

โครงการเพิ่มการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพจิตเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพจิต

๑. หน่วยงานที่รับผิดชอบ กรมสุขภาพจิต

๒. หลักการและเหตุผล

ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดเพิ่มขึ้นประมาณ ๑๓% ทั่วโลกในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาทำให้สูญเสียจำนวนปีสุขภาวะถึง ๑ ใน ๕ (Years Lived with Disability; YLD) เด็กและเยาวชนประมาณ ๒๐% มีปัญหาสุขภาพจิต และนำไปสู่การฆ่าตัวตายซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในเยาวชนอายุ ๑๕-๒๔ ปี ในพื้นที่สงครามหรือสถานการณ์ความรุนแรง ประชาชนประมาณ ๑ ใน ๕ คน จะมีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อการศึกษา การทำงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคม รวมถึงความสามารถในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในชุมชน ภาวะเครียดและซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยที่สุดสองอันดับแรกทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจถึง ๑ ล้านล้านเหรียญสหรัฐในแต่ละปี แต่งบประมาณเฉลี่ยที่ใช้ในระบบสุขภาพจิตเฉลี่ยทั่วโลกต่ำกว่า ๒% ของงบประมาณภาครัฐ^๑

สำหรับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของประเทศไทยในปัจจุบัน มีประชาชนที่ป่วยด้วยโรคจิตเวช ๖.๔๔% คาดประมาณการณผู้ป่วยจิตเวชจำนวน ๔,๐๓๓,๐๕๙ คน แต่ผู้ป่วยเหล่านี้เข้าถึงบริการเพียง ๓๘.๗๕% เท่านั้น ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Severe Mental Illness – High Risk to Violence; SMI-V) สะสมจากปี ๒๕๕๙-๒๕๖๕ จำนวน ๒๖,๐๗๖ คน^๒ คิดเป็นอัตราการเข้าถึงบริการเพียง ๔๓.๘%^๓ ยังเหลือกลุ่มที่ยังไม่ได้รับการค้นหาอีกประมาณเท่าตัว และแม้จะได้รับการวินิจฉัยและรักษาแล้ว แต่ผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V มักจะไม่ยอมรับความเจ็บป่วยและไม่เข้ารับการรักษาต่อเนื่อง ทำให้อัตราการเข้ารับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย ๖ เดือน อยู่ที่ ๔๘.๔๒% เท่านั้น ทำให้ครอบครัวและชุมชนต้องรับภาระดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยไม่เคยได้รับการดูแลช่วยเหลือประมาณ ๒๖,๐๐๐ คน ส่วนปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทยพบว่าจากปัญหาการระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่รุนแรงทั่วโลกและแนวโน้มการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจาก ๖.๖๔ ต่อแสนประชากร ในปี ๒๕๖๒ เป็น ๗.๒๗ ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๖๓ ซึ่งสูงกว่าช่วงปีก่อนหน้านี้^๔

ปัญหาสุขภาพจิต เป็นหนึ่งในสาเหตุ และเป็นทั้งผลกระทบจากความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสังคม แม้ว่าความรุนแรงส่วนใหญ่จะไม่ได้เกิดจากผู้ป่วยจิตเวช^๕ เช่นเดียวกับเหตุการณ์กราดยิงที่จังหวัดนครราชสีมา และหนองบัวลำภู แต่โรคจิตเวชเป็นสาเหตุหนึ่งที่สามารถป้องกันแก้ไขได้ หากระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชมีความครอบคลุมเพียงพอ ผู้ป่วยจิตเวชจะสามารถเข้าถึงบริการจิตเวชที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดภาระของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันแก้ไขความรุนแรง ลดอุบัติการณ์ความรุนแรง และลดหรือจัดการผลกระทบจากความรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

¹ [Mental health \(who.int\)](http://www.who.int)

² Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข

³ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ๒๕๖๓

⁴ กองยุทธศาสตร์แผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, ปี พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๖๒

⁵ Brucato G et al (2021). Psychotic symptoms in mass shootings v mass murders not involving firearms: findings from the Columbia mass murder database. *Psychological Medicine* 1–9.

การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกมี ๖ องค์ประกอบหลัก (๖ building blocks) ได้แก่ รูปแบบการจัดบริการ (service delivery), กำลังคนด้านสุขภาพ (human resources), ยาและเครื่องมือทางการแพทย์ (medicines and technologies), การเงินการคลังด้านสุขภาพ (health financing), ระบบข้อมูลสารสนเทศ (information system) และการอภิบาลระบบสุขภาพ (governance) การดูแลรักษาจิตใจในปัจจุบันยังต้องอาศัยกำลังคนที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเพื่อจัดบริการที่เป็น high touch มากกว่า high tech อย่างไรก็ตาม กำลังคนด้านสุขภาพจิตในปัจจุบันยังมีอยู่จำกัดเมื่อเทียบกับสถานการณ์กำลังคนทั่วโลก พบว่า ประเทศเศรษฐกิจขนาดกลางค่อนบน (Upper-Middle Income Countries; UMICs) มีค่าเฉลี่ยบุคลากรสุขภาพจิต ๑๔.๗ คนต่อแสนประชากร จำแนกเป็นจิตแพทย์ ๑.๗ คนต่อแสนประชากร นักจิตวิทยา ๑.๖ คนต่อแสนประชากร พยาบาลจิตเวช ๕.๑ คนต่อแสนประชากร นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช ๑.๑ คนต่อแสนประชากร วิชาชีพอื่น ๆ ๒.๗ คนต่อแสนประชากร ขณะที่ประเทศเศรษฐกิจระดับบน (High Income Countries) มีค่าเฉลี่ยบุคลากรสุขภาพจิตถึง ๖๒.๒ คนต่อแสนประชากร จำแนกเป็นจิตแพทย์ ๘.๖ คนต่อแสนประชากร นักจิตวิทยา ๑๐.๗ คนต่อแสนประชากร พยาบาลจิตเวช ๒๙ คนต่อแสนประชากร นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช ๒.๙ คนต่อแสนประชากร วิชาชีพอื่น ๆ ๔.๑ คนต่อแสนประชากร สำหรับประเทศไทย การสำรวจกำลังคนด้านสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพต่าง ๆ ในเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๔ แยกตามวิชาชีพ ดังนี้ จิตแพทย์ทั่วไป ๕๕๐ คน จิตแพทย์เด็ก ๒๙๕ คน รวม ๘๔๕ คน คิดเป็น ๑.๒๘ คนต่อแสนประชากร นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา ๑,๐๓๗ คน คิดเป็น ๑.๕๗ ต่อแสนประชากร พยาบาลจิตเวชผู้ใหญ่ ๓,๔๖๒ คน พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ๖๐๒ คน รวม ๔,๐๖๒ คน คิดเป็น ๖.๑๔ ต่อแสนประชากร รวมแล้วมีกำลังคนด้านสุขภาพจิต ประมาณ ๘.๙๙ ต่อแสนประชากร ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลกและในกลุ่มประเทศเศรษฐกิจขนาดเดียวกันประมาณครึ่งหนึ่ง^๖ ในด้านกำลังการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพจิตแต่ละสาขา ปัจจุบันประเทศไทยสามารถผลิต ๑) จิตแพทย์ทั่วไป ปีละ ๕๐ คน จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ปีละ ๑๙ คน ๒) พยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช ปีละ ๒๓๕ คน ๓) พยาบาลเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (ปริญญาโท) ปีละ ๖๐ คน ๔) นักจิตวิทยาคลินิก ปีละ ๕๐ คน ๕) นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช ปีละ ๒๕ คน ๖) นักกิจกรรมบำบัดจิตเวช ปีละ ๑๕ คน ๗) เกสเซอร์จิตเวช ปีละ ๓๔ คน ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน^๗

ในขณะที่กำลังคนด้านสุขภาพจิตอยู่ในภาวะขาดแคลน แต่สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตกำลังขยายตัวเพิ่มขึ้น และเกิดความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนจากสถานการณ์ความรุนแรงที่จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดหนองบัวลำภู กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำข้อเสนอนโยบายเข้าสู่การประชุมคณะรัฐมนตรีในวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๕ และมีมติเห็นชอบมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต มอกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก^๘ ดังนี้ ๑.การพัฒนาเครือข่ายนอกระบบสุขภาพ ให้จัดตั้งระบบดูแลสุขภาพจิตใน ๑.๑) โรงเรียนและสถานศึกษาทุกแห่ง ๑.๒) สถานประกอบกิจการที่มีพนักงานมากกว่า ๑๐๐ คน ๑.๓) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับอาวุธร้ายแรง ๒.การพัฒนาเครือข่ายในระบบสุขภาพ ๒.๑) จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดให้ครบทุกอำเภอ ๒.๒) จัดตั้งหน่วยบูรณาการจิตเวชฉุกเฉินที่บูรณา

⁶ Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization; 2021.

⁷ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ๒๕๖๕

⁸ การประชุมคณะรัฐมนตรี ณ ตึกสันติไมตรี ทำเนียบรัฐบาล ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๕

การความร่วมมือระหว่างหน่วยแจ้งเหตุ ตำรวจ และทีมสาธารณสุขฉุกเฉิน ในทุกอำเภอ เพื่อร่วมมือกันในการนำตัวผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงและขาดการรักษาเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษา ๒.๓) จัดทำระบบการดูแลเบื้องต้นทางจิตเวชทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๓. การพัฒนาเครือข่ายในชุมชน ๓.๑) เพิ่มสิทธิประโยชน์ในการรักษาจิตเวชทางไกล เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญสามารถตรวจรักษาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านได้ครอบคลุม ๓.๒) เพิ่มสิทธิประโยชน์การดูแลต่อเนื่องในชุมชนในผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดได้รับการติดตามต่อเนื่องตลอดชีวิต

จากมติคณะรัฐมนตรีข้างต้น กระทรวงสาธารณสุข โดย รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายอนุทิน ชาญวีรกูล ได้มอบนโยบายให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง เปิดหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดให้ครอบคลุมทั้ง ๑๒๑ แห่ง ใน ๗๖ จังหวัด จากเดิมที่มีหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเพียง ๓๗ แห่ง ใน ๓๐ จังหวัด การเปิดหอผู้ป่วยรวมถึงการจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในทุกอำเภอ จำเป็นต้องอาศัยกำลังคนด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมาก เพื่อให้เพียงพอต่อการจัดบริการ และรองรับความต้องการของประชาชน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมสุขภาพจิต ได้เห็นชอบร่วมกันในการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นในระยะเวลา ๕ ปี กรมสุขภาพจิตจึงจัดทำ “โครงการพัฒนาเครือข่ายระบบด้านการดูแลสุขภาพจิต” เพื่อเพิ่มกำลังการผลิตบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ทั้งจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และสหสาขาวิชาชีพ โดยพัฒนาเพิ่มจากบุคลากรเดิมให้เป็นผู้เชี่ยวชาญเพิ่มขึ้นให้กระจายครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศภายใน ๕ ปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก ต่อเนื่องลดภาระโรคจิตเวช ลดความรุนแรงที่อาจเกิดจากผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ครอบครัวและชุมชนปลอดภัย สังคมไทยปลอดภัย

๓. วัตถุประสงค์ของโครงการ

๓.๑ เพื่อพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพจิตทั้งจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช เภสัชจิตเวช และสหสาขาวิชาชีพจิตเวชให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ

๓.๒ เพื่อยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพจิตในสถานบริการสุขภาพ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านได้ โดยไม่จำเป็นต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่อยู่ห่างไกล

๔. วิธีดำเนินการ

๔.๑ ประสานความร่วมมือกับสภาวิชาชีพ สถาบันฝึกอบรมของทุกสาขาวิชาชีพ เพื่อจัดทำแผนการผลิตกำลังคนเพิ่มร่วมกัน ต่อเนื่องเฉพาะทางในอัตรากำลังบุคลากรเดิมที่ผลิตได้โดยพัฒนาเพิ่มจากบุคลากรเดิมให้เป็นผู้เชี่ยวชาญเพิ่มขึ้น

๔.๒ พัฒนาศักยภาพสถานบริการและบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อเพิ่มหน่วยผลิตบุคลากรจิตเวชจากต้นทุนบริการที่มีอยู่

๔.๓ ติดตามประเมินผลการพัฒนาบุคลากรแต่ละสาขา และผลลัพธ์ที่เกิดกับระบบบริการจิตเวชและยาเสพติด

๕. ระยะเวลาดำเนินการ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐

๖. ตัวชี้วัด

๖.๑ อัตรากำลังพัฒนากำลังคนเฉพาะทาง ด้านสุขภาพจิต ในระบบบริการสุขภาพ ระยะเวลา ๕ ปี

๖.๑.๑ จิตแพทย์ทั่วไป ๑๕๐ คน

๖.๑.๒ พยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช ๑,๕๐๐ คน

๖.๑.๓ พยาบาลเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ๑๐๐ คน

๖.๑.๔ นักจิตวิทยาคลินิก ๔๐๐ คน

๖.๑.๕ นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช ๔๐๐ คน

๖.๑.๖ นักกิจกรรมบำบัดจิตเวช ๒๕๐ คน

๖.๑.๗ เภสัชกรจิตเวช ๑๕๐ คน

๖.๒ สถานบริการสุขภาพสามารถจัดบริการจิตเวชแก่ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลหรือไม่สามารถเดินทางเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลได้สะดวก โดยใช้เทคโนโลยีจิตเวชทางไกล หรือบริการจิตเวชเคลื่อนที่ มากกว่า ร้อยละ ๘๐

๗. งบประมาณ รวมทั้งสิ้น ๗๔๖,๒๐๐,๐๐๐ บาท (เจ็ดร้อยสี่สิบล้านสองแสนบาทถ้วน) รายละเอียด ดังนี้

ค่าใช้จ่าย	งบปี ๒๕๖๖ (ล้านบาท)	งบปี ๒๕๖๗ (ล้านบาท)	งบปี ๒๕๖๘ (ล้านบาท)	งบปี ๒๕๖๙ (ล้านบาท)	งบปี ๒๕๗๐ (ล้านบาท)
๑. ค่าใช้จ่ายในการอบรมพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพจิตเฉพาะทาง					
๑.๑ ด้านจิตแพทย์ทั่วไป ๓๐ คน/ปี ต้องใช้ งบประมาณเพิ่ม	๔๕.๐	๔๕.๐	๔๕.๐	๔๕.๐	๔๕.๐
๑.๒ ด้านพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและ จิตเวช เพิ่มขึ้น ๓๐๐ คน/ปี ต้องใช้ งบประมาณเพิ่ม	๑๕.๐	๑๕.๐	๑๕.๐	๑๕.๐	๑๕.๐
๑.๓ ด้านพยาบาลเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และจิตเวช (ปริญญาโท) เพิ่มขึ้น ๒๐ คน/ปี ต้องใช้งบประมาณเพิ่ม	๒.๐	๒.๐	๒.๐	๒.๐	๒.๐
๑.๔ ด้านนักจิตวิทยาคลินิก เพิ่มขึ้น ๘๐ คน/ ปี ต้องใช้งบประมาณเพิ่ม	๑.๖	๑.๖	๑.๖	๑.๖	๑.๖
๑.๕ ด้านนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช เพิ่มขึ้น ๘๐ คน/ปี ต้องใช้งบประมาณเพิ่ม	๑.๔๔	๑.๔๔	๑.๔๔	๑.๔๔	๑.๔๔
๑.๖ ด้านนักกิจกรรมบำบัด จิตเวช เพิ่มขึ้น ๕๐ คน/ปี ต้องใช้งบประมาณเพิ่ม	๑.๒๕	๑.๒๕	๑.๒๕	๑.๒๕	๑.๒๕
๑.๗ เภสัชกรจิตเวช เพิ่มขึ้น ๓๐ คน/ปี ต้อง ใช้งบประมาณเพิ่ม	๑.๓๕	๑.๓๕	๑.๓๕	๑.๓๕	๑.๓๕
๒. ครุภัณฑ์เพื่อสนับสนุนการจัดบริการจิตเวชทางไกล					
๒.๑ ค่าพัฒนาระบบจิตเวชทางไกล	๑๕.๐	-	-	-	-
๒.๒ ชุดอุปกรณ์การแพทย์ทางไกล สำหรับ รพ.ระดับ A, S, M๑, M๒, F๓	๓๓.๖	๓๓.๖	๓๓.๖	๓๓.๖	๓๓.๖
๒.๓ รถบริการจิตเวชเคลื่อนที่พร้อมชุด อุปกรณ์การแพทย์ทางไกล ราคาคันละ	๘๓.๐	๘๒.๐	-	-	-

๕,๐๐๐,๐๐๐ บาท สำหรับ ๓๓ หน่วยงาน ใน สังกัดกรมสุขภาพจิต					
๒.๔ ระบบจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชใน โรงพยาบาลของกรมสุขภาพจิต ๒๐โรงพยาบาล	๓๐.๐	๓๐.๐	-	-	-
รวม	๒๒๙.๒๔	๒๑๓.๒๔	๑๐๑.๒๔	๑๐๑.๒๔	๑๐๑.๒๔

๘. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๘.๑ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ มีสหวิชาชีพที่ได้รับการพัฒนา
ด้านสุขภาพจิตสาขาหลักครบทุกสาขา เพียงพอต่อการจัดบริการให้ประชาชนในทุกอำเภอ

๘.๒ ประชาชนที่มีภาวะซึมเศร้า เสี่ยงฆ่าตัวตาย เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ได้รับการวินิจฉัยและ
เข้าถึงการรักษาที่มีคุณภาพใกล้บ้านอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เกิดการกำเริบซ้ำ ไม่ก่อความรุนแรงใน
ชุมชน

๘.๓ ผู้ป่วยจิตเวชสามารถเข้าถึงบริการจิตเวชอย่างต่อเนื่องด้วยการมีจิตแพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพ
ให้การดูแลอย่างเพียงพอ

ผู้เสนอโครงการ

ผู้เห็นชอบโครงการ

ผู้อนุมัติโครงการ