



กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลสวนปรุง

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสวนปรุง

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565



- STRATEGIC PLAN ๒๐๒๑ -
Suanprung Psychiatric Hospital

วิสัยทัศน์



เชี่ยวชาญงานจิตเวชยุ่งยากซับซ้อน
เป็นเลิศด้านการแก้ไขปัญหาสุภาพจิตจากแอลกอฮอล์
และมีภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง



พันธกิจ

1. ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อนระดับตติยภูมิระดับสูง แบบองค์รวม
2. ให้บริการและวิจัยพัฒนานาองค์ความรู้ เทคโนโลยีด้านการแก้ไขปัญหามีปัญหาสุภาพจิตจากแอลกอฮอล์
3. ส่งเสริม สนับสนุน และถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีสุขภาพจิต แก่เครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 1



ค่านิยม SMART SP



S

Service mind ใส่ใจ : มองหน้า สบตา ยิ้มแย้ม ทักทาย รับฟัง ให้การช่วยเหลือหรือให้บริการ ใช้การผายมือแทนการชี้นิ้ว แต่งกายสุภาพ เรียบร้อยสะอาด

M

Mindfulness ใจสติ : ทำสมาธิก่อนเริ่ม/เลิกงาน/ก่อนการประชุม ใช้สติสนทนา อภิปรายอย่างสร้างสรรค์

A

Achievement พิสูจน์ผลลัพธ์ : ใช้แนวคิด 3P (Purpose Process Performance) ในการทบทวนผลการทำงานอยู่เสมอ

R

Ready to change พร้อมปรับเปลี่ยน กระตือรือร้น หาโอกาสพัฒนา หมั่น ค้นหาความรู้ ดูแลแผนพัฒนาตนเอง

T

Teamwork รู้รัก สามัคคี เคารพการตัดสินใจ มีน้ำใจช่วยเหลือ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เห็นแก่ส่วนรวม ร่วมงานจิตอาสา สื่อสารในทางบวก

SP = SuanPrung (โรงพยาบาลสวนปรุง)

▶ ประเด็นยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสวนปรุง

1. พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรงยุ่งยาก
ซับซ้อนในระดับ Super Specialist Service 

2. พัฒนาความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต
จากแอลกอฮอล์ 

3. พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ 

4. พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะและมีความสุข
ในการทำงาน 

5. พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ
และมีธรรมาภิบาล 

ตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสวนปรุง

ปีงบประมาณ 2565

วิสัยทัศน์ : เชี่ยวชาญงานจิตเวชยุ่งยากซับซ้อน เป็นเลิศด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ และมีภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง

พันธกิจ

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

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1

พัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรงยุ่งยากซับซ้อน ในระดับ super specialist service

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2

พัฒนาความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3

พัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4

พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะเหมาะสมในการปฏิบัติราชการ และมีความสุขในการทำงาน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5

พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ และมีธรรมาภิบาล

ตัวชี้วัด MOU กรมฯ

4 ตัว

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ รพ.

6 ตัว

10

ตัวชี้วัด MOU กรมฯ

-

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ รพ.

4 ตัว

4

ตัวชี้วัด MOU กรมฯ

10 ตัว

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ รพ.

8 ตัว

18

ตัวชี้วัด MOU กรมฯ

2 ตัว

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ รพ.

3 ตัว

5

ตัวชี้วัด MOU กรมฯ

2 ตัว

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ รพ.

8 ตัว

11

ตัวชี้วัด MOU กรมสุขภาพจิต 19 ตัว

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ รพ. 29 ตัว

รวมทั้งสิ้น 48 ตัวชี้วัด

แผน C4

MOU 1 ตัว

1

พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรงยุ่งยากซับซ้อนในระดับ Super Specialist Service



★ **ตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์** ★

1. ดัชนี Case Mix Index (CMI) 1.85
2. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชหายโรคหายทุเลา (full remission)
 - 2.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (Full remission) ** ร้อยละ 58
 - 2.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภท (First episode) หายทุเลา (Full remission) ร้อยละ 35

1

พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรงยุ่งยากซับซ้อนในระดับ Super Specialist Service



★ แนวทางการดำเนินงานตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
1. ดัชนี Case Mix Index (CMI)	1.83	1.85	1) ปรับปรุง Care Map การดูแลผู้ป่วยรายโรค โดยกำหนดจำนวนวันนอนให้เหมาะสมตามลักษณะความรุนแรงยุ่งยากซับซ้อนทางคลินิกและเกณฑ์มาตรฐานรายโรคใน DRG Grouper	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงยุ่งยากซับซ้อนรายโรค กลุ่มอาการ และ หัตถการสำคัญ และ ทบทวนจำนวนวันนอนให้เหมาะสมตามลักษณะความรุนแรงยุ่งยากซับซ้อนทางคลินิกและเกณฑ์มาตรฐานรายโรคใน DRG Grouper - พัฒนาระบบสารสนเทศในการกำกับติดตามตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงยุ่งยากซับซ้อน - CLT กำกับติดตามจำนวนวันนอนมาตรฐานรายโรคให้เป็นไปตามเกณฑ์ - CLT ทำ KM ผู้ป่วยรายกรณีเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยและบทบาทแต่ละวิชาชีพที่มีผลต่อค่า CMI 	<ul style="list-style-type: none"> บุคลากรทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 1) มีความรู้และสามารถนำ Care Map การดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงยุ่งยากซับซ้อนรายโรค กลุ่มอาการ และ หัตถการสำคัญที่ปรับปรุงสู่การปฏิบัติ 2) สามารถบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HOSxP ให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน 	-CLT -คณะกรรมการ เวชระเบียน	ทีมสหวิชาชีพ
			2) ควบคุมคุณภาพความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	<ul style="list-style-type: none"> - 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) 	<ul style="list-style-type: none"> - อบรม Auditor และ Coder บุคลากรทีมสหวิชาชีพให้มีความรู้และสามารถปฏิบัติบทบาทของทุกวิชาชีพที่มีผลต่อค่า CMI 	-คณะกรรมการ เวชระเบียน -CLT	ทีมสหวิชาชีพ

1

พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรงยุ่งยากซับซ้อนในระดับ Super Specialist Service



★ แนวทางการดำเนินงานตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงานหลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
2. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชรายโรคหายทุเลา (full remission)			พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับเหนือตติยภูมิ			คกก. CLT	PCT รายโรค
2.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (Full remission) **	52.9	58		<ol style="list-style-type: none"> ปรับปรุงระบบบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ผ่านมาตรฐานระดับ Standard PCT โรคซึมเศร้าสรุปผลการทบทวนทบทวนเกณฑ์/Definition/ปัจจัย/เครื่องมือวัด ที่มีผลต่อการ Full remission สรุป Gap และนำไปสู่การปรับปรุงระบบ นำโปรแกรม recovery ลงสู่การปฏิบัติแบบผู้ป่วยใน 	<ol style="list-style-type: none"> ปรับปรุงเกณฑ์การประเมินสมรรถนะบุคลากรทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประเมินสมรรถนะบุคลากรกลุ่มเป้าหมาย มอบหมายหัวหน้างานของแต่ละวิชาชีพวางแผนทำ IDP พัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้มีความเชี่ยวชาญ (ระดับ 4 ขึ้นไป) 	PCT โรคซึมเศร้า	กลุ่มภารกิจพยาบาล
2.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภท (First episode) หายทุเลา (Full remission)	NA	35		<ol style="list-style-type: none"> ปรับปรุงระบบบริการผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกให้ผ่านมาตรฐานระดับ Standard PCT โรคจิตเภทสรุปผลการทบทวนทบทวนผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก เกณฑ์/Definition/ปัจจัย/เครื่องมือวัด ที่มีผลต่อการ Full remission สรุป Gap และนำไปสู่การปรับปรุงระบบ นำโปรแกรม MAEP ลงสู่การปฏิบัติแบบผู้ป่วยใน 	<ol style="list-style-type: none"> ปรับปรุงเกณฑ์การประเมินสมรรถนะบุคลากรทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก ประเมินสมรรถนะบุคลากรกลุ่มเป้าหมาย มอบหมายหัวหน้างานของแต่ละวิชาชีพวางแผนทำ IDP พัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกสำหรับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้มีความเชี่ยวชาญ(ระดับ 4 ขึ้นไป) 	PCT โรคจิตเภท	กลุ่มภารกิจพยาบาล

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการรักษาต่อเนื่องภายใน 6 เดือน **	88.06	80	พัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายร่วมกับโรงพยาบาลเขตสุขภาพ	1.ปรับปรุงประสิทธิภาพการบันทึกการวินิจฉัยโรคและส่งข้อมูลใน 43 แฟ้มให้ทันเวลา 2. กำกับติดตามการบันทึกการวินิจฉัยโรคและส่งข้อมูลใน 43 แฟ้มให้ทันเวลา 3. พัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลระหว่างหอผู้ป่วยและจิตเวชชุมชน เพื่อวางแผนระบบการติดตามร่วมกัน		PCT โรคจิตเภท	กลุ่มงานพัฒนา ศักยภาพ เครือข่าย
4.ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) **	78.46	80	ปรับปรุงระบบการติดตาม บ.ส.ต.ให้ครบถ้วน	1. กำกับติดตามให้ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดได้รับการติดตามอย่างครบถ้วน 2. สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีในการติดตามผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ เช่น โทรศัพท์ VDO call หรือ COC ฯลฯ	- ส่งบุคลากรอบรมเรื่องการบันทึกข้อมูลในระบบ บ.ส.ต. โดย สสจ.	PCT สารเสพติด	-กลุ่มภารกิจ พยาบาล -ก.พัฒนา ศักยภาพ เครือข่าย
5.ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการดีขึ้นตามมาตรฐานของแต่ละโรค	67.33	70	พัฒนาระบบการประเมินและติดตามตัวชี้วัดในระบบสารสนเทศที่ทันสมัย	1. ทบทวนเกณฑ์การประเมินและกำหนดระยะเวลาอาการดีขึ้นตามมาตรฐานให้สอดคล้องตามอาการทางคลินิกและระยะเวลามาตรฐานแต่ละโรค 2. ติดตามระบบการรายงานข้อมูลตัวชี้วัดในระบบสารสนเทศที่เป็นปัจจุบันและนำผลมาวิเคราะห์ นำไปสู่การปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรคตาม GAP ที่พบ	- พยาบาลมีสมรรถนะในการประเมิน HONOS ได้ถูกต้องและจำแนก Staging ผู้ป่วยจิตเวชรายโรคได้ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินด้วยคะแนน HONOS ตามเกณฑ์	คกก. CLT	-PCT รายโรค -กลุ่มภารกิจ พยาบาล

เป้าประสงค์ที่ 1.1 ผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่ยากซับซ้อนได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างปลอดภัย จนหายทุเลา

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
6.ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะทางมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น	93.48	86	จัดระบบบริการคลินิกจิตเวชเฉพาะทางให้มีมาตรฐานครอบคลุม การประเมินและบันทึก CGI-S	<ul style="list-style-type: none"> - จัดระบบบริการคลินิกจิตเวชเฉพาะทางให้มีมาตรฐานครอบคลุมได้แก่ นิติจิตเวช จิตเวชเด็กและวัยรุ่น จิตเวชสูงอายุ และจิตเวชสุรา/ยาเสพติด - จัดระบบ Audit การบันทึก CGI-S ใน HOSxP ให้ครอบคลุม - รายงานตัวชี้วัดต่อทีมนำ งานแผนฯ และส่งกรมสุขภาพจิตทุก 6 เดือน 	- บุคลากรในคลินิกจิตเวชเฉพาะทางมีสมรรถนะในการประเมินด้วยเครื่องมือ CGI-S ได้ถูกต้อง	คกก. CLT	<ul style="list-style-type: none"> -คกก.นิติจิตเวช -PCT จิตเวชเด็ก -PCT สูงอายุ -PCT แอลกอฮอล์ -PCT สารเสพติด --PCT OPD
7. จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญของผู้ป่วยจิตเวชระดับ E ขึ้นไป (ราย) <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย - ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุ - ผู้ป่วยทำร้ายกัน - ผู้ป่วยหลบหนี - ผู้ป่วยส่งต่อด้วยโรคแทรกซ้อนทางกายที่ไม่เหมาะสม 	15	0	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"> - ปรับปรุงระบบการรายงานอุบัติการณ์ SAVE และ โรคแทรกซ้อนทางกายจำแนกรายโรคและระยะการดูแลผู้ป่วย(Staging) - ประชุมร่วมกับงานสารสนเทศในการปรับปรุงระบบการรายงานอุบัติการณ์ SAVE และ โรคแทรกซ้อนทางกายจำแนกรายโรคและระยะการดูแลผู้ป่วย(Staging) ในโปรแกรม HOSxP - ประสานงานกับ Risk owner และกรรมการความเสี่ยงในการทบทวนวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าของปัญหาในแต่ละ Staging และนำไปสู่หาโอกาสพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรสามารถประเมินความเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง - บุคลากรสามารถวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าของปัญหาที่เชื่อมโยงในแต่ละ Staging และนำไปสู่หาโอกาสพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 	คกก. RM	<ul style="list-style-type: none"> -กลุ่มภารกิจพยาบาล -กลุ่มภารกิจบริการจิตเวช -CLT

เป้าประสงค์ที่ 1.1 ผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่ยากซับซ้อนได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างปลอดภัย จนหายทุเลา

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
8. อัตราการไม่กลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่ยากซับซ้อน)							
8.1 อัตราการไม่กลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่ยากซับซ้อน ภายใน 28 วัน (non-readmit ≤ 28 days)	96.62	96	-ปรับปรุงระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มอัตราการไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (non-readmit)	- หัวหน้าหอผู้ป่วยจัดระบบการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันตั้งแต่แรกรับทุกราย เพื่อวิเคราะห์ปัญหา/สาเหตุการกลับมารักษาซ้ำและวางแผนการดูแลและแผนการจำหน่ายให้เป็นรูปธรรม	- หัวหน้าหอผู้ป่วย/พยาบาลมีความรู้และทักษะในการวิเคราะห์/วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน	คกก. CLT	-กลุ่มภารกิจพยาบาล -ก.เครือข่ายฯ
8.2. อัตราการไม่กลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่ยากซับซ้อน ภายใน 6 เดือน (non-readmit ≤ 6 months)	87.01	86	-ปรับปรุงระบบการติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรงยุ่ยากซับซ้อนให้มีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มอัตราการไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือน (non-readmit)	- PCT รายโรคทบทวนและจัดระบบการติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรงยุ่ยากซับซ้อน - สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีในการติดตามผู้ป่วย (Tele visit) - ประสานงานจิตเวชชุมชนในการสนับสนุนให้โรงพยาบาลเครือข่ายใช้ระบบการติดตามผ่าน Thai COC	- บุคลากรมีสมรรถนะในการใช้ระบบ Tele visit / Thai COC	คกก. CLT	-กลุ่มภารกิจพยาบาล -ก.เครือข่ายฯ

เป้าประสงค์ที่ 1.2 โรงพยาบาลก้าวสู่การเป็น Smart hospital เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวก รวดเร็ว ทันสมัย และลดระยะเวลาการรอคอย

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงานหลัก	หน่วยงานสนับสนุน
9. ค่าคะแนนความสำเร็จของการพัฒนาไปสู่การเป็น Smart Hospital ของหน่วยบริการจิตเวช **	5	5	ออกแบบและปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการ และวิชาการโดยอาศัยเทคโนโลยีดิจิทัล	1. พัฒนา Smart Hospital ตามเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำ 13 ข้อ 2. พัฒนาระบบสารสนเทศให้ครอบคลุมและปรับปรุงระบบรายงานเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์/ปรับปรุงบริการ 3. ดำเนินการงาน/ประเมินผลสำเร็จตามแผนพัฒนาดิจิทัลของรพ.	- พัฒนาศมรรถนะบุคลากรด้านดิจิทัล	ก. ยุทธศาสตร์ และเทคโนโลยี	-คกภ. NNPS
10. ร้อยละของผู้ป่วยได้รับบริการภายในระยะเวลาที่กำหนด	50.00	60	เพิ่มคุณภาพการให้บริการประชาชน	1) ลดขั้นตอนและระยะเวลาการรอคอยในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชอาการทุเลาคงที่ 2) จัดระบบรับยาโดยไม่ต้องพบแพทย์ (Fast track) - ทบทวนเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยจิตเวชอาการทุเลาคงที่สำหรับพยาบาล - ทำระบบรายงานสารสนเทศในการกำกับติดตาม real time 3) เพิ่มจำนวนผู้ป่วยรับบริการ All Thru 4) App Pre hospital self-assessment 5) ปรับปรุงการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยนัด online	พัฒนาศมรรถนะพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ในการคัดกรอง/ประเมินผู้ป่วยจิตเวชอาการทุเลาคงที่ก่อนส่งข้อมูลให้แพทย์	Pct OPD/ ER	-ห้องยา -ผู้ป่วยนอก -ก.การเงิน -ก.เวชระเบียน -ก.การแพทย์ -ก.ยุทธศาสตร์ และเทคโนโลยี



★ ตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์ ★

จำนวนองค์ความรู้/นวัตกรรม/เทคโนโลยีเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ เป้าหมาย 2 เรื่อง

แนวทางการดำเนินงานตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
11.จำนวนองค์ความรู้/นวัตกรรม/เทคโนโลยีเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์	3 เรื่อง	2 เรื่อง	1.พัฒนาองค์ความรู้เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในเขตสุขภาพที่ 1 และกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวช	<ol style="list-style-type: none"> 1. สะสมองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ 2. สร้างเครือข่ายและความร่วมมือด้านการวิจัยในภาคการศึกษาและสังคม 3. แสวงหาแหล่งทุนภายในและภายนอก 	<ol style="list-style-type: none"> 1. โครงการพัฒนาสมรรถนะ KM facilitator สำหรับบุคลากร 2. โครงการพัฒนาสมรรถนะ data analytics สำหรับบุคลากร 	ก.วิจัยและฝึกอบรม	-
			2.พัฒนาสมรรถนะด้านการวิจัยของบุคลากร	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพิ่มจำนวนและพัฒนาสมรรถนะนักวิจัยหลากหลายวิชาชีพ และ generation 2. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านการวิเคราะห์และจัดการข้อมูล 			
			3.พัฒนาระบบสารสนเทศด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำฐานข้อมูลองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ 			

เป้าประสงค์ที่ 2.1 หน่วยงานมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์แบบองค์รวม

ตัวชี้วัดระดับเป้าประสงค์

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
12. ร้อยละผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์อาการหายทุเลาตามเกณฑ์ - Early remission - Sustained remission	ร้อยละ 72 56	ร้อยละ 74 57	พัฒนาคุณภาพระบบบริการการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง	1. พัฒนาระบบบริการ ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Excellence ระดับ 1 2. PCT แอลกอฮอล์ประเมินตนเองตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับเหนือตติยภูมิ (2564) และนำ GAP มาทำแผนพัฒนาให้เป็นไปตามมาตรฐาน 3. PCT แอลกอฮอล์สรุปผลการทบทวน (เวชระเบียน/customer voice) เกณฑ์/Definition/ปัจจัย/เครื่องมือวัด ที่มีผลต่อการ Full remission 4. สรุป Gap และนำไปสู่การปรับปรุงระบบ ตาม Gap ที่พบและเลือกประเด็นสำคัญที่นำไปสู่การปฏิบัติได้ less for more 3. ประชุมร่วมกับงานวิชาการในการนำ EBP มาใช้ได้ในคลินิก ได้แก่ MET, CBT, F-CBT, CPR เป็นต้น	1. ปรับปรุงเกณฑ์การประเมินสมรรถนะบุคลากร ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ 3. ประเมินสมรรถนะบุคลากรกลุ่มเป้าหมาย 4. มอบหมายหัวหน้างานของแต่ละวิชาชีพวางแผนทำ IDP 5. พัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ สำหรับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้มีความเชี่ยวชาญ (ระดับ 4 ขึ้นไป)	PCT แอลกอฮอล์	กลุ่มภารกิจ พยาบาล CLT
13. ร้อยละผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่องตามเกณฑ์ - ระยะเวลา early remission (3-12 เดือน) - ระยะเวลา Sustained remission (12เดือนขึ้นไป)	ร้อยละ 94.29 94.29	ร้อยละ 90 90					

เป้าประสงค์ที่ 2.2 นวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพจิตด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ได้รับการรับรอง และถูกนำไปใช้ในระดับประเทศ

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
14. ร้อยละหน่วยบริการนำ นวัตกรรม/เทคโนโลยี สุขภาพจิตและจิตเวชมา ประยุกต์ใช้ในการ ปฏิบัติงาน	56.25	50	1. ส่งเสริมการนำ องค์ความรู้ด้านการดูแลผู้ที่มีปัญหา สุขภาพจิตจาก แอลกอฮอล์ไปใช้	<ol style="list-style-type: none"> 1. ขับเคลื่อนการนำองค์ ความรู้ด้านการดูแลผู้ที่มี ปัญหาสุขภาพจิตจาก แอลกอฮอล์ไปใช้ในเขต สุขภาพ/โรงพยาบาลจิตเวช 2. สร้างการมีส่วนร่วมของ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการ นำองค์ความรู้ด้านการดูแล ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจาก แอลกอฮอล์ไปใช้ 	-	ก.วิจัยและ ฝึกอบรม	กลุ่มภารกิจ พยาบาล



★ ตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์ ★

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
Health sector 15.อัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จไม่เกิน 8.0 ต่อ ประชากรแสนคน	14.95 (31ก.ย.64)	8.0	1.พัฒนากลไกการดำเนินงาน ปฐมภูมิ	- Mental health literacy ทุกกลุ่มวัยเรื่องสัญญาณ เตือน/วัดจิตใจ /วัดชื่นชมชื่น - เฝ้ารวัง ค้นหา คัดกรอง รักษา และส่งต่อตามระบบ service plan	1.ความรู้สัญญาณเตือนการฆ่าตัว ตาย 2.วัดชื่นใจ/ชุมชน 3.ทักษะการให้คำปรึกษา/ดูแลจิตใจ	คณะกรรมการ Public health	ก.พัฒนา ศักยภาพ เครือข่ายและจิต เวชชุมชน ก.วิฤต สุขภาพจิต
			2.พัฒนาระบบและรูปแบบ การให้บริการ	- ระบบเฝ้ารวังการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ/ผู้มีปัญหา สุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ - จัดตั้งทีมสอบสวนการฆ่าตัวตาย (Psychological autopsy) ติดตามข้อมูลการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด เพื่อ วางแผนแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายที่สอดคล้องกับบริบท ของจังหวัด	ความรู้ด้านการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อ วางแผน/เฝ้ารวังปัญหา		
			3.สร้างนโยบายและการมีส่วน ร่วมในเครือข่ายทั้งในและนอก ระบบสาธารณสุข	- สร้างกลไกการขับเคลื่อนระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล - พัฒนารูปแบบ/ระบบเฝ้ารวังปัญหาสุขภาพจิตใน ชุมชนและพัฒนาศักยภาพ Gate keeper - แผนบูรณาการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตาย ระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด	Gate keeper มีความรู้สัญญาณ เตือนการฆ่าตัวตาย / ทักษะให้ คำปรึกษาดูแลจิตใจเบื้องต้น/ ส่งต่อ ได้ถูกต้องทันเวลา		
Non health sector 16.ร้อยละของหน่วยงาน นอกระบบสาธารณสุข มี ระบบเฝ้ารวังปัญหา สุขภาพจิตและจิตเวช	-	50	1.ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายใน การดูแลกลุ่มเปราะบางที่เสี่ยง ต่อปัญหาวิกฤตสุขภาพจิต	1. วางแผนร่วมกับทีมจังหวัด 2. ประชุมชี้แจงเพื่อประสานขอความร่วมมือกับภาคี เครือข่าย 3. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ในการประเมิน การ ดูแลและจัดการเบื้องต้น ในกลุ่มเสี่ยงและเปราะบางการ ฆ่าตัวตาย 4.วางระบบการดูแลร่วมกัน และช่องทางการประสานส่ง ต่อ 5. นำระบบไปทดลองใช้และติดตามผล 6. ประเมินผลลัพธ์	1.มีความรู้และทักษะการประเมินฯ และการจัดการการดูแลเบื้องต้น 2.ทักษะการประสานงาน		

เป้าประสงค์ที่ 3.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน **ตัวชี้วัดระดับเป้าประสงค์**

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
17.ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	97.70	82	1.เพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิตเภท และติดตามดูแลต่อเนื่อง	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพิ่มพูนศักยภาพบุคลากรในหน่วยบริการสาธารณสุข 2. ขยายผลเครื่องมือในการค้นหาและคัดกรอง (แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ: Mind6และแบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง: Mind7) 3. ร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ดูแลติดตามเฝ้าผู้ป่วยโรคจิตเภท 4. ผลักดันการลงข้อมูลการติดตามผู้ป่วยผ่านโปรแกรม Thai coc ให้ถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลา 5. แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานในเขตสุขภาพ 	<ol style="list-style-type: none"> 1.ทักษะในการนิเทศที่มีคุณภาพ 2.บุคลากรในพื้นที่ที่มีความเข้าใจเรื่อง Warning sign /อาการกำเริบของโรค 3.การจัดการระบบฐานข้อมูล IT 	ก.พัฒนา ศักยภาพ เครือข่ายและ จิตเวชชุมชน	-
18.ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึง บริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	116.92	71	1. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	<ol style="list-style-type: none"> 1. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการวินิจฉัย การคัดกรอง และตรวจรักษาโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์ 2. ส่งเสริมให้เครือข่ายสุขภาพจิตมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยา และเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ 2. นิเทศติดตามปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน 		ก.พัฒนา ศักยภาพ เครือข่ายและ จิตเวชชุมชน	-

เป้าประสงค์ที่ 3.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
19.ร้อยละของผู้ป่วยออทิสติก (ASD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน**	96.47	50	ส่งเสริมการประเมิน/คัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการส่งต่อเข้าสู่กระบวนการรักษา	<ol style="list-style-type: none"> วิเคราะห์ Gap การดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่และวางแผนการแก้ไขปัญหาพร้อมกัน บูรณาการการทำงานร่วมกับงานปฐมวัย วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มเด็กพัฒนาการล่าช้า ด้านสังคมด้านความเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ควรได้รับการคัดกรองด้วย PDDSQ/ เครื่องมือTDAS หากพบเสี่ยงออทิสติกส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา พัฒนาระบบบริการ /พัฒนาศักยภาพเครือข่าย ด้านการใช้เครื่องมือ TDAS ให้กับหน่วยบริการ สาธารณสุขคู่เครือข่าย เยี่ยมเสริมพลังการใช้เครื่องมือ TDAS 	สหวิชาชีพของทุกรพ.มีศักยภาพในการประเมินคัดกรอง ส่งต่อ วินิจฉัยรักษา	PCT เด็กและวัยรุ่น ดำเนินการร่วมกับสถาบันฯ	ก.พัฒนา ศักยภาพ เครือข่ายและ จิตเวชชุมชน
20.ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน**	70.44	35	เพิ่มการเข้าถึงบริการ ADHD ในจังหวัดที่ยังไม่ผ่านเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> ดำเนินการร่วมกับสถาบันฯ วิเคราะห์ Gap การดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่และวางแผนการแก้ไขปัญหาพร้อมกัน บูรณาการการทำงานร่วมกับงานวัยเรียนวัยรุ่น พัฒนาศักยภาพเครือข่าย Empowerment/ นิเทศติดตามวิเคราะห์การดำเนินงานรายจังหวัดและสรุปผลการดำเนินงานในเขตสุขภาพ 	สหวิชาชีพของทุกรพ.มีศักยภาพในการประเมินคัดกรอง ส่งต่อ วินิจฉัย รักษา	PCT เด็กและวัยรุ่น	ก.พัฒนา ศักยภาพ เครือข่ายและ จิตเวชชุมชน

เป้าประสงค์ที่ 3.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
<p>21. ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ **</p> <p>- ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต</p> <p>- พฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์</p>	<p>ร้อยละ</p> <p>67.30</p> <p>98.91</p>	<p>ร้อยละ</p> <p>59</p> <p>69</p>	<p>บูรณาการร่วมกับเครือข่ายทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพจิตและที่พึงประสงค์</p>	<p>ดำเนินงานร่วมกับศูนย์สุขภาพจิต</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำแผนการส่งเสริมความรู้ ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ 2. ส่งเสริมความรู้ ด้านสุขภาพจิต ตามแผน 	<p>Mental health literacy</p>	<p>ก. ประชาสัมพันธ์ฯ</p>	-
<p>22. ร้อยละของผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตได้รับการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต</p>	<p>ร้อยละ</p> <p>100</p>	<p>ร้อยละ</p> <p>100</p>	<p>พัฒนาระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิต/ การบริหารจัดการในภาวะวิกฤตให้มีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง โดยเชื่อมโยงบูรณาการทุกระดับ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ค้นหา คัดกรองเชิงรุก ติดตามเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์วิกฤต 2. พัฒนาศักยภาพทีม MCATT ในเขตสุขภาพ 3. สร้างภาคีเครือข่ายการดำเนินงาน MCATT นอก ระบบสาธารณสุข 	<p>- ทักษะการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต</p> <p>- การเจรจาต่อรอง</p>	<p>ก. วิกฤตสุขภาพจิต</p>	-

เป้าประสงค์ที่ 3.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
23. ร้อยละของเด็กวัยเรียน และวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหา พฤติกรรม-อารมณ์-สังคม ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น **	ร้อยละ 92.26	ร้อยละ 90	พัฒนาระบบเฝ้าระวัง/ดูแลช่วยเหลือเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหา พฤติกรรมอารมณ์และกลุ่มเปราะบางร่วมกับสถานศึกษา/บ้านพักเด็ก/พมจ.	<ol style="list-style-type: none"> สนับสนุนให้เกิดระบบสุขภาพจิต โรงเรียนวิถีใหม่บน School Health HERO ในเขตสุขภาพ ให้สามารถดูแลช่วยเหลือนักเรียนระหว่างรพช./รพท/รพช. กับ โรงเรียนประถม/มัธยมศึกษา สนับสนุนด้านวิชาการและวิทยากรในการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น /ปัญหา พฤติกรรม-อารมณ์-สังคม และการปฐมพยาบาลทางจิตใจ(PFA) ให้กับบุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา ให้คำปรึกษาแก่โค้ช หรือรับบทบาทโค้ชสำหรับครู ดูแลช่วยเหลือเด็กกลุ่มเปราะบางทางสังคมในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบให้เป็นระบบ 1 บ้าน 1 โรงพยาบาล ร่วมกับหน่วยงาน ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 	1.พัฒนาทักษะครูในการปรับพฤติกรรมหรือให้คำปรึกษา/การปฐมพยาบาลทางจิตใจ (PFA)	PCT เด็กและวัยรุ่น (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 เป็นหลัก)	-
24. ร้อยละของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจ **	-	ร้อยละ 60	พัฒนาระบบ Psychosocial Care / Long term care	<ol style="list-style-type: none"> สร้างความรอบรู้การสร้างสุข /การพัฒนาระบบ การดูแลทางสังคมจิตใจ ผู้สูงอายุ /การเสริมสร้างพลังใจญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุ เพิ่มการเข้าถึงบริการผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและ จิตใจ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการจัดบริการตาม โปรแกรม Elderly Mental fitness (EMF) 	- Mental health Literacy ผู้สูงอายุ/ญาติ/ผู้ดูแล -โปรแกรม Elderly Mental fitness (EMF) ในผู้สูงอายุ	PCT สูงอายุ	ก.พัฒนา ศักยภาพ เครือข่าย และจิตเวช ชุมชน -

เป้าประสงค์ที่ 3.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
25. ร้อยละของผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา **	-	ร้อยละ 85	พัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ	<ol style="list-style-type: none"> วางแผนการให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ของเรือนจำและทัณฑสถานโรงพยาบาลแม่ข่าย คัดกรองและบำบัดรักษาในรูปแบบเข้าไปตรวจในเรือนจำหรือผ่านระบบ Telepsychiatry รายงานผลผ่านระบบฐานข้อมูล วิเคราะห์ประเมินผลการดำเนินงาน 	บุคลากรมีความเข้าใจแนวทางการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน	คกก.นิติจิตเวช	ก.พัฒนา ศักยภาพ เครือข่าย และจิตเวชชุมชน

เป้าประสงค์ที่ 3.2 หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับในเขตสุขภาพมีการจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพมาตรฐาน

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
26.ร้อยละของสถานบริการทุกระดับในกระทรวงสาธารณสุขมีบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพมาตรฐานในระดับ 1 ทุกด้าน - รพช. - รพศ./รพท.	ร้อยละ 87.50 89.36	ร้อยละ 90 85	เพิ่มขีดความสามารถในการจัดระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้แก่หน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 1	1. กำหนดให้ทุกหน่วยบริการประเมินตัวเองด้านระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช 2. สนับสนุนหน่วยบริการให้มีการมีการพัฒนาด้านต่างๆที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เช่นการวางแผนการตั้งกลุ่มงานจิตเวช การอบรมให้บุคลากรมีความรู้ทางด้านสุขภาพจิต 3. ขับเคลื่อนการเปิดหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในเขตสุขภาพ	สนับสนุนขีดความสามารถด้านบุคลากรของพื้นที่ 1.พยาบาล PG จิตเวช ผู้ใหญ่/เด็ก/ยาเสพติด/เภสัชกรจิตเวช 2.แพทย์ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในทุก รพช.	ก.พัฒนา ศักยภาพ เครือข่ายและ จิตเวชชุมชน	ก.ภารกิจ การ พยาบาล ก.เภสัช กรรม ก.แพทย์
27.ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Unit : PCU) มีระบบ/กิจกรรมในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน **	ร้อยละ 39.32	ร้อยละ 65	ส่งเสริม/สนับสนุน PCU ให้มีระบบการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน	- สำรวจปัญหาสุขภาพจิตสำคัญตามบริบทพื้นที่/ ความต้องการ/ แผนในการดำเนินงานดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชของ PCU ในเขตสุขภาพ - มุ่งเน้นพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง ผลักดันให้ PCU มีระบบการดูแลสุขภาพจิตในประเด็นการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตาย - พัฒนาศักยภาพบุคลากร PCU ในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน	ความรู้การคัดกรอง/ วินิจฉัย/ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของบุคลากรใน PCU	ก.พัฒนา ศักยภาพ เครือข่ายและ จิตเวชชุมชน	

เป้าประสงค์ที่ 3.3 ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
28. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี **	ร้อยละ 96.57	ร้อยละ 95	1. พัฒนาระบบและรูปแบบการให้บริการ	- ระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ/ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ - พัฒนาระบบรายงานและการสอบสวนโรคเพื่อเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเองซ้ำ	ความรู้ด้านการวิเคราะห์ข้อมูล (Psycho-autopsy) เพื่อวางแผน/เฝ้าระวังปัญหา	ก. พัฒนา ศักยภาพ เครือข่ายและจิตเวชชุมชน	คณะกรรมการ Public health
29. ร้อยละของการติดตามผู้ป่วยในระบบ Thai coc เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด - โรงพยาบาลสวนปรุง - รพศ./รพท./รพช. ในเขตสุขภาพที่ 1	ร้อยละ 86.58 35.60	ร้อยละ 80 35	1. พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องให้มีประสิทธิภาพ	1. ติดตามปัญหาอุปสรรคและการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในพื้นที่ และวิเคราะห์ วางแผนร่วมกัน 2. เสริมศักยภาพเครือข่ายด้านการใช้โปรแกรม THAI COC ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด 3. สนับสนุนให้ส่งต่อข้อมูลเข้าระบบแบบ real time มีความถูกต้องและครบถ้วน ได้ตามเกณฑ์ คุณภาพ	1. ความรู้ ความเข้าใจ ในระบบส่งต่อติดตาม (Thai COC) ของบุคลากรภายในและภายนอก รพ. 2. ทักษะด้านการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การวางแผนพัฒนา/แก้ไข	ก. พัฒนา ศักยภาพ เครือข่ายและจิตเวชชุมชน	กลุ่มภารกิจ การพยาบาล <u>ตัวชี้วัด</u> ร้อยละของการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม ครบถ้วน ตามเกณฑ์

เป้าประสงค์ที่ 3.3 ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
30.ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาและจำหน่ายได้รับการติดตามต่อเนื่อง ครบ 1 ปี **	ร้อยละ 94.91	ร้อยละ 70					
- ผู้ป่วยจิตเวชตามพ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551	85.71	70	พัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่	<ol style="list-style-type: none"> 1. สนับสนุนให้มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการประสานงานการใช้พรบ.สุขภาพจิตระดับจังหวัดทั้ง 8 จังหวัด เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน 2. พัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยพ.ร.บ.สุขภาพจิต 3. ประสานความร่วมมือและให้การสนับสนุนแก่ผู้รับผิดชอบในพื้นที่เพื่อการติดตามดูแลผู้ป่วย 4. เสริมศักยภาพเครือข่ายด้านความรู้ความเข้าใจ พ.ร.บ.สุขภาพจิต 	ความรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ.สุขภาพจิต	คณะกรรมการ นิติจิตเวช	
- ผู้ป่วยนิติจิตเวช	90	100		<ol style="list-style-type: none"> 1. ติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องตามระบบ โดยเฉพาะผู้ป่วยนิติจิตเวชคดีรุนแรง 2. ติดตามดูแลช่วยเหลือและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชภายหลังจำหน่าย 	ความรู้ทางด้านกฎหมายตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 และ มาตรา 246(1) และประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 4849วรรคสอง และมาตรา 56วรรคสอง (4)	คณะกรรมการ นิติจิตเวช	
- ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง(SMI-V)	94.97	92	เพิ่มประสิทธิภาพการติดตามผู้ป่วย SMI-V	<ol style="list-style-type: none"> 1. เฝ้าระวัง/เยี่ยมติดตามผู้ป่วย SMI-V หลังจำหน่าย ประสานงาน ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่องร่วมกับหน่วยบริการสาธารณสุขและเครือข่ายในเขตสุขภาพ 2. จัดทำฐานข้อมูลเพื่อให้เครือข่ายสามารถเข้าถึงและรายงานผลการติดตามดูแลผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ แบบ Real time 	แนวทางการการติดตามผู้ป่วย SMI-V	ก.พัฒนา ศักยภาพ เครือข่ายและ จิตเวชชุมชน	

เป้าประสงค์ที่ 3.3 ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
31.ร้อยละของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมและผู้ดูแลคนพิการได้รับการดูแลฟื้นฟูจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น **	96.00	98	ส่งเสริมให้คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมได้รับการดูแลที่ครอบคลุมด้านบริการทางการแพทย์ด้านการยอมรับ/มีส่วนร่วมในสังคมและด้านการประกอบอาชีพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดำเนินกิจกรรมการดูแลฟื้นฟูด้านสุขภาพและสังคมผ่านโครงการพัฒนาระบบการฟื้นฟูทักษะทางสังคมและอาชีพสู่การมีงานทำของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม 2. คัดเลือกคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมเข้าสู่โครงการฯ เพื่อดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพ 3. ประเมินคุณภาพชีวิต ก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการ 4. สรุปผลการดำเนินงาน 		ก.สังคมสงเคราะห์	-
32.ร้อยละของผู้พิการได้รับการจ้างงานตามมาตรา 32 และมาตรา 35	35.14	35	สนับสนุนให้เกิดการจ้างงานผู้พิการเพิ่มขึ้น	<ol style="list-style-type: none"> 1. สนับสนุนอัตราการจัดงานผู้พิการในสถานประกอบการ 2. รับสมัคร คัดเลือก ฝึกฝน และทดสอบการทำงานของผู้พิการ 3. เสริมสร้างพลังทางบวกและลดภาวะ Burn Out จากการทำงานของผู้พิการ 		ก.สังคมสงเคราะห์	-



★ **ตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์** ★

บุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิตได้รับการพัฒนาสมรรถนะหรือทักษะในหลักสูตรที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ร้อยละ ≥ 85

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
33. ร้อยละของบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิตได้รับการพัฒนาสมรรถนะหรือทักษะในหลักสูตรที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน **	100	≥ 85	พัฒนาความรู้ ทักษะ สมรรถนะของบุคลากรสายงานต่างๆ	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินทักษะ/สมรรถนะของบุคลากร เพื่อวิเคราะห์ GAP การพัฒนา จัดทำแผนการพัฒนาบุคลากรตาม Career path / Training needs / วิสัยทัศน์ ส่งบุคลากรเข้ารับการพัฒนาตามแผนผ่านช่องทางต่างๆ (เช่น หลักสูตรฝึกอบรม, แหล่งเรียนรู้ออนไลน์, On the job training) ติดตามสรุปผลการประเมินสมรรถนะและทักษะภายหลังการพัฒนา 1 เดือน / 3 เดือน สรุปผลการพัฒนาตามแผนผลลัพธ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 	พัฒนาทักษะและสมรรถนะของบุคลากรตามแผน Career path / Training needs / วิสัยทัศน์	คกก. HRD	บุคลากรทุกคน <u>ตัวชี้วัด</u> ระดับ ความสำเร็จ ในการ พัฒนา ตนเองตาม แผนพัฒนา รายบุคคล

เป้าประสงค์ที่ 4.1 หน่วยงานก้าวสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้(Learning Organization)

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
34. จำนวนหน่วยงานที่มี CQI ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ 2 อย่างน้อย 1 เรื่อง/หน่วยงาน	40 หน่วยงาน	40 หน่วยงาน	1. สนับสนุนการพัฒนา CQI ของหน่วยงาน	1. ทบทวนคู่มือตัวชี้วัด 2. การบูรณาการกิจกรรม CQI/R2R เข้าไปสู่งานประจำในทุกหน่วยงาน มีการเรียนรู้ผ่าน Peer review, การสอนงาน Conference ประชุม อบรม สัมมนา ฯลฯ 3. ติดตามการส่งผลงาน	พัฒนาบุคลากรในหน่วยงานเพื่อสร้างสรรค์งานคุณภาพ/นวัตกรรม	ก.พัฒนา คุณภาพฯ	ทุก หน่วยงาน <u>ตัวชี้วัด</u> CQI ผ่าน เกณฑ์การ ประเมิน ระดับ 2 อย่างน้อย 1 เรื่อง/ หน่วยงาน
			2. ขยายผลการนำ CQI ไปใช้ในหน่วยงานต่างๆ	1. จัดงานมหกรรมคุณภาพระดับโรงพยาบาล 2. ติดตามการนำผลงานไปใช้	-		
			3. ทบทวนระบบการจัดการองค์ความรู้ของโรงพยาบาล	1. วางแผนการจัดการความรู้ระดับกลุ่มงานและระดับรพ. 2. ส่งเสริมให้บุคลากรนำประเด็นปัญหา/CQI ไปพัฒนาเป็น KM/R2R 3. อบรมความรู้และทักษะในการเป็น KM facilitator 4. จัดการความรู้ระดับกลุ่มงานและระดับโรงพยาบาล ผ่านระบบฐานข้อมูล electronic	พัฒนาสมรรถนะ KM facilitator ของบุคลากร		

เป้าประสงค์ที่ 4.2 บุคลากรเป็นคนดีและมีความสุข

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
35. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization) **	5	5	เสริมสร้างความสุขและความผูกพันแก่บุคลากร	<ol style="list-style-type: none"> วิเคราะห์ข้อมูลความสุขและความผูกพัน เพื่อหาประเด็นการพัฒนา และจัดทำแผนงาน/โครงการ จัดโครงการ/กิจกรรมเสริมสร้างสุขแก่บุคลากร ประเมินผลการดำเนินงานตามแผน และสรุปผลรอบ 6 เดือน, 12 เดือน ประเมินผลลัพธ์ความสุขและความผูกพันรอบปีงบประมาณ 	-	คกก.HRD	ก. ทรัพยากรบุคคล
36. ร้อยละของบุคลากรมีสุขภาพกายผ่านตามเกณฑ์	88.75	80	ส่งเสริมให้บุคลากรมีสุขภาพกายที่พึงประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ทบทวนเกณฑ์วัดสุขภาพกายของบุคลากร โดยจัดทำคู่มือตัวชี้วัดค่าคะแนนสุขภาพกายบุคลากรผ่านตามเกณฑ์ ปี 2565 จัดโครงการและกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพกาย ให้คำแนะนำ/การดูแลที่เหมาะสมแก่บุคลากรกลุ่มเสี่ยง (ตามเกณฑ์เขียว-เหลือง-แดง) 	เสริมสร้างความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ	คกก.HRD	บุคลากรทุกคน <i>ตัวชี้วัด ค่าคะแนน บุคลากรมี สุขภาพกาย ผ่านตาม เกณฑ์</i>

เป้าประสงค์ที่ 4.3 บุคลากรมีสมรรถนะเหมาะสมในการปฏิบัติราชการ

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
37. ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานที่ได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ และทักษะด้านการใช้ข้อมูล สื่อ และเทคโนโลยีดิจิทัล (MIDL)	100	100	เพิ่มทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน	<ol style="list-style-type: none"> สำรวจและจัดทำแผนการพัฒนาทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัลของบุคลากร ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรม/รับการพัฒนาตามแผน ติดตามผลลัพธ์การพัฒนาผลลัพธ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีในการทำงาน เช่น โปรแกรมให้บริการผู้ป่วย, Electronic Medical Record, Tele-psychiatry, ระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์, Google tools, E-meeting, E-conference เป็นต้น 	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัลของบุคลากร ส่งเสริมการนำเทคโนโลยี ดิจิทัลไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน 	คกก.HRD	ก.ทรัพยากรบุคคล



★ ตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์ ★

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
38. สัดส่วน รายรับต่อ รายจ่าย (I/E Ratio)	0.94	≥1	1. เพิ่มรายรับของ โรงพยาบาล	1. เพิ่มรายรับจากค่ารักษาพยาบาล โดยเฉพาะ ผู้ป่วยตึกพิเศษ บริการนอกเวลาราชการ และ กลุ่มสิทธิขั้นสูง 2. จัดหารายได้จากการรับบริจาคหรือระดมทุน 3. รับการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ เช่น เงิน สนับสนุนจาก สปสช. 4. กำกับติดตามรายรับของโรงพยาบาลรายเดือน หากมีรายรับต่ำกว่าประมาณการให้นำเข้าที่ ประชุมกรรมการเพื่อหาทางแก้ไข		-ก.การเงินและ บัญชี -ก.พัสดุ -ก.ยุทธศาสตร์ฯ	- ชคกก. บริหารรพ. -คกก.CFO
			2. ควบคุมการใช้ จ่ายการดำเนินงาน ให้สอดคล้องกับ รายรับ	1. จัดทำแผนการใช้จ่ายให้สอดคล้องกับรายรับ 2. กำกับการใช้จ่ายตามแผนที่วางไว้ 3. กำหนดหลักการจัดซื้อครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง - กรณีไม่เร่งด่วน ให้ชะลอการจัดซื้อ และใช้งบ กลาง/งบเงินกู้โควิด - กรณีเร่งด่วน แต่มีมูลค่าไม่สูง ให้ใช้เงินบริจาค 4. กำกับติดตามผลการใช้จ่ายตามแผน			
			3. บริหารหนี้สิน ผูกพัน	1. จัดทำสัญญาช่วงต้นปีงบประมาณ และกำหนด วันสิ้นสุดสัญญาภายในปีงบประมาณ			

เป้าประสงค์ที่ ๕.๑ หน่วยงานมีการดำเนินงานตามหลักคุณธรรมและความโปร่งใส

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
<p>39. ร้อยละของผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต (ITA) **</p> <ul style="list-style-type: none"> - ITA - ผู้ทำแบบสำรวจ - หน่วยงานคุณธรรม 	<p>93.59</p> <p>93.01</p> <p>100</p>	<p>85</p> <p>60</p> <p>80</p>	<p>รักษาระดับการดำเนินงานตามหลักคุณธรรมและความโปร่งใส</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน ตามแบบ OIT 2. จัดทำแผนปฏิบัติการส่งเสริมคุณธรรมของหน่วยงาน 3. สสำรวจความคิดเห็นของบุคลากร ด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน 4. ประเมินตนเองรอบปีงบประมาณ 	-	<p>ก.ทรัพยากรบุคคล</p>	-

เป้าประสงค์ที่ ๕.๒ การบริหารจัดการองค์กรมีประสิทธิภาพได้มาตรฐานและมีธรรมาภิบาล

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
40. ร้อยละการเบิกจ่ายเงิน งบประมาณรายจ่ายงบ ดำเนินงานและงบลงทุน ** - งบดำเนินงาน - งบลงทุน	ร้อยละ 100 76.37	ร้อยละ 95 70	กำกับการ เบิกจ่าย งบประมาณให้ ผ่านเป้าหมาย	เร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณ - งบดำเนินงาน ครบ 100% ภายในไตรมาสที่ 4 (โครง ข้างเคลื่อนฯ ไม่เกินไตรมาสที่ 3) - งบลงทุนภายในไตรมาสที่ ได้รับจัดสรร	-ด้านการบริหาร จัดการงบประมาณ รายจ่ายประจำปี ที่ มีประสิทธิภาพ	ก.การเงินและ บัญชี ก.พัสดุ ก.ยุทธศาสตร์ฯ	-
41. ค่า EUI ของหน่วยงาน ในสังกัดกรมสุขภาพจิต - ไฟฟ้า - น้ำมัน	0.41 4.69	≥0 ≥0	ควบคุมการใช้ พลังงานของ หน่วยงาน	1. จัดทำมาตรการประหยัดพลังงาน และประกาศให้บุคลากรทุกกลุ่ม งานรับทราบและถือปฏิบัติโดยทั่ว กัน 2. บำรุงรักษา/ตรวจสอบความ พร้อมใช้ของอุปกรณ์ไฟฟ้าในอาคาร และบริเวณโดยรอบรพ. รวมทั้ง ยานพาหนะ 3. กำกับการใช้พลังงานทุกเดือน	-	ก.บริหารทั่วไป	-

เป้าประสงค์ที่ 5.3 ระบบบริหารจัดการมีคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพ

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
42.โรงพยาบาลได้รับการต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพจาก สรพ. (ผ่าน re-accreditation)	ผ่าน	ผ่าน	รักษาระดับมาตรฐานการดำเนินงานของโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA	<ol style="list-style-type: none"> ปรับปรุงการดำเนินงานตามประเด็นข้อเสนอแนะจากสรพ. เตรียมความพร้อมรับ surveillance survey ส่งตัวแทนบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตร HA ของสรพ. สามารถถ่ายทอดความรู้และเป็นทีมพัฒนาคุณภาพแก่หน่วยงาน 	อบรมหลักสูตร HA ของสรพ. เช่น HA201 HA304 HA602 ST005 เป็นต้น	ก.พัฒนา คุณภาพฯ	คกก.CLT คกก.RM
43.ร้อยละความสำเร็จของการพัฒนา/ปรับปรุงหน่วยงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ผ่านเกณฑ์ PMQA-DMH 4.0 ระดับ Advance	ร้อยละ 73.14	ร้อยละ 80	พัฒนาหน่วยงานให้บรรลุตามเกณฑ์ PAMQ-DMH4.0 อย่างน้อย ร้อยละ 80 ทุกหมวด	<ol style="list-style-type: none"> ถ่ายทอดความรู้เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ PMQA-DMH 4.0 ระดับ Advance เพื่อให้บุคลากร/ผู้เกี่ยวข้องมีความเข้าใจและสามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ เน้นพัฒนาการดำเนินงานในหมวดที่มีคะแนนยังไม่ถึงเป้าหมาย <ul style="list-style-type: none"> หมวด 5 มุ่งเน้นบุคลากร โดยเสริมสร้างความผูกพันของบุคลากรและพัฒนาความรู้ทักษะ ในการปฏิบัติงานของบุคลากร หมวด 6 มุ่งเน้นระบบของกระบวนการที่เชื่อมโยงกันตั้งแต่ต้นจนจบ (End-to-End Process) รายงานการประเมินตนเอง และรวบรวมหลักฐานเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ ถูกต้อง และครบถ้วนตามเกณฑ์ 	บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ-PMQA-DMH 4.0 และสามารถเชื่อมโยงกับ มาตรฐาน HA ได้	ก.พัฒนา คุณภาพฯ	-

เป้าประสงค์ที่ 5.3 ระบบบริหารจัดการมีคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพ

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
44.ระดับความสำเร็จในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	ดีมาก	ดีมาก plus	ยกระดับ Green & Clean Hospital	<ol style="list-style-type: none"> วิเคราะห์เกณฑ์การประเมินระดับดีมาก plus ที่ต้องดำเนินการเพิ่มเติม และวางแผนดำเนินการให้บรรลุผล ส่งเอกสารหลักฐานเพื่อรับการประเมิน Green & Clean Hospital ระดับดีมาก plus 	ความรู้ความเข้าใจการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	คกก.พัฒนา GREEN & CLEAN	-ก.บริหารทั่วไป -ก.โภชนาการ -ก.โครงสร้างฯ -ก.โภชนาการ
45.ร้อยละของหน่วยงานมีการบริหารความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์	ร้อยละ 86.16	ร้อยละ 90	สนับสนุนหน่วยงานดำเนินงานตามระบบบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง	<ol style="list-style-type: none"> ทุกหน่วยงานจัดทำ Risk profile เพื่อ monitor ความเสี่ยงสำคัญของหน่วยงาน รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทุกระดับและทุกครั้งเมื่อเกิดเหตุ พร้อมจัดการตามแนวทางที่กำหนด ประเมินผลการจัดการความเสี่ยงและปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 	ความรู้ความเข้าใจในระบบบริหารจัดการ ความเสี่ยง	คกก.RM	ทุกกลุ่มงาน <u>ตัวชี้วัด</u> ระดับความสำเร็จของการรายงานอุบัติการณ์และบริหารจัดการ ความเสี่ยงของหน่วยงาน

เป้าประสงค์ที่ 5.4 ระบบสารสนเทศขององค์กรมีมาตรฐานและมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการปฏิบัติงาน

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
46. ระดับความสำเร็จในการจัดทำชุดข้อมูลมาตรฐานที่สามารถแลกเปลี่ยนกันได้อย่างไร้รอยต่อ	5	5	รักษามาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ	ปฏิบัติตามกรอบการดำเนินงาน - ธรรมชาติข้อมูล - พ.ร.บ.การรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ. 2562 - พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562	บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความรู้เกี่ยวกับพรบ.และธรรมชาติข้อมูล ด้านข้อมูลสุขภาพ	ก. ยุทธศาสตร์และ เทคโนโลยี	-
47. ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพระบบสารสนเทศโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HAIT ระดับ 1	3	5	พัฒนาคุณภาพระบบสารสนเทศตามเกณฑ์ HAIT	1. ศึกษาตัวอย่างหน่วยงานที่ผ่านมาตรฐาน HAIT 2. ประชุมวางแผนการพัฒนา 2. จัดทำ Roadmap และเป้าหมายการพัฒนา ของรพ. 3. ดำเนินงานตามแผนอย่างเป็นระบบ 4. ส่งเอกสารเพื่อขอรับการประเมินมาตรฐาน HAIT	ความเข้าใจในมาตรฐาน HAIT	ก. ยุทธศาสตร์และ เทคโนโลยี	คกก. ICT



แผนการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (Combat 4th wave of COVID-19 Plan : C4)

ตัวชี้วัด	ผลงาน 2564	เป้าหมาย 2565	กลยุทธ์	Action plan	HR competency plan	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน
1. ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19รวมทั้งผู้ป่วย Long COVID-19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการเยียวยาจิตใจ**	ร้อยละ 98.93	ร้อยละ 82	- เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของประชาชนกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย Long COVID-19	<ol style="list-style-type: none"> 1.ทีม MCATT ร่วมกับเขตสุขภาพวางแผน จัดระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิต รวมทั้งสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย Long COVID-19 ในเขตสุขภาพ 2. คัดกรองตรวจประเมินสุขภาพจิตประชาชนเชิงรุกโดยใช้โปรแกรม Mental Health Check-in / ออกหน่วยรถโมบาย คลายเครียด ให้บริการ Biofeedback 3. ให้การเยียวยาจิตใจครอบครัวผู้เสียชีวิตจาก COVID-19 4. ติดตามดูแลจิตใจกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต/Long COVID อย่างต่อเนื่องจนหมดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต 	-บุคลากรมีความรู้ / ทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต	ก.วิกฤตสุขภาพจิต	-ก.พัฒนา ศักยภาพ เครือข่ายฯ