



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

การประชุมสรุปผลการตรวจราชการงานสุขภาพจิต รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

วันอังคารที่ 5 พฤษภาคม 2569 เวลา 09.00 - 16.30 น.
ณ ห้องประชุมนายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์รจิต
อาคาร 1 ชั้น 2 กรมสุขภาพจิต และในรูปแบบออนไลน์

ดาวน์โหลดเอกสารประกอบการประชุม



<https://moph.link/jcL4b1tFs>



วาระที่
1 ประธานแจ้งเพื่อทราบ

วัตถุประสงค์การประชุม

วาระที่
2 เรื่องเพื่อทราบ

2.1 ประเด็นการตรวจราชการงานสุขภาพจิต ภายใต้การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2569

วาระที่
3 เรื่องเพื่อพิจารณา

3.1 สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ภายใต้การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 ประจำปี 2569 รายประเด็น (ตัวชี้วัดละ 10 นาที)

3.1.1 ตัวชี้วัดตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบหลัก

3.1.2 ตัวชี้วัดตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตร่วมดำเนินการ

3.2 ข้อค้นพบและข้อเสนอแนวทางในการปรับปรุง/พัฒนาการตรวจราชการงานสุขภาพจิต รอบที่ 1 ประจำปี 2569 ในเขตสุขภาพที่ 1 - 12 (เขตละ 5 นาที)
(ปัญหา/อุปสรรค, จุดแข็ง, แนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice)/นวัตกรรม (Innovation))

3.3 สรุปผลตัวชี้วัดตรวจราชการงานสุขภาพจิต รอบที่ 1 ประจำปี 2569

วาระที่
4 เรื่องอื่นๆ

4.1 กำหนดการประชุมตรวจราชการในระดับกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 ประจำปี 2569

4.2 กำหนดการตรวจราชการงานสุขภาพจิต (Timeline) รอบที่ 2 ประจำปี 2569

1.1 วัตถุประสงค์การประชุม

1. เพื่อรับทราบและพิจารณาผลการตรวจราชการงานสุขภาพจิต ภายใต้การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2569
2. เพื่อรับทราบปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะต่างๆ จากการตรวจราชการงานสุขภาพจิตในระดับพื้นที่จากผู้ตรวจราชการฯ/ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการฯ เขต 1 - 12



2.1 ประเด็นการตรวจราชการงานสุขภาพจิต ภายใต้การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2569

โดย ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน



2.1 ประเด็นการตรวจราชการงานสุขภาพจิต ภายใต้การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

ตัวชี้วัดที่ขับเคลื่อนระดับกระทรวงฯ



กรมฯ รับผิดชอบหลัก

🔍 ประเด็นที่ 2 Service Excellence

ระบบบริการสุขภาพเป็นเลิศ (Service Excellence)

ด้านที่ 9 ระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด

1) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ตัวชี้วัดหลัก : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 7.8 ต่อประชากรแสนคน
ตัวชี้วัดแทน : ร้อยละของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่ลดลงเมื่อเทียบกับ
ปีงบประมาณที่ผ่านมา
ตัวชี้วัดย่อย : ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ
PM : sw.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์



กรมฯ ร่วมดำเนินการ

🔍 ประเด็นที่ 1 PP & P Excellence

ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ
(PP & P Excellence)

ด้านที่ 1 ป้องกันควบคุมโรค

1. ร้อยละของเด็ก อายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัยและฟันดีไม่มีผุ
1.1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการ
พัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน
PM : สถาบันราชานุกูล



ตัวชี้วัดกำกับติดตามภายในพื้นที่ ไม่บรรจุในแผนการตรวจราชการกระทรวง

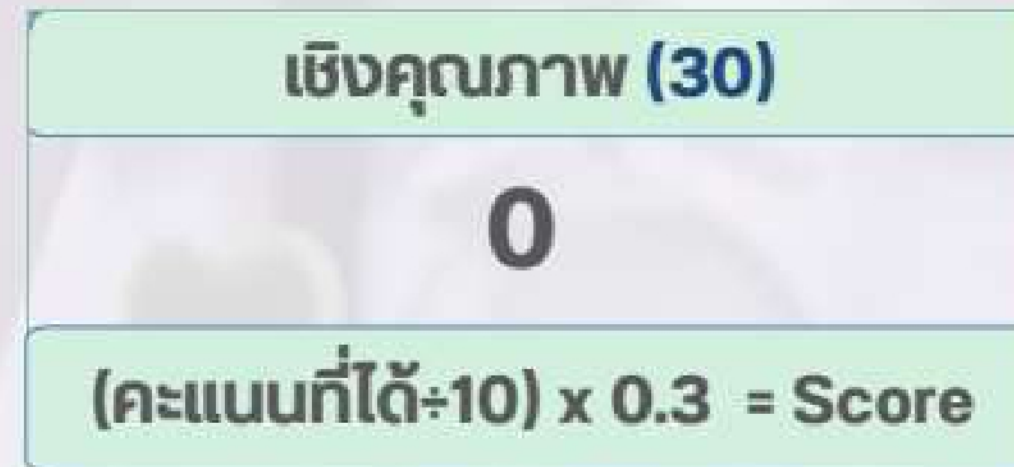
Monitor ในพื้นที่

- ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพ
เข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ
PM : กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต



เกณฑ์การประเมินผลงานตัวชี้วัดตรวจราชการภายใต้การตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2569 (ระดับพื้นที่)

สัดส่วนการประเมินผลตัวชี้วัดการตรวจราชการ



กรอบการประเมิน

- 6 Building Blocks
- Result Framework
- อื่น ๆ

คะแนน	เกณฑ์ผลการดำเนินงาน
10	อัตราการตายมารดา ≤ ๑๕ ต่อแสน
๙	๑๖ ต่อแสน
๘	๑๗ ต่อแสน
๗	๑๘ ต่อแสน
๖	๑๙ ต่อแสน
๕	๒๐ ต่อแสน
๔	๒๑ ต่อแสน
๓	๒๒ ต่อแสน
๒	๒๓ ต่อแสน
๑	มากกว่าเท่ากับ ๒๔ ต่อแสน

สมมติไปตรก, จังหวัด
ดำเนินการได้ ๒๐ ต่อแสน

ตัวชี้วัด ๑.8 คะแนนการประเมินเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ตามกรอบแนวคิด 6 Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก (WHO)

Building Block	ตัวชี้วัดประเมินเชิงคุณภาพ (Qualitative Indicators)	ระดับคุณภาพ ระดับ 1 0 - 30 คะแนน	ระดับคุณภาพ ระดับ 2 31 - 50 คะแนน	ระดับคุณภาพ ระดับ 3 51 - 70 คะแนน	ระดับคุณภาพ ระดับ 4 71 - 85 คะแนน	ระดับคุณภาพ ระดับ 5 86 - 100 คะแนน	หมายเหตุ/หลักฐานที่เกี่ยวข้อง
1. การให้บริการสุขภาพ	การให้บริการ AMR, บริการและสอดคล้องบริการสุขภาพ	การให้บริการ AMR ไม่ครอบคลุมและไม่สอดคล้องกับมาตรฐาน	มีการให้บริการ AMR ครอบคลุมตามมาตรฐาน	มีการให้บริการ AMR ครอบคลุมตามมาตรฐาน และมีแผนพัฒนา	มีการให้บริการ AMR ครอบคลุมตามมาตรฐาน และมีแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	มีการให้บริการ AMR ครอบคลุมตามมาตรฐาน และมีแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	รายงานการประเมินผล AMR, CPG
2. กำลังคนที่ให้บริการ	การประเมินผลเชิงคุณภาพด้านกำลังคน	การประเมินผลเชิงคุณภาพด้านกำลังคน ไม่ครอบคลุมและไม่สอดคล้องกับมาตรฐาน	มีการประเมินผลเชิงคุณภาพด้านกำลังคน ครอบคลุมตามมาตรฐาน	มีการประเมินผลเชิงคุณภาพด้านกำลังคน ครอบคลุมตามมาตรฐาน และมีแผนพัฒนา	มีการประเมินผลเชิงคุณภาพด้านกำลังคน ครอบคลุมตามมาตรฐาน และมีแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	มีการประเมินผลเชิงคุณภาพด้านกำลังคน ครอบคลุมตามมาตรฐาน และมีแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	รายงานการประเมินผล SPRT, UCH
3. ระบบงานและการจัดการข้อมูล	การประเมินผลเชิงคุณภาพด้านระบบงานและการจัดการข้อมูล	การประเมินผลเชิงคุณภาพด้านระบบงานและการจัดการข้อมูล ไม่ครอบคลุมและไม่สอดคล้องกับมาตรฐาน	มีการประเมินผลเชิงคุณภาพด้านระบบงานและการจัดการข้อมูล ครอบคลุมตามมาตรฐาน	มีการประเมินผลเชิงคุณภาพด้านระบบงานและการจัดการข้อมูล ครอบคลุมตามมาตรฐาน และมีแผนพัฒนา	มีการประเมินผลเชิงคุณภาพด้านระบบงานและการจัดการข้อมูล ครอบคลุมตามมาตรฐาน และมีแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	มีการประเมินผลเชิงคุณภาพด้านระบบงานและการจัดการข้อมูล ครอบคลุมตามมาตรฐาน และมีแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	รายงานการประเมินผลระบบงาน
4. การเข้าถึงยาช่วยชีวิตและอุปกรณ์ฉุกเฉิน	การเข้าถึงยาช่วยชีวิตและอุปกรณ์ฉุกเฉิน	การเข้าถึงยาช่วยชีวิตและอุปกรณ์ฉุกเฉิน ไม่ครอบคลุมและไม่สอดคล้องกับมาตรฐาน	มีการเข้าถึงยาช่วยชีวิตและอุปกรณ์ฉุกเฉิน ครอบคลุมตามมาตรฐาน	มีการเข้าถึงยาช่วยชีวิตและอุปกรณ์ฉุกเฉิน ครอบคลุมตามมาตรฐาน และมีแผนพัฒนา	มีการเข้าถึงยาช่วยชีวิตและอุปกรณ์ฉุกเฉิน ครอบคลุมตามมาตรฐาน และมีแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	มีการเข้าถึงยาช่วยชีวิตและอุปกรณ์ฉุกเฉิน ครอบคลุมตามมาตรฐาน และมีแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	รายงานการประเมินผลยาช่วยชีวิต
5. การเงินการคลังด้านการให้บริการ	การประเมินผลเชิงคุณภาพด้านการเงินการคลัง	การประเมินผลเชิงคุณภาพด้านการเงินการคลัง ไม่ครอบคลุมและไม่สอดคล้องกับมาตรฐาน	มีการประเมินผลเชิงคุณภาพด้านการเงินการคลัง ครอบคลุมตามมาตรฐาน	มีการประเมินผลเชิงคุณภาพด้านการเงินการคลัง ครอบคลุมตามมาตรฐาน และมีแผนพัฒนา	มีการประเมินผลเชิงคุณภาพด้านการเงินการคลัง ครอบคลุมตามมาตรฐาน และมีแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	มีการประเมินผลเชิงคุณภาพด้านการเงินการคลัง ครอบคลุมตามมาตรฐาน และมีแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	รายงานการประเมินผลทางการเงินการคลัง
6.ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ	การประเมินผลเชิงคุณภาพด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล	การประเมินผลเชิงคุณภาพด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ไม่ครอบคลุมและไม่สอดคล้องกับมาตรฐาน	มีการประเมินผลเชิงคุณภาพด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ครอบคลุมตามมาตรฐาน	มีการประเมินผลเชิงคุณภาพด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ครอบคลุมตามมาตรฐาน และมีแผนพัฒนา	มีการประเมินผลเชิงคุณภาพด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ครอบคลุมตามมาตรฐาน และมีแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	มีการประเมินผลเชิงคุณภาพด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ครอบคลุมตามมาตรฐาน และมีแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	รายงานการประเมินผลภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

กรอบแนวคิด 6 Building Blocks

1. การให้บริการสุขภาพ
2. กำลังคนที่ให้บริการ
3. ระบบงานและการจัดการข้อมูล
4. การเข้าถึงยาช่วยชีวิตและอุปกรณ์ฉุกเฉิน
5. การเงินการคลังด้านการให้บริการ
- 6.ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ

กรอบแนวคิด Result Framework

1. การเข้าถึงบริการ
2. ความครอบคลุมการรักษา
3. การรักษาตามมาตรฐานคุณภาพบริการ
4. การเข้าถึงยาช่วยชีวิตและอุปกรณ์ฉุกเฉิน
5. การเงินการคลังด้านการให้บริการ

3.1 สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ภายใต้การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 ประจำปี 2569 รายประเด็น (ตัวชี้วัดละ 10 นาที)

โดย ผู้บริหาร/ผู้แทนหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง

3.2.1 ตัวชี้วัดตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบหลัก

3.2.2 ตัวชี้วัดตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตร่วมดำเนินการ

3.2 ข้อค้นพบและข้อเสนอแนวทางในการปรับปรุง/พัฒนาการตรวจราชการงานสุขภาพจิต รอบที่ 1 ประจำปี 2569 ในเขตสุขภาพที่ 1 - 12 (เขตละ 5 นาที)

ปัญหา/อุปสรรค, จุดแข็ง, แนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice)/นวัตกรรม (Innovation))

โดย ผู้ตรวจราชการกรมสุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ 1 -12

3.3 สรุปผลภาพตามตัวชี้วัดตรวจราชการงานสุขภาพจิต รอบที่ 1 ประจำปี 2569

โดย ผู้แทนกองยุทธศาสตร์และแผนงาน

3.2.1 ตัวชี้วัดตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบหลัก

ประเด็นที่ 2 ระบบบริการสุขภาพเป็นเลิศ (Service Excellence) Service 5: ระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

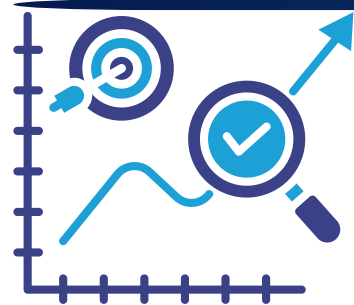
- ร้อยละของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่ลดลงเมื่อเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา
- ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

โดย

นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์



ตัวชี้วัด อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (CRUDE SUICIDE RATE)



ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ :

ตัวชี้วัดหลัก
(Key Indicator)

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
(ค่าเป้าหมาย = ≤ 7.8 ต่อแสนประชากร)

ใช้เฝ้าระวังและประเมิน
สถานการณ์ภาพรวม
(ไม่นำมาประเมินคะแนนของพื้นที่)

ตัวชี้วัดแทน
(Proxy Indicator)

**ร้อยละของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่ลดลง
เมื่อเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา**
(ค่าเป้าหมาย = ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10)

ตัวชี้วัดย่อย
(Sub-indicator)

**ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการ
ที่มีประสิทธิภาพ**
(ค่าเป้าหมาย = ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)

ใช้ประเมินพื้นที่



ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ข้อมูลรอบ 6 เดือน ณ วันที่ 31 มี.ค. 2569 (แหล่งข้อมูลตามรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลที่ระบุใน IG Template)

1

ตัวชี้วัด

อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ

เป้าหมาย 6 เดือน	ผลงานเขต 1-12
≤ 5	3.08

สถานะ : ผ่านเกณฑ์

*ไม่นำมาประเมินพื้นที่

2

ร้อยละของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่ลดลง เมื่อเทียบกับงบประมาณที่ผ่านมา

เป้าหมาย 6 เดือน	ผลงานเขต 1-12
≥ 10	27.07

สถานะ : ผ่านเกณฑ์

*ใช้ประเมินพื้นที่

3

ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย 6 เดือน	ผลงานเขต 1-12
> 35	57.14

สถานะ : ผ่านเกณฑ์

*ใช้ประเมินพื้นที่

หมายเหตุ : สถานะ **ผ่านเกณฑ์ (สีเขียว)** / **ไม่ผ่านเกณฑ์ (สีแดง)**

ตัวชี้วัด	รวมทั้ง 12 เขต	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต13
1 อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ	3.08	5.96	4.31	4.18	1.93	2.17	2.62	2.95	3.21	2.58	3.27	3.17	1.62	0.98
2 ร้อยละของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่ลดลง เมื่อเทียบกับงบประมาณที่ผ่านมา	27.07	22.51	18.54	13.67	29.53	39.46	40.79	38.66	11.62	34.35	5.10	26.56	33.61	-1.92
3 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ	57.14	43.80	67.88	45.47	69.73	44.44	70.02	49.43	56.55	55.55	58.01	63.52	56.61	52.78

ผลการดำเนินงานเขตสุขภาพ (สีเขียว = ผ่านเกณฑ์ / สีแดง = ไม่ผ่านเกณฑ์)

*หมายเหตุฐานข้อมูล
เขต 1 - 12 = สว.506s
เขต 13 = ใบ มบ. (ต.ค.68-ธ.ค.68)

ผลการดำเนินงานตามค่าคะแนนเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพรายตัวชี้วัด



วิเคราะห์ข้อมูล/ผลการดำเนินงาน

*หมายเหตุ: คะแนนเต็ม 10 คะแนน



**3 อันดับเขตสุขภาพ
ที่มีผลการดำเนินงานดีที่สุด**

1. เขตสุขภาพที่ 9 (9.69 คะแนน)
2. เขตสุขภาพที่ 5 (9.67 คะแนน)
3. เขตสุขภาพที่ 7 (9.66 คะแนน)

ประเด็นที่ทำได้ดี

1. มีการขับเคลื่อนจากผู้บริหารระดับจังหวัด และคณะกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดอย่างเข้มแข็ง
2. มีการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบ
3. มีการใช้ข้อมูล / เทคโนโลยี / นวัตกรรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล เช่น Smart OAS App (บุรีรัมย์)

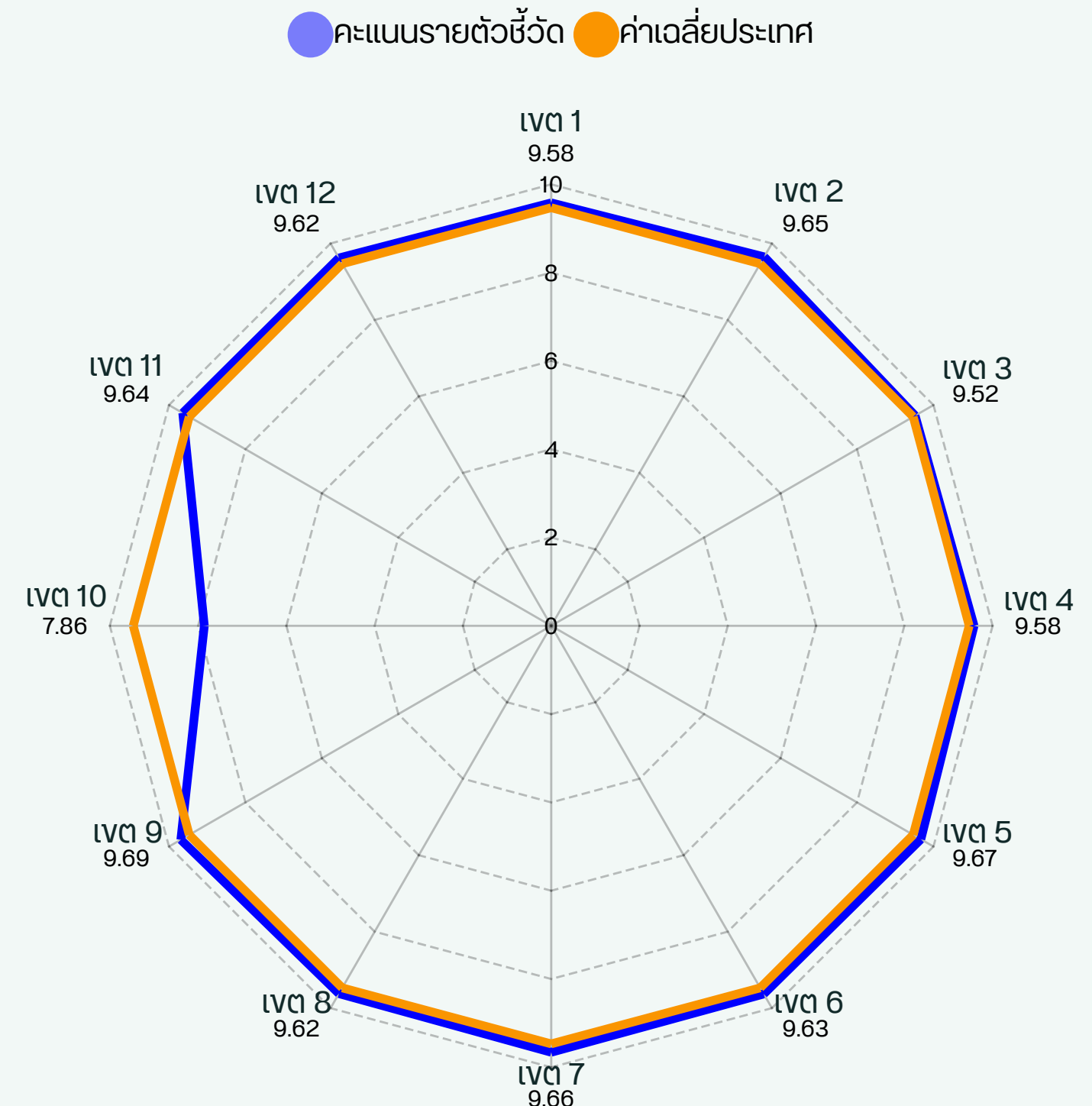


**3 อันดับเขตสุขภาพ
ที่ควรเร่งดำเนินการ**

เขตสุขภาพที่ 10 (7.86 คะแนน)

ประเด็นที่ควรเร่งรัดดำเนินการ

1. เน้นคัดกรองเชิงรุกแบบชี้เป้า โดยเน้นกลุ่มเสี่ยงสูง (วัยทำงาน, ปัญหาครอบครัว)
2. เร่งการเข้าถึงบริการในช่วงวิกฤต (Fast Access 24-72 ชม.) และพัฒนาระบบ Fast track เชื่อม ER / SW. / ชุมชน / อสม.
3. จัดระบบดูแลกลุ่มเสี่ยงรายบุคคลครบทุกเคส (Case Management) ติดตามต่อเนื่อง 6-9 เดือน



ที่มา: ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ กรมสุขภาพจิต (31 มี.ค. 69)

หมายเหตุ: 1. คัดคะแนนเฉพาะเขตสุขภาพที่ 1 - 12
2. เขตสุขภาพที่ 13 ไม่อยู่ในแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข จึงไม่นำมาคำนวณคะแนน

คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขระบบบริการสุขภาพเป็นเลิศ ด้านระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด (Service 5)

ตัวชี้วัดแทน (Proxy Indicator)

ร้อยละของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่ลดลง
เมื่อเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา

ค่าเป้าหมาย - ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 (6 เดือน)



ตัวชี้วัดแทน : **ร้อยละของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่ลดลง เมื่อเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา**
(Proxy Indicator)

ใช้ประเมินพื้นที่



เป้าหมาย รอบที่ 1

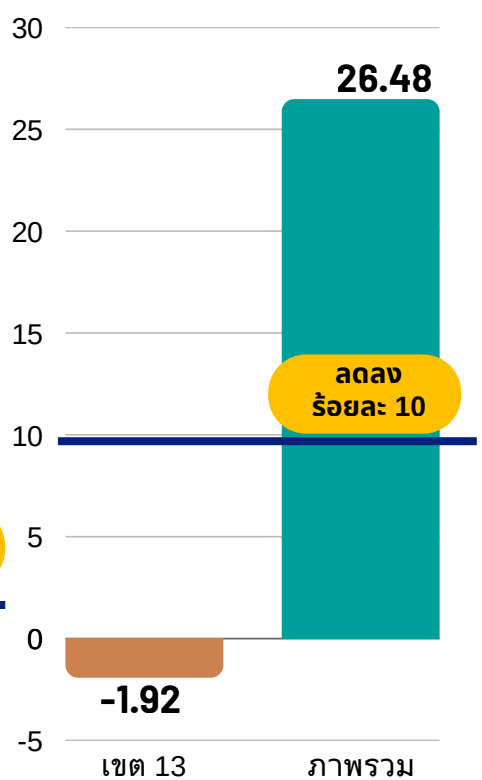
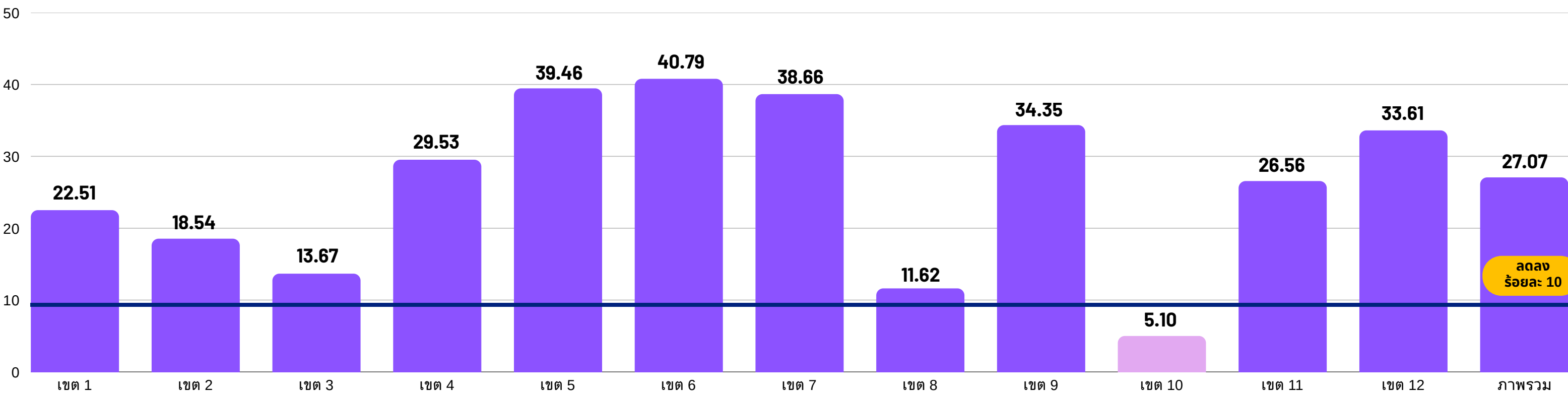
ลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับข้อมูล
ในช่วงเวลาเดียวกันของปีที่ผ่านมา

ผลการดำเนินงานเขต 1-12

ร้อยละ 27.07 ✓

ผลการดำเนินงานภาพรวมประเทศ

ร้อยละ 26.48 ✓



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวมเขต1-12
A	327	145	120	105	112	164	146	175	172	149	141	81	1,837
B	422	178	139	149	185	277	238	198	262	157	192	122	2,519

เขต 13	ภาพรวมประเทศ
53	1,890
52	2,571

โดยที่ A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2569 (แหล่งข้อมูล: สง.506s version 11 กรณีเสียชีวิต)
B = จำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2568 (แหล่งข้อมูล: สง.506s version 11 กรณีเสียชีวิต)

***หมายเหตุฐานข้อมูล**
เขต 1 - 12 = สง.506s
เขต 13 = ใบ มบ. (ต.ค.-ธ.ค.)

การสรุปคะแนนเชิงปริมาณ

ร้อยละของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่ลดลง

เมื่อเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา

(Proxy Indicator)

เขตสุขภาพ	ผู้เสียชีวิต ปี69 (รง.506s) (C)	ผู้เสียชีวิต ปี68 (รง.506s) (D)	ผลการดำเนินงาน ((C-D) / D) x 100
เขต 1	327	422	22.51
เขต 2	145	178	18.54
เขต 3	120	139	13.67
เขต 4	105	149	29.53
เขต 5	112	185	39.46
เขต 6	164	277	40.79
เขต 7	146	238	38.66
เขต 8	175	198	11.62
เขต 9	172	262	34.35
เขต 10	149	157	5.1
เขต 11	141	192	26.56
เขต 12	81	122	33.61
ทั้ง 12 เขต	1,837	2,519	27.07
เขต 13	53	52	-1.92
รวมทั้งประเทศ	1,890	2,571	26.48

*เขตสุขภาพที่ 13 ใช้ฐานข้อมูลจากใบ มบ.

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงปริมาณ

วิธีการประเมินผล : เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

คะแนน	เกณฑ์ผลการดำเนินงาน (ร้อยละที่ลดลง) โดยกำหนดให้ประเมินผลการดำเนินงาน ในรอบ 6 เดือน และรอบ 10 เดือน ลดลงร้อยละเมื่อเทียบกับข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกันของปีที่ผ่านมา
10	ลดลงร้อยละ ≥10
9	ลดลงร้อยละ 9.0 – 9.99
8	ลดลงร้อยละ 8.0 – 8.99
7	ลดลงร้อยละ 7.0 – 7.99
6	ลดลงร้อยละ 6.0 – 6.99
5	ลดลงร้อยละ 5.0 – 5.99
4	ลดลงร้อยละ 4.0 – 4.99
3	ลดลงร้อยละ 3.0 – 3.99
2	ลดลงร้อยละ 2.0 – 2.99
1	ลดลงร้อยละ 1.0 – 1.99

การสรุปคะแนน

ผลงาน ร้อยละ 27.07 = 10 คะแนน

หมายเหตุ:
1. คิดคะแนนเฉพาะเขตสุขภาพที่ 1 - 12
2. เขตสุขภาพที่ 13 ไม่อยู่ในแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข จึงไม่นำมาคำนวณคะแนน

ตัวชี้วัดย่อย (Sub-indicator)

ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการ
ที่มีประสิทธิภาพ

ค่าเป้าหมาย - ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 (6 เดือน)



ตัวชี้วัดย่อย :

ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ (Sub-indicator)

ใช้ประเมินพื้นที่



เป้าหมาย รอบที่ 1

≥ ร้อยละ 35

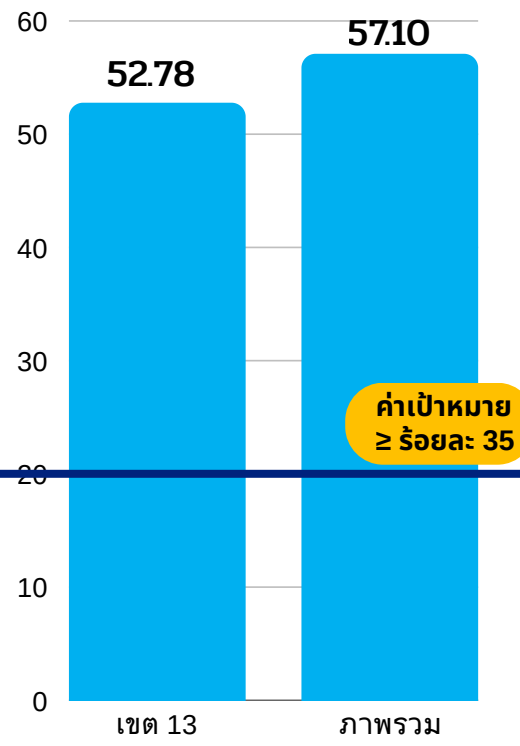
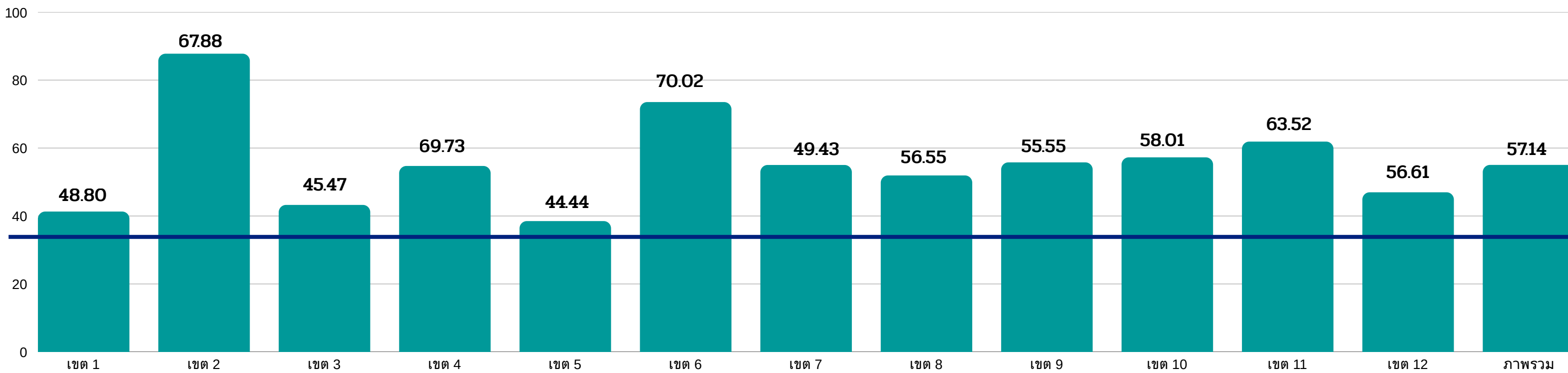
ผลการดำเนินงานเขต 1-12

ร้อยละ 57.14



ผลการดำเนินงานภาพรวมประเทศ

ร้อยละ 57.10



ค่าเป้าหมาย
≥ ร้อยละ 35

	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวมเขต1-12
A	604	505	341	972	631	1,189	477	678	761	442	794	625	8,019
B	1,379	744	750	1,394	1,420	1,698	965	1,199	1,370	762	1,250	1,104	14,035

เขต 13	ภาพรวมประเทศ
57	8,076
108	14,143

โดยที่ A: จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ แหล่งที่มาของข้อมูล* : sv.506s Version 11 (ตุลาคม 2568- 31 มีนาคม 2569)
B: จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด อายุตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่ แหล่งที่มาของข้อมูล* ข้อมูลของคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) (ตุลาคม 67- มิถุนายน 68)

การสรุปคะแนนเชิงปริมาณ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ (Sub-indicator)

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงปริมาณ

วิธีการประเมินผล : เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายย่อย

เขตสุขภาพ	ผู้พยายามฯ เข้าถึงบริการ (รง.506s) (E)	ผู้พยายามฆ่าตัวตาย อายุ 10 ปีขึ้นไป (HDC) (F)	ผลการดำเนินงาน (E / F) x 100
เขต 1	604	1379	43.80
เขต 2	505	744	67.88
เขต 3	341	750	45.47
เขต 4	972	1394	69.73
เขต 5	631	1420	44.44
เขต 6	1189	1698	70.02
เขต 7	477	965	49.43
เขต 8	678	1199	56.55
เขต 9	761	1370	55.55
เขต 10	442	762	58.01
เขต 11	794	1250	63.52
เขต 12	625	1104	56.61
ทั้ง 12 เขต	8,019	14,035	57.14
เขต 13	57	108	52.78
รวมทั้งประเทศ	8,076	14,143	57.10

คะแนน	เกณฑ์ผลการดำเนินงาน 6 เดือน (ณ 31 มีนาคม 2569)	เกณฑ์ผลการดำเนินงาน 10 เดือน (ณ 31 กรกฎาคม 2569)
10	≥ 35	≥ 70
9	33	65
8	31	60
7	29	55
6	27	50
5	25	45
4	23	40
3	21	35
2	19	30
1	≤ 17	≤ 25

การสรุปคะแนน

ผลงาน ร้อยละ 57.14 = 10 คะแนน

หมายเหตุ:

- คิดคะแนนเฉพาะเขตสุขภาพที่ 1 - 12
- เขตสุขภาพที่ 13 ไม่อยู่ในแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข จึงไม่นำมาคำนวณคะแนน



ผลงานเชิงคุณภาพ

- **ด้านผลลัพธ์ (Outcome) : 6 Building Block**
 1. การให้บริการ
 2. กำลังคนที่ให้บริการ
 3. ระบบงานและข้อมูล
- **ด้านผลกระทบ (Impact) : Result Framework**

ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี



การสรุปผลงานเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (Outcome)

เขต สุขภาพ	1.การให้บริการ					2.กำลังคน					3.ระบบงานฯ					คะแนน เฉลี่ย
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
เขต 1				✓					✓					✓		72.30
เขต 2				✓					✓					✓		76.67
เขต 3				✓					✓					✓		67.67
เขต 4				✓					✓					✓		71.88
เขต 5				✓					✓					✓		77.92
เขต 6				✓					✓					✓		75.42
เขต 7					✓				✓					✓		77.08
เขต 8				✓					✓					✓		74.76
เขต 9				✓					✓					✓		79.58
เขต 10				✓					✓					✓		74.00
เขต 11				✓					✓					✓		76.19
เขต 12				✓					✓					✓		74.76
ทั้ง 12 เขต				✓					✓					✓		74.74

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	การแปลผลเชิงคุณภาพ	ระดับการพัฒนา
ระดับ 5 = ดีเยี่ยม (Excellent)	86 – 100	ระบบเฝ้าระวังและป้องกันเชิงรุกมีความยั่งยืน: มีนวัตกรรมหรือระบบ Digital Dashboard ที่เชื่อมโยงข้อมูลแบบ Real-time มีทีม HOPE Task Force ที่ปฏิบัติงานได้ทันทั่วทั้งพื้นที่ และเป็นต้นแบบในการสร้างความร่วมมือข้ามภาคส่วนได้อย่างเป็นระบบ	ยั่งยืน และเป็นต้นแบบ
ระดับ 4 = ดี (Good)	71 – 85	ระบบเฝ้าระวังมีความครอบคลุมและมั่นคง: มีการดำเนินงานตามมาตรการหลักอย่างต่อเนื่อง ทุกพื้นที่ ข้อมูลได้รับการตรวจสอบความถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ และบุคลากรมีสมรรถนะตามมาตรฐาน SOP	พัฒนา อย่างมั่นคง
ระดับ 3 = พอใช้ (Fair)	56 – 70	ระบบดำเนินงานได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน: มีการดำเนินงานตามมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายขั้นพื้นฐานครบถ้วน กลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่ยังมีบางมาตรการที่ต้องพัฒนาให้ต่อเนื่อง	กำลังพัฒนา
ระดับ 2 = ต้องพัฒนา (Developing)	41 – 55	ระบบต้องการการสนับสนุน: มีการดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนดเพียงบางส่วน ระบบข้อมูลหรือการติดตามเยี่ยมบ้านยังไม่ครอบคลุมทุกอำเภอ โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเกินเกณฑ์	ต้องการ การสนับสนุน
ระดับ 1 = ต้องเร่งแก้ไข (Critical)	ต่ำกว่า หรือเท่ากับ 40	ระบบต้องเร่งแก้ไขเร่งด่วน: มีจุดอ่อนสำคัญในกลไกการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยง ระบบรายงานข้อมูลขาดความสมบูรณ์ ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ได้	ต้องการฟื้นฟูระบบ

การสรุปคะแนน

= 74.74 คะแนน

ระดับคุณภาพ = ระดับ 4 ดี (Good)

หมายเหตุ:

- คิดคะแนนเฉพาะเขตสุขภาพที่ 1 - 12
- เขตสุขภาพที่ 13 ไม่อยู่ในแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข จึงไม่นำมาคำนวณคะแนน

สรุปผลงานเชิงคุณภาพ

ด้านผลกระทบ (Impact) ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี

เขตสุขภาพ	4.ประสิทธิภาพของการรักษา					ร้อยละ
	1	2	3	4	5	
เขต 1					✓	93.87
เขต 2					✓	92.87
เขต 3					✓	89.73
เขต 4					✓	93.31
เขต 5					✓	93.82
เขต 6					✓	89.99
เขต 7					✓	90.15
เขต 8					✓	87.32
เขต 9					✓	92.64
เขต 10					✓	90.50
เขต 11					✓	89.17
เขต 12					✓	89.76
ทั้ง 12 เขต					✓	91.23

เกณฑ์ คุณภาพ ระดับ 1 (20 คะแนน)	เกณฑ์ คุณภาพระดับ 2 (40 คะแนน)	เกณฑ์ คุณภาพระดับ 3 (60 คะแนน)	เกณฑ์ คุณภาพระดับ 4 (80คะแนน)	เกณฑ์ คุณภาพ ระดับ 5 (100 คะแนน)
น้อยกว่าร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34	ร้อยละ 35-39	ร้อยละ40-44	≥ ร้อยละ45

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	ความหมายโดยสรุป	ระดับการพัฒนา
ระดับ 5 = ดีเยี่ยม (Excellent)	86 – 100	ดีเยี่ยม: ผลลัพธ์โดดเด่น บรรลุผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืน ระบบเป็นต้นแบบได้	ยั่งยืนและเป็นต้นแบบ
ระดับ 4 = ดี (Good)	71 – 85	ดีมาก: ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมายชัดเจน ครอบคลุมพื้นที่ และมีแนวโน้มการพัฒนาที่มั่นคง	พัฒนาอย่างมั่นคง
ระดับ 3 = พอใช้ (Fair)	56 – 70	ดี: ผลลัพธ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน สามารถควบคุมสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ได้	กำลังพัฒนา
ระดับ 2 = ต้องพัฒนา (Developing)	41 – 55	พอใช้: ผลกระทบเชิงบวกเกิดขึ้นเพียงบางส่วน ระบบยังมีความเสี่ยงต่อการกลับมาทำซ้ำสูง	ต้องการการสนับสนุน
ระดับ 1 = ต้องเร่งแก้ไข (Critical)	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 40	เริ่มต้น: ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ยังไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงเชิงประจักษ์	ต้องการเร่งแก้ไข

การสรุปคะแนน

ร้อยละ 91.23

ระดับคุณภาพ = ระดับ 5 ดีเยี่ยม (Excellence)

หมายเหตุ:

1. คิดคะแนนเฉพาะเขตสุขภาพที่ 1 - 12

2. เขตสุขภาพที่ 13 ไม่อยู่ในแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข จึงไม่นำมาคำนวณคะแนน



สรุปคะแนน

ภาพรวมตัวชี้วัด ภายใต้ประเด็นที่ 2 ระบบบริการสุขภาพเป็นเลิศ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

เขตสุขภาพ	คะแนนเชิงปริมาณ	คะแนนเชิงคุณภาพ		คะแนนรวม
		Outcome	Impact	
เขต 1	7.00	1.08	1.50	9.58
เขต 2	7.00	1.15	1.50	9.65
เขต 3	7.00	1.02	1.50	9.52
เขต 4	7.00	1.08	1.50	9.58
เขต 5	7.00	1.17	1.50	9.67
เขต 6	7.00	1.13	1.50	9.63
เขต 7	7.00	1.16	1.50	9.66
เขต 8	7.00	1.12	1.50	9.62
เขต 9	7.00	1.19	1.50	9.69
เขต 10	5.25	1.11	1.50	7.86
เขต 11	7.00	1.14	1.50	9.64
เขต 12	7.00	1.12	1.50	9.62
ทั้ง 12 เขต	7.00	1.12	1.50	9.62

*สัดส่วน เชิงปริมาณ 70 : เชิงคุณภาพ 30



คะแนนเชิงปริมาณ ภาพรวมประเทศ เขต 1- 12

Proxy Sub

$$10 + 10 \div 2 = 10 \text{ คะแนน}$$

$$10 \times 0.7 = 7$$



คะแนนเชิงคุณภาพ ภาพรวมประเทศ เขต 1 - 12

ด้านผลลัพธ์ (Outcome)

$$74.74 \% > 74.74 \div 10 \times 0.15 = 1.12$$

ด้านผลกระทบ (Impact)

$$100 \% > 100 \div 10 \times 0.15 = 1.50$$

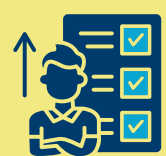


คะแนนรวมเชิงปริมาณ +เชิงคุณภาพ ภาพรวมประเทศ

$$7 + 1.12 + 1.50 = 9.62$$

*เขตสุขภาพที่ 13 ไม่อยู่ในแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข จึงไม่นำมาคำนวณคะแนน

วิเคราะห์ภาพรวมประเด็น จุดแข็ง/จุดอ่อน/สิ่งที่ควรพัฒนา และมุ่งเน้นในการตรวจราชการรอบที่ 2



จุดแข็ง

- มีระบบติดตามต่อเนื่องรายบุคคล
- ใช้ข้อมูลจริง (Real-Time Dashboard) ในการชี้เป้าและตัดสินใจ
- เครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง (อสม.-อปท./โรงเรียน/ศาสนา)
- มีนวัตกรรมช่วยเพิ่มการเข้าถึง (Telehealth/ App / Home Ward)
- การบูรณาการหลายภาคส่วน



จุดอ่อน

- ระบบข้อมูลไม่เชื่อมโยง (HDC, 506s, มรณบัตร) และการลงรหัส ICD-10 ไม่ถูกต้อง
- ขาดการวิเคราะห์สาเหตุเชิงลึกรายพื้นที่
- กลุ่มเสี่ยงหลุดจากระบบ
- ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง
- การกำกับมาตรฐาน 7 กิจกรรมหลักไม่ครบทุกพื้นที่



สิ่งที่ควรพัฒนา

- พัฒนาระบบข้อมูลกลาง (HDC, รง.506s, ฯลฯ) ให้เชื่อมโยงกัน
- กำหนด Death Audit 100% ในพื้นที่เสี่ยง (Red zone)
- ขยาย Telepsychiatry ในพื้นที่ขาดแคลนบุคลากร
- ลดความเหลื่อมล้ำด้วย Mobile outreach, บริการที่สอดคล้องกับพื้นที่
- ขยายผล Best Practice เป็นมาตรฐานประเทศ
- พัฒนาบุคลากร/เสริมศักยภาพเครือข่ายชุมชนเป็นพี่เลี้ยง (Consultant)

ข้อมูล Back Up



ข้อมูล

เปรียบเทียบผลงานตัวชี้วัด “อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ” ย้อนหลัง 3 ปี (2567 -2569) ระหว่างข้อมูลใบมรณบัตร (มบ.) และ รง.506ร



เป้าหมาย รอบที่ 1

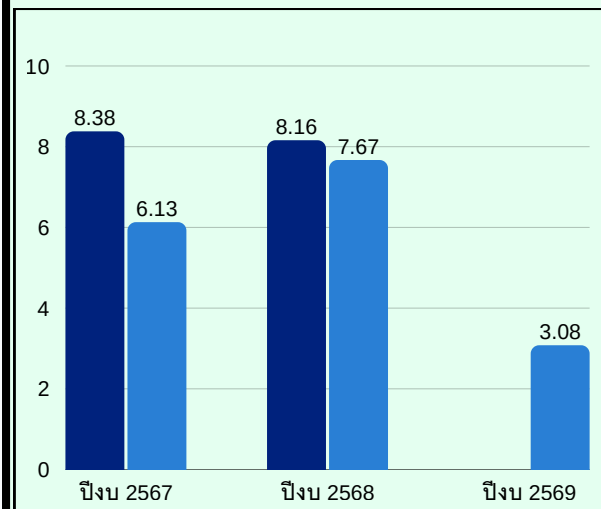
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
ไม่เกิน 5.0 ต่อประชากรแสนคน

ผลการดำเนินงานภาพรวม

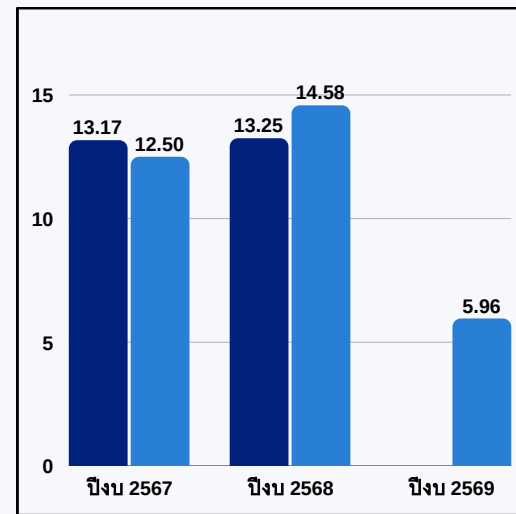
จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1,837 คน
อัตรา 3.08 ต่อประชากรแสนคน



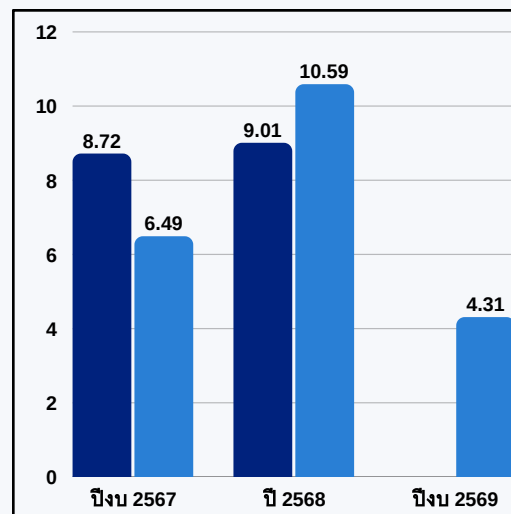
ภาพรวม 12 เขตสุขภาพ



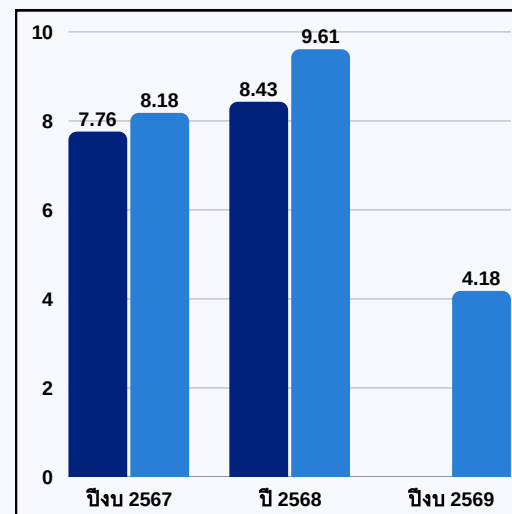
แหล่งข้อมูล	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569 (รอบ 6 เดือน)
มบ. (N)	5,001	4,150	-
รง.506 (N)	3,656	4,575	1,837



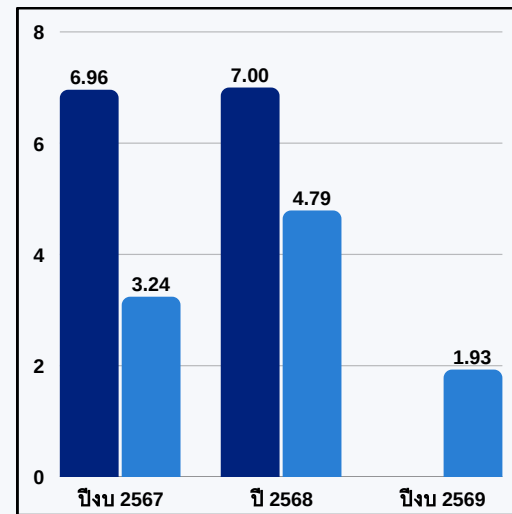
เขต 1



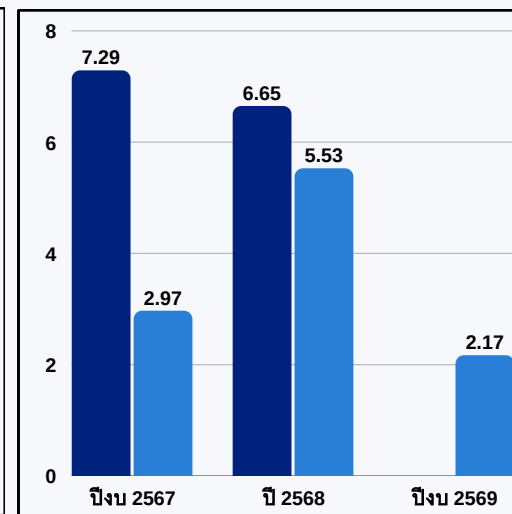
เขต 2



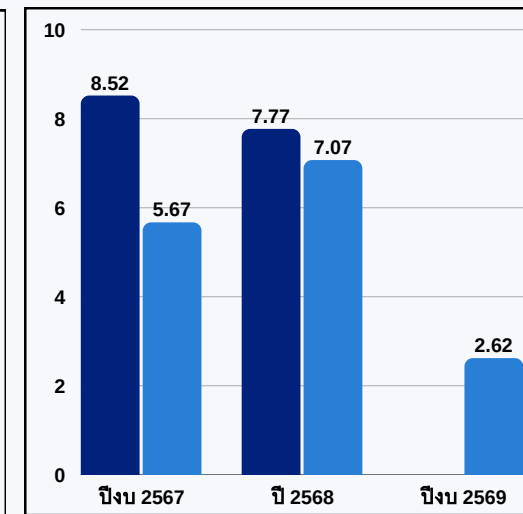
เขต 3



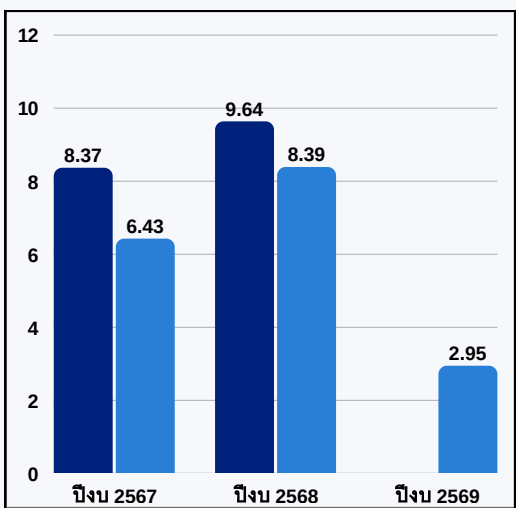
เขต 4



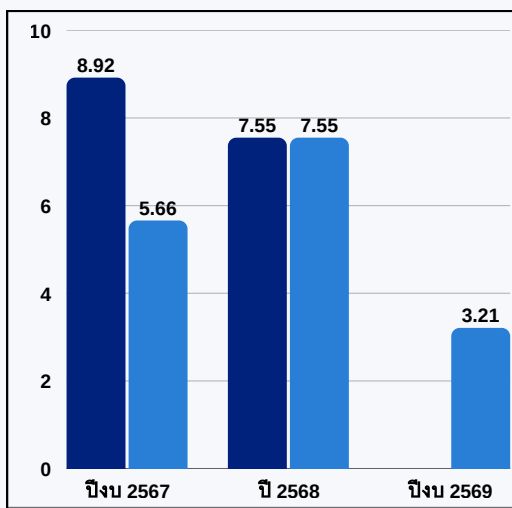
เขต 5



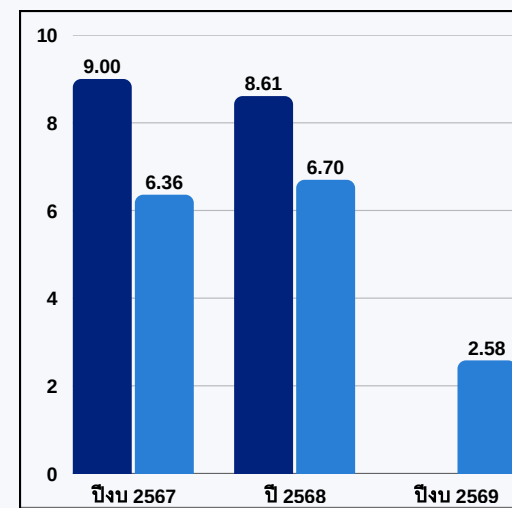
เขต 6



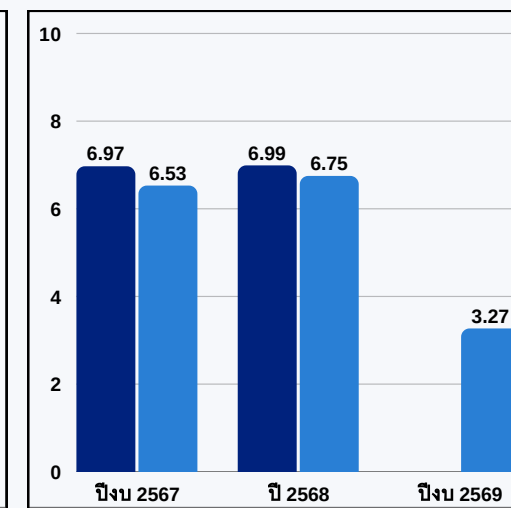
เขต 7



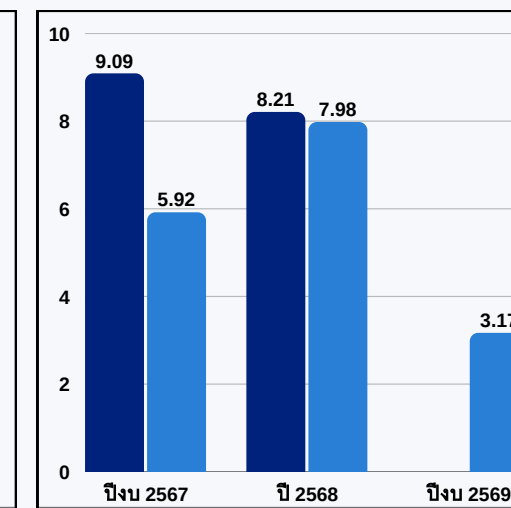
เขต 8



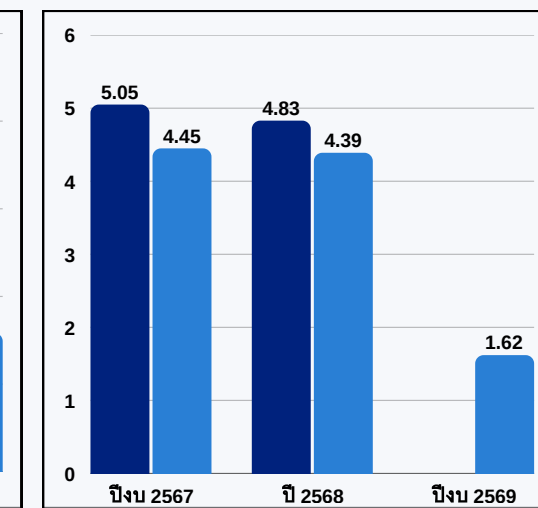
เขต 9



เขต 10



เขต 11



เขต 12

■ มบ. ■ รง.506ร

แหล่งที่มา : 1. ใบมรณบัตร มหาดไทย รวบรวมโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567-2568 *หมายเหตุ: ยังไม่มีข้อมูล มบ. ปีงบประมาณ 2569 รอบ 6 เดือน

2. รายงานการสอบสวนกรณีฆ่าตัวตาย รง.506s Version 11 ปีงบประมาณ 2567-2569 (ต.ค.68-มี.ค.69)

3. ประชากรกลางปี 2567 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข *ปีงบประมาณ 2569 ใช้ประชากรกลางปี 2567 เนื่องจาก ปี 2568 ยังไม่มีการประกาศอย่างเป็นทางการ ณ ช่วงเวลาที่จัดทำรายงาน รอบ 6 เดือน

เหตุปัจจัยและวิธีการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - มี.ค.69)

Common risk factors

- 1. ติดสารเสพติด 21.8%
- 2. ป่วยโรคจิตเวช 19.3%
(จิตเภท 7.4%, ซึมเศร้า 7.0%, วิตกกังวล 1.3%)
- 3. ป่วยโรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 18.8%
(อัมพาต 3.1%, มะเร็ง 2.5%), ปวดเรื้อรัง 2.1%)
- 4. ติดสุรา 14.8%
- 5. เคยทำร้ายตัวเอง 10.9%
- 6. คนในครอบครัวเคยฆ่าตัวตาย 5.0%
- 7. Childhood Trauma 2.1%

- 1. ป่วยโรคจิตเวช 34.0 %
(ซึมเศร้า 27.5%, จิตเภท 2.5%, วิตกกังวล 1.5%)
- 2. เคยทำร้ายตัวเอง 17.7 %
- 3. ติดสารเสพติด 6.8%
- 4. Childhood Trauma 7.4%
- 5. ป่วยโรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 3.5 %
(HIV 0.4 %, ปวดเรื้อรัง 0.4%, มะเร็ง 0.3%)
- 6. ติดสุรา 2.9 %
- 7. คนในครอบครัวเคยฆ่าตัวตาย 1.7%

Common precipitating

- 1. วิกฤติชีวิต 64.4%
- 2. ฤทธิ์สารเสพติด 17.9%
(ยาบ้า 9.6%, กัญชา 1.8%)
- 3. อาการทางจิตกำเริบ 16.7%
(หวาดผยา 3.8%, รักษาไม่ต่อเนื่อง 2.9%)
- 4. ทราบข่าวฆ่าตัวตาย 1.5%

- 1. วิกฤติชีวิต 72.5%
- 2. อาการทางจิตกำเริบ 20.1%
(หวาดผยา 3.4 %, รักษาไม่ต่อเนื่อง 1.2%)
- 3. ฤทธิ์สารเสพติด 5.1%
(ยาบ้า 2.5%, กัญชา 0.4%)
- 4. ทราบข่าวฆ่าตัวตาย 0.9%

Barriers

- การควบคุมป้องกันการเข้าถึงสารพิษวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตายในครอบครัวหรือในพื้นที่
มีและเข้มแข็ง 1.9 %
- การปิดกั้นหรือเฝ้าระวังป้องกันการสถานที่คนใช้ฆ่าตัวตายในพื้นที่
มีและเข้มแข็ง 2.1 %

- การควบคุมป้องกันการเข้าถึงสารพิษวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตายในครอบครัวหรือในพื้นที่
มีและเข้มแข็ง 1.1%
- การปิดกั้นหรือเฝ้าระวังป้องกันการสถานที่คนใช้ฆ่าตัวตายในพื้นที่
มีและเข้มแข็ง 2.7 %

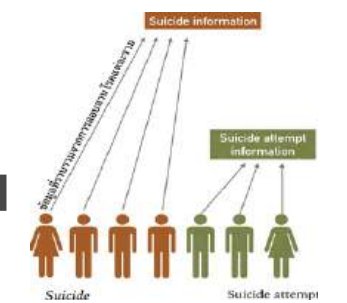
ข้อมูลทั่วไป	Suicide	Suicide attempt
เพศ	ชาย 80.2%	หญิง 74.6%
สถานภาพสมรส	คู่ 42.7%	โสด 62.4%
อาชีพ	รับจ้าง 28.5%	นักเรียน/นักศึกษา 30.4%
วิธีการที่ใช้	1. ผูกคอ 83.2% 2. ใช้ปืน 4.7% 3. ใช้สารพิษ เช่น น้ำยาล้างห้องน้ำ ยาฆ่าหญ้า/แมลง 4.5%	1. กินยาเกินขนาด 62.8% (Paracetamol, Clonazepam, sertraline) 2. ใช้สารพิษ เช่น น้ำยาล้างห้องน้ำ ยาฆ่าหญ้า/แมลง 14.8% 3. ใช้ของมีคม ของแข็ง 11.8%

Protective factors	Suicide	Suicide attempt
1. ความเข้มแข็งของความเชื่อทางศาสนา	มาก 14.4 %	มาก 8.4 %
2. ชุมชนเข้มแข็ง	มาก 24.7 %	มาก 10.9 %
3. ครอบครัวอบอุ่น	มาก 24.2 %	มาก 13.4 %
4. กลุ่มเพื่อนดี	มาก 14.9 %	มาก 9.7 %
5. ความสามารถในการแก้ปัญหา	มาก 4.2 %	มาก 2.9 %
6. การเข้าถึงบริการสุขภาพ	มาก 26.3 %	มาก 24.7 %

การเฝ้าระวัง พบสัญญาณเตือน

suicide (N= 810)	suicide attempt (N= 1,702)
44.5 % - คำพูด 36.2 % - พฤติกรรม 8.8 % - เขียน 4.0 %	21.1 % - พฤติกรรม 10.3 % - คำพูด 9.6 % - เขียน 1.4 %

Suicide N = 1,837
Suicide attempt N= 8,019



Suicide

Suicide Attempt

AGE SPECIFIC SUICIDE RATE AND SUICIDAL ATTEMPT RATE ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - มี.ค.69)

- Crude Suicide rate = 3.08 per 100,000 population
 - Age standardized suicide rate = 2.35 per 100,000
- Crude suicide attempt rate = 13.44 per 100,000 population

กลุ่มอายุ	จำนวนประชากร กลางปี (คน)	จำนวนผู้ฆ่าตัวตาย (คน)	Age Specific rate (per 100,000 persons)	Age Standardized rate (per 100,000)	จำนวนผู้พยายาม ฆ่าตัวตาย (คน)	Age Specific rate (per 100,000 persons)	Standard Population WHO
เด็กปฐมวัย (0 - 4 ปี)	2,603,428	-	-	-	-	-	0.0886
เด็กวัยเรียน (5 - 14 ปี)	7,159,045	13	0.18	0.03	770	10.75	0.1729
วัยรุ่น / นักศึกษา (15 - 19 ปี)	3,970,598	46	1.15	0.09	2,442	61.50	0.0847
วัยทำงาน (20 - 59 ปี)	38,100,523	1,267	3.32	1.77	4340	11.39	0.5346
วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	13,173,832	511	3.87	0.46	467	3.54	0.1192
รวม 12 เขตสุขภาพ	59,645,227	1,837	3.08	2.35	8,019	13.44	1

1. ประชากรกลางปี 2567 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข
2. ข้อมูลจากรายงานการสอบสวนฯ (สจ.506S V.11) ปีงบประมาณ 2569 (ตุลาคม 2568- มีนาคม 2569)
3. WHO World standard population Distrilbution (%) base on world average population between 2000-2025, Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD et al. AGE STANDARDIZATION OF RATES: A NEW WHO STANDARD. World Health Organization 2001.
4.ข้อมูลรหัส X60-84 จากคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) ก.สาธารณสุขปีงบประมาณ 2569 (ตุลาคม 2568- มีนาคม 2569)

ตัวชี้วัด Monitor

ประเด็นที่ 2 ระบบบริการสุขภาพเป็นเลิศ (Service Excellence) Service 5: ระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด

ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดก่อความรุนแรง
(SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อ
เนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

โดย

ดร.นายแพทย์นพพร ตันติรังสี

ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต



ตัวชี้วัด Monitor

ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการ ได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผลเชิงปริมาณ (ค่าเป้าหมาย)

6 เดือน

9 เดือน

12 เดือน

ร้อยละ 35 การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย
โรคจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง
ต่อการก่อความรุนแรง

ร้อยละ 37 การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย
โรคจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง
ต่อการก่อความรุนแรง

ร้อยละ 40 การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย
โรคจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง
ต่อการก่อความรุนแรง

ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด
ก่อความรุนแรง(SMI-V) ในเขตสุขภาพ
เข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่อง
และไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด
ก่อความรุนแรง(SMI-V) ในเขตสุขภาพ
เข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่อง
และไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

ตัวชี้วัด Monitor

ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการ ได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ (6 Building Blocks)

เกณฑ์การประเมินผล เชิงคุณภาพ	ระดับ 1 (0-40 คะแนน)	ระดับ 2 (41-55 คะแนน)	ระดับ 3 (56-70 คะแนน)	ระดับ 4 (71-85 คะแนน)	ระดับ 5 (86-100 คะแนน)
ด้านผลลัพธ์ • เฝ้าระวังคัดกรอง ด้วย V-SCAN ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป (5สัญญาณเตือน) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ	ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน SMI-V ให้หน่วยงาน ในเขตสุขภาพ	ประชาชนได้รับการเฝ้าระวัง/คัดกรอง ด้วย V-SCAN ในเขตสุขภาพ			
		> ร้อยละ 10	> ร้อยละ 20	> ร้อยละ 30	> ร้อยละ 40
ด้านผลกระทบ • การเข้าถึงบริการ	ออกแบบ TEMPLATE กลาง เพื่อให้ข้อมูลแสดง หน้า DASHBOARD กระทรวงสาธารณสุข	ข้อมูลแสดง หน้า DASHBOARD กระทรวงสาธารณสุข	การเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง		
			> ร้อยละ 30	> ร้อยละ 35	> ร้อยละ 40

ตัวชี้วัด Monitor

การเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดก่อความรุนแรง พ.ศ. 2569

ประชากรกลางปี 2566 (15-60 ปี)

42,825,214

ประมาณการณจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรง

1,871,462

ประมาณการณจำนวนผู้ป่วย SMI-V

223,078

เป้าหมายการดำเนินงานรอบ 6 เดือน

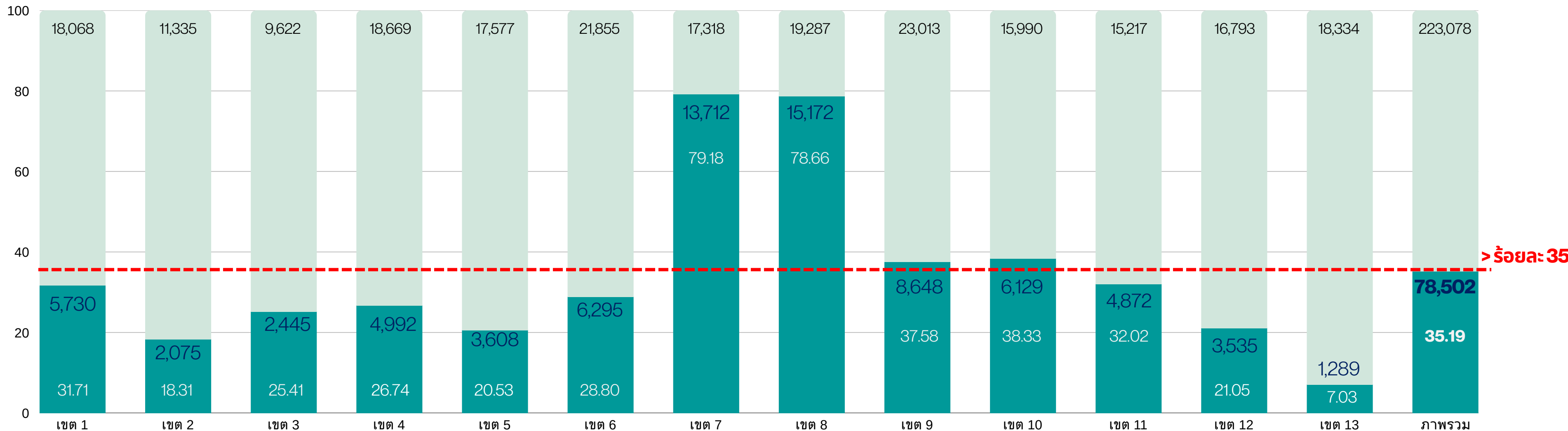
> ร้อยละ 35 (66,923)

ผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน

> ร้อยละ 35.19 (78,502 คน)

ร้อยละการเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวช SMI-V

ประมาณการณจำนวนผู้ป่วยจิตเวช SMI-V



Estimate SMI= (4.37/100) x ประชากรกลางปี 2566 (15 - 60 ปี). (*Prevalence : Schizophrenia 0.78 / Bipolar 0.06 / Major depressive 2.28 / Drug dependence 1.25 จากผลระบาศดวิทยาสุขภาพจิต 2566)

Estimate SMI-V = (11.92 / 100) x Estimate SMI. (ข้อมูลสะสม SMI เทียบ SMI-V สวจ.ขอนแก่น 1 ต.ค. 64 - 31 พ.ค. 66 = 11.92%)

ข้อมูล : Health Data Center 31 มีนาคม 2569



ตัวชี้วัด Monitor

ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

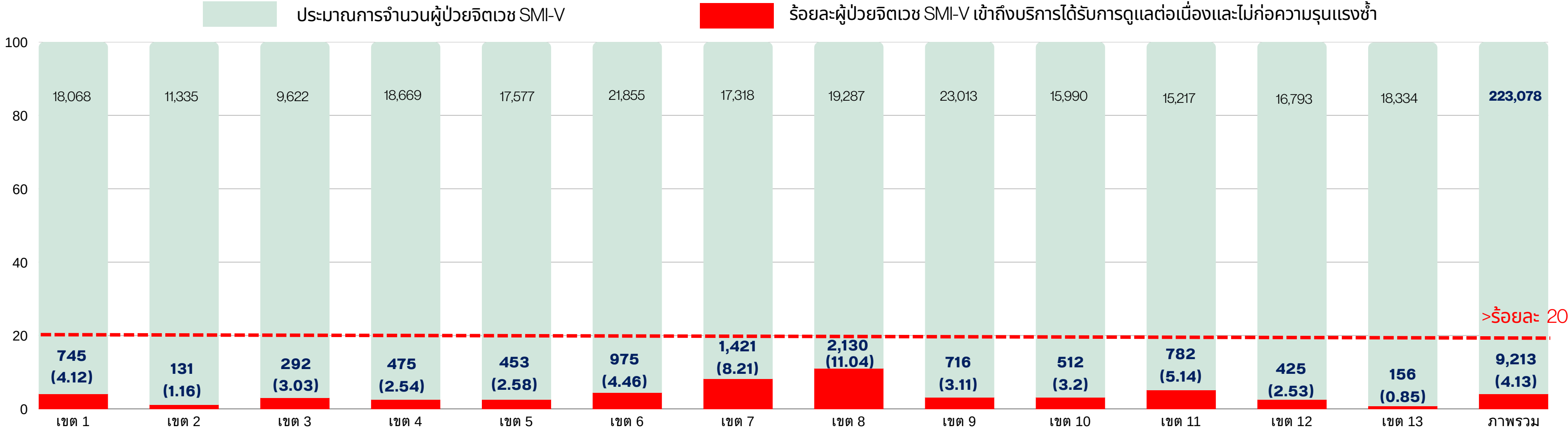
ประชากรกลางปี 2566 (15-60 ปี)
42,825,214

ประมาณการจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรง
1,871,462

ประมาณการจำนวนผู้ป่วย SMI-V
223,078

เป้าหมายการดำเนินงานรอบ 6 เดือน
> ร้อยละ 20 (44,615 คน)

ผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน
> ร้อยละ 4.13 (9,213 คน)



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	ภาพรวม
A	1,185	280	532	950	772	1,681	2,292	4,018	1,374	929	1,283	852	276	16,424
B	745	131	292	475	453	975	1,421	2,130	716	512	782	425	156	9,213
c	18,068	11,335	9,622	18,669	17,577	21,855	17,318	19,287	23,013	15,990	15,217	16,793	18,334	223,078

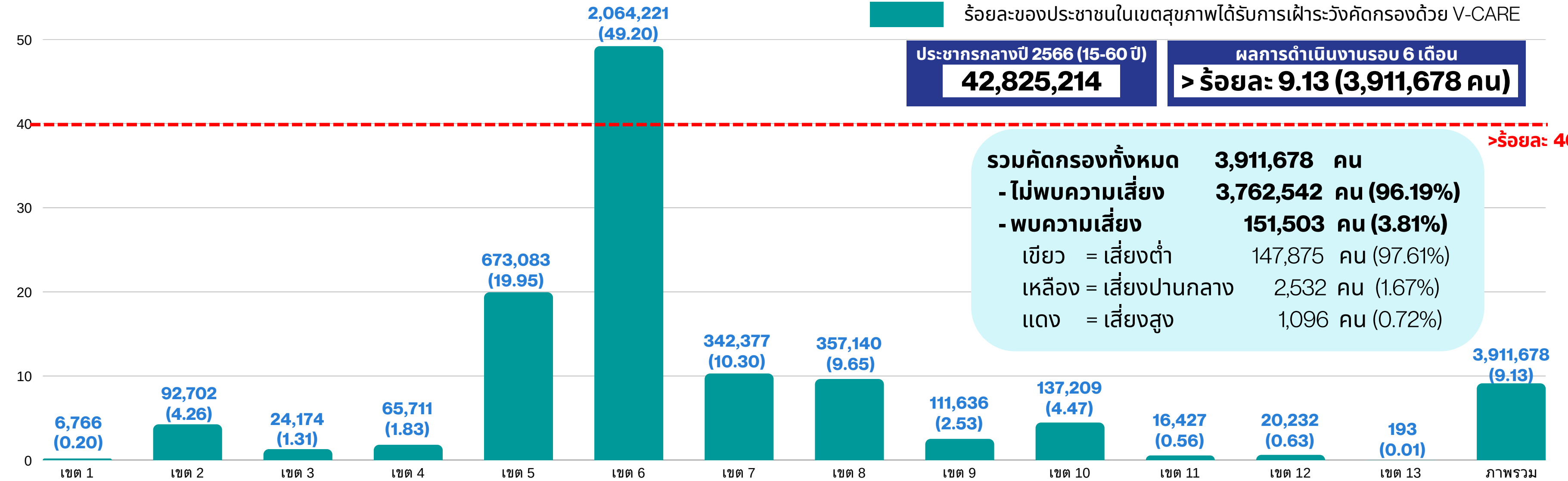
โดยที่ A = ผู้ป่วย (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่อง 1 ครั้ง และไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ
B = ผู้ป่วย (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ครั้ง และไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ
C = ประมาณการผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเทียบกับประชากรปีก่อนหน้า ปีงบประมาณปัจจุบันย้อนหลัง 2 ปี (ฐานประชากรกลางปี 2566)

ข้อมูล ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ณ วันที่ 31 มีนาคม 2569



ตัวชี้วัด Monitor

ร้อยละของประชาชนในเขตสุขภาพที่ได้รับการเฝ้าระวังคัดกรองด้วย V-CARE



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	ภาพรวม
A	6,766	92,702	24,174	65,711	673,083	2,064,221	342,377	357,140	111,636	137,209	16,427	20,232	193	3,911,678
B	39	40	7	57	24	8	12	554	240	78	13	24	-	1,096
	30	91	18	82	124	40	24	1,250	606	158	52	57	-	2,532
	319	2,616	10,137	2,022	5,094	4,096	612	16,359	60,622	42,899	1,722	1,377	-	147,875
c	3,468,659	2,175,954	1,847,189	3,583,995	3,374,247	4,195,508	3,324,629	3,702,629	4,417,846	3,069,654	2,921,319	3,223,786	3,519,713	42,825,214

โดยที่ A = ประชาชนที่ได้รับการคัดกรองด้วย V-CARE (5 สัญญาณเตือน)
B = ประชาชนที่พบความเสี่ยง (เขียว-เหลือง-แดง)
C = ประชากรกลางปี 2566 อายุ 15-60 ปี

การแปลผล
เขียว = “มี 5 สัญญาณเตือนอย่างน้อย 1 ข้อ” และ/หรือ “มีประวัติป่วยด้านจิตเวช” และ/หรือ “มีประวัติการใช้สารเสพติด ใน 1 เดือนที่ผ่านมา
เหลือง = “มี 5 สัญญาณเตือนอย่างน้อย 1 ข้อ” และ/หรือ “มีประวัติป่วยด้านจิตเวช” และ/หรือ “มีประวัติการใช้สารเสพติด ใน 1 เดือนที่ผ่านมา และมี OAS 1-2 คะแนน
แดง = “มี 5 สัญญาณเตือนอย่างน้อย 1 ข้อ” และ/หรือ “มีประวัติป่วยด้านจิตเวช” และ/หรือ “มีประวัติการใช้สารเสพติด ใน 1 เดือนที่ผ่านมา และมี OAS 3 คะแนน

ที่มา: Application V-CARE
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา
วันที่ 1 ต.ค.68 - 28 เมษายน 2569

วิเคราะห์ภาพรวมประเด็น จุดแข็ง/จุดอ่อน/สิ่งที่ควรพัฒนา และมุ่งเน้นในการตรวจราชการรอบที่ 2



จุดแข็ง

- ภาวะผู้นำและนโยบายที่ชัดเจน โดยผู้ว่าราชการกำหนดเป็นนโยบายหลัก พร้อมติดตามการดำเนินงานผ่าน War Room
- นวัตกรรมและโมเดลการดูแล เฉพาะจังหวัด เช่น พิษณุโลก มีระบบ **Dashboard Phitsanulok Safecare** รายงานข้อมูลแบบ Real-time สำหรับการติดตาม ผู้ป่วยกลุ่ม (SMI-V)
- เครื่อง่ายชุมชนเข้มแข็ง



จุดอ่อน

- ระบบข้อมูลยังขาดการเชื่อมโยง บันทึกรข้อมูลหลายระบบ (HOSxp, V-CARE, บสศ, HDC)
- การค้นหาคัดกรอง (V-CARE คัดกรอง) ในชุมชนยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกลหรือกลุ่มชาติพันธุ์
- ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและภูมิศาสตร์ **ขาดจิตแพทย์ พยาบาลเฉพาะทาง**
- ข้อจำกัดด้านระยะทาง ส่งผลต่อการ เข้ารับการรักษาต่อเนื่อง เช่น เวต1 (แพร่)/ เวต2 (ตาก)



สิ่งที่ควรพัฒนา

- ตรวจสอบคุณภาพและความสมบูรณ์ **ของข้อมูล** เพื่อนำข้อมูลเข้าระบบ HDC
- การติดตามผู้ป่วย **SMI-V ที่ขาดนัด** เข้าสู่ระบบการรักษา เพื่อป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำ
- พัฒนาระบบติดตามทางไกล สนับสนุนการใช้ **Telepsychiatry** ร่วมกับเครื่อง่ายชุมชนในการติดตาม Case SMI-V ที่ขาดนัดหรือขาดยา
- เสริมสร้างความรอบรู้เพื่อป้องกัน **เหตุความรุนแรงในชุมชน** พัฒนา ศักยภาพญาติ หรือผู้ดูแลในการ สังเกตสัญญาณเตือน

3.2.2 ตัวชี้วัดตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตร่วมดำเนินการ

ประเด็นที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ
ด้านที่ 1 ป้องกันควบคุมโรค (PP & P 1)

ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการ
พัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

โดย

แพทย์หญิงปรารดนา ชีวีวัฒน์
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สถาบันราชานุกูล



ตัวชี้วัด: ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

เป้าหมาย รอบที่ 1

เขต 1- 12 ร้อยละ 18
เขต 13 ร้อยละ 5

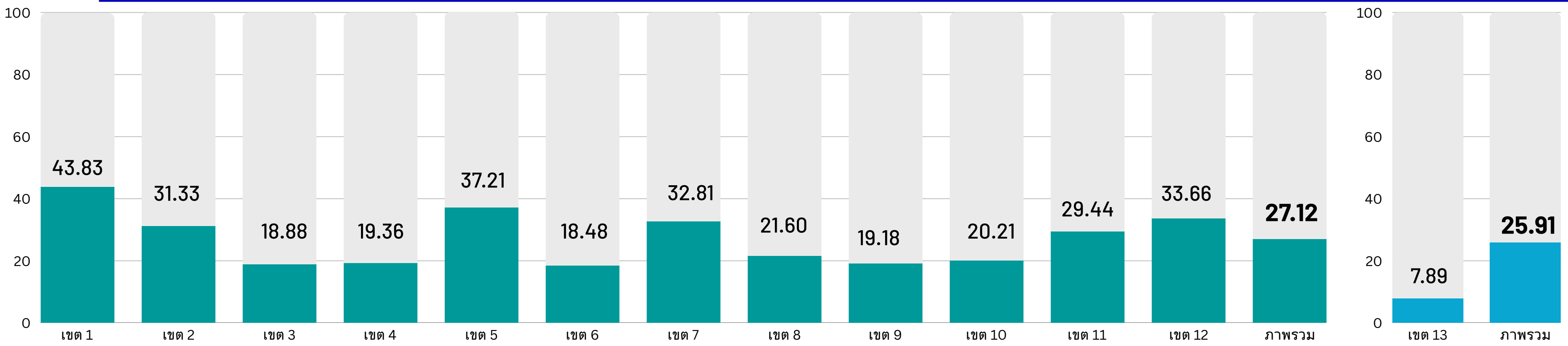
ผลการดำเนินงานภาพรวม เขต 1 - 12

ร้อยละ 27.12



ผลการดำเนินงานภาพรวมประเทศ

ร้อยละ 25.91



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ภาพรวม 1-12	เขต 13	ภาพรวมประเทศ
A	21,483	10,088	4,678	9,441	17,789	12,169	14,036	11,060	12,085	9,168	14,132	23,486	159,615	3,123	162,738
B	49,011	32,203	24,774	48,771	47,810	65,853	42,785	51,206	62,999	45,354	47,999	69,768	588,533	39,595	628,128

โดยที่ A : จำนวนเด็กปฐมวัยอายุ 0 – 5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าที่เข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน (สะสม) ในเขตสุขภาพ ข้อมูล ณ วันที่ 3 เม.ย. 2569
B : จำนวนเด็กปฐมวัยอายุ 0 – 5 ปี เขตสุขภาพ x ความชุก (21.7%)

** เขตสุขภาพที่ 13 มีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานสังกัดนอกกระทรวงสาธารณสุขหลายหน่วยงาน ส่วนหนึ่งยังไม่มี การส่งข้อมูลในระบบ HDC การดำเนินงานค่อนข้างยุ่งยาก ชับซ้อน จึงกำหนดค่าเป้าหมายที่ต่ำกว่าเขตสุขภาพที่ 1 - 12

หมายเหตุ:
1. คิดคะแนนเฉพาะเขตสุขภาพที่ 1 - 12
2. เขตสุขภาพที่ 13 ไม่อยู่ในแผนการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข จึงไม่นำมาคำนวณคะแนน



การสรุปคะแนนเชิงปริมาณ

ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

เขตสุขภาพ	จำนวนเด็กปฐมวัยอายุ 0 – 5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าที่เข้าถึงบริการ พัฒนาการและ สุขภาพจิตที่ได้ มาตรฐาน (สะสม) ในเขตสุขภาพ	จำนวนเด็กปฐมวัยอายุ 0 – 5 ปี เขตสุขภาพ x ความชุก (21.7%)	ผลการดำเนินงาน (A / B) x 100
เขต 1	21,483	49,011	43.83
เขต 2	10,088	32,203	31.33
เขต 3	4,678	24,774	18.88
เขต 4	9,441	48,771	19.36
เขต 5	17,789	47,810	37.21
เขต 6	12,169	65,853	18.48
เขต 7	14,036	42,785	32.81
เขต 8	11,060	51,206	21.60
เขต 9	12,085	62,999	19.18
เขต 10	9,168	45,354	20.21
เขต 11	14,132	47,999	29.44
เขต 12	23,486	69,768	33.66
ทั้ง 12 เขต	159,615	588,533	27.12
เขต 13	3,123	39,595	7.89
ภาพรวมประเทศ	162,738	628,128	25.91

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงปริมาณ

วิธีการประเมินผล : เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายย่อย

คะแนน	เกณฑ์ผลการดำเนินงาน	
	รอบ 6 เดือน	รอบ 10 เดือน
10	ร้อยละ 18	ร้อยละ 30
9	ร้อยละ 17	ร้อยละ 29
8	ร้อยละ 16	ร้อยละ 28
7	ร้อยละ 15	ร้อยละ 27
6	ร้อยละ 14	ร้อยละ 26
5	ร้อยละ 13	ร้อยละ 25
4	ร้อยละ 12	ร้อยละ 24
3	ร้อยละ 11	ร้อยละ 23
2	ร้อยละ 10	ร้อยละ 22
1	ร้อยละ 9	ร้อยละ 19-21

การแปลผล

ผลงาน ร้อยละ 27.12 = 10 คะแนน

หมายเหตุ:

- คิดคะแนนเฉพาะเขตสุขภาพที่ 1 - 12
- เขตสุขภาพที่ 13 ไม่อยู่ในแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
จึงไม่นำมาคำนวณคะแนน

การสรุปผลงานเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (Outcome)

เขต สุขภาพ	1.การให้บริการ					2.กำลังคน					3.ระบบงานฯ					4. ภาวะผู้นำ					คะแนนเฉลี่ย
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5						
เขต 1				✓				✓					✓					✓			70.03
เขต 2			✓					✓					✓					✓			60.65
เขต 3				✓				✓					✓					✓			64.88
เขต 4				✓						✓			✓			✓					77.97
เขต 5					✓					✓			✓		✓						74.95
เขต 6					✓				✓					✓		✓					78.12
เขต 7					✓				✓					✓					✓		85.03
เขต 8					✓					✓				✓					✓		86.54
เขต 9			✓					✓					✓					✓			62.8
เขต 10					✓					✓				✓					✓		90.3
เขต 11				✓					✓					✓				✓			80.9
เขต 12				✓					✓					✓					✓		78.61
ทั้ง 12 เขต				✓					✓					✓				✓			75.87

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	การแปลผลเชิงคุณภาพ	ระดับการพัฒนา
ระดับ 5 = ดีเยี่ยม (Excellent)	86 – 100	ระบบบริการสุขภาพดีเยี่ยม เป็นแบบอย่างที่ดี ปรับปรุงต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ	ยั่งยืนและเป็นต้นแบบ
ระดับ 4 = ดี (Good)	71 – 85	ระบบบริการสุขภาพ มีความมั่นคง ครอบคลุม และมีการพัฒนาต่อเนื่อง	พัฒนาอย่างมั่นคง
ระดับ 3 = พอใช้ (Fair)	56 – 70	ระบบบริการสุขภาพดำเนินการได้ตามมาตรฐานพื้นฐาน มีบางส่วนต้องปรับปรุง	กำลังพัฒนา
ระดับ 2 = ต้องพัฒนา (Developing)	41 – 55	ระบบบริการสุขภาพ ไม่มั่นคง ต้องเร่งปรับปรุงในหลายองค์ประกอบ	ต้องการการสนับสนุน
ระดับ 1 = ต้องเร่งแก้ไข (Critical)	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 40	ระบบบริการสุขภาพ มีจุดอ่อนสำคัญ ต้องดำเนินการแก้ไขเร่งด่วน	ต้องการฟื้นฟูระบบ



การแปลผลเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์

= 75.87 คะแนน

 ระดับคุณภาพ = ระดับ 4 ดี (Good)

หมายเหตุ:

- คิดคะแนนเฉพาะเขตสุขภาพที่ 1 - 12
- เขตสุขภาพที่ 13 ไม่อยู่ในแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข จึงไม่นำมาคำนวณคะแนน

ตัวชี้วัดที่ 3 : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการ



วิเคราะห์ข้อมูล/ผลการดำเนินงาน

หมายเหตุ : คะแนนเต็ม 10 คะแนน

3 อันดับเขตสุขภาพ ที่มีผลการดำเนินงานดีที่สุด



1. เขตสุขภาพที่ 10 (9.71 คะแนน)
2. เขตสุขภาพที่ 7 (9.55 คะแนน)
3. เขตสุขภาพที่ 11 (9.43 คะแนน)

ประเด็นที่ทำได้ดี

1. ขับเคลื่อนงานเด็กให้เป็นวาระระดับจังหวัด (ผ่าน MCH Board และ PI-RAB Model) พร้อมทั้งกำหนด Joint KPI เพื่อของบประมาณสนับสนุนจากอปท. และขับเคลื่อนการทำงานร่วมกัน
2. มีการตั้งทีมดูแลระดับชุมชน หรือเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง (CFCT) ทุกตำบล มีนวัตกรรมเด่น เช่น ดึงข้อมูลเด็กขาดนัดมาทำ "บัตรเชิญตรวจคัดกรอง" ให้ อสม. ติดตามตัวเด็กถึงบ้าน ช่วยแก้ปัญหาเด็กหลุดจากระบบได้
3. ระบบบริการไร้รอยต่อในระดับพื้นที่ เพื่อลดความแออัดด้วยการกระจายคลินิกเฉพาะทาง
 - จัดทีม รพ.สต., จัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่, และใช้ระบบ Tele-consultation
 - จัดทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอเพื่อสอนงานและตรวจสอบความถูกต้องของการลงรหัส (เช่น ICD-9, ICD-10, TEDA4I)

3 อันดับเขตสุขภาพ ที่ควรเร่งดำเนินการ

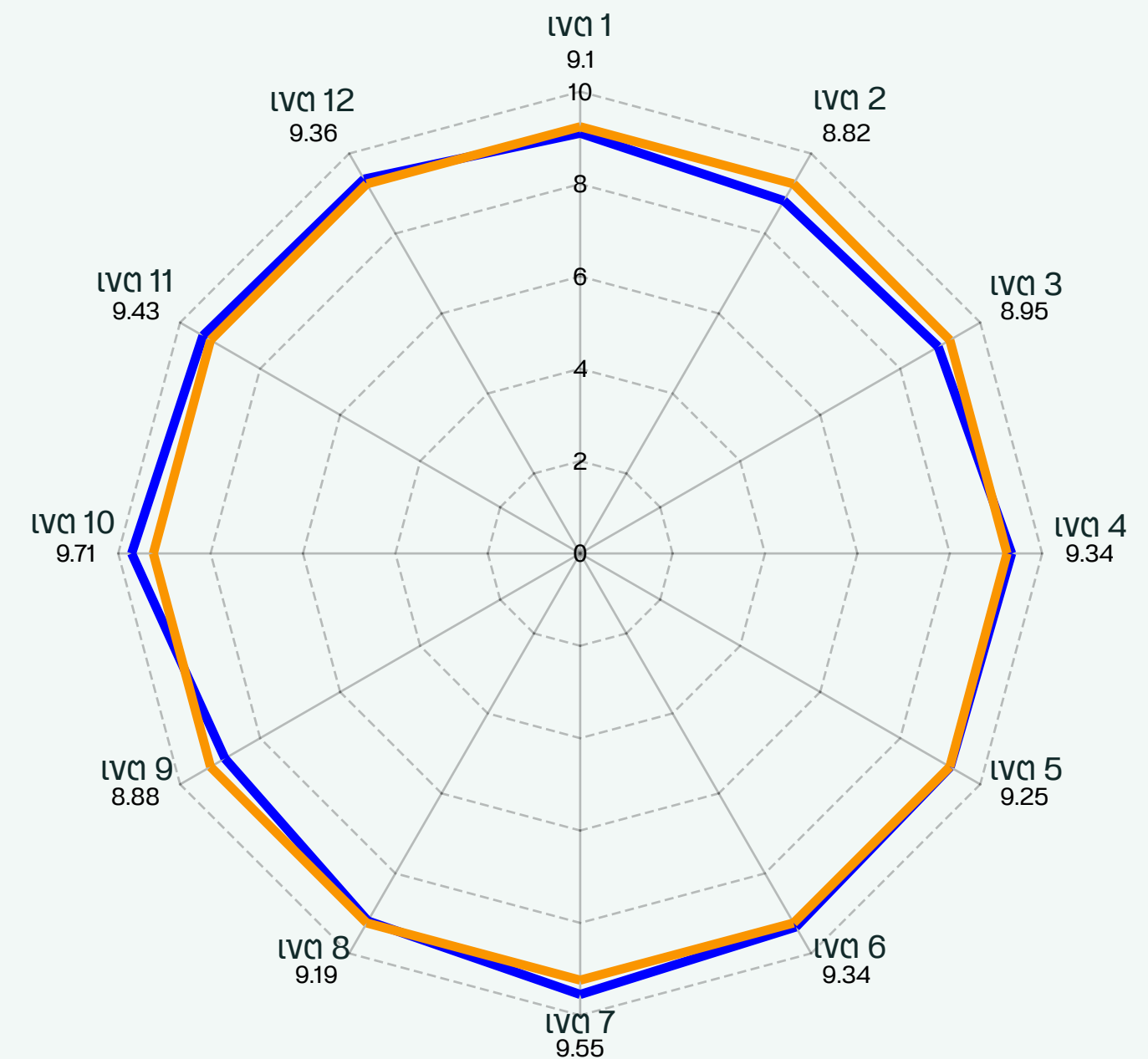


ไม่มีเขตใดที่มีผลงาน
อยู่ในเกณฑ์ต้องเร่งรัด

ประเด็นที่ควรเร่งรัดดำเนินการ

1. ควรมอบหมาย CPM ทำงานร่วมกับฝ่าย IT เพื่อกำกับติดตามข้อมูลและตรวจสอบการลงรหัสให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา พร้อมทั้งคืนข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ
2. ปัญหาด้านบุคลากรสหวิชาชีพไม่เพียงพอ มอบหมายพื้นที่ ที่พบปัญหาจัดทำแผนการอบรมบุคลากร เพื่อเพิ่มพูนศักยภาพบุคลากร ให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

ผลการดำเนินงานตามค่าคะแนนเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพรายตัวชี้วัด



ที่มา: ข้อมูลเชิงปริมาณ จากระบบ HDC ณ วันที่ 3 เม.ย. 2569
ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการตรวจราชการในพื้นที่

สรุปคะแนน

ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

เขตสุขภาพ	คะแนนเชิงปริมาณ	คะแนนเชิงคุณภาพ Outcome	คะแนนรวม
เขต 1	7	2.10	9.10
เขต 2	7	1.82	8.82
เขต 3	7	1.95	8.95
เขต 4	7	2.34	9.43
เขต 5	7	2.25	9.25
เขต 6	7	2.34	9.34
เขต 7	7	2.55	9.55
เขต 8	7	2.60	9.19
เขต 9	7	1.88	8.88
เขต 10	7	2.71	9.71
เขต 11	7	2.43	9.43
เขต 12	7	2.36	9.36
ทั้ง 12 เขต	7.00	2.28	9.28
เขต 13	0	0	0
ภาพรวมประเทศ	7.00	2.28	9.28

*สัดส่วน เชิงปริมาณ 70 : เชิงคุณภาพ 30



คะแนนเชิงปริมาณ ภาพรวมประเทศ เขต 1 -12

27.12% = 10 คะแนน

10 x 0.7 = 7



คะแนนเชิงคุณภาพ ภาพรวมประเทศ เขต 1 -12

75.87 % ➡ 75.87÷10 x 0.3 = 2.28



คะแนนรวมเชิงปริมาณ + เชิงคุณภาพ
ภาพรวมประเทศ

7 + 2.28 = 9.28

หมายเหตุ:
 1. คัดคะแนนเฉพาะเขตสุขภาพที่ 1 - 12
 2. เขตสุขภาพที่ 13 ไม่อยู่ในแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข จึงไม่นำมาคำนวณคะแนน

39

วิเคราะห์ภาพรวมประเด็น จุดแข็ง/จุดอ่อน/สิ่งที่ควรพัฒนา และมุ่งเน้นในการตรวจราชการรอบที่ 2 (พร้อมยกตัวอย่าง)



จุดแข็ง

1. มีการขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด (MCH BOARD) ช่วยในการทำงานในพื้นที่เป็นไปตามเป้าหมาย
2. การมีคณะกรรมการดำเนินงานกลุ่มเด็กปฐมวัย (CHILD PROJECT MANAGER: CPM) ทำหน้าที่บริหารจัดการและติดตามข้อมูลเด็กผ่านระบบ 43 แฟ้มได้อย่างเป็นระบบ
3. การมีเครือข่ายที่เข้มแข็งในทุกระดับ (ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด อำเภอ ชุมชน และครู ศ.พัฒนาเด็กเล็ก) ช่วยให้การติดตามเด็กมารับบริการเป็นไปอย่างต่อเนื่อง
4. การพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการมีระบบพี่เลี้ยง (COACHING) การเป็นที่ปรึกษา และการติดตามวิเคราะห์เพื่อคืนข้อมูลให้พื้นที่อย่างสม่ำเสมอ



จุดอ่อน

1. ภาระงานและความพร้อมของบุคลากร ภาระงานล้น มีการเปลี่ยนตัวผู้รับผิดชอบงานบางพื้นที่ ขาดความเข้าใจในการบันทึกรหัสเหตุการณ์ ขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า เช่น พยาบาล PG
2. ระบบข้อมูลและการเชื่อมโยงการบริการ ในบางพื้นที่ทำงานแบบแยกส่วน ขาดการเชื่อมโยงหรือส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการและผู้รับผิดชอบงาน รวมถึงผลกระทบจากการถ่ายโอน รพ.สต. ทำให้การติดตามเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการได้น้อยลง
3. ผู้ปกครองมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ รวมถึงขาดความรู้ความเข้าใจ และไม่ตระหนักถึงปัญหาพัฒนาการของเด็ก ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการติดตามเด็กมารับบริการ



สิ่งที่ควรพัฒนา

1. สนับสนุนเพิ่มกรอบอัตรากำลังบุคลากรเฉพาะทาง เช่น พยาบาล PG ในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก
2. ผลักดันเรื่องคำตอบแทนที่เหมาะสม ทั้งอัตราค่าบริการและคำตอบแทนสำหรับผู้ปฏิบัติงาน
3. ผลักดันการพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลาง เร่งสร้างความเข้าใจการลงข้อมูลรหัสเหตุการณ์และรหัสวินิจฉัย (ICD-9-CM, ICD-10) ในระบบ 43 แฟ้มให้ครบถ้วน ถูกต้อง
4. พัฒนาระบบข้อมูลให้ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด สามารถวิเคราะห์และ "คืนข้อมูล (Feedback)" กลับสู่พื้นที่ระดับอำเภอ เพื่อติดตามเด็กตกหล่นได้อย่างทันทั่วถึง และวางแผนแก้ไขปัญหาในกลุ่มเด็กที่ไม่ได้เข้ามารับบริการ
5. ส่งเสริมการสร้าง Health Literacy ให้ผู้ปกครอง และสร้างความตระหนักให้ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย ในการติดตามเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่ระบบการรักษา

3.2 ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะทางในการปรับปรุง/พัฒนาการตรวจราชการงานสุขภาพจิต รอบที่ 1 ประจำปี 2569 ในเขตสุขภาพที่ 1 - 12 ปัญหา/อุปสรรค, จุดแข็ง, แนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice)/นวัตกรรม (Innovation))

โดย ผู้ตรวจราชการกรมสุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ 1 - 12

3.3 สรุปผลภาพตามตัวชี้วัดตรวจราชการงานสุขภาพจิต รอบที่ 1 ประจำปี 2569

โดย ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน



ตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ที่กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบหลัก

ประเด็นที่ 2

Service Excellence Service 5: ระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด

สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด รอบที่ 1

จำนวนตัวชี้วัด 3 ตัวชี้วัด
จำนวนตัวชี้วัด Monitor 1 ตัวชี้วัด

ผ่านเกณฑ์ รอบที่ 1
3 ตัวชี้วัด (จาก 3 ตัวชี้วัด)



ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย รอบที่ 1	ผลการดำเนินงาน รอบ 6 เดือน (เฉพาะเขต 1 -12)	ผลการดำเนินงาน เชิงปริมาณ	ผลการดำเนินงาน เชิงคุณภาพ		คะแนน รวม
					outcome	impact	
1	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ใช้เฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์ภาพรวม (ไม่นำมาประเมินคะแนนของพื้นที่)	≤ 5 ต่อแสนประชากร	อัตรา 3.08 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ1,837คน (ข้อมูล ณ 31 มี.ค. 69)	(ไม่นำมาประเมินคะแนนของพื้นที่)			
2	ร้อยละของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ที่ลดลงเมื่อเทียบกับปีงบประมาณที่ ผ่านมา ใช้ประเมินพื้นที่	ลดลงร้อยละ 10	ร้อยละ 27.07 ปี 68 จำนวน 2,519 คน ปี 69 จำนวน 1,837 คน (ข้อมูล ณ 31 มี.ค. 68)	27.07 (3.5 คะแนน)	74.74 (1.12คะแนน)	100 (1.50คะแนน)	9.62 คะแนน
3	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึง บริการที่มีประสิทธิภาพ ใช้ประเมินพื้นที่	≥ ร้อยละ 35	ร้อยละ 57.14 จำนวน 8,019 คน จาก 14,035 คน (ข้อมูล ณ 31 มี.ค. 68)	57.14 (3.5 คะแนน)			
ตัวชี้วัดกำกับติดตามภายในพื้นที่ ไม่บรรจุในแผนการตรวจราชการกระทรวง							
4	ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่อง จนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	≥ ร้อยละ 20	ร้อยละ 4.13 จำนวน 9,213 คน จาก 223,078 คน (ข้อมูล ณ 24 เม.ย. 68)	เนื่องจากเป็นตัวชี้วัด Monitor จึงไม่มีการประเมินเชิงคุณภาพในระดับพื้นที่			

ตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ที่กรมสุขภาพจิต ร่วมดำเนินการ

ประเด็นที่ 1

PP & P Excellence ด้านที่ 1 ป้องกันควบคุมโรค

จำนวนตัวชี้วัด
1 ตัวชี้วัด

ผ่านเกณฑ์ รอบที่ 1
1 ตัวชี้วัด

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย รอบที่ 1	ผลการดำเนินงาน รอบ 6 เดือน (เฉพาะเขต 1 -12)	ผลการดำเนินงาน เชิงปริมาณ	ผลการดำเนินงาน เชิงคุณภาพ outcome	คะแนนรวม
1	ร้อยละของเด็กปฐมวัย ที่มีพัฒนาการล่าช้า เข้าถึงบริการ พัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้ มาตรฐาน	เขตสุขภาพที่ 1 – 12 (ร้อยละ 18)	ร้อยละ 27.12 จำนวน 159,615 คน จาก 588,533 คน	ร้อยละ 27.12 (7 คะแนน)	73.87 (2.28 คะแนน)	9.28 คะแนน

ด้านระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด : ตัวชี้วัดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

จุดแข็ง

- 1 ระบบติดตามต่อเนื่องรายบุคคล เป็นระบบเพื่อป้องกันการหลุดจากระบบดูแลและเฝ้าระวังรายกรณี
- 2 บริหารจัดการข้อมูลด้วยระบบ Dashboard และเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เสี่ยง
- 3 การบูรณาการร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ระหว่าง อสม. ภาคประชาชน และหน่วยงานท้องถิ่น ในการเฝ้าระวังระดับครัวเรือน
- 4 มีการปรับกระบวนการบริการผ่าน Telehealth, แอปพลิเคชัน และ Home Ward เพื่อลดข้อจำกัดในการเข้าถึงโรงพยาบาล
- 5 ความร่วมมือกับฝ่ายปกครอง (HOPE Task Force) ในการเข้าถึงและช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงอย่างรวดเร็ว

สิ่งที่ควรพัฒนา

- 1 บูรณาการฐานข้อมูลเป็นหนึ่งเดียว เพื่อความแม่นยำในการชี้เป้า
- 2 ยกระดับ Death Audit ในพื้นที่เสี่ยง เพื่อกบฏวนหาสาเหตุในพื้นที่กลุ่มเสี่ยงและปรับแผนฯระดับตำบล
- 3 เสริมศักยภาพด้วยระบบพี่เลี้ยง ใช้ Telepsychiatry และระบบที่ปรึกษาทางไกล (Consultant) สนับสนุนเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ห่างไกล
- 4 เพิ่มการบริการเชิงรุก เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เปราะบาง
- 5 ถอดบทเรียน Best Practice และนำมาเป็นต้นแบบการดำเนินงานทั่วประเทศ

Best Practice

- 1 Hope Task Force เขตสุขภาพที่ 5 จ.กาญจนบุรี
- 2 KPI hunter & digital dashboard เขตสุขภาพที่ 7 จ.ขอนแก่น/ร้อยเอ็ด
- 3 ระบบเฝ้าระวังผ่าน Smart อสม. เขตสุขภาพที่ 9 จ.นครราชสีมา/ชัยภูมิ

หมายเหตุ: คัดเลือกเขตสุขภาพจากอันดับคะแนนผลดำเนินงานตามค่าคะแนนเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพรายตัวชี้วัด (Template กราฟเรดาร์ กองตรวจราชการ สป.)

ด้านป้องกันควบคุมโรค : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า เข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

จุดแข็ง

- 1 การบริหารจัดการเชิงนโยบายที่เข้มแข็ง**
ผลักดันงานเด็กปฐมวัยให้เป็นวาระระดับพื้นที่ โดยใช้กลไกคณะกรรมการ เช่น พชอ. และ MCH Board
- 2 การใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีขับเคลื่อน (Data-Driven & Tech** เพื่อวิเคราะห์และสะท้อนข้อมูลกลับ (Feedback) ให้พื้นที่ รวมทั้งมีแอปพลิเคชันสำหรับ เฝ้าระวังเด็กแบบ Real Time
- 3 ระบบบริการและการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ**
โดยกระจายคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ไปยัง รพ.สต., จัดคลินิกเคลื่อนที่ และระบบแพทย์ทางไกล
- 4 ระบบพี่เลี้ยงดูแลบุคลากร** โดย "ทีมพี่เลี้ยง/ครู ก." ประจำอำเภอ กำกับ สอนงาน และตรวจสอบคุณภาพการลงรหัสข้อมูล
- 5 การสร้างความรอบรู้ให้ครอบครัว (Health Literacy):** ผ่านแอปพลิเคชัน เช่น คุณลูก, E-learning และโปรแกรม Thai Triple-P

สิ่งที่ควรพัฒนา

- 1 เพิ่มบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรเฉพาะทาง** ในพื้นที่ระดับอำเภอหรือชุมชน
- 2 เพิ่มแนวทางการติดตามเชิงรุก** เพื่อป้องกันปัญหาเด็กขาดนัดและหลุดออกจากระบบ
- 3 ส่งเสริมให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ** โดยเฉพาะบุคลากรใหม่ของหน่วยงาน

Best Practice

- 1 นวัตกรรม "บัตรเชิญตรวจคัดกรอง**
เขตสุขภาพที่ 7 รพ.ปทุมรัตน์ จ.ร้อยเอ็ด
- 2 โปรแกรมเลี้ยงเก่ง ลูกเก่งด้วย Thai Triple-P**
ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กที่สมวัยมากขึ้น
เขตสุขภาพที่ 11 จ.ภูเก็ต

หมายเหตุ: คัดเลือกเขตสุขภาพจากอันดับคะแนนผลดำเนินงานตามค่าคะแนนเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพรายตัวชี้วัด (Template กราฟเรดาร์ กองตรวจราชการ สป.)

4.1 กำหนดการประชุมตรวจราชการในระดับกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2569

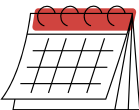
**4.2 กำหนดการตรวจราชการงานสุขภาพจิต (Timeline)
รอบที่ 2 ประจำปี 2569**

โดย ผู้แทนกองยุทธศาสตร์และแผนงาน

1 ประชุมคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 ประจำปี 2569

ประเด็นระบบบริการสุขภาพเป็นเลิศ
 ด้านระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด (Service 5)

รายละเอียดการประชุม

 วันที่ 8 พฤษภาคม 2569  เวลา 09.00 - 14.00 น.

 ณ ห้องประชุมสำนักตรวจราชการ
 ชั้น 4 อาคาร 2 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 และประชุมออนไลน์ทางระบบ Zoom Meeting

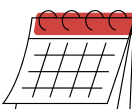
เอกสารประกอบการประชุม



กลุ่มเป้าหมาย : PM sw.จิตเวชขอนแก่นฯ

2 ประชุมสรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 ประจำปี 2569

รายละเอียดการประชุม

 วันที่ 12 พฤษภาคม 2569  เวลา 09.30 - 14.00 น.

 ณ ห้องประชุมชยันตนาทนเรนทร และห้องประชุม 3 ชั้น 2
 อาคาร 1 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 และประชุมออนไลน์ทางระบบ Webex Meeting
 หรือร่วมรับชมผ่านทาง Facebook Live
 กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



ถ่ายทอดการประชุมผ่านทาง
 Facebook live กองตรวจราชการ
https://moph.cc/UCv2v_UIC



กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ตรวจราชการและคณะทำงานตรวจราชการ
 ระดับพื้นที่สังกัดกรมสุขภาพจิต

สัปดาห์ที่ 2 - 4 ของต.ค. 68

- เขียนขอรายชื่อคกก. ตรวจราชการฯ ปี 69
- จัดทำร่างคำสั่งแต่งตั้งผู้ตรวจราชการฯและคกก.
- เขียนหน่วยงานตรวจสอบความถูกต้องรายชื่อ

สัปดาห์ที่ 1-2 ของ พ.ย. 68

- เสนอลงนามคำสั่งแต่งตั้งผู้ตรวจราชการกรมสุขภาพจิต
- แจ้งเวียนหน่วยงาน
- แจ้งประเด็นตรวจราชการที่กรมสุขภาพจิตเกี่ยวข้อง

วันที่ 24 ธ.ค. 68

- ประชุมโครงการสัมมนา
ผู้ตรวจราชการ กรมสุขภาพจิต
และชี้แจงแนวทางการตรวจราชการ

ม.ค.- เม.ย. 69

- ตรวจราชการรอบที่ 1

มิ.ย. - ส.ค. 69

- ตรวจราชการรอบที่ 2

ส.ค. 69

- กยพ.และ PM จัดเตรียมเนื้อหา
เพื่อเข้าประชุมร่วมกับคณะอนุกรรมการฯ

YOU ARE
HERE

พ.ค. 69

- สรุปผลการตรวจราชการ
งานสุขภาพจิตรอบที่ 1

เม.ย. 69

- กยพ.และ PM จัดเตรียมเนื้อหา
เพื่อเข้าประชุมร่วมกับคณะอนุกรรมการฯ

สัปดาห์ที่ 1 ก.ย. 69

- สรุปผลการตรวจราชการงานสุขภาพจิตรอบที่ 2

FINISH



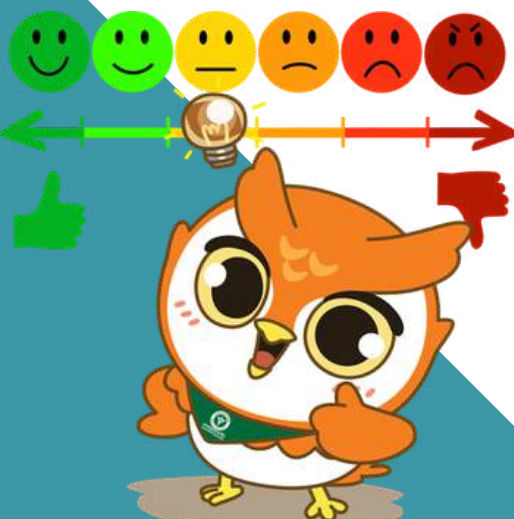
แบบประเมินความพึงพอใจ : SatSurvey

ขอความร่วมมือทุกท่านประเมินความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพจิต

กลุ่มบริการ : งานตรวจราชการกรมสุขภาพจิต



<https://moph.link/jDgYv6xVz>



GROUP LINE

ผู้ตรวจกรมสุขภาพจิต



หากมีข้อสงสัย เรื่อง งานตรวจราชการงานสุขภาพจิต
สามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดจากผู้ประสานงาน
ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน



นายบุญกร โล่พัฒนกิจ (ตังค์)

น.ส.จันทร์ทิพย์ ยิ้มแย้ม (พี่ก้อย)

Tel. 0 2590 8080

Tel. 0 2590 8125

นางสาวปณิศา พันธุ์ทอง (ปลายฟ้า)

Tel. 0 2590 8086



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health



กรมสุขภาพจิต

ดูแลใจ ทุกวัย ทุกคน

