

|                 |   |  |  |
|-----------------|---|--|--|
| หมวด            | Governance Excellence   |  |  |
| แผนงาน          | การพัฒนาธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ   |  |  |
| โครงการ         | โครงการพัฒนาคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล   |  |  |
| ระดับการแสดงผล  | จังหวัด   |  |  |
| ชื่อตัวชี้วัด   | <p>29. ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนา โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามที่กำหนด</p> <p>29.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน</p> <p>29.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p> <p>29.3 ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>  |  |  |
| คำนิยาม         | <p>1. การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use, RLU) หมายถึง การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์มีประสิทธิภาพและถูกต้อง โดยเลือกใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสมในการคัดกรอง การวินิจฉัย การติดตามผลการรักษาและพยากรณ์โรค โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ</p> <p>2. เขตสุขภาพที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU region public health) หมายถึง เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) อย่างน้อยร้อยละ 10 ของโรงพยาบาลในแต่ละเขตสุขภาพ</p> <p>3. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และได้รับตรวจติดตามภาวะโรคเบาหวานด้วยการตรวจ HbA1c</p> <p>ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 10 เพื่อเป็นการลดการส่งตรวจซ้ำที่เกินความจำเป็น ในอีกทางหนึ่งคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70 เพื่อเป็นการติดตามการตรวจที่เหมาะสมไม่น้อยเกินไป และเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ป่วย</p> |  |  |
| เกณฑ์เป้าหมาย : | <ol style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน</li> <li>ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</li> <li>ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด</li> </ol>   |  |  |
|                 | ปีงบประมาณ 68   | ปีงบประมาณ 69  | ปีงบประมาณ 70  |
|                 | ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 10   | ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 8   | ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 6   |
|                 | ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70   | ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 75  | ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 80  |
|                 | มี RLU hospital อย่างน้อยร้อยละ 20 ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ทั้งหมด(181 โรงพยาบาล) (เฉพาะเขตสุขภาพ 1 – 12 ไม่รวมเขตสุขภาพ 13)  | มี RLU hospital อย่างน้อยร้อยละ 30 ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ทั้งหมด(271 โรงพยาบาล) (เฉพาะเขตสุขภาพ 1 – 12 ไม่รวมเขตสุขภาพ 13) | มี RLU hospital อย่างน้อยร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ทั้งหมด(362 โรงพยาบาล) (เฉพาะเขตสุขภาพ 1 – 12 ไม่รวมเขตสุขภาพ 13) |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| วัตถุประสงค์  | 1. เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล ในระดับเขตสุขภาพ<br>2. เพื่อส่งเสริมการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล โดยนำร่องในรายการตรวจ HbA1c ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งด้าน Overutilization และ Underutilization |   |   |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย  | เขตสุขภาพที่ 1-12<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน   |   |   |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล  | เขตสุขภาพที่ 1-12<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมและติดตามการส่งข้อมูลของอำเภอตามแนวทางที่กำหนด  |   |   |
| แหล่งข้อมูล   | เขตสุขภาพที่ 1-12<br>หน่วยงานผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด และอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาล และ/ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด   |   |   |
| รายการข้อมูล 1  | A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน  |   |   |
| รายการข้อมูล 2  | B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ทั้งหมด   |   |   |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด  | ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน<br>$(A/B) \times 100$  |   |   |
| รายการข้อมูล 1  | C = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c  |   |   |
| รายการข้อมูล 2  | D = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งหมด  |   |   |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด  | ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง<br>$(C/D) \times 100$  |   |   |
| รายการข้อมูล 1  | E = จำนวนโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามที่เกณฑ์กำหนด*  |   |   |
| รายการข้อมูล 2  | F = จำนวนโรงพยาบาลในเขตสุขภาพทั้งหมด (เฉพาะเขตสุขภาพ 1 – 12 ไม่รวมเขตสุขภาพ 13)   |   |   |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด  | ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด<br>$(E/F) \times 100$   |   |   |
| ระยะเวลาประเมินผล   | ประเมินรายไตรมาส และคำนวณตามเกณฑ์ตัวชี้วัด เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ   |   |   |
| เกณฑ์การประเมิน :   |   |   |   |
| ปีงบประมาณ 2568:  |   |   |   |
| รอบ 3 เดือน   | รอบ 6 เดือน   | รอบ 9 เดือน   | รอบ 12 เดือน  |
| ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 25       | ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 20   | ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 15       | ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 10       |
| ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 10 | ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 30   | ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 50 | ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70 |

|   |  |  |  |      |      |
|---|--|--|--|------|------|
| อย่างน้อย 45 โรงพยาบาล<br>(ร้อยละ 5) มีผลการ<br>ดำเนินการตามเกณฑ์ที่<br>กำหนด*                  | อย่างน้อย 90 โรงพยาบาล<br>(ร้อยละ 10) มีผลการ<br>ดำเนินการตามเกณฑ์ที่<br>กำหนด*  | อย่างน้อย 135 โรงพยาบาล<br>(ร้อยละ 15) มีผลการ<br>ดำเนินการตามเกณฑ์ที่<br>กำหนด* | อย่างน้อย 181 โรงพยาบาล<br>(ร้อยละ 20) มีผลการ<br>ดำเนินการตามเกณฑ์ที่<br>กำหนด*   |      |      |
| วิธีการประเมินผล :  | <b>เขตสุขภาพที่ 1-12</b><br>โรงพยาบาล และสสจ. รายงานผล ผ่านการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวง<br>สาธารณสุข ตามระบบรายงานที่กำหนด<br><b>ส่วนกลาง</b> ประมวลข้อมูล เพื่อจัดทำสรุปข้อมูลในภาพประเทศ และคืนกลับข้อมูลให้พื้นที่ ใน<br>ลักษณะ dashboard |  |  |      |      |
| เอกสารสนับสนุน :  | 1. แนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use, RLU)<br><a href="https://rluthailand.com/">https://rluthailand.com/</a>   |  |  |      |      |
| รายละเอียดข้อมูล<br>พื้นฐาน   | Baseline data  | หน่วยวัด   | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.   |      |      |
|   |  |  | 2565   | 2566 | 2567 |
|   | จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่าน<br>ตามเกณฑ์พัฒนาสู่<br>โรงพยาบาลที่มีการตรวจ<br>ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU<br>hospital)  | จำนวน  | -  | 23   | 90   |
|   | ร้อยละของผู้ป่วย<br>โรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ<br>HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่<br>เกินร้อยละ 10   | ร้อยละ   | -  | -    | -    |
| ร้อยละของผู้ป่วย<br>โรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ<br>HbA1c อย่างน้อยปีละ 1<br>ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70 | ร้อยละ   | -  | -  | -    |      |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ<br>/<br>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด  | นายสุรศักดิ์ หมั่นพล<br>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2589-9850-8<br>โทรสาร : 0-2951-1270   |  | ผู้อำนวยการสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ<br>โทรศัพท์มือถือ : 0819654402<br>E-mail : surasak.m@dmsc.mail.go.th<br><b>สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</b> |      |      |
| หน่วยงานประมวลผล<br>และจัดทำข้อมูล<br>(ระดับส่วนกลาง)   | นางสาวรัฐกาญจน์ ละเอียดดี<br>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2951-0000 ต่อ 99759<br>โทรสาร : -  |  | นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ<br>โทรศัพท์มือถือ : 0619941464<br>E-mail : nattakarn.l@dmsc.mail.go.th<br><b>สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</b>           |      |      |
| ผู้รับผิดชอบการ<br>รายงานผลการ<br>ดำเนินงาน   | นางสาวนพร จริงจิตร<br>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2951-0000 ต่อ 99760<br>โทรสาร : -   |  | นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติการ<br>โทรศัพท์มือถือ : 0858889828<br>E-mail : nawaporn.j@dmsc.mail.go.th<br><b>สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</b>     |      |      |

\*เกณฑ์ที่กำหนดการเป็น RLU hospital

| กิจกรรม  | หลักฐาน   |
|--|---|
| <b><u>บันไดขั้นที่ 1 กรรมการ RLU</u></b>   |   |
| 1.1 แต่งตั้งคณะกรรมการ RLU และแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลัก (อาจเรียกว่า Mr. RLU หรือ RLU coordinator ฯลฯ)                            | <ol style="list-style-type: none"> <li>คำสั่งแต่งตั้งกก. RLU ที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ และผู้รับผิดชอบหลัก ที่ลงนามโดยผอ.รพ. หรือผู้บริหารสูงสุด</li> <li>หลักฐานการประชุม / มติ / การนำไปปฏิบัติ</li> </ol>   |
| 1.2 จัดทำประกาศเจตนารมณ์มุ่งสู่ RLU hospital ที่ลงนามโดยผอ.รพ.   | <ol style="list-style-type: none"> <li>ประกาศเจตนารมณ์ RLU ที่ผอ.รพ.หรือผู้บริหารสูงสุด ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร</li> <li>หลักฐานการสื่อสาร ที่ผู้เกี่ยวข้องลงนามรับทราบ</li> </ol>  |
| <b><u>บันไดขั้นที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูล</u></b>   |   |
| 2.1 วิเคราะห์ข้อมูล และคัดเลือก โรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาในการสั่งตรวจ (overutilization และ/หรือ underutilization) | <ol style="list-style-type: none"> <li>หลักฐานการประชุม และมติ รายงานผลวิเคราะห์ข้อมูล และคัดเลือกโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาในการสั่งตรวจ (overutilization และ/หรือ underutilization)</li> <li>บัญชีรายการโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหา (overutilization และ/หรือ underutilization)</li> </ol> |
| <b><u>บันไดขั้นที่ 3 กำหนดมาตรการเพื่อลด overutilization และ/หรือ underutilization</u></b>                                       |   |
| 3.1 กำหนดมาตรการ หรือแนวทางปฏิบัติเพื่อลด overutilization และ/หรือ underutilization  | <ol style="list-style-type: none"> <li>มีหลักฐานแสดงมาตรการ หรือประกาศ หรือแนวทางของ รพ. ที่กำหนดในการปฏิบัติงาน</li> </ol>   |
| <b><u>บันไดขั้นที่ 4 การประเมินผล</u></b>  |   |
| 4.1 มีการกำหนดตัวชี้วัด และการประเมินผล RLU (ตัวชี้วัดด้าน overutilization และ/หรือ underutilization)                            | <ol style="list-style-type: none"> <li>หลักฐานการกำหนดเป็นตัวชี้วัด RLU ของ รพ.ที่ระบุเป้าหมาย วัดผลได้ ที่ผอ.รพ.หรือผู้บริหารสูงสุด ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร</li> <li>หลักฐานการประเมินผลตัวชี้วัด RLU</li> </ol>   |

หมายเหตุ ควรเพิ่มโรค ภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหา overutilization และ/หรือ underutilization ทุกปี