



ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสวนปรุง ปีงบประมาณ 2567



Strategic Plan 2023–2027

Suanprung Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสวนปรุง

ปีงบประมาณ 2566-2570



วิสัยทัศน์

เชี่ยวชาญบริการจิตเวชรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน
เป็นเลิศด้านวิชาการ การแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์สุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์
และมีภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง



พันธกิจ

1. ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อนระดับเหนือตติยภูมิแบบองค์รวม
2. ให้บริการและวิจัยพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยีด้านการแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์สุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์
3. ส่งเสริม สนับสนุน และถ่ายทอดความรู้ และเทคโนโลยีสุขภาพจิต แก่เครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 1

นิยาม

เชี่ยวชาญบริการจิตเวชยุ่งยากซับซ้อน หมายถึง ให้บริการจิตเวชที่มีมาตรฐาน เฉพาะทางที่ครอบคลุมทุกมิติ (การเข้าถึง ดูแล บำบัดรักษา ติดตาม ฟันฟู)
เป็นเลิศด้านวิชาการ การแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์สุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ หมายถึง มีผลงานวิชาการ/นวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพจิตที่เฉพาะทางสามารถนำไปใช้ประโยชน์
สร้างมูลค่าได้ รวมทั้งสอดคล้องกับความต้องการและสามารถนำไปแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์สุขภาพจิตในพื้นที่ได้
ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง หมายถึง ภาคีเครือข่ายที่ครอบคลุมทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 1 เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างมี
เป้าหมายเดียวกัน

ผลการดำเนินงานภาพรวมตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสวนปรุง ปีงบประมาณ 2567 ทั้งหมด 34 ตัวชี้วัด ผ่าน 28 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 82.35)



ประเด็นยุทธศาสตร์	KPI MOU กรม	KPI โรงพยาบาล	ผลการดำเนินงาน ปีงบ 2567
1.พัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงยุ่งยาก ซับซ้อน ที่ครอบคลุมทุกมิติ	3 ตัวชี้วัด (ไม่ผ่าน 1)	5 ตัวชี้วัด (ไม่ผ่าน1)	8 ตัวชี้วัด ผ่าน 6
2.สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณค่า	-	3 ตัวชี้วัด (ผ่าน)	3 ตัวชี้วัด ผ่าน 3
3.พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพ	6 ตัวชี้วัด (ไม่ผ่าน 1)	6 ตัวชี้วัด (ไม่ผ่าน 1)	12 ตัวชี้วัด ผ่าน 10
4.พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะและมีความสุขในการทำงาน	2 ตัวชี้วัด (ผ่าน)	-	2 ตัวชี้วัด ผ่าน 2
5.พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ ทันสมัย และมีธรรมาภิบาล	1 ตัวชี้วัด (ไม่ผ่าน)	8 ตัวชี้วัด (ไม่ผ่าน1)	9 ตัวชี้วัด ผ่าน 7

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงยุ่งยากซับซ้อนที่ครอบคลุมทุกมิติ



เป้าประสงค์ 1.1 ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อนได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างปลอดภัย จนหายทุเลา

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผล 2566	ผล 2567	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ 1.1.1 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน	1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการรักษาต่อเนื่องภายใน 6 เดือน** ผลการดำเนินงาน - ติดตามผู้ป่วยเชิงรุกและส่งต่อข้อมูลเพื่อให้เครือข่ายในพื้นที่ร่วมติดตาม - ลงพื้นที่ สป.ในจังหวัดเชียงใหม่เพื่อชี้แจงและวางแนวทางในการติดตามผู้ป่วยร่วมกัน	ร้อยละ60	ร้อยละ 91.00	ร้อยละ 51.06	• PCT schizophrenia • กลุ่มงานพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฯ
	2. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก (first episode)หายทุเลา(Full remission) ผลการดำเนินงาน - พัฒนาระบบการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลสวนปรุง	ร้อยละ35	ร้อยละ 68.77	ร้อยละ 73.87	• -PCT schizophrenia • -กลุ่มงานพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฯ
	3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หายทุเลา (Full remission)** ผลการดำเนินงาน - พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสวนปรุง	ร้อยละ45	ร้อยละ 69.90	ร้อยละ 99.83	• -PCT depression • -กลุ่มงานพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฯ
	4.1 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตามด้วยระบบดิจิทัล(Retention Rate)	ร้อยละ93	ร้อยละ 98.53	ร้อยละ 99.32	• -PCT substance • -กลุ่มงานพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฯ
	4.2 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดในเขตสุขภาพที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม ผลการดำเนินงาน • ร่วมจัดบริการจิตเวชและสารเสพติดในWard สป.ธัญญาธิราชแม่ฮ่องสอน ซึ่งเป็นพื้นที่เฉพาะ และสนับสนุนด้านยา การ training บุคลากร • สนับสนุนการดำเนินงาน การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดในชุมชน (CBTx) มีการขับเคลื่อนชุมชนลุ่มรักศรี ครบทั้ง 8 จังหวัด รวม 34 อำเภอ	ร้อยละ 60	ร้อยละ 69.47	ร้อยละ 69.09	• PCTsubstance • กลุ่มงานพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฯ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงยุ่งยากซับซ้อนที่ครอบคลุมทุกมิติ



เป้าประสงค์ 1.1 ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อนได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างปลอดภัย จนหายทุเลา

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	พ.ศ. 2566	พ.ศ. 2567	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ 1.1.1 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่าง ต่อเนื่องให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน	5. จำนวนการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญระดับ E ขึ้นไป (SAVE) ลดลงจากปีที่ผ่านมา	20	39	37	• คณะกรรมการ RM
	Suicide		2	2	
	Accidence		18	21	
	Violence		14	9	
	Escape		5	5	

- 1 การดำเนินงานอุบัติการณ์ SAVE
- **Suicide** หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ Risk owner ทบทวนอุบัติการณ์ และ SPP suicide และ หัวหน้าหน่วยงานติดตาม อย่างต่อเนื่อง
 - **Accidence** ได้ทบทวนอุบัติการณ์ จัดทำ CQI ของแต่ละหน่วยงาน ทบทวน SPP accident และ จัดสิ่งแวดล้อม เช่น การปรับแสงสว่างใน หอผู้ป่วย เป็นต้น
 - **Violence** หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการทบทวน แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย Violent อย่างต่อเนื่อง
 - **Escape** หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้จัดทำ CQI มีการอบรมเรื่อง SPPหลบหนี แก่พนักงานช่วยเหลือคนไข้ที่ปฏิบัติงานใหม่ทุกคน และปรับปรุง โครงสร้างของตึกที่ชำรุดเสียหาย

2

ปรับเปลี่ยน โปรแกรมรายงานความเสี่ยง จากโปรแกรม HRMS (เดิม) เป็น โปรแกรมรายงานความเสี่ยง DMHC โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้มีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทของ โรงพยาบาลจิตเวช

GAP - พบการรายงานอุบัติการณ์ ผ่านโปรแกรม DMHC ต่ำกว่าอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น (under report)

3

ปรับเครื่องมือคุณภาพสำหรับการวิเคราะห์ RCA จาก SWISS CHESS เป็น 5 - TIER เพื่อให้การวิเคราะห์ RCA ได้สาเหตุที่แท้จริงของอุบัติการณ์

GAP – บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ยังขาดความรู้และเข้าใจ ในการใช้เครื่องมือ 5 - TIER ทำให้ไม่สามารถใช้ 5 - TIER ในการวิเคราะห์ RCA ให้ได้ครบถ้วน ทุกสาเหตุ



เป้าประสงค์ 1.1 ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อนได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างปลอดภัย จนหายทุเลา

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	พ.ศ. 2566	พ.ศ. 2567	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ 1.1.1 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน	6. ดัชนี Case Mix Index (CMI) ผลการดำเนินงาน - การเปลี่ยนเวอร์ชัน DRG มีผลทำให้ค่า CMI เพิ่มขึ้น - เพิ่มประสิทธิภาพ การบันทึกเวชระเบียนและตรวจเช็คความสมบูรณ์ระเบียบอย่างต่อเนื่อง	1.85	1.90	1.99	คณะกรรมการ CMI
กลยุทธ์ 1.1.2 จัดรูปแบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่ทันสมัยด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล	7. ค่าคะแนนความสำเร็จในการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรดิจิทัล ** ผลการดำเนินงาน พัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์(EMR) ผู้ป่วยนอก - ยกเลิกการใช้แฟ้มเอกสารเวชระเบียนที่เป็นกระดาษ - ยกเลิกใบสั่งยา และการบันทึกในแฟ้มเอกสารเวชระเบียนทั้งหมด และไม่มีแฟ้มมาควบคุมโดยแพทย์สั่งยาและดูประวัติการรักษาผ่านระบบ EMR ของระบบ HIS โรงพยาบาล - มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical Decision Support) ในระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่เชื่อมโยงกับคำสั่งแพทย์	5 คะแนน	5 คะแนน	5 คะแนน	- กลุ่มงานเทคโนโลยีและสารสนเทศ - คณะกรรมการICT

ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณค่า



กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลสวนปรุง

เป้าประสงค์ 2.1 นวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพจิตสามารถนำไปใช้ประโยชน์และสร้างมูลค่าได้

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	พ.ศ. 2566	พ.ศ. 2567	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ที่ 2.1.1 พัฒนานวัตกรรม องค์ความรู้และ เทคโนโลยีสุขภาพ จิตตามประเด็น ความเป็นเลิศ	8. จำนวนองค์ความรู้/นวัตกรรม/เทคโนโลยีที่เกี่ยวกับการแก้ไขปัญาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ ผลการดำเนินงาน 1. โครงการวิจัยการใช้แคนบิโดอลในการรักษาความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ 2. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้เป็นโรคติดสุรา	1 เรื่อง	4 เรื่อง	2 เรื่อง	-กลุ่มงานวิจัยและ ฝึกอบรม
	9. จำนวนองค์ความรู้/นวัตกรรม/เทคโนโลยีการแก้ไขปัญาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ที่สามารถนำไปใช้ ประโยชน์ได้ ผลการดำเนินงาน 1. ASSS application • เงินงบประมาณ โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากแอลกอฮอล์และผู้ได้รับ ผลกระทบ • เงินสนับสนุนจาก สปสช. โครงการ Alcohol 3S คัดกรองไว ช่วยแก้ไขฆ่าตัวตาย (ขยายผลใน 4 จังหวัดสีแดง เชียงใหม่ แพร่ น่าน พะเยา) 2.โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้แอลกอฮอล์และการฆ่าตัวตายในประชาชนไทย	1 เรื่อง	5 เรื่อง	2 เรื่อง	• -กลุ่มงานวิจัย และฝึกอบรม
กลยุทธ์ 2.1.2 พัฒนาบริการ วิชาการสุขภาพจิต และจิตเวช	10. จำนวนบริการวิชาการ/หลักสูตรสุขภาพจิตและจิตเวช ผลการดำเนินงาน 1. หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2. หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้นการบริหารทางเภสัชกรรมเฉพาะทาง สาขาจิตเวช 3. หลักสูตรการบริหารเภสัชกรรม สาขาจิตเวชปฐมภูมิ 4. หลักสูตรแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ 5. หลักสูตรระยะสั้นแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสุขภาพจิตชุมชน 6. อบรมการใช้แบบทดสอบมาตรฐานวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนไทย Thai Standardized Achievement Test (TSAT) สำหรับนักจิตวิทยาในเขตสุขภาพที่ 1 และสังกัดกรมสุขภาพจิต	1 บริการ/ หลักสูตร	3 หลักสูตร	6 หลักสูตร	• คณะกรรมการ อำนวยการขับเคลื่อนวิชาการ



เป้าประสงค์ 3.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผล 2566	ผล 2567	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ที่ 3.1.1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตที่ครอบคลุมทุกมิติ (เข้าถึง ดูแล รักษา ส่งต่อ ติดตาม)	11.1 ร้อยละของ PCU มีศักยภาพระบบ/ กิจกรรมในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น	ร้อยละ 50	ร้อยละ 69.61	ร้อยละ 100	กลุ่มงานพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฯ
	12. ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น(ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน**	ร้อยละ 35	ร้อยละ 72.72	ร้อยละ 76.77	- PCT จิตเวชเด็กและวัยรุ่น - กลุ่มงานพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฯ
	13.ร้อยละของผู้ป่วยออทิสติก(ASD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน**	ร้อยละ 52	ร้อยละ 143.27	ร้อยละ 92.59	- PCT จิตเวชเด็กและวัยรุ่น - กลุ่มงานพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฯ
	14. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ 97	ร้อยละ 98.21	ร้อยละ 98.55	กลุ่มงานพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฯ
	15. ระดับความสำเร็จของการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงจนดีขึ้น **	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	- กลุ่มงานพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฯ - PCT สูงอายุ



เป้าประสงค์ 3.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	ผล 2566	ผล 2567	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ที่ 3.1.2 ขับเคลื่อนและผลักดัน การแก้ปัญหาสุขภาพ จิต ในระดับจังหวัดและ เขตสุขภาพที่ 1	16.ร้อยละของจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพจิตผ่านคณะอนุกรรมการ ประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด**	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	- คณะกรรมการนิติจิตเวช - กลุ่มงานพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฯ
	17.ร้อยละของ รพช. ในเขตสุขภาพที่ 1 มีการจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด	ร้อยละ 60	ร้อยละ 95.60	ร้อยละ 100	กลุ่มงานพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฯ



เป้าประสงค์ 3.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	พ.ศ. 2566	พ.ศ. 2567	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ที่ 3.1.3 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ	18.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่องด้วยระบบดิจิทัล	≥ร้อยละ 60	ร้อยละ 60.02	ร้อยละ 75.06	- กลุ่มงานพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฯ งานจิตเวชชุมชน - คณะกรรมการ CLT - กลุ่มภารกิจการพยาบาล - คณะกรรมการนิติจิตเวช - คณะกรรมการ SMI-V
	18.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่องโดยไม่กลับเป็นซ้ำ	≥ร้อยละ 60	ร้อยละ 99.38	ร้อยละ 81.13	
	18.3 อุบัติการณ์ความรุนแรงจากบุคคลกลุ่มคลัง ที่ถูกนำส่งด้วยระบบ 1669	≥ร้อยละ 5	ร้อยละ 12.24	ร้อยละ 47.67	

พัฒนาระบบส่งต่อ และ Psychiatric Emergency Medical Services (PEMS) ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด



เป้าประสงค์ 3.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผล 2566	ผล 2567	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ที่ 3.1.4 พัฒนาระบบฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับภาคีเครือข่าย	19.จำนวนภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมระบบฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช	2	2	2	- กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ - กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
	20.ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชที่คืนสู่สุขภาวะอย่างน้อย 3 เดือน	ร้อยละ 80	ร้อยละ 81.12	ร้อยละ 91.3	- กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ - กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู



เป้าประสงค์ 3.2 ประชาชนมีความรอบรู้สุขภาพจิต

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	ผล 2566	ผล 2567	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ที่ 3.2.1 สร้างระบบการ สื่อสารความรอบรู้สุขภาพจิตทั้งใน สถานการณ์ปกติและสถานการณ์ วิกฤต	21. ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	ร้อยละ 65	ร้อยละ 61.78	NA	- กลุ่มงานจิตวิทยา - กลุ่มงานพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฯ - กลุ่มงานวิกฤตสุขภาพจิต - กลุ่มงานสารนิเทศและประชาสัมพันธ์
	22.ร้อยละของประชาชนที่เสี่ยงต่อสถานการณ์วิกฤตได้รับการดูแลจนดี ขึ้น **	≥ร้อยละ 80	ร้อยละ 84.21	ร้อยละ 90.91	- กลุ่มงานพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฯ - กลุ่มงานวิกฤตสุขภาพจิต

เป้าประสงค์ 4.1 บุคลากรมีความเชี่ยวชาญและมีความสุข
ผลการประเมินความสุขของบุคลากร Happinometer “ความสุข 9 มิติ”
ค่าเฉลี่ยปี 2566 ร้อยละ 70.69
ปี 2567 ร้อยละ 66.15

50.00 - 74.99 หมายถึง มีความสุข (Happy)

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	ผล 2566	ผล 2567	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ที่ 4.1.1 พัฒนาสมรรถนะ บุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญ	23. ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานที่ได้รับการพัฒนา ทักษะและสมรรถนะในหลักสูตรที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน**	≥ร้อยละ 85	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	- คณะกรรมการ HRD - กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
กลยุทธ์ที่ 4.1.2 สร้างองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	24.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาไปสู่การเป็นองค์กร แห่งความสุข(Happy Organization)**	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	

เป้าประสงค์ 5.1 ระบบบริหารจัดการของหน่วยงานมีประสิทธิภาพทันสมัยและมีธรรมาภิบาล

ร้อยละของผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส ในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต (ITA) เป้าหมาย ร้อยละ 85
ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 90.28

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผล 2566	ผล 2567	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ที่ 5.1.1 เพิ่มประสิทธิภาพระบบ บริหารจัดการด้านงบประมาณ	25.ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายงบดำเนินงานและงบลงทุน - งบดำเนินงาน - งบลงทุน	ร้อยละ 95 ร้อยละ 80	ร้อยละ 100 ร้อยละ 100	ร้อยละ 96.18 ร้อยละ 51.96	- กลุ่มงานการเงินและบัญชี -กลุ่มงานพัสดุ -กลุ่มงานยุทธศาสตร์ฯ
	26.ร้อยละของเงินบำรุงคงเหลือเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา	ร้อยละ 25	ร้อยละ 29.51	ร้อยละ 10.18	- คณะกรรมการการเงินการคลัง - การบริหารจัดการรายได้
	27.สัดส่วน I/E ratio	≥ 1	1.03	1	-กลุ่มงานการเงินและบัญชี -กลุ่มงานพัสดุ -กลุ่มงานยุทธศาสตร์ฯ



เป้าประสงค์ 5.1 ระบบบริหารจัดการของหน่วยงานมีประสิทธิภาพทันสมัยและมีธรรมาภิบาล

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	พ.ศ. 2566	พ.ศ. 2567	ผู้รับผิดชอบ
<u>กลยุทธ์ที่ 5.1.2 พัฒนา ระบบบริหารจัดการโดยนำ เทคโนโลยีดิจิทัลมา ประยุกต์ใช้</u> — —	28. จำนวนรูปแบบหรือกระบวนการงานสนับสนุน (back office) ที่มีการนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อเข้าสู่องค์กรดิจิทัล	1 ระบบ	1 ระบบ	1 ระบบ	- กลุ่มภารกิจอำนวยการ - กลุ่มงานเทคโนโลยีและสารสนเทศ
	29. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร(Executive information system)	ระดับที่ 5	ระดับที่ 5	ระดับที่ 5	- กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน - กลุ่มงานเทคโนโลยีและสารสนเทศ
	30. ผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน HAIT	ระดับที่ 1		รอแจ้งผลการประเมินระดับที่ 1	- กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ - กลุ่มงานเทคโนโลยีและสารสนเทศ



เป้าประสงค์ 5.1 ระบบบริหารจัดการของหน่วยงานมีประสิทธิภาพทันสมัยและมีธรรมาภิบาล

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผล 2566	ผล 2567	ผู้รับผิดชอบ
<u>กลยุทธ์ที่ 5.1.3</u> <u>พัฒนาระบบงานตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง</u> —	31.โรงพยาบาลได้รับการต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพจาก สรพ.	(ผ่าน re-accreditation ชั้นที่ 3 ครั้งที่ 6)	ผ่านการเยี่ยมสำรวจ	ผ่านการเยี่ยมสำรวจ	-กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
	32.ร้อยละของหน่วยงานดำเนินการตามระบบบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล	ร้อยละ 80	ร้อยละ 87.50	ร้อยละ 82.5	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
	33.ระดับความสำเร็จในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของหน่วยงาน	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	- กลุ่มงานยุทธศาสตร์ฯ - กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ