



กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลสวนปรุง

แผนที่ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสวนปรุง ปีงบประมาณ พ.ศ.2564



ไตรมาสที่ 1 และรอบ 4 เดือน

2 กุมภาพันธ์ 2564

วิสัยทัศน์



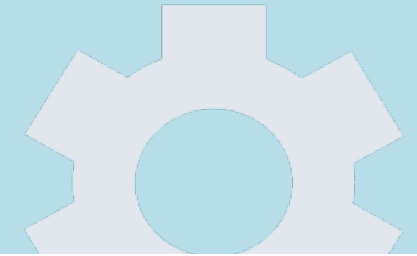
เชี่ยวชาญงานจิตเวชยุ่งยากซับซ้อน

เป็นเลิศด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์

และมีภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง



พันธกิจ



1. ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อนระดับตติยภูมิระดับสูง แบบองค์รวม
2. ให้บริการและวิจัยพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยีด้านการแก้ไขปัญหาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์
3. ส่งเสริม สนับสนุน และถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีสุขภาพจิต แก่เครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 1



ประเด็นยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสวนปรุง

1. พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยั่งยืน
ชั้นชั้นในระดับ Super Specialist Service



2. พัฒนาความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต
จากแวลกอสวล์



3. พัฒนาคุณภาพระบบบริการเดี๋ยวยั่งยืน



4. พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะและมีความสุข
ในการทำงาน



5. พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ
และมีธรรมาภิบาล





เข็มมุ่ง โรงพยาบาลสวนปรุง



ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิด
ภาวะแทรกซ้อนทางกาย

1



ลดจำนวนการเกิดอุบัติการณ์
เรื่องผู้ป่วยทำร้ายกัน

2



พัฒนาแนวทางการรักษาจิตสังคมบำบัด
สำหรับผู้มีปัญหาสุขภาพจิต
จากแอลกอฮอล์

3



พัฒนาระบบการดูแล
ผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน

4



พัฒนาสมรรถนะการมุ่งผลสัมฤทธิ์
ทักษะดิจิทัลและส่งเสริม
ให้บุคลากรมีความสุข

5



พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อ
การจัดการและการบริหารองค์กร
อย่างมีประสิทธิภาพ (MIS)



ลดข้อผิดพลาด
ในการวินิจฉัยโรค



ป้องกันการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิดพลาด



เพิ่มประสิทธิภาพของการคัดแยกและ
จัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉิน



ป้องกันและลดอัตรา
การรักษาด้วยไฟฟ้าผิดคน ผิดวิธี



โรงพยาบาล
สวนปรุง

เนื่องจากไม่มีการกำหนดเกณฑ์เป้าหมาย + กรอบระยะเวลา ที่ชัดเจน → ประเมินบรรลุร้อยละ 50

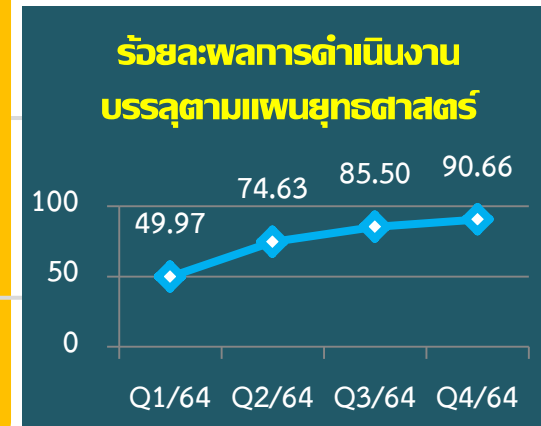
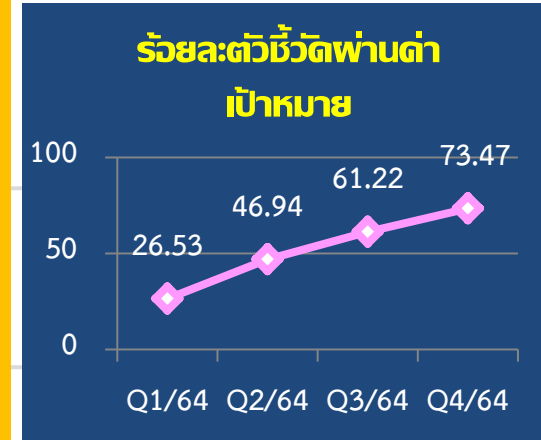
ตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสวนปรุง ปีงบประมาณ 2564

	ตัวชี้วัด MOU กรมฯ	ตัวชี้วัด USM	รวม
1 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ยากซับซ้อน ในระดับ super specialist service	4 ตัว ผ่าน 4 ตัว	6 ตัว ผ่าน 4 ตัว	10 ตัว ผ่าน 8 ตัว 80%
2 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์	-	4 ตัว ผ่าน 3 ตัว	4 ตัว ผ่าน 3 ตัว 75%
3 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาคูณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ	14 ตัว ผ่าน 13 ตัว	3 ตัว ผ่าน 3 ตัว	17 ตัว ผ่าน 16 ตัว 94%
4 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะเหมาะสมในการปฏิบัติราชการและมีความสุขในการทำงาน	2 ตัว ผ่าน 2 ตัว	3 ตัว ผ่าน 1 ตัว	5 ตัว ผ่าน 3 ตัว 60%
5 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล	4 ตัว ผ่าน 4 ตัว	6 ตัว ผ่าน 0 ตัว	10 ตัว ผ่าน 4 ตัว 40%
แผน C4	2 ตัว ผ่าน 2 ตัว	-	2 ตัว ผ่าน 2 ตัว 100%

รวม 49 ตัวชี้วัด

ผ่าน 36 ตัว

73.47%



1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ภายใน 6 เดือน **



เป้าประสงค์ที่ 1.1 ผู้ป่วยจิตเวชที่ยุงยากซับซ้อนได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างปลอดภัย จนหายทุเลา

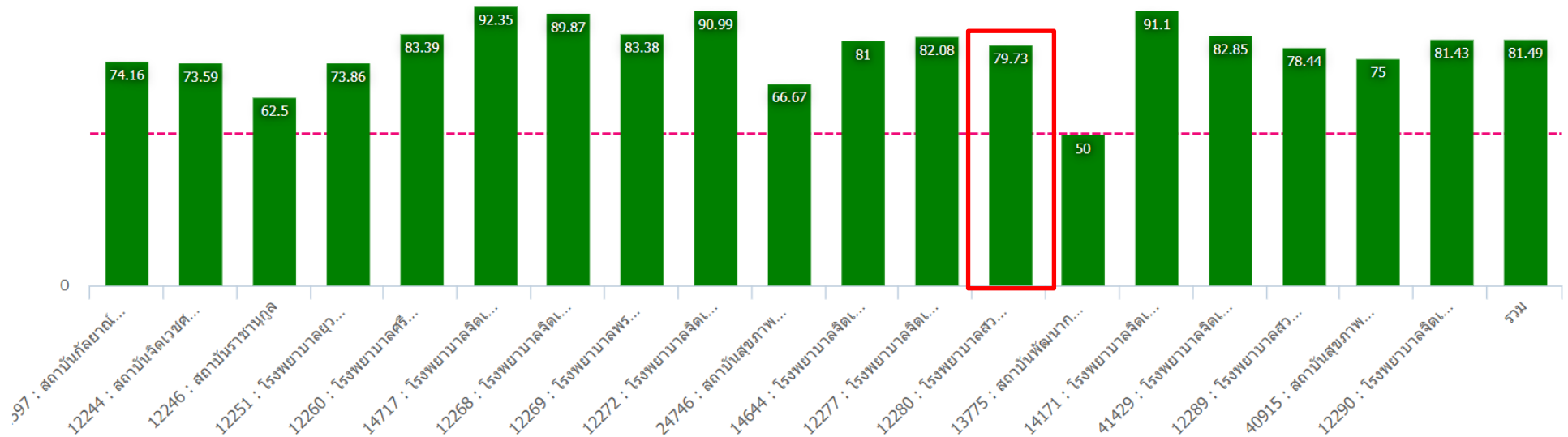
ผู้รับผิดชอบ PCT จิตเภท

เป้าหมาย ร้อยละ 50

ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 87.59



ผ่าน 5 คะแนน



มารับบริการตั้งแต่ 1 ต.ค.-ก.พ.
จำนวน 425 ราย

ได้รับการติดตามรักษาอย่างน้อย 1 ครั้งใน 6 เดือน
จำนวน 175 ราย

ความก้าวหน้า

- มี Care map ที่ดูแลผู้ป่วยตาม Staging โดยทีมสหวิชาชีพ
- มีการตรวจสอบข้อมูลก่อนนำส่ง 43 แพ้ม

ปัญหา/อุปสรรค

- ผู้ป่วย ส่วนใหญ่ส่งต่อ รพ. ในพื้นที่ติดตาม ยังขาดระบบการตอบกลับข้อมูล ว่าผู้ป่วยไปพบแพทย์/รับยา จริงหรือไม่

2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (full remission) ** ★

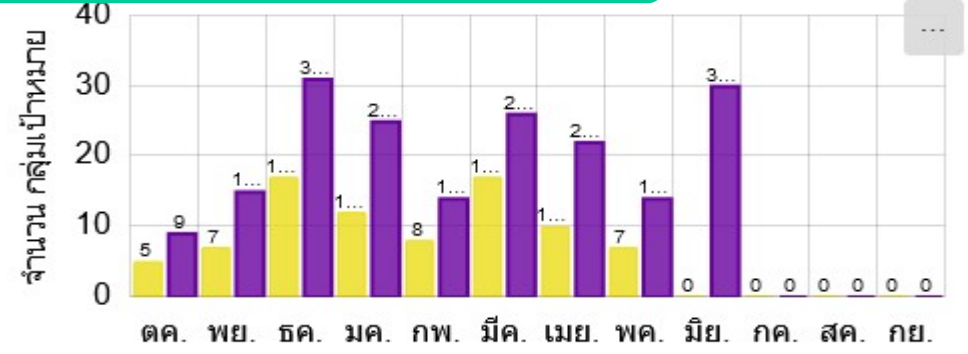
เป้าประสงค์ที่ 1.1 ผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่ยากซับซ้อนได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างปลอดภัย จนหายทุเลา

ผู้รับผิดชอบ PCT ซึมเศร้า

✓ ผ่าน 5 คะแนน

เป้าหมาย ร้อยละ 60 (ของกรมร้อยละ 45)

ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 47.22



เดือน	ตัวตั้ง	ตัวหาร	ร้อยละ	เกณฑ์
ตุลาคม	5	9	55.56%	ผ่าน
พฤศจิกายน	7	15	46.67%	ผ่าน
ธันวาคม	17	31	54.84%	ผ่าน
มกราคม	12	25	48.00%	ผ่าน
กุมภาพันธ์	8	14	57.14%	ผ่าน
มีนาคม	17	26	65.38%	ผ่าน
เมษายน	10	22	45.45%	ผ่าน
พฤษภาคม	7	14	50.00%	ผ่าน

ปัญหา/อุปสรรค
 ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากข้อมูลเบอร์โทรศัพท์ที่ให้ไม่สามารถติดต่อได้ (เบอร์ติดต่อไม่ได้/เบอร์ผิด) และผู้ป่วยไม่ได้มา FU ตามนัด ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของ Covid19 ทำให้ติดต่อผู้ป่วยได้ยาก

ที่มา : โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
 ณ วันที่ 8 มิ.ย. 64

83 156 53.32% ผ่านเป้าหมายกรมฯ

3. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ** ★

เป้าประสงค์ที่ 1.1 ผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่ยากซับซ้อนได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างปลอดภัย จนหายทุเลา

ผู้รับผิดชอบ PCT สารเสพติด

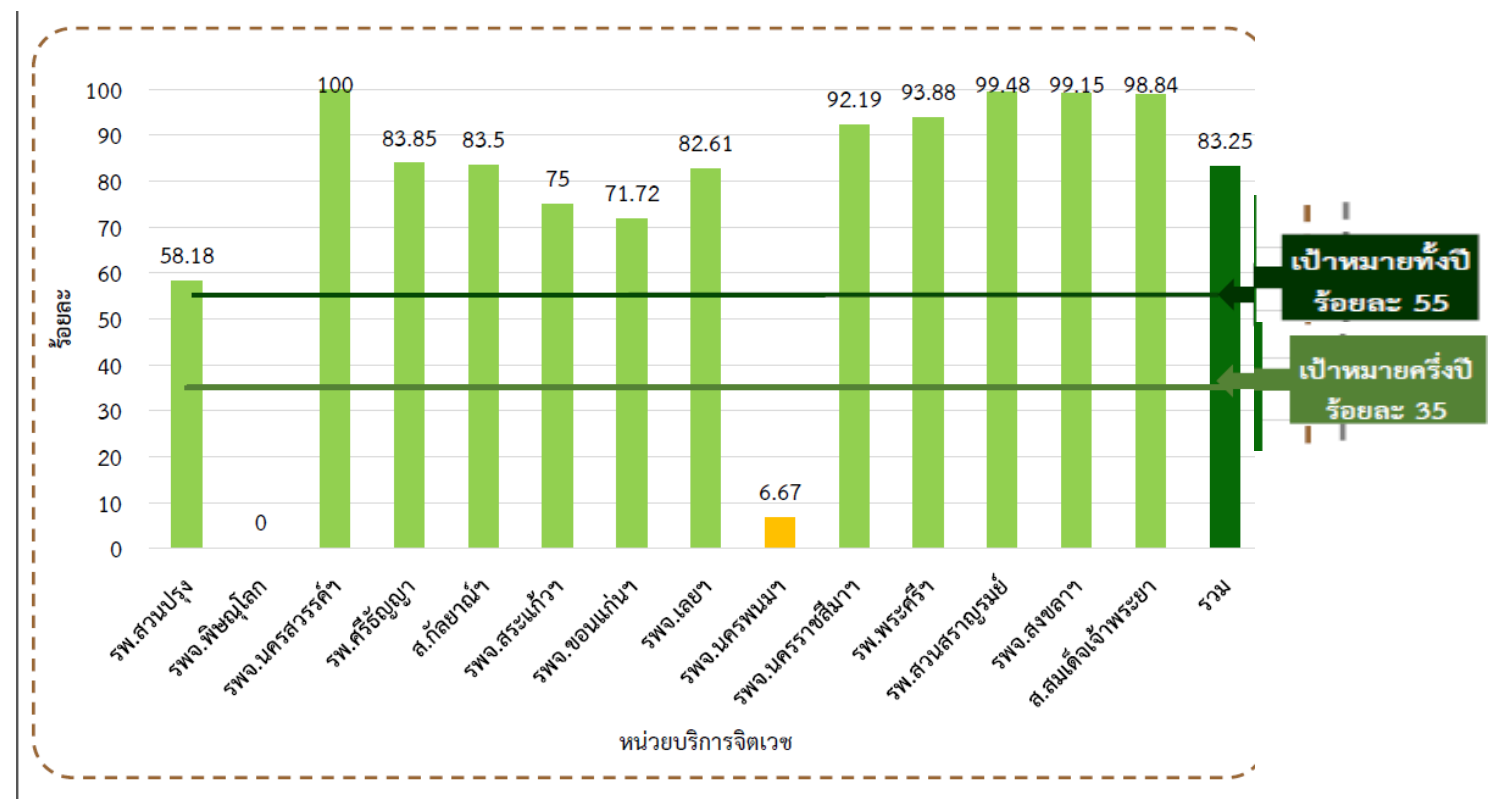
✓ ผ่าน 5 คะแนน

เป้าหมาย ร้อยละ 55



ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 77.95

ที่มา : ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)



4. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการดีขึ้นแต่ละตามมาตรฐานรายโรค

ผู้รับผิดชอบ CLT

เป้าหมาย ร้อยละ 74

ผลการดำเนินงาน 67.33



2.5 คะแนน

ตุลาคม – มกราคม 2564 (1,163 ราย)	ร้อยละ
1) จิตเวชผู้ป่วยหนัก (ICU) ภายใน 5 วัน	81.88
2) ผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช (Acute) ภายใน 7 วัน	48.35
3) ผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟู (Sub-Acute) ภายใน 14 วัน	59.83
4) ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ระยะถอนพิษ (Detox) ภายใน 7 วัน	81.87
5) ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ระยะฟื้นฟู (Rehab) ภายใน 14 วัน	72.87
6) ผู้ป่วยจิตเวชอาการดีขึ้นตาม Staging (LOS ภายใน 28 วัน)	67.33
7) ผู้ป่วยจิตเวชที่อาการทรุดหนัก	8.36

ที่มา : ฐาน HosXP ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2564

+ เงินงบประมาณโครงการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับเหนือตติยภูมิ 100,000 บาท

ความก้าวหน้า

- 1) กำหนดเกณฑ์อาการดีขึ้นแต่ละระยะของโรค โดยใช้คะแนน HoNOS
- 2) บันทึกข้อมูลใน HosXP (ระยะการดูแลผู้ป่วย)
- 3) จัดทำรายงานทะเบียนผู้ป่วย เพื่อ Audit การบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน
- 4) วิเคราะห์ข้อมูลเสนอผลการดำเนินงาน (อยู่ระหว่างดำเนินการให้เป็นข้อมูล real time)

ปัญหา/อุปสรรค

- 1) การประเมิน HoNOS ยังไม่สามารถทำใน HosXP เนื่องจากความซับซ้อน (ปัจจุบัน manual)
- 2) ตั้งนั้นการบันทึกระยะการดูแลผู้ป่วยยังใช้การบันทึกย้อนหลัง จากการสุ่มตรวจพบว่า ผู้ป่วยที่จำหน่ายแล้วมีการบันทึกไม่ครบถ้วน ร้อยละ 17.56

5. จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญของผู้จิตเวชระดับ E ขึ้นไป

ผู้รับผิดชอบ RM

เป้าหมาย 0

สิ่งที่ได้ดำเนินการ

ผลการดำเนินงาน ไตรมาสที่ 1 (ต.ค. -ธ.ค.63)

 4.9 คะแนน

SPP SAVE
และโรคแทรกซ้อนทางกาย

S	- จำนวนอุบัติการณ์ของผู้ป่วยฆ่าตัวตาย	0
A	- จำนวนอุบัติการณ์ของผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุระดับ E ขึ้นไป	3
V	- จำนวนอุบัติการณ์ของผู้ป่วยทำร้ายกันระดับ E ขึ้นไป	0
E	- จำนวนอุบัติการณ์ของผู้ป่วยหลบหนีระดับ E ขึ้นไป	0
	- จำนวนอุบัติการณ์ของการส่งต่อผู้ป่วยโรคแทรกซ้อนทางกายระดับ E ขึ้นไป ที่ไม่เหมาะสม	0

โอกาสพัฒนา

มีการทบทวน SPP และการประเมินผลซ้ำ

+ เงินงบบำรุงโครงการการประชุมแนวทางการดำเนินงานตามนโยบาย 2p safety โรงพยาบาลสวนปรุง 40,000 บาท

6. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะทางมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

ผู้รับผิดชอบ CLT

เป้าหมาย ร้อยละ 70

ผลการดำเนินงาน ผ่าน 5 คะแนน

ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น	ร้อยละ 94.12
ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น	ร้อยละ 95.00
ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น	ร้อยละ 98.63
ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชจากแอลกอฮอล์มีอาการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น	ร้อยละ 86.84
ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น	ร้อยละ 96.49
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น	ร้อยละ 97.62
ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่สามารถสู้คดีได้ (8 ใน 9 ราย)	ร้อยละ 85.71

ความก้าวหน้าภาพรวม

- 1) ผู้ป่วย OPD แพทย์ประเมิน CGI-S ผู้ป่วยทุกราย บันทึกในใบนำทางและมีผู้ช่วยในการบันทึกข้อมูลย้อนหลัง
- 2) ผู้ป่วย IPD แพทย์ประเมินและบันทึกผลใน รพจ 8 พยาบาลช่วยบันทึกข้อมูลใน HosXP
- 3) จัดทำรายงานผู้ป่วยเพื่อทวนสอบการถูกต้องข้อมูล
- 4) วิเคราะห์ข้อมูลเสนอผลการดำเนินงาน
(IT อยู่ระหว่างดำเนินการให้นำเสนอข้อมูล real time)

ปัญหา/อุปสรรค

- 1) การบันทึก CGI-S ในระบบ HosXP ชับซ้อน/ย้อนหลัง ข้อมูลไม่ครบถ้วน
- 2) ผลการ Audit CGI-S ในระบบ HosXP (โรคจิตเภท ร้อยละ 72.68)

ข้อมูลจากฐาน HosXP ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2564 (ผู้ป่วยใหม่ จำหน่ายด้วยอาการทุเลาและไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน)

Audit	ตุลาคม	พฤศจิกายน	ธันวาคม	มกราคม	กุมภาพันธ์	มีนาคม	เมษายน	พฤษภาคม
ทั้งหมด(1w)	194	195	140	209	171	188	200	157
บันทึก CGI-S	124	97	71	64	29	5	6	3
ร้อยละ	63.92	49.74	50.71	30.62	16.96	2.66	3.00	1.91
อาการดีขึ้น	97	80	46	44	23			
ร้อยละ	78.23	82.47	64.79	68.75	79.31			

7. อัตราการไม่กลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ยุงยากซับซ้อน ภายใน 6 เดือน (Re admit)

ผู้รับผิดชอบ CLT

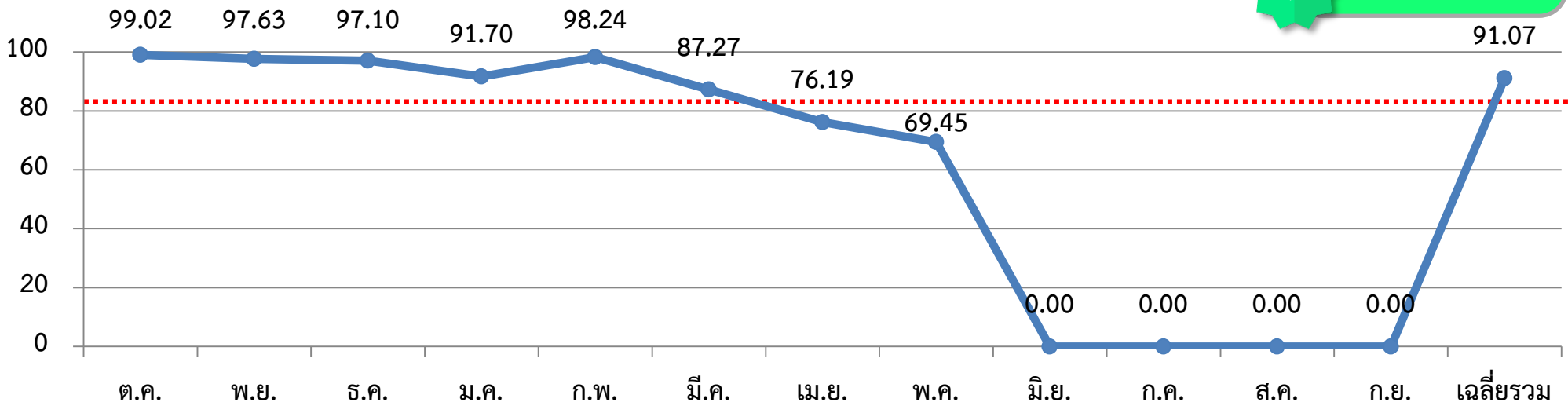
เป้าหมาย ร้อยละ 84



ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 89.05



ผ่าน 5 คะแนน



ข้อมูล ณ 31 พฤษภาคม 2564

ความก้าวหน้าภาพรวม

- 1) มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยรายโรค(6 โรค)
- 2) จัดอบรมบุคลากรปี 2563 จำนวน 80 คน และอบรมให้ครอบครัวในปี 2564 จำนวน 80 คน
- 3) ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
- 4) ทบทวนเวชระเบียนสาเหตุผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ

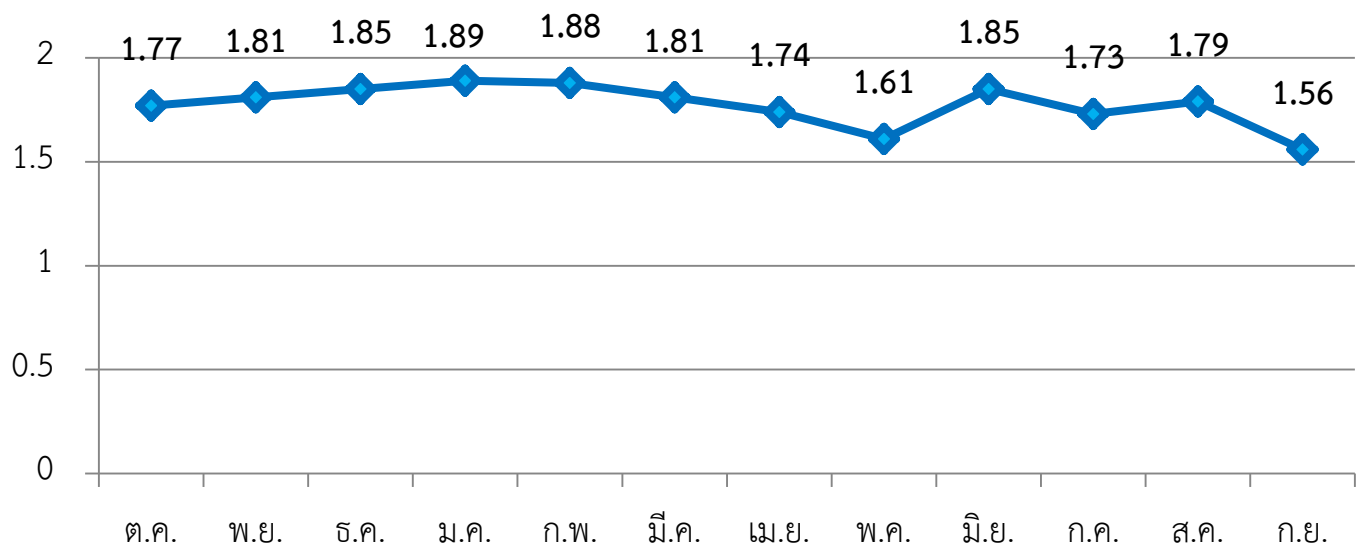
ปัญหา/อุปสรรค

- แนวโน้มการไม่กลับมารักษาซ้ำลดลงเนื่องจาก
- 1) ผู้ป่วยเรื้อรังมีระบบการ readmitted ทุก 2 เดือน (ระบบ IT การนัดกรณีผู้ป่วยที่เป็นช้อยกเว้น)
 - 2) สถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19 ลดจำนวน วันนอนและลดกิจกรรมบำบัดเฉพาะทาง

8.ดัชนี Case Mix Index (CMI)

ผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการเวชระเบียน

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมายปี 2564	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก (Owner)		หน่วยสนับสนุน (Supporter)
8.ดัชนี Case Mix Index (CMI)	1.85	<p>1.83</p>  <p>4 คะแนน</p>	ประธานคณะกรรมการเวชระเบียน	X	-หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์
				D	- ประธาน CLT - หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์ - หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก



9.ค่าคะแนนความสำเร็จของการพัฒนาไปสู่การเป็น Smart Hospital ของหน่วยบริการจิตเวช **

เป้าประสงค์ที่ 1.2 โรงพยาบาลก้าวสู่การเป็น Smart hospital เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวก รวดเร็ว ทันสมัย และลดระยะเวลาการรอคอย

ผู้รับผิดชอบ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ /OPD



เป้าหมาย 5 คะแนน



ผลการดำเนินงาน 5 คะแนน

	รายละเอียด
2.ด้านผลผลิต/ ผลลัพธ์	- มีการนำนวัตกรรมทางเทคโนโลยีมาใช้ตามแผน
	- มีระบบสารสนเทศสำหรับผู้บริหาร (EIS)
	- มีคลิป์วิดีโอ Smart Hospital ของหน่วยบริการ และเผยแพร่บนสื่อออนไลน์
3.การประเมินผล	- มีการติดตามผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาดิจิทัลของหน่วยบริการ
	-ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข


10. ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการบริการภายในระยะเวลาที่กำหนด

เป้าประสงค์ที่ 1.2 โรงพยาบาลก้าวสู่การเป็น Smart hospital เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวก รวดเร็ว ทันสมัย และลดระยะเวลาการรอคอย

ผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการ OPD

เป้าหมาย ร้อยละ 60

ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 50.75

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2564	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก (Owner)	หน่วยสนับสนุน (Supporter)
10. ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการบริการภายในระยะเวลาที่กำหนด	ร้อยละ 60	70	ประธาน คกกOPD	X
- ผู้ป่วยใหม่	ภายใน 114 นาที	66%	 ผ่าน 5 คะแนน	- หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก - หัวหน้างานห้องยาผู้ป่วยนอก - หัวหน้างานการเงิน - หัวหน้างานเวชระเบียน - หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์
- ผู้ป่วยนัด	ภายใน 178 นาที	35%		
- walk-in (ตั้งแต่ออกคิว)	ภายใน 90 นาที	52%		

การแก้ไข



	2563	พ.ค.64		ใช้ระบบรับยาโดยไม่ต้องพบแพทย์	
ระยะเวลาการรอคอย	72 นาที	77 นาที	↑ 5 นาที	19 นาที	↓ 53 นาที
- ซักประวัติ	19.52	17	↓ 2.52 นาที	4	↓ 15.52 นาที
- รอแพทย์ตรวจ	37.32	47	↑ 9.28 นาที	10	↓ 27.32 นาที
- หลังห้องตรวจ	6.01	6	เท่าเดิม	2	↓ 2.52 นาที
- บริการห้องยา	8.35	7	↓ 1.35 นาที	3	↓ 1.35 นาที
ระยะเวลาใช้บริการ	-	22 นาที		27 นาที	
ระยะเวลารวม	-	99 นาที		46 นาที	

ใช้ระบบรับยาโดยไม่ต้องพบแพทย์

- เก็บข้อมูล 5 สัปดาห์
- จำนวนผู้ใช้บริการ 729 ราย
- ระยะเวลาบริการรวม 46 นาที
- ความพึงพอใจ
 - มาก 84%
 - พอใจ 16%
 - ไม่พอใจ 0%

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์

เป้าประสงค์ที่ 2.1 หน่วยงานมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์แบบองค์รวม

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2564	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก (Owner)	หน่วยสนับสนุน (Supporter)
11 ร้อยละผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ อาการหายทุเลาตามเกณฑ์ (Early remission และ Sustained remission)		 ผ่าน 5 คะแนน	ประธาน PCT แอลกอฮอล์	X หัวหน้ากลุ่มภารกิจ การพยาบาล (หอผู้ป่วยกรรณา 2 กรรณา 3 จิระ 1 และ ปัญญา)
- ระยะ early remission (3-12 เดือน)	ร้อยละ ≥ 70	74.05		
- ระยะ Sustained remission (12เดือนขึ้นไป)	ร้อยละ ≥ 55	57.60		
12. ร้อยละผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ ได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่องตามเกณฑ์		 4.8 คะแนน	ประธาน PCT แอลกอฮอล์	X หัวหน้ากลุ่มภารกิจ การพยาบาล (OPD, หอผู้ป่วย กรรณา 2 กรรณา 3 จิ ระ 1 และปัญญา)
- ระยะ early remission (3-12 เดือน)	ร้อยละ ≥ 75	78.31		
- ระยะ Sustained remission (12เดือนขึ้นไป)	ร้อยละ ≥ 70	67.80		

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์

เป้าประสงค์ที่ 2.2 นวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพจิตด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ ได้รับการรับรองและถูกนำไปใช้ในระดับประเทศ

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมายปี 2564	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก (Owner)	หน่วยสนับสนุน (Supporter)	ตัวชี้วัดที่ถ่ายระดับให้ supporter
13.จำนวนองค์ความรู้/นวัตกรรม/เทคโนโลยีเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์	2 เรื่อง	<p>2 เรื่อง</p> <p>1. โครงการการพัฒนารูปแบบบริการการป้องกันการติดสุราซ้ำของผู้ติดสุราในสถานบริการสุขภาพ (อยู่ระหว่างดำเนินการ)</p> <p>2. โครงการพัฒนาแนวทางการรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (✓ ดำเนินการแล้ว)</p>	หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและฝึกอบรม	D	-
			<p>+</p> <p>เงินงบประมาณ 100,000 บาท /เงินบำรุง 50,000</p>		
			<p>+</p> <p>เงินงบประมาณ 50,000 บาท (CPG แอลกอฮอล์)</p>		

การดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อน

3.สำรวจภาวะสุขภาพจิตของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในเขตสุขภาพที่ 1

(ได้ข้อมูลแล้ว 2 จังหวัด ได้แก่ ลำปาง น่าน และอยู่ในระหว่างดำเนินการสำรวจข้อมูลอีก 6 จังหวัด)

4. พัฒนาโครงร่างการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์

1) การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ติดสุราที่มีปัญหาหนักไม่หลับ


2) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นหาย (recovery) ต่อการฟื้นหายของผู้ป่วยโรคติดสุรา:

อยู่ในขั้นตอนการยื่นขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัย และส่งโครงร่างการวิจัย 1 เรื่องเพื่อขอรับ

การสนับสนุนทุนวิจัยจากหน่วยงานนอก อยู่ในระหว่างการรอผลการพิจารณา)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์







เป้าประสงค์ที่ 2.2 นวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพจิตด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ ได้รับการรับรองและถูกนำไปใช้ในระดับประเทศ

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมายปี 2564	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก (Owner)	หน่วยสนับสนุน (Supporter)	ตัวชี้วัดที่ถ่ายระดับให้ supporter
14. ร้อยละหน่วยบริการนำนวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพจิตและจิตเวชมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน	ร้อยละ 50	<p>57.14</p> <p> ผ่าน 5 คะแนน</p>	หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและฝึกอบรม	X หัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล	หน่วยบริการนำนวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพจิตและจิตเวชมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน





ยุทธศาสตร์ที่ 3

พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ

เป้าประสงค์ที่ 3.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2564	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก (Owner)
<p>15.ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน เป้าหมายร้อยละ 82** </p> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p> เงินงบประมาณโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการระบบการติดตามการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน 220,000 บาท</p> </div>	ร้อยละ 82	<p>ร้อยละ 97.33</p> <div style="border: 2px solid green; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">  ผ่าน 5 คะแนน </div>	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฯ
<p>16.ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึง บริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน เป้าหมายร้อยละ 71 ** </p> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p> เงินงบประมาณโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดรักษาและการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เขตสุขภาพที่ 1 110,000 บาท</p> </div>	ร้อยละ 71	<p>ร้อยละ 116.12</p> <div style="border: 2px solid green; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">  ผ่าน 5 คะแนน </div>	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฯ



เป้าประสงค์ที่ 3.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมายปี 2564	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก (Owner)
<p>17.ร้อยละของผู้ป่วยออทิสติก (ASD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน เป้าหมายร้อยละ 55 **</p>  <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>+ เงินงบประมาณโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 75,000 บาท</p> </div>	<p>เพิ่มขึ้นร้อยละ 5</p>	<p>32.97</p>  <p>ผ่าน 5 คะแนน</p>	<p>ประธาน PCT จิตเวชเด็กและวัยรุ่น</p>
<p>18.ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน เป้าหมายร้อยละ 25 **</p>  <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>+ เงินงบประมาณโครงการพัฒนาดูแลเด็กสมาธิสั้น 175,000 บาท - โอนสนับสนุนสถาบันบูรณาการร่วม 40,000 ดำเนินการแล้ว อำเภอปาย</p> </div>	<p>ร้อยละ 25</p>	<p>ร้อยละ 69.85</p>  <p>ผ่าน 5 คะแนน</p>	<p>ประธาน PCT จิตเวชเด็กและวัยรุ่น</p>

ยุทธศาสตร์ที่ 3

พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ

เป้าประสงค์ที่ 3.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน


ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2564	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก (Owner)	
19. ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์**	ความรอบรู้ ร้อยละ 55 พฤติกรรม ร้อยละ 66	67.30 98.91  ผ่าน 5 คะแนน	หัวหน้ากลุ่มงาน ประชาสัมพันธ์	D
20. ร้อยละของผู้ประสพภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตได้รับการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต**	ร้อยละ 85	100.00  ผ่าน 5 คะแนน	กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์	D

โครงการ	งบประมาณ	กลุ่มเป้าหมาย	สถานที่	ครั้ง/คน/วัน	วันที่จัด	ผู้รับผิดชอบ
4. โครงการพัฒนาระบบวิกฤติสุขภาพจิตของประเทศไทย						
	220,000					
1. โครงการฟื้นฟูทักษะทีม MCATT เรื่องการเจรจาต่อรองช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤต และการซ่อมแผน เขตสุขภาพที่ 1 พื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน	220,000	ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต บุคลากรทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสพภาวะวิกฤต (MCATT) และสหวิชาชีพ ของ รพศ. รพท. รพช. สสอ. สสจ. และเจ้าหน้าที่ตำรวจ ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 70 คน	พื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน	1ครั้ง/ 70คน/3 วัน	5-7 พ.ค 63	ก.สังคมสงเคราะห์

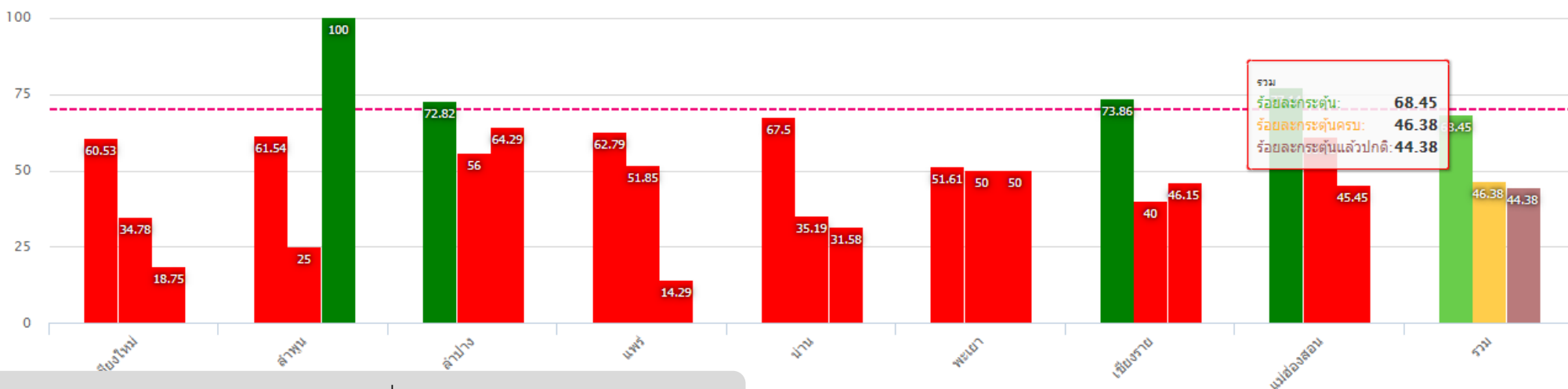
ยุทธศาสตร์ที่ 3

พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ

เป้าประสงค์ที่ 3.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมายปี 2564	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก (Owner)	
21. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย**		 4.7 คะแนน	ประธาน PCT จิตเวชเด็ก และวัยรุ่น	D
- ได้รับการกระตุ้น	ร้อยละ70	65.66		
- พัฒนาการสมวัย	ร้อยละ30	40.78		

ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือนที่คัดกรองพัฒนาการแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น เขตสุขภาพ ที่ 1 ปีงบประมาณ2564




ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 7 มิถุนายน 2564

ยุทธศาสตร์ที่ 3

พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ

เป้าประสงค์ที่ 3.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2564	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก (Owner)
22. ร้อยละของเด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงต่อระดับสติปัญญาต่ำกว่ามาตรฐาน ปัญหาการเรียนรู้ ออทิสติก และปัญหาพฤติกรรม-อารมณ์ ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น ** (ศูนย์เป็นหลัก)		 ผ่าน 5 คะแนน	ประธาน PCT จิตเวชเด็กและวัยรุ่น
- โรงเรียนที่มีระบบดูแลช่วยเหลือฯ	ร้อยละ 15	68.43	
- เด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงฯ ได้รับการดูแลช่วยเหลือ	ร้อยละ 85	92.23	
- เด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงฯ ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น	ร้อยละ 90	92.26	
23. ร้อยละของวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม-อารมณ์-สังคม ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น ** (ศูนย์เป็นหลัก)	ร้อยละ 80	87.76  ผ่าน 5 คะแนน	






ปัญหาและอุปสรรค

1. ครูในพื้นที่ยังขาดความรู้ในการดูแลช่วยเหลือ
2. กลุ่มเป้าหมายมีการปรับเปลี่ยนงาน/ผู้รับผิดชอบ ทำให้ขาดความต่อเนื่อง
3. การเรียนการสอนแบบออนไลน์ ทำให้ไม่สามารถเจอนักเรียน/เฝ้าระวัง

ยุทธศาสตร์ที่ 3

พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ



เป้าประสงค์ที่ 3.2 หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับในเขตสุขภาพมีการจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพมาตรฐาน

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
<p>24. ร้อยละของสถานบริการทุกระดับในกระทรวงสาธารณสุข มีบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพมาตรฐานในระดับ 1 ทุกด้าน</p> <p>- รพช. - รพศ./รพท.</p>	<p>ร้อยละ 85 ร้อยละ 80</p>	<p> ผ่าน 5 คะแนน</p> <p>87.65 90.94</p>
<p><u>ปัญหาและอุปสรรค</u> 1. ย่างขาดแคลนบุคลากรของหน่วยงาน 2. ขาดนโยบายที่ชัดเจนพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลเครือข่าย</p>		
<p>25. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Unit : PCU) มีระบบ/กิจกรรมในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน**</p>	<p>ร้อยละ 35</p>	<p> 39.32 (46 / 117 แห่ง)</p> <p> ผ่าน 5 คะแนน</p>
<p><u>ปัญหาและอุปสรรค</u> 1. จากสถานการณ์โควิด มีข้อขัดข้องในการลงเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงาน</p>		

ยุทธศาสตร์ที่ 3

พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ

เป้าประสงค์ที่ 3.3 มีระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2564	ผลงาน
26. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ได้รับการติดตามเฝ้าระวังจากหน่วยบริการจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตและเครือข่ายในเขตสุขภาพไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ภายใน 1 ปี **		 ผ่าน 5 คะแนน
- ติดตามได้ 	ร้อยละ 92	ร้อยละ 94.28
- ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	ร้อยละ 96	ร้อยละ 98.62

ตัวชี้วัดที่ถ่ายระดับให้ supporter ก.พยาบาล

ร้อยละ 100 ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์ SMI-V ครบทุกราย

ผลการดำเนินงาน  ร้อยละ 100




 เงินงบประมาณโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านทักษะการจัดการและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย SMI-V ภาวะฉุกเฉินในชุมชน เขตสุขภาพที่ 1 250,000 บาท (5 ครั้ง)

ผู้รับผิดชอบ กลุ่มงานเครือข่ายฯ

ยุทธศาสตร์ที่ 3

พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ

เป้าประสงค์ที่ 3.3 มีระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2564	ผลงาน
27.ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี** 	ร้อยละ 90	ร้อยละ 98.29 (3,018 / 3,125 ราย)  ผ่าน 5 คะแนน
<u>ปัญหาและอุปสรรค</u> 1.การเก็บข้อมูลยังไม่เป็นปัจจุบัน จึงเน้นย้ำการลงข้อมูลแบบreal time		
28.ร้อยละของการติดตามผู้ป่วยในระบบ thai coc เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 30	ร้อยละ 32.58 (ติดตาม 362 / 1,111 ราย)  ผ่าน 5 คะแนน

ตัวชี้วัดที่ถ่ายระดับให้supporter ก.พยาบาล

ร้อยละ 80 ของการบันทึกข้อมูลใน โปรแกรมครบถ้วนตามเกณฑ์ ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน  ร้อยละ 87.65

ผู้รับผิดชอบ กลุ่มงานเครือข่ายฯ

ยุทธศาสตร์ที่ 3

พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ

เป้าประสงค์ที่ 3.3 มีระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมายปี 2564	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก (Owner)	หน่วยสนับสนุน (Supporter)
29.ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาและจำหน่ายตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ได้รับการติดตามต่อเนื่องครบ 1 ปี**	ร้อยละ 65	85.71  ผ่าน 5 คะแนน	ประธานคณะกรรมการนิติจิตเวช	X หัวหน้ากลุ่มงานเครือข่าย

 เงินงบประมาณโครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตครบวงจรด้วยกลไกทางกฎหมาย 50,000 บาท

 เงินงบประมาณโครงการราชทัณฑ์ปันสุขเพื่อพัฒนาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 70,000 บาท

ยุทธศาสตร์ที่ 3

พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ

เป้าประสงค์ที่ 3.3 มีระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	ปี 2564	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก	
30.ร้อยละของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมและ ผู้ดูแลคนพิการได้รับการดูแลฟื้นฟูจนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ขึ้น** <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; width: fit-content;"> เงินงบประมาณโครงการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย คนพิการทางจิตใจและพฤติกรรม 130,000 บาท</div>	ร้อยละ 94	96.00  ผ่าน 5 คะแนน	หัวหน้ากลุ่มงาน สังคมสงเคราะห์	D
31.ร้อยละของผู้พิการได้รับการจ้างงานตาม มาตรา 33 และมาตรา 35	ร้อยละ 25	35.14  ผ่าน 5 คะแนน	หัวหน้ากลุ่มงาน สังคมสงเคราะห์	D

ยุทธศาสตร์ที่ 4

พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะและมีความสุขในการทำงาน

เป้าประสงค์ที่ 4.1 หน่วยงานก้าวสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมายปี 2564	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก (Owner)	หน่วยสนับสนุน (Supporter)	ตัวชี้วัดที่ถ่ายระดับให้ supporter
32.จำนวนหน่วยงานที่มี CQI ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ 1 อย่างน้อย 1 เรื่อง/หน่วยงาน	40 หน่วยงาน	<p style="text-align: center;">24</p>  <p style="text-align: center;">1.8 คะแนน</p>	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	C หัวหน้าทุกกลุ่มงาน	CQI ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ 1 อย่างน้อย 1 เรื่อง/หน่วยงาน

✚ 2 โครงการ 202,100 บาท เงินบำรุง

1. โครงการการจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช : แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เล่าสู่กันฟัง	47,500 บาท	HRD
2. โครงการนำองค์ความรู้ และเทคโนโลยีสุขภาพจิตและจิตเวชลงสู่การปฏิบัติ	0 บาท	ก.วิจัยและฝึกอบรม
3. มหกรรมคุณภาพ	154,600 บาท	ก. คุณภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4

พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะและมีความสุขในการทำงาน

เป้าประสงค์ที่ 4.2 บุคลากรเป็นคนดีและมีความสุข

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมายปี 2564	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก (Owner)	หน่วยสนับสนุน (Supporter)	ตัวชี้วัดที่ถ่ายระดับให้ supporter
33.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization) **	ระดับ 5	5  ผ่าน 5 คะแนน	ประธานคณะกรรมการ HRD	x หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization) **
34.ร้อยละของบุคลากรมีสุขภาพกายผ่านตามเกณฑ์	ร้อยละ 80	88.75  ผ่าน 5 คะแนน	ประธานคณะกรรมการ HRD	C ทุกคนในโรงพยาบาล	ค่าคะแนนบุคลากรมีสุขภาพกายผ่านตามเกณฑ์ (9 คะแนนขึ้นไป)

ใช้เกณฑ์การให้คะแนนเดิม

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1.โครงการตรวจสุขภาพ วันที่ 7 มิ.ย. -30 ก.ค. 64 | 4.โรค NCDs |
| 2.โครงการทดสอบสมรรถภาพ*ไม่ประเมินเกณฑ์ข้อนี้ | 5.พฤติกรรมสุขภาพที่ดี |
| 3.ค่าBMI | 6.ร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ |

ยุทธศาสตร์ที่ 4

พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะและมีความสุขในการทำงาน

เป้าประสงค์ที่ 4.3 บุคลากรมีสมรรถนะเหมาะสมในการปฏิบัติราชการ

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมายปี64	ผลงาน	Owner		Supporter	ตัวชี้วัดที่ถ่ายระดับให้ supporter
35. ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ และทักษะด้านการใช้ข้อมูล ลีอ และเทคโนโลยีดิจิทัล (MIDL) **		 ผ่าน 5 คะแนน	หัวหน้ากลุ่มงาน ทรัพยากรบุคคล	D	-	-
- ได้รับการพัฒนาอย่างน้อย 1 หลักสูตร	ร้อยละ 100	100				
- ได้รับการพัฒนาหลักสูตรอื่นๆ	ร้อยละ 60	100				
36. ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานที่ได้รับการพัฒนาทักษะและสมรรถนะตามแผนพัฒนารายบุคคล (IDP)	ร้อยละ 100	NA	หัวหน้ากลุ่มงาน ทรัพยากรบุคคล	D	-	-

ยุทธศาสตร์ที่ 5

พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล

เป้าประสงค์ที่ 5.1 หน่วยงานมีการดำเนินงานตามหลักคุณธรรมและความโปร่งใส

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2564	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก (Owner)	หน่วยสนับสนุน (Supporter)	ตัวชี้วัดที่ถ่ายระดับให้ supporter
37.ค่าคะแนนตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต (ITA) **		 ผ่าน 5 คะแนน	หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล	D	-
- ร้อยละของผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต (ITA)	≥ ร้อยละ 85	93.59			
- ร้อยละของผู้เข้าทำแบบสำรวจความคิดเห็นด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน	≥ ร้อยละ 70	93.01			
- ร้อยละของผลการประเมินหน่วยงานคุณธรรม	≥ ร้อยละ 70	100			

ยุทธศาสตร์ที่ 5

พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล

เป้าประสงค์ที่ 5.2 มีการบริหารจัดการองค์กรที่มีประสิทธิภาพได้มาตรฐานและมีธรรมาภิบาล

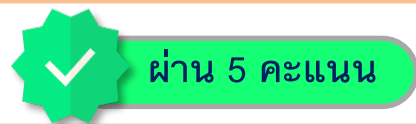
ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2564	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก (Owner)	หน่วยสนับสนุน (Supporter)
38. ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายงบดำเนินงานและงบลงทุน**		 ผ่าน 5 คะแนน	หัวหน้ากลุ่มงานการเงิน	X หัวหน้ากลุ่มงานพัสดุ หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์ฯ
- งบดำเนินงาน	ร้อยละ 95	98.03	<div style="background-color: yellow; padding: 5px;">ได้รับจัดสรร 23,228,240 บาท ณ 10 กันยายน 2564 เบิกจ่าย 100%</div>	
- งบลงทุน	ร้อยละ 70	76.37		
39. สัดส่วนรายรับต่อรายจ่าย (I/E Ratio)	≥1	 1.8 คะแนน	ประธาน CFO	X หัวหน้ากลุ่มงานการเงิน
		<div style="background-color: yellow; padding: 5px; display: inline-block;">รายรับ 142,447,534.98 บาท</div>  <div style="background-color: orange; padding: 5px; display: inline-block;">รายจ่าย 151,256,080.83 บาท</div>		

ยุทธศาสตร์ที่ 5

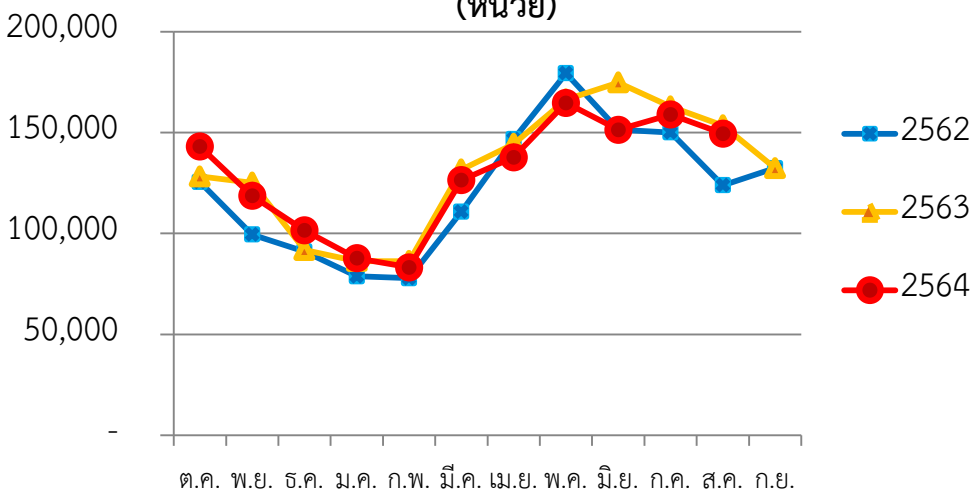
พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล

เป้าประสงค์ที่ 5.2 มีการบริหารจัดการองค์กรที่มีประสิทธิภาพได้มาตรฐานและมีธรรมาภิบาล

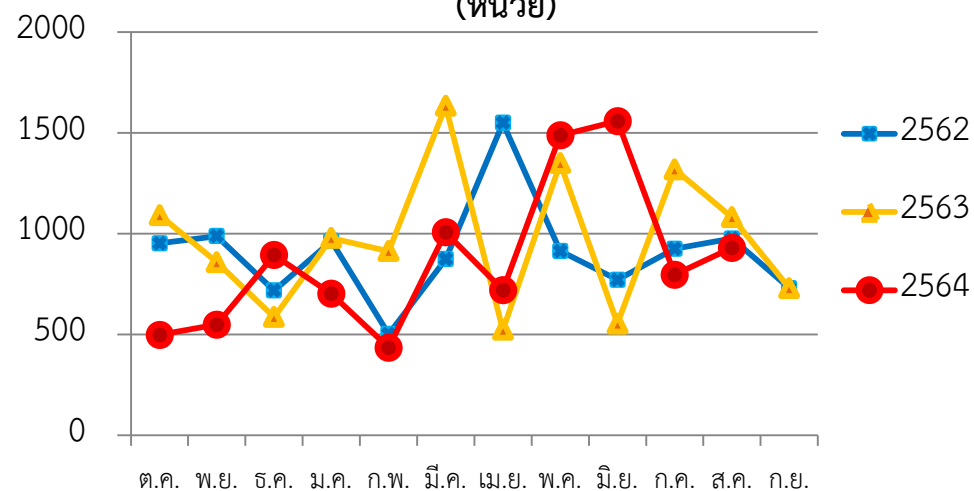
ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2564	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก (Owner)
40.ค่า EUI ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต**		 ผ่าน 5 คะแนน	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
-ไฟฟ้า	≥ 0	0.41	
-น้ำมัน	≥ 0	4.69	



ไฟฟ้า (หน่วย)




น้ำมัน (หน่วย)



ยุทธศาสตร์ที่ 5

พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล



เป้าประสงค์ที่ 5.3 ระบบบริหารจัดการมีคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมายปี 2564	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก (Owner)	หน่วยสนับสนุน (Supporter)	ตัวชี้วัดที่ถ่ายระดับให้ supporter
41.โรงพยาบาลได้รับการต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพจากสรพ. (ผ่าน re-accreditation)	ได้รับการต่ออายุครั้งที่ 5		หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	X ประธาน CLT ประธาน RM	โรงพยาบาลได้รับการต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพจากสรพ. (ผ่าน re-accreditation)
42.ร้อยละความสำเร็จของการพัฒนา/ปรับปรุงหน่วยงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐระดับพื้นฐานสำหรับหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต (PMQA-M-F)	5 คะแนน	5 (ผลประเมินPMQA 73.14)  ผ่าน 5 คะแนน	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	D -	-

+ 2 โครงการ 85,600 บาท เงินบำรุง

1. โครงการการจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช : แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เล่าสู่กันฟัง 47,500 บาท HRD
2. โครงการนำองค์ความรู้ และเทคโนโลยีสุขภาพจิตและจิตเวชลงสู่การปฏิบัติ 0 บาท ก.วิจัยและฝึกอบรม

เป้าประสงค์ที่ 5.3 ระบบบริหารจัดการมีคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2564	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก (Owner)
43.ระดับความสำเร็จในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	ระดับดีมาก Plus	<p>ระดับดีมาก  4 คะแนน</p> <p>(รับรองระดับ ถึง 30 ก.ย. 65)</p> <p><u>ระดับดีมาก Plus</u></p> <p>** ไม่เลื่อนระดับปี 64</p> <p>** รอประเมินเพื่อต่ออายุ 30 ก.ย. 65</p>	ประธานคณะกรรมการพัฒนา GREEN&CLEAN โรงพยาบาลสวนปรุง
44.ร้อยละของหน่วยงานมีการบริหารความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ <i>ถ่ายระดับทุกกลุ่มงาน</i> <i>ระดับความสำเร็จของการรายงานอุบัติการณ์</i> <i>และบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงาน</i>	ร้อยละ 95	<p>76.42</p> <p> 1 คะแนน</p>	ประธาน RM

ยุทธศาสตร์ที่ 5

พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล

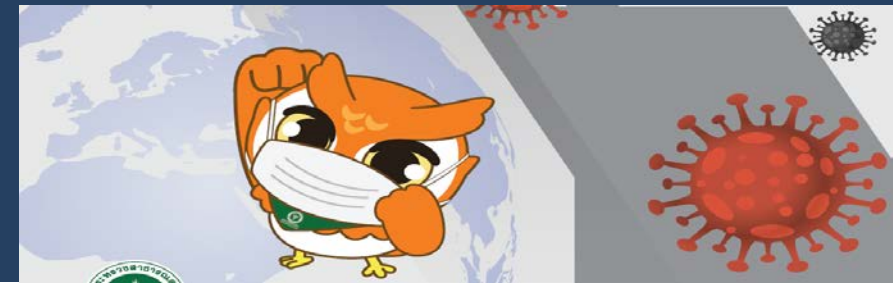
เป้าประสงค์ที่ 5.4 ระบบสารสนเทศขององค์กรมีมาตรฐานและมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการปฏิบัติงาน





ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2564	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก (Owner)
45. ระดับความสำเร็จในการจัดทำชุดข้อมูลมาตรฐานที่สามารถแลกเปลี่ยนกันได้อย่างไร้รอยต่อ **	ระดับ 5	<p>5  ผ่าน 5 คะแนน</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Firewall ✓ คุณภาพ 43 แฟ้ม ✓ แยกการใช้งานโปรแกรมและอินเทอร์เน็ต ✓ รายงานธรรมาภิบาลข้อมูล 	หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และเทคโนโลยี
46. ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพระบบสารสนเทศโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HAIT ระดับ 1	ระดับ 5	<p>3  3 คะแนน</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ service desk, ประกาศ SLA ✓ คู่มือพัฒนาโปรแกรม ■ คุณภาพข้อมูลผู้ป่วย ■ วิเคราะห์ Gap Analysis+แผนพัฒนา 	หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และเทคโนโลยี



เงินงบประมาณโครงการพัฒนาระบบดิจิทัลเพื่อสนับสนุนงานสุขภาพจิต 220,000 บาท

แผนการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)



ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2564	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก (Owner)
ตัวที่ 12 ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ใน 4 ประเด็น เข้าถึงบริการสุขภาพจิตและได้รับการเยียวยาจิตใจ** 	ร้อยละ 80	98.93  ผ่าน 5 คะแนน	หัวหน้ากลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ (MCATT)
ตัวที่ 14 ร้อยละของผู้ได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤตที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการเยียวยาตามมาตรฐาน กรมสุขภาพจิต สำหรับกลุ่มเสี่ยงใน 4 ประเด็น**	ร้อยละ 100	 ยกเลิกตัวชี้วัด 64	หัวหน้ากลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ (MCATT)
ตัวที่ 15 ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในสถานการณ์ การระบาด COVID-19	ร้อยละ 80	94.05  ผ่าน 5 คะแนน	หัวหน้ากลุ่มงานสารนิเทศและประชาสัมพันธ์

+ เงินงบประมาณโครงการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (2019) 220,000 บาท

- โอนให้ศูนย์ฯทำวัคซีนชุมชน 60,000 บาท
- โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงาน 8 จังหวัด 100,000 บาท
- โครงการเสริมพลังเชิงรุก จังหวัดเชียงใหม่ 60,000 บาท