

รูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัล: ข้อเสนอสำหรับระบบสุขภาพไทย

บุญชัย กิจสนาโยธิน*

กมนต์ภรณ์ สุวรรณทวีมีสุข†

อนวัช รัชธร‡

เทียม อังสาชน§

ผู้รับผิดชอบบทความ: บุญชัย กิจสนาโยธิน

บทคัดย่อ

ความเป็นมา ผลการศึกษาาระบบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ของไทย (eHealth in Thailand) ในปี พ.ศ. 2553 โดยกระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยพบว่า ประเทศไทยยังไม่มีกลไกการอภิบาลระบบข้อมูลสุขภาพหรือระบบสุขภาพดิจิทัล ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญสำหรับการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ ทั้งนี้เพราะยังไม่สามารถหาข้อตกลงร่วม (consensus) ระหว่างหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง **วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษากลไกการอภิบาลสุขภาพดิจิทัลที่เหมาะสมกับบริบทระบบสุขภาพของไทย **วิธีการศึกษา** ประกอบด้วยรูปแบบการทบทวนเอกสารและวิธีเชิงคุณภาพ การทบทวนเอกสารครอบคลุมความรู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพและการอภิบาลสุขภาพดิจิทัลจากเอกสารรายงานองค์การระหว่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก สหภาพโทรคมนาคมระหว่างประเทศ และจากประเทศต่างๆ ได้แก่ มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ ออสเตรเลีย อังกฤษ สหรัฐอเมริกา แคนาดา รวมทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้บริหารนักวิชาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพและผู้ประกอบการ startup ในภาคเอกชนจำนวน 11 คน สัมภาษณ์ทั้งแบบพบหน้าและแบบออนไลน์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การอภิบาลสุขภาพดิจิทัลของประเทศไทย **ผลการศึกษา** จากการศึกษา รูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัลของประเทศต่างๆ จำนวน 6 ประเทศ พบว่า การอภิบาลระบบใดๆ มักมีความสัมพันธ์กับระบอบการปกครอง ระบบสุขภาพ วัฒนธรรมและบริบทของแต่ละประเทศ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยอ้างอิงรูปแบบระบบอภิบาลจาก Broadband Commission ได้แก่ 1. health ministry mechanism 2. government-wide digital agency mechanism 3. dedicated digital health agency mechanism ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับรูปแบบ dedicated digital health agency mechanism ประเด็นที่ผู้ให้สัมภาษณ์มากกว่าสองในสามกล่าวถึงคือ 1. ผู้นำควรมีอำนาจตัดสินใจเด็ดขาดและอยู่ในวาระต่อเนื่อง 2. ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานเพื่อลดการทำงานแบบแยกส่วน 3. การมีมาตรฐานข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ **สรุป** สำหรับบริบทของประเทศไทยในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขโดยลำพังไม่สามารถ

* ภาควิชาระบาดวิทยาคลินิกและชีวสถิติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

† สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

‡ นักวิจัยอิสระ

§ สำนักพัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

Received 23 September 2022; Revised 18 March 2023; Accepted 26 May 2023

Suggested citation: Kijsanayotin B, Suwanthaweeemesuk K, Ratchatorn A, Ungsachon T. Digital health governance model: recommendation for Thailand health systems. Journal of Health Systems Research 2023;17(2):203-27.

บุญชัย กิจสนาโยธิน, กมนต์ภรณ์ สุวรรณทวีมีสุข, อนวัช รัชธร, เทียม อังสาชน. รูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัล: ข้อเสนอสำหรับระบบสุขภาพไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566;17(2):203-27.



ดำเนินการการอภิบาลสุขภาพดิจิทัลได้ แต่สามารถเป็นกระทรวงผู้นำให้เกิดกลไกการอภิบาลสุขภาพดิจิทัลได้ รูปแบบการอภิบาลสุขภาพดิจิทัลที่ดีจะต้องมีการอภิบาลแบบมีส่วนร่วม (collaborative governance) มีผู้นำที่เข้มแข็งมีอำนาจตัดสินใจและอยู่ในวาระต่อเนื่อง มีหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล (dedicated digital health agency mechanism) และให้ความสำคัญกับการมีมาตรฐานระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ

คำสำคัญ: สุขภาพดิจิทัล, การอภิบาลสุขภาพดิจิทัล, ปัจจัยที่ส่งผลต่อการอภิบาลสุขภาพดิจิทัล, การอภิบาลแบบมีส่วนร่วม, ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

Digital Health Governance Model: Recommendation for Thailand Health Systems

Boonchai Kijsanayotin^{*}, Kamonporn Suwanthaweemesuk[†], Anawat Ratchatorn[‡],
Tiem Ungsachon[§]

^{*} Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

[†] Chakri Naruebodindra Medical Institute, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

[‡] Independent Researcher

[§] Thai Health Information Standards Development Center, Health Systems Research Institute

Corresponding author: Boonchai Kijsanayotin, boonchai.kij@mahidol.edu

Abstract

Background: Digital health governance was identified as an essential foundation for establishing e-health in Thailand by the Ministry of Public Health (MOPH) and World Health Organization (WHO) Thailand since 2010. Despite many health information systems and digital health developments, there is still no consensus amongst stakeholders on national digital health governance mechanism. **Objective:** This study aimed to identify appropriate digital health governance mechanism for Thailand health systems. **Methodology:** There were two parts to the study. First, we reviewed literature including digital health governance and health systems from international reports and various digital health governance documents from Malaysia, the Philippines, Australia, England, the USA, and Canada. Second, a qualitative study design was used involving a semi-structured in-depth interview method. Eleven health information technology scholars, executives, and startup entrepreneurs were interviewed face to face or online. **Result:** The review on digital health governance in the six countries showed the influences of political systems, culture, and health systems leading to diverse implementation models. In-depth interviews employed the governance models of the Broadband Commission 1) the health ministry mechanism, 2) a government-wide digital agency mechanism, and 3) a dedicated digital health agency mechanism. Majority of key informants agreed with the dedicated digital health agency mechanism. More than two-thirds made pertinent suggestions: 1) leaders should be decisive in their decision-making with continuity of leadership, 2) strong collaborations to reduce working in silos, and 3) proper health information standards. **Conclusion:** In the context of Thailand, the MOPH alone cannot govern digital health. However, the MOPH can lead governance mechanism through collaborating with other ministries and stakeholders. Good collaborative governance is the key to an effective digital health governance system, with decisive leaders and continuity of leadership. The preferred model is the dedicated digital health agency mechanism and health information standards are crucial.

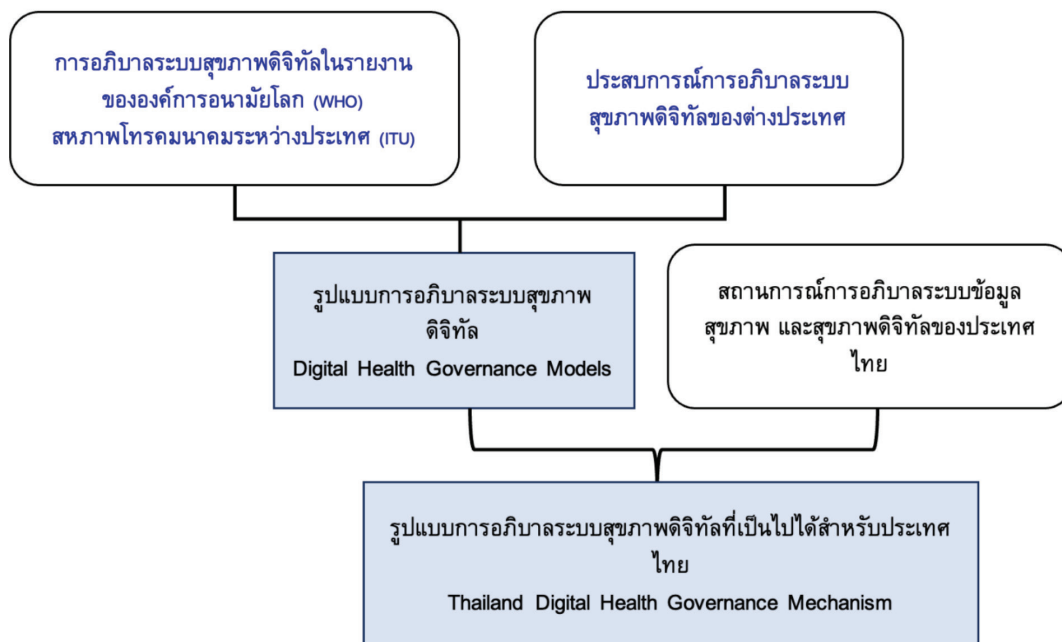
Keywords: digital health, digital health governance, digital health influencing factors, collaborative governance, health information system

ภูมิหลังและเหตุผล

ปี 2553 กระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย (World Health Organization - Thailand) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์ของระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (e-Health) ในประเทศไทย ผลการศึกษาพบความท้าทายที่สำคัญในการพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพของประเทศคือ การขาดการพัฒนาเพื่อการวางฐานราก (foundations) ของระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพระดับชาติ ในรายงานดังกล่าว ได้แนะนำกระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลว่า ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาองค์ประกอบระดับฐานรากของระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพของประเทศ⁽¹⁾ หนึ่งในฐานรากที่ประเทศไทยควรพัฒนาให้เกิดคือกลไกการอภิบาล (governance mechanism) ระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพระดับชาติ ที่ประกอบด้วยผู้มีส่วนได้

ส่วนเสียในระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพของประเทศ เพื่อกำหนดนโยบาย กำกับและสนับสนุนให้ระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพสามารถสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นับตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา หลายหน่วยงานมีความพยายามที่จะทำให้เกิดกลไกการกำกับดูแลระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพระดับชาติ แต่ก็ยังไม่เกิดขึ้นจริง เนื่องจากยังไม่สามารถหาข้อตกลงร่วม (consensus) ระหว่างหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงเป็นที่มาของการศึกษาวิจัยรูปแบบการอภิบาลสุขภาพดิจิทัล (digital health governance) ของประเทศต่างๆ และสถานการณ์ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพของไทย เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันและข้อเสนอทางเลือกด้านนโยบาย การพัฒนากลไกการอภิบาลสุขภาพดิจิทัลที่เหมาะสมกับบริบทของระบบสุขภาพไทย



ITU = International Telecommunication Union, WHO = World Health Organization

ภาพที่ 1 แนวคิดและกรอบของการศึกษา (conceptual model) ระบบอภิบาลสุขภาพดิจิทัล (digital health governance system) ที่เป็นไปได้ของประเทศไทย

ระเบียบวิธีศึกษา

รายงานนี้ผสมผสานการค้นหารวบรวมข้อมูล ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ และการอภิบาลสุขภาพดิจิทัลจากการศึกษาเอกสารและทบทวนรายงาน การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยี ในประเทศไทย และในประเทศต่างๆ 6 ประเทศ ศึกษางานวิจัยและรายงานขององค์กรระหว่างประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากองค์กรในองค์การสหประชาชาติ (United Nations) ได้แก่ องค์การอนามัยโลก และสหภาพโทรคมนาคมระหว่างประเทศ (International Telecommunication Union: ITU) และรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้บริหารทั้งในกระทรวงสาธารณสุขและนอกกระทรวง นักวิชาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ นักวิชาการด้านระบบบริการสุขภาพ และผู้ประกอบการ startup ในภาคเอกชนจำนวน 11 คน สัมภาษณ์ทั้งแบบพบหน้าและแบบออนไลน์ ใช้เวลาสัมภาษณ์ทั้งสิ้น 615 นาที เฉลี่ยใช้เวลาสัมภาษณ์ 56 นาที ต่อ 1 คน

A. กระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)

1. นักวิจัยแนะนำตัว
2. นักวิจัยแนะนำโครงการวิจัยศึกษา digital health governance
3. นักวิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล โดยใช้คำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structured questions) ประกอบด้วย
 - 1) ประสบการณ์ทำงานด้าน digital health
 - 2) ในมุมมองของท่าน คำว่าอภิบาลหรือ governance หมายความว่าอย่างไรบ้าง
 - 3) ในความเห็นของท่าน สถานการณ์ digital health ในประเทศไทยตอนนี้เป็นอย่างไรบ้าง
 - 4) สถานการณ์ digital health ในประเทศไทยตรงไหนที่เป็นสัญญาณที่ดี ตรงไหนที่เป็นจุดที่ต้องพัฒนา
 - 5) รูปแบบของระบบอภิบาลสุขภาพดิจิทัล (digital health governance) รูปแบบไหนเหมาะสมกับ

ประเทศไทยมากที่สุด (นำเสนอรูปแบบ (model) ระบบอภิบาลสุขภาพดิจิทัลทั้ง 3 แบบที่ผู้วิจัยศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม และตัวอย่างในประเทศต่างๆ)

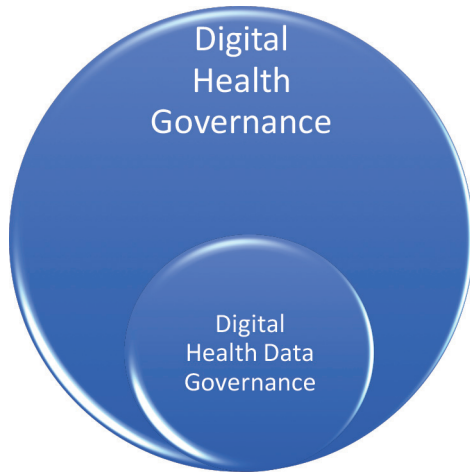
6) ในความเห็นของท่าน ถ้าจะทำให้โมเดลเกิดขึ้น จะต้องทำอะไร มีความท้าทายอะไรบ้าง

7) ใครหรือหน่วยงานใดควรเป็นผู้นำในการทำให้เกิดโมเดลนี้

ผลการศึกษา

ในรายงานนี้ “การอภิบาลสุขภาพดิจิทัล” หมายถึง กลไกและกระบวนการของการตัดสินใจให้มีการดำเนินการ (หรือไม่ดำเนินการ) กิจกรรมต่างๆ ของระบบสุขภาพดิจิทัล เป็นวิธีการที่อำนาจถูกนำมาใช้ในการกำหนดวิสัยทัศน์ แนวทางการจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัด รวมถึงการประเมินความเสี่ยงที่เกิดจากการดำเนินการ (หรือไม่ดำเนินการ) เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องและมีผลกระทบกับผู้มีส่วนได้เสียกับกระบวนการการตัดสินใจนั้น ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาคม มีความหมายที่มีขอบเขตที่กว้างขวางมากกว่าการปกครอง การใช้อำนาจโดยรัฐ ในระบบสุขภาพดิจิทัล ต้องการความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ของรัฐ เอกชน สถาบันการศึกษา สมาคมวิชาชีพและประชาคม เป็นกระบวนการที่ดำเนินการควบคุม ตรวจสอบ สนับสนุน ประสานงาน สร้างความเป็นเจ้าของและรับผิดชอบระบบสุขภาพดิจิทัล (digital health systems) ร่วมกัน^(2,3)

เมื่อกล่าวถึงการอภิบาลสุขภาพดิจิทัล (digital health governance) มักมีความเข้าใจว่าเป็นเรื่องเดียวกับการอภิบาลข้อมูลสุขภาพดิจิทัล (digital health data governance) ทั้งสองคำมีความแตกต่างกันที่ digital health governance มีขอบเขตที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ (building blocks) ในระบบสุขภาพกว้างขวางกว่า เช่น เกี่ยวข้องกับการลงทุน กำลังคน ในขณะที่ digital health data governance มุ่งเน้นที่กระบวนการที่นำการตัดสินใจไปดำเนินการกับ “ข้อมูลสุขภาพ”



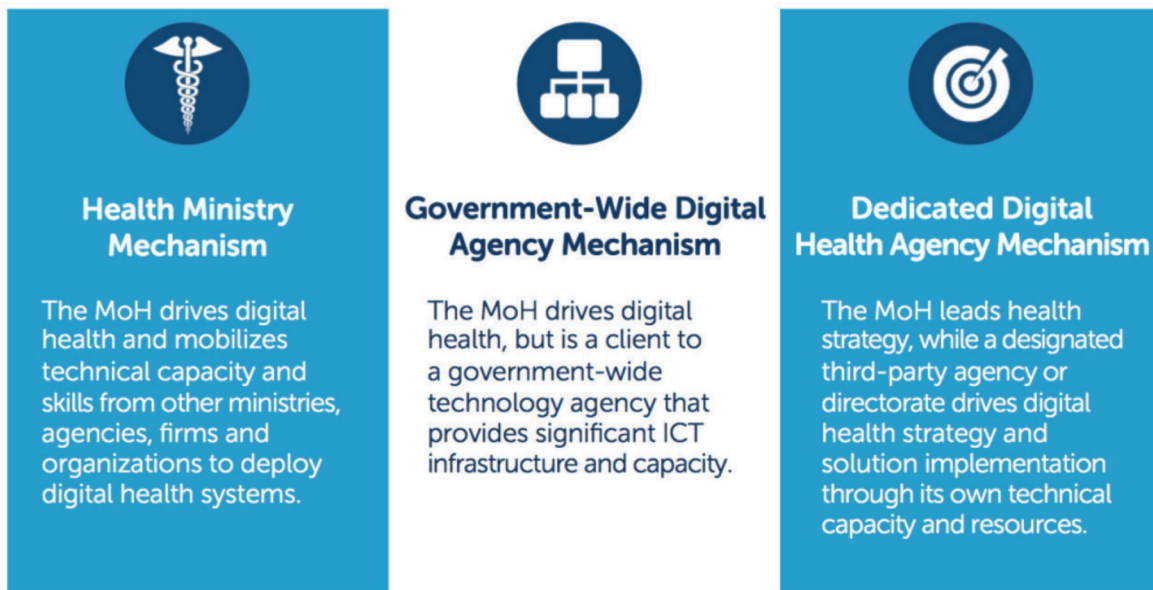
ภาพที่ 2 Digital health data governance เป็น ส่วนหนึ่งของ digital health governance

องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ได้กล่าวถึงหลักการ (principles) “การอภิบาลที่ดี (good governance)” ซึ่งมักใช้คำว่า “ธรรมาภิบาล” ไว้ 8 ประการ⁽²⁾ ได้แก่ 1. การมีส่วนร่วม (participation) 2. การมีนิติธรรม

- (rules of law) 3. เน้นฉันทมติ (consensus oriented)
- 4. ความเท่าเทียมกันและการไม่เลือกปฏิบัติ (equity and inclusiveness)
- 5. ความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (effectiveness and efficiency)
- 6. ความรับผิดชอบ (accountability)
- 7. ความโปร่งใส (transparency)
- 8. การตอบสนองในระยะเวลาสมควร (responsiveness)

รูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัล

การอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัลของแต่ละประเทศ มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระบอบการปกครอง ระบบสุขภาพ วัฒนธรรม บริบทของแต่ละประเทศ และแนวทาง (approach) ในการสร้างกลไกเพื่ออภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัล เมื่อพิจารณาจากกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัล ในประเทศต่างๆ พอที่จะจำแนกรูปแบบ (model) การอภิบาลสุขภาพดิจิทัล โดยพิจารณาถึงหน่วยงานที่จะเป็นแกนในการพัฒนา และขับเคลื่อนระบบสุขภาพดิจิทัล ได้สามรูปแบบ⁽⁴⁾



ICT = information and communication technology, MoH = ministry of health

ภาพที่ 3 กลไกการอภิบาล 3 รูปแบบที่จำแนกในรายงานการศึกษา พ.ศ. 2560 ของ Broadband Commission โดย สหภาพโทรคมนาคมระหว่างประเทศ

ตารางที่ 1 กลไกการอภิบาล 3 รูปแบบดัดแปลงจากรายงานของ Broadband Commission

	กลไกที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกน (health ministry mechanism)	กลไกที่หน่วยงานขับเคลื่อนนโยบายรัฐบาลดิจิทัลเป็นแกน (government-wide digital agency mechanism)	กลไกที่มีหน่วยงานเฉพาะด้านสุขภาพดิจิทัล (dedicated digital health agency mechanism)
รูปแบบการดำเนินการ	กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินโครงการสุขภาพดิจิทัล โดยจัดหาทรัพยากร ความสามารถและทักษะด้านเทคนิคจากกระทรวง หน่วยงานเอกชน และองค์กรอื่นๆ	รัฐบาลมีนโยบายพัฒนางานดิจิทัลในภาพรวมทั้งประเทศ เช่น นโยบายรัฐบาลดิจิทัล (digital government) มีการกำหนดสถาปัตยกรรมด้านดิจิทัลในภาพทั้งประเทศ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ขับเคลื่อนสุขภาพดิจิทัลโดยดำเนินการตามแนวทางและเทคโนโลยีของรัฐบาลส่วนกลาง ซึ่งเป็นผู้สร้างโครงสร้างพื้นฐานและความสามารถด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้นำในการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลและสนับสนุนให้มีหน่วยงานสุขภาพดิจิทัลที่ไม่ได้อยู่ภายในกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง แต่อยู่ในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล ประสานการทำงานกับหน่วยงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
จุดแข็ง	กระทรวงสาธารณสุขทราบถึงปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ ช่วยให้มีใจในการวางแผนยุทธศาสตร์ สร้างความชัดเจนให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และลดความ สับสนหรือการแข่งขันระหว่างภาคส่วน	ใช้สถาปัตยกรรมข้อมูล มาตรฐานข้อมูล นโยบาย และแนวทางการดำเนินการด้านข้อมูลสุขภาพร่วมกัน การใช้บริการหน่วยงานดิจิทัลร่วมกันส่งผลให้เกิดโอกาสในการสร้างความร่วมมือและการลงทุนร่วมกันระหว่างหน่วยงาน และช่วยลดค่าใช้จ่าย	การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสถาปัตยกรรมข้อมูลสุขภาพที่ออกแบบร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ เป็นรูปแบบที่มีความต่อเนื่องแม้จะมีการเปลี่ยนผู้นำ ช่วยสร้างตลาดและเป้าหมายระยะยาว มีความสามารถในการสร้างและพัฒนาความรู้ด้านเทคนิค
ความท้าทาย	การอยู่รอดของระบบสุขภาพดิจิทัลเมื่อเปลี่ยนผู้นำ การสร้างความยั่งยืนและพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ	การรวมความรับผิดชอบไว้ที่ศูนย์กลาง และการประสานงานไปในแนวทางเดียวกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศ	การสร้างความน่าเชื่อถือของหน่วยงานเฉพาะด้านนี้ อาศัยความโปร่งใสและอาจเกิดความต้องการที่ไม่ตรงกันของโครงการ ที่เน้นเฉพาะเรื่องกับความจำเป็นโดยรวม
ตัวอย่างประเทศ	บราซิล ชิลี กานา เคนยา มาลาวี ฟิลิปปินส์ รวันดา แอฟริกาใต้	มาเลเซีย เอสโตเนีย สิงคโปร์ บังคลาเทศ อูรุกวัย	แคนาดา มาลี นอร์เวย์ ออสเตรเลีย อังกฤษ

ตารางที่ 2 รูปแบบอภิบาลสุขภาพดิจิทัลของ 6 ประเทศ

ประเทศและรูปแบบอภิบาลสุขภาพดิจิทัลอ้างอิง 3 รูปแบบ	ข้อมูลทั่วไปและรูปแบบการปกครอง	ระบบสาธารณสุข	ระบบอภิบาลสุขภาพดิจิทัล
ออสเตรเลีย Dedicated digital health agency mechanism	ปกครองระบอบประชาธิปไตยแบบสหพันธรัฐ (federal democracy) ประเทศออสเตรเลียมีการบริหารราชการด้วยรูปแบบรัฐบาล 3 ระดับ (three levels of government) โดยรัฐบาลทั้ง 3 ระดับร่วมกันทำงานเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ โดยแต่ละระดับมีความรับผิดชอบที่ต่างกัน รัฐบาลระดับจักรภพและระดับรัฐแต่ละรัฐจะมีกระทรวงทบวงกรม รวมถึงกฎหมายของตนแยกออกต่างหากจากกัน ⁽⁵⁾	การบริหารระบบสุขภาพของประเทศออสเตรเลียแบ่งเป็น 3 ระดับ 1.รัฐบาลระดับจักรภพมีหน้าที่ส่งมอบเงินทุนให้กับรัฐบาลระดับรัฐ และกระทรวงสาธารณสุขของจักรภพทำหน้าที่บริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ 2.รัฐบาลระดับรัฐ มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลโรงพยาบาลรัฐในแต่ละรัฐ ระบบสาธารณสุขและระบบรถฉุกเฉิน ได้รับเงินทุนจากรัฐบาลระดับจักรภพ แต่ก็มีหน้าที่จัดหาเงินทุนด้วยตนเองเช่นกัน 3.รัฐบาลระดับท้องถิ่น ให้บริการสุขภาพชุมชน และเวชศาสตร์ป้องกัน ⁽⁶⁾	Australian Digital Health Agency เป็นหน่วยงานประเภท corporate commonwealth entity ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 2016 เพื่อดูแลการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพระบบสาธารณสุข ⁽⁷⁾ ได้รับเงินทุนส่วนใหญ่จากรัฐบาลระดับจักรภพและบางส่วนจากรัฐบาลระดับรัฐ ⁽⁸⁾ ยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลแห่งชาติ ⁽⁹⁾ ปี ค.ศ. 2016 เกิดจากความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดรวมทั้งภาคประชาสังคม ผู้ให้บริการนักวิจัย และภาคอุตสาหกรรม
ฟิลิปปินส์ Health ministry mechanism	ประชากร 109,035,343 คนในปี ค.ศ. 2020 ⁽¹⁰⁾ ลักษณะภูมิประเทศเป็นหมู่เกาะมากกว่า 7,000 เกาะ ⁽¹¹⁾ ปกครองโดยระบอบประชาธิปไตยโดยมีประธานาธิบดีเป็นผู้บริหารสูงสุด ⁽¹²⁾ แบ่งอำนาจการปกครองออกเป็น 3 ส่วน คือ อำนาจบริหาร อำนาจนิติบัญญัติ และอำนาจตุลาการ ⁽¹³⁾ สาธารณรัฐฟิลิปปินส์มีระดับการปกครองแบ่งเป็น ⁽¹⁴⁾ 1. เขต (region) มีทั้งหมด 31 เขต 2. จังหวัด (province) มีทั้งหมด 80 จังหวัด 3. เมือง (city or municipality) มีทั้งหมด 120 เมือง 4. บารังไก (barangay)	ระบบบริการสุขภาพสาธารณสุขฟิลิปปินส์เป็นระบบที่ภาครัฐและภาคเอกชนมีบทบาทสำคัญ บริการสาธารณสุขจากรัฐได้รับงบประมาณส่วนใหญ่จากภาษี ⁽¹⁵⁾ ภาครัฐประกอบด้วยหน่วยงาน 2 ระดับ 1. รัฐบาลแห่งชาติมีกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นผู้นำในการบริหารและดูแลนโยบายระดับชาติ แผนยุทธศาสตร์ การบริหารและควบคุมมาตรฐานและแนวทางสำหรับดูแลสุขภาพ และดูแลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2. รัฐบาลท้องถิ่นมีหน้าที่บริหารจัดการบริการสาธารณสุขท้องถิ่น เช่น การส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ การให้บริการโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี บริษัทประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ทำงานที่ก่อกองร่วมกันโดยแต่ละกระทรวงรับผิดชอบงานที่ตนเชี่ยวชาญ มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพดิจิทัลผ่านคณะทำงาน 2 ชุด คือ National eHealth Steering Committee และ National eHealth Technical Working Group โดย National eHealth Steering Committee มีรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานทำหน้าที่กำหนดทิศทาง ประเมินผล และติดตามการทำงานของ National eHealth Technical Working Group ซึ่งมีหน้าที่ปฏิบัติตามกรอบและแผนงาน ⁽⁴⁾ โครงสร้างการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัลของประเทศใช้คำแนะนำจาก WHO-ITU National eHealth Strategy Toolkit ⁽¹⁶⁾



ตารางที่ 2 รูปแบบอภิบาลสุขภาพดิจิทัลของ 6 ประเทศ (ต่อ)

ประเทศและรูปแบบอภิบาลสุขภาพดิจิทัลอ้างอิง 3 รูปแบบ	ข้อมูลทั่วไปและรูปแบบการปกครอง	ระบบสาธารณสุข	ระบบอภิบาลสุขภาพดิจิทัล
สหรัฐอเมริกา Dedicated digital health agency mechanism + health ministry mechanism	ประชากร 331,449,281คน ปกครองด้วยระบบรัฐรวมที่เป็นสหพันธรัฐ (federal state) ประกอบไปด้วย 50 มลรัฐ และแบ่งการปกครองเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย 1. การปกครองส่วนกลาง (federal government) มีอำนาจ 3 ด้านคือ บริหารนิติบัญญัติและตุลาการ 2. การปกครองในมลรัฐ (state government) แต่ละมลรัฐจะมีธรรมนูญเป็นของตนเอง 3. การปกครองท้องถิ่น (local government) รัฐบาลท้องถิ่นทำหน้าที่ตามที่รัฐบาลระดับมลรัฐบัญญัติ	ระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกาความซับซ้อนอย่างมากเนื่องจากมีระบบประกันสุขภาพและระบบการให้บริการทางการแพทย์ที่หลากหลายและมักไม่ได้ประสานงานร่วมกับการบริหารราชการด้านสาธารณสุขอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์แห่งสหรัฐอเมริกา 4 องค์ประกอบหลักของระบบสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกาประกอบด้วย ⁽¹⁷⁾ 1. ภาครัฐ (government) 2. ประกันภาคเอกชน (private insurance) 3. ผู้ให้บริการสาธารณสุข (providers) 4. ผู้กำกับดูแล (regulators)	สำนักงานประสานงานแห่งชาติสำหรับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (The Office of the National Coordinator for Health Information Technology; ONC) ตั้งขึ้นในปี 2004 เพื่อช่วยให้เกิดการใช้งานระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ที่มีมาตรฐานและการแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศสุขภาพที่ปลอดภัย สามารถทำงานร่วมกันได้ ได้รับงบประมาณระยะสั้นสนับสนุนโครงการในช่วงเริ่มต้น เช่น โปรแกรมการเบิกจ่ายของ Medicare และ Medicaid ผ่านระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ⁽¹⁸⁾ ONC ทำหน้าที่ประสานงานระดับสูงระหว่างรัฐบาลและเอกชน สนับสนุนโครงการรับรองคุณภาพ และจัดทำนโยบายที่เกี่ยวข้อง
แคนาดา Dedicated digital health agency mechanism	มีประชากร 38 ล้านคนในปี ค.ศ. 2021 ระบอบการเมืองรูปแบบประชาธิปไตยในระบบรัฐสภา (parliamentary democracy) มีระบบการปกครองรูปแบบประชาธิปไตยแบบสมาพันธรัฐ (confederation) แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 10 รัฐ (province) และ 3 ดินแดน (territory) โดยแต่ละรัฐมีมุขมนตรี (premier) เป็นหัวหน้าฝ่ายบริหาร	ระบบบริการสุขภาพของแคนาดาเป็นระบบที่ให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น (medically necessary) จากแพทย์และโรงพยาบาลโดยไม่มีค่าใช้จ่าย เป็นระบบที่ “จ่ายโดยรัฐ บริการโดยเอกชน” แผนประกันสุขภาพกำหนดโดยรัฐบาลของแต่ละรัฐหรือดินแดน บริหารงานภายใต้หลักการของระบบประกันสุขภาพของชาติ (national health insurance) ซึ่งชาวแคนาดาเรียกว่า “Medicare” หลักการของระบบสุขภาพแห่งชาติของแคนาดา (Principles of Medicare) ประกอบด้วย ⁽¹⁹⁾ 1. บริหารโดยรัฐ (public administration) 2. ครอบคลุมครบถ้วน (comprehensiveness) 3. ประกันสุขภาพทั่วหน้า (universality) 4. เข้ารับบริการได้ง่าย (accessibility) 5. เคลื่อนย้ายได้ (portability)	รัฐบาลกลางจัดตั้ง Canada Health Infoway ในปี ค.ศ. 2001 เป็นองค์กรอิสระ ไม่แสวงหาผลกำไร ได้งบประมาณจากรัฐบาลกลาง ทำหน้าที่ร่วมลงทุนเชิงกลยุทธ์กับรัฐต่างๆ (strategic investor) ในการพัฒนาการเชื่อมต่อข้อมูลระบบสุขภาพดิจิทัล รัฐบาลกลางร่วมกับรัฐบาลท้องถิ่นเป็นหุ้นส่วนของ Infoway โดยมีรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขของแต่ละรัฐ/ดินแดนเป็นสมาชิกขององค์กรทำให้แต่ละเขตมีบทบาทในการกำหนดยุทธศาสตร์และตัดสินใจดำเนินการ คณะกรรมการประกอบด้วยรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข 3 คนในทั้งหมด 14 คนและตัวแทนจากภาคเอกชน สถาบันการศึกษา Infoway มีกลไกการทำงานร่วมกับพันธมิตรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งระดับภูมิภาคและระดับชาติ ⁽⁴⁾

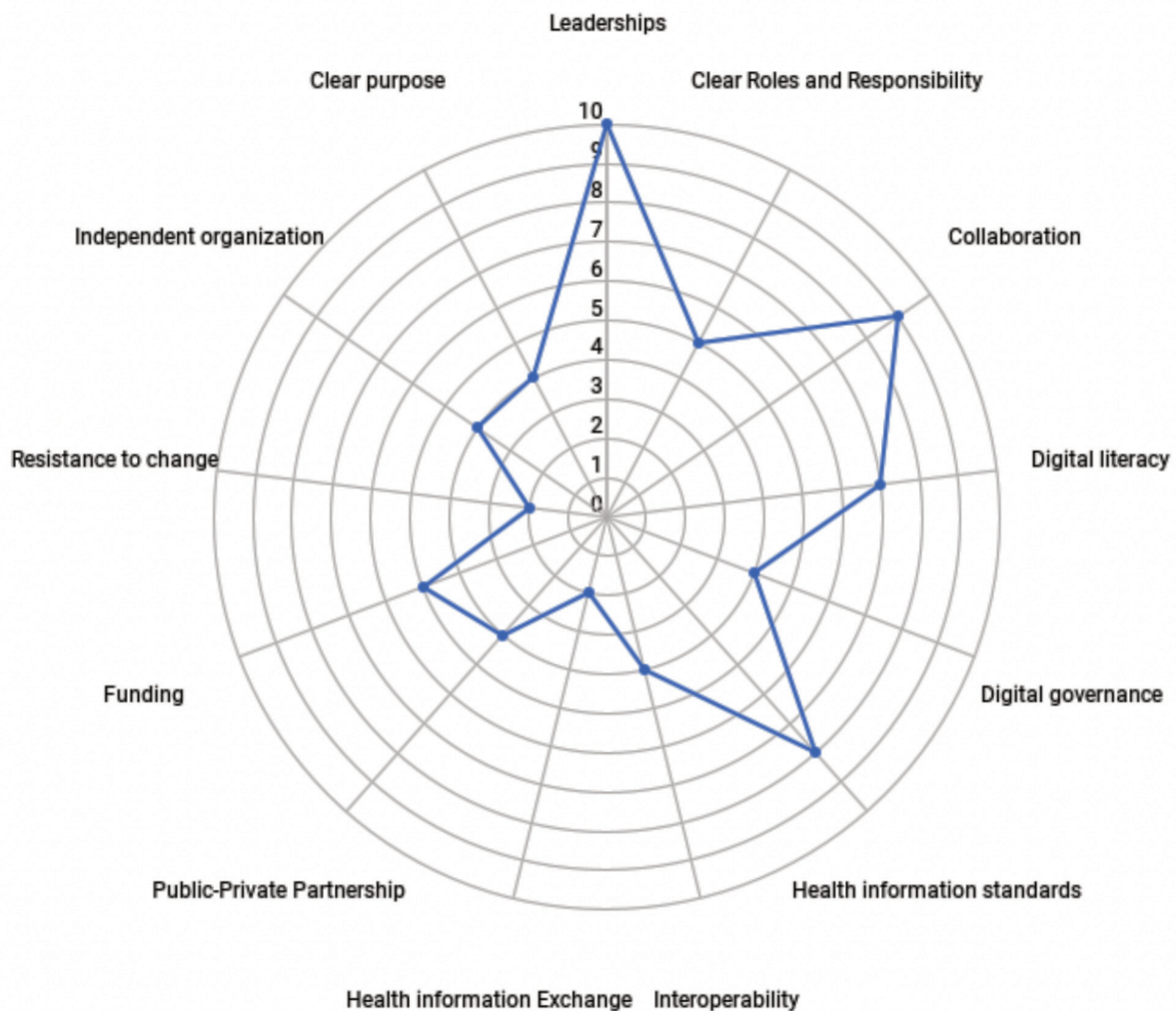
ตารางที่ 2 รูปแบบอภิบาลสุขภาพดิจิทัลของ 6 ประเทศ (ต่อ)

ประเทศและรูปแบบ อภิบาลสุขภาพดิจิทัล อ้างอิง 3 รูปแบบ	ข้อมูลทั่วไปและรูปแบบการปกครอง	ระบบสาธารณสุข	ระบบอภิบาลสุขภาพดิจิทัล
มาเลเซีย Government-wide digital agency mech- anism	มีประชากร 32,700,000 คนในปี ค.ศ. 2021 มาเลเซียได้รับเอกราชจากอังกฤษในปี ค.ศ. 1957 มีระบอบการปกครองแบบประชาธิปไตยในระบบรัฐสภา มีนายกรัฐมนตรีเป็นหัวหน้าฝ่ายบริหารและกษัตริย์เป็นประมุข ประกอบด้วย 13 รัฐและ 2 สหพันธรัฐ	ประเทศมาเลเซียมีระบบสาธารณสุขหลายรูปแบบผสมผสานกัน มีประกันสุขภาพทั้งแบบบังคับสำหรับผู้เกษียณอายุ (employee provident fund) สำหรับผู้มีรายได้ต่ำ (social security organization) ประกันสุขภาพเอกชน ส่วนผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพสามารถรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐได้โดยไม่เสียค่าบริการ การจัดบริการดำเนินการโดยรัฐและเอกชนในทุกกระดับ (two-tier health care system) ⁽²⁰⁾ รัฐให้บริการในรูปแบบ national health system งบประมาณจากภาษีทั่วไป ในขณะที่เอกชนมีผู้ให้บริการหลายส่วน ⁽²¹⁾	The Malaysian Administrative Modernization and Management Planning Unit (MAMPU) จัดตั้งในปี ค.ศ. 1977 โดยขึ้นกับสำนักนายกรัฐมนตรี ทำหน้าที่หลักคือ ขับเคลื่อน เปลี่ยนแปลงระบบบริการสาธารณะให้ทันสมัยในฐานะหน่วยงานกลางในการบริหาร ^(22,23) มี ICT Steering Committee ประสานงานระหว่าง MAMPU กับกระทรวงสาธารณสุข และ MAMPU มีสิทธิในการกำหนดนโยบายและแนวทางที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพดิจิทัล โดย MAMPU ทำหน้าที่เป็นผู้อนุมัติยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ ^(4,24-27)
อังกฤษ Dedicated digital health agency mech- anism + health ministry mechanism	มีประชากรทั้งหมดประมาณ 67.1 ล้านคนในปี ค.ศ. 2020 ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศต่อหัว (GDP per capita) อยู่ที่ 40,285 ดอลลาร์สหรัฐและร้อยละค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ (health expenditure) อยู่ที่ร้อยละ 12.8 ของ GDP ในปี ค.ศ. 2020 มีระบบการเมืองรูปแบบ ประชาธิปไตยแบบรัฐสภา	National Health Service (NHS) ⁽²⁸⁾ เป็นระบบบริการสุขภาพที่ใหญ่ที่สุดในโลกประกอบด้วย 4 ประเทศคือประเทศอังกฤษ สกอตแลนด์ ไอร์แลนด์เหนือและเวลส์โดยแต่ละประเทศมีรัฐสภาเป็นผู้กำหนดนโยบายสาธารณสุขของตน ⁽²⁹⁾ NHS ในประเทศอังกฤษจัดตั้งและดำเนินการโดยภาครัฐ เริ่มดำเนินการหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ในปี ค.ศ. 1948 เป็นระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบรัฐสวัสดิการ งบประมาณส่วนใหญ่มาจากภาษีทั่วไปของประชาชน ⁽³⁰⁾ มีหลักการที่สำคัญคือการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมโดยไม่เสียค่าบริการ ⁽³¹⁾	เริ่มต้นจัดทำยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศแห่งชาติในปี ค.ศ. 1992 ⁽³²⁻³⁴⁾ กระทรวงสุขภาพและบริการสังคม (Department of Health and Social Care: DHSC) กำหนดยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพและสังคมของประเทศรวมทั้งดูแลงบประมาณของระบบสุขภาพดิจิทัล NHS England and NHS Impact ทำหน้าที่กำหนดยุทธศาสตร์ของ NHS IT และจัดซื้อจัดจ้างผ่าน NHS Digital จากนั้น DHSC จึงโอนงบประมาณให้ NHS Digital ซึ่งเป็นองค์กรอิสระมีอำนาจในการบริหาร ทำหน้าที่ออกแบบ พัฒนาและดำเนินงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศแห่งชาติ และเป็นองค์กรหลักในการส่งมอบโปรแกรมที่ได้ทำข้อตกลงกับ NHS England หลังการปรับโครงสร้างของ NHS ที่เน้นการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่นส่งผลให้ในอนาคต Integrated Care Systems (ICSs) จะมีหน้าที่ประสานงานระหว่าง NHS กับหน่วยงานท้องถิ่นและจัดสรรงบประมาณที่ได้รับมาลงทุนในทรัพย์สินดิจิทัลเพื่อดูแลประชากรในพื้นที่ ⁽³⁵⁻³⁸⁾

สรุปการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล

ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ให้ความเห็นเรื่องการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัลของประเทศไทยไปในทิศทางเดียวกันคือ กระทรวงสาธารณสุขไม่ควรเป็นผู้นำแต่เพียงกระทรวงเดียว สาเหตุหลักๆ ที่ผู้ให้สัมภาษณ์หลายรายอ้างถึงคือ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และบริการเทคโนโลยีสารสนเทศแก่ประชาชนประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องหลายภาคส่วนนอกจากกระทรวงสาธารณสุข เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวง

ดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ภาคเอกชน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถกำกับดูแลได้ นอกจากนี้ สาเหตุอื่นที่ผู้ให้สัมภาษณ์อ้างถึงคือ กระทรวงสาธารณสุขขาดความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ ขาดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ ทั้งหมดนี้อาจส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวของระบบสุขภาพดิจิทัลของประเทศไทยให้ทันกับสถานการณ์ความต้องการด้านการแพทย์ในปัจจุบัน ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่จึงสนับสนุน



จำนวนนับ 1-10 คือจำนวนผู้ให้สัมภาษณ์ที่กล่าวถึงปัจจัยที่จะส่งผลต่อการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัล

ภาพที่ 4 แผนภาพแสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัลจากการสัมภาษณ์

รูปแบบการอภิบาลแบบ dedicated digital health agency mechanism และ government-wide digital agency mechanism รองลงมาตามลำดับ โดยบางท่าน สนับสนุนรูปแบบผสมผสานระหว่าง 2 รูปแบบข้างต้น ในขณะที่บางท่านสนับสนุน dedicated digital health agency mechanism และ health ministry mechanism ในส่วนของผู้นำการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัล ผู้ให้สัมภาษณ์หลายรายเห็นควรเป็นนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่ได้รับมอบหมาย เนื่องจากมีอำนาจสูงสุดในการตัดสินใจ สามารถกำกับดูแลข้ามกระทรวง และเป็นที่ยอมรับของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จากการสัมภาษณ์พบว่า ปัจจัยสำคัญอันดับต้นๆ ที่ส่งผลต่อการอภิบาลสุขภาพดิจิทัลของประเทศ ได้แก่ 1. เรื่องผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีอำนาจการตัดสินใจเด็ดขาดและให้การสนับสนุนโครงการต่างๆ อย่างต่อเนื่อง 2. เรื่องการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อลดการทำงานแบบแยกส่วน ลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน ประหยัดค่าใช้จ่ายของภาครัฐ 3. เรื่องมาตรฐานข้อมูลเป็นเรื่องสำคัญเป็นฐานรากของการบูรณาการและการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน เพื่อใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพตั้งแต่การบริการสุขภาพ การบริหารจัดการ การทำวิจัยและพัฒนาความรู้ทางการแพทย์ และสาธารณสุข (สรุปข้อมูลเชิงลึกของผู้ให้สัมภาษณ์แต่ละท่านอยู่ในภาคผนวก)

วิจารณ์และข้อยุติ

รายงานฉบับนี้ แบ่งรูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัลได้เป็น 3 รูปแบบ⁽⁴⁾ ในตารางที่ 1 คือ health ministry mechanism, government-wide digital agency mechanism และ dedicated digital health agency mechanism เพื่อให้เห็นตัวอย่างของแต่ละรูปแบบที่ชัดเจน คณะผู้วิจัยจึงทำการศึกษารูปแบบการอภิบาลสุขภาพดิจิทัลของประเทศต่างๆ ทั้งหมด 6 ประเทศ จากตารางที่ 2 ประกอบด้วยประเทศมาเลเซีย ฟิลิปปินส์

ออสเตรเลีย อังกฤษ สหรัฐอเมริกา แคนาดา ว่าสอดคล้องกับรูปแบบใดบ้างหรือเป็นแบบผสมผสานกัน หลังจากค้นคว้าเพิ่มเติม คณะผู้วิจัยพบว่า การอภิบาลสุขภาพดิจิทัลของแต่ละประเทศมีความสอดคล้องกับลักษณะพื้นฐาน ระบอบการปกครองและระบบสุขภาพของประเทศนั้นๆ ตั้งแต่ด้านหนึ่งของสเปกตรัมที่มีลักษณะการอภิบาลแบบรวมศูนย์จนถึงอีกด้านหนึ่งที่มีลักษณะการอภิบาลแบบกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ยกตัวอย่างเช่นประเทศแคนาดาที่ปกครองโดยการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น⁽³⁹⁾ รัฐบาลแต่ละรัฐเป็นผู้กำหนดนโยบายประกันสุขภาพ ดังนั้น 13 เขตการปกครองจึงมีนโยบายประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัลของประเทศที่มี Infoway หน่วยงานอิสระไม่แสวงหาผลกำไรเป็นผู้ดำเนินงานโดยมีตัวแทนแต่ละรัฐ/ดินแดนอยู่ในคณะทำงาน ทำให้แต่ละเขตมีบทบาทในการกำหนดยุทธศาสตร์และตัดสินใจดำเนินการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพของประเทศโดยรวมและของรัฐตนเอง ทำให้เกิดการประสานงานระหว่างภาคส่วน และเนื่องจาก Infoway ทำหน้าที่เป็นผู้ร่วมลงทุนเชิงกลยุทธ์กับภาคส่วนต่างๆ ทำให้เกิดกลไกการทำงานร่วมกับพันธมิตรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นทั้งระดับภูมิภาคและระดับชาติ

ในส่วนของประเทศมาเลเซีย การจัดตั้ง The Malaysian Administrative Modernization and Management Planning Unit (MAMPU) ซึ่งขึ้นกับสำนักนายกรัฐมนตรี ทำหน้าที่ในฐานะหน่วยงานกลางที่ประสานงานกับกระทรวงสาธารณสุขผ่านคณะกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ก่อให้เกิดกลไกกลางในการกำกับดูแลหน่วยงานอื่นให้ดำเนินไปในทิศทางเดียวกัน

จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบสุขภาพดิจิทัลของประเทศไทยทั้งหมด 11 คน พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่สนับสนุนรูปแบบการอภิบาลแบบ dedicated digital health agency mechanism และ government-wide digital agency mechanism รองลงมาตาม



ลำดับ สาเหตุสำคัญที่ไม่สนับสนุนรูปแบบ health ministry mechanism คือกระทรวงสาธารณสุขเพียงกระทรวงเดียว ไม่สามารถกำกับดูแลหน่วยงานอื่นนอกกระทรวงได้

จากข้อมูลทั้งหมดนำไปสู่ข้อสรุปที่สำคัญซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Broadband Commission Working Group on Digital Health เรื่องปัจจัยสำคัญ 3 ประการ⁽⁴⁾ ที่ “ต้องเกิดพร้อมๆ กัน” จึงจะทำให้การพัฒนา ระบบสุขภาพดิจิทัลของประเทศประสบความสำเร็จ

1. มีผู้บริหารอาวุโสระดับสูงในรัฐบาล (Leaderships) ที่เห็นความจำเป็นและความสำคัญของ ระบบสุขภาพดิจิทัล
2. มีวิสัยทัศน์ร่วม (shared vision) มีกรอบการพัฒนา และมียุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบสุขภาพดิจิทัล ที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งในด้านการแพทย์และสาธารณสุข (health) และด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (ICT/digital technology) ที่ตกลงร่วมกัน
3. มีกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัลที่มี ประสิทธิภาพ (effective governance mechanism): collaborative governance mechanism

ข้อเสนอแนะ

จากข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์เชิงลึก คณะผู้วิจัยเสนอหลักการของระบบ อภิบาล สุขภาพดิจิทัล (digital health governance) ที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเป็น collaborative governance, มี strong leadership
2. หน่วยงานประกันสุขภาพ ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ประกอบการเทคโนโลยีสารสนเทศทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัล
3. มีหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนการพัฒนา ระบบสุขภาพดิจิทัล dedicated digital health agency mechanism

4. ให้ความสำคัญกับการมีมาตรฐานระบบข้อมูล สารสนเทศสุขภาพ

ข้อจำกัดการศึกษา

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดเรื่องการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด โดยยังขาดในส่วนของภาคประชาสังคม การศึกษารูปแบบการอภิบาลสุขภาพดิจิทัลของประเทศต่างๆ เป็นการทบทวนรายงาน การวิจัยย้อนหลัง อาจมีข้อจำกัดเรื่องความทันสมัยของข้อมูล นอกจากนี้ข้อมูล ที่ศึกษาจากรายงานของประเทศต่างๆ อาจมีอคติเชิงบวกในการนำเสนอรายงานการดำเนินงาน แม้การศึกษานี้อาจมีข้อจำกัดในด้านวิธีการศึกษาอยู่บ้าง ผู้วิจัยมั่นใจว่าผลการ ศึกษาจะเป็นประโยชน์กับการศึกษาวิจัยต่อยอดจากการ ศึกษา นี้ และเป็นประโยชน์ในการพัฒนานโยบายระบบ อภิบาลสุขภาพดิจิทัลของประเทศไทย เนื่องจากยังไม่มี การศึกษาประเด็นปัญหาเรื่องนี้ในประเทศไทยมาก่อน จากการ ทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ เชื่อว่าการศึกษานี้เป็นการศึกษาครั้งแรกในประเด็นระบบอภิบาลสุขภาพ ดิจิทัลในประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการปฏิรูป ประเทศด้านสาธารณสุข ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนให้เกิดการ วิจัยนี้ และขอขอบพระคุณผู้ให้สัมภาษณ์ทุกท่านที่เสียสละ เวลาให้สัมภาษณ์จนสำเร็จเป็นงานวิจัยชิ้นนี้

References

1. Kijsanayotin B, Kasitipradith N, Pannarunothai S. eHealth in Thailand: the current status. Studies in health technology and informatics. 2010;160(Pt 1):376-80.
2. Sheng Y. What is good governance?. Bangkok: Poverty Reduction Section UNESCAP; 2009 [cited 2022 Feb 24]. Available from: <https://www.unescap.org/sites/default/files/good-governance.pdf>.

3. Steven M, Cotino R, Betancourt E, Gnanaselvam S. Governance: the World Bank's experience. Washington DC: World Bank; 1994. [cited 2022 Feb 12]. Available from: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/711471468765285964/pdf/multi0page.pdf>.
4. Development BCFS. Digital health: a call for government leadership and cooperation between ICT and health. Switzerland: Broadband Commission For Sustainable Development; 2017 February.
5. Mektrairat N ea. The direction of local governance in Thailand and abroad. Bangkok: Office of the Council of State; 2003. p.218-43. (in Thai)
6. Osborn R, Sarnak D, Mossialos E, Djordjevic A. International profiles of health care systems. New York: The Commonwealth Fund; 2017. p.11-20.
7. Australian Digital Health Agency. About Us. Web page [cited 2022 Feb 24]. Available from: <https://www.digitalhealth.gov.au/about-us>.
8. Australian Digital Health Agency. Australian Digital Health Agency annual report 2020-21 [Internet]. Sydney: Australian Digital Health Agency; 2021 [cited 2022 Feb 25]. Available from: <https://www.transparency.gov.au/annual-reports/australian-digital-health-agency/reporting-year/2020-21-6>.
9. Australian Digital Health Agency. Australia's national digital health strategy. Sydney: Australian Digital Health Agency; 2017.
10. Authority PS. 2020 census of population and housing (2020 CPH) population counts declared official by the President. Web Page 2020 [cited 2022 Apr 1]. Available from: <https://psa.gov.ph/content/2020-census-population-and-housing-2020-cph-population-counts-declared-official-president>.
11. Boslaugh S. Health care systems around the world: a comparative guide. Thousand Oaks, California: SAGE Publication; 2013. p.364-67. Available from: <https://sk.sagepub.com/reference/healthcare-systems-around-the-world>.
12. Commission OCS. Administrative system of the Republic of the Philippines. Bangkok: Office of the Civil Service Commission; 2015. p.28-30.
13. Gazette Office of Phillipines. Phillipines Government. Webpage [cited 2022 Apr 1]. Available from: <https://www.officialgazette.gov.ph/about/gov/>.
14. Embassy of Phillipines. About the Phillipines. Webpage [cited 2022 Apr 1]. Available from: <http://www.isdpe.com.pk/philippines.htm>.
15. Dayrit MM, Lagrada LP, Picazo OF, Pons MC, Villaverde MC. The Philippines health system review. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2018.p.78-81
16. Marcelo A, Marcelo PG. eHealth Governance in the Philippines: State-of-the-Art. Journal of the International Society for Telemedicine and eHealth. 2016;4:e23(1-6).
17. Rice T, Rosenau P, Unruh LY, Barnes AJ. United States: Health System Review. Health Syst Transit 2020;22(4):1-441.
18. Office of the National Coordinator for Health Information Technology. Fiscal year 2018. Washington DC: Office of the National Coordinator for Health Information Technology; 2018 [cited 2022 May 1]. Available from: <https://www.healthit.gov/topic/onc-budget-and-performance>.
19. Jareonsettasin T. Health system refrom in Canada. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2001. (in Thai)
20. Ratanawijitrasin S. Health insurance system : experience from 10 countries. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2001. (in Thai)
21. Atun R, Berman P, Hsiao W, Myers E, Yap WA. Malaysia health system research, Volume 1: contextual analysis of the Malaysian health system. Putrajaya: Government of Malaysia, Ministry of Health Malaysia, Harvard T.H. Chan, School of Public Health ; 2016.
22. MAMPU. Annual Report Malaysian Administrative Modernisation And Management Planning Unit (MAMPU); webpage 2019 [cited 2022 Feb 23]. Available from: <https://www.mampu.gov.my/en/publication/annual-report-2010-2020/>
23. Unit Pemodenan Tadbiran Dan Perancangan Pengurusan Malasi. MAMPU Department. Webpage 2021. [cited 2022 Feb 23]. Available from: <https://www.mampu.gov.my/en/about-us/role-of-mampu-department/>.
24. Federal Government Administrative Centre. Twelfth Malaysia plan economic planning unit; 2021. [cited 2022 Feb 23]. Available from: https://pulse.icdm.com.my/wp-content/uploads/2021/09/Twelfth-Plan-Document_compressed-1.pdf.
25. Ministry of Health. Malaysia's telemedicine blueprint. Ministry of Health 1997. [cited 2022 Feb 23]. Available from: <https://www.moh.gov.my/moh/resources/auto%20download%20images/5ca1b20928065.pdf>.
26. Fazilah Shaik Allaudin. Malaysia Health Information Exchange (MyHIX). HIMSSAsiaPac 17; 2017 Sep 11, Singapore.
27. Fazilah Shaik Allaudin. National ehealth: "Moving Toward Efficient Healthcare". National eHealth; 2017 Dec 14, Malaysia.
28. NHS providers. Building a healthy NHS around people's needs. 2015. [cited 2022 Feb 23]. Available from: <https://>



- nhsproviders.org/media/1036/introduction_to_nhs_fts_and_trusts_-_nhs_providers_-_may_2015.pdf.
29. Department of International Trade. Guidance digital health and care. Webpage 2021 [cited 2022 Feb 22]. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/uk-life-sciences-support/digital-health-and-care>.
 30. Boyle S. United Kingdom (England): Health system review. *Health Syst Transit*. 2011;13(1):1-483, xix-xx.
 31. Delamothe T. How the NHS measures up. *Bmj* 2008;336(7659):1469-71.
 32. Honeyman M, Dunn P, McKenna H. A digital NHS? : The King's fund; 2016. [cited 2022 Feb 23]. Available from: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/A_digital_NHS_Kings_Fund_Sep_2016.pdf.
 33. Wachter RM. Making IT work: Harnessing the power of health information technology to improve care in England. 2016. [cited 2022 Feb 23]. Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/550866/Wachter_Review_Accessible.pdf.
 34. Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, Djordjevic A, Wharton G. International profiles of health care systems 2020 [cited 2022 Feb 22]. Available from: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf.
 35. Swindells M. The NHS IT strategy 2017 [cited 2022 Feb 23]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/blog/the-nhs-it-strategy/>.
 36. Government of the UK. The digital transformation portfolio. Webpage [cited 2022 Feb 23]. Available from: <https://www.gov.uk/government/groups/personalised-health-and-care-2020>.
 37. Say M. NHSX becomes NHS England transformation directorate 2022 [cited 2022 Feb 23]. Available from: <https://www.ukauthority.com/articles/nhsx-becomes-nhs-england-transformation-directorate/>.
 38. McAllister G. An introduction to digital healthcare in the NHS: Second Edition; 2021. p.9-13.
 39. European Observatory on Health Systems and Policies. M, Gregory P., Allin, Sara & Merkur, Sherry. Canada: Health system review. Health systems in transition. Copenhagen : World Health Organization. Regional Office for Europe; 2020.

ภาคผนวก

สรุปการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล	
<p>ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1 แพทย์ผู้บริหารและผู้เชี่ยวชาญระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ สุขภาพโรงพยาบาล</p>	<ul style="list-style-type: none"> - รูปแบบระบบอภิบาลดิจิทัลที่เหมาะสมกับประเทศไทยคือรูปแบบ health ministry mechanism ร่วมกับ dedicated digital health agency mechanism เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้เชี่ยวชาญเรื่องเทคโนโลยีสารสนเทศ กระทรวงดิจิทัลควรเข้ามามีบทบาท - ควรมีพันธมิตรภาคเอกชนที่มั่นใจว่าสามารถทำงานให้กับรัฐได้ในระยะยาวช่วยดำเนินงาน รูปแบบนี้อาศัยความร่วมมือจากพันธมิตร ดังนั้นคณะทำงานควรประกอบด้วยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด - จุดอ่อนของภาครัฐคือเปลี่ยนแปลงตามนโยบายพรรคการเมือง ดังนั้นถ้ามีการเปลี่ยนแปลงการเมืองบ่อยอาจส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องของโครงการ - ข้อจำกัดของการมีคณะกรรมการหลายฝ่ายคือถ้าไม่สามัคคีช่วยกันทำงานอาจกลายเป็นภาระ - ผู้นำของคณะกรรมการควรจะเป็นนายกรัฐมนตรีเนื่องจากมีอำนาจการตัดสินใจที่เด็ดขาด ถ้าเป็นกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นอาจจะไม่ทำตามเนื่องจากอยู่ในระดับกระทรวงเท่ากัน <i>“คือบ้านเรายังงั้นๆ ถ้าปล่อยให้ สธ. เป็นพระเอก กระทรวงอื่นไม่เอา ทำให้ต้องเชื่อ level เดียวกันหลายอันต้องนายก อันนี้คือวัฒนธรรมบ้านเรา เพราะฉะนั้นที่เราตั้ง multi level partner cooperation คนที่มี power มานั่งหัว”</i> - ผู้ให้ข้อมูลยกตัวอย่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่มีพันธมิตรหลายฝ่ายทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาชน ในคณะทำงาน ส่งผลให้เกิดการสื่อสาร 2 ทางคือ สปสช. ไปหาผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเองสามารถสื่อสารกลับโดยผ่านตัวแทนในคณะทำงานได้มีการใช้กลไกการดำเนินงานที่หลากหลาย ผ่านทั้งรัฐและเอกชน <p>ปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การตัดสินใจที่เด็ดขาดของผู้นำ (Leaderships) <i>“ผมคิดว่าด้วยเทคโนโลยีและความรู้ไม่ใช่ประเด็นใหญ่ ที่สำคัญคือการตัดสินใจของผู้นำ การฟันธงและให้เกิดสิ่งเหล่านี้”</i> 2. การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในระบบสุขภาพ (health information exchange) 3. มาตรฐานข้อมูลสุขภาพ (health information standards) 4. บุคลากรที่เชี่ยวชาญเรื่อง health informatics
<p>ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้เชี่ยวชาญด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - รูปแบบระบบอภิบาลดิจิทัลที่เหมาะสมกับประเทศไทยคือรูปแบบ dedicated digital health agency mechanism เพื่อลดปัญหาความล่าช้าในการดำเนินงานในรูปแบบของราชการ ควรเป็นหน่วยงานอิสระ มีระบบอภิบาล และมีงบประมาณสนับสนุน - จุดอ่อนของรูปแบบนี้คือขึ้นกับคนที่เข้ามาจะบริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ควรเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น เรื่องนี้ต้องการมีอาชีพในการทำงานและมุมมองของภาคเอกชนคำนึงถึงผู้ให้บริการมากกว่าภาครัฐ <i>“วิเคราะห์สถานการณ์จริงของประเทศไทยว่าจุดอ่อนและจุดแข็ง ทั้งข้างกระทรวงและกระทรวง DE แต่ทั้งสองส่วนมีปัญหาคือ bureaucrat เหมือนกัน ที่ค่อยๆ ขยับ ต่างกับภาคเอกชนมากอยู่ในหลายเรื่องที่ผ่านมา กระทรวงตามไม่ค่อยทัน”</i> - ผู้ให้สัมภาษณ์ยกตัวอย่าง สปสช. ที่สามารถลงทุนเรื่องระบบข้อมูล ทำให้จัดการระบบข้อมูล ได้ไวกว่ากระทรวงสาธารณสุขซึ่งตั้งมาก่อนเนื่องจากกลไกการบริหารที่แตกต่างกัน



ภาคผนวก (ต่อ)

สรุปการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล	
	<p>- ผู้นำคณะกรรมการมีได้หลายแบบ แต่ละรูปแบบมีจุดอ่อนจุดแข็งที่ต่างกัน ในรูปแบบนี้ควรมีผู้นำเป็นกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงดิจิทัลทำงานร่วมกัน มากกว่าสำนักนายกรัฐมนตรีเนื่องจากการทำงานที่คล่องตัวกว่า</p> <p>ปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การทำงานร่วมกันของหน่วยงานต่างๆ เพื่อลดการทำงานแบบแยกส่วน (collaboration) 2. บทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนของแต่ละหน่วยงาน (clear roles and responsibilities) 3. ความต่อเนื่องและการตัดสินใจที่ชัดเจนของผู้บริหาร (leaderships) 4. การทำงานร่วมกันได้ของระบบข้อมูล (health information interoperability) 5. การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน (public private partnership)
<p>ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 3 แพทย์ผู้บริหารและผู้เชี่ยวชาญระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ สุขภาพโรงพยาบาล</p>	<p>- รูปแบบระบบอภិบาลดิจิทัลที่เหมาะสมกับประเทศไทยคือรูปแบบ dedicated digital health agency mechanism ไม่เหมาะสมกับรูปแบบ health ministry mechanism เนื่องจากบริบทของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขดูแลประชาชนเพียงบางส่วน ส่วนอื่นอยู่ในการดูแลนอกกระทรวงเช่น กรุงเทพมหานคร ภาคท้องถิ่น และภาคเอกชน กระทรวงสาธารณสุขเข้าไปกำกับดูแลได้น้อย ในแง่ของการให้บริการกระทรวงสาธารณสุขอาจเป็นผู้ควบคุม (regulator) ได้ แต่ในแง่ของข้อมูลไม่แน่ใจว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะให้ความร่วมมือมาก น้อยแค่ไหน รวมทั้งการยอมรับจากกระทรวงดิจิทัลซึ่งทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของประเทศ นอกจากนี้ข้อมูลจากด้านการศึกษา การเกษตรควรจะนำมาผนวกเป็นข้อมูลสุขภาพด้วย</p> <p><i>“ผมคิดว่าด้วยบริบทของประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขดูแลสุขภาพของประชาชนเพียงบางส่วน บางส่วนไปตกอยู่กับหน่วยงานนอกกระทรวง กทม. ท้องถิ่น เอกชน กระทรวงสาธารณสุขจะเข้าไปควบคุม กำกับได้น้อย กระทรวงอาจเป็น regulator ด้านบริการได้ ถ้าเรื่องข้อมูล ถ้าจะทำจริง ทำได้ไม่แน่ใจว่าด้วยบริบทของประเทศที่ต่างคนต่างทำ ต่างคนต่างใหญ่จะให้ความร่วมมือมากน้อยแค่ไหน”</i></p> <p>- ไม่เหมาะสมกับรูปแบบ government-wide digital agency mechanism เนื่องจากเมื่อเจอความท้าทายที่เกิดขึ้นใหม่ รัฐปรับตัวช้ากว่าภาคเอกชน</p> <p>- ลักษณะการจัดตั้งคงจะเกิดจากการมอบอำนาจ (mandate) ของผู้นำประเทศหรือพรรคการเมืองที่เห็นความสำคัญ</p> <p>- การเปลี่ยนแปลงน่าจะต้องมีผู้นำหลาย ๆ คน เช่นบทเรียนจาก อ.สงวนที่ทำเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยไปศึกษาและคิดรูปแบบก่อนแล้วจึงเสนอให้พรรคการเมืองที่มีนโยบายที่สามารถผลักดันได้ ทว่าเรื่อง health information exchange อาจจะไม่ผลักดันได้ยากกว่าในเชิงนโยบายเนื่องจากไม่เห็นประโยชน์ชัดเจนเท่าประกันสุขภาพถ้วนหน้า</p> <p>ปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทิศทางเรื่องสุขภาพดิจิทัลของประเทศที่ชัดเจน (clear purpose) 2. การทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานเพื่อลดการทำงานแบบแยกส่วน (collaboration) <i>“คิดว่าเรื่อง digital health เป็นเรื่องที่ต่างคนต่างทำมานานแล้ว ไม่ได้มี direction ที่ชัดเจนของประเทศไทย”</i> 3. กฎระเบียบการเชื่อมโยงระบบสารสนเทศสุขภาพระหว่างสถานพยาบาล (rules and regulations)

ภาคผนวก (ต่อ)

สรุปการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล	
	4. มาตรฐานข้อมูลสุขภาพ (health information standards) 5. การทำงานร่วมกันได้ของระบบข้อมูล (health information interoperability) <i>“ผมรู้สึกว่ ทุกคนยังครอบครองข้อมูล ใช้ข้อมูลเป็นอาณาจักรของตัวเองการแบ่งปันข้อมูลเป็นการเสียอำนาจ แต่ละคนยังไม่แบ่งปันข้อมูลกันเท่าที่ควร”</i> 6. ภาวะผู้นำ (leaderships)
ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 4 อาจารย์แพทย์และผู้เชี่ยวชาญระบบสุขภาพประเทศไทย	<ul style="list-style-type: none"> - รูปแบบระบบอภิบาลดิจิทัลที่เหมาะสมกับประเทศไทยคือรูปแบบ government-wide digital agency mechanism การให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้นำไม่เหมาะสมเนื่องจาก กระทรวงสาธารณสุขมี 2 บทบาทคือผู้กำหนดนโยบายและผู้จัดการระบบซึ่งยังไม่สามารถแยกบทบาทออกจากกันได้ ผู้ให้สัมภาษณ์ยกตัวอย่างสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 ที่กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นผู้จัดการในกระทรวงมากกว่าที่จะเป็นผู้ควบคุมดูแล (regulator) ทั้งประเทศ ในแง่เศรษฐศาสตร์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องสุขภาพ มีหลายกระทรวงนอกจากกระทรวงสาธารณสุข และนอกภาครัฐ เช่น กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงมหาดไทย เป็นต้น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถสั่งการได้ ดังนั้น บทบาทที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขน่าจะเป็นผู้ควบคุม (regulator) มากกว่า - ผู้ให้สัมภาษณ์สนับสนุนรูปแบบ government-wide digital agency mechanism เนื่องจากมีคณะทำงานที่มาจากมากกว่า 1 หน่วยงาน ในแง่ของคนทำงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ จะได้มีการควบคุมอย่างชัดเจนทั้งจากกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงดิจิทัล รูปแบบที่ 3 มีความน่าสนใจตรงที่ให้ผู้เชี่ยวชาญมาทำงานด้านที่ถนัด - การที่จะสร้างระบบอภิบาลสุขภาพดิจิทัลควรมีการทำ system mapping เพื่อให้ตระหนักว่ามีผู้เกี่ยวข้องเรื่องนี้หลายฝ่าย ไม่ใช่แค่เรื่องของสุขภาพ นวัตกรรมส่วนใหญ่ก็มาจากหน่วยงานนอกภาคสุขภาพ ผู้ให้สัมภาษณ์เน้นเรื่องกระบวนการคิดและควรคิดถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ครบ - การจัดตั้งน่าจะอยู่ในรูปแบบองค์กรอิสระ มีพระราชบัญญัติเป็นของตนเอง ยกตัวอย่างเช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นองค์กรอิสระอาจจะดีกว่าราชการปกติ มี CEO เป็นผู้บริหาร ควรจะเป็นหน่วยงานขนาดเล็กที่เน้นการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ไม่ใช่ทำเอง ที่สำคัญไม่ควรอยู่ในส่วนราชการ ควรมีผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศหลายคน เนื่องจากเทคโนโลยีมีการเปลี่ยนแปลงเร็ว ที่สำคัญคือการจัดตั้งเป้าหมายว่าเราต้องการอะไร เช่น ถ้าต้องการสร้างการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (medical tourism) หรือ สร้างโปรแกรมเพื่อการส่งออก (export) ก็ต้องสร้างหน่วยงานที่มีความสามารถในการแข่งขัน เพื่อดึงคนที่มีความสามารถจากตลาดแรงงานมาทำได้ทั้งหมดนี้ขึ้นกับการตั้งเป้าหมาย <p>ปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. คณะทำงานเรื่องระบบสุขภาพดิจิทัลของประเทศที่ทำหน้าที่จัดการระดับมหภาคตั้งกฎกติกาเพื่ออำนวยความสะดวก (facilitate) และเพื่อควบคุม (regulate) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ใช้งานสุขภาพดิจิทัลอย่างเหมาะสมมากกว่าการลงไปจัดการในระดับย่อยเอง 2. ระบบอภิบาลสุขภาพดิจิทัลก็คือระบบอภิบาลระบบสุขภาพ บนฐานการพัฒนาบบสุขภาพของประเทศที่ยังไม่สมบูรณ์ การนำเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพมาใช้ควรเป็นไปเพื่อเปลี่ยนกระบวนการให้บริการด้านสุขภาพดังนั้นการตั้งเป้าหมายจึงเป็นเรื่องสำคัญ ถ้าไม่ตั้งเป้าหมายให้ถูกต้อง เก็บข้อมูลให้ถูกต้อง ก็อาจจะไม่เกิดประโยชน์



ภาคผนวก (ต่อ)

สรุปการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล	
	<p>“ในมุมมองผมอาจจะไม่เหมือนคนอื่น digital health มันคือ health system governance ดีที่นั่นแหละ”</p> <p>“การพัฒนาระบบสุขภาพเดิมเรายังทำได้ไม่ complete ถ้าไปพัฒนาเทคโนโลยีโดยไม่สนใจกระบวนการตั้งเป้าให้ถูก เก็บข้อมูลให้ถูก ก็จะทำให้เกิดขยะ”</p> <p>3. การจูงใจคนที่มีความสามารถเข้ามาทำงาน</p> <p>“ถ้ามองเรื่องนี้เป็นตลาดแรงงาน สธ จะจูงใจให้คนมาทำงานยังไง เช่น คนจบจาก Stanford IT จะมาเป็นชนชั้น 2 ให้หมอ ควรเป็น buddy กันระหว่าง clinician กับ tech guys”</p> <p>4. การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพในประเทศไทย</p>
ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 5 แพทย์และผู้บริหารระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพโรงพยาบาล	<p>- รูปแบบระบบอภิบาลดิจิทัลที่เหมาะสมกับประเทศไทยคือรูปแบบ dedicated digital health agency mechanism โดยน่าจะเกิดขึ้นในลักษณะกรมการร่วม ที่มีผู้แทนจากภาคส่วนต่างๆ ที่มีคนได้บังคับบัญชาที่สามารถสั่งงานได้ ถ้ากระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนน่าจะเหมาะสม เนื่องจากบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในกระทรวงมีจำนวนน้อย ส่วนผู้นำคณะกรรมการมองได้ 2 แบบ 1. นายกรัฐมนตรีหรือรองนายก ข้อเสียคือถ้าเปลี่ยนพรรคการเมืองก็จะขาดตอน 2. หากคนมารับตำแหน่ง โดยที่เขาจะต้องสามารถสั่งงานผู้ที่เกี่ยวข้องได้ ซึ่งหาได้ยาก</p> <p>“ที่มองว่ามันเป็น digital health agency mechanism ที่มีผู้แทนจากภาคส่วนมารวมกัน เป็นคณะกรรมการสักอย่าง เพราะที่มองว่าถ้าให้กระทรวงสาธารณสุขขับเคลื่อนน่าจะไปลำบาก ศูนย์เทคโนโลยีฯ กระทรวงมีคนทำงาน 5 คน”</p> <p>ปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. คณะกรรมการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัล ที่สามารถกำกับดูแลผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดเช่น กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัย กลาโหม ภาคเอกชน เป็นต้น กระทรวงสาธารณสุขเองก็ไม่สามารถกำกับได้ทั้งหมด โดยเฉพาะจังหวัดกรุงเทพมหานครซึ่งมีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายฝ่าย (Leaderships) “เราไม่ได้มี body ที่จะครอบคลุมได้ การทำงานอาจเป็นกรรมการร่วม health care เป็นอันหนึ่ง digital health เป็น subset ในนั้น แค่ health care ยังไม่สามารถมีใครสั่งใครได้เลย” 2. เป้าหมายการทำงานร่วมกัน (clear purpose) 3. การทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน เพื่อลดการทำงานซ้ำซ้อนและการใช้งบประมาณ (collaboration) 4. มาตรฐานข้อมูลสุขภาพ (health information standards) 5. การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในระบบสุขภาพ (health information exchange) <p>“มีเรื่องของ trust จะเอาข้อมูลฉันไปทำอะไรมัย ข้อมูลคือ gold เจ้าของก็ไม่ว่าง”</p>
ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 6 แพทย์อดีตผู้บริหารระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญระบบสุขภาพและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ	<p>- รูปแบบระบบอภิบาลที่เหมาะสมกับประเทศไทยมากที่สุดไม่ได้ประกอบด้วยรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ทว่าควรจะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบดังต่อไปนี้ คือมีกลไกระบบอภิบาลสุขภาพดิจิทัลที่มีเป้าหมายชัดเจนทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและเกิดระบบสุขภาพที่ดี โดยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีอย่างเต็มที่ โดยที่คณะทำงานต้องมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับคณะทำงานเรื่องระบบสุขภาพ โดยเป็นคณะหน่วยงานกัน ควรดำเนินงานในรูปแบบหน่วยงานอิสระมีพระราชบัญญัติเป็นของตนเอง เชื่อมโยง</p>

ภาคผนวก (ต่อ)

สรุปการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล

การทำงานระหว่างหน่วยงานอื่นได้อย่างเป็นมืออาชีพ เป็นหน่วยงานเพื่อสาธารณะที่ไม่แสวงหาผลกำไร ที่สำคัญควรมีความโปร่งใส สามารถติดตามได้

- จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่เคยผลักดันให้เกิดคณะทำงานที่คล้ายกัน อยู่นอกการควบคุมของกระทรวงสาธารณสุข และอยู่นอก สปสช. พบว่าผู้นำคณะกรรมการควรจะเป็นนายกรัฐมนตรีเนื่องจากมีอำนาจในการตัดสินใจเด็ดขาด

ปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัล

1. ผู้นำในการเปลี่ยนแปลงระบบที่ทำหน้าที่อย่างต่อเนื่องส่งผลให้ขาดทิศทางการดำเนินงานในภาพใหญ่ของประเทศ (leaderships)
“กลับมาที่เรื่องขาด leadership ที่ต่อเนื่อง big gap เพราะไม่มี governance body ที่เข้าใจ เรามี bits and pieces ของเรื่อง แล้วทุกคนก็จับเป็น bits and pieces มันก็เลยไม่ไปถึงไหน”
2. การทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานเพื่อลดการทำงานแบบแยกส่วน (collaboration)
3. การกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนในการจัดตั้งคณะกรรมการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัลเพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ (clear purpose)
4. ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ (implementation)
“ไม่ค่อยได้วิเคราะห์งานให้ครบถ้วน ไม่ได้ชัดเจน บ่อยครั้งที่ประเทศไทยมีกฎหมาย มี governance body แต่ไม่มี implementation มีเหตุผลหลายอย่าง ไม่มีทรัพยากร ไม่มีคน ไม่มีความรู้ ไม่มีการติดตาม ไม่มีการจัดการ”
5. การจัดตั้งคณะทำงานไม่สามารถใช้แค่กฎหมายหรืออำนาจ เนื่องจากระบบมีความซับซ้อน ต้องอาศัยกลไกอื่นร่วมด้วย เช่น การพูดคุยอย่างสม่ำเสมอไม่เช่นนั้นก็จะเกิดแค่คณะทำงานแต่ไม่เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ
“ถ้า system มัน complex ใช้แต่กฎหมาย ใช้แต่อำนาจไม่ work ใช้อย่างอื่นต้องมี mechanism ช่วย คณะกรรมการไม่เคยเป็นจุดสุดท้ายของ governance มันเป็นแค่ governing”
6. มาตรฐานข้อมูลสุขภาพ (health information standards)
7. ความสามารถในการสื่อสารกันได้ระหว่างระบบต่างๆ (interoperability)
“เรื่อง refer ใน acute care setting เราก็ไม่สามารถ so call share ข้อมูลกันได้ง่ายๆ ก็มี project พยายามจะทำ เราก็นึกว่าเป็นปัญหาของ technical ความจริงไม่ใช่ technical เป็นปัญหาของ system human factor มีตั้งแต่ operating level ไปถึง management level คนก็บอกว่าเวลาแก้ human ออกกฎหมาย ตั้งกติกา มันก็ไม่หายเหมือนที่เราคุย กฎหมายไม่เคยทำให้คนเปลี่ยนพฤติกรรมง่ายๆ psychology เช่น หวงอำนาจ มีนอกมีใน ไม่ตรงไปตรงมา กลัวถูกตรวจสอบ psychology ที่สำคัญที่สุดคือของวงการแพทย์คือกลัวถูกตรวจสอบ กลัวคนใช้ตรวจสอบ กลัวคนอื่นตรวจสอบ”
8. การนำข้อมูลที่ได้จากหน่วยบริการมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนางานบริการ
“เราพัฒนามาเนิ่นนาน serve ส่วนกลางทั้งนั้น เรา serve ข้างล่างน้อยมาก เรามีธรรมาภิบาลการทำงานที่ใช้ประโยชน์จากสิ่งที่เรียกว่า communication and data sharing เยอะมากแต่ทำประโยชน์จากมันน้อยมาก”

ภาคผนวก (ต่อ)

สรุปการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล	
ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7 ผู้ประกอบการด้านเทคโนโลยี สารสนเทศสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none">- ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความเห็นในเรื่องการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัลในมุมมองของตนไว้ว่า เป็นวิธีการบริหารจัดการระบบสุขภาพดิจิทัล และมีความคิดเห็นว่าเป็นปัจจุบันประเทศไทย มีระบบอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัลอยู่ แต่ไม่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และไม่เป็นระเบียบ ทำให้เกิดความซ้ำซ้อน และการปฏิบัติงานที่ไม่ไปในทิศทางเดียวกัน- ผู้ให้ข้อมูลให้ความคิดเห็นว่าเป็นรูปแบบที่ 2 กลไกที่หน่วยงานขับเคลื่อนนโยบายรัฐบาลดิจิทัลเป็นแกน (government-wide digital agency mechanism) ควบคู่กับ รูปแบบที่ 3 กลไกที่มีหน่วยงานเฉพาะด้านสุขภาพดิจิทัล (dedicated digital health agency mechanism) น่าจะมีความเหมาะสมมากที่สุด เนื่องจากหากใช้รูปแบบที่ 1 กลไกที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกน (health ministry mechanism) ซึ่งคิดว่าเป็นรูปแบบที่กำลังเกิดขึ้นในประเทศไทยในปัจจุบันนั้น การขับเคลื่อนจากกระทรวงสาธารณสุขทั้งกระทรวงเป็นเรื่องยาก ด้วยขนาดขององค์กรที่ใหญ่ และมีรายละเอียดปลีกย่อยมากเกินไป “ถ้ายึดตามโมเดลที่แบบที่ 2 ผลกับ 3 น่าจะดี แบบที่ 3 น่าจะต้องมี เพราะ MOPH as a whole มันขับเคลื่อนยาก มันใหญ่ไป มันจุกจิกมากเกินไป พอมี MOPH เป็นก้อนใหญ่ เลยรู้สึกว่าปัจจุบันประเทศไทยเป็นแบบอันแรก พออะไรที่เป็น digital health กระทรวงก็พยายามทำ แต่ไม่ได้ consolidate ว่างานนั้นๆ ต้องให้หน่วยงานใดเป็นคนรับผิดชอบ ทุกหน่วยงานก็พยายามทำกันเอง ทำของตัวเอง ภาพเลยออกมาประมาณนี้”- ได้ให้ความเห็นถึงหน่วยงานเหมาะสมจะเป็นผู้รับผิดชอบว่า จะต้องเป็นงานที่เป็นผู้กำหนดนโยบาย มีความสามารถในการจัดการเบื้องต้น แต่คิดว่าควรจะมีหลายหน่วยงานเข้ามาช่วยกันด้วย เนื่องจากหากใช้เป็นรูปแบบที่ 3 กลไกที่มีหน่วยงานเฉพาะด้านสุขภาพดิจิทัล (dedicated digital health agency mechanism) อย่างเดียว หน่วยงานที่รับผิดชอบน่าจะไม่สามารถบริหารจัดการทั้งหมดเองได้ โดยให้ความคิดเห็นเพิ่มเติมว่าควรจะมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องเชิงเทคนิค โดยอาจจะเป็นรัฐวิสาหกิจ หรือเป็นหน่วยงานที่มีบุคลากรจากหลายฝ่ายมารวมกัน “หน่วยงานที่รับผิดชอบนี้ควรจะเป็นหน่วยงานที่กำหนดนโยบาย มี capacity ในการทำเองบ้าง ประมาณนี้ แต่คิดว่าทำเองทั้งหมดไม่ไหวหรอก”
	ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัล <ol style="list-style-type: none">1. ภาวะผู้นำและวัฒนธรรมองค์กร “ขึ้นอยู่กับวิถีในการ execution ขึ้นอยู่กับมรดกเชิดของผู้นำ และขึ้นอยู่กับ culture ในองค์กร ส่วนตัวมองว่าแบบนี้ แบบไหนก็สำเร็จได้ จะเป็นแบบแรกก็ได้ถ้าจะเวิร์กก็ได้”2. การเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วม “เรื่องของการควบคุมหรือนโยบาย อยากให้เปิดให้เอกชนเข้าไปฟังด้วย รับความเห็น และเปิดให้ประชาชนเข้าไปรู้เรื่องด้วย แต่ไม่ใช่แค่แบบให้ไปฟังแค่ตอนสุดท้าย ตอนสรุปมาแล้ว แค่ประชาสัมพันธ์ คืออาจจะเป็นการแบบนี้ ก็เปิดให้เอกชนเข้าไปเป็นกรรมการด้วย คิดว่าควรจะให้เข้าไปร่วมตั้งแต่ต้นเลย”3. การกำหนดมาตรฐานกลางในการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล “ควรจะมีคนกำหนดมาตรฐาน ว่าคุณมีความสามารถมากมายขนาดไหนก็ได้ แต่อย่างน้อยคุณต้องมีมาตรฐานตามนี้ อย่างน้อย usability, interface ที่ควรมีควรจะเป็นไปตามมาตรฐาน

ภาคผนวก (ต่อ)

สรุปการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล	
	<p>ในการเก็บข้อมูลที่มีชั้นต่ำควรจะเป็นแบบนี้ คุณถึงจะรับงานภาครัฐได้ มาตรฐานในการส่งต่อดูแลและส่งข้อมูลมาส่วนกลาง ควรจะอยู่ในมาตรฐาน ตามนี้”</p> <p>4. งบประมาณ</p>
<p>ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8 ผู้บริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี สารสนเทศสุขภาพ</p>	<p>ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นว่ารูปแบบการอภิบาลสุขภาพดิจิทัลตามรูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัล (digital health governance models) ที่มี 3 รูปแบบนั้น รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับประเทศไทยมากที่สุดคือรูปแบบที่ 2 กลไกที่หน่วยงานขับเคลื่อนนโยบายรัฐบาลดิจิทัลเป็นแกน (government-wide digital agency mechanism) และรูปแบบที่ 3 กลไกที่มีหน่วยงานเฉพาะด้านสุขภาพดิจิทัล (dedicated digital health agency mechanism)</p> <ul style="list-style-type: none"> - โดยในรูปแบบที่ 2 และ 3 นั้น อาจจะต้องมีการดำเนินการร่วมกัน โดยอาจจะต้องมี government-wide digital agency ทำงานร่วมกับ agency จากหลายๆ ภาคส่วนร่วมมือกัน โดยอาจจะจัดตั้งในรูปแบบองค์กรขึ้นใหม่ ซึ่งอาจจะเป็นองค์กรอิสระก็ได้ แต่ควรจะอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของภาครัฐ เนื่องจากยังต้องอาศัยความน่าเชื่อถือในการอภิบาล - รูปแบบที่ 1 กลไกที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกน (health ministry mechanism) อาจจะมีควมยากลำบากในการอภิบาลเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขไม่ใช่ผู้บริหารจัดการการบริการสุขภาพทั้งหมดในประเทศไทย ในประเทศไทยยังมีการบริการสุขภาพจากกระทรวง และหน่วยงานอื่นเป็นจำนวนมาก ยกตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลในสังกัดโรงเรียนแพทย์ ภายในกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม <ul style="list-style-type: none"> “ผมมองว่าในเมืองไทย โมเดล 1 อาจจะยากมากเพราะ MOPH ไม่ใช่คนที่ผู้จัดการเรื่อง healthcare ทั้งหมดในเมืองไทย” “เพราะฉะนั้นเมืองไทยจึงเหมาะกับเป็น 2 และ 3 ซึ่งคิดว่าอาจจะต้อง mix ต้องมี government wide agency และ อาจจะมีย่อยๆ agency อีกหลายเจ้าเข้ามาร่วมงานกัน หรืออาจจะตั้งเป็นอีกหนึ่งองค์กร ซึ่งอิสระก็ได้ แต่อาจจะต้องเป็น government เพราะว่า มันคงไม่สามารถเป็นอิสระแบบเป็น private sector ได้ เพราะมันจะยากในการจัดการ มันขาดความเชื่อถือของพวกเราที่เป็นราชการ” - ในส่วนของบทบาทผู้นำในการอภิบาลนั้น ผู้ให้ข้อมูลให้ความคิดเห็นว่า อาจจะต้องการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปในช่วงแรกอาจจะต้องให้กระทรวงสาธารณสุขผู้นำในหน่วยงานที่รับผิดชอบการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัลก่อน โดยมีกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมช่วยดูแลระบบโครงสร้างพื้นฐานให้ หลังจากนั้นเมื่อหน่วยงานมีความแข็งแรง และเติบโตมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขอาจจะต้องลดบทบาทตัวเอง เพื่อเปิดโอกาสให้กระทรวงอื่นๆ ได้มีบทบาทและมีความรู้สึกถึงการมีส่วนร่วมมากขึ้น และส่งเสริมให้หน่วยงานนี้มีความเป็นอิสระในการปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่มากขึ้น <ul style="list-style-type: none"> “ผมคิดว่าคน lead อาจจะต้องเริ่มต้นที่กระทรวงสาธารณสุขอยู่ แต่เมื่อไหร่ก็ตามที่มันแข็งแรงขึ้น กระทรวงสาธารณสุขอาจจะต้องถอยออกไป” - ในเรื่องของงบประมาณอาจจะต้องมีการร่วมลงทุนระหว่างกระทรวงที่มีความเกี่ยวข้อง ยกตัวอย่างเช่น กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, และ มหาวิทยาลัยต่างๆ เพราะการหางบประมาณเพื่อการจัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องการอภิบาลสุขภาพโดยตรงอาจจะทำได้ยาก

ภาคผนวก (ต่อ)

สรุปการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล	
	<p>ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัล</p> <ol style="list-style-type: none">1. การอภิบาลข้อมูล (data governance) “ผมอยากเริ่มตั้งแต่ต้นคือ data ก่อนจะมี body process นี้ data มันสำคัญ และมันไม่มีใครเป็นเจ้าของ”2. ความสามารถด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศของบุคลากรสาธารณสุข “ต่อไปเราอาจจะต้องกำกับดูแลเรื่องของ security, privacy policy, standard นี้มันมีเยอะแยะ ซึ่งคนก็ทำยาก แล้วก็ต่างคนต่างทำมัน invest สูงมาก สมมติเราจะ gov เรื่องของ data security เรื่องของ PDPA นี้ โรงพยาบาลเอง หนึ่งคือรู้เรื่องน้อย สอง คือยิ่งเรื่องไอทียิ่งไปใหญ่ เพราะโรงพยาบาลเองเนี่ย business ของเขามันไม่ได้มีผู้เชี่ยวชาญเรื่องไอที”3. วิสัยทัศน์ของผู้นำ การเมือง และภาคประชาชน “การเมืองในเมืองไทยมันไม่แน่นอน คือนโยบายแต่ละครั้งนี่ มันอาจจะไม่ได้ถูก push มาจากสิ่งที่จะต้องจริงจัง ตัวอย่างเช่น digital health ไม่เคยมีนักการเมืองคนไหนพูดเรื่องนี้เลยใช้ไหม”4. การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน “ผมคิดว่าอีกอันหนึ่งคือภาคประชาชน เนื่องจากว่าประชาชนอาจจะไม่ได้รับรู้เรื่องนี้ ต่างจาก 30 บาทรักษาทุกโรค ที่เขาได้รับผลโดยตรง เขาได้รับการบริการดีขึ้น เขาเป็นตัวขับเคลื่อน เพราะฉะนั้นมีนโยบายนี้ขึ้นมาแล้วไม่มีใครล้มเลิกได้ เพราะประชาชนเขาได้ประโยชน์มาก นักการเมืองขับเคลื่อนมา แล้วประชาชนช่วยขับเคลื่อนต่อ”
ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9 ผู้ประกอบการด้านเทคโนโลยี สารสนเทศสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none">- รูปแบบการบริหารระบบสุขภาพดิจิทัลที่เหมาะสมที่สุดในความเข้าใจของผู้ให้ข้อมูล คือรูปแบบที่ 2 กลไกที่หน่วยงานขับเคลื่อนนโยบายรัฐบาลดิจิทัลเป็นแกน (government-wide digital agency mechanism) โดยอาจจะจัดตั้งในรูปแบบของคณะกรรมการ หรือคณะทำงานขึ้นมา แต่ไม่จำเป็นต้องตั้งเป็นหน่วยงานใหม่ และให้คณะกรรมการ หรือคณะทำงานนี้ประกอบไปด้วยตัวแทนจากหลายฝ่าย ยกตัวอย่างเช่น กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ และองค์กรวิชาชีพต่างๆ เป็นต้น เพื่อให้เกิด การคานอำนาจซึ่งกันและกัน และแต่ละหน่วยงานก็มีเรื่องเฉพาะด้านที่รับผิดชอบในการทำงานอยู่แล้ว “ผมว่าอันที่ 2 เป็นไปได้มากที่สุด ก็คือมี agency เดิมอยู่แล้ว แต่เป็นลักษณะของการร่วมมือกัน นะครับ ในการที่จะดำเนินการ มันอาจจะไม่ได้เอาตัวนี้ไปกระจายตามหน่วยงานที่เป็น digital อย่างเดียว แต่มันอาจจะต้องตั้งเป็นเหมือนกับ คณะทำงาน หรือ คณะกรรมการอะไรสักอย่าง หนึ่งขึ้นมา”- การจัดตั้งคณะกรรมการ หรือคณะทำงานดังกล่าว ทางผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความเห็นว่าควรจะมีการจัดตั้งภายใต้สำนักนายกรัฐมนตรีโดยให้นายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่ได้รับมอบหมายเข้ามารับหน้าที่เป็นประธานคณะกรรมการ ซึ่งจะไม่ทำให้เกิดการจัดสรรงบประมาณไปที่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งมากเกินไป นอกจากนั้นการจัดตั้งคณะกรรมการ หรือคณะทำงานในรูปแบบนี้ก็สามารถมีงบประมาณในการบริหารจัดการเป็นของตนเองได้ด้วย “เป็นการตั้งคณะทำงานหรือคณะกรรมการแห่งชาติที่มีนายกเป็นประธาน มันสามารถที่จะ ตัวคณะกรรมการเอง ก็สามารถมีเงินในการบริหารจัดการของตัวเอง”

ภาคผนวก (ต่อ)

สรุปการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล	
	<p>- ผู้ให้ข้อมูลไม่เห็นด้วยกับการใช้ระบบอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัล รูปแบบที่ 1 กลไกที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกน (health ministry mechanism) โดยได้ให้เหตุผลว่าบุคลากรสาธารณสุข ไม่ได้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในเรื่องดิจิทัล และไม่เห็นด้วยกับการตั้งหน่วยงานใหม่ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขเพราะนอกจากจะไม่มีผู้เชี่ยวชาญด้านดิจิทัลแล้ว ยังมีผลประโยชน์ทับซ้อนและไม่โปร่งใสด้วย</p> <p>“อันที่ 1 ต้องตัดทิ้งไปเลย health ministry mechanism ไม่สมควร ที่ตัวเองจะต้องเอาด้าน digital เข้าไปใส่ เพราะว่าหมอไม่ได้มีความเชี่ยวชาญด้าน digital กันทุกคน ถ้าเอาไปใส่กันมันจะละเทะเลยครับ”</p> <p>“อันที่ 1 เนี่ย เขาเป็นหน่วยงานผู้ให้บริการและก็เป็นผู้ออก policy ครั้นจะเอาตัวนี้ยื่นเข้าไปอีก ผมคิดว่าเขาไม่ได้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะของตัวเอง แล้วมันจะเลียงประมาณไปเลียงเปล่าๆ แล้วก็ conflict of interest ของตัวเอง ในการทำงานที่ไปทำอะไรต่างๆ เหมือนตัวเองกำกับดูแลผลิตภัณฑ์ของตัวเอง ซึ่งมันไม่โปร่งใส”</p> <p>- ผู้ให้ข้อมูลไม่เห็นด้วยกับการใช้ระบบอภิบาลสุขภาพดิจิทัลรูปแบบที่ 3 กลไกที่มีหน่วยงานเฉพาะด้านสุขภาพดิจิทัล (dedicated digital health agency mechanism) ด้วย โดยให้เหตุผลไว้ว่า ปัจจุบันประเทศไทยมีหน่วยงานต่างๆ มากมายอยู่แล้ว และการตั้งหน่วยงานใหม่จะเป็น การทำงานที่ทับซ้อนกับหน่วยงานที่มีอยู่แล้ว ยกตัวอย่างเช่น การทำงานทับซ้อนกับสำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล และมองว่าไม่มีความจำเป็นจะต้องแยกออกมาเป็นภารกิจของหน่วยงานใหม่</p>
	<p>ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความตระหนักรู้ในเรื่องระบบสุขภาพดิจิทัลของประชาชน <p>“เรื่อง awareness คิดว่าทุกคนอยากจะปรับเป็นดิจิทัลจะตาย แล้วก็สถานการณ์ปัจจุบันเขาพร้อมที่จะปรับ แล้วก็ยินดีที่จะปรับจากที่เราทำมาหลายโรงพยาบาล”</p> 2. กฎหมายและกฎระเบียบต่างๆ ต้องสอดคล้องและค่อยๆ ปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง <p>“กฎหมายและกฎระเบียบต่างๆ ต้องสอดคล้องและค่อยๆ shape ไปเรื่อยๆ”</p>
<p>ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10 ผู้บริหารระบบสาธารณสุข กระทรวงกลาโหมและผู้เชี่ยวชาญ ด้านการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ สุขภาพมาใช้ในโรงพยาบาล</p>	<p>- ผู้ให้ข้อมูลให้ความคิดเห็นว่า รูปแบบที่ 3 กลไกที่มีหน่วยงานเฉพาะด้านสุขภาพดิจิทัล (dedicated digital health agency mechanism) นั้นน่าจะเป็นรูปแบบที่เหมาะสม ในการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัล โดยมองว่าหากมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ ในการอภิบาล ระบบสุขภาพดิจิทัล ซึ่งสามารถทำหน้าที่เป็นตัวกลาง มีหน้าที่ชัดเจน ออกกฎระเบียบที่ชัดเจน และคานอำนาจได้ จะส่งผลดีต่อการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวง แต่ก็มีข้อเสียในเรื่อง งบประมาณที่จะต้องใช้ในการตั้งหน่วยงาน นอกจากนั้นผู้ให้ข้อมูลยังให้ความเห็นว่าในรูปแบบที่ 3 กลไกที่มีหน่วยงานเฉพาะด้านสุขภาพดิจิทัล (dedicated digital health agency mechanism) จะสามารถหลีกเลี่ยงความขัดแย้งระหว่างหน่วยงานและเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน ได้ดีกว่าการให้หน่วยงานหนึ่งๆ เป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ</p> <p>“ผมว่าก็โอเคเลยแหละ ถ้ามีอีก body หนึ่งมาคานอำนาจ ทำให้หน่วยงานอื่นๆ ร่วมมือได้มากขึ้น”</p> <p>“ต้องแยกองค์กรอิสระออกมาอันนี้ มันจะได้ชัดเจน ไม่งั้นจะ conflict กับกระทรวงสาธารณสุข การจะให้หน่วยงานอื่นไปทำมันก็ต้องงัดข้อกับกระทรวงสาธารณสุขแน่ๆ มันก็จะกลายเป็นผลประโยชน์ทับซ้อน conflict กันไปอีก”</p>



ภาคผนวก (ต่อ)

สรุปการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล	
	<p>ผู้ให้ข้อมูลให้ความคิดเห็นว่าในปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีรูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัลที่ชัดเจน แต่ น่าจะมีความใกล้เคียงกับรูปแบบที่ 1 กลไกที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกน (health ministry mechanism) มากที่สุด โดยมีหน่วยงานอื่นๆ ร่วมด้วย และได้ให้ความเห็นว่า แต่ละรูปแบบนั้นมีข้อดีและข้อเสีย การจะเลือกรูปแบบใดมาใช้ขึ้นขึ้นอยู่กับบริบทของประเทศไทยร่วมด้วย ซึ่งถ้าเป็นรูปแบบที่ 1 กลไกที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกน (health ministry mechanism) ก็จะมีข้อเสียในเรื่องการร่วมมือระหว่างหน่วยงานและความเชื่อใจในการทำงาน แต่ก็ยังมีข้อดีในเรื่องที่กระทรวงสาธารณสุขสามารถดูแลครอบคลุมระบบสุขภาพได้ค่อนข้างมาก</p> <p>- ผู้ให้ข้อมูลให้ความคิดเห็นถึงรูปแบบที่ 1 กลไกที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกน (health ministry mechanism) ไว้ว่า ไม่มั่นใจว่า กระทรวงสาธารณสุขจะสามารถอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัลได้หรือไม่ และรูปแบบที่ 1 นั้นอาจจะทำให้เกิดผลประโยชน์ทับซ้อนได้มาก จึงคิดว่า ในรูปแบบที่ 3 ที่มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นตัวกลางบุคคลที่ 3 จะส่งผลดีมากกว่า</p> <p>“ผมก็ไม่แน่ใจว่าถ้ามาอยู่ในกระทรวงสาธารณสุขมันจะทำได้หรือเปล่า และ conflict of interest ก็เยอะ ถ้าแยกออกมามันก็ดีผมว่ามันจะได้ชัดเจน ถ้าให้ลึ้นนะ ผมเอาแบบที่ 3 เอากลางๆ ไปเลย ดีกว่านะ เป็น third party นี้แหละ ผมว่านะ”</p>
	<p>ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างกระทรวง <p>“จริงๆ เราต้องมาดูระบบของประเทศไทยจริงๆ ตอนนี้ประเทศไทยมีประเด็นปัญหาคือทำงานร่วมกันไม่ได้”</p> <p>“ต้องมาเคลียร์เรื่อง flow การทำงานกันก่อน ว่าจริงๆ แล้วโอเคกันไหม ถ้าตรงนี้ไม่มีมา digital health ก็จะมีงั้นๆ เป็น silo กันอยู่ เราก็ต้องเคลียร์ flow หลายๆ หน่วยงาน ให้มันเข้าด้วยกัน ตอนนี้มันเป็น silo กันอยู่”</p> 2. การอภิบาลข้อมูลและมาตรฐานข้อมูล <p>“digital health นี้สำคัญ เอาข้อมูลมารวมกันให้ดี ก็จะทำให้เกิดประโยชน์มากขึ้นในหลายๆ มิติ เพียงแต่จะเชื่อมโยงกันด้วยมาตรฐานไหน เชื่อมโยงมากน้อยขนาดไหน เปิดเผยมากน้อยแค่ไหน”</p> 3. การตระหนักถึงประโยชน์ของระบบสุขภาพดิจิทัลได้อย่างชัดเจน <p>“ต้องมาคิดกันว่าจะมาเชื่อมกันทำไม หรือไม่ต้องเชื่อม ฉันทาของฉันทเองมันเร็วกว่า”</p> <p>“เมื่อไหร่ที่สามารถที่จะ integrate งานของโรงพยาบาลเข้ามาได้ระดับนึง มันก็จะคุ้มค่าที่จะมาคุยกันว่าจะมาเชื่อมด้วย”</p>
<p>ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 11 แพทย์ผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ</p>	<p>- รูปแบบระบบอภิบาลที่เหมาะสมกับประเทศไทย ไม่ใช่รูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง รูปแบบจะเปลี่ยนแปลงตามเวลา เปลี่ยนตามผู้นำ ผู้ให้สัมภาษณ์เห็นว่าปัจจุบันเราน่าจะเป็นแบบ 2 กับ 3 เนื่องจากกระทรวงทั้งหลายเห็นว่าปล่อยให้กระทรวงสาธารณสุขทำคงไม่รอด ส่วนรูปแบบที่ 2 อาจเป็นไปได้ เพราะหลายกระทรวงให้ความสำคัญกับภาคสุขภาพ และมีบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ น่าจะทำให้งานสำเร็จได้มากกว่ากระทรวงอื่น แต่อาจไม่เป็นเช่นนั้นก็ได้ รูปแบบที่ 3 คือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคนเข้ามามีส่วนร่วม ผู้ให้สัมภาษณ์เห็นว่าปัจจุบันหลังจาก สถานการณ์โรคโควิด-19 สถานการณ์ของประเทศคล้ายรูปแบบที่ 3 มากขึ้น โดยภาคเอกชนเข้ามาทำในสิ่งที่คิดว่าควรจะทำ ส่วนกลางควรกำหนดมาตรฐานให้สักทีเพื่อที่จะให้เป็นระบบมากขึ้น</p>

ภาคผนวก

สรุปการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล

“ไม่ใช่โมเดลใดโมเดลหนึ่ง แล้วโมเดลจะเปลี่ยนไปตามกาลเวลา เปลี่ยนตาม leader ที่ได้มา รัฐบาลเปลี่ยน รองปลัดที่ดู IT ก็เปลี่ยน”

- ส่วนที่สำคัญที่สุดจาก WHO ITU Ehealth คงเป็นเรื่องของผู้หน้าว่าเป็นใคร ทุกอย่างจะขึ้นกับผู้หน้า ทุกอย่างเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลา เป็นพลวัต ในความเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์ ผู้นำควรจะประสานงานกัน เป็นทีมเนื่องจากไม่มีใครเก่งหมดทุกเรื่อง คนทำงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ไม่ถนัดบริหาร คนบริหารก็ไม่ถนัดเทคโนโลยีสารสนเทศ และที่สำคัญทีมต้องมีความยั่งยืน เนื่องจากเป็นงานต่อเนื่องระยะยาว

ปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัล

1. งบประมาณที่เพียงพอ (funding)
2. อำนาจหน้าที่และการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน (collaboration)

“ต่างคนต่างอภิบาลตนเอง”

“IT ที่อยู่แต่ในห้องไม่รู้ว่ามี รพ. ชุมชน เป็นยังไง รพ.ต่างๆ ก็ไม่เหมือนกันแล้ว รพ. จังหวัดคนละจังหวัดยังไม่เหมือนกันเลย ความแตกต่างที่เกิดจากบุคคล คนนี้อยากใช้แบบนี้ อีกคนนึงบอกว่าระบบแย่มากเอามาให้ใช้ได้ยังไง อันนี้นัก IT ไม่เข้าใจ ไม่มีอะไร fix คุณอยากได้อะไรคุณทำไป คุณส่งมาให้ตามกำหนดแล้วกัน”

3. ความพร้อมที่ตัวบุคคลที่จะบูรณาการร่วมกัน
4. Data governance (data architecture, data standards)
“ระบบอภิบาลคงต้องไปที่ national health platform กำหนด platform หลวมๆ ให้ทุกคนพอจะเห็นว่าเข้าไประบบไหนของ platform แล้วเขาเดินเอง”
5. ภาวะผู้นำ (Leaderships)
6. การทำงานร่วมกันได้ของระบบข้อมูล (health information interoperability)