



SD-ACD-056-00

วันที่ประกาศใช้ 5 เมษายน 2566

คู่มือสำหรับสถานพยาบาลในการจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพ
จากข้อเสนอแนะการเยี่ยมชมสำรวจ

จัดทำโดย

กลุ่มภารกิจส่งเสริมการพัฒนาและฝึกอบรม



คู่มือสำหรับสถานพยาบาลในการจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพ จากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



คำนำ

ปรัชญาที่สำคัญของ HA เป็นกระบวนการเรียนรู้มิใช่การตรวจสอบ เรียนรู้จากการประเมินและพัฒนาตนเองร่วมกับการเยี่ยมจากภายนอก เป้าหมายสำคัญของ HA คือ คุณภาพและความปลอดภัยที่ผู้ป่วยจะได้รับ และ HA มุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการเพื่อผลลัพธ์ที่ต้องการ มิได้เน้นเฉพาะกระบวนการหรือผลลัพธ์เพียงส่วนใดส่วนหนึ่ง ทั้งนี้ รพ.ที่จะขอการรับรองในระดับที่สูงขึ้น ควรแสดงให้เห็นถึงการที่สถานพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (หลายวงจร) ในระบบงานและ การดูแลผู้ป่วยต่างๆ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพที่ต่อเนื่อง โดยออกแบบกระบวนการสำคัญคือการติดตามความก้าวหน้าจากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ ซึ่งสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง HA ควรดำเนินการจัดทำแผนการพัฒนาตามข้อเสนอแนะที่ชัดเจนและส่งแผนการพัฒนาคุณภาพมายัง สรพ. เพื่อแสดงความมุ่งมั่นว่าจะมีการดำเนินการพัฒนา ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ แต่อย่างไรก็ตาม การจัดทำแผนฯของสถานพยาบาลอาจมีปัญหาอุปสรรคทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจของผู้ที่รับผิดชอบส่งผลให้สถานพยาบาลไม่สามารถส่งแผนการพัฒนาตามข้อเสนอแนะมายังสรพ.ได้ตามเป้าหมาย สรพ.จึงขอจัดทำคู่มือการจัดทำแผนฯ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์สำหรับสถานพยาบาลนำไปใช้จัดทำแผนเพื่อการพัฒนาคุณภาพที่ต่อเนื่องได้สามารถดำเนินการพัฒนาคุณภาพได้อย่างต่อเนื่อง บรรลุวัตถุประสงค์ สามารถต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพต่อเนื่องต่อไป โดยเกิดความรู้สึก ง่าย มั่น ตีมีสุข ในการพัฒนาคุณภาพ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เมษายน 2566

สารบัญ

WHAT และความสำคัญของ Recommendation	3
ความสำคัญของการจัดทำแผนเพื่อการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องตามข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ	3
แนวคิดในการจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพจากข้อเสนอแนะ	4
HOW TO ในการจัดทำแผน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนใหญ่ๆ ดังนี้.....	4
กระบวนการจัดทำแผนการพัฒนา ประกอบด้วย 9 ขั้นตอนหลักๆ ดังนี้.....	5
ทบทวนการจัดทำแผนพัฒนาของโรงพยาบาลด้วยตนเอง	8
ภาคผนวก.....	9

WHAT และความสำคัญของ Recommendation

ข้อเสนอแนะ (recommendation) เป็นคำเรียกรวมของ “ข้อเสนอแนะหรือข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจ” ซึ่งในกระบวนการประเมินรับรองกระบวนการคุณภาพ HA ข้อเสนอแนะเป็นสิ่งที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจเสนอแก่สถานพยาบาลให้มีการปรับปรุง กรณีที่รพ. มีการดำเนินการบางประเด็นที่อาจไม่สอดคล้องกับมาตรฐาน หรือยังไม่ครบถ้วนในส่วนรายละเอียด

ข้อแนะนำ (suggestion) เป็นข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่อยอดให้ รพ.ดำเนินการเพื่อเพิ่มคุณค่าของการพัฒนาคุณภาพได้ *เป็นข้อแนะนำเพื่อสร้าง Maturity ในการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA*

คุณค่าของข้อเสนอแนะ มีผลต่อในหลายส่วน สามารถสรุปได้ 4 ประเด็น ดังนี้

1. ใช้สำหรับวางแผนการพัฒนาในช่วง 1-3 ปีข้างหน้าเป็นประเด็นสำคัญ ข้อเสนอแนะมีประโยชน์ต่อโรงพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพให้เกิดความต่อเนื่องในช่วงระยะเวลา 1 -3 ปี หลังการรับรองคุณภาพ HA โดยมีทิศทางที่ชัดเจน และสามารถสะท้อนคุณค่าให้ส่งผลให้เกิดผลต่อผู้ป่วยและผู้รับบริการ
2. ข้อเสนอแนะมีคุณค่าต่อคณะที่ปรึกษาฯ การรับรองกระบวนการคุณภาพ ช่วยให้เกิดความมั่นใจในกระบวนการตัดสินใจแม้ว่าจะไม่ได้เข้าเยี่ยมรพ.ด้วยตนเอง
3. มีคุณค่าต่อกลไกการรับรองคุณภาพ HA ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA
4. คุณค่าต่อระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย สามารถรวบรวมและนำเสนอข้อมูลข้อเสนอแนะเป็นภาพรวมของการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย

ความสำคัญของการจัดทำแผนเพื่อการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องตามข้อเสนอแนะการเยี่ยมชมสำรวจ

การจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะให้ความสำคัญในระดับองค์กร สะท้อนภาพรวมขององค์กร การจัดทำแผนจึงมีผู้ที่มีองภาพรวมของความเชื่อมโยงทั้งหมดและไม่แยกส่วนในการจัดทำแผนฯ ดังนั้นการจัดทำแผนจึงไม่ใช่การตอบคำถามจากข้อเสนอแนะการเยี่ยมชมสำรวจที่สรพ.ได้จัดส่งเป็นรายงานการเยี่ยมชมสำรวจให้กับสถานพยาบาล แต่เป็นกระบวนการคิด การทบทวนเชิงกลยุทธ์ การออกแบบระบบงาน วิธีการ ตลอดจนวางแผนการปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลที่ผ่านมาการร่วมกันวิเคราะห์อย่างรอบด้าน ทั้งข้อมูลจากการประเมินตนเอง ข้อมูลความเสี่ยง ข้อมูลตัวชี้วัด ตลอดจนข้อมูลวิชาการที่เกี่ยวข้องมาร่วมออกแบบกระบวนการพัฒนา โดยใช้ประกอบกับบริบทปัญหา ศักยภาพหรือสถานการณ์ของสถานพยาบาลในขณะนั้น และที่สำคัญคือการนำมาใช้กับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับข้อเสนอแนะ หากโรงพยาบาลสามารถนำข้อเสนอแนะ (Recommendation) มาใช้ประโยชน์ปรับปรุงหรือพัฒนาได้มากที่สุดก็จะสามารถตอบประเด็นปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลได้ตรงตามมาตรฐานและยกระดับการพัฒนาได้จริง

แผนพัฒนาคุณภาพสะท้อนผลไปถึงการพัฒนาคุณภาพขององค์กรที่มีความต่อเนื่อง เพราะกระบวนการจัดทำแผน จะมีประกอบด้วยกระบวนการคิดที่ประกอบด้วย 5 W 1 H what when where why How และ WHO ซึ่งเป็นแนวคิดของการบริหารจัดการ ดังนั้นการจัดทำแผนจึงต้องมีความชัดเจน มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบ ระยะเวลา รวมทั้งการควบคุมกำกับติดตามความก้าวหน้าของการจัดทำแผนอย่างต่อเนื่องด้วย ประกอบกับกระบวนการจัดลำดับความสำคัญ (Priority) ซึ่งกำหนดมาจากที่ผู้นำ ซึ่งการกำหนดจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมหรือแผนควรมีความสอดคล้องตามยุทธศาสตร์ หรือปัญหาของสถานพยาบาล ทั้งนี้ สรพ.ได้จัดทำ template เพื่อเป็นแนวความคิดให้สถานพยาบาลนำไปประกอบการพิจารณาด้วย

แนวคิดในการจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพจากข้อเสนอแนะ

1. เป็นไปตามมาตรฐาน IEEA หมวดที่ 8 ที่กำหนดให้องค์กรตรวจประเมินรับรองมีกระบวนการในการติดตามว่าการให้การรับรองยังคงเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ มีกระบวนการปฏิบัติหากพบว่าการเบี่ยงเบน (deviation) เกิดขึ้น **รวมทั้ง**ติดตามการปฏิบัติตามมาตรฐานของลูกค้าอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการปฏิบัติเพื่อปรับปรุง ซึ่งระบุว่า ลูกค้าจะต้องมีการปรับปรุง/พัฒนาตามคำแนะนำในรายงานการเยี่ยมชมสำรวจ
2. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 หรือฉบับที่ใช้ในการประเมินตนเองและการเยี่ยมชมสำรวจ เป็นเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งพิจารณา core value และ concepts ในการนำมาปฏิบัติ การใช้เครื่องมือ แนวคิดคุณภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น 3P, 3CPDSA และ ตัวช่วยคิดสามารถใช้เป็นแนวทางปฏิบัติควบคู่กับมาตรฐาน คือ SPA หรือ SPA in action เป็นต้น
3. สถานพยาบาลที่จะขอการรับรองในระดับที่สูงขึ้น ควรมีคุณสมบัติดังนี้ (1) มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (หลายวงรอบ) ในระบบงานและ การดูแลผู้ป่วยต่างๆ (2) สามารถแสดงให้เห็นแนวโน้มของผลลัพธ์ย้อนหลังในระยะเวลาที่เหมาะสม (มากกว่า 3 ปี) (3) สามารถแสดงให้เห็นการใช้และได้ประโยชน์จาก HA core values & concepts และการใช้ข้อกำหนดของ process management (มาตรฐาน I-6 หรือ 3C-PDSA) (4) มีนวัตกรรมและกระบวนการที่เป็น role model ได้จำนวนหนึ่ง
4. แนวคิดการพัฒนาทั่วทั้งองค์กร ไปสู่การบรรลุเป้าหมายองค์กร เน้นการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั้งองค์กร มีความเชื่อมโยงกันทั้งระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย และหน่วยงาน ดังนั้นการทำแผนพัฒนาคุณภาพจึงไม่ควรแบ่งแยกที่รับผิดชอบตามข้อเสนอแนะ ควรมีเวทีสำหรับผู้ที่มีมุมมองภาพรวมขององค์กร ทบทวนและวางแผนในการพัฒนาในระดับองค์กรให้ชัดเจน แล้วขยายไปสู่ทีม/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็น

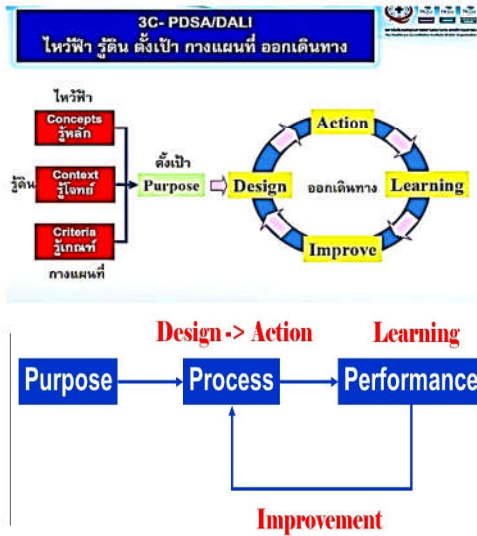
HOW TO ในการจัดทำแผน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนใหญ่ๆ ดังนี้

- แนวคิด 3C-DALI (PDSA) ในการทำความเข้าใจแนวคิด เป้าหมายและการหมุนรอบการพัฒนาของการจัดทำแผน

- จัดทำ action plan สื่อสารแผนและสนับสนุนการพัฒนาให้เกิดการปฏิบัติตามแผน และการบรรลุเป้าหมาย
- ติดตามการดำเนินการตาม Action plan ในระยะเวลาที่เหมาะสม

กระบวนการจัดทำแผนการพัฒนา ประกอบด้วย 9 ขั้นตอนหลักๆ ดังนี้

การประยุกต์ใช้ 3C PDSA ในการจัดทำแผนเพื่อการพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะ



- **ถอดรหัสมาตรฐาน** ที่ตรงตามข้อเสนอแนะ เป้าหมาย คุณค่า ใครทำ ใครได้ ต้องทำอะไร
- **รับรู้สถานการณ์** จากข้อมูล ข้อเท็จจริง จากทีมที่เกี่ยวข้อง จาก SAR
- **วิเคราะห์** เก็บข้อมูล วิเคราะห์ ปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของแต่ละประเด็น
- **ตั้งเป้า** วาดภาพสิ่งที่อยากเห็น เปลี่ยน **concept** ให้เห็นตัววัดให้ชัดเจน
- **เฝ้าดู** ทำ baseline ของตัววัดที่กำหนด แล้วติดตามต่อเนื่อง
- **ออกแบบ** วางแผนการปรับปรุง อาจใช้แนวคิด HFE
- **สื่อสาร** เพื่อสร้างความเข้าใจในสิ่งที่จะทำ กำหนดผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ชัดเจน
- **ปฏิบัติ** นำแผนสู่การปฏิบัติตามระยะเวลาที่กำหนด
- **ติดตาม** กำหนดวิธีการติดตาม ระยะเวลา และตัวชี้วัดในการติดตาม หรือใช้แนวทาง Scoring เพื่อประเมินผลจากการพัฒนาและใช้เป็นแนวทางต่อยอดการพัฒนา
- **ปรับปรุง** นำสู่การปรับปรุง หรือทบทวนบทเรียนจากการปรับปรุง โดยตอบ SAR ใหม่ หรือจัดทำเป็นรายงานความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพแต่ละข้อ

เคล็ดลับงานคุณภาพ 201007

1. **ถอดรหัสมาตรฐาน** วิเคราะห์ Recommendation เทียบกับเป้าหมายมาตรฐาน HA ดังนี้
 - 1.1 อ่านข้อเสนอแนะและเชื่อมโยงสู่มาตรฐาน HA ดึงประเด็นสำคัญ อะไร คือ กระบวนการและอะไรคือเป้าหมาย (อาจจะเปิดมาตรฐาน HA ประกอบ) ทำความเข้าใจเป้าหมายมาตรฐานที่ตรงประเด็น รวมทั้ง Standard flow เพื่อทวนสอบความตรงประเด็นของแผนพัฒนา โดยอ้างอิงมาตรฐาน HA และ SPA, SPA in action ร่วมด้วย
 - 1.2 Decode Recommendation ค้นหา **keyword** ของข้อเสนอแนะ จากผู้เยี่ยมสำรวจ เช่น สร้างความเข้าใจ ปรับปรุงเจตคติ เพิ่มความพยายาม วิเคราะห์ข้อมูล เชื่อมโยง ขยายผล ประเมินผล ฯลฯ นำไปสู่การกำหนดเป้าหมายของการทำแผน.
2. **ทบทวน Context** บริบทหรือโจทย์ขององค์กรเพื่อสรุปว่ามาตรฐานที่ยังปฏิบัติได้ไม่สมบูรณ์ (gap) การเชื่อมต่อขั้นตอน (process) ที่ขาดหายไป กระบวนการใดที่สะดุดหรือยังไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานได้ และระบุผลของปัญหาเรื่องนี้คืออะไร เมื่อเราสามารถระบุปัญหาสำคัญและสิ่งที่

แสดงออกให้เห็นได้ (performance) จะนำไปสู่ How to โดยการออกแบบกระบวนการให้ สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยใช้

2.1 หลักการ *who-where-when* (who -ปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคลากรกลุ่มใดเป็นพิเศษ ต้องวิเคราะห์และระบุกลุ่มเป้าหมายก่อน, *where* – ปัญหาเกิดขึ้นกับจุดบริการใดเป็นพิเศษ หรือไม่, *when* – ปัญหาเกิดขึ้นในช่วงเวลาใด)

2.2 ทบทวนข้อมูลการประเมินตนเองช่วงการเยี่ยมชมสำรวจที่ผ่านมา รวบรวม evidence ที่พบใน ระหว่างการเยี่ยมชมสำรวจ รวบรวมและจัดลำดับความสำคัญ พร้อมทั้งระบุทีมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ ข้อมูลเพิ่มเติม

3. **Purpose และเป้าา** การกำหนดเป้าหมายการพัฒนา ควรกำหนดเป้าหมายหรือสิ่งที่ต้องการให้ เปลี่ยนแปลงที่ต้องการให้เกิดขึ้นให้ชัดเจน เช่น เพิ่มความครอบคลุม เพิ่มประสิทธิภาพ ลด อุบัติการณ์ ในปริมาณ (เท่าไร ในเวลาใด) ให้ชัดเจนและเหมาะสมกับการนำไปใช้ได้ เช่น ตัวชี้วัด VAP ใน 1 เดือน ลดลง 2% กำหนดมิตិคุณภาพในการวัด ทำให้ทีมเข้าใจตรงกันว่าเราจะมุ่งไปที่ใด จะมุ่งไปที่ ความรวดเร็ว ทันเวลา (timeliness) ความปลอดภัย (safety) หรือ เหมาะสม (appropriate) แล้วกำหนดตัววัดให้ตรงตามมิตินั้น เช่นลดอุบัติการณ์ของการผ่าตัดผิดคน ให้เหลือ 0 ในเวลา 3 เดือน เป็นต้น

4. **ปรับระบบ/ออกแบบระบบงานใหม่ (Process Design)**

4.1 ใช้ Driver Diagram ทำให้เห็นภาพรวมของการพัฒนาและช่วยตรวจสอบความสมบูรณ์ของสิ่ง ที่จะดำเนินการ ช่วยการกำหนดเป้าหมายและตัววัดความก้าวหน้าในการพัฒนาของแต่ละ องค์ประกอบ โดยกำหนดเป้าหมายของระบบงานตามมาตรฐานในระดับที่เหมาะสม ตาม บริบท วิเคราะห์ปัจจัยขับเคลื่อนและ intervention ที่ทำให้บรรลุเป้าหมาย เลือก change idea อาจใช้กระบวนการคุณภาพเข้ามาช่วยคิดพัฒนา เช่น human factor engineering นำ เทคโนโลยีเข้ามาช่วย อาจต้องระดมสมองช่วยกันเสนอแนวคิดการพัฒนาใหม่ที่มีส่วนร่วม

4.2 **Process Design** เป็นการระบุขั้นตอนของการปฏิบัติงานที่ชัดเจนเพื่อเป็นการสื่อสารและ ติดตาม โดยการระบุกระบวนการสำคัญ (key process) กำหนด process requirement ที่ ชัดเจนจากการวิเคราะห์ NEWS กำหนดตัวชี้วัดของกระบวนการ ที่เหมาะสม ออกแบบ กระบวนการ และจัดทำคู่มือปฏิบัติ ขั้นตอน Process Design 1) ระบุปัญหาหรือ กลุ่มเป้าหมาย 2) ความรู้อะไรที่ยังไม่ได้นำมาใช้ 3) สิ่งที่น่ามาช่วยหรือแนวคิดคุณภาพที่น่ามา ช่วยได้ที่เน้นคน/ผู้ใช้เป็นสำคัญ 4) ระบุขั้นตอนการปฏิบัติว่าใคร ทำอะไร อย่างไร ดังนั้น Process design จึงเน้นการวิเคราะห์ ออกแบบกระบวนการ ปรับให้เหมาะสมตามบริบท ทดลองทำและติดตามผล

5. **Process Deployment** การนำแผนไปปฏิบัติ เช่น การจัดทำคู่มือที่เป็นปัจจุบัน การอบรมหน้างาน การตามรอยเข้าไปร่วมเรียนรู้และแก้ปัญหที่หน้างาน และการทบทวนกระบวนการภายหลังการปฏิบัติงานและปรับปรุงกระบวนการ เป็นต้น สิ่งที่สำคัญคือ การสร้างความรู้ที่จำเป็น การสัมพันธ์ภาพในทีม (teamwork) และการเสริมสร้างกำลังใจ
6. **Learning & Feedback Loop** ควรสื่อสาร สร้างความเข้าใจ รับฟังเสียงสะท้อนจากการทำงาน เพื่อนำมาปรับปรุง input & process โดย
 - **ตามรอย (Trace)** มุ่งเน้นการชวนคุยในความสำเร็จและความภูมิใจ ใช้ตัวชี้วัดหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องไว้ รับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน/ผู้มีส่วนได้เสีย/คนทำงาน หรือ Rapid assessment
 - **ควรกำหนดความถี่ในการติดตามให้ชัดเจน** (ทุกเดือน ทุกไตรมาส หรือทุกวันที่เท่าไร) และระบุผู้รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรม ใครเป็นผู้กำกับติดตาม (WHO) ติดตามอย่างไร ใช้อะไรเป็นตัววัด (HOW) ติดตามที่ไหน (Where) และบ่อยเพียงใด (When) (ดังตารางด้านล่างนี้)

กิจกรรมที่จะติดตาม	ตัวชี้วัด	ความถี่ในการติดตาม	ผู้รับผิดชอบ

7. **Performance Improvement** การหมุน วงล้อ PDCA อย่างต่อเนื่อง เน้นการทดสอบในขนาดเล็ก ต่อเนื่อง และทดสอบหลายเรื่องพร้อมกัน สามารถนำร่องในหน่วยงานเล็กๆ ติดตามประเมินผล การประเมินผลลัพธ์ โดยดูจากเป้าหมายของมาตรฐาน หรือใช้ Evaluation framework เป็นแนวทางในการประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนา ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การหมุนวงรอบของการประเมินตนเอง **การกำหนด KPI** การทบทวนความสำเร็จของผลลัพธ์องค์กรใน PART IV รวมทั้งสามารถ scoring และ Improvement ต่อเนื่องในการรับรองครั้งต่อไป. นำสิ่งที่พบจากการติดตามเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงหรือทบทวนบทเรียนจากการปรับปรุง โดยตอบ SAR ใหม่ หรือจัดทำเป็นสรุปรายงานความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพแต่ละข้อให้ชัดเจน
8. **การขยายผล** ภายหลังจากการถอดบทเรียนสิ่งที่ได้เรียนรู้แล้ว ผู้นำควรมีส่วนรับผิดชอบในการขยายผล สามารถปรับปรุงเรื่องนี้เป็นแผนกลยุทธ์ขององค์กร อาจมีกิจกรรมการขยายผลงาน และมีเป้าหมายหรือแรงจูงใจขององค์กรที่สอดคล้องกับระบบใหม่ที่เกิดขึ้น ควรมีการจัดทำแผนการขยายผลที่ชัดเจน

เมื่อสามารถดำเนินการได้ตามขั้นตอน รพ.จะสามารถจัดทำ action plan ที่มีความสอดคล้องกับข้อเสนอแนะ (Recommendation) ที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจได้ให้คำแนะนำไว้ และสามารถใช้ในการติดตามประเมินการพัฒนาเพื่อนำไปสู่การยกระดับ Maturity of quality improvement ได้ ซึ่ง สรพ.จะนำ action plan ของสถานพยาบาลที่ได้จัดทำขึ้น มาใช้ในการติดตามความก้าวหน้าจากการเยี่ยมชมสำรวจ surveillance survey ต่อไป

ทบทวนการจัดทำแผนพัฒนาของโรงพยาบาลด้วยตนเอง

เมื่อทีมของรพ.ดำเนินการจัดทำแผนการพัฒนาเรียบร้อยแล้ว ทีมควรตรวจสอบความสมบูรณ์ของแผนฯ ในประเด็นดังต่อไปนี้ โดยทีมของ รพ.ก่อนนำส่งมาที่ สรพ.

1. มีแผนการพัฒนาตามข้อเสนอแนะที่**ครบถ้วน**ตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจหรือไม่
2. แผนการพัฒนาตามข้อเสนอแนะ**ตรงประเด็น**หรือไม่ ตรวจสอบว่าแผนที่ได้ดำเนินการ มีความสอดคล้องกับเป้าหมายมาตรฐาน HA หรือไม่
3. แผนการพัฒนาตามข้อเสนอแนะ**ระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็นและมีผู้รับผิดชอบชัดเจน** รวมทั้งผู้รับผิดชอบรับทราบและเข้าใจหรือไม่
4. แผนการพัฒนาตามข้อเสนอแนะระบุ**เป้าหมายชัดเจน ตัวชี้วัด และกำหนดเวลาติดตามและผู้ติดตามที่ชัดเจน**
5. แผนการพัฒนาตามข้อเสนอแนะ **มีผลลัพธ์ความก้าวหน้า**ตามที่กำหนดไว้ (กรณีที่ได้มีการดำเนินการในบางกิจกรรมไปแล้ว)

ภาคผนวก

แบบฟอร์มการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพจากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ

โรงพยาบาล	จังหวัด	จำนวน	เตียง	ระดับขั้นการพัฒนา
วันที่รับรอง	วันหมดอายุการรับรอง			
หลักการตรวจสอบแผน	1) มีแผนครบถ้วนตามข้อเสนอแนะหรือไม่ 2) แผนตรงประเด็นหรือไม่ 3) แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินไปและมีผู้รับผิดชอบ 4) แผนระบุเป้าหมาย ตัวชี้วัด และกำหนดเวลาติดตาม 5) แผนมีผลลัพธ์ความก้าวหน้าตามที่กำหนดไว้			

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาการติดตาม/รายงาน

หมายเหตุ แบบฟอร์มนี้เป็นกรอบแนวทางซึ่ง รพ.สามารถปรับปรุงหรือออกแบบเพิ่มเติมได้ตามความเหมาะสม