

91แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข 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 ซ้ำภายใน 90 วัน
 - 2.1.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol ซ้ำภายใน 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 ซ้ำภายใน 90 วัน
 - 2.2.2 ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 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 ประชากรที่ได้รับการขึ้นทะเบียนว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และได้รับการติดตามภาวะโรคเบาหวานด้วยการตรวจ HbA1c, LDL-Cholesterol และ Creatinine

ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนว่าเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจ HbA1c และ LDL ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5 เพื่อเป็นการลดการส่งตรวจซ้ำที่เกินความจำเป็น ในอีกทางหนึ่งคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนว่าเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจ 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 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. 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
- สรุปรวตรวจราชการรอบที่ 1 (ตุลาคม 2568- มีนาคม 2569) : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2569
- สรุปรวตรวจราชการรอบที่ 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 = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งหมด
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

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	รอบ 12 เดือน
1. ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างน้อย 226 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 362 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 452 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

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 (RLU Hospital Plus)

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 (The Must) 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 (The Must) มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลักหรือผู้ประสานงานด้าน RLU ที่ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ ผู้บริหารสูงสุด โดยอาจแยกหรือรวมในคำสั่ง กรรมการ RLU ก็ได้	1	
		1.1.5 ระบุบทบาท หน้าที่ของ Mr. RLU ให้ชัดเจน เช่น เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ดังนี้ - จัดทำแผน - กำกับติดตาม - ประสานงาน - สื่อสารผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารระดับสูง และผู้เกี่ยวข้อง	1	
		1.1.6 (The Must) มีรายงานการประชุม, มติ และการนำไปปฏิบัติ	2	
		1.1.7 มีการประชุมอย่างน้อย 6 เดือน/ครั้ง	2	
		1.1.8 (The Must) รูปแบบรายงานการประชุมให้เป็นไปตามระเบียบสารบรรณ ต้องมีรายละเอียดประกอบไปด้วย วัน เดือน ปี และสถานที่ประชุม ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม มติจากการประชุม ผู้บันทึก ผู้ตรวจสอบ รายงานการประชุม	2	

ลำดับ	รายการ	หลักฐาน	การประเมิน	
			คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
		1.1.9 มติจากการประชุม ต้องระบุผู้รับผิดชอบ และกำหนดระยะเวลา ดำเนินการอย่างชัดเจน	1	
		1.1.10 วาระการประชุมควรประกอบด้วย - การวิเคราะห์ข้อมูล - การเลือกการทดสอบ - การประเมินผล	2	
1.2	จัดทำประกาศเจตนารมณ์มุ่งสู่ RLU Hospital ที่ลงนามโดยผู้อำนวยการ โรงพยาบาล	1.2.1 (The Must) มีประกาศเจตนารมณ์หรือนโยบาย RLU ที่ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หรือ ผู้บริหารสูงสุด ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร (ประกาศ เจตนารมณ์ นโยบาย แนวทางปฏิบัติ และตัวชี้วัด อาจประกาศแยกหรือรวมกัน ก็ได้)	2	
		1.2.2 (The Must) มีหลักฐานการสื่อสาร ที่ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ (การสื่อสาร อาจไม่จำเป็นต้องลงนามรับทราบ แต่ต้องให้มั่นใจได้ว่าผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดได้ รับทราบ โดยการสื่อสารอาจรวมถึง การแจ้งหนังสือเวียน การแจ้งผ่านสื่อสังคม ออนไลน์ เช่น line, email, website ของโรงพยาบาล ฯลฯ)	2	
		1.2.3 มีการรับรู้เจตนารมณ์หรือนโยบายของผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง	2	
บันไดขั้นที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูล คะแนนรวม 15				

ลำดับ	รายการ	หลักฐาน	การประเมิน	
			คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
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 - 5-6 รายการ ได้ 3 คะแนน - ≥ 7 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	
บันไดขั้นที่ 3 กำหนดมาตรการเพื่อลด overutilization และ/หรือ underutilization คะแนนรวม 30				
3.1		3.1.1 (The Must) มีหลักฐานแสดงมาตรการ หรือประกาศ หรือแนวทางของโรงพยาบาลที่กำหนดในการปฏิบัติงาน	3	

ลำดับ	รายการ	หลักฐาน	การประเมิน	
			คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
	กำหนดมาตรการ หรือแนวทางปฏิบัติ เพื่อลด overutilization และ/หรือ underutilization	3.1.2 (The Must) มาตรการหรือแนวทางที่กำหนด <u>ครอบคลุมทุกตัวชี้วัดในบัญชีรายการที่ได้จากการวิเคราะห์จากบันไดขั้นที่ 2</u> ทั้งด้าน Overutilization และ/หรือ Underutilization 3.1.3 (The Must) ประกาศมาตรการ โดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้ได้รับมอบหมาย 3.1.4 มีหลักฐานแสดงการสื่อสารไปที่สหวิชาชีพ และมีการดำเนินงานตามมาตรการ 3.1.5 มีผลการประเมินประสิทธิภาพของทุกมาตรการหรือแนวทาง	3 3 3 3	
3.2	กำหนดมาตรการ โดยการใช้ระบบ IT (The Must)	3.2.1 (The Must) มีหลักฐานแสดงการใช้ระบบ IT ของตัวชี้วัดการตรวจราชการ RLU ในการกำหนดมาตรการ เช่น pop up แจ้งเตือนการส่งตรวจซ้ำ หรือแจ้งเตือนในกรณีที่ยังไม่ได้รับการตรวจ 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 มีหลักฐานหรือแนวทางการตอบสนองต่อการแจ้งเตือน	5	
บันไดขั้นที่ 4 การประเมินผล คะแนนรวม 35				
4.1	มีการกำหนดตัวชี้วัด และการประเมินผล RLU (ตัวชี้วัดด้าน overutilization และ/หรือ underutilization)	4.1.1 (The Must) มีหลักฐานการกำหนดเป็นตัวชี้วัด RLU ของโรงพยาบาลที่ระบุเป้าหมาย วัดผลได้ ที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ ผู้บริหารสูงสุด ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร	4	
		4.1.2 (The Must) มีหลักฐานการติดตาม วิเคราะห์ ประเมินผลตัวชี้วัด RLU พร้อมแสดงผลลัพธ์ที่ชัดเจน	4	

ลำดับ	รายการ	หลักฐาน	การประเมิน	
			คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
		4.1.3 (The Must) มีการแสดงแนวโน้มผลลัพธ์ มีกระบวนการเรียนรู้ สู่การปรับเปลี่ยนระบบงาน	4	
4.2	มีการติดตามตัวชี้วัด โดยใช้ระบบ IT (The Must)	4.2.1 ตัวชี้วัด RLU ที่เป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข: แสดงผลการติดตามตัวชี้วัดด้วย HDC 4.2.2 ตัวชี้วัด RLU ที่โรงพยาบาลกำหนดเพิ่มเติม: แสดงผลการติดตามตัวชี้วัดด้วยโปรแกรม RLU KPI Monitor ที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์จัดเตรียมไว้ หรือโปรแกรมของโรงพยาบาลเอง	3 10	
4.3	รายงานผลค่าใช้จ่ายทางห้องปฏิบัติการ ในโปรแกรม LabEx	4.3.1 (The Must) รายงานผลค่าใช้จ่ายทางห้องปฏิบัติการในโปรแกรม LabEx โดยลงข้อมูลของปีงบประมาณก่อนหน้า และปีงบประมาณปัจจุบัน เช่น 2568 และ 2569	10	
คะแนนรวม			100	

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 ≥ 80 คะแนน

ตารางที่ 5 การแปลผลระดับคุณภาพและระดับคะแนนการพัฒนา (5 ระดับ)

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	การแปลผลเชิงคุณภาพ	ระดับการพัฒนา
ระดับ 5 = ดีเยี่ยม (Excellent)	90 – 100		ยั่งยืนและเป็นต้นแบบ

ระดับ 4 = ดี (Good)	80 – 89		พัฒนาอย่างมั่นคง
ระดับ 3 = พอใช้ (Fair)	60 – 79		กำลังพัฒนา
ระดับ 2 = ต้องพัฒนา (Developing)	41 – 59		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 (คะแนนที่ได้ $\div 10$) $\times 0.3 = \text{Score}$

การประเมิน RLU Hospital Plus
ระดับโรงพยาบาล 1) มีระบบ RLU Hospital Plus ตามแนวทางบันได 4 ขั้น 2) จัดทำ Self-assessment ประเมินผลดำเนินงานตามบันได 4 ขั้น ด้วยตนเอง พร้อมแนบหลักฐาน ผ่านระบบ e-Report บนเว็บไซต์ www.rluthailand.com
ระดับจังหวัด 1) External approved ประเมินผลการเป็น RLU Hospital Plus ตามบันได 4 ขั้น ของรพ. แต่ละแห่งภายในจังหวัด โดยจัดผู้เยี่ยมสำรวจจากรพ.อื่น สสจ. หรือศวก. ซึ่งเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร RLU Surveyor จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยสามารถเลือกวิธีการประเมินจากเอกสารหลักฐานใน e-Report หรือประเมินแบบ On-site ก็ได้ตามความเหมาะสม
ระดับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์/ผู้นิเทศ 1) สุ่มตรวจผล External approved ของ RLU Surveyor แต่ละจังหวัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20
โปรแกรมที่เกี่ยวข้อง RLU KPI Monitor (คู่มือการติดตั้ง): https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1ExHNwcFrBGNnxq1SuPcgh7mK3uyFvQKn

LabEx: https://script.google.com/macros/s/AKfycbw_zjpoTCNyxmhl1Zj-YkOvLZ9ZWDLJGLOfNh6ovWSRfChluRLyWhyiQsr90A5omRE/exec

หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก : กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 9 ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

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