

ระบบ Platform Social Telecare กับการพัฒนา สมรรถนะนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ และทีมสุขภาพเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ขนิษฐา บุรณพันธ์ศักดิ์¹, ระพีพรรณ คำหอม¹, สโรธร ม่วงเกลี้ยง¹, เยาวเรศ คำมะนา², วิษระ อมศิริ³, วิชรากร หนูทอง⁴

¹ สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ กรุงเทพมหานคร

² กระทรวงสาธารณสุข

³ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

⁴ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ จังหวัดปทุมธานี

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสมรรถนะการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์และทีมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทดลองใช้เครื่องมือในระบบ platform social telecare (PST) และเชื่อมและบูรณาการ platform ที่ใช้งานในปัจจุบันในโรงพยาบาล รวมทั้งจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย ในการพัฒนาระบบและกลไกการให้บริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ระบบบริการแพทย์ทางไกล การศึกษานี้มีรูปแบบวิจัยแบบกึ่งทดลอง ศึกษากลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์และทีมสุขภาพ 30 คน และผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง 3,600 ราย มีพื้นที่ดำเนินการในโรงพยาบาลสองกลุ่ม ได้แก่ (1) โรงพยาบาลนาร่อง “sandbox” จำนวน 5 แห่ง (2) โรงพยาบาลขยายผล 4 แห่ง ดำเนินการเสริมสร้างสมรรถนะของนักสังคมสงเคราะห์และทีมสาธารณสุข ด้วยการสร้างหลักสูตรออนไลน์ให้เรียนรู้จำนวน 4 หลักสูตร ได้แก่ หลักสูตรเครื่องมือการประเมินปัญหาทางสังคม หลักสูตรความรู้ดิจิทัล (digital literacy) หลักสูตรการเสริมพลังตนเองของนักสังคมสงเคราะห์ และหลักสูตร medical social work clinic พร้อมทั้งการจัด case conference ออนไลน์ 18 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมสนใจต่อหลักสูตรการจัด case conference ออนไลน์มากที่สุด (มากกว่าร้อยละ 100.0) รองลงมาคือ หลักสูตรการเสริมพลังตนเอง (ร้อยละ 86.9) และหลักสูตรการใช้เครื่องมือประเมินปัญหาทางสังคม (ร้อยละ 40.4) ทั้งนี้หลักสูตรด้าน digital literacy และ standard operating procedure ยังไม่บรรลุเป้าหมายโครงการ ผลการพัฒนาและทดลองใช้ระบบ PST พบว่าในปี พ.ศ. 2567 มีนักสังคมสงเคราะห์เข้าใช้งานจริง 432 ราย โรงพยาบาล 118 แห่ง และทีมสหวิชาชีพ 22 ราย ซึ่งมีการใช้เครื่องมือรวม 37 ชนิด โดย 3 อันดับแรกที่ใช้บ่อย ได้แก่ (1) แบบประเมินวินิจฉัยและจัดการทางสังคม (ร้อยละ 23.37) (2) แบบประเมินความพร้อมของครอบครัว (ร้อยละ 7.15) (3) แบบประเมินตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วย (ร้อยละ 6.53) การเชื่อมโยงระบบ PST กับ A-MED Home Ward และ HOSxP ทำให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยอย่างครบวงจร เกิดกลไกการบูรณาการการบริการสุขภาพและสังคมระดับพื้นที่ ส่งผลให้โรงพยาบาลนำไปใช้เป็นนโยบายขยายผลในระบบปกติ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะดิจิทัล การบูรณาการระบบฐานข้อมูลสุขภาพ การเพิ่มประสิทธิภาพฟังก์ชันการทำงานของระบบ และการรักษาความปลอดภัยข้อมูล รวมถึงการสร้างกลไกความร่วมมือข้ามหน่วยงาน เพื่อให้ระบบ PST ดำเนินไปอย่างยั่งยืนและตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ระบบ platform social telecare (PST); สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์; ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ; นโยบายสุขภาพ

บทนำ

ระบบ platform social telecare (PST) หมายถึงระบบปฏิบัติการออนไลน์ ช่องทางบนโลกออนไลน์แพลตฟอร์มดิจิทัลสำหรับนักสังคมสงเคราะห์และสหวิชาชีพ เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง (เช่น ผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด เบาหวาน มะเร็ง) และสนับสนุนการดูแลทางสังคมในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระบบ PST ช่วยเก็บข้อมูล ลดความซ้ำซ้อน ขาดความคลาดเคลื่อนในการบันทึกข้อมูล และเชื่อมโยงกับระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine)⁽¹⁾ ซึ่งระบบ PST เกิดขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2564-2565 การเปลี่ยนผ่านระบบงานบริการสุขภาพดิจิทัล ช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 หลังการทำงานสังคมสงเคราะห์บนโลกดิจิทัลที่ต้องการหาทางออกให้คนทำงาน “คนน้อย ปริมาณงานมาก ทำไม่ทัน” ภายใต้แนวคิด “ทำในสิ่งที่ทำไม่ได้ให้เกิดขึ้น มาหาคำตอบร่วมกัน” ขวนนักสังคมสงเคราะห์กระโดดข้ามรั้วศาสตร์วิชาชีพออกมา การค้นหาและใช้มุมมองคนนอกบอกเล่า (outside-in) อยากเห็นอะไรกับวิชาชีพต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อประชาชน” ความพยายามลดขั้นตอนการประเมินผู้ใช้บริการ ลดภาระของการทำงานบนกระดาษ และสามารถตอบสนองปัญหาของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการเชื่อมต่อการให้บริการสังคมสงเคราะห์กับทีมงานสุขภาพภายในโรงพยาบาลและศูนย์พึ่งได้ที่ทำงานกับทีมสหวิชาชีพทั้งภายใน และภายนอกโรงพยาบาล ด้วยทักษะ ความสามารถ ประสานงาน ส่งต่อ จัดหาทรัพยากรทางสังคมเพื่อทำให้แผนการดูแลทางสังคมกับผู้ป่วย เป้าหมายของการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ และสังคม ข้อท้าทายระบบงานสังคมสงเคราะห์ที่ต้องพัฒนาเข้าสู่ระบบบริการแพทย์ทางไกลเป็นระบบย่อยที่เชื่อมข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาสังคมซับซ้อน มีข้อจำกัดไม่สามารถมารับการรักษาต่อเนื่องและส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น การรวมตัวของเครือข่ายคนหลายรุ่น (generations) ของนักสังคมสงเคราะห์จึงเกิดขึ้น

การพัฒนาระบบบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในสถานพยาบาลทั่วประเทศ ในปีแรกเป็นการรวบรวมเครื่องมือการทำงานทางสังคมสงเคราะห์ 23 เครื่องมือ และทดลองเก็บข้อมูลผู้ป่วยใน 13 โรงพยาบาลใน 13 เขตสุขภาพ

เป็นการพัฒนาสมรรถนะนักสังคมสงเคราะห์ที่จะเรียนรู้ และพัฒนาตนเองสู่ระบบงานดิจิทัล ภายใต้เจตนารมณ์และการสนับสนุนของสำนัก 7 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการพัฒนาระบบบริการสังคมสงเคราะห์⁽²⁾ ต่อมาการขับเคลื่อนงานปีที่ 2 (กรกฎาคม พ.ศ. 2567 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568) โครงการพัฒนาระบบบริการสังคมสงเคราะห์ ผ่านเครื่องมือที่ใช้ร่วมกับทีมสุขภาพ ในระบบบริการสุขภาพจากระดับตติยภูมิ และทุติยภูมิ ไปสู่ระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อร่วมเรียนรู้กับหลักสูตรพัฒนาสมรรถนะการทำงานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลทางสังคมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง รวมทั้งการทบทวน ปรับปรุง เพิ่มเครื่องมือการประเมินปัญหาทางสังคม และสุขภาพ 14 เครื่องมือ รวมเครื่องมือทั้งหมด 37 เครื่องมือ⁽¹⁾ ซึ่ง “ระบบบริการปฐมภูมิ” เป็นส่วนของชุดคำที่อธิบายลักษณะระบบบริการทางการแพทย์เป็นระดับต่างๆ โดย แบ่งตามความซับซ้อนทางการแพทย์เป็นบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ทั้งนี้เพื่อการวางแผนหน่วยบริการ การใช้ทรัพยากร เทคโนโลยีและการจัดบุคลากรให้บริการที่เหมาะสม ตามลักษณะบริการ โดยที่บริการปฐมภูมิ หมายถึงหน่วยบริการสุขภาพระดับแรกของระบบ ทำหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ที่ไม่ซับซ้อน⁽³⁾ ระบบบริการปฐมภูมิ ในเชิงแนวคิด และหลักการ หมายถึงระบบที่ให้บริการสุขภาพในระดับที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข (first line health care services) ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชนโดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยาและสังคมศาสตร์ในลักษณะผสมผสาน (integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง (continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว และ ชุมชน (individual, family and community) โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมรวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุ⁽⁴⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสมรรถนะการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์และทีมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทดลองใช้เครื่องมือในระบบ

platform social telecare และเชื่อมและบูรณาการ platform ที่ใช้งานในปัจจุบันในโรงพยาบาล รวมทั้งจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้รูปแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) เป็นการทดลองใช้แพลตฟอร์ม แบบประเมินทางสังคมในระบบ PST, A-MED Home Ward, และ HOSxP (telemedicine) 3 ระบบมีการเชื่อมโยงข้อมูล/แลกเปลี่ยนข้อมูล (AMED Home Ward) และเพิ่มความครอบคลุมมีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีความหลากหลาย (ทั้งเอกชน ท้องถิ่น หรือรัฐ เป็นต้น) และประยุกต์ใช้ระบบ PST ในการสร้างระบบติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลทางสังคมและคุณภาพชีวิต ประชากรและกลุ่มตัวอย่างและการกำหนดขนาด ได้แก่ กลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มนักสังคมสงเคราะห์และทีมสุขภาพ 30 คน และผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง 3,600 ราย พื้นที่ดำเนินการในโรงพยาบาล sandbox 5 แห่ง (โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูคินารายณ์กาฬสินธุ์ โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพมหานคร) และโรงพยาบาลขยายผล 4 แห่ง (โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลสุรินทร์ และสถาบันโรคทรวงอกนนทบุรี)

วิธีการขับเคลื่อนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

1. พัฒนาสมรรถนะการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์และทีมสุขภาพในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยการจัดทำหลักสูตร และการจัดอบรมให้ความรู้ จำนวน 4 หลักสูตร ประกอบด้วย (1) หลักสูตรการใช้เครื่องมือประเมินปัญหาทางสังคม (2) หลักสูตรความรู้การใช้งานระบบดิจิทัล (digital literacy) (3) หลักสูตรการเสริมพลังตนเองของนักสังคมสงเคราะห์ ได้แก่ การประเมินสุขภาพทางกาย จิตใจ อารมณ์ และการจัดการเงินกับชีวิต/การจัดการหนี้สิน และ (4) หลักสูตรอบรมออนไลน์ medical social work clinic รวมทั้งการจัด case conference

2. ทดลองใช้เครื่องมือในระบบ PST ประกอบด้วย เครื่องมือประเมินและติดตามผล 37 เครื่องมือ และรายงานผลการใช้เครื่องมือใน PST⁽⁵⁾

3. เชื่อมและบูรณาการ platform ที่ใช้งานในปัจจุบันในโรงพยาบาล ประกอบด้วย (1) ระบบ PST (2) ระบบ platform A-MED Home Ward พัฒนาโดยสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ (3) ระบบ platform HOSxP พัฒนาโดยบริษัทบางกอก เมดิคอล-ซอฟต์แวร์ จำกัด สถานะของระบบ PST ทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมโยงข้อมูล (หลังบ้าน) ที่ให้ทีมนักสังคมสงเคราะห์และสหวิชาชีพเข้ามาใช้เครื่องมือ ผ่านกลไกที่ช่วยให้ซอฟต์แวร์สามารถสื่อสารข้อมูลระหว่างกันได้ (application program interface; API) แสดงผลการประเมินภาวะสุขภาพส่งต่อกับทีมสุขภาพในโรงพยาบาล เพื่อออกแบบบริการสุขภาพแบบองค์รวมร่วมกันกับทีมสุขภาพ และสามารถปรึกษาหารือเพื่อการจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวม มีความถูกต้อง แม่นยำ คุ่มค่า

4. จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยการประชุม วิเคราะห์ เพื่อเสนอแนะนโยบายในการพัฒนาระบบและกลไกการให้บริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในระบบบริการแพทย์ทางไกล นำไปสู่การทำ E-claim ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผลักดันเชิงนโยบาย เป้าหมายส่งมอบเชื่อมโยง PST กับสำนักสุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (จำนวน/ร้อยละ) การใช้ VS code ภาษา Python การวิเคราะห์เนื้อหาแบบอุปนัย เพื่อประเมินผลอย่างเป็นระบบ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากการพิจารณาผ่านจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ หนังสือรับรองเลขที่ 005/2567 รหัสโครงการวิจัย TUH-EC-SW-5-029/66

ผลการศึกษา

1. ผลการพัฒนาสมรรถนะของนักสังคมสงเคราะห์และทีมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ 4 หลักสูตร เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถในการใช้ platform social telecare กับ A-MED Home Ward/HOSxP โครงการฯ ได้จัดทำหลักสูตรพัฒนาสมรรถนะนักสังคมสงเคราะห์

และทีมสุขภาพ จำนวน 4 หลักสูตร พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจ อันดับ 1 หลักสูตรการจัด case conference แบบออนไลน์ เป็นการนำกรณีศึกษาที่ดำเนินการมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างนักสังคมสงเคราะห์กับทีมสหวิชาชีพทั่วประเทศเดือนละ 1 ครั้ง ได้รับความสนใจจากนักสังคมสงเคราะห์และทีมสุขภาพมากที่สุด (ร้อยละ 100.0) อันดับ 2 หลักสูตรการเสริมพลังตนเองของนักสังคมสงเคราะห์ ได้แก่ การประเมิน สุขภาวะทางกาย จิตใจ อารมณ์ และการจัดการเงินกับชีวิต/การจัดการหนี้สิน (ร้อยละ 86.9) อันดับ 3 หลักสูตรการใช้เครื่องมือประเมินปัญหาทางสังคม (ร้อยละ 40.4) ข้อสังเกต หลักสูตรความรู้การใช้งานระบบดิจิทัล (digital literacy) และการจัดทำ standard operating procedure ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

2. ผลการทดลองใช้ระบบ PST พบว่า ในปี พ.ศ. 2566-2567 การใช้งานจริง จำนวนผู้ใช้งานระบบ PST มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนนักสังคมสงเคราะห์เข้าใช้งาน 74 ราย จำนวนโรงพยาบาลเข้าใช้งาน 17 แห่ง จำนวนสหวิชาชีพเข้าใช้งาน 5 ราย ต่อมาในปี พ.ศ. 2666 การใช้งาน PST เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีจำนวนนักสังคมสงเคราะห์เข้าใช้งานเพิ่มเป็น 432 ราย (ค่าเป้าหมาย

30 ราย) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงอัตราการเติบโตมากถึงร้อยละ 100 จำนวนโรงพยาบาลใช้งานเพิ่มขึ้นเป็น 118 แห่ง จำนวนสหวิชาชีพ เพิ่มขึ้น 22 ราย มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 5,325 ราย ในปี พ.ศ. 2567 โครงการฯ มีการรวบรวมเครื่องมือการจัดหมวดเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องมือของนักสังคมสงเคราะห์ 9 เครื่องมือ (เดิม) เครื่องมือของทีมสหวิชาชีพหลัก/ทั่วไป 6 เครื่องมือ ได้แก่ เครื่องมือการทำงานผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 เครื่องมือ เครื่องมือ one stop crisis center หรือ OSCC 5 เครื่องมือ เครื่องมือคนพิการ 1 เครื่องมือ และเครื่องมือการทำงานด้านยาเสพติดและด้านจิตเวช 14 เครื่องมือ รวมเป็นเครื่องมือการทำงานทั้งหมด 37 เครื่องมือ ผลการใช้เครื่องมือในระบบ PST 5 อันดับ ได้แก่ ได้แก่ (1) แบบประเมินวินิจฉัยและจัดการทางสังคม (ร้อยละ 23.37) (2) แบบประเมินความพร้อมของครอบครัว (ร้อยละ 7.15) (3) แบบประเมินตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วย (ร้อยละ 6.53) (4) แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (ร้อยละ 5.37) และ (5) แบบประเมินการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเอง (ร้อยละ 3.86) ดังภาพที่ 1 และตารางที่ 1

ภาพที่ 1 เครื่องมือพื้นฐานของนักสังคมสงเคราะห์

The image shows a screenshot of the Social Telecare system interface. On the left, there is a navigation menu with the following items: 'บริการ' (Services), 'จัดการผู้สมัครสมาชิก' (Manage Members), and 'จัดการข้อมูลสถาน' (Manage Facilities). At the bottom of the menu, there is a button labeled 'ออกจากระบบ' (Logout) and a settings icon. The main content area is titled 'แบบประเมินทั้งหมด' (All Assessment Forms). It features two dropdown menus: 'เครื่องมือทางสังคมสงเคราะห์' (Social Work Tools) and 'เครื่องมือทางสหวิชาชีพ' (Inter-professional Tools). Below these, a list of assessment forms is displayed, numbered 1 through 8. The list includes: 1. เครื่องมือประเมินวินิจฉัยและจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment) S.D.M.A., 2. เครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment) F.R.A., 3. เครื่องมือแบบประเมินทักษะพื้นฐานในการทำงานและทักษะการปรับตัวทางสังคม (Social skill Assessment : S.S.A.), 4. เครื่องมือประเมินการดูแลสุขภาพจิตตนเอง (Mental Self Care Assessment) M.S.C.A., 5. เครื่องมือประเมินปัญหาทางสังคม ผู้ป่วยโรคจิตใหม่/โรคติดต่อร้ายแรง, 6. ประเมินตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วย, 7. แบบฟอร์มการส่งต่อข้อมูลทางสังคม, and 8. แบบติดตามและประเมินทางสังคม (Social Monitoring and evaluation) กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด.

ตารางที่ 1 ผลการใช้เครื่องมือใน Platform Social Telecare

	เครื่องมือ	ปี 2566 (%/n)	ปี 2567-2568 (ส.ค. 2567 - ก.พ. 2568)	ลำดับที่
เครื่องมือ ทางสังคม สงเคราะห์ (9 เครื่องมือ)	1. แบบประเมินวินิจฉัยและจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment; S.D.M.A.)*	39.72 (446)	23.37 (2,749)	1
	2. แบบประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment; F.R.A.)*	14.96 (168)	7.15 (841)	2
	3. แบบประเมินตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบ จากการเจ็บป่วย*	0.24 (14)	6.53 (768)	3
	4. แบบประเมินการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเอง (Mental Self Care Assessment; M.S.C.A.)*	1.25 (14)	3.86 (455)	5
	5. แบบประเมินทักษะพื้นฐานในการทำงานและ ทักษะการปรับตัวทางสังคม (Social Skill Assessment; S.S.A.)*	0.18 (2)	1.19 (140)	
	6. แบบประเมินปัญหาทางสังคม ผู้ป่วยโรคอุบัติ ใหม่/โรคติดต่อร้ายแรง*	9.53 (107)	1.16 (137)	
	7. แบบฟอร์มการส่งต่อข้อมูลทางสังคม	0.18 (2)	1.79 (211)	
	8. แบบติดตามและประเมินผลทางสังคม (Social Monitoring and Evaluation)	0 (0)	0 (0)	
	9. แบบประเมินสุขภาพและสำรวจความต้องการ หลังติดเชื้อโควิด 19*	6.59 (74)	1.43 (169)	
เครื่องมือทาง สหวิชาชีพ หลัก/ทั่วไป (6 เครื่องมือ)	1. การทำผังครอบครัว การทำแผนที่สังคม / Life Time*	0.45 (5)	1.80 (212)	
	2. แบบประเมินโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (2Q9Q8Q)*	2.94 (33)	1.69 (199)	
	3. แบบประเมินความเครียด (ST-5)*	2.14 (24)	1.89 (223)	
	4. แบบสรุปประชุมสหวิชาชีพ (Conference Case)*	0.09 (1)	1.92 (226)	
	5. แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living; ADL)*	0 (0)	1.80 (212)	

ตารางที่ 1 ผลการใช้เครื่องมือใน Platform Social Telecare (ต่อ)

	เครื่องมือ	ปี 2566 (%/n)	ปี 2567-2568 (ส.ค. 2567 - ก.พ. 2568)	ลำดับที่
	6. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)*	4.19 (47)	1.88 (222)	
การดูแลผู้ป่วย ระยะท้าย (2 เครื่องมือ)	7. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล แบบประคับประคองฉบับสวนดอก (Palliative performance score; PPS)*	14.87 (167)	5.47 (632)	4
	8. การวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Advance care plan)*	0.45 (5)	2.20 (259)	
ศูนย์พึ่งได้ (OSCC) (5 เครื่องมือ)	9. แบบคัดกรองเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงดูเด็ก ตามมาตรฐานขั้นต่ำ (Child Maltreatment Surveillance Tool; CMST)*	0.09 (1)	1.82 (215)	
	10. แบบบันทึกข้อมูลการช่วยเหลือเด็กและสตรี ที่เข้ารับบริการ OSCC*	0.09 (1)	1.68 (198)	
	11. แบบบันทึกข้อมูลผู้ที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ที่เข้ารับบริการ OSCC*	0.18 (2)	1.69 (199)	
	12. แบบคัดกรองความรุนแรงในครอบครัว (Woman Abuse Screening Tool; WAST)*	0.09 (1)	1.62 (191)	
	13. แบบคัดกรองความรุนแรงในครอบครัว HARK*	0 (0)	1.40 (165)	
คนพิการ (1 เครื่องมือ)	14. แบบประเมินสมรรถนะคนพิการ (International Classification of Functioning Disability and Health; ICF)*	0.09 (1)	0.36 (43)	
เครื่องมือการ ทำงานด้านยา เสพติดและ ด้านจิตเวช (14 เครื่องมือ)	15. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test; AUDIT)*	0.09 (1)	1.69 (199)	
	16. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change)	0.09 (1)	2.41 (296)	
	17. แบบวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้สารเสพติด (Substance Use Disorder DSM -5)*	0 (0)	2.31 (272)	
	18. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS)	0.09 (1)	2.26 (266)	
	19. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale; OAS)	0 (0)	3.03 (357)	

ตารางที่ 1 ผลการใช้เครื่องมือใน Platform Social Telecare

	เครื่องมือ	ปี 2566 (%/n)	ปี 2567-2568 (ส.ค. 2567 - ก.พ. 2568)	ลำดับที่
	20. แบบประเมินอาการขาดยา*	0 (0)	3.77 (444)	
	21. แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (HoNOS)	0 (0)	1.81 (214)	
	22. แบบประเมินส่วนประกอบทางอารมณ์ (MOSAIC)	0.09 (1)	1.64 (194)	
	23. แบบประเมินความรุนแรงของความผิดปกติ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Thai Young Mania Rating Scale; TMRS)	0 (0)	1.65 (195)	
	24. แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 10 ด้าน	0 (0)	1.07 (127)	
	25. แบบประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAVE)	0 (0)	1.19 (141)	
	26. แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภท (PANSS) Positive and Negative Syndrome Scale)	0 (0)	1.77 (209)	
	27. แบบวัดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท/ญาติ (Burden of care)	0 (0)	0 (0)	
	28. แบบประเมิน Montgomery and Asbery Depression Rating Scale; MADRS)	0 (0)	0.01 (180)	
	รวม	100.00 (1,123)	100.00 (11,760)	

ผลการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางในโรงพยาบาลจากระบบ PST

ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางร้อยละ 51.95 เป็นเพศชาย มากกว่าเพศหญิงร้อยละ 45.53 มีอายุ 21-59 ปี เป็นวัยทำงาน อายุสูงสุด 95 ปี อายุต่ำสุด 1 ปี อายุเฉลี่ย 56 ปี ระดับการศึกษาร้อยละ 44.18 จบการศึกษาประถมศึกษา อาชีพพบว่า ร้อยละ 46.64 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบ

อาชีพ ส่วนรายได้ ร้อยละ 56.58 รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท ต่อเดือน ข้อมูลด้านสุขภาพและโรคที่พบของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 78.95 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ-แห่งชาติ ร้อยละ 13.40 ใช้สิทธิข้าราชการ และร้อยละ 7.65 ใช้สิทธิประกันสังคม โรคของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 39.70 เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ผู้ป่วย long term care รองลงมา ร้อยละ 17.97 เป็นผู้ป่วยติดสารเสพติด

ร้อยละ 15.66 เป็นผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช และร้อยละ 26.67 เป็นผู้ป่วยโรคอื่นๆ ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคภาวะหัวใจล้มเหลว โรคอุบัติเหตุ ฯลฯ ข้อมูลทางสังคมต่อการดูแลทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ปัญหาทางสังคมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเปราะบางในครอบครัวมากที่สุดถึงร้อยละ 72.26 รองลงมา ร้อยละ 71.48 เป็นปัญหาการเงินและการประกอบอาชีพ และร้อยละ 24.01 มีปัญหาที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของปัญหาทางสังคมในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มสีเขียว กลุ่มสีเหลือง และกลุ่มสีแดง ร้อยละ 53.65, 41.98, 4.37 ตามลำดับ ความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อยและปานกลางร้อยละ 35.71, 27.40 ตามลำดับ

ผลการจัดบริการการดูแลทางสังคมของนักสังคมสงเคราะห์ และทีมสุขภาพ พบว่า

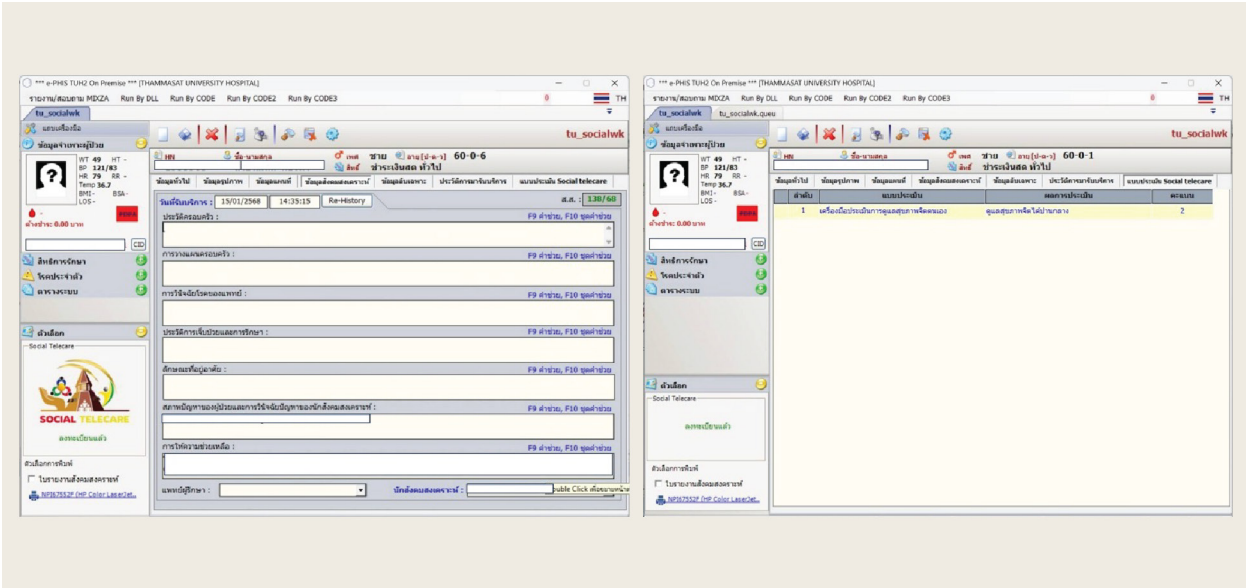
1. ประเภทการบำบัดรักษา ร้อยละ 37.00 จัดบริการเสริมพลังอำนาจ (empowerment) และร้อยละ 28.83 จัดบริการสนับสนุนทางสังคม (social support)
2. ประเภทการประเมินตรวจวินิจฉัย ร้อยละ 25.52 มีการจัดบริการตรวจประเมินวินิจฉัยปัญหาทางสังคมกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ
3. ประเภทการฟื้นฟูทางการแพทย์และสังคมพบว่า ร้อยละ 30.76 เป็นการจัดการบริการจัดการทรัพยากรทางสังคมและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
4. ประเภทการฟื้นฟูทางการแพทย์และสังคม
5. ประเภทการดูแลส่งเสริมฟื้นฟู
6. ประเภทติดตามผลด้านการแพทย์และสังคม ประเภทที่ 4-6 มีการดำเนินได้น้อยมาก

3. ผลการเชื่อมและบูรณาการ ระบบ PST เชื่อมโยงกับระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) การออกแบบเชื่อมโยงระหว่างระบบ PST กับระบบ A-MED Home Ward แลกเปลี่ยนข้อมูล กระบวนการเริ่มต้นจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดจาก DMS HW ไปยัง PST ผ่านการกดปุ่ม “ส่งต่อ” และการส่งข้อมูลนี้ผ่าน API เพื่อสร้างหรือปรับปรุง profile ของผู้ป่วยตรงกับข้อมูลในระบบ ณ จุดนี้นักสังคมสงเคราะห์จะสร้าง

แบบประเมินทางสังคม เพื่อเก็บข้อมูลและผลการประเมินที่เกิดขึ้น และในที่สุดข้อมูลผลการประเมินจะถูกส่งกลับไปยังระบบการเยี่ยมบ้าน (DMS HW) ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน การออกแบบเชื่อมโยงระหว่าง PST กับระบบ HOSxP เป็นการพัฒนาความร่วมมือกับบริษัทบางกอกเมดิคอลซอฟต์แวร์จำกัด การลงนามบันทึกข้อตกลงร่วม (MOU) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสมรรถนะของนักสังคมสงเคราะห์และทีมสุขภาพ กระบวนการเริ่มต้นจากการอบรมด้านการใช้งาน PST ร่วมกับระบบ HOSxP เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะด้านดิจิทัล พร้อมทั้งขับเคลื่อนกลไกเครือข่ายการทำงานในระบบงานของโรงพยาบาลที่ใช้ระบบ HOSxP มาเชื่อมต่อกับบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการในระดับพื้นที่ sandbox ด้วย ระบบบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ระหว่าง Platform Social Telecare กับระบบ A-MED Home Ward ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด และระบบ HOSxP ไปสู่การทำ E-claim นอกจากนี้ ยังพบว่า ผลการขับเคลื่อนกลไกเครือข่ายการทำงานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการในพื้นที่ต้นแบบเกิดขึ้นในทุกพื้นที่ ผู้บริหารโรงพยาบาลมีการผลักดันให้เกิดเป็นนโยบายของโรงพยาบาลต่อการนำระบบ PST ไปเชื่อมโยงกับ platform ของโรงพยาบาลสำเร็จ เช่น โรงพยาบาลกุฉินารายณ์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ดังภาพที่ 2

4. ผลการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยการประชุมระดมสมอง วิเคราะห์ เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบและกลไกการให้บริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในระบบบริการแพทย์ทางไกลในอนาคต นำไปสู่การทำ E-claim ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผลักดันเชิงนโยบาย เป้าหมาย ส่งมอบเชื่อมโยงระบบ PST กับสำนักบริการสุขภาพดิจิทัล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข การสร้างความยั่งยืนการใช้งานระบบปฏิบัติการ platform social telecare กับระบบ HIS การวางแผนระบบปฏิบัติการระบบ PST ให้เป็นส่วนหนึ่งในระบบ HIS กลยุทธ์ในการสร้างความยั่งยืนของระบบ PST โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร การสร้างกลไก การบริหารจัดการที่เข้มแข็งเพื่อให้ platform สามารถดำเนินงานต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ภาพที่ 2 การรายงานผลการเชื่อมโยง PST ด้วย API เข้าระบบ e-PHIS ของโรงพยาบาล



วิจารณ์

ระบบและกลไกการพัฒนาสมรรถนะนักสังคมสงเคราะห์ และทีมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาสมรรถนะของนักสังคมสงเคราะห์และทีมสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการนำนักสังคมสงเคราะห์ใช้งานระบบดิจิทัลเพิ่มขึ้น มีประเด็นที่ต้องพิจารณาปรับปรุงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดังนี้

1. การประเมินความต้องการและความพร้อมการใช้ระบบ PST ผลการศึกษาพบว่า หลักสูตรพื้นฐานการพัฒนาสมรรถนะทางวิชาชีพคือ (1) หลักสูตรการใช้เครื่องมือประเมินปัญหาทางสังคม และ (2) หลักสูตรความรู้การใช้งานระบบดิจิทัล (digital literacy) ยังไม่บรรลุตัวชี้วัดโครงการ เนื่องจากเนื้อหาหลักสูตรบางส่วนไม่เหมาะกับผู้เรียนรายใหม่ที่ยังไม่ได้ใช้งานในระบบดิจิทัล ผู้เรียนควรได้นำไปฝึกปฏิบัติการก่อน รวมทั้งควรประเมินศักยภาพและความสามารถของผู้เรียนก่อนเพื่อให้ตรงกับความต้องการใช้งานจริงในโรงพยาบาล การออกแบบหลักสูตรและกิจกรรมการฝึกอบรม ประเภทของผู้เรียนมีความแตกต่างกัน เช่น กลุ่มที่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรและมีการใช้ระบบ PST เช่น โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี โรงพยาบาล มหาสารคาม โรงพยาบาลยะลา ดังนั้น 3 โรงพยาบาลนี้ควรพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพการยกระดับการใช้ระบบ PST และเป็น

ที่เลี้ยงกับพื้นที่ใหม่และพื้นที่ขยายผลต่อไป ระบบ PST ควรมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์มั่นใจว่าสามารถนำความรู้และทักษะไปใช้ได้จริงในการปฏิบัติงาน

2. การใช้ระบบ PST เชื่อมโยงกับ 2 แพลตฟอร์ม โดยมีการใช้ระบบ PST ในพื้นที่ทดลอง 5 จังหวัด มี 5 รูปแบบการทำงานตามบริบทพื้นที่ ข้อมูลการทำงานกับกลุ่มตัวอย่างเปราะบางของแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน อาทิ 3 ใน 5 โรงพยาบาลเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยยาเสพติด และผู้ป่วยเอดส์ เช่น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุนินารายณ์ (ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยยาเสพติด และผู้ป่วยเอดส์) โรงพยาบาลขอนแก่น (ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยยาเสพติด) โรงพยาบาลมหาสารคาม (ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง) ขณะที่ 2 ใน 5 โรงพยาบาลที่เลือกกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี (ผู้ป่วยโรคเบาหวาน) โรงพยาบาลยะลา (ผู้ป่วยมะเร็ง) นอกจากนี้ยังพบว่า โรงพยาบาลมีระบบฐานข้อมูลของตนเอง และบางแห่งอยู่ระหว่างการปรับปรุงระบบเพื่อเชื่อมต่อกับ A-MED Home Ward ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. การบันทึกข้อมูลการจัดบริการการดูแลทางสังคมกับผลการประเมินกลุ่มสีแดง กลุ่มสีเหลือง ยังไม่ครบถ้วน

ไม่สอดคล้องกับการประเมินปัญหาทางสังคม ข้อสังเกต การจัดบริการการดูแลทางสังคมพบว่า การจัดทำแผนการดูแลทางสังคมกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยระยะท้าย (ร้อยละ 0.79) บริการจุดแข็งบริการที่ทำได้ดีคือ ด้านการบำบัดทางสังคม (ร้อยละ 37.00) จุดท้าทายของวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ที่ยังทำได้น้อย คือ บริการการติดตามผลด้านการแพทย์และสังคม (ร้อยละ 5.08) บริการด้านการเตรียมความพร้อมก่อนและหลังการประกอบอาชีพและการมีงานทำ (ร้อยละ 0.07) PST ควรเพิ่มการบันทึกเชิงคุณภาพที่มีรายละเอียดเพิ่มขึ้นเพื่อใช้วางแผนการจัดการรายกรณีกับทีมสุขภาพที่จะช่วยให้กลุ่มเปราะบางเข้าถึงบริการการดูแลทางสังคมกับหน่วยงานสังคมภายนอกในระดับพื้นที่ได้ บริการส่งต่อกับหน่วยงานภายนอก เช่น กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน และการฝึกอาชีพกับกลุ่มเปราะบางของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สะท้อนให้เห็นว่า การใช้ระบบ PST จะช่วยให้นักสังคมสงเคราะห์ใช้ข้อมูลในระบบเพื่อทำงานเชิงลึกกับผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางและครอบครัว ลดภาระงานของนักสังคมสงเคราะห์ในการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน และสามารถวิเคราะห์ผล แปลผลเพื่อนำไปสู่การออกแบบบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การใช้ระบบ PST ที่ง่ายและเป็นมิตร (user-friendly) ยังต้องมีการทดลองใช้งานและมีการปรับปรุงการออกแบบระบบให้ใช้งานง่ายขึ้น เข้าใจง่าย และมีความเป็นมิตรกับผู้ใช้ โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่มีความรู้ด้านเทคโนโลยีแตกต่างกัน ควรมีคู่มือการใช้งานที่ชัดเจนครอบคลุม และเข้าถึงได้ง่าย อาจพิจารณาเพิ่มฟีเจอร์ช่วยเหลืออัตโนมัติ (help) หรือระบบการสนับสนุนทางเทคนิคที่เข้าถึงได้สะดวก

5. การบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศด้านการรักษาความปลอดภัยและข้อมูลส่วนบุคคล การรักษาความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัว การให้ความสำคัญกับการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลผู้ใช้ ปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยของข้อมูลอย่างเคร่งครัด เช่น การเข้ารหัสข้อมูล การจำกัดการเข้าถึงข้อมูล และการตรวจสอบระบบความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ ควรมีนโยบายความเป็นส่วนตัวที่ชัดเจน และแจ้งให้ผู้ใช้ทราบถึงวิธีการปกป้องข้อมูลส่วนตัวของตนเอง ระเบียบนี้โครงการฯ มีความก้าวหน้า

การเชื่อมข้อมูล API หลังบ้านระหว่างกองดิจิทัลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์เพื่อตรวจสอบการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต

6. การพัฒนาฟังก์ชันการทำงาน เพิ่มฟังก์ชันการทำงานที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ เช่น ระบบการแจ้งเตือนระบบการรายงาน ระบบการวิเคราะห์ข้อมูล และระบบการติดตามผล เพื่อช่วยให้นักสังคมสงเคราะห์สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรศึกษาความต้องการของผู้ใช้และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการบำรุงรักษาและการสนับสนุนการจัดตั้งทีมงานดูแลระบบและให้การสนับสนุนทางเทคนิคอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาและข้อผิดพลาด พร้อมทั้งปรับปรุงระบบให้ทันสมัยอยู่เสมอ ควรมีช่องทางการติดต่อสื่อสารที่สะดวก เช่น สายด่วน อีเมล หรือแชท เพื่อให้ผู้ใช้สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้ทันที

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อภาคีเครือข่ายกับการพัฒนาระบบ Platform Social Telecare

1. พัฒนานักสังคมสงเคราะห์ ทีมสุขภาพและทีมงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ PCU ในกาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์อย่างต่อเนื่องมีความจำเป็นและสำคัญ ทักษะการจัดการและบริหารงานข้อมูลสารสนเทศเพื่อออกแบบบริการสุขภาพด้านการส่งเสริม ป้องกันโรคในระบบ E-claim มากกว่าการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่า และส่งผลให้เกิดความคุ้มค่าในระบบบริหารจัดการสุขภาพ

2. พัฒนาโครงสร้างเทคโนโลยีขั้นสูง platform กลาง cloud, data lake, AI (artificial intelligence) การบริหารจัดการ server กลาง เพื่อมาสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาบริการสุขภาพในอนาคต ที่จะเกิด การเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบ PST การวิจัยเพื่อพัฒนาฟังก์ชันการทำงานการติดตามและประเมินผลการให้บริการการดูแลทางสังคมที่ตอบสนองความต้องการของกลุ่มเปราะบางเพื่อลดความเหลื่อมล้ำเพิ่มช่องทางกลุ่มเปราะบางเข้าถึงบริการ อยู่ที่ไหนใช้บริการสุขภาพได้

3. พัฒนาระบบเชื่อมข้อมูลผ่าน API ระบบเครือข่ายทางสังคมและสุขภาพกับหน่วยงานภาครัฐเพื่อให้เกิดความยั่งยืน เช่น สำนักบริการสุขภาพดิจิทัล สำนักปลัด-

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ฯลฯ เพื่อขับเคลื่อนการบูรณาการการใช้ระบบ PST ขยายผลการใช้งานเข้าไปในระบบงานประจำของระบบบริการสุขภาพทุกระดับ อาทิ โรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน การมีกลไกการแบ่งปันข้อมูลและประสบการณ์ เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถเรียนรู้และพัฒนา platform ร่วมกัน

4. บูรณาการกับระบบ digital health platform กระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาการเชื่อมต่อและบูรณาการกับระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบ HOSxP A-MED Home Ward สำนักสุขภาพดิจิทัล สำนักงานปลัดกระทรวง-สาธารณสุข ระบบสมุดพกครัวเรือน MSO Logbook ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ (ศทส.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ระบบทะเบียนประชากร ระบบข้อมูลสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างครบถ้วนและรวดเร็ว การบูรณาการที่ดี จะช่วยลดความซ้ำซ้อนในการป้อนข้อมูลและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

5. พัฒนามาตรฐานข้อมูล คุณภาพข้อมูลและ data catalog เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และการออกแบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ การกำหนดมาตรฐานการใช้งานการรักษาความปลอดภัย และการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลของระบบ PST ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐเพื่อสร้างหลักประกันความมั่นใจได้ว่า platform มีความปลอดภัยใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปตามกฎหมาย รวมทั้งมีกลไกการกำกับดูแลร่วมกับสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ที่ชัดเจน

6. พัฒนาเครือข่ายภาคประชาสังคม การทดลองใช้งานจริงกับระบบงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ร่วมกับทีมสุขภาพทุกขั้นตอน ตั้งแต่การนำเข้าข้อมูล การบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ การวิเคราะห์ การออกแบบ บริการ การกำหนดแผนบริการการดูแลทางสังคม การติดตามและประเมินผล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผู้สนับสนุนทุนการดำเนินงานการพัฒนาสมรรถนะนักสังคมสงเคราะห์และทีมสุขภาพให้กับสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ขอขอบคุณภาคีเครือข่ายสนับสนุนเชื่อมโยงบูรณาการการทำงานระบบแพทย์ทางไกล (telemedicine) 3 ระบบงานร่วมกันการพัฒนาระบบ PST โดยคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พัฒนาโดยสำนักงาน-พัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ platform HOSxP พัฒนาโดยบริษัท บางกอกเมดิคอลซอฟต์แวร์ จำกัด ขอขอบคุณนักสังคมสงเคราะห์ และเครือข่ายสหวิชาชีพทุกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมเรียนรู้และพัฒนา platform social telecare และยังพร้อมที่จะเรียนรู้ และพัฒนาการทำงานร่วมกันต่อไป สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณนายแพทย์พรเพชร ปัญจปิยะกุล และแพทย์หญิงสายรัตน์ นกน้อย ที่ปรึกษาโครงการ ซึ่งได้ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และสนับสนุนการดำเนินงานจนโครงการฯ สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. ระพีพรรณ คำหอม, เยาวเรศ คำมะนาด, ขนิษฐา บุรณพันธ์ศักดิ์, สโรทร ม่วงเกลี้ยง, วัชระ อมศิริ, วัชจากร หนูทอง. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการพัฒนาและเสริมสมรรถนะกลไก และเครือข่ายการดูแลทางสังคมของสหวิชาชีพเพื่อสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อขยายผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2568.
2. ระพีพรรณ คำหอม, เยาวเรศ คำมะนาด, ขนิษฐา บุรณพันธ์ศักดิ์, สโรทร ม่วงเกลี้ยง, วัชระ อมศิริ, วัชจากร หนูทอง. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการพัฒนาและเสริมสมรรถนะกลไกและเครือข่ายการดูแลทางสังคมของสหวิชาชีพเพื่อสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2566.
3. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว: นิยาม ความหมายและความเชื่อมโยง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [สืบค้นเมื่อ 12 พ.ค. 2568];1(1):11-5. แหล่งข้อมูล: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2671/p011-015.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
4. นันทินารี คงยืน. ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับมาตรฐานการพัฒนา. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 12 พ.ค. 2568];3(3):374-86. แหล่งข้อมูล: https://phad.ph.mahidol.ac.th/journal_law/3-3/12-Nantinaree%20Khongyuen.pdf
5. สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์. รายงานผลข้อมูลกราฟภาพรวม Platform Social Telecare [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 เม.ย. 2568] แหล่งข้อมูล: <https://dashboard.setzerodev.online/d/edwmijg6l9ukgd/scp?orgId=1&refresh=2h&from=1731197845370&to=1731219445370&theme=light>

The Use of the Platform Social Telecare to Enhance the Competency of Medical Social Workers and Healthcare Teams in Supporting Thailand's Primary Healthcare System

Khanittha Booranaphansak¹, Rapeepan Kumhom¹, Sarotorn Muangklieng¹,
Yaowaret Khammanat², Watchara Amsiri³, Watcharakorn Nuthong⁴

¹ Social Work Professions Council, Bangkok, Thailand

² Ministry of Public Health

³ Thammasat University

⁴ National Science and Technology Development Agency, Pathum Thani Province, Thailand

Abstract

This study aimed to enhance the competencies of social workers and healthcare teams in the primary healthcare system, to test the tools in the social telecare platform, and to integrate existing platforms currently used in hospitals, as well as to formulate policy recommendations for developing systems and mechanisms to support medical social work services through telemedicine. The study employed a quasi-experimental research design with two target groups: 30 social workers and healthcare teams and 3,600 vulnerable patients. It was implemented in two categories of hospitals: (1) five pilot “sandbox” hospitals, and (2) four scaling-up hospitals. The capacity-building for social workers and public health personnel was carried out through four online training programs, including a course on social problem assessment tools, a digital literacy program, a self-empowerment course for social workers, and a medical social work clinic course, complemented by 18 online case conferences. Results revealed that the online case conference course was the most popular (over 100% participation), followed by the self-empowerment program (86.9%) and the social assessment tools course (40.4%). However, the digital literacy and standard operating procedure courses did not achieve their intended targets. The development and trial of the social telecare platform (PST) showed that by 2024 there were 432 active social workers, 118 hospitals, and 22 multidisciplinary team members using the system. A total of 37 tools were employed, with the three most frequently utilized being: (1) the social diagnosis and management assessment (23.37%), (2) the family readiness assessment (7.15%), and (3) the patient self-assessment for illness impacts (6.53%). Moreover, the integration of PST with A-MED home ward and HOSxP facilitated comprehensive patient data exchange, reinforcing health and social care service integration at the local level. As a result, several hospitals adopted the system as part of their institutional policies. Policy recommendations emphasize strengthening digital skills, integrating health databases, enhancing system functionalities, ensuring data security, and fostering cross-sectoral collaborations to sustain the Social Telecare Platform as an effective tool in supporting vulnerable patients comprehensively and efficiently.

Keywords: social telecare platform; medical social welfare; primary health care system; health policy