครือข่ายชุมชน สังคม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ร่วมสนับสนุนการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย ทั้งปี	ผลการดำเนินงาน Q1
(2.1)	ร้อยละความครอบคลุมของจังหวัดที่มีเครือข่ายเชิงพื้นที่	ร้อยละ	92	 80.52
(2.2)	ร้อยละของสถานพยาบาลในเครือข่ายพื้นที่ที่มีสถานะการรับรองการพัฒนาและการรับรองคุณภาพ	ร้อยละ	82	 63.44
(2.3)	จำนวนคู่ความร่วมมือที่มีความสำเร็จในการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล	จำนวน (สะสม)	9	 9
(2.4)	จำนวนเครือข่ายชุมชน สังคม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ให้การสนับสนุนการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	จำนวน (สะสม)	12	 8

 หมายถึง เป็นไปตามเป้าหมาย และ/หรือ สูงกว่าเป้าหมาย

 หมายถึง ต่ำกว่าเป้าหมาย และ/หรือ อยู่ระหว่างดำเนินงาน

### 3. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์ที่ 3 ยกระดับการจัดการความรู้และนวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง

#### เป้าหมาย

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

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย ทั้งปี	ผลการดำเนินงาน Q1
(3.1)	จำนวนมาตรฐานที่ได้รับการรับรองในระดับสากล	จำนวน (สะสม)	2	● จำนวน 1 มาตรฐาน (มาตรฐาน HA) และปีนี้จะต้องขอรับการรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิไปยัง ISQua ซึ่งอยู่ระหว่างการดำเนินกระบวนการ
(3.2)	จำนวนองค์ความรู้วิชาการ งานวิจัย และนวัตกรรม รวมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้รับการนำไปใช้ในระดับชาติหรือระดับนานาชาติ ●			
(3.2.1)	จำนวนองค์ความรู้วิชาการ งานวิจัยและนวัตกรรม	จำนวน (สะสม)	20	มีองค์ความรู้ความรู้วิชาการ งานวิจัยและนวัตกรรม จำนวน 5 เรื่อง และปี 2569 อยู่ระหว่างดำเนินการ จำนวน 5 เรื่อง
(3.2.2)	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้รับการนำไปใช้ในระดับชาติหรือระดับนานาชาติ	จำนวน (สะสม)	4	มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้รับการนำไปใช้ในระดับชาติหรือระดับนานาชาติ จำนวน 3 เรื่อง และจะดำเนินการในปี 2569 จำนวน 1 เรื่อง
(3.3)	จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพจากสถานพยาบาล ที่มีการเผยแพร่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้	จำนวน (เรื่อง)	1,400	● 1,400 เรื่อง จากสถานพยาบาลที่ผ่านการพิจารณาผลงานในการประชุมวิชาการประจำปี
(3.4)	ร้อยละสถานพยาบาลที่ร่วมพัฒนากลไกและนวัตกรรมเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย	ร้อยละ	67	● ร้อยละ 68 คำนวณจากจำนวน รพ.ที่เข้าร่วมโครงการ 3P จำนวน 1018 แห่ง/สถานพยาบาลในฐานข้อมูล สรพ. จำนวน 1491 แห่ง *100

- หมายถึง เป็นไปตามเป้าหมาย และ/หรือ สูงกว่าเป้าหมาย
- หมายถึง ต่ำกว่าเป้าหมาย และ/หรือ อยู่ระหว่างดำเนินงาน

#### 4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาทุนมนุษย์เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ

##### เป้าหมาย

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

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย ทั้งปี	ผลการดำเนินงาน Q1
(4.1)	ระดับความสำเร็จการจัดทำแผนการสร้างและพัฒนาบุคลากรขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพในประเทศไทย	ระดับ	4	● 3
(4.2)	จำนวนของ Quality Expert ที่ขึ้นทะเบียน			●
(4.2.1)	จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจ/ผู้เยี่ยมสำรวจที่มีสมรรถนะด้านมาตรฐานปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบัน	คน (สะสม)	197/20	177/ อยู่ระหว่างดำเนินงาน
(4.2.2)	จำนวนที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ/ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพที่มีสมรรถนะด้านมาตรฐานปฐมภูมิ ที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบัน	คน (สะสม)	130/40	125/ อยู่ระหว่างดำเนินงาน
(4.3)	ร้อยละของ Quality expert มีสมรรถนะตาม Competency Model	ร้อยละ	≥ 85	● อยู่ระหว่างดำเนินงาน จัดทำ Competency Model เติร์ยมวัดผล
(4.4)	ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีผู้บริหาร ด้านคุณภาพ (QMR) หรือ ผู้จัดการศูนย์คุณภาพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของสถาบัน	ร้อยละ	30	● 20
(4.5)	จำนวนหลักสูตรฝึกอบรมหรือหลักสูตร การศึกษาดูงาน ที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงานภายนอกหรือระดับสากล	หลักสูตร (สะสม)	2	● 1
(4.6)	ระดับความสำเร็จของแผนเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารทรัพยากรมนุษย์ของสถาบัน	ระดับ	4	● 3
(4.7)	ร้อยละของบุคลากรของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมอบรมกับหลักสูตรของสถาบัน สามารถนำความรู้จากการอบรมไปใช้ประโยชน์	ร้อยละ	89.5	● อยู่ระหว่างดำเนินงาน เตรียมเก็บข้อมูล เริ่มไตรมาส 2

● หมายถึง เป็นไปตามเป้าหมาย และ/หรือ สูงกว่าเป้าหมาย

● หมายถึง ต่ำกว่าเป้าหมาย และ/หรือ อยู่ระหว่างดำเนินงาน

## 5. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์ที่ 5 การพัฒนาองค์กรให้มีสมรรถนะสูงและเป็นที่ยอมรับ

### เป้าหมาย

- พัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูง เป็นที่ยอมรับของสถานพยาบาล ประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- สร้างและส่งเสริมให้องค์กรมีสภาพแวดล้อม บรรยากาศ และวัฒนธรรมในการทำงานที่ดี
- ยกระดับการใช้ข้อมูลสารสนเทศ และดิจิทัลเทคโนโลยีในการบริหารจัดการองค์กรสู่ผลสัมฤทธิ์
- ส่งเสริมและสื่อสารภาพลักษณ์องค์กร รวมถึงการบริหารจัดการลูกค้าสัมพันธ์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมายทั้งปี	ผลการดำเนินงาน Q1
(5.1)	ผลลัพธ์ของการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง			●
(5.1.1)	ระดับความสำเร็จของการเข้าสู่กระบวนการประเมินรับรอง TQC	ระดับ	4	เตรียมหารือคณะทำงานวางแผนการจัดเก็บข้อมูล
(5.1.2)	จำนวนการผ่านและชำระการประเมินรับรอง ตามมาตรฐาน ISO	จำนวน (สะสม)	2	2 เตรียมจัดจ้างที่ปรึกษา
(5.1.3)	ระดับการประเมินรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA 4.0)	ระดับ	ผ่านเกณฑ์ขั้นสูง	รับฟังเกณฑ์ประเมินจาก ก.พ.ร. และเตรียมวางแผนจัดเก็บข้อมูล
(5.1.4)	ระดับผลการประเมิน ITA	ระดับ	ระดับดี	รอเกณฑ์ประเมินจาก ป.ป.ท. และเตรียมวางแผนจัดเก็บข้อมูล
(5.2)	ผลการประเมินวัฒนธรรมองค์กรผ่านเกณฑ์วัฒนธรรมองค์กรสู่การเป็นองค์กร High Performance (มากกว่า percentile ที่ 80)	จำนวนมิติ	11 จาก 12	● อยู่ระหว่างดำเนินงาน อยู่ระหว่างหารือผู้รับผิดชอบ เพื่อวางแผนดำเนินการ
(5.2)	ระดับความพร้อมในการใช้ข้อมูลสารสนเทศ และดิจิทัลเทคโนโลยี เพื่อการบริหารจัดการ			●
(5.3.1)	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาสู่การเป็นดิจิทัล office ระดับ 3 ขึ้นไป	จำนวนมิติ	ตามเกณฑ์ ก.พ.ร.	อยู่ระหว่างดำเนินการปิด GAP และพัฒนาตามข้อเสนอแนะ DGA ด้านบุคลากรและด้านข้อมูล
(5.3.2)	ร้อยละของระบบงานหลัก (Core Business) ที่ปรับเปลี่ยนเป็นระบบดิจิทัล	ร้อยละ	40	อยู่ระหว่างดำเนินงานปรับเปลี่ยนระบบงานหลัก 1 งาน คือ HA Portal
(5.4)	ร้อยละความเชื่อมั่นของสถานพยาบาลต่อการดำเนินงานของสถาบัน	ร้อยละ	≥ 85	● อยู่ระหว่างดำเนินงาน อยู่ระหว่างเตรียมกระบวนการ จัดจ้างที่ปรึกษาดำเนินงาน

● หมายถึง เป็นไปตามเป้าหมาย และ/หรือ สูงกว่าเป้าหมาย

● หมายถึง ต่ำกว่าเป้าหมาย และ/หรือ อยู่ระหว่างดำเนินงาน