

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569
(Inspection Guideline)

- ยุทธศาสตร์ ☐ PP & P Excellence ☐ Service Excellence
☐ People Excellence ☒ Governance Excellence
☐ Health-Related Economy Excellence

ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนา โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามที่กำหนด

ตัวชี้วัดย่อย :

1. เชิงระบบ
 - 1.1 ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. เชิงปริมาณ
 - 2.1 โรคเบาหวาน
 - 2.1.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c เข้าภายใน 90 วัน
 - 2.1.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol เข้าภายใน 90 วัน
 - 2.1.3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
 - 2.1.4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
 - 2.1.5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
 - 2.2. ผู้มารับบริการ
 - 2.2.1 ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Total Cholesterol เข้าภายใน 90 วัน
 - 2.2.2 ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Triglycerides เข้าภายใน 90 วัน

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 ผู้มารับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้รับการตรวจ Total Cholesterol และ Triglycerides

4. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และได้รับตรวจติดตามภาวะโรคเบาหวานด้วยการตรวจ HbA1c, LDL-Cholesterol และ Creatinine

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจ HbA1c และ LDL ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5 เพื่อเป็นการลดการส่งตรวจซ้ำที่เกินความจำเป็น ในอีกทางหนึ่งคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจ HbA1c, LDL และ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70 เพื่อเป็นการติดตามการตรวจที่เหมาะสมไม่น้อยเกินไป และเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ค่าเป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
มี RLU hospital Plus อย่างน้อยร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพทั้งหมด (452 โรงพยาบาล) (เฉพาะเขตสุขภาพ 1 – 12 ไม่รวมเขตสุขภาพ 13)	มี RLU hospital Plus อย่างน้อยร้อยละ 65 ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพทั้งหมด (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-Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol 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 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 เข้าภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5	ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Total Cholesterol เข้าภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 4
ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Triglycerides เข้าภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5	ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Triglycerides เข้าภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 4

วัตถุประสงค์ : 1. เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล ในระดับเขตสุขภาพ

2. เพื่อส่งเสริมการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล ในผู้มารับบริการและผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งด้าน Overutilization และ Underutilization

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : เขตสุขภาพที่ 1-12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดนี้ : สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

รูปแบบการจัดเก็บข้อมูล : (เลือกได้ 1 รูปแบบ)

☒ HDC

☐ ฐานข้อมูลกรม/ กอง/ หน่วยงาน

☐ ข้อมูลจากการตรวจราชการ

☐ อื่น ระบุ.....

ระยะเวลาการเก็บรวบรวมและตัดข้อมูล :

- ข้อมูลการตรวจราชการระดับจังหวัด ใช้ข้อมูล ณ ปัจจุบันก่อนลงพื้นที่ตรวจราชการ
- สรุปตรวจราชการรอบที่ 1 (ตุลาคม 2568- มีนาคม 2569) : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2569
- สรุปตรวจราชการรอบที่ 2 (ตุลาคม 2568 – กรกฎาคม 2569) : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2569

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : $(A/B) \times \dots\dots\dots$

สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด $(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามที่เกณฑ์กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลในเขตสุขภาพทั้งหมด (เฉพาะเขตสุขภาพ 1 – 12 ไม่รวมเขตสุขภาพ 13)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด 2	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน $(C/D) \times 100$
รายการข้อมูล 1	C = จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน
รายการข้อมูล 2	D = จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 3	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน $(E/F) \times 100$
รายการข้อมูล 1	E = จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ LDL- Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน
รายการข้อมูล 2	F = จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ LDL- Cholesterol ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 4	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง $(G/H) \times 100$
รายการข้อมูล 1	G = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c
รายการข้อมูล 2	H = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง $(I/J) \times 100$
รายการข้อมูล 1	I = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ LDL- Cholesterol
รายการข้อมูล 2	J = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 6	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง $(K/L) \times 100$
รายการข้อมูล 1	K = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Creatinine
รายการข้อมูล 2	L = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งหมด
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
----------------	--

ตัวชี้วัดนี้สามารถวัดเชิงคุณภาพได้แบบใด โปรดเลือก (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☒ 1) เชิงคุณภาพ (ด้านผลลัพธ์)
- ☐ 1. การให้บริการสุขภาพ ☐ 2. กำลังคนที่ให้บริการ
- ☐ 3. ระบบงานและการจัดการข้อมูล ☐ 4. การเข้าถึงยาช่วยชีวิตและอุปกรณ์ฉุกเฉิน
- ☐ 5. การเงินการคลังด้านการให้บริการ
- ☒ 6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ

หมายเหตุ : ขอให้จัดทำเกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ตามตารางที่ 4

มาตรการหลัก/กระบวนการที่สำคัญ (เฉพาะมาตรการหลัก (3-5 ข้อ) ไม่ควรนำกิจกรรมมาใส่)

- 1) ดำเนินการตามเกณฑ์ RLU hospital Plus
- 2) จัดทำ Self-assessment ประเมินผลดำเนินงานตามบันได 4 ขั้น ด้วยตนเอง พร้อมแนบหลักฐาน ผ่านระบบ e-Report บนเว็บไซต์ www.rluthailand.com/ External Assessment โดย RLU Surveyor และสุ่มตรวจโดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์

ตารางที่ 2 เกณฑ์การประเมินผลเชิงปริมาณ :

ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย	
รอบ 6 เดือน	รอบ 10 เดือน
1. ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างน้อย 226 โรงพยาบาล (ร้อยละ 25)	1. ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างน้อย 362 โรงพยาบาล (ร้อยละ 40)
2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c, LDL-Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกิน ร้อยละ 7	2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c, LDL-Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 6

3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c, LDL-Cholesterol และ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 35	3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c, LDL-Cholesterol และ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 60
4. ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Total Cholesterol และ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 7	4. ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Total Cholesterol และ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 6

วิธีการประเมินผล : เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

เอกสาร/หลักฐานสนับสนุน :

ตารางที่ 3 เกณฑ์การให้คะแนนเชิงปริมาณในแต่ละระดับ (ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2569) ดังนี้

1. ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

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

หมายเหตุ : เกณฑ์การให้คะแนนเชิงปริมาณหน่วยงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัดเป็นผู้ออกแบบเกณฑ์ผลการดำเนินงานแต่ละระดับ โดยระบุเกณฑ์คะแนน 1-10 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

ตารางที่ 4 เกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ

ลำดับ	รายการ	หลักฐาน	การประเมิน	
			คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
บันไดขั้นที่ 1 กรรมการ RLU คะแนนรวม 20				
1.1	แต่งตั้งคณะกรรมการ* RLU และแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลัก (อาจเรียกว่า Mr. RLU หรือ RLU coordinator ฯลฯ)	1.1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งกรรมการ RLU ที่เป็นสหสาขาวิชาชีพที่ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ ผู้บริหารสูงสุด	1	
		1.1.2 สหสาขาวิชาชีพ อย่างน้อยควรรประกอบด้วย 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 กรรมการ RLU ก็ได้	1	
		1.1.5 ระบุบทบาท หน้าที่ของ Mr. RLU ให้ชัดเจน เช่น เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ดังนี้ <ul style="list-style-type: none">- จัดทำแผน- กำกับติดตาม- ประสานงาน- สื่อสารผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารระดับสูง และผู้เกี่ยวข้อง	1	
		1.1.6 มีรายงานการประชุม, มติ และการนำไปปฏิบัติ	2	
		1.1.7 มีการประชุมอย่างน้อย 6 เดือน/ครั้ง	2	

ลำดับ	รายการ	หลักฐาน	การประเมิน	
			คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
		1.1.8 รูปแบบรายงานการประชุมให้เป็นไปตามระเบียบสารบรรณ ต้องมีรายละเอียดประกอบไปด้วย วัน เดือน ปี และสถานที่ประชุม ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม มติจากการประชุม ผู้บันทึก ผู้ตรวจสอบรายงานการประชุม	2	
		1.1.9 มติจากการประชุม ต้องระบุผู้รับผิดชอบ และกำหนดระยะเวลาดำเนินการอย่างชัดเจน	1	
		1.1.10 วาระการประชุมควรประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> - การวิเคราะห์ข้อมูล - การเลือกการทดสอบ - การประเมินผล 	2	
1.2	จัดทำประกาศเจตนารมณ์มุ่งสู่ RLU Hospital ที่ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล	1.2.1 มีประกาศเจตนารมณ์หรือนโยบาย RLU ที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้บริหารสูงสุด ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร (ประกาศเจตนารมณ์ นโยบาย แนวทางปฏิบัติ และตัวชี้วัด อาจประกาศแยกหรือรวมกันก็ได้)	2	
		1.2.2 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
บันไดขั้นที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูล คะแนนรวม 20				
2.1	วิเคราะห์ข้อมูล และคัดเลือก โรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาในการสั่งตรวจ (overutilization และ/หรือ underutilization)	2.1.1 มีหลักฐานการประชุมและมติ รายงานผลวิเคราะห์ข้อมูลและคัดเลือกโรคหรือภาวะ 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 การทำบัญชีรายการโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหา ต้องใช้แบบฟอร์มของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ต้องลงนามผู้จัดทำ และผู้อนุมัติ	2	
	2.1.8 บัญชีรายการโรคฯ ทั้งหมด ต้องถูกนำไปกำหนดเป็นตัวชี้วัด	3		
บันไดขั้นที่ 3 กำหนดมาตรการเพื่อลด overutilization และ/หรือ underutilization คะแนนรวม 30				
3.1		3.1.1 มีหลักฐานแสดงมาตรการ หรือประกาศ หรือแนวทางของโรงพยาบาลที่กำหนดในการปฏิบัติงาน	3	

ลำดับ	รายการ	หลักฐาน	การประเมิน	
			คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
	กำหนดมาตรการ หรือแนวทางปฏิบัติ เพื่อลด overutilization และ/หรือ underutilization	3.1.2 มาตรการหรือแนวทางที่กำหนด <u>ครอบคลุมทุกตัวชี้วัดในบัญชีรายการที่ได้</u> ได้จากการวิเคราะห์จากบันไดขั้นที่ 2 ทั้งด้าน Overutilization และ/หรือ Underutilization 3.1.3 ประกาศมาตรการ โดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้ได้รับมอบหมาย 3.1.4 มีหลักฐานแสดงการสื่อสารไปที่สหวิชาชีพ และมีการดำเนินงานตาม มาตรการ 3.1.5 มีผลการประเมินประสิทธิภาพของทุกมาตรการหรือแนวทาง	3 3 3 3	
3.2	กำหนดมาตรการ โดยการใช้ระบบ IT* (The Must)	3.2.1 มีหลักฐานแสดงการใช้ระบบ IT ของตรวจตัวชี้วัดการตรวจราชการ RLU ในการกำหนดมาตรการ เช่น pop up แจ้งเตือนการส่งตรวจซ้ำ หรือแจ้งเตือน ในกรณีที่ยังไม่ได้รับการตรวจ 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	
บันไดขั้นที่ 4 การประเมินผล คะแนนรวม 30				
4.1	มีการกำหนดตัวชี้วัด และการ ประเมินผล RLU (ตัวชี้วัดด้าน overutilization และ/หรือ underutilization)	4.1.1 มีหลักฐานการกำหนดเป็นตัวชี้วัด RLU ของโรงพยาบาลที่ระบุเป้าหมาย วัดผลได้ ที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ ผู้บริหารสูงสุด ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร	4	

ลำดับ	รายการ	หลักฐาน	การประเมิน	
			คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
		4.1.2 มีหลักฐานการติดตาม วิเคราะห์ ประเมินผลตัวชี้วัด RLU พร้อมแสดงผลลัพธ์ที่ชัดเจน	4	
		4.1.3 มีการแสดงแนวโน้มผลลัพธ์ มีกระบวนการเรียนรู้ สู่การปรับเปลี่ยนระบบงาน	4	
4.2	มีการติดตามตัวชี้วัด โดยใช้ระบบ IT* (The Must)	4.2.1 ตัวชี้วัด RLU ที่เป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข: แสดงผลการติดตามตัวชี้วัดด้วย HDC	4	
		4.2.2 ตัวชี้วัด RLU ที่โรงพยาบาลกำหนดเพิ่มเติม: แสดงผลการติดตามตัวชี้วัดด้วยโปรแกรม RLU KPI Monitor ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือโปรแกรมของโรงพยาบาลเอง	4	
4.3	รายงานผลค่าใช้จ่ายทางห้องปฏิบัติการ ในโปรแกรม LabEx	4.3.1 รายงานผลค่าใช้จ่ายทางห้องปฏิบัติการในโปรแกรม LabEx โดยลงข้อมูลของปีงบประมาณก่อนหน้า และปีงบประมาณปัจจุบัน เช่น 2568 และ 2569	10	
คะแนนรวม			100	

หมายเหตุ

1. การให้คะแนน (คะแนนที่ได้) ให้ได้ 2 กรณี คือ 1) คะแนนเต็ม กรณีที่ทำได้ครบถ้วน และ 2) คะแนนศูนย์ กรณีที่ทำได้บางส่วน หรือไม่ได้ทำเลย ยกเว้นข้อ 3.2.1 เกรดคะแนนเป็น 0, 5 และ 10 คะแนน
2. มี The Must 2 ข้อ ซึ่งจะต้องผ่าน 2 ข้อนี้ จึงจะได้รับการพิจารณาเป็น RLU Hospital Plus ได้แก่
 - ข้อ 3.2 กำหนดมาตรการ โดยการใช้ระบบ IT*
 - ข้อ 4.2 มีการติดตามตัวชี้วัด โดยใช้ระบบ IT*

ตารางที่ 5 การแปลผลระดับคุณภาพและระดับคะแนนการพัฒนา (5 ระดับ)

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	การแปลผลเชิงคุณภาพ	ระดับการพัฒนา
ระดับ 5 = ดีเยี่ยม (Excellent)	86 – 100		ยั่งยืนและเป็นต้นแบบ
ระดับ 4 = ดี (Good)	71 – 85		พัฒนาอย่างมั่นคง
ระดับ 3 = พอใช้ (Fair)	56 – 70		กำลังพัฒนา
ระดับ 2 = ต้องพัฒนา (Developing)	41 – 55		ต้องการการสนับสนุน
ระดับ 1 = ต้องเร่งแก้ไข (Critical)	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 40		ต้องการฟื้นฟูระบบ

หลักการคิดสัดส่วนผลสัมฤทธิ์ของการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คิดอัตราส่วน 70 : 30

- สัดส่วน 70 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณ
- สัดส่วน 30 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ (Outcome หรือ Impact)

ตารางที่ 8 การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คิดอัตราส่วน 70 : 30

ตัวชี้วัดที่นำมาคำนวณมีเพียงตัวชี้วัดเดียว คือ ตัวชี้วัดที่1 ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (30%)
$10 \times 0.7 = 7$ (ตัวอย่าง)	$(60 \div 10) \times 0.3 = 1.8$ (ตัวอย่าง)
ระดับคะแนนที่ได้ $\times 0.7 = \text{Score}$	(คะแนนที่ได้ $\div 10$) $\times 0.3 = \text{Score}$
Score เชิงปริมาณ + Score เชิงคุณภาพ = 8.8 (ตัวอย่าง)	

หมายเหตุ : 1. หากตัวชี้วัดประเมินเชิงคุณภาพด้านผลลัพธ์ ให้ใส่คะแนนตามช่องที่กำหนดและคำนวณ Score

2. หากตัวชี้วัดประเมินเชิงคุณภาพด้านผลกระทบ ให้ใส่คะแนนตามช่องที่กำหนดและคำนวณ Score

3. หากตัวชี้วัดประเมินได้เพียงด้านเดียว(ด้านผลลัพธ์หรือด้านผลกระทบ) ให้คิดสัดส่วนเชิงคุณภาพด้านเดียวเท่ากับ 30% เช่น $(\text{คะแนนที่ได้} \div 10) \times 0.3 = \text{Score}$

หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก : กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 9 ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
นางสาวสมคิด ศรีโสภา	ตำแหน่ง นักเทคนิค การแพทย์ชำนาญการ สำนักมาตรฐาน ห้องปฏิบัติการ	Tel. 02-9510000 ต่อ 99941 Mobile 0895005829 e-mail : somkid.s@dmasc.mail.go.th	

ตารางที่ 10 ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
นางสาวพรรณนิภา ปัญญาสวัสดิ์	ตำแหน่ง นักวิทยาศาสตร์ การแพทย์ปฏิบัติการ สำนักมาตรฐาน ห้องปฏิบัติการ	Tel. 02-9510000 ต่อ 99941 Mobile 0845114944 e-mail : pannipa.p@dmasc.mail.go.th	