

Quality Improvement Plan

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

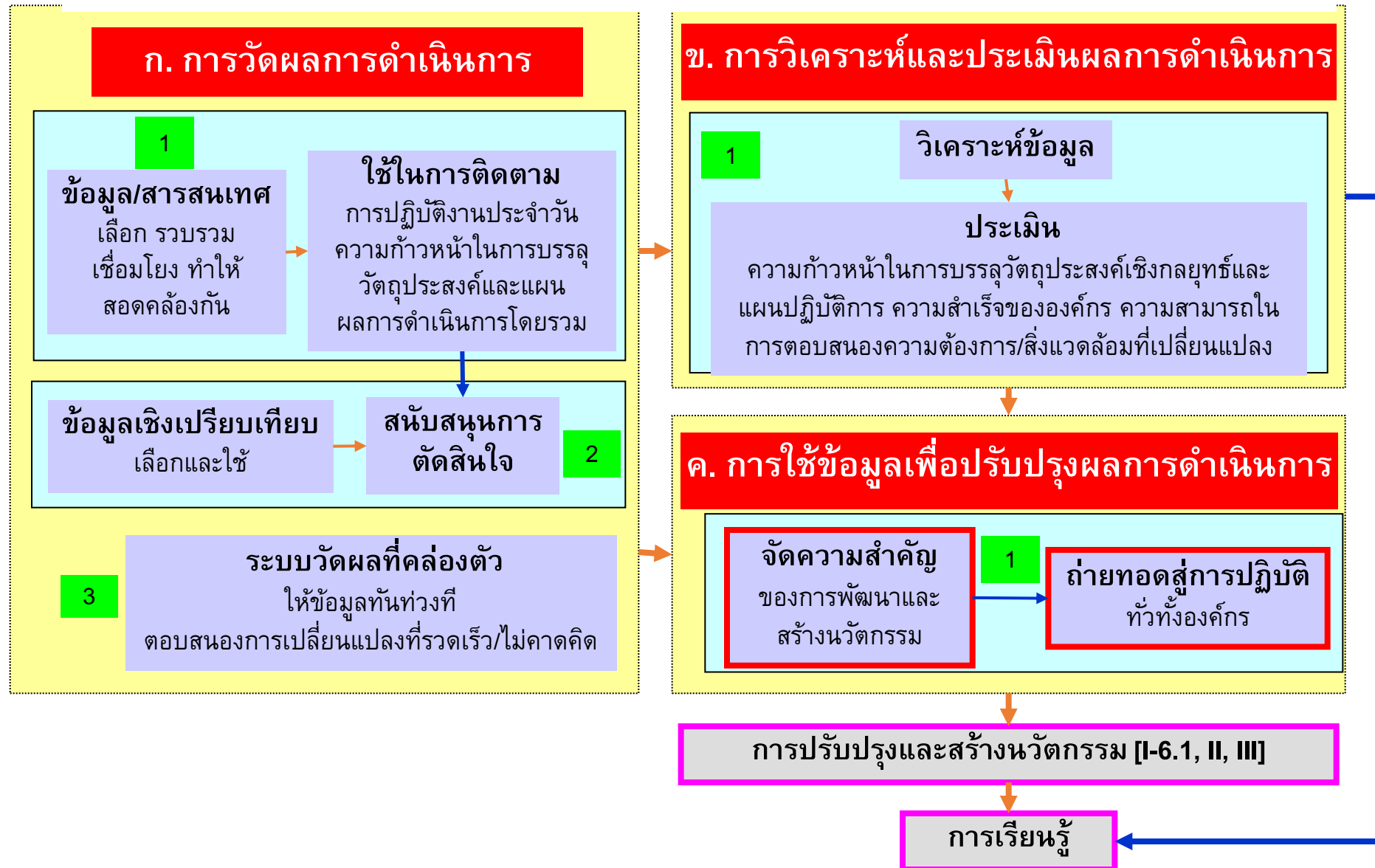
กรกฎาคม 2568

แผนพัฒนาคุณภาพคืออะไร

แผนพัฒนาคุณภาพ
คือเครื่องมือกำหนดทิศทางการพัฒนา
และใช้ติดตามการพัฒนา

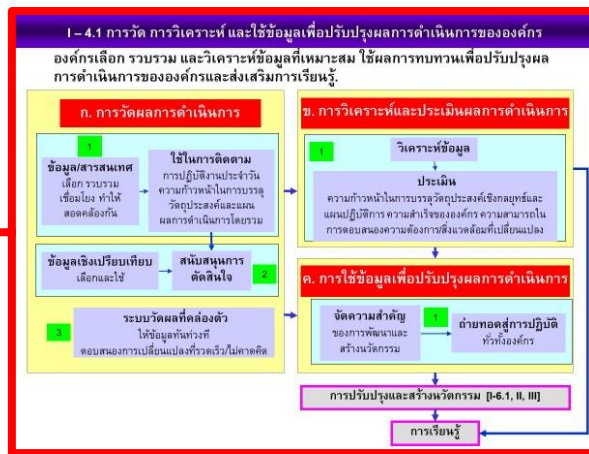
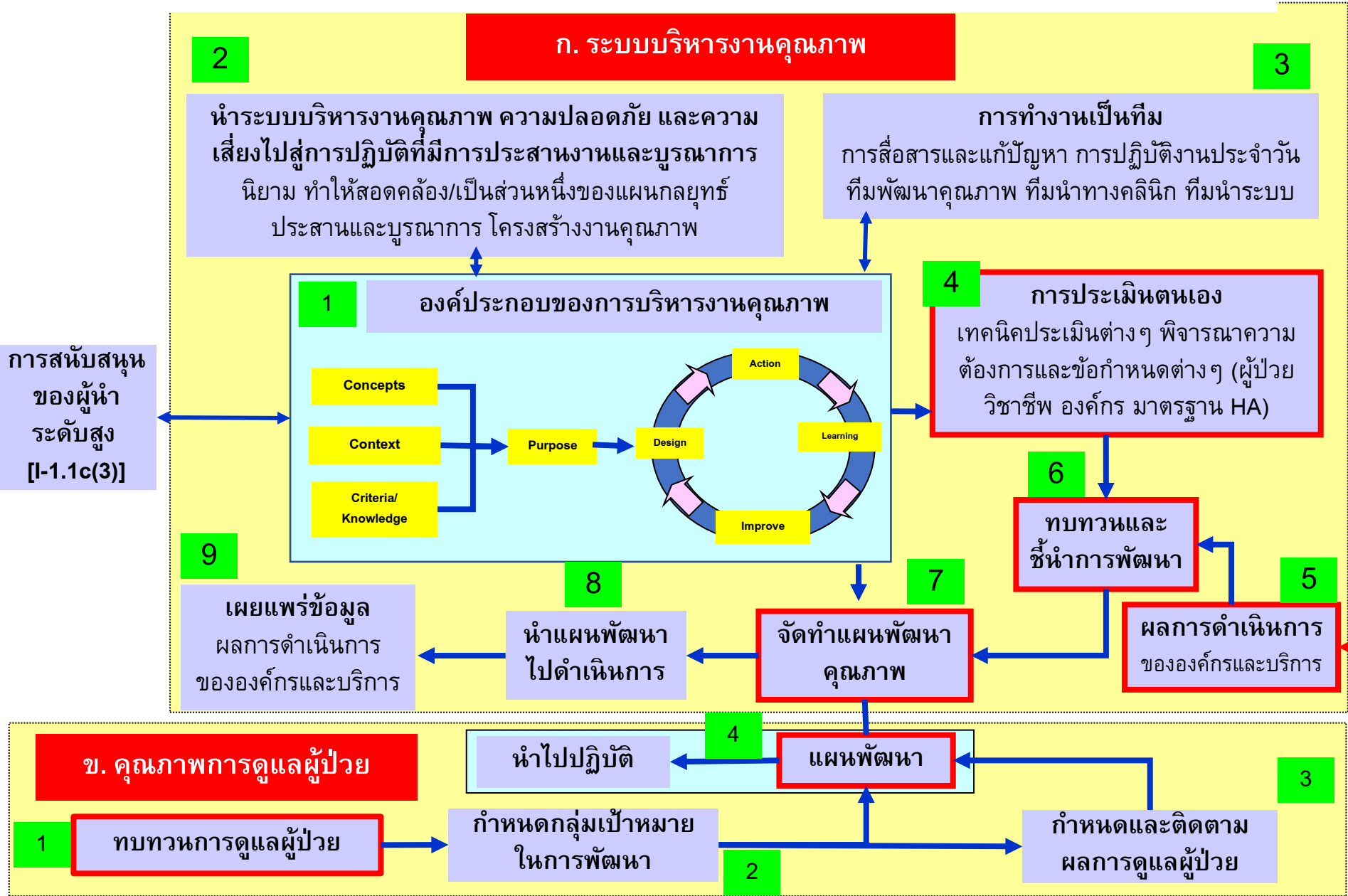
I – 4.1 การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร

องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้.



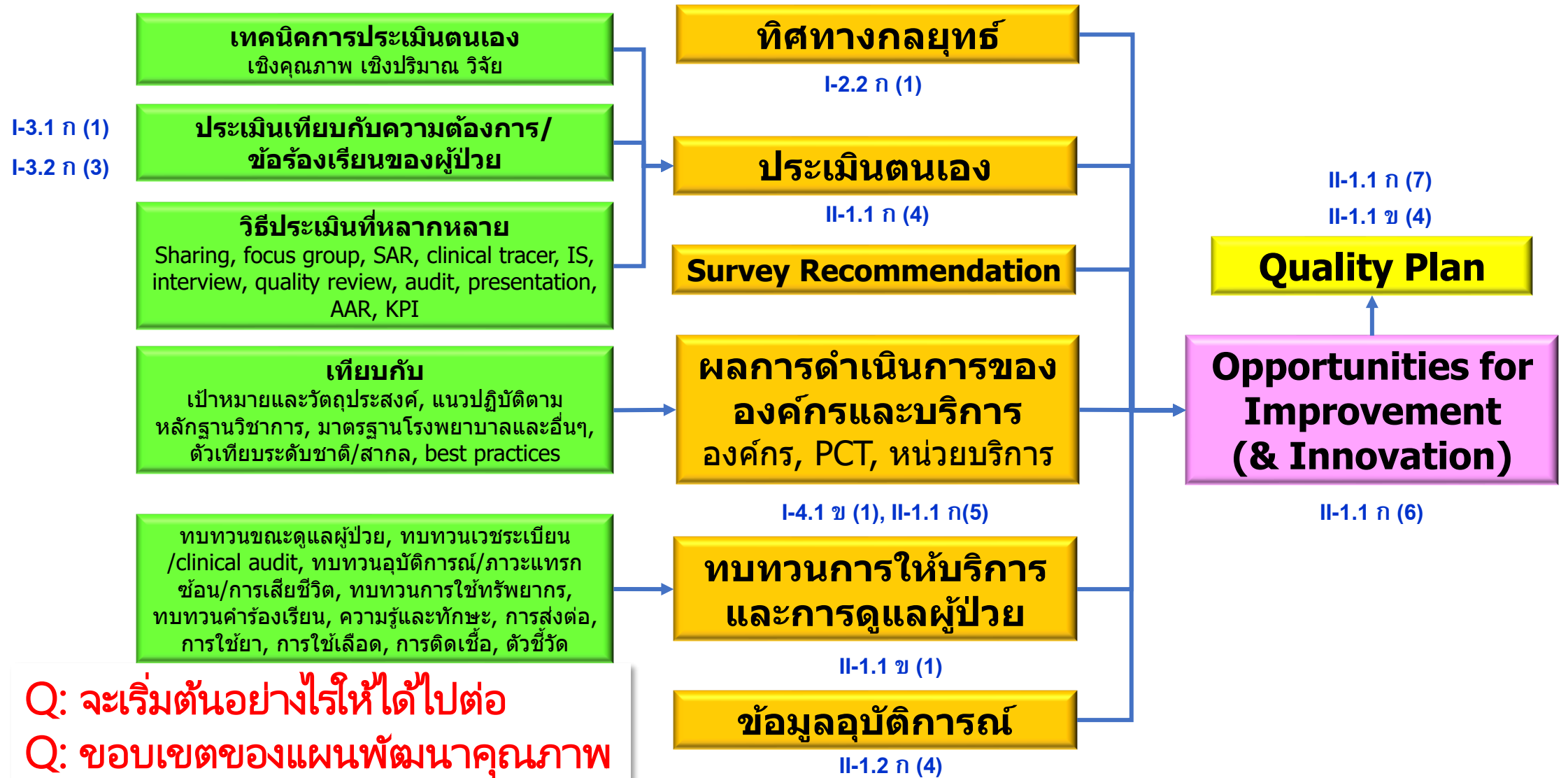
II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ

องค์กรมีการบริหารงานคุณภาพ ที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.



ที่มาของแผนพัฒนาคุณภาพ

ที่มาของแผนพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA



การประเมินตนเอง

การประเมินเชิงคุณภาพ

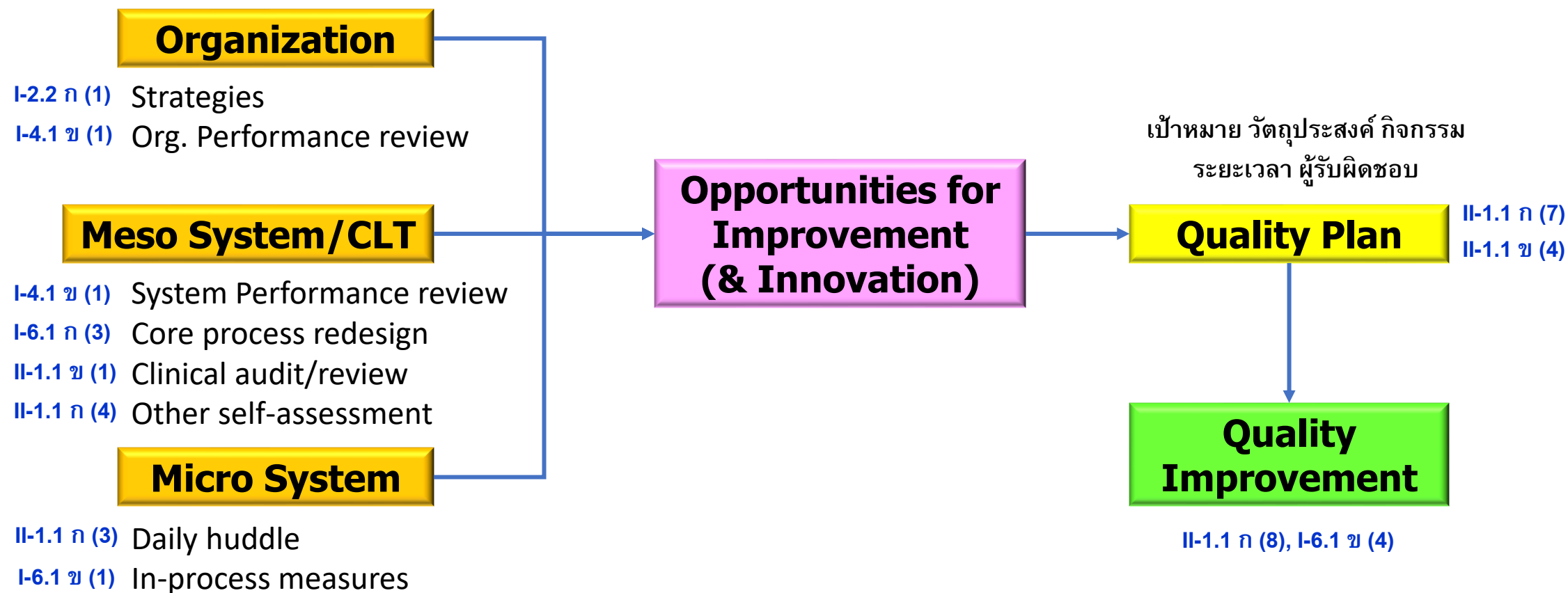
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing)
การสนทนากลุ่ม (Focus Group)
การจัดทำรายงานการประเมินตนเอง (SAR)
การตามรอยทางคลินิก (Clinical Tracer)
การเยี่ยมสำรวจภายใน (Internal Survey)
กิจกรรมทบทวนคุณภาพ (Quality Review)
การทบทวนหลังทำกิจกรรม (AAR)
การนำเสนอผลงานและรับฟังคำวิพากษ์
การสัมภาษณ์เชิงลึก

การประเมินเชิงปริมาณ

การสำรวจ (Survey)
การตรวจสอบทางคลินิก (Clinical Audit)
-Compliance with standards of best practices
การติดตามและวิเคราะห์ตัววัด/สถิติ
-วิเคราะห์แนวโน้ม
-วิเคราะห์กลุ่มย่อย
-เปรียบเทียบกับเป้าหมาย
-เปรียบเทียบกับคู่เทียบ
-เปรียบเทียบกับความคาดหวังของผู้เกี่ยวข้อง
การประเมินแบบฉับไว (Rapid Assessment)
-วัดระดับ maturity
-วัดการบรรลุเป้าหมาย
-วัดการรับรู้ของผู้เกี่ยวข้อง

การวิจัย

การทบทวนผลการดำเนินการตามระดับต่าง ๆ



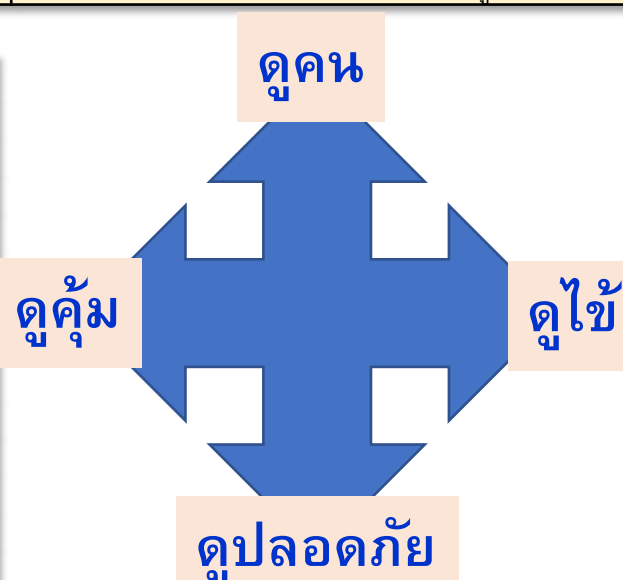
ประเมินตนเองด้วยการอภิปรายกลุ่มของ PCT/CLT

- **Focus Group:** จุดแข็ง จุดอ่อน ของการดูแลผู้ป่วยในสาขานี้
- **Clinical Analysis:** โรคที่ดูแลได้ดี vs โรคที่ยังมีปัญหาในการดูแล
- **Process Analysis:** กระบวนการที่มีการพัฒนาต่อเนื่องจนที่มั่นใจ vs กระบวนการที่ยังมีปัญหา
- **Customer need:** สิ่งที่เกิดความคาดหวัง vs ความต้องการที่ยังตอบสนองได้ไม่ดี
- **Evidence based:** evidence ที่นำมาปฏิบัติได้เต็มที่ vs evidence ที่ยังไม่สามารถนำมาปฏิบัติ
- **Utilization review:** การใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ vs ความสูญเปล่าที่มีโอกาสปรับปรุง
- **Risk Analysis:** ความเสี่ยงที่ป้องกันได้รัดกุม vs ความเสี่ยงที่ยังจัดการไม่ถึง root cause
- **Capability review:** ความเก่งของคนที่มีแล้ว vs ศักยภาพที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติม
- **Benchmarking:** สิ่งที่อยู่ในระดับ top quartile vs สิ่งที่อยู่ใน bottom quartile

การทบทวนเพื่อจุดประกายการเรียนรู้

Needs & expectation of patients & customers	
I-3.1ก(1)	ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน
I-3.2ข(1)	กลุ่มผู้ป่วยที่ underserve ซึ่งควรเป็นจุดมุ่งเน้น
I-3.2ก(3)	คำร้องเรียนของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน
III-3.1(2), III-4.1(5)	การตอบสนองความต้องการที่เป็นองค์รวม
I-3.2ข(1)(2), IV-2	ประสบการณ์และความพึงพอใจของผู้ป่วย

W: Waste	
I-3.2ข(1)	ระยะเวลารอคอย
I-4.2ก(2)	โอกาสนำระบบ IT มาเพิ่มประสิทธิภาพงาน
I-6.1ค(1)	การจัดซื้อ คลังพัสดุ และเครือข่ายอุปทาน
I-6.2ก(1)	วงรอบเวลา (turn-around-time)
I-6.2ก(1)	การลดการใช้ การนำกลับมาใช้ซ้ำ
II-1.1ข(1)	การใช้สถานที่ (OPD, ER, ward, ICU)
II-1.1ข(1)	Patient flow
II-1.1ข(1)	โอกาสบูรณาการกระบวนการดูแลผู้ป่วย
II-1.1ข(1), III-2ข(1)	การตรวจ investigation
II-1.1ข(1), II-6ก(5)	การใช้ยา
II-1.1ข(1), III-4.3ข	การทำหัตถการ
II-3.1ก, II-3.2ก	การบำรุงรักษา
II-3.2ข	การใช้สาธารณูปโภค



E: Evidence & Effectiveness	
II-1.1ข(1)	Clinical audit, clinical tracer
III-2ก(3)	การใช้ evidence ในการประเมินผู้ป่วย
III-3.1(4)	การใช้ evidence ในการวางแผนดูแลผู้ป่วย
I-4.1ก(1), IV-1	ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ
I-4.1ก(1), IV-3/4/5/6	ประสิทธิผลของระบบงาน

S: Safety	
II-1.2ก(3)	การทบทวนการปฏิบัติตามเป้าหมายความปลอดภัย
II-1.2ก(2)	ความครอบคลุมของการระบุความเสี่ยง
II-1.2ก(4)	การทบทวนและเรียนรู้จากอุบัติเหตุ
II-1.1ก(4)	การทบทวนและเรียนรู้จากสถานการณ์ประจำวัน
I-4.1ข(1)	การทบทวน reliability / defect rate
I-6.1ก(3)	การทบทวนการใช้ stronger action / HFE

Q: PCT ทำเรื่องเดิมมาหลายปี จะหาประเด็นพัฒนารายโรคอย่างไร

การทบทวนคือพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ

NEWS	ประเด็นการทบทวน	12 กิจกรรมทบทวนในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA
N: Need & expectation of customer		
I-3.1ก(1)	ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน	2. การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ
I-3.2ข(1)	กลุ่มผู้ป่วยที่ underserve ซึ่งควรเป็นจุดมุ่งเน้น	
I-3.2ก(3)	คำร้องเรียนของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน	
III-3.1(2), III-4.1(5)	การตอบสนองความต้องการที่เป็นองค์รวม	
I-3.2ข(1)(2), IV-2	ประสบการณ์และความพึงพอใจของผู้ป่วย	
E: Evidence & effectiveness		
II-1.1ข(1)	การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย	1. การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย
III-6ข(6)	การทบทวนข้อมูลย้อนกลับเพื่อปรับปรุงการส่งต่อและการดูแลก่อนส่งต่อ	3. การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธรักษา
II-2.2(5)	การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า (รวมทั้งให้คำแนะนำ ปรีกษา ควบคุม)	4. การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า
II-1.1ข(1)	Clinical review/audit	9. การทบทวนเวชระเบียน
III-2ก(3)	การใช้ evidence ในการประเมินผู้ป่วย	10. การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ
III-3.1(4)	การใช้ evidence ในการวางแผนดูแลผู้ป่วย	
I-4.1ก(1), IV-1	ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ	12. การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ
I-4.1ก(1), IV-3/4/5/6	ประสิทธิผลของระบบงาน	

การทบทวนคือพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ

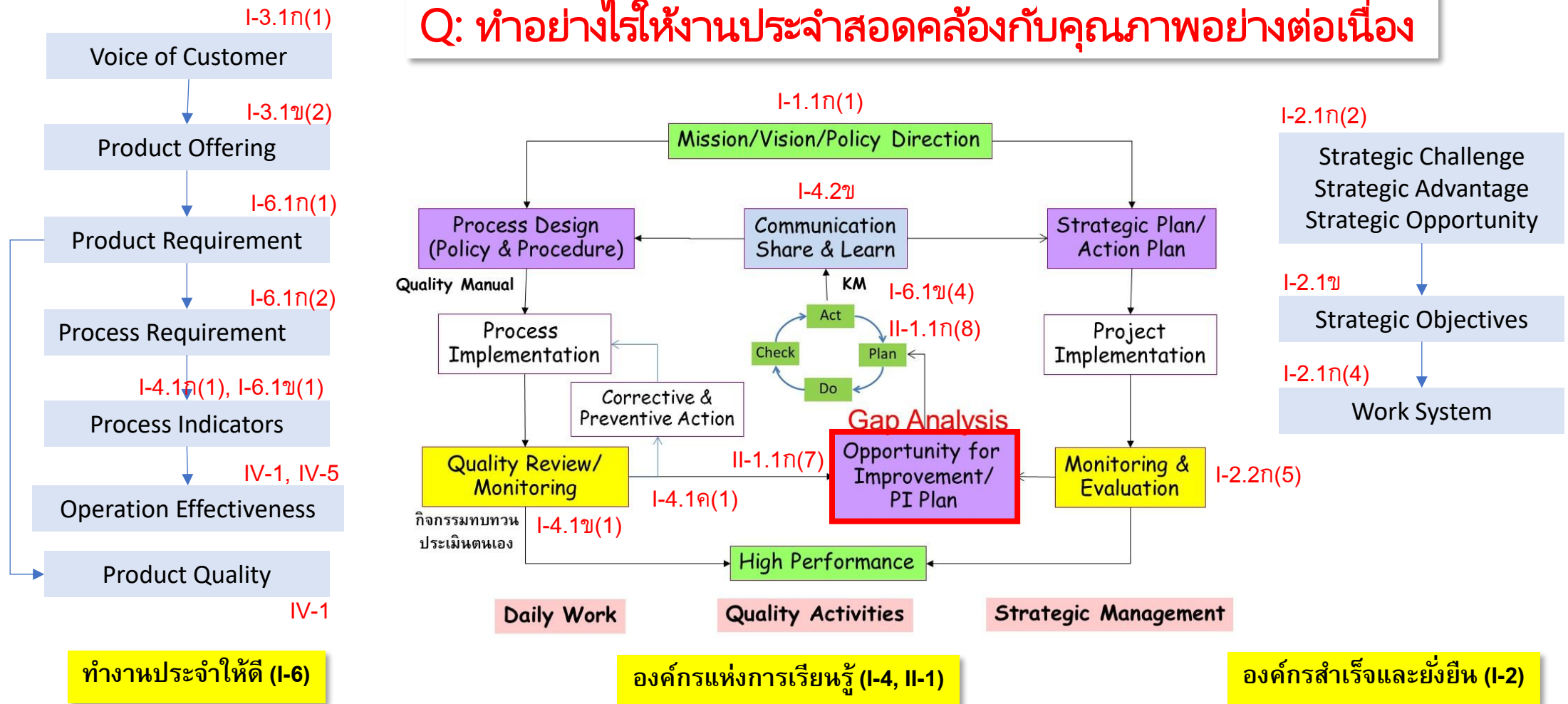
NEWS	ประเด็นการทบทวน	12 กิจกรรมทบทวนในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA
W: Waste		
I-3.2ข(1)	ระยะเวลารอคอย	
I-4.2ก(2)	โอกาสนำระบบ IT มาเพิ่มประสิทธิภาพงาน	
I-6.1ค(1)	การจัดซื้อ คลังพัสดุ และเครือข่ายอุปทาน	
I-6.2ก(1)	วงรอบเวลา (turn-around-time)	
I-6.2ก(1)	การลดการใช้ การนำกลับมาใช้ซ้ำ	
II-1.1ข(1)	Patient flow	
II-1.1ข(1)	โอกาสบูรณาการกระบวนการดูแลผู้ป่วย	
II-1.1ข(1)	การใช้สถานที่ (OPD, ER, ward, ICU)	11. การทบทวนการใช้ทรัพยากร
II-1.1ข(1), III-2ข(1)	การตรวจ investigation	
II-1.1ข(1), II-6ก(5)	การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	
II-1.1ข(1), III-4.3ข	การทำหัตถการ	
II-3.1ก, II-3.2ก	การบำรุงรักษา	
II-3.2ข	การใช้สาธารณูปโภค	

การทบทวนคือพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ

NEWS	ประเด็นการทบทวน	12 กิจกรรมทบทวนในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA
S: Safety		
II-1.2ก(3)	การทบทวนการปฏิบัติตามเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย (PSG)	
II-1.2ก(2)	ความครอบคลุมของการระบุความเสี่ยง	5. การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง
II-4.1ข(1)(2)	การเฝ้าระวังการติดเชื้อ	6. การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
II-6.1ก(3)	การทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยา/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา	7. การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา
II-1.2ก(4)	การทบทวนและเรียนรู้จากอุบัติการณ์	8. การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ
II-1.1ก(4)	การทบทวนและเรียนรู้จากสถานการณ์ประจำวัน	
I-4.1ข(1)	การทบทวน reliability / defect rate	
I-6.1ก(3)	การทบทวนการใช้ stronger action / HFE	

3 ลักษณะงานในองค์กร

Q: ทำอย่างไรให้งานประจำสอดคล้องกับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

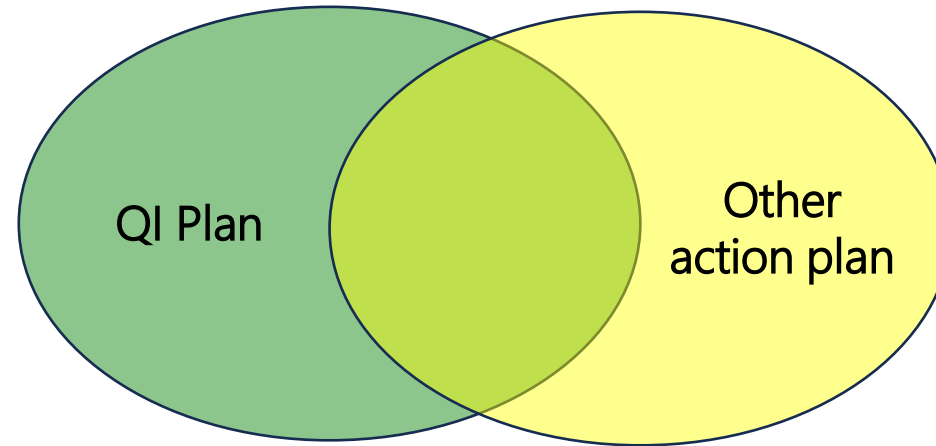
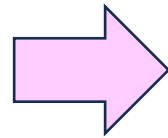


Operational Effectiveness

Strategy

แผนกลยุทธ์กับแผนพัฒนาคุณภาพ

แผนกลยุทธ์



ส่วนที่เกี่ยวกับ
การพัฒนาคุณภาพ

Q: แผนพัฒนาคุณภาพ ควรเป็นแผนเดียวกับแผนยุทธศาสตร์หรือไม่

Q: แผนพัฒนาคุณภาพต้องสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ รพ.ทุกประเด็น
และต้องแยกแยะกับยุทธศาสตร์หรือไม่

Q: แผนพัฒนาคุณภาพกับแผนปฏิบัติการ

4P of Planning from Recommendation

ควรเรียนรู้จากการทบทวนอุบัติการณ์ การวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ นำมากำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่รัดกุมและจัดทำแผนแก้ไขหากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อลดผลกระทบ เป็นการพัฒนาไปสู่เป้าหมายด้านความปลอดภัยตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาล

นำคำสำคัญจากข้อเสนอแนะของผู้เยี่ยมสำรวจ
มาจัดแบ่งเป็น 3 กลุ่ม

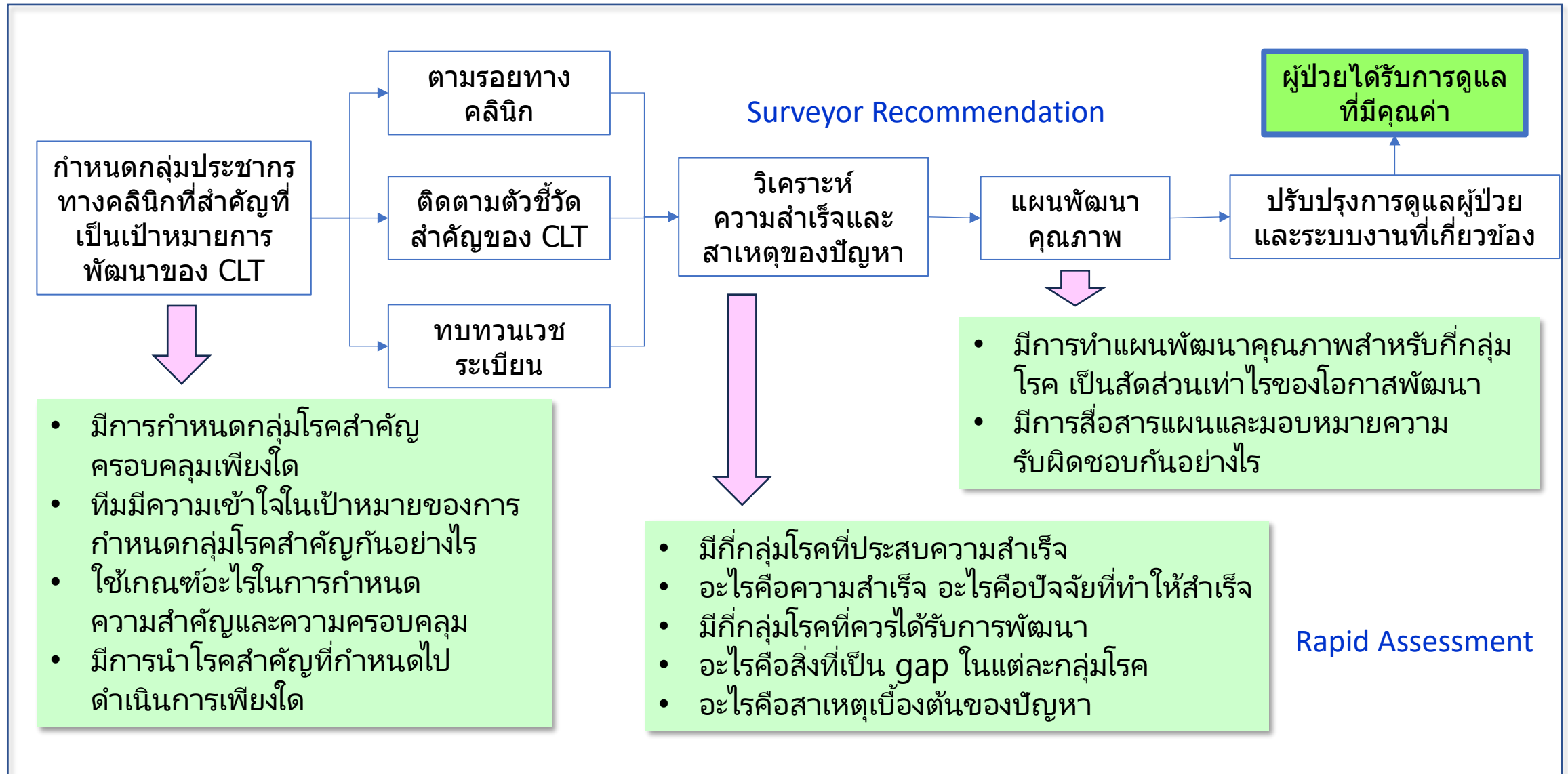


Purpose	Process	Priority Area	Performance Monitor & Evaluate	Performance Results
Purpose ผู้เยี่ยมชมต้องการให้เราบรรลุเป้าหมายอะไร	Processes (QI Plan) ผู้เยี่ยมชมแนะนำให้เราทำอะไร	Problems/Context ผู้เยี่ยมชมเห็นปัญหาอะไร		
ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย	- ทบทวนอุบัติการณ์ (RCA) - วิเคราะห์ความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ - กำหนดมาตรการป้องกัน - กำหนดมาตรการบรรเทาความรุนแรงเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ - สื่อสารฝึกอบรม - ติดตามการปฏิบัติ	- ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง - ช่องโหว่ในกระบวนการดูแล - อุบัติการณ์ที่เคยเกิด - เข็มมุ่งความปลอดภัย		



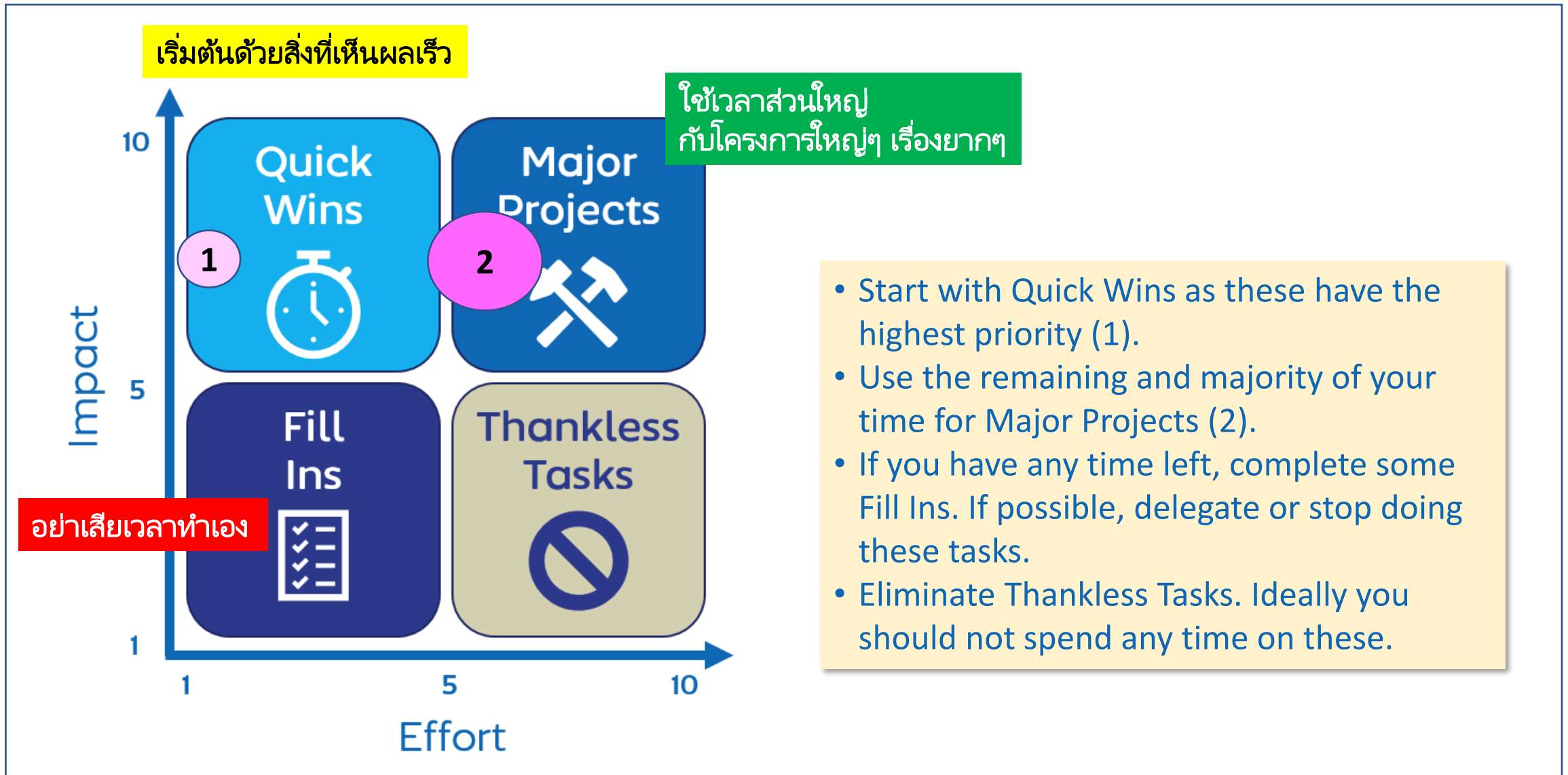
เพิ่มเติมด้วยโจทย์ที่ รพ.ค้นพบเอง

ประเมินการปฏิบัติตามแผนด้วย Rapid Assessment



ประเภทและองค์ประกอบของแผนพัฒนาคุณภาพ

Type of Improvement Plan



องค์ประกอบของแผน

เป้าหมาย (Goal)	วัตถุประสงค์ (Objective)	ตัวชี้วัด (Indicator)	กิจกรรม	ระยะเวลา (เริ่ม-เสร็จ)	ผู้รับผิดชอบ

ระดับ

- ระดับองค์กร โดยศูนย์คุณภาพ
 - ระดับระบบงาน/CLT/PCT โดยคณะกรรมการระบบงาน/CLT/PCT
 - ระดับหน่วยงาน โดยหน่วยงาน
- (ศูนย์คุณภาพให้คำปรึกษาและติดตามการจัดทำแผนคุณภาพในทุกระดับ)

Q: ใครคือผู้รับผิดชอบทำแผนพัฒนาคุณภาพ

องค์ประกอบสำคัญของ QI Plan

สิ่งที่สำคัญในแผน

1. วัตถุประสงค์
2. ผู้รับผิดชอบ ใครทำ ใครติดตาม
3. หมายเหตุ เพื่อการติดตามความก้าวหน้า

สิ่งที่มีประโยชน์รอง หากจะนำเสนอต่อผู้เยี่ยม

1. วิธีการ/กิจกรรมการพัฒนา ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ควรมีตัวเชื่อมระหว่างวัตถุประสงค์กับกิจกรรม คือ กลยุทธ์ หรือ intermediate outcome หรือ primary/secondary driver
2. งบประมาณ เป็นเรื่องภายในองค์กร เป็นหลักประกันพื้นฐาน ซึ่งไม่ควรเป็นเหตุผลว่าทำงานไม่สำเร็จเพราะขาดทรัพยากร

Quality Improvement Plan

Vision: To be a leading hospital in Thailand.

Mission: To consistently deliver high-quality healthcare services.

I. Foundational Pillars

These are the core elements upon which your QI plan will be built.

*** Leadership Commitment and Governance:**

- * Establish a Quality Council/Committee:
- * Define Roles and Responsibilities: for all staff
- * Allocate Resources: Ensure adequate budget, staffing, and technology are allocated for QI activities.
- * Develop a Quality Policy: the hospital's commitment to quality and patient safety.

*** Culture of Quality and Safety:**

- * Promote a Just Culture:
- * Staff Education and Training:
 - * Regular training on QI methodologies (e.g., PDCA, Lean, Six Sigma, Root Cause Analysis).
 - * Patient safety training for all new hires and ongoing refreshers.
 - * Training on incident reporting and risk management.
- * Employee Engagement:
- * Patient and Family Engagement:

Quality Improvement Plan

II. Key Strategic Areas for Improvement

*** Patient Safety:**

- * Incident Reporting System:
- * Root Cause Analysis (RCA):
- * Proactive Risk Assessments
- * Implement Patient Safety Goals:
- * Safety Huddles/Briefings:.

*** Clinical Effectiveness and Outcomes:**

- * Clinical Practice Guidelines (CPGs) and Protocols:
- * Outcome Measurement:
 - * Track key clinical outcomes
 - * Benchmark against national, regional, and international standards.
- * Clinical Audit: Regularly audit clinical processes and outcomes against established standards.
- * Variance Management: Identify and address deviations from expected clinical pathways.
- * Antimicrobial Stewardship Program:

*** Patient-Centered Care:**

*** Efficiency and Resource Utilization:**

*** Information Management and Technology:**

Quality Improvement Plan

II. Key Strategic Areas for Improvement

- * **Patient Safety:**
- * **Clinical Effectiveness and Outcomes:**
- * **Patient-Centered Care:**
 - * Patient Experience Measurement:
 - * Patient Satisfaction Surveys:
 - * Feedback Channels: Provide multiple channels for patient feedback.
 - * Communication:
 - * Respect and Dignity: Ensure all interactions uphold patient dignity, privacy, and cultural sensitivities.
 - * Access to Care: Improve accessibility, reduce wait times, and streamline patient flow.
- * **Efficiency and Resource Utilization:**
 - * Process Mapping and Improvement: identify bottlenecks, redundancies, and inefficiencies
 - * Resource Management: Optimize utilization of equipment, supplies, and staff.
 - * Cost-Effectiveness Analysis: Evaluate the cost-effectiveness of different care interventions.
 - * Waste Reduction: Identify and eliminate waste in all forms
- * **Information Management and Technology:**

Quality Improvement Plan

II. Key Strategic Areas for Improvement

- * **Patient Safety:**
- * **Clinical Effectiveness and Outcomes:**
- * **Patient-Centered Care:**
- * **Efficiency and Resource Utilization:**
- * **Information Management and Technology:**
 - * Electronic Health Records (EHR) System:
 - * Data Analytics:
 - * Dashboard Reporting:
 - * Interoperability:

III. Implementation Framework. How you will put your plan into action.

- * **Prioritization of QI Initiatives:**
- * **QI Methodologies:**
- * **Performance Measurement and Monitoring:**
- * **Communication and Transparency:**
- * **Sustainability and Continuous Improvement:**

IV. Accreditation and Certification

Quality Improvement Plan

III. Implementation Framework. How you will put your plan into action.

*** Prioritization of QI Initiatives:**

- * Data-Driven Selection:
- * Impact vs. Feasibility Matrix:
- * SWOT Analysis:

*** QI Methodologies:**

- * PDCA (Plan-Do-Check-Act) Cycle:
- * Lean Healthcare: Focus on value creation and waste elimination.
- * Six Sigma: Reduce variation and defects in processes.
- * Root Cause Analysis (RCA): For reactive problem-solving.
- * Failure Mode and Effects Analysis (FMEA): For proactive risk assessment.

*** Performance Measurement and Monitoring:**

- * Key Performance Indicators (KPIs):
- * Data Collection and Analysis:
- * Regular Reporting:
- * Benchmarking:

*** Communication and Transparency:**

*** Sustainability and Continuous Improvement:**

Quality Improvement Plan

III. Implementation Framework. How you will put your plan into action.

- * **Prioritization of QI Initiatives:**
- * **QI Methodologies:**
- * **Performance Measurement and Monitoring:**
- * **Communication and Transparency:**
 - * Internal Communication:
 - * External Communication:
 - * Feedback Loops: feedback from QI activities is shared with the relevant teams and individuals.
- * **Sustainability and Continuous Improvement:**
 - * Integration into Daily Operations:
 - * Recognition and Celebration:
 - * Learning Organization:
 - * Regular Review and Updates: Annually review and update the QI plan

IV. Accreditation and Certification