

โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจร
สำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด
ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร)

หน่วยงานรับผิดชอบ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
ร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

(HITAP)

คณะทำงานหลัก

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. นพ.บุญชัย นวมงคลวัฒนา | กรมสุขภาพจิต |
| 2. พญ.เบ็ญจมาศ พฤกษ์กานนท์ | กรมสุขภาพจิต |
| 3. คุณสกาวัฒน์ พวงลัดดา | กรมสุขภาพจิต |
| 4. คุณพรทิพย์ วชิรติลก | กรมสุขภาพจิต |
| 5. คุณกนกวรรณ สุตศรีวิไล | กรมสุขภาพจิต |
| 6. คุณตติยา ทุมเสน | กรมสุขภาพจิต |
| 7. นายสันต์ เพชรแสง | กรมสุขภาพจิต |
| 8. นางสาวรัศมี บัณฑิตธีรัตน์ | กรมสุขภาพจิต |
| 9. นายธีระ ศิริสมุด | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 10. น.ส.รุ่งนภา คำผาง | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 11. นายสุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 12. น.ส.เยาวรีย์ ดอเลาะ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 13. น.ส.จอมขวัญ โยธาสมุทร | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 14. น.ส.สุทธิษา สมณา | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |

สารบัญ

1. หลักการและเหตุผล.....	3
2. วัตถุประสงค์.....	8
2.1. วัตถุประสงค์ทั่วไป.....	8
2.2. วัตถุประสงค์เฉพาะ.....	8
3. กรอบการดำเนินงาน.....	8
4. ขอบเขตของปัญหาทางสุขภาพจิตที่เป็นเป้าหมายของการดำเนินงาน.....	9
5. ขอบเขตพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงาน.....	10
6. วิธีการดำเนินการ.....	11
6.1. กลยุทธ์/ยุทธศาสตร์สำคัญในการดำเนินงาน.....	11
6.2. ขั้นตอนการดำเนินการที่สำคัญ.....	11
7. งบประมาณ.....	12
8. ตัวชี้วัด.....	18
8.1. ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า (Input).....	18
8.2. ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process).....	19
8.3. ตัวชี้วัดผลผลิต (Output).....	19
8.4. ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome).....	20
9. ผลที่คาดว่าจะได้รับ.....	21
เอกสารอ้างอิง.....	22

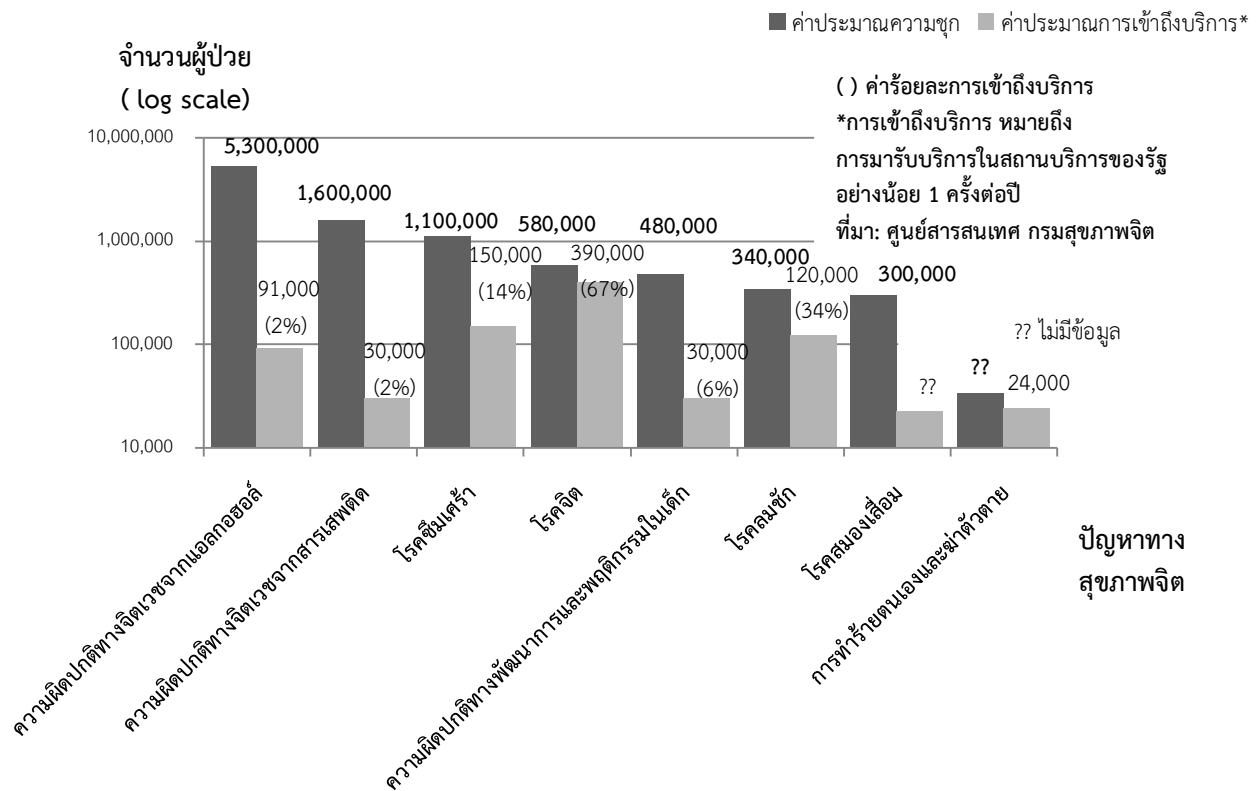
1. หลักการและเหตุผล

สุขภาพจิตเป็นส่วนประกอบสำคัญของสุขภาพ ตามนิยามขององค์การอนามัยโลกและธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ระบุว่า “สุขภาพ” หมายถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล สุขภาพกายและสุขภาพจิตส่งผลซึ่งกันและกัน ทั้งสองภาวะนี้ไม่สามารถมีเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งเพื่อให้เกิดภาวะอยู่ดีมีสุขอย่างแท้จริงได้^(1, 2) องค์การอนามัยโลก ยังได้นิยามปัญหาทางสุขภาพจิตว่าครอบคลุมโรคจิตเวช โรคระบบประสาท และความผิดปกติพฤติกรรมเสพติด สุราสารเสพติด (mental, neurological, and substance use disorders; MNS) ทั้งนี้พบว่าปัญหาทางสุขภาพจิตมีความชุกสูงในทุกภูมิภาคทั่วโลก และประมาณว่ามีผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการทางสุขภาพจิตเป็นจำนวนมากทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา แต่เนื่องจากทรัพยากรเพื่อใช้ในการจัดการปัญหาดังกล่าวมีจำกัด ทั้งยังพบว่ามีการกระจายทรัพยากรอย่างไม่เท่าเทียม รวมถึงการใช้ทรัพยากรอย่างขาดประสิทธิภาพ จึงส่งผลเสียต่อการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมของผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตทั่วโลก ทำให้เกิดช่องว่างของการรักษา (treatment gap) มากกว่าร้อยละ 75 ในหลายประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางค่อนข้างต่ำ (low and lower middle income countries)⁽³⁾ องค์การอนามัยโลกจึงจัดทำ รายงาน สถานการณ์ สุขภาพจิตและเสนอโครงการเชิงปฏิบัติการเพื่อลดช่องว่าง ของปัญหา ทางสุขภาพจิต (WHO’s Mental Health Gap Action Program; mhGAP) โครงการดังกล่าวกำหนดกลยุทธ์ในการขยายวิธีการดูแลช่วยเหลือให้ครอบคลุมปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีความสำคัญบนพื้นฐานของทรัพยากรที่จำกัด โดยพยายามสนับสนุนให้เกิดข้อตกลงร่วมเชิงนโยบายของรัฐ องค์การระหว่างประเทศ และผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ ในการจัดระบบบริการสาธารณสุข และจัดสรรทรัพยากรเพื่อพัฒนาระบบบริการในการลดช่องว่างดังกล่าว^(4, 5)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญไว้ 8 โรค /ภาวะ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม โรคลมชัก ความผิดปกติทาง จิตเวชจากแอลกอฮอล์ ความผิดปกติทาง จิตเวชจากสารเสพติด ความผิดปกติทางพัฒนาการและพฤติกรรมในเด็ก การทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ซึ่งหากพิจารณาขนาดของปัญหาทางสุขภาพจิตทั้ง 8 โรค/ภาวะในประเทศไทย จากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ระดับประเทศ ได้แก่ (1) การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับประเทศของกรมสุขภาพจิต ในปีพ.ศ.2551⁽⁶⁾ พบว่าความชุกของความผิดปกติทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์ ความผิดปกติทางจิตเวชจากสารเสพติด โรคซึมเศร้าและโรคจิตเป็นร้อยละ 10.9, 3.2, 2.2 และ 1.2 ตามลำดับ (2) การศึกษาของอนุรักษ บันชิตยชาติ และคณะ ในปีพ.ศ. 2546⁽⁷⁾ พบความชุกของโรคลมชักเป็นร้อยละ 0.7 (3) การศึกษาของสุทธิชัย จิตะพันธ์ และคณะ ในปี พ.ศ.2544⁽⁸⁾ พบความชุกของโรคสมองเสื่อมโดยเฉลี่ยในผู้สูงอายุไทยเป็นร้อยละ 3.4 และ (4) การวิจัยของภาสุรี แสงสุวานิชและคณะ ในปีพ.ศ. 2554⁽⁹⁾ รายงานค่าเฉลี่ยความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กประถมเป็นร้อยละ 4.1 ซึ่งกรมสุขภาพจิต ร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP) ประเมินว่ามีผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญทั้ง 8 โรค/ภาวะดังกล่าว ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือประมาณ 10 ล้านคนทั่วประเทศ อย่างไรก็ตามปัจจุบันมีผู้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต ประมาณ 8 แสนคนหรือคิดเป็นร้อยละ 8 เท่านั้น⁽¹⁰⁾ ซึ่งพบว่าความผิดปกติทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์และสารเสพติด โรคซึมเศร้า และโรคจิตเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ 3 ลำดับแรกสำหรับประเทศไทย

ดังรูปที่ 1

โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
แก้ไขเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2555



รูปที่ 1 ค่าประมาณความชุกและการเข้าถึงบริการของโรคจิตเวชที่สำคัญของประเทศไทย

การที่ผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตไม่สามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมส่งผลเสียอย่างมหาศาลต่อระบบสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งนี้เพราะปัญหาทางสุขภาพจิตมิได้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้นแต่ ยังรวมไปถึงญาติ ผู้ดูแล และบุคคลอื่นในสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีอายุเฉลี่ยที่สั้นกว่าบุคคลทั่วไป 5 ถึง 25 ปี⁽¹¹⁾ และมักพบโรคร่วมทางกายอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคถุงลมอุดกั้นเรื้อรังมากขึ้น⁽¹²⁻¹⁴⁾ รวมทั้งผู้ป่วย มักอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีและไม่ สามารถดูแลตนเองได้ และยังพบว่าผู้ให้บริการทางการแพทย์มักมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยและมองข้ามปัญหาความเจ็บป่วยทางกายอื่นๆ ของผู้ป่วยจิตเวช^(15, 16) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเวชมักขาดโอกาสและการสนับสนุนในสังคม⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ ทำให้ตกเป็นเหยื่อในรูปแบบต่างๆ⁽¹⁶⁾ หรือเสี่ยงต่อการก่อคดีอุกฉกรรจ์⁽²⁰⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยก็ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมเช่นเดียวกัน (ตารางที่ 1) ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการละเลยการดูแลผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตอย่างเหมาะสมมีมูลค่ามหาศาล มีการศึกษาของประเทศอังกฤษรายงานว่า คิดเป็นประมาณ 77 พันล้านปอนด์ในช่วงระหว่างปีพ.ศ.2545 และ 2546⁽²¹⁾

โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการการบวจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
แก้ไขเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2555

ตารางที่ 1 แสดงผลกระทบทางด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจและสังคมของปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีต่อผู้ป่วย และญาติหรือผู้ดูแล

ผลกระทบ	ต่อผู้ป่วย	ต่อญาติหรือผู้ดูแล
ด้านสุขภาพ	เสียชีวิตเร็วกว่าประชากรทั่วไป: การศึกษาในอเมริกาพบอายุเฉลี่ยแตกต่างกัน 5- 25ปี ⁽¹¹⁾ ซึ่งในผู้ป่วยจิตเวชขั้นรุนแรงร้อยละ 30-40 เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายและการบาดเจ็บและ ร้อยละ 60-70 เสียชีวิตจากโรคร่างกาย	ปัญหาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง รวมทั้งมีผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกัน ⁽²²⁾
	มีโรคทางกายมากกว่าประชากรทั่วไป: มีโรคร่วมทางกาย ⁽¹²⁻¹⁴⁾ (CHD, MI, stroke, COPD และ metabolic syndrome) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น ⁽²³⁾ เกิดจากการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีและการไม่ดูแลตนเอง ที่เกิดจากอาการของโรค เช่น การขาดแรงจูงใจ และความผิดปกติในความคิด	ปัญหาการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ⁽²⁴⁻²⁷⁾ เช่น ภาวะเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ความรู้สึกอับอายต่ออาการของผู้ป่วย การที่ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความรู้สึกผิด ความผิดหวัง การสูญเสียความฝันและความคาดหวังที่มีต่อตัวผู้ป่วย
	ได้รับการบริการทางการแพทย์ที่ด้อยกว่าประชากรทั่วไป: จากทัศนคติทางลบ การตั้งข้อรังเกียจของผู้ให้บริการที่ว่าผู้ป่วยจิตเวชดูเลวร้าย เสียเวลา สื่อสารไม่เข้าใจ ⁽²⁸⁾ มักไม่ร่วมมือในการรักษา และความเชื่อที่ว่าอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยน่าจะเกิดจากอาการทางจิต ^(15, 16)	ปัญหาความสัมพันธ์ทางเพศกับคู่ครอง ^(29, 30) การศึกษาในคู่สามีภรรยาของผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่า มีปัญหาเพศสัมพันธ์และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด
ด้านเศรษฐกิจและสังคม	ถูกตีตรา ⁽¹⁶⁾ เป็นการสร้างวงจรผลร้ายต่อผู้ป่วย โดยนำไปสู่การรังเกียจ การขาดความเชื่อมั่นในตนเอง การตอบสนองต่อการรักษาที่ไม่ดี ทำให้มีโอกาสมากขึ้นที่ผู้ป่วยจะกลับเป็นซ้ำ ซึ่งเมื่อมีอาการกำเริบ ก็ยิ่งกระตุ้นให้เกิดการตีตราและการรังเกียจจากสังคมมากขึ้น และยังเป็นอุปสรรคต่อการได้รับที่พักที่ปลอดภัย ได้รับการจ้างงานและได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม	ภาระจากการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ^(27, 30-32) เช่น การตามแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยรายวัน การพาผู้ป่วยไปรับการรักษา การเจรจาต่อรองกับผู้เกี่ยวข้องในกรณีที่ผู้ป่วยก่อคดี ทำให้ขาดโอกาสในการทำงาน เนื่องจากมารับภาระดูแลผู้ป่วย และได้รับการจ้างงานต่ำและโอกาสตกงานสูงจากการถูกรังเกียจจากนายจ้างและเพื่อนร่วมงาน เนื่องจากมีญาติป่วยทางจิตเวช
	รู้สึกว่าตนเองแปลกแยกจากสังคม ⁽³³⁾ ซึ่งอาจเกิดจากปฏิกิริยาที่คนอื่นมีต่อตน ความรู้สึกทางลบต่อตนเองและความผิดปกติของความคิดซึ่งเป็นอาการของโรคร่างกาย	ภาระจากการถูกตีตราจากสังคม ^(30, 32) การตีตราจากสังคมไม่ได้จำกัดอยู่แต่เพียงผู้ป่วยจิตเวช ยังรวมไปถึงญาติของผู้ป่วยจากรุ่นถึงรุ่น ⁽²⁷⁾ เช่น “ตระกูลนี้มีคนเป็นโรคจิต”
	บุคคลในครอบครัว เพื่อน สังคม รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ มีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยและขาดการเอาใจใส่ขาดความเข้าใจ ผู้ป่วย จึงมักจะรู้สึกดีเมื่ออยู่กับผู้ป่วยด้วยกัน ^(16, 30)	ผู้ป่วยอาจจะแยกตัวหรือออกจากบ้านทำให้มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของคนในครอบครัว ⁽³⁰⁾
	ไม่ได้รับการพิทักษ์สิทธิ การรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว ^(16, 30)	ภาระจากสังคมขาดความเข้าใจ โดยเฉพาะความเข้าใจเรื่องภาระของการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ^(27, 30)
	ขาดโอกาสในการทำงาน มีโอกาสได้รับการจ้างงานต่ำและโอกาสตกงานสูง ⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ อันเนื่องมาจากอาการจากโรคร่างกายเอง ผลข้างเคียงจากการรักษา และขาดความเชื่อมั่นตั้งแต่การสมัครงาน การสัมภาษณ์ ไปจนถึงการทำงาน รวมทั้งการถูกรังเกียจจากนายจ้างและเพื่อนร่วมงาน ^(11, 34)	ขาดการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ ญาติหรือผู้ดูแลมักถูกละเลยเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์มุ่งความสนใจไปที่ผู้ป่วยมากกว่า ^(27, 31) ญาติหรือผู้ดูแลจึงไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร ⁽³⁰⁾ รวมทั้งไม่มีโอกาสมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อดูแลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์
	ไม่มีความมั่นคงทางการเงิน ซึ่งนำไปสู่การขาดโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่ต้องมีค่าใช้จ่าย และการว่างงาน ผู้ป่วยส่วนมากจึงมีเวลาร่างกายมากเกินไป จนรู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่า ⁽¹⁶⁾	ภาระในเรื่องการเงินที่ไม่มั่นคง ความยากจนจากการรับภาระดูแลผู้ป่วย ⁽²⁷⁾
	ความยากจนทำให้ขาดแคลนสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐาน ยิ่งเพิ่มโอกาสของการตกเป็นเหยื่อมากขึ้น เช่น การขโมย การทำร้ายร่างกาย การล่วงละเมิดทางเพศ การละเลยหรือเพิกเฉยไม่สนใจ ⁽¹⁶⁾	การตกเป็นเหยื่อจากอาการหรือความรุนแรงของผู้ป่วย ⁽²⁷⁾
เสี่ยงต่อการก่อคดี ⁽²⁰⁾ โดยอาจจะเกิดจากอาการของโรค เช่น หลงผิด หวาดระแวง จนมีโอกา ⁽¹⁶⁾ ทำลายทรัพย์สิน ทำร้ายร่างกาย จนกระทั่งทำให้ผู้อื่นเสียชีวิต		

ปัญหาของการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตที่สำคัญเกิดจากหลายสาเหตุ⁽³⁵⁾ ได้แก่ การขาดความเอาใจจริงเอาใจ และความเอาใจใส่จากผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบายที่มองข้ามปัญหาทางสุขภาพจิต ข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณที่ไม่เพียงพอ ปัญหาด้านการออกแบบระบบบริการที่ต้องตอบสนองต่อความต้องการที่แตกต่างของผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตกับผู้ป่วยทั่วไปอื่นๆ ขาดความตระหนักหรือความรู้ของผู้ป่วยและญาติ ความอับอายและตราบาปที่สังคมหยิบยื่นให้กับผู้ป่วยและครอบครัว และปัญหาการติดตามและประเมินผลที่ยังไม่เพียงพอทำให้ผู้บริหารและประชาชนในสังคม ไม่ตระหนักถึงความจำเป็นและความสำคัญของการให้บริการทางสุขภาพจิต

ประเทศไทยขาดแคลนจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวชอย่างรุนแรงในทุกภูมิภาคของประเทศ⁽³⁶⁾ เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยขององค์การอนามัยโลก⁽³⁷⁾ ซึ่งทั่วโลกในภาพรวมมีจิตแพทย์ประมาณ 4 คนต่อแสนประชากร และพยาบาลจิตเวชประมาณ 13 คนต่อแสนประชากร พบว่าในประเทศไทยมีเพียงกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรีที่มีจำนวนจิตแพทย์มากกว่าค่าเฉลี่ยและพบว่ามี 14 จังหวัดที่ไม่มีจิตแพทย์เลย ได้แก่ พิจิตร อุทัย ชัยนาท เพชรบูรณ์ เพชรบุรี สตูล ชุมพร ระนอง ตรารุด มหาสารคาม อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ มุกดาหาร และหนองบัวลำภู สำหรับพยาบาลจิตเวชมีเพียง 3 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ และสุราษฎร์ธานีที่มีจำนวนพยาบาลจิตเวชมากกว่าค่าเฉลี่ยขององค์การอนามัยโลก นอกจากนี้เมื่อพิจารณาจากที่กรมสุขภาพจิตได้รับงบประมาณจัดสรรในปี 2553 จำนวน 17 ล้านบาท⁽³⁸⁾ หรือคิดเป็นเพียงร้อยละ 2.8 ของงบประมาณ ทั้งหมดของ กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น จึงสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาความขาดแคลนของทั้งบุคลากรและงบประมาณในระดับชาติ

กรมสุขภาพจิตพยายามผลักดันให้ผู้บริหารในระดับชาติ เห็นความสำคัญของปัญหาทางสุขภาพจิต จนได้มีการกำหนดพระราชบัญญัติสุขภาพจิตแห่งชาติ ขึ้นในปีพ.ศ. 2551⁽³⁹⁾ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับสังคม และเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย ซึ่งกฎหมายฉบับนี้มีใจความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการบังคับรักษาผู้ป่วยจิตเวชว่า หากบุคคลผู้ใดที่มีแนวโน้มจะเป็นอันตรายต่อตนเองและสังคม โดยบุคคลผู้นั้นไม่มีสติสัมปชัญญะ หรือไม่มีความรู้ตัวในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาด้วยตนเอง ผู้พบเห็นสามารถแจ้งเจ้าพนักงาน เช่น ตำรวจ หรือ เจ้าพนักงานในสถานพยาบาล เพื่อให้เจ้าพนักงานนำตัวบุคคลที่มีแนวโน้มจะเป็นอันตรายเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่ได้แต่งตั้งไว้ ซึ่งปัจจุบันมีสถานพยาบาลเพียง 41 แห่งทั่วประเทศเท่านั้นที่จัดเป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชตามที่กฎหมายกำหนด

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกรมสุขภาพจิต ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่นับวันจะเพิ่มจำนวนขึ้นจากปัจจัยต่างๆ ในสังคม อาทิ ความซับซ้อนของปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจที่บุคคลต้องเผชิญ รวมทั้งแรงกระตุ้นทางกฎหมายที่สำคัญดังกล่าว จึงได้จัดทำข้อเสนอการก่อตั้งกองทุนสุขภาพจิตเพื่อพัฒนาและปรับปรุงระบบบริการทางสุขภาพจิต รวมทั้งการสนับสนุนการจัดหาและทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาาริสเพอริโดน ซึ่งเป็นยารักษาอาการทางจิตกลุ่มใหม่ที่ลดผลข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตกลุ่มเดิม รวมทั้งยารักษาโรคซึมเศร้าเซอร์ทาลีน อันจะมีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชดีขึ้น

อย่างไรก็ตามผลการดำเนินงานเบื้องต้นแสดงให้เห็นว่า ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2553 ถึง 31 พฤษภาคม 2554 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าถึงยาดังกล่าว 25,197 คน⁽⁴⁰⁾ คิดเป็นเพียงร้อยละ 0.25 ของค่าผู้ป่วยประมาณการทั้งหมดทั่วประเทศ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาปรับปรุงระบบบริการทางสุขภาพจิต เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตในประเทศไทย

ตารางที่ 2 สรุปปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญในประเทศไทย

สรุปปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญในประเทศไทย
● ผู้ป่วยที่ได้รับการประมาณว่าจำเป็นต้องเข้าถึงบริการ 10 ล้านคน แต่มีผู้ป่วยประมาณ 8 แสนคน (ร้อยละ 8) เท่านั้นที่เข้าถึงบริการทางสุขภาพจิต
● ปัญหาทางสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม
● ขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณสำหรับจัดบริการทางสุขภาพจิต
● ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันหลังจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังไม่ได้ผนวกการให้บริการทางสุขภาพจิตเข้าไปในระบบบริการปฐมภูมิ แม้ว่าจะมีนโยบายสนับสนุนการใช้จ่ายทางจิตเวชได้แก่ยาริสเพอริโดนและเซอร์ทราลีน แต่การเข้าถึงยาดังกล่าวยังมีปัญหาเพราะระบบที่ไม่รองรับ จึงทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อนโยบายดังกล่าวได้

จากความสำคัญของปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น (ตารางที่ 2) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในการเริ่มต้นพัฒนาระบบการบริหารจัดการ การประเมิน และการติดตามการให้บริการ ทางสุขภาพจิตที่สำคัญ ตามที่องค์การอนามัยโลกพยายามผลักดันให้ประเทศสมาชิกดำเนินการอย่างจริงจัง โดยหวังว่า โครงการพัฒนา ระบบฯ นี้จะนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการและระบบฐานข้อมูล สำหรับการบริหารจัดการ การติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม โดยเป็นความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต และหน่วยบริการในพื้นที่ ซึ่งหัวใจสำคัญ ของโครงการพัฒนา ระบบฯ นี้คือ การสร้างบริการ ทางสุขภาพจิต ให้ผนวกในบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีระบบเชื่อมต่อกับ สถานบริการ ในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ อันจะนำมาซึ่งความยั่งยืนในระบบสุขภาพสำหรับประชาชนไทย

2. วัตถุประสงค์

2.1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

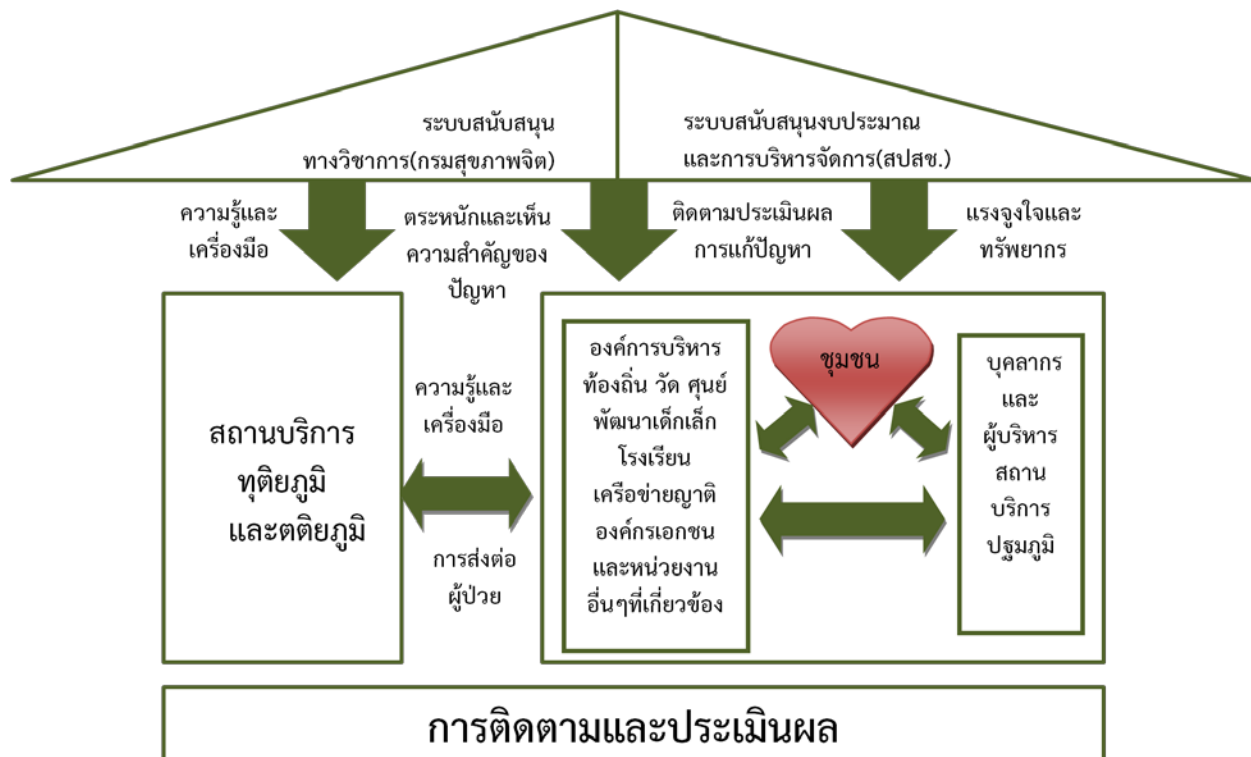
เพื่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ การบริหารจัดการ การประเมินและติดตามการให้บริการ ทางสุขภาพจิตที่สำคัญในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ร่วมกับระบบสนับสนุนของสถานบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัว และชุมชน

2.2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพมาตรฐาน และได้รับการดูแลต่อเนื่อง
3. เพื่อให้มีเครือข่ายหน่วยบริการทางสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพ
4. เพื่อประเมินต้นทุนประสิทธิผล และความคุ้มค่าของการจัดบริการทางสุขภาพจิต แบบครบวงจรที่ระดับปฐมภูมิ (การค้นหา การคัดกรอง การประเมิน การวินิจฉัย การ รักษา การดูแลต่อเนื่อง การฟื้นฟู การเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน การเยี่ยมบ้านและการเฝ้าระวังในชุมชน รวมทั้งการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ)

3. กรอบการดำเนินงาน

โครงการพัฒนานี้ เน้นให้บุคลากรและผู้บริหารในสถานบริการปฐมภูมิเป็น หลักของการพัฒนาระบบบริการ โดยมุ่งเน้นให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสถานบริการปฐมภูมิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นๆ อาทิ โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วัด เครือข่ายญาติผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งองค์กรเอกชนต่างๆ ในชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาทางสุขภาพจิตของชุมชน ก่อให้เกิดการร่วมกันสนับสนุนเพื่อพัฒนาระบบบริการ ทางสุขภาพจิต โดยให้ สถาน บริการ ทุติยภูมิและตติยภูมิ มีบทบาทในการ ให้ความช่วยเหลือและเป็นพี่เลี้ยงอย่างใกล้ชิด คณะทำงานของ กรมสุขภาพจิต และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะ ทำหน้าที่ในการ ให้คำปรึกษา สนับสนุนด้านวิชาการ งบประมาณ และการบริหารจัดการ รวมทั้งติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสร้างระบบการเรียนรู้ร่วมกันกับชุมชน โดยจะมีการแก้ไขปรับปรุงพัฒนาจุดอ่อนเป็นระยะๆ ตลอดเวลา การดำเนินงาน ดังรูปที่2



รูปที่2 กรอบการดำเนินงาน

4. ขอบเขตของปัญหาทางสุขภาพจิตที่เป็นเป้าหมายของการดำเนินงาน

เพื่อให้สอดคล้องกับโปรแกรมปฏิบัติการเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพจิตขององค์กรอนามัยโลก ปัญหาทางสุขภาพจิตที่ได้รับพิจารณาให้มีความสำคัญและควรรับดำเนินการเพื่อจัดการแก้ไขเป็นลำดับต้นๆ จึงเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดภาระโรคสูง (ในแง่ของการเสียชีวิต ความเจ็บป่วยและคุณภาพ) มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง หรือเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย รวมทั้งต้องมีหลักฐานทางวิชาการแสดงให้เห็นชัดเจนว่ามีมาตรการซึ่งมีประสิทธิผลในการแก้ปัญหานั้น ดังนั้นขอบเขตของปัญหาทางสุขภาพจิตที่เป็นเป้าหมายในการดำเนินงานภายใต้โครงการพัฒนาระบบฯ นี้ ได้แก่

1. โรควิต (Psychosis)
2. โรคซึมเศร้า (Depression)
3. โรคสมองเสื่อม (Dementia)
4. โรคลมชัก (Epilepsy/ seizure)
5. ความผิดปกติทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์ (Alcohol use disorder)
6. ความผิดปกติทางจิตเวชจากสารเสพติด (Substance use disorder)
7. ความผิดปกติทางพัฒนาการและพฤติกรรมในเด็ก (Behavioral and Developmental disorder)
8. การทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย (Suicide/ self-harm)

5. ขอบเขตพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงาน

กรมสุขภาพจิตร่วมกับสปสช. ได้เลือกพื้นที่เป้าหมายสำหรับดำเนินงาน โดยพิจารณาถึงความเหมาะสม ในด้านความสนใจของผู้ให้บริการและผู้บริหาร ที่ตั้ง และองค์ประกอบของสถานพยาบาลในพื้นที่ ซึ่งมีรายละเอียดแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้คือ 1) ระดับโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หรือศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit: PCU) ในอำเภอเมือง หรือศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส.) ในกรุงเทพฯ 1 แห่ง และ 2) ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือศูนย์สุขภาพชุมชนในกรุงเทพฯ ทุกแห่ง รวมทั้ง 3) ระดับหมู่บ้านและตำบลทั้งหมด ในอำเภอหรือเขตของ 7 จังหวัดพื้นที่ดำเนินการ ซึ่งประชากรในพื้นที่การดำเนินงานทั้งหมดประมาณ 798,893 คน ในปีพ.ศ. 2553⁽⁴¹⁾ และประมาณการจากค่าสถิติว่ามีผู้มีปัญหาทางจิตเวชทั้ง 8 โรค/ภาวะรวมกันอย่างน้อย 151,206 คน ซึ่งรายละเอียดของข้อมูลพื้นที่การดำเนินงานแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลพื้นที่การดำเนินงาน

จังหวัด	อำเภอ/ เขต	รพช./PCU/ศบส.	รพสต./ ศูนย์สุขภาพ ชุมชน	ประชากร (คน)	จำนวน ผู้ป่วยที่มา รับการ บริการ ปัจจุบัน* (คน)	ค่าคาดหมาย จำนวนผู้ป่วย ในพื้นที่** (คน)
น่าน	เมือง	PCU โรงพยาบาลน่าน	17 แห่ง	81,481	1,238	16,512
เชียงใหม่	เมือง	PCU โรงพยาบาลนครพิงค์	16 แห่ง	159,941	1,788	32,183
นครสวรรค์	ตากถ้ำ	โรงพยาบาลตากถ้ำ	16 แห่ง	82,563	232	15,290
นครราชสีมา	ชุมพวง	โรงพยาบาลชุมพวง	16 แห่ง	72,836	148	13,543
สุราษฎร์ธานี	ดอนสัก	โรงพยาบาลดอนสัก	16 แห่ง	24,620	260	4,575
ยะลา	รามัน	โรงพยาบาลรามัน	16 แห่ง	77,017	677	14,423
กรุงเทพฯ	บางซื่อ	ศูนย์ฯ 3 บางซื่อ	17 แห่ง	80,450	43	14,642
	ดินแดง	ศูนย์ฯ 4 ดินแดง	12 แห่ง	67,340	47	12,256
	วัฒนา	ศูนย์ฯ 21 วัฒนา	22 แห่ง	80,071	9	14,573
	คลองเตย	ศูนย์ฯ 41 คลองเตย	25 แห่ง	72,574	50	13,208
รวม				798,893	4,492	151,206

* ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2554

** เป็นตัวเลขประมาณการ จากค่าสถิติความชุกของปัญหาทางสุขภาพจิต

6. วิธีการดำเนินการ

6.1. กลยุทธ์/ยุทธศาสตร์สำคัญในการดำเนินงาน

เน้นการสร้างความตระหนัก ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน โดยมีรูปแบบที่ครอบคลุม ตั้งแต่การค้นหา การคัดกรอง การประเมิน การวินิจฉัย การรักษา การดูแลต่อเนื่อง การฟื้นฟู การเตรียมผู้ป่วย กลับสู่ชุมชน การเยี่ยมบ้านและการเฝ้าระวังในชุมชน ตลอดจนการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ ซึ่งรูปแบบการดำเนินงานจะเน้นปรับให้เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ได้แก่ สภาพปัญหาทางสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน และกลุ่มผู้ใช้บริการที่แตกต่างกัน (กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มประชากรทั่วไป) ดังเช่นกรณีของการคัดกรองผู้ป่วยโรคจิต อาจจะสามารถทำโดยอาสาสมัครในชุมชน หรือ โดยบุคลากรในรพ.สต. แต่ในขณะที่การคัดกรองผู้มีปัญหาทางจิตเวชเด็ก อาจจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากโรงเรียน ศูนย์พัฒนาการเด็กเล็ก หรือผู้ปกครอง ทั้งนี้ขึ้นกับบริบทดังกล่าวแล้วเป็นสำคัญ ซึ่งไม่ได้กำหนดเป็นรูปแบบที่จำเป็นต้องเหมือนกันในทุกพื้นที่

6.2 ขั้นตอนการดำเนินการที่สำคัญ

1. วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค และข้อจำกัดที่มีผลต่อการเข้าถึงการบริการ ทางสุขภาพจิตที่สำคัญ ในขั้นตอนนี้รวมถึงการประมาณความต้องการบริการ ทางสุขภาพจิต ของแต่ละพื้นที่ ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรในสถาน บริการ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในชุมชน รวมทั้งกรมสุขภาพจิต
2. เก็บข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในพื้นที่ก่อนเริ่มดำเนินงาน ในระดับสถานพยาบาล ทุกระดับ ได้แก่ ระดับโรงพยาบาลชุมชน และระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และในองค์กรที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินผลการดำเนินงานในระยะเวลาที่กำหนด แล้วนำ ข้อมูลที่ได้เสนอต่อผู้กำหนดนโยบาย บุคลากรทางการแพทย์ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและ เห็นความสำคัญ รวมทั้งเพื่อร่วมกันวางแผนในการ พัฒนาระบบบริการ ทางสุขภาพจิต ให้สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่
3. พัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน และจัดการฝึกอบรมที่จำเป็นและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เพื่อสร้างความพร้อมในการให้บริการ ทางสุขภาพจิต โดยความร่วมมือระหว่างผู้เกี่ยวข้องจากสถานพยาบาลปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ และคณะทำงานจากกรมสุขภาพจิต
4. ดำเนินงานในพื้นที่ ได้แก่ การคัดกรอง การ ค้นหาผู้ป่วย การลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ การประเมิน การวินิจฉัย การรักษา การดูแลต่อเนื่อง การฟื้นฟู การเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน การเยี่ยมบ้านและการเฝ้าระวังในชุมชน ตลอดจนการส่งเสริมป้องกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่เป็นสำคัญ ซึ่งจะแบ่งการดำเนินงานในพื้นที่ดังกล่าวเป็นวงจรการพัฒนา ไปเรื่อย ๆ อันประกอบไปด้วย การร่วมกันวางแผน (Plan) ลงมือปฏิบัติ (Do) ประเมินตรวจสอบ (Check) และนำไปปรับปรุงการดำเนินงาน(Act) จนเกิด ระบบการขยายบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมเป้าหมายที่ตั้งไว้
5. เก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากการดำเนินงานเพื่อประเมินผลการดำเนินงานโดยเปรียบเทียบกับข้อมูลที่เก็บก่อนการดำเนินงาน
6. สรุปผลการ ดำเนินงานและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย แก่ผู้กำหนดนโยบายในระดับ ท้องถิ่น และระดับประเทศ

โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
แก้ไขเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2555

ระยะเวลาในการดำเนินงานทั้งสิ้น 1 ปี ตั้งแต่ ตุลาคม 2554 ถึง กันยายน 2555

กิจกรรม	2554			2555									
	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1. วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและประมาณความต้องการของผู้ใช้บริการในพื้นที่	*	*											
2. เก็บข้อมูลเบื้องต้นของระบบบริการ และวางแผนเพื่อพัฒนาระบบบริการในพื้นที่													
3. พัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการในพื้นที่													
4. ดำเนินงานในพื้นที่เป็นวงจรพัฒนา PDCA (ค้นหา คัดกรอง ประเมิน วินิจฉัย รักษา ดูแลต่อเนื่อง พันฟู เตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน เยี่ยมบ้านและเฝ้าระวังในชุมชน ตลอดจนส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ)													
4.1 ร่วมวางแผน (Plan)													
4.2 ร่วมกันปฏิบัติ (Do)													
4.3 ร่วมกันตรวจสอบ (Check)													
4.4 ร่วมกันปรับปรุง (Act)													
5. เก็บข้อมูลดำเนินงานในพื้นที่เพื่อปรับปรุงระบบ และการติดตามประเมินผล													
6. สรุปผลการดำเนินงาน และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย													

* เนื่องจากปัญหาอุทกภัย ปี2554 จึงมีผลกระทบให้ไม่สามารถดำเนินงานโครงการได้

7. งบประมาณ

งบประมาณของโครงการนี้ รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 43,697,000 (สี่สิบสามล้านหกแสนเก้าหมื่นเจ็ดพันบาทถ้วน) ซึ่งแบ่งเป็น งบสำหรับ CUP (Contracting Unit for Primary Care) ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน/PCU/ศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 10 CUP เป็นเงิน 22,250,000 บาท และ งบสำหรับ สถาบันจิตเวชหรือโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 7 แห่งเป็นเงิน 21,447,000 บาท ซึ่งสถานบริการทางสาธารณสุขแต่ละแห่งจะได้งบประมาณโดยคำนวณจากประชากรที่รับผิดชอบ

โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครอบครัวสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
แก้ไขเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2555

กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผู้ดำเนินกิจกรรม	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	หน่วย	งบประมาณ/หน่วย(บาท)	งบประมาณ(บาท)	หมายเหตุ
1. วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และประมาณความต้องการของผู้ใช้บริการในพื้นที่						3,060,000	
1.1. วางแนวทางการดำเนินงานเพื่อกำหนดรูปแบบการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคและข้อจำกัดที่มีผลต่อการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพจิต และประมาณความต้องการของผู้ใช้บริการในพื้นที่	โรงพยาบาล/สถาบันจิตเวชรพ./ส.จิตเวช)	คณะทำงานส่วนกลาง	คณะทำงานส่วนกลางและผู้เชี่ยวชาญ	1 ครั้ง (ครั้งละ 40 คน/1วัน)	260,000	260,000	รวมค่าเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าอาหารว่าง/เครื่องดื่ม และอาหารกลางวัน
1.2. วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคและข้อจำกัดที่มีผลต่อการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพจิตในพื้นที่ รวมทั้งประมาณความต้องการของผู้ใช้บริการในพื้นที่ ได้แก่ สถานบริการปฐมภูมิ ศูนย์ชุมชนและตติยภูมิ อปท.และองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในชุมชน	โรงพยาบาล/สถาบันจิตเวชรพ./ส.จิตเวช)	คณะทำงานส่วนกลาง	บุคลากรในพื้นที่และตัวแทนคณะทำงานรพ.จิตเวชและส่วนกลาง	10 พื้นที่ (พื้นที่ละ 4 ครั้ง ครั้งละ 20 คน/1วัน)	280,000	2,800,000	
2. เก็บข้อมูลเบื้องต้นของระบบบริการ และวางแผนเพื่อพัฒนาระบบบริการในพื้นที่						7,835,000	
2.1. เก็บข้อมูลเบื้องต้นของระบบบริการทางสุขภาพจิตทุกระดับสถานบริการในพื้นที่ โดยใช้รูปแบบของการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (Rapid survey)	รพ./ส.จิตเวช	คณะทำงานพื้นที่	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดในพื้นที่และตัวแทนคณะทำงานส่วนกลาง	10 พื้นที่(พื้นที่ละประมาณ 700คน)	523,500	5,235,000	
2.2. กำหนดมาตรการและวิธีการแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ	CUP (รพช./PCU/ศบส.)	คณะทำงานพื้นที่	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดในพื้นที่และตัวแทนคณะทำงานทุกระดับ	10 พื้นที่ (พื้นที่ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 20 คน/1วัน)	260,000	2,600,000	

โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการตรวจจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
แก้ไขเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2555

กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผู้ดำเนินกิจกรรม	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	หน่วย	งบประมาณ/หน่วย(บาท)	งบประมาณ(บาท)	หมายเหตุ
3. พัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการในพื้นที่ (เทคโนโลยีและบุคลากร)						8,525,000	
3.1. กำหนดรูปแบบ/พัฒนา/ทบทวน/รวบรวมเครื่องมือการคัดกรองการประเมิน แนวทางการวินิจฉัย การรักษา การติดตามผล ระบบการฟื้นฟูและการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ระบบเฝ้าระวัง รวมทั้งเทคโนโลยีในการส่งเสริมป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามบริบทของผู้ใช้บริการ (กลุ่มประชากรทั่วไป กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ)	โรงพยาบาล/สถาบันจิตเวชรพ./ส.จิตเวช)	คณะทำงานรพ.จิตเวช	ผู้เชี่ยวชาญและตัวแทนคณะทำงานทุกระดับ	7 โรค/ปัญหา	650,000	5,045,000	สำหรับ 7 โรค/ภาวะ/รูปแบบซึ่งไม่ได้นับรวมโรคซึมเศร้า เนื่องจากได้มีรูปแบบระบบบริการแก้ปัญหาโรคซึมเศร้าในสถานบริการทุกระดับแล้ว
3.2. ออกแบบและตีพิมพ์เครื่องมือและแนวทางการบริการทางสุขภาพจิตตามบริบทของผู้ใช้บริการ	โรงพยาบาล/สถาบันจิตเวชรพ./ส.จิตเวช)	คณะทำงานรพ.จิตเวช	ผู้ตีพิมพ์	7 โรค	150,000	1,050,000	
3.3. อบรมต่อยอดผู้ให้บริการที่มีความเชี่ยวชาญทางจิตเวชในพื้นที่ เพื่อเตรียมสำหรับการเป็นผู้ให้บริการและให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต (Advance counselling)	CUP (รพช./PCU/ศบส.)	คณะทำงานรพ.จิตเวชและตัวแทนคณะทำงานส่วนกลาง	ผู้ให้บริการที่มีความเชี่ยวชาญทางจิตเวชในรพช.เช่น พยาบาลจิตเวช (PG) นักจิตวิทยานักสังคมสงเคราะห์	2ครั้ง ครั้งละ10 คน/4 วัน (1คน: 1พื้นที่สำหรับหลักสูตร 10 วัน)	23,000	230,000	ผลิตบุคลากรที่มีความรู้และทักษะระดับ advance counselling ทั้งสิ้น10 คน เฉลี่ย 23,000 บาทต่อคน
3.4. อบรมบุคลากรแกนนำในพื้นที่ เพื่อเตรียมสำหรับการเป็นที่ปรึกษาในการให้บริการและให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตเบื้องต้น (Basic counselling)	CUP (รพช./PCU/ศบส.)	คณะทำงานรพ.จิตเวชและตัวแทนคณะทำงานส่วนกลาง	บุคลากรแกนนำในพื้นที่และบุคลากรในระดับรพ.สต.	2ครั้ง ครั้งละ100 คน/3 วัน (10คน: 1พื้นที่สำหรับหลักสูตร 6 วัน)	19,000	1,900,000	ผลิตบุคลากรที่มีความรู้และทักษะระดับ basic counselling ทั้งสิ้น100 คน เฉลี่ย 19,000 บาทต่อคน

โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
แก้ไขเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2555

กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผู้ดำเนินกิจกรรม	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	หน่วย	งบประมาณ/หน่วย(บาท)	งบประมาณ(บาท)	หมายเหตุ
3.5. อบรมกลุ่มเป้าหมายตามบริบทของผู้ใช้บริการ	CUP (รพช./PCU/ศบส.)	คณะทำงานพื้นที่และบุคลากรแกนนำในพื้นที่(พี่เลี้ยง)	ผู้ให้บริการ ได้แก่ ประชาชน ผู้นำชุมชน อสม. ครู พระ พยาบาล แพทย์	10 พื้นที่ (พื้นที่ละ3 กลุ่ม กลุ่มละ 1 ครั้ง ครั้งละ10คน/1 วัน) (30คน: 1พื้นที่ สำหรับหลักสูตร 1 วัน)	1,000	300,000	ผลิตบุคลากรที่มีความรู้ทางสุขภาพจิตที่สำคัญในชุมชนทั้งสิ้น300 คน เฉลี่ย 1,000 บาทต่อคน
4. ดำเนินการในพื้นที่ (ค้นหา คัดกรอง ประเมิน วินิจฉัย รักษา ดูแลต่อเนื่อง พื้นฟู และเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน รวมทั้งการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย)						18,707,000	
4.1. สัมมนาเพื่อปรับปรุงมาตรฐานการบริการทางสุขภาพจิตในพื้นที่	CUP (รพช./PCU/ศบส.)	คณะทำงานพื้นที่	ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่และคณะทำงานในพื้นที่	10พื้นที่ พื้นที่ละ1 ครั้ง (80คน/1วัน)	400,000	900,000	รวมค่าเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าอาหารว่าง/เครื่องดื่ม และอาหารกลางวัน
4.2. ค้นหาผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตโดยเครื่องมือการคัดกรองและการประเมิน ตามบริบทของผู้ใช้ (กลุ่มประชากรทั่วไป กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ)	CUP (รพช./PCU/ศบส.)	คณะทำงานพื้นที่	ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่และคณะทำงานในพื้นที่	8 โรค/ปัญหาใน10พื้นที่	80,000	800,000	
4.3 ให้การวินิจฉัยและการรักษาปัญหาทางสุขภาพจิต	CUP (รพช./PCU/ศบส.)	ผู้ให้บริการ	ผู้รับบริการ	30,000 คน	350	10,500,000	จากตัวเลขประเมินจำนวนผู้ป่วยที่จะเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นและต้นทุนการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยโรควิตกกังวลในสถานพยาบาลของรัฐ

โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
แก้ไขเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2555

กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผู้ดำเนินกิจกรรม	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	หน่วย	งบประมาณ/ หน่วย(บาท)	งบประมาณ (บาท)	หมายเหตุ
4.4 ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อให้การวินิจฉัยและการรักษา ปัญหาทางสุขภาพจิต กรณีเป็นผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อน	รพ./ส.จิต เวช	ผู้ให้บริการ	ผู้รับบริการ	2,600 คน	700	2,072,000	จากตัวเลขประเมินจำนวน ผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อหลังคัด กรองโรคซึมเศร้าแล้ว (7.4% ของผู้ป่วยที่เข้าคัด กรอง) และต้นทุนการ ให้บริการแบบผู้ป่วยนอก ของผู้ป่วยจิตเวชใน โรงพยาบาลสังกัดกรม สุขภาพจิต
4.5 .ให้คำปรึกษาและดูแลช่วยเหลือตามแนวทางการจัดการ ตามแต่ละปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องตามบริบทของ ผู้ใช้บริการ	CUP (รพช./ PCU/ศบส.)	ผู้ให้ คำปรึกษา	ผู้รับบริการ	1,000 คนต่อ 1 พื้นที่ (10,000คนใน10 พื้นที่)	150	1,500,000	ในกรณีที่ให้คำปรึกษา รายบุคคลสำหรับผู้ป่วย ใหม่
4.6. ติดตามผล โดยดูแลช่วยเหลือตามแนวทางการจัดการ ตามแต่ละปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องตามบริบทของ ผู้ใช้บริการ	CUP (รพช./ PCU/ศบส.)	คณะทำงาน พื้นที่	ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ และคณะทำงานใน พื้นที่	8 โรค/ปัญหาใน10 พื้นที่	50,000	500,000	
4.7. ดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนตามแต่ละปัญหาทาง สุขภาพจิตตามบริบทของผู้ใช้บริการ	CUP (รพช./ PCU/ศบส.)	คณะทำงาน พื้นที่	ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ และคณะทำงานใน พื้นที่	8 โรค/ปัญหาใน10 พื้นที่	50,000	500,000	
4.8. ดำเนินการตามระบบเฝ้าระวังตามแต่ละปัญหาทาง สุขภาพจิตตามบริบทของผู้ใช้บริการ	CUP (รพช./ PCU/ศบส.)	คณะทำงาน พื้นที่	ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ และคณะทำงานใน พื้นที่	8 โรค/ปัญหาใน10 พื้นที่	50,000	500,000	
4.9. ส่งเสริมป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิต ตามแต่ละ ประเภทตามบริบทของผู้ใช้บริการ	CUP (รพช./ PCU/ศบส.)	คณะทำงาน พื้นที่	ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ และคณะทำงานใน พื้นที่	8 โรค/ปัญหาใน10 พื้นที่	50,000	500,000	
4.10. รายงานผลการให้บริการทางสุขภาพจิต โดยระบบ ข้อมูลและสารสนเทศ	CUP (รพช./ PCU/ศบส.)	คณะทำงาน พื้นที่	ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ และคณะทำงานใน พื้นที่	10พื้นที่	1,500,000	935,000	

โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการตรวจจรรยาบรรณสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
แก้ไขเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2555

กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผู้ดำเนินกิจกรรม	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	หน่วย	งบประมาณ/หน่วย(บาท)	งบประมาณ(บาท)	หมายเหตุ
5. เก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในพื้นที่เพื่อปรับปรุงระบบ และการติดตามประเมินผล						4,250,000	
5.1. เก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในพื้นที่เพื่อปรับปรุงระบบบริการสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง	CUP (รพช./PCU/ศบส.)	คณะทำงานรพ.จิตเวชและส่วนกลาง	ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่และคณะทำงานในพื้นที่ และตัวแทนคณะทำงานรพ.จิตเวชและส่วนกลาง	3 ครั้ง (ครั้งละ30 คน/1วัน)	195,000	585,000	รวมค่าเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าอาหารว่าง/เครื่องดื่ม และอาหารกลางวัน
5.2. ติดตามประเมินผลการให้บริการทางสุขภาพจิต	รพ./ส.จิตเวช	คณะทำงานรพ.จิตเวชและส่วนกลาง	ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่และคณะทำงานในพื้นที่ และตัวแทนคณะทำงานรพ.จิตเวชและส่วนกลาง	10 พื้นที่ (พื้นที่ละ4 ครั้ง ครั้งละ30คน)	650,000	3,665,000	
6. สรุปผลการดำเนินการ และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย						1,320,000	
6.1. สรุปผลดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการทางสุขภาพจิต	โรงพยาบาล/สถาบันจิตเวชรพ./ส.จิตเวช)	คณะทำงานรพ.จิตเวชและคณะทำงานส่วนกลาง	คณะทำงานทุกระดับ	1 ครั้ง (80 คน/1วัน)	520,000	520,000	
6.2. รายงานต้นทุนประสิทธิผล และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	โรงพยาบาล/สถาบันจิตเวชรพ./ส.จิตเวช)	คณะทำงานรพ.จิตเวชและคณะทำงานส่วนกลาง	ผู้เชี่ยวชาญ	8 โรค/ปัญหา	100,000	800,000	
รวมทั้งสิ้น	(สืบสามล้านหกแสนเก้าหมื่นเจ็ดพันบาทถ้วน)					43,697,000	

หมายเหตุ: ค่าใช้จ่ายต่างๆ สามารถเฉลี่ยใช้จ่ายแทนกันได้

8. ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินการ แบ่งเป็น ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า (Input) ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process) ตัวชี้วัดผลผลิต (Output) และตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

8.1. ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า (Input)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
8.1.1. ระดับโรงพยาบาลชุมชนหรือศูนย์สุขภาพชุมชนหรือศูนย์บริการสาธารณสุข	
1. แพทย์เวชปฏิบัติในรพช.ในพื้นที่ดำเนินการ มีความรู้ มีทัศนคติที่ดี และมีความพร้อมในการให้บริการเบื้องต้น (วินิจฉัย รักษา และส่งต่อ) สำหรับปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ	ร้อยละ 80 ของสถานพยาบาล
2. พยาบาลเวชปฏิบัติในรพช.ในพื้นที่ดำเนินการ มีความรู้พื้นฐาน มีทัศนคติที่ดี และมีความพร้อมในการให้บริการเบื้องต้น (คัดกรอง ดูแลและส่งต่อ รวมทั้งการให้บริการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต) สำหรับปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ	ร้อยละ 100 ของสถานพยาบาล
3. รพช./PCU/ศบส. มีบัญชียา และมีการใช้ยาที่จำเป็นสำหรับปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ	ร้อยละ 100 ของสถานพยาบาล
4. รพช./PCU/ศบส. ได้รับการจัดสรรงบประมาณ มีงบประมาณชัดเจนเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น	ร้อยละ 100 ของสถานพยาบาล
5. รพช./PCU/ศบส. ได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการจากโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลจิตเวชและกรมสุขภาพจิตอย่างเพียงพอและทั่วถึง	ร้อยละ 100 ของสถานพยาบาล
8.1.2. ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสาขาศูนย์บริการสาธารณสุข	
1. บุคลากรอย่างน้อย 1 คนต่อ 1 รพ.สต. ที่มีความรู้ มีทัศนคติที่ดี และมีความพร้อมในการให้บริการเบื้องต้น (คัดกรอง ดูแลและส่งต่อ รวมทั้งการให้บริการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตเบื้องต้น) สำหรับปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ	ร้อยละ 50 ของสถานพยาบาล
2. รพ.สต. มีบัญชียา และมีการใช้ยาที่จำเป็นสำหรับปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ	ร้อยละ 50 ของสถานพยาบาล
3. รพ.สต. ได้รับการจัดสรรงบประมาณ มีงบประมาณชัดเจนเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น	ร้อยละ 50 ของสถานพยาบาล
4. รพ.สต. ได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการจากโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลจิตเวชและกรมสุขภาพจิตอย่างเพียงพอและทั่วถึง	ร้อยละ 50 ของสถานพยาบาล
8.1.3. ตัวชี้วัดในระดับชุมชน	
1. ผู้นำชุมชนในพื้นที่ดำเนินการ เช่น ผู้บริหารองค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียน ครู พระ เครือข่ายญาติ /ผู้ดูแล มีความรู้ ทัศนคติที่ดี และมีการดำเนินงาน/นโยบายส่งเสริมการดูแลปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ	ร้อยละ 20 ของผู้นำชุมชน
2. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในพื้นที่ดำเนินการ มีส่วนร่วมและมีความตระหนักในการพัฒนาระบบบริการและส่งเสริมทางสุขภาพจิตที่สำคัญ	ร้อยละ 50 ของอสม.

8.2. ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1. รพ.สต.และรพช.ในพื้นที่ดำเนินการ มีการจัดอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะ และความรู้ พร้อมทางสุขภาพจิตให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง อย่างสม่ำเสมอไม่น้อยกว่า 1 ครั้ง/ปี	ร้อยละ 100 ของสถานพยาบาล
2. รพ.สต.และรพช.ในพื้นที่ดำเนินการ ได้รับการติดตามเยี่ยม (นิเทศ) จากโรงพยาบาล จังหวัด โรงพยาบาลจิตเวชหรือกรมสุขภาพจิต เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ อย่างสม่ำเสมอไม่น้อยกว่า 1 ครั้ง/ปี	ร้อยละ 100 ของสถานพยาบาล
3. พื้นที่ดำเนินการ มีการจัดประชุมปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญและมีกิจกรรมระหว่างสถานพยาบาลกับผู้นำชุมชน	ร้อยละ 20 ของพื้นที่ดำเนินการ
4. พื้นที่ดำเนินการ มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างเป็นรูปธรรมในชุมชน	ร้อยละ 20 ของพื้นที่ดำเนินการ

8.3. ตัวชี้วัดผลผลิต (Output)

ผู้ป่วยจิตเวชที่สำคัญในพื้นที่เป้าหมายเข้าถึงบริการมากขึ้น (ค้นหา คัดกรอง ประเมิน วินิจฉัย รักษา ดูแลต่อเนื่อง พื้นฟู และเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน รวมทั้งการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย) โดยหากดำเนินงานตามโครงการฯ ต่อเนื่องไปเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี จำนวนประมาณการของผู้เข้าถึงบริการจะคิดเป็นร้อยละ 21 กล่าวคือการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจากเดิมอีกร้อยละ 18 และประมาณได้ว่าจะมีผู้เข้าถึงบริการในพื้นที่ดำเนินการรวมประมาณ 30,000 คน ซึ่งคิดเป็นจำนวนที่เพิ่มขึ้นจากเดิมประมาณ 27,000 คน ดังนี้

โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
แก้ไขเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2555

ตัวชี้วัด	ผู้ป่วย เข้าถึง บริการเดิม (คน)	เดิม (%)	ผู้ป่วยเข้าถึง บริการตาม เป้าหมาย* (คน)	เป้าหมาย (%)	ผู้ป่วย เข้าถึง บริการ เพิ่มขึ้น* (คน)	เพิ่มขึ้น (%)
1. ผู้มีความผิดปกติทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์ เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น	528	0.6	8,708	10	8,180	9.4
2. ผู้มีความผิดปกติทางจิตเวชจากสารเสพติดเข้าถึง บริการเพิ่มขึ้น	272	1.1	2,556	10	2,284	8.9
3. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น	702	4.0	8,788	50	8,086	46.0
4. ผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น	1,314	13.7	7,669	80	6,355	66.3
5. ผู้ป่วยโรคลมชักเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น	1,252	22.4	2,796	50	1,544	27.6
6. ผู้ป่วยเด็กที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรมและ พัฒนาการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น	228	3.9	1,161	20	933	16.1
7. ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น	130	N/A	N/A	10	N/A	N/A
8. ผู้พยายามจะฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น	66	N/A	N/A	10	N/A	N/A
รวม	4,492		31,679		27,384	

*เป็นตัวเลขประมาณการ หากดำเนินงานต่อเนื่องไปแล้วอย่างน้อย 2 ปี

8.4. ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome)

1. จำนวนผู้ป่วยที่สามารถอยู่ร่วมกับคนในชุมชนเพิ่มขึ้น
2. ค่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และคนในชุมชนเพิ่มขึ้น
3. ดัชนีความสุขของผู้ป่วย ครอบครัว และคนในชุมชนเพิ่มขึ้น
4. การก่อคดี การฆ่าตัวตาย และการทำร้ายคนอื่นในชุมชนลดลง
5. การตายที่ป้องกันได้และปีสุขภาวะที่ได้รับเพิ่มขึ้น
6. ผลได้ทางด้านเศรษฐกิจที่จะเกิดเพิ่มขึ้น โดยเกิดขึ้นจากการป้องกันการป่วยและการตายจากปัญหาทางสุขภาพจิต ดังเช่นกรณีความผิดปกติทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์ หากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์ในพื้นที่ดำเนินงานสามารถเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นตามเป้าหมายที่คิดประมาณไว้ในกรณีที่ดำเนินงานต่อเนื่องไปแล้วในระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 ปี กล่าว คือจากร้อยละ 2 เป็นร้อยละ 10 จะประมาณการได้จากการศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย⁽⁴²⁾ ว่า ประเทศจะสามารถลดจำนวนผู้ป่วยได้ประมาณ 8,700 คน

หรือ คิดเป็นต้นทุนผลกระทบโดยรวมประมาณ 21 ล้านบาท (ประมาณ 2,400 บาทต่อคน) ซึ่งในจำนวนนี้เป็นต้นทุนการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรประมาณ 14 ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ 65.7 ของต้นทุนทั้งหมด) ต้นทุนจากการสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงานจากการขาดงานและการขาดประสิทธิภาพระหว่างทำงานประมาณ 6 ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ 30.1 ของต้นทุนทั้งหมด) ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลประมาณ 7 แสนบาท (คิดเป็นร้อยละ 3.5 ของต้นทุนทั้งหมด) และต้นทุนผลกระทบทางสังคม เช่น ทรัพย์สินเสียหายจากอุบัติเหตุจราจร ประมาณ 2 แสนบาท (คิดเป็นร้อยละ 0.7 ของต้นทุนทั้งหมด)

9. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ดำเนินการเข้าถึงบริการการเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 27,000 คน ในระยะเวลาดำเนินงานโครงการอย่างน้อย 2 ปี โดยใช้บั้งสิ้นในการดำเนินงานปีแรกราว 43,697,000 บาท
2. รูปแบบ การพัฒนาบริการสุขภาพจิตที่ เหมาะสม สำหรับบริบทของประเทศไทย ที่เน้น เครือข่ายบริการระดับปฐมภูมิ
3. ต้นทุนที่เป็นรูปธรรมของการค้นหาผู้ป่วยและการลงทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ ต้นทุนในการดูแลรักษาต่อเนื่องในชุมชน รวมทั้งต้นทุนในการดำเนินการทั้งหมด เพื่อขยายผลในระดับประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. The Lancet. 2007;370(9590):859-77.
2. สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ(สช.). ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552. นนทบุรี: บริษัท วิกี จำกัด; 2552.
3. World Health Organization. Mental Health Global Action Programme: mhGAP. Geneva: World Health Organization; 2002.
4. World Health Organization. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings Geneva: WHO Press; 2010.
5. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. mhGAP: โปรแกรมปฏิบัติการเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพจิต : การขยายบริการสำหรับโรคจิตเวช โรคระบบประสาท และความผิดปกติพฤติกรรมเสพสุราสารเสพติด. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.); 2554.
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจระดับจิตวิทยาสุขภาพจิต: การศึกษาระดับประเทศ ปี 2551. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์ บลู จำกัด; 2551.
7. Bunditchate. A, Saosarn. P, Kitiruksanon. P, Chutha. W. Epidemiology of Mental Disorders Among Thai People. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2001;46(4):335-43.
8. Jitapunkul. S, NapapornChayovan., Kespichaywattana. J. National Policies on Ageing and Long-term Care Provision for Older Persons in Thailand. In: Chan DRPaAC, editor. Ageing and Long-term Care: National Policies in the Asia-Pacific. Pasir Panjang: International Typesetters Ple. Ltd.; 2002.
9. ภาสุรี แสงสุภวานิช. การคัดกรองโรคสมาธิสั้น และความบกพร่องด้านการเรียนในโรงเรียน. นนทบุรี: เดอะกราฟฟิโก ซิสเต็มส์; 2554.
10. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช(8โรค) ประจำปีงบประมาณ 2553. Available from: <http://www.plan.dmh.go.th/>.
11. Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. Prev Chronic Dis. 2006;3:1-14.
12. Fagiolini A, Goracci A. The effects of undertreated chronic medical illnesses in patients with severe mental disorders. The Journal of clinical psychiatry. 2009;70:22.
13. Parks J, Svendsen D, Singer P, Foti ME. Morbidity and Mortality in People with Serious Mental Illness. 2006.
14. Carney CP, Jones L, Woolson RF. Medical Comorbidity in Women and Men with Schizophrenia: A Population Based Controlled Study. Journal of general internal medicine. 2006;21(11):1133-7.

15. Jones S, Howard L, Thornicroft G. 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2008;118(3):169-71.
16. Perese EF. Stigma, poverty, and victimization: Roadblocks to recovery for individuals with severe mental illness. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2007;13(5):285.
17. Seeman M. Employment discrimination against schizophrenia. *The Psychiatric quarterly*. 2009;80(1):9.
18. Dunn E, Wewiorski N, Rogers E. The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2008;32(1):59.
19. Honey A. Benefits and drawbacks of employment: perspectives of people with mental illness. *Qualitative health research*. 2004;14(3):381.
20. Hartwell S. Triple stigma: Persons with mental illness and substance abuse problems in the criminal justice system. *Criminal Justice Policy Review*. 2004;15(1):84.
21. Patel A, Knapp M. Costs of mental illness in England. *PSSRU*. 1998:4.
22. Vitaliano PP, Russo J, Niaura R. Plasma lipids and their relationships with psychosocial factors in older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 1995;50(1):P18.
23. Bunce DF, Jones LR, Badger LW, Jones SE. Medical illness in psychiatric patients: barriers to diagnosis and treatment. *Southern Medical Journal*. 1982;75(8):941.
24. Clyburn L, Stones M, Hadjistavropoulos T, Tuokko H. Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease. *The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences*. 2000;55(1):S2.
25. Connell CM, Janevic MR, Gallant MP. The costs of caring: Impact of dementia on family caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 2001;14(4):179.
26. Bell CM, Araki SS, Neumann PJ. The association between caregiver burden and caregiver health-related quality of life in Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 2001;15(3):129.
27. Marsh DT. Serious mental illness: Opportunities for family practitioners. *The Family Journal*. 1999;7(4):358.
28. Druss BG, von Esenwein SA. Improving general medical care for persons with mental and addictive disorders: systematic review. *General hospital psychiatry*. 2006;28(2):145-53.
29. Simonelli C, Tripodi F, Rossi R, Fabrizi A, Lembo D, Cosmi V, et al. The influence of caregiver burden on sexual intimacy and marital satisfaction in couples with an Alzheimer spouse. *International journal of clinical practice*. 2008;62(1):47-52.

30. Corring D. Quality of life: perspectives of people with mental illnesses and family members. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2002;25(4):350.
31. Papastavrou E, Kalokerinou A, Papacostas SS, Tsangari H, Sourtzi P. Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;58(5):446-57.
32. Lefley HP. *Family caregiving in mental illness*: Sage Publications, Inc; 1996.
33. Erdner A, Magnusson A, Nyström M, Litzén K. Social and existential alienation experienced by people with long term mental illness. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2005;19(4):373-80.
34. Rosenheck R, Leslie D, Keefe R, McEvoy J, Swartz M, Perkins D, et al. Barriers to employment for people with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(3):411.
35. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet*. 2007;370(9593):1164-74.
36. กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. จำนวนจิตแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย. 2553 ; Available from: <http://www.plan.dmh.go.th>.
37. World Health Organization. *Mental Health Atlas 2005*. 2005 ; Available from: http://www.who.int/mental_health/evidence/mhatlas05/en/index.html.
38. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปงบประมาณรายจ่าย ประจำปี 2553. 2553; Available from: <http://bps.ops.moph.go.th/strategy/plan-moph/image/4.2-53.pdf>.
39. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. สารสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์; 2553.
40. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ผลการดำเนินงานเบื้องต้นโครงการเพิ่มการเข้าถึงยา จ2(1 ก.ค. 2553- 31 พ.ค. 2554).
41. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. *ฐานข้อมูลประชากร*. 2553 ; Available from: www.dopa.go.th.
42. Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Lertpitakpong C, Thitiboonsuwan K, Neramitpitagkul P. The economic costs of alcohol consumption in Thailand, 2006. *BMC Public Health*. 2010;10:323.