

รูปแบบการบริหารจัดการเพื่อการดูแลสุขภาพพระภิกษุ

ศรรัฐ เสงเจริญ

คู่มือฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาการจัดการสาธารณสุข

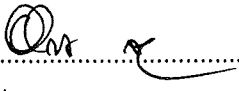
วิทยาลัยพาณิชยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ตุลาคม พ.ศ. 2559

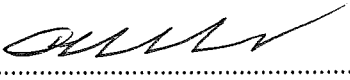
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

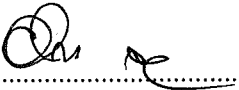
อาจารย์ผู้ควบคุมคุณฐิณีพนธ์และคณะกรรมการสอบปากเปล่าคุณฐิณีพนธ์ ได้พิจารณา
คุณฐิณีพนธ์ของ ศรรัฐ เองเจริญ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปรัชญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสาธารณะ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

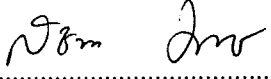
อาจารย์ผู้ควบคุมคุณฐิณีพนธ์

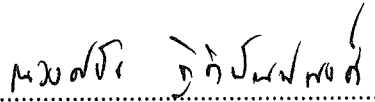

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.อิสระ สุวรรณบอล)

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

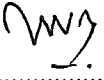

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.เชาว์ โจรนแสง)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อิสระ สุวรรณบอล)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชนนี เมธิโยธิน)


..... กรรมการ
(ดร.ณรงค์ชัย วุฒินันทวงศ์)

วิทยาลัยพาณิชยศาสตร์อนุมัติให้รับคุณฐิณีพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปรัชญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสาธารณะ ของมหาวิทยาลัยบูรพา


..... คณบดีวิทยาลัยพาณิชยศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บรรพต วิรุณราช)

วันที่ 15 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2559

กิตติกรรมประกาศ

คุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีเนื่องจากได้รับความกรุณาให้คำปรึกษาและช่วยแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บรรพต วิรุณราช คณบดีวิทยาลัยพาณิชยศาสตร์ รองศาสตราจารย์ ดร.อิสระ สุวรรณบล ประธานหลักสูตรการจัดการสาธารณสุข และอาจารย์ผู้ควบคุมคุษฎีนิพนธ์ ซึ่งทำให้ผู้วิจัยได้รับแนวทางในการศึกษาค้นคว้าหาความรู้และประสบการณ์อย่างกว้างขวางในการทำคุษฎีนิพนธ์ครั้งนี้ จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณกรรมการสอบคุษฎีนิพนธ์ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขจนทำให้คุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความกรุณาและอนุเคราะห์ในการร่วมประชุมกลุ่มและนำเสนอข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย รวมทั้ง คณาจารย์และเจ้าหน้าที่วิทยาลัยพาณิชยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่านที่ให้คำปรึกษาและความร่วมมือเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณทุก ๆ ท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือ และกำลังใจในการทำคุษฎีนิพนธ์ ฉบับนี้ให้สำเร็จด้วยดี

ศรรัฐ เสงเจริญ

56870011: สาขาวิชา: การจัดการสาธารณสุข; ปร.ด. (การจัดการสาธารณสุข)

คำสำคัญ: การจัดการค่าใช้จ่าย/ การดูแลสุขภาพ/ พระภิกษุ

ศรรัฐ เสงเจริญ: รูปแบบการบริหารจัดการเพื่อการดูแลสุขภาพพระภิกษุ.

(A MANAGEMENT MODEL FOR MEDICAL CARE OF THE MONKS) อาจารย์ผู้ควบคุมคุณภาพนิพนธ์:
อิสระ สุวรรณบด, Ph.D. 147 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบประสานวิธีมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัญหาในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขของพระภิกษุสงฆ์ สามเณร, รูปแบบวิธีการเข้าถึงการรักษาพยาบาล 2) ศึกษาหาแนวทางวิธีการเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงและ 3) ศึกษาหารูปแบบงบประมาณเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของพระภิกษุสงฆ์, สามเณรของประเทศไทยผ่านกระบวนการโดยดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอนคือ ขั้นที่ 1 วิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) กับกลุ่มตัวอย่างพระภิกษุทั่วประเทศ จำนวน 630 รูป ขั้นที่ 2 ทำการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ด้วยกระบวนการประชุมกลุ่ม (Focus group) กับกลุ่มตัวอย่างผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับจัดบริการและดูแลค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแต่พระสงฆ์ได้แก่ ผู้แทนจากสำนักงานงบประมาณ, ผู้แทนผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสงฆ์ อดีตหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์, ผู้แทนสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติและจากสำนักเลขาธิการมหาเถรสมาคม จำนวน 10 คน ผลการศึกษาทั้ง 2 ขั้นตอนพบว่ามีปัญหาในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์จำแนกตามหลักห่วงโซ่คุณค่าได้แก่ 1) ด้านโครงสร้างพื้นฐานและระดับปฏิบัติการที่พบปัญหาในเรื่องสถานที่, ระบบบริการที่ไม่เอื้ออำนวยให้พระสงฆ์มารับบริการ 2) ด้านทรัพยากรมนุษย์และการจัดการภายในพบปัญหาในเรื่องความไม่เหมาะสมของการบริการของบุคลากรผู้ปฏิบัติ 3) ด้านการจัดซื้อและเทคโนโลยีพบปัญหาในเรื่องความไม่เพียงพอและหลากหลายของครุภัณฑ์ทางการแพทย์ 4) ด้านการบริการผู้ภายนอก, ประชาสัมพันธ์และการบริการหลังการรักษาคาดการออกหน่วยประชาสัมพันธ์และบริการนอกสถานที่ สำหรับปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาประเด็นหลักคือพระสงฆ์ไม่รู้ถึงวิธีการได้มาซึ่งสิทธิที่ตนเองพึงได้และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากค่ารักษาเช่นค่าเดินทาง ค่าที่พักก่อนรับการรักษา

ผลการศึกษาเพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาผู้วิจัยนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายโดยแบ่งเป็น 3นโยบายคือนโยบายเพื่อสนับสนุนการรักษา, นโยบายเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพสำหรับพระและนโยบายเพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาของพระ จำนวน 7 โครงการ ได้แก่โครงการปรับปรุงภูมิสถานที่สถานพยาบาลสำหรับพระสงฆ์, โครงการปรับปรุงระบบการให้บริการพยาบาลสำหรับพระสงฆ์, โครงการพัฒนาคุณภาพบุคลากรผู้ให้บริการ, โครงการส่งเสริมการออกหน่วยบริการสุขภาพแก่วัดและชุมชนโดยรอบ, โครงการส่งเสริมสุขภาพะในวัด และพัฒนาเป็นศูนย์กลางชุมชน, โครงการปรับปรุงระบบประกันสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ในปัจจุบันและโครงการจัดตั้งกองทุนเพื่อสนับสนุนการรักษาพยาบาลสำหรับพระสงฆ์

56870011: MAJOR: PUBLIC MANAGEMENT; Ph.D. (PUBLIC MANAGEMENT)

KEYWORDS: COST MANAGEMENT/ MEDICAL CARE/ MONKS

SORNRUTH HENGCHAROEN: A MANAGEMENT MODEL FOR MEDICAL CARE OF THE MONKS. ADVISOR: ISSARA SUWANNABON, Ph.D. 147 P. 2016.

This mixed methods research had the following objectives: 1) to study monks and novice monks' problem of access to health services and pattern and method of access to medical care, 2) to find ways to support the monks' access to medical care, and 3) to study the budget model to support the monks and novice monks to have an access to medical care. The research was carried out through two stages. The first stage was conducting quantitative research and the sample group consisted of 630 monks throughout the country. The second stage was conducting qualitative research using Focus Group process and there were 10 professionals who were representatives from the Bureau of the Budget, representatives of the Director of the Priest Hospital, Former Head Nurse of Regional Hospital, Representative of the Office of National Buddhism Sangha Association and the secretariat and all of these people were associated with providing medical care and taking care of the monks' medical treatment costs.

The findings from two stages of the research revealed that the monks' access to medical care was divided with value chain analysis into 4 aspects as follows: 1) To infrastructure and operation, problems of place and unfavorable service system for the monks were found. 2) To human resource and internal management, the problems of inappropriate services given by the service personnel were found. 3) To procurement and technology, the lack and insufficiency of medical equipment was found. 4) To outreach, public relations, and after treatment service, there were the lack of publicity and few onsite services. To the problems of treatment cost, it was found that the monks didn't know how to acquire the entitlements and other expenses other than medical expenses which included transportation expense and accommodation expense before they received the treatment.

From the study to find the solutions for the problems, the researchers suggested three policies which were the policy to support treatment, the policy to support health promotion and the policy to support the treatment cost. Consequently, there were 7 projects to support the monks' medical care. The projects were as follows: 1) landscape improvement project at the Priest Hospital, 2) the improvement project of system providing care for the monks, 3) the project of the development personnel service providers, 4) the project to promote the health services to people at the temples or in the surrounding communities, 5) a project to promote wellbeing in the temple and the temple would be developed to be development community center, 6) improvement of health insurance for the monks today, current projects and project to raise fund for medical care for the monks. In addition, the researcher proposed the suggestions on three issues similar to the suggested policies to the stakeholders who could practice immediately without having to wait for a national policy.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
สมมุติฐานของการวิจัยเชิงปริมาณ	6
กรอบแนวทางดำเนินการวิจัย.....	7
กรอบการวิจัยเชิงปริมาณ	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	8
ขอบเขตของการวิจัย	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับพระภิกษุสงฆ์ในประเทศไทย	11
ระบบประกันสุขภาพหรือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย.....	17
แนวคิดทฤษฎีเชิงระบบ.....	25
ห่วงโซ่คุณค่า.....	31
แนวคิดเรื่องการบริหารทรัพยากรบุคคล	34
แนวคิดเรื่อง การประชาสัมพันธ์	37
นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	38
การจัดการงบประมาณภาครัฐ	45
หลักการและแนวคิดการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข.....	49
กองทุนภาคประชาสังคมของไทย	54
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	55

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย 59
	การวิจัยเชิงปริมาณ 59
	การวิจัยเชิงคุณภาพ..... 63
4	ผลการศึกษา 67
	ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์..... 68
	ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงพรรณนาเกี่ยวกับการบริการทางสุขภาพของสถานพยาบาล ของรัฐในมิติของระบบห่วงโซ่คุณค่า 72
	ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐาน 87
	ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการจัดประชุมกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 10 ท่าน ที่ประเด็นปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อสนับสนุนการเข้าถึง การรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ 93
	ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการจัดประชุมกลุ่ม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 10 ท่าน เพื่อศึกษาปัญหาและวิธีการจัดการค่าใช้จ่ายในการรักษาพระสงฆ์ที่นอกเหนือ จากระบบที่รัฐจัดให้ 98
	สรุปผลการศึกษา..... 99
5	สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ 106
	สรุปผลการวิจัย 106
	อภิปรายผลการวิจัย 108
	ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย 113
	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 113
	ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ 120
	ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป 124
	บรรณานุกรม 126
	ภาคผนวก 136
	ประวัติย่อของผู้วิจัย 147

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2-1	จำนวนวัดของประเทศไทยแบ่งตามนิกาย..... 14
2-2	จำนวนพระภิกษุ สามเณรและพุทธศาสนิกชนของประเทศไทย 14
2-3	จำนวนประชากรพระสงฆ์ทั่วประเทศแบ่งตามเขตปกครองพระสงฆ์ 15
2-4	ความแตกต่างระหว่างระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย..... 19
2-5	ขั้นตอนและการจัดการปัญหาเชิงระบบ 29
2-6	กลไกการคลังและกลไกการซื้อบริการสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย 51
3-1	รายละเอียดของสถิติเชิงอนุमानที่ใช้ในงานวิจัย 63
3-2	รายละเอียดของผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่ม 63
4-1	จำนวนและร้อยละของอายุพระสงฆ์ที่อนุเคราะห์คอบแบบสอบถาม 68
4-2	จำนวนและร้อยละ พรรษาบวชของพระสงฆ์ 68
4-3	จำนวนและร้อยละของระดับการศึกษา (ก่อนบวชเรียน) 69
4-4	จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์ที่อาศัยในวัดเขตเดียวกับสถานพยาบาลที่มีสิทธิ การรักษาติดตัว 69
4-5	จำนวนและร้อยละ ของการอาศัยในวัดที่พระสงฆ์บวช 70
4-6	จำนวนและร้อยละของการใช้สิทธิการรักษาของพระสงฆ์ 70
4-7	จำนวนและร้อยละของชนิดสิทธิการรักษาของพระสงฆ์ 71
4-8	จำนวนและร้อยละการมีโรคประจำตัวของพระสงฆ์ 71
4-9	ค่าเฉลี่ยของการประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับ โครงสร้างพื้นฐานการให้บริการ เทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าในด้าน โครงสร้างพื้นฐานในการให้บริการของสถานพยาบาล 72
4-10	ค่าเฉลี่ยของการประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับการให้บริการของบุคลากร ทางการแพทย์ เทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าในด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์..... 73
4-11	ค่าเฉลี่ยของการประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ เทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าในด้านเทคโนโลยี 73
4-12	ค่าเฉลี่ยของการประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับการจัดซื้อยาและอุปกรณ์ ทางการแพทย์เทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าในด้านการจัดซื้อ 74
4-13	ค่าเฉลี่ยของการประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับความสะดวกที่พระสงฆ์ได้รับ จากสถานพยาบาล เทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าด้านการจัดการภายใน 74

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4-14 ค่าเฉลี่ยของการประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับกระบวนการรักษาที่พระสงฆ์ ได้รับจากสถานพยาบาลรัฐ เทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าด้านการจัดการระดับปฏิบัติการ ..	75
4-15 ค่าเฉลี่ยของการประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับการบริการเชิงรุกของ สถานพยาบาลของรัฐ เทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าด้านการบริการผู้รับบริการภายนอก ...	76
4-16 ค่าเฉลี่ยของการประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับการรับรู้ข่าวสาร การประชาสัมพันธ์ของสถานพยาบาลของรัฐ เทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าด้านการ ประชาสัมพันธ์ทางการตลาด	77
4-17 ค่าเฉลี่ยของการประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับการให้บริการต่าง ๆ จาก สถานพยาบาลของรัฐ เทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าด้านการบริการหลังการรักษา.....	77
4-18 ค่าเฉลี่ยของการประเมินการบริการสถานพยาบาลของรัฐ เทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่า.....	78
4-19 ค่าสถิติการทดสอบภาพรวมการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในมิติห่วงโซ่ คุณค่าของพระภิกษุสงฆ์ที่มีอายุต่างกัน.....	80
4-20 ทดสอบความแตกต่างรายคู่ของระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลใน ด้านการบริการผู้รับบริการภายนอกของพระสงฆ์จำแนกตามช่วยอายุ.....	82
4-21 ทดสอบความแตกต่างรายคู่ของระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลใน ด้านการประชาสัมพันธ์ทางการตลาดของพระสงฆ์จำแนกตามช่วยอายุ.....	83
4-22 ค่าสถิติการทดสอบภาพรวมการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในมิติห่วงโซ่ คุณค่าของพระภิกษุสงฆ์ที่มีพรรษาบวชต่างกัน	84
4-23 ทดสอบความแตกต่างรายคู่ของระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลใน ด้านการบริการหลังการรักษาของพระสงฆ์จำแนกตามพรรษาบวช (ปี)	87
4-24 ค่าสถิติการทดสอบภาพรวมการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในมิติห่วงโซ่ คุณค่าของพระภิกษุสงฆ์ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน	88
4-25 ทดสอบความแตกต่างรายคู่ของระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลใน ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ของพระสงฆ์จำแนกตามระดับการศึกษา.....	90
4-26 ทดสอบความแตกต่างรายคู่ของระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลใน ด้านการจัดการระดับปฏิบัติการ จำแนกตามระดับการศึกษา	91

สารบัญญัตราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4-27	ค่าสถิติการทดสอบภาพรวมการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในมิติห่วงโซ่ คุณค่าของพระภิกษุสงฆ์ที่อาศัยวัดในวัดที่บวช	92
4-28	การจัดการค่าใช้จ่ายในการรักษาพระภิกษุและ สามเณรที่นอกเหนือจากที่รัฐจัดให้	104
5-1	ประมาณการค่าใช้จ่ายของกองทุนเพื่อสนับสนุนการรักษาพยาบาลสำหรับพระสงฆ์ใน ช่วงเวลา 5 ปี	119
5-2	นโยบายเชิงปฏิบัติและข้อเสนอแนะเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงและค่าใช้จ่ายในการรับ บริการรักษาพยาบาลของพระภิกษุสงฆ์และสามเณร	124

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1-1	กรอบแนวทางดำเนินการวิจัย	7
1-2	กรอบงานวิจัยเชิงปริมาณ	8
2-1	ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของทฤษฎีระบบ	27
2-2	ระบบการบริหาร โดยรวมและความสัมพันธ์ของกระบวนการบริหารจัดการทั้ง 5 ด้าน ...	28
2-3	ความสัมพันธ์ของกิจกรรมตามหลักห่วงโซ่คุณค่า	33
2-4	ขั้นตอนการจัดการทรัพยากรมนุษย์	36
2-5	กระบวนการประชาสัมพันธ์	38
2-6	ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของกลไกการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ	50
4-1	ประเด็นปัญหาที่ได้จากการประเมินการบริการสถานพยาบาลของรัฐจากพระสงฆ์เทียบกับมิติของห่วงโซ่คุณค่า 9 กิจกรรม	79
4-2	ปัญหาในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของพระภิกษุ สามเณรที่ได้จากงานวิจัย แยกปัญหาตามรูปแบบกิจกรรมของห่วงโซ่คุณค่า.....	101
4-3	แนวทางที่ได้จากข้อสรุปงานวิจัยเพื่อพัฒนาให้พระสงฆ์สามารถเข้าถึงการบริการ ทางด้านสุขภาพโดยสรุปตามกิจกรรมของหลักห่วงโซ่คุณค่า	102
5-1	รูปแบบการข้อเสนอแนะจัดการสาธารณะเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงและค่าใช้จ่าย ในการรับบริการรักษาพยาบาลของพระภิกษุสงฆ์และสามเณร	114
5-2	หน่วยงาน องค์กร บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติเพื่อสนับสนุน การเข้าถึงค่าใช้จ่ายในการรับบริการรักษาพยาบาลของพระภิกษุสงฆ์และสามเณร	120

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบริหารประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ได้นำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นแนวทางในการพัฒนาประเทศอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งให้เกิดภูมิคุ้มกันและมีการบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างเหมาะสม เพื่อให้การพัฒนาประเทศสู่ความสมดุลและยั่งยืน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554) รวมถึงรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 หมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตราที่ 30 ได้กล่าวไว้ว่า “บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกันชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกันการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิดเชื้อชาติภาษา เพศ อายุ ความพิการสภาพทางกายหรือสุขภาพสถานะของบุคคลฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคมความเชื่อทางศาสนาการศึกษาอบรมหรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญจะกระทำมิได้” นอกจากนี้ จากมาตรา 4 แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 บัญญัติไว้ว่า “ภายใต้บังคับบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาค บรรดาที่ชนชาวไทยเคยได้รับการคุ้มครองตามประเพณีการปกครองประเทศไทยในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุขและตามพันธกรณีระหว่างประเทศที่ประเทศไทยมีอยู่แล้ว ย่อมได้รับการคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญนี้” จะเห็นได้ว่าคำว่า ความเสมอภาค (Equality) นับเป็นแนวทางปฏิบัติสำคัญในการเชื่อมประสานระหว่าง ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ กับสิทธิและเสรีภาพ ให้สามารถปฏิบัติได้จริง (ศรีณยุ หมันทรัพย์, 2551)

เมื่อพิจารณาตามแนวทางของหลักแนวคิดด้านสิทธิมนุษยชนของรัฐธรรมนูญจะสามารถจำแนกประเภทของความเสมอภาคออกเป็น 4 ด้านคือ ความเสมอภาคทางสังคม, ความเสมอภาคทางกฎหมาย, ความเสมอภาคทางการเมือง และความเสมอภาคทางโอกาส โดยเฉพาะประเภทสุดท้ายที่ได้กล่าวถึง ความเท่าเทียมกันของโอกาสในการได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ และไม่ถูกกีดกันออกจากกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การศึกษา การบริการสาธารณสุข โดยไม่เลือกปฏิบัติเพราะความแตกต่างทางอัตลักษณ์ของแต่ละบุคคล (ราชบัณฑิตยสถาน, 2554)

ความเสมอภาคในมิติการจัดบริการด้านสาธารณสุขของรัฐ (Equality in health service) นั้นต้องยึดหลักของความเสมอภาคและความเท่าเทียมกัน โดยประชาชนต้องสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาคกัน โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องค่าใช้จ่ายหรือสถานที่ที่อยู่อาศัย นอกจากนี้ รัฐจะต้อง

ขยายให้การบริการสาธารณสุขกระจายอย่างทั่วถึงทั้งประเทศ (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2554)

ในอดีตที่ผ่านมา ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยเป็นรูปแบบตลาดแข่งขันเสรี (Entrepreneurial health system) หรือเป็นแบบทุนนิยมที่มุ่งเน้นค่าธรรมเนียมสำหรับการบริการเป็นหลัก ประชาชนสามารถเลือกบริการสุขภาพได้อย่างเสรี เกิดปัญหาขึ้นกับประชาชนบางส่วนที่ขาดความสามารถในการเข้าถึงบริการ เนื่องจากปัญหาด้านเศรษฐฐานะ ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสังคมในเวลาต่อมา แต่ภายหลังในช่วงระยะเวลาปี พ.ศ. 2544 ทิศทางการจัดบริการสาธารณสุขของประเทศไทย มีความพยายามที่จะมุ่งเน้นไปสู่ระบบรัฐสวัสดิการ (Welfare-oriented health system) เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นมากยิ่งขึ้น โดยการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้มี “ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ภายใต้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เพิ่มเติมจากเดิมที่มีระบบหลักประกันสุขภาพหลักเพียง 2 ระบบ คือ “ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ” และ “ระบบประกันสังคม” นอกจากนี้ยังมีการแข่งขันกันในเชิงธุรกิจมากโดยเฉพาะการลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มมากขึ้น (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2548) ในปี พ.ศ. 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มนโยบายการดูแลสุขภาพของประชาชนโดยกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ให้มีการตื่นตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน รวมถึงการดูแลสิ่งแวดล้อมภายใต้ยุทธศาสตร์ “เมืองไทยสุขภาพแข็งแรง” (Healthy Thailand) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเข้าสู่เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษในปี พ.ศ. 2558 (กรมอนามัย, 2550)

ในปัจจุบันแผนงานด้านสาธารณสุขของไทย ประสบผลสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเป็นอย่างมาก โดยการขยายความครอบคลุมของสถานบริการสาธารณสุข มีโครงสร้างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิกระจายครอบคลุมทุกจังหวัด และมีระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมส่งผลให้ประชากรของไทย ร้อยละ 99.5 มีการประกันสุขภาพ และได้รับการคุ้มครองด้านสาธารณสุข (ธนาคารโลก, 2555) ซึ่งประเทศไทยประสบความสำเร็จในเรื่องการสาธารณสุขถ้วนหน้าด้วยรายจ่ายในระดับต่ำ แต่ในขณะเดียวกันปัญหาเรื่องจำนวนงบประมาณที่ใช้เพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี แต่ถึงอย่างนั้นก็ยังมีความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่ต่าง ๆ อันมีสาเหตุมาหลาย ๆ ปัจจัย ทั้งจากผู้ให้บริการ เช่นปัญหาจำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ไม่เพียงพอ การขาดความเป็นธรรมในการกระจายของบุคลากรด้านสาธารณสุขรวมถึงการกระจายตัวของโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงและหรือศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง ที่มีการกระจุกตัวอยู่แต่ในเฉพาะบางเขตพื้นที่ รวมทั้งระบบบริการปฐมภูมิยังขาดคุณภาพ, ไม่มีความเข้มแข็งปัจจัยด้านผู้รับบริการก็เป็นอีกหนึ่งปัญหาสำคัญ โดยจะพบว่าประชาชนอีกหลายกลุ่มที่ยังไม่สามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้ถึงแม้จะมีสิทธิประกันสุขภาพที่ทางรัฐได้จัดให้ ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ รายได้ของครอบครัว

ความรู้เกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการไปใช้บริการสุขภาพประเภท
รักษาพยาบาล (ภารดร ตั้งยางห้วย, 2548)

จากร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ. 2559 มาตราที่ 67 ที่กล่าวถึงหน้าที่ของรัฐ
ต่อพระพุทธศาสนาโดยมีข้อบัญญัติให้ “รัฐพึงอุปถัมภ์และคุ้มครองพระพุทธศาสนาและศาสนาอื่น
ในการอุปถัมภ์และคุ้มครองพระพุทธศาสนาอันเป็นศาสนาที่ประชาชนชาวไทย ส่วนใหญ่นับถือมา
ช้านาน รัฐพึงส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาและการเผยแผ่หลักธรรมของพระพุทธ ศาสนาเถรวาท
เพื่อให้เกิดการพัฒนาจิตใจและปัญญา และต้องมีมาตรการและกลไกในการป้องกันมิให้มีการ
บ่อนทำลายพระพุทธศาสนาไม่ว่าในรูปแบบใดและพึงส่งเสริมให้พุทธศาสนิกชนมีส่วนร่วมใน
การดำเนินมาตรการหรือกลไกดังกล่าว” จากมาตราดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของพุทธศาสนา
ต่อประเทศไทย จากการสำรวจจากสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2555 ว่าชาวไทย ร้อยละ 93.4 นับถือ
ศาสนาพุทธ และหลักธรรม, คำสั่งสอน, ข้อปฏิบัติทางพุทธศาสนาเป็นรากฐานของการดำเนินชีวิต
เป็นวัฒนธรรมและเอกลักษณ์ของชาติ (วินัส จันมา, 2554) โดยผู้ที่มีบทบาทในการเผยแผ่สำคัญคือ
พระภิกษุสงฆ์และสามเณร

พระสงฆ์หมายถึงประชาชนชายที่มีอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์ เข้ามาบวชในศาสนาพุทธ และ
ปฏิบัติธรรมวินัยตามคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้า ถือว่าปฏิบัติตามพระธรรมวินัย ที่พระบรมศาสดา
สั่งสอนและกำหนดไว้เฉพาะสำหรับภิกษุ จำนวน 227 ข้อ โดยมีพระสงฆ์ทำหน้าที่กลไกสำคัญใน
การเผยแผ่ พระธรรมคำสั่งสอนขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า นอกจากนี้ยังมีบทบาทใน
การเป็นผู้นำทางสังคม โดยทำหน้าที่ส่งเสริม ผลักดันและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชาวบ้านทั้งในด้าน
เศรษฐกิจ สังคม การศึกษา สุขภาพอนามัยรวมถึงการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในชุมชน (สุรพันธ์ สุวรรณศรี,
ทรงคุณ จันทจร และพระสุทธิสาร โสภณ, 2552) ในปัจจุบันมีพระสงฆ์ทั่วประเทศ 289,131 รูป
(สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2557)

เนื่องจากพระภิกษุสงฆ์เป็นผู้ปวารณาตนเองเข้ามาบวชในพระพุทธศาสนา มีหน้าที่ต้อง
ฝึกฝนตนเองเพื่อการบรรลุมรรคผล การปฏิบัติตามพระธรรมวินัยหรือวินัยสงฆ์ เป็นเรื่องควบคุม
ความประพฤติอย่างเคร่งครัด สามารถอาศัยเพียงปัจจัยสี่ในการดำรงชีวิตอันได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม
ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจต่าง ๆ ได้สะดวกดังฆราวาส เช่น
การออกกำลังกาย การเลือกรับอาหารที่ประชาชนถวาย จากการศึกษาภาวะการเจ็บป่วยของพระภิกษุสงฆ์
พบว่าปัญหาส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ สาเหตุสำคัญ
ส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ใส่บาตรทำบุญของประชาชน ที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึง
ผลเสียต่อการเจ็บป่วยของพระภิกษุสงฆ์ เช่น แกงกะทิ อาหารที่มีไขมันสูง ขนมหวานต่าง ๆ เป็นต้น
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเกินกว่า 2 ขวดต่อวันและดื่มน้ำสะอาดไม่ถึงวันละ
6 แก้ว พบพฤติกรรมฉันทอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ และมีการออกกำลังกายไม่เพียงพอ

ภาวะความเจ็บป่วยจากการรายงานตรวจคัดกรองสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ทั่วประเทศ จำนวน 90,250 รูป โดยกรมการแพทย์ (2550) พบว่า มีภาวะเจ็บป่วย ร้อยละ 30.57 โดยป่วยเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคปอด และโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าพระภิกษุมีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 4.5 มีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 41.3 ออกกำลังกายเฉลี่ย ร้อยละ 43.18 รายงานดังกล่าว สอดคล้องกับรายงานผลการดำเนินงานโครงการหน่วยแพทย์พระราชทานเคลื่อนที่สำหรับพระภิกษุสามเณรในพระราชูปถัมภ์ฯ เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ โดยมูลนิธิ 50 พรรษามหาวิชราลงกรณฯ โดยดำเนินการตรวจคัดกรองสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ จำนวน 94,928 รูป จาก 77 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2554 พบว่าพระภิกษุสงฆ์มีค่าน้ำตาลในเลือดสูง ร้อยละ 17.6 มีประวัติเป็นเบาหวาน ร้อยละ 5.23 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 4.01 สูบบุหรี่ ร้อยละ 40.9 สอดคล้องกับการตรวจสุขภาพพระภิกษุสงฆ์-สามเณร เมื่อปี พ.ศ. 2549 จำนวน 1,122 รูป จาก 28 วัดในกรุงเทพมหานคร โดยกรมการแพทย์ พบว่า มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 13.8 มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคตา ร้อยละ 11.4 โรคภูมิแพ้ ร้อยละ 11 โรคกระดูกและข้อ และโรค หู คอ จมูก ร้อยละ 6.4 เท่ากัน โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 5.8 โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 4.3 โรคเบาหวาน ร้อยละ 4.2

สำหรับประเด็นพฤติกรรมความเสี่ยงและการรักษาสุขภาพ จากการศึกษาของนุสรณ์ คุณนะวนิชพงษ์, รุ่งโรจน์ พุ่มรีว, พูนรัตน์ ลีตติกกุล และวิทชย เพชรเลียบ (2556) ในประเด็นเรื่องการสูบบุหรี่ของภิกษุ สามเณร แม่ชีและศิษย์วัดในจังหวัดนครราชสีมาพบว่า พระภิกษุสงฆ์สูบบุหรี่ ร้อยละ 40.2 เฉลี่ยสูบบุหรี่ 8 มวนต่อวัน โดยประชาชนถวายบุหรี่ให้พระภิกษุสงฆ์ ร้อยละ 12.6 ซื่อเอง ร้อยละ 89.6 และจากการศึกษาของพินิจ ลาภธนานนท์ (2555) โดยการศึกษาของพระภิกษุสงฆ์ จำนวน 246 รูป จาก 11 จังหวัด พบว่าพระภิกษุสงฆ์สนใจตรวจสุขภาพ ร้อยละ 52 สามารถ จำแนกเป็นการตรวจสุขภาพประจำปีเพียง ร้อยละ 21 และตรวจสุขภาพเป็นครั้งคราว ร้อยละ 31

จากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หมวด 1 มาตรา 5 กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพฯ และตามมาตรา 6 กำหนดให้บุคคลที่ประสงค์จะใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำของตน ซึ่งในคุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายรวมถึงพระภิกษุสงฆ์ด้วย หากไม่ได้เป็นผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคม หรือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุ อุทกภัย (สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555) แต่จากการสำรวจของสำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2554 ได้ทำการสำรวจประเด็นการใช้สิทธิในการรักษายาบาลของพระภิกษุสามเณร จำนวน 690 รูป พบว่า ร้อยละ 77 เคยมีอาการเจ็บป่วยและนิยมไปรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 55 รองลงมาคือซื้อ/ หายากิน ร้อยละ 27 และไปสถานพยาบาลของเอกชน

ร้อยละ 17 ในขณะที่ ร้อยละ 2.4 ไม่ได้รักษา โดยร้อยละ 29 เสียค่ารักษาพยาบาลเอง และร้อยละ 31 ไม่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยให้สาเหตุว่า ร้อยละ 26 ใช้เวลานานในการรอ, เจ็บป่วยเล็กน้อย ซึ่งมีร้อยละ 21 และไม่ได้อยู่ในภูมิลำเนาที่ใช้สิทธิ ร้อยละ 16

จากประเด็นปัญหาที่ได้กล่าวข้างต้นจะพบว่า พระภิกษุสงฆ์จำนวนไม่น้อยที่ยังไม่สามารถเข้ารับบริการสาธารณสุขที่รัฐจัดให้ จากสถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความไม่เสมอภาคทางโอกาสในการรับบริการของรัฐ เนื่องจากหลายปัจจัย เช่นระเบียบข้อจำกัดของการใช้สิทธิจากสำนักงานประกันสุขภาพ, ระเบียบพระวินัยที่เคร่งครัด รวมถึงตัวพระภิกษุสงฆ์เองที่ยังขาดความตระหนักในการส่งเสริม, ดูแลสุขภาพ รวมถึงมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เป็นต้น ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีความพยายามในการแก้ไขปัญหาเพื่อลดความไม่เสมอภาคในการรับบริการด้านสาธารณสุขของพระภิกษุสงฆ์ โดยกรมอนามัยมีการดำเนิน โครงการเครือข่ายพระภิกษุสงฆ์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 โดยให้ความรู้แก่พระสงฆ์แก่นานาชาติทั่วประเทศ จำนวน 4,112 รูป โดยได้รับความร่วมมือ จากพระผู้นำฝ่ายบรรพชิต กรรมการวัด ผู้สูงอายุและประชาชนรอบวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีนโยบายสนับสนุนให้วัดทั่วประเทศทำการจัดตั้งศูนย์สุขภาพประจำวัดขึ้น เพื่อให้วัดมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อม เพื่อให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี แต่ยังคงมีกรอบสนองจากวัดในสัดส่วนที่ไม่มาก โดยพบว่ามีการจัดตั้งวัดส่งเสริมสุขภาพได้สำเร็จเพียง 2,914 แห่งจากวัดทั่วประเทศ 37,331 วัด (พ.ศ. 2554) นอกจากนี้ปัญหาการขาดแคลน โรงพยาบาลที่จัดตั้งสำหรับดูแลพระสงฆ์โดยเฉพาะและไม่อยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเช่น โรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งในปัจจุบันยังมีให้บริการเพียงแห่งเดียวในประเทศไทย ไม่เพียงพอสำหรับพระภิกษุสงฆ์ทั่วประเทศ

แม้ในอดีตจะมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์เป็นจำนวนมาก แต่ประเด็นที่ทำการศึกษาล้วนส่วนใหญ่จะเป็นการคัดกรองปัญหาสุขภาพ หาปัจจัยหรือพฤติกรรมเสี่ยง ศึกษาวิธีการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์โดยชุมชน สำหรับการศึกษานี้ในเรื่องปัญหาของระบบสาธารณสุขที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของพระสงฆ์มีปริมาณที่น้อยมาก เนื่องจากปัญหาการไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจากหน่วยงานภาครัฐ เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน มีหลายขั้นตอน, ปัจจัยและกระบวนการที่เกี่ยวข้อง ทำให้การวิเคราะห์เพื่อเข้าใจถึงปัญหาและสร้างแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นไปได้ยากจึงต้องอาศัยแนวคิดที่สามารถวิเคราะห์กระบวนการบริการทั้งระบบได้ โดยแนวคิดดังกล่าวคือ แนวคิดห่วงโซ่คุณค่า (Value chain) ของ Porter (2015) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์กิจกรรมทั้งหมดที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการผลิตสินค้าหรือการบริการ เพื่อนำมาประยุกต์หาปัญหาในแต่ละกิจกรรมการบริการด้านสุขภาพจากสถานพยาบาลภาครัฐ และสามารถหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น

จากประเด็นปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น เพื่อการอุปถัมภ์พระภิกษุในด้านการประกันสุขภาพ เพื่ออำนวยความสะดวก และคงสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ให้ได้ตามมาตรฐานของประชาชนชาวไทย ช่วยลดปัญหาด้านสุขภาพของพระสงฆ์ที่มีแนวโน้มเพื่อขึ้นเรื่อย ๆ ในอนาคต ลดการสูญเสียทรัพยากร “ทุนทางสังคม” ของประเทศชาติลงได้ ทางผู้วิจัยได้สังเกตเห็นถึงคุณประโยชน์ที่จะเกิดแก่พระสงฆ์ไทยในอนาคตต่อไป จึงมีความสนใจที่จะศึกษาหารูปแบบการบริหารจัดการ วิธิดำเนินการเพื่อผลักดันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบถึงปัญหา และเร่งรัดให้เกิดการวางนโยบายและแนวทางการปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม เพื่อสร้างและพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์และสามเณรได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืนในอนาคตสืบไป

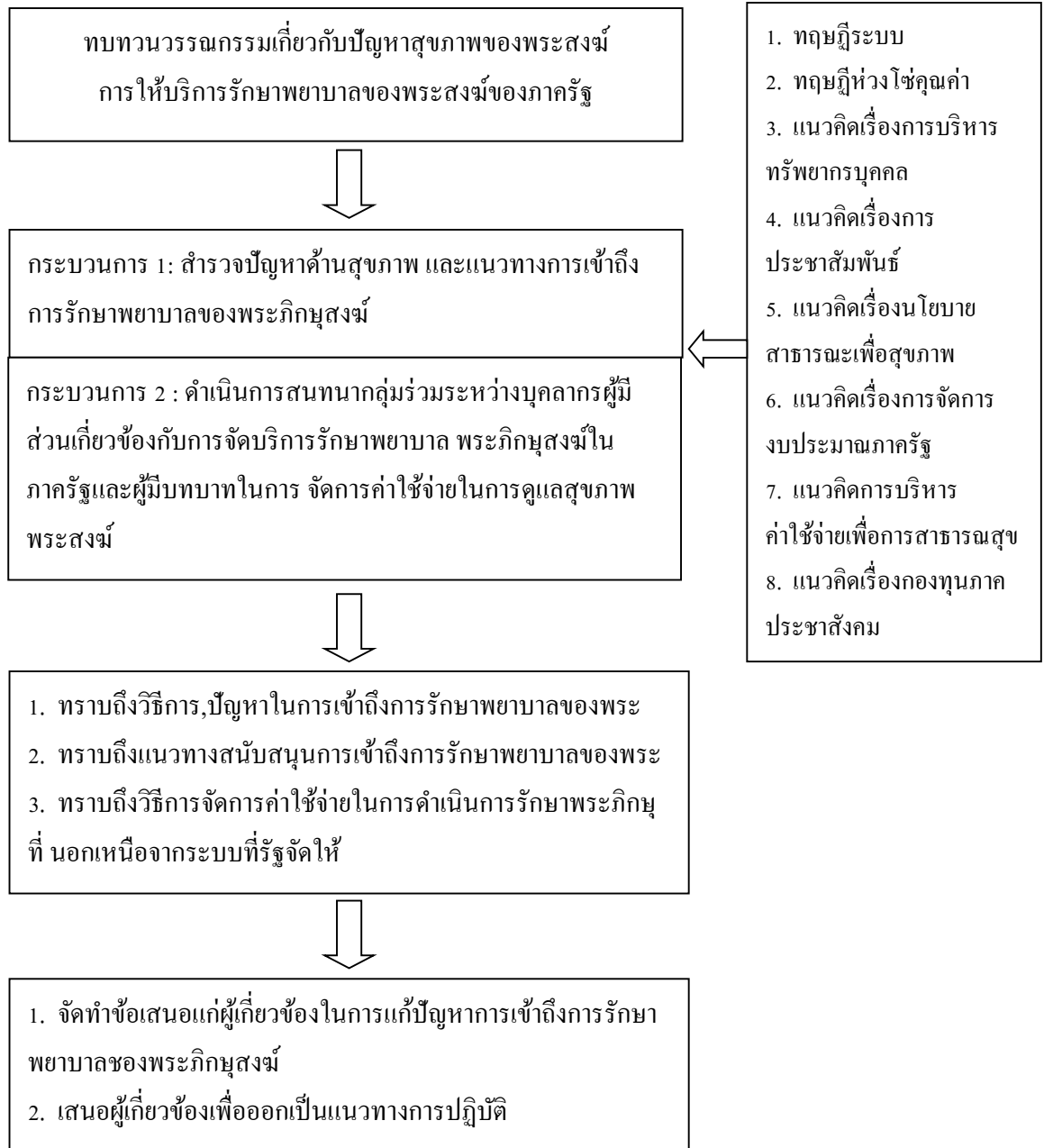
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิธีการและปัญหาในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของพระภิกษุสงฆ์และสามเณร
2. เพื่อศึกษาหาแนวทางสนับสนุนการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของพระภิกษุสงฆ์ สามเณร
3. เพื่อศึกษาหาวิธีการจัดการค่าใช้จ่ายในการรักษาพระภิกษุและสามเณรที่นอกเหนือจากระบบที่รัฐจัดให้

สมมติฐานของการวิจัยเชิงปริมาณ

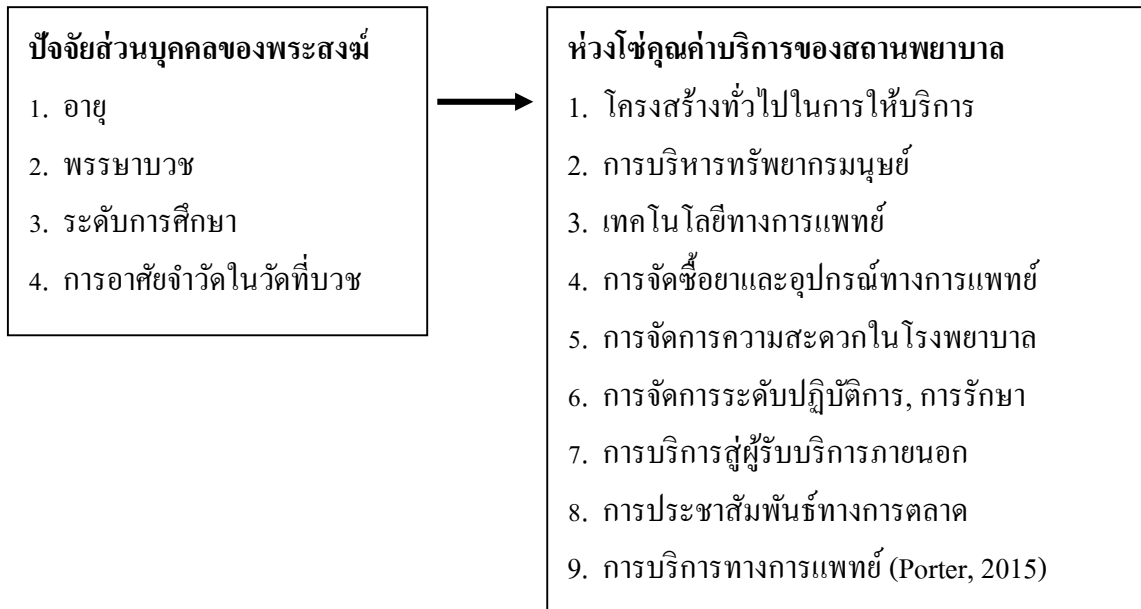
1. พระภิกษุสงฆ์ที่มีอายุแตกต่างกัน มีระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในมิติห่วงโซ่คุณค่าในด้านต่าง ๆ แตกต่างกัน
2. พระภิกษุสงฆ์ที่มีพรรษาบวชแตกต่างกัน มีระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในมิติห่วงโซ่คุณค่าในด้านต่าง ๆ แตกต่างกัน
3. พระภิกษุสงฆ์ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในมิติห่วงโซ่คุณค่าในด้านต่าง ๆ แตกต่างกัน
4. พระภิกษุสงฆ์ที่อาศัยวัดในวัดที่บวช (ไม่มีการย้ายถิ่นฐาน) มีระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในมิติห่วงโซ่คุณค่าในด้านต่าง ๆ แตกต่างกัน

กรอบแนวทางดำเนินการวิจัย



ภาพที่ 1-1 กรอบแนวทางดำเนินการวิจัย (Berman & Bowman, 2016; Bernays, 2004; Kindred, 1980; Porter, 2015; D'heur, 2015; Semprevivo, 1976; World Health Organization [WHO], 2011; ชูชัย ศุภวงษ์, 2555; ปัดพงษ์ เกษสมบุรณ์ และอนุพงศ์ สุจริยากุล, 2543; จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2555; สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และสินชัย ต่อวัฒนกิจกุล, 2550)

กรอบการวิจัยเชิงปริมาณ



ภาพที่ 1-2 กรอบงานวิจัยเชิงปริมาณ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อเสนอให้กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รับทราบถึงปัญหา และช่องว่างในการบริการพระภิกษุสงฆ์ สามเณร
2. นำเสนอแนวทางเพื่อสนับสนุนการดูแลรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ สามเณร
3. นำเสนอวิธีการจัดการค่าใช้จ่ายเพื่อใช้ในการรักษาพระภิกษุและสามเณรที่นอกเหนือจากระบบที่รัฐจัดให้ได้อย่างเหมาะสม
4. กระตุ้นให้พุทธศาสนิกชน ทราบและสามารถนำแนวทางปฏิบัติไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ 1
 - 1.1 ประชากรกลุ่มที่ 1 คือกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ลูกวัดจาก 18 ภาคปกครองสงฆ์ จำนวน 289,131 รูป (สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2557) ที่มีพรรษาบวชมากกว่า 1 ปี

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ 1 คือกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ทั่วประเทศ กำหนดให้มีพรรษาบวกมากกว่า 1 ปี โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยต้องการเก็บข้อมูลตัวอย่างให้มีขนาดใหญ่เพื่อให้มีการแจกแจงเป็นแบบปกติตามทฤษฎีสุทธกำหนดศูนย์กลาง (Central limit theorem) ผู้วิจัยจึงกำหนดให้แต่ละกลุ่มตัวอย่างต้องมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยตั้งแต่ 30 ตัวอย่างต่อกลุ่ม ผู้วิจัยจึงทำการสอบถามรวมทั้งสิ้น 630 ชุด

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ 2 และ 3

2.1 ประชากรคือผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่พระภิกษุสงฆ์ของประเทศไทย ได้แก่ผู้บริหารหรือตัวแทนโรงพยาบาลสงฆ์, ตัวแทนผู้ปฏิบัติงานดูแลพระภิกษุสงฆ์อาพาธ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนด้านการเงินเพื่อช่วยเหลือด้านสาธารณสุขแก่พระภิกษุสงฆ์ของประเทศไทย ได้แก่ ผู้แทนจากสำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, ผู้บริหารจากสำนักงบประมาณหรือผู้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายทางการเงินและงบประมาณสาธารณสุข เพื่อทำการสนทนากลุ่ม

2.2 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยวิธีสุ่มเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ร่วมสนทนาอย่างน้อยไม่เกิน 10 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษาเกี่ยวกับปัญหา, วิธีการหรือปัจจัยสนับสนุนการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของพระภิกษุสงฆ์ โดยใช้ ทฤษฎีระบบ, ทฤษฎีห่วงโซ่คุณค่า, แนวคิดเรื่องการบริหารทรัพยากรบุคคล นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ศึกษารูปแบบงบประมาณในการดำเนินงานการรักษาพระภิกษุสงฆ์ ใช้ความรู้และทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการงบประมาณของรัฐ, นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และแนวคิดการบริหารค่าใช้จ่ายเพื่อการสาธารณสุข

ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาในการศึกษา 2 ปี คือ เดือนพฤษภาคม ปี พ.ศ.2558 – กันยายน ปี พ.ศ. 2559

นิยามศัพท์เฉพาะ

พระภิกษุสงฆ์ หมายถึงประชาชนชายที่มีอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์ ผู้ที่เข้ามาอุปสมบทในศาสนาพุทธ และปฏิบัติธรรมวินัยตามคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้า ที่กำหนดไว้เฉพาะสำหรับภิกษุจำนวน 227 และมีบทบาทหน้าที่ในการเผยแพร่คำสั่งสอนของพระพุทธเจ้า

ปัญหาด้านสุขภาพ (อาพาธ) หมายถึงภาวะความไม่สมบูรณ์พร้อมทั้งร่างกาย จิตและสังคม รวมถึงการมีสิ่งแวดล้อมที่ไม่อำนวยหรือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพได้

สถานบริการพยาบาลของรัฐ หมายถึงสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ, หน่วยบริการ การประกอบโรคศิลปะสาขาต่าง ๆ รวมถึงสถานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ที่มีทำหน้าที่บริการด้าน การแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน โรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบ โรคศิลปะ

การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข หมายถึง การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งสามารถได้รับบริการ สาธารณสุขทั้งในด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ในปัจจุบัน ด้านความสามารถในการเข้าถึง แหล่งบริการ ด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการและด้าน การยอมรับในการใช้บริการด้านสาธารณสุขตามหลักสาธารณสุขมูลฐานฐาน

การจัดการค่าใช้จ่ายในการรักษาพระภิกษุ หมายถึงรูปแบบหรือแผนงานที่แสดงรายละเอียด เกี่ยวกับทรัพยากรด้านต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล ทั้งที่หามาและใช้ไปในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งที่ กำหนดไว้อย่างชัดเจน เพื่อเป็นเครื่องมือในการสื่อสารและสร้างความตระหนัก การกำหนดความต้องการ ทรัพยากร การวัดผลการดำเนินงานและการควบคุมกำกับการทำงาน โดยอาจแบ่งได้เป็นงบประมาณ เพื่อการลงทุน งบประมาณดำเนินการ และงบประมาณเงินสด

เขตปกครองสงฆ์ระดับภาค หมายถึงการแบ่งเขตปกครองคณะสงฆ์ตามพระราชบัญญัติ คณะสงฆ์และกฎหมายอาศรมาคม เพื่อทำหน้าที่การปกครองคณะสงฆ์ในจังหวัดต่าง ๆ ตามเขตภาค การปกครอง สำหรับประเทศไทย มหานิกายประกอบด้วย 18 ภาคปกครอง และธรรมยุติกนิกาย ประกอบด้วย 8 ภาคปกครอง

รายได้ของภาครัฐ หมายถึงรายได้ที่นำส่งคลังในแต่ละปีงบประมาณ เพื่อให้ภาครัฐนำไป เป็นทุนใช้จ่ายสำหรับการพัฒนาประเทศในด้านต่าง ๆ โดยรายได้ของรัฐจะมาจากภาษีอากรที่รัฐเรียก เก็บจากผู้มีรายได้ รายได้จากรัฐพาณิชย์ การขายสินค้าและการบริการของรัฐ ฯลฯ

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวรรณกรรม ทฤษฎีและแนวคิดต่าง ๆ ซึ่งมีประเด็นที่เชื่อมโยงหรือเป็นพื้นฐานในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ค้นคว้า เอกสาร หนังสือ อินเทอร์เน็ต และได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา โดยสรุปเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับพระภิกษุสงฆ์ในประเทศไทย
2. ระบบ,หลักประกันสุขภาพในประเทศไทย
3. ทฤษฎีระบบ
4. ทฤษฎีห่วงโซ่คุณค่า (Value chain)
5. แนวคิดเรื่องการบริหารทรัพยากรบุคคล (Human resources management)
6. แนวคิดเรื่องการประชาสัมพันธ์ (Public relationship)
7. แนวคิดเรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
8. แนวคิดเรื่องการจัดการงบประมาณภาครัฐ
9. แนวคิดการบริหารค่าใช้จ่ายเพื่อการสาธารณสุข
10. แนวคิดเรื่องกองทุนภาคประชาสังคม
11. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับพระภิกษุสงฆ์, ตามเถรในประเทศไทย

ความหมายของพระภิกษุสงฆ์

ราชบัณฑิตยสถาน (2554) ได้ให้ความหมายของพระสงฆ์ หมายถึงหมู่สาวกของพระพุทธเจ้า ผู้ซึ่งฟังคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้าแล้วเลื่อมใส สละเรือนออกบวช ถีวัตร ปฏิบัติ ตามพระธรรมวินัยที่พระบรมศาสดาสั่งสอนและกำหนดไว้

ธีรวัธ บำเพ็ญบุญบารมี (2550) ได้กล่าวถึงพระภิกษุสงฆ์ว่าหมายถึง ประชาชนชายที่มีอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์ บวชเข้าในศาสนาพุทธและปฏิบัติธรรมวินัยตามคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้า

พระธรรมกิตติวงศ์ (ทองดี สุรเตโช) (2555) ได้กล่าวถึงถึง พระสงฆ์ ไว้ 2 ประเภท ได้แก่ สาวกสงฆ์ และภิกษุสงฆ์ โดยสาวกสงฆ์ (อริยสงฆ์) คือหมู่พระอริยบุคคล ไม่ว่าจะเป็นคฤหัสถ์หรือบรรพชิต ไม่ว่าเป็นมนุษย์หรือเทวดาที่เป็นสาวกของพระพุทธเจ้าโดยการบรรลุมรรคผลอริยบุคคล 4 ประเภท คือพระโสดาบัน พระสกทาคามี พระอนาคามี พระอรหันต์ ส่วนภิกษุสงฆ์ (สมมุติสงฆ์) หมายถึงหมู่ภิกษุที่ได้รับการอุปสมบทตามพระบรมพุทธานุญาตจากพระเถระตั้งแต่ 4 รูปขึ้นไปเรียกว่า

สงฆ์ เนื่องจาก คำว่า สงฆ์ แปลว่า หมู่ จึงเรียกหมู่พระภิกษุว่าภิกษุสงฆ์ และหมู่พระภิกษุณีว่าภิกษุณีสงฆ์ จัดเป็น 4 วรรค ตามพระบรมพุทธานุญาตให้ทำสังฆกิจตามพระวินัย คือ จตุวรรค 4 รูป ปญจวรรค 5 รูป ทศวรรค 10 รูป วิสดีวรรค 20 รูป แต่ถ้าพระภิกษุ 2-3 รูป เรียกว่า คณะ (เนื่องจากแบ่งพวกกัน ฝ่ายละ 2 รูปมิได้) ถ้าพระภิกษุรูปเดียว จัดเป็นบุคคล

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (2555) ได้ให้ความหมายของพระสงฆ์ว่า หมายถึง พระพุทธสาวก ผู้ปฏิบัติดี ปฏิบัติชอบ พระสงฆ์ ในระดับสูงได้แก่ ท่านผู้บรรลุความเป็นพระอริยบุคคล 4 ประเภท ส่วนผู้ซึ่งยังไม่เป็นพระอริยบุคคลเรียกว่า สมมติสงฆ์

จากแนวคิดดังกล่าวสามารถสรุปความหมายของพระภิกษุสงฆ์ได้ว่า หมายถึงประชาชนชาย ที่มีอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์ ผู้ที่สละเรือน ออกบวช ถีวัตรปฏิบัติตามพระธรรมวินัย ที่พระพุทธเจ้า สั่งสอนและกำหนดไว้เฉพาะสำหรับภิกษุ จำนวน 227 ข้อ และมีบทบาทหน้าที่ในปฏิบัติตนเพื่อลด ละ กิเลสให้ได้จนถึงขั้นสุด

บทบาทและความสำคัญของพระภิกษุสงฆ์

นอกจากบทบาทต่อตนเองในการศึกษา ปฏิบัติและเผยแผ่คำสอนของพระพุทธเจ้าแล้ว พระสงฆ์ยังมีบทบาทต่อสังคมในการช่วยส่งเสริม ผลักดัน คุณภาพชีวิตของประชาชนในแง่มุมต่าง ๆ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. บทบาทและหน้าที่ในฐานะพระภิกษุสงฆ์ ตามหลักพระธรรมวินัยหน้าที่หลักของ พระสงฆ์ในพระพุทธศาสนา คือ การศึกษาหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนาและปฏิบัติตาม ซึ่งถือเป็น กิจสำคัญของสงฆ์

พระศุภโชค ทองฮั่ว (2554) ได้สรุปหน้าที่ของพระภิกษุต่อตนเองดังต่อไปนี้ ศึกษา หลักธรรมวินัยให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ โดยเฉพาะการศึกษาจากพระอุปัชฌาย์ อาจารย์หรือผู้รู้ รวมถึง ศึกษาพระไตรปิฎก, หน้าที่ในการปฏิบัติตามหลักศีล สมาธิ ปัญญา เพื่อให้จิตใจสงบและเป็นการฝึก ความอดทนรวมถึงปฏิบัติตามสังฆกิจ สังฆกรรมตามพระวินัยที่กำหนดไว้ เช่นการลงอุโบสถ และ หน้าที่ในการเผยแผ่ศีลธรรมแก่ประชาชน เพื่อให้ฆราวาสและบุคคลทั่วไปสามารถนำหลักธรรมมา ใช้ปฏิบัติเพื่อให้สังคมมีความสงบสุข

พระเลิศพิพัฒน์ จันทปัญญา (แก้ววันทอง) (2554) ได้กล่าวถึงบทบาทของพระสงฆ์ไว้ว่า หน้าที่หลักของพระสงฆ์คือการศึกษาระเบียบปฏิบัติธรรม ให้ถูกต้อง และสามารถแนะนำผู้อื่นได้ด้วย พร้อมกับการปฏิบัติหน้าที่ทางสมณเพศ รักษาเกียรติและความบริสุทธิ์ของสถาบันสงฆ์ด้วย

2. บทบาทของพระสงฆ์ต่อสังคม

พระราชบัญญัติคณะสงฆ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของพระสงฆ์ไว้ 6 ด้าน คือด้านปกครอง, การศาสนศึกษา, การศึกษาสงเคราะห์, การเผยแผ่พระธรรมคำสอน, การสาธารณูปการ และการสาธารณสงเคราะห์

พินิจ ลาภานานนท์ (2549) ได้กล่าวถึงบทบาทของพระสงฆ์ต่อสังคมไทยในชนบทและ
จำแนกบทบาทในทางปฏิบัติคือ

1. บทบาทในการให้ความรู้และพัฒนาจิตใจของคนในชุมชน โดยพระสงฆ์เปรียบเสมือน
เป็นที่เคารพของชุมชน ในแง่ของการมุ่งเน้นการพัฒนาจิตใจหรือแก้ปัญหาศีลธรรม
2. บทบาทในการส่งเสริมการศึกษา ซึ่งยังพบเห็นความผูกพันของโรงเรียนกับทางวัด เช่น
โรงเรียนวัด หรือมีส่วนร่วมในการสอนจริยธรรมให้กับนักเรียน เพื่อนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน
3. บทบาทในการพัฒนาชุมชนในท้องถิ่น ในฐานะที่พระสงฆ์เป็นส่วนหนึ่งของสังคมและ
อยู่ด้วยการสนับสนุนของชาวบ้าน ดังนั้นในการดำเนินบทบาทในการพัฒนาชุมชน ถือเป็นบทบาท
หนึ่งของพระสงฆ์ในการช่วยเหลือชาวบ้านให้สามารถพึ่งพาตนเองได้
4. บทบาทในการเผยแพร่ธรรม ทั้งผ่านระบบการศึกษา ทางประเพณีหรือกิจกรรมทาง
ศาสนา จนถึงการใช้เทคโนโลยีในการเผยแพร่ธรรมะ
5. บทบาทในการส่งเสริมความสามัคคีในหมู่บ้าน โดยขจัดความขัดแย้งหรือเป็นตัวแทนใน
การเจรจา
6. บทบาทการเป็นผู้นำที่ไม่เป็นทางการ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ทั้งสั่งสอนหรือสนับสนุน
งานของชาวบ้าน

วินัส จันมา (2554) ได้สรุปบทบาทของพระภิกษุสงฆ์ต่อสังคมในการประชุมสมัชชาสุขภาพ
แห่งชาติครั้งที่ 5 ไว้ว่านอกจากการสั่งสอนเผยแพร่หลักพุทธศาสนาแก่ประชาชน แล้วยังมีบทบาทอื่นๆ
ที่มีความสำคัญมากต่อการพัฒนาสังคม สรุปได้ดังนี้

1. บทบาทด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ เช่น ส่งเสริมการปลูกพืช หรือเกษตรกรรมชาติแบบ
ครบวงจร ทำปศุสัตว์เช่นเลี้ยงปลา, หมู การจัดตั้งกลุ่ม เช่น กลุ่มธนาคารข้าว กลุ่มสัจจะออมทรัพย์
กลุ่มฌาปนกิจหมู่บ้าน เป็นต้น
2. บทบาทด้านการพัฒนาสังคม จะอยู่ในลักษณะการทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีในการประพฤติ
ปฏิบัติตน การเป็นผู้นำในการพัฒนาชุมชน เช่น การจัดระเบียบหมู่บ้าน การลอกคลอง ถึงเก็บน้ำฝน
เป็นการร่วมมือกันระหว่างวัด ชาวบ้านและทางราชการ
3. บทบาทด้านการพัฒนาการศึกษา มีบทบาทในหลายลักษณะ เช่น การให้การศึกษ
แก่พระภิกษุสงฆ์ด้วยกัน โดยการตั้งโรงเรียนปริยัติธรรมให้การอบรมพระลูกวัดที่บวชใหม่ การจัดการ
อบรมในวันเสาร์ อาทิตย์ ให้การศึกษาผ่านดาวเทียมแก่ประชาชน จัดห้องสมุดในบริเวณวัด และ
จัดอบรมในการพัฒนาอาชีพต่าง ๆ
4. บทบาทด้านการพัฒนาสุขภาพอนามัย พระภิกษุสงฆ์จะช่วยเหลือประชาชนโดยใช้ยา
แผนโบราณรักษาโรคทั่วไป รักษาผู้ติดยาเสพติดและส่งเสริมสุขภาพจิตและภาวะจิตปัญญาตลอดจน
การป้องกันและการชี้แนะ เพื่อแก้ปัญหา สุขภาพจิต การคิดสุรา รวมถึงการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังและ

ผู้ปวยสารเสพติด

5. บทบาทด้านการพัฒนาสิ่งแวดล้อม พระภิกษุสงฆ์จะทำในลักษณะจัดสถานที่ในบริเวณวัดให้ร่มรื่น เป็นที่ร่มเย็น สำหรับให้ประชาชนที่มีความทุกข์ร้อนมาพึ่งพิง เป็นผู้นำในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในชุมชน การจัดอบรมเยาวชนในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมฯ

โดยสรุปบทบาทของพระสงฆ์ในปัจจุบัน นอกจากบทบาทหน้าที่ในด้านการปฏิบัติและเผยแผ่ธรรมะ แล้วการช่วยเหลือ, แก้ปัญหาให้แก่สังคมเพื่อให้คน, ชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งทางด้านกายและใจ

ข้อมูลพื้นฐานจำนวนวัดและพระภิกษุของประเทศไทย

พระพุทธศาสนาได้เข้ามาสู่ประเทศไทยมาเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน มีการพัฒนาการของความหลากหลายรูปแบบความเชื่อจากการเผยแผ่จากที่ต่าง ๆ ในปัจจุบันพระพุทธศาสนาในประเทศไทยประกอบด้วย 4 นิกายหลักๆคือมหานิกาย, ธรรมยุติก, อนัมนิกายและจีนิกาย โดยข้อมูลจำนวนวัดและพระภิกษุทั่วประเทศไทยจำแนกตามนิกาย จากการรวบรวมของสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ (2557) มีผลดังตารางที่ 2-1 และตารางที่ 2-2 ดังนี้

ตารางที่ 2-1 จำนวนวัดของประเทศไทยแบ่งตามนิกาย (สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2557)

ประเภทวัด						
วัดราษฎร์				วัดหลวง		รวม
มหานิกาย	ธรรมยุติก	จีนิกาย	อนัมนิกาย	มหานิกาย	ธรรมยุติก	
35,751	3,199	15	19	247	63	38,984

ตารางที่ 2-2 จำนวนพระภิกษุ สามเณรและพุทธศาสนิกชนของประเทศไทย (สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2557)

	มหานิกาย (รูป)	ธรรมยุติก (รูป)	รวม (รูป)
พระภิกษุ	256,590	32,541	289,131
สามเณร	53,627	6,901	60,528

จากตารางที่ 2-1 และ ตารางที่ 2-2 พบว่าพระพุทธศาสนาในมหานิกายมีจำนวนพระภิกษุสงฆ์และสามเณร และจำนวนวัดเป็นส่วนใหญ่ของประเทศ ประมาณ ร้อยละ 90 และมีธรรมยุติกนิกายเป็น

ลำดับที่สอง และจากข้อมูลของสำนักทะเบียนราษฎร ในปี พ.ศ. 2557 พบว่าประชาชนชาวไทยนับถือ พุทธศาสนาคิดเป็นร้อยละ 95 (จากประชากรทั่วประเทศ 64,456,695 คน) โดยสามารถแจกแจงจำนวน พระสงฆ์แบ่งตามภาคการปกครองคณะสงฆ์(มหานิกาย) ดังตารางที่ 2-3

ตารางที่ 2-3 จำนวนประชากรพระสงฆ์ทั่วประเทศแบ่งตามเขตปกครองพระสงฆ์ (มหานิกาย)
(สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2557)

คณะ สงฆ์	จำนวน จังหวัด	จังหวัด	ประชากรพระ (รูป)
ภาค 1	4	กรุงเทพมหานคร, นนทบุรี, ปทุมธานี, สมุทรปราการ	22,811
ภาค 2	3	พระนครศรีอยุธยา, อ่างทอง, สระบุรี	11,051
ภาค 3	4	ลพบุรี, สิงห์บุรี, ชัยนาท, อุทัยธานี	10,212
ภาค 4	4	นครสวรรค์, กำแพงเพชร, พิจิตร, เพชรบูรณ์	20,281
ภาค 5	4	สุโขทัย, พิษณุโลก, อุตรดิตถ์, ตาก	12,126
ภาค 6	5	ลำปาง, เชียงราย, พะเยา, แพร่, น่าน	9,709
ภาค 7	3	เชียงใหม่, ลำพูน, แม่ฮ่องสอน	7,948
ภาค 8	5	อุดรธานี, หนองคาย, เลย, สกลนคร, หนองบัวลำภู	22,785
ภาค 9	4	ขอนแก่น, มหาสารคาม, กาฬสินธุ์, ร้อยเอ็ด	25,694
ภาค 10	6	อุบลราชธานี, ศรีสะเกษ, นครพนม, ยโสธร, มุกดาหาร, อำนาจเจริญ	29,988
ภาค 11	4	นครราชสีมา, บุรีรัมย์, ชัยภูมิ, สุรินทร์	39,710
ภาค 12	4	ปราจีนบุรี, นครนายก, ฉะเชิงเทรา, สระแก้ว	11,935
ภาค 13	4	ชลบุรี, ระยอง, จันทบุรี, ตราด	14,161
ภาค 14	4	นครปฐม, สุพรรณบุรี, กาญจนบุรี, สมุทรสาคร	17,061
ภาค 15	4	ราชบุรี, เพชรบุรี, สมุทรสงคราม, ประจวบคีรีขันธ์	12,100
ภาค 16	3	นครศรีธรรมราช, ชุมพร, สุราษฎร์ธานี	7,994
ภาค 17	5	ภูเก็ต, ตรัง, กระบี่, พังงา, ระนอง	3,822
ภาค 18	6	สงขลา, พัทลุง, สตูล, ปัตตานี, ยะลา, นราธิวาส	5,939
รวม	77	-	289,131

มหาเถรสมาคม

ตามพระราชบัญญัติคณะสงฆ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 หมวดที่ 2 สรุปเนื้อหาได้ดังต่อไปนี้

1. มหาเถรสมาคมประกอบด้วยสมเด็จพระสังฆราช ซึ่งทรงดำรงตำแหน่งประธานกรรมการ โดยตำแหน่ง สมเด็จพระราชาคณะทุกรูปและพระราชาคณะโดยการแต่งตั้งไม่เกิน 12 รูป เป็นกรรมการ ให้อธิบดีกรมการศาสนาเป็นเลขาธิการมหาเถรสมาคม โดยตำแหน่ง และให้กรมการศาสนาทำหน้าที่สำนักเลขาธิการมหาเถรสมาคม
2. อำนาจหน้าที่ของมหาเถรสมาคม ตามมาตราที่ 15 ครี มีดังต่อไปนี้
 - 2.1 ปกครองคณะสงฆ์ให้เป็นไปโดยเรียบร้อย เช่นการตรากฎหมายมหาเถรสมาคม
 - 2.2 ปกครองและกำหนดการบรรพชาสามเณร
 - 2.3 ควบคุมและส่งเสริมการศาสนศึกษา การศึกษา สงเคราะห์ เผยแพร่การสาธารณูปการ และการสาธารณสงเคราะห์ของคณะสงฆ์
 - 2.4 รักษาหลักธรรมพระวินัยของพระพุทธศาสนา
 - 2.5 ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติคณะสงฆ์

โครงสร้างการปกครองของพระสงฆ์

พระราชบัญญัติคณะสงฆ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 หมวดที่ 3 ว่าด้วยการปกครองของคณะสงฆ์ ได้ระบุว่าคณะสงฆ์ของประเทศไทยต้องอยู่ภายใต้การปกครองของมหาเถรสมาคม โดยแบ่งการปกครองคณะสงฆ์ออกเป็น ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยให้มีเจ้าคณะใหญ่ปฏิบัติหน้าที่ในเขตปกครองคณะสงฆ์ โดยการปกครองส่วนภูมิภาคได้จัดแบ่งเขตปกครองออกเป็น ภาค จังหวัด อำเภอ และตำบล โดยมีพระภิกษุระดับชั้น เจ้าคณะภาค, เจ้าคณะจังหวัด, เจ้าคณะอำเภอ และเจ้าคณะตำบล ทำหน้าที่ปกครองตามลำดับ

วัดและเจ้าอาวาส

จากพระราชบัญญัติคณะสงฆ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 หมวดที่ 5 ว่าด้วย วัด โดยกล่าวถึงวัดที่แบ่งเป็นสองประเภทคือ วัดที่ได้รับพระราชทานวิสุงคามสีมาและสำนักสงฆ์โดยมีฐานะทางกฎหมายเป็นนิติบุคคลมีเจ้าอาวาสเป็นผู้แทนของวัดในกิจกรรมทั่วไป โดยเจ้าอาวาสมีหน้าที่ดังนี้

1. บำรุงรักษาวัด จัดกิจกรรมและศาสนสมบัติของวัดให้เป็นไปด้วยดี
2. ปกครอง, สอดส่องให้บรรพชิตในวัดปฏิบัติตามพระธรรมวินัย กฎมหาเถรสมาคม
3. เป็นธุระในการศึกษาอบรมและสั่งสอนพระธรรมวินัยแก่บรรพชิตและคฤหัสถ์
4. ให้ความสะดวกตามสมควรในการบำเพ็ญการกุศล

ระบบประกันสุขภาพหรือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

ความหมายของระบบประกันสุขภาพ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ได้ให้ความหมายของคำว่า “หลักประกัน” ไว้ 3 ประเด็น ได้แก่ หลักทรัพย์เพื่อความมั่นคง, สิ่งที่ยึดถือเพื่อความมั่นคง และเงินสด, หลักทรัพย์หรือบุคคลที่นำมาประกันตัวผู้ต้องหาหรือจำเลยหรือประกันการชำระหนี้

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2548) ได้ให้ความหมายของระบบประกันสุขภาพว่าหมายถึงสิทธิประโยชน์ของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอด้านทุกหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยภาระด้านค่าใช้จ่ายในการบริการไม่เป็นอุปสรรคที่จะทำให้ประชาชนได้รับสิทธินั้น

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 38 ได้กล่าวถึงแนวคิดในการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพว่าเป็นกองทุนสำหรับเป็นค่าใช้จ่าย เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

จากนิยามข้างต้นความหมายของระบบประกันสุขภาพหมายถึงระบบหรือวิธีในการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพด้วยหลักทรัพย์หรือกองทุนที่ได้รับมอบหมาย มีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนมีหลักประกันยามเจ็บป่วยและสามารถรับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน โดยขอบเขตในการดูแลสุขภาพในการรักษาพยาบาล ,ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

หลักการ การจัดตั้งและแนวทางของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สุรจิต สุนทรธรรม (2555) ได้เสนอหลักการสำคัญและวัตถุประสงค์ของการสร้างระบบประกันสุขภาพไว้ 4 ข้อดังนี้

1. ความเสมอภาค (Equity) ในแง่สิทธิตามกฎหมาย การกระจายภาระด้านค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุขในลักษณะก้าวหน้าและเป็นธรรม
2. ประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง เป็นระบบที่ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าที่สุด มีการบริหารจัดการที่ดี โดยเน้นการบริการส่งเสริมป้องกันโรคและรักษาในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ
3. ทางเลือกในการรับบริการ (Choice) โดยประชาชนควรมีสิทธิ์เลือกใช้บริการที่หลากหลายจากผู้ให้บริการต่าง ๆ โดยง่ายและใช้กระบวนการเลือกตัดสินใจได้อย่างอิสระ
4. การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า เน้นการบริการสุขภาพส่วนบุคคล (Personal healthcare) ตามหลักสาธารณสุขมูลฐานทั้งรักษาโรค ส่งเสริมภูมิคุ้มกัน ป้องกันโรคและฟื้นฟูหลังการเจ็บป่วย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2558) ได้กล่าวถึงรายละเอียดในการสร้างหลักประกันสุขภาพดังนี้

1. ควรจัดให้มีการบริการสุขภาพให้ครอบคลุมบนฐานความจำเป็นทางเวชกรรม โดย จัดให้เป็นสิทธิพื้นฐานของทุกคนโดยไม่มีการจำแนกด้วยเหตุผลความสามารถในการจ่าย
2. ควรจัดให้มีการบริการสุขภาพตลอดช่วงชีวิต ตั้งแต่การดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ,การบริการในระดับปฐมภูมิ, สถานบริการสุขภาพและโรงพยาบาล รวมทั้งจัดให้มีบริการ, สนับสนุน ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ, การป้องกัน โรค, การฟื้นฟู
3. ต้องปรับการบริการให้สอดคล้องกับความจำเป็นและสอดคล้องกับผู้เกี่ยวข้องในทุกฝ่าย ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยมุ่งเน้นเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคมในหลาย ๆ ประเด็น เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา รวมทั้งการด้อยความสามารถและโอกาส
4. ต้องตอบสนองต่อความจำเป็นที่แตกต่างของประชากรกลุ่มต่าง ๆ โดยการจัดสรรทุนให้ทั่วถึงทั่วประเทศ เพื่อพร้อมสำหรับการบริการผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพทุกคนให้ได้รับการบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม
5. ต้องพัฒนาการทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงคุณภาพการบริการและลดความผิดพลาด รวมถึงส่งเสริมคุณภาพชีวิต
6. ต้องตระหนักถึงการสร้างคุณค่าเพิ่มให้แก่บุคลากรด้วยการส่งเสริมทักษะ ความเชี่ยวชาญ โดยการศึกษา,ฝึกอบรมและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมถึงจัดสรรค่าตอบแทนและสวัสดิการ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข
7. ต้องทำงานร่วมกับบุคลากรอื่นได้เพื่อความมั่นใจในการบริหารในทุกชนชั้น และจัดรูปแบบตามความจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการ
8. มีหน้าที่ให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงและทำงานเพื่อลดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ คือการสร้างเสริมกำลังกาย สติปัญญา รวมทั้งป้องกันและบำบัดฟื้นฟู
9. ต้องเคารพความลับของบุคคลแต่ละคน และเปิดให้ผู้มีส่วนได้เสียสามารถเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารการบริหาร การบำบัดรักษา และสมรรถภาพของระบบได้
10. ต้องให้สิทธิเฉพาะการรับบริหารตามสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับเงินทุนจากค่าใช้จ่ายสาธารณะ โดยเฉพาะภาษีอากรเป็นหลัก ดังนั้น การใช้สิทธิจึงจำกัดเฉพาะตามที่กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้ เพื่อให้เกิดความยุติธรรมและมีประสิทธิภาพในการบริการ

จากข้อความข้างต้นสามารถสรุปได้ว่าหลักการในการสร้างระบบประกันสุขภาพคือ ต้องตรงตามความจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของผู้รับบริการ โดยไม่มีค่าใช้จ่ายเป็นอุปสรรค โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานความจำเป็นทางเวชกรรมของผู้ป่วย ,ไม่ใช่ความสามารถในการจ่ายเงิน

ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย ประเทศไทยมีการจัดการระบบประกันสุขภาพสำหรับประชาชนคนไทยแบ่งเป็น 3 กลุ่มหลักคือระบบราชการ ระบบประกันสังคมและระบบ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สัมฤทธิ์ ศรีธีรวงศ์สวัสดิ์ และสินชัย ต่อวัฒนกิจกุล (2550) ได้กล่าวถึงรายละเอียด ดังนี้

1. กลุ่มข้าราชการ เจ้าหน้าที่ พนักงาน และลูกจ้างประจำภาครัฐ รวมถึงพนักงานในหน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐ (เช่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ เจ้าหน้าที่ของรัฐ ข้าราชการส่วนท้องถิ่น) และบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้รับการคุ้มครองโดยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการหรือสวัสดิการของหน่วยงานนั้น ๆ
2. กลุ่มลูกจ้างเอกชน ซึ่งได้รับการคุ้มครองภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม
3. กลุ่มประชาชนในภาคการจ้างงานแบบไม่เป็นทางการเช่นเกษตรกร ผู้ใช้แรงงาน, รับจ้าง ค้าขายส่วนตัว ในปัจจุบันได้ขยายขีดความสามารถในการคุ้มครองและปรับเปลี่ยนเป็นการประกันสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โดยทั้ง 3 ระบบมีการบริหารจัดการ โดยหน่วยงานที่มีนโยบายและระบบการจ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่แตกต่างกัน คือการจ่ายเงินของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้วิธีการจ่ายเงินตามรายบริการเป็นหลัก ส่วนประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้วิธีเหมาจ่าย รายหัวเป็นหลัก นอกจากนี้ยังมีระบบประกันเสริมหรือเฉพาะกรณี เช่น ระบบประกันสุขภาพเอกชน ประกันภัยผู้ประสบภัยจากรถ กองทุนทดแทน แรงงานกรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน สามารถแสดงความแตกต่างระหว่างระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยในแง่มุมต่าง ๆ ดังตารางที่ 2-4

ตารางที่ 2-4 ความแตกต่างระหว่างระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2548)

	ระบบสวัสดิการ รักษายาบาลข้าราชการ	ระบบประกันสังคม	ระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ
แนวคิด	สวัสดิการ (Fringe benefit)	ความมั่นคงด้านสังคม (Social security)	สิทธิขั้นพื้นฐาน ประชาชน (Entitlement)
หน่วยงาน รับผิดชอบ	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน	สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
จำนวน ผู้มีสิทธิ	5 ล้านคน (8%)	9.29 ล้านคน (15.8%)	47 ล้านคน (75%)

(ปี พ.ศ. 2551)			
----------------	--	--	--

ตารางที่ 2-4 (ต่อ)

	ระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ	ระบบประกันสังคม	ระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ
แหล่งเงิน	งบประมาณรัฐ	สมทบจากรัฐ, นายจ้าง และลูกจ้างโดยมีกำหนด เพดานร่วมจ่าย	งบประมาณรัฐ
รูปแบบการ คลัง	การเบิกจ่ายคืน (Public reimbursement)	สัญญาทางปกครอง (Public contracted)	ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ และสัญญาทางปกครอง (public service unit registration & contracted)
สิทธิ ประโยชน์	รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วย นอก/ ใน ทันตกรรม ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าอาหารและ ห้องพิเศษ ค่าคลอดบุตร	รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วย นอก/ ใน ทันตกรรม ยาเวชภัณฑ์ ค่าอาหาร และห้องสามัญ ชดเชย กรณีคลอดบุตร ตาย พิการ	รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วย นอก/ ใน ทันตกรรม ค่ายาเวชภัณฑ์ ค่าอาหาร และห้องสามัญ ค่าคลอดบุตร ชดเชยตาม ม.41
เงื่อนไขการใช้บริการ	สถานพยาบาลรัฐแห่งใดก็ได้ตามอิสระ ใช้ รพ. เอกชนได้กรณีฉุกเฉินแบบ ผู้ป่วยใน แต่เบิกได้ไม่เกิน 3000 บาท	เฉพาะโรงพยาบาลรัฐ หรือเอกชนคู่สัญญาที่ขึ้น ทะเบียนด้วยและ สถานพยาบาลใน เครือข่าย	เฉพาะโรงพยาบาลรัฐหรือ เอกชนคู่สัญญาที่ขึ้น ทะเบียนด้วยและ สถานพยาบาลในเครือข่าย
รูปแบบ วิธีการ จ่ายเงิน	ผู้ป่วยนอก ตามปริมาณ บริการและราคาที่เรียกเก็บ ย้อนหลังสำหรับบริการ ผู้ป่วยในตามรายป่วยใน อัตราที่กำหนด (กลุ่ม วินิจฉัยโรคร่วม)	เหมาจ่ายรายหัวรวม สำหรับบริการผู้ป่วยนอก และใน และจ่าย เพิ่มเป็นรายกรณี	เหมาจ่ายรายหัวสำหรับ บริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และผู้ป่วยนอก; งบประมาณจำกัดวงเงินรวม ถ่วงน้ำหนักตามกลุ่ม วินิจฉัยโรคร่วม และ

			จ่ายตามปริมาณบริการหรือ รายป่วยเฉพาะกรณีผู้ป่วย ใน
--	--	--	--

1. ระบบประกันสุขภาพแก่กลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐและครอบครัว (ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ)

กุลเสกข์ ลิมปิยากร และรัชตะ อุ่นสุข (2550) ได้กล่าวถึงหลักการและแนวคิดในการจัดประกันสุขภาพหรือสวัสดิการในการรักษายาบาลของข้าราชการ โดยนิยามความหมายของเจ้าหน้าที่รัฐว่าหมายถึงข้าราชการในสังกัดหน่วยงานของรัฐต่าง ๆ ข้าราชการบำนาญและบุคคลในครอบครัว (พ่อ, แม่, คู่สมรสและบุตรอายุไม่เกิน 20 ปี) จัดเป็นกลุ่มแรกที่ได้รับการประกันสุขภาพจากภาครัฐ โดยราชการต้นสังกัดเป็นผู้ตั้งงบประมาณในการดูแลตนเอง ต่อมาเมื่อมีพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2523 กรมบัญชีกลางจึงทำหน้าที่จัดการเบิกจ่ายงบประมาณให้ส่วนราชการทั้งหมด รวมถึงข้าราชการบำนาญ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานอื่น ๆ ของรัฐที่จัดสวัสดิการคล้ายคลึงเช่นรัฐวิสาหกิจที่จัดสวัสดิการรักษายาบาลให้แก่พนักงานและบุคคลในครอบครัว คล้ายคลึงกับสวัสดิการข้าราชการด้วยงบประมาณของหน่วยงานตนเอง

ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 ได้มีการตราพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 ที่มีการเพิ่มอำนาจให้กรมบัญชีกลางมีอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการ และควบคุมการเบิกจ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งปรับปรุงให้มีสิทธิในการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรค โดยปัจจุบัน ปัญหาสำคัญในการบริหารจัดการระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการคือ การเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลประเภทผู้ป่วยนอกที่เพิ่มสูงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเบิกจ่ายค่ายา โดยสาเหตุหลักคือการเข้าถึงการรักษายาบาลที่สะดวกขึ้นจากระบบการเบิกจ่ายตรงค่ารักษายาบาลและปัญหางบประมาณในการบริหารจัดการระบบสวัสดิการรักษายาบาลมีไม่เพียงพอ

2. การจัดระบบประกันสุขภาพแก่กลุ่มลูกจ้างเอกชน(ระบบประกันสังคม)

สมพร ทองชื่นจิตต์ และ รังสิมา ปรีชาชาติ (2555) ได้กล่าวถึงระบบประกันสังคม (Social insurance) ไว้ว่าเป็นการบริการสาธารณะในระยะยาวที่รัฐดำเนินการให้แก่บุคคลที่มีรายได้น้อยเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองและครอบครัวได้ หลักการคือให้นายจ้างและลูกจ้างร่วมกันจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมและมีภาครัฐร่วมออกเงินสมทบเข้ากองทุนนี้ด้วย เมื่อประสบภัยหรือความเดือดร้อน (เช่น เจ็บป่วย, คลอดบุตร, ว่างานและชราภาพ) โดยกองทุนจะจ่ายประโยชน์ทดแทนให้แก่ลูกจ้างผู้ส่งเงินสมทบ โดยการจัดให้ประกันสุขภาพดังกล่าวสอดคล้องกับหลักที่องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization: ILO) ประกาศไว้ในปี พ.ศ. 2532 สำหรับ

การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคมของประเทศไทยมีการคุ้มครองกรณีเจ็บป่วย โดยครอบคลุมการรักษาพยาบาลใน 2 กรณี ได้แก่ เจ็บป่วยทั่วไปและการประสบอุบัติเหตุอันตรายเป็นไม่เกี่ยวเนื่องจากการทำงานซึ่งคุ้มครองด้วยกองทุนประกันสังคม

สำหรับประเทศไทย ภาครัฐได้จัดให้มีประกันสุขภาพสำหรับประชาชนในกลุ่มแรกคือ กลุ่มลูกจ้างเอกชน โดยเริ่มในปีพ.ศ. 2517 ในช่วงแรกครอบคลุมเฉพาะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการทำงาน โดยนายจ้างเป็นผู้รับผิดชอบการจ่ายเบี้ยประกันตามประสบการณ์การจ่ายทดแทนต่อมาได้ขยายความครอบคลุมไปยังการเจ็บป่วยที่ไม่เกี่ยวกับการทำงานในปี พ.ศ. 2533 ตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม โดยรัฐบาล, นายจ้างและลูกจ้างร่วมจ่ายสมทบในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 1.5 ของเงินเดือนลูกจ้าง) โดยเริ่มกับกลุ่มลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีจำนวนลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป และต่อมาได้ขยายไปยังสถานประกอบการที่มีจำนวนลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป โดยระบบนี้ครอบคลุมเฉพาะตัวลูกจ้าง ไม่ครอบคลุมไปยังคู่สมรสและบุตร นอกจากนั้นระบบนี้ยังครอบคลุมไปถึงลูกจ้างชั่วคราวหรือลูกจ้างรายปีของส่วนราชการและองค์กรต่าง ๆ ของรัฐอีกด้วย

ในปัจจุบันปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานประกันสังคมที่ผ่านมาคือปริมาณงานที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการเพิ่มประโยชน์ทดแทนด้านการแพทย์และจำนวนผู้ประกันตนที่เพิ่มขึ้นรวมถึงการแอบแฝงเข้ามาในระบบประกันสังคมและปัญหาจากสถานประกอบการพยาบาลคู่สัญญาบางแห่งหลีกเลี่ยงการส่งต่อผู้ประกันตนซึ่งเกินขีดความสามารถให้ไปรับบริการที่สถานพยาบาลที่เหมาะสมหรือให้บริการเพียงการประทับประคองและการจำกัดให้ผู้ประกันตนสามารถเลือกเปลี่ยนสถานพยาบาลเองได้แค่ในช่วงต้นปีงบประมาณ

3. การจัดระบบประกันสุขภาพแก่ประชาชนที่ไม่มีสิทธิการรักษาอื่น ๆ

ในอดีตรัฐบาลได้กำหนดให้ประชาชนที่ไปใช้บริการในสถานพยาบาลรัฐทุกแห่ง ต้องจ่ายค่ายาและค่าบริการสาธารณสุข และให้สถานพยาบาลเก็บเงินดังกล่าวไว้เป็นเงินบำรุงของสถานพยาบาล เพื่อให้เป็นเงินหมุนเวียนสำหรับการซื้อยาและจัดบริการแก่ประชาชน ขณะเดียวกันรัฐบาลก็ได้จัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งแก่โรงพยาบาลรัฐเพื่อชดเชย ค่าบริการที่อาจเรียกเก็บไม่ได้หรือต้องลดหย่อนแก่ประชาชนที่จ่ายค่าบริการไม่ได้ (เจเค็จ ธรรมธัชอารี และวลัยพร พัทธนฤมล, 2555) โดยการพัฒนาประกันสุขภาพแก่กลุ่มดังกล่าวได้แยกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ

3.1 ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล

ภาครัฐมีนโยบายในการให้การรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้มีรายได้น้อยและครอบครัว โดยเริ่มในช่วงปี พ.ศ. 2518 ในช่วงแรกสถานพยาบาลใช้ดุลยพินิจในการสงเคราะห์ผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดไม่ได้ ในระยะต่อมาจึงมีการออกบัตรผู้มีรายได้น้อยให้แก่ประชาชนผู้มีรายได้น้อยผ่านทางคณะกรรมการระดับหมู่บ้าน ตำบลและอำเภอ โดยบัตรดังกล่าวจะมีอายุ 3 ปี ในช่วงเวลาี่สิบปีของ

การดำเนินการ (พ.ศ. 2518-2538) ปัญหาสำคัญที่พบมากคือมีคนจนจำนวนมากที่ไม่ได้รับบัตร แต่คนไม่จนจริงกลับได้รับสิทธิ์ดังกล่าว และใน พ.ศ. 2535 รัฐบาลในช่วงเวลาดังกล่าวมีนโยบายขยายความครอบคลุมการประกันสุขภาพไปยังกลุ่มผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล โดยขยายไปครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มแรก ต่อมาได้ขยายไปยังกลุ่มอื่น ๆ ที่สังคมควรให้การช่วยเหลือเกื้อกูล ได้แก่ เด็ก 0-12 ปี, นักเรียนมัธยมต้น, ผู้พิการ, ทหารผ่านศึกและครอบครัว, พระภิกษุสามเณร, ผู้นำชุมชนและครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัว และเปลี่ยนชื่อเป็นโครงการ “สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)” โดยรัฐบาลจัดสรรงบประมาณให้แก่กระทรวงสาธารณสุขเป็นรายปีเพื่อจัดบริการ

3.2 กลุ่มประชาชนทั่วไป

จากการประกาศนโยบาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2543” ขององค์การอนามัยโลก ที่ต้องการให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยช่วงในเวลาดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขได้นำร่องโครงการบัตรสุขภาพ โดยเริ่มจากบัตรอนามัยแม่และเด็ก (ครอบคลุมบริการดูแลก่อนคลอด การคลอด หลังคลอด วางแผนครอบครัวและอนามัยเด็กเล็ก ราคา 100 บาท) และบัตรรักษาพยาบาลรายบุคคลก่อนปรับเป็นบัตรสุขภาพครอบครัว โดยยุคแรกของโครงการ มีการบริหารจัดการในลักษณะกองทุนสุขภาพชุมชน โดยคณะกรรมการที่คัดเลือกมาจากชุมชนเอง โครงการนี้ขยายอย่างรวดเร็วในช่วงแรกและค่อยๆ ลดลงในระยะต่อมาเนื่องจากการขาดความมั่นคงด้านการเงินของกองทุนเองและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ขาดความชัดเจนในเรื่องดังกล่าว จนถึง พ.ศ. 2537 รัฐบาลได้ปรับเปลี่ยนเป็นโครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจที่รัฐให้งบประมาณสนับสนุน โดยประชาชนซื้อบัตรราคา 500 บาท และรัฐสมทบ 500 บาท (ต่อมารัฐสมทบเพิ่มขึ้นเป็น 1,000 บาท ใน พ.ศ. 2542) โดยคุ้มครองบุคคลในครอบครัว 5 คน บัตรมีอายุหนึ่งปี และขยายปรับการบริหารกองทุนจากระดับชุมชนเป็นระดับจังหวัดและประเทศเพื่อให้กระจายความเสี่ยงดีขึ้น

ในปัจจุบันภาครัฐได้ทำการยกเลิกโครงการต่าง ๆ ที่จัดให้และเปลี่ยนมาใช้ยุทธศาสตร์ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั่วประเทศ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2558) ได้สรุปหลักการและพัฒนาการของระบบประกันสุขภาพดังนี้ ในปีพ.ศ. 2545 รัฐบาลได้ตรา พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้สามารถดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพของคนไทยทั้งประเทศหรือ “ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” โดยยึดหลักการว่าเป็น สิทธิของชนชาวไทยทุกคนในการได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่บุคคลจะได้รับสิทธินั้น โดยยึดได้มีหลักการและแนวคิดที่สำคัญคือ

1. แนวคิดเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข โดยเน้นความครอบคลุมบุคคลที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ และการร่วมจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขผ่านระบบภาษี
2. เน้นความยั่งยืนของกลไกระบบ 3 ประการ ได้แก่ นโยบายยั่งยืน การเงินยั่งยืน และสถาบันยั่งยืน
3. เน้นการมีบทบาทของทุกฝ่าย รวมถึงภาคประชาชน โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือสุขภาพของคนไทยทุกคนตามหลักการสุขภาพพอเพียง
4. สนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้บริการที่หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ใกล้เคียงบ้านเป็นหน่วยบริการ ที่ให้บริการผสมผสานทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ
5. เน้นการกระจายอำนาจให้พื้นที่ คือเขตและจังหวัดได้มีบทบาทและมีอำนาจในการตัดสินใจดำเนินการภายใต้หลักเกณฑ์ แนวทาง และมาตรฐานที่กำหนด โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการแยกบทบาทผู้ซื้อและผู้ให้บริการสาธารณสุข ซึ่งทำให้ระบบมีการตรวจสอบควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
6. ระบบต้องควบคุมการขยายตัวของค่าใช้จ่ายให้ได้ โดยเน้นการจ่ายเงินแบบปลายปิด รวมทั้งการจ่ายเงินตามผลการปฏิบัติงาน

1. องค์ประกอบของระบบหลักประกันสุขภาพ

คณะกรรมการพัฒนา นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2554) ได้เสนอองค์ประกอบของระบบประกันสุขภาพไว้ 7 ประการเพื่อเป็นแม่บทในการดำเนินการคือ แหล่งเงินทุน, การจัดสรรเพื่อซื้อบริการ, หน่วยบริการ/ ผู้รับประกัน, การจัดสรร/ จ่ายเงินให้ผู้ให้บริการ, บุคลากรสาธารณสุข ผู้ให้บริการ, ระบบสาธารณสุขสนับสนุน และชุดรวมบริการสาธารณสุขที่บุคคลมีสิทธิได้รับและการเข้าถึง

กลุ่มเป้าหมายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือประชาชนไทยทุกคนมีสิทธิได้รับการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตทุกกรณี โดยมีข้อแม้ในบางสถานะเช่น มีบุตรยาก การเปลี่ยนเพศ เพื่อความสวยงาม โคนในระยะแรกได้มีการกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตรา 30 บาทให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศ ซึ่งได้มีการยกเลิกไปเมื่อปี พ.ศ. 2549

ผลการดำเนินงานของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถวิเคราะห์แยกได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ ความครอบคลุมถ้วนหน้า (Achieving universal coverage) โดยพบว่าในปัจจุบันประชากรไทยมากกว่าร้อยละ 99 มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพหลักอย่างหนึ่งอย่างใดใน 3 ระบบข้างต้นและ

ผลสำเร็จในการดำเนินงานของระบบสุขภาพ (Health system performance achievement) ได้แก่อัตราการมารับบริการสาธารณสุข พบว่าเฉพาะกรณีผู้ป่วยนอก มีจำนวนครั้งที่มากขึ้นคือ โดยใน พ.ศ. 2552 มีอัตราการใช้บริการเฉลี่ย 2.98 ครั้งต่อคนต่อปี ซึ่งเพิ่มขึ้นจากอดีตอย่างมาก

2. ผลกระทบและปัญหาของระบบหลักประกันสุขภาพ

เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ และคณะ (2556) ได้สรุปผลกระทบที่เกิดจากการปฏิวัตรระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย การจัดระบบในปัจจุบันที่แยกกิจกรรมการทำงานระหว่าง สปสช.ที่ทำหน้าที่จัดสรรและบริหารงบประมาณกับกระทรวงสาธารณสุขที่ทำหน้าที่บริหารงบประมาณและจัดการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดปัญหาความไม่สะดวกในการจัดการได้อย่างเต็มประสิทธิภาพโดย สามารถสรุปปัญหาได้ดังนี้ คือ

1. การแยกผู้ซื้อและผู้ให้บริการ โดยหน่วยงาน สปสช. เป็นหน่วยงานจัดสรรเงิน ส่วนกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานบังคับบัญชาหน่วยบริการ ทำให้ผู้บริหารในทุกระดับตลอดจนถึงสถานพยาบาลต้องปรับตัวและอาจเกิดความขัดแย้งในการทำงาน เพราะต้องรับคำสั่งทางการบริหารจากกระทรวงสาธารณสุขและต้องตอบสนองผลการปฏิบัติงานตามที่ สปสช. กำหนดเพื่อรับการจัดสรรงบประมาณ โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกัน โดยรวมเช่น กลไกการจ่ายเงิน, ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลมีสิทธิได้รับ, ระบบข้อมูลข่าวสาร

2. การบริหารสัญญามีความแตกต่างกันระหว่างหน่วยบริการเอกชนกับหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำเป็นข้อกำหนดเงื่อนไขการบริการสาธารณสุข ทำให้เกิดการยกเลิกการเข้าร่วมให้บริการของหน่วยบริการเอกชนหลายๆแห่งในปัจจุบัน

3. ปัญหางบประมาณไม่เพียงพอ และความไม่ชัดเจนในชุดสิทธิพื้นฐานตามประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่กำหนด โดยเฉพาะด้านระบบบริการเช่นระบบบริการปฐมภูมิ, การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ยังไม่มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหรือไม่ทันสมัย นอกจากนี้ผลงานด้านกระบวนการให้บริการส่วนใหญ่ยังไม่ชัดเจน ด้านการรักษาพยาบาลก็ยังคงมีปัญหาในการนำเทคโนโลยีที่มีราคาแพงเข้ามาใช้ ซึ่งแม้ว่าในปัจจุบัน สปสช. ได้ใช้ระบบประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยี มาช่วยในการคัดกรองแต่ยังไม่สนองตอบความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเต็มที่

4. ไม่มีการแข่งขันในกลุ่มผู้ให้บริการ เนื่องจากการบริหารข้อตกลงนั้นไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นยังมีความขาดแคลนบุคลากรในการทำงานบริการสาธารณสุข และมีทิศทางไม่ชัดเจนในการปฏิรูปการกระจายกำลังคน โดยเฉพาะในภาครัฐ ท้องถิ่น

แนวคิดทฤษฎีเชิงระบบ

ความหมายของวิธีการเชิงระบบ

อุทัย บุญประเสริฐ (2550) ได้ให้ความหมายของวิธีการเชิงระบบว่าเป็นวิธีการช่วยในการค้นหาปัญหา กำหนดวิธีการแก้ปัญหา ใช้แนวทางการคิดเชิงระบบช่วยในการตัดสินใจแก้ปัญหา Henry (2009 อ้างถึงใน สุรพันธ์ ยนต์ทอง, 2553) ได้ให้อธิบายความหมายของวิธีการเชิงระบบไว้ดังนี้

1. เป็นวิธีการแก้ปัญหาโดยนำเอาวิธีการ, กระบวนการทางวิทยาศาสตร์มาใช้
2. เป็นวิธีการพัฒนาการแก้ปัญหา ที่มีกระบวนการอย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอน
3. เป็นการกระทำที่จัดความลำเอียง โดยไม่ยึดถือเอาความคิดของคนใดคนหนึ่งมาตัดสิน โดยที่ไม่มีเหตุผลในการตัดสินเพียงพอ
4. เป็นวิธีการแก้ปัญหาเป็นขั้นตอนอย่างมีเหตุผล
5. เป็นการดำเนินงานโดยกลุ่มบุคคล ไม่ใช่คนใดคนหนึ่งเพียงคนเดียว
6. มีการวางแผนล่วงหน้าก่อนการดำเนินการแก้ปัญหาทุกครั้งว่าจะดำเนินการกี่ขั้นตอนอย่างไร และเมื่อกำหนดแล้วจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขภายหลังหรือไม่ดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดไว้เป็นอันขาด นอกจากเป็นเหตุสุดวิสัย
7. ระหว่างการดำเนินงาน ถ้าต้องมีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบ ต้องแก้ไขทันทีให้เสร็จ แล้วจึงดำเนินงานขั้นตอนต่อไป โดยต้องทำตามแผนที่กำหนดไว้ด้วย
8. ไม่มีการบอกเลิกกิจกรรม ยกเว้นมีการข้ามขั้นหรือหยุดกลางคัน และนำผลที่ไม่ได้ดำเนินการไปถึงจนบรรลุวัตถุประสงค์ของการแก้ไขปัญหามาใช้เท่านั้น

Tropeano (2015) ได้กล่าวถึงทฤษฎีระบบไว้ว่าเป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ และทำให้ความเข้าใจถึงความเกี่ยวเนื่องของแต่ละตัวแปร และสามารถนำมาใช้พัฒนาแก้ไขปัญหาต่าง ๆ แบบองค์รวมตามปัจจัยตามบุคคลและสภาพแวดล้อม

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปได้ว่าทฤษฎีเชิงระบบ (System theory) เป็นวิธีการจัดการที่ผสมผสานหน้าที่การจัดการ กิจกรรมการจัดการและการวางแผนเชิงกลยุทธ์เข้าด้วยกัน โดยพิจารณาถึงสภาพแวดล้อมภายนอกที่เข้ามาและอาศัยการแปรรูปจากสิ่งแวดล้อมภายใน

องค์ประกอบของทฤษฎีระบบ

สมคิด บางโม (2553) มีแนวคิดว่า กระบวนการจัดการมีลำดับขั้นตอนต่อเนื่องกันเป็นระบบ และเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระเบียบ และมีปฏิสัมพันธ์กับระบบอื่น ๆ ตั้งแต่ขั้นตอนป้อนเข้า (Input) ผ่านกระบวนการบริหารจัดการ (Process) จนถึงขั้นสุดท้าย คือ ผลสำเร็จออกมา (Output) ที่หมายถึงงานหรือบริการที่เจ้าหน้าที่ของรัฐส่งมอบให้ประชาชน ผลผลิตเป็นผลงานที่เกิดขึ้นจากการทำงานของเจ้าหน้าที่หรือเกิดจากกิจกรรมของส่วนราชการ โดยตรงและผลลัพธ์ (Outcome) หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากผลผลิตซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับประชาชนผู้มารับบริการ

วิทยา ด้านธำรงกุล (2546) ได้เสนอแนวคิดวิธีการเชิงระบบที่จะมีบทบาทในการสร้างสรรค์งานและแก้ปัญหาได้เป็นอย่างดี โดยมีส่วนประกอบ 4 ส่วนที่เกี่ยวข้องกันคือ

1. ปัจจัยนำเข้า (Input)
2. กระบวนการแปรสภาพในการจัดการ (Transformation process)
3. ผลผลิต (Product)
4. การป้อนกลับ (Feedback)

Center on Globalization Governance & Competitiveness (2006) ได้กล่าวถึงระบบการบริหารงานที่เกี่ยวกับทฤษฎีระบบคือ ผู้บริหารทำหน้าที่บริหารจัดการงานและคนจัดเป็น “สิ่งนำเข้า” (Input) โดยผ่าน “กระบวนการ” (Process) ได้แก่กิจกรรมการวางแผนการขององค์การ การสั่งการและการควบคุมให้สามารถประสานร่วมกันไป เพื่อให้ได้ “ผลลัพธ์” (Output) คือการบรรลุถึงเป้าหมายทั้งทางด้านประสิทธิภาพประสิทธิผล, คุณภาพและความพึงพอใจของลูกค้า โดยที่กระบวนการบริหารจัดการ นี้จะเกี่ยวข้องสัมพันธ์ซึ่งกันและกันตลอดเวลา โดยสามารถเขียนแผนภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบได้ดังภาพที่ 2-1

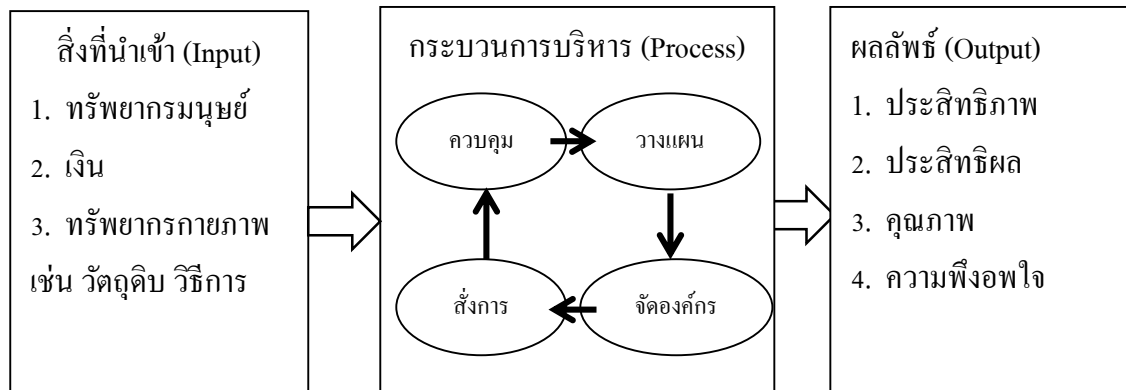


ภาพที่ 2-1 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของทฤษฎีระบบ (Center on Globalization Governance & Competitiveness, 2006)

McCavitt (2009) ได้เสนอแนวคิดในเรื่ององค์การว่า องค์การเป็นระบบหนึ่งประกอบด้วยปัจจัย 5 ประการ ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า เช่น วัตถุดิบ แรงงาน ทุน
2. กระบวนการ เป็นกระบวนการผลิตซึ่งเปลี่ยนจากวัตถุดิบ เป็นสินค้าและบริการ
3. ผลผลิต ได้แก่ สินค้าและบริการ
4. ข้อมูลย้อนกลับ จากภายในองค์การ เช่น ข้อมูลพนักงานเกี่ยวกับผู้บริหาร เครื่องจักร ล้าสมัย สภาพภายในโรงงานไม่ดี เป็นต้น
5. สิ่งแวดล้อมภายนอกองค์การ ได้แก่ ผู้บริโภค สภาพเศรษฐกิจ การเมือง กฎหมายสังคม ประเพณี และค่านิยม ฯ

สามารถเขียนแผนภาพสรุบบระบบการบริหารโดยรวมและความสัมพันธ์ของกระบวนการ
บริหารจัดการดังแผนภาพที่ 2-2



ภาพที่ 2-2 ระบบการบริหาร โดยรวมและความสัมพันธ์ของกระบวนการบริหารจัดการทั้ง 5 ด้าน

(McCavitt, 2009)

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีเชิงระบบ (System approach)

สมคิด บางโม (2553) ได้กล่าวถึงการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบในการบริหารในประเด็นเรื่อง การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Results Based Management: RBM) ว่าการบริหารที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ของ องค์กรเป็นหลักในทุกด้าน พิจารณาได้จากผลผลิตและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงตามเป้าหมายที่กำหนด และสามารถประยุกต์ใช้กระบวนการจัดการเชิงระบบ ที่มีแนวคิดว่า กระบวนการจัดการมีลำดับ ขั้นตอนต่อเนื่องกันเป็นระบบและเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระเบียบ และมีปฏิสัมพันธ์กับระบบอื่น ๆ ตั้งแต่ขั้นตอนป้อนเข้า (Input) ผ่านกระบวนการบริหารจัดการ (Process) จนถึงขั้นสุดท้าย คือ ผลสำเร็จออกมา (Output)

อำนาจ ชีระวนิช (2553) ได้กล่าวถึงประโยชน์จากการใช้วิธีการเชิงระบบ คือ เป็นพื้นฐานใน การดำเนินงานจะดำเนินต่อไปตามขั้นตอนที่วางไว้โดยช่วยให้การทำงานตามระบบบรรลุตามเป้าหมาย โดยใช้เวลา งบประมาณและบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่าที่สุด

Schoderbek, Schoderbek and Kefalas (1990) กล่าวว่า การแก้ปัญหาจำเป็นต้องมองที่ระบบ มากกว่ารายละเอียดของแต่ละปัญหา สมควรมองปัญหาโดยรวมหรือที่เรียกว่า Systems view or systems approach และได้ขยายความว่า วิธีการเชิงระบบ มีความแตกต่างกับ วิธีการเชิงวิเคราะห์ (Analytical approach) ตรงที่วิธีการเชิงระบบเป็นกระบวนการแยกแยะจากส่วนรวมทั้งหมด ออกเป็น

ส่วน ๆ ที่เล็กกว่า เพื่อให้เข้าใจการทำหน้าที่ของส่วนร่วมวิธีการเชิงระบบอยู่บนพื้นฐานของ ทฤษฎีระบบทั่วไป ซึ่งสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการรวมเอาแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ มารวมกันเข้าเพื่อการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า การประยุกต์ทฤษฎีระบบหรือวิธีการเชิงระบบ (Systems approach) หมายถึง วิธีการทางความคิดที่เป็นรูปแบบ ซึ่งแสดงให้เห็นวิธีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการมองปัญหาอย่างองค์รวม ทั้งนี้รูปแบบของวิธีการหาความรู้เกี่ยวข้องโดยตรงกับการวิเคราะห์สังเคราะห์และวางรูปแบบการดำเนินการ โดยต้องเกี่ยวพันกับรูปแบบปฏิบัติทั้งภายในและภายนอกโดยใช้ระบบมาเป็นพื้นฐานความคิด

ความสำคัญของวิธีการเชิงระบบ

ธ สุนทรายุทธ (2553) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของทฤษฎีระบบจะมีส่วนเอื้อต่อการอธิบายพฤติกรรมองค์กรในทุกๆระดับ ทั้งบุคคล กลุ่ม และองค์กร ดังนั้น การนำเอาทฤษฎีระบบเข้ามาใช้ในการบริหารงานด้วยเหตุผลที่ว่าสิ่งแวดล้อมเทคโนโลยีมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและรวดเร็ว องค์กรมีความซับซ้อนมากขึ้นจึงยากที่จะพิจารณาถึงพฤติกรรมองค์กรได้ทุกแง่มุม

Von Bertalanffy (1975) ได้นำระบบชีววิทยามาอธิบายทฤษฎีระบบเปิดมาปฏิบัติสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ที่ช่วยให้แต่ละส่วนที่เกี่ยวข้องกับองค์กรสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้น คำว่า “ระบบ” Systems จึงเป็นกลุ่มองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กัน และมีความเกี่ยวข้องกันในลักษณะที่ทำให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อกระทำการกิจกรรมให้ได้ผลสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร

จากความสำคัญของวิธีการเชิงระบบข้างต้นสามารถสรุปได้ 4 ประการคือ

1. เป็นวิธีคิดที่สามารถจัดการกับปัญหาที่มีความยุ่งยากซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เป็นเครื่องมือส่งเสริมวิธีคิดของบุคคลทั่วไป
3. เป็นเครื่องมือสำหรับพัฒนาองค์ความรู้ในศาสตร์สาขาแขนงต่าง ๆ ทั้งวิทยาศาสตร์
4. เป็นเครื่องมือสำหรับการบริหารงานในหน่วยงานด้านการวางแผนนโยบายและอื่นๆ

ขั้นตอนและการประยุกต์ใช้วิธีการเชิงระบบ

O'Brien (1990) ได้เสนอถึงวิธีการเชิงระบบกับการแก้ปัญหา โดยมีพื้นฐานกิจกรรมการแก้ปัญหาสำคัญ 7 ประการ ตามกระบวนการเชิงระบบโดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 2-5

ตารางที่ 2-5 ขั้นตอนและการจัดการปัญหาเชิงระบบ (O'Brien, 1990)

วิธีการเชิงระบบ	การแก้ปัญหาทั่วไป
1. ทำความเข้าใจปัญหา	1. ระบุปัญหา/ โอกาสในเชิงบริบทของระบบ

	2. รวบรวมข้อมูลเพื่ออธิบายปัญหาและโอกาส
2. พัฒนาทางเลือก	3. ระบุทางเลือก/ ทางเลือกในการแก้ปัญหา 4. ประเมินในแต่ละทางเลือก
3. ปฏิบัติการแก้ปัญหา	5. เลือกทางเลือกที่ดีที่สุด 6. ปฏิบัติการตามทางเลือกที่เลือกไว้ 7. ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติตามทางเลือก

อุทัย บุญประเสริฐ (2550) ได้กล่าวถึงเทคนิคเชิงระบบเป็นการปรับปรุงกระบวนการจากสภาพที่เป็นอยู่ไปสู่สภาพที่ต้องการของทั้งระบบ โดยขั้นตอนที่สำคัญ ๆ ในเทคนิคเชิงระบบ ได้แก่

1. กำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไขและความต้องการในการพัฒนาของระบบ
 2. กำหนดวัตถุประสงค์ย่อยที่สัมพันธ์กับปัญหาและความต้องการในการพัฒนาความสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์รวมของระบบใหญ่ทั้งระบบ
 3. ศึกษาสิ่งแวดล้อมและข้อจำกัดการทำงานของระบบและทรัพยากรที่หามาได้
 4. สร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาหรือวิธีการในการพัฒนา
 5. ตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสม ด้วยวิธีการที่มีเหตุผลเป็นระบบ เป็นไปตามกฎเกณฑ์ที่เหมาะสมคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ
 6. ทดลองปฏิบัติทางเลือกที่ได้ตัดสินใจเลือกไว้
 7. ประเมินผลการทดลองหรือผลการทดสอบ
 8. เก็บรวบรวมข้อมูลป้อนกลับอย่างเป็นระบบเพื่อปรับปรุงระบบ
- สำหรับการประยุกต์ใช้วิธีการเชิงระบบในภาพรวมนั้นสามารถสรุปขั้นตอนสำคัญ ๆ ไว้ 5 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ต้องทราบปัญหาที่จะต้องแก้ไขให้แจ่มชัด ว่าเป็นปัญหาของระบบนั้นที่แท้จริง
2. คิดหาวิธีการหรือแนวทางเลือกในการแก้ไขอันเป็นผลมาจากการวิเคราะห์ระบบและทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมของระบบ ตลอดจนข้อจำกัดต่าง ๆ ที่มีต่อการทำงานของระบบ
3. เลือกวิธีการใดวิธีหนึ่งพิจารณาว่าเหมาะสมที่สุด ดีที่สุด และนำออกปฏิบัติ
4. ประเมินผลการปฏิบัติ เพื่อทราบผล และเพื่อให้ข้อมูลป้อนกลับ
5. รับข้อมูลป้อนกลับและปรับระบบต่อไป

วันทนี แสหนักดี, พรทิพย์ วีระสวัสดิ์ และธิดา พาหอม (2553) ได้กล่าวถึงขั้นตอนของการจัดระบบงาน ว่าต้องมีการบริหารงานให้มีประสิทธิภาพ มากที่สุด ด้วยวิธีการขั้นตอนคือ

- 1) กำหนดวัตถุประสงค์ 2) กำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคลากร 3) การรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ แผนภูมิ, แผนผังการจัดองค์การ, คู่มือการปฏิบัติงาน, เอกสารของกิจการ, การสังเกตงาน และการวิเคราะห์จัดระบบและปรับปรุงงาน

จากการทบทวนสามารถสรุปขั้นตอนของวิธีการเชิงระบบได้อย่างน้อย 4 ขั้นตอนคือ ทำความเข้าใจและระบุปัญหา, กำหนดวัตถุประสงค์การแก้ไขและศึกษาสร้างทางเลือกในการแก้ไข ปัญหา, ทดลองทางเลือก นำโครงการไปปฏิบัติ, ประเมินผลและวิเคราะห์ผลสำเร็จของทางเลือกของโครงการ

ห่วงโซ่คุณค่า (Value chain)

ความหมายของห่วงโซ่คุณค่า

Porter (2015) ได้พัฒนาแนวความคิดห่วงโซ่คุณค่า (Value chain) เพื่อแสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบของกิจกรรมต่าง ๆ ในโซ่อุปทาน (Supply chain) ที่เพิ่มคุณค่าให้กับตัวสินค้า ผลิตภัณฑ์ (Products) บริการ (Service) โดยมีแนวทางการเพิ่มคุณค่าจากกิจกรรมการแปรสภาพวัตถุดิบเพื่อป้อนเข้าสู่ขั้นตอนการผลิตและขายในราคาที่สูงกว่าต้นทุนของวัตถุดิบ วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ห่วงโซ่คุณค่า (Value chain analysis) เพื่อกำหนดว่ากระบวนการใดสามารถเพิ่มคุณค่าให้กับสินค้าหรือผลิตภัณฑ์

Atkinson (1995) ได้ให้ความหมายของห่วงโซ่คุณค่า ว่าลำดับของกิจกรรมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดหาสินค้าหรือบริการให้แก่ลูกค้า

Hansen and Mowen (1995) ได้ให้ความหมายของห่วงโซ่คุณค่า หมายถึง การเชื่อมโยงของมูลค่ากิจกรรมในการสร้างสรรค์จากวัตถุดิบพื้นฐานสู่การควบคุมผลิตภัณฑ์ที่ผลิตเสร็จ และขายให้แก่ลูกค้า

จากความหมายขั้นต้นสามารถสรุป ห่วงโซ่คุณค่าเป็นการศึกษามูลค่าที่เกิดขึ้นของกิจกรรมในการผลิตสินค้าหรือบริการตั้งแต่กระบวนการได้มาของวัตถุดิบ จนกระทั่งส่งถึงมือผู้บริโภค และวิเคราะห์เป็นแนวทางเพื่อเพิ่มคุณค่าจากแต่ละกิจกรรม

องค์ประกอบของกิจกรรมภายใต้แนวคิดห่วงโซ่คุณค่า

Porter (2015) ได้กล่าวถึงเป็นแนวคิดที่ช่วยในการทำความเข้าใจถึงบทบาทของแต่ละหน่วยงานปฏิบัติการว่าจะมีส่วนช่วยเหลือให้องค์กรธุรกิจก่อกำเนิคคุณค่าให้แก่ลูกค้าอย่างไร โดยคุณค่าที่หน่วยงานสร้างขึ้นสามารถวัดได้โดยการพิจารณาว่าผู้บริโภคยินยอมที่จะจ่ายเงินเพื่อซื้อสินค้าหรือบริการ (Service) ของบริษัทมากน้อยเพียงใด

แนวคิดนี้แบ่งกิจกรรมภายในเป็น 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมหลัก (Primary activities) และกิจกรรมสนับสนุน (Support activities) โดยกิจกรรมทุกประเภทมีส่วนในการช่วยเพิ่มคุณค่าให้กับสินค้าหรือบริการของหน่วยงานรวมถึงภาคส่วนอื่นที่ไม่ใช่องค์กรทางธุรกิจเช่น การบริการสาธารณะหรือด้านสาธารณสุข (Center on Globalization Governance & Competitiveness, 2006)

1. กิจกรรมหลัก 5 กิจกรรม (Primary activities)

Gereffi, Humphrey and Sturgeon (2005); Gamble, Icenogle and Savage (2004) ได้กล่าวถึงกิจกรรมหลักว่าเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการผลิตหรือสร้างสรรค์สินค้าหรือบริการ (Service) การตลาดและการขนส่งสินค้าหรือบริการ (Service) ไปยังผู้บริโภค ประกอบด้วย

1.1 Inbound logistics กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับ การขนส่ง การจัดเก็บและการแจกจ่ายวัตถุดิบ การจัดการสินค้าคงเหลือ ซึ่งในกระบวนการทางสาธารณสุขความสัมพันธ์กับ Supplier ถือว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุด (Basu, Andrews, Kishore, Panjabi, & Stuckler, 2012)

1.2 Operations กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนหรือแปรรูปวัตถุดิบ (ผู้ปฏิบัติ, ความรู้, ความตั้งใจ) ออกมา เป็นสินค้า เป็นขั้นตอนการผลิต การบรรจุ (ทางสาธารณสุขหมายถึง การสร้างผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพและกิจกรรมก่อนการบริการ)

1.3 Outbound logistics กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดเก็บ รวบรวม จัดจำหน่ายสินค้าและบริการ (Service) ไปยังลูกค้า โดยทางสาธารณสุขจะหมายถึงการบริการดูแลทางสุขภาพเช่น การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การตรวจรักษา ตรวจผลทางห้องปฏิบัติการ ฯลฯ

1.4 Marketing and sales กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการชักจูงให้ลูกค้าซื้อสินค้าและบริการ (Service) เช่น การโฆษณา ช่องทางการจัดจำหน่าย ในแง่มุมของการบริการสาธารณสุขจะหมายถึงการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบ (Burns et al., 2002)

1.5 Services (Value-added) กิจกรรมที่ครอบคลุมถึงการให้บริการเพื่อเพิ่มคุณค่าให้กับสินค้า รวมถึงการบริการหลังการขาย การแนะนำการใช้

2. กิจกรรมสนับสนุน (Support activities)

Porter (2015); Gamble et al. (2004); Burns et al. (2002) ได้ให้ความหมายของกิจกรรมสนับสนุนว่าเป็นกิจกรรมสำหรับช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้กิจกรรมหลักสามารถดำเนินไปได้ ประกอบด้วย

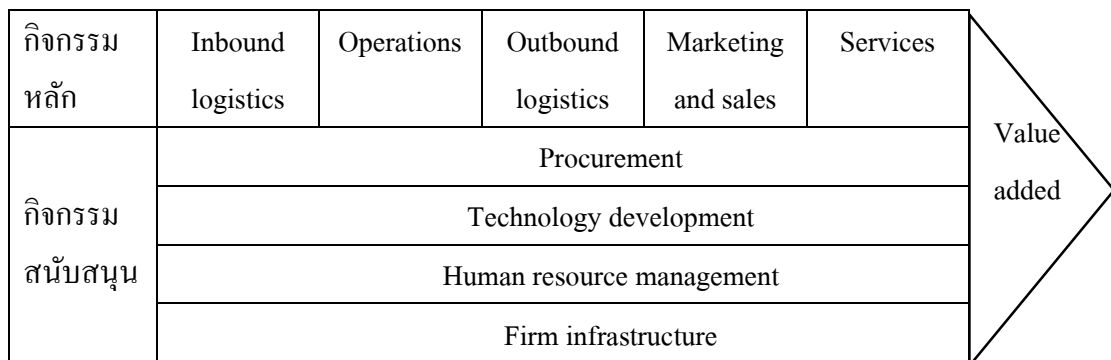
2.1 Procurement (Purchasing) กิจกรรมในการจัดซื้อ-จัดหา Input เพื่อมาใช้ในการกิจกรรมหลัก รวมถึงการเจรจาต่อรองกับ Supplier เพื่อให้ได้ราคาของสินค้าและบริการในราคาที่ไม่สูงมากและมีคุณภาพ (Morali & Searcy, 2013)

2.2 Technology development เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาเทคโนโลยีที่ช่วยในการเพิ่มคุณค่าให้สินค้า, บริการ หรือกระบวนการผลิต ในทางสาธารณสุขเช่นการจัดการข้อมูลด้านเวชระเบียน เทคโนโลยีทางการแพทย์ ฯลฯ

2.3 Human resource management กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ตั้งแต่วิเคราะห์หาความต้องการ สรรหาและคัดเลือก ประเมินผล พัฒนา ฝึกอบรม ระบบเงินเดือนค่าจ้าง และแรงงานสัมพันธ์

2.4 Firm infrastructure โครงสร้างพื้นฐานขององค์กรที่ช่วยสนับสนุนงานบริการทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นระบบบัญชี ระบบการเงิน ฝ่ายกฎหมาย ฝ่ายบริหาร และผู้จัดการขององค์กร ฯลฯ

โดยสามารถเขียนความสัมพันธ์ของกิจกรรมต่าง ๆ ของ Value chain ได้ดังภาพที่ 2-3



ภาพที่ 2-3 ความสัมพันธ์ของกิจกรรมตามหลักห่วงโซ่ (Porter, 2015)

โดยคุณค่าหรือมูลค่าที่เพิ่มขึ้นอาจแตกต่างกันไปตามมุมมองของคนที่แตกต่างกัน เช่นในมุมมองลูกค้า คุณค่าอาจหมายถึง สินค้ามีราคาถูกลง สินค้ามีคุณภาพดีกว่าเดิม การให้บริการที่ดีกว่าเดิม หรือความเป็นเอกลักษณ์และเป็นหนึ่งเดียวของสินค้า เป็นต้น ซึ่งในทางสาธารณสุขจะมองในแง่มุมมองผู้ป่วยและญาติว่าได้รับการป้องกัน, ดูแลรักษา, ฟื้นฟูอย่างเหมาะสม

การจัดการห่วงโซ่คุณค่า มีองค์ประกอบสองอย่างที่มีบทบาทที่สำคัญ ได้แก่ การจัดการห่วงโซ่อุปทาน (Supply Chain Management: SCM) และการจัดการลูกค้าสัมพันธ์ (Customer Relationship Management: CRM) (Chakraborty & Dobrzykowski, 2013) โดยห่วงโซ่อุปทานจะช่วยในเรื่องต่าง ๆ อาทิเช่น การตัดสินใจว่าทรัพยากรหรือวัตถุดิบใดที่ควรจะสั่งเข้ามาในโซ่คุณค่า สั่งเข้ามาด้วยปริมาณเท่าใด ทรัพยากรหรือวัตถุดิบเหล่านั้นจะถูกจัดการหรือบริหารอย่างไรเพื่อแปลงให้เป็นสินค้าหรือบริการได้ตามที่ลูกค้าต้องการ และจะส่งสินค้าไปให้ลูกค้าได้อย่างไร มีกำหนดการการส่งเป็นอย่างไร การตรวจติดตามและควบคุมการส่งสินค้า และส่วนการจัดการลูกค้าสัมพันธ์ เป็นการช่วยเหลือและเผชิญหน้ากับลูกค้า ทั้งในส่วนของการขาย การตลาดและโฆษณา บริการหลังการขาย และการทำให้ลูกค้าซื่อสัตย์และจงรักภักดีกับผลิตภัณฑ์ (Products)

ประโยชน์ของห่วงโซ่คุณค่า

การวิเคราะห์ห่วงโซ่คุณค่าช่วยให้หน่วยงานสามารถมองภาพรวมของงานหรือธุรกิจได้โดยไม่มองเฉพาะจุดหรือกิจกรรมซึ่งจะทำให้การบริหารงานสามารถได้รับผลประโยชน์อย่างเต็มที่ โดยสามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์การประกอบกิจกรรมได้ตั้งแต่ขั้นแรกของการประกอบธุรกิจ เช่น การเลือกผู้ขาย, เลือกซื้อวัตถุดิบ และกระบวนการผลิต โดยมองสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกที่มีผลกระทบต่อธุรกิจได้แก่ผู้ขาย และลูกค้า เพื่อให้หน่วยงาน, องค์กรสามารถปรับกระบวนการในการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมในปัจจุบัน

การวิเคราะห์โซ่คุณค่า

การวิเคราะห์โซ่คุณค่า (Value chain analysis) เป็นขั้นตอนหรือวิธีการที่มีประโยชน์ของการคิดผ่านวิธีการที่หน่วยงานส่งมอบคุณค่าหรือมูลค่าให้ลูกค้าและบททวนในสิ่งที่หน่วยงานสามารถทำเพื่อเพิ่มมูลค่าได้ในกระบวนการตามขั้นตอน 3 ประการ

1. การวิเคราะห์กิจกรรม: หน่วยงานระบุกิจกรรมที่นำไปสู่การส่งมอบสินค้าหรือบริการของหน่วยงาน
2. การวิเคราะห์คุณค่า: หน่วยงานระบุสิ่งที่มีคุณค่าของลูกค้า ในกระบวนการที่ดำเนินการแต่ละกิจกรรมแล้วมีผลงานออกมา และมีการเปลี่ยนแปลงถ้าจำเป็น
3. ประเมินผลและวางแผนการ: หน่วยงานควรตัดสินใจเลือกสิ่งที่จะต้องเปลี่ยนแปลง และทำการวางแผนว่าองค์กรจะทำให้พวกเขา

แนวคิดเรื่องการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human Resources Management)

ความหมายของการบริหารทรัพยากรมนุษย์

Mondy, Noe and Premeaux (1999) ได้ให้ความหมายของการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ว่าเป็นการใช้ทรัพยากรบุคคลขององค์กรให้ปฏิบัติงานได้ตามวัตถุประสงค์ โดยมีภารกิจหลัก 6 ด้านคือ การวางแผน, การสรรหา, การพัฒนา, การจ่ายค่าตอบแทน-ผลประโยชน์, การสร้างพนักงานสัมพันธ์ และการวิจัยทรัพยากรมนุษย์

Bowin and Harvey (2001) ได้ให้ความหมายของการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ว่าหมายถึงกิจกรรมในการพัฒนา จูงใจ การปฏิบัติงานของพนักงานภายในองค์กร ให้อยู่ในระดับสูงรวมทั้งการหลอมรวมความต้องการของบุคคลแต่ละคน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร

วิลารวรรณ รพีพิศาล (2554) ได้กล่าวถึงการบริหารทรัพยากรมนุษย์ว่าเป็นกระบวนการที่ช่วยให้องค์กรได้บุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ เข้ามาปฏิบัติงาน เพื่อสร้างความเจริญเติบโตก้าวหน้าให้แก่องค์กร และพร้อมจะรองรับการเปลี่ยนแปลงของโลกธุรกิจยุคปัจจุบันได้

จากความหมายข้างต้น สามารถสรุปความหมายของการบริหารทรัพยากรมนุษย์ได้ว่าเป็นกระบวนการทางการบริหารที่จัดขึ้นเพื่อสรรหา คัดเลือก พัฒนาให้ได้บุคลากรในการปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ

กระบวนการจัดการทรัพยากรมนุษย์ (Human resource management process)

Berman and Bowman (2016); Coyle-Shapiro et al. (2013) ได้กล่าวถึงกระบวนการจัดการทรัพยากรมนุษย์ หมายถึงกระบวนการจัดการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดหา การคัดเลือก การจัดวางตำแหน่งของบุคคลให้เหมาะสมกับงาน รวมถึงการจัดสวัสดิการ การจ่ายเงินเดือนหรือค่าตอบแทน การพิจารณาบทบาทหน้าที่และการควบคุมการทำงานของบุคลากรให้ทำงานอย่างเต็มศักยภาพ

1. วัตถุประสงค์ของการจัดการทรัพยากรมนุษย์

1.1 เพื่อสรรหาบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเข้ามาทำงานในองค์กร (Recruitment and Selection)

1.2 เพื่อใช้บุคลากรในองค์กรให้เกิดประโยชน์สูงสุด (Utilization)

1.3 เพื่อรักษาพนักงานที่มีความสามารถให้อยู่กับองค์กรนาน ๆ (Maintenance)

1.4 เพื่อพัฒนาบุคคลให้มีความรู้ความสามารถ (Development)

2. ความสำคัญของการจัดการทรัพยากรมนุษย์

2.1 ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรมีกำลังใจในการปฏิบัติงาน ก่อให้เกิดความจงรักภักดีต่อองค์กรที่ตนปฏิบัติงาน

2.2 ช่วยพัฒนาองค์กรเจริญเติบโต โดยทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการประสานงานกับแผนกต่าง ๆ เพื่อแสวงหาวิธีการให้ได้บุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเข้ามาทำงานในองค์กร

2.3 ช่วยเสริมสร้างความมั่นคงแก่สังคมและประเทศชาติ ถ้าการจัดการทรัพยากรมนุษย์ดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ย่อมไม่ก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างองค์กรและผู้ปฏิบัติงาน ทำให้สภาพสังคมโดยรวมมีความสุข ความเข้าใจที่ดีต่อกัน

3. ขั้นตอนในการจัดการทรัพยากรมนุษย์ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ การวางแผน, การจัดสรรบุคคลเข้างาน, การฝึกอบรม, การกำหนดค่าตอบแทน, การประเมิน และการทดแทน โดยมีรายละเอียดและความสัมพันธ์ดังภาพที่ 2-5 ดังนี้

3.1 การวางแผนทรัพยากรมนุษย์ (Human resource planning) เป็นกระบวนการวิเคราะห์ความต้องการทรัพยากรมนุษย์ในอนาคต ตามความต้องการของธุรกิจ ตลาดแรงงาน ปริมาณงาน และตามความต้องการขององค์กรตามการวิเคราะห์งาน (Job analysis)

3.2 การจัดหาบุคคลเข้าทำงาน (Staffing) ประกอบด้วยการสรรหาบุคคล (Recruitment) และ การคัดเลือกบุคคล (Selecting) โดยพิจารณาจาก ระบบการคัดเลือก, ความต้องการตำแหน่งงาน

การออกแบบและขยายงาน ที่เหมาะสมทั้งด้านปริมาณ หน้าที่ และความสัมพันธ์ และคุณสมบัติที่เหมาะสมกับตำแหน่งที่ต้องการ

3.3 การฝึกอบรมและการพัฒนา (Training) เป็นขั้นตอนที่สำคัญของทรัพยากรมนุษย์ โดยประกอบด้วย 3 ขั้นตอนย่อยได้แก่

3.3.1 การให้คำแนะนำ (Orientation) แก่พนักงานให้รู้จักงานในเบื้องต้น หัวหน้างาน โครงสร้างองค์การ และระดับขั้นของสายการบังคับบัญชา วัฒนธรรมภายในองค์การ

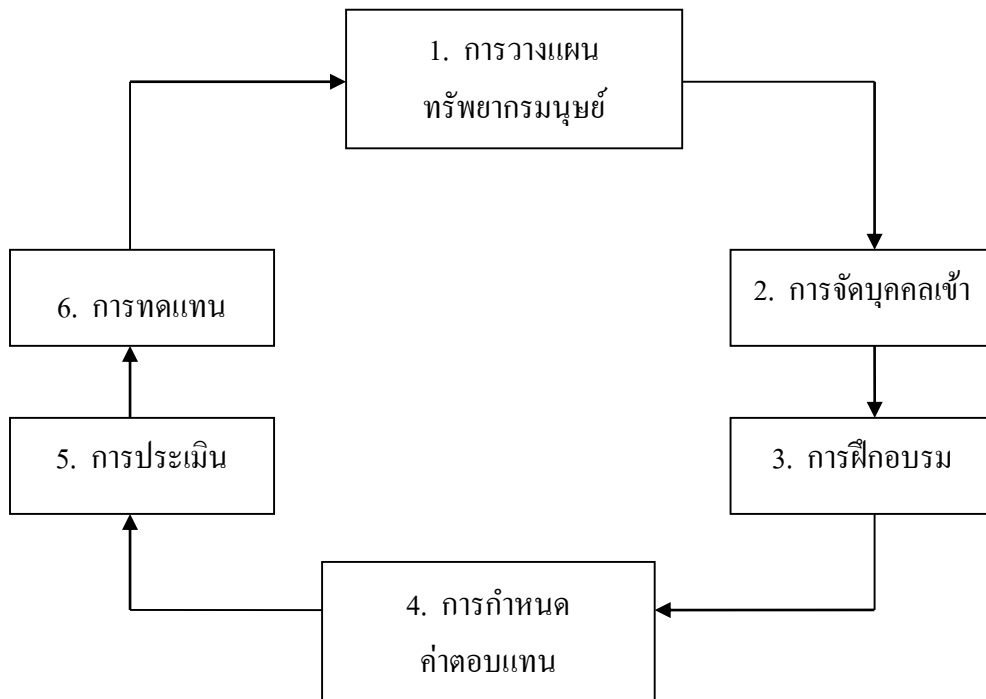
3.3.2 การฝึกอบรม (Training) ฝึกพฤติกรรมในการทำงานของพนักงาน ได้แก่ การฝึกอบรมโดยให้ลงมือปฏิบัติงาน (On-the-job training) และการสอนงาน (Coaching) ให้ลงมือปฏิบัติ (On-the-job training) การสอนงานจะมีประสิทธิภาพผลสูงที่สุดขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบของผู้บังคับบัญชา

3.3.3 การพัฒนาอาชีพ (Career development) เตรียมความพร้อมในการเลื่อนตำแหน่ง

3.4 การบริหารค่าตอบแทน (Compensation management) รวมถึงการจ่ายค่าจ้างแรงงาน เงินเดือน และผลประโยชน์ต่าง ๆ เช่น สวัสดิการเรื่องการประกันภัย การลาหยุด การพักร้อน การลาภัก และรายได้พิเศษ

3.5 การประเมินผลพนักงาน (Employee evaluation) เพื่อนำข้อมูลการประเมินผลงานไปเป็นพื้นฐานสำหรับการปรับเลื่อนตำแหน่ง (Promotion) การโยกย้าย (Transfers) การลดตำแหน่ง (Demotions) และการเลิกจ้าง (Terminations)

3.6 การย้ายพนักงานและการแทนที่ (Employee movement and replacement) ได้แก่ การเลื่อนตำแหน่ง (Promotion), การย้าย (Transfer), การลดตำแหน่ง (Demotion), การสมัคร (Voluntary severance) และการเลิกจ้าง (Termination)



ภาพที่ 2-4 ขั้นตอนการจัดการทรัพยากรมนุษย์ (Coyle-Shapiro et al., 2013)

โดยสรุปการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ คือการบริหารทรัพยากรมนุษย์อย่างเป็นกระบวนการที่จัดขึ้นเพื่อสรรหา คัดเลือก พัฒนาให้ได้บุคลากรในการปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ โดยมีขั้นตอนในการจัดการอย่างเป็นระบบ ขั้นตอน เพื่อให้เกิดการทำงานขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดเรื่องการประชาสัมพันธ์ (Public relationships)

ความหมายของ “ประชาสัมพันธ์”

Lee (1934 cited in St. John, 2006) ได้แสดงความเห็นว่าการประชาสัมพันธ์ คือการปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและผู้ประกอบธุรกิจด้วยวิธีการที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นการปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์ เข้าใจ และประนีประนอม

Bernays (2004) ให้ความหมาย “การประชาสัมพันธ์” ว่าหมายถึงความพยายามในการสร้างสรรค์ความร่วมมือจากกลุ่มประชาชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนกิจกรรม วัตถุประสงค์ การดำเนินงานของสถาบัน โดยมีลักษณะเด่น 3 ข้อ ได้แก่

1. เป็นการเผยแพร่ ซึ่งแจ้งให้ประชาชนทราบ
2. เป็นการชักจูงใจให้ประชาชนมีส่วนร่วม และเห็นด้วยกับวัตถุประสงค์
3. เป็นการผสมผสานความคิดเห็นของประชาชนที่เกี่ยวข้อง ให้เข้ากับจุดมุ่งหมายและวิธีการดำเนินงานของสถาบัน

วิช ลภีรัตนกุล (2553) ได้ให้นิยามการประชาสัมพันธ์ไว้ว่าเป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์และความเข้าใจอันดีระหว่างองค์กร สถาบัน กับกลุ่มประชาชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อหวังผลในความร่วมมือและสนับสนุนจากประชาชน

จากความหมายที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า “การประชาสัมพันธ์” หมายถึง การติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงาน, องค์กรและกลุ่มประชาชน วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างความเข้าใจอันถูกต้อง และให้ความร่วมมือ ซึ่งทำให้งานของหน่วยงานบรรลุเป้าหมาย

วัตถุประสงค์ในการดำเนินงานประชาสัมพันธ์

ภากิตต์ ตรีสกุล (2550) ได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการประชาสัมพันธ์เพื่อให้เป้าหมายเกิดความรู้ ความเข้าใจในข่าวสารที่ต้องการจะสื่อให้ โดยมีวัตถุประสงค์พื้นฐานมี 7 ประการคือ

1. เพื่อบอกกล่าวให้เข้าใจเพื่อให้ประชาชนได้รับทราบว่าองค์กรมีกิจกรรมใด
2. เพื่อให้ประชาชนยอมรับ และคล้อยตาม ให้ความร่วมมือ
3. เพื่อป้องกันการสื่อสารในเนื้อความผิดพลาด
4. เพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของหน่วยงานและองค์กร
5. เพื่อการแก้ไขความเข้าใจผิด
6. เพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างองค์กรและประชาชน
7. การเขียนเพื่อสนับสนุนกิจกรรมของหน่วยงาน

กระบวนการประชาสัมพันธ์

รัตนา ทิมเมือง (2550) ได้สรุปกระบวนการประชาสัมพันธ์ โดยประกอบด้วยขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดวัตถุประสงค์ในการประชาสัมพันธ์ (Setting public relation objectives) โดยประมวลผลจากนโยบายและการดำเนินงานขององค์กร ซึ่งวัตถุประสงค์ของการประชาสัมพันธ์มีหลายแบบเช่น สร้างความตระหนัก, สร้างความน่าเชื่อถือ, กระตุ้นองค์กร
2. การเลือกข้อความและเครื่องมือการประชาสัมพันธ์ (Choosing public relation messages and vehicles) เป็นขั้นตอนที่หลังกำหนดวัตถุประสงค์ของการประชาสัมพันธ์ โดยค้นหาสิ่งที่น่าสนใจที่จะสื่อสารเกี่ยวกับงาน โครงการ กิจกรรมหรือผลิตภัณฑ์ เช่นการคิดป้าย ประกาศเสียงตามสาย หรือใช้สื่อวิทยุ โทรทัศน์
3. การนำแผนการประชาสัมพันธ์ไปใช้ (Implementing the public relation plan) เป็นขั้นตอนการลงมือปฏิบัติและทำการสื่อสารตามที่วางแผนและกำหนดไว้แล้วในขั้นตอนที่สอง เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ โดยต้องใช้งานอย่างระมัดระวัง และรอบคอบ
4. การประเมินผลการประชาสัมพันธ์ (Evaluating public relation results) ส่วนมากการประเมินผลประสิทธิภาพของการประชาสัมพันธ์ทางการตลาดจะมี 3 ประเภทได้แก่

- 4.1 จำนวนผู้ได้ชมหรือได้ยิน
 - 4.2 การเปลี่ยนแปลงการตระหนัก/ ความเข้าใจ/ ทักษะ
 - 4.3 ผลกระทบของยอดขายและกำไร หรือความสำเร็จของโครงการ
- โดยขั้นตอนกระบวนการประชาสัมพันธ์สามารถสรุปเป็นแผนภาพได้ดังนี้



ภาพที่ 2-5 กระบวนการประชาสัมพันธ์ (รัตนา ทิมเมือง, 2550)

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ความหมายของนโยบายสาธารณะ อธิบายได้ในหลายบริบทดังนี้

เกียรตินิจร วัจนะสวัสดิ์ (2550) ได้ให้ความหมายที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะไว้ว่า เป็นการตัดสินใจที่มีผลกระทบต่อสังคมที่ได้แสดงออกมาในการออกกฎหมาย หรืออาจจะมาจากการตัดสินใจของบริษัทเอกชนหรือองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร

เจมส์ แอล เครย์ตัน (2551) ได้ให้ความหมายของกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นนโยบายที่กำหนดออกไปโดยเป็นที่เข้าใจและยอมรับ เป็นการพัฒนาประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงด้วยสันติวิธี

ประเวศ วะสี (2552) กล่าวว่านโยบายสาธารณะที่ดีคือ นโยบายสาธารณะที่นำไปสู่ความถูกต้องเป็นธรรม และประโยชน์สุขของมหาชน โดยควรมีกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม (Participatory Public Policy Process: PPP) ซึ่งเป็นกระบวนการทางปัญญา กระบวนการทางสังคม และกระบวนการทางศีลธรรม เพื่อตอบสนองพระปฐมบรมราชโองการ ให้แผ่นดินนี้มีธรรมครองและเป็นไปเพื่อประโยชน์สุขของมหาชนชาวสยาม

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2548) ได้อธิบายนโยบายสาธารณะใน 2 ลักษณะ คือ

1. นโยบายสาธารณะเป็นทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยภาพรวมเห็นว่าหรือเชื่อว่าควรที่จะดำเนินการไปในทางนั้น ซึ่งทิศทางหรือแนวทางนั้นอาจเกิดขึ้นมาจากความริเริ่มของรัฐบาล ของ

ภาคเอกชน หรือของภาคประชาชนก็ได้ ดังนั้น นโยบายสาธารณะจึงมีความหมายกว้างขวาง โดยรวมถึงนโยบายของรัฐบาล กฎหมายจากรัฐสภา นโยบายขององค์กรท้องถิ่น และการปฏิบัติการในระดับสาธารณะของภาคประชาชน รวมถึงภาคเอกชน

2. นโยบายสาธารณะคือนโยบายใด ๆ ก็ตาม ไม่ว่าจะเกิดขึ้นจากหน่วยงานใด จะมีการดำเนินการตามนโยบายนั้นแล้วหรือไม่ก็ตาม หากมีผลกระทบต่อสังคม ชุมชน หรือสาธารณะ ถือเป็นนโยบายสาธารณะ

จากข้อมูลดังกล่าวสามารถสรุปความหมายของนโยบายสาธารณะได้ว่าเป็นทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยส่วนรวมเห็นว่าหรือเชื่อว่าควรที่จะดำเนินการไปในทางนั้น โดยเป็นแนวทางที่เป็นสัมมาทฤษฎี ภายใต้พื้นฐานแห่งศีลธรรมและความสมดุลทางเศรษฐกิจ

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy public policy)

ซูซีย์ ศุภวงศ์ (2555) ได้ให้ความหมายของ นโยบายสุขภาพ (Health policy) ว่าเป็นการตัดสินใจหรือการกระทำที่ตั้งใจเพื่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและเป็นนโยบายสาธารณะ มีวัตถุประสงค์เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี (Healthy public policy) กล่าวคือเป็นการตัดสินใจหรือการกระทำใด ๆ ที่ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนในสังคม

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหมายถึง “นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนเรื่องสุขภาพ และพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางด้านสุขภาพที่อาจจะเกิดจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และมุ่งให้พลเมืองมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีได้” (ปัตพงษ์และอนุพงศ์ และอนุพงศ์ สุจริยากุล, 2543)

สำนักปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (2545) ได้ร่างธรรมนูญสุขภาพของคนไทย เพื่อให้เป็นกฎหมายแม่บทของระบบสุขภาพ หรือเป็นธรรมนูญสุขภาพคนไทย ให้คำจำกัดความว่า หมายถึงแนวทางการพัฒนาที่มุ่งสร้างสภาพแวดล้อม ทั้งทางสังคม และทางกายภาพ ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพ

ความสำคัญของนโยบายสาธารณะ

ธันยวัฒน์ รัตนศักดิ์ (2555) ได้กล่าวถึงความสำคัญของนโยบายสาธารณะว่าเป็นแนวทางที่ทำให้สังคมโดยรวมมีการพัฒนา ประเทศชาติมีความก้าวหน้า เศรษฐกิจเติบโตอย่างมีเสถียรภาพ ประชาชนมีภาวะที่เป็นสุข นอกจากนี้ นโยบายสาธารณะยังมีความสำคัญในด้านอื่น ๆ สามารถสรุปได้ดังนี้

1. มีความสำคัญต่อผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ได้แก่

1.1 ความสำคัญต่อผู้กำหนดนโยบาย กล่าวคือรัฐบาลหรือองค์กรใดที่สามารถนำนโยบายไปปฏิบัติให้สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ (Effectiveness) และประสิทธิภาพ (Efficiency) ยิ่งจะ

ทำให้องค์กรนั้นได้รับการยอมรับและความนิยมจากสาธารณะอย่างกว้างขวาง

1.2 ความสำคัญต่อประชาชน นโยบายสาธารณะที่ดีต้องสอดคล้องกับค่านิยม วัฒนธรรม และความต้องการของสังคม เพื่อเน้นให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี หากนโยบายสาธารณะมีลักษณะ ในทางตรงกันข้าม จะส่งผลให้ประชาชนได้รับความเดือดร้อน ยกจน ด้อยการศึกษา และคุณภาพชีวิต ต่ำ

1.3 ความสำคัญต่อผู้ปฏิบัติงานเช่น ข้าราชการ พนักงาน หากนโยบายสาธารณะสามารถ ปฏิบัติได้อย่างชัดเจน ก็จะทำให้การปฏิบัติงานเป็นไปได้อย่างสะดวก ง่ายต่อการบรรลุเป้าหมาย

2. มีความสำคัญต่อกระบวนการในฐานะเป็นเครื่องมือในการบริหารประเทศของรัฐบาล และองค์กรหน่วยงานในด้านต่าง ๆ ได้แก่

- 2.1 เป็นเครื่องมือสำคัญในการกำหนดทิศทางการพัฒนาประเทศ
- 2.2 เป็นเครื่องมือในการตอบสนองความต้องการของประชาชน
- 2.3 เป็นเครื่องมือในการแก้ไขปัญหาที่สำคัญของประชาชน
- 2.4 เป็นเครื่องมือในการสร้างค่านิยม ,ส่งเสริมคุณธรรมและจริยธรรมของสังคม
- 2.5 เป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างความเป็นธรรมในสังคม
- 2.6 เป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างความเสมอภาคในโอกาสแก่ประชาชน
- 2.7 เป็นเครื่องมือในการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของประชาชน
- 2.8 เป็นเครื่องมือในการกระจายความเจริญไปสู่ชนบท
- 2.9 เป็นเครื่องมือในการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
- 2.10 เป็นเครื่องมือในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้ยังมีความสำคัญในฐานะที่เป็นเครื่องมือของรัฐบาลอีกหลายประการได้แก่ การ รักษาความรักษาความมั่นคงความสงบเรียบร้อยภายในประเทศ,การเจริญสัมพันธภาพระหว่างประเทศ การรักษาผลประโยชน์ระหว่างประเทศ, การส่งเสริมการลงทุนและการจ้างงาน, การพัฒนาระบบ ประชาธิปไตยให้มีเสถียรภาพมั่นคง

3. มีบทบาทในฐานะที่เป็นกระบวนการแห่งการเรียนรู้ของสังคมเป็นเครื่องมือหรือ กระบวนการในสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งทิศทางของสังคมและเป็นกระบวนการที่จะทำให้ ทราบถึงการให้คุณค่าที่แตกต่างกันในสังคม

กระบวนการของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเริ่มจากตั้งแต่ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2550 ที่ได้เปิดช่องให้ทุกภาคส่วนของสังคมเข้ามามีส่วนร่วม ได้แก่ผู้คนที่มีส่วนได้ส่วนเสียในสังคม ได้แก่ ฝ่ายการเมือง รัฐบาล ราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคธุรกิจ เอกชน นักวิชาการ สื่อมวลชน ชุมชนและประชาชนเอง

กฤตยา อาชวนิจกุล (2548) ได้เสนอแนวทางปฏิบัติของการสร้างนโยบายสาธารณะ ประกอบด้วยสองขั้นตอนสำคัญคือ กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะและการประเมินผลกระทบ ด้านสุขภาพซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ (Healthy public policy process) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ๆ คือ

1.1 การก่อตัวของนโยบายสาธารณะ (Public policy formation) เริ่มจากการกำหนดปัญหาสาธารณะ (Public problem) ในพื้นที่ ซึ่งถ้ามีผลกระทบในระดับประเทศก็จะยกเป็นปัญหาระดับชาติ (Policy issue) อาจเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันหรืออาจจะคาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต โดยการกำหนดปัญหาของนโยบายสาธารณะอาจใช้วิธีการร่วมกันคือ การคาดการณ์อนาคต การสำรวจสถานการณ์ การระบุและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวิเคราะห์สาเหตุ

1.2 การกำหนดทางเลือกและการตัดสินใจนโยบายสาธารณะ (Public policy alternative development and decision making) คือประเด็นปัญหาหรือสถานการณ์ที่มีอยู่จะมีทางเลือกเชิงนโยบายอะไรบ้างในการพัฒนาหรือแก้ปัญหา และจะเลือกทางเลือกใด โดยที่มาของทางเลือกเชิงนโยบายมีลักษณะสำคัญ คือ ต้องมีจินตนาการ (Imagination) ต้องมีความคิดสร้างสรรค์ (Creativity) และเป็นนวัตกรรม (Innovation) ส่วนในการตัดสินใจเลือกนโยบาย อาจใช้ 3 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีหลักการเหตุผล (Rational comprehensive) ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมบางส่วน (Incremental theory) และทฤษฎีการผสมผสานระหว่างทางกว้างและลึก (Mixed scanning)

1.3 การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ (Public policy implementation) ประเด็นสำคัญคือจะมีกระบวนการแปลงนโยบายไปสู่แผนปฏิบัติงานได้อย่างไร ควรต้องมีกระบวนการทำแผนงานรองรับนโยบายที่ชัดเจน มีตัวบ่งชี้ถึงระดับความมีประสิทธิภาพของกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติการควบคุมการปฏิบัติงานเป็นไปตามแผนและตามนโยบาย องค์ความรู้ที่ต้องนำมาใช้ในขั้นตอนนี้ คือ การจัดทำยุทธศาสตร์ การจัดทำแผนปฏิบัติการ การควบคุมการดำเนินงานตามแผน

1.4 การประเมินผลนโยบายสาธารณะ (Public policy evaluation) รูปแบบการประเมินผลอาจมีหลายวิธี เช่นการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะตามกระบวนการหรือขั้นตอนของนโยบายสาธารณะ การประเมินตาม CIPP-Model ซึ่งจะประเมินผลการดำเนินงานทั้งบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ นอกจากนี้ ในทางสุขภาพจะใช้การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA) สำหรับการประเมินนโยบายสาธารณะ เป็นต้น

1.5 ความต่อเนื่อง การทดแทนและการสิ้นสุดนโยบายสาธารณะ (Public policy maintenance succession & termination) เป็นขั้นตอนหรือกลไกในการส่งเสริมนโยบายที่มีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จให้ดำเนินนโยบายสาธารณะอย่างต่อเนื่อง และจำเป็นต้องหานโยบายสาธารณะอื่นเพื่อทดแทนหรือยกเลิกนโยบายนั้น หากนโยบายสาธารณะนั้นไม่ประสบ

ความสำเร็จ ซึ่งจะเป็นกระบวนการย้อนกลับ (Feed back)

2. กระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health impact assessment: HIA) ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (2552) ได้กล่าวถึงเครื่องมือหรือขั้นตอนสำคัญอย่างหนึ่งที่สามารถนำไปสู่การมีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดี ซึ่งในสังคมไทย จะมีความสนใจผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและมีกฎหมายกำหนดเรื่องการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Impact Assessment: EIA) ออกมาใช้บังคับ

ปัจจัยในการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดี

องค์กรทิพย์ เอกแสงศรี (2546) ได้กล่าวถึงปัจจัยในการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดี ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดและให้ความสำคัญของ จุดหมาย เป้าหมาย ของนโยบายสาธารณะ โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะต้องมีมีจุดยืนและความชัดเจน
2. กระบวนการคิดจะต้องเริ่มจากมุมมองที่เห็นว่านโยบาย เป็นทั้ง “กระบวนการ”
3. กระบวนการนโยบายสาธารณะเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง การติดตามในแต่ละด้านจึงต้องการการเรียนรู้ และการสั่งสมความรู้และประสบการณ์ที่ยาวนาน
4. กระบวนการนโยบายสาธารณะจะเกิดขึ้นควบคู่กับการมีส่วนร่วม และการเคลื่อนไหวขององค์กรที่มีอยู่ในสังคมเสมอ การมีส่วนร่วมของประชาชนจะทำให้ทราบถึงการให้คุณค่า (หรือการให้ความสำคัญ) ที่แตกต่างกันในสังคม
5. การมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องฝ่ายการเมือง ทั้งจากส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น เช่น นักการเมือง สส. อบจ. อบต. เทศบาล โดยสามารถแบ่งได้ตามลักษณะของงาน ดังนี้
 - 5.1 ฝ่ายปฏิบัติงานตามนโยบาย เช่น ข้าราชการ พนักงาน ของ องค์กร หน่วยงานภาครัฐ
 - 5.2 ผู้แทนองค์กรอิสระ เช่น สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ คณะกรรมการสิทธิมนุษยชน
 - 5.3 ภาคเอกชน เช่น ผู้ประกอบการธุรกิจเอกชน สมาคม ชมรมทางธุรกิจ หอการค้า เป็นต้น
 - 5.4 นักวิชาการ จากสถาบันการศึกษา มหาวิทยาลัย จากสถาบันจัดการงานวิจัยต่าง ๆ
 - 5.5 ประชาชน ผู้ได้รับผลกระทบจากนโยบายทั้งโดยตรงและโดยอ้อม
 - 5.6 องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรสาธารณะประโยชน์
 - 5.7 สื่อมวลชน

ความสำเร็จของนโยบายสาธารณะ

อนุสรณ์ ธรรมใจ (2548) ได้กล่าวถึงการบริหารเพื่อให้บรรลุเป้าหมายประโยชน์สูงสุด

ต่อประเทศและประชาชน จำเป็นต้องมีนโยบายสาธารณะที่ดีและกระบวนการจัดการนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อก่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติ โดยนโยบายที่ดีควรสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างมากที่สุด เพื่อให้เป็นแนวทางในการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่ในสังคม ให้กับกลุ่มที่ได้รับผลประโยชน์ และประชาชนอย่างเป็นธรรม, มีประสิทธิภาพ และมีคุณธรรม

อัญญา รักษ์ดิษฐกรรม (2548) ได้ให้ความเห็นว่านโยบายสาธารณะที่ดี ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น ที่เป็นผู้ได้รับผลจากนโยบายต่าง ๆ โดยตรง โดยในปัจจุบันประชาชนชุมชนท้องถิ่น มีสิทธิส่วนร่วมเพียงแค่รับฟังการชี้แจง โครงการหรือให้ข้อมูลในบางประการเท่านั้น แต่ไม่เคยได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าควรจะทำโครงการหรือไม่ ทำให้เป็นที่มาของการต่อต้าน คัดค้านและประท้วง จนบางครั้งรุนแรงถึงกับมีการล้มเวทีประชาพิจารณ์ ซึ่งถูกอ้างว่าเป็นเวทีเพื่อรับฟังความคิดเห็น แต่ชาวบ้านในท้องถิ่นไม่ยอมรับว่านั่นคือ กระบวนการมีส่วนร่วมที่แท้จริง และได้เสนอปัจจัยที่ส่งเสริมนโยบายสาธารณะให้สำเร็จได้แก่

1. กิดจากกระบวนการทางปัญญา ทางสังคม และ กระบวนการทางศีลธรรม
2. มีเป้าประสงค์หรือวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน และมีแผนปฏิบัติการสอดคล้องกัน
3. มีหน่วยงานรับผิดชอบการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ
4. มีงบประมาณสนับสนุนการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างเหมาะสม
5. ต้องได้รับการสนับสนุนจากประชาชน และมีส่วนร่วมของประชาชน
6. มีการประเมินผลนำไปสู่การปรับเปลี่ยนนโยบาย และถ้ามองความสำเร็จในมิติของผลที่

เกิดจากกระบวนการนำนโยบายสาธารณะไปใช้ อาจจะต้องมองถึง ผลลัพธ์ ผลที่ตามมา และผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งด้านบวกและด้านลบ

รูปแบบการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ

Patton, Sawicki and Clark (2012) ได้นำเสนอขั้นตอนและรูปแบบในการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะเพื่อการปรับปรุงหรือเพิ่มศักยภาพในการปรับปรุงนโยบายดังนี้

1. วัตถุประสงค์ (The objectives) ต้องค้ำหาวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของ นโยบาย
2. ทางเลือก (The alternatives) เป็นเงื่อนไขหรือวิธีการที่เป็นไปได้ซึ่งผู้ตัดสินใจคาดหมายว่าจะนำไปสู่ความสำเร็จ
3. ผลกระทบ (The impacts) ผลที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากทางเลือกเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ต้องการ
4. เกณฑ์การวัด (The criteria) คือกฎเกณฑ์หรือมาตรฐานที่ใช้จัดลำดับความสำคัญของทางตามเลือกตาม ที่ประสงค์คนจะใช้เกณฑ์การวัดที่ใช้หลักการเดียวกันในการประเมินทางเลือก ซึ่งจะสามารถเปรียบเทียบกันได้

5. ตัวแบบ (The model) หัวใจของการวิเคราะห์การตัดสินใจคือกระบวนการหรือการสร้างสรรค์ที่สามารถทำนายผลที่จะเกิดจากทางเลือกแต่ละทางเลือกได้

นอกจากนี้ จูมพล หนิมพานิช (2552) ได้เสนอการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะมีหลายรูปแบบ และวิธีการ สามารถสรุปการวิเคราะห์ตามแนวทางกระบวนการและขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การศึกษาตัวกำหนดของการก่อตัวนโยบายสาธารณะ (Public policy determination) เป็นการประเมินประเด็นปัญหาหรือการสำรวจวาระนโยบาย และศึกษาถึงสาเหตุหรือที่มาของนโยบายสาธารณะ วิธีการประกอบด้วย

1.1 การศึกษาอนาคตศาสตร์ เพื่อคาดการณ์ พยากรณ์ สังคม แนวโน้มของปัญหาในอนาคต วิธีการศึกษา ได้แก่ การ Forecasting, การ Foresight, การทำ Envisioning, และการทำ Testing options การวิเคราะห์ข้อมูลจากสถิติต่าง ๆ (Statistical data analysis) การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis: Factor analysis) รวมถึงการประเมินผล (Evaluation)

1.2 การวิเคราะห์สถานการณ์ทั้งภายในและภายนอก เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตัวแปรต่าง ๆ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม การมีส่วนร่วมทางการเมือง การศึกษา การพัฒนาเมือง สภาวะเรื่องทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น นอกจากนี้ จะทำให้ทราบถึงสถานะของปัญหาหรือวาระนโยบายนั้น ๆ ในสถานการณ์ ปัจจุบันมักใช้การวิเคราะห์เชิงยุทธศาสตร์ โดยใช้การศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

1.3 การวางทิศทาง จุดหมาย เป้าหมายของการพัฒนา โดยอาศัยข้อมูลจากการศึกษาอนาคตศาสตร์และการวิเคราะห์สถานการณ์ทั้งภายในและภายนอก กระบวนการ ขั้นตอนการวางทิศทาง จุดหมาย โดยใช้การสำรวจทัศนคติ การสร้างเวทีสาธารณะ การประชุมกลุ่มย่อยในแต่ละ Stakeholder การประชุมเชิงปฏิบัติการ

2. การศึกษาทางเลือกของนโยบายสาธารณะและการตัดสินใจ (Public policy choice and decision making) เพื่อถ่วงถ่วงและทำประเด็นปัญหานั้นให้ชัด แล้วจึงคิดและพิจารณาทางเลือก โดยการจัดลำดับความสำคัญและวิเคราะห์ทางเลือก ใช้การเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของทางเลือก แล้วนำมาจัดลำดับความสำคัญ (Prioritization) หรือความชอบ (Preference) วิธีที่ใช้ในการศึกษาทางเลือกของนโยบายสาธารณะและแนวทางตัดสินใจ ได้แก่ การสร้างเกณฑ์ประเด็นความสำคัญในมิติต่าง ๆ แล้ววางเมตริกซ์เกี่ยวกับการจัดลำดับความสำคัญ (Priority matrix) การใช้เทคนิคการตัดสินใจแบบ Decision tree การตัดสินใจแบบ Pareto analysis การตัดสินใจแบบ Paired comparison analysis การตัดสินใจแบบ PMI “Plus/ Minus/ Implications” การตัดสินใจแบบ Grid analysis การวิเคราะห์เชิงเศรษฐศาสตร์เช่น การวิเคราะห์ต้นทุนผลประโยชน์ (Cost/ Benefit analysis) วิธีทางเศรษฐมิติ (Econometric methods) การวิเคราะห์อนุกรมเวลา (Time-series analysis) การวิเคราะห์ความเสถียร

(Risk analysis) หรือวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ เช่น วิธีเดลฟี (Delphi) วิธีลงความเห็น (Judgement methods) เช่น การระดมสมอง (Brainstorming)

3. การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ การติดตามและควบคุม (Public policy implementation, monitoring & control) ใช้วิธีการวิจัยประเมินผล (Evaluation research) ซึ่งเป็นการวิจัยประยุกต์มาใช้ศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลระหว่างนโยบาย, แผนงาน, โครงการกับผลลัพธ์และผลกระทบ ตลอดจนเพื่อติดตามประเมินกระบวนการในขั้นตอนต่าง ๆ ให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ ซึ่งสามารถใช้การวิจัยประเมินผลได้หลายแบบแต่นิยมใช้มากที่สุดคือ การวิจัยแบบทดลอง (Experimental design) การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) และการวิจัยแบบเตรียมทดลอง (Pre-experimental design)

สรุปการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะสามารถวิเคราะห์ได้หลายรูปแบบขึ้นกับวัตถุประสงค์และผลสัมฤทธิ์ของนโยบายสาธารณะ เช่นการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ การวิเคราะห์ความเสี่ยง การศึกษาเชิงคุณภาพ หรือการทดลองจำลองโครงการ

การจัดการงบประมาณภาครัฐ

ความหมายของงบประมาณแผ่นดิน

อัญชลี จวงจันทร์ (2553) ได้ให้นิยามของงบประมาณแผ่นดินว่า เป็นแผนที่เกี่ยวกับการใช้จ่ายของภาครัฐ ในการจัดการรายรับให้ได้เพียงพอกับการใช้จ่ายในช่วงเวลาระยะเวลา 1 ปี โดยจะเริ่มต้นในวันที่ 1 ตุลาคมของปีไปจนถึงวันที่ 30 กันยายนของปีถัดไป โดยสำนักงบประมาณ สังกัดนายกรัฐมนตรีทำหน้าที่เป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการจัดทำงบประมาณแผ่นดินและนำเสนอผู้รัฐสภาเพื่อพิจารณา และเมื่อได้รับอนุมัติแล้วจะตราออกมาเป็นพระราชบัญญัติงบประมาณประจำปีเพื่อใช้บังคับต่อไป

โดยการจัดทำงบประมาณแผ่นดินเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับรัฐบาลเพื่อให้มีการวางแผนที่ดีในดำเนินการล่วงหน้า โดยวางแผนการใช้จ่ายและการหารายรับจะทำให้สามารถคาดคะเนสภาพเศรษฐกิจในปีงบประมาณถัดไปได้เหมาะสมต่อไป และยังช่วยให้รัฐบาลบริหารการคลังได้อย่างมีประสิทธิภาพภายในขอบเขตของงบประมาณที่จัดทำ

ประเภทของงบประมาณ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปีพ.ศ. 2550 หมวด 8 ว่าด้วยการเงินการคลังและงบประมาณ ได้แบ่งงบประมาณออกเป็น 4 ประเภทคือคือ 1) งบประมาณรายจ่ายประจำปี 2) งบประมาณในเหตุจำเป็นที่ประเทศอยู่ในภาวะสงครามหรือการรบ 3) งบกลาง และ 4) เงินนอกงบประมาณ โดยมีความหมายดังต่อไปนี้

1. งบประมาณรายจ่าย หมายถึงเงินแผ่นดินที่ฝ่ายนิติบัญญัติในฐานะที่เป็นผู้แทนของประชาชนอนุญาตให้ฝ่ายบริหารนำไปใช้จ่ายในแต่ละปีงบประมาณ ภายใต้ขอบเขตเงื่อนไขและวัตถุประสงค์ของการใช้จ่ายเงินแผ่นดินตามงบประมาณรายจ่ายประจำปีนั้น รวมไปถึงการตั้งเงินรายจ่ายเพื่อค่าใช้จ่ายเงินคงคลังของปีงบประมาณก่อน โดยการกำหนดงบประมาณรายจ่ายในแต่ละปีจะมีกฎหมายเกี่ยวกับงบประมาณเป็นข้อบังคับ ได้แก่ร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ, ร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายเพิ่มเติมและร่างพระราชบัญญัติโอนงบประมาณรายจ่าย

2. เงินนอกงบประมาณ หมายถึงเงินที่ไม่ได้อยู่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยงบประมาณ หรือเป็นเงินรายได้ของหน่วยงานที่ไม่ต้องนำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน

กระบวนการในการจัดทำร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปีพ.ศ. 2550 ได้กำหนดหลักเกณฑ์และกระบวนการจัดทำร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี สามารถสรุปได้ดังนี้

1. สถาผู้แทนราษฎรต้องพิจารณาร่างงบประมาณรายจ่ายให้เสร็จภายใน 105 วัน นับแต่วันที่ร่างพระราชบัญญัติมาถึงสภาผู้แทนราษฎร โดยมีขั้นตอนการพิจารณา 3 ขั้นตอนคือ

1.1 ขั้นพิจารณาหลักการในการรับหรือไม่รับร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี

1.2 ขั้นกรรมาธิการโดยสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจะทำหน้าที่แปรญัตติลดหรือตัดทอนรายจ่ายได้ โดยที่ต้องไม่ใช้รายจ่ายตามข้อผูกพันคือ เงินสงฆ์, เงินกู้, ดอกเบี้ยเงินกู้ และเงินที่กำหนดให้จ่ายตามกฎหมาย

1.3 ขั้นพิจารณารับร่างพระราชบัญญัติทั้งฉบับ เพื่อพิจารณารับหรือไม่รับร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีทั้งฉบับ หากสภาผู้แทนราษฎรเห็นชอบรับร่าง ก็จะนำเข้าสู่การพิจารณาของวุฒิสภาต่อไป

2. การพิจารณาร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีของวุฒิสภา โดยวุฒิสภาต้องพิจารณาให้ความเห็นชอบภายใน 20 วันนับแต่วันที่ร่างพระราชบัญญัติงบประมาณนั้นมาถึงวุฒิสภา โดยไม่สามารถแก้ไขเพิ่มเติมได้ โดยนางปฏิบัติวุฒิสภาจะตั้งกรรมาธิการวิสามัญขึ้นพิจารณาพร้อมกับสภาผู้แทนราษฎร และเมื่อสภาผู้แทนราษฎรได้ส่งร่างงบประมาณนั้นมายังวุฒิสภา ประธานวุฒิสภาจะส่งร่างพระราชบัญญัติที่วุฒิสภาพิจารณาแล้วให้ความเห็นชอบ นายกรัฐมนตรีจะนำขึ้นทูลเกล้าฯ ภายใน 20 วัน นับแต่วันที่ได้รับร่างพระราชบัญญัติงบประมาณจากรัฐสภา เพื่อให้ทรงลงพระปรมาภิไธย และประกาศในราชกิจจานุเบกษาบังคับใช้เป็นกฎหมายต่อไป

ขั้นตอนการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปี

สำนักงานประมาณ (2554) ได้สรุปขั้นตอนการจัดทำงบประมาณและขั้นตอนการพิจารณา งบประมาณรายจ่ายประจำปีโดยสามารถแบ่งออกได้เป็นขั้นตอนต่างๆดังนี้

1. คณะรัฐมนตรีพิจารณาและให้ความเห็นชอบการเตรียมการจัดทำงบประมาณ และการปรับปรุงกฎหมายงบประมาณรายจ่ายประจำปี
2. ส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจจัดทำข้อเสนองบประมาณร่วมกับสำนักงานประมาณ โดยประกอบด้วย รายจ่ายขั้นต่ำที่จำเป็น รายจ่ายตามข้อผูกพัน ภารกิจขั้นพื้นฐาน และภารกิจยุทธศาสตร์ ต่อเนื่อง
3. ส่วนราชการรัฐวิสาหกิจและหน่วยงานอื่นของรัฐเตรียมการจัดทำแผนปฏิบัติราชการ 4 ปี และแผนปฏิบัติราชการประจำปีตามแนวทางที่กำหนด
4. คณะรัฐมนตรีพิจารณาและให้ความเห็นชอบแผนการบริหารราชการแผ่นดิน
5. ราชการ รัฐวิสาหกิจและหน่วยงานอื่นของรัฐ จัดทำแผนปฏิบัติราชการ 4 ปี และแผนปฏิบัติราชการประจำปีให้สอดคล้องกับแผนบริหารราชการแผ่นดิน เสนอรัฐมนตรีเจ้าสังกัดให้ ความเห็นชอบ
6. กระทรวงการคลัง สำนักงานประมาณ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ และธนาคารแห่งประเทศไทย ประชุมร่วมกันเพื่อทบทวนประมาณการรายได้และ พิจารณากำหนดวงเงินรายจ่าย และ โครงสร้างงบประมาณประจำปีงบประมาณและงบประมาณการ ล่วงหน้า 3 ปี
7. สำนักงานประมาณ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ทบทวนและทำข้อเสนอเป้าหมายและยุทธศาสตร์ การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีให้สอดคล้อง กับแผนบริหารราชการแผ่นดิน
8. สำนักงานประมาณ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ทบทวนและจัดทำข้อเสนอเป้าหมาย และแผนยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปี ให้สอดคล้องกับแผนบริหารราชการแผ่นดิน
9. คณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบนโยบายงบประมาณ วงเงิน โครงสร้าง งบประมาณประจำปีและยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณฯ ที่สอดคล้องกับแผนการบริหารราชการ แผ่นดินและวงเงินรายจ่ายขั้นต่ำที่จำเป็นและรายจ่ายตามข้อผูกพัน
10. รองนายกรัฐมนตรีที่รับผิดชอบหรือรัฐมนตรีมอบนโยบายให้กระทรวง ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ และหน่วยงานอื่นของรัฐจัดทำเป้าหมายและยุทธศาสตร์กระทรวงที่สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์การจัดสรรฯ ตามที่คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ
11. ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจและหน่วยงานอื่นของรัฐจัดทำรายละเอียดวงเงินและคำขอ งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติราชการประจำปี และจัดทำ

ประมาณการรายได้ประจำปีเสนอรัฐมนตรีและรองนายกรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบและส่งสำนักงานประมาณ

12. สำนักงานประมาณพิจารณาและจัดทำรายละเอียดงบประมาณรายจ่ายประจำปี

13. คณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบรายละเอียดงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พร้อมหลักเกณฑ์การปรับปรุงงบประมาณรายจ่ายประจำปี และรองนายกรัฐมนตรีหรือรัฐมนตรีมอบนโยบายให้ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจและหน่วยงานอื่นของรัฐปรับปรุงรายละเอียดงบประมาณรายจ่ายประจำปีตามหลักเกณฑ์ที่คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบและส่งสำนักงานประมาณ

14. สำนักงานประมาณพิจารณาปรับปรุงรายละเอียดงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ เพื่อนำเสนอคณะรัฐมนตรี

15. คณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบการปรับปรุงงบประมาณรายจ่ายประจำปี

16. สำนักงานประมาณจัดพิมพ์ร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี และเอกสารงบประมาณ

17. คณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีและนำเสนอสภาผู้แทนราษฎร

18. สภาผู้แทนราษฎรพิจารณาในวาระที่ 1, 2, 3

19. วุฒิสภาพิจารณาให้ความเห็นชอบร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ

20. นายกรัฐมนตรี นำร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายขึ้นทูลเกล้าฯ ถวายเพื่อประกาศบังคับใช้เป็นกฎหมายต่อไป

หลักการและแนวคิดการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ความหมายของแนวคิดการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2555) ได้กล่าวถึงหลักการและแนวคิดการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมของระบบบริการสาธารณสุขที่มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่เน้นในเรื่องการจัดการด้านการคลังและการขยายหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนให้ครอบคลุม เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น การยกระดับคุณภาพ ลดการรอคอยและการควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายหรือใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

Hofmarcher, Oxley, and Rusticelli (2007) ได้กล่าวถึงการใช้บริการสาธารณสุขในอดีตจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความจำเป็นต้องใช้บริการสาธารณสุขอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรืออื่น ๆ และต้องการใช้บริการของสถานพยาบาล ผู้ใช้บริการมักเป็นผู้ตัดสินใจเองว่าจะไปใช้บริการที่สถานพยาบาลแห่งใดและเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น และยังพบว่า รูปแบบดังกล่าวเป็นทำให้เกิดปัญหาในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในหลายประการเช่น รูปแบบการเลือกซื้อบริการดังกล่าวตั้งอยู่บนพื้นฐานของระบบตลาดซึ่งอาศัยกลไกราคาเป็นเครื่องมือในการจัดสรรทรัพยากร ก่อเกิดปัญหาในการกระจายทรัพยากรและโอกาสในการเข้าถึงบริการไปยังพื้นที่หรือสาขาที่ขาดแคลนซึ่งขาดกำลังซื้อหรือความสามารถในการจ่ายหรือ ผู้ใช้บริการต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง ในหลายครั้งอาจมีค่าใช้จ่ายสูงถึงระดับที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ผู้ใช้บริการและส่งผลให้กลายเป็นสิ่งกีดกั้นการเข้าถึงบริการอันเนื่องจากขาดความสามารถในการจ่ายหรือผู้ใช้บริการมีข้อจำกัดในการประเมินคุณภาพบริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการเนื่องจากขาดความรู้ในการรักษาพยาบาลไม่เพียงพอ ทำให้ไม่ได้รับบริการตามมาตรฐานที่เหมาะสมหรือเกินจำเป็น

Chassin et al. (1987) ได้กล่าวถึงแนวทางการแก้ไขในหลายๆประเทศได้พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขด้วยการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพ โดยจัดให้มีระบบสวัสดิการสุขภาพหรือประกันสุขภาพแก่ประชาชน รวมทั้งมีองค์กรทั้ง ภาครัฐและเอกชนเป็นตัวกลางบริหารจัดการด้านการเงินและชำระค่าใช้จ่ายแทนประชาชน ผู้ใช้บริการ

สามารถสรุปความหมายของการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขได้ว่าเป็นวิธีการหรือแนวทางในการบริหารจัดการควบคุมค่าใช้จ่ายทางการสาธารณสุขเพื่อให้ได้การบริการตามหลักสาธารณสุขมูลฐานอย่างมีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบของการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพและบทบาทการซื้อบริการ

World Health Organization [WHO] (2000) ได้ให้คำจำกัดความ “การซื้อบริการสาธารณสุข” ไว้ว่าเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพให้แก่สถานพยาบาล เพื่อให้ส่งมอบบริการสาธารณสุขตามที่กำหนดไว้ รวมถึงการทำสัญญา (Contracting) เพื่อนำมาซึ่งการให้บริการตามปริมาณและคุณภาพจากผู้ให้บริการตามราคาที่ตกลงกัน

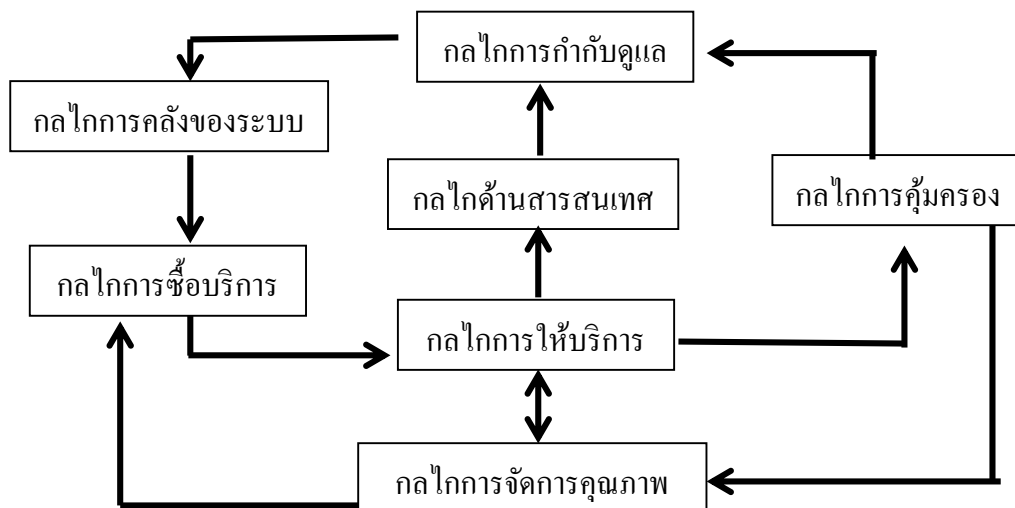
สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และสินชัย ต๋อวัฒนิกิจกุล (2550) ได้กล่าวถึงการซื้อบริการสาธารณสุขว่าเป็นการซื้อบริการต่าง ๆ อันเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วยและการฟื้นฟู สมรรถภาพของบุคคล, ครอบครัวและชุมชน

Busse, Figueras, Robinson, and Jakubowski (2007) ได้ให้ความหมายของการซื้อบริการสุขภาพว่าเป็นกลไกสำคัญในการคงอยู่ขององค์กรด้านสุขภาพในหลาย ๆ ระบบ ซึ่งผู้กระทำอาจเป็นหน่วยงานของภาครัฐ หรือเอกชน ในการเป็นตัวกลางในการแลกเปลี่ยนเงินหรืองบประมาณกับ

การบริการด้านสุขภาพในหลาย ๆ แง่มุมเช่น การป้องกัน รักษา

คณะกรรมการจัดทำข้อเสนอเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2548) ได้เสนอองค์ประกอบโดยรวมของกลไกการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพเป็นกลไกที่ต้องเกี่ยวข้องกับบทบาทการจัดการระบบและการซื้อบริการสาธารณสุข ได้แก่ การกำหนดนโยบาย, ทิศทางและกำกับดูแลระบบการคลังเพื่อบริการสาธารณสุข, การจัดให้มีบริการสาธารณสุข, การจ่ายเงิน, การจัดการคุณภาพและติดตามประเมินผล การสื่อสาร, การให้ความคุ้มครองแก่ผู้รับบริการ

จากข้อความดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่าการซื้อบริการสาธารณสุขคือกระบวนการซื้อบริการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ โดยการจ่ายเงินจากผู้ใช้บริการผ่านกองทุนหรือตัวแทน ให้แก่สถานบริการสุขภาพ โดยมีข้อกำหนดและการทำสัญญาที่ชัดเจนตามโครงสร้างในภาพที่ 2-8



ภาพที่ 2-6 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของกลไกการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ
(คณะกรรมการจัดทำข้อเสนอเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2548)

กลไกการคลังที่เป็นหลักในระบบประกันสุขภาพและกลไกการซื้อบริการสาธารณสุขของประเทศไทย ใน 3 ระบบประกันสุขภาพมีรายละเอียดดังตารางที่ 2-6

ตารางที่ 2-6 กลไกการคลังและกลไกการซื้อบริการสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2555)

ระบบประกันสุขภาพ	กลไกการคลังที่เป็นหลักในระบบประกันสุขภาพ	กลไกการซื้อบริการสาธารณสุขที่สำคัญ
------------------	--	------------------------------------

ประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	ภาษีทั่วไปเข้าสู่ระบบกองทุน, จัดสรรค่าใช้จ่าย เพื่อบริการ สาธารณสุขแบบปลายปิด	สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ
สวัสดิการ ราชการ	ภาษีทั่วไป, จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข แบบปลาย-เปิด	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
ประกันสังคม	เงินสมทบเข้าสู่กองทุนประกันสังคมจาก 3 ฝ่าย (รัฐ นายจ้าง และลูกจ้าง)	สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

วัตถุประสงค์ของการซื้อบริการสาธารณสุข

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2555) ได้กล่าวถึงการซื้อบริการสาธารณสุขในประเทศไทยว่าเป็นหน้าที่ขององค์กรภายนอกที่ทำหน้าที่ซื้อบริการสาธารณสุขแทนประชาชนผู้ใช้บริการหรือผู้จ่าย สามารถสรุปวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

1. เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ประกอบด้วย การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะเสี่ยงหรือโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นและเหมาะสมได้
2. เพื่อให้ผู้ให้บริการ ได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพผ่านระบบและกลไกการบริหารจัดการและกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
3. เพื่อให้ผู้ให้บริการมีบทบาทรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขในระดับที่เหมาะสม ไม่เป็นภาระแก่ผู้ให้บริการจนถึงขั้นที่ทำให้ประสบความเดือดร้อนและส่งเสริมความเท่าเทียมในการกระจายภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ
4. ส่งเสริมประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรในระบบบริการสาธารณสุข ทั้งประสิทธิภาพเชิงเทคนิค (Technical efficiency) และประสิทธิภาพการจัดสรรทรัพยากร (Allocative efficiency)
5. สร้างธรรมาภิบาล (Good governance) ในระบบบริการสาธารณสุขให้โปร่งใสในการดำเนินงาน ตรวจสอบได้และสร้างสมดุลของผลประโยชน์

บทบาทกลไกตลาดและการแข่งขันกับการซื้อบริการสาธารณสุข

อูดมศักดิ์ ศิลปราชวงศ์ (2546) ได้กล่าวถึงกลไกการแข่งขันการซื้อบริการสาธารณสุขเกิดเนื่องจากทรัพยากรในสังคมได้ถูกจัดสรรผ่านกลไกตลาด (Market mechanism) ทำให้เกิดการผลิตและการบริโภคโดยมีราคา (Price) ของสินค้าหรือบริการ เป็นเครื่องมือในการสร้างสมดุลของความต้องการบริโภคหรืออุปสงค์ (Demand) และปริมาณการผลิตสินค้าหรือบริการออกสู่ท้องตลาดเพื่อจำหน่ายหรืออุปทาน (Supply) และ Sorokin (2006) ได้เสนอปัจจัยที่อาจส่งผลให้กลไกตลาดล้มเหลว ไม่เป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการผลิตหรือบริการ โดยมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. อำนาจเหนือตลาด (Market power) ของผู้ให้บริการ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ให้บริการกับผู้บริโภคที่เป็นผู้ใช้บริการในระดับปัจเจกแล้วมักพบว่า ผู้ให้บริการส่วนมากจะมีความรู้และข้อมูลสารสนเทศ รวมถึงมีบทบาทเป็นผู้ตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรสุขภาพ ตลอดจนควบคุมปริมาณและราคาบริการสาธารณสุขได้มากกว่าผู้ใช้บริการ กลไกหลายอย่างในระบบ (เช่น ระบบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ, ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล, ระบบสิทธิบัตร) กลายเป็นเครื่องมือในการจำกัดจำนวนของผู้ให้บริการและศักยภาพการผลิต ทำให้ตลาดบริการสาธารณสุขมีลักษณะเป็นตลาดผูกขาดโดยผู้ขายน้อยราย (Oligopoly market)

2. ผลกระทบภายนอก (Externalities) เนื่องจากการบริโภคของบุคคลหนึ่งอาจกระทบต่อผลประโยชน์ของบุคคลอื่นหรือกระบวนการผลิตบริการได้ เช่นการที่บุคคลหนึ่งตัดสินใจรับหรือไม่รับการรักษาโรคติดต่อที่ตนเองเป็นอยู่ อาจมีผลต่อการระบาดของโรค กระทบถึงความเจ็บป่วยหรือความจำเป็นต้องใช้บริการรักษาพยาบาลของบุคคลอื่นได้

3. การมีผู้เอาเปรียบสังคมเช่นผู้ต้องการผลประโยชน์โดยไม่ต้องการลงทุนเนื่องจากเป็นสินค้าสาธารณะ (Public goods) ที่มีลักษณะสำคัญที่ไม่อาจมีการแข่งขันกันในการบริโภคหรือไม่อาจกีดกันการเข้าถึงได้ ทำให้ผู้ให้บริการไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์ว่าควรจะให้บริการเท่าไร

4. ข้อมูลสารสนเทศที่ไม่สมบูรณ์ (Imperfect information) ทำให้การตัดสินใจซื้อขายบริการหรือสินค้าทั้งของผู้ซื้อและผู้ขายโดยทั่วไปไม่สมบูรณ์ เช่นข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และวิธีการแก้ปัญหาสุขภาพ ที่ผู้ซื้อไม่ครบถ้วน และมีกักให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขเป็นผู้ให้ข้อมูล และอาจเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ซื้อ

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ทำให้ระบบบริการสาธารณสุขไม่เกิดการแข่งขันขึ้นได้โดยสมบูรณ์ ส่งผลให้การซื้อบริการสาธารณสุขของผู้บริโภคระดับปัจเจกผ่านกลไกตลาดนั้น ไม่อาจเป็นกลไกกำหนดการผลิตบริการ ตลอดจนราคาที่เหมาะสม อันจะส่งผลให้การใช้ทรัพยากรในระบบมีประสิทธิภาพได้

ปัจจัยกำหนดรูปแบบการซื้อบริการสาธารณสุข

McNamara (2006) ได้เสนอปัจจัยในการกำหนดรูปแบบการซื้อบริการสาธารณสุขมีหลายประการที่ส่งผลต่อการกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบการซื้อบริการสาธารณสุขดังต่อไปนี้

1. ความจำเป็นในการประสานงาน (Coordination) และการสร้างแรงจูงใจ (Motivation) เนื่องจากความซับซ้อนและความจำเพาะในการให้บริการของผู้ให้บริการแต่ละราย ทำให้ต้องมีกระบวนการในการกำหนดไว้ว่า จะให้ใครดำเนินการ ให้แก่ใคร ในปริมาณเท่าใดและคุณภาพอย่างไร รวมทั้งกำหนดการสร้างแรงจูงใจให้มีการดำเนินการดังกล่าว

2. ลักษณะธุรกรรม (Transaction) และสัญญา (Contract) การทำธุรกรรมในบริการ

สาธารณสุขอาจเป็นการดำเนินการเพียงครั้งเดียวหรือหลายครั้งต่อเนื่องกัน แต่การทำสัญญานั้นเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้เมื่อมีข้อมูลใหม่ ๆ ปรากฏขึ้น

3. หลักการใช้เหตุผลที่มีขอบเขตจำกัด (Bounded rationality) ด้วยเหตุที่บุคคลมีข้อจำกัดในการเข้าถึงและพิจารณาข้อมูลสารสนเทศที่มีจำนวนมาก ส่งผลให้ไม่อาจมีการทำสัญญาที่สมบูรณ์ได้ และในทางปฏิบัติ ก็ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการออกแบบและการนำสัญญาสู่การปฏิบัติ เพื่อจัดการกับปัญหาการประสานงานและการสร้างแรงจูงใจเสมอ

4. กรอบแนวคิดด้านนายจ้างและลูกจ้าง (Principal-agent framework) เนื่องจากธุรกรรมในระบบบริการสาธารณสุขที่นายจ้าง (Principal) อาจมีความรู้หรือทักษะไม่เพียงพอในการดำเนินการ จึงต้องจ้างให้ลูกจ้าง (Agent) ซึ่งมักเป็นผู้รู้และเชี่ยวชาญในการดำเนินการมากกว่าเป็นผู้ปฏิบัติ ส่งผลให้ข้อมูลสารสนเทศในธุรกรรมที่ดำเนินการนั้นไม่สมดุล (Imbalance of information) ทำให้เกิดพฤติกรรมฉวยโอกาสเพื่อเอาเปรียบกัน (Opportunistic behavior) ได้

5. โครงสร้างการอภิบาล (Governance structure) ซึ่งหมายถึง กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ แนวทางปฏิบัติและกลไกที่ใช้จัดการซื้อบริการสาธารณสุขด้วย และประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเป็นเจ้าของ (Ownership), การกำหนดแรงจูงใจในการเบิกค่าใช้จ่าย (Reimbursement incentive), ข้อบังคับ (Regulation), สิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social environment), ตลาด (Markets), ลำดับชั้นการตัดสินใจ (Hierarchies) และเครือข่าย (Network) ทั้งนี้ สามารถจำแนกโครงสร้างการอภิบาลได้เป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ดังต่อไปนี้

5.1 ลำดับชั้นการตัดสินใจ (Hierarchical) มีลักษณะซึ่งผู้ซื้อและผู้ให้บริการมีความสัมพันธ์กันแบบเบ็ดเสร็จ ทำให้กลไกการสร้างแรงจูงใจและกฎระเบียบไม่มีอิทธิพลมากนัก เนื่องจากมีความเป็นเจ้าของกำกับอยู่

5.2 เครือข่าย (Network) มีลักษณะซึ่งผู้ซื้อและผู้ให้บริการมีความเชื่อมโยงทำงานร่วมกัน แต่ไม่ได้มีความเป็นเจ้าของร่วมกัน และต้องอาศัยการประสานประโยชน์

5.3 ตลาด (Market) มีลักษณะซึ่งผู้ซื้อและผู้ให้บริการมีความสัมพันธ์กันแบบหลวมๆ จึงต้องใช้กลไกการสร้างแรงจูงใจที่เข้มข้น มีข้อบังคับและการจัดการที่มีกำหนดรายละเอียดต่างๆ อย่างชัดเจน

กองทุนภาคประชาสังคมของไทย (Thai civil fund)

วัตถุประสงค์ของกองทุนภาคประชาสังคม

เครือข่ายขับเคลื่อนกองทุนภาคประชาสังคม (2558) ได้กล่าวถึงกองทุนส่งเสริมการพัฒนาภาคประชาสังคมว่า เป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นเพื่อสนับสนุนความเข้มแข็งขององค์กรภาคประชาสังคม

โดยเฉพาะกลุ่มเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางสังคมต่าง ๆ รวมทั้ง สนับสนุนการลดหรือจำกัดการเล่นการพนันและอบายมุขทุกประเภทและทุกรูปแบบ

สาเหตุและที่มาในก่อตั้งกองทุนภาคประชาสังคม

กองทุนดังกล่าวจัดตั้งจากมติการประชุมสมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ 1 เรื่อง “การสร้างสังคมที่คนไทยอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน” มีข้อสรุปสำคัญเรื่อง การปฏิรูประบบการคลังเพื่อสังคม และนำเสนอให้มีการจัดสรรรายได้ของสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลใหม่ และจัดตั้งเป็นกองทุนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับประชากรกลุ่มต่าง ๆ เนื่องจากกองทุนทางสังคมในอดีตมีปัญหาในเรื่อง การได้รับจัดสรรงบประมาณ การบริหารจัดการที่ไม่เพียงพอดังเช่นตัวอย่าง

1. กองทุนเด็กเยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และสวัสดิการสังคม ที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันนั้น มุ่งเน้นด้านการกู้ยืม สงเคราะห์ พิ้นฟู เยียวยา โดยปัญหาสำคัญคืองบประมาณที่ได้ไม่แน่นอน ทำให้กองทุนขาดความเข้มแข็ง และขาดการส่งเสริมพัฒนาเพื่อให้กองทุน

2. ภาควิชาหรือข่ายภาคประชาสังคมต่าง ๆ ที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมให้กับกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคม มีปัญหาอุปสรรคสำคัญของภาคประชาสังคม คือ การขาดความต่อเนื่องและการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานของภาคประชาสังคม ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เป็นเช่นนั้น คือ ขาดกลไกสนับสนุนงบประมาณและองค์ความรู้ เพื่อหนุนเสริมความเข้มแข็งของภาคประชาสังคม

การดำเนินงานสำคัญหลังจากมีมติสมัชชาปฏิรูประดับชาติได้แก่ องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรด้านคนพิการ องค์กรรัฐ และนักวิชาการ ได้มีการรวมกลุ่มโดยมีสถาบันส่งเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.) เป็นแกนหลักร่วมขับเคลื่อนให้เกิดกองทุนภาคประชาสังคมที่มีประสิทธิภาพสร้างการเรียนรู้และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับกลุ่มเป้าหมายที่ขาดโอกาสในสังคมได้ และพัฒนาเป็น “คณะทำงานยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนกองทุนภาคประชาสังคม” โดยมีมูลนิธิเครือข่ายครอบครัว ทำหน้าที่เป็นสำนักงานกองเลขานุการ

หลังจากนั้นคณะทำงานยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนกองทุนภาคประชาสังคมจึงได้ร่วมกันขอร่าง พ.ร.บ. กองทุนส่งเสริมการพัฒนาภาคประชาสังคม พ.ศ....(ฉบับประชาชน) ขึ้นมา โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ เกิดกองทุนด้านการพัฒนาสังคมของประเทศไทย ที่มีธรรมาภิบาล สร้างนวัตกรรม พัฒนาระบบ และคล่องตัว เอื้อต่อการดำเนินงานพัฒนาสังคมของภาคประชาสังคมและนำเสนอเข้า คณะรัฐมนตรี โดยในวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2558 พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีได้ลงนามประกาศระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาองค์กรภาคประชาชน พ.ศ. 2558 ลงในราชกิจจานุเบกษา โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับคณะกรรมการองค์กรภาคประชาสังคม และหน้าที่ของคณะกรรมการต่อไป

หน้าที่ของกองทุนภาคประชาสังคม

ในปัจจุบันกองทุนภาคประชาสังคม มีรายได้จากกองสลาก มีคณะกรรมการและหน่วยงานอิสระของรัฐที่ไม่ใช่ราชการทำหน้าที่บริหารจัดการ ทำหน้าที่สนับสนุนการทำงานของภาคประชาสังคม และมีเป้าหมาย 3 ข้อคือ การพึ่งตัวเองได้ของประชาชนทุกคน, ลดความเหลื่อมล้ำหรือช่องว่างของคนทุกกลุ่มในสังคม และลดปัญหาหรือผลกระทบจากการพนัน โคนปัจจุบันกองทุนนี้ได้ทำหน้าที่สนับสนุนกองทุนต่าง ๆ ได้แก่

1. กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
2. กองทุนส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม
3. กองทุนพัฒนาบทบาทสตรี
4. กองทุนผู้สูงอายุ
5. กองทุนคุ้มครองเด็ก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Al-Saa'da et al. (2013) ได้ทำการศึกษาวิจัย “เรื่องห่วงโซ่คุณค่ากับผลกระทบต่อคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ” งานวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจอิทธิพลหรือผลกระทบของห่วงโซ่คุณค่ากับคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพในแง่มุมต่างๆเช่น การตอบสนอง ความเชื่อมั่นและความปลอดภัยในการทำงาน การศึกษานี้เก็บข้อมูลด้วยวิธีงานวิจัยเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม จำนวน 315 ข้อกับคนงานที่ทำงานด้านสุขภาพ โดยทำการเก็บที่โรงพยาบาลเอกชน 36 แห่งในประเทศจอร์แดน ผลการศึกษาพบว่า การบริหารจัดการโดยใช้ห่วงโซ่คุณค่าหลาย ๆ ด้าน (ความสัมพันธ์กับ Suppliers, การสร้างมาตรฐานการทำงาน, การส่งออก และบริการหลังการขาย) มีผลต่อคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ และไม่มี ความแตกต่างของคุณภาพการบริการแบ่งตาม เพศ คุณภาพการศึกษา อายุ หรือประสบการณ์

Meijboom, Schmidt-Bakx and Westert (2011) ได้ทำการศึกษา โดยนำการบริหารโดยอาศัยห่วงโซ่คุณค่ามาพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัญหาซับซ้อนที่เกิดจากผู้ประกอบวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยและหาวิธีการแก้ปัญหาโดยอาศัยการบริหารจัดการด้วยวิธีห่วงโซ่คุณค่า การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงสังเกตการณ์โดยมีการประยุกต์ใช้ห่วงโซ่คุณค่าเข้ากับสถานที่บริการโดยมุ่งเน้นเป้าหมายที่การดูแลคนไข้ จากผลการศึกษาพบว่ามีปัญหาใหญ่ ๆ 4 ด้านคือ การสื่อสาร ความปลอดภัยของคนไข้ ระยะเวลาที่รอรับบริการและการบูรณาการจากรวบรวมข้อมูลพบว่าการใช้ห่วงโซ่คุณค่าสามารถใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาและช่วยแก้ปัญหาได้ โดยเฉพาะในเรื่องของการสื่อสารและการประสานงานร่วมกัน โดยแก้ไขปัญหาที่โครงสร้างขององค์กร ระบบทะเบียน การจัดการบัญชี และเทคโนโลยีการสื่อสารทั้งในระดับภายในองค์กรและระหว่างองค์กร

De Vries and Huijsman (2011) ได้ทำการศึกษาเรื่องการบริหารจัดการโดยใช้ห่วงโซ่คุณค่าในการบริการด้านสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะตรวจสอบความเป็นไปได้ในการประยุกต์การบริหารจัดการเรื่องห่วงโซ่คุณค่าในภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการสุขภาพ งานวิจัยนี้ใช้วิธีการเชิงคุณภาพวิเคราะห์บทความหรือเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ห่วงโซ่คุณค่าในภาคบริการสุขภาพ รวมถึงใช้กรณีศึกษาในหน่วยงานที่มีการใช้ห่วงโซ่คุณค่าในภาคบริการสุขภาพ ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า มีห้าขอบเขตหลักในการศึกษาครั้งนี้ โดยพบความสัมพันธ์และเชื่อมโยงระหว่างห่วงโซ่คุณค่าและการบริการสุขภาพ ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ช่วยให้ทั้งนักวิชาการและผู้บริหารได้รับความเข้าใจที่ดีขึ้นถึงประโยชน์ของการจัดการห่วงโซ่คุณค่าในการให้บริการด้านสุขภาพ

Montgomery and Oladapo (2014) ได้ทำการศึกษาการวิเคราะห์และแก้ปัญหาช่องโหว่ของการใช้ห่วงโซ่คุณค่าในภาคการให้บริการด้านสุขภาพ โดยใช้มุมมองทฤษฎีระบบ วัตถุประสงค์ของงานวิจัยคือศึกษาหาวิธีบริหารจัดการช่องโหว่ที่สามารถเป็นภัยคุกคามต่อความยั่งยืนของการใช้ห่วงโซ่คุณค่าในภาคบริการสุขภาพ โดยใช้ทฤษฎีระบบเป็นพื้นฐานในการวิเคราะห์ โดยมุ่งเน้นไปที่การบริหารกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ให้บริการ เพื่อให้สนับสนุนการบริการผู้ป่วยในระดับโลก การศึกษานี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยในอดีตที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทฤษฎีระบบ, การบริหารจัดการปัญหาหรือช่องโหว่, การใช้ห่วงโซ่คุณค่าในภาคบริการสุขภาพ และวิเคราะห์โดยเริ่มจากการสำรวจปัญหาของการบริการสุขภาพและใช้กระบวนการห่วงโซ่คุณค่าของ Porter ในการจัดกลุ่มปัญหาและวิเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหา โดยทำการเปรียบเทียบทั้งจากประเทศพัฒนา และกำลังพัฒนา ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยสำคัญที่เป็นภัยคุกคามกับระบบห่วงโซ่คุณค่าของการบริการสาธารณสุขในระดับโลกมีสองประเด็นหลักคือประเด็นด้านแรงงาน เช่นค่าแรงที่ค่อนข้างต่ำ, ทักษะการทำงานที่ต่ำ และประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพ ข้อเสนอแนะของงานวิจัยนี้คือ การลงทุนในการเพิ่มความรู้และทักษะของผู้ประกอบการบริการด้านสาธารณสุข รวมถึงปรับปรุงแนวทางการเข้าถึงบริการสาธารณสุข อันเป็นการส่งเสริมความเข้มแข็งของห่วงโซ่คุณค่า

Acharyulu and Shekbar (2012) ได้ทำการศึกษาบทบาทของห่วงโซ่คุณค่าในการใช้สายโซ่อุปทานในภาคบริการสาธารณสุขของประเทศอินเดีย โดยการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและวิเคราะห์คุณภาพการบริการของโรงพยาบาลในประเทศอินเดียผ่านระบบสายโซ่อุปทาน งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจโดยการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาล 22 แห่งของประเทศอินเดีย (มีขนาดเตียงคนไข้อย่างน้อย 350 เตียง) และเก็บข้อมูลการบริหารจัดการโรงพยาบาลโดยใช้ห่วงโซ่อุปทานในรูปแบบ Likert's scale ผลการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ของระเทศอินเดียมีปัญหาและความเสี่ยงในการบริการในระดับสูง รวมถึงปัญหาค่าใช้จ่ายในการบริการสูงขึ้นเรื่อย บทบาทของห่วงโซ่คุณค่า

มีความสำคัญเป็นอย่างมากในการพัฒนาและปรับปรุงห่วงโซ่อุปทานของการบริการสาธารณสุขในอินเดีย และควรจัดเป็นกิจกรรมแรกของการปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเวลาที่มีการแข่งขันอย่างรุนแรงจากแหล่งทุนอื่น ๆ และการเติบโตของธุรกิจท่องเที่ยว

สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย (2550) ได้ทำการศึกษาเรื่องการจัดการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาล กรณีศึกษา ประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ฝรั่งเศส สวีเดน จีน แอฟริกาใต้ ปากีสถาน และประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในประเทศไทย โดยใช้ตัวแบบของการจัดการห่วงโซ่อุปทาน (Value chain model) ของ Porter (2006) งานวิจัยนี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการทบทวนเอกสารการจัดการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน และสัมภาษณ์รองผู้อำนวยการสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และนำเข้าร่วมเวทีถอดบทเรียน โดยทางผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ในด้านกิจกรรมสนับสนุน (Supportive Activities) นั้นพบว่ามีข้อเสนอ ดังนี้

1. โครงสร้างพื้นฐานขององค์กร ควรพัฒนาของสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาเครือข่ายทั้งสอง Node ไปพร้อมกัน เพื่อจะได้เชื่อมต่อไปยังเครือข่ายในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพประชากรต่อไป และปรับปรุงการวางแผนงานเชิงกลยุทธ์ นับว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญต่อการขับเคลื่อนงานสิ่งที่สำคัญคือการประเมินผลซึ่งจะช่วยให้การตัดสินใจในการขับเคลื่อนงานต่อไปนั้นควรให้ความสำคัญและการติดตามการประเมินผลทั้งการประเมินผลภายใน (Internal evaluation) และการประเมินผลภายนอก (External evaluation) วัฒนธรรมองค์กร ควรมีการเสริมสร้างวัฒนธรรมแกร่งโดยใช้เทคนิคการพัฒนาองค์กร (Organization development)
2. การจัดการทรัพยากรมนุษย์ ได้แก่ การสร้างการเรียนรู้สำหรับพลเมืองไทยนั้น ต้องเร่งรัดอย่างเร่งด่วนในการกิจสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อีกส่วนหนึ่งเป็นการส่งผ่านไปยังหน่วยงานอื่นที่ได้ดำเนินงานอยู่แล้วคือ สถาบันครอบครัว ศึกษา ศาสนา และสื่อมวลชน
3. ด้านเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสาร
ควรต้องมีระบบสำรองอื่นในกรณีฉุกเฉินด้วย นอกเหนือจากโครงสร้างคนและระบบสื่อสารทางวิทยุยังเป็นสิ่งที่ควรรักษาไว้เพื่อเป็นระบบสำรองและควรการพัฒนาโดยพบว่าระบบข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ ยังไม่มีระบบที่เชื่อมโยงที่รองรับระหว่างข้อมูลทางการแพทย์เหตุฉุกเฉินอื่น ๆ จำเป็นต้องให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนระบบนี้
ระบบควบคุมทางการแพทย์ แม้ว่าจะมีการควบคุมทางตรง แต่ยังไม่มีความรู้ที่เป็นของผู้ที่ให้บริการทุกระดับ เช่น การพัฒนาโปรโตคอลของศูนย์สั่งการในการช่วยชีวิตทางโทรศัพท์, เกณฑ์ที่ใช้ในการแยกผู้ป่วยในการนำส่งสถานพยาบาล
4. ผลผลิตที่เกิดขึ้น ควรมีการพึงพอใจของผู้ที่ปฏิบัติงานด้วยเพื่อใช้ในการวางแผนในการพัฒนาระบบต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อหาวิธีการเข้าถึงและปัญหาในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของพระภิกษุสงฆ์สามเณร รวมถึงศึกษาแนวทางเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงบริการและวิธีการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรของประเทศไทย ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบประสานวิธี (Mixed-methods research) ประกอบด้วยการวิเคราะห์เชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยเริ่มจากการดำเนินงานวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยใช้เครื่องมือคือแบบสอบถาม (Questionnaire) เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ทั่วประเทศแล้วใช้ผลการวิจัยไปดำเนินการด้วยวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ด้วยการจัดสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อให้ได้คำตอบตามวัตถุประสงค์โดยมีขั้นตอนในการศึกษาดังนี้

1. การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Review literature) เป็นการทบทวนเอกสารบทความทฤษฎี แนวคิด รวมทั้งผลงานวิจัย เอกสารต่าง ๆ และเว็บไซต์ ที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและอุปสรรคของการรับบริการของพระภิกษุสงฆ์ กระบวนการบริหารจัดการสาธารณสุข
2. การศึกษาวิจัยภาคสนาม (Field work research) เพื่อเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการ ดังต่อไปนี้

การวิจัยเชิงปริมาณ: การงานวิจัยเชิงสำรวจโดยแบบสอบถาม (Questionnaire)

การวิจัยเชิงคุณภาพ: การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

การวิจัยเชิงปริมาณ

หน่วยวิเคราะห์ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. หน่วยวิเคราะห์ (Unit of analysis)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้กำหนดหน่วยวิเคราะห์เป็นหน่วยระดับบุคคล (Individual Units)

2. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ กลุ่มพระภิกษุสงฆ์ทั่วประเทศจาก 18 เขตปกครองระดับภาค (มหานิกาย) จำนวน 289,131 รูป (สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2557)

3. การสุ่มตัวอย่างและการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

3.1 กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ทั่วประเทศ โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สัดส่วนตามสูตร Determination a sample size (Yamane, 1973) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 มีความผิดพลาดที่ร้อยละ 5 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

โดย

n แทนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N แทนจำนวนประชากรทั้งหมด

e แทนค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง

แทนค่า

$$\begin{aligned} n &= \frac{289,131}{1 + 289,131(0.05)^2} \\ &= 399.45 \end{aligned}$$

ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ควรเก็บอย่างน้อย 400 ตัวอย่าง แต่เนื่องจากทางผู้วิจัยต้องการเก็บข้อมูลตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่เพียงพอที่จะให้มีการแจกแจงเป็นแบบปกติตามทฤษฎีสุทธกำหนดศูนย์กลาง (Central limit theorem) ที่กล่าวว่าเมื่อ $n \geq 30$, ขนาดของตัวอย่างแจกแจง จะมีค่าปกติโดยประมาณ ไม่คำนึงถึงรูปแบบการแจกแจงประชากร (Briggs et al., 2006) ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดให้แต่ละกลุ่มตัวอย่างต้องมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยตั้งแต่ 30 ตัวอย่างต่อกลุ่ม ดังนั้น จึงทำการเก็บกลุ่มตัวอย่าง 30 ตัวอย่างใน 18 จังหวัดที่ทำการสุ่มจากขั้นตอนที่ 1.1.3.2 ได้เท่ากับ 540 คนและเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจึงเพิ่มการแจกแบบสอบถามกลุ่มละ 35 ตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 630 ชุด ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวสอดคล้องกับ แนวคิดของ Tabachnick and Fidell (2007) ที่ได้ให้แนวทางว่าถ้าขนาดกลุ่มตัวอย่าง 500 หน่วยถือว่าเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ดีมาก และ 1,000 หน่วยถือว่าดีที่สุด ดังนั้นในการวิจัยนี้จึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างไว้ที่ 630 รูป

3.2 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยมีลำดับขั้นตอนในการสุ่มตัวอย่างเป็นแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยใช้ภาคการปกครองของพระสงฆ์เป็นเกณฑ์ในการแบ่ง โดยจะสุ่ม 1 จังหวัดจากแต่ละเขตภาคปกครองพระสงฆ์ รวมทั้งสิ้น 18 จังหวัด

ขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการนำเอารายชื่อวัดในเขตจังหวัดทั้งหมด (ยกเว้นวัดร้าง) ให้ได้จังหวัดละ 10-15 วัด

ขั้นตอนที่ 3 ใช้วิธีสุ่มเก็บตัวอย่างตามสะดวก โดยสุ่มพระลูกวัดจากวัดที่ได้ในขั้นตอนที่ 2 วัดละ 2-3 รูป เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างจังหวัดละ 35 รูปจำนวนทั้งสิ้น 630 รูป

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ แบบสอบถามความคิดเห็นของพระสงฆ์ต่อกระบวนการดูแลสุขภาพจากรัฐบาล อุปสรรคและปัญหา โดยแบบสอบถามเหล่านี้สร้างขึ้นจากการสำรวจวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยแบ่งเครื่องมือออกเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ พรรษาบวช ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา วัดต้นสังกัด สิทธิการรักษาหลักและรอง โรคประจำตัว สถานบริการที่ใช้บริการ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามในการประเมินระดับการให้บริการของระบบบริการสุขภาพของรัฐต่อพระภิกษุสงฆ์ โดยแบ่งกิจกรรมตามทฤษฎีห่วงโซ่คุณค่า (Value chain) ของ Porter (1985) เป็น 9 กิจกรรมย่อย โดยแบบสอบถามมีจำนวนทั้งสิ้น 35 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ที่มีระดับคะแนนจำนวน 5 ระดับตั้งแต่ 1 ถึง 5 เพื่อแสดงถึงระดับปัญหาของพระภิกษุต่อการให้บริการของรัฐ โดยมีการแปลผลดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง ระดับการรับรู้มากที่สุด

ระดับ 4 หมายถึง ระดับการรับรู้มาก

ระดับ 3 หมายถึง ระดับการรับรู้ปานกลาง

ระดับ 2 หมายถึง ระดับการรับรู้น้อย

ระดับ 1 หมายถึง ระดับการรับรู้น้อยที่สุด

โดยการให้เลือกรับเพียงคำตอบเดียว การวิเคราะห์ข้อมูลประเภทลิเคิร์ต (Likert scale) ที่อยู่ในรูปคะแนนเฉลี่ยจะใช้เกณฑ์แบบจำแนกแต่ช่วงย่อยมีค่าเท่ากันและแปลผลตามเกณฑ์คะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีความสำคัญอยู่ในเกณฑ์ มากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีความสำคัญอยู่ในเกณฑ์ มาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีความสำคัญอยู่ในเกณฑ์ ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีความสำคัญอยู่ในเกณฑ์ น้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีความสำคัญอยู่ในเกณฑ์ น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามปลายเปิดเพื่อสอบถามปัญหาและข้อเสนอแนะจากพระภิกษุสงฆ์ต่อสถานพยาบาลของรัฐ จำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความตรง (Validity) โดยใช้การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยมีขั้นตอนในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือดังนี้

1. การหาค่าความตรง (Validity) ได้แก่การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) โดยนำแบบสอบถามไปสอบถามผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อทำการพิจารณาและตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาในแบบสอบถาม รวมถึงโครงสร้างของชุดคำถามที่ใช้วัดตัวแปรต่าง ๆ ซึ่งผลของค่า IOC ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ โดยมีค่าอยู่ในช่วง 0.6-1 โดยรายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจ IOC มีดังต่อไปนี้

- 1.1 ดร.ทักษญา สง่าโยธิน
- 1.2 ดร.นุจรี ภาคาสัตย์
- 1.3 ดร.ธีทัต ตรีศิริโชติ
- 1.4 ดร.ศุภสิทธิ์ เลิศบัวสิน
- 1.5 ดร.วราภรณ์ ช้องเกี่ยวพันธุ์

2. การหาค่าความน่าเชื่อถือหรือความเที่ยง (Reliability) โดยการนำค่าหรือคะแนนที่ได้จากการทดสอบก่อนนำไปใช้จริง (Pre-test กับพระสงฆ์จำนวน 30 คน) เพื่อวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรของ Cronbach เพื่อคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Cronbach alpha) โดยค่าสัมประสิทธิ์ของ Cranach's Alpha coefficient โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่า 0.817 และผ่านการตรวจจริยธรรมแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ตามวัตถุประสงค์การวิจัยและสมมติฐานทางสถิติที่กำหนด ไว้และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและสถิติเชิงอนุมาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายถึงปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามและวิเคราะห์ระดับการประเมินในการบริการด้านสุขภาพของรัฐ โดยใช้ค่าความถี่, ค่าร้อยละ, เปอร์เซ็นต์ ในการแปลผล ซึ่งประกอบด้วยวิธีการทางสถิตินี้

- 1.1 ค่าร้อยละ (Percentage) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์เบื้องต้น
- 1.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) เพื่อใช้ในการจำแนกและแปลความหมายตัวแปร
- 1.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เพื่อแสดงการกระจายของข้อมูล

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้เพื่อศึกษาวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ ตัวแปรระหว่าง ตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล กับระดับการประเมินในการบริการด้านสุขภาพของรัฐ โดยใช้สถิติ t-test และ One way ANOVA ตามหลักสถิติเชิงอนุมาน โดยมีรายละเอียด

ผังตารางที่ 3-1

ตารางที่ 3-1 รายละเอียดของสถิติเชิงอนุมานที่ใช้ในงานวิจัย

สมมติฐานที่	ตัวแปรต้น	ตัวแปรตาม	สถิติเชิงอนุมาน
1	อายุของพระสงฆ์ (ปี)	ระดับประเมินการบริการของ สถานพยาบาล	One-way ANOVA (F-test)
2	พรรษาบวช (ปี)	ระดับประเมินการบริการของ สถานพยาบาล	One-way ANOVA (F-test)
3	ระดับการศึกษา	ระดับประเมินการบริการของ สถานพยาบาล	One-way ANOVA (F-test)
4	การจำวัดอาศัยใน วัดที่บวช	ระดับประเมินการบริการของ สถานพยาบาล	Independent sample t-test

การวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่สองและสาม

สำหรับการศึกษาในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดย กลุ่มประชากรสำหรับการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย

1. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ได้แก่ ผู้บริหารหรือตัวแทน โรงพยาบาลสงฆ์ ,ตัวแทนผู้ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลที่มีแผนกสงฆ์
2. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนด้านการเงินด้านสาธารณสุขแก่พระภิกษุสงฆ์ของประเทศไทย ได้แก่ ผู้แทนจากสำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, ผู้บริหารหรือผู้แทนจากสำนักงานประมาณ โดยมีรายละเอียดผังตารางที่ 3-2

ตารางที่ 3-2 รายละเอียดของผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่ม (Focus group) จำนวน 10 ผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม	องค์กร	ตำแหน่ง
นายวิระยุทธ ปั่นนวม	สำนักงานประมาณ	รองผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ
นางสาวสายใจ สิทธิสา	สำนักจัดทำงบประมาณด้าน สังคม 2 สำนักงานประมาณ	ผู้อำนวยการส่วนงบประมาณ กระทรวงสาธารณสุข 1

นายแพทย์พิทักษ์ ตั้งชนะชัยอนันต์	โรงพยาบาลสงฆ์	รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสงฆ์
-------------------------------------	---------------	------------------------------

ตารางที่ 3-2 (ต่อ)

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม	องค์กร	ตำแหน่ง
นางจันทนา พงษ์สมบูรณ์	โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี	อดีตหัวหน้าพยาบาล
พลตรี สิงห์ทอง หมิมทอง	ตัวแทน สนช.	ผู้บัญชาการมณฑลทหารบกที่ 14
นายคณิงกิจ พรหมนุชา	สำนักงานพระพุทธศาสนา แห่งชาติ	กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานเลขานุการกรม
นางสาว จันทนา สุทธิเรืองวงศ์	สำนักงานพระพุทธศาสนา แห่งชาติ	ผู้อำนวยการกองพุทธศาสนาสถาน
นายสวัสดิ์ กิตติธีระสิทธิ์	สำนักงานพระพุทธศาสนา แห่งชาติ	ผู้อำนวยการส่วนบูรณะพัฒนาวัด และการศาสนาสงเคราะห์
นายสมเกียรติ ธงศรี	สำนักงานพระพุทธศาสนา แห่งชาติ	ผู้อำนวยการสำนักเลขานุการมหา เถรสมาคม
นายสมบัติ วุฒู	สำนักงานพระพุทธศาสนา แห่งชาติ	ผู้อำนวยการสำนักเลขานุการมหา เถรสมาคม

เครื่องมือที่ใช้ในศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ศึกษาครั้งนี้คือเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อเป็นเครื่องมือในการตั้งคำถามในการทำสนทนากลุ่มสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องระดับบริหารส่วนงานทั้งภาครัฐและเอกชน/ ผู้นำชุมชน/ นักวิชาการระดับอุดมศึกษา

1. การสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยที่ทำการสร้างเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) มีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ดังนี้

1.1 ศึกษาข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับกิจกรรมและขั้นตอนในการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

1.2 สร้างแบบบันทึกประเด็นการประชุมกลุ่ม/คำถามในการถามผู้ร่วมสนทนากลุ่มโดยนำข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณในขั้นตอนที่ 2.1 เพื่อให้ครอบคลุมทุกประเด็นปัญหาและเพื่อให้ได้คำตอบตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1.3 นำแบบบันทึกประเด็นคำถามที่จะถามผู้ร่วมสนทนากลุ่มไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา การและผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาค่าความตรง จำนวน 5 ท่านแล้วทำการส่งเพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

1.4 นำแบบบันทึกการสนทนากลุ่มที่ได้รับการแก้ไขมาปรับปรุงและนำเสนอ อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้งหนึ่งก่อนนำไปใช้ในการบันทึกการสนทนากลุ่ม

1.5 เตรียมแบบบันทึกการประชุมที่สมบูรณ์เพื่อใช้ในการประชุมสนทนากลุ่ม

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความตรง (Validity) โดยใช้การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้แก่การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) โดยนำแบบสอบถามไปสอบถามผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อทำการพิจารณาและตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาในแบบสอบถามผลของค่า IOC ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ โดยมีค่าอยู่ในช่วง 0.6-1 โดยรายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบค่า IOC ดังต่อไปนี้

2.1 ดร.ศักดิ์ชาย จันทร์เรือง

2.2 ดร.ทักษญา สง่าโยธิน

2.3 ดร.ธีทัต ตริศิริโชติ

2.4 ดร.กฤษ จรินโท

2.5 ดร.ภัทธี พิรสัตต์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้มีแผนดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. วางแผนเรื่องระยะเวลา วันนัดหมาย

2. เตรียมผู้เข้าร่วมประชุม ประสานงานล่วงหน้า/ ยืนยันการเข้าร่วมประชุมอีกครั้ง

3. กำหนดสถานที่ที่เหมาะสมในการประชุมกลุ่มประสานงาน

4. จัดเตรียมอุปกรณ์ในการประชุมเช่น กล้องถ่ายภาพ วิดีโอภาพ เครื่องบันทึกเสียงสมุด

บันทึก ดินสอ กระดาษ เอกสารที่จะต้องใช้ในการประชุมกลุ่ม

5. ทำความเข้าใจกับผู้ดำเนินการสนทนา (Modulator) โดยต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถในการสร้างบรรยากาศในการสนทนาและควบคุมเกมได้เป็นอย่างดี ให้ผู้ร่วมสนทนามีความเป็นกันเองมากที่สุด กล่าวแสดงความคิดเห็นแบบอิสระเสรีและเป็นธรรมชาติมากที่สุด โดยผู้ที่ทำหน้าที่ผู้ดำเนินการประชุม (Modulator) นี้ต้องสามารถพิเศษ คือ มีความรอบรู้ในเรื่องนั้น ๆ พอสมควรและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้เป็นอย่างดี

6. ทำความเข้าใจกับผู้จดบันทึก (Note taker) โดยต้องเป็นผู้ที่สามารถอยู่ร่วมประชุมตลอดเวลาและฟังทำหน้าที่จดบันทึกอย่างเดียวไม่ออกความคิดเห็นใดใด ไม่ควรร่วมสนทนาด้วย

จะทำให้การจดบันทึกไม่ครบถ้วนและต้องเป็นผู้ถอดเทปด้วยตนเองเพื่อความเข้าใจในสิ่งที่บันทึกและเนื้อหาสาระในเทปที่ตรงกัน

7. ทำความเข้าใจกับผู้ช่วยทั่วไป (Assistant) ที่ทำหน้าที่ควบคุมการบันทึกเทป การอัดเสียง การเก็บภาพและวิดีโอภาพ ตลอดจนการประชุม โดยต้องเก็บข้อมูลครบทุกคนที่ร่วมประชุม ตลอดจนอำนวยความสะดวกแก่ผู้ร่วมสนทนาและผู้ดำเนินรายการ

8. จัดกลุ่ม ตำแหน่งที่นั่งที่เหมาะสม

9. ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

10. ถอดเทปออกมาเป็นบทสนทนาอย่างละเอียดเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลที่ครบถ้วนและต้องไม่ใส่ความคิดของตัวเองในการถอดเทปนั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังการทำสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ทำการถอดเทปแล้ววิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และสรุปความและสังเคราะห์ออกมาเป็นแนวคำตอบที่ต้องการตามวัตถุประสงค์การวิจัย

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ในการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานวิจัยเรื่อง “รูปแบบการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายเพื่อดูแลสุขภาพพระภิกษุ” ในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบประสาณวิธี (Mixed-methods research) ซึ่งประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) การสำรวจโดยใช้เครื่องมือคือแบบสอบถาม (Questionnaire) เก็บรวบรวมข้อมูลจากพระสงฆ์ทั่วประเทศ จำนวน 630 รูป มาทำการวิเคราะห์โดยใช้วิธีการทางสถิติตาม วัตถุประสงค์การวิจัยและนำผลเชิงปริมาณโดยการบรรยายเชิงพรรณนาถึงผลของการประเมินจาก พระสงฆ์ มาสร้างข้อคำถามสำหรับดำเนินการด้วยวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ด้วย กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุข แก่พระสงฆ์, หน่วยงานที่ดูแลพระพุทธศาสนา และสำนักงบประมาณ เพื่อสร้างแนวทางในการออก นโยบายสาธารณะเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพของพระสงฆ์ โดยผู้วิจัยได้นำเสนอ ผลการศึกษา โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์เชิงพรรณนาเกี่ยวกับระบบห่วงโซ่คุณค่า(Value Chain) ของการ บริการทางสุขภาพของสถานพยาบาลของรัฐ

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐาน

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการจัดประชุมกลุ่มในประเด็นปัญหาและแนวทางแก้ไข เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการจัดประชุมกลุ่มเพื่อศึกษาปัญหาและวิธีการจัดการ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพระสงฆ์ที่นอกเหนือจากระบบที่รัฐจัดให้

สัญลักษณ์และอักษรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

n คือ จำนวนตัวอย่าง

M คือ ค่าเฉลี่ย (Mean)

SD คือ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

t-value คือ ค่าที่ใช้พิจารณาใน t-distribution

t-prob คือ ค่าสถิติที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

F-value คือ ค่าที่ใช้พิจารณาใน F-distribution

F-prob คือ ค่าสถิติที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

* คือ ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเชิงพรรณนาเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์

ตารางที่ 4-1 จำนวนและร้อยละของอายุพระสงฆ์ที่อนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม

อายุ	จำนวน (รูป)	ร้อยละ	อันดับ
ต่ำกว่า 30 ปี	143	22.7	2
31-40 ปี	179	28.4	1
41-50 ปี	112	17.8	3
51-60 ปี	101	16.0	4
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	74	11.7	5
ไม่ตอบแบบสอบถาม	21	3.3	
รวม	630	100.0	

จากตารางที่ 4-1 พบว่า พระสงฆ์ที่อนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม มีอายุช่วง 31-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.4 รองลงมา คือ ต่ำกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.7 อันดับสามคือ อายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.8 อันดับสี่คืออายุ 51-60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 16 อันดับห้าคืออายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 11.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-2 จำนวนและร้อยละ พรรษาบวชของพระสงฆ์

สถานภาพ	จำนวน (รูป)	ร้อยละ	อันดับ
น้อยกว่า 5 ปี	220	34.9	1
5-10 ปี	167	26.5	2
11-15 ปี	52	8.3	4
16-20 ปี	54	8.6	3
21-25 ปี	41	6.5	6
มากกว่า 25 ปี	43	6.8	5
ไม่ตอบแบบสอบถาม	53	8.4	
รวม	630	100.0	

จากตารางที่ 4-2 พบว่า ส่วนใหญ่พระสงฆ์จำพรรษาน้อยกว่า 5 ปี เป็นอันดับแรก คิดเป็นร้อยละ 34.9 อันดับ 2 จำพรรษา 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.5 อันดับ 3 จำพรรษา 16-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 8.6 อันดับ 4 จำพรรษา 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 8.3 อันดับ 5 จำพรรษามากกว่า 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.8 อันดับ 6 จำพรรษา 21-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-3 จำนวนและร้อยละ ของระดับการศึกษา (ก่อนบวชเรียน)

ระดับการศึกษา	จำนวน (รูป)	ร้อยละ	อันดับ
ประถมศึกษา	177	28.1	2
มัธยมศึกษา	220	34.9	1
ปวช., ปวส.	74	11.7	4
ปริญญาตรี	101	16.0	3
สูงกว่าปริญญาตรี	25	4.0	5
ไม่ตอบแบบสอบถาม	33	5.2	
รวม	630	100.0	

จากตารางที่ 4-3 พบว่า ระดับการศึกษาก่อนที่พระสงฆ์บวชอันดับแรก ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 34.9 อันดับ 2 ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 28.1 อันดับ 3 ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 16 อันดับ 4 ระดับ ปวช., ปวส. คิดเป็นร้อยละ 11.7 อันดับสุดท้าย ระดับสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 4 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-4 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์ที่อาศัยในวัดเขตเดียวกับสถานพยาบาลที่มีสิทธิการรักษาติดตัว

จังหวัดตามสิทธิ	จำนวน (รูป)	ร้อยละ	อันดับ
อาศัยตรงตามสิทธิ	444	70.5	1
อาศัยไม่ตรงตามสิทธิ	99	15.7	2
ไม่ตอบแบบสอบถาม	87	13.8	
รวม	630	100.0	

จากตารางที่ 4-4 พบว่า พระสงฆ์ส่วนมากอาศัยในวัดเขตเดียวกับสถานพยาบาลที่มีสิทธิการรักษามีมากเป็นอันดับแรก คิดเป็นร้อยละ 70.5 และที่ไม่ได้อาศัยตรงกับสิทธิการรักษา คิดเป็นร้อยละ 15.7

ตารางที่ 4-5 จำนวนและร้อยละ ของการอาศัยในวัดที่พระสงฆ์บวช

วัดที่อาศัย	จำนวน (รูป)	ร้อยละ	อันดับ
อาศัยวัดที่บวช	464	73.7	1
อาศัยวัดที่ไม่ได้บวช	115	18.3	2
ไม่ตอบแบบสอบถาม	51	8.0	
รวม	630	100.0	

จากตารางที่ 4-5 พบว่า พระสงฆ์ผู้ตอบแบบสอบถามอาศัยวัดที่บวช คิดเป็นร้อยละ 73.7 และอาศัยวัดที่ไม่ได้บวช คิดเป็นร้อยละ 18.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-6 จำนวนและร้อยละของการใช้สิทธิการรักษาของพระสงฆ์

สิทธิในการรักษา	จำนวน(รูป)	ร้อยละ	อันดับ
ใช้,มีสิทธิการรักษาติดตัว	370	58.7	1
ต้องจ่ายค่ารักษาเอง	214	34.0	2
ไม่ตอบแบบสอบถาม	46	7.3	
รวม	630	100.0	

จากตารางที่ 4-6 พบว่า พระสงฆ์ผู้ตอบแบบสอบถามใช้สิทธิการรักษาติดตัว (บัตรทอง, ประกันสังคม, ราชการ, ประกันชีวิต) คิดเป็นร้อยละ 58.7 และจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง คิดเป็นร้อยละ 34.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-7 จำนวนและร้อยละของชนิดสิทธิการรักษาของพระสงฆ์

สิทธิในการรักษาโดยบัตรทอง	จำนวน (รูป)	ร้อยละ	อันดับ
ใช้บัตรทอง	335	90.6	1
ใช้สิทธิราชการ	17	4.7	2
ใช้สิทธิประกันสังคม	15	4.4	3
มีประกันส่วนตัว	3	0.3	4
รวม	370	100.0	

จากตารางที่ 4-7 พบว่า พระสงฆ์ผู้ตอบแบบสอบถามใช้สิทธิบัตรทอง จำนวน 332 รูป คิดเป็นร้อยละ 90.6 อันดับสองใช้สิทธิราชการในการเบิกค่ารักษา คิดเป็นร้อยละ 4.7 และใช้สิทธิประกันสังคม (ตั้งแต่ก่อนบวช) คิดเป็นร้อยละ 4.4 และมีประกันส่วนตัวในการเบิกค่ารักษา คิดเป็นร้อยละ 0.3 เป็นลำดับสุดท้าย

ตารางที่ 4-8 จำนวนและร้อยละการมีโรคประจำตัวของพระสงฆ์

โรคประจำตัว	จำนวน (รูป)	ร้อยละ	อันดับ
มีโรคประจำตัว	113	17.9	2
ไม่มีโรคประจำตัว	388	61.6	1
ไม่เคยตรวจ	97	15.4	3
ไม่ตอบแบบสอบถาม	32	5.1	
รวม	630	100.0	

จากตารางที่ 4-8 พบว่า พระสงฆ์ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 61.6 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 17.9 ไม่เคยตรวจ คิดเป็นร้อยละ 15.4 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงพรรณนาเกี่ยวกับการบริการทางสุขภาพของสถานพยาบาลของรัฐ ใน มิติของระบบห่วงโซ่คุณค่า (Value chain)

การวิเคราะห์ข้อมูล การหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ยการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้หลักเกณฑ์แต่ละช่วงคะแนนเท่ากัน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีความสำคัญอยู่ในเกณฑ์ มากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีความสำคัญอยู่ในเกณฑ์ มาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีความสำคัญอยู่ในเกณฑ์ ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีความสำคัญอยู่ในเกณฑ์ น้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีความสำคัญอยู่ในเกณฑ์ น้อยที่สุด

ตารางที่ 4-9 ค่าเฉลี่ยของการประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับ โครงสร้างพื้นฐานการให้บริการ
เทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าในด้าน โครงสร้างพื้นฐานในการให้บริการของสถานพยาบาล
(Firm infrastructure)

การใช้บริการในภาพรวม	\bar{X}	SD	แปลผล	อันดับ
ที่นั่งรอ	2.19	.75	น้อย	3
ขั้นตอนการระบุตัวตน	2.39	.73	น้อย	1
บรรยากาศ	2.27	.72	น้อย	2
ห้องน้ำ	2.14	.79	น้อย	4
รวม	2.25	.75	น้อย	

จากตารางที่ 4-9 พบว่า การประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับการให้บริการ เทียบมิติ
ของห่วงโซ่คุณค่าในด้าน โครงสร้างทั่วไปในการให้บริการเมื่อมารับบริการ (Firm infrastructure)
ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.25 พระสงฆ์ประเมินอันดับแรก เป็นขั้นตอนการระบุ
ตัวตน เช่น ชื่อความ หรือเสียงเรียกชื่อ มีความชัดเจนในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.39 อันดับที่ 2
บรรยากาศในสถานพยาบาลของรัฐทั่วไปมีความเหมาะสมระดับน้อย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.27 อันดับที่ 3
ที่นั่งรอมีความเพียงพอระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.19 อันดับสุดท้าย ห้องน้ำให้บริการน้อย มี
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.14 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-10 ค่าเฉลี่ยของการประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับการให้บริการของบุคลากร
ทางการแพทย์ เทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าในด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human
resource management)

บุคลากรที่ให้บริการ	\bar{X}	SD	แปลผล	อันดับ
การแนะนำของบุคลากร	2.35	.71	น้อย	4
มารยาทของบุคลากร	2.61	.71	ปานกลาง	3
แพทย์ พยาบาล	2.64	.67	ปานกลาง	2
เภสัชกรที่จ่ายยา	2.66	.70	ปานกลาง	1
รวม	2.57	.70	น้อย	

จากตารางที่ 4-10 พบว่า การประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับการให้บริการของ
ตัวบุคคลทางการแพทย์ เทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าในด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human
resource management) ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.57 พระสงฆ์ประเมินอันดับแรก
เป็นเภสัชกรที่จ่ายยา มีการอธิบายขั้นตอนที่ชัดเจนในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.57 อันดับที่ 2
พระสงฆ์ประเมินความเอาใจใส่ของบุคลากรทางการแพทย์, พยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย
เท่ากับ 2.64 อันดับที่ 3 พระสงฆ์ประเมินการแสดงออกของบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย
เท่ากับ 2.61 อันดับสุดท้าย การแนะนำของจุดบริการแต่ละจุด มีความเหมาะสมในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย
เท่ากับ 2.35 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-11 ค่าเฉลี่ยของการประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับเครื่องมือ อุปกรณ์ทาง
การแพทย์ เทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าในด้านเทคโนโลยี (Technology development)

เครื่องมืออุปกรณ์	\bar{X}	SD	แปลผล	อันดับ
ความพร้อมของอุปกรณ์	2.57	.64	น้อย	1
ความทันสมัยของอุปกรณ์	2.55	.66	น้อย	2
ความเพียงพอของอุปกรณ์	2.55	.67	น้อย	2
รวม	2.56	.66	น้อย	

จากตารางที่ 4-11 พบว่า การประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ เทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าในด้านเทคโนโลยี (Technology development) ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 พระสงฆ์ประเมินอันดับแรก เกี่ยวกับความพร้อมของอุปกรณ์ในการรักษาจากที่เคยใช้บริการมาอยู่ในระดับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.57 อันดับที่ 2 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับคือ 2.55 พระสงฆ์ประเมินความทันสมัยและความเพียงพอของอุปกรณ์ในการรักษามีอยู่ในระดับน้อย

ตารางที่ 4-12 ค่าเฉลี่ยของการประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับการจัดซื้อยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าในด้านการจัดซื้อ (Procurement)

การจัดซื้อยา/ อุปกรณ์	\bar{X}	SD	แปลผล	อันดับ
ประสิทธิภาพยาในการรักษา	2.56	.62	น้อย	1
ยาที่นอกเหนือจากองค์กรเภสัช	2.45	.70	น้อย	2
ความเพียงพอของยา-อุปกรณ์ฯ	2.44	.72	น้อย	3
รวม	2.48	.68	น้อย	

จากตารางที่ 4-12 พบว่า การประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับการจัดซื้อยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าในด้านการจัดซื้อ (Procurement) ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.48 พระสงฆ์ประเมินอันดับแรก เกี่ยวกับประสิทธิภาพของยา คุณภาพของยาที่ใช้ในการรักษามีคุณภาพน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 อันดับที่ 2 สถานพยาบาลของรัฐมียาที่นอกเหนือจากองค์กรเภสัชอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.45 อันดับที่ 3 ความเพียงพอของอุปกรณ์ทางการแพทย์อยู่ระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.44 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-13 ค่าเฉลี่ยของการประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับความสะดวกที่พระสงฆ์ได้รับจากสถานพยาบาล เทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าด้านการจัดการภายใน (Inbound logistics)

การจัดซื้อยา/ อุปกรณ์	\bar{X}	SD	แปลผล	อันดับ
การลงทะเบียน	2.51	.72	น้อย	4
แผนกคัดกรองโรค	2.48	.77	น้อย	5
การติดต่อระหว่างแผนก	2.47	.70	น้อย	6

ตารางที่ 4-13 (ต่อ)

การจัดซื้อ/ อุปกรณ์	\bar{X}	SD	แปลผล	อันดับ
การรักษา	2.52	.70	น้อย	3
การรับยา	2.55	.69	น้อย	1
การจ่ายคำปรึกษาพยาบาล	2.54	.68	น้อย	2
การแจ้งเตือนเพื่อรับบริการ	2.54	.73	น้อย	2
รวม	2.52	.71	น้อย	

จากตารางที่ 4-13 พบว่า การประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับความสะดวกที่พระสงฆ์ได้รับจากสถานพยาบาล เทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าด้านการจัดการภายใน (Inbound logistics) ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.52 พระสงฆ์ประเมินอันดับแรกเกี่ยวกับการรับยามีความสะดวกในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.55 อันดับที่ 2 การจ่ายคำปรึกษาและแจ้งเตือนเพื่อรับบริการครั้งต่อไปมีความสะดวกในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.54 อันดับที่ 3 การรักษาามีความสะดวกในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.52 อันดับที่ 4 การลงทะเบียนมีความสะดวกในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยในระดับ 2.51 อันดับที่ 5 แผนกคัดกรองมีความสะดวกในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยในระดับ 2.48 อันดับสุดท้าย การติดต่อระหว่างแผนกมีความสะดวกในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.47 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-14 ค่าเฉลี่ยของการประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับกระบวนการรักษาที่พระสงฆ์ได้รับจากสถานพยาบาลรัฐ เทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าด้านการจัดการระดับปฏิบัติการ (Operations)

กระบวนการรักษา	\bar{X}	SD	แปลผล	อันดับ
ความสะดวกรวดเร็ว	2.45	.70	น้อย	2
ความเป็นมืออาชีพ	2.48	.74	น้อย	1
ความพอใจในการนอนพัก	2.43	.75	น้อย	3
รวม	2.45	.73	น้อย	

จากตารางที่ 4-14 พบว่า การประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับกระบวนการรักษาที่พระสงฆ์ได้รับจากสถานพยาบาลรัฐ เทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าด้านการจัดการระดับปฏิบัติการ

(Operations) ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.45 พระสงฆ์ประเมินอันดับแรกเกี่ยวกับ ขั้นตอนตั้งแต่ไปถึงโรงพยาบาลจนถึงรับยามีความเป็นมืออาชีพในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.48 อันดับที่ 2 ขั้นตอนการตรวจรักษามีความสะดวกรวดเร็วในระดับน้อย มีความวกไปวนมา มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.45 อันดับสุดท้าย การนอนพักรักษาพระสงฆ์มีความพึงพอใจในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.43 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-15 ค่าเฉลี่ยของการประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับการบริการเชิงรุกของ
สถานพยาบาลของรัฐเทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าด้านการบริการสู่ผู้รับบริการภายนอก
(Outbound logistic)

การบริการเชิงรุก	\bar{X}	SD	แปลผล	อันดับ
ตรวจเยี่ยมเพื่อคัดกรอง	2.25	1.49	น้อย	1
ตรวจเยี่ยมเพื่อรักษา	2.20	.80	น้อย	2
ตรวจเยี่ยมหลังรักษา	2.12	.80	น้อย	3
รวม	2.19	1.03	น้อย	

จากตารางที่ 4-15 พบว่า การประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับการบริการเชิงรุกของ สถานพยาบาลของรัฐ เทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าด้านการบริการ การขนส่งภายนอกสู่ผู้รับบริการ (Outbound logistic) ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.19 ข้อมูลจากการเก็บข้อมูลจาก พระสงฆ์พบว่าอันดับแรก สถานพยาบาลรัฐ มีหน่วยตรวจเยี่ยมเพื่อคัดกรองโรคของพระถึงที่วัด เพื่อแนะนำการรักษาต่อไปมีระดับน้อย ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.25 อันดับที่ 2 สถานพยาบาลหรือหน่วยงาน ราชการมีการจัดหน่วยตรวจเยี่ยมสำหรับรักษาโรคพื้นฐานอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.20 อันดับ สุดท้าย สถานพยาบาลมีหน่วยบริการตรวจเยี่ยมพระภิกษุหลังกลับจากการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับ น้อย ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.12 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-16 ค่าเฉลี่ยของการประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับการรับรู้ข่าวสาร
การประชาสัมพันธ์ของสถานพยาบาลของรัฐ เทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าด้านการ
ประชาสัมพันธ์ทางการตลาด (Marketing & Sale)

การประชาสัมพันธ์	\bar{X}	SD	แปลผล	อันดับ
ทราบข่าวจากบุคลากร	2.14	.75	น้อย	3
ประชาสัมพันธ์ทางจดหมาย	2.06	.80	น้อย	6
ประชาสัมพันธ์ผ่านโทรทัศน์	2.19	.77	น้อย	2
ประชาสัมพันธ์ผ่านวิทยุ	2.13	.80	น้อย	4
ประชาสัมพันธ์ผ่านหนังสือพิมพ์	2.12	.75	น้อย	5
ทราบข่าวจากเพื่อนพระสงฆ์	2.20	.75	น้อย	1
รวม	2.14	.77	น้อย	

จากตารางที่ 4-16 พบว่า การประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับการรับรู้ข่าวสาร
การประชาสัมพันธ์ของสถานพยาบาลของรัฐ เทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าด้านการประชาสัมพันธ์ทาง
การตลาด (Marketing & Sale) ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.14 อันดับแรก พระสงฆ์
รับรู้ข่าวสารของสถานพยาบาลรัฐจากเพื่อนพระสงฆ์ด้วยตนเองในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.20
อันดับที่ 2 รับรู้จากโทรทัศน์ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย 2.19 อันดับที่ 3 รับรู้จากบุคลากรในสถานพยาบาล
รัฐในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.14 อันดับที่ 4 รับรู้ผ่านวิทยุในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.13
อันดับที่ 5 รับรู้ผ่านหนังสือพิมพ์ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.12 อันดับสุดท้ายรับรู้ทางจดหมายใน
ระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย 2.06 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-17 ค่าเฉลี่ยของการประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับการให้บริการต่าง ๆ จาก
สถานพยาบาลของรัฐ เทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าด้านการบริการหลังการรักษา (Service)

การบริการ	\bar{X}	SD	แปลผล	อันดับ
มีหน่วยแพทย์ไปเยี่ยม	1.97	.77	น้อย	2
มีการติดตามอาการ	2.07	.78	น้อย	1
รวม	2.02	.78	น้อย	

จากตารางที่ 4-17 พบว่า การประเมินสถานพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับการให้บริการต่าง ๆ จากสถานพยาบาลรัฐ เทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าด้านการบริการ (Service) ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.02 จากข้อมูลของพระสงฆ์พบว่า มีบริการติดตามสอบถามอาการหรือแจ้งเตือนนัดบริการ เช่นทางโทรศัพท์ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.07 และมีหน่วยแพทย์หรืออาสาสมัครไปเยี่ยมติดตามอาการหลังการรักษาในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.97 ตามลำดับ

สามารถสรุปผลค่าเฉลี่ยระดับการประเมินการบริการดังตารางที่ 4-18

ตารางที่ 4-18 ค่าเฉลี่ยของการประเมินการบริการสถานพยาบาลของรัฐเทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่า

ห่วงโซ่คุณค่า (Value Chain)	\bar{X}	SD	แปลผล
1. ด้านการจัดการความสะดวกลงในสถานพยาบาล (Inbound logistics)	2.52	.71	น้อย
2. ด้านการจัดการระดับปฏิบัติการหรือรักษา (Operations)	2.45	.73	น้อย
3. ด้านการบริการสู่ผู้รับบริการภายนอก (Outbound logistic)	2.19	1.03	น้อย
4. ด้านการประชาสัมพันธ์ทางการตลาด (Marketing & Sale)	2.14	.77	น้อย
5. ด้านการบริการทางการแพทย์หลังการตรวจรักษา (Service)	2.02	.78	น้อย
6. ด้านโครงสร้างทั่วไปในการให้บริการ (Firm infrastructure)	2.25	.75	น้อย
7. ด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human resource management)	2.57	.70	น้อย
8. ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Technology development)	2.56	.66	น้อย
9. ด้านการจัดซื้อยาและอุปกรณ์การแพทย์ (Procurement)	2.48	.68	น้อย

จากตารางที่ 4-18 พบว่าพระสงฆ์ประเมินระดับการให้บริการในสถานพยาบาลของรัฐ โดยแบ่งกิจกรรมเทียบตามมิติของห่วงโซ่คุณค่า 9 กิจกรรมอยู่ในระดับน้อยทั้งหมด (การแปลค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 มีค่าน้อย)

ประเด็นปัญหาที่ได้จากการทำแบบสอบถามในการประเมินการบริการสถานพยาบาลของรัฐ จากพระสงฆ์สามารถจำแนกเทียบตามมิติของห่วงโซ่คุณค่าทั้ง 9 กิจกรรม สามารถสรุปประเด็นปัญหาต่าง ๆ ได้ดังภาพที่ 4-1

กิจกรรมหลัก	การจัดการความสะอาด	หน่วยงานประสาน,ห้องบัตร แผนกคัดกรองโรค
	การจัดการระดับปฏิบัติการ	ผู้บริการหอผู้ป่วยใน ขาดความสะอาดรวดเร็ว
	การบริการสู่ผู้รับบริการ ภายนอก	ขาดการออกหน่วยให้ความรู้, คัดกรองโรคขาดการออก หน่วยตรวจรักษา
	การประชาสัมพันธ์	ขาดการประชาสัมพันธ์จาก สื่อต่าง ๆ
	การให้บริการทางการแพทย์	ขาดการติดตามหลังการรักษา
กิจกรรมสนับสนุน	โครงสร้างทั่วไปในการ ให้บริการ	ที่นั่งรอไม่เป็นสัดส่วน, ไม่เพียงพอ ห้องน้ำไม่ เพียงพอ
	บริหารทรัพยากรมนุษย์	มารยาทบุคลากร การแนะนำให้ข้อมูล
	เทคโนโลยีอุปกรณ์การแพทย์	ไม่เพียงพอ ,ไม่ทันสมัย
	การจัดซื้อยา, ครุภัณฑ์	ไม่เพียงพอต่อการบริการ ยาไม่หลากหลาย

ภาพที่ 4-1 ประเด็นปัญหาที่ได้จากการประเมินการบริการสถานพยาบาลของรัฐจากพระสงฆ์
เทียบกับมิติของห่วงโซ่คุณค่า 9 กิจกรรม

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 พระภิกษุสงฆ์ที่มีอายุแตกต่างกัน มีระดับการประเมินการบริการของ
สถานพยาบาลในมิติห่วงโซ่คุณค่าในด้านต่าง ๆ แตกต่างกัน

H0: พระภิกษุสงฆ์ที่มีอายุแตกต่างกัน มีระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลใน
มิติห่วงโซ่คุณค่าในด้านต่าง ๆ ไม่แตกต่างกัน

H1: พระภิกษุสงฆ์ที่มีอายุแตกต่างกัน มีระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลใน
มิติห่วงโซ่คุณค่าในด้านต่าง ๆ แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-19 ค่าสถิติการทดสอบสภาพรวมการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในมิติห่วงโซ่คุณค่าของพระภิกษุสงฆ์ที่มีอายุต่างกัน

ภาพรวมการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในมิติห่วงโซ่คุณค่า	อายุ	\bar{X}	SD	n	F	Sig.
โครงสร้างพื้นฐานการบริการของสถานพยาบาล (Firm infrastructure)	ต่ำกว่า 30 ปี	2.36	0.643	138	1.394	0.234
	30-40 ปี	2.19	0.633	174		
	41-50 ปี	2.26	0.680	109		
	51-60 ปี	2.27	0.665	98		
	มากกว่า 60 ปี	2.25	0.604	73		
	รวม	2.26	0.647	592		
บริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human resource management)	ต่ำกว่า 30 ปี	2.72	0.527	137	2.361	0.052
	30-40 ปี	2.54	0.869	174		
	41-50 ปี	2.58	0.584	109		
	51-60 ปี	2.53	0.591	98		
	มากกว่า 60 ปี	2.45	0.628	73		
	รวม	2.58	0.679	591		
เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Technology development)	ต่ำกว่า 30 ปี	2.63	0.547	137	0.941	0.440
	30-40 ปี	2.50	0.638	174		
	41-50 ปี	2.56	0.611	111		
	51-60 ปี	2.55	0.601	97		
	มากกว่า 60 ปี	2.53	0.573	71		
	รวม	2.56	0.599	590		
การจัดซื้อยาและอุปกรณ์การแพทย์ (Procurement)	ต่ำกว่า 30 ปี	2.56	0.624	137	1.305	0.267
	30-40 ปี	2.43	0.619	174		
	41-50 ปี	2.44	0.604	111		
	51-60 ปี	2.48	0.584	96		
	มากกว่า 60 ปี	2.55	0.572	71		
	รวม	2.49	0.607	589		

ตารางที่ 4-19 (ต่อ)

ภาพรวมการประเมินการ บริการของสถานพยาบาล ในมิติห่วงโซ่คุณค่า	อายุ	\bar{X}	SD	n	F	Sig.
การจัดการความสะดว กในสถานพยาบาล (Inbound logistics)	ต่ำกว่า 30 ปี	2.63	0.608	136	1.565	.182
	30-40 ปี	2.47	0.616	173		
	41-50 ปี	2.47	0.667	109		
	51-60 ปี	2.54	0.627	96		
	มากกว่า 60 ปี	2.52	0.588	71		
	รวม	2.52	0.624	585		
การจัดการระดับปฏิบัติการ หรือรักษา(Operations)	ต่ำกว่า 30 ปี	2.53	0.643	136	1.147	.333
	30-40 ปี	2.39	0.659	173		
	41-50 ปี	2.46	0.701	109		
	51-60 ปี	2.43	0.630	96		
	มากกว่า 60 ปี	2.52	0.611	71		
	รวม	2.46	0.654	585		
การบริการสู่ผู้รับภายนอก (Outbound logistic)	ต่ำกว่า 30 ปี	2.39	1.199	136	3.321	.011*
	30-40 ปี	2.24	0.713	170		
	41-50 ปี	2.02	0.735	108		
	51-60 ปี	2.11	0.656	97		
	มากกว่า 60 ปี	2.14	0.717	69		
	รวม	2.20	0.855	580		
การประชาสัมพันธ์ ทางการตลาด (Marketing & Sale)	ต่ำกว่า 30 ปี	2.30	0.735	136	3.489	.008**
	30-40 ปี	2.16	0.689	169		
	41-50 ปี	2.02	0.615	109		
	51-60 ปี	2.11	0.541	97		
	มากกว่า 60 ปี	2.02	0.646	69		
	รวม	2.14	0.665	580		

ตารางที่ 4-19 (ต่อ)

ภาพรวมการประเมินการ บริการของสถานพยาบาล ในมิติห่วงโซ่คุณค่า	อายุ	\bar{X}	SD	n	F	Sig.
การบริการหลังการตรวจ (Service)	ต่ำกว่า 30 ปี	2.13	0.733	132	1.522	.194
	30-40 ปี	2.05	0.734	170		
	41-50 ปี	1.96	0.744	106		
	51-60 ปี	1.97	0.672	96		
	มากกว่า 60 ปี	1.91	0.743	67		
	รวม	2.02	0.728	571		

หมายเหตุ * หมายถึงปฏิเสธสมมติฐานทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จากตารางที่ 4-19 ผลการทดสอบด้วยสถิติ F-test ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าค่าความแปรปรวนระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในด้านต่าง ๆ ตามมิติห่วงโซ่คุณค่าของพระสงฆ์ที่มีอายุต่างกันมีค่าไม่แตกต่างกัน ยกเว้นการประเมินด้านการบริการผู้รับภายนอกและด้านการประชาสัมพันธ์ทางการตลาด ที่มีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.011* และ 0.008** จึงได้วิเคราะห์เพิ่มเติมด้วยวิธี Post Hoc แบบ LSD ได้ค่าตามตารางดังนี้

ตารางที่ 4-20 ทดสอบความแตกต่างรายคู่ของระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในด้านการบริการผู้รับภายนอกของพระสงฆ์จำแนกตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ	ผลต่าง					ผลสรุปช่วงอายุที่มีระดับการประเมินที่แตกต่างกัน
	<30 ปี	30-40 ปี	41-50ปี	51-60 ปี	> 60 ปี	
< 30 ปี		0.15	0.37*	0.28*	0.24*	(ต่ำกว่า 30 ปี, 41-50 ปี)
30-40 ปี			0.22*	0.13	0.10	(ต่ำกว่า 30 ปี, 51-60 ปี)
41-50 ปี				-0.09	-0.12	(ต่ำกว่า 30 ปี, มากกว่า 60 ปี)
51-60 ปี					-0.03	(30-40 ปี, 41-50 ปี)
> 60 ปี						

หมายเหตุ * หมายถึงปฏิเสธสมมติฐานทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 4-21 ทดสอบความแตกต่างรายคู่ของระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในด้านการประชาสัมพันธ์ทางการตลาดของพระสงฆ์จำแนกตามช่วยอายุ

ช่วงอายุ	ผลต่าง					ผลสรุปช่วงอายุที่มีระดับการประเมินที่แตกต่างกัน
	<30 ปี	30-40 ปี	41-50ปี	51-60 ปี	> 60 ปี	
< 30 ปี		0.14	0.28*	0.19*	0.27*	(ต่ำกว่า 30 ปี, 41-50 ปี)
30-40 ปี			0.14	0.05	0.14	(ต่ำกว่า 30 ปี, 51-60 ปี)
41-50 ปี				-0.09	0.00	(ต่ำกว่า 30 ปี, มากกว่า 60 ปี)
51-60 ปี					0.09	
> 60 ปี						

* หมายถึงปฏิเสธสมมติฐานทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จากตารางที่ 4-20 และ ตารางที่ 4-21 ผลการทดสอบเพื่อเปรียบเทียบระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในด้านต่าง ๆ ด้วยค่าสถิติ LSD ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าระดับการประเมิน ทั้งด้านการบริการผู้รับภายนอกและด้านการประชาสัมพันธ์ทางการตลาด จะพบว่าพระสงฆ์ช่วงอายุต่ำกว่า 30 ปี มีแตกต่างจากกลุ่มอายุที่มากกว่า 40 ปี ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

สมมติฐานที่ 2 พระภิกษุสงฆ์ที่มีพรรษาบวชแตกต่างกัน มีระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในมิติห่วงโซ่คุณค่าในด้านต่าง ๆ แตกต่างกัน

H0: พระภิกษุสงฆ์ที่มีพรรษาบวชแตกต่างกัน มีระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในมิติห่วงโซ่คุณค่าในด้านต่าง ๆ ไม่แตกต่างกัน

H1: พระภิกษุสงฆ์ที่มีพรรษาบวชแตกต่างกัน มีระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในมิติห่วงโซ่คุณค่าในด้านต่าง ๆ แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-22 ค่าสถิติการทดสอบภาพรวมการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในมิติห่วงโซ่คุณค่าของพระภิกษุสงฆ์ที่มีพรรษาบวชต่างกัน

ภาพรวมการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในมิติห่วงโซ่คุณค่า	พรรษาบวช	\bar{X}	SD	n	F	Sig.
โครงสร้างพื้นฐานการบริการของสถานพยาบาล (Firm infrastructure)	น้อยกว่า 5 ปี	2.23	0.644	209	1.661	.142
	5-10 ปี	2.38	0.601	164		
	11-15 ปี	2.24	0.714	50		
	16-20 ปี	2.24	0.667	54		
	21-25 ปี	2.16	0.668	41		
	มากกว่า 25 ปี	2.18	0.670	42		
	รวม	2.27	0.646	560		
บริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human resource management)	น้อยกว่า 5 ปี	2.63	0.530	209	1.213	.301
	5-10 ปี	2.64	0.870	163		
	11-15 ปี	2.46	0.638	50		
	16-20 ปี	2.49	0.658	54		
	21-25 ปี	2.54	0.716	41		
	มากกว่า 25 ปี	2.46	0.636	42		
	รวม	2.58	0.688	559		
เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Technology development)	น้อยกว่า 5 ปี	2.58	0.593	209	1.037	.395
	5-10 ปี	2.54	0.602	164		
	11-15 ปี	2.43	0.608	49		
	16-20 ปี	2.59	0.617	54		
	21-25 ปี	2.63	0.591	39		
	มากกว่า 25 ปี	2.43	0.680	43		
	รวม	2.55	0.606	558		

ตารางที่ 4-22 (ต่อ)

ภาพรวมการประเมินการ บริการของสถานพยาบาล ในมิติห่วงโซ่คุณค่า	พรรษาบวช	\bar{X}	SD	n	F	Sig.
การจัดซื้อยาและอุปกรณ์ การแพทย์ (Procurement)	น้อยกว่า 5 ปี	2.45	.624	209	1.227	.295
	5-10 ปี	2.51	.585	164		
	11-15 ปี	2.34	.620	49		
	16-20 ปี	2.55	.641	54		
	21-25 ปี	2.60	.536	39		
	มากกว่า 25 ปี	2.41	.615	42		
	รวม	2.47	.608	557		
การจัดการความสะดวก ในสถานพยาบาล (Inbound logistics)	น้อยกว่า 5 ปี	2.50	0.645	209	.479	.792
	5-10 ปี	2.55	0.582	162		
	11-15 ปี	2.44	0.678	50		
	16-20 ปี	2.53	0.591	52		
	21-25 ปี	2.57	0.620	41		
	มากกว่า 25 ปี	2.42	0.754	39		
	รวม	2.51	0.630	553		
การจัดการระดับปฏิบัติการ หรือรักษา (Operations)	น้อยกว่า 5 ปี	2.41	0.674	209	.431	.827
	5-10 ปี	2.48	0.631	162		
	11-15 ปี	2.41	0.665	50		
	16-20 ปี	2.45	0.618	52		
	21-25 ปี	2.54	0.682	41		
	มากกว่า 25 ปี	2.40	0.765	39		
	รวม	2.44	0.662	553		

ตารางที่ 4-22 (ต่อ)

ภาพรวมการประเมินการ บริการของสถานพยาบาล ในมิติห่วงโซ่คุณค่า	พรรษาบวช	\bar{X}	SD	n	F	Sig.
การบริการสู่ผู้รับภายนอก (Outbound logistic)	น้อยกว่า 5 ปี	2.14	0.715	207	1.189	.313
	5-10 ปี	2.33	1.108	162		
	11-15 ปี	2.21	0.772	49		
	16-20 ปี	2.24	0.914	51		
	21-25 ปี	2.07	0.677	40		
	มากกว่า 25 ปี	2.14	0.614	41		
	รวม	2.21	0.865	550		
การประชาสัมพันธ์ ทางการตลาด (Marketing & Sale)	น้อยกว่า 5 ปี	2.11	.664	207	1.853	.101
	5-10 ปี	2.27	.648	162		
	11-15 ปี	2.19	.727	49		
	16-20 ปี	2.10	.688	51		
	21-25 ปี	2.07	.683	40		
	มากกว่า 25 ปี	2.00	.626	41		
	รวม	2.15	.669	550		
การบริการหลังการตรวจ (Service)	น้อยกว่า 5 ปี	1.94	0.678	201	3.175	.008*
	5-10 ปี	2.21	0.694	157		
	11-15 ปี	1.98	0.797	49		
	16-20 ปี	2.08	0.888	52		
	21-25 ปี	1.97	0.802	39		
	มากกว่า 25 ปี	1.85	0.673	41		
	รวม	2.03	0.732	539		

หมายเหตุ * หมายถึงปฏิเสธสมมติฐานทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จากตารางที่ 4-22 ผลการทดสอบด้วยสถิติ F-test ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าค่าความแปรปรวนระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในด้านต่าง ๆ ตามมิติห่วงโซ่คุณค่าของพระสงฆ์ที่มีพรรษาบวชต่างกันมีค่าไม่แตกต่างกัน ยกเว้นด้านการบริการหลังการตรวจที่มีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.008* จึงได้วิเคราะห์

เพิ่มเติมด้วยวิธี Post Hoc แบบ LSD ได้ค่าตามตารางดังนี้

ตารางที่ 4-23 ทดสอบความแตกต่างรายคู่ของระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในด้านการบริการหลังการรักษาของพระสงฆ์จำแนกตามพรรษาบวช (ปี)

พรรษาบวช (ปี)	ผลต่าง						ผลสรุปช่วงพรรษาบวชที่มีระดับการประเมินที่แตกต่าง
	<5	5-10	11-15	16-20	21-25	>25	
<5		-0.27*	-0.03	-0.13	-0.03	0.09	(น้อยกว่า 5 ปี, 5-10 ปี)
5-10			0.23*	0.14	0.24	0.36*	(5-10 ปี, 11-15 ปี)
11-15				-0.10	0.00	0.12	(5-10 ปี, มากกว่า 25 ปี)
16-20					0.10	0.22	
21-25						0.12	
>25							

หมายเหตุ * หมายถึงปฏิเสธสมมติฐานทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จากตารางที่ 4-23 ผลการทดสอบเพื่อเปรียบเทียบระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในด้านต่าง ๆ ด้วยค่าสถิติ LSD ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าการประเมินด้านการบริการหลังการรักษา ส่วนใหญ่มีระดับการประเมินไม่แตกต่างกันในระหว่างกลุ่ม ยกเว้นในช่วงน้อยกว่า 5 ปีกับ 5-10 ปี, 5-10 ปีกับ 11-15 ปี และ 5-10 ปีกับมากกว่า 25 ปีที่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 3 พระภิกษุสงฆ์ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในมิติห่วงโซ่คุณค่าในด้านต่าง ๆ แตกต่างกัน

H0: พระภิกษุสงฆ์ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในมิติห่วงโซ่คุณค่าในด้านต่าง ๆ ไม่แตกต่างกัน

H1: พระภิกษุสงฆ์ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในมิติห่วงโซ่คุณค่าในด้านต่าง ๆ แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-24 ค่าสถิติการทดสอบภาพรวมการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในมิติห่วงโซ่
คุณค่าของพระภิกษุสงฆ์ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

ภาพรวมการประเมินการ บริการของสถานพยาบาล ในมิติห่วงโซ่คุณค่า	ระดับการศึกษา	\bar{X}	SD	n	F	Sig.
โครงสร้างพื้นฐานการ บริการของสถานพยาบาล (Firm infrastructure)	ประถมศึกษา	2.25	0.681	173	.252	.908
	มัธยมศึกษา	2.29	0.633	215		
	ปวช., ปวส.	2.26	0.653	70		
	ปริญญาตรี	2.26	0.586	97		
	สูงกว่าปริญญาตรี	2.37	0.600	25		
	รวม	2.27	0.640	580		
บริหารทรัพยากร มนุษย์(Human resource management)	ประถมศึกษา	2.56	0.615	173	.230	.921
	มัธยมศึกษา	2.59	0.784	214		
	ปวช., ปวส.	2.55	0.577	70		
	ปริญญาตรี	2.62	0.629	97		
	สูงกว่าปริญญาตรี	2.65	0.595	25		
	รวม	2.59	0.678	579		
เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Technology development)	ประถมศึกษา	2.60	0.594	171	2.537	.039*
	มัธยมศึกษา	2.53	0.573	213		
	ปวช., ปวส.	2.37	0.653	71		
	ปริญญาตรี	2.64	0.576	98		
	สูงกว่าปริญญาตรี	2.61	0.711	25		
	รวม	2.55	0.600	578		
การจัดซื้อยาและอุปกรณ์ การแพทย์ (Procurement)	ประถมศึกษา	2.52	0.605	171	2.096	.080
	มัธยมศึกษา	2.47	0.606	212		
	ปวช., ปวส.	2.30	0.679	71		
	ปริญญาตรี	2.53	0.535	98		
	สูงกว่าปริญญาตรี	2.55	0.659	25		
	รวม	2.48	0.608	577		

ตารางที่ 4-24 (ต่อ)

ภาพรวมการประเมินการ บริการของสถานพยาบาล ในมิติห่วงโซ่คุณค่า	ระดับการศึกษา	\bar{X}	SD	n	F	Sig.
การจัดการความสะดว กในสถานพยาบาล (Inbound logistics)	ประถมศึกษา	2.47	0.659	174	1.846	.119
	มัธยมศึกษา	2.53	0.612	209		
	ปวช., ปวส.	2.42	0.657	70		
	ปริญญาตรี	2.60	0.551	97		
	สูงกว่าปริญญาตรี	2.73	0.635	23		
	รวม	2.52	0.625	573		
การจัดการระดับ ปฏิบัติการหรือรักษา (Operations)	ประถมศึกษา	2.43	0.681	174	2.656	.032*
	มัธยมศึกษา	2.44	0.616	209		
	ปวช., ปวส.	2.30	0.706	70		
	ปริญญาตรี	2.57	0.629	97		
	สูงกว่าปริญญาตรี	2.71	0.727	23		
	รวม	2.45	0.658	573		
การบริการสู่ผู้รับภายนอก (Outbound logistic)	ประถมศึกษา	2.21	0.773	171	.704	.589
	มัธยมศึกษา	2.15	0.741	212		
	ปวช., ปวส.	2.32	1.477	66		
	ปริญญาตรี	2.27	0.642	95		
	สูงกว่าปริญญาตรี	2.28	0.827	24		
	รวม	2.21	0.857	568		
การประชาสัมพันธ์ ทางการตลาด (Marketing & Sale)	ประถมศึกษา	2.19	0.646	171	1.303	.268
	มัธยมศึกษา	2.10	0.698	212		
	ปวช., ปวส.	2.07	0.644	66		
	ปริญญาตรี	2.25	0.578	95		
	สูงกว่าปริญญาตรี	2.15	0.714	24		
	รวม	2.15	0.659	568		

ตารางที่ 4-24 (ต่อ)

ภาพรวมการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในมิติห่วงโซ่คุณค่า	ระดับการศึกษา	\bar{X}	SD	n	F	Sig.
การบริการหลังการตรวจ (Service)	ประถมศึกษา	2.04	0.775	170	1.161	.327
	มัธยมศึกษา	2.01	0.733	208		
	ปวช., ปวส.	1.90	0.617	63		
	ปริญญาตรี	2.14	0.629	94		
	สูงกว่าปริญญาตรี	2.02	0.872	23		
	รวม	2.03	0.724	558		

หมายเหตุ * หมายถึงปฏิเสธสมมติฐานทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จากตารางที่ 4-24 ผลการทดสอบด้วยสถิติ F-test ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าค่าความแปรปรวนระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในด้านต่างๆตามมิติห่วงโซ่คุณค่าของพระสงฆ์ที่มีพรรษาบวชต่างกันมีค่าไม่แตกต่างกัน ยกเว้นด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และการจัดการระดับปฏิบัติการ ที่มีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.039* และ 0.032* จึงได้วิเคราะห์เพิ่มเติมด้วยวิธี Post Hoc แบบ LSD ได้ค่าตามตารางดังนี้

ตารางที่ 4-25 ทดสอบความแตกต่างรายคู่ของระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ของพระสงฆ์จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ผลต่าง					ผลสรุปการศึกษาที่มีระดับการประเมินที่แตกต่างกัน
	ประถม	มัธยม	ปวช., ปวส.	ป.ตรี	สูงกว่า ป.ตรี	
ประถม		0.07	0.23*	-0.03	-0.01	(ประถม, ปวช. กับปวส.) (มัธยม, ปวช. กับปวส.) (ปวช. กับปวส., ปริญญาตรี)
มัธยม			0.16*	-0.10	-0.08	
ปวช., ปวส.				-0.26*	-0.24	
ป.ตรี					-0.02	
สูงกว่า ป.ตรี						

หมายเหตุ * หมายถึงปฏิเสธสมมติฐานทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 4-26 ทดสอบความแตกต่างรายคู่ของระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในด้านการจัดการระดับปฏิบัติการ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ผลต่าง					ผลสรุปการศึกษาที่มีระดับการประเมินที่แตกต่างกัน
	ประถม	มัธยม	ปวช.,ปวส.	ป.ตรี	สูงกว่า ป.ตรี	
ประถม		-0.00	0.13	-0.14	-0.28	(ปวช. กับปวส., ปริญญาตรี)
มัธยม			0.13	-0.13	-0.27	(ปวช. กับปวส., สูงกว่า
ปวช., ปวส.				-0.27*	-0.40*	ปริญญาตรี)
ป.ตรี					-0.14	
สูงกว่า ป.ตรี						

หมายเหตุ * หมายถึงปฏิเสธสมมติฐานทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จากตารางที่ 4-25 และ ตารางที่ 4-26 ผลการทดสอบเพื่อเปรียบเทียบระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในด้านต่าง ๆ ด้วยค่าสถิติ LSD ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์พระสงฆ์ที่มีระดับการศึกษา ปวช., ปวส. มีค่าแตกต่างกับกลุ่มการศึกษา ระดับประถม, มัธยมและปริญญาตรี และด้านการจัดการระดับปฏิบัติการพระสงฆ์ที่มีระดับการศึกษา ปวช., ปวส. มีค่าแตกต่างกับกลุ่มการศึกษาปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี

สมมติฐานที่ 4 พระภิกษุสงฆ์ที่อาศัยวัดในวัดที่บวช (ไม่มีการย้ายถิ่นฐาน) มีระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในมิติห่วงโซ่คุณค่าในด้านต่าง ๆ แตกต่างกัน

H0: พระภิกษุสงฆ์ที่อาศัยวัดในวัดที่บวช มีระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในมิติห่วงโซ่คุณค่าในด้านต่าง ๆ ไม่แตกต่างกัน

H1: พระภิกษุสงฆ์ที่อาศัยวัดในวัดที่บวช มีระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในมิติห่วงโซ่คุณค่าในด้านต่าง ๆ แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-27 ค่าสถิติการทดสอบภาพรวมการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในมิติห่วงโซ่
คุณค่าของพระภิกษุสงฆ์ที่อาศัยวัดในวัดที่บวช

ภาพรวมการประเมินการ บริการของสถานพยาบาล ในมิติห่วงโซ่คุณค่า	ปัจจุบันอาศัยอยู่ ในวัดที่บวช หรือไม่	\bar{X}	SD	n	t	Sig.
โครงสร้างพื้นฐานการ บริการของสถานพยาบาล (Firm infrastructure)	อาศัย	2.24	0.752	452	2.226	.043*
	ไม่ได้อาศัย	2.07	0.730	107		
บริหารทรัพยากร มนุษย์(Human resource management)	อาศัย	2.62	0.690	453	2.421	.317
	ไม่ได้อาศัย	2.44	0.651	109		
เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Technology development)	อาศัย	2.57	0.590	452	1.361	.173
	ไม่ได้อาศัย	2.48	0.648	109		
การจัดซื้อยาและอุปกรณ์ การแพทย์ (Procurement)	อาศัย	2.49	0.613	452	.187	.332
	ไม่ได้อาศัย	2.47	0.580	108		
การจัดการความสะอาด ในสถานพยาบาล (Inbound logistics)	อาศัย	2.52	0.625	450	-.192	.924
	ไม่ได้อาศัย	2.53	0.622	109		
การจัดการระดับ ปฏิบัติการหรือรักษา (Operations)	อาศัย	2.46	0.670	450	.734	.118
	ไม่ได้อาศัย	2.41	0.602	109		
การบริการสู่ผู้รับภายนอก (Outbound logistic)	อาศัย	2.19	0.719	445	-.705	.009*
	ไม่ได้อาศัย	2.29	1.296	108		
การประชาสัมพันธ์ ทางการตลาด (Marketing & Sale)	อาศัย	2.17	0.666	444	.990	.792
	ไม่ได้อาศัย	2.10	0.656	109		

การบริการหลังการตรวจ (Service)	อาศัย	2.05	0.736	440	1.184	.283
	ไม่ได้อาศัย	1.96	0.707	105		

หมายเหตุ * หมายถึงปฏิเสธสมมติฐานทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จากตารางที่ 4-27 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ t-test แบบ 1 กลุ่มที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าคะแนนการประเมินการให้บริการต่าง ๆ ของโรงพยาบาลในด้านต่าง ๆ ตามมิติห่วงโซ่คุณค่าของพระสงฆ์อาศัยอยู่ในวัดที่บวชหรือไม่ในปัจจุบัน มีค่าไม่แตกต่างกัน ยกเว้นด้านโครงสร้างพื้นฐานการให้บริการของสถานพยาบาลและการบริการผู้รับภายนอก

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานเพื่อหาความแตกต่างของระดับการประเมินการบริการของสถานพยาบาลตามมิติห่วงโซ่คุณค่าในด้านต่าง ๆ ระหว่างกลุ่มปัจจัยส่วนบุคคล โดยส่วนใหญ่จะไม่พบความแตกต่างของระดับการประเมินการบริการ ยกเว้นในบางกลุ่มเช่นกลุ่มอายุต่ำกว่า 30 ปี ,กลุ่มที่บวชในช่วง 5-10 ปี ระดับการศึกษาปวช., ปวส. จะมีระดับการประเมินในบางด้านที่แตกต่างจากกลุ่มอื่น

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการจัดประชุมกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 10 ท่านทั้งประเด็นปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์

ประเด็นปัญหาเรื่องการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ที่ได้ประชุมกลุ่ม

ผู้วิจัยได้ทำการสรุปข้อมูลที่ได้จากการประชุมกลุ่ม โดยเรียงตามหัวข้อคำถามและประเด็นปัญหาตามหลักห่วงโซ่คุณค่า (Value chain) โดยผู้วิจัย ได้จัดรวมคำถามในหัวข้อที่มีเนื้อหาที่มีความใกล้เคียงและสัมพันธ์กัน ให้อยู่ในหมวดคำถามเดียวกัน

1. ปัญหาในประเด็นเรื่องโครงสร้างพื้นฐานของสถานพยาบาลหรือสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล (Firm infrastructure) และด้านการจัดการระดับปฏิบัติการ (Operation) ตามหลักห่วงโซ่คุณค่า (Value chain) สามารถสรุปประเด็นปัญหาในหมวดนี้

1.1 สถานที่นั่งรอตรวจสำหรับพระสงฆ์ เนื่องจากความแออัดของสถานพยาบาลและขาดสถานที่นั่งรอตรวจสำหรับพระสงฆ์ เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านสถานที่และงบประมาณของสถานพยาบาล ทำให้มีหลายครั้งที่พระสงฆ์เมื่อเจ็บป่วยต้องไปนั่งรอเรียกชื่อ หรือรอเรียกเข้ารับบริการกับฆราวาส โดยเฉพาะที่ต้องนั่งปะปนกับเพศหญิง โดยมีการยกตัวอย่างเปรียบเทียบกับ ท่าอากาศยานหรือแม้แต่พาหนะโดยสารเช่นรถโดยสารสาธารณะหรือรถไฟฟ้า

1.2 ห้องน้ำ โดยประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มพบว่าสถานบริการพยาบาล

ส่วนใหญ่มีห้องน้ำที่ไม่เพียงพอ และ/หรือไม่มีห้องน้ำเฉพาะสำหรับพระภิกษุสงฆ์โดยเฉพาะทำให้พระสงฆ์ต้องเข้าห้องน้ำร่วมกับฆราวาส และเนื่องด้วยพระวินัยของพระสงฆ์ ว่าด้วยเสขียวัตร 75 หมวด “ปกิณกะ” ที่กล่าวถึงกิริยามารยาทในการถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะว่าภิกษุที่ไม่เป็นเจ็บป่วยไม่สามารถยื่นถ่ายอุจจาระ, ปัสสาวะ ทำให้ต้องต่อรอคิวเข้าห้องส้วมกับฆราวาสชาย

1.3 ห้องตรวจสำหรับพระสงฆ์ ในบริบทปัญหาที่คล้ายกับ สถานที่ที่รอตรวจ เนื่องจากข้อจำกัดของสถานพยาบาลทั้งทางด้านบุคลากรทางการแพทย์และงบประมาณทำให้ พระสงฆ์ที่มารับบริการจำเป็นต้องเข้าห้องตรวจรวมซึ่งมีโอกาสที่ ได้รับการตรวจกับแพทย์ผู้หญิง ซึ่งก่อให้เกิดความลำบากใจสำหรับพระสงฆ์ที่เคร่งครัด

1.4 แผนกผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่โครงสร้างของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ที่ไม่ใช่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (โรงพยาบาลประจำจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์) ส่วนมากจะไม่มีแผนกหรือตึกแยกเฉพาะสำหรับพระสงฆ์ ทำให้เมื่อพระสงฆ์เจ็บป่วยและจำเป็นต้องนอนในแผนกผู้ป่วยในต้องไปนอนร่วมกับผู้ป่วยชาย หรือผู้ป่วยรวม สร้างความลำบากแก่พระภิกษุทั้งในแง่การดูแลจากพยาบาลและการรบกวนจากญาติของผู้ป่วย

2. ปัญหาในประเด็นด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human resource management) และด้านการจัดการภายใน (Inbound logistics) เพิ่มความสะดวกในการบริการทางการแพทย์แก่พระสงฆ์ตามหลักห่วงโซ่คุณค่า (Value chain) สามารถสรุปประเด็นปัญหาในหมวดนี้

2.1 บุคลากรที่ให้บริการสาธารณสุขแก่พระสงฆ์ จากข้อสรุปในที่ประชุมกลุ่มได้ชี้ให้เห็นถึงปัญหา 2 ประเด็นได้แก่ แผนกที่ดูแลพระสงฆ์ และความเหมาะสมในการดูแลของผู้ให้บริการ

2.1.1 ทักษะการต้อนรับของฝ่ายเวชระเบียนและแผนกคัดกรองโรค ซึ่งถือว่าเป็นแผนกด่านหน้าของการให้บริการ โดยเฉพาะกระบวนการระบุตัวตนของพระสงฆ์ก่อนรับการตรวจรักษาเช่น การไม่จัดทำเวชระเบียนที่มีหลักฐานการระบุตัวตนที่ชัดเจน โดยเฉพาะพระสงฆ์ที่ปลงผมและห่มจีวรในลักษณะเดียว ทำให้เกิดความสับสนในการระบุตัวตน, ฉายาพระที่มักเป็นภาษาบาลีสันสกฤต และลำบากต่อทั้งแผนกเวชระเบียนและแผนกคัดกรองในการเรียกชื่อระบุตัวตน รวมถึงมารยาทในการให้บริการแก่พระสงฆ์เช่นการตะโกนเรียกชื่อพระ หรือใช้คำที่ไม่เหมาะสม

2.1.2 ผู้ให้บริการทางการแพทย์ เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลสงฆ์ที่มีความชำนาญในการให้บริการเฉพาะพระสงฆ์อาพาธ แพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศชายซึ่งแตกต่างกับโรงพยาบาลทั่วไปที่ส่วนใหญ่พยาบาล, แพทย์จะเป็นเพศหญิง ซึ่งอาจสร้างความลำบากใจให้แก่พระสงฆ์ที่เคร่งครัดในพระวินัยเป็นอันมาก รวมถึงมารยาทและการปฏิบัติต่อพระสงฆ์ในผู้บริการเองที่ไม่ทราบถึงการอุปฐากพระสงฆ์อาพาธ

2.2 การจัดสรรเวลาเข้ารับบริการตรวจรักษาของพระสงฆ์ เนื่องจากพระสงฆ์มีข้อปฏิบัติและศาสนกิจที่ต้องปฏิบัติเช่นการบิณฑบาต สวดมนต์ทำวัตรในช่วงเช้า ทำให้เกิดความไม่สะดวกในการมาโรงพยาบาลแต่เช้า ข้อวินัยของสงฆ์ที่อนุญาตให้พระฉันท์อาหารได้ก่อนเพลเท่านั้น ทำให้พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรังบางองค์ไม่สามารถตรวจกับแพทย์ได้ครบทุกโรค นอกจากนี้ยังมีปัจจัยของทางสถานพยาบาลเองที่มีทรัพยากรจำกัดและจำนวนผู้รับบริการที่มาก ไม่สามารถจัดบริการรักษาได้ครบทุกสาขาในช่วงเวลาเดียวกัน ทำให้พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยหลายภาวะต้องเดินทางไป-มาสถานพยาบาลบ่อยครั้ง

3. ปัญหาในประเด็นด้านการจัดซื้อ (Procurement) และด้านเทคโนโลยี (Technology) ของครุภัณฑ์ทางการแพทย์ สามารถสรุปประเด็นปัญหาได้ดังนี้

3.1 ปัญหาเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์รวมถึงยาที่ไม่เพียงพอกับความต้องการของพระสงฆ์ โดยในที่ประชุมเห็นว่าสาเหตุเนื่องมาจากสถานบริการของรัฐ ไม่มีการรวมตัวกันเพื่อทำการต่อรองจัดซื้อยา, อุปกรณ์และครุภัณฑ์ ทำให้ในแต่ละสถานพยาบาลต้องจัดซื้อในราคาที่สูงขึ้นรวมถึงระเบียบการจ่ายของภาครัฐที่มีขั้นตอนการดำเนินงานและใช้เวลานาน ทำให้เกิดความคล่องตัวและการวางแผนค่าใช้จ่ายล่วงหน้าเพื่อซื้อครุภัณฑ์ที่จำเป็นหรือทดแทนของที่เสีย

3.2 ปัญหาความไม่หลากหลายของยา เครื่องมือ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ สืบเนื่องจากระเบียบในการจัดซื้อยาของภาครัฐที่แนะนำให้ใช้ชุดยามาตรฐานที่ผลิตจากองค์การเภสัชกรรมก่อน และถ้าทางสถานพยาบาลมีความจำเป็นต้องใช้ยาที่นอกเหนือต้องทำการเสนอราคาประเมินความคุ้มค่าซึ่งมีขั้นตอนมากและใช้เวลานาน ทำให้ครุภัณฑ์ทางการแพทย์หรือยาบางอย่างไม่ตรงกับความต้องการของแพทย์ พยาบาลและผู้ป่วย

4. ปัญหาในประเด็นด้านการบริการสู่ผู้รับบริการภายนอก (Outbound logistic), ด้านการประชาสัมพันธ์ (Marketing & Sale) และการบริการหลังการรักษา (Service) ตามหลักห่วงโซ่คุณค่า (Value chain) สามารถสรุปประเด็นปัญหาในหมวดนี้

4.1 การบริการออกหน่วยนอกสถานที่ของสถานพยาบาลเพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่พระสงฆ์ เนื่องจากข้อจำกัดในการบริการผู้ป่วยของสถานพยาบาลที่มีข้อจำกัดในด้านบุคลากรงบประมาณ รวมถึงการที่มีปริมาณผู้รับบริการในแต่ละวันเป็นจำนวนมาก ทำให้สถานพยาบาลส่วนใหญ่เลือกที่จะทำการบริการในเชิงตั้งรับ (ตรวจรักษาที่โรงพยาบาล) มากกว่าบริการในเชิงรุก (ออกหน่วยลงพื้นที่ชุมชนเพื่อตรวจคัดกรองโรค รักษา รวมถึงการให้ความรู้ สุขศึกษา) ซึ่งผลที่ได้สอดคล้องกับผลการสำรวจเชิงปริมาณว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่ประเมินการบริการเชิงรุกของสถานพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ต่ำในทุกหัวข้อ (คัดกรองโรค, ตรวจรักษาและเยี่ยมติดตามผลการรักษา)

4.2 ขาดการประชาสัมพันธ์ของสถานพยาบาลในท้องที่ ซึ่งเป็นปัญหาต่อเนื่องจากสถานพยาบาลส่วนใหญ่มีปริมาณผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นจำนวนมาก ทำให้ภาระงานของสถานพยาบาล

ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นในเรื่องการบริการเชิงรับ ประกอบกับการขาดความสามัคคีระหว่างสถานพยาบาล กับอาสาสมัครสาธารณสุขหรือหน่วยงานส่วนท้องถิ่น ทำให้ขาดการประชาสัมพันธ์สถานที่ โครงการ การออกหน่วย การลงทะเบียนเพื่อรับสิทธิการรักษา ฯลฯ ทำให้พระสงฆ์ส่วนใหญ่ทั้งที่จำวัดในเขต พื้นที่บริการ หรือพระสงฆ์ที่พึงประสงค์มาอาศัยในวัดในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ไม่ทราบถึงสถานที่ที่จะ ทำการรักษาเวลาอาพาต ,แนวทางการปฏิบัติเมื่อมีอาการเจ็บป่วยอาพาต จึงต้องไปพึ่งการบริการ สถานอนามัย หรือคลินิกเอกชนในบริเวณใกล้เคียง

แนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของพระภิกษุสงฆ์สงฆ์ที่ ได้จากการประชุมกลุ่ม ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

1. แนวทางการปัญหาในประเด็นเรื่อง โครงสร้างพื้นฐานในการให้บริการของสถานพยาบาล หรือสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล (Firm infrastructure) และด้านการจัดการระดับปฏิบัติการ (Operation) สามารถสรุปได้ดังนี้

1.1 ปรับปรุงสภาพแวดล้อมของสถานพยาบาลเพื่อให้อำนวยความสะดวกแก่พระสงฆ์ ในการมาใช้บริการ เช่น จัดให้มีห้องตรวจ ,สถานที่รอตรวจสำหรับพระสงฆ์ ดังเช่นใน สนามบิน หรือ ตามห้างสรรพสินค้าใหญ่ ๆ รวมถึงจัดห้องน้ำสำหรับพระสงฆ์ให้แยกจากฆราวาสให้ชัดเจน โดย สถานพยาบาลขนาดเล็กอาจเริ่มจากการจัดในช่วงวัน, เวลาที่เหมาะสมและชัดเจนสำหรับการดูแล พระสงฆ์ รวมถึงจัดทำแผนเพื่อรองรับงบประมาณเพื่อการพัฒนาในระยะต่อไป

1.2 ปรับปรุง/ สร้างสถานที่พักหรือรอรับการตรวจรักษาเพื่อให้พระสงฆ์มีสถานที่ พักผ่อน ทำกิจของสงฆ์ได้ โดยเสนอให้ปรับปรุงวัดที่ใกล้สถานพยาบาลขนาดใหญ่ให้เป็นกุฏิสงฆ์ พำนักชั่วคราวสำหรับพระที่เดินทางข้ามเขตมารับการรักษา ซึ่งในอนาคตสามารถขยายเป็นแผนก ผู้ป่วยในได้ในกรณีที่วัดและสถานพยาบาลมีศักยภาพและความพร้อมในการดูแล

1.3 จัดแยกแผนกผู้ป่วยในสำหรับพระสงฆ์ให้แยกจากฆราวาส ให้ชัดเจน รวมถึง การจัดให้มีบุคลากรเพศชายที่รับการอบรมในเรื่องการดูแลพระสงฆ์เป็นอย่างดี โดยสถานพยาบาล ขนาดเล็กอาจทำการกั้นหรือแบ่งพื้นที่ในหอผู้ป่วยออกสำหรับพระ หรือจัดสร้างแผนกหรือตึกแยก เฉพาะสำหรับพระสงฆ์ ในสถานบริการขนาดกลางหรือใหญ่

1.4 เร่งให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีการดำเนินการ ในการให้บริการสำหรับ พระสงฆ์ในรูปแบบคล้ายกับโรงพยาบาลสงฆ์ อย่างน้อย 1 แห่งในแต่ละภูมิภาค

1.5 ควรนำเสนอบรรจุนโยบายเข้าเป็นยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีโดยเน้นยุทธศาสตร์สำหรับ พระสงฆ์ และดำเนินโดยผ่านรัฐบาล สั่งการผ่านแผนงานข้อตกลงร่วมกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สำนักพุทธศาสนา

2. แนวทางการแก้ปัญหาในประเด็นด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human resource management) และด้านการจัดการภายใน (Inbound logistics) ตามหัวข้อประเด็นปัญหาตามหลัก

ห่วงโซ่คุณค่า (Value chain) สามารถสรุปประเด็นปัญหาในหมวดนี้

2.1 บุคลากรที่ให้บริการสาธารณสุขแก่พระสงฆ์จำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ดีในการบริการ รวมถึงมีความรู้ในเรื่องข้อปฏิบัติ กิจวัตรของสงฆ์ที่แตกต่างจากฆราวาส ซึ่งจากข้อสรุปในที่ประชุมกลุ่มประเด็นสำคัญในการแก้ไขคือ การฝึกอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงาน โดยสามารถพัฒนาความสามารถของบุคลากรได้ดังนี้

2.1.1 ฝ่ายเวชระเบียนและแผนกคัดกรองโรค สำหรับกระบวนการระบุตัวตนของพระสงฆ์ก่อนรับการตรวจรักษาสมควร จัดทำเวชระเบียนที่สามารถระบุตัวตนที่ชัดเจน โดยการถ่ายรูปในประวัติสมศวรระบุทั้ง ชื่อ-นามสกุลจริง ฉายาทางธรรมของพระสงฆ์โดยสะกดเป็นภาษาไทย ไม่ใช่บาลี-สันสกฤต ปรับปรุงระบบการเรียกชื่อระบุตัวตน โดยจากเดิมขาน ฉายาพระ โดยเปลี่ยนเป็นระบบระบุหมายเลขในการรอเข้ารับการรักษา รวมถึงปรับปรุงมารยาทในการให้บริการแก่พระสงฆ์เช่นการเรียกชื่อด้วยความสุภาพ สามารถใช้ศัพท์เฉพาะสำหรับพระสงฆ์ได้

2.1.2 ผู้ให้บริการทางการแพทย์ สถานพยาบาลสมควรจัดให้ผู้บริการเช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือการพยาบาลอื่น ๆ เช่นคนเจาะเลือด ให้เป็นเพศชาย หรือถ้าไม่สามารถจัดได้สมควรจัดทำป้ายติดประกาศหรือทำการแจ้งพระสงฆ์ก่อนเข้ารับการตรวจ รวมถึงให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานในการใช้ศัพท์เฉพาะสำหรับพระสงฆ์ การให้สตรีเพศทำการสวมถุงมือก่อนทำการสัมผัสตรวจร่างกายพระสงฆ์ รวมถึงมารยาทและการปฏิบัติต่อพระสงฆ์

2.2 จัดเวลาสำหรับบริการตรวจรักษาของพระสงฆ์ เช่นกำหนดช่วงเวลาในการตรวจพระสงฆ์ในช่วงบ่าย ในวันเวลาที่แน่นอน โดยในช่วงเวลาดังกล่าวทางสถานบริการควรจัดระบบบริการ และบุคลากรที่เหมาะสมในการตรวจรักษาพระสงฆ์ หรือจัดช่องทางพิเศษสำหรับพระสงฆ์ในการตรวจห้องปฏิบัติการหรือ คลินิกพิเศษเฉพาะโรคในบางวัน

3. แนวทางการแก้ปัญหาในประเด็นการจัดซื้อ (Procurement) และด้านเทคโนโลยี (Technology) จากการประชุมกลุ่มสรุปแนวทางการแก้ปัญหาตามหัวข้อประเด็นปัญหาตามหลักห่วงโซ่คุณค่า (Value chain) ได้ดังนี้

3.1 สถานพยาบาลควรรวมกลุ่มกัน เพื่อทำการต่อรองจัดซื้อยา, อุปกรณ์และครุภัณฑ์กับผู้ประกอบการเอกชน เพื่อให้ได้ราคาที่ถูกกลง

3.2 สถานพยาบาลของรัฐควรรวมกลุ่มกันเพื่อหาทางปรับลดระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างและขั้นตอนการจ่ายให้มีขั้นตอนที่ลดลง เพื่อทำให้เกิดความคล่องตัวและการสามารถวางแผนค่าใช้จ่ายล่วงหน้าเพื่อจะได้แก้ปัญหาความไม่หลากหลายของยา เครื่องมือ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์

4. แนวทางการปัญหาในประเด็นด้านการบริการผู้รับบริการภายนอก (Outbound logistic), ด้านการประชาสัมพันธ์ (Marketing & Sale) และการบริการหลังการรักษา (Service) ตามหัวข้อประเด็นปัญหาหลักห่วงโซ่คุณค่า (Value chain) สามารถสรุปประเด็นปัญหาในหมวดนี้

4.1. จัดบริการออกหน่วยเพื่อตรวจคัดกรองโรค รวมถึงให้การรักษาเบื้องต้นแก่พระสงฆ์ นอกระดานที่สถานพยาบาลเพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่พระสงฆ์ รวมถึงการออกให้ความรู้ในการ ป้องกันโรค, ฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดต่อตามห้วงเวลา ซึ่งลักษณะของการออกหน่วยอาจไม่จำเป็นต้องจัดเฉพาะเพื่อพระสงฆ์ แต่อาจจัดในรูปแบบร่วมกับการออกหน่วยชุมชนในสถานที่ที่เป็นศูนย์กลาง ของชุมชนเช่นในวัด หรือศาลาประชาคมที่คนในชุมชนสะดวก โดยการประชาสัมพันธ์ล่วงหน้าให้ พระสงฆ์ทราบล่วงหน้า

4.2 รมรงค์ให้วัดเป็นศูนย์กลางทางสุขภาพของชุมชน โดยประยุกต์ให้พื้นที่ของวัดเป็น แหล่งออกกกำลังกาย ลานเดินจงกรม ฟีกสมาธิ และพัฒนาเป็นตัวเชื่อมประสานงานระหว่างหน่วยงาน สาธารณสุขกับประชาชนในชุมชนได้

4.3 เร่งจัดนโยบายประชาสัมพันธ์ถึงสิทธิประโยชน์ กิจกรรมและงานของสถานพยาบาล ในท้องที่ เพื่อให้ประชาชนทราบถึงข่าวสาร กิจกรรม โครงการที่ทางสถานพยาบาลจัดขึ้น รวมถึง ความรู้เรื่องสิทธิการรักษา เพิ่มความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขหรือหน่วยงานส่วนท้องถิ่น เพื่อให้การประชาสัมพันธ์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการจัดประชุมกลุ่มโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 10 ท่านเพื่อ ศึกษาปัญหาและวิธีการจัดการค่าใช้จ่ายในการรักษาพระสงฆ์ที่นอกเหนือจากระบบที่รัฐ จัดให้

ปัญหาในประเด็นด้านค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ สามารถสรุปประเด็น ปัญหาในหมวดนี้

1. ปัญหาเรื่องข้อจำกัดในการใช้สิทธิการรักษาที่รัฐจัดให้ (ประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ 30 บาทรักษาทุกโรค) จากที่ประชุมกลุ่มสามารถสรุปประเด็นปัญหาได้เป็นข้อย่อย ๆ ดังนี้

1.1 พระสงฆ์ที่มีการย้ายสถานที่จำวัด ออกนอกเขตสถานพยาบาลที่ตัวพระสงฆ์มีสิทธิอยู่ ทำให้เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย ก็ไม่สามารถใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ เนื่องจากข้อกำหนดของ สิทธิที่กำหนดให้ใช้เฉพาะสถานพยาบาลที่ตนเองมีสิทธิ

1.2 พระสงฆ์ไม่ทราบข้อมูล, รับรู้สิทธิหรือแนวทางการเข้าถึงสิทธิที่พึงได้ เช่นการขอ ย้ายสิทธิการรักษา ไปที่สถานพยาบาลที่ตนเองเข้าถึงได้ แต่มีข้อจำกัดว่าสามารถย้ายได้ไม่เกิน 4 ครั้ง ต่อปีงบประมาณ และต้องใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนสิทธิ์อย่างน้อย 2 สัปดาห์

2. ปัญหาด้านค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากค่ารักษาพยาบาล โดยสภาพแวดล้อมของไทย ส่วนมากวัดที่อาจในเขตอำเภอรอบนอก หรือห่างไกลจากชุมชน พระสงฆ์ส่วนใหญ่จะมีปัญหาในเรื่อง

การเดินทางจากวัด มาสู่สถานพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นด้านความลำบากในการหาพาหนะมาส่งหรือ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางที่ค่อนข้างสูง

แนวทางการแก้ปัญหาด้านค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ สามารถสรุปโครงการแก้ไขปัญหานี้ในหมวดนี้ดังนี้

1. ปรับปรุงระเบียบข้อควรปฏิบัติและ/หรือบังคับ ในทางคณะสงฆ์ให้มีการตรวจคัดกรองประจำตัวที่มากกว่าโรคหรือสภาวะข้อห้ามในการบวช เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ประวัติการใช้จ่าย เพื่อรวบรวมเป็นฐานข้อมูลทางสาธารณสุขของทางวัดเพื่อแจ้งให้กับหน่วยงานทางสาธารณสุขในเขตพื้นที่ นอกจากนี้ควรกำหนดข้อบังคับให้ชัดเจนในกรณีที่มีพระมีการชุดงค์เปลี่ยนสถานที่จำวัดที่นานกว่า 1 เดือน สมควรแจ้งวัดปลายทางหรือสถานพยาบาลในเขตพื้นที่เพื่อทำการเปลี่ยนย้ายสิทธิการรักษาของพระ

2. พัฒนาระบบส่งต่อสำหรับการดูแลพระสงฆ์ ในกรณีที่สถานพยาบาลที่มีขนาดเล็ก ไม่มีความพร้อมในการดูแลพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย โดยสามารถส่งต่อเข้าสถานพยาบาลที่มีความพร้อมทั้งในเรื่องแผนกดูแลรักษาและค่าใช้จ่าย

3. รณรงค์ให้มีการจัดตั้งกองทุนสำหรับพระภิกษุสงฆ์อาพาธเพื่อสนับสนุนการรักษาพยาบาลสำหรับพระสงฆ์อย่างน้อย 1 กองทุนต่อจังหวัด โดยเริ่มขับเคลื่อนจากสำนักพุทธศาสนาแห่งชาติเพื่อช่วยเหลือพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยและไม่มีสิทธิการรักษาสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเดินทางหรือยา/ครุภัณฑ์ที่ไม่สามารถเบิกจากสิทธิการรักษาเดิมได้ โดยจัดตั้งในรูปแบบกองทุนภาคประชาสังคม รายได้ของกองทุนดังกล่าวเริ่มต้นอาจเริ่มจากเงินสนับสนุนของภาครัฐหรือ แบ่งจากภาษีบาป (เหล้า สุรา บุหรี่), รายได้จากการจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล และเพิ่มเติมจากการรวบรวม/บริจาคจากพุทธศาสนิกชน องค์กรหรือมูลนิธิในจังหวัด โดยสถานที่ทำการของกองทุนอาจเป็นที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดหรือวัดหลวงที่เป็นศูนย์กลางของจังหวัด

4. นำเสนอโครงการร่วมจ่ายเพื่อดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยรูปแบบดังกล่าวจะคล้ายกับประกันสังคมของผู้มีเงินได้ กล่าวคือมีการร่วมจ่ายระหว่างภาครัฐ โดยงบประมาณมาจากการจัดสรร และ อีกส่วนมาจากตัวพระสงฆ์ซึ่งอาจดำเนินการ โดยตัวพระสงฆ์ โยมผู้อุปฐาก ผู้ศรัทธาหรือวัดที่พระสงฆ์จำวัด โดยสิทธิประโยชน์จะคล้ายกับรูปแบบประกันสังคม สามารถเลือก/ ย้ายสถานพยาบาลได้ รวมถึงมีการบริหารจัดการโดยคณะกรรมการเพื่อให้มีความมั่นคงได้ในอนาคต

5. เพิ่มหรือปรับปรุงสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือเพิ่มสิทธิที่คล้ายกับระบบราชการ สำหรับพระสงฆ์ที่บวชพรรษามากกว่า 5 ปี ให้สามารถใช้สิทธิที่สถานพยาบาลได้ทั่วไปไม่จำเป็นต้องย้ายสิทธิการรักษาคล้ายๆกับระบบราชการ และเมื่อสถานพยาบาลมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นก็สามารถตั้งเบิกกับกองทุนได้โดยไม่กระทบกับการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายปกติ

6. ทำการศึกษาและนำเสนอโครงการดังกล่าวเพื่อให้บรรลุเป็นยุทธศาสตร์วาระแห่งชาติ 20 ปี เพื่อความยั่งยืนของระบบ

สรุปผลการศึกษา

จากการนำข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถามมาประสานกับข้อมูลที่ได้จากการจัดทำกระบวนการประชุมกลุ่ม (Focus group) สามารถสังเคราะห์สรุปได้ดังนี้

1. ปัญหาในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ที่ได้จากการนำปัญหาที่พบในงานวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพโดยแยกแยะปัญหาตามหลักห่วงโซ่คุณค่า (Value chain) สามารถแยกปัญหาได้ดังนี้ (ตามรูปแบบ Value chain)



ภาพที่ 4-2 ปัญหาในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของพระภิกษุสงฆ์ สามเณรที่ได้จากงานวิจัยแยกปัญหาตามรูปแบบกิจกรรมของห่วงโซ่คุณค่า

จากภาพที่ 4-2 ปัญหาในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ที่ได้จากงานวิจัยในครั้งนี้ จำแนกปัญหาตามหลักห่วงโซ่คุณค่า (Value chain) สามารถสรุปเนื้อหาได้ ดังนี้

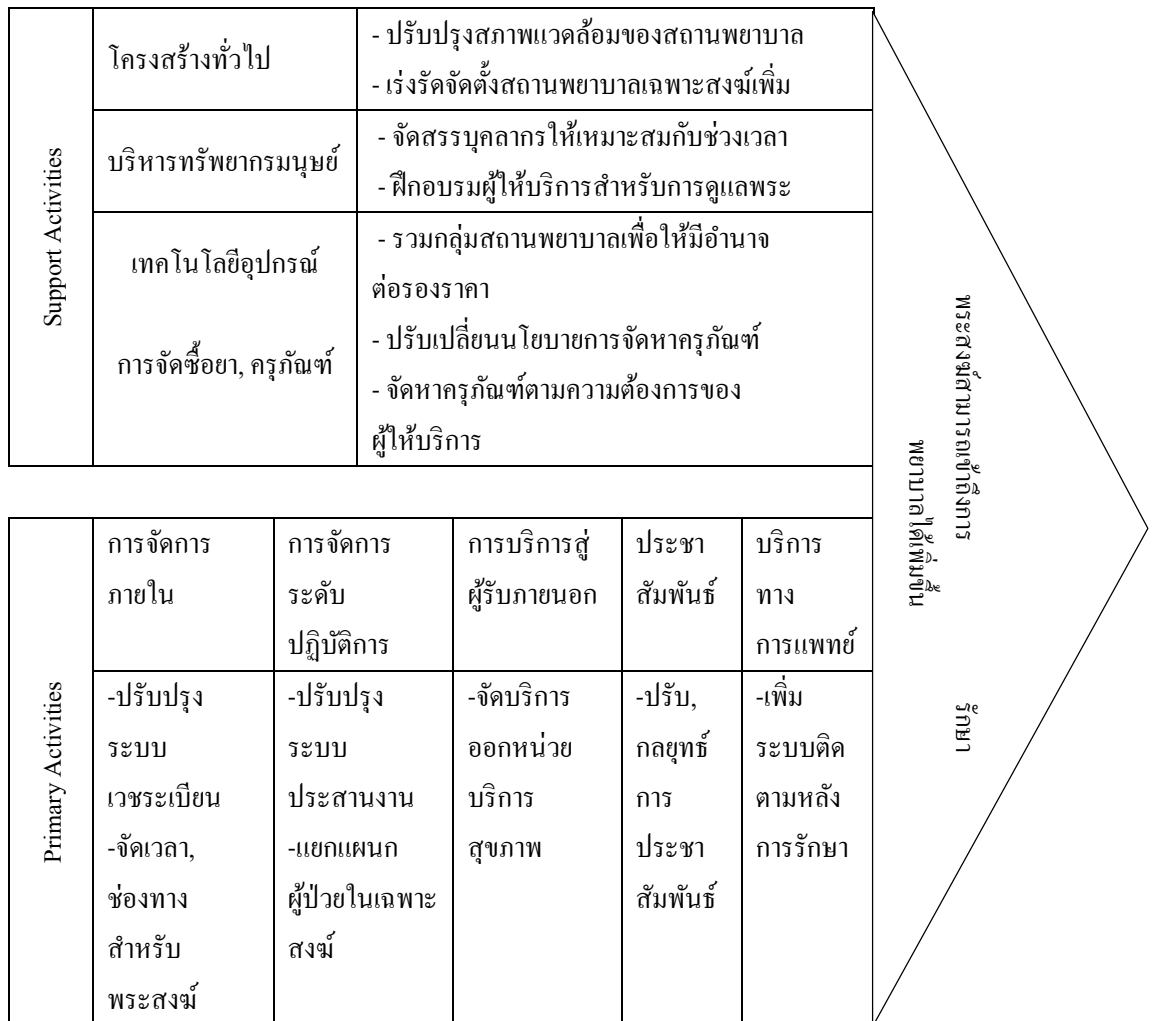
ปัญหาที่เกิดจากกิจกรรมการบริการทางสุขภาพของสถานพยาบาลของรัฐในด้านกิจกรรมหลัก (Primary activities) ได้แก่

1. ปัญหาด้านการจัดการภายใน (Inbound logistics) หมายถึงความไม่พร้อมของสถานพยาบาล ในด้านการสื่อสาร, ระบบเวชระเบียน, ช่วงเวลาในการให้บริการรวมถึงผู้ให้ข้อมูลก่อนเข้ารับการรักษา
2. ปัญหาด้านการจัดการระดับปฏิบัติการ (Operations) หมายถึงการขาดทักษะความชำนาญ ในการจัดการพยาบาลพระสงฆ์ที่มารับบริการไม่ว่าจะเป็นเรื่องของสิ่งอำนวยความสะดวก ความเหมาะสมของสถานที่รวมถึงความรวดเร็วในการรักษา
3. ปัญหาด้านการบริการผู้รับภายนอก (Outbound logistics) หมายถึงการขาดการออก บริการนอกสถานพยาบาลเพื่อบริการชุมชนโดยรอบในทุกๆประเด็นสุขภาพ (ส่งเสริม, ป้องกัน, รักษา, ติดตาม)
4. ปัญหาด้านการประชาสัมพันธ์ (Marketing & Sale) หมายถึงการขาดการสื่อสารให้ข้อมูล เกี่ยวกับสถานพยาบาล การแจ้งกิจกรรมและให้ความรู้แก่ชุมชน
5. ปัญหาด้านการให้บริการทางการแพทย์ (Service) หมายถึงการขาดการติดตามหลังให้ รักษา ทั้งในประเด็นนัดติดตามคู่อการหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นหลังการรักษา

ปัญหาที่เกิดจากกิจกรรมการบริการทางสุขภาพของสถานพยาบาลของรัฐในด้านกิจกรรมสนับสนุน (Support activities) ได้แก่

1. ปัญหาโครงสร้างพื้นฐานของสถานพยาบาล (Firm infrastructure) หมายถึงความ ไม่พร้อมด้านสถานที่รวมถึงความแออัดในสถานพยาบาล โดยประเด็นสำคัญคือสถานที่รอตรวจ, ห้องตรวจและห้องน้ำ
2. ปัญหาด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human resource management) หมายถึงการ ขาดแคลนของบุคลากรผู้ให้บริการของสถานพยาบาล ทั้งในด้านปริมาณ ทักษะและความรู้ใน การบริการพระ
3. ปัญหาด้านเทคโนโลยี (Technology development) หมายถึงปัญหาความไม่ทันสมัยของ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ในภาพรวม รวมถึงไม่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ (พระ)
4. ปัญหาด้านการจัดซื้อ (Procurement) หมายถึงการขาดแคลนและไม่หลากหลายของ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์โดยที่ประชุมชนเน้นถึงประเด็นระเบียบการจัดซื้อเบิกจ่ายของสถานพยาบาลที่มี ความซับซ้อน และระยะดำเนินการล่าช้า

แนวทางสนับสนุนการเข้าถึงการบริการทางด้านสุขภาพของพระสงฆ์ ที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและข้อเสนอแนะในที่ประชุมกลุ่ม สามารถสรุปเป็นแนวทางได้เป็นโครงการได้ตามรูปแบบ Value chain ดังนี้



ภาพที่ 4-3 แนวทางที่ได้จากข้อสรุปงานวิจัยเพื่อพัฒนาให้พระสงฆ์สามารถเข้าถึงการบริการทางด้านสุขภาพโดยสรุปตามกิจกรรมของหลักห่วงโซ่มูลค่า

จากภาพที่ 4-3 แนวทางสนับสนุนจากประชมกลุ่มเพื่ออำนวยความสะดวกให้พระสงฆ์
เข้าถึงการบริการทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถสรุปดังนี้

แนวทางที่ได้ตามหลักกิจกรรมการบริการทางสุขภาพของสถานพยาบาลของรัฐในด้าน
กิจกรรมหลัก (Primary activities) ได้แก่

1. ด้านการจัดการภายใน (Inbound logistics) ได้แก่ ปรับปรุงระบบเวชระเบียน, การระบุ
ตัวตน รวมถึงจัดช่วงเวลา และช่องทางพิเศษสำหรับพระสงฆ์
2. ด้านการจัดการระดับปฏิบัติการ (Operations) ได้แก่ การปรับปรุงระบบประสานงานของ
แต่ละแผนกในสถานพยาบาล, แยกหรือจัดแผนกผู้ป่วยในเฉพาะสงฆ์
3. ด้านการบริการสู่ผู้รับภายนอก (Outbound logistics) ได้แก่ จัดบริการออกหน่วยเพื่อ
ตรวจคัดกรองโรค, รักษา ให้ความรู้กับวัดและชุมชน เร่งรณรงค์ให้วัดเป็นศูนย์กลางทางสุขภาพของ
ชุมชน
4. ด้านการประชาสัมพันธ์ (Marketing & Sale) ได้แก่ เร่งจัดนโยบายประชาสัมพันธ์
ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน โดยรอบ
5. ด้านการให้บริการทางการแพทย์ (Service) ได้แก่ปรับปรุงระบบติดตามหลังให้รักษา
แนวทาง ที่ได้ตามหลักเกิดจากกิจกรรมการบริการทางสุขภาพของสถานพยาบาลของรัฐใน
ด้านกิจกรรมสนับสนุน (Support activities) ได้แก่
 1. โครงสร้างพื้นฐานของสถานพยาบาล (Firm infrastructure) ได้แก่โครงการปรับปรุง
สภาพแวดล้อมของสถานพยาบาลเช่นห้องตรวจ, ที่รอตรวจและห้องน้ำ รวมถึงเร่งรัดสนับสนุนให้
จัดตั้งสถานพยาบาลเฉพาะสงฆ์เช่น โรงพยาบาลสงฆ์เพิ่มในแต่ละภูมิภาค
 2. ด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human resource management) ได้แก่ ฝึกอบรม
ผู้ให้บริการให้เหมาะสมสำหรับการดูแลพระ จัดสรรบุคลากรให้เหมาะสมกับช่วงเวลา
 3. ด้านเทคโนโลยี (Technology development) ได้แก่ สถานพยาบาลควรสำรวจข้อมูล
ความต้องการของผู้ให้และรับบริการ เพื่อปรับครุภัณฑ์ให้ทันสมัยและมีความหลากหลาย
 4. ด้านการจัดซื้อ (Procurement) ข้อเสนอที่ได้คือ สถานพยาบาลควรรวมกลุ่มกัน
เพื่อทำการต่อรองจัดซื้อยา รวมถึงรวมกลุ่มกันเพื่อหาทางปรับลดระเบียบการจัดซื้อจัดจ้าง และขั้นตอน
การจ่ายให้มีขั้นตอนที่ลดลง

การจัดการค่าใช้จ่ายในการรักษาพระภิกษุและ สามเณรที่นอกเหนือจากที่รัฐจัดให้ ผู้วิจัย
สามารถสรุปข้อค้นพบจากการประชุมกลุ่มตามตารางที่ 4-28 ดังนี้

ตารางที่ 4-28 การจัดการค่าใช้จ่ายในการรักษาพระภิกษุและ สามเณรที่นอกเหนือจากที่รัฐจัดให้

สิทธิ, สวัสดิการในการดูแลสุขภาพของ พระสงฆ์ที่รัฐจัดให้ในปัจจุบัน	รูปแบบการจัดการค่าใช้จ่ายสำหรับพระสงฆ์ ที่ได้จากการวิจัย
<p>1. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า</p> <p>1.1 ภาครัฐจัดสรรงบประมาณรายหัว เพื่อบริการสาธารณสุขแบบปลายปิด</p> <p>1.2 จำกัดการใช้สิทธิเฉพาะตาม สถานพยาบาลคู่สัญญาที่ลงทะเบียนยกเว้นใน กรณีฉุกเฉิน</p> <p>1.3 การได้มาซึ่งสิทธิจำเป็นต้องมีเลขบัตร ประชาชน 13 หลัก</p>	<p>1. ประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับพระสงฆ์</p> <p>1.1 ภาครัฐจัดสรรเพิ่มงบประมาณรายหัว ประชากรแยกกลุ่มสำหรับพระสงฆ์</p> <p>1.2 สามารถใช้ได้ทุกสถานบริการของรัฐ</p> <p>1.3 สามารถใช้สูจิบัตรพระเพื่อลงทะเบียน ได้</p> <p>* สิทธิดังกล่าวจัดให้สำหรับพระสงฆ์ที่มีพรรษา บวชมากกว่า 5 ปีขึ้นไป</p>
<p>2. ระบบประกันสังคม</p> <p>2.1 เงินสมทบมาจากการภาครัฐ นายจ้าง และลูกจ้างฝ่ายละเท่า ๆ กัน</p> <p>2.2 มีคณะกรรมการเพื่อดูแลสถานะ การเงินและลงทุนเพื่อสร้างผลตอบแทน</p> <p>2.3 เข้ารับบริการเฉพาะ โรงพยาบาลรัฐหรือ เอกชนคู่สัญญาที่ขึ้นทะเบียนด้วย</p>	<p>2. โครงการร่วมจ่ายเพื่อดูแลสุขภาพพระสงฆ์</p> <p>2.1 เงินสมทบมาจาก 2 ส่วนคือ ภาคประชา สังคม (พระ, วัด, ฆราวาส) ร่วมกับภาครัฐ</p> <p>2.2 เพื่อช่วยลดภาระงบประมาณของภาครัฐ ได้</p> <p>2.3 ควรมีคณะกรรมการดูแลกองทุนเพื่อ บริหารให้สามารถเลี้ยงตัวเองได้ยั่งยืน</p>
<p>3. สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ</p>	<p>3. สวัสดิการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์</p> <p>3.1 สวัสดิการคล้ายของข้าราชการ</p>

3.1 สวัสดิการสำหรับข้าราชการและครอบครัว	3.2 กำหนดพระมีพระราชวชนานมากกว่า 5 ปี
-	<p>4. กองทุนสำหรับพระภิกษุสงฆ์อาพาธเพื่อสนับสนุนการรักษาพยาบาลสำหรับพระสงฆ์</p> <p>4.1 จัดตั้งในรูปแบบกองทุนภาคประชาสังคม</p> <p>4.2 รายได้จากเงินของภาครัฐหรือแบ่งจากภาษีบาป (เหล้า สุรา บุหรี่), สลากกินแบ่งรัฐบาล</p>

จากตารางที่ 4-28 แสดงแนวทางหรือโครงการจัดการค่าใช้จ่ายที่สรุปได้จากการประชุมกลุ่มเพื่อการรักษาพระภิกษุและ สามเณรที่นอกเหนือจากที่รัฐจัดให้

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการค่าใช้จ่ายในการรักษาพระภิกษุและสามเณรที่นอกเหนือจากที่รัฐจัดให้ ผู้วิจัยได้สรุปเป็นข้อ ๆ ดังนี้

1. เสนอเข้าสู่สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ และทำเป็นมติแจ้งต่อมหาเถรสมาคม โดยเน้นปรับปรุง ระเบียบข้อควรปฏิบัติเพิ่มเติม โดยเสนอให้มีการตรวจคัดกรองโรคที่เป็นโรคเรื้อรังในพระสูงอายุ เช่นเบาหวาน ไ้มนันในโลหิตสูง โรคหัวใจ ข้ออักเสบ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลนำส่งหน่วยงานทางสาธารณสุข และให้วัดที่ทำการอุปสมบทพระใหม่ทุกรูปต้องทำการแจ้งเรื่องสิทธิการรักษาเบื้องต้นให้แก่ผู้ที่จะทำการอุปสมบทให้ทราบ และพร้อมทำการแจ้งย้ายชื่อเข้าในวัดเพื่อรับสิทธิการรักษาในสถานพยาบาลที่ใกล้เคียงกับวัด

2. นำเสนอสู่กระทรวงสาธารณสุขเพื่อแจ้งให้โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ พัฒนาระบบส่งต่อสำหรับการดูแลพระสงฆ์ ในกรณีที่สถานพยาบาลที่มีขนาดเล็ก ไม่มีความพร้อมทั้งในประเด็นการดูแลรักษา และค่าใช้จ่าย

3. นำเสนอโครงการหรือข้อเสนอแนะที่ต้องใช้ทรัพยากรในการเปลี่ยนแปลงมาก เช่นโครงการจัดตั้งโรงพยาบาลสำหรับพระสงฆ์ในทุกภูมิภาค เข้าสู่คณะรัฐมนตรีโดยผ่านสำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ บรรจุเข้าเป็นยุทธศาสตร์วาระแห่งชาติ เพื่อเร่งให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบประสานวิธี (Mixed-methods research) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหา, ปัญหาในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขของพระภิกษุสงฆ์ สามเณร, รูปแบบวิธีการเข้าถึงการรักษาพยาบาล รวมถึงศึกษาหาแนวทางวิธีการเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงและรูปแบบงบประมาณเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของพระภิกษุสงฆ์, สามเณรของประเทศไทย

สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการสรุปตามวัตถุประสงค์งานวิจัยได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาวิธีการและปัญหาในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของพระภิกษุสงฆ์สามเณร ผู้วิจัยพบว่า

ระดับการประเมินกิจกรรมการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลของสถานบริการภาครัฐจากพระสงฆ์ทั่วประเทศ จำนวน 630 รูป โดยแบ่งกิจกรรมการให้บริการออกเป็น 9 กิจกรรม ตามแนวคิดเรื่องห่วงโซ่คุณค่า (Value chain) พบว่าพระสงฆ์ประเมินให้อยู่ในระดับ น้อย ในทุก ๆ กิจกรรม (มีระดับปานกลางเพียงแค่หัวข้อ มารยาทของบุคลากรที่ทำการตรวจรักษา แพทย์ พยาบาลและเภสัชกร) โดยเมื่อนำรายละเอียดย่อยของแต่ละกิจกรรมมาประสานกับข้อมูลที่ได้จากกระบวนการประชุมกลุ่ม (Focus group) สรุปแยกแยะปัญหาตามหลักห่วงโซ่คุณค่า ได้ดังนี้

กิจกรรมหลัก (Primary activities) ได้แก่

1. ปัญหาด้านการจัดการภายใน (Inbound logistics) ได้แก่ความไม่พร้อมของแผนกต้อนรับ เวชระเบียน การประสานงาน และช่วงเวลาในการให้บริการ
2. ปัญหาด้านการจัดการระดับปฏิบัติการ (Operations) ได้แก่การขาดทักษะความชำนาญในการจัดการพระสงฆ์ ความล่าช้าในการรักษารวมถึงการบริการในแผนกผู้ป่วยใน
3. ปัญหาด้านการพยาบาลบริการสู่ผู้รับภายนอก (Outbound logistics) ได้แก่การขาดการออกหน่วยนอกสถานพยาบาลเพื่อบริการชุมชนโดยรอบ
4. ปัญหาด้านการประชาสัมพันธ์ (Marketing & Sale) ได้แก่การขาดระบบประชาสัมพันธ์ที่ดีทำให้คนในชุมชน พระขาดการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสถานพยาบาล กิจกรรมต่าง ๆ

5. ปัญหาด้านการให้บริการทางการแพทย์ (Service) ได้แก่การขาดการติดตามหลังให้รักษา กิจกรรมสนับสนุน (Support activities) ได้แก่
6. ปัญหาโครงสร้างพื้นฐานของสถานพยาบาล (Firm infrastructure) ได้แก่ความไม่พร้อมด้านสถานที่โดยประเด็นสำคัญคือสถานที่รอตรวจ, ห้องตรวจและห้องน้ำ
7. ปัญหาการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human resource management) ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรผู้ให้บริการทั้งในด้านจำนวน, ความรู้ ความสามารถในการให้บริการพระ
8. ปัญหาด้านเทคโนโลยี (Technology development) ได้แก่ความไม่ทันสมัยและไม่ตรงตามความต้องการของครุภัณฑ์ทางการแพทย์
9. ปัญหาด้านการจัดซื้อ (Procurement) ได้แก่การขาดแคลนและไม่หลากหลายของครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นผลจากระบบการจัดซื้อในภาครัฐที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาแนวทางการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรและมีส่วนผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปเป็นแนวทางดำเนินการสถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดโครงการเพื่อให้ได้แนวทางที่สนับสนุนการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของพระภิกษุ สามเณร โดยผู้วิจัยนำเสนอแนวทางตามรูปแบบกิจกรรมของห่วงโซ่คุณค่า (Value chain) ดังนี้

กิจกรรมหลัก (Primary activities)

1. ด้านการจัดการภายใน (Inbound logistics) ได้แก่ ปรับปรุงระบบเวชระเบียน ขั้นตอน, การระบุตัวตน รวมถึงจัดช่วงเวลา และช่องทางพิเศษสำหรับพระสงฆ์ (Monk channel)
2. ด้านการจัดการระดับปฏิบัติการ (Operations) ได้แก่การปรับปรุงระบบงานของแต่ละแผนกในสถานพยาบาล รวมถึงปรับปรุง, แยกหรือจัดแผนกผู้ป่วยในเฉพาะสงฆ์
3. ด้านการพยาบาลบริการสู่ผู้รับภายนอก (Outbound logistics) ได้แก่การจัดออกหน่วยเพื่อบริการสาธารณสุข แก่ชุมชนและวัดโดยรอบ
4. ด้านการประชาสัมพันธ์ (Marketing & Sale) ได้แก่การปรับปรุงประชาสัมพันธ์ที่ดีให้คนในชุมชนได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสถานพยาบาลรวมถึงกิจกรรมต่าง ๆ
5. ด้านการให้บริการทางการแพทย์หลังการรักษา (Service) ได้แก่การเพิ่มระบบติดตามหลังให้การรักษา

กิจกรรมสนับสนุน (Support activities) ได้แก่

1. โครงสร้างพื้นฐานของสถานพยาบาล (Firm infrastructure) ได้แก่โครงการปรับปรุงสถานพยาบาล และเร่งรัดสนับสนุนให้จัดตั้งสถานพยาบาลเฉพาะสงฆ์เพิ่ม
2. ด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human resource management) ได้แก่ ส่งผู้ให้บริการทางการแพทย์อบรมทักษะสำหรับการดูแลพระรวมถึงจัดสรรบุคลากร

3. ด้านเทคโนโลยี (Technology development) ได้แก่เพิ่มการสำรวจข้อมูลความต้องการของผู้ให้และรับบริการจากสถานพยาบาล รวมถึงปรับครุภัณฑ์ให้ทันสมัยและหลากหลาย

4. ด้านการจัดซื้อ (Procurement) ข้อเสนอแนะคือให้สถานพยาบาลรวมกลุ่มกันเพื่อต่อรองจัดซื้อยา ครุภัณฑ์ รวมถึงหาทางปรับลดระเบียบและขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้าง

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาหาวิธีการจัดการค่าใช้จ่ายในการรักษาพระภิกษุและสามเณรที่นอกเหนือจากระบบที่รัฐจัดให้ โดยผู้วิจัยพบว่าแนวทางหรือข้อเสนอแนะเพื่อจัดการค่าใช้จ่ายในการรักษาพระภิกษุ สามเณรที่นอกเหนือจากระบบที่รัฐจัดให้สามารถดำเนินการได้ ดังนี้

1. ปรับปรุงระเบียบข้อควรปฏิบัติและ/ หรือบังคับในทางให้มีการตรวจคัดกรองประจำตัวและบันทึกเป็นข้อมูลและกำหนดข้อบังคับให้ชัดเจนในกรณีที่พระมีการรุดงค์เปลี่ยนสถานที่
2. พัฒนาระบบส่งต่อสำหรับการดูแลพระสงฆ์ ในกรณีที่สถานพยาบาลไม่มีความพร้อมในการดูแล เพื่อส่งสถานพยาบาลที่พร้อม มีศักยภาพการดูแลหรือมีกองทุน/ มูลนิธิ
3. โครงการจัดตั้งกองทุนสำหรับพระภิกษุสงฆ์อาพาธเพื่อสนับสนุนการรักษาพยาบาลสำหรับพระสงฆ์อย่างน้อย 1 กองทุนต่อจังหวัด
4. โครงการร่วมจ่ายเพื่อดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยรูปแบบดังกล่าวจะคล้ายกับประกันสังคมโดยมีการร่วมจ่ายระหว่างภาครัฐและจากฝั่งพระสงฆ์ (ตัวพระสงฆ์ โยมผู้อุปฐาก ผู้ศรัทธาหรือวัด)
5. โครงการเพิ่ม/ ปรับปรุงสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับพระสงฆ์ที่บวชพรรษามากกว่า 5 ปี ให้สามารถใช้สิทธิ์ที่สถานพยาบาลได้ทั่วไปไม่จำเป็นต้องย้ายสิทธิการรักษา
6. เสนอให้จัดสวัสดิการรักษายาพยาบาลของพระสงฆ์ โดยใช้หลักการเดียวกับข้าราชการ
7. ทำการศึกษาและนำเสนอโครงการดังกล่าวเพื่อให้บรรจุเป็นยุทธศาสตร์วาระแห่งชาติ 20 ปี เพื่อความยั่งยืนของระบบ

อภิปรายผลการวิจัย

ในการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัยในส่วนนี้ ผู้วิจัยได้ทำการอภิปรายตามหัวข้อวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้ได้แก่ ปัญหา, แนวทางแก้ไขเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ และแนวทางการจัดการค่าใช้จ่ายในการรักษาพระสงฆ์ ซึ่งที่หัวข้อที่น่าสนใจและประเด็นในการอภิปรายดังนี้

1. ข้อมูลเชิงพรรณนาทั่วไปของพระสงฆ์

1.1 กลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ที่เก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ มีจำนวนทั้งสิ้น 630 รูป ส่วนมากอายุอยู่ในช่วงต่ำกว่า 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 51 และมีพรรษา บวชไม่เกิน 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 61 ส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 61.6 ปฏิเสธการมีโรคประจำตัว มีเพียงแค่ 113 รูปที่ให้ประวัติว่ามีโรคประจำตัว และไม่เคยตรวจร่างกายทำให้ไม่ทราบสถานะของโรค คิดเป็นร้อยละ 15.4 ซึ่งข้อมูล

ดังกล่าวขัดแย้งกับข้อมูลรายงานตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ทั่วประเทศจากกรมการแพทย์ (2550) ที่ทำการพบว่า พระสงฆ์มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวถึง ร้อยละ 30.57 และไม่ตรงกับการศึกษาของพินิจ ลาภชนานนท์ (2555) ที่ศึกษาพระภิกษุสงฆ์ จำนวน 246 รูป จาก 11 จังหวัด พบว่า พระภิกษุสงฆ์ไม่สนใจตรวจสุขภาพถึงร้อยละ 48 ซึ่งทางผู้วิจัยมีความเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้มีช่วงอายุน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของอายุพระสงฆ์ในการศึกษาก่อนหน้านี้ จึงทำให้พบว่ามีภาวะเจ็บป่วย ด้วยโรคประจำตัวไม่มากและยังอยู่ในช่วงวัยกลางคนที่มีความสนใจในด้านสุขภาพมากกว่าพระสูงวัย หรือมีพรรษาบวชที่นานกว่า

1.2 การสำรวจในการศึกษาครั้งนี้พบว่าในกลุ่มตัวอย่างมีพระสงฆ์ จำนวน 214 รูป คิดเป็นร้อยละ 34 ที่เมื่อมีอาการอาพาต ต้องจ่ายค่ารักษาด้วยตัวเอง และสาเหตุที่สำคัญคือพระสงฆ์ที่ไม่ได้อาศัยจำวัดในพื้นที่ตรงกับสิทธิการรักษา จำนวน 99 รูป คิดเป็นร้อยละ 15.7 ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2554) ที่พบว่าพระภิกษุสามเณร จำนวน 690 รูป คิดเป็นร้อยละ 31 ไม่ใช่สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยให้สาเหตุว่าไม่ได้อยู่ในภูมิลำเนาที่ใช้สิทธิ ร้อยละ 16 ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าถึงแม้จะมีการปรับปรุงการเข้าถึงสิทธิการรักษาให้ประชาชนอย่างต่อเนื่องจากภาครัฐ แต่ปัญหาดังกล่าวยังพบในจำนวนเท่าเดิมในกลุ่มพระ

2. ประเด็นปัญหาในการเข้าถึงบริการการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์แบ่งตามมิติของระบบห่วงโซ่คุณค่า (Value chain)

2.1 กระบวนการศึกษาเพื่อหาปัญหาการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์สอดคล้องกับงานวิจัยของ Al-Saa'da (2013) ที่ศึกษาวิจัย “ห่วงโซ่คุณค่ากับผลกระทบต่อคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ” ที่พบว่าการบริหารจัดการโดยใช้ห่วงโซ่คุณค่าหลายๆด้านส่งผลต่อคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ และงานวิจัยของ Meijboom (2011) ที่ได้ศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากผู้ประกอบวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยและหาวิธีการแก้ปัญหาโดยอาศัยการบริหารจัดการด้วยวิธีห่วงโซ่คุณค่า และงานวิจัยของ De Vries (2011) ที่ศึกษาการบริหารจัดการโดยประยุกต์ใช้ห่วงโซ่คุณค่าในธุรกิจอุตสาหกรรมเข้ากับการบริการด้านสุขภาพ และพบความสัมพันธ์และเชื่อมโยงระหว่างกัน

2.2 ระดับการให้บริการในสถานพยาบาลของรัฐที่พระสงฆ์ประเมินจากแบบสอบถามพบว่าพระสงฆ์ให้คะแนน อยู่ในระดับน้อยในทุกกิจกรรมเทียบตามมิติของห่วงโซ่คุณค่า 9 กิจกรรม ส่งผลให้ภาพรวมมีระดับการประเมินน้อยด้วย ซึ่งลักษณะของปัญหาที่ค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดห่วงโซ่คุณค่า (Value chain) ของ Porter (2015) ที่ต้องการแสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบของกิจกรรมต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มคุณค่าของสินค้าและการให้บริการ โดยในระยะยาวถ้ามีกิจกรรมที่มีปัญหาและไม่ได้รับการแก้ไข ก็จะส่งผลกระทบต่อถึงกิจกรรมอื่นได้

2.3 ระดับการประเมินกิจกรรมเกี่ยวกับความสะดวกที่พระสงฆ์ได้รับจากสถานพยาบาล (Inbound logistics) จะพบว่าพระสงฆ์ประเมินในประเด็นเรื่องการติดต่อสื่อสารระหว่างแผนกให้คะแนนน้อยที่สุด รองลงมาคือการให้ข้อมูลคำแนะนำของแผนกคัดกรองโรค แผนกเวชระเบียน คะแนนการประเมินด้านด้านการจัดการระดับปฏิบัติการ (Operations) ที่ให้คะแนนด้านความรวดเร็วในการบริการในระดับน้อย จากข้อค้นพบดังกล่าว สอดคล้องกับงานวิจัยของ Meijboom (2011) ที่ทำการศึกษานำห้วงโซ่คุณค่ามาพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และพบว่าปัญหาใหญ่ ๆ มี 4 ด้าน คือ การสื่อสาร ความปลอดภัยของคนไข้ ระยะเวลาที่รอรับบริการและการบูรณาการจากรวบรวมข้อมูล และเสนอการแก้ไขโครงสร้างขององค์กรคือ ระบบทะเบียน การจัดการบัญชี และเทคโนโลยีการสื่อสารทั้งในระดับภายในองค์กรและระหว่างองค์กร

2.4 ระดับการประเมินด้านการบริการสู่ผู้รับบริการภายนอก (Outbound logistic) ซึ่งได้แก่การออกหน่วยบริการสู่ชุมชน ,ด้านการให้บริการหลังการรักษา (Service) ได้แก่การติดตามอาการหรือออกเยี่ยมหลังการรักษา พระสงฆ์ประเมินให้อยู่ในระดับน้อย และเมื่อพิจารณาระดับการประเมินการประชาสัมพันธ์ทางการตลาด (Marketing & Sale) ซึ่งระดับการประเมินอยู่ในระดับน้อยเช่นกัน จากสิ่งที่พบแสดงให้เห็นได้ว่าสถานพยาบาลของรัฐตามความคิดเห็นของพระสงฆ์ขาดทั้งนโยบาย ,แนวทางปฏิบัติการให้บริการในรูปแบบเชิงรุก และขาดช่องทางเพื่อติดต่อสื่อสารประชาสัมพันธ์กับชุมชน ข้อค้นพบดังกล่าว สอดคล้องกับแนวความคิดเรื่อง “การประชาสัมพันธ์กับชุมชน” ของวิรัช ลภีรัตนกุล (2553) ที่ได้กล่าวถึงหน้าที่การประชาสัมพันธ์ที่ดีที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความสัมพันธ์และความเข้าใจอันดีระหว่างองค์กรสถาบัน กับกลุ่มประชาชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อหวังผลในความร่วมมือและสนับสนุนจากประชาชน” และสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องปัจจัยที่ส่งเสริม นโยบายสาธารณะให้สำเร็จของวสันต์ เหลืองประภัสร์ (2553) ที่ได้กล่าวถึงวิธีการสร้างนโยบายและนำไปปฏิบัติโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.5 ระดับการประเมินด้านโครงสร้างพื้นฐานในการให้บริการของสถานพยาบาล (Firm infrastructure) และด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human resource management) ซึ่งพระ สงฆ์ประเมินให้อยู่ในระดับน้อย ซึ่งทั้งสองกิจกรรมถือว่าเป็นกิจกรรมด้านสนับสนุน (Supportive activities) ที่สำคัญและส่งผลอย่างมากกับกระบวนการบริการรักษาพยาบาล ผลการค้นพบดังกล่าว สอดคล้องกับงานวิจัยของสุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย (2550) ที่ได้ทำการศึกษารื่องการจัดการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาล กรณีศึกษา ประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ฝรั่งเศส สวีเดน จีน แอฟริกาใต้ ปากีสถาน และประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในประเทศไทย โดยใช้ตัวแบบของการจัดการห่วงโซ่คุณค่า (Value chain model) เพื่อสร้างข้อเสนอแนะสำหรับปรับปรุงแก้ไข

2.6 ระดับการประเมินด้านเทคโนโลยี (Technology development) และการจัดซื้อ ยาและครุภัณฑ์ทางการแพทย์ (Procurement) พระสงฆ์ประเมินในระดับน้อยโดยประเด็นที่ให้คะแนนน้อยที่สุดคือความเพียงพอของยา เครื่องมือและครุภัณฑ์ และเมื่อพิจารณาร่วมกับการประเมินในเรื่องการติดต่อสื่อสารของคนในสถานพยาบาล จะพบได้ว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Xia, Chen, and Preston (2013) ที่ได้กล่าวถึงการเพิ่มประสิทธิภาพของโรงพยาบาลโดยอาศัยห่วงโซ่คุณค่า ที่เน้นบทบาทของระบบ IT ในโรงพยาบาลให้สามารถเชื่อมโยงประสานข้อมูลและพัฒนาระบบกับผู้ผลิตครุภัณฑ์ทางการแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว เหมาะสม

3. แนวทางแก้ไขเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ตามมิติของระบบห่วงโซ่คุณค่า (Value chain)

3.1 กระบวนการวิเคราะห์และแก้ปัญหาช่องโหว่ของการใช้ห่วงโซ่คุณค่า ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้เลือกอาศัยมุมมองของทฤษฎีระบบมาประยุกต์ใช้ โดยเริ่มจาก การสำรวจปัญหาของการบริการด้านสุขภาพและใช้กระบวนการห่วงโซ่คุณค่ามาจัดกลุ่มปัญหาและวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ไขปัญหา ซึ่งกระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Montgomery and Oladapo (2014) ที่ได้ทำการศึกษาหาวิธีบริหารจัดการช่องโหว่ที่สามารถเป็นภัยคุกคามต่อความยั่งยืนของการใช้ห่วงโซ่คุณค่าในภาคบริการสุขภาพ และพบว่า ปัจจัยสำคัญที่เป็นภัยคุกคามกับระบบห่วงโซ่คุณค่าของการบริการสาธารณสุขในระดับโลกมีสองประเด็นหลักคือประเด็นด้านแรงงานและประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Acharyulu and Shekbar (2012) ที่ได้ทำการศึกษาบทบาทของห่วงโซ่คุณค่าและทฤษฎีระบบ ในภาคบริการสาธารณสุขของประเทศอินเดีย โดยพบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ของประเทศอินเดียมีปัญหาและความเสี่ยงในการบริการในระดับสูง และควรปรับปรุงเป็นกิจกรรมแรกของการปฏิบัติ

3.2 แนวทางสำหรับแก้ไขประเด็น โครงสร้างพื้นฐานในการให้บริการของสถานพยาบาล (Firm infrastructure) และด้านการจัดการระดับปฏิบัติการ (Operation) ซึ่งข้อเสนอแนะคือปรับปรุงสภาพแวดล้อมของสถานพยาบาลเพื่อให้อำนวยความสะดวกแก่พระสงฆ์ในการมาใช้บริการ เช่น จัดให้มีห้องตรวจ, ห้องน้ำสำหรับพระสงฆ์ให้ชัดเจน และจัดแยกแผนกผู้ป่วยในสำหรับพระสงฆ์ และเร่งให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลขนาดใหญ่สำหรับพระสงฆ์ในรูปแบบคล้ายกับโรงพยาบาลสงฆ์ อย่างน้อย 1 แห่งในแต่ละภูมิภาค โดยนำเสนอบรรจุนโยบายเข้าเป็นยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีโดยเน้นยุทธศาสตร์สำหรับพระสงฆ์ จากข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องความเสมอภาคของศรีณยู หมั่นทรัพย์ (2551) ที่กล่าวถึงแนวคิดความเสมอภาคและเท่าเทียมกันในการเข้าถึงการบริการ แต่เนื่องจากพระสงฆ์ที่มีระเบียบพระวินัยและข้อปฏิบัติที่จำกัดการเข้าถึงบางประการ ดังนั้นภาครัฐสมควรคำนึงถึงข้อจำกัดดังกล่าวและปรับปรุงโครงสร้างเพื่ออำนวยความสะดวกและลดข้อจำกัด

3.3 แนวทางการแก้ปัญหาในประเด็นด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human resource management) และด้านการจัดการภายใน (Inbound logistics) โดยข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยคือ การฝึกอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลทุกระดับ ให้มีความรู้ทักษะในการดูแลพระสงฆ์ ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับกระบวนการจัดการทรัพยากรมนุษย์ (Human resource management) ของ Berman and Bowman (2016); Coyle-Shapiro et al. (2013) ที่กล่าวถึงกระบวนการที่หน่วยงานหรือองค์กรจัดขึ้น เพื่อให้บุคคลได้เรียนรู้และมีความชำนาญในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะหรือเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior) ของบุคคลากรขององค์กรให้ไปในทิศทางที่ต้องการ มีความสำคัญต่อการป้องกันปัญหาอันเกิดจากความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้งยังเป็นการสร้างความเชื่อมั่นในการทำงานให้แก่บุคลากรในองค์กร

3.4 แนวทางเพื่อลดปัญหาในประเด็นด้านการบริการผู้รับบริการภายนอก (Outbound logistic), ด้านการประชาสัมพันธ์ (Marketing & Sale) และการบริการหลังรักษา (Service)

3.4.1 ปรับนโยบายประชาสัมพันธ์ รมรณรงค์ให้พระสงฆ์รับทราบข้อมูลเรื่องสิทธิการได้มาซึ่งสิทธิ และเพิ่มการจัดบริการ, กิจกรรมออกหน่วยเพื่อตรวจรักษาแก่พระสงฆ์และคนในชุมชนนอกสถานที่สถานพยาบาลเพื่ออำนวยความสะดวกแนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับ แนวคิดเรื่อง ทฤษฎีประชาสัมพันธ์ (Public relation) ของภักดี ศรีสกุล (2550) ซึ่งกล่าวถึงวิธีการสื่อสารจากองค์กรหรือสถาบันไปสู่ประชาชน โดยมีแผนการและกระทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับกลุ่มประชาชนเพื่อให้ประชาชนมีความรู้ เข้าใจและให้ความสนับสนุนร่วมมือ

3.4.2 รมรณรงค์ให้วัดเป็นศูนย์กลางทางสุขภาพของชุมชน สอดคล้องกับนโยบายการจัดตั้งวัดส่งเสริมสุขภาพ ของกรมอนามัย (2550) ที่มีวัตถุประสงค์ให้วัดเป็นศูนย์กลางของชุมชน ในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ประชาชนและชุมชนรวมถึงพระภิกษุ สามเณร และพุทธศาสนิกชน จะได้รับการดูแลสุขภาพที่ถูกหลักธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยคุณสมบัติของวัดส่งเสริมสุขภาพ “5 ร.” คือ รมรื่น รมเย็น ร่วมสร้างสุขภาพ ร่วมจิตวิญญาณและร่วมพัฒนา

4. ปัญหา,วิธีการจัดการค่าใช้จ่ายในการรักษาพระสงฆ์ที่นอกเหนือจากระบบที่รัฐจัดให้

4.1 โครงการจัดตั้งกองทุนสำหรับพระภิกษุสงฆ์อาพาธเพื่อสนับสนุนการรักษาพยาบาลสำหรับพระสงฆ์ รายได้ของกองทุนดังกล่าวเริ่มต้นอาจเริ่มจากเงินสนับสนุนของภาครัฐหรือ แบ่งจากภาษีบาป (เหล้า สุรา บุหรี่), รายได้จากการจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล ซึ่งรูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดในการจัดตั้งองค์กรภาคประชาสังคมของเครือข่ายขับเคลื่อนกองทุนภาคประชาสังคม (2558) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปฏิรูประบบการคลังเพื่อสังคมและไม่แสวงหากำไร โดยกองทุนดังกล่าวทำหน้าที่สนับสนุนความเข้มแข็งขององค์กรภาคประชาสังคม โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางสังคมต่าง ๆ รวมทั้งสนับสนุนการลดหรือจำกัดการเล่นการพนันและอบายมุขทุกประเภทและทุกรูปแบบ

4.2 โครงการร่วมจ่ายเพื่อดูแลสุขภาพพระสงฆ์ กล่าวคือมีการร่วมจ่ายระหว่างภาครัฐ โดยงบประมาณมาจากการจัดสรรและ อีกส่วนมาจากตัวพระสงฆ์ซึ่งอาจดำเนินการโดยตัวพระสงฆ์ โยมผู้อุปฐาก ผู้ศรัทธาหรือวัดที่พระสงฆ์จำวัด ซึ่งรูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องรูปแบบ การซื้อบริการสาธารณสุขแบบสัญญาทางปกครอง (Public contracting model) ของ Chassin et al. (1987) ที่ผู้ใช้บริการมีบทบาทในการจ่ายเงินสมทบเข้าสู่ระบบ โดยมีองค์กรของรัฐเป็นผู้ซื้อบริการ จัดซื้อบริการกับสถานพยาบาลคู่สัญญาภายใต้ระเบียบและข้อกำหนด ซึ่งมีข้อดีตรงที่ แนวคิดของ ระบบดังกล่าวมีภาระต่อภาครัฐน้อยกว่าเพราะงบบริหารส่วนหนึ่งมาจากตัวผู้ใช้บริการ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อเสนอแนะแนวทางการจัดการสาธารณสุข โดยผู้วิจัยได้แบ่งข้อเสนอแนะ ออกเป็น 2 ส่วนคือ 1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อนำเสนอสำหรับผู้บริหารในระดับชาติและระดับ นโยบาย 2) ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติสำหรับผู้บริหารระดับท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ปฏิบัติงาน พระสงฆ์และภาคประชาชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ข้อเสนอแนะดังกล่าวผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากการประชุมกลุ่ม จัดทำข้อเสนอแนะเชิง นโยบายเพื่อมอบให้รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับกระทรวง ทบวง กรมควรมีนโยบาย การจัดการสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงและค่าใช้จ่ายในการรับบริการรักษาพยาบาลของ พระภิกษุสงฆ์ และสามเณร โดยเห็นควรดำเนินการให้ออกนโยบายสาธารณสุขระดับชาติ 3 นโยบาย ตามหลักสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 7 โครงการ ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 5-1 รูปแบบข้อเสนอแนะการจัดการสาธารณะเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงและค่าใช้จ่ายในการรับบริการรักษาพยาบาลของพระภิกษุสงฆ์และสามเณร

จากภาพที่ 5-1 รูปแบบข้อเสนอแนะการจัดการสาธารณะเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงและค่าใช้จ่ายในการรับบริการรักษาพยาบาลของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรข้างต้นนั้น มีแนวทางการจัดการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยมีวัตถุประสงค์และผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการดังนี้

นโยบายที่ 1 นโยบายเพื่อสนับสนุนการรับบริการรักษาสำหรับพระสงฆ์

วัตถุประสงค์ของนโยบายคือ เพื่อเร่งรัดให้สถานพยาบาลในทุกกระดับมีความตระหนักถึงความสำคัญในการให้บริการดูแลรักษาพระภิกษุสงฆ์,สามเณรและนักบวชในทุก ๆ ศาสนา และดำเนินการปรับปรุงระบบและองค์ประกอบสำหรับให้บริการที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงระเบียบข้อปฏิบัติที่แตกต่างจากประชาชนทั่วไป ประกอบด้วย 3 โครงการได้แก่

โครงการที่ 1 โครงการปรับปรุงภูมิสถานที่สถานพยาบาลสำหรับพระสงฆ์

ผู้ดำเนินการหลัก: กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานงบประมาณและกระทรวงการคลัง
ผู้ร่วมดำเนินการ: สำนักงานงบประมาณ, สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สถานพยาบาลขนาดใหญ่ ดำเนินการสร้างหรือขยายแผนกสำหรับให้บริการพระสงฆ์ ทั้งแผนกผู้ป่วยในและนอก โดยจัดสถานที่ สภาพแวดล้อมและผู้ให้บริการที่เหมาะสมเช่น การสร้างตึกสำหรับรักษาพยาบาลพระโดยเฉพาะ

2. เพื่อให้สถานพยาบาลขนาดกลางและเล็กดำเนินการปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่ออำนวยความสะดวกแก่พระสงฆ์โดยคำนึงถึง ข้อปฏิบัติ ระเบียบพระวินัยของสงฆ์

โครงการที่ 2 โครงการปรับปรุงระบบการให้บริการพยาบาลสำหรับพระสงฆ์

ผู้ดำเนินการหลัก: สาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สถานพยาบาลทุกระดับจัดทำช่องทางพิเศษเพื่อดูแลพระภิกษุสงฆ์ สามเณรและนักบวชของทุกศาสนา โดยกำหนดวัน, เวลาในการดำเนินการให้ชัดเจน

2. เพื่อให้สถานพยาบาลทุกระดับจัดผู้ให้บริการที่มีความรู้ในระเบียบวินัยสงฆ์เป็นอย่างดี และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม

3. เพื่อรณรงค์ให้สถานพยาบาลสร้างหรือปรับปรุงระบบการระบุตัวตนและเก็บข้อมูลที่ครอบคลุม และสามารถส่งต่อข้อมูลทั้งภายในและระหว่างสถานพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว

โครงการที่ 3 โครงการพัฒนาคุณภาพบุคลากรผู้ให้บริการ

ผู้ดำเนินการหลัก: กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงและสาธารณสุขจังหวัด

ผู้ร่วมดำเนินการ: สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, คณะสงฆ์และเจ้าคณะสงฆ์ประจำจังหวัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคลากรระดับนโยบายหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับระดับยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขควรตระหนักถึงความสำคัญของพระพุทธศาสนา เร่งวางแผนและกำหนดนโยบายต่าง ๆ ให้มีรูปแบบการพัฒนาบุคลากรที่หลากหลาย และกำหนดนโยบายแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับระเบียบวินัยของพระสงฆ์ ในการวางแผนอบรมอย่างต่อเนื่อง

2. เพื่อให้หน่วยงานทางสาธารณสุขจัดให้มีการประชุมร่วมกับสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติเพื่อร่วมปรึกษาหารือ ออกแบบวิธีพัฒนาและแก้ปัญหาแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับระเบียบวินัยของพระสงฆ์ และข้อปฏิบัติระหว่างฆราวาสผู้ดูแลกับพระสงฆ์ แก่เจ้าหน้าที่และบุคลากรของสถานพยาบาล

นโยบายที่ 2 นโยบายเพื่อส่งเสริม, ป้องกันโรคสำหรับพระสงฆ์

วัตถุประสงค์ของนโยบายคือ เพื่อสนับสนุนให้สถานพยาบาลในทุกระดับให้ความสำคัญกับการให้บริการแก่พระสงฆ์, วัดและชุมชนโดยรอบ โดยเน้นการพัฒนาวัดและโรงพยาบาลให้เป็นศูนย์กลางทางสาธารณสุขของชุมชนประกอบด้วย 2 โครงการได้แก่

โครงการที่ 4 โครงการส่งเสริมการออกหน่วยบริการสุขภาพแก่วัดและชุมชนโดยรอบ

ผู้ดำเนินการหลัก: กระทรวงสาธารณสุข, สาธารณสุขจังหวัด, โรงพยาบาลชุมชน

ผู้ร่วมดำเนินการ: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, สถานีอนามัย, อสม., ผู้นำชุมชน ประชาชน

เจ้าคณะปกครองสงฆ์ประจำท้องที่, วัดประจำท้องถิ่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พระสงฆ์ วัดและชุมชนได้รับการบริการด้านสุขภาพในเชิงรุกจากหน่วยงานสาธารณสุขในท้องที่

2. เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างชุมชน, หน่วยงานด้านสาธารณสุขและภาคส่วนอื่น ๆ ของภาครัฐเช่น อำเภอ ตำรวจ

3. เพื่อเพิ่มช่องทางประชาสัมพันธ์ กิจกรรมและงานของสถานพยาบาล, หน่วยงานจากภาครัฐกับชุมชนได้อีกหนึ่งช่องทาง

โครงการที่ 5 โครงการส่งเสริมสุขภาพในวัด และพัฒนาเป็นศูนย์กลางชุมชน

ผู้ดำเนินการหลัก: กระทรวงสาธารณสุข, สาธารณสุขจังหวัด, โรงพยาบาลชุมชน

ผู้ร่วมดำเนินการ: อำเภอ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, สถานีอนามัย, อสม., คณะสงฆ์

ปกครองประจำจังหวัด, วัดประจำท้องถิ่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาวัดเป็นศูนย์กลางของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมให้กับ ประชาชนและชุมชน

2. เพื่อให้พระภิกษุ สามเณรและพุทธศาสนิกชน ได้รับการดูแลสุขภาพที่ถูกหลักธรรมและภูมิปัญญา ท้องถิ่น

3. เพื่อสนับสนุนให้วัดได้ขยายบทบาทในการเข้าร่วมร่วมแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของคนในชุมชนและสังคมทั้งในด้านกายใจ สังคมและจิตวิญญาณ

4. เพื่อสร้างภาพลักษณ์ของวัดที่ดี สะอาด ปลอดภัย สิ่งแวดล้อมดี

นโยบายที่ 3 นโยบายเพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาสำหรับพระสงฆ์

วัตถุประสงค์ของนโยบายเพื่อหาทางสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแลรักษาภาวะ

เจ็บป่วยของพระสงฆ์ ที่นอกเหนือจากระบบประกันสุขภาพในปัจจุบัน รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงการดูแลรักษาเช่น ค่าเดินทาง ค่าที่พักหรือค่าครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ไม่สามารถเบิกจ่ายได้

โครงการที่ 6 โครงการปรับปรุงระบบประกันสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ในปัจจุบัน

ผู้ดำเนินการหลัก: กระทรวงสาธารณสุข, คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้ร่วมดำเนินการ: สำนักงานประมาท สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี, กระทรวงการคลัง,

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย, สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อปรับปรุงสิทธิการรักษาของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยพิจารณาขยายพื้นที่การใช้สิทธิการรักษาสำหรับพระสงฆ์ที่มีพรรษาบวกมากกว่า 5 ปี
2. เพื่อลดความกังวลใจในการเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของรัฐของพระสงฆ์โดยเฉพาะเรื่องค่าใช้จ่าย

เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของวัดที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของพระลูกวัด

โครงการที่ 7 โครงการจัดตั้งกองทุนเพื่อสนับสนุนการรักษาพยาบาลสำหรับพระสงฆ์

ผู้ดำเนินการหลัก: ภาคประชาสังคม, สำนักนายกรัฐมนตรี, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงานงบประมาณ และกระทรวงการคลัง

ผู้ร่วมดำเนินการ: สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ มหาเถรสมาคม คณะสงฆ์ปกครองประจำท้องถิ่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดหรือแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายสำหรับพระภิกษุสงฆ์ สามเณรกับสถานพยาบาลของรัฐ โดยจัดตั้งกองทุนภาคประกันสังคมเพื่อสนับสนุนการรักษาพยาบาลแก่พระสงฆ์ เพื่อทะนุบำรุงพระพุทธศาสนา ซึ่งถือเป็นศาสนาประจำชาติให้ยั่งยืน
2. เพื่อส่งเสริมความยั่งยืนของกองทุนดังกล่าว ควรจัดตั้งคณะกรรมการบริหารกองทุน มีการกำหนดหลักเกณฑ์กลางเงื่อนไขการจัดสรรเงินกองทุนที่ชัดเจนมีธรรมาภิบาลและตรวจสอบได้
3. เพื่อเพิ่มบทบาทของภาคประชาชน ในการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและตรวจสอบการเบิกใช้จ่ายของกองทุนเพื่อเพิ่มความโปร่งใส

ตัวอย่างโครงการ “กองทุนเพื่อสนับสนุนการรักษาพยาบาลสำหรับพระสงฆ์”

หลักการ และความเป็นมา

จากคดียุติพันธุ์เรื่อง “รูปแบบการบริหารจัดการเพื่อการดูแลสุขภาพพระภิกษุ” ได้นำเสนอโครงการ “กองทุนเพื่อสนับสนุนการรักษาพยาบาลสำหรับพระสงฆ์” เพื่อลดหรือแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายสำหรับพระภิกษุสงฆ์,สามเณรกับสถานพยาบาลของรัฐ โดยนำเสนอการจัดตั้งกองทุนในรูปแบบกองทุนภาคประกันสังคม”เพื่อสนับสนุนการรักษาพยาบาลแก่พระสงฆ์ ซึ่งข้อเสนอแนะดังกล่าวสอดคล้องกับปัญหาค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลของพระภิกษุสงฆ์บางส่วนที่ไม่สามารถใช้สิทธิพื้นฐานที่ภาครัฐจัดให้ (ประกันสุขภาพถ้วนหน้า)

ความสอดคล้อง

กองทุนเพื่อสนับสนุนการรักษาพยาบาลสำหรับพระสงฆ์ จัดตั้งขึ้นตามแนวทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) และสอดคล้องกับแนวทางของ

ตามหลักความเสมอภาคของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พ.ศ. 2557 และเพื่อสนับสนุนกิจกรรมตามมาตรา 67 ของร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ. 2559 โดยมีแผนงานสอดคล้องกับ บันทึกหลักการและเหตุผลประกอบร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาภาคประชาสังคม (คณะทำงานยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนกองทุนภาคประชาสังคม, 2558) ที่ต้องการส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาสังคม เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของกลุ่มประชากรผู้ด้อยโอกาส

วิสัยทัศน์

กองทุนเพื่อสนับสนุนการรักษาพยาบาลสำหรับพระสงฆ์ เป็นกลไกหนึ่งเพื่อสนับสนุนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของพระภิกษุสามเณรอย่างยั่งยืนและเป็นธรรม

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นทุนค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและรักษาพยาบาลสำหรับพระภิกษุสงฆ์สามเณรจากสถานพยาบาลของรัฐ

กลุ่มเป้าหมาย

1. พระสงฆ์หรือสามเณรที่มีพรรษาบวชตั้งแต่ 5 ปีเป็นต้นไป และมีสัญชาติไทย(ขอค้นพบจากงานวิจัย)
2. สถานพยาบาลของรัฐที่ดำเนินการดูแลสุขภาพและรักษาพยาบาลแก่พระภิกษุสงฆ์สามเณรและมีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามจริง

กิจกรรมของกองทุน

เป็นทุนสำหรับเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของรัฐ โดยสนับสนุนเงินอุดหนุนแก่สถานพยาบาลของรัฐที่มีการจัดดูแลสุขภาพรักษาพยาบาลพระภิกษุสงฆ์สามเณร โดยจ่ายค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกิน 3029 บาทต่อรูปต่อปี (อ้างอิงจากค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว กองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2559)

คณะกรรมการบริหารกองทุน

กองทุนเพื่อสนับสนุนการรักษาพยาบาลสำหรับพระสงฆ์ ประกอบด้วย ตัวแทนจากภาคประชาสังคม, ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข, ผู้แทนจากสำนักงานประมาณ, ผู้แทนกรมบัญชีกลาง และผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญจากสำนักพุทธศาสนาแห่งชาติ มหาเถรสมาคม

แหล่งทุน

กองทุนเพื่อสนับสนุนการรักษาพยาบาลสำหรับพระสงฆ์ประกอบด้วย

1. เงินทุนประเดิมที่รัฐบาลจัดสรรให้
2. เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี
3. เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้ในรูปแบบต่าง ๆ ที่ถูกกฎหมาย

4. เงินอุดหนุนจากต่างประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศ

5. เงินรายได้จากการจำหน่ายสลากหรือเงินกองทุนสลากกินแบ่งรัฐบาลหรือทุนหมุนเวียน
อื่นตามที่รัฐมนตรีจัดสรรให้ตามความเหมาะสม

6. รายได้จากการดำเนินงานของสำนักงานกองทุน

ประมาณการเงินทุนตั้งต้นของกองทุน

การประมาณการค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการอุดหนุนเงินแก่สถานพยาบาลของรัฐ คำนวณจาก
ประมาณการจำนวนพระภิกษุสงฆ์ที่เจ็บป่วยในแต่ละปี สะสมจำนวน 5 ปี

1. จำนวนพระภิกษุสงฆ์ในประเทศไทย 289,131 รูป (สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ,
2557)

2. อัตราเจ็บป่วยอาพาธของพระสงฆ์ ร้อยละ 30.57 (กรมการแพทย์, 2550)

3. จำนวนพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธแล้วไม่สามารถใช้สิทธิ์การรักษาได้ร้อยละ 34*
(จากข้อค้นพบในงานวิจัยนี้)

4. ทุนอุดหนุนจ่ายค่าใช้ตามจริงไม่เกิน 3029 บาทต่อรูปต่อปี (อ้างอิงจากค่าบริการทาง
การแพทย์เหมาจ่ายรายหัว กองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2559)

5. ทุนสำรองของกองทุนควรมีอย่างน้อย 2 เท่าของประมาณการค่าใช้จ่าย

ตารางที่ 5-1 ประมาณการค่าใช้จ่ายของกองทุนเพื่อสนับสนุนการรักษาพยาบาลสำหรับพระสงฆ์ใน
ช่วงเวลา 5 ปี

	ประมาณการ พระสงฆ์อาพาธต่อปี (รูป)	ประมาณพระสงฆ์ อาพาธที่ไม่สามารถ ใช้สิทธิ์รักษาได้ต่อปี (รูป)	ประมาณการ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นต่อ ปี (บาท)	ประมาณการ ทุนสำรองของ กองทุน(บาท)
ปีที่ 1	88,387	30,051	91,024,479	182,048,958
ปีที่ 2	88,387	30,051	91,024,479	182,048,958
ปีที่ 3	88,387	30,051	91,024,479	182,048,958
ปีที่ 4	88,387	30,051	91,024,479	182,048,958
ปีที่ 5	88,387	30,051	91,024,479	182,048,958
รวม 5 ปี	441,935	150,255	455,122,395	910,244,790

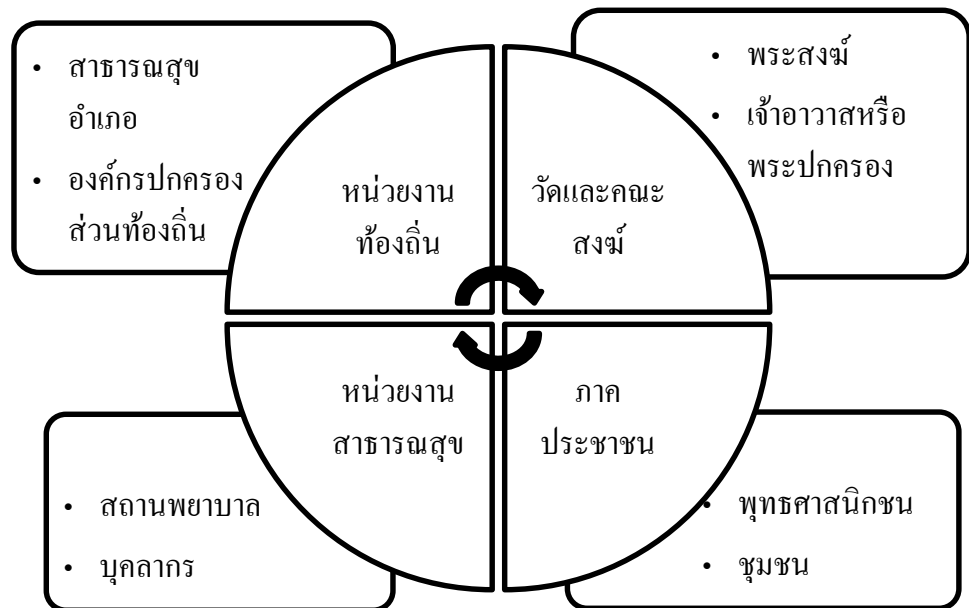
จากการคำนวณประมาณการทุนสำรองของกองทุนในช่วงระยะเวลา 5 ปีแรกจะมี
ค่าประมาณ 910,244,790 บาท

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

พระภิกษุสงฆ์สามารถเข้ารับบริการด้านสุขภาพได้โดยไม่ต้องมีความวิตกกังวลเรื่อง
สิทธิการรักษาและปัญหาค่าใช้จ่ายกับสถานพยาบาลที่ให้บริการ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยในส่วนนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอ โครงการขนาดเล็ก ข้อเสนอแนะ หรือ
แนวทางการปฏิบัติแก่หน่วยงานและผู้ปฏิบัติงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง สามารถนำข้อเสนอแนะไปปฏิบัติ
ได้โดยทันที และไม่ต้องรอนโยบายระดับชาติ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายเชิงปฏิบัติเพื่อ
สนับสนุนการเข้าถึงและค่าใช้จ่ายในการรับบริการรักษาพยาบาลของพระภิกษุสงฆ์และสามเณร
ประกอบด้วย 4 ภาคส่วนดังภาพที่ 5-2



ภาพที่ 5-2 หน่วยงาน องค์กร บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติเพื่อสนับสนุน
การเข้าถึง, ค่าใช้จ่ายในการรับบริการรักษาพยาบาลของพระภิกษุสงฆ์และสามเณร

จากภาพที่ 5-2 แสดงหน่วยงาน องค์กรและกลุ่มบุคคลสำหรับข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ
จากงานวิจัยนี้ประกอบด้วย 4 กลุ่มได้แก่ 1) หน่วยงานทางสาธารณสุขประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลทุกระดับตั้งแต่

แพทย์ พยาบาลจนถึงผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2) หน่วยงานปกครองท้องถิ่น ที่มีสายบังคับบัญชาผ่านผู้ว่าราชการจังหวัด, นายอำเภอ เช่นสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย 3) กลุ่มคณะสงฆ์ตั้งแต่คณะสงฆ์ปกครองในแต่ละพื้นที่ เจ้าอาวาส และตัวพระสงฆ์เอง 4) กลุ่มพุทธศาสนิกชนและประชาชนในสังคม,ชุมชน

ผู้วิจัยนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ โดยแบ่งออกเป็น 3ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติตามหัวข้อข้อเสนอแนะเชิงนโยบายได้แก่ 1) ประเด็นเพื่อสนับสนุนการรับบริการรักษาสำหรับพระสงฆ์ 2) ประเด็นเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่พระสงฆ์ 3) ประเด็นเพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายการรักษาสำหรับพระสงฆ์ นั้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติที่ 1 เพื่อสนับสนุนการรับบริการรักษาสำหรับพระสงฆ์

ข้อเสนอแนะในประเด็นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาสุขภาพของพระสงฆ์ สามารถนำไปปรับใช้ได้ภายในหน่วยงานหรือองค์กร ซึ่งมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. หน่วยงานสาธารณสุขท้องถิ่น

1.1 สถานพยาบาล

1.1.1 จัดช่วงเวลาหรือห้องตรวจพิเศษสำหรับตรวจรักษาพระสงฆ์ เช่น นัดตรวจเลือดในช่วงเช้า และนัดพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาในช่วงบ่ายของวัน

1.1.2 ปรับปรุงสถานที่หรือแยกห้องตรวจสำหรับพระสงฆ์ในช่วงเวลาที่จัด

1.1.3 ทบทวนระบบไอที และการสื่อสารภายในองค์กรให้มีประสิทธิภาพ

1.2 บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

1.2.1 ศึกษาเกี่ยวกับระเบียบวินัย ข้อควรปฏิบัติของพระสงฆ์ และมีการฝึกอบรมภายใน โดยอาจขอความร่วมมือกับวัด สำนักสงฆ์ในบริเวณใกล้เคียง

1.2.2 จัดบุคลากรที่เหมาะสมในการให้บริการพระ โดยมีคุณสมบัติเฉพาะคือเป็นเพศชายและผ่านการอบรมหรือมีประสบการณ์ในการดูแลพระสงฆ์มาก่อน

2. หน่วยงาน,องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.1 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสมควรยกระดับสถานีอนามัยหรือหน่วยงานทางสาธารณสุขท้องถิ่นให้มีบทบาทในการดูแลรักษาสุขภาพได้มากขึ้น

2.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีส่วนร่วมในการเป็นผู้นำในการปรับปรุงสถานพยาบาลเพื่อให้รองรับการดูแลพระสงฆ์

3. กลุ่มคณะสงฆ์

3.1 คณะปกครองสงฆ์และเจ้าอาวาส

3.1.1 คณะปกครองสงฆ์ควรออกนโยบายให้เจ้าอาวาสใส่ใจและติดตามปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ในปกครอง

3.1.2 เจ้าอาวาสควรบริหารจัดการเงินของวัดส่วนหนึ่งเพื่อช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาพยาบาลบางส่วนเช่นค่าเดินทาง

3.2 ตัวพระสงฆ์ สามเณร

3.2.1 พระสงฆ์บางรูปควรลดความเคร่งครัดและไม่ยึดติดในข้อพระวินัยเพราะเวลาเจ็บป่วยถือเป็นข้อยกเว้น

3.2.2 พระสงฆ์สมควรเอาใจใส่ดูแลสุขภาพ ตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข และมารับบริการตามวันเวลาที่นัด

4. ประชาชนและชุมชน

4.1 พุทธศาสนิกชนควรมีส่วนร่วมเสนอการดูแลรักษาพระสงฆ์ของสถานพยาบาล

4.2 ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมสนับสนุนการรักษาได้ เช่น จัดรถรับส่งพระสงฆ์จากวัดไปสถานพยาบาล หรือร่วมบริจาคถวายปัจจัย ยา,ครุภัณฑ์การแพทย์แก่วัดหรือโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติที่ 2 : เพื่อสนับสนุนกระบวนการส่งเสริมสุขภาพและสร้างภูมิคุ้มกันโรคแก่พระภิกษุสงฆ์ สามเณร

ข้อเสนอแนะในประเด็นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเกิดกลไกและกระบวนการให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำไปปรับใช้ได้ มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. หน่วยงานสาธารณสุขท้องถิ่น (โรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานในชุมชน)

1.1 สถานพยาบาลควรมีนโยบายการออกหน่วยบริการสาธารณสุขให้กับวัดและชุมชน โดยรอบ โดยจัดตั้งทีมที่มีความชำนาญและสามารถทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำท้องถิ่นได้อย่างดี

1.2 สถานพยาบาลในทุกระดับควรส่งเสริมหรือรับสมัครบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลพระสงฆ์ รวมถึงมีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ได้

1.3 สถานพยาบาลสามารถเป็นตัวอย่างหรือพี่เลี้ยง เพื่อปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในวัด และมีส่วนผลักดันนโยบาย “ส่งเสริมสุขภาพะในวัด”

2. หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.1 หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัยควรจัดตั้งโครงการในการรณรงค์ให้ความรู้ หรือออกหน่วยรักษาพยาบาลร่วมกับสถานพยาบาลท้องถิ่น

2.2 ขอความร่วมมือจากผู้นำชุมชนที่ปฏิบัติงานร่วม เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ในการประชาสัมพันธ์กิจกรรม โครงการของหน่วยบริการสาธารณสุข

3. กลุ่มคณะสงฆ์

3.1 คณะปกครองสงฆ์และเจ้าอาวาส

3.1.1 เจ้าอาวาสของวัดในชุมชน ควรมีสัมพันธ์ที่ดีกับหน่วยงานสาธารณสุขท้องถิ่น สามารถประสานงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข

3.1.2 คณะปกครองสงฆ์ควรส่งเสริมนโยบายและเจ้าอาวาสควรเข้มงวดเกี่ยวกับพฤติกรรมความเสี่ยงทางสุขภาพของพระสงฆ์ในปกครอง ส่งเสริมการออกกำลังกาย และสนับสนุน โครงการวัดเพื่อสุขภาพ

3.2 ตัวพระสงฆ์ สามเณร ควรตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ รวมถึงการตรวจสุขภาพเมื่ออายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป

4. ประชาชนและชุมชน

4.1 ควรศึกษาหาข้อมูลและคำนึงถึงสุขภาพของพระสงฆ์ เช่น ไม่ควรจัดเตรียมอาหาร สำหรับคักบาตรหรือถวายพระที่หวาน เค็มและมันจัด โดยไม่คำนึงถึงผลเสียด้านสุขภาพ

4.2 ริเริ่มโครงการทำบุญ สร้างกุศล โดยสนับสนุนปัจจัยรวมถึงอำนวยความสะดวกในการตรวจสุขภาพแก่พระภิกษุสงฆ์ได้

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติที่ 3 เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายการรักษาสำหรับพระสงฆ์

ข้อเสนอแนะในประเด็นนี้มีวัตถุประสงค์ให้เกิดกลไกเพื่อลดปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาโรคของพระสงฆ์ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำไปปรับใช้ได้ มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. หน่วยงานสาธารณสุขท้องถิ่น (โรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานในชุมชน)

1.1 หน่วยงานควรจัดให้ข้อมูลด้านสิทธิการรักษา ควบคู่กับการออกหน่วยบริการ นอกสถานที่ รวมถึงอาจเพิ่มความสะดวกด้วยการออกเก็บข้อมูลนอกสถานที่

1.2 จัดตั้งโครงการบริจาคเพื่อ “การดูแลสุขภาพพระสงฆ์” ของสถานพยาบาล

2. หน่วยงาน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.1 หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถเป็นแกนนำของชุมชนและช่วย ประชาสัมพันธ์ ผ่านผู้ใหญ่บ้าน/ กำนัน

2.2 มีส่วนร่วมโดยการอำนวยความสะดวกเรื่องยานพาหนะรับส่ง ในวันที่สถานพยาบาล จัดตรวจรักษาพระสงฆ์

3. กลุ่มคณะสงฆ์

3.1 เจ้าอาวาสเพิ่มความเคร่งครัดเรื่องระเบียบ, สิทธิการรักษาของพระในปกครอง

3.2 ตัวพระสงฆ์ สามเณร ต้องตระหนักและเข้าใจถึงหน้าที่และสิทธิที่ตนเองพึงได้

4. ประชาชนและชุมชน

สามารถมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมระดมทุนเพื่อช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล เช่น จัดตั้ง กองทุน ผ้าป่า ฯลฯ

โดยผู้วิจัยสามารถสรุปนโยบายและข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ ดังตารางที่ 5-1

ตารางที่ 5-2 นโยบายเชิงปฏิบัติและข้อเสนอแนะเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงและค่าใช้จ่ายในการรับ
บริการรักษาพยาบาลของพระภิกษุสงฆ์และสามเณร

	สนับสนุนการรับบริการ รักษาสำหรับพระสงฆ์	ส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคแก่พระสงฆ์	สนับสนุนค่าใช้จ่ายการ รักษาสำหรับพระสงฆ์
สถานพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> - จัด/ ปรับปรุงพื้นที่ - จัดช่องทางและเวลาตรวจสำหรับพระ - ทบทวนระบบสื่อสารภายในองค์กร 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทีมสำหรับออกหน่วยบริการกับชุมชน - ทำงานร่วมกับ อสม. - เป็นพี่เลี้ยงในนโยบาย “ส่งเสริมสุขภาพะในวัด” 	<ul style="list-style-type: none"> - ประสัมพันธ์ข้อมูลกับวัด, ชุมชน - ออกบริการเก็บข้อมูล - รับบริจาคเพื่อโครงการ “ดูแลสุขภาพพระ”
บุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน	<ul style="list-style-type: none"> - ศึกษาระเบียบ, ข้อห้ามข้อปฏิบัติของพระสงฆ์ - จัดบุคลากรที่เหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดสรรคนเฉพาะกลุ่ม - เร่งผลิตบุคลากรแผนกส่งเสริมเพื่อให้ความรู้ 	<ul style="list-style-type: none"> - หมั่นให้ข้อมูลเรื่องสิทธิการรักษาแก่พระสงฆ์
หน่วยงานและ องค์กร ปกครอง ส่วนท้องถิ่น	<ul style="list-style-type: none"> - ยกย่องสถานีนอมนามย์ให้มีบทบาทในการรักษาขึ้น - มีส่วนในการปรับปรุงสถานพยาบาลท้องถิ่น 	<ul style="list-style-type: none"> - สาธารณสุขอำเภอ/ สถานีอนามัยร่วมออกหน่วยกับสถานพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยประชาสัมพันธ์ผ่านผู้ใหญ่บ้าน/ กำนัน - อำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะ
คณะปกครอง สงฆ์และ เจ้าอาวาส	<ul style="list-style-type: none"> - ดูแลเรื่องปัญหาสุขภาพของพระในปกครอง - ช่วยดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายในบางส่วนเช่นค่าเดินทาง 	<ul style="list-style-type: none"> - ประสานงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข - สนับสนุนโครงการวัดเพื่อสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - ประสานงานและออกระเบียบเรื่องสิทธิการรักษาของพระในปกครอง
ตัวพระภิกษุ สงฆ์, สามเณร	<ul style="list-style-type: none"> - ลดการยึดมั่น, ไม่ยึดติดในข้อห้าม พระวินัย - ดูแลสุขภาพและมารับบริการตามวันเวลาที่นัด 	<ul style="list-style-type: none"> - ดูแลสุขภาพทั้งด้านโภชนาการและออกกำลังกาย - และพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - รู้จักและเข้าใจถึงหน้าที่และสิทธิที่ตนเองพึงได้
ประชาชนและ ชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - มีส่วนร่วมในการดูแลในสุขภาพพระ รับส่งสถานพยาบาล - ถวายปัจจัย ยาอื่น ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพพระเช่นอาหารดื่กบাত্র การบริหารร่างกาย 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดกิจกรรมระดมทุนเพื่อช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลเช่นจัดตั้ง กองทุน ผ้าป่า ฯลฯ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำโครงการจัดตั้งกองทุนเพื่อสนับสนุนการรักษาพยาบาลสำหรับพระสงฆ์มาศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ทำการศึกษาภายใต้สถานการณ์จริง โดยรับฟังความคิดเห็นผู้มีส่วนร่วมในทุกภาคส่วนตั้งแต่ภาครัฐ องค์กรเอกชน พระสงฆ์และประชาชน เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่และสามารถนำไปปฏิบัติได้

2. การศึกษารูปแบบการจัดการค่าใช้จ่ายเพื่อดูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ครั้งต่อไปควรทำการศึกษาเพิ่มเติมโดยเพิ่มกลุ่มพระสงฆ์ หรือองค์กรด้านศาสนาพุทธในการศึกษาเพื่อสอบถามความต้องการ แนวทางปฏิบัติตามหลักพระวินัยของพระสงฆ์เพื่อความถูกต้องและสามารถนำข้อเสนอแนะดังกล่าวมาปฏิบัติได้จริง

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์. (2550). *สถิติการอาพาธของพระสงฆ์ที่มารับการตรวจรักษา พ.ศ. 2549*. กรุงเทพฯ: งานเวชระเบียนและสถิติ.
- กรมอนามัย. (2550). *นโยบายเมืองไทยแข็งแรง*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤตยา อาชวนิจกุล. (2548). *รายงานสังเคราะห์กระบวนการเรียนรู้ของสมาชิกสุขภาพกับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ*. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- กุลเสกข์ ลิมปิยากร และรัชตะ อุ๋นสุข. (2555). การประกันสุขภาพในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ. ใน สุรจิต สุนทรธรรม (บรรณาธิการ), *ระบบหลักประกันสุขภาพไทย* (หน้า 65-75). กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์. (2550). *การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการดำเนินนโยบายของรัฐบาลด้านการบริการจัดหางาน*. กรุงเทพฯ: กองแผนงานและสารสนเทศ กรมการจัดหางาน.
- เกริกเกียรติ พิพัฒน์เสรีธรรม. (2550). การคลังว่าด้วยการจัดสรรและการกระจาย. ใน พรชัย ลิขิตธรรมโรจน์, *การคลังรัฐบาลและการคลังท้องถิ่น* (หน้า 25-32). กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- เกษมสิงห์ เฟื่องฟู. (2551). *การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)*. เข้าถึงได้จาก <http://www.nb2.go.th/kmcdata/uploadq/120.ppt>
- คณะกรรมการร่างรัฐธรรมนูญ. (2559). *ร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2559*. เข้าถึงได้จาก <http://www.ect.go.th/th/wp-content/uploads/2016/04/cons2016>
- คณะทำงานจัดทำข้อเสนอเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (2548). *ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.
- คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (2554). *ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- คณะทำงานยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนกองทุนภาคประชาสังคม. (2558). *บันทึกหลักการและเหตุผลประกอบร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาภาคประชาสังคม*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaicivilsociety.com/stock/low.pdf>
- เครือข่ายขับเคลื่อนกองทุนภาคประชาสังคม. (2558). *กองทุนส่งเสริมเพื่อพัฒนาภาคประชาสังคม*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaicivilsociety.com/>
- จเด็จ ธรรมธัชอารี และวลัยพร พัทธนฤมล (2555). การประกันสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพ. ใน สุรจิต สุนทรธรรม (บรรณาธิการ), *ระบบหลักประกันสุขภาพไทย* (หน้า 93-110). กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2555). *หลักการและแนวทางการบริหารจัดการระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อ
บริการสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- จุมพล หนิมพานิช. (2552). *การวิเคราะห์นโยบาย ขอบข่าย แนวคิด ทฤษฎี และกรณีตัวอย่าง
(พิมพ์ครั้งที่ 4)*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- เจมส์ แอล. เกรย์ตัน. (2551). *คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน การตัดสินใจที่ดีกว่าโดยให้ชุมชนมี
ส่วนร่วม*. (วันชัย วัฒนศัพท์, ถวิลวดี บุรีกุล และเมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี, แปล). ขอนแก่น:
โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- ชูชัย ศุภวงศ์. (2555). *รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพปฎิรูประดับชาติ ครั้งที่ 1
พ.ศ. 2554 และครั้งที่ 2 พ.ศ. 2555*. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูป(สปร.)
- เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, วีรวัลย์ ไพบูลย์จิตต์อริ, ชารทิพย์ ศรีสุวรรณเกษ และพรชัย พิลหาเวสส.
(2556). *โครงการการพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ*. เข้าถึงได้จาก
<http://tdri.or.th/wp-content/uploads/2014/08/final-report-thailand-health-insurance.pdf>
- ธนาคารโลก. (2555). *ประเทศไทยกับความยั่งยืนของการคุ้มครองสุขภาพถ้วนหน้า*. เข้าถึงได้จาก
<http://www.worldbank.org/th/news/feature/2012/08/20/thailand-sustaining-health-protection-for-all>
- ชร สุนทรายุทธ. (2553). *การบริหารจัดการเชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: เนติกุลการพิมพ์.
- ธันยวัฒน์ รัตนศักดิ์. (2555). *นโยบายสาธารณะ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. เชียงใหม่: คณินิจการพิมพ์.
- ธีรวัต บำเพ็ญบุญบารมี. (2550). *โครงการธรรมศึกษาวิจัย การศึกษาการอุปสมบทในพระพุทธศาสนา
เถรวาท ศึกษาจากพระไตรปิฎก อรรถกถา ฎีกาตลอดจนคัมภีร์ทางพระพุทธศาสนา*.
เข้าถึงได้จาก <http://www.sriprawat.net/9p.pdf>
- นุสรณ์ คุชณะวิชพงษ์ รุ่งโรจน์ พุ่มรีว, พูนรัตน์ ลียตฤกุล และวิทชย เพชรเสียบ (2556). *สถานการณ์
การสูบบุหรี่ของภิกษุ สามเณร แม่ชี และศิษย์วัดในจังหวัดนครราชสีมา. วารสาร
การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 37(2), 94-107.*
- ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และอนุพงศ์ สุจริยากุล. (2543). *นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ*. นนทบุรี:
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ประเวศ วะสี. (2552). *กระบวนการนโยบายสาธารณะ (Public Policy Process) (พิมพ์ครั้งที่ 3)*.
กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง.
- พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต. (2557). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ใน
จังหวัด ขอนแก่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

พระธรรมกิตติวงศ์ (ทองดี สุรเตโช). (2555). *เทคนิคการเผยแผ่พุทธศาสนา*. (แถบเสียง). กรุงเทพฯ:

โครงการอบรมถวายความรู้พระสังฆาธิการเขตยานนาวา-สาทรและเขตบางคอแหลม.
พระราชบัญญัติคณะสงฆ์ (ฉบับที่ 2) พุทธศักราช 2535. (2535, 25 กุมภาพันธ์). *ราชกิจจานุเบกษา*.
หน้า 5-11.

พระเลิศพิพัฒน์ จันทปัญญา (แก้ววันทอง). (2554). บทบาทของพระสงฆ์ในสังคมโลกาภิวัตน์.
วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม, 7(2), 6-16.

พระศุภโชค ทองฮั่ว. (2554). *หน้าที่และบทบาทของพระสงฆ์*. เข้าถึงได้จาก

<https://www.l3nr.org/posts/464949>

พินิจ ลาภานานนท์. (2549). *กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคม กับการปรับเปลี่ยนบทบาทการพัฒนา*
พัฒนา ของพระสงฆ์นักพัฒนา ในภาคอีสาน. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พินิจ ลาภานานนท์. (2555). *การศึกษาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาวะพระสงฆ์ เพื่อทำนุบำรุง*
พระพุทธศาสนา. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและ
สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาทิติ ตีรสิกุล. (2550). *หลักการประชาสัมพันธ์*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

การดร ดังยางหวาย (2548). ความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานภายใต้โครงการ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. *วารสารวิจัย มข. (บส.)* 5(1), 158-171.

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย. (2555). *พระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ คืออะไร*. เข้าถึงได้จาก

http://www.mcu.ac.th/site/faq_in.php?countpage=1&faqcate_id=0&faq_id=91

มูลนิธิ ๕๐ พรรษามหาชิริาลงกรณ์. (2555). *รายงานผลการดำเนินงาน โครงการวิเคราะห์ข้อมูล*
การคัดกรองสุขภาพพระภิกษุ สามเณรในภาพรวม 77 จังหวัด ทั่วประเทศ. กรุงเทพฯ:
มูลนิธิ ๕๐ พรรษามหาชิริาลงกรณ์.

รจิต สุนทรธรรม (บรรณาธิการ). *ระบบหลักประกันสุขภาพไทย* (หน้า 76-93). กรุงเทพฯ:

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนากิจกรรมภาคประชาสังคม พ.ศ. 2558.

(2558, 24 สิงหาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. หน้า 1-4.

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557. (2557, 22 กรกฎาคม).

ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 1-17.

รัตนา ทิมเมือง. (2550). *หลักสูตรการสื่อสารเพื่อสุขภาพ: หลักสูตรสร้างสุขเพื่อสังคมไทย*.

สมุทรปราการ: คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2554). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์
พับลิเคชั่นส์

ราชบัณฑิตยสถาน. (2548). *พจนานุกรมศัพท์ศาสนาสากล อังกฤษ-ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน*.

กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน.

ลัทธินิยม สดะเวทิน. (2542). *หลักการประชาสัมพันธ์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เพ็ญฟ้าพรินติ้ง.

วสันต์ เหลืองประภัสร์. (2553). การบริหารปกครองกับความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานของรัฐ. ใน

อัมพร ชำรงลักษณ์, *การบริหารปกครองสาธารณะ: การบริหารรัฐกิจในศตวรรษที่ 21*

(หน้า 15-22). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วันทนี้อย่าง แก้วกิติ, พรทิพย์วีระสวัสดิ์ และธิดา พาหอม. (2553). *การจัดการพัสดุและสำนักงาน*.

กรุงเทพฯ: เอ็กซ์เปอร์เน็ท.

วิทยา ด้านธำรงกุล. (2546). *การบริหาร = Management*. กรุงเทพฯ: เซิร์ดเวฟ เอ็ดดูเคชั่น.

วิรัช ลภีรัตนกุล. (2553). *การประชาสัมพันธ์* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิลาวรรณ ธิพิพิศาล. (2554). *การบริหารทรัพยากรมนุษย์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ วิจิตรหัตถกร.

วินัส จันมา. (2554). *การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ นโยบาย และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ*

ประเด็นสุขภาพของพระสงฆ์. ในวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5.

เข้าถึงได้จาก [https://www.google.co.th/.samatcha.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2F6_](https://www.google.co.th/.samatcha.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2F6_main3_Monk_18Nov2012.doc&ei=)

[main3_Monk_18Nov2012.doc&ei=](https://www.google.co.th/.samatcha.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2F6_main3_Monk_18Nov2012.doc&ei=)

ศรัณยู มั่นทรัพย์. (2551). *การศึกษาเพื่อสร้างพลเมือง: ฐานรากของการเมืองภาคพลเมือง*.

เข้าถึงได้จาก http://kpi.ac.th/media/pdf/M7_135.pdf

ศูนย์ประสานงานการพัฒนาาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ. (2552).

หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ.

นนทบุรี: คุณาไทย (วนิดาการพิมพ์).

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2548). *คู่มือประชาชนเพื่อการเรียนรู้ นโยบายสาธารณะ: รู้ทันร่าง*

กฎหมายเขตเศรษฐกิจพิเศษ/แผนงานวิจัยและพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและ

ระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: แผนงานวิจัยและพัฒนานโยบาย

สาธารณะเพื่อสุขภาพ.

สมคิด บางโม. (2553). *องค์การและการจัดการ = Organization and management* (พิมพ์ครั้งที่ 5)

กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.

สมพร ทองชื่นจิตต์ และรังสิมา ปรีชาชาติ. (2555). การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม. ใน

สุรจิต สุนทรธรรม (บรรณาธิการ), *ระบบหลักประกันสุขภาพไทย* (หน้า 156-178).

กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และสินชัย ต่อวัฒนกิจกุล. (2550). ผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อระบบบริการสุขภาพไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 1(1), 47-62.
- สำนักงานประมาณ (2554). *ระเบียบว่าด้วยการบริหารงบประมาณ(ฉบับที่ 4) พ.ศ.2554. และหลักเกณฑ์การแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายละเอียดรายการงบประมาณรายจ่ายตามระเบียบว่าด้วยการบริหารงบประมาณ พ.ศ.2548 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2554.* เข้าถึงได้จาก <http://www.bb.go.th>.
- สำนักงานกลางทะเบียนราษฎร. (2557). *สถิติประชากรของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: กรมการปกครอง.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2554). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)*. เข้าถึงได้จาก <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=395>
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2554). *ยุทธศาสตร์กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ.2555-2559*. เข้าถึงได้จาก http://www.opp.go.th/data_center/4/4.1/4.1.2.1.pdf
- สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. (2557). *ข้อมูลพื้นฐานทางพระพุทธศาสนา ปี ๕๗*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2551). *รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550*. กรุงเทพฯ: สำนักการพิมพ์ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). *บทสรุปสำหรับผู้บริหาร สัมมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553 (รายงานผลล่วงหน้า)*. เข้าถึงได้จาก <http://popcensus.nso.go.th/file/popcensus-20-12-54.pdf>
- สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554). *การสนับสนุนให้พระภิกษุสงฆ์สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อุษากการพิมพ์.
- สำนักบริหารการชลประทานบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). *แนวทางการปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2556*. กรุงเทพฯ: วงศ์สว่างพัชชิ่งแอนด์พรีนติ้ง จำกัด.
- สำนักปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2545). *ธรรมนูญสุขภาพของคนไทย ฉบับปรับปรุง 24 กันยายน 2545 ความนำ*. นนทบุรี: สำนักปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. เข้าถึงได้จาก <http://www.sbo.moph.go.th/sbo/singmoph/assets/คู่มือการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ-ปี-2559.pdf>
- สุรจิต สุนทรธรรม. (2555). *ระบบหลักประกันสุขภาพไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย. (2550). *การจัดการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาลกรณีศึกษา ประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ฝรั่งเศส สวีเดน จีน แอฟริกาใต้ ปากีสถาน และ ประเทศไทย*. เข้าถึงได้จาก <http://11khospital.com/download/photo/19.doc>
- สุรพันธ์ ยันต์ทอง. (2553). *การบริหาร โรงเรียน นวัตกรรม:เทคนิค:ประสบการณ์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์กรมการศาสนา.
- สุรพันธ์ สุวรรณศรี, ทรงคุณ จันทจร และพระสุทธิสาร โสภณ. (2552). *การสร้างความสะดวกใน สังคม:การศึกษาแนวทางการบูรณาการกระบวนการเผยแพร่พระพุทธศาสนาและคริสต์ ศาสนาในภาคอีสาน*. คุยฎินิพนธ์ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต, สาขาวัฒนธรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2548). *การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2544 – 2547*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์
- อัจฉรา รักยุติธรรม. (2548, 23 มิถุนายน). *นโยบายสาธารณะที่พึงปรารถนา*. *กรุงเทพธุรกิจ*, หน้า 10.
- อัญชลี จวงจันทร์. (2553). *งบประมาณรายจ่ายของแผ่นดิน*. เข้าถึงได้จาก <http://wiki.kpi.ac.th/index.php?title=งบประมาณรายจ่ายของแผ่นดิน>
- อนงค์ทิพย์ เอกแสงศรี. (2546). *แนวความคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ*. ใน *เอกสารประกอบการสอน วิชา นโยบายสาธารณะและการวางแผน*. หน่วยที่ 1-7. (หน้า 1-16) นนทบุรี: มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมมาธิราช.
- อำนาจ ชีระวนิช. (2553). *การจัดการยุคใหม่ = Modern management* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ภาควิชาการจัดการ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- อุดมศักดิ์ ศิลประชาวังศ์. (2546). *การประยุกต์หลักเศรษฐศาสตร์กับการจัดบริการสาธารณสุข*. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขสำหรับผู้บริหาร โรงพยาบาล หน่วยที่ 6-10*. (หน้า 256-264) นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- อุทัย บุญประเสริฐ.(2550). *การศึกษาแนวทางการบริหารและจัดการศึกษาของสถานศึกษาในรูปแบบ การบริหาร โดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน (School-based management)*. เข้าถึงได้จาก <http://www.sema.go.th/files/content /nonformal/0049/594.pdf>.
- อนุสรณ์ ธรรมใจ. (2548, 16 ธันวาคม). *นโยบายสาธารณะเพื่อประเทศไทยที่ดีกว่า*. *กรุงเทพธุรกิจ*. หน้า 5
- Acharyulu, G. V. R. K., & Shekbar, B. R.. (2012). Role of value chain strategy in healthcare supply chain management: An empirical study in India. *International Journal of Management*, 29(1), 91-97.

- Al-Saa'da, R. J., Taleb, Y. K. A., Al-Abdallat, M. E., Al-Mahasneh, R. A. A., Nimer, N. A., & Al-Weshah, G. A. (2013). Chain management and its effect on health care service quality: Quantitative evidence from Jordanian private hospitals. *Journal of Management and Strategy*, 4(2), 42
- Atkinson, A. B. (1997). *Measurement of trends in poverty and the income distribution*. Cambridge: University of Cambridge.
- Basu, S., Andrews, J., Kishore, S., Panjabi, R., & Stuckler, D. (2012). Comparative performance of private and public healthcare systems in low-and middle-income countries: A Systematic Review. *Plos Medicine*, 9(6), 1-14.
- Berman, E. M., & Bowman, J. S. (2016). *Human resource management in public service: Paradoxes, processes, and problems* (5th ed.). New York: SAGE.
- Bernays, E. (2004). *Propaganda*. New York: Horace Liveright
- Bowin, R. B., & Harvey, D. (2001). *Human resource management: An experiential approach* (2th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Briggs, A., Sculpher, M., & Claxton, K. (2006). *Decision modelling for health economic evaluation*. New York: Oxford University Press.
- Burns, L. R., Gimm, G., & Nicholson, S. (2004). *The financial performance of integrated delivery networks*. Pennsylvania: University of Pennsylvania.
- Burns, L. R., DeGraaff, R. A., Danzon, P. M., Kimberly, J. R., Kissick, W. L., & Pauly, M. V. (2002). *The Wharton school study of the health care value chain. The health care value chain: producers, purchasers and providers*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Busse, R., Figueras, J., Robinson, R., & Jakubowski, E. (2007). Strategic purchasing to improve health system performance: Key issues and international trends. *Healthcare Papers*, 8, 62-76.
- Center on Globalization Governance & Competitiveness. (2006). *Global value chains: Concepts & tools. global value chains initiative*. Retrieve from <http://www.globalvaluechains.org/concepts.html>
- Chakraborty, S., & Dobrzykowski, D. D. (2013). Supply chain practices for complexity in healthcare: A service-dominant logic view. *IUP Journal of Supply Chain Management*, 10(3), 53-75.

- Chassin, M. R., Kosecoff, J., Park, R. E., Winslow, C. M., Kahn, K. L., Merrick, N. J., Keesey, J., Fink, A., Solomon, D. H., & Brook, R. H. (1987). Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health care services? A study of three procedures. *JAMA*, *258*, 2533-2537.
- Coyle-Shapiro, J., Hoque, K., Kessler, I., Pepper, A., Richardson, R., & Walker, L. (2013). *Human resource management*. London: University of London International Programmes.
- De Vries, J., & Huijsman, R. (2011). Supply chain management in health services: An overview. *Supply Chain Management*, *16*(3), 159-165.
- D'heur, M. (2015). *Sustainable value chain management*. Retrieved from <http://www.springer.com/gp/book/9783319121413>
- Gamble, J. E., Icenogle, M. L., & Savage, G. T. (2004). Value-chain analysis of a rural health program: Toward understanding the cost benefit of telemedicine applications. *Hospital Topics*, *82*(1), 10-17.
- Gereffi, G., Humphrey, J., & Sturgeon, T. (2005). The governance of global value chains. *Review of International Political Economy*, *12*(1), 78-104.
- Hansen, D. R., & Mowen, M. M. (1995). *Cost management: Accounting and control*. Singapore: Thomson South Western.
- Hofmarcher, M. M., Oxley, H., & Rusticelli, E. (2007). *Improved health system performance through better care coordination*. Retrieved from <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5kzsnt1f3qkg.pdf?expires=1475902396&id=id&accname=guest&checksum=F368FFC6F86D211C0BF22014FA21F527>
- Kindred, A. R. (1980). *Data systems and management: Introduction to systems analysis and design* (2nd ed.). New Jersey: Englewood Cliffs.
- McNamara P. (2006). Purchaser strategies to influence quality of care: from rhetoric to global applications. *Quality and Safety in Health Care*, *15*, 171-173.
- Meijboom, B., Schmidt-Bakx, S., & Westert, G. (2011). Chain management practices for improving patient-oriented care. *Supply Chain Management*, *16*(3), 166-175.
- Mondy, W., Noe, R. M., & Premeaux, S. P. (1990). *Human resource management*. Upper Saddle River, NJ: Simon and Schuster.

- Montgomery, E. G., & Oladapo, V. (2014). Talent management vulnerability in global health care value chains: A general systems theory perspective. *Journal of Business Studies Quarterly*, 5(4), 173-189.
- Morali, O., & Searcy, C. (2013). A Review of sustainable supply chain management practices in Canada. *Journal of Business Ethics*, 117(3), 635-658.
- McCavitt, M. J. (2009). *Guide to the papers of Norbert Wiener*. Retrieved from <https://libraries.mit.edu/archives/research/collections/collections-mc/pdf/mc22.pdf>
- O'Brien, J. A. (1990). *Management information systems: A managerial end user perspective*. New York: Richard D. Irwin.
- Patton, C. V., Sawicki, D. S., & Clark, J. J. (2012). *Basic methods of policy analysis and planning* (3rd ed.). New York: Routledge.
- Porter, M. E. (2015). The value chain. In G. W. Marshall, & M. W. Johnston, *Marketing management* (pp. 28-29). New York: McGraw-Hill.
- Schoderbek, C.G., Schoderbek, P.P. and Kefalas, A.G. (1990). *Management system: Conceptual consideration*. Texas: Business Publications.
- Semprevivo, P.C. (1976). *Systems analysis: Definition, process, and design*. Worthington, OH: Science Research Associates.
- Sorkin, A. L. (2006). *Health economics: An introduction* (5th ed.). New York: Lexington Books.
- St. John, B. (2006). The case for ethical propaganda within a democracy: Ivy Lee's successful 1913–1914 railroad rate campaign. *Public Relations Review*, 32(3), 221-228.
- Tabacnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. Boston: Pearson.
- Tropeano, M. (2015). *Theoretical approaches: Social work systems theory*. Retrieved from <https://socialworklicensemap.com/theoretical-approaches-social-work-systems-theory/>
- Von Bertalanffy, L. (1975). *Perspectives on general systems theory*. New York: George Braziller.
- World Health Organization [WHO]. (2000). *Health systems: Improving performance*. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2011). *International classification of primary care* (2nd ed.) Retrieved from <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations.html>

Xia, W., Chen, D., & Preston, D. S. (2013). Enhancing hospital supply chain performance: A relational view and empirical analysis. *Journal of Operations Management*, 31(6), 391-408.

Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis*. (3rd ed.). New York: Harper and Row.

ภาคผนวก

วิทยาลัยพาณิชยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
Graduate School of Commerce Burapha University
169 ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

แบบสอบถามเรื่อง **รูปแบบการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายเพื่อดูแลสุขภาพพระภิกษุ**
 ชื่อผู้วิจัย นาย ศรรัฐ เสงเจริญ
 รหัสประจำตัว 56870011
 สาขาวิชา การจัดการสาธารณะ รุ่นที่ 2
 อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร. บรรพต วิรุณราช

คำชี้แจง

1. แบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย
 - ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม
 - ตอนที่ 2 การบริการทางสุขภาพจากสถานพยาบาลของรัฐ
 - ตอนที่ 3 ปัญหาและข้อเสนอแนะจากพระภิกษุสงฆ์ ต่อสถานพยาบาลของรัฐ
2. ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อคำถามและทุกส่วนตามความจริง
3. ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลท่านจะถูกปกปิดเป็นความลับและจะถูกนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

1. อายุ

- | | | |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 30 ปี | <input type="checkbox"/> 30-40 ปี | <input type="checkbox"/> 41-50 ปี |
| <input type="checkbox"/> 51-60 ปี | <input type="checkbox"/> มากกว่า 60 ปีขึ้นไป | |

2. พรรษาบวช

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 5 ปี | <input type="checkbox"/> 5-10 ปี | <input type="checkbox"/> 11-15 ปี |
| <input type="checkbox"/> 16-20 ปี | <input type="checkbox"/> 21-25 ปี | <input type="checkbox"/> มากกว่า 25 ปี |

ตอนที่ 2 การบริการทางสุขภาพจากสถานพยาบาลของรัฐ

คำชี้แจง แบบสอบถามต่อไปนี้เป็นแบบสอบถามเพื่อสำรวจระดับการบริการทางสุขภาพจากสถานพยาบาลของรัฐ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านได้รับ

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการให้บริการของสถานพยาบาล (Firm infrastructure)

ภาพรวมของการให้บริการของ สถานพยาบาล	ระดับการประเมิน				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มากที่สุด
1.1 สถานพยาบาลมีการจัดที่นั่งสำหรับ รอเรียกเข้าตรวจรักษาเพียงพอสำหรับ พระสงฆ์ที่ชัดเจน					
1.2 ขั้นตอนการระบุตัวตนเช่นข้อความ หรือเสียงเรียกชื่อพระสงฆ์ มีความ ชัดเจนเพียงพอ					
1.3 บรรยากาศในสถานพยาบาลดู เหมาะสมกับพระสงฆ์					
1.4 มีห้องน้ำสำหรับพระสงฆ์อย่าง เพียงพอ					

ตอนที่ 2 ประเมินบุคลากรในสถานพยาบาลที่ใช้บริการ (Human resource management)

ประเมินบุคลากรในสถานพยาบาลที่ใช้บริการ	ระดับการประเมิน				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
2.1 บุคลากรแนะนำการติดต่อหรือเดินทางระหว่างจุดบริการต่างๆภายในสถานพยาบาลอย่างเพียงพอ					
2.2 มารยาทของบุคลากรที่แสดงออกต่อพระสงฆ์อย่างเหมาะสม					
2.3 บุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์, พยาบาล) มีการดูแลเอาใจใส่ (การตรวจและการซักถาม)					
2.4 การจ่ายยาของเภสัชกรมีการอธิบายขั้นตอนการใช้ยาชัดเจนมากน้อยระดับใด					

ตอนที่ 3 การประเมินเครื่องมือ, อุปกรณ์ทางการแพทย์ (Technology development)

ประเมินเครื่องมือ, อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ท่านเคยรับบริการ	ระดับการประเมิน				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
3.1 สถานพยาบาลที่ท่านเคยรับการรักษามีอุปกรณ์ทางการแพทย์พร้อมมากน้อยเพียงใด					
3.2 สถานพยาบาลที่ท่านเคยรับการรักษามีเครื่องมือใหม่และทันสมัยมากน้อยระดับใด					
3.3 สถานพยาบาลมีจำนวนเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์เพียงพอในการรักษาโรคที่ท่านเป็น มากน้อยเพียงใด					

ตอนที่ 4 การประเมินการจัดซื้อยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ (Procurement)

การประเมินการจัดซื้อยา อุปกรณ์ทางการแพทย์	ระดับการประเมิน				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
4.1 ในความคิดเห็นของท่าน สถานพยาบาลมีคุณภาพของยาและอุปกรณ์มีประสิทธิภาพมากน้อยระดับใด					
4.2 สถานพยาบาล มีบริการยาที่นอกเหนือจากการซื้อจากองค์การเภสัช					
4.3 จากการพิจารณาของท่าน อุปกรณ์ทางการแพทย์มีเพียงพอ ไม่จำเป็นต้องเคลื่อนย้ายอุปกรณ์จากที่หนึ่งไปที่หนึ่ง					

ตอนที่ 5 ประเมินความสะดวกที่ท่านได้รับในโรงพยาบาล (Inbound logistics)

ความสะดวกที่ท่านได้รับในโรงพยาบาล	ระดับการประเมิน				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
5.1 ความสะดวกจากการลงทะเบียน					
5.2 ความสะดวกจากแผนกคัดกรองโรค					
5.3 ความสะดวกในการติดต่อระหว่างแผนก					
5.4 ความสะดวกในการรักษา					
5.5 ความสะดวกในการรับยา					
5.6 ความสะดวกในการจ่ายค่ารักษา					
5.7 การแจ้งเตือนเพื่อการรับบริการครั้งถัดไป					

ตอนที่ 6 ประเมินกระบวนการรักษา (Operations)

กระบวนการรักษา	ระดับการประเมิน				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
6.1 ท่านพบว่าขั้นตอนการตรวจรักษามีความสะดวกรวดเร็ว ไม้่วกไปวนมา					
6.2 ท่านมองว่าขั้นตอนตั้งแต่ไปถึงโรงพยาบาล จนถึงรับยา เป็นการทำงานแบบมืออาชีพ					
6.3 หากท่านเคยนอนพักเพื่อการรักษา ท่านมีความพึงพอใจในการรักษาของสถานพยาบาลเพียงใด					

ตอนที่ 7 การประเมินบริการเชิงรุกของสถานพยาบาล (Outbound logistics)

การประเมินความร่วมมือ	ระดับการประเมิน				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
7.1 สถานพยาบาลมีหน่วยตรวจเชื่อมคัดกรองโรคของพระสงฆ์ถึงที่วัด เพื่อให้คำแนะนำการรักษาที่เหมาะสม					
7.2 สถานพยาบาลหรือหน่วยงานราชการ ได้มีการจัดหน่วยตรวจเชื่อมสำหรับรักษาโรคขั้นพื้นฐาน					
7.3 สถานพยาบาลมีหน่วยบริการตรวจเชื่อมพระสงฆ์หลังกลับจากการรักษาพยาบาลที่วัด					

ตอนที่ 8 การรับรู้ข่าวสาร การประชาสัมพันธ์ (Marketing & Sale)

การรับรู้ข่าวสาร การประชาสัมพันธ์	ระดับการประเมิน				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
8.1 ท่านทราบข่าวสารประชาสัมพันธ์ถึงสิทธิในการรักษาจากบุคลากรในโรงพยาบาลเพียงใด					
8.2 ทางสถานพยาบาลมีการประชาสัมพันธ์ผ่านจดหมายมาทางวัดบ่อยเพียงใด					
8.3 ท่านทราบข่าวถึงสิทธิรักษาจากทางโทรศัพท์มากเพียงใด					
8.4 ท่านทราบข่าวถึงสิทธิรักษาจากทางวิทยุมากเพียงใด					
8.5 ท่านทราบข่าวถึงสิทธิรักษาจากทางหนังสือพิมพ์มากน้อยเพียงใด					
8.6 ท่านทราบข่าวถึงสิทธิการรักษาจากพระภายในวัดด้วยตนเองมากน้อยเพียงใด					

ตอนที่ 9 การให้บริการต่างๆของโรงพยาบาล (Service)

การให้บริการต่าง ๆ ของโรงพยาบาล	ระดับการประเมิน				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
9.1 สถานพยาบาลมีบริการหน่วยแพทย์หรืออาสาสมัครไปเยี่ยมติดตามอาการหลังการรักษา					

9.2 มีบริการติดตามสอบถามอาการหรือ แจ้งเตือนวันนัดบริการ เช่นทางโทรศัพท์ หรือการสื่อสารอื่น ๆ					
--	--	--	--	--	--

ตอนที่ 3 ปัญหาและข้อเสนอแนะจากพระภิกษุสงฆ์ ต่อสถานพยาบาลของรัฐ

1. ปัจจุบันท่านมีปัญหาด้านสุขภาพอะไรบ้าง โปรด

ระบุ.....

2. ท่านหาข้อมูลการเข้าถึงสิทธิในการรักษาอย่างไรบ้าง โปรด

ระบุ.....

3. ในปัจจุบัน การรักษาตัวในสถานพยาบาล ท่านพบปัญหาอะไรบ้าง โปรด

ระบุ.....

4. ท่านอยากให้ภาครัฐ หรือหน่วยงานใดช่วยเหลือ เรื่องการรักษาของพระสงฆ์ โปรดให้คำแนะนำ

.....

5. โปรดให้คำแนะนำการให้บริการของ

สถานพยาบาล.....

ประเด็นคำถามสำหรับการประชุมกลุ่ม

“รูปแบบการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายเพื่อดูแลสุขภาพพระสงฆ์”

วันพุธที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2559 เวลา 09.30 – 12.00 น.

ณ โรงแรม Vic 3 Bangkok เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร

ประเด็น	ประเด็นที่ได้จากการสำรวจ	คำถามสำหรับการประชุมกลุ่ม
1.	พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศของสถานพยาบาล เช่น ที่นั่งรอ ห้องน้ำ การประกาศเรียกคนไข้ หอผู้ป่วยใน สมควรปรับปรุงมากที่สุด	ในความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ท่านมีความเห็นว่าสภาพโครงสร้างพื้นฐานของสถานพยาบาลรัฐ อะไรสมควรปรับปรุงพัฒนาสำหรับพระสงฆ์ และจะแก้ไขอย่างไรในแง่ของการบริหารจัดการ”
2.	พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าบุคลากรที่เป็นด่านหน้าของการบริการ เช่นจุดลงทะเบียน จุดคัดกรองผู้ป่วย ผู้ประสานงานระหว่างแผนก ทั้งด้านทักษะการทำงาน มารยาท สมควรปรับปรุงมากที่สุด	ในแง่ของการบริหารจัดการบุคลากรของสถานพยาบาล ทั้งในช่วงก่อนรับบริการและระหว่างรับบริการ ท่านผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นอย่างไร และเรื่องใดที่ควรเร่งพัฒนามากที่สุด
3.	พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันว่าสถานพยาบาลของรัฐ ภาครัฐ, องค์กรทางการแพทย์ขาดแคลนและเพียงพอในการให้บริการ รวมถึงความพร้อมและหลากหลาย	สถานพยาบาลของรัฐควรมีการประเมินหรือบริหารจัดการ อุปกรณ์ครุภัณฑ์ทางการแพทย์, ยา ที่ให้บริการสำหรับพระควรเป็นอย่างไร จากประสบการณ์ของท่าน หากไม่เพียงพอจะสมควรบริหารปรับปรุงหรือจัดสรรงบประมาณอย่างไรบ้าง
4.	พระสงฆ์ส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสอบถาม ได้รับบริการนอกสถานที่ และรับรู้ข่าวสารจากทางโรงพยาบาลอยู่ในระดับ	มีวิธีการใดในการเพิ่มการรับรู้เรื่องสิทธิการรักษา รวมถึงการจัดบริการของสถานพยาบาลนอกสถานที่อย่างไรบ้าง ทั้งในแง่ของการบริการเชิงรุก รับและติดตาม

	น้อย ส่วนมากจะทราบโดยวิธีบอกต่อระหว่างหมู่สงฆ์	
--	--	--

ประเด็น	ประเด็นที่ได้จากการสำรวจ	คำถามสำหรับการประชุมกลุ่ม
5.	จากผลสำรวจการใช้สิทธิการรักษาของพระสงฆ์ จำนวน 630 รูปพบว่า มีจำนวนถึง 214 รูป (ร้อยละ 34) ที่มีข้อจำกัดในการใช้สิทธิในการใช้บริการ จึงทำให้ต้องชำระค่าใช้จ่ายเอง	สถานพยาบาลหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง ควรจะมีวิธีการจัดการอย่างไรเพื่อให้มีค่าใช้จ่ายเพียงพอต่อการรักษา