

คู่มือคำอธิบายตัวชี้วัด
ตามแผนยุทธศาสตร์
ปี 2566 - 2570

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

คำนำ

คำอธิบายตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ปี 2566 – 2570 ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินความก้าวหน้า และผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ในคู่มือปฏิบัติงานเล่มนี้ได้ระบุหน่วยวัด, คำอธิบาย, สูตร/วิธีการคำนวณ, เกณฑ์การให้คะแนน, เงื่อนไข, รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน, แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล และแนวทางการประเมินผล รวมถึงผู้กำกับดูแล และ ผู้จัดเก็บข้อมูลในการรายงานไว้อย่างชัดเจน

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือปฏิบัติงานเล่มนี้ ทุกฝ่าย/ศูนย์/กลุ่มงาน และผู้ที่เกี่ยวข้องจะมีการนำข้อมูลต่างๆ ไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานต่อไป

ฝ่ายแผนงานและประเมินผล

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
ยุทธศาสตร์ที่1: พัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของประเทศ	
ตัวชี้วัดที่ 1: ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	1
ตัวชี้วัดที่ 2: ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหาย ทุเลา (Remission)	3
ตัวชี้วัดที่ 3: ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาได้รับการส่งต่อและติดตามต่อเนื่อง ในชุมชน	6
ตัวชี้วัดที่ 4: อัตราการไม่กลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	9
ตัวชี้วัดที่ 5: มีส่วนร่วมพัฒนานโยบายแก้ไขปัญหาประเด็นความเป็นเลิศด้านโรคซึมเศร้า ระดับประเทศ	12
ตัวชี้วัดที่ 6: จำนวนงานวิจัย องค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้านโรคซึมเศร้าที่ดำเนินการสำเร็จ และถูกนำไปใช้ประโยชน์	14
ตัวชี้วัดที่ 7: จำนวนหลักสูตรการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ผ่านการประกันคุณภาพ หรือรับรอง	16
ยุทธศาสตร์ที่2: พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชแบบไร้รอยต่อ	
ตัวชี้วัดที่ 8: ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	18
ตัวชี้วัดที่ 9: ร้อยละของผู้ป่วยที่ส่งต่อมาตามสภาพปัญหาได้รับการรักษาต่อเนื่อง	22
ตัวชี้วัดที่ 10: จำนวนผู้รับบริการคลินิกสุขภาพจิตเคลื่อนที่	23
ตัวชี้วัดที่ 11: ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ	24
ตัวชี้วัดที่ 12: ร้อยละของจำนวนอุบัติการณ์ระดับ E ลดลง	27
ตัวชี้วัดที่ 13: ร้อยละของมาตรฐานที่ธำรงไว้ได้รับการรับรองมาตรฐานตามระยะเวลาที่กำหนด	29
ตัวชี้วัดที่ 14: ผ่านการประเมินมาตรฐาน 3S ระดับ Advance	30
ยุทธศาสตร์ที่3: พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัล	
ตัวชี้วัดที่ 15: ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชเข้าถึงบริการ Tele psychiatry	31
ตัวชี้วัดที่ 16: อัตราการหาย ทุเลา ของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการดูแลบำบัดรักษาระบบ Tele psychiatry	33
ตัวชี้วัดที่ 17: อัตราการไม่กลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยที่เข้า Tele psychiatry	35
ตัวชี้วัดที่ 18: จำนวนเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพจิตที่พัฒนา	37

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ยุทธศาสตร์ที่4: ส่งเสริม สนับสนุน การสร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี	
ตัวชี้วัดที่ 19: ร้อยละของผู้ประสพภาวะวิกฤติที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจาก สถานการณ์วิกฤติได้รับการเยียวยาจิตใจจนความเสี่ยงลดลง	38
ตัวชี้วัดที่ 20: ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลช่วยเหลือป้องกันไม่กระทำซ้ำมาน ในระยะเวลา 1 ปี	41
ตัวชี้วัดที่ 21: ระดับความสำเร็จของการจัดตั้งศูนย์วิกฤตสุขภาพจิต	43
ตัวชี้วัดที่ 22: ร้อยละความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากศูนย์/ระบบวิกฤตสุขภาพจิต	45
ยุทธศาสตร์ที่5: ยกระดับการบริหารจัดการสู่องค์กรสมรรถนะสูง	
ตัวชี้วัดที่ 23: ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการตามกระบวนการงานที่ติดต่อขอรับบริการ	46
ตัวชี้วัดที่ 24: ค่าคะแนน ITA	49
ตัวชี้วัดที่ 25: ร้อยละของหน่วยงานที่มีการพัฒนาระบบ / ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	52
ตัวชี้วัดที่ 26: จำนวนครั้งที่ข้อมูลรั่วไหล หรือถูกร้องเรียนตาม พรบ. PDPA	53
ตัวชี้วัดที่ 27: ค่าคะแนนความสำเร็จของการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรดิจิทัล	54
ตัวชี้วัดที่ 28: จำนวนนวัตกรรมที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล	62
ตัวชี้วัดที่ 29: ร้อยละบุคลากรมีความสุข	64

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	(4) มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 1	มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผล
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	ศูนย์วิจัยและฝึกอบรม , ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยงานดำเนินการ/รับการประเมิน:
ร้อยละ	-

(7) คำอธิบาย :

การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD-10 หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x ที่มารับบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงปีงบประมาณ ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของจังหวัดที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพ

พื้นที่เป้าหมาย หมายถึง พื้นที่ทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมกรุงเทพมหานคร

(8) ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
ร้อยละ 74	ร้อยละ 77	ร้อยละ 80	ร้อยละ 86	ร้อยละ 89

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ :

จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สะสมมาจนถึงปีงบประมาณ $\times 100$
จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศวราคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ

ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x) ทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่มาใช้บริการสะสมมาตั้งแต่งบประมาณ 2552 จนถึงในงบประมาณ 2562 ในหน่วยบริการ/สถานพยาบาล รพต./รพท./รพช./รพ.สต.และศูนย์สุขภาพชุมชนทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมทั้งรพ./สถาบันจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต

ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คำนวณจากความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (อัตราความชุกจากการสำรวจระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าปี 2551 โดยกรมสุขภาพจิต โดยสมมติตัวอย่างของประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 19,000 ราย พบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้า ภาพรวมทั้งประเทศ 2.7% (แยกเป็น Major Depressive episode 2.4%, Dysthymia 0.3%) และฐานประชากรกลางปี 2560 (เฉพาะผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป) ของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

(10) เงื่อนไข : -

(11) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ		
		2560	2561	2562
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	ร้อยละ	54.16	61.21	68.22

(12) แหล่งข้อมูล/วิธีจัดเก็บข้อมูล:

รวบรวมข้อมูลผลการเข้าถึงบริการของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศจากมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม โดยการรับข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุขเป็นรอบไตรมาส ที่มีข้อมูลสอดคล้องกับแบบรายงานที่กำหนด และทำการรวมผลการดำเนินงานในปัจจุบัน เขากับผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2552 – 2562 วัดในฐานข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ แล้ววิเคราะห์ประมวลผล และนำเสนอเป็นรายจังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศที่ www.thaidepression.com

(13) ระยะเวลาการรายงาน

กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลรายงานการเข้าถึงบริการ ปี 2562 จากสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ และจากแหล่งรายงานกลางของกระทรวงสาธารณสุข โดยนำข้อมูลปัจจุบัน รวมกับข้อมูลของปี 2552 – 2561 โดยประมวลผลเป็นรายหน่วยบริการจังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ แล้วนำเสนอผลที่ www.thaidepression.com

(14) ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด:

ชื่อ-สกุล: ศูนย์วิจัยและฝึกอบรม โทรศัพท (ที่ทำงาน) : 6-1535

(15) ผู้จัดเก็บข้อมูล :

ชื่อ-สกุล : ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ โทรศัพท (ที่ทำงาน) : 6-1621

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ :	(4) มิติการประเมิน:
ตัวชี้วัดที่ 2	มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิภาพ
(2) ชื่อตัวชี้วัด:	(5) หน่วย PM (บริหารติดตามผล) :
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (Remission)	
(3) หน่วยวัด:	(6) หน่วยงานดำเนินการ/รับการประเมิน:
ร้อยละ	

(7) คำอธิบาย:

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems-10) หมวด F32.xx และเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศรารายใหม่ในปีงบประมาณ 2566 (หมายเหตุ : ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมวด F34.1 = Dysthymia, F38.X = Other moods [affective] disorders, และ F39.X = Unspecified mood [affective] disorder ถูกคัดออกเนื่องจากมีผลต่อการคำนวณอัตราการหายทุเลาของโรคซึมเศรารายใหม่)

หายทุเลา (Remission) หมายถึง ผู้ป่วยโรคซึมเศรารายใหม่ในปีงบประมาณ 2566 ทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 14 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 14 แห่ง โดยได้รับการบำบัดรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่องจนมี อาการหายทุเลา (remission) โดยใช้ผลการประเมิน 9Q < 7 ในเดือนที่ 2 และ 3 หลังได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาในโรงพยาบาลทั้ง 28 แห่ง

โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 14 แห่ง หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 1 – 12 ที่รวมดำเนินการตามตัวชี้วัดนี้ จำนวน 14 แห่ง โดยหน่วยบริการจิตเวช 14 แห่งจะเป็นผู้เลือกโรงพยาบาลทั่วไปเป็นตัวแทน ซึ่งจะต้องเป็นโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ และมีแผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกผู้ป่วยในที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวช

(8) ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ:-

$$\frac{\text{จำนวนการหายทุเลาของผู้ป่วยโรคซึมเศรารายใหม่ที่มารับบริการ ในปีงบประมาณ} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศรารายใหม่ในปีงบประมาณ}}$$

คำอธิบายสูตร:

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 (DSM-5:Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders-5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโรคฉบับที่ 10 (ICD10: International Classification of Diseases and Health Related Problems-10) หมวด F32.xx และเป็นผู้ป่วยรายใหม่ในงบประมาณ 2566

หายทุเลา หมายถึง ผู้ป่วยโรคซึมเศรารายใหม่ ในงบประมาณ 2566 ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 14 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 14 แห่ง โดยได้รับการบำบัดรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่องจนมีอาการหายทุเลา (remission)

การหายทุเลา โดยใช้ผลการประเมิน $9Q < 7$ ในเดือนที่ 2 และ 3 หลังได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาในโรงพยาบาลทั้ง 28 แห่ง

หมายเหตุ :

- 1) คาเปาหมายปี 2566 มาจากค่าเฉลี่ยงานวิจัยของ USA ร้อยละ 40.75
- 2) เริ่มเก็บข้อมูล 1 ตุลาคม 2565 - 31 พฤษภาคม 2566 และติดตามจนถึง 31 สิงหาคม 2566
- 3) ข้อมูล 1 มิถุนายน - 30 กันยายน 2566 นำไปรายงานงบประมาณ 2567
- 4) M = Month (เดือน)

(10) เงื่อนไข (โดยที่) :

เนื่องจากในปี 2562 – 2565 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยในที่กำหนดและมีการติดตามจนครบ 6 เดือน ในปี 2566 จะเก็บรวบรวมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโดยใช้ฐานจากงานวิจัย

(11) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ		
		2557	2558	2559
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รักษาแบบผู้ป่วยในหายทุเลา (Full remission)	ร้อยละ	54.27	56.45	70.50
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในหายทุเลา (Remission)	ร้อยละ	-	-	-

(12) แหล่งข้อมูล/วิธีจัดเก็บข้อมูล:

รายงานอัตราการหายทุเลาจากโรงพยาบาลจิตเวช 14 แห่ง ในสังกัดกรมสุขภาพจิต และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 14 แห่ง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุก 6 เดือน

(13) ระยะเวลาการรายงาน

ประเมินผลสัมฤทธิ์การบำบัดรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ (F32.xx) ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แล้วมีอาการหายทุเลา (Remission) จากรายงานของโรงพยาบาล จิตเวชจำนวน 14 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 14 แห่ง ในงบประมาณ

(14) ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด:

ชื่อ-สกุล: ศุภชัยวิชัยและฝักอบรม โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) : 6-1535

(15) ผู้จัดเก็บข้อมูล :

ชื่อ-สกุล : ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) : 6-1621

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	(4) มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 3	มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผล
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาได้รับการส่งต่อและติดตามต่อเนื่องในชุมชน	กกก. CT depress
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยร่วมดำเนินการ/รับการประเมิน:
ร้อยละ	กพย.โรคซึมเศร้าและพิเศษ ,กพย.สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน , กกก. MSO

(7) คำอธิบาย :

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษา หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems-10) หมวด F32, F33, F34.1, F38, และ F39 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

การส่งต่อและติดตามต่อเนื่องในชุมชน หมายถึง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้รับการดูแลช่วยเหลือ บำบัดรักษา หรือฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกาย สังคม จิตใจจนสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ และได้รับการส่งต่อข้อมูลในโปรแกรม HOSxP หรือ โปรแกรม Smart refer และมีการติดตามต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย โดยระบบนัดรักษาของโรงพยาบาล หรือการรักษาทางไกล (Tele Psychiatry) หรือระบบการติดตามต่อเนื่องของชุมชน อย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 ปี โดยต้องมีอย่างน้อย 1 ครั้ง ที่ติดตามผู้ป่วยเมื่อรับการรักษาครบ 1 ปี เพื่อติดตามว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการ Off case (ยุติการรักษาหรือจำหน่ายออกจากระบบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า) หรือต้องรับ

(8) ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ :

จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้รับการส่งต่อและติดตามต่อเนื่องในชุมชน	X 100
จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทั้งหมด	

(10) เงื่อนไข :-

รอบการประเมิน	แนวทางการดำเนินงาน
รอบ 6 เดือนแรก (ต.ค. - มี.ค.) รอบ 6 เดือนหลัง (เม.ย. - ก.ย.)	ดำเนินการ ดังนี้ 1. กลุ่มงานการพยาบาลโรคซึมเศร้าและพิเศษ หรือกลุ่มงานการพยาบาลอื่นๆที่ร่วมกับแพทย์และทีมสหวิชาชีพให้การดูแลช่วยเหลือ บำบัดรักษา หรือฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกาย สังคม จิตใจสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจนสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ 2. กลุ่มงานการพยาบาลโรคซึมเศร้าและพิเศษ หรือกลุ่มงานการพยาบาลอื่นๆที่จำหน่ายผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ข้อมูลการเซ็นยินยอมให้ติดตามดูแลต่อเนื่อง 3. กลุ่มงานการพยาบาลโรคซึมเศร้าและพิเศษ หรือกลุ่มงานการพยาบาลอื่นๆที่จำหน่ายผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่งต่อข้อมูลในโปรแกรม HOSxP หรือ กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยนอกส่งต่อข้อมูลในโปรแกรม Smart refer 4. กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน และคณะกรรมการ MSO มีการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย โดยระบบนัดรักษาของโรงพยาบาล หรือการรักษาทางไกล (Tele Psychiatry) หรือระบบการติดตามต่อเนื่องของชุมชน อย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 ปี 5. เมื่อมีการติดตามผู้ป่วยครบ 1 ปี กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน และคณะกรรมการ MSO สามารถระบุได้ว่า ผู้ป่วยได้รับการ Off case (ยุติการรักษาหรือจำหน่ายออกจากระบบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า) หรือต้องรับการรักษาต่อเนื่อง 6. คณะกรรมการ CT Depression ติดตามรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและจัดทำรายงานตามตัวชี้วัดในรอบ 6 เดือนแรกและ 6 เดือนหลัง

(11) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	ราย			
1. Total OPD		9,149	8,838	9,164
2. Total Discharge	ราย	268	332	353
3. Total OPD +Total Discharge	ราย	9,417	9,170	9,517

(12) แหล่งข้อมูล/วิธีจัดเก็บข้อมูล:

1. โปรแกรม HOSxP
2. โปรแกรม Smart refer
3. รายงาน 43 แฟ้มข้อมูล

(13) ระยะเวลาการรายงาน

2 รอบประเมิน คือ 6 เดือนแรก และ 6 เดือนหลัง

(14) ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด:

ชื่อ-สกุล : นางเยาวลักษณ์ การกล้า พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 045-352-507
นางสาวสุดารัตน์ พุดพิมพ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 045-352-756

(15) ผู้จัดเก็บข้อมูล :

ชื่อ-สกุล : นางสาวปิยะวรรณ พลศรี นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 045-352-524

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	(4) มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 4	มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผล
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
อัตราการไม่กลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	กกก.CT depress
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยร่วมดำเนินการ/รับการประเมิน:
ร้อยละ	กพย.จิตเวชผู้ป่วยนอก , กพย.โรคซึมเศร้าและพิเศษ , กพย.สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน , กกก. MSO

(7) คำอธิบาย :

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 (DSM-5:Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders-5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโรคฉบับที่ 10 (ICD10: International Classification of Diseases and Health Related Problems-10) หมวด F32.xx และเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ในปีงบประมาณที่เก็บข้อมูล

กลับเป็นซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ ในปีงบประมาณทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มี อายุ ตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยได้รับการบำบัดรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่องจนมีอาการหายทุเลา (remission) คือ มีผลการประเมิน 9Q < 7 ในเดือนที่ 2 และ 3 หลังได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาในโรงพยาบาล แล้วมีอาการกำเริบ (คะแนน 9Q > 7) ในช่วงของการติดตามผู้ป่วย ต่อเนื่อง 1 ปี

(8)ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ :

จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่หายทุเลา และไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำในช่วงติดตาม ต่อเนื่อง 1 ปี	X 100
จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่หายทุเลาทั้งหมด	

(10) เงื่อนไข : -

รอบการประเมิน	แนวทางการดำเนินงาน
รอบ 6 เดือนแรก (ต.ค. - มี.ค.) รอบ 6 เดือนหลัง (เม.ย. - ก.ย.)	ดำเนินการ ดังนี้ 1. กลุ่มงานการพยาบาลโรคซึมเศร้าและพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก หรือกลุ่มงานการพยาบาลอื่นๆ ที่ให้การดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ในปัจุบันประมาณ ด้วยแบบประเมิน 9Q ในวันแรกรับ เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 เดือนที่ 3 และในช่วงที่มีการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องในช่วง 1 ปี 2. แพทย์/พยาบาลที่ติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องผ่านระบบต่างๆ เช่น ระบบนัดรักษาของโรงพยาบาล หรือการรักษาทางไกล (Tele Psychiatry) หรือระบบการติดตามต่อเนื่องของชุมชน ประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ในปัจุบันประมาณ ด้วยแบบประเมิน 9Q ในวันแรกรับ เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 เดือนที่ 3 และในช่วงที่มีการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องในช่วง 1 ปี 3. คณะกรรมการ CT Depression ติดตามรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและจัดทำรายงานตามตัวชี้วัดในรอบ 6 เดือนแรกและ 6 เดือนหลัง

(11) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ข้อมูลผู้ป่วยหายทุเลา (Remission)	รายคน	-	-	-

(12) แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

1. โปรแกรม HOSxP
2. โปรแกรม Smart refer
3. โปรแกรม Tele Psychiatry
4. รายงาน 43 แฟ้มข้อมูล

(13) แนวทางการประเมินผล :

ประเมินจากข้อมูลเอกสาร หลักฐานต่างๆ ดังนี้	รอบการรายงาน/ประเมิน
- จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (Remission) - ข้อมูลผลการประเมิน 9Q ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในช่วงที่มีการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องในช่วง 1 ปี - ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการกลับเป็นซ้ำในช่วงการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องจนครบ 1 ปี	2 รอบประเมิน 6 เดือนแรก และ 6 เดือนหลัง

(14) ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :

ชื่อ-สกุล : นางเยาวลักษณ์ การกล้า พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 045-352-507
 นางสาวสุดารัตน์ พุฒพิมพ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 045-352-756

(15) ผู้จัดเก็บข้อมูล

ชื่อ-สกุล : นางสาวปิยะวรรณ พลศรี นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ
 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 045-352-524

(4) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ :	(4) มิติการประเมิน:
ตัวชี้วัดที่ 5	มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิภาพ
(5) ชื่อตัวชี้วัด:	(5) หน่วยPM (บริหารติดตามผล) :
มีส่วนร่วมพัฒนานโยบายแก้ไขปัญหาประเด็นความเป็นเลิศด้านโรคซึมเศร้าระดับประเทศ	คกก.EC , ศูนย์วิจัยและฝึกอบรม
(6) หน่วยวัด:	(6) หน่วยงานดำเนินการ/รับการประเมิน:
ครั้ง/ปี	

(7) คำอธิบาย:

ร่วมพัฒนานโยบายแก้ไขปัญหาประเด็นความเป็นเลิศด้านโรคซึมเศร้าระดับประเทศ หมายถึง การจัดทำข้อเสนอ หรือโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในระดับประเทศ

(8) ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
1 ครั้ง/ปี	1 ครั้ง/ปี	1 ครั้ง/ปี	1 ครั้ง/ปี	1 ครั้ง/ปี

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ :

จำนวนครั้งในการมีส่วนร่วมพัฒนานโยบายแก้ไขปัญหา ประเด็นความเป็นเลิศด้านโรคซึมเศร้าระดับประเทศ

(10) เงื่อนไข : -

(11) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ		
		2563	2564	2565
จำนวนครั้งในการมีส่วนร่วมพัฒนานโยบายแก้ไขปัญหา ประเด็นความเป็นเลิศด้านโรคซึมเศร้าระดับประเทศ	ครั้ง/ปี	1	1	-

(12) แหล่งข้อมูล/วิธีจัดเก็บข้อมูล:

รวบรวมข้อมูลจากเว็บไซต์การป้องกันและแก้ไขปัญหารอคซึมเศร้า (thaidepression.com)

(13) ระยะเวลาการรายงาน

รายงานทุก 1 ปี

(14) ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: ประธานคณะกรรมการ EC โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) : 6-1523

(15) ผู้จัดเก็บข้อมูล: เลขานุการคณะกรรมการ EC โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) : 6-1535

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	(4) มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 6	มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิภาพ
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
จำนวนงานวิจัย องค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้านโรคซึมเศร้าที่ ดำเนินการสำเร็จและถูกนำไปใช้ประโยชน์	คกก. EC , ศูนย์วิจัยและฝึกอบรม
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยร่วมดำเนินการ/รับการประเมิน:
เรื่อง	คณะผู้วิจัย

(7) คำอธิบาย :

งานวิจัย หมายถึง กระบวนการหาความรู้ความจริงใหม่ ที่มีระบบแบบแผนตามหลักวิชา อาศัยหลักเหตุผลที่รอบคอบ รัดกุม ละเอียดและเชื่อถือได้ และความรู้ความจริงนั้นจะนำไปเป็นหลักการ ทฤษฎี หรือ ข้อปฏิบัติที่ทำให้มนุษย์ได้รับรู้ และนำไปใช้เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตด้วยความสงบสุขหรือป้องกันและหลีกเลี่ยงภัยอันตรายต่างๆ ได้

องค์ความรู้ หมายถึง ความรู้ที่อยู่ในศาสตร์ ซึ่งอยู่ภายนอกตัวบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้ของบุคคลนั้นๆ ซึ่งไม่ได้ลอกเลียนมาจากองค์ความรู้ เป็นความรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากการถ่ายทอดจากประสบการณ์ ผ่านกระบวนการคิด ทดสอบเปรียบเทียบ หรือจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล เชื่อมโยงกับความรู้อื่นจนเกิดเป็นความเข้าใจ และนำไปใช้ประโยชน์ได้โดยความรู้ที่เกิดขึ้นนั้นผู้รับสามารถนำไปใช้ได้โดยตรง หรือสามารถนำมาปรับใช้ได้ เพื่อให้เหมาะกับสถานการณ์หรืองานที่กระทำอยู่

เทคโนโลยี หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวกับการผลิต การสร้าง และการใช้กระบวนการหรืออุปกรณ์ที่ไม่ได้มีในธรรมชาติซึ่งนำมาประยุกต์ใช้ในงานสุขภาพจิตและจิตเวช

โรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Major Depressive Disorder (severe) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32, F33, F34.1, F38 และ F39 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5)

การนำไปใช้ประโยชน์ หมายถึง การนำงานวิจัย องค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้านโรคซึมเศร้าไปใช้ประโยชน์ทั้งการบริการ วิชาการ และการบริหาร เป็นผลงานทั้งหมดที่มีของโรงพยาบาล

(8) คำเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
1 เรื่อง	1 เรื่อง	1 เรื่อง	1 เรื่อง	1 เรื่อง

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ :

จำนวนงานวิจัย องค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้านโรคซึมเศร้าที่ผ่านการวิจัยพัฒนา และนำไปใช้ประโยชน์

(10) เงื่อนไข : -

(11) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ		
		2560	2561	2662
จำนวนงานวิจัย องค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้านโรคซึมเศร้าที่ผ่านการวิจัย พัฒนา และนำไปใช้ประโยชน์	เรื่อง	4	9	2

(12) แหล่งข้อมูล/วิธีจัดเก็บข้อมูล:

รวบรวมข้อมูลจากเอกสาร/รายงานการนำผลงานวิจัย องค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต (หลักสูตร คู่มือ แบบประเมิน ฯลฯ) ทั้งจากเอกสารการขอใช้หรือขอรับการสนับสนุนของศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า และการ Download บนเว็บไซต์

(13) ระยะเวลาการรายงาน

รายงานทุก 1 ปี

(14) ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: :หัวหน้าศูนย์วิจัยและฝึกอบรม โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) : 6-1535

(15) ผู้จัดเก็บข้อมูล : ชื่อ-สกุล: นางสาวพัชรา สุขาวหะ โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) : 6-1535

ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 7	มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิภาพ
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
จำนวนหลักสูตรการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ผ่านการประกันคุณภาพ หรือรับรอง	คกก.EC , ศูนย์วิจัยและฝึกอบรม
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยร่วมดำเนินการ/รับการประเมิน:
หลักสูตร	คณะพัฒนาหลักสูตร

(7) คำอธิบาย :

หลักสูตร หมายถึงแผนการจัดการเรียน การสอนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ที่โรงพยาบาลกำหนดขึ้นเพื่อให้ผู้ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการให้บริการสุขภาพจิตที่ประกอบไปด้วยจุดประสงค์การเรียนรู้ ขอบข่ายเนื้อหาวิชา (Content) แผนการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน (Learning Activities)และการวัดผลและประเมินผลการเรียน (Evaluation)

การประกันคุณภาพหรือรับรอง หมายถึง สภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตร เช่น สภาการพยาบาล อนุมัติหรือให้การรับรองคุณภาพหลักสูตร

(8) ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
2 หลักสูตร	2 หลักสูตร	2 หลักสูตร	2 หลักสูตร	2 หลักสูตร

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ :

จำนวนหลักสูตรการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ผ่านการประกันคุณภาพ หรือรับรอง

(10) เงื่อนไข : -

(11) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ		
		2557	2558	2559
จำนวนหลักสูตรที่ผ่านการประกันคุณภาพ หรือรับรองโดยสภาวิชาชีพ	หลักสูตร	1	2	2

(12) แหล่งข้อมูล/วิธีจัดเก็บข้อมูล:

รวบรวมข้อมูลจากเอกสารผลการอนุมัติหรือรับรองหลักสูตรฝึกอบรมของโรงพยาบาล

(13) ระยะเวลาการรายงาน

รายงานทุก 1 ปี

(14) ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: หัวหน้าศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร

ชื่อ-สกุล: นางกมลทิพย์ สงวนรัมย์

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) :) 045-352-500 ต่อ 61 767

โทรศัพท์มือถือ :099-459-3885

(15) ผู้จัดเก็บข้อมูล:

ชื่อ-สกุล: นางสาวกฤษณ์ชลิ เพียรทอง

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) : 045-352-500 ต่อ 61 767

โทรศัพท์มือถือ :

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	(4) มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 8	มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิภาพ
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
8.1 ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	กพย.สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยงานดำเนินการ/รับการประเมิน:
ร้อยละ	คกก. CT จิตเวชเด็ก

(7) คำอธิบาย :

ผู้ป่วยสมาธิสั้น หมายถึง เด็กอายุ ระหว่าง 6-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (Attention –deficit/ hyperactivity disorder) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD –10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F90.0- 90.9 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์ อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5)

เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน หมายถึง การที่เด็กอายุระหว่าง 6- 15 ปี ผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ได้รับการบริการตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับรพศ./รพท./รพช./รพสต. หรือได้ รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย

(8)ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ :

จำนวนผู้ป่วยสมาธิสั้นอายุ 6 – 15 ปีในเขตสุขภาพ × 100
จำนวนประชากรประจำปีที่ผ่านมา อายุ 6 – 15 ปี × 0.054

ความชุกของโรคสมาธิสั้น เท่ากับร้อยละ 5.4

ฐานประชากรประจำปีที่ผ่านมาจากทะเบียนราษฎร ของ HDC 15 ปี หมายถึง 15 ปี 11 เดือน 29 วัน

(10) เงื่อนไข : -

(11) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ		
		2563	2564	2565
ร้อยละของผู้ป่วยสมารถขึ้นเข้าถึงบริการ	ร้อยละ	29.09	39.77	51.91

(12) แหล่งข้อมูล/วิธีจัดเก็บข้อมูล:

จากฐานข้อมูล HDC ของกระทรวงสาธารณสุข และจากฐานข้อมูลอื่น

(13) ระยะเวลาการรายงาน

2 รอบประเมิน คือ 6 เดือนแรก และ 6 เดือนหลัง

(14) ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด:

ชื่อ-สกุล: นางลัดดาวัลย์ คุณวุฒิ โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) :

(15) ผู้จัดเก็บข้อมูล :

ชื่อ-สกุล : กพย.สุภาพจิตและจิตเวชชุมชน โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) :

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	(4) มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 8	มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผล
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
8.2 ร้อยละของผู้ป่วยออทิสติกเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	กพย.สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยงานดำเนินการ/รับการประเมิน:
ร้อยละ	คกก. CT จิตเวชเด็ก

(7) คำอธิบาย :

ผู้ป่วยออทิสติก หมายถึง เด็กอายุ ระหว่าง 2- 5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสติก (Autism spectrum disorder) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD - 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F84.0-84.9 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน หมายถึง การที่เด็กอายุระหว่าง 2-5 ปี ผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสซึม ได้รับการบริการตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับรพศ./รพท./รพช./รพ.สต. หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย TDAS (Thai Diagnostic Autism Scale) หมายถึง เครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในระยะเริ่มแรกสำหรับเด็กไทย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จะให้ ผลการประเมินเป็นการวินิจฉัยอย่างมี หลักฐานให้กับแพทย์ โดยเครื่องมือนี้สามารถใช้ได้ในสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา และนักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย

(8) ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
ร้อยละ 50	ร้อยละ 53	ร้อยละ 55	ร้อยละ 58	ร้อยละ 60

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ :

จำนวนผู้ป่วยออทิสติก อายุ 2 – 5 ปีในเขตสุขภาพ × 100
จำนวนประชากรประจำปีที่ผ่านมา อายุ 2 - 5 ปี × 0.006

ความชุกของโรคออทิสซึม เท่ากับร้อยละ 0.6

ฐานประชากรประจำปีที่ผ่านมาจากทะเบียนราษฎร ของ HDC 5 ปี หมายถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน

(10) เงื่อนไข : -

(11) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ		
		2563	2564	2565
ร้อยละของผู้ป่วยออกหัตถิกรเข้าถึงบริการ	ร้อยละ	73.95	48.67	69.47

(12) แหล่งข้อมูล/วิธีจัดเก็บข้อมูล:

จากฐานข้อมูล HDC ของกระทรวงสาธารณสุข และจากฐานข้อมูลอื่น

(13) ระยะเวลาการรายงาน

2 รอบประเมิน คือ 6 เดือนแรก และ 6 เดือนหลัง

(14) ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด:

ชื่อ-สกุล: นางลัดดาวัลย์ คุณวุฒิ

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) :

(15) ผู้จัดเก็บข้อมูล :

ชื่อ-สกุล : กพย.สุภาพจิตและจิตเวชชุมชน

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) :

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	(4) มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 9	มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิภาพ
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
8.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ส่งต่อมาตามสภาพปัญหา ได้รับการรักษาต่อเนื่อง	คกก. CLT
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยงานดำเนินการ/รับการประเมิน:
ร้อยละ	

(7) คำอธิบาย :

(8) ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ :

จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อมาตามสภาพปัญหาได้รับการรักษาต่อเนื่อง × 100
จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อมารับการรักษาทั้งหมด

(10) เงื่อนไข : -

(11) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ		
		2563	2564	2565
ร้อยละของผู้ป่วยที่ส่งต่อมาตามสภาพปัญหา ได้รับการรักษาต่อเนื่อง	ร้อยละ			

(12) แหล่งข้อมูล/วิธีจัดเก็บข้อมูล:

จากฐานข้อมูล Smart refer

(13) ระยะเวลาการรายงาน

2 รอบประเมิน คือ 6 เดือนแรก และ 6 เดือนหลัง

(14) ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด:

ชื่อ-สกุล: คณะกรรมการ CLT โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) :

(15) ผู้จัดเก็บข้อมูล :

ชื่อ-สกุล : กพย.จิตเวชผู้ป่วยนอก โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) :

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	(4) มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 10	มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิภาพ
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
8.2 จำนวนผู้รับบริการคลินิกสุขภาพจิตเคลื่อนที่	คกก. CLT
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยงานดำเนินการ/รับการประเมิน:
ร้อยละ	

(7) คำอธิบาย :

หมายเหตุ รอกำหนด Template ปี 2568

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	(4) มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 11	มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผล
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ	คกก. QMR
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยงานดำเนินการ/รับการประเมิน:
ร้อยละ	กพย.จิตเวชผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยทุกหอ

(7) คำอธิบาย

ผู้รับบริการ หมายถึง ส่วนราชการ และ/หรือ ผู้ที่ได้รับมอบผลิตภัณฑ์ (product) หรือบริการจากหน่วยงานของกรมสุขภาพจิตโดยตรง หรือผ่านช่องทาง / วิธีการต่างๆที่หน่วยงานระบุไว้ ซึ่งผู้รับบริการนี้ควรมีความสอดคล้องกับที่ระบุไว้ในระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001 : 2008 และที่ระบุไว้ในมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลของหน่วยบริการจิตเวช เช่น ผู้ป่วย หน่วยงานใน/นอกกระทรวงสาธารณสุข ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมายถึง ผู้ที่ได้รับผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบ ทั้งทางตรงและทางอ้อม จากการดำเนินงานของหน่วยงาน เช่น ชุมชนที่มีผู้ป่วย ประชาชนทั่วไป เป็นต้น

การพิจารณาผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในแต่ละรอบของการประเมิน จะแบ่งประเด็นที่พิจารณาออกเป็น 4 ด้าน และแต่ละด้านมีความหมาย ดังนี้

ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ หมายถึง รูปแบบ กระบวนการ ขั้นตอน ระยะเวลาหรือวิธีการดำเนินงานของหน่วยงานที่มีความสะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ ความยืดหยุ่น เช่น จุดบริการต่างๆในบริการผู้ป่วยนอกที่มีผังแสดงหรือระยะเวลาจำกัดไว้ การวางแผนการดำเนินงานในการถ่ายทอดความรู้สู่เครือข่าย การบริหารจัดการ เป็นต้น

ด้านเจ้าหน้าที่ หมายถึง การปฏิบัติงานของบุคลากรของหน่วยงาน ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว

ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก หมายถึง สถานที่และจุดบริการ การมีช่องทาง/วิธีการที่ผู้รับบริการสามารถติดต่อกับหน่วยงานเพื่อขอรับบริการ รวมทั้งการเปิดรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ เช่น กล้องรับความคิดเห็น หนังสือราชการ โทรศัพท์ โทรสาร ไปรษณีย์ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ติดต่อด้วยตนเอง Call Center และกระดานข่าว เป็นต้น

ด้านคุณภาพผลิตภัณฑ์และบริการ โดย **ผลิตภัณฑ์** หมายถึง เทคโนโลยีและองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต เอกสาร หนังสือคู่มือและรายงาน ข้อมูลข่าวสาร เช่น กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ แนวทางและวิธีปฏิบัติ เป็นต้น และระบบเทคโนโลยี **บริการ** หมายถึง การให้บริการบำบัด รักษา ฟื้นฟู การให้บริการปรึกษา การฝึกอบรม การเผยแพร่ความรู้และข้อมูล การให้บริการผ่านระบบเทคโนโลยี เป็นต้น

(8) ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ : การคิดคะแนนของแต่ละระดับความพึงพอใจกำหนดหลักเกณฑ์ ดังนี้

ระดับความ พึงพอใจ	พอใจ มาก	พอใจ	พอใจ น้อย	ไม่พอใจ	ไม่พอใจ มาก	ไม่แสดง ความคิดเห็น
คะแนน	5	4	3	2	1	0

การวิเคราะห์คำนวณคะแนนความพึงพอใจในแต่ละด้าน และการคำนวณคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ภาพรวม) มีรายละเอียด ดังนี้

- 1) การคำนวณคะแนนความพึงพอใจในแต่ละด้าน จากผลคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจประเด็นย่อย
- 2) คำนวณความพึงพอใจในแต่ละด้านเป็นร้อยละ โดยนำคะแนนความพึงพอใจในแต่ละด้านที่ได้มา คำนวณร้อยละของคะแนน โดยการเทียบคะแนน 5 เท่ากับร้อยละ 100
- 3) การคำนวณคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ภาพรวม) เพื่อประกอบการประเมินผลตาม
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ 5 ดำเนินการ ดังนี้

3.1 รวมคะแนนความพึงพอใจในแต่ละด้าน แล้วนำมาเฉลี่ยเป็นคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ภาพรวม)

$$\text{คะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ(ภาพรวม)} = (\text{คะแนนความพึงพอใจด้านกระบวนการ/} \\ \text{ขั้นตอน} + \text{ด้านเจ้าหน้าที่} + \text{ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก} + \text{ด้านคุณภาพผลิตภัณฑ์หรือบริการ}) / 4$$

3.2 คำนวณความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ภาพรวม) เป็นร้อยละ โดยนำคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ภาพรวม) ที่ได้มาคำนวณร้อยละของคะแนน โดยการเทียบคะแนน 5 เท่ากับร้อยละ 100

(10) เงื่อนไข :

(11) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ		
		2563	2564	2565
ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	ร้อยละ	-	-	
-ผู้ป่วยนอก				
-ผู้ป่วยใน				

(12) แหล่งข้อมูล/วิธีจัดเก็บข้อมูล:

รวบรวมข้อมูลจากการสำรวจ online ผ่าน website /application Sat survey

(13) ระยะเวลาการรายงาน

รอบ 6 เดือนหลังของปีงบประมาณ

(14) ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: คณะกรรมการ QMR

(15) ผู้จัดเก็บข้อมูล:

ชื่อ-สกุล: สำนักคุณภาพ

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	(4) มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 12	มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิภาพ
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
ร้อยละของจำนวนอุบัติการณ์ระดับ E ลดลง	คกก. RM
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยงานดำเนินการ/รับการประเมิน:
ร้อยละ	กพย.จิตเวชผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยทุกหอ

(7) คำอธิบาย

อุบัติการณ์ หมายถึง การรายงานการเกิดสิ่งไม่พึงประสงค์ หรือสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย บุคลากร หรือสาธารณทั่วไป แล้วได้เกิดผลลัพธ์อันตรายหรืออาจเกิดอันตรายได้สูง เฉพาะอุบัติการณ์ 4 เรื่อง ดังนี้

1. อับัติการณ์ Admin Error ระดับ E ขึ้นไป
2. อับัติการณ์ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ระดับ E ขึ้นไป
3. อับัติการณ์ผู้ป่วยหลบหนี ระดับ E ขึ้นไป
4. อับัติการณ์ผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเอง ระดับ E ขึ้นไป

(8) ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
ร้อยละ ...	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ :

$\frac{\text{จำนวนอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปใน 6 เดือนที่ผ่านมา} - \text{จำนวนอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปใน 6 เดือนในรอบปัจจุบัน}}{\text{จำนวนอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปใน 6 เดือนที่ผ่านมา}} \times 100$

(7) เกณฑ์การให้คะแนน :

- เพิ่มขึ้น เท่ากับ 0 คะแนน
- คงที่เท่ากับ 0 คะแนน
- ลดลง เท่ากับ 5 คะแนน

หมายเหตุ กรณีอุบัติการณ์จำนวนอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปใน 6 เดือนที่ผ่านมา = 0 และอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปใน 6 เดือนในรอบปัจจุบัน = 0 ให้ได้ คะแนน = 5 คะแนน

(8) เงื่อนไข :

1. อุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป ให้ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดไว้ในระบบการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล จนครบกระบวนการที่ คณะกรรมการ RM ปิดเคส กรณีที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินการจะไม่นำมาคิดคะแนน
2. กรณีอุบัติการณ์หนึ่งๆมีผู้พบเห็นหลายคน ให้ผู้พบเห็นเหตุการณ์คนแรกเป็นผู้รายงานอุบัติการณ์เพียงคนเดียว

(9) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
จำนวนอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปทั้งหมด	รายงาน	31	51	91

(10) แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

อุบัติการณ์ของหน่วยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ในโปรแกรมบริหารความเสี่ยง HRMS

(11) แนวทางการประเมินผล :

ประเมินจากข้อมูลเอกสาร หลักฐานต่างๆ ดังนี้	รอบการรายงาน/ประเมิน	
จำนวนอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป ทั้งหมด	6 เดือนแรก	6 เดือนหลัง

12)) หน่วยกำกับดูแลตัวชี้วัดหลัก :

คณะกรรมการ RM

(13) หน่วยร่วมดำเนินการ

OPD IPD

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	(4) มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 13	มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผล
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
ร้อยละของมาตรฐานที่อ้างไว้ได้รับการรับรองมาตรฐานตามระยะเวลาที่กำหนด	สำนักคุณภาพ
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยงานดำเนินการ/รับการประเมิน:
ร้อยละ	หน่วยงาน /คกก.ที่เกี่ยวข้อง

(7) คำอธิบาย

มาตรฐานที่อ้างไว้ หมายถึง มาตรฐานการบริการ ที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงานภายนอก ได้แก่ HA ,ISO ,สสส. ฯลฯ

การรับรองมาตรฐานตามระยะเวลาที่กำหนด หมายถึง มีการอ้างรักษามาตรฐานที่ผ่านหรือได้รับการรับรองคุณภาพ ภายในระยะเวลาที่กำหนดในแต่ละมาตรฐาน

(8) ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ :

$\frac{\text{จำนวนการผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน} \times 100}{\text{จำนวนมาตรฐานทั้งหมดที่กำหนดในรอบ 1 ปี}}$
--

(10) เงื่อนไข :

(11) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ		
		2563	2564	2565
ร้อยละของมาตรฐานที่อ้างไว้ได้รับการรับรองมาตรฐานตามระยะเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	

(12) แหล่งข้อมูล/วิธีจัดเก็บข้อมูล:

รวบรวมข้อมูลจากการเปิดเผยบัตรที่ผ่านการรับรองคุณภาพ

(13) ระยะเวลาการรายงาน รอบ 6 เดือนหลังของปีงบประมาณ

(14) ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: คณะกรรมการ QMR

(15) ผู้จัดเก็บข้อมูล: สำนักคุณภาพ

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	(4) มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 14	มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผล
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
ผ่านการประเมินมาตรฐาน 3S ระดับ Advance	คกก. CLT
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยงานดำเนินการ/รับการประเมิน:
ร้อยละ	

(7) คำอธิบาย

มาตรฐาน 3S ระดับ Advance หมายถึง มาตรฐานการจัดระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช
ในระดับก้าวหน้า

(8) ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ :

ผลการประเมินการดำเนินงานตามมาตรฐาน 3S ผ่านเกณฑ์ในระดับ Advance
--

(10) เงื่อนไข :

(11) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ		
		2563	2564	2565
ผ่านการประเมินมาตรฐาน 3S ระดับ Advance	ร้อยละ	-	-	

(12) แหล่งข้อมูล/วิธีจัดเก็บข้อมูล:

รวบรวมข้อมูลจากผลลัพธ์การประเมินมาตรฐาน 3S

(13) ระยะเวลาการรายงาน รอบ 6 เดือนหลังของปีงบประมาณ

(14) ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: คณะกรรมการ CLT

(15) ผู้จัดเก็บข้อมูล: เลขานุการคณะกรรมการ CLT

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	(4) มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 15	มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผล
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชเข้าถึงบริการ Tele psychiatry	คกก. CLT
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยงานดำเนินการ/รับการประเมิน:
ร้อยละ	ก.การแพทย์, กพย.จิตเวชผู้ป่วยนอก

(7) คำอธิบาย :

Tele psychiatry หมายถึง การให้บริการตรวจรักษาจิตเวชทางไกลสำหรับผู้ป่วยนอก ที่ครอบคลุมกระบวนการ ดังนี้ 1. การประเมิน/คัดกรอง ได้แก่ – การประเมินสภาพจิต - การประเมินภาวะทางกาย - การประเมินภาวะอันตราย/ ความเสี่ยง และ - การคัดกรองภาวะโรคทางกาย 2. การตรวจวินิจฉัย/บำบัดรักษา 3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ และ 4. การประเมิน/ดูแลติดตามการรักษาเพื่อป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำ/การกลับป่วยซ้ำ

โปรแกรม/ช่องทางที่ใช้ในการบริการตรวจรักษาจิตเวชทางไกล (Telepsychiatry)

การบริการตรวจรักษาจิตเวชทางไกล (Telepsychiatry) สามารถให้บริการได้โดยการใช้เทคโนโลยีที่หลากหลายขึ้นอยู่กับความสะดวกและง่ายต่อการใช้งานของผู้รับบริการและผู้ให้บริการของแต่ละหน่วยงาน โดยโปรแกรม/ช่องทางที่ใช้ในการบริการ มีดังนี้ 1. Line 2. Session call 3. Zoom conference 4. Cisco Webex Meeting 5. Google Meet 6. Microsoft Teams 7. Skype 8. Line และ 9. DMS medicine

เข้าถึงบริการ Tele psychiatry หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเวช ได้รับการตรวจรักษาที่ครอบคลุมตามกระบวนการ Tele psychiatry ผ่านโปรแกรม/ช่องทางที่ใช้ในการบริการตรวจรักษาจิตเวชทางไกล (Telepsychiatry) ตามความสะดวกและง่ายต่อการใช้งานของผู้รับบริการ

(8)ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ :

จำนวนผู้ป่วยเข้าถึงบริการ Tele psychiatry × 100
จำนวนผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมินเข้ารับบริการ Tele psychiatry ทั้งหมด

(10) เงื่อนไข : -

(11) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ		
		2563	2564	2565
ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชเข้าถึงบริการ Tele psychiatry	ร้อยละ	-	-	-

(12) แหล่งข้อมูล/วิธีจัดเก็บข้อมูล:

จากฐานข้อมูล Tele psychiatry c และระบบ Hosxp

(13) ระยะเวลาการรายงาน

2 รอบประเมิน คือ 6 เดือนแรก และ 6 เดือนหลัง

(14) ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด:

ชื่อ-สกุล: คกก. CLT

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) :

(15) ผู้จัดเก็บข้อมูล :

ชื่อ-สกุล : ฝ่ายเวชระเบียน

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) :

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	(4) มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 16	มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิภาพ
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
อัตราการหาย หุเลา ของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการดูแลบำบัดรักษาระบบ Tele psychiatry	คกก. CLT ,CT depress ,CT ชุมชน ,CT สุราและสารเสพติด , CT จิตเภท
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยงานดำเนินการ/รับการประเมิน:
ร้อยละ	ก.การแพทย์, กพย.จิตเวชผู้ป่วยนอก

(7) คำอธิบาย :

หาย หุเลา หมายถึง ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการดูแลบำบัดรักษา และดูแลอย่างต่อเนื่องบนระบบ Tele psychiatry จนมีอาการหาย หุเลา ประเมินด้วยเครื่องมือมาตรฐานในการบำบัดแต่ละกลุ่มโรค หลังได้รับการบำบัดรักษา โดยจำแนกเป็น

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่องบนระบบ Tele psychiatry
2. ผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ได้รับการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่องบนระบบ Tele psychiatry
3. ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการรักษาต่อเนื่องภายใน 6 เดือน ด้วยระบบ Tele psychiatry
4. ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลต่อเนื่องจนถึงการติดตาม ด้วยระบบ Tele psychiatry
5. ผู้ต้องขังหลังพ้นโทษที่ได้รับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง บนระบบ Tele psychiatry

(8) ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ :

จำนวนผู้ป่วยนอกที่ได้รับการดูแลบำบัดรักษาระบบ Tele psychiatry จนหาย หุเลา × 100
จำนวนผู้ป่วยนอกที่ได้รับการดูแลบำบัดรักษาระบบ Tele psychiatry

(10) เงื่อนไข :-

(11) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ		
		2563	2564	2565
อัตราการหาย พุเลา ของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการดูแลบำบัดรักษานระบบ Tele psychiatry	ร้อยละ	-	-	-

(12) แหล่งข้อมูล/วิธีจัดเก็บข้อมูล:

จากฐานข้อมูล Tele psychiatry และระบบ Hosxp

(13) ระยะเวลาการรายงาน

2 รอบประเมิน คือ 6 เดือนแรก และ 6 เดือนหลัง

(14) ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด:

ชื่อ-สกุล: คกก. CLT

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) :

(15) ผู้จัดเก็บข้อมูล : ชื่อ-สกุล : ฝ่ายเวชระเบียน โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) :

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	(4) มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 17	มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิภาพ
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
อัตราการไม่กลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยที่เข้า Tele psychiatry	คกก. CLT ,CT depress ,CT ชุมชน ,CT สุราและสารเสพติด , CT จิตเภท
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยงานดำเนินการ/รับการประเมิน:
ร้อยละ	กพย.จิตเวชผู้ป่วยนอก ,กพย.สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

(7) คำอธิบาย :

ไม่กลับเป็นซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการรักษาและได้รับการดูแลจนอาการหาย หาย และได้รับการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่องบนระบบ Tele psychiatry ไม่กลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 3 เดือน โดยจำแนกเป็น

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่องบนระบบ Tele psychiatry
2. ผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ได้รับการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่องบนระบบ Tele psychiatry
3. ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการรักษาต่อเนื่องภายใน 6 เดือน ด้วยระบบ Tele psychiatry
4. ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลต่อเนื่องจนถึงการติดตาม ด้วยระบบ Tele psychiatry
5. ผู้ต้องขังหลังพ้นโทษที่ได้รับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง บนระบบ Tele psychiatry

(8) ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ :

จำนวนผู้ป่วยที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาระบบ Tele psychiatry
ไม่กลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 3 เดือน × 100
จำนวนผู้ป่วย ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาระบบ Tele psychiatry ทั้งหมด

(10) เงื่อนไข : -

(11) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ		
		2563	2564	2565
อัตราการไม่กลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยที่เข้า Tele psychiatry		-	-	-

(12) แหล่งข้อมูล/วิธีจัดเก็บข้อมูล:

จากฐานข้อมูล Tele psychiatry และระบบ Hosxp

(13) ระยะเวลาการรายงาน

2 รอบประเมิน คือ 6 เดือนแรก และ 6 เดือนหลัง

(14) ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด:

ชื่อ-สกุล: คกก. CLT

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) :

(15) ผู้จัดเก็บข้อมูล : ชื่อ-สกุล : ฝ่ายเวชระเบียน โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) :

ตัวชี้วัดที่ 18	มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผล
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
จำนวนเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพจิตที่พัฒนา	ศูนย์วิจัยและฝึกอบรม
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยงานดำเนินการ/รับบริการประเมิน:
เรื่อง	ฝ่ายสารนิเทศและประชาสัมพันธ์

(7) คำอธิบาย

เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพจิต หมายถึง เครื่องมือ อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ แอปพลิเคชัน ต่าง ๆ ที่พัฒนาขึ้นในรูปแบบดิจิทัล เพื่อนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการให้บริการผู้ป่วย และผู้รับบริการตามภารกิจหลัก ให้มีความทันสมัย รวดเร็ว มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มขึ้น เช่น โปรแกรม หรือ application การให้บริการผู้ป่วยต่าง ๆ เป็นต้น

(8) ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
1 เรื่อง	1 เรื่อง	1 เรื่อง	1 เรื่อง	1 เรื่อง

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ :

(10) เงื่อนไข :

(11) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ		
		2563	2564	2565
จำนวนเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพจิตที่พัฒนา	ร้อยละ	-	-	

(12) แหล่งข้อมูล/วิธีจัดเก็บข้อมูล:

รวบรวมข้อมูลจากรายงานการพัฒนาเทคโนโลยี

(13) ระยะเวลาการรายงาน

รอบ 6 เดือนหลังของปีงบประมาณ

(14) ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: คณะกรรมการ QMR

(15) ผู้จัดเก็บข้อมูล:

ชื่อ-สกุล: คณะกรรมการ KM

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	(4) มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 19	มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผล
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
ร้อยละของผู้ประสพภาวะวิกฤติที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์วิกฤติได้รับการเยียวยาจิตใจจนความเสี่ยงลดลง	กพย.สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยงานดำเนินการ/รับการประเมิน:
ร้อยละ	

(7) คำอธิบาย :

สถานการณ์วิกฤติ หมายถึง สาธารณภัย ตามพระราชบัญญัติ ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ.2550 ได้แก่ อัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย ภัยแล้ง โรคระบาดในมนุษย์ โรคระบาดสัตว์ โรคระบาดสัตว์น้ำ การระบาดของศัตรูพืชตลอดจนภัยอื่นๆ อันมีผลกระทบต่อสาธารณสุข ไม่ว่าเกิดจากธรรมชาติ มีผู้ทำให้เกิดขึ้น อุบัติเหตุ หรือเหตุอื่นใดซึ่งก่อให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต ร่างกายของประชาชน หรือความเสียหายแก่ทรัพย์สินของประชาชน หรือของรัฐและให้หมายความรวมถึงภัยทางอากาศ และการก่อวินาศกรรมด้วย

ซึ่งปรากฏในคู่มือการปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสพภาวะวิกฤติ (MCATT) ดังนี้

- ด้านสาธารณภัย ประกอบด้วย 14 ประเภทภัย
1. อุทกภัยและดินโคลนถล่ม
 2. ภัยจากพายุหมุนเขตร้อน
 3. ภัยจากอัคคีภัย
 4. ภัยจากสารเคมีและวัตถุอันตราย
 5. ภัยจากคมนาคมและขนส่ง
 6. ภัยแล้ง
 7. ภัยจากอากาศหนาว
 8. ภัยจากไฟฟ้าและหมอกควัน
 9. ภัยจากแผ่นดินไหวและอาคารถล่ม
 10. ภัยจากคลื่นสึนามิ
 11. ภัยจากโรคระบาดในมนุษย์
 12. ภัยจากโรค แมลง สัตว์ ศัตรูพืชระบาด
 13. ภัยจากโรคระบาดและสัตว์น้ำ
 14. ภัยจากเทคโนโลยีสารสนเทศ

ด้านความมั่นคง ประกอบด้วย 4 ประเภทภัย

1. ภัยจากการก่อวินาศกรรม
2. ภัยจากทุ่นระเบิดกับระเบิด
3. ภัยทางอากาศ
4. ภัยจากการชุมนุมประท้วง

วิกฤติทางสังคม (Social Crisis) หมายถึง เหตุการณ์ วิกฤตสุขภาพจิต ที่ส่งผลกระทบต่อลบต่อการรับรู้และความคิด ความรู้สึกของสังคมและชุมชน ได้แก่ พฤติกรรมฆ่าตัวตายที่รุนแรงผิดปกติ พฤติกรรมก่อความรุนแรงผิดปกติใน กลุ่มเด็กเยาวชนที่เปราะบาง และเหตุการณ์ สังหารที่มี ความรุนแรงส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมรับรู้ และข้อมูลข่าวสาร (อ้างอิง การเฝ้าระวัง เหตุการณ์ สำคัญและฉุกเฉินที่ต้องรายงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและผู้บริหารระดับสูงทราบทันที (Director Critical Information

Requirement; DCIRs ประเด็นด้านสุขภาพจิต) แหล่งข่าว จาก social listening news clipping ข่าวหน้าหนึ่ง และแหล่งข่าวในพื้นที่ผ่านทางประชาสัมพันธ์จังหวัด

ผู้ประสบภาวะวิกฤติที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง ผู้ประสบภาวะวิกฤติจากสถานการณ์วิกฤติที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ที่ได้รับการประเมิน/คัดกรองตามเวชระเบียนสำหรับ ผู้ประสบภาวะวิกฤติ (ผู้ใหญ่และเด็ก)และติดตามให้เข้าถึงบริการสุขภาพจิต ตั้งแต่ 1.ระยะวิกฤติ และฉุกเฉิน (ตั้งแต่เกิดเหตุ – 2 สัปดาห์) 2.ระยะหลังได้ รับผลกระทบ (2 สัปดาห์ – 3 เดือน) และ 3.ระยะฟื้นฟู (3 เดือนขึ้นไป) และรายงานในระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตสำหรับผู้ประสบภัยพิบัติในภาวะวิกฤติ (Crisis Mental Health Surveillance System: CMS) ดังนี้

- การประเมินและติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยง

กลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการติดตามต่อในระยะหลังได้รับผลกระทบ (A14) มี 7 กลุ่ม ดังนี้
A.ผู้บาดเจ็บ B.ผู้อยู่ในเหตุการณ์ C.ญาติ ของผู้เสียชีวิต D.ญาติผู้บาดเจ็บ E.ผู้สูญเสียบ้าน/ทรัพย์สิน
F.เจ้าหน้าที่/ผู้ให้ความช่วยเหลือ G.ผู้รับรู้เหตุการณ์

กรณีผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงสูง (แดง) ได้แก่ ผู้ที่มีคะแนน 9Q ≥ 19 คะแนน หรือ คะแนน 9Q ข้อ 9 ≥ 1 คะแนน หรือ PISCES-10 ≥ 19 คะแนน กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (เหลือง) ได้แก่ ผู้ที่มีระดับความเครียดจาก visual analog scale ≥ 4 คะแนน หรือ ผู้ที่มีคะแนน 9Q อยู่ระหว่าง 7 - 18 คะแนน หรือ ผู้ที่มีคะแนน PISCES-10 อยู่ระหว่าง 9 - 18 คะแนน กลุ่มเสี่ยงต่ำ / ไม่เสี่ยง (เขียว) ได้แก่ ผู้ที่ไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงข้างต้น

กรณีเด็ก/วัยรุ่น กลุ่มเสี่ยงสูง (แดง) ได้แก่ เด็ก / วัยรุ่น ที่มี คะแนน CRIES- 8 ≥ 17 คะแนน หรือ คะแนน PHQ- A ≥ 15 คะแนน หรือคะแนน PHQ- A ข้อ 9 ≥ 1 คะแนน กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (เหลือง) ได้แก่ เด็ก / วัยรุ่นที่มี อาการจาก Symptoms checklist พบอย่างน้อย 1 อาการ หรือมีคะแนน PHQ-A อยู่ระหว่าง 5 - 14 คะแนน กลุ่มเสี่ยงต่ำ / ไม่เสี่ยง (เขียว) ได้แก่ ผู้ที่ไม่มีอาการตามแบบประเมินข้างต้น อยู่ในระดับเสี่ยง

***โดยผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลางขึ้นไป จะต้องได้รับการติดตามต่อในระยะหลังได้รับผลกระทบ

การเฝ้าระวังจิตใจ หมายถึง ผู้ประสบภาวะวิกฤติ กลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มเสี่ยงปานกลาง ได้ รับการเฝ้าระวังจิตใจตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต โดยการติดตามในระยะหลังได้รับผลกระทบ (2 สัปดาห์–3 เดือน)

และระยะฟื้นฟู (3 เดือนขึ้นไป) พร้อมทั้งได้ รับการเฝ้าระวังจิตใจ / บำบัดรักษา ให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหาตามคู่มือการปฏิบัติงานที่ช่วยเหลือเฝ้าระวังจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤติ (MCATT) และรายงานในระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตสำหรับผู้ประสบภัยพิบัติในภาวะวิกฤติ (CMS) อย่างถูกต้องครบถ้วน

การได้รับการเฝ้าระวังจิตใจจนความเสี่ยงลดลง หมายถึง ผู้ประสบภาวะวิกฤติ ด้านสุขภาพจิตที่มีความเสี่ยงจากระดับสูง ลดลงเป็นระดับปานกลาง หรือ ระดับ ต่ำ หรือ ผู้ประสบภาวะวิกฤติ ด้านสุขภาพจิตที่มีความเสี่ยงจากระดับปานกลาง ลดลงเป็นระดับต่ำ จากการเฝ้าระวังจิตใจตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต

(8) ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
ร้อยละ 80	ร้อยละ 83	ร้อยละ 85	ร้อยละ 87	ร้อยละ 90

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ :

$\frac{\text{จำนวนผู้ประสบภาวะวิกฤติที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการช่วยเหลือ} \times 100}{\text{จำนวนผู้ประสบภาวะวิกฤติที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการติดตาม}}$

(10) เงื่อนไข : -

(11) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ		
		2563	2564	2565
ร้อยละของผู้ประสบภาวะวิกฤติที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์วิกฤติที่ได้รับการเยียวยาจิตใจจนความเสี่ยงลดลง	ร้อยละ	-	-	-

(12) แหล่งข้อมูล/วิธีจัดเก็บข้อมูล:

ฐานข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตสำหรับผู้ประสบภัยพิบัติ ในภาวะวิกฤติ (Crisis Mental Health Surveillance System : CMS)

สรุปรายงานความก้าวหน้าการขับเคลื่อนการดำเนินงานในเขตสุขภาพตามแบบรายงานโครงการสำคัญกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โครงการพัฒนาระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิตของประเทศไทย

(13) ระยะเวลาการรายงาน

6 เดือนหลัง

(14) ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด:

ชื่อ-สกุล: นางลัดดาวัลย์ คุณวุฒิ

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) :

(15) ผู้จัดเก็บข้อมูล :

ชื่อ-สกุล : กพย.สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) :

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	(4) มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 20	มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิภาพ
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลช่วยเหลือป้องกันไม่กระทำซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี	กพย.สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยงานดำเนินการ/รับการประเมิน:
ร้อยละ	

(7) คำอธิบาย :

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempt) หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองแต่ไม่ถึงกับเสียชีวิตโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้นและผลของการพยายามฆ่าตัวตายอาจบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บ ซึ่งวิธีการที่ใช้มีลักษณะสอดคล้องตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD -10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems -10) หมวด Intentional self-harm (X60-X84) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5)

ระยะเวลา 1 ปี หมายถึง นับตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม -วันที่ 30 กันยายน

ได้รับการช่วยเหลือป้องกัน ไม่กระทำซ้ำ หมายถึง ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้รับการบริการอย่างถูกต้องเหมาะสมใน 7 กิจกรรมเหล่านี้ 1) ได้รับการช่วยชีวิต และยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตายรวมทั้งส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขได้ทันทั่วทั้ง 2) ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84) 3) ได้รับการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเองเพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัจจัยกระตุ้นปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และดำเนิน รวมทั้งประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ในครอบครัวและชุมชน 4) ได้รับการช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง 5) ได้รับการสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง และดำเนินการเข้าถึงวัสดุ อุปกรณ์ หรือสารพิษที่ใช้ฆ่าตัวตาย 6) ญาติ หรือผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการพัฒนาทักษะสังเกตสัญญาณเตือนและมีช่องทางติดต่อที่สะดวกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 7) ได้รับการเฝ้าระวังติดตามประเมิน ความคิดและการกระทำฆ่าตัวตาย อย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกัน ไม่กระทำซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี

(8) ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
ร้อยละ 97	ร้อยละ 97	ร้อยละ 97	ร้อยละ 97	ร้อยละ 97

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ :

จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการช่วยเหลือป้องกันไม่กระทำซ้ำ × 100
จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายในพื้นที่ในปีงบประมาณ

(10) เงื่อนไข : -

(11) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ		
		2563	2564	2565
ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือป้องกันไม่กระทำซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ	-	-	-

(12) แหล่งข้อมูล/วิธีจัดเก็บข้อมูล:

- ข้อมูลของกองยุทธศาสตร์ และแผนงาน ,ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506 S version 10 plus และสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต
- รายงานการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence ,SDV

(13) ระยะเวลาการรายงาน

6 เดือนหลัง

(14) ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด:

ชื่อ-สกุล: นางลัดดาวัลย์ คุณวุฒิ โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) :

(15) ผู้จัดเก็บข้อมูล :

ชื่อ-สกุล : กพย.สุภาพจิตและจิตเวชชุมชน โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) :

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	(4) มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 21	มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิภาพ
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
ระดับความสำเร็จของการจัดตั้งศูนย์วิกฤตสุขภาพจิต	กพย.สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยงานดำเนินการ/รับการประเมิน:
ร้อยละ	

(7) คำอธิบาย :

ศูนย์วิกฤตสุขภาพจิต หมายถึง ศูนย์บัญชาการตอบโต้ต่อสถานการณ์วิกฤตฉุกเฉินด้านสุขภาพจิต และจิตเวช

(8) ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ :

ระดับ	แนวทางการประเมิน
1	มีผู้รับผิดชอบในศูนย์วิกฤตและมีการจัดตั้งคณะทำงานศูนย์วิกฤตสุขภาพจิต
2	1. มีการออกแบบ และวางระบบศูนย์วิกฤตสุขภาพจิต 2. โครงสร้างการองค์กรของระบบบัญชาการเหตุการณ์ 3. มีแผนการดำเนินงานของศูนย์วิกฤตสุขภาพจิต 4. มีแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือสถานการณ์วิกฤตของเขตสุขภาพ/จังหวัด 5. มีการเตรียมความพร้อม เครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นเมื่อเกิดสถานการณ์วิกฤต
3	1. มีทำเนียบวิทยากร MCATT 2. มีการอบรมพัฒนาศักยภาพทีม MCATT ในเขตสุขภาพ/จังหวัด ในการใช้ระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังวิกฤตสุขภาพจิต (Crisis Mental Health Surveillance System :CMS) รวมทั้งสนับสนุนองค์ความรู้ในการดำเนินงานตามบริบทและความต้องการของพื้นที่ 3. มีเครือข่ายประสานงานระดับจังหวัดและอำเภอ
4	มีการสนับสนุนทีมศูนย์วิกฤตสุขภาพจิต ให้การดูแลเฝ้าระวังวิกฤตสุขภาพจิต
5	มีรายงานผลการเยียวยาจิตใจของผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์วิกฤตได้รับการเยียวยาจิตใจจนความเสี่ยงลดลง

(10) เงื่อนไข :-

(11) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ		
		2563	2564	2565
ระดับความสำเร็จของการจัดตั้งศูนย์วิกฤตสุขภาพจิต	ร้อยละ	-	-	-

(12) แหล่งข้อมูล/วิธีจัดเก็บข้อมูล:

ฐานข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตสำหรับผู้ประสบภัยพิบัติ ในภาวะวิกฤติ (Crisis Mental Health Surveillance System : CMS)

สรุปรายงานความก้าวหน้าการขับเคลื่อนการดำเนินงานในเขตสุขภาพตามแบบรายงานโครงการสำคัญกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โครงการพัฒนาระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิตของประเทศไทย

(13) ระยะเวลาการรายงาน

6 เดือนหลัง

(14) ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด:

ชื่อ-สกุล: นางลัดดาวัลย์ คุณวุฒิ โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) :

(15) ผู้จัดเก็บข้อมูล :

ชื่อ-สกุล : กพย.สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) :

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	(4) มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 22	มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผล
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
ร้อยละความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจาก ศูนย์/ระบบวิกฤตสุขภาพจิต	กพย.สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยงานดำเนินการ/รับการประเมิน:
ร้อยละ	

(7) คำอธิบาย :

รอกการกำหนด Template จาก PM ในปีงบประมาณ 2567 -2568

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	(4) มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 23	มิติที่ 4 มิติด้านการพัฒนาองค์กร
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการตามกระบวนการ ที่ติดต่อขอรับบริการ	คกก. QMR
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยงานดำเนินการ/รับการประเมิน:
ร้อยละ	กพย.จิตเวชผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยทุกหอ

(7) คำอธิบาย

ผู้รับบริการ หมายถึง ส่วนราชการ และ/หรือ ผู้ที่ได้รับมอบผลิตภัณฑ์ (product) หรือบริการจากหน่วยงานของกรมสุขภาพจิตโดยตรง หรือผ่านช่องทาง / วิธีการต่างๆที่หน่วยงานระบุไว้ ซึ่งผู้รับบริการนี้ควรมีความสอดคล้องกับที่ระบุไว้ในระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001 : 2008 และที่ระบุไว้ในมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลของหน่วยบริการจิตเวช เช่น ผู้ป่วย หน่วยงานใน/นอกกระทรวงสาธารณสุข ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น

กระบวนการที่ขอรับบริการ หมายถึง ระบบงาน /หน่วยงาน ที่ผู้มารับบริการติดต่อขอรับบริการผ่านช่องทางต่าง ๆ ตามที่หน่วยงานกำหนด

การพิจารณาผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในแต่ละรอบของการประเมิน จะแบ่งประเด็นที่พิจารณาออกเป็น 4 ด้าน และแต่ละด้านมีความหมาย ดังนี้

ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ หมายถึง รูปแบบ กระบวนการ ขั้นตอน ระยะเวลาหรือวิธีการดำเนินงานของหน่วยงานที่มีความสะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ ความยืดหยุ่น เช่น จุดบริการต่างๆในบริการผู้ป่วยนอกที่มีผังแสดงหรือระยะเวลากำกับไว้ การวางแผนการดำเนินงานในการถ่ายทอดความรู้สู่เครือข่าย การบริหารจัดการ เป็นต้น

ด้านเจ้าหน้าที่ หมายถึง การปฏิบัติงานของบุคลากรของหน่วยงาน ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว

ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก หมายถึง สถานที่และจุดบริการ การมีช่องทาง/วิธีการที่ผู้รับบริการสามารถติดต่อกับหน่วยงานเพื่อขอรับบริการ รวมทั้งการเปิดรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ เช่น กล้องรับข้อความเห็น หนังสือราชการ โทรศัพท์ โทรสาร ไปรษณีย์ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ติดต่อด้วยตนเอง Call Center และกระดานข่าว เป็นต้น

ด้านคุณภาพผลิตภัณฑ์และบริการ โดย **ผลิตภัณฑ์** หมายถึง เทคโนโลยีและองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต เอกสาร หนังสือคู่มือและรายงาน ข้อมูลข่าวสาร เช่น กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ แนวทางและวิธีปฏิบัติ เป็นต้น และระบบเทคโนโลยี **บริการ** หมายถึง การให้บริการบำบัด รักษา ฟื้นฟู การให้บริการปรึกษา การฝึกอบรม การเผยแพร่ความรู้และข้อมูล การให้บริการผ่านระบบเทคโนโลยี เป็นต้น

(8) ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ : การคิดคะแนนของแต่ละระดับความพึงพอใจกำหนดหลักเกณฑ์ ดังนี้

ระดับความ พึงพอใจ	พอใจ มาก	พอใจ	พอใจ น้อย	ไม่พอใจ	ไม่พอใจ มาก	ไม่แสดง ความคิดเห็น
คะแนน	5	4	3	2	1	0

การวิเคราะห์คำนวณคะแนนความพึงพอใจในแต่ละด้าน และการคำนวณคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ภาพรวม) มีรายละเอียด ดังนี้

- 1) การคำนวณคะแนนความพึงพอใจในแต่ละด้าน จากผลคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจประเด็นย่อย
- 2) คำนวณความพึงพอใจในแต่ละด้านเป็นร้อยละ โดยนำคะแนนความพึงพอใจในแต่ละด้านที่ได้มา คำนวณร้อยละของคะแนน โดยการเทียบคะแนน 5 เท่ากับร้อยละ 100
- 3) การคำนวณคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ภาพรวม) เพื่อประกอบการประเมินผลตาม
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ 5 ดำเนินการ ดังนี้

3.1 รวมคะแนนความพึงพอใจในแต่ละด้าน แล้วนำมาเฉลี่ยเป็นคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ภาพรวม)

คะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ(ภาพรวม) = (คะแนนความพึงพอใจด้านกระบวนการ/
ขั้นตอน + ด้านเจ้าหน้าที่+ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก + ด้านคุณภาพผลิตภัณฑ์หรือบริการ) /4

3.2 คำนวณความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ภาพรวม) เป็นร้อยละ โดยนำคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ภาพรวม) ที่ได้มาคำนวณร้อยละของคะแนน โดยการเทียบคะแนน 5 เท่ากับร้อยละ 100

(10) เงื่อนไข :

(11) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ		
		2563	2564	2565
ความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้รับบริการตาม กระบวนการที่ติดต่อขอรับบริการ	ร้อยละ	-	-	

(12) แหล่งข้อมูล/วิธีจัดเก็บข้อมูล:

รวบรวมข้อมูลจากการสำรวจ online ผ่าน website /application Sat survey

(13) ระยะเวลาการรายงาน

รอบ 6 เดือนหลังของปีงบประมาณ

(14) ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: คณะกรรมการ QMR

(15) ผู้จัดเก็บข้อมูล:

ชื่อ-สกุล: สำนักคุณภาพ

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	(4) มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 24	มิติที่ 4 มิติด้านการพัฒนาองค์กร
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
ค่าคะแนน ITA	คกก. ศูนย์ราชการใสสะอาด
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยงานดำเนินการ/รับการประเมิน:
ร้อยละ	ทุกหน่วยงาน

(7) คำอธิบาย

ค่าคะแนน ITA หมายถึง การประเมินตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ครอบคลุมการปฏิบัติ ราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตในทุกมิติ ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ตลอดจนประเมิน “ระบบงาน” โดยเฉพาะกระบวนการเปิดเผยข้อมูล กระบวนการจัดซื้อจัดจ้างที่มี ความโปร่งใส รวมถึงขั้นตอนและกระบวนการปฏิบัติงานและการให้ บริการ ที่มีมาตรฐานและมี ความเป็นธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ ตลอดจนมีคุณลักษณะที่ดี ตามหลักธรรมาภิบาล รวมไปถึงจนถึงการประเมิน “วัฒนธรรม” ในหน่วยงานที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมวัฒนธรรมและค่านิยมสุจริต และประเมินแนวทางในการป้องกันการทุจริตและการป้องกันการปฏิบัติ งานที่อาจจะก่อให้เกิดผลประโยชน์ทับซ้อน ตลอดจนประเมินผลการปฏิบัติงานในภาพรวมที่สะท้อนได้ จากการรับรู้ ของผู้ มี ส่วนได้ ส่วนเสียภายในและผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียภายนอก ซึ่งล้วนแต่มี ความสำคัญและสามารถสะท้อนให้ เห็นถึงคุณลักษณะที่ดี ใน การดำเนินงานที่มี คุณธรรมและมีธรรมาภิบาล ที่ หน่วยงานภาครัฐและเจ้าหน้าที่ของรัฐ พึงจะต้องมีและยึดถือปฏิบัติได้เป็นอย่างดี

กรอบการประเมินคุณ ธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) แบ่งเป็น 10 ตัวชี้วัด ดังนี้

1. การปฏิบัติหน้าที่
2. การใช้งบประมาณ
3. การใช้อำนาจ
4. การใช้ทรัพย์สินของทางราชการ
5. การแก้ไขปัญหาการทุจริต
6. คุณภาพการดำเนินงานของหน่วยงาน
7. ประสิทธิภาพการสื่อสารของหน่วยงาน
8. การปรับปรุงระบบการทำงานของหน่วยงาน

9. การเปิดเผยข้อมูล

10. การป้องกันการทุจริต

หน่วยงานคุณธรรม หมายถึง องค์กรหรือหน่วยงานที่ผู้นำและสมาชิกของหน่วยงานแสดงเจตนารมณ์ และมุ่งมั่นดำเนินการส่งเสริมคุณธรรมในองค์กร และเป็นองค์กรที่มีส่วนร่วมสร้างสังคมคุณธรรม โดยมีการบริหารจัดการตามหลักคุณธรรมธรรมาภิบาล หรือหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ส่งเสริมสนับสนุน ให้ สมาชิกในองค์กร ยึดมั่นคุณธรรมเป็นฐาน ในการดำเนินชีวิตและปฏิบัติงาน และมีส่วนร่วมรณรงค์ส่งเสริม คุณธรรมให้กับประชาชน ชุมชน หรือเครือข่ายขององค์กรคุณธรรม แบบสำรวจความคิดเห็นด้านคุณธรรม และความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน เป็นการสำรวจการรับรู้ ความคิดเห็นของบุคลากรที่ เกี่ยวกับการบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ตลอดจนประเมิน ระบบงานที่ สะท้อนถึงคุณลักษณะที่ดีในการดำเนินงานที่มี คุณธรรมและมีธรรมาภิบาลที่หน่วยงานภาครัฐ และเจ้าหน้าที่ของรัฐพึงจะต้องมีและยึดถือปฏิบัติได้เป็นอย่างดีโดยมีกรอบการประเมินทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการปฏิบัติหน้าที่ 2) ด้านการใช้งบประมาณ 3) ด้านการใช้อำนาจ 4) ด้านการใช้ทรัพย์สินของ ราชการ 5) ด้านการแก้ไขปัญหาการทุจริต 6) ด้านความเชื่อมั่นต่อความโปร่งใสในการให้ บริการด้าน บริหารทรัพยากรบุคคล โดยกลุ่มเป้าหมายในการทำแบบสำรวจ ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกคนในสังกัด กรมสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี

(8) ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 85

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ :

1. ร้อยละของผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัด กรมสุขภาพจิต (ITA)

ผลคะแนนการประเมินตนเองตามแบบฟอร์มตรวจการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะ

(แบบ Open Data Integrity & Transparency Assessment : OIT) X 100

คะแนนเต็มของการประเมินตนเองตามแบบฟอร์มตรวจการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะ

(แบบ Open Data Integrity & Transparency Assessment : OIT)

2. มีการจัดทำแผนปฏิบัติการส่งเสริมคุณธรรมระดับหน่วยงาน

1. ร้อยละของผู้เข้าทำแบบสำรวจความคิดเห็นด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน

$$\frac{\text{จำนวนผู้เข้าทำแบบสำรวจความคิดเห็นด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน} \times 100}{\text{จำนวนบุคลากรทั้งหมดของหน่วยงาน}}$$

2. ร้อยละของผลการประเมินหน่วยงานคุณธรรม

$$\frac{\text{ผลคะแนนการประเมินตนเองตามแบบฟอร์มการประเมินหน่วยงานคุณธรรม} \times 100}{\text{คะแนนเต็มของการประเมินตนเองตามแบบฟอร์มการประเมินหน่วยงานคุณธรรม}}$$

คะแนนเต็มของการประเมินตนเองตามแบบฟอร์มการประเมินหน่วยงานคุณธรรม

(8) เงื่อนไข :

(9) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ค่าคะแนน ITA	ร้อยละ			

(10) แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

- เอกสาร/หลักฐานประกอบการดำเนินงานของหน่วยงาน และการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะตามแบบฟอร์ม ตรวจสอบการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะ (แบบ Open Data Integrity & Transparency Assessment: OIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน
- เอกสาร/หลักฐานประกอบการจัดทำแผนปฏิบัติการส่งเสริมคุณธรรมระดับหน่วยงาน
- ข้อมูลสารสนเทศผลการสำรวจความคิดเห็นด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน (แบบสำรวจออนไลน์)
- เอกสาร/หลักฐานประกอบการดำเนินงานตามแบบฟอร์มการประเมินหน่วยงานคุณธรรม

(11) แนวทางการประเมินผล :

จากผลการสำรวจ

12)) ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัดหลัก :

คณะกรรมการศูนย์ราชการใสสะอาด

(13) ผู้จัดเก็บข้อมูล :

ชื่อ-สกุล : คณะกรรมการศูนย์ราชการใสสะอาด และคณะกรรมการโรงพยาบาลคุณธรรม

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	(4) มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 25	มิติที่ 4 มิติด้านการพัฒนาองค์กร
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
ร้อยละของหน่วยงานที่มีการพัฒนาระบบ / ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	สำนักคุณภาพ
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยงานดำเนินการ/รับการประเมิน:
ร้อยละ	ทุกหน่วยงาน

(7) คำอธิบาย

การพัฒนาระบบ / ขั้นตอนการปฏิบัติงาน หมายถึง การพัฒนาระบบงานใหม่ หรือ ปรับปรุงกระบวนการทำงาน ให้สะดวก รวดเร็ว ต่อผู้รับบริการ

(8) ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
ร้อยละ 30	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ :

$$\frac{\text{จำนวนหน่วยงานที่มีการพัฒนาคุณภาพ} \times 100}{\text{จำนวนหน่วยงานทั้งหมด}}$$

(8) เงื่อนไข :

(9) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละของหน่วยงานที่มีการพัฒนาระบบขั้นตอนการปฏิบัติงาน	ร้อยละ			

(10) แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

จากแบบประเมินตนเอง และรายงานการพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน

(11) แนวทางการประเมินผล : จากแบบรายงานในรอบ 6 เดือนหลัง

(12) หน่วยกำกับดูแลตัวชี้วัดหลัก : สำนักคุณภาพ

(13) ผู้จัดเก็บข้อมูล : สำนักคุณภาพ

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	(4) มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 26	มิติที่ 4 มิติด้านการพัฒนาองค์กร
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
จำนวนครั้งที่ข้อมูลรั่วไหล หรือถูกร้องเรียนตาม พรบ. PDPA	ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยงานดำเนินการ/รับการประเมิน:
ครั้ง	ทุกหน่วยงาน

(7) คำอธิบาย

ข้อมูลรั่วไหล หมายถึง การพบอุบัติการณ์ข้อมูลส่วนบุคคลตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 รั่วไหล

พรบ. PDPA หมายถึง พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ที่หน่วยงานต้องในการดำเนินงานตามมาตรฐาน

(8) ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ :

จำนวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนตาม พรบ. PDPA

(8) เงื่อนไข :

(9) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
จำนวนครั้งที่ข้อมูลรั่วไหล หรือถูกร้องเรียนตาม พรบ. PDPA	ร้อยละ			

(10) แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

จากระบบ NRLS

(11) แนวทางการประเมินผล : รอบ 6 เดือนหลัง

(12) หน่วยกำกับดูแลตัวชี้วัดหลัก : ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ

(13) ผู้จัดเก็บข้อมูล : ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	(4) มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 27	มิติที่ 4 มิติด้านการพัฒนาองค์กร
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
ค่าคะแนนความสำเร็จของการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรดิจิทัล	ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยงานดำเนินการ/รับการประเมิน:
คะแนน	

(7) คำอธิบาย

การพัฒนาไปสู่การเป็นองค์กรดิจิทัล หมายถึง การดำเนินงานที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการพัฒนาบริการและวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และการพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อให้หน่วยบริการจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิตสามารถพัฒนาไปสู่การเป็นองค์กรดิจิทัลโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การพัฒนาบริการและวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
 - 1.1) พัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (EMR) ผู้ป่วยนอก
 - 1.2) พัฒนาระบบ Tele-psychiatry สำหรับผู้ป่วยใน สนทนากับญาติ
 - 1.3) พัฒนา Line OA และ Chatbot ที่สามารถเชื่อมต่อบริการของโรงพยาบาล เช่น ปรึกษา ไพรกษณีย จงคคว/นิตหมายออนไลน การจง Tele-psychiatry เป็นต้น
 - 1.4) การนำเข้าข้อมูลด้านสุขภาพจิตตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ตามเกณฑ์ความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลาที่กำหนด
 - นำเข้าข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
 - นำเข้าข้อมูล Data Center กรมสุขภาพจิต
 - 1.5) ติดตั้ง HIS Gateway
 - 1.6) เพิ่มระยะเวลาสร้างคุณค่า (Value time)
 - 1.7) สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชน บน Metaverse
 - 1.8 การจัดทำ Data Catalog ด้านสุขภาพจิต
 - 1.9) ปรับเปลี่ยนองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตสู่ดิจิทัล
(หน่วยบริการจิตเวช ข้อ 1.1-1.7, ศูนย์สุขภาพจิต ข้อ 1.7-1.9)
2. การพัฒนาระบบบริหารจัดการ
 - 2.1) Digitalized Process กระบวนการสนับสนุน (Back Office)
 - 2.2) การดำเนินงานด้านการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Data Protection)
 - 2.3) การดำเนินงานด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber Security)

ระบบจิตเวชทางไกล (Tele-psychiatry) หมายถึง เทคโนโลยีดิจิทัลที่ให้บริการตรวจวินิจฉัยและให้คำปรึกษาทางไกล ระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชกับผู้ป่วย รวมถึงการนำมาใช้ ในกรณีอื่น เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย

บัญชี LINE เพื่อธุรกิจ (LINE Official Account: LINE OA) หมายถึง บัญชีไลน์ประเภทหนึ่งที่ถูกออกแบบมาให้ใช้ในเชิงธุรกิจ สำหรับองค์กร หน่วยงาน หรือบุคคลที่ต้องการสื่อสารกับผู้ติดตามจำนวนมาก และไม่กระทบกับ LINE ส่วนบุคคล

แชทบอท (Chatbot) หมายถึง โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ที่จำลองบทสนทนาของมนุษย์ ที่สามารถสื่อสารผ่านข้อความหรือเสียงได้แบบ Real Time

ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record: EMR) หมายถึง เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งแฟ้มที่ถูกบันทึกข้อมูลบริการ หรือจัดเก็บด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ หรือคอมพิวเตอร์ และการบันทึกข้อมูลประวัติผู้ป่วยเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ โดยตรง เพื่อลดพื้นที่การจัดเก็บเอกสารและประโยชน์ในการสืบค้น Electronic Medical Record Adoption Model (EMRAM) เครื่องมือในการวัดระดับความพร้อม EMR (8 Stages) เพื่อการพัฒนาสู่สถานพยาบาลดิจิทัลเต็มรูปแบบ

Outpatient Electronic Medical Record Adoption Model (O- EMRAM) หมายถึง เครื่องมือในการวัดระดับความพร้อม EMR (8 Stages) ผู้ป่วยนอก

HIS Gateway หมายถึง โปรแกรมกลางสำหรับใช้ เป็นช่องทางเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูล ระหว่างหน่วยงานบริการหรือระบบงาน และ Application ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ส่งภายใน 48 ชั่วโมง เพื่อให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน

ระยะเวลาสร้างคุณค่า (Value time) หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้ รับบริการ/กิจกรรมระหว่างรอรับบริการตามขั้นตอนการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ระยะเวลาบริการ หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับบริการตามขั้นตอน ได้แก่ ระยะเวลาลงทะเบียนที่ห้องบัตร ระยะเวลาคัดกรอง ระยะเวลาในห้องตรวจแพทย์ ระยะเวลา กรณีได้ รับ intervention อื่น (บำบัดรักษาฟื้นฟูทางจิตสังคม)

ระยะเวลารอคอย หมายถึง ระยะเวลาการรอรับบริการ ได้แก่ ระยะเวลารอพบแพทย์ระยะเวลาลงทะเบียนรอพบแพทย์ ระยะเวลารอชำระเงิน ระยะเวลารอรับยา ระยะเวลารอรับยา (ผู้ป่วยนอกใหม่) ระยะเวลารอรับยาเดิม (ผู้ป่วยนอกเก่า)

เมตาเวิร์ส , จักรวาลเสมือน (Metaverse) หมายถึง สภาพแวดล้อมที่ถูกสร้างขึ้นด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล โดยการนำเอาบางส่วน of สื่อสังคม เกมออนไลน์ ภาพที่เกิดจากความเป็นจริงเสมือน (Virtual Reality-VR) ภาพที่เกิดจากความเป็นจริงเสริม (Augmented Reality-AR) มาบรรจบกับโลกแห่งความเป็นจริงแบบไร้รอยต่อด้วยอุปกรณ์ ที่กระตุ้นประสาทสัมผัสให้ เราสามารถมองเห็นเป็นภาพสามมิติได้ยินเสียงได้กลิ่น ได้สัมผัสตอบโต้และรับรู้ได้ผ่านทางอินเทอร์เนตเพื่อสร้างความรู้สึกร่วมของการมีอยู่เสมือนจริง

ความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) หมายถึง ความรู้ และความเชื่อของบุคคล

เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่ช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้ สามารถป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม

ชุดข้อมูล (Data set) หมายถึง การนำข้อมูล จากหลายแหล่งมารวบรวม เพื่อจัดเป็นชุดให้ตรงตามลักษณะโครงสร้างของข้อมูล หรือจากการใช้ประโยชน์ของข้อมูล

บัญชีข้อมูล (Data Catalog) หมายถึง รายการของชุดข้อมูลที่หน่วยงานถือครองหรือบริหารจัดการ ซึ่งรายการของชุดข้อมูลสามารถจัดเตรียมได้ในรูปแบบของตารางรายชื่อชุดข้อมูล รายงาน หรือแอปพลิเคชัน

คำอธิบายข้อมูล (Metadata) หมายถึง ข้อมูลที่ใช้ อธิบายข้อมูล โดยระบุ รายละเอียด แหล่งข้อมูล และคำอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูล ซึ่งจะทำให้ ผู้ใช้ข้อมูลทราบว่าข้อมูลมาจากแหล่งใด มี รูปแบบอย่างไร ช่วยอำนวยความสะดวกในการสืบค้นข้อมูล และใช้ประโยชน์ ในการจัดทำบัญชี ข้อมูลของหน่วยงาน และของประเทศ และสนับสนุนในการเปิดเผย เชื่อมโยง และแลกเปลี่ยนข้อมูลภาครัฐ

ความถูกต้อง (Accuracy) หมายถึง ข้อมูลที่มี ความถูกต้องหรือมี ความคลาดเคลื่อน (errors) น้อย โดย สามารถควบคุมขนาดของความคลาดเคลื่อนที่มีให้มีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด และข้อมูลควรได้รับการตรวจสอบความถูกต้องก่อนที่จะนำเข้าสู่ฐานข้อมูล

ความครบถ้วน (Completeness) หมายถึง ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาต้องเป็นข้อมูลที่ให้ข้อเท็จจริง (facts) ที่ครบถ้วนทุกด้านทุกประการ ข้อมูลต้องไม่ขาดส่วนหนึ่งส่วนใดที่ทำให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์

ความทันเวลา (Timeliness) หมายถึง ข้อมูลที่ทันสมัย (up to date) และทันต่อความต้องการของผู้ใช้งาน ไม่เกินระยะเวลาที่กำหนดไว้

Digitalized Process กระบวนการสนับสนุน (Back Office) หมายถึง การนำเอาเทคโนโลยี มาใช้เพื่อปรับเปลี่ยน รูปแบบการทำงานหรือกระบวนการทำงาน (Process) ภายในองค์กร ในกระบวนการสนับสนุน (Back Office) ที่ส่งผลให้เกิดโอกาสสร้างงานตามภารกิจผ่านช่องทางใหม่หรือรูปแบบใหม่รวมถึงโอกาสในการสร้างคุณค่าให้ กับองค์กร เพื่อให้เกิดมีความการเชื่อมโยงระบบงานแบบอัตโนมัติ รวดเร็ว สะดวกและลดการใช้กระดาษมากยิ่งขึ้นซึ่งมีผลต่อการพัฒนาสู่ Digital Transformation เพื่อยกระดับองค์กรไปสู่การเป็นองค์กรดิจิทัล ยกตัวอย่างเช่น ระบบสารบรรณ ระบบการเงิน ระบบจองรถ ระบบจองประชุม ระบบลา ระบบรายงานตัวชี้วัด ฯลฯ เป้าหมาย ร้อยละ 50 ของกระบวนการสนับสนุน Back Office ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต

การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Data Protection) หมายถึง การดำเนินงานของหน่วยงาน ตามแนวปฏิบัติการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล กรมสุขภาพจิต โดยมีการจัดทำเอกสารการดำเนินงาน ดังนี้

1. นโยบายการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Privacy Policy)
2. คำประกาศเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัว (Privacy Notice)
3. บันทึกการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล (Record of Processing Activities)
4. เอกสารแสดงความยินยอม (Consent Form)

5. แจ้งความยินยอมในการเก็บและใช้ข้อมูลคุกกี (Cookie Consent)
6. ข้อตกลงการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล (Data Processing Agreement)
7. ข้อตกลงการแบ่งปันข้อมูลส่วนบุคคล (Data Sharing Agreement)
8. ข้อตกลงการเป็นผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลร่วม (Joint Controller Agreement)
9. คำประกาศเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัวสำหรับผู้สมัครงานและผู้ปฏิบัติงาน
10. หนังสือแจ้งเหตุการณ์ละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Data Breach Notification)
11. แบบคำร้องขอใช้สิทธิ ของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล (Data Subject Rights Request Form)
12. หนังสือตอบกลับการใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล (Data Subject Rights Responding)

ความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber Security) หมายถึง กระบวนการและวิธีปฏิบัติที่ถูกออกแบบมา เพื่อปกป้องเครือข่าย อุปกรณ์ โปรแกรมและข้อมูลจากการโจมตี ความเสียหายหรือการเข้าถึงจากบุคคลที่ไม่ได้รับอนุญาตรวมทั้งการสำรองข้อมูลและการกู้คืนระบบ มีการจำลองสถานการณ์ที่ระบบไม่สามารถทำงานได้ เช่น กรณีถูกโปรแกรม Ransomware เข้ารหัสไฟล์จนระบบไม่สามารถทำงานต่อได้

(8) ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
5 คะแนน	5 คะแนน	5 คะแนน	5 คะแนน	5 คะแนน

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ :

ตามเกณฑ์แนวทางการประเมินผลในแต่ละประเด็น

(8) เงื่อนไข :

(9) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ค่าคะแนนความสำเร็จของการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรดิจิทัล	ร้อยละ			

(10) แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

1. HDC Services กระทรวงสาธารณสุข
2. Data Center กรมสุขภาพจิต
3. รายงานในรูปแบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (ส่งที่ ict@dmh.mail.go.th)
4. คลิปวิดีโอสาธิตการใช้งานระบบ (ส่งที่ ict@dmh.mail.go.th)
5. ระบบบัญชีข้อมูลที่กรมสุขภาพจิต (catalog.dmh.go.th)
6. ระบบข้อมูลระยะเวลาการให้บริการผู้ป่วยจิตเวช (psywait.dmh.go.th)
7. ผลการนิเทศติดตามการดำเนินงาน

(11) แนวทางการประเมินผล :

หัวข้อการประเมิน รายด้าน	รอบการประเมิน / คะแนนการประเมิน			
	รอบครึ่งปีงบประมาณ (5 เดือน : ต.ค.-ก.พ.)	คะแนน	รอบปีงบประมาณ (11 เดือน : ต.ค.-ส.ค.)	คะแนน
1. พัฒนาศักยภาพและ วิชาการด้านสุขภาพจิต และจิตเวช	พัฒนาระบบ Tele-psychiatry พัฒนาระบบ Tele-psychiatry สำหรับผู้ป่วยใน สนทนากับญาติ (เฉพาะหน่วยบริการที่มีผู้ป่วยใน)	0.5 (0.5)	พัฒนาระบบเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ (EMR) ผู้ป่วย นอก ตามแนวทาง O-EMRAM เทียบเท่าระดับที่ 4 ดังนี้ 1) มีการสั่งการรักษาทั้งหมดโดย แพทย์ ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Computerized Physician Order Entry: CPOE) 2) มีการสั่งยาในระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Prescription) 3) มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ ทางคลินิก (Clinical Decision Support) ในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ที่เชื่อมโยงกับคำสั่งแพทย์ 4) มีการเก็บข้อมูลผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการในระบบ อิเล็กทรอนิกส์ ที่ผู้เกี่ยวข้องใน การรักษาสามารถเปิดใช้งานได้ 5) สามารถแลกเปลี่ยนเอกสารเวชระเบียน ส่วนอื่นๆ เข้าสู่ระบบอิเล็กทรอนิกส์ ที่ผู้เกี่ยวข้องในการรักษาสามารถ เปิดใช้งานได้ 6) มีระบบ Picture archive and communication systems (PACS) ที่ผู้เกี่ยวข้องในการรักษาสามารถ เปิดใช้งานได้ (สำหรับหน่วยที่มี บริการ)	1
	พัฒนา Line OA และ Chatbot พัฒนา Line OA และ Chatbot ที่สามารถเชื่อมต่อบริการของ โรงพยาบาล เช่น รับยกส่งไปรษณีย์ จองคิวนัดหมายออนไลน์ การจอง Tele-Psychiatry เป็นต้น (หน่วยบริการที่ไม่มีผู้ป่วยใน คิดค่าคะแนนเป็น 1.0 คะแนน)	0.5 (0.5)		

หัวข้อการประเมิน รายด้าน	รอบการประเมิน / คะแนนการประเมิน			
	รอบครึ่งปีงบประมาณ (5 เดือน : ต.ค.-ก.พ.)	คะแนน	รอบปีงบประมาณ (11 เดือน : ต.ค.-ส.ค.)	คะแนน
1. พัฒนาศักยภาพและ วิชาการด้านสุขภาพจิต และจิตเวช	นำเข้าข้อมูล HDC กระทรวง สาธารณสุข และ Data center กรมสุขภาพจิต - นำเข้าข้อมูล HDC กระทรวง สาธารณสุข ตามเวลาที่กำหนด โดยหน่วยบริการนำเข้าข้อมูล ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล ด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ผ่าน HDC จังหวัด ภายใน 30 วัน - นำเข้าข้อมูล Data center กรมสุขภาพจิต ตามเกณฑ์ความ ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา โดย หน่วยบริการมีการปรับปรุง คุณภาพของการจัดส่งข้อมูล ตาม โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้าน สุขภาพ (43 แฟ้ม) * ถูกต้อง (แต่ละแฟ้มมี Error ไม่เกินร้อยละ 10)	1.0 (0.2) (0.8)	นำเข้าข้อมูล HDC กระทรวง สาธารณสุข และ Data center กรมสุขภาพจิต - นำเข้าข้อมูล HDC กระทรวง สาธารณสุข ตามเวลาที่กำหนด โดยหน่วยบริการนำเข้าข้อมูล ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล ด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ผ่าน HDC จังหวัด ภายใน 30 วัน	0.2 (0.2)
	-	-	HIS Gateway ของหน่วยงาน ในสังกัดกรมสุขภาพจิต การส่งข้อมูลตามโครงสร้าง มาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ผ่าน HIS Gateway - ครบถ้วน ทันเวลา (ภายใน 48 ชั่วโมง)	0.8 (0.8)
	เพิ่มระยะเวลาสร้างคุณค่า (Value time) ร้อยละของค่าเฉลี่ยระยะเวลา สร้างคุณค่า (นาฬิกา) ต่อค่าเฉลี่ย ระยะเวลารอคอย (นาฬิกา) ตั้งแต่ ร้อยละ 10 ขึ้นไป	0.5 (0.5)	เพิ่มระยะเวลาสร้างคุณค่า (Value time) ร้อยละของค่าเฉลี่ยระยะเวลา สร้างคุณค่า (นาฬิกา) ต่อค่าเฉลี่ย ระยะเวลารอคอย (นาฬิกา) ตั้งแต่ ร้อยละ 20 ขึ้นไป	0.5 (0.5)

หัวข้อการประเมิน รายด้าน	รอบการประเมิน / คะแนนการประเมิน			
	รอบครึ่งปีงบประมาณ (5 เดือน : ต.ค.-ก.พ.)	คะแนน	รอบปีงบประมาณ (11 เดือน : ต.ค.-ส.ค.)	คะแนน
1. พัฒนาศักยภาพและ วิชาการด้านสุขภาพจิต และจิตเวช	สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แก่ประชาชน บน Metaverse มีการสร้างความรอบรู้ด้าน สุขภาพจิต แก่ประชาชน บน Metaverse	0.5 (0.5)	สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แก่ประชาชน บน Metaverse 1) มีช่องทางการประชาสัมพันธ์ การใช้งานระบบ 2) มีสถิติการเข้าใช้งานระบบ	0.5 (0.25) (0.25)
2. พัฒนาระบบบริหาร จัดการ	Digitalized Process กระบวนการ สนับสนุน (back office) 1) สำรวจกระบวนการสนับสนุน ที่มีอยู่ และคัดเลือกกระบวนการ ที่จะทำการพัฒนาสู่ดิจิทัล อย่าง น้อยร้อยละ 50 ของกระ บวนการสนับสนุนที่มีอยู่ 2) ติดตั้งและใช้งานสำเร็จ อย่าง น้อย 1 ระบบ (ระบบใหม่หรือ พัฒนาระบบเดิม)	1 (0.2) (0.8)	Digitalized Process กระบวนการสนับสนุน (back office) รายงานผลสำเร็จการจัดทำ Digitalized Process และติดตั้ง การใช้งานระบบ	1 (1)
	การดำเนินงานด้านการคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Data Protection) โดยดำเนินงานตามแนวปฏิบัติ การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล กรมสุขภาพจิต 1) ประเมินผลการดำเนินงานโดย ประเมินตนเอง 2) ประเมินโดยผู้ดูแลตัวชี้วัดตาม แนวปฏิบัติ	0.5 (0.2) (0.3)	การดำเนินงานด้านการคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Data Protection) รายงานผลการดำเนินงานด้าน การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Data Protection)	0.5 (0.5)
	การดำเนินงานด้านความมั่นคง ปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber Security) 1) อบรมให้ความรู้ด้านความมั่นคง ปลอดภัยไซเบอร์แก่บุคลากร	0.5 (0.2)	การดำเนินงานด้านความมั่นคง ปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber Security) ซ้อมแผนป้องกันและแก้ไขปัญหา จากสถานการณ์ความไม่แน่นอน	0.5 (0.5)

หัวข้อการประเมิน รายด้าน	รอบการประเมิน / คะแนนการประเมิน			
	รอบครึ่งปีงบประมาณ (5 เดือน : ต.ค.-ก.พ.)	คะแนน	รอบปีงบประมาณ (11 เดือน : ต.ค.-ส.ค.)	คะแนน
2. พัฒนาระบบบริหารจัดการ	2) ปรับปรุงแนวปฏิบัติในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ รวมถึงการบริหารความเสี่ยง 3) รายงานอุบัติการณ์ และวิธีการแก้ไข	(0.2) (0.1)	และภัยพิบัติต่อระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT Contingency Plan) ของหน่วยงาน โดยต้องมีการซ้อมแผนกู้คืนระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ 1 แผน เป็นอย่างน้อย	
คะแนนรวม		5 คะแนน		5 คะแนน

(12) หน่วยกำกับดูแลตัวชี้วัดหลัก : ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ

(13) ผู้จัดเก็บข้อมูล : ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	(4) มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 28	มิติที่ 4 มิติด้านการพัฒนาองค์กร
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
จำนวนนวัตกรรมที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล	คกก. KM
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยงานดำเนินการ/รับการประเมิน:
เรื่อง	ทุกหน่วยงาน

(7) คำอธิบาย

นวัตกรรมที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล หมายถึง ผลงานที่เกิดจากการจัดการองค์ความรู้ประเภทต่าง ๆ ของหน่วยงาน โดยการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ในการจัดการความรู้ และผ่านการพิจารณาตามเกณฑ์การให้คะแนนผลงานจากคณะกรรมการพัฒนาระบบบริหารองค์ความรู้

เครื่องมือต่างๆ ในการจัดการความรู้ (Tools)		
1. ชุมชนนักปฏิบัติ (Community of practice : CoP)	7. เวทีเสวนาหรือสุนทรียสนทนา (Dialogue)	13. ฟอรัม ถาม – ตอบ (Forum)
2. การศึกษาดูงาน (Study tour)	8. เพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Assist)	14. บทเรียนจากความผิดพลาด (Lesson Learning)
3. การทบทวนหลังปฏิบัติการหรือการถอดบทเรียน (After action review : AAR)	9. การเรียนรู้โดยการปฏิบัติ (Action Learning)	15. เวทีกลุ่มเฉพาะ (Focus Group)
4. การเรียนรู้ร่วมกันหลังงานสำเร็จ (Retrospect)	10. มาตรฐานเปรียบเทียบ (Benchmarking)	16. การจัดเก็บความรู้ใน Web board, Intranet
5. เรื่องเล่าแรงบันดาลใจ (Springboard Storytelling)	11. การสอนงาน (Coaching)	๑๗. คู่มือการปฏิบัติงาน (Standard Operation Procedure: SOP)
6. การค้นหาสิ่งดีรอบตัว หรือสุนทรียสาธก (Appreciative Inquiring)	12. การเป็นพี่เลี้ยง (Mentoring)	18. การเล่าเรื่องพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (Coffee meeting)
		19. อื่นๆ R2R, งานวิจัย, การนำเสนอผลงานวิชาการในที่ประชุมวิชาการ RCA, CQI

(8) ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
5 เรื่อง	8 เรื่อง	11 เรื่อง	14 เรื่อง	17 เรื่อง

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ :

จำนวนนวัตกรรมที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลจากการจัดการความรู้

(8) เงื่อนไข :

(9) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
จำนวนนวัตกรรมที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล	เรื่อง			

(10) แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

ฐานข้อมูลการลงทะเบียนผลงาน และรายงานการดำเนินการตามแผนจัดการความรู้ของ ประจำปีงบประมาณ

(11) แนวทางการประเมินผล :

พิจารณาจาก เอกสาร / หลักฐานการลงทะเบียนและการเผยแพร่

(12) หน่วยกำกับดูแลตัวชี้วัดหลัก : คณะกรรมการพัฒนาระบบบริหารองค์ความรู้

(13) ผู้จัดเก็บข้อมูล : คณะกรรมการพัฒนาระบบบริหารองค์ความรู้

(1) ลำดับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์:	(4) มิติการประเมิน :
ตัวชี้วัดที่ 29	มิติที่ 4 มิติด้านการพัฒนาองค์กร
(2) ชื่อตัวชี้วัด :	(5) หน่วย PM(บริหารและติดตาม) :
ร้อยละบุคลากรมีความสุข	คกก. HR
(3) หน่วยวัด :	(6) หน่วยงานดำเนินการ/รับการประเมิน:
ร้อยละ	ทุกหน่วยงาน

(7) คำอธิบาย

บุคลากรมีความสุข หมายถึง บุคลากรที่ตอบแบบสำรวจ Happinometer แล้วมีผลการประเมินความสุขอยู่ในระดับ Happy (50.00 – 74.99) และ Very Happy (75.00- 100.00) ขึ้นไป

(8) ค่าเป้าหมาย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80

(9) สูตร/วิธีการคำนวณ :

$$\frac{\text{จำนวนบุคลากรที่ตอบแบบสำรวจมีความสุขในระดับ Happy ขึ้นไป} \times 100}{\text{จำนวนบุคลากรที่ตอบแบบสำรวจทั้งหมด}}$$

(10) เงื่อนไข :

(11) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละบุคลากรมีความสุข	เรื่อง			

(10) แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

จากแบบประเมินความสุขของบุคลากร Happinometer

(11) แนวทางการประเมินผล :

พิจารณาจากดัชนีชี้วัดความสุขรายด้าน

(12) หน่วยกำกับดูแลตัวชี้วัดหลัก : คณะกรรมการ HR

(13) ผู้จัดเก็บข้อมูล : คณะกรรมการ HR