



งานนำเสนอกิจกรรม บริการควบคุม ป้องกัน และรักษา โรคเรื้อรัง จิตเวชในชุมชน ปีงบประมาณ 2568



“ สุขภาพกายแข็งแรง
พร้อมสุขภาพใจ ให้อารมณ์ดี ”



คำนิยามและความหมาย

ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SERIOUS MENTAL ILLNESS WITH HIGH RISK TO VIOLENCE : SMI-V) หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง (F20-F29) ที่เข้าเกณฑ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามเกณฑ์การจำแนก ดังนี้

V SMI-V 1 (SUICIDE) : มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต

V SMI-V 2 (VIOLENCE) : มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน

V SMI-V 3 (DELUSION) : ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบ

เฉพาะเจาะจง หรือ ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดเกี่ยวกับราชวงศ์/กษัตริย์

V SMI-V 4 (CRIME) : เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า/พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)
(ผู้ป่วยจิตเวช ICD10 รหัส F00.X – F99.X หรือ รหัส X60.X – X84.X)



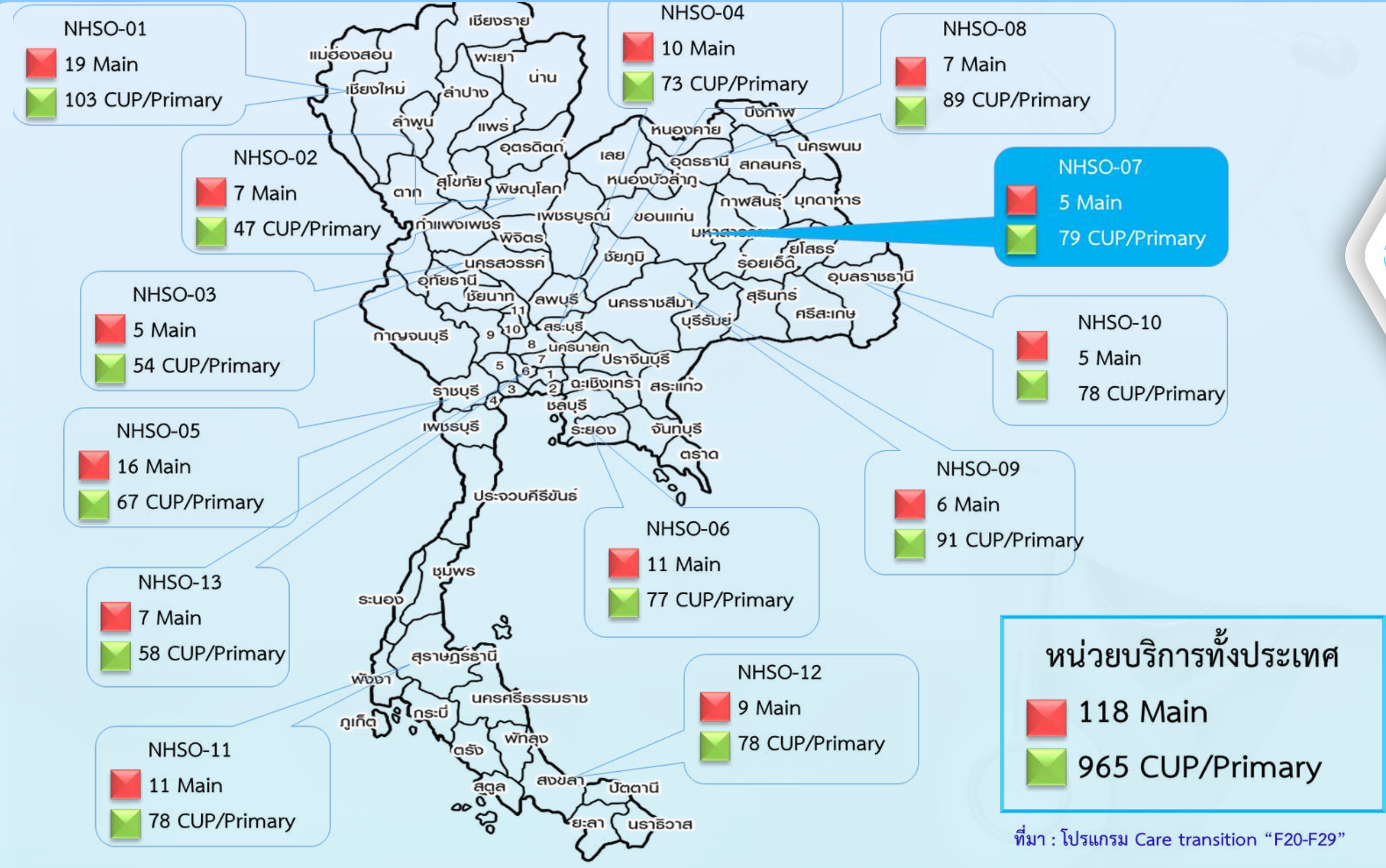
ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการจัดการ เช่น ในครอบครัวเดียวกันมีผู้ป่วยจิตเวชหลายคน ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตัวเอง ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ขาดยา ขาดผู้ดูแล ไม่มีศักยภาพเพียงพอ อาจถูกล่ามขัง จำเป็นต้องสนับสนุนการดูแลโดยชุมชน และหรือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องร่วมด้วย



บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง จิตเวชในชุมชน

วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> ❖ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการแก่ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ยังไม่ได้รับการดูแล ❖ สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังได้รับบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ในชุมชนอย่างมีคุณภาพ ❖ ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) และหรือการเข้ารับการรักษาพยาบาลซ้ำในโรงพยาบาล (Re-hospitalization) ของผู้ป่วย
ขอบเขตบริการ	การให้บริการเยี่ยมบ้าน และติดตามการใช้ยา ตามแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (Individual Care Plan)
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังสิทธิ UCs <ul style="list-style-type: none"> ❖ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with high risk to Violence : SMI – V) ตามหลักเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข หรือ ❖ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยรหัสโรค F20 – F29 ที่มีความซับซ้อนในการจัดการและจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนการดูแลจากหลายภาคส่วนในชุมชน เช่น ครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวชหลายคน ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตัวเอง ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยถูกล่ามโซ่ ผู้ป่วยขาดผู้ดูแล ผู้ดูแลไม่มีศักยภาพเพียงพอ เป็นต้น
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย <ul style="list-style-type: none"> ❖ หน่วยบริการประจำ ที่มีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพครอบครัว องค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย ❖ หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีจิตแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน สาขาสุขภาพจิตชุมชน หรือ แพทย์ที่มีคุณสมบัติตามที่กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ที่มีบทบาทหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่หน่วยบริการประจำ

หน่วยบริการดูแลผู้ป่วยรหัส F20 - F29 ทั่วประเทศ



NHSO7 5 main
สพ.แม่ข่าย+สพ.จิตเวช+สพช.

หน่วยบริการทั่วประเทศ
118 Main
965 CUP/Primary

ที่มา : โปรแกรม Care transition "F20-F29"



สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง F20-F29

ข้อมูลเป้าหมายผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เขต 7 ขอนแก่น ปีงบประมาณ 2567

พื้นที่บริการ	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (ราย)	ยอดจัดสรร (ราย)
ขอนแก่น	19,688	537
ร้อยเอ็ด	13,107	358
กาฬสินธุ์	11,029	301
มหาสารคาม	6,451	176
รวม	50,275	1,372

สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง F20-F29 ต่อ

สถิติผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังจังหวัดขอนแก่น รหัส F20-F29 ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2565 - 2567

ประเภทผู้ป่วย F20-F29	2565		2566		2567	
	ราย	ครั้ง	ราย	ครั้ง	ราย	ครั้ง
IDP	1,222	2,024	1,474	3,779	1,733	3,298
OPD	2,726	16,597	5,509	24,271	8,091	47,343
รวม	3,948	18,621	6,983	28,050	9,824	50,641

กรอบการจัดสรรเงินให้หน่วยบริการ

การจัดสรรเงินให้หน่วยบริการ 6,000บาท/รายผู้ป่วย ดังนี้
(จ่ายให้หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชน นั้น 5,000/ราย +จ่ายให้หน่วยบริการพี่เลี้ยง 1,000/ราย)

เงื่อนไขการจ่าย แบ่งเป็น 2 งวด

งวดที่ 1 หน่วยบริการ 50 % +หน่วยพี่เลี้ยง 80% (ตามจำนวนกลุ่ม เป้าหมายที่มีการลงทะเบียน

งวดที่ 2 ตามผลงานบริการของหน่วยบริการ โดยจ่ายเพิ่มเติม (ตาม **เงื่อนไขในประกาศระบุไว้**)

หน่วยบริการ 50 % + หน่วยพี่เลี้ยง 20% = (ติดตามเยี่ยมไม่น้อยกว่า 4 ครั้ง)



หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการบันทึก ขอรับค่าใช้จ่ายเขตสุขภาพบริการ

ขั้นตอนการขอรับ ค่าใช้จ่าย

การบันทึกข้อมูล

Care transition
โปรแกรมจิตเวชฯ โคราช

การตรวจสอบ
ข้อมูล

CMHS
กรมสุขภาพจิต

ข้อมูลการจ่าย

Seamless for DMIS
สปสช.

ระบบข้อมูลและการเบิกจ่ายค่าบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
(CMHS : *Community mental health service system*)

ระบบ CMHS รongรับข้อมูลจากระบบ Care transition เพื่อนำข้อมูลเข้าสู่ระบบ
ทุกวันที่ 10 ของเดือน ประมวลผลรายงานผ่านระบบ CMHS ทุกวันที่ 15 ของ
เดือน และแสดงรายงานในระบบ CMHS ทุกวันที่ 16 ของเดือน หลังจาก
ประมวลผล สปสช.จ่าย คินให้หน่วยบริการทุกเดือน ผ่านระบบ Budget Report

คู่มือการใช้งาน

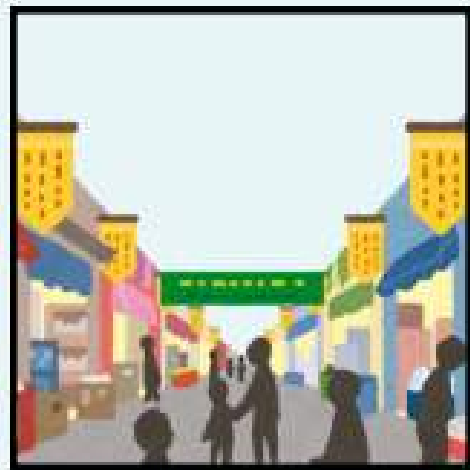
ระบบข้อมูลและการเบิกจ่ายค่าบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
(Community Mental Health Service System : CMHS)



กระบวนการการทำงานแบบบูรณาการ

NHSO7 5 MAIN

รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ,รพ.ขอนแก่น ,รพ.กาฬสินธุ์ , รพ.ร้อยเอ็ด และรพ.มหาสารคาม



ชุมชน

ผู้ป่วยคุ้มครอง/ญาติ ปฏิเสธรับกลับ

ภาคีเครือข่าย

- 1.หน่วยงานตำรวจ (โครงการนาคาพิทักษ์รักษาประชา)
- 2.กรมการปกครอง 3. และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง



REFER ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

ส่งต่อทำกับติดตาม

มีหน่วยบริการทำกับติดตามอาการ

ผู้ป่วย/ญาติ WALK IN

ผู้ป่วยหาย/อาการดีขึ้น โดยมีหน่วยบริการ และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ติดตามดูแล

สอน./ รพ.สต./ รพ.
77 CUP



REFER ผู้ป่วย
ติดยาเสพติด

REFER รักษา
ต่อ ผู้ป่วย
จิตเวช

โรงพยาบาลรัฐรักษารักษาขอนแก่น

(สังกัดกรมการแพทย์ รับผิดชอบ เขต 7 เขต 9 เขต 10)

ประเภทผู้ป่วย OPD & IPD

รูปแบบการให้บริการ

1. WALKIN + นโยบาย OP ANYWHERE

2. REFER

1. จากหน่วยบริการต้นสังกัด เขต 7 เขต 9 เขต 10
2. จากภาคีเครือข่าย (หน่วยงานตำรวจตามมาตรา 114, 113 และ 165 ของเขต 7, 9 และ 10)

ระยะเวลาในการรักษา 4 - 16 สัปดาห์

สถิติ RE-ADMIT - รักษา ≤ 4 สัปดาห์จะกลับมา รักษามากที่สุด

- รักษา 4-6 สัปดาห์จะกลับมารักษาอีกครั้ง ภายใน 3-6 เดือน

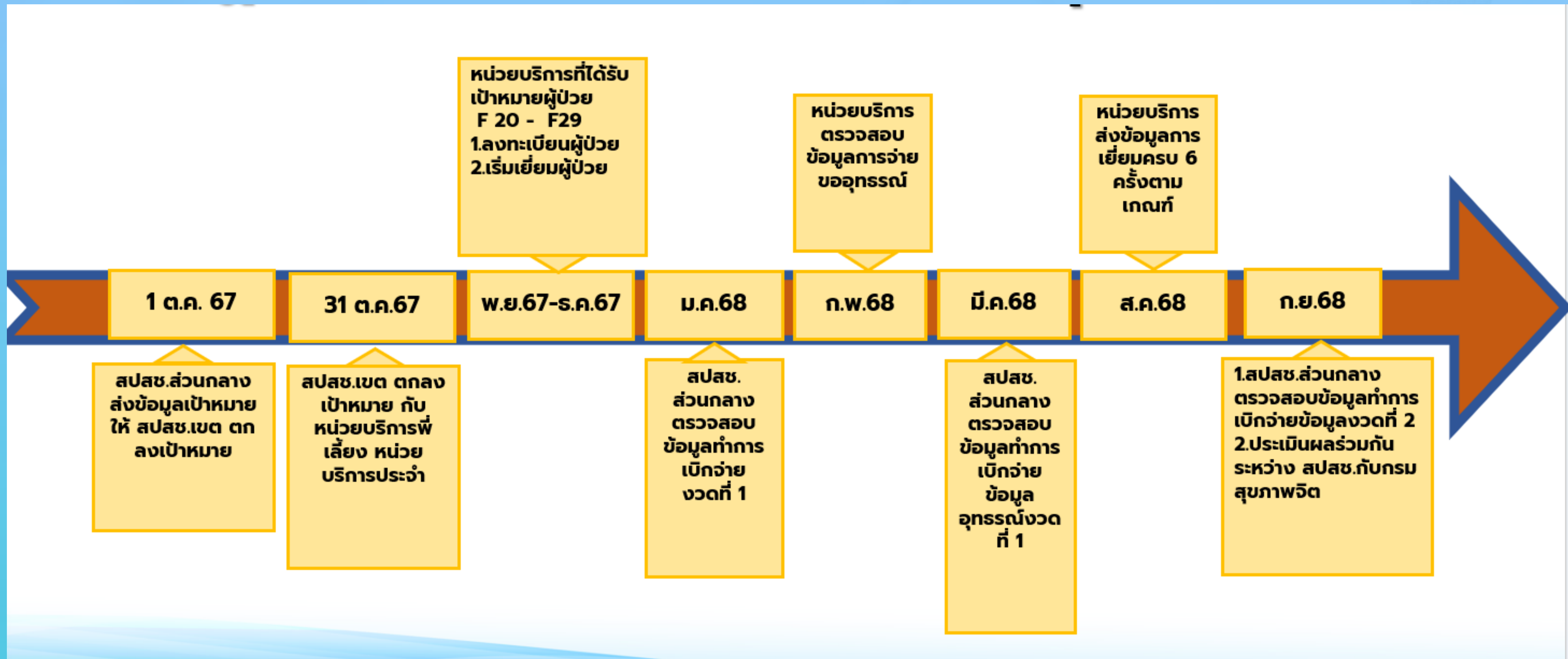
REFER ผู้ป่วย
ติดยาเสพติด

หน้าที่ ติดตาม

ตรวจสอบ ควบคุมผู้ป่วยที่มีอาการคุ้มครองหรือผู้ป่วยที่ต้องการได้รับการบำบัดส่งต่อหน่วยบริการเพื่อบำบัด

กรณีไม่พบสารเสพติด ส่งกลับตรวจสุขภาพจิต

แผนปฏิบัติการบริการจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ปี 2568



กำกับ ติดตาม และประเมินผล

รายละเอียดกิจกรรม	สปสช.ส่วนกลาง	สปสช.เขต	หน่วยบริการ
1. กำหนดและจัดสรรเป้าหมายบริการจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	●		
2. ชี้แจง/ตกลงเป้าหมายบริการจิตเวชเรื้อรังในชุมชน		●	●
3. ค้นหาและลงทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชเพื่อติดตามเยี่ยมต่อเนื่องในชุมชน			●
4. ตรวจสอบ กำกับ ติดตาม ผลการลงทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเป้าหมาย	●	●	●
5. ตรวจสอบข้อมูลลงทะเบียนเพื่อประมวลผลการจ่ายชดเชยค่าบริการงวดที่ 1/1 (สจช.)	●		
6. ยื่นอุทธรณ์ข้อมูลการลงทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขบริการ		●	●
7. แจ้งปรับเปลี่ยนเป้าหมายเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายชดเชยค่าบริการเพิ่มเติม		●	
8. ตรวจสอบข้อมูลอุทธรณ์เพื่อประมวลผลการจ่ายชดเชยค่าบริการเพิ่มเติมงวดที่ 1/2 (สจช.)	●		
9. กำกับติดตามตรวจสอบข้อมูลผลงานบริการจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	●	●	●
10. ตรวจสอบข้อมูลผลงานบริการเพื่อประมวลผลการจ่ายชดเชยค่าบริการงวดที่ 2 (สจช.)	●		
11. รวบรวมวิเคราะห์ผลการดำเนินงานและจัดทำรายงานเสนอผู้บริหาร/ผู้เกี่ยวข้อง (สปป.)	●		

รายการตัวชี้วัด การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล
1	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมต่อเนื่องครบ 6 ครั้งตามเกณฑ์	Care transition, CMHS
	<ul style="list-style-type: none"> สูตรการคำนวณ = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมครบ 6 ครั้ง} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยเป้าหมายที่ได้รับการลงทะเบียนทั้งหมด}}$ 	
2	ร้อยละของผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยใน	e – claim
	<ul style="list-style-type: none"> สูตรการคำนวณ = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยใน} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยเป้าหมายที่ได้รับการลงทะเบียนทั้งหมด}}$ 	
3	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนการประเมินด้านอาการทางจิตดีขึ้น (คะแนนเดือนที่ 6 ดีกว่าเดือนที่ 1)	Care transition, CMHS
	<ul style="list-style-type: none"> สูตรการคำนวณ = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนการประเมินด้านอาการทางจิตดีขึ้น} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยเป้าหมายที่ได้รับการลงทะเบียนทั้งหมด}}$ 	

จบการนำเสนอ

