



กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลสวนปรุง

คำรับรองการปฏิบัติราชการ
โรงพยาบาลสวนปรุง
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

๑. คำรับรองระหว่าง

นางสุวรรณณี เรืองเดช

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง

ผู้รับคำรับรอง

และ

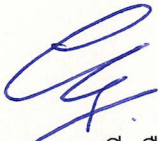
นายปริทรรศ ศิลปกิจ

รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ ๑

ผู้ทำคำรับรอง

- คำรับรองนี้เป็นคำรับรองฝ่ายเดียว มิใช่สัญญาและใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓
- รายละเอียดของคำรับรอง ได้แก่ แผนปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ของโรงพยาบาลสวนปรุง กรอบการประเมินผล ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย / เกณฑ์การให้คะแนน และรายละเอียดอื่นๆ ตามที่ปรากฏอยู่ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้
- ข้าพเจ้า นางสุวรรณณี เรืองเดช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง ในฐานะผู้บังคับบัญชาของนายปริทรรศ ศิลปกิจ ได้พิจารณาและเห็นชอบกับแผนปฏิบัติราชการของโรงพยาบาลสวนปรุง กรอบการประเมินผล ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย / เกณฑ์การให้คะแนน และรายละเอียดอื่นๆ ตามที่กำหนดในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้ และข้าพเจ้ายินดีจะให้คำแนะนำ กำกับ และตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการของนายปริทรรศ ศิลปกิจ ให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้

๕. ข้าพเจ้า นายปรีทรรศ ศิลปกิจ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ ๑ ได้ทำความเข้าใจคำรับรองตามข้อ ๓ แล้ว ขอให้คำรับรองกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุงว่าจะมุ่งมั่นปฏิบัติราชการให้เกิดผลงานที่ดีตามเป้าหมายของตัวชี้วัดแต่ละตัวในระดับสูงสุด เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน ตามที่ให้คำรับรองไว้
๖. ผู้รับคำรับรองและผู้ทำคำรับรองได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติราชการและเห็นพ้องต้องกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ



(นางสุวรรณี เรืองเดช)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง
วันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๓



(นายปรีทรรศ ศิลปกิจ)
รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ ๑
วันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๓

ตัวชี้วัดและเป้าหมายตามคำรับรองการปฏิบัติราชการและแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสวนปรุง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 กลุ่ม ภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต

ลำดับ	ตัวชี้วัด	แหล่งที่มาตัวชี้วัด		เป้าหมายปี 2563	เกณฑ์การให้คะแนน					หน่วยงานที่รับผิดชอบ
		ตามคำรับรองการ ปฏิบัติราชการ กรมสุขภาพจิต	ยุทธศาสตร์ โรงพยาบาล		1	2	3	4	5	
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่ยากซับซ้อนในระดับ super specialist service										
1	ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ภายใน 6 เดือน	√		≥ร้อยละ 50 11 เดือน (ต.ค.-ส.ค.63)	≥30	≥35	≥40	≥45	≥50	- คณะกรรมการ CLT - PCT โรคจิตเภท
	(KPIรอง) ร้อยละของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่มีการรายงานผลการติดตามผู้ป่วยโรคจิตเภท		√	≥ร้อยละ 50 12 เดือน (ต.ค.-ก.ย..63)	≥30	≥35	≥40	≥45	≥50	
2	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (full remission)	√		≥ร้อยละ 39 11 เดือน (ต.ค.-ส.ค.63)	19-23	24-28	29-33	34-38	≥39	- คณะกรรมการ CLT - PCT โรคซึมเศร้า
	(KPIรอง) ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้า SMI-V ได้รับการจัดการรายกรณีตามมาตรฐานที่กำหนด		√	ร้อยละ 80 12 เดือน (ต.ค.-ก.ย..63)	60	65	70	75	80	
3	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมินบำบัดรักษา และติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง 1 ปี	√		ร้อยละ 45 5 เดือน (ต.ค.62- ก.พ.63)	33	36	39	42	45	- คณะกรรมการ CLT - PCT สารเสพติด
				ร้อยละ 60 11 เดือน (ต.ค.-ส.ค.63)	48	51	54	57	60	
	(KPIรอง) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติด SMI-V ได้รับการจัดการรายกรณีตาม		√	ร้อยละ 90 12 เดือน (ต.ค.-ก.ย.63)	70	75	80	85	90	

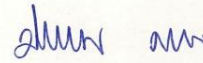
ลำดับ	ตัวชี้วัด	แหล่งที่มาตัวชี้วัด		เป้าหมายปี	เกณฑ์การให้คะแนน					หน่วยงานที่รับผิดชอบ
		ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมสุขภาพจิต	ยุทธศาสตร์ โรงพยาบาล		2563	1	2	3	4	
	มาตรฐานที่กำหนด									
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ย่างยากซับซ้อนในระดับ super specialist service										
4	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการดีขึ้น ตามมาตรฐานของแต่ละโรค (ผู้ป่วยหนัก/ ระยะวิกฤติ/ระยะฟื้นฟู)		√	ร้อยละ 80 12 เดือน (ต.ค.-ก.ย.63)	60	65	70	75	80	-คณะกรรมการ CLT - PCT รายโรค
	(KPIรอง) ร้อยละของ PCT รายโรคที่ดูแล ผู้ป่วยได้ตามเกณฑ์		√	ร้อยละ 50 12 เดือน (ต.ค.-ก.ย.63)	30	35	40	45	50	
5.	อัตราการไม่กลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิต เวชที่ย่างยากซับซ้อน ภายใน 6 เดือน		√	ร้อยละ 80 12 เดือน (ต.ค.-ก.ย.63)	72	74	76	78	80	- กลุ่มภารกิจ พยาบาล -คณะกรรมการ CLT
	(KPIรอง) ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่ย่าง ยากซับซ้อนได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง		√	ร้อยละ 85 12 เดือน (ต.ค.-ก.ย.63)	65	70	75	80	85	
6.	ดัชนี Case Mix Index (CMI)		√	1.85 12 เดือน (ต.ค.-ก.ย.63)	1.79	1.81	1.82	1.83	1.85	- กลุ่มการแพทย์ -คณะกรรมการเวช ระเบียน
	(KPIรอง) ร้อยละความสมบูรณ์ของเวช ระเบียนผู้ป่วยนอก		√	ร้อยละ 80	60	65	70	75	80	- กลุ่มการแพทย์ - กลุ่มงานเวชระเบียน
	(KPIรอง) ร้อยละความสมบูรณ์ของเวช ระเบียนผู้ป่วยใน		√	ร้อยละ 80	60	65	70	75	80	- กลุ่มการแพทย์ - กลุ่มงานเวชระเบียน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	แหล่งที่มาตัวชี้วัด		เป้าหมายปี 2563	เกณฑ์การให้คะแนน					หน่วยงานที่รับผิดชอบ
		ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมสุขภาพจิต	ยุทธศาสตร์ โรงพยาบาล		1	2	3	4	5	
	(KPIรอง) ร้อยละของการรับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นไปตามเกณฑ์ยุ่งยากซับซ้อน		√	ร้อยละ 80	60	65	70	75	80	- กลุ่มการแพทย์ - งานพยาบาลผู้ป่วย ใน
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์										
8.	ร้อยละการหยุดดื่มของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ติดตาม ณ 1 ปี		√	ร้อยละ 35 12 เดือน (ต.ค.-ก.ย.63)	27	29	31	33	35	- PCT แอลกอฮอล์
	(KPIรอง) ร้อยละของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์มีแรงจูงใจหยุดดื่ม		√	ร้อยละ 70 12 เดือน (ต.ค.-ก.ย.63)	50	55	60	65	70	
	(KPIรอง) อัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ภายใน 180 วัน		√	<ร้อยละ 20 12 เดือน (ต.ค.-ก.ย.63)	28	26	24	22	20	
	(KPIรอง) ร้อยละผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์อยู่ในระบบบำบัดต่อเนื่องภายใน 1 ปี		√	ร้อยละ 75 12 เดือน (ต.ค.-ก.ย.63)	55	60	65	70	75	
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ										
9.	ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่มีค่าเข้าถึงบริการโรคออทิสติก (ASD) ผ่านเป้าหมายร้อยละ 45	√		ร้อยละ 60 11 เดือน (ต.ค.-ส.ค.63)	40	45	50	55	60	- PCT จิตเวชเด็กและวัยรุ่น
	(KPIรอง) ร้อยของเด็กที่ได้รับการคัดกรอง		√	ร้อยละ 90	70	75	80	85	90	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	แหล่งที่มาตัวชี้วัด		เป้าหมายปี 2563	เกณฑ์การให้คะแนน					หน่วยงานที่รับผิดชอบ
		ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมสุขภาพจิต	ยุทธศาสตร์ โรงพยาบาล		1	2	3	4	5	
	แล้วผิดปกติ (ASD) ได้รับการส่งต่อ			11 เดือน (ต.ค.-ส.ค.63)						
10.	ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึง บริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น	√		เพิ่มขึ้น ร้อยละ 3 11 เดือน (ต.ค.-ส.ค.63)	1	1.5	2	2.5	3	- PCT จิตเวชเด็กและ วัยรุ่น
	(KPIรอง) ร้อยของเด็กที่ได้รับการคัดกรอง แล้วผิดปกติ (ADHD) ได้รับการส่งต่อ		√	ร้อยละ 90 11 เดือน (ต.ค.-ส.ค.63)	70	75	80	85	90	- PCT จิตเวชเด็กและ วัยรุ่น
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ										
11.	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ลดลงจากเดิม ในอัตรา 1 ต่อแสนประชากร		√	7.00 ต่อแสน ประชากร 11 เดือน (ต.ค.-ส.ค.63)	11.00	10.00	9.00	8.00	7.00	-คณะกรรมการ Suicide
	(KPIรอง) ร้อยของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา1ปี	√		≥ร้อยละ 85 11 เดือน (ต.ค.-ส.ค.63)	≤65	70	75	80	≥85	
12.	ร้อยละคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ได้รับการดูแลฟื้นฟูจนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ขึ้น	√		ร้อยละ 90 11 เดือน (ต.ค.-ก.ย..63)	70	75	80	85	90	กลุ่มงานสังคม สงเคราะห์
13.	ร้อยละของผู้พิการได้รับการจ้างงานตาม มาตรา 33 และมาตรา 35		√	ร้อยละ 20 12 เดือน (ต.ค.-ก.ย..63)	4	8	12	16	20	กลุ่มงานสังคม สงเคราะห์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	แหล่งที่มาตัวชี้วัด		เป้าหมายปี 2563	เกณฑ์การให้คะแนน					หน่วยงานที่รับผิดชอบ
		ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมสุขภาพจิต	ยุทธศาสตร์ โรงพยาบาล		1	2	3	4	5	
14.	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการบำบัดรักษาและจำหน่ายตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตได้รับการติดตามต่อเนื่องครบ 1 ปี	√		ร้อยละ 65 11 เดือน (ต.ค.-ส.ค.63)	45	50	55	60	65	คณะกรรมการ นิติจิตเวช
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะและมีความสุขในการทำงาน										
15.	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)	√		5 คะแนน 5 เดือน (ต.ค.62- ก.พ.63)	1	2	3	4	5	คณะกรรมการ HRD
				5 คะแนน 11 เดือน (ต.ค.-ส.ค.63)	1	2	3	4	5	
	(KPIรอง) ค่าเฉลี่ยความผูกพันองค์กร		√	6.0	2.0	3.0	4.0	5.0	6.0	คณะกรรมการ HRD
	(KPIรอง) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขของบุคลากรในองค์กร (Happinometer)		√	68	62	63	64	66	68	คณะกรรมการ HRD
16.	ร้อยละของบุคลากรมีสุขภาพกายผ่านตามเกณฑ์		√	ร้อยละ 65 12 เดือน (ต.ค.-ก.ย..63)	45	50	55	60	65	-คณะกรรมการ HRD - คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล										
17.	โรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน HAIT (Healthcare accreditation information technology)		√	ระดับ 1 12 เดือน (ต.ค.-ก.ย..63)	-	-	-	-	ระดับ 1	-กลุ่มงานเทคโนโลยีและสารสนเทศ -คณะกรรมการ CLT

ลำดับ	ตัวชี้วัด	แหล่งที่มาตัวชี้วัด		เป้าหมายปี 2563	เกณฑ์การให้คะแนน					หน่วยงานที่รับผิดชอบ
		ตามคำรับรองการ ปฏิบัติราชการ กรมสุขภาพจิต	ยุทธศาสตร์ โรงพยาบาล		1	2	3	4	5	
	(KPIรอง) ร้อยละของข้อมูล 43 แฟ้มที่มี คุณภาพ		√	ร้อยละ 90 12 เดือน (ต.ค.-ก.ย..63)	70	75	80	85	90	-กลุ่มงานเทคโนโลยี
18.	ระดับความสำเร็จในการจัดทำชุดข้อมูล มาตรฐานที่สามารถแลกเปลี่ยนกันได้อย่าง ไร้รอยต่อ	√		ระดับ 5 5 เดือน (ต.ค.62- ก.พ.63)	1	2	3	4	5	-กลุ่มงานเทคโนโลยี และสารสนเทศ
				ระดับ 5 11 เดือน (ต.ค.-ส.ค.63)	1	2	3	4	5	-คณะกรรมการ CLT

ลงนามคำรับรอง..... 

(นายปริทรรศ ตีลปกิจ)

รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ 1