



บันทึกข้อความ

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
 รับที่..... ๗/๕๗๘
 วันที่ ๒๗ / ๑๑ / ๕๖
 เวลา ๑๕:๐๗๔

ส่วนราชการ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ โทร ๕๘๒๖๕-๖

ที่ สธ ๐๘๒๐.๓๗/ ๑๐๐ วันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอร้องใช้แผนที่ยุทธศาสตร์สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ตามที่ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ได้ดำเนินการ ทบทวน/จัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ตามแนวทางการจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์สำหรับหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตของกองยุทธศาสตร์และ แผนงานเสร็จเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้เพื่อให้ทุกหน่วยงานมีแนวทางในการใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ สถาบันกัลยาณ์ฯ แผลงลงสู่การปฏิบัติในหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลตามเป้าหมาย ที่กำหนด นั้น

ในการนี้ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จึงขออนุมัติ ประกาศใช้แผนที่ยุทธศาสตร์สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ตามรายละเอียด เอกสารที่แนบ และเห็นควรสื่อสารให้ทุกหน่วยงานได้รับทราบและดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จะเป็นพระคุณ

๒๔๐๗

(นางสาวเบญจมาศ พฤตมรา)

หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ

เรียน ผอ.

เพื่อโปรด

ทราบ

พิจารณา.....

๐๗/๑๑

เห็นควร

๐๗/๑๑/๕๖
๐๗/๑๑

อนุมัติ

(นายสมศักดิ์ อภิชาติบัญชา)

ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

๒ ม.ค. ๒๕๖๓



การวิเคราะห์ห้องค์กร (SWOT)

(1) Strengths (จุดแข็ง)	(2) Weaknesses (จุดอ่อน)
<ol style="list-style-type: none">1. ผู้บริหารมีความมุ่งมั่นและให้ความสำคัญกับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง2. ผู้บริหารสนับสนุนงบประมาณ และเทคโนโลยีในการดำเนินงาน3. บุคลากรมีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านจิตเวชและนิติสุขภาพจิต4. บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง5. เป็นหน่วยงานที่เชี่ยวชาญด้านนิติสุขภาพจิต และเป็นศูนย์กลางการอบรม/ศึกษาดูงานด้านนิติสุขภาพจิต6. เป็นองค์กรขนาดกลางที่มีความคล่องตัวในการขับเคลื่อนและพัฒนางาน7. มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนาบริการ8. ได้รับการรับรองมาตรฐานจากหน่วยงานภายนอก เช่น ISO 9001, ISO 27001 HA , Green & Clean เป็นต้น9. มีวัฒนธรรมและค่านิยมในการทำงานเป็นลักษณะช่วยเหลือเกื้อกูลกัน10. มีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์และเป้าหมายเป็นประจำทุกปี11. มีระบบบริการ Tele psychiatry ระหว่างหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตกับเครือข่ายเรือนจำ/กระบวนการยุติธรรม	<ol style="list-style-type: none">1. บุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน ใกล้เกษียณ ไม่สามารถปรับตัวได้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี2. อัตรากำลังบุคลากรไม่เพียงพอ และไม่สอดคล้องกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น3. การถ่ายทอด/การสื่อสารภายในหน่วยงาน ยังไม่ครอบคลุมผู้ปฏิบัติงาน4. โครงสร้างบุคลากรมีการปรับเปลี่ยนบ่อย ไม่ชัดเจน/มีความซับซ้อน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสนในการปฏิบัติงาน5. ภาระงานมาก มีการพัฒนางานหลากหลายโครงการ/กิจกรรม แต่ยังขาดการวัด/วิเคราะห์และประเมินผล และการทำงานไม่เชื่อมโยง/แยกส่วนกัน6. งานวิจัย/CQI ยังไม่ตอบโจทย์การพัฒนาองค์กร/วิสัยทัศน์พันธกิจองค์กร7. ขาดระบบฐานข้อมูลนิติสุขภาพจิตระดับประเทศ เพื่อใช้สืบค้น/อ้างอิงทางวิชาการ
(3) Opportunities (โอกาส)	(4) Threats (อุปสรรค)
<ol style="list-style-type: none">1. เป็นหน่วยงานที่ถูกกำหนดตามราชกิจจานุเบกษา ให้มีหน้าที่รับผิดชอบในการพัฒนาบริการและวิชาการเฉพาะทางด้านนิติจิตเวชศาสตร์2. ตั้งอยู่ใกล้มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นแหล่งสนับสนุนทางวิชาการ3. มีนโยบายของกระทรวงและกรมสุขภาพจิต มุ่งเน้น Smart Hospital ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ4. หน่วยงานเป็นที่ยอมรับของประชาชน และเครือข่ายด้านจิตเวชและนิติสุขภาพจิต5. เครือข่ายสุขภาพจิตและนิติจิตเวชเข้มแข็ง และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี6. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกรมสุขภาพจิต และจากชุมชน/สังคมมากขึ้น ทำให้ช่วยลด Stigma ผู้ป่วยนิติจิตเวช/ผู้ป่วยจิตเวช7. ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นทำให้มีโอกาสพัฒนางานและได้รับความร่วมมือ	<ol style="list-style-type: none">1. นโยบายระดับกระทรวงและกรมสุขภาพจิตมีการปรับเปลี่ยนบ่อย หน่วยงานเกิดความสับสนในทิศทางการทำงาน ทำให้การพัฒนางานไม่ต่อเนื่อง2. งานตามนโยบายมีปริมาณมาก/เปลี่ยนแปลงบ่อย และภาระงานทางวิชาการเพิ่มขึ้น3. ระบบการส่งต่อผู้ป่วย Refer In, Refer back, Refer out ยังมีอุปสรรคในบางพื้นที่4. เครือข่าย/ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พรบ.สุขภาพจิต ฉบับแก้ไข 25625. ผู้ป่วยจิตเวชยังเป็น Stigma สำหรับครอบครัว สังคม และชุมชน6. ตั้งอยู่ในพื้นที่รอยต่อระหว่างท.ม.กับเขตสุขภาพจิตที่ 5 ทำให้ต้องรับผิดชอบการทำงานทั้ง 2 พื้นที่ซึ่งมีลักษณะต่างกัน7. ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ Data center ของกรมสุขภาพจิต ยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้งานระบบ ทำให้ไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้เท่าที่ควร



แผนที่ยุทธศาสตร์สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2563

การกำหนดเป้าประสงค์ที่ตอบสนองประเด็น SWOT ตามกลยุทธ์ 4 ด้าน

<p style="text-align: center;">(1) SO กลยุทธ์เชิงรุก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์มีความเป็นเลิศในดีสุขภาพจิตในระดับประเทศ (S3,S4,S5,S8,S10, S11,O1,O2,O4,O5) 2. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เป็นแหล่งศึกษาดูงานและมีเกือบรมนิตสุขภาพจิตระดับประเทศ (S4,S5,O1,O4) 3. ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทุกกลุ่มวัยได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในพื้นที่ (S2,S7,O4,O5) 4. ระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชมีประสิทธิภาพ (S3,S6,S7,O4,O5,O7) 5. เครือข่ายบริการใน/นอกระบบสาธารณสุขมีการดำเนินงานนิตสุขภาพจิตและจิตเวชครอบคลุมตามเกณฑ์มาตรฐาน (S5,S10,S11,O4,O5) 6. ระบบการเงินและการบริหารทรัพยากรมีประสิทธิภาพ (S1,S2,S6,S9,O3,O4,O6) 	<p style="text-align: center;">(3) ST กลยุทธ์การรักษาเสถียรภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อน สามารถอยู่ในชุมชน ไม่ก่อความรุนแรง (S3,S5,S6,T3,T4,T5,T6,T7) 2. ระบบบริการนิตจิตเวชและจิตเวช มีคุณภาพได้มาตรฐาน (S3,S5,S7,T3,T4) 3. ระบบบริหารจัดการองค์กรได้รับการรับรองตามเกณฑ์มาตรฐานสากล (S1,S2,S4,S6,S7,S8,S9,S10,T1,T2,T7) 4. ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจ (S1,S2,T2,T4,T5,T6)
<p style="text-align: center;">(2) WO กลยุทธ์พลิกฟื้น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. องค์กรความรู้/ เทคโนโลยี /นวัตกรรมด้านนิตสุขภาพจิตสอดคล้องกับปัญหาและได้รับการยอมรับ (W1,W2,W7,O1,O4,O5,O7) 	<p style="text-align: center;">(4) WT กลยุทธ์ตัดทอน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เป็นศูนย์กลางความรู้และข้อมูลนิตสุขภาพจิตในระดับประเทศ (W1,W6,W7,T2,T7) 2. การบริหารจัดการความเสี่ยงมีประสิทธิภาพ (W1,W2,W4,T1,T2) 3. การบริหารยุทธศาสตร์มีประสิทธิภาพ (W3,W5,W6,T1,T2,T7) 4. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมีประสิทธิภาพ (W1,W5,W7,T1,T7) 5. ระบบทรัพยากรบุคคลมีคุณภาพ (W1,W2,W3,W4,T1,T2)



แผนที่ยุทธศาสตร์สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2563

แผนที่ยุทธศาสตร์ประจำปีงบประมาณ 2563 ของ (1) สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

(2) วิสัยทัศน์หน่วยงาน

- เป็นองค์กรหลักด้านนิติสุขภาพจิต เครือข่ายเข้มแข็ง ที่รวมพลังสังคม เพื่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมปลอดภัย

(3) พันธกิจหน่วยงาน

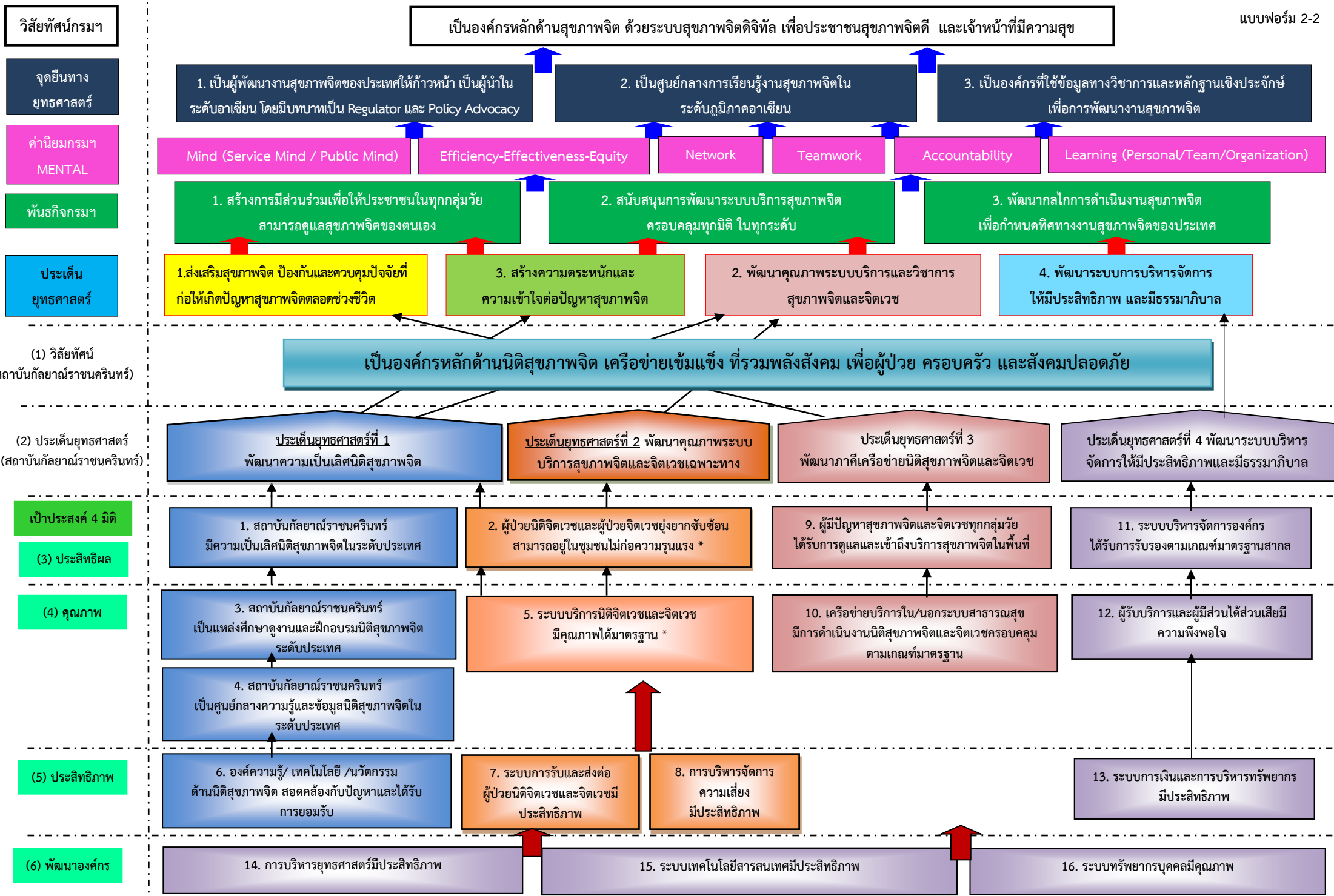
- พัฒนาและสนับสนุนระบบบริการนิติสุขภาพจิตครอบคลุมทุกมิติในทุกระดับ
- เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านนิติสุขภาพจิต
- พัฒนากลไกการดำเนินงานเพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานนิติสุขภาพจิตของประเทศ

(4) ค่านิยมหน่วยงาน GALYA

- G - Good Governance : ธรรมาภิบาล
- A - Altruism : เน้นงานส่วนรวม
- L - Leadership and Learning : ร่วมเรียนรู้ นำเลิศ
- Y - Yield : มุ่งเกิดผลสัมฤทธิ์
- A - Advocacy : พิชัยสิทธิ์ประชาชน

(5) ประเด็นยุทธศาสตร์หน่วยงาน

1. พัฒนาความเป็นเลิศนิติสุขภาพจิต
2. พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเฉพาะทาง
3. พัฒนาภาคีเครือข่ายนิติสุขภาพจิตและจิตเวช
4. พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล



ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายตามเป้าประสงค์ 4 มิติ ในแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์ของ (1) สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2563

(2) ประเด็น ยุทธศาสตร์	(3) เป้าประสงค์	(4) มิติของเป้าประสงค์				(5) ตัวชี้วัด	(6) หน่วย นับ	(7) ค่าเป้าหมาย					(8) ผู้รับผิดชอบ (หน่วยดำเนินการ)
		ประสิทธิผล	คุณภาพ	ประสิทธิภาพ	พัฒนาองค์กร			ปี 2561 (ผลงาน)	ปี 2562 (ผลงาน)	ปี 2563 (ผลงาน)	ปี 2564 (ผลงาน)	ปี 2565 (ผลงาน)	
ประเด็น ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาความ เป็นเลิศนิติ สุภาพจิต	1. สถาบันกัลยาณ์ ราชนครินทร์มีความ เป็นเลิศนิติสุภาพจิต ในระดับประเทศ	✓				1.1 ร้อยละของคะแนนการพัฒนา ไปสู่ความเป็นเลิศนิติจิตเวช ใน ระดับประเทศ (Excellence Center)	ร้อยละ	80 (94.90)	85 (98)	90	95	100	กลุ่มภารกิจ นิติสุภาพจิต
	2. ผู้ป่วยนิติจิตเวช และผู้ป่วยจิตเวช ยุ่งยากซับซ้อน สามารถอยู่ในชุมชน ไม่ก่อความรุนแรง*	✓				2.1 ร้อยละของผู้ป่วยนิติจิตเวชคดี รุนแรงที่รับไว้ไม่ก่อคดีซ้ำ ภายใน 3 ปี	ร้อยละ	100 (100)	100 (100)	100	100	100	กลุ่มภารกิจ นิติสุภาพจิต (งานนิติจิตเวชชุมชน)
	3. สถาบันกัลยาณ์ ราชนครินทร์เป็น แหล่งศึกษาดูงานและ ฝึกอบรมนิติ สุภาพจิต ระดับประเทศ		✓			3.1 ร้อยละของบุคลากรใน/นอกสังกัด ที่เข้าร่วมอบรมหลักสูตรนิติจิตเวช สามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้	ร้อยละ	85 (94.12)	90 (100)	95	100	100	กลุ่มภารกิจ นิติสุภาพจิต
	4. สถาบันกัลยาณ์ ราชนครินทร์เป็น ศูนย์กลางความรู้และ ข้อมูลนิติสุภาพจิต ใน ระดับประเทศ			✓		4.1 จำนวนฐานข้อมูลด้านนิติสุภาพจิต ที่มีการเผยแพร่	จำนวน (ฐาน ข้อมูล)	4 (4)	5 (5)	6	7	8	กลุ่มภารกิจ นิติสุภาพจิต/ กลุ่มภารกิจเครือข่าย

(2) ประเด็น ยุทธศาสตร์	(3) เป้าประสงค์	(4) มิติของเป้าประสงค์				(5) ตัวชี้วัด	(6) หน่วย นับ	(7) ค่าเป้าหมาย					(8) ผู้รับผิดชอบ (หน่วยดำเนินการ)
		ประสิทธิผล	คุณภาพ	ประสิทธิภาพ	พัฒนาองค์กร			ปี 2561 (ผลงาน)	ปี 2562 (ผลงาน)	ปี 2563 (ผลงาน)	ปี 2564 (ผลงาน)	ปี 2565 (ผลงาน)	
ประเด็น ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาความ เป็นเลิศนิติ สุภาพจิต (ต่อ)	5. ระบบบริการ นิติจิตเวชและจิตเวช มีคุณภาพได้ มาตรฐาน*		✓			5.1 ร้อยละผู้รับบริการนิติจิตเวช ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแล ผู้รับบริการนิติจิตเวชของสถาบันฯ มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นตามแนวทาง การประเมินผู้ป่วยตามระยะ (Phasing)	ร้อยละ	80 (85.71)	80 (86.40)	85	85	85	กลุ่มภารกิจ นิติสุภาพจิต
	6. องค์กรความรู้/ เทคโนโลยี /นวัตกรรม ด้านนิติสุภาพจิต สอดคล้องกับปัญหา และได้รับการยอมรับ				✓		6.1 จำนวนผลงานวิจัย/เทคโนโลยี/ นวัตกรรมนิติสุภาพจิตและจิตเวช ที่เผยแพร่ด้วยการตีพิมพ์/นำเสนอ ในระดับต่าง ๆ	จำนวน	5 (5)	5 (11)	5	5	5
ประเด็น ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพ ระบบบริการ สุภาพจิต และจิตเวช เฉพาะทาง	2. ผู้ป่วยนิติจิตเวช และผู้ป่วยจิตเวช ยุ่งยากซับซ้อน สามารถอยู่ในชุมชนไม่ ก่อความรุนแรง *	✓				2.2 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยง สูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ได้รับ การติดตามเฝ้าระวังจากหน่วยบริการ จิตเวชในสังกัดกรมสุภาพจิตและ เครือข่ายในเขตสุขภาพไม่ก่อความ รุนแรงซ้ำ ภายใน 1 ปี** - SMI-V ได้รับการติดตาม - SMI-V ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำใน 1 ปี	ร้อยละ	≥96 (96.85)	≥96 (98.47)				กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป (งานบริการโรคจิตเภท)/ กลุ่มภารกิจการพยาบาล/ กลุ่มภารกิจเครือข่าย
										≥90	≥90	≥90	
										≥96	≥96	≥96	
						2.3 ร้อยละของผู้ป่วยในจิตเวชไม่กลับมา รักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำ ภายใน 90 วัน	ร้อยละ	95 (93.79)	95 (93.73)	95	95	95	กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป/ ทุกงานบริการ/ งานเวชระเบียนและสถิติ
						2.4 ร้อยละของผู้ป่วยในจิตเวชไม่กลับมา รักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำ ภายใน 28 วัน	ร้อยละ	99 (97.17)	95 (96.73)	95	95	95	กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป/ ทุกงานบริการ/ งานเวชระเบียนและสถิติ

(2) ประเด็น ยุทธศาสตร์	(3) เป้าประสงค์	(4) มิติของเป้าประสงค์				(5) ตัวชี้วัด	(6) หน่วย นับ	(7) ค่าเป้าหมาย					(8) ผู้รับผิดชอบ (หน่วยดำเนินการ)
		ประสิทธิผล	คุณภาพ	ประสิทธิภาพ	พัฒนาองค์กร			ปี 2561 (ผลงาน)	ปี 2562 (ผลงาน)	ปี 2563 (ผลงาน)	ปี 2564 (ผลงาน)	ปี 2565 (ผลงาน)	
ประเด็น ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพ ระบบบริการ สุขภาพจิต และจิตเวช เฉพาะทาง (ต่อ)	5. ระบบบริการ นิติจิตเวชและจิตเวช มีคุณภาพได้ มาตรฐาน*		✓			5.2 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะ ทางที่มารักษาแบบผู้ป่วยใน มีการ เปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นหลังจำหน่าย	ร้อยละ	≥60 (96.38)	≥80 (89.47)	≥85	≥85	≥85	กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป
						5.3 จำนวนการเสียชีวิตของผู้ป่วย ที่รับไว้รักษาในสถาบันฯ	จำนวน	0 (0)	0 (1)	0	0	0	กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป (งานบริการจิตเวชทั่วไป/ MCC/ฆ่าตัวตาย)/ กลุ่มภารกิจพยาบาล
	7. ระบบการรับและ ส่งต่อผู้ป่วยนิติจิตเวช และจิตเวชมี ประสิทธิภาพ			✓		7.1 ร้อยละของผู้ป่วยนิติสุขภาพจิต และจิตเวชที่รับไว้ตามเกณฑ์ยุ่งยาก ซับซ้อน (3S) – Refer in	ร้อยละ	90 (91.33)	90 (98.78)	94	95	96	กลุ่มภารกิจการพยาบาล (งานพยาบาลผู้ป่วยนอก)/ กลุ่มภารกิจนิติสุขภาพจิต/ กลุ่มภารกิจเครือข่าย/ กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป
						7.2 ร้อยละของผู้ป่วย Refer out ทางกาย ได้รับความปลอดภัยภายใน 72 ชม.	ร้อยละ	100 (100)	100 (98.81)	100	100	100	กลุ่มภารกิจการพยาบาล (งานพยาบาลผู้ป่วยนอก)/ กลุ่มภารกิจนิติสุขภาพจิต/ กลุ่มภารกิจเครือข่าย/ กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป
					7.3 ร้อยละของผู้ป่วยนิติสุขภาพจิต และจิตเวชยุ่งยากซับซ้อน ที่ส่งกลับ Refer back ได้รับการดูแลติดตาม ต่อเนื่อง	ร้อยละ	-	50 (80.42)	55	60	65	กลุ่มภารกิจการพยาบาล (งานพยาบาลผู้ป่วยนอก)/ กลุ่มภารกิจนิติสุขภาพจิต/ กลุ่มภารกิจเครือข่าย/ กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป	

(2) ประเด็น ยุทธศาสตร์	(3) เป้าประสงค์	(4) มิติของเป้าประสงค์				(5) ตัวชี้วัด	(6) หน่วย นับ	(7) ค่าเป้าหมาย					(8) ผู้รับผิดชอบ (หน่วยดำเนินการ)
		ประสิทธิผล	คุณภาพ	ประสิทธิภาพ	พัฒนาองค์กร			ปี 2561 (ผลงาน)	ปี 2562 (ผลงาน)	ปี 2563 (ผลงาน)	ปี 2564 (ผลงาน)	ปี 2565 (ผลงาน)	
ประเด็น ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพ ระบบบริการ สุขภาพจิต และจิตเวช เฉพาะทาง (ต่อ)	8. การบริหารจัดการ ความเสี่ยงมี ประสิทธิภาพ			✓		8.1 ร้อยละอุบัติการณ์ความเสี่ยง ระดับ E ขึ้นไป ของหน่วยงานที่มีการ บริหารจัดการอย่างเป็นระบบ	ร้อยละ	85 (97.62)	85 (92)	90 (90)	90 (90)	90 (90)	OMR/ศูนย์พัฒนาคุณภาพ /ทุกกลุ่มภารกิจ /ทีมRM
						8.2 จำนวนประเด็นปัญหาที่ได้รับการ แก้ไขโดยใช้เครื่องมือ (KM/CQI/R2R)	จำนวน (เรื่อง)	3 (14)	10 (39)	20 (20)	20 (20)	20 (20)	OMR/ศูนย์พัฒนาคุณภาพ /ทุกกลุ่มภารกิจ
ประเด็น ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาภาคี เครือข่าย นิติสุขภาพจิต และจิตเวช	9. ผู้มีปัญหา สุขภาพจิตและจิตเวช ทุกกลุ่มวัย ได้รับการ ดูแลและเข้าถึงบริการ สุขภาพจิตในพื้นที่	✓				9.1 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยจิตเวช ฉุกเฉินที่ใช้บริการในหน่วยบริการ สาธารณสุขระดับ A,S,M1 และ M2 ในเขตสุขภาพที่ 5 สามารถให้ บริการจิตเวชฉุกเฉินและดูแลได้ ภายใน 48 ชั่วโมง	ร้อยละ	70 (89)	75 (80.61)	80 (80)	85 (85)	90 (90)	กลุ่มภารกิจเครือข่าย
						9.2 ร้อยละของผู้ประสบภาวะวิกฤต ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการเยียวยา จิตใจตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต **	ร้อยละ	75 (100)	75 (100)	80 (80)	85 (85)	90 (90)	กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป (งานบริการจิตเวช ทั่วไป/MCC/ฆ่าตัวตาย)
						9.3 อัตราการฆ่าตัวตายในเขตพื้นที่ สุขภาพที่ 5	อัตราต่อ แสน ประชากร	น้อยกว่า 6.3 (4.04)	น้อยกว่า 6.3 (3.97)	น้อยกว่า 6.3 (6.3)	น้อยกว่า 6.3 (6.3)	น้อยกว่า 6.3 (6.3)	กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป (งานบริการจิตเวชทั่วไป/ MCC/ฆ่าตัวตาย)/ กลุ่มภารกิจเครือข่าย

(2) ประเด็น ยุทธศาสตร์	(3) เป้าประสงค์	(4) มิติของเป้าประสงค์				(5) ตัวชี้วัด	(6) หน่วย นับ	(7) ค่าเป้าหมาย					(8) ผู้รับผิดชอบ (หน่วยดำเนินการ)
		ประสิทธิผล	คุณภาพ	ประสิทธิภาพ	พัฒนาองค์กร			ปี 2561 (ผลงาน)	ปี 2562 (ผลงาน)	ปี 2563 (ผลงาน)	ปี 2564 (ผลงาน)	ปี 2565 (ผลงาน)	
<u>ประเด็น ยุทธศาสตร์ที่ 3</u> พัฒนาภาคี เครือข่าย นิติสุขภาพจิต และจิตเวช (ต่อ)	10. เครือข่ายบริการ ใน/นอกระบบ สาธารณสุขมีการ ดำเนินงานนิติ สุขภาพจิตและจิตเวช ครอบคลุมตามเกณฑ์ มาตรฐาน		✓			10.1 ร้อยละของเรือนจำที่มี ฐานข้อมูลผู้ต้องขังจิตเวช	ร้อยละ	-	80 (71.33)	80	85	85	กลุ่มภารกิจนิติสุขภาพจิต
<u>ประเด็น ยุทธศาสตร์ที่ 4</u> พัฒนาระบบ บริหารจัดการ ให้มีประสิทธิภาพ และมีธรรมาภิบาล	11. ระบบบริหาร จัดการองค์กรได้รับ การรับรองตามเกณฑ์ มาตรฐานสากล	✓				11.1 ร้อยละความสำเร็จของการ พัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน HA / ISO 9001:2015	ร้อยละ	-	-	80	85	90	QMR/ศูนย์พัฒนา คุณภาพ/ทุกกลุ่มภารกิจ
						11.2 ร้อยละความสำเร็จของการ พัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน ISO 27001:2013	ร้อยละ	-	-	85	90	90	QMR/ศูนย์พัฒนา คุณภาพ/ทุกกลุ่มภารกิจ

(2) ประเด็น ยุทธศาสตร์	(3) เป้าประสงค์	(4) มิติของเป้าประสงค์				(5) ตัวชี้วัด	(6) หน่วย นับ	(7) ค่าเป้าหมาย					(8) ผู้รับผิดชอบ (หน่วยดำเนินการ)
		ประสิทธิผล	คุณภาพ	ประสิทธิภาพ	พัฒนาองค์กร			ปี 2561 (ผลงาน)	ปี 2562 (ผลงาน)	ปี 2563 (ผลงาน)	ปี 2564 (ผลงาน)	ปี 2565 (ผลงาน)	
ประเด็น ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบ บริหารจัดการ ให้มีประสิทธิภาพ และมีธรรมาภิบาล (ต่อ)	12. ผู้รับบริการและ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีความพึงพอใจ		✓			12.1 ร้อยละของความพึงพอใจของ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย - ผู้ป่วยใน - ผู้ป่วยนอก - ภาพรวมผู้รับบริการต่อกรบริการ - เครือข่ายเขตสุขภาพที่ 5 - ผู้มาศึกษาดูงาน/อบรม - เครือข่ายนิติจิตเวช	ร้อยละ	85 (93.16) (96.00) (89.50) (92.75) (95.18) (95.98) (89.12)	85 (92.58) (98.50) (96.53) (97.52) (91.19) (93.15) (95.98)	90 	90 	90 	OMR/ศูนย์พัฒนา คุณภาพ/ทุกกลุ่มภารกิจ
	13. ระบบการเงินและ การบริหารทรัพยากร มีประสิทธิภาพ			✓		13.1 คำน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของ ผู้ป่วยในทั้งหมด Case Mixed Index (CMI)	ค่า น้ำหนัก	1.95 (1.89)	1.85 (1.85)	1.90	1.90	1.90	กลุ่มภารกิจอำนวยการ (กลุ่มงานการเงินและ บัญชี)/กลุ่มงานพัสดุ/ ทุกกลุ่มภารกิจ
						13.2 ค่า EUI ของหน่วยงานในสังกัด กรมสุขภาพจิต** - ค่า EUI ไฟฟ้า - ค่า EUI น้ำมันเชื้อเพลิง	ค่า EUI	≥0 (1.30) ≥0 (1.07)	≥0 (0.51) ≥0 (0.21)	≥0 ≥0 	≥0 ≥0 	≥0 ≥0 	กลุ่มภารกิจอำนวยการ (กลุ่มงานบริหารทั่วไป)

(2) ประเด็น ยุทธศาสตร์	(3) เป้าประสงค์	(4) มิติของเป้าประสงค์				(5) ตัวชี้วัด	(6) หน่วย นับ	(7) ค่าเป้าหมาย					(8) ผู้รับผิดชอบ (หน่วยดำเนินการ)	
		ประสิทธิผล	คุณภาพ	ประสิทธิภาพ	พัฒนาองค์กร			ปี 2561 (ผลงาน)	ปี 2562 (ผลงาน)	ปี 2563 (ผลงาน)	ปี 2564 (ผลงาน)	ปี 2565 (ผลงาน)		
ประเด็น ยุทธศาสตร์ที่ 1-4	14. การบริหาร ยุทธศาสตร์มี ประสิทธิภาพ				✓	14.1 ร้อยละของบุคลากรที่มีความรู้ ความเข้าใจต่อทิศทางการดำเนินงาน ขององค์กร	ร้อยละ	80 (92.77)	85 (99.35)	90	95	100	กลุ่มภารกิจอำนวยการ (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และ สารสนเทศ)/ ทุกกลุ่มภารกิจ	
						14.2 ร้อยละของผลการดำเนินกิจกรรม เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดใน แผนปฏิบัติการของหน่วยงาน	ร้อยละ	90 (100)	90 (100)	95	95	95	กลุ่มภารกิจอำนวยการ / (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และ สารสนเทศ)/ ทุกกลุ่มภารกิจ	
	15. ระบบข้อมูล สารสนเทศมี ประสิทธิภาพ				✓	15.1 ร้อยละของหน่วยงานที่มีการใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อลดขั้นตอน การดำเนินงานและลดกระดาษ อย่างน้อย 1 กระบวนการ/หน่วยงาน	ร้อยละ	-	40 (60)	50	60	70	กลุ่มภารกิจอำนวยการ / (งานเทคโนโลยี สารสนเทศ)/ ทุกกลุ่มภารกิจ	
						15.2 ร้อยละของความพึงพอใจต่อ การเข้าถึงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	ร้อยละ	80 (80.47)	80 (85.17)	85	85	85	กลุ่มภารกิจอำนวยการ (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)	
	16. ระบบทรัพยากร บุคคลมีคุณภาพ					✓	16.1 ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงาน ที่ได้รับการพัฒนาทักษะและสมรรถนะ ในหลักสูตรที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน - สมรรถนะหลัก - สมรรถนะทางด้าน MIDL	ร้อยละ	94 (100)	80 (93.85)	80	80	80	กลุ่มภารกิจอำนวยการ (กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล)/ ทุกกลุ่มภารกิจ
							16.2 ค่าเฉลี่ยของระดับความผูกพัน ของบุคลากรต่อองค์กร	ค่าเฉลี่ย	> 6.0 (5.91)	> 6.0 (5.80)	> 5.0	> 5.0	> 5.0	กลุ่มภารกิจอำนวยการ (กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล)/ ทุกกลุ่มภารกิจ

- หมายเหตุ:** 1. กรณีเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์หนึ่ง ส่งผลต่อเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์อื่น ๆ ด้วย ให้หน่วยงานระบุซ้ำได้ โดยใส่เครื่องหมายดอกจัน 1 ดอก (*) ไว้ท้ายเป้าประสงค์นั้น ๆ
2. ตัวชี้วัดที่มาจากคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน ในปี 2563 ให้ทำเครื่องหมายดอกจัน 2 ดอก (**) ไว้ท้ายชื่อตัวชี้วัดนั้น ๆ ด้วย