

GUIDELINES FOR MANAGEMENT OF PUBLIC MEDICAL CENTERS TO SUPPORT MEDICAL SERVICES PROVIDES TO THE MONKS

Sornruth Hengcharoen^{1*}, Banpot Viroonratch^{1*}

¹Graduate School of Commerce, Burapha University, Chon Buri 20131, Thailand

ABSTRACT

The research aimed at studying 1) to study monks and novice monks' problem of access to health services and method of access to medical care, 2) to find the suggestion to support access to medical care of the monks by using mixed method researches. The first method was conducting quantitative research and the sample group consisted of 630 monks throughout the country. The second method was conducting qualitative research using Focus Group process and there were 10 professionals who were representatives from the representatives of the Director of the Priest Hospital, Regional Chonburi 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' rules.

From the assessment of public medical institutes, the findings showed that the all problems in dimensions of value chain were perceived at the low level: the mean values were as follows: firm infrastructure's mean = 2.25, human resource management's mean=2.57, technology development's mean=2.56, procurement's mean=2.48, inbound mean=2.56, operations' mean = 2.45, outbound logistics' mean = 2.19, marketing & sales' mean = 2.14, and service's mean = 2.02. From hypothesis testing, it was found that the service users with different personal factors had no difference in the assessment of 7 aspects of value chain.

From the study to find the solutions for the problems, the researchers suggested how to support access to medical care and treatment. The suggestions were as follows: 1) the improvement project of system providing care for the monk ex. Time allocation, should be the arrangement of place for waiting and special rooms for the monks 2) the project of the development personnel service providers, 3) the project to promote the health services to people at the temples or in the surrounding communities, 4) improvement of health insurance for the monks today, current projects and project to raise fund for medical care for the monks.

Keywords: Public medical center, medical services to the monks, value chain, systems theory

*Authors e-mail address: sornruth@buu.ac.th; banpot.buu@gmail.com

แนวทางบริหารจัดการสถานพยาบาลของรัฐเพื่อสนับสนุนการบริการของพระสงฆ์

ศรรัฐ เสงเจริญ¹, บรรพต วิรุณราช¹

¹วิทยาลัยพณิชยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี 20131, ประเทศไทย

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้วัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินปัญหาการเข้ารับและให้บริการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลของรัฐ จากพระสงฆ์ 2) เพื่อเสนอแนะแนวทางบริหารจัดการของสถานพยาบาลของรัฐในระดับทุติยภูมิลงไป เพื่อสนับสนุน การเข้าถึงการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ ผ่านกระบวนการโดยดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอน คือขั้นที่ 1 วิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อประเมินปัญหาการให้บริการจากสถานพยาบาลของรัฐกับกลุ่มตัวอย่างพระภิกษุสงฆ์ทั่วประเทศ จำนวน 630 รูป ขั้นที่ 2 ทำการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ด้วยกระบวนการประชุมกลุ่ม (Focus group) กับ กลุ่มตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญในการบริหารจัดการสถานพยาบาลและเข้าใจระเบียบวินัยของพระภิกษุได้แก่ตัวแทนผู้บริหาร โรงพยาบาลชลบุรีและโรงพยาบาลสงฆ์ (ตัวแทนสถานพยาบาลที่มีการจัดบริการแยกสำหรับพระภิกษุ), ผู้แทนผู้อำนวยการสำนักเลขาธิการมหาเถรสมาคม, ผู้แทนสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ จำนวน 10 ท่าน

ผลการศึกษาค่าประเมินปัญหาการให้บริการสถานพยาบาลของรัฐเทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่าพบว่าค่าเฉลี่ย ในทุก ๆ ด้านอยู่ในระดับน้อย ในด้านโครงสร้างทั่วไปในสถานบริการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.25 ด้านการบริหารทรัพยากร มนุษย์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.57 ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 ด้านการจัดซื้อ ยาและเวชภัณฑ์มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.48 ด้านการจัดการความสะดวกภายในสถานพยาบาลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 ด้านการจัดการปฏิบัติการในการรักษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.45 ด้านการบริการภายนอกสู่ผู้รับบริการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.19 ด้านการรับรู้ข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.14 และด้านการบริการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.02 และมีรายละเอียดของปัญหาในแต่ละมิติที่แตกต่างกันไป

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อเสนอแนะแนวทางสำหรับโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิลงไปเพื่อสนับสนุนการรักษา พยาบาลมีแนวคิดคือ ควรออกนโยบายในการบริหารจัดการภายในเพื่ออำนวยความสะดวกแก่พระสงฆ์ เช่น จัดสรรช่วงเวลา สำหรับสถานที่ บุคลากร และออกหน่วยตรวจเยี่ยมพระสงฆ์ รวมถึงสนับสนุนให้จัดทำบัญชีระบุตัวตนของพระภิกษุ ที่มาจำวัด และให้ข้อมูลด้านสิทธิการรักษา รวมถึงจัดตั้งเงินกองกลางของวัด เพื่อเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

คำสำคัญ: สถานพยาบาลของรัฐ, การบริการของพระสงฆ์, ห่วงโซ่คุณค่า, ทฤษฎีระบบ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันงานด้านสาธารณสุขของประเทศไทย ได้ประสบผลสำเร็จในเรื่องการพัฒนาระบบการให้บริการ เป็นอย่างมาก นับจากการตราพระราชบัญญัติหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้มีระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าขึ้น โดยสามารถขยายความครอบคลุมของ สถานบริการ มีโครงสร้างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและ ทุติยภูมิ กระจายครอบคลุมทุกจังหวัด และมีระบบหลัก

ประกันสุขภาพครอบคลุมเกิดขึ้นส่งผลให้ประชากร ของไทย ร้อยละ 99.5 มีการประกันสุขภาพ และได้รับการ ค้ำกรองด้านสาธารณสุข (ธนาคารโลก, 2555) แต่งบประมาณ ที่ใช้ในโครงการดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี แต่ก็ยังคงมีปัญหาในเรื่องความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึง บริการสาธารณสุขในพื้นที่ต่างๆ เนื่องจากจากหลายๆ ปัจจัย ทั้งจากผู้ให้บริการเช่นจำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุข ที่ไม่เพียงพอ การขาดความเป็นธรรมในการกระจายของ

บุคลากรด้านสาธารณสุขรวมถึงการกระจายตัวของโรงพยาบาลตติยภูมิจนสูงและหรือศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง ที่มีการกระจุกตัวอยู่แต่ในเฉพาะบางเขตพื้นที่ รวมทั้งระบบบริการปฐมภูมิยังขาดคุณภาพ การไม่มีความรู้ความเข้าใจของผู้รับบริการ

พระสงฆ์ หมายถึง ชายที่มีอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์ เข้ามาบวชในศาสนาพุทธ และปฏิบัติธรรมวินัยตามคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้ามีหน้าที่ในการเผยแผ่พระธรรมและยังมีบทบาททางสังคม สามารถส่งเสริม ผลักดันและพัฒนาคุณภาพชีวิตชุมชนในด้านสังคม การศึกษา สุขภาพอนามัย (สุรพันธ์ สุวรรณศรี, ทรงคุณ จันทอร และพระสุทธิสาร โสภณ, 2552) ในปัจจุบันมีพระสงฆ์ทั่วประเทศ 289,131 รูป (สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2557) สำหรับประเด็นภาวะความเจ็บป่วยจากรายงานตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ทั่วประเทศจำนวน 90,250 รูป พบว่า พระภิกษุมีภาวะเจ็บป่วยถึงร้อยละ 30.57 ได้แก่ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคปอด และโรคหัวใจ และหลอดเลือด, มีการสูบบุหรี่ร้อยละ 41.3 (กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ประเด็นการเข้าถึงและใช้สิทธิการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์จากการศึกษาในปี พ.ศ. 2554 กับกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์และสามเณรจำนวน 690 รูป พบว่าพระภิกษุและสามเณร นิยมไปรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐร้อยละ 55 รองลงมาคือซื้อ/หายากิน ร้อยละ 27 และไปสถานพยาบาลของเอกชนร้อยละ 17 ประเด็นค่าใช้จ่ายพบว่า เสียค่ารักษาพยาบาลเองร้อยละ 29 และไม่ใช่สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 31 โดยให้สาเหตุว่า ร้อยละ 26 ใช้เวลานานในการรอ, เจ็บป่วยเล็กน้อย ซึ่งมีร้อยละ 21 และไม่ได้จำวัดในภูมิลำเนาที่สามารถใช้สิทธิร้อยละ 16 และส่วนใหญ่พระภิกษุสูงอายุจะมีอาการอาหารด้วยปัญหาโรคประจำตัวเช่น โรคไขมัน ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคปอด ซึ่งภาวะความเจ็บป่วยดังกล่าวเป็นโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายและใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาสูงมาก (สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

การพยายามแก้ไขปัญหาลดความไม่เสมอภาค โดยกรมอนามัย

มีการดำเนินโครงการเครือข่ายพระภิกษุสงฆ์เพื่อส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 โดยให้ความรู้แก่พระสงฆ์แก่นำทั่วประเทศจำนวน 4,112 รูป และมีนโยบายสนับสนุนให้วัดทั่วประเทศทำการจัดตั้งศูนย์สุขภาพประจำวัดขึ้น (กรมอนามัย, 2550) แต่ยังมี การตอบสนองจากวัดในสัดส่วนที่ไม่มาก ขาดความร่วมมือของหน่วยงานด้านสาธารณสุขและชุมชนโดยรอบ โดยพบว่ามีการจัดตั้งวัดส่งเสริมสุขภาพได้สำเร็จเพียง 2,914 แห่งจากวัดทั่วประเทศ 37,331 วัด นอกจากนี้ปัญหาการขาดแคลนโรงพยาบาลที่จัดตั้งสำหรับดูแลพระสงฆ์โดยเฉพาะและไม่อยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น โรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งในปัจจุบันยังมีให้บริการเพียงแห่งเดียวในประเทศไทย ไม่เพียงพอสำหรับพระภิกษุสงฆ์ทั่วประเทศ

จากปัญหาข้างต้นจะพบว่า พระภิกษุสงฆ์จำนวนไม่น้อยยังไม่สามารถเข้ารับบริการสาธารณสุขที่รัฐจัดให้ โดยเฉพาะในกลุ่มสถานพยาบาลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล, โรงพยาบาลชุมชน) และทุติยภูมิ (โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์บางแห่ง) ที่มีขนาดสถานบริการจำกัดไม่มีสถานที่ อุปกรณ์และบุคลากรแยกเฉพาะ จึงเป็นที่มาของงานวิจัยในครั้งนี้เพื่อค้นหาปัญหาและข้อเสนอแนะการปรับปรุงบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงและรับบริการของพระภิกษุสงฆ์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินปัญหาการเข้ารับและให้บริการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลของรัฐจากพระสงฆ์
2. เพื่อเสนอแนะแนวทางบริหารจัดการของสถานพยาบาลของรัฐในระดับทุติยภูมิลงไป เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์

แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดทฤษฎีเชิงระบบ

เป็นแนวคิดที่ใช้ในการวิเคราะห์ระบบขององค์การว่าประกอบด้วยปัจจัยอย่างน้อย 5 ประการ (O' Brien, 1990) ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า เช่น วัตถุประสงค์ แรงงาน ทุน

2. กระบวนการ เป็นกระบวนการผลิตซึ่งเปลี่ยนจากวัตถุดิบ เป็นสินค้าและบริการ สภาพเศรษฐกิจ การเมือง กฎหมาย สังคม ประเพณี และค่านิยมฯ
3. ผลผลิต ได้แก่ สินค้าและบริการ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบสำหรับวิเคราะห์ศึกษา
4. ข้อมูลย้อนกลับภายในองค์กรเช่น ข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารและใช้ในการแก้ปัญหาให้กับระบบ
5. สิ่งแวดล้อมภายนอกองค์กร ได้แก่ ผู้บริโภค ขององค์กร โดยสามารถสรุปกิจกรรมสำคัญหลัก 7 ประการดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงขั้นตอนและการจัดการปัญหาเชิงระบบ (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

ห่วงโซ่คุณค่า (Value chain)

เป็นแนวความคิดที่สร้างขึ้นเพื่อแยกแยะและแสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบของกิจกรรมต่าง ๆ ในโซ่อุปทาน (Supply chain) ที่เพิ่มคุณค่าให้กับตัวสินค้าผลิตภัณฑ์ (Products) บริการ (Service) และนำมาวิเคราะห์โซ่คุณค่าเพื่อกำหนดว่ากระบวนการใดสามารถเพิ่มคุณค่าให้กับสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ (Porter, 2015)

กิจกรรมหลัก (Primary activities) หมายถึง กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการผลิตหรือสร้างสินค้าและบริการ (Service) การตลาดและการขนส่งไปยังผู้บริโภค (Gereffi, Humphrey & Sturgeon, 2005; Gamble, Icenogle & Savage, 2004) ประกอบด้วย

1. การนำเข้าวัตถุดิบในการผลิต (Inbound logistics) หมายถึง กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับ การขนส่ง การจัดเก็บและการแจกจ่ายวัตถุดิบ การจัดการสินค้าคงเหลือซึ่งในกระบวนการทางสาธารณสุขจะหมายถึง กิจกรรมหรือกระบวนการก่อนการตรวจรักษา เช่น การลงทะเบียน, แผนกคัดกรองโรค, ระบบส่งต่อ

ระหว่างแผนก ระบบรักษา นัดหมาย เป็นต้น

2. การดำเนินการผลิตสินค้าหรือบริการ (Operations) หมายถึง กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนหรือแปรรูปวัตถุดิบ (ผู้ปฏิบัติ, ความรู้, ความตั้งใจ) ออกมา เป็นสินค้าเป็นขั้นตอนการผลิต การบรรจุ (ทางสาธารณสุขหมายถึง การบริการหรือกิจกรรม การรักษาทางสุขภาพ)

3. การนำสินค้าออกจำหน่าย (Outbound logistics) ได้แก่กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดเก็บ รวบรวม จัดจำหน่าย สินค้าและบริการ (Service) ไปยังลูกค้า โดยทางสาธารณสุข จะหมายถึงการบริการดูแลทางสุขภาพ เชิงรุก เช่น การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การตรวจรักษา ตรวจผลทางห้องปฏิบัติการ ฯลฯ

4. การตลาดและการขาย (Marketing and sales) หมายถึงกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการชักจูงให้ลูกค้าซื้อสินค้าและบริการ (Service) เช่น การโฆษณา ช่องทางการจัดจำหน่ายในแง่มุมของการบริการสาธารณสุขจะหมายถึง การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบ

5. การบริการ (Services) ได้แก่กิจกรรมที่

ครอบคลุมถึงการให้บริการเพื่อเพิ่มคุณค่าให้กับสินค้า รวมถึงการบริการหลังการขาย การแนะนำการใช้ ในทางการสาธารณสุขได้รวมไปถึงการติดตามสอบถามอาการ หลังการรักษา หรือออกหน่วยเยี่ยมผู้ป่วย

กิจกรรมสนับสนุน (Support activities) หมายถึง กิจกรรมสำหรับช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้กิจกรรมหลัก สามารถดำเนินไปได้ (Gamble, Icenogle & Savage, 2004; Burns, Gimm & Nicholson, 2004) ประกอบด้วย

6. การจัดซื้อ (Procurement) ได้แก่ กิจกรรมในการจัดซื้อ-จัดหาวัสดุ เพื่อมาใช้ในกิจกรรมหลัก รวมถึงการเจรจาต่อรองกับ Supplier เพื่อให้ได้ราคาของสินค้า และการบริการในราคาที่ไม่สูงมากและมีคุณภาพ

7. ด้านเทคโนโลยี (Technology development) หมายถึง กิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อเพิ่มคุณค่าให้สินค้า, บริการหรือกระบวนการผลิตในทางสาธารณสุขเช่นการจัดการข้อมูลด้านเวชระเบียน เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ฯลฯ

8. การจัดการทรัพยากรมนุษย์ (Human resource management) หมายถึง กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารทรัพยากรบุคคล ตั้งแต่วิเคราะห์หาความต้องการ สรรหา และคัดเลือก ประเมินผล พัฒนา ฝึกอบรม ระบบเงินเดือน ค่าจ้าง และแรงงานสัมพันธ์

9. โครงสร้างพื้นฐานขององค์กร (Firm infrastructure) ได้แก่ ระบบที่ช่วยสนับสนุนงานบริการทางการแพทย์

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล สถานที่จอดรถ ห้องน้ำ

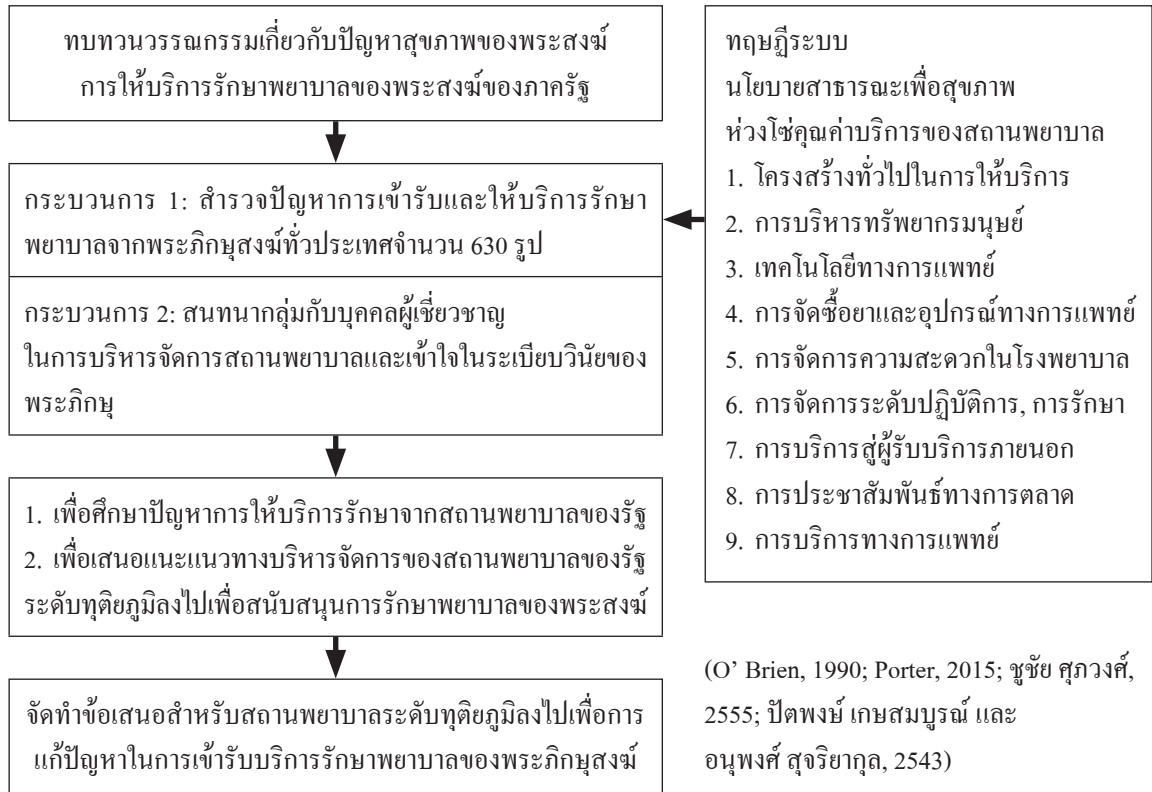
นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy public policy)

นโยบายสุขภาพ (Health policy) หมายถึง การตัดสินใจหรือการกระทำที่ตั้งใจเพื่อให้เกิดผลกระทบเชิงบวกต่อสุขภาพและเป็นนโยบายสาธารณะ มีวัตถุประสงค์เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี (Healthy public policy) และไม่ส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาพของคนในสังคม (ชูชัย สุภวงค์, 2555)

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หมายถึง นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนเรื่องสุขภาพ และพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางด้านสุขภาพ ที่อาจจะเกิดจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และมุ่งให้พลเมือง มีทางเลือก และสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีได้ (ปีตพงษ์ เกษสมบูรณ์, อนุพงศ์ สุจริยากุล, 2543)

จากร่างธรรมนูญสุขภาพของคนไทยที่เป็นกฎหมายแม่บทของระบบสุขภาพ หรือเป็นธรรมนูญสุขภาพคนไทย ให้คำจำกัดความว่าหมายถึงแนวทางการพัฒนาที่มุ่งสร้างสภาพแวดล้อม ทั้งทางสังคม และทางกายภาพ ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพ (สำนักปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2545)

กรอบแนวทางดำเนินการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวทางดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีเพื่อตอบตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนโดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 ทำการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) กับกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ทั่วประเทศ ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี และมีพรรษาบวชมากกว่า 1 ปี จำนวน 630 รูปโดยการสุ่มโดยสะดวก (Convenience sampling) ด้วยแบบสอบถามเชิงปริมาณ เกี่ยวกับการประเมินประเด็นปัญหาการเข้ารับและให้บริการจากสถานพยาบาลของรัฐในระดับทุติยภูมิลงไป โดยเทียบกับมิติของห่วงโซ่คุณค่าซึ่งผ่านกระบวนการตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC) และกระบวนการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยค่าสัมประสิทธิ์ของ Cranach's Alpha coefficient โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่า 0.817 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) ได้แก่

ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อวิเคราะห์ระดับปัญหาการเข้าถึงและให้บริการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐ โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับตามมาตรฐานประเมินค่า (Rating scale)

ขั้นที่ 2 ทำการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ด้วยกระบวนการประชุมกลุ่ม (Focus group) กับ ตัวแทนผู้บริหารโรงพยาบาลชลบุรีและตัวแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ (เป็นตัวแทนสถานพยาบาลที่มีการจัดบริการแยกสำหรับพระภิกษุ) ผู้แทนผู้อำนวยการสำนักเลขานุการมหาเถรสมาคม ผู้แทนสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ และผู้แทนผู้อำนวยการกองพุทธศาสนาทั้งหมด 10 ท่าน ผ่านการบันทึก เทป ถอดเทป และสรุปประเด็นสำคัญของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ทราบข้อเสนอแนะแนวทางบริหารจัดการของสถานพยาบาลของรัฐในระดับทุติยภูมิลงไป เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงและให้บริการรักษาพยาบาลแก่พระภิกษุโดยประเด็นคำถามสำคัญในการสนทนากลุ่ม

ได้ผ่านการตรวจความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและผ่านพิจารณาการจริยธรรม

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยในครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อประเมินปัญหาการรับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐในระดับทุติยภูมิลงไป เทียบกับมิติของห่วงโซ่คุณค่ากับพระภิกษุสงฆ์ทั่วประเทศจำนวน 630 รูปพบว่าพระสงฆ์ที่อนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม อายุต่ำกว่า 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.1 ส่วนใหญ่มีพรหมาวช ในช่วงต่ำกว่า 10 ปี ร้อยละ 61.4 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.6 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 17.9 และไม่เคยตรวจ ร้อยละ 15.4 ตามลำดับ พระสงฆ์ส่วนมากจำพรรษาในวัดเขตเดียวกับสถานพยาบาลที่มี

สิทธิการรักษาเป็นอันดับแรก ร้อยละ 70.5 และมีร้อยละ 15.7 ที่ไม่ได้จำพรรษาตรงกับสิทธิการรักษา สำหรับประเด็นการออกค่าใช้จ่ายจริงของพระสงฆ์ผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าใช้สิทธิตัดตัวในการรักษาร้อยละ 58.7 (พระสงฆ์ผู้ตอบแบบสอบถามใช้สิทธิบัตรทองร้อยละ 53.17, สิทธิประกันสังคมร้อยละ 2.38 สิทธิราชการในการเบิกค่ารักษาร้อยละ 2.70 และใช้ประกันส่วนตัวในการเบิกค่ารักษาร้อยละ 0.05 และจ่ายเงินเองร้อยละ 34.0 ตามลำดับ

ข้อมูลเกี่ยวกับการระดับปัญหาการบริการทางสุขภาพของสถานพยาบาลของรัฐ จำแนกตามมิติของระบบห่วงโซ่คุณค่า (Value chain) โดยวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้ผลสรุปการวิจัยดังนี้

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของการประเมินการบริการสถานพยาบาลของรัฐเทียบมิติของห่วงโซ่คุณค่า 9 กิจกรรม

ห่วงโซ่คุณค่า (Value Chain)	\bar{X}	SD	แปลผล
1. ด้านการจัดการความสะดวกในสถานพยาบาล (Inbound logistics)	2.56	.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. ด้านการบริการทางการแพทย์ (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 2 พบว่าพระสงฆ์ประเมินระดับการให้บริการในสถานพยาบาลของรัฐ โดยแบ่งกิจกรรมเทียบตามมิติของห่วงโซ่คุณค่า 9 กิจกรรมอยู่ในระดับน้อยทั้งหมด (การแปลค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 มีค่าน้อย)

ประเด็นปัญหาที่ได้จากการทำแบบสอบถามในการประเมินการบริการสถานพยาบาลของรัฐจากพระสงฆ์สามารถจำแนกเทียบตามมิติของห่วงโซ่คุณค่าทั้ง 9 กิจกรรมสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ด้านโครงสร้างทั่วไปในการให้บริการของสถานพยาบาล (Firm infrastructure) พบว่าพระสงฆ์ประเมินในเรื่องที่นักรอดตรวจรักษาไม่เพียงพอ ไม่เป็นสัดส่วน และมีห้องน้ำให้บริการน้อย

2. ด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human resource management) พระสงฆ์ประเมินเรื่องการแสดงออกและการให้คำแนะนำของบุคลากรสนับสนุนการแพทย์เช่น ผู้ช่วยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ต่างๆ

3. ด้านเทคโนโลยี (Technology development) ส่วนใหญ่พระสงฆ์ประเมินในเรื่องความทันสมัยและความเพียงพอของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการรักษามีอยู่ในระดับน้อย

4. ด้านการจัดซื้อ (Procurement) พระสงฆ์ประเมินในเรื่องความไม่เพียงพอของยาและเวชภัณฑ์ รวมถึงไม่มีความหลากหลายของยาส่วนมากจะมุ่งเน้นแต่ยาสามัญหรือยาจากองค์การเภสัช

5. ด้านการจัดการความสะดวกภายในสถานพยาบาล (Inbound logistics) พระสงฆ์ประเมินในแผนกสนับสนุนการพยาบาล เช่น แผนกลงทะเบียนผู้ป่วย แผนกคัดกรองโรคก่อนการรักษา และการติดต่อประสานงานระหว่างแผนกมีความสะดวกในระดับน้อย

6. ด้านการจัดการระดับปฏิบัติการในการรักษา (Operations) พระภิกษุประเมินเรื่องการพักในหอผู้ป่วยอยู่ในลำดับน้อยที่สุดเนื่องจากส่วนมากจะต้องพักในหอผู้ป่วยชายรวมและบุคลากรพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

7. ด้านการบริการผู้รับบริการภายนอก (Outbound logistic) พระสงฆ์เห็นว่าสถานบริการของรัฐขาดการจัดตั้งหน่วยบริการนอกสถานที่โดยเฉพาะการตรวจเยี่ยมสำหรับรักษาโรคพื้นฐาน และหลังกลับจากการรักษาพยาบาล

8. การรับรู้ข่าวสาร การประชาสัมพันธ์ (Marketing & sale) ส่วนมากพระสงฆ์จะรับรู้ข่าวสารของสถานพยาบาลรัฐจากเพื่อนพระสงฆ์ด้วยกันเองเป็นอันดับแรก ส่วนช่องทางการประชาสัมพันธ์อื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ สื่อสิ่งพิมพ์วิทยุหรือจดหมายพระสงฆ์ประเมินในระดับน้อย

9. ด้านการบริการ (Service) พระสงฆ์เห็นว่าบริการติดตามสอบถามอาการหรือแจ้งเตือนการนัดบริการ เช่นทางโทรศัพท์มีอยู่ในระดับน้อย และขาดหน่วยแพทย์หรืออาสาสมัครในการไปเยี่ยมติดตามอาการหลังการรักษา

จากประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่รวบรวมและจำแนกตามกิจกรรมตามทฤษฎีห่วงโซ่คุณค่าได้สามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ 2

กิจกรรมหลัก	การจัดการความสะดวก	หน่วยงานประสาน ห้องบัตร แผนกคัดกรองโรค
	การจัดการระดับปฏิบัติการ	ผู้บริการหอผู้ป่วยใน ขาดความสะดวกรวดเร็ว
	การบริการผู้รับบริการภายนอก	ขาดการออกให้ความรู้, คัดกรองโรค ขาดการออกหน่วยตรวจรักษา
	การประชาสัมพันธ์	ขาดการประชาสัมพันธ์จากสื่อต่าง ๆ
	การให้บริการทางการแพทย์	ขาดการติดตามหลังการรักษา
กิจกรรมสนับสนุน	โครงสร้างทั่วไปในการให้บริการ	ที่นั่งรอไม่เป็นสัดส่วน ไม่เพียงพอ ห้องน้ำไม่เพียงพอ
	บริหารทรัพยากรมนุษย์	มารยาทบุคลากร การแนะนำให้ข้อมูล
	เทคโนโลยีอุปกรณ์การแพทย์	ไม่เพียงพอ ไม่ทันสมัย
	การจัดซื้อยา วัสดุภัณฑ์	ไม่เพียงพอต่อการบริการ ยาไม่หลากหลาย

ภาพที่ 2 แสดงประเด็นปัญหาที่ได้จากการประเมินการบริการสถานพยาบาลของรัฐจากพระสงฆ์เทียบกับมิติของห่วงโซ่คุณค่า 9 กิจกรรม

ขั้นที่ 2 ทำการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ด้วยกระบวนการประชุมกลุ่ม (Focus group) กับตัวแทนผู้บริหารโรงพยาบาลชลบุรี ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ ผู้แทนผู้อำนวยการสำนักเลขาธิการมหาเถรสมาคม ผู้แทนสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ และผู้แทนผู้อำนวยการกองพุทธศาสนา เพื่อให้ทราบข้อเสนอแนะแนวทางบริหารจัดการของสถานพยาบาลของรัฐในระดับทุติยภูมิลงไป เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงและให้บริการรักษาพยาบาลแก่พระภิกษุ สามารถรวบรวมและนำเสนอข้อเสนอแนะโดยแบ่งตามประเด็นดังนี้ 1) ควรจัดสถานที่สำหรับพระสงฆ์ในสถานพยาบาลของรัฐ เช่น ที่นั่งห้องน้ำ 2) ปรับปรุงห้องน้ำ สำหรับพระสงฆ์ เพราะยื่นเข้าห้องน้ำไม่ได้ 3) ควรจัดให้มีพยาบาลผู้ชายในการบริการ โดยเฉพาะในช่วงตรวจ 4) ควรจัดการบริการให้พระสงฆ์ตามช่วงเวลา เพื่อความสะดวกของพระสงฆ์ เช่น นัดในช่วงบ่าย ใน 1 สัปดาห์เป็นกัวันเป็นการเพิ่มภาระส่วนงานเป็นการปรับเปลี่ยนในการบริหารจัดการ จะอำนวยความสะดวกได้ดี 5) ควรมีการตั้งทีมหมอ ทีมสหวิชาชีพ เพื่อลงพื้นที่โดยอาศัยความร่วมมือจาก อสม. และควรไปถวายความรู้เรื่องการรักษาสุขภาพ จัดตั้งคลินิกนอกพื้นที่หรือออกหน่วย โดยมีการนัดหมายที่ชัดเจนเพื่ออำนวยความสะดวกกับพระสงฆ์ได้ 6) บุคลากรของสถานพยาบาล ควรมีการอบรมเพื่อให้บริการกับพระสงฆ์อย่างเหมาะสม 7) พัฒนาระบบเบิกจ่ายสำหรับประกันสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์และจัดตั้งกองทุนกลางสำหรับสงฆ์อาพาธต่อไป

อภิปรายผลการวิจัย

พระภิกษุสงฆ์ส่วนใหญ่แสดงความเห็นว่าส่วนใหญ่ท่านยังไม่ได้รับความสะดวกในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจากรัฐ โดยดูจากผลการประเมินปัญหาการบริการสถานพยาบาลของรัฐจากพระสงฆ์เทียบกับมิติของห่วงโซ่คุณค่า 9 กิจกรรม พบว่าอยู่ในระดับน้อยทั้งหมดในทุกกิจกรรม และปัญหาที่พบในแต่ละกิจกรรมก็มีความสอดคล้องและส่งผลซึ่งกันและกัน เช่นการบริหารจัดการสภาพแวดล้อมของสถานพยาบาลที่ไม่เอื้ออำนวยความสะดวกแก่พระสงฆ์ รวมถึงความใส่ใจของบุคลากร

ทางการแพทย์ในสถานพยาบาล หรือการจัดบริการออกหน่วยของสถานพยาบาลนอกจากเพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพหรือตรวจรักษาโรคแก่พระสงฆ์แล้วยังสามารถส่งเสริมดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้แก่พระสงฆ์และชาวบ้านบริเวณข้างเคียงให้รู้จักสถานพยาบาลและรู้ถึงสิทธิที่ตนเองพึงมีจากรัฐ โดยลักษณะของปัญหาที่ค้นพบสอดคล้องกับ แนวคิดห่วงโซ่คุณค่า (Value chain) ของ Porter (2015) ที่ต้องการแสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบของกิจกรรมต่าง ๆ ในโซ่อุปทาน (Supply chain) ที่เพิ่มคุณค่าให้กับตัวสินค้า ผลิตภัณฑ์ (Products) บริการ (Service) และสามารถประยุกต์การวิเคราะห์โซ่คุณค่า (Value chain analysis) เพื่อกำหนดว่าเพิ่มคุณค่าให้กับสินค้าหรือผลิตภัณฑ์

กระบวนการสร้างแนวทางบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ และผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำเป็นแนวทางดำเนินการ โดยเริ่มต้นจากการจำแนกปัญหาที่ค้นพบจากการสำรวจโดยแบบสอบถามออกเป็นขั้นตอนต่าง ๆ และวิธีดำเนินการหาแนวทางแก้ไขที่ได้จากกระบวนการประชุมกลุ่มเพื่อหาข้อสรุปออกเป็นการช่วยเหลือพระสงฆ์ในสถานพยาบาลของรัฐ สอดคล้องกับแนวความคิดเรื่องวิธีการเชิงระบบของ O'Brien (1990) ที่ได้กล่าวถึงวิธีการเชิงระบบกับการแก้ปัญหาคือ การระบุและทำความเข้าใจกับปัญหาซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากความคิดเห็นของพระสงฆ์และผู้ร่วมประชุม แล้วนำข้อมูลมาพัฒนาทางเลือกในการแก้ไข และทำการเลือกวิธีที่ดีที่สุด มาใช้ปรับปรุงสร้างแนวทางการรักษาสิทธิในการรักษา รวมถึงเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงการรักษาของพระสงฆ์อย่างสัมฤทธิ์ผล

ข้อเสนอแนะแนวทางบริหารจัดการของสถานพยาบาลของรัฐในระดับทุติยภูมิลงไป

ข้อเสนอแนะเพื่อสนับสนุนการรักษาพยาบาลมีแนวคิดดังนี้

1. ควรออกนโยบายในการบริหารจัดการภายในเพื่ออำนวยความสะดวกแก่พระสงฆ์เช่นจัดสรรช่วงเวลาสำหรับการให้บริการพระสงฆ์ที่ชัดเจนเช่น ในช่วงเวลาเช้าหรือบ่ายจำนวนวันต่อสัปดาห์ โดยต้องกำหนดอย่างชัดเจน

2. สถานพยาบาลควรจัดสถานที่หรือห้องสำหรับพระสงฆ์แยกคล้ายกับการจัดห้องละหมาดของศาสนาอิสลาม อาจจัดทำข้อตกลงกับวัดที่ใกล้เคียงสถานพยาบาลให้พระสงฆ์มาพักก่อนเข้ารับบริการ หรืออาจมีการจัดโรงพยาบาลให้คล้ายคลึงกับโรงพยาบาลสงฆ์ในเขตจังหวัดใหญ่ ๆ

3. ควรจัดสถานที่นั่งรอ ห้องน้ำ ห้องพิเศษ สำหรับพระสงฆ์

4. ควรจัดบุคลากรสำหรับให้บริการพระภิกษุสงฆ์ โดยเน้นเพศชายเป็นหลักเพื่อลดการผิดพระวินัยและควรมีการฝึกอบรมเพื่อให้บริการกับพระสงฆ์อย่างเหมาะสม

5. ควรออกหน่วยตรวจเยี่ยมพระสงฆ์ ซึ่งระยะแรกอาจดูเป็นการเพิ่มภาระกับหน่วยงาน แต่จะในระยะยาวสามารถลดความแออัดในสถานพยาบาลรัฐได้ โดยกำหนดเป็นคลินิกสุขภาพหรือหน่วยแพทย์เคลื่อนที่

6. รณรงค์ให้วัดจัดทำบัญชีระบุตัวตนของพระภิกษุที่มาจำวัด และให้ข้อมูลด้านสิทธิการรักษา รวมถึงจัดตั้งเงินกองกลางของวัด เพื่อเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาหาแนวทางสร้างความร่วมมือระหว่างสถานพยาบาล วัดและชุมชนโดยรอบ โดยมุ่งเน้นในเรื่องการส่งเสริมให้ความรู้เรื่องต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยฉบับนี้ เพื่อประเมินผลและยืนยันประสิทธิภาพต่อไป

บรรณานุกรม

- กรมอนามัย. (2550). *นโยบายเมืองไทยแข็งแรง*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *สถิติการอาพาธของพระสงฆ์ที่มารับการตรวจรักษา พ.ศ. ๒๕๕๕*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลสงฆ์.
- ชูชัย สุภวงส์. (2555). *รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2554 และ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2555*. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูป (สปร.)
- ธนาคารโลก. (2555). *ประเทศไทยกับความยั่งยืนของการคุ้มครองสุขภาพถ้วนหน้า*. เข้าถึงได้จาก <http://www.worldbank.org/th/news/feature/2012/08/20/thailand-sustaining-health-protection-for-all>
- ปีตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และอนุพงษ์ สุจริยากุล. (2543). *นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. (2557). *ข้อมูลพื้นฐานทางพระพุทธศาสนา ปี ๕๗*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554). *การสนับสนุนให้พระภิกษุสงฆ์สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อุทยานพิมพ์.
- สำนักปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2545). *ธรรมนูญสุขภาพของคนไทย ฉบับปรับปรุง 24 กันยายน 2545 ความนำ*. นนทบุรี: สำนักปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- สุรพันธ์ สุวรรณศรี, ทรงคุณ จันทจร และพระสุทธิสาร โสภณ. (2552). *การสร้างความสงบสุขในสังคม: การศึกษาแนวทางการบูรณาการกระบวนการเผยแผ่พระพุทธศาสนาและคริสต์ศาสนาในภาคอีสาน*. คุยฎีนิพนธ์ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต, สาขาวัฒนธรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- 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.
- Burns, L. R., Gimm, G., & Nicholson, S. (2004). *The Financial Performance of Integrated Delivery Networks (IDNs)*. Working paper. Wharton School, University of Pennsylvania, December.
- Porter, M. E. (2015). *Marketing Management*. New York: Mc Graw Hill.
- O' Brien, J. (1990). *A Management Information System: A Managerial and User Perspective*. Boston: Irwin.