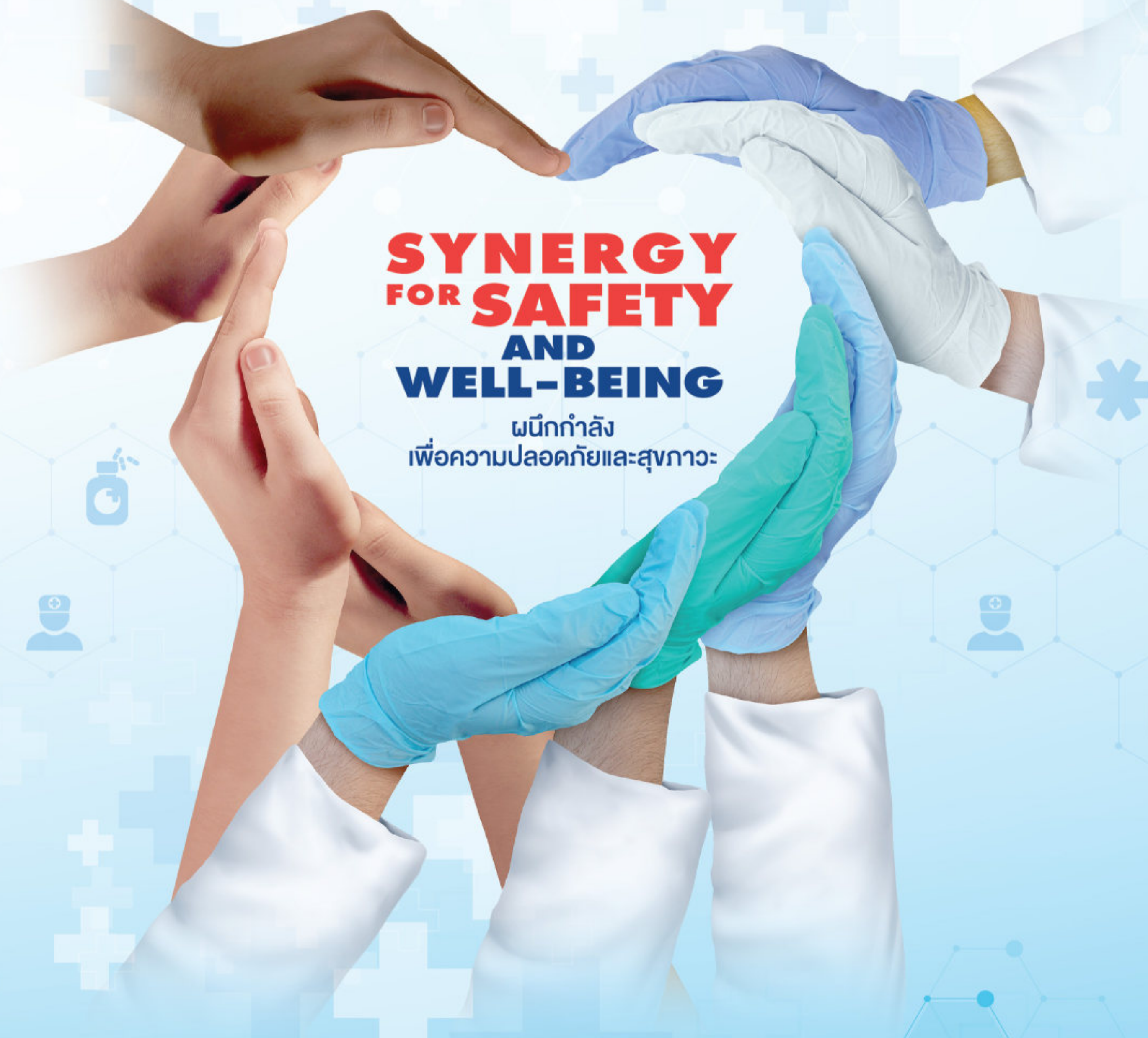
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

รายงานประจำปี 2566

สรพ.



SYNERGY FOR SAFETY AND WELL-BEING

ผนึกกำลัง
เพื่อความปลอดภัยและสุขภาวะ

Annual Report 2023

The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

รายงานประจำปี 2566

สรพ.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

รายงานประจำปี 2566
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
รายงานประจำปี 2566 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2566
112 หน้ารวมปก
ISBN: 978-616-8024-55-3

บรรณาธิการ	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
จัดทำและเผยแพร่โดย	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5 กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-20278844 โทรสาร 0-20266680 www.ha.or.th
ภาพถ่าย	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
จำนวนพิมพ์	150 เล่ม
รูปเล่ม/พิมพ์ที่	บริษัท ดีเซมเบอรี่ จำกัด โทรศัพท์ 02-884-5933-4 www.kumnum.com

www.ha.or.th

สารบัญ
CONTENT

04 สารจากประธานกรรมการ

05 สารจากผู้อำนวยการสถาบัน

06 **ส่วนที่ 1 ความเป็นมาของสถาบัน**

17 **ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินงานด้านการควบคุมกิจการของคณะกรรมการ**

46 **ส่วนที่ 3 ผลการดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์สำคัญ 5 ด้าน ประจำปีงบประมาณ 2566**

- ด้านการประเมินและรับรองเพื่อสร้างคุณค่าและความไว้วางใจ
- ด้านการพัฒนากลไกความร่วมมือและองค์ความรู้
- ด้านการยกระดับการจัดการความรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง
- ด้านการพัฒนาทุนมนุษย์เพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ
- ด้านการบริหารจัดการองค์กรสู่ความเป็นเลิศ

85 **ส่วนที่ 4 ภาคผนวก**

1. ผลการประเมินองค์การมหาชน ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ 2566 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
2. รายงานผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ รายหน่วยงาน (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ประจำปีงบประมาณ 2566 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
3. งบแสดงฐานะการเงินสำหรับงวดวันที่ 30 กันยายน 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2566 ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

สารจากประธานกรรมการ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ศ.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา
ประธานกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

สรพ. เป็นองค์กรที่เติบโตเข้าสู่ปีที่ 14 ตั้งแต่มีการจัดตั้งสถาบันในปี พ.ศ. 2552 ที่ผ่านมา สรพ. ใช้มาตรฐาน HA ในการส่งเสริมให้สถานพยาบาลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประเทศไทยและสถานพยาบาลมีความเข้มแข็ง ปัจจุบันมีการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital and Healthcare Standards) ฉบับที่ 5 และได้รับการรับรองมาตรฐานฉบับนี้จากหน่วยงานระดับสากล ISQuaEEA และใช้ในการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ที่ผ่านมา

สรพ. เป็นองค์กรที่สร้างการตื่นตัวให้สถานพยาบาลเกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัย อีกทั้งประชาชนได้เข้าถึงบริการที่ดีมีคุณภาพได้อย่างทั่วถึงจากสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA และเพื่อส่งเสริมภารกิจของ สรพ. ให้บรรลุผลดังกล่าว คณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้กำหนดเป้าหมายการขับเคลื่อน สรพ. ในระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ มุ่งเน้นให้เกิดความปลอดภัยของประชาชนผู้รับบริการ ส่งเสริมคุณภาพการศึกษาของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและการสาธารณสุข รวมถึงส่งเสริมให้เกิดการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อประโยชน์ในการสร้างความปลอดภัย นำข้อมูลจากการประเมินรับรองในการสร้างความร่วมมือการส่งต่อ (feedback) เพื่อประโยชน์ในการกำหนดมาตรฐาน และงบประมาณในการทำงานของสถาบันอย่างเพียงพอ เหมาะสม นอกจากนี้ยังมีนโยบายที่สำคัญอีกประการคือ การนำข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการและการทำวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกิดการปฏิบัติอย่างมีผลลัพธ์ถึงประชาชน

ผมหวังเป็นอย่างยิ่งว่า นโยบายการขับเคลื่อน สรพ. ในครั้งนี้จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับระบบบริการของประเทศไทยที่ส่งผลความปลอดภัยของประชาชนทุกคนที่เข้ารับบริการจากสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ให้เห็นประจักษ์ว่า ***"โรงพยาบาล HA โรงพยาบาลคุณภาพ"***

สารจากผู้อำนวยการ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

แพทย์หญิงปิยะวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ
ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ในปีที่ผ่านมา สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ได้รับนโยบายจากคณะกรรมการสถาบันในการขับเคลื่อนองค์กรภายใต้วิสัยทัศน์ "สถานพยาบาลมีระบบคุณภาพระดับสากล ประชาชนปลอดภัยด้วยมาตรฐาน HA" โดยให้วางแนวทางการพัฒนาสถานพยาบาลขยายไปถึงสถานพยาบาลปฐมภูมิ โดยให้ความสำคัญเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรจากระบบบริการสุขภาพ (Patient and Personnel Safety) มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) และการเน้นผู้ป่วยหรือประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People Centred Care) โดยสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลโดยมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 ซึ่งเป็นมาตรฐานที่ได้รับการรับรองจากองค์กรระหว่างประเทศ International Society for Quality in Healthcare External Evaluation Association (ค.ศ.2022-2026) ส่งมอบระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยกับประชาชน โดยมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และยกระดับการส่งมอบบริการสุขภาพตามมาตรฐานสากล

นอกจากนั้น สถาบันได้มุ่งส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดกลไกในการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพ ด้วยการประสานการทำงานกับหน่วยงานในระดับพื้นที่ส่วนกลางและระดับสากล อาทิ ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation Collaborating Center: HACC) จำนวน 6 แห่ง ครอบคลุมทุกภูมิภาค เครือข่ายการพัฒนาคุณภาพในพื้นที่ (Quality Learning network: QLN) ครอบคลุมทั้ง 76 จังหวัด รวมถึงขยายการขับเคลื่อนเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลปฐมภูมิ ทั้งที่ถ่ายโอนและไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เพื่อให้สอดรับกับนโยบายของประเทศด้วยการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ เพื่อนำมาใช้ส่งเสริมการพัฒนา และการรับรองสถานพยาบาลปฐมภูมิ ในระยะแรกสถาบันมุ่งเน้นให้เกิดการเรียนรู้ผ่านการสนับสนุนให้เกิดการสร้างศูนย์การเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิในพื้นที่ นอกจากนั้น สถาบันยังดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P safety) ต่อเนื่อง สอดคล้องกับ Global Action Plan for Patient Safety 2021-2030 และขยายเป้าหมายไปสู่ประชาชน เป็น Patient, Personnel and People Safety หรือ 3P Safety

สถาบัน ขอขอบคุณความร่วมมือร่วมใจของหน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค รวมถึงต่างประเทศ ทั้งในและนอกระบบบริการสุขภาพ รวมถึงความร่วมมือจากบุคลากรของสถานพยาบาลทุกระดับทั้งผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ปฏิบัติ และผู้สนับสนุน **ผนึกกำลังร่วมเพื่อมุ่งหมายให้เกิดระบบบริการสสุขภาพที่ส่งมอบระบบบริการให้ประชาชนปลอดภัย สุขภาพดี และมีสุขภาวะ ไปด้วยกัน**

ส่วนที่

1

ความเป็นมาขององค์กร

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) จัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2552 โดยพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 126 ตอนที่ 41 ก เมื่อวันที่ 22 มิถุนายน 2552 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ตามพระราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136 ตอนที่ 106 ก เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ.2562 เนื่องจากเห็นว่าควรให้มีองค์กรที่ทำหน้าที่กำหนดมาตรฐาน และการรับรองคุณภาพในการให้บริการของสถานพยาบาล เพื่อเป็นหลักประกันให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพไม่ต่ำกว่ามาตรฐานด้วยการกำหนดหลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพของการให้บริการ ตลอดจนการพัฒนาระบบการให้บริการด้านสาธารณสุข อันเป็นการยกระดับมาตรฐานและคุณภาพในการให้บริการของสถานพยาบาล และเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่ดีและมีคุณภาพ

เส้นทางจาก พรพ. สู่ สรพ.
VISION "สถานพยาบาลมีระบบคุณภาพ
2527
2528
2536
2538
2539
2542
คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ให้ความเห็นชอบในการจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เมื่อ วันที่ 8 เมษายน 2542
2543
บูรณาการมาตรฐานโรงพยาบาล
2545
2546
2549
2552
2566
• ร่วมมือกับ WHO-SEARO จัดการประชุมเรื่อง Quality and Safety ในประเทศไทย
• นำเสนอผลการพัฒนาและขับเคลื่อนเรื่อง Patient and Personnel Safety และเป็นผู้แทนประเทศไทย ในการประชุม Patient Safety 5th Global Ministerial Summit 2023, 23-24 Feb. 2023, Montreux, Switzerland.
2565
มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ
Primary Care Standards
ISO/IEC 27001 Information Security Management CERTIFIED
AMBULANCE

ระดับสากล ประชาชนปลอดภัยด้วยมาตรฐาน HA"

วิสัยทัศน์ : VISION

"สถานพยาบาลมีระบบคุณภาพระดับสากล ประชาชนปลอดภัยด้วยมาตรฐาน HA"

พันธกิจ (Missions)

M1 : ประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานเพื่อการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

M2 : ส่งเสริมให้เกิดกลไกการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีทั้งภายในและต่างประเทศ

M3 : สนับสนุนการสร้าง เผยแพร่ และจัดการความรู้ การศึกษาวิจัยและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

M4 : จัดหลักสูตรและฝึกอบรมแก่บุคลากรของสถานพยาบาลเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

Strategic Objectives (GOALS)

SO1 ยกระดับและเพิ่มความครอบคลุมสถานพยาบาลได้รับการพัฒนาและประเมินรับคุณภาพตามมาตรฐาน HA

SO2 ประชาชนได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพและปลอดภัยจากสถานพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน HA

SO3 การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพประเทศไทยได้รับการยอมรับในระดับสากล

KPI ภาพรวมองค์กร

O-KPI1 ร้อยละของสถานพยาบาลที่พัฒนาและเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ = ร้อยละ 71

O-KPI2 ความไว้วางใจของประชาชนต่อสถานพยาบาลมาตรฐาน HA ≥ ร้อยละ 76

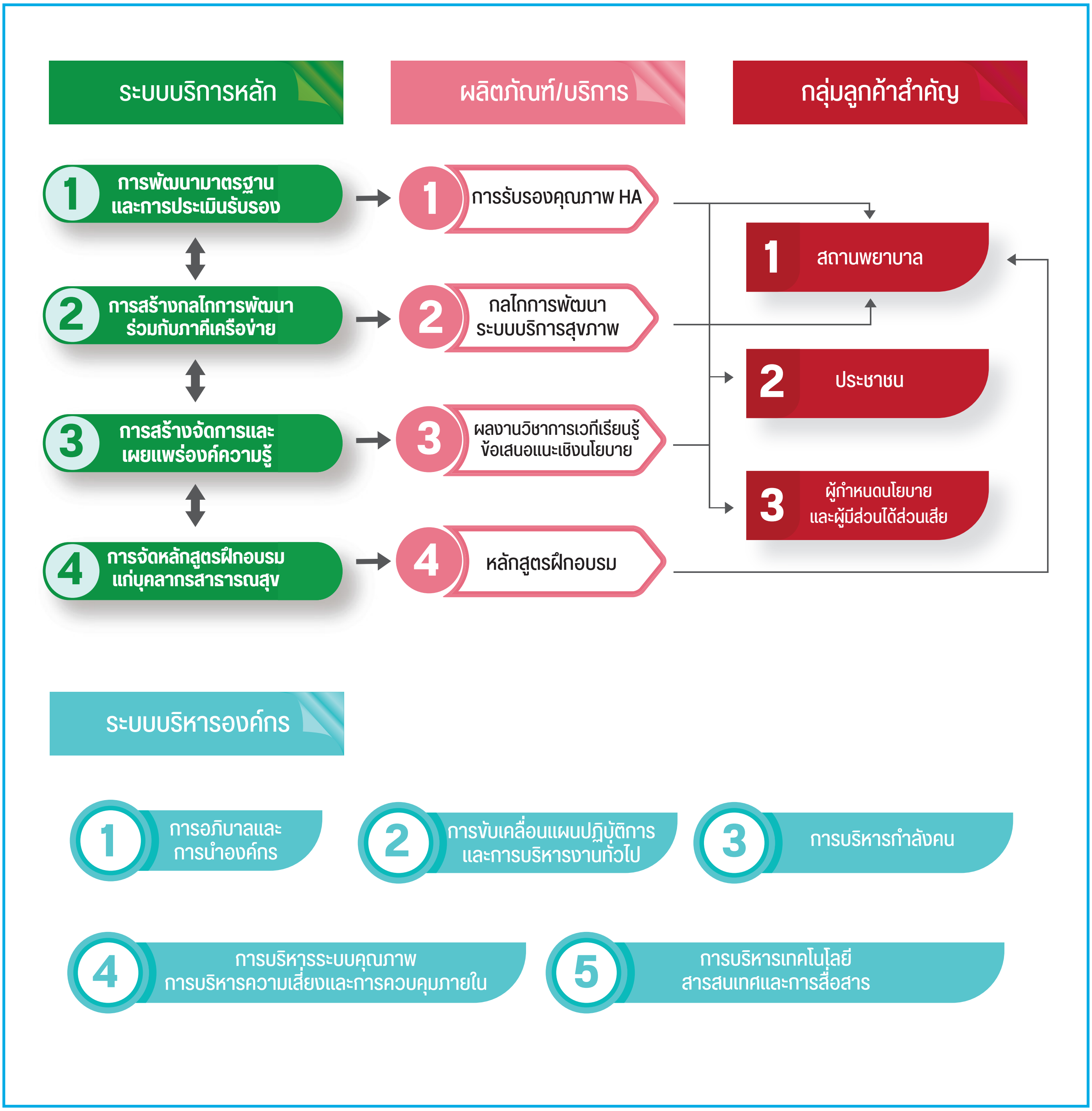
O-KPI3 การขับเคลื่อนเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยระบบบริการสุขภาพในระดับสากล = ระดับเอเชีย

Strategies Plan

- **SP1** : ประเมินรับรองเพื่อสร้างคุณค่าและความไว้วางใจ (T)
- **SP2** : การพัฒนากลไกความร่วมมือและองค์ความรู้ (R)
- **SP3** : ยกระดับการจัดการความรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (U)
- **SP4** : พัฒนาทุนมนุษย์เพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ (S)
- **SP5** : การบริหารจัดการองค์กรสู่ความเป็นเลิศ (T)

การดำเนินงานของ สรพ.

(HAI Business Model)



คณะผู้บริหารระดับสูง

SLT (Senior Leader Team)

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ
ผู้อำนวยการสถาบัน

พญ.เอกจิตรา สุขกุล
รองผู้อำนวยการสถาบัน

นพ.กรนง พิลาลัย
หัวหน้ากลุ่มภารกิจพัฒนาองค์กรและนวัตกรรม

นางสาวรุ่งทิพย์วัลย์ เมี่ยงมุกข์
หัวหน้ากลุ่มภารกิจปฏิบัติการประเมินและรับรอง

นางสาวจักษณา ปัญญาชีวิน
หัวหน้ากลุ่มภารกิจบริหารและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ

ดร.บรรจง จำปา
รองผู้อำนวยการสถาบัน

นางวันทนีย์ บุณฑริก
หัวหน้ากลุ่มภารกิจขับเคลื่อนนโยบายและสื่อสารองค์กร

นางวราภรณ์ สักกะโต
หัวหน้ากลุ่มภารกิจส่งเสริมการพัฒนาและฝึกอบรม

นางสาวชัชชญา บุณย์ศิริ
หัวหน้ากลุ่มภารกิจอำนวยการ

โครงสร้างของสถาบัน

คณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพ

คณะกรรมการชุดอื่นๆ

ผู้เชี่ยวชาญที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการ

รองผู้อำนวยการ/ผู้ช่วยผู้อำนวยการ

กลุ่มภารกิจบริหารและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ

- งานสร้างผู้เยี่ยมสำรวจ
- งานพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ
- งานบริหารผู้เยี่ยมสำรวจ
- งานพัฒนาองค์ความรู้ วิธีการและเครื่องมือการเยี่ยมสำรวจ

กลุ่มภารกิจปฏิบัติการประเมินและรับรอง

- งานกระบวนการขอรับการรับรอง
- งานประสานการจัดเยี่ยมสำรวจ
- งานกระบวนการตัดสินรับรอง
- งานประกาศผลการรับรอง
- งานกระบวนการธำรงคุณภาพหลังการรับรอง

กลุ่มภารกิจพัฒนาองค์กรและนวัตกรรม

กลุ่มงานพัฒนาองค์กรและจัดการความรู้

- งานพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาล
- งานพัฒนาระบบประเมินและรับรอง
- งานบริหารระบบคุณภาพ
- งานบริหารความเสี่ยง
- งานจัดการความรู้ วิจัยและพัฒนา

กลุ่มงานพัฒนานวัตกรรมและดิจิทัลเทคโนโลยี

- งานบริหารระบบดิจิทัลเทคโนโลยี
- งานบริหารสารสนเทศและซอฟต์แวร์
- งานพัฒนาส่งเสริมนวัตกรรมดิจิทัล
- งานพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

คณะกรรมการตรวจสอบ

หน่วยตรวจสอบภายใน

กลุ่มภารกิจส่งเสริมการพัฒนาและฝึกอบรม

กลุ่มงานส่งเสริมการพัฒนาและเครือข่าย
- งานพัฒนากลไกสนับสนุนคุณภาพและความปลอดภัย
- งานพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ
- งานพัฒนาเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม
- งานบริหารลูกค้าและผู้มีส่วนได้เสีย

กลุ่มงานฝึกอบรมและสัมมนา
- งานจัดการฝึกอบรมและสัมมนา
- งานพัฒนาหลักสูตรและวิทยากร

กลุ่มภารกิจขับเคลื่อนนโยบายและสื่อสารองค์กร

กลุ่มงานขับเคลื่อนนโยบายและแผน
- งานสนับสนุนกรรมการและผู้บริหาร
- งานนโยบายและแผน
- งานบริหารงบประมาณและรายได้
- งานกำกับติดตามและประเมินผล

กลุ่มงานสื่อสารองค์กรและวิเทศสัมพันธ์
- งานสื่อสารองค์กรและพิธีการ
- งานศูนย์ข้อมูลข่าวสาร
- งานผลิตสื่อมัลติมีเดียและบริหาร
- โสตทัศนูปกรณ์
- งานวิเทศสัมพันธ์

กลุ่มภารกิจอำนวยการ

กลุ่มงานกฎหมาย
- งานกฎหมาย
- งานจัดการข้อร้องเรียน

กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป
- งานพัสดุ
- งานบริหารงานทั่วไป

กลุ่มงานการเงินการคลัง
- งานการเงินการคลัง
- งานการบัญชี

ประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ว่าด้วยการบริหารงานทั่วไป
การจัดแบ่งส่วนงาน และขอบเขตหน้าที่ของส่วนงาน พ.ศ. ๒๕๖๔ มีผลบังคับใช้ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๕

ค่านิยมองค์กร

CORE VALUES
THE HEALTHCARE ACCREDITATION INSTITUTE
ค่านิยมองค์กร
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
H
Humanization (เป็นกัลยาณมิตร)
เป็นมิตรที่หวังดี
จริงใจ
เคารพให้เกียรติ
A
Accountability (รู้รับผิดรับชอบ)
To-Do
รู้หน้าที่รับผิดชอบ
ยอมรับความผิดพลาดและปรับปรุง
ไม่ปฏิเสธงาน
ซื่อสัตย์ สุจริต
มีวินัย
I
Improvement (หมุนวงรอบการพัฒนา)
พร้อมเรียนรู้พัฒนา
เปิดใจเรียนรู้สิ่งใหม่และประยุกต์ใช้ดิจิทัลเทคโนโลยี
WWW
ใส่ใจผู้รับผลงานและนำสู่การเรียนรู้
กลุ่มงานสื่อสารองค์กรและวิเทศสัมพัน

ส่วนที่

2

ผลการดำเนินงานด้านการควบคุมกิจการของคณะกรรมการ

คณะกรรมการ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ศ.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา
ประธานกรรมการ

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กรรมการโดยตำแหน่ง

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
กรรมการโดยตำแหน่ง

ศ.จิรประภา อัครบวร
กรรมการ

รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
กรรมการ

รศ.นพ.อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์
กรรมการ

HA BOARD

ดร.กฤษดา แสวงดี
กรรมการ

นพ.ก้องเกียรติ เกษเพ็ชร์
กรรมการ

นพ.ธีรพล โตพันธานนท์
กรรมการ

นพ.พีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์
กรรมการ

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ
ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
กรรมการและเลขานุการ

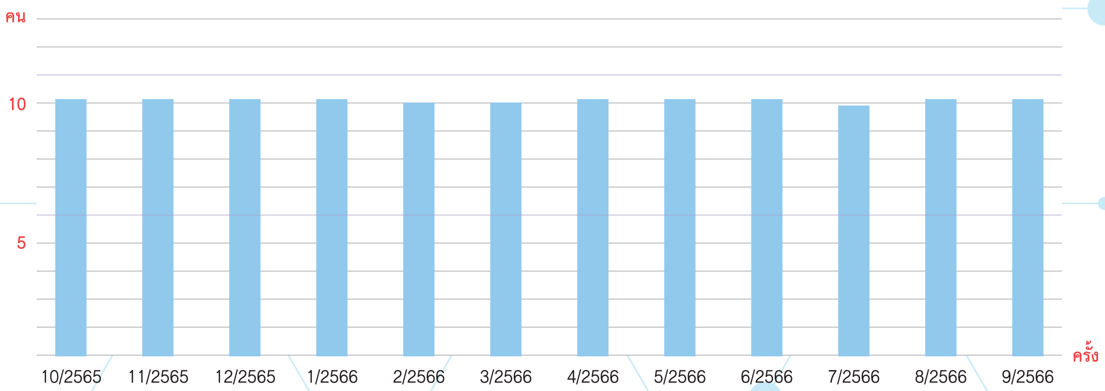
ในปีงบประมาณ 2566 ประธานกรรมการ และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ในคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ได้มีการแต่งตั้งเข้ารับการดำรงตำแหน่งเป็นชุดใหม่ ตั้งแต่วันที่ 29 พฤศจิกายน 2565 โดยมีวาระการดำรงตำแหน่ง 4 ปี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	วันที่แต่งตั้ง	วันที่ครบวาระ
1	ศ.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา	ประธานกรรมการ	29 พฤศจิกายน 2565	28 พฤศจิกายน 2569
2	ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการโดยตำแหน่ง	-	-
3	เลขาธิการ สปสช.	กรรมการโดยตำแหน่ง	-	-
4	ศ.จิรประภา อัครบวร	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ	29 พฤศจิกายน 2565	28 พฤศจิกายน 2569
5	ศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ	29 พฤศจิกายน 2565	28 พฤศจิกายน 2569
6	รศ.นพ.อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ	29 พฤศจิกายน 2565	28 พฤศจิกายน 2569
7	ดร.กฤษดา แสวงดี	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ	29 พฤศจิกายน 2565	28 พฤศจิกายน 2569
8	นพ.ก้องเกียรติ เกษเพ็ชร์	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ	29 พฤศจิกายน 2565	28 พฤศจิกายน 2569
9	นพ.ธีรพล โตพันธานนท์	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ	29 พฤศจิกายน 2565	28 พฤศจิกายน 2569
10	นพ.พีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ	29 พฤศจิกายน 2565	28 พฤศจิกายน 2569
11	พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ	กรรมการและเลขานุการ	9 พฤศจิกายน 2564	8 พฤศจิกายน 2568

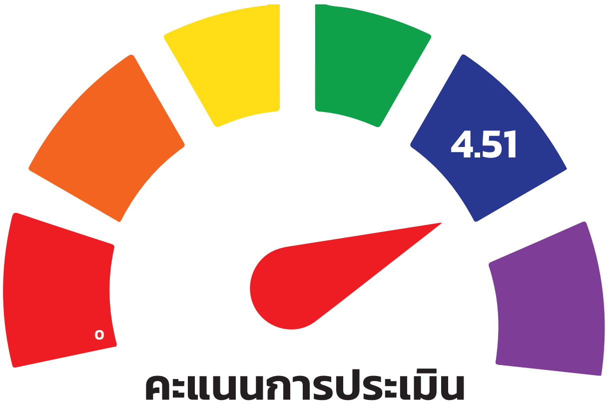
สถิติการเข้าร่วมประชุม

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 คณกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลมีการประชุม จำนวน 12 ครั้ง มีคณะกรรมการเข้าร่วมประชุม ร้อยละ 100 รวม 8 ครั้ง และร้อยละ 81 - 91 จำนวน 4 ครั้ง

จำนวนคณะกรรมการฯ ที่เข้าร่วมประชุม



การพัฒนาตนเองของคณะกรรมการองค์การมหาชน



คะแนนการประเมิน

4.51

เพื่อให้มีการทบทวนและนำผลการประเมินตนเองของคณะกรรมการมาปรับปรุงและวางแผนในการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการ ตามคำแนะนำของคณะกรรมการพัฒนาและส่งเสริมองค์การมหาชน (กพม.)

คณะกรรมการได้จัดให้มีการประเมินตนเองแบบรายบุคคลและทั้งคณะ โดยการประเมินมีการกำหนดระดับคะแนนการประเมินไว้ 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน	ประสิทธิภาพ
ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50	มีประสิทธิภาพ น้อยมาก
ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50	มีประสิทธิภาพ น้อย
ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50	มีประสิทธิภาพ ดี
ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50	มีประสิทธิภาพ ดีมาก
ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00	มีประสิทธิภาพ ดีเยี่ยม

คณะกรรมการได้ประเมินตนเองแบบรายบุคคลและแบบทั้งคณะ และได้เปิดเผยผลคะแนนในการประชุมคณะกรรมการสถาบัน ครั้งที่ 8/2566 เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2566 โดยคณะกรรมการร่วมแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับผลการประเมินและกำหนดแนวทางปฏิบัติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่ร่วมกัน จากผลการประเมิน ดังนี้

ผลการประเมินตนเองแบบรายบุคคลและแบบทั้งคณะ ประจำปี 2566

- ผลการประเมินตนเองแบบรายบุคคล
  คะแนนเฉลี่ยรวมทุกประเด็น เท่ากับ 4.29 อยู่ในระดับดีมาก
- ผลการประเมินตนเองแบบทั้งคณะ
  คะแนนเฉลี่ยรวมทุกประเด็น เท่ากับ 4.51 อยู่ในระดับดีเยี่ยม

คณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล มีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

ตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มาตรา 18 "คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ควบคุมดูแลโดยทั่วไปซึ่งกิจการและการดำเนินการของสถาบัน เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้..." และมาตรา 20 "คณะกรรมการมีอำนาจแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการ และมีอำนาจแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบตามมาตรา 18 (4) (ฌ) และคณะอนุกรรมการ เพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่คณะกรรมการมอบหมายได้..."

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 คณะกรรมการได้ดำเนินงานตามบทบาทอำนาจหน้าที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

ลำดับ	บทบาทหน้าที่	ผลการดำเนินงาน
1.	กำหนดนโยบายการบริหารงานและให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานของสถาบัน	เห็นชอบทบทวนแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
2.	อนุมัติงบประมาณประจำปี งบการเงิน และแผนการลงทุนของสถาบัน	• อนุมัติแผนปฏิบัติงานและงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 วงเงินงบประมาณ รวม จำนวน 187.8299 ล้านบาท เป็นงบลงทุน จำนวน 5.4615 ล้านบาท เพื่อดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงานจำนวน 5 แผนงาน 15 โครงการ รวมค่าใช้จ่ายบุคลากรและค่าใช้จ่ายขั้นต่ำจำเป็นและงบกลางสำรองกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน • งบการเงิน ณ วันที่ 30 กันยายน 2565
3.	กำกับดูแล ตรวจสอบ ให้คำแนะนำและเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคอันเกิดจากการบริหารจัดการ ตลอดจนเสนอต่อคณะรัฐมนตรีหรือรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาสั่งการในกรณีมีปัญหาหรืออุปสรรคเกี่ยวกับการประสานงานในการดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของสถาบัน	• คณะกรรมการสถาบันได้รับมอบนโยบายจากนายอนุทิน ชาญวีรกุล รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 6 มกราคม 2566 และได้รายงานปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของสถาบันให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรับทราบ • ให้ความเห็นชอบตัวชี้วัดประกอบการประเมินองค์การมหาชนของสถาบัน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และมีการกำกับติดตามการดำเนินงาน ผลการประเมินตนเองอยู่ในคะแนนระดับสูง (94.82= ระดับดีมาก รายละเอียดตามภาคผนวกที่ 1) • ให้คำแนะนำต่อการดำเนินงานและบริหารงานของสถาบันในด้านการต่าง ๆ อาทิ การบริหารจัดการความเสี่ยงและควบคุมภายใน, การปรับปรุงโครงสร้างองค์กร, การปรับปรุงสำนักงาน และการดำเนินการเพื่อพัฒนามาตรฐานและกลไกการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วไป รวมถึงการให้คำแนะนำในการทำความร่วมมือกับองค์กรในต่างประเทศเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล เป็นต้น

ลำดับ	บทบาทหน้าที่	ผลการดำเนินงาน
4.	ออกระเบียบ ข้อบังคับ ข้อกำหนด หรือประกาศเกี่ยวกับสถาบัน ตามมาตรา 18 (4) (ก)-(ฏ)	ได้ทบทวนและออกระเบียบตามบทบาทหน้าที่ ดังนี้ 1) ระเบียบ จำนวน 1 ฉบับ ได้แก่ ระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนพิเศษประจำปี (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2566 (10 เม.ย. 66) 2) มีการออกคำสั่งสำคัญ จำนวน 12 ฉบับ ได้แก่ คำสั่งคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล 1. ที่ 0001/2566 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบ (6 ม.ค. 66) 2. ที่ 0002/2566 เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (6 ม.ค. 66) 3. ที่ 0003/2566 เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการประเมินผลการปฏิบัติงานผู้อำนวยการ (6 ม.ค. 66) 4. ที่ 0004/2566 เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการบริหารงานบุคคล (6 ม.ค. 66) 5. ที่ 0005/2566 เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการกฎหมาย (6 ม.ค. 66) 6. ที่ 0006/2566 เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการสื่อสารสาธารณะ (6 ม.ค. 66) 7. ที่ 0007/2566 เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการทบทวนหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (6 ม.ค. 66) 8. ที่ 0008/2566 เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ (6 ม.ค. 66) 9. ที่ 0009/2566 เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการด้านพัฒนาระบบเทคโนโลยีดิจิทัล (13 ก.พ. 66) 10. ที่ 0031/2566 เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ (16 มี.ค. 66) 11. ที่ 0032/2566 เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุขและประชาชน (16 มี.ค. 66) 12. ที่ 0033/2566 เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการประเมินผลการปฏิบัติงานผู้อำนวยการ (แทนตำแหน่งที่ว่างลง) (16 มี.ค. 66)
5.	กระทำการอื่นใดที่จำเป็นหรือต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของสถาบัน	• เข้าร่วมการประชุมต่าง ๆ ในบทบาทของคณะกรรมการสถาบันตามที่สำนักงาน ก.พ.ร. กำหนด • ร่วมกิจกรรมสำคัญ ๆ กับสถาบัน อาทิ การจัดการประชุมวิชาการประจำปี การลงนามความร่วมมือกับองค์กรในประเทศและต่างประเทศ การเข้าร่วมในการประชุมต่าง ๆ ตามที่กำหนดในกฎหมายเฉพาะ เป็นต้น

มาตรา 20 คณะกรรมการมีอำนาจแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นที่ปรึกษา คณะกรรมการ และมีอำนาจแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบตามมาตรา 18 (4) (ฌ) และคณะอนุกรรมการ เพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่คณะกรรมการมอบหมายได้

คณะกรรมการสถาบันได้แต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการตรวจสอบ และคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ดังนี้

1.	คณะกรรมการตรวจสอบ
2.	คณะอนุกรรมการ จำนวน 10 คณะ ดังนี้
	2.1 คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ (จำนวน 2 คณะ)
	2.2 คณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
	2.3 คณะอนุกรรมการทบทวนหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
	2.4 คณะอนุกรรมการกฎหมาย
	2.5 คณะอนุกรรมการบริหารงานบุคคล
	2.6 คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการสื่อสารสาธารณะ
	2.7 คณะอนุกรรมการด้านการพัฒนาระบบเทคโนโลยีดิจิทัล
	2.8 คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ
	2.9 คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุขและประชาชน
	2.10 คณะอนุกรรมการประเมินผลการปฏิบัติงานผู้อำนวยการ

คณะกรรมการตรวจสอบ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

นพ.สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย
ประธานกรรมการ

ศ.พญ.ดวงมณี เลาหประสิทธิพร
กรรมการ

นางสาวชวนา วิวัฒน์พนชาติ
กรรมการ

นพ.พีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์
กรรมการ

ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการตรวจสอบ ประจำปีงบประมาณ 2566

ลำดับ	บทบาทหน้าที่	ผลการดำเนินงาน
1	การสอบทานทางการเงิน	คณะกรรมการตรวจสอบ สอบทานข้อมูลที่สำคัญต่าง ๆ ได้แก่ รายงานงบการเงินรายไตรมาส รายงานงบการเงินประจำปีของสถาบัน ประเด็นที่เป็นสาระสำคัญ พร้อมรับฟังคำชี้แจงจากผู้สอบบัญชีรับอนุญาตและฝ่ายบริหาร เพื่อให้มั่นใจว่า รายงานทางการเงินมีความถูกต้อง ครบถ้วน และน่าเชื่อถือ เป็นไปตามมาตรฐานรายงานทางการเงิน และได้ให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้ • การคิดค่าเสื่อมโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ไม่ควรคิดค่าเสื่อมถึง 20 ปี • ควรเพิ่มผลประโยชน์พนักงาน (เงินกันเกษียณ) ไว้ในงบการเงินฯ ของสรพ. • ให้แสดงข้อมูลในงบการเงิน ฐานะการเงิน เป็น % คือ การปรับรายการต่าง ๆ ในงบดุล และงบกำไรขาดทุน ให้อยู่ในรูปร้อยละ เช่น ในสัดส่วนของสินทรัพย์ทั้งหมด บริษัทมีสินทรัพย์หมุนเวียน 25% และมีสินทรัพย์ถาวร 75%

ลำดับ	บทบาทหน้าที่	ผลการดำเนินงาน
		• รายได้การจัดประชุมวิชาการ Forum และการตรวจเยี่ยมและให้คำปรึกษา ให้ทำข้อมูลต่างหากเพิ่มขึ้นและให้แสดงทั้งรายได้และรายจ่าย เนื่องจากเป็น 2 กิจกรรมหลักของสถาบัน จะได้ใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน • เงินฝากประจำ ให้หาประโยชน์ร่วมจากธนาคาร เช่น สวัสดิการแก่พนักงาน หรือการลดค่าใช้จ่าย transaction การทำฐานข้อมูล หรือความสะดวกเรื่อง Corporate Banking System หรือการประเมินผลจากธนาคารในการนำเสนอข้อมูล Dashboard ที่รวดเร็ว
2	การคัดเลือกผู้สอบบัญชีและค่าตอบแทนของผู้สอบบัญชี เสนอต่อคณะกรรมการสถาบัน	• คณะกรรมการตรวจสอบ พิจารณาผลการเลือกผู้สอบบัญชีพร้อมค่าตอบแทนการสอบบัญชีประจำปีงบประมาณ 2565 ของสถาบัน และมีการประชุมร่วมกับผู้สอบบัญชีเพื่อรับทราบผลการตรวจสอบและงบการเงิน ประจำปีงบประมาณ 2566 • คณะกรรมการตรวจสอบ ได้พิจารณาคัดเลือกและเสนอแต่งตั้งผู้สอบบัญชี โดยพิจารณาจากคุณสมบัติ ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ในการตรวจสอบของผู้สอบบัญชี แนวทางตรวจสอบ ผลการปฏิบัติงาน และความเป็นอิสระของผู้สอบบัญชี ตามจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพบัญชีที่กำหนดโดยสภาวิชาชีพบัญชี รวมถึงค่าสอบบัญชีที่เหมาะสม โดยคณะกรรมการตรวจสอบเสนอแต่งตั้งผู้สอบบัญชี และค่าสอบบัญชี ให้คณะกรรมการบริษัทฯ ได้พิจารณาและให้ความเห็นชอบ เพื่อนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการพิจารณาและแต่งตั้งผู้สอบบัญชี
3	จัดทำกฎบัตรคณะกรรมการตรวจสอบ กฎบัตรการตรวจสอบภายใน คู่มือการปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน และอนุมัติแผนการตรวจสอบประจำปี 2566	คณะกรรมการทบทวนกฎบัตรคณะกรรมการตรวจสอบ และกฎบัตรการตรวจสอบภายใน พร้อมอนุมัติกฎบัตรการตรวจสอบภายในประจำปี 2566 และได้อนุมัติแผนการตรวจสอบประจำปี 2567

Risk ID	รายการความเสี่ยง (Risk Title)	โอกาสเกิด 1-5	ผลกระทบ 1-5	Risk Level
S01	ไม่มีความพร้อมของกลไกในการพัฒนาคุณภาพ และการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ	2	4	H
S02*	ความเพียงพอ การพัฒนาสมรรถนะผู้เยี่ยมสำรวจ และแผนทดแทน	3	5	E
S03*	สถานพยาบาลไม่สามารถต่ออายุการรับรองมาตรฐาน HA ได้ตามกำหนด	3	5	E
F01*	สถาบันขาดความมั่นคงทางการเงิน	2	5	E
O01*	การบริหารจัดการธำรงคุณภาพสถานพยาบาลหลังการรับรองไม่มีประสิทธิภาพ	4	5	E
O03	ความไม่เพียงพอของอัตรากำลัง และไม่สามารถสร้างบุคลากรทดแทนตำแหน่งสำคัญ	3	4	H

ลำดับ	บทบาทหน้าที่	ผลการดำเนินงาน
4	การสอบทานประสิทธิภาพและประสิทธิผลการบริหารความเสี่ยง	คณะกรรมการตรวจสอบ สอบทาน พิจารณาแผนและผลการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงรายไตรมาส และรายงานการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงประจำปี 2566 โดยมีการติดตามผลการดำเนินการด้านบริหารความเสี่ยงตามประเด็นความเสี่ยงของสถาบัน 6 เรื่อง จากคณะทำงานอยู่เป็นประจำทุกเดือน และได้เสนอแนะการควบคุมภายในทั้ง 6 เรื่อง ให้แก่คณะทำงานฯ ดังนี้ • กรอบโครงสร้างการบริหารความเสี่ยง ควรพิจารณาทบทวนการใช้ 3 Line of defense โดยเพิ่มการระบุความรับผิดชอบด้านความเสี่ยงของผู้ปฏิบัติงานที่เป็น first line ให้ชัดเจน • ตัวชี้วัดของรายการความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงลดลงหรือยอมในระดับที่ยอมรับได้ ควรกำหนดรายละเอียดรายการความเสี่ยงสำคัญใดที่จำเป็นต้องจัดการความเสี่ยงให้สำเร็จตามแผนในระยะสั้น • ควรพิจารณาระบุขั้นตอนที่สำคัญ อาทิ ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลและวิเคราะห์ความเสี่ยง เพื่อระบุรายการความเสี่ยงระดับองค์กรดำเนินการโดยวิธีการใด และบุคคล/คณะทำงานใด ในแผนการดำเนินงานให้ชัดเจน เป็นระบบและสามารถปฏิบัติซ้ำได้ต่อไป และพิจารณานำความเสี่ยงที่พบจากระบบรายงานข้อร้องเรียนมาเป็นข้อมูลประกอบด้วย • ให้สถาบันสรุปผลประเมิน risk score เทียบรายไตรมาส โดยทำตารางนำเสนอ ประกอบด้วย Risk ID, Risk title, Risk level รายงานผลในแต่ละช่วงเวลา เป็น เริ่มต้น เป้าหมาย Q1, Q2, Q3, Q4 และรายงานเป็น ตัวคูณของโอกาส X ผลกระทบ เช่น 2X4 ในแต่ละช่อง เพื่อให้เห็นความก้าวหน้าที่เป็นแนวโน้มได้ชัดเจน • ต้องกำหนดตัวชี้วัดให้ชัดเจน (key risk indicator (KRI)) และ Monitor ให้สอดคล้องกัน • ควรมีการบริหารจัดการระยะยาว เช่น การสร้างผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อรองรับการดำเนินงานในระยะยาว
5	การสอบทานการควบคุมภายใน	คณะกรรมการตรวจสอบได้สอบทานการควบคุมภายใน จากหน่วยตรวจสอบภายใน โดยได้สอบทานรายงานผลการตรวจสอบการบริหารโครงการ รายงานผลการตรวจสอบฝ่ายฝึกอบรมและสัมมนา และรายงานผลการตรวจสอบพัสดุ ประจำปีงบประมาณ 2566 จากรายงานผู้ตรวจสอบภายใน และได้ให้ข้อเสนอแนะมีสาระสำคัญเพื่อให้มีการควบคุมภายในที่ดี โดยให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้ • ควรทบทวนเอกสารขั้นตอนการปฏิบัติงานเป็นประจำอย่างน้อยปีละครั้ง และควรนำเอกสารฯ เข้าสู่ระบบเอกสารคุณภาพเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบ • ควรจัดให้มีการประเมินโครงการหลังจากเสร็จสิ้นโครงการ เพื่อจะให้ทราบถึงผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรค ประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ • ควรกำหนดขอบเขตวงเงินยืมทดรอง และกำหนดสิทธิผู้ยืมเงินให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการเบิกเงินที่เกินความจำเป็นและอาจส่งผลให้เกิดทุจริตการยืมเงินที่มีมูลค่าสูง

ลำดับ	บทบาทหน้าที่	ผลการดำเนินงาน
6	กำกับดูแลให้สถาบันมีระบบการตรวจสอบภายในที่ดี และเป็นไปตามมาตรฐานการตรวจสอบภายใน	คณะกรรมการตรวจสอบมีการกำกับดูแลให้งานตรวจสอบภายในเป็นไปตามมาตรฐานการตรวจสอบภายในภาครัฐ พ.ศ.2561 และฉบับเพิ่มเติม พ.ศ. 2562 และ 2564 และได้ติดตามแผนและผลการตรวจสอบภายใน ประจำปี 2566 ทุกไตรมาส และให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ตรวจสอบภายใน
7	การกำกับดูแลงานตรวจสอบภายใน	คณะกรรมการตรวจสอบ ได้กำกับดูแลการดำเนินงานตรวจสอบภายในให้มีความเป็นอิสระ เที่ยงธรรม และสามารถเพิ่มคุณค่าให้ องค์กรผ่านกิจกรรมการตรวจสอบภายใน จัดให้มีการประเมินคุณภาพการตรวจสอบภายในจากกรมบัญชีกลาง และให้ความเห็นชอบกลยุทธ์เป้าหมายของสายงานตรวจสอบภายใน และแผนการตรวจสอบภายในประจำปี นอกจากนี้ ยังสอบทานและ รับทราบสิ่งที่ตรวจพบจากรายงานการตรวจสอบภายใน ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ และติดตามการแก้ไขสิ่งตรวจพบในประเด็นประจำทุกไตรมาส
8	การประเมินตนเองของคณะกรรมการตรวจสอบ ประจำปี 2566	คณะกรรมการตรวจสอบ ได้มีการทำแบบประเมินตนเองของคณะกรรมการตรวจสอบทั้งรายบุคคลและรายคณะ เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2564 ข้อ 14 (2) ได้กำหนดให้มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของคณะกรรมการตรวจสอบโดยต้องดำเนินการอย่างน้อยปีละครั้ง ประกอบด้วยการประเมินผลการปฏิบัติงานของคณะกรรมการตรวจสอบในภาพรวม และการปฏิบัติงานของกรรมการตรวจสอบรายบุคคล

คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ

คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ คณะที่ 1 ประกอบด้วย

รศ.นพ.อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์
ประธานอนุกรรมการ

พล.อ.ท.นพ.อนุตตร จิตตินันทน์
อนุกรรมการ

ดร.กฤษดา แสวงดี
อนุกรรมการ

นพ.บวร งามศิริอุดม
อนุกรรมการ

นางสาวเรวดี ศิรินคร
อนุกรรมการ

นพ.วีระพล ธีระพันธ์เจริญ
อนุกรรมการ

นพ.สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย
อนุกรรมการ

ภก.ธงชัย วัลลภวรกิจ
อนุกรรมการ

ศ.นพ.สงวนสิน รัตนเลิศ
อนุกรรมการ

พญ.ประนอม คำเที่ยง
อนุกรรมการ

พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ
อนุกรรมการ

นางสาวจักษณา ปัญญาชีวิน
อนุกรรมการ

นพ.วิฑูรย์ ด่านวิบูลย์
อนุกรรมการ

นพ.ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ
อนุกรรมการ

คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1. ให้คำแนะนำหรือเสนอแนะแก่ผู้อำนวยการในการพิจารณารับรองคุณภาพ และเพิกถอนการรับรองคุณภาพ
2. วิเคราะห์รายงานผลการเยี่ยมสำรวจกระบวนการคุณภาพของสถานพยาบาลเพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้อำนวยการ
3. พิจารณาส่งข้อมูล หรือสอบถาม ประเด็นข้อสงสัยเพิ่มเติมจากคณะผู้เยี่ยมสำรวจ หรือมอบหมายผู้เยี่ยมสำรวจเข้าเยี่ยมสถานพยาบาล เพื่อรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมประกอบการให้คำปรึกษา
4. ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ

คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ คณะที่ 2 ประกอบด้วย

รศ.นพ.ปิยะ เนตรวิเชียร
ประธานอนุกรรมการ

ศ.พญ.ดวงมณี เลาหประสิทธิพร
อนุกรรมการ

รศ.นพ.ธันย์ สุภัทรพันธุ์
อนุกรรมการ

พญ.นันทา อ่วมกุล
อนุกรรมการ

นางผ่องพรรณ ธนา
อนุกรรมการ

นางลดาวัลย์ รวมเมฆ
อนุกรรมการ

นพ.วิรัช พันธ์พานิช
อนุกรรมการ

ภก.อำนวย พฤกษ์ภาคภูมิ
อนุกรรมการ

นายโกเมร นาควรรณกิจ
อนุกรรมการ

น.ต.นพ.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์
อนุกรรมการ

นพ.วิชาญ เกิดวิชัย
อนุกรรมการ

นพ.อภิสิทธิ์ ธำรงวรางกูร
อนุกรรมการ

นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช
อนุกรรมการ

ผลการดำเนินงาน ดังนี้

1. ให้คำแนะนำหรือความเห็นในการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5
2. ให้คำแนะนำ/ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากรายงานของผู้เยี่ยมสำรวจ เพื่อให้สถานพยาบาลพัฒนาคุณภาพได้ครอบคลุมมากขึ้น
3. ให้ข้อสังเกตของอนุกรรมการต่อ สรพ./ผู้เยี่ยมสำรวจ
4. ให้ข้อสังเกตของอนุกรรมการ ต่อหน่วยงานต้นสังกัดของสถานพยาบาล

คณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล
ที่ปรึกษาคณะกรรมการ

รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
ประธานอนุกรรมการ (ตัวแทนผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการสถาบัน)

ศ.คลินิก น.พ.วิทยา ถิฐาพันธ์
อนุกรรมการ

ผศ.นพ.กำธร มาลาธรรม
อนุกรรมการ

พล.อ.ท.อนุตตร จิตตินันทน์
อนุกรรมการ

ดร.กฤษดา แสวงดี
อนุกรรมการ

นายเชาวลิต เมฆศิริกุล
อนุกรรมการ

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ
อนุกรรมการ

นพ.สมจิตต์ ชี้เจริญ
อนุกรรมการ

นพ.สุรชัย ปัญญาพฤกษ์พงศ์
อนุกรรมการ

พญ.เอกจิตรา สุขกุล
เลขานุการ

ภญ.วิมล อนันต์สกุลวัฒน์
เลขานุการ

นพ.ทรนง พิลาลัย
ผู้ช่วยเลขานุการ

คณะอนุกรรมพัฒนามาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1. กำหนดหลักการ (principle) และเสนอแนะแนวทางในการพัฒนามาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และเสนอคณะกรรมการเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ
2. พิจารณาให้ความเห็นและข้อเสนอแนะ ต่อแผนการดำเนินงานพัฒนามาตรฐานสำหรับการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลรูปแบบต่าง ๆ ให้เป็นไปอย่าง

เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยมีการกำหนดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนามาตรฐาน

3. กำกับ ติดตาม ประเมินผล และให้ข้อเสนอแนะ ในการพัฒนามาตรฐานและแผนการดำเนินงานพัฒนามาตรฐานสำหรับการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลรูปแบบต่าง ๆ ตลอดจน รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานดังกล่าว ปัญหาอุปสรรคต่อคณะกรรมการ
4. กลั่นกรอง (ร่าง) มาตรฐานสำหรับการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล รูปแบบต่าง ๆ ที่ได้ดำเนินการตามแผน เพื่อให้สถาบันเสนอ (ร่าง) มาตรฐานสำหรับการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลต่อคณะกรรมการพิจารณา
5. แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อปฏิบัติหน้าที่อย่างหนึ่งอย่างใดตามที่คณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล มอบหมายตามความจำเป็นและเหมาะสม
6. เชิญผู้แทนจากหน่วยงานหรือบุคคลผู้มีความรู้ความสามารถเข้าชี้แจงหรือขอให้สนับสนุนข้อมูลใด ๆ ต่อคณะอนุกรรมการตามความเหมาะสม
7. ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

ผลการดำเนินงาน ดังนี้

1. ให้คำแนะนำแผนการติดตามและประเมินผลการนำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 ไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้งวิธีดำเนินการและเครื่องมือในการติดตามการใช้มาตรฐาน
2. ให้คำแนะนำขอบเขตการศึกษาเพื่อทดสอบคุณภาพเกณฑ์การประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (HA Scoring Guideline) ตามแนวทางการพัฒนามาตรฐานสากล ISQua EEA และข้อเสนอแนะต่อผลการศึกษาเพื่อการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ
3. ให้คำแนะนำหลักการและข้อเสนอแนะต่อแผนดำเนินงานการทบทวนและพัฒนามาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ

คณะอนุกรรมการทบทวนหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล
ที่ปรึกษาคณะกรรมการ

นพ.ธีรพล โตพันธานนท์
ประธานอนุกรรมการ

ประธานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
อนุกรรมการ

ผู้อำนวยการสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์
สำนักงานประกันสังคม
อนุกรรมการ

ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
อนุกรรมการ

รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
อนุกรรมการ

รศ. นพ.ชเนนทร์ วนาภิรักษ์
อนุกรรมการ

นพ.ชุติเดช ตาบ-องครักษ์
อนุกรรมการ

นพ.มนตรี ลักษณ์สุวงศ์
อนุกรรมการ

นายพิพัฒน์ ทองผดุงโรจน์
อนุกรรมการ

นางสาวเรวดี ศิรินคร
อนุกรรมการ

นพ.สุรชัย ปัญญาพฤทธ์พงศ์
อนุกรรมการ

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ
อนุกรรมการและเลขานุการ

พญ.เอกจิตรา สุขกุล
ผู้ช่วยเลขานุการ

นพ.กรนง พิราลัย
ทีมเลขานุการหัวหน้ากลุ่มภารกิจพัฒนาองค์กรและนวัตกรรม

นางสาวจักษณา ปัญญาชีวิน
ทีมเลขานุการหัวหน้ากลุ่มภารกิจบริหารและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ

ร.อ.หญิง ปิ่นรัตน์ พันธุ์มณี
ทีมเลขานุการหัวหน้ากลุ่มภารกิจปฏิบัติการประเมินและรับรอง

คณะอนุกรรมการทบทวนหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1. ทบทวน และ กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลให้เหมาะสม และสอดคล้องตามมาตรฐานของ The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (ISQua EEA)
2. จัดทำและเสนอหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณา
3. ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

ผลการดำเนินงาน ดังนี้

1. ให้คำแนะนำแผนการดำเนินงานและประเด็นสำคัญในการปรับปรุงหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้เสีย
2. ปรับปรุงระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. 2566

คณะอนุกรรมการกฎหมาย

ศ.บรรเจิด สิงคะเนติ
ประธานอนุกรรมการ

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ
อนุกรรมการ

นายเชวง ไทยยิ่ง
อนุกรรมการ

นายประเวศ อรรถศุภผล
อนุกรรมการ

นางสาวอัญธิกา ณ พิบูลย์
อนุกรรมการ

ดร.บรรจง จำปา
เลขานุการ

คณะอนุกรรมการกฎหมายมีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1 พิจารณากลั่นกรองร่างกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ ข้อกำหนด หรือหลักเกณฑ์ใด ๆ ที่เป็นอำนาจของคณะกรรมการ

2 ให้คำปรึกษา แนะนำ และความเห็นในประเด็นทางกฎหมายแก่คณะกรรมการและสถาบัน

3 ให้คำปรึกษาแก่สถาบันในการจัดทำระเบียบ ข้อบังคับ คำสั่ง ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ใด ๆ ของสถาบัน

4 ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

ผลการดำเนินงาน ดังนี้

1. การประชุมคณะอนุกรรมการกฎหมายครั้งที่ 1/2566 เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2566 โดยมีประเด็นที่สำคัญในการประชุม ดังต่อไปนี้
   1.1 ให้คำแนะนำด้านกฎหมายและแนวทางในการดำเนินงานด้านกฎหมายเพื่อสนับสนุนการดำเนินกิจการของสถาบัน และทิศทางการบริหารงานของสถาบัน
   1.2 การพิจารณากลั่นกรองร่างประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง หน่วยงานที่รับรองคุณภาพสถานพยาบาลซึ่งดำเนินการโดยกระทรวง ทบวง กรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สถาบันการศึกษาของรัฐ หน่วยงานอื่นของรัฐ สภากาชาดไทย พ.ศ. ....
2. การประชุมคณะอนุกรรมการกฎหมายครั้งที่ 2/2566 วันที่ 10 สิงหาคม 2566 โดยมีประเด็นที่สำคัญในการประชุม ดังต่อไปนี้
   2.1 พิจารณาร่างระเบียบคณะกรรมการสถาบันว่าด้วย ประมวลจริยธรรมในการปฏิบัติงานสำหรับกรรมการ ผู้อำนวยการ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่และผู้ปฏิบัติงานของสถาบัน พ.ศ. ....
   2.2 พิจารณาร่างประกาศสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เรื่อง ค่าตอบแทนพิเศษประจำตำแหน่ง พ.ศ. ...

คณะอนุกรรมการบริหารงานบุคคล

ศ.จิรประภา อัครบวร
ประธานอนุกรรมการ (ตัวแทนผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการสถาบัน)

รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
อนุกรรมการ
(ตัวแทนผู้ทรงคุณวุฒิ
ในคณะกรรมการสถาบัน)

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ
คณะอนุกรรมการ
และเลขานุการ
(ผู้อำนวยการสถาบัน)

นายมนูญ สรรค์คุณากร
อนุกรรมการ
ผู้แทนภาคเอกชน

รศ.นพ.อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์
อนุกรรมการ
(ประธานคณะกรรมการ
คัดเลือกผู้เยี่ยมสำรวจ)

นพ.ทรนง พิลาลัย
อนุกรรมการ
ผู้แทนเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้าง

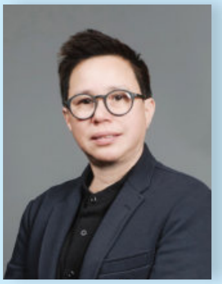
คณะอนุกรรมการบริหารงานบุคคล มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1. เสนอแนะแนวทาง นโยบายและทิศทางในการจัดวางระบบการบริหารกำลังคนของสถาบัน และพิจารณาให้ความเห็น คำปรึกษากลั่นกรอง แผนพัฒนาบุคลากร แผนพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ รวมถึงบุคคลอื่นที่สถาบันมอบให้ทำกิจการที่อยู่ภายในอำนาจหน้าที่ของสถาบันเสนอคณะกรรมการเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ
2. พิจารณาให้ความเห็น และข้อเสนอแนะ ให้มีการปรับปรุงระเบียบ ข้อบังคับ ข้อกำหนด ประกาศ คำสั่ง หรือหลักเกณฑ์และวิธีการที่เกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลของสถาบัน และการดำเนินงานตามแผนพัฒนาบุคคลอื่นที่สถาบันมอบให้ทำกิจการที่อยู่ภายในอำนาจหน้าที่ของสถาบันให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลเสนอคณะกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติ
3. กำกับ ติดตาม ประเมินผล และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบงานการบริหารงานบุคคลของสถาบันและแผนพัฒนาบุคคลอื่นที่สถาบันมอบให้ทำกิจการที่อยู่ภายในอำนาจหน้าที่ของสถาบัน ตลอดจนรายงานความคืบหน้าผลการดำเนินงานดังกล่าว ปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ต่อคณะกรรมการ
4. เชิญบุคคลผู้ซึ่งต้องชี้แจงแสดงความคิดเห็นต่อคณะอนุกรรมการบริหารงานบุคคลเพื่อมาให้ข้อคิดเห็นหรือข้อมูลที่ต้องการ และแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อปฏิบัติหน้าที่อย่างหนึ่งอย่างใดตามที่คณะอนุกรรมการบริหารงานบุคคลมอบหมาย ตามความจำเป็นและเหมาะสม
5. ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

ผลการดำเนินงาน ดังนี้

1. ปรับปรุง ประกาศสถาบัน เรื่อง สัญญาจ้างเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้าง
2. ปรับปรุงแผนการทบทวนระเบียบข้อบังคับ
3. แผนปฏิบัติการด้านกำลังคนของสถาบัน ปีงบ 2567
4. HRD Blueprint
5. ค่านิยมหลัก สรพ. (HAI)
6. ประกาศ เรื่องอัตราค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษเฉพาะตำแหน่ง หรือวิชาชีพหายาก พ.ศ. 2566
7. เพิ่มกรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ใหม่ 5 ตำแหน่ง จาก 75 อัตรา เป็น 80 อัตรา

คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการสื่อสารสาธารณะ



ดร.ศศดิศ ชูชนม์
ประธานอนุกรรมการ

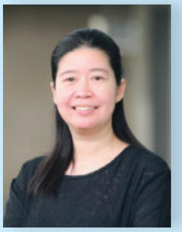
รศ.สมิทธิ์ บุญชุติมา
อนุกรรมการ

รศ.นิธิดา แสงสิงแก้ว
อนุกรรมการ

นายณัฐพัชญ์ วงษ์เหรียญทอง
อนุกรรมการ

นายปริญญา ชุมรุม
อนุกรรมการ

นายศิริพงศ์ เตียวพิพิธพร
อนุกรรมการ



นางสาวสุพัฒนุช สอนดำริห์
อนุกรรมการ

ทพ.อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ
อนุกรรมการ

ผู้อำนวยการ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
อนุกรรมการ

ผู้อำนวยการสำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
อนุกรรมการ

ดร.บรรจง จำปา
รองผู้อำนวยการที่กำกับดูแล
เลขานุการ

คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการสื่อสารสาธารณะ มีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

1. พิจารณาแผนงานเพื่อการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ให้สอดคล้องแผนปฏิบัติราชการของสถาบัน
2. กำกับ ติดตาม การดำเนินงานของสถาบัน ให้เป็นไปตามแผนงานการสื่อสารประชาสัมพันธ์
3. รายงานความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรค ในการขับเคลื่อนงานการสื่อสารประชาสัมพันธ์ต่อคณะกรรมการ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
4. ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

ผลการดำเนินงาน ดังนี้

สถาบันได้ดำเนินการจัดการประชุมคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการสื่อสารสาธารณะ ในปี 2566 จำนวน 3 ครั้ง มีวาระที่สำคัญในการให้ข้อเสนอแนะ แผนการสื่อสารประชาสัมพันธ์ งานประชุมวิชาการ HA National Forum ครั้งที่ 23 ตลอดจนให้คำแนะนำการปฏิบัติงานด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ มีการจัดประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติ (work shop) กำหนดทิศทางการขับเคลื่อนแผนการสื่อสารสาธารณะ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566-2570) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนากลไกในการสื่อสารให้เหมาะสมและสอดคล้องกับแผนการสื่อสารสาธารณะ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566-2570) จำนวน 1 ครั้ง และเข้าร่วมกิจกรรมด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ ของสถาบัน เช่น กิจกรรมสื่อมวลชนสัญจร โรงพยาบาล HA โรงพยาบาลคุณภาพ ในพื้นที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ในระหว่างวันที่ 8-9 มิถุนายน 2566 การเข้าร่วมกิจกรรมนักสื่อสารคุณภาพ เพื่อให้ความรู้ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (Tik Tok) กับเครือข่ายนักสื่อสารของสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพมาตรฐาน HA ให้มีความรู้ ทักษะการสื่อสาร สามารถถ่ายทอดข้อมูลกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้ประชาชนมีความเชื่อมั่นต่อโรงพยาบาล HA โรงพยาบาลคุณภาพ ด้วย

คณะอนุกรรมการด้านพัฒนาระบบเทคโนโลยีดิจิทัล

นพ.ก้องเกียรติ เกษเพ็ชร์
ประธานอนุกรรมการ

รศ.ดร.อนิราช มิ่งขวัญ
อนุกรรมการ

ดร.มนต์ศักดิ์ โซ่เจริญธรรม
อนุกรรมการ

นายโกเมร นาควรรณกิจ
อนุกรรมการ

นพ.กิตติ โล่สุวรรณรักษ์
อนุกรรมการ

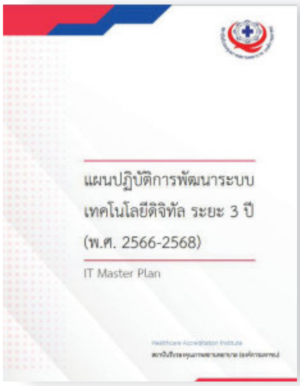
นางสาวเบญจมาภรณ์ ฉายานนท์
อนุกรรมการ

นพ.ปานกิตติ์ ศิริพูล
อนุกรรมการ

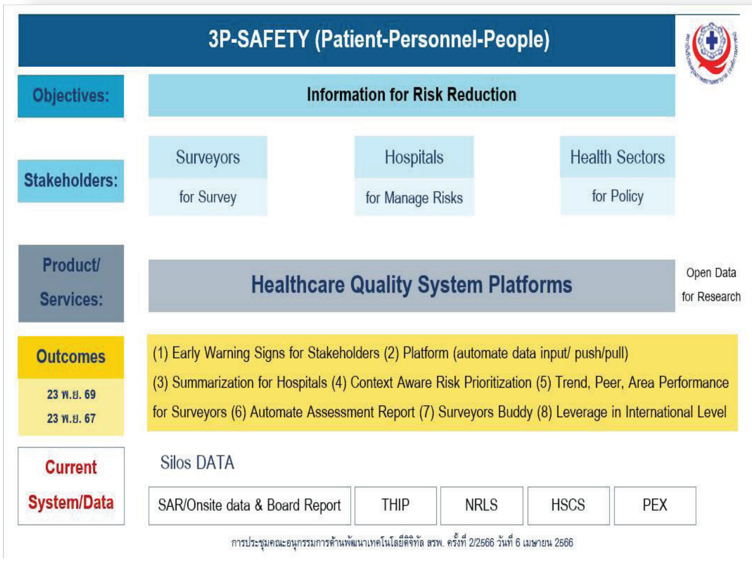
คณะอนุกรรมการด้านพัฒนาระบบเทคโนโลยีดิจิทัล มีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

1. ให้คำแนะนำหรือเสนอแนะในการทบทวนจัดทำแผนแม่บทพัฒนาระบบเทคโนโลยีดิจิทัลและสารสนเทศของสถาบัน
2. กำกับ ดูแล และให้คำแนะนำ เพื่อดำเนินการปรับปรุงพัฒนาระบบเทคโนโลยีดิจิทัล และ สารสนเทศ ให้เป็นไปตามกรอบนโยบายยุทธศาสตร์เป้าหมายหลักของแผนพัฒนาดิจิทัลของสถาบัน และกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. กำกับและสอบทานระบบการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของระบบ เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายและข้อปฏิบัติในการรักษา ความมั่นคง ความปลอดภัย ด้านเทคโนโลยีดิจิทัลและสารสนเทศของสถาบัน
4. ติดตามและรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบต่อคณะกรรมการ
5. ดำเนินการวางระบบ กำกับ และตรวจสอบระบบการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้เป็นไปตามนโนบายและข้อปฏิบัติในการรักษาความมั่นคง ความปลอดภัย ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของสถาบัน
6. ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

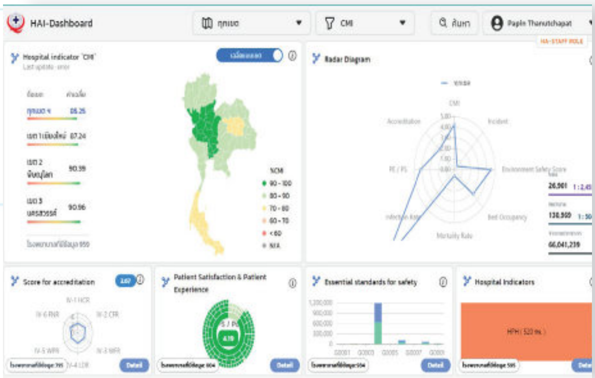
ผลการดำเนินงาน ดังนี้

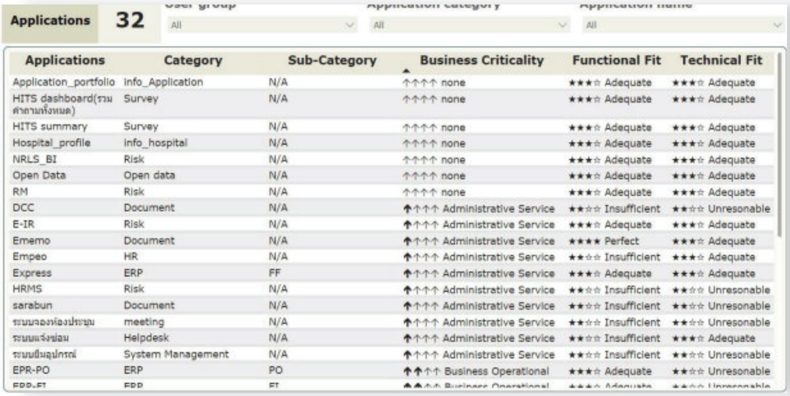


1. ให้คำแนะนำหรือเสนอแนะในการทบทวนจัดทำแผนแม่บทพัฒนาระบบเทคโนโลยีดิจิทัลและ สารสนเทศของสถาบัน https://backend.ha.or.th/fileupload/DOCUMENT/00155/2f-3511ca-e13f-4c70-a3f5-fa5af8cdd304.pdf
2. จัดประชุม HAI Data exploration Hackathon ร่วมกับทีม สรพ.



3. จัดทำ model การเชื่อมต่อข้อมูลที่มีอยู่ของ สรพ. https://hai-dashboard.proen.app.ruk-com.cloud/
4. จัดทำ Application Portfolio Management https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZTNiZTQ1MTQtNWMzMS00YTA0LWFiODk-tYzQ5YjdiZWY0YTA2IiwidCI6IjgyNzY3OGUyLTJkMDUtNDVkYi05ZDBkLTEzNzExZG-MzNzdjMCIsImMiOjEwfQ%3D%3D&pageName=ReportSection





Applications 32

Applications	Category	Sub-Category	Business Criticality	Functional Fit	Technical Fit
Application_portfolio	info_Application	N/A	none	★★★☆ Adequate	★★★☆ Adequate
HITS dashboard(รวมคำถามทั้งหมด)	Survey	N/A	none	★★★☆ Adequate	★★★☆ Adequate
HITS summary	Survey	N/A	none	★★★☆ Adequate	★★★☆ Adequate
Hospital_profile	info_hospital	N/A	none	★★★☆ Adequate	★★★☆ Adequate
NRLS_BI	Risk	N/A	none	★★★☆ Adequate	★★★☆ Adequate
Open Data	Open data	N/A	none	★★★☆ Adequate	★★★☆ Adequate
RM	Risk	N/A	none	★★★☆ Adequate	★★★☆ Adequate
DCC	Document	N/A	Administrative Service	★★☆☆ Insufficient	★★☆☆ Unresonable
E-IR	Risk	N/A	Administrative Service	★★★☆ Adequate	★★★☆ Adequate
Ememo	Document	N/A	Administrative Service	★★★★ Perfect	★★★☆ Adequate
Empeo	HR	N/A	Administrative Service	★★☆☆ Insufficient	★★★☆ Adequate
Express	ERP	FF	Administrative Service	★★★☆ Adequate	★★★☆ Adequate
HRMS	Risk	N/A	Administrative Service	★★☆☆ Insufficient	★★☆☆ Unresonable
sarabun	Document	N/A	Administrative Service	★★☆☆ Insufficient	★★☆☆ Unresonable
ระบบจองห้องประชุม	meeting	N/A	Administrative Service	★★☆☆ Insufficient	★★☆☆ Unresonable
ระบบแจ้งซ่อม	Helpdesk	N/A	Administrative Service	★★☆☆ Insufficient	★★★☆ Adequate
ระบบยืมอุปกรณ์	System Management	N/A	Administrative Service	★★☆☆ Insufficient	★★☆☆ Unresonable
EPR-PO	ERP	PO	Business Operational	★★★☆ Adequate	★★☆☆ Unresonable

5. กำกับ ดูแล และให้คำแนะนำ ดำเนินการปรับปรุงพัฒนาระบบเทคโนโลยีดิจิทัลและสารสนเทศ

6. กำกับและสอบทานระบบการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีดิจิทัลตามนโยบายและข้อปฏิบัติในการรักษาความมั่นคงความปลอดภัย โดยมีผลสำรวจระดับความพร้อมรัฐบาลดิจิทัลอยู่ในระดับ 2

คณะอนุกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ

รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
ประธานอนุกรรมการ (คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ)

นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี
อนุกรรมการ

ดร.กฤษดา แสวงดี
อนุกรรมการ

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ
อนุกรรมการ

นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ
อนุกรรมการ

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร
อนุกรรมการ

พล.อ.ท. นพ.อนุตรร จิตตินันทน์
คณะอนุกรรมการ

นพ.บัญชา ค้าของ
คณะอนุกรรมการ

นายมานพ เชื้อบัณฑิต
คณะอนุกรรมการ

นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ
อนุกรรมการ

ดร.บรรจง จำปา
เลขานุการ

คณะอนุกรรมการด้านการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ มีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

1. ให้คำแนะนำเพื่อกำหนดนโยบายและการวางแผนยุทธศาสตร์ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ด้านการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ
2. ขับเคลื่อนในการนำแผนยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิไปสู่การปฏิบัติ
3. กำกับและติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ
4. ดำเนินการอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการสถาบันมอบหมาย

ผลการดำเนินงาน ดังนี้

1. ให้คำแนะนำเพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพและการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ
2. ให้คำแนะนำแผนการดำเนินงานขับเคลื่อนการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2566

คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุขและประชาชน

ศ.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา
ที่ปรึกษา

รศ. นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
ประธานอนุกรรมการฯ

รศ. นพ.อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์
อนุกรรมการ

นพ.ก้องเกียรติ เกษเพ็ชร์
อนุกรรมการ

นพ.พีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์
อนุกรรมการ

นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช
อนุกรรมการ

นพ. นพพร ชื่นกลิ่น
อนุกรรมการ

นพ.สุระ วิเศษศักดิ์
อนุกรรมการ

นพ.ธงชัย กีรติหัตถยากร
อนุกรรมการ

นายบุญสงค์ ทัพชัยยุทธ์
อนุกรรมการ

นพ.จเด็จ ธรรมธัชอารี
อนุกรรมการ

นางสาวกุลยา ตันติเตมิท
อนุกรรมการ

นางสาวสารี อ๋องสมหวัง
อนุกรรมการ

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ
ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
อนุกรรมการ และเลขานุการ

คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุขและประชาชน มีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

1. ขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชนให้เป็นมติคณะรัฐมนตรี เพื่อให้เกิดความยั่งยืน
2. เป็นที่ปรึกษาการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน ตามมติที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) และมติคณะกรรมการขับเคลื่อน นโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข
3. เป็นที่ปรึกษาในการพัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย บุคลากร สาธารณสุข และประชาชนให้ทันสมัยและสามารถปฏิบัติได้จริง รวมไปถึงการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ การกำหนดอุบัติการณ์ที่จำเป็นต้องรายงานและให้ข้อเสนอเชิงนโยบาย
4. ร่วมพัฒนา กำหนดประเด็นแลกเปลี่ยน และดูแลระบบ National Reporting and Leaning System (NRLS) บน Platform และ Platform อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมทั้ง กำกับ ติดตามรายงาน อุบัติการณ์ความเสี่ยงตามหมวด ระบบ National Reporting and Leaning System (NRLS)
5. ดำเนินการส่งเสริมการใช้ประโยชน์ระบบ National Reporting and Leaning System (NRLS) เพื่อการยกระดับการพัฒนาคุณภาพด้านความปลอดภัยในสถานพยาบาล
6. ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

ผลการดำเนินงาน ดังนี้

ประชุมคณะอนุกรรมการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุขและประชาชน จำนวน 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 วันที่ 3 พฤษภาคม 2566 ครั้งที่ 2 วันที่ 11 กรกฎาคม 2566

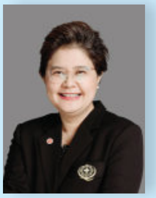
มติสำคัญ

1. เห็นชอบให้หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก (Owner) ทุกยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ระยะที่ 2 (พ.ศ.2567-2570)
2. เห็นชอบกรอบแนวคิดการจัดทำ People Safety Guideline
3. มอบหมายให้อนุกรรมการฯ รายบุคคลรับผิดชอบในแต่ละยุทธศาสตร์ เพื่อนัดหมายหน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบ (Owner) จัดทำและ พิจารณาร่างแผนปฏิบัติการณ์ที่สอดคล้องกับเป้าหมายและยุทธศาสตร์ที่รับผิดชอบ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 Healthcare Worker	รศ.นพ.อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์	มีการประชุมหารือหลักสูตรร่วมกับ รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 66
ยุทธศาสตร์ที่ 2 Patient, Family, community, civil society	นพ.จักรกริช โง้วศิริ อาจารย์สารี อ๋องสมหวัง	-
ยุทธศาสตร์ที่ 3 System and Process Design	พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ พญ.ปิยะธิดา หาญสมบูรณ์	- จัดประชุม People Safety Guideline จำนวน 2 ครั้ง - เสนอเข้าวาระพิจารณาคณะกรรมการขับเคลื่อนด้านความปลอดภัยฯ เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2566
ยุทธศาสตร์ที่4 Information, research and risk management	นพ.ก้องเกียรติ เกษเพ็ชร์ พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ ผู้แทน ผอ.สวรส.	พัฒนา HAI Dashboard ร่วมกับคณะอนุกรรมการ IT
ยุทธศาสตร์ที่ 5 Policy and Governance	นพ.พีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์ นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช	- เสนอเข้าวาระพิจารณาคณะกรรมการขับเคลื่อนด้านความปลอดภัยฯ เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2566 - ประกาศยุทธศาสตร์ 3P Safety Hospital เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2566

คณะอนุกรรมการประเมินผลการปฏิบัติงานผู้อำนวยการ

รศ.นพ.อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์
ประธานอนุกรรมการ



ศ.จิรประภา อัครบวร
อนุกรรมการ

ดร.กฤษดา แสวงดี
อนุกรรมการ

นพ.จเด็ด ธรรมธัชอารี
อนุกรรมการ

คณะอนุกรรมการประเมินผลการปฏิบัติงานผู้อำนวยการ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

1. กำหนดแนวทางและหลักเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานผู้อำนวยการสถาบัน ให้สอดคล้องกับแนวทางที่สำนักงาน ก.พ.ร. กำหนด โดยให้มีตัวชี้วัดน้ำหนัก และเป้าหมายที่สามารถวัดผลได้ สำหรับใช้ประเมินผลการปฏิบัติงานผู้อำนวยการสถาบัน เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาให้ความเห็นชอบ
2. เสนอหลักเกณฑ์ในการพิจารณาปรับอัตราเงินเดือน และค่าตอบแทนผันแปรของ ผู้อำนวยการต่อคณะกรรมการเพื่อให้ความเห็นชอบ
3. ประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการ และรายงานผลการประเมิน รวมทั้ง เสนออัตราการปรับเงินเดือนและค่าตอบแทนผันแปรของผู้อำนวยการ เพื่อเสนอให้คณะกรรมการพิจารณา โดยในปีแรก ที่ผู้อำนวยการเข้าดำรงตำแหน่งให้มีการประเมินผลรอบแรกหกเดือน เพื่อให้คำแนะนำไปสู่การปรับปรุงและการพัฒนาตนเองของผู้อำนวยการ ในประเด็นเรื่องภาวะผู้นำ จริยธรรม ความซื่อสัตย์ ความเสียสละ และการสร้างสรรค์ ให้คณะกรรมการพิจารณาเพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้อำนวยการ
4. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

ส่วนที่ 3

ผลการดำเนินงาน ตามแผนกลยุทธ์สำคัญ 5 ด้าน

ด้านการประเมินรับรอง เพื่อสร้างคุณค่าและความไว้วางใจ

การประเมินและรับรองคุณภาพ HA ขั้นมาตรฐานและขั้นก้าวหน้า

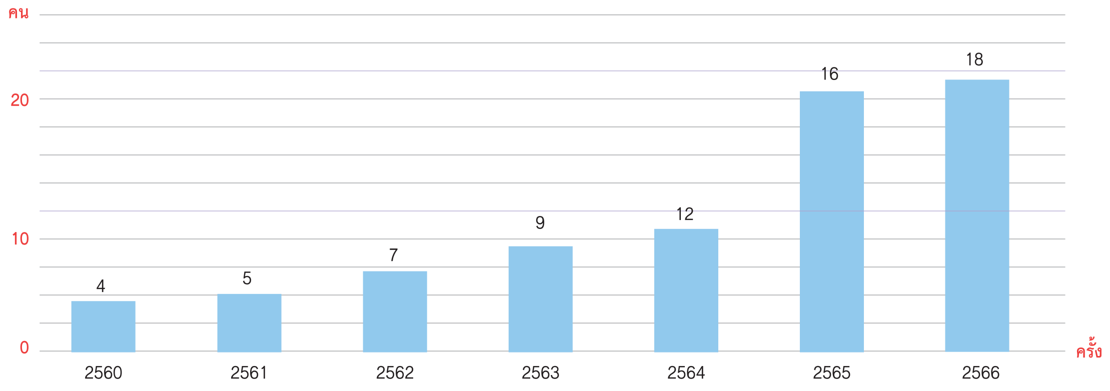
ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีสถานพยาบาลได้รับการประเมินรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA ทุกขั้น และมีสถานะการรับรอง จำนวนทั้งสิ้น 942 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 63.18 จากสถานพยาบาลทั้งหมด 1,491 แห่ง สถานพยาบาลได้รับการรับรองและมีสถานะการรับรองกระบวนการคุณภาพ ตามมาตรฐาน HA ขั้นมาตรฐาน จำนวน 850 แห่ง ซึ่งมีสถานพยาบาลรายใหม่เข้าสู่กระบวนการและได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพครั้งแรก (Accreditation) จำนวน 28 แห่ง (ภาครัฐ 23 แห่ง ภาคเอกชน 5 แห่ง) และสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA) จำนวน 17 แห่ง รวมเป็นจำนวน 949 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 58.15 โดยมีรายละเอียดแยกตามสังกัด ดังต่อไปนี้

ประเภทโรงพยาบาล	จำนวนโรงพยาบาล	การพัฒนาคุณภาพขั้นที่หนึ่ง		การพัฒนาคุณภาพขั้นที่สอง		ขั้นมาตรฐาน		A-HA		รวม	
		จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
รพช.	775	0	0.00	9	1.16	560	72.26	0	0.00	569	73.42
รพท.	92	0	0.00	0	0.00	77	83.70	0	0.00	77	83.70
รพศ.	34	0	0.00	0	0.00	28	82.35	2	5.88	30	88.24
รพ.รัฐอื่นๆ ในสังกัด สธ.	68	1	1.47	3	4.41	41	60.29	0	0.00	45	66.18
โรงเรียนแพทย์/รพ.มหาวิทยาลัย	38	0	0.00	4	10.53	13	34.21	5	13.16	22	57.89
กรุงเทพมหานคร (สังกัด กทม.)	11	0	0.00	2	18.18	6	54.55	0	0.00	8	72.73
กระทรวงกลาโหม	65	0	0.00	5	7.69	36	55.38	2	3.08	43	66.15
รพ.รัฐอื่นๆ	24	1	4.17	2	8.33	1	4.17	1	4.17	5	20.83
รวม รพ.รัฐ	1107	2	0.18	25	2.26	762	68.83	10	0.90	799	72.18
รวม รพ.เอกชน	384	3	0.78	45	11.72	88	22.92	7	1.82	143	37.24
รวมทั้งสิ้น	**1491**	**5**	**0.96**	**70**	**4.69**	**850**	**57.01**	**17**	**1.14**	**942**	**63.18**

การประเมินและรับรองคุณภาพ HA ขั้นก้าวหน้า

การรับรองกระบวนการคุณภาพขั้นก้าวหน้า ตามมาตรฐาน HA มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นในทุกปี ดังนี้

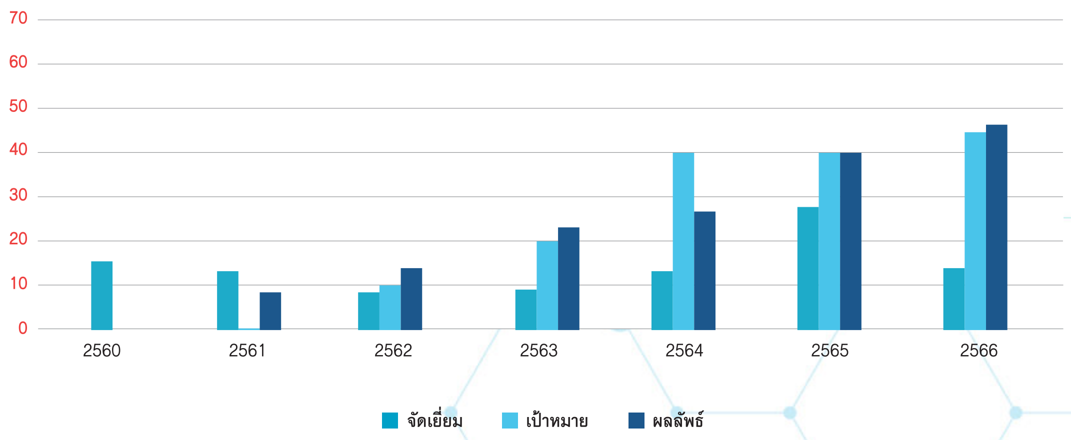
จำนวนพยาบาลที่ได้รับการรับรองขั้นก้าวหน้ารวมถึงอยู่ในกระบวนการต่ออายุ
ณ เดือนกันยายน ปี พ.ศ. 2560-2566



การประเมินและรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHSA)

มีสถานพยาบาลผ่านการต่ออายุการรับรองขั้นมาตรฐาน (HA) และผ่านการรับรองเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอครั้งแรก จำนวน 10 เครือข่าย ต่ออายุการรับรองเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 6 เครือข่าย รวมสะสมที่มีอายุในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 47 เครือข่าย จากสถานการณ์การถ่ายโอน รพ.สต. ไปอยู่ภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ทำให้สถานการณ์การรับรองเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอมีการชะลอตัว มีสถานพยาบาลไม่ต่ออายุการรับรองเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 6 เครือข่าย ส่งผลให้มีจำนวนสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองสะสมในช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2566 ดังนี้

จำนวนการรับรองเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (สะสม) ปี พ.ศ. 2561-2566



การประเมินและรับรองระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ (HNA)

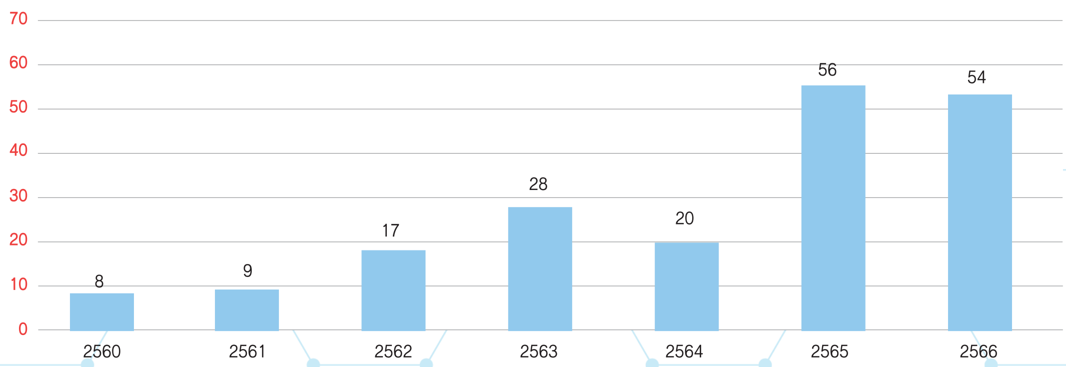
การรับรองเครือข่าย HNA ในช่วงปี พ.ศ. 2566 มีการถอดบทเรียนจากการพัฒนารูปแบบการรับรองนำร่องในเครือข่ายระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (ECS) และระบบบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก มาสู่การกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาเพื่อการรับรอง (Healthcare Network System Accreditation : HNA) และ (Healthcare Network System Certification : HNC) โดยมีความร่วมมือกับกรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อการรับรองคุณภาพระบบเครือข่ายบริการสุขภาพโรคเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของโรงพยาบาลต่อไปในปี พ.ศ. 2567 และในปี พ.ศ. 2566 มีเครือข่ายบริการสุขภาพได้รับการประเมินการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ (Healthcare Network System Certification : HNC) จำนวน 4 แห่ง ดังนี้

เครือข่ายบริการสุขภาพที่ได้รับการประเมินการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ (Healthcare Network System Certification : HNC)

ลำดับ	โรงพยาบาล	จังหวัด	ระบบที่ได้รับการรับรอง
1	เชียงรายประชานุเคราะห์	เชียงราย	ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Care System)
2	ชลบุรี	ชลบุรี	ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Care System)
3	ระยอง	ระยอง	ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Care System)
4	หนองบัวลำภู	หนองบัวลำภู	ระบบบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก

การประเมินและรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (PDSC)

กิจกรรมการเยี่ยม PDSC ปี พ.ศ. 2560-2566

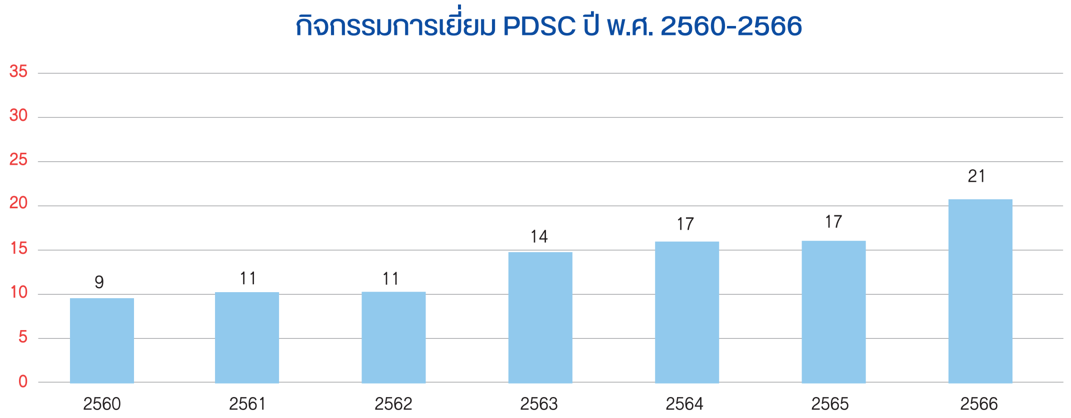


การรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (PDSC) มีจำนวนโรคและระบบที่ผ่านการรับรองเฉพาะโรค 39 โรค/ระบบ ซึ่ง สรพ. มีการดำเนินงานความร่วมมือกับองค์กรภายนอกในการดำเนินโครงการพัฒนาการรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ ได้แก่ 1) ความร่วมมือกับกรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพื่อการรับรองคุณภาพเฉพาะรายโรคเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2) ความร่วมมือกับสมาคมเวชสารสนเทศไทย (TMI) จัดทำโครงการพัฒนามาตรฐานและรูปแบบการ

ประเมินและรับรอง ระบบการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งในปี พ.ศ. 2565 มีโครงการนำร่อง จำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลคูเมือง และโรงพยาบาลน่าน และในปี พ.ศ. 2566 สนับสนุนโรงพยาบาลที่ได้รับการประเมิน HAIT level 2 จำนวน 10 แห่ง จัดเยี่ยมแล้วจำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช 3) ความร่วมมือกับเครือข่ายราชวิทยาลัยต่าง ๆ คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล และโรงพยาบาลเลิดสิน ที่ได้ดำเนินงานต่อเนื่องจากปี พ.ศ. 2565 ที่ได้จัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย และในปี พ.ศ. 2566 ขยายผล สู่กลไกการประเมินและรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ โดยมีสถานพยาบาลนำร่อง จำนวน 20 แห่ง จัดเยี่ยมแล้วจำนวน 6 แห่ง คือ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช และโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยในช่วงปี พ.ศ. 2560 -2566 จำนวนกิจกรรมการจัดเยี่ยมเพื่อการประเมินและรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (PDSC) มีแนวโน้มที่สูงขึ้น ดังนี้

การรับรองตามมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

ในปี พ.ศ. 2566 มีการปรับวิธีการดำเนินงานระหว่างสถาบันกับสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จากสัญญาจ้างเป็นการเยี่ยมตามความพร้อมของศูนย์บริการสาธารณสุข โดยในปี พ.ศ. 2566 มีการจัดเยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อมจำนวน 4 แห่ง เยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองจำนวน 4 แห่ง เยี่ยมสำรวจเพื่อการต่ออายุการรับรองจำนวน 2 แห่ง ทำให้มีศูนย์บริการสาธารณสุขผ่านการรับรองและยังมีอายุการรับรอง ปี พ.ศ. 2560-2566 มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ดังนี้



การนำเสนอข้อมูลจากการรับรองเพื่อยกระดับการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล

มีการรวบรวมข้อเสนอแนะจากอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ มาพัฒนาระบบงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1. มีการจัดเวทีความร่วมมือกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในการรับฟังและสำรวจความต้องการช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง

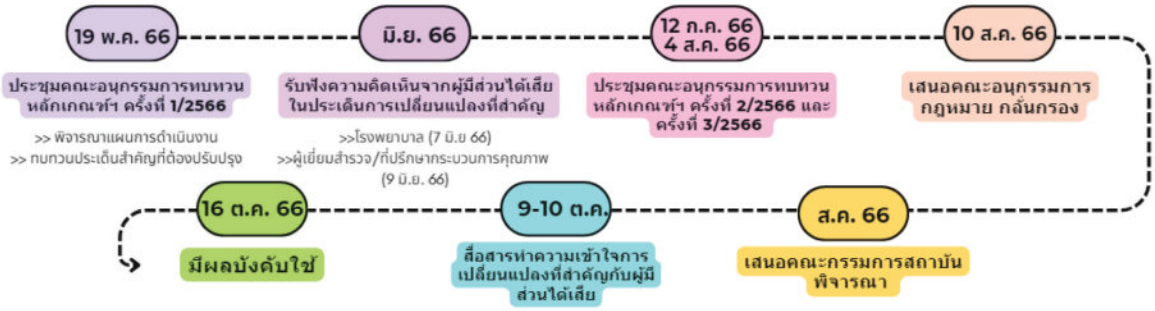
สาธารณสุข เพื่อรวบรวมข้อมูลและวางแผนสนับสนุนทรัพยากรเพื่อรองรับการยกระดับโรงพยาบาล ได้แก่ ความพร้อมของอาคาร สถานที่ บุคลากรที่เพียงพอ และระบบบำบัดน้ำเสียที่มีศักยภาพเหมาะสมต่อการยกระดับโรงพยาบาล

2. ความร่วมมือกับกรมอนามัยเพื่อกำหนดตัวชี้วัดด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การยกระดับด้านการส่งเสริมสุขภาพประชาชน ซึ่งมีแผนการพัฒนามาตรฐานสำคัญจำเป็นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเลือกประเด็นมาตรฐานที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมาเป็นประเด็นสำคัญในการกระตุ้นพัฒนา ตัวอย่างเช่น การผลักดันการสร้างเสริมสุขภาพเรื่องบุหรี่ และหารือร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิจากกรมอนามัยในการกำหนดเพิ่มเติม
3. ความร่วมมือกับกรุงเทพมหานครในการรวบรวมข้อมูลจากการเยี่ยมสำรวจศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อใช้ในการผลักดันและขยายผลการพัฒนาคุณภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข และการพัฒนาเครือข่ายคุณภาพเพื่อการประสานเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลที่สังกัดสำนักการแพทย์ และศูนย์บริการสาธารณสุขที่สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

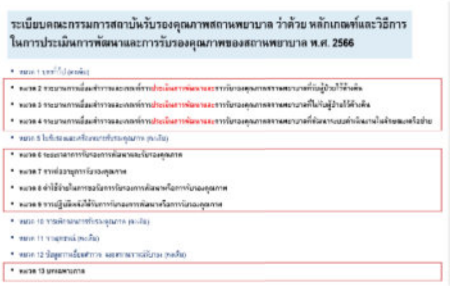
การปรับปรุง ระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. 2566

สถาบันได้มีการทบทวนระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล เพื่อยกระดับการพัฒนาสถานพยาบาลให้สอดคล้องกับทิศทางการรับรองคุณภาพในระดับสากลที่ปรับเปลี่ยนเป็น Modernized Accreditation โดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ (outcome) มากกว่ากระบวนการ (process) และทิศทางการพัฒนาและรับรองคุณภาพของสถานพยาบาลมุ่งเน้นให้เห็นการพัฒนาต่อเนื่องและเห็นผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลง

โดยจัดให้มีการประชุมคณะอนุกรรมการทบทวนหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และดำเนินการตามแผนดำเนินการโดยจัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้เสียเพื่อนำความคิดเห็นมาประกอบการทบทวนและปรับปรุงระเบียบ ผ่านการประชุม On-site และ Online และการตอบแบบสอบถาม



ในการประชุม ครั้งที่ 9/2566 วันที่ 29 กันยายน พ.ศ. 2566 มติคณะกรรมการสถาบัน ได้เห็นชอบระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. 2566 และประกาศให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2566



เพื่อสื่อสารสร้างความเข้าใจทิศทางการขับเคลื่อนกระบวนการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และสร้างความเข้าใจแก่สถานพยาบาลและผู้เยี่ยมสำรวจ ในประเด็นสำคัญตามระเบียบที่มีการปรับปรุง สถาบันจัดให้มีการสื่อสารผ่านทางออนไลน์ แก่ผู้เยี่ยมสำรวจในวันที่ 9 ตุลาคม 2566 และสถานพยาบาล วันที่ 10 ตุลาคม 2566

สรุปผลการดำเนินงาน
การนำมาตรฐานสำหรับการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลสู่การปฏิบัติ

ปีงบประมาณ 2566

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

มีผลบังคับใช้เพื่อการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565

จำนวนสถานพยาบาลที่ใช้มาตรฐานเพื่อการพัฒนาและประเมินรับรองกระบวนการคุณภาพ (HA)

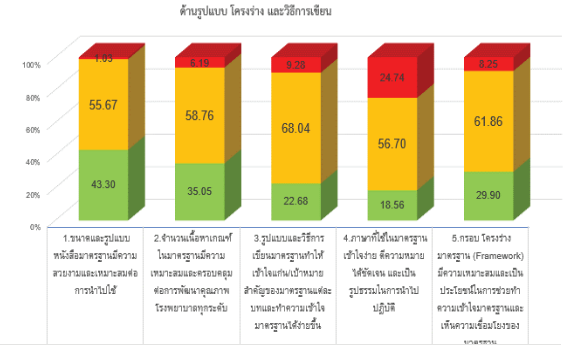
- สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพ (Accreditation) **15 แห่ง**
- สถานพยาบาลที่ได้รับการต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ (Re-accreditation) **35 แห่ง**
- สถานพยาบาลที่จัดส่งแบบประเมินตนเองขอรับการประเมินรับรองกระบวนการคุณภาพ **202 แห่ง**

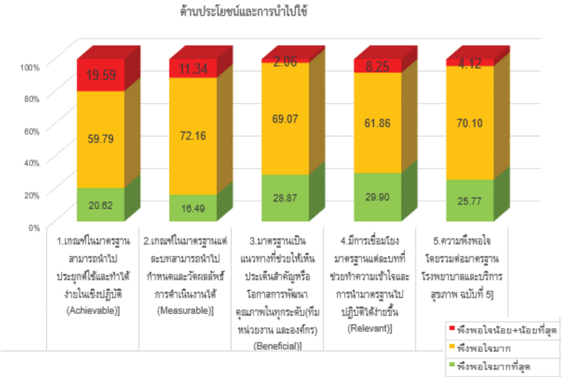
ธำรงการรับรองมาตรฐานสากล

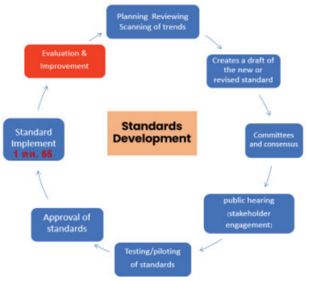
สถาบันจัดทำแผนการพัฒนามาตรฐานตามข้อเสนอแนะ ISQuaEEA และจัดส่งรายงานความก้าวหน้าการปฏิบัติตามแผนพัฒนาคุณภาพ ครั้งที่ 1 (progress report) วันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

การติดตามผลและประเมินผลการนำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 ไปสู่การปฏิบัติ ตามแนวทางพัฒนามาตรฐานสากล

ความพึงพอใจในภาพรวมต่อมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5







กลุ่มเป้าหมายจำนวน 198 รพ.

> แบบสอบถามออนไลน์ **97 แห่ง**

> กระบวนการ Focus Group **79 แห่ง**
- Onsite 22 แห่ง
- Online 57 แห่ง

มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ
(Primary Care Standards)

สถาบันได้มีการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ โดยการขับเคลื่อนอย่างมีส่วนร่วมครอบคลุมทั้งภาควิชาการ ผู้ใช้มาตรฐาน ผู้ปฏิบัติงานระดับสุขภาพปฐมภูมิ ภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) และการมีส่วนร่วมของประชาชน ตามแนวทางสากล โดยมีการประกาศฉบับร่างสำหรับ **ทดลองใช้ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565**

การส่งเสริมการนำมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิไปทดลองใช้

การพัฒนากลไกศูนย์การเรียนรู้ระดับพื้นที่เพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ 4 แห่ง

- จังหวัดสกลนคร
- จังหวัดเชียงราย
- เขต นครชัยบุรินทร์
- อบจ. จังหวัดภูเก็ต

การเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการคุณภาพและการประเมินและรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ

- จัดกระบวนการสร้างการเรียนรู้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพและการนำมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิไปสู่การปฏิบัติ **ผ่านการประชุมออนไลน์**

- จัดอบรมบุคลากรแกนนำการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการรับรองการพัฒนาคุณภาพ **รูปแบบ Hybrid**

หลักคิดชุดที่ 1
"ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน"

หลักคิดชุดที่ 2
"เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด"

หลักการนำมาตรฐานไปใช้เพื่อการพัฒนา

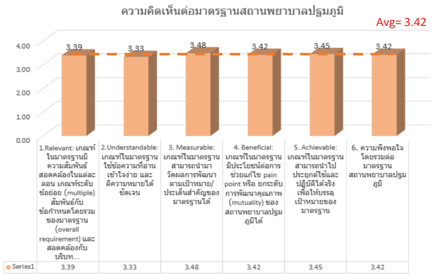
"รู้เรื่องเรา เข้าใจหลัก รักประชาชน"

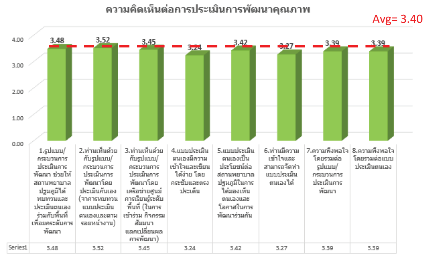
พัฒนารูปแบบการประเมินรับรองสถานพยาบาลปฐมภูมิ (prototype)

สถานพยาบาลปฐมภูมิต้นแบบ

- จังหวัดสกลนคร **6 แห่ง**
- เขต นครชัยบุรินทร์ **6 แห่ง**

ผลการสำรวจความคิดเห็นต่อการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ





การพัฒนาแนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน ตามแนวทางการพัฒนามาตรฐานสากล

HA Scoring Guideline

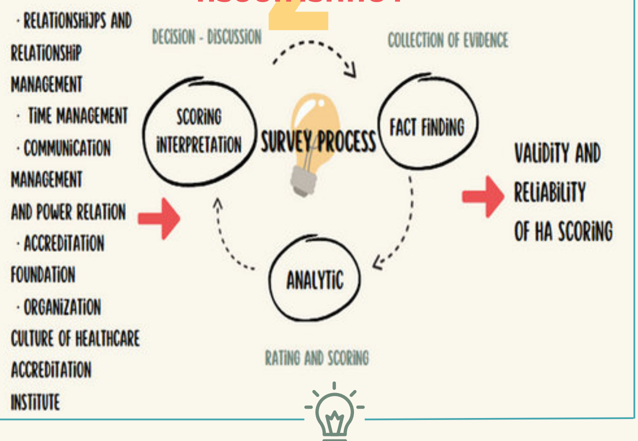
สถาบันได้มีการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 และแนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (HA Scoring Guideline) เพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารองค์กรและการพัฒนาคุณภาพในสถานพยาบาล และประเมิน Maturity ในการพัฒนา โดยได้รับการรับรองมาตรฐานสากล จาก ISQua EEA ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของประเทศไทย

เพื่อให้การพัฒนาเกณฑ์การประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานสอดคล้องตามแนวทางการพัฒนามาตรฐานสากล สถาบันจึงจัดให้มีการศึกษาเพื่อทดสอบคุณภาพเกณฑ์การประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (HA Scoring Guideline) โดยมีเป้าหมายการพัฒนามาตรฐานและระบบการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาลให้มีความน่าเชื่อถือและได้รับการยอมรับในระดับสากล และองค์กรหรือหน่วยงานต่าง ๆ ยอมรับและนำผลการรับรอง HA ไปใช้เป็นเงื่อนไขในการให้คุณค่าสถานพยาบาล

1 วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อบันทึกปรากฏการณ์การเยี่ยมทดสอบคุณภาพเกณฑ์การประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานที่เกิดขึ้น
2. เพื่อแสดงให้เห็นปรากฏการณ์จากการเยี่ยมทดสอบคุณภาพเกณฑ์การประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน
3. เพื่อเสนอข้อสังเกตในประเด็น Validity (ความถูกต้อง) Reliability (ความน่าเชื่อถือ) จากปรากฏการณ์การเยี่ยมทดสอบคุณภาพเกณฑ์การประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน

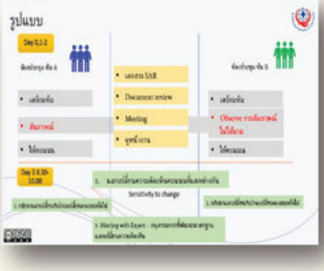
2 กรอบการศึกษา



3 ขอบเขตและวิธีการดำเนินงาน

- **กลุ่มตัวอย่าง:** 1) สถานพยาบาลที่ขอรับการเยี่ยมประเมินรับรอง กระบวนการพัฒนาคุณภาพและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 2 แห่ง 2) ผู้เยี่ยมสำรวจที่มีความรู้และประสบการณ์เท่ากัน โดยแบ่งเป็นสอง คือ ทีม A (ทีมเยี่ยมสำรวจจริง) ทีม B (ทีมเยี่ยมสำรวจเพื่อประเมินเปรียบเทียบ)
- **การศึกษาเชิงพรรณา (Description Research)** โดยการบรรยายปรากฏการณ์จากสังเกตในกระบวนการเยี่ยมสำรวจและการประชุมสัมมนา (focus group)
- **การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation)** ในช่วงกระบวนการเยี่ยมสำรวจ และ Focus Group และใช้การวิเคราะห์แบบพรรณนา

4 ขั้นตอนดำเนินการ



ขั้นตอนที่ 1: การทดสอบ Reliability (ความน่าเชื่อถือ)
โดยการลงพื้นที่เยี่ยมสำรวจ เพื่อให้คะแนนการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานของโรงพยาบาลเป็นรายบุคคลและคะแนนสรุปของแต่ละทีม

- **กระบวนการค้นหาข้อเท็จจริง (fact finding) การวิเคราะห์ (analysis) การตีความเกณฑ์การให้คะแนน (scoring interpretation)**

ขั้นตอนที่ 2 และ 3: การทดสอบ Validity (ความถูกต้อง) และ Sensitivity to Change โดยจัดสัมมนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นผลการทดสอบ (focus group) ระหว่างผู้เยี่ยมสำรวจทั้งสองทีมร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ผู้สังเกตการณ์ และผู้แทนอนุกรรมการพัฒนามาตรฐาน

5 ผลการศึกษา

ปรากฏการณ์ต่อการเยี่ยมทดสอบ HA Scoring

1. **ความสัมพันธ์และการบริหารความสัมพันธ์ (Relationships and Relationship Management)** ที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการอาจทำให้การแสดงความเห็นต่อการให้คะแนนมีข้อจำกัด
2. **การบริหารเวลา (Time Management)** ด้วยระยะเวลาค่อนข้างจำกัด ในขณะดำเนินการเยี่ยมสำรวจและการสรุปคะแนนร่วมในทีม อาจทำให้มีข้อจำกัด เพื่อการค้นหาข้อมูลที่เพียงพอต่อการให้คะแนน
3. **การสื่อสารและความสัมพันธ์เชิงอำนาจ (Communication Management and Power Relation)** ระหว่างผู้เยี่ยมสำรวจและโรงพยาบาล พบว่าเป็นส่วนสำคัญของการให้คะแนนที่มีประสิทธิภาพ โดยการสื่อสารผ่าน HA Scoring อาจช่วยลดความสัมพันธ์เชิงอำนาจ
4. **รากฐานการรับรองมาตรฐาน (Accreditation Foundation)** มุ่งเน้นที่การสร้างการเรียนรู้ตามหลักคิด Accreditation as the Education Process และการเปลี่ยนผ่านการให้คะแนนจาก HA Scoring แบบเดิม เป็นแบบใหม่ซึ่งมีการเชื่อมโยงมากขึ้น
5. **วัฒนธรรมองค์กร (Organization Culture of Healthcare Accreditation Institute)** ที่อาจเป็น Validity และ Reliability ของการใช้ HA scoring สัมพันธ์กับวัฒนธรรมองค์กร

ข้อสังเกตในประเด็น Validity (ความถูกต้อง) Reliability (ความน่าเชื่อถือ)

1. **การค้นหาข้อเท็จจริง (fact finding)** พบว่าเป็นไปในทางเดียวกันทั้งสองทีม ในประเด็นที่ตั้งข้อสังเกตร่วมกัน และประเด็นที่แต่ละคนรับผิดชอบ
2. **การวิเคราะห์ (analysis)** ข้อเท็จจริงเพื่อนำมาสู่การให้คะแนนและ recommendation พบว่าทั้งสองทีมมีการใช้ HA Scoring
3. **การตีความเกณฑ์การให้คะแนน (scoring interpretation)**
   - มาตรฐานที่เป็นนามธรรมและเกณฑ์ HA Scoring ในระดับคะแนนที่คำอธิบายไม่ชัดเจน ต้องใช้เวลาตีความมาก
   - การเชื่อมโยงมาตรฐานของผู้เยี่ยมสำรวจไม่ได้เท่ากันทุกคน ด้วยสมรรถนะและบริบทโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน อาจทำให้ประเด็น Validity และ Reliability

6 สรุปผล

- การให้คะแนนเพื่อประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน ในระบบการประเมินรับรองกระบวนการคุณภาพ HA เป็น **Context-Specific** ตามบริบทของโรงพยาบาลและในเวลาช่วงนั้น คะแนนจึงมีความแตกต่างและนำมาเปรียบเทียบไม่ได้
- **การทำให้ Validity และ Reliability เพิ่มขึ้น**
  - จำเป็นต้องปรับวิธีคิดแบบเดิม เพื่อให้มีการใช้ HA Scoring แบบใหม่ที่เพิ่มความเชื่อมโยงในการวิเคราะห์ เพื่อให้ผู้เยี่ยมสำรวจมองเห็นความเป็นไปได้อื่นๆ
  - การพัฒนามาตรฐานให้สะท้อนประเด็นสำคัญและเป้าหมายที่ชัดเจน และ HA Scoring ให้มีความชัดเจนมากขึ้น

การประเมินระบบการดูแลผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก ที่ผ่าตัดเร็วและได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

ในโรงพยาบาลนำร่องของประเทศไทย

ที่มา

Hip fracture

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของระบบสาธารณสุขทั้งในระดับโลกและในประเทศไทย

ประมาณการในแต่ละปีมี **ผู้สูงอายุมากกว่า**

4.5 **ล้านคนทั่วโลก** ที่เกิดทุพพลภาพจากการเกิดกระดูกสะโพกหัก

การคาดการณ์อุบัติการณ์ของการเกิดกระดูกข้อสะโพกหักในปี 2561 **น่าจะมีผู้ป่วยมากกว่า 42,000 คนต่อปี** หากคำนวณ**ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น มูลค่ามากกว่า 5,300 ล้านบาทต่อปี**

จากการคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะมีปริมาณผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามลำดับ **จาก 12.6 ล้านคนในปี 2563 เป็น 17.6 ล้านคน ในปี 2573**

วัตถุประสงค์

1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย ทั้งปัจจัยทางโครงสร้าง ปัจจัยเชิงกระบวนการ และปัจจัยทางคลินิกของผู้ป่วย

2 เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายอันจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่กระดูกข้อสะโพกหัก

กลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการนำร่องการดูแลผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักที่ผ่าตัดเร็ว

จำนวน 19 แห่ง

นิยามศัพท์

การผ่าตัดเร็ว (fast track surgery)

การผ่าตัดภายใน 48-72 ชั่วโมง นับจากหลังเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาล

- ระยะเวลาที่ได้รับการผ่าตัด หมายถึงระยะเวลาตั้งแต่มารับการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยฉุกเฉินหรือมาถึงโรงพยาบาล จนถึงเวลาที่ได้รับการผ่าตัด (ชั่วโมง)

บทสรุป

1. โรงพยาบาลที่มีการพัฒนาเรื่องระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ข้อกระดูกสะโพกหัก จะมีอัตราการผ่าตัดสูงกว่าร้อยละ 80และพบว่าสามารถผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 32.5
2. การผ่าตัดใน 48 - 72 ชั่วโมง ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดในรพ. และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ 1 เดือน, 3 เดือน, และ 12 เดือน ได้ลงไปมากกว่า ร้อยละ 50
3. การผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนในรพ. ได้มากกว่าการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง
4. โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนามีอัตราการผ่าตัดสูงขึ้น และสามารถทำใน 48 ชั่วโมงได้มากขึ้น แต่ผลกระทบที่มีต่ออัตราตายในภาพรวมยังไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก

ที่มาข้อมูล : หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สรุปผลการดำเนินงาน ปีงบ 2566 การรับรองเฉพาะโรค/ระบบ (PDSC)

PDSC : Nicotine Dependence

1) Purpose

- เพื่อบูรณาการกระบวนการพัฒนาคุณภาพในระบบบริการสุขภาพของสถานพยาบาล ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูภาวะติดนิโคติน รวมทั้งป้องกันการติดซ้ำในประชากรทุกกลุ่มวัย ครอบคลุมกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย และการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพยาบาลให้ปลอดมลพิษที่เกิดจากบุหรี่และนิโคติน
- เพื่อใช้กลไกการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในการพัฒนาและส่งเสริม ให้มีสถานพยาบาลต้นแบบที่ดำเนินการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ร่วมกับภาคีเครือข่ายและชุมชน ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูภาวะติดนิโคติน
- เพื่อสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการสร้างแรงบันดาลใจให้บุคลากรสาธารณสุข ตระหนักและเห็นความสำคัญ การเป็นผู้นำและสร้างทีมในการพัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูภาวะติดนิโคติน
- เพื่อรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย แนวทางปฏิบัติ ผลการดำเนินงานหรือผลงานวิชาการ ในการขับเคลื่อนเรื่องการพัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูภาวะติดนิโคติน ในเวทีระดับต่างๆ ทั้งในประเทศและนานาชาติ

2) Process

สรพ. MOU วันที่ 28 เม.ย.2566 ร่วมกับ

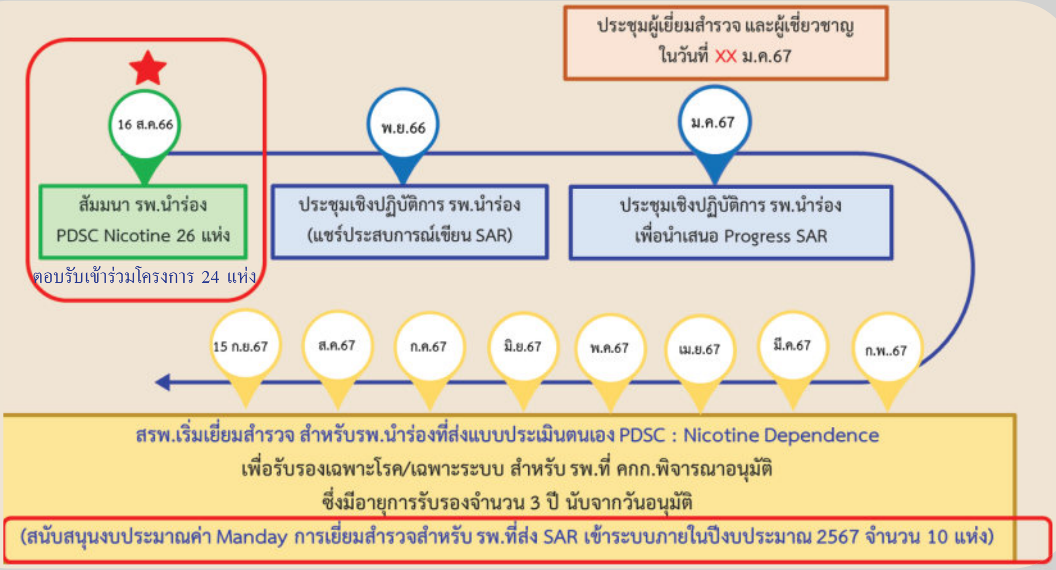
- สมาพันธ์เครือข่ายแห่งชาติเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่
- เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

การบูรณาการกลไกการพัฒนาคุณภาพภายใต้

- มาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ
- มาตรฐานสถานพยาบาลปลอดบุหรี่

รพ.กลุ่มเป้าหมาย นำร่อง 24 แห่ง

ปีงบ 2567



CC BY NC SA

สรุปผลการดำเนินงาน ปีงบ 2566
การรับรองเฉพาะโรค/ระบบ (PDSC)

PDSC : TMI (สรพ.ร่วมกับ สมาคมเวชสารสนเทศไทย)

1) Purpose

- เพื่อให้สถานพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสถานพยาบบาลกับมาตรฐานและบริการสุขภาพ
- เพื่อให้สถานพยาบาล สามารถนำแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศไปพัฒนาต่อยอด หรือปรับปรุงคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมต่อเทคโนโลยีในปัจจุบัน
- เพื่อพัฒนารูปแบบ เครื่องมือ และกระบวนการประเมินและรับรอง พัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสถานพยาบาลตามมาตรฐานของสมาคมฯ และสถาบันฯ
- เพื่อส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสถานพยาบาล ให้เกิดการแลกเปลี่ยนระหว่างสถานพยาบาล เพื่อต่อยอดพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลของไทย

2) Process

การดำเนินโครงการ ปีงบ 2565 - 2567

3) Performance

ปีงบ 2565

MOU HAI + TMI → เกณฑ์การประเมินฯ ฉบับทดลองนำร่อง → ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้เยี่ยมสำรวจ

- รพ.ที่ผ่านการรับรอง PDSC : TMI (2 แห่ง)
  1) น่าน 2) คูเมือง

ปีงบ 2566

เกณฑ์การประเมินฯ ฉบับสมบูรณ์ → ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้เยี่ยมสำรวจ 10 คน → สนับสนุนงบประมาณ การเยี่ยมสำรวจ, อบรม

สำรวจระดับความพร้อม IT รพ.รัฐบาล 80 แห่ง → อบรม HA-IT Level 1-2 50 คน

- รพ.ที่ผ่านการรับรอง PDSC : TMI (2 แห่ง)
  1) สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ
  2) สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
- รพ.ผ่านการรับรอง HA-IT Level 1-2 (6 แห่ง)

วางแผน ปีงบ 2567

รพ.กลุ่มเป้าหมาย
- รพ.ในโครงการฯ
- รัฐในสังกัด สป.สธ

150 แห่ง

→ อบรม HA-IT Level 1-2 5 รุ่น → สำรวจระดับความพร้อม IT รพ.รัฐบาล 150 แห่ง → ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้เยี่ยมสำรวจ

- สนับสนุนงบประมาณการเยี่ยมสำรวจ, ฝึกอบรม

รพ.กลุ่มเป้าหมายผ่านการรับรอง
- เข้าสู่ PDSC : TMI = 20 แห่ง
- เข้าสู่ HA-IT L1-2 = 100 แห่ง

CC BY NC SA

สรุปผลการพัฒนาโครงการวิจัยชาติพันธุ์นิพนธ์โรงพยาบาลและมานุษยวิทยาของการใส่ใจดูแล

HOSPITAL ETHNOGRAPHY & ANTHROPOLOGY OF CARE

ภายใต้ความร่วมมือสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
ร่วมกับ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน)

เป้าหมาย

การบริการสุขภาพที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง (PEOPLE-CENTERED HEALTHCARE) โดยบูรณาการความรู้ทางมานุษยวิทยา ที่เน้นการดูแลใส่ใจ ที่มีความละเอียดอ่อนต่อมิติของความเป็นมนุษย์ เพื่อสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีคุณค่ามากขึ้น

โดยใช้ 2 แนวคิดสำคัญ

1. ชาติพันธุ์นิพนธ์โรงพยาบาล (HOSPITAL ETHNOGRAPHY)
2. มานุษยวิทยาของการใส่ใจดูแล (ANTHROPOLOGY OF CARE)

จำนวนโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ ประจำปี 2566

3 แห่ง

โรงพยาบาล	จำนวนโครงการ (รวม 7 โครงการ)
ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี	2 โครงการ
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง	1 โครงการ
โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์	4 โครงการ

การดำเนินงานความร่วมมือของโครงการ

จัดอบรมหลักสูตร "การออกแบบโรงพยาบาลเพื่อการใส่ใจดูแล

HOSPITAL DESIGN MODULE 1: เรื่องเล่าทางการแพทย์และจริยศาสตร์ของการใส่ใจดูแล (NARRATIVE MEDICINE & ETHICS OF CARE)

HOSPITAL DESIGN MODULE 2: การดูแลที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์และกระบวนการคิดเชิงออกแบบ (HUMANIZED CARE & DESIGN THINKING)

กระบวนการดำเนินงานโครงการ

- โรงพยาบาลนำเครื่องมือพัฒนากระบวนดูแลผู้ป่วย **"เส้นทางเดินของผู้ป่วย" (patient journey)** เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นจนจบกระบวนการรักษา บูรณาร่วมกับแนวคิด PDCA เพื่อทบทวน
และปรับปรุงกระบวนอย่างต่อเนื่อง
- การนำเครื่องมือ **Parallel record** นำร่องบันทึกคู่ขนานกับเวชระเบียน

NEXT STEP

โรงพยาบาล 3 แห่ง
นำเสนอผลงานโครงการ
ในการประชุมวิชาการ ประจำปี
HA National Forum ครั้งที่ 24

สรุปผลการดำเนินงาน
โครงการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลรัฐ ปี 2566

1.3802 ล้านบาท

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ความเป็นมา

ด้วยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. ร่วมกับสมาคมเวชสารสนเทศไทยสร้างกรอบการพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล และใช้เป็นแนวทางในการประเมินคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล (HA-IT) ขับเคลื่อนเชิงนโยบายผลักดันสถานพยาบาล ดำเนินตามแนวทางพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล (HAIT : Healthcare Accreditation Information Technology) เพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ก้าวหน้า โดยส่งเสริมการวัดระดับความพร้อมระบบสารสนเทศของสถานพยาบาล (Hospital Information Technology System Survey : HITS) โรงพยาบาลให้เจริญก้าวหน้าได้เต็มที่ จึงเป็นแนวคิดการจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลนี้

วัตถุประสงค์โครงการ

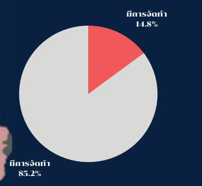
- ส่งเสริมพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล
- ส่งเสริมพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ
- สถานพยาบาลประเมินตนเอง วัดระดับการพัฒนาคุณภาพของระบบสารสนเทศ

ผลการดำเนินงาน

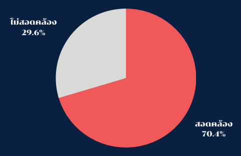
จำนวนสถานพยาบาลตอบแบบสำรวจระดับความพร้อมระบบสารสนเทศของสถานพยาบาล (HITS)

80 แห่ง

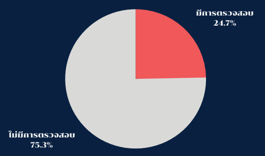
จำนวนรพ.มีแผน ICT Master Plan



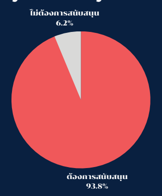
จำนวนรพ.มีแผน ICT Master Plan สอดคล้องกับยุทธศาสตร์



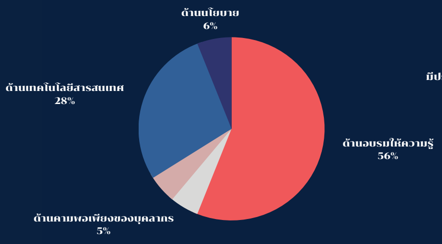
จำนวนรพ.มีการตรวจสอบ Internal Auditor



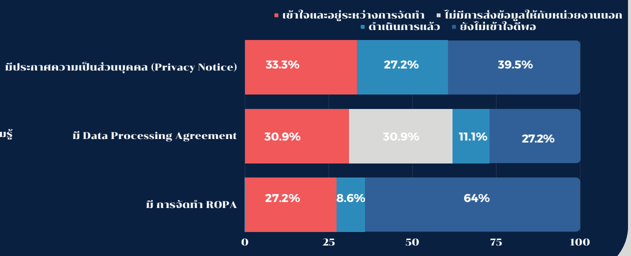
รพ.ต้องการการสนับสนุน ในด้าน Cybersecurity จากภาครัฐ



รพ.ต้องการการสนับสนุน ในด้าน Cybersecurity จากภาครัฐ เพิ่มเติม



การดำเนินงานคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA)



สถานพยาบาลผ่านการรับรอง

- ระบบพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล (PDSC) จำนวน 2 แห่ง
- มาตรฐานพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล (HAIT) จำนวน 6 แห่ง

รวม 8 แห่ง

ความคุ้มทุน

1. สถานพยาบาลได้รับคำแนะนำที่เป็นรูปธรรมจากผู้เชี่ยวชาญด้าน HAIT ค่าเยี่ยมสำรวจ 25,000 บาท/manday เยี่ยมครั้งละ 3 คน รวมเป็น 75,000 บาทต่อแห่ง * 8 แห่ง = 600,000 บาท

2. สถานพยาบาล ได้รับรายงานสรุปผลระดับความพร้อมระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล คิดเป็นมูลค่า 5,000 บาท/รายงาน ได้รับรายงาน 80 แห่ง = 400,000 บาท

3. โรงพยาบาลลดค่าใช้จ่าย (ความสูญเสีย) รพ.ละ 2 ล้านบาทด้านสารสนเทศ หากโดนแฮกหรือระบบล่ม จำนวนรพ. 8 แห่ง x ค่าไถ่ รพ. ละ 2 ล้านบาท = 16,000,000 บาท

สรุปผลการดำเนินงาน
โครงการยกระดับความสามารถและสร้างความพร้อมของบุคลากรเพื่อส่งเสริมรัฐบาลดิจิทัล ปี 2566

เงินงบประมาณ 270,600 บาท

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ความเป็นมา

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในทุกระดับ เพื่อพัฒนาระบบการ จัดการข้อมูลส่วนบุคคลขององค์กร เพื่อให้สอดคล้องกับ พรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล 2562 และให้มีการ รักษาความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลให้เป็นไปตามมาตรฐาน เพื่อยกระดับความสามารถและสร้างความพร้อมของบุคลากร เพื่อส่งเสริมรัฐบาลดิจิทัล จึงขอจัดทำโครงการดังกล่าวฯ

วัตถุประสงค์

เพื่อยกระดับความสามารถและสร้างความพร้อมของบุคลากรเพื่อส่งเสริมรัฐบาลดิจิทัล และเพื่อเตรียมเตรียมความพร้อมของบุคลากรในสถาบัน ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องตามที่ พ.ร.บ.คุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (PDPA) และกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลบัญญัติไว้

หลักสูตรการพัฒนาบุคลากร

หลักสูตร การรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber Security)
15 คน

หลักสูตร การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA)
13 คน

หลักสูตร ธรรมาภิบาลข้อมูลภาครัฐ (Data Governance)
12 คน

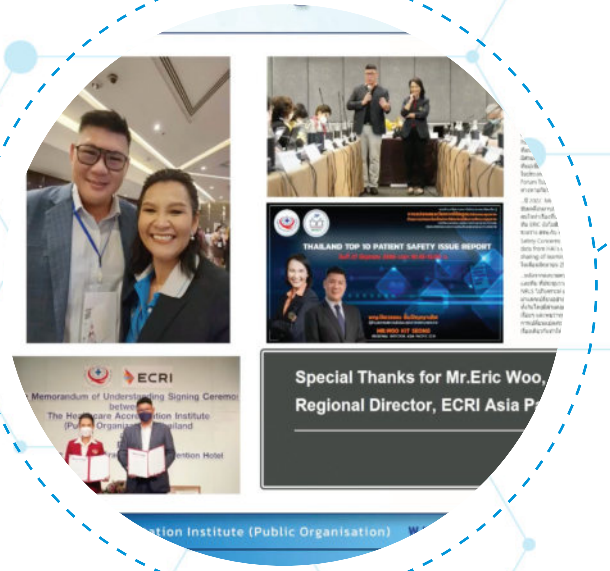
ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

เชิงปริมาณ

ตัวชี้วัดสำเร็จ	Pre-test/Post-test	ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70	คิดเป็นร้อยละ
บุคลากรเข้ามีความรู้ผ่านเกณฑ์ โดยวัดจากการทำแบบทดสอบ จำนวน 13 คน	Pre-test	8 คน	61.5
	Post-test	13 คน	100

เชิงคุณภาพ
หน่วยงานมีนโยบายและปฏิบัติตามนโยบายบริหารธรรมาภิบาลข้อมูลสถาบัน และสอดคคล้องกับพรบ.ความคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (PDPA)

ด้านการพัฒนากลไก ความร่วมมือและองค์ความรู้



การขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข Patient & Personnel Safety (2P Safety Hospital) ปี 2566

2P Safety นโยบายที่มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย มีการขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety ผ่านกลไกการพัฒนาคุณภาพ และประกาศนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากรสาธารณสุข Patient and Personnel Safety โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2559 ตลอดระยะเวลา 7 ปี สรพ.มีการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร 2P Safety ร่วมกับภาคีเครือข่าย16 องค์กร โดยประเทศไทยขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยผ่านโครงการ 2P Safety Hospital มาต่อเนื่องซึ่งปัจจุบันเป็น 3P Safety hospital มีสถานพยาบาลเข้าร่วมปัจจุบัน 950 แห่ง และแสดงความจำนงค์เข้าร่วมโครงการเพิ่มต่อเนื่อง เพื่อสร้างพลังร่วมในการพัฒนาผ่านการเรียนรู้วัฒนธรรมการรายงาน การรับฟังผู้รับบริการ และจากรายงานอุบัติการณ์เพื่อมาพัฒนาระบบ National Reporting and Learning System (NRLS) จากรายงาน 5 ปีต่อเนื่องพบว่ามีรายงานเพิ่มขึ้นทุกปีมากกว่า 3,617,502 รายการ และสิ่งสำคัญคือ % การเกิด E-Up ลดลงจาก 5 ปี 9.38% ลดเหลือเพียง 7%

	2561	2562	2563	2564	2565	2566
% of incident Level E_up	9.38	7.66	7.12	7	8.41	7.05

(ข้อมูล ณ 4 ต.ค. 2566)

Hospital Safety Culture Survey Online

ผลสำรวจ รพ.สมาชิก 665 รพ.

- 74.9% การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- 74.6% ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม
- 73.4% ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย

Patient Experience Program: PEP

ผลการสำรวจ รพ.สมาชิก 613 รพ.

ความพึงพอใจมากที่สุด ได้รับคำแนะนำอย่างชัดเจน ถึงอาการผิดปกติ

ความพึงพอใจน้อยสุด ต้องกลับมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด คำถามและข้อสงสัยที่ได้รับคำตอบที่ชัดเจนจากแพทย์

การขับเคลื่อนภายใต้ยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยฯ 5 ยุทธศาสตร์ 2P สู่ 3P Safety Hospital

ยุทธศาสตร์ ระยะที่ 2 ตามทิศทาง Global Action Plan พ.ศ.2567-2670

- ทำ Global Patient Safety Action plan survey (Country Self assessment)
- แต่งตั้งคณะทำงาน และมีประชุมรับฟังหน่วยงานองค์กรภาคี มากกว่า 40 องค์กร

ประกาศ 3P Safety Hospital & People Safety Guideline

- 5th Global Ministerial Summit on Patient Safety
- People Safety ถูกกำหนด ตามหมวดหมู่ของ SIMPLE โดยดึงประเด็นสำคัญในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพที่คำนึงถึงความปลอดภัยของประชาชน และชวนรพ. ขับเคลื่อนให้เป็นรูปธรรม

กลไกความร่วมมือ

ECRI ร่วมกันพัฒนา Thailand TOP 10 Patient Safety Issue 2023

สวรส. วางแนวทางพัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับ 2P Safety

สวทช. พัฒนานวัตกรรมเพื่อความปลอดภัย มีผลงานที่ร่วมพัฒนามากกว่า 10 ผลงาน

งาน 3P Safety

ภารกิจพัฒนาองค์กรและนวัตกรรม

โครงการพัฒนาเทคโนโลยีนวัตกรรมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ประจำปี 2566 (2P Safety Tech)

เป้าหมาย : เพื่อให้สถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพมีความพร้อมและศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยและประชาชน ให้มีคุณภาพและความปลอดภัยจากการเรียนรู้เหตุการณ์ไม่พึงมาประสงค์พัฒนาต่อยอดเป็นนวัตกรรมโรงพยาบาลเพื่อลดปัญหาได้จริง

การลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือพัฒนาเทคโนโลยีนวัตกรรมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข 2P Safety tech ระหว่าง สรพ. และ สวทช. ดำเนินการภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่จำเป็นต่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพ

1-30 พ.ย. 65
เชิญชวนรับสมัคร และโรงพยาบาลส่งผลงาน

1-26 ธ.ค. 65
คัดเลือกปัญหา

27-30 ธ.ค. 65
นวัตกรเลือกปัญหา

3-7 ม.ค. 65
คัดเลือกนักเทคโนโลยี

Tech Camp **11-13 ม.ค. 66** มีโรงพยาบาลเข้าร่วมจำนวน 18 ทีม เพื่อเรียนรู้และพัฒนาผลงานนวัตกรรมตามแนวทาง SIMPLE และมีกิจกรรม Workshop ผลิตชิ้นงานต้นแบบ MVP โดยได้รับการดูแลจากทีมพี่เลี้ยงนวัตกรจาก สวทช. จากการประเมินกิจกรรมพบว่าผู้เข้าร่วมอบรมมีระดับความพึงพอใจจากการเข้าร่วมกิจกรรมในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.24 ของผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด

มี.ค.-เม.ย. 66
สรพ.ให้ทุนสนับสนุน 100,000 บาท ต่อผลงาน

มี.ค.-พ.ค. 66
ทดลองใช้ MVP

29 มิ.ย. 66
Pitching (Demo Day)
งานแปลผลมีการนำเสนอ 17 ทีมผลงานนวัตกรรม เพื่อติดตามการทดลองใช้ โดยมีนวัตกรรมที่โดดเด่นและได้เข้ารอบจำนวน 9 ทีม

พ.ค.-ก.ค. 66
ติดตามความก้าวหน้า
การติดตาม และทบทวนพัฒนาคุณภาพวงล้อที่ 2 ผ่านระบบออนไลน์ และออนไซต์ ทั้ง 9 ทีมที่ผ่านเข้ารอบ และหาทีมนวัตกรรมที่จะเข้า Pitching รอบสุดท้าย เพิ่มอีกจำนวน 1 ทีม

World Patient Safety Day 17 September 2023
pitching คัดเลือกผลงาน และมอบรางวัลผลงานนวัตกรรมดีเด่นประเภทต่างๆ ให้ทั้ง 10 ทีมนวัตกรรม

ACKNOWLEDGE

ผลลัพธ์โครงการ
เกิดเทคโนโลยีนวัตกรรมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ตามเป้าหมายความปลอดภัย Patient and Personnel Safety Goals (SIMPLE^2) และลด Human Error Factor

โครงการพัฒนากลไกและเครือข่าย
เพื่อธำรงและพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ปี 2566

เป้าหมาย

- เสริมองค์ความรู้มาตรฐาน HA ให้กับสถานพยาบาล ขั้น 0-2 ให้เข้าสู่การขอรับรอง HA ขั้นมาตรฐานและเข้าสู่การรับรองหลากหลาย
- สร้างกลไกการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
- สร้าง **engagement** ในการเป็น **Quality facilitators, Quality mentors**

การดำเนินงาน

ส่งเสริมการพัฒนาขั้น 0-2 สู่การรับรองขั้นมาตรฐาน

- เยี่ยมประเมินรับรองการพัฒนา ขั้น 1-2 จำนวน 60 แห่ง
- ส่งเสริม รพ.ขั้น 2 เข้าสู่การรับรองขั้นมาตรฐาน Act to Accreditation รพ จำนวน 11 รพ.
- พัฒนารพ.ขั้น 0-2 HA journey 23 แห่ง.
- วิเคราะห์ SAR เพื่อเตรียมพร้อมสู่ HAจำนวน 33 แห่ง

การพัฒนาหลังการรับรองและการรับรองที่หลากหลาย

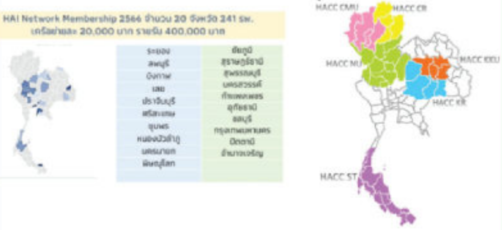
- Surveillance workshop จำนวน 2 รุ่น
- การ feedback แผนการพัฒนาตามข้อเสนอแนะ จำนวน 241 แห่ง
- การส่งเสริมแนวคิด รพ. เรียนรู้การรับรองที่หลากหลาย SHA HNA DHSA AHA ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์
- การส่งเสริมมิติจิตวิญญาณ คณะทำงาน SHA, SHA Coach จำนวน 30 คน

สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายทั้งในและนอกประเทศ

HAI Network membership จำนวน 20 จังหวัด

ร่วมมือกับ **HACC** เพื่อส่งเสริมการพัฒนา รพ. ครอบคลุม 40 จังหวัด

ร่วมมือกับ คปภ. ECRI, สมาพันธ์เครือข่ายแห่งชาติเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่



ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ร้อยละ	ผลการดำเนินงาน
รพ.ขั้น 0-2 ระดับขั้นการรับรองที่สูงขึ้น	ร้อยละ	50	21.74
รพ.ที่ได้วิเคราะห์ SAR ผ่านการรับรอง HA	ร้อยละ	50	56.25
รพ.ที่ส่งแผนฯได้รับการ feed back แผนการพัฒนา	ร้อยละ	95	97.10
สถานพยาบาลมีความพร้อมในการพัฒนาสู่การรับรองหลากหลาย	แห่ง	2	2
ที่ปรึกษาใหม่ได้รับการขึ้นทะเบียน	คน	3	3
ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพมีสมรรถนะ **สูงขึ้น**	ร้อยละ	90	98.8
สถานพยาบาลมีความพร้อมเข้าสู่โปรแกรมการรับรองที่หลากหลาย	แห่ง	2	2
พี่เลี้ยงเครือข่ายมีความรู้แนวคิดและมาตรฐาน **สูงขึ้น**	ร้อยละ	90	90.8
บทเรียน/Good practice ในเครือข่ายที่นำเสนอ	ผลงาน	25	25
ระดับความรู้ของบุคลากรแกนนำเครือข่าย (ระดับปานกลาง - ดีมาก)	ร้อยละ	90	90.8

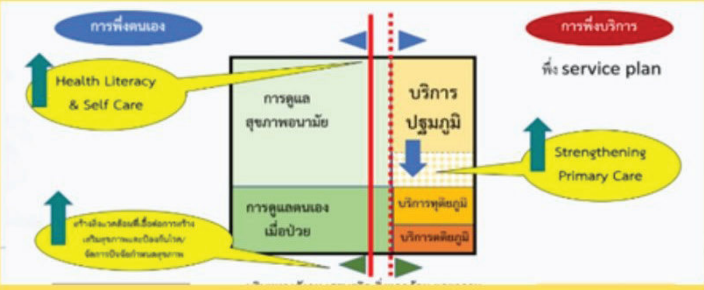
โครงการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ ปี 2566

วัตถุประสงค์

1)เพื่อพัฒนากลไกการพัฒนาคุณภาพสถานบริการปฐมภูมิ โดยการสร้างต้นแบบเพื่อขยายผลการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิตามมาตรฐาน
2)เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรแกนนำสถานพยาบาลปฐมภูมิมีความรู้ความเข้าใจในแนวคิด/มาตรฐานการพัฒนาคุณภาพสถานบริการปฐมภูมิ

การดำเนินงาน

ลำดับ	กิจกรรม	วันที่ดำเนินการ
1	ประชุมรับฟังความเห็นและหารือแนวทางร่วมมือในการพัฒนากลไกการพัฒนาคุณภาพ ผ่าน Zoom	วันที่ 12 พฤษภาคม 2566 ผู้เข้าร่วม 125 คน
2	อบรมแนวคิดการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ Hybrid จากสกลนคร	วันที่ 1 มิถุนายน 2566
3	ส่งเสริมและสนับสนุนสถานพยาบาลปฐมภูมินำร่อง นำมาตรฐานไปใช้ รูปแบบ Hybrid จากจังหวัด สกลนคร	วันที่ 21 มิถุนายน 2566 จำนวน คนเข้าร่วม 299 คน
4	พัฒนาแบบประเมินตนเอง และอบรมการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิระดับพื้นฐาน	กรกฎาคม – สิงหาคม 2566
5	รับสมัครสถานพยาบาลปฐมภูมินำร่องเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลปฐมภูมิต้นแบบ	จ.สกลนคร 7 แห่ง นครราชสีมา 11 แห่ง เชียงราย 11 แห่ง
6	พัฒนาต้นแบบรูปแบบการประเมินรับรองสถานพยาบาลปฐมภูมิ (Prototype)	วันที่ 29 สิงหาคม 2566 ณ ศูนย์การเรียนรู้ระดับเขต นครชัยบุรินทร์
7	บันทึกข้อตกลงความร่วมมือการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ ร่วมกับพื้นที่ อบจ.สกลนคร (MOU) ณ ห้องประชุมศูนย์บริหารจัดการน้ำ อบจ.สกลนคร	วันที่ 24 สิงหาคม 2566 คนเข้าร่วม 63 คน



ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
จำนวนแกนนำในการร่วมขับเคลื่อนคุณภาพปฐมภูมิ	50 คน	30 คน
ต้นแบบศูนย์การเรียนรู้	3 แห่ง	3 แห่ง
องค์ความรู้/กลไกการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ	1 ชุด	1 ชุด
สถานพยาบาลปฐมภูมิที่มีความสนใจเข้าร่วมกระบวนการ	4 แห่ง	13 แห่ง

งานส่งเสริมการพัฒนาและเครือข่าย

ด้านการยกระดับการจัดการความรู้ เพื่อการเปลี่ยนแปลง

23 RD

HA NATIONAL FORUM 2566

www.ha.or.th

POSTER PRESRNTATIONS TOPICS

KEY THEMES

KNOWLEDGE SHARING

12 TRACKs of The 23rd HA National Forum: March 15-17th 2023

ROOM	TRACK	Seats	Session	Speaker	Noted
GRAND	Synergy for Safety and Well-being	2,000	13	38	Keynote, Influencer, Policy, Future & Direction
201	SHA & Person-centred care	400	9	24	SHA, Person-centered care, Family Engagement
202	Digital frontiers in Healthcare and Innovation	400	10	18+3	Digital Driven & Innovation, PDPA, TMI, Healt-tech/IM
203	Hospital Management with Quality	400	9	25+4	HA Part I, Leadership/Management, ENV, HR, QMR
204	Synergy for 3P Safety (Patient-Personnel-People)	480	10	23+3	Patient-Personal-People Safety, Medication without Harm
205	Co-production of Care Professional & Nursing	480	9	18+14	Nursing, Co-production of team
206	Quality insights and HA Standards	480	9	19+3	HA Standard, Quality Tools, RM, Performance Measure
101-102	Workshop: Internal Synergy, and Well-being	200	6	6+10(+)	Workshop: Soft Skills, Safety, and Clinical Education
103-104	Best Practices and Knowledge Management	200	10	10+20(+)	Innovation, YHC, Lean/R2R, Best practice PDSC
105-107	Primary, Community, and Integrated care	300	8+1	29+3	Primary Care, DHSA, Aging, Palliative, Integrated care
108-109	International: Quality, Safety, & Accreditation	200	10	14+1	Accreditation/2P-Safety Experience, Co-WS Planetree
Mini-stage	Oral Presentation		76% (79)	73%	Oral Presentation from Hospital Practices
		5,540+	104	224+61	

คณะทำงานวิชาการ HA National Forum, ปรับปรุง 22 มกราคม 2566

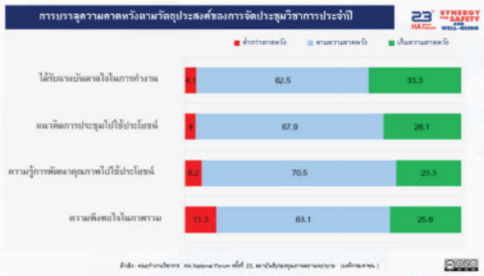
OBJECTIVES

Objectives

1. Knowledge Sharing and Transfer: HA Accreditation, Knowledge on Quality and Safety
2. HA Accreditation Recognition
3. Networking and Inspiration
4. HA Academic Branding

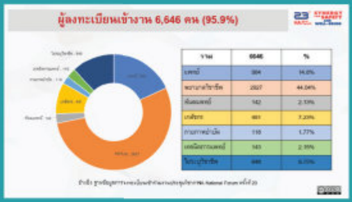
HA RECOGNITION

EVALUATION RESULTS



KEY NOTE SPEAKERS

NO. OF REGRISTER



INDICATORS

ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
ร้อยละของ รพ.ที่เข้าร่วมประชุมวิชาการ	ร้อยละ 40 (601 แห่ง)	42.8 (644 แห่ง)
ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมประชุม	ร้อยละ 80	ร้อยละ 88.7
ผลงานที่ได้รับการคัดเลือกและนำเสนอ	350 ผลงาน	512. ผลงาน

สรุปผลการดำเนินงาน

KM โครงการยกระดับการจัดการความรู้และนวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2566

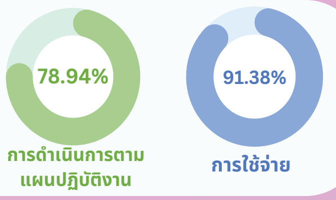
งบประมาณ 2,097,000 บาท

วัตถุประสงค์

1. พัฒนากระบวนการจัดการความรู้ขององค์กรที่เป็นระบบ สนับสนุนการบริหารการเปลี่ยนแปลงและการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติงานตามภารกิจองค์กร
2. ส่งเสริมการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยงมาใช้ในการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ และเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารคุณภาพขององค์กร
3. สร้างกระบวนการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ
4. พัฒนาผลงานวิชาการ งานวิจัย นวัตกรรม เพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและยกระดับระบบบริการสุขภาพ

ร้อยละการดำเนินการตามแผนปฏิบัติงานและการใช้จ่าย

แผนงาน (ร้อยละ)	ผลงาน (ร้อยละ)	แผนเงิน (บาท)	ผลการใช้จ่าย (บาท)
78.94	100	2,097,000	1,916,309



ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ผล
1. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาแผนการจัดการความรู้ขององค์กร (ระดับ 1*)	ระดับ 1
2. ร้อยละความสำเร็จของแผนงานการพัฒนาคุณภาพและธำรงการรับรองมาตรฐานจากหน่วยงานภายนอก (ร้อยละ 75)	91.67
3. ร้อยละความสำเร็จของแผนควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง (ร้อยละ 75)	83.34
4. จำนวนผลงานการพัฒนาคุณภาพหรือนวัตกรรมองค์กร (20 ผลงาน)	23
5. จำนวนข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย แนวทางหรือการปฏิบัติด้านคุณภาพและความปลอดภัยที่เสนอต่อองค์กรระดับนโยบาย (1 เรื่อง)	1
6. จำนวนผลงานวิชาการ งานวิจัย นวัตกรรมที่นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและยกระดับระบบบริการสุขภาพ (2 เรื่อง)	2

* ความสำเร็จของการพัฒนาแผนการจัดการความรู้ขององค์กร ระดับ 1 หมายถึง ทบทวนและจัดทำ KM Framework และองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) แผนแม่บทการจัดการความรู้และนวัตกรรมเสนอต่อคณะกรรมการสถาบัน (2) ระเบียบปฏิบัติและแนวทางในการจัดการความรู้สู่การปรับปรุงกระบวนงานและสร้างนวัตกรรม (3) กำหนด Functional Competency ของบุคลากรกลุ่มแกนนำการจัดการความรู้

ความคุ้มค่า

ผลประโยชน์ทางอ้อมที่ประเมินเป็นตัวเงินไม่ได้

- สร้างระบบการจัดการความรู้ของสถาบัน ที่สนับสนุน การบริหารการเปลี่ยนแปลง และการขับเคลื่อนงานองค์กร โดยแผนแม่บทระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570)
- ลดระดับความเสี่ยงองค์กร 4 ตัวชี้วัด ด้วยการดำเนินงานตามแผนควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง
- สร้างคุณค่าของผลงานวิชาการ งานวิจัย นวัตกรรม โดยการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบงาน ด้านคุณภาพและความปลอดภัย 2 เรื่อง และองค์ความรู้ที่เผยแพร่ในระดับสากล 6 เรื่อง**
- เจ้าหน้าที่ทำงานได้อย่างสะดวก และมีประสิทธิภาพมากขึ้น จากการวางแผนพัฒนางานร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยลดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนหรือพัฒนาแนวทางการปฏิบัติในขั้นตอนสำคัญ

** หมายถึง ผลงานวิชาการ งานวิจัย นวัตกรรม จำนวน 2 ประเภท ดังนี้

1) องค์ความรู้ด้านคุณภาพและความปลอดภัย
- การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ระยะที่ 1 (พ.ศ.2561-2564)
- ความร่วมมือหน่วยงาน ECRI : ผลงานทางวิชาการ Thailand TOP 10 Patient Safety Issue

2) งานวิจัย/ผลงานวิชาการ ที่นำเสนอใน Seoul 2023 International Conference
- Review of HAI Accreditation Program in Thailand
- Improving Antibiotic Prescribing in Acute Respiratory Tract Infection and Acute Diarrhea from Thailand Hospital Indicator Program (THIP)
- Evaluation of the Success of the Mechanism for Quality Improvement of the Hospital
- Thailand Hospital Safety Culture Survey Improving Trend Result from 2020-2022
- Public Trust in Thai Healthcare Standard (HA) Accredited Healthcare Facilities
- The Result of Public Confidence Survey on Thai HA Standards

กลุ่มภารกิจพัฒนาองค์กรและนวัตกรรม page.1/2

งานมหกรรมคุณภาพ 2023

ภายใต้โครงการย่อย: จัดการความรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ ผลิตภัณฑ์ และนวัตกรรมองค์กร ปีงบประมาณ 2566

Goal

1. ชื่นชมและเผยแพร่ผลงานการพัฒนาคุณภาพหรือนวัตกรรมของหน่วยงานและบุคลากร
2. เสริมพลังและกระตุ้นบุคลากรให้ใช้แนวคิดคุณภาพพัฒนางาน/ระบบงาน/ผลิตภัณฑ์/ผลิตภาพ
3. ส่งเสริมและขับเคลื่อนการจัดการความรู้มุ่งสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้

Quality Boot Camp 1st

กิจกรรมทบทวนความรู้แนวคิดคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง CQI (Continuous Quality Improvement) และ 3P (Purpose-Process-Performance) รวมถึงเรียนรู้การวิเคราะห์ปัญหา และออกแบบวิธี แก้ปัญหาด้วยเครื่องมือ Diagnosis และ Blue Ocean strategy โดย อ.เกียรติรัตน์ ทองผาย นวัตกร (สวทช.)

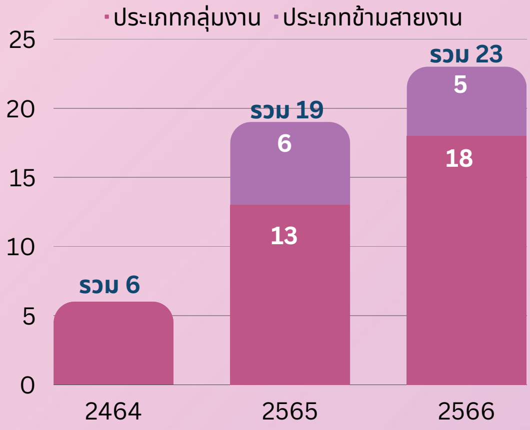
Quality Boot Camp 2nd

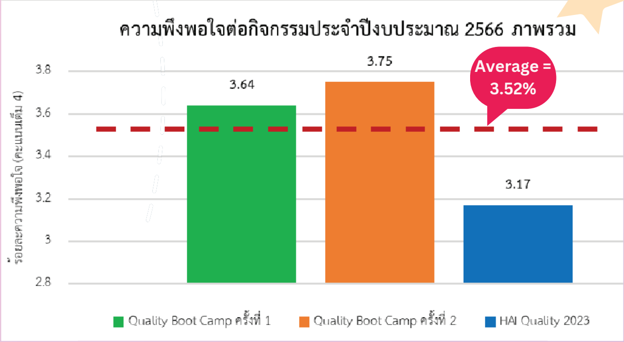
กิจกรรมเรียนรู้เทคนิคการเขียนสรุปผลงานตาม CQI Template และเทคนิคการนำเสนอผลงาน (pitching) จากวิทยากรภายนอก อ.เกียรติรัตน์ ทองผาย (สวทช.) และ อ.รังสรรค์ พรมประสิทธิ์ (CEO QueQ) พร้อมการฝึกลงมือปฏิบัติ

HAI Quality Day 2023

กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับแนวคิดการพัฒนาผลงานกับครูคุณภาพ กิจกรรม Walk Rally พัฒนาฐานกาย-ใจ-คิด และการประกวดผลงานการพัฒนาคุณภาพประจำปี จำนวน 23 ผลงาน

Result





ผลประโยชน์ทางอ้อมที่ประเมินเป็นตัวเงินไม่ได้

- ลดปัญหาที่เกิดจากการทำงาน ลดขั้นตอนการทำงานที่ไม่จำเป็น/ซ้ำซ้อน ด้วยการวิเคราะห์ ออกแบบ และพัฒนางานร่วมกัน
- สร้างมูลค่าการทบทวน ปรับปรุงกระบวนงานประจำ โดยการพัฒนาผลงาน CQI/Good Practice/Innovation อย่างมีคุณภาพ

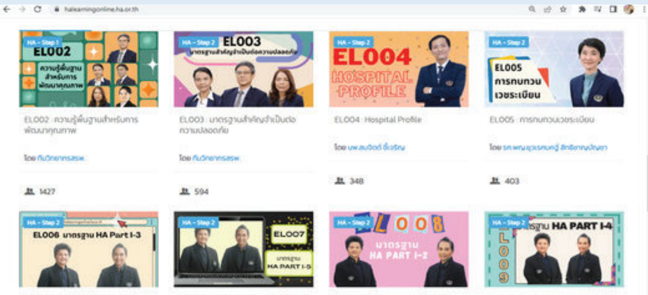
กลุ่มภารกิจพัฒนาองค์กรและนวัตกรรม page.2/2

ด้านพัฒนาทุนมนุษย์ เพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ

HAI ACADEMY 2566

หลักสูตรและผู้เข้าอบรม

- หลักสูตร Public Training จำนวน 23 หลักสูตร ผู้สมัครเข้ารับการอบรม หลักสูตรปกติ จำนวน 3,852 คน
- หลักสูตร E-learning จำนวน 27 หลักสูตร มีผู้สมัครหลักสูตรออนไลน์ (E-learning) จำนวน 2,160 คน
- ฝึกอบรม (In-house training จำนวน 43 ครั้ง



วัตถุประสงค์โครงการ

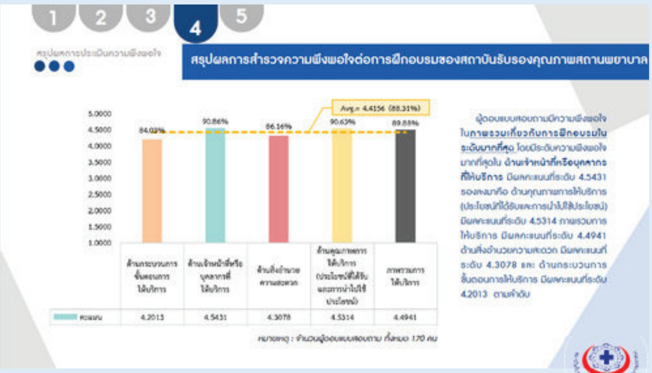
1. บุคลากรที่เข้ารับการอบรม มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้
2. สถานพยาบาลทั่วประเทศสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพ HA ได้ ทุกที่ ทุกเวลา
3. สถาบันมีรายได้จากการจัดหลักสูตรฝึกอบรม

ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงานของโครงการเทียบเป้าหมาย

	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
1	ร้อยละความพึงพอใจของผู้เข้าอบรมหลักสูตร Public Training	ร้อยละ	80	96.50
2	ร้อยละความพึงพอใจของผู้เข้าอบรมหลักสูตร e-learning	ร้อยละ	85	88.28
3	ร้อยละของผู้เข้าอบรมหลักสูตรเป็นไปตามเป้าหมาย	ร้อยละ	90	103
4	สถาบันมีรายได้จากการจัดหลักสูตรฝึกอบรมตามเป้าหมาย	ล้านบาทสะสม	17	6.73
5	ร้อยละบุคลากรด้านสุขภาพที่ผ่านการอบรมจากสถาบันมีความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพ HA	ร้อยละ	80	80.86

ความพึงพอใจของผู้เข้าอบรม



หลักสูตรพิเศษในปี 2566

- อบรมเชิงปฏิบัติการ การบริหารจัดการงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย (OH&S) และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (ENV) รุ่นที่ 18 การบริหารจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของบุคลากรตามมาตรฐาน HA (5th Edition) รุ่นที่ 1
- จับมือ รพร. จัดหลักสูตร "Inhouse การเยี่ยมสำรวจภายใน"
- หลักสูตร ADVERSE EVENT INVESTIGATION & MANAGEMENT TRAINING ร่วมกับ ECRI ในวันที่ 4-6 กันยายน 2566 ณ โรงแรมอัศวินแกรนด์ กรุงเทพฯ

การบริหารและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ

สรุปผลการดำเนินการภายใต้โครงการสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ

ISQuaEEA: The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association Standards for Surveyor Training Programmes, 4th Edition Version 1.0 เพื่อมุ่งสู่ความเป็นสากล ที่สอดรับกับวิสัยทัศน์ โดยได้ส่งแบบประเมินตนเอง และหลักฐาน/เอกสารประกอบ (Completed self-assessment tool, standards and supporting evidence) เพื่อต่ออายุการรับรอง Surveyor Training Programmes ครั้งที่ 3 เมื่อ 18 กันยายน พ.ศ. 2566 และ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2566 รวมทั้งเตรียมพร้อมรับ desktop survey: 13 - 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

การสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ

1. Initial Program for New Surveyor: New Surveyor Training Program
   - 1.1. มีผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจเข้า STA programme และได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ จำนวน 10 คน (คิดเป็นร้อยละ 100)
   - 1.2. มีผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ เข้าสู่กระบวนการพัฒนาและเพิ่มพูนสมรรถนะผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ โดยมีครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ กำกับดูแลการฝึกเยี่ยมสำรวจ ในระยะเวลา 1 ปี และได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์เป็นผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์ (experienced surveyor) จำนวน 19 คน จาก 21 คน (คิดเป็นร้อยละ 90.5)

2. Ongoing Training Program for Upscale Experienced Surveyor each Level มีการพัฒนาศักยภาพโดยการจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการ เพื่อสื่อสารทิศทางองค์กร แลกเปลี่ยนเรียนรู้มาตรฐาน HA ฉบับที่ 5 แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการเยี่ยมสำรวจ รวมถึงเพื่อสร้างความผูกพันกับผู้เยี่ยมสำรวจต่อสถาบัน (engagement) ทั้งในการสัมมนาเชิงปฏิบัติการประจำปี และ surveyor camp สำหรับผู้เยี่ยมสำรวจทุกคน การสัมมนาเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจแต่ละกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ หัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ และผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ รวมทั้งมีเวทีแลกเปลี่ยนความรู้เชิงวิชาการกับผู้ทรงคุณวุฒิ สรพ. ในโครงการ Catch the Light of evidence เป็นประจำทุกเดือน

3. Specialists Training Program มีการพัฒนา 2 รูปแบบ คือ Vertical Line, Horizontal Line โดย

3.1. การพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ รูปแบบ vertical line: มีผู้เยี่ยมสำรวจ พัฒนาศักยภาพและขึ้นทะเบียนเป็นหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ จำนวน 3 คน และหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจพัฒนาศักยภาพและขึ้นทะเบียนเป็นครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ จำนวน 3 คน ทำให้ปัจจุบันมีหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจจำนวน 36 คน ครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจและหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจจำนวน 16 คน

3.2. การพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ รูปแบบ horizontal line: มีการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจที่หลากหลาย เพื่อสนับสนุนการรับรองมาตรฐานที่หลากหลายขององค์กร ได้แก่ Advanced HA (AHA), District Health System Accreditation (DHSA), Healthcare Network Accreditation (HNA), Program and Disease Specific Certification (PDSC), Spiritual Healthcare Appreciation (PDSC: SHA) ได้พัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจแต่ละกลุ่ม โดยดำเนินการพัฒนาตามพันธกิจและเป้าหมายของสถาบันที่สามารถรองรับการประเมินและรับรองที่หลากหลายได้เพิ่มมากขึ้น โดยพัฒนาผู้เยี่ยมที่หลากหลายเพิ่มขึ้นจากเดิม คือ AHA 9 คน, DHSA 4 คน DSC 11 คน SHA 7 คน และ HNA ที่อยู่ในกระบวนการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบการรับรอง

โครงการสร้างและพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ 2566

Quality Coach 2566

OBJECTI

1. พัฒนาความรู้และทักษะสำหรับที่ปรึกษาใหม่
2. พัฒนาความรู้และทักษะเพื่อการพัฒนาไปสู่การรับรองที่หลากหลาย

PROCESS LEARNING & IMPROVEMENT

กิจกรรม	วันที่ดำเนินการ
ประชุมพัฒนาที่ปรึกษาประจำปี จำนวน 2 ครั้ง	11-12 พ.ย. 65 และ 1 กันยายน 2566
พัฒนาทักษะด้านดิจิทัล	25 พย. 2656
ฝึกทักษะวิเคราะห์แผนกับพี่เลี้ยง	11-12 พ.ย. 65
ฝึกทักษะการวิเคราะห์ SAR/แผนการพัฒนา	11 12 และ 24 กค. 2566
ฝึกทักษะการเยี่ยม รพ.ที่ขอรับรองขั้นมาตรฐาน	27 -28 มิถุนายน 2566
เรียนรู้ประเด็นการพัฒนาหลังรับรอง	11-12 พฤศจิกายน 2565
ฝึกทักษะการถอดบทเรียน	18 พฤษภาคม และ 31 สิงหาคม 2566
เรียนรู้แนวคิดการรับรองที่หลากหลาย	19-20 เม.ย. 2566 และ 1 มิ.ย. 66

QC PRODUCTIVITY

กิจกรรม	จำนวน
การวิเคราะห์แผน	191 ชิ้นงาน
การเยี่ยมพัฒนา	5 แห่ง
การวิเคราะห์ SAR	31 แห่ง
เป็นที่ปรึกษาเครือข่าย	17 แห่ง
เป็นวิทยากร	16 MD
การเยี่ยมขั้น 1-2	81 แห่ง

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปี 2566
ปรึกษาฯ ขึ้นทะเบียนใหม่	3	3
ความรู้และทักษะด้าน Digital literacy	50	68.25
ที่ปรึกษามีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น	60	81.5
ความพึงพอใจของที่ปรึกษาฯ ประจำปี	80	94.59
ความพึงพอใจของรพ.ต่อการทำหน้าที่ QC	70	94.32
ที่ปรึกษาที่มีจำนวนผลงาน 6 MD/คน/ปี	50	61.1
ที่ปรึกษาฯ ที่ไม่สมัครเป็น QC ต่อเนื่อง	5	1

www.ha.or.th

ภารกิจส่งเสริมการพัฒนาและฝึกอบรม

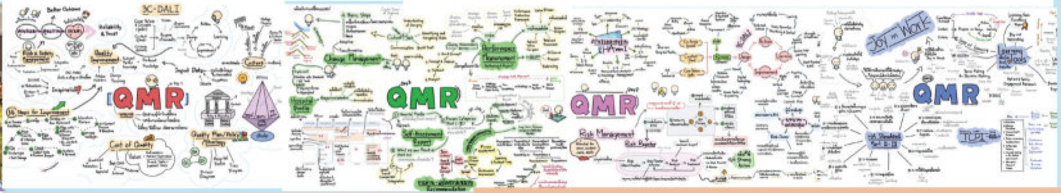
หลักสูตรผู้บริหารงานระบบคุณภาพ
QMR; QUALITY MANAGEMENT REPRESENTATIVE ปี 2566

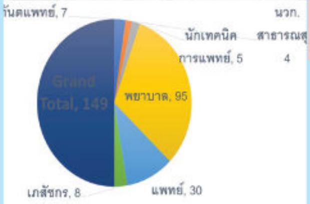
วัตถุประสงค์

1. เพื่อ**พัฒนาความรู้และทักษะ**การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ให้แก่ผู้บริหารระบบคุณภาพ/ ผู้จัดการ /หัวหน้าศูนย์คุณภาพ (Quality Manager; QM / Quality Management Representative; QMR)
2. มุ่ง**ส่งเสริมผู้ทำหน้าที่**สามารถขับเคลื่อนงานคุณภาพในสถานพยาบาล ให้มีพลัง ความมุ่งมั่น และความสามารถ ในการขับเคลื่อนงานคุณภาพในสถานพยาบาลและเป็นที่ยอมรับอย่างมืออาชีพ
3. **เสริมสร้าง**องค์ความรู้ ทักษะ ค่านิยม เพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญในการจัดการระบบคุณภาพ ตามระดับที่เหมาะสม
4. **สนับสนุน**เครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการขับเคลื่อนงานคุณภาพองค์กร

กลยุทธ์ที่ 4 Strengthening and Capacity Building for HA Academy

เพิ่มความเข้มแข็งให้ สรพ. เป็นสถาบันแห่งการเรียนรู้ และสร้างทุนมนุษย์ด้านคุณภาพ





QMR ที่เข้าร่วมอบรม

จำนวน **148** คน ประกอบด้วยแพทย์ **30** คน ทันตแพทย์ **7** คน พยาบาล **95** คน นักวิชาการสาธารณสุข **4** เทคนิคการแพทย์ **5** คน เภสัชกร **7** คน

คุณสมบัติผู้เข้าอบรม หลักสูตร QMR

- มีความรู้ความเข้าใจมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA)
- มีความรู้พื้นฐานเรื่องคุณภาพ การจัดการองค์กร การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการประยุกต์ใช้เครื่องมือคุณภาพในการพัฒนาคุณภาพ
- ผ่านการอบรมหลักสูตรพื้นฐานของ สรพ. เช่น HA 201 หรือหลักสูตรที่เกี่ยวกับการพัฒนา/บริหารคุณภาพขององค์กร
- อยู่ในระดับบริหาร ได้แก่ ผู้อำนวยการรพ. รองผอ. ผู้ที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพรพ. หรือมีประสบการณ์ทำงานในระดับหัวหน้ากลุ่มงาน/กลุ่มภารกิจขึ้นไป
- เป็นผู้ดำรงตำแหน่งผู้จัดการ / หัวหน้าศูนย์คุณภาพ หรือเตรียมรับตำแหน่ง / อยู่ในตำแหน่งและต้องการพัฒนาความสามารถโดยมีหนังสือรับรองจากต้นสังกัด
- ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองขั้น 3 เป็นต้นไป (ไม่หมดอายุการรับรอง)

ความรู้และทักษะที่จำเป็นของ QMR

- มีความรู้และเข้าใจในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) โดยสามารถเชื่อมโยงแนวคิด วิเคราะห์ประเมินตนเอง และจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพตามกรอบมาตรฐาน
- มีความรู้เรื่อง Quality Management
- มีความรู้เรื่องเครื่องมือคุณภาพ และสามารถเลือกใช้เครื่องมือคุณภาพในการพัฒนาคุณภาพได้อย่างเหมาะสม
- ทักษะการวิเคราะห์สังเคราะห์ สามารถตีโจทย์ recommendation จากการเยี่ยมสำรวจ และจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ

หลักสูตร/เนื้อหาการอบรม

หมวดที่ 1 ความรู้ด้านระบบคุณภาพ	1. Briefing in foundation concept of QMS 2. Quality Improvement 3. Cost of Quality 4. Quality Plan / Policy / Strategy
หมวดที่ 2 ความรู้ด้านการบริหารจัดการ	1. Review HA Standard Part I – III 2. Integrated Risk Management to an organization 3. Risk Management at a Strategic Level 4. Change Management in concept 5. Performance data Gathering and Reporting 6. Putting Performance Measurement into Action 7. Hospital Profile Analysis 8. การรวบรวม จัดลำดับ การเล่าเรื่อง การเขียน SA 9. การอ่านและแปลความหมาย Recommendation
หมวดที่ 3 บทบาท หน้าที่ และทักษะที่จำเป็น	1. Role and Responsibility of QMR and skill set 2. การเป็น Facilitator / Active Listening / Design Thinking 3. Cross Functional Alignment

ข้อมูลจำนวน Quality Management Representative (QMR) ขึ้นทะเบียนจำแนกตามประเภทรพ.

ประเภทโรงพยาบาล	จำนวน QMR (คน
โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)	68
โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)	31
โรงพยาบาลเอกชน	11
โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)	10
กรมแพทย์ทหารบก	10
โรงเรียนแพทย์	9
กรมการแพทย์	4
กรมสุขภาพจิต	2
กทม.	1
กระทรวงศึกษาธิการ	1
สภากาชาดไทย	1
จำนวนรวม	148

QMR คือใคร?

Quality Management Representative คือใคร

ตัวแทนฝ่ายบริหารในการดูแลระบบบริหารคุณภาพ หมายถึงบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้บริหารในการกำกับและดูแลระบบบริหารคุณภาพให้มีประสิทธิผล จัดทำนโยบายคุณภาพ สื่อสารให้เกิดการตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ และติดตามการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ในองค์กรให้เป็นไปตามมาตรฐาน มีคุณภาพ เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การดำเนินงาน

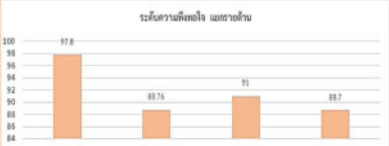
1) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 5 วัน ในวันที่ 29 มิถุนายน 2566-2 มิถุนายน 2566 เน้นการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult Learning)
2) เตรียมการล่วงหน้า ศึกษาแนวคิด ทักษะพื้นฐานทาง E learning และทำแบบทดสอบล่วงหน้าก่อนเข้าร่วม workshop
3) Workshop ประกอบด้วยบรรยาย 50% กิจกรรมกลุ่ม 40 %

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
QMR ที่มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น	ร้อยละ	70	78.39
สถานพยาบาลที่มี QMR ที่ผ่านการอบรม	ร้อยละ	10	10

ความพึงพอใจของผู้เข้าอบรม

ความพึงพอใจโดยรวมมีค่าเฉลี่ยร้อยละ **91.56** เมื่อพิจารณารายด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหาการอบรมในหลักสูตร มีระดับคะแนนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ **97.8** ด้านความรู้ความสามารถของวิทยากร คิดเป็นร้อยละ **91**



สรุปผลการดำเนินงาน
โครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร

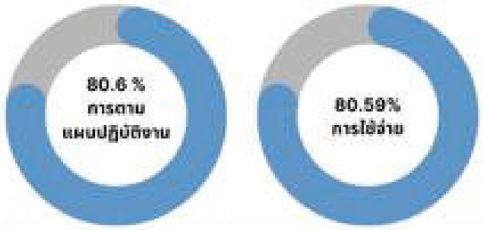
ปี 2566

งบประมาณจัดสรร 4,000,000.00 บาท

ร้อยละการดำเนินการตามแผนปฏิบัติงานและการใช้จ่าย

แผนงาน (ร้อยละ)	ผลงาน (ร้อยละ)	แผนเงิน (บาท)	ผลใช้จ่าย (บาท)
100	80.6	4,000,000	3,223,526.94

การดำเนินการตามแผนปฏิบัติงานและการใช้จ่าย



การเปรียบเทียบแผนงานกับผลการปฏิบัติงาน

ตามแผนปฏิบัติงาน

ตามแผนการใช้จ่าย

ผลการดำเนินงาน

HRD blueprint

ค่านิยมหลัก (Core Value)

H = Humanization (เป็นกัลยาณมิตร)

A = Accountability (รู้รับผิดรับชอบ)

I = Improvement (หมุนวงรอบการพัฒนา)

- ประกาศ เรื่อง อัตราค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษเฉพาะตำแหน่งหรือวิชาชีพหายาก พ.ศ. 2566
- เพิ่มกรอบอัตรากำลังใหม่ 5 ตำแหน่ง

ด้านบุคลากร(คน)

เจ้าหน้าที่ เข้าใหม่ ประจำปี 2566

9 คน

ด้านความพึงพอใจ

ร้อยละของเจ้าหน้าที่ ที่มีความพึงพอใจระดับสูงต่อบริการงานบุคคล

ร้อยละ 91.6

ผลงาน CQI

เรื่อง รู้จักอย่างไรกับเพื่อนในองค์กร เพื่อมิตรภาพและความผูกพันที่ยั่งยืน

ด้านบริหารจัดการองค์กร สู่ความเป็นเลิศ

การบริหารจัดการแผนงาน งบประมาณ และการติดตามประเมินผล

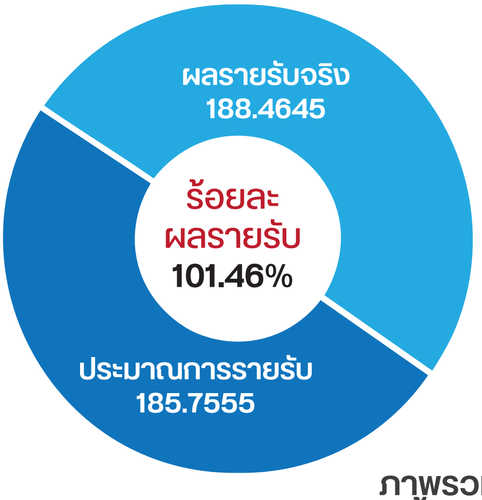
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้รับอนุมัติแผนการปฏิบัติงานและงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 จากคณะกรรมการสถาบันในการประชุม ครั้งที่ 9/2566 เมื่อวันที่ 23 กันยายน พ.ศ. 2565 ครั้งที่ 8/2566 เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2566 เพื่อดำเนินงานตามภารกิจของสถาบัน จำนวน 5 แผนงาน 15 โครงการ รวมค่าใช้จ่ายขั้นต่ำ ค่าใช้จ่ายบุคคลากร และงบกลางสำรองกรณีเร่งด่วน ฉุกเฉิน รวมทั้งสิ้น จำนวน 192.5989 ล้านบาท ประกอบด้วย แหล่งเงินรัฐบาลอุดหนุน จำนวน 67.7074 ล้านบาทแหล่งเงินนอกงบประมาณ จำนวน 124.8915 ล้านบาท

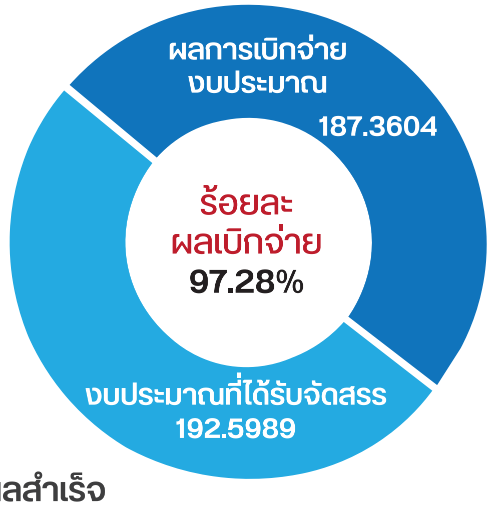
ผลการบริหารจัดการแผนงาน งบประมาณ และการติดตามประเมินผล ของสถาบันแสดงได้ดังนี้

ผลการดำเนินงานด้านรายรับ ประจำปีงบประมาน พ.ศ. 2566

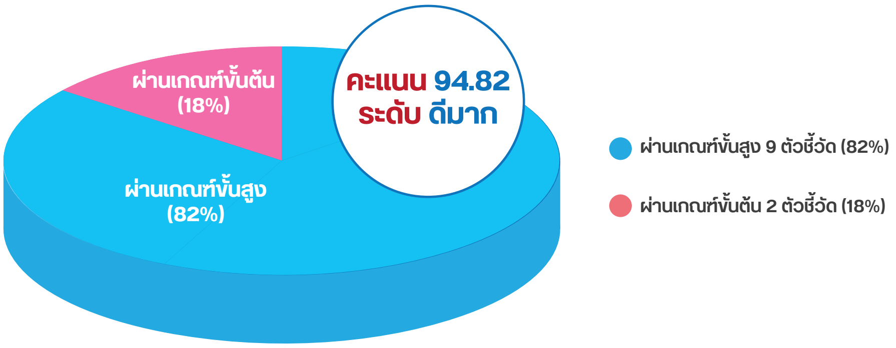
ผลการใช้จ่ายงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

หน่วย : ล้านบาท





ภาพรวมผลสำเร็จ ตามตัวชี้วัด ก.พ.ร. ของ สรพ. ประจำปี พ.ศ. 2566



สรุปผลการดำเนินงาน เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการบริหารจัดการของสถาบัน

ปี 2566

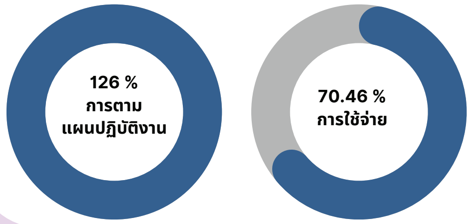
พบว่าสามารถพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศได้ตามแผนที่วางไว้เพื่อรองรับการปรับตัวสู่การเป็น Digital office ดังต่อไปนี้

งบประมาณจัดสรร 11,319,900.00 บาท

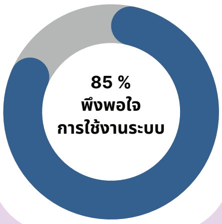
ร้อยละการดำเนินการตามแผนปฏิบัติงานและการใช้จ่าย

แผนงาน (ร้อยละ)	ผลงาน (ร้อยละ)	แผนเงิน (บาท)	ผลใช้จ่าย (บาท)
100	126	11,319,900	8,158,059.78

การดำเนินการตามแผนปฏิบัติงานและการใช้จ่าย



ความพึงพอใจการใช้งานระบบ



การเปรียบเทียบแผนงานกับผลการปฏิบัติงาน

- ✓ ตามแผนปฏิบัติงาน
- ✓ ล่าช้าแผนการใช้จ่าย

ผลการดำเนินงานด้านระบบ

ด้านระบบ

การบำรุงรักษาโปรแกรมเดิม (Maintain)

4 ระบบ

- โปรแกรม ERP
- ระบบลงทะเบียนออนไลน์
- ระบบ Survey
- ระบบ THIP

การพัฒนาโปรแกรมรายใหม่

2 โปรแกรม

- ระบบบริหารจัดการใบประกาศนียบัตรสำหรับงานอบรม
- พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรองค์กร (Enterprise Resource:ERP)

การปรับปรุงด้านเครือข่าย เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

1 ระบบ

- ขอใช้บริการอินเตอร์เน็ตใหม่

ประสิทธิภาพการดำเนินงาน

ความต่อเนื่องในการให้บริการ (SLA)
100 %

จำนวนอุบัติการณ์ถูกโจมตีทางไซเบอร์
โจมตีสำเร็จ **0 /38 ครั้ง**

ผลการดำเนินงานด้านอื่น ๆ

ด้านบุคลากร(คน)

จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาทักษะดิจิทัล

สร้างความตระหนักด้านความมั่นคงปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ
70 คน

สมรรถนะบุคลากรทักษะด้านดิจิทัล
11 คน

หลักสูตร (Cybersecurity Fundamentals)
10 คน

หลักสูตร Power Automate (Cloud)
30 คน

หลักสูตรความมั่นคงปลอดภัยทางดิจิทัล สำหรับ ผู้บริหารภาครัฐ
2 คน

จำนวนเจ้าหน้าที่เทคโนโลยี สารสนเทศและนักวิชาการเทคโนโลยี สารสนเทศ ที่ได้รับการพัฒนา
9 หลักสูตร

ด้านข้อมูล

สามารถเปิดเผยข้อมูลในรูปแบบมาตรฐานแบบเปิด (Open Format)

ผ่านการประเมิน Open Data
ได้รับรางวัล Silver Award

การเชื่อมต่อ
เชื่อมต่อ API กับ THIP และ NRLS

การพัฒนาระบบความมั่นคงปลอดภัยเทคโนโลยีสารสนเทศ

ธำรงการรับรอง ISO 27001/IEC

ได้รับการรับรองการรับรอง ISO/IEC 27701

ความคุ้มค่า

สรุปผลการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

- การเซ็นเอกสารกับบริษัทภายนอก ผ่านระบบ 100 %
- อากรแสตมป์อิเล็กทรอนิกส์ e-stamp 100 %
- การเซ็นเอกสารกับผู้เยี่ยมสำรวจ ผ่านระบบ 100 %
- ลดการใช้กระดาษภายในองค์กร 70 %

ผลการประเมินความคุ้มค่า

20,000,000 บาท

ผลประโยชน์ทางอ้อมที่ประเมินเป็นตัวเงินไม่ได้

- สร้างมูลค่าของนวัตกรรมที่เกิดขึ้นจากการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์
- พัฒนาทักษะของบุคลากรที่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์กร
- ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ และลดระยะเวลาการเซ็นเอกสารจากการทำงานผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์
- ลดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับงานเอกสารรวมไปถึงระบบการจัดเก็บที่รัดกุม

ผลงานเด่นด้านการพัฒนาองค์กร

ด้านผลการประเมิน

ผลคะแนนประเมินรางวัลคุณภาพ
การบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA 4.0)

ผลการประเมิน ITA

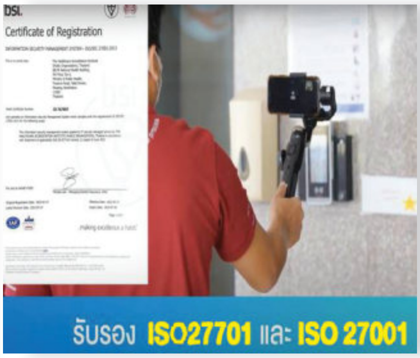
ด้านการรับรางวัล

รางวัลองค์กรคนดี
จากคณะกรรมาธิการการอุดมศึกษา
วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม วุฒิสภา

รางวัลด้านระบบบัญชีข้อมูลหน่วยงานยอดนิยม
จาก กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

ด้านการรับรอง

การธำรงการรับรองจาก ISQuaEEA
ครบทั้ง 3 ด้าน ทำให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 13
ประเทศของโลก และ 1 ใน 5 ของเอเชีย



การรับรอง ISO 27701 และ ISO 27001

ช่องทางการสื่อสารออนไลน์

- HA Thailand — www.facebook.com/HATHAILANDfanpage
- HA Thailand — www.youtube.com/HAITHAILAND
- HA Thailand — https://twitter.com/hai_thailand
- HA Thailand — https://www.instagram.com/hathailand_ig
- HA Thailand — www.tiktok.com/@hathailand
- HA Thailand — www.ha.or.th

สื่อสารฉับไว

อัพเดทประเด็น เนื้อหาใหม่ๆ ในงานพัฒนาคุณภาพ

LINE HA Thailand

ส่วนที่

4

ภาคผนวก

ผลการประเมินองค์การมหาชน ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพ ในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ 2566 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

องค์ประกอบ / ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เป้าหมาย			ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก
		ค่าเป้าหมายขั้นต้น (50.00)	ค่าเป้าหมายมาตรฐาน (75.00)	ค่าเป้าหมายขั้นสูง (100.00)			
องค์ประกอบที่ 1 ประสิทธิผลการดำเนินงาน **ตัวชี้วัด 1.1 ตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับภารกิจตามวัตถุประสงค์การจัดตั้งที่แสดงให้เห็นการเชื่อมโยงจากยุทธศาสตร์ชาตินโยบายและแผนระดับชาติ**							
	0						
องค์ประกอบที่ 1 ประสิทธิผลการดำเนินงาน **ตัวชี้วัด 1.1.1 จำนวนความครอบคลุมสถานพยาบาลเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ**							
	0						
องค์ประกอบที่ 1 ประสิทธิผลการดำเนินงาน **ตัวชี้วัด 1.1.1.1 จำนวนความครอบคลุมสถานพยาบาลเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ : สถานพยาบาลภาครัฐ**							
	10	920.00 (แห่ง)	934.00 (แห่ง)	948.00 (แห่ง)	933.00 (แห่ง)	73.21	7.321
องค์ประกอบที่ 1 ประสิทธิผลการดำเนินงาน **ตัวชี้วัด 1.1.1.2 จำนวนความครอบคลุมสถานพยาบาลเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ : สถานพยาบาลภาคเอกชน**							
	5	154.00 (แห่ง)	160.00 (แห่ง)	165.00 (แห่ง)	185.00 (แห่ง)	100	5
องค์ประกอบที่ 1 ประสิทธิผลการดำเนินงาน **ตัวชี้วัด 1.1.2 จำนวนสถานพยาบาลที่พัฒนาเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพขั้นก้าวหน้า (Advanced HA)**							
	5	4.00 (แห่ง)	5.00 (แห่ง)	6.00 (แห่ง)	4.00 (แห่ง)	50	2.5
องค์ประกอบที่ 1 ประสิทธิผลการดำเนินงาน **ตัวชี้วัด 1.1.3 จำนวนสถานพยาบาลที่ใช้กลไก/เครื่องมือ ในการพัฒนาและยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบ**							
	10	891.00 (แห่ง)	920.00 (แห่ง)	940.00 (แห่ง)	984.00 (แห่ง)	100	10
องค์ประกอบที่ 1 ประสิทธิผลการดำเนินงาน **ตัวชี้วัด 1.1.4 จำนวนองค์ความรู้ ผลงานวิจัย หรือข้อเสนอแนะ ที่ได้นำเสนอเพื่อเป็นประเด็นขับเคลื่อนเชิงนโยบาย**							
	5	1 (ผลผลิต)	2 (ผลผลิต)	3 (ผลผลิต)	3 (ผลผลิต)	100	5
						คะแนนรวม	94.821
							สรุปผลประเมิน ระดับดีมาก

องค์ประกอบ / ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เป้าหมาย			ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก
		ค่าเป้าหมายขั้นต้น (50.00)	ค่าเป้าหมายมาตรฐาน (75.00)	ค่าเป้าหมายขั้นสูง (100.00)			
องค์ประกอบที่ 1 ประสิทธิผลการดำเนินงาน **ตัวชี้วัด 1.1.5 การพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ**							
	5	1 (ผลผลิต)	2 (ผลผลิต)	3 (ผลผลิต)	3 (ผลผลิต)	100	5
องค์ประกอบที่ 2 ประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในการดำเนินงาน **ตัวชี้วัด 2.1 ตัวชี้วัดที่แสดงถึงประสิทธิภาพในการบริหารงาน**							
	0						
องค์ประกอบที่ 2 ประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในการดำเนินงาน **ตัวชี้วัด 2.1.1 ความสามารถในการหารายได้ เพื่อลดงบประมาณภาครัฐ**							
	10	85.00 (ล้านบาท)	94.00 (ล้านบาท)	103.00 (ล้านบาท)	120.76 (ล้านบาท)	100	10
องค์ประกอบที่ 2 ประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในการดำเนินงาน **ตัวชี้วัด 2.2 ตัวชี้วัดความคุ้มค่าในการดำเนินงาน**							
	20	1 (ผลผลิต)	2 (ผลผลิต)	3 (ผลผลิต)	3 (ผลผลิต)	100	20
องค์ประกอบที่ 3 ศักยภาพขององค์การมหาชน **ตัวชี้วัด 3.1 การพัฒนาองค์การสู่ดิจิทัล**							
	10	50.00 (คะแนน)	75.00 (คะแนน)	100.00 (คะแนน)	100.00 (คะแนน)	100	10
องค์ประกอบที่ 3 ศักยภาพขององค์การมหาชน **ตัวชี้วัด 3.2 การประเมินสถานะของหน่วยงานภาครัฐในการเป็นระบบราชการ 4.0 (PMQA 4.0)**							
	10	440.16 (คะแนน)	449.14 (คะแนน)	458.12 (คะแนน)	471.07 (คะแนน)	100	10
องค์ประกอบที่ 4 การควบคุมดูแลกิจการของคณะกรรมการองค์การมหาชน **ตัวชี้วัด 4.1 ร้อยละความสำเร็จของการพัฒนาด้านการควบคุมดูแลกิจการของคณะกรรมการองค์การมหาชน (ตัวชี้วัดบังคับ)**							
	10	50.00 (คะแนน)	75.00 (คะแนน)	100.00 (คะแนน)	100.00 (คะแนน)	100	10
						คะแนนรวม	94.821
						สรุปผลประเมิน ระดับดีมาก	

รายงานผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ รายหน่วยงาน (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ประจำปีงบประมาณ 2566 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

#	หน่วยงาน	อำเภอ	จังหวัด	คะแนนเฉลี่ย
1	องค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน (องค์การมหาชน)	-	ส่วนกลาง	98.06
2	ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน)	-	ส่วนกลาง	96.38
3	สำนักงานคณะกรรมการการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์แห่งชาติ	-	ส่วนกลาง	95.13
4	สำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษาวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ	-	ส่วนกลาง	95.08
5	สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล	-	ส่วนกลาง	94.78
6	สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจจากฐานชีวภาพ (องค์การมหาชน)	-	ส่วนกลาง	94.32
7	สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร (องค์การมหาชน)	-	ส่วนกลาง	94.19
8	สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)	-	ส่วนกลาง	93.82
9	สำนักงานส่งเสริมการจัดประชุมและนิทรรศการ (องค์การมหาชน)	-	ส่วนกลาง	93.78
10	สำนักงานพิพิธภัณฑ์เกษตรเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว (องค์การมหาชน)	-	ส่วนกลาง	93.40
11	สำนักงานกองทุนน้ำมันเชื้อเพลิง	-	ส่วนกลาง	93.39
12	สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์	-	ส่วนกลาง	93.27
13	สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจสร้างสรรค์ (องค์การมหาชน)	-	ส่วนกลาง	92.78
14	สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน)	-	ส่วนกลาง	92.68
15	สถาบันเพื่อการยุติธรรมแห่งประเทศไทย (องค์การมหาชน)	-	ส่วนกลาง	92.27
16	สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)	-	ส่วนกลาง	92.09
17	สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน)	-	ส่วนกลาง	91.90
18	สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (องค์การมหาชน)	-	ส่วนกลาง	91.38
19	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)	-	ส่วนกลาง	91.31
20	กองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์	-	ส่วนกลาง	91.11

#	หน่วยงาน	อำเภอ	จังหวัด	คะแนนเฉลี่ย
21	สถาบันอนุญาโตตุลาการ	-	ส่วนกลาง	90.24
22	สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม	-	ส่วนกลาง	89.52
23	สถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง (องค์การมหาชน)	-	ส่วนกลาง	89.46
24	สถาบันวิจัยแสงซินโครตรอน (องค์การมหาชน)	-	ส่วนกลาง	89.18
25	สถาบันวิจัยดาราศาสตร์แห่งชาติ (องค์การมหาชน)	-	ส่วนกลาง	89.17
26	สถาบันระหว่างประเทศเพื่อการค้าและการพัฒนา (องค์การมหาชน)	-	ส่วนกลาง	89.16
27	สำนักงานความร่วมมือพัฒนาเศรษฐกิจกับประเทศเพื่อนบ้าน (องค์การมหาชน)	-	ส่วนกลาง	88.67
28	สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (องค์การมหาชน)	-	ส่วนกลาง	88.65
29	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ	-	ส่วนกลาง	88.50
30	หอภาพยนตร์ (องค์การมหาชน)	-	ส่วนกลาง	87.84
31	สถาบันวิจัยและพัฒนาอัญมณีและเครื่องประดับแห่งชาติ (องค์การมหาชน)	-	ส่วนกลาง	87.66
32	สำนักงานบริหารและพัฒนาองค์ความรู้ (องค์การมหาชน)	-	ส่วนกลาง	87.60
33	สำนักงานพัฒนาเทคโนโลยีอวกาศและภูมิสารสนเทศ (องค์การมหาชน)	-	ส่วนกลาง	87.32
34	ศูนย์คุณธรรม (องค์การมหาชน)	-	ส่วนกลาง	87.19
35	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	-	ส่วนกลาง	87.11
36	สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	-	ส่วนกลาง	86.78
37	สำนักงานกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองแห่งชาติ	-	ส่วนกลาง	86.65
38	สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม	-	ส่วนกลาง	86.47
39	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	-	ส่วนกลาง	86.46
40	สถาบันทดสอบทางการศึกษาแห่งชาติ (องค์การมหาชน)	-	ส่วนกลาง	86.29

๒๕๖๖

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

รายงานการเงิน

สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2566

ผ่านการรับรองจากสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน

โดย บริษัท สำนักงานสามสิบสี ออดิต จำกัด

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

งบแสดงฐานะการเงิน

ณ วันที่ 30 กันยายน 2566

		(หน่วย : บาท)	
	หมายเหตุ	2566	2565
สินทรัพย์			
สินทรัพย์หมุนเวียน			
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	5	40,467,209.98	60,399,289.41
ลูกหนี้อื่นระยะสั้น	6	411,415.83	232,487.99
เงินลงทุนระยะสั้น	7	110,221,863.41	109,825,391.22
สินค้าคงเหลือ	8	1,057,262.52	1,255,246.56
วัสดุคงเหลือ		793,816.37	1,134,476.16
สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น	9	2,369,154.01	1,869,265.95
รวมสินทรัพย์หมุนเวียน		155,320,722.12	174,716,157.29
สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน			
อุปกรณ์ - สุทธิ	10	9,139,930.00	5,621,438.83
สินทรัพย์ไม่มีตัวตน - สุทธิ	11	6,321,334.58	6,540,442.69
รวมสินทรัพย์ไม่หมุนเวียน		15,461,264.58	12,161,881.52
รวมสินทรัพย์		170,781,986.70	186,878,038.81

หมายเหตุประกอบงบการเงินเป็นส่วนหนึ่งของรายงานการเงินนี้

(นางบรรจง จำปา)	(นางปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ)
รองผู้อำนวยการ	ผู้อำนวยการ
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

(4)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

งบแสดงฐานะการเงิน (ต่อ)

ณ วันที่ 30 กันยายน 2566

		(หน่วย : บาท)	
	หมายเหตุ	2566	2565
หนี้สิน			
หนี้สินหมุนเวียน			
เจ้าหนี้การค้า		278,282.82	6,977,533.56
เจ้าหนี้อื่นระยะสั้น	12	1,516,182.90	9,911,278.51
เงินรับฝากระยะสั้น		925,022.50	1,002,896.50
หนี้สินหมุนเวียนอื่น	13	2,495,327.05	723,364.49
รวมหนี้สินหมุนเวียน		**5,214,815.27**	**18,615,073.06**
หนี้สินไม่หมุนเวียน			
เงินรับฝากระยะยาว		558,412.00	158,010.00
รวมหนี้สินไม่หมุนเวียน		**558,412.00**	**158,010.00**
รวมหนี้สิน		**5,773,227.27**	**18,773,083.06**
สินทรัพย์สุทธิ / ส่วนทุน			
ทุน	15	90,190,107.10	90,190,107.10
รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสะสม		74,818,652.33	77,914,848.65
รวมสินทรัพย์สุทธิ / ส่วนทุน		**165,008,759.43**	**168,104,955.75**
รวมหนี้สินและสินทรัพย์สุทธิ / ส่วนทุน		**170,781,986.70**	**186,878,038.81**

หมายเหตุประกอบงบการเงินเป็นส่วนหนึ่งของรายงานการเงินนี้

(นางบรรจง จำปา)	(นางปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ)
รองผู้อำนวยการ	ผู้อำนวยการ
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

(5)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน

สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2566

	หมายเหตุ	2566	2565
		(หน่วย : บาท)	
รายได้			
รายได้จากงบประมาณ		67,707,400.00	64,494,500.00
รายได้จากการขายสินค้าและบริการ	16	110,229,533.34	75,632,534.07
รายได้จากการอุดหนุนอื่นและบริจาค		1,962,616.84	3,651,401.85
รายได้อื่น	17	946,014.92	448,662.92
รวมรายได้		180,845,565.10	144,227,098.84
ค่าใช้จ่าย			
ค่าใช้จ่ายบุคลากร	18	54,628,903.17	48,205,462.00
ค่าตอบแทน	19	20,864,866.83	21,164,300.00
ค่าใช้สอย	20	92,733,434.23	69,922,143.22
ค่าวัสดุ	21	5,883,797.65	3,358,233.37
ค่าสาธารณูปโภค	22	2,542,115.70	2,269,724.13
ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย	23	6,518,643.84	5,871,292.80
ค่าใช้จ่ายจากการอุดหนุนอื่นและบริจาค		770,000.00	780,000.00
รวมค่าใช้จ่าย		183,941,761.42	151,571,155.52
รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ		(3,096,196.32)	(7,344,056.68)

หมายเหตุประกอบงบการเงินเป็นส่วนหนึ่งของรายงานการเงินนี้

(นางบรรจง จำปา)
รองผู้อำนวยการ
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

(นางปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ)
ผู้อำนวยการ
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

(6)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

งบแสดงการเปลี่ยนแปลงสินทรัพย์สุทธิ / ส่วนทุน

สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2566

	(หน่วย : บาท)		
	ทุน	รายได้สูง / (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม	รวมสินทรัพย์สุทธิ/ ส่วนทุน
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2564	90,190,107.10	85,258,905.33	175,449,012.43
การเปลี่ยนแปลงในสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุนสำหรับปี 2565			
รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสำหรับปี	0.00	(7,344,056.68)	(7,344,056.68)
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2565	90,190,107.10	77,914,848.65	168,104,955.75
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565	90,190,107.10	77,914,848.65	168,104,955.75
การเปลี่ยนแปลงในสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุนสำหรับปี 2566			
รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสำหรับปี	0.00	(3,096,196.32)	(3,096,196.32)
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2566	90,190,107.10	74,818,652.33	165,008,759.43

หมายเหตุประกอบงบการเงินเป็นส่วนหนึ่งของรายงานการเงินนี้

(นางบรรจง จำปา)
รองผู้อำนวยการ
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

(นางปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ)
ผู้อำนวยการ
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

(7)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
หมายเหตุประกอบงบการเงิน
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2566

หมายเหตุ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1) การจัดตั้งสถาบัน

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สถาบัน) จัดตั้งขึ้นตามพระราชกฤษฎีกาสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552 โดยได้รับการประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 126 ตอนที่ 41 ก เมื่อวันที่ 22 มิถุนายน 2552 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป โดยมีการโอนบรรดากิจการ ทรัพย์สิน สิทธิ หนี้สิน และเงินงบประมาณของสถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลหรือสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่มีอยู่ในวันที่พระราชกฤษฎีกามีผลบังคับไปเป็นของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ในระหว่างปี 2562 ได้มีการปรับปรุงพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ฉบับที่ 2 พ.ศ.2562 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2562 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป โดยมีการปรับระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ ให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาฉบับดังกล่าว จำนวน 17 ฉบับ ซึ่งแล้วเสร็จ ภายในระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด

1.2) วัตถุประสงค์ของสถาบัน คือ

1. ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงานและรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

2. รวบรวมข้อมูล ศึกษา วิเคราะห์ จัดให้มีการวิจัยและจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล

3. ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดกลไกในการพัฒนาระบบการให้บริการที่ดีมีคุณภาพ และมาตรฐานความปลอดภัยของสถาบันสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบ

4. ส่งเสริม สนับสนุนและดำเนินการเผยแพร่องค์ความรู้ และให้บริการ การเข้าถึง และใช้ประโยชน์เกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

5. ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐ องค์การหรือหน่วยงานในประเทศหรือต่างประเทศและภาคเอกชนที่ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

6. จัดทำหลักสูตรและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลให้เกิดความเข้าใจกระบวนการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

หมายเหตุ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

1.2) วัตถุประสงค์ของสถาบัน คือ (ต่อ)

สถาบันได้มีการบันทึกทางบัญชีและรายงานทางการเงินสำหรับเงินสนับสนุนที่ได้รับจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมคุณภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ เพื่อดำเนินงานตามโครงการแยกต่างหากจากการดำเนินงานของสถาบัน (สถาบัน-ส่วนกลาง) โดยถือเป็นแผนงานหนึ่งภายใต้ความรับผิดชอบของสถาบัน

1.3) สถานที่ตั้งสำนักงาน

เลขที่ 88/99 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5 กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

หมายเหตุ 2 เกณฑ์การจัดทำรายงานการเงิน

รายงานการเงินฉบับนี้ จัดทำขึ้นตามพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 เป็นไปตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐที่กระทรวงการคลังกำหนดซึ่งรวมถึงหลักการและนโยบายบัญชีภาครัฐ มาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐ และแสดงรายการในรายงานการเงินตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐ ฉบับที่ 1 เรื่อง การนำเสนอรายงานการเงิน ตามหนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค 0410.2/ว15 ลงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2563 และตามหนังสือกรมบัญชีกลางที่ กค 0410.2/ว479 ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2563 รายงานการเงินนี้จัดทำขึ้นโดยใช้เกณฑ์ราคาทุนเดิม เว้นแต่จะได้เปิดเผยเป็นอย่างอื่นในนโยบายการบัญชี

หมายเหตุ 3 มาตรฐานและนโยบายการบัญชีภาครัฐฉบับใหม่

ไม่มีมาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐฉบับใหม่ที่มีผลบังคับใช้ในปีปัจจุบัน

หมายเหตุ 4 นโยบายการบัญชีที่สำคัญ

นโยบายการบัญชีที่สำคัญของสถาบัน สรุปได้ดังต่อไปนี้ :-

4.1 เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด

- เงินสด ประกอบด้วย เงินสดในมือ

- รายการเทียบเท่าเงินสด ประกอบด้วย เงินฝากธนาคารทุกประเภท แต่ไม่รวมเงินฝากประเภทที่ต้องจ่ายคืนเมื่อสิ้นระยะเวลาที่มีกำหนดเกินกว่า 3 เดือนนับจากวันที่ได้มา และเงินฝากธนาคารที่มีภาระผูกพันหรือนำไปค้ำประกัน

4.2 หนังสือ วารสาร และวัสดุสำนักงาน แสดงด้วยราคาทุนที่คำนวณโดยวิธีเข้าก่อนออกก่อน หรือมูลค่าสุทธิที่จะได้รับแล้วแต่อย่างใดจะต่ำกว่า

4.3 เงินลงทุนในเงินฝากธนาคารประเภทฝากประจำที่ถือเป็นเงินลงทุนระยะสั้น ประกอบด้วย เงินฝากมีอายุครบกำหนดได้รับคืนไม่เกิน 12 เดือนนับจากวันสิ้นงวด ส่วนเงินฝากประจำที่มีอายุเกิน 12 เดือนนับจากวันสิ้นงวดถือเป็นเงินลงทุนระยะยาว

หมายเหตุ 4 นโยบายการบัญชีที่สำคัญ (ต่อ)

4.4 การบัญชีสำหรับทรัพย์สินที่เสื่อมราคาได้บันทึกตามราคาทุน ส่วนทรัพย์สินที่ได้มาโดยการบริจาคบันทึกตามมูลค่ายุติธรรม ณ วันที่ได้รับสินทรัพย์นั้น การคิดค่าเสื่อมราคาใช้วิธีเส้นตรงตามอายุการใช้งานโดยประมาณของสินทรัพย์ อัตราค่าเสื่อมราคาสำหรับที่ได้มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 เป็นต้นไป ใช้ตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักการและนโยบายบัญชีสำหรับหน่วยงานภาครัฐ ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 6 มกราคม 2546 สำหรับสินทรัพย์ที่ได้มาก่อนปี 2546 ที่ยังมีมูลค่าตามบัญชีเหลืออยู่ได้มีการเปลี่ยนแปลง โดยใช้อัตราคิดค่าเสื่อมราคาคำนวณใหม่ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2546 เป็นต้นไป เพื่อให้สินทรัพย์ที่ได้มาดังกล่าวนี้ตัดค่าเสื่อมราคาให้หมดไปให้สอดคล้องกับระยะเวลาตามอัตราค่าเสื่อมราคาที่ประกาศโดยกระทรวงการคลังดังกล่าว

ประเภทสินทรัพย์	อายุการให้ประโยชน์ (ปี)
ส่วนปรับปรุงอาคาร	10
ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์	3 - 5
ครุภัณฑ์สำนักงาน	5 - 12
ครุภัณฑ์โฆษณาและเผยแพร่	5 - 10
ครุภัณฑ์ไฟฟ้าและวิทยุ	5 - 10
ครุภัณฑ์งานบ้านงานครัว	2 - 5

ไม่มีการคิดค่าเสื่อมราคาสำหรับงานระหว่างทำ

4.5 สินทรัพย์ไม่มีตัวตน ได้แก่ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงด้วยมูลค่าราคาทุนสุทธิ หลังหักค่าตัดจำหน่ายสะสมค่าตัดจำหน่ายสินทรัพย์ไม่มีตัวตนคำนวณจากราคาทุนของสินทรัพย์ โดยวิธีเส้นตรงตามอายุการใช้งานโดยประมาณของสินทรัพย์ดังนี้

ประเภทสินทรัพย์	อายุการให้ประโยชน์ (ปี)
โปรแกรมคอมพิวเตอร์	3 - 20

ไม่มีการคิดค่าตัดจำหน่ายสำหรับโปรแกรมระหว่างพัฒนา

4.6 รายได้และค่าใช้จ่ายบันทึกโดยใช้เกณฑ์คงค้าง สำหรับเงินสนับสนุนโครงการ สถาบันจะรับรู้รายได้และค่าใช้จ่ายตามข้อตกลงที่ผู้ให้เงินสนับสนุนและสถาบันจัดทำขึ้นหรือเมื่อได้รับและจ่ายเงินส่วนรายได้ที่ได้รับจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆ เพื่อดำเนินงานตามโครงการจะบันทึกแยกต่างหากจากการดำเนินงานของสถาบัน

สถาบันจะรับรู้เป็นรายได้เงินสนับสนุนตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละงวด รายได้ส่วนที่ยังไม่ได้รับรู้จะแสดงเป็นรายได้รอการรับรู้ ในกรณีที่มีค่าใช่จ่ายที่เกิดขึ้นสูงกว่าเงินสนับสนุนที่ได้รับจะบันทึกเป็นสินทรัพย์หมุนเวียนอื่นในบัญชีรายได้รอเรียกเก็บ ถ้าหากได้รับเงินสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าเงินสนับสนุนดังกล่าว สถาบันจะนำไปลดยอดบัญชีรายได้รอเรียกเก็บ แต่ถ้าไม่ได้รับเงินสนับสนุนสถาบันจะบันทึกในบัญชีค่าใช้จ่ายของสถาบัน

หมายเหตุ 4 นโยบายการบัญชีที่สำคัญ (ต่อ)

กรณีรายได้เงินสนับสนุนโครงการส่วนที่ไม่ต้องส่งคืนผู้ให้เงินสนับสนุน สถาบันจะทำบันทึกขออนุมัติรับเป็นรายได้ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

4.7 ในการบันทึกของสถาบัน และโครงการต่างๆ แม้จะมีการบันทึกและจัดทำรายงานการเงินแยกจากกัน แต่ในการจัดทำรายงานการเงินรวมของสถาบัน ซึ่งรวมงบของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลส่วนกลางและของโครงการต่างๆ เข้าด้วยกันนั้น จะรวมภายหลังการตัดบัญชีรายการระหว่างกันแล้ว ซึ่งประกอบด้วยรายการลูกหนี้ เจ้าหนี้ รายได้และค่าใช้จ่าย สำหรับรายงานการเงินของโครงการต่างๆ ที่นำมารวมกับสถาบัน-ส่วนกลาง เพื่อจัดทำรายงานการเงินรวม

หมายเหตุ 5 เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด ประกอบด้วย:-

	(หน่วย : บาท)	
	2566	2565
เงินสด	30,000.00	30,000.00
เงินฝากสถาบันการเงิน		
บัญชีประเภทออมทรัพย์	9,248,589.60	29,285,483.65
บัญชีประเภทกระแสรายวัน	712,302.07	767,399.00
บัญชีเงินฝากประจำ 3 เดือน	30,476,318.31	30,316,406.76
รวมเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	**40,467,209.98**	**60,399,289.41**

ณ วันที่ 30 กันยายน 2566 เงินฝากธนาคาร บัญชีประเภทออมทรัพย์ มีอัตราดอกเบี้ยร้อยละ 0.25 - 0.30 ต่อปี และเงินฝากประจำ 3 เดือน มีอัตราดอกเบี้ย ร้อยละ 0.45 ต่อปี

หมายเหตุ 6 ลูกหนี้อื่นระยะสั้น ประกอบด้วย :-

	(หน่วย : บาท)	
	2566	2565
รายได้ค้างรับ – ดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	310,481.25	111,927.23
รายได้ค้างรับ – จากการเยี่ยมสำรวจ	100,934.58	120,560.76
รวมลูกหนี้อื่นระยะสั้น	**411,415.83**	**232,487.99**

หมายเหตุ 7 เงินลงทุนระยะสั้น ประกอบด้วย :-

	(หน่วย : บาท)	
	2566	2565
เงินฝากธนาคาร ไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)		
บัญชีเงินฝากประจำ 6 เดือน เลขที่ 340-105099-9	110,221,863.41	109,825,391.22
รวมเงินลงทุนระยะสั้น	**110,221,863.41**	**109,825,391.22**

เงินลงทุนระยะสั้น ณ วันที่ 30 กันยายน 2566 เป็นเงินฝากธนาคาร ไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขากระทรวงสาธารณสุขโดยมีอัตราดอกเบี้ยเฉลี่ย ร้อยละ 0.50 ต่อปี

หมายเหตุ 8 สินค้าคงเหลือ ประกอบด้วย :-

	(หน่วย : บาท)	
	2566	2565
หนังสือคงเหลือ	1,057,262.52	1,255,246.56
รวมสินค้าคงเหลือ	**1,057,262.52**	**1,255,246.56**

สินค้าคงเหลือ เป็นหนังสือวิชาการสำหรับอบรมและเผยแพร่ ประกอบด้วย หนังสือFacilitator กับการเพิ่มประสิทธิภาพของทีม, หนังสือมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4, หนังสืองานจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อน นโยบาย 2p safety, หนังสือ "Hospital and Healthcare Standards" 4th Edition, หนังสือคู่มือนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติSPA (Standards-Practice-Assessment) Part I-III, หนังสือหลักเกณฑ์เพิ่มเติมในการออกแบบระบบงานด้วยมิติจิตวิญญาณประกอบมาตรฐานโรงพยาบาลและ บริการสุขภาพ ฉบับที่ 5, หนังสือคู่มือมาตรฐานเพื่อความปลอดภัย Personnel Safety Goals: SIMPLE, หนังสือคู่มือมาตรฐานเพื่อความปลอดภัย Patient Safety Goals: SIMPLE, หนังสือเรียงร้อยและตกผลึกแนวคิดคุณภาพ ฐานของการสร้างความไว้วางใจ, หนังสือแนวทางการพัฒนาระบบการทำงานในสถานพยาบาลด้วยมิติจิตวิญญาณ, หนังสือสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการตามมาตรฐานและความปลอดภัย หนังสือแนวทางการพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงานในโรงพยาบาลคุณภาพ (สำหรับจำหน่าย)

หมายเหตุ 9 สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น ประกอบด้วย :-

	(หน่วย : บาท)	
	2566	2565
ลูกหนี้กรมสรรพากร	587,972.21	32,744.49
ค่าใช้จ่ายจ่ายล่วงหน้า	1,532,053.09	1,322,561.14
ภาษีซื้อยังไม่ถึงกำหนดชำระ	249,128.71	513,960.32
รวมสินทรัพย์หมุนเวียนอื่น	**2,369,154.01**	**1,869,265.95**

(12)

หมายเหตุ 10 **อุปกรณ์ – สุทธิ** ประกอบด้วย :-

(หน่วย : บาท)

	ส่วนปรับปรุงอาคาร	ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์	ครุภัณฑ์สำนักงาน	ครุภัณฑ์โฆษณาและเผยแพร่	ครุภัณฑ์ไฟฟ้าและวิทยุ	ครุภัณฑ์งานบ้านงานครัว	งานระหว่างทำ	รวม
<u>ราคาทุน</u>								
ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565	0.00	15,051,350.09	4,214,312.96	2,290,310.99	1,821,577.16	243,038.97	2,792,523.36	26,413,113.53
ซื้อเพิ่มในระหว่างปี	2,614,108.42	1,979,293.54	1,010,949.52	242,310.00	68,300.00	80,747.66	0.00	5,995,709.14
จำหน่ายและบริจาค	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
รับโอน	2,792,523.36	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,792,523.36
โอนออก	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	(2,792,523.36)	(2,792,523.36)
ณ วันที่ 30 กันยายน 2566	5,406,631.78	17,030,643.63	5,225,262.48	2,532,620.99	1,889,877.16	323,786.63	0.00	32,408,822.67
<u>ค่าเสื่อมราคาสะสม</u>								
ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565	0.00	13,279,103.69	4,045,997.55	1,733,073.43	1,583,042.36	150,457.67	0.00	20,791,674.70
ค่าเสื่อมราคา	493,262.58	1,327,730.89	249,142.75	250,834.67	123,056.07	33,191.01	0.00	2,477,217.97
จำหน่ายและบริจาค	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
ณ วันที่ 30 กันยายน 2566	493,262.58	14,606,834.58	4,295,140.30	1,983,908.10	1,706,098.43	183,648.68	0.00	23,268,892.67
<u>ราคาตามบัญชี</u>								
ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565	0.00	1,772,246.40	168,315.41	557,237.56	238,534.80	92,581.30	2,792,523.36	5,621,438.83
ณ วันที่ 30 กันยายน 2566	4,913,369.20	2,423,809.05	930,122.18	548,712.89	183,778.73	140,137.95	0.00	9,139,930.00

(13)

หมายเหตุ 11 สินทรัพย์ไม่มีตัวตน - สุทธิ ประกอบด้วย :-

(หน่วย : บาท)

	โปรแกรมคอมพิวเตอร์	รวม
<u>ราคาทุน</u>		
ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565	34,589,520.34	34,589,520.34
ซื้อเพิ่มในระหว่างปี	3,822,317.76	3,822,317.76
รับโอน	0.00	0.00
โอนออก	0.00	0.00
ณ วันที่ 30 กันยายน 2566	38,411,838.10	38,411,838.10
<u>ค่าตัดจำหน่ายสะสม</u>		
ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565	28,049,077.65	28,049,077.65
ค่าตัดจำหน่าย	4,041,425.87	4,041,425.87
จำหน่าย	0.00	0.00
ณ วันที่ 30 กันยายน 2566	32,090,503.52	32,090,503.52
<u>ราคาตามบัญชี</u>		
ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565	6,540,442.69	6,540,442.69
ณ วันที่ 30 กันยายน 2566	6,321,334.58	6,321,334.58

หมายเหตุ 12 เจ้าหนี้อื่นระยะสั้น ประกอบด้วย:-

	(หน่วย : บาท)	
	2566	2565
ค่าใช้จ่ายค้างจ่าย	1,248,939.01	9,676,679.50
ภาษีหัก ณ ที่จ่ายรอนำส่ง	267,243.89	234,599.01
รวมเจ้าหนี้อื่นระยะสั้น	**1,516,182.90**	**9,911,278.51**

หมายเหตุ 13 หนี้สินหมุนเวียนอื่น ประกอบด้วย :-

	(หน่วย : บาท)	
	2566	2565
รายได้รับล่วงหน้า – ค่าเยี่ยมสำรวจและประเมิน	1,514,018.70	723,364.49
รายได้รับล่วงหน้า - เงินสนับสนุนโครงการ	981,308.35	0.00
รวมหนี้สินหมุนเวียนอื่น	**2,495,327.05**	**723,364.49**

หมายเหตุ 14 ภาระผูกพัน

14.1 ภาระผูกพันตามสัญญาเช่าดำเนินงาน

สถาบันในฐานะผู้เช่ามีจำนวนเงินขั้นต่ำที่ต้องจ่ายในอนาคตตามสัญญาเช่าดำเนินงานที่ไม่สามารถยกเลิกได้ ณ วันที่ 30 กันยายน 2566 ดังนี้

	(หน่วย : บาท)	
	2566	2565
ไม่เกิน 1 ปี	355,600.00	812,800.00
เกิน 1 ปี แต่ไม่เกิน 5 ปี	0.00	355,600.00
รวม	355,600.00	1,168,400.00

หมายเหตุ 14 ภาระผูกพัน (ต่อ)

14.2 ภาระผูกพันตามสัญญาจ้างเหมาบริการ

(หน่วย : บาท)

	2566	2565
ไม่เกิน 1 ปี	3,894,262.33	5,187,477.86
เกิน 1 ปี แต่ไม่เกิน 5 ปี	0.00	0.00
รวม	3,894,262.33	5,187,477.86

14.3 ภาระผูกพันตามสัญญาจัดซื้อจัดจ้างพัสดุและบริการอื่นๆ

(หน่วย : บาท)

	2566	2565
ไม่เกิน 1 ปี	1,009,610.85	7,924,283.90
เกิน 1 ปี แต่ไม่เกิน 5 ปี	0.00	0.00
รวม	1,009,610.85	7,924,283.90

หมายเหตุ 15 ทุน

ทุน ณ วันก่อตั้งของสถาบัน จำนวน 90,190,107.10 บาท เป็นส่วนทุนที่มีอยู่ ณ วันที่ 22 มิถุนายน 2552 ซึ่งเป็นหน่วยงานเดิมและได้จัดตั้งขึ้นใหม่ ตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552 โดยบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 23 มิถุนายน 2552 เป็นต้นไป ซึ่งเป็นทุนที่รับโอนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับงานด้านการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลหรือสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล – พรพ.

หมายเหตุ 16 รายได้จากการขายสินค้าและบริการ ประกอบด้วย :-

(หน่วย : บาท)

	2566	2565
รายได้จากการจัดอบรม	20,066,634.82	15,158,780.62
รายได้จากการตรวจเยี่ยมและให้คำปรึกษา	53,550,468.23	41,827,104.37
รายได้ค่าตอบแทนวิทยากร	379,813.20	204,579.53

(16)

หมายเหตุ 16 รายได้จากการขายสินค้าและบริการ ประกอบด้วย :- (ต่อ)

(หน่วย : บาท)

	2566	2565
รายได้จากโครงการเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพ - โรงพยาบาล	4,635,510.74	4,144,856.81
รายได้จากการจำหน่ายหนังสือและผลิตภัณฑ์	3,349,485.00	3,502,562.50
รายได้จากการบริหารจัดทำโครงการ	841,121.50	1,177,842.62
รายได้ค่าลงทะเบียน National Forum	27,406,499.85	9,616,807.62
รวมรายได้จากการขายสินค้าและบริการ	**110,229,533.34**	**75,632,534.07**

หมายเหตุ 17 รายได้อื่น ประกอบด้วย :-

(หน่วย : บาท)

	2566	2565
รายได้ดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	901,776.24	407,646.68
รายได้อื่น	9,260.28	22,374.24
รายได้จากค่าปรับ	34,978.40	18,642.00
รวมรายได้อื่น	**946,014.92**	**448,662.92**

หมายเหตุ 18 ค่าใช้จ่ายบุคลากร ประกอบด้วย :-

(หน่วย : บาท)

	2566	2565
เงินเดือน	43,430,574.90	42,659,638.00
เงินประจำตำแหน่ง	648,300.00	806,361.00
เงินสมทบกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ	2,673,749.89	2,586,119.69
ค่าล่วงเวลา	216,045.00	255,440.00
ค่ารักษาพยาบาล	767,062.50	275,484.50
ค่าสวัสดิการ	324,224.88	407,218.81
เงินเกษียณอายุ	2,166,500.00	650,000.00
เงินค่าตอบแทนพิเศษ	4,402,446.00	565,200.00
รวมค่าใช้จ่ายบุคลากร	**54,628,903.17**	**48,205,462.00**

หมายเหตุ 19 ค่าตอบแทน ประกอบด้วย :-

	(หน่วย : บาท)	
	2566	2565
ค่าตอบแทนผู้เยี่ยมและที่ปรึกษา	19,389,000.00	19,255,500.00
ค่าตอบแทนปฏิบัติงานอื่น	1,475,866.83	1,908,800.00
รวมค่าตอบแทน	**20,864,866.83**	**21,164,300.00**

หมายเหตุ 20 ค่าใช้สอย ประกอบด้วย :-

	(หน่วย : บาท)	
	2566	2565
ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	14,789,182.49	8,076,155.67
ค่าใช้จ่ายในการอบรม	34,046,921.11	13,470,297.70
ค่าใช้จ่ายในการประชุม	5,673,238.30	5,476,670.73
ค่าจ้างเหมาบริการ	31,274,460.13	34,399,851.98
ค่าใช้จ่ายโปรแกรม	652,435.64	937,163.58
ค่าจ้างที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ	1,910,443.93	2,080,000.00
ค่าประชาสัมพันธ์	738,990.99	2,559,031.48
ค่าสอบบัญชี	200,000.00	200,000.00
ค่าธรรมเนียม	615,244.67	582,205.55
ค่าบริหารจัดการกลางอาคารสุขภาพแห่งชาติ	1,459,178.30	1,021,403.42
ค่าเช่าเบ็ดเตล็ด	867,084.20	854,579.52
ค่าซ่อมแซมและบำรุงรักษา	210,750.00	6,900.00
ค่าเบี้ยประกัน	132,230.00	113,608.00
ค่าใช้จ่ายอื่น	163,274.47	144,275.59
รวมค่าใช้สอย	**92,733,434.23**	**69,922,143.22**

(18)

หมายเหตุ 21 ค่าวัสดุ ประกอบด้วย :-

	(หน่วย : บาท)	
	2566	2565
ต้นทุนหนังสือที่จำหน่ายและใช้ในการอบรม	2,501,706.10	1,098,031.24
ค่าวัสดุอุปกรณ์	1,418,607.45	1,761,596.15
ค่าวัสดุทางการแพทย์	0.00	1,451.78
ค่าเชื้อเพลิง	909,554.10	478,474.20
ค่าครุภัณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์	1,053,930.00	18,680.00
รวมค่าวัสดุ	**5,883,797.65**	**3,358,233.37**

หมายเหตุ 22 ค่าสาธารณูปโภค ประกอบด้วย :-

	(หน่วย : บาท)	
	2566	2565
ค่าไฟฟ้า	1,124,007.08	961,224.84
ค่าน้ำประปา	20,830.87	19,920.06
ค่าโทรศัพท์	578,215.97	406,730.93
ค่าไปรษณีย์	244,578.00	272,221.00
ค่าบริการสื่อสารและโทรคมนาคม	574,483.78	609,627.30
รวมค่าสาธารณูปโภค	**2,542,115.70**	**2,269,724.13**

หมายเหตุ 23 ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย ประกอบด้วย :-

	(หน่วย : บาท)	
	2566	2565
ค่าเสื่อมราคา		
ค่าเสื่อมราคา – ส่วนปรับปรุงสำนักงาน	493,262.58	0.00
ค่าเสื่อมราคา – ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์	1,327,730.89	963,200.26
ค่าเสื่อมราคา – ครุภัณฑ์สำนักงาน	249,142.75	120,502.70
ค่าเสื่อมราคา – ครุภัณฑ์โฆษณาและเผยแพร่	250,834.67	243,511.38
ค่าเสื่อมราคา – ครุภัณฑ์ไฟฟ้าและวิทยุ	123,056.07	118,147.57
ค่าเสื่อมราคา – ครุภัณฑ์งานบ้านงานครัว	33,191.01	26,465.73
ค่าตัดจำหน่าย	4,041,425.87	4,399,465.16
รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย	**6,518,643.84**	**5,871,292.80**

หมายเหตุ 24 กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

สถาบันได้จัดตั้งกองทุนสำรองเลี้ยงชีพประเภทจ่ายสมทบ สำหรับเจ้าหน้าที่และลูกจ้างของสถาบันตามพระราชบัญญัติกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พ.ศ. 2530 การเข้าเป็นสมาชิกของกองทุนเป็นตามความสมัครใจของเจ้าหน้าที่และลูกจ้าง โดยหักเงินจากเจ้าหน้าที่และลูกจ้างในอัตราไม่ต่ำกว่าร้อยละ 3 ของค่าจ้างก่อนภาษีเป็นรายเดือน แต่ไม่เกินอัตราเงินสมทบที่สถาบันจ่ายเข้ากองทุน และสถาบันจ่ายสมทบเข้ากองทุนเป็นรายเดือนในอัตราร้อยละ 5 กรณีที่เจ้าหน้าที่และลูกจ้างปฏิบัติงานในสถาบัน ไม่เกิน 3 ปี และร้อยละ 7 กรณีที่ปฏิบัติงานเกินกว่า 3 ปี เงินกองทุนสำรองเลี้ยงชีพดังกล่าวบริหารจัดการโดยหลักทรัพย์จัดการกองทุนกสิกรไทย (กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เค มาสเตอร์ ฟูล ฟันด์ ซึ่งจดทะเบียนแล้ว) ณ 30 กันยายน 2566 สถาบันมีการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพ จำนวน 2,673,749.89 บาท (30 กันยายน 2565 : 2,586,119.69 บาท)

หมายเหตุ 25 รายได้จากเงินงบประมาณ (เงินอุดหนุน)

รายงานฐานะเงินงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ 2566

รายการ	งบสุทธิ	การสำรองเงิน	ใบสั่งซื้อ/สัญญา	เบิกจ่ายจากคลัง	คงเหลือ
แผนงานบุคลากรภาครัฐ, แผนงานยุทธศาสตร์เสริมสร้างให้คนมีสุขภาวะที่ดีและแผนงานพื้นฐานการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์					
งบบุคลากร	-	-	-	-	-
งบดำเนินงาน	-	-	-	-	-
งบลงทุน	-	-	-	-	-
งบอุดหนุน	67,707,400.00	-	-	(67,707,400.00)	-
งบรายจ่ายอื่น	-	-	-	-	-
รวม	67,707,400.00	-	-	(67,707,400.00)	-

หมายเหตุ 25 รายได้จากเงินงบประมาณ (เงินอุดหนุน) (ต่อ)

รายงานฐานะเงินงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ 2565

รายการ	งบสุทธิ	การสำรองเงิน	ใบสั่งซื้อ/สัญญา	เบิกจ่ายจากคลัง	คงเหลือ
แผนงานบุคลากรภาครัฐ, แผนงานพื้นฐานด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน และแผนงานบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ					
งบบุคลากร	-	-	-	-	-
งบดำเนินงาน	-	-	-	-	-
งบลงทุน	-	-	-	-	-
งบอุดหนุน	64,494,500.00	-	-	(64,494,500.00)	-
งบรายจ่ายอื่น	-	-	-	-	-
รวม	64,494,500.00	-	-	(64,494,500.00)	-

หมายเหตุ 26 การอนุมัติรายงานการเงิน

รายงานการเงินนี้ได้รับการอนุมัติโดยผู้มีอำนาจของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2567

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5
กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถนนติวานนท์
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2027-8844 โทรสาร 0-2026-6680
www.ha.or.th