



บันทึกข้อความ

กลุ่มงานยุทธศาสตร์ และสารสนเทศ
 เลขที่ ๒๐๗
 วันที่ ๒๖ มิ.ย. ๒๕๖๘
 ๐๙.๑๓

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
 เลขรับ ๒๘๐๙
 วันที่ ๑๘ มิ.ย. ๖๘
 เวลา ๐๙.๐๔ น.

ส่วนราชการ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๕๕๐

ที่ สธ ๐๒๐๕/ ๙๓๗๖ (๘๓๖๖) วันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๘

เรื่อง ขอบริษัทเป้าหมายตัวชี้วัดร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนา
 โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital)

เรียน ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

ตามที่คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการฯ ประเด็นที่ ๘ การบริหารทรัพยากรสาธารณสุข ได้ประชุมคณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ประเด็นบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข ครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘ พบว่าตัวชี้วัดที่ ๘.๓ ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) มีผลการดำเนินงานในภาพรวม ร้อยละ ๖๓ จากเป้าหมาย ร้อยละ ๑๐ ในรอบที่ ๑ และร้อยละ ๒๐ ในรอบที่ ๒ คณะอนุกรรมการมีมติให้ปรับเป้าหมายตัวชี้วัดดังกล่าวเป็น ร้อยละ ๖๐ และได้แจ้งในที่ประชุมสรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน ระดับกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ รอบที่ ๑ เมื่อวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๘ แล้ว นั้น

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ขอเรียนว่าเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า เห็นควรแจ้งการปรับเป้าหมายในตัวชี้วัดดังกล่าวให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง รับทราบและปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน

จึงเรียนมาเพื่อทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปด้วย

เชิงท นอ. สท.ร. ๘

ตามมติกรม: อร.กรมการแพทย์
 มร.เตาฟ และมติจากไม่ลดการตรวจราชการ
 มร.เตาฟที่ ๘ มีมติให้ปรับเป้าหมายตัวชี้วัด
 ที่ ๘.๓ จากเดิม ร้อยละ ๑๐ เป็น ร้อยละ ๖๐
 คณะกรรมการที่ปรึกษา รพ.๙ (RLU Hospital)
 ๑.กรอบที่ ๑ ผลร้อยละ ๖๐

(นายโสภณ เอี่ยมศิริถาวร)
 ผู้ตรวจราชการกระทรวง
 หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

- ทราบ
- ชอบ
- ดำเนินการ
- แจ้ง
- มอบ.....

- เห็นชอบ มอบ
- สาธารณสุขจังหวัด เขตสุขภาพที่ ๘
- (ให้หน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพที่ ๘)
- (ให้) พยาบาลกระทรวงสาธารณสุขที่ ๘
- (ให้) ผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข
- อื่น ๆ.....

(นายประพนธ์ เครือเจริญ)

รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
 ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

(นายณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์)
 ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
 ๑๑ มิ.ย. ๒๕๖๘

จึงเรียนมาเพื่อ
 พิจารณา
 (ทางพิจารณา ทราบมา)
 - แจ้งทุกแห่งทราบ
 - Website
 (นายวีระวัฒน์ ศิริรัตน์โพธิ์)
 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
 หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568

(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ ๘ : บริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข

หัวข้อ -

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์การพัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital)

คำนิยาม

การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use, RLU) หมายถึง การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์มีประสิทธิภาพและถูกต้อง โดยเลือกใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสมในการคัดกรอง การวินิจฉัย การติดตามผลการรักษาและพยากรณ์โรค โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

เขตสุขภาพที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU region public health) หมายถึง เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) อย่างน้อยร้อยละ 60 ของโรงพยาบาลในแต่ละเขตสุขภาพ

กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และได้รับการตรวจติดตามภาวะโรคเบาหวานด้วยการตรวจ HbA1c

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 10 เพื่อเป็นการลดการส่งตรวจซ้ำที่เกินความจำเป็น ในอีกทางหนึ่งคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70 เพื่อเป็นการติดตามการตรวจที่เหมาะสมไม่น้อยเกินไป และเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ป่วย

มาตรการดำเนินงานหลัก พร้อมแนวทางการตรวจ กำกับ ติดตาม ตลอดจนจนถึงผลลัพธ์ที่ได้

เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๘	มาตรการดำเนินงานหลัก	แนวทางการตรวจ กำกับติดตาม	ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้
การตรวจราชการ รอบ 1 (รอบ 6 เดือน)			
1. ร้อยละ 20 ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด*	ระดับโรงพยาบาล 1) มีระบบ RLU Hospital ตามแนวทางบันได 4 ขั้น* 2) จัดทำ Self-assessment ประเมินผลดำเนินงานตามบันได 4 ขั้น ด้วยตนเอง พร้อมแนบหลักฐาน ผ่านระบบ e-Report บนเว็บไซต์ www.rluthailand.com	1) สรุปและวิเคราะห์ข้อมูลผลการพัฒนา RLU Hospital ตามแนวทางบันได 4 ขั้น ของรพ. ทั้งเขตสุขภาพ โดยดึงข้อมูลจาก e-Report บนเว็บไซต์ www.rluthailand.com	ร้อยละ 10 ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด*

เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๔	มาตรการดำเนินงานหลัก	แนวทางการตรวจ กำกับติดตาม	ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้
	<p><u>ระดับจังหวัด</u></p> <p>1) External approved ประเมินผลการเป็น RLU Hospital ตามบันได 4 ชั้น ของรพ. แต่ละแห่งภายใน จังหวัด โดยจัดผู้เยี่ยมสำรวจ จากรพ.อื่น สสจ. หรือศวก. ซึ่งเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร RLU Surveyor จาก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยสามารถเลือกวิธีการ ประเมินจากเอกสารหลักฐาน ใน e-Report หรือประเมิน แบบ On-site ก็ได้ตามความ เหมาะสม</p>	<p>2) เสนอแนวทางการ พัฒนารายโรงพยาบาล และภาพรวมของเขต สุขภาพ</p>	
<p>2. ร้อยละของผู้ป่วย โรคเบาหวาน ได้รับการ ตรวจ HbA1c ซ้ำ ภายใน 90 วัน ไม่เกิน ร้อยละ 10</p>	<p><u>ระดับโรงพยาบาล</u></p> <p>1) วิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำ ภายใน 90 วัน จาก HDC หาก การตรวจซ้ำเกินเป้าหมายที่กำหนด ให้ดำเนินการ -ระบุสาเหตุ -กำหนดมาตรการเพื่อลดการ ตรวจซ้ำ</p> <p><u>ระดับจังหวัด</u></p> <p>1) กำกับติดตาม ตัวชี้วัดจาก HDC</p>	<p>1) สรุปลงและวิเคราะห์ ข้อมูลตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ของ โรงพยาบาล ทั้งเขต สุขภาพ โดยดึงข้อมูล จาก HDC</p> <p>2) เสนอแนวทางการ พัฒนารายโรงพยาบาล และภาพรวมของเขต สุขภาพ</p>	<p>ร้อยละของผู้ป่วย โรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำ ภายใน 90 วัน ไม่เกิน ร้อยละ 15</p>

เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๘	มาตรการดำเนินงานหลัก	แนวทางการตรวจ กำกับติดตาม	ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้
<p>3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70</p>	<p><u>ระดับโรงพยาบาล</u></p> <p>1) วิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จาก HDC หากการตรวจไม่ผ่านตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ให้ดำเนินการ</p> <p>-ระบุสาเหตุ</p> <p>-กำหนดมาตรการเพื่อเพิ่มการตรวจ HbA1c ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน</p> <p><u>ระดับจังหวัด</u></p> <p>1) กำกับติดตาม ตัวชี้วัดจาก HDC</p>	<p>1) สรุปลและวิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ของโรงพยาบาล ทั้งเขตสุขภาพ โดยดึงข้อมูลจาก HDC</p> <p>2) เสนอแนวทางการพัฒนารายโรงพยาบาล และภาพรวมของเขตสุขภาพ</p>	<p>ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 35</p>
การตรวจราชการ รอบ 2 (รอบ 12 เดือน)			
<p>1. ร้อยละ 60 ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด*</p>	<p><u>ระดับโรงพยาบาล</u></p> <p>1) มีระบบ RLU Hospital ตามแนวทางบันได 4 ขั้น*</p> <p>2) จัดทำ Self-assessment ประเมินผลดำเนินงานตามบันได 4 ขั้น ด้วยตนเอง พร้อมแนบหลักฐาน ผ่านระบบ e-Report บนเว็บไซต์ www.rluthailand.com</p> <p><u>ระดับจังหวัด</u></p> <p>1) External approved ประเมินผลการเป็น RLU Hospital ตามบันได 4 ขั้นของรพ. แต่ละแห่งภายในจังหวัด โดยจัดผู้เยี่ยมสำรวจจากรพ.อื่น สสจ. หรือศวก. ซึ่งเป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร RLU Surveyor จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>	<p>1) สรุปลและวิเคราะห์ข้อมูลผลการพัฒนา RLU Hospital ตามแนวทางบันได 4 ขั้นของรพ. ทั้งเขตสุขภาพ โดยดึงข้อมูลจาก e-Report บนเว็บไซต์ www.rluthailand.com</p> <p>2) เสนอแนวทางการพัฒนารายโรงพยาบาล และภาพรวมของเขตสุขภาพ</p>	<p>ร้อยละ 60 ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด*</p>

เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๘	มาตรการดำเนินงานหลัก	แนวทางการตรวจ กำกับติดตาม	ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้
	<p>โดยสามารถเลือกวิธีการประเมินจากเอกสารหลักฐานใน e-Report หรือประเมินแบบ On-site ก็ได้ตามความเหมาะสม</p> <p><u>ระดับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์</u></p> <p>1) สุ่มตรวจผล External approved ของ RLU Surveyor แต่ละจังหวัด</p>		
<p>2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 10</p>	<p><u>ระดับโรงพยาบาล</u></p> <p>1) วิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน จาก HDC หากการตรวจซ้ำเกินเป้าหมายที่กำหนด ให้ดำเนินการ</p> <ul style="list-style-type: none"> -ระบุนสาเหตุ -กำหนดมาตรการเพื่อลดการตรวจซ้ำ <p><u>ระดับจังหวัด</u></p> <p>1) กำกับติดตาม ตัวชี้วัดจาก HDC</p>	<p>1) สรุปและวิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ของรพ. ทั้งเขตสุขภาพ โดยดึงข้อมูลจาก HDC</p> <p>2) เสนอแนวทางการพัฒนารายโรงพยาบาลและภาพรวมของเขตสุขภาพ</p>	<p>ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 10</p>
<p>3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70</p>	<p><u>ระดับโรงพยาบาล</u></p> <p>1) วิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จาก HDC หากการตรวจไม่ผ่านตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ให้ดำเนินการ</p> <ul style="list-style-type: none"> -ระบุนสาเหตุ -กำหนดมาตรการเพื่อเพิ่มการตรวจ HbA1c ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 	<p>1) สรุปและวิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ของรพ. ทั้งเขตสุขภาพ โดยดึงข้อมูลจาก HDC</p> <p>2) เสนอแนวทางการพัฒนารายโรงพยาบาลและภาพรวมของเขตสุขภาพ</p>	<p>ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70</p>

เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๘	มาตรการดำเนินงานหลัก	แนวทางการตรวจ กำกับติดตาม	ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้
	<u>ระดับจังหวัด</u> 1) กำกับติดตาม ตัวชี้วัดจาก HDC		

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

1. ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด*

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

2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 10

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

3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70

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

รายการข้อมูล

A หมายถึง จำนวนโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามที่เกณฑ์กำหนด*

B หมายถึง จำนวนโรงพยาบาลในเขตสุขภาพทั้งหมด (เฉพาะเขตสุขภาพ 1 – 12 ไม่รวมเขตสุขภาพ 13)

C หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน

D หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ทั้งหมด

E หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c

F หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งหมด

หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก : กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบร่วม : -

รูปแบบการจัดเก็บข้อมูล HDC ฐานข้อมูลกรม/กอง/หน่วยงาน ข้อมูลจากการตรวจราชการ

อื่น ๆ (ทั้งนี้สามารถเลือกได้มากกว่า ๑ รูปแบบ)

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางสาวนัททกาญจน์ ละเอียดดี	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ/ สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	Tel.: 0-2951-0000 ต่อ 99759 Mobile: 0619941464 E-mail: nattakarn.i@dmsc.mail.go.th	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางสาวนพร จริงจิตร	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปฏิบัติการ สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	Tel.: 0-2951-0000 ต่อ 99760 Mobile: 0858889828 E-mail: nawaporn.j@dmsc.mail.go.th	

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่น ๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ กกก. กำหนดประเด็นแต่ละประเด็น

***เกณฑ์ RLU Hospital (บันได 4 ชั้น)**

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