

คำนำ

ตามที่กรมสุขภาพจิตได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ซึ่งกรมสุขภาพจิตมีแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ คือ เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิตของประเทศ เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี สูงสังคมและเศรษฐกิจมูลค่าสูง และบรรลุตามยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ ดังนี้ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ ยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี และยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต และกำลังคนสมรรถนะสูง ซึ่งกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต เป็นหน่วยงานทางวิชาการที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต โดยกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิตได้กำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่ปลอดภัยและมีคุณภาพได้อย่างครอบคลุม โดยขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกกฎหมาย กลไกเชิงสังคม ตลอดจนความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน การจัดทำรายงานประจำปีของกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2566 เล่มนี้ มีเนื้อหาประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วยแผนยุทธศาสตร์ของกรมสุขภาพจิต และกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต โครงสร้างอัตรากำลังและภารกิจของหน่วยงาน ข้อมูลด้านงบประมาณ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต ข้อมูลด้านบุคลากรโครงสร้างภายในกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต และผลการดำเนินงานโครงการสำคัญประจำปีงบประมาณ 2566 รวมทั้งข้อมูลสถิติสุขภาพจิตที่สำคัญ สื่อและเทคโนโลยีสุขภาพจิต

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต หวังว่ารายงานประจำปีงบประมาณ 2566 เล่มนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานของท่านและบุคลากรทั้งในและนอกหน่วยงานสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานหรือต่อยอดในการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทและหน้าที่ความรับผิดชอบในการดำเนินงานสุขภาพจิต สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดทำรายงานประจำปีให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สารบัญ

คำนำ	ก
สารบัญ	ข
แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต	1
แผนยุทธศาสตร์กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	3
โครงสร้างบุคลากร	5
ข้อมูลบุคลากร	6
ข้อมูลงบประมาณรายจ่ายประจำปี	10
โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำฯ	16
โครงการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับเหนือตติยภูมิ	18
โครงการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมความรุนแรงในสังคม	19
โครงการพัฒนาระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิตของประเทศไทย	25
โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช	29
โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)	30

แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต

วิสัยทัศน์

กรมสุขภาพจิต เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิตของประเทศ เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี สู้สังคม และเศรษฐกิจมูลค่าสูง

นิยามวิสัยทัศน์

องค์กรหลักด้านสุขภาพจิต หมายถึง องค์กรที่มีบทบาทหลัก เป็นผู้นำในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตของประเทศ

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

สังคม และเศรษฐกิจมูลค่าสูง หมายถึง สภาพสังคมที่เป็นผลมาจากการดำเนินการด้านสุขภาพจิตที่ทำให้ประชาชนไทยซึ่งเป็นทรัพยากร และทุนมนุษย์ที่สำคัญมีสุขภาพจิตดี จนเป็นกำลังหลักในการพัฒนาประเทศ มีความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจของประเทศให้เกิดมูลค่าสูงได้

พันธกิจ (Mission statement)

- 1) พัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้เทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านสุขภาพจิต โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดการนำไปใช้ประโยชน์
- 2) สนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพจิตครอบคลุมทุกมิติในทุกระดับ
- 3) สร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนในทุกกลุ่มวัยสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม
- 4) พัฒนากลไกและกำหนดทิศทางการดำเนินงานสุขภาพจิตของประเทศ

ค่านิยมหลัก (Core value)

MENTAL

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

E = Efficiency, Effectiveness, Equity

N = Network

T = Teamwork

A = Accountability

L = Learning (Personal, Team, Organization)

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Themes)

1. ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์
2. เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต

3. สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี
4. สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต และกำลังคนสมรรถนะสูง

2

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1

ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์

เป้าประสงค์

ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

กลยุทธ์

1. พัฒนาระบบการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์เพื่อสร้าง ความตระหนักรู้ด้าน สุขภาพจิต
2. พัฒนาระบบการสร้าง ความรอบรู้สุขภาพจิต ที่สอดคล้องกับบริบท การดำเนินงานในพื้นที่
3. สร้างระบบการสื่อสาร ความรอบรู้สุขภาพจิต ในสถานการณ์วิกฤติ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2

เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต

เป้าประสงค์

ประชาชนเข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล

กลยุทธ์

1. พัฒนานวัตกรรมและ เทคโนโลยีดิจิทัลในการ พัฒนาระบบสุขภาพจิต
2. จัดรูปแบบบริการ สุขภาพจิตและจิตเวชที่มี คุณภาพ บนฐานนวัตกรรม และเทคโนโลยีดิจิทัล

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3

สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี

เป้าประสงค์

ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างชุมชนและสังคมสุขภาพจิตดี

กลยุทธ์

1. รวมพลังภาคีเครือข่าย สร้างและขับเคลื่อนพลเมือง สุขภาพจิตดี
2. ส่งเสริมและพัฒนา ระบบการดูแลสุขภาพจิต ชุมชน
3. ขับเคลื่อนและผลักดัน การแก้ปัญหาสุขภาพจิต ในระดับจังหวัดและระดับ ประเทศ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4

สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต และกำลังคนสมรรถนะสูง

เป้าประสงค์

ประชาชนได้รับคุณค่าจากผลิตภัณฑ์ บริการ และบุคลากรกรมสุขภาพจิต จนเกิดความเชื่อมั่นต่อ กรมสุขภาพจิต

กลยุทธ์

1. เสริมสร้างภาพลักษณ์ งานสุขภาพจิต
2. พัฒนาระบบ เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต
3. พัฒนาสมรรถนะ บุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญ และมีความสุข

แผนยุทธศาสตร์กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

วิสัยทัศน์

เป็นองค์กรหลักที่ขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพระดับประเทศด้วยระบบดิจิทัลภายในปี 2567

เป้าหมาย

ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่ปลอดภัยและมีคุณภาพได้อย่างครอบคลุม

พันธกิจ

1. ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนางานความรู้ เทคโนโลยีและมาตรฐานการดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้สอดคล้องและรองรับสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของประชาชน
2. จัดทำข้อเสนอนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศ
3. ผลักดันและสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพ มาตรฐาน และครอบคลุมในระดับพื้นที่เขตสุขภาพ และเครือข่ายทางสังคมอื่นๆ ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม
4. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายทางสังคมอื่นๆที่เป็นกลไกด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช
5. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช
6. กำกับ นิเทศ และให้คำแนะนำทางวิชาการด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้เป็นไปตามมาตรฐาน
7. ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

เชิงมุง 2566

สารสนเทศบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นกลไกสำคัญในการผลักดันกลไกของรัฐและสังคมเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์

1. ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยระบบดิจิทัล
2. ขับเคลื่อนกลไกกฎหมายและสิทธิประโยชน์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ
3. ขับเคลื่อนกลไกเชิงสังคมเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพ
4. พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล

คำนิยามหน่วยงาน

ไฟ่เรียนรู้ มุ่งสู่งาน บริหารโปร่งใส กายใจเป็นสุข (MHSA)

M = Management Excellence

H = Happiness

S = Success

A = Active learning

โครงสร้างปีงบประมาณ 2566

โครงสร้างหน่วยงาน

ทำเนียบผู้บริหาร



นางสาวดุขี้ จิงศิริกุลวิทย์
ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
โทรศัพท์ 0 2590 8207

ที่ปรึกษากองบริหารระบบบริการสุขภาพจิตและผู้ช่วยผู้อำนวยการ



นายบุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
ที่ปรึกษากองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต



นางธิดา จุลินทร
นักวิชาการสาธารณสุข (เชี่ยวชาญเฉพาะ)
ที่ปรึกษากองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต



นางสาวอานิกา วลีอิทธิกุล
นายแพทย์ปฏิบัติการ
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ

รองผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

รองผู้อำนวยการด้านนวัตกรรมการบริการสุขภาพจิต
นายวรตม์ โชติพิทยสุนนท์
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

รองผู้อำนวยการด้านสุขภาพจิตและสังคม
นางสาวชนิกรดา ไทยสังคม
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

รองผู้อำนวยการด้านการบริการจิตเวชเฉพาะทาง
นางวีณา บุญแสง
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

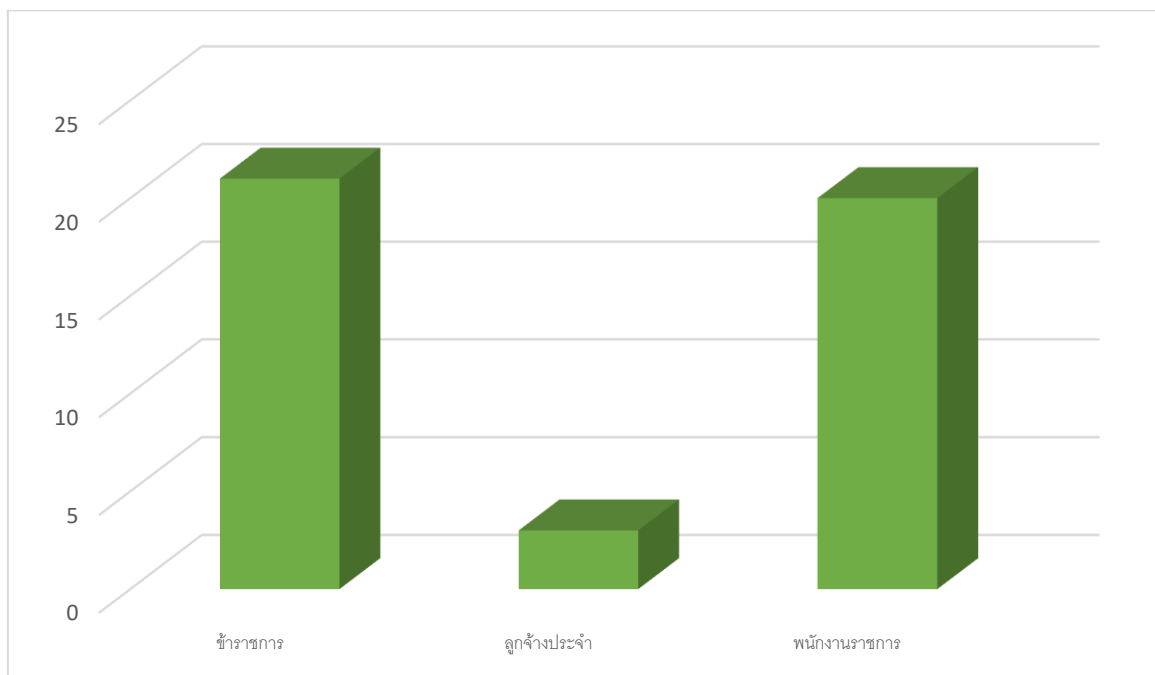
รองผู้อำนวยการด้านบูรณาการบริการสุขภาพจิต
นางสาวธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์
นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ

รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
นางณัฐณี พลถาวร
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ

ข้อมูลด้านบุคลากร

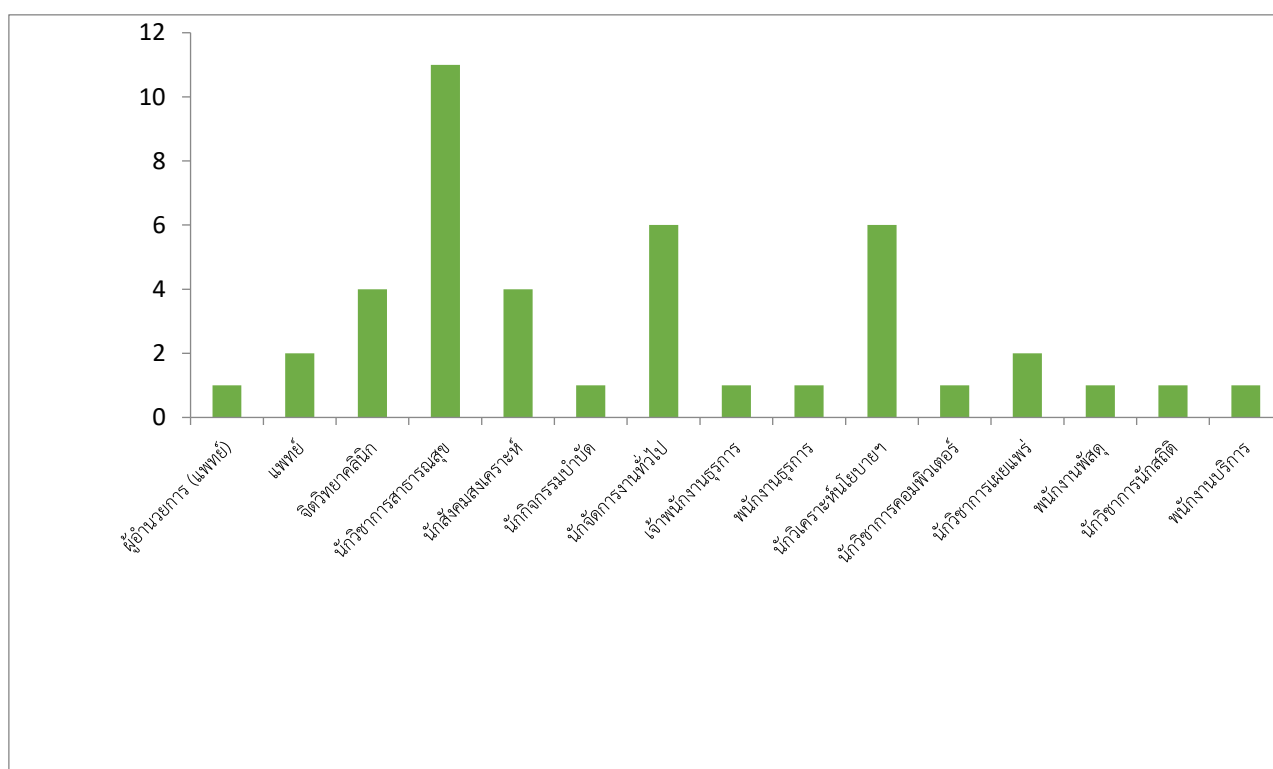
กรมสุขภาพจิตได้รับการจัดสรรอัตรากำลังเพื่อปฏิบัติงานจริงที่กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนทั้งหมดจำนวน 44 คน โดยตำแหน่งข้าราชการมากที่สุด จำนวน 21 คน ข้าราชการคิดเป็นร้อยละ 47.73 เท่ากับพนักงานราชการ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 47.73 น้อยที่สุด ตำแหน่งลูกจ้างประจำ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.54 ดังแผนภูมิที่ 8

ดังแผนภูมิที่ 8 อัตรากำลังบุคลากร ตามที่ได้รับการจัดสรรของกรมสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ 2566



เมื่อแยกสายวิชาชีพ พบว่ามีบุคลากร ดังนี้ ผู้อำนวยการ (แพทย์) จำนวน 1 คน แพทย์ จำนวน 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 11 คน นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 4 คน นักกิจกรรมบำบัด จำนวน 1 คน นักจิตวิทยาคลินิก จำนวน 4 คน นักวิชาการสถิติ จำนวน 1 คน นักจัดการงานทั่วไป จำนวน 6 คน นักวิเคราะห์นโยบายและแผน จำนวน 7 คน นักวิชาการคอมพิวเตอร์ จำนวน 1 คน นักวิชาการเผยแพร่ จำนวน 2 คน เจ้าพนักงานธุรการ 1 คน พนักงานธุรการ จำนวน 1 คน พนักงานพัสดุ จำนวน 1 คน พนักงานบริการ จำนวน 1 คน ดังแผนภูมิที่ 9

แผนภูมิที่ 9 ตำแหน่งของสายวิชาชีพต่างๆ ตามการปรับโครงสร้างกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2566



ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ในปีงบประมาณ 2566 บุคลากรกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต ได้รับการพัฒนาศักยภาพในหลายรูปแบบ เช่น การประชุมผ่านระบบทางไกล การเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ/สัมมนา/อบรม ผ่านระบบออนไลน์ และเป็นวิทยากรเพื่อตอบสนองต่อวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กร

เมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2565 พบว่าบุคลากรกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติ/สัมมนา/อบรม มากที่สุด จำนวน 268 ครั้ง พบว่าเพิ่มขึ้นจำนวน 4 ครั้ง รองลงมาประชุมราชการ จำนวน 248 ครั้ง พบว่าเพิ่มขึ้น จำนวน 107 ครั้ง น้อยที่สุดคือ วิทยากร จำนวน 92 ครั้ง พบว่าเพิ่มขึ้น จำนวน 15 ครั้ง ในแต่ละรูปแบบของการพัฒนาศักยภาพ (ดังตารางที่ 3)

การประชุมราชการ จำนวน 268 ครั้ง (นับรายบุคคล) สามารถจำแนกเรื่องได้ จำนวน 101 เรื่อง จำนวนบุคลากรที่เข้าร่วมประชุม จำนวน 42 คน สูงสุดจำนวน 19 ครั้งต่อคน ต่ำสุด 5 ครั้งต่อคน

ประชุมปฏิบัติการ/สัมมนา/อบรม จำนวน 248 ครั้ง (นับรายบุคคล) สามารถจำแนกเรื่องได้ จำนวน 144 เรื่อง จำนวนบุคลากรที่เข้าร่วมประชุม จำนวน 33 คน สูงสุดจำนวน 74 ครั้งต่อคน ต่ำสุด 1 ครั้งต่อคน

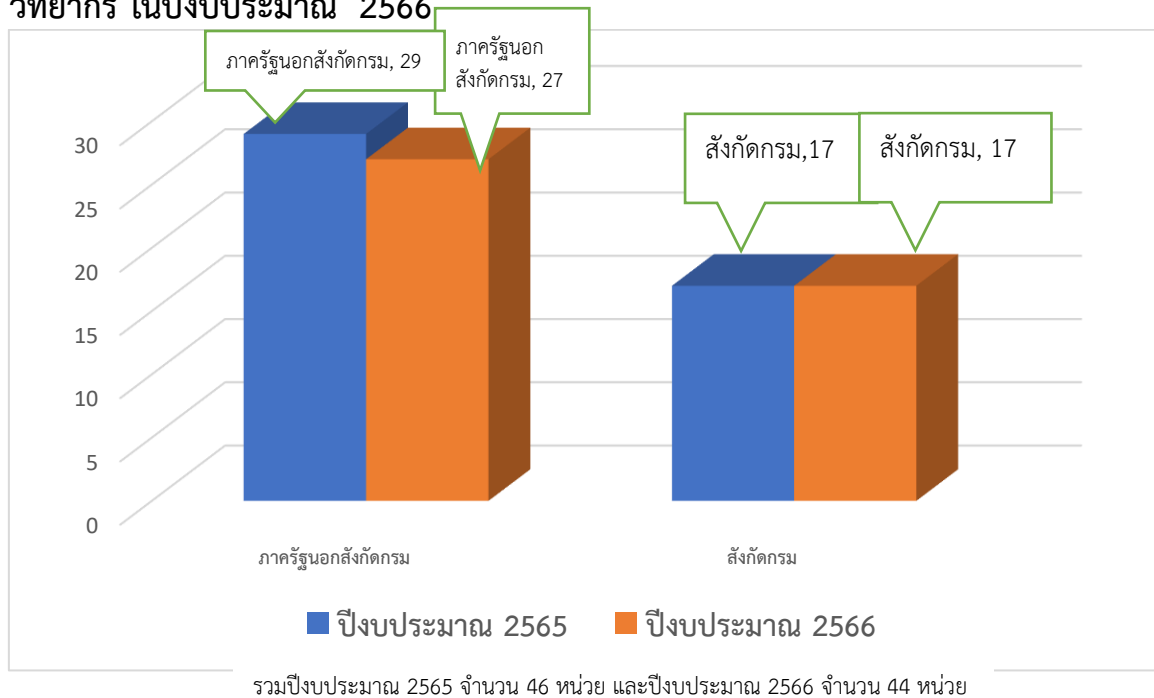
วิทยากร จำนวน 92 ครั้ง (นับรายบุคคล) สามารถจำแนกเรื่องได้ จำนวน 72 เรื่อง จำนวนบุคลากรที่เป็นวิทยากร จำนวน 30 คน สูงสุดจำนวน 20 ครั้งต่อคน ต่ำสุด 1 ครั้งต่อคน

ตารางที่ 3 ข้อมูลการประชุม/สัมมนาอบรมและเป็นวิทยากรของบุคลากร

รูปแบบ การพัฒนาศักยภาพ	รวม (ครั้ง)	จำแนก (เรื่อง)	จำนวนคน ที่เข้าร่วม	สูงสุด (ครั้งต่อคน)	ต่ำสุด (ครั้งต่อคน)	เฉลี่ย (ครั้งต่อคน)
ประชุมเชิงปฏิบัติการ/สัมมนา/ ประชุมวิชาการ/อบรม	268	101	42	19	3	5
ประชุมราชการ	248	144	33	74	1	4
วิทยากร	92	72	17	30	1	1
งานราชพิธี/งานพิธีต่างๆ/ร่วมดูแล จิตใจสุขภาพจิตผู้ป่วยโควิด19/อื่นๆ	116	50	30	20	1	1

เมื่อพิจารณาถึงหน่วยงานที่เชิญบุคลากรกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิตเป็นวิทยากร ให้ความรู้พบว่าจำนวนหน่วยงานที่เชิญทั้งหมด 44 หน่วยงาน เมื่อเปรียบเทียบปีงบประมาณ 2565 พบว่า ลดลงจำนวน 2 หน่วยงาน และหน่วยงานที่เชิญ ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 27 หน่วยงาน ลดลง 2 หน่วยงาน รองลงมาหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 17 หน่วยงาน ดังแผนภูมิที่ 10

แผนภูมิที่ 10 หน่วยงานที่เชิญบุคลากรกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิตเป็นวิทยากร ในปีงบประมาณ 2566



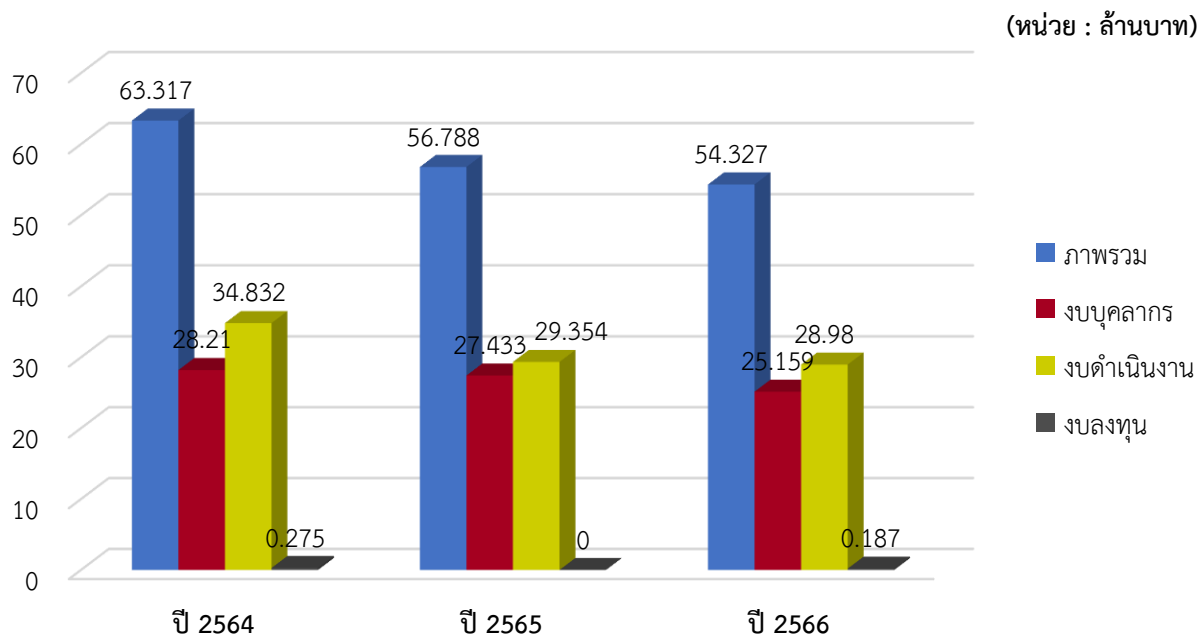
นอกจากนี้แล้วบุคลากรกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิตยังได้รับการพัฒนาศักยภาพในรูปแบบอื่น เช่น

1. การเป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยงาน
2. ร่วมงาน/จัดนิทรรศการ/รับรางวัลด้านวิชาการ
3. โครงการพัฒนาผู้มีความรู้สูง
4. การเรียนด้วยระบบออนไลน์ จากหน่วยงานต่างๆ
5. การให้ความช่วยเหลือคนไทยที่ได้ รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในสาธารณรัฐชูดาน เพื่อให้คำปรึกษาและประเมินสุขภาพจิตของผู้ป่วยที่อาจได้รับผลกระทบ จิตใจ จากสถานการณ์ที่รุนแรง
6. ลงพื้นที่ประจำจุดคัดกรองประชาชน ในการประกอบพิธีสมโภช "พระพุทธธรรมกายเทพมงคล"
7. ลงพื้นที่เพื่อดูแลเยียวยาจิตใจผู้ประสบเหตุในพื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภูและเข้าร่วมประชุม ก่อนและหลังในการลงพื้นที่
8. ลงพื้นที่ติดตามการดำเนินงานการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
9. ลงพื้นที่ศึกษาระบบบันทึกข้อมูลในหน่วยปฐมภูมิ(PCU)
10. ลงพื้นที่ติดตามเสริมสร้างพลังการดำเนินโครงการส่งเสริมและพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารในพระราชดำริฯ
11. ร่วมทีมนิเทศงานกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ข้อมูลงบประมาณรายจ่ายประจำปี

1. การเปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2566

ภาพที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2566 กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต จำแนกตามหมวดรายจ่าย



การเปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2566 กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ตามหมวดรายจ่าย 3 หมวด พบว่า

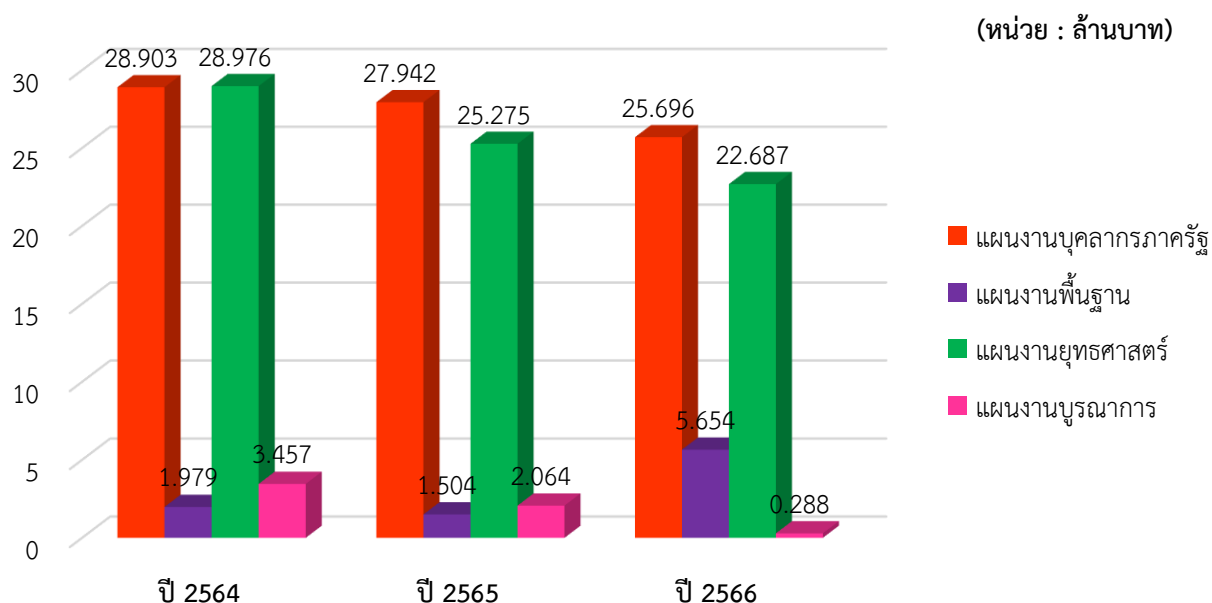
1. ภาพรวม งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2566 มีแนวโน้มได้รับงบประมาณลดลง โดยปี 2565 ได้รับ 56.788 ล้านบาท ลดลงจากปี 2564 จำนวน 6.529 ล้านบาท ปี 2566 ได้รับ 54.327 ล้านบาท ลดลงจากปี 2565 จำนวน 2.461 ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ -10.31 และคิดเป็นร้อยละ -4.33) ตามลำดับ

2. งบบุคลากร มีแนวโน้มลดลงทุกปี โดยในปี 2565 ลดลงจากปี 2564 จำนวน 0.777 ล้านบาท และในปี 2566 ลดลงจากปี 2565 จำนวน 2.274 ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ -2.75 และคิดเป็นร้อยละ -8.29) ตามลำดับ

3. งบดำเนินงาน มีแนวโน้มลดลงทุกปี โดยในปี 2565 ลดลงจากปี 2564 จำนวน 5.478 ล้านบาท และในปี 2566 ลดลงจากปี 2565 จำนวน 0.374 ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ -15.73 และคิดเป็นร้อยละ -1.274) ตามลำดับ

4. งบลงทุน มีแนวโน้มลดลงและเพิ่มขึ้น โดยในปี 2565 ลดลงจากปี 2564 จำนวน 0.275 ล้านบาท และในปี 2566 เพิ่มขึ้นจากปี 2565 จำนวน 0.187 ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ -100 และคิดเป็นร้อยละ 100) ตามลำดับ

ภาพที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2566
กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต จำแนกตามแผนงาน



การเปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2566 กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ตามแผนงานรายจ่าย 4 แผนงาน พบว่า

1. แผนงานบุคลากรภาครัฐ มีแนวโน้มลดลงทุกปี โดยในปี 2565 ลดลงจากปี 2564 จำนวน 0.961 ล้านบาท และในปี 2566 ลดลงจากปี 2565 จำนวน 2.246 ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ -3.32 และคิดเป็นร้อยละ -8.04) ตามลำดับ

2. แผนงานพื้นฐาน มีแนวโน้มลดลงและเพิ่มขึ้น โดยในปี 2565 ลดลงจากปี 2564 จำนวน 0.475 ล้านบาท และในปี 2566 เพิ่มขึ้นจากปี 2565 จำนวน 4.150 ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ -24.00 และคิดเป็นร้อยละ 275.93) ตามลำดับ

3. แผนงานยุทธศาสตร์ มีแนวโน้มลดลงทุกปี โดยในปี 2565 ลดลงจากปี 2564 จำนวน 3.701 ล้านบาท และในปี 2566 ลดลงจากปี 2565 จำนวน 2.586 ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ -12.77 และคิดเป็นร้อยละ -10.24) ตามลำดับ

4. แผนงานบูรณาการ มีแนวโน้มลดลงทุกปี โดยในปี 2565 ลดลงจากปี 2564 จำนวน 1.393 ล้านบาท และในปี 2566 ลดลงจากปี 2565 จำนวน 1.776 ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ -40.30 และคิดเป็นร้อยละ -86.05)

2. รายละเอียดงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

หมวด	เป้าหมาย	งบประมาณ ปี 2566 (1)=(2)+(3)	จัดสรร ครั้งที่ 1 (2)	จัดสรร ครั้งที่ 2 (3)	จัดสรร ครั้งที่ 3 (4)	หมายเหตุ
แผนงาน / งาน / ผลผลิต						
รวมทั้งสิ้น		54,327,340.00	27,902,570.00	20,121,535.00	6,158,835.00	
แผนงานบุคลากรภาครัฐ		25,696,300.00	12,848,150.00	12,848,150.00	0.00	
ผลผลิตที่ 1 : รายการค่าใช้จ่ายบุคลากรภาครัฐ พัฒนาด้านสาธารณสุข		25,696,300.00	12,848,150.00	12,848,150.00	0.00	
กิจกรรมหลักที่ 1.1 : สนับสนุนบุคลากรในการดำเนินงานสุขภาพจิต		25,696,300.00	12,848,150.00	12,848,150.00	0.00	
1. งบประมาณ		25,159,800.00	12,579,900.00	12,579,900.00	0.00	
1.1 เงินเดือนและค่าจ้างประจำ		18,797,400.00	9,398,700.00	9,398,700.00	0.00	
1) เงินเดือน		17,624,600.00	8,812,300.00	8,812,300.00	0.00	
อัตราเดิม	51 อัตรา	17,624,600.00	8,812,300.00	8,812,300.00	0.00	
2) ค่าจ้างประจำ		1,172,800.00	586,400.00	586,400.00	0.00	
อัตราเดิม	3 อัตรา	1,172,800.00	586,400.00	586,400.00	0.00	
1.2 ค่าตอบแทนพนักงานราชการ		6,362,400.00	3,181,200.00	3,181,200.00	0.00	
1) ค่าตอบแทนพนักงานราชการ		6,362,400.00	3,181,200.00	3,181,200.00	0.00	
อัตราเดิม	22 อัตรา	6,362,400.00	3,181,200.00	3,181,200.00	0.00	
2. งบดำเนินงาน		536,500.00	268,250.00	268,250.00	0.00	
2.1 ค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ		536,500.00	268,250.00	268,250.00	0.00	
2.1.1 ค่าตอบแทน		361,500.00	180,750.00	180,750.00	0.00	
1) ค่าเช่าบ้าน	3 คน	121,500.00	60,750.00	60,750.00	0.00	
2) ค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข (พ.ต.ส.)	6 คน	240,000.00	120,000.00	120,000.00	0.00	
2.1.2 ค่าใช้สอย		175,000.00	87,500.00	87,500.00	0.00	
1) เงินสมทบกองทุนประกันสังคม	22 คน	175,000.00	87,500.00	87,500.00	0.00	
แผนงานพื้นฐานด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์		5,654,300.00	4,696,780.00	587,960.00	369,560.00	
ผลผลิตที่ 1 : ประชาชนได้รับการบริการเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต		5,654,300.00	4,696,780.00	587,960.00	369,560.00	
กิจกรรมหลักที่ 1.2 : พัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพจิต		187,000.00	187,000.00	0.00	0.00	
1. งบลงทุน		187,000.00	187,000.00	0.00	0.00	
1.1 ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์		187,000.00	187,000.00	0.00	0.00	
1) เครื่องคอมพิวเตอร์ สำหรับงานสำนักงาน (จอขนาดไม่น้อยกว่า 19 นิ้ว)	11 เครื่อง	187,000.00	187,000.00	0.00	0.00	
กิจกรรมหลักที่ 1.3 : พัฒนาระบบสร้างพื้นฐานและระบบบริการสุขภาพจิต		5,467,300.00	4,509,780.00	587,960.00	369,560.00	
1. งบดำเนินงาน		5,467,300.00	4,509,780.00	587,960.00	369,560.00	
1.1 ค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ		5,467,300.00	4,509,780.00	587,960.00	369,560.00	
1.1.1 ค่าใช้สอย		297,000.00	297,000.00	0.00	0.00	
1.1.1.1 ค่าเช่ารถยนต์ (ปีงบประมาณ 2566-2570)	1 คัน	297,000.00	297,000.00	0.00	0.00	
1.1.1 ค่าวัสดุ		5,170,300.00	4,212,780.00	587,960.00	369,560.00	
1.1.1.1 ค่าวัสดุเวชภัณฑ์		5,018,600.00	4,154,480.00	541,260.00	322,860.00	
1) ค่าใช้จ่ายทั่วไป		1,076,200.00	430,480.00	322,860.00	322,860.00	
2) โครงการคืนขวัญใจหมอหัวใจ		3,624,000.00	3,624,000.00	0.00	0.00	สำรองกรม
3) ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานตามภารกิจที่สนับสนุนการพัฒนาวัฒนธรรมดิจิทัล เพื่อให้ผู้ป่วย SMI-V เข้าถึงบริการต่อเนื่องแล้วไม่ก่อความรุนแรงในสังคม		100,000.00	100,000.00	0.00	0.00	สำรองกรม
4) ค่าใช้จ่ายค่าลงทะเบียนฝึกอบรมทางด้านการเตรียมความพร้อมและชีวิตจิตใจ และค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ		218,400.00	0.00	218,400.00	0.00	สำรองกรม
1.1.1.2 ค่าวัสดุสำนักงาน		151,700.00	58,300.00	46,700.00	46,700.00	
แผนงาน : แผนงานยุทธศาสตร์		22,687,840.00	10,357,640.00	6,613,125.00	5,717,075.00	
แผนงานยุทธศาสตร์เสริมสร้างให้คนมีสุขภาวะที่ดี		22,687,840.00	10,357,640.00	6,613,125.00	5,717,075.00	
โครงการ 1 : โครงการประชาชนได้รับการสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับนโยบาย		18,790,740.00	8,621,540.00	5,532,575.00	4,636,625.00	
กิจกรรมหลักที่ 1.1 : พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับนโยบาย		18,790,740.00	8,621,540.00	5,532,575.00	4,636,625.00	
1. งบดำเนินงาน		18,790,740.00	8,621,540.00	5,532,575.00	4,636,625.00	
1.1 ค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ		18,790,740.00	8,621,540.00	5,532,575.00	4,636,625.00	
1.1.1 ค่าใช้สอย		18,790,740.00	8,621,540.00	5,532,575.00	4,636,625.00	
1) โครงการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมความรุนแรงในสังคม		3,762,000.00	1,881,000.00	940,500.00	940,500.00	
1.1) โครงการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมความรุนแรงในสังคม		2,229,000.00	348,000.00	940,500.00	940,500.00	
1.2) ค่าใช้จ่ายในการประชุมเชิงปฏิบัติการขับเคลื่อนกลไกการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตจิตเวชฉุกเฉิน และยาเสพติด		1,533,000.00	1,533,000.00	0.00	0.00	
2) โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดี		7,581,700.00	3,790,900.00	1,895,400.00	1,895,400.00	
3) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)		2,136,100.00	1,068,050.00	534,075.00	533,975.00	
4) โครงการพัฒนาศูนย์บริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับเหนือระดับภูมิภาค		3,073,490.00	539,990.00	1,266,750.00	1,266,750.00	
5) โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า		2,237,450.00	1,341,600.00	895,850.00	0.00	
โครงการ 2 : โครงการพัฒนาศูนย์บริการสุขภาพจิตและจิตเวช		3,897,100.00	1,736,100.00	1,080,550.00	1,080,450.00	
กิจกรรมหลักที่ 2.1 : พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีคุณภาพ		3,897,100.00	1,736,100.00	1,080,550.00	1,080,450.00	
1. งบดำเนินงาน		3,897,100.00	1,736,100.00	1,080,550.00	1,080,450.00	
1.1 ค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ		3,897,100.00	1,736,100.00	1,080,550.00	1,080,450.00	
1.1.1 ค่าใช้สอย		3,897,100.00	1,736,100.00	1,080,550.00	1,080,450.00	
1) โครงการลดการฆ่าตัวตาย เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในประชากรเปราะบางทางสังคมและเศรษฐกิจ		3,897,100.00	1,736,100.00	1,080,550.00	1,080,450.00	

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (ต่อ)

หมวด	เป้าหมาย	งบประมาณ ปี 2566 (1)=(2)+(3)	จัดสรร ครั้งที่ 1 (2)	จัดสรร ครั้งที่ 2 (3)	จัดสรร ครั้งที่ 3 (4)	หมายเหตุ
แผนงาน / งาน / ผลผลิต						
แผนงาน : แผนงานบูรณาการ		288,900.00	144,400.00	72,300.00	72,200.00	
แผนงานบูรณาการป้องกัน ปราบปราม และบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด		288,900.00	144,400.00	72,300.00	72,200.00	
โครงการ : ประชาชนผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด ได้รับการป้องกัน บำบัด รักษา และฟื้นฟูจากปัญหาเสพติด		288,900.00	144,400.00	72,300.00	72,200.00	
กิจกรรมหลักที่ 2.1 : บำบัด รักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพจิต		288,900.00	144,400.00	72,300.00	72,200.00	
1. งบดำเนินงาน		288,900.00	144,400.00	72,300.00	72,200.00	
1.1 ค่าตอบแทน ใช้น้อย และวัสดุ		288,900.00	144,400.00	72,300.00	72,200.00	
1.1.1 ค่าใช้สอย		288,900.00	144,400.00	72,300.00	72,200.00	
1) ค่าใช้จ่ายในการพัฒนาระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องและการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด		288,900.00	144,400.00	72,300.00	72,200.00	
ของหน่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดในชุมชน						
รวมทั้งสิ้น		54,327,340.00	28,046,970.00	20,121,535.00	6,158,835.00	

ตารางที่ 2 แสดงรายละเอียดการใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

หมวด	เป้าหมาย	งบประมาณ ทั้งสิ้น	งบประมาณ ใช้ไป	งบประมาณ คงเหลือ
แผนงาน / งาน / ผลผลิต				
รวมทั้งสิ้น		54,327,340.00	41,407,060.46	52,449.54
แผนงานบุคลากรภาครัฐ		25,696,300.00	13,101,073.00	15,327.00
ผลผลิตที่ 1 : รายการค่าใช้จ่ายบุคลากรภาครัฐ พัฒนาด้านสาธารณสุข		25,696,300.00	13,101,073.00	15,327.00
กิจกรรมหลักที่ 1.1 : สนับสนุนบุคลากรในการดำเนินงานสุขภาพจิต		25,696,300.00	13,101,073.00	15,327.00
1. งบประมาณ		25,159,800.00	12,579,900.00	0.00
1.1 เงินเดือนและค่าจ้างประจำ		18,797,400.00	9,398,700.00	0.00
1) เงินเดือน		17,624,600.00	8,812,300.00	0.00
อัตราเดิม	51 อัตรา	17,624,600.00	8,812,300.00	0.00
2) ค่าจ้างประจำ		1,172,800.00	586,400.00	0.00
อัตราเดิม	3 อัตรา	1,172,800.00	586,400.00	0.00
1.2 ค่าตอบแทนพนักงานราชการ		6,362,400.00	3,181,200.00	0.00
1) ค่าตอบแทนพนักงานราชการ		6,362,400.00	3,181,200.00	0.00
อัตราเดิม	22 อัตรา	6,362,400.00	3,181,200.00	0.00
2. งบดำเนินงาน		536,500.00	521,173.00	15,327.00
2.1 ค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ		536,500.00	521,173.00	15,327.00
2.1.1 ค่าตอบแทน		361,500.00	361,500.00	0.00
1) ค่าเช่าบ้าน	3 คน	121,500.00	121,500.00	0.00
2) ค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข (พ.ต.ส.)	6 คน	240,000.00	240,000.00	0.00
2.1.2 ค่าใช้สอย		175,000.00	159,673.00	15,327.00
1) เงินสมทบกองทุนประกันสังคม	22 คน	175,000.00	159,673.00	15,327.00
แผนงานพื้นฐานด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์		5,654,300.00	5,633,376.46	20,923.54
ผลผลิตที่ 1 : ประชาชนได้รับการบริการเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต		5,654,300.00	5,633,376.46	20,923.54
กิจกรรมหลักที่ 1.2 : พัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพจิต		187,000.00	187,000.00	0.00
1. งบลงทุน		187,000.00	187,000.00	0.00
1.1 ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์		187,000.00	187,000.00	0.00
1) เครื่องคอมพิวเตอร์ สำหรับงานสำนักงาน (จอขนาดไม่น้อยกว่า 19 นิ้ว)	11 เครื่อง	187,000.00	187,000.00	0.00
กิจกรรมหลักที่ 1.3 : พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและระบบบริการสุขภาพจิต		5,467,300.00	5,446,376.46	20,923.54
1. งบดำเนินงาน		5,467,300.00	5,446,376.46	20,923.54
1.1 ค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ		5,467,300.00	5,446,376.46	20,923.54
1.1.1 ค่าใช้สอย		297,000.00	288,965.00	8,035.00
1.1.1.1 ค่าเช่ารถยนต์ (ปีงบประมาณ 2566-2570)	1 คัน	297,000.00	288,965.00	8,035.00
1.1.1.1 ค่าวัสดุ		5,170,300.00	5,157,411.46	12,888.54
1.1.1.1.1 ค่าวัสดุเวชภัณฑ์		5,018,600.00	5,005,711.46	12,888.54
1) ค่าใช้จ่ายทั่วไป		1,076,200.00	1,073,671.46	2,528.54
2) โครงการคืนขวัญใจน้องบัวแก้ว		3,624,000.00	3,624,000.00	0.00
3) ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานตามภารกิจที่สนับสนุนการพัฒนาวัฒนธรรมดิจิทัล เพื่อให้ผู้ป่วย SMI-V เข้าถึงบริการต่อเนื่องแล้วไม่ก่อความรุนแรงในสังคม		100,000.00	100,000.00	0.00
4) ค่าใช้จ่ายค่าลงทะเบียนฝึกอบรมทางด้านระเบียบวิธีวิจัยและชีวิตที่ดี และค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ		218,400.00	208,040.00	10,360.00
1.1.1.1.2 ค่าวัสดุสำนักงาน		151,700.00	151,700.00	0.00
แผนงาน : แผนงานยุทธศาสตร์		22,687,840.00	22,672,611.00	15,229.00
แผนงานยุทธศาสตร์เสริมสร้างให้คนมีสุขภาพที่ดี		22,687,840.00	22,672,611.00	15,229.00
โครงการ 1 : โครงการประชาชนได้รับการบริการสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับนโยบาย		18,790,740.00	18,775,511.00	15,229.00
กิจกรรมหลักที่ 1.1 : พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับนโยบาย		18,790,740.00	18,775,511.00	15,229.00
1. งบดำเนินงาน		18,790,740.00	18,775,511.00	15,229.00
1.1 ค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ		18,790,740.00	18,775,511.00	15,229.00
1.1.1 ค่าใช้สอย		18,790,740.00	18,775,511.00	15,229.00
1) โครงการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมความรุนแรงในสังคม		3,762,000.00	3,762,000.00	0.00
1.1) โครงการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมความรุนแรงในสังคม		2,229,000.00	2,229,000.00	0.00
1.2) ค่าใช้จ่ายในการประชุมเชิงปฏิบัติการขับเคลื่อนกลไกการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตจิตเวชฉุกเฉิน และยาเสพติด		1,533,000.00	1,533,000.00	0.00
2) โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดี		7,581,700.00	7,581,700.00	0.00
3) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)		2,136,100.00	2,134,680.00	1,420.00
4) โครงการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับเหนือตติยภูมิ		3,073,490.00	3,059,681.00	13,809.00
5) โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า		2,237,450.00	2,237,450.00	0.00
โครงการ 2 : โครงการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช		3,897,100.00	3,897,100.00	0.00
กิจกรรมหลักที่ 2.1 : พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีคุณภาพ		3,897,100.00	3,897,100.00	0.00
1. งบดำเนินงาน		3,897,100.00	3,897,100.00	0.00
1.1 ค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ		3,897,100.00	3,897,100.00	0.00
1.1.1 ค่าใช้สอย		3,897,100.00	3,897,100.00	0.00
1) โครงการลดการฆ่าตัวตาย เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในประชากรเปราะบางทางสังคมและเศรษฐกิจ		3,897,100.00	3,897,100.00	0.00

ตารางที่ 2 แสดงรายละเอียดการใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (ต่อ)

หมวด	เป้าหมาย	งบประมาณ ทั้งสิ้น	งบประมาณ ใช้ไป	งบประมาณ คงเหลือ
แผนงาน / งาน / ผลผลิต				
แผนงาน : แผนงานบูรณาการ		288,900.00	287,930.00	970.00
แผนงานบูรณาการป้องกัน ปราบปราม และบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด		288,900.00	287,930.00	970.00
โครงการ : ประชาชนผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด ได้รับการป้องกัน บำบัด รักษา และฟื้นฟูจากปัญหาเสพติด		288,900.00	287,930.00	970.00
กิจกรรมหลักที่ 2.1 : บำบัด รักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพจิต		288,900.00	287,930.00	970.00
1. งบดำเนินงาน		288,900.00	287,930.00	970.00
1.1 ค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ		288,900.00	287,930.00	970.00
1.1.1 ค่าใช้สอย		288,900.00	287,930.00	970.00
1) ค่าใช้จ่ายในการพัฒนาระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องและการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด		288,900.00	287,930.00	970.00
ของผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดในชุมชน				
รวมทั้งสิ้น		54,327,340.00	41,694,990.46	52,449.54

รายงานประจำปีงบประมาณ 2566 กรมสุขภาพจิต

โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1. **ชื่อโครงการ** โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. **หลักการและเหตุผล**

จากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 พบว่าความชุกชั่วชีวิตและความชุก 12 เดือน ของโรคจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดสารใดๆ สูงถึงร้อยละ 30.8 และ 13.4 ตามลำดับ ซึ่งพบมากได้แก่ โรคสุราและยาเสพติด โรควิตกกังวล และโรคความผิดปกติทางอารมณ์ อย่างไรก็ตาม โรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับความคิดและอารมณ์ที่รูปแบบหนึ่งติดอันดับ 1 ใน 10 ของโรคที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพสูงสุด (YLD) ส่งผลต่อความพิการเรื้อรังและการเป็นภาระทางสังคม ซึ่งแม้การดำเนินโครงการฯ ที่ผ่านมจะทำให้การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่กลับพบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภทเพียงร้อยละ 11 ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโดยชุมชน และพบว่ามีเพียงร้อยละ 21 ที่ได้รับยาแล้วอาการทางจิตดีขึ้น สำหรับการติดตามต่อเนื่องพบว่ามีเพียงร้อยละ 39 เท่านั้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลที่บ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งส่งผลให้เกิดการกำเริบของโรคได้

กรมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และเพื่อให้เกิดรูปแบบการบริการผู้ป่วยโรคจิตเภทมีประสิทธิภาพ และเป็นไปอย่างต่อเนื่อง กรมสุขภาพจิต โดยกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิตจึงได้วางแผนในการดำเนินงานเชิงคุณภาพโดยจัดทำโครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดี มุ่งเน้นการพัฒนาระบบการติดตามและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทในเขตสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดอัตราการกลับมาป่วยซ้ำที่ครอบคลุมการส่งเสริมป้องกัน การคัดกรอง และการประเมินความรุนแรงของอาการ ตลอดจนการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ

3. ผลผลิต / ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

1. ผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 49.17
2. ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลต่อเนื่องภายใน 6 เดือน ร้อยละ 90.28
3. ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดเข้าถึงบริการและได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีคุณภาพ โดยมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนจนสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้เต็มศักยภาพ
4. ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดเข้าถึงบริการและได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม (Early Detection)
5. พัฒนาระบบเฝ้าระวังภาวะวิกฤตสุขภาพจิตและความรุนแรงออนไลน์ (Social Listening) ข่าวความรุนแรงตามเกณฑ์ได้รับรายงานรายงานสถานการณ์ความรุนแรงทางสังคมและผลกระทบ (DCIR) ผลการดำเนินงาน Alert สถานการณ์ความรุนแรงตามเกณฑ์ สีดำ แดง เหลือง จำนวน 609 ข่าว Response ได้รับรายงานสถานการณ์ความรุนแรงทางสังคมและผลกระทบ (DCIR) จำนวน 609 ข่าว ร้อยละ 100 Response ได้รับรายงานรายงานสถานการณ์ความรุนแรงทางสังคมและผลกระทบ (DCIR) จำนวน 458 75.21% (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566)
6. พัฒนาระบบบริการจิตเวชฉุกเฉิน และเสริมสร้างศักยภาพเครือข่าย /พัฒนาพื้นที่ต้นแบบ (30 จังหวัด) ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรง ขับเคลื่อนระบบ V-Care 76 จังหวัด + 11 เขต กทม. การค้นหาเฝ้าระวัง ครอบครัวเสี่ยง ด้วย 5 สัญญาณเตือน และด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรง Pre-Hos, In-Hos, Post-Hos

4. รูปภาพประกอบ



โครงการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับเหนือตติยภูมิ

1. หลักการและเหตุผล

กรมสุขภาพจิตเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชน และจัดระบบบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน ตามแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยการจัดการบริการเพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ที่ส่งต่อมารักษาเนื่องจากโรงพยาบาลในเขตสุขภาพไม่สามารถให้บริการได้มีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของการเจ็บป่วย สามารถอยู่ร่วมในสังคมได้ รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยไม่กลับมาป่วยซ้ำ ในขณะที่เดียวกันสถาบัน/โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตยังได้มีการพัฒนาวิชาการด้านการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ด้วยการศึกษาวิจัย พัฒนานวัตกรรมเฉพาะโรค เฉพาะทางเป็นสถาบันผลิตบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อให้บริการในเขตสุขภาพ อีกทั้งยังเป็นผู้กำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญในระดับประเทศ ด้วยการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งได้การดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชระดับที่รุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน ในระดับประเทศได้รับการดูแลและมีนวัตกรรมการรักษาที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถเข้าถึงบริการและได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ปี 2566 กรมสุขภาพจิต จึงได้ดำเนินการโครงการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับเหนือตติยภูมิขึ้น เพื่อให้หน่วยบริการจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต 20 แห่ง มีการพัฒนาระบบบริการและวิชาการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน และระบบบริการเฉพาะทางทั้งในจิตเวชทั่วไปและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นได้อย่างมีคุณภาพมาตรฐาน สอดรับกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง รวมทั้งเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพในเขตสุขภาพ

2. ผลผลิต / ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

- 3.1 ตัวชี้วัดจิตเวชทั่วไปในระบบ THIP จำนวน 6 ตัวชี้วัด
- 3.2 หน่วยบริการจิตเวชมีกระบวนการ benchmark ในการยกระดับคุณภาพบริการ
- 3.3 ร่างแผนการจัดระบบบริการสุขภาพจิต
- 3.4 สิทธิประโยชน์บริการผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติดที่บ้าน
- 3.5 Mental Health Insight Problems จำนวน 12 เรื่อง เพื่อพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพจิตและจิตเวช
- 3.6 หลักสูตรบ่มเพาะนวัตกรรมด้านสุขภาพจิตขั้นต้น (ระยะสั้น)
- 3.7 งานวิจัยการคาดการณ์อนาคตสุขภาพจิตไทย พ.ศ.2567 (Futures of Mental Health in Thailand 2033)

3. รูปภาพประกอบ



โครงการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมความรุนแรงในสังคม

1. ชื่อโครงการ โครงการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมความรุนแรงในสังคม

2. หลักการและเหตุผล

จากการที่ประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 เป็นต้นมา และการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นี้ เกิดการระบาดซ้ำระลอกใหม่และยาวนานขึ้น เกิดความสูญเสียทรัพยากร ผลกระทบทางสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจอย่างรุนแรง รวมไปถึงการที่ประชาชนต้องยังคงใช้ชีวิตในรูปแบบวิถีชีวิตแบบใหม่ เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตและเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากเหตุการณ์ทำร้ายประชาชนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลอุทัยสวรรค์ ตำบลนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู ส่งผลให้มีผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตทั้งเด็กและผู้ใหญ่เป็นจำนวนมาก ส่วนราชการต่างๆ ได้ดำเนินการให้ความช่วยเหลือและเยียวยาประชาชนที่ได้รับผลกระทบซึ่งรัฐบาลได้มีการกำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหานั้นเป็นมูลเหตุของความรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสุขภาพจิต เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญ และเป็นผลกระทบจากความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสังคม แม้ว่าความรุนแรงส่วนใหญ่จะไม่ได้เกิดจากผู้ป่วยจิตเวช แต่โรคทางจิตเวชเป็นสาเหตุหนึ่งที่สามารถป้องกันได้ หากระบบบริการสุขภาพจิตมีความครอบคลุมเพียงพอ ผู้ป่วยจิตเวชจะสามารถเข้าถึงบริการจิตเวชที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องช่วยลดภาระของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันแก้ไขความรุนแรง ลดอุบัติการณ์ความรุนแรง และลดหรือจัดการผลกระทบจากความรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. วัตถุประสงค์โครงการ

3.1 เพื่อพัฒนาระบบบริการจิตเวชฉุกเฉิน เชื่อมโยงการช่วยเหลือเบื้องต้นจากชุมชนนำสู่การเข้าถึงบริการในสถานพยาบาลอย่างทั่วถึง ให้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีในสถานพยาบาลใกล้บ้าน ตลอดจนมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่เชื่อมโยงไร้รอยต่อ

3.2 เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานให้มีความรู้ และสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย

3.3 เพื่อจัดการสารสนเทศให้มีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมความรุนแรงในสังคม และสามารถประมวลผลข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ความรุนแรงจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

4. กิจกรรม/ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.1 สื่อสารชี้แจงการขับเคลื่อนการดำเนินงานการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมความรุนแรงในสังคม \ แก่หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต

4.2 สนับสนุนงบประมาณการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิตในเขตสุขภาพ จังหวัดละ 50,000 บาท

4.3 การจัดการสารสนเทศ ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อความรุนแรงในชุมชน

4.4 ประชุมชี้แจงและนำร่อง โรงพยาบาล/สถาบันสังกัดกรมสุขภาพจิต นำระบบสารสนเทศเพื่อการติดตามผลการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในสังคมจากปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด (KORAT CARE U) มาใช้ในการคัดกรองและติดตามประชาชนกลุ่มเสี่ยงในวันพฤหัสบดี ที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๖

4.5 ประชุมคณะกรรมการกำกับทิศทาง การดำเนินงานระบบบริการและวิชาการสุขภาพจิต และจิตเวช ครั้งที่ 4/2566 ซึ่งแจ้งงบประมาณ 50,000 รายจังหวัด ในการดำเนินการขับเคลื่อนระบบ V-Care วันที่ 24 พฤษภาคม 2566

4.6 ประชุมเชิงปฏิบัติการคัดกรองและใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-CARE) วันที่ 29 พฤษภาคม 2566

4.7 ประชุมถอดบทเรียนเกี่ยวกับการนำร่องระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-CARE) วันที่ 30 พฤษภาคม 2566

4.8 ประชุมแลกเปลี่ยนการขยายผลระบบ V-Care 76 จังหวัด และ กทม. ภายใต้งบประมาณ พื้นที่ละ 50,000 บาท และหารือปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน 23 มิถุนายน 2566

4.9 การดำเนินงานโครงการพัฒนาพื้นที่แบบด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566

จังหวัดมหาสารคาม วันที่ 2 มิถุนายน 2566

จังหวัดชลบุรี วันที่ 9 มิถุนายน 2566

จังหวัดนครราชสีมา อุบลราชธานี และหนองบัวลำภู วันที่ 29-30 มิถุนายน 2566

จังหวัดสุราษฎร์ธานี และสงขลา วันที่ 6-7 กรกฎาคม 2566

จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดตาก วันที่ 17-18 กรกฎาคม 2566

4.10 การดำเนินการพัฒนาหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับเฉพาะทาง สาขาจิตเวชฉุกเฉิน

4.11 ประชุมหารือและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ (ร่าง) แบบประเมินตนเองฯ เพื่อขออนุมัติเป็น หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับเฉพาะทาง สาขาโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และสาขาจิตเวชฉุกเฉินในวันที่ 30 มีนาคม 2566

4.12 ประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมการจัดบริการจิตเวชฉุกเฉินการขอรับรองหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน (Psychiatric Emergency) วันที่ 12-13 กรกฎาคม 2566

5. กลุ่มเป้าหมายการดำเนินงาน

5.1 เครือข่ายระบบบริการในเขตสุขภาพ

5.2 หน่วยบริการจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 14 แห่ง และหน่วยบริการสาธารณสุข ใน 12 เขตสุขภาพ และกรุงเทพมหานคร

6. ผลการดำเนินงาน/ผลตามตัวชี้วัดโครงการ (โครงการขับเคลื่อน)

6.1 จัดตั้งศูนย์คัดกรองให้ครอบคลุมทุกตำบล ศูนย์คัดกรอง 9,473 แห่ง สังกัดสธ. 6,596 แห่ง อปท. 2,877 แห่ง

6.2 บูรณาการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment) สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน สังคม ดูแลผู้เสพยาเสพติด CBTx 659 ชุมชน

6.3 หอผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติด ทุกโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ทุกจังหวัด รพ. สังกัดสป. 1,382 เตียง 76 จังหวัด ใน 12 เขตสุขภาพ 126 แห่ง (Ward & Corner)

6.4 จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดดูแลบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ได้รับอนุมัติ โครงสร้างกลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด 439 แห่ง จัดทำคำสั่งมอบหมายงาน 203 แห่ง อยู่ระหว่างรอลงประเมินจากคณะกรรมการเขตสุขภาพ 290 แห่ง

6.5 ร้อยละ 71.53 ของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลต่อเนื่อง

7. ผลผลิต /ผลลัพธ์ความสำเร็จในภาพรวม

7.1 มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด SMI-V (Standard Operating Procedures: SOPs Severe Mental Illness – High Risk to Violence: V-Care)

ผลลัพธ์ความสำเร็จในภาพรวม

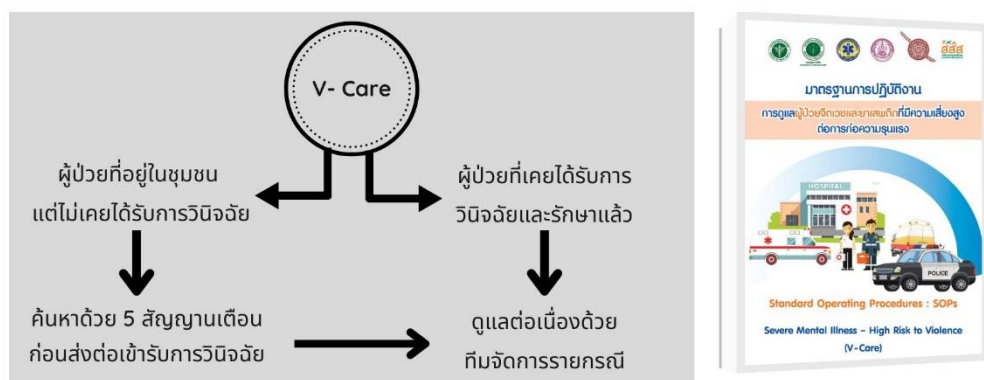
1. ในปีงบประมาณ 2566 อัตราการนำส่งบุคคลคลุ้มคลั่ง (กลุ่มอาการนำที่ 13) โดยหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ลดลง 5.6 เท่า (ในปี 2566 จำนวน 3,763 ราย ปี 2565 จำนวน 21,006 ราย) จากรายงานสถิติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ITEMS)

2. สถิติการบันทึกข้อมูลเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) สูงขึ้น 4.4 เท่า (รายใหม่ในปี 2566 จำนวน 15,578 ราย ปี 2565 จำนวน 3,527 ราย) จากคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center

มาตรฐานและแนวทางการดูแลผู้ป่วย SMI-V



ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care)



ทีมจัดการรายกรณี: ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขระดับ sw.สต.ขึ้นไป ร่วมกับ ผู้ปฏิบัติงานด้านสังคมที่ พมจ มอบหมาย ร่วมกับ ผู้ปฏิบัติงานด้านความมั่นคง เช่น ก้องกั้น ตำรวจ ฯลฯ
ทีมใช้ข้อมูลจากชุมชนร่วมกันก่อน หากจำเป็นจึงประสานข้อมูลตามมาตรา 16(2) เพื่อความปลอดภัยของสาธารณสุข



ประสานผู้นำชุมชน/อสม./ญาติร่วมดูแลผู้ป่วย SMIV 2 จากติดสุรา



ขอความร่วมมือร้านขายสุรากลั่นในชุมชน ไม่ขายสุราให้ผู้ป่วยติดสุราระหว่างบำบัดรักษา



ติดตามนิคยาให้แก่ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากสารเสพติด/โรคจิตจากสุราที่ไม่ยอมมานิคยาที่ รพ.สต./โรงพยาบาล



ภาพการอบรมและซ้อมแผนจิตเวชก้าวร้าวรุนแรง 14 กรกฎาคม 2566



ทีม อปพร
ทั่วประเทศ

8. บทเรียน – ข้อเสนอแนะจากการดำเนินงาน

8.1 เกิดการสร้างความตระหนักในการสังเกตสัญญาณเตือนทางสังคม โดยเฉพาะความรุนแรงจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด และเป็นที่สนใจของประชาชนเป็นจำนวนมาก รวมทั้งความสูญเสียจากเหตุการณ์ความรุนแรงนั้น สามารถพัฒนาเชิงระบบหรืองานวิชาการเพื่อยกระดับปัญหาสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาได้

8.2 มีการผลักดันกฎหมายที่มีประสิทธิภาพ ผลักดันนโยบายสาธารณะ การเสนอประเด็นการพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วย V-Care ในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ และขับเคลื่อนผ่านกลไก พ.ร.บ สุขภาพจิต

8.3 มีการบริหารจัดการระบบและบูรณาการงบประมาณได้ทันต่อความต้องการของพื้นที่ ด้วยการวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการของสังคม การสังเกตสัญญาณเตือนทางสังคม เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์สุขภาพจิต

8.4 มีการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย SMI-V และสารสนเทศที่รองรับการดูแลผู้ป่วยมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนการมีการกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ

8.5 ควรมีการผลักดันสิทธิประโยชน์และงบประมาณในการพัฒนากำลังพล ผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อย่างต่อเนื่อง

8.6 ควรบูรณาการกระบวนการและผลลัพธ์ที่ต้องการด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดเข้าด้วยกัน รวมทั้งการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนเพื่อช่วยผลักดันประเด็นที่เป็นที่ต้องการของสังคมได้

9. ก้าวต่อไปในปี 2567

9.1 พัฒนากลไกเพื่อสนับสนุนการระงับเหตุซึ่งเกิดจากคนคลุ้มคลั่ง หรือบุคคลที่มีความประพฤติทางจิต ในชุมชน โดยเกิดจากการบูรณาการความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งมีความจำเป็นต้องระงับเหตุซึ่งหน้า เพื่อความปลอดภัยและความสงบสุขของประชาชนในราชอาณาจักร และผู้ปฏิบัติงานในส่วนที่เกี่ยวข้อง

9.2 พัฒนาระบบบริการจิตเวชฉุกเฉิน โดยการบูรณาการความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐ ในการค้นหาครอบครัวเสี่ยง มีแผนที่ชุมชนในทุกพื้นที่ เพื่อดูแลอย่างครอบคลุม ร่วมมือในการระงับเหตุการณ์หรืออาการของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตให้สงบลง ให้ได้รับการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพจิตอย่างไรร้อยต่อ ให้ความช่วยเหลือนำส่งสถานพยาบาลที่เหมาะสมได้อย่างทันท่วงทีและปลอดภัย เพื่อให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการตามกระบวนการและขั้นตอนตามกฎหมาย ทั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีความปลอดภัย ทั้งผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช และความปลอดภัยในชุมชนที่ผู้ป่วยจิตเวชอาศัยอยู่ ตลอดถึงความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน

9.3 สนับสนุนงบประมาณให้สถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช ในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมความรุนแรงในสังคม ร่วมกับเครือข่าย

โครงการพัฒนาระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิตของประเทศไทย

1. ชื่อโครงการ โครงการพัฒนาระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิตของประเทศไทย

2. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันประเทศไทยได้เผชิญกับสถานการณ์วิกฤตทั้งจากภัยธรรมชาติ ภัยน้ำมือมนุษย์ และวิกฤตทางสังคมต่างๆ ในหลายรูปแบบที่มีความรุนแรงและมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยจากข้อมูลการดำเนินงานวิกฤตสุขภาพจิตของทีมปฏิบัติงานช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team) หรือทีม MCATT ในปี 2565 พบว่า มีการปฏิบัติงานช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤตรวมจำนวน 143 เหตุการณ์ แบ่งเป็นภัยด้านสาธารณสุขภัย ร้อยละ 60 วิกฤตทางสังคมต่างๆ ทั้งจากเหตุการณ์ความรุนแรงที่มีต่อตนเอง และความรุนแรงที่กระทำต่อบุคคลอื่น เช่น เหตุการณ์สังหารที่มีความรุนแรงในจังหวัดนครราชสีมา จังหวัดหนองบัวลำภู ผู้ป่วยจิตเวชก่อความรุนแรง การฆ่าตัวตาย เด็กถูก bully จนเป็นเหตุทำให้ฆ่าผู้อื่น เป็นต้น ร้อยละ 26.2 และภัยด้านความมั่นคง ร้อยละ 13.8 (ระบบรายงานและฐานข้อมูลเฝ้าระวังวิกฤตสุขภาพจิต (Crisis Mental Health Surveillance System : CMS) ,2565) ซึ่งเมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤตจะมีผู้ได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต สูญเสียชีวิต ทรัพย์สิน และความรู้สึกด้านลบต่อการรับรู้ ความคิด ความรู้สึกของสังคมและชุมชนโดยรวม กรมสุขภาพจิตได้รับมอบหมายให้ดูแลและพัฒนาระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิตทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต เห็นความสำคัญของปัญหาสถานการณ์ดังกล่าว จึงได้ขยายขอบเขตงานสู่การรองรับวิกฤตทางสังคมเพื่อรองรับสถานการณ์ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปควบคู่กับการดำเนินงานบริหารวิกฤตจากสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้รับบริการ ผู้ป่วย และผู้ประสบภาวะวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทันทั่วถึง

3. วัตถุประสงค์โครงการ

3.1 พัฒนาระบบการดูแลเยียวยาจิตใจที่ครอบคลุมทุกภัย ทุกกลุ่ม เชื่อมโยงทุกระดับ และการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

3.2 เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ประสบภัย หรือผู้ประสบภาวะวิกฤตเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤตและภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ ปลอดภัย อย่างทันทั่วถึง ลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต และลดความสูญเสียจากการฆ่าตัวตายจากสถานการณ์วิกฤต

3.3 พัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ในภาวะฉุกเฉิน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมีความถูกต้องรวดเร็ว สร้างความเข้าใจ ความตระหนักรู้และลดความตื่นตระหนกของ ประชาชน

4. กิจกรรม/ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.1 สื่อสารชี้แจงการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิตของประเทศไทยแก่หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต

4.2 สนับสนุนงบประมาณการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิตในเขตสุขภาพ

4.3 สนับสนุนงบประมาณให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อสนับสนุนการติดตามงานด้านสุขภาพจิต ผ่านการประชุมคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด

4.4 สนับสนุนงบประมาณในการสร้างความรอบรู้ด้านวิกฤตสุขภาพจิตและระบบสื่อสารเพื่อรองรับภาวะวิกฤตด้านสุขภาพจิต

4.5 ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเครือข่ายสื่อสารและประชาสัมพันธ์ระดับจังหวัดเพื่อสื่อสารสุขภาพจิตในภาวะวิกฤติ เขตสุขภาพที่ 1-3 ทางไกลผ่านระบบ Web Conference ระหว่างวันที่ 1 - 2 กุมภาพันธ์ 2566 ณ โรงแรม จังหวัดเชียงใหม่

4.6 ถอดบทเรียนจากการบริหารจัดการสถานการณ์วิกฤตสุขภาพจิตและการเยียวยาจิตใจของทีม MCATT ในเหตุการณ์ 6 ตุลาคม 2565 จังหวัดหนองบัวลำภู และกรณีสายไหม นำมาซึ่งการทบทวนคู่มือการปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต

4.7 ทบทวนและพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต ฉบับปรับปรุง

4.8 ซ้อมแผนวิกฤตสุขภาพจิตเพื่อตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉิน ประจำปี 2566 ระดับภาค

5. กลุ่มเป้าหมายการดำเนินงาน

5.1 ประชาชนผู้ประสบภาวะวิกฤต

5.2 ผู้รับผิดชอบงานวิกฤตสุขภาพจิตทั้งในและนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต

6. ผลการดำเนินงาน/ผลตามตัวชี้วัดโครงการ (โครงการขับเคลื่อน)

6.1 ระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ด้านสาธารณสุขและภัยพิบัติ รวมทั้งความรุนแรงทางสังคม โดยปีงบประมาณ 2566 มีการแจ้งเตือนในประเด็นวิกฤตทางสังคม (Social Crisis) ไปยังทีม MCATT จำนวน 609 ข่าว และมีการตอบสนองต่อข่าววิกฤตสุขภาพจิตทางสังคมออนไลน์ จำนวน 458 ข่าว (75.21%)

6.2 เครือข่ายสื่อสารและประชาสัมพันธ์มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิตและสามารถสร้างสื่อที่ขยายงานด้านส่งเสริมสุขภาพจิตทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต รู้จักช่องทางการให้การช่วยเหลือและสามารถให้ความช่วยเหลือ แนะนำเบื้องต้นแก่บุคคลอื่นได้

6.3 ทีม MCATT ทั้ง 4 ภาค ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผ่านการบูรณาการการซ้อมแผนวิกฤตสุขภาพจิตเพื่อตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉิน ระดับภาค ประจำปี 2566

6.4 เครือข่ายสื่อสารและประชาสัมพันธ์ระดับจังหวัด เขตสุขภาพที่ 1-3 จำนวน 68 คน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาหลักสูตรพัฒนาผู้นำขับเคลื่อนด้านสุขภาพจิตจากภาคการสื่อสารและภาคการบันเทิง

6.5 ร้อยละ 96.04 ของผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์วิกฤตได้รับการเยียวยาจิตใจ จนความเสี่ยงลดลง

7. ผลผลิต /ผลลัพธ์ความสำเร็จในภาพรวม

7.1 บทเรียนจากการบริหารจัดการสถานการณ์วิกฤตสุขภาพจิตและการเยียวยาจิตใจ ในเหตุการณ์ 6 ตุลาคม 2565 จังหวัดหนองบัวลำภู

ผลลัพธ์ความสำเร็จในภาพรวม

ปีงบประมาณ 2566 มีการติดตามเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ด้านสาธารณสุขและภัยพิบัติ รวมทั้งความรุนแรงทางสังคม จำนวน 355 เหตุการณ์ มีผู้ได้รับผลกระทบทั้งสิ้น จำนวน 6,445 คน ได้รับการดูแลเยียวยาจิตใจ จำนวน 6,099 คน (94.63%) ผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยง



การเยียวยาจิตใจและดูแลผู้ประสบภาวะวิกฤต



กิจกรรม “เล่น-สร้าง-สุข” เปิดพื้นที่เล่นอิสระ
สร้างพื้นที่ปลอดภัยสำหรับเด็กๆ ให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติให้ได้โดยเร็วที่สุด



8. บทเรียน – ข้อเสนอแนะจากการดำเนินงาน

8.1 ด้านบุคลากร การเตรียมความพร้อมด้านกำลังคนและศักยภาพในการปฏิบัติงานยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากการปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบทดแทนกำลังคนที่เกษียณอายุราชการ การสำรวจและทบทวนผู้รับผิดชอบงานทุกระดับเพื่อเตรียมความพร้อมด้านสรรพกำลัง สำหรับการดูแลช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต และวางแผนการพัฒนากำลังคน

8.2 การใช้ระบบรายงานและฐานข้อมูลเฝ้าระวังวิกฤตสุขภาพจิต (Crisis Mental Surveillance : CMS) ยังไม่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ จึงทำให้การบันทึกรายงานยังไม่ครอบคลุมเหตุการณ์และผู้ที่ได้รับผลกระทบ

8.3 การบูรณาการเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูล ระบบจัดการข้อมูล ทั้งภายในและภายนอกกรมสุขภาพจิต

8.4 ทีมเยียวยาจิตใจในภาวะวิกฤต หรือ ชื่อ ทีมเอ็มแคท (MCATT) ยังไม่เป็นที่รู้จักทั้งในเครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน และประชาชน ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการวิกฤตสุขภาพจิตในระยะแรกเริ่ม รวมทั้งการรับรู้และเข้าใจการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนเมื่อเกิดภาวะวิกฤตยังมีน้อย

8.5 งบประมาณ ที่ได้รับจัดสรรไม่สอดคล้องกับแผนการดำเนินงานในเขตสุขภาพ และขาดงบประมาณ ในการให้บริการเชิงรุกการดูแลสุขภาพจิต

9. ก้าวต่อไปในปี 2567

9.1 พัฒนากลไกระบบเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ โดยเชื่อมระบบเฝ้าระวังสถานการณ์วิกฤตผ่านทางช่องทางออนไลน์ (SOCIAL LISTENING) กับระบบเฝ้าระวังวิกฤตสุขภาพจิต (Crisis Mental Surveillance : CMS) และบูรณาการกับระบบเฝ้าระวังสาธารณสุขด้านการแพทย์ และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

9.2 ปรับปรุงและพัฒนาระบบเฝ้าระวังวิกฤตสุขภาพจิต (Crisis Mental Surveillance : CMS) เพื่อการติดตามประเมินสถานการณ์ที่รวดเร็วและเป็นปัจจุบัน

9.3 พัฒนาระบบข้อมูลทรัพยากร MCATT

9.4 ร่วมดำเนินงาน MCATT พร้อม MIT เพื่อพัฒนาระบบสื่อสารเพื่อรองรับภาวะวิกฤตด้านสุขภาพจิต และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

9.5 เตรียมความพร้อมด้านบุคลากรในการปฏิบัติงาน พัฒนาสมรรถนะของทีม MCATT ทุกระดับครอบคลุมระดับปฐมภูมิ ให้มีความรู้ในระบบการจัดการภาวะฉุกเฉิน มีทักษะในการเยียวยาจิตใจและฟื้นฟูจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤตสุขภาพจิต ให้มีความชำนาญในการป้องกัน เตรียมความพร้อม ตอบสนองต่อภาวะวิกฤต

9.6 ซ้อมแผนตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉินและสาธารณสุข ด้านวิกฤตสุขภาพจิต แบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านสาธารณสุขและจิตเวชฉุกเฉิน (ภาคสนาม) ประจำปี 2567

9.7 สนับสนุนงบประมาณให้สถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช และศูนย์สุขภาพจิต ในการพัฒนาด้านวิกฤตสุขภาพจิตและจิตเวชฉุกเฉินในเขตสุขภาพ

โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

1. ชื่อโครงการ: พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

2. หลักการและเหตุผล

ด้วยกรมสุขภาพจิต มีเป้าหมายหนึ่งที่สำคัญคือการพัฒนานวัตกรรม เทคโนโลยีและองค์ความรู้ทางวิชาการในการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อให้การเข้าถึงข้อมูลสถิติสุขภาพเป็นฐานข้อมูลเดียวกันและสะดวกต่อการเข้าถึง รวมไปถึงการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติสถานการณ์สุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ทั้งในส่วนของการวิจัย งานวิชาการ และพัฒนางานเชิงนโยบาย

ทั้งนี้เพื่อเป็นการสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานเชิงนโยบาย พัฒนาเครือข่ายระบบด้านสุขภาพจิตในเขตสุขภาพ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต จึงได้พัฒนาระบบฐานข้อมูลทรัพยากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลทรัพยากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งด้านกำลังคนสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศ การจัดบริการสุขภาพจิต ตลอดจนทรัพยากรเตียงจิตเวชและยาเสพติด เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และวางแผนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของประชากร เพิ่มการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง เท่าเทียมและมีคุณภาพในสถานพยาบาลทุกสังกัดครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติสุขภาพจิตและยาเสพติดและรายงานผลในรูปแบบกราฟ และตารางเทียบเคียง ซึ่งทำให้ง่ายต่อการนำไปใช้ประโยชน์ ทั้งในแง่ของการประเมินสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของประเทศ ตลอดจนการกำกับติดตามการจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

3. วัตถุประสงค์โครงการ

1. เพื่อรวบรวมข้อมูลทรัพยากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพ
2. เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์สัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชต่อประชากร
3. เพื่อสนับสนุนข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนเชิงนโยบายการพัฒนาบริการสุขภาพจิต และกำกับติดตามการดำเนินงานให้ไปตามเป้าประสงค์

4. กิจกรรม/ขั้นตอนการดำเนินงาน

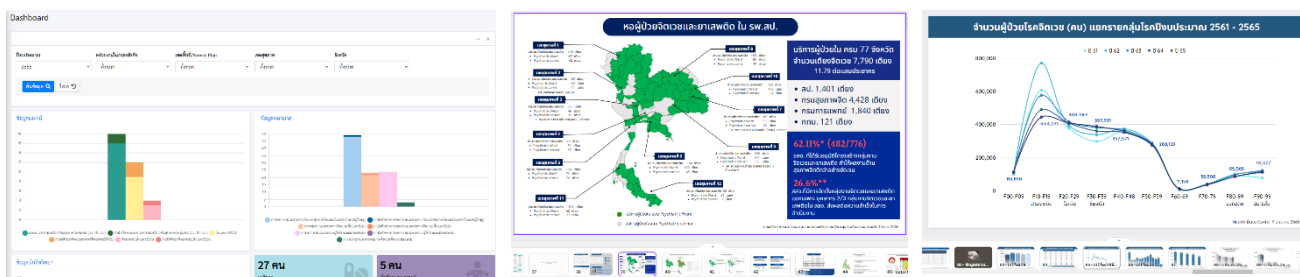
1. พัฒนาระบบข้อมูลระบบทรัพยากรสุขภาพจิตและจิตเวช
2. วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพจิตและจิตเวช และรายงานผลในรูปแบบกราฟ ตาราง และเอกสารนำเสนออื่นๆ

5. กลุ่มเป้าหมายการดำเนินงาน

1. สถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
2. บุคลากรสาธารณสุข ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

6. ผลการดำเนินงาน/ผลตามตัวชี้วัดโครงการ (โครงการขับเคลื่อนฯ)

รูปภาพประกอบ ผลผลิตและผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน



7. ผลผลิต/ผลลัพธ์ความสำเร็จในภาพรวม

1. การนำร่องทดลองบันทึกข้อมูลในระบบทรัพยากรสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพ
2. รายงานนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องสถานการณ์สุขภาพจิตและจิตเวช

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. โรงพยาบาลในเขตสุขภาพนำร่อง ยังมีความเข้าใจคาดเคลื่อนเกี่ยวกับการบันทึกข้อมูลระบบทรัพยากรสุขภาพจิตและจิตเวช
2. ข้อคำถามเยอะ และมีรายละเอียดเชิงสถิติที่ต้องใช้เวลาในการสืบค้นข้อมูล ทำให้ใช้เวลานานในการบันทึกข้อมูลระบบทรัพยากรสุขภาพจิตและจิตเวช
3. ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิตและจิตเวชมีความซ้ำซ้อน เนื่องจากขาดการเชื่อมโยงระหว่างฐานข้อมูลของแต่ละหน่วยงาน และข้อมูลบางส่วนขาดการรายงานข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

9. บทเรียน – ข้อเสนอแนะจากการดำเนินงาน

ควรผลักดันและขับเคลื่อนการดำเนินงานเชิงนโยบาย เพื่อให้สถาบัน/โรงพยาบาล ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบทรัพยากรสุขภาพจิตและจิตเวช

10. ก้าวต่อไปในปี 2567

1. ขยายผลการบันทึกข้อมูลในระบบทรัพยากรสุขภาพจิตและจิตเวชให้ครอบคลุมหน่วยงานทุกสังกัด
2. ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพจิตและสารเสพติด ในประเด็นการพัฒนาระบบทรัพยากรสุขภาพจิตและจิตเวช

โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)

1. ชื่อโครงการ: โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)

2. หลักการและเหตุผล

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายและการดำเนินการพัฒนา “คลินิกหมอครอบครัว” หรือ “หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ” (Primary Care Unit : PCU) ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ. 2560 มาตรา 258 ข. หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพดูแลประชาชน 10,000 คนต่อหนึ่งทีม โดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจในการดำเนินงานดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ให้บริการตามแนวคิด “การบริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี” สนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการเพิ่มความเป็นธรรมด้านสุขภาพภายในระบบสุขภาพของประเทศ ลดช่องว่างในการดูแล ทำให้การดูแลครอบคลุมจากอาการ (Symptoms & Signs) ไปสู่โรค (Disease) ไปถึงความเจ็บป่วย (Illness) ให้การคำนึงถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย และเชื่อมโยงกับภาวะแวดล้อมต่างๆ ในชุมชนที่มีผลต่อสุขภาพจะทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลรักษาที่สมบูรณ์ขึ้น

กรมสุขภาพจิตตระหนักถึงความสำคัญของการบูรณาการงานสุขภาพจิตในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งกายและจิต กรมสุขภาพจิตโดยกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ มุ่งเน้นให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพจิตให้ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัยและทุกมิติ ซึ่งได้แก่ การส่งเสริม การป้องกัน การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3. วัตถุประสงค์โครงการ

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเวชเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น มีการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
3. เพื่อพัฒนาศักยภาพแพทย์ พยาบาล/สหวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในการให้บริการผู้ป่วยโรคจิตเวชในชุมชน

4. กิจกรรม/ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. พัฒนาคู่มือสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัว Transformative Mental Health in Primary Care
2. ทดลองใช้คู่มือสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัว Transformative Mental Health in Primary Care ในพื้นที่ Sandbox 6 จังหวัด ได้แก่ นครปฐม พิจิตร ระยอง ปราจีนบุรี ภูเก็ต และศรีสะเกษ
3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานบริการสุขภาพจิต
4. ศึกษาผลการทดลองใช้มาตรฐานบริการสุขภาพจิตในพื้นที่ Sandbox

5. กลุ่มเป้าหมายการดำเนินงาน

1. แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ สถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต

6. ผลการดำเนินงาน/ผลตามตัวชี้วัดโครงการ (โครงการขับเคลื่อนฯ)

หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) มีบริการด้านสุขภาพจิตในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน จำนวน 2,500 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 78.42

รูปภาพประกอบ ผลผลิตและผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน



7. ผลผลิต/ผลลัพธ์ความสำเร็จในภาพรวม

1. คู่มือสร้างสุขด้วยทีมหมอครอบครัว Transformative Mental Health in Primary Care
2. แผนการพัฒนา Transformative Mental Health in Primary Care ในรูปแบบ Implementation science ตาม AIF Model และ CFIR Model

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. การประสานงานกับ PCU ที่มีภาระงานเยอะไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ./อปท.)
2. การจัดการฐานข้อมูลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ ยังขาดการบูรณาการ
3. บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิมีไม่เพียงพอและยังขาดความมั่นใจในการให้บริการสุขภาพจิต

9. บทเรียน – ข้อเสนอแนะจากการดำเนินงาน

1. ประสานร่วมกับสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อผลักดันระบบบริการสุขภาพจิตในหน่วยบริการปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนมัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาฉันทราชนิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่ อบจ.
2. ประสานความร่วมมือกับกองยุทธศาสตร์และแผนงาน และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อผลักดันให้สมมาตรฐานบริการสุขภาพจิต (เข้าสู่ระบบโครงสร้าง 43 แฟ้ม) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดการบูรณาการฐานข้อมูล
3. พัฒนาและสนับสนุนองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตให้แก่บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้มีความมั่นใจและสามารถจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้แก่ประชาชนในพื้นที่ได้

10. ก้าวต่อไปในปี 2567

1. ขยายผลการจัดบริการตามคู่มือสร้างสุขด้วยทีมหมอครอบครัว Transformative Mental Health in Primary Care ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่เขตสุขภาพ
2. พัฒนาศักยภาพทีมดูแลสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ