

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ประเด็นที่ 3

เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และบำบัดยาเสพติด

คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผล
การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วันที่ 15 กันยายน 2568 เวลา 09.30 – 14.00 น.



ประเด็นที่ 3

เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด

สรุปผลการดำเนินงาน
ตามตัวชี้วัด รอบที่ 2

 **จำนวน 2 ตัวชี้วัดหลัก / 1 ตัวชี้วัดย่อย**
จำนวนตัวชี้วัด Monitor 1 ตัวชี้วัด

ผ่านเกณฑ์ รอบที่ 2 3 ตัวชี้วัด (จาก 4 ตัวชี้วัด)


ที่		ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย รอบที่ 2	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2
ตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข				
1.1		อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	ไม่เกิน 7.8 ต่อประชากรแสนคน	อัตรา 5.83 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 3,788 คน (ข้อมูล ณ 30 มิ.ย. 2568) 
1.2		ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ 65	ร้อยละ 64.91 จำนวน 18,316 คน จาก 28,218 คน (ข้อมูล ณ 31 สค. 2568) 
2		ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 70	ร้อยละ 82.83 
ตัวชี้วัด Monitor ในพื้นที่				
1		ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	≥ ร้อยละ 85	ร้อยละ 96.18 จำนวน 78,498 คน จาก 81,619 คน (ข้อมูล ณ 15 ส.ค. 2568) 

ตัวชี้วัดที่ 1.1

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ



เป้าหมาย รอบที่ 2

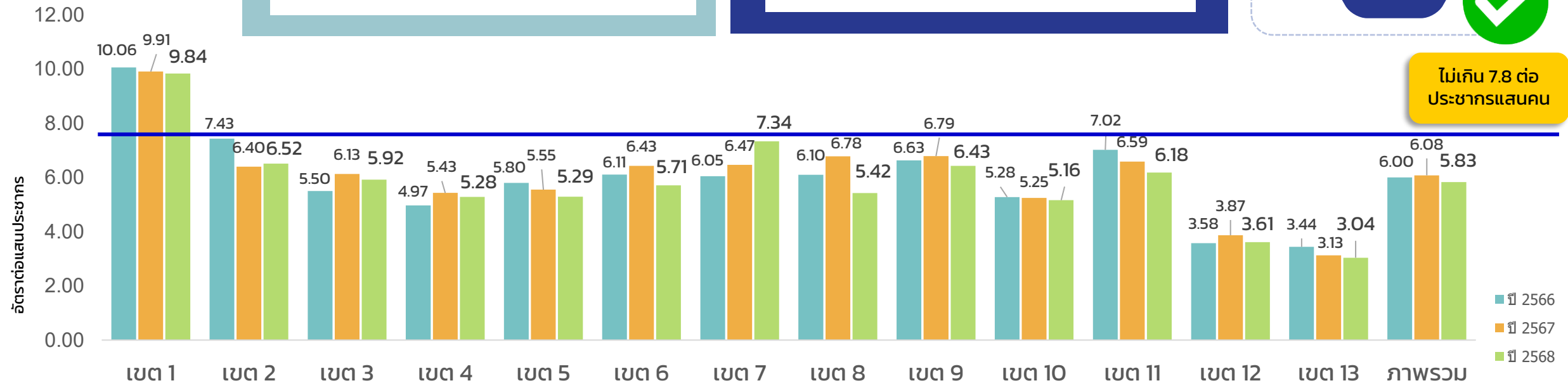
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
ไม่เกิน 7.8 ต่อประชากรแสนคน

ผลการดำเนินงานภาพรวม

จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 3,788 คน
อัตรา 5.83 ต่อประชากรแสนคน



ไม่เกิน 7.8 ต่อ
ประชากรแสนคน



จำนวนและอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ณ ช่วงเวลาเดียวกัน ระหว่างเดือนตุลาคม - มิถุนายน (ปีงบประมาณ 2565-2568)

	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
ปี 2566 ต.ค - มิ.ย.	554 (10.06)	251 (7.43)	159 (5.50)	269 (4.97)	299 (5.80)	380 (6.11)	301 (6.05)	334 (6.10)	443 (6.63)	241 (5.28)	312 (7.02)	179 (3.58)	185 (3.44)	3,907 (6.00)
ปี 2567 ต.ค - มิ.ย.	544 (9.91)	215 (6.40)	176 (6.13)	295 (5.43)	286 (5.55)	403 (6.43)	320 (6.47)	370 (6.78)	452 (6.79)	239 (5.25)	293 (6.59)	194 (3.87)	168 (3.13)	3,955 (6.08)
ปี 2568 ต.ค - มิ.ย.	540 (9.84)	219 (6.52)	170 (5.92)	287 (5.28)	273 (5.29)	358 (5.71)	363 (7.34)	296 (5.42)	428 (6.43)	235 (5.16)	275 (6.18)	181 (3.61)	163 (3.04)	3,788 (5.83)

เหตุปัจจัยและวิธีการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (ต.ค.67 - ก.ค. 68)

Common risk factors

1. ติดสารเสพติด 20.5%
2. บ่อยโรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 19.6%
(อัมพาต 2.9%, ปวดเรื้อรัง 2.9%, มะเร็ง 1.8%)
3. บ่อยโรคจิตเวช 18.3% (ซึมเศร้า 8.2%, จิตเภท 6.6%)
4. ติดสุรา 15.1%
5. เคยทำร้ายตัวเอง 10.7 %
6. คนในครอบครัวเคยฆ่าตัวตาย 5.7%
7. Childhood Trauma 3.3%

Common precipitating

1. วิฤติชีวิต 67.8%
2. อาการทางจิตกำเริบ 16.4%
(ขาดยา 2.9%, รักษาไม่ต่อเนื่อง 1.3%)
3. ฤทธิ์สารเสพติด 19.1%
(ยาบ้า 10.3%, กัญชา 1.8%)
4. ทราบข่าวฆ่าตัวตาย 2.5%

ด้านกั้น Barriers

การควบคุมป้องกันการเข้าถึงสารพิษวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตายในครอบครัวหรือในพื้นที่ ที่เข้มแข็ง 0.9%

การปิดกั้นหรือเฟ้นระวังป้องกันสถานที่คนใช้ฆ่าตัวตายในพื้นที่มีและเข้มแข็ง 1.5%

	Suicide
เพศ	ชาย 79.6 %
สถานภาพ	คู่ 41.2 %
อาชีพ	รับจ้าง 27.6%
วิธีการ	1. พูกคอ 84.2 % 2. ใช้ปืน 5.9% 3. ใช้สารพิษ 4.0 % เช่น น้ำยาล้างห้องน้ำ ยาฆ่าหญ้า/แมลง

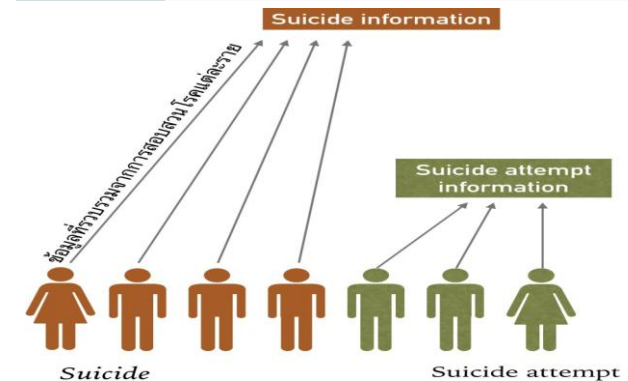
Protective factors

ปัจจัยปกป้อง	Suicide
1. การเข้าถึงบริการสุขภาพ	มาก 26.9%
2. ชุมชนเข้มแข็ง	มาก 25.4%
3. ครอบครัวอบอุ่น	มาก 24.1%
4. ความเข้มแข็งของความเชื่อศาสนา	มาก 13.9%
5. กลุ่มเพื่อนดี	มาก 12.9%
6. ความสามารถในการแก้ปัญหา	มาก 3.8%

การเฟ้นระวังสัญญาณเตือน

พว 47.9%

1. คำพูด 34.8 %
2. พฤติกรรม 11.2%
3. เขียน/โพสต์ 1.9%



* หมายเหตุ : บางคนอาจมีปัจจัยมากกว่า 1 ปัจจัย

เหตุปัจจัยและวิธีการพยายามฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (ต.ค.67 - ก.ค.68)

Common risk factors

1. **ป่วยโรคจิตเวช 33.7%** (ซึมเศร้า 26.5%, จิตเภท 2.7%)
2. **เคยทำร้ายตัวเอง 18.0%**
3. **ติดสารเสพติด 7.4%**
4. **Childhood Trauma 6.9%**
5. **ป่วยโรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 4.0%**
(อัมพาต 0.5%, HIV 0.4%, มะเร็ง 0.2%)
6. **ติดสุรา 3.4%**
7. **คนในครอบครัวเคยฆ่าตัวตาย 2.0%**

Common precipitating

1. **วิกฤติชีวิต 74.6%**
2. **อาการทางจิตกำเริบ 19.5%**
(ขาดยา 3.2%, รับประทานไม่ต่อเนื่อง 1.9%)
3. **ฤทธิ์สารเสพติด 5.5%**
(ยาบ้า 2.6%, ฤทธิ์ยา 0.5%)
4. **ทราบข่าวฆ่าตัวตาย 1.0%**

ด้านกั้น Barriers

การควบคุมป้องกันการเข้าถึงสารพิษ วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตายในครอบครัว หรือในพื้นที่ที่เข้มแข็ง 1.3%

การปิดกั้นหรือเฝ้าระวังป้องกันสถานที่คนใช้ฆ่าตัวตายในพื้นที่ที่มีและเข้มแข็ง 2.6%

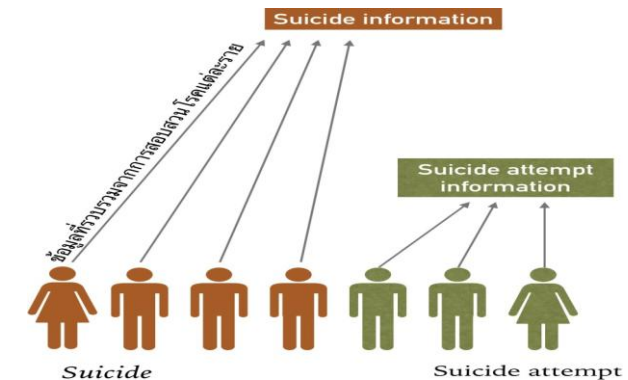
	Suicide attempt
เพศ	หญิง 74.5%
สถานภาพ	โสด 59.2%
อาชีพ	นักเรียน/นักศึกษา 28.6%
วิธีการ	1. กินยาเกินขนาด 61.7% (Paracetamol, Clonazepam, sertraline) 2. ใช้สารพิษ 16.2% เช่น น้ำยาล้างห้องน้ำ ยาฆ่าหญ้า/แมลง 3. ใช้ของมีคม/ของแข็ง 11.5%

Protective factors

ปัจจัยปกป้อง	Suicide attempt
1. การเข้าถึงบริการสุขภาพ	มาก 24.5%
2. ครอบครัวอบอุ่น	มาก 13.9%
3. ชุมชนเข้มแข็ง	มาก 10.2%
4. กลุ่มเพื่อนดี	มาก 9.9%
5. ความเข้มแข็งของความเชื่อทางศาสนา	มาก 8.7%
6. ความสามารถในการแก้ปัญหา	มาก 2.9%

การเฝ้าระวังสัญญาณเตือน

- WU 24.5%**
1. คำพูด 13.2%
 2. พฤติกรรม 12.9%
 3. เขียน/โพสต์ 1.3%



* หมายเหตุ : บางคนอาจมีปัจจัยมากกว่า 1 ปัจจัย

กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำแนกตามรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพที่ 1

ป่วยโรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 25.8 %
(ปวดเรื้อรัง 5.5 %, มะเร็ง 3.4 %, อัมพาต 2.9%,)

ป่วยโรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 28.5 %
ปวดเรื้อรัง 5.0 %, อัมพาต 3.0% มะเร็ง 2.9%
ติดสุรา 22.2 % โรคทางจิตเวช 16.2 %

เขตสุขภาพที่ 2

ป่วยโรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 24.8 %
(อัมพาต 3.4 %, ปวดเรื้อรัง 3.4 %, มะเร็ง 2.0 %,)

ป่วยโรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 27.0 %
(ปวดเรื้อรัง 4.1 %, อัมพาต 3.7 %, มะเร็ง 3.0 %,)
ติดสารเสพติด 16.3 % สุรา 15.9 %

เขตสุขภาพที่ 3

ป่วยโรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 28.5 %
(ปวดเรื้อรัง 4.9 %, อัมพาต 4.9 %, มะเร็ง 2.4 %)

ป่วยโรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 29.8 %
(อัมพาต 7.3 %, ปวดเรื้อรัง 6.9 %, มะเร็ง 2.8 %)
โรคทางจิตเวช 17.9 % สุรา 17.4%

เขตสุขภาพที่ 4

ป่วยโรคจิตเวช 19.9 %
(ซึมเศร้า 10.3 %, จิตเภท 3.7 %)

ป่วยโรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 17.8 %
(ปวดเรื้อรัง 2.9 %, อัมพาต 1.7 %, มะเร็ง 2.3 %)
โรคทางจิตเวช 14.9 % ติดสารเสพติด 13.2 %

เขตสุขภาพที่ 5

ป่วยโรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 23.0 %
(อัมพาต 8.7 %, มะเร็ง 3.3 %, หัวใจ 1.6 %)
โรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 23.9 %
(อัมพาต 4.9 %, มะเร็ง 3.3 %, ปวดเรื้อรัง 3.9 %)
ติดสารเสพติด 13.2 % สุรา 5.4 %



เขตสุขภาพที่ 6

ป่วยโรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 16.0 %
(อัมพาต 1.3 %, ไตวาย 1.3%, มะเร็ง 0.9 %,)

ป่วยโรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 18.0 %
(มะเร็ง 2.4 % ไตวาย 1.8 %, มะเร็ง 2.4 %,)
โรคทางจิตเวช 14.5 % ติดสารเสพติด 10.4 %

เขตสุขภาพที่ 7

ติดสารเสพติด 33.5%
ติดสารเสพติด 34.8%
ติดสุรา 21.4 %
โรคทางจิตเวช 19.7 %

เขตสุขภาพที่ 12

ติดสารเสพติด 26.9%
ติดสารเสพติด 22.5 %
โรคทางจิตเวช 18.5 %
โรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 15.7 %

เขตสุขภาพที่ 11

ป่วยโรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 20.6%
(อัมพาต 4.2%, ปวดเรื้อรัง 3 %, มะเร็ง 3%)
ป่วยโรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 22.9 %
(อัมพาต 4.7%, ปวดเรื้อรัง 4.4 %, มะเร็ง 3.3%)
โรคทางจิตเวช 21.1% ติดสารเสพติด 18.9 %

เขตสุขภาพที่ 10

ป่วยโรคจิตเวช 28.7%
(จิตเภท 13.2%, ซึมเศร้า 10.3%)
ติดยาเสพติด 30.3 %
ป่วยโรคจิตเวช 25.0% (จิตเภท 14.3 %, ซึมเศร้า 7.4 %) ติดสุรา 18.9 %

เขตสุขภาพที่ 9

ติดสารเสพติด 19.2%
ติดสารเสพติด 18.6 % ติดสุรา 17.7 %
โรคทางกายเรื้อรังรุนแรง 14.7 %
(อัมพาต 3.9 %, มะเร็ง 1.8 %, ปวดเรื้อรัง 1.5 %)

เขตสุขภาพที่ 8

ติดสารเสพติด 41.1%
ติดสารเสพติด 34.7%
โรคทางจิตเวช 17.3 %
ติดสุรา 16.1 %

ตัวชี้วัดที่ 1.2

ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ



เป้าหมาย รอบที่ 2

ร้อยละ 65 ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย
เข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

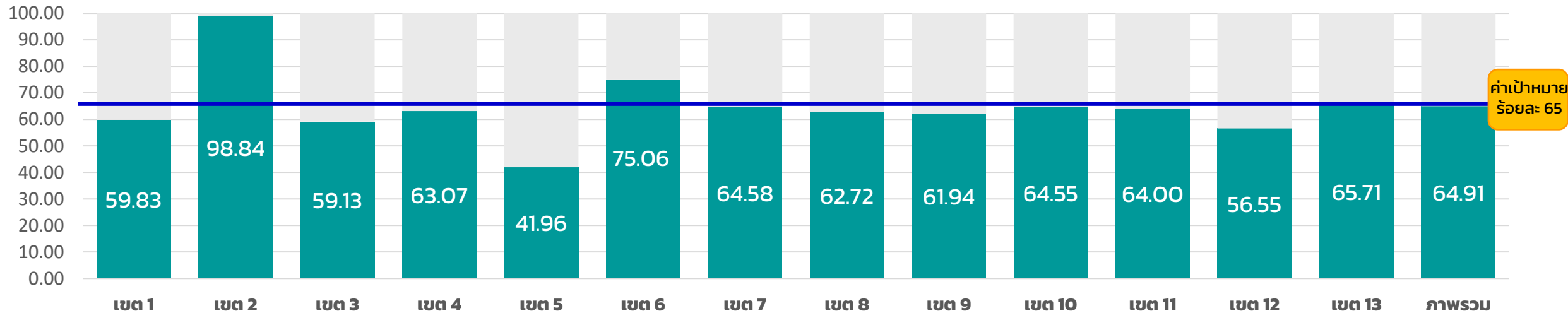
ผลการดำเนินงานภาพรวม

ร้อยละ 64.91 ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย
เข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

64.91%



ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)



	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	1,666	1,264	839	1,576	1,243	2,569	1,185	1,431	1,709	1,070	1,614	1,404	207	18,316
B	2,785	1,279	1,419	2,499	2,961	3,422	1,835	2,281	2,759	1,658	2,522	2,483	315	28,218

โดยที่ A: จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ
 B: จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด ในพื้นที่ (ตุลาคม 67- สิงหาคม 68)

แหล่งที่มาของข้อมูล*: 1. รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย สง.506s Version 11 (ตุลาคม 2567- 31 สิงหาคม 2568)

2. ข้อมูลของคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ตุลาคม 2567 - 31 สิงหาคม 2568)



ปัญหา/จุดร่วมสะท้อน



- การบันทึกในระบบรายงาน **รพ 506 v11** **ล่าช้า** ในบางพื้นที่ และ การสอบสวน ไรศไม่ครอบคลุมทุกราย /ระบบ HDC ไม่เสถียร



- การให้รหัสการทำร้ายตนเอง คลาดเคลื่อน **ไม่ถูกต้อง**
Intentional to die VS Suicide Attempted
ความเข้าใจ **Coder**และ**แพทย์** ในการลงรหัส X60- X84



- การอบรมครอบครัวบำบัด คู่สมรสบำบัด ให้เจ้าหน้าที่ที่ติดตามดูแล
ประชาชน ญาติ ผู้ดูแลยังขาดความรู้ ความเข้าใจ การตระหนักรู้
เกี่ยวกับสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือเข้าถึง
บริการทันเวลา



ปัจจัยความสำเร็จ



- ขับเคลื่อนงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายผ่านคณะอนุกรรมการ
บังคับใช้กฎหมายฯ และ **Service Plan** ระดับจังหวัด และ **พชอ.**



- ทบทวน **ใบมรณบัตร** และ **HDC** ให้ข้อมูลตรงกัน
- สอบสวนไรศ วิเคราะห์ปัญหาและการกำหนดมาตรการเฉพาะพื้นที่
เช่น **โรงเรียน** **ชุมชน** **Social** ออกแบบมาตรการแก้ไขกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ



- นำองค์ความรู้ **ทักษะจับสัญญาณเตือน** การประเมิน รูปแบบดิจิทัล ;
MHCI และนำข้อมูลใช้ประโยชน์ต่อการช่วยเหลือที่ชัดเจนขึ้น



ประเด็นที่ควรกำกับฯ ข้อเสนอต่อหน่วยงานในพื้นที่



- การพัฒนาระบบและ **สอบสวนไรศ** ในผู้ป่วย **HDC** **ทุกราย**
Suicidal Attempted เพื่อวิเคราะห์ วางแผนมาตรการ
ป้องกันเชิงรุก เน้นกิจกรรมที่ตรงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น



- ทบทวนการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ที่ยังไม่คัดกรองฯ
ตามสภาพปัญหาวิกฤติ เศรษฐกิจ สังคม ภัยธรรมชาติ



- การประเมินภาวะการทำร้ายตัวเองใน **7 กลุ่มเสี่ยง** ทุกรายเดือน
- **ปชส. สื่อสาร สัญญาณเตือน Suicide Literacy**
ร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ และจัดการส่งต่อดูแลเข้าถึง
บริการเหมาะสม



Best Practice



- **SSK Model** ของศรีสะเกษ ที่มีระบบการดูแล
เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายด้วยการ**สอบสวนไรศ**ที่ดี



- **สกลนคร โมเดล** ที่ช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
โดยนำ**กลุ่มเสี่ยงยาเสพติด**เข้าสู่ระบบบำบัดรักษา



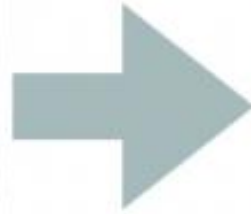
- **เพื่อนบ้านรู้กัน** ที่ อสม. แจ่งเหตุ **สัญญาณเตือน**
ผ่าน Line ในอำเภอนาทม นครพนม และแม่ฮ่องสอน
อสม.เชี่ยวชาญสุขภาพจิตชุมชน

การตอบสนองให้สอดคล้องตามประเภทของสัญญาณเตือนฆ่าตัวตาย

- แทบทุกการฆ่าตัวตาย มักจะมีสัญญาณเตือน หากสังเกตและไวต่อสัญญาณที่เกิดขึ้น จะนำไปสู่การเฝ้าระวังและให้ความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

1. สัญญาณเตือน ที่วิกฤตเร่งด่วน

1. ชู่จะทำร้ายหรือฆ่าตัวตาย
2. พยายามหาวิธีฆ่าตัวตาย
3. พูดหรือเขียนข้อความสั่งเสียเป็นนัยๆ เช่น ขอลาทุกคน, ขอขอบคุณในทุกสิ่ง รวมถึงการพูด/เขียนเรื่องความตาย กำลังจะตาย หรือการฆ่าตัวตาย
4. เตรียมความพร้อมที่จะตาย เช่น พูดจาฝากฝังคนข้างหลัง, แจกของรักให้คนอื่น
5. อารมณ์เปลี่ยนไปจากซึมเศร้าหรือหงุดหงิดมานาน เป็นสบายใจสดชื่นอย่างผิดปกติ



1. ญาติหรือผู้พบเห็นสัญญาณเตือนควรตอบสนองทันที โดยเข้าระงับยับยั้งหากมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย สนทนารับฟังเรื่องราวทุกข์ใจ โดยไม่ตำหนิ ให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น
2. เก็บวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตายให้เข้าถึงยาก มีกุญแจล็อก เช่น เชือก ปืน ของมีคม ยาและสารมีพิษที่มีอยู่ในบ้าน
3. ติดต่อแจ้งเหตุไปยังจุดรับแจ้งเหตุการฆ่าตัวตายหรือหน่วยงานสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ในจังหวัดนั้นๆ
4. เฝ้าอยู่ด้วยจนกระทั่งมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาถึง หรือ ชักจูงนำพาไปส่งหน่วยสถานพยาบาลกรณีที่จนท.สาธารณสุขไม่สามารถมารับ
5. เมื่อถึงโรงพยาบาลก็ให้รับไว้ดูแลเฝ้าระวังในหอผู้ป่วยเพื่อประเมินแนวโน้มฆ่าตัวตายด้วย8Q และค้นหาปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น พร้อมให้การแก้ไขเหตุปัจจัยที่พบ

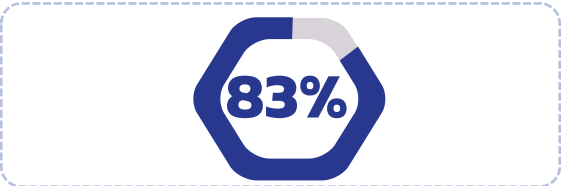


ตัวชี้วัดที่ 2

ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแล
อย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)

เป้าหมาย รอบที่ 2
ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70

ผลการดำเนินงานภาพรวม
ร้อยละ 82.83

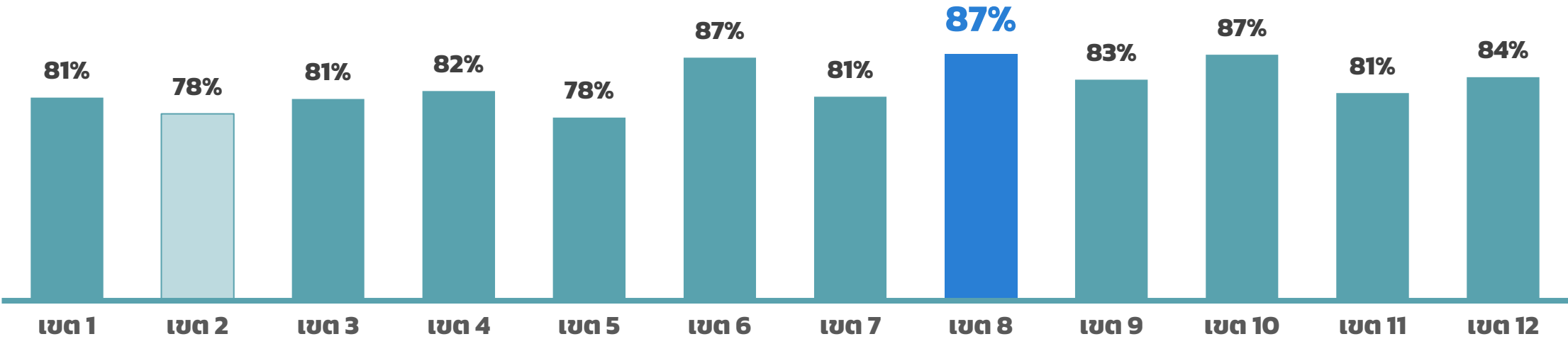


Retention Rate = A/B x 100

A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดรักษาและฟื้นฟูครบโปรแกรม **และติดตาม**
ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน และครบระยะเวลา 1 ปี หลังจากวันที่สรุปบำบัด

B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดทั้งหมดที่ครบระยะเวลา 1 ปี
หลังจากวันที่สรุปบำบัด ยกเว้นถูกจับ เสียชีวิต หรือบำบัดโดย Methadone

ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568) ข้อมูลวันที่ 1 ต.ค. 2567 - 31 ก.ค. 2568



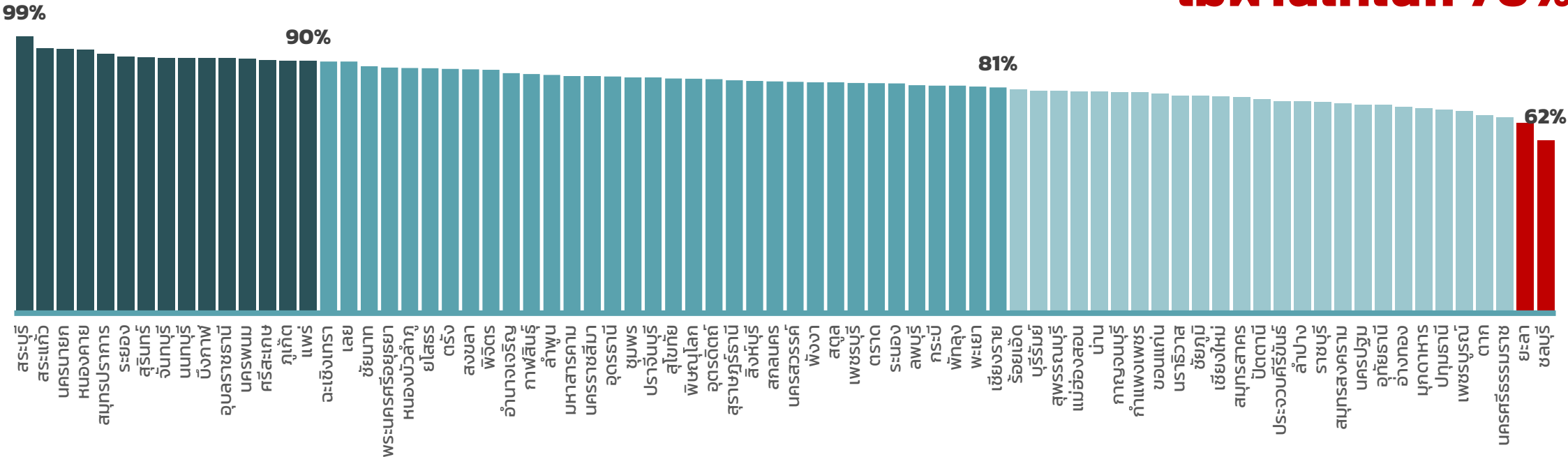


ตัวชี้วัดที่ 2

ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)

15 จังหวัด
มากกว่า 90%

2 จังหวัด
ไม่ผ่านเกณฑ์ 70%



ตัวชี้วัดที่ 2

ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแล
อย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)

ปัญหาและอุปสรรค

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วยและบริบททางสังคม

การ**ขาดแรงจูงใจภายใน**ที่แท้จริง ประชากรเคลื่อนย้ายและไม่มีภูมิลำเนาที่แน่นอน
ปัจจัย**กระตุ้นภายนอกรุนแรง**ทั้งการระบาดของยาเสพติด และภาวะเศรษฐกิจยากจน วิกฤติชีวิตและสังคม

2. ขีดจำกัดเชิงระบบบริการ ด้านทรัพยากรกำลังคนและโครงสร้างพื้นฐาน

สถานพยาบาลที่ต้องรองรับ**บริการของผู้เสพติดที่มีภาวะก้าวร้าวรุนแรง** จากการ**ขาดแคลนอัตรากำลังบุคลากร**
ภาวะหมดไฟและการขาดความก้าวหน้าในสายอาชีพ โครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพเช่น ตึก**หอผู้ป่วยและแผนก**
การดำเนินงานที่เหมาะสม ยังไม่เพียงพอ

3. ปัญหาโครงสร้างพื้นฐานข้อมูลและภาระงานด้านเอกสาร

ความ**ซับซ้อนและเสถียรภาพของระบบ บสต.** ปัญหาการฝึกอบรมและการเข้าถึงระบบภาระงานด้านธุรการที่เพิ่มขึ้น

4. ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ในแต่ละจังหวัดยังดำเนินการไม่เต็มศักยภาพ

ตัวชี้วัดที่ 2

ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแล
อย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ด้านนโยบายและการบริหารจัดการ

นโยบายระดับประเทศ ผู้ว่าราชการจ. สสจ. พอ.รพ. กลไกคณะกรรมการที่เข้มแข็ง การกำหนดนโยบายที่ชัดเจน

2. ด้านความร่วมมือและเครือข่าย

การบูรณาการกับภาคี **ผู้นำท้องถิ่น** เครือข่าย การมีส่วนร่วมของ **ชุมชนและครอบครัว**

3. ด้านระบบบริการและบุคลากร

Service Plan จิตเวชและยาเสพติด ที่มีประสิทธิภาพ แต่ละ **จังหวัดมีการเสนอแผนการดำเนินงาน** แก่ สคส.
การพัฒนาศักยภาพบุคลากร นวัตกรรมและต้นแบบในพื้นที่ทั้ง **มีนิรภัยรักษไว้ในและนอก** สถานพยาบาล
บูรณาการกับ **Homeward** ต่อเนื่อง **LTC**

4. ด้านระบบข้อมูล **บสต. และ HDC**

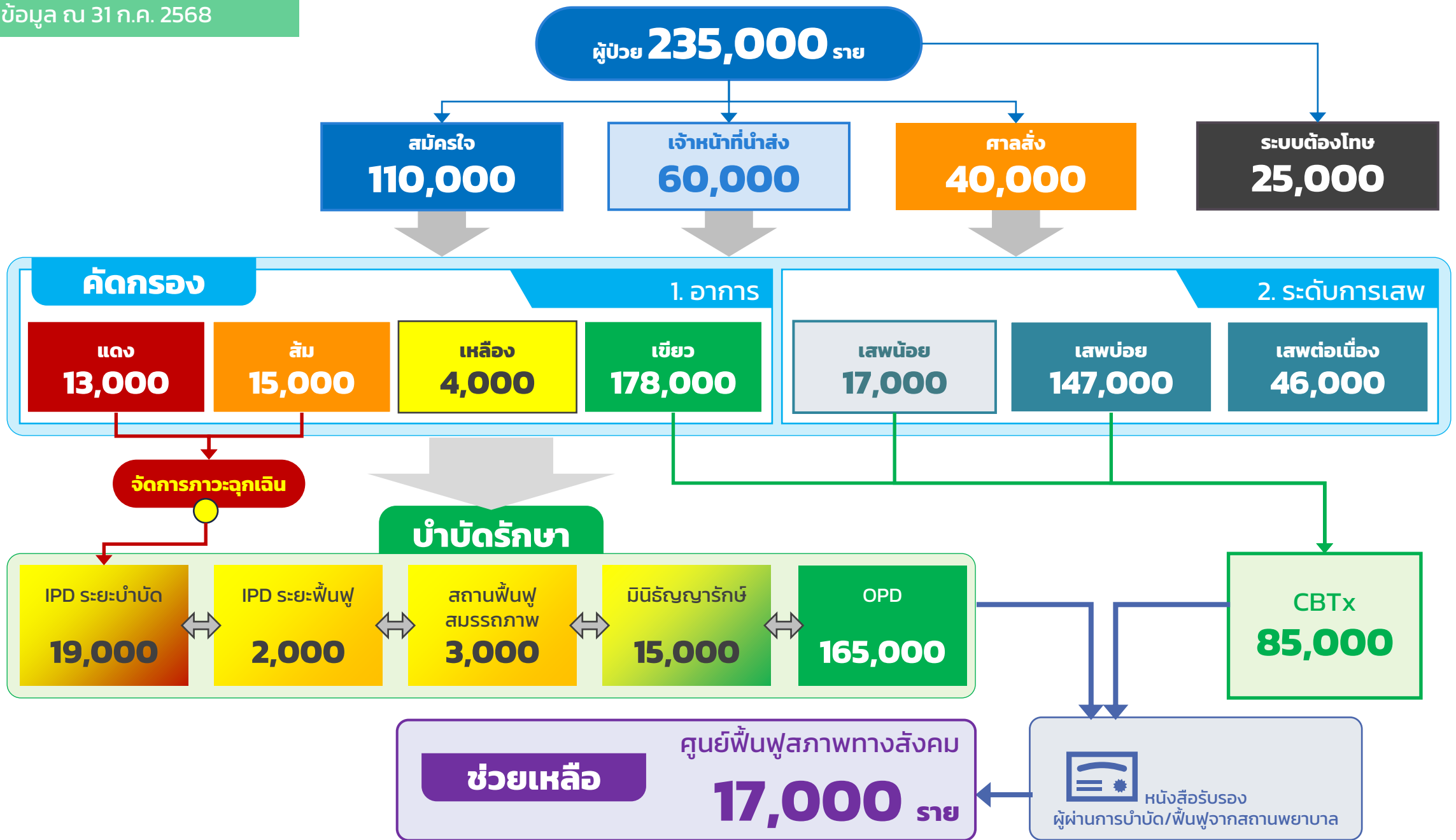
การใช้ระบบสารสนเทศในการติดตาม การอบรมและทำความเข้าใจระบบข้อมูล

ตัวชี้วัดที่ 2

ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแล
อย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1. ด้านทรัพยากรบุคคล: แผนปฏิบัติการเชิงกลยุทธ์ด้านกำลังคน**
กำหนด **Patient Journey** ของพื้นที่ให้เหมาะสมตามศักยภาพและทรัพยากร
พัฒนา **ระบบส่งต่อรักษาและให้คำปรึกษา** ให้เป็นภาพรวมของเขตสุขภาพ เชื่อมโยงระดับจังหวัด อำเภอ
- 2. ด้านการปฏิรูปดิจิทัล: การยกระดับระบบข้อมูล บสต.**
แต่งตั้งคณะทำงานอิสระเพื่อทบทวนและออกแบบระบบ **บสต. ใหม่** ให้มีความสำคัญ
กับการใช้งานที่ง่าย (**User-centric Design**), เสถียรภาพ และการ **เชื่อมโยงข้อมูล**
- 3. ด้านการบูรณาการระบบและการเงิน: การขยายผลนวัตกรรมที่ประสบความสำเร็จ**
ประสาน สปสช. >> ชุดสิทธิประโยชน์และรหัสการเบิกจ่าย จัดสรรงบประมาณสำหรับ **อปท.**
- 4. ด้านการกำกับติดตามประเมินผลลัพธ์การบำบัด** **เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ได้ในสังคม**



ตัวชี้วัดที่ 2

ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแล
อย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)

การกำกับ/ติดตาม ในรอบต่อไป

1. การยกระดับความถูกต้องของข้อมูลและการใช้ประโยชน์เชิงกลยุทธ์

ความถูกต้องและทันสมัยของข้อมูล การ**ติดตามแบบเรียลไทม์ Dashboard**
การกำหนด System Manager **ผู้รับผิดชอบข้อมูล และ วางแผนการดำเนินงานและผู้กำกับ**
การดำเนินการตามแนวทางและรายงานความเสี่ยงต่อจังหวัด

2. การพัฒนาตัวชี้วัดที่นอกเหนือจาก Retention Rate

การวัดผลลัพธ์เชิงคุณภาพ เช่น อัตราการเลิกเสพติดต่อเนื่อง (**Remission Rate**)
และมีมิติด้านการกลับคืนสู่สังคม (**Social Reintegration**) และความรุนแรงทางสังคม (**SMI-V**)

3. กลไกการกำกับดูแลและความรับผิดชอบ

การใช้กลไกคณะกรรมการระดับจังหวัด เช่น **ศอ.ปส.จ.** เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อน
ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและติดตามความก้าวหน้า**ติดตามรายงาน** ทุกเดือน

ตัวชี้วัด Monitor

ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ร้อยละ 85

เป้าหมาย รอบที่ 2

≥ ร้อยละ 85

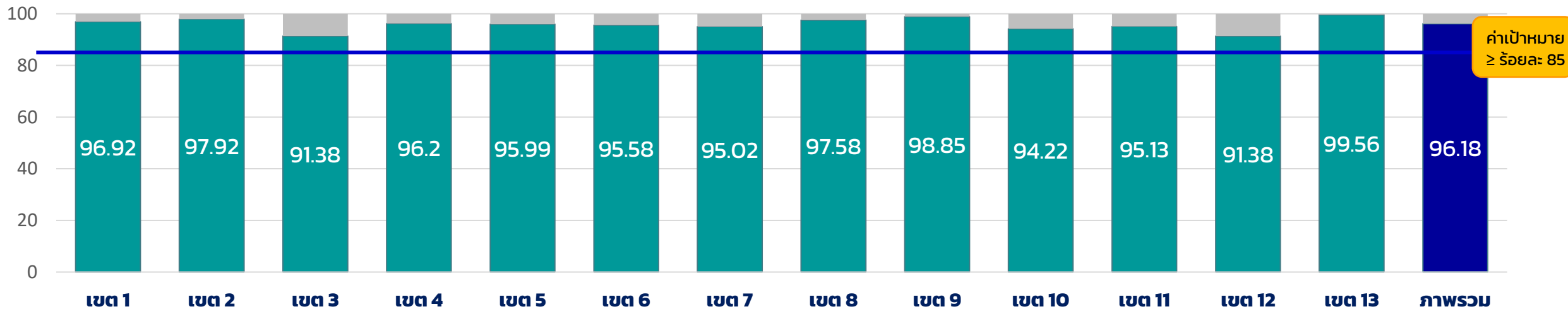
ผลการดำเนินงานภาพรวม

ร้อยละ 96.18 ของผู้ป่วย SMI-V ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

96.18%



ผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ (รอบที่ 2 - 2568)

ค่าเป้าหมาย
≥ ร้อยละ 85

	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	8,751	4,515	2,586	2,075	2,465	5,517	18,107	7,953	12,468	5,851	5,040	1,579	1,591	78,498
B	9,029	4,611	2,830	2,157	2,568	5,772	19,055	8,150	12,613	6,210	5,298	1,728	1,598	81,619

โดยที่ A: ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

B: ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

การเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดก่อความรุนแรง พ.ศ. 2568 **36.32 %**

ประชากรกลางปี 2566 (15-60 ปี)

43,139,847

ประมาณการณจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรง

1,885,211

ประมาณการณจำนวนผู้ป่วย SMI-V

224,717

ผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ที่บันทึกเข้าระบบบริการ

81,619

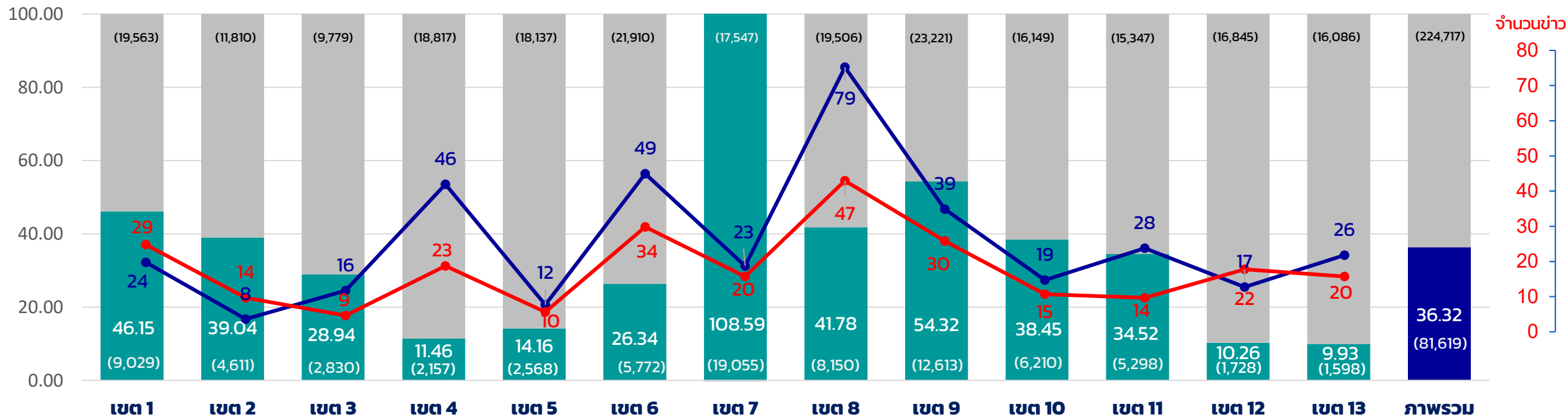
ร้อยละการเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวช SMI-V

ประมาณการณจำนวนผู้ป่วยจิตเวช SMI-V

จำนวนข่าวที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและยาเสพติด

— 6 เดือนแรก (ต.ค. 67 – มี.ค. 68)

— 6 เดือนหลัง (เม.ย. 68 – ก.ย. 68)



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

Estimate SMI-V = $(11.92 / 100) \times$ Estimate SMI. (ข้อมูลสะสม SMI เทียบ SMI-V สจ.ขอนแก่น 1 ต.ค. 64 - 31 พ.ค. 66 = 11.92%)

ข้อมูลผู้ป่วย SMI-V สะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 - 2568

ข้อมูล : Health Data Center 15 สิงหาคม 2568



ปัญหา/จุดร่วมสะท้อน

- ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบันและไม่ครอบคลุม: ข้อมูลผู้ป่วย **SMI-V** ในระบบ HDC และ V-care ยังไม่ครบถ้วนและไม่เป็นปัจจุบัน ส่งผลต่อการติดตามวางแผน
- ขาดแคลนบุคลากร: อัตรากำลังบุคลากรด้านจิตแพทย์ **พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา** และนักวิชาการสาธารณสุขไม่เพียงพอต่อภาระงาน และมีการโยกย้ายบ่อยครั้งทำให้ขาดความต่อเนื่อง
- ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย: บูรณาการที่ชัดเจน โดยเฉพาะในประเด็น **การติดตามผู้ป่วย คดี มีประวัติป่วยจิตเวช (V2-3-4)**
- ตัวกระตุ้นให้อาการ ความรุนแรงก้าวร้าวกำเริบ **ยาเสพติด ภาวะวิกฤติชีวิต**



ปัจจัยความสำเร็จ

- การสนับสนุนจากผู้บริหาร: ผู้บริหารระดับ **จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน**
- กลไกความร่วมมือที่เข้มแข็ง: มีการใช้กลไก **คณะอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด และกลไก 3 หมอ รวมถึงการร่วมมือกับเครือข่าย "5 เลือ Plus"** ผ่านทีมเลขานุการคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด
- ปรับเพิ่มตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการ **SMI-V ร้อยละ 50** ทุกเขตสุขภาพ กระตุ้นระบบ V-Care โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่มีผลการดำเนินงาน
- การพัฒนาศักยภาพบุคลากร: มีการจัด **อบรมและพัฒนาศักยภาพ** ผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีทีม **พี่เลี้ยงและระบบให้คำปรึกษา** จากจิตแพทย์



ประเด็นที่ควรทำกับฯ

- **เพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วย SMI-V** ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย คัดกรอง **5 สัญญาณเตือน V-Care** ในประชาชน อายุ 15-50 ปี เพศชาย
- การติดตาม **การรับยาจิตเวชต่อเนื่อง**
- ผู้ป่วยจิตเวช/ยาเสพติด ผู้ป่วยคดีด้วย **ฐานข้อมูลเดียว ร่วมกับภาคี เครือข่ายหลัก (เช่น กรมราชทัณฑ์ ตำรวจ กระทรวงมหาดไทย)**
- **เพิ่มการเข้าถึงสิทธิประโยชน์จิตเวชเรื้อรังในชุมชน**
- **การบริหารจัดการบุคลากร:** การวางแผนอัตรากำลังบุคลากร ด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดในแต่ละพื้นที่ สร้างขวัญกำลังใจและความก้าวหน้าในสายอาชีพ



Best Practice

- **Chaiprakan Model** : CARE (จังหวัดเชียงใหม่): โมเดลการแก้ไข ปัญหา ยาเสพติดด้วยพลังของชุมชน
- **Application นครสวรรค์สุขใจ** (จังหวัดนครสวรรค์): นวัตกรรม ในการดูแลสุขภาพจิตและปัญหาความรุนแรงของ SMI-V
- **DONGLAN Model** (จังหวัดขอนแก่น): โมเดลที่ให้ชุมชนมีส่วนร่วม ในการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง
- Application **Sakhrai Hosplus** รางวัลจากกรมสุขภาพจิต
- นาคาล้อมรัศมี อำเภอโซ่พิสัย จ.บึงกาฬ

BACKUP ประเด็นที่ 3

เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด

ตัวชี้วัดที่ 2

Retention Rate

คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผล
การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568



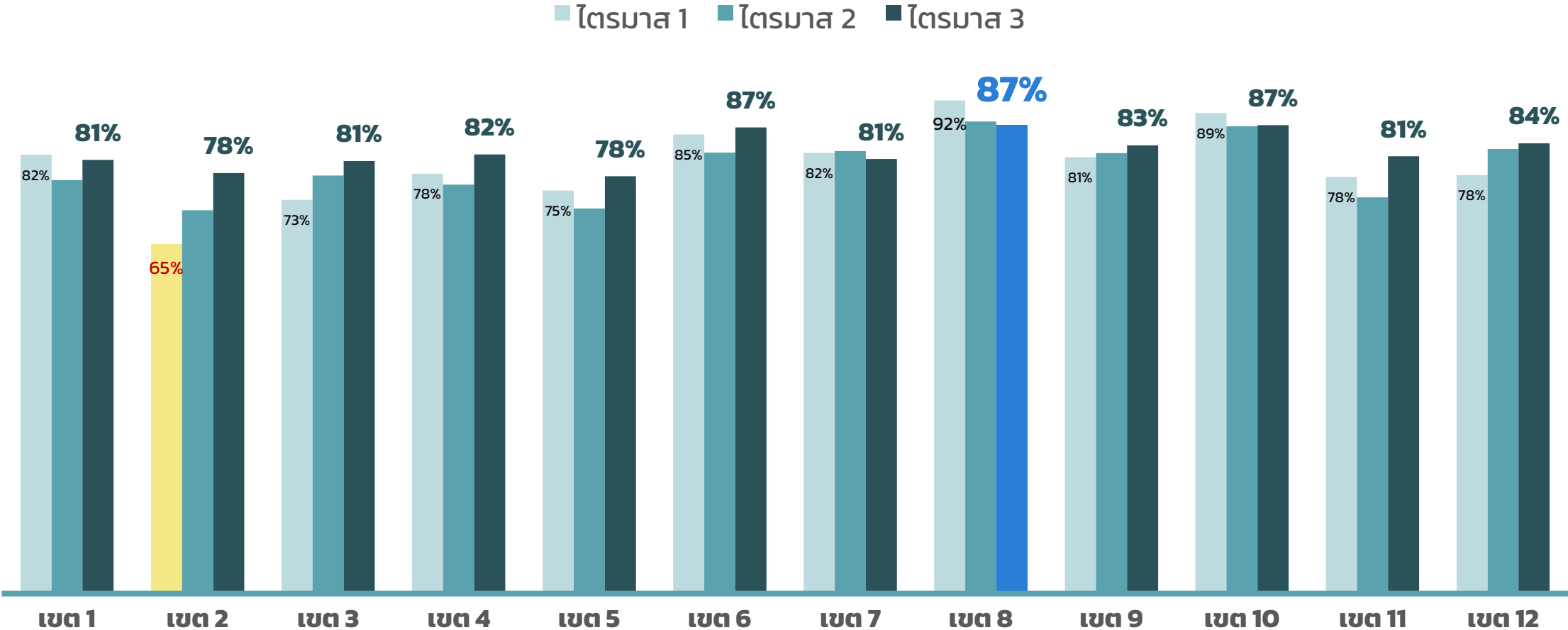
Backup Slide

เขตสุขภาพ	ม.113			ม.114			รวมระบบสมัครใจ		
	ข้อมูลที่ 1	ข้อมูลที่ 2	%	ข้อมูลที่ 1	ข้อมูลที่ 2	%	ข้อมูลที่ 1	ข้อมูลที่ 2	%
1	3,966	4,962	79.93	1,037	1,236	83.90	5,003	6,198	80.72%
2	1,868	2,397	77.93	1,827	2,325	78.58	3,695	4,722	78.25%
3	1,601	1,943	82.40	1,088	1,397	77.88	2,689	3,340	80.51%
4	3,860	4,763	81.04	831	978	84.97	4,691	5,741	81.71%
5	1,495	1,901	78.64	603	800	75.38	2,098	2,701	77.67%
6	1,997	2,263	88.25	822	987	83.28	2,819	3,250	86.74%
7	5,957	7,326	81.31	1,532	1,936	79.13	7,489	9,262	80.86%
8	5,750	6,691	85.94	1,800	1,964	91.65	7,550	8,655	87.23%
9	3,125	3,737	83.62	2,647	3,182	83.19	5,772	6,919	83.42%
10	3,905	4,507	86.64	1,103	1,237	89.17	5,008	5,744	87.19%
11	2,070	2,537	81.59	723	895	80.78	2,793	3,432	81.38%
12	5,007	5,886	85.07	258	396	65.15	5,265	6,282	83.81%
รวม	40,601	48,913	83.01%	14,271	17,333	82.33%	54,872	66,246	82.83%



ตัวชี้วัดที่ 3

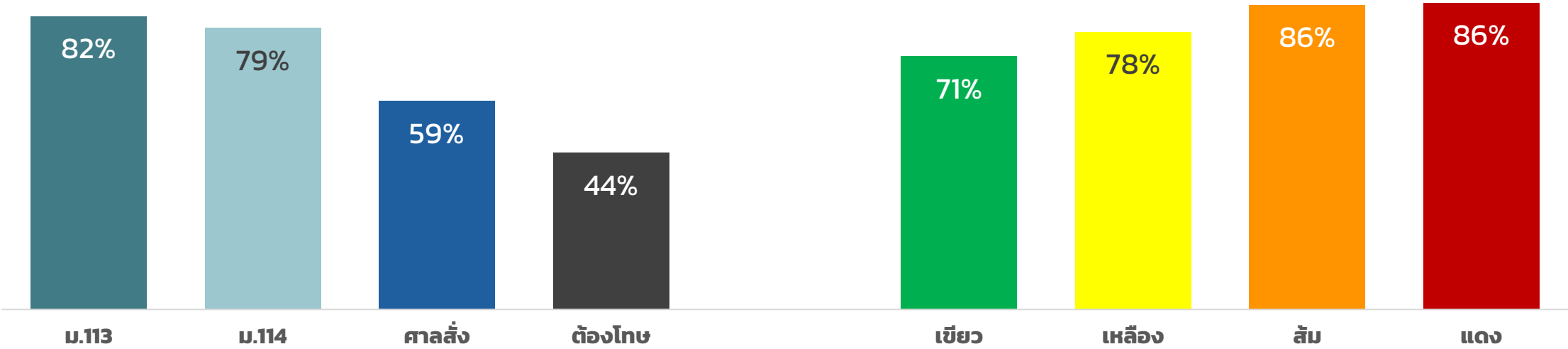
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแล
อย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)





ผลงาน Retention Rate ของทุกกระทรวง/ทุกระบบ

(ข้อมูล ณ วันที่ 31 ก.ค. 2568)



จำแนกตามประเภทการนำเข้า

	A	B	%
ม.113	45,121	54,703	82.48%
ม.114	15,094	19,041	79.27%
ศาลสั่ง	830	1,415	58.66%
ต้องโทษ	8,472	19,227	44.06%

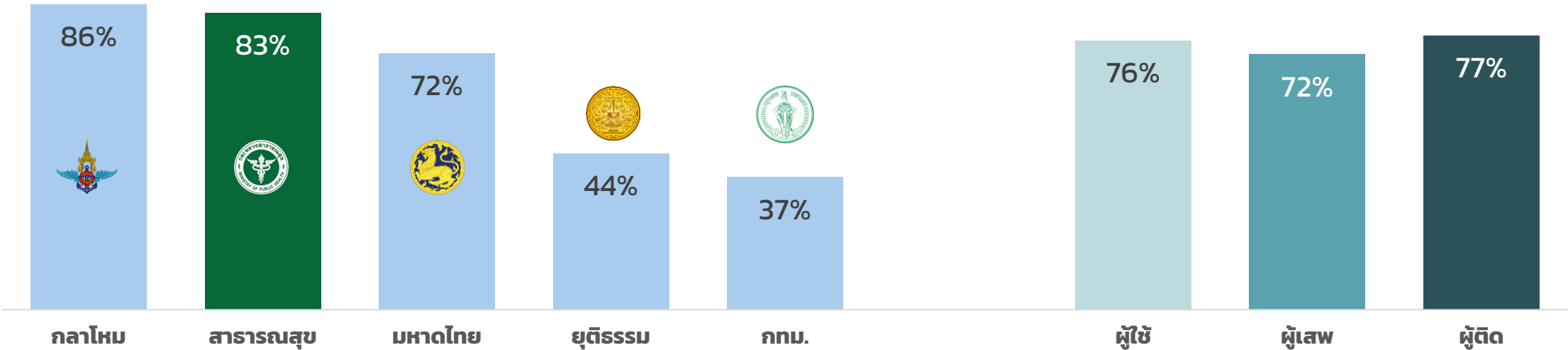
จำแนกตามสีของผู้ป่วย

	A	B	%
เปี้ยว	55,746	78,263	71.23%
เหลือง	1,187	1,520	78.09%
ส้ม	4,089	4,768	85.76%
แดง	8,495	9,835	86.37%



ผลงาน Retention Rate ของทุกกระทรวง/ทุกระบบ

(ข้อมูล ณ วันที่ 31 ก.ค. 2568)



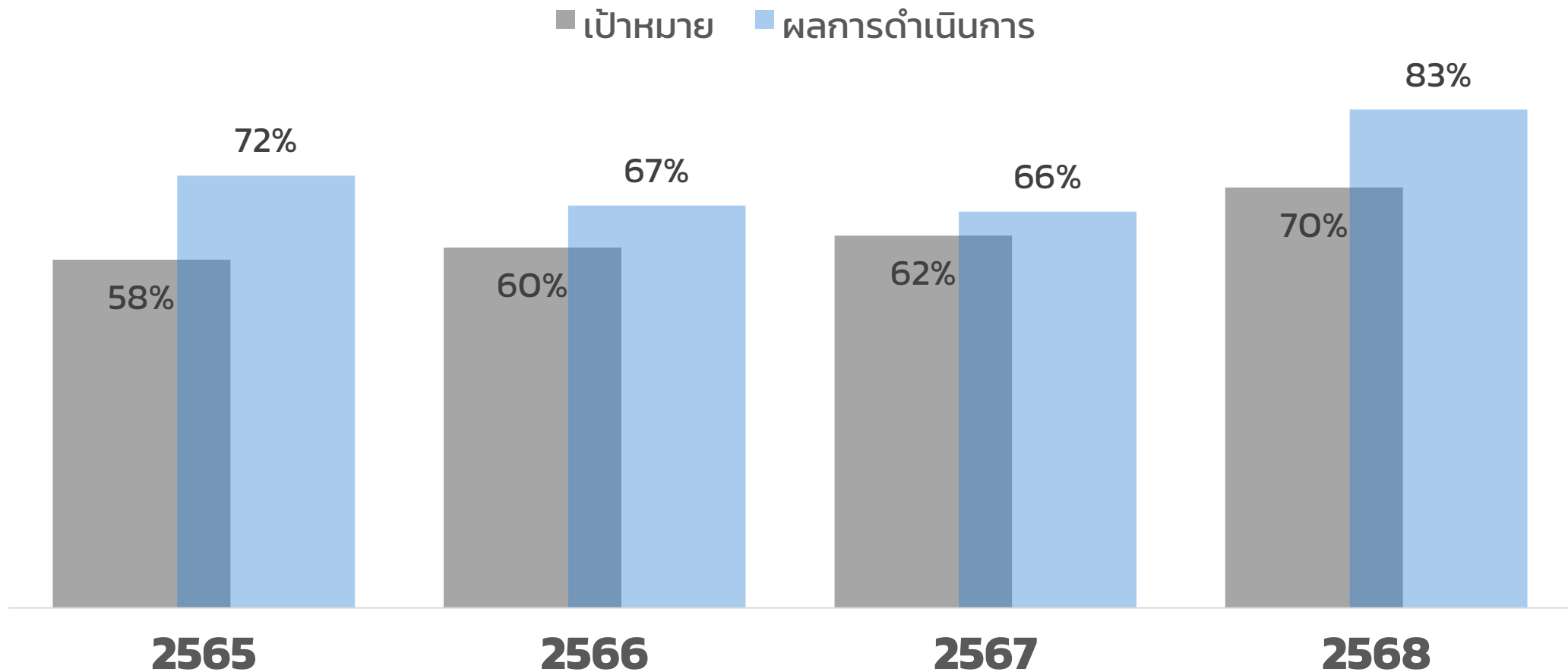
จำแนกตามสังกัดกระทรวง

	A	B	%
กระทรวงสาธารณสุข	2,204	2,565	85.94%
กระทรวงศึกษาธิการ	57,064	68,348	83.49%
กระทรวงมหาดไทย	307	425	72.20%
กระทรวงยุติธรรม	8,892	20,234	43.95%
กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	1,049	2,813	37.30%

จำแนกตามพฤติกรรมการเล่น

	A	B	%
ผู้ใช้งาน	6,988	9,217	75.81%
ผู้สอน	43,350	60,313	71.87%
ผู้ติดตาม	19,179	24,856	77.16%

ผลการดำเนินงาน **Retention Rate** (เฉพาะระบบสมัครใจ) ปีงบประมาณ 2559–2568



ข้อมูลจากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2568

ภาพรวมผลการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ปีงบประมาณ 2568

ข้อมูล ณ 31 ก.ค. 2568

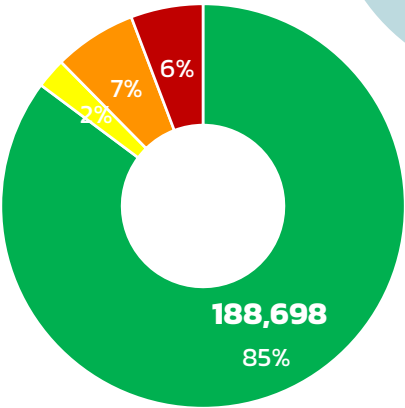
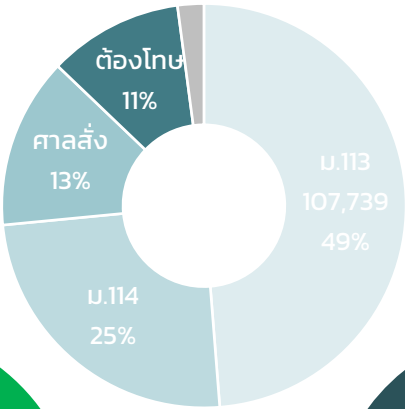
คัดกรอง

234,889

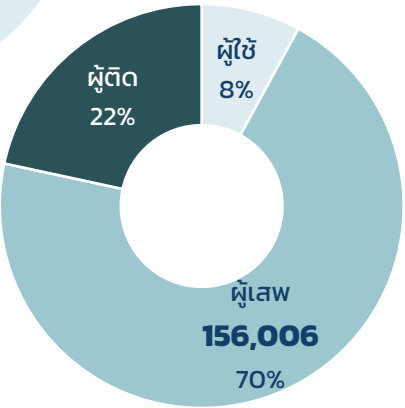
บำบัด

221,512

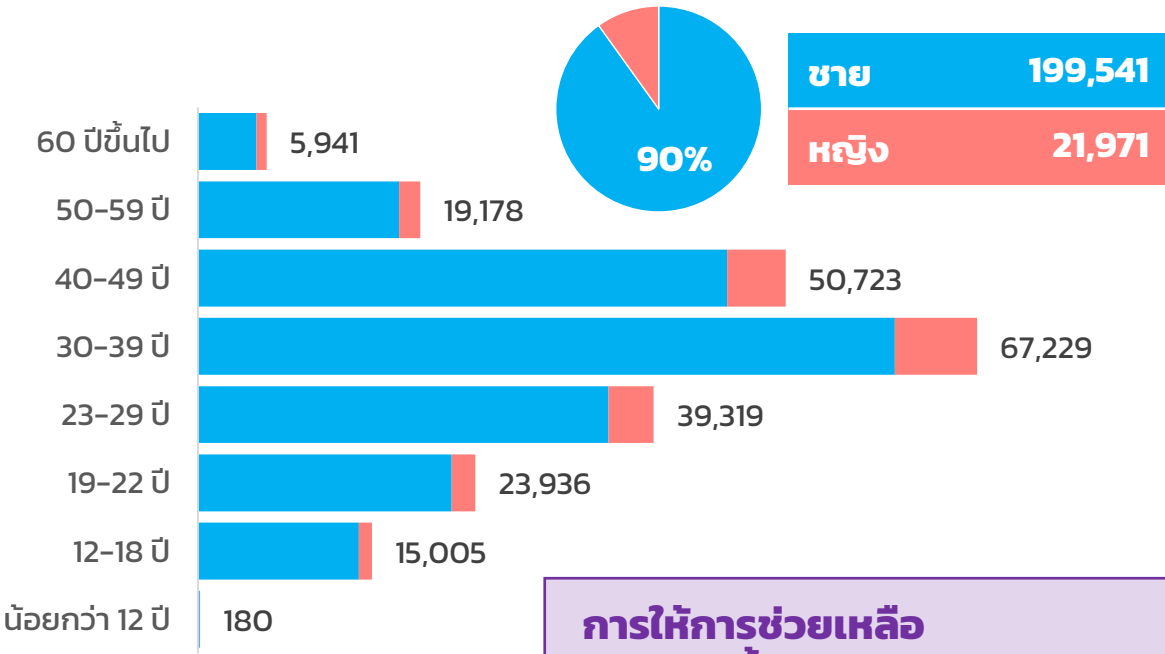
จำแนกตามประเภทการนำเข้า



จำแนกตามสีของผู้ป่วย (อาการทางจิต)



จำแนกตามพฤติกรรม การใช้ยาเสพติด



CBTx

85,271

มีนิรภัยรักภักดิ์

14,995

การให้การช่วยเหลือ
โดยศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

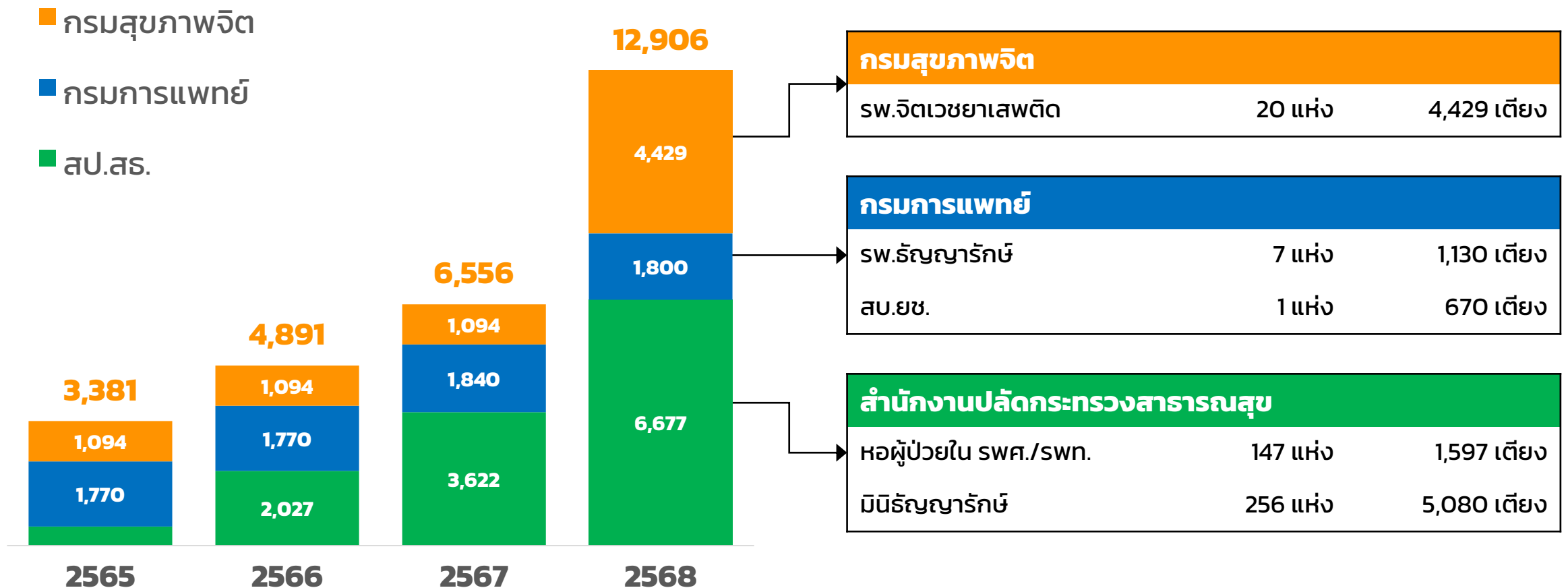
จำนวนการขอ

16,982

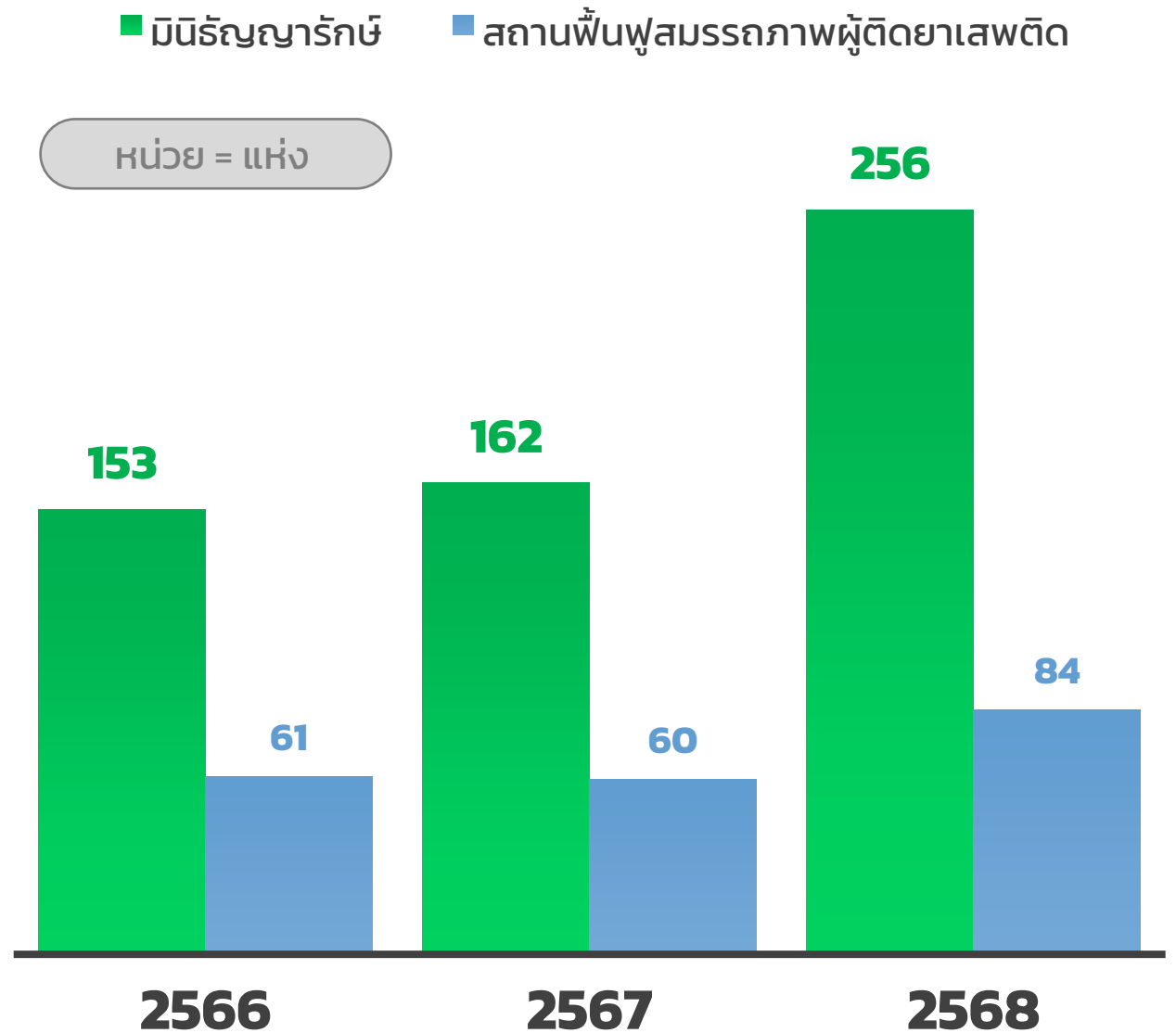
จำนวนการช่วยเหลือ

16,538

ศักยภาพการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด (ประเภทผู้ป่วยใน) ของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข



การขยายศักยภาพ
เพื่อรองรับ
การบำบัดรักษา
ผู้ติดยาเสพติด
ใน **มีนิรุธราษฎร์**
และ **สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด**



ตัวชี้วัดอื่น ๆ นอกเหนือจาก Retention Rate สำหรับการประเมินผลการดำเนินงานด้านยาเสพติด

- ร้อยละการนำผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่ระบบการบำบัด
เทียบกับเป้าหมาย
- อัตราการบำบัดครบโปรแกรม
- อัตราการหยุดเสพยา (Remission Rate)
- อัตราการได้รับการช่วยเหลือโดยศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม
- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

BACKUP ประเด็นที่ 3

เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด

ตัวชี้วัด Monitor

SMI-V

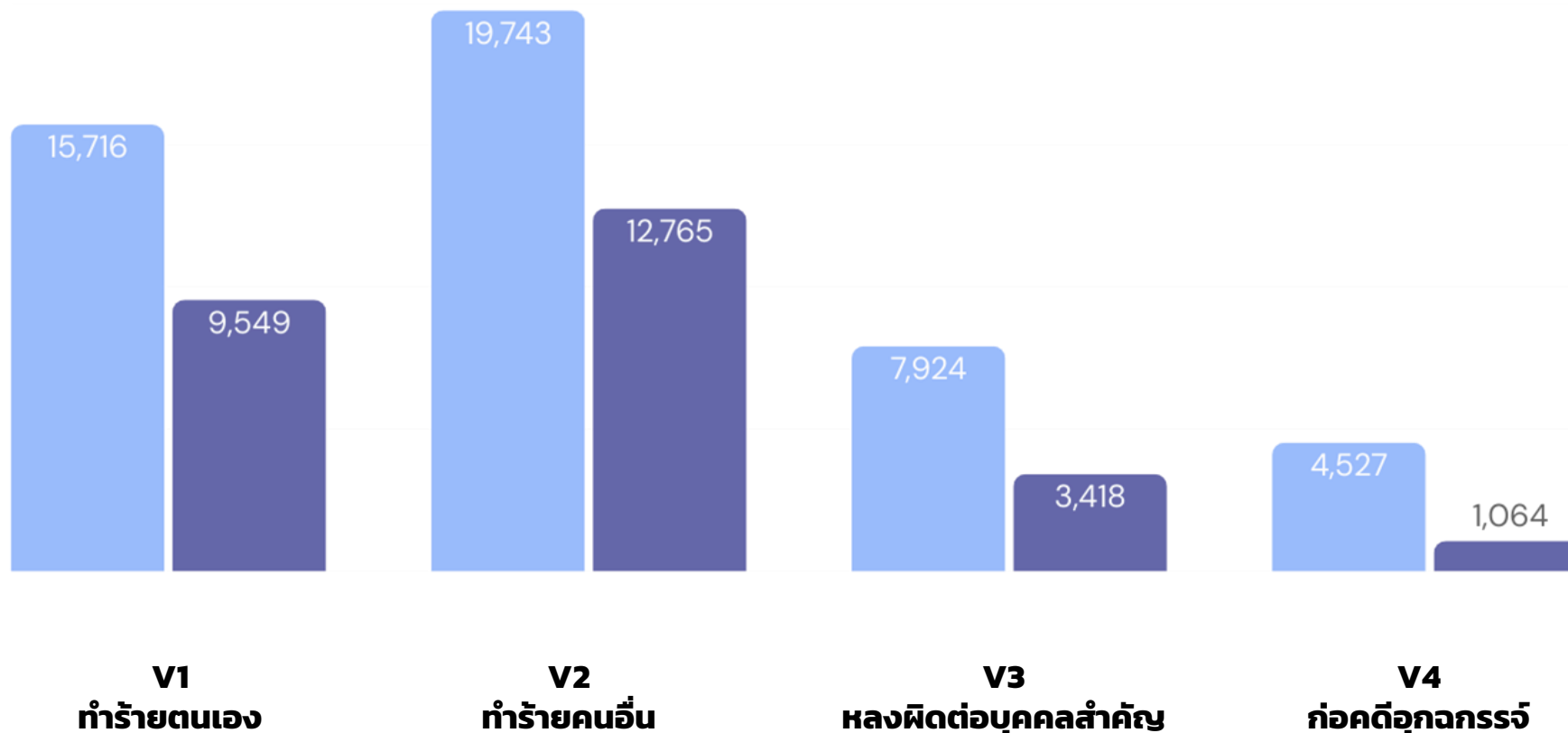
คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผล
การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568



ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่ก่อความรุนแรงแยกประเภท V1-2-3-4 ปี 2568



- จำนวนผู้ป่วย SMI-V รายใหม่ ปี 2567 (47,910 ราย)
- จำนวนผู้ป่วย SMI-V รายใหม่ ปี 2568 (26,796 ราย)



V1 ทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรง
มุ่งหวังให้เสียชีวิต

V2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธี
รุนแรง/ก่อความรุนแรงทำให้
หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน

V3 มีอาการหลงผิด มีความคิด
ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต
หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง
เช่น ระบุชื่อคนที่จะมุ่งทำร้าย

V4 เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง
(ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน อนาคต
ความผิดต่อเสรีภาพ ม. 3
พ.ร.บ. JSOC พ.ศ. 2565
และวางเพลิง)

ข้อมูลเพิ่มเติม

การขับเคลื่อนการใช้คาร์ดิฟฟ์ โมเดล

กระทรวงสาธารณสุข มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการใช้คาร์ดิฟฟ์ โมเดล เพื่อป้องกันความรุนแรงในพื้นที่ โดยกรมสุขภาพจิต เป็นกรรมการและเลขานุการ

ประธาน : นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

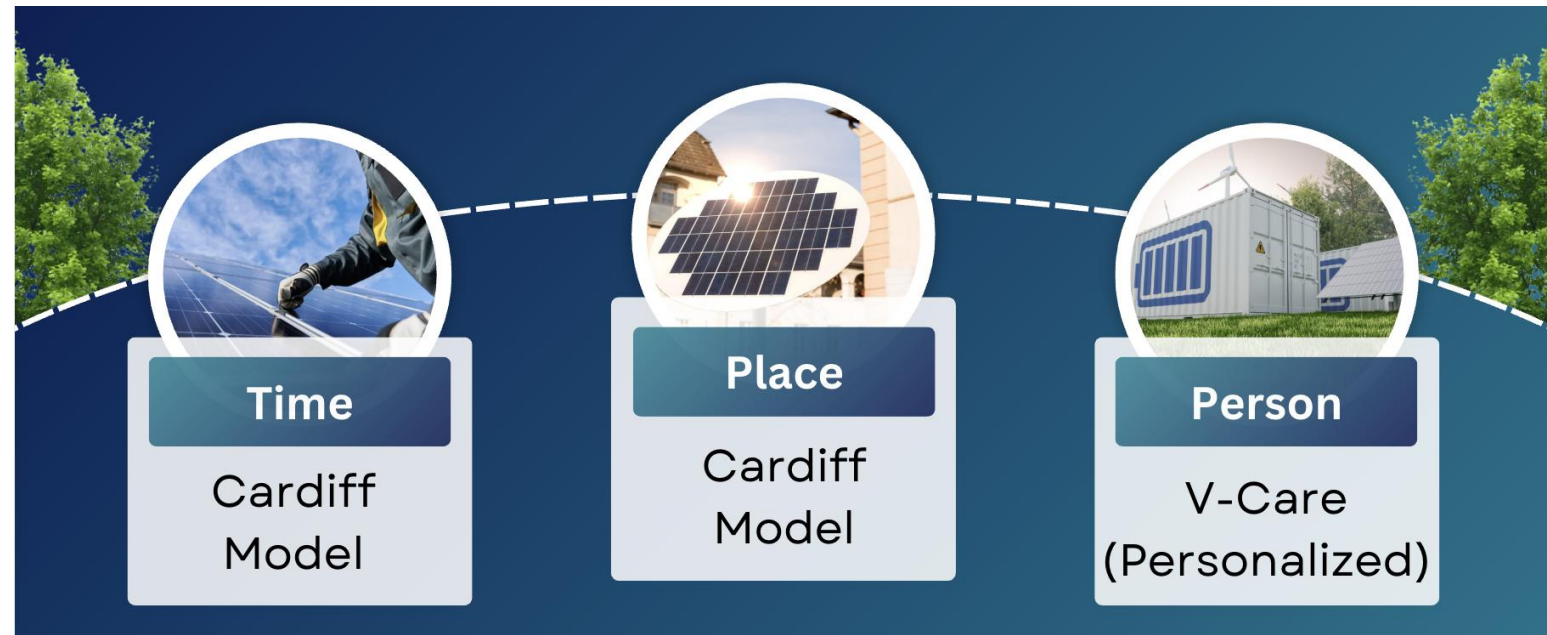
มีหน้าที่และอำนาจ

- สนับสนุน ส่งเสริมและประสานงานความร่วมมือด้านการจัดการระบบการป้องกันความรุนแรงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ชุมชน ท้องถิ่น และภาคสังคม

ขณะนี้อยู่ระหว่างดำเนินการในพื้นที่นำร่อง : จังหวัดชลบุรี นนทบุรี ปทุมธานี และนครพนม

การขับเคลื่อนระบบ V-Care ครอบคลุมระดับบุคคล

1. pre-hos ก่อนเข้า รพ. มีความรุนแรง และการนำส่งผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด เท่าไร
2. ระบบบริการในโรงพยาบาล
3. การดูแลในชุมชนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล





Thank You

