(ร่าง) ข้อเสนอเชิงนโยบาย

เพื่อส่งเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ห่างไกล ด้วยระบบบริการสุขภาพทางไกลบูรณาการ

๑. ข้อมูลทั่วไป

โครงการการต่อยอดจากระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) สู่ระบบบริการสุขภาพทางไกลบูรณาการ (Telehealth) และศูนย์นวัตกรรมการจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิต้นแบบ องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อต่อยอดระบบโทรเวชกรรม (telemedicine) สู่ระบบบริการสุขภาพทางไกลเชิงบูรณาการ (Telehealth) ใน รพ.สต. สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง ลำพูน และกระบี่ จังหวัดละ ๒๐ แห่ง รวมทั้งสิ้น ๖๐ แห่ง รวมถึงพัฒนาศูนย์นวัตกรรมการจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิต้นแบบในองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง

โครงการวิจัยฯ ได้ต่อยอดระบบบริการจากเดิมที่มีเพียงระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) ให้มีระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นอีก ๓ ระบบ ได้แก่ (๑) การให้คำปรึกษาด้านการส่งเสริมป้องกันโรคและการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) (๒) การให้คำปรึกษาด้านยาทางไกล (Tele-pharmacy) (๓) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายทางไกล (Tele-rehabilitation)

ในการดำเนินงาน ได้สร้างความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง ลำพูน และกระบี่ ในการค้นหาความจำเป็นและความต้องการด้านสุขภาพ (Health needs) ของประชาชนในพื้นที่ เพื่อนำข้อมูลมาออกแบบระบบบริการสุขภาพทางไกลที่มีชื่อว่า ***“iHealthCare”*** ซึ่งมีคุณสมบัติที่โดดเด่นใน***การเชื่อมโยงให้กลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง หรือผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจากบ้านหรือชุมชน สู่สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ หรือตติยภูมิ โดยไม่ต้องเดินทาง เป็นการลดภาระค่าใช้จ่าย ลดระยะเวลาการรอคอยและการเดินทาง ทีมสหวิชาชีพในสถานพยาบาลทุกระดับสามารถร่วมวางแผนและให้การดูแลรักษาผ่านระบบ iHealthCare ได้ในเวลาเดียวกัน***

ระบบของ iHealthCare มีลักษณะเป็น Web Service On Cloud ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการจึงสามารถเข้าใช้งานระบบผ่านคอมพิวเตอร์ หรืออุปกรณ์สื่อสารที่รองรับระบบปฏิบัติการ Android และ iOS ได้ทุกเวลาและทุกพื้นที่ที่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต รองรับการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และกระทรวงสาธารณสุข สามารถลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติระดับพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีระบบรายงานผล (Dashboard) ที่ อบจ. สามารถนำข้อมูลในระบบมาใช้ประโยชน์ในการติดตามสถานการณ์และกำหนดนโยบายในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพท้องถิ่นอีกด้วย

ในกระบวนการวิจัย โครงการฯ ได้สนับสนุนเครื่องมือจำเป็นและอุปกรณ์สื่อสารทางไกล รวมถึงพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ อบจ. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และ ผู้ให้บริการภาคประชาชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนนำสำคัญ ให้มีความพร้อมในการให้บริการ และผลักดันให้มีการทดลองใช้จริงในระดับพื้นที่ ในทุกระบบบริการที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้ทราบจุดแข็ง จุดอ่อน และประเด็นที่จำเป็นต้องพัฒนา

ในกรณีจังหวัดลำปาง ได้มีการพัฒนาศูนย์นวัตกรรมการจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิต้นแบบ ที่มีการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งการให้บริการผ่าน iHealthCare รวมถึงข้อมูลสถานะสุขภาพ และข้อมูลสำคัญซึ่งเป็นปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social determinant of health: SDH) ไว้ในลักษณะ Dashboard เพื่อให้ อบจ. ใช้ประโยชน์จากข้อมูลทั้งในด้านการติดตามความก้าวหน้า สถานการณ์สุขภาพ นำไปสู่การนำข้อมูลไปกำหนดเป้าหมาย และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับจังหวัดและระบบสุขภาพปฐมภูมิอีกด้วย

๒. ข้อค้นพบจากการวิจัย

จากการศึกษาวิจัย ค้นพบประเด็นสำคัญด้าน (๑) กระบวนการดำเนินงาน (๒) ผลผลิต (๓) ผลลัพธ์ และ (๔) ข้อจำกัดในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพทางไกลในบริบทที่ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. ดังต่อไปนี้

๒.๑ ด้านกระบวนการดำเนินงาน

๒.๑.๑ รพ.สต./สอน. เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมประสานทุกระดับ ทั้งการประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลเครือข่ายระดับทุติยภูมิ หรือตติยภูมิ เพื่อให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายผ่านระบบบริการสุขภาพทางไกลผ่านแพลตฟอร์ม “iHealthCare” ที่โครงการวิจัยฯ พัฒนาขึ้น รวมถึงการประสานการวางแผน และการสนับสนุนการดำเนินงานของ อสม. ที่ให้บริการประชาชนในพื้นที่

๒.๑.๒ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายและมีตัวชี้วัดด้านการให้บริการการแพทย์ทางไกล ถ่ายทอดมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และโรงพยาบาลทุกระดับในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีแพลตฟอร์ม “หมอพร้อม” และโปรแกรม “สอน. บัดดี้” เป็นระบบสารสนเทศในการจัดบริการ ส่งผลให้หน่วยบริการสุขภาพทุกแห่ง และกลไกที่เกี่ยวข้องในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญและจัดบริการผ่านระบบการแพทย์ทางไกลมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

๒.๑.๓ แม้ปัจจุบัน รพ.สต./สอน. จะได้รับการถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. แล้วก็ตาม แต่ความสัมพันธ์ระหว่าง รพ.สต./สอน. และโรงพยาบาลเครือข่ายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังเป็นไปอย่างเกื้อกูลกัน มีการสนับสนุนการดำเนินงานในประเด็นต่างๆ เสมอมา เช่นเดียวกับการให้บริการสุขภาพทางไกล

โรงพยาบาลเครือข่ายก็ให้การสนับสนุนโดยร่วมทดลองใช้ระบบ iHealthCare ของโครงการวิจัยฯ ที่มี รพ.สต./สอน. เป็นแกนหลักในการวางแผนและจัดบริการ ขณะเดียวกัน รพ.สต./สอน. ในสังกัด อบจ. ก็สนับสนุนโรงพยาบาลเครือข่ายด้วยการประสานงานและจัดบริการให้ประชาชนเข้าใช้งานระบบการแพทย์ทางไกลผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อม หรือโปรแกรม สอน.บัดดี้ เช่นเดียวกัน

๒.๑.๔ ด้วยปัจจุบันมีระบบบริการสุขภาพทางไกลที่หลากหลาย ทั้งที่พัฒนาขึ้นโดยโครงการวิจัยฯ รวมถึงหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง แต่ละระบบมีคุณสมบัติและความเหมาะสมกับการใช้งานที่แตกต่างกันไป อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะเลือกใช้ระบบใดในการให้บริการสุขภาพทางไกลแก่ประชาชน จำเป็นต้องวางแผนและดำเนินงานร่วมกันทั้งระดับชุมชน (ผู้ให้บริการภาคประชาชน) ระดับปฐมภูมิ (รพ.สต./สอน.) และทุติยภูมิหรือตติยภูมิ (โรงพยาบาลเครือข่าย) จึงจะสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ในการให้บริการประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ยากลำบากหรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกลได้

๒.๑.๕ อบจ. ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักด้านนโยบาย และกำกับติดตามการดำเนินงานของ รพ.สต./สอน. ในสังกัด ยังไม่ได้มีการกำหนดนโยบายหรือทิศทางที่ชัดเจนในการบริหารจัดการการใช้งานระบบการแพทย์ทางไกลที่มีอยู่อย่างหลากหลายในพื้นที่ การพิจารณาว่าจะใช้การแพทย์ทางไกลด้วยระบบใด ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของผู้บริหารของหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่เป็นหลัก นอกจากนี้ อบจ. ยังขาดบุคคลากรสาธารณสุขหลายด้านที่พร้อมในการจัดบริการ ทำให้ขาดคุณสมบัติในการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่จะช่วยให้สามารถเบิกจ่ายค่าจัดบริการทางไกลได้ รวมถึงยังขาดการกำหนดโครงสร้าง กลไก หรือค่างาน ที่จะผลักดันให้ รพ.สต./สอน. นำระบบบริการสุขภาพทางไกลไปปฏิบัติอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง หรือนำระบบบริการสุขภาพทางไกลกำหนดให้เป็นภารกิจงานประจำ หรือระบบงานปกติของ รพ.สต./สอน.

๒.๑.๖ ผู้ให้บริการภาคประชาชน โดยมี อสม. เป็นแกนนำสำคัญ ถือเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนให้กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเปราะบางและมีความจำเป็นต้องเข้าถึงบริการซึ่งอยู่ในพื้นที่ห่างไกลให้สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจากบ้านหรือชุมชน สู่ รพ.สต./สอน. และโรงพยาบาลเครือข่าย ผ่านระบบบริการสุขภาพทางไกล โดยการดำเนินการดังกล่าว อสม. ที่มีทักษะความรู้ความสามารถด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมีจำนวนจำกัด บางพื้นที่จึงพัฒนาเครือข่ายผู้ให้บริการภาคประชาชนขึ้นมาเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น กลุ่ม อสม.ละอ่อน กลุ่มแกนนำสุขภาพชุมชน ฯลฯ เครือข่ายผู้ให้บริการภาคประชาชนนับเป็นผู้เสียสละ มีจิตอาสาอย่างมาก เนื่องจากต้องเสียสละเวลา กำลังกาย และกำลังทรัพย์ของตนเองเพื่อปฏิบัติภารกิจแก่ส่วนรวม โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือสวัสดิการใด

๒.๒ ด้านผลผลิต

๒.๒.๑ โครงการได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพทางไกลชื่อ iHealth Care v2.0 ซึ่งออกแบบให้มาเพื่อหนุนเสริม รพ.สต./สอน. และโรงพยาบาลเครือข่าย สามารถเข้าถึงกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ห่างไกลได้มากขึ้น โดยที่ข้อมูลการให้บริการจะถูกบันทึกการให้บริการในรูปแบบของ Web Service on cloud ของ

อบจ. โดยไม่ต้องทำการติดตั้งระบบหรือโปรแกรมใดๆ ทีมสหวิชาชีพในสถานพยาบาลทุกระดับสามารถร่วมวางแผนและให้การดูแลรักษาผ่านระบบ iHealthCare ได้ในเวลาเดียวกัน ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการจึงสามารถเข้าใช้งานระบบผ่านคอมพิวเตอร์ หรืออุปกรณ์สื่อสารที่รองรับระบบปฏิบัติการ Android และ iOS ได้ทุกเวลาและทุกพื้นที่ที่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต เมื่อให้บริการผ่านระบบแล้ว ก็จะเชื่อมโยงข้อมูลการให้บริการกลับไปยังระบบการให้บริการของ รพ.สต./สอน. ได้ผ่าน API Service ซึ่งจะสามารถลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่ นอกจากนี้ยังมี Dashboard และรายงานสรุปที่ อบจ. สามารถนำข้อมูลในระบบมาใช้ประโยชน์ในการติดตามสถานการณ์และกำหนดนโยบายด้านสุขภาพได้

๒.๒.๒ ในระยะการทดลองใช้ระบบ iHealthCare มีผู้ป่วยลงทะเบียนในระบบทั้งสิ้น ๑,๑๒๙ ราย, เป็นผู้สูงอายุ ๗๗๐ ราย, ผู้ป่วยติดเตียง ๑๐๔ ราย, ผู้ป่วยติดบ้าน ๖๕ ราย, ผู้พิการ ๙๒ ราย, ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ๕๑๕ ราย, ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป ๒๐๐ ราย, ด้านผู้ให้บริการ มีบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข ลงทะเบียนในระบบ ทั้งสิ้น ๑,๐๐๙ คน ให้บริการผู้ป่วยผ่านระบบไปแล้ว ๗๕๐ ครั้ง (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๙ เวลา ๒๒.๓๐ น.)

๒.๒.๓ เกิดศูนย์นวัตกรรมการจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิต้นแบบใน อบจ. ลำปาง ซึ่งมีระบบรายงานและติดตามสถานการณ์สุขภาพ และปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพของพื้นที่ (SDH) ที่ อบจ. สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการกำกับติดตาม และวางแผนเชิงนโยบายได้

๒.๓ ด้านผลลัพธ์

๒.๓.๑ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนระหว่างก่อนและหลังการใช้ระบบ Tele-health พบว่า **ภาพรวมหลังการใช้ระบบมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้ระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ** ($t = ๒.๒๓$, $p = .๐๔๒$) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๙๐ (S.D. = ๐.๑๓) และ ๔.๑๙ (S.D. = ๐.๑๒) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ***ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยหลังใช้ระบบสูงกว่าก่อนใช้ระบบและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การจัดบริการสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ การเข้ารับบริการสะดวก และรวดเร็ว และการประหยัดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ***

๒.๓.๒ ผลการประเมินความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้รับบริการหลังการใช้ระบบ iHealthCare พบว่า ***ความมั่นใจในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๗๗ (S.D. = ๐.๒๒) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ การรักษาสภาพร่างกายและจิตใจไม่ให้แย่ลงหรือกำเริบ และการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาที่ได้รับ*** ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ ๔.๐๒ (๐.๓๒, ๐.๒๖ ตามลำดับ) โดยอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ การเฝ้าสังเกตและติดตามร่างกายและอารมณ์อย่างสม่ำเสมอ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๙๓ (S.D. = ๐.๒๘) อย่างไรก็ตาม รายการประเมินส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ผลดังกล่าวสะท้อนว่าผู้รับบริการยังต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติมในด้านการประเมินอาการ การตัดสินใจเมื่อพบความผิดปกติ และการประเมินผลการดูแลตนเองอย่างเป็นระบบ

๒.๓.๓ การประเมินศักยภาพของบุคลากรในการใช้ระบบบริการ iHealthCare ระหว่างก่อนและหลังใช้ระบบ พบว่า **ภายหลังการใช้ระบบพบว่าศักยภาพของบุคลากรเพิ่มขึ้น** โดยด้านการให้บริการการประเมินและการดูแลผู้ป่วย มีการปฏิบัติสูงที่สุด ร้อยละ ๘๐.๔๕ อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือด้านการมีจริยธรรมในการให้บริการ ร้อยละ ๗๘.๓๓ ด้านการให้บริการที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ร้อยละ ๗๖.๐๗

๒.๓.๔ ด้านค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ พบว่า ก่อนใช้ระบบ จะมีค่าเดินทาง/ค่าน้ำมันเฉลี่ย ๒๗๑.๒ บาท (ต่ำสุด ๑๐๐ บาท สูงสุด ๒,๕๐๐ บาท) ค่าอาหาร/เครื่องดื่มเฉลี่ย ๑๖๙.๘ บาท (ต่ำสุด ๗๕ บาท – สูงสุด ๕๐๐ บาท) การสูญเสียรายได้ของตนเองมีค่าเฉลี่ย ๒๙๖.๕ บาท และการสูญเสียรายได้ของผู้ที่พามามีค่าเฉลี่ย ๔๔๕.๙ บาท และ**เมื่อใช้งานผ่านระบบ iHealthCare พบว่า ไม่มีค่าใช้จ่าย ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อครัวเรือน**

๒.๔ ข้อจำกัด

๒.๔.๑ ด้านการอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิ

(๑) อบจ. ไม่ได้กำหนดให้การบริการในระบบสุขภาพทางไกลเป็นภารกิจงานประจำ กล่าวคือ แม้ผู้บริหาร อบจ. จะเห็นความสำคัญและโอกาสในการใช้ระบบบริการสุขภาพทางไกลเพื่อให้ประชาชนที่มีความจำเป็นสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ และกำหนดให้เป็นนโยบายที่ รพ.สต./สอน. ในสังกัดต้องนำไปปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันการจัดบริการสุขภาพทางไกลยังคงมีสถานะเป็นเพียงภารกิจเชิงนโยบายที่ยังไม่ได้ถูกบรรจุหรือผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างการแบ่งงาน หรือเป็นภารกิจงานประจำอย่างถาวร จึงนับเป็นความเสี่ยงต่อความยั่งยืนและความต่อเนื่องของระบบบริการเมื่อปรับเปลี่ยนผู้บริหาร หรือผู้บริหารมีนโยบายที่เปลี่ยนแปลงไป

(๒) อบจ. ยังขาดโครงสร้างและกลไกการอภิบาลระบบข้อมูลด้านสุขภาพ กล่าวคือ ยังไม่มีโครงสร้าง กลไกคณะกรรมการ การมอบหมายบุคลากร รวมถึงแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการอภิบาลระบบข้อมูลด้านสุขภาพ จึงยังไม่สามารถใช้ประโยชน์สูงสุดจากฐานข้อมูลที่มีอยู่ในการกำหนดเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และแผนงาน ที่สามารถตอบสนองต่อสภาพปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต รวมถึงระบบธรรมาภิบาลข้อมูลสุขภาพ โดยการจัดทำมาตรฐานข้อมูลบริการที่สามารถแลกเปลี่ยนระหว่างกันได้ภายใต้มาตรฐานสากล มีการจัดทำบัญชีข้อมูล (Data Catalog) เพื่อจัดชั้นการดูแลตามกรอบการพัฒนาข้อมูล พร้อมกำหนดการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.๒๕๖๒ มีการจัดทำสัญญาการเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยการทำ Joint data controller agreement และ Data Sharing agreement เพื่อใช้ประโยชน์ข้อมูลร่วมกัน ลดการทำงานซ้ำซ้อน ทั้งนี้ จะต้องมีการออกแบบโครงสร้างพื้นฐานที่มีการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อการยกระดับองค์กรให้สามารถขับเคลื่อนในการก้าวสู่องค์กรอัจฉริยะทางด้านดิจิทัล มีการ

จัดระบบการพัฒนาศักยภาพบุคคลการด้านดิจิทัลที่วัดผลได้ เพื่อเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาองค์กรที่มีประสิทธิภาพและรู้จักใช้ข้อมูลประกอบการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพในระดับท้องถิ่นที่สอดคล้องกับสภาพปัญหารายพื้นที่

(๓) อบจ. หรือ รพ.สต. ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามหลักเกณฑ์ของ สปสช. จึงไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการให้บริการสุขภาพทางไกลได้ ส่งผลต่อแรงจูงใจของผู้เกี่ยวข้องทั้ง รพ.สต./สอน. และ ผู้ให้บริการภาคประชาชน รวมถึงส่งผลต่อความยั่งยืนในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพทางไกลในระยะยาว ซึ่ง อบจ. ยังต้องพัฒนาตนเองให้มีความพร้อมทั้งด้านบุคลากร และระบบบริหารจัดการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

(๔) ความไม่ชัดเจนเชิงนโยบายต่อความหลากหลายของระบบบริการสุขภาพทางไกล ปัจจุบันมีระบบบริการสุขภาพทางไกลหลายระบบ ซึ่งมีคุณสมบัติและจุดเด่นที่แตกต่างกัน หาก อบจ. ไม่มีความชัดเจนเชิงนโยบายที่จะบริหารจัดการความหลากหลายในการใช้งานระบบบริการสุขภาพทางไกล จะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ไม่มั่นใจในทิศทางการดำเนินงานและเกิดความสับสนในการเลือกใช้งานระบบต่างๆ รวมถึงต้องบันทึกข้อมูลเดียวกันลงในหลายฐานข้อมูลเพื่อตอบสนองเป้าหมายทั้งของ อบจ. และกระทรวงสาธารณสุข กลายเป็นภาระงานที่ซ้ำซ้อน

(๕) บทบาทของกลไกความร่วมมือระหว่างภาคีที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ กลไกความร่วมมือทั้งในระดับจังหวัด เช่น คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) รวมถึงกลไกความร่วมมือระดับอำเภอ เช่น คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งเป็นกลไกในการกำหนดเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และสร้างความร่วมมือในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพในแต่ละระดับ ยังมีบทบาทไม่มากนักในการเชื่อมประสานให้เกิดกลไกและความร่วมมือในการวางแผนและจัดระบบบริการสุขภาพทางไกล การดำเนินงานในระบบบริการสุขภาพทางไกลทั้งระบบของโครงการวิจัยฯ และระบบของกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมา เป็นการเชื่อมประสานผ่านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลระหว่าง รพ.สต./สอน. สังกัด อบจ. กับโรงพยาบาลเครือข่าย ยังขาดการนำประเด็นความร่วมมือเรื่องระบบบริการสุขภาพทางไกล หรือ ประเด็นสำคัญอื่นๆ ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เข้าสู่วาระการกำหนดทิศทางการพัฒนาหรือขับเคลื่อนระบบสุขภาพร่วมกันของทุกภาคส่วน

๒.๔.๒ ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

(๑) ข้อมูลไม่ได้ถูกเชื่อมโยงเป็นภาพสถานะสุขภาพทั้งหมดของคนในพื้นที่ แม้ว่าการพัฒนาระบบ iHealthCare ใน Version ๒.๐ จะถูกออกแบบและพัฒนาให้ตอบโจทย์หรือแก้ปัญหากลุ่มเป้าหมายจาก Telemedicine สู่ TeleHealth ทั้ง ๔ ด้านเพิ่มขึ้นแล้วก็ตาม รวมถึงรูปแบบของระบบที่ทำงานในลักษณะ Web Service หรือ Web โดยไม่ต้องทำการติดตั้งระบบหรือโปรแกรมใดๆ แต่เป็นการเรียก

ผ่านระบบ iHealthCare ในรูปแบบของ Web Service On Cloud ของ อบจ. นั้นๆ เพื่อความสะดวก และสามารถทำงานได้บนหลายๆอุปกรณ์ แต่การเชื่อมโยงข้อมูลของระบบสุขภาพทั้งฝั่ง อบจ. และ กระทรวงสาธารณสุขยังเป็นข้อจำกัด หน่วยบริการในสังกัดของ อบจ. ยังคงส่งข้อมูล Upload ผ่านระบบ Manual เพื่อไปรวมกันที่จังหวัดและส่วนกลาง เพื่อประมวลผลออกมาเป็นรายงานอีกที

(๒) การใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูล แม้ว่าระบบ iHealthCare จะรวบรวมข้อมูลการให้บริการและมีรายงานผลทั้งในภาพรวมและรายพื้นที่ รวมถึงมีศูนย์นวัตกรรมการจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิต้นแบบใน อบจ.ลำปาง ซึ่งมีข้อมูลสำคัญเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (SDH) ของพื้นที่แล้วก็ตาม แต่ด้วยปริมาณข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบัน รวมถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลของหน่วยงานต่างสังกัด ส่งผลให้ อบจ. ยังไม่สามารถใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลที่มีอยู่อย่างเต็มที่ แต่ในปีนี้ได้มีการพัฒนาระบบศูนย์นวัตกรรมการจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบ และ Health Value Dashboard ขึ้นมาโดยใช้ข้อมูลหลายๆมิติ เพื่อกำหนดเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของจังหวัดและพื้นที่ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

(๓) สถาปัตยกรรมและโครงสร้างพื้นฐานในการจัดเก็บข้อมูลบนคลาวด์ (Cloud Architecture) ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ยังมีข้อจำกัด พบว่า สถาปัตยกรรมและโครงสร้างพื้นฐานขับเคลื่อนด้วยนโยบาย Cloud First ของภาครัฐ โดยออกแบบให้เป็น Hybrid-Multi Cloud เพื่อการให้บริการที่มีเสถียรภาพ ความปลอดภัยสูง และรองรับการทำ Data-Driven Organization อบจ. บางแห่งยังมีข้อจำกัดในการจัดหาและเตรียมสถาปัตยกรรมและโครงสร้างพื้นฐานในการจัดเก็บข้อมูลบนคลาวด์ (Cloud Architecture) ที่ติดขัดด้วยขั้นตอนและระเบียบของทางราชการ หรือมีอยู่แต่คุณสมบัติและประสิทธิภาพของ Cloud (Cloud Performance) คือความเร็ว ความเสถียร และความสามารถในการประมวลผลของระบบคลาวด์ ที่ขึ้นอยู่กับตัวแปรหลัก เช่น หน่วยประมวลผล (CPU), พื้นที่จัดเก็บข้อมูล (Disk I/O), เครือข่าย (Network Latency) และ การปรับขยาย (Scalability) ไม่สามารถรองรับการเพิ่มหรือขยายตัวของข้อมูลในระยะยาวได้ โดยเฉพาะเมื่อต้องเพิ่มจำนวน รพ.สต. ที่ให้บริการผ่านระบบสุขภาพทางไกล หรือเพิ่มมิติการให้บริการที่อาจมากขึ้นในอนาคต

(๔) บุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เนื่องจากกรอบอัตรากำลังของ อบจ. มีจำกัด บุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของ อบจ. มีน้อย หรือมีแต่กระจายความรับผิดชอบและต้องรองรับภารกิจงานที่เกี่ยวของของทุกกองและทุกฝ่ายใน อบจ. ส่งผลให้ไม่มีบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่รับผิดชอบโครงการได้โดยตรง ส่งผลในการพัฒนาระบบข้อมูลด้านสุขภาพของ อบจ. ได้อย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม

๒.๔.๓ ด้านระบบบริการสุขภาพ

(๑) รพ.สต. บางแห่งขาดแคลนด้านบุคลากรที่จำเป็นในการให้บริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เช่น พยาบาลเวชปฏิบัติ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ รวมถึงบุคลากรวิชาชีพเฉพาะทาง ส่งผลให้ไม่สามารถให้บริการทั้งในระบบปกติและระบบบริการสุขภาพทางไกลได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

(๒) อสม. จำนวนมากยังมีข้อจำกัดด้านความรู้ความสามารถในการใช้งานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ บทบาทหน้าที่ในการให้บริการผ่านระบบบริการสุขภาพทางไกลจึงตกอยู่กับ อสม. บางกลุ่มและเครือข่ายผู้ให้บริการภาคประชาชน ซึ่งต้องต้องเสียสละเวลาและค่าใช้จ่ายส่วนตัวในการมาจัดบริการแก่ประชาชนมากกว่าคนอื่นๆ ซึ่งหากขาดระบบหรือแนวทางสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสม ก็อาจส่งผลต่อความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพทางไกลในระยะยาว

(๓) ยังขาดแนวทางในการกำกับหรือควบคุมมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure: SOP) ในการให้บริการผ่านระบบบริการสุขภาพทางไกล ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวทางในการรับรองมาตรฐานผู้ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพทางไกล รวมถึงพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนทั้งในส่วนการให้บริการที่บ้าน ในชุมชน และในสถานพยาบาล ให้สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ และสอดคล้องกับการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่านระบบการสื่อสารทางไกลผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

๒.๔.๔ ด้านภูมินิเวศ สังคม วัฒนธรรม

(๑) การให้ระบบบริการสุขภาพทางไกลในกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่าบางกลุ่มมีวิถีวัฒนธรรม และความเชื่อ ที่ไม่ต้องการเข้ารับบริการสุขภาพผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

(๒) ความคุ้นเคยกับระบบปกติ แม้จะสะดวก ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย แต่ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังต้องการที่จะพบแพทย์ และบุคลากรด้านสาธารณสุข แบบพบตัวจริง (face to face) มากกว่าการพบผ่านระบบบริการสุขภาพทางไกล

(๓) บางพื้นที่ห่างไกลยังไม่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการติดต่อสื่อสาร การเข้าถึงความรู้ การยกระดับคุณภาพชีวิต รวมถึงการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ห่างไกล

๓. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

๓.๑ พัฒนาศักยภาพของ อบจ. ให้มีความพร้อม มีศักยภาพ และมีความชัดเจนเชิงนโยบายในการกำหนดให้บริการสุขภาพทางไกลเป็นภารกิจตามปกติของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยกำหนดนโยบายและแนวทางที่ชัดเจน มีโครงสร้าง กลไก แผนงาน และค่างาน เพื่อให้การบริการสุขภาพทางไกลเป็นภารกิจงาน

ประจำของหน่วยบริการปฐมภูมิ จัดหาบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข บุคลากรวิชาชีพเฉพาะทาง ตามกรอบอัตรากำลังของ รพ.สต./สอน. แต่ละระดับ และให้สอดรับกับระบบบริการสุขภาพทางไกลตามความจำเป็นของพื้นที่ ตลอดจนจัดหาบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศให้เพียงพอ และมีศักยภาพในการบริหารจัดการและพัฒนาต่อยอดระบบบริการสุขภาพทางไกลด้วยตนเอง จัดหาโครงสร้างพื้นฐานในการจัดเก็บข้อมูลและประมวลผล (Cloud) ที่มีประสิทธิภาพและสามารถรองรับการขยายตัวของข้อมูลในอนาคต รวมถึงพัฒนาศักยภาพให้ อบจ. สามารถขึ้นทะเบียนตามหลักเกณฑ์ของ สปสช. เพื่อให้สามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการจัดบริการได้ตามสิทธิให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิและผู้เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพทางไกล

๓.๒ ส่งเสริมให้ อบจ. มีศักยภาพในการอภิบาลระบบข้อมูลด้านสุขภาพ โดยมีโครงสร้าง กลไก และบุคลากรที่ความรู้ความสามารถเฉพาะด้านในการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการวางแผน บริหารจัดการข้อมูลด้านสุขภาพทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ (SDH) เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ คาดการณ์สถานการณ์ในอนาคต สู่การกำหนดและตัดสินใจเชิงนโยบายที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาในเชิงรุก และใช้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ รวมถึงพัฒนาระบบที่มีมาตรฐานและมีแนวทางที่ชัดเจนในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และการรักษาความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ตามที่กฎหมายกำหนด และมีระบบโครงสร้างที่สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีสารสนเทศและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

๓.๓ ส่งเสริมให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพทางไกลระหว่างหน่วยงานต่างสังกัด โดยพัฒนายกระดับให้ อบจ. มีมาตรฐานด้านระบบข้อมูลเพื่อให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพและข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานต่างสังกัดเพื่อนำมาวางแผนการพัฒนาระบบสุขภาพของพื้นที่ รวมถึงส่งเสริมให้เกิดการเชื่อมประสานข้อมูลการให้บริการสุขภาพทางไกลระหว่างแอปพลิเคชันหรือระบบที่แตกต่างกันให้เข้าสู่ฐานข้อมูลเดียวกันที่มีมาตรฐานและได้รับการยอมรับในระดับประเทศ เพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาใช้เพื่อวางแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพทั้งระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่นได้

๓.๔ พัฒนาแนวทางการกำกับและควบคุมมาตรฐานการให้บริการผ่านระบบบริการสุขภาพทางไกล (Standard Operating Procedure: SOP) ซึ่งครอบคลุมการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกสังกัดและทุกระดับ รวมถึงกำหนดให้มีแนวทางในการรับรองมาตรฐานผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพทางไกล แนวทางในการให้การยิมยอมในการรับบริการของผู้ป่วย ฯลฯ เพื่อคุ้มครองการให้บริการผ่านระบบบริการสุขภาพทางไกลของผู้ให้บริการ และให้ผู้ป่วยมีหลักประกันที่จะได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

๓.๕ เสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกการประสานงานระหว่างหน่วยงานและภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยส่งเสริมให้กลไกระดับจังหวัด อาทิ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับจังหวัด (คปสจ.) และกลไกระดับอำเภอ อาทิ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับระดับอำเภอ (คปสอ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ระดับอำเภอ (พชอ.) ให้มีบทบาทสำคัญในการกำหนดเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และแนวทางในการประสานความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับพื้นที่ทุกภาคส่วนในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอและปฐมภูมิอย่างมีส่วนร่วม และกำหนดให้มีนโยบายและมาตรการที่เป็นรูปธรรมในการส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่ห่างไกล หรือประชาชนที่มีความยากลำบาก สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาปรับและประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

๓.๖ กำหนดหลักเกณฑ์การเบิกค่าใช้จ่ายในการจัดบริการระบบสุขภาพทางไกลให้ครอบคลุมระบบบริการที่หลากหลาย และสอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงของสหวิชาชีพ อาทิ (๑) การให้คำปรึกษาด้านการส่งเสริมป้องกันโรคและการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) (๒) การให้คำปรึกษาด้านยาทางไกล (Tele-pharmacy) (๓) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายทางไกล (Tele-rehabilitation) ฯลฯ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการจัดส่งยาที่ยืดหยุ่นรองรับการดำเนินการในพื้นที่ห่างไกลและยากลำบาก เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิ และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ ได้รับค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานที่เหมาะสมและเป็นธรรม มีแรงจูงใจในการจัดบริการที่ต่อเนื่อง และมีงบประมาณที่จะขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพทางไกลได้ในระยะยาว

๓.๗ ส่งเสริมให้เกิดการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ทั้งระบบโครงข่ายระบบสัญญาณอินเทอร์เน็ตให้ทั่วถึงและครอบคลุมพื้นที่ห่างไกล รวมถึงระบบจัดเก็บข้อมูลบน Cloud ให้มีประสิทธิภาพและเพียงพอต่อการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ และเทคโนโลยีทางการแพทย์มาประยุกต์ใช้ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานให้สามารถรองรับการขยายตัวของข้อมูลและเทคโนโลยีใหม่ที่จะเข้ามาในอนาคต ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลหรือยากลำบากสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่เป็นธรรมและสามารถยกระดับคุณภาพชีวิต ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของตนเองจากการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้อง

๓.๘ พัฒนาศักยภาพและสร้างเสริมขวัญกำลังใจแก่เครือข่ายผู้ให้บริการภาคประชาชน (Upskill and Reskill) ซึ่งครอบคลุม อสม. ผู้นำชุมชน และแกนนำสุขภาพของพื้นที่ ให้มีความเชี่ยวชาญในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและระบบบริการสุขภาพทางไกล มาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการวางแผนและจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในพื้นที่ร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และสัญญาณอินเทอร์เน็ตซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการดำเนินงานในระบบบริการสุขภาพทางไกลของเครือข่ายผู้ให้บริการภาคประชาชน

๓.๙ ขยายผลการใช้ประโยชน์จากระบบบริการสุขภาพทางไกล ทั้งในเชิงพื้นที่ภายในจังหวัดนำร่องและจังหวัดอื่นๆ ที่มีความพร้อม รวมถึงขยายบริการของระบบเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อสภาพปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของพื้นที่ รวมถึงส่งเสริมให้เกิดการพัฒนารูปแบบหรือนวัตกรรมการบริการที่เกี่ยวเนื่องกัน เช่น ระบบจัดส่งยาในพื้นที่ห่างไกลหรือพื้นที่ที่มีความยากลำบากในการเดินทาง เป็นต้น