

หมวด	Governance Excellence																																										
แผนงาน	10.การพัฒนาาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ																																										
โครงการ	23.โครงการพัฒนาคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล																																										
ระดับการแสดงผล	จังหวัด																																										
ชื่อตัวชี้วัด	<p>30. ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดผ่านเกณฑ์พัฒนา โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) อย่างน้อย ร้อยละ 50</p> <p>30.1 เกณฑ์การให้คะแนน</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>เกณฑ์ผลการดำเนินงาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10</td> <td>ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 45 - 49</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 40 - 44</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 35 - 39</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 30 - 34</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 25 - 29</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 20 - 24</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 15 - 19</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 10 - 14</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 1 - 9</td> </tr> </tbody> </table> <p>30.2 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินเป็น RLU Hospital Plus ระดับคุณภาพ ดังนี้</p> <p>1) ผ่านเกณฑ์ The Must ทุกข้อ 2) คะแนนรวม <math>\geq 80</math> คะแนน</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคุณภาพ</th> <th>ช่วงคะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ 5 = ดีเยี่ยม (Excellent)</td> <td>90 - 100</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 4 = ดี (Good)</td> <td>80 - 89</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 3 = พอใช้ (Fair)</td> <td>60 - 79</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 2 = ต้องพัฒนา (Developing)</td> <td>41 - 59</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 1 = ต้องเร่งแก้ไข (Critical)</td> <td>ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 40</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)</th> <th>ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (30%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(ตัวอย่าง) <math>10 \times 0.7 = 7</math></td> <td>(ตัวอย่าง) <math>(60 \div 10) \times 0.3 = 1.8</math></td> </tr> <tr> <td>ระดับคะแนนที่ได้ <math>\times 0.7 = \text{Score}</math></td> <td>(คะแนนที่ได้ <math>\div 10) \times 0.3 = \text{Score}</math></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Score เชิงปริมาณ + Score เชิงคุณภาพ = 8.8 (ตัวอย่าง)</td> </tr> </tbody> </table> <p>30.3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน (ไม่เกิน 5%)</p> <p>30.4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (มากกว่า 70%)</p> <p>30.5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL- Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน (ไม่เกิน 5%)</p> <p>30.6 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL- Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (มากกว่า 70%)</p> <p>30.7 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (มากกว่า 70%)</p> <p>30.8 ร้อยละของผู้รับบริการ ได้รับการตรวจ Total Cholesterol ซ้ำภายใน 90วัน (ไม่เกิน 5%)</p> <p>30.9 ร้อยละของผู้รับบริการ ได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90วัน (ไม่เกิน 5%)</p>	คะแนน	เกณฑ์ผลการดำเนินงาน	10	ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50	9	ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 45 - 49	8	ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 40 - 44	7	ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 35 - 39	6	ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 30 - 34	5	ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 25 - 29	4	ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 20 - 24	3	ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 15 - 19	2	ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 10 - 14	1	ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 1 - 9	ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	ระดับ 5 = ดีเยี่ยม (Excellent)	90 - 100	ระดับ 4 = ดี (Good)	80 - 89	ระดับ 3 = พอใช้ (Fair)	60 - 79	ระดับ 2 = ต้องพัฒนา (Developing)	41 - 59	ระดับ 1 = ต้องเร่งแก้ไข (Critical)	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 40	ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (30%)	(ตัวอย่าง) $10 \times 0.7 = 7$	(ตัวอย่าง) $(60 \div 10) \times 0.3 = 1.8$	ระดับคะแนนที่ได้ $\times 0.7 = \text{Score}$	(คะแนนที่ได้ $\div 10) \times 0.3 = \text{Score}$	Score เชิงปริมาณ + Score เชิงคุณภาพ = 8.8 (ตัวอย่าง)	
คะแนน	เกณฑ์ผลการดำเนินงาน																																										
10	ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50																																										
9	ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 45 - 49																																										
8	ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 40 - 44																																										
7	ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 35 - 39																																										
6	ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 30 - 34																																										
5	ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 25 - 29																																										
4	ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 20 - 24																																										
3	ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 15 - 19																																										
2	ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 10 - 14																																										
1	ผ่านเกณฑ์ RLU hospital Plus ร้อยละ 1 - 9																																										
ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน																																										
ระดับ 5 = ดีเยี่ยม (Excellent)	90 - 100																																										
ระดับ 4 = ดี (Good)	80 - 89																																										
ระดับ 3 = พอใช้ (Fair)	60 - 79																																										
ระดับ 2 = ต้องพัฒนา (Developing)	41 - 59																																										
ระดับ 1 = ต้องเร่งแก้ไข (Critical)	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 40																																										
ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (30%)																																										
(ตัวอย่าง) $10 \times 0.7 = 7$	(ตัวอย่าง) $(60 \div 10) \times 0.3 = 1.8$																																										
ระดับคะแนนที่ได้ $\times 0.7 = \text{Score}$	(คะแนนที่ได้ $\div 10) \times 0.3 = \text{Score}$																																										
Score เชิงปริมาณ + Score เชิงคุณภาพ = 8.8 (ตัวอย่าง)																																											
คำนิยาม	1. การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use, RLU) หมายถึง การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์มีประสิทธิภาพและถูกต้อง โดยเลือกใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสมในการคัดกรอง การวินิจฉัย การติดตามผลการรักษาและพยากรณ์โรค โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ																																										

	<p><b>2. เขตสุขภาพที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU region public health)</b> หมายถึง เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) อย่างน้อยร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลในแต่ละเขตสุขภาพ</p> <p><b>3. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน</b> หมายถึง ประชากรที่ได้รับการขึ้นทะเบียนว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และได้รับตรวจติดตามภาวะโรคเบาหวานด้วยการตรวจ HbA1c, LDL-Cholesterol และ Creatinine</p> <p>ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนว่าเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจ HbA1c และ LDL ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5 เพื่อเป็นการลดการส่งตรวจซ้ำที่เกินความจำเป็น ในอีกทางหนึ่งคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนว่าเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจ HbA1c, LDL และ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70 เพื่อเป็นการติดตามการตรวจที่เหมาะสม ไม่น้อยเกินไป และเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ป่วย</p> <p><b>4. กลุ่มผู้รับบริการ</b> หมายถึง ผู้มารับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้รับการตรวจ Total Cholesterol และ Triglycerides</p>
--	---

**เกณฑ์เป้าหมาย :**

ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
มี RLU hospital Plus อย่างน้อยร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลในจังหวัดอุดรธานี (11 โรงพยาบาล)	มี RLU hospital Plus อย่างน้อยร้อยละ 65 ของโรงพยาบาลในจังหวัดอุดรธานี (14 โรงพยาบาล)
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 4
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 80
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 4
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 80
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 80
ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Total Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5	ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Total Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 4
ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5	ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 4

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล ในระดับเขตสุขภาพ
2. เพื่อส่งเสริมการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล โดยนำร่องในรายการตรวจ HbA1c ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งด้าน Overutilization และ Underutilization

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมและติดตามการส่งข้อมูลของอำเภอตามแนวทางที่กำหนด
แหล่งข้อมูล	หน่วยงานผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด และอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาล และ/หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด $(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลในจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามที่เกณฑ์กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลในจังหวัดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 2	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน $(C/D) \times 100$
รายการข้อมูล 1	C = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน
รายการข้อมูล 2	D = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 3	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง $(E/F) \times 100$
รายการข้อมูล 1	E = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c
รายการข้อมูล 2	F = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 4	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน $(G/H) \times 100$
รายการข้อมูล 1	G = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน
รายการข้อมูล 2	H = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง $(I/J) \times 100$
รายการข้อมูล 1	I = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol
รายการข้อมูล 2	J = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 6	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง $(K/L) \times 100$
รายการข้อมูล 1	K = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Creatinine
รายการข้อมูล 2	L = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 7	ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Total Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน $(M/N) \times 100$
รายการข้อมูล 1	M = จำนวนครั้งที่ได้รับการตรวจ Total Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน
รายการข้อมูล 2	N = จำนวนครั้งที่ได้รับการตรวจ Total Cholesterol ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 8	ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน $(O/P) \times 100$
รายการข้อมูล 1	O = จำนวนครั้งที่ได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน

รายการข้อมูล 2	P = จำนวนครั้งที่ได้รับการตรวจ Triglycerides ทั้งหมด		
ระยะเวลา ประเมินผล	ประเมินรายไตรมาส และคำนวณตามเกณฑ์ตัวชี้วัด เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ		
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b> <b>ปีงบประมาณ 2569: ผลการดำเนินงานเทียบค่าเป้าหมาย</b>			
	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 10 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>
	1. ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างน้อย 6 โรงพยาบาล (ร้อยละ 25) 2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c, LDL-Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 7 3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c, LDL-Cholesterol และ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 35 4. ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Total Cholesterol และ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 7	1. ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างน้อย 9 โรงพยาบาล (ร้อยละ 40) 2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c, LDL-Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 6 3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c, LDL-Cholesterol และ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 60 4. ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Total Cholesterol และ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 6	1. ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างน้อย 11 โรงพยาบาล (ร้อยละ 50) 2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c, LDL-Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5 3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c, LDL-Cholesterol และ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70 4. ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Total Cholesterol และ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	<b>ระดับโรงพยาบาล</b> 1) มีระบบ RLU Hospital Plus ตามแนวทางบันได 4 ชั้น 2) จัดทำ Self-assessment ประเมินผลดำเนินงานตามบันได 4 ชั้น ด้วยตนเอง พร้อมแนบหลักฐาน ผ่านระบบ e-Report บนเว็บไซต์ <a href="http://www.rluthailand.com">www.rluthailand.com</a> <b>ระดับจังหวัด</b> 1) External approved ประเมินผลการเป็น RLU Hospital Plus ตามบันได 4 ชั้น ของรพ. แต่ละแห่งภายในจังหวัด โดยจัดผู้เยี่ยมสำรวจจากรพ.อื่น สสจ. หรือศวก. ซึ่งเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร RLU Surveyor จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยสามารถเลือกวิธีการประเมินจากเอกสารหลักฐานใน e-Report หรือประเมินแบบ On-site ก็ได้ตามความเหมาะสม <b>ระดับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์/ผู้นิเทศ</b> 1) สุ่มตรวจผล External approved ของ RLU Surveyor แต่ละจังหวัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20		
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	โปรแกรมที่เกี่ยวข้อง RLU KPI Monitor (คู่มือการติดตั้ง)		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2566	2567	2568
	จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital )	จำนวน	-	-	13
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5	ร้อยละ	-	4.00	3.64
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70	ร้อยละ	-	66.05	69.84
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5	ร้อยละ	-	-	-
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70	ร้อยละ	-	-	-
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70	ร้อยละ	-	-	-
	ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Total Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5	ร้อยละ	-	-	-
	ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5	ร้อยละ	-	-	-
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัด	นายอัศววัฒน์ ตะภูเขียว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042 - 222356 ต่อ 322 โทรสาร : -		นักสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 0897119197 E-mail : - กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี		

เกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ (RLU hospital Plus)

ลำดับ	รายการ	หลักฐาน	การประเมิน	
			คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
<b>บันไดขั้นที่ 1</b> กรรมการ RLU คะแนนรวม 20				
1.1	1.1 แต่งตั้งคณะกรรมการ RLU และแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลัก (อาจเรียกว่า Mr. RLU หรือ RLU coordinator ฯลฯ)	<p>1.1.1 (The Must) มีคำสั่งแต่งตั้งกรรมการ RLU ที่เป็นสหสาขาวิชาชีพที่ลงนามโดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ ผู้บริหารสูงสุด</p> <p>1.1.2 สหสาขาวิชาชีพ อย่างน้อยควรประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ ผู้บริหารสูงสุด แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ นักคอมพิวเตอร์ (อาจแต่งตั้งโดยตำแหน่งได้)</p> <p>1.1.3 รายชื่อกรรมการ RLU ยังปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล ณ ปัจจุบัน</p>	1	
		<p>1.1.4 (The Must) มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลักหรือผู้ประสานงานด้าน RLU ที่ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ ผู้บริหารสูงสุด โดยอาจแยกหรือรวมในคำสั่ง กรรมการ RLU ก็ได้</p> <p>1.1.5 ระบุบทบาท หน้าที่ของ Mr. RLU ให้ชัดเจน เช่น เป็นผู้รับผิดชอบหลักดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำแผน</li> <li>- กำกับติดตาม</li> <li>- ประสานงาน</li> </ul> <p>สื่อสารผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารระดับสูง และผู้เกี่ยวข้อง</p>	1	

ลำดับ	รายการ	หลักฐาน	การประเมิน	
			คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
		1.1.6 (The Must) มีรายงานการประชุม, มติ และการนำไปปฏิบัติ 1.1.7 มีการประชุมอย่างน้อย 6 เดือน/ครั้ง 1.1.8 (The Must) รูปแบบรายงานการประชุมให้เป็นไปตามระเบียบสารบรรณ ต้องมีรายละเอียดประกอบไปด้วย วัน เดือน ปี และสถานที่ประชุม ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม มติจากการประชุม ผู้บันทึก ผู้ตรวจสอบรายงานการประชุม 1.1.9 มติจากการประชุม ต้องระบุผู้รับผิดชอบ และกำหนดระยะเวลาดำเนินการอย่างชัดเจน 1.1.10 วาระการประชุมควรประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> <li>- การวิเคราะห์ข้อมูล</li> <li>- การเลือกการทดสอบ</li> <li>- การประเมินผล</li> </ul>	2 2 2	
1.2	จัดทำประกาศเจตนารมณ์มุ่งสู่ RLU Hospital ที่ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล	1.2.1 (The Must) มีประกาศเจตนารมณ์หรือนโยบาย RLU ที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ ผู้บริหารสูงสุด ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร (ประกาศเจตนารมณ์ นโยบาย แนวทางปฏิบัติ และตัวชี้วัด อาจประกาศแยกหรือรวมกันก็ได้)	2	
		1.2.2 (The Must) มีหลักฐานการสื่อสาร ที่ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ (การสื่อสารอาจไม่จำเป็นต้องลงนามรับทราบ แต่ต้องให้มั่นใจได้ว่าผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดได้รับทราบ โดยการสื่อสารอาจรวมถึง การแจ้งหนังสือเวียน การแจ้งผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น line, email, website ของโรงพยาบาล ฯลฯ)	2	
		1.2.3 มีการรับรู้เจตนารมณ์หรือนโยบายของผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง	2	

ลำดับ	รายการ	หลักฐาน	การประเมิน	
			คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
<b>บันไดขั้นที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูล คะแนนรวม 15</b>				
2.1	วิเคราะห์ข้อมูล และคัดเลือก โรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาในการสั่งตรวจ (overutilization และ/หรือ underutilization)	2.1.1 (The Must) มีหลักฐานการประชุมและมติ รายงานผลวิเคราะห์ข้อมูล และคัดเลือกโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาในการสั่งตรวจ (overutilization และ/หรือ underutilization) โดยแหล่งข้อมูลอาจมาจาก HIS, LIS, HDC ฯลฯ อาจวิเคราะห์ข้อมูลจากรายการตรวจที่มี high cost, high volume	3	
		2.1.2 (The Must) ข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ต้องเป็นข้อมูล ณ ปัจจุบัน หรือข้อมูลจากปีก่อนหน้า	3	
		2.1.3 มีบัญชีรายการโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหา (overutilization และ/หรือ underutilization) - 1-2 รายการ ได้ 1 คะแนน - 3-4 รายการ ได้ 2 คะแนน - 4-5 รายการ ได้ 3 คะแนน - ≥ 6 รายการ ได้ 4 คะแนน	4	
		2.1.4 (The Must) การทำบัญชีรายการโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหา ต้องใช้แบบฟอร์มของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ต้องลงนามผู้จัดทำ และผู้อนุมัติ	2	
		2.1.5 (The Must) บัญชีรายการโรคฯ ทั้งหมด ต้องถูกนำไปกำหนดเป็นตัวชี้วัด	3	

ลำดับ	รายการ	หลักฐาน	การประเมิน	
			คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
<b>บันไดขั้นที่ 3 กำหนดมาตรการเพื่อลด overutilization และ/หรือ underutilization คะแนนรวม 30</b>				
3.1	กำหนดมาตรการ หรือแนวทางปฏิบัติเพื่อลด overutilization และ/หรือ underutilization	<p>3.1.1 (The Must) มีหลักฐานแสดงมาตรการ หรือประกาศ หรือแนวทางของโรงพยาบาลที่กำหนดในการปฏิบัติงาน</p> <p>3.1.2 (The Must) มาตรการหรือแนวทางที่กำหนด <u>ครอบคลุมทุกตัวชี้วัด</u> ในบัญชีรายการฯที่ได้จากการวิเคราะห์จากบันไดขั้นที่ 2 ทั้งด้าน Overutilization และ/หรือ Underutilization</p> <p>3.1.3 (The Must) ประกาศมาตรการ โดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ ผู้ได้รับมอบหมาย</p> <p>3.1.4 มีหลักฐานแสดงการสื่อสารไปที่สหวิชาชีพ และมีการดำเนินงานตาม มาตรการ</p> <p>3.1.5 มีผลการประเมินประสิทธิผลของทุกมาตรการหรือแนวทาง</p>	3 3 3 3 3	
3.2	กำหนดมาตรการ โดยการใช้ระบบ IT (The Must)	<p>3.2.1 (The Must) มีหลักฐานแสดงการใช้ระบบ IT ของตรวจตัวชี้วัดการตรวจราชการ RLU ในการกำหนดมาตรการ เช่น pop up แจ้งเตือนการส่งตรวจซ้ำ หรือแจ้งเตือนในกรณีที่ยังไม่ได้รับการตรวจ ฯลฯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีระบบ IT ได้ 0 คะแนน</li> <li>- มีระบบ IT 1- 6 รายการ ได้ 5 คะแนน</li> <li>- มีระบบ IT มากกว่าหรือเท่ากับ 7 รายการ ได้ 10 คะแนน</li> </ul>	10	
3.3	มีการตอบสนองต่อการแจ้งเตือน	3.3.1 มีหลักฐานหรือแนวทางการตอบสนองต่อการแจ้งเตือน	5	

ลำดับ	รายการ	หลักฐาน	การประเมิน	
			คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
<b>บันไดขั้นที่ 4 การประเมินผล คะแนนรวม 35</b>				
4.1	มีการกำหนดตัวชี้วัด และการประเมินผล RLU (ตัวชี้วัดด้าน overutilization และ/ หรือ underutilization)	4.1.1 (The Must) มีหลักฐานการกำหนดเป็นตัวชี้วัด RLU ของโรงพยาบาลที่ระบุเป้าหมาย วัดผลได้ ที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้บริหารสูงสุด ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร	4	
		4.1.2 (The Must) มีหลักฐานการติดตาม วิเคราะห์ ประเมินผลตัวชี้วัด RLU พร้อมแสดงผลลัพธ์ที่ชัดเจน	4	
		4.1.3 (The Must) มีการแสดงแนวโน้มผลลัพธ์ มีกระบวนการเรียนรู้ สู่การปรับเปลี่ยนระบบงาน	4	
4.2	มีการติดตามตัวชี้วัด โดยใช้ระบบ IT (The Must)	4.2.1 ตัวชี้วัด RLU ที่เป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข: แสดงผลการติดตามตัวชี้วัดด้วย HDC	3	
		4.2.2 ตัวชี้วัด RLU ที่โรงพยาบาลกำหนดเพิ่มเติม: แสดงผลการติดตามตัวชี้วัดด้วยโปรแกรม RLU KPI Monitor ที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จัดเตรียมไว้ หรือโปรแกรมของโรงพยาบาลเอง	10	
4.3	รายงานผลค่าใช้จ่ายทางห้องปฏิบัติการในโปรแกรม LabEx	4.3.1 (The Must) รายงานผลค่าใช้จ่ายทางห้องปฏิบัติการในโปรแกรม LabEx โดยลงข้อมูลของปีงบประมาณก่อนหน้า และปีงบประมาณปัจจุบัน เช่น 2568 และ 2569	10	
<b>คะแนนรวม</b>			<b>100</b>	

**หมายเหตุ**

- การให้คะแนน (คะแนนที่ได้) ให้ได้ 2 กรณี คือ 1) คะแนนเต็ม กรณีที่ทำได้ครบถ้วน และ 2) คะแนนศูนย์ กรณีที่ทำได้บางส่วนหรือไม่ได้ทำเลย ยกเว้นข้อ 2.1.3 เกรดคะแนนเป็น 1, 2, 3 และ 4 คะแนน และข้อ 3.2.1 เกรดคะแนนเป็น 0, 5 และ 10 คะแนน
- เกณฑ์การผ่านเป็น RLU Hospital Plus คือ
  - ผ่านข้อ The Must ทุกข้อ
  - คะแนนรวม  $\geq 80$  คะแนน