

ผลงานเสนอขอประเมิน

เรื่อง

การพัฒนาแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570)

ของกรมสุขภาพจิต

ด้วยเทคนิคการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบเดลฟาย

(Delphi Strategic Future Research Technique : DSFRT)

โดย

นางสาวกัญชลี ศิริวิสูตร

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ

ตำแหน่งเลขที่ 97

กลุ่มงานพัฒนาระบบแผนงานและงบประมาณ

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต

ขอประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรง

ตำแหน่งนักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

ตำแหน่งเลขที่ 97

กลุ่มงานพัฒนาระบบแผนงานและงบประมาณ

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

ผลงานวิชาการเรื่อง การพัฒนาแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ด้วยเทคนิคการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบเดลฟาย (Delphi Strategic Future Research Technique : DSFRT) ฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ให้แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต มีความน่าเชื่อถือ เป็นที่ยอมรับของผู้บริหารและบุคลากรกรมสุขภาพจิต ตลอดจนเครือข่ายงานสุขภาพจิต และสอดคล้องเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และ 2) พัฒนาระบบการจัดทำแผนให้มีประสิทธิภาพ สามารถสร้างการระดมความคิดเห็น และสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกชั้นตอน สอดคล้องกับการบริหารงานภาครัฐแนวใหม่

วิธีการศึกษาครั้งนี้ ใช้กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้วยเทคนิคการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบเดลฟาย (Delphi Strategic Future Research Technique : DSFRT ผ่านตัวแบบ Input – Output ของทฤษฎีระบบ (System Theory) โดยครอบคลุมกระบวนการการพัฒนา และจัดทำแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี ทั้ง 13 ชั้นตอน ตั้งแต่ชั้นการศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based) อย่างเป็นระบบ ได้แก่ สถานการณ์ด้านสุขภาพจิต รวมทั้งสถานการณ์แวดล้อมต่างๆที่ท้าทายในอนาคต ชั้นการสำรวจประเด็น SWOT ในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ชั้นการกำหนดอนาคตของกรมสุขภาพจิต ผ่านกระบวนการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบเดลฟาย ซึ่งเป็นวิธีการที่ทรงพลังในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลให้มีความน่าเชื่อถือและได้รับความเชื่อมั่น โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสนับสนุนการวางแผนยุทธศาสตร์ และใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในกระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการ ผ่าน Platform ออนไลน์ที่สร้างการมีส่วนร่วมจากเครือข่าย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดทำแผนปฏิบัติการในทุกชั้นตอน ตลอดจนชั้นการประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อ (ร่าง) แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต จวบจนชั้นการจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มเอกสารแผนปฏิบัติการฯ และสื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตนำไปใช้ประโยชน์ในการเป็นแนวทางจัดทำแผนงาน/โครงการ ตลอดจนขับเคลื่อนการดำเนินงานตามพันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ ให้บรรลุสู่เป้าหมายหลักของแผนปฏิบัติการฯ ต่อไป

ผลการศึกษาพบว่า แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต นับเป็นกรอบทิศทางการพัฒนางานสุขภาพจิตในระดับกรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดในช่วง พ.ศ. 2566 – 2570 โดยสอดคล้องกับเป้าหมายและแนวทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566 - 2570) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และยุทธศาสตร์ชาติ ตามลำดับ ผ่านการดำเนินงานตาม 4 พันธกิจหลักของกรมสุขภาพจิต ได้แก่ 1) พัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านสุขภาพจิต โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดการนำไปใช้ประโยชน์ 2) สนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพจิตครอบคลุมทุกมิติในทุกกระดับ 3) สร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนในทุกกลุ่มวัยสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม และ 4) พัฒนากลไกและกำหนดทิศทางการดำเนินงานสุขภาพจิตของประเทศ รวมทั้งขับเคลื่อนภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์หลักทั้ง 4 ด้าน คือ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล

ที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี และประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต และกำลังคนสมรรถนะสูง เพื่อให้สามารถบรรลุวิสัยทัศน์กรมสุขภาพจิตในการเป็น “องค์กรหลักด้านสุขภาพจิตของประเทศ เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี สู้สังคมและเศรษฐกิจมูลค่าสูง” นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดในกระบวนการพัฒนาแผนปฏิบัติการคือ กระบวนการพัฒนาแผนจะใช้การประชุมในรูปแบบออนไลน์เป็นหลัก เพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่จะอยู่ในสถานที่ปฏิบัติงาน สภาพแวดล้อมและบรรยากาศ ไม่เอื้อให้มีสมาธิจดจ่ออยู่กับสาระสำคัญในการประชุม รวมทั้งอาจมีการทำงานอื่นควบคู่กับการประชุม จึงทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมบางส่วนขาดการแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสาระสำคัญของแผน ปฏิบัติราชการฯ รวมทั้งยังมีปัญหาความไม่เสถียรของระบบอินเทอร์เน็ตของกรมสุขภาพจิต ในการ Workshop ที่จะต้องแบ่งกลุ่มออนไลน์ ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมบางส่วนหลุดออกจากระบบการประชุม ส่งผลให้ไม่ได้แสดงความคิดเห็นหรือให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เพื่อแก้ไขปัญหานี้ กองยุทธศาสตร์และแผนงานจึงมีช่องทางการแสดงความคิดเห็นนอกเหนือจากในเวทีการประชุม โดยผ่านทางไลน์กลุ่ม “SM4DMH” หรือผ่านทางแบบสอบถามความคิดเห็นในประเด็นต่างๆ ในรูปแบบ Google Form เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ได้อย่างสะดวกต่อไป อีกข้อจำกัดหนึ่งก็คือ การกำหนดตัวชี้วัดที่ตอบสนองเป้าประสงค์ของประเด็นยุทธศาสตร์ รวมทั้งกลยุทธ์ใหม่ๆ ภายใต้แผนปฏิบัติการฯ ซึ่งตัวชี้วัดเหล่านี้จะสุ่มเสี่ยงต่อการไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดใหม่ ยังไม่เคยมีการจัดเก็บข้อมูลมาก่อน ไม่มีข้อมูลพื้นฐานที่ใช้อ้างอิงการกำหนดค่าเป้าหมาย ซึ่งถือเป็นอุปสรรคสำคัญที่อาจทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมายได้ อย่างไรก็ตาม เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุเป้าหมายของตัวชี้วัด กองยุทธศาสตร์และแผนงานจึงกำหนดค่าเป้าหมายในตัวชี้วัดดังกล่าว โดยพิจารณาจากความเหมาะสม/ความคาดหวังที่ควรจะเป็น เพื่อแสดงถึงความมุ่งมั่นในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย แม้ตัวชี้วัดเหล่านั้นจะไม่เคยดำเนินการมาก่อนก็ตาม

จากผลการศึกษา ปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัด จึงนำสู่ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาแผนปฏิบัติการฯ คือ

- 1) กองยุทธศาสตร์และแผนงานควรมีการกำหนดวิธีการสื่อสารแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ไปยังบุคลากรกรม และเครือข่ายงานสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสาระสำคัญของแผนปฏิบัติการอย่างสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เนื่องจากสาระสำคัญของแผนฯ มีการปรับเปลี่ยนไปจากแผนปฏิบัติการฉบับเดิมมาก รวมทั้งกำหนดกลไกการกำกับ ติดตามการดำเนินงานตามตัวชี้วัดภายใต้แผนปฏิบัติการฯ พร้อมทั้งทบทวนแผนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การขับเคลื่อนแผนมีประสิทธิภาพสูงสุด
- 2) กรมสุขภาพจิตควรบูรณาการ หรือปรับบทบาทภารกิจของกรมและของหน่วยงานในปัจจุบัน ให้ตอบสนองและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ใหม่ๆ ภายใต้แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ที่มีการพลิกโฉม และยกระดับการดำเนินงานสุขภาพจิตไปจากแผนปฏิบัติการฉบับเดิมอย่างมาก เพื่อให้กรมสามารถขับเคลื่อนและพัฒนางานดังกล่าวให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลสูงสุด ตลอดจนบรรลุตามเป้าหมายของแผนฯ ที่กำหนดไว้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
บทที่ 1	บทนำ
1.1	หลักการและเหตุผล
1.2	วัตถุประสงค์ของการดำเนินการ
1.3	ขอบเขตการดำเนินการ
1.4	กรอบแนวคิดในการดำเนินการ
1.5	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
1.6	นิยามศัพท์
บทที่ 2	แนวคิด ทฤษฎี สถานการณ์ด้านสุขภาพจิต และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2.1	แนวคิดเกี่ยวกับแผน 3 ระดับ ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2560 และความเชื่อมโยงของแผนระดับต่างๆ ที่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ชาติและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ
2.2	แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ พระราชกฤษฎีกากว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 และพระราชกฤษฎีกากว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562
2.3	แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการวางแผนยุทธศาสตร์
2.4	แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการกำหนดตัวชี้วัด
2.5	แผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2561-2565) ของกรมสุขภาพจิต ในวาระแรก ระยะ 3 ปี (พ.ศ.2563-2565)
2.6	เทคนิคการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบเดลฟาย (Delphi Strategic Future Research Technique)
2.7	การทบทวนสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตที่ทำทนายในอนาคต
2.8	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
บทที่ 3	กระบวนการดำเนินงาน
3.1	ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจความคิดเห็นต่อสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กร (SWOT Analysis)
3.2	ขั้นตอนที่ 2 การทบทวนสถานการณ์และแนวโน้มการดำเนินงานสุขภาพจิต

สารบัญ

	หน้า
3.3 ขั้นตอนที่ 3 การจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดกรอบทิศทางแผนปฏิบัติราชการ และคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) กรมสุขภาพจิต	73
3.4 ขั้นตอนที่ 4 การประชุมหารือการจัดทำแผนปฏิบัติราชการกรมสุขภาพจิต ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ร่วมกับทีมวิทยากรจากศูนย์บริการวิชาการ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	75
3.5 ขั้นตอนที่ 5 การประชุมคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) กรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 1/2565	75
3.6 ขั้นตอนที่ 6 การสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่ม Expert (ผู้บริหารระดับสูงของกรม และภายนอกกรม) เพื่อวิเคราะห์และค้นหาภาพฉายในอนาคต (Delphi Research Technique รอบที่ 1)	80
3.7 ขั้นตอนที่ 7 การประชุมคณะกรรมการกำหนดกรอบทิศทางแผนปฏิบัติ ราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) กรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 1/2565	99
3.8 ขั้นตอนที่ 8 การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงาน สุขภาพจิต และจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ ภายใต้แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต	100
3.9 ขั้นตอนที่ 9 การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำรายละเอียดและกำหนด โครงการสำคัญ ภายใต้ (ร่าง) แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 – 2570) ของกรมสุขภาพจิต	127
3.10 ขั้นตอนที่ 10 การประชุมคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) กรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 2/2565	139
3.11 ขั้นตอนที่ 11 การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสรุป (ร่าง) แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) กรมสุขภาพจิต	149
3.12 ขั้นตอนที่ 12 การสัมมนาประชาพิจารณ์ (ร่าง) แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) กรมสุขภาพจิต	170
3.13 ขั้นตอนที่ 13 การปรับปรุงแผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) กรมสุขภาพจิตให้มีความสมบูรณ์ การขออนุมัติแผนฯ และการเผยแพร่แผนฯ	186

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 4	ผลการดำเนินการ
4.1	แผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต
4.2	แผนที่ยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในแผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต
บทที่ 5	สรุปผลการดำเนินการ และข้อเสนอแนะ
5.1	สรุปผลการดำเนินการ
5.2	ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ
5.3	ข้อเสนอแนะ
บรรณานุกรม	212
ภาคผนวก	218
- คำสั่งกรมสุขภาพจิต ที่ 1071/2564 ลงวันที่ 19 พฤศจิกายน 2564 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต	219
- คำสั่งกรมสุขภาพจิต ที่ 1150/2564 ลงวันที่ 9 ธันวาคม 2564 เรื่อง แก้ไข คำสั่งคณะกรรมการและคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต	226
- ผลการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับสูงของกรม และผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ	227

บทที่ 1

บทนำ

การพัฒนาแผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ด้วยเทคนิคการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบเดลฟาย (Delphi Strategic Future Research Technique : DSFRT) ผู้ขอรับการประเมินได้พัฒนาแผนฯ ภายใต้หลักการที่สอดคล้องกับภารกิจหลักขององค์กร ตลอดจนเป็นไปตามบทบัญญัติพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี โดยในบทนี้จะกล่าวถึงหลักการและเหตุผลของการพัฒนาแผนปฏิบัติการ วัตถุประสงค์ ขอบเขตการดำเนินการ กรอบแนวคิด รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และนิยามศัพท์ต่างๆ ในการพัฒนาแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันประเทศไทยมีการจำแนกแผน ออกเป็น 3 ระดับ ตามที่กำหนดไว้โดยมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2560 โดยมียุทธศาสตร์ชาติเป็นแผนระดับที่ 1 ซึ่งใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่าง ๆ ให้สอดคล้องและบูรณาการกันเพื่อเกิดเป็นพลังผลักดันร่วมกันไปสู่เป้าหมายการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนตามหลักธรรมาภิบาล โดยในการแปลงยุทธศาสตร์ชาติไปสู่การปฏิบัตินั้นจะดำเนินการผ่านการถ่ายระดับเป้าหมายและประเด็นยุทธศาสตร์ชาติสู่แผนระดับที่ 2 ซึ่งเป็นแนวทางการขับเคลื่อนประเทศในมิติต่าง ๆ เพื่อบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ และการถ่ายทอดไปสู่แนวทางในการปฏิบัติ ในแผนระดับที่ 3 เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่มีความสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มุ่งสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทย มีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ภายในปี พ.ศ. 2580 ได้อย่างเป็นรูปธรรม

แผนระดับที่ 3 จึงเป็นกลไกสำคัญของหน่วยงานรัฐในการใช้เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน โดยดำเนินการผ่านแผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี ของหน่วยงานรัฐตั้งแต่ระดับกรมหรือเทียบเท่าขึ้นไป ตามบทบัญญัติพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 และ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ที่กำหนดให้ทุกหน่วยงานของรัฐต้องจัดทำแผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี เพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานในระยะ 5 ปี ให้บรรลุภารกิจหลักของหน่วยงานของรัฐ และขับเคลื่อนเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ชาติและเป้าหมายแผนระดับที่ 2 ตลอดจนแผนระดับที่ 3 อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน มีภารกิจสำคัญในการบริหารยุทธศาสตร์ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วย การจัดทำยุทธศาสตร์ การบริหารยุทธศาสตร์ และการติดตาม/ประเมินผลยุทธศาสตร์ โดยเฉพาะกระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์ของกรมสุขภาพจิต เป็นการผสมผสานแนวคิดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อการบริหารและพัฒนาองค์กร ควบคู่กับการพัฒนางานด้านสุขภาพจิตเพื่อประชาชน เป็นการกำหนดยุทธศาสตร์และเป้าหมายการพัฒนากกรมสุขภาพจิต ทั้งแบบระยะยาว 5 ปี ระยะปานกลาง 3 ปี และระยะสั้น 1 ปี โดยแผน

ยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต มีกรอบระยะเวลาที่สอดคล้องกับระยะเวลาการดำเนินงานของยุทธศาสตร์ชาติ ซึ่งเป็นแผนระดับที่ 1 และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งเป็นแผนระดับที่ 2 โดยมีกระบวนการจัดทำอย่างเต็มรูปแบบตั้งแต่ปี 2554 จนถึงปัจจุบันที่ได้พัฒนาปรับปรุงต่อยอดกระบวนการให้มีคุณภาพและיעียบคมมากขึ้น ซึ่งในปีงบประมาณ 2565 ถือเป็นปีสิ้นสุดการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ หรือ “แผนปฏิบัติการราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2561-2565) ของกรมสุขภาพจิต ในวาระแรกระยะ 3 ปี (พ.ศ.2563-2565)” ประกอบกับยุทธศาสตร์ชาติ ได้มุ่งพัฒนาไปสู่เป้าหมายการดำเนินงานในระยะที่ 2 (พ.ศ.2566 – 2570) ตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติ เชื่อมโยงสู่การเปลี่ยนแปลงเป้าหมายและสาระของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566-2570) ที่มุ่งพลิกโฉมประเทศไทยสู่ “สังคมก้าวหน้า เศรษฐกิจสร้างมูลค่าอย่างยั่งยืน” ภายใต้บริบทการดำเนินงานในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงทิศทางการดำเนินงานของประเทศ และถูกกระทบด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ทำให้กระบวนการทำงานเปลี่ยนไป เป็นการปฏิบัติงานที่อยู่บนพื้นฐานของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างรวดเร็ว ส่งผลต่อการกำหนดทิศทางการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตในระยะ 5 ปีข้างหน้า ด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษาจึงได้คำนึงถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์ดังกล่าว ทั้งในเรื่องการสร้างการมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำแผนฯ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 การออกแบบกระบวนการจัดทำแผนฯ ให้เป็นที่น่าเชื่อถือ และเป็นที่น่าสนใจผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล และการออกแบบแผนฯ ให้สอดคล้องกับเป้าหมายของประเทศ และสามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานของกรมได้ จึงจำเป็นต้องพัฒนากระบวนการจัดทำแผนฯ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อให้แผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิตมีความน่าเชื่อถือ ส่งผลต่อการขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติในทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ และได้รับการยอมรับร่วมกันอย่างแท้จริง

1.2 วัตถุประสงค์ของการดำเนินการ

1.2.1 เพื่อให้แผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต มีความน่าเชื่อถือ เป็นที่ยอมรับของผู้บริหารและบุคลากรกรมสุขภาพจิต ตลอดจนเครือข่ายงานสุขภาพจิต และสอดคล้องเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ

1.2.2 เพื่อพัฒนากระบวนการจัดทำแผนฯ ให้มีประสิทธิภาพ สามารถสร้างการระดมความคิดเห็น และสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอน สอดคล้องกับการบริหารงานภาครัฐแนวใหม่

1.3 ขอบเขตการดำเนินการ

1.3.1 ขอบเขตด้านเนื้อหาสาระ

1) ครอบคลุมกระบวนการการพัฒนา และจัดทำแผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่การศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตและสถานการณ์แวดล้อมต่างๆที่ทำนายในอนาคต การสำรวจประเด็น SWOT ในกลุ่มหัวหน้าหน่วยงานและนักวิชาการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ตลอดจนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้เข้าสู่กระบวนการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบเดลฟาย ผ่าน Platform ออนไลน์ ทั้งในรูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการที่สร้างการมีส่วนร่วมจากเครือข่าย

และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดทำแผนปฏิบัติราชการในทุกชั้นตอน การประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ตลอดจนการประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อ (ร่าง) แผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต จวบจนการจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มเอกสารแผนปฏิบัติราชการฯ และสื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

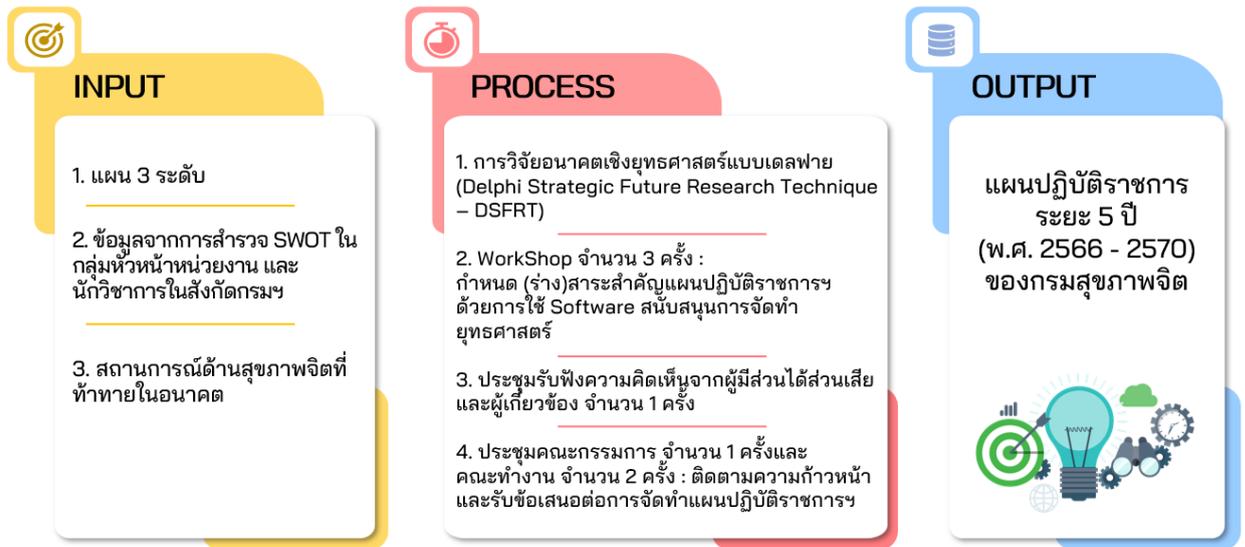
2) ครอบคลุมการใช้เทคนิคการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบเดลฟาย (Delphi Strategic Future Research Technique : DSFRT) ในการวิเคราะห์ SWOT และค้นหาภาพอนาคตของกรมสุขภาพจิต โดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในบริบทที่เกี่ยวข้องกับแผนยุทธศาสตร์ที่ได้รับการยอมรับสูงสุดในแวดวงด้านสุขภาพจิต (Delphi Research Technique รอบที่ 1) รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาจัดทำประเด็นปัจจัยทั้ง 4 หมวดตามตัวแบบ SWOT ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต เพื่อให้น้ำหนักความสำคัญเรียงตามคะแนนประเด็น SWOT แต่ละประเด็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภายในและภายนอกกรมสุขภาพจิต (Delphi Research Technique รอบที่ 2) และการกำหนดตำแหน่งเชิงยุทธศาสตร์ในปัจจุบันของกรมสุขภาพจิต (Strategic Positioning: SP) และกลยุทธ์ (Tactic) ที่ได้จากการจัดการความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์ โดยผู้บริหารกรมสุขภาพจิต ผู้บริหารหน่วยงาน นักวิชาการ ตลอดจนคณะกรรมการกำหนดกรอบทิศทาง และคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (Delphi Research Technique รอบที่ 3 และรอบที่ 4)

1.3.2 ขอบเขตด้านระยะเวลา การพัฒนาแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ด้วยเทคนิคการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบเดลฟาย (Delphi Strategic Future Research Technique : DSFRT) ใช้ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2564 – เดือนมีนาคม 2566 ซึ่งในช่วงปี 2564 – 2565 เป็นช่วงเวลาเดียวกับการเกิดสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ทำให้กระบวนการทำงานต้องอยู่ภายใต้ข้อจำกัดของมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19

1.4 กรอบแนวคิดในการดำเนินการ

จากการศึกษากระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาเรื่อง การพัฒนาแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ด้วยเทคนิคการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบเดลฟาย (Delphi Strategic Future Research Technique : DSFRT) ผู้ขอรับการประเมินจึงได้ประยุกต์ใช้ตัวแบบ Input – Output ของทฤษฎีระบบ (System Theory) มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดที่แสดงกระบวนการได้มาซึ่งความสัมพันธ์ของแต่ละชั้นตอนที่ได้ออกแบบและเชื่อมโยงไว้อย่างชัดเจน ดังแผนภาพที่ 1-1

แผนภาพที่ 1-1 กรอบแนวคิดในการดำเนินการพัฒนาแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570)
ของกรมสุขภาพจิต ด้วยเทคนิคการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบเดลฟาย



1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.5.1 บุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิต ทั้งระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน นำแผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ไปใช้เป็นกรอบแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิต ให้แก่หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต และนำไปสู่การแปลงเป็นนโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิต แนวทางการดำเนินงานประจำปี ตลอดจนการจัดทำแผนงานหรือโครงการให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตอย่างเป็นรูปธรรม

1.5.2 กรมสุขภาพจิตมีแผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ที่สาระสำคัญของแผนฯ สามารถประสานประโยชน์แบบบูรณาการงานสุขภาพจิตระหว่างกัน ทั้งระดับหน่วยงาน ระดับพื้นที่ในเขตสุขภาพ ระดับชุมชน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ตลอดจนระดับประเทศ เพื่อการพัฒนาให้ประชาชนมีสุขภาพจิตดี ผู้สังคมก้าวหน้า เศรษฐกิจสร้างมูลค่าอย่างยั่งยืนต่อไป

1.6 นิยามศัพท์

1.6.1 **ปัจจัยนำเข้า (Input)** หมายถึง ทรัพยากรและสิ่งที่เอื้อต่อการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติราชการ ในที่นี้หมายถึง 1) แผน 3 ระดับ 2) ข้อมูลจากการสำรวจ SWOT ในกลุ่มหัวหน้าหน่วยงานและนักวิชาการในสังกัดกรมฯ และ 3) สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตที่ท้าทายในอนาคต

1.6.2 **กระบวนการ (Process)** หมายถึง ขั้นตอนและวิธีการที่ใช้ในการปฏิบัติ เพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิต ในที่นี้หมายถึง 1) การวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบเดลฟาย (Delphi Strategic Future Research Technique – DSFRT) 2) Workshop จำนวน 3 ครั้ง โดยทีมวิทยากรจากศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการกำหนด (ร่าง) สาระสำคัญแผนปฏิบัติราชการฯ ด้วยการ ใช้ Software สนับสนุนการจัดทำยุทธศาสตร์ 3) ประชุมรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 1 ครั้ง และ 4) ประชุม

คณะกรรมการกำหนดกรอบทิศทางแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) กรมสุขภาพจิต จำนวน 1 ครั้ง และประชุมคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) กรมสุขภาพจิต จำนวน 2 ครั้ง

1.6.3 **ผลผลิต (Output)** หมายถึง ผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมและสามารถรับรู้ได้ ในที่นี้หมายถึง แผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) กรมสุขภาพจิต

1.6.4 **แผน 3 ระดับ** หมายถึง รูปแบบการจำแนกแผนของประเทศไทย ตามที่กำหนดไว้โดยมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2560 ดังนี้ **แผนระดับที่ 1** คือ “ยุทธศาสตร์ชาติ” เป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศ อย่างยั่งยืน ตามหลักธรรมาภิบาล เพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่าง ๆ ให้สอดคล้องและบูรณาการกัน เพื่อให้เกิดเป็นพลังผลักดันร่วมกันไปสู่เป้าหมายดังกล่าว ตามนัยของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 หมวด 6 แนวนโยบายแห่งรัฐ มาตรา 65 **แผนระดับที่ 2** คือ แผนซึ่งเป็นแนวทางการขับเคลื่อน ประเทศในมิติต่าง ๆ เพื่อบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ และถ่ายทอดไปสู่แนวทางในการ ปฏิบัติ ในแผนระดับที่ 3 ประกอบด้วย 4 แผน ดังนี้ “แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ” “แผนการปฏิรูป ประเทศ” “แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ” และ “นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยความมั่นคงแห่งชาติ” **แผนระดับที่ 3** คือ แผนที่จัดทำขึ้นโดยหน่วยงานของรัฐ เพื่อถ่ายทอดเป้าหมายและประเด็นการพัฒนาของ แผนระดับที่ 1 และแผนระดับที่ 2 ไปสู่การปฏิบัติ หรือจัดทำขึ้นตามพันธกรณีหรืออนุสัญญาระหว่างประเทศ ประกอบด้วยแผนต่าง ๆ ดังนี้ “แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี และรายปี” เป็นแผนของหน่วยงานของรัฐตั้งแต่ ระดับกรมหรือเทียบเท่าขึ้นไป “แผนปฏิบัติการด้าน ...” เป็นแผนการพัฒนาเชิงประเด็น ที่ไม่ใช้การดำเนินการ ที่มีลักษณะเป็นภารกิจปกติ “แผนอื่นๆ” เป็นแผนปฏิบัติการด้าน... อื่น ๆ ของหน่วยงานของรัฐที่มีกฎหมายระบุ ให้ใช้ชื่อนั้น ๆ

1.6.5 **กระบวนการพัฒนาแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 – 2570) ของกรมสุขภาพจิต** หมายถึง กระบวนการกรจัดทำยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต เพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานในระยะ 5 ปี ข้างหน้า ผ่านการมีส่วนร่วมจากเครือข่ายงานสุขภาพจิต ทั้งภายในและภายนอกกรมสุขภาพจิต โดยการจัดทำ แผนปฏิบัติการฯ ในครั้งนี้ อยู่บนข้อจำกัดของสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ทำให้กระบวนการทำงาน ต้องอยู่ภายใต้มาตรการป้องกันการระบาดของโรค ประกอบกับต้องสามารถตอบสนองการปฏิบัติงานด้วย เทคโนโลยีดิจิทัลให้เกิดการมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนปฏิบัติการฯ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน จึงริเริ่ม ออกแบบกระบวนการจัดทำแผน ที่สามารถตอบสนองกับสถานการณ์ และข้อจำกัดต่างๆ ให้มีความครอบคลุม มากที่สุด ภายใต้รูปแบบที่หลากหลาย เช่น การประชุมออนไลน์ การตอบแบบสอบถามออนไลน์ การสัมภาษณ์ ออนไลน์ การจัดกระบวนการกลุ่มออนไลน์ เป็นต้น เพื่อให้แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 – 2570) ของกรมสุขภาพจิต มีรายละเอียดครบถ้วน เป็นที่ยอมรับของบุคลากรกรมสุขภาพจิต และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อ การวางเป้าหมายร่วมกันกับเครือข่ายงานสุขภาพจิต

1.6.6 **เทคนิคต่างๆที่ใช้ในการพัฒนาแผนปฏิบัติการ** หมายถึง เทคนิค กลวิธี วิธีการ รูปแบบต่างๆ ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการจัดทำแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 – 2570) ของกรมสุขภาพจิต ได้แก่ เทคนิคการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กร (SWOT Analysis) เทคนิค PEST Analysis เทคนิค 7s Model เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก เทคนิคการกำหนดกลยุทธ์ เทคนิคการกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Key

Performance Indicators) เทคนิคการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบออนไลน์ (Online Onsite Hybrid Conference) รวมทั้งเทคนิคการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบเดลฟาย (Delphi Strategic Future Research Technique : DSFRT)

1.6.7 เทคนิคการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบเดลฟาย (Delphi Strategic Future Research Technique : DSFRT) หมายถึง การวิเคราะห์ SWOT และค้นหาภาพอนาคตของกรมสุขภาพจิต โดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในบริบทที่เกี่ยวข้องกับแผนยุทธศาสตร์ ที่ได้รับการยอมรับสูงสุดในแวดวงด้านสุขภาพจิต จำนวน 10 คน (Delphi Research Technique รอบที่ 1) รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาจัดทำประเด็นปัจจัยทั้ง 4 หมวดตามตัวแบบ SWOT ที่มีผลกระทบต่อการทำงานของกรมสุขภาพจิต เพื่อให้น้ำหนักความสำคัญเรียงตามคะแนนประเด็น SWOT แต่ละประเด็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภายในและภายนอกกรมสุขภาพจิต (Delphi Research Technique รอบที่ 2) และการกำหนดตำแหน่งเชิงยุทธศาสตร์ในปัจจุบันของกรมสุขภาพจิต (Strategic Positioning: SP) และกลยุทธ์ (Tactic) ที่ได้จากการจัดการความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์ โดยผู้บริหารกรมสุขภาพจิต ผู้บริหารหน่วยงานนักวิชาการ ตลอดจนคณะกรรมการกำหนดกรอบทิศทาง และคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (Delphi Research Technique รอบที่ 3)

1.6.8 แผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต หมายถึง กรอบทิศทาง การพัฒนางานสุขภาพจิตในระดับกรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดในช่วง พ.ศ. 2566 – 2570 โดยผ่านกระบวนการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based) อย่างเป็นระบบ ด้วยการมีส่วนร่วมของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้มาซึ่งสาระสำคัญของแผนฯ ที่มีความครบถ้วน ครอบคลุม สามารถใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามพันธกิจ และประเด็นยุทธศาสตร์หลัก เพื่อให้สามารถบรรลุวิสัยทัศน์กรมสุขภาพจิตต่อไป

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี สถานการณ์ด้านสุขภาพจิต และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลงานเรื่อง การพัฒนาแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิตด้วยเทคนิคการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบเดลฟาย (Delphi Strategic Future Research Technique : DSFRT) ผู้ขอรับการประเมินได้ทำการรวบรวม สืบค้นแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และทบทวนสถานการณ์ด้านสุขภาพจิต จากเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยจากแหล่งต่างๆ เพื่อนำมาใช้กำหนดกรอบแนวคิดในการดำเนินการ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับแผน 3 ระดับ ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2560 และความเชื่อมโยงของแผนระดับต่างๆ ที่ส่งต่อการบรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 และพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562

2.3 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการวางแผนยุทธศาสตร์

2.4 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการกำหนดตัวชี้วัด

2.5 แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2561-2565) ของกรมสุขภาพจิต ในวาระแรก ระยะ 3 ปี (พ.ศ.2563-2565)

2.6 เทคนิคการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบเดลฟาย (Delphi Strategic Future Research Technique)

2.7 การทบทวนสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตที่ทำทนายในอนาคต

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับแผน 3 ระดับ ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2560 และความเชื่อมโยงของแผนระดับต่างๆ ที่ส่งต่อการบรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ

2.1.1 มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2560

1. เห็นชอบการจำแนกแผนเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย แผนระดับที่ 1 ได้แก่ ยุทธศาสตร์ชาติ แผนระดับที่ 2 ได้แก่ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนปฏิรูปประเทศ และนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยความมั่นคงแห่งชาติ แผนระดับที่ 3 หมายถึง แผนที่จัดทำขึ้นเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของแผนระดับที่ 1 และแผนระดับที่ 2 ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ หรือจัดทำขึ้นตามที่กฎหมายกำหนด หรือจัดทำขึ้นตามพันธกรณีหรืออนุสัญญาระหว่างประเทศ เช่น แผนของส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐต่างๆ แผนบูรณาการ รวมถึงแผนปฏิบัติการทุกระดับ

2. เห็นชอบวิธีการเสนอแผนและการตั้งชื่อของแผนในระดับที่ 1 (ยุทธศาสตร์ชาติ) และแผนระดับที่ 2 (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนปฏิรูปประเทศ และนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยความมั่นคงแห่งชาติ) ตามที่สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเสนอ สำหรับการเสนอแผนระดับที่ 3 ให้ทุกส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐเสนอแผนระดับที่ 3 ไปยังสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เพื่อพิจารณารับรองตามขั้นตอนที่สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเสนอ โดยในขั้นตอนการจัดทำแผนเพื่อเสนอสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ให้หน่วยงานเจ้าของแผนดำเนินการดังนี้

1) ระบุถึงความสอดคล้องของแผนที่เสนอกับยุทธศาสตร์ชาติ และแผนในระดับที่ 2 ให้ชัดเจน และควรกำหนดให้มีองค์ประกอบของแผน (เช่น มาตรการ กลยุทธ์ เป้าหมาย และตัวชี้วัด) ที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงการสนับสนุนการขับเคลื่อนแผนระดับที่ 1 และแผนระดับที่ 2 ให้สามารถบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาประเทศตามแนวทางของยุทธศาสตร์ชาติ

2) มีเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม รวมทั้งกลไกการติดตามประเมินผล และควรคำนึงถึงวงเงินของประเทศที่จะดำเนินการตามแผนให้ประสบผลสำเร็จ

3) กรณีที่แผนส่งผลกระทบต่อประเทศอย่างกว้างขวาง ก่อนการเสนอแผนเข้าสู่การพิจารณาของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ให้หน่วยงานเจ้าของแผนจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องและวิเคราะห์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นอย่างรอบด้าน รวมทั้งประชาสัมพันธ์สร้างการรับรู้และความเข้าใจ ที่ถูกต้องกับผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ทั้งนี้ ในกรณีที่แผนกำหนดให้ต้องมีการทำงานร่วมกันกับหลายหน่วยงาน (ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน) ให้หน่วยงานเจ้าของแผนหารือร่วมกับหน่วยงาน/ภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อบูรณาการแนวทางการดำเนินการด้วย

4) การตั้งชื่อแผนในระดับที่ 3 กำหนดให้ใช้ชื่อว่า “แผนปฏิบัติการด้าน...ระยะที่... (พ.ศ.....)” เว้นแต่ในกรณีที่มิพบัญญัติตามกฎหมายที่กำหนดชื่อแผนไว้แล้ว

2.1.2 ความหมายของแผน 3 ระดับ

แผนระดับที่ 1 ยุทธศาสตร์ชาติ โดยที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 มาตรา 65 กำหนดให้รัฐพึงจัดให้มียุทธศาสตร์ชาติเป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน ตามหลักธรรมาภิบาล เพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่างๆให้สอดคล้องและบูรณาการกัน เพื่อให้เกิดเป็นพลังผลักดันร่วมกันไปสู่เป้าหมายดังกล่าว โดยให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎหมายว่าด้วยการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ โดยยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561 - 2580) ถือเป็นแผนระดับที่ 1 ทำหน้าที่เป็นกรอบทิศทางการพัฒนาประเทศในภาพรวมที่ครอบคลุมการสร้างสมดุลระหว่างการพัฒนาประเทศด้านความมั่นคง เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมเข้าด้วยกัน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยมีวิสัยทัศน์ประเทศ คือ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” เป้าหมายการพัฒนาประเทศ คือ “ประเทศชาติมั่นคง ประชาชนมีความสุข เศรษฐกิจพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สังคมเป็นธรรม ฐานทรัพยากรธรรมชาติยั่งยืน” ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ชาติ 35 ประเด็นยุทธศาสตร์ชาติ และ 152 ประเด็นย่อย ดังนี้

1. ยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญ คือ ประเทศชาติมั่นคง ประชาชนมีความสุข
2. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน มีเป้าหมายการพัฒนาที่มุ่งเน้นการยกระดับศักยภาพของประเทศในหลายมิติ เพื่อให้เกิดการพัฒนาเศรษฐกิจที่ต่อเนื่องและยั่งยืน
3. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายในการพัฒนาคนในทุกด้านและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ
4. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญ คือ การดึงเอาพลังของภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาคเอกชน ประชาสังคม ชุมชน ท้องถิ่น มาร่วมขับเคลื่อนในการสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคม ทุกคนได้รับประโยชน์จากการพัฒนาประเทศอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
5. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญ คือ การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในทุกด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ธรรมชาติและความเป็นหุ้นส่วนความร่วมมือระหว่างกันทั้งภายในและภายนอกประเทศอย่างบูรณาการ
6. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญ เพื่อปรับเปลี่ยนภาครัฐที่ยึดหลัก “ภาครัฐของประชาชน เพื่อประชาชนและประโยชน์ส่วนรวม”

ทั้งนี้ ยุทธศาสตร์ชาติที่เกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับงานด้านสุขภาพจิตนั้น คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านความมั่นคง ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม

แผนระดับที่ 2 หมายถึง แผนซึ่งเป็นแนวทางการขับเคลื่อนประเทศในมิติต่าง ๆ เพื่อบรรลุตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ และการถ่ายทอดไปสู่แนวทางในการปฏิบัติในแผนระดับที่ 3 ประกอบด้วย 4 แผน ดังนี้

“แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ” ทำหน้าที่ในการถ่ายทอดเป้าหมายและประเด็นยุทธศาสตร์ชาติลงสู่แผนระดับต่างๆ โดยคำนึงถึงประเด็นร่วม และการประสานเชื่อมโยงเป้าหมายของแต่ละแผนแม่บทให้มีความสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ประกอบด้วย สถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้อง เป้าหมายและตัวชี้วัดในการดำเนินการ ซึ่งแบ่งช่วงเวลาออกเป็น 4 ช่วง ช่วงละ 5 ปี รวมทั้งกำหนดแนวทางการพัฒนาและแผนงานหรือโครงการที่สำคัญของแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติเพื่อเป็นกรอบในการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาประเทศที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ ทั้งนี้ประเด็นการพัฒนาจะไม่มี ความซ้ำซ้อนกันระหว่างแผนแม่บทฯ เพื่อให้ส่วนราชการสามารถนำแผนแม่บทฯ ไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันการเกิดความสับสน โดยแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ มีจำนวน 23 แผนแม่บท 85 แผนแม่บทย่อย 140 เป้าหมายแผนย่อย ได้แก่ (1) ความมั่นคง (2) การต่างประเทศ (3) การเกษตร (4) อุตสาหกรรมและบริการแห่งอนาคต (5) การท่องเที่ยว (6) พื้นที่และเมืองน่าอยู่อัจฉริยะ (7) โครงสร้างพื้นฐาน ระบบโลจิสติกส์ และดิจิทัล (8) ผู้ประกอบการและวิสาหกิจขนาดกลาง และขนาดย่อมยุคใหม่ (9) เขตเศรษฐกิจพิเศษ (10) การปรับเปลี่ยนค่านิยมและวัฒนธรรม (11) ศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต

(12) การพัฒนาการเรียนรู้ (13) การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี (14) ศักยภาพการศึกษา (15) พลังทางสังคม (16) เศรษฐกิจฐานราก (17) ความเสมอภาคและหลักประกันทางสังคม (18) การเติบโตอย่างยั่งยืน (19) การบริหารจัดการน้ำทั้งระบบ (20) การบริการประชาชนและประสิทธิภาพภาครัฐ (21) การต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ (22) กฎหมายและกระบวนการยุติธรรม และ (23) การวิจัย และพัฒนานวัตกรรม

ทั้งนี้ แผนแม่บทที่เกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับงานด้านสุขภาพจิตนั้น คือ 1 ประเด็นความมั่นคง 11 ประเด็นการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต 13 ประเด็นการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี 15 ประเด็นพลังทางสังคม และ 17 ประเด็นความเสมอภาคและหลักประกันทางสังคม

“แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ” คือ แผนพัฒนาตามนโยบายของ พ.ร.บ. สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2561 โดยเป็นแผนเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาประเทศด้านเศรษฐกิจและสังคม อย่างต่อเนื่องในแต่ละช่วงระยะเวลา 5 ปี โดยต้องสอดคล้องกับแนวนโยบายแห่งรัฐ ยุทธศาสตร์ชาติ สภาพการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคมทั้งของประเทศ และของโลก ทิศทางการพัฒนาประเทศที่เหมาะสม ซึ่งต้องเป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล โดยมีการบูรณาการการดำเนินการร่วมกันและมุ่งตอบสนองความเป็นอยู่ที่มีความผาสุกและยั่งยืนของประชาชนทั้งในระดับชาติ และระดับภูมิภาค โดยระบุทิศทางการพัฒนาประเทศ เพื่อพลิกโฉมประเทศไทยสู่ “สังคมก้าวหน้า เศรษฐกิจสร้างมูลค่าอย่างยั่งยืน” กำหนดหมุดหมายการพัฒนา จำนวน 13 หมุดหมาย แบ่งออกได้เป็น 4 มิติ ดังนี้

มิติภาคการผลิตและบริการเป้าหมาย หมุดหมายที่ 1 ไทยเป็นประเทศชั้นนำด้านสินค้าเกษตรและเกษตรแปรรูปมูลค่าสูง หมุดหมายที่ 2 ไทยเป็นจุดหมายของการท่องเที่ยวที่เน้นคุณภาพและความยั่งยืน หมุดหมายที่ 3 ไทยเป็นฐานการผลิตยานยนต์ไฟฟ้าที่สำคัญของโลก หมุดหมายที่ 4 ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง หมุดหมายที่ 5 ไทยเป็นประตูการค้าการลงทุนและยุทธศาสตร์ทางโลจิสติกส์ที่สำคัญของภูมิภาค หมุดหมายที่ 6 ไทยเป็นศูนย์กลางอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์อัจฉริยะ และอุตสาหกรรมดิจิทัลของอาเซียน

มิติโอกาสและความเสมอภาคทางเศรษฐกิจและสังคม หมุดหมายที่ 7 ไทยมีวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมที่เข้มแข็งมีศักยภาพสูง และสามารถแข่งขันได้ หมุดหมายที่ 8 ไทยมีพื้นที่และเมืองอัจฉริยะที่น่าอยู่ ปลอดภัย เติบโตได้อย่างยั่งยืน หมุดหมายที่ 9 ไทยมีความยากจนข้ามรุ่นลดลง และมีความคุ้มครองทางสังคมที่เพียงพอ เหมาะสม

มิติความยั่งยืนของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม หมุดหมายที่ 10 ไทยมีเศรษฐกิจหมุนเวียนและสังคมคาร์บอนต่ำ หมุดหมายที่ 11 ไทยสามารถลดความเสี่ยงและผลกระทบจากภัยธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

มิติปัจจัยผลักดันการพลิกโฉมประเทศ หมุดหมายที่ 12 ไทยมีกำลังคนสมรรถนะสูง มุ่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตอบโจทย์การพัฒนาแห่งอนาคต หมุดหมายที่ 13 ไทยมีภาครัฐที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ และตอบโจทย์ประชาชน

ทั้งนี้ หมุดหมายการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสังคมและสาธารณสุข โดยเฉพาะงานสุขภาพจิตนั้น ได้แก่ หมุดหมายที่ 9 ไทยมีความยากจนข้ามรุ่นลดลงและมีความคุ้มครองทางสังคมที่เพียงพอ

เหมาะสม และหมุดหมายที่ 12 ไทยมีกำลังคนสมรรถนะสูงมุ่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตบโจทย์การพัฒนาแห่งอนาคต

“แผนการปฏิรูปประเทศ” คือ แผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศ ตาม พ.ร.บ. แผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศ พ.ศ. 2560 โดยเป็นแผนที่มุ่งเน้นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง หรือแก้ไขประเด็นปัญหาและอุปสรรคเร่งด่วนเชิงโครงสร้าง วิธีและกระบวนการ หรือกลไก หรือกฎระเบียบ เพื่อให้รากฐานการพัฒนามีความมั่นคง เหมาะสม และสมควรกับบริบทประเทศ และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีความพร้อมร่วมขับเคลื่อนประเทศให้บรรลุเป้าหมายและวิสัยทัศน์ตามยุทธศาสตร์ชาติ โดยเป็นแผนที่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ซึ่งทุกหน่วยงานต้องดำเนินการตามกิจกรรมปฏิรูปประเทศที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ (Big Rock) นำไปสู่การปฏิบัติตามหลักความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (Causal Relationship: XYZ) เพื่อให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติของแต่ละช่วงเวลา 5 ปี โดยแผนการปฏิรูปประเทศ ฉบับปรับปรุงจะดำเนินการคู่ขนานไปกับเล่มแผนการปฏิรูปประเทศฉบับเดิม ที่ประกาศใช้เมื่อเดือนเมษายน 2561 ที่เป็นกิจกรรมในลักษณะภารกิจปกติของหน่วยงาน โดยแผนการปฏิรูปประเทศทั้ง 13 ด้านมีความสอดคล้องยุทธศาสตร์ชาติ ดังนี้ 1) ด้านการเมือง 2) ด้านการบริหารราชการแผ่นดิน 3) ด้านกฎหมาย 4) ด้านกระบวนการยุติธรรม 5) ด้านเศรษฐกิจ 6) ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม 7) ด้านสาธารณสุข 8) ด้านสื่อสารมวลชน เทคโนโลยีสารสนเทศ 9) ด้านสังคม 10) ด้านพลังงาน 11) ด้านการป้องกันและปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ 12) ด้านการศึกษา และ 13) ด้านวัฒนธรรม กีฬา แรงงาน และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

“นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยความมั่นคงแห่งชาติ” คือ นโยบายและแผนตามกฎหมายว่าด้วยความมั่นคงแห่งชาติ (พ.ร.บ. สภาความมั่นคงแห่งชาติ พ.ศ. 2559 มาตรา 13) แผนหลักของชาติที่เป็นกรอบทิศทางการดำเนินการป้องกัน แจ่งเตือน แก้ไข หรือระงับยับยั้งภัยคุกคามเพื่อธำรงไว้ซึ่งความมั่นคงแห่งชาติ ถือเป็นแผนระยะปานกลาง 5 ปี รองรับการดำเนินการในห้วงที่สองของยุทธศาสตร์ชาติ มีความเชื่อมโยงและประสานสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นความมั่นคง และประเด็นการต่างประเทศ ตลอดจนมีการกำหนดขอบเขตและหลักเกณฑ์พิจารณา “ประเด็นความมั่นคง” เพื่อตอบสนองค่าเป้าหมายที่ต้องเห็นผลสัมฤทธิ์ ภายในปี 2570 การยกระดับขีดความสามารถในการป้องกันและแก้ไขปัญหาความมั่นคง โดยมุ่งขยายผลกรอบแนวคิดความมั่นคงแบบองค์รวม เพื่อให้หน่วยงานของรัฐมีกรอบจัดทำแผนระดับที่ 3 โดยนำเป้าหมาย และตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ไปกำหนดแผนงาน โครงการ หรือการดำเนินการของหน่วยงานต่างๆ ไปสู่การปฏิบัติ ได้อย่างชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีทั้งสิ้น 17 นโยบายและแผนความมั่นคงฯ ดังนี้ 1) การเสริมสร้างความมั่นคงของสถาบันหลักของชาติ 2) การปกป้องอธิปไตยและผลประโยชน์ของชาติ และการพัฒนาศักยภาพการป้องกันประเทศ 3) การรักษาความมั่นคงและผลประโยชน์ของชาติพื้นที่ชายแดน 4) การรักษาความมั่นคงและผลประโยชน์ของชาติทางทะเล 5) การป้องกันและแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้ 6) การบริหารจัดการผู้หลบหนีเข้าเมืองและผู้โยกย้ายถิ่นฐาน แบบไม่ปกติ 7) การป้องกันและแก้ไขปัญหาการค้ามนุษย์ 8) การป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด 9) การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย 10) การป้องกันและแก้ไขปัญหาความมั่นคงทางไซเบอร์ 11) การป้องกันและแก้ไขปัญหาการก่อการร้าย 12) การสร้างดุลยภาพระหว่างประเทศ และ 13) การบริหารจัดการภาวะ

ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและโรคติดต่ออุบัติใหม่

แผนระดับที่ 3 คือ แผนที่จัดทำขึ้นโดยหน่วยงานของรัฐ เพื่อถ่ายทอดเป้าหมายและประเด็นการพัฒนาของแผนระดับที่ 1 และแผนระดับที่ 2 ไปสู่การปฏิบัติ หรือจัดทำขึ้นตามพันธกรณีหรืออนุสัญญาระหว่างประเทศ ประกอบด้วยแผนต่าง ๆ ดังนี้

“แผนปฏิบัติการด้าน ...” เป็นแผนการพัฒนาเชิงประเด็น (Issue Based) ที่ไม่ใช่การดำเนินการที่มีลักษณะเป็นภารกิจปกติ และมีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมากกว่า 1 กระทรวงหรือเทียบเท่า หรือหน่วยงานขึ้นตรงต่อ/ ในบังคับบัญชาของนายกรัฐมนตรีขึ้นไป* โดยต้องมีลักษณะเป็นแผนในเชิงปฏิบัติ (Action Plan) ซึ่งต้องมีองค์ประกอบและหลักเกณฑ์การจัดทำแผนปฏิบัติการด้าน... ตามที่สำนักงานฯ กำหนด ทั้งนี้ ต้องพิจารณาถึงความจำเป็นของการต้องมีแผนปฏิบัติการด้าน... โดยต้องมีแผน เฉพาะเท่าที่จำเป็นเท่านั้น และต้องพิจารณาแผนปฏิบัติการด้านที่เกี่ยวข้อง หรือสอดคล้องกับแผนที่จะจัดทำขึ้นร่วมด้วย เพื่อพิจารณาความจำเป็นของการจัดทำแผน และ/หรือ การควมรวมเป็นแผนเดียวกัน และ/หรือการยกเลิกการจัดทำแผน โดยเฉพาะ ในกรณีที่ไม่มีความหมายบัญญัติให้จัดทำแผนปฏิบัติการด้าน...

“แผนปฏิบัตินโยบายระยะ 5 ปี และแผนรายปี” เป็นแผนของส่วนราชการระดับ กระทรวงหรือเทียบเท่าและระดับอื่น ๆ ตามบทบัญญัติพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์ และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 และ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ที่กำหนดให้ทุกหน่วยงานของรัฐต้องจัดทำแผนปฏิบัตินโยบายระยะ 5 ปี และแผนรายปี โดยแผนปฏิบัตินโยบายจะเป็นแผนระดับที่ 3 หลักในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ และแผนระดับที่ 2 นโยบายรัฐบาล รวมทั้งแผนระดับที่ 3 ที่เกี่ยวข้องไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน และเป็นรูปธรรม

“แผนอื่น ๆ” หมายถึง แผนระดับที่ 3 อื่น ๆ ของหน่วยงานของรัฐที่มีความหมายระบุให้ใช้ชื่อนั้น

2.1.3 ความเชื่อมโยงของแผนระดับต่างๆ ที่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ

การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติสู่การปฏิบัติ ดำเนินการผ่านแนวทางการพัฒนาด้วยแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ซึ่งเป็นกรอบแนวทางของหน่วยงานรัฐในการดำเนินงานให้มีความสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน บนหลักการความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (Causal Relationship) โดย

X คือ โครงการ/การดำเนินงานที่ส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐดำเนินการ

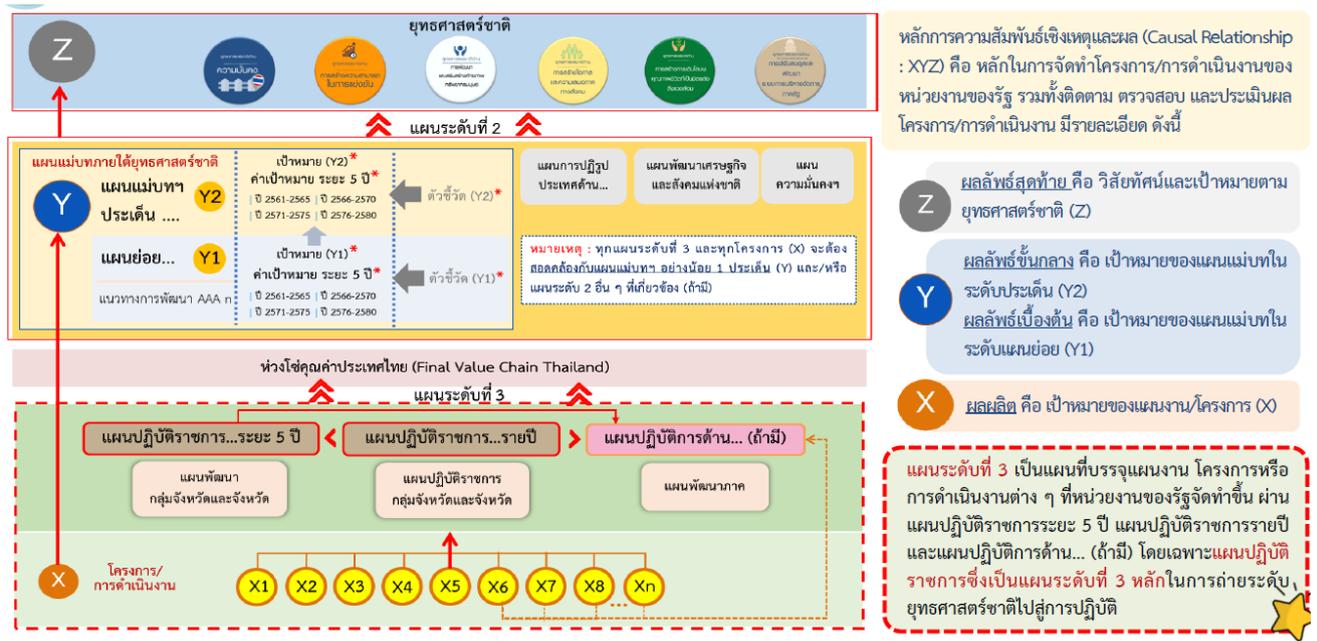
Y1 คือ แนวทางการพัฒนาและเป้าหมายของแผนแม่บทฯ ระดับแผนย่อย

Y2 คือ เป้าหมายของแผนแม่บทฯ ประเด็น....แต่ละฉบับ

Z คือ เป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ

ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินงานของส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐมีความสอดคล้องและสามารถขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติให้บรรลุเป้าหมาย ผลผลิต เป้าหมาย/ตัวชี้วัดของโครงการ การดำเนินงาน (X) จะต้องมีความสอดคล้องกับผลลัพธ์เบื้องต้น เป้าหมาย/ตัวชี้วัดของแนวทางการพัฒนาของแผนแม่บท (Y1) รวมถึงต้องมีความสอดคล้องกับผลลัพธ์ขั้นกลาง เป้าหมาย/ตัวชี้วัดของแผนแม่บทประเด็น...(Y2) ตลอดจนมีความสอดคล้องกับผลลัพธ์สุดท้าย เป้าหมาย/ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ชาติ (Z) รายละเอียดตามแผนภาพที่ 2-1

แผนภาพที่ 2-1 การถ่ายทอดระดับความเชื่อมโยงของแผนระดับต่างๆ ตามหลักการความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล



2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 และพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562

2.2.1 แนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่

อภิญา บำรุงจิตต์ (2560) ได้ให้ความหมาย การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) คือ การปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการภาครัฐโดยนำหลักการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบราชการและการแสวงหาประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ โดยการนำเอาแนวทางหรือวิธีการบริหารงานของภาคเอกชนมาปรับใช้กับการบริหารงานภาครัฐ เช่น การบริหารงานแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ การบริหารงานแบบมีอาชีพ การคำนึงถึงหลักความคุ้มค่า การจัดการโครงสร้างที่กะทัดรัดและแนวราบ การเปิดโอกาสให้เอกชนเข้ามาแข่งขันการให้บริการสาธารณะ การให้ความสำคัญต่อค่านิยม จรรยาบรรณวิชาชีพ คุณธรรมและจริยธรรม ตลอดจนการมุ่งเน้นการให้บริการแก่ประชาชนโดยคำนึงถึงคุณภาพเป็นสำคัญ

เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ (2553) ให้ความเห็นต่อสิ่งที่เรียกว่า “การจัดการภาครัฐแนวใหม่” โดยมีหลักสำคัญ 7 ประการ คือ

- 1.จัดการโดยนักวิชาชีพที่ชำนาญการ (Hands-on professional management) หมายถึงให้ผู้จัดการมืออาชีพได้จัดการด้วยตัวเอง ด้วยความชำนาญ โปร่งใส และมีความสามารถในการใช้ดุลพินิจ เหตุผลก็เพราะเมื่อรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายแล้ว ก็จะทำให้เกิดความรับผิดชอบต่อการตรวจสอบจากภายนอก
- 2.มีมาตรฐานและการวัดผลงานที่ชัดเจน (Explicit standards and measures of performance) ภาครัฐจึงต้องมีจุดมุ่งหมายและเป้าหมายของผลงาน และการตรวจสอบจะมีได้ก็ต้องมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน
- 3.เน้นการควบคุมผลผลิตที่มากขึ้น (Greater emphasis on output controls) การใช้ทรัพยากรต้องเป็นไปตามผลงานที่วัดได้ เพราะเน้นผลสำเร็จมากกว่าระเบียบวิธี

4. แยกหน่วยงานภาครัฐออกเป็นหน่วยย่อยๆ (Shift to disaggregation of units in the public sector) การแยกหน่วยงานใหญ่ออกเป็นหน่วยย่อยๆ ตามลักษณะสินค้าและบริการที่ผลิต ให้เงินสนับสนุนแยกกัน และติดต่อกันอย่างเป็นอิสระ

5. เปลี่ยนภาครัฐให้แข่งขันกันมากขึ้น (Shift to greater competition in the public sector) เป็นการเปลี่ยนวิธีทำงานไปเป็นการจ้างเหมาและประมูล เหตุผลก็เพื่อให้ฝ่ายที่เป็นปรปักษ์กัน (rivalry) เป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้ต้นทุนต่ำและมาตรฐานสูงขึ้น

6. เน้นการจัดการตามแบบภาคเอกชน (Stress on private sector styles of management practice) เปลี่ยนวิธีการแบบข้าราชการไปเป็นการยืดหยุ่นในการจ้างและให้รางวัล

7. เน้นการใช้ทรัพยากรอย่างมีวินัยและประหยัด (Stress on greater discipline and parsimony in resource use) วิธีนี้อาจทำได้ เช่น การตัดค่าใช้จ่าย เพิ่มวินัยการทำงาน หยุดยั้งการเรียกร้องของสหภาพแรงงาน จำกัดต้นทุนการปฏิบัติ เหตุผลก็เพราะต้องการตรวจสอบความต้องการใช้ทรัพยากรของภาครัฐ และ “ทำงานมากขึ้นโดยใช้ทรัพยากรน้อยลง” (do more with less)

ทิพาวดี เมฆสุวรรณ (2540) ได้ให้ความหมาย การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) ว่าเป็นแนวคิดพื้นฐานของการบริหารจัดการภาครัฐซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบต่าง ๆ ของภาครัฐและยุทธศาสตร์ด้านต่าง ๆ ที่เป็นรูปธรรม มีแนวทางในการบริหารจัดการดังนี้

1. การให้บริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชน
2. ลดการควบคุมจากส่วนกลางและเพิ่มอิสระในการบริหารให้แก่หน่วยงาน
3. การกำหนด การวัด และการให้รางวัลแก่ผลการดำเนินงานทั้งในระดับองค์กร และระดับบุคคล
4. การสร้างระบบสนับสนุนทั้งในด้านบุคลากร (เช่น การฝึกอบรม ระบบค่าตอบแทนและระบบคุณธรรม) เทคโนโลยี เพื่อช่วยให้หน่วยงานสามารถทำงานได้อย่างบรรลุวัตถุประสงค์

5. การเปิดกว้างต่อแนวคิดในเรื่องของการแข่งขัน ทั้งการแข่งขันระหว่างหน่วยงานของรัฐด้วยกัน และระหว่างหน่วยงานของรัฐกับหน่วยงานของภาคเอกชน ในขณะที่เดียวกันภาครัฐก็หันมาทบทวนตัวเองว่าสิ่งใดควรทำเองและสิ่งใดควรปล่อยให้เอกชนทำ

พีรพงษ์ แสงแก้ว, ศุภวิษณุ มีศิริพันธุ์, กาญจนาวรร วรงค์อาจ ,โชติ บดีรัฐ . (2565) ได้กล่าวถึง 7 กลไกการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ คือ การบริหารโดยคำนึงถึงผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ ประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐ การลดขั้นตอนในการปฏิบัติงานเกินความจำเป็น การปรับปรุงภารกิจของส่วนราชการให้ทันต่อสถานการณ์ การอำนวยความสะดวกและได้รับการตอบสนองต่อความต้องการ และการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้เพราะสังคมไทยเป็นสังคมที่ยังขาดความเข้าใจในระบบการบริหารจัดการภาครัฐ ทำให้ประชาชนเกิดอุปสรรคในการติดต่อกับระบบราชการจึงเกิดแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสังคมได้มากยิ่งขึ้น ด้วยการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการภาครัฐให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เรียกว่าการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีที่มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดประโยชน์สุขของประชาชน ได้แก่

- กลไกที่ 1 การบริหารราชการเพื่อให้เกิดประโยชน์สุขของประชาชน
- กลไกที่ 2 การบริหารราชการเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ
- กลไกที่ 3 การบริหารราชการมีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐ
- กลไกที่ 4 การบริหารราชการแบบลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน
- กลไกที่ 5 การปรับปรุงภารกิจของส่วนราชการ
- กลไกที่ 6 การอำนวยความสะดวกและการตอบสนองความต้องการของประชาชน
- กลไกที่ 7 การประเมินผลการปฏิบัติราชการ

กล่าวโดยสรุป การจัดการภาครัฐแนวใหม่ คือ การเปลี่ยนระบบราชการที่เน้นระเบียบและขั้นตอนไปสู่การบริหารแบบใหม่ซึ่งเน้นผลสำเร็จและความรับผิดชอบต่อสังคม รวมทั้งใช้เทคนิคและวิธีการของเอกชนมาปรับปรุงการทำงาน

2.2.2 พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546

พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ได้กำหนดขอบเขต แบบแผน และวิธีการปฏิบัติราชการเพื่อให้เกิดการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (Good Governance) โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Citizen centered) ซึ่งการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ก็คือ การบริหารราชการแผ่นดินที่เป็นไปเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ มีประสิทธิภาพ เกิดความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐ ลดขั้นตอนการปฏิบัติงานที่เกินความจำเป็น และประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวก และได้รับการตอบสนองความต้องการ รวมทั้งมีการประเมินผลการปฏิบัติราชการอย่างสม่ำเสมอ ดังนี้

หมวด 1 (มาตรา 6) ของพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ประกอบด้วย 1. เกิดประโยชน์สุขของประชาชน 2. เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ 3. มีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐ 4. ไม่มีขั้นตอนการปฏิบัติงานเกินความจำเป็น 5. มีการปรับปรุงภารกิจของส่วนราชการให้ทันต่อสถานการณ์ 6. ประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวก และได้รับการตอบสนองความต้องการ 7. มีการประเมินการปฏิบัติราชการอย่างสม่ำเสมอ

หมวด 2 (มาตรา 7 - 8) การบริหารราชการเพื่อให้เกิดประโยชน์สุขของประชาชน เป็นการปฏิบัติราชการที่มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความผาสุกและความกินดีอยู่ดีของประชาชน ความสงบและปลอดภัยของสังคมส่วนรวม ตลอดจนประโยชน์สูงสุดของประเทศ โดยมีวิธีการดำเนินการต่าง ๆ ที่กำหนดไว้เป็นหลักทั่วไปให้ส่วนราชการนำไปเป็นแนวทางในการปรับใช้ เช่น ในการกำหนดภารกิจแต่ละเรื่อง ต้องคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของประเทศ ความสงบและความปลอดภัยของสังคมส่วนรวม ความผาสุกและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน โดยต้องศึกษาวิเคราะห์ถึงผลดีผลเสีย และวางระบบหรือกลไกการทำงานที่ชัดเจน โปร่งใส ซื่อสัตย์สุจริต สามารถตรวจสอบได้ รวมทั้งรับฟังความคิดเห็นและสำรวจความพึงพอใจของสังคม เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมเสมอ

หมวด 3 (มาตรา 9 - 19) การบริหารราชการเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ เป็นการมุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเป็นไปในทางเดียวกันกับภารกิจและวัตถุประสงค์ของแต่ละงาน โดยผลลัพธ์นั้นจะต้องคุ้มค่ากับการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานได้อย่างชัดเจน โดยส่วนราชการต้องมีแผนปฏิบัติงานเป็นเครื่องมือกำกับการทำงาน มีรายละเอียดแสดงขั้นตอนระยะเวลา และงบประมาณ เป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ของภารกิจ และตัวชี้วัดความสำเร็จของภารกิจ อีกทั้งระบบ

การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติงานนั้น ต้องมีการบริหารราชการแบบบูรณาการ รวมไปถึง การกำหนดให้ส่วนราชการพัฒนาความรู้ในหน่วยงานของตน เพื่อให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และยังได้วาง ระบบการปฏิบัติราชการแนวใหม่ที่สร้างความรับผิดชอบให้ผู้บริหาร โดยการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ การกำหนดให้มีการจัดทำแผนการบริหารราชการแผ่นดิน 4 ปี และแผนปฏิบัติราชการประจำปี ซึ่งเป็นการนำ นโยบายของรัฐบาลมาแปลงเป็นแผนที่สอดคล้องกับแนวนโยบายของรัฐตามรัฐธรรมนูญและแผนพัฒนาประเทศ ในด้านต่าง ๆ จากนั้นก็ถ่ายทอดออกมาเป็นแผนปฏิบัติราชการของส่วนราชการต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับแผนการบริหาร ราชการแผ่นดิน

หมวด 4 (มาตรา 20 – 26) การบริหารราชการอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่าในเชิง ภารกิจของรัฐ โดยมีการดำเนินงานที่สำคัญ อาทิ การทำงานที่เน้นหลักความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ หลักความ คุ้มค่าสามารถวัดผลได้ ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญในการนำมาปรับปรุงวิธีการทำงานให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

หมวด 5 (มาตรา 27 – 32) การลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน โดยกำหนดให้ส่วนราชการลดระยะเวลา ในการพิจารณา การสั่ง การอนุญาต การอนุมัติ หรือการปฏิบัติราชการที่มีผลโดยตรงต่อประชาชน ให้เกิดความ สะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น อาทิ การกระจายอำนาจการตัดสินใจ การจัดทำแผนภูมิแสดงขั้นตอนและระยะเวลา การทำงานแสดงให้เห็นประชาชนได้รับรู้และสามารถตรวจสอบได้ การจัดตั้งศูนย์บริการร่วม โดยการรวบรวมงานบริหาร ต่าง ๆ ของรัฐมาให้บริการ ณ จุดบริการเดียว เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับประชาชน และลดระยะเวลา และขั้นตอนในการขอรับบริการต่าง ๆ

หมวด 6 (มาตรา 33 – 36) การปรับปรุงภารกิจของส่วนราชการให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ของ สังคมที่เปลี่ยนแปลงไป หรือสอดคล้องกับการปฏิบัติงานตามนโยบายหรือแผนปฏิบัติราชการ ด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การทบทวนภารกิจว่าภารกิจใดจำเป็นต้องดำเนินการต่อไป หรือควรปรับปรุง เปลี่ยนแปลง ยกเลิก ตามความ เหมาะสม รวมทั้งการทบทวนกฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงภารกิจ

หมวด 7 (มาตรา 37 – 44) การอำนวยความสะดวกและการตอบสนองความต้องการของประชาชน เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการที่รวดเร็ว โดยมีวิธีดำเนินการ เช่น การกำหนดระยะเวลาการปฏิบัติงาน และ ประกาศให้ประชาชนและข้าราชการได้รับทราบ เพื่อแสดงให้เห็นประสิทธิภาพในการบริหารงานอย่างเป็นระบบ การจัดระบบสารสนเทศ เพื่อให้การปฏิบัติราชการมีความสะดวกรวดเร็วยิ่งขึ้น และตอบสนองความต้องการของ ประชาชนได้มากขึ้น การรับฟังข้อร้องเรียน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการปรับปรุงการปฏิบัติราชการให้ตอบสนอง ต่อความต้องการของประชาชนได้ และการเปิดเผยข้อมูล โดยส่วนราชการจะต้องเปิดเผยข้อมูลการปฏิบัติ ราชการ รวมทั้งเรื่องงบประมาณรายจ่ายการจัดซื้อจัดจ้าง ให้สาธารณชนรับทราบ เพื่อให้เกิดความโปร่งใสในการ ปฏิบัติงาน

หมวด 8 (มาตรา 45 – 49) การประเมินผลการปฏิบัติราชการ ทั้งในเรื่องผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย ที่กำหนดไว้ และเรื่องระดับของคุณภาพและความพึงพอใจ โดยมีวิธีการต่างๆ ได้แก่ การประเมินผลโดย คณะประเมินอิสระ เพื่อวัดผลสัมฤทธิ์ของภารกิจ คุณภาพการให้บริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และความ คุ้มค่าในภารกิจ การประเมินผลประสิทธิภาพในการบังคับบัญชาของแต่ละระดับ และการประเมินผลการ

ปฏิบัติงานของข้าราชการ รวมทั้งการจัดสรรเงินรางวัลเพื่อเป็นบำเหน็จความชอบในการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และจูงใจให้ส่วนราชการพัฒนาการปฏิบัติราชการให้มีคุณภาพและเกิดประสิทธิภาพต่อไป

พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 นับเป็นก้าวสำคัญของการกำหนดแนวทางปฏิบัติราชการสมัยใหม่อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร โดยวางหลักเกณฑ์และวิธีการในการปฏิบัติราชการให้มีความชัดเจน สามารถวัดผลได้ ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี โดยยึดเอาประโยชน์สุขของประชาชนเป็นที่ตั้ง เพื่อให้การบริหารราชการตอบสนองความต้องการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง

2.2.3 พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562

โดยที่พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 กำหนดให้คณะรัฐมนตรีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดให้มีแผนการบริหารราชการแผ่นดินและแผนนิติบัญญัติขึ้น เพื่อเป็นกรอบในการบริหารราชการแผ่นดิน ให้มีความชัดเจน แต่เนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้กำหนดให้รัฐจัดให้มียุทธศาสตร์ชาติเป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน และต่อมาได้มีการตราพระราชบัญญัติการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2560 และพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศ พ.ศ. 2560 ขึ้น ซึ่งกฎหมายดังกล่าวได้กำหนดให้มีการจัดทำแผนการประเทศอย่างยั่งยืนไว้ในรูปยุทธศาสตร์ชาติ ซึ่งทุกหน่วยงานต้องปฏิบัติตาม ประกอบกับได้มีการจัดทำแผนการปฏิรูปประเทศเพื่อเป็นกลไก วิธีการ และขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศในด้านต่าง ๆ ขึ้นแล้ว จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องจัดทำแผนการบริหารราชการแผ่นดินและแผนนิติบัญญัติให้ซ้ำซ้อนกันอีก สมควรยกเลิกการจัดทำแผนการบริหารราชการแผ่นดินและแผนนิติบัญญัติ และปรับปรุงการจัดทำแผนปฏิบัติราชการของส่วนราชการให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท แผนการปฏิรูปประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นโยบายของคณะรัฐมนตรีที่แถลงต่อรัฐสภา และแผนอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสมควรกำหนดให้การปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการประชาชนและการติดต่อประสานงานระหว่างส่วนราชการด้วยกันต้องกระทำโดยใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลกลาง เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิรูปประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการและการบริหารราชการแผ่นดิน ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย จึงจำเป็นต้องตราพระราชกฤษฎีกานี้ โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

มาตรา 1 พระราชกฤษฎีกานี้เรียกว่า “พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ”

มาตรา 2 พระราชกฤษฎีกานี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

มาตรา 3 ให้ยกเลิกมาตรา 13 มาตรา 14 และมาตรา 15 แห่งพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546

มาตรา 4 ให้ยกเลิกความในวรรคหนึ่งของมาตรา 16 แห่งพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน “มาตรา 16 ให้ส่วนราชการจัดทำแผนปฏิบัติราชการของส่วนราชการนั้น โดยจัดทำเป็นแผนห้าปี ซึ่งต้องสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท แผนการปฏิรูปประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นโยบายของคณะรัฐมนตรีที่แถลงต่อรัฐสภา และแผนอื่นที่เกี่ยวข้อง ”

มาตรา 5 ให้ยกเลิกวรรคสามของมาตรา 18 แห่งพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546

มาตรา 6 ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นวรรคสองของมาตรา 29 แห่งพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 “ การบริการประชาชนและการติดต่อประสานงานระหว่างส่วนราชการด้วยกัน ต้องกระทำโดยใช้ แพลตฟอร์มดิจิทัลกลางที่สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) กำหนดด้วย ”

มาตรา 7 ให้ยกเลิกความในวรรคหนึ่งของมาตรา 33 แห่งพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน “ มาตรา 33 ให้ส่วนราชการจัดให้มีการทบทวนภารกิจของตนว่าภารกิจใดมีความจำเป็น หรือสมควรที่จะยกเลิก ปรับปรุง หรือเปลี่ยนแปลงการดำเนินการต่อไปหรือไม่ โดยคำนึงถึงยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท แผนการปฏิรูปประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นโยบายของคณะรัฐมนตรีที่แถลงต่อรัฐสภา และแผนอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมถึงกำลังเงินงบประมาณของประเทศ ความคุ้มค่าของภารกิจ และสถานการณ์อื่นประกอบกัน ”

มาตรา 8 ให้ยกเลิกความในมาตรา 34 แห่งพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน “ มาตรา 34 ในกรณีที่มีการยุบเลิก โอน หรือรวมส่วนราชการใดทั้งหมดหรือบางส่วน ห้ามมิให้จัดตั้งส่วนราชการที่มีภารกิจหรืออำนาจหน้าที่ที่มีลักษณะเดียวกันหรือคล้ายคลึงกันกับส่วนราชการดังกล่าวขึ้นอีก เว้นแต่มีเหตุผลและความจำเป็นเพื่อรักษาความมั่นคงของรัฐหรือเศรษฐกิจของประเทศ หรือรักษาผลประโยชน์ส่วนรวมของประชาชน และโดยได้รับความเห็นชอบจาก ก.พ.ร. ”

มาตรา 9 ในวาระเริ่มแรก การจัดทำแผนปฏิบัติการของส่วนราชการเป็นแผนห้าปี ตามมาตรา 16 แห่งพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชกฤษฎีกานี้ ให้จัดทำเป็นแผนสามปีโดยมีห้วงระยะเวลาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ถึงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

มาตรา 10 ในวาระเริ่มแรก ให้สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) จัดให้มีแพลตฟอร์มดิจิทัลกลางเพื่อให้ส่วนราชการใช้ในการบริการประชาชนและการติดต่อประสานงานระหว่างกันได้ในเก้าสิบวัน นับแต่วันที่พระราชกฤษฎีกานี้ใช้บังคับ

ให้เป็นหน้าที่ของหัวหน้าส่วนราชการที่จะต้องดำเนินการให้บริการประชาชนและการติดต่อประสานงานระหว่างส่วนราชการด้วยกัน โดยการใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลกลางให้แล้วเสร็จภายในสองปี นับแต่พ้นกำหนดเวลาตามวรรคหนึ่ง

ในกรณีที่ส่วนราชการใดมีเหตุผลความจำเป็นที่ไม่สามารถดำเนินการใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลกลางได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวรรคสอง ให้หัวหน้าส่วนราชการนั้นเสนอ ก.พ.ร. เพื่อพิจารณาขยายระยะเวลาดังกล่าวได้

2.3 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการวางแผนยุทธศาสตร์

2.3.1 ความหมายของแผนยุทธศาสตร์

ความหมายของคำว่า Strategic Plan นั้นมีการให้ความหมายภาษาไทยหมายถึง แผนยุทธศาสตร์ หรือแผนกลยุทธ์ โดยทั่วไปคำว่า แผนยุทธศาสตร์ จะได้รับความนิยมนำมาใช้ในทางทหาร และหน่วยงานราชการ ส่วนแผนกลยุทธ์จะใช้เรียกในการวางแผนทางธุรกิจ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ หรือการบริหารยุทธศาสตร์นั้น เป็นกระบวนการบริหารองค์กรที่เน้นการมององค์กรเป็นภาพรวม และมองอย่างเป็นระบบ คือ มองผลกระทบต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น ทั้งจากสภาพแวดล้อมภายนอก และสภาพแวดล้อมภายใน ที่จะส่งผลกระทบต่อองค์กรโดยส่วนรวมอย่างไร ตลอดจนมององค์กรอย่างกว้างไกล คือ การคำนึงถึงวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายขององค์กรในระยะยาวว่าจะเป็นอย่างใด กำหนดทิศทางอย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนองค์กรอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานภาครัฐ ที่เป็นกระบวนการตัดสินใจอย่างเป็นระบบในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด รวมถึงการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติ เพื่อบรรลุเป้าประสงค์ที่ได้กำหนดไว้ อันเป็นผลประโยชน์ของส่วนรวม หรือประโยชน์สาธารณะ (Public Interest) ทั้งยังเป็นการสนองตอบต่อปัญหาและความต้องการของประชาชนอีกด้วย ซึ่งมีแนวคิดต่างๆ มากมายเกี่ยวกับเรื่องของการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ที่ถูกมองว่าเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบในการบริหารจัดการโดยที่แผนยุทธศาสตร์จะเป็นเหมือนกับทิศทางในการดำเนินงานขององค์กรหรือหน่วยงาน ตลอดจนจนถึงแผนในการปฏิบัติเพื่อทำให้องค์กร หรือหน่วยงานได้บรรลุตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ หรือเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ดังนี้

Alfred (1962) ได้กล่าวว่าแผนยุทธศาสตร์ หมายถึง การกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์พื้นฐานระยะยาวขององค์กร และการยอมรับวิธีการในการดำเนินงานและการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์เหล่านั้น

David (1995) ได้กำหนดความหมายว่า “ยุทธศาสตร์” เป็นวิถีทางเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในระยะยาว

Wheelen and Hunger (2004) ได้ให้คำนิยาม “ยุทธศาสตร์” ว่าเป็นแผนแม่แบบขององค์กร ที่ระบุว่าองค์กรจะบรรลุพันธกิจและเป้าหมายอย่างไร เพื่อสร้างข้อได้เปรียบและลดความเสี่ยง

ธงชัย สันติวงษ์ (2537) ได้ให้ความหมายว่า “ยุทธศาสตร์” คือแผนงานที่มีความพร้อมสมบูรณ์ครอบคลุมครบถ้วนทุกด้าน และประสานสอดคล้องเข้ากันได้ เพื่อที่จะช่วยให้องค์กรมีข้อได้เปรียบที่จะเผชิญกับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ซึ่งยุทธศาสตร์จะถูกกำหนดขึ้นเพื่อประกันว่าวัตถุประสงค์ของกิจการจะบรรลุความสำเร็จ

Certo and Peter (1991) ให้นิยามคำว่า ยุทธศาสตร์ หมายถึง วิธีการดำเนินงานที่คาดว่าจะนำไปสู่ความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กร

Wright, Pringle et al. (1992) ให้คำจำกัดความยุทธศาสตร์ หมายถึง แผนของผู้บริหารระดับสูงที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจขององค์กร

วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์ (2552) ได้ให้ความหมายของแผนยุทธศาสตร์ หมายถึง ทิศทางหรือแนวทางปฏิบัติตามพันธกิจและภารกิจ (Mission) ให้สัมฤทธิ์ผลตามวิสัยทัศน์ (Vision) และเป้าประสงค์ขององค์การ (Corporate Goal) โดยแผนยุทธศาสตร์ที่ดีนั้น จะต้องถูกกำหนดขึ้นตามวิสัยทัศน์ขององค์การ อันเป็นผลผลิตทางความคิดร่วมกันของสมาชิกในองค์การที่ได้ทำงานร่วมกันหรือจะทำงานร่วมกัน โดยวิสัยทัศน์นี้เป็นความ

เห็นพ้องต้องกันว่าเป็นจุดหมายปลายทางที่องค์การประสงค์จะไปให้ถึง และวิสัยทัศน์นี้มีการแปลงออกมาเป็นวัตถุประสงค์ (Objective) ที่เป็นรูปธรรม และสามารถวัดได้ ทั้งนี้้องค์การสามารถใช้แผนยุทธศาสตร์เป็นกรอบในการประเมินผลงานประจำปีงบประมาณ ยิ่งไปกว่านั้น้องค์การยังสามารถใช้แผนยุทธศาสตร์เป็นกรอบในการจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เพื่อการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีได้อีกด้วย

ดำรงค์ วัฒนา และพรมณี ขำเลิศ (2566) ยุทธศาสตร์ คือ แผนที่แสดงอนาคต เป็นเข็มทิศนำทางไปสู่อนาคตที่กำหนดความสำเร็จไว้ตามความมุ่งหวัง เป็นหนทางในการกำหนดแนวทาง และบริหารจัดการไปสู่ความสำเร็จ แม้ว่าสถานการณ์ในอนาคตจะมีความไม่แน่นอนและยากต่อการทำนาย แต่การกำหนดยุทธศาสตร์จะช่วยให้มีจุด (Focus) ที่ชัดเจน มีความพร้อมในการจัดการความท้าทายตามหนทางไปสู่อนาคต

พัฒนา แสงมณีโคตร (2561) ยุทธศาสตร์ หมายถึง แนวทางในการบรรลุจุดหมายของหน่วยงาน ดังนั้นจุดหมายจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการจัดทำยุทธศาสตร์ โดยผู้จัดทำจำเป็นต้องกำหนดจุดหมายของหน่วยงานให้ชัดเจน เพื่อให้ยุทธศาสตร์ที่ได้ออกมานั้นตรงตามความต้องการ และดำเนินไปในทิศทางที่ถูกต้อง

จากแนวคิดดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า การวางแผนยุทธศาสตร์ หมายถึง กระบวนการกำหนดแนวทางในการดำเนินงานให้สอดคล้องกับภารกิจ วิสัยทัศน์ และเป้าประสงค์ขององค์กร เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยคำนึงถึงองค์ประกอบด้านต่าง ๆ เช่น สภาพแวดล้อมภายใน ภายนอก และจุดแข็ง จุดอ่อนขององค์กร เป็นต้น

2.3.2 ความสำคัญของแผนยุทธศาสตร์

1) แผนยุทธศาสตร์เป็นการกำหนดรูปแบบของการปฏิบัติที่ช่วยให้องค์การสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสภาพการณ์เปลี่ยนแปลงไป ทั้งนี้เพราะการกำหนดแผนยุทธศาสตร์นั้นให้ความสำคัญกับการศึกษาวิเคราะห์สภาพแวดล้อม ทั้งสภาพแวดล้อมภายในและสภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร

2) แผนยุทธศาสตร์เป็นการกำหนดรูปแบบของการปฏิบัติที่ช่วยให้หน่วยงานในภาครัฐตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตนที่มีส่วนเอื้ออำนวยความสำเร็จและความล้มเหลวต่อเป้าประสงค์ขององค์กร

3) แผนยุทธศาสตร์เป็นการกำหนดรูปแบบของการปฏิบัติที่ช่วยส่งเสริมการจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management, NPM) ที่ให้ความสำคัญการปรับปรุงการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐทั้งระบบ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยในประเทศไทยเรียกว่า การปฏิรูประบบราชการ อีกทั้งหน่วยงานภาครัฐยังต้องดำเนินงานตามแนวทางการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดีหรือธรรมาภิบาล (Good Governance) ซึ่งเป็นกระแสหลักในการบริหารรัฐกิจปัจจุบัน

4) แผนยุทธศาสตร์เป็นการกำหนดรูปแบบของการปฏิบัติที่มีส่วนช่วยยกระดับระบบการจัดทำงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงาน (Performance-based Budgeting)

5) แผนยุทธศาสตร์เป็นการกำหนดรูปแบบของการปฏิบัติที่มีส่วนช่วยในการสร้างนวัตกรรมการบริหารจัดการ ซึ่งเป็นการพินิจวิเคราะห์ วางแผน และนำเสนอทางเลือกในการบริหารจัดการแบบใหม่ ๆ ที่หลุดพ้นจากกรอบพันธนาการทางความคิด อันเกี่ยวข้องกับระเบียบปฏิบัติราชการที่ล้าสมัยและไม่เป็นไปเพื่อประโยชน์สูงสุดของประชาชน

6) แผนยุทธศาสตร์เป็นการกำหนดรูปแบบของการปฏิบัติที่มีส่วนช่วยสนับสนุนหลักการประชาธิปไตยในแง่ของการมีส่วนร่วม (Participation) และการกระจายอำนาจ (Decentralization)

2.3.3 ปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์

การวางแผนยุทธศาสตร์เป็นภารกิจของหน่วยงานทุกระดับ เพราะบุคคลทุกคนไม่ใช่เพียงแต่ผู้บริหารระดับสูง (Top Brass) (ประชุม รอดประเสริฐ 2533) แผนยุทธศาสตร์ถือเป็นโครงร่างหลัก (Grand Design) หรือเป็นวิธีการโดยรวมที่บุคคลหรือองค์กรต้องทำขึ้น เพื่อเป็นกรอบให้การดำเนินงานบรรลุถึงจุดประสงค์ การวางแผนยุทธศาสตร์จะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน 3 ประเภทของหน่วยงาน (ประชุม รอดประเสริฐ, 2533) คือ 1) พลังมหภาคจากภายนอกองค์กรหรือหน่วยงาน ซึ่งได้แก่ พลังทางวิชาการ (เทคโนโลยี) พลังทางการเมือง พลังทางเศรษฐกิจ พลังทางสังคม และอื่น ๆ 2) พลังมหภาคจากภายในองค์กรหรือหน่วยงาน ซึ่งได้แก่ ค่านิยมของหน่วยงาน จุดอ่อน และจุดแข็งของหน่วยงาน บุคลิกลักษณะของบุคคลในหน่วยงาน และอื่น ๆ 3) วัตถุประสงค์ขององค์กรหรือหน่วยงาน ในกระบวนการกำหนดวัตถุประสงค์ของหน่วยงานหรือขององค์กร อิทธิพลซึ่งเป็นพลังทั้งภายนอกและภายในองค์กรจะได้รับการตรวจสอบอย่างละเอียดลึกซึ้งโดยการวิเคราะห์แล้ว จึงนำไปประยุกต์เพื่อการวางแผนยุทธศาสตร์

2.3.4 กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ (Strategic Planning Process)

การวางแผนยุทธศาสตร์ เป็นการวางแผนเพื่อนำองค์กรไปสู่สภาพลักษณะใหม่ ก้าวสู่วิสัยทัศน์ที่ต้องการในอนาคต (วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์ 2552) การวางแผนยุทธศาสตร์จึงเป็นความพยายามขับเคลื่อนองค์กรในภาพรวม ความสำเร็จในทุกประเด็นยุทธศาสตร์ที่ได้ถูกกำหนดขึ้นเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้องค์กรเดินทางไปถึงวิสัยทัศน์โดยถูกต้องตรงตามภารกิจ และสัมฤทธิ์ผลตามเป้าประสงค์ขององค์กรนั้น ส่วนการวางแผนทั่วไปนั้นเป็นการวางแผนเพื่อแก้ปัญหาหรือการป้องกันปัญหา หรือเป็นการวางแผนเพื่อพัฒนาองค์กรหรือกระบวนการปฏิบัติขององค์กรให้มีประสิทธิภาพ และ/หรือประสิทธิผลสูงขึ้น เพราะฉะนั้นการวางแผนทั่วไปจึงมีจุดมุ่งหมายที่แคบกว่าการวางแผนยุทธศาสตร์มาก

Kotler and Murphy (1981) ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนยุทธศาสตร์มาใช้ในวงการอุดมศึกษา โดยแบ่งกระบวนการวางแผนเชิงกลยุทธ์ออกเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่

1. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอก (Environmental Analysis)
2. การวิเคราะห์แหล่งทรัพยากร (Resource Analysis)
3. การตั้งเป้าหมาย (Goal Formulation)
4. การกำหนดแผนยุทธศาสตร์ (Strategic Formulation)
5. การออกแบบองค์กร (Organizational Design)
6. การออกแบบแนวปฏิบัติงาน (System Design)

ทศพร ศิริสัมพันธ์ (2539) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ไว้ ดังนี้

1. การมุ่งเน้นอนาคต โดยการสร้างวิสัยทัศน์ที่เกี่ยวกับทิศทางขององค์กรที่จะดำเนินต่อไป และการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อดำเนินการตามทิศทางดังกล่าว ซึ่งการวางแผนยุทธศาสตร์นี้ไม่ใช่เพียงแต่การวางแผน

ระยะยาวเพื่อคาดการณ์แนวโน้มในอนาคตเท่านั้น แต่เป็นความพยายามในการกำหนดสภาพการณ์อันพึงประสงค์ไว้ล่วงหน้า และปรับเปลี่ยนปัจจัยต่างๆ ให้สอดคล้องกัน

2. การมุ่งเน้นเป้าหมายรวมขององค์กร โดยกำหนดวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่ชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติให้บังเกิดผลตามระยะเวลาที่กำหนดในแต่ละช่วง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามทิศทางที่ต้องการ

3. การมุ่งเน้นกระบวนการ โดยจะต้องมีการดำเนินการไปอย่างต่อเนื่องเป็นวงจร ที่เริ่มต้นจากการกำหนดภารกิจหลัก การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกและสภาพแวดล้อมภายใน การวิเคราะห์และกำหนดกลยุทธ์ การจัดทำแผนงาน โครงการ และการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ การทบทวนและจัดวางกลยุทธ์ใหม่

4. การมุ่งเน้นภาพรวม โดยเน้นระดับของการวิเคราะห์ภาพรวมขององค์กรมากกว่า การพิจารณาเพียงส่วนใดส่วนหนึ่งหรือเฉพาะบางแผนงาน โครงการและกิจกรรมจะสะท้อนถึงการบริหารเชิงกลยุทธ์ และครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึงการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ว่า เป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และวนซ้ำกลับไปมาในกระบวนการ เริ่มตั้งแต่การวางแผนยุทธศาสตร์ (Strategic Planning) การนำไปปฏิบัติ (Strategic Implementation) และการควบคุม/ทบทวน (Strategic Control)

Certo and Peter (1991) เสนอขั้นตอนในการจัดทำยุทธศาสตร์ไว้ 5 ขั้นตอน คือ

1. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม (Environmental Analysis) เป็นการพิจารณาสภาพแวดล้อมที่ประกอบไปด้วยปัจจัยภายในองค์กรที่เป็นจุดแข็ง-จุดอ่อน และปัจจัยภายนอกองค์กรที่เป็นโอกาส-อุปสรรค ซึ่งเป็นปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อการบรรลุความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กร

2. การตั้งทิศทางขององค์กร (Establishing Organization Direction) โดยพิจารณาพันธกิจขององค์กร ซึ่งพิจารณาจากวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งองค์กร กระบวนการสร้างทิศทางขององค์กรประกอบไปด้วยการทบทวนผลการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม การกำหนดพันธกิจขององค์กรที่เหมาะสม และการกำหนดวัตถุประสงค์ขององค์กรที่เหมาะสม โดยทั้งหมดนี้เป็นผลมาจากการทบทวนในขั้นตอนที่ 1 ที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมขององค์กร การกำหนดพันธกิจที่เหมาะสมจะเพิ่มโอกาสในการแข่งขันและอยู่รอดในระยะยาวให้กับองค์กร ซึ่งหลังจากนั้นจะสามารถดำเนินการในขั้นตอนต่อไป โดยวิเคราะห์แนวโน้มที่สำคัญของสภาพแวดล้อม พัฒนาวัตถุประสงค์โดยภาพรวมขององค์กร และสร้างวัตถุประสงค์ย่อย

3. กำหนดยุทธศาสตร์ (Strategic Formulation) โดยการพิจารณากำหนดและเลือกยุทธศาสตร์ที่เหมาะสม และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการวิเคราะห์ทางเลือกด้วยเทคนิคต่างๆ รวมถึงการวิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อน-โอกาส-อุปสรรค (SWOT analysis)

4. การปฏิบัติงานตามแผนยุทธศาสตร์ (Strategic Implementation) โดยการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงโครงสร้างขององค์กร (Organization Structure) และวัฒนธรรมองค์กร (Organization Culture) เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

5. การควบคุมเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Control) โดยการติดตามผลการปฏิบัติงานและประเมินผลความสำเร็จขององค์กร

Wheelen and Hunger (2002) กล่าวว่า รูปแบบพื้นฐานของการบริหารเชิงกลยุทธ์ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ

1. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ข้อหลักๆ ได้แก่

1.1 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กร (Organization Environment) สภาพแวดล้อมขององค์กร หมายถึง แรงผลักดันต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อการบริหารงานขององค์กร ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร (External Environment) สภาพแวดล้อมภายในองค์กร (Internal Environment)

1.2 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทางการแข่งขัน ประกอบด้วย

1.2.1 อุปสรรคจากคู่แข่งที่เข้ามาใหม่

1.2.2 อำนาจการต่อรองของผู้ขายปัจจัยการผลิต

1.2.3 อำนาจการต่อรองของผู้ซื้อ

1.2.4 อุปสรรคจากผลิตภัณฑ์หรือบริการที่สามารถใช้ทดแทนได้

1.2.5 ระดับการแข่งขันระหว่างธุรกิจเดิม

2. การจัดทำกลยุทธ์ (Strategic Formulation) คือ การนำข้อมูลและความรู้ต่างๆ จากการกำหนดทิศทางขององค์กร และการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก – ภายในองค์กร มาจัดทำเป็นกลยุทธ์ในระดับและรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการประเมิน และคัดเลือกกว่ากลยุทธ์ใดที่มีความเหมาะสมกับองค์กรมากที่สุด

3. การปฏิบัติตามกลยุทธ์ (Strategic Implementation) คือ การนำกลยุทธ์ที่ได้จัดทำและคัดเลือกไว้ในขั้นตอนที่ 2 มาปฏิบัติเพื่อให้การดำเนินงานขององค์กรบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ตั้งไว้

4. การควบคุมและประเมินผล

วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์ (2552) ได้กำหนดให้กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ มีขั้นตอนดังนี้

1. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทางยุทธศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายใน (Internal Environment) และการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอก (External Environment)

2. การจัดวางทิศทางขององค์กร ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดวิสัยทัศน์ (Vision) การกำหนดภารกิจ (Mission) การกำหนดเป้าประสงค์ขององค์กร (Corporate Goal) การกำหนดวัตถุประสงค์ (Objectives) การกำหนดดัชนีชี้วัดผลงานระดับองค์กร (Organization's Key Performance Indicators, KPIs) และการกำหนดยุทธศาสตร์ (Strategy)

3. การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เป็นการดำเนินการเพื่อให้ยุทธศาสตร์ที่ได้ถูกกำหนดขึ้น มีความเป็นรูปธรรม ปฏิบัติได้จริง อันจะนำไปสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ ภารกิจ และเป้าประสงค์ขององค์กร โดยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์นั้น ประกอบด้วย

3.1 การวิเคราะห์จุดแข็ง (Strengths) การวิเคราะห์จุดอ่อน (Weakness) การวิเคราะห์โอกาส (Opportunities) และการวิเคราะห์ภัยคุกคาม (Threats) ขององค์กร หรือ SWOT Analysis

3.2 การกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์

3.3 การกำหนดวัตถุประสงค์ (Objective) ในแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์ พร้อมทั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบและหน่วยงานสนับสนุน

3.4 การกำหนดดัชนีชี้วัดผลงานระดับองค์กรและระดับหน่วยงาน (Strategic Plan's KPIs)

3.5 กำหนดยุทธวิธี (Tactics) หรือแผนงานในการปฏิบัติ

3.6 การกำหนดเป้าหมาย (Targets) ของแต่ละกิจกรรม (Activities) พร้อมกับดัชนีชี้วัดผลงานระดับแผนปฏิบัติการ (Action Plan's KPIs)

จากแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า กระบวนการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Management Process) มีส่วนประกอบสำคัญ ต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม (Environment Analysis) ผู้บริหารจะต้องศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัยในด้านต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อการทำงานขององค์กร ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ สภาพแวดล้อมภายนอก (External Environment) และสภาพแวดล้อมภายใน (Internal Environment) ขององค์กร โดยทำการวิเคราะห์ถึงจุดแข็ง (Strength) จุดอ่อน (Weakness) โอกาส (Opportunity) และอุปสรรค (Threat) หรือที่เรียกว่าการวิเคราะห์ SWOT (SWOT Analysis) เพื่อดูว่าแต่ละปัจจัยมีส่วนเอื้ออำนวยหรือขัดขวางการดำเนินงานขององค์กรอย่างไรบ้าง

2. การกำหนดทิศทางขององค์กร (Organization Direction) ผู้บริหารจะนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากการวิเคราะห์โอกาส และข้อจำกัดมาทำการประมวลผล เพื่อใช้กำหนดทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ขององค์กร โดยสามารถกระทำได้ในลักษณะของการกำหนดภารกิจและการตั้งเป้าหมาย (Mission and Goal) ขององค์กร

3. การกำหนดยุทธศาสตร์ (Strategy Formulation) หมายถึง การนำทิศทางขององค์กรที่กำหนดไว้อย่างกว้าง ๆ มาพัฒนาเพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานในอนาคตขององค์กร โดยมีจะกำหนดยุทธศาสตร์ตามระดับชั้นภายในองค์กร ตั้งแต่ยุทธศาสตร์องค์กร ยุทธศาสตร์ธุรกิจ และยุทธศาสตร์ตามหน้าที่

4. การนำแผนยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ (Strategy Implementation) หมายถึงการนำยุทธศาสตร์ที่ถูกกำหนดขึ้นไปประยุกต์ในการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ผ่านการจัดโครงสร้างบุคลากร และการประสานงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ

5. การควบคุมและการประเมินยุทธศาสตร์ (Strategy Evaluation and Control) หมายถึง การติดตามและตรวจสอบ (Monitoring) วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทาง ปรับปรุง และพัฒนาให้แผนยุทธศาสตร์ที่กำลังดำเนินอยู่ให้เกิดความสอดคล้องกับสถานการณ์จริง เพื่อองค์กรจะได้คุณค่าสูงสุดจากการดำเนินงาน ตลอดจนทำการประเมินผลจากการดำเนินยุทธศาสตร์ว่าประสบผลสำเร็จดังที่ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ อย่างไร เพื่อนำไปพิจารณาในการพัฒนายุทธศาสตร์ต่อไป

2.3.5 ประโยชน์ของการวางแผนยุทธศาสตร์

การวางแผนยุทธศาสตร์ เป็นเครื่องมือที่สำคัญของผู้บริหารในการปรับเปลี่ยนองค์กรให้สามารถบริหารและมีความสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อม เพื่อช่วยให้องค์กรสามารถอยู่รอดและเจริญเติบโตต่อไป นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ต่อการบริหารองค์กรอีกหลายประการ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ (ธงชัย สันติวงษ์ 2537)

1. ช่วยทำให้ผู้บริหารของแต่ละหน่วยงานให้ความใส่ใจ และมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในเรื่องขององค์กรมากขึ้น

2. กระตุ้นให้ผู้บริหารทราบถึงปัญหา อุปสรรค ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นและเตรียมมาตรการรองรับไว้ล่วงหน้า อันเป็นการลดความเสี่ยง และความเสียหายที่จะเกิดขึ้นต่อองค์กร

3. ช่วยให้ผู้บริหารเกิดความเข้าใจในธรรมชาติของการดำเนินการอย่างชัดเจนขึ้น และมองเห็นภาพในอนาคตของการพัฒนาและนำองค์กรต่อไป

4. ช่วยให้เกิดการวิเคราะห์ถึงโอกาส และช่องทางในการดำเนินงานในอนาคต เพื่อให้การปรับเปลี่ยนทิศทางและภารกิจงานขององค์กรเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม

5. ช่วยทำให้การกำหนดวัตถุประสงค์ แผนงาน/โครงการ และการใช้ทรัพยากรขององค์กรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

6. ช่วยสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องร่วมกันระหว่างสมาชิกขององค์กร และทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับทิศทางและการดำเนินงาน ตลอดจนความคาดหวังต่าง ๆ

7. ช่วยก่อให้เกิดการประสานงานและบูรณาการทางด้านความคิด และการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ อันเป็นการผนึกกำลังภายในองค์กร

2.3.6 เทคนิคการวิเคราะห์ SWOT (SWOT Analysis)

การวิเคราะห์ SWOT เป็นเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จขององค์กร (Certo & Peter, 1991) จุดประสงค์ของการวิเคราะห์ เพื่อประเมินจุดแข็ง (Strength) จุดอ่อน (Weakness) โอกาส (Opportunity) และอุปสรรค (Threat) ผลการวิเคราะห์ใช้เป็นพื้นฐานในการกำหนดกลยุทธ์เพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กร ซึ่งอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภารกิจ วัตถุประสงค์ นโยบาย หรือกลยุทธ์ขององค์กร (สมยศ นาวิกาน 2541)

แนวความคิดพื้นฐานของการวิเคราะห์ SWOT ได้แก่ กลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ มาจากส่วนผสมที่ลงตัวระหว่างสภาพแวดล้อมภายในองค์กร (จุดแข็งและจุดอ่อน) และสภาพแวดล้อมภายนอก (โอกาสและอุปสรรค) (Pearce and Robinson 2005) ทำให้องค์กรเพิ่มความแข็งแกร่งและโอกาส ในขณะที่เดียวกันก็ลดจุดอ่อนและอุปสรรค สมยศ นาวิกาน (2541) ระบุประโยชน์ของการวิเคราะห์ SWOT 3 ประเด็น คือ

1. วิเคราะห์ SWOT เพื่อได้ขอบเขตที่เหมาะสมในการประเมินฐานะปัจจุบันและอนาคตขององค์กรแก่ผู้บริหาร

2. ผู้บริหารสามารถกำหนดยุทธศาสตร์ทางเลือกขององค์กรให้เหมาะสมกับสถานการณ์บนรากฐานของผลการวิเคราะห์

3. การวิเคราะห์ SWOT เป็นระยะๆ จะช่วยให้ผู้บริหารทราบถึงการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตลอดเวลา

ดาร์รงค์ วัฒนา และพรมณี ขำเลิศ (2566) ได้กล่าวว่า ในการวิเคราะห์ SWOT เพื่อประเมินสภาพแวดล้อมองค์กร หนึ่งในเครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายใน คือ 7s ตามแนวคิดของแมคคินซี (McKinsey 7's Framework) ซึ่งได้ถูกนำมาใช้ในการบริหารเป็นหลักสากล ประกอบไปด้วย

1. Structure (โครงสร้างองค์กร) หมายถึง ลักษณะโครงสร้างขององค์กรที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบ รวมถึงขนาดการควบคุม การรวมอำนาจ และการกระจายอำนาจของผู้บริหาร การแบ่งโครงสร้างงานตามหน้าที่ ตามผลิตภัณฑ์ ตามลูกค้าตามภูมิภาคได้อย่างเหมาะสม

2. Strategy (กลยุทธ์) หมายถึง การวางแผนเพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม การพิจารณา จุดแข็ง จุดอ่อนของกิจการ โดยพิจารณาว่าองค์กรมีการกำหนดกลยุทธ์ที่ชัดเจนหรือไม่

3. Staff (การจัดการบุคคลเข้าทำงาน) หมายถึง การคัดเลือกบุคลากรที่มีความสามารถ การพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง พนักงานมีคุณภาพใหม่ มาโดยระบบเส้นสายหรือไม่

4. Style (รูปแบบ) หมายถึง การจัดการที่มีรูปแบบวิธีที่เหมาะสมกับลักษณะองค์การ เช่น การสั่งการ การควบคุม การจูงใจ สะท้อนถึงวัฒนธรรมองค์การ สไตล์การบริหารเป็นอย่างไร

5. System (ระบบ) หมายถึง กระบวนการและลำดับขั้นการปฏิบัติงานทุกอย่างที่เป็นระบบที่ต่อเนื่องสอดคล้องประสานกันทุกระดับ รวมถึงการวางระบบงาน

6. Shared value (ค่านิยมร่วม) หมายถึง ค่านิยมร่วมกันระหว่างคนในองค์การ ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ความเชื่อร่วมกันในหน่วยงาน

7. Skill (ทักษะ) หมายถึง ความโดดเด่น ความเชี่ยวชาญในการผลิต การขาย การให้บริการ พนักงานมีทักษะในการทำงานหรือไม่

และเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกที่นิยม คือ PEST Analysis ประกอบด้วย 4 ปัจจัยหลัก ดังนี้

1. Political (การเมือง) การวิเคราะห์ปัจจัยทางการเมือง เช่น นโยบายรัฐบาล, กฎหมาย, กฎระเบียบ, เสถียรภาพทางการเมือง, และความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ซึ่งอาจมีผลต่อการดำเนินธุรกิจ

2. Economic (เศรษฐกิจ) การวิเคราะห์ปัจจัยทางเศรษฐกิจ เช่น อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ, อัตราดอกเบี้ย, อัตราเงินเฟ้อ, อัตราการว่างงาน, และปัจจัยทางเศรษฐกิจอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อธุรกิจ

3. Social (สังคม) การวิเคราะห์ปัจจัยทางสังคม เช่น ค่านิยมทางวัฒนธรรม, แนวโน้มประชากร, การเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างประชากร, การศึกษา, และปัจจัยทางสังคมอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมผู้บริโภคและธุรกิจ

4. Technological (เทคโนโลยี) การวิเคราะห์ปัจจัยทางเทคโนโลยี เช่น การพัฒนาเทคโนโลยีใหม่, การลงทุนในด้านการวิจัยและพัฒนา, การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ, และปัจจัยทางเทคโนโลยีอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อธุรกิจ

วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์ (2542) ได้เสนอการกำหนดยุทธศาสตร์โดยการวิเคราะห์ SWOT ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ตำแหน่ง สถานภาพขององค์กร เพื่อประเมินว่าองค์กรมีลักษณะเด่นเชิงโอกาส หรือลักษณะด้อยเชิงคุณภาพมากน้อยเพียงใด และสรุปจุดแข็งและจุดอ่อน

2. พัฒนาทางเลือกยุทธศาสตร์ ซึ่งมีหลายยุทธศาสตร์ขึ้นอยู่กับผลของการวิเคราะห์ SWOT ได้แก่

2.1 พิจารณายุทธศาสตร์เพื่อขยายธุรกิจ (Growth Strategy) ซึ่งสามารถทำได้โดยการขยายธุรกิจภายในโดยการลงทุนเพิ่มหรือการซื้อกิจการเพิ่ม

2.2 ยุทธศาสตร์การทำธุรกิจครบวงจรหรือการควบกิจการ (Integration Strategy) การรวมธุรกิจที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อลดต้นทุนหรือหาความมั่นคงจากการสั่งและผลิตสินค้าเอง หรือการเข้าไปควบกิจการที่ทำธุรกิจคล้ายคลึงกัน เพื่อลดการแข่งขัน

2.3 ยุทธศาสตร์การเพิ่มชนิดของสินค้าหรือการบริหาร (Diversification Strategy) เมื่อบริษัทต้องการเพิ่มชนิดของสินค้า ซึ่งปกติมักจะใช้ยุทธศาสตร์การเข้าไปซื้อธุรกิจอื่นหรือยี่ห้ออื่น

2.4 ยุทธศาสตร์การตัดทอน (Retrenchment Strategy) เป็นการลดขนาดและขอบเขตของกิจการ โดยยกเลิกแผนงาน แผนก หรือกิจกรรม

2.5 ยุทธศาสตร์การรักษาเสถียรภาพ (Stability Strategy) เป็นการดำเนินงานเฉพาะแผนงานที่มีความรู้ ความชำนาญเพียงชนิดเดียว

ตารางที่ 2-1 ตารางเมตริกซ์แสดงยุทธศาสตร์ที่นำมาใช้จากการพิจารณาจุดแข็ง-จุดอ่อน โอกาส-อุปสรรค

ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก	จุดแข็ง (Strengths)	จุดอ่อน (Weakness)
โอกาส (Opportunities)	SO มีจุดแข็งและมีโอกาส กลยุทธ์เชิงรุก (Aggressive Strategy)	WO มีจุดอ่อนและมีโอกาส กลยุทธ์อนุรักษ์ (Conservative Strategy)
อุปสรรค (Threats)	ST มีจุดแข็งและมีอุปสรรค กลยุทธ์การแข่งขัน (Competitive Strategy)	WT มีจุดอ่อนและมีอุปสรรค กลยุทธ์ตั้งรับ (Defensive Strategy)

จากการวิเคราะห์ SWOT สามารถสรุปโดยใช้เมตริกซ์ จุดแข็ง-จุดอ่อน โอกาส-อุปสรรค เพื่อพิจารณาถึงยุทธศาสตร์ที่เหมาะสม ดังต่อไปนี้

1. ยุทธศาสตร์ SO (SO Strategy) เป็นตำแหน่งหรือสถานการณ์ที่เป็นเป้าหมายของทุกองค์กร โดยองค์กรจะใช้จุดแข็งและข้อได้เปรียบจากโอกาส ถ้ามีจุดอ่อนก็พยายามแก้ไขเพื่อให้เปลี่ยนเป็นจุดแข็ง ถ้าเผชิญอุปสรรคก็ต้องพยายามเปลี่ยนให้เป็นโอกาส ในกรณีนี้องค์กรจะใช้จุดแข็งที่มีเพื่อสร้างข้อได้เปรียบจากโอกาส

2. ยุทธศาสตร์ WO (WO Strategy) เป็นสถานการณ์ที่ธุรกิจพยายามให้มีจุดอ่อนต่ำสุด และมีโอกาสสูงสุด ดังนั้นองค์กรที่มีจุดอ่อนในบางกรณีจะต้องพยายามหาวิธีแก้ไข โดยการใช้ข้อได้เปรียบจากเทคโนโลยีหรือบุคลากรที่มีทักษะจากภายนอกในการพัฒนาองค์กร ในกรณีนี้องค์กรจะพยายามแก้ไขจุดอ่อนและสร้างข้อได้เปรียบจากโอกาส

3. ยุทธศาสตร์ ST (ST Strategy) เป็นสถานการณ์ที่องค์กรมีจุดแข็งและมีอุปสรรคจากสภาพแวดล้อมภายนอก เป้าหมายขององค์กรคือพยายามให้มีจุดแข็งสูงสุด และอุปสรรคต่ำสุด ดังนั้นองค์กรอาจใช้จุดแข็งด้านเทคโนโลยี การเงิน การบริหารจัดการ เพื่อขจัดอุปสรรคจากคู่แข่ง ในกรณีนี้องค์กรจะใช้จุดแข็งเพื่อหลีกเลี่ยงหรือเอาชนะอุปสรรคให้ได้

4. ยุทธศาสตร์ WT (WT Strategy) เป็นสถานการณ์ที่องค์กรมีจุดอ่อนและมีอุปสรรค โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างจุดแข็งและขจัดอุปสรรคให้ต่ำสุด โดยองค์กรอาจใช้วิธีร่วมทุน (Joint Venture) เป็นพันธมิตรกับเครือข่าย (Network) การลดค่าใช้จ่าย (Retrenchment) ในกรณีนี้บริษัทจะต้องพยายามสร้างจุดแข็งและเอาชนะอุปสรรคให้ได้

2.4 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการกำหนดตัวชี้วัด

2.4.1 ความหมายของตัวชี้วัด ตัวชี้วัดตรงกับภาษาอังกฤษว่า Indicators ในภาษาไทยมีการแปลและนำมาใช้อย่างหลากหลาย เช่น ดัชนี เครื่องชี้วัด ตัวบ่งชี้ เป็นต้น โดยมีผู้ให้ความหมายของตัวชี้วัดไว้อย่างต่าง ๆ ดังนี้

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร (2551) ได้ให้ความหมายตัวชี้วัดหมายถึง ค่าที่สามารถสังเกตได้ ซึ่งใช้บ่งบอกสภาพหรือการสะท้อนผลการดำเนินงาน สามารถวัดได้ในเชิงปริมาณ ผลการดำเนินงานและผลสัมฤทธิ์ โดยเป็นข้อมูลสารสนเทศซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและกำหนดนโยบายขององค์กร

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน และสำนักวิจัยและพัฒนาระบบงานบุคคล (2556) ได้ให้ความหมายตัวชี้วัดหมายถึง ดัชนีชี้วัด หรือหน่วยวัดความสำเร็จในการปฏิบัติงานที่ถูกกำหนดขึ้น โดยหน่วยวัดควรเป็นตัวเลขที่สามารถนับได้จริง และสามารถสื่อได้ถึงเป้าหมายในการปฏิบัติงานที่สำคัญ และยังสามารถสร้างความชัดเจนในการติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงานในด้านต่างๆ

รุ่งรังษี วิบูลชัย (2544) กล่าวถึง ความหมายของตัวชี้วัด (Indicators) ว่า เป็นสารสนเทศที่ใช้บ่งบอกสถานภาพหรือลักษณะการดำเนินงานของบุคคลหรือหน่วยงาน หรือองค์กรในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

จิรัชมา วิเชียรปัญญา (2549) ให้ความหมายว่า ตัวชี้วัด หมายถึง สารสนเทศที่ใช้บ่งบอกสถานภาพหรือลักษณะการดำเนินงานของบุคคล หรือหน่วยงานหรือองค์กรในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งลักษณะของตัวชี้วัดที่ดีต้องมีการแสดงค่าปริมาณและคุณภาพเป็นตัวเลข เพื่อนำไปเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ได้

นงลักษณ์ วิรัชชัย, ชยุตย ภิรมย์สมบัติ และศศิมาศ ณ วิเชียร (2551) กล่าวว่า ตัวชี้วัด หมายถึง ตัวแปรประกอบหรือองค์ประกอบที่มีค่าแสดงถึงลักษณะหรือปริมาณของสภาพที่ต้องการศึกษา ณ ช่วงเวลาหนึ่ง ค่าของตัวชี้วัด แสดง ระบุ บ่งบอกถึงสภาพที่ต้องการศึกษาเป็นองค์รวม แต่มีความชัดเจนเพียงพอที่จะใช้เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อประเมินสภาพที่ต้องการศึกษาได้ และใช้ในการเปรียบเทียบระหว่างช่วงเวลาที่แตกต่างกัน เพื่อเฝ้าระวังถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาพที่ต้องการศึกษา

ศิริชัย กาญจนวาสิ (2552) ให้ความหมายว่า ตัวบ่งชี้หรือตัวชี้วัด หมายถึง ตัวประกอบ หรือตัวแปร หรือค่าที่สังเกตได้ ซึ่งใช้บ่งบอกสถานภาพหรือสะท้อนลักษณะของทรัพยากรการดำเนินงานหรือผลการดำเนินงาน โดยมีความผูกพันกับเกณฑ์และมาตรฐาน ซึ่งใช้เป็นตัวตัดสินความสำเร็จหรือคุณค่าของการดำเนินงานหรือผลการดำเนินงานที่ได้รับ

จากนักวิชาการที่ให้คำนิยามตัวชี้วัดอย่างหลากหลาย Johnstone (1981) สรุปลักษณะของตัวชี้วัดเพื่อให้เข้าใจความหมายของตัวชี้วัดไว้ 5 ประการ ดังนี้

1. ตัวชี้วัดต้องระบุสารสนเทศเกี่ยวกับสิ่งหรือสถานที่ศึกษาอย่างกว้างๆ โดยสามารถให้ข้อมูลที่เป็นสารสนเทศอย่างถูกต้องแม่นยำไม่มากก็น้อย แต่ไม่จำเป็นต้องมีความละเอียดถี่ถ้วน (precise)
2. ตัวชี้วัดแตกต่างจากตัวแปร เนื่องจากตัวแปรจะให้สารสนเทศของสิ่งที่ศึกษาเฉพาะด้าน (facet) เพียงด้านเดียว แต่ตัวชี้วัดจะให้สารสนเทศเป็นภาพรวมกว้างๆ ของสิ่งที่ศึกษา เพราะตัวชี้วัดเป็นตัวแปรประกอบ (Composite variable) หรือองค์ประกอบ (factor) ตัวชี้วัดอาจมี 20-30 ตัวแปร ที่สร้างจากตัวแปรหรือตัวชี้วัดย่อยๆ หลายร้อยตัวก็ได้
3. ค่าของตัวชี้วัด (Indicator Value) แสดงถึงปริมาณ (Quantity) กล่าวคือ ตัวชี้วัดต้องแสดงสภาพ

ที่ศึกษาเป็นค่าตัวเลขหรือปริมาณเท่านั้น ดังนั้นการสร้างตัวชี้วัดต้องมีการกำหนดความหมายและเกณฑ์เกี่ยวกับตัวชี้วัดอย่างชัดเจน โดยมีการกำหนดเกณฑ์หรือมาตรฐานควบคู่กับการแปลความหมาย

4. คาของตัวชี้วัดแสดงสารสนเทศ ณ จุดเวลาหรือช่วงเวลา (Time Point/Time Period) ตัวชี้วัดจะแสดงค่าของสิ่งหรือสภาพที่ต้องการศึกษาเฉพาะจุดหรือเวลาที่กำหนด นอกจากนี้ อาจให้สารสนเทศประกอบด้วยค่าหลายค่าเป็นอนุกรมเวลา (Time series) ดังนั้น เมื่อนำตัวชี้วัดที่ได้จากจุดเวลาหรือช่วงเวลาต่าง ๆ มาเปรียบเทียบกัน จะแสดงถึงสภาพความเปลี่ยนแปลงของสภาพที่ต้องการศึกษาได้

5. ตัวชี้วัดที่เป็นพื้นฐาน (Basic-Units) สำหรับการพัฒนาทฤษฎีกล่าวคือ การวิจัยเพื่อพัฒนาทฤษฎีใหม่ มีการดำเนินงานที่สำคัญเฉพาะส่วนที่เกี่ยวกับตัวแปร 4 ขั้นตอน คือ การบรรยายสภาพปรากฏการณ์ที่ศึกษาวิจัย การนิยามแนวคิดเชิงทฤษฎีของปรากฏการณ์ที่ศึกษาวิจัย การกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการของปรากฏการณ์ และการวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาสร้างตัวแปร ซึ่งถ้าตัวชี้วัดเชิงทฤษฎีและตัวแปรในการวิจัยมีความแตกต่างกัน ส่งผลให้การอนุมานความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการวิจัยไปสู่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวชี้วัดเชิงทฤษฎีไม่ถูกต้อง ดังนั้นจึงควรเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นตัวชี้วัด และใช้ตัวชี้วัดเป็นหน่วยพื้นฐานสำหรับการวิจัยเพื่อสร้างทฤษฎี

นอกจากนิยามและคุณลักษณะของตัวชี้วัดดังกล่าวแล้ว ศิริชัย กาญจนวาสี (2552) ได้กล่าวถึงคุณสมบัติของตัวชี้วัดที่ดี ดังนี้

1. ความตรง (Validity) ตัวชี้วัดที่ดีจะต้องบ่งชี้ได้ตามคุณลักษณะที่ต้องการวัดอย่างถูกต้องแม่นยำ โดยมีลักษณะดังนี้

1.1 มีความตรงประเด็น (Relevant) โดยมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องโดยตรงกับคุณลักษณะที่มุ่งวัด

1.2 มีความเป็นตัวแทน (Representative) หรือมีมุมมองที่ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของคุณลักษณะที่มุ่งวัดอย่างครบถ้วน

2. ความเที่ยง (Reliability) ตัวชี้วัดที่ดีจะต้องบ่งชี้คุณลักษณะที่มุ่งวัดได้อย่างน่าเชื่อถือ มีความคงที่เมื่อทำการวัดซ้ำในช่วงเวลาเดียวกัน โดยมีลักษณะดังนี้

2.1 มีความเป็นปรนัย (Objectivity) กล่าวคือ การตัดสินใจเกี่ยวกับค่าของตัวชี้วัดควรขึ้นอยู่กับสถานะที่เป็นอยู่หรือคุณสมบัติของสิ่งนั้น มากกว่าที่จะขึ้นอยู่กับความรู้สึกตามอัตวิสัย

2.2 มีความคลาดเคลื่อนต่ำ (Minimum Error) กล่าวคือ ค่าที่ได้จะต้องมาจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ตัวชี้วัดต้องวัดได้อย่างมีความคลาดเคลื่อนต่ำ

2.3 มีความเป็นกลาง (Neutrality) ตัวชี้วัดที่ดีต้องชี้วัดด้วยความเป็นกลาง ปราศจากอคติลำเอียง (Bias) ไม่น้อมเอียงเข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ไม่นำมาโดยการบ่งชี้เฉพาะลักษณะความสำเร็จ หรือความล้มเหลว หรือความไม่ยุติธรรม

2.4 ความไว (Sensitivity) ตัวชี้วัดที่ดีจะต้องมีความไวต่อคุณลักษณะที่มุ่งวัด สามารถแสดงความผันแปรหรือความแตกต่างระหว่างหน่วยวิเคราะห์ได้ชัดเจน โดยมีมาตรและหน่วยวัดที่มีความละเอียดเพียงพอ เช่น ระดับการปฏิบัติไม่ควรมีความผันแปรที่แคบ เช่น ไม่ปฏิบัติ (0) และปฏิบัติ (1) แต่ควรมีระดับของการปฏิบัติที่มี

การระบุความแตกต่างของคุณภาพอย่างกว้างขวางและชัดเจน เช่น ระดับ 0 ถึง 10 เป็นต้น

2.5 สะดวกในการนำไปใช้ (Practicality) โดยมีลักษณะดังนี้

1) เก็บข้อมูลง่าย (Availability) หรือเก็บข้อมูลได้สะดวก สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตรวจ นับ วัด หรือสังเกตได้ง่าย

2) แปลความหมายง่าย (Interpretability) ให้ค่าการวัดที่มีจุดสูงสุดและต่ำสุด เข้าใจง่าย และสามารถสร้างเกณฑ์ตัดสินคุณภาพได้ง่าย

จากความหมายของตัวชี้วัดอย่างหลากหลาย ตลอดจนลักษณะและคุณสมบัติที่ดีของตัวชี้วัดดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ตัวชี้วัด หมายถึง ตัวแปรประกอบหรือองค์ประกอบที่มีค่าสังเกตได้ สามารถนำไปใช้บ่งบอกสถานภาพและตัดสินความสำเร็จหรือคุณค่าของผลการดำเนินงาน โดยมีค่าแสดงปริมาณเป็นตัวเลขที่มีการกำหนดเกณฑ์และมาตรฐาน ซึ่งตัวชี้วัดที่ดีต้องมีความตรง ความเที่ยง ความเป็นกลาง ความไว และสะดวกในการนำไปใช้

2.4.2 ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Key Performance Indicators : KPIs)

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน เป็นการวัดความก้าวหน้าในการบรรลุความสำเร็จขององค์กร โดยเทียบผลการปฏิบัติงานกับมาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งการกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานนั้นต้องสอดคล้องกับการวัดและประเมินผลงาน มีความเหมาะสม สามารถโน้มน้าวให้ทุกคนในองค์กรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ตลอดจนสาธารณชนเชื่อถือ ผลงานที่วัดจากตัวชี้วัดผลการดำเนินงานจะแสดงถึงภารกิจที่องค์กรจะต้องปฏิบัติบนพื้นฐานของเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยสามารถวัดได้อย่างเป็นรูปธรรม หากพบว่าผลหรือค่าที่ได้จากตัวชี้วัดไม่เป็นไปตามต้องการ องค์กรต้องทำการปรับปรุงการดำเนินงาน เพื่อให้ค่าของตัวชี้วัดมีค่าเปลี่ยนแปลงไปตามแนวทางที่ต้องการ หรือวิเคราะห์ค่าเป้าหมายหรือค่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ในตอนแรกมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติจริงหรือไม่ นอกจากนี้ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานยังเป็นสิ่งที่บ่งบอกว่าผลการดำเนินงานมีคุณค่าและมีความสำเร็จมากน้อยเพียงใด (สมชาติ ไตรรักษา, 2543) โดยมีหลักสำคัญ 6 ประการ คือ

1. ต้องวัดและสามารถเขียนเป็นสูตรคำนวณทางคณิตศาสตร์ได้
2. มีความไวต่อสิ่งที่จะวัด
3. ค่าของตัวชี้วัดต้องสามารถบอกความมากน้อยได้อย่างชัดเจนและแน่นอนหรือมีอำนาจการจำแนกสูง
4. ใช้บ่งบอกคุณค่าสิ่งที่ได้ปฏิบัติทั้งในด้านของสิ่งนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์
5. ใช้บ่งบอกคุณค่าและความสำเร็จ จึงต้องมีการเปรียบเทียบซึ่งอาจเป็นการเปรียบเทียบกับตัวเอง หน่วยงานหรือองค์กรอื่นๆ
6. เป็นสิ่งที่นำไปสู่เป้าหมายในการทำงาน

พสุ เดชะรินทร์ (2545) กล่าวว่า คุณลักษณะของตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่ดีต้อง "SMART" โดยแสดง ความหมายดังนี้

S คือ Specific หมายถึง มีความเฉพาะเจาะจง ตัวชี้วัดควรมีความชัดเจนและมีความหมายมุ่งไปยังสิ่งที่วัด ควรกำหนดตัวชี้วัดให้ชัดเจนเพื่อมิให้เกิดการตีความผิดพลาดและเพื่อสื่อสารความเข้าใจให้ตรงกันทั่วทั้งองค์กร

M คือ Measurable หมายถึง เป็นตัวชี้วัดที่สามารถนำไปเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากตัวชี้วัดอื่น และใช้วิเคราะห์ความหมายทางสถิติได้

A คือ Attainable หมายถึง สามารถบรรลุผลสำเร็จได้ องค์กรไม่ควรใช้ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน ที่องค์กรไม่สามารถควบคุมให้เกิดผลได้โดยตรง

R คือ Realistic หมายถึง มีความสมจริง ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานมีความเหมาะสมกับองค์กรและ ไม่ใช้ต้นทุนการวัดที่สูงเกินไป

T คือ Timely หมายถึง สามารถใช้วัดผลการปฏิบัติงานได้ทั้งภายในเวลาที่กำหนด ควรปรับปรุง ตัวชี้วัดให้ทันสมัยอยู่เสมอ

กล่าวได้ว่า ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานเป็นสิ่งที่สะท้อนการบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย อันได้แก่ ประสิทธิภาพ (Effectiveness) ของการดำเนินงาน โดยผลการปฏิบัติงานไม่ว่าจะเป็นผลผลิต ผลกระทบ หรือ ผลลัพธ์ ได้ผลตรงตามที่คาดหวังและเป็นสิ่งที่พึงพอใจของผู้รับบริการ ผู้บริโภค และผู้ปฏิบัติ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2552) นอกจากนี้ในการวัดผลการดำเนินงานที่สำคัญ ควรพิจารณาจากตัวชี้วัดซึ่งสามารถสะท้อนคุณภาพ หรือ ความสำเร็จของการดำเนินงาน ที่ครอบคลุมทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง ความสามารถในการใช้ทรัพยากรและกระบวนการ ปฏิบัติงานในการสร้างผลผลิต ประสิทธิภาพสามารถพิจารณาได้ 2 ลักษณะ คือ

1.1 ประสิทธิภาพในการประหยัด หมายถึง ความสามารถในการใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด หรือใช้อย่างคุ้มค่าก่อให้เกิดผลสูงสุด

1.2 ประสิทธิภาพในการผลิต หมายถึง ความสามารถในการลดค่าใช้จ่ายต่อหนึ่งหน่วยผลิต

2. ประสิทธิภาพ (Effectiveness) หมายถึง การบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ที่พึงปรารถนา กล่าวคือ ผลการปฏิบัติงานไม่ว่าจะเป็นผลผลิต ผลกระทบ ผลลัพธ์ได้ผลตรงตามผลที่คาดหวังและเป็น ที่พึงพอใจของผู้ใช้หรือผู้บริโภค

2.4.3 ประเภทของตัวชี้วัด

นักการศึกษาจัดแยกประเภทของตัวชี้วัดไว้แตกต่างกันตามเกณฑ์ที่ใช้ในการจัดแยกประเภท ทั้งนี้ นงลักษณ์ วิรัชชัย (2551) สังเคราะห์สรุปประเภทของตัวชี้วัด ได้ 8 แบบ ดังนี้

1. การจัดแยกประเภทตามทฤษฎีระบบ ตัวชี้วัดแบ่งตามทฤษฎีระบบได้ 3 ประเภท คือ

1.1 ตัวชี้วัดด้านปัจจัย (Input Indicators) เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงปัจจัยป้อนของระบบ

1.2 ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process Indicators) เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงวิธีการดำเนินงาน ตามขั้นตอนต่างๆ ในระบบ

1.3 ตัวชี้วัดด้านผลผลิต (Output Indicators) เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงผลผลิต โดยรวมถึงผลลัพธ์ และผลกระทบ (Outcome Indicators) ที่เกิดขึ้นในระบบ

2. การจัดแยกประเภทตามลักษณะนิยามของตัวชี้วัด กระบวนการสร้างตัวชี้วัดต้องมีการให้นิยาม ของตัวชี้วัด ซึ่งมีความแตกต่างกัน ดังนั้นนักวิชาการจึงแบ่งประเภทของตัวชี้วัดตามลักษณะของการนิยามเป็น 2 ประเภท ดังนี้

2.1 ตัวชี้วัดแบบอัตนัย (Subjective Indicators) เป็นตัวชี้วัดที่ใช้ในสถานการณ์ที่มีการให้นิยามตัวชี้วัดไว้ไม่ชัดเจน โดยที่นักวิชาการมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษาไม่มากนัก โดยมีการนำไปใช้ในการศึกษาเฉพาะเรื่อง ซึ่งนักวิชาการต้องใช้วิจารณญาณพิจารณาตัดสินใจ

2.2 ตัวชี้วัดแบบปรนัย (Objective Indicators) เป็นตัวชี้วัดที่มีการนิยามไว้อย่างชัดเจน มักใช้ในการประเมินติดตามและการเปรียบเทียบระหว่างประเทศ

3. การจัดแยกประเภทตามวิธีการสร้างและพัฒนาตัวชี้วัด ตัวชี้วัดแบ่งตามวิธีการสร้างและพัฒนาได้ 3 ประเภท คือ

3.1 ตัวชี้วัดที่เป้นตัวแทน (Representative Indicators) เปนตัวชี้วัดที่สร้างขึ้นจากตัวแปรเพียงตัวเดียวใหญ่เป้นตัวแทนตัวแปรอื่นๆ ที่บอกลักษณะหรือปริมาณของสภาพที่ต้องการศึกษาได้

3.2 ตัวชี้วัดย่อยหรือตัวชี้วัดเดี่ยว (Disaggregative Indicators) เปนตัวชี้วัดหลายตัวในชุดของตัวชี้วัด โดยแต่ละตัวชี้วัดมีอิสระต่อกัน และบ่งชี้ลักษณะหรือปริมาณของสภาพที่ต้องการศึกษาเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งเพียงด้านเดียว การที่จะบ่งชี้สภาพองค์รวมจะต้องใช้ตัวชี้วัดย่อยทุกตัวรวมกันทุกชุด จึงไม่เหมาะที่จะนำมาอธิบายลักษณะโดยรวม

3.3 ตัวชี้วัดสังเคราะห์หรือตัวชี้วัดประกอบ (Composite Indicators) เปนตัวชี้วัดที่เกิดจากการรวมตัวชี้วัดย่อยหลายตัวเข้าด้วยกัน โดยให้น้ำหนักความสำคัญตามที่เป้นจริง ตัวชี้วัดชนิดนี้ให้สารสนเทศที่มีคุณค่า มีความเที่ยงและความตรงสูงกว่าตัวชี้วัดสองประเภทแรก จึงเป้นประโยชน์ต่อการวางแผน การกำกับติดตามดูแล และการประเมินผลการดำเนินงาน เปนที่นิยมใช้กันมากในปัจจุบัน

4. การจัดแยกประเภทตามลักษณะตัวชี้วัดย่อยที่เขสร่างตัวชี้วัดรวม มีการจัดแยกประเภทที่สำคัญ 3 วิธี คือ

4.1 การจัดแยกประเภทตัวชี้วัดตามระดับการวัด แบ่งออกเป้น

- ตัวชี้วัดนามบัญญัติ (Nominal Indicators)
- ตัวชี้วัดเรียงลำดับ (Ordinal Indicators)
- ตัวชี้วัดอันตรภาค (Interval Indicators)
- ตัวชี้วัดอัตราส่วน (Ratio Indicators)

4.2 การจัดแยกประเภทตัวชี้วัดตามประเภทของตัวแปร แบ่งออกเป้น

- ตัวชี้วัดสตอก (Stock Indicators)
- ตัวชี้วัดการเคลื่อนไหว (Flows Indicators)

4.3 การจัดแยกประเภทตัวชี้วัดตามคุณสมบัติทางสถิติของตัวชี้วัด แบ่งออกเป้น

- ตัวชี้วัดเกี่ยวกับการแจกแจง (Distributive Indicators)
- ตัวชี้วัดที่ไม่เกี่ยวกับการแจกแจง (Non-distributive Indicators)

5. การจัดแยกประเภทตามลักษณะคาของตัวชี้วัดที่สร้างขึ้นมี 2 ประเภท คือ

5.1 ตัวชี้วัดสมบูรณ์ (Absolute Indicators) เปนตัวชี้วัดที่มีคาบอกปริมาณที่แท้จริงและมีความหมายในตัวเอง

5.2 ตัวชี้วัดสัมพัทธ์หรือตัวชี้วัดอัตราส่วน (Relative or Ratio Indicators) เป็นตัวชี้วัดที่ค่าเป็นปริมาณต้องแปลความหมายเทียบกับค่าอื่น

6. การจัดแยกประเภทตามฐานการเปรียบเทียบในการแปลความหมาย ในการสร้างตัวชี้วัดต้องมีการกำหนดนิยามและเกณฑ์ที่ชัดเจน ตลอดจนการแปลความหมาย ทำให้สามารถจัดแยกประเภทได้ 3 ประเภท คือ

6.1 ตัวชี้วัดอิงกลุ่ม (Norm - Referenced Indicators) เป็นตัวชี้วัดที่มีการแปลความหมายเปรียบเทียบกับกลุ่ม

6.2 ตัวชี้วัดอิงเกณฑ์ (Criterion - Referenced Indicators) เป็นตัวชี้วัดที่มีการแปลความหมายเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้

6.3 ตัวชี้วัดอิงตน (Self - Referenced Indicators) เป็นตัวชี้วัดที่มีการแปลความหมายเปรียบเทียบกับสภาพเดิมในจุดเวลาที่แตกต่างกัน บ่งบอกถึงความเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนา

7. การจัดแยกประเภทตามลักษณะการใช้ตัวชี้วัด ในการบริหารจัดการโดยเฉพาะด้านการวางแผน การกำกับติดตาม และการประเมินผลการดำเนินงาน มีการใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดสองลักษณะ คือ เพื่อบรรยายสภาพของระบบ และเพื่อทำนายปรากฏการณ์ในอนาคต ดังนั้นจึงแยกประเภทตัวชี้วัดตามลักษณะการใช้ประโยชน์ได้ 2 ประเภท คือ

7.1 ตัวชี้วัดแสดงความหมาย (Expressive Indicators)

7.2 ตัวชี้วัดทำนาย (Predictive Indicators)

8. การจัดแยกประเภทตัวชี้วัดตามเนื้อหาสาระหรือสาขาวิชา ตัวชี้วัดมีความสำคัญต่อการบริหารจัดการในศาสตร์ทุกสาขาวิชา ดังนั้นเมื่อจัดแยกประเภทตัวชี้วัดตามสาขาวิชาหรือเนื้อหาสาระ จึงแยกได้หลายประเภท เช่น ตัวชี้วัดการศึกษา (Education Indicators) ตัวชี้วัดการพัฒนา (Development Indicators) ตัวชี้วัดระดับความยากจน (Poverty Indicators) เป็นต้น ทั้งนี้การจัดแยกประเภทของตัวชี้วัดตามเนื้อหาสาระไม่มีหลักเกณฑ์กำหนดแน่นอน แต่ขึ้นอยู่กับความสนใจและจุดมุ่งหมายในการพัฒนาตัวชี้วัด

2.5 แผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2561-2565) ของกรมสุขภาพจิต ในวาระแรก ระยะ 3 ปี (พ.ศ.2563-2565)

ตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562 มาตรา 16 ได้กำหนดให้ส่วนราชการจัดทำแผนปฏิบัติการของส่วนราชการนั้น โดยจัดทำเป็นแผน 5 ปี ซึ่งต้องสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท แผนการปฏิรูปประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นโยบายของคณะรัฐมนตรีที่แถลงต่อรัฐสภา และแผนอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยในวาระเริ่มแรกการจัดทำแผนปฏิบัติการของส่วนราชการ ให้จัดทำเป็นแผน 3 ปีโดยมีห้วงระยะเวลาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ถึงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ด้วยเหตุดังกล่าว กรมสุขภาพจิตจึงได้ดำเนินการทบทวนแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงครึ่งหลังของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2563 – 2564) ด้วยกระบวนการวิเคราะห์/สังเคราะห์

ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based) อย่างเป็นระบบ และการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561-2580) ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข เจตนารมณ์อธิบดีกรมสุขภาพจิต มาเป็นกรอบแนวทางในการพัฒนางานสุขภาพจิต โดยได้มีการปรับปรุงเนื้อหาให้ เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบัน และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติยิ่งขึ้น ผ่านการดำเนินงานของคณะทำงาน ทบทวนแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงครึ่งหลังของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2563 – 2564) อย่างต่อเนื่อง เพื่อจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการกรมสุขภาพจิต ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2561 – 2565) ในวาระแรก ระยะ 3 ปี (พ.ศ.2563 – 2565) โดยมีสาระสำคัญของแผนฯ ดังนี้

2.5.1 วิสัยทัศน์กรมสุขภาพจิต : เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิต ด้วยระบบสุขภาพจิตดิจิทัล เพื่อ ประชาชนสุขภาพจิตดี และเจ้าหน้าที่มีความสุข

2.5.2 เป้าประสงค์ของวิสัยทัศน์กรมสุขภาพจิต เมื่อสิ้นแผนฯ

- 2.1 งานสุขภาพจิตของประเทศไทยก้าวหน้าสู่การเป็น Mental Health 4.0
- 2.2 ประชาชนมีสุขภาพจิตดี มีสติปัญญาดี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต
- 2.3 บุคลากรกรมสุขภาพจิตมีความสุข

2.5.3 ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายของวิสัยทัศน์กรมสุขภาพจิต เมื่อสิ้นแผนฯ

- 3.1 เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 100
- 3.2 ร้อยละ 80 ของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป
- 3.3 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 6.3 ต่อประชากรแสนคน
- 3.4 ร้อยละ 85 ของคนไทยมีสุขภาพจิตดี
- 3.5 บุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ยความสุขไม่น้อยกว่า 67

2.5.4 จุดยืนทางยุทธศาสตร์ของกรมสุขภาพจิต

- 4.1 เป็นผู้พัฒนางานสุขภาพจิตของประเทศไทยให้ก้าวหน้า เป็นผู้นำในระดับอาเซียน โดยมีบทบาทเป็น Regulator และ Policy Advocacy
- 4.2 เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้งานสุขภาพจิตในระดับภูมิภาคอาเซียน
- 4.3 เป็นองค์กรที่ใช้ข้อมูลทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อการพัฒนางานสุขภาพจิต

2.5.5 พันธกิจกรมสุขภาพจิต

- 5.1 สร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนในทุกกลุ่มวัย สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง
- 5.2 สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตครอบคลุมทุกมิติในทุกระดับ
- 5.3 พัฒนากลไกการดำเนินงานสุขภาพจิตเพื่อกำหนดทิศทางการสุขภาพจิตของประเทศ

2.5.6 ค่านิยมองค์กร : กรมสุขภาพจิต MENTAL

- M - Mind (Service Mind, Public Mind) หัวใจบริการ
E - Efficiency, Effectiveness, Equity ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล เสมอภาค
N - Network สัมพันธ์เครือข่าย

T - Teamwork ทำงานเป็นทีม

A - Accountability โปร่งใสตรวจสอบได้

L - Learning (Personal, Team, Organization) เรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

2.5.7 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันและควบคุมปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต

เป้าประสงค์ : 1.1 ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันและควบคุมปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์

1) ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐานจนมีพัฒนาการสมวัย

2) ร้อยละของเด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงต่อระดับสติปัญญาต่ำกว่ามาตรฐาน ปัญหา การเรียนรู้ ออทิสติก และปัญหาพฤติกรรมอารมณ์ ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น

3) ร้อยละของวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาพฤติกรรม - อารมณ์ ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น

4) ร้อยละของประชาชนวัยทำงานมีสุขภาพจิตดี

5) ร้อยละของผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี

กลยุทธ์ 1.1.1 พัฒนาเด็กและเยาวชนเพื่อเป็นคนไทย 4.0 (IQ/EQ/CPR)

กลยุทธ์ 1.1.2 ป้องกันและแก้ไขปัญหามลพิษของสิ่งแวดล้อมของเด็กและเยาวชนในสังคมไทย

กลยุทธ์ 1.1.3 เสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีแก่คนวัยทำงาน

กลยุทธ์ 1.1.4 สร้างรูปแบบบริการสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง

กลยุทธ์ 1.1.5 บูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเข้ากับระบบสุขภาพปฐมภูมิ

กลยุทธ์ 1.1.6 สร้างการมีส่วนร่วมในงานส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย

2.5.8 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพระบบบริการและวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช

เป้าประสงค์ : 2.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์

1) ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวช เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน (โรคจิตเภท โรคมึนเศร้า โรคออทิสติก และโรคสมาธิสั้น)

2) ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการรักษาต่อเนื่องภายใน 6 เดือน

3) ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)

4) ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี

5) ร้อยละของผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต

กลยุทธ์ 2.1.1 บูรณาการระบบบริการสุขภาพจิตเข้ากับระบบบริการสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ (Service Plan)

กลยุทธ์ 2.1.2 พัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

เป้าประสงค์ : 2.2 หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีความเชี่ยวชาญทางการบริการและวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์

1) จำนวนหน่วยบริการจิตเวชมีบริการเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช (Super Specialist Service) ที่มีคุณภาพมาตรฐาน

กลยุทธ์ 2.2.1 พัฒนาหน่วยบริการจิตเวชให้เป็น Smart Hospital

กลยุทธ์ 2.2.2 พัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

กลยุทธ์ 2.2.3 พัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถ่ายทอดวิชาการด้านสุขภาพจิตให้ก้าวหน้าเป็นสุขภาพจิต 4.0

2.5.9 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างความตระหนักและความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต

เป้าประสงค์ : 3.1 ประชาชนมีความตระหนักและมีความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ : ร้อยละของประชาชนที่มีความตระหนักและเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต

กลยุทธ์ 3.1.1 เสริมสร้างความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์แก่ประชาชน (Mental Health Literacy)

กลยุทธ์ 3.1.2 สนับสนุนให้ครอบครัว/ชุมชน ยอมรับและให้โอกาสกับผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต

2.5.10 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล

เป้าประสงค์ : 4.1 กรมสุขภาพจิตมีการบริหารจัดการองค์กรที่มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ : ผลการประเมินระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต

กลยุทธ์ 4.1.1 พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในยุคดิจิทัล (Digital Transformation)

กลยุทธ์ 4.1.2 พัฒนาทรัพยากรบุคคลให้มีทักษะที่หลากหลาย (Multitasking) เพื่อรองรับระบบราชการ 4.0 และประเทศไทย 4.0

กลยุทธ์ 4.1.3 พัฒนาระบบการสร้างความสุขของบุคลากรกรมสุขภาพจิต

กลยุทธ์ 4.1.4 พัฒนาระบบการบริหารองค์การกรมสุขภาพจิตให้มีคุณภาพ ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐสู่ระบบราชการ 4.0

กลยุทธ์ 4.1.5 พัฒนาคุณภาพระบบและกระบวนการ การประเมินคุณธรรมความโปร่งใสใน
หน่วยงานกรมสุขภาพจิต

กลยุทธ์ 4.1.6 พัฒนาการบริหารการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ

2.6 เทคนิคการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบเดลฟาย (Delphi Strategic Future Research Technique)

2.6.1 ความหมายของเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย

เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) เรียกอีกอย่างว่า “เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตแบบเดลฟาย” ถือเป็นวิธีการวิจัยใน 3 ประเภทที่แบ่งโดยใช้เวลาเป็นเกณฑ์จำแนก ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงอนาคตนี้ เริ่มมีรูปแบบระเบียบวิธีที่ชัดเจนมากขึ้นเป็นลำดับนับจากปลายศตวรรษที่ 1940 โดยถูกนำไปใช้ประโยชน์เพื่อกำหนดนโยบายและวางแผน และในช่วงทศวรรษดังกล่าว การวิจัยเชิงอนาคตได้พัฒนาก้าวหน้ามาก มีระเบียบวิธีการเฉพาะของตนเอง นับตั้งแต่นั้นมา การวิจัยเชิงอนาคตได้เข้าไปมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจ กำหนดนโยบาย และวางแผนขององค์การธุรกิจต่างๆ หน่วยงานราชการ และบุคคล เดลฟายจึงกลายเป็นวิธีการวิจัยประเภทหนึ่งที่ได้รับคามนิยมและสนใจของนักวิทยาศาสตร์และนักสังคมศาสตร์ในปัจจุบัน เนื่องจากประโยชน์ที่เด่นชัดคือ การสร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับอนาคตได้ดียิ่งขึ้น ความสามารถในการบรรยายทางเลือกอนาคตที่เป็นไปได้แบบต่างๆ เพื่อประเมินสถานการณ์ในปัจจุบัน และบ่งชี้ผลกระทบที่เป็นไปได้ในแต่ละทางเลือก อันจะนำไปสู่การเตรียมรับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ควบคุมและผลักดัน รวมทั้งการวางแผนอนาคตให้เป็นไปในแนวทางที่พึงประสงค์ แม้การวิจัยเชิงอนาคตที่ใช้กันในปัจจุบันจะมีแบบแผนที่แตกต่างกันไปจากเดิมมาก เนื่องจากมีการประยุกต์เทคนิควิธีการวิจัยแบบอื่นๆ มาผสมผสาน แต่ก็ยังคงเป็นภายใต้เป้าหมายที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) การสร้างภาพอนาคตที่จะเป็น และที่ควรจะเป็น 2) แสวงหาทางเลือกที่จะดำเนินการในอนาคต และ 3) กระตุ้นให้ตระหนักถึงภัยอันตรายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และหาแนวทางแก้ไขต่อไป หรือมีวัตถุประสงค์พื้นฐานเพื่อให้ข้อมูลที่ช่วยในการตัดสินใจที่ถูกต้อง เหมาะสมเกี่ยวกับแนวโน้มของเหตุการณ์ที่ต่อเนื่องในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งมีประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย การวางแผน รวมทั้งการปรับกลยุทธ์ขององค์การไปสู่อนาคตที่พึงประสงค์ได้ โดยวิธีการในการวิจัยเชิงอนาคต หรือวิธีการทำนายภาพอนาคต มี 3 วิธี คือ 1) การคาดการณ์แนวโน้ม (Trend Projection) 2) การเขียนภาพอนาคต (Scenario Writing) และ 3) การปรึกษาผู้อื่น (Consulting Others) โดยการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิจะช่วยให้เกิดภาพที่มีความเข้าใจและสามารถตัดสินใจดีขึ้นด้วย ทั้งนี้ มีผู้ให้ความหมายของเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย ดังนี้

น้ำผึ้ง มีศีล (2559) ให้ความหมายของการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายว่า หมายถึง วิธีการรวบรวมความรู้ของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อมุ่งศึกษาและวิเคราะห์องค์ความรู้ที่ยังไม่มีคำตอบแน่ชัด โดยการรวบรวมและกลั่นกรองความรู้จากผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ ทั้งนี้จะต้องมีการเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้ใคร่ครวญความคิดเห็นโดยการให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลในรอบถัดไป ทั้งนี้องค์ความรู้ใหม่ที่ได้รับจะเกิดจากการพิจารณาติสอดคล้องโดยเสียงข้างมาก ลักษณะสำคัญของการวิจัยด้วยวิธีเดลฟาย คือ 1) การไม่เปิดเผยรายชื่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำเสนอเป็นไปอย่างอิสระ ไม่ถูกครอบงำด้วยกระบวนการกลุ่ม 2) การให้ข้อมูล

ย้อนกลับไปยังผู้เชี่ยวชาญได้ทบทวนความคิดเห็น และ 3) การวินิจฉัยความคิดเห็นของกลุ่มอย่างเป็นทางการ

ชัยลิขิต สร้อยเพชรเกษม (2555) ให้ความหมายของการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายว่า หมายถึง วิธีการสื่อสารความรู้ระหว่างผู้เชี่ยวชาญเพื่อการวินิจฉัยสิ่งต่างๆ ที่ยังไม่มีคำตอบที่แน่นอน โดยอาศัยกระบวนการรวบรวมและกลั่นกรองความรู้จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จากการใช้ชุดของแบบสอบถามความคิดเห็น และควบคุมความคิดเห็น โดยการไม่เปิดเผยรายชื่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้การเสนอความเห็นเป็นไปอย่างอิสระ การให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังสมาชิกกลุ่มแต่ละคน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญทวนซ้ำความคิดเห็น และการวินิจฉัยความคิดเห็นของกลุ่มอย่างเป็นทางการ

ชัชวาล ทักษิวัต (2553) เทคนิคเดลฟาย ถือว่าเป็นเทคนิควิธีการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัวแปรเดียว สำหรับการพยากรณ์ ได้รับการนำมาใช้เป็นวิธีการรวบรวมความคิดเห็นหรือข้อมูลจากกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามที่มีความเชี่ยวชาญรอบรู้ในเรื่องที่ทำการศึกษา เพื่อประกอบการตัดสินใจสำหรับประเด็นปัญหาในสถานการณ์จริง โดยไม่ต้องนำผู้เชี่ยวชาญทั้งหลายมาเข้ากลุ่มประชุมแบบเดิม เทคนิคเดลฟายนี้ อยู่บนพื้นฐานของระเบียบวิธีแบบกระบวนการ และได้รับการออกแบบให้เป็นกระบวนการสื่อสารระหว่างสมาชิกกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ สร้างสรรค์ โดยได้รับการนำมาใช้ในหลายสาขา เช่น การวางแผนโปรแกรม การวิเคราะห์หรือประเมินความจำเป็น การกำหนดนโยบาย เป็นต้น และยังขยายไปในการทำนายเทคโนโลยีอนาคต การใช้ทรัพยากรเพื่อการพัฒนาทางเลือกของการตัดสินใจ การค้นหาสมมติฐาน เช่นเดียวกับการวินิจฉัยความสัมพันธ์ในหัวข้อที่สนใจศึกษาอันเกี่ยวข้องกับศาสตร์จากหลากหลายสาขาวิชาด้วยเทคนิคเดลฟาย เหมาะสมสำหรับการสร้างฉันทามติร่วมของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งจะทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลในหลายรอบของการสอบถามความคิดเห็น อย่างไรก็ตาม ในการใช้เทคนิควิจัยแบบนี้ ผู้วิจัยจำเป็นต้องคำนึงถึงเรื่องของการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ความเป็นไปได้ที่จะได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาในอัตราที่ต่ำ รวมถึงการให้ข้อมูลอย่างไม่ให้ความสนใจเท่าที่ควรของผู้ตอบ เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้ ล้วนส่งผลต่อคุณภาพ ความน่าเชื่อถือและความสำเร็จของการศึกษา ปัจจุบัน นักวิชาการได้พัฒนาระเบียบวิธีการศึกษาแบบเดลฟายขึ้นมาหลายวิธีแทนการศึกษาแบบเดิม เพื่อลดข้อบกพร่องของกระบวนการวิจัยแบบเดิมโดยเฉพาะการประยุกต์ระบบคอมพิวเตอร์เข้ามาใช้ เช่น จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ การวิจัยบนเว็บ เป็นต้น รวมทั้งการใช้นวัตกรรมของการประชุมกลุ่มแบบพลวัต เป็นต้น

Alex J. Ducanis (1970 อ้างถึงใน น้ำผึ้ง มีศีล, 2559: 1258) ให้ความหมายของการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายว่าหมายถึง การทำนายเรื่องราวในอนาคต โดยการมุ่งลดผลกระทบที่เกิดจากการเผชิญหน้ากันของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้คำตอบที่ได้มีความสอดคล้อง และถูกต้องมากที่สุด

Alfred (1962 อ้างถึงใน น้ำผึ้ง มีศีล, 2559: 1258) ให้ความหมายของการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายว่าหมายถึง การรวบรวมผลของการพิจารณาและตัดสินใจเกี่ยวกับคำตอบที่เป็นมติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

Balasubramanian & Agarwal (2012: 16) ให้ความหมายของการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายว่า หมายถึง กระบวนการใช้ดุลยพินิจในการตรวจทานอย่างเป็นทางการเป็นระบบในหัวข้อ/ประเด็นเฉพาะ ผ่านการออกแบบด้วยชุดแบบสอบถามที่ต่อเนื่องกันและสรุปความคิดเห็นจากการตอบกลับ

Jensen (1996: 857) ได้ให้คำนิยามของเทคนิคเดลฟายว่า เป็นการจัดทำรายละเอียดในการที่จะสอบถามบุคคลด้วยแบบสอบถามในเรื่องต่าง ๆ เพื่อจะได้ให้ข้อมูลและความคิดเห็นกลับมา โดยมุ่งที่จะรวบรวม การพิจารณา การตัดสินใจ และสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในเรื่องที่เกี่ยวกับความเป็นไปได้ในอนาคต

Johnson (1993: 982) ได้ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่า เป็นเทคนิคของการรวบรวมการพิจารณา การตัดสินใจที่มุ่งเพื่อเอาชนะจุดอ่อนของการตัดสินใจ แต่เดิมที่จำเป็นต้องขึ้นอยู่กับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ คนใดคนหนึ่งโดยเฉพาะหรือความคิดเห็นของกลุ่มหรือมติของที่ประชุม

สรุปได้ว่า เทคนิคเดลฟาย หมายถึง กระบวนการหรือเครื่องมือที่ใช้ในการตัดสินใจหรือลงข้อสรุปในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างเป็นระบบที่ปราศจากการเผชิญหน้าโดยตรงของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้วิธีการรวบรวมและ สอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

2.6.2 ลักษณะที่สำคัญของวิธีการเดลฟาย

Dalkey (1969 อ้างถึงใน นิภาพรรณ เจนสันติกุล, 2560: 52) ได้กล่าวถึงลักษณะสำคัญอันเป็น ลักษณะเฉพาะของวิธีเดลฟายไว้ 3 ประการ คือ 1. การไม่เปิดเผยรายชื่อผู้เชี่ยวชาญ หรือสมาชิกกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญจะเป็นสมาชิกกลุ่มที่ไม่รู้จักกันทำให้การเสนอความเห็นเป็นไปอย่างอิสระ ตรงประเด็น 2. การให้ ข้อมูลที่เป็นความเห็นของกลุ่มย้อนกลับไปยังสมาชิกกลุ่มแต่ละคน และมีการเสนอความเห็นซ้ำๆ ความเห็นของ สมาชิกที่เสนอไว้แต่ละรอบ จะถูกแจ้งกลับไปยังสมาชิกกลุ่มในรูปของความเห็นของกลุ่ม และกระทำอย่างนี้ หลายๆ ครั้ง หรือหลายๆ รอบ และ 3. การวินิจฉัยของกลุ่มอย่างเป็นทางการ ความเห็นครั้งสุดท้ายของสมาชิก จะสรุปเป็นความเห็นของกลุ่ม เช่น ถ้าคำถามที่ใช้เกี่ยวข้องกับจำนวนหรือตัวเลข ผลสรุปจากการวินิจฉัยของกลุ่ม อาจเป็นค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน หรือค่าการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางอื่นๆ

นอกจากนี้ จากการศึกษางานของ Sackman (1974) ได้ระบุถึงลักษณะของเดลฟาย ดังนี้

1. ใช้แบบสอบถามที่มีโครงสร้าง
2. ข้อคำถามในแบบสอบถามถูกสร้างขึ้นโดยผู้ดำเนินการ ผู้ร่วมอภิปรายหรือทั้งสองกลุ่ม
3. ใช้ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ
4. กระบวนการมีสองรอบหรือมากกว่าสองรอบ
5. แบบสอบถามอาจจะรวมคำถามปลายเปิดหรืออาจไม่รวมคำถามปลายเปิด
6. ผลตอบรับจากแต่ละรอบอยู่ในรูปแบบของข้อเสนอแนะทางสถิติมักจะเกี่ยวข้องกับการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางและตัวชี้วัดของการกระจายตัว
7. ผลตอบรับจากแต่ละรอบอาจรวมถึงการเลือกข้อมูลที่เป็นข้อความ
8. การตอบกลับของผู้ให้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้โดยไม่ระบุชื่อ
9. ดำเนินการซ้ำจนกว่าจะได้ฉันทามติ
10. ผู้ให้ข้อมูลไม่มีการเผชิญหน้าและอาจจะมีการกระจายตัวทางภูมิศาสตร์
11. ค่าผิดปกติ (เช่นค่าสูงกว่าและค่าต่ำกว่าของควอไทล์) อาจถูกแสดงให้เห็นถึงการตอบโดยการเขียนอธิบาย

สรุปได้ว่า เดลฟายเป็นวิธีที่มีความยืดหยุ่นที่สร้างขึ้นโดยมีคุณสมบัติพื้นฐาน ได้แก่ 1. ข้อคำถามแบบมีโครงสร้าง 2. ดำเนินการซ้ำ 3. ควบคุมการตอบกลับ และ 4. การไม่ปรากฏชื่อผู้ตอบ ข้อดีของวิธีการนี้คือ สามารถรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลายทางภูมิศาสตร์ การร่วมมือกันโดยไม่เปิดเผยชื่อ ซึ่งจะลดผลกระทบที่มีอิทธิพลต่อการแสดงความคิดเห็น และในแต่ละรอบจะมีเวลาในการพิจารณาการตอบก่อนดำเนินการส่งกลับ ข้อเสีย คือ การใช้ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลในแต่ละรอบนาน อาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลออกจากกลุ่มจึงควรมีการติดตามต่อเนื่อง (Somerville, 2008 : 3-4) สอดคล้องกับ Irdayanti & Ramlee & Abdullah (2015: 16) ที่สรุปถึงข้อดีและข้อจำกัดของการใช้เทคนิคเดลฟายไว้ว่า ข้อดี คือ 1. ได้รับข้อมูลฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญโดยไม่ต้องพบผู้เชี่ยวชาญเพื่อลดอิทธิพลและแรงกดดันจากผู้อื่น 2. การได้รับข้อมูลซ้ำในแต่ละรอบจะทำให้ได้ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ 3. รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ 4. ผู้เชี่ยวชาญสามารถยืนยันผลเนื่องจากมีความเชี่ยวชาญในสาขานั้น ส่วนข้อจำกัด คือ 1. ความน่าเชื่อถือของข้อมูลขึ้นอยู่กับผู้เชี่ยวชาญ ถ้าผู้วิจัยคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญที่ไม่ตรงสาขาอาจมีผลต่อข้อค้นพบ 2. การรวบรวมข้อมูลซ้ำกลุ่มเดิมทำให้เกิดความเบื่อหน่าย (Rowe & Wrigh, 1999)

2.6.3 ประเภทของเทคนิคเดลฟาย

ชัชวาล ทัชศิริวัต (2553: 198-202) ได้จำแนกประเภทของเทคนิคเดลฟายไว้ 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่

กลุ่มแรก เทคนิคเดลฟายแบบดั้งเดิม ซึ่งเน้นการใช้แบบสอบถามหรือสัมภาษณ์บนกระดาษเป็นสำคัญ

กลุ่มที่สอง เทคนิคเดลฟายแบบปรับปรุง ซึ่งพัฒนาขึ้นมาเพื่อลดข้อจำกัดของเทคนิคเดลฟายแบบดั้งเดิม โดยเฉพาะปัญหาหรือข้อจำกัดในขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล โดยรูปแบบของเทคนิคเดลฟายแบบปรับปรุง ได้แก่

1) การใช้วิธีระดมความคิดเห็นแทนการตอบแบบสอบถามปลายเปิดในรอบแรกเพื่อรวบรวมแนวคิดที่หลากหลายของกลุ่มบุคคล สำหรับการจัดทำเป็นแบบสอบถาม แบบปลายเปิดในรอบที่ 2 การระดมความคิดเห็นจะช่วยลดระยะเวลาสำหรับการจัดทำแบบสอบถามในรอบสอง เพราะการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มด้วยเทคนิคระดมความคิดเห็นจะทำให้ได้ความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ และมีการอภิปรายภายในกลุ่มอย่างมีเหตุผล และช่วยลดระยะเวลาในการรอแบบสอบถามกลับคืนในรอบแรก

2) การใช้วิธีการสัมภาษณ์แทนการตอบแบบสอบถามปลายเปิดในรอบแรก วิธีการสัมภาษณ์แบบเปิดและไม่ชี้แนะผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่ต้องศึกษา ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญ เทคนิควิธีนี้โดยทั่วไปต้องใช้ผู้ตอบเป็นจำนวนมากเพื่อให้ข้อมูลที่ได้นั้นครอบคลุมสิ่งที่ต้องการ และจะไม่มีกำหนดกรอบของคำถาม เพียงแต่กำหนดหัวข้อให้ผู้ตอบ ตอบได้อย่างอิสระ มีโอกาสปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และแก้ไขข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ จากนั้นจึงนำความคิดเห็นที่ได้นี้ไปสร้างเป็นแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ของเทคนิคเดลฟาย

3) การใช้แบบสอบถามปลายปิด แทนแบบสอบถามปลายเปิดในรอบแรก การใช้แบบสอบถามปลายปิดไปเก็บข้อมูลในรอบแรกและหากผู้ตอบแบบสอบถามไม่เห็นด้วยในข้อใดก็ให้แสดงหรือระบุเหตุผลประกอบมาด้วย และในการเก็บข้อมูลรอบที่สองก็จะนำข้อเสนอแนะจากรอบแรก ระบุแยกในแต่ละประเด็นแล้วให้ผู้ตอบเลือกตอบ ทำเช่นนี้ในรอบที่ 3 และรอบที่ 4 จนกว่าจะได้ข้อมูลที่นิ่งพอ ทั้งสองตัวอย่างที่นำเสนอไปปรากฏข้อค้นพบที่สอดคล้องกันว่า เทคนิคเดลฟายแบบปรับปรุงนี้ ช่วยให้ได้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

ที่สอดคล้องต้องกันมากขึ้น และลดข้อขัดแย้งได้เป็นอย่างดี

4) การประชุมแบบเดลฟายหรือเดลฟายประชุม เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในลักษณะของการประชุม ระหว่างการประชุมจะเก็บข้อมูลซ้ำด้วยแบบสอบถาม และนำเสนอข้อมูลย้อนกลับแก่สมาชิกในกลุ่ม และขอให้ผู้ให้ข้อมูลพิจารณาและตรวจสอบความคิดเห็นของตนเองอีกครั้ง พร้อมกับการสนับสนุนให้เกิดการอภิปรายกันภายในกลุ่ม การเก็บข้อมูลแบบนี้จะไม่สามารถปิดบังสถานภาพทางสังคมและพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลได้

5) เดลฟายใช้คอมพิวเตอร์เป็นฐาน เป็นการนำเอาระบบจดหมายอิเล็กทรอนิกส์สำหรับส่งแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ที่เป็นไฟล์ข้อมูลไปยังกลุ่มเป้าหมายตามระเบียบวิธีของเทคนิคเดลฟาย โดยใช้คอมพิวเตอร์และระบบเครือข่ายช่วยประมวลผลข้อมูล รวมถึงการใช้ระบบ Multi-user Domain เพื่อคัดเลือกจดหมายอิเล็กทรอนิกส์

6) เดลฟายกลุ่ม มีแนวทางกำหนดให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญและเชิญเข้ามีส่วนร่วมในการประชุม เมื่อได้รับการตอบรับและผู้เชี่ยวชาญให้ความสนใจที่จะเข้าร่วมในการประชุมแล้ว ผู้ประเมินความต้องการจำเป็นส่งแบบสอบถามรอบที่ 1 ไปให้ก่อนการประชุม หลังจากนั้นก่อนหรือหลังการประชุมประมาณ 3-4 ชั่วโมง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญจะได้รับแบบสอบถามฉบับที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญใช้ช่วงเวลาระหว่างพักการประชุมประมาณ 20 นาที ในการตอบแบบสอบถาม โดยผู้ประเมินความต้องการจำเป็นขอความร่วมมือไม่ให้มีการอภิปรายเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามภายในกลุ่ม ผู้ประเมินความต้องการจำเป็นรวบรวมคำตอบที่ได้อย่างรวดเร็ว จากนั้นสร้างแบบสอบถามรอบที่ 3 เมื่อกลุ่มผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 เสร็จเรียบร้อย ผู้ประเมินความต้องการจำเป็นจะนำข้อเสนอแนะหรือประเด็นที่มีผู้ไม่เห็นด้วยมาพิจารณาร่วมกันแบบเผชิญหน้าเพื่อหาข้อสรุปต่อไป

2.6.4 ขั้นตอนของเทคนิคเดลฟาย

ดำรงค์ วัฒนา และพรมณี ขำเลิศ (2566) ได้กล่าวว่า Delphi Research Technique เป็นวิธีการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยเริ่มจากขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ หรือ Secondary DATA ที่มีการรวบรวมไว้แล้ว เช่น ผลการประเมินองค์การเดิมที่เคยมี แผนยุทธศาสตร์เดิมของหน่วยงาน กฎหมายและเกณฑ์การปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง เช่น TQA SA PMQA SEPA เป็นต้น ข้อมูลที่รวบรวมได้จะชี้ให้เห็นจุดที่ควรปรับปรุงหรือจุดที่ควรพัฒนาต่อยอด นอกจากนี้ ข้อมูลเชิงคุณภาพอาจมาจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและบุคลากรภายใน ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากภายนอก (Primary DATA) เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนจะทำการเก็บข้อมูลแยกเป็น 4 ด้าน ตามประเด็น SWOT จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภัยคุกคาม โดยมีขั้นตอนเดลฟาย ดังนี้

1. จัดตั้งคณะทำงานรับผิดชอบในการจัดทำ SWOT ด้วย Delphi
2. คัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ / ผู้ทรงคุณวุฒิ
3. จัดทำแบบสำรวจ SWOT รอบที่ 1
4. ทดสอบ แบบสำรวจ SWOT
5. จัดเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ รอบที่ 1
6. วิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 1
7. จัดเตรียมรอบที่ 2

8. จัดเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ / ผู้ทรงคุณวุฒิ รอบที่ 2
9. วิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 (อาจมีรอบที่ 3 – 7 เพื่อให้ได้ผลที่เป็นเอกฉันท์)
10. จัดทำ และเสนอรายงาน

ชัชวาล ทัชศิวัต (2553) ได้กล่าวถึงขั้นตอนการทำวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย ดังต่อไปนี้

1. ขั้นกำหนดคำถาม ขั้นแรกสุดผู้วิจัยต้องกำหนดคำถาม หรือกำหนดประเด็นว่าจะใช้เทคนิคเดลฟายเพื่อศึกษาหรืออธิบายปรากฏการณ์ใดที่จะเกิดขึ้นในอนาคตหรือในปัจจุบัน โดยเฉพาะคำถามที่ว่าต้องการอะไรจากผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งการพิจารณาต่อไปว่า ด้วยการค้นหาคำตอบที่กำหนดไว้เหมาะสมที่จะใช้วิธีการวิจัยแบบนี้หรือไม่ ซึ่งคำตอบของคำถามนี้ จะช่วยให้สามารถเลือกผู้เชี่ยวชาญได้ถูกต้อง

2. ขั้นเลือกผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากเทคนิคเดลฟายเป็นกระบวนการของการวิจัยที่เก็บรวบรวมข้อมูลอันเป็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากจากกระบวนการหรือขั้นตอนทั้งหมด เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพและความสำเร็จของการศึกษา ผู้วิจัยจึงต้องกระทำด้วยความระมัดระวัง ทั้งในแง่คุณสมบัติและจำนวนของผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการวิจัย จึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างมาก เพื่อให้ได้ข้อมูลจากการวิจัยที่ถูกต้อง เทียบตรง ผู้วิจัยที่ใช้เทคนิคนี้ จึงจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญกับประเด็นดังกล่าวอย่างรอบคอบ ว่าใครบ้างที่มีความเชี่ยวชาญ ผู้เชี่ยวชาญรู้เรื่องที่ดีเพียงไร สามารถให้ข้อมูลที่ต้องการทราบได้ดีแค่ไหน ผู้เชี่ยวชาญที่จะสามารถให้ข้อมูลในการศึกษาด้วยเทคนิคเดลฟายเป็นอย่างดีนั้นได้แก่ ผู้บริหารที่มีอำนาจในการตัดสินใจนโยบาย ซึ่งจะต้องเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์จากการศึกษา และผู้ปฏิบัติงานที่เป็นมืออาชีพในเรื่องนั้น ๆ กับทีมงาน เป็นต้น ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว บุคคลที่จะสามารถให้ข้อมูลได้เป็นอย่างดีก็จะเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาซึ่งเกี่ยวข้องกับประเด็นของการวิจัย นั้น ๆ (key informants) หรืออาจจะใช้วิธีการสำรวจหรือสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นการสำรวจ "ผู้เชี่ยวชาญจากผู้เชี่ยวชาญ" นั่นเอง นอกจากนี้ ผู้วิจัยอาจจะสืบค้นจากหนังสือพิมพ์หรือสื่ออื่นๆ เพื่อให้ทราบว่าบุคคลใดที่มีผลงานในด้านนั้นๆ ในปริมาณเท่าไร ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้วิจัยใช้ประกอบการพิจารณาคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญมาใช้ในการวิจัย อีกประการที่สำคัญคือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ ควรมีความเหมาะสม ไม่น้อยเกินไป ทั้งนี้ก็เพื่อมิให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลที่ได้รับเมื่อมาทำการวิเคราะห์ ซึ่งในประเด็นจำนวนผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้ให้ข้อมูลจะมีมากน้อยขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษา และคุณภาพของประชากรกลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ โดยทั่วไปหากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหรือผู้เชี่ยวชาญไม่มีความแตกต่างกันมากนัก ก็มักจะใช้เพียง 10 – 15 คนในการศึกษา

3. ขั้นพัฒนาแบบสอบถามรอบแรก ในการพัฒนาแบบสอบถามรอบนี้ โดยทั่วไปแล้วจะใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่แล้วส่งสำรวจครั้งที่ 1 ข้อที่จำเป็นจะต้องพิจารณาในกระบวนการของการพัฒนาแบบสอบถามรอบแรกนี้ ได้แก่ ความจำเป็นของนักวิจัยที่จะต้องทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเข้มข้น โดยกระบวนการเดลฟายจะมีความเหมาะสมต่อเมื่อสารสนเทศพื้นฐานเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจมีอย่างเพียงพอและใช้งานได้

4. ขั้นวิเคราะห์แบบสอบถาม คำตอบที่ได้จะถูกนำมาวิเคราะห์ จัดประเภทและหมวดหมู่ ให้ง่ายแก่การเข้าใจ

5. ขั้นพัฒนาแบบสอบถามรอบที่สอง จากคำถามที่ได้จัดหมวดหมู่แล้ว ผู้วิจัยสามารถพัฒนาแบบสอบถาม ที่มีคำถามประเภทปลายปิดได้ ซึ่งอาจเป็นแบบให้เรียงลำดับความสำคัญหรือให้ประมาณค่าได้ ทั้งนี้แล้วแต่เรื่องที่ต้องการจะวิจัย แล้วส่งสำรวจครั้งที่ 2 ผลจากการสำรวจด้วยการออกแบบสอบถามครั้งที่ 2 จะได้ข้อเห็นด้วยและเห็นต่างจากการวิเคราะห์ข้อมูล

6. ขั้นพัฒนาแบบสอบถามรอบที่สาม ในการนำผลสำรวจครั้งที่ 2 มาวิเคราะห์จำเป็นต้องวิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (inter-quartile range) จากนั้นให้พัฒนาแบบสอบถามขึ้นใหม่ โดยให้ระบุค่าสถิติทั้ง 2 ประเภท ไว้ในแบบสอบถามด้วย พร้อมทั้งระบุด้วยว่า ผู้เชี่ยวชาญคนนั้นมีความเห็นอยู่จุดใด ในหรือนอกพิสัย แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตอบในรอบที่ 3 พร้อมทั้งแสดงเหตุผลประกอบด้วย ซึ่งมีมัธยฐาน คือ คะแนนตัวที่อยู่ตรงกลางของกลุ่มเมื่อจัดเรียงลำดับคะแนนแล้ว ส่วนพิสัยระหว่างควอไทล์ คือ ผลต่างระหว่างควอไทล์ที่ 3 กับควอไทล์ที่ 1 ถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์แคบแสดงว่าคำตอบที่วิเคราะห์ได้นั้นมีความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญสอดคล้องกัน ทั้งนี้ ในขั้นการเก็บข้อมูลรอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญจะได้ทบทวนหรือแก้ไขความเห็นที่ได้เสนอไปก่อนหน้านี้ เปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์

7. ขั้นพัฒนาแบบสอบถามรอบที่สี่ เมื่อวิเคราะห์ใหม่มักพบว่า มีผู้ตอบนอกพิสัยพอสมควร ให้กำหนดแบบสอบถามครั้งที่ 4 พร้อมค่าสถิติเช่นเดิม และถามย้ำผู้ตอบนอกพิสัยว่า เพราะเหตุใดจึงยอมรับความเห็นส่วนใหญ่ไม่ได้ อย่างไรก็ดี หลายงานวิจัยที่ทำการศึกษาโดยใช้จำนวนการตอบแบบสอบถามกับผู้เชี่ยวชาญ 3 รอบ ก็พบว่าเพียงพอที่จะได้คำตอบที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง หรือมีการเปลี่ยนแปลงน้อย หรือพบว่าค่าของส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์แคบมากแล้ว ก็สามารถหยุดกระบวนการวิจัยในส่วนของการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ ซึ่งนั่นก็หมายถึง ไม่จำเป็นต้องดำเนินการในขั้นตอนที่ 7 ตามที่กล่าวถึงนี้แต่อย่างใด

8. ขั้นวิเคราะห์ค่ามัธยฐาน (Median) จากการสำรวจครั้งสุดท้ายจะเป็นค่าตัวแทนคำตอบของกลุ่ม

9. ขั้นรายงานผล การเขียนรายงานให้แสดงค่าสถิติเท่าที่วิเคราะห์ไว้ทั้งหมดพร้อมแสดงเหตุผลประกอบ

เทคนิคเดลฟายเป็นเทคนิคที่มีความเหมาะสมสำหรับการวิจัยที่มีการคาดการณ์ แนวโน้ม การวิเคราะห์โอกาสความเป็นไปได้ ซึ่งเป็นการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้ข้อสรุปเป็นฉันทามติ มีความสอดคล้องกัน อย่างไรก็ตามเทคนิคเดลฟายเป็นเทคนิคที่ต้องอาศัยเวลาในการรวบรวมความคิดเห็นและต้องกระทำซ้ำจนกว่าจะได้ฉันทามติ การเลือกผู้เชี่ยวชาญ และจำนวนรอบ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ผู้วิจัยควรวางแผนและบริหารจัดการให้เหมาะสม ทั้งนี้ผู้วิจัยควรพิจารณาคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญให้เหมาะสมและตรงกับสาขาที่ศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานวิจัยในอนาคต

สถาบันการมอองอนาคตนวัตกรรม (2562) ได้กำหนดขั้นตอนการมอองอนาคตด้วยเทคนิคเดลฟาย ไว้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดหัวข้อ ต้องเป็นหัวข้อที่เกิดจากการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis) ขององค์ความรู้ ทฤษฎี หรือสิ่งที่ต้องการศึกษา โดยอาจใช้เทคนิคการมอองอนาคตอื่น เช่น การระดมสมอง เทคนิคบรรณมิติ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดกลุ่มตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญ ผู้ที่ใช้เทคนิคเดลฟายต้องระมัดระวังในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญ โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Selection Criteria) ให้ชัดเจน ก่อนการคัดเลือกผู้ศึกษาต้องแจ้งเหตุผลและวัตถุประสงค์การศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญอย่างชัดเจนครบถ้วนก่อนขอความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

ขั้นตอนที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

รอบที่ 1 เริ่มด้วยแบบสอบถามปลายเปิด (Open-ended Questionnaire) เพื่อระดมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับประเด็นสำคัญภายใต้หัวข้อที่ต้องการศึกษา จากนั้นจึงนำความคิดเห็นเหล่านั้นมาวิเคราะห์ร่วมกับสิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาออกแบบแบบสอบถามที่มีโครงสร้างชัดเจน (Well-structured Questionnaire) และมาตราวัดทัศนคติ (Rating Scale) สำหรับการเก็บข้อมูลรอบที่ 2

รอบที่ 2 ให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มตัวอย่างในรอบที่ 1 ตอบแบบสอบถามที่มีมาตราวัดทัศนคติชัดเจนในแต่ละประเด็นคำถาม อาจกำหนดให้ผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลประกอบคำตอบในแต่ละประเด็นคำถาม ในรอบที่ 2 จะสามารถวิเคราะห์การกระจายข้อมูลทัศนคติของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละประเด็นคำถามได้ โดยให้แกน Y เป็นระดับความสำคัญของแต่ละประเด็น (Level of Importance) และแกน X เป็นระดับความเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ (Level of Agreement)

รอบที่ 3 หากผู้ศึกษาต้องการยืนยันผลและกรองประเด็นย่อยภายใต้หัวข้อการศึกษาให้มีจำนวนน้อยลง สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 3 โดยใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้างจากรอบที่ 2 พร้อมด้วยผลการศึกษา เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญทบทวนคำตอบหรือให้คำอธิบายคำตอบเพิ่มเติม

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล ในการศึกษาแบบเดลฟายต้องผสมผสานระหว่างการวิเคราะห์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงคุณภาพจะใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามปลายเปิดจากการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ของขั้นตอนที่ 3 สำหรับในรอบที่ 2 และ 3 ซึ่งเป็นการใช้แบบสอบถามที่มีโครงสร้างและมาตราวัดทัศนคติชัดเจน ผู้ศึกษาควรใช้มาตราวัดทัศนคติแบบ Likert เพื่อสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อประเด็นคำถามในแบบสอบถาม และเมื่อได้ข้อมูลมาแล้ว สถิติที่นิยมใช้วิเคราะห์คือ ค่าแนวโน้มสู่ศูนย์กลาง (Central Tendency) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่ามัธยฐาน (Median) และฐานนิยม (Mode) และค่าการกระจายของข้อมูล (Level of Dispersion) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile Range) ทั้งนี้ ผู้ศึกษาควรนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยใช้ทั้งค่าแนวโน้มสู่ศูนย์กลางและค่าการกระจายของข้อมูลเพื่อป้องกันอคติในการแปลผล

2.7 การทบทวนสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตที่ท้าทายในอนาคต

2.7.1 ด้านการเมือง การปกครอง นโยบาย

- เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDG) ที่ประชาคมโลกตกลงร่วมกันใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานด้านการพัฒนา โดยมีเป้าหมาย 17 ประเด็น ในการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย ซึ่งเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสุขภาพจิต คือ เป้าหมายที่ 3 การสร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย เป้าหมายย่อยที่ 3.4 ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสาม ผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรค และสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ภายในปี พ.ศ.2573 และได้กำหนดตัวชี้วัดอัตราการฆ่าตัวตาย (ต่อประชากรแสนคน) อยู่ในเป้าหมายดังกล่าว

- คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2562 มีนโยบายหลักด้านสาธารณสุขที่สำคัญ คือ การพัฒนาระบบสาธารณสุขและหลักประกันทางสังคม ที่มุ่งเน้นการจัดบริการสาธารณสุขและระบบความคุ้มครองทางสังคมที่ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มอย่างเหมาะสม นำไปสู่ความเสมอภาค ประกอบด้วย 1) พัฒนาระบบบริการสาธารณสุข แพทย์สมัยใหม่และแพทย์แผนไทย 2) ส่งเสริมการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ 3) พัฒนาและยกระดับความรู้ด้านสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4) สร้างหลักประกันทางสังคมที่ครอบคลุมด้านการศึกษา สุขภาพ การมีงานทำที่เหมาะสมกับประชากรทุกกลุ่ม นอกจากนี้ยังมีนโยบายเร่งด่วน ในเรื่องการปรับปรุงระบบสวัสดิการและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเร่งรัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของคุณภาพการบริการในแต่ละระบบ ลดภาระการเดินทางไปสถานพยาบาลของประชาชน และลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ พัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระบบการแพทย์ทางไกล และภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย เพื่อให้ประชาชนที่อยู่ในชุมชนสามารถเข้าถึงหน่วยบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง รวดเร็ว และได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพ

- แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ถือเป็นเป้าหมายและกรอบแนวทางการพัฒนาด้านสาธารณสุขของประเทศสำหรับหน่วยงานด้านสุขภาพในระยะ 20 ปี ภายใต้วิสัยทัศน์ “เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี” และค่านิยม “MOPH : Mastery Originality People-centered approach Humility” โดยมีเป้าหมายหลัก คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่จะพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้าน คือ 1. ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) 2. บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3. บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4. บริหารจัดการเป็นเลิศ (Governance Excellence)

- นโยบายการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2565 โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายอนุทิน ชาญวีรกูล) ให้ความสำคัญสูงสุดต่อการพัฒนางานทางด้านสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริ และโครงการเฉลิมพระเกียรติ ในการขับเคลื่อนและพัฒนาระบบบริการสุขภาพ “สาธารณสุขสร้างชาติ ฟันฟูเศรษฐกิจ สาธารณสุขวิถีใหม่ที่ดีกว่าเดิมในปี 2565” โดย 1) พัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลของรัฐให้เป็นเรื่องง่าย สะดวก เข้าถึงง่ายอย่างรวดเร็ว 2) พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพการแพทย์ปฐมภูมิด้วย 3 หมอ (อสม. หมอประจำบ้านหมออนามัย หมอครอบครัว) 3) พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพ รพ.สต. เป็นศูนย์การสาธารณสุขประจำตำบล “ชุมชนสุขภาพดี ฟังตนเองได้” 4) พัฒนาและบูรณาการสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ดูแลสุขภาพแบบองค์รวมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี 5) พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพงานบริการต่อยอด 30 บาท “รักษาทุกที่ไม่ต้องมีใบส่งตัว” ลดความยุ่งยาก ลดรายจ่ายของประชาชน 6) พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพการรักษามะเร็ง รักษาทุกที่ ทั้งผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษาที่รวดเร็ว ครอบคลุม ทุกพื้นที่ 7) พัฒนาพีชสมุนไพร กัญชา กัญชง กระเทียม และภูมิปัญญาไทย สร้างงาน สร้างอาชีพ สร้างรายได้ 8) พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นศูนย์ข้อมูลกลางสุขภาพประชาชน รูปแบบใหม่ ทันสมัย มีมาตรฐาน

- นโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2565 โดย นายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์รจิต ปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีหลักการทำงาน คือ “รัก สามัคคี มีวินัย ใฝ่ใจสาธารณสุข” มุ่งเน้นประเด็นสำคัญ

9 ประเด็น ดังนี้ 1) ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 3,000 ทีม ให้ประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน รพ.สต.ผ่านเกณฑ์คุณภาพรพ.สต. ดีดดาว 2) เศรษฐกิจสุขภาพ สถานพยาบาลกลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร 3) สมุนไพร กัญชา กัญชง มีการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพรในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา การใช้จ่ายสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น 4) สุขภาพดิจิทัลใหม่ ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์ มีความรอบรู้สุขภาพ 5) COVID-19 จังหวัดสามารถควบคุมสถานการณ์โรค COVID-19 ให้สงบได้ภายใน 21 – 28 วัน ประชากรที่อยู่ในราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 6) ระบบบริการก้าวหน้า ให้ผู้ป่วยมะเร็งรักษาได้ทุกที่ (Cancer Anywhere) สามารถเข้าถึงบริการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา พัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลในการรองรับผู้ป่วยโควิด-19 และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ 7) ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม บูรณาการดูแลผู้สูงอายุครบด้าน (Brain-Mental-Teeth-Eye & Ear-Cardio : BMTEC) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นกลุ่มโรคเฉพาะในผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตเชิงรุก 8) ธรรมชาติบำบัด หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) เป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพของประชาชน 9) องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ งานได้ผล คนเป็นสุข ปลอดภัย และมุ่งเน้นการบริหารจัดการบุคลากรผู้มีศักยภาพสูง (Talent Management) บุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา

- นโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2565 โดย อธิบดีกรมสุขภาพจิต (แพทย์หญิง อัมพร เบญจพลพิทักษ์) ในประเด็นดังนี้ 1. ส่งเสริม สนับสนุนงานด้านสุขภาพจิตตามพระราชดำริส, พระราชดำริพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์ ขอให้ทุกหน่วยงานให้ความสำคัญกับการดำเนินโครงการด้านสุขภาพจิตตามแนวพระราชดำริส/พระราชดำริ และโครงการเทิดพระเกียรติต่างๆ 2. เร่งให้การเยียวยาจิตใจประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากโรค COVID-19 เพื่อให้ครอบครัวผู้เสียชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมทุกกลุ่มวัย สามารถปรับตัวกับการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางและผู้ด้อยโอกาส 3. บูรณาการงานสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัยผ่านกลไกเขตสุขภาพ เพื่อการขับเคลื่อนอย่างเป็นองค์รวมในระบบสุขภาพระดับชาติ โดยมุ่งเน้นการทำงานเชิงรุก (Proactive) ที่มีการคาดการณ์อนาคต (Futuristic Approach) และติดตามประเมินผลเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 4. พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันแก้ไขและรักษา พื้นฟู ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชให้ทันท่วงทีต่อการเปลี่ยนวิถีชีวิต ในระยะหลังการระบาดของโรค COVID-19 (From New Normal to Next Normal) ด้วยกลไกการให้บริการแบบโลกเสมือนจริง (Virtual Services), การเป็นศูนย์สุขภาพจิตที่ทันสมัยด้วยระบบดิจิทัล (Smart Mental Health Center) และเป็นโรงพยาบาลที่ทันสมัยด้วยระบบดิจิทัลที่มีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการเยียวยา (Smart Hospital with Healing Environment) และ 5. สนับสนุนให้บุคลากรกรมสุขภาพจิตเป็นผู้มีศักยภาพสูง พร้อมปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง มีความภาคภูมิใจในบรรยากาศขององค์กรและผลการปฏิบัติงาน สามารถเป็นต้นแบบของผู้มี

คุณภาพในชีวิตที่ดี ตามหลัก CPR คือ เป็นคนที่มีความคิดสร้างสรรค์ (Creativity) คิดเชิงบวก (Positivity) และ คิดทำประโยชน์ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคม (Response to Society)

2.7.2 ด้านเศรษฐกิจ

- จากการสำรวจสถานการณ์ตลาดแรงงานในช่วงไตรมาสที่ 1 ปี 2565 (มกราคม-มีนาคม) พบว่า มีผู้ว่างงาน 6.1 แสนคน คิดเป็นอัตราการว่างงาน ร้อยละ 1.53 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเดียวกันของปี 2564 ซึ่งเป็นอัตราการว่างงานที่ต่ำที่สุดนับตั้งแต่เกิดโควิด-19 เป็นต้นมา จำนวนผู้ว่างงานทั่วประเทศลดลง 2.4 หมื่นคน (จาก 6.34 แสนคน เป็น 6.1 แสนคน) อย่างไรก็ตาม ผู้ว่างงานที่ไม่เคยทำงานมาก่อนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยจำนวนผู้ว่างงานระยะยาวหรือว่างงานเกิน 1 ปี ขึ้นไป มีจำนวน 1.74 แสนคน ขณะที่แรงงานที่จบการศึกษา ระดับอุดมศึกษา มีอัตราการว่างงานอยู่ที่ ร้อยละ 3.1 หรือคิดเป็น 2.25 แสนคน ซึ่งจะต้องเร่งพิจารณาว่าเพราะสาเหตุใดจึงอัตราการว่างงานในกลุ่มนี้สูง และต้องมีการพัฒนาทักษะเดิม (Upskill) และ เพิ่มเติมทักษะใหม่ (Reskill) ในแรงงานกลุ่มนี้ให้ตรงกับความต้องการของตลาดแรงงานโดยเร่งด่วน

- สถานการณ์ความยากจนปี 2564 ปรับตัวดีขึ้น คนยากจนมีจำนวนทั้งสิ้น 4.4 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนคนยากจน ร้อยละ 6.32 ลดลงจากปีก่อนที่มีสัดส่วนคนยากจน ร้อยละ 6.83 เมื่อพิจารณาจำนวนครัวเรือนยากจน พบว่า ปี 2564 ครัวเรือนยากจน มีจำนวนทั้งสิ้น 1.24 ล้านครัวเรือน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 4.79 ของครัวเรือนทั้งหมด มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับปี 2563 ที่มีจำนวนครัวเรือนยากจนประมาณ 1.40 ล้านครัวเรือน สำหรับสาเหตุสำคัญที่สถานการณ์ความยากจนปรับตัวดีขึ้น เป็นผลมาจากในช่วงปี 2563 - 2564 ที่รัฐบาลมีการดำเนินมาตรการเพื่อช่วยเหลือและบรรเทาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาวิกฤตการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกับกลุ่มคนยากจนและผู้มีรายได้น้อย

2.7.3 ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

- โครงสร้างประชากร หากพิจารณาการเปลี่ยนแปลงจากปี 2513 มาสู่ปี 2558 และมองไปยังอนาคต ปี 2583 จะพบว่า จำนวนประชากรเพิ่มขึ้นจาก 34.39 ล้านคน เป็น 65.73 ล้านคน และมีแนวโน้มลดลงเหลือ 63.87 ล้านคนในปี 2583 ที่น่าเป็นห่วงคือประชากรสูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยตลอดจาก 1.86 ล้านคน เป็น 10.78 ล้านคน และ 20.52 ล้านคนในปี 2583 ขณะที่ประชากรวัยเด็กกลับมีแนวโน้มลดลงมาโดยตลอดจาก 15.52 ล้านคน เป็น 11.92 ล้านคน และลดลงเหลือเพียง 8.17 ล้านคนในปี 2583 ส่วนประชากรวัยแรงงานก็มีแนวโน้มลดลงจาก 38.8 ล้านคนในปี 2558 เหลือเพียง 35.18 ล้านคนในปี 2583 โดยประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี 2568 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.28 ของประชากรทั้งหมดในปี 2583

- ความสัมพันธ์ของโครงสร้างครอบครัว ในปี 2563 สัดส่วนของครอบครัวขยายต่อครัวเรือนทั้งหมด ร้อยละ 6.1 ลดลงจากร้อยละ 6.5 ในปี 2562 จากการสำรวจสถานการณ์ความเข้มแข็งของครอบครัว พบว่า จำนวนครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์ความเข้มแข็งของครอบครัว ในปี 2563 (85.60 คะแนน) สูงขึ้นเพียงเล็กน้อยจากปี 2562 (85.50 คะแนน) แต่เมื่อพิจารณาความเข้มแข็งของครอบครัวในภาพรวม ตั้งแต่ปี 2558 - 2563 มีค่าดัชนีความเข้มแข็งของครอบครัวในทิศทางที่ดีขึ้น

- สัมพันธภาพในครอบครัว สถิติการจดทะเบียนสมรสที่ลดลง โดยเปรียบเทียบข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ระหว่างปี 2560-2564 จาก 297,501 คู่ เป็น 240,979 คู่ และการหย่าร้างที่เพิ่มมากขึ้น จาก 121,617 คู่ เป็น 110,942 คู่ (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2565) และสถิติความรุนแรงในครอบครัวที่เพิ่มมากขึ้นต่อเนื่องทุกปี ตั้งแต่ 2559-2564 เฉลี่ย 1,564 รายต่อปี หรือประมาณ 4 รายต่อวัน จากการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564 พบว่าผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว 2,177 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 81% ช่วงอายุ 36-59 ปี ปัญหาสำคัญเป็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสามี-ภรรยา 41% สถานที่เกิดเหตุเป็นบ้านของตนเอง 87% และยังพบว่าไม่ได้ดำเนินคดีมากถึง 78% การกระทำความรุนแรงที่พบส่วนใหญ่เป็นการทำร้ายร่างกายมากที่สุดถึง 64.5% รองลงมาคือ จิตใจ 32% และเรื่องเพศ 4% ซึ่งมีปัจจัยกระตุ้น 3 อันดับแรก ได้แก่ ยาเสพติด สุรา และหึงหวง

- ความสามารถด้านการศึกษา ในปี 2564 สถาบันนานาชาติเพื่อการพัฒนาการจัดการ (International Institute for Management Development : IMD) ได้จัดอันดับสมรรถนะความสามารถในการแข่งขันด้านการศึกษาของประเทศไทย พบว่า ประเทศไทยมีอันดับด้านการศึกษาอยู่ในอันดับ 56 มีอันดับลดลง 1 อันดับ เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2563 ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบ 10 ปี ที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีสมรรถนะด้านการศึกษาลดลง จากอันดับที่ 51 ในปี 2554 ซึ่งลดลงถึง 5 อันดับ

- การเข้าสู่สังคมสูงอายุ ในปี 2564 มีผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 13,358,751 คน หรือร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งหมด เมื่อแบ่งกลุ่มตามช่วงวัย พบว่า มีผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) มากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 57.2 วัยกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 29.5 และวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 13.3 มีผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย สำหรับแนวโน้มของผู้สูงอายุไทย พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งแรกที่ร้อยละ 6.8 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 19.6 ในปี 2564 โดยลักษณะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ร้อยละ 34.7 ยังคงทำงานอยู่ โดยผู้สูงอายุชายที่ทำงานมีสัดส่วนสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (ร้อยละ 44.4 และ 26.7 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาการทำงานของผู้สูงอายุตามช่วงวัย พบว่าผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) มีสัดส่วนทำงานสูงที่สุด คือ ร้อยละ 49.2 การประเมินภาวะสุขภาพร่างกาย พบว่ามีผู้สูงอายุเพียง ร้อยละ 3.3 เท่านั้น ที่ประเมินว่ามีสุขภาพดีมาก และมีผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 1.3 ติดบ้าน ร้อยละ 1.8 และติดสังคม ร้อยละ 96.9 ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center : HDC) พบว่ามีผู้สูงอายุเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ในปี 2562 - 2564 พบร้อยละ 13.21 , 15.59 และ 13.25 ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีความเครียด ปี 2562-2564 พบร้อยละ 1.07, 0.78 และ 0.84 ตามลำดับ และผลการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในเขต กทม. ปี 2562-2563 พบว่ามีความเครียด ร้อยละ 32.6 วิดกกังวล ร้อยละ 49.2 และซึมเศร้า ร้อยละ 47.1 (ที่มา จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในเขต กทม.ปี 2562-2563) และผลการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ปี 2564 จากฐานข้อมูล Line official สุข 5 มิติ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 43.02 รองลงมา มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 34.88 และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปหรือน้อยกว่า คิดเป็นร้อยละ 22.10

- การเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อม ภัยธรรมชาติ และความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติที่มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม การเพาะปลูก ที่อยู่อาศัย ความปลอดภัยและการทำงาน สามารถทำให้เกิดการเจ็บป่วย อุบัติเหตุ ความเครียด โรคระบาด หรือโรคอุบัติใหม่ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงสภาพ

ภูมิอากาศในหลายรูปแบบ ส่งผลต่อการแพร่ระบาดของโรคติดต่อที่มีแมลงเป็นพาหะ แหล่งน้ำที่เป็นสื่อ และการแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลให้การปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์และขยะมูลฝอยโดยรวมในประเทศไทย มีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังคงมีประเด็นเรื่องขยะติดเชื้อ และปี 2563 พบปริมาณขยะพลาสติกเพิ่มขึ้น เฉลี่ย 135 กรัม/คน/วัน มากขึ้นถึง 40 กรัม จากปี 2562 ซึ่งปริมาณที่มากเกินไปส่งผลต่อศักยภาพในการกำจัดขยะ

2.7.4 ด้านพฤติกรรมสุขภาพ

- พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่และยาเสพติด จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร ปี 2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าแนวโน้มอัตราการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้ที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ในภาพรวมทั้งประเทศระหว่าง ปี 2547-2557 มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย อยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 32.7-32.3 แต่หลังจากปี 2558 มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 34.0 เป็นร้อยละ 28.0 ในปี 2564 ซึ่งมีผลจากการรณรงค์การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมทั้งจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 มาตรการควบคุมโรคในการห้ามดื่มในสถานที่ต่างๆ ส่วนแนวโน้มอัตราสูบบุหรี่ของผู้ที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ในภาพรวมทั้งประเทศตั้งแต่ปี 2547 ถึงปี 2564 มีแนวโน้มค่อนข้างลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 23.0 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 17.4 ในปี 2564 และข้อมูลจากระบบการบำบัดรักษายาเสพติด (บสต.) ปี 2564 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติด 155,500 ราย (ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติด 212,646 ราย) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 89.66 เมื่อพิจารณากลุ่มอายุของผู้เข้าบำบัดทั้งหมด ส่วนใหญ่กลุ่มอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 18.24 ผู้เข้าบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ ร้อยละ 63.61 รองลงมาคือผู้ติด ร้อยละ 31.99

- พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จากการเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรค สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย รายงานการเฝ้าระวังโรค 506 กรมควบคุมโรค พบว่าอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ได้แก่ โรคหนองใน โรคหนองในเทียม โรคแผลริมอ่อน และโรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง โรคซิฟิลิส ในปี 2564 คิดเป็น 41.97 ต่อประชากรแสนคน ถึงแม้ว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลายโรค มีแนวโน้มลดลงในช่วงระยะ 5 ปีที่ผ่านมา แต่ยังคงพบว่า โรคซิฟิลิส มีอัตราป่วยสูงขึ้น คิดเป็น 14.83 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2564 และโดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีอัตราป่วยโรคซิฟิลิสในปี 2564 สูงขึ้นมากกว่า 2 เท่า จากปี 2560 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเยาวชนที่ยังค่อนข้างต่ำ

- พฤติกรรมรุนแรงในเด็กและเยาวชน จำนวนคดีเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดี โดยสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ทั่วประเทศ ปี 2564 ทั้งหมด 14,593 คดี พบว่า เป็นคดีที่ผู้กระทำความผิดเป็นเพศชาย สูงกว่าเพศหญิง 3,309 คดี (ร้อยละ 91.20) และเป็นเพศหญิง 1,284 คดี (ร้อยละ 8.80) ซึ่งคดีส่วนใหญ่เป็นคดีที่ผู้กระทำความผิดมีการศึกษาระดับมัธยมมากที่สุด 7,843 คดี (ร้อยละ 53.74) รองลงมาเป็นผู้กระทำความผิดมีการศึกษาระดับประถมศึกษา 2,776 คดี (ร้อยละ 19.02)

- การเฝ้าระวังปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม ในเด็กและวัยรุ่นไทย จากผลการเฝ้าระวังนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-มัธยมศึกษาปีที่ 6 (เดือนตุลาคม 2563 - สิงหาคม 2564) จำนวน 63,852 คน ทั่วประเทศ พบนักเรียนเข้าข่ายกลุ่มเสี่ยง จำนวน 7,312 คน (ร้อยละ 11.45) แบ่งเป็น เสี่ยงด้านพฤติกรรม จำนวน 4,604 คน (ร้อยละ 63) เสี่ยงด้านอารมณ์ จำนวน 2,628 คน (ร้อยละ 36) เสี่ยงด้านสังคม จำนวน 1,142 คน (ร้อยละ 15)

ซึ่งนักเรียน 1 คน อาจจะใช้เข้าข่ายกลุ่มเสี่ยงมากกว่า 1 ด้าน ทั้งนี้กรมสุขภาพจิต ได้มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตวัยเรียนและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ผ่านนวัตกรรมระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO : Health and Educational Reintegrating Operation) ที่ขยายผลระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 – มัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 359,369 คน ผ่านการเฝ้าระวัง จำนวน 64,888 คน คิดเป็นร้อยละ 18.06 นักเรียนที่ควรดูแล (เทอม 2 ปีการศึกษา 2563) จำนวน 7,417 คน และได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น (เทอม 1 ปีการศึกษา 2564) จำนวน 4,647 คน มีครูที่อยู่ในระบบทั้งหมด จำนวน 44,833 คน และครูที่ถูกอนุมัติสิทธิสำเร็จ จำนวน 11,926 คน คิดเป็นร้อยละ 26.60

- สถานการณ์เด็กและเยาวชนกับภัยออนไลน์ จากผลการสำรวจ เมื่อปี 2563 โดย ศูนย์ประสานงานขับเคลื่อนการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ (ศปอ.) กรมกิจการเด็กและเยาวชน ร่วมกับ มูลนิธิอินเทอร์เน็ตรวมพัฒนาไทย ในเด็กมัธยมศึกษา อายุ 12-18 ปี พบว่า ร้อยละ 89 เชื่อว่า ในโลกออนไลน์มีภัยอันตรายหรือความเสี่ยงต่างๆ ร้อยละ 83 เชื่อว่า เมื่อเผชิญภัยหรือความเสี่ยงภัยออนไลน์สามารถแนะนำช่วยเหลือเพื่อนได้ และร้อยละ 61 เชื่อว่า เมื่อเผชิญภัยหรือความเสี่ยงภัยออนไลน์สามารถจัดการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตัวเอง และเว็บไซต์หรือเนื้อหาข้อมูลที่ผิดกฎหมายหรือเป็นอันตราย ที่เด็กสามารถเข้าถึงมากที่สุด 4 อันดับแรก คือ ความรุนแรง ร้อยละ 49 การพนัน ร้อยละ 22 สื่อลามกอนาจาร ร้อยละ 20 และสารเสพติด ร้อยละ 16 ส่วนการเล่นเกมออนไลน์ จากการสำรวจเด็กทั้งหมด 14,945 คน พบว่า ร้อยละ 76 หรือ 11,384 คน เล่นเกมออนไลน์ ซึ่งร้อยละ 26 เล่นเกมออนไลน์ 1-2 ชั่วโมงต่อวัน และจากผลของการเล่นเกม เด็กร้อยละ 43 ยอมรับว่าสนใจทำกิจกรรมอย่างอื่นน้อยลงมาก ร้อยละ 20 บอกว่าการเรียนแย่มาก และร้อยละ 13 บอกว่าความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวแย่มาก สำหรับประเด็นการกลั่นแกล้งรังแกทางออนไลน์ (Cyber Bullying) พบว่า เด็ก 2,282 คน พบประสบการณ์นี้ โดยที่ร้อยละ 69 ถูกเรียกด้วยถ้อยคำหยาบคาย ดูหมิ่น ร้อยละ 44 ถูกตำหนิ ให้ร้ายใส่ความ ร้อยละ 22 ถูกต่อต้อน กีดกันออกจากกลุ่มเพื่อนหรือสังคม ร้อยละ 21 ถูกนำเรื่องส่วนตัว หรือความลับไปเผยแพร่ ร้อยละ 16 ถูกข่มขู่คุกคาม และร้อยละ 9 ถูกตัดต่อรูปภาพ คลิปวิดีโอในทางเสื่อมเสีย ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจทักษะชีวิตในเด็กและเยาวชนไทย ปี 2563 พบว่าเด็กและเยาวชนไทย อายุระหว่าง 10-19 ปี จำนวน 3,369 คน ทั่วประเทศ ร้อยละ 91.36 มีทักษะชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดี เทียบเท่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ขึ้นไป และมีเพียงร้อยละ 8.64 ที่ควรได้รับการส่งเสริมทักษะชีวิตในศตวรรษที่ 21 พบว่าวัยรุ่นและเยาวชนไทยมีด้านที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการมองตนเองเชิงบวก (Positive Self) ร้อยละ 9.94 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ขณะที่พฤติกรรมความปลอดภัยด้านดิจิทัล ก็ยังคงเป็นจุดอ่อนที่ควรส่งเสริม โดยเฉพาะพฤติกรรมการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่นทางไซเบอร์ ร้อยละ 23.7 และด้านการแชร์บนโลกออนไลน์ ร้อยละ 28.7

2.7.5 สถานะสุขภาพจิตของคนไทย

- กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการสำรวจการเฝ้าระวังภาวะวิกฤติสุขภาพจิตเชิงรุก (Active Surveillance) และการเฝ้าระวังเจาะจงพื้นที่หรือกลุ่มเป้าหมาย (Sentinel Surveillance) เป็นครั้งแรกในปี 2563 ที่เกิดการระบาดของโรค COVID-19 เนื่องจากเป็นวิธีการสำรวจอย่างรวดเร็ว (Rapid Emergency Response Survey: RERS) และเป็นวิธีการมาตรฐานสากลสำหรับการเฝ้าระวังในเหตุการณ์วิกฤต การเมือง การระบาดของโรค หรือภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดขึ้น ในประเด็นด้านเศรษฐกิจ การเงิน ครอบครัว การทำงาน / การเรียน

การดำรงชีวิต พบว่า 1) ความเครียดของประชาชนไทยจากการระบาดของโรค COVID-19 แปรเปลี่ยนตามสถานการณ์ระบาด และยังคงดำเนินไปอย่างไม่หยุดยั้ง ซึ่งเหตุการณ์นี้เองทำให้พบความเครียดจากการว่างงาน ตกงาน หรือการเลิกจ้างงานของประชาชนไทย ทำให้ความเครียดประชาชนไทยช่วงปลายปี 2563-2564 มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สรุปได้ว่า ความเครียดของประชาชนไทยเพิ่มขึ้นตามสถานการณ์ระบาดของโรคที่พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 เพิ่มขึ้น โดยพบสูงขึ้นจากเดือนเมษายน 2564 ประมาณ 2 เท่า จาก 4.5 เป็น 6.8 ในเดือนกันยายน 2564 ในขณะที่อาการซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายก็สูงขึ้นในทิศทางเดียวกัน 2) ความตื่นตระหนกของประชาชนไทยจากการระบาดของโรค COVID-19 ปี 2564 สูงขึ้นมาก เมื่อเทียบกับปี 2563 โดยการสำรวจระหว่างวันที่ 23-28 เมษายน 2564 กรณีการระบาดรอบใหม่เมษายน 2564 พบค่าเฉลี่ยความตื่นตระหนกของประชาชนไทยสูงถึง ร้อยละ 4.73 ซึ่งพบว่าความตื่นตระหนกสูงมากที่สุดในการสำรวจ 3) ความกังวลของประชาชนไทยจากการระบาดของโรค COVID-19 โดยพบเขตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง-สูง ร้อยละ 78.5 เมื่อแยกรายเขตสุขภาพ พบว่าเขตสุขภาพที่ 2 ประชาชนไทยมีความกังวลระดับสูงมากที่สุด เมื่อเทียบกับเขตสุขภาพอื่นๆ ร้อยละ 16.7 4) ผลกระทบของประชาชนไทยจากการระบาดของโรค COVID-19 ประชาชนไทยรู้สึกไม่สบายใจ ตึงเครียด ระดับปานกลาง-มาก ร้อยละ 63.1 โดยส่งผลกระทบต่อด้านการเงินมากที่สุด ร้อยละ 26.7 รองลงมา คือ ด้านการทำงาน ร้อยละ 9.8

- โรคซึมเศร้า เป็นอีกโรคที่พบได้บ่อยจากความผิดปกติทางจิตใจ ซึ่งพบได้ทั่วไปในประชาชนทุกเพศทุกวัย จากการคาดการณ์ภาวะของโรคทั่วโลก พบว่า ปี 2564 โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพแก่ประชากรโลกเป็นอันดับ 2 ถึงแม้ว่าจะไม่มีการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร แต่ผู้ป่วยก็ต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้เป็นเวลานานกว่าโรคอื่นๆ และมีผลกระทบต่อสังคมค่อนข้างสูงมาก จากรายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของศูนย์ความรู้โรคซึมเศร้าไทย (<https://thaidepression.com>) เดือนกันยายน 2564 อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับประเทศ 76 จังหวัด (ยกเว้น กรุงเทพฯ) ร้อยละ 83.54 นั้น มีพื้นที่เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐานบรรลุเป้าหมาย 68 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 89.47 และบางพื้นที่ยังพบปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐานไม่ถึง ร้อยละ 71 จำนวน 8 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 10.53

- การฆ่าตัวตาย จากข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรไทยระหว่าง ปี 2555-2564 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกปี พบอัตราการฆ่าตัวตายต่ำสุดในปี 2560 ที่ 6.03 ต่อประชากรแสนคน และเริ่มมีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2561-2564 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 6.32, 6.64, 7.37 และ 7.38 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ นอกจากนี้เมื่อเทียบอัตราการฆ่าตัวตายของไทยกับนานาชาติ จากการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก ปี 2562 อัตราการฆ่าตัวตายของไทย อยู่ที่ 8.8 ต่อประชากรแสนคนอยู่ในลำดับที่ 74 ของโลก ลำดับที่ 13 ของเอเชีย และลำดับที่ 2 ของอาเซียน (World Health Organization, 2022) และการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ปี 2564 เพศชายยังคงเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง 5 เท่า ในส่วนของกลุ่มอายุ โดยอายุต่ำสุดที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย คือ 11 ปี อายุสูงสุดคือ 95 ปี และช่วงอายุระหว่าง 35-39 ปี เป็นช่วงที่มีการฆ่าตัวตายสูงที่สุดกว่าช่วงอายุกลุ่มอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 12 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงที่สุดพบว่าปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด หรือคนในครอบครัว ร้อยละ 50.4 ส่วนวิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายมากที่สุด

คือ แขว่นคอ ร้อยละ 90.7 ทั้งนี้พบผู้ฆ่าตัวตายมีประวัติเคยทำร้ายตัวเอง ร้อยละ 25.51 มีสัญญาณเตือนจากผู้
ฆ่าตัวตาย ร้อยละ 24.2 และมีการทำร้ายผู้อื่นร่วมด้วย ร้อยละ 1.6 (ที่มา : ระบบรายงานการเฝ้าระวังการ
พยายามทำร้ายตนเอง รง.506 v.10 ณ วันที่ 30 เมษายน 2565)

- ความสุขคนไทย จากผลการสำรวจโดยใช้แบบประเมินความสุขคนไทย จำนวน 15 ข้อ ของ
กรมสุขภาพจิต ในปี 2563 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลไปพร้อมกับการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของ
ครัวเรือนปี 2563 (มกราคม-ธันวาคม 2563) ซึ่งจากการสำรวจในปี 2563 พบว่า คนในประเทศไทยมีคะแนน
สุขภาพจิตเฉลี่ยอยู่ที่ 33.53 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้สำหรับสุขภาพจิตของคนทั่วไป (27.01-
34.00 คะแนน) เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2558 (เดือนกรกฎาคม-กันยายน 2558) พบว่า ความสุขสูงขึ้นจากเดิม
ที่คะแนน 31.44 คะแนน หากพิจารณาตามเพศ พบว่า คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของเพศชายสูงกว่าเพศหญิง
สอดคล้องกับเมื่อ 5 ปีก่อน โดยเพศชาย มีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ย เท่ากับ 33.80 คะแนน เพศหญิงมีคะแนน
สุขภาพจิตเฉลี่ย 33.27 คะแนน เมื่อพิจารณาตามรายภาค พบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือมีคะแนนสุขภาพจิต
สูงสุด คือ 34.36 คะแนน รองลงมา คือ ภาคใต้ 34.18 คะแนน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 33.88 คะแนน
ภาคกลาง 33.53 คะแนน ส่วนเขตกรุงเทพฯ และ 3 จังหวัด (นนทบุรี ปทุมธานี และสมุทรปราการ) มีคะแนน
สุขภาพจิตต่ำกว่าภาคอื่นๆ คือ 32.06 คะแนน (ที่มา : สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) ของคน
ในประเทศไทย พ.ศ.2563)

- การส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กปฐมวัย ในปี 2563 ได้เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของ
COVID-19 ส่งผลให้เด็กขาดโอกาสในการเรียนรู้ พัฒนาการทักษะตามวัยเด็กเนื่องจากไม่สามารถไปโรงเรียนหรือ
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ตามปกติ มีแนวโน้มที่ใช้สื่อหรือเทคโนโลยีไม่เหมาะสมกับพัฒนาการตามวัย โอกาสในการ
เข้าถึงบริการทางการแพทย์น้อยลง ขาดโอกาสในการศึกษา เนื่องจากครอบครัวมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ แนวโน้ม
การถูกละเลยทอดทิ้ง หรือถูกทำร้ายมากขึ้น และขาดการดูแลที่เหมาะสม มีปัญหาสุขภาพทั้งกายและจิต
พัฒนาการถดถอย รวมถึงการลงติดตามเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำได้ยากมากขึ้น พบเด็กที่มีความ
บกพร่องด้านพฤติกรรมและสังคม มีปัญหาด้านพฤติกรรม-อารมณ์มากขึ้น เช่น เด็กออทิสติก เนื่องจากมีความ
ยากลำบากในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ไม่สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรตามปกติ หรือเด็กสมาธิสั้น ที่ไม่
สามารถออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านหรือกิจกรรมที่ใช้พลังได้อย่างเต็มที่ โดยข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ
Health Data Center (HDC) บ่งชี้ว่าพัฒนาการเด็กมีแนวโน้มล่าช้าลง ผลการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีล่าช้า
เขตสุขภาพที่ 1-12 กระตุ้นพัฒนาการ ร้อยละ 70.89 กระตุ้นครบเกณฑ์ ร้อยละ 53.67 กลับมาสมวัย ร้อยละ
29.17 และผลการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (BA+LBA+แม่วัยรุ่น) ที่สงสัยล่าช้า เขตสุขภาพที่ 1-12
(ติดตามจากการประเมิน DSPM ครั้งที่ 2) ติดตามได้ ร้อยละ 69.01 และกลับมาสมวัย ร้อยละ 98.81 และจาก
ผลการดำเนินงานในปี 2564 ร้อยละ 70.12 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว
ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐานจนมีพัฒนาการสมวัย (เป้าหมาย ร้อยละ 70)

- ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ของเด็กไทย จากการสำรวจระดับสติปัญญา
(IQ) ปี 2564 พบว่าในระดับประเทศ เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีระดับสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 102.8 ถือเป็น
ระดับสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (IQ 90-110) เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2559 ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ 4.5 จุด

เมื่อพิจารณาตามระดับสติปัญญา พบว่าเด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีระดับสติปัญญาดำกว่าเกณฑ์ปกติ (IQ <90) ลดลงจากร้อยละ 31.8 เป็นร้อยละ 21.7 (ไม่ควรเกินร้อยละ 25) ซึ่งถือว่าเป็นแนวโน้มที่ดี แต่ยังมีบางส่วนที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์บกพร่อง (IQ <70) ต่ำกว่า 70 อยู่ถึงร้อยละ 4.2 ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานสากลคือไม่ควรเกินร้อยละ 2 และเป็นที่น่าสังเกตว่ามีเด็กที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ฉลาดมาก (IQ >130) สูงมากขึ้นถึงร้อยละ 10.4 ส่วนผลสำรวจความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ปี 2564 พบอยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ร้อยละ 83.3 และควรพัฒนา ร้อยละ 16.47

- เด็กกลุ่มเปราะบางทางสังคม ปัจจุบันมีเด็กกลุ่มเปราะบางทางสังคม ซึ่งเป็นเด็กและเยาวชนอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ที่ประสบปัญหาและได้รับการแจ้งเหตุเข้าในระบบสารสนเทศเพื่อการคุ้มครองเด็ก (Child Protection Information System-CPIS) ของกรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวนมากกว่า 13,000 คน ปัญหาที่มีการแจ้งเหตุมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ครอบครัวยากจน (ร้อยละ 30) ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ COVID-19 (ร้อยละ 15) ถูกทะเลาะทอดทิ้ง (ร้อยละ 7) ความรุนแรงในครอบครัว (ร้อยละ 6) ปัญหาพฤติกรรม (ร้อยละ 5) ถูกล่วงละเมิดทางเพศ (ร้อยละ 4) และปัญหาอื่นๆ (ร้อยละ 25) เด็กกลุ่มเปราะบางเหล่านี้ต้องการความช่วยเหลือเฉพาะหน้า/เร่งด่วน คือการให้คำแนะนำปรึกษาสภาพจิตใจ และความช่วยเหลือระยะยาว คือ การฟื้นฟูเยียวยาจิตใจ ประกอบกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ก่อให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนในประเทศทั้งภาวะสุขภาพ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การสูญเสียรายได้ ผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม ปัญหาทางสุขภาพจิต ความเครียด การปรับตัว โดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การสูญเสียสมาชิกในครอบครัว สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เด็กกลุ่มเปราะบางทางสังคมที่ต้องการความช่วยเหลือมีจำนวนมากขึ้น โดยกรมสุขภาพจิต ร่วมกับกรมกิจการเด็กและเยาวชน กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา และองค์การยูนิเซฟ เปิดศูนย์ช่วยเหลือเด็กโควิด-19 เพื่อดำเนินการปกป้องคุ้มครอง ฟื้นฟู เยียวยาเด็กและเยาวชนผู้ได้รับผลกระทบจากความสูญเสียสมาชิกในครอบครัว โดยบูรณาการช่วยเหลือแบบเป็นองค์รวมทั้งด้านเศรษฐกิจสังคม ทุนการศึกษา สุขภาพกาย และการให้ความช่วยเหลือดูแลเยียวยาจิตใจซึ่งเป็นการดูแลด้านสุขภาพจิต

- ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต จากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ปี 2560 ของกรมสุขภาพจิต พบว่า คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.87 โดยมีที่ได้ระดับต่ำคือ มิติความรู้ในการค้นหาข้อมูลสาระด้านสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 27.5 ในขณะที่มิติความรู้ความเชื่อในการดูแลตนเองเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 36.45 และมิติด้านการขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งที่มีความเชี่ยวชาญ พบว่ามีเพียงร้อยละ 49 ขณะที่การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในปี 2562 โดยกรมอนามัย พบว่าทักษะการเข้าถึง (การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม) ยังทำได้ยากถึงร้อยละ 38.3 รองลงมาคือทักษะการตัดสินใจ (การตัดสินใจได้ว่าท่านควรทำกิจกรรมอะไรเพื่อลดความเครียด) ทำได้ยากร้อยละ 14.2 และทักษะความเข้าใจ (การเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่จะทำให้สุขภาพจิตดี) ทำได้ยากร้อยละ 12.6 สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ถึงแม้จะอยู่ในระดับสูงถึง ร้อยละ 65.5 (การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ของคนไทย พ.ศ. 2561 โดยกรมสุขภาพจิต) พบว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตที่อยู่ในระดับต่ำ คือ รู้ตัวเองว่าเครียดมากไปแล้ว ร้อยละ 48.0 รองลงมาคือบอกได้ว่าอะไรที่ทำให้

เครียด ร้อยละ 55.8 นอกจากนี้ผลการสำรวจยังพบว่าประชาชนมีความตระหนักรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านที่ต่ำ คือ บอกได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตนั้นรุนแรงจนต้องขอคำปรึกษาหรือรับบริการทางการแพทย์ เพียงร้อยละ 39.7 รองลงมาคือ บอกได้เมื่อฉันทหรือคนใกล้ชิดเริ่มมีปัญหาสุขภาพจิต เช่น เครียด นอนไม่หลับ เบื่อหน่าย ฯลฯ ร้อยละ 36.2 และหากฉันทหรือคนใกล้ชิดมีปัญหาสุขภาพจิตบอกสถานที่ขอคำปรึกษาหรือรับการตรวจรักษาได้ ร้อยละ 33.3 ตามลำดับ

- การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ในประเทศไทยนั้น รัฐบาลได้กำหนดมาตรการในการจัดการภาวะระบาดของ COVID-19 อย่างเข้มข้น เพื่อความปลอดภัยของประชาชน และเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรค ซึ่งมาตรการบางส่วนได้ส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจ สังคม และปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ความพยายามในการฆ่าตัวตาย ฯลฯ ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และหากปล่อยไว้เป็นระยะเวลานาน อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาวได้ ในขณะที่การดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันสุขภาพในเวลา นี้ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการบูรณาการงานสุขภาพกายและสุขภาพจิตเข้าด้วยกัน เนื่องจากผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยระดับปัจเจกบุคคล แต่ต้องอาศัยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนและต้นทุนทางสังคม เพื่อช่วยเหลือและเข้าถึงประชาชนโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบางทางสังคมในสถานการณ์วิกฤตเช่นนี้ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้กลยุทธ์ที่ทำให้ชุมชนมีความเข้าใจการป้องกันโรค มีวิธีรับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง และการดูแลใจทั้งของตนเองและผู้อื่น รวมถึงช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในชุมชน เพื่อให้เกิดความมั่นใจในด้านความปลอดภัยในชุมชน ลดความตื่นตระหนก และค่อยๆฟื้นฟูให้คนในชุมชนสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ กรมสุขภาพจิต จึงได้พัฒนาแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนขึ้นมา เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้กับประชาชนในทุกกระดับ ในส่วนของวัคซีนใจในระดับชุมชนนั้น ใช้มาตรการ “4 สร้าง” ประกอบด้วย 1) สร้างความรู้สึกปลอดภัยในชุมชน (Safe) 2) สร้างความรู้สึกสงบในชุมชน (Calm) 3) สร้างความหวังในชุมชน (Hope) และ 4) สร้างความเข้าใจและให้โอกาสคนในชุมชน (Care) โดยอาศัยการใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชนร่วมกับการใช้สายสัมพันธ์ที่ดีในชุมชน มาเป็นฐานสำคัญในการออกแบบแผนการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจให้แก่ประชาชนในระดับชุมชน ซึ่งจะช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะยาวได้ สร้างชุมชนที่มีความเข้มแข็งทางใจ (Community Resilience) เพื่อให้การดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจเกิดผลประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

- การสื่อสารประชาสัมพันธ์งานสุขภาพจิตสู่ประชาชน กรมสุขภาพจิตได้พัฒนารูปแบบการสื่อสารสุขภาพจิตด้วยช่องทางใหม่ๆ โดยมีกระบวนการหลักที่สำคัญ คือ ส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกัน และควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยการใช้บุคลากรที่มีอยู่ในการพัฒนาสื่อ อินโฟกราฟฟิก และข่าวต่างๆ แทนการจ้างผลิต รวมทั้งการติดตามและเฝ้าระวังข่าวแทนการจ้างติดตาม ตลอดจนมีการสร้างเครือข่ายในภาคส่วนต่างๆ ในการประชาสัมพันธ์ความรู้สุขภาพจิต เช่น บุคคลที่เป็นผู้มีอิทธิพลในการสร้างแรงบันดาลใจ (Social Influencer) เพื่อสร้างความเชื่อถือและการรับรู้ที่กว้างขวาง และสร้างความร่วมมือกับเครือข่าย ในการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตกับประชาชน ตั้งแต่ปี 2563 เป็นต้นมา บนแพลตฟอร์ม TikTok, Twitter เป็นต้น

- การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิตเวช การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อเน้นการพัฒนาความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชให้ดีขึ้น ด้วยการส่งเสริมความเข้มแข็งของการดำเนินงานที่ใช้

ชุมชนเป็นฐานในการป้องกันสาเหตุการเกิดอาการกำเริบซ้ำ ดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพและสร้างความเสมอภาคในสังคม แต่ในทางปฏิบัติยังมีความเหลื่อมล้ำ ไม่เป็นธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่เหมือนติตราบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งผู้รับบริการสุขภาพจิตต้องการความเท่าเทียม การสนับสนุน และการยอมรับความเป็นบุคคลมากกว่าการเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวช หลายประเทศจึงได้เกิดแนวคิดการคืนสู่สุขภาวะ (Recovery model) เพื่อใช้กับผู้ป่วย และขยายผลในเครือข่ายสุขภาพจิตทั้งภาครัฐและภาคเอกชน หรือแม้แต่ประชาคม โดยพัฒนาเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ เกิดการจ้างงาน ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งผลให้สามารถกลับไปทำบทบาทหน้าที่ของตนเองในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมของชุมชนอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและสนับสนุนเพื่อนผู้เชี่ยวชาญ (Peer specialist) จัดตั้งหน่วยงานในการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้รับดูแลผู้ป่วยจิตเวช (Caregiver) ให้มีศักยภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยบูรณาการความร่วมมือกับทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน เสริมพลังผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเวช เพื่อเป็นการพลิกโฉมงานสุขภาพจิตของประเทศไทย สู่การสร้างคุณค่าในความเป็นมนุษย์ในสังคม สังคมเดินหน้าอย่างยั่งยืน

- สุรา ยาเสพติดกับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช จากข้อมูลภาระโรคและการบาดเจ็บจากผลกระทบจากการดื่มสุรา ในระดับโลกปี 2559 สุราถือเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในลำดับที่ 7 ของการตายและพิการของประชากรทั้งหมด และเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของประชากรกลุ่มอายุ 15-49 ปี โดยสัดส่วนของการตายด้วยโรคและความเจ็บป่วยจากการดื่มสุราส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บทั้งจากอุบัติเหตุจราจรและการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 29) (สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, 2563) นอกจากสาเหตุการตายดังกล่าวแล้ว ปัญหาด้านสุขภาพจิตร่วมที่พบได้บ่อยในผู้ดื่มสุรา คือ วิตกกังวล ซึมเศร้า อีกทั้งการใช้สุราในทางที่ผิดและการติดสุรา อาทิ ผู้ติดสุราเสี่ยงต่อการเกิดโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า 2.1-4.8 เท่า และโรคจิต 6 เท่า ผู้ที่ซึมเศร้าเมื่อดื่มหนักจะเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตายค่อนข้างสูง การดื่มหนักทำให้อาการซึมเศร้าและโรควิตกกังวลแย่ลง และการดื่มสุราจะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีผลการรักษาไม่ดี เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2562) อีกทั้งมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) สูงกว่า 3.8 เท่าตัว มีโอกาสป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวน 2 ขั้วหรือโรคไบโพลาร์ (Bipolar) 6.3 เท่าตัว และเมื่อป่วยแล้วโรคจะคงอยู่ถาวร ถึงแม้ว่าจะหยุดดื่มไปแล้วก็ตาม ในส่วนผู้ที่ใช้ยาเสพติดมีแนวโน้มมีสุขภาพจิตมากขึ้น จากสถิติผู้มีปัญหาการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (ยกเว้นแอลกอฮอล์) ที่มารับบริการในหน่วยงานกรมสุขภาพจิต ในปี 2558, 2561 และ 2563 สูงขึ้นอยู่ที่ร้อยละ 1.93, 8.92 และ 18.41 ตามลำดับ (จากข้อมูล HDC กรมสุขภาพจิต) และจากการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ พบว่าแนวโน้มของการเกิดโรคร่วมที่พบในผู้ที่ใช้สารเสพติดมีมากขึ้น ผลของโรคร่วมดังกล่าว ทำให้ความยุ่งยากซับซ้อนในการบำบัดรักษาเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะภาวะโรคจิตเภทยังคงเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุด กล่าวคือ สูญเสียการทำงาน, การดูแลสุขภาพและค่าใช้จ่ายอื่นๆ โดยผู้ที่เสพยาเสพติดเมทแอมเฟตามีน มีโอกาสเกิดอาการทางจิตร่วมอยู่ที่ร้อยละ 21-46 ซึ่งพบว่าเกิดความเสี่ยงการก่อความรุนแรงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการทางจิต ซึ่งตรงตามข้อมูลในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรงในชุมชนของกรมสุขภาพจิต (Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI-V) ที่พบร้อยละ 17.34 และมีโอกาสเป็นโรคจิตเรื้อรังร้อยละ 25-38 ในทางกลับกันกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช เช่น ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีแนวโน้มจะใช้

สารเสพติดมากกว่าคนทั่วไป 4 เท่า และ 5 เท่า ตามลำดับ นอกจากนี้ ประเทศไทยได้กำหนดให้มึนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ขึ้นเป็นครั้งแรก ภายใต้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 แต่อย่างไรก็ตาม อาจจะมีผลกระทบระยะสั้นในระบบสุขภาพจิตและจิตเวช จากงานวิจัยการเฝ้าระวังผลกระทบของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทยโดยกรมสุขภาพจิตร่วมกับมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ในปีแรกพบความชุกเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคจิตที่มีประวัติการใช้กัญชา และผลิตภัณฑ์กัญชาอื่นอยู่ที่ ร้อยละ 31.5

- สุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการกำหนดเข้มงวดสำคัญ เพื่อสอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนผ่านกลไกระบบสุขภาพปฐมภูมิ จึงเป็นโอกาสสำคัญที่จะช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิต ตลอดจนได้รับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต พร้อมรับมือกับสถานการณ์การระบาด รวมถึงวิกฤตอื่นๆ ที่ผ่านเข้ามาได้อย่างเข้มแข็ง ดังนั้นการบูรณาการการดูแลทางด้านสุขภาพจิตเข้ากับระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทำให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตไปพร้อมกัน และเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการในมิติส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต บำบัดรักษาทางจิตให้กับประชาชนทั่วประเทศได้ต่อไป

- การเข้าถึงและคุณภาพการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อย มีการคาดการณ์ว่าประชากรทั่วโลก 1 ใน 4 หรือจำนวน 450 ล้านคนมีปัญหาจิตเวชในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต โรคจิตเภทติดอันดับ 1 ใน 10 ของโรคที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพสูงสุด (Years Lived with Disability : YLD) ส่งผลต่อความพิการเรื้อรังการเป็นภาระทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ากับบริการสุขภาพจิต ตั้งแต่ ปี 2561-2563 เพิ่มขึ้นทุกปีอยู่ที่ร้อยละ 78.92, 91.65 และ 93.37 ตามลำดับ และเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงเน้นการรักษาต่อเนื่องร่วมด้วย แต่ก็ยังพบประเด็นปัญหาจากการป่วยเป็นโรคจิตเภท ดังนี้ 1) การกลับมากำเริบซ้ำมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากความเรื้อรังของโรคจิตเภทและขาดการรักษาต่อเนื่อง 2) เกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น เกิดพฤติกรรมรุนแรงอาจส่งผลกระทบต่อการทำร้ายตนเอง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาการใช้สุรา ยาเสพติดร่วม 3) การป่วยเรื้อรัง ส่งผลต่อการถดถอยของการทำกิจวัตรตามปกติ จากความผิดปกติของตัวโรคต่อการทำงานของสมอง 4) ครอบครัว (Caregiver) มีความเครียดสูงมีภาวะซึมเศร้าและมีภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) จากภาระการดูแลผู้ป่วย 5) การเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดความสูญเสียค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อม และเป้าหมายในอนาคตจะมุ่งเน้นไปในประเด็นผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการดูแลต่อเนื่อง ส่วนเรื่องการเข้าถึงบริการจะมีการติดตามข้อมูลในจังหวัดที่ยังมีค่าการเข้าถึงไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด สำหรับสถิติการเข้าถึงบริการของกลุ่มโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ปี 2564 ที่พบบ่อย ได้แก่ ออทิสซึม และสมาธิสั้น พบว่าโรคออทิสซึมประมาณการณ์ผู้ป่วยจากการสำรวจ จำนวน 16,694 คน เข้าถึงบริการ จำนวน 5,158 คน คิดเป็นร้อยละ 30.90 และโรคสมาธิสั้นประมาณการณ์ผู้ป่วยจากการสำรวจ จำนวน 418,653 คน เข้าถึงบริการ จำนวน 129,161 คน คิดเป็นร้อยละ 30.85 ซึ่งการเข้าถึงบริการค่อนข้างต่ำ สหวิชาชีพเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และการกระจายยาจิตเวชเด็กและวัยรุ่นยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลกลุ่มเด็กพัฒนาการล่าช้า, คัดกรองและส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา, การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงทำให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ค่าเข้าถึงบริการต่ำกว่าเป้าหมายและขาดการลงนิเทศติดตามในพื้นที่ เป็นต้น

- การพัฒนามาตรฐานงานสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการสาธารณสุข แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ปี 2561- 2565 ภายใต้หลักการและกรอบแนวคิดในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพที่สำคัญของประเทศ คือ สร้างระบบการดูแลแบบเชื่อมโยงไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network) ในสถานบริการทุกระดับ มีการดูแลแบบเบ็ดเสร็จในเขตสุขภาพ (Self - Contain) และมีระบบส่งต่อภายในเขตสุขภาพ (Referral Hospital Cascade) โดยมีเป้าหมายในการดำเนินการ คือ ลดอัตราการตาย ลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอย และมีกรอบการดำเนินการที่สำคัญ คือ การพัฒนาศักยภาพของสถานบริการให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่ควรเป็น การพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพิ่มขึ้นจากปี 2561-2563 ร้อยละ 3.98 โดยในปี 2564 กลุ่มโรคทางจิตเวชที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-F19) จำนวน 489,716 คน โรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (F20-F29) จำนวน 408,194 คน และความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) จำนวน 322,746 คน มีสถิติการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านสายด่วน 1669 ของผู้ป่วยกลุ่มอาการคลุ้มคลั่ง มีภาวะทางจิตประสาทและอารมณ์ ให้ทีมปฏิบัติการทางการแพทย์ไปรับและนำส่งสถานพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น ปี 2561-2563 จำนวน 17,858 ครั้ง 18,690 ครั้ง และ 20,936 ครั้ง ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพจิตมีความต้องการรับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากขึ้น แต่โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตมีอัตราครองเตียงเต็ม ดังนั้น กรมสุขภาพจิต จึงได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการรับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของประชาชนในพื้นที่ เพิ่มโอกาสผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาในหน่วยบริการใกล้บ้าน ให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือในระยะฉุกเฉินด้านสุขภาพจิตอย่างเป็นองค์รวมเพื่อให้อาการทางจิตสงบ ลดความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในพื้นที่ รวมถึงเกิดการเชื่อมโยงเครือข่ายระบบบริการแบบไร้รอยต่อในเขตสุขภาพ

- การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับเหนือตติยภูมิ New Normal to Next normal กรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับเหนือตติยภูมิอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้หน่วยบริการจิตเวชสามารถจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน เป็นระบบบริการเฉพาะทางทั้งในจิตเวชทั่วไปและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นได้อย่างมีคุณภาพมาตรฐาน เชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพในเขตสุขภาพ 12 เขต รวมถึงพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในรูปแบบเครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวช ญาติหรือผู้ดูแล ได้รับบริการที่ดี มีมาตรฐาน อาการสงบ ปลอดภัยจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ตั้งแต่ปี 2562 ส่งผลกระทบต่อการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยข้อมูลจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต เปรียบเทียบปี 2562-2564 พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เฉลี่ยต่อวันลดลงอย่างต่อเนื่อง จากจำนวน 4,867 ราย 4,465 รายและ 4,531 ราย ตามลำดับ แผนกผู้ป่วยใน จากจำนวน 86,944 ราย ลดลง 78,844 ราย และ 78,130 ราย ตามลำดับ อัตราครองเตียงผู้ป่วยจิตลดลงจาก 89.69 เป็น 87.06 และ 75.05 ตามลำดับ (สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ, กันยายน 2564) จึงมีการปรับรูปแบบการให้บริการในรูปแบบใหม่ (New normal Psychiatric Service) เพื่อจัดบริการรองรับผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่มขึ้นจากความเครียดและปัญหาสุขภาพจิต เป็น

บริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ/ผู้ให้บริการ ลดความแออัด และลดเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ ด้วยการกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบการให้บริการทั้งในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ระบบการส่งต่อและชุมชน รวมถึงการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ตามแนวทางการให้บริการ รูปแบบใหม่ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่าง เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม(Smart hospital) โดยพบว่า การให้บริการในรูปแบบชีวิตวิถีใหม่ (New normal) ในสถาบันโรงพยาบาลจิตเวชทั่วไป และจิตเวชเด็ก เปรียบเทียบปี 2563 และ 2564 มีผู้รับบริการเพิ่มขึ้นสะท้อนให้เห็นถึงการเข้าถึงบริการในรูปแบบชีวิตวิถีใหม่ที่เพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย ยังมีผู้ป่วยและญาติบางกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีได้ นอกจากนี้การให้บริการในรูปแบบ การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หรือการบริการตรวจรักษาจิตเวชทางไกล (Telepsychiatry) มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ประกาศใช้เฉพาะวิชาชีพแพทย์ เภสัชกร เท่านั้น ทำให้เกิดข้อจำกัดในการให้บริการในวิชาชีพอื่นๆ

- งานสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต หลายปีที่ผ่านมาผู้ป่วยต้องเผชิญภาวะวิกฤตที่มีสาเหตุมาจากภัยพิบัติต่างๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อบุคคล ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดประชุมศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมหารือวางแผนทางการช่วยเหลือทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้กับผู้ประสบภัย สำหรับการดูแลด้านสุขภาพจิตให้กับผู้ประสบภัย มอบหมายให้กรมสุขภาพจิตจัดทีมให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and treatment Team : MCATT) ทำหน้าที่ในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น มีการคัดกรองความเครียด การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต และการเยี่ยมติดตามดูแลสภาพจิตใจกลุ่มต่างๆ ที่ได้รับผลกระทบ ได้แก่ ครอบครัวที่มีผู้เสียชีวิต กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องการยาต่อเนื่อง กลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล เด็กพิเศษ ผู้พิการ ให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤติของกรมสุขภาพจิต โดยผู้ที่มีความเครียด ซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรงจะส่งพบแพทย์ในโรงพยาบาลใกล้บ้าน และมีการติดตามเยี่ยมผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องทุก 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน หรือจนกว่าจะหมดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต

2.7.6 ทรัพยากรในการดำเนินงานสุขภาพจิต

- บุคลากรด้านสุขภาพจิต จากข้อมูลของกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต พบว่าสถานการณ์จิตแพทย์ทั่วไป และจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกรุงเทพมหานคร พบว่าภาพรวมทั้งประเทศจำนวน 822 คน อัตราเฉลี่ยจิตแพทย์ทั่วไปและจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1.25 ต่อแสนประชากร และจากข้อมูลรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2565 เมื่อพิจารณาจำนวนพยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ และนักกิจกรรมบำบัด ของกรมสุขภาพจิต ในปี 2564 พบว่ายังไม่เพียงพอต่อการให้บริการประชาชน พยาบาลจิตเวช 2.97 ต่อประชากรแสนคน นักจิตวิทยาคลินิก 0.27 ต่อประชากรแสนคน นักสังคมสงเคราะห์ 0.13 ต่อประชากรแสนคน และนักกิจกรรมบำบัด 0.07 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนั้นแล้วบุคลากรส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดในภาคกลาง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงและการครอบคลุมบริการสุขภาพจิตของประชาชน

- เติง หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในปี 2565 ประเทศไทยมีจำนวนเตียงจิตเวชทั้งสิ้น 6,840 เตียง โดยจำแนกเป็นเตียงในสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 6,840 เตียง ในสังกัดกรมการแพทย์ 1,840 เตียง ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 517 เตียง และในสังกัด กทม. 121 เตียง ซึ่งเตียงหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มี 28 จังหวัดใน 10 เขตสุขภาพ ยกเว้นเขตสุขภาพที่ 3 และ 4

- งบประมาณ *เงินงบประมาณ* ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563-2565 กรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มได้รับงบประมาณลดลง โดยงบบุคลากร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและลดลง สำหรับในปีงบประมาณ 2565 กรมสุขภาพจิตได้รับงบประมาณลดลงจากปีงบประมาณ 2564 ถึงร้อยละ -5.88 *งบดำเนินงาน* มีแนวโน้มคงที่และลดลง โดยในปี 2564 คงที่เท่ากับปี 2563 และในปี 2565 ลดลงจากปี 2564 คิดเป็นร้อยละ -16.99 *งบลงทุน* มีแนวโน้มลดลงและเพิ่มขึ้น โดยปี 2564 ลดลงจากปี 2563 คิดเป็นร้อยละ -46.74 และปี 2565 เพิ่มขึ้นจากปี 2564 ร้อยละ 14.47 *งบเงินอุดหนุน* มีแนวโน้มลดลงทุกปี โดยในปี 2564 ลดลงจากปี 2563 คิดเป็นร้อยละ -33.93 และในปี 2565 ลดลงจากปี 2564 ร้อยละ -42.49 *งบรายจ่ายอื่น* มีแนวโน้มลดลงทุกปี โดยในปี 2564 ลดลงจากปี 2563 คิดเป็นร้อยละ -94.47 และในปี 2565 กรมสุขภาพจิตไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ รายการค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการต่างประเทศชั่วคราว เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19

- องค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ 2564 กรมสุขภาพจิตดำเนินงานผลิตสื่อและเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อใช้ดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต บำบัดฟื้นฟู สมรรถภาพทางสุขภาพจิตและจิตเวช และสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิต จำนวนทั้งสิ้น 161 รายการ เมื่อพิจารณาตามกลุ่มเป้าหมายของการผลิตสื่อและเทคโนโลยีสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2564 พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่มีการผลิตสื่อและเทคโนโลยีสุขภาพจิต มากที่สุด คือ ทุกกลุ่มวัย จำนวน 66 รายการ (ร้อยละ 40.99) รองลงมาคือ ปฐมวัย/วัยเรียน จำนวน 35 รายการ (ร้อยละ 21.74) ปฐมภูมิ 21 รายการ (13.04) วัยรุ่น 18 รายการ (ร้อยละ 11.18) วัยทำงาน 15 รายการ (ร้อยละ 9.32) และวัยสูงอายุ 6 รายการ (ร้อยละ 3.73)

2.7.7 ระบบบริหารงานด้านสุขภาพจิต

- การบริหารทรัพยากรบุคคล จากข้อมูลการเปลี่ยนแปลงจำนวนข้าราชการ โดยวิเคราะห์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของจำนวนข้าราชการในสายงานต่างๆ พิจารณาจากตัวเลขย้อนหลังไป 5 ปี และใช้ตัวเลขปีงบประมาณ 2561 เป็นพื้นฐานในการวิเคราะห์ จะพบว่าระหว่างปีงบประมาณ 2561-2565 จำนวนผู้ปฏิบัติงานมีการเพิ่มขึ้นและลดลง โดยมีสายงานที่มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ สายงานวิชาการสาธารณสุข (120 อัตรา) รองลงมาคือตำแหน่งอื่นๆ ในสายงานอื่น ที่ไม่ใช่สายงานหลักในสังกัดกรมสุขภาพจิต รวม 43 สายงาน (97 อัตรา) สายงานจิตวิทยาหรือจิตวิทยาคลินิก (70 อัตรา) สายงานเภสัชกรรม (40 อัตรา) สายงานพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเทคนิค (35 อัตรา) สำหรับสายงานที่มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้ปฏิบัติงานลดลง คือ สายงานวิชาการศึกษาหรือวิชาการศึกษาพิเศษ (6 อัตรา) โดยในภาพรวมสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงจำนวนข้าราชการที่ปฏิบัติงานจริง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561-2565 ในภาพรวม 5 ปี มีจำนวนเพิ่มขึ้น 386 อัตรา สำหรับปีงบประมาณ 2565 พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนข้าราชการ ลดลงจากปีงบประมาณ 2564 รวมทุกสายงาน จำนวน 44 อัตรา ซึ่งสายงานที่มีการลดลงมากที่สุด คือ สายงานพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเทคนิค รองลงมาคือสายงานวิชาการสาธารณสุข ส่วนสายงานที่มีการเปลี่ยนแปลงจำนวน

เพิ่มขึ้น คือ สายงานจิตวิทยาหรือจิตวิทยาคลินิก สายงานสังคมสงเคราะห์ และสายงานเภสัช ทั้งนี้ สำหรับสายงานที่มีการเปลี่ยนแปลงลดลง ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการดำเนินการตามแผนบริหารจัดการตำแหน่งว่างของกรมสุขภาพจิต

- การพัฒนางานตามเกณฑ์มาตรฐานการบริหารจัดการภาครัฐ ตั้งแต่ปี 2562 เป็นต้นมา กรมสุขภาพจิตได้นำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 4.0 (PMQA 4.0) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของการดำเนินงานในภาพรวมของกรมสุขภาพจิต และของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต โดยดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมในรูปแบบคณะทำงานพัฒนาระบบคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ กรมสุขภาพจิต (คณะทำงาน PMQA) ซึ่งในปี 2564 กรมสุขภาพจิต มีนโยบายและแนวทางในการพัฒนาสู่เป้าหมายการเป็นกรมสุขภาพจิต 4.0 ตามเกณฑ์การพัฒนาระบบราชการ 4.0 โดยมุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการดำเนินงานของกรมฯ ให้เกิดการสานพลังทุกภาคส่วน (Collaboration) สร้างนวัตกรรม (Innovation) และปรับเข้าสู่ความเป็นดิจิทัล (Digitalization) โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้ 1) เปิดกว้างและเชื่อมโยงกับทุกภาคส่วน (Open & Connected Organization) โดยการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทาง แผนการดำเนินงาน ตลอดจนระบบและกระบวนการทำงานร่วมกับ เครือข่ายในประเทศ และเครือข่ายต่างประเทศที่อยู่ในระบบนิเวศที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต (Mental Health Ecosystem) รวมทั้งประสานการพัฒนาฐานข้อมูลและใช้ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจิตร่วมกันในลักษณะ Big Data เพื่อการวางแผนพัฒนาการดำเนินงานสุขภาพจิต เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี 2) จัดระบบบริการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Citizen-Centric Organization) โดยการพัฒนาช่องทางและวิธีการรวบรวม-รับฟัง เพื่อเข้าใจความต้องการ ความคาดหวังของประชาชน นำเทคโนโลยีดิจิทัลที่ทันสมัยมาประยุกต์ใช้ในการเรียนรู้และพัฒนางาน รวมไปถึงการพัฒนาบริการและสร้างสรรค์นวัตกรรมการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศ ที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน สอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการและความคาดหวัง เพื่อให้ประชาชนได้รับประสบการณ์การบริการที่ดี มีความพึงพอใจ ความประทับใจ และความผูกพัน จนเป็นหุ้นส่วนสำคัญในการดำเนินงานและยื่นเคียงข้างกรมสุขภาพจิต 3) มีขีดสมรรถนะสูงและทันสมัย (Smart & High Performance Organization) โดยการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานทุกด้านของกรมฯ ให้เกิดเป็นนวัตกรรมและความเป็นเลิศ ส่งเสริมจริยธรรม ธรรมาภิบาล วัฒนธรรม รวมทั้งทักษะและสมรรถนะในการปฏิบัติงานของบุคลากรให้มีความยืดหยุ่น ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างต่อเนื่อง รวดเร็ว สร้างประโยชน์และผลลัพธ์ที่ดีแก่ประชาชน เกิดเป็นคุณภาพการต่อสังคมและประเทศชาติ

- พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ประกาศใช้เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2562 กำหนดมาตรการเกี่ยวกับการคุ้มครองประชาชนให้ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันเพื่อควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้ได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุข โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมทุกภาคส่วน โดยมุ่งเน้นให้ประชาชน และบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการคุ้มครองสิทธิ และเข้าสู่กระบวนการดูแล 5 มิติสุขภาพ 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต 2) ด้านการ

ป้องกัน และควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต 3) ด้านการบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต 4) ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ 5) ด้านการปกป้องคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ผู้ดูแลและสังคม

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.8.1 การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์องค์กรไอซีทีแห่งการเรียนรู้ตามกรอบรางวัลคุณภาพการจัดการภาครัฐ มิโซค ทองใส (2556) ได้ทำการวิจัยและพัฒนาแผนยุทธศาสตร์องค์กรไอซีทีแห่งการเรียนรู้ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) เป็นการวิจัยและพัฒนาที่ใช้วิธีแบบผสมโดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ การวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ผู้บริหารขององค์กรไอซีทีที่จำนวน 5 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านกรอบรางวัลคุณภาพการจัดการภาครัฐจำนวน 2 คน และการจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 19 คน การวิจัยเชิงปริมาณใช้การวิจัยเชิงสำรวจ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 416 คน ที่เป็นผู้บริหารและปฏิบัติงานในสถาบันอุดมศึกษาจำนวน 19 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา การวิเคราะห์ค่า t-test ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า

1. องค์กรไอซีทีที่มีสภาพการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ โดยรวมในระดับมาก แต่ยังมีความต้องการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ โดยรวมในระดับมากที่สุด ผลการเปรียบเทียบสภาพและความต้องการการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า หน่วยงานขาดบุคลากรพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจัดเก็บความรู้ บุคลากรขาดความรู้เรื่องการจัดการความรู้เพื่อการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ และขาดกระบวนการติดตามการใช้ความรู้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

3. แผนยุทธศาสตร์องค์กรไอซีทีแห่งการเรียนรู้ประกอบไปด้วย วิสัยทัศน์: องค์กรไอซีทีจะเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ที่มีการเรียนรู้ร่วมกันโดยใช้ไอซีทีเป็นฐาน และสร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อสร้างความเป็นเลิศ และ การใช้ไอซีทีสนับสนุนการจัดการศึกษาตามมาตรฐานสากลอย่างมีอาชีพ มีพันธกิจ 6 ข้อ ได้แก่ 1) สร้างระบบแรงจูงใจเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกัน 2) ส่งเสริมการใช้ไอซีทีเพื่อเป็นเครื่องมือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง 3) สร้างมูลค่าเพิ่มให้กับองค์กรด้านการบริการสู่ความเป็นเลิศเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ในการให้บริการด้านสารสนเทศ 4) พัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ร่วมกัน 5) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง 6) กำหนดวิธีการจัดเก็บและการนำองค์ความรู้มาใช้โดยผ่านระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ และประกอบด้วย 5 เป้าประสงค์ 7 นโยบาย 7 ยุทธศาสตร์ 5 แผนงาน และ 10 โครงการ

2.8.2 การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การเรียนรู้แบบภควันตภาพสำหรับมหาวิทยาลัยราชภัฏ พ.ศ. 2562-2571

ภัสสรธิมา มาสิริธนาธิป (2562) ได้ทำการวิจัยเพื่อการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การเรียนรู้แบบภควันตภาพสำหรับมหาวิทยาลัยราชภัฏ พ.ศ. 2562-2571 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาของการเรียนการสอนของมหาวิทยาลัยราชภัฏ 2) ประเมินความต้องการของมหาวิทยาลัยราชภัฏเกี่ยวกับการเรียนรู้

แบบภควันตภาพ และ 3) พัฒนาและรับรองแผนยุทธศาสตร์การเรียนรู้แบบภควันตภาพสำหรับมหาวิทยาลัยราชภัฏ โดยประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นการศึกษาเฉพาะบริบทของมหาวิทยาลัยราชภัฏในภาคกลาง 14 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบสอบถาม ตารางการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Mendelow's matrix) และแบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของยุทธศาสตร์ โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย คือ 1) การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมปัจจุบันจากการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และแบบสอบถาม 2) การวิเคราะห์แหล่งทรัพยากร สังเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด 3) การตั้งเป้าหมาย โดยการนำตารางการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาใช้กับผู้บริหารมหาวิทยาลัย 4) การกำหนดแผนยุทธศาสตร์ โดยใช้เทคนิค SWOT analysis และ TOWS matrix แบ่งเป็นสนทนากลุ่มแยกตามตำแหน่งงาน และ 5) การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของยุทธศาสตร์ ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของยุทธศาสตร์ มีค่าเฉลี่ยคุณภาพของยุทธศาสตร์อยู่ในเกณฑ์ดีมาก จึงนำแผนยุทธศาสตร์การเรียนรู้แบบภควันตภาพสำหรับมหาวิทยาลัยราชภัฏมาทำประชาพิจารณ์ สถิติที่ใช้วิเคราะห์คือ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ วิเคราะห์ความต้องการจำเป็น (PNIModified) และการจัดลำดับความต้องการจำเป็นผลการวิจัยพบว่า 1) สภาพปัจจุบันและปัญหาของการเรียนการสอนของมหาวิทยาลัยราชภัฏ โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง จำนวน 48 คน และแบบสอบถาม จำนวน 419 ฉบับ พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงสุดในแต่ละด้านดังนี้ ด้านที่ 1 นักศึกษามีความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนด้วยเทคโนโลยี มีค่าเฉลี่ย 4.28 อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านที่ 2 อาจารย์มีทักษะในการใช้เทคโนโลยีในการเรียนการสอน มีค่าเฉลี่ย 4.14 อยู่ในระดับมาก ด้านที่ 3 มหาวิทยาลัยมีการพัฒนาเทคโนโลยีที่นำมาใช้ในการเรียนการสอนอย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ย 3.97 อยู่ในระดับมาก 2) ความต้องการของมหาวิทยาลัยราชภัฏเกี่ยวกับการเรียนรู้ภควันตภาพ มีค่าเฉลี่ย 4.03 อยู่ในระดับมาก และมีค่า PNIModified = 0.241 3) การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การเรียนรู้แบบภควันตภาพสำหรับมหาวิทยาลัยราชภัฏ พ.ศ. 2562-2571 มีทั้งหมด 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 เทคโนโลยีที่นำมาใช้กับมหาวิทยาลัยราชภัฏ ยุทธศาสตร์ที่ 2 การผลิตบัณฑิต ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาของท้องถิ่น ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเรียนรู้แบบภควันตภาพของมหาวิทยาลัยราชภัฏ และยุทธศาสตร์ที่ 5 การกำกับยุทธศาสตร์ และ 4) การรับรองแผนยุทธศาสตร์การเรียนรู้แบบภควันตภาพสำหรับมหาวิทยาลัยราชภัฏ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน พบว่ามีความเหมาะสม มีค่าเฉลี่ย 4.78 อยู่ในระดับมากที่สุด และมีความเป็นไปได้ มีค่าเฉลี่ย 4.74 อยู่ในระดับมากที่สุด

2.8.3 แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีกรุงเทพมหานคร

รัฐกร ชนะวงค์ (2563) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีกรุงเทพมหานคร เพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการจัดทำแผนประจำปีของกรุงเทพมหานคร โดยได้ศึกษากระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการกรุงเทพมหานคร ประจำปี พ.ศ. 2563 ผ่านการศึกษาหนังสือ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำแผน และสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบคิดจากทฤษฎีกระบวนการนโยบายสาธารณะ การบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ การบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และนำปัญหาดังกล่าวมาจัดทำเป็นข้อเสนอแนะเพื่อให้กระบวนการจัดทำแผนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาพบว่า กระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการกรุงเทพมหานคร ประจำปี พ.ศ. 2563 มีข้อจำกัดในด้านการเข้าถึงข้อมูลเนื่องจากขาดการเชื่อมโยงฐานข้อมูลเข้าด้วยกัน ในขณะที่ผู้บริหาร

กรุงเทพมหานครไม่ได้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนและไม่ได้ให้ความสำคัญในการผลักดันแผนไปสู่การปฏิบัติ ส่วนของการขับเคลื่อนแผน พบว่าขาดหน่วยงานที่มีอำนาจกำหนดให้หน่วยงานนำแผนปฏิบัติราชการ กรุงเทพมหานครไปปฏิบัติ รวมถึงการจัดสรรงบประมาณไม่สอดคล้องกับแผนทำให้โครงการไม่ได้รับงบประมาณ ในการดำเนินการ ส่วนของการประเมินผลพบว่าระบบที่ใช้ในการติดตามประเมินผลการทำงานของหน่วยงาน มีข้อจำกัดในการนำเข้าข้อมูล ทำให้ข้อมูลที่ใช้ในการประเมินผลไม่สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงกระบวนการจัดทำแผน ขาดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนโดยตรง และหน่วยงานที่สามารถสะท้อนปัญหาเชิงพื้นที่อย่างสำนักงานเขต ก็ไม่มีบทบาทมากเท่าที่ควรในการผลักดันปัญหาและความต้องการของประชาชน ไปสู่การจัดทำแผน โดยผลจากการศึกษาผู้วิจัยได้นำเสนอแนวทางแก้ไข คือ 1) ควรมีการพัฒนาระบบสารสนเทศ โดยให้ระบบฐานข้อมูลของกรุงเทพมหานครสามารถเชื่อมต่อถึงกันได้ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่าง หน่วยงานทั้งภายในและภายนอกสังกัด 2) หน่วยงานระดับสำนัก/สำนักงานเขต ควรมีส่วนร่วมในการกำหนด เป้าหมายและตัวชี้วัดมากขึ้นเพื่อให้แผนได้รับการยอมรับ และนำไปผลักดัน 3) พิจารณาโครงการยุทธศาสตร์ ให้สอดคล้องกับงบประมาณที่ได้รับในแต่ละปีงบประมาณ 4) สร้างการมีส่วนร่วมกับภาคประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วม จัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปีกรุงเทพมหานครทั้งในรูปแบบออนไลน์และออฟไลน์ 5) เพิ่มบทบาทของ ผู้บริหารกรุงเทพมหานครในการจัดทำและผลักดันแผน และ 6) พัฒนาการทำงานของนักวิเคราะห์นโยบายและแผน ให้มีแนวทางการทำงานที่ชัดเจน และมีสมรรถนะในการใช้เครื่องมือประกอบการจัดทำแผน

2.8.4 การประเมินและพัฒนายุทธศาสตร์ความร่วมมือทางวิชาการกับมหาวิทยาลัยต่างประเทศ ศึกษาเปรียบเทียบ: คณะรัฐศาสตร์และคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ทศพล ถาวร (2559) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การประเมินและพัฒนายุทธศาสตร์ความร่วมมือทางวิชาการ กับมหาวิทยาลัยต่างประเทศศึกษาเปรียบเทียบ : คณะรัฐศาสตร์ และคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษา 1) การประเมินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านความร่วมมือทางวิชาการกับ มหาวิทยาลัยต่างประเทศ ของคณะรัฐศาสตร์ และคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์ของมหาวิทยาลัยและการนำไปสู่ขั้นตอนการปฏิบัติ 2) ศึกษาคุณภาพของแผนยุทธศาสตร์ด้านความร่วมมือทางวิชาการกับมหาวิทยาลัยต่างประเทศของคณะรัฐศาสตร์ และคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 3) เสนอข้อเสนอแนะของแผนยุทธศาสตร์ด้านความร่วมมือทางวิชาการกับมหาวิทยาลัยต่างประเทศของ คณะรัฐศาสตร์ และคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยเน้นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้วิธีการเก็บรวบรวมหลากหลายวิธี ได้แก่ การวิจัยเชิงเอกสาร การรวบรวมและการวิเคราะห์เอกสาร และการสัมภาษณ์เชิงลึก จากผลการศึกษาด้านการประเมินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านความร่วมมือทาง วิชาการกับมหาวิทยาลัยต่างประเทศ ของคณะรัฐศาสตร์ และคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบว่ามีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของมหาวิทยาลัย และการนำไปสู่ขั้นตอนการปฏิบัติ ทั้งสองคณะ โดย ผลการศึกษาของคณะรัฐศาสตร์พบว่า มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ไม่เป็นไปตามขั้นตอนการปฏิบัติ โดยนำเอา แผนปฏิบัติราชการราย 5 ปี มาเป็นแผนยุทธศาสตร์แผนหลักของคณะ ซึ่งถือว่าการดำเนินการที่ผิดหลักการ จัดทำแผนขององค์กรโดยทั่วไป การจัดทำแผนที่ถูกต้อง องค์กรนั้นจะต้องมีแผนยุทธศาสตร์หลักขององค์กร โดย การกำหนดยุทธศาสตร์ถือเป็นขั้นตอนเกี่ยวกับการตัดสินใจต่อการกำหนดจุดหมายปลายทางในอนาคต และเลือก

เส้นทางหรือวิธีการที่เป็นไปได้มากที่สุด แต่คณะรัฐศาสตร์กลับนำแผนปฏิบัติราชการราย 5 ปี มายึดถือเป็นแผนหลักขององค์กรในตลอดระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมามาตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2555 - 2559 ผลการศึกษาของคณะเศรษฐศาสตร์พบว่า มีการดำเนินงานในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เป็นไปตามขั้นตอนการปฏิบัติ โดยมีการจัดทำแผนกลยุทธ์คณะเศรษฐศาสตร์ฉบับที่ 11 (2555 - 2559) อีกทั้งยังจัดทำแผนกลยุทธ์ราย 3 ปี (2557 - 2559) มาเป็นแผนยุทธศาสตร์แผนหลักของคณะ ซึ่งถือว่าเป็นการดำเนินการที่ถูกหลักการจัดทำแผนขององค์กรโดยทั่วไป ซึ่งการจัดทำแผนที่ถูกต้อง โดยคณะเศรษฐศาสตร์มีการเริ่มต้นดำเนินการจัดทำยุทธศาสตร์ขององค์กรที่ดีมีความสอดคล้องและเชื่อมโยงกับมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตั้งแต่การเริ่มต้นการกำหนดทิศทางเป้าหมาย การออกแบบการจัดการเพื่อตอบรับยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน การสื่อสารและถ่ายทอดยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ จึงทำให้คณะเศรษฐศาสตร์มีผลการดำเนินงานในส่วนของความร่วมมือทางวิชาการกับมหาวิทยาลัยต่างประเทศได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์และประสบความสำเร็จตามแผนที่ได้ตั้งไว้ การวิเคราะห์คุณภาพแผนยุทธศาสตร์ของคณะรัฐศาสตร์และคณะเศรษฐศาสตร์นั้น ตามกรอบแนวคิดการวิจัยที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ 5 ประเด็น คือ 1) การกำหนดทิศทางเป้าหมาย 2) ความสอดคล้องและความเชื่อมโยงของยุทธศาสตร์ 3) การสื่อสารและถ่ายทอดยุทธศาสตร์ 4) การออกแบบการจัดการเพื่อตอบรับยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน 5) การบริหารจัดการหน่วยงาน จากผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรคที่ได้จากการศึกษาจึงนำเสนอแนะต่อการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ คือ 1) คณะรัฐศาสตร์ ควรจะมีการจัดอบรมให้ความรู้หรือส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเพื่อจะได้สามารถทำแผนยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับมหาวิทยาลัย โดยที่ไม่นำแผนปฏิบัติราชการมายึดถือเป็นแผนยุทธศาสตร์ของคณะ 2) คณะรัฐศาสตร์และคณะเศรษฐศาสตร์ควรมีการนำ MOU มาสานต่อเพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่เป็นไปอย่างต่อเนื่องอย่างแท้จริง และให้เป็นไปตามแผนงานระยะยาว ที่คณะได้กำหนดไว้ เพื่อก่อให้เกิดความสำเร็จอย่างยั่งยืน และเป็นแผนงานที่สามารถนำมาปฏิบัติและใช้ได้จริง

2.8.5 การพัฒนายุทธศาสตร์การพัฒนาคุณธรรมสำหรับนักเรียนนายร้อยตำรวจ

วราภรณ์ เตชะสุวรรณ (2554) ได้วิจัยการพัฒนายุทธศาสตร์การพัฒนาคุณธรรมสำหรับนักเรียนนายร้อยตำรวจ โดยใช้การวิจัยเชิงพรรณนาและวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ผู้บริหาร และการสนทนากลุ่มโดยผู้เชี่ยวชาญ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์และแบบสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสำรวจความคิดเห็นของประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานีตำรวจ จำนวน 405 คน แบบสอบถามบุคลากรของโรงเรียนนายร้อยตำรวจ จำนวน 227 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน งานวิจัยนี้ใช้วิธีกำหนดยุทธศาสตร์จากตาราง SWOT matrix โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการวางแผนยุทธศาสตร์ ด้านการบริหารการศึกษา ด้านการพัฒนาคุณธรรมและผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ จำนวน 6 คน ยุทธศาสตร์ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มีการประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ที่นำยุทธศาสตร์ไปใช้จำนวน 15 คน ผลการวิจัยพบว่า ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณธรรมสำหรับนักเรียนนายร้อยตำรวจมี 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) ยุทธศาสตร์การสร้างตำรวจต้นแบบตามความคาดหวังของสังคม 2) ยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมประจำวันของนักเรียนนายร้อยตำรวจให้สอดคล้องตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง 3) ยุทธศาสตร์การส่งเสริมผลักดันองค์ความรู้ใหม่สู่การปฏิบัติหน้าที่เพื่อประชาชน

- 4) ยุทธศาสตร์การระดมสรรพกำลังเพื่อเสริมสร้างหลักธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการโรงเรียนนายร้อยตำรวจ
- 5) ยุทธศาสตร์การบริหารทรัพยากรของโรงเรียนนายร้อยตำรวจให้เกิดประสิทธิภาพประสิทธิผล และ
- 6) ยุทธศาสตร์การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ ระหว่างโรงเรียนกับชุมชนสังคมอย่างเหมาะสม

2.8.6 อนาคตภาพของการอาชีวศึกษาไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2554-2564)

ดวงนภา มกรานุรักษ์ (2554) ได้ทำการวิจัยเชิงอนาคต “อนาคตภาพของการอาชีวศึกษาไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2554-2564)” โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอนาคตภาพการอาชีวศึกษาไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2554-2564) ด้วยกระบวนการวิจัยแบบ EDFR (Ethnographic Delphi Futures Research) ผลการวิจัยสรุปได้ว่าการอาชีวศึกษาไทยภายในอีก 10 ปี ข้างหน้าจะต้องเผชิญกับแนวโน้มสำคัญมากมายไม่ว่าจะเป็นกระแสโลกาภิวัตน์ การแข่งขันทางการค้าระหว่างประเทศ และเขตการค้าเสรี (Free Trade Area) ที่สำคัญอย่างยิ่งคือ ประชาคมอาเซียน (ASEAN) ที่จะเกิดขึ้น ในปี ค.ศ.2015 นี้ โดยจะมีการเคลื่อนย้ายแรงงานอย่างเสรีในประเทศสมาชิก ดังนั้นประเทศไทยจึงต้องมีการเตรียมคนให้พร้อมด้วยการอาชีวศึกษา โดยแนวโน้มสำคัญของการอาชีวศึกษาไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2554-พ.ศ. 2564) จากผลการวิจัยแนวโน้ม ทั้ง 8 ด้าน จากนั้นผู้วิจัยจึงหาความสัมพันธ์ของแนวโน้ม 8 ด้านของอนาคตภาพการอาชีวศึกษาไทย ในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2554-พ.ศ.2564) คือ ด้านที่ 1 คุณลักษณะผู้สำเร็จการอาชีวศึกษา ด้านที่ 2 การจัดการเรียนการสอน ด้านที่ 3 ครูผู้สอน ด้านที่ 4 ความร่วมมือ ด้านที่ 5 มาตรฐานการอาชีวศึกษา ด้านที่ 6 การสนับสนุนของรัฐบาล ด้านที่ 7 ค่านิยมการเรียนอาชีวศึกษา และ ด้านที่ 8 การบริหารการอาชีวศึกษา มาเรียงเรียง ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ค่อนข้างยาก ต้องมีทักษะในการเขียน ภาษาที่ สละสลวย มีจินตนาการ และสามารถร้อยเรียงความสัมพันธ์ความสอดคล้องกันของแต่ละแนวโน้มมาเป็นภาพอนาคตการอาชีวศึกษาไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2554-พ.ศ. 2564) ที่สวยงาม เป็นไปได้และพึงประสงค์

บทที่ 3

กระบวนการดำเนินงาน

กระบวนการพัฒนาแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี ของกรมสุขภาพจิต เป็นการผสมผสานแนวคิดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อการบริหารและพัฒนาองค์กร ควบคู่กับการพัฒนางานด้านสุขภาพจิตเพื่อประชาชน เป็นการกำหนดยุทธศาสตร์ และเป้าหมายการพัฒนากกรมฯ ทั้งแบบระยะยาว 5 ปี ระยะปานกลาง 3 ปี และระยะสั้น 1 ปี ทั้งนี้แผนปฏิบัติการกรมฯ มีกรอบระยะเวลาที่สอดคล้องกับระยะการดำเนินงานของยุทธศาสตร์ชาติ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จากกรอบแนวคิดในการดำเนินการพัฒนาแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี ด้วยเทคนิคการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบเดลฟาย ที่ผู้ขอรับการประเมินได้ประยุกต์ใช้ตัวแบบ Input – Output ของทฤษฎีระบบ (System Theory) มากำหนดเป็นกระบวนการดำเนินงานที่ได้ออกแบบและเชื่อมโยงไว้อย่างชัดเจนทั้ง 13 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสำรวจความคิดเห็นต่อสภาพแวดล้อมองค์กร 2) การทบทวนสถานการณ์และแนวโน้มการดำเนินงานสุขภาพจิต 3) การจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดกรอบทิศทาง และคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี 4) การประชุมหรือการจัดทำแผนปฏิบัติการกรมสุขภาพจิต ร่วมกับที่มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์มหาวิทยาลัย 5) การประชุมคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี ครั้งที่ 1/2565 6) การสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่ม Expert 7) การประชุมคณะกรรมการกำหนดกรอบทิศทาง ครั้งที่ 1/2565 8) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดทิศทางดำเนินงานสุขภาพจิต และจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ 9) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำรายละเอียดและกำหนดโครงการสำคัญ 10) การประชุมคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี ครั้งที่ 2/2565 11) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสรุป (ร่าง) แผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี 12) การสัมมนาประชาพิจารณ์ (ร่าง) แผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี และ 13) การปรับปรุงแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี ให้มีความสมบูรณ์ การขออนุมัติแผนฯ และการเผยแพร่แผนฯ โดยมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

3.1 ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจความคิดเห็นต่อสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กร (SWOT Analysis)

เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2564 กองยุทธศาสตร์และแผนงานได้ทำหนังสือขอความร่วมมือจากทุกหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกกรมสุขภาพจิตตาม “แบบทบทวนสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก (SWOT Analysis) ที่มีผลกระทบต่อการทำงานของกรมสุขภาพจิต” ในรูปแบบออนไลน์ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบ DSFR ในการจัดทำแผนปฏิบัติการกรมสุขภาพจิต ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570) โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการสำรวจความคิดเห็นครั้งนี้ ได้แก่ ผู้บริหารหน่วยงาน นักวิชาการ ตลอดจนบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต หรืองานบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพจิตและจิตเวช หรืองานยุทธศาสตร์/แผนงาน/โครงการจากทุกหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต (44 แห่ง) จำนวนทั้งสิ้น 110 คน โดยมีผู้ตอบกลับแบบทบทวนฯ ดังกล่าว จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 68.18

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก (SWOT Analysis) ที่มีผลกระทบต่อการทำงานของกรมสุขภาพจิต มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และรวบรวมเป็นประเด็น SWOT ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 78 ประเด็น แบ่งเป็น

3.1.1 ประเด็นจุดแข็ง (Strengths) ของกรมสุขภาพจิต จำนวน 22 ประเด็น ได้แก่

S1 กรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานหลักของประเทศไทยในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศ โดยมีการกำหนดทิศทางการดำเนินงานที่ชัดเจน ผ่านการจัดทำยุทธศาสตร์ นโยบาย และแผนการดำเนินงานสุขภาพจิต ตลอดจนมีการกำหนดทิศทางการดำเนินงานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับดูแลสุขภาพจิตประชาชนได้อย่างชัดเจน

S2 กรมสุขภาพจิตมีพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 และฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2562 รวมถึงแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 เป็นเครื่องมือในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานสุขภาพจิตให้แก่หน่วยงานและภาคีเครือข่าย

S3 กรมสุขภาพจิตมีการสื่อสารยุทธศาสตร์จากระดับบริหาร สู่ระดับปฏิบัติการ ได้อย่างชัดเจน รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ เอื้อต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร

S4 กรมสุขภาพจิตมีการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐอย่างต่อเนื่อง ทำให้หน่วยงานมีกระบวนการทำงานที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ

S5 กรมสุขภาพจิตมีระบบบริหารยุทธศาสตร์ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว ผ่านรูปแบบการกำกับติดตาม นิเทศงาน ตรวจสอบประเมินยุทธศาสตร์ ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต

S6 กรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุนจากพระบรมวงศานุวงศ์ ในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตมาโดยตลอด ทำให้มีภาพลักษณ์การดำเนินงานที่โดดเด่น เช่น โครงการ TO BE NUMBER ONE

S7 กรมสุขภาพจิตมีบุคลากรปฏิบัติงานร่วมกันเป็นสหวิชาชีพ และมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชไปยังเครือข่ายได้

S8 กรมสุขภาพจิตมีระบบฐานข้อมูลที่สามารถเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต และสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศ ตลอดจนเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลสุขภาพของประเทศ

S9 กรมสุขภาพจิตมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของกรม เช่น ระบบการประชุมออนไลน์ ระบบวางแผนงานงบประมาณและติดตามการดำเนินงาน เทคโนโลยีการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น

S10 กรมสุขภาพจิตมีการทำงานในรูปแบบมุ่งเน้นภารกิจ ขับเคลื่อนระบบงานด้วยรูปแบบคณะกรรมการ (Cross-function) การกำหนดทีมบริหารยุทธศาสตร์ (Project Manager) และการจัดตั้งชมรมตามสายวิชาชีพ นอกเหนือการปฏิบัติงานตามโครงสร้าง ทำให้มีการดำเนินงานที่รวดเร็วตอบสนองเป้าหมายได้ดี

S11 กรมสุขภาพจิตมีหน่วยบริการสุขภาพจิตดูแลปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ที่สามารถจัดบริการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูด้านสุขภาพจิตในระดับตติยภูมิ ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพทั่วประเทศ

S12 กรมสุขภาพจิตมีระบบบริการรองรับการดูแลปัญหาสุขภาพจิตที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในภาวะปกติ และภาวะวิกฤติ โดยเฉพาะในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น Tele-psychiatry, Tele-Pharmacy, Tele-psychotherapy, Tele-rehabilitation

S13 กรมสุขภาพจิตมีการจัดระบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช ให้สอดคล้องตามแนวทาง Smart Hospital ทำให้ลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอย มีเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการให้บริการ เช่น ระบบบันทึกเวชระเบียน เทคโนโลยีหุ่นยนต์จัดยา ระบบนัดหมายล่วงหน้าออนไลน์

S14 กรมสุขภาพจิตมีการเชื่อมโยงระบบงานเฝ้าระวัง ส่งเสริม ป้องกันในศูนย์สุขภาพจิต เข้ากับระบบรักษา พันฟูสุขภาพจิตในโรงพยาบาลจิตเวช (Co - Organization) ในทุกเขตสุขภาพ ทำให้ประชาชนได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างครบวงจร

S15 กรมสุขภาพจิตมีการสนับสนุนให้ดำเนินงานตามมาตรฐานการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในหน่วยบริการทุกระดับในเขตสุขภาพ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

S16 กรมสุขภาพจิตมีการส่งเสริม ป้องกัน เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน ด้วยการใช้นวัตกรรมสนับสนุนการปฏิบัติงาน เช่น ระบบ Mental Health Check In ทำให้ประชาชนได้รับการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต และเข้าถึงบริการสุขภาพจิตมากขึ้น

S17 กรมสุขภาพจิตมีระบบการเฝ้าระวัง ดูแล เยียวยาจิตใจของประชาชนที่เข้าถึงง่าย ตอบสนองความต้องการ เช่น สายด่วนสุขภาพจิต 1323 , ระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) , ทีมปฏิบัติการพิเศษป้องกันการฆ่าตัวตาย (Hope Task Force)

S18 กรมสุขภาพจิตมีระบบการติดตาม หรือเฝ้าระวังสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง และสามารถออกแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม เท่าทันกับสถานการณ์ต่างๆของสังคม

S19 กรมสุขภาพจิตเป็นแหล่งฝึกอบรมแพทย์ พยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีการพัฒนาทักษะให้เครือข่ายการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชทั่วประเทศ ตลอดจนพัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตอย่างหลากหลาย

S20 กรมสุขภาพจิตมีต้นทุนทางเทคโนโลยี หรือนวัตกรรมในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ได้รับการยอมรับตามหลักวิชาการ

S21 กรมสุขภาพจิตมีการสื่อสารสุขภาพจิตเชิงรุก ไปประเด็นที่อยู่ในความสนใจของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ผ่านหลากหลายช่องทาง ทำให้ประชาชนเข้าใจและสามารถดูแลสุขภาพจิตตัวเองในเบื้องต้นได้

S22 กรมสุขภาพจิต มีเครือข่ายการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งในและต่างประเทศที่เข้มแข็ง ทำให้เกิดการสื่อสารและเชื่อมโยงงานสุขภาพจิตภายในประเทศและนานาชาติได้เป็นอย่างดี

3.1.2 ประเด็นจุดอ่อน (Weakness) ของกรมสุขภาพจิต จำนวน 24 ประเด็น ได้แก่

W1 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 และฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2562 ยังไม่เป็นที่รู้จักในพื้นที่ขาดการสื่อสารและนำไปบังคับใช้เพื่อการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต

W2 กรมสุขภาพจิต ขาดการเชื่อมโยง/บูรณาการกลยุทธ์ หรือแนวทางการดำเนินงานตั้งแต่หน่วยงานระดับกรม หรือต่างกระทรวง ทำให้การสื่อสารการดำเนินงานลงพื้นที่ ที่เกิดความซ้ำซ้อนของการดำเนินงาน หรือแบ่งแยกงานกัน (ค้นหาจุดร่วมของการบูรณาการงานสุขภาพจิตไม่ได้)

W3 การสื่อสารยุทธศาสตร์ภายในกรมสุขภาพจิตยังขาดประสิทธิภาพ อาทิ การสะท้อนข้อมูลของพื้นที่ไปยังหน่วยงาน PM ไม่ได้รับการแก้ไขปัญหา การสื่อสารภารกิจเร่งด่วนมีความล่าช้า การสื่อสารการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ด้วยกัน

W4 กรมสุขภาพจิตกำหนดตัวชี้วัดที่จำเพาะเจาะจงมากเกินไปทำให้ไม่ยืดหยุ่นต่อการนำไปบูรณาการร่วมกับพื้นที่ และไม่ครอบคลุมกับการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานขาดความคิดสร้างสรรค์ในการออกแบบพัฒนางาน รวมถึงยึดติดกับเป้าหมายหรือผลลัพธ์มากเกินไป

W5 กรมสุขภาพจิตให้ความสนใจต่อมุมมองการดำเนินงานของผู้บริหาร นักวิชาการทรงคุณวุฒิ มากกว่าการพิจารณาสถานการณ์ หรือตัดสินใจบนฐานข้อมูลหรือสถานการณ์สุขภาพจิต ทิศทางของกรมสุขภาพจิตจึงเปลี่ยนไปตาม "ยุค"

W6 ยุทธศาสตร์การดำเนินงานสุขภาพจิตมีหลายฉบับ ซึ่งมีเป้าหมาย กลยุทธ์ ทิศทางที่คล้ายคลึงกัน เกิดความสับสนของบุคลากรเมื่อนำไปปฏิบัติ

W7 สถาบัน/โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีสภาพคล่องทางการเงินต่ำเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้โรงพยาบาลขาดรายได้ (เงินบำรุง)

W8 บุคลากรกรมสุขภาพจิต ยังขาดทักษะที่รองรับกับการปฏิบัติงานในปัจจุบัน โดยเฉพาะทักษะการใช้ภาษาอังกฤษ ทักษะการวิเคราะห์ข้อมูล (Data analytic) ทักษะการใช้เทคโนโลยี

W9 ระบบเทคโนโลยีของกรมสุขภาพจิต ยังไม่สามารถรองรับการปฏิบัติงานที่ซับซ้อนมากขึ้น อีกทั้งยังไม่ได้มาตรฐาน Software อาจส่งผลต่อความปลอดภัยของข้อมูลหน่วยงาน และข้อมูลผู้มารับบริการของกรม

W10 อุปกรณ์และระบบปฏิบัติงานของกรมสุขภาพจิต ไม่รองรับรูปแบบการปฏิบัติงาน WFH ไม่เอื้ออำนวยให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานที่บ้านได้ เช่น ระบบจัดเก็บข้อมูล ระบบอินเทอร์เน็ต ระบบการสื่อสาร (หนังสือราชการ)

W11 ระบบฐานข้อมูลสุขภาพจิต เพื่อประกอบการตัดสินใจในระดับพื้นที่ และระดับนโยบาย ไม่เชื่อมโยงเป็นฐานข้อมูลเดียวกัน ส่งผลให้ไม่สามารถเลือกใช้ข้อมูลมาจัดทำเป็นสารสนเทศสำคัญเชิงนโยบายได้

W12 หน่วยงานที่มีภารกิจสนับสนุนการปฏิบัติงานของกรมสุขภาพจิต ขาดความแม่นยำในกฎระเบียบหรือแนวปฏิบัติ ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ขาดความยืดหยุ่น ยึดติดกับระเบียบราชการมากกว่าการมองผลลัพธ์การดำเนินงาน

W13 ระบบบริหารทรัพยากรบุคคลของกรมสุขภาพจิต ทั้งด้านบริหาร และวิชาการไม่ทันต่อความต้องการ ไม่ทันสมัย ยึดติดกับความรับผิดชอบและงานประจำตำแหน่งมากเกินไป ขาด Creative Mind และ Multi Skill รวมถึงขาดการวางแผนการพัฒนาบุคลากรเพื่อทดแทนตำแหน่งที่สูญเสียไปอย่างเหมาะสม (Generation Gap)

W14 กรมสุขภาพจิต ขาดการออกแบบกระบวนการ หรือรูปแบบการทำงานในพื้นที่พิเศษ เช่น กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพื้นที่ทับซ้อนของหลายหน่วยงาน ทำให้ผลลัพธ์การดำเนินงานไม่บรรลุตามเป้าหมาย

W15 กรมสุขภาพจิตขาดการบูรณาการระบบบริการด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ในระบบบริการสุขภาพจิต

W16 กรมสุขภาพจิตไม่มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นอย่างชัดเจน

W17 กรมสุขภาพจิตให้บริการแก่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตไม่ทั่วถึงทุกกลุ่ม และไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่

W18 Application ของกรมสุขภาพจิตมีการพัฒนาเป็นจำนวนมาก แต่ยังไม่ตอบสนองความต้องการของเครือข่าย มีความยุ่งยาก และซับซ้อนในการใช้งาน และมีการใช้งานที่ไม่ต่อเนื่อง

W19 กรมสุขภาพจิตขาดการสื่อสารกับสังคมอย่างต่อเนื่อง (Continuous Content) เข้าไม่ถึงประชาชนทุกกลุ่มวัย ประชาชนยังขาดความเข้าใจด้านสุขภาพจิต ทำให้ได้ผลตอบรับไม่ชัดเจน รวมถึงเนื้อหาของการสื่อสารสุขภาพจิต ไม่สอดคล้องกับบริบท วัฒนธรรม ค่านิยม และความเชื่อ ทำให้ขาดการยอมรับจากประชาชน

W20 ระบบการติดตามการดำเนินงานส่งเสริม และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของพื้นที่ยังไม่ต่อเนื่อง

W21 กรมสุขภาพจิต ขาดการวิเคราะห์ทิศทางในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอย่างชัดเจน ทั้งในการกำหนดประเด็น กลยุทธ์ แนวทาง/รูปแบบการดำเนินงาน

W22 กรมสุขภาพจิตขาดการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคลากรขาดโอกาสพัฒนาศักยภาพ และเสริมสร้างทักษะความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

W23 งานวิจัยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมีจำนวนน้อย และระบบการพัฒนาวิชาการใช้เวลาดำเนินการมาก ส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาไม่ทันต่อการแก้ปัญหาในสถานการณ์ปัจจุบัน

W24 การส่งต่อข้อมูลวิชาการระหว่างหน่วยงานที่กำหนดนโยบาย ไปยังหน่วยงานในพื้นที่ไม่ทันต่อสถานการณ์ และไม่ครอบคลุม ทำให้หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตไม่สามารถเป็นผู้นำทางด้านสุขภาพจิตให้กับเครือข่ายได้

3.1.3 ประเด็นโอกาส (Opportunities) ของกรมสุขภาพจิต จำนวน 14 ประเด็น ได้แก่

O1 นโยบายการพัฒนาบริการปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้การขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต สามารถบูรณาการไปกับการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนได้ครอบคลุมมากขึ้น

O2 งานสุขภาพจิตเป็นนโยบายระดับกระทรวง ทำให้เครือข่ายสามารถขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตลงไปในระดับพื้นที่ได้มากขึ้น

O3 การบูรณาการและสร้างความร่วมมือด้านสุขภาพจิต กับหน่วยงานทั้งในและนอกสังกัด ทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชนสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตที่กว้างขวางและหลากหลายมากขึ้น

O4 การกำหนดโครงสร้างกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ในสถานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดและอำเภอ ทำให้สามารถเชื่อมต่อการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตได้คล่องตัวมากขึ้น

O5 การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ให้ความสำคัญต่องานสุขภาพจิตและจิตเวช มีการกำกับติดตามงานสุขภาพจิตในเขตสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

O6 เครือข่ายงานสุขภาพจิตที่อยู่นอกสังกัดกรมสุขภาพจิต ได้รับการพัฒนาศักยภาพเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีบุคลากรที่เชี่ยวชาญงานสุขภาพจิตมีเพิ่มขึ้น

07 การปฏิรูปเขตสุขภาพ ถือเป็นโอกาสเชื่อมต่องานสุขภาพจิต เข้ากับงานในพื้นที่ สอดคล้องกับ แนวทางการบริหารราชการที่กำหนดให้แต่ละพื้นที่มีแนวทางการดำเนินงานที่ตอบสนองปัญหา และบริบทของพื้นที่

08 การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้การทำงานเน้นรูปแบบออนไลน์มากขึ้น การใช้จ่ายงบประมาณในการประชุม/ฝึกอบรมจึงลดน้อยลง จึงทำให้นางบประมาณไปใช้พัฒนางานสุขภาพจิตใน ภารกิจอื่นได้มากขึ้น

09 การได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานเครือข่ายอื่นๆ เช่น สสส. สปสช. วช. ทำให้ กรมสุขภาพจิตสามารถพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยี และระบบการปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง

010 ประชาชน ให้ความสนใจกับการดูแลปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น เกิดการรวมกลุ่มทาง สุขภาพจิตมากขึ้น ในลักษณะชมรม/เครือข่ายออนไลน์

011 ประชาชน มั่นใจและให้การยอมรับกับการบริการ และข้อมูลข่าวสารของกรมสุขภาพจิต ใน การดูแลจิตใจของตนเองและคนรอบข้าง

012 ประชาชน มั่นใจและให้การยอมรับกับการบริการ และข้อมูลข่าวสารของกรมสุขภาพจิต ใน การดูแลจิตใจของตนเองและคนรอบข้าง

013 การบริหารภาครัฐไปสู่ดิจิทัล ทำให้เกิดรูปแบบการทำงานใหม่ๆ เช่น การสื่อสาร การ ประชุมออนไลน์ และเอื้อต่อการพัฒนานวัตกรรมด้านดิจิทัลใหม่ๆ ให้กับกรมสุขภาพจิต เกิดรูปแบบการจัดบริการ ใหม่ๆ เช่น Tele-Medicine การคัดกรองสุขภาพจิตผ่าน Application และการส่งผ่านองค์ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ

014 ช่องทางการเข้าถึงเทคโนโลยี ที่หลากหลายมากขึ้น ส่งผลต่อการเผยแพร่ข่าวสารของกรมได้ รวดเร็วและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

3.1.4 ประเด็นภัยคุกคาม (Threats) ของกรมสุขภาพจิต จำนวน 18 ประเด็น ได้แก่

T1 ความขัดแย้งของนโยบายด้านเศรษฐกิจกับนโยบายด้านสังคมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของ ประชาชน เช่น การส่งเสริม E-sport ส่งผลต่อปัญหาเด็กติดเกม ทำให้กำหนดแนวทางการดำเนินงานได้ยาก

T2 รัฐบาลมีนโยบายลดจำนวนบุคลากรในหน่วยงานแต่ภารกิจการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตยังคง เพิ่มมากขึ้น

T3 กฎ/ระเบียบ ด้านสารบรรณ การเงิน การคลัง พัสดุ ยังไม่ถูกปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับการ ปฏิบัติงานภายใต้ระบบดิจิทัล และสถานการณ์วิกฤติการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงไม่ ยืดหยุ่น และมีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น

T4 รูปแบบการจัดสรรงบประมาณให้ส่วนราชการมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากนำไปบริหารจัดการ ในวิกฤติการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อการพัฒนางานของกรมสุขภาพจิต ที่อาจไม่เป็นไป ตามเป้าหมายเนื่องจากการได้รับการจัดสรรงบประมาณน้อยลง

T5 เครือข่ายด้านสุขภาพจิต ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย การสร้างร่วมมือในการดำเนินงานจึงไม่มีความต่อเนื่อง โดยเฉพาะเครือข่ายนอกสังกัดกรมไม่เห็นความสำคัญ ของการพัฒนางานสุขภาพจิต

T6 ความมั่นคงทางอาชีพ และรายได้ของประชาชนลดลง หนี้สินในครัวเรือนสูงขึ้น จากปัญหาเศรษฐกิจที่เป็นผลต่อเนื่องมาจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้เกิดความเครียด และปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น

T7 ความเหลื่อมล้ำด้านการได้รับการดูแลช่วยเหลือทางเศรษฐกิจจากนโยบายของรัฐบาล ประชาชนบางกลุ่มไม่ได้รับการเยียวยา ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ส่งผลต่อสภาพจิตใจ เกิดเป็นปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนเป็นวงกว้าง

T8 การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้รูปแบบ/วิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนไป กระทบต่อการจัดบริการของภาครัฐ และปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในทุกกลุ่มวัย เปลี่ยนแปลงไปส่งผลให้ปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น

T9 การสูญเสียคนใกล้ชิดจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เกิดผลกระทบต่อ การดูแลสุขภาพจิตของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่สูญเสียพ่อแม่ ผู้ดูแลจากการระบาดของโรค

T10 วิถีชีวิตของเด็กและเยาวชนในการเรียนออนไลน์ ที่ไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากความไม่พร้อมของครอบครัว หรือรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบกับการพัฒนาด้านการเรียนรู้ และสติปัญญาของเด็กไทย รวมทั้งการขาดทักษะทางด้านสังคม

T11 วิถีชีวิตด้านเทคโนโลยีดิจิทัลของประชาชนในบางกลุ่ม เช่น กลุ่มเปราะบาง กลุ่มด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ เป็นอุปสรรคต่อการมารับบริการภาครัฐ เนื่องจากขาดทักษะ ความพร้อมต่อการใช้เทคโนโลยี เกิดปัญหา ความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล (Digital Device)

T12 ประชาชนขาดความตระหนักรู้ด้านสุขภาพจิตในการดูแลตนเอง และคนใกล้ชิด รวมถึงขาด การยอมรับและให้โอกาสผู้ป่วยจิตเวช (Stigma) ในสังคม

T13 สถานการณ์ความไม่สงบจากเหตุประท้วงทางการเมืองอย่างต่อเนื่องยาวนาน การเกิดความรุนแรงในสังคม ส่งผลต่อสุขภาพจิตของประชาชน

T14 ประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาภาวะพึ่งพิง และโรคทางจิตเวช คือ โรค ซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม

T15 การบุกรุกทางเทคโนโลยี อาจเกิดการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญ ส่งผล กระทบต่อการนำข้อมูลส่วนบุคคลไปใช้ในทางมิชอบ

T16 การใช้เทคโนโลยีการสื่อสารที่รวดเร็ว และหลากหลายของประชาชน (Line Facebook Instagram Twitter) ทำให้ยากต่อการควบคุมสื่อที่ไม่เหมาะสม กระทบต่อสิทธิเสรีภาพ ทำให้เกิดพฤติกรรม การเลียนแบบ และปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน

T17 ระบบข้อมูลสารสนเทศของกระทรวงสาธารณสุข มีข้อมูลด้านการส่งเสริม ป้องกันปัญหา สุขภาพจิตไม่เพียงพอต่อการนำมาใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาได้ ตลอดจนปัญหาการเข้าถึงฐานข้อมูลในระดับ เขตสุขภาพ

T18 การเข้าถึงเทคโนโลยีของเด็กและวัยรุ่น ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตใหม่ๆ เช่น โรคติดเกม โรคติด พนันออนไลน์ การกลั่นแกล้งรังแกออนไลน์ ความขัดแย้งทางการเมืองที่รุนแรงขึ้น (Hate speech & Polarity)

โดยประเด็น SWOT ทั้ง 78 ประเด็นดังกล่าว จะถูกนำมาใช้เป็นข้อมูลนำเข้า ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่ม Expert (ผู้บริหารระดับสูงของกรมและภายนอกกรม) และนำไปใช้ในกระบวนการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบ Delphi Strategic Future Research Technique – DSFRT ในขั้นตอนที่ 6 และขั้นตอนที่ 8 ต่อไป

3.2 ขั้นตอนที่ 2 การทบทวนสถานการณ์และแนวโน้มการดำเนินงานสุขภาพจิต

ในช่วงเดือนกันยายน 2564 เป็นต้นมา กองยุทธศาสตร์และแผนงาน เริ่มดำเนินการทบทวนสถานการณ์และแนวโน้มการดำเนินงานสุขภาพจิต พร้อมทั้งศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากข้อมูลทุติยภูมิเพื่อนำข้อมูลมาใช้ประกอบการจัดทำประเด็น SWOT ที่สำคัญ โดยกำหนดกรอบการทบทวนสถานการณ์ฯ ดังนี้

3.2.1 สถานการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต เช่น สถานการณ์ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการเมือง การปกครอง กรอบทิศทางการพัฒนาประเทศในระดับต่างๆ อาทิ ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน นโยบายรัฐบาล นโยบายกระทรวงสาธารณสุข นโยบายการพัฒนาสุขภาพจิต

3.2.2 สถานะการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวช เช่น ข้อมูลทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตและสถานะสุขภาพจิตของคนไทย สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัยประชากร การเข้าถึงและคุณภาพการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช การสื่อสารประชาสัมพันธ์งานสุขภาพจิตสู่ประชาชน การพัฒนามาตรฐานงานสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการสาธารณสุข

3.2.3 ทรัพยากรในการดำเนินงานสุขภาพจิต เช่น บุคลากรด้านสุขภาพจิต เติ้งจิตเวช หอผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติด งบประมาณ ตลอดจนองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต

3.2.4 ระบบการบริหารงานด้านสุขภาพจิต เช่น การบริหารทรัพยากรบุคคล การพัฒนางานตามเกณฑ์มาตรฐานการบริหารจัดการภาครัฐ การขับเคลื่อนงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

3.3 ขั้นตอนที่ 3 การจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดกรอบทิศทางการปฏิบัติราชการ และคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) กรมสุขภาพจิต

เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2564 กองยุทธศาสตร์และแผนงานได้จัดตั้งคณะกรรมการกำหนดกรอบทิศทางการปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) กรมสุขภาพจิต และคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) กรมสุขภาพจิต เพื่อทำหน้าที่กำหนดกรอบทิศทางการพัฒนางานสุขภาพจิตในอนาคต และจัดทำแผนปฏิบัติราชการ ในระยะ 5 ปี ให้เป็นไปตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการฯ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนเครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิต ตามคำสั่งกรมสุขภาพจิต ที่ 1071/2564 ลงวันที่ 19 พฤศจิกายน 2564 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี

(พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการและคณะทำงาน ดังแผนภาพที่ 3-1 และแผนภาพที่ 3-2

แผนภาพที่ 3-1 องค์ประกอบคณะกรรมการกำหนดกรอบทิศทางแผนปฏิบัติการฯ ระยะ 5 ปี

(พ.ศ. 2566 -2570) กรมสุขภาพจิต



แผนภาพที่ 3-2 องค์ประกอบคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการฯ ระยะ 5 ปี

(พ.ศ. 2566 -2570) กรมสุขภาพจิต



3.4 ขั้นตอนที่ 4 การประชุมหารือการจัดทำแผนปฏิบัติการกรมสุขภาพจิต ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ร่วมกับทีมวิทยากรจากศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กองยุทธศาสตร์และแผนงานได้จัดประชุมร่วมกับทีมวิทยากรจากศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นำโดย รศ.ดร.ดำรงค์ วัฒนา ดร.พรหมณี ขำเลิศ ว่าที่ร้อยตรี ชัยรัตน์ อุดมเดชะ นส.สุพรรณษา โตอารีย์ และ นส.มัลลิกา แหมะหวั่ง เมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน 2564 ในรูปแบบการประชุมออนไลน์ ผ่านระบบ Cisco Webex Meeting โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจในรายละเอียดกระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการกรมสุขภาพจิต ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) โดยการพัฒนาแผนปฏิบัติการฯ ครั้งนี้ จะใช้เทคนิคการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบเดลฟาย (Delphi Strategic Future Research Technique : DSFRT) ซึ่งเป็นหลักวิชาการที่ได้รับการยอมรับในการจัดทำยุทธศาสตร์ มาใช้ในกระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการฯ เพื่อให้แผนปฏิบัติการฯ ของกรมสุขภาพจิตมีความน่าเชื่อถือ ส่งผลต่อการขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติในทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ และได้รับการยอมรับร่วมกันอย่างแท้จริง

โดยกำหนดบทบาทให้ทีมวิทยากรเป็นที่ปรึกษาการจัดทำแผนฯ ในส่วนที่เป็นภาควิชาการของกระบวนการ เช่น แนวคิด เทคนิควิธี และเครื่องมือในการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล จัดทำซอฟต์แวร์สนับสนุนการวางแผนยุทธศาสตร์แบบออนไลน์ ที่สนับสนุนการใช้งาน Microsoft Excel (+VBA) ตามกระบวนการจัดทำแผนเชิงยุทธศาสตร์ รวมทั้งเป็นวิทยากรในกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ 3 ครั้ง ในรูปแบบ Online Onsite Hybrid Conference ได้แก่

ครั้งที่ 1 : การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดทิศทางงานดำเนินงานสุขภาพจิต และแผนที่ยุทธศาสตร์ ภายใต้แผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ในวันที่ 10-11 มกราคม 2565

ครั้งที่ 2 : การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำรายละเอียด และกำหนดโครงการสำคัญ ภายใต้ (ร่าง) แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ในวันที่ 10-11 กุมภาพันธ์ 2565

ครั้งที่ 3 : การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสรุป (ร่าง) แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ในวันที่ 14 มีนาคม 2565

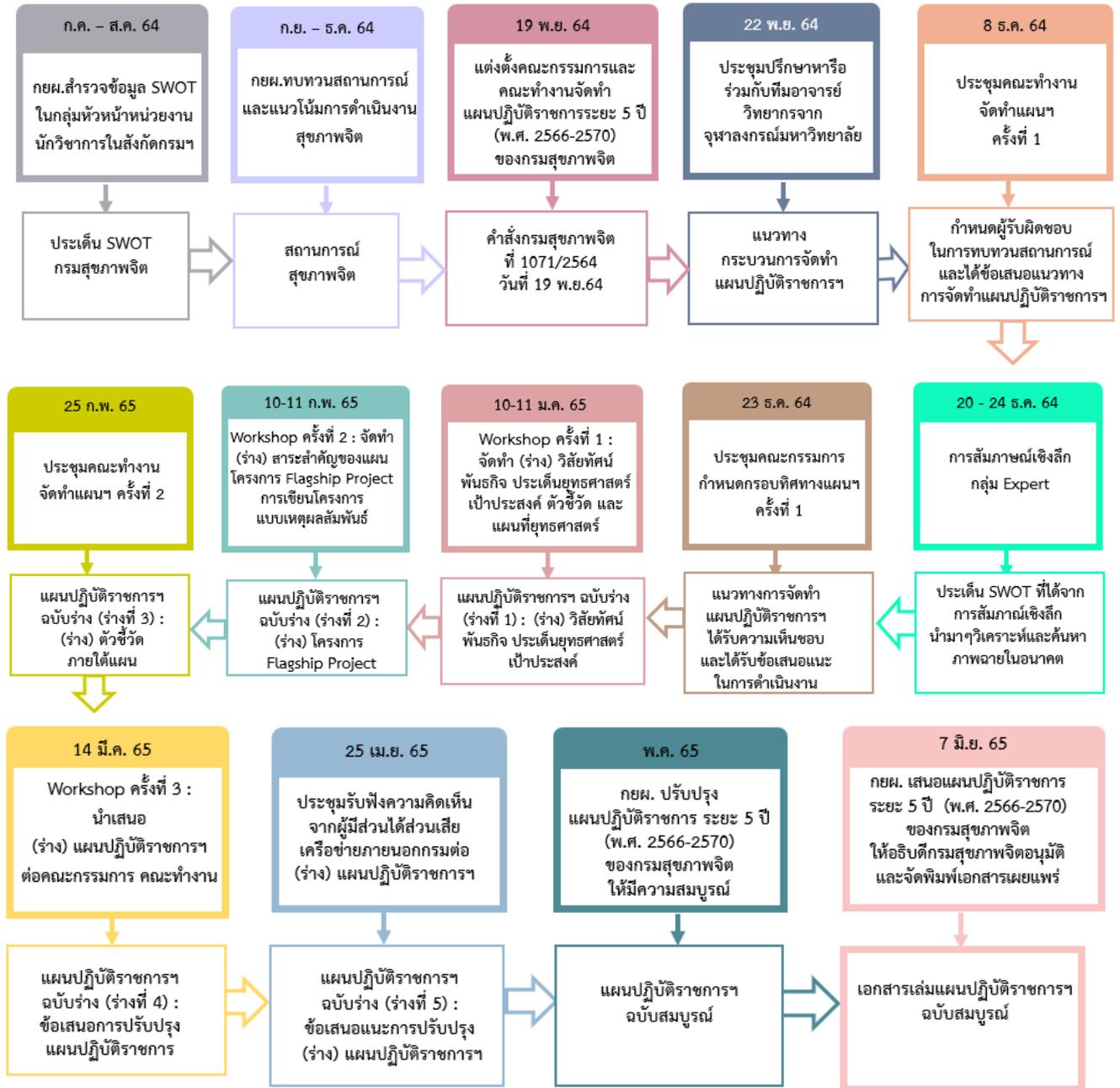
3.5 ขั้นตอนที่ 5 การประชุมคณะกรรมการจัดทำแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) กรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 1/2565

เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2564 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ในฐานะเลขานุการคณะกรรมการจัดทำแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) กรมสุขภาพจิต ได้จัดการประชุมคณะกรรมการจัดทำแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) กรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 1/2565 ณ ห้องประชุมศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว อาคาร 1 ชั้น 1 กรมสุขภาพจิต และในรูปแบบการประชุมออนไลน์ผ่านระบบ Cisco Webex Meeting มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 49 คน โดยมีสาระสำคัญในการประชุมครั้งนี้ คือ

3.5.1 การแจ้งให้ที่ประชุมรับทราบถึงบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการและคณะกรรมการจัดทำแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ตามคำสั่งกรมสุขภาพจิต ที่ 1071/2567 ลงวันที่ 19 พฤศจิกายน 2564

3.5.2 การชี้แจงแผนการจัดทำแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต
 ดังแผนภาพที่ 3-3

แผนภาพที่ 3-3 แผนการจัดทำแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต



3.5.3 การร่วมพิจารณากรอบแนวคิดในการจัดทำแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของ กรมสุขภาพจิต ตลอดจนปรึกษาหารือเพื่อร่วมกันกำหนดประเด็นการทบทวนสถานการณ์ด้านสุขภาพจิต และ กำหนดหน่วยงานรับผิดชอบ เพื่อจัดทำรายงานสถานการณ์ / ประเด็นปัญหาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของ กรมสุขภาพจิต และส่งผลกระทบต่องานสุขภาพจิตไทย จำนวน 31 ประเด็น แบ่งเป็นประเด็นที่เกี่ยวกับการ ดำเนินงานด้านสุขภาพจิต 25 ประเด็น และประเด็นที่เกี่ยวกับการดำเนินงานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น 6 ประเด็น

โดยมอบหมายให้หน่วยรับผิดชอบจัดทำสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตที่ท้าทายในอนาคต ดำเนินการจัดทำรายงานการทบทวนสถานการณ์ตามแบบฟอร์มที่กำหนด จัดส่งไปยังกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ภายในวันที่ 27 ธันวาคม 2564 ดังนี้

- 1) ปัญหาพัฒนาการเด็กปฐมวัย/ปัญหาสุขภาพจิตเด็กปฐมวัย หน่วยรับผิดชอบ สถาบันราชานุกูล
- 2) สถานการณ์ IQ/EQ เด็กไทย หน่วยรับผิดชอบ สถาบันราชานุกูล
- 3) เด็กกลุ่มเปราะบางทางสังคม หน่วยรับผิดชอบ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
- 4) ความรุนแรง/การกลั่นแกล้งรังแกในเด็กและเยาวชน หน่วยรับผิดชอบ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
- 5) เด็กและเยาวชนไทยกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม/เทคโนโลยี และ Addiction behavior หน่วยรับผิดชอบ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ และสถาบันราชานุกูล
- 6) โรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น หน่วยรับผิดชอบ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
- 7) ความรุนแรงในครอบครัว หน่วยรับผิดชอบ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต
- 8) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด (ทุกกลุ่มวัย) + Alternative Mental Health Management การดูแลสุขภาพจิตทางเลือก หน่วยรับผิดชอบ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต
- 9) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิต หน่วยรับผิดชอบ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต
- 10) การเข้าสู่สังคมสูงอายุ หน่วยรับผิดชอบ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต
- 11) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของคนไทย หน่วยรับผิดชอบ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต
- 12) ความสุข และสุขภาพจิตคนไทย หน่วยรับผิดชอบ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต
- 13) Resilience (เครื่องมือวัดชื่นใจในชุมชน) หน่วยรับผิดชอบ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต และสำนักวิชาการสุขภาพจิต
- 14) การสำรวจระดับชาติวิทยาสุขภาพจิต หน่วยรับผิดชอบ สำนักวิชาการสุขภาพจิต
- 15) การสื่อสารประชาสัมพันธ์งานสุขภาพจิตสู่ประชาชน + ผลกระทบด้านสุขภาพจิตจากสื่อ หน่วยรับผิดชอบ สำนักวิชาการสุขภาพจิต
- 16) ระบบการวิจัย พัฒนานวัตกรรม เทคโนโลยี องค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต หน่วยรับผิดชอบ สำนักวิชาการสุขภาพจิต
- 17) สถานการณ์โรคซึมเศร้าในคนไทย (ทุกกลุ่มวัย) หน่วยรับผิดชอบ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
- 18) การฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช (Recovery model) หน่วยรับผิดชอบ โรงพยาบาลศรีธัญญา
- 19) สุรา สารเสพติด หน่วยรับผิดชอบ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ และกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
- 20) งานสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ หน่วยรับผิดชอบ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต และกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
- 21) ปัจจัยที่สร้างการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิต (โรคอุบัติใหม่ / พิษเศรษฐกิจ) หน่วยรับผิดชอบ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต และสำนักวิชาการสุขภาพจิต

22) การขับเคลื่อน พรบ.สุขภาพจิต + (สิทธิมนุษยชน Human right) หน่วยรับผิดชอบ สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

23) ปัญหาการฆ่าตัวตาย หน่วยรับผิดชอบ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

24) การเข้าถึงและคุณภาพการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช (โรคทางจิตเวชที่สำคัญ) หน่วยรับผิดชอบ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

25) การพัฒนามาตรฐานงานสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการสาธารณสุข (Ward จิตเวช/จิตแพทย์ /พยาบาลจิตเวช) หน่วยรับผิดชอบ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

26) งานสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต หน่วยรับผิดชอบ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

27) การพัฒนาหน่วยบริการจิตเวชสู่การเป็น Next Normal หน่วยรับผิดชอบ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

28) ความร่วมมือกับเครือข่ายงานสุขภาพจิตทั้งในและต่างประเทศ หน่วยรับผิดชอบ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต และกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต

29) ทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพจิตของประเทศไทย หน่วยรับผิดชอบ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต และกองบริหารทรัพยากรบุคคล

30) ระบบเทคโนโลยี ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจิต หน่วยรับผิดชอบ สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ

31) การบริหารกำลังคนกรมสุขภาพจิตเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต หน่วยรับผิดชอบ กองบริหารทรัพยากรบุคคล

3.5.4 ร่วมกำหนด (ร่าง) รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิในกระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่ม Expert (ผู้บริหารระดับสูงของกรมและภายนอกกรม) เพื่อวิเคราะห์และค้นหาภาพฉายในอนาคต ตามกระบวนการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบเดลฟาย (Delphi Strategic Future Research Technique – DSFRT) จำนวน 20 คน ดังนี้

- 1) นายแพทย์หม่อมหลวงสมชาย จักรพันธุ์ ประธานคณะที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
- 2) นายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์รจิต ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- 3) แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต
- 4) นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑๐
- 5) นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ ที่ปรึกษากกรมสุขภาพจิต
- 6) แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร อธิบดีอภิตกรมสุขภาพจิต
- 7) นายแพทย์เจษฎา โชคดำรงสุข อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- 8) นายแพทย์บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ อธิบดีอภิตกรมสุขภาพจิต
- 9) อาจารย์เรวัติ ศรินคร สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
- 10) นายแพทย์วัชรระ เพ็งจันทร์ อธิบดีอภิตกรมสุขภาพจิต
- 11) นายแพทย์ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- 12) นายวรยุทธ เนาวรัตน์ ผู้ว่าราชการจังหวัดลำพูน
- 13) แพทย์หญิงนภาพร บุศยสุนทร ประธานราชวิทยาลัย

- 14) นายแพทย์ศุภิต ลิขณะพิชิตกุล ผู้ช่วยอธิบดีกรมสุขภาพจิต
- 15) นายแพทย์สุปรีดา อุดุลยานนท์ ผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
- 16) นายแพทย์ชวรินทร์ ชาญศิลป์ นายกสสมาคมจิตแพทย์
- 17) นายแพทย์พิทักษ์พล บุญยมาลิก เลขาธิการคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
- 18) นายสรรเสริญ นามพรหม ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- 19) ดร.สุดา วงศ์สวัสดิ์ อดีตผู้อำนวยการกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
- 20) อาจารย์กิตติพันธ์ พนมฤทธิ์ ผู้ตรวจรับรองรางวัลเลิศรัฐ ที่ปรึกษา PMQA กรมสุขภาพจิต

ทั้งนี้ ที่ประชุมมีมติให้กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ประสานผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ ตามรายชื่อที่
 คณะทำงานให้ข้อเสนอ และดำเนินการคัดเลือกจำนวนไม่เกิน 10 คน พร้อมนัดสัมภาษณ์ในช่วงเดือนธันวาคม 2564

3.5.5 การร่วมพิจารณากระบวนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดทิศทางงานดำเนินการดำเนินงานสุขภาพจิต
 (Workshop ครั้งที่ 1) ที่จะจัดในวันที่ 10-11 มกราคม 2565 ณ กรมสุขภาพจิต และในรูปแบบการประชุม
 ออนไลน์ ผ่านระบบ Zoom Meeting (Online Onsite Hybrid Conference) โดยมีทีมวิทยากรและที่ปรึกษา
 ในการจัดทำแผนจากศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นำโดย รองศาสตราจารย์ ดร.ดำรงค์
 วัฒนา เป็นวิทยากรหลัก โดยกำหนดให้มีการแบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติ จำนวน 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้นำองค์กร กลุ่มที่ 2
 ทีมนำระดับหน่วยงาน กลุ่มที่ 3 และกลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มเครือข่ายนักยุทธศาสตร์ นักวิชาการภายในและภายนอก
 กรม ทั้งนี้ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการเข้าร่วมการประชุมไว้จำนวน 157 คน ได้แก่

- 1) ผู้บริหารหน่วยงานและนักวิชาการจากทุกหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 100 คน
- 2) ผู้บริหารและนักวิชาการที่เป็นเครือข่ายภายในกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 40 คน อาทิเช่น
 ผู้บริหารหน่วยงานระดับกรม กอง สำนักงานต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศก์
- 3) เครือข่ายงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 17 คน อาทิเช่น สำนักงานประมาณ, กรมกิจการ
 ผู้สูงอายุ, กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน, กรมกิจการเด็กและเยาวชน, กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว,
 กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น,
 กรมราชทัณฑ์, สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา, สำนักงาน
 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สมาคม
 จิตแพทย์แห่งประเทศไทย, สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย และสมาคมนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช

ทั้งนี้ คณะทำงานฯ มีข้อเสนอแนะให้เพิ่มรายชื่อหน่วยงานที่เป็นเครือข่ายงานสุขภาพจิต นอกเหนือจาก
 ที่กำหนดไว้ อีกจำนวน 9 หน่วยงาน คือ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, สมาคมนักจิตวิทยา, สมาคม
 ผู้บกพร่องทางจิต, สมาคมผู้ปกครองเด็กพิการทางสติปัญญา เด็กออทิสติก บกพร่องทางการเรียนรู้, สำนักงาน
 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ, UNICEF Thailand, WHO Thailand, และกองทุน
 เสมอภาคทางการศึกษา

3.6 ขั้นตอนที่ 6 การสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่ม Expert (ผู้บริหารระดับสูงของกรมและภายนอกกรม) เพื่อวิเคราะห์และค้นหาภาพฉายในอนาคต (Delphi Research Technique รอบที่ 1)

กระบวนการในการจัดทำแผนขั้นตอนนี้ เป็นการอาศัยเทคนิควิธีวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi Method) ในการรวบรวมข้อมูลหลายรอบ โดยในรอบแรก เป็นการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ เพื่อนำข้อมูลมาจัดทำประเด็นสำคัญ (SWOT issues) ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่ม Expert คือ ผู้บริหารระดับสูงของกรมและผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆที่สำคัญของกรม และที่ร่วมดำเนินงานกับกรมสุขภาพจิต จำนวนทั้งสิ้น 10 คน เพื่อวิเคราะห์และค้นหาภาพฉายในอนาคต ด้วยการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบ DSFRT และนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ มาประมวลผลรวมกับประเด็น SWOT ที่กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำรวจจากความคิดเห็นของผู้บริหารและนักวิชาการทุกหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต และจากการทบทวนสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตที่ทำหายในอนาคต ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ เพื่อนำไปกำหนดเป็นประเด็น SWOT ทั้ง 4 ด้าน ซึ่งถือเป็น Delphi Research Technique รอบที่ 1 ดังแผนภาพที่ 3-4

แผนภาพที่ 3-4 ขั้นตอนการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบ Delphi Strategic Future Research Technique - DSFRT

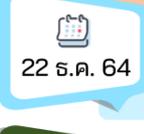


3.6.1 การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึก จากการประชุมคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) กรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 1/2565 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2564 ที่ประชุมมีมติให้กองยุทธศาสตร์และแผนงานดำเนินการพิจารณาคัดเลือกและประสานผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิตามรายชื่อที่เสนอ จำนวนไม่เกิน 10 คน เพื่อนัดสัมภาษณ์ในช่วงเดือนธันวาคม 2564

ซึ่งกองยุทธศาสตร์และแผนงานได้ดำเนินการคัดเลือกและประสานผู้เชี่ยวชาญ ที่สามารถนัดวันสัมภาษณ์ได้ในระหว่าง วันที่ 20- 24 ธันวาคม 2564 ได้จำนวนเพียง 7 คน จาก (ร่าง) รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ/

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 20 คน ได้แก่ 1) แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร 2) นายแพทย์บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ 3) นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์ 4) นายแพทย์พิทักษ์พล บุญยมาลิก 5) นายสรรเสริญ นามพรหม 6) ดร.สุดา วงศ์สวัสดิ์ และ 7) อาจารย์กิตตินัท พนมฤทธิ์ และเพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญเพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึกตามการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบ DSFRT ที่จะต้องมีจำนวน 10 คน กองยุทธศาสตร์และแผนงานจึงต้องคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญเพิ่มอีกจำนวน 3 คน โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ 1. ต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในงานสุขภาพจิตโดยได้รับการยอมรับจากคนในแวดวงงานสุขภาพจิต 2. เป็นบุคคลที่เป็นภาคีเครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิตทั้งในภาคส่วนสุขภาพ (health sector) และที่ไม่ใช่ภาคส่วนสุขภาพ (non health sector) และ 3. สามารถเข้าร่วมให้สัมภาษณ์แบบออนไลน์ได้ในช่วงวันที่ 20 - 24 ธันวาคม 2564 ซึ่งจากเกณฑ์ทั้ง 3 ข้อดังกล่าว กองยุทธศาสตร์และแผนงานจึงได้ผู้เชี่ยวชาญเพิ่มอีก 3 คน ครบตามจำนวนที่กำหนด ได้แก่ 1) ทันตแพทย์ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ อดีตผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ 2) แพทย์หญิงเพชรดาว โต๊ะมีนา สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และ 3) แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ อดีตผู้ทรงคุณวุฒิกรมสุขภาพจิต รายละเอียดดังแผนภาพที่ 3-5

แผนภาพที่ 3-5 รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการให้สัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 10 คน

ผู้เชี่ยวชาญในการให้สัมภาษณ์		
 <p>20 ธ.ค. 64</p>	1. ดร.สุดา วงศ์สวัสดิ์	อดีต ผู้อำนวยการกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
	2. นพ.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์	อดีต อธิบดีกรมสุขภาพจิต
	3. อ.กิตตินัฐ พนมฤทธิ์	ผู้ตรวจรบบรองรางวัลเลิศรัฐ
	4. พญ.เพชรดาว โต๊ะมีนา	สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร
 <p>21 ธ.ค. 64</p>	5. ผอ.สรรเสริญ นามพรหม	ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
	6. พญ.พรรณพิมล วิปุลากร	อดีต อธิบดีกรมสุขภาพจิต
 <p>22 ธ.ค. 64</p>	7. พญ.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์	อดีต ผู้ทรงคุณวุฒิกรมสุขภาพจิต
 <p>24 ธ.ค. 64</p>	8. ทพ.ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ	อดีต ผอ.สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ สสส.
	9. นพ.พิทักษ์พล บุญยมาลิก	เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
	10. นพ.วชิระ เพ็งจันทร์	อดีต อธิบดีกรมสุขภาพจิต

3.6.2 การเตรียมการและประสานผู้เชี่ยวชาญ/ ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อรับการสัมภาษณ์ กองยุทธศาสตร์และแผนงานได้จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเข้าสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ/ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 10 คน เพื่อรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ แนวคิด และนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนางานสุขภาพจิต ตลอดจนแนวทางในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตในอีก 5 ปีข้างหน้า เพื่อนำมาใช้ประกอบการจัดทำแผนปฏิบัติการ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ในรูปแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม Zoom Meeting โดยจัดส่งกำหนดวันและเวลาการนัดสัมภาษณ์ พร้อมทั้งแบบสัมภาษณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 10 คน ได้เตรียมตัวล่วงหน้า

ก่อนวันสัมภาษณ์ ทั้งนี้ระยะเวลาการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ 1 คน ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 30 - 60 นาที โดยทีมวิทยากรจากศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ และมีผู้แทนกองยุทธศาสตร์และแผนงานเข้าร่วมเป็นผู้สังเกตการณ์

3.6.3 การเตรียมประเด็นสัมภาษณ์ ทีมวิทยากรและที่ปรึกษาในการจัดทำแผนฯ จากศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้จัดทำประเด็นการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 10 ประเด็น ลงใน “แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้อง” ดังนี้

- 1) ท่านเห็นว่ากรมสุขภาพจิตโดดเด่นเรื่องอะไรที่สุดในปัจจุบัน
- 2) ท่านเห็นว่ากรมสุขภาพจิตต้องปรับปรุงหรือพัฒนาอะไรมากที่สุด
- 3) ท่านเห็นว่าสภาพการณ์ภายนอกที่เป็นประโยชน์ มีอิทธิพลหนุนและมีผลดีต่อกรมสุขภาพจิตมากที่สุด คืออะไร
- 4) ท่านเห็นว่าสภาพการณ์ภายนอกที่เป็นอุปสรรค และมีผล/อิทธิพลเป็นภัยคุกคามต่อกรมสุขภาพจิตมากที่สุด คืออะไร
- 5) ประเด็นอื่น ๆ ที่ท่านเห็นว่าส่งผลต่อความเป็นความตายของกรมสุขภาพจิต คืออะไร (โปรดให้ข้อมูลเป็นประโยคที่ชัดเจน คือ ให้ประโยคของท่านมี ประธาน กริยา กรรม คำขยายที่ชี้ผลกระทบ)
- 6) ท่านเห็นว่ามีงานที่มีขอบเขตกว้าง ที่มีประโยชน์ มีคุณค่า และเป็นงานสำคัญที่สุดของกรมสุขภาพจิต คืออะไร
- 7) ท่านคาดการณ์อนาคตที่ดีที่สุด (Best Scenario) ของกรมสุขภาพจิตในอีก 5 ปีข้างหน้าขึ้นไปว่ากรมสุขภาพจิตจะสามารถเป็นหน่วยงานที่มีลักษณะอย่างไรได้
- 8) ท่านเห็นว่าแนวทางที่กรมสุขภาพจิตควรใช้ไปสู่อนาคตที่ดีที่สุด (Best Scenario) ของกรมสุขภาพจิต คืออะไร
- 9) ท่านมีประเด็นอื่น ๆ เช่น ประเด็นจุดประกาย (Enlightenment) และประเด็นแรงบันดาลใจ (Inspire) ในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตไปสู่อนาคตหรือไม่ อย่างไร
- 10) ท่านคิดว่า งาน/โครงการ/แผนงานใหญ่ ๆ ที่จะนำกรมสุขภาพจิตประสบความสำเร็จในอนาคต คืออะไร

ซึ่งกระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่ม Expert (ผู้บริหารระดับสูงของกรมและภายนอกกรม) เพื่อวิเคราะห์และค้นหาภาพฉายในอนาคตนั้น ทีมวิทยากรและที่ปรึกษาในการจัดทำแผนฯ จากศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะนำข้อมูลการสัมภาษณ์มาประมวลผลรวมกับ SWOT ของกรมสุขภาพจิต เพื่อนำไปสังเคราะห์ประกอบกาจัดทำแผนปฏิบัติการฯ ต่อไป

3.6.4 สรุปผลการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับสูงของกรมและผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 10 คน ดังนี้

1. ดร.สุตา วงศ์สวัสดิ์ อดีตผู้อำนวยการกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

1. สถานการณ์ของกรมสุขภาพจิตในปัจจุบัน :

จุดแข็ง	จุดอ่อน
<ul style="list-style-type: none"> - กรมฯ ได้รับการยอมรับจากประชาชนและสังคม ในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และส่งผู้ป่วยมารักษา - กรมฯ ให้ความสำคัญผู้ป่วยจิตเวชในทุกระดับ - บุคลากรกรมฯ มีความรู้ความสามารถ มีสมรรถนะที่ดี - กรมฯ สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรภายในเป็นอย่างดี เช่น การอบรมทั้งในและต่างประเทศ - บุคลากรกรมฯ มีความผูกพันกับองค์กร และเคารพนับถือกับผู้ที่ทำงานมาก่อน ขอคำปรึกษาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างสม่ำเสมอ 	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรกรมฯ ยังขาดทักษะการสื่อสารงานของกรมฯ ไปยังหน่วยงานภายนอก - การปรับ Mindset ของคนในกรมฯ ให้สอดคล้องกับการทำงานในสถานการณ์ปัจจุบันมากกว่าการทำงานตามตำรา - กรมฯ ยังขาดการวิเคราะห์สภาพจริงในการทำงาน ซึ่งส่งผลให้ไม่ตอบปัญหาของสังคมได้อย่างแท้จริง - ข้อมูล/ฐานข้อมูลยังอยู่ในระดับหน่วยงาน - ขาดการบูรณาการหรือวิเคราะห์ให้เป็นภาพใหญ่ - การนำเครื่องมือ เทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยมาใช้ในการดำเนินการภายในกรมฯ ยังมีน้อย
โอกาส	ภัยคุกคาม
<ul style="list-style-type: none"> - ความรุนแรงของวัยรุ่นที่มีผลกระทบจากโลกโซเชียล เป็นโอกาสให้กรมฯ ออกแบบกระบวนการ เพื่อช่วยเหลือสังคมได้ - สถานการณ์ CO-VID 19 ที่กระทบสังคมความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ ประชาชนตระหนักสุขภาพจิตมากขึ้น เช่น การฆ่าตัวตาย กรมฯ ควรฉกฉวยโอกาสทำงานเชิงรุกมากขึ้น โดยใช้ข้อมูลที่ดี วิเคราะห์และทำนายว่าอะไรจะเกิดขึ้นในอนาคต และป้องกันอย่างไร 	<ul style="list-style-type: none"> - คนภายนอกกรมฯ ยังไม่เข้าใจเนื้อหาของกรมฯ - การเปลี่ยนแปลงทาง Social Disruption ส่งผลกระทบต่อการปรับตัวของกรม เช่น โรคทางอินเทอร์เน็ต/พฤติกรรมความรุนแรงของวัยรุ่นในสื่อออนไลน์/ ภัยพิบัติ/โรคต่าง ๆ กรมฯ อาจมีบทบาทในการลดความรุนแรงหรือป้องกันสิ่งเหล่านี้ - การเลี้ยงดูเด็กที่เริ่มต้นจากครอบครัวเป็นฐานสำคัญในการกล่อมเกลาคิดให้โตขึ้น ซึ่งปัจจุบันการเลี้ยงดูของครอบครัวในสังคมไทยยังไม่ดีพอ เป็นสาเหตุของสภาพสังคมไทยในปัจจุบัน ซึ่งอาจจะเป็นเหตุของปัญหาจิตเวชได้

2. การคาดการณ์อนาคตที่ดีที่สุด (Best Scenario) ของกรมสุขภาพจิตในอีก 5 ปีข้างหน้า :

กรมฯ จะเป็นศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค เสมือนกับ CDC ของประเทศสหรัฐอเมริกา ที่เน้นเฉพาะงานทางด้านสุขภาพจิตที่มีข้อมูล สามารถวางแผนช่วยเหลือ วางแผนทำนายอนาคตได้ และประชาชนไว้วางใจ

3. แนวทางสำคัญในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตเพื่อมุ่งไปสู่อนาคต :

การมีระบบด้านบุคคล (HR) ที่ดี การคัดเลือกบุคลากรผู้บริหารระดับกลาง (หัวหน้าหน่วย) อยากรู้มีความพึงพอใจในการเลือกบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ ทุ่มเทในการทำงานได้จริง

2. นายแพทย์บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ อธิบดีอภิบาลกรมสุขภาพจิต

1. สถานการณ์ของกรมสุขภาพจิตในปัจจุบัน :

จุดแข็ง	จุดอ่อน
<ul style="list-style-type: none"> - กรมฯ มีโรงพยาบาลที่ช่วยเหลือสังคม เช่น โรงพยาบาลราชานุกูล ที่มีจุดเด่นเพื่อดูแลพัฒนาการของเด็ก มีโรงพยาบาลศรีธัญญาที่ดูแลผู้ป่วยทางจิต - กรมฯ มีจิตแพทย์จำนวนมาก และมีความเชี่ยวชาญมากที่สุดในประเทศไทย - กรมฯ มีวิชาการด้านสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง 	<ul style="list-style-type: none"> - การสื่อสารเนื้อหาของกรมฯ ค่อนข้างน้อย ทำให้ประชาชนภายนอกรับทราบยังมีน้อย - ควรปรับให้จิตแพทย์ไปประจำโรงพยาบาลมากกว่าอยู่ที่กรมฯ - การเติบโตทางสายอาชีพของคนทำงานด้านสุขภาพจิตช้ากว่าคนทำงานในด้านอื่น - ปรับทัศนคติคนทำงานให้มีความเข้าใจผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น
โอกาส	ภัยคุกคาม
<ul style="list-style-type: none"> - ประชาชนนึกถึงกรมฯ ในอันดับแรก และไว้วางใจกรมฯ ให้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 	<ul style="list-style-type: none"> - ประชาชนยังไม่เข้าใจการทำงานของกรมฯ เข้าใจว่าการรักษาคนป่วยจิตเวชไม่มียา เป็นการพูดคุย - โรคทางจิตเวชไม่ค่อยมองเห็นอนาคต สังคมไม่ค่อยยอมรับเท่าที่ควร - ในแผนยุทธศาสตร์ชาติกำหนดเรื่องการมีสุขภาพดี ยังขาดการให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพจิต - นักศึกษาแพทย์ไม่ค่อยเลือกเรียนด้านจิตแพทย์

2. การคาดการณ์อนาคตที่ดีที่สุด (Best Scenario) ของกรมสุขภาพจิตในอีก 5 ปีข้างหน้า :

เป็นองค์กรเชี่ยวชาญสุขภาพจิตชั้นนำที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี และบุคลากรมีความสุขในการทำงาน โดยจะต้องมีนิยาม “สุขภาพจิตดี” ที่ชัดเจน อาทิ คิดดี สติปัญญาดี คิดเป็น คิดอย่างสร้างสรรค์ เป็นต้น

3. แนวทางสำคัญในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตเพื่อมุ่งไปสู่อนาคต :

กรมฯ ทำหน้าที่ “คืนมนุษย์มีคุณภาพชีวิตที่ดี สู่อุปการะ สู่อุปการะ” เริ่มจากการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด ไม่ผูกขาดเป็นของตนเอง ต้องเป็นกรมที่อยู่ในชีวิตของประชาชน สร้างความรู้ความเข้าใจ ความตระหนักรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิตที่ถูกต้อง เพื่อสามารถสร้างจิตแพทย์ประจำครอบครัวได้ เสมือนเป็นอาสาสมัครสุขภาพจิตประจำหมู่บ้าน ปรับกระบวนการบริหารจัดการของกรมฯ ไม่ให้ใหญ่ เทอะทะ และปรับให้คนมาทำหน้างานมากขึ้น

3. อาจารย์กิตติณัฐ พนมฤทธิ์ ผู้ตรวจรับรองรางวัลเลิศรัฐ ที่ปรึกษา PMQA กรมสุขภาพจิต

1. สถานการณ์ของกรมสุขภาพจิตในปัจจุบัน :

จุดแข็ง	จุดอ่อน
<ul style="list-style-type: none"> - กรมฯ มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ที่มีความเชี่ยวชาญ สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนได้ - กรมฯ มีทรัพยากร เครื่องมือ เทคโนโลยี ผู้เชี่ยวชาญ ด้านจิตเวชจำนวนมาก - กรมฯ มีทีมงาน MCATT ที่เข้มแข็งที่ทำงานเชิงรุก ในพื้นที่ได้ดี - กรมฯ เป็นหน่วยงานที่มีโอกาสดูแลสุขภาพจิต ภาพรวมมากกว่าการดูแลเป็นรายบุคคล ทำให้กรมฯ สามารถเพิ่มและแสดงบทบาทด้านนี้มากขึ้นได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - การทำงานของกรมฯ ในด้านการส่งเสริม ป้องกัน ยังต้องได้รับการพัฒนา - การเก็บข้อมูลในการประเมินผลลัพธ์ ส่วนใหญ่เป็น ข้อมูลเชิงคุณภาพ ยังขาดการเก็บข้อมูลเชิงสถิติ ที่จะนำไปวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ต่อ - บุคลากรในสาย IT หรือด้านดิจิทัล ของกรมฯ ยังไม่เพียงพอที่จะรองรับการเติบโตในโลกอนาคตได้ - โครงสร้างของกรมฯ ขาดแคลนจิตแพทย์ทั้งในเด็ก และผู้ใหญ่ที่จะรองรับปัญหาในปัจจุบัน
โอกาส	ภัยคุกคาม
<ul style="list-style-type: none"> - การแสดงออกทางอารมณ์ ความรุนแรงบนสื่อ Social Media เป็นโอกาสในการทำงานของกรมฯ - เทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น AI Telemedicine เป็นตัวช่วยในการทำงานของกรมฯ ได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - คนภายนอกกรมฯ ยังไม่เข้าใจเนื้อหาของกรมฯ - ปัญหาในสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตมีมาก กรมฯ มีบุคลากรไม่เพียงพอที่จะเข้าไปดูแลปัญหา

2. การคาดการณ์อนาคตที่ดีที่สุด (Best Scenario) ของกรมสุขภาพจิตในอีก 5 ปีข้างหน้า :

เน้นงานด้านการส่งเสริมป้องกัน จะเป็นที่รู้จักมากขึ้น กรมฯ จะสามารถดูแลความสุขคนไทยในภาพรวมได้

3. แนวทางสำคัญในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตเพื่อมุ่งไปสู่อนาคต : 1) สร้างระบบ

Social Analytic และนำมาเป็นโมเดลในการเฝ้าระวัง การทำนายภาวะสุขภาพจิต และออกแผนนโยบายเฉพาะพื้นที่ได้ 2) ปรับทัศนคติประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพจิต เมื่อมีอาการป่วยต้องกล้าหาหมอ และ 3) เพิ่มสมรรถนะ อสม. ให้สามารถตรวจสุขภาพจิตประชาชน ซึ่งจะช่วยกรมฯ ในระดับพื้นที่ได้

4. แพทย์หญิงเพชรดาว ไต้ะมีนา สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร

1. สถานการณ์ของกรมสุขภาพจิตในปัจจุบัน :

จุดแข็ง	จุดอ่อน
<ul style="list-style-type: none"> - กรมฯ มีโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ซับซ้อนสูง - โครงการเด่นของกรมฯ คือ โครงการปลดโซ่ตรวนทางจิตใจ สร้างชีวิตใหม่ให้ผู้ป่วยจิตเวช 	<ul style="list-style-type: none"> - กรมฯ ยังไม่ให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมและป้องกันเท่าที่ควร ทั้งการสนับสนุนด้านงบประมาณและการจัดกำลังคน - กรมฯ ยังขาดการสื่อสารภารกิจด้านการส่งเสริม และการป้องกัน ให้ทั่วถึงและเห็นผลเท่าที่ควร

จุดแข็ง	จุดอ่อน
	<ul style="list-style-type: none"> - กรมฯ ยังไม่ได้นำเทคโนโลยีสารสนเทศสมัยใหม่มาปรับหรือประยุกต์ใช้กับโลกปัจจุบันเท่าที่ควร - นโยบายของผู้บริหารยังขาดความต่อเนื่อง นโยบายเปลี่ยนแปลงไปตามผู้บริหารที่เปลี่ยนไป - กรมฯ ยังมีแนวทางในการพัฒนาบุคลากรในระดับศูนย์สุขภาพจิตไม่มากเท่าที่ควร- ระบบการเลื่อนตำแหน่งระดับผู้บริหารภายในกรมฯ ยังขาดความโปร่งใสในการพิจารณา - กรมฯ ขาดเอกลักษณ์ ขาดจุดเด่น ส่งผลให้นักการเมืองไม่มีของไปขาย หรือสื่อสารได้
โอกาส	ภัยคุกคาม
<ul style="list-style-type: none"> - สถานการณ์ COVID-19 เป็นโอกาสให้กรมฯ นำเทคโนโลยีมาช่วยในการดำเนินงาน - ปัจจัยทางการเมืองเป็นโอกาสในการสื่อสารประชาสัมพันธ์กรมสุขภาพจิตสู่สังคมให้เข้าใจการทำงานของกรมฯ ได้มากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - คนภายนอกกรมฯ ยังไม่เข้าใจเนื้อหาของกรมฯ - ฝ่ายการเมืองอาจยังไม่เข้าใจการทำงานของกรมฯ และกรมมีผลงานไม่โดดเด่นเพียงพอที่จะถูกยกขึ้นมาให้สื่อสารได้ในระดับนโยบาย

2. การคาดการณ์อนาคตที่ดีที่สุด (Best Scenario) ของกรมสุขภาพจิตในอีก 5 ปีข้างหน้า :
โรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพจิตของกรมฯ จะต้องมีการสร้างความแตกต่างและควรเน้นงานเฉพาะในแต่ละพื้นที่

3. แนวทางสำคัญในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตเพื่อมุ่งไปสู่อนาคต : กรมฯ จะต้องสร้างบทบาทให้มีต่อสังคมภาพรวมมากยิ่งขึ้น และสร้าง Excellence Center ให้มีในแต่ละโรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิต อาศัยวิสัยทัศน์และภาวะผู้นำของผู้บริหารระดับสูงของกรมฯ และความร่วมมือจากทีมงานบุคลากรทุกคนของกรมสุขภาพจิตด้วย

5. นายสรรเสริญ นามพรม ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1. สถานการณ์ของกรมสุขภาพจิตในปัจจุบัน :

จุดแข็ง	จุดอ่อน
<ul style="list-style-type: none"> - การกระจายการบริการที่ครอบคลุมไปทั่วประเทศ ทั้งในมิติของการส่งเสริมป้องกัน การรักษาฟื้นฟู ในรูปแบบของศูนย์สุขภาพจิต - ศูนย์สุขภาพจิต โรงพยาบาลของกรมฯ มีความได้เปรียบเชิงโครงสร้างพื้นฐาน ตั้งอยู่ในพื้นที่ส่วนกลาง (กรุงเทพฯ) และพื้นที่ท่าเลดี - กรมฯ เป็นเสาหลักด้านความเชี่ยวชาญในการรักษา 	<ul style="list-style-type: none"> - กรมฯ ก่อตั้งมาภายหลังหน่วยบริการต่าง ๆ จึงทำให้คนไม่ค่อยรู้จักกรมฯ มักจะรู้จักหน่วยบริการของกรมฯ มากกว่า - กรมฯ ยังขาด BCM มาช่วยในการดำเนินงานของกรม - โรงพยาบาลของกรมฯ ไม่สามารถรับคนไข้ที่มีปัญหาทางกายร่วมด้วย ขณะที่โรงพยาบาลอื่นๆ รับได้หมด ส่งผลให้มีคนใช้น้อยลง

จุดแข็ง	จุดอ่อน
<p>ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรมฯ มีบุคลากรที่มีความสามารถ ความเชี่ยวชาญ โดยเฉพาะที่เป็นตติยภูมิและศูนย์ความเป็นเลิศ - กรมฯ มีเครื่องมือในการคัดกรองสุขภาพจิตที่ดี - ผู้บริหารของกรมฯ เป็นคนรุ่นใหม่ มีพลังในการขับเคลื่อนมาก 	
โอกาส	ภัยคุกคาม
<ul style="list-style-type: none"> - การเข้าสู่สังคมสูงอายุของประเทศไทย ทำให้มีความต้องการดูแลด้านกายและจิตใจเพิ่มมากขึ้น - โลกการทำงานเปลี่ยนไป โดยเฉพาะ Post CO-VID จาก Work Form Home ทำให้คนมีบุคลิกเปลี่ยนไป เช่น ความเครียด ทักษะการเข้าสังคม (Social skill) - ภาวะเศรษฐกิจโลกที่ คาดเดายาก ส่งผลต่อสุขภาพจิตการทำงาน ควรขยายงานด้านสุขภาพจิต ้วยทำงานเพิ่มขึ้น - ควรใช้เทคโนโลยี หรือแพลตฟอร์มออนไลน์ต่าง ๆ มาสนับสนุนการทำงาน อาทิ สื่อออนไลน์ Facebook - ประชาชนยังขาดสถานะในการเข้าถึงอารมณ์ของตัวเองในการดำรงชีวิต เป็นโอกาสของกรมฯ ที่จะเพิ่มบทบาทในสังคม โดยเฉพาะด้านส่งเสริมป้องกัน 	<ul style="list-style-type: none"> - ภาคเอกชนต้องการบุคลากรด้านจิตวิทยาสูงขึ้น ส่งผลให้บุคลากรมีทางเลือกไปภาคเอกชนมากขึ้น - กลุ่มผู้รับบริการของกรมฯ ลดลงลง เนื่องจากด้วยภาคเอกชนมาให้บริการแข่งเพิ่มขึ้น - ค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านจิตเวชค่อนข้างสูง ดังนั้น หากได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐไม่เพียงพอ อาจกระทบต่อการดำเนินงาน - การรักษาทางกายเห็นผลชัดเจน ส่วนการรักษาทางจิตอาจมองเห็นภาพไม่ชัด ส่งผลต่อการจัดสรรงบประมาณจากภาครัฐ - คนออกนอกระบบราชการมากขึ้น คนเข้ามาน้อยลง

2. การคาดการณ์อนาคตที่ดีที่สุด (Best Scenario) ของกรมสุขภาพจิตในอีก 5 ปีข้างหน้า : กรมควรส่งเสริมการดูแลจิตใจตนเองเบื้องต้น ปัญหาด้านสุขภาพจิตจะน้อยลง โดยสร้าง Mental Health Literacy ของประชาชนให้มากขึ้น และกรมฯ จะลดขนาดตนเองลง มีคณะทำงานเรื่องสุขภาพจิตแห่งชาติมากขึ้น จนสามารถยกระดับให้เป็นที่รู้จักในสังคมมากขึ้นด้วย

3. แนวทางสำคัญในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตเพื่อมุ่งไปสู่อนาคต : 1) ปรับการทำงานของส่วนกลางให้เป็นงานวิชาการ ผลิตองค์ความรู้ นวัตกรรมมากขึ้น 2) ต้อง Rotate งาน รับข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อสร้างความท้าทายในการทำงาน 3) พัฒนาความรู้ด้านสังคมสูงอายุ เพื่อรับมือกับสภาพสังคมไทยในอนาคต เช่น การสร้างบุคลากรเฉพาะด้านที่เน้นเรื่องนักจิตเวชผู้สูงอายุ ซึ่งขาดแคลนและต้องการมากในอนาคต 4) เน้นการทำงานประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายต่างๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม และ 4) นำเทคโนโลยี เช่น AI Chatbot มาช่วยในการทำงานของ Specialist

6. แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร อธิบดีอธิบดีกรมสุขภาพจิต

1. สถานการณ์ของกรมสุขภาพจิตในปัจจุบัน :

จุดแข็ง	จุดอ่อน
<ul style="list-style-type: none"> - กรมฯ มีนักวิชาชีพที่สั่งสมประสบการณ์อยู่มาก ทั้งจิตแพทย์ นักจิตวิทยา เป็นต้น - กรมฯ มีประวัติเริ่มตั้งแต่สถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ และยกระดับมาเป็นกรมฯ และมีการขับเคลื่อน KPI มาอย่างต่อเนื่อง - กรมฯ ได้รับการยอมรับในฐานะหน่วยงานที่ดูแลทางด้านสุขภาพจิตของประเทศไทย - กรมฯ มีการจัดให้บริการด้านสุขภาพจิตได้ครอบคลุมทั่วประเทศ - กรมฯ มีการจัดชุดความรู้ให้กับประชาชนทั่วไปอย่างต่อเนื่อง สร้าง Mental Health Literacy - กรมฯ มีช่องทางการให้บริการอื่นๆ มากขึ้น เช่น สายด่วน ออนไลน์ ซึ่งช่วยการให้บริการในขั้นต้น และลดการมาใช้บริการที่ รพ ได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - เนื่องจากลักษณะของกรมฯ เป็นหน่วยงานวิชาการ ทำให้การขับเคลื่อนงานเชิงยุทธศาสตร์ในอดีตที่ผ่านมา ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ต้องมีทีมยุทธศาสตร์ที่มีระบบที่ช่วยสร้างความมั่นใจได้ - กรมฯ ยังขาดการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อให้เกิดการทำงานเชิงยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาทางทางด้านสุขภาพจิต - กรมฯ ยังไม่เป็นที่รับรู้ รู้จักของประชาชนและสังคมเท่าที่ควร
โอกาส	ภัยคุกคาม
<ul style="list-style-type: none"> - ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิต ยกกระดับหน่วยงานที่มีภารกิจดูแลสุขภาพจิตเป็นกรม และมีแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ซึ่งมีไม่กี่ประเทศที่ให้ความสำคัญด้านนี้ - ในปัจจุบันความต้องการรับบริการด้านสุขภาพจิตมีมาก ในขณะที่คู่แข่งที่ยังมีไม่มาก เป็นโอกาสของกรมฯ ในการขยายบริการ การทำงานเชิงลึกมากยิ่งขึ้น - พรบ.สุขภาพจิตแห่งชาติเอื้อให้การทำงานของกรมฯ สามารถทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - COVID-19 ส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้นในสังคมไทย - กระบวนการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐของประเทศไทยยังทำได้ยาก ส่งผลกระทบต่อการทำงานของกรมฯ ซึ่งต้องเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน

2. การคาดการณ์อนาคตที่ดีที่สุด (Best Scenario) ของกรมสุขภาพจิตในอีก 5 ปีข้างหน้า :

กรมสุขภาพจิตจะได้รับการยอมรับมากขึ้น ผ่านการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy) จะช่วยให้สังคมรู้จักและเข้าใจงานของกรมสุขภาพจิตมากขึ้น

3. แนวทางสำคัญในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตเพื่อมุ่งไปสู่อนาคต :

1) การผลิต พัฒนา กำลังคนสุขภาพจิตของประเทศ 2) การกระจายอำนาจ กระจายงานสุขภาพจิตไปยังท้องถิ่น เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต 3) การจัดทำชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพจิตให้มากยิ่งขึ้น 4) เน้นการบริหารในงานสุขภาพจิต

ในระดับชาติ และระดับนานาชาติมากขึ้น 5) จัดทำแผนของกรมฯ ต้องมีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ 6) มีแผนพัฒนาบุคลากร พัฒนาความเชี่ยวชาญอย่างเข้มข้น รวมถึงการจัดทำเส้นทางก้าวหน้าในอาชีพ (Career path) 7) ขยายขอบเขตแผนงานเพิ่มเติมจะทำให้กรมฯ สามารถพลิกโฉมได้อาทิ งานสุขภาพจิตผู้ต้องขัง งานสุขภาพจิตเด็กและครอบครัว และกลุ่มที่เข้าถึงบริการอย่างยากลำบาก

7. แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ อดีตผู้ทรงคุณวุฒิกรมสุขภาพจิต

1. สถานการณ์ของกรมสุขภาพจิตในปัจจุบัน :

จุดแข็ง	จุดอ่อน
<ul style="list-style-type: none"> - กรมฯ มีโรงพยาบาลที่รักษาด้านจิตเวชที่มีชื่อเสียง - กรมฯ มีบุคลากรที่มีประสบการณ์ทั้งที่โรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิต - กรมฯ มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั่วประเทศ ไม่ใช่เฉพาะดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเท่านั้น - กรมฯ เป็นหน่วยงานวางระบบและกำกับติดตามด้านสุขภาพจิตผ่านกระทรวงสาธารณสุข - กรมฯ เป็นตัวแทนในการสื่อสารเรื่องสุขภาพจิตในระดับประเทศ เป็น National Authority - กรมฯ มีการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลทั่วไปเสมือนการสร้างเครือข่าย เพื่อเพิ่มศักยภาพการเข้าถึงการรักษาจากหน่วยบริการใกล้บ้าน - กรมฯ มีการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองโรคทางจิตเวชเบื้องต้น เพื่อช่วยในกระบวนการรักษา 	<ul style="list-style-type: none"> - การกระจายอำนาจในการบริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการในชุมชน ส่งผลกระทบต่อรายได้ของกรมฯ ลดลง - กรมฯ ยังขาดองค์ความรู้เชิงระบบ หรือ Evidence based มาช่วยในการรักษาผู้ป่วยสุขภาพจิต - กรมฯ ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพจิตของประเทศ ที่พร้อมจะหยิบนำมาใช้ให้ทันต่อสถานการณ์ - งานวิจัยของกรมฯ เป็นงานวิจัยเป็นชิ้น ๆ ขาดการเชื่อมโยงเชิงระบบ เช่น ภาวะสมองเสื่อม ต้องมีการวิจัยในภาพใหญ่ภาพรวมของประเทศ - ระบบการทำงานภายในกรมฯ ยังไม่สามารถดึงดูดหรือรักษาคนรุ่นใหม่ที่เก่ง ๆ ทำงานอยู่กับกรมฯ ได้ - ทรัพยากรด้านงบประมาณและบุคลากรในภาพรวมของกรมฯ ยังไม่สอดคล้องกับความต้องการที่จะเป็น National Authority
โอกาส	ภัยคุกคาม
<ul style="list-style-type: none"> - กรมฯ มีเครือข่ายทั้งในภาควิชาการในมหาวิทยาลัยและหน่วยงานอื่นๆ ที่ช่วยในการทำงานได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - ปัจจัยทางสังคม มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของคนที่แตกต่างกัน การรักษาจะต้องอาศัยประสบการณ์ของแพทย์เฉพาะคนในการรักษา - คนทั่วไปมักไม่รู้ว่าตนเองป่วย แม้รู้ว่าป่วยแล้วไม่ยอมเข้ารับการรักษา เป็นอุปสรรคในการให้บริการของกรม - ยابางประเภทที่ใช้รักษาโรคทางจิตเวชมีในระบบสาธารณสุขไม่เพียงพอ เช่น ยารักษาโรคซึมเศร้า - ปัญหาด้านสุขภาพจิต ยังไม่ได้รับการสนับสนุนในระดับชาติเท่าที่ควร

2. การคาดการณ์อนาคตที่ดีที่สุด (Best Scenario) ของกรมสุขภาพจิตในอีก 5 ปีข้างหน้า : กรมสุขภาพจิตจะเป็น National Authority ด้าน Mental Health ที่มีองค์ความรู้เชิงลึก เชิงระบบ สามารถดูแล กำกับติดตามระบบสุขภาพจิตในประเทศ เป็นเสาหลักในการดึงเครือข่ายในทุกๆ ภาคส่วนมาร่วมกันดำเนินงาน มีการกระจายบริการไปสู่พื้นที่ต่าง ๆ มากขึ้น และโรงพยาบาลของกรมฯ ปรับบทบาทเป็นเพียง Center Lab มีใช้ บริการหลักของกรมฯ และกรมฯ เป็นหน่วยที่ทำให้ “คนสุขภาพจิตดี คือสามารถมีความสุขได้ในทุกสถานการณ์”

3. แนวทางสำคัญในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตเพื่อมุ่งไปสู่อนาคต : 1) สนับสนุน การศึกษาต่อของบุคลากรเพื่อส่งเสริมความรู้ และประสบการณ์ในสาขาที่เกี่ยวข้อง อาทิ Public Health, Global Policy, Public Mental Health เป็นต้น 2) ขยายจุดเน้น จาก Community Mental Health เป็น Public Mental Health มากขึ้น 3) ขยายการทำงานด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแบบมี Evidence based 4) จัดตั้งศูนย์เพื่อเพิ่มศักยภาพในการสร้างองค์ความรู้เชิงระบบ 5) มีหน่วยงานวิจัยเชิงระบบที่สนับสนุนนโยบาย หรือตอบคำถามเชิงนโยบายและรัฐบาลได้ 6) การ Early psychosis prevention program ป้องกันก่อนป่วย 7) จัดลำดับความสำคัญกับประเด็นด้านสุขภาพจิต ให้เป็นประเด็นระดับชาติ และ 8) สร้างความร่วมมือระหว่าง ประเทศ เพื่อพัฒนาการทำงานในระดับนานาชาติมากขึ้น

8. พันธแพทย์ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ อดีตผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทาง สุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

1. สถานการณ์ของกรมสุขภาพจิตในปัจจุบัน :

จุดแข็ง	จุดอ่อน
<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ สามารถวิเคราะห์ ปัญหา หาวิธีป้องกันและแก้ปัญหาสุขภาพจิตได้ - มีโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข มีกลไกทำงาน ในทุกระดับ ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และชุมชน ที่ สนับสนุนทำงานในเชิงพื้นที่ - Mental Health Promotion มี การ พั ฒ นา Intervention ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต - สายด่วน 1323 ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้าน สุขภาพจิตได้ง่ายขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - บริการสุขภาพจิตปฐมภูมิ ยังมีการดำเนินการน้อย การบริการพื้นฐานยังกระจาย ไม่ทั่วประเทศ ประชาชน เข้าถึงยาก - กรมฯ ยังไม่เป็นที่รู้จักของสังคม
โอกาส	ภัยคุกคาม
<ul style="list-style-type: none"> - สังคมให้ความสนใจกับปัญหาสุขภาพจิตที่สูงขึ้น จึง เป็นโอกาสในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับประชาชน - มีเทคโนโลยี สื่อต่าง ๆ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการ และประเมินตนเองได้ง่ายขึ้น เช่น แบบประเมินออนไลน์ - กรมฯ มีโอกาสใช้ AI, Chatbot ในการทำงานเพื่อ ลดปริมาณงานในการให้คำปรึกษา และช่วยประเมิน 	<ul style="list-style-type: none"> - สังคม ครอบครัวยังบางส่วน ยังไม่เข้าใจปัญหาด้าน สุขภาพจิต เกิดการทอดทิ้ง ไม่ใส่ใจ อาจเกิดอันตราย ต่อสังคมโดยรวมได้ - ทวีติการทำงานร่วมกับ สปสช. ที่ดึงงบประมาณมา ดำเนินงานด้านการป้องกัน - CO-VID 19 สร้างปัญหาด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น

โอกาส	ภัยคุกคาม
<p>สถานการณ์และหามาตรการมาบรรเทาปัญหาสุขภาพจิตได้ทัน่วงที</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประชาชนและสังคมเกิดการรับรู้และให้การยอมรับถึงสภาวะสุขภาพจิตมากขึ้น - หน่วยงานภายนอกกรมฯ มีการทำงานให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิต กรมฯ จึงมีโอกาสดึงหน่วยงานเหล่านี้มาเป็นเครือข่าย 	<ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาจากการใช้เทคโนโลยี เช่น ดิจิทัลเกมส์ หลงเชื่อข้อมูลในสื่อออนไลน์ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต และการดำเนินงานของกรมฯ - ความก้าวหน้าในการดำเนินงานของแผนสุขภาพจิตแห่งชาติมีน้อย กรมฯ ทำหน้าที่เป็นเลขานุการ หากไม่ก้าวหน้าจะทำให้กรมฯ ตกที่นั่งลำบาก - แผนระดับชาติ เป็นแผนระดับใหญ่ เขียนไว้กว้างเกินไป ไม่ค่อยมีความชัดเจน และไม่มีการประเมินผลการทำงาน

2. การคาดการณ์อนาคตที่ดีที่สุด (Best Scenario) ของกรมสุขภาพจิตในอีก 5 ปีข้างหน้า : กรมสุขภาพจิตต้องเพิ่มการทำงานเชิงรุกและบูรณาการในการทำงานเพิ่มมากขึ้น “คนในประเทศไทยมีความทุกข์ เพราะสุขภาพจิตจำนวนมาก หวังเพียงให้กรมฯ ดำเนินการเพื่อให้คนหมดทุกข์ด้านนี้ไป โดยการสร้างเพื่อนในการทำงาน คอยสนับสนุนการทำงานมากขึ้น”

3. แนวทางสำคัญในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตเพื่อมุ่งไปสู่อนาคต : 1) ควรสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชน เพื่อร่วมกันดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในภาพรวมของประเทศ 2) สนับสนุน Intervention ด้านพัฒนาการของเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มากขึ้น 3) สนับสนุนการป้องกันสุขภาพจิตในโรงเรียนให้กระจายทั่วประเทศ ด้วยแอปพลิเคชัน HERO ดูแลกลุ่มเด็กที่มีพฤติกรรมรุนแรง และ 4) สนับสนุนการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว เพื่อช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัว

9. นายแพทย์พิทักษ์พล บุญมาลี เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ

1. สถานการณ์ของกรมสุขภาพจิตในปัจจุบัน :

จุดแข็ง	จุดอ่อน
<ul style="list-style-type: none"> - กรมฯ มีภาพลักษณ์ มีความน่าเชื่อถือในสังคมที่ดี - กรมฯ มีภารกิจและอำนาจตามกฎหมายด้านสุขภาพจิต - กรมฯ มีต้นทุนทางวิชาการที่ดี โดยเฉพาะในการส่งเสริมป้องกัน และสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต - กรมฯ มีโรงพยาบาลจิตเวชจำนวนมาก ที่มีศักยภาพ มีชื่อเสียง - กรมฯ มีบุคลากรและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีศักยภาพ - สิ่งที่กรมฯ ยึดถือ (Share Value) และเป็นข้อดีของกรมฯ คือ มีความภูมิใจ มีความรักความเป็นบุคลากรของกรมฯ 	<ul style="list-style-type: none"> - เทคโนโลยีสารสนเทศ (Digital Transformation) มีโอกาสใช้ได้มากกว่าโรคทางกาย - การให้งบประมาณของสำนักงบประมาณดูจากเพดาน (Ceiling) มากกว่าการทำงาน - กรมฯ ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง เพื่อรองรับการทำงานวิชาการและบริการเท่าที่ควร - กรมฯ ยังไม่มีการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายเท่าที่ควร - กรมฯ มีการทำงานแบบ Comfort Zone ติดวิธีการทำงานแบบเก่า

จุดแข็ง	จุดอ่อน
<p>กรมสุขภาพจิต เนื่องจากกรมฯ มีการพัฒนาการทำงานและภาพลักษณ์ที่ดีขึ้น</p> <p>- เทคโนโลยีในการสื่อสาร กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น</p>	
โอกาส	ภัยคุกคาม
<p>- เทคโนโลยีการรักษาที่ดีขึ้น ทั้งมียารักษาให้การลดลง ความต้องการนอนเตียงลดลง ผู้ป่วยที่ใช้โรงพยาบาลของกรมฯ ก็จะลดลงด้วย</p> <p>- สังคมให้การยอมรับงานสุขภาพจิตมากขึ้น</p> <p>- สถานการณ์ต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ เช่น การมีปัญหาของผู้สูงอายุ การชุมนุมทางการเมืองเป็นโอกาสให้กรมฯ แสดงบทบาทในการแก้ปัญหา</p>	<p>- การเติบโตบริการรักษาของภาคส่วนอื่น ๆ เติบโตขึ้นมาก ทำให้คนไข้ของโรงพยาบาลของกรมฯ ลดลง ส่งผลต่อการเงินของกรมฯ</p> <p>- ประเทศไทยมีจิตแพทย์ไม่เพียงพอ และส่วนใหญ่อยากทำงานในโรงพยาบาลประจำจังหวัดมากกว่าโรงพยาบาลของกรมฯ</p>

2. การคาดการณ์อนาคตที่ดีที่สุด (Best Scenario) ของกรมสุขภาพจิตในอีก 5 ปีข้างหน้า : กรมฯ ต้องปฏิรูปการทำงานให้เป็นแบบ Duo System คือ ทำงานตามที่กฎหมายกำหนด และงานวิชาการโดยมีสถาบันวิชาการที่ทำหน้าที่เฉพาะ

3. แนวทางสำคัญในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตเพื่อมุ่งไปสู่อนาคต : 1) ลดบทบาทการให้บริการลง ให้เป็นกรม/สถาบันวิชาการมากขึ้น 2) มีระบบบริหารงานที่ยืดหยุ่นในระบบราชการและระบบวิชาการที่เหมาะสม 3) มีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย อาจใช้โมเดลสมัชชาสุขภาพเป็นตัวอย่าง 4) เน้นวิชาการด้านการส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษา พันฟูให้มากยิ่งขึ้น 5) นำเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขมาใช้สะท้อนผลลัพธ์การทำงาน เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณมากขึ้น 6) ส่งเสริมการสร้างหน่วยทำวิจัยด้านสุขภาพจิตและ Digital Intervention ให้ชัดเจนมากขึ้น

10. นายแพทย์วัชร เพ็งจันทร์ อดีตอธิบดีกรมสุขภาพจิต

1. สถานการณ์ของกรมสุขภาพจิตในปัจจุบัน :

จุดแข็ง	จุดอ่อน
<p>- กรมฯ เป็นกรมวิชาการที่เข้มแข็ง ใช้วิชาการในการขับเคลื่อนงานสู่ประชาชน</p> <p>- กรมฯ มีบุคลากรที่เป็นกลุ่มสหวิชาชีพที่มีศักยภาพ</p> <p>- กรมฯ มีเครือข่ายการทำงานมีความกว้างขวาง โดยเฉพาะเครือข่ายภาคประชาชน</p> <p>- กรมฯ มีบุคลากรที่เป็น Young Staff จึงสามารถสร้างผลงานวิจัย นวัตกรรมมากขึ้น ให้เป็น Digital</p>	<p>- ผู้บริหารทั้งฝ่ายการเมืองและฝ่ายประจำยังไม่เข้าใจบทบาทของกรมฯ อย่างชัดเจน มักใช้กรมฯเป็นหน่วยปฏิบัติการ ทำให้โอกาสการทำงานด้านวิชาการ เช่น การจัดการความรู้ การวิจัยนวัตกรรมลดน้อยลง</p> <p>- กรมฯ ยังเป็นการทำงานเชิงรับ (โรงพยาบาล) มากกว่าการทำงานเชิงรุก</p>

จุดแข็ง	จุดอ่อน
Mental Health Department - กรมฯ มีการบริหารทรัพยากรบุคคล (HR) 3 ส่วน (กรม โรงพยาบาล ศูนย์) ที่เหมาะสม	
โอกาส	ภัยคุกคาม
- การพัฒนาของเทคโนโลยี กรมฯ สามารถใช้คนรุ่นใหม่ สร้าง Digital Mental Health Department โดยการพัฒนา Digital Platform ให้เข้าถึงบริการของกรมฯ ได้ง่ายขึ้น - ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี สามารถนำ AI , Metaverse มาช่วยในการดำเนินงาน เช่น การพูดคุยให้คำปรึกษาของจิตแพทย์ โดยสามารถสร้างความร่วมมือกับกระทรวงดิจิทัลฯ (DE) ในการพัฒนา - ภัยพิบัติและโรคระบาด เป็นโอกาสให้กรมฯ แสดงบทบาทหน้าที่ในการเยียวยาจิตใจประชาชน	- ลำดับการบังคับบัญชาของระบบราชการ ทำให้การทำงานช้าลงและอิสระทางความคิดในการทำงานน้อยลง ส่งผลให้โอกาสในการสร้างวิจัยและนวัตกรรมน้อยลงด้วย

2. การคาดการณ์อนาคตที่ดีที่สุด (Best Scenario) ของกรมสุขภาพจิตในอีก 5 ปีข้างหน้า : กรมฯ ขับเคลื่อนด้วยดิจิทัล เป็น 4.0 อย่างแท้จริง ดำเนินงานวิชาการ พัฒนา นวัตกรรม เพื่อเป็นประโยชน์ต่อประชาชนชั้นนำในระดับนานาชาติ

3. แนวทางสำคัญในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตเพื่อมุ่งไปสู่อนาคต : 1) กรมฯ ควรพัฒนาบุคลากรส่วนหนึ่งเป็นนักวิจัย ทีมพัฒนานวัตกรรมโดยเฉพาะ ให้ขับเคลื่อนงานให้คนไทยมีสุขภาพจิตดี 2) ปรับปรุง พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันสุขภาพจิตของประชาชน ที่ไวและทันทั่วทั้งมากขึ้น 3) สร้างความร่วมมือ สร้างเครือข่ายการทำงานกับภาคส่วนต่าง ๆ 4) มีผู้บริหารและทีมนำในการสะท้อนบทบาทกรมวิชาการ ซึ่งเป็นเจตจำนงแรกในการก่อตั้งกรมฯ และ 5) ปรับบทบาทบุคลากรที่อยู่ภาคบริการ (โรงพยาบาล) ให้ทำงานวิชาการหรืองานเชิงพื้นที่มากขึ้น

3.6.5 ประเด็น SWOT ทั้ง 4 ด้าน (Delphi Research Technique รอบที่ 1) จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ และจากการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ ทั้งจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้อง และการสำรวจข้อมูลจากความคิดเห็นของผู้บริหารและนักวิชาการทุกหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ที่กองยุทธศาสตร์และแผนงานดำเนินการสำรวจ สามารถสรุปเป็นประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ หรือประเด็น SWOT ทั้ง 4 ด้าน จาก Delphi Research Technique รอบที่ 1 ประกอบด้วยประเด็นจุดแข็ง 17 ประเด็น ประเด็นจุดอ่อน 19 ประเด็น ประเด็นโอกาส 11 ประเด็น และประเด็นภัยคุกคาม 12 ประเด็น โดยมีรายละเอียดตามตารางที่ 3-1 ดังนี้

ลำดับ ที่	ประเด็น SWOT ที่มีอิทธิพลสูงยิ่งต่อกรมสุขภาพจิต	ประเภท SWOT
13	กรมฯ มีช่องทางการให้บริการที่ทันสมัย เช่น สายด่วน ออนไลน์ เป็นต้น ช่วยให้การให้บริการในขั้นต้น ลดการมาใช้บริการที่โรงพยาบาลได้	S
14	กรมฯ เป็นตัวแทนในการสื่อสารเรื่องสุขภาพจิตในระดับประเทศเป็น National Authority	S
15	กรมฯ มีแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565) ในวาระแรกระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2563-2565) ที่ชัดเจน โดยมีวิสัยทัศน์ "เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิตด้วยระบบสุขภาพจิตดิจิทัล เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี และเจ้าหน้าที่มีความสุข" และมีพันธกิจ คำนึงมององค์กร ประเด็นยุทธศาสตร์ 4 ประเด็น มีเป้าประสงค์ และตัวชี้วัดครบถ้วน เป็นต้นน้ำซึ่งเป็นจุดแข็งของกรมฯ ที่จะเชื่อมโยงสู่แผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ต่อไปได้ดี	S
16	ผลการประเมินแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565) ในวาระแรกระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2563-2565) ประจำปีงบประมาณ 2564 พบว่า กรมฯ ผ่านตัวชี้วัด 41 ตัวชี้วัดจาก 53 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 77.35 ถือว่ามีความสำเร็จสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3: สร้างความตระหนักและความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิตผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 100	S
17	ในปี พ.ศ. 2563-2564 กรมฯ จัดทำแผนการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (CO-VID19) โดยมีตัวชี้วัดของแผนฯ 12 ตัวชี้วัด ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2564 พบว่า มี 10 ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ ส่วนอีก 2 ตัวชี้วัดมีความสำเร็จใกล้เคียงกับค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้	S
18	บุคลากรของกรมฯ บางส่วนยังขาดทักษะการสื่อสารเนื้อหาของกรมฯ ไปยังหน่วยงานภายนอก ทำให้เนื้อหาของกรมฯ มีการสื่อสารไปถึงประชาชนภายนอกยังมีน้อย ขาดเอกลักษณ์ ขาดจุดเด่นอันเนื่องมาจากการสื่อสาร ทำให้กรมฯ ยังไม่เป็นที่รู้จักของสังคม	W
19	Mindset ของคนในกรมฯ บางส่วนยังทำงานตามตำรา ไม่สอดคล้องกับการทำงานที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ทักษะคติของคนทำงาน ควรมีความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น บางคนยังอยู่ใน Comfort Zone	W
20	ระบบการทำงานของกรมฯ ยังขาดการวิเคราะห์สภาพความเป็นจริงในการทำงาน ส่งผลให้การดำเนินงานของกรมฯ ยังไม่ตอบปัญหาของสังคมได้อย่างแท้จริง ทางด้านส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตยังต้องได้รับการพัฒนาซึ่งกรมฯ ยังไม่ให้ความสำคัญเท่าที่ควร	W
21	ข้อมูลและฐานข้อมูลยังอยู่ในระดับหน่วยงาน ยังขาดการนำมาบูรณาการหรือวิเคราะห์ให้เป็นภาพระดับกรมฯ หรือระดับประเทศ	W
22	การนำเครื่องมือเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย มาใช้ในการดำเนินงานภายในกรมฯ ยังมีค่อนข้างน้อย ยังไม่มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศสมัยใหม่มาปรับหรือประยุกต์ใช้กับโลกปัจจุบันเท่าที่ควร	W

ลำดับ ที่	ประเด็น SWOT ที่มีอิทธิพลสูงยิ่งต่อกรมสุขภาพจิต	ประเภท SWOT
23	โครงสร้างองค์การของกรมฯ ไม่เหมาะกับการดำเนินงาน จิตแพทย์ที่ประจำอยู่ในกรมฯ มีมากกว่าจิตแพทย์ที่โรงพยาบาล ควรปรับให้จิตแพทย์ไปประจำโรงพยาบาลมากกว่าอยู่ที่กรมฯ	W
24	บุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพจิต มีความเติบโตทางสายอาชีพช้ากว่าบุคลากรสาธารณสุขด้านอื่น Career Path ไม่ชัดเจน จึงไม่สามารถดึงดูดหรือรักษาคนรุ่นใหม่ที่เก่งๆ ให้ทำงานอยู่กับกรมฯ นาน ๆ ได้	W
25	โรงพยาบาลในสังกัดของกรมฯ ยังต้องได้รับการพัฒนาในส่วนของเครื่องมือและสถานที่	W
26	โครงสร้างของกรมฯ ยังขาดแคลนจิตแพทย์ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ รวมทั้งขาดแคลนแพทย์ปฐมภูมิตามโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรวมถึงกรมสุขภาพจิตด้วย	W
27	การเก็บรวบรวมข้อมูลในการประเมินผลลัพธ์ของกรมฯ ยังไม่เป็นระบบ ส่วนใหญ่เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ยังขาดการเก็บข้อมูลเชิงสถิติ ที่จะนำไปวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ต่อที่พร้อมจะหยิบนำมาใช้ให้ทันต่อสถานการณ์	W
28	บุคลากรสาย IT หรือด้านดิจิทัลของกรมฯ ยังไม่เพียงพอที่จะรองรับการเติบโตในโลกอนาคต	W
29	การพัฒนาบุคลากรในศูนย์สุขภาพจิต ยังมีทิศทางไม่ชัดเจน	W
30	ระบบการเลื่อนตำแหน่งผู้บริหารภายในกรมฯ ยังขาดความโปร่งใสในการดำเนินการ	W
31	กรมฯ ยังขาดการสานต่อนโยบายที่ต่อเนื่อง ทำให้ไม่เกิดผลสำเร็จเชิงประจักษ์	W
32	โรงพยาบาลของกรมฯ ไม่สามารถรับคนไข้ที่มีปัญหาทางกายร่วมด้วย ขณะที่โรงพยาบาลอื่นรับได้หมด ส่งผลให้มีคนไข้น้อยลง	W
33	กรมฯ เป็นหน่วยงานวิชาการ การขับเคลื่อนงานเชิงยุทธศาสตร์ยังไม่มียุทธศาสตร์ จึงจำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์อย่างเป็นระบบ ในอดีตที่ผ่านมาการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร	W
34	กรมฯ ยังขาดองค์ความรู้เชิงระบบหรือ Evidence Based ที่เป็นเชิงระบบมาช่วยในการรักษาผู้ป่วยสุขภาพจิต	W
35	ทรัพยากรด้านงบประมาณและบุคลากรในภาพรวมของกรมฯ ยังไม่สอดคล้องต่อความต้องการที่จะเป็น National Authority	W
36	การพัฒนาดูแลสุขภาพจิตปฐมภูมิในชุมชนพื้นที่ต่าง ๆ ยังมีน้อยและขาดตัวเชื่อมต่อ ที่จะสนับสนุนให้พื้นที่สามารถดูแลด้านสุขภาพจิตคู่ขนานกับการดูแลสุขภาพกายได้ รวมทั้งการบริการพื้นฐานทางสุขภาพจิตยังกระจายไม่ทั่วประเทศ	W
37	สังคมให้ความสนใจกับสุขภาพจิตสูงขึ้น ประชาชนนึกถึงกรมฯ เป็นอันดับแรกและไว้วางใจให้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช	O
38	ความรุนแรงของวัยรุ่นที่มีผลกระทบจากโลกโซเชียลขาดการดูแลอย่างจริงจัง เป็นผลให้กรมฯ สามารถออกแบบกระบวนการ เพื่อช่วยเหลือสังคมได้ทันต่อสถานการณ์	O

ลำดับ ที่	ประเด็น SWOT ที่มีอิทธิพลสูงยิ่งต่อกรมสุขภาพจิต	ประเภท SWOT
39	สถานการณ์โรคระบาด COVID-19 ที่กระทบสังคม ความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ และกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชน ซึ่งมีความเครียดมากขึ้นจนมีการฆ่าตัวตาย เป็นโอกาสของกรมฯ ที่จะอำนวยความสะดวกการทำงานเชิงรุก	○
40	เทคโนโลยีสมัยใหม่เช่น AI, Telemedicine เป็นตัวช่วยสร้างโอกาสการทำงานของกรมฯ ได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น เช่น ใช้ AI ช่วยจำแนกพฤติกรรม คน ช่วยส่งเสริมและป้องกันระวังได้ Telemedicine เป็นโอกาสให้กรมฯ นำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาผู้ป่วยทางจิตได้ดี เพราะเป็นการรักษาทางจิต ไม่ต้องตรวจร่างกาย แต่ตรวจผ่านการพูดคุยสื่อสารได้	○
41	สังคมผู้สูงอายุและโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เป็นโอกาสในการทำงานของกรมฯ ที่ต้องเร่งการขยายงาน เพื่อรับมือให้ทันต่อสถานการณ์	○
42	ประชาชนยังขาดสถานะในการเข้าถึงอารมณ์ของตัวเองในการดำรงชีวิต เป็นโอกาสของกรมฯ ที่จะเพิ่มบทบาทในสังคม โดยเฉพาะการส่งเสริมและการป้องกัน	○
43	ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิต มีแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ซึ่งมีไม่กี่ประเทศที่ให้ความสำคัญในด้านนี้ รวมทั้งมี พรบ. สุขภาพจิตแห่งชาติ เพื่อให้การทำงานของกรมฯ สามารถทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นได้	○
44	คู่แข่ง ที่ทำงานด้านสุขภาพมีไม่มาก รวมทั้งปัจจุบันความต้องการรับบริการด้านสุขภาพจิตมีมากขึ้น เป็นโอกาสของกรมฯ ในการขยายบริการเชิงลึกได้มากขึ้น	○
45	ภาควิชาการด้านสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัยและสถาบันการศึกษา เป็นเครือข่ายสำคัญ ช่วยให้มีการทำงานได้กว้างขึ้น	○
46	ในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 7.37 ต่อประชากร 100,000 คนทำให้ต้องมียุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติระยะเร่งด่วน พ.ศ. 2564 - 2565 และระยะพัฒนา พ.ศ. 2566 - 2570 เป็นโอกาสให้กรมสุขภาพจิตมีบทบาทสำคัญที่จะเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ซึ่งปัจจุบันมีรองอธิบดีกรมสุขภาพจิต เป็นประธานคณะทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายดังกล่าว	○
47	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีมีแผนแม่บทและแผนย่อยที่เกี่ยวข้องกับกรมสุขภาพจิต เปิดโอกาสให้กลุ่มสามารถเสนอโครงการประจำปีที่เชื่อมโยงกับเป้าหมายของแผนแม่บทได้เป็นประจำทุกปี เช่น โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด To be number one โครงการสร้างเสริมพัฒนาการเด็กกล้าช้า โครงการแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์สุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เป็นต้น	○
48	คนภายนอกกรมฯ ยังไม่เข้าใจเนื้อหาของกรม ประชาชนยังไม่มีความเข้าใจการทำงานของกรมฯ เท่าที่ควร เข้าใจว่าการรักษาคนป่วยจิตเวชไม่มียา เป็นการพูดคุย	T

ลำดับ ที่	ประเด็น SWOT ที่มีอิทธิพลสูงยิ่งต่อกรมสุขภาพจิต	ประเภท SWOT
49	การเปลี่ยนแปลงทาง Social Disruption เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อการทำงานของกรมฯ ซึ่งปรับตัวไม่ทัน	T
50	การเปลี่ยนแปลงทางภัยพิบัติและโรคต่าง ๆ เช่น COVID-19 เข้ามา Disruption อย่างรวดเร็ว กรมฯปรับตัวไม่ทัน และไม่สามารถดำเนินการตามแผนได้ตามที่วางไว้	T
51	วัฒนธรรมกระบวนการเลี้ยงดูเด็ก กล่อมเกล่าให้เจริญเติบโตสมบูรณ์ของครอบครัวคนไทย (Socialization) ยังไม่ดีพอ เป็นอุปสรรคในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตของกรมฯ	T
52	โรคทางจิตเวชมองไม่เห็นอนาคต สังคมไม่ยอมรับเท่าที่ควร สังคมมีทัศนคติของผู้ป่วยจิตเวชเป็นคนผิดปกติ ปัจจุบันปัญหาสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตมีมากขึ้น	T
53	แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสุขภาพดี ขาดการให้ความสำคัญด้านสุขภาพจิตมุ่งส่งเสริมสุขภาพกาย ส่งผลต่อการสนับสนุนงบประมาณด้านนี้น้อย ปัญหาด้านสุขภาพจิต ยังไม่ได้รับการสนับสนุนจากระดับชาติเท่าที่ควร	T
54	ฝ่ายการเมืองอาจยังไม่เข้าใจการทำงานของกรมฯเท่าที่ควร และกรมฯเองยังไม่มีผลงานโดดเด่นเพียงพอที่จะถูกยกขึ้นมาในการสื่อสารได้ในระดับนโยบาย	T
55	ภาคเอกชนเข้ามาให้บริการด้านจิตวิทยาแข่งขันมากขึ้น กลุ่มผู้รับบริการของกรมฯลดลง รวมทั้งภาคเอกชนมีค่าตอบแทนสูงกว่า บุคลากรด้านจิตวิทยามีทางเลือกไปภาคเอกชนมากขึ้น	T
56	การรักษาทางกายเห็นผลชัดเจน ส่วนการรักษาทางจิตอาจมองเห็นภาพไม่ชัด ส่งผลต่อการจัดสรรงบประมาณจากภาครัฐที่ไม่มากเหมือนการรักษาทางกาย รัฐบาลจัดสรรให้น้อย	T
57	การบูรณาการทำงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐของประเทศไทยยังทำได้ยาก เป็นอุปสรรคการทำงานของกรมฯ ที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน	T
58	ประชากรกลุ่มเสี่ยงใน 4 ประเด็น (StB SuD: Stress, Burnout, Suicide, Depression) บางรายไม่ยอมให้กรมสุขภาพจิตติดตามดูแลเนื่องจากต้องการความเป็นส่วนตัวหรือให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้ยากต่อการให้การดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องจนหมดความเสี่ยง	T
59	ระบบการติดตามกลุ่มเสี่ยง StB SuD ในโปรแกรม MHCI ขาดความเสถียร ทำให้ไม่สามารถติดตามกลุ่มเสี่ยงได้ตามเป้าหมาย	T

3.7 ขั้นตอนที่ 7 การประชุมคณะกรรมการกำหนดกรอบทิศทางแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) กรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 1/2565

เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2564 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ในฐานะเลขานุการคณะกรรมการกำหนดกรอบทิศทางแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) กรมสุขภาพจิต ได้จัดการประชุมคณะกรรมการกำหนดกรอบทิศทางแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) กรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 1/2565 ณ ห้องประชุม ศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว อาคาร 1 ชั้น 1 กรมสุขภาพจิต และในรูปแบบการประชุมออนไลน์ผ่านระบบ Cisco Webex Meeting มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 52 คน โดยมีสาระสำคัญในการประชุมครั้งนี้ คือ

3.7.1 การชี้แจงให้คณะกรรมการฯ รับทราบถึงแนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ภายใต้กรอบแนวคิด Input – Output Model ของทฤษฎีระบบ (System Theory) โดยมีรายละเอียดดังนี้

Input เป็นข้อมูลนำเข้าเพื่อประกอบการจัดทำแผน ประกอบด้วย

- 1) International Mental Health Policy
- 2) แผน 3 ระดับของประเทศไทย
- 3) ข้อมูลจากการสำรวจ SWOT ในกลุ่มหัวหน้าหน่วยงาน และนักวิชาการในสังกัดกรมฯ
- 4) สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตที่ท้าทายในอนาคต

Process เป็นกระบวนการที่ใช้ในการจัดทำแผน ประกอบด้วย

1) การวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบเดลฟาย (Delphi Strategic Future Research Technique – DSFR) และส่วนหนึ่งของการทำวิจัยเป็นกระบวนการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 10 คน ซึ่งดำเนินการในเดือนธันวาคม 2564

2) การจัด Workshop จำนวน 3 ครั้ง นำทีมโดยวิทยากรจากศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อกำหนด (ร่าง) สาระสำคัญแผนปฏิบัติการฯ ด้วยการใช้ Software สนับสนุนการจัดทำยุทธศาสตร์ (Computer-Assisted Planning Software) โดยทีมวิทยากรจะออกแบบและจัดทำ Software แบบออฟไลน์ เพื่อสนับสนุนการวางแผนยุทธศาสตร์ที่สนับสนุนการใช้งาน Microsoft Excel (+VBA) ตามกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ รวมทั้งใช้เป็นเครื่องมือช่วยในการให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องให้สามารถเข้าใจและเพิ่มพูนทักษะการจัดทำแผนยุทธศาสตร์

3) ประชุมรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 1 ครั้ง

4) การประชุมคณะกรรมการฯ จำนวน 2 ครั้ง และคณะทำงานฯ จำนวน 3 ครั้ง เพื่อติดตามความก้าวหน้า และรับข้อเสนอต่อการจัดทำแผนปฏิบัติการฯ

Output คือ แผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) กรมสุขภาพจิต มีความน่าเชื่อถือ เป็นที่ยอมรับของผู้บริหารและบุคลากรกรมสุขภาพจิต ตลอดจนเครือข่ายงานสุขภาพจิต และสอดคล้องเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ

ทั้งนี้ ที่ประชุมมีมติให้ กองยุทธศาสตร์และแผนงานดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยคำนึงถึง แนวทางการจัดทำงบประมาณ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 คือ กำหนดแผนที่สอดคล้องกับแผน 3 ระดับ กำหนดแผนที่สอดคล้องกับการดำเนินงานในสถานการณ์ COVID-19 กำหนดแผนที่สอดคล้องกับการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดแผนให้เป็นไปตามวินัยการเงินการคลัง และพิจารณาลดการดำเนินงานในภารกิจประจำให้สอดคล้องกับงบประมาณที่มีของหน่วยงานทั้งหมด รวมทั้งควรจัดลำดับความสำคัญของประเด็นสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตที่ท้าทายในอนาคต เพื่อนำไปสู่การกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ที่สามารถตอบสนองสถานการณ์ในอนาคตได้ และเน้นการทบทวนสถานการณ์ที่เป็นประเด็นการส่งต่อบริการหรืองานสุขภาพจิตสู่ประชาชน เพื่อให้สามารถเห็นภาพกระบวนการดำเนินงานที่ชัดเจนขึ้น

3.7.2 การชี้แจงแนวทางการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานสุขภาพจิต และแผนที่ยุทธศาสตร์ภายใต้แผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) กรมสุขภาพจิต : Workshop ครั้งที่ 1 ซึ่งจะดำเนินการในวันที่ 10 -11 มกราคม 2565 ณ กรมสุขภาพจิต และในรูปแบบออนไลน์ด้วยโปรแกรม Zoom Meeting โดยมีทีมวิทยากรและที่ปรึกษาในการจัดทำแผน จากศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นำโดยรองศาสตราจารย์ ดร.ดำรงค์ วัฒนา และการแบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติ จำนวน 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้นำองค์กร กลุ่มที่ 2 ทีมนำระดับหน่วยงาน และกลุ่มที่ 3 และ 4 เป็นกลุ่มเครือข่ายยุทธศาสตร์ นักวิชาการ ภายในและภายนอกกรม ทั้งนี้ ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะให้ระบุผู้เข้าร่วมเป็นระดับอธิบดี และรองหัวหน้าส่วนราชการ ในกลุ่มที่ 1 ผู้นำองค์กร และให้เชิญบุคลากรกรมสุขภาพจิต ในกลุ่ม Successor ที่เป็นรองหัวหน้าหน่วยงาน เข้าร่วมการประชุมในกลุ่มที่ 2 ด้วย เนื่องจากเป็นกลุ่มที่สามารถให้ความคิดเห็นในการจัดทำแผนได้

3.8 ขั้นตอนที่ 8 การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานสุขภาพจิต และจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ ภายใต้แผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต

ในวันที่ 10 – 11 มกราคม 2565 กองยุทธศาสตร์และแผนงานได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานสุขภาพจิต และจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ ภายใต้แผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ณ ห้องประชุมศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว ชั้น 1 อาคาร 1 กรมสุขภาพจิตและในรูปแบบการประชุมทางไกลผ่านโปรแกรม Zoom Meeting (Online Onsite Hybrid Conference) โดยมีทีมวิทยากรและที่ปรึกษาในการจัดทำแผนฯ จากศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นำโดย รองศาสตราจารย์ ดร.ดำรงค์ วัฒนา และคณะ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้บริหารและนักวิชาการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ตลอดจนเครือข่ายงานสุขภาพจิตทุกภาคส่วน จำนวน 86 คน โดยแบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติ จำนวน 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้นำองค์กร กลุ่มที่ 2 ทีมนำระดับหน่วยงาน และกลุ่มที่ 3 และ 4 เป็นกลุ่มเครือข่ายยุทธศาสตร์ นักวิชาการ ภายในและภายนอกกรม เพื่อมาร่วมมองภาพอนาคตผ่านการวิเคราะห์ประเด็นปัจจัยทั้ง 4 หมวด ตามตัวแบบ SWOT (Delphi Research Technique รอบที่ 2) ซึ่งเป็นการทบทวนแผนแบบ

4.0 ด้วยนวัตกรรมที่อาศัยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ Software สนับสนุนการวางแผนยุทธศาสตร์แบบออนไลน์ที่สนับสนุนการใช้งาน Microsoft Excel (+VBA) ตามกระบวนการจัดทำแผนเชิงยุทธศาสตร์ ในการวิเคราะห์เชิงยุทธศาสตร์ และช่วยสังเคราะห์เชิงยุทธศาสตร์ และนำมากำหนดตำแหน่งทางยุทธศาสตร์ของกรม ตลอดจนกลยุทธ์ที่ได้จากการจัดการความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์ (Delphi Research Technique รอบที่ 3) เพื่อจัดทำ (ร่าง) วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ประเด็นยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ (Delphi Research Technique รอบที่ 4) ซึ่งเป็นองค์ประกอบเชิงยุทธศาสตร์ ภายใต้แผนปฏิบัติราชการฯ โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.8.1 ประเด็น SWOT ทั้ง 4 ด้าน (Delphi Research Technique รอบที่ 2) จากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานสุขภาพจิต และจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ ภายใต้แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต เมื่อวันที่ 10-11 มกราคม 2565 ได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์ทั้งสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก จะได้ประเด็นปัจจัยทั้ง 4 ด้าน ตามตัวแบบ SWOT ซึ่งสามารถนำมากำหนดประเด็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการทำงานของกรมสุขภาพจิต (Delphi Research Technique รอบที่ 2) โดยสรุปประเด็นปัจจัยเชิงยุทธศาสตร์ ในแต่ละด้านประกอบด้วย ประเด็นจุดแข็ง 18 ประเด็น ประเด็นจุดอ่อน 25 ประเด็น ประเด็นโอกาส 11 ประเด็น และประเด็นภัยคุกคาม 13 ประเด็น โดยมีรายละเอียดตามตารางที่ 3-2

ตารางที่ 3-2 ประเด็น SWOT ทั้ง 4 ด้านที่มีผลกระทบต่อการทำงานของหน่วยงาน
จากการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ (Delphi Research Technique รอบที่ 2)

ลำดับ ที่	ประเด็น SWOT ที่มีอิทธิพลสูงยิ่ง ต่อกรมสุขภาพจิต	ประเภท SWOT
1	กรมฯ มีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นอย่างดี ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยจิตเวชในทุกระดับดูแลสุขภาพจิตภาพรวมของประเทศ จนได้รับการยอมรับจากประชาชน และมีความไว้วางใจส่งผู้ป่วยเข้ามารักษา ช่วยสังคมได้หลายประเด็น โดยเฉพาะในเรื่องพัฒนาการของเด็กและดูแลคนไข้ในภาวะวิกฤตที่มีความเครียด ช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้สังคมในส่วนนี้ได้	S
2	บุคลากรของกรมฯ มีความรู้ความสามารถ มีสมรรถนะที่ดี มีจิตแพทย์ นักจิตวิทยาพยาบาลจิตเวช และมีจำนวนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญมากที่สุดในประเทศไทย	S
3	กรมฯ สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง อาทิ การอบรมทั้งในและต่างประเทศ	S
4	บุคลากรของกรมฯ มีความภูมิใจและผูกพันกับองค์กร และเคารพนับถือผู้ที่ทำงานมาก่อน มีการขอรับคำปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิอย่างสม่ำเสมอ	S
5	กรมฯ มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ช่วยเหลือสังคม เช่น สถาบันราชานุกูล ที่มีจุดเด่นการดูแลพัฒนาการเด็ก มีโรงพยาบาลศรีธัญญาที่ดูแลผู้ป่วยทางจิต สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ซับซ้อนได้	S

ลำดับ ที่	ประเด็น SWOT ที่มีอิทธิพลสูงยิ่ง ต่อกรมสุขภาพจิต	ประเภท SWOT
6	กรมฯ มีทรัพยากร เครื่องมือ เทคโนโลยีพร้อม มีเครื่องมือในการคัดกรองที่ดี เช่น แบบประเมินสุขภาพจิต แบบประเมินความเครียด คัดกรองพัฒนาการเด็ก ซึ่งถูกนำไปใช้เป็นเครื่องมือหลักในการคัดกรองสุขภาพจิตของประเทศไทย	S
7	กรมฯ มีทีมงาน MCATT (Mental Health Crisis Assessment & Treatment Team) ที่เข้มแข็ง มีการสร้างทีมในพื้นที่ที่สามารถจัดการปัญหาได้รวดเร็ว	S
8	กรมสุขภาพจิตมีผลงานเชิงประจักษ์ที่ส่งผลกระทบต่อสังคมตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เช่น โครงการปลดโซ่ตรวนจิตใจ สามารถสร้างชีวิต ให้ผู้ป่วยจิตเวชได้เป็นอย่างดี มี Mental Health Promotion และ Intervention ทุกกลุ่มวัย Mental Health Check-in เทคโนโลยีในการสนับสนุนการบริการและดูแลประชาชน	S
9	กรมฯ มีการกระจายการบริหารที่ครอบคลุมประเทศ โดยเฉพาะในมิติการส่งเสริม ป้องกัน การรักษาฟื้นฟูในรูปแบบของศูนย์สุขภาพจิต	S
10	กรมฯ เป็นเสาหลักทางวิชาการด้านความเชี่ยวชาญด้านจิตแพทย์ จิตวิทยาคลินิก มีวิชาการด้านสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง	S
11	ผู้บริหารของกรมฯ เป็นคนรุ่นใหม่มีพลังในการขับเคลื่อน รวมทั้งมี Young Staff ที่จะส่งเสริมให้เป็น Digital Mental Health Department	S
12	กรมฯ มีประวัติตั้งแต่สถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ และยกระดับมาเป็นกรมฯ มีการขับเคลื่อน KPI มาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีระบบการกำกับจัดการด้านสุขภาพจิต ผ่านกระทรวงสาธารณสุข	S
13	กรมฯ มีช่องทางการให้บริการที่ทันสมัย เช่น สายด่วน ออนไลน์ เป็นต้น ช่วยให้การให้บริการในขั้นต้น ลดการมาใช้บริการที่โรงพยาบาลได้	S
14	กรมฯ เป็นตัวแทนในการสื่อสารเรื่องสุขภาพจิตในระดับประเทศเป็น National Authority ให้การสื่อสารต่อสาธารณะอย่างเป็นทางการ	S
15	กรมฯ มีแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565) ในวาระแรกระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2563-2565) ที่ชัดเจน โดยมีวิสัยทัศน์ "เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิตด้วยระบบสุขภาพจิตดิจิทัล เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี และเจ้าหน้าที่มีความสุข" และมีพันธกิจ ค่านิยมองค์กร ประเด็นยุทธศาสตร์ 4 ประเด็น มีเป้าประสงค์ และตัวชี้วัดครบถ้วน เป็นต้นว่าซึ่งเป็นจุดแข็งของกรมฯ ที่จะเชื่อมโยงสู่แผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ต่อไปได้ดี	S
16	กรมฯ มีการสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายได้อย่างเข้มแข็ง	S

ลำดับ ที่	ประเด็น SWOT ที่มีอิทธิพลสูงยิ่ง ต่อกรมสุขภาพจิต	ประเภท SWOT
17	ผลการประเมินแผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565) ในวาระแรกระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2563-2565) ประจำปีงบประมาณ 2564 พบว่า กรมฯ ผ่านตัวชี้วัด 41 ตัวชี้วัดจาก 53 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 77.35 ถือว่ามีความสำเร็จสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3: สร้างความตระหนักและความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิตผ่านตัวชี้วัดร้อยละ 100	S
18	ในปี พ.ศ. 2563-2564 กรมฯ จัดทำแผนการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (CO-VID19) โดยมีตัวชี้วัดของแผนฯ 12 ตัวชี้วัด ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2564 พบว่า มี 10 ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ ส่วนอีก 2 ตัวชี้วัดมีความสำเร็จใกล้เคียงกับค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้	S
19	บุคลากรของกรมฯ บางส่วนยังขาดทักษะการสื่อสารเนื้อหาของกรมฯ ไปยังหน่วยงานภายนอก ทำให้เนื้อหาของกรมฯ มีการสื่อสารไปถึงประชาชนภายนอกยังมีน้อย ขาดเอกลักษณ์ ขาดจุดเด่นอันเนื่องมาจากการสื่อสาร ทำให้กรมฯ ยังไม่เป็นที่รู้จักของสังคม	W
20	Mindset ของคนในกรมฯ บางส่วนยังทำงานตามตำรา ไม่สอดคล้องกับการทำงานที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ทักษะของคนทำงาน ควรมีความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น บางคนยังอยู่ใน Comfort Zone	W
21	ระบบการทำงานของกรมฯ ยังขาดการวิเคราะห์สภาพความเป็นจริงในการทำงาน ส่งผลให้การทำงานของกรมฯ ยังไม่ตอบปัญหาของสังคมได้อย่างแท้จริง ทางด้านส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตยังต้องได้รับการพัฒนาซึ่งกรมฯ ยังไม่ให้ความสำคัญเท่าที่ควร	W
22	ข้อมูลและฐานข้อมูลยังอยู่ในระดับหน่วยงาน ยังขาดการนำมาบูรณาการหรือวิเคราะห์ให้เป็นภาพระดับกรมฯ หรือระดับประเทศ	W
23	การนำเครื่องมือเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย มาใช้ในการดำเนินงานภายในกรมฯ ยังมีค่อนข้างน้อย ยังไม่มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศสมัยใหม่มาปรับหรือประยุกต์ใช้กับโลกปัจจุบันเท่าที่ควร	W
24	โครงสร้างองค์กรของกรมฯ ไม่เหมาะกับการดำเนินงาน จิตแพทย์ที่ประจำอยู่ในกรมฯ มีมากกว่าจิตแพทย์ที่โรงพยาบาล ควรปรับให้จิตแพทย์ไปประจำโรงพยาบาลมากกว่าอยู่ที่กรมฯ	W
25	บุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพจิต มีความเติบโตทางสายอาชีพช้ากว่าบุคลากรสาธารณสุขด้านอื่น Career Path ไม่ชัดเจน จึงไม่สามารถดึงดูดหรือรักษาคนรุ่นใหม่ที่เก่งๆ ให้ทำงานอยู่กับกรมฯ นาน ๆ ได้	W
26	โรงพยาบาลในสังกัดของกรมฯ ยังต้องได้รับการพัฒนาในส่วนของเครื่องมือและสถานที่	W

ลำดับ ที่	ประเด็น SWOT ที่มีอิทธิพลสูงยิ่ง ต่อกรมสุขภาพจิต	ประเภท SWOT
27	โครงสร้างของกรมฯ ยังขาดแคลนบุคลากรโดยรวม (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จิตแพทย์ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ แพทย์ปฐมภูมิตามโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข) กล่าวคือ กรมฯ มีจำนวนบุคลากรน้อยไม่เพียงพอต่อการให้บริการ	W
28	การเก็บรวบรวมข้อมูลในการประเมินผลลัพธ์ของกรมฯ ยังไม่เป็นระบบ ส่วนใหญ่เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ยังขาดการเก็บข้อมูลเชิงสถิติ ที่จะนำไปวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ต่อที่พร้อมจะหยิบนำมาใช้ให้ทันต่อสถานการณ์	W
29	บุคลากรสาย IT หรือด้านดิจิทัลของกรมฯ ยังไม่เพียงพอที่จะรองรับการเติบโตในโลกอนาคต	W
30	การพัฒนาบุคลากรในศูนย์สุขภาพจิต ยังมีทิศทางไม่ชัดเจน	W
31	ระบบการเลื่อนตำแหน่งผู้บริหารภายในกรมฯ ยังมีผู้ที่มีข้อสงสัยและมีข้อร้องเรียนอยู่	W
32	กรมฯ ยังขาดการสานต่อนโยบายที่ต่อเนื่อง ทำให้ไม่เกิดผลสำเร็จเชิงประจักษ์	W
33	โรงพยาบาลของกรมฯ ไม่สามารถรับคนไข้ที่มีปัญหาทางกายร่วมด้วย ขณะที่โรงพยาบาลอื่นรับได้หมด ส่งผลให้มีคนไข้น้อยลง	W
34	กรมฯ เป็นหน่วยงานวิชาการ การขับเคลื่อนงานเชิงยุทธศาสตร์ยังไม่มีมากนัก จึงจำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์อย่างเป็นระบบ ในอดีตที่ผ่านมาการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากการขับเคลื่อนงานต้องการใช้การขับเคลื่อนจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง	W
35	กรมฯ ยังขาดองค์ความรู้เชิงระบบหรือ Evidence Based ที่เป็นเชิงระบบมาช่วยในการรักษาผู้ป่วยสุขภาพจิต	W
36	ทรัพยากรด้านงบประมาณและบุคลากรในภาพรวมของกรมฯ ยังไม่สอดคล้องต่อความต้องการที่จะเป็น National Authority	W
37	การพัฒนาดูแลสุขภาพจิตปฐมภูมิในชุมชนพื้นที่ต่าง ๆ ยังมีน้อยและขาดตัวเชื่อมต่อที่จะสนับสนุนให้พื้นที่สามารถดูแลด้านสุขภาพจิตคู่ขนานกับการดูแลสุขภาพกายได้ รวมทั้งการบริการพื้นฐานทางสุขภาพจิตยังกระจายไม่ทั่วประเทศ	W
38	การเข้าถึงในการให้บริการยังมีปัญหา	W
38	ระบบการติดตามประเมินผลของกรมฯ ยังต้องปรับให้มีคุณภาพสูงขึ้น	W

ลำดับ ที่	ประเด็น SWOT ที่มีอิทธิพลสูงยิ่ง ต่อกรมสุขภาพจิต	ประเภท SWOT
40	กรมฯ มุ่งการรักษาพยาบาล (treatment) มากกว่าการป้องกัน (prevention) (พิจารณาได้จากการจัดสรรงบประมาณ)	W
41	การแก้ปัญหาด้านสุขภาพจิตมุ่งเป้าที่ผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ยังให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การรับมือของสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลในครอบครัว ในระดับต่ำ	W
42	กรมฯ มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดำเนินการสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตยังไม่เข้มข้น ทำให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ได้ค่อนข้างน้อย	W
43	การตอบสนองความต้องการด้านส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระดับพื้นที่ ชุมชนท้องถิ่นยังไม่ครอบคลุม	W
44	สังคมให้ความสนใจกับสุขภาพจิตสูงขึ้น ประชาชนนึกถึงกรมฯ เป็นอันดับแรกและไว้วางใจให้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช	O
45	ความรุนแรงของวัยรุ่นที่มีผลกระทบจากโลกโซเชียลขาดการดูแลอย่างจริงจัง เป็นผลให้กรมฯ สามารถออกแบบกระบวนการ เพื่อช่วยเหลือสังคมได้ทันต่อสถานการณ์	O
46	สถานการณ์โรคระบาด COVID-19 ที่กระทบสังคม ความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ และกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชน ซึ่งมีความเครียดมากขึ้นจนมีการฆ่าตัวตาย เป็นโอกาสของกรมฯ ที่จะอำนวยความสะดวกการทำงานเชิงรุก	O
47	เทคโนโลยีสมัยใหม่เช่น AI, Telemedicine เป็นตัวช่วยสร้างโอกาสการทำงานของกรมฯ ได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น เช่น ใช้ AI ช่วยจำแนกพฤติกรรม คน ช่วยส่งเสริมและป้องกันระวังได้ Telemedicine เป็นโอกาสให้กรมฯ นำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาผู้ป่วยทางจิตได้ดี เพราะเป็นการรักษาทางจิต ไม่ต้องตรวจร่างกาย แต่ตรวจผ่านการพูดคุยสื่อสารได้	O
48	สังคมผู้สูงอายุและโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เป็นโอกาสในการทำงานของกรมฯ ที่ต้องเร่งการขยายงาน เพื่อรับมือให้ทันต่อสถานการณ์	O
49	ประชาชนยังขาดสถานะในการเข้าถึงอารมณ์ของตนเองในการดำรงชีวิต เป็นโอกาสของกรมฯ ที่จะเพิ่มบทบาทในสังคม โดยเฉพาะการส่งเสริมและการป้องกัน	O
50	ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิต มีแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ซึ่งมีไม่กี่ประเทศที่ให้ความสำคัญในด้านนี้ รวมทั้งมี พรบ. สุขภาพจิตแห่งชาติ เพื่อให้การทำงานของกรมฯ สามารถทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นได้	O

ลำดับ ที่	ประเด็น SWOT ที่มีอิทธิพลสูงยิ่ง ต่อกรมสุขภาพจิต	ประเภท SWOT
51	คู่แข่ง ที่ทำงานด้านสุขภาพมีไม่มาก รวมทั้งปัจจุบันความต้องการรับบริการด้านสุขภาพจิตมีมากขึ้น เป็นโอกาสของกรมฯ ในการขยายบริการเชิงลึกได้มากขึ้น	O
52	ภาควิชาการด้านสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัยและสถาบันการศึกษา เป็นเครือข่ายสำคัญช่วยให้มีการทำงานได้กว้างขึ้น	O
53	ในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 7.37 ต่อประชากร 100,000 คนทำให้ต้องมียุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติระยะเร่งด่วน พ.ศ. 2564 - 2565 และระยะพัฒนา พ.ศ. 2566 - 2570 เป็นโอกาสให้กรมสุขภาพจิตมีบทบาทสำคัญที่จะเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ซึ่งปัจจุบันมีรองอธิบดีกรมสุขภาพจิต เป็นประธานคณะทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายดังกล่าว	O
54	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีมีแผนแม่บทและแผนย่อยที่เกี่ยวข้องกับกรมสุขภาพจิต เปิดโอกาสให้กลุ่มสามารถเสนอโครงการประจำปีที่เชื่อมโยงกับเป้าหมายของแผนแม่บทได้เป็นประจำทุกปี เช่น โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด To be number one โครงการสร้างเสริมพัฒนาการเด็กกล้าช้า โครงการแก้ไขปัญหสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เป็นต้น	O
55	คนภายนอกกรมฯ ยังไม่เข้าใจเนื้อหาของกรม ประชาชนยังไม่มี ความเข้าใจการทำงาน ของกรมฯ เท่าที่ควร เข้าใจว่าการรักษาคนป่วยจิตเวชไม่มียา เป็นการพูดคุย	T
56	การเปลี่ยนแปลงทาง Social Disruption เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อการทำงาน ของกรมฯ ซึ่งปรับตัวไม่ทัน	T
57	การเปลี่ยนแปลงทางภัยพิบัติและโรคต่าง ๆ เช่น COVID-19 เข้ามา Disruption อย่างรวดเร็ว กรมฯ ปรับตัวไม่ทัน และไม่สามารถดำเนินการตามแผนได้ตามที่วางไว้	T
58	วัฒนธรรมกระบวนการเลี้ยงดูเด็ก กล่อมเกล่าให้เจริญเติบโตสมบูรณ์ของครอบครัวคนไทย (Socialization) ยังไม่ดีพอ เป็นอุปสรรคในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตของกรมฯ	T
59	โรคทางจิตเวชมองไม่เห็นอนาคต สังคมไม่ยอมรับเท่าที่ควร สังคมมีทัศนคติของ ผู้ป่วยจิตเวชเป็นคนผิดปกติ ปัจจุบันปัญหาสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตมีมากขึ้น	T
60	แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสุขภาพดี ขาดการให้ความสำคัญด้านสุขภาพจิตมุ่งส่งเสริมสุขภาพกาย ส่งผลต่อการสนับสนุนงบประมาณด้านนี้น้อย ปัญหาด้านสุขภาพจิต ยังไม่ได้รับการสนับสนุนจากระดับชาติเท่าที่ควร	T

ลำดับ ที่	ประเด็น SWOT ที่มีอิทธิพลสูงยิ่ง ต่อกรมสุขภาพจิต	ประเภท SWOT
61	ฝ่ายการเมืองอาจยังไม่เข้าใจการทำงานของกรมฯ ดีเท่าที่ควร และกรมฯ เองยังไม่มีผลงานโดดเด่นเพียงพอที่จะถูกยกขึ้นมาในการสื่อสารได้ในระดับนโยบาย	T
62	ภาคเอกชนเข้ามาให้บริการด้านจิตวิทยาแข่งขันมากขึ้น กลุ่มผู้รับบริการของกรมฯ ลดลง รวมทั้งภาคเอกชนมีค่าตอบแทนสูงกว่า บุคลากรด้านจิตวิทยามีทางเลือกไปภาคเอกชนมากขึ้น	T
63	การรักษาทางกายเห็นผลชัดเจน ส่วนการรักษาทางจิตอาจมองเห็นภาพไม่ชัด ส่งผลต่อการจัดสรรงบประมาณจากภาครัฐที่ไม่มากเหมือนการรักษาทางกาย รัฐบาลจัดสรรให้น้อย	T
64	การบูรณาการทำงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐของประเทศไทยยังทำได้ยาก เป็นอุปสรรคการทำงานของกรมฯ ที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน	T
65	ประชากรกลุ่มเสี่ยงใน 4 ประเด็น (StB SuD: Stress, Burnout, Suicide, Depression) บางรายไม่ยอมให้กรมสุขภาพจิตติดตามดูแลเนื่องจากต้องการความเป็นส่วนตัวหรือให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้ยากต่อการให้การดูแลช่วยเหลือต่อเนื่อง จนหมดความเสี่ยง	T
66	ระบบการติดตามกลุ่มเสี่ยง StB SuD ในโปรแกรม MHCI ขาดความเสถียร ทำให้ไม่สามารถติดตามกลุ่มเสี่ยงได้ตามเป้าหมาย	T
67	ในระยะเวลาด้านใกล้ ร.พ. ฝ่ายกายมีแนวโน้มที่จะมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมากขึ้น จะมีบุคลากรด้านจิตเวชมากขึ้น พร้อมให้บริการที่หลากหลาย เชี่ยวชาญและลึก มีความได้เปรียบมาก ทำให้ ร.พ. จิตเวช จะต้องปรับตัวรับสถานการณ์นี้	T

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการทำงานของกรมสุขภาพจิต ทั้งที่เป็นจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภัยคุกคาม ในทุกๆ ประเด็น นำมาจัดอันดับความสำคัญ (Ranking) โดยให้น้ำหนักความสำคัญว่า ประเด็นใดมีความสำคัญมากที่สุดเรียงตามลำดับ โดยให้ผู้บริหาร บุคลากร และผู้ที่เกี่ยวข้องกับกรมสุขภาพจิต จำนวน 86 คน เป็นผู้ประเมิน พบว่ากรมสุขภาพจิตมีประเด็นความท้าทายทางยุทธศาสตร์ (SC – Strategic Challenges) ที่มีลำดับความสำคัญสูง รวม 4 ด้าน ตามตารางที่ 3-3 ดังนี้

ตารางที่ 3-3 ความท้าทายทางยุทธศาสตร์ (SC) ประเด็นจุดแข็ง-จุดอ่อน-โอกาส-อุปสรรค
ใน 10 ประเด็นแรกที่มีน้ำหนักคะแนนสูงสุด

ลำดับ ที่	น้ำหนัก ผลกระทบ	ประเด็นจุดแข็ง
1	5.57%	01 กรมฯ มีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นอย่างดี ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยจิตเวชในทุกระดับ ดูแลสุขภาพจิตภาพรวมของประเทศ จนได้รับการยอมรับจากประชาชน และมีความไว้วางใจส่งผู้ป่วยเข้ามารักษา ช่วยสังคมได้หลายประเด็น โดยเฉพาะในเรื่องพัฒนาการของเด็กและดูแลคนไข้ในภาวะวิกฤตที่มีความเครียด ช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้สังคมในส่วนนี้ได้
2	4.98%	02 บุคลากรของกรมฯ มีความรู้ความสามารถ มีสมรรถนะที่ดี มีจิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช และมีจำนวนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญมากที่สุดในประเทศไทย
3	3.64%	06 กรมฯ มีทรัพยากร เครื่องมือ เทคโนโลยีพร้อม มีเครื่องมือในการคัดกรองที่ดี เช่น แบบประเมินสุขภาพจิต แบบประเมินความเครียด คัดกรองพัฒนาการเด็ก ซึ่งถูกนำไปใช้เป็นเครื่องมือหลักในการคัดกรองสุขภาพจิตของประเทศไทย
4	2.57%	15 กรมฯ มีแผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565) ในวาระแรกระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2563-2565) ที่ชัดเจน โดยมีวิสัยทัศน์ "เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิตด้วยระบบสุขภาพจิตดิจิทัล เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี และเจ้าหน้าที่มีความสุข" และมีพันธกิจ ค่านิยมองค์กร ประเด็นยุทธศาสตร์ 4 ประเด็น มีเป้าประสงค์ และตัวชี้วัดครบถ้วน เป็นต้นนำซึ่งเป็นจุดแข็งของกรมฯ ที่จะเชื่อมโยงสู่แผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ต่อไปได้ดี
5	2.00%	07 กรมฯ มีทีมงาน MCATT (Mental Health Crisis Assessment & Treatment Team) ที่เข้มแข็ง มีการสร้างทีมในพื้นที่ที่สามารถจัดการปัญหาได้รวดเร็ว
6	2.00%	09 กรมฯ มีการกระจายการบริหารที่ครอบคลุมประเทศ โดยเฉพาะในมิติการส่งเสริม ป้องกัน การรักษาฟื้นฟูในรูปแบบของศูนย์สุขภาพจิต
7	2.00%	08 กรมสุขภาพจิตมีผลงานเชิงประจักษ์ที่ส่งผลต่อสังคมตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เช่น โครงการปลดโซ่ตรวนจิตใจ สามารถสร้างชีวิต ให้ผู้ป่วยจิตเวชได้เป็นอย่างดี มี Mental Health Promotion และ Intervention ทุกกลุ่มวัย Mental Health Check-in เทคโนโลยีในการสนับสนุนการบริการและดูแลประชาชน
8	1.94%	10 กรมฯ เป็นเสาหลักทางวิชาการด้านความเชี่ยวชาญด้านจิตแพทย์ จิตวิทยาคลินิก มีวิชาการด้านสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง
9	1.57%	14 กรมฯ เป็นตัวแทนในการสื่อสารเรื่องสุขภาพจิตในระดับประเทศเป็น National Authority ให้การสื่อสารต่อสาธารณะอย่างเป็นทางการ
10	1.45%	05 กรมฯ มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ช่วยเหลือสังคม เช่น สถาบันราชานุกูล ที่มีจุดเด่นการดูแลพัฒนาการเด็ก มีโรงพยาบาลศรีธัญญาที่ดูแลผู้ป่วยทางจิต สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ซับซ้อนได้

ลำดับ ที่	น้ำหนัก ผลกระทบ	ประเด็นจุดอ่อน
1	4.45%	21 ระบบการทำงานของกรมฯ ยังขาดการวิเคราะห์สภาพความเป็นจริงในการทำงาน ส่งผลให้การทำงานของกรมฯ ยังไม่ตอบปัญหาของสังคมได้อย่างแท้จริง ทางด้านส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตยังต้องได้รับการพัฒนาซึ่งกรมฯ ยังไม่ให้ความสำคัญเท่าที่ควร
2	4.38%	22 ข้อมูลและฐานข้อมูลยังอยู่ในระดับหน่วยงาน ยังขาดการนำมาบูรณาการหรือวิเคราะห์ให้เป็นภาพระดับกรมฯ หรือระดับประเทศ
3	2.94%	19 บุคลากรของกรมฯ บางส่วนยังขาดทักษะการสื่อสารเนื้อหาของกรมฯ ไปยังหน่วยงานภายนอก ทำให้เนื้อหาของกรมฯ มีการสื่อสารไปถึงประชาชนภายนอกยังมีน้อย ขาดเอกลักษณ์ ขาดจุดเด่นอันเนื่องมาจากการสื่อสาร ทำให้กรมฯ ยังไม่เป็นที่รู้จักของสังคม
4	2.13%	23 การนำเครื่องมือเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย มาใช้ในการดำเนินงานภายในกรมฯ ยังมีค่อนข้างน้อย ยังไม่มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศสมัยใหม่มาปรับหรือประยุกต์ใช้กับโลกปัจจุบันเท่าที่ควร
5	2.11%	20 Mindset ของคนในกรมฯ บางส่วนยังทำงานตามตำรา ไม่สอดคล้องกับการทำงานที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ทักษะคติของคนทำงาน ควรมีความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น บางคนยังอยู่ใน Comfort Zone
6	1.81%	37 การพัฒนาดูแลสุขภาพจิตปฐมภูมิในชุมชนพื้นที่ต่าง ๆ ยังมีน้อยและขาดตัวเชื่อมต่อ ที่จะสนับสนุนให้พื้นที่สามารถดูแลด้านสุขภาพจิตคู่ขนานกับการดูแลสุขภาพกายได้ รวมทั้งการบริการพื้นฐานทางสุขภาพจิตยังกระจายไม่ทั่วประเทศ
7	1.68%	43 การตอบสนองความต้องการด้านส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระดับพื้นที่ชุมชน ท้องถิ่นยังไม่ครอบคลุม
8	1.57%	27 โครงสร้างของกรมฯ ยังขาดแคลนบุคลากรโดยรวม (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จิตแพทย์ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ แพทย์ปฐมภูมิตามโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข) กล่าวคือ กรมฯ มีจำนวนบุคลากรน้อยไม่เพียงพอต่อการให้บริการ
9	1.49%	34 กรมฯ เป็นหน่วยงานวิชาการ การขับเคลื่อนงานเชิงยุทธศาสตร์ยังไม่ีมากนัก จึงจำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์อย่างเป็นระบบ ในอดีตที่ผ่านมาการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากการขับเคลื่อนงาน ต้องการให้การขับเคลื่อนจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
10	1.47%	28 การเก็บรวบรวมข้อมูลในการประเมินผลลัพธ์ของกรมฯ ยังไม่เป็นระบบ ส่วนใหญ่เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ยังขาดการเก็บข้อมูลเชิงสถิติ ที่จะนำไปวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ต่อที่พร้อมจะหยิบนำมาใช้ให้ทันต่อสถานการณ์

ลำดับ ที่	น้ำหนัก ผลกระทบ	ประเด็นโอกาส
1	3.04%	46 สถานการณ์โรคระบาด COVID-19 ที่กระทบสังคม ความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ และกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชน ซึ่งมีความเครียดมากขึ้นจนมีการฆ่าตัวตาย เป็นโอกาสของ กรมฯ ที่จะฉกฉวยการทำงานเชิงรุก
2	2.13%	48 สังคมผู้สูงอายุและโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เป็นโอกาสในการทำงานของกรมฯ ที่ต้องเร่งการขยายงาน เพื่อรับมือให้ทันต่อสถานการณ์
3	1.83%	44 สังคมให้ความสนใจกับสุขภาพจิตสูงขึ้น ประชาชนนึกถึงกรมฯ เป็นอันดับแรกและไว้วางใจให้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
4	1.83%	47 เทคโนโลยีสมัยใหม่เช่น AI, Telemedicine เป็นตัวช่วยสร้างโอกาสการทำงานของ กรมฯ ได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น เช่น ใช้ AI ช่วยจำแนกพฤติกรรม คน ช่วยส่งเสริมและป้องกันระวังได้ Telemedicine เป็นโอกาสให้กรมฯ นำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาผู้ป่วยทางจิตได้ดี เพราะเป็นการรักษาทางจิต ไม่ต้องตรวจร่างกาย แต่ตรวจผ่านการพูดคุยสื่อสารได้
5	1.72%	45 ความรุนแรงของวัยรุ่นที่มีผลกระทบจากโลกโซเชียลขาดการดูแลอย่างจริงจัง เป็นผลให้กรมฯ สามารถออกแบบกระบวนการ เพื่อช่วยเหลือสังคมได้ทันต่อสถานการณ์
6	1.64%	49 ประชาชนยังขาดสถานะในการเข้าถึงอารมณ์ของตัวเองในการดำรงชีวิต เป็นโอกาสของกรมฯ ที่จะเพิ่มบทบาทในสังคม โดยเฉพาะการส่งเสริมและการป้องกัน
7	1.17%	50 ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิต มีแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ซึ่งมีไม่กี่ประเทศที่ให้ความสำคัญในด้านนี้ รวมทั้งมี พรบ. สุขภาพจิตแห่งชาติเพื่อให้งานของกรมฯ สามารถทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นได้
8	0.87%	53 ในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 7.37 ต่อประชากร 100,000 คน ทำให้ต้องมียุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติระยะเร่งด่วน พ.ศ. 2564 - 2565 และระยะพัฒนา พ.ศ. 2566 - 2570 เป็นโอกาสให้กรมสุขภาพจิตมีบทบาทสำคัญที่จะเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ซึ่งปัจจุบันมีรองอธิบดีกรมสุขภาพจิต เป็นประธานคณะทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายดังกล่าว
9	0.68%	54 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีมีแผนแม่บทและแผนย่อยที่เกี่ยวข้องกับกรมสุขภาพจิต เปิดโอกาสให้กลุ่มสามารถเสนอโครงการประจำปีที่เชื่อมโยงกับเป้าหมายของแผนแม่บทได้เป็นประจำทุกปี เช่น โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด To be number one โครงการสร้างเสริมพัฒนาการเด็กล่าช้า โครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เป็นต้น
10	0.34%	51 คู่แข่ง ที่ทำงานด้านสุขภาพมีไม่มาก รวมทั้งปัจจุบันความต้องการรับบริการด้านสุขภาพจิตมีมากขึ้น เป็นโอกาสของกรมฯ ในการขยายบริการเชิงลึกได้มากขึ้น

ลำดับ ที่	น้ำหนัก ผลกระทบ	ประเด็นอุปสรรค
1	2.04%	64 การบูรณาการทำงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐของประเทศไทยยังทำได้ยาก เป็นอุปสรรคการทำงานของกรมฯ ที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน
2	1.85%	67 ในระยะเวลาอันใกล้ ร.พ. ฝ่ายกายมีแนวโน้มที่จะมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมากขึ้น จะมีบุคลากรด้านจิตเวชมากขึ้น พร้อมให้บริการที่หลากหลาย เชี่ยวชาญและลึก มีความได้เปรียบมาก ทำให้ รพ. จิตเวช จะต้องปรับตัวรับสถานการณ์นี้
3	1.72%	56 การเปลี่ยนแปลงทาง Social Disruption เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อการทำงานของกรมฯ ซึ่งปรับตัวไม่ทัน
4	1.60%	59 โรคทางจิตเวชมองไม่เห็นอนาคต สังคมไม่ยอมรับเท่าที่ควร สังคมมีทัศนคติของผู้ป่วยจิตเวชเป็นคนผิดปกติ ปัจจุบันปัญหาสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตมีมากขึ้น
5	1.43%	60 แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสุขภาพดี ขาดการให้ความสำคัญด้านสุขภาพจิตมุ่งส่งเสริมสุขภาพกาย ส่งผลต่อการสนับสนุนงบประมาณด้านนี้น้อย ปัญหาด้านสุขภาพจิต ยังไม่ได้รับการสนับสนุนจากระดับชาติเท่าที่ควร
6	1.30%	57 การเปลี่ยนแปลงทางภัยพิบัติและโรคต่าง ๆ เช่น COVID-19 เข้ามา Disruption อย่างรวดเร็ว กรมฯปรับตัวไม่ทัน และไม่สามารถดำเนินการตามแผนได้ตามที่วางไว้
7	1.28%	55 คนภายนอกกรมฯ ยังไม่เข้าใจเนื้อหาของกรม ประชาชนยังไม่มีความเข้าใจการทำงานของกรมฯเท่าที่ควร เข้าใจว่าการรักษาคนป่วยจิตเวชไม่มียา เป็นการพูดคุย
8	0.87%	63 การรักษาทางกายเห็นผลชัดเจน ส่วนการรักษาทางจิตอาจมองเห็นภาพไม่ชัด ส่งผลต่อการจัดสรรงบประมาณจากภาครัฐที่ไม่มากเหมือนการรักษาทางกาย รัฐบาลจัดสรรให้น้อย
9	0.51%	58 วัฒนธรรมกระบวนการเลี้ยงดูเด็ก กล่อมเกล่าให้เจริญเติบโตสมบูรณ์ของครอบครัวคนไทย (Socialization) ยังไม่ดีพอ เป็นอุปสรรคในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตของกรมฯ
10	0.36%	62 ภาคเอกชนเข้ามาให้บริการด้านจิตวิทยาแข่งขันมากขึ้น กลุ่มผู้บริการของกรมฯลดลง รวมทั้งภาคเอกชนมีค่าตอบแทนสูงกว่า บุคลากรด้านจิตวิทยามีทางเลือกไปภาคเอกชนมากขึ้น

3.8.2 ความท้าทายทางยุทธศาสตร์

ผลการวิเคราะห์ SWOT ขางตน พบวาทรมสุขภาพจิตมีประเด็นความท้าทายทางยุทธศาสตร์ (Strategic Challenges : SC) ที่มีลำดับความสำคัญสูง รวม 4 ดาน ตามตารางที่ 3-4 ดังนี้

ตารางที่ 3-4 ความท้าทายทางยุทธศาสตร์ที่มีลำดับความสำคัญสูงทั้ง 4 ดาน

ลำดับที่	ความท้าทายทางยุทธศาสตร์ (SC) ด้านจุดแข็ง	น้ำหนักผลกระทบ
1	01กรมฯมีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นอย่างดี ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยจิตเวชในทุกระดับ ดูแลสุขภาพจิตภาพรวมของของประเทศ จนได้รับการยอมรับจากประชาชน และมีความไว้วางใจส่งผู้ป่วยเข้ามารักษา ช่วยสังคมได้หลายประเด็น โดยเฉพาะในเรื่องพัฒนาการของเด็กและดูแลคนไข้ในภาวะวิกฤตที่มีความเครียด ช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้สังคมในส่วนนี้ได้	5.57%
2	02บุคลากรของกรมฯ มีความรู้ความสามารถ มีสมรรถนะที่ดี มีจิตแพทย์ นักจิตวิทยาพยาบาลจิตเวช และมีจำนวนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญมากที่สุดในประเทศไทย	4.98%
3	06กรมฯ มีทรัพยากร เครื่องมือ เทคโนโลยีพร้อม มีเครื่องมือในการคัดกรองที่ดี เช่น แบบประเมินสุขภาพจิต แบบประเมินความเครียด คัดกรองพัฒนาการเด็ก ซึ่งถูกนำไปใช้เป็นเครื่องมือหลักในการคัดกรองสุขภาพจิตของประเทศไทย	3.64%
ลำดับที่	ความท้าทายทางยุทธศาสตร์ (SC) ด้านจุดอ่อน	น้ำหนักผลกระทบ
1	20ระบบการทำงานของกรมฯ ยังขาดการวิเคราะห์สภาพความเป็นจริงในการทำงาน ส่งผลให้การทำงานของกรมฯ ยังไม่ตอบปัญหาของสังคมได้อย่างแท้จริง ทางด้านส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตยังต้องได้รับการพัฒนาซึ่งกรมฯยังไม่ให้ความสำคัญเท่าที่ควร	4.45%
2	21ข้อมูลและฐานข้อมูลยังอยู่ในระดับหน่วยงาน ยังขาดการนำมาบูรณาการหรือวิเคราะห์ให้เป็นภาพระดับกรมฯ หรือระดับประเทศ	4.38%
3	18บุคลากรของกรมฯ บางส่วนยังขาดทักษะการสื่อสารเนื้องานของกรมฯ ไปยังหน่วยงานภายนอก ทำให้เนื้องานของกรมฯ มีการสื่อสารไปถึงประชาชนภายนอกยังมีน้อย ขาดเอกลักษณ์ ขาดจุดเด่นอันเนื่องมาจากการสื่อสาร ทำให้กรมฯ ยังไม่เป็นที่รู้จักของสังคม	2.94%
ลำดับที่	ความท้าทายทางยุทธศาสตร์ (SC) ด้านโอกาส	น้ำหนักผลกระทบ
1	39สถานการณ์โรคระบาด COVID-19 ที่กระทบสังคม ความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ และกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชน ซึ่งมีความเครียดมากขึ้นจนมีการฆ่าตัวตาย เป็นโอกาสของกรมฯที่จะฉกฉวยการทำงานเชิงรุก	3.04%
2	41สังคมผู้สูงอายุและโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เป็นโอกาสในการทำงานของกรมฯที่ต้องเร่งการขยายงาน เพื่อรับมือให้ทันต่อสถานการณ์	2.13%

ลำดับ ที่	ความท้าทายทางยุทธศาสตร์ (SC) ด้านโอกาส	น้ำหนัก ผลกระทบ
3	37สังคมให้ความสนใจกับสุขภาพจิตสูงขึ้น ประชาชนนึกถึงกรมฯ เป็นอันดับแรกและไว้วางใจให้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช	1.83%
ลำดับ ที่	ความท้าทายทางยุทธศาสตร์ (SC) ด้านภัยคุกคาม	น้ำหนัก ผลกระทบ
1	57การบูรณาการทำงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐของประเทศไทยยังทำได้ยาก เป็นอุปสรรคการทำงานของกรมฯ ที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน	2.04%
2	60ในระยะเวลาอันใกล้ ร.พ. ฝายกายมีแนวโน้มที่จะมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมากขึ้น จะมีบุคลากรด้านจิตเวชมากขึ้น พร้อมให้บริการที่หลากหลาย เชี่ยวชาญและลึก มีความได้เปรียบมาก ทำให้ ร.พ. จิตเวช จะต้องปรับตัวรับสถานการณ์นี้	1.85%
3	49การเปลี่ยนแปลงทาง Social Disruption เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อการทำงานของกรมฯ ซึ่งปรับตัวไม่ทัน	1.72%

3.8.3 การวิเคราะห์ตำแหน่งทางยุทธศาสตร์ และความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์

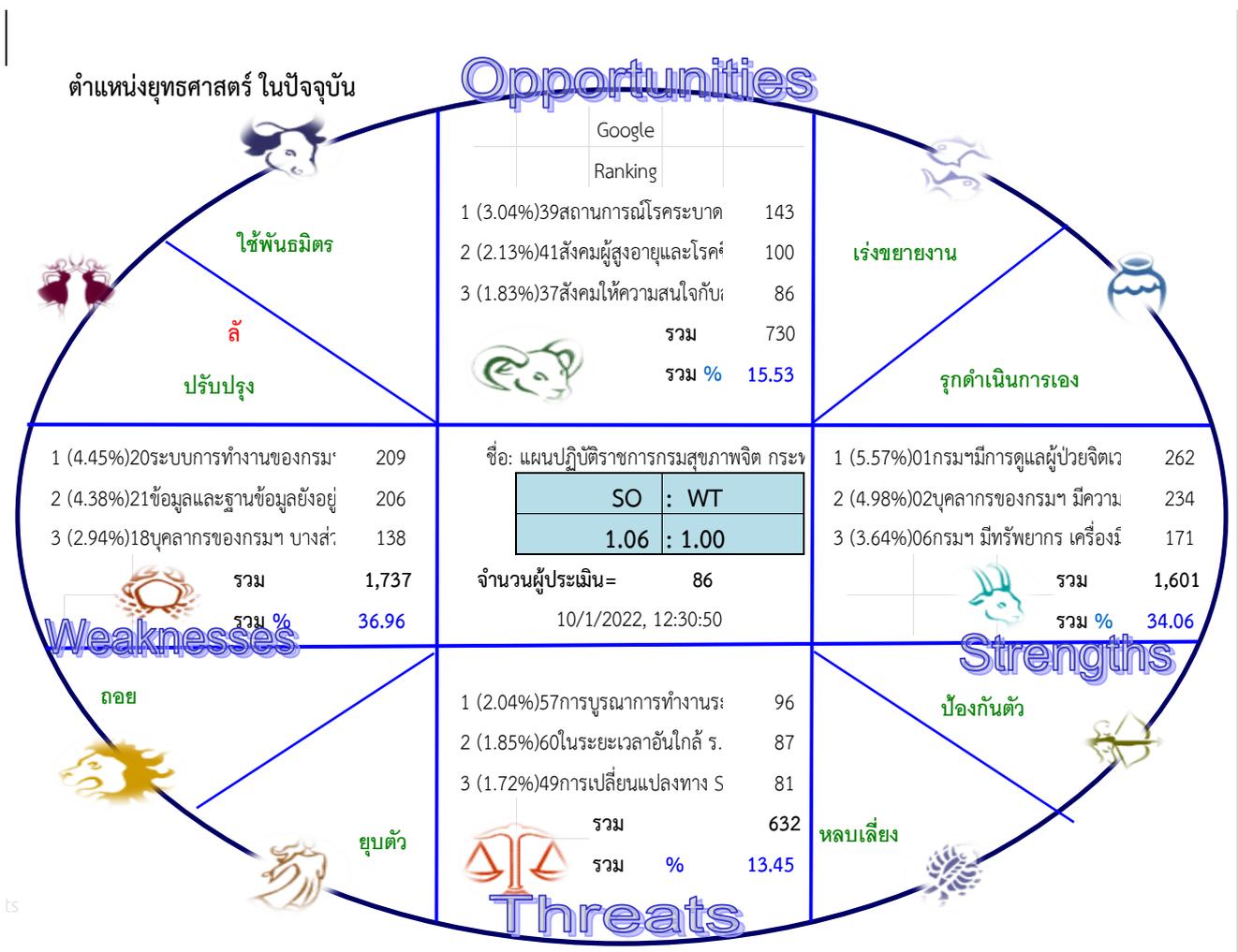
ทีมวิทยากรจากศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ได้นำประเด็น SWOT ข้างต้นไปดำเนินการวิเคราะห์และประเมิน ด้วย Software ที่สนับสนุนการวางแผนยุทธศาสตร์แบบ Offline ที่สนับสนุนการใช้งาน Microsoft Excel (+VBA) ตามกระบวนการจัดทำแผนเชิงยุทธศาสตร์ ในกลุ่มผู้บริหาร บุคลากร และผู้ที่เกี่ยวข้องกับกรมสุขภาพจิต จำนวน 86 คน โดยได้น้ำหนักคะแนนในแต่ละประเด็น จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าว สามารถนำมากำหนดตำแหน่งทางยุทธศาสตร์ หรือ SP (Strategic Position) ของกรมสุขภาพจิต ดังนี้

- ประเด็นจุดอ่อน มีน้ำหนักคะแนนรวมสูงสุด เป็นลำดับแรก จำนวน 1,737 คะแนน หรือร้อยละ 36.96 ของคะแนนทั้งหมด
- ประเด็นจุดแข็ง มีน้ำหนักคะแนนรวมรองลงมาเป็นลำดับที่ 2 จำนวน 1,601 คะแนน หรือร้อยละ 34.06 ของคะแนนทั้งหมด
- ประเด็นโอกาส มีน้ำหนักคะแนนรวมรองลงมาเป็นลำดับที่ 3 จำนวน 730 คะแนน หรือร้อยละ 15.53 ของคะแนนทั้งหมด
- ประเด็นภัยคุกคาม มีน้ำหนักคะแนนรวมรองลงมาเป็นลำดับที่ 4 จำนวน 632 คะแนน หรือร้อยละ 13.45 ของคะแนนทั้งหมด

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงสำรวจแบบกลุ่มเชิงลึก (Focus group) และจากการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ กลุ่มผู้บริหาร บุคลากร และผู้ที่เกี่ยวข้องกับกรมสุขภาพจิต จำนวน 86 คน ทีมวิทยากรจากศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ได้นำผลการสำรวจทั้งสองประเภทไปใช้ในการวิเคราะห์ตำแหน่งทางยุทธศาสตร์ (SP - Strategic Position) ในปัจจุบันของกรมสุขภาพจิต และความได้เปรียบ

เชิงยุทธศาสตร์ (SA – Strategic advantage) ของกรมสุขภาพจิต พบว่า ตกอยู่ในตำแหน่ง “ปรับปรุง” มีสัดส่วน SO:WT = 1.06 : 1.00 ดังแสดงในแผนภาพที่ 3-6 เพื่อปรับตำแหน่งทางยุทธศาสตร์ให้อยู่ในตำแหน่งที่ได้เปรียบในอนาคต ซึ่งโดยหลักในการจัดทำตำแหน่งทางยุทธศาสตร์ ต้องมีค่าความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์ (SA) มากกว่า 3 : 1 ดังนั้น จึงต้องมีการกำหนดเป็นประเด็นยุทธศาสตร์ด้วยการ “กำจัดจุดอ่อน” และการ “พลิกอุปสรรคเป็นโอกาส” หรือ “พลิกวิกฤต” เพื่อให้สามารถจัดการความท้าทายต่าง ๆ สร้างยุทธศาสตร์เชิงรุก และยกระดับความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์ โดยนำประเด็น SWOT ต่าง ๆ ที่มีน้ำหนักสูง มาวิเคราะห์ความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์ หรือ SC (Strategic Challenge) โดยการใช้ประโยชน์จากการที่มีโอกาสเอื้อในการขจัดหรือลดจุดอ่อนที่เผชิญอยู่เพื่อให้องค์การไปอยู่ในตำแหน่งรุก และได้เปรียบ ผ่านการใช้ตาราง TOWS Matrix ในการสรุปผลการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงยุทธศาสตร์ในตำแหน่ง เชิงรุก (SO) เชิงป้องกัน (ST) เชิงพัฒนา (WO) และเชิงรับ (WT) โดยจะแสดงให้เห็นปัจจัยเชิงยุทธศาสตร์ทั้งภายนอกและภายในขององค์กรในตารางเดียว ประกอบด้วยปัจจัยเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญในลำดับสูงสุดเท่านั้น รายละเอียดตามตารางที่ 3-5

แผนภาพที่ 3-6 ตำแหน่งทางยุทธศาสตร์ในปัจจุบันของกรมสุขภาพจิต



ตารางที่ 3-5 ประเด็นยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ด้าน

เชิงรุก (SO) เชิงป้องกัน (ST) เชิงพัฒนา (WO) และเชิงรับ (WT)

<p>เชิงรุก (SO) เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตที่รองรับงานสุขภาพจิต ในอนาคต</p>	<p>เชิงป้องกัน (ST) ยกระดับการสื่อสารงานสุขภาพจิต ด้วยข้อมูล เชิงประจักษ์ ให้ประชาชนเกิดความรอบรู้สุขภาพจิต</p>
<p>เชิงพัฒนา (WO) สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี (Mental Health Civic Group)</p>	<p>เชิงรับ (WT) สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด (Marketing) เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต (Mental Health Economics) และกำลังคนสมรรถนะสูง (Professionalism)</p>

3.8.4 กระบวนการวิเคราะห์สมรรถนะหลักเชิงยุทธศาสตร์

ที่ประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มผู้บริหาร บุคลากร และผู้ที่เกี่ยวข้องกับกรมสุขภาพจิต จำนวน 86 คน ได้นำผลการสำรวจ SWOT ไปใช้ในการระดมสมอง และพิจารณานำสมรรถนะหลัก หรือ CC (Core Competency) ของกรมสุขภาพจิต โดยอาศัยตัวแบบจัดทำยุทธศาสตร์ VRIO (Value – Rareness – Imitation – Organization) ในการวิเคราะห์ทรัพยากรสำคัญของกรมสุขภาพจิต ดังตารางที่ 3-6 เพื่อนำสมรรถนะหลัก CC ไปดำเนินการจัดการ SC ด้วย POSE/BOSS และสามารถปรับ/ปรับปรุง/ยกระดับ SP และ SA ให้มีความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์ ที่มีความพร้อมสูงในการไปสู่อนาคตระยะยาว ด้วยความมั่นใจ

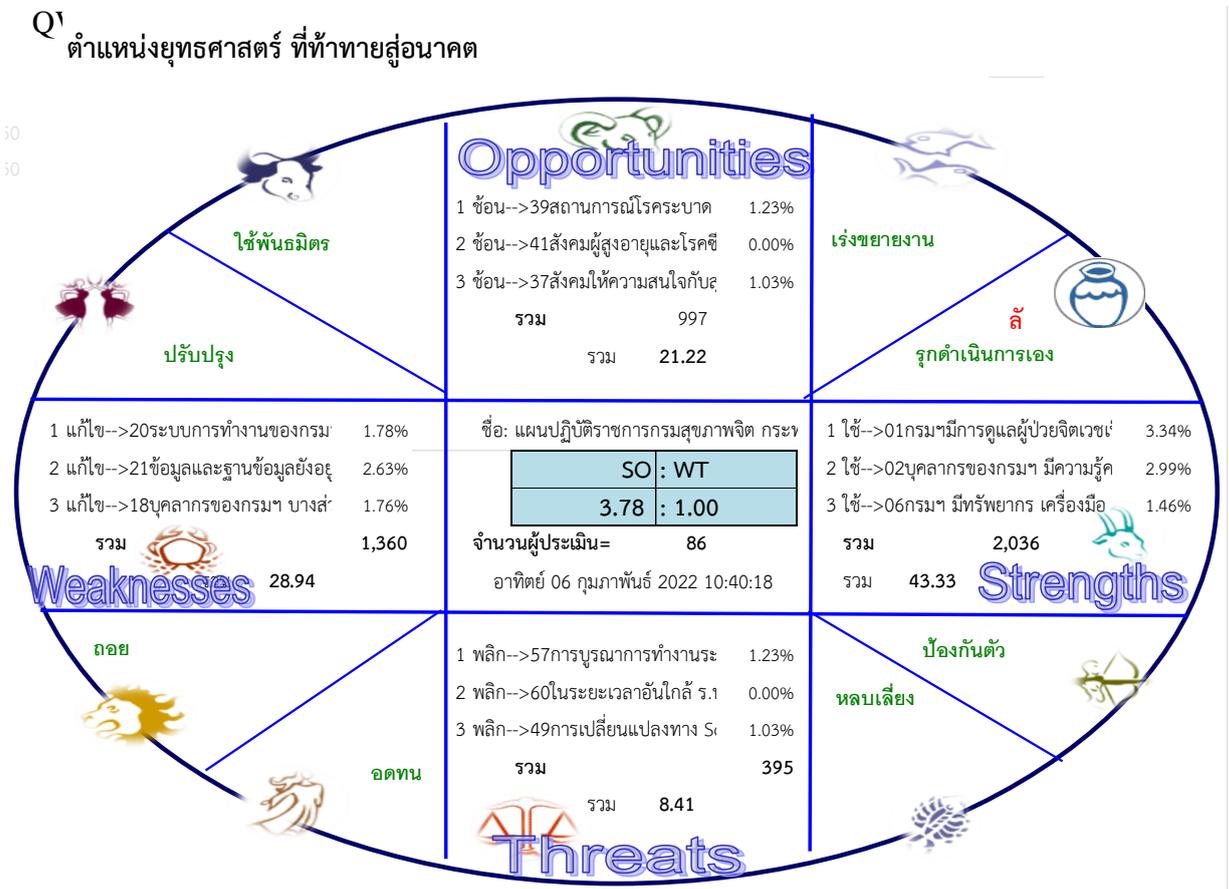
ตารางที่ 3-6 การวิเคราะห์ทรัพยากรสำคัญด้วยตัวแบบ VRIO

ประเด็น/ทรัพยากร	Value	Rareness	Imitation	Organization	Core Competency
กรมฯ มีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นอย่างดี ให้ ความสำคัญกับผู้ป่วยจิตเวชในทุกกระดับ ดูแล สุขภาพจิตภาพรวมของของประเทศ จนได้รับการ ยอมรับจากประชาชน และมีความไว้วางใจส่งผู้ป่วย เข้ามารักษา ช่วยสังคมได้หลายประเด็น โดยเฉพาะใน เรื่องพัฒนาการของเด็กและดูแลคนไข้ในภาวะวิกฤตที่ มีความเครียด ช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้สังคมในส่วนนี้ได้	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	สมรรถนะหลัก
บุคลากรของกรมฯ มีความรู้ความสามารถ มีสมรรถนะ ที่ดี มีจิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช และมี จำนวนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญมากที่สุดใน ประเทศไทย	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	สมรรถนะหลัก
กรมฯ มีทรัพยากร เครื่องมือ เทคโนโลยีพร้อม มี เครื่องมือในการคัดกรองที่ดี เช่น แบบประเมิน สุขภาพจิต แบบประเมินความเครียด คัดกรอง พัฒนาการเด็ก ซึ่งถูกนำไปใช้เป็นเครื่องมือหลักในการ คัดกรองสุขภาพจิตของประเทศไทย	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	สมรรถนะหลัก

3.8.5 การกำหนดตำแหน่งทางยุทธศาสตร์ของกรม (Strategic Positioning: SP) และกลยุทธ์ (Tactic) ที่ได้จากการจัดการความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์ (Delphi Research Technique รอบที่ 3)

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงสำรวจแบบกลุ่มเชิงลึก (Focus group) และจากการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ กลุ่มผู้บริหาร บุคลากร และผู้ที่เกี่ยวข้องกับกรมสุขภาพจิต จำนวน 86 คน ทีมวิทยากรจากศูนย์บริการวิชาการ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ได้นำผลการสำรวจทั้งสองประเภทไปใช้ในการ ระดมสมอง และพิจารณานำสมรรถนะหลักของกรมสุขภาพจิต ไปกำหนดตำแหน่งทางยุทธศาสตร์ของกรม (Strategic Positioning: SP) และกลยุทธ์ (Tactic) ที่ได้จากการจัดการความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์ ซึ่งเป็น Delphi Research Technique รอบที่ 3 โดยอาศัยตัวแบบจัดทำยุทธศาสตร์ VRIO (Value – Rareness – Imitation – Organization) ในการวิเคราะห์ทรัพยากรสำคัญของกรมสุขภาพจิต เพื่อไปจัดการความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์ (SC) ด้วยการใช้เครื่องมือ “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” หรือ POSE (Philosophy Of Sufficient Economy) และ “ยุทธศาสตร์น่านน้ำสีคราม” หรือ BOSS (Blue Ocean Strategy Scheme) ดำเนินการสร้างกลยุทธ์ (Tactics) และความริเริ่ม (Initiatives) เพื่อมุ่งจัดการความท้าทาย รวมทั้งปัญหา หรือ pain points ต่างๆ ที่ส่งผล ต่อการเปลี่ยนแปลง/ปรับปรุงตำแหน่งทางยุทธศาสตร์ของกรม (SP) อย่างยกระดับ และพลิกโฉมองค์กร รวมทั้ง กำหนดค่าความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์ (SA) ให้มีความพร้อมสูงในการ มุ่งไปสู่อนาคตระยะยาว ด้วยความมั่นใจ ซึ่งสามารถปรับสัดส่วน จาก SO:WT = 1.06 : 1.00 ไปเป็น SO:WT = 3.78 : 1.00 ดังแสดงได้ในแผนภาพที่ 3-7

แผนภาพที่ 3-7 ตำแหน่งทางยุทธศาสตร์ที่ท้าทายสู่นาคตของกรมสุขภาพจิต (Delphi Research Technique รอบที่ 3)



และจากการแบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติทั้ง 4 กลุ่ม ทั้งในรูปแบบออนไลน์และออนไลน์ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม จากผู้บริหารและนักวิชาการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ตลอดจนเครือข่ายงานสุขภาพจิตทุกภาคส่วน จำนวน 86 คน เพื่อมาร่วมกำหนดทิศทางการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Software สนับสนุน การวางแผนยุทธศาสตร์แบบออฟไลน์ที่สนับสนุนการใช้งาน Microsoft Excel (+VBA) ตามกระบวนการจัดทำแผน เชิงยุทธศาสตร์ นอกจากนี้จะได้ตำแหน่งทางยุทธศาสตร์ของกรมแล้ว ยังได้กลยุทธ์ (Tactic) ที่ได้จากการจัดการ ความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์ (Delphi Research Technique รอบที่ 3) ดังนี้

1. พัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์การตระหนักรู้เรื่องสุขภาพจิต

1.1 พัฒนาระบบการจัดการความรู้ให้กับประชาชนผ่านสื่อ โดยการถอดบทเรียนในการแก้ปัญหาให้ ประชาชนมีความรู้ และตระหนักรู้ในเรื่องของสุขภาพจิต (Public Mental Health Literacy)

1.2 เสริมสร้างศักยภาพของประชาชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

1.3 พัฒนาระบบสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าถึงเทคโนโลยี/องค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ ผ่านมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต

1.4 พัฒนาเครื่องมือด้านสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับความสนใจ ความต้องการของประชาชน ประชาชนสามารถเข้าถึงเครื่องมือในการดูแลสุขภาพจิตที่มีความง่ายต่อการใช้งาน (User friendly)

2. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต

2.1 พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านจิตเวช พร้อมรับมือกับประเด็นสุขภาพจิต ที่ท้าทายในอนาคต โดยผลักดันให้มีหลักสูตรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ให้เป็นหนึ่งในสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพจิต

2.2 พัฒนาบุคลากรกรมสุขภาพจิตครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพ ให้มีความเชี่ยวชาญในทักษะวิชาชีพ และมีทักษะที่หลากหลาย (Multitasking) สามารถบูรณาการองค์ความรู้ร่วมกับสาขาวิชาชีพอื่นได้

2.3 สนับสนุนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ ให้สามารถเป็นที่ปรึกษา ผู้ฝึกสอน ที่ปรึกษา หรือวิทยากร ตามความต้องการของหน่วยงานเครือข่ายด้านสุขภาพจิต

2.4 พัฒนาบุคลากรทีมสหวิชาชีพให้มีความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหา สุขภาพจิตในรูปแบบจิตสังคมบำบัด

3. ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาสุขภาพจิต

3.1 สร้างระบบฐานข้อมูลกลางที่รวบรวมองค์ความรู้ นวัตกรรม งานวิจัยต่างๆ เทคโนโลยีการ ประเมินและเทคโนโลยีอื่นๆ เพื่อง่ายต่อการเลือกใช้งาน

3.2 เสริมสร้างชุดสื่อ เทคโนโลยีดิจิทัล ให้ได้มาตรฐานการและมีความเหมาะสมกับผู้ใช้

3.3 พัฒนาเหมืองข้อมูล (Data mining) ของกรมสุขภาพจิต ที่สามารถผลิต / สังเคราะห์ชุดข้อมูล ด้านสุขภาพจิตที่นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์

3.4 เสริมรูปแบบการทำงานสุขภาพจิต ด้วยระบบเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น Big data, IoT, AI, Metaverse

3.5 สร้างดัชนีมาตรฐาน (Standard index) ของแบบประเมินสุขภาพจิต เทคโนโลยี / องค์ความรู้ด้าน สุขภาพจิตในรูปแบบดิจิทัล ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ใช้งานเป้าหมาย

3.6 พัฒนาชุดข้อมูลมาตรฐานด้านสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตให้เชื่อมต่อกัน (Clinical / Social

determinant)

3.7 พัฒนากลไกในการติดตามและประเมินแผนงานด้านสุขภาพจิตให้เป็นรูปธรรมด้วยระบบดิจิทัล รวมทั้งเสริมกลไกสนับสนุนแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต เช่น งบประมาณ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การติดตามและประเมินผล

3.8 บูรณาการข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพจิตเชิงรุกทุกกลุ่มวัยกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน เช่น สร้างสุข 5 มิติ ระบบการคัดกรองผู้สูงอายุในคลินิก NCD และคลินิกผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ และมาตรฐาน เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

4. รวมพลังเครือข่ายในการร่วมปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต

4.1 สร้างเสริมเครือข่าย ในการดูแลส่งเสริมป้องกันผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ครอบคลุมระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

4.2 สร้างมาตรฐานการดำเนินงานและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายงานสุขภาพจิต

4.3 สร้างเครือข่ายใหม่ในการดำเนินงานสุขภาพจิต เช่น อบจ. เทศบาล อบต. อบผ. เครือข่ายผู้พิการทางจิต องค์กรเอกชน มูลนิธิ สมาคม ชมรม หน่วยงาน NGO

4.4 เสริมสร้างศักยภาพของเครือข่ายงานสุขภาพจิต ในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และจัดระบบนิเวศงานสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

4.5 เสริมทักษะเครือข่ายงานสุขภาพจิต ในการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพจิตให้กับประชาชนในชุมชน

5. ขับเคลื่อนและผลักดันการแก้ปัญหาสุขภาพจิตในระดับจังหวัดและระดับประเทศ

5.1 ผลักดันนโยบายยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายและงานสุขภาพจิตระดับจังหวัดผ่านคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัดภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต

5.2 ผลักดันกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิตและมาตรฐานการดูแลสุขภาพจิตที่มีผลกระทบต่อภาคีสังคม รวมทั้งการจัดทำข้อเสนอแนะและนโยบายระดับชาติ

5.3 ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพจิต ในระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด

5.4 เสริมการบูรณาการงานสุขภาพจิตในเขตสุขภาพและจังหวัด โดยผลักดันประเด็นสุขภาพจิตเข้าสู่แผนพัฒนาเขตสุขภาพและแผนพัฒนาจังหวัด

6. ส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตชุมชน

6.1 สนับสนุนให้เกิดชมรมหรือสมาคมสุขภาพจิตดีในหมู่ผู้สูงอายุ (ผู้ใหญ่ใจดี ผู้ใหญ่สุขภาพจิตดี) และมีกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ให้มีสุขภาพกายจิตใจดี

6.2 สร้างศูนย์การดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยจิตเวช (Day Care) ภายในชุมชน

6.3 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้บ้าน (จิตเวชเรื้อรัง) ในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

7. พัฒนาระบบการทำงานและองค์ความรู้ใหม่ด้านสุขภาพจิต

7.1 บูรณาการให้เกิดการทำงานเป็นทีม ระหว่างผู้เชี่ยวชาญของกรม กับ Net idol, Youtuber Tiktok, Social media

7.2 มุ่งเน้นงานทางด้านการควบคุมป้องกันภัยต่อสุขภาพจิต และพัฒนางานสุขภาพจิตด้านประสาทจิตเวชศาสตร์ (Brain Mind Mood) ในการสื่อสารสร้างความเข้าใจแก่ประชาชน

7.3 พัฒนาระบบการจัดการความรู้ของกรมสุขภาพจิต ผ่านองค์ความรู้ของบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

7.4 สร้างวัฒนธรรมการทำงานด้วยหลักวิชาการ ที่มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการรับรองผลการดำเนินงาน เป็นที่ยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

7.5 เสริมสร้างความเข้มแข็งของสถาบันฝึกอบรมของกรมสุขภาพจิต ในการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตให้แก่ประชาชน

8. สร้างระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตประชาชน ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต

8.1 สร้าง Early Warning Sign ให้กับประชาชน สามารถสังเกตสัญญาณเตือนของปัญหาสุขภาพจิต และดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้นได้

8.2 จัดเวที/ช่องทางให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพจิตที่เป็นรูปแบบเฉพาะ ในสถานการณ์วิกฤต

9. จัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชบนฐานนวัตกรรม และเทคโนโลยีขั้นสูง

9.1 พัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในรูปแบบดิจิทัล ด้วยบริการสุขภาพจิตข้างกายคุณ (Virtual Hospital)

9.2 พัฒนาความเชี่ยวชาญของหน่วยบริการสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากร ให้ความเชี่ยวชาญของแต่ละวิชาชีพ (Core Competency) ตามความเป็นเลิศของหน่วยบริการสุขภาพจิตและจิตเวช (Excellence Center)

9.3 สร้างนวัตกรรมการดูแลสุขภาพจิตสำหรับกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจิตให้ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางทางสังคม (แรงงานนอกระบบ ผู้ไม่มีสัญชาติ แรงงานต่างด้าว ผู้ไม่มีบัตรประชาชน อาสาสมัครแรงงานต่างด้าวทางสุขภาพจิต)

9.4 สร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ให้สามารถคืนสู่สภาวะ (Recovery)

9.5 พัฒนาการเข้าถึงเทคโนโลยีและโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพ

9.6 สร้างเทคโนโลยีด้วยนวัตกรรมขั้นสูง ในการให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำด้านสุขภาพจิต สำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นได้

9.7 พัฒนาแนวทางการใช้เครื่องมือของกรมสุขภาพจิต ในระบบบริการปฐมภูมิ รวมทั้งการประเมินความเหมาะสมของเครื่องมือ

10. เสริมสร้างภาพลักษณ์งานสุขภาพจิต

10.1 เสริมสร้างภาพลักษณ์ขององค์กร ให้ประชาชนเชื่อมั่นต่อองค์ความรู้ ข่าวสารด้านสุขภาพจิตที่สื่อสารไปยังประชาชน เช่น Rebrand ให้เป็นที่รู้จักในวงกว้าง

10.2 สร้างทีมสื่อสารการตลาด (Marketing) ในการเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์สุขภาพจิต

10.3 วางแผนการตลาด สำหรับผลิตภัณฑ์สุขภาพจิตทั้งด้านส่งเสริมป้องกัน บำบัด รักษาฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

11. พัฒนาระบบเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต (Mental Health Economics)

11.1 พัฒนาระบบต้นทุนงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

11.2 พัฒนาระบบการประเมินด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต (Mental Health Economics Evaluation)

11.3 ผลักดันให้เกิดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วยจิตเวชผ่านกองทุนต่างๆ

3.8.6 การกำหนดทิศทางการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต (Delphi Research Technique รอบที่ 4)

ในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต ได้มีการแบ่งกลุ่มผู้เข้าประชุมจำนวน 86 คน ออกเป็น 4 กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มได้ระดมความคิดเห็นและได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ ค่านิยมหลัก วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และกลยุทธ์การดำเนินงาน ที่สะท้อนอัตลักษณ์ และบริบทของตนเอง ซึ่งผลของการระดมความคิดเห็นของทั้ง 4 กลุ่ม ในการกำหนดสาระสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ ได้แก่ วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมหลัก ประเด็นยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์การดำเนินงาน ตามบริบทของกรมสุขภาพจิต สามารถจัดการความท้าทายได้ทั้งเชิงบวกและลบ ทั้งภายนอกและภายในแวดวงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกรมสุขภาพจิต ตลอดจนสามารถเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ผ่านแผนระดับต่างๆ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Delphi Research Technique รอบที่ 4) สรุปเป็น (ร่างที่ 1) แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต โดยมีรายละเอียดดังนี้

(ร่างที่ 1) แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต

วิสัยทัศน์ (Vision statement)

“กรมสุขภาพจิต เป็นองค์กรเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตชั้นนำ เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดีและมีความสุข”

พันธกิจ (Mission statement)

“มุ่งมั่นให้ประชาชนมีสุขภาพจิตดี (To make people mentally healthy)” โดยมีภารกิจหลัก (KRAs: Key Result Areas) ดังต่อไปนี้

- 1) สร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนในทุกกลุ่มวัยสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง
- 2) สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตครอบคลุมทุกมิติในทุกระดับ
- 3) พัฒนากลไกการดำเนินงานสุขภาพจิต เพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานสุขภาพจิตของประเทศ
- 4) สร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสุขภาพจิต โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence-based)

ค่านิยมหลัก (Core Values)

คุณค่าหลักที่กรมสุขภาพจิต ยึดถือเป็นวิถีชีวิตในการดำเนินงานร่วมกัน ได้แก่ “MENTAL”

M = Mind (Happy Mind, Service Mind, Public Mind)

E = Efficiency, Effectiveness, Equity

N = Network

T = Teamwork

A = Accountability

L = Learning (Personal, Team, Organization)

ประเด็นยุทธศาสตร์ / แนวทางในการพัฒนา (Strategic Themes/ Strategies)

1. เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต
2. ยกระดับการสื่อสารงานสุขภาพจิต ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ ให้ประชาชนเกิดความรอบรู้สุขภาพจิต
3. สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี (Mental Health Civic Group)
4. สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด (Marketing) เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต (Mental Health Economics) และกำลังคนสมรรถนะสูง (Professionalism)

กลยุทธ์ (Tactic)

1. พัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์การตระหนักรู้เรื่องสุขภาพจิต
2. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต
3. ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาสุขภาพจิต
4. รวมพลังเครือข่ายในการร่วมปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต
5. ขับเคลื่อนและผลักดันการแก้ปัญหาสุขภาพจิตในระดับจังหวัดและระดับประเทศ
6. ส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตชุมชน
7. พัฒนาระบบการทำงานและองค์ความรู้ใหม่ด้านสุขภาพจิต
8. สร้างระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตประชาชน ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต
9. จัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชบนฐานนวัตกรรม และเทคโนโลยีขั้นสูง
10. เสริมสร้างภาพลักษณ์งานสุขภาพจิต
11. พัฒนาระบบเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต (Mental Health Economics)

3.8.7 การจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy Map)

แผนที่ยุทธศาสตร์เป็นวิธีการแปลงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติรูปแบบหนึ่ง ที่แสดงจุดมุ่งหมายทั้งในระยะยาวและระยะสั้น รวมทั้งการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ (strategic objective) เป็นรูปธรรมที่สามารถวัดผลได้ และมีตัวชี้วัดที่มีกลยุทธ์ขับเคลื่อนให้เกิดความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ โดยใช้วิธีการเขียนจุดมุ่งหมาย บนพื้นฐานของบัตรคะแนนสมดุล (Balanced Scorecard – BSC) ซึ่งมี 4 มิติ คือ ประสิทธิภาพตามพันธกิจ คุณภาพบริการ ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และการพัฒนาองค์กร ให้ครบทั้ง 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ ซึ่งความสัมพันธ์ของวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ตามมิติของ BSC คือ แผนที่ยุทธศาสตร์ (strategy map) โดยกรอบยุทธศาสตร์ที่ได้มีการกำหนดขึ้นนี้ เป็นแผนระยะ 5 ปี มีการกำหนดค่าเป้าหมายของเป้าประสงค์ในระยะ 5 ปี และรายปี ในแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์ รายละเอียดตามตารางที่ 3-7

ตารางที่ 3-7 บัตรคะแนนสมดุล (Balanced Scorecard: BSC) ของแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์

มิติ	วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย					กลยุทธ์
				66	67	68	69	70	
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต									
ประสิทธิผล	คนไทยทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพจิตด้วยระบบดิจิทัลในรูปแบบหมोज้างกาย	ร้อยละการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของคนไทยด้วยระบบดิจิทัล	ร้อยละ	40	50	60	70	80	จัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชบนฐานนวัตกรรมและเทคโนโลยีขั้นสูง
		จำนวนนวัตกรรมสุขภาพจิตที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้	เรื่อง	2	2	2	2	2	
	มีเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต พร้อมใช้	จำนวนเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพจิตที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้	เรื่อง	2	2	2	2	2	ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาสุขภาพจิต
		จำนวนชุดข้อมูลมาตรฐานที่นำมาสร้างเป็นเหมืองข้อมูลและต่อยอดเป็นงานวิจัยหรือนวัตกรรม	เรื่อง	2	2	2	2	2	
คุณภาพบริการ	ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ปลอดภัย ห่างไกลความเครียด และได้รับการดูแลสุขภาพจิตที่ดี	ร้อยละการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชและญาติเพิ่มขึ้นด้วยระบบดิจิทัล	ร้อยละ	30	35	40	45	50	จัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชบนฐานนวัตกรรมและเทคโนโลยีขั้นสูง
		ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการผ่านระบบดิจิทัล	ร้อยละ	80	80	80	80	80	
ประสิทธิภาพ	มีระบบเบ็ดเสร็จจุดเดียว (one-stop Service) บน digital platform ด้านสุขภาพจิต	จำนวนการเข้าใช้งานระบบ one-stop Service บน digital platform ด้านสุขภาพจิต	แสนครั้ง (สะสม)	1	2	3	4	5	จัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชบนฐานนวัตกรรมและเทคโนโลยีขั้นสูง
การพัฒนาองค์การ	บุคลากรของกรมสุขภาพจิตมีทักษะความเข้าใจและสามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Skill)	ร้อยละของบุคลากรของกรมสุขภาพจิตมีทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Skill)	ร้อยละ	60	65	70	75	80	พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต

มิติ	วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย					กลยุทธ์
				66	67	68	69	70	
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกระดับการสื่อสารงานสุขภาพจิต ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ให้ประชาชนเกิดความรู้สุขภาพจิต									
ประสิทธิผล	ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ด้วยการยกระดับการสื่อสารสุขภาพจิตด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์	ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	ร้อยละ	65	70	75	80	85	พัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์กระทรวงสาธารณสุข
		ร้อยละระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของประชาชน	ร้อยละ	...	...	...	...	...
		จำนวนระบบการสื่อสารความเสี่ยง	ระบบ/ช่องทาง	1 / 2	2 / 3	3 / 4	4 / 5	5 / 6	สร้างระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตประชาชน ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต
		ร้อยละของประชาชนที่เข้าถึงความรู้สุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤต	ร้อยละ	...	...	...	...	...
คุณภาพบริการ	ประชาชนและเครือข่ายสามารถเข้าถึงบริการและนวัตกรรมสุขภาพจิตโดยง่าย	ร้อยละของประชาชนเข้าถึง/เข้าใช้ข้อมูลด้านสุขภาพจิต	ร้อยละ	50	60	70	80	90	พัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์กระทรวงสาธารณสุข
		ร้อยละของประชาชนที่เชื่อมั่นและส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพจิต	ร้อยละ	50	60	70	80	90	
ประสิทธิภาพ	มีการเชื่อมโยงชุดข้อมูลมาตรฐานของกรมสุขภาพจิตเพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน	ร้อยละของพื้นที่ (เขตสุขภาพ/จังหวัด/อำเภอ) ที่มีระบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	ร้อยละ (เขตสุขภาพ)	40	55	70	85	100	พัฒนาระบบการทำงานและองค์ความรู้ใหม่ด้านสุขภาพจิต
			ร้อยละ (จังหวัด)	35	45	55	65	75	
			ร้อยละ (อำเภอ)	15	25	35	45	55	
		ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ตามประเด็นปัญหาในพื้นที่	ร้อยละ	70	75	80	85	90	
การพัฒนาองค์กร	บุคลากรมีสมรรถนะสูงจัดการความรู้ การวิจัยจากฐานข้อมูลตลอดจนนวัตกรรมของกรมสุขภาพจิต	ร้อยละของบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิตดำเนินงานตามกระบวนการจัดการความรู้/การวิจัยจากฐานข้อมูลตลอดจนนวัตกรรมของกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ	60	70	80	90	100	พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต

มิติ	วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย					กลยุทธ์
				66	67	68	69	70	
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี (Mental Health Civic Group)									
ประสิทธิผล	ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างชุมชนและสังคมสุขภาพจิตดี	จำนวนเครือข่ายพลเมืองที่เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างสังคมสุขภาพจิตดี	เครือข่าย	3	5	10	15	20	รวมพลังภาคีเครือข่ายในการร่วมปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต
คุณภาพบริการ	เครือข่ายงานสุขภาพจิตมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนให้เกิดกลุ่มพลเมืองสุขภาพจิตดี	ร้อยละของอำเภอที่มีเครือข่ายงานสุขภาพจิตที่เข้าร่วมเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี	ร้อยละ	40	45	50	55	60	รวมพลังภาคีเครือข่ายในการร่วมปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต
ประสิทธิภาพ	มีระบบการบริหารจัดการเครือข่ายงานสุขภาพจิตให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	ร้อยละของเครือข่ายที่มีการดำเนินงานตามระบบบริหารจัดการเครือข่ายงานสุขภาพจิต	ร้อยละ	40	45	50	55	60	ส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตชุมชน
		ร้อยละของเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน	ร้อยละ	...	...	...	...	...	ส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตชุมชน
		ร้อยละของกลไกการดำเนินการมีกฎหมายที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน	ร้อยละ	40	50	60	70	80	ขับเคลื่อนและผลักดันการแก้ปัญหาสุขภาพจิตในระดับจังหวัดและระดับประเทศ
	บุคลากรเครือข่ายงานสุขภาพจิตมีศักยภาพเป็นแกนนำ (Gate Keeper) ของเครือข่ายกลุ่มพลเมืองสุขภาพจิตดี	ร้อยละของบุคลากรในเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจนสามารถเป็นทีมนำด้านสุขภาพจิต (Mental Health Leader) / คนกลางที่ทำหน้าที่สื่อสาร (Kate Keeper)	ร้อยละ	40	50	60	70	80	รวมพลังภาคีเครือข่ายในการร่วมปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต

มิติ	วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย					กลยุทธ์
				66	67	68	69	70	
การพัฒนาองค์กร	บุคลากรกรมสุขภาพจิต มีศักยภาพเป็นผู้ให้คำปรึกษา/แนะนำ (Coach/Mentor) ต่อเครือข่ายกลุ่มพลเมืองสุขภาพจิตดี	ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิต (สหวิชาชีพ) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจนสามารถเป็นผู้ให้คำปรึกษา/แนะนำ (Coach/Mentor) ต่อเครือข่ายกลุ่มพลเมืองสุขภาพจิตดี	ร้อยละ	40	50	60	70	80	พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด (Marketing) เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต (Mental Health Economics) และกำลังคนสมรรถนะสูง (Professionalism)									
ประสิทธิผล	ประชาชนได้รับคุณค่าจากผลิตภัณฑ์ บริการ และบุคลากรกรมสุขภาพจิตจนเกิดความเชื่อมั่นต่อกรมสุขภาพจิต	ร้อยละของประชาชนหรือเครือข่ายที่มีความเชื่อมั่นกับผลิตภัณฑ์ บริการ และความเชี่ยวชาญของบุคลากรกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ	40	45	50	55	60	เสริมสร้างภาพลักษณ์งานสุขภาพจิต
		อัตราผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment : SROI) ที่ประชาชนได้รับคุณค่าจากผลิตภัณฑ์ บริการ และบุคลากรของสุขภาพจิต	เท่า	...	...	...	...	...
	ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ใกล้บ้าน ใกล้ใจ	ร้อยละของผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อสินค้า	ร้อยละ	85	85	85	85	85	เสริมสร้างภาพลักษณ์งานสุขภาพจิต
คุณภาพบริการ	สินค้าและบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ	จำนวนชุดสิทธิประโยชน์ ทางด้านสุขภาพจิตที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้อย่างครอบคลุม	เรื่อง	...	...	...	...	...	พัฒนาระบบเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต

มิติ	วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย					กลยุทธ์
				66	67	68	69	70	
คุณภาพบริการ (ต่อ)	สินค้าและบริการ สุขภาพจิตที่มีคุณภาพ (ต่อ)	ร้อยละของ ประชาชนที่ได้รับ ประโยชน์จากการ บริการสุขภาพจิต จากชุดสิทธิ ประโยชน์	ร้อยละ	40	45	50	55	60	พัฒนาระบบ เศรษฐศาสตร์ สุขภาพจิต
	ระบบนิเวศ (Eco- system Service) ทางด้านการบริการที่มี ความเป็นเลิศ	จำนวนเครือข่ายที่มี ส่วนร่วมในการ ดำเนินงานด้าน สุขภาพจิต	เครือข่าย ที่เป็น องค์กร	10	10	10	10	10	เสริมสร้าง ภาพลักษณ์งาน สุขภาพจิต
ประสิทธิภาพ	การใช้จ่ายงบประมาณ ด้านสุขภาพจิตมีความ คุ้มค่า (Value for Money)	อัตราผลตอบแทน (Return on Investment : ROI) ของชุดสิทธิ ประโยชน์ทางด้าน สุขภาพจิต	เท่า	...	...	...	...	...	พัฒนาระบบ เศรษฐศาสตร์ สุขภาพจิต
	หน่วยงานในสังกัดกรมฯ มีกลไกที่มีมาตรฐานใน การดำเนินงาน (ผ่าน การรับรองสินค้าและ บริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน	ร้อยละของ ผลิตภัณฑ์/บริการ ด้านสุขภาพจิตของ หน่วยงานในสังกัด กรมฯ ผ่านเกณฑ์ การรับรองคุณภาพ มาตรฐาน	ร้อยละ	10	15	20	25	30	พัฒนาระบบ เศรษฐศาสตร์ สุขภาพจิต
การพัฒนา องค์กร	สมรรถนะของบุคลากร เช่น นักสื่อสารการตลาด สุขภาพจิตที่สามถส่งเสริม และสนับสนุนองค์กร เครือข่ายภาคประชาชนให้มี ส่วนร่วมในการพัฒนาสินค้า สุขภาพจิตพัฒนาบุคลากร	ร้อยละของบุคลากร กรมสุขภาพจิตที่มี สมรรถนะและทักษะที่ จำเป็นต่อการ สื่อสารด้าน การตลาด สุขภาพจิต	ร้อยละ	20	30	40	50	60	พัฒนาสมรรถนะ บุคลากรให้มีความ เชี่ยวชาญด้าน สุขภาพจิต
	บุคลากรของกรม สุขภาพจิตมีความสุข	ร้อยละของบุคลากร กรมสุขภาพจิตที่มี ความสุข	ร้อยละ	80	80	80	80	80	พัฒนาสมรรถนะ บุคลากรให้มีความ เชี่ยวชาญด้าน สุขภาพจิต

จากการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ในทุกประเด็นยุทธศาสตร์ครบทั้ง 4 มิติ สามารถนำมาเขียนใน
ลักษณะแผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy Map) บนพื้นฐานของบัตรคะแนนสมดุล (Balanced Scorecard – BSC) ได้ดัง
แผนภาพที่ 3-8

แผนภาพที่ 3-8 แผนที่ยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต



3.9 ขั้นตอนที่ 9 การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำรายละเอียดและกำหนดโครงการสำคัญภายใต้ (ร่าง) แผนปฏิบัติการ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต

ในวันที่ 10 - 11 กุมภาพันธ์ 2565 กองยุทธศาสตร์และแผนงานได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำรายละเอียดและกำหนดโครงการสำคัญ ภายใต้ (ร่าง) แผนปฏิบัติการ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ณ ห้องประชุม 2 ชั้น 2 อาคาร 1 กรมสุขภาพจิต และในรูปแบบการประชุมทางไกลผ่านโปรแกรม Zoom Meeting (Online Onsite Hybrid Conference) โดยมีทีมวิทยากรและที่ปรึกษาในการจัดทำแผนฯ จากศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นำโดยรองศาสตราจารย์ ดร.ดำรง วัฒนา และคณะผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้บริหารและนักวิชาการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ตลอดจนเครือข่ายงานสุขภาพจิตภายนอกกรม จำนวนทั้งสิ้น 140 คน โดยสาระสำคัญในการประชุมครั้งนี้ คือ การทวนสอบรายละเอียดของ (ร่าง) แผนปฏิบัติการ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 10 - 11 มกราคม 2565 รวมทั้งการฝึกปฏิบัติจัดทำโครงการสำคัญตามประเด็นยุทธศาสตร์ ด้วยการเขียนโครงการแบบเหตุผลสัมพันธ์ Logical Framework และเชื่อมโยงโครงการสำคัญกับยุทธศาสตร์ชาติด้วย X-Matrix โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Software สนับสนุนการวางแผนยุทธศาสตร์แบบออนไลน์ที่สนับสนุนการใช้งาน Microsoft Excel (+VBA) ตามกระบวนการจัดทำแผนเชิงยุทธศาสตร์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.9.1 การทวนสอบรายละเอียดของ (ร่าง) แผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต

ผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้ร่วมกันทวนสอบรายละเอียดของ (ร่าง) แผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ในส่วนของการกำหนดสาระสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ ได้แก่ วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมหลัก ประเด็นยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์การดำเนินงาน เพื่อให้ได้ (ร่างที่ 2) แผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต โดยมีรายละเอียดการปรับปรุงดังนี้

(ร่างที่ 2) แผนปฏิบัติการราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต

วิสัยทัศน์

“กรมสุขภาพจิต เป็นองค์กรชั้นนำที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดีและมีความสุข”

พันธกิจ

1. สร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนในทุกกลุ่มวัยสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง
2. สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตครอบคลุมทุกมิติในทุกระดับ
3. พัฒนากลไกการดำเนินงานสุขภาพจิต เพื่อกำหนดทิศทางงานสุขภาพจิตของประเทศ
4. สร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสุขภาพจิต โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence-based)

ค่านิยมหลัก

คุณค่าที่กรมสุขภาพจิต ยึดถือเป็นวิถีชีวิตในการดำเนินงานร่วมกัน (Core value) คือ “MENTAL”

M = Mind (Happy Mind, Service Mind, Public Mind)

E = Efficiency, Effectiveness, Equity

N = Network

T = Teamwork

A = Accountability

L = Learning (Personal, Team, Organization)

ประเด็นยุทธศาสตร์

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกกระดับการสื่อสารงานสุขภาพจิต ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ ให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี (Mental Health Civic Group)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด (Marketing) เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต (Mental Health Economics) และกำลังคนสมรรถนะสูง (Professionalism)

กลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงานภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์

กลยุทธ์ 1.1 ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาระบบสุขภาพจิต

แนวทางการดำเนินงาน

- 1.1.1 สร้างระบบฐานข้อมูลกลางที่รวบรวมองค์ความรู้ นวัตกรรม งานวิจัยต่างๆ เทคโนโลยี การประเมินและเทคโนโลยีอื่นๆ เพื่อง่ายต่อการเลือกใช้งาน
- 1.1.2 เสริมสร้างชุดสื่อ เทคโนโลยีดิจิทัล ให้ได้มาตรฐานการและมีความเหมาะสมกับผู้ใช้
- 1.1.3 พัฒนาเหมืองข้อมูล (Data mining) ของกรมสุขภาพจิต ที่สามารถผลิต / สังเคราะห์ชุดข้อมูล ด้านสุขภาพจิตที่นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์
- 1.1.4 เสริมรูปแบบการทำงานสุขภาพจิต ด้วยระบบเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น Big data, IoT, AI, Metaverse
- 1.1.5 สร้างดัชนีมาตรฐาน (Standard index) ของแบบประเมินสุขภาพจิต เทคโนโลยี / องค์ความรู้ ด้านสุขภาพจิตในรูปแบบดิจิทัล ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ใช้งานเป้าหมาย
- 1.1.6 พัฒนาชุดข้อมูลมาตรฐานด้านสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตให้เชื่อมต่อกัน (Clinical / Social determinant)
- 1.1.7 พัฒนากลไกในการติดตามและประเมินแผนงานด้านสุขภาพจิตให้เป็นรูปธรรมด้วยระบบดิจิทัล รวมทั้งเสริมกลไกสนับสนุนแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต เช่น งบประมาณ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การติดตามและประเมินผล
- 1.1.8 บูรณาการข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพจิตเชิงรุกทุกกลุ่มวัยกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เป็น ฐานข้อมูลเดียวกัน เช่น สร้างสุข 5 มิติ ระบบการคัดกรองผู้สูงอายุในคลินิก NCD และคลินิกผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ และมาตรฐาน เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

กลยุทธ์ 1.2 ขับเคลื่อนและผลักดันการแก้ปัญหาสุขภาพจิตในระดับจังหวัดและระดับประเทศ

แนวทางการดำเนินงาน

- 1.2.1 ผลักดันนโยบายยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายและงานสุขภาพจิตระดับจังหวัดผ่าน คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัดภายใต้พระราชบัญญัติ สุขภาพจิต
- 1.2.2 ผลักดันกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิตและมาตรฐานการดูแลสุขภาพจิตที่มีผลกระทบต่อภาคีสังคม รวมทั้งการจัดทำข้อเสนอแนะและนโยบายระดับชาติ
- 1.2.3 ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพจิต ในระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด
- 1.2.4 เสริมการบูรณาการงานสุขภาพจิตในเขตสุขภาพและจังหวัด โดยผลักดันประเด็นสุขภาพจิต เข้าสู่แผนพัฒนาเขตสุขภาพและแผนพัฒนาจังหวัด

กลยุทธ์ 1.3 จัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชบนฐานนวัตกรรม และเทคโนโลยีขั้นสูง

แนวทางการดำเนินงาน

- 1.3.1 พัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในรูปแบบดิจิทัล ด้วยบริการสุขภาพจิตข้างกายคุณ (Virtual Hospital)

1.3.2 พัฒนาความเชี่ยวชาญของหน่วยบริการสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากร ให้มีความเชี่ยวชาญของแต่ละวิชาชีพ (Core Competency) ตามความเป็นเลิศของหน่วยบริการสุขภาพจิตและจิตเวช (Excellence Center)

1.3.3 สร้างนวัตกรรมการดูแลสุขภาพจิตสำหรับกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจิตให้ครอบคลุม ประชาชนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางทางสังคม (แรงงานนอกระบบ ผู้ไม่มีสัญชาติ แรงงานต่างด้าว ผู้ไม่มีบัตรประชาชน อาสาสมัครแรงงานต่างด้าวทางสุขภาพจิต)

1.3.4 สร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ให้สามารถคืนสู่สภาวะ (Recovery)

1.3.5 พัฒนาการเข้าถึงเทคโนโลยีและโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพ

1.3.6 สร้างเทคโนโลยีด้วยนวัตกรรมขั้นสูง ในการให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำด้านสุขภาพจิต สำหรับ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นได้ ในรูปแบบออนไลน์

1.3.7 พัฒนาแนวทางการใช้เครื่องมือของกรมสุขภาพจิต ในระบบบริการปฐมภูมิ รวมทั้งการ ประเมินความเหมาะสมของเครื่องมือ

1.3.8 ปรับเปลี่ยนการบริการของหน่วยบริการจิตเวช เป็นรูปแบบ Virtual Hospital และรูปแบบ Metaverse Hospital โดยมีระบบบริการที่พร้อมใช้และตอบรับเทคโนโลยีที่พัฒนาอย่างรวดเร็ว

กลยุทธ์ 2.1 พัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์การตระหนักรู้เรื่องสุขภาพจิต

แนวทางการดำเนินงาน

2.1.1 พัฒนาระบบการจัดการความรู้ให้กับประชาชนผ่านสื่อ โดยการถอดบทเรียนในการแก้ปัญหา ให้ประชาชนมีความรู้ และตระหนักรู้ในเรื่องของสุขภาพจิต (Public Mental Health Literacy)

2.1.2 เสริมสร้างศักยภาพของประชาชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

2.1.3 พัฒนาระบบสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าถึงเทคโนโลยี/องค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ผ่าน มาตรฐานของกรมสุขภาพจิต

2.1.4 พัฒนาเครื่องมือด้านสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับความสนใจ ความต้องการของประชาชน ประชาชนสามารถเข้าถึงเครื่องมือในการดูแลสุขภาพจิตที่มีความง่ายต่อการใช้งาน (User friendly)

กลยุทธ์ 2.2 พัฒนาระบบการทำงานและองค์ความรู้ใหม่ด้านสุขภาพจิต

แนวทางการดำเนินงาน

2.2.1 บูรณาการให้เกิดการทำงานเป็นทีม ระหว่างผู้เชี่ยวชาญของกรม กับ Net idol, Youtuber Tiktok, Social media

2.2.2 มุ่งเน้นงานทางด้านการควบคุมป้องกันภัยต่อสุขภาพจิต และพัฒนางานสุขภาพจิตด้าน ประสาทจิตเวชศาสตร์ (Brain Mind Mood) ในการสื่อสารสร้างความเข้าใจแก่ประชาชน

2.2.3 พัฒนาระบบการจัดการความรู้ของกรมสุขภาพจิต ผ่านองค์ความรู้ของบุคลากรที่มีความ เชี่ยวชาญสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

2.2.4 สร้างวัฒนธรรมการทำงานด้วยหลักวิชาการ ที่มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการรับรองผล การดำเนินงาน เป็นที่ยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

2.2.5 เสริมสร้างความเข้มแข็งของสถาบันฝึกอบรมของกรมสุขภาพจิต ในการถ่ายทอดองค์ความรู้ ด้านสุขภาพจิตให้แก่ประชาชน

กลยุทธ์ 2.3 สร้างระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตประชาชน ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต

แนวทางการดำเนินงาน

2.3.1 สร้าง Early Warning Sign ให้กับประชาชน สามารถสังเกตสัญญาณเตือนของปัญหาสุขภาพจิต และดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้นได้

2.3.2 จัดเวที/ช่องทางให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพจิตที่เป็นรูปแบบเฉพาะ ในสถานการณ์วิกฤต

กลยุทธ์ 3.1 รวมพลังเครือข่ายในการร่วมปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต

แนวทางการดำเนินงาน

3.1.1 สร้างเสริมเครือข่าย ในการดูแลส่งเสริมป้องกันผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ครอบคลุม ระดับปฐมนุฎิและทุติยภูมิ

3.1.2 สร้างมาตรฐานการดำเนินงานและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายงานสุขภาพจิต

3.1.3 สร้างเครือข่ายใหม่ในการดำเนินงานสุขภาพจิต เช่น อบจ. เทศบาล อบต. อบผ. เครือข่าย ผู้พิการทางจิต องค์กรเอกชน มูลนิธิ สมาคม ชมรม หน่วยงาน NGO

3.1.4 เสริมสร้างศักยภาพของเครือข่ายงานสุขภาพจิต ในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลด้าน เทคโนโลยีสารสนเทศ และจัดระบบนิเวศงานสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

3.1.5 เสริมทักษะเครือข่ายงานสุขภาพจิต ในการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพจิตให้กับประชาชนในชุมชน

กลยุทธ์ 3.2 ส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตชุมชน

แนวทางการดำเนินงาน

3.2.1 สนับสนุนให้เกิดชมรมหรือสมาคมสุขภาพจิตดีในหมู่ผู้สูงอายุ (ผู้ใหญ่ใจดี ผู้ใหญ่สุขภาพจิตดี) และมีกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ให้มีสุขภาพกายจิตใจดี

3.2.2 สร้างศูนย์การดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยจิตเวช (Day Care) ภายในชุมชน

3.2.3 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้บ้าน (จิตเวชเรื้อรัง) ในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กลยุทธ์ 4.1 เสริมสร้างภาพลักษณ์งานสุขภาพจิต

แนวทางการดำเนินงาน

4.1.1 เสริมสร้างภาพลักษณ์ขององค์กร ให้ประชาชนเชื่อมั่นต่อองค์ความรู้ ข่าวสารด้านสุขภาพจิต ที่สื่อสารไปยังประชาชน เช่น Rebrand ให้เป็นที่รู้จักในวงกว้าง

4.1.2 สร้างทีมสื่อสารการตลาด (Marketing) ในการเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์สุขภาพจิต

4.1.3 วางแผนการตลาด สำหรับผลิตภัณฑ์สุขภาพจิตทั้งด้านส่งเสริมป้องกัน บำบัด รักษาฟื้นฟู สมรรถภาพด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

กลยุทธ์ 4.2 พัฒนาระบบเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต (Mental Health Economics)

แนวทางการดำเนินงาน

4.2.1 พัฒนาระบบต้นทุนงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

4.2.2 พัฒนาระบบการประเมินด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต (Mental Health Economics Evaluation)

4.2.3 ผลักดันให้เกิดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วยจิตเวชผ่านกองทุนต่างๆ

กลยุทธ์ 4.3 พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต

แนวทางการดำเนินงาน

4.3.1 พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านจิตเวช พร้อมรับมือกับประเด็นสุขภาพจิตที่ท้าทายในอนาคต โดยผลักดันให้มีหลักสูตรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ให้เป็นหนึ่งในสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพจิต

4.3.2 พัฒนาบุคลากรกรมสุขภาพจิตครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพ ให้มีความเชี่ยวชาญในทักษะวิชาชีพ และมีทักษะที่หลากหลาย (Multitasking) สามารถบูรณาการองค์ความรู้ร่วมกับสาขาวิชาชีพอื่นได้

4.3.3 สนับสนุนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ ให้สามารถเป็นพี่เลี้ยง ผู้ฝึกสอน ที่ปรึกษา หรือวิทยากร ตามความต้องการของหน่วยงานเครือข่ายด้านสุขภาพจิต

4.3.4 พัฒนาบุคลากรทีมสหวิชาชีพให้มีความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในรูปแบบจิตสังคมบำบัด

3.9.2 ข้อเสนอโครงการสำคัญ หรือ โครงการเรือธง (flagship projects) ของกรมสุขภาพจิต

การจัดทำโครงการต่างๆ ให้เชื่อมโยงกับแผนงาน ยุทธศาสตร์ของกรม และจะต้องเชื่อมโยงกับแผน 3 ระดับด้วยนั้น ต้องอาศัยเครื่องมือ “โฮชินกันริ (Hoshin Kanri)” หรือ X-Matrix ในการเชื่อมโยงโครงการ และแผนในระดับต่าง ๆ ของกรมสุขภาพจิตและยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี โดยจากการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมได้แบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติ จำนวน 4 กลุ่ม โดยแบ่งตามประเด็นยุทธศาสตร์ เพื่อจัดทำข้อเสนอโครงการสำคัญ หรือโครงการเรือธง (flagship projects) ในปีงบประมาณ 2566 รายละเอียดตามตารางที่ 3-8

ตารางที่ 3-8 ข้อเสนอโครงการสำคัญ หรือโครงการเรือธง (flagship projects)

ที่	ลำดับ ความสำคัญ	น้ำหนัก	ชื่อโครงการ
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต			
1	1	14.501%	โครงการพัฒนาระบบการแก้ปัญหาสุขภาพจิตและสร้างความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการสุขภาพจิตดิจิทัล
2	2	13.159%	โครงการพัฒนาหัวใจข้างกาย ใน Digital platform
3	3	13.059%	โครงการพัฒนา platform หมอใจข้างกาย เพื่อการดูแลสุขภาพจิตประชาชน
4	4	13.016%	โครงการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรกรมสุขภาพจิตด้านเทคโนโลยีดิจิทัล
5	5	12.621%	โครงการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพจิตดิจิทัล

ที่	ลำดับ ความสำคัญ	น้ำหนัก	ชื่อโครงการ
6	6	12.149%	โครงการพัฒนาหน่วยบริการจิตเวช ให้เป็น Virtual Hospital
7	7	11.581%	โครงการพัฒนาระบบ one-stop Service บน digital platform ด้านสุขภาพจิต
8	8	9.915%	โครงการพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพในการพัฒนางานวิจัยนวัตกรรมเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ด้านสุขภาพจิต
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์			
1	1	18.836%	โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น เช่น (Mental Health Check in) App Khuikun
2	2	17.880%	โครงการเฝ้าระวัง ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระดับครัวเรือน (Mental Health Set Box)
3	3	16.604%	โครงการพัฒนานวัตกรรม/สารสนเทศ/งานวิจัย จากเหมืองข้อมูล
4	4	16.485%	โครงการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตตนเอง (ประกอบด้วยแบบประเมินแบบคัดกรองมาตรฐาน และ Content อื่นที่เกี่ยวข้อง) - สำหรับประชาชนทั่วไป - สำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ (กลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ กลุ่มความรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำ กลุ่มเด็กและวัยรุ่น ผู้ปกครองที่ต้องดูแลบุตรหลาน)
5	5	16.238%	โครงการสื่อสารประชาสัมพันธ์งานสุขภาพจิต สร้างความรู้ด้านสุขภาพจิต สอดคล้องกับกระแสสังคม
6	6	13.957%	โครงการพัฒนาทักษะและสมรรถนะด้านการถ่ายทอดองค์ความรู้และความเชี่ยวชาญของบุคลากรกรมสุขภาพจิต
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี			
1	1	21.690%	โครงการพัฒนาระบบบริหารจัดการเครือข่ายงานสุขภาพจิต
2	2	21.467%	โครงการเสริมสร้างศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพจิตเพื่อบูรณาการงานสุขภาพจิตในชุมชน
3	3	20.445%	โครงการสร้างชุมชนพลเมืองด้านสุขภาพจิต (Mental Health Civic Group)
4	4	18.607%	โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเครือข่ายงานสุขภาพจิตให้สามารถเป็นแกนนำ (Gate Keeper) ของเครือข่ายกลุ่มพลเมืองสุขภาพจิตดี
5	5	17.790%	โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมสุขภาพจิตเพื่อเป็นผู้ให้คำปรึกษา/แนะนำ (Coach/Mentor) ต่อเครือข่ายกลุ่มพลเมืองสุขภาพจิตดี

ที่	ลำดับ ความสำคัญ	น้ำหนัก	ชื่อโครงการ
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต และกำลังคนสมรรถนะสูง			
1	1	12.775%	โครงการเสริมสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพจิต ด้วยกลไกทางการตลาด และเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต
2	2	11.601%	โครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตครบวงจรด้วยกลไกทางกฎหมาย
3	3	11.209%	โครงการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายให้เป็นนักสื่อสารสุขภาพจิต
4	4	10.335%	โครงการจัดตั้งศูนย์กลางข้อมูลประเมินความคุ้มค่าด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต
5	5	10.039%	โครงการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อพัฒนาไปสู่องค์กรแห่งความสุข
6	6	9.605%	โครงการเสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากรให้เป็นทีมสื่อสารด้านสุขภาพจิต
7	7	9.574%	โครงการส่งเสริมและพัฒนารายการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต
8	8	9.444%	โครงการจัดตั้ง Training Center และศูนย์รวมเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต
9	9	8.983%	โครงการผลิตสินค้าและบริการสุขภาพจิต ผ่านกระบวนการที่มีมาตรฐาน
10	10	6.434%	โครงการพัฒนาคุณภาพระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพจิต

3.9.3 การเขียนโครงการแบบเหตุผลสัมพันธ์

ผู้เข้าร่วมประชุมได้แบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติ จำนวน 4 กลุ่มตามประเด็นยุทธศาสตร์ เพื่อเขียนโครงการแบบเหตุผลสัมพันธ์ Logical Framework โดยเทคนิคการเขียนโครงการแบบเหตุผลสัมพันธ์ คือ การให้ความสำคัญกับผลลัพธ์สุดท้ายของโครงการ หรือหลักการและเหตุผลของโครงการจะต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Software สนับสนุนการวางแผนยุทธศาสตร์แบบออฟไลน์ที่สนับสนุนการใช้งาน Microsoft Excel (+VBA) ตามกระบวนการจัดทำแผนเชิงยุทธศาสตร์ โดยมีรายละเอียดโครงการในแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์ ตามตารางที่ 3-9

ตารางที่ 3-9 การเขียนโครงการแบบเหตุผลสัมพันธ์

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต
โครงการ พัฒนาระบบการแก้ปัญหาสุขภาพจิตและสร้างความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการสุขภาพจิตดิจิทัล

สรุปสาระสำคัญ (NS) Narrative Summary	ตัวบ่งชี้ผลงาน (OVI) Objectively Variable Indicator	เงาภาพหรือแหล่ง ตรวจสอบ (MOV) Means of Verification	ฐานคติสำคัญ (IA) Important Assumption
ผลลัพธ์ขั้นปลาย (Ultimate Outcome: UC)	ปีงบประมาณ 2566		
ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ปลอดภัย ห่างไกลความเครียด และได้รับการดูแลสุขภาพจิตที่ดี	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ ต่อการให้บริการผ่านระบบดิจิทัล (ร้อยละ 50)	กลุ่มพัฒนาระบบ บริหาร	กรมสุขภาพจิต เป็นองค์การเชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพจิตชั้นนำ เพื่อประชาชน สุขภาพจิตดีและมีความสุข

สรุปสาระสำคัญ (NS) Narrative Summary	ตัวบ่งชี้ผลงาน (OVI) Objectively Variable Indicator	เจ้าภาพหรือแหล่ง ตรวจสอบ (MOV) Means of Verification	ฐานคติสำคัญ (IA) Important Assumption
ผลลัพธ์ (Outcome: OC)	ปีงบประมาณ 2566		
ขับเคลื่อนและผลักดันการ แก้ปัญหาสุขภาพจิตในระดับ จังหวัดและระดับประเทศ	ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนในการ แก้ปัญหาสุขภาพจิตดิจิทัลในระดับจังหวัด และระดับประเทศลดลง (ระดับ 3)	กองส่วนกลาง / หน่วย บริการจิตเวช / ศูนย์ สุขภาพจิต	นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพจิตใน ระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพให้ ความสำคัญกับงานสุขภาพจิต
ผลผลิต (Output: OP)	ปีงบประมาณ 2566		
มีระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัล ที่ตอบสนองต่อความพึงพอใจ ของผู้รับบริการ	จำนวนผู้ใช้งานระบบสุขภาพจิตดิจิทัลมี ความพึงพอใจต่อระบบสุขภาพจิต ดิจิทัล (1,000,000 คน)	สำนักเทคโนโลยี สารสนเทศ / กบปส. / กสพส.	ผู้รับบริการมีความพร้อมของโครงสร้าง พื้นฐานเทคโนโลยี
กิจกรรม (Activity)	ปีงบประมาณ 2566		
1. การสำรวจ ทบทวนวิเคราะห์ ระบบการแก้ไขปัญหา สุขภาพจิตดิจิทัล	61 วัน	สำนักเทคโนโลยี สารสนเทศ / กบปส. / กสพส.	- ได้รับความร่วมมือ และเกิดความ ครอบคลุมในการสำรวจความต้องการ ของผู้ใช้บริการระบบการแก้ไขปัญหา สุขภาพจิตดิจิทัล
2. ออกแบบระบบการแก้ไขปัญหา สุขภาพจิตบน platform online	90 วัน	สำนักเทคโนโลยี สารสนเทศ / กบปส. / กสพส.	- ได้รับการสนับสนุนเครื่องมือในการ เข้าถึงบริการสุขภาพจิตดิจิทัล "
3. ทดลองและปรับปรุงการใช้ ระบบการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต บน platform online ในกลุ่ม ตัวอย่าง (2 รอบ)	92 วัน	สำนักเทคโนโลยี สารสนเทศ / กบปส. / กสพส.	ความเชี่ยวชาญในการออกแบบและ พัฒนาระบบให้เหมาะสมของผู้ใช้บริการ
4. พัฒนาระบบการแก้ไขปัญหา สุขภาพจิต บน platform online ที่พร้อมใช้งาน	92 วัน	สำนักเทคโนโลยี สารสนเทศ / กบปส. / กสพส.	ความเชี่ยวชาญในการออกแบบและ พัฒนาระบบให้เหมาะสมของผู้ใช้บริการ
5. การสำรวจความพึงพอใจ ของผู้ใช้บริการระบบการแก้ไข ปัญหาสุขภาพจิตบน platform online	30 วัน	กลุ่มพัฒนาระบบ บริหาร	ความเชี่ยวชาญในการออกแบบและ พัฒนาระบบให้เหมาะสมของผู้ใช้บริการ
ปัจจัยนำเข้า (Input)	ปีงบประมาณ 2566		
ค่าตอบแทน	500,000		
ค่าใช้สอย	3,000,000		
ค่าอุปกรณ์	1,000,000		
ค่าวัสดุ	500,000		
รวม	5,000,000		ได้รับการจัดสรรงบประมาณตามที่ ต้องการ

ประสิทธิภาพ (Efficiency) = 5.00

ประสิทธิผลเชิงต้นทุน (CE : Cost Effectiveness) = 1,666,666.67

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์การสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์

โครงการ พัฒนาระบบเฝ้าระวังผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น เช่น (Mental Health Check in) App Khuikun

สรุปสาระสำคัญ (NS) Narrative Summary	ตัวบ่งชี้ผลงาน (OVI) Objectively Variable Indicator	เจ้าภาพหรือแหล่ง ตรวจสอบ (MOV) Means of Verification	ฐานคติสำคัญ (IA) Important Assumption
ผลลัพธ์ขั้นปลาย (Ultimate Outcome: UC)	ปีงบประมาณ 2566		
ประชาชนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy)	ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (ร้อยละ 65)	สำนักวิชาการ (กลุ่มสื่อสาร)	กรมสุขภาพจิต เป็นองค์การเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตชั้นนำ เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดีและมีความสุข
ผลลัพธ์ (Outcome: OC)	ปีงบประมาณ 2566		
สร้างระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตประชาชน ทั้งในภาวะปกติและวิกฤต	จำนวนระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตประชาชนที่มีมาตรฐาน (1 ระบบ)	สำนักเทศฯ/กสพส./สำนักวิชาการฯ	นโยบายภาครัฐยังคงให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิต
ผลผลิต (Output: OP)	ปีงบประมาณ 2566		
มี Platform และระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตประชาชนที่มีมาตรฐาน	จำนวนประชาชนที่ใช้งานระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต(15,000,000 คน)	สำนักเทศฯ/กสพส./สำนักวิชาการฯ	การบูรณาการประชาสัมพันธ์และการใช้งานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ
กิจกรรม (Activity)	ปีงบประมาณ 2566		
แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวัง	93 วัน	กสพส./กบบส./สำนักวิชาการฯ/สำนักเทศฯ	ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
พัฒนาระบบฐานข้อมูล	122 วัน	กสพส./กบบส./สำนักวิชาการฯ/สำนักเทศฯ	ควบคุมสถานการณ์โรคระบาดได้, สถานการณ์การชุมนุมปกติ
การสื่อสารประชาสัมพันธ์	183 วัน	สำนักวิชาการฯ/ศูนย์สุขภาพจิต/กสพส./หน่วยบริการจิตเวช	
ประเมินผลโครงการ	61 วัน	กสพส./กบบส./สำนักวิชาการฯ/สำนักเทศฯ	
สรุปสาระสำคัญ (NS) Narrative Summary	ตัวบ่งชี้ผลงาน (OVI) Objectively Variable Indicator	เจ้าภาพหรือแหล่ง ตรวจสอบ (MOV) Means of Verification	ฐานคติสำคัญ (IA) Important Assumption
ปัจจัยนำเข้า (Input)	ปีงบประมาณ 2566		
ค่าจ้างเหมาพัฒนาระบบ	5,000,000		
ค่าครุภัณฑ์	1,000,000		
ค่าใช้สอย	500,000		
ค่าอุปกรณ์/ค่าวัสดุ	500,000		
ค่าจ้างเหมาประชาสัมพันธ์	3,000,000		
รวม	10,000,000		อัตราแลกเปลี่ยน ไม่เกิน 32 บาท/ดอลลาร์สหรัฐ, เงินเพื่อไม่เกิน 5%

ประสิทธิภาพ (Efficiency) = 0.67

ประสิทธิผลเชิงต้นทุน (CE : Cost Effectiveness) = 10,000,000

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี

โครงการ สร้างชุมชนพลเมืองด้านสุขภาพจิต (Mental Health Civic Group)

สรุปสาระสำคัญ (NS) Narrative Summary	ตัวบ่งชี้ผลงาน (OVI) Objectively Variable Indicator	เจ้าภาพหรือแหล่ง ตรวจสอบ (MOV) Means of Verification	ฐานคติสำคัญ (IA) Important Assumption
ผลลัพธ์ขั้นปลาย (Ultimate Outcome: UC)	ปีงบประมาณ 2566		
ประชาชนมีสุขภาพจิตดี และมี ความสุข	ร้อยละของประชาชนมีสุขภาพจิตดี (ร้อยละ 85)	กสพส. / ศูนย์ สุขภาพจิต / หน่วย บริการจิตเวช	กรมสุขภาพจิต เป็นองค์การเชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพจิตชั้นนำ เพื่อประชาชน สุขภาพจิตดีและมีความสุข
ผลลัพธ์ (Outcome: OC)	ปีงบประมาณ 2566		
รวมพลังเครือข่ายในการร่วม ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต	จำนวนเครือข่ายที่มีพลังร่วมปฏิบัติงาน ด้านสุขภาพจิต (878 เครือข่าย)	ศูนย์สุขภาพจิต	นโยบายรัฐบาลมีการเปลี่ยนแปลงอย่าง รุนแรง ไม่ต่อเนื่องและไม่ชัดเจน
ผลผลิต (Output: OP)	ปีงบประมาณ 2566		
มีชุมชนพลเมืองด้านสุขภาพจิต	จำนวนเครือข่ายที่มีพลังร่วมปฏิบัติงาน ด้านสุขภาพจิต (10,000 คน)	กสพส.	ต้องไม่มีการแพร่ระบาดของโรคระบาด ร้ายแรง / ไม่มีภัยธรรมชาติ / ไม่มี สถานการณ์ทางการเมืองที่รุนแรง
กิจกรรม (Activity)	ปีงบประมาณ 2566		
ประชุมชี้แจงการดำเนินงานแก่ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง	1 ครั้ง	ผอ. ฝ่ายอำนวยการ และพัสดุ	ต้องไม่มีการแพร่ระบาดของโรคระบาด ร้ายแรง / ไม่มีภัยธรรมชาติ / ไม่มี สถานการณ์ทางการเมืองที่รุนแรง
พัฒนาศักยภาพแกนนำทั้งใน และนอกระบบสาธารณสุข	27 วัน	ผอ. ฝ่ายเทคโนโลยี สารสนเทศ	
การพัฒนาองค์ความรู้/สื่อ เทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต	63 วัน	ผอ. ฝ่ายอำนวยการ และพัสดุ	
สนับสนุนงบประมาณ/สื่อ เทคโนโลยีในการดำเนินงาน		Adam02	
นิเทศ ติดตามโครงการ		Adam02	
ถอดบทเรียน/แลกเปลี่ยน เรียนรู้โครงการเพื่อหาชุมชน พลเมืองสุขภาพจิตต้นแบบ		Adam02	
ปัจจัยนำเข้า (Input)	ปีงบประมาณ 2566		
ค่าตอบแทน	25,000,000		
ค่าใช้จ่าย	30,000,000		
ค่าอุปกรณ์	20,000,000		
ค่าวัสดุ	25,000,000		
รวม	100,000,000		

ประสิทธิภาพ (Efficiency) = 10,000.00

ประสิทธิผลเชิงต้นทุน (CE : Cost Effectiveness) = 113,895.22

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต และกำลังคนสมรรถนะสูง
โครงการ เสริมสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพจิต ด้วยกลไกทางการตลาดและเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต

สรุปสาระสำคัญ (NS) Narrative Summary	ตัวบ่งชี้ผลงาน (OVI) Objectively Variable Indicator	เจ้าภาพหรือแหล่ง ตรวจสอบ (MOV) Means of Verification	ฐานคติสำคัญ (IA) Important Assumption
ผลลัพธ์ขั้นปลาย (Ultimate Outcome: UC)	ปีงบประมาณ 2566		
ประชาชนมีความรอบรู้สุขภาพจิต สามารถดูแลสุขภาพจิตตนเอง ครอบคลุมและชุมชนได้	ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ (ร้อยละ 70)	กสพส./สำนักวิชาการ	กรมสุขภาพจิต เป็นองค์การเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตชั้นนำ เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดีและมีความสุข
ผลลัพธ์ (Outcome: OC)	ปีงบประมาณ 2566		
พัฒนาระบบการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์การตระหนักรู้เรื่องสุขภาพจิต	จำนวนกลุ่มเป้าหมายมีความตระหนักรู้ การดูแลสุขภาพจิต ผ่านการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ (5,000,000 คน)	คณะทำงานบูรณาการข้อมูล	นโยบายรัฐบาลมีความต่อเนื่องและชัดเจน
ผลผลิต (Output: OP)	ปีงบประมาณ 2566		
กลุ่มเป้าหมายได้รับข้อมูล ข่าวสารประชาสัมพันธ์ และมีความตระหนักรู้	จำนวนกลุ่มเป้าหมายได้รับข้อมูล ข่าวสารประชาสัมพันธ์ และมีความตระหนักรู้ (10,000,000 คน)	กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต	มีความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยี
กิจกรรม (Activity)	ปีงบประมาณ 2566		
เตรียมงาน	10 วัน	-	ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
สำรวจความต้องการข้อมูลด้านสุขภาพจิตของประชาชน	30 วัน	กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต	ควบคุมสถานการณ์โรคระบาดได้, สถานการณ์การชุมนุมปกติ
การพัฒนาผลิตภัณฑ์ความรู้ และสื่อต่างๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในสังกัดกรมฯ และหน่วยงานในเขตสุขภาพ	30 วัน	สำนักวิชาการ	
ประชุมชี้แจงแนวทาง/วิธีการตัวชี้วัดในการขับเคลื่อนในการดำเนินงานสุขภาพจิต	1 ครั้ง	กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต	
อบรมให้ความรู้เพื่อเป็นวิทยากรและผู้รับผิดชอบโครงการในพื้นที่รับผิดชอบ	28 วัน	กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต	
การอบรมบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิต	30 วัน	กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต	
สร้างความตระหนักรู้ให้เครือข่ายและประชาชนทุกกลุ่มวัย	1 ครั้ง	ทุกหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต	
ประเมินผลการรับรู้ความตระหนักรู้ด้านสุขภาพจิต	30 วัน	กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต	
สรุปโครงการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนของโครงการ	30 วัน	กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต	

สรุปสาระสำคัญ (NS) Narrative Summary	ตัวบ่งชี้ผลงาน (OVI) Objectively Variable Indicator	เจ้าภาพหรือแหล่ง ตรวจสอบ (MOV) Means of Verification	ฐานคติสำคัญ (IA) Important Assumption
ปัจจัยนำเข้า (Input)	ปีงบประมาณ 2566		
ค่าตอบแทน	2,000,000		
ค่าใช้จ่าย	10,000,000		
ค่าอุปกรณ์	2,000,000		
ค่าวัสดุ	1,000,000		
อื่น ๆ	5,000,000		
รวม	20,000,000		อัตราแลกเปลี่ยน ไม่เกิน 32 บาท/ ดอลลาร์สหรัฐ, เงินเพื่อไม่เกิน 5%

ประสิทธิภาพ (Efficiency) = 2.00

ประสิทธิผลเชิงต้นทุน (CE : Cost Effectiveness) = 4.00

3.10 ชั้นตอนที่ 10 การประชุมคณะกรรมการจัดทำแผนปฏิบัติการ ระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) กรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 2/2565

วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2565 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ในฐานะเลขานุการคณะกรรมการจัดทำแผนปฏิบัติการ ระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) กรมสุขภาพจิต ได้จัดการประชุมคณะกรรมการจัดทำแผนปฏิบัติการ ระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) กรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 2/2565 ณ ห้องประชุม 2 ชั้น 2 อาคาร 1 กรมสุขภาพจิต และในรูปแบบการประชุมออนไลน์ผ่านระบบ Cisco Webex Meeting มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 38 คน โดยมีสาระสำคัญในการประชุมครั้งนี้ คือ

3.10.1 การร่วมพิจารณารายละเอียด (ร่างที่ 2) แผนปฏิบัติการ ระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ที่เป็นผลสรุปจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 รวมทั้งข้อมูลตัวชี้วัดระดับต่างๆ ภายใต้แผนปฏิบัติการฯ ที่ทางกองยุทธศาสตร์และแผนงานปรับปรุง/เพิ่มเติม เพื่อให้ (ร่าง) แผนปฏิบัติการฯ มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น สามารถตอบสนองปัญหาและประเด็นสุขภาพจิตที่ทำทลายในอนาคต ซึ่งจะส่งผลต่อการผลักดันให้การดำเนินงานสุขภาพจิตในอนาคตประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยคณะกรรมการได้ร่วมกันพิจารณาประเด็นสำคัญที่เป็นรายละเอียดในแผนปฏิบัติการฯ และได้ข้อสรุปตามตารางที่ 3-10 โดยที่ประชุมได้มอบหมายให้กองยุทธศาสตร์และแผนงานดำเนินการปรับรายละเอียดสาระสำคัญของแผนปฏิบัติการตามข้อเสนอของคณะกรรมการฯ และจัดทำเป็นข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) ให้คณะกรรมการฯ ตลอดจนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้ร่วมเติมเต็มในสาระสำคัญของแผนฯ ได้อย่างเป็นระบบ และรวบรวมจัดทำเป็น (ร่างที่ 3) แผนปฏิบัติการ ระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต เพื่อใช้เสนอในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสรุป (ร่าง) แผนปฏิบัติการระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ที่จะจัดขึ้นในวันที่ 14 มีนาคม 2565 ต่อไป

ตารางที่ 3-10 ข้อเสนอของคณะทำงานฯ ที่มีต่อประเด็นสำคัญที่เป็นข้อหารือ
ในการจัดทำแผนปฏิบัติการ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต

ประเด็น	ข้อเสนอของคณะทำงานฯ
<p>วิสัยทัศน์ : กรมสุขภาพจิต เป็นองค์กรชั้นนำที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี และมีความสุข</p>	<p>เห็นชอบตามวิสัยทัศน์ที่เสนอ</p>
<p>ตัวชี้วัดวิสัยทัศน์ :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าเฉลี่ยความสุขของคนไทย 2. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 7.0 ต่อประชากรแสนคน (ปี 63 = 7.37) 3. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 100 (ปี 64 = 102.78) 4. ร้อยละ 80 ของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป (ปี 64 = 83.4) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ควรกำหนดตัวชี้วัดวิสัยทัศน์ให้มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดที่สามารถเฝ้าระวังสถานการณ์ทางสุขภาพจิตของสังคม 2. ควรกำหนดตัวเลือกตัวชี้วัดวิสัยทัศน์ โดยใช้ฐานคิดจากกลุ่มตัวชี้วัดที่เสนอไว้ เพื่อเสนอให้คณะกรรมการกำหนดกรอบทิศทางแผนฯ ประกอบการพิจารณาตัดสินใจ 3. ควรมีตัวชี้วัดในกลุ่มเด็กที่สะท้อนผลลัพธ์ของการดูแล เช่น การวัดทักษะทางสมอง (Executive Function) 4. ควรกำหนดตัวชี้วัดให้มีความท้าทายโดยพิจารณาจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา และต้องมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ระยะยาวของงานสุขภาพจิต คือ แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ และยุทธศาสตร์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ
<p>พันธกิจ :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนในทุกกลุ่มวัยสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง 2. สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตครอบคลุมทุกมิติในทุกระดับ 3. พัฒนากลไกการดำเนินงานสุขภาพจิต เพื่อกำหนดทิศทางงานสุขภาพจิตของประเทศ 4. สร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสุขภาพจิต โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence-based) 	<p>เห็นชอบตามพันธกิจที่เสนอ</p>
<p>ค่านิยมหลัก : คุณค่าที่กรมสุขภาพจิต ยึดถือเป็นวิถีชีวิตในการดำเนินงานร่วมกัน (Core value) ได้แก่ “MENTAL”</p> <p>M = Mind (Happy Mind, Service Mind, Public Mind)</p>	<p>เห็นชอบตามค่านิยมที่เสนอ</p>

ประเด็น	ข้อสรุปของคณะทำงานฯ
<p>E = Efficiency, Effectiveness, Equity</p> <p>N = Network</p> <p>T = Teamwork</p> <p>A = Accountability</p> <p>L = Learning (Personal, Team, Organization)</p>	
<p>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 : เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต</p>	<p>1. ปรับชื่อประเด็นยุทธศาสตร์เป็น “เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต”</p>
<p>เป้าประสงค์ : ประชาชนเข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล บนฐานนวัตกรรมและเทคโนโลยีขั้นสูง</p>	<p>1. ปรับชื่อเป้าประสงค์เป็น “ประชาชนเข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล”</p>
<p>ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ : ร้อยละการเข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล</p>	<p>1. ปรับชื่อตัวชี้วัดเป็น “ร้อยละของประชาชนที่เข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรม/เทคโนโลยีดิจิทัล”</p>
<p>กลยุทธ์ : 1.1 ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาระบบสุขภาพจิต</p> <p>ตัวชี้วัด : 1.1.1 ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการผ่านระบบดิจิทัล</p> <p>1.1.2 จำนวนเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพจิตที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้</p> <p>กลยุทธ์ : 1.2 จัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชบนฐานนวัตกรรม และเทคโนโลยีขั้นสูง</p> <p>ตัวชี้วัด : 1.2.1 ร้อยละการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชและญาติด้วยระบบดิจิทัล</p> <p>1.2.2 จำนวนการเข้าใช้งาน ระบบ One-Stop Service บน Digital Platform ด้านสุขภาพจิต</p>	<p>1. ปรับชื่อกลยุทธ์ 1.1 เป็น “พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาระบบสุขภาพจิต”</p> <p>2. เปลี่ยนชื่อตัวชี้วัด 1.1.1 เป็น “จำนวนนวัตกรรมสุขภาพจิตที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้”</p> <p>3. เพิ่มตัวชี้วัด 1.1.3 คือ “จำนวนชุดข้อมูลมาตรฐานที่นำมาสร้างเป็นเหมืองข้อมูลและการต่อยอดเป็นงานวิจัยหรือนวัตกรรม”</p> <p>4. ปรับชื่อกลยุทธ์ 1.2 เป็น “จัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชบนฐานนวัตกรรม และเทคโนโลยีดิจิทัล”</p> <p>5. ย้ายตัวชี้วัด 1.1.1 “ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการผ่านระบบดิจิทัล” เป็น 1.2.2</p> <p>6. ปรับลำดับตัวชี้วัด 1.2.2 เป็น 1.2.3</p>
<p>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 : ยกระดับการสื่อสารงานสุขภาพจิต ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ ให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต</p>	<p>1. ปรับชื่อประเด็นยุทธศาสตร์เป็น “ยกระดับการสื่อสารงานสุขภาพจิตด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่พึงประสงค์”</p>
<p>เป้าประสงค์ : ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy)</p>	<p>1. ปรับชื่อเป้าประสงค์เป็น “ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ (Mental Health Literacy) ด้วยการยกระดับการสื่อสารสุขภาพจิตด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์”</p>

ประเด็น	ข้อสรุปของคณะทำงานฯ
<p>ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ : ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปรับชื่อตัวชี้วัดเป็น “ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่พึงประสงค์” 2. กำหนดรูปแบบการวัดผล ให้เป็นการวัดผลในระดับประเทศ เฉพาะประเด็นที่กรมกำหนดในแต่ละปี ปีละ 1 เรื่อง
<p>กลยุทธ์ : 2.1 พัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์ การตระหนักรู้เรื่องสุขภาพจิต</p> <p>ตัวชี้วัด : 2.1.1 ร้อยละของประชาชนเข้าถึง/เข้าใช้ นวัตกรรมด้านสุขภาพจิตได้ตามเป้าหมาย</p> <p>กลยุทธ์ : 2.2 พัฒนาระบบการทำงานและองค์ความรู้ใหม่ด้านสุขภาพจิต</p> <p>ตัวชี้วัด : 2.2.1 จำนวนชุดข้อมูลมาตรฐานที่นำมาสร้างเป็นเหมืองข้อมูลและการต่อยอดเป็นงานวิจัยหรือนวัตกรรม</p> <p>กลยุทธ์ : 2.3 สร้างระบบตอบโต้ความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต</p> <p>ตัวชี้วัด : รอพิจารณา</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพิ่มตัวชี้วัด 2.1.2 คือ “ร้อยละของประชาชนที่เชื่อมั่นและส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพจิตได้ตามเป้าหมาย” 2. ปรับชื่อกลยุทธ์ 2.2 เป็น “พัฒนาระบบการสร้างความรู้รอบรู้สุขภาพจิตที่สอดคล้องกับบริบทการดำเนินงานในพื้นที่ และองค์ความรู้ใหม่ด้านสุขภาพจิต” 3. เปลี่ยนชื่อตัวชี้วัด 2.2.1 เป็น “จำนวนเขตสุขภาพ/จังหวัด/อำเภอที่มีระบบการสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิต” 4. เพิ่มตัวชี้วัด 2.2.2 คือ “ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ตามประเด็นปัญหาในพื้นที่” 5. ปรับชื่อกลยุทธ์ 2.3 เป็น “สร้างระบบการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังภาวะวิกฤต” 6. เพิ่มตัวชี้วัด 2.3.1 คือ “จำนวนระบบการสื่อสารความเสี่ยง” โดยให้กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต ดำเนินการทบทวนตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข 7. เพิ่มประเด็นแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับวิธีการเสริมสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย การสร้างเครือข่ายและภาคีการพัฒนา การพัฒนาช่องทาง การค้นหาข้อมูล การพัฒนาขีดความสามารถประชาชน การพัฒนาหลักสูตรความรู้/แนวทางเพื่อเสริมสร้างความรู้ และการพัฒนาองค์ความรู้หรือคุณภาพของข้อมูลที่ปรากฏในสื่อ
<p>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 : สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี (Mental Health Civic Group)</p>	<p>เห็นชอบตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่เสนอ</p>
<p>เป้าประสงค์ : ประชาชนมีสุขภาพจิตดี และมีความสุข</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปรับชื่อเป้าประสงค์เป็น “ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างสังคมสุขภาพจิตดี”
<p>ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ : ร้อยละของประชาชนมีสุขภาพจิตดี</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปรับชื่อตัวชี้วัดเป็น “ร้อยละของเครือข่ายพลเมืองที่เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างสังคมสุขภาพจิตดี”

ประเด็น	ข้อสรุปของคณะทำงานฯ
<p><i>กลยุทธ์</i> : 3.1 รวมพลังเครือข่ายในการร่วมปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต</p> <p><i>ตัวชี้วัด</i> : 3.1.1 ร้อยละของอำเภอที่มีเครือข่ายงานสุขภาพจิตที่เข้าร่วมกลุ่มพลเมืองสุขภาพจิตดี</p> <p>3.1.2 ร้อยละของบุคลากรเครือข่ายงานสุขภาพจิต ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจนสามารถเป็นและสร้างแกนนำ (Gate Keeper) ของเครือข่ายกลุ่มพลเมืองสุขภาพจิตดี</p> <p><i>กลยุทธ์</i> : 3.2 ส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตชุมชน</p> <p><i>ตัวชี้วัด</i> : 3.2.1 ร้อยละของเครือข่ายที่มีการดำเนินงานตามระบบบริหารจัดการเครือข่ายงานสุขภาพจิต</p> <p><i>กลยุทธ์</i> : 3.3 ขับเคลื่อนและผลักดันการแก้ปัญหาสุขภาพจิตในระดับจังหวัดและระดับประเทศ</p> <p><i>ตัวชี้วัด</i> : 3.3.1 ร้อยละของกลไกการดำเนินงานทางกฎหมายที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน</p>	<p>เห็นชอบตามกลยุทธ์ และตัวชี้วัดที่เสนอ</p>
<p>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 : สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด (Marketing) เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต (Mental Health Economics) และกำลังคนสมรรถนะสูง (Professionalism)</p>	<p>เห็นชอบตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่เสนอ</p>
<p><i>เป้าประสงค์</i> : ระบบนิเวศ (Eco-system) ทางด้านสุขภาพจิตที่มีความเป็นเลิศ</p>	<p>1. ปรับชื่อเป้าประสงค์เป็น “ประชาชนได้รับคุณค่าจากผลิตภัณฑ์ บริการ และบุคลากรกรมสุขภาพจิต จนเกิดความเชื่อมั่นต่อกรมสุขภาพจิต”</p>
<p><i>ตัวชี้วัดเป้าประสงค์</i> : จำนวนเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต</p>	<p>1. ปรับชื่อตัวชี้วัด โดยให้มีตัวชี้วัดเป้าประสงค์ 2 ตัวชี้วัด คือ 1) “ร้อยละของประชาชนหรือเครือข่ายที่มีความเชื่อมั่นกับผลิตภัณฑ์ บริการ และความเชี่ยวชาญของบุคลากรกรมสุขภาพจิต” และ 2) “อัตราผลตอบแทนทางสังคมที่ประชาชนได้รับคุณค่าจากผลิตภัณฑ์ บริการ และบุคลากรของสุขภาพจิต”</p>

ประเด็น	ข้อสรุปของคณะทำงานฯ
<p><i>กลยุทธ์</i> : 4.1 เสริมสร้างภาพลักษณ์งานสุขภาพจิต</p> <p><i>ตัวชี้วัด</i> : 4.1.1 ร้อยละของผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อสินค้าและบริการสุขภาพจิต</p> <p><i>กลยุทธ์</i> : 4.2 พัฒนาระบบเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต (Mental Health Economics)</p> <p><i>ตัวชี้วัด</i> : 4.2.1 จำนวนชุดสิทธิประโยชน์ทางด้านสุขภาพจิตที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้อย่างครอบคลุม</p> <p>4.2.2 ร้อยละผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment : SROI) เพิ่มขึ้นจากปีฐาน</p> <p>4.2.3 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกรมฯ ผ่านเกณฑ์การรับรองสินค้าคุณภาพที่มีมาตรฐาน</p> <p><i>กลยุทธ์</i> : 4.3 พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต</p> <p><i>ตัวชี้วัด</i> : 4.3.1 ร้อยละของบุคลากรของกรมสุขภาพจิตมีทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Literacy)</p> <p>4.3.2 ร้อยละของบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิต ดำเนินงานตามกระบวนการจัดการความรู้/การวิจัยจากฐานข้อมูลตลอดจนนวัตกรรมของกรมสุขภาพจิต</p> <p>4.3.3 ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิต (สหวิชาชีพ) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจนสามารถเป็นผู้ให้คำปรึกษา/แนะนำ (Coach/Mentor) ต่อเครือข่ายกลุ่มพลเมืองสุขภาพจิตดี</p> <p>4.3.4 ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีสมรรถนะและทักษะที่จำเป็นต่อการสื่อสารด้านการตลาดสุขภาพจิต</p> <p>4.3.5 ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีความสุข</p>	<p>1. เสนอตัวชี้วัดในข้อ 4.2.1 เพื่อเป็นทางเลือกในการพิจารณา 2 ตัวชี้วัด คือ “จำนวนชุดสิทธิประโยชน์ทางด้านสุขภาพจิตที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้อย่างครอบคลุม” และ “ร้อยละของประชาชนได้รับประโยชน์จากการบริการสุขภาพจิตจากชุดสิทธิประโยชน์”</p> <p>2. ปรับชื่อตัวชี้วัด 4.2.2 เป็น “อัตราผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment : SROI) ของชุดสิทธิประโยชน์ทางด้านสุขภาพจิต”</p> <p>3. ปรับชื่อตัวชี้วัด 4.2.3 เป็น “ร้อยละของสินค้า/บริการด้านสุขภาพจิตของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ผ่านเกณฑ์การรับรองคุณภาพมาตรฐาน”</p>

(ร่างที่ 3) แผนปฏิบัติราชการ ระยะ5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต

วิสัยทัศน์ (Vision statement)

กรมสุขภาพจิต เป็นองค์กรชั้นนำที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดีและมีความสุข

ข้อเสนอตัวชี้วัดวิสัยทัศน์ :

1. ค่าเฉลี่ยความสุขของคนไทย 35.00 คะแนน (ปี 64 = 33.41)
2. ร้อยละ 90 ของคนไทยมีสุขภาพจิตดี (ปี 64 = 85.49)
3. ร้อยละ 85 ของคนไทยมีความสุข
4. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน (ปี 63 = 7.37)
5. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 103 (ปี 64 = 102.78)
6. ร้อยละ 35 ของเด็กไทยที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่า 70 (ปี 64 = 42)
7. ค่าเฉลี่ยทักษะสมอง (Executive Function) ของเด็กไทย
8. ร้อยละ 85 ของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป (ปี 64 = 83.4)
9. ค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กไทยอยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป (ปี 54 = 45.12)

หมายเหตุ การวัดผลตัวชี้วัดวิสัยทัศน์ เป็นการวัดผลลัพธ์สุดท้าย (Ultimate Outcome) ของการดำเนินงานตามแผน ที่เป็นผลมาจากการดำเนินงานร่วมกันระหว่างกรมและเครือข่ายสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้อง เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์ทางด้านสุขภาพจิตของประเทศไทย

พันธกิจ (Mission statement)

- 1) สร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสุขภาพจิต โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence-based)
- 2) สร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนในทุกกลุ่มวัยสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง
- 3) สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตครอบคลุมทุกมิติในทุกระดับ
- 4) พัฒนากลไกการดำเนินงานสุขภาพจิต เพื่อกำหนดทิศทางการสุขภาพจิตของประเทศ

ค่านิยมหลัก

คุณค่าที่กรมสุขภาพจิต ยึดถือเป็นวิถีชีวิตในการดำเนินงานร่วมกัน (Core value) ได้แก่ “MENTAL”

M = Mind (Happy Mind, Service Mind, Public Mind)

E = Efficiency, Effectiveness, Equity

N = Network

T = Teamwork

A = Accountability

L = Learning (Personal, Team, Organization)

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Themes)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต

เป้าประสงค์ : ประชาชนเข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ : ร้อยละของประชาชนที่เข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรม/เทคโนโลยีดิจิทัล

กลยุทธ์ 1.1 พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาระบบสุขภาพจิต

ตัวชี้วัดกลยุทธ์ :

1.1.1 จำนวนนวัตกรรมสุขภาพจิตที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

1.1.2 จำนวนเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพจิตที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

1.1.3 จำนวนชุดข้อมูลมาตรฐานที่นำมาสร้างเป็นเหมือนข้อมูลและการต่อยอดเป็นงานวิจัยหรือนวัตกรรม

กลยุทธ์ 1.2 จัดรูปแบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพ บนฐานนวัตกรรม และเทคโนโลยีดิจิทัล

ตัวชี้วัดกลยุทธ์ :

1.2.1 จำนวนการเข้าใช้งาน ระบบ One-Stop Service บน Digital Platform ด้านสุขภาพจิต

1.2.2 ร้อยละการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชและญาติเพิ่มขึ้นด้วยระบบดิจิทัล

1.2.3 ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการผ่านระบบดิจิทัล

1.2.4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่ม SMI-V ได้รับการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่องบนระบบดิจิทัลไม่กลับเป็นซ้ำ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์

เป้าประสงค์ : ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ด้วยการยกระดับการสื่อสารสุขภาพจิตด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ : ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

กลยุทธ์ 2.1 พัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพจิต

ตัวชี้วัดกลยุทธ์ :

2.1.1 ร้อยละของประชาชนเข้าถึง/เข้าใช้ข้อมูลด้านสุขภาพจิต

2.1.2 ร้อยละของประชาชนที่เชื่อมั่น และส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพจิต

2.1.3 จำนวนองค์ความรู้และชุดความรู้ด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับสถานการณ์ และกลุ่มเป้าหมาย

ต่างๆ พร้อมเผยแพร่

2.1.4 ร้อยละระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของประชาชน

กลยุทธ์ 2.2 พัฒนาระบบการสร้างความรู้สุขภาพจิตที่สอดคล้องกับ บริบทการดำเนินงานในพื้นที่ และองค์ความรู้ใหม่ด้านสุขภาพจิต ดิจิทัล

ตัวชี้วัดกลยุทธ์ :

2.2.1 ร้อยละของพื้นที่ (เขตสุขภาพ/จังหวัด/อำเภอ) ที่มีระบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

2.2.2 ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ตามประเด็นปัญหาในพื้นที่

กลยุทธ์ 2.3 สร้างระบบการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังภาวะวิกฤต

ตัวชี้วัดกลยุทธ์ :

2.3.1 ร้อยละของประชาชนที่เข้าถึงความรู้สุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤต

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี

เป้าประสงค์ : ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างชุมชนและสังคมสุขภาพจิตดี

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ : จำนวนเครือข่ายพลเมืองที่เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างสังคมสุขภาพจิตดี

กลยุทธ์ 3.1 รวมพลังภาคีเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิต

ตัวชี้วัดกลยุทธ์ :

3.1.1 ร้อยละของอำเภอที่มีเครือข่ายงานสุขภาพจิตที่เข้าร่วมเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี

3.1.2 ร้อยละของบุคลากรในเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดีที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจนสามารถ

เป็นที่มำนำด้านสุขภาพจิต (Mental Health Leader) / คนกลางที่ทำหน้าที่สื่อสาร (Gate Keeper)

กลยุทธ์ 3.2 ส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตชุมชน

ตัวชี้วัดกลยุทธ์ :

3.2.1 ร้อยละของเครือข่ายที่มีการดำเนินงานตามระบบบริหารจัดการเครือข่ายงานสุขภาพจิต

3.2.2 ร้อยละของเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน

กลยุทธ์ 3.3 ขับเคลื่อนและผลักดันการแก้ปัญหาสุขภาพจิตในระดับจังหวัดและระดับประเทศ

ตัวชี้วัดกลยุทธ์ :

3.3.1 ร้อยละของกลไกการดำเนินงานทางกฎหมายที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด (Marketing) เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต (Mental Health Economics) และกำลังคนสมรรถนะสูง (Professionalism)

เป้าประสงค์ : ประชาชนได้รับคุณค่าจากผลิตภัณฑ์ บริการ และบุคลากรกรมสุขภาพจิต จนเกิดความเชื่อมั่นต่อกรมสุขภาพจิต

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ :

- ร้อยละของประชาชนหรือเครือข่ายที่มีความเชื่อมั่นกับผลิตภัณฑ์ บริการ และความเชี่ยวชาญของบุคลากรกรมสุขภาพจิต

- อัตราผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment : SROI) ที่ประชาชนได้รับคุณค่าจากผลิตภัณฑ์ บริการ และบุคลากรของสุขภาพจิต

กลยุทธ์ 4.1 เสริมสร้างภาพลักษณ์งานสุขภาพจิต

ตัวชี้วัดกลยุทธ์ :

4.1.1 ร้อยละของผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อสินค้าและบริการสุขภาพจิต

กลยุทธ์ 4.2 พัฒนาระบบเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต

ตัวชี้วัดกลยุทธ์ :

4.2.1 จำนวนชุดสิทธิประโยชน์ทางด้านสุขภาพจิตที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้อย่างครอบคลุม

4.2.2 ร้อยละของประชาชนได้รับประโยชน์จากการบริการสุขภาพจิตจากชุดสิทธิประโยชน์

4.2.3 อัตราผลตอบแทน (Return on Investment : ROI) ของชุดสิทธิประโยชน์ทางด้านสุขภาพจิต

4.2.4 ร้อยละของผลิตภัณฑ์/บริการด้านสุขภาพจิตของหน่วยงานในสังกัดกรมฯ ผ่านเกณฑ์การรับรองคุณภาพมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต

กลยุทธ์ 4.3 พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต

ตัวชี้วัดกลยุทธ์ :

4.3.1 ร้อยละของบุคลากรของกรมสุขภาพจิตมีทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Skill)

4.3.2 ร้อยละของบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิต ดำเนินงานตามกระบวนการจัดการความรู้/การวิจัยจากฐานข้อมูลตลอดจนนวัตกรรมของกรมสุขภาพจิต

4.3.3 ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิต (สหวิชาชีพ) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจนสามารถเป็นผู้ให้คำปรึกษา/แนะนำ (Coach/Mentor) ต่อเครือข่ายกลุ่มพลเมืองสุขภาพจิตดี

4.3.4 ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิต ที่มีสมรรถนะและทักษะที่จำเป็นต่อการสื่อสารด้านการตลาดสุขภาพจิต

4.3.5 ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิต ที่มีความสุข

3.10.2 การเตรียมการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อสรุป (ร่าง) แผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต (Workshop ครั้งที่ 3) ที่กำหนดจัดในวันที่ 14 มีนาคม 2565 ณ ห้องประชุม ศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว ชั้น 1 อาคาร 1 กรมสุขภาพจิต และในรูปแบบการประชุมทางไกลผ่านโปรแกรม Zoom Meeting โดยมีทีมวิทยากรและที่ปรึกษาในการจัดทำแผนฯ จากศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นำโดย รองศาสตราจารย์ ดร.ดำรงค์ วัฒนา และ ดร.พรมณี ขำเลิศ เป็นวิทยากรหลัก ทั้งนี้ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการเชิญเข้าร่วมประชุมจำนวน 100 คน ประกอบด้วยผู้บริหารหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต และนักวิชาการในสังกัดกรมที่เป็นคณะกรรมการกำหนดกรอบทิศทางฯ และคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการ ราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) กรมสุขภาพจิต

3.11 ขั้นตอนที่ 11 การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสรุป (ร่าง) แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) กรมสุขภาพจิต

ในวันที่ 14 มีนาคม 2565 กองยุทธศาสตร์และแผนงานได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสรุป (ร่าง) แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ณ ห้องประชุมศาสตราจารย์ นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว ชั้น 1 อาคาร 1 กรมสุขภาพจิต และในรูปแบบการประชุมทางไกลผ่านโปรแกรม Zoom Meeting (Online Onsite Hybrid Conference) โดยมีทีมวิทยากรและที่ปรึกษาในการจัดทำแผนฯ จากศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นำโดยรองศาสตราจารย์ ดร.ดำรงค์ วัฒนา และดร.พรมณี ขำเลิศ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมจากคณะกรรมการกำหนดกรอบทิศทางแผนปฏิบัติราชการฯ และคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติราชการฯ จำนวนทั้งสิ้น 100 คน โดยสาระสำคัญในการประชุมครั้งนี้ คือ เพื่อเสนอความเห็นต่อรายละเอียดของ (ร่างที่ 3) แผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ประเด็นยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดวิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ เป้าหมายของแต่ละประเด็น ยุทธศาสตร์ รวมถึงกลยุทธ์และตัวชี้วัด ที่ได้จากสรุปผลการประชุม Workshop ครั้งที่ 1 และ Workshop ครั้งที่ 2 โดยผู้เข้าร่วมประชุมฯ ได้ร่วมกันพิจารณาประเด็นสำคัญที่เป็นรายละเอียดในแผนปฏิบัติราชการฯ และได้ข้อสรุปตามตารางที่ 3-11

ตารางที่ 3-11 ข้อสรุปของคณะกรรมการ และคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติราชการฯ ที่มีต่อ (ร่างที่ 3) แผนปฏิบัติราชการ ระยะ5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต

ประเด็น	ข้อสรุปของคณะกรรมการและคณะทำงานฯ
วิสัยทัศน์ : กรมสุขภาพจิต เป็นองค์กรชั้นนำที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี และมีความสุข	ปรับเป็น “กรมสุขภาพจิต เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิตของประเทศ เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี สู่อสังคมนิยม เศรษฐกิจมูลค่าสูง”
ข้อเสนอตัวชี้วัดวิสัยทัศน์ : 1. ค่าเฉลี่ยความสุขของคนไทย 35.00 คะแนน (ปี 64 = 33.41) 2. ร้อยละ 90 ของคนไทยมีสุขภาพจิตดี (ปี 64 = 85.49) 3. ร้อยละ 85 ของคนไทยมีความสุข 4. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน (ปี 63 = 7.37) 5. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 100 (ปี 64 = 102.78) 6. ร้อยละ 35 ของเด็กไทยที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่า 70 (ปี 64 = 42)	ข้อเสนอที่ 1 ค่าเฉลี่ยความสุขของคนไทย 1) ควรคำนึงถึงกระบวนการวัดผลค่าเฉลี่ยความสุข ให้สามารถสะท้อนการดำเนินงานของกรมได้ (ไม่เพียงแต่ให้ Intervention แล้ววัดผล) เน้นไปที่การสำรวจในภาพรวมของประเทศ 2) การสำรวจ ให้ร่วมมือกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ 3) คะแนนความสุขระดับมากกว่าคนทั่วไปอยู่ที่ 33-45 คะแนนการตั้งเป้าหมายที่ 35 อยู่ระดับที่ประชาชนทั่วไปส่วนใหญ่จะมีคะแนนระดับนี้ในปี 70 4) World Happiness Report 2022 มีการจัดลำดับ

ประเด็น	ข้อสรุปของคณะกรรมการและคณะทำงานฯ
<p>7. ค่าเฉลี่ยทักษะสมอง (Executive Function) ของเด็กไทย</p> <p>8. ร้อยละ 82 ของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป (ปี 64 = 83.4)</p> <p>9. ค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กไทยอยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป (ปี 54 = 45.12)</p>	<p>ความสุขประชากรในเมืองใหญ่ของแต่ละประเทศ พบว่าประเทศไทยมีค่าเฉลี่ยความสุข 5.891 อยู่ลำดับ 61 จาก 146 ประเทศ หากเครื่องมือที่ใช้ในประเทศไทยเป็นสากลและสามารถเปรียบเทียบได้ จะเป็นตัวชี้วัดที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาด้านสุขภาวะ</p> <p><i>ข้อเสนอที่ 2 ร้อยละของคนไทยมีสุขภาพจิตดี</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) เป็นตัวชี้วัดต่อเนื่องจากแผนปฏิบัติการฯ เดิม 2) คาดว่าในปี 70 ประชาชนประมาณ ร้อยละ 90 จะมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป หากกรมสุขภาพจิตมีกระบวนการสร้างความสุขอย่างเป็นระบบ 3) ในอนาคตอาจมีการ Revise แบบประเมินความสุข ดังนั้นเกณฑ์การให้คะแนนจะมีการปรับเปลี่ยน <p><i>ข้อเสนอที่ 3 ร้อยละ 85 ของคนไทยมีความสุข</i></p> <p>เห็นควรตัดออก</p> <p><i>ข้อเสนอที่ 4 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) พิจารณากำหนดค่าเป้าหมายให้สอดคล้องกับผลการฆ่าตัวตายของประชากรไทย ที่มาจากข้อมูลทั้ง 3 ฐาน (ใบมรณะบัตร, รง 506s, ทร 4/1) 2) ให้จัดทำตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับเป้าหมายของ WHO Mental Health Action Plan ที่จะลด 1 ใน 3 ของอัตราต่อแสนของคนฆ่าตัวตายลง ใน 10 ปี คำนวณจาก 10 ต่อแสนแล้ว คิดว่าเป้าหมายควรเป็น 7.5 ต่อแสนประชากร <p><i>ข้อเสนอที่ 5 เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ปรับชื่อตัวชี้วัดเป็น “เด็กไทยมีระดับสติปัญญา (IQ) เฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ ” 2) กำหนดค่าเป้าหมายให้มีความท้าทาย และสะท้อนภาพรวมของประเทศ <p><i>ข้อเสนอที่ 6 ร้อยละของเด็กไทยที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่า 70</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) กำหนดให้เป็นตัวชี้วัดย่อย ภายใต้ข้อเสนอที่ 5 2) ตัวชี้วัดย่อยมุ่งพัฒนาเด็กที่มีระดับสติปัญญา (IQ) ต่ำกว่า 70 โดยค่ามาตรฐานของสากล เด็กไทยที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่า 70 เท่ากับร้อยละ 2.2

ประเด็น	ข้อสรุปของคณะกรรมการและคณะทำงานฯ
	<p>3) ตัวชี้วัดย่อยเป็นการชี้เป้าการดำเนินงาน ในกลุ่มเด็กยากจน ขาดโอกาส ไม่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ซึ่งหากกลุ่มนี้มีระดับสติปัญญา (IQ) ดีขึ้น ระดับสติปัญญา(IQ) ภาพรวมประเทศจะดีขึ้นด้วย</p> <p>ข้อเสนอที่ 7 ค่าเฉลี่ยทักษะสมอง (Executive Function) ของเด็กไทย</p> <p>เห็นควรตัดออก</p> <p>ข้อเสนอที่ 8 ร้อยละ 82 ของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป</p> <p>1) กำหนดค่าเป้าหมายให้มีความท้าทาย และสะท้อนภาพรวมของประเทศ</p> <p>2) ให้ปรับวิธีการในการประเมินระดับความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) และเกณฑ์ที่เหมาะสมขึ้น</p> <p>3) เพิ่มตัวชี้วัด “ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ” เป็นตัวชี้วัดย่อย ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่มุ่งพัฒนาเด็กที่มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ต่ำกว่าเกณฑ์</p> <p>ข้อเสนอที่ 9 ค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กไทยอยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป</p> <p>เห็นควรตัดออก</p>
<p>พันธกิจ :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสุขภาพจิต โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence-based) 2. สร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนในทุกกลุ่มวัยสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง 3. สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตครอบคลุมทุกมิติในทุกระดับ 4. พัฒนากลไกการดำเนินงานสุขภาพจิต เพื่อกำหนดทิศทางงานสุขภาพจิตของประเทศ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปรับพันธกิจข้อ 1 เป็น “พัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านสุขภาพจิต โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดการนำไปใช้ประโยชน์” 2. พันธกิจข้อ 2 – 4 เห็นชอบตามเสนอ
<p>ค่านิยมหลัก : คุณค่าที่กรมสุขภาพจิต ยึดถือเป็นวิถีชีวิตในการดำเนินงานร่วมกัน (Core value) ได้แก่ “MENTAL”</p>	<p>เห็นชอบตามค่านิยมที่เสนอ</p>

ประเด็น	ข้อสรุปของคณะกรรมการและคณะทำงานฯ
<p>M = Mind (Happy Mind, Service Mind, Public Mind)</p> <p>E = Efficiency, Effectiveness, Equity</p> <p>N = Network</p> <p>T = Teamwork</p> <p>A = Accountability</p> <p>L = Learning (Personal, Team, Organization)</p>	
<p>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 : เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต</p>	<p>เห็นชอบตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่เสนอ</p>
<p>เป้าประสงค์ : ประชาชนเข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล</p>	<p>เห็นชอบตามเป้าประสงค์ที่เสนอ</p>
<p>ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ : ร้อยละของประชาชนที่เข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรม/เทคโนโลยีดิจิทัล</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เห็นชอบตามตัวชี้วัดเป้าประสงค์ที่เสนอ 2. ประชาชนที่เข้าถึงระบบสุขภาพจิต ให้หมายถึงประชาชนที่เข้าถึงระบบสุขภาพจิต ทั้งในมิติส่งเสริม ป้องกัน บำบัด รักษาฟื้นฟู และให้จำแนกประชาชนเป็นกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย โดยกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ตั้งแต่ประชาชนทั่วไป ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต (เช่น ผู้ประสบภัยพิบัติ ผู้พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มเปราะบาง) และผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวช (เช่น ผู้ติดสุรา สารเสพติด ผู้ป่วยสมาธิสั้น ออทิสซึม ซึมเศร้า)
<p>กลยุทธ์ : 1.1 พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาระบบสุขภาพจิต</p> <p>ตัวชี้วัด : 1.1.1 จำนวนนวัตกรรมสุขภาพจิตที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้</p> <p>1.1.2 จำนวนเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพจิตที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้</p> <p>1.1.3 จำนวนชุดข้อมูลมาตรฐานที่นำมาสร้างเป็นเหมืองข้อมูลและการต่อยอดเป็นงานวิจัยหรือนวัตกรรม</p> <p>กลยุทธ์ : 1.2 จัดรูปแบบบริการสุขภาพจิตและ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เห็นชอบตามชื่อกลยุทธ์ 1.1 ที่เสนอ 2. ปรับชื่อตัวชี้วัด 1.1.1 เป็น “จำนวนนวัตกรรมสุขภาพจิตที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์และสร้างมูลค่าได้” 3. ปรับชื่อตัวชี้วัด 1.1.2 เป็น “จำนวนเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพจิตที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์และสร้างมูลค่าได้” 4. ตัดตัวชี้วัด 1.1.3 ออก 5. เห็นชอบตามชื่อกลยุทธ์ 1.2 ที่เสนอ 6. ตัดตัวชี้วัด 1.2.1 และ 1.2.3 ออก 7. ปรับชื่อตัวชี้วัด 1.2.2 เป็น “ร้อยละการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชและญาติด้วยระบบดิจิทัล”

ประเด็น	ข้อสรุปของคณะกรรมการและคณะทำงานฯ
<p>จิตเวชที่มีคุณภาพ บนฐานนวัตกรรมและเทคโนโลยี ดิจิทัล</p> <p>ตัวชี้วัด : 1.2.1 จำนวนการเข้าใช้งาน ระบบ One-Stop Service บน Digital Platform ด้าน สุขภาพจิต</p> <p>1.2.2 ร้อยละการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชและญาติเพิ่มขึ้นด้วยระบบดิจิทัล</p> <p>1.2.3 ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการบริการต่อการให้บริการผ่านระบบดิจิทัล</p> <p>1.2.4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่ม SMI-V ได้รับการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่องบนระบบดิจิทัลไม่กลับเป็นซ้ำ</p>	<p>8. เห็นชอบตามตัวชี้วัด 1.2.4 ที่เสนอ</p>
<p>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 : ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์</p>	<p>1. ปรับชื่อประเด็นยุทธศาสตร์เป็น “ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์”</p>
<p>เป้าประสงค์ : ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ด้วยการยกระดับการสื่อสารสุขภาพจิตด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์</p>	<p>1. ปรับเป้าประสงค์เป็น “ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy)”</p>
<p>ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ : ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต</p>	<p>เห็นชอบตามตัวชี้วัดเป้าประสงค์ที่เสนอ</p>
<p>กลยุทธ์ : 2.1 พัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความตระหนักด้านสุขภาพจิต</p> <p>ตัวชี้วัด : 2.1.1 ร้อยละของประชาชนเข้าถึง/เข้าใช้ข้อมูลด้านสุขภาพจิต</p> <p>2.1.2 ร้อยละของประชาชนที่เชื่อมั่นและส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพจิต</p> <p>2.1.3 จำนวนองค์ความรู้และชุดความรู้ด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับสถานการณ์ และกลุ่มเป้าหมายต่างๆ พร้อมเผยแพร่</p> <p>2.1.4 ร้อยละระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของประชาชน</p> <p>กลยุทธ์ : 2.2 พัฒนาระบบการสร้างความรอบรู้</p>	<p>1. เห็นชอบตามชื่อกลยุทธ์ 2.1 ที่เสนอ</p> <p>2. ปรับตัวชี้วัด 2.1.1 เป็น “ร้อยละของประชาชนที่ได้รับข้อมูลสุขภาพจิตที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน สามารถนำข้อมูลด้านสุขภาพจิตไปใช้ประโยชน์”</p> <p>3. เห็นชอบตามตัวชี้วัด 2.1.2 ที่เสนอ</p> <p>4. ตัดตัวชี้วัด 2.1.3 และ 2.1.4 ออก</p> <p>5. ปรับชื่อกลยุทธ์ 2.2 เป็น “พัฒนาระบบการสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตที่สอดคล้องกับ บริบทการดำเนินงานในพื้นที่”</p> <p>6. เห็นชอบตามตัวชี้วัด 2.2.1 และ 2.2.2 ที่เสนอ</p> <p>7. ปรับชื่อกลยุทธ์ 2.3 เป็น “สร้างระบบการสื่อสารความรู้สุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤติ”</p>

ประเด็น	ข้อสรุปของคณะกรรมการและคณะทำงานฯ
<p>สุขภาพจิตที่สอดคล้องกับ บริบทการดำเนินงานในพื้นที่ และองค์ความรู้ใหม่ด้านสุขภาพจิต</p> <p>ตัวชี้วัด : 2.2.1 ร้อยละของพื้นที่ (เขตสุขภาพ/จังหวัด/อำเภอ) ที่มีระบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต</p> <p>2.2.2 ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ตามประเด็นปัญหาในพื้นที่</p> <p>กลยุทธ์ : 2.3 สร้างระบบการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังภาวะวิกฤต</p> <p>ตัวชี้วัด : 2.3.1 ร้อยละของประชาชนที่เข้าถึงความรู้สุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤต</p>	<p>8. ปรับชื่อตัวชี้วัด 2.3.1 เป็น “ร้อยละของประชาชนที่เข้าถึงและรับรู้ความรู้สุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤต”</p> <p>9. เพิ่มตัวชี้วัด 2 ตัว คือ “จำนวนประเด็นการสื่อสารเพื่อตอบสนองสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตสุขภาพจิต” และ “ร้อยละของประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤต”</p>
<p>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 : สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี</p>	<p>เห็นชอบตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่เสนอ</p>
<p>เป้าประสงค์ : ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างชุมชนและสังคมสุขภาพจิตดี</p>	<p>เห็นชอบตามเป้าประสงค์ที่เสนอ</p>
<p>ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ : จำนวนเครือข่ายพลเมืองที่เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างสังคมสุขภาพจิตดี</p>	<p>เห็นชอบตามตัวชี้วัดเป้าประสงค์ที่เสนอ โดยให้นิยาม “เครือข่ายพลเมือง” หมายถึง เครือข่ายพลเมืองใหม่ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างสังคมสุขภาพจิตดี เช่น เครือข่าย HR ของสถานประกอบการ/บริษัทเอกชน เครือข่ายครูในโรงเรียน เครือข่ายนิติบุคคลที่อยู่อาศัย</p>
<p>กลยุทธ์ : 3.1 รวมพลังภาคีเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิต</p> <p>ตัวชี้วัด : 3.1.1 ร้อยละของอำเภอที่มีเครือข่ายงานสุขภาพจิตที่เข้าร่วมเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี</p> <p>3.1.2 ร้อยละของบุคลากรในเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดีที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจนสามารถเป็นทีมนำด้านสุขภาพจิต (Mental Health Leader) / คนกลางที่ทำหน้าที่สื่อสาร (Gate Keeper)</p> <p>กลยุทธ์ : 3.2 ส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตชุมชน</p> <p>ตัวชี้วัด : 3.2.1 ร้อยละของเครือข่ายที่มีการดำเนินงานตามระบบบริหารจัดการเครือข่ายงานสุขภาพจิต</p>	<p>1. ปรับชื่อกลยุทธ์ 3.1 เป็น “รวมพลังภาคีเครือข่ายสร้างและขับเคลื่อนพลเมืองสุขภาพจิตดี”</p> <p>2. เห็นชอบตามตัวชี้วัด 3.1.1</p> <p>3. ให้แยกตัวชี้วัด 3.1.2 ออกเป็น 2 ตัว คือ 1) วัดบุคลากรเครือข่ายที่เป็น Mental Health Leader และ 2) วัดบุคลากรเครือข่ายที่เป็น Gate Keeper</p> <p>4. เห็นชอบตามชื่อกลยุทธ์ 3.2 และตัวชี้วัดที่เสนอ</p> <p>5. เห็นชอบตามชื่อกลยุทธ์ 3.3 ที่เสนอ</p> <p>6. ปรับชื่อตัวชี้วัด 3.3.1 เป็น “ร้อยละของจังหวัดที่ใช้กลไกการดำเนินงานทางกฎหมายและมาตรการอื่นมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน”</p>

ประเด็น	ข้อสรุปของคณะกรรมการและคณะทำงานฯ
<p>3.2.2 ร้อยละของเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน</p> <p>กลยุทธ์ : 3.3 ขับเคลื่อนและผลักดันการแก้ปัญหาสุขภาพจิตในระดับจังหวัดและระดับประเทศ</p> <p>ตัวชี้วัด : 3.3.1 ร้อยละของกลไกการดำเนินงานทางกฎหมายที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน</p>	
<p>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 : สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด (Marketing) เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต (Mental Health Economics) และกำลังคนสมรรถนะสูง (Professionalism)</p>	<p>ปรับประเด็นยุทธศาสตร์ โดยนำข้อความภาษาอังกฤษออก</p>
<p>เป้าประสงค์ : ประชาชนได้รับคุณค่าจากผลิตภัณฑ์บริการ และบุคลากรกรมสุขภาพจิต จนเกิดความเชื่อมั่นต่อกรมสุขภาพจิต</p>	<p>เห็นชอบตามเป้าประสงค์ที่เสนอ</p>
<p>ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ :</p> <p>1. ร้อยละของประชาชนหรือเครือข่ายที่มีความเชื่อมั่นต่อผลิตภัณฑ์ บริการ และความเชี่ยวชาญของบุคลากรกรมสุขภาพจิต</p> <p>2. อัตราผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment : SROI) ที่ประชาชนได้รับคุณค่าจากผลิตภัณฑ์ บริการ และบุคลากรของสุขภาพจิต</p>	<p>1. เห็นชอบตามตัวชี้วัด 1 ที่เสนอ</p> <p>2. ปรับชื่อตัวชี้วัด 2 เป็น “ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment : SROI) ที่ประชาชนได้รับจากผลิตภัณฑ์ บริการ และบุคลากรของกรมสุขภาพจิต”</p>
<p>กลยุทธ์ : 4.1 เสริมสร้างภาพลักษณ์งานสุขภาพจิต</p> <p>ตัวชี้วัด : 4.1.1 ร้อยละของผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อสินค้าและบริการสุขภาพจิต</p> <p>กลยุทธ์ : 4.2 พัฒนาระบบเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต</p> <p>ตัวชี้วัด : 4.2.1 จำนวนชุดสิทธิประโยชน์ทางด้านสุขภาพจิตที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้อย่างครอบคลุม</p> <p>4.2.2 ร้อยละของประชาชนได้รับประโยชน์จากการบริการสุขภาพจิตจากชุดสิทธิประโยชน์</p> <p>4.2.3 อัตราผลตอบแทน (Return on Investment : ROI) ของชุดสิทธิประโยชน์ทางด้าน</p>	<p>1. เห็นชอบตามชื่อกลยุทธ์ 4.1 ที่เสนอ</p> <p>2. ปรับตัวชี้วัด 4.1.1 เป็น “ร้อยละของผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพจิต”</p> <p>3. เพิ่มตัวชี้วัด 4.1.2 คือ “ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ดำเนินงานตามกระบวนการจัดการความรู้/ การวิจัยจากฐานข้อมูลจนเป็นนวัตกรรมระดับเขตสุขภาพ”</p> <p>4. เห็นชอบตามชื่อกลยุทธ์ 4.2 ที่เสนอ</p> <p>5. เห็นชอบตามตัวชี้วัด 4.2.1 , 4.2.2 และ 4.2.4</p> <p>6. ปรับตัวชี้วัด 4.2.3 เป็น “ผลตอบแทนจากการลงทุน (Return on Investment : ROI) ของชุดสิทธิประโยชน์ทางด้านสุขภาพจิต”</p>

ประเด็น	ข้อสรุปของคณะกรรมการและคณะทำงานฯ
<p>สุขภาพจิต</p> <p>4.2.4 ร้อยละของผลิตภัณฑ์/บริการด้านสุขภาพจิตของหน่วยงานในสังกัดกรมฯ ผ่านเกณฑ์การรับรองคุณภาพมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต</p> <p>กลยุทธ์ : 4.3 พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต</p> <p>ตัวชี้วัด : 4.3.1 ร้อยละของบุคลากรของกรมสุขภาพจิตมีทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Literacy)</p> <p>4.3.2 ร้อยละของบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิต ดำเนินงานตามกระบวนการจัดการความรู้/การวิจัยจากฐานข้อมูลตลอดจนนวัตกรรมของกรมสุขภาพจิต</p> <p>4.3.3 ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิต (สหวิชาชีพ) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจนสามารถเป็นผู้ให้คำปรึกษา/แนะนำ (Coach/Mentor) ต่อเครือข่ายกลุ่มพลเมืองสุขภาพจิตดี</p> <p>4.3.4 ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีสมรรถนะและทักษะที่จำเป็นต่อการสื่อสารด้านการตลาดสุขภาพจิต</p> <p>4.3.5 ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีความสุข</p>	<p>7. เห็นชอบตามชื่อกลยุทธ์ 4.3 ที่เสนอ</p> <p>8. เห็นชอบตามตัวชี้วัด 4.3.1 และ 4.3.5 ที่เสนอ</p> <p>9. ตัดตัวชี้วัดที่ 4.3.2 และ 4.3.4</p> <p>10. ปรับตัวชี้วัด 4.3.3 เป็น “ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิตได้รับการพัฒนาทักษะ/สมรรถนะเฉพาะ”</p>

ทั้งนี้ ข้อสรุปของคณะกรรมการกำหนดกรอบทิศทางแผนปฏิบัติการฯ และคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการฯ ที่มีต่อ (ร่างที่ 3) แผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน ได้นำมารวบรวมและปรับปรุงสาระสำคัญของแผนฯ จากนั้นจะนำข้อมูลที่ปรับปรุงแล้ว มาจัดทำเป็นข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) ให้คณะกรรมการและคณะทำงานฯ ตลอดจนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมเติมเต็มสาระสำคัญของแผนฯ ได้อย่างเป็นระบบ ผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ เพื่อให้แผนฯ มีความครบถ้วน สมบูรณ์ และจัดทำเป็น (ร่างที่ 4) แผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต และเตรียมนำเข้าในการประชุมรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเครือข่ายภายนอกกรมต่อ (ร่าง) แผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ในวันที่ 25 เมษายน 2565 โดยมีรายละเอียดดังนี้

(ร่างที่ 4) แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต

วิสัยทัศน์ (Vision statement)

กรมสุขภาพจิต เป็นองค์กรหลักที่ด้านสุขภาพจิตของประเทศ เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี สู้สังคม และเศรษฐกิจมูลค่าสูง

ตัวชี้วัดผลกระทบที่เกิดจากการดำเนินงานภายใต้วิสัยทัศน์ (Ultimate Outcome) (วัดผลปี 2570)1.

1. เด็กไทยมีระดับสติปัญญา (IQ) เฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103
2. ร้อยละ 85 ของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป
3. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน
4. ร้อยละ 90 ของคนไทยมีสุขภาพจิตดี
5. คนไทยมีค่าเฉลี่ยความสุขไม่น้อยกว่า 35.00

พันธกิจ (Mission statement)

1. พัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านสุขภาพจิต โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดการนำไปใช้ประโยชน์
2. สร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนในทุกกลุ่มวัยสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง
3. สนับสนุนการพัฒนาาระบบสุขภาพจิตครอบคลุมทุกมิติในทุกระดับ
4. พัฒนากลไกและกำหนดทิศทางการดำเนินงานสุขภาพจิตของประเทศ

ค่านิยมหลัก คุณค่าที่กรมสุขภาพจิต ยึดถือเป็นวิถีชีวิตในการดำเนินงานร่วมกัน (Core value) ได้แก่ “MENTAL”

M = Mind (Happy Mind, Service Mind, Public Mind)

E = Efficiency, Effectiveness, Equity

N = Network

T = Teamwork

A = Accountability

L = Learning (Personal, Team, Organization)

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Themes)

- 1) เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต
- 2) ยกกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์
- 3) สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี
- 4) สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต และกำลังคนสมรรถนะสูง

รายละเอียดรายประเด็นยุทธศาสตร์

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต

เป้าประสงค์ : ประชาชนเข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	เป้าหมาย
ร้อยละของประชาชนที่เข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรม/เทคโนโลยีดิจิทัล	
- ประชาชนทั่วไป	ปี 2566 = ร้อยละ 60 ปี 2567 = ร้อยละ 65 ปี 2568 = ร้อยละ 70 ปี 2569 = ร้อยละ 75 ปี 2570 = ร้อยละ 80
- ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต (เช่น ผู้ประสบภัยพิบัติ ผู้พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มเปราะบาง)	ปี 2566 = ร้อยละ 65 ปี 2567 = ร้อยละ 70 ปี 2568 = ร้อยละ 75 ปี 2569 = ร้อยละ 80 ปี 2570 = ร้อยละ 85
- ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวช (เช่น ผู้ติดสุรา สารเสพติด ผู้ป่วยสมาธิสั้น ออทิสซึม ซึมเศร้า)	ปี 2566 = ร้อยละ 70 ปี 2567 = ร้อยละ 75 ปี 2568 = ร้อยละ 80 ปี 2569 = ร้อยละ 85 ปี 2570 = ร้อยละ 90

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน
<p>กลยุทธ์ 1.1 พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาระบบสุขภาพจิต (หมายเหตุ การพัฒนานวัตกรรมสุขภาพจิต จะสอดคล้องตามกระบวนการพัฒนางานวิจัย 7 ขั้นตอน ตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิตหรือไม่ก็ได้)</p>	<p>1.1.1 จำนวนนวัตกรรมสุขภาพจิตที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์และสร้างมูลค่าได้ (นิยาม ให้ครอบคลุมจำนวนนวัตกรรมที่ถูกต่อยอดไปสู่ระบบสุขภาพจิตและกำหนดคุณภาพของนวัตกรรมให้ชัดเจน)</p>	<p>ปี 2566 = 5 เรื่อง ปี 2567 = 5 เรื่อง ปี 2568 = 5 เรื่อง ปี 2569 = 5 เรื่อง ปี 2570 = 5 เรื่อง</p>	<ol style="list-style-type: none"> สร้างระบบฐานข้อมูลกลางที่รวบรวมองค์ความรู้ นวัตกรรมงานวิจัย เทคโนโลยี เพื่อให้ง่ายต่อการเลือกใช้งาน พัฒนาเหมืองข้อมูล (Data mining) ที่สามารถผลิต / สังเคราะห์ชุด รวมถึงพัฒนาชุดข้อมูลมาตรฐานด้านสุขภาพจิตให้เชื่อมต่อกัน (Clinical / Social determinant / ข้อมูลสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัย) สนับสนุนกลไกการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตดิจิทัลให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาดิจิทัลกรมสุขภาพจิต ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570) สร้าง/พัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพจิต (Smart Psychosocial Care) สำหรับกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจิตให้ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม สร้าง/พัฒนานวัตกรรมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบเทคโนโลยีดิจิทัล ในการให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำ สำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นได้ พัฒนาเครื่องมือด้านสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับความสนใจ ความต้องการของประชาชน และมีความง่ายต่อการใช้งาน (User friendly) และตรงตามบริบท
	<p>1.1.2 จำนวนเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพจิตที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์และสร้างมูลค่าได้ (เป้าหมายการดำเนินงานกำหนดให้มีการพัฒนาปีละ 2 มิติ คือ มิติส่งเสริมป้องกัน และมิติรักษาฟื้นฟู)</p>	<p>ปี 2566 = 2 เรื่อง ปี 2567 = 2 เรื่อง ปี 2568 = 2 เรื่อง ปี 2569 = 2 เรื่อง ปี 2570 = 2 เรื่อง</p>	
<p>กลยุทธ์ 1.2 จัดรูปแบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพ บนฐานนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล</p>	<p>1.2.1 ร้อยละการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชและญาติด้วยระบบดิจิทัล</p>	<p>ปี 2566 = ร้อยละ 30 ปี 2567 = ร้อยละ 35 ปี 2568 = ร้อยละ 40 ปี 2569 = ร้อยละ 45 ปี 2570 = ร้อยละ 50</p>	<ol style="list-style-type: none"> จัดระบบบริการที่พร้อมใช้และตอบสนองเทคโนโลยีที่พัฒนาอย่างรวดเร็ว ให้เป็น Virtual Hospital และ Metaverse Hospital เสริมสร้างชุดสื่อ เทคโนโลยีดิจิทัล ให้ได้มาตรฐานและมีความเหมาะสมกับผู้ใช้ สร้างสถานที่ สภาพแวดล้อมให้มีคุณภาพ ที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ให้เป็น Smart Hospital with Healing Environment ที่เหมาะแก่แต่ละกลุ่มวัย จนผู้ป่วยสามารถคืนสู่สภาวะ

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน
	1.2.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่ม SMI-V ได้รับการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่องบนระบบดิจิทัล ไม่กลับเป็นซ้ำ (นิยาม SMI-V หมายถึง กลุ่มผู้ป่วย SMI-V และ กลุ่มผู้ต้องขังทางจิตเวชที่ได้รับการปล่อยตัวออกจากเรือนจำ)	ปี 2566 = ร้อยละ 50 ปี 2567 = ร้อยละ 60 ปี 2568 = ร้อยละ 70 ปี 2569 = ร้อยละ 80 ปี 2570 = ร้อยละ 90	(Recovery) และมีคุณภาพชีวิตที่ดี 4. พัฒนาหน่วยบริการอย่างต่อเนื่อง ด้านคุณภาพตามมาตรฐาน (HA) และความเชี่ยวชาญตามความเป็นเลิศของหน่วยบริการสุขภาพจิตและจิตเวช (Excellence Center) 5. จัดบริการเชิงรุกและอุปกรณ์พาหนะเคลื่อนที่ในการเข้าถึงชุมชนที่พร้อมใช้ และตอบรับเทคโนโลยีที่พัฒนาอย่างรวดเร็ว (Mobile Digital Mental Services) 6. พัฒนารูปแบบ/ช่องทางการเข้าถึงเทคโนโลยีและโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพ ทั้งประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย 7. พัฒนารูปแบบ/ช่องทางการติดตามเพื่อเฝ้าระวังอาการกำเริบพฤติกรรมรุนแรง ด้วยนวัตกรรมเทคโนโลยีที่ บริการการให้คำปรึกษา ประเมินอาการ เยียวยาจิตใจ จัดส่งยาจิตเวช อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ด้วยระบบดิจิทัล

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์

เป้าประสงค์ : ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy)

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	เป้าหมาย
ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	ปี 2566 = ร้อยละ 65 ปี 2567 = ร้อยละ 70 ปี 2568 = ร้อยละ 75 ปี 2569 = ร้อยละ 80 ปี 2570 = ร้อยละ 85

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน
กลยุทธ์ 2.1 พัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพจิต	2.1.1 ร้อยละของประชาชนที่ได้รับข้อมูลสุขภาพจิตที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน สามารถนำข้อมูลด้านสุขภาพจิตไปใช้ประโยชน์	ปี 2566 = ร้อยละ 50 ปี 2567 = ร้อยละ 60 ปี 2568 = ร้อยละ 70 ปี 2569 = ร้อยละ 80 ปี 2570 = ร้อยละ 90	<ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาระบบการจัดการความรู้ผ่านสื่อ มีการถอดบทเรียนให้ประชาชนมีความรู้ และตระหนักรู้ในเรื่องของสุขภาพจิต (Public Mental Health Literacy) 2. พัฒนาระบบสื่อสารประชาสัมพันธ์ที่ทันต่อสถานการณ์ของสังคม ทำให้ประชาชนเข้าถึงเทคโนโลยี/องค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต นำไปใช้ง่ายและตระหนักถึงการดูแลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสม ด้วยมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต 3. พัฒนางองค์ความรู้ สื่อสุขภาพจิตด้านการควบคุมป้องกัน ภัยคุกคามต่อสุขภาพจิต ที่ปรากฏในสื่อต่างๆ ให้มีคุณภาพและจำเป็นต่อประชาชน ให้ผู้เชี่ยวชาญมีส่วนร่วมในการพัฒนาและให้ข้อเสนอแนะ รวมถึงการวิจัยที่จะช่วยสร้างองค์ความรู้และแนวทางการปฏิบัติที่ดี 4. บูรณาการการทำงานเป็นทีม ระหว่างกรมสุขภาพจิตกับ Social Media Influencer ใน platform สำคัญ 5. พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีทักษะ ในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ / สร้าง content ให้ถูกต้องตรงใจในการสื่อสารประชาสัมพันธ์กับกลุ่มเป้าหมายให้เกิดความตระหนักรู้ 6. ใช้ Social Listening หรือ Newsclipping Platform เพื่อจับกระแสและประเมินความต้องการด้านสุขภาพจิตของสาธารณสุข
	2.1.2 ร้อยละของประชาชนที่เชื่อมั่น และส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพจิต	ปี 2566 = ร้อยละ 70 ปี 2567 = ร้อยละ 75 ปี 2568 = ร้อยละ 80 ปี 2569 = ร้อยละ 85 ปี 2570 = ร้อยละ 90	

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน
<p>กลยุทธ์ 2.2 พัฒนาระบบการสร้าง ความรอบรู้สุขภาพจิตที่สอดคล้องกับ บริบท การดำเนินงานในพื้นที่</p>	<p>2.2.1 ร้อยละของพื้นที่ (เขตสุขภาพ/จังหวัด/ อำเภอ) ที่มีระบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้าน สุขภาพจิต</p>	<p>ระดับเขตสุขภาพ ปี 2566 = ร้อยละ 40 ปี 2567 = ร้อยละ 55 ปี 2568 = ร้อยละ 70 ปี 2569 = ร้อยละ 85 ปี 2570 = ร้อยละ 100 ระดับจังหวัด ปี 2566 = ร้อยละ 35 ปี 2567 = ร้อยละ 45 ปี 2568 = ร้อยละ 55 ปี 2569 = ร้อยละ 65 ปี 2570 = ร้อยละ 75 ระดับอำเภอ ปี 2566 = ร้อยละ 15 ปี 2567 = ร้อยละ 25 ปี 2568 = ร้อยละ 35 ปี 2569 = ร้อยละ 45 ปี 2570 = ร้อยละ 55</p>	<ol style="list-style-type: none"> สร้างเครือข่ายในช่องทาง Ground War โดยมีบทบาทร่วมกันในการพัฒนาสื่อ ช่องทางให้ความรู้ สร้างทัศนคติ ความตระหนักและกลไกการสร้างความรู้สุขภาพจิตในระดับสังคม ชุมชน ครอบครัว และบุคคล พัฒนาช่องทางการค้นหาข้อมูลและการดูแลสุขภาพจิตที่หลากหลาย สามารถประเมิน ค้นหาความรู้รวมถึงส่งเสริมสุขภาพจิตได้ด้วยตนเอง พัฒนาขีดความสามารถประชาชน ให้สังเกตตนเองได้ ประเมินตนเองเป็น รวมถึงทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น หรือการหาแหล่งบริการสุขภาพจิต ช่วยเหลือคนใกล้ขีด โดยบูรณาการร่วมกับหลักสูตรและกิจกรรมการเรียนรู้ต่างๆ พัฒนาหลักสูตรความรู้/แนวทางเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตไม่เพียงพอ
	<p>2.2.2 ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรม สุขภาพจิตที่พึงประสงค์ตามประเด็นปัญหาใน พื้นที่</p>	<p>ปี 2566 = ร้อยละ 70 ปี 2567 = ร้อยละ 75 ปี 2568 = ร้อยละ 80 ปี 2569 = ร้อยละ 85 ปี 2570 = ร้อยละ 90</p>	

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน
กลยุทธ์ 2.3 สร้างระบบการสื่อสาร ความรอบรู้สุขภาพจิตในสถานการณวิฤติ	2.3.1 จำนวนประเด็นการสื่อสารเพื่อตอบสนอง สุขภาพจิตในภาวะวิกฤตสุขภาพจิต (นิยาม หมายถึง การตอบสนอง การสร้างระบบ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม)	ปี 2566 = 2 เรื่อง ปี 2567 = 2 เรื่อง ปี 2568 = 2 เรื่อง ปี 2569 = 2 เรื่อง ปี 2570 = 2 เรื่อง	1. จัดเวที/ช่องทางให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพจิตที่เป็น รูปแบบเฉพาะ ในสถานการณฉุกเฉิน/วิกฤติ/กระแสสังคม 2. พัฒนางค์ความรู้และเทคโนโลยีการนำไปใช้ให้ทันสถานการณฉุกเฉิน/ วิกฤติ/กระแสสังคม เพื่อให้ประชาชนรับรู้การเฝ้าระวังดูแลสุขภาพจิตได้ เหมาะสม
	2.3.2 ร้อยละของประชาชนที่เข้าถึงและรับรู้ ความรู้สุขภาพจิตในสถานการณวิฤติ	ปี 2566 = ร้อยละ 60 ปี 2567 = ร้อยละ 65 ปี 2568 = ร้อยละ 70 ปี 2569 = ร้อยละ 75 ปี 2570 = ร้อยละ 80	3. พัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ในภาวะฉุกเฉินและ เชื่อมโยงระบบฐานข้อมูล ระบบจัดการข้อมูล การให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร ช่องทางช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพจิต ที่เป็นรูปแบบเฉพาะ ในสถานการณวิฤติ และมีการติดตามประเมิน สถานการณ เพื่อตอบโต้สถานการณได้ทันเวลา มีประสิทธิภาพ เพื่อให้มี ความรู้ สร้างความตระหนัก และลดความ ตื่นตระหนกในสถานการณวิฤติ
	2.3.3 ร้อยละของประชาชนที่มีความรอบรู้ด้าน สุขภาพจิตในสถานการณวิฤติ	ปี 2566 = ร้อยละ 55 ปี 2567 = ร้อยละ 60 ปี 2568 = ร้อยละ 65 ปี 2569 = ร้อยละ 70 ปี 2570 = ร้อยละ 75	4. กำหนดมาตรการ/แนวทางการดำเนินงานการสื่อสารความเสี่ยงด้าน สุขภาพจิต เพื่อป้องกัน/ลดผลกระทบที่เกิดจากภาวะฉุกเฉินและสาธารณภัย 5. วิเคราะห์สถานการณ ความเสี่ยงต่อวิกฤติสุขภาพจิตในพื้นที่ เพื่อเฝ้า ระวัง ป้องกัน และลดความรุนแรงด้านสุขภาพจิต รวมถึงสร้างทีมสื่อสาร ความเสี่ยงในระดับพื้นที่ให้มีความเข้มแข็ง 6. จัดทำแผนการสื่อสารสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตสุขภาพจิต

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี

เป้าประสงค์ : ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างชุมชนและสังคมสุขภาพจิตดี

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	เป้าหมาย
จำนวนเครือข่ายพลเมืองที่เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างสังคมสุขภาพจิตดี	ปี 2566 = 3 เครือข่าย ปี 2567 = 5 เครือข่าย ปี 2568 = 10 เครือข่าย ปี 2569 = 15 เครือข่าย ปี 2570 = 20 เครือข่าย

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน
กลยุทธ์ 3.1 รวมพลังภาคีเครือข่ายสร้างและขับเคลื่อนพลเมืองสุขภาพจิตดี	3.1.1 ร้อยละของอำเภอที่มีเครือข่ายงานสุขภาพจิตที่เข้าร่วมสร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี	ปี 2566 = ร้อยละ 40 ปี 2567 = ร้อยละ 45 ปี 2568 = ร้อยละ 50 ปี 2569 = ร้อยละ 55 ปี 2570 = ร้อยละ 60	<ol style="list-style-type: none"> สนับสนุนระบบการดูแลเครือข่าย ในการส่งเสริมป้องกันผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ครอบคลุมระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ สร้างและกำกับมาตรฐานการดำเนินงานและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายงานสุขภาพจิต ทั้งภาครัฐและเอกชน เสริมพลังเครือข่ายใหม่ในการดำเนินงานสุขภาพจิต เช่น อบจ. เทศบาล อบต. อปท. พม.จ. พัฒนาชุมชนจังหวัด ประกันสังคมจังหวัด แรงงานจังหวัด หน่วยกู้ชีพกู้ภัยเครือข่ายผู้พิการทางจิต องค์กรเอกชน นิตិบุคคลที่อยู่อาศัย (บ้านจัดสรร / คอนโดมีเนียม / อพาทเมนต์) มูลนิธิ สมาคม ชมรม หน่วยงาน NGO สร้างเสริมศักยภาพของเครือข่ายงานสุขภาพจิต ในการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และจัดระบบนิเวศงานสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ สร้างเสริมทักษะเครือข่ายงานสุขภาพจิต ในการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพจิตให้กับประชาชนในชุมชน
	3.1.2 ร้อยละของบุคลากรในเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดีที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจนสามารถเป็นทีมนำด้านสุขภาพจิต (Mental Health Leader)	ปี 2566 = ร้อยละ 40 ปี 2567 = ร้อยละ 50 ปี 2568 = ร้อยละ 60 ปี 2569 = ร้อยละ 70 ปี 2570 = ร้อยละ 80	
	3.1.3 ร้อยละของบุคลากรในเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดีที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจนสามารถเป็นคนกลางที่ทำหน้าที่สื่อสาร (Gate Keeper)	ปี 2566 = ร้อยละ 40 ปี 2567 = ร้อยละ 50 ปี 2568 = ร้อยละ 60 ปี 2569 = ร้อยละ 70	

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2570 = ร้อยละ 80	6. สร้างเสริมพลังความเข้มแข็งสถาบันครอบครัวและเครือข่ายผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวช 7. วางแผนจิตอาสาเพื่อสังคม (CSR) ขององค์กรอย่างต่อเนื่อง
กลยุทธ์ 3.2 ส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตชุมชน	3.2.1 ร้อยละของเครือข่ายที่มี การดำเนินงานตามระบบบริหารจัดการ เครือข่ายงานสุขภาพจิต	ปี 2566 = ร้อยละ 40 ปี 2567 = ร้อยละ 45 ปี 2568 = ร้อยละ 50 ปี 2569 = ร้อยละ 55 ปี 2570 = ร้อยละ 60	1. สนับสนุนให้เกิดชมรมหรือสมาคมสุขภาพจิตตัวอย่างยั่งยืนในหมู่ ผู้สูงอายุติดสังคม (ผู้ใหญ่ใจดี ผู้ใหญ่สุขภาพจิตดี) และมีกิจกรรมดูแล ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ให้มีสุขภาพกายจิตใจดี 2. สร้างสนับสนุนศูนย์การดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยจิตเวช (Day Care and Night Care) ภายในชุมชน
	3.2.2 ร้อยละของเครือข่ายที่มีส่วนร่วม ในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน	ปี 2566 = ร้อยละ 40 ปี 2567 = ร้อยละ 45 ปี 2568 = ร้อยละ 50 ปี 2569 = ร้อยละ 55 ปี 2570 = ร้อยละ 60	3. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้บ้าน (จิตเวชเรื้อรัง จิตเวช เด็กและวัยรุ่น) ในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น 4. สร้างระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตชุมชน Early Warning Sign ให้กับ ประชาชน สามารถสังเกตสัญญาณเตือนของปัญหาสุขภาพจิตและ ดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้นได้
กลยุทธ์ 3.3 ขับเคลื่อนและผลักดัน การแก้ปัญหาสุขภาพจิตในระดับจังหวัดและ ระดับประเทศ	3.3.1 ร้อยละของจังหวัดที่น่ากลไก การดำเนินงานทางกฎหมายและมาตรการอื่นมา ใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน	ปี 2566 = ร้อยละ 60 ปี 2567 = ร้อยละ 70 ปี 2568 = ร้อยละ 80 ปี 2569 = ร้อยละ 90 ปี 2570 = ร้อยละ 100	1. ผลักดันนโยบายยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตาย และงาน สุขภาพจิตระดับจังหวัดผ่านคณะกรรมการประสานงานเพื่อการ บังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัดภายใต้ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต 2. ผลักดันกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิตและมาตรฐาน การดูแลสุขภาพจิตที่มีผลกระทบต่อสังคม รวมทั้งการจัดทำ ข้อเสนอแนะและนโยบายระดับชาติ 3. ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพจิต ในระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัด 4. เสริมการบูรณาการงานสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตในเขต

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน
			<p>สุขภาพ และจังหวัด โดยผลักดันประเด็นสุขภาพจิตเข้าสู่แผนพัฒนาเขตสุขภาพและแผนพัฒนาจังหวัด โดยบูรณาการกับหน่วยงาน ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>5. สนับสนุนภาครัฐบาล ภาคเอกชน และภาคส่วนต่างๆ ในสังคม สำหรับการผลักดันให้เกิดนโยบายที่คำนึงถึงสุขภาพจิตของประชาชน และสร้างกลไกการทำงานร่วมกันให้มีความเชื่อมโยงกับงานสุขภาพจิต เพื่อให้ประชาชนทั่วประเทศมีสุขภาพจิตที่ดี (Mental Health in All Policies and Mental Health Every Where)</p>

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต และกำลังคนสมรรถนะสูง

เป้าประสงค์ : ประชาชนได้รับคุณค่าจากผลิตภัณฑ์ บริการ และบุคลากรกรมสุขภาพจิต จนเกิดความเชื่อมั่นต่อกรมสุขภาพจิต

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	เป้าหมาย
ร้อยละของประชาชนหรือเครือข่ายที่มีความเชื่อมั่นต่อผลิตภัณฑ์ บริการ และความเชี่ยวชาญของบุคลากรกรมสุขภาพจิต	<p>ปี 2566 = ร้อยละ 40</p> <p>ปี 2567 = ร้อยละ 45</p> <p>ปี 2568 = ร้อยละ 50</p> <p>ปี 2569 = ร้อยละ 55</p> <p>ปี 2570 = ร้อยละ 60</p>
ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment : SROI) ที่ประชาชนได้รับจากผลิตภัณฑ์ บริการ และบุคลากรของกรมสุขภาพจิต	<p>ปี 2566 \geq 0.5 เท่าของเงินลงทุน</p> <p>ปี 2567 \geq 0.5 เท่าของเงินลงทุน</p> <p>ปี 2568 \geq 1.0 เท่าของเงินลงทุน</p> <p>ปี 2569 \geq 1.0 เท่าของเงินลงทุน</p> <p>ปี 2570 \geq 1.5 เท่าของเงินลงทุน</p>

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน
กลยุทธ์ 4.1 เสริมสร้างภาพลักษณ์งาน สุขภาพจิต	4.1.1 ร้อยละของผู้รับบริการ มีความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์และบริการ สุขภาพจิต	ปี 2566 = ร้อยละ 80 ปี 2567 = ร้อยละ 80 ปี 2568 = ร้อยละ 85 ปี 2569 = ร้อยละ 85 ปี 2570 = ร้อยละ 85	<ol style="list-style-type: none"> 1. เสริมสร้างภาพลักษณ์ขององค์กร ให้ประชาชนเชื่อมั่นต่อองค์ความรู้ ข่าวสารด้านสุขภาพจิตที่สื่อสารไปยังประชาชน เช่น Rebrand ให้เป็นที่รู้จักในวงกว้าง 2. สร้างทีมสื่อสารการตลาดทุกระดับในการเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพจิต โดยบูรณาการกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาคเอกชน NGO สื่อต่างๆ ในการสื่อสารงานสุขภาพจิต 3. วางแผนการตลาด สำหรับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพจิตทั้งด้านส่งเสริมป้องกัน บำบัด รักษาฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และจัดทำแนวทางการสื่อสารการตลาดสุขภาพจิตเพื่อให้เกิดการดำเนินงานในทิศทางเดียวกัน 4. พัฒนาระบบการจัดการความรู้ของกรมสุขภาพจิตผ่านองค์ความรู้ของบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ 5. สร้างวัฒนธรรมการทำงานด้วยหลักวิชาการ โดยใช้หลักฐานที่ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ในการรองรับผลการดำเนินงานเป็นที่ยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 6. เสริมสร้างความเข้มแข็งและความเชี่ยวชาญของสถาบันฝึกอบรมของกรมสุขภาพจิต ในการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตให้แก่สังคม
กลยุทธ์ 4.2 พัฒนาระบบเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต	4.2.1 จำนวนชุดสิทธิประโยชน์ทางด้าน สุขภาพจิตที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึง บริการด้านสุขภาพจิตได้อย่างครอบคลุม	ปี 2566 = 2 เรื่อง ปี 2567 = 2 เรื่อง ปี 2568 = 2 เรื่อง ปี 2569 = 2 เรื่อง ปี 2570 = 2 เรื่อง	<ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาระบบต้นทุนงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช 2. พัฒนาระบบการประเมินด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต (Mental Health Economics Evaluation) โดยผลักดันให้เกิดความร่วมมือในการศึกษาวิจัยอัตราผลตอบแทน และอัตราผลตอบแทนทางสังคม (Return on Investment : ROI and Social Return on Investment: SROI) ของชุดสิทธิประโยชน์ทางด้านสุขภาพจิต

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน
	4.2.2 ร้อยละของประชาชนได้รับประโยชน์จากบริการสุขภาพจิตในชุดสิทธิประโยชน์	ปี 2566 = ร้อยละ 40 ปี 2567 = ร้อยละ 45 ปี 2568 = ร้อยละ 50 ปี 2569 = ร้อยละ 55 ปี 2570 = ร้อยละ 60	3) ผลักดันให้เกิดชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วยจิตเวชผ่านกองทุนต่างๆ 4) พัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมสุขภาพจิตให้มีผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต 5) พัฒนาผลิตภัณฑ์/บริการด้านสุขภาพจิตตามให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด และรับรองคุณภาพมาตรฐานผลิตภัณฑ์/บริการสุขภาพจิต 6) ประกาศความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์การรับรองคุณภาพมาตรฐานโดยการเผยแพร่ในหลากหลายช่องทาง
	4.2.3 ผลตอบแทนจากการลงทุน (Return on Investment : ROI) ของชุดสิทธิประโยชน์ทางด้านสุขภาพจิต	ปี 2566 \geq 0.5 ปี 2567 \geq 0.5 ปี 2568 \geq 1.0 ปี 2569 \geq 1.0 ปี 2570 \geq 1.5	
	4.2.4 ร้อยละของผลิตภัณฑ์/บริการด้านสุขภาพจิตของหน่วยงานในสังกัดกรมฯ ผ่านเกณฑ์การรับรองคุณภาพมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต	ปี 2566 = ร้อยละ 10 ปี 2567 = ร้อยละ 15 ปี 2568 = ร้อยละ 20 ปี 2569 = ร้อยละ 25 ปี 2570 = ร้อยละ 30	
กลยุทธ์ 4.3 พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต	4.3.1 ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิตมีทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Skill)	ปี 2566 = ร้อยละ 60 ปี 2567 = ร้อยละ 70 ปี 2568 = ร้อยละ 80 ปี 2569 = ร้อยละ 90 ปี 2570 = ร้อยละ 90	1) พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านจิตเวชพร้อมรับมือกับประเด็นสุขภาพจิตที่ท้าทายในอนาคต 2) กำหนดสมรรถนะและทักษะที่จำเป็นสำหรับบุคลากรกรมสุขภาพจิต เช่น การสื่อสารการตลาดสุขภาพจิต การเป็นผู้ให้คำปรึกษา/แนะนำ การสร้างนวัตกรรมสุขภาพจิต/เทคโนโลยีดิจิทัล ฯลฯ 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพจิตครอบคลุมทุกวิชาชีพให้มีความเชี่ยวชาญในทักษะวิชาชีพ ทักษะด้านดิจิทัล และมีทักษะที่หลากหลาย (Multitasking) สามารถบูรณาการองค์ความรู้ร่วมกับสาขาวิชาชีพอื่นได้

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน
	4.3.2 ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ได้รับการพัฒนาทักษะ/สมรรถนะเฉพาะ	ปี 2566 = ร้อยละ 60 ปี 2567 = ร้อยละ 70 ปี 2568 = ร้อยละ 80 ปี 2569 = ร้อยละ 90 ปี 2570 = ร้อยละ 90	4) สนับสนุนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ ให้สามารถเป็นที่ปรึกษา ผู้ฝึกสอน ที่ปรึกษา หรือวิทยากร ตามความต้องการของหน่วยงาน เครือข่ายด้านสุขภาพจิต 5) พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญของแต่ละวิชาชีพ (Core Competency) ตามความเป็นเลิศของหน่วยบริการสุขภาพจิต
	4.3.3 ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิต ที่มีความสุข	ปี 2566 = ร้อยละ 80 ปี 2567 = ร้อยละ 80 ปี 2568 = ร้อยละ 80 ปี 2569 = ร้อยละ 80 ปี 2570 = ร้อยละ 80	และจิตเวช (Excellence Center) 6) พัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมสุขภาพจิตให้เป็นนักสร้างสุขที่มีสมรรถนะและทักษะที่จำเป็นในการสร้างสุข ตลอดจนวางแผนขับเคลื่อนการสร้างสุขในบุคลากรกรมสุขภาพจิตอย่างมีส่วนร่วมจากผู้บริหารและนักสร้างสุข 7) จัดสวัสดิการที่เหมาะสมแก่บุคลากรและเจ้าหน้าที่ มีขวัญกำลังใจ ความสุขและภาคภูมิใจ

3.12 ขั้นตอนที่ 12 การสัมมนาประชาพิจารณ์ (ร่าง) แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) กรมสุขภาพจิต

3.12.1 ตามที่กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ได้จัดทำ (ร่าง) แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร บุคลากรทั้งภายในและภายนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต รวมทั้งภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่การร่วมทบทวนสถานการณ์สำคัญด้านสุขภาพจิตด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based) อย่างเป็นระบบ ตามการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบ Delphi Strategic Future Research Technique (DSFRT) และค้นหาจุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส และอุปสรรคของการดำเนินงานสุขภาพจิต เชื่อมโยงสู่การกำหนดเป็น (ร่าง) วิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ กลยุทธ์ และตัวชี้วัดภายใต้แผนฯ โดยมุ่งหวังให้แผนปฏิบัติราชการฯ สามารถเป็นกรอบทิศทางหลักในการพัฒนางานสุขภาพจิตระดับกรม และดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายงานสุขภาพจิตทุกภาคส่วน ให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ดังนั้นเพื่อให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อ (ร่าง) แผนปฏิบัติราชการฯ กองยุทธศาสตร์และแผนงานจึงดำเนินการสำรวจความคิดเห็นต่อ (ร่าง) แผนปฏิบัติราชการฯ ผ่านช่องทางการแสดงความคิดเห็นที่หลากหลาย ดังนี้

1) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน จัดทำ “แบบสำรวจความคิดเห็นต่อ (ร่าง) แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต” และนำแบบสำรวจฯ ดังกล่าว เผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์กรมสุขภาพจิต ในช่วงกลางเดือนเมษายน 2565 เพื่อสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะผ่านการประชาพิจารณ์ (ร่าง) แผนปฏิบัติราชการฯ ดังแผนภาพที่ 3-9

แผนภาพที่ 3-9 ช่องทางการประชาพิจารณ์ (ร่าง) แผนปฏิบัติราชการฯ ผ่านเว็บไซต์กรมสุขภาพจิต

(ร่าง) แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต

วิสัยทัศน์ กรมสุขภาพจิต เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิตของประเทศ เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี สู้สังคม และเศรษฐกิจมูลค่าสูง

ตัวชี้วัดผลกระทบที่เกิดจากการดำเนินงานภายใต้วิสัยทัศน์ (Ultimate Outcome) สิ้นแผนฯ ปี 70

- 1 คนไทยมีค่าเฉลี่ยความสุข ไม่น้อยกว่า 35.00
- 2 ร้อยละ 90 ของคนไทยมีสุขภาพจิตดี
- 3 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน
- 4 เด็กไทยมีระดับสติปัญญา (IQ) ไม่ต่ำกว่า 103
- 5 ร้อยละ 85 ของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป

พันธกิจ

1. พัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านสุขภาพจิต โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดการนำไปใช้ประโยชน์
2. สร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนในทุกกลุ่มวัย สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง
3. สนับสนุนการพัฒนาาระบบสุขภาพจิตครอบคลุมทุกมิติ ในทุกระดับ
4. พัฒนากลไกและกำหนดทิศทางการดำเนินงานสุขภาพจิตของประเทศ

ประเด็นยุทธศาสตร์

1. เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต
2. ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์
3. สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี
4. สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต และกำลังคนสมรรถนะสูง

ประชาพิจารณ์ (ร่าง) แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต

วันจันทร์ที่ 25 เมษายน 2565

ห้องประชุมศาสตราจารย์นายแพทย์ผัน แสงสิงแก้ว กรมสุขภาพจิต และทางระบบ Zoom Meetings

ประชาพิจารณ์ (ร่าง) แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต

ผ่านเว็บไซต์กรมสุขภาพจิต <https://www.dmh.go.th/main.asp>

ผ่านทาง QR code

กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต 02 590 8080 pzd.mhs4@gmail.com

2) กองยุทธศาสตร์และแผนงานจัดทำหนังสือแจ้งเวียนการสำรวจความคิดเห็นต่อ (ร่าง) แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2565 โดยกลุ่มเป้าหมายได้แก่ผู้บริหารกรมสุขภาพจิต ผู้บริหาร นักวิชาการและบุคลากรจากทุกหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ผู้บริหารและนักวิชาการจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยขอความร่วมมือในการตอบ “แบบสำรวจความคิดเห็นต่อ (ร่าง) แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต” ผ่านทางเว็บไซต์กรมสุขภาพจิต (<https://www.dmh.go.th/main.asp>) หรือผ่านทาง QR code ภายในวันที่ 12 พฤษภาคม 2565 เพื่อกองยุทธศาสตร์และแผนงานจะนำข้อมูลความคิดเห็นที่ได้ไปปรับปรุง (ร่าง) แผนปฏิบัติราชการฯ ให้มีความครอบคลุม ชัดเจน ต่อไป

3) ในวันที่ 25 เมษายน 2565 กองยุทธศาสตร์และแผนงานได้จัดโครงการสัมมนาประชาพิจารณ์ (ร่าง) แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ณ ห้องประชุมศาสตราจารย์ นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว ชั้น 1 อาคาร 1 กรมสุขภาพจิต และในรูปแบบการประชุมทางไกลผ่านโปรแกรม Zoom Meeting (Online Onsite Hybrid Conference) เพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต จากหน่วยงานทั้งในและนอก สังกัดกรมสุขภาพจิต ที่มีต่อ (ร่าง) แผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต เพื่อให้แผนปฏิบัติราชการฯ เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างแท้จริง และได้รับการยอมรับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำหรับการนำไปเป็นแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตได้อย่างครบถ้วน ครอบคลุม และสอดคล้องกับแผนทุกระดับของประเทศ มีความชัดเจนในเชิงปฏิบัติ และสามารถนำไปขับเคลื่อนการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีประสิทธิผล และเกิดความคุ้มค่าสูงสุด

3.1.2.2 สรุปผลการสัมมนาประชาพิจารณ์ (ร่าง) แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต โดยที่ประชุมได้มีการอภิปรายและแสดงความคิดเห็นกันอย่างกว้างขวางใน (ร่าง) แผนปฏิบัติราชการฯ ที่นำเสนอ นอกจากนี้ที่ได้มีการสอบถามความเห็นจากผู้เข้าร่วมประชุมโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อร่างแผนฯ ซึ่งสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลความเห็นต่อสาระสำคัญ (ร่าง) แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (2566-2570) กรมสุขภาพจิต โดยมีผู้ตอบแบบสอบถามออนไลน์จำนวน 36 คน ดังนี้

1) ผู้เข้าร่วมสัมมนา เห็นด้วย 100% กับกระบวนการ (ร่าง) แผนปฏิบัติราชการฯ เห็นด้วย 91.67% กับข้อความในวิสัยทัศน์ เห็นด้วย 97.22% กับข้อความในพันธกิจ เห็นด้วย 100% กับข้อความในค่านิยมหลัก เห็นด้วย 97.22% กับประเด็นยุทธศาสตร์ เห็นด้วย 94.44% กับภาพรวม ใน (ร่าง) แผนปฏิบัติราชการฯ และผู้เข้าร่วมสัมมนา มีความเข้าใจ (ร่าง) แผนปฏิบัติราชการฯ อยู่ในระดับมากขึ้นไป 100%

2) ที่ประชุมแสดงความคิดเห็นต่อวิสัยทัศน์ ดังนี้

- คำว่า “สุขภาพจิตดี” เป็นภาษาพูด ในทางวิชาการอาจใช้คำว่า “มีสุขภาพ” ก็สามารถสื่อถึงการมีสุขภาพจิตดีเช่นกัน

- ตัวชี้วัด คนไทยสุขภาพจิตดี ประเมินอย่างไร ในข้อ 4,5 น่าจะซ้ำกัน อาจจะใช้ข้อใดข้อหนึ่ง
- อัตราการฆ่าตัวตายร้อยละ 8 ใช้ข้อมูลเฉพาะในมรณะบัตรหรือ 3 ฐานข้อมูล

3) ที่ประชุมแสดงความคิดเห็นต่อพันธกิจ และค่านิยมหลัก ดังนี้

- พันธกิจ ข้อ 3 และประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 อาจจะทำให้คำจำกัดความ คำว่า “ระบบสุขภาพจิต” ให้ชัดเจน เพราะที่ผ่านมาจะคุ้นกับคำว่า “ระบบบริการสุขภาพจิต”

4) ที่ประชุมแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ดังนี้

- การตั้งตัวชี้วัด หากไม่มี Baseline ควรมีคำอธิบายและมีที่มาให้ชัดเจนว่าวัดอย่างไร (KPI Dictionary) เช่น จำนวนนวัตกรรมสุขภาพจิตที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์และสร้างมูลค่าได้ จำนวน 5 เรื่อง ควรมีคำอธิบายว่าวัดจากอะไร แยกตามวัยหรือไม่ รวมทั้งนวัตกรรมที่สร้างมูลค่าได้คืออะไร เป็นต้น

- กลยุทธ์ 1.1 ควรกำหนดกรอบหรือทิศทางพัฒนาให้ชัดเจน และแต่ละปีจะมีทิศทางพัฒนาไปในทางไหน

- เรื่องนวัตกรรมและเทคโนโลยีน่าจะใช้อย่างกว้างกว่าเรื่องเข้าถึงบริการ เช่น ใช้เพื่อพัฒนาการรักษาให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

- ตัวชี้วัดกลยุทธ์ จำนวนนวัตกรรม/เทคโนโลยีที่นำไปใช้มีประโยชน์ ควรมีข้อมูลผ่านการวิเคราะห์จากระบบสุขภาพจิตเดิมที่เป็น Pain point และนวัตกรรม/เทคโนโลยี จะมาช่วยแก้ไขได้ อาจไม่ได้มีแค่ 5 เรื่อง (อาจมากกว่านั้น หรืออาจมีเพียงเรื่องเดียวที่ทำได้ Impact ไปยังเรื่องอื่น ๆ ได้) หากระบุจำนวนคร่าว ๆ ไว้แบบนี้เกรงว่า อาจมุ่งเน้นไปพัฒนาให้ได้ Application ตามจำนวนตัวชี้วัดที่ระบุ ซึ่งจะเป็นภาระแก่พื้นที่มากในการนำไปใช้ (หากไม่ได้ผ่านการเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น ๆ นอกกรมที่ดีพอ)

- ค่าเป้าหมายการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในกลุ่มประชาชนทั่วไปสูงขึ้น เนื่องจากสถิติการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตของคนไทยประมาณ 85% ซึ่งใช้ในการทำงานและศึกษาเล่าเรียนเท่านั้น

- การเข้าถึงนวัตกรรมของประชาชนสามกลุ่ม ในกลุ่มที่ 2 (กลุ่มที่มีความเสี่ยง) และกลุ่ม 3 (กลุ่มมีปัญหา) ให้ประชาชนเข้าถึงโดยตรงหรือไม่ และเสนอว่าในทางปฏิบัติหากไม่ทราบถึงกลุ่ม 2 อย่างแน่ชัด อาจทำโดยการกระตุ้นให้ประชาชนเข้าถึงมากที่สุดและจากนั้นนำมาคัดแยกกลุ่มประชาชนอีกรอบหนึ่ง

- กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มมีปัญหาทางจิต มีข้อมูลอยู่ในระบบบริการอยู่แล้ว อาจเพิ่มเติมวิธีการรักษาแบบออนไลน์เพิ่มเติม (จากเดิมรับบริการที่โรงพยาบาลเท่านั้น) เพื่อให้เกิดอัตราการเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้นด้วย

5) ที่ประชุมแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ดังนี้

- ตัวเลขค่าเป้าหมายในกลยุทธ์ที่ 1 ที่กำหนดขึ้นมีความเชื่อมโยงกันและกัน (Subset) ต้องอธิบายให้ชัดเจน อาทิ ร้อยละของประชาชนของตัวชี้วัดที่เชื่อมั่นและส่งต่อ เป็นร้อยละของจำนวนประชาชนได้รับข้อมูล

- กำหนดค่าเป้าหมายในกลยุทธ์ที่ 1 สูงมากเกินไป

- เห็นด้วยกับกลยุทธ์การสร้างความรู้สุขภาพจิตที่สอดคล้องกับบริบทการดำเนินงานในพื้นที่ เนื่องจากมีแผนลงถึงพื้นที่ ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและชุมชนน่าจะเกิดแผนดูแลกันเองด้านสุขภาพจิต อีกทั้งมีการใช้การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ สรุปรวม ๆ มีสินค้าเยอะ แต่จะให้ชุมชนนำไปใช้อย่างไร (แบบมีคุณภาพและเกิดชุมชนต้นแบบ) ด้านส่งเสริมป้องกันและการดูแลกันเองในทุกภาคของประเทศไทย อย่างน้อยภูมิภาคละ 1-2 ชุมชน และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อเติมเต็มยุทธศาสตร์ให้เป็นที่ประจักษ์ และในฐานะคนทำงานด้านเครือข่ายยินดีร่วมขับเคลื่อน ถ้าคิดว่าเป็นประโยชน์กับผู้ป่วย และกรมสุขภาพจิต

6) ที่ประชุมแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ดังนี้

- การส่งเสริมดูแลสุขภาพจิตชุมชน Self-health group อาจเพิ่มตัวชี้วัดด้าน Social support group และมาตรการแนวทางการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวเพิ่มเติม

- “เครือข่ายพลเมือง” ต้องมีนิยามให้ชัดเจน

- การพัฒนาสุขภาพจิตในชุมชน เสนอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดทำแผนของท้องถิ่นที่ระบุเรื่องการส่งเสริมสุขภาพหรือการส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ กรมฯ สามารถมีบทบาทผ่านศูนย์สุขภาพจิตเขตต่าง ๆ ทำหน้าที่ในการส่งเสริม ให้ผู้นำท้องถิ่นเข้าใจและนำไปประยุกต์ อีกทั้งใช้งบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลหรือ งบของท้องถิ่นโดยตรง รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพผู้นำท้องถิ่น รพสต. ให้เป็นที่ปรึกษาชุมชนในเรื่องสุขภาพกายและสุขภาพจิต

- ยุทธศาสตร์นี้เป็นตัวที่กำหนดว่าแผนนี้จะสำเร็จหรือไม่ อยากให้มองกว้างเกินกว่าเครือข่ายภาคประชาชน โดยอาจมองไปที่โรงเรียน สถานศึกษา หรือสถานประกอบการที่มีความต้องการบริการด้านนี้ อาจเป็นช่องทางให้สามารถดำเนินงานได้กว้างขวางขึ้น

7) ที่ประชุมแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 ดังนี้

- ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment : SROI) กับผลตอบแทนจากการลงทุน (Return on Investment : ROI) ทำไมจึงใช้ค่าเดียวกัน คิดว่า SROI น่าจะสูงกว่า เนื่องจากมีผลทางอ้อมเพิ่มเติมด้วย

- การระบุค่าเป้าหมายในตัวชี้วัด 4.2.1 ควรมีการระบุว่าทำอะไรบ้าง มีขอบเขตอย่างไร

- การระบุค่าเป้าหมายในตัวชี้วัด 4.3.3 ค่าเป้าหมายร้อยละ 80 ทุกปี ไม่มีการเพิ่มขึ้นหรือไม่

- ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ “ร้อยละของประชาชนหรือเครือข่ายที่มีความเชื่อมั่นต่อผลิตภัณฑ์ บริการ และความเชี่ยวชาญของบุคลากรกรมสุขภาพจิต” เหมือนกับตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 หรือไม่ เนื่องจากผลิตภัณฑ์ของกรมฯ มักจะเป็นองค์ความรู้ การประชาสัมพันธ์ จึงมองว่าขอบเขตไม่ชัดเจน

- กลยุทธ์ 4.1 อาจวัดถึง Feedback ความต้องการของผู้รับบริการเพิ่มเติม

- กลยุทธ์ 4.3 เสนอเปลี่ยนเป็น พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญและมีความสุข

ทั้งนี้ จากการประชาพิจารณ์ (ร่าง) แผนปฏิบัติการราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ผ่านช่องทางต่างๆที่หลากหลาย กองยุทธศาสตร์และแผนงานได้รวบรวมข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่มีต่อ (ร่าง) แผนปฏิบัติการฯ นำมาปรับปรุงสาระสำคัญของแผนฯ และจัดทำข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมเติมเต็มในสาระสำคัญของแผนได้อย่างเป็นระบบ ผ่านช่องทาง การสื่อสารต่างๆ เช่น กรู๊ปไลน์ หรือช่องทางบนแพลตฟอร์มดิจิทัล และนำมาจัดทำเป็น (ร่างที่ 5) แผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต โดยมีรายละเอียดดังนี้

(ร่างที่ 5) แผนปฏิบัติราชการ ระยะ5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต

วิสัยทัศน์ (Vision statement)

กรมสุขภาพจิต เป็นองค์กรหลักที่ด้านสุขภาพจิตของประเทศ เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี สู้สังคม และเศรษฐกิจมูลค่าสูง

นิยามวิสัยทัศน์

องค์กรหลักด้านสุขภาพจิต หมายถึง องค์กรที่มีบทบาทหลัก เป็นผู้นำในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตของประเทศ

สุขภาพจิตดี หมายถึง สภาพที่ดีของจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์ มิให้เกิดความคับข้องใจ หรือขัดแย้งภายในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข หรือสภาพชีวิตที่เป็นสุข (อ้างอิง : พจนานุกรมการสาธารณสุขไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2559) ซึ่งหมายรวมถึง การมีปัญญาดี และมีความสุข

สังคม และเศรษฐกิจมูลค่าสูง หมายถึง สภาพสังคมที่เป็นผลมาจากการดำเนินการด้านสุขภาพจิตที่ทำให้ประชาชนไทยซึ่งเป็นทรัพยากร และทุนมนุษย์ที่สำคัญ มีสุขภาพจิตดี จนเป็นกำลังหลักในการพัฒนาประเทศ มีความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจของประเทศให้เกิดมูลค่าสูงได้

ตัวชี้วัดผลกระทบที่เกิดจากการดำเนินงานภายใต้แผนปฏิบัติราชการ (Ultimate Outcome) (วัดผลปี 2570)

1. เด็กไทยมีระดับสติปัญญา (IQ) เฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103
2. เด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ร้อยละ 85
3. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน
4. คนไทยมีสุขภาพจิตดี ร้อยละ 90

พันธกิจ (Mission statement)

1. พัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านสุขภาพจิต โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดการนำไปใช้ประโยชน์
2. สนับสนุนการพัฒนาาระบบสุขภาพจิตครอบคลุมทุกมิติในทุกระดับ
3. สร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนในทุกกลุ่มวัยสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม
4. พัฒนากลไกและกำหนดทิศทางการดำเนินงานสุขภาพจิตของประเทศ

ค่านิยมหลัก “MENTAL”

M = Mind (Happy Mind, Service Mind, Public Mind)

E = Efficiency, Effectiveness, Equity

N = Network

T = Teamwork

A = Accountability

L = Learning (Personal, Team, Organization)

รายละเอียดรายประเด็นยุทธศาสตร์

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์

เป้าประสงค์ : ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy)

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	เป้าหมาย	
	ระยะครึ่งแผนฯ ปี 2568	ระยะสิ้นแผนฯ ปี 2570
ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	ร้อยละ 75	ร้อยละ 85

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน
กลยุทธ์ 1.1 พัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพจิต	1.1.1 ร้อยละของประชาชนที่ได้รับข้อมูลสุขภาพจิตที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน สามารถนำข้อมูลด้านสุขภาพจิตไปใช้ประโยชน์	ปี 2566 = ร้อยละ 60 ปี 2567 = ร้อยละ 65 ปี 2568 = ร้อยละ 70 ปี 2569 = ร้อยละ 75 ปี 2570 = ร้อยละ 80	1) พัฒนาระบบการจัดการความรู้ให้กับประชาชนผ่านสื่อ มีการถอดบทเรียนให้ประชาชนมีความรู้ และตระหนักรู้ในเรื่องของสุขภาพจิต (Public Mental Health Literacy) ในแต่ละกลุ่มวัยและกลุ่มเฉพาะหรือกลุ่มเปราะบาง 2) พัฒนาระบบสื่อสารประชาสัมพันธ์ที่ทันต่อสถานการณ์ของสังคม ทำให้ประชาชนเข้าถึงเทคโนโลยี/องค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต นำไปใช้ประโยชน์ได้ง่าย และสังคมมีความตระหนักการดูแลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสม ด้วยมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต 3) พัฒนาองค์ความรู้ สื่อสุขภาพจิตด้านการควบคุมป้องกันภัยคุกคามต่อสุขภาพจิต ที่ปรากฏในสื่อต่างๆ ให้มีข้อมูลหรือเนื้อหาที่มีคุณภาพและจำเป็นต่อประชาชน โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและให้ข้อเสนอแนะ รวมถึงการวิจัยที่จะช่วยสร้างองค์ความรู้และแนวทางการปฏิบัติที่ดี 4) บูรณาการการทำงานเป็นทีม ระหว่างกรมสุขภาพจิตกับ Social Media Influencer ใน platform สำคัญ 5) พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีทักษะ ในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ / สร้าง content ให้ถูกต้องตรงใจในการสื่อสารประชาสัมพันธ์กับกลุ่มเป้าหมายให้เกิดความตระหนักรู้
	1.1.2 ร้อยละของประชาชนที่เชื่อมั่นและส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพจิต	ปี 2566 = ร้อยละ 50 ปี 2567 = ร้อยละ 55 ปี 2568 = ร้อยละ 60 ปี 2569 = ร้อยละ 65 ปี 2570 = ร้อยละ 70	

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน
			6) ใช้ Social Listening หรือ Newsclipping Platform เพื่อจับกระแสและประเมินความต้องการด้านสุขภาพจิตของสาธารณชน
กลยุทธ์ 1.2 พัฒนาระบบการสร้าง ความรอบรู้สุขภาพจิตที่สอดคล้องกับ บริบท การดำเนินงานในพื้นที่	1.2.1 ร้อยละของพื้นที่ (เขตสุขภาพ/จังหวัด/ อำเภอ) ที่มีระบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้าน สุขภาพจิต	ระดับเขตสุขภาพ ปี 2566 = ร้อยละ 40 ปี 2567 = ร้อยละ 55 ปี 2568 = ร้อยละ 70 ปี 2569 = ร้อยละ 85 ปี 2570 = ร้อยละ 100ระดับ จังหวัด ปี 2566 = ร้อยละ 35 ปี 2567 = ร้อยละ 45 ปี 2568 = ร้อยละ 55 ปี 2569 = ร้อยละ 65 ปี 2570 = ร้อยละ 75 ระดับอำเภอ ปี 2566 = ร้อยละ 15 ปี 2567 = ร้อยละ 25 ปี 2568 = ร้อยละ 35 ปี 2569 = ร้อยละ 45 ปี 2570 = ร้อยละ 55	1) สร้างเครือข่ายในช่องทาง Ground War โดยมีบทบาทร่วมกันในการพัฒนา สื่อ ช่องทางการให้ความรู้ การสร้างทัศนคติ ความตระหนักและกลไกการสร้าง ความรอบรู้สุขภาพจิตในระดับสังคม ชุมชน ครอบครัว และบุคคล 2) พัฒนาช่องทางการค้นหาข้อมูลและการดูแลสุขภาพจิตที่หลากหลาย ให้ สามารถประเมิน ค้นหาความรู้รวมถึงส่งเสริมสุขภาพจิตได้ด้วยตนเอง เช่น ผ่าน แอปพลิเคชัน ผ่านไลน์ หรือ Social Media หรือผ่านเครือข่ายบุคคล เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข หรือสื่อมวลชนท้องถิ่น 3) พัฒนาขีดความสามารถประชาชน ให้สังเกตตนเองได้เมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต ประเมินตนเองเป็น รวมถึงทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น หรือ การหาแหล่งบริการสุขภาพจิต ตลอดจนการช่วยเหลือคนใกล้ชิดที่มีปัญหา สุขภาพจิตได้ โดยบูรณาการร่วมกับหลักสูตรและกิจกรรมการเรียนรู้ต่างๆ 4) พัฒนาหลักสูตรความรู้/แนวทางเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้สำหรับ กลุ่มเป้าหมายที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตไม่เพียงพอ

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน
	1.2.2 ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมการสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ตามประเด็นปัญหาในพื้นที่	ปี 2566 = ร้อยละ 70 ปี 2567 = ร้อยละ 75 ปี 2568 = ร้อยละ 80 ปี 2569 = ร้อยละ 85 ปี 2570 = ร้อยละ 90	
กลยุทธ์ 1.3 สร้างระบบการสื่อสารความรอบรู้สุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤติ	1.3.1 จำนวนประเด็นการสื่อสารเพื่อตอบสนองสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตสุขภาพจิต	ปี 2566 = 2 เรื่อง ปี 2567 = 2 เรื่อง ปี 2568 = 2 เรื่อง ปี 2569 = 2 เรื่อง ปี 2570 = 2 เรื่อง	<p>1) จัดเวที/ช่องทางให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพจิตที่เป็นรูปแบบเฉพาะ ในสถานการณ์ฉุกเฉิน/วิกฤติ/กระแสสังคม</p> <p>2) พัฒนาการรู้และเทคโนโลยีการนำไปใช้ให้ทันสถานการณ์ฉุกเฉิน/วิกฤติ/กระแสสังคม เพื่อให้ประชาชนรับรู้การเฝ้าระวังดูแลสุขภาพจิตได้เหมาะสม</p> <p>3) พัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ในภาวะฉุกเฉินและเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูล ระบบจัดการข้อมูล ระบบการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร ช่องทางช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพจิตที่เป็นรูปแบบเฉพาะ ในสถานการณ์วิกฤติ เช่น สายด่วน แพลตฟอร์มผู้ประสบวิกฤติ เป็นต้น และมีการติดตามประเมินสถานการณ์เพื่อตอบโต้สถานการณ์ได้ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้สร้างความตระหนัก และลดความตื่นตระหนกในสถานการณ์วิกฤติ</p> <p>4) กำหนดมาตรการ/แนวทางการดำเนินงานการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต เพื่อป้องกัน/ลดผลกระทบที่เกิดจากภาวะฉุกเฉินและสาธารณภัย</p> <p>5) วิเคราะห์สถานการณ์ ความเสี่ยงต่อวิกฤติสุขภาพจิตในพื้นที่ เพื่อเฝ้าระวังป้องกัน และลดความรุนแรงด้านสุขภาพจิต รวมถึงสร้างทีมสื่อสารความเสี่ยงในระดับพื้นที่ให้มีความเข้มแข็ง</p> <p>6) จัดทำแผนการสื่อสารสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตสุขภาพจิต</p>
	1.3.2 ร้อยละของประชาชนที่เข้าถึงและรับรู้ความรู้สุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤติ	ปี 2566 = ร้อยละ 55 ปี 2567 = ร้อยละ 60 ปี 2568 = ร้อยละ 65 ปี 2569 = ร้อยละ 70 ปี 2570 = ร้อยละ 75	
	1.3.3 ร้อยละของประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤติ	ปี 2566 = ร้อยละ 50 ปี 2567 = ร้อยละ 55 ปี 2568 = ร้อยละ 60 ปี 2569 = ร้อยละ 65 ปี 2570 = ร้อยละ 70	

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต

เป้าประสงค์ : ประชาชนเข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	เป้าหมาย	
	ระยะครึ่งแผนฯ ปี 2568	ระยะสิ้นแผนฯ ปี 2570
ร้อยละของประชาชนที่เข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรม/เทคโนโลยีดิจิทัล		
- ประชาชนทั่วไป	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60
- ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต (ผู้ประสบภัยพิบัติ ผู้พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มเปราะบาง ฯลฯ)	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70
- ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวช (ผู้ติดสุรา สารเสพติด ผู้ป่วยสมาธิสั้น ออทิสซึม ซึมเศร้า ฯลฯ)	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน
กลยุทธ์ 2.1 พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาระบบสุขภาพจิต	2.1.1 จำนวนนวัตกรรมสุขภาพจิตที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์และสร้างมูลค่าได้ (กำหนด TP ตัวชี้วัด - นิยาม ให้ครอบคลุมจำนวนนวัตกรรมที่ถูกต้อง ย่อไปสู่ระบบสุขภาพจิต และกำหนดคุณภาพของนวัตกรรมให้ชัดเจน - เป้าหมาย 5 เรื่องแบ่งเป็น 5 กลุ่มวัย)	ปี 2566 = 5 เรื่อง ปี 2567 = 5 เรื่อง ปี 2568 = 5 เรื่อง ปี 2569 = 5 เรื่อง ปี 2570 = 5 เรื่อง	1) สร้างระบบฐานข้อมูลกลางที่รวบรวมองค์ความรู้ นวัตกรรม งานวิจัยต่างๆ เทคโนโลยีการประเมินและเทคโนโลยีอื่นๆ เพื่อให้ง่ายต่อการเลือกใช้งาน 2) พัฒนาเหมืองข้อมูล (Data Lake) ของกรมสุขภาพจิตที่สามารถผลิต / ส่งเคราะห์ชุดข้อมูลด้านสุขภาพจิตที่นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ รวมถึงพัฒนาชุดข้อมูลมาตรฐานด้านสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตให้เชื่อมต่อกัน (Clinical / Social determinant / ข้อมูลสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัย) 3) สนับสนุนกลไกการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตดิจิทัลให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาดิจิทัลกรมสุขภาพจิต ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570) ด้วยการพัฒนารูปแบบการบริการและการดำเนินงานสุขภาพจิต ด้วยระบบเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น Big data, IoT, AI, Metaverse 4) สร้าง/พัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพจิต (Smart Psychosocial Care) สำหรับกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจิตให้ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน
	2.2.2 จำนวนเทคโนโลยีดิจิทัล ด้านสุขภาพจิตที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์และ สร้างมูลค่าได้ (กำหนด TP ตัวชี้วัด - นิยาม ที่มีคำอธิบาย “การนำไปใช้ประโยชน์ และสร้างมูลค่า” - เป้าหมาย 2 เรื่อง แบ่งเป็นการดำเนินงานใน 2 มิติ คือ มิติส่งเสริมป้องกัน และมิติรักษาฟื้นฟู)	ปี 2566 = 2 เรื่อง ปี 2567 = 2 เรื่อง ปี 2568 = 2 เรื่อง ปี 2569 = 2 เรื่อง ปี 2570 = 2 เรื่อง	โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางทางสังคม (ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD) ผู้พิการ ผู้เร่ร่อน ผู้ถูกทอดทิ้ง ผู้ตกงาน แรงงานนอกระบบ ผู้ไม่มีสัญชาติ แรงงานต่างด้าว ผู้ไม่มี บัตรประชาชน อาสาสมัครแรงงานต่างด้าว ผู้ป่วยสุขภาพจิต ฯลฯ) โดยให้ สอดคล้องกับแผนงานวิจัยของกรมสุขภาพจิต 5) สร้าง/พัฒนานวัตกรรมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบเทคโนโลยีดิจิทัล ในการให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำด้านสุขภาพจิต สำหรับผู้ที่มีปัญหา สุขภาพจิตเบื้องต้นได้ 6) พัฒนาเครื่องมือด้านสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับความสนใจ ความต้องการของ ประชาชน และมีความง่ายต่อการใช้งาน (User friendly) และตรงตามบริบท เช่น ภาษา ชาติพันธุ์ อายุ
กลยุทธ์ 2.2 จัดรูปแบบบริการสุขภาพจิตและ จิตเวชที่มีคุณภาพ บนฐานนวัตกรรม และ เทคโนโลยีดิจิทัล	2.2.1 ร้อยละการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของ ผู้ป่วยจิตเวชและญาติด้วยระบบดิจิทัล	ปี 2566 = ร้อยละ 30 ปี 2567 = ร้อยละ 35 ปี 2568 = ร้อยละ 40 ปี 2569 = ร้อยละ 45 ปี 2570 = ร้อยละ 50	1) จัดระบบบริการที่พร้อมใช้และตอบสนองเทคโนโลยีที่พัฒนาอย่างรวดเร็ว โดย ปรับเปลี่ยนการบริการของหน่วยบริการจิตเวชให้เป็น Virtual Hospital และ Metaverse Hospital 2) เสริมสร้างชุดสื่อ เทคโนโลยีดิจิทัล ให้ได้มาตรฐานและมีความเหมาะสมกับผู้ใช้ 3) สร้างสถานที่ สภาพแวดล้อมให้มีคุณภาพในการให้บริการสุขภาพจิตที่เอื้อต่อ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ให้เป็น Smart Hospital with Healing Environment ที่เหมาะแก่ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มวัย กลุ่มปัญหาเฉพาะด้าน เช่น จิตเวชยาเสพติด และนิติจิตเวช เป็นต้น จนผู้ป่วยสามารถคืนสู่สภาวะ (Recovery) และมีคุณภาพชีวิตที่ดี 4) พัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง ด้านคุณภาพตามมาตรฐาน (HA) และ ความเชี่ยวชาญตามความเป็นเลิศของหน่วยบริการสุขภาพจิตและจิตเวช (Excellence Center) 5) จัดบริการเชิงรุกและอุปกรณ์พาหนะเคลื่อนที่ในการเข้าถึงชุมชนที่พร้อมใช้ และ

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน
	<p>2.2.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่องบนระบบดิจิทัล ไม่กลับเป็นซ้ำ</p> <p>(กำหนด TP ตัวชี้วัด</p> <p>- นิยาม ที่มีคำอธิบาย “SMI-V” ให้หมายถึงกลุ่มผู้ป่วย SMI-V และกลุ่มผู้ต้องขังทางจิตเวชที่ได้รับการปล่อยตัวออกจากเรือนจำ)</p>	<p>ปี 2566 = ร้อยละ 50</p> <p>ปี 2567 = ร้อยละ 60</p> <p>ปี 2568 = ร้อยละ 70</p> <p>ปี 2569 = ร้อยละ 80</p> <p>ปี 2570 = ร้อยละ 90</p>	<p>ตอบรับเทคโนโลยีที่พัฒนาอย่างรวดเร็ว (Mobile Digital Mental Services)</p> <p>6) พัฒนารูปแบบ/ช่องทางการเข้าถึงเทคโนโลยีและโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพ ทั้งประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย</p> <p>7) พัฒนารูปแบบ/ช่องทาง การติดตามเพื่อเฝ้าระวังอาการกำเริบ พฤติกรรมรุนแรง ด้วยนวัตกรรมเทคโนโลยีที่ บริการการให้คำปรึกษา ประเมินอาการ เยียวยาจิตใจ จัดส่งยาจิตเวช อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ด้วยระบบดิจิทัล</p>

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี

เป้าประสงค์ : ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างชุมชนและสังคมสุขภาพจิตดี

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	เป้าหมาย	
	ระยะครึ่งแผนฯ ปี 2568	ระยะสิ้นแผนฯ ปี 2570
<p>จำนวนเครือข่ายพลเมืองที่เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างสังคมสุขภาพจิตดี</p> <p>(กำหนด TP ตัวชี้วัด ให้นิยาม เครือข่ายพลเมือง หมายถึง เครือข่ายใหม่ในทุกระดับที่เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างสังคมสุขภาพจิตดี เช่น เครือข่ายจากภาคประชาชน เครือข่ายจากโรงเรียน/สถานศึกษา เครือข่ายนิติบุคคลที่อยู่อาศัย เครือข่ายสถานประกอบการ เป็นต้น)</p>	10 เครือข่าย	20 เครือข่าย

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน
กลยุทธ์ 3.1 รวมพลังภาคีเครือข่ายสร้างและขับเคลื่อนพลเมืองสุขภาพจิตดี	3.1.1 ร้อยละของอำเภอที่มีเครือข่ายงานสุขภาพจิตที่เข้าร่วมสร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี	ปี 2566 = ร้อยละ 40 ปี 2567 = ร้อยละ 45 ปี 2568 = ร้อยละ 50 ปี 2569 = ร้อยละ 55 ปี 2570 = ร้อยละ 60	1) สนับสนุนระบบการดูแลเครือข่าย ในการส่งเสริมป้องกันผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ครอบคลุมระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ 2) สร้างและกำกับมาตรฐานการดำเนินงานและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายงานสุขภาพจิต ทั้งภาครัฐและเอกชน 3) สร้างเสริมศักยภาพของเครือข่ายงานสุขภาพจิต ในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อมูลด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และจัดระบบนิเวศงานสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ 4) สร้างเสริมทักษะเครือข่ายงานสุขภาพจิต ในการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพจิต ให้กับประชาชนในชุมชน 5) สร้างเสริมพลังความเข้มแข็งสถาบันครอบครัวและเครือข่ายผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวช 6) วางแผนจิตอาสาเพื่อสังคม (Corporate Social Responsibility: CSR) ขององค์กรอย่างต่อเนื่อง
	3.1.2 ร้อยละของบุคลากรในเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดีที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจนสามารถเป็นทีมนำด้านสุขภาพจิต (Mental Health Leader)	ปี 2566 = ร้อยละ 40 ปี 2567 = ร้อยละ 45 ปี 2568 = ร้อยละ 50 ปี 2569 = ร้อยละ 55 ปี 2570 = ร้อยละ 60	
	3.1.3 ร้อยละของบุคลากรในเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดีที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจนสามารถเป็นคนกลางที่นำประชาชนเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิต (Gate Keeper)	ปี 2566 = ร้อยละ 40 ปี 2567 = ร้อยละ 50 ปี 2568 = ร้อยละ 60 ปี 2569 = ร้อยละ 70 ปี 2570 = ร้อยละ 80	
กลยุทธ์ 3.2 ส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตชุมชน	3.2.1 ร้อยละของเครือข่ายที่มี การดำเนินงานตามระบบบริหารจัดการเครือข่ายงานสุขภาพจิต	ปี 2566 = ร้อยละ 40 ปี 2567 = ร้อยละ 45 ปี 2568 = ร้อยละ 50 ปี 2569 = ร้อยละ 55 ปี 2570 = ร้อยละ 60	1) สนับสนุนให้เกิดชมรมหรือสมาคมสุขภาพจิตได้อย่างยั่งยืน ในหมู่ผู้สูงอายุ ติดสังคม (ผู้ใหญ่ใจดี ผู้ใหญ่สุขภาพจิตดี) และมีกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ให้มีสุขภาพกายจิตใจดี 2) สร้างสนับสนุนศูนย์การดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยจิตเวช (Day Care and Night Care) ภายในชุมชน 3) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้บ้าน (จิตเวชเรื้อรัง จิตเวชเด็กและวัยรุ่น) ในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน
	3.2.2 ร้อยละของเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน (วิธีการคิดต่อเนื่องจากตัวชี้วัด 3.2.1 นับเป็นเชิงคุณภาพ)	ปี 2566 = ร้อยละ 50 ปี 2567 = ร้อยละ 60 ปี 2568 = ร้อยละ 70 ปี 2569 = ร้อยละ 80 ปี 2570 = ร้อยละ 90	4) สร้างระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตชุมชน Early Warning Sign ให้กับประชาชนสามารถสังเกตสัญญาณเตือนของปัญหาสุขภาพจิตและดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้นได้ 5) เสริมพลังเครือข่ายใหม่ในการดำเนินงานสุขภาพจิต เช่น อบจ. เทศบาล อบต. อบต. พม.จ. พัฒนาชุมชนจังหวัด ประกันสังคมจังหวัด แรงงานจังหวัด หน่วยงานผู้พิทักษ์เครือข่ายผู้พิการทางจิต องค์กรเอกชน นิติบุคคลที่อยู่อาศัย(บ้านจัดสรร/คอนโดมิเนียม/อพาร์ทเมนต์) มูลนิธิ สมาคม ชมรม หน่วยงาน NGO 6) สนับสนุนให้เกิดเครือข่าย/กลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social Support Group) เชื่อมโยงกับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตภายใต้ธรรมนูญสุขภาพ
	3.2.3 ร้อยละของจังหวัดที่มีกลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social Support Group)	ปี 2566 = ร้อยละ 50 ปี 2567 = ร้อยละ 55 ปี 2568 = ร้อยละ 60 ปี 2569 = ร้อยละ 65 ปี 2570 = ร้อยละ 70	
กลยุทธ์ 3.3 ขับเคลื่อนและผลักดันการแก้ปัญหาสุขภาพจิตในระดับจังหวัดและระดับประเทศ	3.3.1 ร้อยละของจังหวัดที่นำกลไกการดำเนินงานทางกฎหมายและมาตรการอื่นมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน	ปี 2566 = ร้อยละ 60 ปี 2567 = ร้อยละ 70 ปี 2568 = ร้อยละ 80 ปี 2569 = ร้อยละ 90 ปี 2570 = ร้อยละ 100	1) ผลักดันนโยบายยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายและงานสุขภาพจิตระดับจังหวัดผ่านคณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัดภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต 2) ผลักดันกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิตและมาตรฐานการดูแลสุขภาพจิตที่มีผลกระทบต่อสังคม รวมทั้งการจัดทำข้อเสนอแนะและนโยบายระดับชาติ 3) ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขระดับสุขภาพจิต ในระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด 4) เสริมการบูรณาการงานสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตในเขตสุขภาพ และจังหวัด โดยผลักดันประเด็นสุขภาพจิตเข้าสู่แผนพัฒนาเขตสุขภาพและแผนพัฒนาจังหวัด โดยบูรณาการกับหน่วยงาน ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข 5) สนับสนุนภาคีรัฐบาล ภาคเอกชน และภาคส่วนต่างๆ ในสังคมสำหรับการผลักดันให้เกิดนโยบายที่คำนึงถึงสุขภาพจิตของประชาชนและสร้างกลไกการทำงานร่วมกันให้มีความเชื่อมโยงกับงานสุขภาพจิต เพื่อให้ประชาชนทั่วประเทศมีสุขภาพจิตที่ดี (Mental Health in All Policies and Mental Health Everywhere)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต และกำลังคนสมรรถนะสูง
เป้าประสงค์ : ประชาชนได้รับคุณค่าจากผลิตภัณฑ์ บริการ และบุคลากรกรมสุขภาพจิต จนเกิดความเชื่อมั่นต่อกรมสุขภาพจิต

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	เป้าหมาย	
	ระยะครึ่งแผนฯ ปี 2568	ระยะสิ้นแผนฯ ปี 2570
1) ร้อยละของประชาชนหรือเครือข่ายที่มีความเชื่อมั่นต่อผลิตภัณฑ์ บริการ และความเชี่ยวชาญของบุคลากรกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60
2) ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment : SROI) ที่ประชาชนได้รับจากผลิตภัณฑ์ บริการ และบุคลากรของกรมสุขภาพจิต	≥ 1.5 เท่าของเงินลงทุน	≥ 2.0 เท่าของเงินลงทุน

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน
กลยุทธ์ 4.1 เสริมสร้างภาพลักษณ์งานสุขภาพจิต	4.1.1 ร้อยละของผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพจิต	ปี 2566 = ร้อยละ 80 ปี 2567 = ร้อยละ 80 ปี 2568 = ร้อยละ 85 ปี 2569 = ร้อยละ 85 ปี 2570 = ร้อยละ 85	<ol style="list-style-type: none"> 1) เสริมสร้างภาพลักษณ์ขององค์กร ให้ประชาชนเชื่อมั่นต่อองค์ความรู้ ข่าวสารด้านสุขภาพจิตที่สื่อสารไปยังประชาชน เช่น Rebrand ให้เป็นที่รู้จักในวงกว้าง 2) เสริมสร้างความเข้าใจและเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการเฝ้าระวัง และเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างถูกวิธี 3) สร้างทีมสื่อสารการตลาดทุกระดับในการเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพจิต โดยบูรณาการกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาคเอกชน NGO ในการสื่อสารสุขภาพจิต 4) วางแผนการตลาด สำหรับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพจิตทั้งด้านส่งเสริมป้องกัน บำบัด รักษาฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และจัดทำแนวทางการสื่อสารการตลาดสุขภาพจิตเพื่อให้เกิดการดำเนินงานในทิศทางเดียวกัน 5) พัฒนาระบบการจัดการความรู้ของกรมสุขภาพจิตผ่านองค์ความรู้ของบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ 6) สร้างวัฒนธรรมการทำงานด้วยหลักวิชาการ โดยใช้หลักฐานที่ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ในการรองรับผลการดำเนินงานเป็นที่ยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 7) เสริมสร้างความเข้มแข็งและความเชี่ยวชาญของสถาบันฝึกอบรมของกรมสุขภาพจิต ในการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตให้แก่สังคม

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน
กลยุทธ์ 4.2 พัฒนาระบบเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต	4.2.1 จำนวนชุดสิทธิประโยชน์ทางด้านสุขภาพจิตที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้อย่างครอบคลุม (กำหนด TP ตัวชี้วัด - เป้าหมาย 2 เรื่อง แบ่งเป็นสิทธิประโยชน์สำหรับกลุ่มเสี่ยง 1 เรื่อง กลุ่มป่วย 1 เรื่อง)	ปี 2566 = 2 เรื่อง ปี 2567 = 2 เรื่อง ปี 2568 = 2 เรื่อง ปี 2569 = 2 เรื่อง ปี 2570 = 2 เรื่อง	1) พัฒนาระบบต้นทุนงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช 2) พัฒนาระบบการประเมินด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต (Mental Health Economics Evaluation) โดยผลักดันให้เกิดความร่วมมือในการศึกษาวิจัยอัตราผลตอบแทน และอัตราผลตอบแทนทางสังคม (Return on Investment: ROI and Social Return on Investment: SROI) ของชุดสิทธิประโยชน์ทางด้านสุขภาพจิต
	4.2.2 ร้อยละของประชาชนได้รับประโยชน์จากบริการสุขภาพจิตในชุดสิทธิประโยชน์	ปี 2566 = ร้อยละ 40 ปี 2567 = ร้อยละ 45 ปี 2568 = ร้อยละ 50 ปี 2569 = ร้อยละ 55 ปี 2570 = ร้อยละ 60	3) ผลักดันให้เกิดชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วยจิตเวชผ่านกองทุนต่างๆ 4) พัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมสุขภาพจิตให้มีความเชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต 5) พัฒนาผลิตภัณฑ์/บริการด้านสุขภาพจิตตามให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด และรับรองคุณภาพมาตรฐานผลิตภัณฑ์/บริการสุขภาพจิต
	4.2.3 ผลตอบแทนจากการลงทุน (Return on Investment : ROI) ของชุดสิทธิประโยชน์ทางด้านสุขภาพจิต	ปี 2566 = - ปี 2567 = - ปี 2568 \geq 1.0 (100%) ปี 2569 = - ปี 2570 \geq 1.5 (150%)	6) ประกาศความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์การรับรองคุณภาพมาตรฐานโดยการเผยแพร่ในหลากหลายช่องทาง 7) จัดทำนโยบายสิทธิประโยชน์สำหรับกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต
	4.2.4 ร้อยละของผลิตภัณฑ์/บริการด้านสุขภาพจิตของหน่วยงานในสังกัดกรมฯ ผ่านเกณฑ์การรับรองคุณภาพมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต	ปี 2566 = ร้อยละ 10 ปี 2567 = ร้อยละ 15 ปี 2568 = ร้อยละ 20 ปี 2569 = ร้อยละ 25 ปี 2570 = ร้อยละ 30	

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน
กลยุทธ์ 4.3 พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญและมีความสุข	4.3.1 ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิตมีทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Skill)	ปี 2566 = ร้อยละ 60 ปี 2567 = ร้อยละ 70 ปี 2568 = ร้อยละ 80 ปี 2569 = ร้อยละ 90 ปี 2570 = ร้อยละ 90	1) พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านจิตเวช พร้อมรับมือกับประเด็นสุขภาพจิตที่ท้าทายในอนาคต 2) กำหนดสมรรถนะและทักษะที่จำเป็นสำหรับบุคลากรกรมสุขภาพจิต เช่น การสื่อสารการตลาดสุขภาพจิต การเป็นผู้ให้คำปรึกษา/แนะนำ การสร้างนวัตกรรมสุขภาพจิต/เทคโนโลยีดิจิทัล ฯลฯ
	4.3.2 ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิตได้รับการพัฒนาทักษะ/สมรรถนะเฉพาะ (ทักษะ/สมรรถนะเฉพาะ ได้แก่ - ทักษะด้านการจัดการความรู้/การวิจัย - ทักษะการใช้เหมืองข้อมูล และต่อยอดเป็นงานวิจัยหรือนวัตกรรม - ทักษะการเป็นผู้ให้คำปรึกษา/แนะนำ (Coach/Mentor) - สมรรถนะและทักษะการสื่อสารด้านการตลาดสุขภาพจิต)	ปี 2566 = ร้อยละ 60 ปี 2567 = ร้อยละ 70 ปี 2568 = ร้อยละ 80 ปี 2569 = ร้อยละ 90 ปี 2570 = ร้อยละ 90	3) พัฒนาบุคลากรกรมสุขภาพจิตครอบคลุมทุกวิชาชีพให้มีความเชี่ยวชาญในทักษะวิชาชีพ ทักษะด้านดิจิทัล และมีทักษะที่หลากหลาย (Multitasking) สามารถบูรณาการองค์ความรู้ร่วมกับสาขาวิชาชีพอื่นได้ 4) สนับสนุนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ ให้สามารถเป็นพี่เลี้ยง ผู้ฝึกสอน เป็นที่ปรึกษา แกนนำ หรือวิทยากร ตามความต้องการของหน่วยงานเครือข่ายด้านสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ 5) พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญของแต่ละวิชาชีพ (Core Competency) ตามความเป็นเลิศของหน่วยบริการสุขภาพจิตและจิตเวช (Excellence Center) 6) พัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมสุขภาพจิตให้เป็นนักสร้างสุขที่มีสมรรถนะและทักษะที่จำเป็นในการสร้างสุข ตลอดจนวางแผนขับเคลื่อนการสร้างสุขในบุคลากรกรมสุขภาพจิตอย่างมีส่วนร่วมจากผู้บริหารและนักสร้างสุข
	4.3.3 ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิต ที่มีความสุข	ปี 2566 = ร้อยละ 80 ปี 2567 = ร้อยละ 80 ปี 2568 = ร้อยละ 80 ปี 2569 = ร้อยละ 80 ปี 2570 = ร้อยละ 80	7) จัดสวัสดิการที่เหมาะสมแก่บุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่มีขวัญกำลังใจ ความสุขและภาคภูมิใจ

3.13 ขั้นตอนที่ 13 การปรับปรุงแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) กรมสุขภาพจิตให้มีความสมบูรณ์ การขออนุมัติแผนฯ และการเผยแพร่แผนฯ

ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2565 หลังจากการจัดสัมมนาประชาพิจารณ์ (ร่าง) แผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) กรมสุขภาพจิตเสร็จสิ้นลง กองยุทธศาสตร์และแผนงานได้ดำเนินการปรับปรุงสาระสำคัญของ (ร่างที่ 5) แผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) กรมสุขภาพจิต ให้เป็นไปตามข้อคิดเห็น / ข้อเสนอแนะจากเวทีประชาพิจารณ์ จากนั้นได้จัดทำเป็นข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) ให้ผู้บริหารกรมสุขภาพจิต ผู้บริหารหน่วยงานและนักวิชาการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ตลอดจนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้ร่วมเติมเต็มสาระสำคัญของแผนฯ อีกครั้ง ก่อนที่กองยุทธศาสตร์และแผนงานจะดำเนินการปรับปรุง แก้ไข เติมเต็มแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) กรมสุขภาพจิต ให้มีความครบถ้วน สมบูรณ์

วันที่ 2 มิถุนายน 2565 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ได้ดำเนินการเสนอแผนปฏิบัติการฯ ต่ออธิบดีกรมสุขภาพจิตเพื่อขออนุมัติใช้แผนปฏิบัติการฯ โดยอธิบดีกรมสุขภาพจิตได้อนุมัติแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) กรมสุขภาพจิต ในวันที่ 7 มิถุนายน 2565 และได้แจ้งเวียนแผนปฏิบัติการฯ ให้แก่หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต นำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแผนงาน/โครงการ ตลอดจนขับเคลื่อนการดำเนินงานตามพันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์ ให้บรรลุสู่เป้าหมายหลักของแผนปฏิบัติการฯ ต่อไป

ในช่วงเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2565 กองยุทธศาสตร์และแผนงานได้ดำเนินการจัดจ้างผลิต “แผ่นพับแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) กรมสุขภาพจิต” เพื่อใช้เผยแพร่ให้ทุกหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตนำไปใช้ประโยชน์ในการเป็นแนวทางจัดทำแผนงาน/โครงการ ตลอดจนขับเคลื่อนการดำเนินงานตามพันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ ให้บรรลุสู่เป้าหมายหลักของแผนปฏิบัติการได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีประสิทธิผล และเกิดความคุ้มค่า โดยในวันที่ 19 สิงหาคม 2565 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ได้เผยแพร่แผ่นพับแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) กรมสุขภาพจิต ให้ครอบคลุมเพียงพอแก่บุคลากรจากทุกหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต และนำไฟล์แผ่นพับแผนปฏิบัติการฯ ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์เผยแพร่บนเว็บไซต์กรมสุขภาพจิต เมื่อวันที่ 30 สิงหาคม 2565

ในช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม 2566 กองยุทธศาสตร์และแผนงานได้ดำเนินการจัดทำเนื้อหาสาระเพิ่มเติมที่เป็นองค์ประกอบภายในเล่มเอกสารแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) กรมสุขภาพจิต เช่น บทสรุปสำหรับผู้บริหาร นิยามศัพท์ ส่วนที่ 1 ยุทธศาสตร์ชาติ ส่วนที่ 2 แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ส่วนที่ 3 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566 – 2570) ส่วนที่ 4 สถานการณ์และแนวโน้มการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต และดำเนินการจัดจ้างผลิต “เอกสารแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) กรมสุขภาพจิต” เพื่อเผยแพร่ให้ทุกหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตนำไปใช้ประโยชน์ในการเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิต ในช่วงปีงบประมาณ 2566 – 2570 ให้บรรลุเป้าหมายหลักของแผนฯ โดยในวันที่ 21 มีนาคม 2566 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ได้เผยแพร่เอกสารแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) กรมสุขภาพจิต ให้แก่ทุกหน่วยงานในสังกัดกรมฯ และนำไฟล์เอกสารแผนปฏิบัติการฯ ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์เผยแพร่บนเว็บไซต์กรมสุขภาพจิตด้วย

บทที่ 4

ผลการดำเนินการ

กระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ภายใต้ Conceptual Framework ของทฤษฎีระบบ (System Theory) ที่แสดงความสัมพันธ์ของแต่ละขั้นตอนที่ได้ ออกแบบและเชื่อมโยงไว้อย่างชัดเจน ด้วยการมีส่วนร่วมจากเครือข่ายทั้งในและนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต และได้ นำเทคนิคการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบเดลฟาย ซึ่งเป็นหลักวิชาการที่ได้รับการยอมรับในการจัดทำ ยุทธศาสตร์ มาใช้ในกระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการฯ เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับของ บุคลากรกรมสุขภาพจิต ตลอดจนเครือข่ายงานสุขภาพจิต ส่งผลต่อการขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติใน ทุกระดับ อย่างมีประสิทธิภาพ ผลที่ได้จากการพัฒนาแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี ได้แก่ แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต และแผนที่ยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต

แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ถือเป็นแผนแม่บทในการ ขับเคลื่อนและพัฒนางานสุขภาพจิตภายในกรมสุขภาพจิต ให้มีศักยภาพและความเข้มแข็ง ตลอดจนมีความพร้อม ที่จะสนับสนุน และผลักดันการพัฒนาสุขภาพจิตในระดับประเทศต่อไป โดยกำหนดภาพความสำเร็จที่มุ่งหวัง และแนวทางการดำเนินงาน ผ่านวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ กลยุทธ์ และตัวชี้วัด ระดับต่างๆ ดังนี้

4.1.1 วิสัยทัศน์กรมสุขภาพจิต

“กรมสุขภาพจิต เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิตของประเทศ เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี สู้สังคมและ เศรษฐกิจมูลค่าสูง”

นิยามวิสัยทัศน์

องค์กรหลักด้านสุขภาพจิต หมายถึง องค์กรที่มีบทบาทหลัก เป็นผู้นำในการขับเคลื่อนงาน สุขภาพจิตของประเทศ

สุขภาพจิตดี หมายถึง สภาพที่ดีของจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์ มิให้เกิดความคับข้องใจ หรือขัดแย้งภายในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข หรือสภาพชีวิตที่เป็นสุข ซึ่งหมายรวมถึง การมีปัญญาดี และมีความสุข

สังคมและเศรษฐกิจมูลค่าสูง หมายถึง สภาพสังคมที่เป็นผลมาจากการดำเนินการด้าน สุขภาพจิตที่ทำให้ประชาชนไทยซึ่งเป็นทรัพยากร และทุนมนุษย์ที่สำคัญ มีสุขภาพจิตดี จนเป็นกำลังหลักในการ พัฒนาประเทศ มีความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจของประเทศให้เกิดมูลค่าสูงได้

4.1.2 ตัวชี้วัดผลกระทบที่เกิดจากการดำเนินงานเมื่อสิ้นแผนปฏิบัติการฯ (Ultimate Outcome)

1. เด็กไทยมีระดับสติปัญญา (IQ) เฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103
2. เด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ร้อยละ 85
3. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน
4. คนไทยมีสุขภาพจิตดี ร้อยละ 90

4.1.3 พันธกิจกรมสุขภาพจิต

1. พัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านสุขภาพจิต โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดการนำไปใช้ประโยชน์
2. สนับสนุนการพัฒนาาระบบสุขภาพจิตครอบคลุมทุกมิติในทุกระดับ
3. สร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนในทุกกลุ่มวัยสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม
4. พัฒนากลไกและกำหนดทิศทางการดำเนินงานสุขภาพจิตของประเทศ

4.1.4 ค่านิยมกรมสุขภาพจิต : MENTAL

M = Mind (Happy Mind, Service Mind, Public Mind)	หัวใจบริการ
E = Efficiency, Effectiveness, Equity	ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล เสมอภาค
N = Network	สัมพันธ์เครือข่าย
T = Teamwork	ทำงานเป็นทีม
A = Accountability	โปร่งใสตรวจสอบได้
L = Learning (Personal, Team, Organization)	เรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

4.1.5 ประเด็นยุทธศาสตร์

1. ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์
2. เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต
3. สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี
4. สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต และกำลังคนสมรรถนะสูง โดยมีรายละเอียดเป้าประสงค์ กลยุทธ์ ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ตลอดจนแนวทางการดำเนินงาน ในแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์ดังนี้

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์

เป้าประสงค์ : ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	เป้าหมาย	
	ระยะครึ่งแผนฯ ปี 2568	ระยะสิ้นแผนฯ ปี 2570
ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	ร้อยละ 75	ร้อยละ 85

กลยุทธ์ / ตัวชี้วัด / แนวทางการดำเนินงาน :

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	
กลยุทธ์ 1.1 พัฒนา ระบบการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์เพื่อ สร้างความตระหนักรู้ ด้านสุขภาพจิต	1.1.1 ร้อยละของประชาชนที่ได้รับ ข้อมูลสุขภาพจิตที่ถูกต้องและเป็น ปัจจุบัน สามารถนำข้อมูลด้าน สุขภาพจิตไปใช้ประโยชน์	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	1) พัฒนาระบบการจัดการความรู้ให้กับประชาชน ผ่านสื่อ มีการถอดบทเรียนให้ประชาชนมีความรู้ และตระหนักรู้ในเรื่องของสุขภาพจิต (Public Mental Health Literacy) ในแต่ละกลุ่มวัยและ กลุ่มเฉพาะหรือกลุ่มเปราะบาง 2) พัฒนาระบบสื่อสารประชาสัมพันธ์ที่ทันต่อ สถานการณ์ของสังคม ทำให้ประชาชนเข้าถึง เทคโนโลยี/องค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต นำไปใช้ ประโยชน์ได้ง่ายและสังคมมีความตระหนักในการ ดูแลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในทิศทางที่ถูกต้อง
	1.1.2 ร้อยละของประชาชนที่ เชื่อมั่น และส่งต่อข้อมูลด้าน สุขภาพจิต	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	
							<p>เหมาะสม ด้วยมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต</p> <p>3) พัฒนางองค์ความรู้ สื่อสุขภาพจิตด้านการควบคุม ป้องกันภัยคุกคามต่อสุขภาพจิต ที่ปรากฏในสื่อต่างๆ ให้มีข้อมูลหรือเนื้อหาที่มีคุณภาพและจำเป็นต่อประชาชน โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและให้ข้อเสนอแนะ รวมถึงการวิจัยที่จะช่วยสร้างองค์ความรู้และแนวทางการปฏิบัติที่ดี</p> <p>4) บูรณาการการทำงานเป็นทีม ระหว่างกรมสุขภาพจิตกับ Social Media Influencer ใน platform สำคัญ</p> <p>5) พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีทักษะ ในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ / สร้าง content ให้ถูกต้องตรงใจในการสื่อสารประชาสัมพันธ์กับกลุ่มเป้าหมายให้เกิดความตระหนักรู้</p> <p>6) ใช้ Social Listening หรือ Newsclipping Platform เพื่อจับกระแสและประเมินความต้องการด้านสุขภาพจิตของสาธารณชน</p>

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	
กลยุทธ์ 1.2 พัฒนา ระบบการสร้างความ รอบรู้สุขภาพจิตที่ สอดคล้องกับ บริบท การดำเนินงานในพื้นที่	1.2.1 ร้อยละของพื้นที่ที่มีระบบการ เสริมสร้างความรอบรู้ด้าน สุขภาพจิต <ul style="list-style-type: none"> ▪ ระดับเขตสุขภาพ ▪ ระดับจังหวัด ▪ ระดับอำเภอ 	ร้อยละ 40	ร้อยละ 55	ร้อยละ 70	ร้อยละ 85	ร้อยละ 100	<p>1) สร้างเครือข่ายในช่องทาง Ground War โดยมี บทบาทร่วมในการพัฒนาสื่อ ช่องทางการให้ความรู้ การ สร้างทัศนคติ ความตระหนักและกลไกการสร้างความ รอบรู้สุขภาพจิตในระดับชุมชน ครอบครัวยุค และบุคคล</p> <p>2) พัฒนาช่องทางการค้นหาข้อมูลและการดูแล สุขภาพจิตที่หลากหลาย ให้สามารถประเมิน ค้นหา ความรู้รวมถึงส่งเสริมสุขภาพจิตได้ด้วยตนเอง เช่น ผ่าน แอปพลิเคชัน ผ่านไลน์ หรือ Social Media หรือผ่าน เครือข่ายบุคคล เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข หรือ สื่อมวลชนท้องถิ่น</p> <p>3) พัฒนาขีดความสามารถประชาชน ให้สังเกตตนเองได้ เมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต ประเมินตนเองเป็น รวมถึง ทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น หรือการ หาแหล่งบริการสุขภาพจิต ตลอดจนการช่วยเหลือคน ใกล้ชิดที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ โดยบูรณาการร่วมกับ หลักสูตรและกิจกรรมการเรียนรู้ต่างๆ</p> <p>4) พัฒนาหลักสูตรความรู้/แนวทางเพื่อเสริมสร้างความ รอบรู้สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่มีความรอบรู้ด้าน สุขภาพจิตไม่เพียงพอ</p>
	1.2.2 ร้อยละของประชาชนที่มี พฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ ตามประเด็นปัญหาในพื้นที่	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	
กลยุทธ์ 1.3 สร้างระบบการสื่อสารความรู้สุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤติ	1.3.1 จำนวนประเด็นการสื่อสารเพื่อตอบสนองสุขภาพจิตในภาวะวิกฤติสุขภาพจิต	2 เรื่อง	<p>1) จัดเวที/ช่องทางให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพจิตที่เป็นรูปแบบเฉพาะ ในสถานการณ์ฉุกเฉิน/วิกฤติ/กระแสสังคม</p> <p>2) พัฒนานองค์ความรู้และเทคโนโลยีการนำไปใช้ให้ทันสถานการณ์ฉุกเฉิน/วิกฤติ/กระแสสังคม เพื่อให้ประชาชนรับรู้การเฝ้าระวังดูแลสุขภาพจิตได้เหมาะสม</p> <p>3) พัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตในภาวะฉุกเฉินและเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลระบบจัดการข้อมูล ระบบการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร ช่องทางช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพจิตที่เป็นรูปแบบเฉพาะในสถานการณ์วิกฤติ เช่น สายด่วนแหล่งดูแลผู้ประสบวิกฤติ เป็นต้น และมีการติดตามประเมินสถานการณ์ เพื่อตอบโต้สถานการณ์ได้ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ สร้างความตระหนัก และลดความตื่นตระหนกในสถานการณ์วิกฤติ</p> <p>4) กำหนดมาตรการ/แนวทางการดำเนินงานการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต เพื่อป้องกัน/ลด</p>				
	1.3.2 ร้อยละของประชาชนที่เข้าถึงและรับรู้ความรู้สุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤติ	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	
	1.3.3 ร้อยละของประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤติ	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	
							<p>ผลกระทบที่เกิดจากภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุขภัย</p> <p>5) วิเคราะห์สถานการณ์ ความเสี่ยงต่อวิกฤติสุขภาพจิตในพื้นที่ เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และลดความรุนแรงด้านสุขภาพจิต รวมถึงสร้างทีมสื่อสารความเสี่ยงในระดับพื้นที่ให้มีความเข้มแข็ง</p> <p>6) จัดทำแผนการสื่อสารสุขภาพจิตในภาวะวิกฤติสุขภาพจิต</p>

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับสุขภาพจิตในอนาคต

เป้าประสงค์ : ประชาชนเข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	เป้าหมาย	
	ระยะครึ่งแผนฯ ปี 2568	ระยะสิ้นแผนฯ ปี 2570
ร้อยละของประชาชนที่เข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรม/เทคโนโลยีดิจิทัล		
- ประชาชนทั่วไป	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60
- ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70
- ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวช	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80

กลยุทธ์ / ตัวชี้วัด / แนวทางการดำเนินงาน :

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	
กลยุทธ์ 2.1 พัฒนา นวัตกรรมและ เทคโนโลยีดิจิทัลในการ พัฒนาระบบสุขภาพจิต	2.1.1 จำนวนนวัตกรรมสุขภาพจิต ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์และสร้าง มูลค่าได้	5 เรื่อง	5 เรื่อง	5 เรื่อง	5 เรื่อง	5 เรื่อง	1) สร้างระบบฐานข้อมูลกลางที่รวบรวมองค์ความรู้ นวัตกรรม งานวิจัยต่างๆ เทคโนโลยีการประเมิน และเทคโนโลยีอื่นๆ เพื่อให้ง่ายต่อการเลือกใช้งาน
	2.1.2 จำนวนเทคโนโลยีดิจิทัลด้าน สุขภาพจิตที่สามารถนำไปใช้ ประโยชน์และสร้างมูลค่าได้	2 เรื่อง	2) พัฒนาเหมืองข้อมูล (Data Lake) ของกรม สุขภาพจิตที่สามารถผลิต / ส่งเคราะห์ชุดข้อมูล ด้านสุขภาพจิตที่นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ รวมถึง พัฒนาชุดข้อมูลมาตรฐานด้านสุขภาพจิตของกรม				

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	
							<p>สุขภาพจิตให้เชื่อมต่อกัน (Clinical / Social determinant / ข้อมูลสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัย)</p> <p>3) สนับสนุนกลไกการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตดิจิทัล ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาดิจิทัลกรมสุขภาพจิต ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570) ด้วยการพัฒนารูปแบบการบริการและการดำเนินงานสุขภาพจิต ด้วยระบบเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น Big data, IoT, AI, Metaverse</p> <p>4) สร้าง/พัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพจิต (Smart Psychosocial Care) สำหรับกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจิตให้ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางทางสังคม (ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้เร่ร่อน ผู้ถูกทอดทิ้ง ผู้ตกงาน แรงงานนอกระบบ ผู้ไม่มีสัญชาติ แรงงานต่างด้าว ผู้ไม่มีบัตรประชาชน อาสาสมัครแรงงานต่างด้าว ผู้ป่วยสุขภาพจิต ฯลฯ) โดยให้สอดคล้องกับแผนงานวิจัยของกรมสุขภาพจิต</p> <p>5) สร้าง/พัฒนานวัตกรรมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบ</p>

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	
	2.2.1 ร้อยละการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชและญาติด้วยระบบดิจิทัล	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	เทคโนโลยีดิจิทัล ในการให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำด้านสุขภาพจิต สำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นได้ 6) พัฒนาเครื่องมือด้านสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับความสนใจ ความต้องการของประชาชน และมีความง่ายต่อการใช้งาน (User friendly) และตรงตามบริบท เช่น ภาษา ชาติพันธุ์ อายุ
กลยุทธ์ 2.2 จัดรูปแบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพ บนฐานนวัตกรรม และเทคโนโลยีดิจิทัล	2.2.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่องบนระบบดิจิทัลโดยไม่กลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	1) จัดระบบบริการที่พร้อมใช้และตอบสนองเทคโนโลยีที่พัฒนาอย่างรวดเร็ว โดยปรับเปลี่ยนการบริการของหน่วยบริการจิตเวชให้เป็น Virtual Hospital และ Metaverse Hospital 2) เสริมสร้างชุดสื่อ เทคโนโลยีดิจิทัล ให้ได้มาตรฐาน และมีความเหมาะสมกับผู้ใช้ 3) สร้างสถานที่ สภาพแวดล้อมให้มีคุณภาพในการให้บริการสุขภาพจิตที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ให้เป็น Smart Hospital with Healing Environment ที่เหมาะแก่ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มวัย กลุ่มปัญหาเฉพาะด้าน เช่น จิตเวชยาเสพติด และนิติจิตเวช เป็นต้น จนผู้ป่วยสามารถคืนสู่สภาวะ

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	
							<p>(Recovery) และมีคุณภาพชีวิตที่ดี</p> <p>4) พัฒนาหน่วยบริการอย่างต่อเนื่อง ด้านคุณภาพตามมาตรฐาน (HA) และความเชี่ยวชาญตามความเป็นเลิศของหน่วยบริการสุขภาพจิตและจิตเวช (Excellence Center)</p> <p>5) จัดบริการเชิงรุกและอุปกรณ์พาหนะเคลื่อนที่ในการเข้าถึงชุมชนที่พร้อมใช้ และตอบรับเทคโนโลยีที่พัฒนาอย่างรวดเร็ว (Mobile Digital Mental Services)</p> <p>6) พัฒนารูปแบบ/ช่องทางการเข้าถึงเทคโนโลยี และโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพทั้งประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย</p> <p>7) พัฒนารูปแบบ/ช่องทาง การติดตามเพื่อเฝ้าระวังอาการกำเริบ พฤติกรรมรุนแรง บริการการให้คำปรึกษา ประเมินอาการ เยียวยาจิตใจ จัดส่งยาจิตเวช อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล</p>

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี

เป้าประสงค์ : ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างชุมชนและสังคมสุขภาพจิตดี

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	เป้าหมาย	
	ระยะครึ่งแผนฯ ปี 2568	ระยะสิ้นแผนฯ ปี 2570
จำนวนเครือข่ายพลเมืองที่เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างสังคมสุขภาพจิตดี	10 เครือข่าย	20 เครือข่าย

กลยุทธ์ / ตัวชี้วัด / แนวทางการดำเนินงาน :

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	
กลยุทธ์ 3.1 รวมพลังภาคีเครือข่ายสร้างและขับเคลื่อนพลเมืองสุขภาพจิตดี	3.1.1 ร้อยละของอำเภอที่มีเครือข่ายงานสุขภาพจิตที่เข้าร่วมสร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	1) สนับสนุนระบบการดูแลเครือข่าย ในการส่งเสริมป้องกันผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ครอบคลุมระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ 2) สร้างและกำกับมาตรฐานการดำเนินงานและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายงานสุขภาพจิต ทั้งภาครัฐและเอกชน 3) สร้างเสริมศักยภาพของเครือข่ายงานสุขภาพจิต ในการวิเคราะห์ ส่งเคราะห์ข้อมูลด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และจัดระบบนิเวศงานสุขภาพจิตที่
	3.1.2 ร้อยละของบุคลากรในเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดีที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจนสามารถเป็นทีมนำด้านสุขภาพจิต (Mental Health Leader)	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	
	3.1.3 ร้อยละของบุคลากรในเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตที่ดีที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจนสามารถเป็นคณกลางที่นำประชาชนเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิต (Gate Keeper)	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ 4) สร้างเสริมทักษะเครือข่ายงานสุขภาพจิต ในการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพจิตให้กับประชาชนในชุมชน 5) สร้างเสริมพลังความเข้มแข็งสถาบันครอบครัวและเครือข่ายผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวช 6) วางแผนจิตอาสาเพื่อสังคม (Corporate Social Responsibility: CSR) ขององค์กรอย่างต่อเนื่อง
กลยุทธ์ 3.2 ส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตชุมชน	3.2.1 ร้อยละของเครือข่ายที่มีการดำเนินงานตามระบบบริหารจัดการเครือข่ายงานสุขภาพจิต	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	1) สนับสนุนให้เกิดชมรมหรือสมาคมสุขภาพจิตดีอย่างยั่งยืน ในหมู่ผู้สูงอายุติดสังคม (ผู้ใหญ่ใจดี ผู้ใหญ่สุขภาพจิตดี) และมีกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ให้มีสุขภาพกายสุขภาพจิตดี
	3.2.2 ร้อยละของเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	2) สร้างสนับสนุนศูนย์การดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยจิตเวช (Day Care and Night Care) ภายในชุมชน
	3.2.3 ร้อยละของจังหวัดที่มีกลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social Support Group)	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	3) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้บ้าน (จิตเวชเรื้อรัง จิตเวชเด็กและวัยรุ่น) ในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น 4) สร้างระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตชุมชน Early Warning Sign ให้กับประชาชน สามารถสังเกต

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	
							<p>สัญญาณเตือนของปัญหาสุขภาพจิตและดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้นได้</p> <p>5) เสริมพลังเครือข่ายใหม่ในการดำเนินงานสุขภาพจิต เช่น อบจ. เทศบาล อบต. พัฒนาชุมชนจังหวัด ประกันสังคมจังหวัด แรงงานจังหวัด หน่วยกู้ชีพกู้ภัย เครือข่ายผู้พิการทางจิต องค์กรเอกชน นิติบุคคลที่อยู่อาศัย(บ้านจัดสรร/คอนโดมิเนียม/อพาร์ทเมนต์) มูลนิธิ สมาคม ชมรม หน่วยงาน NGO</p> <p>6) สนับสนุนให้เกิดเครือข่าย/กลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social Support Group) ที่เชื่อมโยงกับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตภายใต้ธรรมนุญสุขภาพ</p>
<p>กลยุทธ์ 3.3</p> <p>ขับเคลื่อนและผลักดันการแก้ปัญหาสุขภาพจิตในระดับจังหวัดและระดับประเทศ</p>	<p>3.3.1 ร้อยละของจังหวัดที่นำกลไกการดำเนินงานทางกฎหมายและมาตรการอื่นมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน</p>	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	<p>1) ผลักดันนโยบายยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายและงานสุขภาพจิตระดับจังหวัดผ่านคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัดภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต</p> <p>2) ผลักดันกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิตและมาตรฐานการดูแลสุขภาพจิตที่มี</p>

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	
							<p>ผลกระทบต่อสังคม รวมทั้งการจัดทำข้อเสนอแนะ และนโยบายระดับชาติ</p> <p>3) ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพจิต ในระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด</p> <p>4) เสริมการบูรณาการงานสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตในเขตสุขภาพ และจังหวัด โดยผลักดันประเด็นสุขภาพจิตเข้าสู่แผนพัฒนาเขตสุขภาพและแผนพัฒนาจังหวัด โดยบูรณาการกับหน่วยงาน ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>5) สนับสนุนภาคีรัฐบาล ภาคเอกชน และภาคส่วนต่างๆ ในสังคมสำหรับการผลักดันให้เกิดนโยบายที่คำนึงถึงสุขภาพจิตของประชาชน และสร้างกลไกการทำงานร่วมกันให้มีความเชื่อมโยงกับงานสุขภาพจิต เพื่อให้ประชาชนทั่วประเทศมีสุขภาพจิตที่ดี (Mental Health in All Policies and Mental Health Everywhere)</p>

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต และกำลังคนสมรรถนะสูง

เป้าประสงค์ : ประชาชนได้รับคุณค่าจากผลิตภัณฑ์ บริการ และบุคลากรกรมสุขภาพจิต จนเกิดความเชื่อมั่นต่อกรมสุขภาพจิต

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	เป้าหมาย	
	ระยะครึ่งแผนฯ ปี 2568	ระยะสิ้นแผนฯ ปี 2570
1) ร้อยละของประชาชนหรือเครือข่ายที่มีความเชื่อมั่นต่อผลิตภัณฑ์ บริการ และความเชี่ยวชาญของบุคลากรกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60
2) ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment : SROI) ที่ประชาชนได้รับจากผลิตภัณฑ์ บริการ และบุคลากรของกรมสุขภาพจิต	≥ 1.5 เท่า	≥ 2.0 เท่า

กลยุทธ์ / ตัวชี้วัด / แนวทางการดำเนินงาน :

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	
กลยุทธ์ 4.1เสริมสร้างภาพลักษณ์งานสุขภาพจิต	4.1.1 ร้อยละของผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพจิต	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	1) เสริมสร้างภาพลักษณ์ขององค์การ ให้ประชาชนเชื่อมั่นต่อองค์ความรู้ ข่าวสารด้านสุขภาพจิตที่สื่อสารไปยังประชาชน เช่น Rebrand ให้เป็นที่รู้จักในวงกว้าง 2) เสริมสร้างความเข้าใจและเจตคติเชิงสร้างสรรค์ ต่อปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการเฝ้าระวัง และเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างถูกวิธี

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	
							<p>3) สร้างทีมสื่อสารการตลาดทุกระดับในการเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพจิต โดยบูรณาการกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาคเอกชน NGO สื่อต่างๆ ในการสื่อสารงานสุขภาพจิต</p> <p>4) วางแผนการตลาด สำหรับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพจิตทั้งด้านส่งเสริมป้องกัน บำบัด รักษาฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และจัดทำแนวทางการสื่อสารการตลาดสุขภาพจิตเพื่อให้เกิดการดำเนินงานในทิศทางเดียวกัน</p> <p>5) พัฒนาระบบการจัดการความรู้ของกรมสุขภาพจิตผ่านองค์ความรู้ของบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้</p> <p>6) สร้างวัฒนธรรมการทำงานและระบบบริหารจัดการองค์กรที่ยึดหลักวิชาการ และมีธรรมาภิบาล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการรองรับผลการดำเนินงานให้เป็นที่ยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p> <p>7) เสริมสร้างความเข้มแข็งและความเชี่ยวชาญของสถาบันฝึกอบรมของกรมสุขภาพจิต ในการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตให้แก่สังคม</p>

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	
กลยุทธ์ 4.2 พัฒนา ระบบเศรษฐศาสตร์ สุขภาพจิต	4.2.1 จำนวนชุดสิทธิประโยชน์ ทางด้านสุขภาพจิตที่ทำให้ประชาชน สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต ได้อย่างครอบคลุม	2 เรื่อง	2 เรื่อง	2 เรื่อง	2 เรื่อง	2 เรื่อง	1) พัฒนาระบบต้นทุนงานบริการสุขภาพจิตและ จิตเวช 2) พัฒนาระบบการประเมินด้านเศรษฐศาสตร์ สุขภาพจิต (Mental Health Economics Evaluation) โดยผลักดันให้เกิดความร่วมมือในการ ศึกษาวิจัยอัตราผลตอบแทน และอัตรา ผลตอบแทนทางสังคม (Return on Investment: ROI and Social Return on Investment: SROI) ของชุดสิทธิประโยชน์ทางด้านสุขภาพจิต 3) ผลักดันให้เกิดชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วย จิตเวชผ่านกองทุนต่างๆ 4) พัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมสุขภาพจิตให้มี ความเชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต 5) พัฒนาผลิตภัณฑ์/บริการด้านสุขภาพจิตให้ เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด และรับรองคุณภาพ มาตรฐานผลิตภัณฑ์/บริการสุขภาพจิต 6) ประกาศความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์การ รับรองคุณภาพมาตรฐานโดยการเผยแพร่ใน หลากหลายช่องทาง
	4.2.2 ร้อยละของประชาชนได้รับ ประโยชน์จากบริการสุขภาพจิตในชุด สิทธิประโยชน์	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	
	4.2.3 ผลตอบแทนจากการลงทุน (Return on Investment : ROI) ของ ชุดสิทธิประโยชน์ทางด้านสุขภาพจิต	-	-	> 1.0 เท่า (100%)	-	> 1.5 เท่า (150%)	
	4.2.4 ร้อยละของผลิตภัณฑ์/บริการ ด้านสุขภาพจิตของหน่วยงานใน สังกัดกรมฯ ผ่านเกณฑ์การรับรอง คุณภาพมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	

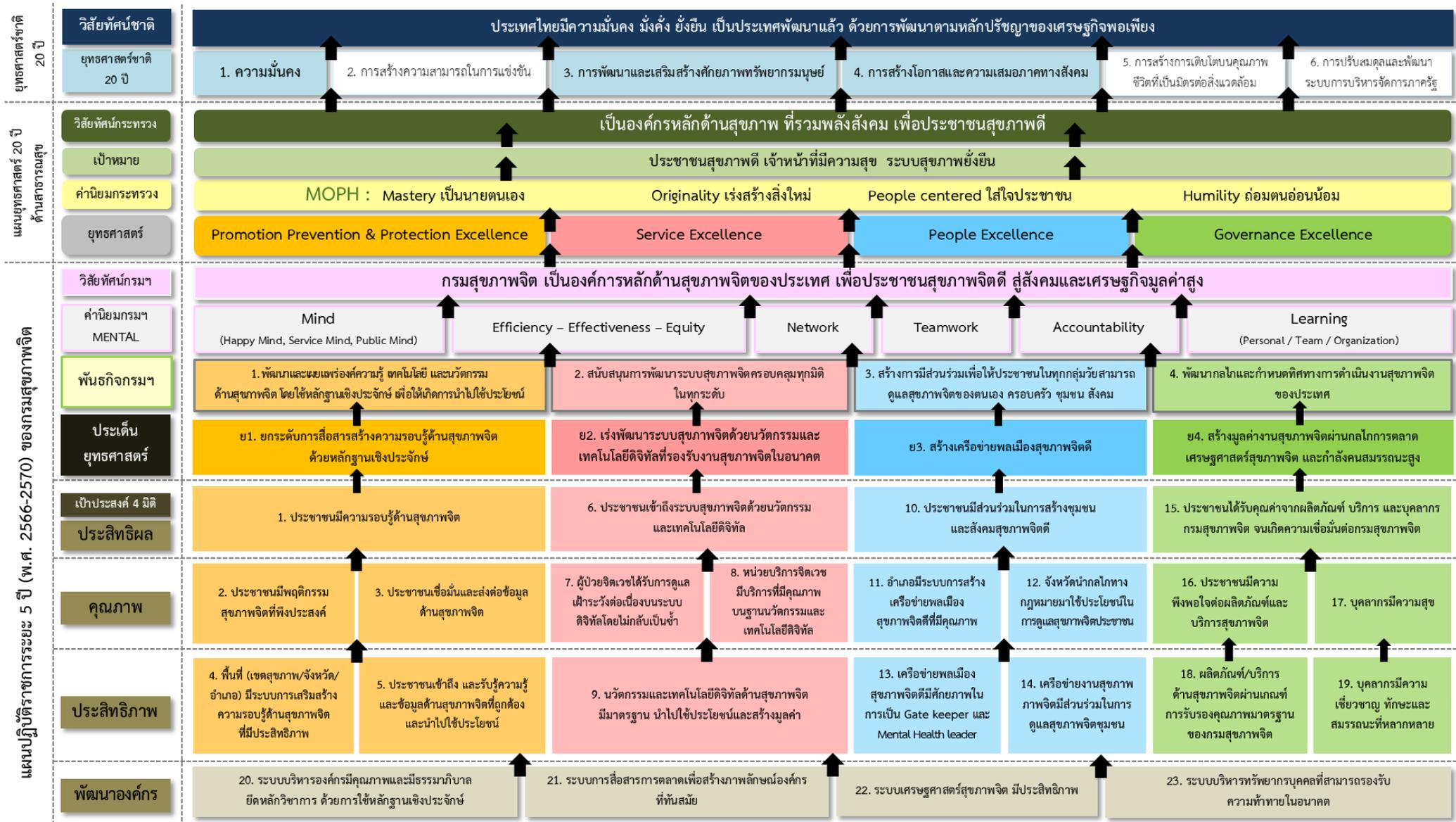
กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	
							7) จัดทำนโยบายสิทธิประโยชน์สำหรับกลุ่มปกติ และกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต
กลยุทธ์ 4.3 พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญและมีความสุข	4.3.1 ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิตมีทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Skill)	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	1) พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านจิตเวช พร้อมรับมือกับประเด็นสุขภาพจิตที่ท้าทายในอนาคต 2) กำหนดสมรรถนะและทักษะที่จำเป็นสำหรับบุคลากรกรมสุขภาพจิต เช่น การสื่อสารการตลาดสุขภาพจิต การเป็นผู้ให้คำปรึกษา/แนะนำ การสร้างนวัตกรรมสุขภาพจิต/เทคโนโลยีดิจิทัล ฯลฯ 3) พัฒนาบุคลากรกรมสุขภาพจิตครอบคลุมทุกวิชาชีพให้มีความเชี่ยวชาญในทักษะวิชาชีพ ทักษะด้านดิจิทัล และมีทักษะที่หลากหลาย (Multitasking) สามารถบูรณาการองค์ความรู้ร่วมกับสาขาวิชาชีพอื่นได้ 4) สนับสนุนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ ให้สามารถเป็นที่เลี้ยง ผู้ฝึกสอน เป็นที่ปรึกษา แกนนำ หรือวิทยากร ตามความต้องการของหน่วยงาน เครือข่ายด้านสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ 5) พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญของแต่ละวิชาชีพ (Core Competency) ตาม
	4.3.2 ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิตได้รับการพัฒนาทักษะ/สมรรถนะเฉพาะ	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	
	4.3.3 ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิต ที่มีความสุข	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	
							<p>ความเป็นเลิศของหน่วยบริการสุขภาพจิตและจิตเวช (Excellence Center)</p> <p>6) พัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมสุขภาพจิตให้เป็นนักสร้างสุขที่มีสมรรถนะและทักษะที่จำเป็นในการสร้างสุข ตลอดจนวางแผนขับเคลื่อนการสร้างสุขในบุคลากรกรมสุขภาพจิตอย่างมีส่วนร่วมจากผู้บริหารและนักสร้างสุข</p> <p>7) จัดสวัสดิการที่เหมาะสมแก่บุคลากรและเจ้าหน้าที่ให้มีขวัญกำลังใจ มีความสุขและมีความภาคภูมิใจ</p>

4.2 แผนที่ยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต

แผนที่ยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ฉบับนี้ เป็นแผนภาพที่แสดงให้เห็นถึงยุทธศาสตร์ของกรมสุขภาพจิต ผ่านแผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์กับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี ด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ในรูปแบบของความสัมพันธ์ในเชิงเหตุและผล โดยเป็นความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ (Outcome) หรือเป้าประสงค์ที่กรมสุขภาพจิตปรารถนาจะเกิดขึ้น ใน 4 มุมมอง ได้แก่ มิติด้านประสิทธิผลตามพันธกิจ มิติด้านคุณภาพการให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติราชการ และมิติด้านการพัฒนาองค์กร โดยในแต่ละมุมมองจะประกอบด้วยเป้าประสงค์ที่มีความสอดคล้องกันในลักษณะของเหตุและผลที่มีความชัดเจน ซึ่งสุดท้ายแล้วทุกเป้าประสงค์จะช่วยสนับสนุนและสอดคล้องต่อยุทธศาสตร์ของกรม และส่งผลต่อการบรรลุตามวิสัยทัศน์ของกรมสุขภาพจิตต่อไป รายละเอียดตามแผนภาพที่ 4-1

แผนภาพที่ 4-1 แผนที่ยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในแผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต



บทที่ 5

สรุปผลการดำเนินการ และข้อเสนอแนะ

กระบวนการพัฒนาแผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิตทั้ง 13 ชั้นตอน และสาระสำคัญของแผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ผลการดำเนินการ ปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนา แผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี ตลอดจนข้อเสนอแนะ ที่มีต่อกองยุทธศาสตร์และแผนงาน และที่มีต่อกรมสุขภาพจิตเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนแผนและพัฒนางาน สุขภาพจิตให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลสูงสุด โดยมีรายละเอียดดังนี้

5.1 สรุปผลการดำเนินการ

แผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ถือเป็นกรอบทิศทางพัฒนางาน สุขภาพจิตในระดับกรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดในช่วง พ.ศ. 2566 – 2570 โดยสอดคล้องกับเป้าหมายและ แนวทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566 - 2570) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ ชาติ และยุทธศาสตร์ชาติ ตามลำดับ ซึ่งการพัฒนาระบบการจัดทำแผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต เริ่มตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2564 โดยดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการกำหนดกรอบ ทิศทางแผนปฏิบัติการฯ และคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการฯ ร่วมทบทวนและจัดทำ ตลอดจนให้ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ผ่านการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล เชิงประจักษ์ (Evidence-based) อย่างเป็นระบบ จากกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย และผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในหลายขั้นตอนตั้งแต่ ขั้นตอน การสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็น จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส ความท้าทาย (SWOT) ทั้งในรูปแบบวิเคราะห์ SWOT ตามกรอบ 7S และสถานการณ์ที่เป็นปัจจัยภายนอกตามกรอบ PEST ขั้นตอนการกำหนดอนาคตของกรมสุขภาพจิต ผ่านกระบวนการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Strategic Future Research Technique : DSFR) ซึ่งเป็นวิธีการที่ทรงพลังในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลให้มีความน่าเชื่อถือและได้รับความ เชื่อมั่น โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสนับสนุนการวางแผนยุทธศาสตร์ รวมทั้งการจัดเวทีประชุม เชิงปฏิบัติการ (Workshop) ในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับกรมสุขภาพจิต และยกร่างเป็นวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ แนวทางการดำเนินงาน ตลอดจนรายละเอียดของตัวชี้วัดประกอบ แผนฯ แล้วจึงนำเข้าสู่ขั้นตอนการรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่มีต่อแผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี ของ กรมสุขภาพจิต จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนภาคประชาสังคมในรูปแบบการประชุมปรึกษาหารือ เพื่อให้ได้มาซึ่งสาระสำคัญของแผนฯ ที่มีความครบถ้วน ครอบคลุม น่าเชื่อถือ เป็นที่ยอมรับของผู้บริหารและ บุคลากรกรมสุขภาพจิต ตลอดจนเครือข่ายงานสุขภาพจิตอย่างแท้จริง สามารถใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อน การดำเนินงานตาม 4 พันธกิจกรมสุขภาพจิต ได้แก่ 1) พัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านสุขภาพจิต โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดการนำไปใช้ประโยชน์ 2) สนับสนุนการพัฒนาระบบ สุขภาพจิตครอบคลุมทุกมิติในทุกระดับ 3) สร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนในทุกกลุ่มวัยสามารถดูแล

สุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม และ 4) พัฒนากลไกและกำหนดทิศทางการดำเนินงานสุขภาพจิตของประเทศ รวมทั้งประเด็นยุทธศาสตร์หลักทั้ง 4 ด้าน คือ ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี และสร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต และกำลังคนสมรรถนะสูง เพื่อให้สามารถบรรลุวิสัยทัศน์กรมสุขภาพจิตในการเป็น “องค์กรหลักด้านสุขภาพจิตของประเทศ เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี สู่อสังคมนิยมและเศรษฐกิจมูลค่าสูง” ต่อไป

5.2 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

5.2.1 กระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี ต้องใช้วิธีดำเนินงานในรูปแบบการประชุมออนไลน์เป็นหลัก เพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดังนั้นผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่จะอยู่ในสถานที่ปฏิบัติงาน สภาพแวดล้อม และบรรยากาศ ไม่เอื้อให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีสมาธิจดจ่ออยู่กับสาระสำคัญในการประชุม รวมทั้งอาจมีการทำงานอื่นควบคู่กับการประชุม ซึ่งการประชุมส่วนใหญ่เป็นแบบประชุมเชิงปฏิบัติการ ต้องมีการให้ข้อมูล แสดงความคิดเห็น ร่วมดำเนินการ จึงทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมบางส่วนขาดการแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสาระสำคัญของแผนปฏิบัติการฯ นอกจากนี้ยังมีปัญหาความไม่เสถียรของระบบอินเทอร์เน็ตของกรมสุขภาพจิต โดยเฉพาะขั้นตอนการ Workshop ที่จะต้องแบ่งกลุ่มออนไลน์ ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมบางส่วนหลุดออกจากระบบการประชุมออนไลน์ ส่งผลให้ไม่ได้แสดงความคิดเห็นหรือให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เพื่อแก้ไขปัญหานี้ กองยุทธศาสตร์และแผนงานจึงมีช่องทางการแสดงความคิดเห็นนอกเหนือจากในเวทีการประชุม โดยผ่านทางไลน์กลุ่ม “SM4DMH” หรือผ่านทางแบบสอบถามความคิดเห็นในประเด็นต่างๆ ในรูปแบบ Google Form เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ได้อย่างสะดวกต่อไป

5.2.2 การกำหนดตัวชี้วัด เพื่อให้ตอบสนองเป้าประสงค์ของประเด็นยุทธศาสตร์ รวมทั้งกลยุทธ์ใหม่ๆ ภายใต้แผนปฏิบัติการฯ ซึ่งตัวชี้วัดเหล่านี้จะสัมพันธ์ต่อการไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดใหม่ ยังไม่เคยมีการจัดเก็บข้อมูลมาก่อน ไม่มีข้อมูลพื้นฐานที่ใช้อ้างอิงการกำหนดค่าเป้าหมาย ซึ่งถือเป็นอุปสรรคสำคัญที่อาจทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมายได้ อย่างไรก็ตาม เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุเป้าหมายของตัวชี้วัด กองยุทธศาสตร์และแผนงานจึงกำหนดค่าเป้าหมายในตัวชี้วัดดังกล่าว โดยพิจารณาจากความเหมาะสม/ความคาดหวังที่ควรจะเป็น เพื่อแสดงถึงความมุ่งมั่นในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายแม้ตัวชี้วัดเหล่านั้นจะไม่เคยดำเนินการมาก่อนก็ตาม

5.3 ขอเสนอแนะ

5.3.1 กองยุทธศาสตร์และแผนงานควรมีการกำหนดวิธีการสื่อสารแผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ไปยังบุคลากรกรม และเครือข่ายงานสุขภาพจิต ผ่านช่องทางที่หลากหลาย เช่น เผยแพร่ผ่านสื่อเอกสาร และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์กรมสุขภาพจิต หรือดาวน์โหลดจาก QR code ตลอดจนเผยแพร่ผ่านเวทีการประชุม/สัมมนาต่างๆ เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เกิดความเข้าใจในสาระสำคัญของแผนปฏิบัติการอย่างสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เนื่องจากสาระสำคัญของแผนฯ มีการปรับเปลี่ยนไปจากแผนปฏิบัติการฉบับเดิมมาก

5.3.2 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ควรกำหนดกลไกการกำกับ ติดตามการดำเนินงานตามตัวชี้วัดภายใต้

แผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต พร้อมทั้งทบทวนแผนปฏิบัติการฯ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การขับเคลื่อนแผนมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยอาจวางกรอบการติดตาม ประเมินผลตาม แผนปฏิบัติการฯ ใน 2 รูปแบบ คือ

1) ติดตาม ควบคุม กำกับการดำเนินงานของแผนปฏิบัติการประจำปี โครงการขับเคลื่อน นโยบายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานสุขภาพจิตประจำปี ตลอดจนตัวชี้วัดการปฏิบัติการของ หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการฯ ให้เป็นไปตามระยะเวลาและเป้าหมายการ ดำเนินงาน และประเมินปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่การกำหนดมาตรการ และแนวทางแก้ไข ปัญหาให้บรรลุผลสำเร็จตามแผนปฏิบัติการฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) ประเมินผลสำเร็จและผลกระทบของการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการฯ แบ่งตามระยะ ดังนี้
ระยะทุกสิ้นปีงบประมาณ : จัดทำรายงานความก้าวหน้า รายงานผลการดำเนินงานตาม ตัวชี้วัดภายใต้แผนปฏิบัติการ เผยแพร่ผ่านการประชุมสรุปผลการดำเนินงานประจำปี

ระยะกลางแผนปฏิบัติการฯ : ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง ผู้เชี่ยวชาญ/นักวิชาการจากหน่วยงานภายนอก เพื่อประเมินผลภาพรวมการขับเคลื่อนงาน ทั้งในเชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพ นำสู่การทบทวนกรอบทิศทาง โครงสร้างของแผนปฏิบัติการฯ ในช่วงการดำเนินงานระยะถัดไป

ระยะสิ้นสุดแผนปฏิบัติการฯ : ผู้เชี่ยวชาญ/นักวิชาการจากหน่วยงานภายนอก ประเมิน ผลสำเร็จ ผลลัพธ์ ผลกระทบ รวมถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการฯ สำหรับเป็น ปัจจัยนำเข้าในการกำหนดแผนปฏิบัติการฉบับถัดไป

5.3.3 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ต้องกำหนดแนวทางการบริหารแผนปฏิบัติการฯ หรือแนวทาง การขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการฯ สู่การปฏิบัติให้ชัดเจน เพื่อให้การดำเนินงานตามประเด็นยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และแนวทางการดำเนินงาน สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดในแผนปฏิบัติการฯ ผ่านการดำเนินงานของ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน จัดทำนโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิตประจำปี รวมทั้ง มอบหมายนโยบายการดำเนินงานสุขภาพจิตไปยังหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต เพื่อเป็นกรอบในการจัดทำคำขอ งบประมาณรายจ่ายประจำปี และนำไปใช้ในการวางแผนปฏิบัติการประจำปีในระดับหน่วยงานให้สอดคล้องกับ แผนปฏิบัติการฯ

2) หน่วยบริหารโครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และนโยบายการดำเนินงานสุขภาพจิต (หน่วยงาน Project Manager) จัดทำรอบแผนงานและโครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และนโยบายการ ดำเนินงานสุขภาพจิต ที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการฯ และนโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิต เพื่อใช้เป็น แนวทางหลักในการขับเคลื่อนงานผ่านกิจกรรมของโครงการร่วมกับเครือข่ายและประชาชน

3) คณะกรรมการและคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และนโยบายการดำเนินงาน สุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2566 – 2570 บริหารทิศทางการดำเนินงานภายใต้ 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ โดยมี บทบาทหน้าที่ในการกำหนดกรอบแนวทางและกลไกการดำเนินงานในการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการฯ และ นโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิต กำหนดคำอธิบายตัวชี้วัด วิธีการวัดผลและติดตามตัวชี้วัดภายใต้ 4 ประเด็น

ยุทธศาสตร์ กำหนดและบริหารแผนการดำเนินงาน งบประมาณ กระบวนการดำเนินงาน และทรัพยากรที่ใช้ในการสนับสนุนการดำเนินงาน รวมถึงติดตาม ประเมินผลดำเนินงาน ทั้งในระดับผลผลิต ผลลัพธ์

4) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน จัดทำคู่มือคำอธิบายตัวชี้วัดภายใต้แผนปฏิบัติราชการฯ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานในระหว่างปีของการขับเคลื่อนแผนทุกปีงบประมาณ

5) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน จัดกระบวนการถ่ายทอดระดับตัวชี้วัดการดำเนินงานจากแผนปฏิบัติราชการฯ ไปยังหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ผ่านการจัดทำตัวชี้วัดคุ้มครองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรม การจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในสังกัดกรม เพื่อสร้างวัฒนธรรมการมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ของงานภายใต้การมีส่วนร่วมการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติราชการฯ สู่ความสำเร็จ

5.3.4 กรมสุขภาพจิตควรบูรณาการ หรือปรับบทบาทภารกิจของกรมและของหน่วยงานในปัจจุบัน ให้ตอบสนองและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ใหม่ๆ ภายใต้แผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ที่มีการพลิกโฉม และยกระดับการดำเนินงานสุขภาพจิตไปจากแผนปฏิบัติราชการฉบับเดิมอย่างมาก เพื่อให้กรมสามารถขับเคลื่อนและพัฒนางานดังกล่าวให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลสูงสุด ตลอดจนบรรลุตามเป้าหมายของแผนฯ ที่กำหนดไว้

บรรณานุกรม

- กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2564). ผลการสำรวจสถานการณ์ความเข้มแข็งของครอบครัว ประจำปี 2563. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <https://bit.ly/3QPhGgS>. [15 มีนาคม 2564].
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2564. กรุงเทพฯ : บริษัท ละม่อม จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2564). รายงานผลการดำเนินการพัฒนาองค์การสู่ระบบราชการ 4.0. นนทบุรี.
- กรมสุขภาพจิต. (2564). นโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2565. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <https://dmh.go.th/intranet/p2554/policy/view.asp?id=1250>. [8 ธันวาคม 2564].
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). การขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : http://www.stopcorruption.moph.go.th/index.php/main/p_detail/page/802f. [25 ตุลาคม 2564].
- กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2564). เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) กรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 1/2565.
- กลุ่มงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2563). สารสำคัญ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ : บริษัท ละม่อม จำกัด
- กองบริหารข้อมูลตลาดแรงงาน กรมการจัดหางาน. (2565). สถานการณ์ตลาดแรงงานในปัจจุบัน ไตรมาสที่ 1 ปี 2565 (มกราคม-มีนาคม). [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <https://bit.ly/3iTdSOZ>. [18 ธันวาคม 2564].
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2563). เอกสารประกอบการประชุมชี้แจงแนวทางการตรวจราชการงานสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2564). รายงานผลการดำเนินงาน : รายเดือนตัวชี้วัดสำคัญที่ใช้ติดตามผลการดำเนินงานในการประชุมกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2564). เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการกำหนดกรอบทิศทางแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) กรมสุขภาพจิต. นนทบุรี.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2566). แผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข 2564.[ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <https://bit.ly/3wbAo8V>. [4 กันยายน 2564].
- กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ.2564. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <https://bit.ly/3Xlkyf>. [10 เมษายน 2564].

- จันทร์อาภา สุขทัพพ์. (2565). “เดินหน้า สร้างเด็กไทย ไอคิวดี” การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) (ฉบับปรับปรุง) เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี 2564. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- จิรัชชา วิเชียรปัญญา. (2549). การพัฒนาตัวบ่งชี้รวมสำหรับการจัดการความรู้ที่มีประสิทธิภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ชัชวาล ทัศวิวัฒน์. 2553. การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย. วารสารรัฐประศาสนศาสตร์. 8(1): 185-223.
- ชัยลิขิต สร้อยเพชรเกษม. (2555). การวิจัยด้วยวิธีเดลฟาย: การใช้มติสอดคล้องโดย เสียงข้างมาก. วารสารวิชาการบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- ดวงนภา มกรานุรักษ์. (2554). อนาคตภาพของการอาชีวศึกษาไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2554-2564). วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดำรงค์ วัฒนา และพรมณี ขำเลิศ (2566). การจัดทำยุทธศาสตร์ Strategic Planning. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทศพร ศิริสัมพันธ์ (2539). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ. กรุงเทพมหานคร, คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทศพล ถาวร (2559). การประเมินและพัฒนายุทธศาสตร์ความร่วมมือทางวิชาการกับมหาวิทยาลัยต่างประเทศศึกษาเปรียบเทียบ: คณะรัฐศาสตร์และคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ทิพาวดี เมฆสุวรรณ. (2540). การปฏิรูปภาคราชการสู่สภาพที่พึงปรารถนา: ทำอย่างไร ใครรับผิดชอบ. วารสารข้าราชการ. ปีที่ 42 ฉบับที่ 2 (2540). หน้า 24-43.
- ธงชัย สันติวงษ์ (2537). พฤติกรรมองค์การ = Organization Behavior. กรุงเทพมหานคร, ไทยวัฒนาพานิช.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2551). การวิจัยและพัฒนาตัวบ่งชี้คุณธรรมจริยธรรม. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาพลังแผ่นดินเชิงคุณธรรม สำนักงานบริหารและพัฒนาองค์ความรู้ (องค์กรมหาชน).
- นงลักษณ์ วิรัชชัย, ชยุตย ภิมยสมบัติ และศรีมาจ ณ วิเชียร. (2551). การวิจัยและพัฒนาตัวบ่งชี้คุณธรรมจริยธรรม. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาพลังแผ่นดินเชิงคุณธรรม สำนักงานบริหารและพัฒนาองค์ความรู้ (องค์กรมหาชน).
- น้ำผึ้ง มีศิล. (2559). การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย: การหลีกเลี่ยงมโนทัศน์ที่ไม่ถูกต้อง. Veridian E-Journal, Silpakorn University.
- นิภาพรรณ เจนสันติกุล. (2560). การนำเทคนิคเดลฟายไปใช้สำหรับการวิจัย Utilizing the Delphi Technique for Research. วารสารรัฐศาสตร์ปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2560). หน้า 51-61.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2551). ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษ ที่ 21. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การประกาศแผนการปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง). (2564, 25 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนพิเศษ 44 ง หน้า 1.
- ประชุม รอดประเสริฐ. (2533). **นโยบายและการวางแผน หลักการและทฤษฎี**. กรุงเทพมหานคร, เนติกุลการพิมพ์.
- พสุ เดชะรินทร์. (2545). **เส้นทางจากกลยุทธ์สู่การปฏิบัติด้วย Balanced Scorecard และ Performance Indicators**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัฒนา แสงมณีโคตร. (2561). **หลักการของการบริหารงานตามแผนยุทธศาสตร์ยุคใหม่**. Journal of Modern Learning Development. ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 (2540). หน้า 5.
- พีรพงษ์ แสงแก้ว, ศุภวิชญ์ มีศิริพันธ์, กาญจนพร วงศ์อาจ ,โชติ บดีรัฐ . (2565). **7 กลไกการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่**. Journal of Roi Kaensarn Academi ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 มีนาคม 2565.
- ภัสธีมา มาสิริธนาธิป. (2562). **การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การเรียนรู้แบบกวันตภาพสำหรับมหาวิทยาลัยราชภัฏ พ.ศ. 2562-2571**. สาขาวิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา ภาควิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา คณะครุศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎบัณฑิต.
- มีโชค ทองใส (2556). **การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์องค์กรไอซีทีที่แห่งการเรียนรู้ตามกรอบรางวัลคุณภาพการจัดการภาครัฐ**. สาขาวิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา ภาควิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา คณะครุศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎบัณฑิต.
- รัฐกร ชนะวงศ์. (2563). **แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปี กรุงเทพมหานคร**. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รุ่งรังษี วิบูลชัย. (2544). **การพัฒนาตัวบ่งชี้รวมของคุณภาพการสอนในระดับอุดมศึกษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎบัณฑิต. สาขาวิชาอุดมศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ. (2553). **ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับรัฐประศาสนศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร : บพิธการพิมพ์. หน้า 238-239.
- วราภรณ์ เตชะสุวรรณ. (2554). **การพัฒนายุทธศาสตร์การพัฒนาคุณธรรมสำหรับนักเรียนนายร้อยตำรวจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎบัณฑิต. สาขาวิชาบริหารการศึกษา ภาควิชานโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์ (2542). **คู่มือการกำหนดตัวชี้วัดตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย**. กรุงเทพมหานคร, สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.
- วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์. (2552). **การวางแผนกลยุทธ์ : ศิลปะการกำหนดแผนองค์การสู่ความเป็นเลิศ**. กรุงเทพฯ: สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2552). **ทฤษฎีการประเมิน**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีดา ตันทะอธิพานิช. (2564). **การสำรวจสถานการณ์เด็กไทยกับภัยออนไลน์ 2563**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : https://inetfoundation.or.th/Welcome/media_download?id=158. [28 กันยายน 2564].

ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศเพื่อการศึกษาแห่งชาติ สำนักวิจัยและพัฒนาการศึกษา สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา.

(2564). **สถิติการศึกษาของประเทศไทย ปีการศึกษา 2563**. กรุงเทพฯ : บริษัท พรินทวอนกราฟฟิค จำกัด.

ศูนย์ปฏิบัติการกรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กองส่งเสริมสถาบันครอบครัว กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2564). **สถิติความรุนแรงในครอบครัว ประจำปีงบประมาณ 2564**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <https://bit.ly/3wcf0Pi>. [4 กันยายน 2564].

สถาบันการมองอนาคตนวัตกรรม สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ. (2562). **เครื่องมือการมองอนาคต (FORESIGHT TOOLS)**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ.

สมชาติ ไตรรักษา. (2543). **หลักการบริหารโรงพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พี เอ็น การพิมพ์.

สมยศ นาวิการ. (2541). **การบริหารและพฤติกรรมองค์กร**. กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2546). **พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546**. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 120 ตอนที่ 100 ก ลงวันที่ 9 ตุลาคม 2546.

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2562). **พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562**. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนที่ 56 ก ลงวันที่ 30 เมษายน 2562.

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (สำนักงาน ก.พ.) และสำนักวิจัยและพัฒนาระบบงานบุคคล. (2556). **คลังตัวชี้วัดกลางกลุ่มงานสนับสนุน KPI**. นนทบุรี: พี.เอ.อีฟวิง.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. (2564). **รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <https://www.oncb.go.th/EBookLibrary/annual%20report%202564.pdf>. [1 พฤศจิกายน 2564].

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2564). **รายงานการศึกษาการพัฒนาคุณภาพผู้เรียนจากผลการทดสอบ O-NET และ PISA**. กรุงเทพฯ : บริษัท 21 เซ็นจูรี จำกัด.

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2564). **รายงานการศึกษาไทย พ.ศ.2562-2564**. กรุงเทพฯ. : บริษัท พรินทวอนกราฟฟิค จำกัด.

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2565). **สภาการณ์ทางการศึกษาไทยในเวทีโลก ปี 2564**. กรุงเทพฯ : สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). **แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ.2561 – 2580)**. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กรุงเทพฯ.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). **ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580)**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2563). **ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) ฉบับข้าราชการ**.

- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). **คู่มือการจัดทำแผนระดับที่ 3 และการเสนอแผนระดับที่ 3 ในส่วนของแผนปฏิบัติการด้าน... ต่อคณะรัฐมนตรี.**
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสาม.** สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กรุงเทพฯ.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). **รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583 (ฉบับปรับปรุง).** สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กรุงเทพฯ.
- องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. (2564). **รายงานรวบรวมผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของการระบาดโรคโควิด-19 ต่อเด็กและเยาวชนในประเทศไทย.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <https://www.unicef.org/thailand/media/8806/file/COVID-19%20Impact%20on%20Children%20TH.pdf>. [22 พฤษภาคม 2564].
- อภิัญญา บำรุงจิตต์. (2560). **การปฏิรูปราชการไทยสู่การบริหารงานภาครัฐแนวใหม่.** เอกสารการประชุมวิชาการระดับชาติด้านการบริหารกิจการสาธารณะ ครั้งที่ 4 (The 4th National Conference on Public Affairs Management) “การบริหารกิจการสาธารณะภายใต้ประเทศไทย 4.0” (Public Affairs Management Under Thailand 4.0).
- Alex J. Ducanis. (1970). **The Possible Uses of The Delphi Technique in I.R. and Planning in Higher Education.** Institutional Research and Communication in Higher Education. 10th (Annual Forum).
- Alfred, D. C., Jr. (1962). **Strategy and Structure : Chapters in the History of the industrial enterprise,** The MIT Press.
- Balasubramanian, R. & Agarwal, D. (2012). **Delphi Technique- A Review.** International Journal of Public Health Dentistry.
- Certo, S. C. และ P. J. Peter (1991). **Strategic Management : Concept and Applications.** New York, McGraw-Hill
- Dalkey, N. (1969). **An experimental study of group opinion: the Delphi method.** Futures,1(5), 408-426
- David, F. R. (1995). **Strategic Management.** New Jersey, Prentice-Hall, Inc.
- Irdayanti, M. N. & Ramlee, M., & Abdullah, Y. 2015. **Delphi technique: enhancing research in technical and vocational education.** Journal of Technical Education and Training. 7 (2): 12-23
- Jensen, C. (1996). **Delphi in Depth: Power Techniques from the Experts Berkeley.** Berkeley, CA: McGraw-Hill.
- Johnson, P.L.(1993). **ISO 9000 Meeting the New International Standard.** Singapore: McGraw-Hill
- Johnstone, J.N. (1981). **Indicators of Education Systems.** Unesco, Paris.
- Kotler, P. & Murphy, P.e. (1981). **Strategic planning for higher education.** Journal of Higher Education.

- Pearce, J. A. และ R. B. Robinson (2005). **Strategic management : formulation, implementation, and control.** Pensilvania State University, McGraw-Hill.
- Rowe, G. & Wrigh, G. 1999. **The Delphi technique as a forecasting tool: issues and analysis.** International Journal of Forecasting.15(4): 353–375.
- Sackman, H. (1974). **Delphi assessment: Expert opinion, forecasting and group process.** Santa Monica, CA: Rand Corporation.
- Somerville, J.A. 2008. **Effective Use of the Delphi Process in Research: Its Characteristics, Strengths and Limitations.** n.p
- Thomson, A. A., Jr., และ A. J. Strickland (2003). **Strategy Management : Concept and Cases.** Boston, McGraw-Hill, Inc.
- Wheelen, T. L., Hunger, David J. (2004). **Strategic mangement and business policy.**New Jersy, Pearson Education.
- Wright, P. L. และคณะ (1992). **Strategic management : text and cases,** Allyn and Bacon.

ภาคผนวก

คำสั่งกรมสุขภาพจิต ที่ 1071/2564 ลงวันที่ 19 พฤศจิกายน 2564 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน
จัดทำแผนปฏิบัติการ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต

สำเนาฉบับ

คำสั่งกรมสุขภาพจิต
ที่ 9071/2564

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570)
ของกรมสุขภาพจิต

ด้วยในปีงบประมาณ 2566 จะเป็นปีแห่งการเริ่มต้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) ซึ่งถือเป็นกรอบทิศทางหลักในการพัฒนาประเทศ ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) กรมสุขภาพจิตจึงต้องกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานในระยะถัดไปให้มีความสอดคล้องกับแผนระดับชาติดังกล่าว ผ่านการจัดทำแผนปฏิบัติการ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ อันจะนำไปสู่การแปลงเป็นนโยบายและแนวทางการดำเนินงานกรมสุขภาพจิตประจำปี สำหรับหน่วยงานในสังกัด กรมสุขภาพจิต ในการจัดทำแผนงาน/โครงการให้สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตต่อไป

เพื่อให้การจัดทำแผนปฏิบัติการ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมและข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based) ที่ผ่านการวิเคราะห์และสังเคราะห์ อย่างเป็นระบบ กรมสุขภาพจิตจึงเห็นควรให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ 1 คณะกรรมการกำหนดกรอบทิศทางแผนปฏิบัติการ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570)
กรมสุขภาพจิต

๑.๑ องค์ประกอบ

๑.๑.๑	หม่อมหลวงสมชาย จักรพันธุ์ ประธานคณะที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	ที่ปรึกษา
๑.๑.๒	นายยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ ที่ปรึกษากกรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
๑.๑.๓	นายบุญชัย นวมงคลวัฒนา ที่ปรึกษากกรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
๑.๑.๔	นายดุสิต ลิขนะพิชิตกุล ผู้ช่วยอธิบดีกรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
๑.๑.๕	นายศิริศักดิ์ ธิติติลกรรัตน์ ผู้ช่วยอธิบดีกรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา

๑.๑.๖ นาง...

๑.๑.๖	นางสุวรรณณี เรืองเดช ผู้ช่วยอธิบดีกรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
๑.๑.๗	นางอัมพร เบญจพลพิทักษ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต	ประธาน
๑.๑.๘	นายชินโรส ลีสวัสดิ์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต	รองประธาน
๑.๑.๙	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิตที่ได้รับมอบหมาย	รองประธาน
๑.๑.๑๐	ผู้อำนวยการสำนักวิชาการสุขภาพจิต	กรรมการ
๑.๑.๑๑	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	กรรมการ
๑.๑.๑๒	ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล	กรรมการ
๑.๑.๑๓	ผู้อำนวยการกองบริหารการคลัง	กรรมการ
๑.๑.๑๔	ผู้อำนวยการกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต	กรรมการ
๑.๑.๑๕	ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	กรรมการ
๑.๑.๑๖	ผู้อำนวยการสำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	กรรมการ
๑.๑.๑๗	ผู้อำนวยการสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ	กรรมการ
๑.๑.๑๘	เลขานุการกรมสุขภาพจิต	กรรมการ
๑.๑.๑๙	หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายใน	กรรมการ
๑.๑.๒๐	ผู้อำนวยการสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ	กรรมการ
๑.๑.๒๑	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา	กรรมการ
๑.๑.๒๒	ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	กรรมการ
๑.๑.๒๓	ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	กรรมการ
๑.๑.๒๔	ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล	กรรมการ
๑.๑.๒๕	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	กรรมการ
๑.๑.๒๖	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	กรรมการ
๑.๑.๒๗	ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	กรรมการ
๑.๑.๒๘	ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	กรรมการ
๑.๑.๒๙	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	กรรมการ
๑.๑.๓๐	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์	กรรมการ
๑.๑.๓๑	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	กรรมการ
๑.๑.๓๒	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง	กรรมการ
๑.๑.๓๓	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	กรรมการ
๑.๑.๓๔	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	กรรมการ
๑.๑.๓๕	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	กรรมการ
๑.๑.๓๖	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	กรรมการ

๑.๑.๓๖ ผู้อำนวยการ...

๑.๑.๓๗	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	กรรมการ
๑.๑.๓๘	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	กรรมการ
๑.๑.๓๙	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	กรรมการ
๑.๑.๔๐	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	กรรมการ
๑.๑.๔๑	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑	กรรมการ
๑.๑.๔๒	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๒	กรรมการ
๑.๑.๔๓	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๓	กรรมการ
๑.๑.๔๔	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๔	กรรมการ
๑.๑.๔๕	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๕	กรรมการ
๑.๑.๔๖	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๖	กรรมการ
๑.๑.๔๗	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๗	กรรมการ
๑.๑.๔๘	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๘	กรรมการ
๑.๑.๔๙	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๙	กรรมการ
๑.๑.๕๐	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๐	กรรมการ
๑.๑.๕๑	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๑	กรรมการ
๑.๑.๕๒	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๒	กรรมการ
๑.๑.๕๓	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๓	กรรมการ
๑.๑.๕๔	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	กรรมการ และเลขานุการ
๑.๑.๕๕	นางพรทิพย์ ดำรงปัทมา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๑.๕๖	นางสาวกัญชลิ ศิริวิสูตร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๑.๕๗	นางสาวปาริฉัตร จอมกัน นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ

๑.๒ หน้าที่และอำนาจ

- ๑.๒.๑ พิจารณากำหนดกรอบทิศทางทางพัฒนางานสุขภาพจิตในอนาคต และแผนปฏิบัติราชการ ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต
- ๑.๒.๒ พิจารณาให้ความเห็นชอบต่อแผนการดำเนินงานจัดทำแผนปฏิบัติราชการ ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต

๑.๒.๓ ให้คำปรึกษา...

๑.๒.๓ ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการ
ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต

๑.๒.๔ พิจารณาให้ความเห็นชอบต่อแผนปฏิบัติราชการ ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐)
ของกรมสุขภาพจิต

๑.๒.๕ ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานของคณะทำงานฯ และให้ข้อเสนอแนะ
ต่อการปรับกระบวนการดำเนินงานให้มีความเหมาะสมต่อสถานการณ์

ข้อ ๒ คณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติราชการ ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) กรมสุขภาพจิต

๒.๑ องค์ประกอบ

๒.๑.๑	นายยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
๒.๑.๒	นายดุสิต ลิขนะพิชิตกุล ผู้ช่วยอธิบดีกรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
๒.๑.๓	นายศิริศักดิ์ อิตติสิลรัตน์ ผู้ช่วยอธิบดีกรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
๒.๑.๔	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	ประธาน
๒.๑.๕	ผู้อำนวยการกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๒.๑.๖	ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๒.๑.๗	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	คณะทำงาน
๒.๑.๘	ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล	คณะทำงาน
๒.๑.๙	ผู้อำนวยการสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ	คณะทำงาน
๒.๑.๑๐	ผู้อำนวยการสำนักวิชาการสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๒.๑.๑๑	ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา	คณะทำงาน
๒.๑.๑๒	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	คณะทำงาน
๒.๑.๑๓	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๐	คณะทำงาน
๒.๑.๑๔	นางสาวอุษา ลิ่มขี้ นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๒.๑.๑๕	นางธัญลักษณ์ แก้วเมือง นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการพิเศษ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๒.๑.๑๖	นางสาวธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์ นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	คณะทำงาน

๒.๑.๑๗ นาง...

๒.๑.๑๗	นางวีณา บุญแสง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๒.๑.๑๘	นางสาวชนิกรรตา ไทยสังคม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๒.๑.๑๙	นายปองพล ชูชนะโชติ นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๒.๑.๒๐	นางสาวพัชริน คุณคำชู นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๒.๑.๒๑	นางสาวสตรีรัตน์ รุจิระชาคร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๒.๑.๒๒	นางสาวกวิตา พวงมาลัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๒.๑.๒๓	นางชนันรัตน์ นวพลพัฒน์ นักวิชาการสถิติชำนาญการพิเศษ สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ	คณะทำงาน
๒.๑.๒๔	นางสาวอันธิกา ปัญญาสิทธิ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ	คณะทำงาน
๒.๑.๒๕	นางสาวพรรณศมณ คำสวน นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ กองบริหารทรัพยากรบุคคล	คณะทำงาน
๒.๑.๒๖	นางสาวขวัญจิรา แก้วคุณ นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ กองบริหารทรัพยากรบุคคล	คณะทำงาน
๒.๑.๒๗	นางสาวสุภาวดี พิบูลย์ นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ กองบริหารทรัพยากรบุคคล	คณะทำงาน

๒.๑.๒๘ นาง...

๒.๑.๒๘	นางเสาวนีย์ ภิญโญ เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ	คณะทำงาน
๒.๑.๒๙	นายมณฑล บัวแก้ว นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ	คณะทำงาน
๒.๑.๓๐	นางสาวอภิญญา สัตยากุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	คณะทำงาน
๒.๑.๓๑	นายธิเบศ ยิ้มยิ้ม นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	คณะทำงาน
๒.๑.๓๒	นางสาวทัศนีย์ จันประเสริฐ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	คณะทำงาน
๒.๑.๓๓	นางนรภมล ทองเปลี่ยน นักประชาสัมพันธ์ปฏิบัติการ สำนักวิชาการสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๒.๑.๓๔	นางกนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	คณะทำงาน
๒.๑.๓๕	นางอนัญญา สินรัชตานันท์ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	คณะทำงาน
๒.๑.๓๖	นางอรพิน ยอดกลาง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	คณะทำงาน
๒.๑.๓๗	นางสาวจันทร์อาภา สุขทัศน์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันราชานุกูล	คณะทำงาน
๒.๑.๓๘	นางสาวศุพรา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	คณะทำงาน
๒.๑.๓๙	นางภัทรานิษฐ์ ทองตันไทรย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๙	คณะทำงาน

๒.๑.๔๐ นาง...

๒.๑.๔๐	นางพรทิพย์ ดำรงปัทมา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	คณะทำงาน และเลขานุการ
๒.๑.๔๑	นางสาวกัญชลี ศิริวิสูตร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๑.๔๒	นางสาวปาริฉัตร จอมกัน นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๑.๔๓	นางสาวเจนจิรา จิตจง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๑.๔๔	นางสาวลัดดาวรรณ ปิเอี่ยม นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ

๒.๒ หน้าที่และอำนาจ

- ๒.๒.๑ วางแผนการดำเนินงานจัดทำแผนปฏิบัติการ ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต เสนอต่อคณะกรรมการฯ
- ๒.๒.๒ จัดทำ (ร่าง) แผนปฏิบัติการ ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต เสนอต่อคณะกรรมการฯ
- ๒.๒.๓ พิจารณาทบทวนปรับปรุง (ร่าง) แผนปฏิบัติการ ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต เสนอต่อคณะกรรมการฯ ตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการฯ เครือข่ายการดำเนินงาน ตลอดจนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการดำเนินงานของกรมฯ
- ๒.๒.๔ จัดทำรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ผลผลิต และผลลัพธ์จากการดำเนินงานเสนอต่อคณะกรรมการฯ เพื่อทราบเป็นระยะๆ
- ๒.๒.๕ หน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔



(นางอัมพร เบญจพลพิทักษ์)

อธิบดีกรมสุขภาพจิต

เจตน์ ร่าง
พิมพ์ พิมพ์
Kines ตรวจ

คำสั่งกรมสุขภาพจิต ที่ 1150/2564 ลงวันที่ 9 ธันวาคม 2564 เรื่อง แก้ไขคำสั่งคณะกรรมการและคณะทำงาน
จัดทำแผนปฏิบัติการ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต

สำเนาฉบับ

คำสั่งกรมสุขภาพจิต

ที่ ๑๑๕๐/๒๕๖๔

เรื่อง แก้ไขคำสั่งคณะกรรมการและคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการ 5 ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐)
ของกรมสุขภาพจิต

ตามคำสั่งกรมสุขภาพจิต ที่ ๑๐๗๑/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ได้แต่งตั้ง
คณะกรรมการและคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการ 5 ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ของ
กรมสุขภาพจิต ไปแล้ว นั้น

เพื่อให้การจัดทำแผนปฏิบัติการ 5 ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต
เกิดจากระบวนการมีส่วนร่วมและข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based) ที่ผ่านการวิเคราะห์และสังเคราะห์
อย่างเป็นระบบ ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่ง ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔
แก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ จึงให้แก้ไข
ความในคำสั่งกรมสุขภาพจิต ที่ ๑๐๗๑/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ดังนี้

๑. ให้ยกเลิกความในข้อ ๒.๑ ลำดับที่ ๒.๑.๒๑ และ ๒.๑.๒๒

๒. ให้เพิ่มความในข้อ ๒.๑ ดังนี้

๒.๑.๔๕ นางสาวประภาศรี ปัญญาวิชัย คณะทำงาน
นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ
กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต

๒.๑.๔๖ นางรัตนติกาล วาเพชร คณะทำงาน
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต

๒.๑.๔๗ นางสาวกุสุมาวดี คำเกลี้ยง คณะทำงาน
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
สำนักวิชาการสุขภาพจิต

๒.๑.๔๘ นางสาววรรณวิไล ภูตระกูล คณะทำงาน
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักวิชาการสุขภาพจิต

๓. ส่วนความอื่นให้คงเดิมทุกประการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(นางอัมพร เบญจพลพิทักษ์)

อธิบดีกรมสุขภาพจิต

ร่าง
พิมพ์
ตรวจ

ผลการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับสูงของกรมและผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ดร.สุตา วงศ์สวัสดิ์ อดีตผู้อำนวยการกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต สัมภาษณ์ วันจันทร์ที่ 20 ธันวาคม 2564 ผ่านระบบออนไลน์ Zoom Meeting เวลา 10.00 – 10.30 น.

แรงบันดาลใจ “งานนี้ยากเพราะทำงานเกี่ยวกับคนล้วนๆ เป็นงานที่ทำเพื่อรักษาคนทางจิต ที่ยากกว่าการรักษาทางกาย อยากให้ผู้ปฏิบัติเห็นว่างานสุขภาพจิตเป็นงานที่ยิ่งใหญ่ ช่วยเหลือสังคม ช่วยเหลือประเทศได้”

จุดประกาย “กรมฯ มีจุดเด่นเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ดี และเป็นที่ยอมรับในสังคมเชิงประจักษ์ บุคลากรของกรมฯ มีความทุ่มเท เสียสละ แต่ยังขาดการวิเคราะห์สภาพจริงในการทำงาน ซึ่งส่งผลให้การทำงานของกรมฯ ยังไม่ตอบปัญหาของสังคมได้อย่างแท้จริงเท่าที่ควร”

1. ท่านเห็นว่าสถานการณ์ของกรมสุขภาพจิตในปัจจุบันเป็นอย่างไร : ผู้ให้สัมภาษณ์ได้กล่าวถึงสถานการณ์ภายในและภายนอกของกรมสุขภาพจิต โดยสามารถแยกได้เป็นรายประเด็น ดังนี้

จุดแข็ง

➤ กรมฯ ได้รับการยอมรับจากประชาชนและสังคม ในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นหน่วยงานแรกๆ ที่ได้รับความไว้วางใจและส่งผู้ป่วยมาเข้ารับรักษา

➤ กรมฯ ให้ความสำคัญผู้ป่วยจิตเวชในทุกระดับ

➤ บุคลากรของกรมฯ มีความรู้ความสามารถ มีสมรรถนะที่ดี

➤ กรมฯ สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรภายในเป็นอย่างดี อาทิ การอบรมทั้งในและต่างประเทศ

➤ บุคลากรภายในกรมฯ มีความผูกพันกับองค์กร และเคารพนับถือกับผู้ที่ทำงานมาก่อน ขอคำปรึกษาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างสม่ำเสมอ

จุดอ่อน

➤ บุคลากรของกรมฯ ยังขาดทักษะการสื่อสารเรื่องเนื้อหาของกรมฯ ไปยังหน่วยงานภายนอก

➤ การทำงานของกรมฯ ควรมีการปรับ Mindset ของคนในกรมฯ เพื่อให้สอดคล้องกับการทำสถานการณ์ปัจจุบันมากกว่าการทำงานตามตำรา

➤ กรมฯ ยังขาดการวิเคราะห์สภาพจริงในการทำงาน ซึ่งส่งผลให้การทำงานของกรมฯ ยังไม่ตอบปัญหาของสังคมได้อย่างแท้จริง

➤ ข้อมูล/ฐานข้อมูลยังอยู่ในระดับหน่วยงาน ยังขาดการนำมาบูรณาการหรือวิเคราะห์ให้เป็นภาพระดับกรมฯ หรือระดับประเทศ

➤ การนำเครื่องมือ เทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยมาใช้ในการดำเนินการภายในกรมฯ ยังมีน้อย

โอกาส

- ประชาชนนึกถึงกรมฯ ในอันดับแรก และไว้วางใจกรมฯ ให้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
- ความรุนแรงของวัยรุ่นที่มีผลกระทบจากโลกโซเชียลยังขาดการดูแลอย่างจริงจัง เป็นโอกาสให้กรมฯ ที่จะออกแบบกระบวนการ เพื่อช่วยเหลือสังคมในส่วนนี้ได้
- สถานการณ์โรคระบาด CO-VID 19 ที่กระทบสังคมความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ ประชาชนตระหนักสุขภาพจิตมากขึ้น เช่น การฆ่าตัวตาย กรมฯ ควรฉกฉวยโอกาสทำงานเชิงรุกมากขึ้น โดยใช้ข้อมูลที่ดี วิเคราะห์ที่ดี วิเคราะห์และทำนายว่าอะไรจะเกิดขึ้นในอนาคต และป้องกันอย่างไร

ภัยคุกคาม

- คนภายนอกกรมฯ ยังไม่เข้าใจเนื้อหาของกรมฯ
- การเปลี่ยนแปลงทาง Social Disruption เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อการทำงานของกรมฯ ซึ่งกรมฯ อาจจะไม่ปรับตัวไม่ทัน เช่น โรคทางอินเทอร์เน็ต/พฤติกรรมความรุนแรงของวัยรุ่นในสื่อออนไลน์ กรมฯ อาจมีบทบาทในการลดความรุนแรงหรือป้องกันสิ่งเหล่านี้
- การเปลี่ยนแปลงภัยพิบัติ/โรคต่าง ๆ มา Disruption อย่างรวดเร็ว กรมฯ ปรับตัวไม่ทัน
- วัฒนธรรมกระบวนการเลี้ยงดูเด็กที่เริ่มต้นจากครอบครัวเป็นฐานสำคัญในการกล่อมเกลาคิดให้โตขึ้น ซึ่งปัจจุบันการเลี้ยงดูของครอบครัวในสังคมไทยยังไม่ดีพอ เป็นสาเหตุของสภาพสังคมไทยในปัจจุบัน ซึ่งอาจจะเป็นเหตุของปัญหาจิตเวชได้

2. *ท่านคาดการณ์อนาคตที่ดีที่สุด (Best Scenario) ของกรมสุขภาพจิตในอีก 5 ปีข้างหน้าขึ้นไปว่ากรมสุขภาพจิตจะสามารถเป็นหน่วยงานที่มีลักษณะอย่างไรได้* : ผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวว่า กรมฯ จะเป็นศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค เหมือนกับ CDC ของประเทศสหรัฐอเมริกา ที่เน้นเฉพาะงานทางด้านสุขภาพจิต ที่มีข้อมูลสามารถวางแผนช่วยเหลือ วางแผนทำนายอนาคตได้ และประชาชนไว้วางใจ

3. *ท่านคิดว่าแนวทางสำคัญในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตไปสู่อนาคตเป็นอย่างไร* : ผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวว่า ผู้บริหารของกรมฯ มีความทุ่มเท เสียสละ และอยากให้ผู้ปฏิบัติเห็นว่าการดูแลสุขภาพจิตเป็นงานที่ยิ่งใหญ่ ช่วยเหลือสังคม ช่วยเหลือประเทศได้ การทำงานสุขภาพจิตเหมือนการปิดทองหลังพระ ยากกว่าการรักษาทางกาย ผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวทิ้งท้ายว่า งานของกรมฯ จะประสบความสำเร็จได้ จะต้องมีการมีระบบด้านบุคคล (HR) ที่ดี การคัดเลือกบุคลากรผู้บริหารระดับกลาง (หัวหน้าหน่วย) ยากให้มีความพิถีพิถันในการเลือก เลือกบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ ทุ่มเทในการทำงานได้จริง

2. นายแพทย์บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ อธิบดีอธิบดีกรมสุขภาพจิต สัมภาษณ์วันจันทร์ที่ 20 ธันวาคม 2564 ผ่านระบบออนไลน์ Zoom Meeting เวลา 11.00 – 12.00 น.

แรงบันดาลใจ “สุขภาพจิตที่ดีทำให้องค์ประกอบของร่างกายดีไปด้วย การส่งมอบคนป่วยที่หายดี ทั้งคนไข้ติดยา คนที่ป่วยทางจิตกลับคืนสู่ครอบครัวเป็นอะไรที่ยิ่งใหญ่ จึงเป็นหน้าที่ของคนทำงานด้านนี้ที่ได้มอบ

คนดี คนปกติคือผู้สังคม อยากจะจูงใจคนทำงานด้านนี้ให้เห็นคุณค่าของการทำงานด้านสุขภาพจิตเพื่อจะได้ทำงานได้ดีขึ้น”

จุดประกาย “การทำงานของกรมฯ ช่วยตอบสนองได้ในหลายประเด็น มีผลงานวิชาการดี มีแพทย์ที่เก่ง อยากเห็นคนป่วยทางจิตได้หายจากโรคและกลับมาเป็นคนปกติและใช้ชีวิตได้เหมือนปกติ อยากให้คนไทยเป็นเจ้าของกรมสุขภาพจิต เพื่อให้เห็นว่าสุขภาพจิตเป็นเรื่องของเรา สุขภาพจิตเป็นสิ่งที่มีความค่า”

1. ท่านเห็นว่าสถานการณ์ของกรมสุขภาพจิตในปัจจุบันเป็นอย่างไร : ผู้ให้สัมภาษณ์ได้กล่าวถึงสถานการณ์ภายในและภายนอกของกรมสุขภาพจิต โดยสามารถแยกได้เป็นรายประเด็น ดังนี้

จุดแข็ง

- กรมฯ มีโรงพยาบาลที่ช่วยเหลือสังคม เช่น โรงพยาบาลราชานุกูล ที่มีจุดเด่นเพื่อดูแลพัฒนาการของเด็ก มีโรงพยาบาลศรีธัญญา ที่ดูแลผู้ป่วยทางจิต ฯลฯ
- การทำงานของกรมฯ ช่วยตอบสนองได้ในหลายประเด็น โดยเฉพาะเรื่องการพัฒนาการของเด็ก การดูแลคนไข้ในภาวะวิกฤตที่มีความเครียด กรมฯ ช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้สังคมในส่วนนี้ได้
- การทำงานของกรมฯ ที่พยายามปรับเปลี่ยนทัศนคติของคนที่มีปัญหาทางจิตว่าเป็นคนป่วย
- กรมฯ มีจิตแพทย์จำนวนมาก และมีความเชี่ยวชาญ มากที่สุดในประเทศไทย
- กรมฯ มีวิชาการด้านสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง

จุดอ่อน

- การสื่อสารเนื้อหาของกรมฯ ค่อนข้างน้อย ทำให้ประชาชนภายนอกยังรับทราบยังมีน้อย
 - โครงสร้างองค์การของกรมฯ อาจจะไม่เหมาะกับการดำเนินงาน ควรปรับให้จิตแพทย์ไปประจำโรงพยาบาลมากกว่าอยู่ที่กรมฯ
 - ความเติบโตทางสายอาชีพของคนทำงานด้านสุขภาพจิตช้ากว่าคนทำงานในด้านอื่น
 - ปรับทัศนคติคนทำงานให้มีความเข้าใจผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น
- โอกาส*
- ประชาชนนึกถึงกรมฯ ในอันดับแรก และไว้วางใจกรมฯ ให้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
- ภัยคุกคาม*
- คนภายนอกกรมฯ ยังไม่เข้าใจเนื้อหาของกรมฯ
 - ประชาชนยังไม่มี ความเข้าใจการทำงานของกรมฯ เท่าที่ควร เข้าใจว่าการรักษาคนป่วยจิตเวชไม่มียา เป็นการพูดคุย
 - ประชาชนมองว่างานกรมฯ เป็นงานที่ยังจำเป็นต้องไม่ได้
 - โรคทางจิตเวชไม่ค่อยมองเห็นอนาคต สังคมไม่ค่อยยอมรับเท่าที่ควร

➤ ในแผนยุทธศาสตร์ชาติกำหนดเรื่องการมีสุขภาพดี ยังขาดการให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพจิตส่งผลต่อการสนับสนุนงบประมาณด้านนี้น้อยด้วย

➤ นักศึกษาแพทย์ไม่ค่อยเลือกเรียนด้านจิตแพทย์ ทำให้ปัจจุบันจิตแพทย์ขาดแคลน / มีน้อย

➤ ทศนคติการมองผู้ป่วยทางจิตของสังคมไม่ดีเท่าที่ควร

2. *ท่านคาดการณ์อนาคตที่ดีที่สุด (Best Scenario) ของกรมสุขภาพจิตในอีก 5 ปีข้างหน้าขึ้นไปว่ากรมสุขภาพจิตจะสามารถเป็นหน่วยงานที่มีลักษณะอย่างไรได้* : เป็นองค์กรเชี่ยวชาญสุขภาพจิตชั้นนำที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดีและบุคลากรมีความสุขในการทำงานด้านนี้ โดยผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวเสริมอีกว่าสุขภาพจิตดี จะต้องมียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน อาทิ คัดดี สติปัญญาดี คิดเป็น คิดอย่างสร้างสรรค์ เป็นต้น

3. *ท่านคิดว่าแนวทางสำคัญในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตไปสู่อนาคตเป็นอย่างไร* : ผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวว่า อยากให้ประชาชนมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ให้ทุกคนเจ้าของสุขภาพจิตเป็นหุ้นส่วนเครือข่ายสำคัญในการสร้างสุขภาพจิตที่ดี โดยอาจเริ่มจากการทำ Mental Health literacy ฉบับชาวบ้าน เข้าใจง่าย เข้าถึงง่าย ให้ตระหนักว่าสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่อยู่ในวิถีชีวิต ไม่ใช่เรื่องเร้นลับ ไม่ใช่เรื่องเหนือธรรมชาติ เป็นแล้วไม่ายต้องกลัวรักษา (ให้มองเป็นการเจ็บไข้ได้ป่วยปกติ) กรมฯ ทำหน้าที่ “คืนมนุษย์มีคุณภาพชีวิตที่ดีสู่ครอบครัว สู่สังคม” นอกจากนี้ผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวถึงท้ายถึงแผนงานสำคัญ ๆ เป็นแนวทางการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต กล่าวคือ เริ่มจากการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด ไม่ผูกขาดเป็นของตนเอง ต้องเป็นกรมที่อยู่ในชีวิตของประชาชน เช่น โครงการที่มุ่งเน้นให้ประชาชนชาวไทยทุกคนมีส่วนร่วมในเรื่องสุขภาพจิต โครงการสร้างความรู้ความเข้าใจ ความตระหนักรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิตที่ถูกต้อง เพื่อสามารถสร้างจิตแพทย์ประจำครอบครัวได้ เสมือนเป็น อสจ. (อาสาสมัครสุขภาพจิตประจำหมู่บ้าน) โครงการสร้างเครือข่ายสุขภาพจิตที่แข็งแรง อาจใช้ รพสต. เป็น Excellence Center ในชุมชนดูแลสุขภาพจิตเด็ก วัยรุ่น และผู้สูงอายุ ปรับกระบวนการบริหารจัดการของกรมฯ ไม้ให้ใหญ่ เทอะทะ และปรับให้คนมาทำหน้างานมากขึ้น

4. *ความคิดเห็นอื่น ๆ* : กรมฯ ควรมีการประเมินผลแผนเดิมระยะ 5 ปี และนำมาวิเคราะห์เพื่อมาเป็น input เพื่อจัดทำแผนใหม่

3. **อาจารย์กิตติณัฐ พนมฤทธิ์ ผู้ตรวจรับรองรางวัลเลิศรัฐ ที่ปรึกษา PMQA กรมสุขภาพจิต** สัมภาษณ์วันจันทร์ที่ 20 ธันวาคม 2564 ผ่านระบบออนไลน์ Zoom Meeting เวลา 16.15 – 16.45 น.

แรงบันดาลใจ “สังคมผู้สูงอายุ และโรคซึมเศร้า มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเป็นโอกาสในการทำงานของกรมฯ ที่ต้องเร่งการขยายงานและดำเนินการรับมือให้ทัน กรมฯ ต้องเร่งสร้างบทบาทของกรมฯ ให้มีต่อสังคมภาพรวมมากยิ่งขึ้น เน้นการสร้างระบบนิเวศทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิของระบบสาธารณสุข”

จุดประกาย “กรมฯ เป็นกรมฯ ที่มีคุณภาพในระดับแนวหน้าของประเทศ หากกรมฯ มีการทำงานแบบบูรณาการมากขึ้น ก็จะช่วยเพิ่ม impact ได้มากยิ่งขึ้น และกรมฯ มีงานวิชาการมาก แต่การนำมาใช้ในลักษณะงานทางยุทธศาสตร์ยังไม่มากนัก”

1. ท่านเห็นว่าสถานการณ์ของกรมสุขภาพจิตในปัจจุบันเป็นอย่างไร : ผู้ให้สัมภาษณ์ได้กล่าวถึงสถานการณ์ภายในและภายนอกของกรมสุขภาพจิต โดยสามารถแยกได้เป็นรายประเด็น ดังนี้

จุดแข็ง

- กรมฯ มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ที่มีความเชี่ยวชาญสามารถดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนได้
- กรมฯ มีทรัพยากร เครื่องมือ เทคโนโลยี ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชจำนวนมาก
- กรมฯ มีทีมงาน MCATT (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team) ที่เข้มแข็งที่ทำงานเชิงรุกในพื้นที่ได้ดี

➤ กรมฯ เป็นหน่วยงานราชการมีโอกาสดูแลสุขภาพจิตภาพรวมในประเทศมากกว่าการดูแลเป็นรายบุคคล ทำให้กรมฯ สามารถเพิ่มและแสดงบทบาทด้านนี้มากขึ้นได้

จุดอ่อน

- โรงพยาบาลในสังกัดของกรม ยังต้องได้รับการพัฒนาทั้งในส่วน of เครื่องมือและสถานที่
- การทำงานของกรมฯ ในด้านการส่งเสริม ป้องกัน ยังต้องได้รับการพัฒนา
- ขาดแคลนแพทย์ปฐมภูมิตามโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรวมถึงกรมสุขภาพจิตด้วย
- การเก็บรวบรวมข้อมูลในการประเมินผลลัพธ์ ส่วนใหญ่เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ยังขาดการเก็บข้อมูลเชิงสถิติ ที่จะนำไปวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ต่อ อีกทั้งยังไม่เป็นระบบเพียงพอ
- บุคลากรในสาย IT หรือด้านดิจิทัล ของกรมฯ ยังไม่เพียงพอที่จะรองรับการเติบโตในโลกอนาคตได้

➤ โครงสร้างของกรมฯ ขาดแคลนจิตแพทย์ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ที่จะรองรับปัญหาในปัจจุบัน

➤ กรมฯ มีงานวิชาการมาก แต่การนำมาใช้ในลักษณะงานทางยุทธศาสตร์ยังไม่มากนัก

โอกาส

➤ การแสดงออกทางอารมณ์ ความรุนแรงบนสื่อ Social Media ในปัจจุบันเป็นโอกาสในการทำงานของกรมฯ สามารถติดตามและศึกษาและนำมาปรับปรุงการทำงานให้ทันต่อสถานการณ์ได้ทัน

➤ เทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น AI เป็นตัวช่วยในการทำงานของกรมฯ ได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น เช่น ใช้ AI มาช่วยทำนายพฤติกรรมคน ช่วยเสริมเรื่องการป้องกันและระวังได้

➤ Telemedicine เป็นโอกาสให้กรมนำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาผู้ป่วยทางจิตได้ดี เพราะเป็นการรักษาทางจิต ไม่ต้องตรวจร่างกาย แต่ตรวจผ่านการพูดคุยและสื่อสารได้

➤ สังคมผู้สูงอายุ และโรคซึมเศร้า มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเป็นโอกาสในการทำงานของกรมฯ ที่ต้องเร่งการขยายงานและดำเนินการ รับมือให้ทัน

ภัยคุกคาม

➤ คนภายนอกกรมฯ ยังไม่เข้าใจเนื้อหาของกรมฯ

- ปัญหาในสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตมีมาก กรมฯ มีบุคลากรไม่เพียงพอที่จะเข้าไปดูแลปัญหา
- 2. *ท่านคาดการณ์อนาคตที่ดีที่สุด (Best Scenario) ของกรมสุขภาพจิตในอีก 5 ปีข้างหน้าขึ้นไปว่ากรมสุขภาพจิตจะสามารถเป็นหน่วยงานที่มีลักษณะอย่างไรได้* : ผู้ให้สัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นว่า เมื่อกรมทำงานด้านการส่งเสริมป้องกันมากขึ้น จะเป็นที่รู้จักมากขึ้น กรมฯ จะสามารถดูแลความสุขคนไทยในภาพรวมได้
- 3. *ท่านคิดว่าแนวทางสำคัญในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตไปสู่อนาคตเป็นอย่างไร* : ผู้ให้สัมภาษณ์เสนอแนะแนวทางการดำเนินงานของกรมฯ ว่า 1) กรมฯ จะต้องสร้างระบบนิเวศในประเทศให้มีความแข็งแกร่งมากขึ้น โดยสร้างเครือข่ายตั้งแต่ปฐมภูมิและทุติยภูมิของระบบสาธารณสุขให้มีความเข้มแข็ง 2) สร้างระบบ Social Analytic และนำมาเป็นโมเดลในการเฝ้าระวัง การทำนายภาวะสุขภาพจิต และออกแนวนโยบายเฉพาะพื้นที่ได้ 3) ปรับทัศนคติประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพจิต เมื่อมีอาการป่วยต้องกล้าหาหมอ และ 4) เพิ่มสมรรถนะ อสม. ให้มีการตรวจสุขภาพจิต ซึ่งจะช่วยกรมฯ ในระดับพื้นที่ได้

4. แพทย์หญิงเพชรดาว โตะมีนา สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร สัมภาษณ์วันจันทร์ที่ 20 ธันวาคม 2564
ผ่านระบบออนไลน์ Zoom Meeting เวลา 17.00 – 17.30 น.

แรงบันดาลใจ “สร้าง excellence center ให้มีในแต่ละโรงพยาบาลจิตเวช และแต่ละศูนย์สุขภาพจิต สร้างความแตกต่าง เพราะแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างเฉพาะในบางพื้นที่”

จุดประกาย “ภารกิจของกรมฯ ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน และการบำบัดรักษา แต่กรมฯ ยังไม่ให้ความสำคัญกับงานส่งเสริม และป้องกันเท่าที่ควร ทั้งการสนับสนุนงบประมาณและการจัดกำลังคน อีกทั้งผู้บริหารระดับสูงของกรมฯ มีวิสัยทัศน์ มีภาวะผู้นำ พร้อมทั้งจะนำกรมฯ มุ่งไปสู่การดำเนินงานของหน้าได้ ทั้งนี้ ต้องได้รับความร่วมมือจากทีมงานทุกคนของกรมสุขภาพจิตด้วย”

1. ท่านเห็นว่าสถานการณ์ของกรมสุขภาพจิตในปัจจุบันเป็นอย่างไร : ผู้ให้สัมภาษณ์ได้กล่าวถึงสถานการณ์ภายในและภายนอกของกรมสุขภาพจิต โดยสามารถแยกได้เป็นรายประเด็น ดังนี้

จุดแข็ง

- กรมฯ มีโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ซับซ้อนสูง
- โครงการเด่นของกรมฯ คือ โครงการปลดโซ่ตรวนทางจิตใจ สร้างชีวิตใหม่ให้ผู้ป่วยจิตเวชจุดอ่อน
- ภารกิจของกรมฯ ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน และการบำบัดรักษา แต่กรมฯ ยังไม่ให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมและป้องกันเท่าที่ควร ทั้งการสนับสนุนด้านงบประมาณและการจัดกำลังคน
- กรมฯ ยังขาดการสื่อสารภารกิจด้านการส่งเสริม และการป้องกัน ให้ทั่วถึงและเห็นผลเท่าที่ควร
- กรมฯ ยังไม่ได้นำเทคโนโลยีสารสนเทศสมัยใหม่มาปรับหรือประยุกต์ใช้กับโลกปัจจุบันเท่าที่ควร
- นโยบายของผู้บริหารยังขาดความต่อเนื่อง นโยบายเปลี่ยนแปลงไปตามผู้บริหารที่เปลี่ยนไป
- กรมฯ ยังมีทิศทางในการพัฒนาบุคลากรในระดับศูนย์สุขภาพจิตไม่มากเท่าที่ควร

- กรมฯ ยังขาดการสานต่อนโยบายที่ต่อเนื่อง จึงทำให้ไม่เกิดความสำเร็จในเชิงประจักษ์
 - ระบบการเลื่อนตำแหน่งระดับผู้บริหารภายในกรมฯ ยังขาดความโปร่งใสในการพิจารณา
 - กรมฯ ขาดเอกลักษณ์ ขาดจุดเด่น ส่งผลให้นักการเมืองไม่มีของไปขาย หรือสื่อสารได้โอกาส
 - สถานการณ์โรคระบาด COVID-19 เป็นโอกาสให้กรมฯ ในการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการดำเนินงาน
 - ปัจจัยทางการเมืองอาจเป็นโอกาสในการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์กรมสุขภาพจิตสู่สังคมให้เข้าใจการทำงานของกรมฯ ได้มากขึ้น
- ภัยคุกคาม*
- คนภายนอกกรมฯ ยังไม่เข้าใจเนื้อหาของกรมฯ
 - ฝ่ายการเมืองอาจยังไม่เข้าใจการทำงานของกรมฯ ดีเท่าที่ควร และกรมเองยังมีผลงานไม่โดดเด่นเพียงพอที่จะถูกยกขึ้นมาให้สื่อสารได้ในระดับนโยบาย

2. *ท่านคาดการณ์อนาคตที่ดีที่สุด (Best Scenario) ของกรมสุขภาพจิตในอีก 5 ปีข้างหน้าขึ้นไปว่ากรมสุขภาพจิตจะสามารถเป็นหน่วยงานที่มีลักษณะอย่างไรได้* : โรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพจิตของกรมฯ จะต้องมีการสร้างความแตกต่างและควรเน้นงานเฉพาะในแต่ละพื้นที่

3. *ท่านคิดว่าแนวทางสำคัญในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตไปสู่อนาคตเป็นอย่างไร* : ผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวถึงแนวทางการดำเนินงานของกรมฯ ว่า กรมฯ จะต้องสร้างบทบาทให้กรมฯ มีต่อสังคมภาพรวมมากยิ่งขึ้น และสร้าง Excellence Center ให้มีในแต่ละโรงพยาบาลจิตเวชและแต่ละศูนย์สุขภาพจิต อาศัยวิสัยทัศน์และภาวะผู้นำของผู้บริหารระดับสูงของกรมฯ และความร่วมมือจากทีมงานบุคลากรทุกคนของกรมสุขภาพจิตด้วย

5. นายสรรเสริญ นามพรม ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สัมภาษณ์วันอังคารที่ 21 ธันวาคม 2564 ผ่านระบบออนไลน์ Zoom Meeting เวลา 09.00 – 09.30 น.

แรงบันดาลใจ “การทำงานที่กรมฯ เหมือนทำบุญ 2 ชั้น ทำให้มีความสุขทางใจ และงานของกรมฯ ยังมีความท้าทายอีกมาก ผู้บริหารของกรมฯ อายุไม่มากนัก จึงมีพลังขับเคลื่อนที่ได้ยาวและเห็นผลได้ เน้นการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก เช่น กระทรวง พม. กระทรวง DE เป็นต้น”

จุดประกาย “กรมฯ มีการกระจายการบริการที่ครอบคลุมไปทั่วประเทศ ทั้งในมิติของการส่งเสริมป้องกัน การรักษา ฟันฟู ในรูปแบบของศูนย์ โดยเฉพาะที่เป็นตติยภูมิและศูนย์ความเป็นเลิศ อีกทั้งสังคมผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นโอกาสในการทำงานของกรมฯ ที่มากขึ้นด้วย”

1. *ท่านเห็นว่าสถานการณ์ของกรมสุขภาพจิตในปัจจุบันเป็นอย่างไร* : ผู้ให้สัมภาษณ์ได้กล่าวถึงสถานการณ์ภายในและภายนอกของกรมสุขภาพจิต โดยสามารถแยกได้เป็นรายประเด็น ดังนี้

จุดแข็ง

➤ กรมฯ มีการกระจายการบริการที่ครอบคลุมไปทั่วประเทศ ทั้งในมิติของการส่งเสริมป้องกัน การรักษา พื้นฟู ในรูปแบบของศูนย์สุขภาพจิต

➤ ศูนย์สุขภาพจิต โรงพยาบาลของกรมฯ มีความได้เปรียบเชิงโครงสร้างพื้นฐาน ตั้งอยู่ในพื้นที่ ส่วนกลาง (กรุงเทพฯ) และพื้นที่ทำเลดี

➤ กรมฯ เป็นเสาหลักด้านความเชี่ยวชาญในการรักษาจิตแพทย์

➤ กรมฯ มีบุคลากรที่มีความสามารถ ความเชี่ยวชาญ โดยเฉพาะที่เป็นตติยภูมิและศูนย์ความเป็นเลิศ

➤ กรมฯ มีเครื่องมือในการคัดกรองที่ดี เช่น แบบประเมินสุขภาพจิต ประเมินความเครียด คัดกรองพัฒนาการเด็ก ซึ่งที่อื่นไม่มี

➤ กรมฯ มีความเชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยาคลินิก

➤ ผู้บริหารของกรมฯ เป็นคนรุ่นใหม่ มีพลังในการขับเคลื่อนอีกมาก

จุดอ่อน

➤ กรมฯ ก่อตั้งมาหลังที่หน่วยบริการต่าง ๆ จึงทำให้คนไม่ค่อยรู้จักกรมฯ มักจะรู้จักหน่วย บริการของกรมฯ มากกว่า

➤ กรมฯ ยังขาด BCM มาช่วยในการดำเนินงานของกรมฯ

➤ โรงพยาบาลของกรมฯ ไม่สามารถรับคนไข้ที่มีปัญหาทางกายร่วมด้วย ขณะที่โรงพยาบาล อื่น ๆ รับได้หมด ส่งผลให้มีคนไข้น้อยลง

โอกาส

➤ การเข้าสู่สังคมสูงอายุของประเทศไทย ทำให้มีความต้องการดูแลด้านกายและจิตใจเพิ่มมากขึ้น

➤ กลุ่มวัยทำงาน โลกการทำงานเปลี่ยนไป โดยเฉพาะ Post CO-VID จาก Work Form Home ทำให้คนมีบุคลิกเปลี่ยนไป เช่น ความเครียด ทักษะการเข้าสังคม (Social skill) เป็นต้น

➤ ภาวะเศรษฐกิจโลกที่คาดเดายาก อาจส่งผลต่อสุขภาพจิตการทำงาน โดยกรมฯ ควรมีการ ขยายภารกิจด้านสุขภาพจิตวัยทำงานเพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถพัฒนาได้อีกมาก

➤ เทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป กรมฯ ควรใช้เทคโนโลยี หรือแพลตฟอร์มออนไลน์ต่าง ๆ มา สนับสนุนการทำงาน อาทิ สื่อออนไลน์ Facebook Twitter

➤ ประชาชนยังขาดสถานะในการเข้าถึงอารมณ์ของตัวเองในการดำรงชีวิต เป็นโอกาสของกรม ที่จะเพิ่มบทบาทในสังคม โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมและการป้องกัน

ภัยคุกคาม

➤ ภาคเอกชนต้องการบุคลากรด้านจิตวิทยาสูงขึ้น ซึ่งส่งผลให้บุคลากรทางด้านนี้มีทางเลือกไป ภาคเอกชนมากขึ้น

- กลุ่มผู้รับบริการของกรมฯ ลดลงลง เนื่องด้วยภาคเอกชนมาให้บริการแข่งเพิ่มขึ้น
- ค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านจิตเวชค่อนข้างสูง ดังนั้นหากได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐได้ไม่เพียงพอ อาจกระทบต่อการดำเนินงานทางด้านนี้
- การรักษาทางกายเห็นผลชัดเจน ส่วนการรักษาทางจิตอาจมองเห็นภาพไม่ชัด ส่งผลต่อการจัดสรรงบประมาณจากภาครัฐที่ไม่มากเมื่อเทียบกับการรักษาทางกาย
- คนออกนอกระบบราชการมากขึ้น คนเข้ามาน้อยลง

2. *ท่านคาดการณ์อนาคตที่ดีที่สุด (Best Scenario) ของกรมสุขภาพจิตในอีก 5 ปีข้างหน้าขึ้นไปได้* ว่ากรมสุขภาพจิตจะสามารถเป็นหน่วยงานที่มีลักษณะอย่างไรได้ : ผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวว่า ปัจจุบันประชาชนไม่เข้าใจปัญหาสุขภาพตนเอง กรมควรส่งเสริมการดูแลจิตใจตนเองเบื้องต้น ปัญหาด้านสุขภาพจิตจะน้อยลง โดยสร้าง Mental Health Literacy ของประชาชนให้มากขึ้น นอกจากนี้คาดหวังว่าใน 5 ปีข้างหน้า กรมฯ จะลดขนาดตนเองลง มีคณะทำงานเรื่องสุขภาพจิตแห่งชาติมากขึ้น จนสามารถยกระดับให้เป็นที่รู้จักในสังคมมากขึ้นด้วย

3. *ท่านคิดว่าแนวทางสำคัญในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตไปสู่อนาคตเป็นอย่างไร* : ผู้ให้สัมภาษณ์เสนอแนะแนวทางในการดำเนินงานของกรมฯ ดังนี้

- ปรับการทำงานของส่วนกลางปรับให้เป็นนักวิชาการ ผลิตองค์ความรู้ นวัตกรรมมากขึ้น
- การดำเนินงานในกรมฯ ต้อง Rotate งาน รับข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อสร้างความท้าทายใหม่ ๆ ในการทำงาน
- กรมฯ ควรส่งบุคลากรเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสังคมสูงอายุ เพื่อรับมือกับสภาพสังคมไทยในอนาคต
- พัฒนาการกลไกการปกครอง การถ่ายโอนทรัพยากรไปยังท้องถิ่น เช่น รพสต. ทำให้ระดับท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทมากขึ้น
- เน้นการทำงานร่วมกันกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) กระทรวงแรงงานมากขึ้น อาจแก้ปัญหาที่เป็นต้นเหตุของสุขภาพจิตได้ เช่น การอยู่ดีกินดี มีงานทำ
- ประสานความร่วมมือกับกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (DE) ช่วยในเรื่องช่องทางออนไลน์
- นำเทคโนโลยี เช่น AI Chatbot มาช่วยในการทำงานของ Specialist
- มีหอสุขภาพครบทุกจังหวัด / ท้องถิ่นยกระดับมาทำหน้าที่ดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้นได้
- สร้างบุคลากรเฉพาะด้านที่เน้นเรื่องนักจิตเวชผู้สูงอายุ ซึ่งขาดแคลนและต้องการมากในอนาคต

4. *ความคิดเห็นอื่น ๆ* : ผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวทิ้งท้ายว่า การจัดทำแผนของกรมฯ ที่ผ่านมามีคนคิดแผนจำนวนมาก แต่ยังละเลยเรื่องการเงิน งบประมาณของกรมฯ ซึ่งในปัจจุบันมีปัญหาเรื่องของงบประมาณดำเนินการและงบบุคลากรมีมากเกินไป ซึ่งอาจส่งผลความยั่งยืนทางการเงินในอนาคตได้ ฉะนั้น อยากให้การจัดทำแผนให้ความสำคัญกับเศรษฐกิจของกรมสุขภาพจิตควบคู่ไปด้วย

6. แพทย์หญิงพรรณพิมล วิบุลากร อธิบดีอธิบดีกรมสุขภาพจิต สัมภาษณ์วันอังคารที่ 21 ธันวาคม 2564 ผ่านระบบออนไลน์ Zoom Meeting เวลา 13.00 – 13.30 น.

แรงบันดาลใจ “คนของสุขภาพจิตได้รับการยอมรับในสังคม เนื่องด้วยการทำงานที่ดีที่ผ่านมา และช่วงนี้เป็นโอกาสที่ทุกคนจะต้องช่วยกันขับเคลื่อน ผลักดันงานสุขภาพจิตให้เห็นผล และช่วยส่งเสริมสนับสนุนหน่วยงานอื่นๆ เพื่อให้มีความเข้าใจสุขภาพจิตได้ด้วยตนเอง มี Mental Health Literacy”

จุดประกาย “กรมฯ มีนักวิชาชีพที่สั่งสมประสบการณ์อยู่มาก ทั้งจิตแพทย์ นักจิตวิทยา เป็นต้น ได้รับการยอมรับในฐานะหน่วยงานที่ดูแลทางด้านสุขภาพจิตของประเทศไทย แต่กรมฯ ยังขาดการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อให้เกิดการทำงานเชิงยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้”

1. ท่านเห็นว่าสถานการณ์ของกรมสุขภาพจิตในปัจจุบันเป็นอย่างไร : ผู้ให้สัมภาษณ์ได้กล่าวถึงสถานการณ์ภายในและภายนอกของกรมสุขภาพจิต โดยสามารถแยกได้เป็นรายประเด็น ดังนี้

จุดแข็ง

- กรมฯ มีนักวิชาชีพที่สั่งสมประสบการณ์อยู่มาก ทั้งจิตแพทย์ นักจิตวิทยา เป็นต้น
- กรมฯ มีประวัติเริ่มตั้งแต่สถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ และยกระดับมาเป็นกรมฯ และมีการขับเคลื่อน KPI มาอย่างต่อเนื่อง
- กรมฯ ได้รับการยอมรับในฐานะหน่วยงานที่ดูแลทางด้านสุขภาพจิตของประเทศไทย
- กรมฯ มีการจัดให้บริการด้านสุขภาพจิตได้ครอบคลุมทั่วประเทศ
- กรมฯ มีการจัดชุดความรู้ให้กับประชาชนทั่วไปอย่างต่อเนื่อง สร้าง Mental Health Literacy
- กรมฯ มีช่องทางการให้บริการอื่นๆ มากขึ้น เช่น สายด่วน ออนไลน์ เป็นต้น ซึ่งช่วยการให้บริการในขั้นต้น และลดการมาใช้บริการที่ รพ ได้

จุดอ่อน

- กรมฯ ยังขาดการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อให้เกิดการทำงานเชิงยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพจิต
- เนื่องจากลักษณะของกรมฯ เป็นหน่วยงานวิชาการ ทำให้การขับเคลื่อนงานเชิงยุทธศาสตร์ในอดีตที่ผ่านมายังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ต้องมีทีมยุทธศาสตร์ที่มีระบบที่ช่วยสร้างมั่นใจได้
- กรมฯ ยังไม่เป็นที่รับรู้ รู้จักของประชาชนและสังคมเท่าที่ควร

โอกาส

- ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิต ยกกระดับหน่วยงานที่มีภารกิจดูแลสุขภาพจิตเป็นกรม (กรมสุขภาพจิต) และมีแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ซึ่งมีไม่กี่ประเทศที่ให้ความสำคัญด้านนี้

➤ ในปัจจุบันความต้องการรับบริการด้านสุขภาพจิตมีมาก ในขณะที่คู่แข่งที่ทำงานทางด้านสุขภาพจิตยังมีไม่มาก เป็นโอกาสของกรมฯ ในการขยายบริการ การทำงานเชิงลึกมากยิ่งขึ้น

➤ พรบ.สุขภาพจิตแห่งชาติเอื้อให้การทำงานของกรมฯ สามารถทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ได้
ภัยคุกคาม

➤ COVID-19 ส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้นในสังคมไทย

➤ กระบวนการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐของประเทศไทยยังทำได้ยาก ส่งผลกระทบต่อการทำงานของกรมฯ ซึ่งต้องเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน

2. *ท่านคาดการณ์อนาคตที่ดีที่สุด (Best Scenario) ของกรมสุขภาพจิตในอีก 5 ปีข้างหน้าขึ้นไปว่ากรมสุขภาพจิตจะสามารถเป็นหน่วยงานที่มีลักษณะอย่างไรได้* : ผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวว่า ในอนาคตกรมสุขภาพจิตจะได้รับการยอมรับมากขึ้น ผ่านการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy) จะช่วยให้สังคมรู้จักและเข้าใจงานของกรมสุขภาพจิตมากขึ้น

3. *ท่านคิดว่าแนวทางสำคัญในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตไปสู่อนาคตเป็นอย่างไร* : ผู้ให้สัมภาษณ์เสนอแนะแนวทางในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต ดังนี้

➤ โครงการกำลังคนสุขภาพจิตของประเทศ เชื่อมโยงกับหน่วยงานที่ดูแลเรื่องกำลังคนในระบบสุขภาพ อาจเป็นรัฐ เอกชน

➤ โครงการกระจายอำนาจ กระจายงานสุขภาพจิตไปยังท้องถิ่น เพื่อประโยชน์ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นได้มากที่สุด โดยกำหนดกิจกรรมวิเคราะห์ความต้องการของท้องถิ่นว่าต้องการเครื่องมืออะไรบ้าง เพื่อดำเนินงานในส่วนนี้ ซึ่งโครงการนี้ช่วยปิด Gab เรื่องความไม่เท่าเทียมในสังคมได้ เพิ่มความเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

➤ โครงการจัดทำชุดสิทธิประโยชน์ของประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านสุขภาพจิตให้มีมากขึ้น

➤ บริหารกิจการภายในกรมฯ ให้บุคลากรมีทักษะมากขึ้น อีกทั้งมุ่งเน้นการบริหารในงานสุขภาพจิตระดับชาติ และระดับนานาชาติมากขึ้น

➤ จัดทำแผนของกรมฯ ต้องมีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ

➤ บุคลากรในกรมฯ จำเป็นต้องรักษาความเชี่ยวชาญ จึงจำเป็นต้องมีแผนพัฒนาบุคลากรพัฒนาความเชี่ยวชาญอย่างเข้มข้น รวมถึงการจัดทำเส้นทางก้าวหน้าในอาชีพ (Career path)

➤ กรมฯ อาจขยายขอบเขตแผนงานเพิ่มเติม อาทิ งานสุขภาพจิตผู้ต้องขัง งานสุขภาพจิตเด็กและครอบครัว และกลุ่มที่เข้าถึงบริการอย่างยากลำบาก หากขยายขอบเขตงานและทำได้ดี จะทำให้กรมฯ สามารถพลิกโฉมได้

7. แพทย์หญิงพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ อดีตผู้ทรงคุณวุฒิกรมสุขภาพจิต สัมภาษณ์วันพุธที่ 22 ธันวาคม 2564 ผ่านระบบออนไลน์ Zoom Meeting เวลา 18.00 – 19.00 น.

แรงบันดาลใจ “กรมฯ ต้องส่งเสริมคนให้มีความรู้ความสามารถมากขึ้น มีประสบการณ์มากขึ้น สามารถมองภาพรวมได้ เน้น Public Mental Health เพื่อจะได้มาขับเคลื่อนการทำงานของกรมฯ และระบบสาธารณสุขของไทยได้ดี สุขภาพจิตดี คือ มีความสุขได้ในทุกสถานการณ์”

จุดประกาย “กรมฯ เป็นตัวแทนในการสื่อสารเรื่องสุขภาพจิตในระดับ National Authority แต่ยังคงขาดองค์ความรู้เชิงระบบ หรือ evidence-based เชิงระบบมาช่วยในการรักษาผู้ป่วยสุขภาพจิต กรมฯ ควรทบทวนโครงสร้างของกรมฯ และปรับโครงสร้างหน่วยงานของกรมฯ เพื่อกระจายการเข้าถึงการรักษาสุขภาพจิตไปยังท้องถิ่น”

1. ท่านเห็นว่าสถานการณ์ของกรมสุขภาพจิตในปัจจุบันเป็นอย่างไร : ผู้ให้สัมภาษณ์ได้กล่าวถึงสถานการณ์ภายในและภายนอกของกรมสุขภาพจิต โดยสามารถแยกได้เป็นรายประเด็น ดังนี้

จุดแข็ง

- กรมฯ มีโรงพยาบาลที่รักษาด้านจิตเวชที่มีชื่อเสียง
- กรมฯ มีบุคลากรที่มีประสบการณ์ทั้งที่โรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิต
- กรมฯ มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของประเทศทั้งประเทศ ไม่ใช่เฉพาะดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเท่านั้น
 - กรมฯ เป็นหน่วยงานวางระบบและกำกับติดตามด้านสุขภาพจิตผ่านกระทรวงสาธารณสุข
 - กรมฯ เป็นตัวแทนในการสื่อสารเรื่องสุขภาพจิตในระดับประเทศ เป็น National Authority
 - ผลงานโดดเด่นของกรมฯ ไม่เพียงแค่อำนาจในการรักษาผู้ป่วยเป็นหลัก แต่การรักษานั้น ผู้ป่วยจะสามารถรักษาอย่างต่อเนื่อง และเข้าถึงการรักษาจากหน่วยบริการใกล้บ้านได้
 - กรมฯ มีการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลทั่วไป เสมือนการสร้างเครือข่าย เพื่อเพิ่มศักยภาพการเข้าถึงการรักษาจากหน่วยบริการใกล้บ้าน
 - กรมฯ มีการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองโรคทางจิตเวชเบื้องต้น เช่น แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า เพื่อช่วยในกระบวนการรักษา

จุดอ่อน

- การกระจายอำนาจในการบริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการในชุมชน ส่งผลกระทบต่อรายได้ของกรมฯ ลดลง
- กรมฯ ยังขาดองค์ความรู้เชิงระบบ หรือ Evidence based เชิงระบบมาช่วยในการรักษาผู้ป่วยสุขภาพจิต
- กรมฯ ขาดข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพจิตของประเทศ ที่พร้อมจะหยิบนำมาใช้ให้ทันต่อสถานการณ์

➤ งานวิจัยของกรมฯ เป็นงานวิจัยเป็นชิ้น ๆ ขาดการเชื่อมโยงเชิงระบบ เช่น ภาวะสมองเสื่อม ต้องมีการวิจัยในภาพใหญ่ภาพรวมของประเทศ

➤ กรมฯ มีงานสำคัญที่ไม่เร่งด่วนที่ต้องทำอยู่บ่อย ๆ เช่น งานวิจัย งานวิชาการ ฯลฯ แต่กรมฯ ยังขาดการเตรียมความพร้อมในงานส่วนนี้

➤ ระบบการทำงานภายในกรมฯ ยังไม่สามารถดึงดูดหรือรักษาคณบดีรุ่นใหม่ที่เก่ง ๆ ทำงานอยู่กับกรมฯ ได้

➤ กรมฯ ยังไม่มีการสื่อสารองค์กรที่ดี

➤ ทรัพยากรด้านงบประมาณและบุคลากรในภาพรวมของกรมฯ ยังไม่สอดคล้องกับความต้องการที่จะเป็น National Authority

➤ การพัฒนาการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนพื้นที่ต่าง ๆ ยังขาดตัวเชื่อมต่อ สนับสนุนให้พื้นที่พัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพจิตคู่ขนานกับการดูแลสุขภาพกาย

โอกาส

➤ กรมฯ มีเครือข่ายทั้งในภาควิชาการในมหาวิทยาลัย และหน่วยงานอื่นๆ ที่ช่วยในการทำงานได้

ภัยคุกคาม

➤ ปัจจัยทางสังคม มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของคนที่แตกต่างกัน การรักษาจะต้องอาศัยประสบการณ์ของแพทย์เฉพาะคนในการรักษา

➤ คนทั่วไปมักไม่รู้ว่าตนเองป่วย แม้รู้ว่าป่วยแล้วไม่ยอมเข้ารับการรักษา เป็นอุปสรรคในการให้บริการของกรมฯ

➤ ยابางประเภทที่ใช้รักษาโรคทางจิตเวชมีในระบบสาธารณสุขไม่เพียงพอ เช่น ยารักษาโรคซึมเศร้า

➤ ปัญหาด้านสุขภาพจิต ยังไม่ได้รับการสนับสนุนในระดับชาติเท่าที่ควร

2. *ท่านคาดการณ์อนาคตที่ดีที่สุด (Best Scenario) ของกรมสุขภาพจิตในอีก 5 ปีข้างหน้าขึ้นไปว่ากรมสุขภาพจิตจะสามารถเป็นหน่วยงานที่มีลักษณะอย่างไรได้* : ผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวว่า ในอนาคตกรมสุขภาพจิตจะเป็น National Authority ด้าน Mental Health ที่มีองค์ความรู้เชิงลึก เชิงระบบ สามารถดูแลกำกับติดตามระบบสุขภาพจิตในประเทศ เป็นเสาหลักในการดึงเครือข่ายในทุกๆ ภาคส่วนมาร่วมกันดำเนินงาน มีการกระจายบริการไปสู่พื้นที่ต่าง ๆ มากขึ้น และโรงพยาบาลของกรมฯ ปรับบทบาทเป็นเพียง Center Lab มีใช้บริการหลักของกรมฯ นอกจากนี้ยังให้คำสำคัญในการทำงานของกรมฯ ว่า กรมฯ เป็นหน่วยที่ทำให้ “คนสุขภาพจิตดี คือสามารถมีความสุขได้ในทุกสถานการณ์”

3. ท่านคิดว่าแนวทางสำคัญในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตไปสู่อนาคตเป็นอย่างไร : ผู้ให้สัมภาษณ์เสนอแนะแนวทางในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต ดังนี้

➤ การเป็น National Authority ได้ จะต้องมีการที่มองเห็นภาพอนาคต และความสามารถเพียงพอ กรมฯต้องส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ สนับสนุนการศึกษาต่อเพื่อสั่งสมความรู้ และประสบการณ์ในสาขาที่เกี่ยวข้อง อาทิ Public Health, Global Policy, Public Mental Health เป็นต้น

➤ กรมฯต้องขยายจุดเน้น เพิ่มจุดโฟกัส จาก Community Mental Health ขยายภาพมาเป็น Public Mental Health มากขึ้น

➤ ขยายการทำงานด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแบบมี Evidence based

➤ จัดตั้งศูนย์เพื่อมีศักยภาพในการสร้างองค์ความรู้เชิงระบบ

➤ กรมฯ ควรจะมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ทำงานวิจัยเชิงระบบที่สนับสนุน (Support) นโยบายหรือตอบคำถามเชิงนโยบายและรัฐบาลได้

➤ โครงการ Early psychosis prevention program ป้องกันก่อนป่วย เช่น ในเด็กเกรงควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในอนาคตได้

➤ จัดลำดับความสำคัญกับประเด็นด้านสุขภาพจิตมากขึ้น ส่งเสริมให้เป็นประเด็นระดับชาติก็จะได้รับการสนับสนุนและดำเนินงานได้เห็นผลมากยิ่งขึ้น

➤ สร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ (International linkage) พัฒนาการทำงานในระดับนานาชาติมากขึ้น

8. ทันทแพทย์ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ อดีตผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สัมภาษณ์วันศุกร์ที่ 24 ธันวาคม 2564 ผ่านระบบออนไลน์ Zoom Meeting เวลา 09.30 – 10.00 น.

แรงบันดาลใจ “คนในประเทศไทยมีความทุกข์เพราะสุขภาพจิตจำนวนมาก หวังเพียงให้กรมฯ ดำเนินการเพื่อให้คนหมดทุกข์ด้านนี้ไป โดยการสร้างเพื่อนในการทำงาน คอยสนับสนุนการทำงานมากขึ้น”

จุดประกาย “กรมฯ มี บุคลากรในส่วนกลางที่มีความรู้ ความสามารถ สามารถวิเคราะห์ปัญหาหาวิธีป้องกันและแก้ปัญหาสุขภาพจิตได้ แต่ยังไม่เป็นบริการพื้นฐานที่กระจายทั่วประเทศ ประชาชนเข้าถึงยาก ในขณะที่สังคมให้ความสนใจกับปัญหาสุขภาพจิตที่สูงขึ้น กรมฯ จึงมีโอกาสนำข้อมูลที่ต้องการกับประชาชน”

1. ท่านเห็นว่าสถานการณ์ของกรมสุขภาพจิตในปัจจุบันเป็นอย่างไร : ผู้ให้สัมภาษณ์ได้กล่าวถึงสถานการณ์ภายในและภายนอกของกรมสุขภาพจิต โดยสามารถแยกได้เป็นรายประเด็น ดังนี้

จุดแข็ง

- กรมฯ มี บุคลากรในส่วนกลางที่มีความรู้ ความสามารถ สามารถวิเคราะห์ปัญหา หาวิธีป้องกันและแก้ปัญหาสุขภาพจิตได้
- กรมฯ มีโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข มีกลไกทำงานในทุกระดับ ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และชุมชน อาทิ อสม. ที่สนับสนุนทำงานในเชิงพื้นที่
- Mental Health Promotion มีการพัฒนา Intervention ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เช่น ปัญหาสุขภาพในกลุ่มแม่ที่เพิ่งคลอด ปัญหาสุขภาพจิตในเด็กเล็ก ปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียน เป็นต้น
- การทำสายด่วน 1323 ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้ง่ายขึ้น

จุดอ่อน

- กรมฯ บริการสุขภาพจิตปฐมภูมิ ยังมีการดำเนินการน้อย การบริการพื้นฐานยังที่กระจายไม่ทั่วประเทศ ประชาชนเข้าถึงยาก
- กรมฯ ยังไม่เป็นที่รู้จักของสังคม

โอกาส

- สังคมให้ความสนใจกับปัญหาสุขภาพจิตที่สูงขึ้น กรมฯ จึงมีโอกาสนในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับประชาชน
 - เทคโนโลยี สื่อต่าง ๆ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการและประเมินตนเองได้ง่ายขึ้น เช่น แบบประเมินออนไลน์
 - กรมฯ สามารถนำเทคโนโลยีมาปรับใช้ในการดำเนินงานได้ แต่ต้องไม่ละเลยกลุ่มที่เข้าไม่ถึงอุปกรณ์เทคโนโลยี (Digital Devices)
 - กรมฯ มีโอกาสใช้ AI, Chatbot ในการทำงานเพื่อลดปริมาณงานในการให้คำปรึกษา
 - กรมฯ สามารถใช้ประโยชน์จากความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี เช่น Logarithm, Big data มาวิเคราะห์ ประเมินสถานการณ์และหามาตรการมาบรรเทาปัญหาสุขภาพจิตได้ทันที่
 - ประชาชนและสังคมเกิดความรับรู้และให้การยอมรับถึงสภาวะสุขภาพจิตมากขึ้น
 - หน่วยงานภายนอกกรมฯ มีการทำงานให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิต กรมฯ จึงมีโอกาสดึงหน่วยงานนี้มาเป็นเครือข่าย
- ### ภัยคุกคาม
- สังคม ครอบครัวยังบางส่วน ยังไม่เข้าใจปัญหาด้านสุขภาพจิต เกิดการทอดทิ้ง ไม่ใส่ใจ อาจเกิดอันตรายต่อสังคมโดยรวมได้
 - งบประมาณ หาวีการทำงานร่วมกับ สปสช. ที่ตั้งงบประมาณมาดำเนินงานด้านการป้องกัน

- สถานการณ์โรคอุบัติใหม่ CO-VID 19 สร้างปัญหาด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น เช่น ปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัว ปัญหาเฉพาะตัวในตัวบุคคล เป็นต้น
- ปัญหาจากการใช้เทคโนโลยี เช่น ดิดเกมส์ หลงเชื่อข้อมูลในสื่อออนไลน์ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต และส่งผลโดยตรงในการดำเนินงานของกรมฯ
- ความก้าวหน้าในการดำเนินงานของแผนสุขภาพจิตแห่งชาติมีน้อย กรมฯ ทำหน้าที่เป็นเลขานุการ หากไม่ก้าวหน้าจะทำให้กรมฯ ตกที่นั่งลำบาก
- แผนระดับชาติ เป็นแผนระดับใหญ่ เขียนไว้กว้างเกินไป ไม่ค่อยมีความชัดเจน และไม่มีการประเมินผลการทำงาน

2. *ท่านคาดการณ์อนาคตที่ดีที่สุด (Best Scenario) ของกรมสุขภาพจิตในอีก 5 ปีข้างหน้าขึ้นไป ว่ากรมสุขภาพจิตจะสามารถเป็นหน่วยงานที่มีลักษณะอย่างไรได้ :* ผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวว่า กรมสุขภาพจิตยังเป็นหน่วยงานหลักด้านสุขภาพจิตในประเทศไทย ซึ่งในอนาคตบทบาทนี้จะมีความสำคัญมากขึ้นเรื่อย ๆ แต่ต้องเพิ่มการทำงานเชิงรุกและบูรณาการในการทำงานเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ให้สัมภาษณ์ยังกล่าวทิ้งท้ายว่า “คนในประเทศไทยมีความทุกข์เพราะสุขภาพจิตจำนวนมาก หวังเพียงให้กรมฯ ดำเนินการเพื่อให้คนหมดทุกข์ด้านนี้ไป โดยการสร้างเพื่อนในการทำงาน คอยสนับสนุนการทำงานมากขึ้น”

3. *ท่านคิดว่าแนวทางสำคัญในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตไปสู่อนาคตเป็นอย่างไร :* ผู้ให้สัมภาษณ์เสนอแนะแนวทางในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต ดังนี้

- กรมฯ ควรสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชน ร่วมกันดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในภาพรวมของประเทศ
- สนับสนุน Intervention เน้นในกลุ่มเด็กเล็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ด้านพัฒนาการของเด็กให้มากขึ้น
- สนับสนุนการป้องกันสุขภาพจิตในโรงเรียนให้กระจายทั่วประเทศ ด้วยแอปพลิเคชัน HERO ดูแลกลุ่มเด็กที่มีพฤติกรรมรุนแรง
- สนับสนุนการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว เพื่อช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัว

9. นายแพทย์พิทักษ์พล บุญมาลิก เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ สัมภาษณ์วันศุกร์ที่ 24 ธันวาคม 2564 ผ่านระบบออนไลน์ Zoom Meeting เวลา 11.00 – 12.00 น.

แรงบันดาลใจ “ปฏิรูปการทำงานให้เป็นแบบ Duo System คือ ทำงานตามที่กฎหมายกำหนด และงานวิชาการโดยมีสถาบันวิชาการที่ทำหน้าที่เฉพาะ ควรมีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย มีระบบบริหารงานที่ยืดหยุ่นในระบบราชการและระบบวิชาการที่เหมาะสม”

จุดประกาย “กรมฯ มีต้นทุนทางวิชาการดี โดยเฉพาะในการส่งเสริมป้องกัน และสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต มีโรงพยาบาลจิตเวชจำนวนมากที่มีศักยภาพ มีชื่อเสียง แต่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างเพื่อรองรับการทำงานวิชาการและบริการเท่าที่ควร”

1. ท่านเห็นว่าสถานการณ์ของกรมสุขภาพจิตในปัจจุบันเป็นอย่างไร : ผู้ให้สัมภาษณ์ได้กล่าวถึงสถานการณ์ภายในและภายนอกของกรมสุขภาพจิต โดยสามารถแยกได้เป็นรายประเด็น ดังนี้

จุดแข็ง

- กรมฯ มีภาพลักษณ์ มีความน่าเชื่อถือในสังคมที่ดี
- กรมฯ มีภารกิจและอำนาจตามกฎหมายด้านสุขภาพจิต
- กรมฯ มีต้นทุนทางวิชาการได้ดี โดยเฉพาะในการส่งเสริมป้องกัน และสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต
- กรมฯ มีโรงพยาบาลจิตเวชจำนวนมาก ที่มีศักยภาพ มีชื่อเสียง
- กรมฯ มีบุคลากรและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีศักยภาพ
- สิ่งที่กรมฯ ยึดถือ (Share Value) และเป็นข้อดีของกรมฯ คือ มีความภูมิใจ มีความรักความเป็นบุคลากรของกรมสุขภาพจิต เนื่องจากกรมฯ มีการพัฒนาการทำงานและภาพลักษณ์ที่ดีขึ้น

จุดอ่อน

- กรมฯ ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง เพื่อรองรับการทำงานวิชาการและบริการเท่าที่ควร
- กรมฯ ยังไม่มีการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายเท่าที่ควร
- กรมฯ มีการทำงานแบบ Comfort Zone ติดวิธีการทำงานแบบเก่า

โอกาส

- สถานการณ์ต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ เช่น การมีปัญหาของผู้สูงอายุ การชุมนุมทางการเมืองเป็นโอกาสให้กรมฯ แสดงบทบาทในการแก้ปัญหา
- สังคมให้การยอมรับมากขึ้น
- เทคโนโลยีในการสื่อสาร กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น
- การเติบโตบริการรักษาของภาคส่วนอื่น ๆ เติบโตขึ้นมาก
- เทคโนโลยีสารสนเทศ (Digital Transformation) มีโอกาสใช้ได้มากกว่าโรคทางกาย

ภัยคุกคาม

- การเติบโตบริการรักษาของภาคส่วนอื่น ๆ เติบโตขึ้นมาก ทำให้คนไข้ของโรงพยาบาลของกรมฯ ลดลง ส่งผลต่อการเงินของกรมฯ
- ประเทศไทยมีจิตแพทย์ไม่เพียงพอ และส่วนใหญ่อยู่อยากทำงานในโรงพยาบาลประจำจังหวัดมากกว่าโรงพยาบาลของกรมฯ
- เทคโนโลยีการรักษาที่ดีขึ้น ทั้งมียา รักษาให้อาการลดลง ความต้องการนอนเตียงลดลง ผู้ป่วยที่ใช้โรงพยาบาลของกรมฯ ก็ลดลงด้วย
- การให้งบประมาณของสำนักงบประมาณดูจากเพดาน (Ceiling) มากกว่าการทำงาน

2. ท่านคาดการณ์อนาคตที่ดีที่สุด (Best Scenario) ของกรมสุขภาพจิตในอีก 5 ปีข้างหน้าขึ้นไปว่ากรมสุขภาพจิตจะสามารถเป็นหน่วยงานที่มีลักษณะอย่างไรได้ : ผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวว่า กรมฯ มีการปรับวิสัยทัศน์ ปฏิรูปการทำงานให้เป็นแบบ Duo System คือ ทำงานตามที่กฎหมายกำหนด และงานวิชาการโดยมีสถาบันวิชาการที่ทำหน้าที่เฉพาะ

3. ท่านคิดว่าแนวทางสำคัญในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตไปสู่อนาคตเป็นอย่างไร : ผู้ให้สัมภาษณ์เสนอแนะแนวทางในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต ดังนี้

- กรมฯ ควรลดบทบาทการให้บริการลง ให้เป็นกรม/สถาบันวิชาการมากขึ้น
- กรมฯ ควรมีระบบบริหารงานที่ยืดหยุ่นในระบบราชการและระบบวิชาการที่เหมาะสม
- กรมฯ ควรมีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย อาจใช้โมเดลสมัชชาสุขภาพเป็นตัวอย่าง
- กรมฯ ควรเน้นวิชาการด้านการส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษาฟื้นฟู ให้มีมากยิ่งขึ้น
- กรมฯ ควรใช้เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการสะท้อนผลลัพธ์การทำงาน เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณมากขึ้น
- ส่งเสริมโครงการสร้างหน่วยทำวิจัยด้านสุขภาพจิต
- ส่งเสริมโครงการ Digital Intervention ให้ชัดเจนมากขึ้น

10. นายแพทย์วัชร เพ็ญจันทร์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต สัมภาษณ์วันศุกร์ที่ 24 ธันวาคม 2564 ผ่านระบบออนไลน์ Zoom Meeting เวลา 13.00 – 13.30 น.

แรงบันดาลใจ “เป็นกรมที่ขับเคลื่อนด้วยดิจิทัล เป็น 4.0 อย่างแท้จริง ดำเนินงานวิชาการพัฒนานวัตกรรม เพื่อเป็นประโยชน์ต่อประชาชนชั้นนำในระดับนานาชาติ Digital Mental Health Department”

จุดประกาย “กรมฯ เป็นกรมวิชาการที่เข้มแข็ง มีบุคลากรที่เป็น Young staff สามารถสร้างผลงานวิจัย นวัตกรรมได้มากขึ้น มีการบริหารทรัพยากรบุคคล (HR) 3 ส่วน (กรม โรงพยาบาล ศูนย์) ที่เหมาะสม แต่กรมฯ ยังทำงานเชิงรับ (โรงพยาบาล) มากกว่าการทำงานเชิงรุก ควรพัฒนาบุคลากรส่วนหนึ่งเป็นนักวิจัย ทีมพัฒนานวัตกรรมโดยเฉพาะ ให้ขับเคลื่อนงานให้คนไทยมีสุขภาพจิตดี”

1. ท่านเห็นว่าสถานการณ์ของกรมสุขภาพจิตในปัจจุบันเป็นอย่างไร : ผู้ให้สัมภาษณ์ได้กล่าวถึงสถานการณ์ภายในและภายนอกของกรมสุขภาพจิต โดยสามารถแยกได้เป็นรายประเด็น ดังนี้

จุดแข็ง

- กรมฯ เป็นกรมวิชาการที่เข้มแข็ง
- กรมฯ มีบุคลากรที่เป็นกลุ่มสหวิชาชีพที่มีศักยภาพ
- กรมฯ ใช้วิชาการในการขับเคลื่อนงานสู่ประชาชน
- กรมฯ มีเครือข่ายการทำงานมีความกว้างขวาง โดยเฉพาะเครือข่ายภาคประชาชน เช่น เครือข่ายผู้ป่วยออทิสติกส์ เป็นต้น

➤ กรมฯ เป็นกรมใหม่ มีบุคลากรที่เป็น Young Staff กรมฯ จึงสามารถสร้างผลงานวิจัย นวัตกรรมมากขึ้น ให้เป็น Digital Mental Health Department

➤ กรมฯ มีการบริหารทรัพยากรบุคคล (HR) 3 ส่วน (กรม โรงพยาบาล ศูนย์) ที่เหมาะสม
จุดอ่อน

➤ ผู้บริหารทั้งฝ่ายการเมืองและฝ่ายประจำยังไม่เข้าใจบทบาทของกรมฯ อย่างชัดเจน มักใช้ กรมฯ เป็นหน่วยปฏิบัติการ ทำให้โอกาสการทำงานด้านวิชาการ เช่น การจัดการความรู้ การวิจัยนวัตกรรมลดน้อยลง

➤ กรมฯ ยังเป็นการทำงานเชิงรับ (โรงพยาบาล) มากกว่าการทำงานเชิงรุก
โอกาส

➤ การพัฒนาของเทคโนโลยี กรมฯ สามารถใช้คนรุ่นใหม่ สร้าง Digital Mental Health Department โดยการพัฒนา Digital Platform ให้เข้าถึงบริการของกรมฯ ได้ง่ายขึ้น

➤ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี สามารถนำ AI , Metaverse มาช่วยในการดำเนินงาน เช่น การพูดคุยให้คำปรึกษาของจิตแพทย์ โดยสามารถสร้างความร่วมมือกับกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (DE) ในการพัฒนา

➤ ภัยพิบัติและโรคระบาด เป็นโอกาสให้กรมฯ แสดงบทบาทหน้าที่ในการเยียวยาจิตใจประชาชน
ภัยคุกคาม

➤ ลำดับการบังคับบัญชาของระบบราชการ ทำให้การทำงานช้าลงและอิสระทางความคิดในการทำงานน้อยลง ส่งผลให้โอกาสในการสร้างวิจัยและนวัตกรรมน้อยลงด้วย

2. *ท่านคาดการณ์อนาคตที่ดีที่สุด (Best Scenario) ของกรมสุขภาพจิตในอีก 5 ปีข้างหน้าขึ้นไป ว่ากรมสุขภาพจิตจะสามารถเป็นหน่วยงานที่มีลักษณะอย่างไรได้ :* ผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวว่า เป็นกรมที่ขับเคลื่อนด้วยดิจิทัล เป็น 4.0 อย่างแท้จริง ดำเนินงานวิชาการ พัฒนา นวัตกรรม เพื่อเป็นประโยชน์ต่อประชาชนชั้นนำในระดับนานาชาติ

3. *ท่านคิดว่าแนวทางสำคัญในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตไปสู่อนาคตเป็นอย่างไร :* ผู้ให้สัมภาษณ์เสนอแนะแนวทางในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต ดังนี้

➤ กรมฯ ควรพัฒนาบุคลากรส่วนหนึ่งเป็นนักวิจัย ทีมพัฒนานวัตกรรมโดยเฉพาะ ให้ขับเคลื่อนงานให้คนไทยมีสุขภาพจิตดี

➤ ปรับปรุง พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันสุขภาพจิตของประชาชน ที่ไวและทันท่วงทีมากขึ้น

➤ สร้างความร่วมมือ สร้างเครือข่ายการทำงานกับภาคส่วนต่าง ๆ

➤ กรมฯ ควรมีผู้บริหารและทีมนำในการสะท้อนบทบาทกรมวิชาการ ซึ่งเป็นเจตจำนงแรกในการก่อตั้งกรมฯ

➤ กรมฯ อาจปรับบทบาทบุคลากรที่อยู่ภาคบริการ (โรงพยาบาล) ให้ทำงานวิชาการหรือทำงานเชิงพื้นที่มากขึ้น