

| ยุทธศาสตร์(Strategies) | ลำดับ (NO.) | ตัวชี้วัด(KPI) | เป้า(Goal) ปี 2566 | ไตรมาส 1 ต.ค.65-ธ.ค.65 | ไตรมาส 2 ต.ค.65-มี.ค.66 | ไตรมาส 3 ต.ค.65-มิ.ย.66 | ไตรมาส 4 ต.ค.65-ก.ย.66 | ตอกรณณ์ตัวชี้วัดไม่บรรลุเป้าหมาย | | ผู้รับผิดชอบ |
|--|-------------|---|---|---------------------------|----------------------------|---|---------------------------|---|---|---------------------------|
| | | | | | | | | ปัญหา/อุปสรรค | แนวทางการแก้ไข | |
| ยุทธศาสตร์ 1 พัฒนาศูนย์การแพทย์ชั้นเลิศที่เชื่อมโยงเป็นเครือข่าย จนถึงระดับปฐมภูมิ <i>วัตถุประสงค์</i> สร้างศูนย์เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่ร่วมมือกับโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย และหน่วยบริการสาธารณสุขอื่นทุกระดับจนถึงหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ | 1 | ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ <12 สัปดาห์ | >75 | 51.87 | 57.32 | 51.45 | | | | ANC+เวชกรรมสังคม |
| | 2 | อัตราการคลอดมีชีพในมารดาอายุ 15 – 19 ปี | <40 : 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15 – 19 ปี | 14.73 | 14.24 | 12.29 | | | | เวชกรรมสังคม+สูติ |
| | 3 | อัตราการเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงในการดูแลสุขภาพของปากร่วมกับทีมวิชาชีพ | ร้อยละ 80 | 20 | 46.66 | 60 | | เจ้าหน้าที่รับผิดชอบกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มติดบ้านติดเตียงร่วมออกเยี่ยมบ้านมี 1 คน เวลาติดภาระกิจอื่นๆ(เช่น เวรโควิด ประชุม วิทยากร เรียนเฉพาะทางระยะสั้น) ไม่มีเจ้าหน้าที่แทน | ผลงานน่าจะดีขึ้นเนื่องจากเจ้าหน้าที่เรียนเฉพาะทางระยะสั้นจบหลักสูตรแล้ว | ทันตกรรม |
| | 4 | ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงที่สุดส่วน (6-14 ปี) | 60.00% | เทอม 2/65 54.57% | เทอม 2/65 54.57% | | | - สถานการณ์โควิด มีข้อจำกัดในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - นักเรียนที่มีภาวะอ้วนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - มีปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ เช่น อิทธิพลสื่อโฆษณา | จัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง- สร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน ได้แก่ โรงเรียน ผู้ปกครอง อปท. | เวชกรรมสังคม |
| | 5 | อัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (เช่น Stroke, บาดเจ็บศีรษะ, ไขสันหลัง, ข้อสะโพกหัก) | 80.00% | 100% | 100% | 100% | | | | กายภาพ+เวชกรรมสังคม+7 PCT |
| | 6 | อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน | ไม่เกินร้อยละ 1.95 | 0.97 | 1.48 | 3.70(ศสช.วัดแคนอก) 2.49(เครือข่าย) | | จำนวนกลุ่มเสี่ยงสูงมีทั้งหมด 27 ราย พบรายใหม่ 1 ราย ในเครือข่ายมีกลุ่มเสี่ยง1,528 รายพบรายใหม่ 38 ราย ทำให้เกินเกณฑ์ที่กำหนด | รณรงค์ให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและติดตามคัดกรองซ้ำทุกปี | SP NCD |
| | 7 | อัตราของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ดี HbA1C <7 | >40% | - | - | 39.01(ศสช.วัดแคนอก) 26.38(เครือข่าย) 6.58(รพ.พระนั่งเกล้า) 38.28 (คลินิกโรคเรื้อรัง) | | - ผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจและขาดการติดตามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด - ขาดอัตรากำลังในการให้บริการ - จัดให้มีการเข้าถึงบริการ ส่งเสริมการเข้าถึงสื่อความรู้ที่หลากหลายรูปแบบ | อบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างเข้มข้น -เพิ่มอัตรากำลังพยาบาล - จัดระบบบริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การเข้าถึง การให้ความรู้และการติดตามเยี่ยมบ้าน -สนับสนุนจัดหา อุปกรณ์สื่อการสอน เช่น ระบบ Internet TV สื่อDigital QR code แผ่นพับ | SP NCD |
| | 8 | ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ดี (<140/90) | >50% | | | 30.83(ศสช.วัดแคนอก) 38.05 (รพ.พระนั่งเกล้า) | | ผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจและขาดการติดตามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด | อบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างเข้มข้น | SP NCD |
| | 9 | ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน, ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) | ร้อยละ 90 | | | 38.28(ศสช.วัดแคนอก) 8(เครือข่าย) | | หน่วยบริการยังไม่บันทึกการประเมินและลงบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูล | ประสานงานผู้รับผิดชอบและรายงานปัญหาให้ผู้บริหารรับทราบเพื่อกำหนดแนวทางแก้ไข | SP NCD |

| ยุทธศาสตร์(Strategies) | ลำดับ (NO.) | ตัวชี้วัด(KPI) | เป้า(Goal) ปี 2566 | ไตรมาส 1 ต.ค.65-ธ.ค.65 | ไตรมาส 2 ต.ค.65-มี.ค.66 | ไตรมาส 3 ต.ค.65-มิ.ย.66 | ไตรมาส 4 ต.ค.65-ก.ย.66 | ตอกรณณ์ตัวชี้วัดไม่บรรลุเป้าหมาย | | ผู้รับผิดชอบ |
|------------------------|-------------|---|--------------------|---|---|---|---|---|--|--------------------------------------|
| | | | | | | | | ปัญหา/อุปสรรค | แนวทางการแก้ไข | |
| | 10 | อัตราผู้ป่วยเบาหวาน,ความดันโลหิตสูงไปรักษาที่ รพ.สต./ ศูนย์สุขภาพชุมชน | >50% | 0. (คลินิกผู้สูงอายุ) | 17.14 (6/18 คลินิกผู้สูงอายุ) | | | เก็บข้อมูลจากผู้รับบริการที่พบโรครายใหม่ ส่วนยอดผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นประวัติการเจ็บป่วย ทำให้การคิดเปอร์เซ็นต์คลาดเคลื่อนได้ | ผู้รับบริการในคลินิกเมื่อป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะมีการส่งรักษาต่อกลับบ้านหรือสะดวก เนื่องจากคลินิกผู้สูงอายุให้บริการคัดกรองภาวะถดถอยเป็นหลัก | เวชกรรมสังคม+Med |
| | 11 | ร้อยละของผู้สูงอายุที่คัดกรอง ADL (เฉพาะกลุ่มติดสังคม) | ร้อยละ 89 | 26.49 | 35.82 | | | ผู้สูงอายุติดสังคมทั้งหมด 2831 คน แกนนำชุมชนไม่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุบาง คนได้ เช่น คอนโด หมู่บ้าน บ้านสวน | เพิ่มแกนนำครอบครัว อสค. และแกนนำชุมชน ในพื้นที่ ที่เข้าไม่ถึง | เวชกรรมสังคม |
| | 12 | เปิดหน่วยบริการ PCC (CUP พระนั่งเกล้า) | 4 แห่ง | 2 (50%) | 2 (50%) | | | อีก 2 แห่ง แห่งที่ 1 รพแพทย์เรียนจบเดือนกรกฎาคม แห่งที่ 2 รพแพทย์กลับจากช่วยปฏิบัติงานในหน่วยบริการศูนย์สาธารณสุขเทศบาลนครนนทบุรี ในเดือนตุลาคม | อีก 2 แห่ง แห่งที่ 1 รพแพทย์เรียนจบเดือนกรกฎาคม แห่งที่ 2 รพแพทย์กลับจากช่วยปฏิบัติงานในหน่วยบริการศูนย์สาธารณสุขเทศบาลนครนนทบุรี ในเดือนตุลาคม | เวชกรรมสังคม |
| | 13 | Case Mixed Index | >2 | 1.9634 | 2.0119 | | | | | ทุก PCT+ศกน.Audit Chart |
| | 14 | อัตราศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรคผ่านเกณฑ์คุณภาพ (ศักยภาพ) ที่กำหนด | 100% | | | | | | | ศูนย์เชี่ยวชาญ 7 + 3 ศูนย์ |
| | 15 | จำนวนการผ่าตัด ผิดคน, ผิดข้าง, ผิดตำแหน่งที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยรุนแรง | ระดับ E ขึ้นไป = 0 | | | | | | | ทุก PCT ที่มีเหตุการณ์+OR |
| | 16 | จำนวนการให้เลือด ผิดคน, ผิดหมู่, ผิดชนิด | ระดับ C ขึ้นไป = 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | NSO+Lab+MSO |
| | 17 | จำนวนการวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (Diagnostic error) - OPD - IPD | <5% <5% | | | | | | | MSO+PCT+ศกน.Audit +ศกน.RM |
| | 18 | อัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะที่ตรงตามเกณฑ์ | >80% | Imipenem/cilastatin 100% Meropenem 98.61% Ertapenem 100% Colistin 100% | Imipenem/cilastatin 90.00% Meropenem 98.58% Ertapenem 100% Colistin 96.72% | Imipenem/cilastatin 93.10% Meropenem 98.87% Ertapenem 99.40% Colistin 95.41% | Imipenem/cilastatin 94.74% Meropenem 98.66% Ertapenem 99.55% Colistin 96.51% | | | คก.ความปลอดภัยด้านยา +PCT+MSO |
| | 19 | อัตรา RDU Hospital ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดตาม Service Plan | >10ข้อ จาก 12 ข้อ | 11/12 | 10/12 | 10/12 | 10/12 | | | SP RDU+PCT+MSO |
| | 20 | ความคลาดเคลื่อนทางยา Medication Error 1. ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งจ่าย (Prescribing error) 2. ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา (Dispensing error) 3. ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา (Administration error) | ระดับ E ขึ้นไป = 0 | 0 0 0 | 3 2 0 | 3 3 0 | 3 3 0 | แพทย์ Intern สั่งยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาเนื่องจากตรวจสอบประวัติแพ้ยาไม่ครบถ้วน (IPD) จ่ายยาผิดชนิดจากปัญหา Look alike sound alike (OPD) | ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ ติดตามกำกับให้ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการแพ้ยาฯ นำระบบจัดยาถึงอัตโนมัติมาใช้ในท้องผู้ป่วยนอกอาคารสำเภทอง พบว่าสามารถลดการจัดยาผิดชนิดมากกว่าร้อยละ 95 และไม่พบการจ่ายยาผิดชนิด | คณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา +PCT+MSO |
| | 21 | จำนวนครั้งของการแพ้ยาซ้ำจากยาตัวเดียวกัน | 0 ครั้ง | 0 | 2 | 2 | 2 | แพทย์ Intern สั่งยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาเนื่องจากตรวจสอบประวัติแพ้ยาไม่ครบถ้วน (IPD) | ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ ติดตามกำกับให้ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการแพ้ยาฯ | คณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา +PCT |

| ยุทธศาสตร์(Strategies) | ลำดับ (NO.) | ตัวชี้วัด(KPI) | เป้า(Goal) ปี 2566 | ไตรมาส 1 ต.ค.65-ธ.ค.65 | ไตรมาส 2 ต.ค.65-มี.ค.66 | ไตรมาส 3 ต.ค.65-มิ.ย.66 | ไตรมาส 4 ต.ค.65-ก.ย.66 | คอบกรณตัวชี้วัดไม่บรรลุเป้าหมาย | | ผู้รับผิดชอบ | | |
|---|-------------|--|--|--|--|---|--|---|---|-------------------------------|----------------|--|
| | | | | | | | | ปัญหา/อุปสรรค | แนวทางการแก้ไข | | | |
| | 33 | ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา - ODS - MIS | เพิ่มขึ้น 20% จากปี 65 เพิ่มขึ้น 20% จากปี 65 | 5รวม ODS 626 ราย MIS 452 ราย ค.ค.-ธ.ค.65 ODS 263 ราย MIS 97 ราย | ม.ค.-มี.ค. ODS 273 ราย MIS 134 ราย | เม.ย.-มิ.ย. ODS 301 ราย MIS 154 ราย | ก.ค.-ก.ย. ODS 290 ราย MIS 93 ราย ปี66 รวม ODS 1127 ราย MIS 478 ราย ODS เพิ่มขึ้น 80.03% MIS เพิ่มขึ้น 5.75% | แต่ละสิทธิการรักษาโรคที่สามารถทำ ODS ได้แตกต่างกัน ทำให้เกิดความยุ่งยากในการเลือกผู้ป่วยเข้าโครงการ และอาจเกิดปัญหาไม่สามารถขอเบิกจ่ายได้เนื่องจากสิทธิหรือโรคไม่ตรงตามเกณฑ์ ODS | ขอความร่วมมือพยาบาล OPD ตรวจสอบสิทธิและโรคให้ถูกต้อง และส่งแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่วางแผนจะทำ ODS ให้ ODS Center ตรวจสอบอีกครั้ง | SP ODS+ OR+PCT ที่มีเหตุการณ์ | | |
| | 34 | ลดระยะเวลารอคอยผ่าตัด | | | | | | | | | คกก.ห้องผ่าตัด | |
| ยุทธศาสตร์ 2 สร้างระบบบริการดูแลสุขภาพด้วยเทคโนโลยีทันสมัยบนพื้นฐานของหัวใจความเป็นมนุษย์ <i>วัตถุประสงค์</i> ใช้เทคโนโลยีทั้งเทคโนโลยีด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ เทคโนโลยีทางวิศวกรรม AI และ Information technology มาพัฒนาการให้บริการและขับเคลื่อนระบบงานบริการ "โรงพยาบาลแห่งเทคโนโลยี" | 35 | โรงพยาบาลผ่านการประเมิน Smart hospital ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข | ผ่าน | | | | | | | | คกก.IT | |
| | 36 | อัตราการดำเนินงานตามมาตรฐานสำคัญจำป็น 9 ข้อ | ≥ 50% | | | | | | | | คกก.RM | |
| | 37 | จำนวนนวัตกรรม / R2R ในปี 2566 | จำนวนนวัตกรรม / R2R รวมทั้งหมด 40 เรื่อง | | | | | | | | | คกก.RM |
| | 38 | ลดระยะเวลารอคอย OPD ตั้งแต่คัดกรองถึงรับยากลับบ้าน | <120 นาที | 178นาที | 120นาที | | | | | | | OPD |
| | 39 | จัดระบบนัดหมายเหลือเวลาให้ผู้มารับบริการที่แพทย์นัดมาตรวจตามช่วงเวลาทัน | 100% ทุก OPD | 50% | 50% | 100% | | | | | | งานผู้ป่วยนอก |
| | 40 | RLU | | | | | | | | | | Lab |
| | 41 | การใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) - แผนกสูติ-นรีเวชกรรม - แผนกศัลยกรรม - แผนกอายุรกรรม - แผนกกุมารเวชกรรม - แผนกออโรโธปิดิกส์ - แผนกจักษุวิทยา - แผนกโสต คอ นาลิก | >10 ของจำนวนผู้มารับบริการทุกแผนก | | - - 8 - - - | - - 46 - - - | - - 66 - - - | | | | | สูติ, ศัลยกรรม, Med, กุมาร, Ortho, จักษุ, โสต คอ นาลิก |

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย ปี2566 | ผลการดำเนินงาน | | | | ผู้รับผิดชอบ |
|--|---------------------------------|----------------|----------------|------------------|----------------------|--|
| | | 2564 | 2565 | 2566 ไตรมาส 1 | 2566 ไตรมาส 2 | |
| 1) อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน | ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน | 40.2 | 29.1 | 70.7 | 0 | SP.สาขาสูตินรีเวชกรรม |
| 2) ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย | ร้อยละ 86 | 73.81 | 86.21 | 86.28 | 91.28 | SP.สาขากุมารเวชกรรม เวชกรรมสังคม |
| 3) เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103 ตัวชี้วัด Proxy : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือ มาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย | ร้อยละ 35 | | | | | SP.สาขากุมารเวชกรรม SP.สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช |
| 4) อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี 1,000 คน | ไม่เกิน 23 | 22.73 | 19.3 | 14.73 | 14.24 | SP.สาขาสูตินรีเวชกรรม เวชกรรมสังคม |
| 5) ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan | ร้อยละ 95 | 100% | 100% | 100% | 100% | เวชกรรมสังคม |
| 6) ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) | ร้อยละ 50 | 100% | 100% | 100% | 100% | เวชกรรมสังคม |
| 7) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่า เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ตัวชี้วัดย่อย : | | 100% | 100% | 100% | 100% | เวชกรรมสังคม |
| 7.1) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่า เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการ ดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ | ≥ ร้อยละ 30 | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 7.2) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่า เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการ ดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ | ≥ ร้อยละ 30 | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 8) อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน | 70 (สำรวจ) | | | | เป็นภาพรวมของจังหวัด | สุศึกษา |
| 9) ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มีคุณภาพ | ร้อยละ 85 | | | | | สสจ.นนทบุรี |
| 10) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และการจัดการภาวะด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management) | ร้อยละ 65 | | | | | SP.สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน |
| 11) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วย โรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง ตัวชี้วัดย่อย : | | | | | | SP.สาขา NCD เวชกรรมสังคม |
| 11.1) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน | ≥ ร้อยละ 70 | | | 100 | 100 | |
| 11.2) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง | ≥ ร้อยละ 93 | - | 67.71 | 82.69 | 96.1 | |
| 12) ร้อยละของจังหวัดต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรค จากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 | ร้อยละ 60 | | | | | สสจ.นนทบุรี |
| 13) ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ได้รับการส่งเสริม และอนุญาต จากจำนวนผลิตภัณฑ์ ที่ได้รับการส่งเสริม / เขตสุขภาพ | ร้อยละ 50 | | | | | สสจ.นนทบุรี |
| 14) ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมาย กำหนด | ร้อยละ 30 | 100% (15 ร้าน) | 100% (15 ร้าน) | 100% (13 ร้าน) | รอการตรวจรอบ 2 | เวชกรรมสังคม |
| 15) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) | ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 30 | | | | | บริหารทั่วไป |
| 16) จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 | 3,500 ทีม (ร้อยละ 52) | | | | | เวชกรรมสังคม |

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย ปี2566 | ผลการดำเนินงาน | | | | ผู้รับผิดชอบ |
|--|--|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| | | 2564 | 2565 | 2566 ไตรมาส 1 | 2566 ไตรมาส 2 | |
| 17) จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจําตัว 3 คน | 35ล้านคน (ครอบคลุมประชากรร้อยละ 57) | เป็นการดำเนินงานในภาพรวมของจังหวัด | เป็นการดำเนินงานในภาพรวมของจังหวัด | เป็นการดำเนินงานในภาพรวมของจังหวัด | เป็นการดำเนินงานในภาพรวมของจังหวัด | เวชกรรมสังคม |
| 18. ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน | ร้อยละ 75 | เป็นการดำเนินงานในภาพรวมของจังหวัด | เป็นการดำเนินงานในภาพรวมของจังหวัด | เป็นการดำเนินงานในภาพรวมของจังหวัด | เป็นการดำเนินงานในภาพรวมของจังหวัด | เวชกรรมสังคม |
| 19) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit ตัวชี้วัดย่อย : | | | | | | SP.สาขาหลอดเลือดสมอง |
| 19.1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) | น้อยกว่าร้อยละ 7 | 27.40% | 26.76% | 23.01% | 18.11% | |
| 19.2) ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75 | | | | | |
| 20) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวินโรคปอดรายใหม่ ตัวชี้วัดย่อย | | | | | | ห้องส่องกล้องทางเดินหายใจ |
| 20.1) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวินโรคปอด รายใหม่ | ร้อยละ 88 | | | | | |
| 20.2) อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของ ผู้ป่วยวินโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ | ร้อยละ 90 | | | | | |
| 21) ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยา อย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด | อย่างน้อยร้อยละ 30 ของจังหวัดทั้งหมด (23 จังหวัด) | 4/7 (57.14%) | 6/8 (75.00%) | 7/8 (87.50%) | 6/8 (75.00%) | SP.สาขา RDU |
| 22) อัตราการติดเชื้อมีชีโทยาในกระแสเลือด | อัตราการติดเชื้อมีชีโทยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทิน 64 | 46.76% | 40.80% | ประมวผลสิ้นเดือนมิถุนายนและธันวาคม | 45.84% | SP.สาขา RDU |
| 23) อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน | < 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต | 6.29 | 3.9 | 0.84 | 2.18 | SP.สาขาทารกแรกเกิด |
| 24) ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55 | 74.61 | 81.24 | 71.88 | 78.03 | SP.สาขา Palliative Care |
| 25) ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (community base) | ร้อยละ 3 | | | | | แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| 26) ร้อยละของประชาชนที่มีบริการในระดับปฐมภูมิได้รับ การรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | ร้อยละ 35 | 5.54% | 2.49% | 2.57% | | แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| 27) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต | ≥ ร้อยละ 80 | 63.36% | 83.83% | 92.14% | | SP.สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช |
| 28) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ตัวชี้วัดย่อย : | | | | | | SP.สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช |
| 28.1) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ | ≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน | 1.18 | 1.26 | 0.32 | | |
| 28.2) ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมา ทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี | ร้อยละ 80 | 98.87% | 98.46% | 98.78% | | |
| 29) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired | น้อยกว่าร้อยละ 26 | 21.70% | 21.95% | 18.65% | | SP.สาขาอายุรกรรม |
| 30) Refracture Rate | น้อยกว่าร้อยละ 20 | 0% | 0.60% | 0% | 1.30% | SP.สาขาออร์โธปิดิกส์ |
| 31) อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตรฐานเวลาที่กำหนด ตัวชี้วัดย่อย : | | | | | | SP.สาขาหัวใจและหลอดเลือด |
| 31.1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันชนิด STEMI | น้อยกว่าร้อยละ 9 | 6.03(7/116) | 4.1(8/195) | 7.24(5/69) | 7.24(5/69) | |

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย ปี2566 | ผลการดำเนินงาน | | | | ผู้รับผิดชอบ |
|---|--|----------------|-------------|------------------|------------------|--|
| | | 2564 | 2565 | 2566 ไตรมาส 1 | 2566 ไตรมาส 2 | |
| 31.2) ร้อยละของการให้การรักษามะเร็งผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด | | | | | | |
| 31.2.1) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด | ≥60 | 23.8(5/21) | 50(5/10) | 66.66(1/1) | 100(3/3) | |
| 31.2.2) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด | ≥60 | 58.9(23/39) | 91(263/289) | 87.61(121/138) | 87.61(121/138) | |
| 32) ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง ตัวชี้วัดย่อย : | | | | | | SP.สาขามะเร็ง |
| 32.1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก | ≥ ร้อยละ 60 | NA | 8.13% | 8.27% | 31.50% | |
| 32.2) ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy | ≥ ร้อยละ 70 | NA | 50.44% | 64.10% | 76.70% | |
| 32.3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง | ≥ ร้อยละ 50 | 12.92% | 13.33% | 12.69% | 36.81% | |
| 32.4) ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy | ≥ ร้อยละ 50 | 6.71% | 40.60% | 49.19% | 50.21% | |
| 33) ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มี eGFRลดลงน้อยกว่า 5 ml/min/1.73 m ² /yr | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66 | 66.06 | 67.64 | 71.21 | 68.71 | SP. สาขาไต |
| 34) ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85 | 91.75 | 90.23 | 81.18 | 82.69 | SP.สาขาจักษุวิทยา |
| 35) อัตราส่วนของจำนวนผู้อยู่ยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S) | อัตราส่วนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2565 ของแต่ละเขตสุขภาพ | 0.57:100 | 0.27:100 | 0.04:100 | 0.21:100 | SP.สาขาบริจาคอวัยวะ |
| 36) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) | 60 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113, ม.114) | | | | | SP.สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช |
| 37) ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาล พื้นสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75 | 80.77 | 83.21 | 85.53 | 95.1 | SP.สาขา Intermediate Care |
| 38) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดต่อปีในกลุ่มโรคที่ให้บริการ ODS | | | | | SP.สาขา One Day Surgery |
| 39) ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัด โรคต่างๆ ในโครงการ ODS/MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) | น้อยกว่าร้อยละ 5 | | | | | SP.สาขา One Day Surgery |
| 40) ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ | | 214 | 286 | 91 | | เภสัชกรรม แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก |
| ตัวชี้วัดย่อย : | | | | | | |
| 40.1) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชา ทางทางการแพทย์ | ร้อยละ 5 | | 45 ราย | 5 ราย | | |
| 40.2) ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วย ยา กัญชาทางการแพทย์ | เพิ่มขึ้นร้อยละ 50 | | | | | |
| 40.3) จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชา ทางทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวง สาธารณสุข | | | | | | |
| 40.3.1) หน่วยงานตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนา การแพทย์ | งานวิจัยอย่างน้อยไตรมาสละ 2 เรื่องและเขตสุขภาพละ 2 เรื่อง | | | | | |

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย ปี2566 | ผลการดำเนินงาน | | | | ผู้รับผิดชอบ |
|--|---|----------------|------|------------------|------------------|-----------------------------------|
| | | 2564 | 2565 | 2566 ไตรมาส 1 | 2566 ไตรมาส 2 | |
| 40.3.2) หน่วยบริการในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข แยกตาม เขตสุขภาพ (12 เขต) | มีกิจกรรมการจัดการความรู้อย่างน้อย กรรมละ 2 เรื่องและเขตสุขภาพละ 2 ครั้ง | | | | | |
| 41) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) | น้อยกว่าร้อยละ 12 | | | | | SP.สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน |
| 42) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน | ร้อยละ 26.5 | | | | | SP.สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน |
| 43) อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality) | น้อยกว่าร้อยละ 25 | | | | | SP.สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน |
| 44) ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ | ≥ร้อยละ 60 | | | | | สสจ.นนทบุรี |
| 45) อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด | ร้อยละ 10 | | | | | สสจ.นนทบุรี |
| 46) ร้อยละของศูนย์เวลเนส (Wellness Center) / แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรให้มีคุณค่าและ มูลค่าสูงเพิ่มขึ้น | เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20จากปีที่ผ่านมา (36 แห่ง) | | | | | อาชีพเวชกรรม |
| 47) ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มี ประสิทธิภาพ | ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 4 (≥ 10 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์) | | | 1.71 | | เขตสุขภาพที่ 4 คกก.HRD |
| 48) หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ (ระดับจังหวัด/ เขตสุขภาพ/กรม) | | | | | | คกก.HRD |
| ตัวชี้วัดย่อย : | องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ | | | | | |
| 48.1) หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ระดับจังหวัด | - ระดับจังหวัด (2 แห่ง) | | | | | |
| 48.2) หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ระดับเขตสุขภาพ | - ระดับเขตสุขภาพ (2 แห่ง) | | | | | |
| 48.3) หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ระดับกรม | - ระดับกรม/เทียบเท่ากรม (2 แห่ง) | | | | | |
| 49) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ การประเมิน ITA | ร้อยละ 92 | 100 | 100 | 100 | | บัญชี นิตกร |
| 50) ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน | ร้อยละ 82 | | | | | บัญชี |
| 51) ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหาร จัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด | | | | | | บริหารทั่วไป |
| ตัวชี้วัดย่อย : | | | | | | |
| 51.1) ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด (กองส่วนกลาง) | ร้อยละ 70 | | | | | |
| 51.2) ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) | ร้อยละ 70 | | | | | |
| 52) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพ มาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น 3 | | | | | | ก.พัฒนาคุณภาพบริการ และมาตรฐาน |
| ตัวชี้วัดย่อย : | | | | | | |

| ตัวชี้วัด | เป้าหมายปี2566 | ผลการดำเนินงาน | | | | ผู้รับผิดชอบ |
|---|--|----------------|---------|---------------|---------------|--------------------------------|
| | | 2564 | 2565 | 2566 ไตรมาส 1 | 2566 ไตรมาส 2 | |
| 52.1) ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 | 100 | | | | | |
| 52.2) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิตมีคุณภาพ มาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 | 100 | | | | | |
| 52.3) ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพ มาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 | 90 | | | | | |
| 53) สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์ การประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service) | | | | | | บริหารทั่วไป |
| ตัวชี้วัดย่อย : | | | | | | |
| 53.1) ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ขั้นพื้นฐาน (The must) | | | | | | |
| 53.1.1) ร้อยละสถานบริการ ระดับ รพศ./รพท. ที่ผ่าน เกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) | 60 | | | | | |
| 53.1.2) ร้อยละสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่าน เกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) | 60 | | | | | |
| 53.2) จำนวนสถานบริการต้นแบบของเขตสุขภาพ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best) | ≥ เขตสุขภาพละ 2 แห่ง | | | | | |
| 54) ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทยมีดิจิทัลไอดีเพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ | | | | | | สำนักงานเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) |
| ตัวชี้วัดย่อย : | | | | | | |
| 54.1) ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข มีดิจิทัลไอดี เพื่อยืนยันการเป็นผู้ให้บริการ | ≥ ร้อยละ 80 | | | | | |
| 54.2) ร้อยละของประชาชน มีดิจิทัลไอดีเพื่อเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลและเข้าถึงระบบบริการ สุขภาพแบบไร้รอยต่อ | ≥ ร้อยละ 25 | | | | | |
| 55) จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด | เขตสุขภาพอย่างน้อย 3 จังหวัด จังหวัดอย่างน้อย 3 รพ. มีการให้บริการการแพทย์ทางไกลในกลุ่มเป้าหมายจังหวัดละไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง | | | | | สสจ.นนทบุรี |
| 56) ความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิใน ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate) | <= 1.5%,ไม่เกิน 112,800 ครั้ง | | | | | ศูนย์ประกันสุขภาพ |
| 57) ระดับความสำเร็จของการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแล ประถมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ | มีข้อเสนอการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเรื่อง บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) | | | | | ศูนย์ประกันสุขภาพ |
| 58) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน | | | | | | CFO, บัญชี |
| ตัวชี้วัดย่อย : | | | | | | |
| 58.1) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤต ทางการเงิน (ระดับ 7) | ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2 | ระดับ 1 | ระดับ 0 | ระดับ 0 | ระดับ 0 | |
| 58.2) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤต ทางการเงิน (ระดับ 6) | ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4 | ระดับ 1 | ระดับ 0 | ระดับ 0 | ระดับ 0 | |

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย ปี2566 | ผลการดำเนินงาน | | | | ผู้รับผิดชอบ |
|---|--|----------------|------|------------------|------------------|--------------|
| | | 2564 | 2565 | 2566 ไตรมาส 1 | 2566 ไตรมาส 2 | |
| 59) จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด | จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย 15 เรื่อง | | | | | คกก.วิจัย |

สามารถดาวน์โหลด ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปี2566 ได้ที่ http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/KPI%20Template%2066.1.pdf