โรงพยาบาลพัทลุง
Phatthalung Hospital

แผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ตามประเด็นยุทธศาสตร์

ปีงบประมาณ 2570

(1 ตุลาคม 2569 – 30 กันยายน 2570)



โรงพยาบาลพัทลุง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ



แผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ตามประเด็นยุทธศาสตร์

ปีงบประมาณ 2570

(1 ตุลาคม 2569 – 30 กันยายน 2570)

โรงพยาบาลพัทลุง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จัดทำโดย กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ

ฉบับรวบรวม ณ วันที่ 30 กันยายน 2569

วิสัยทัศน์

“เป็นเลิศบริการ เชี่ยวชาญครบด้าน มาตรฐานระดับประเทศ”

คำนำ

โรงพยาบาลพัทลุงมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนชาวจังหวัดพัทลุงได้รับบริการที่ปลอดภัย ได้มาตรฐาน และเข้าถึงได้อย่างทันเวลา ภายใต้วิสัยทัศน์ "เป็นเลิศบริการ เชี่ยวชาญครบด้าน มาตรฐานระดับประเทศ" การพัฒนาคุณภาพจะเกิดผลอย่างแท้จริงเมื่อเป็นส่วนหนึ่งของทิศทางองค์กร โรงพยาบาลจึงจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพฉบับนี้ให้เชื่อมโยงกับประเด็นยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลโดยตรง

แผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลพัทลุง ปีงบประมาณ 2569 ครอบคลุม 6 กลยุทธ์ และตัวชี้วัดเชิงกลยุทธ์ 43 ตัว ตั้งแต่การยกระดับระบบบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร การเป็นสถาบันหลักร่วมผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุข ความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย การพัฒนาสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะ ไปจนถึงระบบสนับสนุนบริการ แต่ละกลยุทธ์กำหนดวัตถุประสงค์ ประเด็นคุณภาพ ตัวชี้วัด มาตรการ และผู้รับผิดชอบไว้อย่างชัดเจน พร้อมผลการดำเนินงาน บทเรียนสำคัญ และข้อเสนอเพื่อการพัฒนาในปีงบประมาณ 2570

แผนฉบับนี้จัดทำตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 และตอบสนองข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ที่ให้แผนพัฒนาคุณภาพเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ และถ่ายทอดสู่ทีมนำ คณะกรรมการ และทีมนำทางคลินิก เพื่อให้ทุกระดับขององค์กรขับเคลื่อนไปในทิศทางเดียวกัน

คณะผู้จัดทำขอขอบคุณคณะผู้บริหาร ทีมนำทางคลินิก คณะกรรมการระบบงานสำคัญ ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด และบุคลากรทุกท่านที่ร่วมดำเนินงานและให้ข้อมูล หวังเป็นอย่างยิ่งว่าแผนฉบับนี้จะเป็นเครื่องมือในการกำกับ ติดตาม และเรียนรู้ เพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของโรงพยาบาลพัทลุงอย่างยั่งยืนต่อไป

คณะผู้จัดทำ
โรงพยาบาลพัทลุง
30 กันยายน 2569

สารบัญ

บทที่ 1 บริบทและทิศทางองค์กร ปี 2570 1

วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม 1

บทที่ 2 การวิเคราะห์สถานการณ์คุณภาพ 2

ผลการดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์ที่ผ่านมา 2

การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส ภัยคุกคามด้านคุณภาพ 2

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์และแผนงาน โรงพยาบาลพัทลุง ปี 2570 8

บทที่ 3 แผนพัฒนาคุณภาพระดับโรงพยาบาล (QI Plan) 14

นโยบายคุณภาพและความปลอดภัย 14

เป้าหมายคุณภาพระดับองค์กร ปี 2570 14

วัตถุประสงค์ 14

ขอบเขตของแผนพัฒนา 15

กรอบแนวคิด 15

แผนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลพัทลุง 16

QI-1: ระบบบริหารความเสี่ยงและเหตุอันตรายที่ป้องกันได้ 16

QI-2 การดักจับและตอบสนองผู้ป่วยทรุดลง และการนิเทศทางคลินิก 17

QI-3 การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลและเชื้อดื้อยา 18

QI-4 ความปลอดภัยด้านยา 19

QI-5 การดูแลโรคสำคัญตามเวลามาตรฐานและการลดความผิดพลาดในการวินิจฉัย 20

QI-6 การดูแลต่อเนื่องและเครือข่ายบริการ 22

QI-7 คุณภาพข้อมูลและระบบตัวชี้วัดที่เชื่อมโยงทุกระดับ 23

QI-8 การไหลของผู้ป่วย ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร และคุณค่าการบริการ 24

QI-9 ระบบสนับสนุน: ความปลอดภัยและความผูกพันของบุคลากร สิ่งแวดล้อม และความต่อเนื่องของบริการ 25

บทที่ 4 การถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติ กลไกการขับเคลื่อน และ PDCA 29

กระบวนการถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติ (Plan Deployment & Alignment) 29

โครงสร้างและกลไกการขับเคลื่อนคุณภาพ (Governance & Driving Mechanisms) 30

กระบวนการบริหารจัดการคุณภาพตามวงจร PDSA และการประเมินผล (ADLI & LeTCLi) 31

แนวทางการประเมินผลการขับเคลื่อน 32

ปฏิทินการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2570 34

บทที่ 1
บริบทและทิศทางองค์กร ปี 2570

วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม

วิสัยทัศน์ *"เป็นเลิศบริการ เชี่ยวชาญครบด้าน มาตรฐานระดับประเทศ"*

พันธกิจ

M1 ให้บริการสุขภาพที่เข้าถึงได้ ทันเวลา ปลอดภัย และได้มาตรฐาน พร้อมพัฒนาความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ตามบทบาทและศักยภาพของโรงพยาบาล

M2 ร่วมกับภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และจัดระบบดูแลต่อเนื่องอย่างไร้รอยต่อ ตั้งแต่ปฐมภูมิ โรงพยาบาล จนถึงชุมชน

M3 ร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาวะและความผูกพันของบุคลากร และสร้างองค์ความรู้ งานวิจัยและนวัตกรรมเพื่อยกระดับบริการ

M4 บริหารองค์กรด้วยธรรมาภิบาล ใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างปลอดภัย และจัดการทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เพื่อให้องค์กรมั่นคงและพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง

ค่านิยม

ทีมงานดี (Team work)
มีใจเอื้อ (Service mind / Holistic care)
เพื่อประชา (Customer focus)
พาเรียนรู้ (Response and Learning)
คู่คุณธรรม (Ethic and Professional)

กลยุทธ์

กลยุทธ์ที่ 1	ยกระดับบริการและความเชี่ยวชาญทางการแพทย์สู่ความเป็นเลิศ
กลยุทธ์ที่ 2	สร้างสุขภาวะและระบบดูแลไร้รอยต่อร่วมกับภาคีเครือข่าย
กลยุทธ์ที่ 3	พัฒนากำลังคน องค์กรแห่งความสุข และการศึกษา วิจัยและนวัตกรรม
กลยุทธ์ที่ 4	พัฒนาการบริหารองค์กรด้วยธรรมาภิบาล ข้อมูลและดิจิทัล เพื่อความมั่นคงและพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง

เข็มมุ่ง 3P Safety, PDSC: Stroke, HIP Fracture, HAIT Level 2

บทที่ 2
การวิเคราะห์สถานการณ์คุณภาพ

ผลการดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์ที่ผ่านมา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2565	2566	2567	2568	2569*
ร้อยละการปฏิบัติตามโครงการตามแผนกลยุทธ์	>90%	92.85	95.65	96.25	95.52	96.53
ร้อยละตัวชี้วัดตามกลยุทธ์ที่บรรลุเป้าหมาย	>80%	61.53	88.00	79.17	84.80	83.72
ผลการประเมิน TPS	A	A	A	A	A	A
ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาตาม Training need	>80%	55.55	72.20	50.00	66.00	59.66
Sum adjusted RW	>31,000	62,463	71,089	74,890	76,072	74,880

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่า โครงการดำเนินได้ตามแผนสูงกว่า 95% ต่อเนื่อง แต่ตัวชี้วัดบรรลุเป้าเพียง 79–85% แสดงว่า “ทำครบแต่ยังไม่ได้ประสบผลสำเร็จรอบด้าน” จึงควรมุ่งเน้นการเลือกมาตรการที่ตรงสาเหตุและติดตามผลลัพธ์ใกล้ชิดขึ้น ส่วนการพัฒนาบุคลากรตาม Training need ต่ำกว่าเป้าหมายทุกปี เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อ แผนพัฒนาคุณภาพในประเด็นที่ต้องใช้สมรรถนะของบุคลากร

การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส ภัยคุกคามด้านคุณภาพ

	Strengths (จุดแข็ง)		Weakness (จุดอ่อน)
S1	ผู้นำมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาองค์กร	W1	การเข้าถึงบริการไม่ครอบคลุมทุกกลุ่ม เช่น กลุ่มเปราะบาง ด้อยโอกาส
S2	ผู้นำมีการยอมรับความคิดเห็นรอบด้าน	W2	การเข้าถึงการรักษาบางกลุ่มโรค
S3	มีแพทย์เฉพาะทางครบทุกสาขา	W3	ระยะเวลารอคอยในการรับบริการ
S4	มีระบบบริการที่ครอบคลุมและมีศักยภาพ	W4	การควบคุมกำกับติดตามระบบงานไม่ต่อเนื่อง
S5	มีหน่วยบริการปฐมภูมิครอบคลุมพื้นที่เขตเมือง	W5	การกำหนดตัวชี้วัดไม่ชัดเจนและไม่สอดคล้อง
S6	มีระบบส่งต่อและส่งกลับเครือข่ายที่ชัดเจน	W6	คุณภาพของข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์
S7	สถาบันสมทบรับการฝึกนักศึกษาแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข	W7	ระบบสารสนเทศของรพ.ไม่เอื้อต่อการจัดเก็บรายได้

	Strengths (จุดแข็ง)		Weakness (จุดอ่อน)
S8	มีโครงสร้างที่ชัดเจนตามกรอบของกระทรวงและบริบทของ รพ.	W8	ความมั่นคงปลอดภัยในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ
S9	บุคลากรมีการยอมรับการเปลี่ยนแปลง	W9	กระบวนการจัดการความรู้ในองค์กรไม่ต่อเนื่อง
S10	มีบุคลากรทางด้าน IT ที่มีศักยภาพ (โปรแกรมเมอร์)	W10	วัฒนธรรมความปลอดภัย
S11	บุคลากรมีความเชี่ยวชาญ มีทักษะเฉพาะด้าน	W11	ขาดการนำค่านิยมองค์กรลงสู่การปฏิบัติ
S12	มีการทำงานเป็นทีม	W12	บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานขาดทักษะด้าน IT
S13	มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	W13	ความเชี่ยวชาญของบุคลากรบางสาขาไม่รองรับแพทย์เฉพาะทาง
S14	มีการกำหนดแผนกลยุทธ์ที่ชัดเจน	W14	ภาระงาน ความสมดุลในชีวิตและงาน
S15	มีการถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติ	W15	การแต่งกายและบุคลิกภาพของบุคลากร
S16	มีทีมคร่อมสายงาน เช่น PCT และระบบงานสำคัญ	W16	ความก้าวหน้าของบุคลากรสายสนับสนุน
S17	มีการตัดสินใจประเด็นสำคัญในรูปแบบคณะกรรมการ	W17	ประสิทธิภาพการเบิกจ่ายจากกองทุน
S18	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญทุกสาขา	W18	พื้นที่ให้บริการแผนกทันตกรรมไม่เพียงพอต่อการจัดบริการ
S19	ช่างบำรุงรักษาครบทุกสาขา	W19	กระบวนการจัดซื้อจัดจ้างล่าช้า
S20	มีสภาพคล่องทางการเงิน	W20	อาคารเก่าหลายอาคาร และอยู่ห่างกัน

	Opportunities (โอกาส)		Threats (อุปสรรค)
O1	มีนโยบายเอื้อต่อการพัฒนางาน เช่น thailand4.0,แผนยุทธศาสตร์ 20 ปี, service plan ,เขตสุขภาพ,จังหวัด	T1	สังคมผู้สูงอายุมากขึ้น
O2	ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐและภาคประชาชน (อปท. ,สถาบันการศึกษา)	T2	ความไม่แน่นอนของระบบการจัดสรรงบประมาณ
O3	จุดเชื่อมการคมนาคมของภาคใต้ตอนล่าง	T3	สื่อสังคมออนไลน์ /การร้องเรียนเพิ่มมากขึ้น และข้อมูลที่ไม่ถูกต้องถูกส่งต่ออย่างรวดเร็ว
O4	ระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัย เอื้อต่อการพัฒนาระบบบริการ	T4	ปัญหาด้านการจราจร(ในเขตเมือง)ทำให้การเข้าถึงบริการฉุกเฉินล่าช้า
O5	เป็นเมืองเกษตรกรรม และท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์	T5	พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม (ฟันผุ, อ้วน, โรคหัวใจ, ไต)

	Opportunities (โอกาส)		Threats (อุปสรรค)
O6	ไม่มีคู่แข่ง (ในจังหวัด)	T6	ความเชื่อมั่นในภาพลักษณ์องค์กร
O7	กองทุนกรมบัญชีกลาง	T7	ความไม่มีวินัยและระเบียบของประชาชน
O8	สปสช.	T8	เครือข่าย รพช. ไม่เข้มแข็ง
O9	นโยบายสร้าง รพ.ทันตกรรม	T9	CMI เรียกเก็บได้น้อยกว่าความเป็นจริง
O10	การกำกับโดยสภาวิชาชีพ	T10	ปัญหายาเสพติดปริมาณมาก
		T11	การควบคุมโรค NCD ไม่ได้ตามเป้าหมาย
		T12	มีช่องทางเข้าถึงอาหาร Fast Food ง่ายขึ้น
		T13	ปัญหาเศรษฐกิจทำให้ประชาชนต้องพึ่งพาสวัสดิการรัฐ

Swot Matrix (ทบทวนปี 68 – ปี 72)

SO/ST (Adventage) **จุดแข็ง - โอกาส ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์**	**WO/WT จุดอ่อน โอกาส (Challenges)** **ความท้าทายเชิงกลยุทธ์**
S1,S2,S5,O1,O2,O3,O4,O8 O9,O10 = เพิ่มศักยภาพระบบบริการครบวงจร	W1,W4,O1,O4,=พัฒนาระบบบริการด้วยเทคโนโลยี
S1,S4,S5,S6,S7,O1,O2,O4,O6 O8 O9,O10 = พัฒนาศักยภาพให้มีความเชี่ยวชาญ	W7,O1,O2,O3,O4,O5,O6 O8 O9,O10,=ส่งเสริมบริการเชิงรุกร่วมกับภาคีเครือข่าย
S1,S3,S5,S7,O1,O2,O3,O4,O6 ,O8 O9,O10,T8 = พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย	W2,W3,W6, W13,W14, W16, W17,W18, W19,W20 O1,O3,O4=พัฒนาระบบบริหารจัดการ
S1,S2,S3,S4,S5,S10,O2,O3,O4,O5 O8 O9,O1 = พัฒนาระบบบริการสู่ความเป็นชั้นนำ (ทันตกรรม ไต HIV Newborn)	W1,W3,W5,W6,O1,O2,O4,O6 O8 O9,O10,=พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
S3,O1,O2,O4,O10=พัฒนาคุณภาพบริการเพื่อสู่การรับรอง JCI (ผ่านการรับรองระดับสากล)	W3,T3,T6,T9=พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อความถูกต้องและทันเวลา
S1,S3,S6,T6=สร้างภาพลักษณ์องค์กรโดยผู้บริหารระดับสูง	W1,W2,W4,W9,W10,W11,T4,T5,T6,T7,T9=พัฒนารูปแบบบริการมาตรฐานสากลสู่การรับรอง
S2,T2=เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์	
S4,S6,S7,T1,T5,T6=พัฒนาการดูแลผู้สูงอายุและการส่งเสริมสุขภาพแบบครบวงจรร่วมกับภาคีเครือข่าย	
S3,T3,T5=เพิ่มประสิทธิภาพการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารผ่านระบบออนไลน์	
S7,S1,S3 = เพิ่มประสิทธิภาพด้านทรัพยากรบุคคล	

SO/ST (Adventage) จุดแข็ง - โอกาส ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์	WO/WT จุดอ่อน โอกาส (Challenges) ความท้าทายเชิงกลยุทธ์
S9,S10,O1,O2,O4= พัฒนาเป็นโรงพยาบาลสมทบด้านการศึกษา	
S1-S10,T8 =จัดระบบบริการรักษาตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคระบาด โรคอุบัติใหม่	

จากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลพัทลุง (SWOT Analysis) พบว่าองค์กรมีจุดแข็งสำคัญด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหาร ทีมแพทย์เฉพาะทางและสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญครบทุกสาขา ระบบส่งต่อเครือข่ายที่ชัดเจน และสภาพคล่องทางการเงิน รวมถึงมีโอกาสจากนโยบายภาครัฐ เทคโนโลยีที่ทันสมัย และความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย แต่ยังคงมีจุดอ่อนภายในเรื่องระยะเวลารอคอย การเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง ข้อจำกัดด้านระบบสารสนเทศ ภาระงานบุคลากร และอาคารสถานที่เก่า ควบคู่กับอุปสรรคภายนอกอย่างสังคมผู้สูงอายุ ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การร้องเรียนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และความไม่แน่นอนของงบประมาณ ทั้งนี้ เมื่อนำปัจจัยดังกล่าวมาสังเคราะห์เป็น SWOT Matrix (ทบทวนปี 2568–2572) โรงพยาบาลได้กำหนดทิศทางขับเคลื่อนออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ กลุ่มความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ (SO/ST) ที่มุ่งใช้จุดแข็งและโอกาสในการยกระดับบริการเฉพาะทางสู่ความเป็นเลิศและมาตรฐานสากล (JCI) พัฒนาศักยภาพเครือข่าย การดูแลผู้สูงอายุ การรับมือภาวะฉุกเฉินโรคระบาด การเป็นสถาบันสมทบด้านการศึกษา และการสร้างภาพลักษณ์องค์กร และกลุ่มความท้าทายเชิงกลยุทธ์ (WO/WT) ที่มุ่งแก้ไขจุดอ่อนและลดผลกระทบจากอุปสรรค ผ่านการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้ถูกต้องทันเวลา การส่งเสริมบริการเชิงรุกร่วมกับภาคีเครือข่าย และการปรับปรุงระบบบริหารจัดการภายในให้ได้มาตรฐานสากลอย่างยั่งยืน

จากการสังเคราะห์แนวทางใน SWOT Matrix ควบคู่กับบทเรียนจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าแม้โครงการจะดำเนินการได้ตามแผนสูงกว่า 95% แต่ตัวชี้วัดกลับบรรลุเป้าหมายเพียง 79–85% ทำให้โรงพยาบาลมุ่งเน้นการเลือกมาตรการที่ตรงสาเหตุและติดตามผลลัพธ์อย่างใกล้ชิดยิ่งขึ้น ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวจึงถูกนำมาต่อยอดเป็นกรอบทิศทางการขับเคลื่อนองค์กรในปีงบประมาณ 2570 ผ่าน กลยุทธ์หลัก 4 ด้าน และเข็มมุ่งสำคัญ (ได้แก่ 3P Safety, PDSC: Stroke, HIP Fracture และ HAIT Level 2) ก่อนจะถ่ายทอดและแปลงสู่ ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์และแผนงาน โรงพยาบาลพัทลุง ปี 2570 โดยได้กำหนด 4 เสาหลัก ด้านคุณภาพ และ 15 กลุ่มตัวชี้วัดระดับองค์กร (Corporate KPI) ดังนี้

เสาหลักที่ 1: บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการทันเวลา ปลอดภัย ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และมีผลลัพธ์ทางคลินิกตามมาตรฐาน

1) ประสบการณ์ผู้รับบริการและความทันเวลาของบริการ มุ่งประเมินความประทับใจของผู้มารับบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ควบคู่กับการบริหารจัดการลดระยะเวลารอคอยในจุดบริการผู้ป่วยนอก (ตั้งแต่รอซักประวัติ พบแพทย์ จนถึงรับยา) ทั้งกลุ่มนัดหมายและไม่นัดหมาย
2) การรักษาโรคสำคัญภายในเวลามาตรฐาน วัดความรวดเร็วและความแม่นยำในการให้การรักษาผู้ป่วยภาวะวิกฤตและโรคสำคัญภายในเวลาที่กำหนด (Golden Period) เช่น โรคหลอดเลือดสมองตีบ/แตก (Stroke), กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI), ภาวะติดเชื้อรุนแรงจากชุมชน (Sepsis), กระดูกสะโพกหักเฉียบพลันในผู้สูงอายุ และการดูแลภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3) ผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคสำคัญ ติดตามประสิทธิผลของการรักษาในขั้นสุดท้าย โดยมุ่งลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญและกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหัวใจ STEMI, ภาวะติดเชื้อรุนแรงจากชุมชน, ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก (ติดตามภายใน 1 ปี) และทารกคลอดก่อนกำหนด (ระยะ 0–7 วันหลังเกิด)
4) ความปลอดภัยของผู้ป่วยและความก้าวหน้าระบบคุณภาพ มุ่งเน้นการป้องกันความเสี่ยงทางคลินิก (ลดอุบัติการณ์รุนแรงระดับ E–I, การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด, ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และการดักจับความเสี่ยง Near Miss) พร้อมยกระดับการรับรองมาตรฐานคุณภาพระดับประเทศและเฉพาะทาง เช่น HA, NQA, PDSC, ITA รวมถึงมาตรฐานระบบยา ห้องปฏิบัติการ รังสีวินิจฉัย และกายภาพบำบัด
5) ศักยภาพและประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยซับซ้อน สะท้อนขีดความสามารถของโรงพยาบาลในการรองรับและรักษาผู้ป่วยในที่มีความยุ่งยากซับซ้อนของโรคสูง (วัดจากค่าเฉลี่ย Case Mix Index: CMI) และลดอัตราการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกโรงพยาบาล (Refer Out) ในกรณีที่สามารถดูแลรักษาเองได้

เสาหลักที่ 2: เครือข่ายและสุขภาวะ (PP&P Excellence) มุ่งสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และจัดระบบดูแลต่อเนื่องอย่างไร้รอยต่อตั้งแต่ปฐมภูมิ โรงพยาบาล จนถึงชุมชน

6) การเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่จำเป็นและคุณภาพเครือข่าย มุ่งยกระดับมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิสู่เกณฑ์มาตรฐานฉบับก้าวหน้า และพัฒนาสมรรถนะของเครือข่ายภาคประชาชน (อสม.) ให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ผู้สูงอายุ รวมถึงด้านจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน
7) ผลลัพธ์สุขภาพประชากรและกลุ่มเสี่ยงโรคสำคัญ เน้นการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเชิงรุกในระดับประชากร ผ่านการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป และการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้สามารถเข้าสู่ภาวะโรคสงบ (DM Remission) ตามเกณฑ์
8) ความสำเร็จของการส่งต่อ ส่งกลับ และดูแลต่อเนื่อง วัดความไร้รอยต่อของระบบบริการสุขภาพตั้งแต่การส่งกลับผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤตไปดูแลต่อเนื่องใกล้บ้าน (Refer Back) ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพและติดตามผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ภายใน 6 เดือน ให้กลับมาช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น (Barthel Index > 15)

เสาหลักที่ 3: บุคลากรและการเรียนรู้ (People Excellence) มุ่งพัฒนากำลังคน สร้างองค์กรแห่งความสุข ควบคู่กับการศึกษา วิจัย และนวัตกรรมเพื่อยกระดับบริการ

9) ความพร้อมของกำลังคนและสมรรถนะตามยุทธศาสตร์ มุ่งพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรกลุ่มเป้าหมายให้ครบถ้วนตามแผนความต้องการจำเป็นในการฝึกอบรม (Training Need) เพื่อให้กำลังคนมีสมรรถนะสอดคล้องกับทิศทางยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
10) สุขภาวะ ความปลอดภัย และความผูกพันของบุคลากร ส่งเสริมสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยโดยลดความรุนแรงของการบาดเจ็บในบุคลากรที่สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง พร้อมสร้างความผูกพันต่อองค์กร (Engagement) เพื่อรักษาบุคลากรไว้และลดอัตราการลาออก

11) คุณภาพการร่วมผลิตบุคลากรสุขภาพและการนำองค์ความรู้ไปพัฒนาบริการ สะท้อนบทบาทการเป็นสถาบันร่วมผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ (การพัฒนาอาจารย์แพทย์ การประเมินแพทย์เพิ่มพูนทักษะ และความพร้อมของพื้นที่ฝึกทักษะ) ควบคู่กับการส่งเสริมผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เพื่อนำองค์ความรู้มาต่อยอดพัฒนาบริการ

เสาหลักที่ 4: องค์กรมั่นคงและพร้อมปรับตัว (Governance Excellence) มุ่งบริหารงานด้วยธรรมาภิบาล ใช้ข้อมูลและดิจิทัลอย่างปลอดภัย จัดการทรัพยากรคุ้มค่า และพร้อมรับภาวะวิกฤต

12) ธรรมาภิบาลและความรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม มุ่งเน้นการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมและชุมชนรอบข้าง ผ่านการควบคุมคุณภาพน้ำทิ้งให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกพารามิเตอร์ และการจัดการขยะรวมถึงของเสียทางการแพทย์อย่างรัดกุมเพื่อไม่ให้เกิดข้อร้องเรียน
13) ประสิทธิภาพกระบวนงานดิจิทัลและความมั่นคงปลอดภัยข้อมูล ยกระดับโครงสร้างพื้นฐานและกระบวนการทำงานสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) ตามมาตรฐานเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (HAIT) ควบคู่กับการเสริมสร้างความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ (CTAM) และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) ไม่ให้เกิดการละเมิด
14) ความมั่นคงทางการเงินและความคุ้มค่าของทรัพยากร ประเมินเสถียรภาพทางการเงินและประสิทธิภาพในการบริหารจัดการงบประมาณและทรัพยากรของโรงพยาบาลอย่างคุ้มค่า โดยอ้างอิงตามเกณฑ์คะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Total Performance Score: TPS)
15) ความพร้อมและความต่อเนื่องของบริการสำคัญเมื่อเกิดภาวะวิกฤต วัดขีดความสามารถในการบริหารความต่อเนื่องทางธุรกิจ (BCP) และความพร้อมรับมือเหตุฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าบริการทางการแพทย์ที่สำคัญของโรงพยาบาลจะไม่หยุดชะงักเกินระยะเวลาที่ยอมรับได้

เพื่อให้เกิดคุณภาพการดำเนินงานด้านคุณภาพของโรงพยาบาล จึงได้นำ 4 เสาหลักด้านคุณภาพ และ 15 กลุ่มตัวชี้วัดระดับองค์กรข้างต้นมาเพื่อกำหนดตัวชี้วัดเชิงกลยุทธ์ ดังนี้

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์และแผนงาน โรงพยาบาลพัทลุง ปี 2570

เสาหลัก	ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัดระดับองค์กร (C)	ตัวชี้วัดกลยุทธ์ (K)	เกณฑ์	ความถี่การเก็บข้อมูล
เสาหลักที่ 1: บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	S1 ยกระดับบริการและความเชี่ยวชาญทางการแพทย์สู่ความเป็นเลิศ	C1.1 ประสบการณ์ผู้รับบริการและความทันเวลาของบริการ	1. ร้อยละของผู้รับบริการที่มีความพึงพอใจต่อบริการ 1.1 ผู้ป่วยนอก 1.2 ผู้ป่วยใน	 ≥ 90% ≥ 90%	 รายครึ่งปี รายครึ่งปี
			2. ค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยผู้ป่วยนอก 2.1 ไม่นัด 2.2 นัด	 ≤ 180 นาที ≤ 90 นาที	 รายไตรมาส รายไตรมาส
		C1.2 การรักษาโรคสำคัญภายในเวลามาตรฐาน	3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาทีหลังมาถึงโรงพยาบาล (Door to needle time)	≥ 80%	รายเดือน
			4. ร้อยละของผู้ป่วยเลือดออกในสมองที่มีข้อบ่งชี้ผ่าตัดฉุกเฉินและได้รับการผ่าตัดภายในเวลาที่กำหนด (60 นาที)	≥ 80%	รายเดือน
			5. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับ Primary PCI ภายในเวลามาตรฐานตามการรับบริการ	≥ 70%	รายเดือน
			6. ร้อยละของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อรุนแรงจากชุมชน (Community Acquired) ที่ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังได้รับการวินิจฉัย	≥ 80%	รายเดือน
			7. ร้อยละของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักเฉียบพลันที่มีข้อบ่งชี้ผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมงหลังรับไว้รักษา	≥ 80%	รายเดือน

เสาหลัก	ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัดระดับองค์กร (C)	ตัวชี้วัดกลยุทธ์ (K)	เกณฑ์	ความถี่การเก็บข้อมูล
			8. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมีข้อบ่งชี้ ที่ได้รับยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูกภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย	≥ 90%	รายเดือน
			9. ร้อยละของทารกเกิดมีชีพที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์	< 8%	รายปี
		C1.3 ผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคสำคัญ	10. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคสำคัญ แยกรายโรคและระยะเวลาติดตาม	ผ่านตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป	รายเดือน
			- อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	< 7%	รายเดือน
			- อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< 9%	รายเดือน
			- อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อรุนแรงจากชุมชน	< 22%	รายเดือน
			- อัตราการเสียชีวิตภายใน 1 ปีของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักเฉียบพลัน	< 20%	รายเดือน
			- อัตราการเสียชีวิตระยะ 0-7 วันหลังเกิดของทารกคลอดก่อนกำหนด	< 9 ต่อ / 1,000 การคลอด	รายปี
		C1.4 ความปลอดภัยของผู้ป่วยและความก้าวหน้าระบบคุณภาพ	11. อัตราการเกิดอุบัติการณ์ทางคลินิกที่ก่อให้เกิดอันตรายระดับ E–I	ลดลงจากปีฐานหรือปีก่อนหน้า ≥ 10%	รายปี
			12. ร้อยละการรายงานอุบัติการณ์ near miss	≥ 60%	รายปี

เสาหลัก	ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัดระดับองค์กร (C)	ตัวชี้วัดกลยุทธ์ (K)	เกณฑ์	ความถี่การเก็บข้อมูล
			13. อัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ	≤ 3.5 ครั้งต่อ 1000 วันการใช้เครื่องช่วยหายใจ	รายเดือน
			14. จำนวนอุบัติการณ์ระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดที่ก่อให้เกิดอันตรายระดับ E ขึ้นไป	ลดลงกว่าค่าเฉลี่ย 5 ปีที่ผ่านมา	รายปี
			15. สถานะการรับรองมาตรฐานคุณภาพ แยกรายมาตรฐาน	ผ่านตั้งแต่ 5 ข้อขึ้นไป	รายปี
			- ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA re-accreditation	≥ บันไดขั้น 3	รายปี
			- ผ่านการรับรองมาตรฐาน NQA	ผ่านการรับรอง	รายปี
			- ผ่านรับรองมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา	ผ่านการรับรอง	รายปี
			- ผ่านการรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย	ผ่านการรับรอง	รายปี
			- ผ่านการรับรองมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด	ผ่านการรับรอง	รายปี
			- ผ่านการรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	ผ่านการรับรอง	รายปี
			- ผ่านการประเมิน ITA (≥ 90)	≥ 90	รายปี
			- ผ่านเกณฑ์ PDSC	ปีละอย่างน้อย 1 โรค	รายปี

เสาหลัก	ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัดระดับองค์กร (C)	ตัวชี้วัดกลยุทธ์ (K)	เกณฑ์	ความถี่การเก็บข้อมูล
		C1.5 ศักยภาพและประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยซับซ้อน	16. ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยใน (Case Mix Index: CMI)	> 1.5%	รายเดือน
			17. อัตราการส่งต่อผู้ป่วยออก (Refer Out) ที่หลีกเลี่ยงได้	ลดลงจากรอบก่อน ≥ 10%	รายไตรมาส
เสาหลักที่ 2: เครือข่ายและสุขภาวะ (PP&P Excellence)	S2 สร้างสุขภาวะและระบบดูแลไร้รอยต่อร่วมกับภาคีเครือข่าย	C2.1 การเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่จำเป็นและคุณภาพเครือข่าย	18. ร้อยละของ อสม. กลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการประเมินสมรรถนะหลังการพัฒนาในสาขาที่กำหนด (โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้สูงอายุ จิตเวช และยาเสพติด)	≥ 90%	รายปี
			19. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิเป้าหมายผ่านเกณฑ์มาตรฐานฉบับก้าวหน้า (ปี 2571-2573)	≥ 30%	รายปี
		C2.2 ผลลัพธ์สุขภาพประชากรและกลุ่มเสี่ยงโรคสำคัญ	20. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มเป้าหมายที่เข้าสู่ภาวะโรคสงบตามเกณฑ์	≥ 10%	รายปี
			21. ร้อยละของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่เข้าเกณฑ์และได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ	≥ 90%	รายไตรมาส
		C2.3 ความสำเร็จของการส่งต่อ ส่งกลับ และดูแลต่อเนื่อง	22. ร้อยละของผู้ป่วย IMC (intermediate Care) กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการฟื้นฟูและติดตามครบตามแผนการดูแลภายใน 6 เดือน	≥ 90%	รายปี
			23. ร้อยละของผู้ป่วย IMC กลุ่มเป้าหมายที่มีคะแนน Barthel Index มากกว่า 15 คะแนน ณ การประเมินเดือนที่ 6	≥ 90%	รายปี

เสาหลัก	ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัดระดับองค์กร (C)	ตัวชี้วัดกลยุทธ์ (K)	เกณฑ์	ความถี่การเก็บข้อมูล
			24. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ส่งกลับและได้รับการส่งกลับเพื่อดูแลต่อเนื่อง (Refer Back)	เพิ่มขึ้นจากรอบก่อน ≥ 5%	รายไตรมาส
เสาหลักที่ 3: บุคลากรและการเรียนรู้ (People Excellence)	S3 พัฒนากำลังคน องค์กรแห่งความสุข และการศึกษา วิจัย และนวัตกรรม	C3.1 ความพร้อมของกำลังคนและสมรรถนะตามยุทธศาสตร์	25. ร้อยละของบุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการพัฒนาครบตามแผน Training Need	≥ 80%	รายปี
		C3.2 สุขภาวะ ความปลอดภัย และความผูกพันของบุคลากร	26. ร้อยละความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กรตามเกณฑ์ที่กำหนด	≥ 70%	รายปี
			27. อัตราการลาออกของบุคลากร	< 10%	รายปี
			28. อัตราความรุนแรงของการบาดเจ็บของบุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง	เท่ากับ 0	รายไตรมาส
		C3.3 คุณภาพการร่วมผลิตบุคลากรสุขภาพและการนำองค์ความรู้ไปพัฒนาบริการ	29. ร้อยละของอาจารย์แพทย์กลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Rookie Teacher	100%	รายปี
			30. ร้อยละของแพทย์เพิ่มพูนทักษะชั้นปีที่ 1 ที่ผ่านการประเมินความรู้และทักษะตามเกณฑ์หลักสูตร	100%	รายปี
			31. จำนวนผลงานวิจัยของโรงพยาบาลที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารตามเกณฑ์ที่กำหนดในปีงบประมาณ	เพิ่มขึ้น 5 เรื่องจากปีฐาน	รายปี
			32. ร้อยละของห้องเรียนและพื้นที่ฝึกทักษะที่มีความพร้อมตามมาตรฐานที่กำหนด	100%	รายปี

เสาหลัก	ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัดระดับองค์กร (C)	ตัวชี้วัดกลยุทธ์ (K)	เกณฑ์	ความถี่การเก็บข้อมูล
เสาหลักที่ 4: องค์กรมั่นคงและพร้อมปรับตัว (Governance Excellence)	S4 พัฒนาการบริหารองค์กรด้วยธรรมาภิบาลข้อมูลและดิจิทัลเพื่อความมั่นคงและพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง	C4.1 ธรรมาภิบาลและความรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม	33. ร้อยละของการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านเกณฑ์ครบทุกพารามิเตอร์ที่กำหนด	ผ่านเกณฑ์ ทุกพารามิเตอร์	รายไตรมาส
			34. จำนวนข้อร้องเรียนด้านขยะและของเสียทางการแพทย์	เท่ากับ 0	รายปี
		C4.2 ประสิทธิภาพกระบวนงานดิจิทัลและความมั่นคงปลอดภัยข้อมูล	35. ระดับผลการประเมินมาตรฐาน HAIT	ผ่านระดับ 2	รายปี
			36. ระดับผลการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ	≥ ระดับทอง	รายปี
			37. ผลการประเมินความพร้อมด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ตามเกณฑ์ CTAM (Cybersecurity Threat Assessment Maturity)	ผ่าน CTAM ≥ 17 ข้อ	รายปี
			38. จำนวนข้อร้องเรียนการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล	เท่ากับ 0	รายปี
		C4.3 ความมั่นคงทางการเงินและความคุ้มค่าของทรัพยากร	39. คะแนนผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังตามเกณฑ์ TPS (Total Performance Score)	≥ 12	รายไตรมาส
		C4.4 ความพร้อมและความต่อเนื่องของบริการสำคัญเมื่อเกิดภาวะวิกฤต	40. จำนวนครั้งที่บริการสำคัญหยุดชะงักเกินระยะเวลาที่ยอมรับได้	0 ครั้ง	รายปี

บทที่ 3
แผนพัฒนาคุณภาพระดับโรงพยาบาล (QI Plan)

ในปีงบประมาณ 2570 โรงพยาบาลพัทลุงมีนโยบายการดำเนินงานด้านคุณภาพ ดังนี้

นโยบายคุณภาพและความปลอดภัย

นโยบายคุณภาพโรงพยาบาลพัทลุง ปี 2570
"ผู้ป่วยปลอดภัย บริการได้มาตรฐาน คุ้มค่า เชื่อมโยงเครือข่าย ด้วยข้อมูลที่เชื่อถือได้"

1. ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรเป็นอันดับแรก ทุกคนมีหน้าที่รายงานและเรียนรู้จากความเสี่ยงโดยไม่กล่าวโทษ (Just culture) ตามแนวทาง 3P Safety
2. ทุกทีมและทุกหน่วยงานพัฒนาคุณภาพด้วยข้อมูล ใช้ตัวชี้วัดชุดเดียวกับแผนยุทธศาสตร์ และทบทวนผลอย่างสม่ำเสมอ
3. ออกแบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนมาถึงโรงพยาบาลจนกลับสู่ชุมชน ร่วมกับเครือข่ายบริการในจังหวัด
4. การพัฒนาคุณภาพต้องลดความสูญเปล่าและสร้างคุณค่าต่อผู้ป่วยและองค์กร
5. ผู้บริหารทุกระดับเป็นแบบอย่าง เยี่ยมหน่วยงาน (Leadership walk round) และสนับสนุนทรัพยากรสำหรับการพัฒนาตามลำดับความสำคัญ

เป้าหมายคุณภาพระดับองค์กร ปี 2570

1. อุบัติการณ์ทางคลินิกระดับ E–I ลดลงอย่างน้อย 10% จากปีฐาน โดยอัตราการรายงาน Near miss ไม่น้อยกว่า 60%
2. ตัวชี้วัดตามกลยุทธ์บรรลุเป้าหมายไม่น้อยกว่า 85% และถ่ายทอดตัวชี้วัดถึงระดับทีมและหน่วยงาน
3. ผู้ป่วยโรคสำคัญได้รับการรักษาจำเพาะภายในเวลามาตรฐานตามเกณฑ์
4. ผ่านการประเมิน HAIT ระดับ 2 และคะแนนประสิทธิภาพการเงิน TPS ไม่น้อยกว่า 12

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ปีงบประมาณ 2570 โรงพยาบาลพัทลุงมีการเปลี่ยนแปลงสำคัญหลายด้าน ได้แก่ การปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ปี 2570 นโยบาย CPGR ของผู้อำนวยการ การก่อสร้างอาคารอุบัติเหตุฉุกเฉิน 6 ชั้น การยกระดับ HAIT สู่ระดับ 2 และแรงกดดันด้านการเงินการคลัง จึงได้วางแผนพัฒนาคุณภาพที่จัดลำดับความสำคัญชัดเจนและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ดังข้อมูลต่อไปนี้

วัตถุประสงค์

1) เพื่อกำหนดทิศทาง นโยบาย และประเด็นพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยระดับโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2570 ที่เชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์

2) เพื่อตอบสนองข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมสำรวจของ สรพ. อย่างเป็นระบบ และเตรียมความพร้อมรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองครั้งที่ 4
3) เพื่อถ่ายทอดเป้าหมายคุณภาพสู่ทีมนำทางคลินิก คณะกรรมการระบบงานสำคัญ และหน่วยงาน ด้วยตัวชี้วัดชุดเดียวกัน
4) เพื่อกำหนดกลไกการกำกับ ติดตาม ประเมินผล และเรียนรู้ ที่ทำให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ขอบเขตของแผนพัฒนา

แผนนี้ครอบคลุมการพัฒนาคุณภาพทุกระดับในโรงพยาบาลพัทลุง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2569 ถึง 30 กันยายน 2570 ทั้งระบบงานสำคัญ (RM, IC, PTC/MMS, ENV, IM, HRD, PCT) ระบบบริการทางคลินิกทุกสาขา ระบบงานและการสนับสนุน ตลอดจนงานที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายบริการในจังหวัดพัทลุง

กรอบแนวคิด

แผนพัฒนาคุณภาพใช้กรอบแนวคิด “ยุทธศาสตร์นำ คุณภาพขับเคลื่อน” โดยร้อยเรียงจากวิสัยทัศน์ลงสู่การปฏิบัติ และใช้วงจร PDSA และประเมินระบบด้วย ADLI (Approach–Deploy–Learning–Integration) ส่วนผลลัพธ์ประเมินด้วย LeTCLi (Level–Trend–Comparison–Linkage) ดังนี้

ระดับ	องค์ประกอบ	เครื่องมือ/เอกสาร
1. ทิศทาง	วิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบาย เข็มมุ่ง	แผนยุทธศาสตร์ปี 2570
2. องค์กร	Corporate KPI C1–C15 และประเด็นคุณภาพ QI-1 ถึง QI-9	แผนพัฒนาคุณภาพ ปี 2570
3. ทีม	PCT รายสาขา คณะกรรมการระบบงานสำคัญ	แผนพัฒนาคุณภาพของทีม, Clinical tracer, KPI ทีม
4. หน่วยงาน	หอผู้ป่วย/งาน/กลุ่มงาน	Unit profile, CQI อย่างน้อยหน่วยละ 1 เรื่อง, KPI หน่วยงาน
5. บุคคล	บุคลากรทุกคน	ตัวชี้วัดรายบุคคล, P4P ส่วนคุณภาพ

แผนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลพัทลุง

ในปีงบประมาณ 2570 โรงพยาบาลพัทลุงได้วิเคราะห์และจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพระดับโรงพยาบาล (Quality Improvement Plan: QI) โดยใช้ข้อมูลข้างต้น ซึ่งสามารถกำหนดแผนจำนวน 9 ประเด็น ได้แก่

1. QI-1 ระบบความเสี่ยง/E–I
2. QI-2 ผู้ป่วยทรุดลง/นิเทศ

QI-1: ระบบบริหารความเสี่ยงและเหตุอันตรายที่ป้องกันได้

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นความท้าทายเชิงกลยุทธ์ข้อที่ 2 ของโรงพยาบาล การระบุตัวผู้ป่วยเป็นความเสี่ยงสำคัญ (พบอุบัติการณ์ระดับรุนแรง 1 รายในปี 2568) พัฒนาระบบความเสี่ยงและควบคุมการดำเนินงานให้ครอบคลุมถึงการรวบรวม วิเคราะห์ จัดกลุ่มส่งต่อระบบงาน ทบทวนรายเดือน จัดทำ Risk register ที่มีผู้รับผิดชอบ ทบทวนเวชระเบียนด้วย Trigger tool ระบุ Specific clinical risk และทำ RCA อย่างต่อเนื่อง

เป้าหมาย: ลดเหตุอันตรายที่ป้องกันได้ต่อผู้ป่วย และมีระบบความเสี่ยงที่เรียนรู้และป้องกันเชิงรุก

ผู้รับผิดชอบ: คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกับศูนย์พัฒนาคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับแผนพัฒนาคุณภาพ QI-1

รหัส	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 2570	ความถี่
K11	อุบัติการณ์ทางคลินิกระดับ E–I	ลดลง ≥10% จากปีฐาน	รายเดือน
K12	ร้อยละการรายงาน Near miss	≥60%	รายเดือน
K14	การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดระดับ E ขึ้นไป	ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย 5 ปี	รายเดือน
QI1-a	ร้อยละความเสี่ยงระดับสูงใน Risk register ที่มีมาตรการและผู้รับผิดชอบและทบทวนตามรอบ	100%	รายไตรมาส
QI1-b	ร้อยละอุบัติการณ์ระดับ G–I ที่ทำ RCA เสร็จภายใน 45 วัน	100%	รายไตรมาส

มาตรการและกิจกรรมสำคัญ

มาตรการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา
ปรับปรุง Risk register ระดับองค์กร จัดลำดับความเสี่ยง กำหนดเจ้าของความเสี่ยงและรอบการทบทวน	คณะกรรมการ RM	พ.ย.–ธ.ค. 69
กำหนด Specific clinical risk รายสาขาของทุก PCT และนำเข้า Risk register	PCT ทุกสาขา	พ.ย. 69–ม.ค. 70
ทบทวนเวชระเบียนด้วย Global Trigger Tool เดือนละ 20 ฉบับต่อสาขาหลัก	PCT / ศูนย์คุณภาพ	ทุกเดือน

มาตรการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา
ยกระดับมาตรการระบุตัวผู้ป่วย (2 ตัวบ่งชี้ทุกจุดบริการ , wristband/barcode) และ Audit รายไตรมาส	RM / องค์กรพยาบาล / IT	ธ.ค. 69–มี.ค. 70
RCA และเวทีเรียนรู้ความเสี่ยง (Risk sharing) รายเดือน สื่อสารบทเรียนสู่หน่วยงาน	RM	ทุกเดือน
ส่งเสริม Just culture และการรายงาน Near miss ผ่าน HRMS on Cloud / NRLS เชื่อม P4P	RM / HRD	ตลอดปี

QI-2 การดักจับและตอบสนองผู้ป่วยทรุดลง และการนิเทศทางคลินิก

แผนและการดำเนินการใจการทบทวนแนวทางเฝ้าระวังผู้ป่วยเสี่ยงสูง (ภาวะช็อก หลังผ่าตัดใหญ่ อาการทางสมอง) พัฒนาค่า Early warning sign รายสาขา เกณฑ์การขอคำปรึกษา และทบทวนผู้ป่วยทรุดลง เสียชีวิต และรับจากลูกข่าย และให้องค์กรพยาบาลพัฒนาระบบนิเทศทางคลินิกที่ช่วยให้พยาบาลวินิจฉัยทางการพยาบาลตามความรุนแรงได้ ประเด็นนี้สำคัญยิ่งเมื่ออัตราครองเตียงสูงถึง 94% และผู้ป่วยมีความซับซ้อนมากขึ้น

เป้าหมาย: ผู้ป่วยที่อาการทรุดลงได้รับการดักจับและรักษาทันเวลา ลดการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

ผู้รับผิดชอบ: คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (PCT รวม) และกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับแผนพัฒนาคุณภาพ QI-2

รหัส	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 2570	ความถี่
QI2-a	อัตรา Unplanned CPR / cardiac arrest ในหอผู้ป่วย (ต่อ 1,000 วันนอน)	ลดลง ≥10%	รายเดือน
QI2-b	ร้อยละ Unplanned ICU admission ที่มีสัญญาณเตือนล่วงหน้าแต่ไม่ได้รับการตอบสนองตามเกณฑ์	ลดลง ≥20%	รายไตรมาส
QI2-c	ร้อยละหอผู้ป่วยที่ผ่านการนิเทศทางคลินิกตามแผน (Septic shock, Organ failure, Hypovolemic shock, Respiratory failure, Volume overload)	100%	รายไตรมาส
K10	ผ่านเกณฑ์อัตราตายโรคสำคัญ	≥ 3 ใน 5 โรค	รายไตรมาส

มาตรการและกิจกรรมสำคัญ

มาตรการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา
กำหนด Early warning score มาตรฐานขององค์กร (NEWS/MEWS, PEWS, MEOWS) และเกณฑ์จำเพาะรายสาขา พร้อมเกณฑ์รายงานแพทย์	PCT / องค์กรพยาบาล	พ.ย.–ธ.ค. 69
จัดตั้ง/ทบทวนระบบ Rapid response (RRT) และ Escalation pathway ถึงแพทย์เวร แพทย์เฉพาะทาง	องค์กรแพทย์ / PCT	ธ.ค. 69–ก.พ. 70
ออกแบบระบบนิเทศทางคลินิก (Clinical supervision) และพัฒนาผู้นิเทศให้มีทักษะโค้ช ขยายจาก Sepsis สู่ภาวะวิกฤตอื่น	กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล	พ.ย. 69–มี.ค. 70
ทบทวนผู้ป่วยทรุดลง/เสียชีวิต/Unplanned ICU/รับจากลูกข่ายทุกราย (Mortality & Morbidity)	PCT ทุกสาขา	ทุกเดือน
พัฒนาเกณฑ์การส่งต่อและ Early warning สำหรับ รพช. ลูกข่ายตามบริบท	PCT / ศูนย์ส่งต่อ	ม.ค.–มิ.ย. 70

QI-3 การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลและเชื้อดื้อยา

การติดเชื้อสำคัญ (VAP, CAUTI, CLABSI) และเชื้อดื้อยาเป็นความเสี่ยงสำคัญขององค์กรตาม SAR สรพ. เสนอแนะให้ทบทวนการออกแบบระบบ IC ให้ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง บริการเสี่ยง และพื้นที่เสี่ยง กำกับการปฏิบัติตาม Bundle และ Standard precaution การเฝ้าระวังหลังจำหน่าย การระบายอากาศห้องผ่าตัด การทำลายเชื้อเครื่องมือผ่าตัดตา การล้าง Scope และการจัดการผ้าเปื้อน อีกทั้งอัตราครองเตียงสูงและการเปิด ICU ใหม่ 36 เตียงจะเพิ่มความเสี่ยงหากระบบไม่แข็งแรง

เป้าหมาย: ลดการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการดูแลรักษาและการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

ผู้รับผิดชอบ: คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ร่วมกับคณะกรรมการสิ่งแวดล้อม (ENV)

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับแผนพัฒนาคุณภาพ QI-3

รหัส	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 2570	ความถี่
K13	VAP ต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ	≤ 3.5	รายเดือน
QI3-a	CAUTI ต่อ 1,000 วันคาสายสวน	กำหนดเป้า	รายเดือน
QI3-b	CLABSI ต่อ 1,000 วันใส่สาย	กำหนดเป้า	รายเดือน
QI3-c	อัตราการพบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในโรงพยาบาล	ลดลงจากปีฐาน	รายไตรมาส
QI3-d	อัตราการปฏิบัติตามหลักการล้างมือ	≥ 85%	รายเดือน
QI3-e	ร้อยละการปฏิบัติตาม Bundle (VAP/CAUTI/CLABSI) ครบทุกองค์ประกอบ	≥ 90%	รายเดือน

มาตรการและกิจกรรมสำคัญ

มาตรการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา
กำหนด Early warning score มาตรฐานขององค์กร (NEWS/MEWS, PEWS, MEOWS) และเกณฑ์จำเพาะรายสาขา พร้อมเกณฑ์รายงานแพทย์	PCT / องค์กรพยาบาล	พ.ย.–ธ.ค. 69
จัดตั้ง/ทบทวนระบบ Rapid response (RRT) และ Escalation pathway ถึงแพทย์เวร แพทย์เฉพาะทาง	องค์กรแพทย์ / PCT	ธ.ค. 69–ก.พ. 70
ออกแบบระบบนิเทศทางคลินิก (Clinical supervision) และพัฒนาผู้นิเทศให้มีทักษะโค้ช ขยายจาก Sepsis สู่ภาวะวิกฤตอื่น	กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล	พ.ย. 69–มี.ค. 70
ทบทวนผู้ป่วยทรุดลง/เสียชีวิต/Unplanned ICU/รับจากลูกข่ายทุกราย (Mortality & Morbidity)	PCT ทุกสาขา	ทุกเดือน
พัฒนาเกณฑ์การส่งต่อและ Early warning สำหรับ รพช. ลูกข่ายตามบริบท	PCT / ศูนย์ส่งต่อ	ม.ค.–มิ.ย. 70

QI-4 ความปลอดภัยด้านยา

เพิ่มบทบาทความปลอดภัยในระบบยาเชิงรุกโดย PCT ได้แก่ การค้นหาและรายงาน ME/ADE ที่สำคัญ Medication reconciliation การจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง (HAD) ยาเสพติด ใช้กลไกตามรอย และนำ GAP จากการประเมินกรอบพื้นฐานระบบยามาจัดทำแผน โดยเฉพาะบทบาทเภสัชกรในการทบทวนคำสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ ร่างแผนยุทธศาสตร์กำหนดเป้าหมายผ่านการรับรองมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาไว้ตามจัวชี้วัดกลยุทธ์ที่ 15

เป้าหมาย: ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง ปลอดภัย ลดความคลาดเคลื่อนทางยาที่ก่ออันตราย

ผู้รับผิดชอบ: คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC)

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับแผนพัฒนาคุณภาพ QI-4

รหัส	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 2570	ความถี่
QI4-a	การแพ้ยาซ้ำ	0	รายเดือน
QI4-b	ร้อยละผู้ป่วยที่รับไว้ได้รับ Medication reconciliation ภายใน 24 ชม.	≥ 80%	รายไตรมาส
QI4-c	ร้อยละใบสั่งยา OPD กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการทบทวนโดยเภสัชกรก่อนจ่าย	กำหนดเป้า	รายไตรมาส

มาตรการและกิจกรรมสำคัญ

มาตรการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา
ประเมิน GAP ระบบยาตามกรอบพื้นฐาน และจัดทำแผนพัฒนาระบบยาปี 2570	PTC	พ.ย. 69
ขยาย Medication reconciliation ครอบคลุมทุกหอผู้ป่วยทั้ง Admission/Transfer/Discharge	PTC / กลุ่มงานเภสัชกรรม / องค์กรพยาบาล	ธ.ค. 69–มี.ค. 70
มาตรการ HAD ครบวงจร (สั่ง–จ่าย–บริหาร–เฝ้าระวัง) และตามรอยทุกไตรมาส	PTC	ตลอดปี
ออกแบบบทบาทเภสัชกรทบทวนคำสั่งใช้ยา OPD ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (หลายขนาน ไตเสื่อม ผู้สูงอายุ)	กลุ่มงานเภสัชกรรม	ม.ค.–มิ.ย. 70
ใช้ระบบ IT ช่วยดักจับ (Drug allergy alert, Drug interaction, Dose check) ร่วมกับ HAIT	PTC / IT	ตลอดปี
เตรียมรับรองมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา	PTC	ระบุ

QI-5 การดูแลโรคสำคัญตามเวลามาตรฐานและการลดความผิดพลาดในการวินิจฉัย

โรคสำคัญของโรงพยาบาล (Stroke, STEMI, Sepsis, Hip fracture, Preterm) เป็นจุดเน้นในแผนงาน Excellence center ของร่างยุทธศาสตร์ปี 2570 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น (Pneumonia, Cerebrovascular, Ischemic heart, Septicemia) สรพ. เสนอให้วางระบบค้นหา Diagnostic error จากหลายแหล่ง เช่น Unplanned refer, Unplanned CPR, Re-visit, Re-admit และการทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า และโรงพยาบาลมีเป้าหมายขอรับรอง Disease specific certification ใน Hip fracture และ Stroke

เป้าหมาย: ผู้ป่วยโรคสำคัญได้รับการวินิจฉัยถูกต้องและรักษาจำเพาะทันเวลา ผลลัพธ์อยู่ในเกณฑ์ดีกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ

ผู้รับผิดชอบ: คณะกรรมการทีมนำทางคลินิกรายสาขาและห้องฉุกเฉิน

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับแผนพัฒนาคุณภาพ QI-5

รหัส	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 2570	ความถี่
K03	Ischemic stroke ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที (Door to needle)	≥ 80%	รายเดือน
K04	Hemorrhagic stroke ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับผ่าตัดด่วนภายใน 60 นาที	≥ 80%	รายเดือน
K05	STEMI ได้รับ Primary PCI ภายในเวลามาตรฐาน	≥ 70%	รายเดือน

รหัส	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 2570	ความถี่
K06	Community-acquired sepsis ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.	≥ 80%	รายเดือน
K07	Hip fracture ได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชม.	≥ 80%	รายเดือน
K08	มารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับยายับยั้งการหดรัดตัวภายใน 30 นาที	≥ 90%	รายเดือน
K10	อัตราตายโรคสำคัญผ่านเกณฑ์ (Stroke <7%, STEMI <9%, Sepsis <22%, Hip <20%, Preterm 0–7 วัน <9/1,000)	≥ 3 ใน 5 โรค	รายไตรมาส
QI5-a	ร้อยละการเกิด Diagnosis error	ลดลงจากปีฐาน	รายไตรมาส

มาตรการและกิจกรรมสำคัญ

มาตรการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา
ทบทวน CPG/Standing order และ Fast track โรคสำคัญให้ทันสมัย พร้อมติดตาม Compliance	PCT รายสาขา	พ.ย. 69–ม.ค. 70
จัดตั้งระบบค้นหา Diagnostic error จาก Unplanned refer/CPR, Re-visit ER 48 ชม., Re-admit 28 วัน และ Peer review	องค์กรแพทย์ / PCT / RM	ธ.ค. 69–มี.ค. 70
ขยายเครือข่าย Fast track สู่ รพช. (Stroke, STEMI, Sepsis) ผ่าน One Province One ER และ Telemedicine	PCT / ER / ศูนย์ส่งต่อ	ตลอดปี
เตรียมขอรับรอง Disease specific certification: Fracture around hip และ Stroke	PCT ออร์โธปิดิกส์ / อายุรกรรม	ระบุ
เตรียมระบบ Trauma excellent รองรับอาคารอุบัติเหตุใหม่	PCT ศัลยกรรม / ER	ตลอดปี

QI-6 การดูแลต่อเนื่องและเครือข่ายบริการ

การพัฒนาเครือข่ายในจังหวัดเป็นความท้าทายเชิงกลยุทธ์ข้อแรก โดยการมองระบบการดูแลครอบคลุมก่อนมาถึง ในโรงพยาบาล และหลังจำหน่าย เชื่อมโยงแผนพัฒนาเครือข่ายและสะท้อนบทบาทแม่ข่าย รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มโรคสำคัญ และพัฒนาระบบติดตามนัดผู้ป่วยนอก NCD ไม่ให้ขาดนัดขาดยา เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานซึ่งเป็นปัญหาอันดับต้นของทั้งอำเภอเมืองและจังหวัด

เป้าหมาย: ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาล รพช. รพ.สต. และชุมชน

ผู้รับผิดชอบ: คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก ร่วมกับกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับแผนพัฒนาคุณภาพ QI-6

รหัส	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 2570	ความถี่
QI6-a	อัตราการขาดนัดผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ลดลงจากปีฐาน	รายเดือน
K24	ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ได้รับ Refer back เพื่อดูแลต่อเนื่อง	เพิ่มขึ้น ≥ 5%	รายไตรมาส
K22	ผู้ป่วย IMC (Stroke/Hip/Trauma/SCI) ได้รับฟื้นฟูและติดตามครบแผนภายใน 6 เดือน	≥ 90%	รายไตรมาส
K17	อัตรา Refer out ที่หลีกเลี่ยงได้	ลดลง ≥ 10%	รายไตรมาส
K20	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มเป้าหมายเข้าสู่ภาวะโรคสงบ	≥ 10%	รายปี
QI6-b	Re-admit ภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน	ลดลงจากปีฐาน	รายเดือน

มาตรการและกิจกรรมสำคัญ

มาตรการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา
ระบบติดตามผู้ขาดนัด NCD อัตโนมัติ (รายชื่อจาก HIS ส่ง รพ.สต./อสม.) และนัดเหลื่อมเวลา	PCT อายุรกรรม / ปฐมภูมิ / IT	ธ.ค. 69–มี.ค. 70
Discharge planning และ Refer back ผ่าน MOPH Refer สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย	PCT / ศูนย์ส่งต่อ / COC	ตลอดปี
พัฒนาระบบ IMC และเชื่อมทีมฟื้นฟูในชุมชน (นโยบาย Restoration)	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู / COC	ตลอดปี
คลินิกเบาหวานหยุดยาได้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง	PCT อายุรกรรม / สร้างเสริมสุขภาพ	ตลอดปี

มาตรการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา
เยี่ยมเสริมพลัง รพช. ตามนโยบาย One Province One Hospital และวิเคราะห์สาเหตุ Refer out ที่หลีกเลี่ยงได้	ทีมบริหาร / PCT	ไตรมาสละครั้ง

QI-7 คุณภาพข้อมูลและระบบตัวชี้วัดที่เชื่อมโยงทุกระดับ

คุณภาพข้อมูลสารสนเทศเป็นความท้าทายเชิงกลยุทธ์ที่ต้องนำไปสู่การทบทวนตัวชี้วัดให้เห็นความสอดคล้องตั้งแต่ระดับยุทธศาสตร์ ทีมนำ และหน่วยงาน และพัฒนาคุณภาพข้อมูล โดยโรงพยาบาลมีทะเบียน KPI กลางที่กำหนดโครงสร้างรหัส นิยาม สูตร เจ้าของข้อมูล และรอบรายงานไว้แล้ว จึงต่อยอดเป็นระบบเดียวที่ใช้ทั้ง HA, แผนยุทธศาสตร์ และเชื่อมกับเป้าหมาย HAIT ระดับ 2

เป้าหมาย: ทุกระดับใช้ตัวชี้วัดชุดเดียวกัน ข้อมูลถูกต้อง ทันเวลา และใช้ตัดสินใจปรับปรุงงานได้จริง

ผู้รับผิดชอบ: คณะกรรมการสารสนเทศ ร่วมกับกลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับแผนพัฒนาคุณภาพ QI-7

รหัส	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 2570	ความถี่
QI7-a	ร้อยละ Corporate KPI (C1–C15) ที่มี KPI ถ่ายทอดถึงระดับทีมและหน่วยงานพร้อมนิยามครบ	100%	รายไตรมาส
QI7-b	ร้อยละ KPI ในทะเบียนกลางที่ผ่านการทวนสอบข้อมูล (Data validation) ในรอบปี	≥ 80%	รายไตรมาส
QI7-c	ร้อยละ KPI ที่รายงานใน Dashboard ตรงตามรอบ	≥ 90%	รายเดือน
K35	ผ่านการประเมิน HAIT	ระดับ 2	รายปี
K37	ความพร้อมไซเบอร์ตามเกณฑ์ CTAM	ผ่าน ≥ 17 ข้อ	รายปี
QI7-d	ร้อยละการรายงานผล Lab/Patho คลาดเคลื่อน	ลดลงจากปีฐาน	รายเดือน

มาตรการและกิจกรรมสำคัญ

มาตรการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา
ปิดทะเบียน KPI กลาง: ยืนยันนิยาม ค่าฐาน เป้าหมาย เจ้าของข้อมูล และสถานะทวนสอบของ K01–K40	กลุ่มงานยุทธศาสตร์ / เจ้าของ KPI	พ.ย.–ธ.ค. 69

มาตรการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา
จัดทำผังการถ่ายทอด KPI 3 ระดับ (Cascade matrix) ตามบทที่ 7	ยุทธศาสตร์ / ศูนย์คุณภาพ	ธ.ค. 69
พัฒนา Dashboard กลางแสดง Run chart/Control chart ของ Corporate KPI และ QI Theme	กลุ่มงานสารสนเทศ / ยุทธศาสตร์	ธ.ค. 69–มี.ค. 70
สุ่มทวนสอบข้อมูล (Data audit) KPI สำคัญรายไตรมาส เทียบเวชระเบียน/ระบบต้นทาง	IM / เวชระเบียน	ไตรมาสละครั้ง
ขับเคลื่อนแผนแม่บท IT ปี 2570 และ HAIT ระดับ 2 (Cybersecurity, Service desk, ข้อมูลเวชระเบียน)	คณะกรรมการ HAIT	ตลอดปี
อบรมการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาคุณภาพ (Run chart, SPC, LeTCLi) ให้ทีมนำและหัวหน้างาน	ศูนย์คุณภาพ / HRD	ม.ค.–มี.ค. 70

QI-8 การไหลของผู้ป่วย ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร และคุณค่าการบริการ

อัตราครองเตียง 94.22% วันนอนเฉลี่ยเพิ่มจาก 4.15 วัน (2566) เป็น 4.49 วัน (2569) ผู้ป่วย Admit ค้างที่ ER และระยะเวลารอคอย OPD เป็นประเด็นความพึงพอใจ ขณะที่ประมาณการปี 2570 ขาดดุลเชิงโครงสร้าง 262.61 ลบ. (กรณีฐาน) การพัฒนาคุณภาพที่ลดความสูญเปล่า เช่น วันนอนเกินจำเป็น ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ การตรวจซ้ำซ้อน และคุณภาพการสรุปเวชระเบียน จะช่วยทั้งผู้ป่วยและความยั่งยืนขององค์กร

เป้าหมาย: ผู้ป่วยเข้าถึงเตียงและบริการได้ทันเวลา ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และรายได้สะท้อนภาระงานจริง

ผู้รับผิดชอบ: คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการ CFO และ PCT

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับแผนพัฒนาคุณภาพ QI-8

รหัส	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 2570	ความถี่
K02	ระยะเวลารอคอย OPD (ไม่นัด / นัด)	≤180 / ≤90 นาที	รายไตรมาส
K01	ความพึงพอใจผู้รับบริการ OPD / IPD	≥ 90% / ≥ 90%	รายครึ่งปี
QI8-a	ร้อยละผู้ป่วย Admit ที่อยู่ ER มากกว่า 2 ชม.	ลดลงจากปีฐาน	รายเดือน
QI8-b	วันนอนเฉลี่ยเทียบค่าคาดหมายตาม DRG (LOS/Expected LOS) ใน 10 DRG ปริมาณสูง	≤1.0	รายไตรมาส
K16	Case Mix Index (CMI)	>1.5	รายเดือน

รหัส	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 2570	ความถี่
QI8-c	ค่าใช้จ่ายยา/เวชภัณฑ์มิใช่ยา/วัสดุวิทยาศาสตร์ต่อ RW	ไม่เกินปีฐาน	รายไตรมาส
K39	คะแนนประสิทธิภาพการเงินการคลัง TPS	≥12	รายไตรมาส

มาตรการและกิจกรรมสำคัญ

มาตรการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา
จัดตั้งทีม Bed management / Patient flow ติดตามเตียงว่างรายวัน และ Discharge before noon	ทีมบริหาร / องค์กรพยาบาล	ธ.ค. 69–มี.ค. 70
PCT ทบทวนผู้ป่วย LOS เกินค่าคาดหมายและกลุ่มโรคค่าใช้จ่ายสูง (ตาม SAR I-2) ทุกเดือน	PCT ทุกสาขา	ทุกเดือน
ทบทวนคุณภาพการสรุปเวชระเบียนและ Coding ก่อนส่ง e-Claim ในรายที่ค่าใช้จ่ายสูง	เวชระเบียน / ศูนย์จัดเก็บรายได้	ตลอดปี
โครงการลดระยะเวลารอคอย OPD (นัดเหลื่อมเวลา, คิวออนไลน์, Lean)	กลุ่มงานผู้ป่วยนอก	ตลอดปี
เชื่อมผลการพัฒนาคุณภาพกับ Rolling forecast รายเดือนและมาตรการรายรับ–รายจ่ายของ CFO	คณะกรรมการ CFO / ยุทธศาสตร์	ทุกเดือน
ประเมินความคุ้มค่า (ROI) ของโครงการพัฒนาคุณภาพที่ใช้งบประมาณสูง ก่อนอนุมัติ	ยุทธศาสตร์ / การเงิน	ตลอดปี

QI-9 ระบบสนับสนุน: ความปลอดภัยและความผูกพันของบุคลากร สิ่งแวดล้อม และความต่อเนื่องของบริการ

จากข้อมูลสถานการณ์พบว่าภาระงานที่สูงและความสมดุลในชีวิตของบุคลากรเป็นจุดอ่อนสำคัญ ขณะที่การพัฒนาบุคลากรตาม Training need ทำได้เพียง 59.66% (ต่ำกว่าเป้าหมาย 80% ต่อเนื่องทุกปี) ประกอบกับข้อจำกัดด้านอาคารเก่าและอยู่ห่างกัน รวมถึงการก่อสร้างอาคารอุบัติเหตุฉุกเฉิน 6 ชั้น และการเตรียมความพร้อมระบบบริการสำคัญ จึงมุ่งเน้นการดูแลความปลอดภัยและอาชีวอนามัยของบุคลากรตามแนวทาง 3P Safety (Personnel Safety) โดยเฉพาะการป้องกันการบาดเจ็บรุนแรงในกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง การสร้างเสริมสุขภาวะและความผูกพันต่อองค์กรเพื่อลดอัตราการลาออก การเร่งรัดพัฒนาสมรรถนะตามแผน Training need ควบคู่กับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย (คุณภาพน้ำทิ้ง การจัดการขยะและของเสียทางการแพทย์) และการจัดทำแผนบริหารความต่อเนื่องของบริการสำคัญ (BCP) เพื่อรองรับภาวะวิกฤตหรือเหตุฉุกเฉิน

เป้าหมาย: บุคลากรมีความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน ได้รับการพัฒนาสมรรถนะและมีความผูกพันต่อองค์กร สิ่งแวดล้อมและระบบสนับสนุนได้มาตรฐาน และบริการสำคัญดำเนินได้อย่างต่อเนื่องไม่หยุดชะงักเมื่อเกิดภาวะวิกฤต

ผู้รับผิดชอบ: คณะกรรมการระบบงานสำคัญ (HRD / ENV)

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับแผนพัฒนาคุณภาพ QI-9

รหัส	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 2570	ความถี่
K25	ร้อยละของบุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการพัฒนาครบตามแผน Training Need	≥ 80%	รายปี
K26	ร้อยละความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กรตามเกณฑ์ที่กำหนด	≥ 70%	รายปี
K27	อัตราการลาออกของบุคลากร	< 10%	รายปี
K28	อัตราความรุนแรงของการบาดเจ็บของบุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง	เท่ากับ 0	รายไตรมาส
K33	ร้อยละของการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านเกณฑ์ครบทุกพารามิเตอร์ที่กำหนด	ผ่านเกณฑ์ทุกพารามิเตอร์	รายไตรมาส
K34	จำนวนข้อร้องเรียนด้านขยะและของเสียทางการแพทย์	เท่ากับ 0	รายปี
K40	จำนวนครั้งที่บริการสำคัญหยุดชะงักเกินระยะเวลาที่ยอมรับได้	0 ครั้ง	รายปี
QI9-a	ร้อยละหน่วยงานที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงด้านสภาพแวดล้อมการทำงานและมีแผนแก้ไข	100%	รายปี
QI9-b	ร้อยละบุคลากรกลุ่มเสี่ยงจากการตรวจสุขภาพประจำปีที่ได้รับการดูแลติดตามตามเกณฑ์	≥ 80%	รายปี

มาตรการและกิจกรรมสำคัญ

มาตรการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา
จัดทำและกำกับแผนพัฒนาสมรรถนะ (Training Need) รายกลุ่มวิชาชีพให้เชื่อมโยงกับประเด็นคุณภาพสำคัญ (Early warning, Med safety, IC, การวิเคราะห์ข้อมูล และทักษะดิจิทัล) พร้อมติดตามผลรายไตรมาส	HRD / กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล / ศูนย์คุณภาพ	พ.ย. 69–ส.ค. 70
สำรวจความผูกพันของบุคลากร (Engagement survey) วิเคราะห์ปัจจัยภาระงาน สมดุลชีวิต และเส้นทางความก้าวหน้า สายสนับสนุน เพื่อจัดทำแผนธำรงรักษาบุคลากร	HRD / กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล / ฝ่ายบริหาร	ธ.ค. 69–เม.ย. 70
ประเมินความเสี่ยงสภาพแวดล้อมการทำงาน (กายภาพ เคมี ชีวภาพ การยศาสตร์) ทุกหน่วยงาน โดยเฉพาะพื้นที่ก่อสร้างอาคารอุบัติเหตุฉุกเฉิน 6 ชั้น และอาคารเก่า	ENV / กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม	พ.ย. 69–มี.ค. 70
ยกระดับมาตรการป้องกันการบาดเจ็บจากการทำงาน (เข็มทิ่มตำ สารคัดหลั่ง) และระบบป้องกันความรุนแรงในสถานที่ทำงาน (Workplace violence) ในจุดเสี่ยง เช่น ER และหอผู้ป่วยจิตเวช	ENV / IC / RM / อาชีวเวชกรรม	ตลอดปี
ตรวจสุขภาพประจำปีบุคลากร และจัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ/คลินิกดูแลบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs และสุขภาพจิต	กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม / HRD	ม.ค.–ก.ค. 70
ควบคุมกำกับระบบบำบัดน้ำเสีย และระบบจัดการขยะติดเชื้อ/ของเสียทางการแพทย์ตั้งแต่ต้นทางถึงปลายทาง พร้อมสุ่มตรวจตามมาตรฐาน	ENV / งานอนามัยสิ่งแวดล้อม / โครงสร้างพื้นฐานฯ	ทุกไตรมาส

มาตรการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา
ทบทวนแผนบริหารความต่อเนื่องของบริการสำคัญ (BCP) รองรับภาวะวิกฤต (ไฟฟ้าดับ น้ำประปาขาด ระบบ IT ล่ม โรคระบาด ภัยพิบัติ) และจัดซ้อมแผนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	ENV / คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง / IM / ER	ม.ค.–มิ.ย. 70

บทที่ 4
การถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติ กลไกการขับเคลื่อน และ PDCA

เพื่อให้แผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลพัทลุง ปีงบประมาณ 2570 สามารถแปลงจากทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติจริงในทุกระดับ และแก้ไขบทเรียนสำคัญจากปีที่ผ่านมาในประเด็น “ดำเนินโครงการครบตามแผนแต่ตัวชี้วัดผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมายรอบด้าน” โรงพยาบาลจึงกำหนดระบบการถ่ายทอดแผน กลไกการขับเคลื่อน และกระบวนการกำกับติดตามเรียนรู้ตามวงจรคุณภาพอย่างเป็นระบบ ดังนี้

กระบวนการถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติ (Plan Deployment & Alignment)

โรงพยาบาลถ่ายทอดนโยบายคุณภาพ เป้าหมายระดับองค์กร ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ (K01–K40) และประเด็นพัฒนาคุณภาพสำคัญ (QI-1 ถึง QI-9) ลงสู่ 4 ระดับการปฏิบัติการ เพื่อให้ทุกหน่วยงานมุ่งสู่ผลลัพธ์เดียวกันและใช้ข้อมูลชุดเดียวกัน

ระดับการถ่ายทอด	กลไกและวิธีการถ่ายทอด	ผลผลิต/เอกสารเชื่อมโยง	ช่วงเวลาดำเนินการ
1. ระดับทีมนำบริหาร (Executive Leadership)	ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เพื่ออนุมัติแผน มอบหมายผู้บริหารกำกับดูแลรายเสาหลัก (Executive Sponsor) และจัดสรรงบประมาณตามลำดับความสำคัญ	คำสั่งมอบหมายผู้กำกับดูแลแผนและ KPI ระดับองค์กร (C1–C15)	ต.ค.–พ.ย. 2569
2. ระดับทีมคร่อมสายงาน (PCT & ระบบงานสำคัญ)	ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมระหว่างศูนย์พัฒนาคุณภาพ กลุ่มงานยุทธศาสตร์ PCT ทุกสาขา และคณะกรรมการระบบงานสำคัญ (RM, IC, PTC, ENV, IM, HRD) เพื่อรับมอบ QI Theme ที่เกี่ยวข้องไปออกแบบมาตรการเชิงรุก	แผนพัฒนาคุณภาพประจำทีม, Clinical Tracer, แผนพัฒนาระบบงาน และ KPI ระดับทีม	พ.ย.–ธ.ค. 2569
3. ระดับหน่วยงาน (Departments / Wards)	หัวหน้ากลุ่มงานและหัวหน้าหอผู้ป่วยสื่อสารแผนในการประชุม	Unit Profile ฉบับปรับปรุงปี 2570, โครงการ CQI อย่างน้อย	ธ.ค. 2569–ม.ค. 2570

	หน่วยงาน ทบทวนบริบทหน่วยงาน (Service Profile / Unit Profile) ค้นหาปัญหาหน้างานที่เชื่อมโยงกับ QI-1 ถึง QI-9 และจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพ	หน่วยงานละ 1 เรื่อง, KPI หน่วยงาน	
4. ระดับบุคคล (Individual Staff)	สื่อสารผ่านระบบ Intranet, เวทีสื่อสารองค์กร (Town hall) และการพูดคุยหน้างาน (Safety huddle) พร้อมเชื่อมโยงบทบาทด้านคุณภาพและความปลอดภัยเข้ากับการประเมินผลการปฏิบัติงานและแผนฝึกอบรมรายบุคคล	ตัวชี้วัดรายบุคคล (PMS), เกณฑ์ P4P ด้านคุณภาพ (เช่น การรายงานความเสี่ยง/ Near miss), แผนพัฒนารายบุคคล (IDP)	ตลอดปีงบประมาณ

โครงสร้างและกลไกการขับเคลื่อนคุณภาพ (Governance & Driving Mechanisms)

การขับเคลื่อนแผนพัฒนาคุณภาพอาศัยการทำงานประสานกัน (Integration) ระหว่างโครงสร้างสายบังคับบัญชาและทีมคร่อมสายงาน โดยมีบทบาทหน้าที่หลักดังนี้

1. คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล: กำหนดนโยบาย อนุมัติทรัพยากร ติดตามผลลัพธ์ระดับองค์กร (Corporate KPI) เชื่อมโยงกับประมาณการทางการเงิน (Rolling Forecast) และปลดล็อกอุปสรรคเชิงโครงสร้างในการประชุมประจำเดือน
2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการ (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ ร่วมกับ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ): ทำหน้าที่เป็นแกนกลาง (System Integrator) ในการเชื่อมโยงแผนกลยุทธ์กับแผนคุณภาพ ดูแลทะเบียนตัวชี้วัดกลาง สนับสนุนเครื่องมือคุณภาพ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเตรียมความพร้อมรับการเยี่ยมสำรวจจาก สรพ.
3. คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (PCT รายสาขา) และองค์กรวิชาชีพ (องค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล เภสัชกรรม): ขับเคลื่อนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (QI-2, QI-5, QI-6, QI-8) ทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) จัดทำ Clinical Tracer ทบทวนอุบัติการณ์/ผู้ป่วยเสียชีวิต (M&M Conference) และพัฒนาระบบนิเทศทางคลินิก

4. คณะกรรมการระบบงานสำคัญ (RM, IC, PTC, ENV, IM, HRD): ออกแบบมาตรฐานระบบงาน ประเมินช่องว่าง (GAP Analysis) กำกับมาตรการป้องกันความเสี่ยงเชิงระบบ (QI-1, QI-3, QI-4, QI-7, QI-9) และลงเยี่ยมสำรวจภายในร่วมกับทีมคลินิก
5. กลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนสำคัญ:
6. การเยี่ยมสำรวจโดยผู้บริหาร (Leadership Walk Round): ผู้บริหารและทีมระบบงานลงพื้นที่หน้างานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อรับฟังปัญหาด้านความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม และภาระงานจากผู้ปฏิบัติงานโดยตรง
7. การตามรอยคุณภาพภายใน (Internal Survey & Clinical Tracer): จัดทีมผู้เยี่ยมสำรวจภายในลงติดตามการนำมาตรฐานและมาตรการใน QI-1 ถึง QI-9 ไปปฏิบัติจริง พร้อมให้ข้อมูลป้อนกลับเชิงสร้างสรรค์

กระบวนการบริหารจัดการคุณภาพตามวงจร PDSA และการประเมินผล (ADLI & LeTCLi)

โรงพยาบาลใช้กรอบวงจร PDSA (Plan–Do–Study–Act) ในการกำกับการดำเนินงานทุกระดับ ควบคู่กับการประเมินความสมบูรณ์ของกระบวนการด้วย ADLI และการประเมินผลลัพธ์ด้วย LeTCLi ตามมาตรฐาน HA ฉบับที่ 5 ดังนี้

- **ขั้นวางแผน (Plan — เน้น Approach):** วิเคราะห์รากสาเหตุของปัญหาจากข้อมูลจริง (ผลการดำเนินงาน 5 ปี, อุบัติการณ์ความเสี่ยง, ข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมสำรวจของ สรพ. และ SAR) เพื่อเลือกมาตรการที่มีหลักฐานวิชาการรองรับและตรงสาเหตุ กำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัดที่มีนิยามชัดเจน ผู้รับผิดชอบ และกรอบเวลาที่วัดผลได้
- **ขั้นปฏิบัติการ (Do — เน้น Deployment):** นำแนวทางและมาตรการลงสู่การปฏิบัติให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เสี่ยง และช่วงเวลาบริการ (รวมถึงนอกเวลาราชการ) จัดเตรียมความพร้อมของบุคลากรผ่านแผน Training Need สื่อสารแนวทางปฏิบัติให้ชัดเจน และเก็บข้อมูลตัวชี้วัดผ่านระบบสารสนเทศตามรอบความถี่ที่กำหนด
- **ขั้นตรวจสอบและเรียนรู้ (Study — เน้น Learning & LeTCLi):** ติดตามความก้าวหน้าผ่าน Dashboard กลาง โดยวิเคราะห์ผลลัพธ์เชิงลึกตามหลัก LeTCLi ได้แก่ ระดับผลลัพธ์เทียบเป้าหมาย (Level), แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงด้วย Run chart/Control chart (Trend), การเทียบเคียงกับค่าเฉลี่ยระดับประเทศหรือโรงพยาบาลระดับเดียวกัน (Comparison) และความเชื่อมโยงระหว่างตัวชี้วัดกระบวนการกับผลลัพธ์ทางคลินิกและการเงิน (Linkage) หากตัวชี้วัดไม่บรรลุเกณฑ์ ต้องวิเคราะห์หาสาเหตุของการปฏิบัติที่ไม่เป็นไปตามแผน (Implementation Gap)
- **ขั้นปรับปรุงและยกระดับมาตรฐาน (Act — เน้น Integration):** นำบทเรียนที่ได้จากการทบทวน (RCA, Trigger Tool, Data Audit, CQI) มาปรับปรุงมาตรการให้รัดกุมยิ่งขึ้นในรอบไตรมาสถัดไป

หากมาตรการใดได้ผลดี จะยกระดับเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานขององค์กร (Standardization / CPG / WI) และขยายผลข้ามหน่วยงานเพื่อสร้างความยั่งยืน

ปฏิทินการกำกับ ติดตาม และทบทวนแผนประจำปีงบประมาณ 2570

เพื่อให้เกิดการควบคุมกำกับอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลกำหนดรอบการติดตามและทบทวนผลตลอดปีงบประมาณ ดังนี้

ความถี่	กิจกรรมการกำกับติดตาม	ผู้เข้าร่วมหลัก	ประเด็นที่ทบทวนและการตัดสินใจ
รายเดือน	ประชุมคณะกรรมการ RM / IC / PCT และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล	ผู้บริหาร, ประธาน PCT, ประธานระบบงาน, เจ้าของ KPI รายเดือน	ทบทวนอุบัติการณ์สำคัญ (E–I), อัตราตาย/Fast track โรคสำคัญ, อัตราครองเตียง, การติดเชื้อ และ Rolling Forecast เพื่อปรับแก้ปัญหาเฉพาะหน้าทันที
รายไตรมาส	ประชุมติดตามความก้าวหน้าแผนยุทธศาสตร์และแผนพัฒนาคุณภาพ (Quarterly QI & Strategy Review)	คณะกรรมการบริหาร, ศูนย์คุณภาพ, กลุ่มงานยุทธศาสตร์, หัวหน้ากลุ่มงาน	ทบทวนผลสัมฤทธิ์ QI-1 ถึง QI-9 และ KPI รายไตรมาส, ผลสุ่มทวนสอบข้อมูล (Data Validation), วิเคราะห์ตัวชี้วัดที่ตกเกณฑ์และปรับมาตรการ
รายครึ่งปี	การเยี่ยมสำรวจภายใน (Internal Audit) และทบทวนแผนครึ่งปีงบประมาณ	ทีมผู้เยี่ยมสำรวจภายใน, PCT, ระบบงานสำคัญ, ทุกหน่วยงาน	ประเมินการนำแผนลงสู่หน้างานตามเกณฑ์ ADLI, ติดตามความก้าวหน้า CQI หน่วยงาน, ความพึงพอใจผู้รับบริการ และเตรียมความพร้อมรับการต่ออายุการรับรอง HA ครั้งที่ 4
รายปี	มหกรรมคุณภาพโรงพยาบาล (Quality Forum) และสรุปผลการดำเนินงานประจำปี	บุคลากรทุกระดับ, คณะกรรมการบริหาร	นำเสนอผลงาน CQI/นวัตกรรม ถอดบทเรียนความสำเร็จและโอกาสพัฒนา จัดทำรายงานประเมินตนเอง (SAR) และวางโจทย์ยุทธศาสตร์คุณภาพสำหรับปีงบประมาณ 2571

แนวทางการประเมินผลการขับเคลื่อน

การติดตามและประเมินผลแผนพัฒนาคุณภาพดำเนินการทุกสิ้นไตรมาส โดยประเมินกระบวนการตามแนวทาง ADLI และประเมินผลลัพธ์ตามแนวทาง LeTCLi ข้อมูลตัวชี้วัดจะนำเสนอด้วย Run chart หรือ Control chart แทนการพิจารณาตัวเลขรายเดือนเป็นรายจุด เพื่อแยกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจริงออกจาก

ความผันแปรตามปกติของกระบวนการ ตัวชี้วัดใดที่ไม่บรรลุเป้าหมายติดต่อกัน 2 ไตรมาส ทีมเจ้าภาพต้องวิเคราะห์หาสาเหตุและเสนอมาตรการแก้ไขใหม่ต่อคณะกรรมการบริหาร นอกจากนี้ ผู้บริหารจะออกเยี่ยมหน่วยงานในรูปแบบ Leadership/Patient safety walk round อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เมื่อสิ้นปีงบประมาณจะสรุปบทเรียนจากการดำเนินงาน เพื่อใช้เป็นข้อมูลนำเข้าในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2571–2575) และแผนพัฒนาคุณภาพปี 2571 ต่อไป

ปฏิทินการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2570

ลำดับ	กิจกรรม	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
1	จัดทำและอนุมัติ QI Plan 2570		■	■									
2	ปิดทะเบียน KPI กลางและ Cascade matrix		■	■									
3	ทีม/หน่วยงานจัดทำแผนและ CQI			■	■								
4	เตรียมรับเยี่ยมสำรวจ Re-acc ครั้งที่ 4		■	■	■	■							
5	ดำเนินมาตรการ QI-1 ถึง QI-8			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6	ติดตามรายเดือน (คกก.พัฒนาคุณภาพ)		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
7	ทบทวนรายไตรมาส (คกก.บริหาร)			■			■			■			■
8	ปรับแผนกลางปี						■	■					
9	มหกรรมคุณภาพ / Best practice									■			
10	ประเมินผลสิ้นปีและทำแผนปี 2571											■	■