



กรมสุขภาพจิต  
โรงพยาบาลสวนปรุง

# รายงาน ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

## แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสวนปรุง

พ.ศ.2563-2565



โดย  
กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน  
โรงพยาบาลสวนปรุง  
โทร : 053 908 500 ต่อ 60486  
E-mail : plansuanprung@gmail.com

## คำนำ

โรงพยาบาลสวนปรุงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสวนปรุง ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 – 2565) โดยยึดเป้าหมายและแนวทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และในปีงบประมาณ 2563 เป็นต้นมา ได้มีการนำแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) และแผนยุทธศาสตร์ของกรมสุขภาพจิต มาร่วมเป็นส่วนหนึ่งในแนวทางหลักสำคัญในการพัฒนางานสุขภาพจิต ทั้งในระดับชาติ ระดับกรม และระดับโรงพยาบาล โดยได้มีการพัฒนากระบวนการจัดทำและบริหารแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติมาอย่างต่อเนื่อง

การดำเนินงานภายใต้แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสวนปรุง พ.ศ.2563 – 2565 นับได้ว่าดำเนินการมาเป็นระยะเวลาครึ่งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 – 2565) จึงจำเป็นต้องมีการประเมินแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว โดยการประเมินความก้าวหน้าของการดำเนินงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายตัวชี้วัดภายใต้แผนยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้ในแต่ละปีงบประมาณ เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสวนปรุง โดยรวมถึงกระบวนการแปลงยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ รวมถึงเป็นฐานข้อมูล และแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน หรือทบทวนประเด็นยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด เป้าประสงค์/กลยุทธ์ และแนวทางในการดำเนินงานให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันให้สามารถบรรลุวิสัยทัศน์การพัฒนางานสุขภาพจิต “เชี่ยวชาญงานจิตเวชยุ่งยากซับซ้อน เป็นเลิศด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ และมีภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง” ต่อไป

กันยายน 2565

## สารบัญ

	หน้า
วัตถุประสงค์	1
วิธีติดตามและประเมินผล	1
วิสัยทัศน์โรงพยาบาลสวนปรุง	2
พันธกิจ	2
ค่านิยม	2
ประเด็นยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสวนปรุง	2
ผลดำเนินงาน	3
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1	4
ตัวชี้วัดที่ 1 ดัชนี Case Mix Index (CMI)	5
ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (full remission)	6
ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการรักษา ต่อเนื่อง ภายใน 6 เดือน	7
ตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้าสู่ กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแล อย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	8
ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการดีขึ้นตาม มาตรฐานของแต่ละโรค	9
ตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะทางมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น	10
ตัวชี้วัดที่ 7 จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญของผู้ป่วยจิตเวชระดับ E ขึ้นไป(ราย)	11
ตัวชี้วัดที่ 8 อัตราการไม่กลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่ยากซับซ้อน	12
ตัวชี้วัดที่ 9 ค่าคะแนนความสำเร็จของการพัฒนาไปสู่การเป็น Smart Hospital ของหน่วย	13
ตัวชี้วัดที่ 10 ร้อยละของผู้ป่วยได้รับบริการภายในระยะเวลาที่กำหนด	14
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	15
ตัวชี้วัดที่ 11 จำนวนองค์ความรู้/นวัตกรรม/เทคโนโลยีเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต	16
ตัวชี้วัดที่ 12 ร้อยละผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์อาการหายทุเลาตามเกณฑ์	17
ตัวชี้วัดที่ 13 ร้อยละผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่องตาม	18
ตัวชี้วัดที่ 14 ร้อยละหน่วยบริการนำนวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพจิตและจิตเวชมาประยุกต์ ใช้ในการปฏิบัติงาน	19
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3	20
ตัวชี้วัดที่ 15 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน	21
ตัวชี้วัดที่ 16 ร้อยละของหน่วยงานนอกระบบสาธารณสุข มีระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวช	22
ตัวชี้วัดที่ 17 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	23

## สารบัญ

	หน้า
ตัวชี้วัดที่ 18 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึง บริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	23
ตัวชี้วัดที่ 19 ร้อยละของผู้ป่วยออทิสติก (ASD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	24
ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	25
ตัวชี้วัดที่ 21 ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์	26
ตัวชี้วัดที่ 22 ร้อยละของผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตได้รับการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต	26
ตัวชี้วัดที่ 23 ร้อยละของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม-อารมณ์-สังคม ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น	27
ตัวชี้วัดที่ 24 ร้อยละของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจ	28
ตัวชี้วัดที่ 25 ร้อยละของผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา	29
ตัวชี้วัดที่ 26 ร้อยละของสถานบริการทุกระดับในกระทรวงสาธารณสุข มีบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพมาตรฐานในระดับ 1 ทุกด้าน	30
ตัวชี้วัดที่ 27 ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Unit : PCU) มีระบบ/กิจกรรมในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน	30
ตัวชี้วัดที่ 28 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	31
ตัวชี้วัดที่ 29 ร้อยละของการติดตามผู้ป่วยในระบบ Thai coc เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด	32
ตัวชี้วัดที่ 30 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการบำบัดรักษาและจำหน่ายได้รับการติดตามต่อเนื่อง	33
ตัวชี้วัดที่ 31 ร้อยละของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมและผู้ดูแลคนพิการได้รับการดูแลฟื้นฟูจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	34
ตัวชี้วัดที่ 32 ร้อยละของผู้พิการได้รับการจ้างงานตาม มาตรา 32 และมาตรา 35	34
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4	36
ตัวชี้วัดที่ 33 ร้อยละของบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิตได้รับการพัฒนาสมรรถนะหรือทักษะในหลักสูตรที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน	37
ตัวชี้วัดที่ 34 จำนวนหน่วยงานที่มี CQI ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ 2 อย่างน้อย 1 เรื่อง/หน่วยงาน	38
ตัวชี้วัดที่ 35 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรแห่งความสุข(Happy Organization)	39
ตัวชี้วัดที่ 36 ร้อยละของบุคลากรมีสุขภาพกายผ่านตามเกณฑ์	39
ตัวชี้วัดที่ 37 ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานได้รับการ พัฒนาให้มีความรู้ และทักษะด้านการใช้ข้อมูล สื่อ และเทคโนโลยีดิจิทัล (MIDL)	40

## สารบัญ

	หน้า
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5	42
ตัวชี้วัดที่ 38 สัดส่วนรายรับต่อรายจ่าย(I/E Ratio)	43
ตัวชี้วัดที่ 39 ร้อยละของผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน ในสังกัดกรมสุขภาพจิต (ITA)	44
ตัวชี้วัดที่ 40 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายงบดำเนินงานและงบลงทุน	45
ตัวชี้วัดที่ 41 ค่า EUI ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต	45
ตัวชี้วัดที่ 42 โรงพยาบาลได้รับการต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพจาก สรพ. (ผ่าน re-accreditation)	46
ตัวชี้วัดที่ 43 ร้อยละความสำเร็จของการพัฒนา/ปรับปรุงหน่วยงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหาร จัดการภาครัฐ ผ่านเกณฑ์ PMQA-DMH 4.0 ระดับ Advance	47
ตัวชี้วัดที่ 44 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	48
ตัวชี้วัดที่ 45 ร้อยละของหน่วยงานมีการบริหารความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์	48
ตัวชี้วัดที่ 46 ระดับความสำเร็จในการจัดทำชุดข้อมูลมาตรฐานที่สามารถแลกเปลี่ยนกันได้ อย่างไร้รอยต่อ	49
ตัวชี้วัดที่ 47 ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพระบบสารสนเทศโรงพยาบาลตาม มาตรฐาน HAIT ระดับ 1	50

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อกำกับติดตาม และประเมินผลความก้าวหน้าการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสวนปรุง ในช่วงครึ่งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 – 2565) ผ่านตัวชี้วัด
2. เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการทบทวนประเด็นยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดเป้าประสงค์/กลยุทธ์ และแนวทางการดำเนินงานให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน
3. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานที่สำคัญของการพัฒนางานสุขภาพจิตของแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลสวนปรุงในปีงบประมาณอื่นต่อไป

## วิธีการติดตามและประเมินผล

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน ดำเนินการติดตามและประเมินผลตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลสวนปรุง ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 – 2565) โดยจัดทำหนังสือขอความร่วมมือให้หน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลสวนปรุงที่รับผิดชอบรายงานผลชี้วัดภายใต้ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสวนปรุง ตามแบบฟอร์มที่กำหนด ทุกรอบปีงบประมาณในช่วงเดือนตุลาคมของปีงบประมาณถัดไป ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ 2563 2564 และ 2565 ประกอบด้วยตัวชี้วัดที่ดำเนินการติดตามและประเมินผลดังนี้

ปีงบประมาณ 2563 มีการกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด จำนวน 34 ตัวชี้วัด

ปีงบประมาณ 2564 มีการกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด จำนวน 46 ตัวชี้วัด

ปีงบประมาณ 2565 มีการกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด จำนวน 47 ตัวชี้วัด

สำหรับวิธีการวิเคราะห์และประเมินผลนั้น พิจารณาผลการดำเนินงานร่วมกับการถ่ายระดับการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลสวนปรุง และตัวชี้วัดโครงการขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานสุขภาพจิต เพื่อดำเนินการวิเคราะห์และเปรียบเทียบความสอดคล้องของเป้าหมาย การดำเนินงานที่กำหนดไว้ในแต่ละปีงบประมาณ

## วิสัยทัศน์โรงพยาบาลสวนปรุง

เชี่ยวชาญงานจิตเวชยุ่งยากซับซ้อน เป็นเลิศด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ และมี  
ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง

## พันธกิจ

1. ให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อนระดับตติยภูมิระดับสูงแบบองค์รวม
2. ให้บริการและวิจัยพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยีด้านการแก้ไขปัญหาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์
3. ส่งเสริม สนับสนุน และถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีสุขภาพจิต แก่เครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 1

## ค่านิยม

### START SP

S : Service mind ใส่ใจ : มองหน้า สบตา ยิ้มแย้ม ทักทาย รับฟัง ให้การช่วยเหลือหรือให้บริการ ใช้การผาย  
มือแทนการชี้นิ้ว แต่งกายสุภาพ เรียบร้อยสะอาด

M : Mindfulness ใช้สติ : ทำสมาธิก่อนเริ่ม/เลิกงาน/ก่อนการประชุมใช้สติสนทนาอภิปรายอย่างสร้างสรรค์

A : Achievement พิชิตผลลัพธ์ : ใช้แนวคิด 3P (Purpose Process Performance) ในการทบทวนผล  
การทำงานอยู่เสมอ

R : Ready to change พร้อมปรับเปลี่ยน : กระตือรือร้น หาโอกาสพัฒนา หมั่นค้นหาความรู้ ดูแล  
แผนพัฒนาตนเอง

T : Teamwork รู้รัก สามัคคี : เคารพการตัดสินใจ มีน้ำใจช่วยเหลือ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เห็นส่วนรวม ร่วมงาน  
จิตอาสา สื่อสารในทางบวก

SP : SuanPrung : โรงพยาบาลสวนปรุง

## ประเด็นยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสวนปรุง

1. พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรงยุ่งยาก ซับซ้อนในระดับ Super Specialist Service
2. พัฒนาความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์
3. พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ
4. พัฒนาคูशलากรให้มีสมรรถนะและมีความสุขในการทำงาน
5. พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ และมีธรรมาภิบาล

## ผลดำเนินงาน



# ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1

## ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 : พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรงยุ่งยาก ซ้ำซ้อนในระดับ Super Specialist Service

การดำเนินงานภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ได้กำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลในภาพรวมของการพัฒนางานตามกรอบทิศทางของแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสวนปรุง ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ตัวชี้วัด MOU กรมสุขภาพจิต 4 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดยุทธศาสตร์โรงพยาบาล 6 ตัวชี้วัด รวมทั้งสิ้น 10 ตัวชี้วัด จากตัวชี้วัดทั้งหมด 47 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 21.27 โดยมีรายละเอียดผลการดำเนินงาน ดังนี้

### ตัวชี้วัดที่ 1 ดัชนี Case Mix Index (CMI)

ตัวชี้วัด “ดัชนี Case Mix Index (CMI)” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรงยุ่งยาก ซ้ำซ้อนในระดับ Super Specialist Service” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 1.1 ผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซ้ำซ้อนได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างปลอดภัย จนหายทุเลา มีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ดัชนี Case Mix Index (CMI)	1.85	1.81
2564	ดัชนี Case Mix Index (CMI)	1.85	1.83
2565	ดัชนี Case Mix Index (CMI)	1.85	1.84

### แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

- ปรับปรุง Care Map การดูแลผู้ป่วยรายโรค โดยกำหนดจำนวนวันนอนให้เหมาะสมตามลักษณะความรุนแรงยุ่งยากซ้ำซ้อนทางคลินิกและเกณฑ์มาตรฐานรายโรคใน DRG Grouper
  - ทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงยุ่งยากซ้ำซ้อนรายโรค กลุ่มอาการ และ หัตถการสำคัญ และ ทบทวนจำนวนวันนอนให้เหมาะสมตามลักษณะความรุนแรงยุ่งยากซ้ำซ้อนทางคลินิกและเกณฑ์มาตรฐานรายโรคใน DRG Grouper
  - พัฒนาระบบสารสนเทศในการกำกับติดตามตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงยุ่งยากซ้ำซ้อน
  - CLT กำกับติดตามจำนวนวันนอนมาตรฐานรายโรคให้เป็นไปตามเกณฑ์
  - CLT ทำ KM ผู้ป่วยรายกรณีเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยและบทบาทแต่ละวิชาชีพที่มีผลต่อค่า CMI
- ควบคุมคุณภาพความสมบูรณ์ของเวชระเบียน
  - พัฒนาระบบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนสำหรับทีมสหวิชาชีพ
  - CLT ประชุมทบทวนและจัดทำคู่มือบทบาทของสหวิชาชีพที่มีผลต่อค่า CMI

- CLT นำคู่มือสู่การปฏิบัติและมีการกำกับติดตามต่อเนื่อง
- ก. เวชระเบียนปรับ form DC summary ให้สอดคล้องกับคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 2563
- ก. เวชระเบียน มีระบบการ audit ลง code รหัสโรคและให้ข้อมูลย้อนกลับแพทย์ในการพิจารณาเรื่องการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องเหมาะสม
- ก. เวชระเบียนกำกับติดตามและนำเสนอผลลัพธ์เปรียบเทียบหน่วยงานในกรมสุขภาพจิตให้ทีมนำประจำเดือน
- กำหนดผู้รับผิดชอบหลักโดยตรงเพื่อควบคุมคุณภาพเวชระเบียน (Auditor และ Coder)

## ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (full remission)

ตัวชี้วัด “ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (full remission)” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรงยุ่งยาก ซ้ำซ้อนในระดับ Super Specialist Service” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 1.1 ผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อนได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างปลอดภัย จนหายทุเลา มีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (full remission)	ร้อยละ 60 (ของกรมร้อยละ45)	ร้อยละ 55.75
2564	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (full remission)	ร้อยละ 60 (ของกรมร้อยละ45)	ร้อยละ 52.90
2565	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (Full remission)	ร้อยละ 60 (ของกรมร้อยละ45)	ร้อยละ 78.95

### แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

1. ผู้บริหารมีนโยบายที่ชัดเจน และสนับสนุนการดำเนินงาน
2. มีทีมผู้รับผิดชอบงานชัดเจน ได้แก่ คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก และทีมการดูแลผู้ป่วยรายโรค กลุ่มอาการและเหตุการณ์ที่สำคัญ
3. บุคลากรมีสมรรถนะที่สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยรายโรค และมีการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง

### ความเสี่ยงที่อาจทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

1. ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากข้อมูลเบอร์โทรศัพท์ที่ให้ไม่สามารถติดต่อได้ (เบอร์โทรติดต่อไม่ได้/เบอร์โทรผิด)
2. ผู้ป่วยไม่ได้มา FU ตามนัด ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของ Covid-19 ทำให้ติดต่อผู้ป่วยได้ยาก

### ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงาน

- การพัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกับกลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ และงานจิตเวชชุมชน

### ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการรักษา ต่อเนื่อง ภายใน 6 เดือน

ตัวชี้วัด “ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการรักษา ต่อเนื่อง ภายใน 6 เดือน” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรงยุ่งยาก ซับซ้อนในระดับ Super Specialist Service” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 1.1 ผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อนได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างปลอดภัย จนหายทุเลา มีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการรักษา ต่อเนื่อง ภายใน 6 เดือน	≥ ร้อยละ 50	ร้อยละ 76.55
2564	ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการรักษา ต่อเนื่อง ภายใน 6 เดือน	≥ ร้อยละ 50	ร้อยละ 88.06
2565	ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการรักษา ต่อเนื่อง ภายใน 6 เดือน	≥ ร้อยละ 50	ร้อยละ 84.92

### แผนปฏิบัติการและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

1. ผู้บริหารมีนโยบายที่สนับสนุนการดำเนินงาน
2. ระบบประสานความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วยที่เป็นประโยชน์ ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

### ความเสี่ยงที่อาจทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

1. ระบบฐานข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภทที่ refer in / refer out/ refer back ยังขาดความเชื่อมโยงถึงพื้นที่ต่างๆ ในเขตบริการสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้ครบอย่างต่อเนื่อง
2. การนิเทศติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยงานไม่สามารถเป็นไปตามกำหนดเนื่องจากข้อจำกัดสถานการณ์โควิดในการออกพื้นที่

## ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงาน

การพัฒนากระบวนการข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกับกลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ และงานจิตเวชชุมชน

### ตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้าสู่ กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)

ตัวชี้วัด “ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้าสู่ กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมี คุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการ วัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ รุนแรงยุ่งยาก ซับซ้อนในระดับ Super Specialist Service” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 1.1 ผู้ป่วยจิต เวชที่ยุ่งยากซับซ้อนได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างปลอดภัย จนหายทุเลา มีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความ รุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแล ช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง 1 ปี	ร้อยละ 50	ร้อยละ 62.96
2564	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้าสู่ กระบวนการ บำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมี คุณภาพต่อเนื่อง จนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ 55	ร้อยละ 78.48
2565	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้าสู่ กระบวนการ บำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมี คุณภาพต่อเนื่อง จนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ 55	ร้อยละ 98.62

### แผนปฏิบัติการและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

1. ผู้บริหารมีนโยบายที่ชัดเจน และให้การสนับสนุนในการดำเนินงาน
2. บุคลากรที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดได้รับการสมรรถนะเฉพาะทางอย่างต่อเนื่อง

### ความเสี่ยงที่อาจทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

1. สถานการณ์การระบาดของ Covid-19 ทำให้ ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดไม่ได้รับไว้ในหอผู้ป่วยเดียวกันแบบ one stop service ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดไม่ครอบคลุม และการบันทึกข้อมูล บสต. 3-4 อาจไม่ ครบถ้วนและล่าช้า
2. การติดตามผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดทางโทรศัพท์ทำได้ไม่ครบถ้วน เนื่องจากเปลี่ยนเบอร์ หรือไม่รับสาย

## ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงาน

1. พัฒนาโปรแกรมการบำบัดฯ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ โดยปรับลดระยะเวลาในกระบวนการบำบัด หรือให้การบำบัดรายบุคคล
2. พัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ร่วมกับงานจิตเวชชุมชนและเครือข่าย

### ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการดีขึ้นตาม มาตรฐานของแต่ละโรค

ตัวชี้วัด “ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการดีขึ้นตาม มาตรฐานของแต่ละโรค” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรงยุ่งยาก ซับซ้อนในระดับ Super Specialist Service” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 1.1 ผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อนได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างปลอดภัย จนหายทุเลา มีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการดีขึ้นตาม มาตรฐานของแต่ละโรค	ร้อยละ 74	ร้อยละ 69.33
2564	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการดีขึ้นตาม มาตรฐานของแต่ละโรค	ร้อยละ 74	ร้อยละ 78.46
2565	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการดีขึ้นตาม มาตรฐานของแต่ละโรค	ร้อยละ 74	ร้อยละ 80.00

## แผนปฏิบัติการและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

1. ผู้บริหารมีนโยบายที่ชัดเจน และสนับสนุนการดำเนินงาน
2. มีทีมผู้รับผิดชอบงาน ได้แก่คณะกรรมการที่ปรึกษาทางคลินิก และทีมการดูแลผู้ป่วยรายโรค กลุ่มอาการและหัตถการที่สำคัญ ซึ่งบุคลากรมีสมรรถนะที่สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยรายโรค และมีการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง
3. มีคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายโรค

## ความเสี่ยงที่อาจทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

1. การประเมินระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน HoNOS ยังไม่สามารถบันทึกในระบบฐานข้อมูล Hos-XP ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลในระบบฯได้
2. การบันทึกระยะการดูแลผู้ป่วยในแต่ละ phase ยังทำได้ไม่ครบถ้วน

## ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงาน

1. ทบทวนเกณฑ์การประเมินและกำหนดระยะเวลาการดีขึ้นตามมาตรฐานให้สอดคล้องตามอาการทางคลินิก และระยะเวลามาตรฐานแต่ละโรค
2. พัฒนาระบบการรายงานข้อมูลตัวชี้วัดในระบบสารสนเทศที่เป็นปัจจุบันและให้นำผลมาวิเคราะห์

### ตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะทางมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

ตัวชี้วัด “ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะทางมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรงยุ่งยาก ซับซ้อนในระดับ Super Specialist Service” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 1.1 ผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อนได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างปลอดภัย จนหายทุเลา มีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะทางมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น	ร้อยละ 80	ร้อยละ 94.59
2564	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะทางมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น	ร้อยละ 84	ร้อยละ 93.48
2565	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะทางมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น	ร้อยละ 86	ร้อยละ 89.76

#### แผนปฏิบัติการและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

1. ผู้บริหารมีนโยบายที่ชัดเจน บุคลากรผ่านการอบรม และมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงซับซ้อน รายโรค มีระบบบันทึกข้อมูลการประเมิน CGI-S ในโปรแกรม HOSXP
2. มีทีมผู้รับผิดชอบงานชัดเจน ได้แก่คณะกรรมการที่มนำทางคลินิก และทีมการดูแลผู้ป่วยรายโรค กลุ่มอาการและหัตถการที่สำคัญ
3. บุคลากรมีสมรรถนะที่สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยรายโรค และมีการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง

#### ความเสี่ยงที่อาจทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

1. การบันทึกข้อมูลลงระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลยังไม่ครบถ้วนโดยเฉพาะค่าคะแนน CGI -S
2. กรณีผู้ป่วยที่ส่งต่อชุมชน ไม่สามารถติดตามผลการประเมินซ้ำใน 3 เดือนโดยเฉพาะค่าคะแนน CGI -S

## ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงาน

1. จัดระบบการ Audit การบันทึก CGI-S ใน HOSXP ให้ครอบคลุม
2. พัฒนาระบบการส่งต่อและการติดตามผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงยุ่งยากซับซ้อน ร่วมกับงานจิตเวชชุมชน และโรงพยาบาลเครือข่าย ในเขตสุขภาพที่ 1

## ตัวชี้วัดที่ 7 จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญของผู้ป่วยจิตเวชระดับ E ขึ้นไป(ราย)

ตัวชี้วัด “จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญของผู้ป่วยจิตเวชระดับ E ขึ้นไป(ราย)” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรงยุ่งยาก ซับซ้อนในระดับ Super Specialist Service” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 1.1 ผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อนได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างปลอดภัย จนหายทุเลา มีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
			SAVE	IR saveระดับ E ขึ้นไป
2563	จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญของผู้ป่วยจิตเวชระดับ E ขึ้นไป (ราย)	0	S	6
			A	11
			V	6
			E	2
			Refer. โรคแทรกซ้อนทางกายที่ไม่เหมาะสม	0
			รวม	25
2564	จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญของผู้ป่วยจิตเวชระดับ E ขึ้นไป (ราย)	0	S	2
			A	11
			V	5
			E	2
			Refer. โรคแทรกซ้อนทางกายที่ไม่เหมาะสม	0
			รวม	20
2565	จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญของผู้ป่วยจิตเวชระดับ E ขึ้นไป (ราย)	0	S	1
			A	10
			V	6
			E	16
			Refer. โรคแทรกซ้อนทางกายที่ไม่เหมาะสม	0
			รวม	33



## แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

- ปรับปรุงระบบการรายงานอุบัติการณ์ SAVE และ โรคแทรกซ้อนทางกายจำแนกรายโรคและระยะการดูแลผู้ป่วย(Staging)
- ประชุมร่วมกับงานสารสนเทศในการปรับปรุงระบบการรายงานอุบัติการณ์ SAVE และ โรคแทรกซ้อนทางกายจำแนกรายโรคและระยะการดูแลผู้ป่วย(Staging) ในโปรแกรม HOSxP
- ประสานงานกับ Risk owner และกรรมการความเสี่ยงในการทบทวน วิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าของปัญหาในแต่ละ Staging และนำไปสู่หาโอกาสพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

### ตัวชี้วัดที่ 8 อัตราการไม่กลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ยุงยากซับซ้อน

ตัวชี้วัด “อัตราการไม่กลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ยุงยากซับซ้อน” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรงยุ่งยาก ซับซ้อนในระดับ Super Specialist Service” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 1.1 ผู้ป่วยจิตเวชที่ยุงยากซับซ้อนได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างปลอดภัย จนหายทุเลา มีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	อัตราการไม่กลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ยุงยากซับซ้อน ภายใน 28 วัน (non-readmit ≤ 28 days)	-	-
	อัตราการไม่กลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ยุงยากซับซ้อน ภายใน 6 เดือน (non-readmit ≤ 6 months)	ร้อยละ 80	ร้อยละ 82.43
2564	อัตราการไม่กลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ยุงยากซับซ้อน ภายใน 28 วัน (non-readmit ≤ 28 days)	ร้อยละ 94	ร้อยละ 96.62
	อัตราการไม่กลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ยุงยากซับซ้อน ภายใน 6 เดือน (non-readmit ≤ 6 months)	ร้อยละ 84	ร้อยละ 87.01
2565	อัตราการไม่กลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ยุงยากซับซ้อน ภายใน 28 วัน (non-readmit ≤ 28 days)	ร้อยละ 96	ร้อยละ 96.97
	อัตราการไม่กลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ยุงยากซับซ้อน ภายใน 6 เดือน (non-readmit ≤ 6 months)	ร้อยละ 86	ร้อยละ 89.34

### แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

1. ผู้บริหารมีนโยบายที่ชัดเจน บุคลากรผ่านการอบรม และมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงซับซ้อน รายโรค และมีการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง
2. มีทีมผู้รับผิดชอบงานชัดเจน ได้แก่คณะกรรมการที่นำทางคลินิก และทีมการดูแลผู้ป่วยรายโรค กลุ่มอาการและหัตถการที่สำคัญ
3. มีคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงซับซ้อนรายโรค

### ความเสี่ยงที่อาจทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

สถานการณ์แพร่ระบาดของ Covid-19 ส่งผลให้มีมาตรการลดจำนวนวันนอน ส่งผลต่อการบำบัดในระยะฟื้นฟูฯ ที่ต้องปรับทั้งระยะเวลา/รูปแบบเป็นการบำบัดรายบุคคลแทน การบำบัดแบบกลุ่มและการมีข้อจำกัดในการเตรียมชุมชน และการเยี่ยมบ้านในกรณีผู้ป่วยจิตเวชที่ย่างยากซับซ้อน

### ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงาน

1. PCT รายโรคทบทวนฯ และพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรงยุ่งยากซับซ้อนร่วมกับงานจิตเวชชุมชน และเครือข่าย
2. ใช้เทคโนโลยีในการติดตามผู้ป่วย (Tele visit)
3. สนับสนุนให้โรงพยาบาลเครือข่ายใช้ระบบการติดตามผ่าน Thai COC

## ตัวชี้วัดที่ 9 ค่าคะแนนความสำเร็จของการพัฒนาไปสู่การเป็น Smart Hospital ของหน่วย

ตัวชี้วัด “ค่าคะแนนความสำเร็จของการพัฒนาไปสู่การเป็น Smart Hospital ของหน่วยบริการจิตเวช” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรงยุ่งยาก ซับซ้อนในระดับ Super Specialist Service” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 1.2 โรงพยาบาลก้าวสู่การเป็น Smart hospital เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวก รวดเร็ว ทันสมัย และลดระยะเวลาการรอคอย มีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ค่าคะแนนความสำเร็จของการพัฒนาไปสู่การเป็น Smart Hospital ของหน่วยบริการจิตเวช	5	5
2564	ค่าคะแนนความสำเร็จของการพัฒนาไปสู่การเป็น Smart Hospital ของหน่วยบริการจิตเวช	5	5
2565	ค่าคะแนนความสำเร็จของการพัฒนาไปสู่การเป็น Smart Hospital ของหน่วยบริการจิตเวช	5	5

## แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

ออกแบบและปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการ และวิชาการโดยอาศัยเทคโนโลยีดิจิทัล

- พัฒนา Smart Hospital ตามเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำ 13 ข้อ
- พัฒนาระบบสารสนเทศให้ครอบคลุมและปรับปรุงระบบรายงานเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์/ปรับปรุงบริการ
- ดำเนินการงาน/ประเมินผลสำเร็จตามแผนพัฒนาดิจิทัลของรพ.

### ตัวชี้วัดที่ 10 ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการภายในระยะเวลาที่กำหนด

ตัวชี้วัดที่ 10 “ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการภายในระยะเวลาที่กำหนด” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรงยุ่งยาก ซับซ้อนในระดับ Super Specialist Service” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 1.2 โรงพยาบาลก้าวสู่การเป็น Smart hospital เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวก รวดเร็ว ทันสมัย และลดระยะเวลาการรอคอย มีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการภายในระยะเวลาที่กำหนด	ร้อยละ 60	ร้อยละ 53.25
2564	ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการภายในระยะเวลาที่กำหนด	ร้อยละ 60	ร้อยละ 50.00
2565	ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการภายในระยะเวลาที่กำหนด	ร้อยละ 60	ร้อยละ 89.11

## แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

เพิ่มคุณภาพการให้บริการประชาชน

- ลดขั้นตอนและระยะเวลาการรอคอยในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชอาการทุเลาคงที่
- จัดระบบรับยาโดยไม่ต้องพบแพทย์ (Fast track) ทบทวนเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยจิตเวชอาการทุเลาคงที่สำหรับพยาบาลทำระบบรายงานสารสนเทศในการกำกับติดตาม real time
- เพิ่มจำนวนผู้ป่วยรับบริการ All Thru
- App Pre hospital self-assessment
- ปรับปรุงการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยนัด online

## ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2

## ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 : พัฒนาความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์

การดำเนินงานภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ได้กำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลในภาพรวมของการพัฒนางานตามกรอบทิศทางของแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสวนปรุง ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ตัวชี้วัด MOU กรมสุขภาพจิต 0 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดยุทธศาสตร์โรงพยาบาล 4 ตัวชี้วัด รวมทั้งสิ้น 4 ตัวชี้วัด จากตัวชี้วัดทั้งหมด 47 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 8.5 โดยมีรายละเอียดผลการดำเนินงานดังนี้

### ตัวชี้วัดที่ 11 จำนวนองค์ความรู้/นวัตกรรม/เทคโนโลยีเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต

ตัวชี้วัด “จำนวนองค์ความรู้/นวัตกรรม/เทคโนโลยีเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์” โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	จำนวนองค์ความรู้/นวัตกรรม/เทคโนโลยีเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์	2 เรื่อง	2 เรื่อง
2564	จำนวนองค์ความรู้/นวัตกรรม/เทคโนโลยีเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์	2 เรื่อง	3 เรื่อง
2565	จำนวนองค์ความรู้/นวัตกรรม/เทคโนโลยีเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์	2 เรื่อง	2 เรื่อง

### แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

- พัฒนาองค์ความรู้เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในเขตสุขภาพที่ 1 และกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวช
  - สะสมองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์
  - สร้างเครือข่ายและความร่วมมือด้านการวิจัยในภาคการศึกษาและสังคม
  - แสวงหาแหล่งทุนภายในและภายนอก
- พัฒนาสมรรถนะด้านการวิจัยของบุคลากร
  - เพิ่มจำนวนและพัฒนาสมรรถนะนักวิจัยหลากหลายวิชาชีพ และ generation
  - พัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านการวิเคราะห์และจัดการข้อมูล
- พัฒนาระบบสารสนเทศด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์
  - จัดทำฐานข้อมูลองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์

## ตัวชี้วัดที่ 12 ร้อยละผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์อาการหายทุเลาตามเกณฑ์

ตัวชี้วัด “ร้อยละผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์อาการหายทุเลาตามเกณฑ์” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนา ความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 2.1 หน่วยงานมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์แบบองค์รวม โดยมี ผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	- Early remission	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60.00
	- Sustained remission	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45.00
2564	- Early remission	≥ ร้อยละ 70	ร้อยละ 72.00
	- Sustained remission	≥ ร้อยละ 55	ร้อยละ 56.00
2565	- Early remission	ร้อยละ 74	ร้อยละ 75.14
	- Sustained remission	ร้อยละ 57	ร้อยละ 61.11

### แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

พัฒนาคุณภาพระบบบริการการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง

- พัฒนาระบบบริการ ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Excellence ระดับ 1
- PCT แอลกอฮอล์ประเมินตนเองตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับ เหนือตติยภูมิ (2564) และนำ GAP มาทำแผนพัฒนาให้เป็นไปตามมาตรฐาน
- PCT แอลกอฮอล์สรุปผลการทบทวน (เวชระเบียน/customer voice) เกณฑ์/Definition/ปัจจัย/เครื่องมือ ที่มีผลต่อการ Full remission
- สรุป Gap และนำไปสู่การปรับปรุงระบบ ตาม Gap ที่พบและเลือกประเด็นสำคัญที่นำไปสู่การปฏิบัติได้ less for more
- ประชุมร่วมกับงานวิชาการในการนำ EBP มาใช้ได้ในคลินิก ได้แก่ MET, CBT, F-CBT, CPR เป็นต้น

### ตัวชี้วัดที่ 13 ร้อยละผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่องตาม

ตัวชี้วัด “ร้อยละผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่องตามเกณฑ์” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 2.1 หน่วยงานมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์แบบองค์รวม โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	- ระยะ early remission (3-12 เดือน)	ร้อยละ 65	ร้อยละ 64.50
	- ระยะ Sustained remission (12เดือนขึ้นไป)	ร้อยละ 60	ร้อยละ 61.70
2564	- ระยะ early remission (3-12 เดือน)	≥ร้อยละ 75	ร้อยละ 94.29
	- ระยะ Sustained remission (12เดือนขึ้นไป)	≥ร้อยละ 70	ร้อยละ 94.29
2565	- ระยะ early remission (3-12 เดือน)	ร้อยละ 90	ร้อยละ 88.03
	- ระยะ Sustained remission (12เดือนขึ้นไป)	ร้อยละ 90	ร้อยละ 85.21

#### แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

พัฒนาคุณภาพระบบบริการการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง

- พัฒนาระบบบริการ ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Excellence ระดับ 1
- PCT แอลกอฮอล์ประเมินตนเองตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับเหนือตติยภูมิ (2564) และนำ GAP มาทำแผนพัฒนาให้เป็นไปตามมาตรฐาน
- PCT แอลกอฮอล์สรุปผลการทบทวน (เวชระเบียน/customer voice) เกณฑ์/Definition/ปัจจัย/เครื่องมือที่มีผลต่อการ Full remission
- สรุป Gap และนำไปสู่การปรับปรุงระบบ ตาม Gap ที่พบและเลือกประเด็นสำคัญที่นำไปสู่การปฏิบัติได้ less for more
- ประชุมร่วมกับงานวิชาการในการนำ EBP มาใช้ได้คลินิก ได้แก่ MET, CBT, F-CBT, CPR เป็นต้น

**ตัวชี้วัดที่ 14 ร้อยละหน่วยบริการนำนวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพจิตและจิตเวชมา  
ประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน**

ตัวชี้วัด “ร้อยละหน่วยบริการนำนวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพจิตและจิตเวชมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณซึ่งได้ทำการเริ่มวัดผลในปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นมา โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 2.2 นวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพจิตด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ได้รับการรับรองและถูกนำไปใช้ในระดับประเทศ โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ร้อยละหน่วยบริการนำนวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพจิตและจิตเวชมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน	-	-
2564	ร้อยละหน่วยบริการนำนวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพจิตและจิตเวชมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน	ร้อยละ 50	ร้อยละ 56.25
2565	ร้อยละหน่วยบริการนำนวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพจิตและจิตเวชมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน	ร้อยละ 50	ร้อยละ 97.00

**แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน**

ส่งเสริมการนำองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ไปใช้

- ขับเคลื่อนการนำองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ไปใช้ในเขตสุขภาพ/โรงพยาบาลจิตเวช
- สร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ไปใช้



## ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3

### ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 : พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ

การดำเนินงานภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ได้กำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลในภาพรวมของการพัฒนางานตามกรอบทิศทางของแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสวนปรุง ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ตัวชี้วัด MOU กรมสุขภาพจิต 10 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดยุทธศาสตร์โรงพยาบาล 8 ตัวชี้วัด รวมทั้งสิ้น 18 ตัวชี้วัด จากตัวชี้วัดทั้งหมด 47 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 38.29 โดยมีรายละเอียดผลการดำเนินงาน ดังนี้

#### ตัวชี้วัดที่ 15 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน

ตัวชี้วัด “อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณซึ่งได้ทำการเริ่มวัดผลในปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นมา โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ” โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน	-	-
2564	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน	8.0	14.95
2565	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน	8.0	10.56

#### แผนปฏิบัติการและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

##### 1. พัฒนากลไกการดำเนินงานปฐมภูมิ

- Mental health literacy ทุกกลุ่มวัยเรื่องสัญญาณเตือน/วัคซีนใจ/วัคซีนชุมชน
- เฝ้าระวัง ค้นหา คัดกรอง รักษา และส่งต่อตามระบบ service plan

##### 2. พัฒนาระบบและรูปแบบการให้บริการ

- ระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ/ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์
- จัดตั้งทีมสอบสวนการฆ่าตัวตาย (Psychological autopsy) ติดตามข้อมูลการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่สอดคล้องกับบริบทของจังหวัด

##### 3. สร้างนโยบายและการมีส่วนร่วมในเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข

- สร้างกลไกการขับเคลื่อนระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล
- พัฒนารูปแบบ/ระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนและพัฒนาศักยภาพ Gate keeper
- แผนบูรณาการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด

**ตัวชี้วัดที่ 16 ร้อยละของหน่วยงานนอกระบบสาธารณสุข มีระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวช**

ตัวชี้วัด “ร้อยละของหน่วยงานนอกระบบสาธารณสุข มีระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ ซึ่งได้ทำการเริ่มวัดผลในปีงบประมาณ 2565 เป็นต้นไป โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ” โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ร้อยละของหน่วยงานนอกระบบสาธารณสุข มีระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช	-	-
2564	ร้อยละของหน่วยงานนอกระบบสาธารณสุข มีระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช	-	-
2565	ร้อยละของหน่วยงานนอกระบบสาธารณสุข มีระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช	ร้อยละ 50	N/A

**แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน**

ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการดูแลกลุ่มเปราะบางที่เสี่ยงต่อปัญหาวิกฤตสุขภาพจิต

- วางแผนร่วมกับทีมจังหวัด
- ประชุมชี้แจงเพื่อประสานขอความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย
- จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ในการประเมิน การดูแลและจัดการเบื้องต้น ในกลุ่มเสี่ยงและเปราะบาง การฆ่าตัวตาย
- วางระบบการดูแลร่วมกัน และช่องทางการประสานส่งต่อ
- นำระบบไปทดลองใช้และติดตามผล
- ประเมินผลลัพธ์

**ปัญหาอุปสรรคและความเสี่ยงที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย**

- ในการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพและพัฒนาระบบการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตที่ผ่านมา ได้มีการทำงานร่วมกับเครือข่ายนอกระบบทั้งในส่วนของสถานศึกษา สถานสงเคราะห์ เรือนจำ เครือข่ายกู้ชีพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างครอบคลุม แต่เนื่องจากการพัฒนาระบบนั้น ต้องอาศัยการดำเนินงานที่ต่อเนื่องเพื่อให้เกิดเป็นระบบที่ยั่งยืน สามารถประสาน / บูรณาการได้แบบไร้รอยต่อ จึงยังจำเป็นต้องขยายเวลาพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อการบรรลุเป้าหมาย และกำหนดค่านิยาม/ค่าเป้าหมายที่ชัดเจนต่อไป

### ตัวชี้วัดที่ 17 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัด “ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 3.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ 82	ร้อยละ 84.44
2564	ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ 82	ร้อยละ 97.70
2565	ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ 82	ร้อยละ 97.72

#### แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

เพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิตเภท และติดตามดูแลต่อเนื่อง

- เพิ่มพูนศักยภาพบุคลากรในหน่วยบริการสาธารณสุข
- ขยายผลเครื่องมือในการค้นหาและคัดกรอง (แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ: Mind6 และแบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง: Mind7)
- ร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ดูแล ติดตามเฝ้าผู้ป่วยโรคจิตเภท
- ผลักดันการลงข้อมูลการติดตามผู้ป่วยผ่านโปรแกรม Thai coc ให้ถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลา
- แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานในเขตสุขภาพ

### ตัวชี้วัดที่ 18 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึง บริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัด “ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึง บริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 3.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึง บริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ 71	ร้อยละ 100.51
2564	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึง บริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ 71	ร้อยละ 116.92
2565	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึง บริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ 71	ร้อยละ 119.31

### แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

- โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการวินิจฉัย การคัดกรอง และตรวจรักษาโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์
- ส่งเสริมให้เครือข่ายสุขภาพจิตมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยา และเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ
- นิเทศติดตามปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

### ตัวชี้วัดที่ 19 ร้อยละของผู้ป่วยออทิสติก (ASD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัด “ร้อยละของผู้ป่วยออทิสติก (ASD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 3.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ร้อยละของผู้ป่วยออทิสติก (ASD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ 55	ร้อยละ 80.50
2564	ร้อยละของผู้ป่วยออทิสติก (ASD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ 55	ร้อยละ 96.47
2565	ร้อยละของผู้ป่วยออทิสติก (ASD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ 50	ร้อยละ 88.00

## แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

ส่งเสริมการประเมิน/คัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการส่งต่อเข้าสู่กระบวนการรักษา

- วิเคราะห์ Gap การดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่และวางแผนการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน
- บูรณาการการทำงานร่วมกับงานปฐมวัยวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มเด็กพัฒนาการล่าช้าด้านสังคมด้านความเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ควรได้รับการคัดกรองด้วย PDDSQ/ เครื่องมือTDAS หากพบเสี่ยงออกทิสติกส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา
- พัฒนาระบบบริการ /พัฒนาศักยภาพเครือข่าย ด้านการใช้เครื่องมือ TDAS ให้กับหน่วยบริการ สาธารณสุข คู่เครือข่าย
- เยี่ยมเสริมพลังการใช้เครื่องมือ TDAS

### ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัด “ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาคูณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 3.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ 25	ร้อยละ 59.13
2564	ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ 25	ร้อยละ 70.44
2565	ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ 35	ร้อยละ 65.90

## แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

เพิ่มการเข้าถึงบริการ ADHD ในจังหวัดที่ยังไม่ผ่านเป้าหมาย

- ดำเนินการร่วมกับสถาบันฯ
- วิเคราะห์ Gap การดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่และวางแผนการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน
- บูรณาการการทำงานร่วมกับงานวัยเรียนวัยรุ่น
- พัฒนาศักยภาพเครือข่าย
- Empowerment/ นิเทศติดตามวิเคราะห์การดำเนินงานรายจังหวัดและสรุปผลการดำเนินงานในเขตสุขภาพ

**ตัวชี้วัดที่ 21 ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์**

ตัวชี้วัด “ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณซึ่งได้ทำการเริ่มวัดผลในปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นมา โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 3.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	- ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต - พฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์	-	-
2564	- ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต - พฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์	ร้อยละ 55 ร้อยละ 66	ร้อยละ 67.30 ร้อยละ 98.91
2565	- ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต - พฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์	ร้อยละ 59 ร้อยละ 69	ร้อยละ 58.84 ร้อยละ 77.58

**แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน**

บูรณาการร่วมกับเครือข่ายทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในการส่งเสริมความรู้ ด้านสุขภาพจิต และพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์

- ดำเนินงานร่วมกับศูนย์สุขภาพจิต
- จัดทำแผนการส่งเสริมความรู้ ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์
- ส่งเสริมความรู้ ด้านสุขภาพจิต ตามแผน

**ตัวชี้วัดที่ 22 ร้อยละของผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตได้รับการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต**

ตัวชี้วัด “ร้อยละของผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตได้รับการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 3.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ร้อยละของผู้ประสพภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตได้รับการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 85	ร้อยละ 100
2564	ร้อยละของผู้ประสพภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตได้รับการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 85	ร้อยละ 100
2565	ร้อยละของผู้ประสพภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตได้รับการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

#### แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

พัฒนาระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิต/การบริหารจัดการในภาวะวิกฤตให้มีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง โดยเชื่อมโยงบูรณาการทุกระดับ

- ค้นหา คัดกรองเชิงรุก ติดตามเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์วิกฤต
- พัฒนาศักยภาพทีม MCATT ในเขตสุขภาพ
- สร้างภาคีเครือข่ายการดำเนินงาน MCATT นอกกระบบสาธารณสุข

#### ตัวชี้วัดที่ 23 ร้อยละของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม-อารมณ์-สังคม ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น

ตัวชี้วัด “ร้อยละของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม-อารมณ์-สังคม ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 3.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ร้อยละของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม-อารมณ์-สังคม ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น	ร้อยละ 75	ร้อยละ 77.86
2564	ร้อยละของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม-อารมณ์-สังคม ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น	ร้อยละ 75	ร้อยละ 92.26
2565	ร้อยละของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม-อารมณ์-สังคม ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น	ร้อยละ 90	ร้อยละ 77.09



## แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

พัฒนาระบบเฝ้าระวัง/ดูแลช่วยเหลือเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรมอารมณ์และกลุ่มเปราะบางร่วมกับสถานศึกษา/บ้านพักเด็ก/พมจ.

- สนับสนุนให้เกิดระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่บนSchool Health HERO ในเขตสุขภาพ ให้สามารถดูแลช่วยเหลือนักเรียนระหว่างรพศ./รพท/รพช. กับ โรงเรียนประถม/มัธยมศึกษา
- สนับสนุนด้านวิชาการและวิทยากรในการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น /ปัญหาพฤติกรรม-อารมณ์-สังคม และการปฐมพยาบาลทางจิตใจ(PFA) ให้กับบุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา
- ให้คำปรึกษาแก่โค้ช หรือรับบทบาทโค้ชสำหรับครู
- ดูแลช่วยเหลือเด็กกลุ่มเปราะบางทางสังคมในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบให้เป็นระบบ 1 บ้าน 1 โรงพยาบาล ร่วมกับหน่วยงาน ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

### ตัวชี้วัดที่ 24 ร้อยละของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจ

ตัวชี้วัด “ร้อยละของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจ” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ ซึ่งได้ทำการเริ่มวัดผลในปีงบประมาณ 2565 เป็นต้นไป โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 3.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ร้อยละของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจ	-	-
2564	ร้อยละของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจ	-	-
2565	ร้อยละของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจ	ร้อยละ 60	ร้อยละ 87.81

## แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

### พัฒนาระบบ Psychosocial Care / Long term care

- สร้างความรู้การดูแลสุขภาพ / การพัฒนาระบบ การดูแลทางสังคมจิตใจผู้สูงอายุ / การเสริมสร้างพลังใจญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- เพิ่มการเข้าถึงบริการผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและ จิตใจ
- พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการจัดบริการตาม โปรแกรม Elderly Mental fitness (EMF)

### ตัวชี้วัดที่ 25 ร้อยละของผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา

ตัวชี้วัด “ร้อยละของผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณซึ่งได้ทำการเริ่มวัดผลในปีงบประมาณ 2565 เป็นต้นไป โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 3.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ร้อยละของผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา” ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น	-	-
2564	ร้อยละของผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา” ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น	-	-
2565	ร้อยละของผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา” ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น	ร้อยละ 85	ร้อยละ 100

## แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

### พัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ

- วางระบบการให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ของเรือนจำและทัณฑสถานโรงพยาบาลแม่ข่าย
- คัดกรองและบำบัดรักษาในรูปแบบเข้าไปตรวจในเรือนจำหรือผ่านระบบ Telepsychiatry
- รายงานผลผ่านระบบฐานข้อมูล
- วิเคราะห์ประเมินผลการดำเนินงาน

**ตัวชี้วัดที่ 26 ร้อยละของสถานบริการทุกระดับในกระทรวงสาธารณสุข มีบริการสุขภาพจิต และจิตเวชที่มีคุณภาพมาตรฐานในระดับ 1 ทุกด้าน**

ตัวชี้วัด “ร้อยละของสถานบริการทุกระดับในกระทรวงสาธารณสุข มีบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพมาตรฐานในระดับ 1 ทุกด้าน” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 3.2 หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับในเขตสุขภาพมีการจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพมาตรฐาน โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	- รพช.	ร้อยละ 55	ร้อยละ 87.23
	- รพศ./รพท.	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75.00
2564	- รพช.	ร้อยละ 85	ร้อยละ 87.50
	- รพศ./รพท.	ร้อยละ 80	ร้อยละ 89.36
2565	- รพช.	ร้อยละ 90	ร้อยละ 88.42
	- รพศ./รพท.	ร้อยละ 85	ร้อยละ 87.50

**แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน**

เพิ่มขีดความสามารถในการจัดระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้แก่หน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 1

- กำหนดให้ทุกหน่วยบริการประเมินตัวเองด้านระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช
- สนับสนุนหน่วยบริการให้มีการมีการพัฒนาด้านต่างๆที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เช่นการวางแผนการตั้งกลุ่มงานจิตเวช การอบรมให้บุคลากรมีความรู้ทางด้านสุขภาพจิต
- ขับเคลื่อนการเปิดหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในเขตสุขภาพ

**ตัวชี้วัดที่ 27 ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Unit : PCU) มีระบบ/กิจกรรมในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน**

ตัวชี้วัด “ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Unit : PCU) มีระบบ/กิจกรรมในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 3.2 หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับในเขตสุขภาพมีการจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพมาตรฐาน โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Unit : PCU) มีระบบ/กิจกรรมในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน	ร้อยละ 25	ร้อยละ 21.74
2564	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Unit : PCU) มีระบบ/กิจกรรมในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน	ร้อยละ 30	ร้อยละ 39.32
2565	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Unit : PCU) มีระบบ/กิจกรรมในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน	ร้อยละ 65	ร้อยละ 65.47

### แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

ส่งเสริม/สนับสนุน PCU ให้มีระบบการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

- สำรวจปัญหาสุขภาพจิตสำคัญตามบริบทพื้นที่/ ความต้องการ/ แผนในการดำเนินงานดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชของ PCU ในเขตสุขภาพ
- มุ่งเน้นพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง ผลักดันให้ PCU มีระบบการดูแลสุขภาพจิตในประเด็นการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตาย
- พัฒนาศักยภาพบุคลากร PCU ในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

### ตัวชี้วัดที่ 28 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี

ตัวชี้วัด “ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 3.3 ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนมีประสิทธิภาพ โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95.79
2564	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ 90	ร้อยละ 98.29
2565	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ 95	ร้อยละ 99.34

## แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

พัฒนาระบบและรูปแบบการให้บริการ

- ระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ/ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์
- พัฒนาระบบรายงานและการสอบสวนโรคเพื่อเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเองซ้ำ

### ตัวชี้วัดที่ 29 ร้อยละของการติดตามผู้ป่วยในระบบ Thai coc เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวชี้วัด “ร้อยละของการติดตามผู้ป่วยในระบบ Thai coc เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณซึ่งได้ทำการเริ่มวัดผลในปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นมา โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาคูณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 3.3 ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนมีประสิทธิภาพ โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	- โรงพยาบาลสวนปรุง - รพศ./รพท./รพช. ในเขตสุขภาพที่ 1	-	-
2564	- โรงพยาบาลสวนปรุง - รพศ./รพท./รพช. ในเขตสุขภาพที่ 1	ร้อยละ 80 ร้อยละ 30	ร้อยละ 86.58 ร้อยละ 35.60
2565	- โรงพยาบาลสวนปรุง - รพศ./รพท./รพช. ในเขตสุขภาพที่ 1	ร้อยละ 80 ร้อยละ 35	ร้อยละ 84.18 ร้อยละ 22.85

## แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องให้มีประสิทธิภาพ

- ติดตามปัญหาอุปสรรคและการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในพื้นที่ และวิเคราะห์ วางแผนร่วมกัน
- เสริมศักยภาพเครือข่ายด้านการใช้โปรแกรม THAI COC ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด
- สนับสนุนให้ส่งต่อข้อมูลเข้าระบบแบบ real time มีความถูกต้องและครบถ้วน ได้ตามเกณฑ์ คุณภาพ

**ตัวชี้วัดที่ 30 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการบำบัดรักษาและจำหน่ายได้รับการติดตาม  
ต่อเนื่อง**

ตัวชี้วัด “ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการบำบัดรักษาและจำหน่ายได้รับการติดตามต่อเนื่อง ครบ 1 ปี” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยในปีงบประมาณ 2565 มีการเพิ่มเรื่องของการติดตามผู้ป่วยจิตเวชตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต และผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มเติม ซึ่งเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 3.3 ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนมีประสิทธิภาพ โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง - ผู้ป่วยจิตเวช(SMI-V) ได้รับการติดตาม - ผู้ป่วยจิตเวช(SMI-V) ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	ร้อยละ 90	ร้อยละ 93.61
		ร้อยละ 96	ร้อยละ 99.96
2564	ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง - ผู้ป่วยจิตเวช(SMI-V) ได้รับการติดตาม - ผู้ป่วยจิตเวช(SMI-V) ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	ร้อยละ 90	ร้อยละ 94.28
		ร้อยละ 96	ร้อยละ 98.68
2565	- ผู้ป่วยจิตเวชตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ. 2551	ร้อยละ 70	ร้อยละ 94.78
	- ผู้ป่วยนิติจิตเวช	ร้อยละ 100	ร้อยละ 87.50
	- ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)	ร้อยละ 92	ร้อยละ 95.11

**แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน**

- พัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่
  - สนับสนุนให้มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการประสานงานการใช้ พรบ.สุขภาพจิตระดับจังหวัดทั้ง 8 จังหวัด เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน
  - พัฒนารฐานข้อมูลผู้ป่วยพ.ร.บ.สุขภาพจิต
  - ประสานความร่วมมือและให้การสนับสนุนแก่ผู้รับผิดชอบในพื้นที่เพื่อการติดตามดูแลผู้ป่วย
  - เสริมศักยภาพเครือข่ายด้านความรู้ความเข้าใจ พ.ร.บ.สุขภาพจิต
- เพิ่มประสิทธิภาพการติดตามผู้ป่วย SMI-V
  - เฝ้าระวัง/เยี่ยมติดตามผู้ป่วย SMI-V หลังจำหน่าย ประสานงาน ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่องร่วมกับหน่วยบริการสาธารณสุขและเครือข่ายในเขตสุขภาพ
  - จัดทำฐานข้อมูลเพื่อให้เครือข่ายสามารถเข้าถึงและรายงานผลการติดตามดูแลผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ แบบ Real time

**ตัวชี้วัดที่ 31 ร้อยละของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมและผู้ดูแลคนพิการได้รับการดูแลฟื้นฟูจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น**

ตัวชี้วัด “ร้อยละของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมและผู้ดูแลคนพิการได้รับการดูแลฟื้นฟูจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 3.3 ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนมีประสิทธิภาพ โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ร้อยละของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมและผู้ดูแลคนพิการได้รับการดูแลฟื้นฟูจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	ร้อยละ 90	ร้อยละ 93.75
2564	ร้อยละของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมและผู้ดูแลคนพิการได้รับการดูแลฟื้นฟูจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	ร้อยละ 94	ร้อยละ 96
2565	ร้อยละของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมและผู้ดูแลคนพิการได้รับการดูแลฟื้นฟูจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	ร้อยละ 98	ร้อยละ 100

**แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน**

ส่งเสริมให้คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมได้รับการดูแลที่ครอบคลุมด้านบริการทางการแพทย์ ด้านการยอมรับ/มีส่วนร่วมในสังคมและด้านการประกอบอาชีพ

- ดำเนินกิจกรรมการดูแลฟื้นฟูด้านสุขภาพและสังคมผ่านโครงการพัฒนาระบบการฟื้นฟูทักษะทางสังคมและอาชีพสู่การมีงานทำของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
- คัดเลือกคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมเข้าสู่โครงการฯ เพื่อดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ประเมินคุณภาพชีวิต ก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการ
- สรุปผลการดำเนินงาน

**ตัวชี้วัดที่ 32 ร้อยละของผู้พิการได้รับการจ้างงานตาม มาตรา 32 และมาตรา 35**

ตัวชี้วัด “ร้อยละของผู้พิการได้รับการจ้างงานตาม มาตรา 32 และมาตรา 35” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 3.3 ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนมีประสิทธิภาพ โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ร้อยละของผู้พิการได้รับการจ้างงานตาม มาตรา 32 และ มาตรา 35	ร้อยละ 20	ร้อยละ 36.90
2564	ร้อยละของผู้พิการได้รับการจ้างงานตาม มาตรา 32 และ มาตรา 35	ร้อยละ 25	ร้อยละ 35.15
2565	ร้อยละของผู้พิการได้รับการจ้างงานตาม มาตรา 32 และ มาตรา 35	ร้อยละ 35	ร้อยละ 45.5

### แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

สนับสนุนให้เกิดการจ้างงานผู้พิการเพิ่มขึ้น

- สนับสนุนอัตราการจ้างงานผู้พิการในสถานประกอบการ
- รับสมัคร คัดเลือก ฝึกฝน และทดสอบการทำงานของผู้พิการ
- เสริมสร้างพลังทางบวกและลดภาวะ Burn Out จากการทำงานของผู้พิการ



## ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4

#### ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 : พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะและมีความสุขในการทำงาน

การดำเนินงานภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 ได้กำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลในภาพรวมของการพัฒนางานตามกรอบทิศทางของแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสวนปรุง ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ตัวชี้วัด MOU กรมสุขภาพจิต 2 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดยุทธศาสตร์โรงพยาบาล 3 ตัวชี้วัด รวมทั้งสิ้น 5 ตัวชี้วัด จากตัวชี้วัดทั้งหมด 47 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 10.63 โดยมีรายละเอียดผลการดำเนินงาน ดังนี้

#### ตัวชี้วัดที่ 33 ร้อยละของบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิตได้รับการพัฒนาสมรรถนะหรือทักษะในหลักสูตรที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน

ตัวชี้วัด “ร้อยละของบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิตได้รับการพัฒนาสมรรถนะหรือทักษะในหลักสูตรที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ ซึ่งได้ทำการเริ่มวัดผลในปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นมา โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะและมีความสุขในการทำงาน” โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ร้อยละของบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิตได้รับการพัฒนาสมรรถนะหรือทักษะในหลักสูตรที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน	-	-
2564	ร้อยละของบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิตได้รับการพัฒนาสมรรถนะหรือทักษะในหลักสูตรที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน	≥ร้อยละ 85	ร้อยละ 100
2565	ร้อยละของบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิตได้รับการพัฒนาสมรรถนะหรือทักษะในหลักสูตรที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน	≥ร้อยละ 85	ร้อยละ 100

#### แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

พัฒนาความรู้ ทักษะ สมรรถนะ ของบุคลากรสายงานต่างๆ

- ประเมินทักษะ/สมรรถนะของบุคลากร เพื่อวิเคราะห์ GAP การพัฒนา
- จัดทำแผนการพัฒนาบุคลากรตาม Career path / Training needs / วิสัยทัศน์
- ส่งบุคลากรเข้ารับการพัฒนาตามแผนผ่านช่องทางต่างๆ (เช่น หลักสูตรฝึกอบรม, แหล่งเรียนรู้ออนไลน์, On the job training)
- ติดตามสรุปผลการประเมินสมรรถนะและทักษะภายหลังการพัฒนา 1 เดือน / 3 เดือน
- สรุปผลการพัฒนาตามแผน ผลลัพธ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85

**ตัวชี้วัดที่ 34 จำนวนหน่วยงานที่มี CQI ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ 2 อย่างน้อย 1 เรื่อง/หน่วยงาน**

ตัวชี้วัด “จำนวนหน่วยงานที่มี CQI ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ 2 อย่างน้อย 1 เรื่อง/หน่วยงาน” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะและมีความสุขในการทำงาน” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 4.1 หน่วยงานก้าวสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	จำนวนหน่วยงานที่มี CQI ผ่านเกณฑ์การประเมิน อย่างน้อย 1 เรื่อง/หน่วยงาน	40 หน่วยงาน	40 หน่วยงาน
2564	จำนวนหน่วยงานที่มี CQI ผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับ 2 อย่างน้อย 1 เรื่อง/หน่วยงาน	40 หน่วยงาน	40 หน่วยงาน
2565	จำนวนหน่วยงานที่มี CQI ผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับ 2 อย่างน้อย 1 เรื่อง/หน่วยงาน	40 หน่วยงาน	35 หน่วยงาน คิดเป็น ร้อยละ 87.5

**แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน**

- สนับสนุนการพัฒนา CQI ของหน่วยงาน
  - ทบทวนคู่มือตัวชี้วัด
  - การบูรณาการกิจกรรมCQI/R2R เข้าไปสู่งานประจำในทุกหน่วยงาน มีการเรียนรู้ผ่าน Peer review, การ สอนงาน Conference ประชุม อบรม สัมมนา ฯลฯ
  - ติดตามการส่งผลงาน
- ขยายผลการนำ CQI ไปใช้ในหน่วยงานต่างๆ
  - จัดงานมหกรรมคุณภาพ ระดับโรงพยาบาล
  - ติดตามการนำผลงานไปใช้
- ทบทวนระบบการจัดการองค์ความรู้ของโรงพยาบาล
  - วางแผนการจัดการความรู้ระดับกลุ่มงานและระดับรพ.
  - ส่งเสริมให้บุคลากรนำประเด็นปัญหา/CQI ไปพัฒนาเป็น KM/R2R
  - อบรมความรู้และทักษะในการเป็น KM facilitator
  - จัดการความรู้ระดับกลุ่มงาน และระดับโรงพยาบาล ผ่านระบบฐานข้อมูล electronic

**ตัวชี้วัดที่ 35 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรแห่งความสุข  
(Happy Organization)**

ตัวชี้วัด “ระดับความสำเร็จของการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะและมีความสุขในการทำงาน” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 4.1 หน่วยงานก้าวสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรแห่งความสุข	5	5
2564	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรแห่งความสุข	5	5
2565	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรแห่งความสุข	5	5

**แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน**

เสริมสร้างความสุขและความผูกพันแก่บุคลากร

- วิเคราะห์ข้อมูลความสุขและความผูกพัน เพื่อหาประเด็นการพัฒนา และจัดทำแผนงาน/โครงการ
- จัดโครงการ/กิจกรรมเสริมสร้างความสุขแก่บุคลากร
- ประเมินผลการดำเนินงานตามแผน และสรุปผลรอบ 6 เดือน, 12 เดือน
- ประเมินผลลัพธ์ความสุขและความผูกพันรอบปีงบประมาณ

**ตัวชี้วัดที่ 36 ร้อยละของบุคลากรมีสุขภาพกายผ่านตามเกณฑ์**

ตัวชี้วัด “ร้อยละของบุคลากรมีสุขภาพกายผ่านตามเกณฑ์” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะและมีความสุขในการทำงาน” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 4.1 หน่วยงานก้าวสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ร้อยละของบุคลากรมีสุขภาพกายผ่านตามเกณฑ์	ร้อยละ 65	ร้อยละ 71.00
2564	ร้อยละของบุคลากรมีสุขภาพกายผ่านตามเกณฑ์	ร้อยละ 80	ร้อยละ 88.75
2565	ร้อยละของบุคลากรมีสุขภาพกายผ่านตามเกณฑ์	ร้อยละ 80	ร้อยละ 92.25

### แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

ส่งเสริมให้บุคลากรมีสุขภาพกายที่พึงประสงค์

- ทบทวนเกณฑ์วัดสุขภาพกายของบุคลากร โดยจัดทำคู่มือตัวชี้วัดค่าคะแนนสุขภาพกายบุคลากรผ่านตามเกณฑ์ ปี 2565
- จัดโครงการและกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพกาย
- ให้คำแนะนำ/การดูแลที่เหมาะสมแก่บุคลากรกลุ่มเสี่ยง (ตามเกณฑ์เขียว-เหลือง-แดง)

### ตัวชี้วัดที่ 37 ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานได้รับการ พัฒนาให้มีความรู้ และทักษะด้าน การใช้ข้อมูล สื่อ และเทคโนโลยีดิจิทัล (MIDL)

ตัวชี้วัด “ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานได้รับการ พัฒนาให้มีความรู้ และทักษะด้านการใช้ข้อมูล สื่อ และเทคโนโลยีดิจิทัล (MIDL)” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะและมีความสุขในการทำงาน” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 4.1 หน่วยงานก้าวสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ร้อยละของบุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลสวนปรุง ได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ และทักษะด้านการใช้ข้อมูล สื่อ และเทคโนโลยีดิจิทัล (MIDL)	ร้อยละ 80	ร้อยละ 86.25
2564	ร้อยละของบุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลสวนปรุง ได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ และทักษะด้านการใช้ข้อมูล สื่อ และเทคโนโลยีดิจิทัล (MIDL)	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
2565	ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ และทักษะด้านการใช้ข้อมูล สื่อ และเทคโนโลยีดิจิทัล (MIDL)	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

## แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

เพิ่มทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน

- สำรวจและจัดทำแผนการพัฒนาทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัลของบุคลากร
- ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรม/รับการพัฒนาตามแผน
- ติดตามผลลัพธ์การพัฒนา ผลลัพธ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85
- ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีในการทำงาน เช่น โปรแกรมให้บริการผู้ป่วย, Electronic Medical Record, Tele-psychiatry, ระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์, Google tools, E-meeting, E-conference เป็นต้น

## ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5

## ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 : พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ และมีธรรมาภิบาล

การดำเนินงานภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 ได้กำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลในภาพรวมของการพัฒนางานตามกรอบทิศทางของแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสวนปรุง ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ตัวชี้วัด MOU กรมสุขภาพจิต 2 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดยุทธศาสตร์โรงพยาบาล 8 ตัวชี้วัด รวมทั้งสิ้น 10 ตัวชี้วัด จากตัวชี้วัดทั้งหมด 47 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 21.27 โดยมีรายละเอียดผลการดำเนินงาน ดังนี้

### ตัวชี้วัดที่ 38 สัดส่วนรายรับต่อรายจ่าย(I/E Ratio)

ตัวชี้วัด “สัดส่วนรายรับต่อรายจ่าย(I/E Ratio)” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล” โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	สัดส่วนรายรับต่อรายจ่าย(I/E Ratio)	0.8-1.2	0.85
2564	สัดส่วนรายรับต่อรายจ่าย(I/E Ratio)	≥1	0.94
2565	สัดส่วนรายรับต่อรายจ่าย(I/E Ratio)	≥1	0.96

#### แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

1. เพิ่มรายรับของโรงพยาบาล
  - เพิ่มรายรับจากค่ารักษาพยาบาล บริการนอกเวลาราชการ และกลุ่มสิทธิต้นสังกัด
  - จัดหารายได้จากบริการรับบริจาคหรือระดมทุน
  - รับการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ เช่น เงินสนับสนุนจาก สปสช.
  - กำกับติดตามรายรับของโรงพยาบาลรายเดือน หากมีรายรับต่ำกว่าประมาณการให้นำเข้าที่ประชุมกรรมการเพื่อหาทางแก้ไข
2. ควบคุมการใช้จ่ายการดำเนินงานให้สอดคล้องกับรายรับ
  - จัดทำแผนการใช้จ่ายให้สอดคล้องกับรายรับ
  - กำกับการใช้จ่ายตามแผนที่วางไว้
  - กำหนดหลักการจัดซื้อครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง
    - กรณีไม่เร่งด่วน ให้ชะลอการจัดซื้อ และใช้งบกลาง/งบเงินกู้โควิด
    - กรณีเร่งด่วน แต่มีมูลค่าไม่สูง ให้ใช้เงินบริจาค
  - กำกับติดตามผลการใช้จ่ายตามแผน
3. บริหารหนี้สินผูกพัน
  - จัดทำสัญญาช่วงต้นปีงบประมาณ และกำหนดวันสิ้นสุดสัญญาภายในปีงบประมาณ



**ตัวชี้วัดที่ 39 ร้อยละของผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของ  
หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต (ITA)**

ตัวชี้วัด “ร้อยละของผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต (ITA)” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 5.1 หน่วยงานมีการดำเนินงานตามหลักคุณธรรมและความโปร่งใส โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	- ITA - ผู้ทำแบบสำรวจ - หน่วยงานคุณธรรม	ร้อยละ 90	ร้อยละ 93
2564	- ITA - ผู้ทำแบบสำรวจ - หน่วยงานคุณธรรม	ร้อยละ 85 ร้อยละ 70 ร้อยละ 70	ร้อยละ 93.59 ร้อยละ 93.01 ร้อยละ 100
2565	- ITA - ผู้ทำแบบสำรวจ - หน่วยงานคุณธรรม	ร้อยละ 85 ร้อยละ 60 ร้อยละ 80	ร้อยละ 93.59 ร้อยละ 77.20 ร้อยละ 100

**แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน**

รักษาระดับการดำเนินงานตามหลักคุณธรรมและความโปร่งใส

- ประเมินตนเองตามเกณฑ์ การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานตามแบบ OIT
- จัดทำแผนปฏิบัติการส่งเสริมคุณธรรมของหน่วยงาน
- สำรวจความคิดเห็นของบุคลากร ด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน
- ประเมินตนเองรอบปีงบประมาณ

#### ตัวชี้วัดที่ 40 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายงบดำเนินงานและงบลงทุน

ตัวชี้วัด “ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายงบดำเนินงานและงบลงทุน” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 5.2 การบริหารจัดการองค์กรมีประสิทธิภาพได้มาตรฐานและมีธรรมาภิบาล โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	- งบดำเนินงาน	ร้อยละ 95	ร้อยละ 96.66
	- งบลงทุน	ร้อยละ 70	ร้อยละ 56.02
2564	- งบดำเนินงาน	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100
	- งบลงทุน	ร้อยละ 70	ร้อยละ 76.37
2565	- งบดำเนินงาน	ร้อยละ 95	ร้อยละ 81.41
	- งบลงทุน	ร้อยละ 70	ร้อยละ 100

#### แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

กำกับเบิกจ่ายงบประมาณให้ผ่านเป้าหมาย

- เร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณ
- งบดำเนินงาน ครบ 100% ภายในไตรมาสที่ 4 (โครงสร้างเคลื่อนฯ ไม่เกินไตรมาสที่ 3)
- งบลงทุนภายในไตรมาสที่ได้รับจัดสรร

#### ตัวชี้วัดที่ 41 ค่า EUI ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต

ตัวชี้วัด “ค่า EUI ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 5.2 การบริหารจัดการองค์กรมีประสิทธิภาพได้มาตรฐานและมีธรรมาภิบาล โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	- ไฟฟ้า	≥0	0.54
	- น้ำมัน	≥0	4.55
2564	- ไฟฟ้า	≥0	0.41
	- น้ำมัน	≥0	4.69
2565	- ไฟฟ้า	≥0	0.61
	- น้ำมัน	≥0	4.94

### แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

ควบคุมการใช้พลังงานของหน่วยงาน

- จัดทำมาตรการประหยัดพลังงาน และประกาศให้บุคลากรทุกกลุ่มงานรับทราบและถือปฏิบัติโดยทั่วกัน
- บำรุงรักษา/ตรวจสอบความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ไฟฟ้าในอาคารและบริเวณโดยรอบรพ. รวมทั้งยานพาหนะ
- กำกับการใช้พลังงานทุกเดือน

**ตัวชี้วัดที่ 42** โรงพยาบาลได้รับการต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพจาก สรพ. (ผ่าน re-accreditation)

ตัวชี้วัด “โรงพยาบาลได้รับการต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพจาก สรพ. (ผ่าน re-accreditation)” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณซึ่งได้ทำการเริ่มวัดผลในปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นมา โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 5.3 ระบบบริหารจัดการมีคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพ โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	โรงพยาบาลได้รับการต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพจาก สรพ. (ผ่าน re-accreditation)	-	-
2564	โรงพยาบาลได้รับการต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพจาก สรพ. (ผ่าน re-accreditation)	ผ่าน	ผ่าน
2565	โรงพยาบาลได้รับการต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพจาก สรพ. (ผ่าน re-accreditation)	ผ่าน	ผ่าน

## แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

รักษาระดับมาตรฐานการดำเนินงานของโรงพยาบาลตามมาตรฐานHA

- ปรับปรุงการดำเนินงานตามประเด็นข้อเสนอแนะจากสรพ.
- เตรียมความพร้อมรับ surveillance survey
- ส่งตัวแทนบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรHA ของสรพ. สามารถถ่ายทอดความรู้และเป็นทีมพัฒนาคุณภาพแก่หน่วยงาน

### ตัวชี้วัดที่ 43 ร้อยละความสำเร็จของการพัฒนา/ปรับปรุงหน่วยงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ผ่านเกณฑ์ PMQA-DMH 4.0 ระดับ Advance

ตัวชี้วัด “ร้อยละความสำเร็จของการพัฒนา/ปรับปรุงหน่วยงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ PMQA-DMH 4.0 ระดับ Advance” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 5.3 ระบบบริหารจัดการมีคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพ โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ร้อยละความสำเร็จของการพัฒนา/ปรับปรุงหน่วยงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ PMQA-DMH 4.0 ระดับ Advance	5 คะแนน	5 คะแนน
2564	ร้อยละความสำเร็จของการพัฒนา/ปรับปรุงหน่วยงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ PMQA-DMH 4.0 ระดับ Advance	5 คะแนน	5 คะแนน คิดเป็น ร้อยละ 73.14
2565	ร้อยละความสำเร็จของการพัฒนา/ปรับปรุงหน่วยงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ PMQA-DMH 4.0 ระดับ Advance	ร้อยละ 80	ร้อยละ 94.11

## แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

พัฒนาหน่วยงานให้บรรลุตามเกณฑ์ PAMQ-DMH 4.0 อย่างน้อย ร้อยละ 80 ทุกหมวด

- ถ่ายทอดความรู้เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ PMQA-DMH 4.0 ระดับ Advance เพื่อให้บุคลากร/ผู้เกี่ยวข้องมีความเข้าใจและสามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์
- เน้นพัฒนาการดำเนินงานในหมวดที่มีคะแนนยังไม่ถึงเป้าหมาย
- รายงานการประเมินตนเอง และรวบรวมหลักฐานเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ ถูกต้อง และครบถ้วนตามเกณฑ์

#### ตัวชี้วัดที่ 44 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์

##### GREEN&CLEAN Hospital

ตัวชี้วัด “ระดับความสำเร็จในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 5.3 ระบบบริหารจัดการมีคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพ โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	ดีมาก	ดีมาก
2564	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	ดีมาก	ดีมาก
2565	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	ดีมาก	รอกการประเมิน ดีมาก+ ปีงบประมาณ 2566

#### แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

ยกระดับ Green & Clean Hospital

- วิเคราะห์เกณฑ์การประเมินระดับดีมาก plus ที่ต้องดำเนินการเพิ่มเติม และวางแผนดำเนินการให้บรรลุผล
- ส่งเอกสารหลักฐานเพื่อรับการประเมิน Green & Clean Hospital ระดับดีมาก plus

#### ตัวชี้วัดที่ 45 ร้อยละของหน่วยงานมีการบริหารความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์

ตัวชี้วัด “ร้อยละของหน่วยงานมีการบริหารความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 5.3 ระบบบริหารจัดการมีคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพ โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ร้อยละของหน่วยงานมีการบริหารความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
2564	ร้อยละของหน่วยงานมีการบริหารความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์	ร้อยละ 95	ร้อยละ 86.16
2565	ร้อยละของหน่วยงานมีการบริหารความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์	ร้อยละ 90	ร้อยละ 97

## แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

สนับสนุนหน่วยงานดำเนินงานตามระบบบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

- ทุกหน่วยงานจัดทำ Risk profile เพื่อ monitor ความเสี่ยงสำคัญของหน่วยงาน
- รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทุกระดับและทุกครั้งเมื่อเกิดเหตุ พร้อมจัดการตามแนวทางที่กำหนด
- ประเมินผลการจัดการความเสี่ยงและปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

### ตัวชี้วัดที่ 46 ระดับความสำเร็จในการจัดทำชุดข้อมูลมาตรฐานที่สามารถแลกเปลี่ยนกันได้ อย่างไร้รอยต่อ

ตัวชี้วัด “ระดับความสำเร็จในการจัดทำชุดข้อมูลมาตรฐานที่สามารถแลกเปลี่ยนกันได้อย่างไร้รอยต่อ” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณ โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 5.4 ระบบสารสนเทศขององค์กรมีมาตรฐานและมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการปฏิบัติงาน โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ระดับความสำเร็จในการจัดทำชุดข้อมูลมาตรฐานที่สามารถแลกเปลี่ยนกันได้อย่างไร้รอยต่อ	ระดับ 5	ระดับ 5
2564	ระดับความสำเร็จในการจัดทำชุดข้อมูลมาตรฐานที่สามารถแลกเปลี่ยนกันได้อย่างไร้รอยต่อ	ระดับ 5	ระดับ 5
2565	ระดับความสำเร็จในการจัดทำชุดข้อมูลมาตรฐานที่สามารถแลกเปลี่ยนกันได้อย่างไร้รอยต่อ	ระดับ 5	ระดับ 5

## แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

รักษามาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ

- ปฏิบัติตามกรอบการดำเนินงาน
- ธรรมาภิบาลข้อมูล
- พ.ร.บ.การรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ. 2562
- พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

**ตัวชี้วัดที่ 47 ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพระบบสารสนเทศโรงพยาบาลตาม  
มาตรฐาน HAIT ระดับ 1**

ตัวชี้วัด “ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพระบบสารสนเทศโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HAIT ระดับ 1” เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานที่กำหนดเป้าหมายการวัดผลทุกปีงบประมาณซึ่งได้ทำการเริ่มวัดผลในปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นมา โดยเป็นตัวชี้วัดภายใต้ “ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล” และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ 5.4 ระบบสารสนเทศขององค์กรมีมาตรฐานและมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการปฏิบัติงาน โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
2563	ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพระบบสารสนเทศโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HAIT ระดับ 1	-	-
2564	ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพระบบสารสนเทศโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HAIT ระดับ 1	ระดับ 5	ระดับ 3
2565	ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพระบบสารสนเทศโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HAIT ระดับ 1	ระดับ 5	ระดับ 2

**แผนปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน**

พัฒนาคุณภาพระบบสารสนเทศตามเกณฑ์ HAIT

- ศึกษาตัวอย่างหน่วยงานที่ผ่านมาตรฐาน HAIT
- ประชุมวางแผนการพัฒนา
- จัดทำ Roadmap และเป้าหมายการพัฒนา ของรพ.
- ดำเนินงานตามแผนอย่างเป็นระบบ
- ส่งเอกสารเพื่อขอรับการประเมินมาตรฐาน HAIT