

ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนา โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU HOSPITAL PLUS) ตามที่กำหนด



คำนิยาม

1. การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use, RLU) หมายถึง การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการมีประสิทธิภาพและถูกต้อง โดยเลือกใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสมในการคัดกรอง การวินิจฉัย การติดตามผลการรักษาและพยากรณ์โรค โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ
2. เขตสุขภาพที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU region public health) หมายถึง เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) อย่างน้อยร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลในแต่ละเขตสุขภาพ
3. ผู้มารับบริการ หมายถึง ผู้มารับบริการทางห้องปฏิบัติการที่ได้รับการตรวจ Total cholesterol และ Triglycerides
3. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และได้รับตรวจติดตามภาวะโรคเบาหวานด้วยการตรวจ HbA1c, LDL-C และ Creatinine

การจัดเก็บข้อมูล

HDC

การวัดเชิงคุณภาพ (ด้านผลลัพธ์)

ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ

มาตรการหลัก

- 1) ดำเนินการตามเกณฑ์ RLU hospital Plus
- 2) จัดทำ Self-assessment ประเมินผลดำเนินงานตามบันได 4 ขั้น ด้วยตนเอง พร้อมแบบหลักฐาน ผ่านระบบ e-Report บนเว็บไซต์ [www.rluthailand.com/External Assessment](http://www.rluthailand.com/External%20Assessment) โดย RLU Surveyor/ผู้ตรวจโดย ศวก.

คำเป้าหมาย

ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
RLU hospital Plus อย่างน้อยร้อยละ 50 ของ sw. ในเขตสุขภาพทั้งหมด (452 โรงพยาบาล) (เฉพาะเขตสุขภาพ 1 - 12 ไม่รวมเขตสุขภาพ 13)	RLU hospital Plus อย่างน้อยร้อยละ 65 ของ sw. ในเขตสุขภาพทั้งหมด (587 โรงพยาบาล) (เฉพาะเขตสุขภาพ 1 - 12 ไม่รวมเขตสุขภาพ 13)
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 4
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-C ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-C ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 4
ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-C อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL -C อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 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

สูตรการคำนวณ

สูตรตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

$$(A/B) \times 100$$

A = จำนวนโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามที่เกณฑ์กำหนด*

B = จำนวนโรงพยาบาลในเขตสุขภาพทั้งหมด (เฉพาะเขตสุขภาพ 1 - 12 ไม่รวมเขตสุขภาพ 13)

สูตรตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน

$$(C/D) \times 100$$

C = จำนวนครั้งที่ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน

D = จำนวนครั้งที่ได้รับการตรวจ HbA1c ทั้งหมด

สูตรตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-C ซ้ำภายใน 90 วัน

$$(E/F) \times 100$$

E = จำนวนครั้งที่ได้รับการตรวจ LDL-C ซ้ำภายใน 90 วัน

F = จำนวนครั้งที่ได้รับการตรวจ LDL-C ทั้งหมด

สูตรตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

$$(G/H) \times 100$$

G = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c

H = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งหมด

สูตรตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-C อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

$$(I/J) \times 100$$

I = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ LDL-C

J = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งหมด

สูตรตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

$$(K/L) \times 100$$

K = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Creatinine

L = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งหมด

สูตรตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละของผู้มารับบริการที่ได้รับการตรวจ Total Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน

$$(M/N) \times 100$$

M = จำนวนครั้งที่ได้รับการตรวจ Total Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน

N = จำนวนครั้งที่ได้รับการตรวจ Total Cholesterol ทั้งหมด

สูตรตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละของผู้มารับบริการที่ได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน

$$(O/P) \times 100$$

O = จำนวนครั้งที่ได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน

P = จำนวนครั้งที่ได้รับการตรวจ Triglycerides ทั้งหมด

រៀបចំ 10 ដើម

- ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนา sw. ที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมบูรณ์ (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างน้อย 362 sw.
(ร้อยละ 40)

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงปริมาณในแต่ละระดับ

[illegible]

[illegible]



เกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (Outcome)

ลำดับ	รายการ	หลักฐาน	การประเมิน	
			คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
บันไดขั้นที่ 1 กรรมาการ RLU คะแนนรวม 20				
1.1	แต่งตั้งคณะกรรมการ* RLU และแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลัก (อาจเรียกว่า Mr. RLU หรือ RLU coordinator ฯลฯ)	1.1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งกรรมการ RLU ที่เป็นสหสาขาวิชาชีพที่ลงนามโดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ ผู้บริหารสูงสุด	1	
		1.1.2 สหสาขาวิชาชีพ อย่างน้อยควรประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ ผู้บริหารสูงสุด แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ นักคอมพิวเตอร์ (อาจแต่งตั้งโดยตำแหน่งได้)	1	
		1.1.3 รายชื่อกรรมการ RLU ยังปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล ณ ปัจจุบัน	1	
		1.1.4 มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลักหรือผู้ประสานงานด้าน RLU ที่ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ ผู้บริหารสูงสุด โดยอาจแยกหรือรวมในคำสั่ง กรรมาการ RLU ก็ได้	1	
		1.1.5 ระบุบทบาท หน้าที่ของ Mr. RLU ให้ชัดเจน เช่น เป็นผู้รับผิดชอบหลักดังนี้ -จัดทำแผน -กำกับติดตาม -ประสานงาน สื่อสารผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารระดับสูง และผู้เกี่ยวข้อง	1	
		1.1.6 มีรายงานการประชุม, มติ	2	
		1.1.7 มีการประชุมอย่างน้อย 6 เดือน/ครั้ง	2	
		1.1.8 รูปแบบรายงานการประชุมให้เป็นไปตามระเบียบสารบรรณ ต้องมีรายละเอียดประกอบไปด้วย วัน เดือน ปี และสถานที่ประชุม ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม มติจากการประชุม ผู้บันทึก ผู้ตรวจสอบ รายงานการประชุม	2	



เกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (Outcome)

ลำดับ	รายการ	หลักฐาน	การประเมิน	
			คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
		1.1.9 มติจากการประชุม ต้องระบุผู้รับผิดชอบและกำหนดระยะเวลาดำเนินการอย่างชัดเจน	1	
		1.1.10 1.1.1วาระการประชุมควรประกอบด้วย -การวิเคราะห์ข้อมูล -การเลือกการทดสอบ การประเมินผล	2	
1.2	จัดทำประกาศเจตนารมณ์มุ่งสู่ RLU Hospital ที่ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล	1.2.1 มีประกาศเจตนารมณ์หรือนโยบาย RLU ที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ ผู้บริหารสูงสุด ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร(ประกาศเจตนารมณ์ นโยบาย แนวทางปฏิบัติ และตัวชี้วัด อาจประกาศแยกหรือรวมกันก็ได้)	2	
		1.2.2 มีหลักฐานการสื่อสาร ที่ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ (การสื่อสารอาจไม่จำเป็นต้องลงนามรับทราบ แต่ต้องให้มั่นใจได้ว่าผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดได้รับทราบ โดยการสื่อสารอาจรวมถึง การแจ้งหนังสือ เว็บบ การแจ้งผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น line, email, website ของโรงพยาบาล ฯลฯ)	2	
		1.2.3 มีการรับรู้เจตนารมณ์หรือนโยบายของผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง	2	



เกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (Outcome)

ลำดับ	รายการ	หลักฐาน	การประเมิน	
			คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
บันไดขั้นที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูล คะแนนรวม 20				
2.1	วิเคราะห์ข้อมูล และคัดเลือก โรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาในการสั่งตรวจ (overutilization และ/หรือ underutilization)	2.1.1 มีหลักฐานการประชุมและมติ รายงานผลวิเคราะห์ข้อมูลและคัดเลือกโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาในการสั่งตรวจ (overutilization และ/หรือ underutilization) โดยแหล่งข้อมูลอาจมาจาก HIS, LIS, HDC ฯลฯ อาจวิเคราะห์ข้อมูลจากรายการตรวจที่มี high cost, high volume	3	
		2.1.2 ข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ต้องเป็นข้อมูล ณ ปัจจุบัน	3	
		2.1.3 มีบัญชีรายการโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหา (overutilization และ/หรือ underutilization) 1-2 รายการ	2	
		2.1.4 มีบัญชีรายการโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหา (overutilization และ/หรือ underutilization) 3-4 รายการ	2	
		2.1.5 มีบัญชีรายการโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหา (overutilization และ/หรือ underutilization) 4-5 รายการ	2	
		2.1.6 มีบัญชีรายการโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหา (overutilization และ/หรือ underutilization) ≥ 6 รายการ	3	
		2.1.7 การทำบัญชีรายการโรคฯ ต้องใช้แบบฟอร์มของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ** ที่ต้องลงนามผู้จัดทำ และผู้อนุมัติ	2	
		2.1.8 บัญชีรายการโรคฯ ทั้งหมด ต้องถูกนำไปกำหนดเป็นตัวชี้วัด	3	



เกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (Outcome)

ลำดับ	รายการ	หลักฐาน	การประเมิน	
			คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
บันไดขั้นที่ 3 กำหนดมาตรการเพื่อลดoverutilization และ/หรือ underutilization คะแนนรวม 30				
3.1	กำหนดมาตรการ หรือแนวทางปฏิบัติเพื่อลด overutilization และ/หรือ underutilization	3.1.1 มีหลักฐานแสดงมาตรการ หรือประกาศ หรือแนวทางของโรงพยาบาลที่กำหนดในการปฏิบัติงาน	3	
		3.1.2 มาตรการหรือแนวทางที่กำหนด ครอบคลุมทุกตัวชี้วัดในบัญชีรายการฯที่ได้จากการวิเคราะห์จากบันไดขั้นที่ 2 ทั้งด้าน Overutilization และ/หรือ Underutilization	3	
		3.1.3 ประกาศมาตรการ โดย ผู้อำนวยการหรือผู้ได้รับมอบหมาย	3	
		3.1.4 มีหลักฐานแสดงการสื่อสารไปที่สหวิชาชีพ และมีการดำเนินงานตามมาตรการ	3	
		3.1.5 มีผลการประเมินประสิทธิภาพของทุกมาตรการหรือแนวทาง	3	
3.2	กำหนดมาตรการ โดยการใช้ระบบ IT*	3.2.1 มีหลักฐานแสดงการใช้ระบบ IT ของตรวจตัวชี้วัดการตรวจราชการ RLU ในการกำหนด มาตรการ เช่น pop up แจ้งเตือนการส่งตรวจซ้ำ ฯลฯ - ไม่มีระบบ IT ได้ 0 คะแนน - มีระบบ IT 1-6 รายการ ได้ 5 คะแนน - มีระบบ IT มากกว่าหรือเท่ากับ 7 รายการ ได้ 10 คะแนน	10	
3.3	มีการตอบสนองต่อการแจ้งเตือน	3.3.1 มีหลักฐานการตอบสนองต่อการแจ้งเตือน	5	



เกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (Outcome)

ลำดับ	รายการ	หลักฐาน	การประเมิน	
			คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
บันไดขั้นที่ 4 การประเมินผล คะแนนรวม 30				
4.1	มีการกำหนดตัวชี้วัด และการประเมินผล RLU (ตัวชี้วัดด้าน overutilization และ/หรือ underutilization)	4.1.1 มีหลักฐานการกำหนดเป็นตัวชี้วัด RLU ของโรงพยาบาลที่ระบุเป้าหมาย วัดผลได้ ที่ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หรือ ผู้บริหารสูงสุด ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร	4	
		4.1.2 หลักฐานการติดตาม วิเคราะห์ ประเมินผลตัวชี้วัด RLU พร้อมแสดงผลลัพธ์ที่ชัดเจน	4	
		4.1.3 มีการแสดงแนวโน้มผลลัพธ์ มีกระบวนการเรียนรู้ สู่การปรับเปลี่ยนระบบงาน โดยใช้ประโยชน์ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล	4	
4.2	มีการติดตามตัวชี้วัด โดยใช้ระบบ IT*	4.2.1 ตัวชี้วัด RLU ที่เป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข: แสดงผลการติดตามตัวชี้วัดด้วย HDC	4	
		4.2.2 ตัวชี้วัด RLU ที่โรงพยาบาลกำหนดเพิ่มเติม: แสดงผลการติดตามตัวชี้วัดด้วยโปรแกรม RLU KPI Monitor ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ **** หรือโปรแกรมของโรงพยาบาลเอง	4	
4.3	รายงานผลค่าใช้จ่ายทางห้องปฏิบัติการในโปรแกรม LabEx	4.3.1 รายงานผลค่าใช้จ่ายทางห้องปฏิบัติการในโปรแกรม LabEx โดยลงข้อมูลของปีงบประมาณ ก่อนหน้า และปีงบประมาณปัจจุบัน เช่น 2568 และ 2569	10	
คะแนนรวม				



การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คิดอัตราส่วน 70 : 30

ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (30%)
ระดับคะแนนที่ได้ x 0.7 = Score	(คะแนนที่ได้ ÷ 10) x 0.30 = Score
Score เชิงปริมาณ + Score เชิงคุณภาพ = (คะแนนเต็ม 10)	