

สุขภาวะองค์รวมเชิงพุทธของพระสงฆ์: นโยบาย สิทธิประโยชน์ และรูปแบบ การเกื้อกูลต่อชุมชนในสังคมไทย

Buddhist Holistic Health of Monks: Policies, Benefits and Forms of
Community Support in Thai Society

พระมหาประยูร โชติวโร (คำมา)¹ ปฏิจจธรรม สำเนียง² นงลักษณ์ ยอดมงคล³
และชาลีมาศ ต้นสุเทพวีรวงศ์⁴

Phramaha Prayoon Jotivaro (Khamma), Patitham Samniang,
Nongluk Yodmongkhon and Chaleemas Tansuthepveeravong

Received: February 22, 2021

Revised: September 23, 2021

Accepted: January 30, 2022

DOI: 10.14456/jra.2022.79

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและระบบการจัดการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ รวมทั้งเสนอแนะนโยบาย สิทธิประโยชน์และรูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในสังคมไทย เป็นการศึกษาวิจัยเชิงนโยบาย มีขั้นตอนของกระบวนการวิจัย คือ 1) ขั้นการระบุปัญหา 2) ขั้นกำหนดเป็นวาระในการตัดสินใจ 3) ขั้นกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบาย ผลการวิจัย พบว่า 1) การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทยพบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพปรัชิตเอกชน 38.80% รองลงมาสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท และสิทธิประกันสุขภาพกองทุน/กลุ่มภาคประชาชน ที่ 32.66% และ 15.94% ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของพระสงฆ์ยังไม่เป็นไปตามที่รัฐกำหนด และการมีส่วนร่วมของพระสงฆ์ในกองทุนท้องถิ่นหรือพื้นที่ยังมีน้อยมาก 2) ระบบการจัดการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ พบว่า มีการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ เพื่อใช้เป็นกรอบในการดูแลสุขภาพองค์รวมและสร้างสุขภาวะชุมชน มี 4 รูปแบบ คือ (1) ระบบการจัดการดูแลสุขภาพองค์รวมพระธรรมวินัย (2) ระบบการจัดการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ (3) ระบบการจัดการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ตามธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ และ (4) ระบบการจัดการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น และ 3) นโยบาย สิทธิประโยชน์และ

^{1,2} มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; Mahachulalongkornrajavidyalaya University

^{3,4} สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; National Health Security Office (NHSO)

Corresponding author, e-mail: prayoon.kham@mcu.ac.th, Tel. 085-2464126

รูปแบบการดูแลสุขภาพขององค์กรรวมของพระสงฆ์ในสังคมไทย พบว่า นโยบาย สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพขององค์กรรวมของพระสงฆ์ ได้มีการจัดทำระบบฐานข้อมูล การสื่อสารและทำความเข้าใจเพื่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของพระสงฆ์ การจัดให้มีพระคิลานุปัฏฐากประจำวัด และการพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งต้องมีภาคีเครือข่ายที่ด้านสุขภาพหนุนเสริม และการส่งเสริมบทบาทการเป็นผู้นำทางด้านสุขภาพทางปัญญาของพระสงฆ์ในการสร้างสุขภาพองค์กรสงฆ์นำไปสู่การสร้างสุขภาพทางสังคม

คำสำคัญ: สุขภาพองค์กรรวมเชิงพุทธ, รูปแบบการเกื้อกูล, นโยบาย, สิทธิประโยชน์

Abstract

The purpose of this research paper was to study the monks' access to health services and the holistic health care management system including proposing the policies, benefits and forms of holistic health care of monks in Thai society. It was a policy research study with the steps of the research process as follows: 1) problem identification steps; 2) decision agenda steps; and 3) policy proposal steps. The results of the research found that 1) monks' access to health services in Thai society found that most monks used private company health insurance for 38.80%, followed by 30 baht for universal health coverage and a fund/ public sector group health insurance right at 32.66% and 15.94% respectively indicating that monks' access to health services was not meeting state requirements and the participation of monks in local funds or areas was still very little. 2) The holistic health care management system of monks found that the National Monk's Health Constitution was promulgated to be used as a framework to take care of the health of the Sangha organization and to create the health of the community. There were 4 forms: (1) a system for holistic health care by Dhammavinaya; (2) a system for managing the holistic health of monks; (3) the monk health care management system according to the National Monk's Health Constitution; and (4) the monk's health care management system according to local wisdom; and 3) in the aspect of policies, benefits, and the forms of holistic health care of the monks in Thai society, a database system had been established as well as there were communication and understanding for monks' access to public health services. There should be arrangement of Phrakilanupataka in the temples and the development of temples to promote health which must have network, partners that supported health and promoted the leadership roles in the

intellectual health of monks in creating the well-being of the Sangha organization leading to social well-being.

Keywords: Buddhist Holistic Health, Forms of Support, Policies, Benefits

บทนำ

คนไทยร้อยละ 95 นับถือศาสนาพุทธ (ครูพระดอทเน็ต, 2552) ซึ่งใช้หลักการทางพระพุทธศาสนาเป็นแนวทางการดำเนินชีวิตจนกลายเป็นรากฐานทางประเพณีและวัฒนธรรม อันเป็นเอกลักษณ์มรดกของชาติไทย พระภิกษุสงฆ์เป็นผู้มีความสำคัญในการสืบทอดพระพุทธศาสนา พัฒนาการเรียนรู้ด้านคุณธรรมจริยธรรมและการพัฒนาสังคม ท้องถิ่น ชุมชน อันเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับชุมชน ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง สิ่งแวดล้อมภายในวัดและขยายผลสู่การพัฒนาสุขภาวะของชุมชน และจากสภาพโครงสร้างของสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน การพัฒนาต่าง ๆ เจริญก้าวหน้าอย่างก้าวกระโดด ประชาชนมุ่งสู่สังคมวัตถุนิยมมากขึ้น พระภิกษุสงฆ์ถูกปล่อยให้เผชิญกับปัญหาตามลำพัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ นโยบายของรัฐบาลที่ผ่านมายังไม่สามารถตอบสนองกับการส่งเสริมสุขภาพและการแก้ไขปัญหาสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ได้ รวมทั้งผลงานวิจัยต่าง ๆ ได้สะท้อนและตอกย้ำปัญหาได้อย่างชัดเจนในเรื่องการจัดการสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์อย่างรอบด้าน และเพียงพอ กอปรกับพระภิกษุสงฆ์เป็นผู้ที่เข้ามาบวชในพุทธศาสนา ไม่สามารถที่จะประกอบกิจได้ดังฆราวาส เพราะเป็นการขัดต่อพุทธบัญญัติ จึงต้องอาศัยปัจจัยสี่ ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรคที่เป็นเครื่องดำรงชีวิตจากประชาชน การที่พระภิกษุสงฆ์บางส่วนจะต้องแยกตัวออกเด็ดขาดจากชุมชนและปลีกตัวอยู่โดยลำพัง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างพระภิกษุสงฆ์กับสังคมโดยรอบ การอยู่แบบโดดเดี่ยวของพระภิกษุสงฆ์ย่อมเกิดความเครียดหลายประการ โดยเฉพาะความเครียดต่อการดูแลสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับประเด็นตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 หมวด 5 การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน ท้นต่อเหตุการณ์ บนพื้นฐานแห่งดุลยภาพ ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมให้คนไทย มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมแซมสุขภาพ ทำให้เกิดกระแสตื่นตัวในการดูแลสุขภาพ แต่ในขณะเดียวกันกลับพบว่า “พระสงฆ์” เป็นผู้ที่ให้ความสำคัญของการดูแลรักษาสุขภาพค่อนข้างน้อย โดยจะเข้ารับบริการสาธารณสุขก็ต่อเมื่อเกิดการเจ็บป่วยรุนแรงและแสดงอาการของโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เกิดขึ้นเท่านั้น ทำให้ภาครัฐต้องจัดสรรงบประมาณจำนวนมากเพื่อให้การดูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ทั่วประเทศ จากการศึกษาของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยโดยการสัมภาษณ์พระภิกษุสงฆ์จำนวน 246 รูป ใน 11 จังหวัด พบว่า พระภิกษุสงฆ์สนใจตรวจสุขภาพร้อยละ 52 จำแนกเป็นการตรวจสุขภาพประจำปีเพียงร้อยละ 21 และตรวจสุขภาพเป็นครั้งคราวร้อยละ 31 พระภิกษุสงฆ์ประมาณครึ่งหนึ่งที่มีปัญหา

สุขภาพกายซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาโภชนาการเช่นโรคกระเพาะอาหารและลำไส้ความดันโลหิตสูง เบาหวานและไขมันในเลือดสูง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและสถาบันวิจัยสังคม, 2555) ปัญหาการเจ็บป่วยของพระภิกษุสงฆ์ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ สาเหตุที่สำคัญส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ใส่บาตรทำบุญของประชาชนที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงผลเสียต่อการเจ็บป่วยของพระภิกษุสงฆ์ เช่น แกงกะทิอาหารที่มีไขมันสูง ขนมหวานต่าง ๆ เป็นต้น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเกินกว่า 2 ขวดต่อวันและดื่มน้ำสะอาดไม่ถึงวันละ 6 แก้ว (เนาวรัตน์ เจริญค้าและคณะ, 2546) ฉันทอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ และมีการออกกำลังกายไม่เพียงพอนอกจากนั้นยังพบว่ามีความเครียดถึงร้อยละ 54 (อัญชลี ประคำทอง, 2544) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง เช่น ค่ารักษาพยาบาลของพระภิกษุสงฆ์ที่เข้ารับการตรวจรักษาโรงพยาบาลสงฆ์ปี พ.ศ. 2549 เป็นจำนวน 56,499,198 บาท (กรมการแพทย์, 2549) ซึ่งถ้าพระภิกษุสงฆ์ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและมีการดูแลสุขภาพระหว่างเจ็บป่วยที่ลดลงปัญหาเหล่านี้ลดลงได้มาก ในการฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย ยังพบว่าพระภิกษุสงฆ์จำนวนมากที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีปัญหาทางด้านการเคลื่อนไหวของร่างกายยังไม่ได้รับการเยี่ยมและฟื้นฟูสภาพอย่างถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อย่างจริงจัง ทำให้พระภิกษุสงฆ์ดำเนินชีวิตไปตามลำพังเป็นสาเหตุให้พระภิกษุสงฆ์ขาดการกินยาอย่างต่อเนื่อง ขาดการทำกายภาพบำบัด ขาดการส่งเสริมสุขภาพที่จำเป็น การดูแลสุขภาพที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต แม้กระทั่งพระภิกษุสงฆ์ที่มีญาติพี่น้องอยู่ใกล้วัดก็ขาดการดูแลเช่นกัน สำหรับการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ด้วยตนเองพบว่ามีน้อยมาก ส่วนใหญ่มีเพียงถามทุกข์สุขเท่านั้นและมีค่าใช้จ่ายในการไปพบแพทย์ ไปโรงพยาบาลหรือไปรักษาที่คลินิก ด้านการส่งเสริมสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ พบว่า พระภิกษุสงฆ์ยังมีกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพน้อยมาก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่มีข้อเสนอแนะกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมกิจกรรมการออกกำลังกายที่พระภิกษุสงฆ์ปฏิบัติอยู่เป็น (อุทัย สดสุข, 2544)

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หมวด 1 มาตรา 5 กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพและตามมาตรา 6 กำหนดให้บุคคลที่ประสงค์จะใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำของตน ซึ่งในคุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหมายรวมถึงพระภิกษุสงฆ์ด้วย หากไม่ได้เป็นผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคมหรือสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ และในสถานที่บริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง มีบริการการส่งต่อและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การบริการสุขภาพที่บ้านเป็นการให้การดูแลรักษาพยาบาล ณ ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นการรักษาที่ต่อเนื่องสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้โดยเฉพาะผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะพักฟื้น ผู้ป่วยเรื้อรังหรือพิการรวมทั้งผู้ป่วย

ระยะสุดท้าย โดยให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ คำนึงถึงสังคมและวัฒนธรรมที่บ้านและชุมชนโดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพ สร้างทักษะให้ผู้ป่วยและครอบครัวพึ่งตนเองได้ ลดการเจ็บป่วยและพิการ สร้างคุณภาพชีวิตและอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่า นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขที่อยู่ในชุมชนจะร่วมเยี่ยม ติดตาม และดูแลผู้ป่วยด้วย แต่พระภิกษุสงฆ์ส่วนใหญ่ที่เป็นโรคเรื้อรังนอนป่วยในกุฏิโดยไม่ได้รับการดูแลผ่านระบบนี้ และไม่มีญาติ/อาสาสมัครมาช่วยดูแลและฟื้นฟูสภาพ แต่ผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการสุขภาพพระสงฆ์ที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ที่มีแนวโน้มรุนแรงขึ้น ทั้งปัญหาด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ในบริการด้านสุขภาพ การดูแลทั้งในด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิตแม้ว่าปัญหาสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ ได้มีหน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินการแก้ไขปัญหามา แต่เป็นเพียงโครงการเฉพาะกิจที่ขาดระบบกลไกการดำเนินงาน ขาดการบูรณาการกับภาคส่วนต่าง ๆ อย่างจริงจัง และมีการดำเนินงานเฉพาะในบางพื้นที่เท่านั้น จึงเป็นที่น่าวิตกว่า จะทำให้กลไกในการสืบทอดพระศาสนาพุทธและการพัฒนาความดีงามด้านคุณธรรม จริยธรรมที่สำคัญยิ่งของประเทศไทยก็จะอ่อนแอลง

ดังนั้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพขององค์กรรวมของพระสงฆ์อย่างยั่งยืน โดยมีการดำเนินการในทุกระดับอย่างบูรณาการและครบวงจรทั้งส่วนของบ้าน วัด โรงเรียน สถานบริการสาธารณสุข และองค์กรปกครองท้องถิ่น โดยพัฒนาระบบการเฝ้าระวังสุขภาพพระภิกษุสงฆ์โดยชุมชนอย่างมีส่วนร่วม เสริมสร้างความเข้มแข็งของพระภิกษุสงฆ์ ชุมชน ให้มีศักยภาพในการสร้างสุขภาพที่ดี มีการพัฒนาวัด และสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมโรคที่อาจแพร่ระบาดได้ อีกทั้งต้องมีกลไกและระบบเพื่อให้พระภิกษุสงฆ์เข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ง่าย และสะดวก มีแนวทางนโยบายมารองรับ เพื่อให้การพัฒนาดำเนินไปในทิศทางเดียวกันและบรรลุเป้าหมายร่วมกัน ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงได้เสนอโครงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพขององค์กรรวมของพระสงฆ์ขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย
2. เพื่อศึกษาระบบการจัดการดูแลสุขภาพขององค์กรรวมของพระสงฆ์
3. เพื่อเสนอนโยบาย สิทธิประโยชน์และรูปแบบการดูแลสุขภาพขององค์กรรวมของพระสงฆ์

ในสังคมไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

บทความวิจัยเรื่อง “สุขภาพองค์กรรวมเชิงพุทธของพระสงฆ์: นโยบาย สิทธิประโยชน์และรูปแบบการเกื้อกูลต่อชุมชนในสังคมไทย” เป็นการศึกษาวิจัยเชิงนโยบาย มีขั้นตอนของกระบวนการวิจัย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นการระบุปัญหา 2) ขั้นกำหนดเป็นวาระในการตัดสินใจ 3) ขั้นกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบาย 4) ขั้นอนุมัตินโยบาย 5) ขั้นดำเนินนโยบายและ 6) ขั้นการประเมิน

นโยบาย ด้วยข้อจำกัดด้านระยะเวลาในข้อตกลงเบื้องต้นของงานวิจัยฉบับนี้ จะดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 1-3 เท่านั้น เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อเสนอเชิงนโยบายที่มีกระบวนการตามแนวคิดทฤษฎีและระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นระบุปัญหา

ผู้วิจัยใช้หลักการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพด้วยการ

(1) วิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องย้อนหลังไม่น้อยกว่า 5 ปี

(2) สอบถามการรับรู้เกี่ยวกับหน้าที่และสิทธิหลักประกันสุขภาพ ผู้วิจัยได้กำหนดใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 รูป โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากพระสงฆ์ทั่วประเทศ เนื่องจากประชากรมีขนาดใหญ่และไม่ทราบจำนวนที่แน่นอน ดังนั้นขนาดตัวอย่างสามารถคำนวณได้จากสูตรไม่ทราบขนาดตัวอย่างของ W.G. Cochran โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 384 คน เมื่อลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์จำนวน 897 เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้เครื่องมือแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับหน้าที่และสิทธิหลักประกันสุขภาพ (Questionnaire) ลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check List) และแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มีค่าความตรงมากกว่า .60 ข้อและมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับที่ .86

(3) การสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ได้ข้อมูลสถานการณ์การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของ พระสงฆ์ในสังคมไทย กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจงได้แก่ พระสงฆ์ และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ จำนวน 16 รูป/คน โดยจำแนกเป็นพระสงฆ์ใน 4 ภาค ของประเทศไทย ภาคละ 2 รูป รวม 8 รูป โดยได้กำหนดคุณสมบัติกลุ่มเป้าหมายดังนี้ พระสงฆ์ (1) มีอายุพรรษาไม่ต่ำกว่า 1 พรรษา (2) ต้องเป็นผู้มีประสบการณ์ในการรับบริการด้านสาธารณสุขที่หลากหลายและผู้ให้บริการด้านสุขภาพใน 4 ภาคของประเทศไทย ภาคละ 2 คน รวม 8 คน รวมทั้งสิ้น 16 คน กำหนดคุณสมบัติดังนี้ (1) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานให้บริการด้านสุขภาพไม่น้อยกว่า 5 ปี (2) เป็นผู้นับถือศาสนาพุทธ (3) มีประสบการณ์การให้บริการสุขภาพแก่พระภิกษุ ใช้เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นกำหนดเป็นวาระในการตัดสินใจ

ผู้วิจัยดำเนินการนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มากำหนดเป็นกรอบประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จากนั้นสังเคราะห์ผลจากการสัมภาษณ์พัฒนาเป็น (ร่าง) ระบบการจัดการดูแลสุขภาวะองค์ รวมของพระสงฆ์ แล้วจึงนำร่างนั้นไปเข้าสู่กระบวนการสมมนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้ระบบการจัดการดูแลสุขภาวะองค์รวมของพระสงฆ์

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการสมมนากลุ่ม จำนวน 18 รูป/คน โดยการสุ่มแบบเจาะจง จำแนกเป็น ตัวแทนขององค์กรที่เกี่ยวข้องดังนี้

- (1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2 คน
- (2) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2 คน
- (3) กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข 2 คน
- (4) สำนักงานพระพุทธศาสนา 2 คน
- (5) มหาเถรสมาคม 2 รูป
- (6) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ 2 คน
- (7) ตัวแทนพระสงฆ์ จำนวน 4 รูป
- (8) นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขหรือด้านศาสนา จำนวน 2 รูป/คน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบาย

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลระบบการจัดการดูแลสุขภาพขององค์กรรวมของพระสงฆ์มาพัฒนาเพิ่มเติมโดยระบุสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ แล้วนำร่างที่ได้เข้าสู่กระบวนการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) เพื่อให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบาย สิทธิ ประโยชน์และรูปแบบการดูแลสุขภาพขององค์กรรวมของพระสงฆ์ในสังคมไทยที่มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ โดยใช้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 9 คน เพื่อประเมินความเหมาะสมและเป็นไปได้ของข้อเสนอ นโยบาย สิทธิ ประโยชน์และรูปแบบการดูแลสุขภาพขององค์กรรวมของพระสงฆ์ในสังคมไทย คัดเลือกโดยวิธีการสนับโบล

สรุปผลการวิจัย

1. การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพบริษัทเอกชนร้อยละ 38.80 รองลงมาสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท และสิทธิประกันสุขภาพกองทุน/กลุ่มภาคประชาชน ที่ร้อยละ 32.66 และ 15.94 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพระสงฆ์ยังมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสิทธิหลักประกันสุขภาพ และส่งผลให้การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของสงฆ์ในสังคมไทยในภาพรวมยังไม่เป็นไปตามที่รัฐกำหนด นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในกองทุนท้องถิ่นหรือพื้นที่พบว่าพระสงฆ์เข้าไปมีส่วนร่วมในฐานะเป็นกรรมการกองทุน เป็นผู้ใช้กองทุนและส่งเสริมให้หน่วยงานบริการในพื้นที่ใช้กองทุนเพื่อสร้างสุขภาพในชุมชน

2. ระบบการจัดการดูแลสุขภาพขององค์กรรวมของพระสงฆ์ พบว่า สถานการณ์ทั่วไปด้านสุขภาพขององค์กรรวมของพระสงฆ์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการสำรวจ “ภาวะสุขภาพพระภิกษุและสามเณร” กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายพัฒนาวัดทั่วประเทศให้เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง คณะสงฆ์โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายได้มีการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560 ภายใต้มติมหาเถรสมาคม ซึ่งเป็นกรอบสำคัญในการกำหนดแนวทางการดำเนินการพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ ให้คณะสงฆ์ รัฐ ประชาชน และภาคีเครือข่าย ได้ดำเนินการให้พระสงฆ์ดูแลกันเองตามพระธรรมวินัย ชุมชนและสังคมอุปถัมภ์พระสงฆ์

ตามพระธรรมวินัย และส่งเสริมบทบาทของพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาวะของชุมชนและสังคมโดยมีธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติเป็นกรอบสำคัญในการดำเนินการ

3) นโยบาย สิทธิประโยชน์และรูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในสังคมไทย ต้องเป็นระบบการจัดการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ที่มีความสอดคล้องกับหลักพระธรรมวินัยและหลักการทางสุขภาพครอบคลุมสุขภาวะด้าน กาย จิต สังคม และปัญญา โดยมี 3 รูปแบบ คือ 3.1) พระสงฆ์ดูแลตัวเองและกันเองตามพระธรรมวินัย 3.2) ชุมชน สังคม ดูแลพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัย 3.3) พระสงฆ์เป็นผู้นำด้านสุขภาวะของชุมชนและสังคม ด้านนโยบาย สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ภายหลังจากการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ได้มีการจัดทำระบบฐานข้อมูลพระสงฆ์ เพื่อให้ทราบข้อมูลวัดและพระสงฆ์ทั่วประเทศ และเชื่อมโยงข้อมูลพระสงฆ์เข้ากับสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพ โดยมีการจัดทำบัตรสมารถการวัดสำหรับพระสงฆ์ การจัดให้มีพระคิลานุปัฏฐากประจำวัด หรือพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) การดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งองค์ความรู้สำคัญในการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ ทั้งสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางปัญญานั้น ต้องมีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพหนุนเสริม และมีการสื่อสารสาธารณะในหมู่พระสงฆ์ให้เกิดความเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพและส่งเสริมบทบาทการเป็นผู้นำทางด้านสุขภาวะทางปัญญาของพระสงฆ์ในการสร้างสุขภาวะองค์กรสงฆ์นำไปสู่การสร้างสุขภาวะทางสังคม

อภิปรายผลการวิจัย

1. การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย เห็นว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่ยังมีความเข้าถึงบริการด้านสุขภาพตามระบบหลักประกันสุขภาพน้อย แม้ส่วนใหญ่จะมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท ถึงร้อยละ 84.62 ก็ตามแต่พระสงฆ์ส่วนใหญ่เลือกที่จะเข้ารับ การรักษาโรงพยาบาลเอกชนแต่เมื่อมีโรคค่าใช้จ่ายสูงก็จะเลือกใช้สิทธิสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตามการเข้าไปมีส่วนร่วมของพระสงฆ์ในระบบหลักประกันสุขภาพผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จะเป็นประโยชน์มากในการส่งเสริมและสนับสนุนให้พระสงฆ์เป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพองค์กรในชุมชนแต่ก็พบว่าพระสงฆ์ผู้ตอบแบบสอบถามไม่รู้ “กองทุนสุขภาพตำบล” หรือกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น/พื้นที่ (กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต./เทศบาล) มากถึงร้อยละ 92.75 และมีพระสงฆ์ผู้ตอบแบบสอบถามเพียงร้อยละ 25.31 ที่ทราบว่าในตำบลที่ท่านพักอาศัยมี “กองทุนสุขภาพตำบล” หรือกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น/พื้นที่ (กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต./เทศบาล)

2. ระบบการจัดการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ เห็นว่า หลังจากมีการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560 ภายใต้มติมหาเถรสมาคม ซึ่งเป็นกรอบสำคัญในการกำหนดแนวทางการดำเนินการพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ ให้คณะสงฆ์ รัฐ ประชาชน และภาคีเครือข่าย ได้ดำเนินการให้พระสงฆ์ดูแลกันเองตามพระธรรมวินัย ชุมชนและสังคมอุปถัมภ์

พระสงฆ์ตามพระธรรมวินัย และส่งเสริมบทบาทของพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาวะของชุมชนและสังคม ทำให้เห็นว่า ระบบการจัดการดูแลสุขภาวะองค์กรรวมของพระสงฆ์จะต้องคำนึงถึงพระธรรมวินัยและหลักการทางสุขภาพทั้งทางกาย จิต สังคมและปัญญา โดยเฉพาะการที่องค์กรสงฆ์กำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการดำเนินการ และให้ครอบคลุมทั้ง 3 เป้าหมายสำคัญ คือ 1) พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย 2) ชุมชนและสังคมกับการดูแลปัญญาของพระสงฆ์ที่ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย 3) บทบาทพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาวะของชุมชนและสังคมโดยมีหลักการสำคัญในการดำเนินการ 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ข้อมูล การพัฒนา การบริการสุขภาพ และการวิจัย

3. นโยบาย สิทธิประโยชน์และรูปแบบการดูแลสุขภาวะองค์กรรวมของพระสงฆ์ในสังคมไทย เห็นว่า การดูแลสุขภาพของประชาชนคนไทย รัฐได้ตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาใช้เพื่อกำหนดแนวทางในการดูแลคนไทยให้มีสุขภาพดีอย่างครอบคลุมและครบวงจร ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่จัดบริการสาธารณสุขให้แก่บุคคลที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลจากกฎหมายประกันสังคม หรือสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของรัฐอื่น ๆ และได้มีการดำเนินการเพื่อการพัฒนาสุขภาวะของพระสงฆ์ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2555 เรื่องพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ และได้มีการดำเนินการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ โดยความร่วมมือของหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นกรอบและแนวทางการส่งเสริมสุขภาวะพระสงฆ์ทั่วประเทศ มองว่า เป็นหลักการสำคัญที่ส่งผลให้นโยบายของคณะสงฆ์มีองค์กรภาคีเครือข่ายเข้ามาสนับสนุนในการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม กอปรกับการที่ยึดหลักการสำคัญ คือ การใช้ “ทางธรรมนำทางโลก” และมาตรการสำคัญในการดำเนินงาน 5 ด้าน ได้แก่ 1) พัฒนาแนวทางการบริการสุขภาพที่มาคุณภาพในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ 2) ส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาองค์กรคณะสงฆ์ และเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนาในการดูแลสุขภาพตนเองและพระสงฆ์ในพื้นที่รับผิดชอบ 3) ส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างสุขภาวะของพระสงฆ์ 4) ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ วิจัย พัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ และ 5) พัฒนาระบบควบคุม กำกับ ติดตามประเมินผลการพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพ ที่จะนำไปสู่การส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพโดยก่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างวัดกับชุมชน ทำให้พระแข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเข้มแข็ง ทั้งนี้เป็นผลมาจากสามส่วนหลักด้วยกันคือ 1) การก่อเกิดนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมของคณะสงฆ์ผ่านเครื่องมือธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ 2) ความร่วมมือในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะจากภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานในระดับนโยบายที่ลงนามความร่วมมือและผลักดันประเด็นดังกล่าวให้เข้าไปเป็นประเด็นยุทธศาสตร์ในแผนของหน่วยงาน 3) การมีแผนปฏิบัติการพระพุทธศาสนาทำให้คณะสงฆ์

สามารถทำงานเชิงบูรณาการกับองค์กรภาคีเครือข่ายในระดับนโยบายและนำไปสู่การปฏิบัติการในพื้นที่ได้อย่างเป็นระบบ

องค์ความรู้ใหม่

การดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ ทั้งสุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต สุขภาพทางสังคม สุขภาพทางปัญญานั้น ต้องมีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพหนุนเสริม และมีการสื่อสารสาธารณะในหมู่พระสงฆ์เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ ในแนวนโยบายจากรัฐและองค์กรคณะสงฆ์ รวมถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่พระสงฆ์พึงได้รับ และแนวทางในการเกื้อกูลสังคมที่พระสงฆ์พึงกระทำ ซึ่งกระบวนการทัศนสุขภาพองค์รวมแนวพุทธและการแพทย์สมัยใหม่มีความคล้ายคลึงกันทั้งในด้านความหมาย มีองค์ประกอบ และกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ และทั้งสองกระบวนการทัศนต่างถือว่า สุขภาพทางปัญญามีความสำคัญที่สุด ซึ่งเห็นได้ว่า สุขภาพทางปัญญาในแนวพุทธจะมองลึกซึ้งและครอบคลุมมากกว่าแนวการแพทย์สมัยใหม่ การสร้างเสริมสุขภาพองค์รวมในแนวพุทธใช้หลักการ

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยเรื่องสุขภาพองค์รวมเชิงพุทธของพระสงฆ์: นโยบาย สิทธิประโยชน์และรูปแบบการเกื้อกูลต่อชุมชนในสังคมไทย มีข้อเสนอแนะการวิจัย ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. คณะสงฆ์ควรจัดให้มีการร่วมมือกับองค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในระดับนโยบายเพื่อผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนงานด้านการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์
2. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีสถาบันหรือองค์กรที่ทำหน้าที่ในการพัฒนาหลักสูตรและสร้างองค์ความรู้ร่วมกันระหว่างสถาบันการศึกษาสงฆ์และหน่วยงานสุขภาพเพื่อดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์โดยตรง
3. คณะสงฆ์ควรจัดให้มีกองทุนในการดูแลสุขภาพของคณะสงฆ์โดยรัฐเข้ามามีส่วนร่วมในการสมทบงบประมาณในกองทุน
4. คณะสงฆ์ร่วมกับองค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีการสื่อสารทำความเข้าใจให้พระภิกษุสามเณรและผู้ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการเข้าใช้สิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อให้คณะสงฆ์สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงครอบคลุมเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรจัดให้มีบริการแบบไร้รอยต่อต่อพระสงฆ์ เช่น การเข้ารับบริการในสถานพยาบาลในเขตเดียวกันโดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว การแยกที่นั่งหรือช่องทางพิเศษสำหรับพระสงฆ์ การจัดบริการเชิงรุกไปที่วัด
2. การส่งเสริมและสนับสนุนบทบาทของพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพ
3. การจัดตั้งกองทุนสุขภาพพระสงฆ์ที่เชื่อมโยงกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นระดับจังหวัด

4. การจัดตั้งศูนย์ประสานงานระบบหลักประกันสุขภาพภายในวัด
5. ส่งเสริมและสนับสนุนให้พระสงฆ์มีส่วนร่วมในการเข้าถึงสุขภาพพระสงฆ์ด้วยกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *สถิติการอาพาธของพระสงฆ์ที่ได้รับการตรวจรักษา พ.ศ.2549*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลสงฆ์ งานเวชระเบียนและสถิติ.
- ครูพระดอทเน็ต. (2552). *ความสำคัญของพระพุทธศาสนาต่อสังคมไทย*. เข้าถึงได้จาก <<http://www.kroophra.net/index.php>>.
- เนาวรัตน์ เจริญค้าและคณะ. (2546). *การสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมาภรณ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและสถาบันวิจัยสังคม. (2555). *การประชุมวิชาการมหกรรมการเรียนรู้ พย.สสส. ครั้งที่ 2 “บ่มเพาะนักศึกษาพยาบาลสู่การเป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ”*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- อัญชลี ประคำทอง. (2544). *การประเมินผลโครงการดำเนินงานสุขภาพจิตโดยพระสงฆ์. ในประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 7 ปี 2544 “ความสุขที่พอเพียง”* (น. 89). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- อุทัย สุดสุข. (2544). *สาธารณสุขในพระไตรปิฎก: บูรณาการสู่สุขภาพดี ชีวีมีสุข*. นนทบุรี: เทวประทานการพิมพ์.

