**รายงานตรวจราชการภาพรวมประเทศ**

**รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ**

1. ประเด็นตรวจราชการ : การพัฒนาระบบบริการ
2. ตัวชี้วัดกำกับติดตามที่ 2.4 : ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

|  |  |
| --- | --- |
| **เป้าหมาย** | **ผลงาน** |
| ≥ ร้อยละ 55 | ร้อยละ 65.17 |

1. วิเคราะห์สถานการณ์

จากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกำกับติดตามที่ 2.4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต รอบ 9 เดือน (ตุลาคม 2560 - มิถุนายน 2561) พบว่า จากรายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ยอดสะสมตั้งแต่ปี 2552 ถึงปัจจุบัน ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2561 โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่า มีการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในภาพรวมของประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ร้อยละ 65.17 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้
(≥ ร้อยละ 55) โดยมีเพียงเขตสุขภาพที่ 6 ที่มีการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่ำกว่าค่าเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 54.75 เนื่องจาก แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนขาดความมั่นใจในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช และขาดข้อมูลจากโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน ดังตารางที่ 1 จากข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 29 มิถุนายน 2561 พบว่า มีการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในภาพรวมของประเทศ
(ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ร้อยละ 34.18 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ (≥ ร้อยละ 55) โดยเขตสุขภาพที่ 1 มีการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงที่สุด ร้อยละ 48.59 รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 3, 2 และ 4 คิดเป็นร้อยละ 46.73, 42.10 และ 42.04 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข และรายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่า ยังคงมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก

1. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ (ข้อมูลเชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)
* ข้อมูลเชิงปริมาณ

**ตารางที่ 1** ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์)

| **เขตสุขภาพ** | **จำนวนผู้ป่วยคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ (คน)** | **จำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งหมดที่มีทะเบียนบ้านในจังหวัด (คน)** | **ร้อยละ** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 107,654 | 81,781 | 75.97 |
| 2 | 64,715 | 45,212 | 69.86 |
| 3 | 56,843 | 44,622 | 78.50 |
| 4 | 103,962 | 67,387 | 64.82 |
| 5 | 100,784 | 61,226 | 60.75 |
| 6 | 114,616 | 62,757 | 54.75 |
| **เขตสุขภาพ** | **จำนวนผู้ป่วยคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ (คน)** | **จำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งหมดที่มีทะเบียนบ้านในจังหวัด (คน)** | **ร้อยละ** |
| 7 | 113,327 | 69,500 | 61.33 |
| 8 | 120,384 | 73,621 | 61.16 |
| 9 | 147,705 | 93,475 | 63.28 |
| 10 | 100,344 | 65,337 | 65.11 |
| 11 | 80,085 | 51,773 | 64.65 |
| 12 | 86,024 | 60,741 | 70.61 |
| **รวม** | **1,192,990** | **777,432** | **65.17** |

**ที่มา :** รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายอดสะสมตั้งแต่ปี 2552 ถึงปัจจุบัน ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2561

**รายงานโดย :** โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต http://www.thaidepression.com

**ตารางที่ 2** ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (HDC กระทรวงสาธารณสุข)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เขตสุขภาพ** | **จำนวนผู้ป่วยคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ (คน)** | **จำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งหมดที่มีทะเบียนบ้านในจังหวัด (คน)** | **ร้อยละ** |
| 1 | 107,654 | 52,313 | 48.59 |
| 2 | 64,715 | 27,246 | 42.10 |
| 3 | 56,844 | 26,563 | 46.73 |
| 4 | 103,962 | 43,703 | 42.04 |
| 5 | 100,784 | 26,033 | 25.83 |
| 6 | 114,616 | 24,241 | 21.15 |
| 7 | 113,328 | 35,184 | 31.05 |
| 8 | 120,383 | 38,024 | 31.59 |
| 9 | 147,705 | 50,332 | 34.08 |
| 10 | 100,344 | 34,085 | 33.97 |
| 11 | 80,084 | 25,412 | 31.73 |
| 12 | 86,024 | 25,845 | 30.04 |
| **รวม** | **1,196,443** | **408,981** | **34.18** |

**ที่มา :** HDC กระทรวงสาธารณสุข https://hdcservice.moph.go.th ข้อมูล ณ วันที่ 29 มิถุนายน 2561

* ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การดำเนินงานเพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีมาตรฐาน ได้แก่ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การประเมินความรุนแรงของอาการ การเข้าถึงการวินิจฉัยและรักษาโรคจิตเวชที่มีคุณภาพ การติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และการรายงานที่ครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา

1. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยง

5.1 การค้นหาคัดกรองไม่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และไม่ครอบคลุม

5.2 การส่งต่อและนำส่งข้อมูล ทำให้ฐานข้อมูลระหว่าง Thaidepression.com และฐานข้อมูล HDC ยังมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก

5.3 แพทย์ที่รักษาโรคเรื้อรังทางกายมีการจ่ายยาโรคซึมเศร้าให้แก่ผู้ป่วยจำนวนมาก แต่ไม่ได้ลงวินิจฉัย
โรคซึมเศร้า ทำให้ข้อมูลโรคซึมเศร้าต่ำกว่าความเป็นจริง

5.4 ผู้ป่วยทางจิตเวชเกิด Stigma ทำให้ไม่เข้าสู่กระบวนการรักษาหรือขาดการรักษาต่อเนื่อง

1. นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง
	1. ระบบการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและระบบดูแลช่วยเหลือใน CUP วัดสิงห์ (พัฒนา 2Q plus)
	จังหวัดชัยนาท เขตสุขภาพที่ 3
	2. ระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอศรีรัตนะ แบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ เขตสุขภาพที่ 10
	3. One Province One Hospital “สุขภาพจิต วชิระ ตอง หลาง” โดยจิตแพทย์ออกตรวจในโรงพยาบาล ชุมชนทั้ง 2 แห่ง และเป็นพี่เลี้ยง ที่ปรึกษากรณีมีผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต เขตสุขภาพที่ 11

**ผู้รายงาน** นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์

**ตำแหน่ง** ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

**วัน/เดือน/ปี** 6 สิงหาคม 2561

**โทร :** 0 2590 8207 **E-mail:** burinsura@hotmail.com

**รายงานตรวจราชการภาพรวมประเทศ**

**รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ**

1. ประเด็นตรวจราชการ : การพัฒนาระบบบริการ
2. ตัวชี้วัดกำกับติดตามที่ 2.5 : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

|  |  |
| --- | --- |
| **เป้าหมาย** | **ผลงาน** |
| ≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน | 4.41 ต่อประชากรแสนคน |

1. วิเคราะห์สถานการณ์

จากรายงานอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ประจำปี 2560 โดย ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต พบว่า ภาพรวมทั้งประเทศ มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 6.03 ต่อประชากรแสนคน โดย เขตสุขภาพที่ 1 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงที่สุด เท่ากับ 11.35 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 3, 2 และ 11 เท่ากับ 7.42, 6.82 และ 6.64 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

1. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ (ข้อมูลเชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)
* ข้อมูลเชิงปริมาณ

**ตารางที่ 1** อัตราการาฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี 2561 (ตุลาคม 2560 - มิถุนายน 2561)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เขตสุขภาพ** | **จำนวนประชากรกลางปีคาดประมาณ ปี 2561 (คน)** | **จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ (คน)** | **อัตรา(ต่อแสนประชากร)** |
| 1 | 5,572,625 | 437 | 7.84 |
| 2 | 3,452,505 | 169 | 4.89 |
| 3 | 2,999,632 | 148 | 4.93 |
| 4 | 5,286,203 | 249 | 4.71 |
| 5 | 5,149,401 | 197 | 3.83 |
| 6 | 5,974,461 | 296 | 4.95 |
| 7 | 5,065,816 | 207 | 4.09 |
| 8 | 5,534,916 | 202 | 3.65 |
| 9 | 6,766,519 | 311 | 4.60 |
| 10 | 4,602,570 | 172 | 3.74 |
| 11 | 4,408,946 | 219 | 4.97 |
| 12 | 4,924,239 | 149 | 3.03 |
| กทม. | 5,597,504 | 124 | 2.22 |
| **รวม** | **65,335,337** | **2,880** | **4.41** |

**ที่มา :** สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (ตุลาคม 2560 - มิถุนายน 2561)
 ข้อมูล ณ วันที่ 25 กรกฎาคม 2561
**รวบรวมและวิเคราะห์โดย :** งานดิจิทัลสุขภาพ 2 <http://healthkpi.moph.go.th>

 จากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกำกับติดตามที่ 2.5 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ รอบ 9 เดือน (ตุลาคม 2560 - มิถุนายน 2561) พบว่า จากรายงานจากข้อมูลจำนวนและอัตราการตายจากการฆ่าตัวตาย (ตุลาคม 2560 – มิถุนายน 2561) ของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 25 กรกฎาคม 2561 พบว่า มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในภาพรวมประเทศเท่ากับ 4.41 ต่อประชากรแสนคน เมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพ พบว่า มี 6 เขตสุขภาพ ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จค่อนข้างสูง ซึ่งต้องมีการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ได้แก่ เขตสุขภาพ 1, 11, 6, 3, 2 และ 4 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 7.84, 4.97, 4.95, 4.93, 4.89 และ 4.71 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ดังตารางที่ 1 ทั้งนี้ ในเขตสุขภาพที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง อาจเนื่องจากสภาพปัญหาทางสังคม วัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ห่างไกล การคมนาคมมีความยากลำบาก ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแล
ในชุมชน แต่อย่างไรก็ตาม ควรมีการวิเคราะห์เชิงลึกถึงปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย ของแต่ละเขตสุขภาพที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงต่อไป

* ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การดำเนินงานเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและระบบรายงาน (Warning Sign System) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการวิเคราะห์ สอบสวนฯ และเยียวยา และเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยง
	1. ขาดความครอบคลุมการบูรณาการค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในทุกหน่วยบริการ เช่น คลินิกโรค
	ทางกายเรื้อรัง คลินิกสุรา ฯลฯ
	2. การติดตามผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย ด้วยการลง ICD-10 รหัส X พบว่า แพทย์ไม่ได้วินิจฉัย เนื่องจาก อาจทำให้ผู้ป่วยเสียสิทธิในการเบิกค่ารักษาจากระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ
	3. ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ในระบบการรักษา
2. นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง
	1. Model “เพื่อนคู่ใจ” ชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายจากสัญญาณเตือน
	มีการขยายผลทุกอำเภอ จังหวัดสุพรรณบุรี เขตสุขภาพที่ 5
	2. ผู้ป่วยโรคจิตและจิตเภทไม่ฆ่าตัวตายด้วยหลักการ 4 ดี โรงพยาบาลลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา เขตสุขภาพที่ 9
	3. การคัดกรองความเครียดตำรวจทุกอำเภอ โดยเครือข่ายสุขภาพจิตทั้งจังหวัด ซึ่งเป็นความร่วมมือ
	ของผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตทุกระดับ ที่ประสานการทำงานกันได้เป็นอย่างดี จังหวัดนราธิวาส เขตสุขภาพที่ 12

ผู้รายงาน นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

วัน/เดือน/ปี 6 สิงหาคม 2561

โทร : 0 2590 8207 E-mail: burinsura@hotmail.com