



การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพ

บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์, พ.บ. เบญจพร ปัญญาียง, พ.บ.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพจิตในเขตสุขภาพ

วัสดุและวิธีการ โดยการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสำรวจบุคลากร ระบบบริการสุขภาพจิต และระบบยาจิตเวชในเขตสุขภาพ รายงานการนิเทศงานระบบบริการสุขภาพจิต รายงานสรุปการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และผลการประชุมกลุ่มย่อย

ผล การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นไปตามขั้นตอนของแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวชแตกต่างกันในแต่ละเขตสุขภาพ มีการบริการคลินิกสุขภาพจิตระดับดี จำนวน 11 เขต ระดับที่ต้องปรับปรุง 1 เขต การบริการผู้ป่วยใน ระดับดี 1 เขต ระดับที่ต้องปรับปรุง 4 เขต และการเข้าถึงบริการโรคจิตและโรคซึมเศร้า ระดับดี 2 และ 11 เขตตามลำดับ ข้อจำกัดในการพัฒนาระบบบริการ คือ จำนวนบุคลากรจิตเวชค่อนข้างจำกัด การจัดบริการผู้ป่วยใน ระบบยาและการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช

สรุป การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชแตกต่างกันในแต่ละเขตสุขภาพ การบริการคลินิกจิตเวชพัฒนาตามเป้าหมายระดับ จำนวน 11 เขตสุขภาพและการเข้าถึงบริการโรคจิตและโรคซึมเศร้าเป็นไปตามเป้าหมายระดับดี 2 และ 11 เขตสุขภาพตามลำดับ

คำสำคัญ : เขตสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ สุขภาพจิตและจิตเวช



The development of mental health and psychiatric service in health areas

Burin Suraaroonsamrit, M.D.

Benjaporn Panyayong, M.D.

Abstract

Objective The purpose of this study was to evaluate the implementation of mental health network in health areas.

Materials and methods The present study was done by gathering quantitative data from personnel survey, mental health service system and psychiatric drug system in health areas. We also reviewed the supervision report of the mental health service system and inspection report with focal group discussion.

Results The implementation of mental health and psychiatric service plan has followed the steps of the guideline in developing the health service system in the fields of mental health and psychiatry, however; the results varied in each health area. Outcomes of the implementation were psychiatric outpatient service at a good level 11 health areas and needed improvement in 1 health area; and psychiatric inpatient service at a good level 1 health area and needed improvement in 4 health areas. The accessibility of individual with psychosis and depression was at a good level in 2 and 11 health areas respectively. The limitations of the development of mental health and psychiatric service system were the personnel, the psychiatric service and transfer of patients and the pharmaceutical system.

Conclusion The development of mental health and psychiatric service network was the implementation according to the development plan for health service system used as a guideline. There were 11 health areas which achieved goal for psychiatric outpatient service and 2, 11 health areas for accessibility of psychotic and depressive patients respectively.

Key words : mental health, psychiatry, service plan

Department of Mental Health

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญ จากข้อมูลการสำรวจระดับชาติปี ๒๕๕๑ พบความชุกในช่วง 12 เดือนของโรคจิตเวชในคนไทย อย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 14.3 และพบโรคร่วม ร้อยละ 1.4¹ ปัญหาสุขภาพจิตทำให้เกิดภาระโรค (DALY) ค่อนข้างสูง การศึกษาภาระโรคของประเทศไทย ปี ๒๕๕๔ พบว่าโรคจิตเวชทำให้เกิดภาระโรค มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยที่การเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นอันดับหนึ่งในเพศชาย มีสัดส่วนร้อยละ 23 ของความสูญเสียปีสุขภาวะ และโรคซึมเศร้าในเพศหญิงมีสัดส่วน ร้อยละ 11 ของความสูญเสียปีสุขภาวะ² ขณะที่ผู้ป่วยโรคจิตเวชรุนแรงในประเทศต่างๆ ทั่วโลกไม่ได้รับการรักษาถึงร้อยละ 75³ ส่วนประเทศไทยอัตราการเข้าถึงบริการโรคจิตเวชน้อยกว่าร้อยละ 10⁴

เนื่องจากการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชค่อนข้างต่ำ องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญและเร่งด่วน 8 โรค ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม โรคลมชัก ความผิดปกติทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์ และสารเสพติด ความผิดปกติทางพัฒนาการ ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในเด็ก การทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตาย³ กรมสุขภาพจิตได้จัดทำโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ตามมาตรการและโครงการ mhGAP ขององค์การอนามัยโลก และพบว่าสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการจิตเวชในพื้นที่นี้⁴

การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเนื่องจากข้อจำกัดหลายประการ เช่น ทัศนคติที่

ไม่ต้องการสุขภาพจิต การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิต ความร่วมมือของงานสุขภาพจิตจากหน่วยบริการและชุมชน การขาดแคลนบุคลากรทั้งจิตแพทย์และวิชาชีพอื่นของทีมสุขภาพจิต การกระจุกตัวของจิตแพทย์ในเมืองใหญ่ ความยากลำบากในการเดินทางมาขอรับบริการ บางครั้งจำเป็นต้องค้างคืนทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ครอบครัวมีฐานะยากจนทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้น้อยและไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำของโรคจิตเวช⁵ อย่างไรก็ตาม การพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพจิตโดยโรงพยาบาลสวนปรุงได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการในโรงพยาบาลใกล้บ้านอย่างต่อเนื่อง^{5,6} โรงพยาบาลสวนปรุงจึงได้จัดทำแนวทางพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช และใช้เป็นต้นแบบในการขยายผลดำเนินงานของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวชระดับประเทศ⁷

ปีงบประมาณ ๒๕๕๖ กระทรวงสาธารณสุขได้เน้นการพัฒนาประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เป็นสำคัญ 10 สาขา ซึ่งสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช เป็น 1 ใน 10 สาขานั้น⁸ และมีแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแต่ละเขตสุขภาพ รวมทั้งมอบหมายให้สำนักบริหารการสาธารณสุขของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมีกรอบในการพัฒนาประกอบด้วยด้านบุคลากร ด้านสถานที่และขีดความสามารถระบบบริการ^{7,9} รวมทั้งระบบยาจิตเวชที่

กำหนดให้มียา 7 กลุ่ม 35 รายการเพิ่มเติมจาก ระบบบัญญัติยาเดิม การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชได้ดำเนินงานมาเป็นปีที่ 2 และยังไม่ได้ประเมินผลการดำเนินงาน ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพจิตในเขตสุขภาพ ตามตัวชี้วัดที่กำหนด คือ อัตราการเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยโรคจิตและโรคซึมเศร้า ร้อยละ 50 และ 31 ตามลำดับ ระบบบริการสุขภาพจิตได้มาตรฐาน โรงพยาบาลชุมชนระดับ F1-3 สามารถจัดบริการได้ตามเป้าหมาย ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 (ระดับ 5)

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพจิตในเขตสุขภาพ มีวิธีการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสำรวจบุคลากร ระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช และระบบยาจิตเวช (บัญญัติยาจิตเวชระดับเขต/จังหวัด มาตรฐานบัญญัติยาจิตเวชแต่ละระดับ) ในเขตสุขภาพ รายงานการนิเทศงานของสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต และรายงานสรุปการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (แบบฟอร์ม ดก. 1-2) และการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุมกลุ่มย่อยร่วมกับทีมพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพ (จิตแพทย์ รองผู้อำนวยการเครือข่ายพัฒนาระบบบริการ โรงพยาบาลวิชาชีพ) ทั้ง 4 ภาค จำนวนภาคละ 20 คน ในการประเมินผลตามแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช ในประเด็นต่างๆ ประกอบด้วย ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านการจัดบริการผู้ป่วยนอก และการจัดบริการผู้ป่วยในจิตเวชของเขตสุขภาพ

ด้านระบบยาจิตเวชตามแนวทางการพัฒนา^{7,9} และแบบประเมินติดตามการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพ ประจำปี ๒๕๕๗ แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ¹⁰ เปรียบเทียบกับเป้าหมายในการพัฒนาที่กำหนดโดยเขตสุขภาพ⁹

ขั้นตอนที่ 2 รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ การเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าของศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า จากเว็บไซต์ www.thai.depression.com ตามเกณฑ์การเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต และการเข้าถึงบริการโรคจิตจากข้อมูลโรคตาม ICD 10 รหัสโรค F20-29 จาก 43 แฟ้มข้อมูลการบริการของสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการ

นิยาม

การบริการสุขภาพจิตและจิตเวช หมายถึง การให้บริการผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในแผนกผู้ป่วยนอก (คลินิกสุขภาพจิต) ซึ่งอาจจัดบริการคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชแยกเฉพาะเป็นสัดส่วนหรือจัดบริการร่วมกับคลินิกอื่นๆ และผู้ป่วยในจิตเวชเป็นหอผู้ป่วยจิตเวชแยกต่างหากหรือจัดบริการร่วมกับผู้ป่วยในแผนกอื่น ผู้ให้บริการเป็นสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา ทั้งนี้ขึ้นกับขีดความสามารถระบบบริการที่แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามแนวทาง^{7,9} ในที่นี้เน้นจิตแพทย์ ไม่รวมแพทย์ทั่วไป และแพทย์ที่จบอนุมัติบัตรผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงจิตเวชชุมชน และพยาบาลจิตเวช (พยาบาลที่จบหลักสูตรสุขภาพจิตและจิตเวชทั่วไป ระยะเวลา 4 เดือน (พยาบาล PG) พยาบาลที่จบ

ปริญญาโทสาขาสุขาภพจิตและจิตเวช พยาบาล PG จิตเวชเด็กและวัยรุ่นระยะเวลา 4 เดือน)

เตียงจิตเวช หมายถึง การจัดบริการผู้ป่วย โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยจิตเวช

ระบบยาจิตเวช หมายถึง การจัดหาหรือการบริหารจัดการยาและการประสานข้อมูลทางยาให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการรักษาด้วยยาตามความจำเป็น ต่อเนื่อง รวมถึงระบบควบคุมความคลาดเคลื่อนทางยา การให้คำแนะนำเกี่ยวกับยา การเฝ้าระวังเพื่อป้องกันและลดอันตรายจากการใช้ยา เป็นต้น ตามแนวทางฯ^{7,9}

การจัดระดับขีดความสามารถของโรงพยาบาล แบ่งเป็น 1. โรงพยาบาลรับส่งต่อระดับสูง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ (advanced-level hospital, A) โรงพยาบาลทั่วไป (standard-level hospital, S) 2. โรงพยาบาลรับส่งต่อระดับกลาง (middle-level hospital, M) ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) และโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2) 3. โรงพยาบาลรับส่งต่อระดับต้น (first-level hospital, F) ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) ตามเกณฑ์กำหนดของการจัดระดับขีดความสามารถแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ¹¹

เนื่องจากจำนวนข้อมูลมีมากและหลายมิติ จึงมีการพัฒนาเกณฑ์การประเมินที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านบุคลากร ด้านระบบบริการผู้ป่วยนอก ระบบบริการผู้ป่วยใน ระบบยา อัตราการเข้าถึงบริการโรคจิต และโรคซึมเศร้า โดยเชื่อมโยงและสอดคล้องกับคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิต

และจิตเวช สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล แบ่งการประเมินเป็น 5 ระดับ โดยระดับ 1 เป็นการดำเนินงานอยู่ในระดับต่ำสุด ระดับ 3 อยู่ในระดับพื้นฐาน และระดับ 5 อยู่ในระดับสูง

โดยที่ **ด้านบุคลากร** ระดับ 3 หมายถึง มีการพัฒนาจิตแพทย์ได้ตามเป้าหมายร้อยละ 50 ระดับ 5 มีการพัฒนาจิตแพทย์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 90 **ด้านบริการสุขภาพจิต** ระดับ 3 หมายถึง มีคลินิกสุขภาพจิตในโรงพยาบาลระดับ M1 และ M2 ได้ตามเป้าหมายร้อยละ 70 ระดับ 5 มีคลินิกสุขภาพจิตในโรงพยาบาลระดับ F1-3 ได้ตามเป้าหมายร้อยละ 50 **ด้านผู้ป่วยใน** ระดับ 3 หมายถึง สามารถจัดบริการผู้ป่วยในโรคร่วมโรคจิตเวช ระดับ 5 สามารถจัดให้มีหอผู้ป่วยในจิตเวชตามแผนพัฒนา **ระบบยาจิตเวช** ระดับ 3 หมายถึง สามารถจัดทำบัญชียาจิตเวชร่วมกันของเขตบริการและบัญชียาระดับจังหวัดโดยครอบคลุมยาจิตเวชขั้นต่ำที่ควรมี ระดับ 5 หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนมีบัญชียาจิตเวชและสามารถรับส่งต่อเพื่อรับยาจากสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ ร้อยละ 50 อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 31 (ตามค่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๕๗) และการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตร้อยละ 50 (ค่าเป้าหมายกรมสุขภาพจิต) ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ มีนาคม ถึง กันยายน ๒๕๕๗

ผล

บุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

การศึกษารั้งนี้ พบว่า จำนวนจิตแพทย์ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขค่อนข้างน้อยในเขตสุขภาพที่ 2, 3, 7, 10 ที่มีอยู่ประมาณ 5 คน

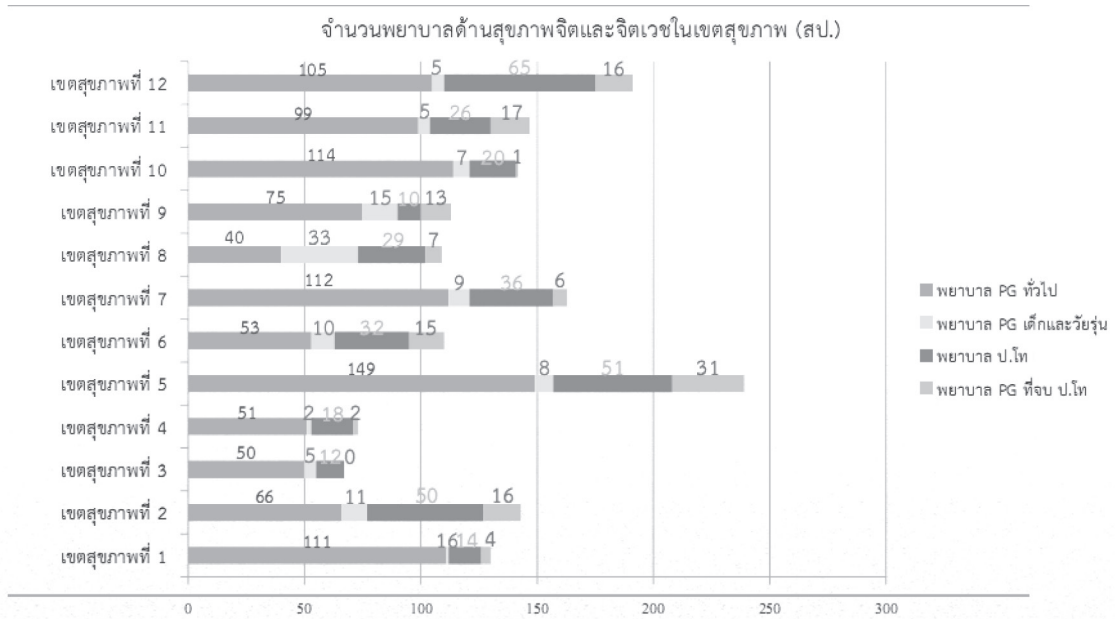
ต่อเขตสุขภาพ ตามลำดับ (ตารางที่ 1) จังหวัดที่ เพชรบูรณ์ ตราด บึงกาฬ เลย นครพนม เป็นต้น
โรงพยาบาลทั่วไปไม่มีจิตแพทย์ทั่วไป ได้แก่ สตูล พยาบาลจิตเวชทุกระดับค่อนข้างน้อยในเขตสุขภาพ
3, 4, 6, 8 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนจิตแพทย์ทั่วไป จำแนกตามเขตสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๗

เขตสุขภาพ	กรมสุขภาพจิต	สำนักปลัดฯ	หน่วยงานอื่น	เอกชน	รวม	อัตราต่อแสน
1	13	24	19	4	64	1.13
2	0	5	3	0	8	0.44
3	6	5	0	0	11	0.4
4	18	11	18	0	47	1.1
5	7	15	3	0	24	0.55
6	3	16	3	2	24	0.74
7	12	5	10	1	28	0.66
8	10	7	1	0	18	0.33
9	8	15	2	1	26	0.43
10	9	5	0	0	14	0.38
11	9	11	0	0	20	0.61
12	8	14	7	0	29	0.63
กทม	25	3	116	27	171	3.19
รวม	128	136	182	35	484	0.86

ที่มา: สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต

แผนภูมิที่ 1 จำนวนพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำแนกตามสาขา/ระดับการศึกษา และเขตสุขภาพ



ที่มา: สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต ข้อมูล ณ วันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๕๗

การจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ป่วยนอก

จากข้อมูลพบว่า โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ A, S, M1-2, F1-3) ให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชครบทุกระดับในเขตสุขภาพที่ 1, 7, 8, 10-12 และเกือบครบทุกระดับในเขตสุขภาพที่ 2-6 และ 9 โดยที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปมีจิตแพทย์

ประจำในสัดส่วนเพียงครึ่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 8, 10, 11 ส่วนระบบยาจิตเวช พบว่าเขตสุขภาพส่วนมากมีระบบปัญญาจิตเวชระดับเขตและไม่มีระบบปัญญาจิตเวชระดับเขตเพียง 3 เขต คือ เขตสุขภาพที่ 3, 9, 12 ขณะเดียวกันก็มีระบบปัญญาจิตเวชระดับจังหวัดและที่มีครบทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2, 5, 7, 11 และไม่มีข้อมูลในเขตที่ 1,8 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนจิตแพทย์ การจัดบริการจิตเวชผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยในและระบบบัญชียาจิตเวชจำแนกตามเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	จิตแพทย์/ รพ.ระดับ A/S	จิตแพทย์ (ร้อยละ)	คลินิก จิตเวช	หอผู้ป่วยในของ เขตสุขภาพ	ระบบบัญชียา ระดับเขต	ระบบบัญชียา ระดับจังหวัด (ร้อยละ)
1	6/8	75.0	100	มี	มี	ไม่มีระบบข้อมูล
2	5/6	83.3	97.8	มี	มี	100.0
3	3/5	60.0	92.6	ไม่มี	ไม่มี	20.0
4	10/10	100.0	88.7	มี	มี	37.5
5	8/10	80.0	97.0	ไม่มี	มี	100.0
6	8/9	88.9	80.5	มี	มี	37.5
7	3/4	75.0	100	มี	มี	100.0
8	4/7	57.1	100	ไม่มี	มี	ไม่มีระบบข้อมูล
9	3/4	75.0	96.3	มี	มี	25.0
10	3/6	50.0	100	ไม่มี	มี	80.0
11	4/7	57.1	100	มี	มี	100.0
12	8/9	88.9	100	มี	ไม่มี	28.6

ที่มา: สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต ข้อมูล ณ วันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๕๗

การจัดบริการผู้ป่วยในจิตเวช

การวิเคราะห์จำนวนเตียงจิตเวช พบว่าเขตสุขภาพที่ 2 ไม่มีโรงพยาบาลจิตเวชที่จะรองรับผู้ป่วยจิตเวชอาการรุนแรงจะต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลส่วนปริมซึ่งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 1 และโรงพยาบาลจิตเวชในบางเขตสุขภาพ เช่น จังหวัดเพชรบูรณ์จะต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ราชนครินทร์ที่ใกล้และสะดวกกว่า ส่วนโรงพยาบาลทั่วไปที่ไม่มีเตียงจิตเวชพบในเขตสุขภาพที่ 3, 5, 8, 10 แต่มีแผนพัฒนาะบบบริการสุขภาพฉบับปีงบประมาณ ๒๕๕๖ และการจัดบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั่วไปเป็นลักษณะการรับผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับผู้ป่วยในแผนกอื่น หรือจัดสรรห้องพิเศษ/เตียงสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและมีหอผู้ป่วยจิตเวชแยกเฉพาะต่างหาก (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนเตียงจิตเวชจำแนกตามโรงพยาบาลจิตเวช/โรงพยาบาลทั่วไปและสัดส่วนจำนวนเตียงต่อประชากรแสนคน จำแนกตามเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	รพ.จิตเวช	ต่อแสน	สำนักปลัดสธ.	ต่อแสน	รพ.จิตเวช/ สำนักปลัดสธ.	รวมต่อแสน
1	550	9.7	79	1.0	629	10.7
2	0	0	26	1.5	26	1.5
3	60	2.0	0	0	60	2.0
4	750	11.4	10	0.2	760	11.6
5	185	3.7	0	0	185	3.7
6	150	4.8	16	0.3	166	5.1
7	372	7.4	26	3.6	398	11.0
8	186	3.4	0	0	186	3.4
9	270	4.1	35	0.5	305	4.6
10	370	8.2	0	0	370	8.2
11	700	16.4	10	0.2	710	16.6
12	167	3.5	22	0.5	189	4.0
กรุงเทพฯ	950	16.7	83	1.5	1,033	18.2
ทั่วประเทศ	4,710	7.9	297	0.7	5,017	7.7

ข้อมูล: สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต ข้อมูล ณ วันที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๕๗

ระบบการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและการติดตาม

การส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและการติดตามผู้ป่วย สามารถสรุปเป็นรูปแบบ ได้ 3 รูปแบบ โดยรูปแบบที่ 1 กรณีที่ไม่มีโรงพยาบาลระดับ M1/M2 นั้น โรงพยาบาลชุมชนระดับ F1-3 ส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ (ระดับS/A) และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวชในเขตพื้นที่รับผิดชอบ รูปแบบที่ 2 ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1-3 ส่งต่อไปรับบริการที่ node โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายระดับ M2 และหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทั่วไประดับ M1 และหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาล

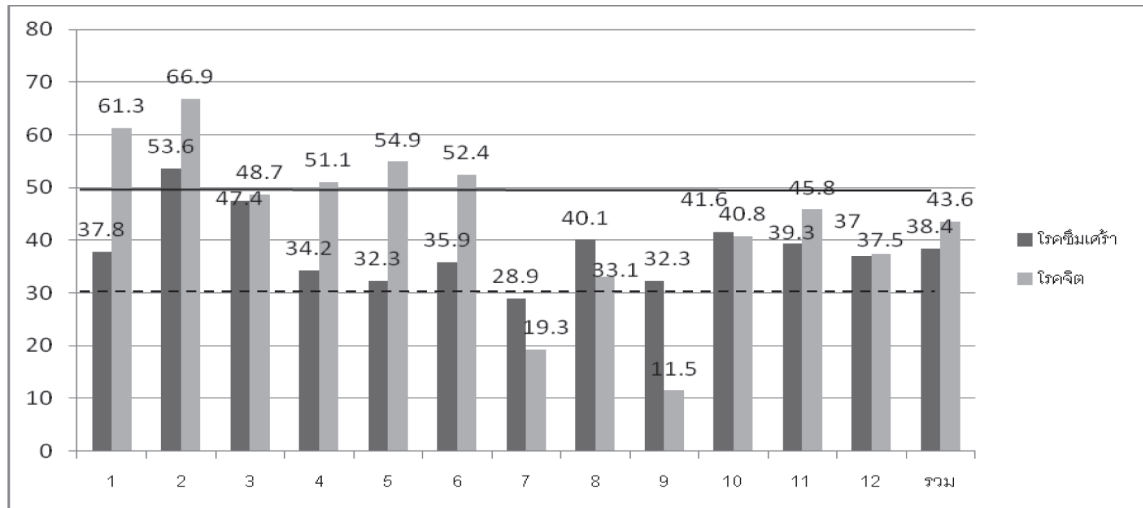
ทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ (ระดับS/A) และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวชในเขตพื้นที่รับผิดชอบ รูปแบบที่ 3 เช่นเดียวกับรูปแบบที่ 2 โรงพยาบาลทั่วไป M1/โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2) ส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ (ระดับS/A) และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวชในเขตพื้นที่รับผิดชอบ หรือส่งไปเขตสุขภาพอื่น (ข้ามเขตบริการ) กรณีที่โรงพยาบาลนั้นตั้งอยู่ใกล้กับโรงพยาบาลศูนย์ที่มีจิตแพทย์หรือโรงพยาบาลจิตเวชอีกเขตหนึ่ง เช่นจังหวัดเพชรบูรณ์ และบางจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ฯลฯ ทั้งนี้ขึ้นกับข้อตกลงบริการ

การเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าและโรคจิต

การเข้าถึงบริการโรคจิตเวชเป็นผลลัพธ์เชิงคุณภาพของการพัฒนา พบว่าผลรวมอัตราการเข้าถึงบริการ โรคซึมเศร้า/โรคจิต ทุกเขตสุขภาพ เท่ากับ ร้อยละ 38.4 และ 43.6 ตามลำดับ โดยพบอัตราการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้ามากกว่าครึ่งในเขตสุขภาพที่ 2, 3, 10 และอัตราการเข้าถึงบริการโรคซึม

เศร้าต่ำที่สุดและต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 31) ในเขตสุขภาพที่ 7 ส่วนอัตราการเข้าถึงบริการโรคจิตค่อนข้างน้อยในเขตสุขภาพที่ 9, 7, 8 ร้อยละ 11.5, 19.3 และ 33.1 ตามลำดับและการเข้าถึงบริการโรคจิตมากกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 50) ในเขตสุขภาพที่ 1, 2, 4, 5, 6 และพบค่อนข้างสูงในเขตสุขภาพที่ 1, 2 (แผนภูมิที่ 2)

แผนภูมิที่ 2 การเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าและโรคจิต ในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ จำแนกตามเขตสุขภาพ



*ข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคจิต ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๗, โรคซึมเศร้า ณ วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๕๗

ระดับการดำเนินงานตามแนวทางพัฒนา

ระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

จากการประเมินภาพรวมด้านบุคลากร พบว่า ส่วนใหญ่สามารถทำการพัฒนาบุคลากรให้มีจิตแพทย์ อย่างน้อย 1 คนต่อ 1 จังหวัดในเขตสุขภาพ โดยพัฒนาบุคลากร (จิตแพทย์) ได้ตามเป้าหมายร้อยละ 50 (ระดับ 3) ในเขตสุขภาพที่ 3, 8, 10, 11 การพัฒนาบุคลากรได้ตามเป้าหมายร้อยละ

70 (ระดับ 4) ในเขต 1, 2, 5, 6, 7, 9, 12 และการพัฒนาบุคลากรฯ ได้ตามเป้าหมายร้อยละ 90 (ระดับ 5) ในเขต 4

ด้านการจัดบริการจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก พบว่าโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ A, S, M1-2, F1-3) สามารถพัฒนาบริการสุขภาพจิตได้ตามมาตรฐาน นั่นคือ มีการเปิดบริการคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชที่มี

มาตรฐานขั้นต่ำคือการให้คำปรึกษา และการบริการสุขภาพจิตได้ตามเป้าหมายในโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F1-3 ร้อยละ 50 (ระดับ 5) ในทุกเขต ยกเว้น เขต 4

ด้านการบริการจิตเวชแบบผู้ป่วยใน พบว่าโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในระดับ (A/S) ทุกเขตสุขภาพสามารถจัดบริการรับผู้ป่วยจิตเวช (ได้แก่ โรคซึมเศร้า มาต้วตายและโรคจิต เป็นต้น) ไว้ในโรงพยาบาล โดยมีระบบ แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในจิตเวช มีการวิเคราะห์และดำเนินการจัดสรรเตียงผู้ป่วยจิตเวชตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (ระดับ 4) แต่ยังไม่สามารถดำเนินการพัฒนาจำนวนเตียงผู้ป่วยในจิตเวชหรือพัฒนาหอผู้ป่วยในจิตเวชตามที่กำหนดไว้ในแผน ยกเว้นเขตสุขภาพที่ 2 ที่สามารถมีหอผู้ป่วยในจิตเวชตามแผนพัฒนาฯ ของปีงบประมาณ ๒๕๕๗ (พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชได้ระดับ 5)

ด้านระบบยาจิตเวช พบว่า เขตสุขภาพมีบัญชียาจิตเวชในระดับเขตและจังหวัด เขตสุขภาพที่มียามากกว่า 2 ชนิด ต่อกลุ่ม (ระดับ 3) คือ เขตสุขภาพที่ 3, 4, 6, 8 เขตสุขภาพที่โรงพยาบาลชุมชนอย่างน้อยร้อยละ 30 มียาจิตเวชที่สอดคล้องกับ

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (ระดับ 4) คือ เขตสุขภาพที่ 5, 7, 11, 12 เขตสุขภาพที่โรงพยาบาลชุมชนมากกว่าร้อยละ 50 มียาจิตเวชที่สอดคล้องกับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ/ทุติยภูมิและมีบัญชียาเพื่อรับการส่งต่อมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (ระดับ 5) ในเขตสุขภาพที่ 1, 2, 10 ส่วนเขตสุขภาพที่ 9 ขาดข้อมูลจากพื้นที่ในด้านบัญชียาจิตเวชของเขตสุขภาพและจังหวัด แต่มียามากกว่า 2 ชนิด

เมื่อพิจารณาตามแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่าเขตสุขภาพ ที่การเข้าถึงบริการโรคจิตน้อยกว่าค่าเป้าหมายและมีโครงการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ (ระดับ 2) คือ เขตสุขภาพที่ 3, 7-12 เขตสุขภาพ ที่การเข้าถึงบริการโรคจิตมากกว่าค่าเป้าหมายและมีโครงการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ (ระดับ 4) คือ เขตสุขภาพที่ 4-6 เขตสุขภาพที่การเข้าถึงบริการโรคจิตมากกว่าค่าเป้าหมาย มีโครงการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบและการมีส่วนร่วมของชุมชน (ระดับ 5) คือ เขตสุขภาพที่ 1 และ 2 ส่วนโรคซึมเศร้านั้น เขตสุขภาพ ที่การเข้าถึงบริการมากกว่าค่าเป้าหมาย มีโครงการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบและการมีส่วนร่วมของชุมชน (ระดับ 5) เกือบทุกเขต ยกเว้นเขตสุขภาพที่ 7 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการประเมินระดับการดำเนินงานตามแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช จำแนกตามเขตสุขภาพ

เขต	บุคลากร	คลินิกจิตเวช	ผู้ป่วยใน	ระบบยา	การเข้าถึงบริการ	
					โรคซึมเศร้า	โรคจิต
1	4	5	4	5	5	5
2	4	5	5	5	5	5
3	3	5	4	3	5	2
4	5	2	4	3	5	4
5	4	5	4	4	5	4
6	4	5	4	3	5	4
7	4	5	4	4	2	2
8	3	5	4	3	5	2
9	4	5	4	NA	5	2
10	3	5	4	5	5	2
11	3	5	4	4	5	2
12	4	5	4	4	5	2

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

จากการถอดบทเรียนปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช มีดังนี้ 1) การมีนโยบายอย่างชัดเจนในระดับกระทรวงและเขตสุขภาพ 2) หัวหน้าทีมมีภาวะผู้นำโดยจิตแพทย์มีเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานในลักษณะเครือข่ายและมีความเข้มแข็งในการดำเนินงานตามแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 3) ความเข้าใจในสภาพความเป็นจริงของผู้กำหนดนโยบายและให้การสนับสนุน ความชัดเจนของนโยบายและการยอมรับนโยบายของผู้ปฏิบัติ 4) การมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีม โดยที่เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงปัญหา มีทัศนคติที่ดี ให้ความสำคัญและเห็นถึงประโยชน์ของการบริการจิตเวช 5) ปริมาณและคุณภาพของผู้ปฏิบัติงาน (มีการพัฒนาบุคลากรด้านจิตเวชอย่างต่อเนื่อง

โดยเฉพาะพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรสุขภาพจิตและจิตเวชและหลักสูตรปริญญาโท) 6) การมีเครือข่ายการให้บริการครอบคลุมทั้งจังหวัดเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 7) การสนับสนุนจากแม่ข่าย 8) การสนับสนุนจากผู้นำชุมชนในระดับพื้นที่ เป็นต้น

วิจารณ์

การศึกษานี้ เป็นการประเมินผลการดำเนินงานตามแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวชของเขตสุขภาพ ปัญหาส่วนใหญ่เป็นเรื่องบุคลากร ที่จะต้องวางแผนในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยเฉพาะพยาบาลจิตเวชในเขตสุขภาพที่ 3, 4, 6, 8 ส่วนจิตแพทย์ซึ่งเป็นหัวหน้าทีมยังมีจำนวนจำกัดในเขตสุขภาพที่ 2, 3, 7, 10 โดยที่บุคลากรเป็นกำลังสำคัญในการจัดบริการสุขภาพจิต

และจิตเวช ซึ่งแนวทางในการเริ่มต้นพัฒนามี 2 รูปแบบ คือ 1) การพัฒนาทีมให้เข้มแข็ง และมีบทเรียนที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เริ่มต้นด้วยการสำรวจความสมัครใจของเครือข่ายและสนับสนุนโรงพยาบาลเครือข่ายให้เกิดทีมสุขภาพจิตที่เข้มแข็งโดยที่โรงพยาบาลนั้นจะต้องมีพยาบาลจิตเวชพร้อมและมีการวางแผนด้านบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และจิตแพทย์จากโรงพยาบาลแม่ข่ายไปออกหน่วยจัดบริการจิตเวชและสนับสนุนยาในช่วงแรก สนับสนุนสื่อและเทคโนโลยี และให้คำปรึกษาเมื่อประสบปัญหา จนกระทั่งทีมเข้มแข็ง^{5,6,12} 2) การจัดจิตแพทย์ที่เลี้ยง เน้นการฝึกอบรมในงาน ทำให้แพทย์มีความมั่นใจในการตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพเหมาะสมและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง¹³ อย่างไรก็ตาม การจัดบริการจิตเวชในเขตสุขภาพสามารถใช้วิธีรวมและแลกเปลี่ยน (pool & share) ทรัพยากร โดยการขอสนับสนุนจิตแพทย์หรือบริหารจัดการเพื่อมีจิตแพทย์มาให้บริการแบบห้วงเวลา 1-2 ครั้งต่อเดือน จนกระทั่งมีจิตแพทย์มาประจำตามแผนพัฒนาพร้อมพัฒนาศักยภาพวิชาชีพอื่นในทีมควบคู่กันไป

การจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเชิงปริมาณทำได้ค่อนข้างดี ที่จำเป็นต้องประเมินและพัฒนาคุณภาพควบคู่กันไป ส่วนระบบยาจิตเวชนั้นส่วนมากมีระบบบัญชีาระดับเขต ส่วนน้อยมีระดับจังหวัด ซึ่งอาจต้องประเมินในรายละเอียดประเด็นอื่นๆ เช่น ความครอบคลุมกลุ่มยาทั้ง 7 ประเภทเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ความคุ้มค่าข้อจำกัดในการบริหารจัดการยาจิตเวช ทางเลือกอื่นในการบริหารยา ซึ่งในหลายจังหวัดจิตแพทย์ของ

โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปจะมีปัญหาของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนั้นๆ¹⁴

การบริการผู้ป่วยในจิตเวชที่ยังไม่มีหอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไป 4 เขตสุขภาพ คือ 3, 5, 8, 10 ที่จะต้องวิเคราะห์สถานการณ์ รูปแบบบริการ ความคุ้มค่า ความเป็นไปได้และทางเลือกอื่นเพื่อให้การบริการครอบคลุมทุกมิติโดยเฉพาะผู้ป่วยทางกายที่มีปัญหาจิตเวช หรือผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาทางกาย ซึ่งจะมีข้อจำกัดในการรับผู้ป่วยทางกายไว้ในโรงพยาบาลจิตเวชเนื่องจากไม่มีแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะให้การดูแลและข้อจำกัดอื่น ส่วนโรงพยาบาลทั่วไปที่มีข้อจำกัดในการรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงเนื่องจากสถานที่ไม่เหมาะสมและต้องใช้เวลาในการเตรียมการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่รวมถึงคุณภาพบริการ ส่วนการเข้าถึงบริการโรคจิตและโรคซึมเศร้า เขตสุขภาพที่ 1 และ 2 ทำได้ตามเป้าหมายระดับ 5 เนื่องจากทั้ง 2 เขตสุขภาพเป็นเครือข่ายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชมาร่วม 10 ปี และมีการศึกษาวิจัยพบว่าประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชอยู่ในระดับดีหลายหน่วยบริการ⁵

ข้อจำกัด

ในการประเมินครั้งนี้ คือ การได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนทุกเขตสุขภาพในบางประเด็น ทำให้การเปรียบเทียบเพื่อการพัฒนาได้อย่างจำกัด อีกประการหนึ่ง การประเมินที่พบว่าบริการคลินิกสุขภาพจิตระดับดี (ระดับ 5) เกือบทุกเขตนั้นเป็นเพียงการวัดในเชิงปริมาณโดยที่เขตสุขภาพมีคลินิกสุขภาพจิตในโรงพยาบาลระดับ F1-3 ครอบคลุมได้ตามเป้าหมายร้อยละ 50 เท่านั้น และไม่สามารถวัดผลลัพธ์

เกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยนอกและจำนวนผู้ป่วยส่งต่อในโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ ซึ่งจะต้องมีข้อมูลพื้นฐานในการเปรียบเทียบและนโยบายสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญ 10 สาขาเพิ่งเริ่มดำเนินการเป็นปีที่ 2 ส่วนผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงบริการโรคจิตและโรคซึมเศร้า นั้นสามารถสะท้อนถึงการจัดบริการคลินิกจิตเวชที่ดีและครอบคลุม ระดับหนึ่ง แต่ยังมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังปัญหา รวมทั้งการคัดกรองการบำบัดรักษาและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ผลที่ได้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวชต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การบริการสุขภาพจิตและจิตเวชครอบคลุมทุกระดับ และเขตสุขภาพควรใช้แนวทางพัฒนาระบบบริการฯ เพื่อเป็นเครื่องมือติดตามประเมินผลการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช และใช้ข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคจิตและโรคซึมเศร้า จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยในเขตบริการ ในการวัดผลลัพธ์การพัฒนา

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริการ กรมสุขภาพจิตควรมีการเตรียมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกวิชาชีพ โดยเฉพาะสาขาจิตเวชเด็กและ

วัยรุ่น ควรประเมินรูปแบบการส่งต่อและระบบการติดตามผู้ป่วย และการเตรียมการในการรับรองมาตรฐานระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนา

ข้อเสนอแนะในการวิจัย กรมสุขภาพจิตควรสนับสนุนให้มีการวิจัยประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงานเครือข่ายบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ศึกษาวิจัยเพื่อกำหนดโครงสร้างและอัตรากำลังของหน่วยบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่เหมาะสมของโรงพยาบาลในแต่ละระดับ และการวิเคราะห์ระบบยาจิตเวชเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพจิตของโรงพยาบาลในแต่ละระดับรวมทั้งศึกษาข้อจำกัดและแนวทางแก้ไขพัฒนา

สรุป

การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นไปตามขั้นตอนของแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช แตกต่างกันในแต่ละเขตสุขภาพ การบริการคลินิกจิตเวชเป็นไปตามเป้าหมาย (ระดับ 5) จำนวน 11 เขตสุขภาพ การเข้าถึงบริการโรคจิตเป็นไปตามเป้าหมายระดับที่ 2 เขตสุขภาพและการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้ายกระดับที่ 11 เขตสุขภาพ ข้อจำกัดในการพัฒนาระบบบริการ คือ จำนวนบุคลากรจิตเวชค่อนข้างจำกัด การจัดบริการผู้ป่วยใน ระบบยาและการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช

References

1. Kittirattanapaiboon P, Kongsuk T, Pengjuntr W, Leejong-permpoon J, Chutha W, Kenbubpha K. Epidemiology of psychiatric co-morbidity in Thailand: a national study 2008. *J Ment Health Thai* 2013;21:1-14.
2. International Health Policy Program, IHPP. BOD: Disability-Adjusted Life Years, DALY 2011. Nonthaburi: IHPP; 2014. p.1.
3. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. WHO: Geneva; 2008. p.11-2.
4. Pruagsakanon B, Sirisamut T, Duangtipsirikul S, Pongladda S, Sudsivilai K. The epidemiology survey on mental health disorders in 5 priority areas of a comprehensive intervention program (mhGAP intervention program) under the universal health coverage scheme. Nonthaburi: Department of Mental Health. Research report 2013. p1.
5. Puapunprasert B, Kongmanee A, Mahatnirunkul S, Kitaroon W, Srimawong P, Rattanamaneechot P, et al. Suan Prung Hospital developing of the psychiatric clinic efficiency measurement using data environment analysis model: a case study of the general hospitals and the community hospitals in the Northern Thailand. Chiang Mai: research report; 2011.
6. Department of Mental Health. Challenging in community mental health system development in the hill areas of the Northern part of Thailand. For AMT's Publication 2014. Retrieved from http://www.dmh.go.th/ebook/Files/Challenging_in_Community_Mental_Health_System_Development_for_AMT_Publication.pdf. [20 October 2014]
7. Mahatnirunkul S, editor. Guideline for mental health and psychiatric service implementation plan for primary, secondary and tertiary health care levels. Chiang Mai: Suanprung Hospital; 2012.
8. KM management Organization. Office of Permanent Secretary. Health service implementation plan. Retrieved from <http://kmops.moph.go.th/index.php/km-test/2012-09-19-04-17-00/216-service-plan>. [20 September 2014]
9. Bureau of Health Administration. Guideline for health service implementation plan: mental health and psychiatric service. Nonthaburi: Office of Permanent Secretary; 2013.
10. Bureau of Mental Health Service Administration. The mental health and psychiatric service implementation evaluation form. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2014.
11. Office of Permanent Secretary. Health service implementation plan. Retrieved from <http://uto.moph.go.th/other/serviceplan/data/mn3.pdf> [20 September 2014]
12. Hattapanom W, Jampathong N, Rormsai P, Srichanla E. The developmental psychiatric network hospital. *J Ment Health Thai* 2009;17:91-103.
13. Chumputtra P. The psychiatrist mentor. Summary report. Nakhonratchasima: Nakhonratchasima-rajanagarindr psychiatric hospital; 2014. Bureau of Mental Health Strategy, Department of Mental Health. Inspection report of health service plan: mental health and psychiatric service year; 2014.