

รายงาน

โครงการพัฒนานวัตกรรมธุรกิจเพื่อสังคม(Social Enterprise)ในงานเกษตรกรรมที่เกี่ยวข้อง
การสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมยาสูบ

คณะผู้ทำงาน

ภญ.ดร.ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร

ภญ.พิมพ์ศรี แสงคาร์

น.ส.จันทิภา ปัญญาวิไมกุล

ภก.ทินกร ปิยะกุลชัยเดช

มิถุนายน พ.ศ.2563

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย

มิใช่ความเห็นของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สารบัญ

หัวข้อ		หน้า
บทที่ 1	บทนำ	1
	1.1 เหตุผล ความจำเป็น	1
	1.2 วัตถุประสงค์	2
	1.3 กรอบแนวคิดในการศึกษา	3
	1.4 วิธีการทำงาน	3
	1.5 ขั้นตอนการทำงาน	3
	1.6 ดัชนีชี้วัดโครงการ	4
บทที่ 2	วิธีการศึกษา	5
	2.1 การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย	5
	2.2 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย	5
	2.3 การคัดเลือกเอกสารเพื่อนำมาใช้ในการศึกษา	6
	2.4 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา	6
บทที่ 3	ข้อมูลจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง	8
	3.1 ประเด็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารด้าน SE	8
	3.1.1 นิยามของวิสาหกิจเพื่อสังคม และธุรกิจเพื่อสังคม/กิจการเพื่อสังคม	8
	3.1.1.1 นิยามตามพจนานุกรม	8
	3.1.1.2 นิยามของนักวิชาการและหน่วยงานของ SE	10
	3.1.1.3 นิยามตามกฎหมายไทย	12
	3.1.2 แนวคิดและสถานการณ์ของ SE ในต่างประเทศและในประเทศไทย	14
	3.1.3 กฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้อง และข้อกำหนดหรือเงื่อนไขต่าง ๆ	17
	3.1.3.1 พระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม พ.ศ.2562	17
	3.1.3.2 พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยการยกเว้นรัษฎากร (ฉ.621) พ.ศ. 2559	19
	3.1.3.3 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการส่งเสริมกิจการเพื่อสังคมแห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2560	19
	3.1.4 รูปแบบและโครงสร้างของ SE	20
	3.1.5 แนวทางการหารายได้ของ SE	25
	3.1.6 แหล่งที่มาของเงินทุน การระดมทุนในการดำเนินการของ SE	26
	3.1.7 ปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน และการแก้ไข ปรับปรุงกิจการ	28
	3.2 ประเด็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารด้านบริการเภสัชกรรม	29

	3.2.1 ประเภทบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมฯ	29
	3.2.2 ความใหม่ของกิจกรรมบริการ และเหตุผลที่เกิดบริการนี้	36
	3.2.3 ช่องว่างของบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรม ฯ	37
	3.2.4 ทศนคติของเภสัชกร บุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย ต่อบริการเภสัชกรรม ฯ	39
	3.2.5 แนวทางการพัฒนาปรับปรุงบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมฯ	42
	3.2.6 บริการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วย ครอบครัวชุมชน ต้องการ	43
บทที่ 4	ข้อมูลจากการสอบถามผู้ที่เกี่ยวข้อง	45
4.1	การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องกับ SE	45
	4.1.1 แรงจูงใจของการเลือก SE เป็นรูปแบบของกิจการ	45
	4.1.2 รูปแบบกิจการในปัจจุบัน เทียบกับรูปแบบในระยะแรก	46
	4.1.3 รูปแบบบริหารจัดการกิจการ	47
	4.1.4 รูปแบบการตลาด	48
	4.1.5 รูปแบบการบริหารงานบุคคล	48
	4.1.6 รูปแบบการบริหารการเงิน	49
	4.1.7 การลงทุน การระดมทุน และการทำกำไร	49
	4.1.8 ปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน และการแก้ไข ปรับปรุงกิจการ	50
	4.1.9 กลไกการวัด Social impact	51
4.2	การสัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุข	51
	4.2.1 ประเภทบริการเภสัชกรรมฯและผลลัพธ์ที่ต้องการหรือเกิดขึ้นจริงจากบริการนั้น	52
	4.2.2 ความใหม่ของกิจกรรมบริการ และเหตุผลที่เกิดบริการนี้	54
	4.2.3 ช่องว่างของบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการ	57
	4.2.4 ทศนคติของบุคลากรสาธารณสุข ต่อบริการเภสัชกรรม ฯ	59
	4.2.5 แนวทางพัฒนาปรับปรุงบริการเภสัชกรรมฯ	60
	4.2.6 บริการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วย ครอบครัวชุมชน ต้องการเพิ่มเติม	62
4.3	การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องทางด้านเภสัชกรรม (ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ)	62
	4.3.1 ความเพียงพอของบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพ	63
	4.3.2 ช่องว่างของบริการเภสัชกรรมฯที่ให้บริการ	65
	4.3.3 บริการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วย ครอบครัวชุมชน ต้องการ	69
	4.3.4 ทศนคติของเภสัชกร และผู้ป่วยต่อบริการเภสัชกรรมฯ	73
	4.3.5 ความเป็นไปได้ในการทำบริการเภสัชกรรมฯให้มีผลตอบแทนพอเลี้ยงตัวเองได้ในทางธุรกิจ	76
4.4	การประชุมระดมสมองเภสัชกรและผู้เกี่ยวข้อง	79

หัวข้อ

หน้า

	4.4.1 ผลการประชุมระดมสมองครั้งที่ 1	79
	4.4.2 ผลการประชุมระดมสมองครั้งที่ 2	82
	4.4.2.1 วัตถุประสงค์	82
	4.4.2.2 งานเภสัชกรรมที่มีศักยภาพและลำดับความสำคัญ	85
บทที่ 5	ข้อเสนอความเป็นไปได้ของการมี SE ด้านเภสัชกรรมและแนวทางการจัดตั้ง	88
5.1	ข้อเสนอรูปแบบวิสาหกิจเพื่อสังคมจากข้อมูลต่างๆ	88
5.2	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญต่อการจัดตั้งวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม	90
5.3	ข้อเสนอรูปแบบการจัดตั้งวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม 3 รูปแบบ	93
5.4	ข้อเสนอ 2 รูปแบบของวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม	96
5.5	การบริหารธุรกิจ	109
	5.5.1 การบริหารจัดการทั่วไป	109
	5.5.2 การเงินเพื่อเริ่มต้นธุรกิจ	109
	5.5.3 ที่มาของรายได้ และการนำผลกำไรช่วยแก้ปัญหาด้านเภสัชกรรม	109
	5.5.3.1 รายได้ของวิสาหกิจเพื่อสังคมมาจากหลายทาง	110
	5.5.3.2 การนำผลกำไรช่วยแก้ปัญหาด้านเภสัชกรรม	110
	5.5.4 สถานภาพของวิสาหกิจเพื่อสังคม	110
5.6	วิจารณ์ผลและข้อเสนอแนะ	112
	เอกสารอ้างอิง	115
	ภาคผนวก	124

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา	7
2	ประเภทบริการเภสัชกรรม และผลลัพธ์ที่ต้องการของประเทศอังกฤษ ออสเตรเลีย และไทย	29
3	ประเภทบริการเภสัชกรรมและผลลัพธ์ที่ต้องการหรือเกิดขึ้นจริงจากบริการนั้น	52
4	ช่องว่างของบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการ	57
5	บริการเภสัชกรรมดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วย ครอบครัวชุมชน ต้องการเพิ่มเติม	62
6	ช่องว่างของบริการเภสัชกรรมฯ จากการสัมภาษณ์เภสัชกร	65
7	ช่องว่างของบริการเภสัชกรรมฯจากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ	67
8	ความต้องการบริการเภสัชกรรมฯจากการสัมภาษณ์เภสัชกร	70
9	ความต้องการบริการเภสัชกรรมฯจากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ	71
10	องค์ประกอบของผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมองทั้งสองครั้ง	79
11	ปัญหาด้านเภสัชกรรมสะท้อนจากประชาชนและเภสัชกรที่ต้องการทำเป็นวิสาหกิจเพื่อสังคม	80
12	งานเภสัชกรรมที่ต้องการให้ดำเนินการแก้ปัญหาแบบวิสาหกิจเพื่อสังคม	80
13	ข้อคิดเห็นต่อความสำเร็จของวิสาหกิจเพื่อสังคม	81
14	ความเป็นไปได้ของการจัดตั้งวิสาหกิจเพื่อสังคม	82
15	บริการเภสัชกรรมที่ดำเนินการในรูปแบบวิสาหกิจเพื่อสังคมฯ และคะแนนความเป็นไปได้	83
16	การจัดลำดับความสำคัญเปรียบเทียบระหว่างเกณฑ์ต่างๆ	86
17	ลำดับความสำคัญของงานเภสัชกรรม	87
18	การจัดกลุ่มงานบริการเภสัชกรรม ความน่าสนใจ ระดับของงาน และรูปแบบของวิสาหกิจเพื่อสังคม	89
19	วิสาหกิจเพื่อสังคม 5 รูปแบบแบ่งกลุ่มตามหน้าที่หลัก	90
20	องค์ประกอบของผู้เชี่ยวชาญ	90
21	การจัดอันดับรูปแบบ SE Model ที่ได้รับความสนใจ	91
22	ข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อ SE 5 รูปแบบ	91
23	การวิเคราะห์ทางการเงินเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบที่ 1 และ รูปแบบที่ 2	97
24	ประมาณการงบกำไรขาดทุนของวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม รูปแบบที่ 1	99
25	ประมาณการต้นทุนคงที่ในปีที่ 0-5 ของ วิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม รูปแบบที่ 1	100
26	ประมาณการต้นทุนผันแปรของปีที่ 1-5 ของ วิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม รูปแบบที่ 1	100
27	ประมาณการงบกระแสเงินสดของ วิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม รูปแบบที่ 1	101
28	ประมาณการงบกำไรขาดทุนของ วิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม รูปแบบที่ 2	102
29	ประมาณการต้นทุนคงที่ในปีที่ 0-5 ของวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม รูปแบบที่ 2	103

ตารางที่

หน้า

30	ประมาณการต้นทุนผันแปรในปีที่ 1-5 ของ วิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเกษตรกรรม รูปแบบที่ 2	104
31	ประมาณการงบกระแสเงินสดของ วิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเกษตรกรรม รูปแบบที่ 2	105
32	การวิเคราะห์ทางการเงินของวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเกษตรกรรม รูปแบบที่ 1	106
33	การวิเคราะห์ทางการเงินของวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเกษตรกรรม รูปแบบที่ 2	107
34	Sensitivity analysis ของวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเกษตรกรรม รูปแบบที่ 1	108
35	Sensitivity analysis ของวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเกษตรกรรม รูปแบบที่ 2	108
36	ข้อเสนอ วิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเกษตรกรรม 2 รูปแบบตามหัวข้อของ Social Business Model Canvas	111
37	ข้อเสนองานเกษตรกรรมทั้ง 10 งานและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (outcome)	113

สารบัญรูปภาพ

แผนภาพที่		หน้า
1	Triple bottom line	11
2	ความแตกต่างของ SE เมื่อเทียบกับรูปแบบองค์กรทางสังคมอื่น ๆ	20
3	รูปแบบที่ 1 Embedded Social Enterprise	22
4	รูปแบบที่ 2 Integration Social Enterprise	23
5	รูปแบบที่ 3 External Social Enterprise	24
6	ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านบริการสุขภาพ	133

สารบัญภาคผนวก

ภาคผนวกที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดเรื่องบุคคลากรผู้เกี่ยวข้องในระบบยา	124
2	การแบ่งประเภทของ SE ตามลักษณะของกิจการ และความมุ่งหมายในการจัดตั้งกิจการ	125
3	ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน SE ด้านบริการสุขภาพ	132
4	สรุปผลการประชุมระดมสมองครั้งที่ 1 และ 2	134
5	Social Business Model Canvas	146
6	ความหมายของตัวชี้วัดความคุ้มค่าของโครงการ	149

บทที่ 1

บทนำ

1.1 เหตุผล ความจำเป็น

ยาเป็นส่วนประกอบสำคัญของการรักษาพยาบาล ปัจจุบันประเทศไทยอยู่ในสภาวะผู้ป่วยได้รับยาเกิน ตรงข้ามกับสภาพเมื่อ 20 ปีที่แล้วที่ผู้ป่วยมีปัญหาการเข้าถึงยา ในด้านค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายด้านยาโดยมากจะอยู่ในระดับไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 จำนวนเฉลี่ยรายการยาของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากการเจ็บป่วยมากกว่าหนึ่งโรค ยาที่มีรูปแบบใหม่ๆ แตกต่างจากเดิม ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น การใช้ยาจึงมีปัญหาและมีความสลับซับซ้อนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ประเทศสหรัฐฯต้องสูญเสียงบประมาณเพื่อรักษาการเจ็บป่วยเนื่องจากปัญหายาสูงถึง 76,600 และ 177,400 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี ค.ศ. 1995 และ 2000 ตามลำดับ⁽¹⁾

ปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้องทำให้ผลการรักษาไม่เป็นไปตามแผนการรักษาที่วางไว้ การศึกษาจำนวนมาก⁽²⁻⁶⁾ ชี้ให้เห็นว่าปัญหาการใช้ยา เกิดจากความไม่เข้าใจสภาวะของโรค เทคนิคการใช้ยาไม่ถูกต้อง อ่านฉลากยาไม่ชัดเจน ใช้ยาไม่ตรงกับเวลาที่กำหนด ใช้ยาซ้ำซ้อน ใช้ยาเสริมหรือต้านฤทธิ์กับสมุนไพร ฯลฯ ขณะเดียวกัน บุคลากรของโรงพยาบาลหรือคลินิกยังคงไม่เพียงพอกับงานบริการที่เพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและความต้องการด้านคุณภาพ^(7,8) อย่างไรก็ตาม ระบบสาธารณสุขไทยยังไม่สนใจงานด้านเภสัชกรรมนัก ยังคงเน้นเรื่องการจ่ายยา (Dispensing) เป็นหลัก ยังขาดการดูแลรอบด้านที่เรียกว่า การบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care)⁽⁹⁻¹¹⁾ ซึ่งมีขอบเขตงานที่กว้างตั้งแต่ป้องกันการใช้ยา ใช้ยาให้เหมาะสมถูกต้อง จนถึงการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา ซึ่งนับเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมป้องกันสุขภาพ

ที่ผ่านมากำลังคนของเภสัชกรภาครัฐมีจำกัดและติดกับกรอบภารกิจเดิม การเพิ่มเนื้องานบริหารทางเภสัชกรรมจึงทำได้ยากและปรับตัวรองรับปัญหาใหม่ๆ ได้ยาก สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) (สภช) จึงเริ่มโครงการด้านเภสัชกรรมร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2552 เพื่อเพิ่มคุณภาพงานเภสัชกรรมให้กับผู้ป่วยและผู้มารับบริการ โดยนำเภสัชกรที่ปฏิบัติงานอยู่ร้านยา จำนวน 360 แห่ง ใน 58 จังหวัด⁽¹²⁾ ทำงานให้ความรู้ด้านสุขภาพ คัดกรองโรคเรื้อรังรวมถึงเอดส์ ติดตามดูแลและแก้ปัญหการใช้ยาทั้งที่ร้านยาและที่บ้านของผู้ป่วย ช่วยเลิกสูบบุหรี่ ฯลฯ พบว่าสามารถค้นพบกลุ่มเสี่ยงส่งต่อหน่วยบริการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ โดยใช้งบประมาณจาก สปสช เพียงปีละไม่เกินสามล้านบาท (ขึ้นกับจำนวนกิจกรรมและจำนวนการให้บริการ)

แม้การทำงานดังกล่าวจะขยายตัวทั้งปริมาณการให้บริการและจำนวนเภสัชกรร้านยา แต่ยังคงติดขัดในเชิงระบบเรื่องให้ร้านยาคุณภาพเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการตามที่กฎหมายกำหนดทำให้ไม่สามารถจ่ายค่าตอบแทนงานเภสัชกรรมดังกล่าวจากงบค่าใช้จ่ายรายหัวของ สปสช กอปรทั้ง สปสช ถูกสั่งให้ยุติการสนับสนุนงบประมาณให้ภาคเอกชนทำให้โครงการทั้งหลายต้องยุติลงในปีงบประมาณ 2561 อย่างน่าเสียดาย และเกิดความท้อถอยในหมู่ผู้เกี่ยวข้อง ทั้งที่มีผลการสำรวจว่าประชาชนพอใจกับข้อมูลและบริการที่ได้รับจากเภสัชกร มีความสะดวก และประชาชนยินดีจ่ายค่าบริการ เพื่อให้ได้รับการดูแลให้เขาปลอดภัยจากการใช้ยา

ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่พบ ทำให้จำเป็นต้องหาทางเลือกใหม่เพื่อให้สามารถบริหารจัดการปัญหาและการทำงานรูปแบบใหม่ๆ และสามารถให้การดูแลประชาชนได้ต่อเนื่อง การจัดตั้งองค์กรในลักษณะวิชาชีพเพื่อสังคม (Social

Enterprise - SE) เป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าสนใจแต่ยังไม่เคยมีการศึกษาในเรื่องนี้ เช่น งานเภสัชกรรมด้านใดที่มีศักยภาพ รูปแบบบริหารจัดการ การเตรียมบุคลากร การวางแผนการตลาดที่เหมาะสม ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและการเตรียมการเพื่อรับมือหรือบรรเทาปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ฯลฯ

ขณะเดียวกันจากการทำงานที่ผ่านมา สภช พบว่านอกเหนือจากงานที่ สภช ดำเนินการไปแล้ว ยังมีงานเภสัชกรรมประเด็นใหม่ๆ ที่ยังไม่ได้รับการจัดการปัญหาแต่ต้นมือ เช่น การผลิตยาพื้นฐานถูกละเลยจนอาจทำให้ศักยภาพที่มีอยู่หายไป ผู้ป่วยมีความต้องการเชิงคุณภาพใหม่ๆ เพิ่มขึ้น เช่น การอ่านข้อความที่ชองยา การจัดยามากมายให้ตรงกับเวลาที่ต้องใช้ การระมัดระวังตามคำเตือนของยา ปัญหาการจัดการยาเหลือใช้ หรือการทิ้งยาไม่ให้เป็นปัญหาต่อสิ่งแวดล้อม เหล่านี้เป็นต้น

งานเภสัชกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่หากจัดตั้งในรูปแบบ วิชากิจเพื่อสังคม จะทำให้การให้บริการคล่องตัวและเกิดประโยชน์ในวงกว้าง เพราะจะมี วิชากิจเพื่อสังคม เป็น focal point บริหารแทนร้านยาที่อยู่กระจัดกระจายและมีปริมาณการบริโภคของแต่ละแห่งน้อย ขนาดอำนาจต่อรอง อาจจำแนกได้เป็นสามกลุ่มภารกิจได้แก่

- 1) ภารกิจสนับสนุนร้านยาคุณภาพให้เป็นศูนย์สุขภาพ เป็นแหล่งบริการเภสัชกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น จัดทำอุปกรณ์ช่วยการบริหารยา จัดทำเอกสารเพื่อช่วยการให้คำแนะนำและให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ช่วยบริหารกำลังคนเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ร้านยาและที่บ้านผู้ป่วย การบริหารจัดการเรื่องข้อมูลเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน ฯลฯ
- 2) ภารกิจส่งเสริมการทำงานของเภสัชกรเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น บริหารจัดการคลังยาสำหรับ เลิกบุหรี่ ประสานงานเพิ่มการผลิตสมุนไพรแก้ปวดดอกขาว จัดอบรมกิจกรรมเลิกบุหรี่และลดน้ำหนัก ฯลฯ
- 3) ภารกิจบริหารจัดการปัญหาใหม่ด้านเภสัชกรรม เช่น การบริหารจัดการยาเหลือใช้ การทิ้งยาที่ปลอดภัยต่อสิ่งแวดล้อม การสนับสนุนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เชื่อถือได้ เช่น ลูกอมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน รองเท้าสุขภาพ ฯลฯ

โครงการนี้จึงมุ่งหวังจะหาแนวทางบริหารจัดการใหม่ที่พึ่งพาตนเองได้ ดำเนินการได้ต่อเนื่อง มีความคล่องตัวรองรับประเด็นหรือปัญหาใหม่ๆ ได้ สามารถใช้ศักยภาพของเภสัชกรอย่างเต็มที่ เพื่อลดปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ให้ประชาชนปลอดภัยสูงสุด

1.2 วัตถุประสงค์

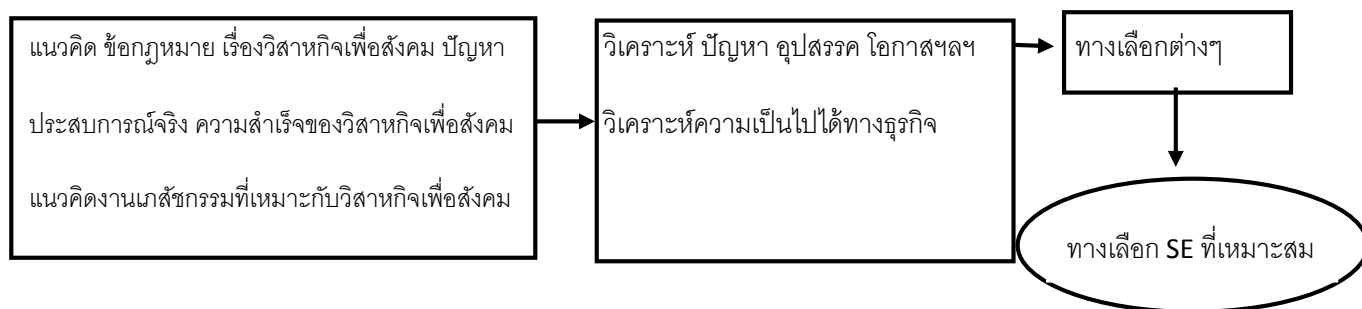
1.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

มีข้อมูลความเป็นไปได้ในการจัดตั้ง วิชากิจเพื่อสังคม งานเภสัชกรรมเพื่อส่งเสริมป้องกันสุขภาพ

1.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

- มีแนวทางการจัดตั้ง วิชากิจเพื่อสังคม ด้านเภสัชกรรมที่มีประสิทธิภาพ
- ได้ข้อมูลงานเภสัชกรรมที่มีศักยภาพและลำดับความสำคัญของงาน

1.3 กรอบแนวคิดในการศึกษา



1.4 วิธีการทำงาน

1.4.1 เก็บข้อมูลจากเอกสาร

- เอกสารเกี่ยวกับ วิสาหกิจเพื่อสังคม
- เอกสารการให้บริการเฝ้าระวังและการบริหารทางเฝ้าระวังด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพ

1.4.2 การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง

- ผู้เกี่ยวข้อง กับ วิสาหกิจเพื่อสังคม เพื่อให้เข้าใจงาน วิสาหกิจเพื่อสังคม
- บุคลากรสาธารณสุข เพื่อศึกษาช่องว่างการให้บริการเฝ้าระวัง
- ผู้เกี่ยวข้องทางด้านเฝ้าระวัง เพื่อเชื่อมโยงงานเฝ้าระวังและ วิสาหกิจเพื่อสังคม
- ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสอบถามข้อคิดเห็นก่อนสรุป

1.4.3 ประชุมระดมสมองเฝ้าระวังและผู้เกี่ยวข้อง 2 ครั้ง

ทั้งนี้ การคัดเลือกกลุ่มผู้เกี่ยวข้องได้มาจากกรอบแนวคิดเรื่องบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (ภาคผนวกที่ 1)

1.5 ขั้นตอนการทำงาน

1. กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ด้วย snowball technique
2. ศึกษาจากเอกสารเรื่อง วิสาหกิจเพื่อสังคม ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง วรรณกรรมการบริหารจัดการ และ ข้อจำกัด ปัญหาและอุปสรรคของการบริหารจัดการเรื่อง วิสาหกิจเพื่อสังคม
3. ศึกษาช่องว่าง (gap) ของการให้บริการเฝ้าระวังและการบริหารทางเฝ้าระวังด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพ
4. กำหนดกลุ่มเป้าหมายและสัมภาษณ์ประสบการณ์ตรงจากผู้เกี่ยวข้องในด้านต่างๆเกี่ยวกับเรื่อง วิสาหกิจเพื่อสังคม
5. กำหนดกลุ่มเป้าหมายและ สัมภาษณ์ประสบการณ์ตรงจากผู้เกี่ยวข้องทางด้านเฝ้าระวังเชื่อมโยงกับเรื่อง วิสาหกิจเพื่อสังคม (รวมผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน)
6. กำหนดกลุ่มเป้าหมายและจัดประชุมระดมความคิดเห็นของการจัดตั้ง วิสาหกิจเพื่อสังคม งานเฝ้าระวัง

7. วิเคราะห์ข้อมูลและสังเคราะห์เพื่อจัดทำแนวทางการจัดตั้งและบริหาร วิชากิจเพื่อสังคม งานเภสัชกรรมและงานเภสัชกรรมที่มีศักยภาพและจัดลำดับความสำคัญ
8. สอบถามความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านเภสัชกรรมและผู้นำสาธารณสุขด้านอื่นๆเพื่อสอบถาม
9. จัดทำข้อสรุปเสนอ สสส.

1.6 ดัชนีชี้วัดโครงการ

1. รูปแบบที่เป็นไปได้ในการจัดตั้ง วิชากิจเพื่อสังคม งานเภสัชกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อย่างน้อย 2 รูปแบบ พร้อมประมาณการรายรับ รายจ่าย
2. กิจกรรมด้านเภสัชกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่มีศักยภาพพร้อมลำดับความสำคัญ

บทที่ 2

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้หลายวิธีเพื่อเก็บข้อมูล ได้แก่ การทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์รายบุคคล การประชุมระดมสมอง และการทวนสอบข้อมูลกับผู้เป็นแหล่งข้อมูล (Key persons) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้านจากมุมมองของผู้เกี่ยวข้องที่หลากหลาย เนื่องจากยังไม่มี วิทยานิพนธ์เพื่อสังคม ด้านเภสัชกรรม ดำเนินการในไทย ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการคัดเลือกตัวอย่างโดยกำหนดกรอบผู้เกี่ยวข้องในระบบยา แล้วจึงหากกลุ่มตัวอย่างเพื่อสัมภาษณ์ และประชุมระดมสมอง โดยอาศัยการแนะนำของกลุ่มตัวอย่างที่ได้เก็บข้อมูลไปแล้ว (Snowball technique) แบบลูกโซ่ ซึ่งเป็นการแนะนำเพื่อนหรือคนรู้จักที่มีคุณลักษณะตรงกับที่คณะวิจัยต้องการ ทำแบบนี้ไปเรื่อยๆ จนกระทั่งได้ครบตามจำนวนที่ต้องการหรือเมื่อข้อมูลเกิดความอิ่มตัว จัดทำรายชื่อกลุ่มคนที่ได้รับการตอบรับกลับเชิงบวกแล้วจัดเรียงลำดับรายชื่อกลุ่มเป้าหมายตามระดับความสำคัญของข้อมูลที่ต้องการไว้ 250 คน เพื่อการ drop out แล้วเลือกกลุ่มเป้าหมายด้วยการตัดสินใจร่วมกันของผู้ทำงาน การจัดทำข้อเสนอได้มาจากการสังเคราะห์ข้อมูลที่มาจากการศึกษา เอกสาร การสัมภาษณ์ และการประชุมระดมสมอง จัดทำเป็นข้อเสนอ 5 แนวทาง แล้วนำมาสอบทานด้วยหลักการ triangulate หรือการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Denzin, 1970) กับ Key persons 18 คน เพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอให้เหลือ 3 แนวทาง ก่อนนำมาสังเคราะห์เป็นข้อสรุปเสนอเพียง 2 แนวทาง การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล จนถึงการทำข้อเสนอข้อสรุป 2 แนวทาง มีระยะเวลาการทำงานตั้งแต่ วันที่ 1 กรกฎาคม 2561 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2563

2.1 การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

ผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบไม่คำนึงถึงความน่าจะเป็น โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ (Snowball sampling technique) เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยการแนะนำของกลุ่มตัวอย่างที่ได้เก็บข้อมูลไปแล้ว เป็นการแนะนำเพื่อนหรือคนรู้จักที่มีคุณลักษณะตรงกับที่คณะวิจัยต้องการ ทำแบบนี้ไปเรื่อยๆ จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการหรือเมื่อข้อมูลเกิดความอิ่มตัว

2.2 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

ใช้การเลือกแบบเจาะจง ตามความเห็นของผู้ร่วมงาน รวมทั้งเมื่อติดต่อกแล้วได้รับการตอบรับกลับเชิงบวก จัดเรียงลำดับรายชื่อกลุ่มเป้าหมายตามระดับความสำคัญของข้อมูลที่ต้องการ (เพราะเลือกกลุ่มเป้าหมายไว้อย่างน้อย 250 คน เพื่อการ drop out) จำแนกดังนี้

- 2.2.1 ผู้เกี่ยวข้องกับ SE อย่างน้อย 20 คน เพื่อให้เข้าใจธุรกิจวิสาหกิจเพื่อสังคม
- 2.2.2 บุคลากรสาธารณสุข อย่างน้อย 50 คน เพื่อศึกษาช่องว่างของบริการเภสัชกรรม
- 2.2.3 ผู้เกี่ยวข้องทางด้านเภสัชกรรม อย่างน้อย 30 คน เพื่อเชื่อมงานบริการเภสัชกรรมและวิสาหกิจเพื่อสังคม
- 2.2.4 เภสัชกร อย่างน้อย 60 คน เพื่อระดมความเห็นต่อการจัดตั้งวิสาหกิจเพื่อสังคม
- 2.2.5 ผู้เชี่ยวชาญ (Key persons) อย่างน้อย 20 คน เพื่อสอบทานข้อคิดเห็นก่อนสรุปผล

2.3 การคัดเลือกเอกสารเพื่อนำมาใช้ในการศึกษา

ข้อมูลจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องด้านวิสาหกิจเพื่อสังคม สืบค้นโดยใช้ keywords คำว่า “วิสาหกิจเพื่อสังคม” “ธุรกิจเพื่อสังคม” “กิจการเพื่อสังคม” “social business” และ “social enterprise” เป็นเอกสารในประเทศไทยและต่างประเทศ ทั้งที่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2552 ถึง 2562 แหล่งที่ใช้ในการสืบค้นมี 3 แหล่ง คือ 1) ฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ เช่น PubMed ThaiLis tci-thaiJo 2) เอกสารการประชุม รายงานสรุปการประชุม และ 3) ข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมายสืบค้นจากราชกิจจานุเบกษา ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ประกาศของหน่วยงานราชการต่างๆ โดยเป็นเอกสารที่เป็นแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับวิสาหกิจเพื่อสังคม ธุรกิจเพื่อสังคม/กิจการเพื่อสังคม ในประเด็นนิยาม รูปแบบของกิจการ การบริหารจัดการธุรกิจ การลงทุน การระดมทุน การทำกำไร ความยั่งยืน ปัญหาอุปสรรคและการแก้ไข

ข้อมูลจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องด้านเภสัชกรรม สืบค้นโดยใช้ keywords คำว่า “บริการเภสัชกรรม” และ “pharmacy service” เป็นเอกสารในประเทศไทยและต่างประเทศ ทั้งที่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2552 ถึง 2562 แหล่งที่ใช้ในการสืบค้นมี 3 แหล่ง คือ 1) ฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ เช่น PubMed ThaiLis ThaiJo และ 2) รายงานการศึกษา และ 3) เอกสารการประชุม รายงานสรุปการประชุม คัดเลือกเอกสารที่เป็นเอกสารในประเด็นประเภทของบริการเภสัชกรรม บริบาลทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพ ช่องว่างของบริการ ทัศนคติ และความ ต้องการบริการของทั้งเภสัชกร บุคลากรสาธารณสุข และผู้ป่วย

2.4 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

1. การเก็บข้อมูลจากเอกสาร

- เอกสารเรื่อง Social enterprise จำนวน 55 ชิ้น
- เอกสารเกี่ยวกับงานเภสัชกรรม จำนวน 75 ชิ้น

2. การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง

- ผู้เกี่ยวข้องกับ วิสาหกิจเพื่อสังคม 19 คน
- บุคลากรสาธารณสุข 33 คน
- ผู้เกี่ยวข้องทางด้านเภสัชกรรม 35 คน
- ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูลเพื่อทวนสอบ (Key persons) 18 คน

3. การประชุมระดมสมอง ผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 81 คน (ประชุม 2 ครั้ง)

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้

วิธีเก็บข้อมูล/ กลุ่มบุคคล	การสัมภาษณ์ (87 คน)	ประชุมระดมสมอง		ผู้เชี่ยวชาญ (key persons) (18 คน)
		ครั้งที่ 1 (38 คน)	ครั้งที่ 2 (43 คน)	
วิสาหกิจเพื่อสังคม	19(21.8%)	6(15.8%)	8(18.6%)	4(22.2%)
พยาบาล	11(12.6%)	n/a	n/a	n/a
แพทย์	7(8.1%)	n/a	n/a	1(5.6%)
แพทย์แผนไทย	1(1.1%)	n/a	n/a	n/a
เภสัชกร	31(35.6%)	25(65.8%)	26(60.5%)	12(66.6%)
เภสัชกรตลาด	3(3.4%)	3(7.9%)	5(11.6%)	1(5.6%)
ตัวแทนผู้ป่วย	4(4.6%)	4(10.5%)	4(9.3%)	n/a
หัวหน้าหน่วย บริการ	6(6.9%)	n/a	n/a	n/a
นักวิชาการ สาธารณสุข	3(3.4%)	n/a	n/a	n/a
หัวหน้ากลุ่มเวช กรรมสังคม	2(2.3%)	n/a	n/a	n/a

บทที่ 3

ข้อมูลจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องที่จะนำเสนอในบทนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ (1) ประเด็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารด้านวิสาหกิจเพื่อสังคม และ (2) ประเด็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารด้านเกษตรกรรม โดยมีรายละเอียดแต่ละส่วนดังต่อไปนี้

3.1 ประเด็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารด้านวิสาหกิจเพื่อสังคม

ข้อมูลจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องด้านวิสาหกิจเพื่อสังคม นำเสนอประเด็นการวิเคราะห์ข้อมูลครอบคลุมประเด็นหลัก 7 ประเด็น คือ

- 3.1.1 นิยามของวิสาหกิจเพื่อสังคม
- 3.1.2 แนวคิดและสถานการณ์ของวิสาหกิจเพื่อสังคมในต่างประเทศและในประเทศไทย
- 3.1.3 กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และข้อกำหนดหรือเงื่อนไขต่าง ๆ
- 3.1.4 รูปแบบและโครงสร้างของวิสาหกิจเพื่อสังคม
- 3.1.5 แนวทางการหารายได้ของวิสาหกิจเพื่อสังคม
- 3.1.6 แหล่งที่มาของเงินทุน การระดมทุนในการดำเนินการของวิสาหกิจเพื่อสังคม
- 3.1.7 ปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน และการแก้ไข ปรับปรุงกิจการวิสาหกิจเพื่อสังคม

โดยมีรายละเอียดแต่ละประเด็นดังต่อไปนี้

3.1.1 นิยามของวิสาหกิจเพื่อสังคม และธุรกิจเพื่อสังคม/กิจการเพื่อสังคม

3.1.1.1 นิยามตามพจนานุกรม

คำว่า “วิสาหกิจ” (enterprise) ตามพจนานุกรม⁽¹³⁾ หมายถึง การประกอบการที่ยากลำบากซับซ้อนหรือเสี่ยงต่อการขาดทุนล้มละลาย ส่วนคำว่า “ธุรกิจ/กิจการ” (business) หมายถึง การประกอบกิจการในทางเกษตรกรรม อุตสาหกรรม หัตถกรรม พาณิชยกรรม การบริการ หรือกิจการอย่างอื่นเป็นการค้า หรือหมายถึง การงานประจำเกี่ยวกับอาชีพค้าขาย หรือกิจการอย่างอื่นที่สำคัญและไม่ใช่อำนาจ

หากดูตามความหมายนี้ คำว่าวิสาหกิจมีความหมายที่กว้างกว่าคำว่าธุรกิจ/กิจการ เพราะวิสาหกิจหมายรวมถึงการประกอบการที่มีใช่เพื่อการค้าด้วย (ที่หมายถึง การซื้อขายสินค้าหรือบริการ) หรือได้รวมถึงเรื่องที่เป็นราชการเข้าไว้ด้วย เมื่อมีการเติมคำขยายว่าเป็น **วิสาหกิจเพื่อสังคม** (social enterprise) และ **ธุรกิจเพื่อสังคม/กิจการเพื่อสังคม** (social business) จึงทำให้การประกอบการเหล่านี้ ล้วนต้องมีวัตถุประสงค์ที่จะสนองตอบต่อเป้าหมายทางสังคม และสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก

ด้วยการที่ธุรกิจ/กิจการซึ่งได้ชื่อว่าเป็นหน่วยงานที่แสวงหากำไร แม้จะมีวัตถุประสงค์ทางสังคมมากำกับ ธุรกิจเพื่อสังคม/กิจการเพื่อสังคมก็ได้ปฏิบัติภารกิจแสวงหากำไร (และยังต้องไม่ทำให้ขาดทุนด้วย) เพียงแต่กำไรที่ได้จากการทำธุรกิจนั้น จะต้องถูกนำกลับมาทำประโยชน์เพื่อสังคมส่วนรวม ไม่สามารถนำมาปันกลับคืนให้แก่ผู้ถือหุ้นเป็นการส่วนตัวได้ (ยกเว้นก็แต่เงินลงทุนที่มีสิทธิได้รับกลับคืน)

มุฮัมหมัด ยูนูส⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ ผู้บุกเบิกธุรกิจเพื่อสังคมในประเทศบังกลาเทศ ได้ขยายความว่าธุรกิจเพื่อสังคมตามนิยามของเขามี 2 ประเภท ประเภทแรก ยูนูสเรียกว่า **Type I social business** คือ non-loss, non-dividend company ที่ทำงานอุทิศให้กับการแก้ไขปัญหาทางสังคมและถือหุ้น โดยนักลงทุนที่พร้อมจัดสรรกำไรจากการดำเนินงานทั้งหมดในการขยายและปรับปรุงธุรกิจเพื่อสังคมของตนให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น ส่วนประเภทที่สองเรียกว่า **Type II social business** คือ profit-making company ที่มีได้ถือหุ้นโดยนักลงทุนหรือบุคคลทั่วไป แต่เป็นคนยากจนหรือผู้ด้อยโอกาสที่เป็นเจ้าของ ไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อม และได้รับโอกาสให้นำกำไรที่ได้จากการดำเนินงาน ไปบรรเทาปัญหาความยากจนนั้น ได้ตามวัตถุประสงค์ของธุรกิจเพื่อสังคมนั้นๆ

ธุรกิจเพื่อสังคม/กิจการเพื่อสังคม จึงไม่ใช่องค์กรที่ไม่มีวัตถุประสงค์หากำไร (non-profit organization) ดังเช่นมูลนิธิที่มีได้มีรายได้จากการดำเนินกิจกรรมทางธุรกิจเป็นหลัก แต่รายรับส่วนใหญ่มาจากการบริจาค เพื่อนำไปใช้ดำเนินกิจกรรมที่เป็นสาธารณประโยชน์ และที่สำคัญมูลนิธิไม่มีผู้เป็น 'เจ้าของ' เหมือนกับธุรกิจเพื่อสังคม/กิจการเพื่อสังคม

ด้วยเหตุที่ กฎหมายว่าด้วยมูลนิธิในหลายประเทศส่วนใหญ่ ถือว่าทรัพย์สินของมูลนิธิที่ได้รับจากการบริจาคหรือที่เป็นดอกผลเพิ่มเติมขึ้นภายหลังนั้น เป็นกรรมสิทธิ์ของรัฐ (ในฐานะผู้ว่าการสังคม) แต่เนื่องจากรัฐไม่สามารถดูแลหรือจัดการได้อย่างทั่วถึง จึงมอบหมาย (ตามบทบัญญัติของกฎหมาย) ให้คณะกรรมการชุดหนึ่ง (ซึ่งส่วนใหญ่ก็คือ คณะผู้ก่อการมูลินั้น) ทำหน้าที่บริหารจัดการสินทรัพย์นั้นให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมแทนเจ้าหน้าที่รัฐ คณะกรรมการมูลนิธิจึงไม่ได้อยู่ในฐานะที่เป็น 'เจ้าของ' ทรัพย์สินที่เป็นของส่วนรวมนั้นแต่ต้น (รัฐจึงมีสิทธิ์เข้ามาจัดการได้ทุกเมื่อ)

ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง "วิสาหกิจเพื่อสังคม" กับ "ธุรกิจเพื่อสังคม/กิจการเพื่อสังคม" ในแง่ของขอบเขต **วิสาหกิจเพื่อสังคมนั้นกินความหมายกว้างกว่า** เพราะรูปแบบขององค์กรเป็นได้ทั้งองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร (non-profits) และที่แสวงหากำไร (for-profits) ซึ่งหากมีกำไร ก็จะนำกำไรส่วนใหญ่ไปขยายหรือลงทุนในกิจการหรือโครงการเพื่อสังคมต่อ และกำไรบางส่วนแบ่งปันกลับคืนให้เจ้าของได้

ขณะที่ธุรกิจเพื่อสังคม (ตามนิยามของยูนูส) รูปแบบขององค์กรนั้นเป็นแบบที่แสวงหากำไรอย่างเดียว และกำไรที่ได้ต้องใช้หมุนเวียนในธุรกิจเพื่อสังคมทั้งหมด ไม่ปันกลับไปให้ผู้ถือหุ้น (ในกรณีของ Type I) ดังนั้น ธุรกิจเพื่อสังคม จึงเป็น subset ของวิสาหกิจเพื่อสังคม

แนวคิดของยูนูสในเรื่องธุรกิจเพื่อสังคม ดูจะแข็งและเข้มงวดมากกว่าวิสาหกิจเพื่อสังคม ในแง่ของการแบ่งปันผลกำไรที่ไม่เปิดโอกาสให้มีการชิงใจเลือกระหว่าง "ปันผลส่วนตัว" กับ "ประโยชน์ส่วนรวม" เพราะมีฐานคิดว่า ถ้าปล่อยให้เกิดขึ้น ความนิยมเพียงจะเป็นไปในทางเห็นแก่ประโยชน์ส่วนตนก่อน และประโยชน์ส่วนรวมค่อยมาทีหลัง

บรรดาองค์กรพัฒนาเอกชนหรือ NGOs น่าจะชอบหรือถูกจริตกับรูปแบบธุรกิจเพื่อสังคมของยูนูส ในประเด็นที่ไม่ต้องการนำเรื่องธุรกิจมาหาเงินหรือค้ากำไรกับความยากจนของชาวบ้าน ขณะที่องค์กรธุรกิจทั่วไปน่าจะชอบกับแนวคิดวิสาหกิจเพื่อสังคมมากกว่า เพราะมีความยืดหยุ่นในแง่ของการปันผลกำไรที่ถูกกับจริตของนักธุรกิจอยู่บ้างไม่มากนัก

สำหรับการศึกษานี้จะยึดนิยามของ social enterprise ในความหมายที่มีขอบเขตที่กว้างกว่าคือ "วิสาหกิจเพื่อสังคม" และจะใช้ ตัวย่อว่า "SE" แทน

3.1.1.2 นิยามของนักวิชาการและหน่วยงานของ SE

นักวิชาการหลายแขนงได้ศึกษาเกี่ยวกับ SE ดังนั้นมุมมองเกี่ยวกับ SE จึงสะท้อนออกมาอย่างหลากหลายทั้งจากรูปแบบองค์กร จากลักษณะของการสร้างประโยชน์ และจากทางด้านกฎหมาย นิยามของ SE จึงมีการให้คำจำกัดความไว้อย่างหลากหลาย ผันแปรไปตามมุมมองของการศึกษา ซึ่งอาจสรุปได้โดยสังเขป ดังนี้

EMES European Research Network (1999)⁽¹⁶⁾ ได้นิยามความหมายของ SE ว่า เป็นองค์กรที่มีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนเพื่อประโยชน์ของชุมชน ริเริ่มโดยกลุ่มของประชาชนโดยใช้เงินทุนที่มีอยู่อย่างจำกัดสำหรับการบริหารงานที่เป็นอิสระ โดยแบกรับความเสี่ยงทางการเงินจากการทำกิจกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคม

กระทรวงการค้าและอุตสาหกรรมอังกฤษ (UK Department for Trade and Industry, 2002)⁽¹⁷⁾ ได้นิยามความหมายของ SE ว่า เป็นองค์กรที่มีรูปแบบการดำเนินงานในเชิงธุรกิจแต่มีเป้าหมายทางสังคมเป็นหลัก และรายได้จากการดำเนินธุรกิจจะนำกลับมาสู่การพัฒนาสังคมและพัฒนาองค์กรให้เติบโตขึ้นเพื่อประโยชน์ของสังคมส่วนรวมเป็นหลัก มิใช่เพื่อความมั่งคั่งของเจ้าของและผู้ถือหุ้น

The United Nations Global Compact and The Rockefeller Foundation (2012)⁽¹⁸⁾ ได้ให้นิยามของ SE ว่าเป็นธุรกิจขนาดเล็กถึงขนาดกลาง ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อประโยชน์ของสังคมและสิ่งแวดล้อม ในขณะที่มีผลตอบแทนทางการเงินรวมอยู่ด้วย และ SE มีผลกระทบต่อการลงทุนอย่างมีนัยสำคัญ

Social Enterprise Association (2014)⁽¹⁹⁾ ได้นิยามว่า SE หมายถึงธุรกิจที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างผลกระทบทางสังคม (Social impact) โดยมีปัจจัยหลากหลายทั้งภาคสังคม และรูปแบบธุรกิจ โดยใช้กลยุทธ์ทางการตลาดเป็นตัวผลักดันให้องค์กรพัฒนาเพื่อเชื่อมโยงไปสู่การแก้ไขปัญหาของสังคมได้

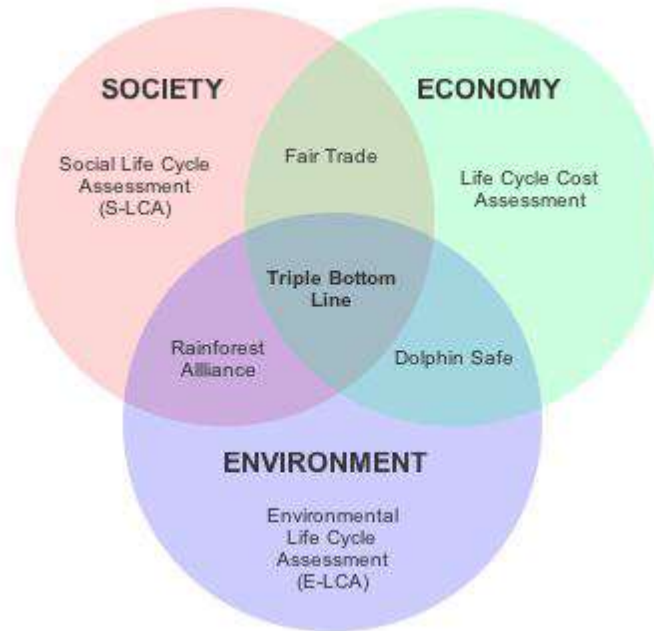
Social Enterprise UK⁽²⁰⁾ ให้นิยาม SE ว่า คือ กิจการที่ทำการค้าเพื่อจุดประสงค์ทางสังคม และ/หรือสิ่งแวดล้อม โดยมีพันธกิจทางสังคมที่ชัดเจน มีรายรับส่วนใหญ่จากการขายผลิตภัณฑ์หรือการให้บริการ และมีกฎที่ชัดเจนว่าจะบริหารจัดการกำไรอย่างไร รวมถึงต้องนำกำไรกลับไปลงทุนในพันธกิจเพื่อสังคม

Social Enterprise Alliance⁽²¹⁾ ที่มีวิสาหกิจเพื่อสังคมในสหรัฐอเมริกามากกว่า 1,000 แห่งเป็นสมาชิก สมาคมฯ ได้ให้นิยาม SE ไว้ว่าคือองค์กรหรือโครงการที่เป็นจุดร่วมระหว่างการมีพันธกิจทางสังคมแบบองค์กรไม่แสวงกำไร หรือภาครัฐและมีการขับเคลื่อนด้วยกลไกตลาดแบบธุรกิจ

ดร. มูฮัมหมัด ยูนุส⁽²²⁾ ให้ความหมาย SE ว่าคือ ธุรกิจที่ขับเคลื่อนด้วยเป้าหมายทางสังคม นักลงทุนสามารถทยอยรับผลตอบแทนคืนได้แต่ไม่เกินมูลค่าของเงินที่ลงทุน และจะไม่ได้รับเงินปันผล เนื่องจากเป้าหมายของการลงทุนในธุรกิจเพื่อสังคมเป็นไปเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ทางสังคมผ่านการปฏิบัติงานของบริษัท มิใช่เพื่อผลประโยชน์ส่วนตัวของนักลงทุน บริษัทจึงต้องสามารถคืนทุน ทำกำไรและบรรลุเป้าหมายทางสังคมไปพร้อมๆ กันได้

ส่วน Global Social Venture Competition: GSVC⁽²³⁾ ซึ่งเป็นเวทีการประกวด SE ที่เก่าแก่ที่สุดในโลก และเป็นเวทีเริ่มต้นของ SE ระดับโลกหลายแห่ง เช่น Kiva.org, Revolution Foods, d.light Design และ Sanergy ระบุว่า SE คือกิจการที่วางเป้าหมายว่าจะมีความยั่งยืนทางการเงินหรือมีกำไร ไม่ว่าจะ เป็นองค์กรที่ได้รับการยกเว้นภาษีหรือไม่ องค์กรจะต้องเลี้ยงตัวเองได้จากรายได้ที่มาจากการทำงานธุรกิจ รวมถึงมีผลลัพธ์ทางสังคมและ/หรือสิ่งแวดล้อมที่วัดผลได้ (measurable impact) โดยถือเป็นหนึ่งเดียวกับพันธกิจและการดำเนินงาน

Elkington (1994) ⁽²⁴⁾ กล่าวถึง แนวคิด SE แบบ Triple bottom line ซึ่งหมายถึง การดำเนินงานของกิจการเพื่อสังคมที่อาจมุ่งเน้นเป้าหมายทางสังคม สิ่งแวดล้อม และการเงินไปพร้อมๆ กัน โดยพิจารณาถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นใน 3 มิติ ร่วมกัน คือ มิติทางด้านเศรษฐกิจ หรือมิติทางด้านธุรกิจ มิติทางด้านสังคม และมิติทางด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นการดำเนินธุรกิจที่คำนึงถึงผลกำไร หรือผลตอบแทนในทางธุรกิจ แต่ในขณะเดียวกันก็ผสมผสานความรับผิดชอบต่อสังคม และสิ่งแวดล้อมเข้าไว้ด้วยกัน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนทางด้านธุรกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมในระยะยาว ดังแสดงในภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1: Triple bottom line

ที่มา: Blakeindley (2014)

สตูนี อาชวานันทกุล (2552) ⁽²⁵⁾ กล่าวว่า SE คือ กิจการที่มีพันธกิจหลักในการช่วยเหลือคนที่ขาดโอกาสในการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกของปัจจัยพื้นฐาน คำนึงถึง สังคม และสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก มีความหลากหลายแนวทางในการทำธุรกิจ แต่มีจุดประสงค์เพื่อเอื้อประโยชน์ต่อเศรษฐกิจระดับเล็ก (Micro economic) และกิจกรรมในพื้นที่ไรตลาดไปจนถึงตลาดโตเร็ว สร้างโอกาส สร้างผลตอบแทนด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อประโยชน์สูงสุดไม่ใช่กำไรสูงสุด มีความยั่งยืนทางการเงิน ใช้กลไกทางการตลาด การสร้างนวัตกรรม และการประสานประโยชน์ของทุกฝ่าย ได้แก่ ภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคเอกชน เพื่อสร้างค่านึงสำคัญในการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก

ดร.มัชฌิมา กุญชร ณ อยุธยา ⁽²⁶⁾ ให้นิยามไว้ว่า SE คือธุรกิจที่จัดตั้งขึ้นเพื่อประกอบการผลิตสินค้าและให้บริการ ในลักษณะที่เกื้อกูลและจัดการแก้ไขให้สังคมหรือสิ่งแวดล้อมได้รับสิ่งที่จำเป็น เพื่อมุ่งสู่การอยู่ดีมีสุขยั่งยืนอย่างแท้จริง

นายอภิรักษ์ โกษะโยธิน ⁽²⁷⁾ ให้นิยาม SE คือ กิจการที่มีรายรับจากการขาย การผลิตสินค้าหรือการให้บริการที่ถูกตั้งขึ้นเพื่อเป้าหมายชัดเจนตั้งแต่เริ่มก่อตั้งโดยมุ่งเป้าหมายแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชนสังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก รวมทั้งมีความยั่งยืนทางการเงินได้ด้วยตนเอง

ดร. การดี เลียวไพโรจน์ ⁽²⁸⁾ ให้นิยามไว้ว่า SE คือกิจการที่ใช้กำไรจากการประกอบการเพื่อวัตถุประสงค์ในการแก้ไขหรือพัฒนาสังคม ซึ่งต่างจากบริษัทที่ทำกิจกรรมเพื่อสังคม (CSR) ตรงที่บริษัทยังคงมีเป้าหมายเพื่อแสวงหากำไรสูงสุดแต่ต้องการตอบแทนสังคม ไม่ใช่การมีเป้าหมายเพื่อสร้างกำไรควบคู่ไปกับการพัฒนาสังคม

คณะวิจัยโครงการกิจการเพื่อสังคมน้ำดี 50 องค์การ⁽²⁸⁾ ให้คำนิยามไว้ว่า SE คือกิจการที่มีรายรับจากการขาย การผลิตสินค้า และ/หรือการให้บริการ ที่ถูกตั้งขึ้นเพื่อเป้าหมายอย่างชัดเจน ตั้งแต่แรกเริ่มหรือมีการกำหนดเพิ่มเติมหรือปรับเปลี่ยนเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก โดยไม่ได้มีเป้าหมายในการสร้างกำไรสูงสุดต่อผู้ถือหุ้นและเจ้าของเท่านั้น

ในขณะที่ลักษณะของ SE ตามแนวทางของตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทยมีลักษณะ 4 ประการ⁽²⁹⁾ คือ ประการแรก มีเป้าหมายทางสังคมและสิ่งแวดล้อมไม่ใช่เป้าหมายในการทำกำไรสูงสุด ประการที่สอง มีรูปแบบการดำเนินธุรกิจที่มีความยั่งยืนทางการเงิน ประการที่สาม มีความรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม ประการสุดท้าย ผลกำไรส่วนใหญ่หรือทั้งหมดกลับคืนสู่สังคมและเป้าหมายที่กำหนดไว้

จากคำนิยามดังกล่าวอาจสรุปได้ว่า SE คือ ธุรกิจหรือองค์กรที่ตั้งขึ้นมาเพื่อแก้ไขปัญหาสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยมีรายได้หลักมาจากการค้าหรือการให้บริการมากกว่าการรับบริจาคเพื่อสร้างการพึ่งพาตนเองทางการเงินได้และนำผลกำไรที่เกิดขึ้นไปลงทุนซ้ำเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ทางสังคมที่ตั้งไว้ อีกทั้ง SE ยังเป็นการเชื่อมโยงจุดแข็งของสองภาคส่วน ได้แก่ การจัดการที่มีประสิทธิภาพของภาคธุรกิจเอกชนเป็นส่วนแรก ร่วมกับความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะแก้ไขปัญหาของภาคสังคมอันเป็นส่วนที่สอง เพื่อทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาที่มีนวัตกรรมและความยั่งยืน

3.1.1.3 นิยามตามกฎหมายไทย

คำนิยามทางกฎหมายมีความสำคัญต่อการขับเคลื่อน SE ในประเทศไทย เพราะนิยามจะกำหนดกรอบในเรื่องสิทธิ และหน้าที่ รวมทั้งทิศทางในการดำเนินการของวิสาหกิจด้วย พ.ร.บ. ส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม พ.ศ.2562 ให้ความสำคัญกับเรื่องคำนิยามของ SE เพื่อให้คำนิยามดังกล่าวสอดคล้องเหมาะสมกับสภาพสังคมของประเทศไทยให้มากที่สุด อย่างไรก็ตามคำนิยามของ SE ภายใต้ พ.ร.บ. ดังกล่าวมีการแก้ไขเพิ่มเติมอยู่หลายครั้ง และคาดว่าจะมีการแก้ไขเพิ่มเติมอีก เพราะมีข้อถกเถียงกันหลายประการ ปัญหาในลักษณะนี้ไม่ได้เกิดขึ้นในประเทศไทยแห่งเดียว บางประเทศเลือกที่จะให้มีคำนิยามซึ่งอาจจะกว้างบ้างแคบบ้างในขณะที่บางประเทศ เช่น สหราชอาณาจักร เลือกที่จะไม่กำหนดคำนิยามทางกฎหมายของ SE เลย เนื่องจากไม่ต้องการกีดกันกลุ่มองค์กรใดองค์กรหนึ่งออกไป เป็นต้น คำว่า “วิสาหกิจเพื่อสังคม” ตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม พ.ศ.2562 ที่ได้รับการแก้ไขเพิ่มเติมมีทั้งสิ้น 4 คำนิยาม ดังต่อไปนี้

คำนิยามแรกเสนอโดยสภาปฏิรูปแห่งชาติ⁽³⁰⁾ เมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2558 ปรากฏถ้อยคำดังนี้ “วิสาหกิจเพื่อสังคม” หมายความว่านิติบุคคลซึ่งดำเนินกิจการเกี่ยวกับการผลิตสินค้า การให้บริการ หรือการอื่น ๆ ของภาคเอกชนโดยมีเป้าหมายอย่างชัดเจนตั้งแต่แรกเริ่มในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน สังคม หรือสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก มิใช่การสร้างกำไรสูงสุดต่อผู้ถือหุ้นและเจ้าของเป็นสำคัญ และมีลักษณะพิเศษ ดังต่อไปนี้

- (1) กำหนดวัตถุประสงค์ทางสังคมเป็นเป้าหมายหลักของกิจการ
- (2) มีศักยภาพที่จะมีความยั่งยืนทางการเงินได้ด้วยตนเอง
- (3) กระบวนการผลิต การดำเนินกิจการรวมถึงผลิตภัณฑ์หรือบริการ ไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อเนื่องใน ระยะเวลาต่อสังคม สุขภาวะ และสิ่งแวดล้อม
- (4) ผลกำไรส่วนใหญ่ถูกนำไปใช้เพื่อการลงทุนกลับไปใช้ในการขยายผลเพื่อการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว หรือคืนผลประโยชน์ให้แก่สังคม หรือผู้ให้บริการ
- (5) มีการกำกับดูแลกิจการที่ดี

คำนิยามที่สอง ซึ่งผ่านการรับฟังความคิดเห็นตามข้อกำหนดของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2560⁽³¹⁾ ปรากฏถ้อยคำดังนี้ “วิสาหกิจเพื่อสังคม” หมายความว่า บริษัทหรือห้างหุ้นส่วนนิติบุคคลที่ตั้งขึ้นตามกฎหมายไทย ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อประกอบกิจการขายสินค้าหรือการให้บริการ โดยมุ่งส่งเสริมการจ้างงานในท้องถิ่นที่วิสาหกิจเพื่อสังคมตั้งอยู่ หรือมีเป้าหมายในการจัดตั้งตั้งแต่แรกเริ่มในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน สังคมหรือสิ่งแวดล้อม โดยมีได้มุ่งสร้างกำไรสูงสุดต่อผู้ถือหุ้นหรือผู้เป็นหุ้นส่วน และนำผลกำไรไม่น้อยกว่าร้อยละเจ็ดสิบไปลงทุนในกิจการของตนเอง หรือใช้เพื่อประโยชน์ของเกษตรกรผู้ยากจน คนพิการ ผู้ด้อยโอกาส หรือใช้เพื่อประโยชน์ส่วนรวมอื่น ๆ ตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

คำนิยามที่สาม ฉบับคณะกรรมการดำเนินการปฏิรูปกฎหมายในระยะเร่งด่วน แก้ไขในคราวประชุมครั้งที่ 1/2561 วันที่ 15 มกราคม 2561⁽³²⁻³³⁾ ปรากฏถ้อยคำดังนี้ “วิสาหกิจเพื่อสังคม” หมายความว่า บริษัท ห้างหุ้นส่วนนิติบุคคล หรือนิติบุคคลอื่นที่ตั้งขึ้นตามกฎหมายไทย ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อประกอบกิจการ ผลิต หรือจำหน่ายสินค้าหรือบริการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการจ้างงาน หรือ การแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน สังคม สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม โดยมีได้มุ่งหากำไรสูงสุดมาแบ่งปันกันและนำผลกำไรไม่น้อยกว่าร้อยละเจ็ดสิบไปลงทุนในกิจการของตนเอง หรือใช้เพื่อประโยชน์ของผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือทุพพลภาพ ผู้ป่วย ผู้พิการหรือผู้ด้อยโอกาสอื่น หรือใช้เพื่อประโยชน์ส่วนรวมอื่น หรือคืนประโยชน์ให้แก่สังคมตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

คำนิยามที่สี่ ฉบับที่สภานิติบัญญัติแห่งชาติมีหนังสือเห็นสมควรประกาศใช้เป็นกฎหมายแล้ว ลงวันที่ 5 มีนาคม 2562⁽³⁴⁾ มีการให้เพิ่มเติมคำนิยามของกลุ่มกิจการที่มีลักษณะแบบเดียวกับ SE แต่ยังไม่ได้รับการขึ้นทะเบียน (pre-se) ปรากฏถ้อยคำดังต่อไปนี้ “วิสาหกิจเพื่อสังคม” หมายความว่า บริษัท ห้างหุ้นส่วนนิติบุคคล หรือนิติบุคคลอื่นที่ตั้งขึ้นตามกฎหมายไทย ซึ่งดำเนินกิจการเกี่ยวกับการผลิต การจำหน่ายสินค้า หรือการบริการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสังคมเป็นเป้าหมายหลักของกิจการ และได้รับการจดทะเบียนตามพระราชบัญญัตินี้ ส่วน “กลุ่มกิจการเพื่อสังคม” หมายความว่า บุคคลธรรมดา กลุ่มบุคคล ชุมชน หรือนิติบุคคลที่ตั้งขึ้นตามกฎหมายไทย ซึ่งดำเนินกิจการเกี่ยวกับการผลิต การจำหน่ายสินค้าหรือการบริการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสังคมเป็นเป้าหมายหลักของกิจการ และได้รับการจัดแจ้งเป็นกลุ่มกิจการเพื่อสังคมตามพระราชบัญญัตินี้

อนึ่งเหตุผลที่คำนิยามล่าสุด (คำนิยามที่สี่) มีการเพิ่มคำนิยามของคำว่า “กลุ่มกิจการเพื่อสังคม” (pre-se) ก็เพื่อให้เกิดความหลากหลายของรูปแบบธุรกิจ เช่น อาจเป็นเจ้าของกิจการคนเดียว ห้างหุ้นส่วนสามัญ เป็นต้น ทั้งนี้ในร่าง พรบ.ฯ เดิม (คำนิยามที่หนึ่ง-สาม) พยายามจะส่งเสริมให้ผู้ประกอบการจัดแจ้งให้วิสาหกิจของตนอยู่ในรูปนิติบุคคลเท่านั้น เพื่อความสะดวกในการบริหารจัดการจากภาครัฐ เช่น การบริหารจัดการเชิงข้อมูล แต่การกำหนดให้ SE เป็นนิติบุคคลย่อมหมายถึงว่าบุคคลธรรมดาไม่สามารถที่จะขอรับการสนับสนุนตามร่าง พรบ.ฯ ได้ ซึ่งขัดกับแนวคิดของ SE ที่ต้องการเปิดกว้างให้ใครก็ตามที่ต้องการช่วยเหลือสังคมสามารถเป็นผู้ประกอบการ SE ได้ ในขณะที่รูปแบบองค์กรทางธุรกิจต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นบริษัท ห้างหุ้นส่วน สหกรณ์ สมาคม มูลนิธิ นั้น ล้วนมีจุดเด่นและจุดด้อยในตัวของมันเอง เช่น ถ้าผู้ประกอบการเห็นว่าการดำเนิน SE ในรูปแบบของมูลนิธิทำให้ผู้คนในสังคมรับทราบกันอย่างชัดเจนว่าเป็นองค์กรที่ทำเพื่อสาธารณประโยชน์ และรับการสนับสนุนทางการเงินจากคนในชุมชนจนสามารถอยู่รอดได้ ก็อาจไม่มีความจำเป็นต้องใช้รูปแบบอื่น แต่หากว่าผู้ประกอบการมองว่าความอยู่รอดของ SE ของตนต้องอาศัยการแข่งขันและระดมทุน ก็อาจจะจัดตั้งในรูปแบบของบริษัท เมื่อผู้คนในสังคมเห็นว่าบริษัทดังกล่าวสร้างประโยชน์แก่ส่วนรวม ผู้คนเหล่านั้นก็จะเลือกสนับสนุนบริษัทดังกล่าวโดยยอมที่จะซื้อผลิตภัณฑ์หรือเลือกใช้บริการที่มีราคาสูงกว่าท้องตลาดทั่วไปเพื่อนำผลกำไรไปช่วยเหลือ

สังคมในวงกว้าง ในขณะที่ผู้ประกอบการบางคนอาจเริ่มต้นธุรกิจเพียงคนเดียว เพราะเห็นว่าสามารถบริหารจัดการกิจการได้สะดวกรวดเร็วกว่า อาจเป็นข้อจำกัดที่ไม่สามารถเข้ารับการสนับสนุนตามร่าง พรบ.ได้⁽³⁵⁾

3.1.2 แนวคิดและสถานการณ์ของ SE ในต่างประเทศและในประเทศไทย

SE เกิดขึ้นจากแนวคิดที่ เมื่อสังคมก้าวหน้า ขยายขนาด และมีความซับซ้อนมากขึ้น ปัญหาสังคมและสิ่งแวดล้อมจึงเกิดขึ้นมาก จนยากที่หน่วยงานภาครัฐจะรับมือได้ทั้งหมด ในขณะที่หน่วยงานเอกชนก็มักดำเนินงานเพื่อผลประโยชน์ของหน่วยงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงเท่านั้น ช่วงต้นศตวรรษที่ 20 จึงเกิดหน่วยงานที่เรียกว่า องค์กรสาธารณประโยชน์ (NGO) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ได้รับรองตามกฎหมาย เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในสังคม อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานขององค์กรสาธารณประโยชน์ดังกล่าวต้องพึ่งพาแหล่งทุนจากภายนอกในลักษณะต่างๆ เช่น การรับบริจาค การขอสนับสนุนแบบให้เปล่า ทำให้ประสบปัญหาความต่อเนื่องในการดำเนินงาน เกิดข้อจำกัดในการขยายขอบเขตงานและความยั่งยืนขององค์กร ดังนั้น SE จึงกำเนิดขึ้นระหว่างช่องว่างขององค์กรไม่แสวงหากำไรที่มีเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาสังคมและสิ่งแวดล้อม กับ องค์กรธุรกิจที่มีกำไรและรายได้เป็นเป้าหมายหลัก เพื่อให้เกิดองค์กรที่ดำเนินกิจการเพื่อสังคมอย่างยั่งยืนสามารถดำรงอยู่ทางธุรกิจได้ด้วยตนเองและบรรลุเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาสังคม และสิ่งแวดล้อม⁽³⁶⁾

ประเทศที่มีความโดดเด่นและเป็นผู้ขับเคลื่อนสำคัญของ SE ในทวีปอเมริกาเหนือและยุโรป คือประเทศสหรัฐอเมริกา และ สหราชอาณาจักร ตามลำดับ เนื่องจากเป็นสองประเทศที่เป็นต้นกำเนิดของแนวคิด SE ที่ได้รับความนิยมและถูกนำไปปรับใช้เป็นรูปแบบต่างๆ กระจายทั่วโลก อีกทั้งยังถือว่าเป็นสองประเทศที่ประสบความสำเร็จในการดำเนิน SE และมีแนวทางปฏิบัติที่ดีสำหรับเป็นต้นแบบให้ประเทศต่าง ๆ อีกด้วย จุดกำเนิดของ SE ในประเทศ สหราชอาณาจักรมีลักษณะของการรวมกลุ่มกันของแรงงานชาวบ้าน เกษตรกร หรือผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ในชุมชนและสังคม ในรูปแบบของสหกรณ์ วิสาหกิจชุมชน (Community Enterprise) หรือองค์กรอาสาสมัคร (Enterprising Voluntary Organization) เพื่อแก้ปัญหารายได้หรือการถูกเอาเปรียบในสังคมเชิงนวัตกรรม ในส่วนธุรกิจเป็นการทำธุรกิจเหมือนปกติทุกอย่าง แต่กำไรไม่ได้กลับคืนสู่เจ้าของทุน กำไรไปสู่วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้แต่แรก เช่น ช่วยเหลือเด็กยากจนในชุมชนแออัด โลกไร้คนแก่ แก้ไขปัญหาคนอ่านหนังสือไม่ออก คนพิการ ฯลฯ และคนที่ทำงานใน SE ก็ได้เงินเดือนตามปกติ ได้ผลตอบแทนเหมือนที่เคยได้ทุกอย่าง ซึ่ง SE นี้เป็นรูปแบบกิจการที่อยู่ตรงกลางระหว่างภาครัฐและเอกชน (Third Sector Concept) โดยมีภาครัฐเป็นแกนหลักในการสนับสนุนและขับเคลื่อน SE ซึ่งมี “นโยบายสังคมเป็นใหญ่” สำหรับการสร้างจุดยืนให้ทุกภาคส่วนในสังคมร่วมกันพัฒนาความเข้มแข็งสู่ชุมชนและสังคมไปพร้อมๆ กัน มีการกำหนดรูปแบบการจดทะเบียนสำหรับองค์กรธุรกิจที่มีเป้าหมายเพื่อคืนประโยชน์สู่สังคม เช่น Community Interest Companies (CIC) เพื่อรับสิทธิประโยชน์ต่างๆ อาทิ ด้านภาษีอากร ความช่วยเหลือเงินทุน และสวัสดิการต่างๆ จากภาครัฐ เป็นต้น โดยการสนับสนุนและขับเคลื่อนสังคมของภาครัฐยังแสดงออกในรูปของการสนับสนุนกิจการหรือหน่วยงานทางด้านบริการสุขภาพ เนื่องจากปัญหาของการขาดบริการด้านสุขภาพที่เพียงพอสำหรับคนในประเทศ จึงส่งผลให้ SE ด้านบริการสุขภาพ (Health Care Sector) กลายเป็นประเภท SE ที่มีจำนวนมากและเติบโตเร็วที่สุดใน สหราชอาณาจักร⁽³⁷⁾ ปัจจุบันสหราชอาณาจักรมี SE กว่า 68,000 องค์กร ด้วยเงินทุนหมุนเวียนรวมกันกว่า 27,000 ล้านปอนด์ ซึ่งมาจากภาคธุรกิจที่หลากหลาย ก่อให้เกิดการจ้างงานในระบบเศรษฐกิจของสหราชอาณาจักร ประชาชนกว่า 800,000 คน มีรายได้และมีงานทำ (คิดเป็นร้อยละ 5) เกิดผลทางเศรษฐกิจได้กว่า 8,400 ล้านปอนด์ต่อปี คิดเป็น 1% ของจีดีพี⁽³⁸⁾ โดยในช่วงเริ่มต้นกิจการก็ประสบกับปัญหาในเรื่องของเงินทุน แต่รัฐบาลได้สนับสนุนโดยใช้นโยบายเพื่อที่จะวางกลยุทธ์ให้ SE เกิดขึ้น เช่น พัฒนา Community Development Finance Institutions เพื่อให้การสนับสนุนด้านการเงินแก่ SE การให้การอบรมกับผู้ประกอบการ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนจากภาคเอกชนต่อ SE เช่นกัน อาทิ Social Enterprise UK ที่เป็นองค์กรสนับสนุนและ พัฒนาการดำเนิน SE ที่ครบถ้วนและเป็นต้นแบบของหน่วยงานต่างๆ ทั่วโลก เป็นต้น เอกชัย นิตยาเกษตรวัฒน์⁽³⁹⁾ ได้นำเสนอถึงบริบทของ SE ในสหราชอาณาจักรที่นอกจากทำไรจะถูกจัดสรรและนำไปใช้ประโยชน์ต่อชุมชนแล้ว คุณลักษณะ 3 ประการ ที่เหมือนกันของ SE ในสหราชอาณาจักร คือ

- 1) เป็นธุรกิจที่มีการผลิตและให้บริการในรูปแบบต่าง ๆ
- 2) เป็นธุรกิจที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสังคม เช่น การสร้างงาน การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มทักษะอันมุ่งประโยชน์ต่อ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ
- 3) เป็นองค์กรที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ และมีหลักการบริหารจัดการที่ดี เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ในขณะที่ SE ในประเทศสหรัฐอเมริกามีลักษณะเป็น ภาคธุรกิจเพื่อประโยชน์สังคม (For-Benefit Sector) ที่อยู่ระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคองค์กรการกุศลในระบบเศรษฐกิจ ซึ่งมีรากฐานจากองค์กรไม่แสวงหากำไร หรือ องค์กรสาธารณประโยชน์ที่ปรับตัวเองมาทำธุรกิจเพื่อสร้างรายได้พร้อมทั้งช่วยเหลือและแก้ปัญหาทางสังคมไปในเวลาเดียวกัน ส่วนมากจัดตั้งโดยผู้ประกอบการเป็นหลัก (Single Entrepreneur) เพื่อแสวงหารายได้ให้องค์กรอยู่รอด เนื่องจากประสบปัญหาทางการเงินจากเงินอุดหนุนของรัฐบาลและผู้บริจาคเงินเพื่อการกุศลลดลง⁽⁴⁰⁾ ความหมายของ SE ในสหรัฐนั้น มีความหมายกว้างและให้ความสำคัญกับจุดประสงค์ของการนำรายได้ ผลกำไร ไปใช้ มากกว่าจะระบุถึงคำจำกัดความหรือความหมายใดๆ อย่างเฉพาะเจาะจง⁽⁴¹⁾ ทั้งนี้รัฐบาลไม่มีนโยบายหรือสิทธิประโยชน์สำหรับ SE โดยเฉพาะ เพียงแต่มีการออกกฎหมายจดทะเบียนระดับมลรัฐอยู่ 2 ประเภท คือ บริษัทเพื่อประโยชน์สุข (Benefit Corporation: B-Corp) และบริษัทกำไรต่ำ (L3C_ low-profit limited Liability Company) เพื่อรองรับและแบ่งบริษัทที่มีเป้าหมายเพื่อสังคมออกให้ชัดเจน ซึ่งพบว่าเป้าหมายของ SE ในสหรัฐอเมริกาโดยส่วนใหญ่ คือ SE ที่มุ่งสร้างการจ้างงานสำหรับกลุ่มผู้ด้อยโอกาส และการกระจายบริการด้านสุขภาพที่เพียงพอต่อคนทั่วไป⁽⁴²⁾ จากการรวบรวมสถิติที่สำคัญของ SE ในสหรัฐอเมริกา ในปี 2011 พบว่า SE ในสหรัฐอเมริกามีรายได้รวมกันประมาณ 5 แสนล้านเหรียญ คิดเป็นร้อยละ 3.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ กิจการกว่าร้อยละ 40 เป็นองค์กรขนาดเล็กที่มีพนักงานน้อยกว่า 5 ราย และมีเพียงร้อยละ 8 ที่มีพนักงานมากกว่า 100 ราย ร้อยละ 35 เป็นองค์กรไม่แสวงหากำไร และร้อยละ 31 เป็นองค์กรที่จดทะเบียนในรูปแบบบริษัท⁽²²⁾

SE ในสหรัฐอเมริกามีภาคเอกชนเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจที่แข่งขันด้วยระบบกลไกตลาด เช่นเดียวกับธุรกิจทั่วไป ซึ่งมีความแตกต่างโดยสิ้นเชิงกับรูปแบบในสหราชอาณาจักรที่มีภาครัฐเป็นแกนหลักในการพัฒนา และขับเคลื่อน SE

ในอาเซียนเอง มีการวิเคราะห์กันว่า SE จะกลายเป็นฐานรากสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจในกลุ่มประเทศประชาคมอาเซียน ล่าสุดมีการจัดประชุม ASEAN Plus Three Cooperation เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับการส่งเสริมการค้า กิจกรรมในรูปแบบของ SE เพื่อจะสร้างความร่วมมือในระดับภูมิภาคให้เป็นไปตามเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ ที่มีเจตนารมณ์ในการขจัดความยากจนทุกรูปแบบ และครอบคลุมถึงสภาพแวดล้อมด้วย⁽⁴³⁾

ในประเทศไทย แนวคิด SE แพร่หลายมากขึ้นในช่วง 8 ปีที่ผ่านมา จุดกำเนิดของ SE ในประเทศไทย เกิดจากการรวมตัวกันในรูปแบบของสหกรณ์ กลุ่มออมทรัพย์ชุมชน หรืออยู่ในรูปของการรวมกลุ่มวิสาหกิจชุมชน และบางส่วนที่พัฒนา มาจากแนวคิด CSR ของภาคธุรกิจกระจายตัวอยู่ทั่วทุกภูมิภาค โดยแต่ละองค์กรต่างมีเป้าหมายในการทำงานเพื่อ

ตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นตามบริบทในท้องถิ่นของตนเอง รวมทั้งเพื่อการบรรลุเป้าหมายทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมร่วมกัน แนวทางการพัฒนา SE ในประเทศไทยเริ่มมีความชัดเจนมากขึ้น เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2553 ภาครัฐโดยคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบให้มีการประกาศแผนแม่บทการสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคม พ.ศ. 2553 – 2557⁽⁴⁴⁾ และในปีถัดมาใน พ.ศ. 2554 ได้มีการตราระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2554⁽⁴⁵⁾ ซึ่งกำหนดให้มีคณะกรรมการสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคมแห่งชาติ เพื่อเป็นองค์การกำหนดนโยบายและทิศทางในการสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคมภายในประเทศ และการก่อตั้งสำนักงานสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคมแห่งชาติ (สกส.) เพื่อเป็นหน่วยงานสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนแม่บท ผ่านการสร้างสรรค พัฒนาและขยายเครือข่ายความร่วมมือเพื่อสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคมจากภาคส่วนต่างๆ

SE ในประเทศไทยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐบาล โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2555) มีนโยบายที่จะพัฒนาและส่งเสริมให้เกิด SE ภายในประเทศ เพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์การสร้าง ความเข้มแข็งของชุมชนและสังคมให้เป็นรากฐานที่มั่นคงของประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมในสังคม และยุทธศาสตร์การพัฒนาค้นสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่าง ยั่งยืนตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 ทั้งนี้แนวทางการสนับสนุน SE ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ⁽⁴⁶⁾ ประกอบไปด้วย

- (1) การเร่งผลักดันพระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม พ.ศ. เพื่อให้มีองค์กรที่เป็นศูนย์กลางในการ กำหนดทิศทางการพัฒนา SE อย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ตลอดจนเป็นกลไกขับเคลื่อนและสร้าง เครือข่ายในทุกระดับทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม สอดคล้องกับปฏิรูปประเทศด้านสังคม ในการลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม
- (2) การสนับสนุนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา SE โดยสนับสนุนการสร้างความเป็นผู้ประกอบการที่มี ทักษะในการขับเคลื่อนธุรกิจและมุ่งมั่นพัฒนาสังคมไปพร้อมกัน พัฒนาองค์ความรู้ด้านการประเมินผล ลัพท์ทางสังคมและระบบทะเบียน SE ตลอดจนส่งเสริมการสร้างความรู้และนวัตกรรมทางสังคมทั้งตัว ลินค้าและบริการ การบริหารจัดการ การสร้างแหล่งเงินทุนรูปแบบใหม่ เช่น การคิดแปรรูปขยะมาเป็นสินค้า เพื่อสร้างรายได้และลดปัญหาสิ่งแวดล้อม การใช้พันธบัตรเพื่อสังคม (Social Impact Bond) สนับสนุน SE ในการดำเนินงาน เป็นต้น
- (3) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือทั้งในกลุ่ม SE และระหว่างกลุ่ม SE กับภาครัฐและภาคประชาสังคม ผ่าน โซเชียลมีเดียและการทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้เกิดแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ การช่วยเหลือด้าน ธุรกิจ
- (4) การแบ่งกลุ่ม SE เพื่อสนับสนุนให้ตรงกับความต้องการของ SE ที่มีหลากหลายทั้งเวลาดำเนินงาน รูปแบบ และขนาด เช่น SE ที่อยู่ระยะเริ่มต้นมักขาดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในปัญหาต้องการแก้ไข ขาดโมเดลทาง ธุรกิจที่เหมาะสม รวมถึงขาดระบบการเงินและบัญชีทำให้ประสบความล้มเหลวและเลิกล้มไป จึงควรได้รับการ สนับสนุนทางวิชาการ และเงินทุนเริ่มต้นสำหรับทดลองโมเดลทางธุรกิจ ขณะที่องค์กรที่ดำเนินงานมา ระยะเวลาหนึ่ง การอยู่รอดภายใต้ระบบตลาดปกติขึ้นอยู่กับ การเข้าถึงเงินทุนในรูปแบบเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำ หรือ เงินร่วมทุน คำแนะนำทางธุรกิจ รวมถึงเครือข่ายสนับสนุนรูปแบบคู่ค้าทางธุรกิจ

- (5) การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และออกตรารับรองสินค้าและบริการของเครือข่าย SE ที่มีคุณภาพเพื่อสร้างตลาดรองรับและสนับสนุนสินค้าของ SE ขณะเดียวกันก็เป็นการสร้างทางเลือกให้กับผู้บริโภคในการบริโภคสินค้าที่มีคุณภาพและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

3.1.3 กฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้อง และข้อกำหนดหรือเงื่อนไขต่าง ๆ

3.1.3.1 พระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม พ.ศ.2562

พระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม พ.ศ.2562⁽³⁴⁾ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ลงวันที่ 22 พฤษภาคม 2562 ปัจจุบันถือเป็นกฎหมายหลักซึ่งครอบคลุมแนวทางและเงื่อนไขการส่งเสริมสนับสนุน SE ประกอบกับหลักเกณฑ์และวิธีการยื่นคำขอหนังสือรับรองวิสาหกิจเพื่อสังคม เพื่อจัดตั้ง SE อย่างถูกต้อง

คำนิยามของ “วิสาหกิจเพื่อสังคม” ตามนิยามของพระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม พ.ศ. 2562 หมายความว่าบริษัท ห้างหุ้นส่วนนิติบุคคล หรือนิติบุคคลอื่น ที่ตั้งขึ้นตามกฎหมายไทย ซึ่งดำเนินกิจการเกี่ยวกับการผลิต การจำหน่ายสินค้า หรือการบริการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสังคมเป็นเป้าหมายหลักของกิจการ และได้รับการจดทะเบียนตามพระราชบัญญัตินี้ และ “กลุ่มกิจการเพื่อสังคม” หมายความว่า บุคคลธรรมดา กลุ่มบุคคล ชุมชน หรือนิติบุคคลที่ตั้งขึ้นตามกฎหมายไทย ซึ่งดำเนินกิจการเกี่ยวกับการผลิต การจำหน่ายสินค้า หรือการบริการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสังคมเป็นเป้าหมายหลักของกิจการ และได้รับการจดทะเบียนเป็นกลุ่มกิจการเพื่อสังคมตามพระราชบัญญัตินี้

โดยกิจการที่จะจดทะเบียนเป็นวิสาหกิจเพื่อสังคมตามพระราชบัญญัตินี้ ต้องมีวัตถุประสงค์เพื่อสังคมเป็นเป้าหมายหลักของกิจการ และต้องมีลักษณะ ดังต่อไปนี้

- (1) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อส่งเสริมการจ้างงานแก่บุคคลผู้สมควรได้รับการส่งเสริม เป็นพิเศษ การแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาชุมชน สังคม หรือสิ่งแวดล้อม หรือเพื่อประโยชน์ส่วนรวมอื่น หรือคืนประโยชน์ให้แก่สังคมตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด
- (2) มีรายได้ไม่น้อยกว่าร้อยละห้าสิบมาจากการจำหน่ายสินค้าหรือการบริการ เว้นแต่กิจการที่ไม่ประสงค์จะแบ่งปันกำไรให้แก่ผู้ถือหุ้นหรือผู้ถือหุ้นอาจมีรายได้ไม่น้อยกว่า ร้อยละห้าสิบมาจากการจำหน่ายสินค้าหรือการบริการ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่คณะกรรมการประกาศกำหนด
- (3) นำผลกำไรไม่น้อยกว่าร้อยละเจ็ดสิบไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ตาม (1) และแบ่งปัน กำไรให้แก่ผู้เป็นเจ้าของกิจการหรือผู้ถือหุ้นได้ไม่เกินร้อยละสามสิบของผลกำไรทั้งหมด โดยให้ถือว่า การลงทุนในกิจการของตนเองซึ่งมีกระบวนการผลิตหรือการบริการที่มีลักษณะตาม (1) หรือการขยาย กิจการเพื่อวัตถุประสงค์ตาม (1) ตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการประกาศกำหนดเป็นการนำผลกำไรไป ใช้เพื่อสังคม
- (4) มีการกำกับดูแลกิจการที่ดี
- (5) ไม่เคยถูกเพิกถอนการจดทะเบียนเป็นวิสาหกิจเพื่อสังคม เว้นแต่พ้นกำหนด สองปีนับถึงวันยื่นคำขอจดทะเบียนเพื่อขอรับการส่งเสริมหรือสนับสนุนตามพระราชบัญญัตินี้

(6) ไม่มีหุ้นส่วน กรรมการหรือผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคล หรือผู้ถือหุ้น ซึ่งถือหุ้นตั้งแต่ร้อยละสิบห้าขึ้นไป ซึ่งเคยเป็นหุ้นส่วน กรรมการหรือผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคล หรือผู้ถือหุ้นตั้งแต่ร้อยละสิบห้าขึ้นไป ในกิจการที่เคยถูกเพิกถอนการจดทะเบียนตาม (5) เว้นแต่จะพิสูจน์ได้ว่าตนมิได้มีส่วนร่วมหรือรู้เห็นกับการกระทำของนิติบุคคลที่เป็นเหตุให้ถูกเพิกถอนการจดทะเบียน

การคำนวณกำไรและการแบ่งปันกำไรตาม (3) และการกำกับดูแลกิจการที่ดี ตาม (4) ให้เป็นไปตามที่ คณะกรรมการประกาศกำหนด

พรบ.ส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม พ.ศ.2562 ยังได้แบ่งประเภทของ SE ไว้เป็น 2 ประเภท ด้วยกันคือ

1. SE ที่ไม่ประสงค์จะแบ่งปันกำไรแก่ผู้เป็นหุ้นส่วนหรือผู้ถือหุ้น
2. SE ที่ประสงค์จะแบ่งปันกำไรแก่ผู้เป็นหุ้นส่วนหรือผู้ถือหุ้น

SE ที่ไม่ประสงค์จะแบ่งปันกำไรแก่ผู้เป็นหุ้นส่วนหรือผู้ถือหุ้นตามข้อ 1 ให้สามารถดำเนินการจัดตั้งห้างหุ้นส่วนนิติบุคคลหรือบริษัทจำกัดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ หรือบริษัทมหาชนจำกัดตามกฎหมายว่าด้วยบริษัทมหาชนจำกัดได้ โดยให้ถือว่าวัตถุประสงค์ในการนำผลกำไรไปใช้เพื่อสังคมเป็นการแบ่งปันกำไรอันพึงได้แต่กิจการที่ทำนั้น ส่วนการเปลี่ยนแปลงประเภทของ SE ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

สรุป 10 สาระสำคัญที่ปรากฏในพระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม พ.ศ.2562

1. SE เป็นนิติบุคคลในรูปแบบใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นบริษัทจำกัดเท่านั้น โดยมีเงื่อนไขสำคัญคือ ห้ามปันผลเกิน 30% และ 70%ของผลกำไรต้องนำไปลงทุนซ้ำเพื่อบรรลุผลตามวัตถุประสงค์เพื่อสังคมที่ระบุไว้ (ไม่ใช่สะสมทุน หรือ ขยายกิจการทั่วไป)
2. SE ต้องมาขึ้นทะเบียนกับสำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม (สวส.) ถ้าใครไม่มาขึ้นทะเบียนจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆ ตาม พรบ. และไม่สามารถใช้คำว่า SE ได้ (มีความผิดตามกฎหมายปรับ 2,000 และอีกวันละ 500 จนกว่าจะแก้ไข) กิจการเพื่อสังคมที่ได้รับหนังสือรับรองตามระเบียบสำนักนายกฯ ให้ถือเป็น SEที่ได้ขึ้นทะเบียนตาม พรบ.นี้
3. กิจการที่มีลักษณะแบบเดียวกับ SE แต่ยังไม่ได้รับการขึ้นทะเบียน จะถูกระบุเรียกว่า “กลุ่มกิจการเพื่อสังคม” (PRE-SE) โดยถ้าประสงค์จะขอรับการสนับสนุนตาม พรบ.นี้ จะต้องมาจดทะเบียนกับ สวส. แต่สามารถใช้คำว่ากิจการเพื่อสังคมได้โดยไม่ผิดกฎหมาย
4. SE มี 2 ประเภท คือ 1) ไม่ประสงค์ปันผล 2) ประสงค์ปันผล แต่ละประเภทจะได้รับสิทธิประโยชน์ไม่เท่ากัน โดยกิจการที่ขอจดทะเบียนต้องแจ้งความประสงค์ตั้งแต่แรกเริ่ม แต่สามารถทำเรื่องขอเปลี่ยนแปลงประเภทได้
5. SE ที่ขึ้นทะเบียนต้องมีการส่งรายงาน และ ส่งเงินเข้ากองทุนเป็นรายปี (ถ้ามีกำไร) ถ้าไม่ดำเนินการจะถูกเพิกถอนทะเบียน
6. บอร์ดชาติ มีจำนวนทั้งสิ้น 21 คน โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีสัดส่วนสำคัญคือผู้แทนภาครัฐ และ ไม่ใช่รัฐ ในจำนวนเท่ากัน คือ 10 คน (ไม่นับประธาน)
7. SE ที่ขึ้นทะเบียน มีสิทธิที่จะได้รับการส่งเสริมดังนี้
 - เงินลงทุนระยะเริ่มแรกไม่เกิน 2 ปี ขยายได้รวมไม่เกิน 4 ปี
 - การช่วยเหลือทางการเงินจากกองทุน (กู้ยืม ร่วมลงทุน)

- สิทธิประโยชน์ด้านภาษีอากร
8. นอกจาก SE ที่ขึ้นทะเบียนแล้ว มีอีก 3 กลุ่มที่จะสามารถได้รับการส่งเสริมตาม พรบ. ได้แก่
 - หน่วยงานตามที่ปรากฏในแผนปฏิบัติการส่งเสริม SE
 - บุคคลที่ให้การสนับสนุนหรือลงทุนใน SE ที่ขึ้นทะเบียน
 - กลุ่มกิจการเพื่อสังคมที่จัดแจ้ง
 9. มีการจัดตั้งกองทุนส่งเสริม SE ขึ้น โดยมีลักษณะเป็นกองทุนหมุนเวียนที่เลี้ยงตนเองได้ มีรายได้หลักมาจากเงินบริจาค การบริหารจัดการกองทุนและเงินสมทบรายปี SE ที่ขึ้นทะเบียน การใช้เงินกองทุนใช้ได้ทั้งในเรื่องเงินทุนเริ่มต้น การให้กู้ยืม ร่วมลงทุน ภายใต้การกำกับและระเบียบตาม พรบ.กองทุนหมุนเวียน
 10. มีการจัดตั้ง “สภาวิชาชีพเพื่อสังคม” เพื่อมาสนับสนุนการทำงานส่งเสริมในฝั่งผู้ประกอบการ มีบทบาทหน้าที่สำคัญ คือการเสนอแนะให้คำปรึกษาต่อบอร์ดชาติในงานนโยบายส่งเสริม SE โดยคณะกรรมการต้องให้การสนับสนุนการจัดตั้ง และส่งเสริมการดำเนินการของสภา

3.1.3.2 พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยการยกเว้นรัฐภากร (จ.621) พ.ศ. 2559

นอกจากพรบ.ส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม พ.ศ.2562 แล้วยังมี พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยการยกเว้นรัฐภากร (จ.621) พ.ศ. 2559⁽⁴⁷⁾ และประกาศอธิบดีกรมสรรพากร เกี่ยวกับภาษีเงินได้ (ฉบับที่ 291) พ.ศ.2560 เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขเพื่อการยกเว้นภาษีเงินได้ของวิสาหกิจเพื่อสังคม⁽⁴⁸⁾ เพื่อยกเว้นภาษีเงินได้ของ SE สำหรับกำไรสุทธิของ SE ที่นำผลกำไรทั้งหมดในแต่ละรอบระยะเวลาบัญชีไปลงทุนในกิจการ หรือ ใช้ประโยชน์ของเกษตรกร ผู้ยากจน คนพิการ ผู้ด้อยโอกาส หรือ ใช้เพื่อประโยชน์ส่วนรวมอื่น ๆ โดยไม่มีการจ่ายเงินได้พึงประเมินตามมาตรา 40 (4) (ข) และ (ง) แห่งประมวลรัษฎากรให้แก่ผู้ถือหุ้น หรือผู้เป็นหุ้นส่วน โดยมีเงื่อนไขของการได้รับยกเว้นภาษีตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 8 ของพระราชกฤษฎีกาเพิ่มเติมดังนี้

- (1) มีคำว่า “วิสาหกิจเพื่อสังคม” อยู่ในชื่อบริษัทหรือห้างหุ้นส่วนนิติบุคคลนั้น
- (2) ได้รับการรับรองเป็นวิสาหกิจเพื่อสังคม จากหน่วยงานที่อธิบดีประกาศกำหนด
- (3) ยื่นคำร้องขอและได้รับอนุมัติให้เป็นวิสาหกิจเพื่อสังคม จากอธิบดีตามแบบที่อธิบดีประกาศกำหนด
- (4) ไม่มีการจ่ายเงินได้พึงประเมินตามมาตรา 40 (4) (ข) และ (ง) แห่งประมวลรัษฎากรให้แก่ผู้ถือหุ้น หรือผู้เป็นหุ้นส่วน
- (5) ไม่มีการจำหน่ายจ่ายโอนทรัพย์สินที่ใช้ในกิจการ เว้นแต่การโอนทรัพย์สินตามที่อธิบดีประกาศกำหนด
- (6) ไม่เป็นคู่สัญญากับผู้ถือหุ้นหรือผู้เป็นหุ้นส่วนและไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนใด ๆ ให้แก่ผู้ถือหุ้น หรือผู้เป็นหุ้นส่วน รวมถึงบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ถือหุ้นหรือผู้เป็นหุ้นส่วน เว้นแต่ที่อธิบดีประกาศกำหนด
- (7) ไม่เปลี่ยนแปลงประเภทการประกอบกิจการจากกิจการ SE เป็นการประกอบกิจการอื่น ก่อนครบสิบลรอบระยะเวลาบัญชี นับตั้งแต่วรอบระยะเวลาบัญชีแรกที่ได้รับอนุมัติให้เป็น SE
- (8) ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขอื่นที่อธิบดีประกาศกำหนด

3.1.3.3 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคมแห่งชาติ (ฉบับที่2) พ.ศ. 2560

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคมแห่งชาติ (ฉบับที่2) พ.ศ.2560⁽⁴⁹⁾ เป็นระเบียบที่กำหนดให้อธิบดีกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการทำ

หน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคมแห่งชาติ รับผิดชอบงานธุรการ งานประชุม การศึกษาหาข้อมูลและกิจการต่างๆ ที่เกี่ยวกับคณะกรรมการ รวมทั้งปฏิบัติงานอื่นตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

ต่อมาคณะกรรมการสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคมแห่งชาติได้เห็นสมควรออกประกาศคณะกรรมการสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคมแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธียื่นคำขอหนังสือรับรองกิจการเพื่อสังคม พ.ศ.2561⁽⁵⁰⁾ เพื่อให้สามารถตรวจสอบ รับรอง และติดตามการดำเนินงานของกิจการเพื่อสังคมและให้การดำเนินกิจการบรรลุตามวัตถุประสงค์ของการส่งเสริมกิจการเพื่อสังคม โดยให้ผู้ประกอบการที่มีสิทธิยื่นคำขอหนังสือรับรองกิจการเพื่อสังคมตามประกาศ ยื่นคำขอ และแผนการดำเนินงานต่อสำนักงาน ณ สำนักงาน หรือส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียน ทั้งนี้ แบบคำขอ แบบแผนการดำเนินงานและหลักฐานประกอบการพิจารณาให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

3.1.4 รูปแบบและโครงสร้างของ SE

SE คือ รูปแบบองค์กรที่ประสานจุดแข็งของการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ร่วมกับการมีเป้าหมายทางสังคม ซึ่งเป็นช่วงที่อยู่ระหว่างกลางของลักษณะองค์กรปัจจุบันของบริษัทเอกชนทั่วไปที่แสวงหากำไรสูงสุด และอีกด้านคือองค์การกุศลที่มีรายได้หลักมาจากการบริจาคและสงเคราะห์ แม้จะมีความคลุมเครือในเส้นแบ่งระหว่าง SE องค์กรทางธุรกิจที่มีระดับความรับผิดชอบต่อสังคมสูง และ องค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไรที่มาจากการค้าขายซึ่งทั้งคู่มีลักษณะความเป็นวิสาหกิจอยู่บางส่วน หรือ กลุ่มองค์กรทางสังคมอื่นๆ เช่น วิสาหกิจชุมชน สหกรณ์ รัฐวิสาหกิจ ซึ่งหากจำแนกด้วยรูปแบบการบริหารจัดการเปรียบเทียบระหว่างการมุ่งสร้างผลกำไรสูงสุด กับการสร้างผลกระทบทางสังคมเป็นหลัก ก็สามารถทำให้เห็นถึงความแตกต่างที่ชัดเจนมากขึ้น ความแตกต่างของ SE เมื่อเทียบกับรูปแบบองค์กรทางสังคมอื่น ๆ แสดงดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2: แผนภาพแสดงความแตกต่างของ SE เมื่อเทียบกับรูปแบบองค์กรทางสังคมอื่น ๆ
 ที่มา: รายงานการศึกษาวิจัย เรื่อง “วิสาหกิจเพื่อสังคม” (Social Enterprise) และร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม พ.ศ.....เสนอต่อ สภาปฏิรูปแห่งชาติ, พ.ศ.2558

นอกจากการพิจารณาตามประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นแล้ว หากนำมามุมมองของโมเดลทางธุรกิจมาพิจารณาเป็นหลักจะพบว่า SE มีรูปแบบที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญ สามารถจำแนก SE ออกได้เป็น 7 โมเดล⁽⁵¹⁾ ดังต่อไปนี้

โมเดลที่ 1 การคิดเงินค่าสินค้าและบริการในราคาต่ำ (fee for service): โมเดลนี้เป็นการขายสินค้าและบริการที่จำเป็นให้กับผู้ด้อยโอกาสในราคาที่ถูกลงเพื่อให้มีจำนวนขายปริมาณมากๆ เช่น ธนาคารกรามีน (Grameen bank) ให้สินเชื่อรายย่อยแก่ผู้ยากไร้กู้เงินไปประกอบกิจการในอัตราดอกเบี้ยที่เป็นธรรมและไม่ถูกเอาเปรียบ โดยไม่จำเป็นต้องมีหลักประกัน หรือ ร้าน community food shop ที่ขายอาหารเหลือกินให้คนยากไร้ในราคาที่ถูกลง

โมเดลที่ 2 การเป็นตัวกลาง (Market Intermediary): โมเดลนี้กิจการทำหน้าที่เป็นตัวกลางที่ช่วยให้ผู้ผลิตรายย่อยสามารถเข้าถึงตลาดได้ดีขึ้น โดยกิจการจะรับซื้อสินค้าจากผู้ผลิตรายย่อยที่มีรายได้น้อย เช่น เกษตรกรหรือช่างฝีมือท้องถิ่นแล้วขายให้กับกลุ่มลูกค้าที่มีรายได้ปานกลางถึงดี นอกจากนี้ยังช่วยพัฒนาและเพิ่มคุณค่าของสินค้าด้วย เช่น ช่วยออกแบบผลิตภัณฑ์ พัฒนาแบรนด์ และปรับปรุงหน้าตาบรรจุภัณฑ์ให้โดนใจผู้ซื้อ ตัวอย่างของ SE ที่ใช้โมเดลนี้คือ Folkcharm ที่พัฒนาผลิตภัณฑ์ผ้าทอมือจากฝ่ายธรรมชาติร่วมกับช่างฝีมือท้องถิ่น ผสานเรื่องเล่าจากชุมชนในการพัฒนาแบรนด์ และขายสินค้าฝีมือชุมชนสู่ตลาดทั้งในและต่างประเทศ จึงช่วยสร้างรายได้ให้แก่ชุมชน และรักษาคุณค่าทางวัฒนธรรมท้องถิ่นไปพร้อมกัน

โมเดลที่ 3 การช่วยเชื่อมตลาด (Market Linkage): กิจการช่วยเชื่อมโยงให้ผู้ผลิตรายย่อยและผู้ซื้อในตลาดปกติให้มาเจอกันได้สะดวกขึ้น วิธีนี้แตกต่างจากการทำหน้าที่เป็นตัวกลางตรงที่กิจการไม่ได้เป็นผู้ขายสินค้าจากผู้ผลิตให้ตลาดด้วยตัวเอง แต่เน้นการเป็นผู้ช่วยเชื่อมโยงให้ผู้ขายและผู้ซื้อมาเจอกัน ตัวอย่างเช่น โฟล์คไรซ์ ได้สร้างแพลตฟอร์มเพื่อเป็นตัวกลางเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริโภคและผู้ผลิตที่ทำเกษตรกรรมแบบยั่งยืน เพื่อทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนสินค้าและบริการในสังคมออนไลน์

โมเดลที่ 4 การจ้างงานผู้ด้อยโอกาส (Employment Model) กิจการจ้างงานควบคู่ไปกับการพัฒนาทักษะให้แก่กลุ่มคนที่ยากโอกาสในการทำงาน อย่างกลุ่มผู้พิการ กลุ่มคนไร้บ้าน หรือกลุ่มผู้ที่เคยเป็นผู้ต้องขัง การพัฒนาทักษะความรู้ควบคู่ไปกับการทำงาน จะช่วยให้คนกลุ่มนี้มีความสามารถติดตัวเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของตนเองได้ในระยะยาว ตัวอย่างสำหรับโมเดลนี้ คือ SHE วิชาสหกิจสุขภาพชุมชนที่ให้โอกาสสตรีที่เคยเป็นผู้ขังและสตรีที่พิการทางสายตา ให้เข้ามาฝึกทักษะและทำงานเป็นนักบำบัด (Therapist) เพื่อช่วยบรรเทาปัญหาสุขภาพคนเมืองในด้านต่างๆ

โมเดลที่ 5 กลุ่มคนขายของเป็นเจ้าของ (Beneficiaries-owned Model) วิธีนี้ผู้ที่เป็นกลุ่มคนขายของ เช่น ชุมชนที่อยู่ห่างไกล กลุ่มผู้ด้อยโอกาส หรือกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบ ลูกขึ้นมาสร้างกิจการเพื่อแก้ไขปัญหาของตนด้วยตนเอง เช่น กิจการ Try Arm แบรินด์ชุดชั้นในเพื่อการต่อสู้ จากฝีมือของอดีตพนักงานที่ถูกเลิกจ้างอย่างไม่เป็นธรรมจากบริษัทผลิตชุดชั้นในเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดรายได้จากการถูกเลิกจ้างด้วยตนเอง

โมเดลที่ 6 การมอบสินค้าและบริการที่ตอบโจทย์สังคม (Social Need Model) วิธีนี้เน้นการสร้างคุณค่าทางสังคมผ่านตัวผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ตอบโจทย์ปัญหาสังคม เช่น บริการให้คำปรึกษาด้านจิตวิทยา ที่ช่วยให้สุขภาพจิตของคนไทยดีขึ้น อย่าง Relationflip หรือ Sidekick Creative Agency ที่เน้นการสื่อสารและรณรงค์เพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมอย่างสร้างสรรค์ อีกแบบหนึ่งคือสินค้าและบริการที่เน้นตอบโจทย์กลุ่มผู้มีรายได้น้อย (Low-income client) หรือกลุ่มคนด้อยโอกาสโดยเฉพาะ เช่น ผลิตภัณฑ์ เล่นเส้น ชูควาดเขียนสำหรับเด็กตาบอดของกิจการกล่องดินสอ

โมเดลที่ 7 การนำกำไรจากการขายสินค้าในตลาดทั่วไปมาอุดหนุนกิจกรรมเพื่อสังคม (Cross Subsidization) เช่น Learn Education ที่ได้พัฒนาเทคโนโลยีการเรียนรู้ที่มีคุณภาพ ช่วยยกระดับคุณภาพการเรียนการสอน โดยจัดสรรกำไรจากการให้บริการโรงเรียนที่มีฐานะ มาอุดหนุนการให้บริการแก่โรงเรียนชนบทห่างไกล ทำให้สามารถช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาอีกด้วย

ในทางปฏิบัติ SE สามารถผสมผสานมากกว่าหนึ่งวิธีในการสร้างคุณค่าเข้าด้วยกัน อย่างเช่น กิจกรรมเพื่อสังคม คนจับปลา ที่ทั้งช่วยเชื่อมสินค้าอาหารทะเลปลอดภัยจากชาวประมงพื้นบ้านไปสู่มือผู้บริโภคโดยตรง อีกทั้งยังให้ชาวประมงเข้ามาร่วมถือหุ้น จึงเข้าข่ายทั้งวิธีที่ให้ชุมชนหรือกลุ่มผู้ด้อยโอกาสเป็นเจ้าของ การช่วยเชื่อมตลาด และมอบสินค้าที่ตอบโจทย์สังคม ซึ่งก็คืออาหารทะเลปลอดภัยไร้สารฟอร์มาลีน เรียกได้ว่ายิงปืนนัดเดียวได้นกถึงสามตัว

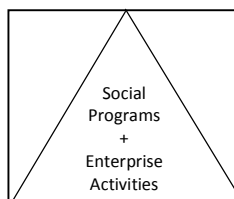
หากแยกตามรูปแบบการดำเนินงานของการผสมกันระหว่างการทำงานทางสังคมกับการดำเนินกิจการทางธุรกิจ สามารถแบ่ง SE ออกได้เป็น 3 รูปแบบ⁽⁵²⁾ คือ

รูปแบบที่ 1 SE แบบหลอมรวม (Embedded Social Enterprise)

SE ประเภทนี้มีการดำเนินงานทางสังคมกับการดำเนินกิจการทางธุรกิจเป็นอย่างเดียวกัน ซึ่งหมายความว่า การดำเนินงานทางสังคมถือเป็นภารกิจหลักของกิจการ ความมุ่งหมายขององค์กรรูปแบบนี้คือการสร้าง SE ที่สามารถสร้างรายได้ให้ตนเองได้และมีความยั่งยืน อาจปรากฏในรูปแบบขององค์กรที่แสวงหากำไรหรือไม่แสวงหากำไรก็ได้แต่โดยมากมักเป็นองค์กรที่ไม่แสวงหากำไรมากกว่าเพื่อป้องกันการเปลี่ยนแปลงวัตถุประสงค์ขององค์กรในภายหลัง

ตัวอย่างของ SE แบบนี้ เช่น Equal Exchange⁽⁵³⁾ เป็นบริษัทในสหรัฐอเมริกา ดำเนินธุรกิจเกี่ยวกับกาแฟและจัดตั้งในรูปแบบของสหกรณ์ที่พนักงานเป็นเจ้าของ (Employee-owned Cooperative) สหกรณ์จะทำหน้าที่รับซื้อเมล็ดกาแฟและเมล็ดโกโก้จากชาวไร่ โดยตรงและกำหนดราคาซื้อสูงกว่าตลาดครึ่งหนึ่งหรือหนึ่งเท่า ทำให้ไม่ต้องถูกกดราคาโดยพ่อค้าคนกลาง และยังช่วยส่งเสริมให้การเพาะปลูกเมล็ดกาแฟที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมเติบโตได้

สหกรณ์ Equal Exchange นอกจากจัดตั้งเพื่อส่งเสริมการค้าอย่างเท่าเทียมแล้วยังทำให้เกษตรกรที่เพาะปลูกเมล็ดกาแฟเข้าถึงเงินทุนได้ง่าย เนื่องจากการกู้เงินจากธนาคารพาณิชย์มักจะต้องเสียดอกเบี้ยร้อยละสี่สิบห้าถึงสามสิบห้า แต่สหกรณ์จะคิดดอกเบี้ยเงินกู้ที่ร้อยละแปดถึงเก้า ซึ่งส่งผลให้เกษตรกรสามารถสร้างผลผลิตที่มีคุณภาพและราคาไม่สูงมากนัก Equal Exchange มีผู้ลงทุนจากภายนอก การลงทุนดังกล่าวสหกรณ์จะไม่รับรองผลตอบแทนจากการลงทุน และเนื่องจากสหกรณ์นี้จะเชิญชวนให้นักลงทุนนำผลกำไรร้อยละแปดสิบ มาลงทุนซ้ำในสหกรณ์จึงเท่ากับว่ามีการจ่ายปันผลเป็นเงินจริงไม่ถึงร้อยละหนึ่ง ต่อดอลลาร์ จากระบบดังกล่าวส่งผลให้สหกรณ์สามารถเติบโตได้ ขณะเดียวกันก็ยังคงอำนาจในการบริหารไว้กับเกษตรกรที่เป็นสมาชิกได้ เนื่องจากโครงสร้างขององค์กรนั้นผู้ที่ออกเสียงได้คือสมาชิกสหกรณ์เท่านั้นและออกเสียงได้คนละหนึ่งเสียงโดยไม่ขึ้นอยู่กับจำนวนหุ้นที่ถือ



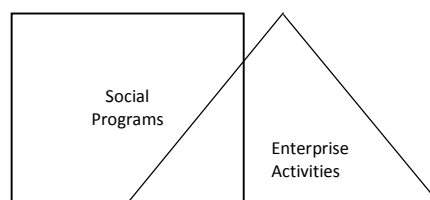
แผนภาพที่ 3: รูปแบบที่ 1 Embedded Social Enterprise

รูปแบบที่ 2 SE แบบบูรณาการ (Integration Social Enterprise)

รูปแบบนี้การดำเนินการเกี่ยวกับสังคมมีส่วนร่วมที่ทับซ้อนกับการดำเนินธุรกิจและมักจะมีทรัพย์สินและรายได้ร่วมกัน โดยองค์กรจะสร้าง SE เพื่อเป็นกลไกในการสร้างรายได้ของกิจการในส่วนที่ไม่แสวงหากำไรและกิจการเพื่อสังคม ซึ่ง SE แบบนี้มักจะมีการร่วมมือกับองค์กรที่จัดตั้งขึ้นมาเพื่อส่งเสริมความสามารถในการสร้างผลกระทบทางสังคมที่มากขึ้น วิสาหกิจที่สร้างขึ้นมานี้อาจมีความมุ่งหมายให้เป็นกิจการที่ยังเชื่อมโยงและสร้างรายได้ให้กับองค์กรไม่แสวงหากำไร หรืออาจเป็นหน่วยย่อยหรือบริษัทย่อยขององค์กรไม่แสวงหากำไร หรืออาจแยกออกมาเป็นอิสระจากองค์กรไม่แสวงหากำไรก็ได้

ตัวอย่างเช่น Scojo Foundation ในประเทศอินเดีย⁽⁵⁴⁾ เป็นกิจการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสายตา เนื่องจากในประเทศที่ยากจนนั้นผู้ที่เข้าถึงการให้บริการทางสายตาแม้จะมีแต่เฉพาะผู้ที่มีฐานะปานกลางขึ้นไป และผู้มีปัญหาทางสายตาโดยเฉพาะเรื่องสายตาวัยมักส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตอย่างมาก เช่น อาชีพทำผ้าเช็ดเท้า ช่างเย็บผ้า ช่างทอผ้า ช่างซ่อมเครื่อง ช่างตัดผม ตลอดจนบรรณารักษ์ ผลอย่างร้ายแรงที่จะเกิดขึ้นก็คือทำให้บุคคลเหล่านี้หมดอาชีพ จึงริเริ่มดำเนินการให้บริการรับตัดแว่นและให้บริการทางสายตาในราคาต่ำ

Scojo Foundation เริ่มต้นจากการเป็นองค์กรที่ไม่แสวงหากำไรดำเนินการแจกแว่นตาสำเร็จรูปให้แก่กลุ่มเป้าหมายคือผู้มีปัญหาทางสายตาที่ขาดแคลนและอาศัยในพื้นที่ห่างไกล แต่กลับพบว่าแนวทางดังกล่าวไม่ใช่แนวทางที่ยั่งยืน ในปี 2003 จึงได้จัดตั้ง Scojo India ขึ้นมา และดำเนินกิจการในสองพื้นที่ ได้แก่ ในเขตเมืองคือรัฐอันธราประเทศ (Andhra Pradesh) โดยกลุ่มเป้าหมายคือลูกค้าชนชั้นกลางขึ้นไปและคนทำงาน เป็นส่วนของกิจการที่สร้างกำไร และในพื้นที่ที่สอง คือในชนบทของอินเดีย โดยมีกลุ่มเป้าหมายการให้บริการคือกลุ่มคนที่ยากจนและมีรายได้ต่ำ ผลกระทบต่อสังคมที่เกิดขึ้นของกิจการไม่เพียงแต่ทำให้ประชาชนกว่าสองแสนคนมีแว่นสายตา แต่ยังสร้างงานให้แก่แรงงานกว่า 356 คน และกว่าร้อยละเก้าสิบ ของบุคคลเหล่านี้เป็นบุคคลที่มีรายได้ต่ำ และปัจจุบัน Scojo Foundation มีกิจการตั้งอยู่ในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกอย่างน้อยเก้าประเทศ

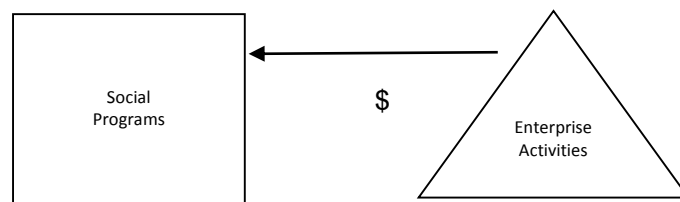


แผนภาพที่ 4: รูปแบบที่ 2 Integration Social Enterprise

รูปแบบที่ 3 SE แบบแยกเป็นอิสระ (External Social Enterprise)

รูปแบบนี้มีการดำเนินงานเกี่ยวกับสังคมแยกออกจากส่วนขององค์กรที่ดำเนินธุรกิจโดยสิ้นเชิงและมักดำเนินการที่ไม่เกี่ยวกับองค์กรหลัก การดำเนินการจึงอาจส่งเสริมองค์กรหลักให้สามารถสร้างผลกระทบที่มากขึ้นหรือไม่ก็ได้ SE รูปแบบนี้มักปรากฏว่าจัดตั้งโดยองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร และวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งก็เพื่อสร้างแหล่งรายได้ให้กับองค์กรไม่แสวงหากำไรนั่นเอง ดังนั้น กำไรที่ได้จากการดำเนินงานของ SE ประเภทนี้จะนำมาใช้ในการดำเนินงานขององค์กรที่จัดตั้งขึ้น ส่วนจะจัดตั้งในรูปแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับกฎหมายของแต่ละประเทศจะเอื้ออำนวย และหากจัดตั้งเป็นองค์กรที่ปกติต้องเสียภาษีแล้ว SE ประเภทนี้ก็ยังคงต้องเสียภาษีด้วย

ตัวอย่างของ SE ประเภทนี้คือ Health Center Partner of Southern California เป็นบริษัทจำกัด⁽⁵⁵⁾ โดยแต่เดิมชื่อ Council of Community Clinics จัดตั้งในฐานะองค์กรไม่แสวงหากำไร สมาชิกขององค์กรคือคลินิกชุมชนที่ให้การรักษาผู้ป่วยโรคโดยเฉพาะในเขตอเมริกากลาง องค์กรดังกล่าวได้ก่อตั้งขึ้นมาประมาณ 40 ปี และมีสมาชิกเป็นคลินิกชุมชน 12 แห่ง โดยให้บริการใน 76 พื้นที่ Council of Community Clinics มุ่งหมายที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้คลินิกชุมชนและศูนย์การแพทย์สามารถให้การรักษาแก่ผู้ป่วยโรค โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีการประกันสุขภาพใด ๆ และผู้ที่ไม่อาจรับการประกันสุขภาพได้ โดยได้จัดตั้งองค์กรย่อยอีกสองส่วน ส่วนแรก คือ Community Clinic Health Network ซึ่งเป็นส่วนที่ไม่แสวงหากำไร ทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำเกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพตลอดจนการบริหารจัดการแก่สมาชิก และส่วนที่สองคือ Council Connection ก่อตั้งในปี ค.ศ. 1996 ซึ่งเป็นส่วนที่ดำเนินการเพื่อแสวงหากำไร องค์กรส่วนนี้จะเข้าไปซื้อธุรกิจที่เกี่ยวกับการซื้อขายยา เวชภัณฑ์ ธุรกิจการให้บริการทางการแพทย์อื่น เช่น การให้บริการตรวจทางพยาธิวิทยา และห้องทดลอง รวมถึงอุปกรณ์ในสำนักงาน เพื่อให้องค์กรสามารถซื้ออุปกรณ์และบริการที่ต้องใช้ในทางการแพทย์ได้ในราคาที่ถูกลง และสามารถขายให้แก่คลินิกสมาชิกในราคาไม่แพง Council Connection แยกออกมาเป็นอิสระจาก Council of Community Clinics และทำหน้าที่ในการสนับสนุนการเงินแก่ Council of Community Clinics และ Community Clinic Health Network โดยกำไรจากการดำเนินงานภายหลังหักภาษีแล้วจะนำไปใช้ในองค์กรทั้งสองนี้ ปัจจุบันแม้ได้มีการเปลี่ยนชื่อ แต่ก็เพียงเป็นไปเพื่อรองรับการขยายตัวขององค์กร โดยมีการจัดตั้งองค์กรย่อยเป็นสามส่วน คือ Integrated Health Partner of Southern California ทำหน้าที่ในการบริหารสัญญา พัฒนาคุณภาพการดำเนินงานของสมาชิกและวิเคราะห์และจัดทำข้อมูล องค์กรส่วนที่สองคือ Health Quality Partner of Southern California ทำหน้าที่ส่งเสริมสมรรถนะในการรักษาของสมาชิก โดยพัฒนากระบวนการตรวจรักษารวมถึงการวิจัยและพัฒนา ส่วนสุดท้ายยังคงเป็น Council Connection ซึ่งเป็นส่วนหลักในการสร้างรายได้ให้แก่องค์กร



แผนภาพที่ 5: รูปแบบที่ 3 External Social Enterprise

นอกจากที่กล่าวมาแล้ว ยังสามารถแบ่งประเภทของ SE ตามลักษณะของกิจการ และความมุ่งหมายในการจัดตั้งกิจการ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 6 รูปแบบ⁽⁵⁶⁾ (ดูรายละเอียดในภาคผนวกที่ 2)

หากวิเคราะห์องค์กรผ่านมุมมองของทฤษฎีองค์กร จะพบว่าลักษณะการดำเนินธุรกิจที่เป็น SE กับธุรกิจปกติในระบบทุนนิยมนั้น ทั้งสองไม่มีความแตกต่างทั้งในแง่ของการบริหารจัดการองค์กร การบริหารทรัพยากรบุคคล การบริหารการเงิน รวมทั้งการทำกำไร อย่างไรก็ตาม SE ยังมีความต่างจากธุรกิจปกติในประเด็นของขนาดธุรกิจ ที่ส่วนใหญ่ SE เป็นองค์กรที่มีขนาดเล็กจนถึงขนาดกลาง โครงสร้างองค์กรไม่ซับซ้อน ไม่เน้นความเป็นทางการ องค์กรมีความยืดหยุ่นสูง เป็นธุรกิจที่มุ่งช่วยเหลือสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นองค์กรที่ต้องอาศัยภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มเป้าหมายที่องค์กรต้องการช่วยเหลือ ลูกค้า ภาครัฐ หรือกลุ่มที่ให้การสนับสนุนด้านต่าง ๆ นอกจากนั้นแล้วองค์กรประเภท SE ยังต้องมุ่งเน้นการคิดค้นนวัตกรรมเพื่อตอบสนองต่อปัญหาทางสังคมและสิ่งแวดล้อมอีกด้วย⁽⁵⁷⁻⁵⁹⁾ อย่างไรก็ตาม ปี พ.ศ.2559 วุฒิจำนวน ๖ และอรพรรณ คงมาลัย⁽⁵⁹⁻⁶⁰⁾ ได้เสนอปัจจัยสนับสนุนการจัดตั้ง SE ด้านบริการสุขภาพทั้ง

ในระยะเริ่มต้นกิจการและระยะขยายกิจการ ซึ่งการดำเนินธุรกิจในรูปแบบ SE ด้านบริการสุขภาพจะสามารถดำเนินการได้ อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนนั้น จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยสนับสนุนทั้ง 3 ด้าน (รายละเอียดในภาคผนวกที่ 3)

3.1.5 แนวทางการหารายได้ของ SE

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา SE เป็นคำในกระแสที่มีคนพูดถึงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ไม่ใช่แค่ในองค์กรภาคสังคม ภาคธุรกิจ หรือภาครัฐเองก็ให้ความสนใจกับการทำกิจการหรือธุรกิจที่สร้างผลกระทบทางบวกกับสังคมเพราะเห็นแนวโน้มของความ ยั่งยืนที่มากกว่า ที่งาน Scaling Impact ได้ศึกษา รวบรวม และสรุปแนวทางการหารายได้ของ SE ไว้ 3 รูปแบบ⁽⁶¹⁾ ดังนี้

1) รายได้ที่มาจากเงินบริจาคและเงินสนับสนุน

ข้อมูลของ Ashoka และ UnLtd พบว่า แม้จะมีผู้ประกอบการสังคมบางกลุ่มที่สามารถหารายได้เองเพื่อมาใช้ในการ ทำงาน แต่โดยมากแล้ว ก็ยังมีรายรับบางส่วนมาจากเงินบริจาค (Donation) และเงินสนับสนุน (Grant) เงินบริจาคอาจ มาจากคนทั่วไปหรือเป็นเงินสนับสนุนจากองค์กรการกุศล ส่วนเงินสนับสนุนมาจากการจัดทำโครงการอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งเมื่อโครงการจบลงรายรับส่วนนี้ก็สิ้นสุดลง อย่างไรก็ตาม ด้วยรูปแบบขององค์กร ทำให้ SE ต้องเผชิญกับความท้าทาย สำคัญ (ข้อมูลก่อนที่จะมี พรบ.ส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม พ.ศ.2562) คือ การที่ผู้บริจาคไม่สามารถนำเงินบริจาคหรือเงิน ช่วยเหลือไปหักลดหย่อนภาษีได้ ซึ่งอาจส่งผลให้คนอยากสนับสนุน SE น้อยลง นอกจากนี้ถ้ากิจการมีแผนที่จะปันผล กลับไปให้ผู้ถือหุ้น ก็ยังจะทำให้คนอยากสนับสนุนน้อยลงอีก แต่ SE สามารถทำงานร่วมกับองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรที่ ได้รับการยกเว้นเรื่องภาษี และใช้เงินที่ได้จากการบริจาคมาซื้อสินค้าหรือบริการจาก SE ได้

2) รายได้ที่มาจากลูกค้า

นอกจากเงินบริจาคและเงินสนับสนุน SE หลายแห่งหารายได้จากการขายสินค้าและบริการ กำไรที่ได้จากการ ขายนี้ก็จะถูกนำมาใช้ในการทำงานเพื่อให้องค์กรสามารถบรรลุเป้าหมายทางสังคมที่ตั้งไว้ได้ แต่วิธีการหารายได้อาจจะ เกี่ยวข้องกับเป้าหมายทางสังคม (Social mission) ที่ตั้งไว้หรืออาจจะไม่เกี่ยวเลยก็ได้ ตัวอย่างการหารายได้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับ เป้าหมายทางสังคมขององค์กร เช่น การที่ลูกเสือและเนตรนารีขายคุกกี้เพื่อหารายได้ไปทำกิจกรรมของลูกเสือ ในประเทศ อเมริกา สภาลูกเสือมักจะเก็บเงิน 70% จากรายได้หลังหักค่าใช้จ่ายไว้และนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมหรืองานของกลุ่ม ลูกเสือ จะเห็นได้ว่า วิธีการหารายได้นี้ทำโดยคนทำเบเกอรี่มืออาชีพ ไม่ได้เกี่ยวกับกลุ่มผู้ได้รับผลประโยชน์ (Beneficiaries) หรือเป้าหมายทางสังคมของสภาลูกเสือเลย ส่วนอีกตัวอย่าง คือ TOMS บริษัทขายแว่นและรองเท้าของ สหรัฐอเมริกา เมื่อมีการซื้อรองเท้า 1 คู่ TOMS จะบริจาครองเท้าอีก 1 คู่ให้เด็กยากจนที่ลำบาก และสำหรับการซื้อแว่นตา ก็จะมีการจ่ายเงินเพื่อช่วยป้องกันหรือรักษาสายตาของคนที่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา

TOMS หรือกลุ่มลูกเสือเป็นตัวอย่างที่เห็นได้ชัดของการทำแคมเปญการตลาดแบบดั้งเดิม อย่างไรก็ตาม การหา รายได้ที่มีความเกี่ยวข้องกับเป้าหมายทางสังคมที่ตั้งไว้ ไม่ได้ช่วยเพียงแคหาเงินให้กับกลุ่มผู้รับผลประโยชน์เท่านั้น แต่ ผลกระทบทางสังคมเกิดขึ้นภายในกระบวนการสร้างรายได้ด้วย การที่บริษัท Specialisterne ที่จ้างงานคนที่มีอาการออทิ สติกให้มาทำงานตรวจสอบ software คิดค่าบริการจากบริษัทที่เป็นลูกค้า ก็ไม่ได้มีเป้าหมายเพียงแค่การสร้างกำไรเพื่อให้ บรรลุเป้าหมายทางสังคมที่ตั้งไว้ แต่ผลกระทบทางสังคมเกิดขึ้นตั้งแต่ที่องค์กรจ้างงานที่เป็นออทิสติกแล้ว ในวิสาหกิจเพื่อ สังคมที่ใช้รูปแบบการจ้างงานแบบ Specialisterne การสร้างรายได้ถือเป็นส่วนสำคัญของการสร้างคุณค่าทางสังคม ส่วน กำไรจะเป็นเรื่องรองลงมา

3) รายได้ที่มาจากรวมเป้าหมายที่ทำงานด้วย

การหารายได้ด้วยวิธีนี้แตกต่างจากสองวิธีแรกอย่างมาก เพราะรายได้จะมาจากการที่ผู้ได้รับผลประโยชน์เป็นคนจ่ายเงินเพื่อซื้อสินค้าหรือบริการของกิจการนั้นๆ SE ที่มักจะใช้กลยุทธ์นี้คือ กิจการที่ใช้โมเดลฐานของพีระมิด (Base of the pyramid) ในการทำงาน หรือกิจการที่ทำงานกับกลุ่มคนยากจน ผู้ด้อยโอกาส หรือคนชายขอบที่อยู่ด้านล่างฐานพีระมิด ในสังคม โดย Prahalad ได้ตั้งสมมติฐานว่า จากการพิจารณาความต้องการที่ยังไม่ได้รับการเติมเต็มของประชากรที่มีรายได้น้อยนี้ SE จะสามารถสร้างตลาดที่มีกำไรไปพร้อมกับการระบุความต้องการที่จำเป็นเร่งด่วนของกลุ่มผู้ได้รับผลประโยชน์ที่ยากจนได้

และจากอีกสมมติฐานของ Strelitz and Kober ที่ว่า ตลาดของคนที่อยู่ในชั้นฐานล่างของพีระมิดหรือกลุ่มคนยากจน มีแนวโน้มที่จะจ่ายเงินแบบ Poverty premium หรือจ่ายแพงกว่าคนชนชั้นกลางหรือสูง (ทั้งจากการติดต่อซื้อขายและราคาจริงของสินค้าด้วย) สำหรับสินค้าหรือบริการที่จำเป็น เช่น อาหาร น้ำ ยา การกู้เงิน การสื่อสารโทรคมนาคม แต่ได้รับคุณภาพสินค้าและบริการที่แย่กว่า นอกจากนี้ Strelitz and Kober ได้กล่าวไว้ว่า ครอบครัวที่ยากจนต้องจ่ายแพงขึ้นอีก 150% สำหรับสินค้าทั่วไปด้วยเงินเชื่อ และแพงขึ้นอีก 10% สำหรับค่าแก๊ส SE ที่สร้างรายได้จากผู้รับผลประโยชน์จึงมีเป้าหมายที่จะตอบสนองความต้องการของคนในฐานล่างของพีระมิดด้วยสินค้าที่มีคุณภาพและเป็นราคาที่เข้าถึงได้ ตัวอย่างเช่น Grameen ในบังคลาเทศ ที่แสดงให้เห็นผ่านผลิตภัณฑ์ที่หลากหลายว่า SE สามารถสร้างผลกระทบทางสังคมได้จริง Grameenphone ให้บริการสำหรับโทรศัพท์มือถือ Grameen Danone ขายโยเกิร์ตราคาที่สามารถเข้าถึงได้ให้เด็ก ๆ ในบังคลาเทศที่มักขาดสารอาหาร

อย่างไรก็ตาม การคิดค่าสินค้าและบริการจากผู้รับผลประโยชน์ก็ทำให้เกิดคำถามตามมาเกี่ยวกับรายได้หลังหักค่าใช้จ่ายและวิธีการสร้างรายได้ ซึ่งโมฮัมหมัด ยูनुส ได้หาคำตอบและทดลองโมเดลที่เหมาะสมกับ Grameenphone เนื่องจากการลงทุนในบังคลาเทศเป็นหนึ่งในตลาดที่สร้างกำไรให้ Telenor ได้มากที่สุด และ Telenor ถือหุ้น 55.8% ของ Grameenphone ทั้งหมด โมฮัมหมัด ยูनुสจึงได้หาข้อตกลงร่วมกับ Telenor ให้สละกำไรที่ได้จากพื้นที่ชนบทของบังคลาเทศ และสุดท้ายจึงตกลงร่วมกันเกิดเป็นโมเดลไม่ปันผล (no loss/no divided) ที่นักลงทุนสามารถเอาเงินต้นคืนได้แต่จะไม่มีการให้เงินปันผล

แม้ว่าแหล่งที่มาของรายได้ของ SE สามารถมาได้จากหลากหลายทาง แต่กิจการที่ต้องการขึ้นทะเบียนเป็นวิสาหกิจเพื่อสังคมตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม พ.ศ. 2562 ได้นั้น จะต้องมียาได้น้อยกว่าร้อยละห้าสิบมาจากการจำหน่ายสินค้าหรือการบริการ เว้นแต่กิจการที่ไม่ประสงค์จะแบ่งปันกำไรให้แก่ผู้ถือหุ้นส่วนหรือผู้ถือหุ้นอาจมียาได้น้อยกว่า ร้อยละห้าสิบมาจากการจำหน่ายสินค้าหรือการบริการ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่คณะกรรมการประกาศกำหนด⁽³⁴⁾

3.1.6 แหล่งที่มาของเงินทุน การระดมทุนในการดำเนินการของ SE

จุดเริ่มต้นของแหล่งทุนของ SE ส่วนมากได้จากเงินบริจาค และเงินสนับสนุนจากผู้ที่มีส่วนในกิจกรรมที่จะช่วยก่อให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน ผสมกับความเชื่อของผู้ที่เริ่ม SE บางกิจการได้รับเงินทุนจากมูลนิธิ บางกิจการเริ่มจากการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการของหน่วยงานเดิมที่มีอยู่แล้ว บางกิจการได้เงินลงทุนจากองค์กรระหว่างประเทศ⁽⁶²⁻⁶³⁾ ในส่วนการลงทุนของภาคเอกชนหรือนักลงทุนรายย่อย ซึ่งได้รับการตอบรับและเป็นแหล่งเงินทุนที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างสูง การลงทุนนี้เรียกว่า การลงทุนเพื่อสังคม หรือ Social Investment ซึ่งเป็นการให้เงินทุนแก่ SE โดยเงินทุนเหล่านี้มีหลายรูปแบบ⁽⁶⁴⁾ ดังนี้

1) **Venture Philanthropy** หรือ การให้ร่วมลงทุน ซึ่งมีลักษณะเป็นการให้เปล่า กล่าวคือการระดมทุนนั้นผู้ให้ทุนให้ทุนแก่องค์กรที่เป็น Venture Philanthropy โดยไม่คาดหวังผลตอบแทนทางการเงิน และองค์กรก็จะรวบรวมเงินเพื่อนำไปลงทุนใน SE โดยเป็นการลงทุนที่คาดหวังผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อสังคมและผลตอบแทนทางการเงิน เช่น การให้กู้ยืม หรือการซื้อหุ้นในกิจการ โดยการลงทุนแบบนี้มักมาพร้อมกับทำให้การพัฒนาศักยภาพในการดำเนินการของ SE ด้วย เช่น Impetus Private Equity Foundation เป็นองค์กรที่รวบรวมเงินให้เปล่ามาสนับสนุนหน่วยงานสาธารณประโยชน์ในสหราชอาณาจักร และมีการร่วมมือกับผู้รับเงินในการวางแผนธุรกิจและพัฒนาสินค้าและบริการ

2) **Impact Investment** หรือการลงทุนเพื่อสร้างผลกระทบ โดยการลงทุนจะมีองค์รกลางในการระดมทุนและบริหารกองทุนเพื่อนำไปลงทุนใน SE โดยมุ่งไปที่กิจการที่สร้างผลกระทบทางสังคม และสร้างผลตอบแทนทางการเงิน เช่น Root Capital ซึ่งให้เงินแก่ผู้ยากไร้ในทวีปแอฟริกาและละตินอเมริกา โดยสนับสนุนให้ผู้ยากจนสามารถดำเนินการด้านการเกษตรของตนเองได้ โดยกลุ่มที่ให้กู้คือ กิจการที่มีขนาดใหญ่กว่ากิจการขนาดย่อม แต่ไม่ใหญ่ถึงขนาดจะสามารถกู้จากธนาคารพาณิชย์ทั่วไปได้

3) **Socially Responsible Investment** หรือ การลงทุนอย่างมีความรับผิดชอบต่อสังคมคือการลงทุนในกองทุนรวม หรือลงทุนในรูปแบบอื่น ๆ อันอยู่ในระบบตลาดทุน โดยเกณฑ์การพิจารณาเลือกกิจการที่จะลงทุนจะนำประเด็นเรื่องการให้ความสำคัญกับสังคม และสิ่งแวดล้อม ขณะเดียวกันก็มุ่งหมายที่จะสร้างผลตอบแทนทางการเงินด้วย เช่น กองทุน BKIND ของบริษัท หลักทรัพย์บัวหลวง จำกัด

4) **Corporate Partnership/Hybrid Value Chain** คือ การลงทุนโดยร่วมมือระหว่างภาคธุรกิจและ SE ในลักษณะการทำงานร่วมกัน เพื่อสร้างผลกระทบทางสังคมและผลตอบแทนทางการเงิน เช่น M-PESA คือ การให้บริการทางการเงินในการทำธุรกรรมบนมือถือ โดยได้รับความร่วมมือจากบริษัท Vodaphone สถาบันการเงินขนาดย่อม และหน่วยงานพัฒนาระหว่างประเทศ โดยให้บริการในประเทศเคนยา แทนซาเนีย แอฟริกาใต้ อีฟกานีสถาน และอินเดีย

5) **Social Impact Bond** หรือพันธบัตรผลกระทบทางสังคม เป็นรูปแบบของการที่รัฐบาลระดมเงินทุนและให้สัญญาว่ารัฐบาลจะจ่ายเงินคืนแก่ผู้ลงทุนหากโครงการบรรลุผลตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ตัวอย่างเช่น พันธบัตรเพื่อสังคมที่ออกครั้งแรกปรากฏในสหราชอาณาจักรเมื่อ พ.ศ. 2553 ต่อมาสหรัฐอเมริกาและออสเตรเลียจึงได้ออกพันธบัตรในลักษณะเช่นเดียวกันออกมาด้วย

6) **Crowd Funding** คือ การระดมเงินจากประชาชนจำนวนมากเพื่อนำมาใช้ในการสนับสนุน SE ซึ่งมักปรากฏในการระดมทุนผ่านการประชาสัมพันธ์ทางอินเทอร์เน็ต เช่น Taejai.com ซึ่งระดมเงินจากประชาชนในการนำเงินไปสนับสนุนโครงการที่มีการพัฒนาชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อม

อย่างไรก็ตาม SE ที่จัดตั้งขึ้นโดยผู้ประกอบการใหม่มักจะประสบปัญหาทางด้านเงินทุนเป็นอย่างมากทั้งในการระดมเงินทุนเริ่มต้นกิจการและเงินทุนในการขยายกิจการ เพราะ SE นั้นมักมีผลตอบแทนด้านการเงินต่ำ ทำให้การเข้าถึงเงินทุนเชิงพาณิชย์จากแหล่งอื่น เช่น การกู้ยืมเงินจากสถาบันการเงิน หรือการระดมจากตลาดทุนแทบจะเป็นไปไม่ได้เลย นอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถในการดำเนินธุรกิจก็เป็นอีกหนึ่งความท้าทายสำคัญ แม้ว่า SE ประเภทนี้ จะมีความตั้งใจเข้ามาทำกิจกรรมเชิงธุรกิจเพื่อสังคมแต่อาจขาดประสบการณ์และขาดทักษะการบริหารจัดการเชิงธุรกิจที่เหมาะสม ดังนั้น แหล่งเงินทุนที่เหมาะสมสำหรับกิจการในกลุ่มนี้มากที่สุดควรจะเป็นกองทุนร่วมลงทุนในลักษณะของธุรกิจเงินร่วมลงทุนเพื่อสังคม (Venture Philanthropy) เป็นหลัก ทั้งนี้มีเหตุผลสนับสนุนหลายประการ อาทิ เช่น มูลนิธิต่างๆ มักมีนโยบายให้การสนับสนุนเป็นรายโครงการมากกว่าการเข้ามาช่วยกิจการทั้งบริษัท การบริจาคของ

องค์กรการกุศลต่างๆ มักมีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณที่ไม่เพียงพอ มูลนิธิหลายแห่งมักเน้นการจัดสรรเงินทุนโดยคำนึงถึงความต้องการใช้เงินทุนของโครงการมากกว่าผลประกอบการที่ผ่านมาของ SE หรือการที่มูลนิธิส่วนมากจะไม่เข้ายุ่งเกี่ยวกับการบริหารงานของ SE ทำให้ธุรกิจเงินร่วมลงทุนในลักษณะ Venture Philanthropy น่าจะเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนา SE ประเภทนี้ในประเทศไทย⁽⁶²⁾

3.1.7 ปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน และการแก้ไข ปรับปรุงกิจการ^(30,44,57,65-66)

ใน 2 ปีแรก หรือ ความเสี่ยงในระยะเริ่มต้นในกลุ่มผู้ประกอบการหน้าใหม่ที่เริ่มมีความสนใจ จนถึงระดับที่เข้าสู่กระบวนการจัดตั้ง กิจการในรูปแบบต่างๆ ทั้งจากการรวมกลุ่มของปัจเจกบุคคล กลุ่มคนรุ่นใหม่ กลุ่มวิชาชีพหรือพนักงานเอกชน ที่สนใจประเด็นทางสังคม โดยปัจจัยสำคัญที่เป็นปัญหาหลักคือ ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในปัญหาสังคมที่ต้องการแก้ไข และการออกแบบโมเดลทางธุรกิจที่เหมาะสม โดยมีแนวโน้มที่จะเริ่มลงมือดำเนินการทันทีด้วยทุนส่วนตัวหรือจากคนรู้จักโดยขาดการทดสอบความคิดและการวิเคราะห์ตลาดอย่างชัดเจน รวมไปถึงการขาดระบบการเงินและบัญชีทำให้ไม่สามารถรู้ถึงโครงสร้างต้นทุนที่แท้จริงของกิจการได้ ความท้าทายสำคัญในช่วงระยะนี้คือการได้รับทุนและระบบสนับสนุนที่มากเพียงพอและมีวัตถุประสงค์เฉพาะ โดยควรเน้นไปที่เงินทุนเพื่อเข้าถึงระบบเป้าหมายที่เหมาะสมและเงินทุนเริ่มต้นสำหรับทดลองโมเดลทางธุรกิจและการศึกษาตลาด

หลัง 2 ปีแรก คือระยะความอยู่รอด หมายถึง กลุ่มกิจการที่มีการจัดตั้งองค์กรแล้วอย่างเป็นทางการ ดำเนินการตามโมเดล ทางธุรกิจแล้วมาระยะหนึ่ง ความแตกต่างจากระยะเริ่มต้นคือการยื่นระยะให้กิจการอยู่รอดภายใต้ระบบตลาด ปกติ ความท้าทายสำคัญจึงอยู่ที่การเข้าถึงเงินทุนในรูปแบบเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำ หรือ เงินร่วมลงทุน เป็นเงินทุนสำหรับบุคลากรและการจัดการกิจการ ควรได้รับการให้คำแนะนำทางธุรกิจอย่างเหมาะสมเพียงพอ รวมไปถึงการสร้างเครือข่ายสนับสนุนในรูปแบบคู่ค้าทางธุรกิจ

ต่อมาในระยะเติบโตและขยายผล คือระยะของธุรกิจที่มีการดำเนินการทางธุรกิจมาอย่างต่อเนื่อง ยาวนาน ได้รับการยอมรับจากผู้บริโภคและถูกทดสอบกับระบบตลาดปกติแล้ว กิจการที่สามารถขยายการเติบโตได้สูงจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนา งานวิจัยและพัฒนา รวมถึงนวัตกรรมเพื่อสร้างความแตกต่างและขีดความสามารถในการแข่งขัน โดยนวัตกรรม ดังกล่าวอาจเกิดขึ้นจากรูปแบบความร่วมมือกับสถาบันวิจัย หรือ ภาคเอกชน รวมถึงการเข้าถึงเงินทุนที่มีขนาดใหญ่มากขึ้นไม่ว่าจะอยู่ในรูปแบบของเงินกู้หรือเงินลงทุนจากภายนอก โดยเงินทุนนี้จะต้องไม่ขัดแย้งและสามารถสอดคล้องไปกันกับหลักอุดมการณ์ของผู้ก่อตั้งหรือองค์กร ความท้าทายสำคัญจึงอยู่ที่การสร้างความสำเร็จถึงความสำคัญและคุณค่าของการขยายขนาดกิจการซึ่งจะช่วยให้สามารถสร้างผลกระทบทางสังคมได้ในระดับสูง

การทำ SE ไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะมีโจทย์ที่ท้าทายหลายเรื่อง ไม่ว่าจะเป็นการต่อสู้กับกระแสทุนนิยม การทำให้ถึงเป้าหมายที่มองผลกระทบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญ ไม่นับรวมความท้าทายในเรื่องของเงินลงทุนที่ยังเป็นช่องว่างสำหรับคนที่อยากทำ SE “คนในประเทศไทยมีใจอยากทำ SE จำนวนไม่น้อย แต่ถามว่าสภาพแวดล้อมและระบบต่างๆที่จะมาสนับสนุนมีไม่เพียงพอหรือเปล่า เพราะขณะนี้ SE อยู่ในช่วงตั้งไข่ มีคนรุ่นใหม่เขาพยายามที่จะหาทิศทาง หาตัวตน หาช่องทางในการทำการตลาด หากการเข้าถึงองค์ความรู้ต่างๆ ก็นับเป็นความท้าทายในตัวเองอยู่แล้ว โดยที่ยังไม่ต้องพูดถึงเรื่องเงิน หรือเรื่องภาษี”

3.2 ประเด็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารด้านบริการเภสัชกรรม

นำเสนอในหัวข้อช่องว่างการให้บริการเภสัชกรรม และการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพ ครอบคลุมประเด็นหลัก 6 ประเด็น คือ

- 3.2.1 ประเภทบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการและผลลัพธ์ที่ต้องการหรือเกิดขึ้นจริงจากบริการนั้น
 - 3.2.2 ความใหม่ของกิจกรรมบริการ และเหตุผลที่เกิดบริการนี้
 - 3.2.3 ช่องว่างของบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการ
 - 3.2.4 ทศนคติ (ทั้งบวกและลบ) ของเภสัชกร บุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย ต่อบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการ
 - 3.2.5 แนวทางพัฒนาปรับปรุงบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการ
 - 3.2.6 บริการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วย ครอบครัวชุมชน ต้องการ (เป็นงานเภสัชกรรมด้านไหนบ้าง)
- โดยมีรายละเอียดแต่ละประเด็นดังต่อไปนี้

3.2.1 ประเภทบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการและผลลัพธ์ที่ต้องการหรือเกิดขึ้นจริงจากบริการนั้น

ปัจจุบันวิชาชีพเภสัชกรรมมีการพัฒนาเป็นอย่างมาก บทบาทหน้าที่เภสัชกรเปลี่ยนจากการให้บริการกระจายยา เป็นการให้บริการทางเภสัชกรรมในหลายรูปแบบ โดยมุ่งเน้นประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นสำคัญ ในหัวข้อนี้จะรวบรวมประเภทบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพและผลลัพธ์ที่ต้องการหรือเกิดขึ้นจริงจากบริการนั้น⁽⁶⁷⁻⁸⁵⁾ โดยเปรียบเทียบบริการฯ ของ 3 ประเทศ คือ ประเทศอังกฤษ ประเทศออสเตรเลีย และประเทศไทย รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประเภทบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพและผลลัพธ์ที่ต้องการหรือเกิดขึ้นจริงจากบริการนั้น ของประเทศอังกฤษ ออสเตรเลีย และไทย

ประเภทบริการ	รูปแบบบริการ	อังกฤษ	ออสเตรเลีย	ไทย	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
Supervised administration	เภสัชกรมีหน้าที่ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทาน/ ให้อาหารที่แพทย์สั่ง ณ จุดที่จ่ายยาเพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยได้รับยาจริง เช่น methadone และยาอื่นที่ใช้ในการรักษา opiate dependence ยาที่ใช้รักษาความผิดปกติทางจิต หรือยารักษาวัณโรค	✓	-	-	เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา
Needle & syringe exchange	เภสัชกรจัดเตรียมและส่งมอบเข็มและหลอดฉีดยาให้กับผู้รับบริการแลกกับเข็มและหลอดฉีดยาที่ใช้แล้ว เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่มผู้เสพยาเสพติด ให้การสนับสนุนและให้คำแนะนำการใช้เข็มฉีดยาที่ถูกต้อง รวมถึงคำแนะนำเกี่ยวกับโรคติดต่อทาง	✓	-	-	ลดการแพร่กระจายเชื้อโรค เพิ่มความปลอดภัยสิ่งแวดล้อม

ประเภทบริการ	รูปแบบบริการ	อังกฤษ	ออสเตรเลีย	ไทย	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	เพศสัมพันธ์ เอดส์ ไวรัสตับอักเสบบี และ ข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนเพื่อป้องกันไวรัสตับอักเสบบี				
On demand availability of specialist drugs	ร้านยาที่เข้าร่วมให้บริการนี้ต้องจัดเตรียม สติ๊กยาพิเศษเฉพาะ (specialist medicines) ในจำนวนและปริมาณตามที่ได้ตกลงเพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วย สามารถเข้าถึงยาดังกล่าวได้ทันทีทุกเวลา เช่น ยาบรรเทาปวด ยาสำหรับรักษาวัณโรค และยาสำหรับรักษา meningitis	✓	-	-	เพิ่มการเข้าถึงยา
Stop smoking/smoking cessation	เภสัชกรให้คำแนะนำแบบตัวต่อตัวกับ ผู้รับบริการที่ต้องการเลิกบุหรี่ เพื่อเป็นการ เพิ่มโอกาสและทางเลือกในการเข้าถึง บริการและเข้าถึงยาช่วยเลิกบุหรี่	✓	✓	✓	เพิ่มการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ ลดความเสี่ยงการเกิดโรค NCDs, งดดมโป่งพอง มะเร็ง ปอด / สูญเสียชีวิต ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ เกี่ยวเนื่องจากบุหรี่ ได้ประโยชน์จากอายุที่เพิ่มขึ้น
Care home	เภสัชกรให้การสนับสนุนและให้คำแนะนำ กับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ในสถานพักฟื้น (care home) เพื่อเป็นหลักประกันว่ามีการ ให้อาหารที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ มี ความคุ้มค่า มีการเก็บรักษาอย่างปลอดภัย และมีการจัดบันทึกการบริหารยาไว้เป็น หลักฐานและติดตามอย่างน้อยทุกๆ 6 เดือน	✓	✓ (Trial)	-	ลดอัตราการเข้ารักษาตัวใน โรงพยาบาล เพิ่มคุณภาพชีวิต เพิ่มการแก้ไขปัญหาด้านยา ลดอัตราการหกล้มของผู้สูงอายุ ลดค่าใช้จ่ายด้านยา เพิ่มคุณภาพการรักษา เช่น ลด ระดับน้ำตาลในเลือด ลดระดับ ความดันโลหิต ฯลฯ
Medicines assessment & compliance support	เภสัชกรทำหน้าที่ประเมินและให้การ ช่วยเหลือเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา สามารถใช้ยาได้ตามแพทย์สั่ง ได้แก่ ให้ ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ จัดทำ บันทึกรายการให้ยาให้ผู้ป่วยกรอก จัดทำฉลาก ยาด้วยตัวหนังสือขนาดใหญ่ และจัดเตรียม ยาโดยใช้ตลับแบ่งยา เป็นต้น	✓	-	-	เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา
Medication review (full clinical review)	การประเมินยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อให้ได้รับ ประสิทธิภาพจากการรักษาอย่างเต็มที่ และช่วยลดปัญหาจากการใช้ยา โดยเภสัช กรสามารถเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์ของ ผู้ป่วย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ เกี่ยวข้องได้	✓	-	-	ลดอัตราการเข้ารักษาตัวใน โรงพยาบาล เพิ่มคุณภาพชีวิต เพิ่มการแก้ไขปัญหาด้านยา ลดอัตราการหกล้มของผู้สูงอายุ ลดค่าใช้จ่ายด้านยา

ประเภทบริการ	รูปแบบบริการ	อังกฤษ	ออสเตรเลีย	ไทย	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
					เพิ่มคุณภาพการรักษา เช่น ลดระดับน้ำตาลสะสม ลดระดับความดันโลหิต ฯลฯ
Minor ailment service	เภสัชกรให้คำแนะนำและช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อบรรเทาและรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย และสามารถเสนอขายยา OTC ให้กับผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสม หากผู้ป่วยไม่ต้องการซื้อยาเองแต่ประสงค์จะไปพบแพทย์เพื่อขอใบสั่งยาเภสัชกรสามารถจ่ายยาให้กับผู้ป่วยตามบัญชียาที่ได้ตกลงไว้ และเบิกค่ายาคืนภายหลัง	✓	-	✓	ลดภาระงานรวมของแพทย์ในรพ. ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เพิ่มทัศนคติเชิงบวกของผู้ป่วยต่อบริการ
Out of hours (access to medicines)	เภสัชกรให้บริการนอกเหนือจากเวลาเปิดทำการตามปกติเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้นอกเวลาทำการ	✓	-	-	เพิ่มการเข้าถึงยา
Supplementary prescribing by pharmacists	บริการนี้ขึ้นกับการตกลงโดยสมัครใจระหว่าง independent prescriber (แพทย์) กับ supplementary prescriber (เภสัชกร) และผู้ป่วย Supplementary prescriber สามารถสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ติดตามผลการตรวจ ให้การรักษา และปรับเปลี่ยนการรักษาได้ โดยอยู่ภายใต้ clinical management plan ที่ตกลงไว้กับ independent prescriber	✓	-	-	เภสัชกรพึงพอใจที่ได้รับการยอมรับมากขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจ แพทย์ยอมรับบริการรูปแบบนี้ ลดภาระของแพทย์โรงพยาบาล
Emergency hormonal Contraception	เภสัชกรจ่ายยาคุมกำเนิดฉุกเฉินพร้อมคำแนะนำให้กับผู้รับบริการที่เข้าเกณฑ์การให้บริการตามที่กำหนดไว้ใน patient group direction (PGD) ของแต่ละพื้นที่	✓	-	✓	เพิ่มการเข้าถึงยา เพิ่มทางเลือกให้ผู้รับบริการ
Vaccination	เภสัชกรค้นหากลุ่มเป้าหมาย แนะนำให้กลุ่มเป้าหมายเข้ารับการฉีดวัคซีน ทำการฉีดวัคซีนให้กับผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ และรายงานให้แพทย์ประจำตัวผู้ป่วยทราบ	✓	✓	-	เพิ่มการเข้าถึงยา เพิ่มทางเลือกให้ผู้รับบริการ
Patient group directions (supply and/or administration of medicines under a PGD)	Patient group direction (PGD) คือแนวปฏิบัติในการจ่ายยาที่ต้องใช้ใบสั่งแพทย์ (prescription only medicine: POM) ให้กับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโดยแนวปฏิบัติดังกล่าวเกิดจากการตกลงร่วมกันระหว่างแพทย์และเภสัชกรภายใต้การรับรองของ PCO แต่ละพื้นที่ ตัวอย่างยา เช่น ยาต้าน	✓	-	-	ลดภาระของแพทย์โรงพยาบาล

ประเภทบริการ	รูปแบบบริการ	อังกฤษ	ออสเตรเลีย	ไทย	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	ไวรัสชนิดรับประทาน orlistat และ sildenafil เป็นต้น				
Chlamydia screening & Treatment	เภสัชกรส่งมอบชุดทดสอบ Chlamydia แจกผลการทดสอบ และให้การรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด เช่น ผู้รับบริการที่อายุน้อยกว่า 25 ปีที่มาซื้อถุงยางอนามัย และ ผู้รับบริการยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน เป็นต้น	✓	-	-	ผู้รับบริการพึงพอใจและยอมรับ
NHS health check/cardiovascular screening	เภสัชกรใช้เกณฑ์ NHS health check มาประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้รับบริการที่มีอายุระหว่าง 40 ถึง 74 ปีที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคดังกล่าวมาก่อน เภสัชกรต้องบันทึกผลการประเมินที่ได้ ให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและแจ้งผลให้แพทย์ประจำตัวทราบด้วย	✓	✓	✓ (โครงการพิเศษ)	เพิ่มความรู้ของกลุ่มเป้าหมาย ลดพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเป้าหมาย เพิ่มการคัดกรองและส่งต่อกลุ่มเสี่ยง ลดภาระของหน่วยบริการ
Diabetes screening	บริการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานและส่งต่อ	-	✓ (Trial)	✓ (โครงการพิเศษ)	เพิ่มความรู้ของกลุ่มเป้าหมาย ลดพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเป้าหมาย เพิ่มการคัดกรองและส่งต่อกลุ่มเสี่ยง ลดภาระของหน่วยบริการ
Hypertension screening	บริการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูงและส่งต่อ	-	-	✓ (โครงการพิเศษ)	เพิ่มความรู้ของกลุ่มเป้าหมาย ลดพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเป้าหมาย เพิ่มการคัดกรองและส่งต่อกลุ่มเสี่ยง ลดภาระของหน่วยบริการ
STD screening	บริการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชดี	-	-	✓ (โครงการพิเศษ)	เพิ่มความรู้ของกลุ่มเป้าหมาย ลดพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเป้าหมาย เพิ่มการคัดกรองและส่งต่อกลุ่มเสี่ยง ลดภาระของหน่วยบริการ
Chronic kidney screening	บริการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรัง	-	-	✓ (โครงการพิเศษ)	เพิ่มความรู้ของกลุ่มเป้าหมาย ลดพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเป้าหมาย เพิ่มการคัดกรองและส่งต่อกลุ่มเสี่ยง ลดภาระของหน่วยบริการ

ประเภทบริการ	รูปแบบบริการ	อังกฤษ	ออสเตรเลีย	ไทย	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
Asthma/COPD screening	บริการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหืด/COPD	-	-	✓ (โครงการพิเศษ)	เพิ่มความถี่ของกลุ่มเป้าหมาย ลดพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเป้าหมาย เพิ่มการคัดกรองและส่งต่อกลุ่มเสี่ยง ลดภาระของหน่วยบริการ
Weight management (เด็ก/ผู้ใหญ่) /lifestyle modification program	เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการอดอาหารเพื่อสุขภาพและการควบคุมน้ำหนัก โดยทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารเพื่อสุขภาพซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการแทรกแซง (intervention) ร่วมกับการออกกำลังกาย	✓	-	✓ (โครงการพิเศษ)	เพิ่มการเข้าถึงบริการลดน้ำหนัก ลดความเสี่ยงการเกิดโรค NCDs/สูญเสียชีวิต ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องจากน้ำหนักเกิน
Alcohol screening and brief intervention	บริการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคสุรา การแนะนำวิธีที่ช่วยให้เลิกดื่ม แนะนำวิธีการดื่มหากยังเลิกไม่ได้ อันตรายจากการดื่มในขณะตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร ผลเสียจากการดื่มสุรากับโรคที่เป็นอยู่ ปฏิกริยาระหว่างยากับสุรา แนะนำผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการใช้ยาบำบัดภาวะติดสุรา	✓	-	-	เพิ่มการเข้าถึงบริการเลิกสุรา ลดความเสี่ยงการเกิดโรค NCDs/สูญเสียชีวิต ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องจากสุรา
Anticoagulant management	เป็นการให้บริการดูแลและบริหารจัดการผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด	✓	-	-	ลดอัตราป่วย/ตายจากภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ลดภาวะแทรกซ้อนจากยา
Sharps disposal	เป็นการให้บริการกำจัดสิ่งมีคมทางการแพทย์ที่ใช้แล้ว เพื่อลดอันตรายและความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ เช่น ใบมีดผ่าตัด เข็ม ไซริงค์ Microscope slides ที่ใช้แล้ว เป็นต้น	✓	-	-	ลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ เพิ่มความปลอดภัยต่อสิ่งแวดล้อม
Emergency supply	ให้บริการยาฉุกเฉินตามที่ตกลงไว้	✓	-	-	เพิ่มการเข้าถึงยา
Medicines use review (MUR) และ prescription intervention service/ medication therapy management (MTM)	เป็นการทบทวนการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับ และประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยผ่านการซักประวัติ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการใช้ยา เช่น ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหลายโรค ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เป็นต้น หลังจากทบทวนการใช้ยาแล้วบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์ม MUR ข้อมูลเหล่านี้จะถูกส่งไปยังแพทย์ผู้ทำการรักษา โดยทั่วไป MUR จะทำอย่างสม่ำเสมอ เช่น ทุกๆ 12 เดือน เป็นต้น	✓	✓	✓ (โครงการพิเศษ)	ลดอัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล เพิ่มคุณภาพชีวิต เพิ่มการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาลดอัตราการหกล้มของผู้สูงอายุ ลดค่าใช้จ่ายด้านยา เพิ่มคุณภาพการรักษา เช่น ลดระดับน้ำตาลสะสม ลดระดับความดันโลหิต ฯลฯ

ประเภทบริการ	รูปแบบบริการ	อังกฤษ	ออสเตรเลีย	ไทย	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
Home Medicines Review (HMR)	เภสัชกรจะไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อทบทวนการใช้ยา และรายงานให้แก่แพทย์ เพื่อให้แพทย์และผู้ป่วยรับทราบและปฏิบัติตามแผนการบริหารจัดการด้านยา	-	✓	✓ (โครงการพิเศษ)	ลดอัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล เพิ่มคุณภาพชีวิต เพิ่มการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาลดอัตราการหกล้มของผู้สูงอายุ ลดค่าใช้จ่ายด้านยา เพิ่มคุณภาพการรักษา เช่น ลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดระดับความดันโลหิต ฯลฯ
MedsCheck – diabetes - chronic pain	บริการให้คำแนะนำ ความรู้ ตรวจสอบการใช้ยาให้ถูกต้อง ไม่ overuse เพิ่มคุณภาพในการใช้ยา	-	✓ (Trial)	-	เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ โรคไต ฯลฯ
Getting asthma under control	ให้บริการในผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมอาการไม่ได้ โดยดูแลในเรื่องการเพิ่ม adherence, inhaler technique และ control allergic rhinitis	-	✓ (Trial)	✓ (โครงการพิเศษ)	เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย เพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคหืด เพิ่มจำนวนปีสุขภาพ (quality-adjusted life years: QALYs) เพิ่มค่าการทำงานของปอด (FEV1)
Appliance use review (AUR)	เป็นการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่มีการใช้ specified appliance รวมถึงการเก็บรักษา และการทิ้งที่ถูกต้อง	✓	-	-	เพิ่มความปลอดภัยสิ่งแวดล้อม เพิ่มความรู้ผู้ป่วยใช้ appliance ได้ถูกต้อง
Stoma appliance customization (SAC)	เป็นการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่มีการใช้ stoma appliance ให้ใช้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงการกำจัดทิ้งที่ถูกต้องด้วย	✓	-	-	เพิ่มความปลอดภัยสิ่งแวดล้อม เพิ่มความรู้ผู้ป่วยใช้ appliance ได้ถูกต้อง
New medicine service (NMS)	เป็นบริการให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการส่งจ่ายยาตัวใหม่เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เบื้องต้นจะให้บริการเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยและเฉพาะกลุ่มโรคตามที่ได้มีการกำหนดไว้ ได้แก่ โรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวานชนิด 2 ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วย antiplatelet/anticoagulant และความดันโลหิตสูง	✓	-	-	เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย
Dispensing/repeat dispensing and provision of compliance	เป็นการให้บริการจัดหายาหรือเวชภัณฑ์ตามใบสั่งยา (NHS prescriptions) ร่วมกับ การให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้	✓	✓	✓ (dispensing มีบาง)	เพิ่มความสะดวกของผู้ป่วย ลดระยะเวลาการรอรับบริการของผู้ป่วย

ประเภทบริการ	รูปแบบบริการ	อังกฤษ	ออสเตรเลีย	ไทย	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
support/Medication Continuance	ยา เพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสมและปลอดภัย และยังครอบคลุมงานในส่วนของการเติมยาหลายครั้งด้วย			พื้นที่ที่เชื่อมต่อได้ repeat dispensing เป็นโครงการพิเศษ)	ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย ลดภาระงานของโรงพยาบาล (ลดแออัด) ลดค่าใช้จ่ายด้านยา
Disposal of unwanted medicines	เป็นการให้บริการกำจัดยาเหลือใช้	✓	-	-	เพิ่มความปลอดภัยต่อสิ่งแวดล้อม
Promotion of healthy lifestyles	ให้บริการที่เน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ผ่านการให้คำแนะนำเรื่องยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพให้เหมาะสม โดยครอบคลุมกลุ่มโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ที่สูบบุหรี่ และน้ำหนักเกิน เป็นต้น และมีการจัดทำ Public health campaign ในเชิงรุก	✓	-	✓ (โครงการพิเศษ)	เพิ่มความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ
Sign-posting/referring system	เป็นรูปแบบการให้บริการในกรณีที่ร้านยานั้นมีข้อจำกัดหรือไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ หรือผู้ป่วยต้องการเข้ารับการรักษาที่ร้านยานั้นไม่อาจให้บริการได้ จะมีการทำการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการที่เหมาะสม ผ่านบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละราย	✓	✓	-	
Support for self care	เป็นการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาและการปฏิบัติตนในผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องได้รับการช่วยเหลือดูแล	✓	-	-	เพิ่มความรู้ในการดูแลช่วยเหลือตนเอง
dose administration aids (DAAs)	เป็นบริการจัดเตรียมยาให้กับผู้ป่วยในรูปแบบ unit dose packing หรือ multi-dose packing โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ลดโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการบริหารยาผิดพลาด และช่วยลดค่าใช้จ่ายจากยาเหลือค้าง	-	✓	-	เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาลดการนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลจากADR ลดค่าใช้จ่ายจากยาเหลือค้าง
Staged Supply	เภสัชกรให้บริการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยเป็นช่วงตามแพทย์สั่ง โดยช่วงการจ่ายยาอาจเป็นรายวัน หรือรายสัปดาห์ บริการนี้จะมีประโยชน์กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถจัดการกับยาของตนเองได้อย่างปลอดภัย เช่น ผู้ป่วย	-	✓	-	เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาลดค่าใช้จ่ายจากยาเหลือค้าง

ประเภทบริการ	รูปแบบบริการ	อังกฤษ	ออสเตรเลีย	ไทย	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	ที่มีปัญหาทางจิต ผู้ป่วยที่ติดยา หรือผู้ป่วยอื่นตามที่แพทย์พิจารณา				
Family pharmacist	เภสัชกรให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านผู้ป่วยแบบองค์รวม มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ถูกต้อง ติดตามแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยและครอบครัว เน้นสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเภสัชกร ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลอื่น ๆ	-	-	✓ (โครงการพิเศษ)	ลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพิ่มคุณภาพชีวิต เพิ่มการแก้ไขปัญหาด้านยาลดอัตราการหกล้มของผู้สูงอายุ ลดค่าใช้จ่ายด้านยา เพิ่มคุณภาพการรักษา เช่น ลดระดับน้ำตาลสะสม ลดระดับความดันโลหิต ฯลฯ
Education and follow up (เรื่องลดเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หืด การใช้ยาคุม ยาคุมฉุกเฉิน ถุงยางอนามัย วัคซีน ฝากครรภ์ มะเร็งปากมดลูก โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอดส์ ท้องไม่พร้อม การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องเสียและทางเดินหายใจ)	การให้ความรู้แก่ประชาชนโดยเภสัชกรร้านยาเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเพิ่มศักยภาพในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง เพื่อการมีสุขภาพดีในระดับสูง			✓ (โครงการพิเศษ)	เพิ่มความรู้ด้านสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน

หมายเหตุ: ✓ หมายถึงมีให้บริการ

3.2.2 ความใหม่ของกิจกรรมบริการ และเหตุผลที่เกิดบริการนี้

ผลการทบทวนเอกสารพบว่าเหตุผลที่เกิดบริการเภสัชกรรมใหม่ ๆ ดังกล่าวในหัวข้อ 3.2.1 ส่วนใหญ่เกิดจากที่นักวิจัยที่มองเห็นช่องว่างของบริการเภสัชกรรมและส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน จึงทดลองนำร่องบริการเภสัชกรรมและส่งเสริมป้องกันสุขภาพโดยเภสัชกรในร้านยา

บริการเภสัชกรรมและการบริบาลทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่เภสัชกรประจำร้านยาเคยมีโครงการทดลองร่วมให้บริการในระบบ โดยเลือกดำเนินงานกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในช่วง พ.ศ. 2548-2560 มีร้านยาเข้าร่วมโครงการ 369 แห่ง จาก 58 จังหวัด กระจายอยู่ในเขตสุขภาพ 13 เขต ผลการทดลองนำร่องร่วมให้บริการ พบว่าเภสัชกรร้านยา สามารถร่วมให้บริการเภสัชกรรมและการบริบาลทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพกับระบบได้ ทั้งปริมาณบริการและคุณภาพบริการ ตลอดจนมีหลักฐานที่แสดงว่ามีผลลัพธ์ทางด้านคลินิก และผลลัพธ์ทางมานุษยวิทยาที่ดี⁽¹¹³⁻¹²⁴⁾ บริการดังกล่าวมีดังต่อไปนี้

1. บริการคัดกรองโรคเรื้อรัง (เช่น เบาหวาน ความดัน หืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ฯลฯ)
2. บริการคัดกรองโรคติดเชื้อ (เช่น วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอดส์ ฯลฯ)

3. บริการส่งเสริมสุขภาพ (ให้ความรู้ด้านการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ เช่น ความรู้เรื่องการลดเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หืด การใช้ยาคุม ยาคุมฉุกเฉิน ถุงยางอนามัย วัคซีน ฝากครรภ์ มะเร็งปากมดลูก โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอดส์ ท้องไม่พร้อม การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องเสียและทางเดินหายใจ)
4. บริการช่วยเหลือผู้ป่วย
5. บริการควบคุมน้ำหนัก
6. บริการการจัดการการใช้จ่ายยา (secondary prevention) ที่ร้านยา
7. บริการการจัดการการใช้จ่ายยา (secondary prevention) ที่บ้านผู้ป่วย
8. บริการเติมยาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (secondary prevention)
9. บริการเภสัชกรประจำครอบครัว
10. บริการจ่ายยาตามใบสั่งยาของแพทย์

3.2.3 ช่องว่างของบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการ

เอกสารขององค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคำว่า “บริการเภสัชกรรม” ไว้ค่อนข้างกว้างว่า เป็นบริการที่ครอบคลุม กิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยของประชาชน และเมื่อมีความจำเป็นต้องมีการใช้ยาเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย จะต้องมีความสามารถในการจ่ายยาของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพเพื่อให้ได้ประโยชน์ในการรักษาสูงสุดและหลีกเลี่ยงอาการไม่พึงประสงค์ (WHO, 1996)⁽⁸⁶⁾ ในปีต่อมา องค์การ International Pharmaceutical Federation (FIP, 1997) หรือสมาพันธ์เภสัชกรรมนานาชาติ ซึ่งเป็นองค์กรไม่หวังผลกำไร และเป็นสมาพันธ์ที่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของเภสัชกรและนักวิทยาศาสตร์ ได้เสนอบทบาท เภสัชกรที่ควรปฏิบัติไว้ และจำแนกขอบข่ายงานบริการทางเภสัชกรรม (หน้าที่ที่เภสัชกรควรทำ) ตามบทบาท โดยได้จัดบทบาทของเภสัชกรเป็น 4 กลุ่ม⁽⁸⁷⁾ ดังนี้

- 1) การบริหารจัดการยาและผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ (Prepare, obtain, store, secure, distribute, administer, dispense and dispose of medical products)
- 2) การบริการเภสัชบำบัด (Provide effective medication therapy management)
- 3) การดำรงไว้ซึ่งความเป็นมืออาชีพในงานของตนเอง (Maintain and improve professional performance)
- 4) การมีส่วนร่วมพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพและสาธารณสุข (Contribute to improve effectiveness of the health-care system and public health)

ประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศสมาชิกของสมาพันธ์เภสัชกรรมนานาชาติได้นำแนวทางที่นำเสนอนี้มากำหนดมาตรฐานงานเภสัชกรรมของโรงพยาบาลและร้านยาในประเทศ ทั้งนี้การจัดบริการเภสัชกรรมของประเทศไทยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ในการทบทวนเอกสารสำหรับการศึกษาครั้งนี้จะมุ่งเน้นเฉพาะเรื่องการจัดบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ เนื่องจากมีการให้บริการทั้งบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านการส่งเสริมป้องกันสุขภาพ สอดคล้องกับหัวข้อการศึกษาในครั้งนี้

ปัจจุบัน ยังไม่มีมาตรฐานงานบริการเภสัชกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ในหน่วยบริการสุขภาพของภาครัฐจัดให้งานบริการเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นงานหนึ่งของงานเภสัชกรรมในโรงพยาบาล โดยใช้ชื่อเรียกว่า งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ งานดังกล่าวเป็นการประยุกต์ความเชี่ยวชาญด้านยาและคุ้มครองผู้บริโภค เข้ากับบริบทด้านปฐมภูมิที่เน้นองค์รวม ผสมผสาน และต่อเนื่อง เน้นการดูแลใน 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในปี พ.ศ.2560 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ร่วมกับสำนักงานแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพคณะเภสัช

ศาสตราจารย์ผดุงภรณ์มหาวิทยาลัย และชมรมเภสัชกรปฐมภูมิ (ประเทศไทย) จัดทำคู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิขึ้น⁽⁸⁸⁾ และกำหนดให้งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ประกอบด้วยงานหลัก 5 งาน คือ 1) งานบริหารเวชภัณฑ์ 2) งานบริการส่งมอบยาและให้คำแนะนำในการใช้ยา 3) งานบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) 4) งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข และ 5) งานส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพและสมุนไพร บัณฑิตที่มีผลต่อการให้บริการเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิของภาครัฐ ได้แก่ จำนวนเภสัชกร ทัศนคติที่ดีต่องาน แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การสนับสนุนของผู้บังคับบัญชา สมรรถนะของเภสัชกร การรู้จักสภาพแวดล้อมชุมชน และ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายและแผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิมาอย่างต่อเนื่องนานกว่า 10 ปี ซึ่งส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงระบบสุขภาพเพิ่มขึ้น แต่ในด้านคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิ ยังมีข้อจำกัดและพัฒนาไปไม่ได้เต็มที่ เนื่องจากสภาพของบุคลากรปฐมภูมิที่ยังไม่เพียงพอ และการลงทุนพัฒนาหน่วยปฐมภูมิยังดำเนินการไม่ได้เต็มที่ อีกทั้งองค์ความรู้เพื่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมียังมีจำกัด ส่งผลให้ยังคงมีช่องว่างของการบริการปฐมภูมิในระบบทั้งบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ⁽⁸⁹⁾

งานเภสัชกรรมปฐมภูมิของภาครัฐก็เช่นเดียวกัน ที่ยังขาดอัตรากำลังเภสัชกรซึ่งเป็นบุคลากรสำคัญยิ่งต่อการให้บริการเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ การศึกษาความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพสำหรับระบบบริการปฐมภูมิในปี พ.ศ. 2569 (นงลักษณ์ และคณะ, 2561)⁽⁹⁰⁾ พบว่าความต้องการเภสัชกรของระบบบริการปฐมภูมิ ในปี 2569 สำหรับงานบริการรักษา 5,709 คน งานส่งเสริม/ป้องกัน 96 คน และงานฟื้นฟู 1,634 คน ในขณะที่รายงานสถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย พ.ศ. 2553⁽⁶⁾ พบมีเภสัชกรปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเพียง 457 แห่ง จากจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วประเทศ 11,335 แห่ง (4%) นอกจากนี้จำนวนเภสัชกรที่ให้บริการยังไม่เพียงพอแล้ว เภสัชกรที่รับผิดชอบงานปฐมภูมิส่วนใหญ่เป็นเภสัชกรที่เพิ่มเข้ารับราชการยังขาดความรู้ ประสบการณ์ เทคนิค วิธีการ และทักษะการทำงานกับชุมชน ส่งผลให้เกิดช่องว่างของบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ⁽⁹¹⁻⁹⁷⁾ ดังนี้

1. งานส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเภสัชกรพบว่าให้บริการนี้มากที่สุดเป็นประจำทุกวันหรือ 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิอีกกว่า 96 % ทั่วประเทศ ที่ไม่มีเภสัชกรอยู่ประจำ ต้องอบรมเจ้าหน้าที่อื่นมาปฏิบัติงานแทน พบความคลาดเคลื่อนทางยาจำนวนมาก เช่น จัดยาผิด ความแรง ผิดตัว พิมพ์ฉลากวิธีใช้ผิด จำนวนการสั่งยาไม่สอดคล้องกับจำนวนวันนัด การเกิดปัญหาจากการใช้ยา ไม่ว่าจะเป็น อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ป้องกันได้ ปัญหาการใช้ยาที่ไม่สมเหตุสมผล เป็นต้น เมื่อพิจารณาในส่วนกิจกรรมย่อยที่ให้บริการน้อยที่สุดคือ การประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และออกบัตรแพ้ยา การศึกษาในศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. จำนวน 68 ศูนย์ ในปี 2551 พบมีศูนย์ฯ ที่ไม่มีรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จำนวน 32 ศูนย์ มีใบสั่งยาที่มีความคลาดเคลื่อนทางยามากกว่า 5 ต่อ 1,000 ใบ จำนวน 41 ศูนย์ และไม่มีรายงานปฏิบัติงานความคลาดเคลื่อนทางยา 4 ศูนย์ ส่วนการศึกษาระบบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในเขต 5 ราชบุรี พบการให้บริการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยาโดยเภสัชกร เพียง 69.4% แต่ยังมีข้อจำกัดด้านเวลาในการให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้เภสัชกรให้คำแนะนำการใช้ยาได้ไม่เต็มที่
2. งานบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) พบการให้บริการด้านนี้น้อย (เดือนละ 1-2 ครั้ง) แม้ว่าจะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเภสัชกรประจำก็ตาม ส่วนในเขต 5 ราชบุรี พบให้บริการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องด้านยาในชุมชน 57.5% แต่รูปแบบการเยี่ยมบ้านฯ แตกต่างกัน และบางแห่งให้เจ้าพนักงานเภสัช

กรรมออกเยี่ยมบ้านฯ แทน การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านในรายที่จำเป็นไม่สามารถทำได้ทุกราย นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 35 ของหน่วยบริการยังไม่มีบริการนี้ การศึกษาในศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. จำนวน 68 ศูนย์ ในปี 2551 พบมีศูนย์ฯ ที่ไม่มีรายงานปฏิบัติงานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยที่บ้าน 20 ศูนย์ (29.41%) และมีศูนย์ที่ปฏิบัติงานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยที่บ้านน้อยกว่า 10 รายต่อปี จำนวน 28 ศูนย์ (41.18%)

3. งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข พบการให้บริการด้านนี้น้อย (เดือนละ 1-2 ครั้ง) แม้ว่าจะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเภสัชกรประจำ ส่วนในเขต 5 ราชบุรี พบให้บริการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข 69.6% สอดคล้องกับการศึกษาในศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. จำนวน 68 ศูนย์ ในปี 2551 พบมีศูนย์ฯ ที่ไม่มีรายงานการตรวจสอบเฝ้าระวังปัญหา/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 35 ศูนย์ และมีรายงานการตรวจสอบเฝ้าระวังปัญหา/ผลิตภัณฑ์สุขภาพน้อยกว่า 4 ครั้ง/ปี จำนวน 7 ศูนย์
4. งานส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพและสมุนไพร พบการให้บริการด้านนี้น้อย (เดือนละ 1-2 ครั้ง) แม้ว่าจะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเภสัชกรประจำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ในปัจจุบันงานด้านสมุนไพรเป็นภารกิจของงานแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่ได้ถูกแยกออกมาเป็นเอกเทศไม่ขึ้นตรงกับฝ่ายเภสัชกรรม

ช่องว่างของบริการดังกล่าวสอดคล้องกับการสำรวจการดำเนินงานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ของโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับอำเภอในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2558⁽⁹⁸⁾ จำนวน 884 แห่ง พบว่าในด้านการจัดระบบการจัดยา/ส่งมอบยาให้ผู้ป่วย พบมีการดำเนินการระบบการติดตามผลการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยในระดับปานกลาง ในด้านการจัดมาตรฐานความปลอดภัยการใช้ยาของผู้ป่วย พบว่าการกำหนดนโยบายและมาตรการจัดการความปลอดภัยการใช้ยาที่ถ่ายทอดสู่ รพ.สต. การมีระบบการเฝ้าระวังและจัดการแก้ปัญหาการใช้ยาในยาที่มีความเสี่ยงสูง และระบบการจัดการป้องกันแก้ไขความคลาดเคลื่อนทางยา ก็มีการดำเนินการระดับปานกลางเท่านั้น กิจกรรมมาตรฐานเหล่านี้มีผลต่อคุณภาพของยาที่ให้บริการ ความปลอดภัยในการใช้ยาและการบรรลุเป้าหมายตามแผนการรักษา ในส่วนของการดำเนินการด้านการดูแลผู้ป่วยระดับครอบครัวที่บ้าน และการดูแลและคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพของประชาชนในชุมชน พบมีการดำเนินการในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

3.2.4 ทักษะ (ทั้งบวกและลบ) ของเภสัชกร บุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย ต่อบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการ

ผลการทบทวนเอกสารในประเด็นทัศนคติต่อบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพ นำเสนอทัศนคติใน 3 กลุ่มด้วยกัน คือ 1) กลุ่มเภสัชกร 2) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข และ 3) กลุ่มผู้ป่วย รายละเอียดมีดังต่อไปนี้

เภสัชกร

กลุ่มเภสัชกรที่มีทัศนคติเชิงบวก⁽⁹⁹⁻¹⁰³⁾ต่อบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพให้ความเห็นในประเด็นที่ว่า การให้บริการดังกล่าวเป็นการเพิ่มบทบาทใหม่แก่วิชาชีพและช่วยให้ผู้รับบริการได้รับความรู้มากขึ้น ได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการเพิ่มความสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน รวมทั้งเห็นว่าเป็นการสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ร้าน ให้เป็นที่ยอมรับของบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ และผู้ป่วย ตลอดจนเป็นการสร้างความแตกต่างระหว่างร้านยาที่มีเภสัชกรและร้านยาทั่วไป การมีโอกาสในการสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพจากการเข้าร่วมโครงการ การมีโอกาสพัฒนาความรู้ความสามารถของเภสัชกร และเห็นว่าเป็นการสร้างคุณค่ามีประโยชน์ต่อผู้ป่วย

และสังคม ต่อบริการ Dispensing/refill^(101,102) กลุ่มเภสัชกรเห็นว่าสามารถแบ่งเบาภาระ ลดค่าใช้จ่ายด้านยา และลดความแออัดของโรงพยาบาลได้ อีกทั้งยังเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในด้านการลดระยะเวลาในการรอรับยาที่โรงพยาบาลและผู้ป่วยยังสามารถพูดคุยสอบถามปัญหาเรื่องยาจากเภสัชกรได้อย่างกระจ่างชัดเจน แม้ว่าอาจจะทำให้เพิ่มภาระงานของตนเอง (ร้านยา) ในการบันทึกข้อมูลและด้านธุรการมากขึ้นก็ตาม

ปัญหาและอุปสรรคโดยภาพรวมที่พบโดยเภสัชกรชุมชนส่วนใหญ่ในการให้บริการทางเภสัชกรรม คือความยุ่งยากในการประสานงานกับสถานพยาบาลอื่นๆ และการไม่ได้รับการยอมรับจากสถานพยาบาลอื่นหากมีการส่งต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ส่วนใหญ่มียังมีจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอในการให้บริการ ทั้งนี้อาจเนื่องจากหลายกิจกรรมต้องใช้เวลานานในการให้บริการ เช่น การคัดกรองโรค ทำให้ยากที่จะให้บริการในช่วงเวลาที่ผู้มารับบริการพร้อมกันหลายคน เภสัชกรส่วนหนึ่งมีความเห็นว่าวิธีการแก้ปัญหาประเด็นนี้อาจทำได้โดยการกำหนดช่วงเวลาในการให้บริการหรือเปิดรับนิสิตเภสัชศาสตร์ฝึกงานเพื่อให้มีบุคลากรเพียงพอในการให้บริการ กิจกรรมบริการบางอย่างเป็นกิจกรรมที่มีความละเอียดอ่อนหรืออ่อนไหวต่อการรับรู้ของผู้มารับบริการและผู้รับบริการต้องการความเป็นส่วนตัวสูง เช่น การให้คำปรึกษาในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/เอดส์ มะเร็งเต้านม การท้องไม่พร้อม ฯลฯ อีกทั้งเภสัชกรรู้สึกอึดอัดใจในการให้บริการ จึงทำให้อัตราการเข้าใช้บริการในกิจกรรมดังกล่าวค่อนข้างต่ำ อุปสรรคที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งที่มีผลต่อการให้บริการอย่างมีคุณภาพคือการที่เภสัชกรชุมชนไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยได้ ดังนั้น หากมีการทำข้อตกลงและความร่วมมือในการเชื่อมโยงฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลและร้านยา ซึ่งทำให้เภสัชกรร้านยาสามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยที่ตนดูแลได้อย่างสะดวก จะทำให้เภสัชกรสามารถดูแลผู้ป่วยด้านยาอย่างครบถ้วนรอบด้านและเกิดประสิทธิผลสูงสุด

ส่วนกลุ่มเภสัชกรที่มีทัศนคติเชิงลบ ต่อบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพให้ความเห็นในประเด็นที่ว่า การให้บริการดังกล่าวมีความยุ่งยาก รู้สึกว่าเสียเวลาในการให้บริการและการบันทึกข้อมูล ประกอบกับการไม่เข้าใจแนวทางการปฏิบัติงาน ขาดทักษะในการปฏิบัติงาน เห็นว่าวิธีการเบิกค่าตอบแทนที่ยุ่งยากร่วมกับภาระภาษีที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งการมีบุคลากรเภสัชกรในร้านยาที่ไม่เพียงพอ นอกจากนั้นยังให้ความเห็นอีกว่าปัจจุบันการคมนาคมที่สะดวกในการมารับบริการที่โรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องไปร้านยา และการไปรับบริการที่โรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์เฉพาะทางตามที่ตนต้องการ รวมทั้งได้รับยาที่ตนต้องการซึ่งยาบางรายการไม่มีให้บริการที่ร้านยา

บุคลากรสาธารณสุข

ทัศนคติในมุมมองของบุคลากรสาธารณสุข^(104,105) เห็นว่าร้านยาของประเทศไทยควรจะต้องเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ร้านยามีประโยชน์ต่อระบบสุขภาพเพราะเป็นที่กระจายยาให้แก่ประชาชน ร้านยามีบทบาทหน้าที่ในตัวของมันเองที่ชัดเจนในเรื่องการให้บริการทางเภสัชกรรมที่แตกต่างไปจากงานด้านอื่น ๆ แต่ในเชิงระบบแล้วร้านยาจะต้องมีการปรับมาตรฐานก่อน ทั้งในเรื่องโครงสร้างรูปปลั๊กซ์ สมรรถนะของบุคลากร มาตรฐานการให้บริการของร้านยา การควบคุมคุณภาพภายในร้านยาทั้งขาเข้าและขาออก ราชการจะต้องเข้าไปจัดระบบให้แต่ต้องรักษาระยะให้ดี ไม่เข้าไปก้าวกายมากเกินไป เพื่อให้สมดุลและสอดคล้องกับความเป็นจริงที่ว่าประชาชนยังต้องการการบริการจากร้านยาอยู่ และความจริงที่ว่าบุคลากรสาธารณสุขในประเทศที่มีไม่เพียงพอ ดังนั้นจะหาอย่างไรที่จะให้มีระบบเสริมเข้ามา แทนที่จะแก้ไขปัญหาด้วยการเพิ่มการผลิตแพทย์ พยาบาล ก็หันมาใช้อีกแนวทางหนึ่งด้วยการดึงเภสัชกรชุมชนมาร่วมให้บริการ การให้บริการหลายกิจกรรมต้องดำเนินการในลักษณะการประกอบวิชาชีพที่ต้องมีมาตรฐานงานเดียวกัน และต้องมีแนวปฏิบัติเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน ซึ่งอาจจะต้องมีการกำหนดจากส่วนกลาง เช่น สภาเภสัชกรรม หรือ สมาคมเภสัชกรรมชุมชน อีกทั้งต้องมีการ

เสริมองค์ความรู้ และทักษะให้แก่เภสัชกรผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้ปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานอย่างเหมาะสม และเพื่อให้ปฏิบัติงานต่าง ๆ ได้จริง ร้านยาจะต้องมีการลงทุนบางอย่างเพิ่มขึ้น เช่น ระบบเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ซึ่งจะใช้ในการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลซึ่งกันและกัน รวมทั้งต้องมีการจ้างผู้ช่วยเพื่อมาทำงานที่เป็นลักษณะที่ไม่ใช่วิชาชีพ เนื่องจากเภสัชกรต้องใช้เวลากับการปฏิบัติงานที่เป็นลักษณะวิชาชีพเพิ่มขึ้น และการดำเนินกิจกรรมหลายกิจกรรมจำเป็นต้องประสานงานกับหน่วยงานและองค์กรอื่น ๆ จึงมีความจำเป็นที่เภสัชกรจะต้องปรับบทบาทตนเองในเรื่องการประสานงาน รวมทั้งต้องคำนึงถึงเรื่องกฎระเบียบราชการในกรณีที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับหน่วยราชการ ซึ่งความคล่องตัวอาจลดลงไปจากเดิมที่เคยมีในฐานะร้านยาเอกชน อีกประการหนึ่งที่ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดไว้คือ เรื่องขอบเขตงานที่การปฏิบัติต้องไม่ไปเข้าซ้อนหรือก้าวก่ายการประกอบวิชาชีพอื่นทั้งแพทย์ และพยาบาล ซึ่งเป็นเรื่องที่ยาก แต่ต้องเป็นลักษณะร่วมมือกันปฏิบัติงานในขอบเขตงานของวิชาชีพเภสัชกรรม เพื่อให้เป็นระบบที่ประชาชนได้รับความคุ้มครองที่แท้จริง และทุกฝ่ายที่มาช่วยให้บริการได้ประโยชน์

ผู้ป่วย

กลุ่มผู้ป่วยที่มีทัศนคติเชิงบวก^(103,106-107) ต่อบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพให้ความเห็นในประเด็นที่ว่า การเปิดให้มีบริการดังกล่าวที่ร้านยาทำให้ประชาชนได้รับความสะดวก ไม่ต้องรอคอยบริการที่นานของโรงพยาบาล ความไม่ยุ่งยากในการใช้บริการจากเภสัชกรที่ร้านยา ความสะดวกในการเดินทางเพราะร้านยาอยู่ใกล้บ้าน ความสะดวกในเรื่องเวลาทำการของร้านยา สะดวกในการสอบถามความรู้จากเภสัชกร และเห็นประโยชน์ของบริการเภสัชกรรมที่จัดให้ เช่น ทำให้รู้ความเสี่ยงของตนต่อโรค ทำให้มั่นใจในการใช้ยา เพิ่มความรู้ของตนเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนของลูก เป็นต้น ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการหลายชิ้น^(103,105-107) บ่งชี้ว่าประชาชนมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดต่อบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพโดยเภสัชกรร้านยา ประชาชนรับรู้ประโยชน์ของบริการดังกล่าว จึงมีการกลับมาใช้บริการอื่น ๆ เพิ่มเติมภายหลัง เห็นว่าควรขยายการบริการไปยังพื้นที่อื่น ๆ และจะแนะนำผู้อื่นหรือผู้ใกล้ชิดให้มาใช้บริการนี้

กลุ่มผู้ป่วยที่มีทัศนคติเชิงลบ ต่อบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพให้ความเห็นว่าตนไม่แน่ใจในคุณภาพบริการจากร้านยา เนื่องจากเป็นสิ่งใหม่ ควรไปรับบริการที่โรงพยาบาลดีกว่า มั่นใจในมาตรฐานของโรงพยาบาลมากกว่า และไม่เห็นความจำเป็นของบริการที่เปิดใหม่ของร้านยาเพราะทางโรงพยาบาลก็มีบริการเหล่านั้นพร้อมอยู่แล้ว อีกทั้งมีความคิดว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรพบผู้เชี่ยวชาญหรือแพทย์ประจำตัวมากกว่า กอปรกับความกังวลใจว่าคุณภาพยาที่ได้รับจะแตกต่างจากของโรงพยาบาล นอกจากนั้นประชาชนที่มาใช้บริการที่อ่อนไหวง่าย เช่น กรณีท้องไม่พร้อม เอดส์ ยังไม่เต็มใจให้ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น หมายเลขบัตรประชาชน หมายเลขโทรศัพท์ เพราะกลัวถูกเอาข้อมูลไปปลอมแปลงและไม่อยากให้ผู้อื่นรู้ข้อมูลส่วนตัว ผลการประเมินในประเด็นการยินดีจ่ายค่าบริการเองเพื่อรับบริการที่ร้านยา พบว่าประชาชนไม่ยินดีจ่ายค่าบริการเพราะหากเข้ารับบริการในกลุ่มนี้ที่โรงพยาบาลจะไม่มีค่าธรรมเนียมค่าบริการอยู่แล้ว ดังนั้นการต้องชำระค่าบริการเองจึงอาจเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการดังกล่าวจากเภสัชกรร้านยา การสำรวจความต้องการช่องทางเพิ่มเติมในรูปแบบต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง^(108,109) พบว่าผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในเมืองมีแนวโน้มที่จะเลือกเติมยาที่โรงพยาบาลมากกว่าช่องทางร้านยา ไปรษณีย์ด่วนพิเศษ หรือส่งยาที่บ้าน เนื่องจากความเชื่อมั่นในการรักษา ระยะเวลาที่โรงพยาบาลนัดมารับยาไม่บ่อยเกินไป ความเชื่อมั่นกับผลิตภัณฑ์และสภาพแวดล้อมในการเก็บรักษาที่โรงพยาบาล อีกทั้งมีประสบการณ์ในการได้รับบริการเสริมอื่นนอกเหนือจากการรับยาสอดคล้องกับการศึกษาของวิวรรณ์ อัครวิเชียร และคณะ⁽¹¹⁰⁾ ที่พบว่าผู้ที่มีคนในครอบครัวมีโรคประจำตัวไม่ชอบที่จะต้องแยกการไปพบแพทย์กับการไปรับยาคนละที่ แต่อยากให้เสร็จสิ้นทั้งการพบแพทย์และรับยาในที่เดียวกันเลย

3.2.5 แนวทางการพัฒนาปรับปรุงบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ช่องว่างการให้บริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพ จะเห็นว่าระบบบริการปฐมภูมิยังมีข้อจำกัดด้านกำลังคนเภสัชกรภาครัฐ จึงทำได้เพียงจัดเภสัชกรจากโรงพยาบาลในลักษณะหมุนเวียนมาดูแลหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยการดูแลส่วนใหญ่จะเน้นดูแลเรื่องการจัดซื้อจัดหาเวชภัณฑ์ มิได้มุ่งเน้นในเรื่องการดูแลผู้ป่วยตามหลักการบริหารเภสัชกรรม ดังนั้นการนำศักยภาพและกำลังพลของเภสัชกรที่มีอยู่แล้วในร้านยามาร่วมให้บริการเฉพาะด้านการให้บริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพ น่าจะเกิดประสิทธิภาพและส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยในระบบ^(12,111-112) โดยที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ต้องจัดจ้างเภสัชกรมาอยู่ประจำในหน่วยบริการปฐมภูมิ การพิจารณาให้เภสัชกรร้านยาช่วยดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยให้บริการด้านการบริหารเภสัชกรรม (pharmaceutical care) เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยด้านยา จะทำให้ลดภาระงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพิ่มความสะดวกให้ประชาชน และเป็นการใช้ทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด นอกจากนี้การขยายบทบาทให้ร้านยาร่วมคัดกรองหาผู้มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง น่าจะเป็นประโยชน์และเพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงเข้าสู่ระบบให้เพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากร้านยาเป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิดชุมชน มีระยะเวลาการเปิดให้บริการที่ยาว มีโอกาสในการพบผู้รับบริการจำนวนมาก มีบรรยากาศที่เป็นกันเองกับผู้รับบริการมากกว่าสถานบริการสุขภาพอื่น ผู้ป่วยกล้าที่จะสอบถามคำถามหรือข้อสงสัยกับร้านยา มีเวลาที่จะให้ผู้ป่วยพูดคุยซักถามข้อสงสัยนานกว่าโรงพยาบาล น่าจะเป็นผลดีต่อการควบคุมและป้องกันโรคเชิงรุกในชุมชนได้ดี รวมทั้งร้านยายังสามารถเป็นหน่วยประชาสัมพันธ์ความรู้ด้านสาธารณสุขให้กับประชาชนในชุมชนได้ดีอีกทางหนึ่งด้วย ทั้งนี้ปัจจุบันมีร้านยาที่ได้รับการรับรองว่าเป็น “ร้านยาคุณภาพ” จากสภาเภสัชกรรมมีจำนวน 1,005 ร้าน (ข้อมูล ณ วันที่ 20 มิถุนายน 2561) ทั่วประเทศ และร้านยาแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งที่มีเภสัชกรอยู่ทำหน้าที่ปฏิบัติการประจำ อีกประมาณ 4,000-5,000 ร้าน จากจำนวนร้านยาแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งทั่วประเทศทั้งหมด 15,359 ร้าน หากนำร้านยาที่มีศักยภาพสูงเหล่านี้มาร่วมให้บริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพกับระบบ ก็จะทำให้เกิดผลดีทั้งต่อสุขภาพของผู้ป่วยและประชาชน ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดการพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิให้เป็นไปตามปรัชญาการทำงานปฐมภูมิซึ่งมุ่งเน้นการดูแลใน 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

บริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่เภสัชกรประจำร้านยาเคยมีโครงการทดลองร่วมให้บริการในระบบ โดยเลือกดำเนินงานกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในช่วง พ.ศ. 2548-2560 มีร้านยาเข้าร่วมโครงการ 369 แห่ง จาก 58 จังหวัด กระจายอยู่ในเขตสุขภาพ 13 เขต ผลการทดลองนำร่องร่วมให้บริการ พบว่าเภสัชกรร้านยา สามารถร่วมให้บริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพกับระบบได้ ทั้งปริมาณบริการและคุณภาพบริการ ตลอดจนมีหลักฐานที่แสดงว่ามีผลลัพธ์ทางด้านคลินิก และผลลัพธ์ทางมานุษยวิทยาที่ดี⁽¹¹³⁻¹²⁴⁾ บริการดังกล่าวมีดังต่อไปนี้

1. บริการคัดกรองโรคเรื้อรัง (เช่น เบาหวาน ความดัน นีต ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ฯลฯ)
2. บริการคัดกรองโรคติดต่อ (เช่น วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอดส์ ฯลฯ)
3. บริการส่งเสริมสุขภาพ (ให้ความรู้ด้านการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ เช่น ความรู้เรื่องการลดเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง นีต การใช้ยาคุม ยาคุมฉุกเฉิน ถุงยางอนามัย วัคซีน ฝากครรภ์ มะเร็งปากมดลูก โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอดส์ ท้องไม่พร้อม การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องเสียและทางเดินหายใจ)
4. บริการช่วยเหลือผู้ป่วย

5. บริการควบคุมน้ำหนัก
6. บริการการจัดการการใช้ยา (secondary prevention) ที่ร้านยา
7. บริการการจัดการการใช้ยา (secondary prevention) ที่บ้านผู้ป่วย
8. บริการเด็ดยาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (secondary prevention)
9. บริการเภสัชกรประจำครอบครัว
10. บริการจ่ายยาตามใบสั่งยาของแพทย์

อย่างไรก็ตามแม้จะมีผลสำรวจว่าเภสัชกรร้านยามีความตั้งใจ ความสนใจ และความพร้อมในการให้บริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพอย่างมีคุณภาพ⁽¹²⁵⁻¹²⁷⁾ แต่การจะนำเภสัชกรร้านยาเข้าไปร่วมให้บริการในระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลจะต้องมีการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการทำงานอีกหลายด้าน⁽¹²⁸⁾ ตัวอย่างเช่น การพัฒนาระบบส่งต่อที่เชื่อมโยงกับระหว่างร้านยาและโรงพยาบาลที่เหมาะสม การพัฒนามาตรฐานการทำงานร่วมกันและตัวชี้วัดที่ชัดเจน การพัฒนาส่งเสริมสมรรถนะของเภสัชกรในการให้บริการ พัฒนาทักษะการทำงานชุมชนที่เป็นทีมสุขภาพ ตลอดจนการสนับสนุนปัจจัยสนับสนุนต่างๆ ให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน เป็นต้น

3.2.6 บริการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วย ครอบครัวชุมชน ต้องการ (เป็นงานเภสัชกรรมด้านไหนบ้าง)

จากการทบทวนเอกสาร ไม่พบเรื่องความต้องการบริการเภสัชกรรมเพื่อดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วย ครอบครัวชุมชน ต้องการโดยตรง อย่างไรก็ตามพบเอกสาร 2 ฉบับที่มีข้อมูลใกล้เคียง ฉบับแรกโดยวิวรรณ์ อัครวิเชียรและคณะ⁽¹¹⁰⁾ ศึกษามุมมองของผู้ใช้บริการร้านยาคุณภาพ จ.ขอนแก่น ต่อกิจกรรมที่เป็นงานเภสัชกรรมปฐมภูมิที่ร้านยาคุณภาพจะจัดให้บริการ สำรวจผู้ใช้บริการจำนวน 298 ราย พบว่ามากกว่า 80% ตอบว่าควรมีบริการและจะมาใช้บริการเภสัชกรรม 7 ใน 11 กิจกรรม ดังนี้

- 1.ตอบปัญหาเรื่องยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (91.5%)
- 2.จ่ายยารักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น หวัด คออักเสบ ท้องเสีย โดยไม่ต้องพบแพทย์ (88.9%)
- 3.กิจกรรมลดละเลิกการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ (86.2%)
- 4.รณรงค์ร่วมกับสถานศึกษา อปท. เพื่อส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการใช้ยาที่ถูกต้อง (85.6%)
- 5.จ่ายยาตามใบสั่งแพทย์หลังจากพบแพทย์เพื่อตรวจแล้ว (85.5%)
- 6.รณรงค์การปฏิบัติตามสุขบัญญัติเพื่อมีสุขภาพที่ดี เช่น กินอาหาร พักผ่อน ออกกำลังกาย (85.2%)
- 7.คัดกรองความเสี่ยงโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน อ้วนลงพุง (82.6%)
- 8.ติดตามผลการใช้ยา ในผู้ที่ใช้ยาต่อเนื่อง (78.1%)
- 9.ลงทะเบียนผู้ใช้บริการ (69.4%)
- 10.จัดทำและเก็บประวัติการเจ็บป่วยและการใช้ยา (61.9%)
- 11.เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อติดตามการใช้ยา หากผู้ป่วยไม่สะดวกเดินทางมารับบริการ (43.6%)

นอกจากนั้นยังพบอีกว่าผู้ใช้บริการคาดหวังบริการจากเภสัชกรที่จะก่อให้เกิดความสะดวกสบาย ประหยัดเวลาในการเดินทาง และความรวดเร็วในการรับบริการ

ฉบับที่สองเป็นการศึกษาความเห็นของผู้รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ จ.สงขลา โดย ปัญจนาด เมธีอภิรักษ์⁽¹²⁹⁾ พบความต้องการบริการเภสัชกรรมดังนี้

1) ระดับบุคคล ต้องการยาที่มีคุณภาพหลากหลายรูปแบบ ฉลากยาที่ชัดเจน บนฉลากยาประกอบด้วย สรรพคุณ ข้อควรระวัง และวันหมดอายุ การส่งมอบยาด้วยภาษาท้องถิ่นที่เข้าใจง่าย มีกิริยาท่าทางที่เป็นมิตรและ เข้าใจผู้ป่วย

2) ระดับครอบครัว ต้องการให้เภสัชกรเข้าถึงชุมชน ให้ความรู้เรื่องความปลอดภัยในการใช้ยา การใช้ยาเทคนิค พิเศษ ยาที่ต้องให้คนไข้กลุ่มเฉพาะ เช่น คนไข้ที่ให้นมและสารอาหารทางสายยาง ผ่านเสียงตามสายประจำหมู่บ้าน หรือให้ความรู้เป็นกลุ่มแต่ละชุมชน

3) ระดับชุมชน ต้องการให้มีการตรวจร่างกาย แก้ปัญหาการจำหน่ายยาชุดในชุมชน และเฝ้าระวังยาสมุนไพรมะสมยาเสด็ยรอยด์ คั้นข้อมูลสู่ชุมชน

บทที่ 4

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการระดมสมอง

ผลการสอบถามผู้ที่เกี่ยวข้องที่จะนำเสนอในบทนี้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วนใหญ่ ๆ คือ (4.1) การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องกับ SE (4.2) การสัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุข (4.3) การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องทางด้านเภสัชกรรม และ (4.4) การประชุมระดมสมองเภสัชกรและผู้เกี่ยวข้องโดยมีรายละเอียดแต่ละส่วนดังต่อไปนี้

4.1 การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องกับ SE

การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องกับ SE เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินกิจการในรูปแบบ SE โดยสัมภาษณ์ผู้ก่อตั้ง และ/หรือเจ้าของกิจการ SE การสอบถามครอบคลุมประเด็นหลัก 9 ประเด็น คือ

- 4.1.1 แรงจูงใจของการเลือก SE เป็นรูปแบบของกิจการ
- 4.1.2 รูปแบบกิจการในปัจจุบัน เทียบกับรูปแบบในระยะแรก
- 4.1.3 รูปแบบบริหารจัดการกิจการ
- 4.1.4 รูปแบบการตลาด
- 4.1.5 รูปแบบการบริหารงานบุคคล
- 4.1.6 รูปแบบการบริหารการเงิน
- 4.1.7 การลงทุน การระดมทุน และการทำกำไร
- 4.1.8 ปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน และการแก้ไข ปรับปรุงกิจการ
- 4.1.9 กลไกการวัด social impact

โดยมีรายละเอียดของผลการสัมภาษณ์ในแต่ละประเด็น ดังต่อไปนี้

4.1.1 แรงจูงใจของการเลือก SE เป็นรูปแบบของกิจการ

ผู้ก่อตั้ง หรือ ผู้มีประสบการณ์ในวงการ SE จำนวนมากที่พบจากการสัมภาษณ์ได้แรงจูงใจในการทำธุรกิจรูปแบบ SE มาจากประสบการณ์ส่วนตัวในกลุ่มธุรกิจประเภทต่างๆ และ การได้รับข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับอุตสาหกรรมที่สนใจทำให้มองเห็นช่องว่างของธุรกิจ ไม่ว่าจะเป็นเชิงคุณภาพ เสถียรภาพ หรือ การกระจายรายได้ จึงนำเอาความรู้ที่ตนได้นั้นมาต่อยอดในอุตสาหกรรมที่ตนประกอบธุรกิจอยู่แล้ว ส่วน วิสาหกิจเพื่อสังคม ขนาดเล็ก มักมีจุดเริ่มจากแรงบันดาลใจ หรือ ความต้องการช่วยเหลือสังคม สร้างประโยชน์ต่อสังคม การเห็นช่องว่างของธุรกิจ และเลือกธุรกิจ วิสาหกิจเพื่อสังคม เพราะตอบโจทย์เรื่องของการบริหารจัดการ ตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์เช่น

“พอได้มาเป็นอาสาสมัครแล้วรู้สึกว่ายังมีช่องว่างว่ามันมี technology ที่ยังช่วยให้คนหนุ่มมากได้ประโยชน์อีกเยอะ แต่คนส่วนใหญ่ไม่ทราบว่า technology อะไรบ้างช่วยตรงไหนได้บ้าง”

“สังเกตเห็นว่าชุมชนสามารถพัฒนาตัวเองได้ แต่ไม่สามารถขายทัวร์ได้เพราะบริษัททัวร์ไม่เชื่อถือในมาตรฐาน จึงตัดสินใจออกมาทำบริษัท โลกเคิล อโกลด์ ซึ่งมุ่งสร้างความรู้และระบบการจัดการการท่องเที่ยวในชุมชน”

“ต้องการสร้างประโยชน์ต่อสังคม 1) สร้างคุณภาพชีวิตให้กับผู้ด้อยโอกาส และ ลดปัญหาในสังคม 2) ลดปัญหาที่ตามมาในสังคม เช่น ลดการถูกเอาเปรียบ 3) ลดเรื่องหนี้สินในระบบ 4) ช่วยจัดการกับสิ่งที่ทำให้เค้ามีปัญหาในชีวิต หรือ ครอบครัว 5) ช่วยให้มีรายได้ที่เพียงพอ ให้มากกว่าค่าแรงขั้นต่ำ 10% 6) ต้องเติมความสุขให้กับเค้า ต้องรู้ว่าเค้าสุขเพราะอะไร”

“ต้องการพัฒนาคุณภาพพืชน้ำนม ไม่มีสารตกค้าง ในมุมมองผู้บริโภค ส่งเสริมระบบการเลี้ยงโคให้เกษตรกรเพื่อให้เกษตรกรสามารถเลี้ยงโคนมได้อย่างยั่งยืน และ ลดผลกระทบที่มีต่อสิ่งแวดล้อม ลดการใช้สารเคมี”

“ความต้องการสร้างคน แล้วกลุ่มคนนั้นอยากไปสร้างคนต่อ ถ้าอะไรที่ได้จาก sponsor แทนที่จะเอาตัวเงินมาใช้ ก็สามารถเอามาพัฒนาธุรกิจภายในอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาคนในองค์กร เราคาดหวังว่าจะไปสอนคนใน 7,000 ตำบล หากทุกคนไปสอนต่ออีก 100 ผลลัพธ์ที่จะได้รับคือการสร้างคน 700,000 คน”

“ได้รู้จักกับผู้ว่าราชการจังหวัดอำนาจเจริญ..... ได้มีการปรึกษาหารือเกี่ยวกับข้าวจำนวนที่เหลือจากการส่งออกไปจำหน่ายในต่างประเทศของเกษตรกรในจังหวัดอำนาจเจริญ ผู้ว่าจึงขอปรึกษาเพื่อแก้ปัญหาข้าวเหลือล้นจากการส่งออกเพราะเป็นข้าวเกรดธรรมดาที่ต่างประเทศไม่ได้สนใจ”

“แรงจูงใจที่ทำเนื่องจากเดิมเคยทำงานในองค์กรใหญ่ พบว่าการทำงานของเพื่อนร่วมงานในบริษัทที่มีความเครียดสูง บริษัทไม่เห็นความสำคัญของการเจ็บป่วยด้านจิตของพนักงาน เนื่องจากมองไม่เห็น บริษัทให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยด้านร่างกายซึ่งมองเห็นมากกว่า มีการทำประกันสุขภาพให้พนักงาน แต่ไม่มีประกันสุขภาพด้านจิตให้ รวมทั้งการที่สังคมไทยยังไม่ยอมรับในการเข้าปรึกษาเรื่องจิต ยังมีการตีตรา และมีเรื่องค่าใช้จ่ายที่ตามมาอีก จึงคิดว่าถ้าสามารถเข้าถึงนักจิตวิทยาเพื่อขอคำปรึกษาได้โดยง่าย น่าจะเป็นการดีต่อการลดภาวะเครียดของพนักงาน”

4.1.2 รูปแบบกิจการในปัจจุบัน เทียบกับรูปแบบในระยะแรก

ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบกิจการในปัจจุบัน เทียบกับรูปแบบในระยะเริ่มแรกจากการสัมภาษณ์แบ่งออกเป็นสองกลุ่มด้วยกัน กลุ่มแรก คือ รูปแบบธุรกิจที่เริ่มจากศูนย์ เป็นการก่อตั้งขึ้นมาใหม่ด้วยการหาทุนด้วยตัวองค์กรเอง ไม่มีองค์การนายทุนเป็นจุดเริ่มต้น เป็นกลุ่มที่เริ่มจากรูปแบบธุรกิจที่อาจไม่ได้มีการจัดวางรูปแบบมากนัก ส่วนใหญ่เป็นการทดลองในกลุ่มตลาดขนาดเล็ก แล้วจึงขยายผล หรือ ดัดแปลงรูปแบบธุรกิจให้เป็นระบบ หรือจัดการแนวทางการดำเนินงานให้เกิดมีประสิทธิภาพมากขึ้น กลุ่มที่สอง คือ รูปแบบธุรกิจที่เริ่มจากการต่อยอดจากการดำเนินงานของบริษัทแม่ผู้เป็นนายทุน ซึ่งในกลุ่มนี้ รูปแบบธุรกิจจะมีการเปลี่ยนแปลงที่น้อยกว่าเมื่อเทียบกับรูปแบบการดำเนินงานในระยะแรก

ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ในรูปแบบแรก เช่น

“ในระยะแรกบริษัทให้บริการเขียน Software ไปเรื่อยๆ ต่อมาก็เริ่มเห็นยอดขายลูกค้าเรื่อยๆ จึงเริ่มสร้าง application ของตัวเอง เริ่มด้วย Application เพื่อช่วยการระดมทุน ตอนนี่จึงผันบริษัทมาเป็นผู้ผลิต software ที่มีประโยชน์ต่อสังคม จะพยายามช่วยติดต่อ เพื่อให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดแก่ลูกค้า ตอนนี้ลูกค้าจะแบ่งเป็น ngo 95%, บริษัททั่วไป 5% ในหนึ่งปีจะรับงานจากบริษัทเอกชนแค่ 3 โปรเจ็คเท่านั้น”

“เริ่มก่อตั้งเมื่อปี 2012 ซึ่งจัดตั้งเป็นบริษัทจำกัดเล็กๆ พนักงานไม่มาก ช่วยกันสร้างกิจกรรมในชุมชนจนถึงปี 2014 ในปี 2015 เริ่มจัดโครงสร้างบริษัทให้แบ่งออกเป็นสี่ส่วนการดำเนินงาน ในปี 2018 เริ่มมีระบบบุคคล จัดการหน้าที่การดำเนินงานแบ่งออกตามสัดส่วนงานอย่างชัดเจน ณ ปัจจุบันดำเนินการใน 100 ชุมชน ใน 40 จังหวัด องค์ความรู้ที่ได้จากการดำเนินงานได้ถูกนำไปแชร์แล้วทั้งในและนอกประเทศ”

“เริ่มจากการดูแล 1 ฟาร์ม โคนม พัฒนา model การเลี้ยง และการดูแล farm แบบ organic และ นำเอา Model ของต่างประเทศมาปรับใช้ในพื้นที่ เพื่อตอบโจทย์เกษตรกรในพื้นที่เพื่อการดำเนินการอย่างยั่งยืน จากนั้นเข้าไปพูดคุยกับฟาร์มโคนมแบบออร์แกนิกเพื่อหาทางพัฒนาพร้อม และ การปรับใช้ที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมในประเทศไทย”

“แล้วไปเจอโมเดล SE จากต่างประเทศ โดยเริ่มจากปัญหาใกล้ตัวก่อน แต่ตอนแรกทำคนเดียวแล้วต้องเริ่มต้นตั้งแต่ศูนย์คือไม่รู้อะไรเลย แต่ได้ลอง แล้วจบไป พอตอนหลังมีทีม มี cofounder มีคนที่มีความรู้หลายๆกัน พอเป็นทีมมันก็ง่ายขึ้น”

และ ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ในรูปแบบที่สอง ได้พบรูปแบบนี้ในบริษัท LPC จำกัด

“LPC มีบริษัทแม่เป็น LPN จึงได้เงินทุนจากบริษัทแม่ 1 ล้านบาทในวันที่แยกตัวออกจัดตั้งเป็นบริษัทลูก ปัจจุบันกลายเป็นบริษัทที่มีมูลค่า 400 ล้านบาท”

“บริษัทแม่บริหารงานมาก่อนอยู่แล้ว ในเรื่องการทำความสะอาด จ้างแม่บ้าน มีความต้องการในการใช้บริการด้านการทำความสะอาดตึกสัมมนาและคอนโดของบริษัทอยู่แล้ว บริษัทลูกอย่าง LPC จึงไม่ต้องเริ่มจากศูนย์ในการหารายได้”

4.1.3 รูปแบบบริหารจัดการกิจการ

พบว่ารูปแบบบริหารจัดการกิจการของ SE มักสามารถแบ่งออกได้เป็นหลากหลายรูปแบบ และมีรูปแบบการหารายได้ที่หลากหลายภายในหนึ่งองค์กร ได้แก่

วิสาหกิจเพื่อสังคม Young Happy มีรายได้จาก 2 ด้าน คือ

- 1) จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ ที่เน้น สนุก มีคุณค่า และพึ่งตนเองได้ เช่น สอนการใช้มือถือ เดินรำ การร้องเพลง ฯลฯ
- 2) การหาสปอนเซอร์

วิสาหกิจเพื่อสังคม SHE มีกิจกรรม 2 ด้าน คือ

- 1) ให้บริการตัดจัดสีระเพื่อปรับสมดุล และ ลด office syndrome
- 2) ปลูกผักไร้สารพิษ medical grade ส่งให้โรงพยาบาลเพื่อปันสดให้ผู้ป่วย

วิสาหกิจเพื่อสังคม Opendream กิจกรรมแบ่งออกเป็นสามรูปแบบ ด้วยกัน

- 1) รับจ้าง Develop software อย่างเดียว
- 2) ร่วมทุนในการเป็นเจ้าของ Software ในโปรเจกต์ต่างๆ ที่คิดว่ามีประโยชน์กับชุมชน
- 3) คิดโปรเจกต์และสร้าง Software หรือ App ขึ้นมาเอง เป็นเจ้าของ 100%

วิสาหกิจเพื่อสังคม local Alike กิจกรรมแบ่งออกเป็นสี่รูปแบบด้วยกัน

- 1) การเป็นที่ปรึกษา เพื่อพัฒนาชุมชน และ ศักยภาพของคนในชุมชน ตัวอย่างกิจกรรม เช่น การร่วมงาน CSR กับบริษัทเอกชนอย่าง CPF และ SET เพื่อสร้างพื้นที่ชุมชนในชนบทเป้าหมายให้กลายเป็นสถานที่ท่องเที่ยวโดยคนในชุมชน
- 2) ผู้จัดทัวร์ เพื่อสร้างประโยชน์ และ รายได้ให้กับชุมชนจากกิจกรรมท่องเที่ยว
- 3) ดูแล และ ดำเนินการขายทริปทัวร์ผ่านเว็บไซต์ เพื่อเป็นสื่อในการกระจายข่าว และ รายการการท่องเที่ยวในแต่ละชุมชน
- 4) จัดตั้งกองทุนให้กับแต่ละชุมชน เป็นการเก็บยอดรายได้ของชุมชนเพื่อนำไปทำประโยชน์ในชุมชนต่อไป โดย 10% ของรายได้จากการท่องเที่ยวที่ชุมชนได้รับจาก Local Alike จะถูกโอนเข้ากองทุนเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาชุมชนแบบส่วนรวมโดยไม่ต้องพึ่งเงินจากรัฐ

วิสาหกิจเพื่อสังคม DairyHome กิจกรรมแบ่งออกเป็นสองรูปแบบด้วยกัน

- 1) การสร้าง value added product โดยทำวิจัยร่วมกับมหาวิทยาลัยต่างๆ นมก่อนนอนเป็น value added product ที่ได้จากผลงานวิจัย
- 2) การขายสินค้าเข้าสู่ตลาดค้าปลีก

วิสาหกิจเพื่อสังคม Relationflip มีรายได้มาจากองค์กรที่ต้องการดูแลสุขภาพด้านจิตใจแก่พนักงานของตนโดยบริษัทจ่ายค่าบริการแทนพนักงานที่ใช้บริการปรึกษานักจิตวิทยาของ Relationflip

วิสาหกิจเพื่อสังคม LPC กิจกรรมแบ่งออกเป็นสองรูปแบบด้วยกัน

- 1) การให้บริการทำความสะอาดโดยแม่บ้านที่ถูกจ้างคือกลุ่มสตรีด้วยโอกาสในสังคม หรือชุมชนละแวกใกล้เคียง สำนักงาน
- 2) การดูแลกลุ่มลูกจ้างหรือสตรีด้วยโอกาสที่อยู่ในความดูแลของบริษัท มอบสวัสดิการที่ดีให้กับลูกจ้าง เป็นค่าใช้จ่ายในส่วนที่ได้จากกำไรธุรกิจ โดยใช้พื้นที่ของลูกค้ำที่ติดของ LPN เช่น การตรวจร่างกาย สวัสดิการเงินกู้ กองทุนสมทบเพื่อการออม คะแนนความสุขของพนักงานต้องไม่ต่ำกว่า 90%

4.1.4 รูปแบบการตลาด

รูปแบบการตลาดที่เห็นผลสำหรับบางธุรกิจ คือการบอกปากต่อปาก จนลูกค้าที่มาจากคำแนะนำนั้นมากกว่า 50% ของจำนวนลูกค้าทั้งหมดในปัจจุบัน ส่วนในอีกหลายธุรกิจพบว่าการตลาดออนไลน์ เช่น เฟสบุ๊กส์ เว็บไซต์ ไลน์ ออปปีเซียล เป็นต้น ซึ่งต้นทุนไม่สูงแต่สามารถกระจายสู่กลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความยั่งยืนของธุรกิจจะต้องยึดความต้องการของตลาดเป็นหลัก เพื่อหาจุดแข็งที่เป็นจุดขาย แล้วมาดูว่าจะใช้ทรัพยากรทำอะไรเพื่อหารายได้ที่มาอย่างสม่ำเสมอ (สิ่งที่ลูกค้ายอมจ่ายเพื่อได้มา ไม่ใช่แค่ต้องการแต่ไม่ยอมจ่าย)

4.1.5 รูปแบบการบริหารงานบุคคล

พบว่า SE มีการดูแลพนักงานอย่างใกล้ชิด และ เอาใจใส่ในการใช้ชีวิตของพนักงานเป็นอย่างมาก ที่พบเป็นส่วนใหญ่คือ การดูแลด้วยกิจกรรมสร้างเสริมศักยภาพบุคคลากร ด้วยรูปแบบการดำเนินงานของ SE ที่มีหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นการสร้างประโยชน์ต่อสังคมด้วยสินค้าหรือบริการที่ตัวองค์กรจัดทำ หรือ การสร้างงานสร้างรายได้ให้ผู้ด้วยโอกาส การดูแลบริการงานบุคคลจึงแตกต่างกันออกไปในเชิงกิจกรรม และ มาตราวัดความสำเร็จ

Local Alike และ DairyHome เป็นตัวอย่างของ รูปแบบ SE ที่สร้างประโยชน์ต่อสังคมด้วยสินค้าหรือบริการที่ตัวองค์กรจัดทำ ซึ่งเน้นการบริการบุคคลเชิงการพัฒนาศักยภาพ และ กิจกรรมคืนสู่สังคม

“พัฒนาศักยภาพของพนักงานใหม่ด้วยการ Coaching แบบระบบพี่เลี้ยง ประกบหนึ่งต่อหนึ่ง ประกาศรับสมัครงานจาก ช่องทางต่างๆ เช่น facebook ของบริษัท และ การบอกต่อของพนักงานปัจจุบัน วิธีการคัดเลือก คือ พิจารณาจาก cv และ สัมภาษณ์โดย ทีมงาน รวมทุกแผนก Turn-over-rate ของพนักงานค่อนข้างต่ำเพราะ มีการประเมินประจำปี และ ช่วยกำหนด career path ที่ชัดเจน เน้นการเลื่อนตำแหน่งคนภายใน (Promote internally) แทนที่จะจ้างจากข้างนอก มีการวัด performance ที่ชัดเจนตามโปรเจกต์งานที่ทำ หากมีตำแหน่งไหนที่มี Role ที่ชัดเจน และ เป็นเกี่ยวกับการจัดการ (เช่น HR Manager) ก็จะจ้างเอา professional จากข้างนอกเข้ามาช่วย”

“มีการทัศนศึกษาและเสริมสร้างรายได้ให้พนักงาน ถ้าระดับหัวหน้างานเราจะส่งให้ไปต่างประเทศ เราเปิดกว้างในการทำงาน ในรูปแบบ innovator ระดับขั้นไม่เยอะ ระดับคนงานสามารถเดินเข้าหาผู้บริหารได้ตลอด แบ่งเป็น ผู้บริหาร Manager และ Staff เวลาพนักงานมาใหม่ เราต้องมีการหล่อหลอมจากการทำงานจริง ว่างานที่เราทำเป็นงานเพื่อสังคม สร้างความเข้าอกเข้าใจระหว่างคนงานกับชาวบ้าน เป็นการทำงานในชุมชน ให้พนักงานออกไปคิดว่าจะทำอะไรกับคนในชุมชน ในปีที่แล้วออกไป 14 กลุ่มให้คิดว่าทำอะไรเพื่อให้เกิด social impact เพื่อสังคม ทำให้เค้ารู้สึกดีกับตนเอง ทำ CSR in process ตั้งแต่จัดตั้งเมื่อ 7-8 ปีที่ผ่านมา”

ในรูปแบบ SE ที่เป็นการจ้างงานผู้ด้วยโอกาสจะมีการดูแลเอาใจใส่พนักงานในเรื่องของความเป็นอยู่มากกว่าแค่การพัฒนาศักยภาพ มีมาตราวัดความสำเร็จของบริษัทด้วยความสุขและความเป็นอยู่ที่ดีของพนักงาน

“การดูแลกลุ่มลูกค้าหรือสตรีค้อยโอกาสที่อยู่ในความดูแลของบริษัท มอบสวัสดิการที่ดีให้กับลูกค้า เป็นค่าใช้จ่ายในส่วนที่ได้จากกำไรธุรกิจ โดยใช้พื้นที่ของลูกค้าที่ติดของ LPN เช่น การตรวจร่างกาย สวัสดิการเงินกู้ กองทุนสมทบเพื่อการออม คะแนนความสุขของพนักงานต้องไม่ต่ำกว่า 90% และช่วยสร้างรายได้เพิ่มจากอาชีพเสริมจากการเรียนนวด หาดลาดให้ การผสมน้ำยาทำความสะอาด รับจ้างทำความสะอาดในห้องชุด เน้นหลักการ ได้เรียน ได้ใช้ ได้เงิน”

4.1.6 รูปแบบการบริหารการเงิน

วิสาหกิจเพื่อสังคมส่วนใหญ่เป็นผู้ประกอบการวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ขนาดองค์กรไม่ใหญ่ การบริหารจัดการด้านต่าง ๆ จึงไม่ยุ่งยากซับซ้อน มีการบริหารการเงินที่ง่าย มีความยืดหยุ่น แต่สะท้อนถึงประสิทธิภาพการบริหารจัดการและผลการดำเนินงานของธุรกิจ รายจ่ายหลักส่วนใหญ่ใช้สำหรับการจ้างพนักงาน รายได้มาจากการขายสินค้าและบริการ สิ่งสำคัญอย่างยิ่งคือจะต้องจัดการให้มีสภาพคล่องของกระแสเงินสดที่หมุนเวียนในธุรกิจ ไม่ให้เกิดปัญหาขาดสภาพคล่องทางการเงิน ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์เช่น

“รายได้จากบริการเขียน software ตามคำสั่งของลูกค้า และจากสินค้าของเราเอง (ด้านสุขภาพ และ การศึกษา) ในขณะที่รายจ่ายมาจากการดูแลพนักงาน 20 คน ในเงินเดือนที่สูงกว่า sme ทั่วไป เงินเดือนขึ้น 3-5% ต่อปี ปีละเป็นล้านต่อคน ส่วนใหญ่จะเป็นการจ่ายเงินเดือนพนักงาน และ การบริการจัดการสำนักงาน”

“ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่จะเป็นการจ่ายเงินเดือนพนักงาน และ การบริการจัดการสำนักงาน”

“รายได้ของบริษัทนั้นมาจาก sponsorship จากบริษัทเอกชน 100% ซึ่งรายได้เหล่านั้นได้ถูกนำไปใช้เพื่อดำเนินธุรกิจในด้านต่างๆ เช่น การสร้างเว็บไซต์เพื่อเป็นศูนย์กลางการเผยแพร่ข้อมูลการจ้างงานพนักงานใหม่ และการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย การตลาดผ่านช่องทางต่างๆ และเงินเดือนพนักงาน ทั้งนี้ผู้เข้าเรียนสามารถสมัครเรียนได้ฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย ภายได้เงินเดือนที่ว่าจะต้องไปสอนอีก 100 คนหลังเรียนแล้ว”

“เรื่อง finance เป็นเรื่องที่สำคัญ ช่วงแรกของธุรกิจเราหารายได้ไม่ได้เพราะยังหาธุรกิจโมเดลไม่เจอ ช่วงแรกจะยากเพราะต้องสร้าง community ก่อน สร้างแอปก่อน ทำให้ไม่มีรายได้เข้าบริษัทประมาณปีแรก โชคดีที่ทุกคนมีงานประจำทำอยู่แล้ว จึงแค่มาลงแรงร่วมกันโดยไม่คิดเงินเดือนอยู่หนึ่งปี”

“ต้องบริหาร cash flow ให้มีสภาพคล่อง ตอนนี้อาจจ้าง part time มากกว่า fulltime เพื่อให้องค์กร lean ที่สุดและประหยัดค่าจ้างพนักงานด้วย”

4.1.7 การลงทุน การระดมทุน และการทำกำไร

วิสาหกิจเพื่อสังคมนำเงินลงทุนมาจากหลากหลายแหล่ง เช่น การกู้ยืมจากสถาบันการเงิน เงินทุนส่วนตัว การสนับสนุนจากหน่วยงานที่สนใจประเด็นทางสังคมของวิสาหกิจเพื่อสังคม การสนับสนุนจากบริษัทแม่ รางวัลจากการประกวดแผนธุรกิจในเวทีต่างๆ เป็นต้น หลังจากดำเนินงานระยะหนึ่งแล้วมีผลกำไร วิสาหกิจเพื่อสังคม จะนำผลกำไรไปขยายงานและทำกิจกรรมเพื่อสังคมตามวัตถุประสงค์ที่องค์กรตั้งไว้ ตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์เช่น

“ส่วนใหญ่จะเป็นทุนจากผลกำไรของบริษัทเองในการสร้างโปรเจกต์ใหม่ๆ”

“เคยมีการ co-invest กับบริษัทเอกชนอื่น แต่เป็นในเชิงการสร้าง scale หรือ ขยาย หลังจากที่เรา test concept ของตัวบริการมาแล้วระดับหนึ่งด้วยเงินทุนของเราเอง”

“Seed fund จาก การ reinvest และ การกู้ยืม”

“มีอาจารย์ที่ สจล. ช่วยพัฒนาแนวคิดของเราให้คมชัดแล้วไปนำเสนอแผนธุรกิจกับบ้านปู เผอิญได้รางวัลมาสองแสนห้า (เป็นเงินลงทุนเริ่มต้น) ก็เลยต้องลงมือทำจริงๆ”

“การหมุนเวียนเงินเป็นไปได้ตั้งแต่เริ่มแรก ตอนนี้เหลือแต่หนี้ที่มาจากสถาบันการเงิน ต้องคิดอยู่ตลอดเวลาว่าต้องทำงานได้โดยไม่มีแต้มต่อ (เช่น ไม่ผลิตสินค้ามีตำหนิโดยอ้างว่าทำโดยคนพิการ) ผลผลิตมันต้องมีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างแท้จริง”

“ได้รับการสนับสนุนการเงินได้ มาแล้ว 2 ล้านบาทในระยะเริ่มต้น”

“LPC มีบริษัทแม่เป็น LPN จึงได้เงินทุนจากบริษัทแม่ 1 ล้านบาทในวันที่แยกตัวออกจัดตั้งเป็นบริษัทลูก ปัจจุบันกลายเป็นบริษัทที่มีมูลค่า 400 ล้านบาท”

“มาเปิดคลินิกที่ตลาดแฮปปี้แลนด์นี้ 2 ปีแล้วแล้ว ด้วยการลงทุนเองเริ่มต้นที่ 3 ล้านบาท เป็นค่าซื้อตึกและค่าตกแต่ง...มากกว่าค่าใช้จ่ายอื่นๆ...ค่าเครื่องมือมีน้อยมาก...ยาสมุนไพรที่สั่งมาใช้ก็สกัดกึ่งเดียว...เพราะทางคณะเภสัชศาสตร์ ม.รังสิต สามารถจัดส่งสินค้าให้ได้สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จึงทำให้ไม่มีทุนจมกับค่ายาในสต็อก”

“เงินลงทุนมาจากการกู้ยืมธนาคาร ตอนนี้อย่างนี้ไม่หมด”

“กำไร แบ่งเป็น 70% นำไปพัฒนาภายในองค์กร อีก 30% นำไปให้บริการปรึกษาด้านจิตแก่วัยรุ่นฟรี ให้กับ dekdee.com ทุกปี (เด็กมัธยมปลายจะเครียดช่วงที่เอ็นทรานเข้ามหาวิทยาลัย) ไม่มีปันผล”

“ส่วนหนึ่งของกำไรใช้ในการนำสินค้าของบริษัทไปแจกในชนบท อีกส่วนหนึ่งนำไปลงทุนในงานวิจัยเพื่อผลิตภัณฑ์เพื่อสังคม”

“นำกำไรไปลงทุนสร้าง software ในประเด็นที่เราสนใจ คือ เรื่องสุขภาพ และ การศึกษา”

“ปัจจุบันกำลังหารีบบกรรรมสุขภาพจิตเพื่อขยายบริการในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาด้านการกินยาเพื่อเอานักจิตวิทยาไปช่วยเสริมปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย”

“กำไรที่ได้จาก sponsor แทนที่จะเอาตัวเงินมาใช้ ก็สามารถเอามาพัฒนาธุรกิจภายในอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาคนในองค์กร เราคาดหวังว่าจะไปสอนคนใน 7,000 ตำบล หากทุกคนไปสอนต่ออีก 100 ผลลัพธ์ที่จะได้รับคือการสร้างคน 700,000 คน”

“รายได้ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 จะถูกกระจายกลับไปยังชุมชนต่าง ๆ ที่ทางบริษัทร่วมดำเนินงานด้วย ในรูปแบบของรายได้และกองทุนหมู่บ้าน”

อย่างไรก็ดีผู้บริหารวิสาหกิจเพื่อสังคมท่านหนึ่งให้คำแนะนำว่าหากธุรกิจ วิสาหกิจเพื่อสังคม ต้องการจะ scale up งานที่ตนเห็นความสำคัญอยู่ ควรที่จะจดทะเบียนเป็น วิสาหกิจเพื่อสังคม ตามกฎหมาย เพื่อจะสามารถระดมทุนในตลาดหลักทรัพย์มาขยายงานของตนได้ รวมทั้งการขึ้นทะเบียนเป็น วิสาหกิจเพื่อสังคม ตามกฎหมายยังได้สิทธิประโยชน์ทางภาษี ตลอดจนจนบริษัท/องค์กรอื่นที่ต้องการสนับสนุนงบประมาณให้ วิสาหกิจเพื่อสังคม บริษัทนั้นสามารถนำยอดเงินที่สนับสนุนนี้ไปยกเว้นภาษีได้ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มช่องทางในการระดมทุน อีกช่องทางหนึ่ง

4.1.8 ปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน และการแก้ไข ปรับปรุงกิจการ

ปัญหาด้านการเงิน เป็นปัญหาหลักของหลายธุรกิจที่เริ่มต้นมาจากศูนย์ วิสาหกิจเพื่อสังคม การเข้าถึงแหล่งเงินทุนได้ยากทำให้การขยายงานเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป บางธุรกิจมีโมเดลธุรกิจที่ไม่ชัดเจนตั้งแต่เริ่ม ทำให้รายได้ไม่เป็นไปตามคาด ด้วยขนาดองค์กรที่ไม่ใหญ่ทำให้พนักงานขาดความเชื่อมั่นเรื่องความก้าวหน้าในงาน มีการย้ายงาน ทำให้องค์กรต้องจูงใจด้วยค่าจ้างที่สูงกว่าที่อื่น ด้านการตลาดที่ต้องแข่งขันกับธุรกิจเชิงพาณิชย์ทั่วไป วิสาหกิจเพื่อสังคม จะมีต้นทุนที่สูงกว่าในเรื่องของคุณค่าและคุณภาพ ทำให้แข่งขันได้ยาก นอกจากนี้ยังพบว่ามีองค์กรหลายแห่งที่ทำงานในรูปแบบของวิสาหกิจเพื่อสังคม แต่ไม่ขึ้นทะเบียนเป็น วิสาหกิจเพื่อสังคม ตามกฎหมายไทย โดยให้เหตุผลต่างๆ เช่น ไม่เห็นประโยชน์ ไม่เห็นความสำคัญ กังวลการถูกควบคุมเรื่องการเงินซึ่งทำให้หาคนทำงานยาก ติดปัญหาบางองค์กรยื่นจดทะเบียนไม่ได้ สิทธิประโยชน์ยังไม่จูงใจ เป็นต้น ตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ เช่น

ปัญหาด้านบุคลากร

“การดูแลคน ให้ปัญหาของเขาแคบลง จนถึงหมดไป”

“จัดงานให้เข้ากับคน เช่นคนสูงอายุ ต้องขอยางงานออกมาเพื่อทำงานในส่วนที่เค้าสามารถทำได้”

ปัญหาด้านการตลาด

“การแข่งขันด้านราคา ลูกค้าอาจไม่ยอมจ่ายการจ้างงานของเราซึ่งราคาสูงกว่า SME ทั่วไป”

“ลูกค้าไม่เข้าใจว่าราคาที่สูงกว่าคุณค่าคืออะไร คุณภาพงานบริการประเมินกันยาก เนื่องจากการวัดผลของ social impact จะวัดได้ยาก เราทำเครื่องมือที่ทำให้องค์กรทำงานได้ดีขึ้น วัดได้ในเชิง qualitative มากกว่า quantitative”

“ภาครัฐยังไม่เชื่อ ผู้บริโภคก็ไม่ทราบว่าสิ่งที่เค้าทานมันมี impact กับสังคมอย่างไร”

ปัญหาการขาดแหล่งทุน

“เราไม่ได้มีแหล่งเงินทุน ฉะนั้นการขยายงานก็จะเป็นอย่างค่อยเป็นค่อยไป”

ปัญหาด้านรูปแบบกฎหมาย

“การจัดตั้ง Social Enterprise ในมหาวิทยาลัยนั้นติดปัญหาคือ นักศึกษา อาจารย์มหาวิทยาลัยเป็นผู้ยื่นจดทะเบียนไม่ได้”

“สิทธิประโยชน์ที่ได้จากการขึ้นทะเบียนเป็น SE ยังไม่จูงใจมากพอ”

4.1.9 กลไกการวัด Social impact

ธุรกิจวิสาหกิจเพื่อสังคมมีกลไกวัดผลลัพธ์และผลกระทบทางสังคมที่ชัดเจนตั้งแต่เริ่มต้นก่อตั้งกิจการ ซึ่งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ทางสังคมขององค์กรนั้น ตัวอย่างเช่น

“ตัววัดเป็น active aging index (ยิ่งเยอะยิ่งดี) ไทยอยู่ที่ 0.6”

“social impact ต้องการให้ทุกคนมีสุขภาพที่ดี (healthy corporate) ใช้ค่า body age เป็นตัวชี้วัด”

“วัดความรู้เปรียบเทียบกับก่อนหลัง”

“เกษตรกรรายได้เพิ่มขึ้น 40% ครอบคลุมละ 30000 บาทต่อเดือน”

“สิ่งแวดล้อม carbon emission น้อยกว่า 25%”

“จำนวนพนักงานของบริษัทคือจำนวนคนที่ได้รับการขยายการดูแลแทนภาครัฐ”

“วัตถุประสงค์ต้องการกระจายให้เม็ดเงินจากการท่องเที่ยวลงไปสู่พื้นที่ชุมชนอย่างแท้จริง ให้คนในพื้นที่สามารถบริหารจัดการพื้นที่ และชุมชนตนเองได้ดีขึ้น บริษัทจะลงชุมชนเพื่อพัฒนาเชิงระบบบริการอย่างมืออาชีพ สุดท้ายคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนจะดีขึ้น”

4.2 การสัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุข

การสัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุข เพื่อศึกษาช่องว่างของบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการ โดยสัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุข จำนวนและประเภทของกลุ่มตัวอย่างดูในตารางที่ 1 ทั้งนี้การสอบถามครอบคลุมประเด็นหลัก 6 ประเด็น ดังนี้

4.2.1 ประเภทบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการและ

ผลลัพธ์ที่ต้องการหรือเกิดขึ้นจริงจากบริการนั้น

4.2.2 ความใหม่ของกิจกรรมบริการ และเหตุผลที่เกิดบริการนี้

4.2.3 ช่องว่างของบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการ

4.2.4 ทักษะ (ทั้งบวกและลบ) ของบุคลากรสาธารณสุข ต่อบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรม
ด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการ

4.2.5 แนวทางพัฒนาปรับปรุงบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่
ให้บริการ

4.2.6 บริการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วย ครอบครัวชุมชน ต้องการเพิ่มเติม (เป็นงานเภสัชกรรมในด้านไหนบ้าง) และ
ปัญหาที่ทำให้ต้องการบริการเพิ่มเติม

ผลการสัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุขสรุปเป็นประเด็น ได้ดังนี้

4.2.1 ประเภทบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการและ ผลลัพธ์ที่ต้องการหรือเกิดขึ้นจริงจากบริการนั้น

สามารถแบ่งประเภทบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพ ที่กลุ่มตัวอย่าง
ระบุว่ามีการให้บริการ ออกได้เป็นประเด็นหลัก ๆ 3 ประเด็น คือ ด้านความปลอดภัยและคุณภาพการใช้จ่าย ด้านส่งเสริม
สุขภาพบุคคล และด้านส่งเสริมสุขภาพชุมชน รายละเอียดของบริการแต่ละด้านและผลลัพธ์ที่ต้องการ ที่กลุ่มตัวอย่าง
เสนอแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ประเภทบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการและ
ผลลัพธ์ที่ต้องการหรือเกิดขึ้นจริงจากบริการนั้น

บริการเภสัชกรรม		ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นหลัก	รายละเอียด	
1.ด้านความปลอดภัยและคุณภาพ การใช้จ่าย	1. home health care เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน	คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพิ่มความตระหนัก ในการใช้จ่าย
	2.การใช้ยาที่สมเหตุผล (RDU)	ลดการใช้จ่ายเกินจำเป็น ลดค่าใช้จ่ายด้าน ยา
2.ด้านส่งเสริมสุขภาพบุคคล	1.การให้ความรู้ด้านยารายบุคคล	ยังเป็น One way communication ไม่ สามารถวัดผลลัพธ์ได้ว่าผู้ป่วยนำไปใช้ จริงหรือไม่
	2.การให้ความรู้ผู้ป่วยโดยจัดกิจกรรมเป็น กลุ่ม เช่น ผู้ป่วยเต้านมเทียม ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยเบาหวาน	คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
	3.งานเลิกบุหรี่ เลิกแอลกอฮอล์	เกิดหมู่บ้านปลอดบุหรี่ ปลอดเหล้า
	4.ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ การใช้ถุงยางอนามัย การใช้จ่าย คุมกำเนิด	เป็นช่องทางให้ผู้ป่วยเข้าถึงการตรวจ เลือดจากโรงพยาบาล ทำให้ค้นหาผู้ติด เชื้อได้มากขึ้น
	5.ความรู้เรื่องสมุนไพร ยาแผนไทย	คุณภาพการใช้สมุนไพร ยาแผนไทย
	6.ความรู้เรื่องเพศศึกษาในกลุ่มนักศึกษา	ลดอัตราการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
	7.ความรู้เรื่องวัคซีน	เพิ่มความครอบคลุมของวัคซีน

บริการเภสัชกรรม		ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นหลัก	รายละเอียด	
3.ด้านส่งเสริมสุขภาพชุมชน	1.การให้ความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน เช่น healthy ageing society project เป็นโครงการ community based approach 3 ปี ในกทม.& อุบล / Sci-education center ในโรงเรียน เป็นต้น	คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
	2.งานคุ้มครองผู้บริโภค	ชุมชนรับประทานยาที่ปลอดภัย ใช้เครื่องสำอางที่ปราศจากสารปนเปื้อน ใช้ยาได้ถูกต้องปลอดภัย

ตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้เป็นคำพูดที่กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประเภทบริการเภสัชกรรมและการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการและผลลัพธ์ที่ต้องการหรือเกิดขึ้นจริงจากบริการนั้น

“Medicare/medicate for senior Texas ตั้งขึ้นที่อเมริกา ได้จ้าง SE สำหรับงานอาสาสมัครเยี่ยมบ้านด้วย template online ส่งข้อมูลผ่านระบบกระบวนการเพื่อการส่งต่อข้อมูล refer ให้คลินิก หมอในพื้นที่ ซึ่งไทยสามารถถือป Model มาได้”

“จัดกลุ่มผู้ป่วยมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น ซึ่งเกิดจากความเข้าใจระหว่างกันและกัน จัด Activity ส่งเสริมกันเองระหว่างผู้ป่วย เช่น ด้านมกษีที่บริจาคให้กันและกัน เพื่อแก้ปัญหาร่างกายเสียสมดุลหลังการผ่าตัดด้านม ออกไปหนึ่งข้าง ซึ่งบางรายเกิดโรคกระดูกสันหลังทับเส้นประสาท กลุ่มผู้ป่วยสร้างสิ่งประดิษฐ์ให้กันเอง”

“กิจกรรมส่วนใหญ่ยังเป็น superficial เป็นการให้ความรู้ ซึ่งไม่ได้มีอะไรมาวัดว่าคนใช้สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้จริง ยังเป็น one way communication”

“บางโรงพยาบาลมี activity ซึ่งช่วย educate และ พัฒนาความเข้าใจ เช่น Homecare ไปเยี่ยมที่บ้าน การจัดกลุ่มผู้ป่วยมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น ซึ่งเกิดจากความเข้าใจระหว่างกันและกัน”

“ใช่ เพราะว่าจริงๆ ถ้าที่ฝั่งต่อเรื่องนูหรี จากที่เราทำลงในเรื่องของพื้นที่เสร็จ คนสูบแม้กระทั่งบ้านเราตอนนี้ทางรัฐบาลก็ประกาศว่าเป็นหมู่บ้านปลอดนูหรีไซใหม่ เพราะฉะนั้นภายในบ้านสูบไม่ได้ บ้านติดกันก็สูบไม่ได้”

“ก้าวไปเข้าร้านยาที่ไหน ก็ให้ช่วยได้ในเรื่องของการพาเลิกนูหรี คือเหมือนเราก็เจอแล้วละ แต่พื้นที่บางคนก็สะดวกที่จะมาหน่วยบริการแต่อาจจะไกล ร้านยาอาจจะอยู่ใกล้ ถ้าเราไปคุยโอเครอยากเลิกนะ เราคุยในเรื่องของจิตวิทยาแล้ว แต่ยังไม่ได้ผลก็ต้องพึ่งยา ก็ให้ไปร้านยานั้นๆ อยากรู้ร้านยาทุกร้านมีจิตอาสา แล้วก็ทำร่วมกันเรื่องนี้เลย คือสะดวกที่จะก้าวไปหาได้ในทุกๆ จุด”

“เรื่องของอาหารปลอดภัย เราเจอสารปนเปื้อนต่างๆ ถ้าเภสัชกรพูดตรงนี้เราก็มามาทำ แต่ตอนนี้มีทั้งเครื่องสำอาง ที่ในพื้นที่เราเห็นปัญหา เภสัชกรก็มาทำด้วย เพราะว่าแต่ก่อนเทศบาลเราด้วยเราอยากทำเอง เช่น สารปรอท เภสัชกรเป็นที่ปรึกษา แต่ตอนนี้เราเป็นวิชาชีพ เราก็ต้องให้เขามาช่วยเรา แม้กระทั่งเรื่องยาปลอดภัยในพื้นที่ สเตอร์รอยด์ต่างๆ ก็ต้องเป็นเภสัชกรทั้งหมดนี้งานคุ้มครองต้องทำด้วยกัน”

“RDU ที่เดินชัดเป็นรูปธรรม 3 ปี ซึ่งปีนี้เห็นเภสัชกรเขาวัดผลอยู่นะ แต่ไม่ได้ดูในอัตราการใช้ยาเพิ่มขึ้นหรือลดลง แต่สิ่งหนึ่งนอกจาก RDU ที่เขาทำคือเขาไปควบคุมบริหารยา ออกเยี่ยมบ้าน ยาเก่าเก็บคืนหมด เพราะคนไข้ใช้ยาที่มีความฉลาดเคลือบสูงมาก เมื่อตกถึงมือประชาชนแล้ว พอเราเยี่ยมบ้านจะเห็นปัญหาในการใช้ยาของประชาชน รายโรค รายครอบครัวด้วย”

“จะเป็นแบบบริดจวาก็คือถ้าคุณไม่เอายาเก่ามา เดือนนี้คุณก็จะไม่ได้ยาใหม่ไป มันจะเป็นการควบคุมกำกับในเรื่องของการใช้ยาเท่าที่จำเป็น แล้วมันก็ส่งผลในเรื่องความสำเร็จของการรักษาว่าจริงๆ ยาที่ให้ไปเขากินตามที่หมอสั่งใหม่ มันนับเม็ดยาได้ การจ่ายยาก็ลดลง ที่สามารถได้ยาคืนคุณภาพบริการ ปีนั้นทำโครงการได้เป็นมูลค่าเกิน 40,000 – 70,000 บาท ต่อเดือนในช่วงที่เก็บ ยาที่

มันไปกองอยู่กับคนไข้โดยไม่จำเป็น บางทีเอาไปเขาไม่กิน บางทีเอาแล้วเอาอีก ยามันก็สะสม บางทีก็จ่ายไปเกิน พอคนไข้กลับมาใหม่ก็จ่ายไปอีกมันก็จะเป็นการทบๆไป”

“งานเภสัชกรรมที่เกี่ยวข้องของที่จะเป็นเรื่องของ HIV ก่อน ที่เราเห็นชัดเจนในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพก็คือเภสัชกร ทุกวันนี้เภสัชกรไม่ได้จ่ายยาอย่างเดียวกัน เภสัชกรที่เกี่ยวข้องกับพีเขาก็จะเป็นสาขาชีพทั้งดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์”

“พอเรามีเภสัชกร มีเครือข่ายร้านยาเข้ามาช่วย มันก็เหมือนกับว่าเภสัชกรที่อยู่ในชุมชนของเราเป็นจุดดักจับ ถ้าสมมุติว่าผู้รับบริการเข้ามาที่แนะนำ เขามาด้วยพฤติกรรมเสี่ยงหรือพฤติกรรมอะไร อาการของ STI ก็ชักชวนตรวจเลือด พอตรวจเลือดเสร็จเขาก็จะส่งมาทางเรา เราก็จะเห็นชัดเจนว่าอัตราการตรวจเลือดสูงขึ้น เพราะว่าส่วน 80% เลย จากร้านยา ที่มีอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก็ส่งเข้ามา พอส่งเข้ามาให้เลือดแล้วก็เจอ พอเจอเขาได้เข้าถึงการรักษาทันทีอันนี้เป็นผลที่พอใจว่าไม่ต้องรอให้เขาป่วยเหมือนกับว่าได้เข้าถึงการตรวจและรักษาโดยเร็ว และพวกนี้ถ้าเขาได้เข้าถึงการรักษาเร็ว แน่หนอนว่าโอกาสเสียชีวิตก็น้อยลง เขาก็สามารถอยู่ได้เท่าอายุขัยของคนปกติ”

“เราก็ไปวัดผลในส่วนท้าย คืออัตราการตั้งครรรกในวัยรุ่นมันลดลงไหม อย่างนี้ค่ะ โอเค ตอนนี้เป็นมันจะลดลงนะแต่ว่า มันไปโผล่ในเรื่องของการตั้งครรรกซ้ำ ซึ่งเราก็ต้องเอาตั้งครรรกซ้ำมาเป็นประเด็นที่คุยกันต่อไปว่าตั้งครรรกซ้ำนี้ มันคงไม่ใช่แค่ให้ความรู้อย่างเดียว มันคงมีกระทั้งในเรื่องของการฝังยาคุมโน่น นั่น นี่ ซึ่งบทบาทอันนี้มันคงเป็นบทบาทของเภสัชที่จะต้องมาช่วยดูอีกว่าการฝังยาคุมแล้วยังงั”

“เภสัชพยายามพัฒนาตำรับยาแผนไทยขึ้นมามากขึ้น แต่ของที่มีมากกว่า 15 ตำรับ ตรงนั้นจะค่ะ แล้วเพิ่มคุณภาพของการใช้ยาแผนไทยมากขึ้น อันนี้ชัดเจน มีตารางเทียบเคียงการใช้แผนไทยกับแผนปัจจุบันให้แพทย์เพื่อให้แพทย์ได้เลือกใช้ สองมียาเบิกใช้ตลอดแล้วมีตำรับยาหลากหลาย แล้วสามมีฟอร์ม ฟอร์มยาสวยมากค่ะ รูปแบบสวยมาก ดูจะค่ะ สวยมาก เหมือนยาที่ผลิตจากเมืองนอกเลย ชัดเจน”

4.2.2 ความใหม่ของกิจกรรมบริการ และเหตุผลที่เกิดบริการนี้

กลุ่มตัวอย่างได้ให้เหตุผลที่เกิดบริการเภสัชกรรมใหม่ ๆ ในปัจจุบันว่าส่วนหนึ่งเกิดจากความมุ่งหวังของโรงพยาบาลที่ต้องการดูแลผู้ป่วยแบบ clinical care pathway ที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ เภสัชกร ในแนวทางเดียวกัน เช่น แคมป์ผู้ป่วยเบาหวานไปเขาใหญ่ ไปให้ความรู้เรื่องอาหาร หลังจบแคมป์ก็มีการวัดค่าระดับน้ำตาลในเลือด (a1c) แคมป์ผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นการดูแลด้านจิตใจ การให้บริการ Continuous glucose monitoring เป็นการฝัง chip เข้าไปในตัวคนไข้ เพื่อ monitor ระดับน้ำตาลคนไข้ทุก 5 นาที แล้วส่งผลไปให้แพทย์ caregiver และ คนไข้ เพื่อดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เป็นต้น นอกจากนี้บริการเภสัชกรรมใหม่ ๆ ส่วนหนึ่งยังมี initiative มาจากกลุ่มคนไข้เอง แนวคิดอันหนึ่งที่เคยเกิดขึ้นคือ patient education โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องอ่านเอง เป็นเม็ดยาจำลองที่เมื่อหักแล้วจะมีเสียงออกมาให้ความรู้เรื่องโรคและการใช้ยา นอกจากนี้บริการเภสัชกรรมใหม่ ๆ ส่วนหนึ่งยังเกิดจากมูลนิธิของโรงพยาบาลเองที่จัดตั้งขึ้นมาเพื่อผู้ป่วยโรคต่าง ๆ จัดทำในรูปแบบของโครงการเป็นระยะ ๆ รวมทั้งส่วนหนึ่งยังเกิดจากนโยบายของ สปสช. ที่ต้องการใช้เงินด้านส่งเสริมป้องกันให้เพิ่มขึ้นเป็น 20% จากเดิมอยู่ที่ 11%-12% เช่น การเกิดร้านยาเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลในการจ่ายยาเดิม ซึ่งเป็นงานบริการใหม่ที่ปัจจุบันตอนนี้มีการเติมยาตามใบสั่งต่อเนื่องที่ร้านยา ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องไปนั่งรอคิวยามากที่โรงพยาบาล เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ลดอุบัติเหตุ มีเวลาในการสอบถามในเรื่องของการใช้ยาและที่สำคัญเภสัชกรก็เป็นเจ้าของร้านยาอยู่แล้ว ได้ใกล้ชิดกันมากขึ้นแต่การตอบรับตอนนี้ยังไม่มากนักคนไข้ที่ส่งออกมายังไม่แน่ใจยังไม่ชิน ยังไม่แน่ใจกับการกลัวเสียเงินก็คงยังไม่ชิน ต้องรอเวลา อาศัยเวลาในการเปลี่ยนแปลง

นอกจากนั้นบริการเภสัชกรรมใหม่ ๆ ยังเกิดจากแนวคิดของผู้ปฏิบัติงานเองด้วยที่ใช้ประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาพัฒนาการบริการให้ตอบสนองต่อผู้รับบริการยิ่งขึ้น ตัวอย่างเช่น การเป็นต้นแบบในเรื่องการจ่ายยาต้านไวรัสเอดส์ผ่านทางไปรษณีย์และเคอร์รี่ ดังคำพูดของพยาบาลต่อไปนี้

“พี่ทำมา 2-3 ปีแล้ว ลักษณะก็คือมี criteria คัดผู้ป่วยไว้ คือ คนไข้ที่ 1. ไวรัสนับเพ็ดมากกว่า 1 ปี 2. CD4มากกว่า 350 3. ไม่มีไอไอ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ เลย 4.ผู้ป่วยมี adherence ต่อยาดี 5. รับเฉพาะยาต้านอย่างเดียว เมื่อนัดจะมีการ confirm โดยการให้ห้องอาสาสมัครโทรถามผู้ป่วยว่าตอนนี้หน้าหนักเท่าไร ยาตัวนี้? เหลือกี่เม็ดๆ ตอนนี้มีอาการอะไรไหม หรือช่วงนี้ได้ไปวัดความดันอะไรที่ไหนไหม ถ้าได้วัดก็บอกว่าวัด ถ้าไม่ได้วัดก็ไม่ได้วัด เสร็จแล้วก็เอามาลงข้อมูลแล้วน้องจะถือแฟ้มเข้าพบแพทย์ พบแพทย์เสร็จหมอบจ่ายยาประมาณ 4-6 เดือน เสร็จแล้วก็จะมา pack โดยคน pack ยาคือเภสัชกร เขาไปส่งยาไปให้เภสัชกรตรวจสอบความเรียบร้อย เสร็จแล้วก็มีการแนบคำแนะนำในการใช้ยาทุกครั้งในกล่องพัสดุ และก็จะส่งพัสดุนี้ไปที่ผู้ป่วย อันนี้เป็น การส่งยาโดยประชาชนหรือบางคนต้องการด่วนมาก ก็ส่งเคอรี่แล้วแต่ หรือบางคนไม่อยากจะไปเสียทางรู้ว่าเป็นยา ผู้ป่วยจะไปเปิดตู้ ปณ.ไว้ แล้วคนไข้อยู่เชียงใหม่ ก็จะไปเปิดเอาที่ตู้ ปณ. เป็นการจ่ายยาต้านไวรัสเอดส์ทางไปรษณีย์โดยเภสัชกรมีบทบาทในเรื่องของการตรวจสอบยาให้เรียบร้อยแล้วก็ส่งยาไปพร้อมแนบใบคำแนะนำการใช้ยาไปด้วย (ใบคำแนะนำประกอบด้วย ว่าจะต้องเก็บยาที่อุณหภูมิยังไง และจะต้องปิดยาทุกครั้งยังไง ที่สำเร็จมีคีย์แมสเสจที่ให้เขาจำ ปิดสนิท เปิดไม่โดนแดด อุณหภูมิอะไร กระดาษมันสีสวยงดงามและก็น่าสนใจให้ผู้ป่วยอยากอ่าน เขาจะทั้งก็ได้ แต่ให้เขาดูก่อนว่ามันคืออะไรเหมือนกับเตือนสติเขาทุกครั้งว่ายานี้มันควรจะต้องดูแลแบบนี้) โดยที่คนไข้ไม่ต้องมาพบแพทย์ โดยเป็น criteria ที่ 1 ปี หลังครบกำหนดต้องมาพบแพทย์ใหม่ ส่งทั้งหมดตอนนี้ 187 คน ที่เจอปรากฏว่าตัวยา 1 คน ก็คือคนที่ไม่มีเรื่องของปัญหาเมื่อไหร่ที่มันไม่เข้าสู่ criteria ที่กำหนดต้องกลับมาหมดตัวส่ง ต้องเข้ามาพบแพทย์ทุกกระยะตามสแต็ปเดิม กรมควบคุมโรคกำลังจะเอาไปเป็นต้นแบบ ตอนนี้กำลังจัดทำเป็นไกด์ไลน์เป็นเล่ม”

การให้คำปรึกษาทางออนไลน์ ดังคำพูดของพยาบาลต่อไปนี้

“การให้คำปรึกษา เส้นทางการจริงๆ พี่อยากให้ทำเรื่องปรึกษาทางออนไลน์อยู่นะ กับชุมชนเหมือนเป็นหมอบรรอบครัว เภสัชกรก็คือหมอบรรอบครัว 1 คน เหมือนแพทย์ และก็มีช่องทางเรียกให้คำปรึกษาด้านการใช้ยากับครอบครัว คือมาเป็นเจ้าภาพร่วมกับเรา เราจะได้รู้สึกว่ามีปัญหาเรื่องยาติดต่อหาหมอยาเลยดีกว่าแทนที่จะถามพยาบาลหมอบรรอบครัว คือให้เขาเป็นเภสัชกรเป็นหมอยาร่วมบ้านอย่างนี้ ยาตัวนี้ไม่มั่นใจ กินได้หรือเปล่า ปรึกษาเภสัชกรเลย”

การเก็บข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยในรูปแบบ QR code แล้วให้ผู้ป่วยเก็บไว้ในมือถือของตนเอง หากผู้ให้บริการสาธารณสุขท่านใดต้องการทราบ ก็สามารถโหลดข้อมูลมาให้ดูได้ ดังคำพูดของตัวอย่างดังต่อไปนี้

“ยาที่คนไข้ทั้งหมดใช้ลงไฟล์แล้วทำเป็น QR แล้วเวลาเขาพก เขาก็จะพกเป็น QR แล้วก็เราสามารถพกพกที่มาจากมันได้เหมือนกัน เช่นในใบ ในใบหรือว่าซองยาแทนที่เราจะสแกนเพื่อดูชื่อหรือว่าอะไรเราก็สแกนข้อมูลยาของคนไข้ แล้วข้อมูลตรงนั้นมันจะบอกวันที่เราก็จะรู้ว่าข้อมูลตรงนั้นมันอัปเดตหรือเปล่า อันนี้ก็เหมือนกันที่จะทำให้แบบเรารู้ที่มาที่ไปของยา นวัตกรรมอันนี้ก็เหมือนกันเพราะว่าคนที่เข้าถึงข้อมูลเนี่ยมันคงไม่ใช่คนไข้ หรือเป็นญาติ คนไข้ก็ต้องเป็นคนไข้ก็กลุ่มหนึ่ง หรือถ้าอีกคนหนึ่งที่คือแพทย์ผู้ดูแล เพราะโดยเทคโนโลยีปัจจุบันการสแกน QR ในคน ในบุคลากรทางการแพทย์เป็นเรื่องง่าย แต่สำหรับคนไข้บางคนยังเป็นเรื่องที่ยาก มุมมองก็คือคิดว่าอันนี้เป็นอันหนึ่งค่ะ”

บริการเภสัชกรรมใหม่ ๆ ที่มีแนวคิดมาจากผู้วิจัย ตัวอย่างเช่น โครงการ Smart Health เป็นเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับการดูแลเรื่องการกินยา กำกับกับการกินยาของผู้ป่วยที่บ้าน ดังคำพูดของพยาบาลต่อไปนี้

“Smart Health เขาประชุมหลายครั้งแล้วค่ะ พี่เพิ่งไป เขาบอกว่าจะติดตั้งระบบเทคโนโลยีจากโทรศัพท์มือถือให้คนไข้ที่เป็น Smart Phone ให้คนไข้ทำอะไร แล้วก็ติดตั้งกล่องวงจรปิดสำหรับคนไข้สูงอายุและคนไข้ที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ถ้าเวลาเขาหาหมอก็ค้นหากรอดมาแล้วเสียบ แพทย์จะดูเกี่ยวกับการกินยา ติดตามอาการได้จากตรงนั้นเลย แต่ว่าตอนนี้เขาพัฒนาที่ขอนแก่นอยู่ แล้วก็มาพัฒนาที่สรวงคาม จะเริ่มที่ 3 ชุมชน คือของพี่สองใต้ แล้วก็ของคุณจ๊อบ และของน้องแป๋วคนละ 1 ชุมชน กำลังอยู่ในระหว่างดำเนินการ กำลังให้นักศึกษามาสำรวจ มาสัมภาษณ์ ที่คณะเทคโนโลยี เสร็จแล้วเขาจะสอนวิธีใช้ Smart Phone และก็จะมีการ์ดให้ เขาก็จะติดตาม เสร็จแล้วเขาก็จะขอทุนจากหลายๆ กระทรวง จาก 12 องค์กรมีกระทรวงพลังงานฯ เข้ามาเกี่ยวข้องเพื่อติดตั้งโซลาร์เซลล์ให้คนไข้ มีการติดตามซึ่งเขาได้ผลแล้วที่หลายๆ เมืองเหมือนกัน ไกลๆ เราที่ขอนแก่น ซึ่งเขาขอพื้นที่เราเรื่องการนำร่อง OD พี่อยากได้เรื่องการติดตามคนไข้เรื่องการกินยาที่มีปัญหาเรื่องการกินยาของคนไข้ แต่มันต้องเซ็นยินยอมทั้งสองฝ่าย ซึ่งคนไข้ได้รับผลดีมากกว่าผลเสีย เขาวางนั้นค่ะเขาติดตามเรื่องการกินยา ข้อมูลการรักษาจะอยู่ในการ์ดตัวนั้นหมด พอไปโรงพยาบาลเสียบ

การกดตัวนั้นก็จะเห็นประวัติ เป็นหมอมของครอบครัว เป็นหมอมประจำบ้าน เป็นผู้ดูแล เป็นหมอมประจำบ้านเขาเลย เข้าถึงระบบบริการมากขึ้น ถ้าเป็นทางเลือกที่ดีสำหรับผู้เข้ารับบริการที่ว่างเปิดใจรับดูเพื่อได้ผล มันมีอะไรจะเสียหรือ”

“โปรแกรมแอปก็คือแอปนี้ก็จะให้คนไข้ พอวันจันทร์ให้กินยาเสร็จก็จะดีเลย แล้วก็มันก็จะขึ้นเราก็จะเห็นมอร์นิเตอร์ว่าคนไข้กินยาแล้วนะ อะไรอย่างนี้คะ ถ้าคนไข้ยังไม่กินเราก็จะสามารถมองเห็นภาพได้ว่า ก็จะแบ่งเป็นสีก็จะแยกได้ว่า คนไข้ยังไม่กินยาก็จะได้มีการโทรตามหรือว่ามอร์นิเตอร์คนไข้ แต่ถามว่าคนไข้กินจริงไหมตรงนั้นมันก็ขึ้นอยู่กับความเชื่อใจกัน ก็เราอาจจะมัวดีใจคอกอล ในคนไข้ MDR นิตอนนี้ที่ทำงานก็คือ MDR กินยาต้องได้กินยาต่อเจ้าหน้าที่ 1 โดสอย่างเนี่ยก็เราก็จะมีการวิดีโอคอลหาคนไข้คนไข้ก็จะวิดีโอคอลหาเราว่ากินแล้วอ้อ ที่ทำไป หรือการมอร์นิเตอร์ไฮเปอร์เทนชันคนไข้ที่บ้านคนไข้วัดที่บ้านแล้วเรามอร์นิเตอร์โดยมีสื่อได้มองเห็นว่าเออคนไข้เป็นยังไงบ้างความดันเป็นยังไง ถ้าเราสามารถทำตรงนี้ได้ ยากหมอก็มารับยาคือแทนที่จะมารับที่โรงพยาบาลแต่เรามอร์นิเตอร์ก่อนเราดูก่อนเรามีการพูดคุยกับคนไข้ คนไข้ลองวัดความดันดูสิเท่าไรหรือมีอาการอย่างอื่นไหมถ้าปวดหัวถ้าผิดปกติอันนี้ต้องมาโรงพยาบาล คือเราพูดคุยกันก่อน คือช่วงนี้ไม่มีอะไรจะโอเคยาหมอกินทุกอย่างปกติ ความดันปกติ ถ้างั้นมารับยาเลยนะ มีระบบออนไลน์ มาถึงก็รับยาแล้วก็กลับบ้าน”

ในขณะที่เดียวกันบริการเภสัชกรรมใหม่ ๆ ที่มีต้นแบบมาจากต่างประเทศหลายบริการ เช่น การฉีดวัคซีนในร้านยา การรับยาแบบไดรฟ์ทูลู ผู้รับยาอัตโนมัติ กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่าอาจจะยังไม่เหมาะสมในบริบทของประเทศไทยในขณะนี้ ทั้งในเรื่องของข้อกฎหมาย ความรู้ความเข้าใจของประชาชน ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนสภาพสังคมในประเทศไทย ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“อีกเทคโนโลยีหนึ่งที่ต่างประเทศใช้ในเรื่องของที่ช่วยให้คนไข้มีความสะดวกมากขึ้นอย่างเช่นเขามีผู้รับยามีลักษณะเหมือนขับรถเข้าไปรอแป๊บนึงแล้วก็รับยาออกมา ต้องใช้เวลาคะ อันนี้ต้องยอมรับนะว่า คือ คือ ความเข้าใจแต่ละคนไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับพื้นฐานของแต่ละคนคะว่าถ้าเกิดว่าเป็น drive thru แล้วรับยาถ้า ถ้าเกิดว่าเขาเคยใช้อะไรอย่างนี้มันก็น่าจะสื่อสารกันได้ แต่ว่าถ้าเขาเกิดยังมี ความคลาดเคลื่อนมันก็อันตรายนะคะ อาชนาคคุยกันสื่อสารกันมันน่าจะง่ายกว่านี้คะมันก็ยังยาก”

“ถามว่าเทคโนโลยีนี้ดีไหม ดีคะ แต่คนเราพร้อมไหม คนในประเทศเราอะพร้อมไหม”

“การฉีดวัคซีนถามว่าดีไหม ดี การเข้าถึงบริการมันจะง่ายขึ้น แต่ผมไม่แน่ใจว่ามันจะดีตรงเรื่องค่าใช้จ่ายไหม แล้วใครจะเป็นคนดูแลตรงนี้”

“ตอนนี้ ที่คิดว่ายังเป็นไปไม่ได้ เพราะวัคซีนตอนนี้เราบังคับฉีด เราไม่ได้ฉีดแบบสมัครใจ รู้ว่าวัคซีน HPV มีประโยชน์ ฉีดป้องกันเด็ก ๑.5 แต่เด็กไม่ยอมฉีด ผู้ปกครองไม่อนุญาต กลัวลูกเจ็บ แล้ววัคซีนใช้ขวดใหญ่มีประโยชน์ใหม่ มีประโยชน์สำหรับทุกคน แต่บางคนก็ไม่อยากฉีดกลัวเป็นไข้ กลัวเจ็บ วัคซีนเด็กแรกเกิด 5 ปี ต้องมาฉีด 2-4 เดือน พ่อแม่บางคนก็ไม่อยากพาลูกมาฉีดเพราะกลัวลูกเจ็บ กลัวลูกไม่สบาย เขาไม่ได้เข้าถึงความรู้ขนาดนั้นคะ ถ้าเป็นประเทศที่มีความรู้ ถ้าที่รู้ว่าเป็นประโยชน์นะ ป้องกันได้ที่จะไป แต่ใช้ขวดใหญ่ ที่ไม่ได้ Contact กับใครที่ไม่ฉีด อนาคตข้างหน้าอาจจะดีตรงนี้ แต่วันนี้ที่คิดว่ายัง เรายังบังคับฉีดยาอยู่แล้วในโรงเรียนนะคะยังมีวัคซีน ๑.5 คือ HPV 2 เข็ม 1-2 เดือนก็ผ่านไป แล้วก็...บาดทะยัก MMR 6 ผู้ปกครองหลายท่านไม่อนุญาต กลัววัคซีนฉีดแล้วทำให้เด็กเป็นไข้ กลัวเด็กเจ็บ อยากไปฉีดคลินิกเอกชนซึ่งราคาแพงน่าจะดีกว่า วัคซีนที่ดีกว่า ไม่มีเวลา แค่อนุญาตยังไม่มีความอนุญาต ซึ่งปัจจุบันฉีดไม่ได้ถ้าผู้ปกครองไม่อนุญาต”

“มันมีสองด้านคะ ในด้านการป้องกันอะจะดีมาก เพราะว่ามันทำให้การเข้าถึงการรับบริการมันง่าย แต่ว่ามันมีดาบอีกข้างหนึ่งคือวัคซีนจริงๆมีผลข้างเคียง ซึ่งเราไม่ได้ คนที่ไม่ได้มีข้อมูลที่ครบมากหรือว่าไม่ได้รับการ advice ที่เพียงพออาจจะไม่รู้ เช่นนี้คนที่แพ้ไข่ หรือบางคน growth vaccination มันมี Guillain-Barre ได้ถึงแม้% มันน้อย แต่เขาไม่มีความรู้เลยถึงมันเป็น rare case ที่จะเกิด โดยส่วนตัวมันเหมือนแบบเอาให้เขาฉีดเขาก็ไม่รู้ถ้ามันเป็นมันก็จะไม่เข็ดตรงนั้นแต่ว่าในถ้าคนไข้เรา..เขาโอเค การรับวัคซีนตัวนี้มันง่ายสำหรับเขาจริงเนี่ย ตัวนี้เห็นด้วย คือมันก็จะอยู่ที่ว่าถ้าเราจะนานโยบายๆคล้ายๆแบบนี้มันต้องให้ข้อมูลให้เขา แต่พอให้ข้อมูลที่ครบให้พวก Guillain-Barre มันก็มีบ้างแต่มันก็% น้อยๆการให้ข้อมูลพวกนี้มันทำให้คนไข้ไม่ยอมรับวัคซีน ก็จะเกิดผลเสียไปอีกแบบนึง อาจจะต้องมาซึ่งตรงนี้ก่อนว่าเราจะทำยังไงให้ได้ข้อมูลตามจริงเขาแล้วก็เราก็ให้คนไข้มีสิทธิ์ที่จะjust เพราะว่ามารับวัคซีนมันเป็น prevention”

4.2.3 ช่องว่างของบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการ

กลุ่มตัวอย่างระบุช่องว่างของบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการเภสัชกรรม แบ่งเป็นประเด็นหลัก ๆ ได้ 2 ประเด็น คือ ด้านความปลอดภัยและคุณภาพการใช้ยา และ ด้านความครอบคลุมของบริการ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ช่องว่างของบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการ

ประเด็นหลัก	บริการที่ยังเป็นช่องว่าง	รายละเอียดของบริการ
1.ด้านความปลอดภัยและคุณภาพการใช้ยา	1.drug counselling	มี platform ที่เชื่อมผู้ป่วยกับเภสัชกรมากกว่าการให้เภสัชกรลงไปเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยด้วยตัวเอง (อาจมีบางเคสที่เภสัชกรต้องไปเองบางครั้ง) เนื่องจากปัจจุบัน IT ทำได้หมดแล้ว ผู้ป่วยกับเภสัชกรสามารถพูดคุยกันได้ ส่งรูปเม็ดยาให้ดูได้ และต้นทุนต่ำกว่าด้วย
	2.บริการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลการใช้ยา	ดูแลการใช้ยาในผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยสูงอายุ
	3.ความรู้เรื่องยาแก่ผู้ให้บริการสาธารณสุขอื่น	เช่น จัดบริการให้ความรู้ด้านยาในรูปแบบ KM แก่พยาบาลผู้ช้ยากับผู้ป่วยบนบอร์ด
2.ด้านความครอบคลุมของบริการ	1.ให้ความรู้เรื่องโรคและยาที่เป็นกันมาก	prevention ในเชิงบูรณาการทั้งการจัดทำ screening
	2.บริการผู้ดูแลสุขภาพ (care giver)	เช่น จัดส่งอาหารสุขภาพเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย บริการส่งตัวผู้ป่วย emergency, พบแพทย์, กลับบ้าน บริการให้ความรู้แก่ญาติ
	3.บริการเลิกบุหรี่	ให้เภสัชกรร้านยาเป็นเจ้าภาพเพื่อเพิ่มความสะดวก ประหยัดเวลาของผู้ป่วย
	4.บริการเลิกแอลกอฮอล์	ผลิตภัณฑ์สมุนไพรส่งเสริมให้เลิกเหล้า
	5.ปรับพฤติกรรมสุขภาพ	ปรับพฤติกรรมในคนภาวะอ้วน
	6.ความรู้เรื่องวัคซีน	แนะนำประโยชน์จากการฉีดวัคซีน

ตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนให้เห็นว่าระบบยังคงมีช่องว่างของบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการ

“Health literacy ในเมืองไทยยังต่ำมาก เช่น แม้เป็นเจ้าหน้าที่ เองยังทาน antibiotic ไม่ครบ dose เป็นต้น”

“กลุ่มที่ยังมีปัญหามากคือคนใช้ติดบ้านติดเตียง และผู้สูงอายุ ปัญหาจะมากขึ้นภายในห้าปีข้างหน้า”

“ควรมีระบบ Drug counselling บนเว็บ หรือ platform เพื่อเชื่อมผู้ป่วยกับเภสัชกรมากกว่าการให้เภสัชกรลงไปเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยด้วยตัวเอง (อาจมีบางเคสที่เภสัชกรต้องไปด้วยตัวเองในบางครั้ง) เนื่องจากปัจจุบัน IT ทำให้หมดแล้ว ผู้ป่วยกับเภสัชกรสามารถพูดคุยกันได้ ส่งรูปเม็ดยาให้ดูได้ และต้นทุนต่ำกว่าด้วย บริการของแพทย์เองยังต้องเดินทางไปทางนั้น”

“การทำข้อมูลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมีค่าจริง แต่ต้องทำโดยมีแผนที่พื้นที่ บ้านไหนมีโรคอะไรบ้าง การเยี่ยมที่บ้านเป็นอย่างไร ปัญหาทางยาอะไรบ้าง”

“หากให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพเลยอาจเป็นเรื่องยาก เราควรเริ่มจากบริการ illness ก่อนเลย เรื่องส่งเสริมสุขภาพ เป็นเรื่องที่ต้อง push demand ค่อนข้างมาก ซึ่งมีความเสี่ยงมากในการพึ่งพาผู้ให้ทุน เราจึงควรหาทุนจากการขายบริการอื่นเช่น ส่งอาหารสุขภาพmedical diet, ส่งยา, บริการผู้ดูแลสุขภาพนักโภชนาการ ฯลฯ หรือมอบ medical diac/primary treatment เช่น การดูแลเท้าเบาหวาน ที่บ้าน ร้านยาอาหารเพื่อสุขภาพ ที่ customize สำหรับผู้รับบริการ ด้วยการแสกนข้อมูลคนไข้ certified โดยเภสัชกร และ นักกำหนดอาหาร”

“เรื่องลดนูหรือจริงๆ คือเรื่องการเข้ายาอะไร ความเชื่อมั่นการให้คำปรึกษาเภสัชกรจะทำให้ได้ศึกษาพยาบาล พี่มองตรงๆ ให้คำปรึกษาเรื่องลด ละ เลิกนูหรืออะไรอย่างนี้ เภสัชกรจะช่วยให้ ซึ่งในชุมชนค่อนข้างที่จะเยอะมากบางทีเขาอยากเลิกแต่ไม่มีที่จะไป บางทีส่งเขาไปโรงพยาบาล ก็ด้วยข้อจำกัดโรงพยาบาลเขาก็ทำไม่ได้ ไม่ใช่ทำไม่ได้ คนไข้เราไม่ไหว กลุ่มนี้มันเป็นกลุ่มวัยทำงาน เวลาเขาน้อย เราต้องมาคิดรูปแบบว่าถ้าเขาอยากเลิกจริงๆ อาจจะมีลักษณะการติดกับเขาโดยที่มีเภสัชกรเป็นเจ้าภาพ เภสัชกรปฐมภูมิเป็นเจ้าภาพช่วยดูแลคนกลุ่มนี้ให้หน่อยได้ไหม อะไรอย่างนี้มันก็จะช่วยให้เยอะ ด้วยภาวะปัจจุบันมันมีขั้นตอนในระบบราชการ คือจะไปก็ต้องมี 1 2 3 4 มันทำให้เขาถอดใจไม่อยากไปแล้ว ไม่ไปก็ได้ มันไม่ได้รับอะไรมา เขาเอาชีวิตเขามากกว่า เขาเอาปากท้องเขาไว้ดีกว่า ที่เขาต้องมาเสียเวลา 1 วัน เพื่อรอรับดอกหญ้าขาวสำหรับลดนูหรืออะไรอย่างนี้ คือถ้าไปตามขั้นตอนอย่างนั้นจริงๆ ใช้เวลาเป็นวันต้องทิ้งงานทิ้งการไป แต่ถ้ามีตรงนี้อยู่ในงานของเราในปฐมภูมิ เดินมาได้รับการแนะนำเลยโดยไม่ต้องไปผ่านแพทย์ เชื่อว่าแบบนี้จะพึงพอใจมากกว่า มันจะอบอุ่นคือสมรรถภาพระหว่างเภสัชกรเขาจะได้มีวิสัยทัศน์ในเรื่องของการทำงานเชิงรุกมากขึ้น เป็นจิตบริการ รู้สึกว่าเขาจะแยกส่วน เขายังคิดว่าเขาเป็นหมอยา เขาจะอยู่ในห้องสี่เหลี่ยม เขาจะลงมาคุยเหมือนเราอย่างนี้ มันยังไม่เห็นตรงนั้น”

“ในส่วนของถ้าเป็นกลุ่มของพยาบาลในวอร์ดนะก็จะจะเป็นในเรื่องของเวลาที่มียาใหม่ๆหรือมียาอะไรที่ ยากลุ่ม HAD หรือยาที่เป็นเชื้อดื้อยากก็อยากให้มีเภสัชจัดกิจกรรมคล้ายกับเป็น KM หรือให้ความรู้กับผู้ที่เกี่ยวข้องบ่อยๆอาจจะเป็นการวางแผนเลยว่าถ้าสมมุติมียาใหม่ๆเข้ามา เราจะมีสารสื่อสารให้กับผู้ใช้ทุกครั้งหรือว่ายา HAD ที่มีปัญหาบ่อยหรือมี Med error บ่อยๆหรือตัวที่สำคัญที่มีเหมือนกับว่ามีวางแผนเอาเป็นว่าเออเป็นรายการๆมา KM ให้กับผู้ใช้งานได้รู้ ไม่ว่าจะเป็นหมอยาหรือเป็นพยาบาลอะไรอย่างนี้ก็น่าจะมีการจัดกิจกรรมได้”

“อยากให้มีเยี่ยมบ้านมากขึ้นรู้สึกอยากให้ออกไปด้วยกันบ่อยๆ ก็หลายเดือนครั้งพูดความจริงเลยนะคะ ถ้าเราไม่บอกเพื่อน ก็ไม่ได้ออกก็รู้ว่างานเพื่อน ก็เยอะแต่เราบอกว่าวันนี้มี case นะถึงไปหรือว่าเจ้านายจะมาตรวจจะต้องมีรูป ออกมาให้เภสัชไปดูเรื่องยาส่วนใหญ่ที่ดู คนไข้จะกินยาไม่ค่อยถูกคะส่วนใหญ่กินยาไม่ค่อยถูก ถึงมานี่พอเราทวนยาก็กินไม่ถูก ถ้าเราพูดหรือมีคนอื่นไปพูดเห็นเภสัชคนจ่ายยาไป เขาอาจจะมึนงง มีวิธีการที่จะทำให้คนไข้จำได้ดีขึ้นกว่าพวกที่ความรู้สึกละ น่าจะให้เภสัชนะ”

“ถ้าเภสัชมาอยู่ทำเป็นคลินิกอะไรพวกนี้เลยนะ เลิกนูหรือเลิก เหล้าพวกนี้ ก็น่าจะได้น่าจะดี เพิ่มขึ้นมาอีกนอกจากยานะ เดี่ยวนี้เหล้าเยอะ”

“ถ้าทางอาชีวอนามัย บทบาทยังไม่ชัดเจนเท่าไรนะ ในส่วนของการป้องกันก็คงจะเป็นเรื่องการส่งเสริมการป้องกันโดยวัคซีนที่ผมมองว่ามันเป็นประโยชน์ เพราะว่าอย่างที่เราเห็นและใช้หัดใหญ่ระบาดอย่างนี้ทั้งโรงงานต่างๆเพราะเขาอยู่ด้วยกันอะไรอย่างนี้ และเขาไม่เข้าใจความสำคัญว่าทำไมต้องฉีด ฉีดยังไง ก็ปีละก็ครั้ง เขาไม่รู้เลยนะ เราก็ไปให้คำแนะนำ หรือตัวอื่นๆที่เขาสนใจ เขาก็จะสอบถามเข้ามา เหมือนจุดประกายให้เขา จากแต่ก่อนเขาไม่รู้ตัวว่ามีวัคซีนอะไรบ้างที่ฉีดกันในปัจจุบันนี้ เขาก็จะสนใจขึ้นและเริ่มสอบถามมาอะไรอย่างนี้ ถือว่าบทบาทเภสัชกรก็อยู่ในส่วนนี้ได้ ในการให้คำแนะนำเรื่องของวัคซีน”

4.2.4 ทศนคติ (ทั้งบวกและลบ) ของบุคลากรสาธารณสุข ต่อบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรม ด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการ

บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่องานบริการเภสัชกรรม พบว่าส่วนใหญ่ต้องการให้มีงานบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพร่วมอยู่ในทีมสหสาขาวิชาชีพด้วย โดยให้ความเห็นว่านอกจากเภสัชกรจะให้ความรู้คำแนะนำปรึกษาต่อผู้ป่วยในด้านยาแล้ว ยังสามารถเพิ่มพูนทักษะด้านเภสัชกรรมให้กับทีมได้อีกด้วย ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้อำนวยการ รพ.สต.ท่านหนึ่ง ที่ว่า “เพราะผู้ป่วยที่ถึงเกณฑ์ได้เยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพคือผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนระดับหนึ่งแล้ว อาจจะมีอาการซับซ้อนในหลายๆเรื่อง โดยเฉพาะเรื่องหนึ่งคือเป็นกลุ่มเรื้อรัง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีปัญหาเรื่องยา หลักๆ เกือบทุกรายที่ไป ฉะนั้นทีมสหสาขาจะอุ่นใจเมื่อมีเภสัชกรลงชุมชนไปด้วย ดูเหมือนเป็นการเอาความเชี่ยวชาญลงไปให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์สูงสุด เพราะผู้รู้ดีที่สุดเรื่องยากก็คือเภสัชกร” และ “คือเราไม่ต้องรอว่าเป็นงานใคร ถ้าเป็นอย่างนี้มันสามารถที่จะอย่างน้อยเภสัชกรหนึ่งคน สามารถเพิ่มพูนทักษะให้กับทีมได้ด้วย มันจะได้ช่วยกันและขับเคลื่อนไปพร้อมๆกัน”

ในขณะที่เดียวกันพยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านพยาบาลชุมชนยังให้ความเห็นว่าเภสัชกรสามารถช่วยแบ่งเบาภาระงานของทีมได้เยอะ อีกทั้งยังเป็นความต้องการของผู้ป่วยโดยตรงด้วย ดังคำให้สัมภาษณ์ของพยาบาลท่านหนึ่ง ที่ว่า “มีคุณหมอมานำคำแนะนำดี สิ่งไหนไม่เคยรู้ก็รู้ อย่างนี้ เพราะพยาบาลบอกผิดผิด บางอย่างพยาบาลไม่รู้หรอก แต่เภสัชกรเขารู้ บางอย่างนี่ไม่ถึง พี่เลยคิดว่ามันเป็นบทบาทเลยละ เพราะว่าแต่โอกาสที่คนไข้จะได้รับข้อมูลตรงนี้จากเภสัชกรมันเป็นอีเว้นท์ มันนานๆ ที่ มันน้อย เพราะเภสัชกรเราก็น้อย อย่างพี่ว่าเวียนไปเวียนมาจนเหนื่อย แต่ถ้าเป็นหน้าที่บทบาทเขาเลยจะสุดยอด คนไข้ก็แยบยลยิ่งจะลดภาระ ลดความแออัด เพราะโรงพยาบาลเขาไม่ยอมมาอยู่แล้วคือเขามาเพราะจำเป็น พยาบาลก็หน้าบูดๆ พูดก็ไม่เพราะ จริงๆ มันก็ไม่อยากมาอยู่แล้ว แต่ว่าถ้าถึงไปเจอเภสัชกรอะไรที่ยิ่งพูดดีๆ เข้าไปในชุมชน เขายิ่งแยบยล ยิ่งเชื่อ เป็นบทบาทเขาอยู่แล้ว” และ “มีวันนี้เอาคุณหมอเภสัชฯมานำเดิน ใจ่ พอดียายอยากถามเรื่องยา” คุณยายเขามีความสุขที่เห็นคุณเภสัชฯไป พอไปเห็นคนไข้ต้อนรับแบบนั้นก็มีความสุขนะ คนไข้ต้อนรับเภสัชฯนะคะ น่ารักมากด้วย พอกลับมาสัมผัสพบภาพ ก็จำได้ เขารู้คนไข้เขารู้ เขาก็จะอบอุ่น”

ตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่สะท้อนถึงทัศนคติที่มีต่อบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค มีดังนี้

“ส่วนที่ไม่ชอบไม่มีนะ ยังนึกไม่ออก แต่ส่วนที่ชอบก็คือที่พี่บอกไปแล้ว มันก็จะคล้ายๆ กัน ที่บอกว่าพี่ชอบมากเลยที่เภสัชกรมีบทบาทในการมาให้คำแนะนำแอดไวส์ในชุมชนที่ในเครือข่ายของร้านยา”

“มีเภสัชฯมาให้คำแนะนำดี สิ่งไหนไม่เคยรู้ก็รู้ อย่างนี้ เพราะพยาบาลบอกผิดผิด บางอย่างพยาบาลไม่รู้หรอก แต่เภสัชกรเขารู้ บางอย่างนี่ไม่ถึง พี่เลยคิดว่ามันเป็นบทบาทเลยละ”

“ถ้าเป็นอย่างนี้มันสามารถที่จะอย่างน้อยเภสัชกร 1 คน สามารถเพิ่มพูนทักษะให้กับทีมได้ด้วย มันจะได้ช่วยกันและขับเคลื่อนไปพร้อมๆกัน ในเรื่องของงาน และก็เป็นลักษณะที่แบบเหมือนเขาลงมาถึงสุดตัวหน่อย”

“คนไข้กินยาหรือเปล่า พอเราเอาเภสัชกรเข้าไป เขาจะช่วยได้เยอะเลยนะ คือจริงๆ พวกหมอมองก็ไม่เท่าไร แต่ว่าที่จ่ายยาคนไข้กินไหม คนไข้ทิ้งหรือเปล่าเขาก็ดูว่าในชุมชนเภสัชกรช่วยได้ไปดูแลเรื่องยาแล้วบางทีคนไข้ก็ไปซื้อบิ๊งหลายหมอมาน เขาไม่รู้ว่าจะหมอให้ยาคลินิกนี้มา ไปหาโรงพยาบาลมา มียาเต็มๆ พวกเราก็จะดูแลเฉพาะยาพวกนี้ จะไม่ค่อยอยู่กับยาชาวบ้าน พวกเภสัชกรเขาจะดูว่ายาที่มาจากกลุ่มเดียวกันนะก็ให้คำแนะนำไป”

“อย่างพี่บอกว่าที่ชอบเภสัชฯมากก็คือ ตรงร้านยาที่เข้าถึงได้ง่าย ถ้าเราสามารถขยายเครือข่าย ซึ่งกระทรวงเขาก็เอามาทำแล้วเนาะ การขยายร้านยาในสี่โรคหลัก ซึ่งอันนี้พี่ก็ประทับใจแล้วก็ชอบมาก เพราะคนไข้ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมากก็ไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล”

“NCD ที่ชอบตอนนี้ก็คือ ถ้าส่วนของที่รับผิดชอบก็คือข้อดีคือมีเภสัชออกไปทุกๆทุกพรพต.ที่เปิดคลินิก NCD ตัวนี้อย่างน้อยๆเขาก็ได้ออกไปดูแลคนไข้ไม่ใช่ว่าแพทย์ออกไป พยาบาลเป็นคนจ่ายหรือใครเป็นคนจ่าย มีเภสัชออกไปด้วยอย่างนี้แล้วเขาก็จะเลือกเคสของเขา ณ ปัจจุบันเภสัชที่ออกไปเขาจะเลือกเคสของเขาในการออกเยี่ยม อันนี้เป็นข้อดีของของของมีเภสัชออกไปอยู่ในทีมคลินิก NCD ที่ ที่ลดความแออัดลงไป”

อาจารย์ และ หมอ เริ่มมีการ engage กับคนไข้เพื่อสร้าง quality of life ที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่พัฒนาขึ้นมาแล้วจากแต่ก่อน กลุ่มผู้ป่วยเรื่องรังสีโรคลือคจะมีความผูกพันกับหมอมาก เพราะเป็นโรคระยะยาว

ทำยังไงให้คนรักสุขภาพ รักตัวเอง

“เภสัชเป็นกลุ่มที่เข้าใจในความสำคัญและความละเอียดอ่อนของบริการสุขภาพ หรือ การ train care giver”

“ยาบางตัวที่มันมีผลออกฤทธิ์ออกอะไรอย่างนี้ คนที่รู้ดีที่สุดก็คือเภสัชกร ถ้าเมื่อไหร่ที่เภสัชกรออกเยี่ยมบ้านจะสบายใจ เพราะอะไร คนไข้ที่เยี่ยมบ้านถึงขั้นได้เยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพคือคนไข้ที่มีความซับซ้อนระดับหนึ่งแล้ว อาจจะมีข้อสงสัยในหลายๆเรื่อง โดยเฉพาะเรื่องหนึ่งคือเป็นกลุ่มเรื้อรัง ส่วนใหญ่คนไข้เรื้อรังจะมีปัญหาเรื่องยา หลกๆ เกือบทุกรายที่ไป ฉะนั้นเราสนใจเมื่อเภสัชกรลงชุมชนไปด้วยตรงนี้ ดูเหมือนเราเอาความเชี่ยวชาญลงไปให้คนไข้ได้ประโยชน์สูงสุด”

4.2.5 แนวทางพัฒนาปรับปรุงบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการ

จากการที่ระบบราชการยังขาดอัตรากำลังเภสัชกรเพื่อให้บริการเภสัชกรรมที่ครอบคลุมต่อประชากรทั้งหมด โดยเฉพาะในส่วนของศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงต้องหมุนเวียนเภสัชกรจากโรงพยาบาลมาให้บริการในบางช่วงเวลา และมีให้บริการเป็นบางวัน ทำให้เภสัชกรแสดงบทบาทหน้าที่ได้ไม่เต็มศักยภาพ ตัวอย่างเช่น ยังขาดบทบาทเชิงรุกเพื่อเข้าไปติดตามดูแลการใช้ยาในผู้ป่วย งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขทำยังไม่ครอบคลุม เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นต่อแนวทางการพัฒนาปรับปรุงบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพว่าควรเพิ่มบทบาทเภสัชกรรมที่เป็นเชิงรุกให้มากขึ้น มีการทำงานในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ เข้าไปดูแลปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยในพื้นที่ ในชุมชน ทำงานเชิงลึก เพื่อจะได้แก้ปัญหาด้านยาให้ตรงจุด รวมทั้งการทำงานควรจะมีการประสานงานแนวราบกับวิชาชีพอื่นๆ ด้วย ในขณะที่เดียวกันกลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนว่าวิชาชีพเภสัชกรรมมีความสำคัญกับผู้ป่วยในด้านยาอยู่แล้ว แต่จะทำยังไงที่จะดึงสมรรถนะของเภสัชกรที่นอกจากการจ่ายยาให้ออกมาสู่ข้างนอกนอกเหนือจากเรื่องยา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าเภสัชกรมีสมรรถนะที่มากกว่านั้น ตัวอย่างเช่น การขยายบทบาทไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น ส่วนกรณีการขาดอัตรากำลังเภสัชกรก็อาจแก้ไขโดยนำเภสัชกรภาคเอกชนที่มีอยู่แล้วในร้านยา มาเสริม มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน ที่มีไกด์ไลน์ของงานแต่ละกิจกรรม และกำหนดรูปแบบการทำงานเภสัชกรรมที่เป็นเชิงรุกร่วมกันระหว่างภาครัฐกับเอกชน

ตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์มีดังต่อไปนี้

“จุดที่เพิ่มก็จะเป็นเรื่องของอัตรากำลัง คือเภสัชเขายังน้อยอยู่ บางที่ทีมที่เยี่ยมบ้านกับเรา 1 คน ถ้าคนนั้นติดประชุมวันนั้นก็จบไป ไม่ได้ไป แล้วอีกอย่างคือสิ่งที่อยากให้เราลงมากขึ้นคืออยากให้เราใช้เวลาในการที่จะลงเชิงรุกกับเรามากขึ้น ไม่ใช่รอแค่โครงการแล้วคอยลง แต่บางทีไปเป็นทีมกับเรา เวลาเรามีงานมีอะไรก็อยากให้เราเป็นส่วนหนึ่งในการแจ่มกิจกรรมไปด้วย โดยที่แบบไม่ต้องรอโครงการ บางทีรอโครงการกว่าโครงการจะคลอตกกว่าจะได้ลงคือลงโครงการเสร็จก็กลับอย่างนี้ แต่ถ้าเราสามารถเป็นทีมลักษณะของงานชุมชนเป็น 1 ได้จะเป็นการดี”

“ถ้าในระบบราชการเรามีข้อจำกัด เครือข่ายร้านยาจะช่วยได้เยอะ ถ้าร้านยาเป็นไหนด 1 ของปฐมภูมิ พี่มองว่าตรงนี้ประชาชนจะเข้าถึงได้มากขึ้นแต่ต้องมีกรอบที่ชัดเจนในบทบาทที่ทำ เขาทำอะไรได้บ้าง และมีการเชื่อมโยงกับระบบราชการคือต้องเอามาเป็นหน่วย 1 บริการกับเราให้ได้ ต้องพยายามดึงพวกนี้จากธุรกิจใดๆ ให้เขามาเป็นเหมือนกึ่งๆ เหมือนรัฐวิสาหกิจร่วม

รับผิดชอบชุมชนกับเราจะยั่งยืน เห็นธนาคารออลลิน ธนาคารกรุงไทยใหม่ อยู่ก็งั้น ธุรกิจอะไรก็ได้ไม่ใช่รัฐบาล ฉันททำได้ทั้ง 2 อย่าง ต้องมีกรอบงานให้เขา และเขาคือเครือข่ายหนึ่งที่ประชาชนสามารถเลือกหน่วยบริการด้วยตัวเองตามความเหมาะสมได้ โรคไหนที่ควรจะไปโรงพยาบาล โรคไหนที่ช่วยตัวเองได้ ที่สะกรีนเบื้องต้นได้ด้วยร้านยา การเข้าถึงมันจะง่ายและมันจะลดความแออัดของโรงพยาบาลลงได้เยอะ ถ้าเป็นไปได้พี่อยากเห็นภาพตรงนั้น”

“เยี่ยมคนไข้โดยอาสาสมัคร คนแก่ที่อยู่ติดบ้าน ติดเตียงต้องการการเยี่ยม เรื่องการใช้จ่าย รายได้ต้องมาจากสปสช. เพราะคนไข้คนแก่อายุมากจะไม่ยอมจ่าย ถ้ารูปแบบที่ขาด สปสช. จะเป็นไปได้ไม่ได้เลย การผลักดันสามารถทำได้ผ่านนักการเมือง เป็นแนวทางที่มีความเป็นไปได้ เพราะรูปแบบธุรกิจนี้มีความเป็นไปได้ ต้องร่วมกันการทำ ethic ด้วย ต้องเป็นการผลักดันจากรัฐ รายชื่อผู้ป่วยต้องเข้าระบบ เพราะหากทำในรูปแบบเอกชนจะไม่ถูกดำเนินงานอย่างเป็นทางการที่ต่อเนื่องและกลายเป็นข้อมูล”

การให้บริการเวลาเริ่มต้น ต้องสำรวจ market ต้องสำรวจ demand การประกอบกิจการ เป็นเรื่องธรรมดาที่ต้อง deal กับหน่วยงานต่างๆ ไม่ว่าจะธุรกิจอะไร SE ก็ไม่ต่างกัน

“เรามีปริมาณของเภสัชกรเพิ่มขึ้นทุกๆ ปีในความคิดของพี่งานมันน่าจะดีขึ้น ครอบคลุมชุมชนมากขึ้น และก็ได้ออกมาถึงชุมชนแล้วมันก็จะทำต่อลงไปชุมชนจริงๆ ไม่ใช่แค่ถึงสถานบริการ เชื่อมกันสิ รู้ไหมว่าพื้นที่ทำขออนุญาตมีร้านยากี่ร้าน จะกระจายยาไปยังไง จะส่งเสริมหรือป้องกันเรื่องยาสูบไปยังไง เภสัชกรของกระทรวงสาธารณสุขกับเภสัชกรของเอกชน เภสัชกรของมหาวิทยาลัยเชื่อมกันได้ไหมในการสะท้อนข้อมูล”

“อยากให้มีการขยายโครงการร้านยากักจับแบบนี้ อยากให้มีการขยายผลไปที่ระดับอำเภอแต่ว่าในอำเภอดูเหมือนจะไม่เกิดหลายปีแล้วเหมือนมีคนสนใจแต่ก็ยังไม่เกิดทำยังไงถ้าเรามีแพทเทิร์นแบบนี้ เหมือนกับว่าไม่ต้องเอาแบบเต็มรูปแบบเหมือนเราก็ได้ แต่ว่าทำยังไงที่จะให้ร้านยาเภสัชกรในอำเภอเขามีชั้นแนลช่องทางส่งถึงระดับโรงพยาบาล อย่างนี้ก็อยากให้เกิดเพราะมันจะดักจับได้เยอะเลย อยากให้ขยายผล ถามว่าเภสัชกรตอนนี้ก็เนื่องจากมีข้อจำกัดว่าน้อย”

“ยาเราจะอยู่ในปฐมภูมิ ความรู้อะไร จะอยู่ในปฐมภูมิ จำนวนเภสัชกรในปฐมภูมิจะลงได้ขนาดไหน บทบาทหน้าที่ ที่ว่าเภสัชฯปฐมภูมิน้อยไป ปฐมภูมิดีวันนี้คือพื้นฐานของทั้งหมด ถ้าเราไม่สร้างความตระหนักรู้ตั้งแต่ปฐมภูมิ พูด่างๆ เหมือนบุหรี่ยังไปใส่เลยนะ ถ้าไม่เริ่มที่บ้านมันก็เข้าสู่ชุมชน จากชุมชนก็เข้าไปสู่อย่างอื่น อย่างเภสัชฯเหมือนกัน ถ้าเราไม่เริ่มที่ตัวขององค์กรเองเราจะขยายออกข้างนอกก็ขยายยาก เราต้องสร้างนโยบายผลิตเพื่อเพิ่มจำนวนคนเข้ามาสู่ปฐมภูมิ อย่าอยู่แต่ในโรงพยาบาลตอนนี้เรายังเป็นนางฟ้าของชาวบ้านอยู่ไม่ใช่เราเป็นแค่คนจ่ายยาของโรงพยาบาล เราทำอะไรได้เยอะแยะมากมาย”

“เภสัชกรร้านยาที่สตูดิโอเรื่องการให้คำแนะนำ ถ้าเอาเภสัชกรร้านยามาไว้ที่ชุมชนสักวันหนึ่งพี่ว่าได้มากกว่าที่อยู่โรงพยาบาลหนึ่งเดือน ร้านยามหาหลาย ร้านยาเภสัชฯเอกชนเขาจะแนะนำดี ยาตัวนั้นกินอย่างนี้นะ ซึ่งคนไข้ก็เชื่อร้านยา”

“ถ้าเป็นไปได้ก็อยากให้ทุกสหวิชาชีพมาอยู่ด้วยกัน ถ้ามีโอกาสพัฒนาสาธารณสุขต่อไป ของเราก็มีแนวโน้มว่าจะมีแพทย์มา แต่ว่าเป็นอีกเทรน OPD ไม่ได้มาประจำแต่มีแผนอยู่ค่ะ ถ้ามีแพทย์ก็น่าจะมีเภสัชฯมาประจำให้ อย่างน้อยเขาก็จะมาดูแลควบคุมเรื่องยาให้และก็มาติดตามผู้ป่วยขาดนัด ลืมกินยา กินยาไม่ถูกแบบว่าปรับยาเองก็มีนะค่ะ บางทีก็ยากหมกก่อน”

“คงจะเป็นอย่างที่ว่าประเทศเขาทำเลยคะว่า ผู้รับบริการสามารถที่จะเลือก เลือกได้เลยคะว่าจะไปรับยาที่ไหนแล้วก็รับยาที่ร้านยาตรงนั้นนะเพราะว่ามีความไวเนื้อเชื้อใจ เชื้อถือคุณภาพของการบริการคะ register กับจุดนี้ก็คือไปรับบริการที่จุดนี้คะ ไม่ว่าจะป็นร้านยาที่เข้าร่วมโครงการหรือหน่วยบริการของรัฐก็คือประชาชนไม่ต้องมา fix ไอเดียว่าจะต้องไปตามเฉพาะหน่วยบริการของรัฐเท่านั้น”

“ต้องเชิงรุกมากกว่าและเข้าถึงประชาชนให้มากกว่านี้ เพราะผมมองว่าทุกคนมีความรู้ แต่อาจจะไม่ถูกต้องเท่าไร เกี่ยวกับการใช้จ่าย ถ้ามีความรู้คนที่รู้เฉพาะด้านต้องอธิบายให้เขาเข้าใจ ใช้เวลาอธิบายไม่นานแล้วคนเขาเข้าใจ บางทีกลไกอย่างนี้เขาเข้าใจว่าทำไมจำเป็นต้องกินยา”

“ไม่อยากให้มองว่าเราแค่จ่ายยาหรือว่าทำในเรื่องของวิชาการกรณีที่อาจารย์เภสัชที่อยู่ในมหาวิทยาลัยอย่างเดียว แต่จะให้มองว่าในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพอะ ในตัวของเภสัชฯเองต้องมองเห็นความสำคัญตรงนั้นว่าเราต้องทำ บางทีเภสัชฯเดินไปก็จะจ่ายยาอย่างเดียว แต่เภสัชฯไม่ค่อยไปลงชุมชน”

“อยากเห็นการทำงานของเภสัชที่เชิงลึกมากขึ้นกว่านี้ ไม่ว่าจะป็นในงานเยี่ยมบ้านเอง ในงานคัดกรองโรคเบื้องต้นให้ ไปซื้อยามี การตรวจคัดกรองเหมือนที่ร้านยามหาวิทยาลัยมันควรจะเป็นรูปแบบนั้น คนใช้อาการเสี่ยงเบาหวาน คนใช้อาการเสี่ยงความดัน เบื้องต้นก่อน”

“ข้อเสนอแนะอีกอย่างหนึ่งก็คือ คือหมายถึงว่าการออกไปทำคลินิก NCD นี่จริงๆแล้วเภสัชต้องมี guideline ในการออกไปทำ คลินิกแต่ละคลินิก แต่ ณ ปัจจุบันถ้าเภสัชของแต่ละที่เนี่ยมันก็จะปฏิบัติค่อนข้างจะไม่เป็นแนวทางเดียวกันเท่าไรซะทั้งหมด”

4.2.6 บริการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วย ครอบครัวชุมชน ต้องการเพิ่มเติม (เป็นงานเภสัชกรรมในด้านไหนบ้าง) และ ปัญหาที่ทำให้ต้องการบริการเพิ่มเติม

กลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขอื่นให้ข้อมูลการบริการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วย ครอบครัวชุมชน ต้องการเพิ่มเติมมี หลากหลายประเด็น แบ่งออกเป็นประเด็นหลัก ๆ 2 ประเด็น คือ ด้านความปลอดภัยและคุณภาพการैया และ ด้านความ ครอบคลุมของบริการ แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 บริการเภสัชกรรมดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วย ครอบครัวชุมชน ต้องการเพิ่มเติม

ประเด็นหลัก	ความต้องการบริการเภสัชกรรม	รายละเอียดของบริการ
1.ด้านความปลอดภัยและคุณภาพ การैया	1.การเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลการैयाในผู้ป่วย โรคเรื้อรัง	ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้สูงอายุ กลุ่ม เปราะบาง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย
	2.drug counselling	เช่น เรื่องการกินยาวิธโรค
	3.ใฝาระวังยาไม่จำเป็น/อาหารเสริม	ใฝาระวังในชุมชน
	4.การैयाสมเหตุสมผล	เพิ่มความตระหนักู้ให้ประชาชน
2.ด้านความครอบคลุมของบริการ	1.ด้านการให้ความรู้	เรื่องแม่และเด็ก เช่น การท้องไม่พร้อม ความรู้เรื่อง HIV/AIDS ความเสี่ยงติดเชื้อ ในกลุ่ม LGBT
	2.เลิกบุหรี่	เชื่อมโยงกันระหว่างร้านยา-รพ.สต.
	3.ด้านความรู้เรื่องสมุนไพร	ปัญหาสารเคมีตกค้าง (แนะนำสมุนไพร ช่วยล้างสารพิษ)
	4.ด้านพัฒนาการเด็ก	ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า
	5.ด้านอาชีวอนามัย เช่น โรงงานเสียงดัง มาก สารเคมีตกค้าง ฝุ่น ขยะ ฯลฯ	ให้ความรู้ วิธีปฏิบัติตัว การเข้าถึงสิทธิ

4.3 การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องทางด้านเภสัชกรรม (ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ)

การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องทางด้านเภสัชกรรม เพื่อเชื่อมงานบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้าน ส่งเสริมป้องกันสุขภาพ กับ SE โดยการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องทางด้านเภสัชกรรม แบ่งเป็น เภสัชกรผู้ให้บริการ 31 คน และ ผู้รับบริการ 4 คน การสอบถามครอบคลุมประเด็นหลัก 6 ประเด็น คือ

4.3.1 ความเพียงพอของบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพ (ทั้งในด้าน ประเภทกิจกรรม การเข้าถึง – access และความครอบคลุม – coverage)

- 4.3.2 ช่องว่างของบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพ ที่ให้บริการ
- 4.3.3 บริการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วย ครอบครัวชุมชน ต้องการ (เป็นงานเภสัชกรรมด้านโหนด)
- 4.3.4 ทักษะ (ทั้งบวกและลบ) ของเภสัชกร และ ผู้ป่วย ต่อบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการ
- 4.3.5 ความเป็นไปได้ในการทำบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพให้มีผลตอบแทนพลีเองได้ในทางธุรกิจ (การยอมรับ การจ่ายค่าตอบแทน ความยั่งยืนของกิจการ การระดมทุน แหล่งทุนสนับสนุน)

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องทางด้านเภสัชกรรม ในแต่ละประเด็นสรุปได้ดังต่อไปนี้

4.3.1 ความเพียงพอของบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพ (ทั้งในด้านประเภทกิจกรรม การเข้าถึง – access และความครอบคลุม – coverage)

ผู้ให้บริการ

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการให้ความเห็นว่าบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพของประเทศไทยยังมีไม่เพียงพอทั้งประเภทงาน ปริมาณงาน และปริมาณคนที่ให้บริการก็ยังไม่เพียงพอที่จะให้บริการประชาชนได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ ในส่วนของเภสัชกรภาครัฐ (หน่วยบริการปฐมภูมิ) เห็นว่าจำนวนเภสัชกรที่ให้บริการ มาตรฐานกำหนดไว้ 1 คน ต่อประชากร 5,000 คน ปัจจุบันยังมีเภสัชกรไม่พอตามสัดส่วนที่กำหนด เมื่อคนทำงานไม่พอ งานจึงออกมาไม่พอย่างแน่นอน อีกทั้งการทำงานในระบบของโรงพยาบาลภาครัฐนั้นจะมุ่งเน้นงานหนักขึ้นกับตัวชี้วัดที่กระทรวงกำหนดให้ในแต่ละปี ทำให้เภสัชกรโรงพยาบาลไม่สามารถขยายงานเภสัชกรรมให้ครอบคลุมได้ทุกกิจกรรม ในส่วนของเภสัชกรภาคเอกชน (ร้านยา) เห็นว่าร้านยาที่เข้ามาร่วมให้บริการในเชิงบริหารและการส่งเสริมป้องกันสุขภาพนั้น ปัจจุบันยังมีจำนวนน้อย รวมทั้งร้านยาแต่ละร้านก็ให้บริการไม่เหมือนกัน คิดว่ายังไม่ประสบความสำเร็จเท่าไร ร้านยาสาขานั้นจะมองในเชิงธุรกิจเป็นหลัก ส่วนร้านยาเดี่ยว เภสัชกรเจ้าของร้านยาก็คงทำได้ไม่เต็มที่เพราะเจ้าของต้องทำหลายหน้าที่และงานเชิงบริหารเป็นงานที่มีเนื้อหา และใช้เวลาในการปฏิบัติมาก ตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้สะท้อนให้เห็นความไม่เพียงพอของบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพ ในมุมมองของผู้ให้บริการ

“งานเภสัชทำยังไงก็ไม่เพียงพอหรอก เดิมมีเภสัชกรศูนย์คนเดียว ไม่ได้ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมศูนย์ ถ้าพยาบาลเยี่ยมบ้านพบปัญหาของผู้ป่วยก็เอาเข้ามาถามเภสัชในศูนย์เป็นครั้งคราว (ประมาณว่าเกรงใจเภสัชอยู่คนเดียว) ทำให้ปัญหาหลายอย่างไม่ได้ถูก detect และแก้ไข”

“เภสัชที่อยู่ในโรงพยาบาลจ่ายยาช่วงเช้า ช่วงบ่ายอาจว่างซึ่งควรออกมาทำงานชุมชน แต่ระบบนี้ยังไม่เกิดขึ้นฉะนั้นเภสัชกรที่จะออกมาทำงานชุมชน จะเป็นกลุ่มที่มีจิตอาสาเท่านั้น”

“ไม่เพียงพอ เภสัชโรงพยาบาลหนึ่งมีแค่คนเดียวถึงสามคน พยาบาลออกไปเองไม่สามารถช่วยอธิบายเรื่องยาได้ดีพอ เช่น การใช้ยาที่บ้านของคนไข้ หากมีเภสัชกรร้านยาไปช่วย ซึ่งในระหว่างวันเภสัชกรร้านยาสามารถเลือกเวลาไปได้”

“งานบริการควรเกิดจากทีมเภสัชกรโรงพยาบาลเพราะมีประวัติคนไข้เพื่อออกไปเยี่ยมบ้าน แต่บางโรงพยาบาลก็มีเภสัชไม่พออยู่แล้วจึงไม่สามารถออกมาทำกิจกรรมเพิ่มได้”

“สำหรับผู้ป่วยที่บ้าน แครดิฟเวอร์ อยู่ด้วยบ้างไม่อยู่บ้าง การกินยาไม่ถูกต้องหรือกินไม่ครบ”

“คนไข้ไม่ถามเภสัชข้อเมื่อไม่เข้าใจ จะรอไปจนกว่าจะเจอหมอแล้วถึงถาม ซึ่งเภสัช รพ. ไม่มีเวลาซักละเอียด หรือทวนวิธีการทานยา ในระหว่างจ่ายยาให้คนไข้ OPD เพราะส่วนใหญ่จะมีคิวยาว ไม่สามารถให้เวลานานเกินไปกับคนไข้แต่ละคนได้ ในจุดนี้คิดว่าเภสัช ร้านยาสามารถทำได้ดีกว่า”

“คน จน เจ็บ แก่ มีความไม่รู้และความเข้าใจผิดในการใช้ยาเยอะมาก ใช้ยามืดแล้วยัง ซื้ออาหารเสริมและก่อให้เกิดการใช้ที่ผิด ๆ”

“เรื่องของการให้ความรู้ ชุมชนยังขาดความรู้โดยเฉพาะคนไข้ Chronic disease “

“เมื่อกลับไปบ้านแล้วกินยาไม่ถูก หลังหมอปรับยาที่ให้แล้วกินไม่ถูก”

“คนที่เจอบ่อยตอนนี้คือ care giver ไม่ดูแลตัวเองจนเป็น chronic disease เรื้อรัง”

“เดี๋ยวนี้มีการหิ้วตะกร้าขายยาตามบ้าน แยกขายปลีก ขายคนแก่ที่อยู่บ้าน บางบ้านซื้อกล่องละสองพัน มากถึง 50% ของบ้านที่เข้าไปเยี่ยมจะพบสินค้าชวนเชื่อพวกนี้”

“คนไข้ชอบไปซื้ออาหารเสริมทานเอง ซึ่งทานผิดวิธี บางที care giverหวังดีแต่ไม่มีความรู้ในการดูแลคนไข้”

“ไม่เพียงพอค่ะ แต่การบริการเภสัชกรรม และการบริหารทางเภสัชกรรมนั้นโรงพยาบาลไม่ได้ทำเองทั้งหมด เพราะงานแต่ละปีอาจต้องขึ้นกับตัวชี้วัด KPI ที่ทางกระทรวงส่งมา ฝ่ายต้องเน้นเรื่องตามนั้นๆ ก่อน”

ผู้รับบริการ

ผู้รับบริการยังไม่มีข้อมูลที่มากพอที่จะให้ความเห็นและตอบได้ว่าบริการเภสัชกรรมมีเพียงพอหรือไม่ แต่จากการสังเกตของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ห้องยาของโรงพยาบาลด้วยคิวที่ยาวมาก รวมทั้งยังคงพบว่าผู้ป่วยมีการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง ไม่สมเหตุสมผล อยู่ จึงน่าจะแสดงว่าบริการเภสัชกรรมยังมีไม่เพียงพอในมุมมองของผู้รับบริการ ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“คนน่าจะพึ่งพาร้านยาน้อยลงหลังจากมีระบบสุขภาพ จากที่แต่ก่อนต้องไปร้านยา ในกลุ่มคนที่คิดมากเรื่องค่าใช้จ่าย แต่สำหรับโรคที่เป็นง่าย ๆ ฟื้นฟู ร้านยาจะยังเป็นที่พึ่งแรก”

“ร้านยาต้องอยู่บนโจทย์ที่จะทำยังไงให้คนใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล พอควร ไม่ใช่การวัดความสำเร็จด้วยจำนวนยอดขาย คิดว่าเภสัชกรรมเป็นกิจกรรมที่ช่วยระบบสุขภาพได้เยอะมาก”

“เคยร่วมงานกับเภสัชกรรมชุมชนในการกระจายเข็มและอุปกรณ์สะอาดในร้านยา (ภายใต้โครงการกองทุนโลก) แต่มาตอนหลังตัวระบบนี้ไม่สามารถทำต่อได้ แต่อย่างไรก็แสดงให้เห็นว่าร้านยาสามารถมีกิจกรรมที่สามารถช่วยบริการในส่วนอื่นๆได้”

“ตอนนี้สปสข. มีนโยบายที่ชัดเจนอยู่แล้วในการนำเอาร้านยาเข้าร่วมให้บริการ มองว่าหากได้ร้านยาที่ติดป้ายชัดเจนว่าสามารถทำงานส่งเสริมสุขภาพ เราจะสามารถไปเสนอ อบต. ได้ซึ่งจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง”

“ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีสิทธิที่เค้าสามารถได้รับจากโรงพยาบาลอยู่แล้ว ส่วนใหญ่จึงไม่ค่อยเข้าร้านยา ซึ่งในปัจจุบันต้องรอในโรงพยาบาลเป็นเวลานานมาก คิวรอรับยาวมาก หากเพิ่มช่องทางไปรับที่ร้านยาได้ก็จะประหยัดเวลาของผู้ป่วยในการรอได้”

“ในโรงพยาบาลพยายามเพิ่มบริการเภสัชกรรมอยู่ แต่ผู้ป่วยแต่ละคนมีความสามารถในการรับข่าวสารต่างกัน ในโรงพยาบาลมีเวลาให้กับผู้ป่วย ไม่เพียงพอ ควรมีแหล่งให้ผู้ช่วยเพิ่มเติม เช่นร้านยาชุมชนช่วยเพิ่มเติมในรายละเอียดให้ผู้ป่วยก็จะดี เช่นการนัดผ่าตัดต้องเตรียมตัวอย่างไร ยาเหลือใช้ ข้อบ่งชี้การใช้ยาที่มีรายละเอียดเพิ่มขึ้นจากหน้าของ”

“ส่วนแรก เรายังไม่มีข้อมูลมากพอในจำนวนเภสัชกรที่อยู่ในระบบโรงพยาบาล หากจะเป็นมาตรฐานว่าเพียงพอหรือไม่จะต้องมาเทียบเรื่องความเพียงพอเชิงบุคลากร เพราะเวลาที่มีผู้ป่วยมาตรวจคือคือการรอรับยาด้วย ฉะนั้นการจัดทรัพยากรกำลังเภสัชกรต้องคิดว่าทำยังไงถึงจะพอ”

“ส่วนที่สองคือเภสัชกรในร้านยาชุมชน ยังไม่เป็นเภสัชกรจริงๆ เพราะยาตอนนี้ใกล้ชุมชนมากและต้องการเภสัชกรที่มีความรู้และสามารถประเมินการใช้ยาได้เบื้องต้นไม่ใช่แค่ขายยาอย่างเดียว เพราะเภสัชกรร้านยาชุมชนมีบทบาทมากในชุมชน การเพิ่มองค์ความรู้ใหม่เป็นสิ่งสำคัญ รวมถึงให้เภสัชกรให้คำปรึกษาเรื่องสุขภาพกับประชาชนในชุมชนร่วมรู้ร่วมรักษา เพื่อการใช้ยาอย่างเหมาะสม”

4.3.2 ช่องว่างของบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพ ที่ให้บริการ

ผู้ให้บริการ

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการให้ความเห็นในประเด็นช่องว่างของบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการในลักษณะที่หลากหลาย แบ่งออกได้เป็น 4 ประเด็นหลัก ๆ คือ ด้านความปลอดภัยและคุณภาพการให้ยา ด้านความครอบคลุมของบริการ ด้านความแออัดของโรงพยาบาล และด้านอื่น ๆ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ช่องว่างของบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการจากการสัมภาษณ์เภสัชกร

ประเด็นหลัก	บริการที่ยังเป็นช่องว่าง	รายละเอียดของบริการ
1.ด้านความปลอดภัยและคุณภาพการให้ยา	1.ทบทวนการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน/ความดัน ที่ออกนอกระบบหรือคนที่ไม่ยอมไปพบแพทย์
	2.ระบบการจัดการยาเหลือใช้	จัดตั้ง SE ที่เป็นตัวกลางในการคัดเลือกยาเหลือใช้ส่งไปให้โรงพยาบาลตามแนวชายขอบใช้ หรือเป็นหน่วยรับยาที่เหลือใช้มาเพื่อกำจัดอย่างถูกวิธี ลด environmental toxic ลดผลกระทบต่อที่สุดท้ายย่อมมาถึงคน
	3.บริการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลการใช้ยา	บริการในผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง, โรคไต, โรคเรื้อรัง
	4.การมีฉลากยาที่ชัดเจน	จัดทำฉลากยาที่มีข้อความครบถ้วน
	5.การเฝ้าระวังรณรงค์/หิวตะกั่วรายชาย	ในประเด็นข้อกฎหมาย หากพบปัญหาเภสัชกรร้านยาสามารถทำอะไรได้บ้าง
2.ด้านความครอบคลุมของบริการ	1.การคัดกรองเบาหวาน/ความดัน	prevention ในเชิงรุกรวมทั้งการจัดทำ screening
	2.การให้ความรู้รายบุคคล	1. ผู้ป่วย และ care giver ที่ขาดความรู้ทั้งเรื่องโรค โภชนาการ อาหารเสริม และ ยา 2. การให้ความรู้ผ่านสื่อโซเชียล/app

ประเด็นหลัก	บริการที่ยังเป็นช่องว่าง	รายละเอียดของบริการ
		3. สร้างเว็บไซต์เพื่อตอบปัญหาด้านยา การรักษาสุขภาพ การกินอาหารที่ถูกต้อง
	3. การให้ความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน	ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานความดันในชุมชน เพื่อเป็น preventive ให้ชุมชน
	4. การเลิกบุหรี่	บริการเลิกบุหรี่ในรายบุคคล
	5. การปรับพฤติกรรมสุขภาพ	บริการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอความเสี่ยงโรคเรื้อรังต่างๆ
3. ด้านความแออัดในโรงพยาบาล	1. การเตียงเต็ม	เตียงเต็มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาการคงที่
	2. การจ่ายยาตามใบสั่งยา	ให้ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนที่ร้านยาเพื่อให้ผู้ป่วย OPD มารับยาที่ร้านยาหลังจากตรวจเสร็จแล้ว
4. ด้านอื่น ๆ	1. บริการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษา	คนในชุมชนที่รายได้น้อยขาดเงินในการเข้าสู่กระบวนการรักษาของระบบ สาธารณสุข เช่น ค่ารถเดินทางไป รพ. ค่าอาหาร ค่าเสียรายได้ในการทำงาน หากต้องไปโรงพยาบาล เป็นต้น
	2. การส่งต่อ-ส่งกลับ	การส่งต่อระหว่างร้านยากับโรงพยาบาล
	3. พัฒนาทักษะเภสัชกร/ความรู้	การบริหารจัดการร้าน, การเปิดร้านใหม่, เทคนิคการใช้ยากกลุ่มพิเศษ, การให้คำปรึกษาด้านยา, การทำร้านให้ได้ GPP, ฯลฯ

ตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้สะท้อนความเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อประเด็นช่องว่างของบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการ ในมุมมองของผู้ให้บริการ

“มีช่องว่างมากมายที่อยากให้เกิดอยากให้มีงานเยี่ยมบ้านเยอะๆ เพื่อเข้าถึง อยากให้ MTM ในร้านยา เกิดขึ้นทุกร้านยา คนไข้ไปที่ไหนก็มีข้อมูลอยู่ในระบบ ไม่ควรเป็นร้านยากลุ่มเดียวที่ทำ อยากให้มันเป็นส่วนหนึ่งของวิชาชีพ”

“Drug information Center โดยมี Blogger หรือคนที่คอย update ข้อมูลต่างๆ...เพราะถ้าไม่update คนสมัยใหม่เดี๋ยวนี้ไวมาก จะหยุดเข้ามาใช้งานทันที”

“งานคุ้มครองผู้บริโภคร่วมกับสำนักงาน อาหาร เครื่องสำอาง ฯลฯ เภสัชขาดองค์ความรู้เรื่องกฎหมายเพื่อทำงานคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อเป็นผู้ช่วยบังคับใช้กฎหมายในชุมชน เช่น การตรวจโรงงานในชุมชนแล้วเจออะไร สามารถสั่งจับได้เลยหรือไม่ หากเจอผู้ขายยาที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสามารถทำอะไรได้บ้าง”

“คัดกรอง และ ให้ความรู้ เภสัชกรยังขาดความพร้อม ทั้งในเชิงจำนวน ความรู้ และ การบริการ”

“ความรู้เรื่องโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวาน ออกจากโรงพยาบาล เมื่อคนไข้ถึงบ้านแล้วขาดการดูแล”

“เวปเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ....ตอบโดยนักวิชาการด้านสุขภาพเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนโดยทั่วไป...เพื่อลดการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ในโรงพยาบาล...ทั้งนี้จะสามารถประหยัดงบการรักษาพยาบาลได้มาก โดยทำให้เวปถูกเรียกใช้บ่อย”

“น่าจะเน้นเรื่อง preventive NCD ให้คนใช้ชุมชน”

“คนไข้ติดเตียงจะอยากได้ทั้งพยาบาล และ เกสซกร ซึ่ง 30%ของผู้ป่วยติดเตียงจะมีลูกหลานที่มีฐานะในระดับที่ยอมจ่ายเพื่อให้เกสซกรเข้าไปเยี่ยม”

“สำหรับคนไข้ที่เป็นไตซึ่งอาจเนื่องมาจากการเป็นเบาหวาน ยังขาดความรู้เรื่องโภชนาการเพื่อดูแลตนเอง”

“อยากให้มี application หรือ สื่อการสอนเพื่อให้คนไข้เข้าใจข้อมูลการดูแลสุขภาพ หรือ call center เป็นที่ให้ความรู้สำหรับการดูแลผู้ป่วย และ การดูแลตนเอง อยากได้แบบ “share ก่อนซั้วร์” ที่เป็นบริการให้ความรู้แบบถาม-ตอบ”

“ปีหน้าจะลงพื้นที่กับ อสส. อสม. เพื่อมุ่งเน้นเรื่อง prevention ในเชิงรุกรวมทั้งการจัดทำ screening และให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานความดันในชุมชน เพราะมองว่า อสส. อสม.ยังขาดความรู้ที่จะให้แก่ผู้ป่วย”

“การดูแลคนคนไข้ OPD ยากมาก เกสซกรที่มีร้านขายยาควรขึ้นทะเบียนคนไข้ใกล้บ้านเพื่อให้คนไข้ไปรับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้าน”

“คนไข้ chronic disease มีการรับยาไปและใช้ไม่หมด โดยเฉพาะคนไข้ UC และ ระบบราชการการให้ยาที่บ้านในรูปแบบที่ผิด คนไข้ติดเตียง คนแก่ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ยากจน สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลแบบ community based ยังอ่อน”

“การตรวจโรคจาก basic screen test-kit ทั้ง HIV TB ฯลฯ เป็นอีกหนึ่งบริการที่ร้านยาสามารถให้บริการได้ และเป็น true value”

“คนกลุ่มชายขอบ หรือคนที่ไม่ใส่ใจสุขภาพ เป็นกลุ่มที่ไม่ไปรพ. แต่มาร้านยา ผู้ที่ไม่เคยได้รับการ screening chronic disease มาก่อนเลย ร้านยาสามารถเข้ามาช่วยให้บริการได้”

“การให้ความรู้เรื่องการทานยาถือเป็นช่องว่างในบริการ”

“ในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยต้องการการปรับพฤติกรรมเป็นอย่างมาก”

“เรายังขาดระบบจัดการยาเหลือใช้ คนไข้มีการเก็บยาเหลือใช้ไว้ที่บ้านจำนวนมาก โดยเฉพาะยามะเร็ง ในร้านยาที่พัฒนาแล้วร้านยาจะเป็นหน่วยรับยาที่เหลือใช้มาเพื่อกำจัดอย่างถูกวิธี ลด environmental toxic ลดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน”

“ช่องว่างเป็นคุณภาพของการทำ MTM เรื่องของการทบทวนรายการยาในร้านยา MTM เป็น drug related problem ซึ่งเป็นการส่งผลกระทบต่อเภสัชกรในโรงพยาบาลรัฐซึ่งสามารถให้บริการได้ง่ายกว่า เคส screening ที่ต้องส่งต่อให้กับหมอหรือพยาบาล”

“refill ร้านยาควรเป็นจุดกระจายยาให้รพ. ซึ่งโรงพยาบาลควรส่งยามาที่ร้านยา”

ผู้รับบริการ

กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการให้ความเห็นในประเด็นช่องว่างของบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการในลักษณะที่หลากหลาย แบ่งออกได้เป็น 5 ประเด็นหลัก ๆ คือ ด้านความปลอดภัยและคุณภาพการให้ยา ด้านความครอบคลุมของบริการ ด้านความแออัดในโรงพยาบาล ด้านการเข้าถึงยากกลุ่มพิเศษ และด้านอื่น ๆ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ช่องว่างของบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการจากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ

ประเด็นหลัก	บริการที่ยังเป็นช่องว่าง	รายละเอียดของบริการ
1.ด้านความปลอดภัยและคุณภาพการให้ยา	1.การให้ยาอย่างสมเหตุสมผล	สังคมยังไม่ได้ใช้ประโยชน์จากเภสัชกรเท่าที่ควร

ประเด็นหลัก	บริการที่ยังเป็นช่องว่าง	รายละเอียดของบริการ
	2.ระบบการจัดการยาเหลือใช้	ควรมีบริการรับยาเหลือใช้โดยเอามาฝากที่ร้านยา และส่งต่อให้ผู้ที่ต้องการแต่ควรต้องทำระบบให้มีความมั่นใจว่ายาเหลือใช้ไปสู่ผู้ที่ต้องการได้รับจริง ๆ
	3.สมุดคู่มือการดูแลเรื่องยาที่ชัดเจน	จัดทำคู่มือยารายบุคคลให้ผู้ป่วยทุกคน
2.ด้านความครอบคลุมของบริการ	1.การคัดกรองโรคเบื้องต้น	เช่น cancer, NCD, AIDS
	2.การให้ความรู้รายบุคคล	เช่น เรื่องคุมกำเนิด การป้องกันเอดส์ การใช้เข็มที่สะอาด การเข้าถึงถุงยางอนามัย ยาคุมฉุกเฉิน
	3.การปรับพฤติกรรมสุขภาพ	บริการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอความเสี่ยงโรคเรื้อรังต่างๆ
3.ด้านความแออัดในโรงพยาบาล	1.การเติมยาเดิม	เติมยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับยาประจำ เพื่อลดการเสียเวลาในการรับยาที่ รพ.
4.ด้านการเข้าถึงยากกลุ่มพิเศษ	1.การเข้าถึงยามอर्फินในผู้ป่วยมะเร็ง	เพิ่มการเข้าถึงยากกลุ่มพิเศษ แต่ควรต้องมีระบบควบคุมให้เกิดการใช้ที่เหมาะสม รวมทั้งต้องไม่ผิดกฎหมายด้วย
5.ด้านอื่น ๆ	1.เปรียบเทียบราคายาที่คุณภาพเท่ากัน เพื่อช่วยประชาชนลดค่าใช้จ่าย	
	2.คำประกาศระบบการทำงานร่วมกับชุมชนที่จะไม่ over charge/prescribe	

ตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้จะสะท้อนความเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อประเด็นช่องว่างของบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการ ในมุมมองของผู้รับบริการ

“ร้านยาน่าจะต้องปรับบทบาท เช่น บริการผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลทุกๆ เดือน การเดินทางไปโรงพยาบาลทั้งเสียเวลา เสียค่ารถ เสียเวลาของญาติอีกด้วย ส่วนตัวอย่างเห็นบทบาทตรงนี้ให้ร้านยาเข้ามาช่วย ต้องไปดูกันว่าโรคประเภทไหนที่ร้านยา สามารถช่วยได้”

“ในแง่มุมมองเรื่องการคุมกำเนิด ถือว่าเป็นการป้องกันโรคอย่างหนึ่ง HIV ก็ยังเป็นปัญหาอยู่ เช่น ทำให้ประชาชนเข้าถึงถุงยางอนามัย หมายรวมไปถึงยาคุมฉุกเฉิน อีกทั้ง การรณรงค์เรื่องเข็มสะอาด (กลุ่มประชากรกลุ่มนี้อาจมีไม่เยอะ แต่ร้านยาสามารถช่วยควบคุมการติดเชื้อ ในประเทศตอนนี้ไม่ถึงล้านคนและกระจายตัว แต่ตัวเลขอาจตั้งขึ้นได้หากไม่ควบคุม)”

“หากร้านยาขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยร่วมบริการสุขภาพ ก็ควรสามารถเคลมการให้บริการเหล่านี้ได้”

“ร้านยาต้องไม่ขายยาอย่างเกินจำเป็น และ ให้ความรู้ ร้านยาควรมีบริการเปรียบเทียบราคายา generic เพื่อช่วยประชาชนลดค่าใช้จ่าย”

“ระบบการทำงานร่วมกับชุมชน เป็นคำประกาศว่าเราจะดูแลพี่น้องในชุมชน ไม่ over charge/ over prescribe เพื่อให้ประชาชนมาซื้อยาในร้านยา”

“คนไข้ dm เป็นต้น หากเราสามารถรับส่งต่อเคสกับโรงพยาบาล เป็นไปได้ใหม่หากคนไข้มาพบเภสัชกรที่ร้านยาและขอเบิกยาจากโรงพยาบาล”

“จะทำยังไงให้เกิดการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับร้านยาคุณภาพ ทำงานกับหมู่บ้านหรือกลุ่มแกนนำชุมชน ให้เข้าใช้บริการที่ร้านยาคุณภาพในเขตนั้นๆ”

“การตรวจ HIV, (oral prick), pre/post-counselling ณ ตอนนี้นำส่งมีชุดตรวจที่สามารถขาย OTC ได้ กำลังจะมีการคุยเรื่องนี้ในคลินิกนิรนาม แต่ในตอนนี้ยังไม่ให้ออกขายเพราะเป็นห่วงเรื่องการให้คำปรึกษา แต่ส่วนตัวคิดว่าอีกไม่นานจะมีการออกขายแน่นอน จะเป็นการดีหากเภสัชกรนำมาให้บริการพร้อมให้คำแนะนำ”

นวัตกรรมกรรมการตรวจสุขภาพโรคต่างๆโดยไม่ต้องเจาะเลือด

ทำยังไงให้คนไข้มีการปรับเปลี่ยนเรื่องพฤติกรรม ลดความเสี่ยงโรคเรื้อรังในประชาชน

“ลดการเสียเวลาของ ผู้ป่วย โดยให้ร้านยาจ่ายยาต่อเนื่องแทน รพช คลินิกอบอุ่น จะลดการเสียเวลาของ ผู้ป่วยได้ แต่ต้องระมัดระวังในเรื่องการที่ร้านยาบังคับขายอาหารเสริม จะสามารถป้องกันได้อย่างไร มองว่าควรมีองค์การที่รับเรื่องร้องเรียนเพื่อป้องกันตรงนี้ได้”

“สมุดคู่มือการดูแล ผู้ป่วย ที่ชัดเจน”

“การคัดกรองเบาหวาน ความดัน ยังไม่ครอบคลุม”

“ยาเหลือใช้ในบ้าน ควรทำอย่างไร อยากให้มีบริการรับยาเหลือใช้ โดยเอามาฝากที่ร้านยา แต่ควรต้องทำระบบให้มีความมั่นใจว่ายาเหลือใช้ไปสู่อุปกรณ์ที่ต้องการได้รับจริงๆ เช่น คอลเซ็นเตอร์รับเรื่องร้องเรียน เป็นต้น”

“การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล เป็นสิ่งที่เภสัชสามารถช่วยได้เยอะ แต่สังคมไม่ใช่ประโยชน์จากเภสัชสักเท่าไร โรคบางโรคร้านยาอาจเจอก่อนหมอกก็ได้ โรคหายากบางอย่างที่ควรต้องส่งต่อโดยเร็วหากพบโดยร้านยา ผู้ป่วย จะไม่เสียโอกาสในการรักษา”

“ผู้ป่วยโรคมะเร็งยังไม่ถึงยาแก้ปวดมอร์ฟีน เนื่องจากบาง รพ ไม่มียาสต็อคไว้ให้ทำให้ ต้องไปหาซื้อข้างนอก ทำอย่างไรจะเพิ่มการเข้าถึง อาจผ่าน รพสต ร้านยา หรืออะไรก็ได้ที่ถูก กม.ด้วย เช่น ภาคเหนืออาจใช้ฝิ่นแก้ปวดแทน (หมอฟันบ้าน)”

“การตรวจคัดกรองมะเร็งเบื้องต้น เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่ มีชุดตรวจคัดกรองเบื้องต้น ให้ร้านยาใช้คัดกรองที่ร้านยาได้ เภสัชน่าจะพอดูสถานการณ์ได้ช่วยชุมชนได้อย่างไร แต่อาจต้องเชื่อมกับ รพ โดยผ่านทางส่งเสริมของอบต. โดยให้ สปสช ตั้งเงื่อนไขเพื่อส่งเสริมให้ร้านยามีส่วนร่วมให้บริการ”

“ลดเรื่องการใช้จ่ายอย่างไม่จำเป็น ลดเรื่อง stigma โดยให้เภสัชกรเป็นผู้ให้คำปรึกษา”

“เภสัชกรเชื่อมต่อกับ อสสม. อสม. และ ผู้นำชุมชนอื่นๆ ควรมีส่วนร่วมในชุมชน เช่นงานตรวจเลือด งานให้ความรู้ ฯลฯ เภสัชกรควรเป็นส่วนหนึ่งของทีมหน่วยบริการ ภาคประชาสังคม วางแผนร่วมกันให้กับการทำงานในชุมชน”

“ชุดตรวจด้วยตนเอง เภสัชกรต้องรู้จักและใช้เป็น ต้องมีการเสริมศักยภาพเพื่อให้รู้จักและใช้เป็น หากเป็นชุดตรวจที่ขายในร้านยา เภสัชกรควรให้คำปรึกษารอบด้านก่อน เช่นเรื่อง window period การประเมินความเสี่ยง การแปลผล”

“ผู้เข้ารับบริการควรสามารถเข้ารับการศึกษาได้ทุกเมื่อ ให้ความรู้ให้กำลังใจ ให้ความรู้การลดความเสี่ยง ส่งต่อผู้ป่วยหากเกิดโรค”

4.3.3 บริการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วย ครอบครัวชุมชน ต้องการ (เป็นงานเภสัชกรรมด้านไหนบ้าง)

ผู้ให้บริการ

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่สะท้อนถึงความต้องการบริการเภสัชกรรมเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ซึ่งมีหลากหลายประเด็น แบ่งออกเป็นประเด็นหลัก ๆ 4 ประเด็น คือ ด้านความปลอดภัยและคุณภาพ การใช้จ่าย ด้านความครอบคลุมของบริการ ด้านความแออัดในโรงพยาบาล และด้านอื่น ๆ แสดงดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความต้องการบริการเภสัชกรรมเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน จากการสัมภาษณ์เภสัชกร

ประเด็นหลัก	ความต้องการบริการเภสัชกรรม	รายละเอียดของบริการ
1.ด้านความปลอดภัยและคุณภาพการใช้ยา	1.ทบทวนการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลอาจมีปัญหาเนื่องจากผู้ป่วยมีเวลาในการพูดคุยกับเภสัชที่โรงพยาบาลน้อย ควรมาทบทวนเพิ่มเติมที่ร้านยา
	2.บริการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลการใช้ยา	ในผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง, โรคไต, โรคเรื้อรัง
	3.บัตรแพ้ยา/สมุดสุขภาพจดยา	
	4.แก้ปัญหาหายขาด/ยารักษา	
2.ด้านความครอบคลุมของบริการ	1.การคัดกรองเบาหวาน/ความดัน	
	2.การคัดกรองความเสี่ยงกระดูกพรุน	
	3.การควบคุมน้ำหนัก/โรคอ้วน	เป็นโปรแกรมควบคุมน้ำหนักที่มีโปรแกรมชัดเจนเหมือนบริการเด็กนุหรี
	4.การให้ความรู้รายบุคคล/รายกลุ่ม	
	5.drug information center	เช่น Vaccines, HIV
3.ด้านความแออัดในโรงพยาบาล	1.การเติมยาเดิม	รับยาเดิมจากโรงพยาบาลในกลุ่มโรค NCDs ที่ร้านยาใกล้บ้าน เพื่อลดระยะเวลารอคอยบริการ
4.ด้านอื่น ๆ	1.เป็นคนกลางเชื่อมต่อภาครัฐกับชุมชน	
	2.เชีคสิทธิการรักษาพยาบาล	เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารักษาที่ รพ. และให้คำปรึกษาในการย้ายสิทธิ
	3.อื่น ๆ เช่น แปลผลแลปให้ อุปกรณ์ การแพทย์ steroid test kid	

อย่างไรก็ตามผู้ให้บริการบางท่านยังสะท้อนในเรื่องความต้องการของผู้ป่วยในเชิงเภสัชกรรม ว่าคนในชุมชนที่ตนเองดูแลอยู่นั้นส่วนใหญ่เป็นคนยากจน มักจะไม่ concern เรื่องของการใช้ยาเพราะผู้รับบริการจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง และ end-state คิดว่าความรู้เรื่องยาเป็นเรื่องรอง ต้องการเภสัชกรในเชิงช่วยประสานงานกับศูนย์บริการสาธารณสุขให้มากกว่า เช่น เมื่อไหร่ร่างกายจะลงพื้นที่ เป็นต้น ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มรายได้ปานกลางจะเข้ารับบริการในระบบสาธารณสุข ซึ่งเข้าถึงการบริการจากสวัสดิการอยู่แล้ว ส่วนใหญ่จะไม่มีความต้องการอยากพบเภสัชกร

ตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้สะท้อนความเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อประเด็นความต้องการบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพ ของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ในมุมมองของผู้ให้บริการ

“ชุมชน อสส. อสม. ขาดอุปกรณ์การแพทย์ เพื่อดูแลผู้ป่วยติดเตียง เช่น แผลเรื้อรัง แผลกดทับ (sterile goss, suction, ถุงเก็บปัสสาวะ)”

“บริการสุขภาพในการช่วยดูแลผลแลปในกลุ่มผู้สูงอายุ”

“บริการที่คนเรียกหาคือบริการช่วยควบคุมน้ำหนัก และ โรคอ้วน ที่มีโปรแกรมชัดเจนเหมือนโปรแกรมการเลิกบุหรี่”

“ทำบัตรแพทย์ หรือ สมุดสุขภาพจดยาเหมือนที่ญี่ปุ่น”

“วิธีการใช้ยาของคนใช้ที่เราเข้าเยี่ยมบ้านที่เป็น Chronic disease”

“เภสัชกรควรช่วยให้ความรู้ ช่วยติดตามอาการ และ การใช้ยา ของโรคเบาหวาน และ โรคไต”

“งานเยี่ยมบ้านเป็นงานที่ชาวบ้านอยากให้เกิดขึ้น ทุกครั้งที่เภสัชกรลงพื้นที่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเห็นผล เช่น การช่วยดูยา เปลี่ยนพฤติกรรม ให้ความรู้ กายภาพ”

“ผู้ป่วยขาดความรู้ไม่เพียงพอว่าเค้าควรรู้อะไรไม่รู้จะอะไร จึงขาด compliance เรื่องยา และปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ที่ควรระมัดระวัง ซึ่งเป็นสิ่งที่ระบบสุขภาพต้องชี้แนวทาง knowledge induce demand เข้ามาแก้ปัญหา”

“Home visit เป็นสิ่งที่ผู้ป่วย need จริงๆเลย บริการอื่นถือเป็นเรื่องรอง”

“Individual consult ผ่าน media เช่น line, โทร เพื่อการติดตามการใช้ยา”

“สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการคือการแนะนำในการใช้ยาให้ถูกต้อง”

“ให้คำปรึกษาเบื้องต้น counselling refer ฯลฯ มอบความสะดวกรสบาย เชื่อมต่อระบบส่งตัวให้หมอโดยคนใช้ไม่ต้องไปรอที่โรงพยาบาล”

“ให้บริการเป็นคนกลางเชื่อมต่อให้กับภาครัฐภายในชุมชน เป็นด่านหน้าให้กับระบบสุขภาพ”

“Health screening คัดกรอง เบาหวาน ความเสี่ยงกระดูกพรุน นำยามาปรึกษาเภสัช”

“ทบทวนรายการยาโรคเรื้อรังจากโรงพยาบาล ปัญหาอาจเพราะมีเวลาคุยกับเภสัชโรงพยาบาลน้อย”

“เช็คสิทธิการรักษา เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และให้คำปรึกษาในการย้ายสิทธิ”

“คนใช้ทุกกลุ่มตั้งแต่ new born จนถึงคนแก่ ซึ่งส่วนใหญ่เข้ามาด้วยการขาดความรู้ในการใช้ยา”

ผู้รับบริการ

กลุ่มตัวอย่างสะท้อนความคิดเห็นต่อประเด็นความต้องการบริการเภสัชกรรมเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วย ครอบคลุม ชุมชน ซึ่งมีหลากหลายประเด็น แบ่งออกเป็นประเด็นหลัก ๆ 4 ประเด็น คือ ด้านความปลอดภัยและคุณภาพการใช้ยา ด้านความครอบคลุมของบริการ ด้านความแออัดในโรงพยาบาล และด้านการเข้าถึงยากกลุ่มพิเศษ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความต้องการบริการเภสัชกรรมเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วย ครอบคลุม ชุมชน จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ

ประเด็นหลัก	ความต้องการบริการเภสัชกรรม	รายละเอียดของบริการ
1.ด้านความปลอดภัยและคุณภาพการใช้ยา	1.บริการดูแลการเจ็บป่วยเล็กน้อย	กรณีเจ็บป่วยเล็กน้อยผู้ป่วยต้องการร้านยาที่สามารถให้บริการเบื้องต้นได้ ดูแลก่อนเข้าพบแพทย์ แจ้งผู้ป่วยเรื่องอาการที่จะบ่งชี้ว่าควรไปพบแพทย์
	2.ดูแลการใช้ยาให้สมเหตุสมผล	ต้องการให้เกิดการใช้ยาที่สมเหตุสมผล
	3.การเยี่ยมบ้าน	ผู้ป่วยติดเตียง

ประเด็นหลัก	ความต้องการบริการเภสัชกรรม	รายละเอียดของบริการ
	4.ดูแลผลข้างเคียงของยาเอดส์	ต้องการรู้ข้อควรปฏิบัติของผู้ป่วยที่เหมาะสมหากมีผลข้างเคียงจากยาเอดส์
2.ด้านความครอบคลุมของบริการ	1.ความรู้ในเรื่องต่าง ๆ	- เรื่องการรักษาทางเลือก
		- เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้อง
		- เรื่องโรคตา (ผู้สูงอายุเป็นมาก)
		- เรื่องวัคซีนและการส่งต่อ
		- ความรู้ที่รอบด้านและupdate
3.ด้านความแออัดในโรงพยาบาล	1.การเติมยาเติม	รับยาเติมจากโรงพยาบาลในกลุ่มโรค NCDs ที่ร้านยาใกล้บ้าน เพื่อลดระยะเวลารอคอยบริการ
4.ด้านการเข้าถึงยากกลุ่มพิเศษ	ต้องการเข้าถึงยากกลุ่มพิเศษ แต่การเข้าถึงนั้นจะต้องควบคุมไปไปกับระบบการควบคุมเพื่อให้เกิดการใช้ที่เหมาะสม ไม่เกิดการใช้ยาในทางที่ผิด	- แผ่นแปะแก้ปวด/มอร์ฟินในผู้ป่วย palliative
		- ยาในบัญชี ๑.2
		- ยายุติการตั้งครรภ์
		- ยามะเร็งเต้านม

ตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้สะท้อนความเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อประเด็นความต้องการบริการเภสัชกรรม และการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพ ของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ในมุมมองของผู้รับบริการ

“เบาหวาน ความดัน อุบัติเหตุ คือปัญหาหลักๆในชุมชน”

“เบาหวาน ผู้ป่วย จะได้ยาเป็นเดือน ๆ มาจากโรงพยาบาล อยู่แล้วซึ่งประชาชนอาจขาดนัดทำให้ต้องมาซื้อที่ร้านยา ซึ่งร้านยาควรเป็นหน่วยให้บริการ และ ให้ความรู้เรื่องการทานอาหาร ดูแลการกินยา ตรวจวัดระดับน้ำตาล และ เร็วในการวินิจฉัย”

“ร้านยาควรช่วยดูสาเหตุของโรคด้วย ในเชิงการส่งเสริมป้องกันโรค ไม่ให้เกิดโรคเรื้อรังแทรกซ้อน”

“อยากให้ร้านยาขายยายุติการตั้งครรภ์ เพราะทุกวันนี้มีคนที่ตั้งครรภ์เป็นเหยื่อของยาปลอมสูงมาก เสียค่าใช้จ่ายให้โดนหลอกไปกว่า 8000 บาทต่อครั้ง”

“ผู้ป่วย HIV 300,000-400,000 คน ที่ต้องรับยาจากโรงพยาบาลทุก 1-3 เดือน ร้านยาสามารถเข้ามาช่วยดูแลผลข้างเคียงของยา การ refer ต่อหมอ”

“เภสัชกรควรสอบถามเรื่องการทานยาในปัจจุบันเพื่อป้องกัน RDU”

“ชุมชนมีคนไข้ยุงกัดเยอะ เยี่ยมบ้านในบริเวณชุมชนใกล้เคียง”

“Immunization การแนะนำและ refer”

“Well-baby clinic พร้อมการดูแลการใช้บริการในสมุดสีชมพู”

“ผู้ป่วยส่วนมากอาจจำวิธีการกินยาไม่ได้ ซึ่งร้านยาสามารถเข้ามาช่วยได้”

“คนส่วนใหญ่เข้าโรงพยาบาลเกินความจำเป็น ถ้า ผู้ป่วยติดต่อร้านยาได้ก่อนจะลดการเข้าโรงพยาบาลเกินความจำเป็นได้มาก”

“ป่วยเล็กน้อย ผู้ป่วยไม่อยากไปหาหมอ ฉะนั้นเค้าอยากได้ร้านยาที่สามารถให้บริการเบื้องต้นได้ ฝ้าดูแลก่อนเข้าพบแพทย์ เช่น บอกคนไข้ว่าหากไม่หายภายในกี่วันควรไปพบแพทย์”

“ผู้สูงอายุอาจลืมนเวลาได้รับยามาแล้วว่าใช้ยังไง ผู้ป่วยสามารถติดต่อสอบถามที่ร้านยาใกล้บ้านได้”

“ต่างจังหวัดเป็นโรคตากันเยอะ เช่น ต้อหิน ต้อกระจก เกสัชกรอาจช่วยให้ความรู้ได้”

“บริการในเชิงของทางเลือก ที่ใช้อาหารเป็นยา เช่น ในผู้ป่วยโรค HIV จำนวนคนไม่น้อยเลยที่ไม่ยอมกินยาและพยายามหาแนวทางการใช้ชีวิตทางอื่น ซึ่งเกสัชกรสามารถเข้ามาช่วยให้คำแนะนำทางเลือกในการรักษา ดูแลโรค เช่น ปริมาณในการทานสมุนไพร เกสัชกรต้องทำความเข้าใจว่าการรักษาทางเลือกอะไรก็ตามที่คิดว่าผู้ป่วยทำแล้วรู้สึกดีก็อาจเป็นวิธีการที่ดี เช่น น้ำมันกัญชา และวิธีการใช้ที่ถูกต้อง”

“ควรรอยยาในโรงพยาบาลยาวมาก หากผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ใช้ยาราคาแพงในบัญชี ๑.2 (แต่ไม่มีขายในร้านยา ทำอย่างไรให้ ผู้ป่วยเข้าถึงยากลุ่มนี้ แต่ต้องควบคุมให้เหมาะสมด้วย) ยามะเร็งต้านมะเร็งต้องกินยาห้าปีติดต่อกัน หลังผ่าไตก็มียากดภูมิ ฟอกเลือด”

“ผู้ป่วย palliative ต้องการแผ่นแปะแก้ปวด แต่ไม่มีขายในร้านยา ทำอย่างไรให้ ผู้ป่วยเข้าถึงยากลุ่มนี้ แต่ต้องควบคุมให้เหมาะสมด้วย”

“ผู้ป่วยคาดหวังการให้ข้อมูลที่รอบด้านและอัปเดต เป็นการให้บริการที่เป็นการวางเป้าหมายเราให้การรักษาร่วมกัน เพื่อบริหารเรื่อง การทานยาต่อเนื่อง และ พฤติกรรม”

“หมอเป็นคนสั่งยา เกสัชกรมีหน้าที่คีย์และจ่ายยา บุคลากรสาธารณสุข เกสัช หมอ พยาบาล แลป ผู้ติดเชื้อ ควรวางแผนการให้บริการ ร่วมกัน และ เอา Guideline ของประเทศมาอ่าน update ความรู้ ป้องกันการอาการข้างเคียงให้ผู้ป่วย”

“เกสัชกรตรวจยาที่หมอส่งจ่ายยาที่ดีที่สุดแต่น้อยที่สุดที่สามารถรักษาคนไข้ได้”

4.3.4 ทักษะ (ทั้งบวกและลบ) ของเกสัชกร และผู้ป่วย ต่อบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรม ด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการ

ผู้ให้บริการ (เกสัชกร)

ทักษะเชิงบวกของเกสัชกรที่มีต่อการบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรม ด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพ คือความต้องการสร้างคุณค่าของงานบริการที่ดีมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพให้แก่ประชาชน ต้องการให้ร้านยาซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพเป็นที่ยอมรับและไว้วางใจของบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน เห็นว่างานด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพเป็นสิ่งที่เกสัชกรร้านยาสมควรทำ ถึงแม้ว่าบางบริการจะเป็นงานที่ยากและใช้เวลามาก เช่น การปรับพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นสิ่งที่เกสัชกรต้องให้ความรู้ สร้างแกนนำเพื่อปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยให้สำเร็จ และคิดว่าเกสัชกรร้านยาเป็นเรือธงของวิชาชีพ ซึ่งในโรงพยาบาลเกสัชกรยังเป็นแค่ผู้ทำตามคำสั่งแพทย์ ในขณะที่เกสัชกรร้านยาจะต้องเป็นผู้คัดกรองโรค การใช้ยารักษาโรคนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย หนึ่งอาการสามารถจ่ายยาได้หลากหลายรูปแบบ เกสัชกรยังมีประโยชน์เยอะในสังคมขึ้นอยู่กับว่าเกสัชกรจะทำบทบาทตัวเองได้มากน้อยแค่ไหน การมีทักษะ มีความรู้ และทัศนคติเพื่อการบริการหรือไม่ หากเกสัชกรมีศักยภาพในการค้นหาปัญหา สามารถ contact กับแพทย์ได้ เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย แพทย์ทุกท่านจะรับฟังเกสัชกรหากเกสัชกรสามารถอธิบายได้อย่างมีเหตุผล ต่อมุมมองด้านวิชาชีพเกสัชกรคิดว่าควรมองวิชาชีพให้เป็นเนื้อเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นเกสัชกรร้านยา หรือเกสัชกรโรงพยาบาลควรร่วมทำงานประสานกันเพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วย ในขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเกสัชกรโรงพยาบาลก็ให้ความเห็นว่าต้องการลดการทำหน้าที่จ่ายยาให้ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลโดยให้มารับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน เพื่อที่เกสัชกรโรงพยาบาลจะได้มามุ่งเน้นงานการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยได้เต็มที่ ซึ่งคิดว่ามีงานที่จะเพิ่มคุณค่าให้วิชาชีพเภสัชกรรมอีกเยอะมาก

ทัศนคติเชิงลบของเกสัชกรที่มีต่อการบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพ คือการมีความคิดว่ารัฐบาลไม่เห็นความสำคัญของวิชาชีพเภสัชกรรมเพราะไม่เข้าใจว่าเกสัชกรร้านยา

ชุมชนสามารถทำอะไรได้บ้าง ประชาชนทั่วไปยังไม่เข้าใจสิ่งที่เภสัชกรศูนย์และเภสัชกรชุมชนพยายามทำ เช่น การเยี่ยมบ้าน ประชาชนตั้งข้อสงสัยกับเภสัชกรที่ลงพื้นที่ว่าทำไปเพื่ออะไร ทำแล้วได้อะไร โดยเฉพาะคอนโด และ หอพักจะไม่ยอมให้เข้าเลย รวมทั้งการมีข้อขัดแย้งทางวิชาชีพกับบุคลากรสาธารณสุขอื่น เช่น แพทย์กำลังจะทำระบบส่งยาทางไปรษณีย์ พยาบาลแย่งหน้าที่วิชาชีพเภสัชกร เทคนิคการแพทย์รู้สึกโดนก้าวร้าวงาน เป็นต้น ในส่วนวิชาชีพเภสัชกรเองก็มีความแตกแยกอย่างมาก เภสัชกรร้านยาที่มีจิตอาสาพร้อมให้บริการด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพยังมีน้อย

ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่สะท้อนถึงทัศนคติของเภสัชกรต่อบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่ให้บริการ มีดังนี้

“ประชาชนทั่วไปยังไม่เข้าใจสิ่งที่เภสัชกรศูนย์และเภสัชกรชุมชนพยายามทำ เช่นการเยี่ยมบ้าน ประชาชนตั้งข้อสงสัยกับเภสัชกรที่ลงพื้นที่ว่าทำไปเพื่ออะไร ทำแล้วได้อะไร คอนโด และ หอพักจะไม่ยอมให้เข้า เภสัชกรผู้ให้บริการเองก็ไม่กล้าที่จะให้เบอร์ส่วนตัว เพื่อให้คนไข้โทรปรึกษา”

“แล้วแต่ร้าน ถ้าร้านที่ขายดีๆ เค้าก็ไม่ค่อยมีเวลาทำบริการด้านสุขภาพ ร้านเราไม่ได้ยุ่ง ทำแล้วก็ได้รายได้เพิ่ม และ ดูดีก็เลยทำ บางร้านถึงไม่ขายดีก็ไม่ทำ บางร้านไปขายของใน social ขายของ online เภสัชกรที่อื่นอาจจะสนใจเรื่องอื่นมากกว่าไม่ใช่ทุกคนที่อยากทำบริการทางวิชาชีพ บางทีขายน้ำเต้าหู้หน้าร้านอาจจะสบายกว่า ไม่ต้องทำบัญชี ไม่ได้ดูเรื่องกฎหมาย พกกรอบกฎเกณฑ์ มันเริ่มเยอะแล้วเราก็ทำงานลำบาก ยิ่งบางคนไม่เล่นตามกฎเราก็กลายเป็นเสียเปรียบ บทบาทของร้านยาตอนนี้เป็นแค่การจัดยาให้คนไข้หาย คือสิ่งที่เค้าต้องการ พวกบริการคัดกรองเป็นแค่ value added”

“การทำงานในมุมมองของรัฐจะเน้นการวัดผล แทนที่จริงๆ แล้วผลที่ได้รับอาจไม่ได้เป็นสิ่งที่มีความหมายได้ ทำให้บุคลากรที่ทำงานมุ่งเน้นแต่การวัดผล ไม่เอาประโยชน์ต่อเนื่องของชุมชนเป็นหลัก กลายเป็นการทำเพื่อให้ได้ KPI”

“หมอบางท่านยินดีมากที่จะให้เภสัชกรช่วย monitor อาการคนไข้หลังรับยา (ทำงาน disease approach) แต่หมอบางท่านไม่สนใจอาการของคนไข้ที่บ้าน กีดกันโดยไม่ส่งรายชื่อ และ พื้นที่ให้คนไข้”

“วิชาชีพเภสัชกรมีความแตกแยกอย่างมาก เภสัชโรงพยาบาล ไม่เห็นความสามารถเภสัชกรร้านยา ชัดชากันเอง ร้านยาที่ดีโดนตรวจแล้วตรวจอีก โดนเพ่งเล็งจากอย.”

“เภสัชยังมีประโยชน์เยอะในสังคมขึ้นอยู่กับว่าเภสัชจะทำบทบาทตัวเองได้มากน้อยแค่ไหน เช่น เภสัชกรในโรงพยาบาลจะมีความช่างสงสัยหรือไม่ มีการซักประวัติ และ detect ปัญหา เช่น การจัดยา maximum dose ในเคสที่ไม่จำเป็น เป็นต้น”

“ผู้ป่วยมีฐานะจะไม่ต้องการบริการจากเภสัชกร เพราะเข้าถึงแหล่งข้อมูลและเข้าถึงบริการเองได้ ลูกหลานมีความรู้ และ ดูแลค่อนข้างดี เค้าจะเข้าใจว่าเราไม่สามารถช่วยเค้าได้ อยากจะพบหมอมากกว่า หรืออ่านข้อมูลจากแหล่งอื่นเลย”

“เภสัชกรร้านยา ยังมีน้อยที่ยอมเสียเวลา”

“มุมมองที่เราคิดจากการเป็นผู้ให้บริการสิ่งดีๆ ที่เรามอบให้เราก็คิดว่าประชาชนน่าจะอยากได้ แต่เราไม่เคยไปถามคนไข้ ก็ไม่สามารถบอกได้ว่าประชาชนต้องการหรือไม่”

“กลุ่มเภสัชกรกันเองต้องทำความรู้จักกันก่อนเพื่อให้รู้ว่าใครสามารถทำบทบาทหน้าที่อะไร แล้วจากนั้นเราก็ควรแสดงบทบาทที่ไปในทิศทางเดียวกัน ให้เข้าไปในจิตใจของผู้รับบริการ เช่น บางที่โรงพยาบาลบอกว่าซื้อยาอย่าไปซื้อร้านขายยา เป็นความแตกความร่วมมือกัน เราต้องยอมรับกันและกัน”

“แอบปีนในการเป็นเภสัชกรชุมชน พอใจในการเปิดร้านขายยา ทำธุรกิจค้าขาย ประชาชนส่วนมากที่มาร้านยาเป็นกลุ่มคนไข้ที่ไม่ได้เจ็บหนัก เจ็บเพราะพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ผิด ทำให้เราสามารถช่วยเหลือเขาได้ ด้วยการให้ความรู้ ทำให้เราซึ่งเป็นเภสัชกรรู้สึกพึงพอใจในบทบาทอาชีพนี้”

“โดยส่วนตัวเรามองว่าการทำงานร่วมกันมันคือการส่งเสริมกันและกัน คนใช้ในระบบรัฐอาจเพิ่งพาร้านยาก่อนก่อนไปโรงพยาบาล เราจะไม่ก้าวก้าวการรักษาระหว่างแพทย์กับคนไข้ มีคนไข้จำนวนหนึ่งที่ไม่อยากพบหมอในระบบ มาขอซื้อยาตัวเดิมบางที่เราก็ต้องแนะนำให้เขากลับเข้าสู่ระบบ”

“หากผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ก็ไม่คิดว่าตัวผู้ป่วยจะได้ประโยชน์อะไร ฉะนั้นเภสัชกรจะต้องแนะนำบริการอย่างสร้างคุณค่า ทำให้เค้าเห็นคุณค่าและเห็นผล”

“เห็นว่ามีประโยชน์มาก คนไข้ให้ความร่วมมือมาก กิจกรรมสุขภาพเวลาทำในชุมชนจะประสบความสำเร็จมากกว่าเพราะคนไข้ไม่แบ่งแยกว่าเราเป็นเจ้าของหน้าที คนไข้เปิดใจกับเรามากกว่า”

“เภสัชกรจะทำแบบนี้ได้ต้องทำด้วยใจเพราะเราไม่ได้คำตอบแทนทางเงิน ซึ่งไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นปัญหาของตัวเอง มองว่าสิ่งที่ เป็นปัญหามากกว่าคือกรอบทางกฎหมายที่ยังไม่ทำให้เราสามารถดูแลคนไข้ได้อย่างเต็มที่ เช่น การเจาะน้ำตาล วัดความดัน หรือ การส่งต่อคนไข้ที่ยังไม่สามารถทำได้ โรงพยาบาลยังไม่ได้รับ”

“โครงการทำกิจกรรมเชิงเภสัชกรรมนั้นเป็นโครงการที่ดี แต่ยังขาดการให้ความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ไม่ว่าจะป็นรพ.ใหญ่ที่รับ การส่งต่อกลายเป็นความสัมพันธ์ส่วนบุคคลมากกว่าระดับระบบ”

“ด้านบวกต่อคนไข้เบาหวานหอบหืด...เภสัชกรสามารถช่วยเหลือคนไข้เหล่านี้ให้เข้ายาได้อย่างถูกต้องและไม่เข้ายาเกินความจำเป็น”

“อยากเน้นงานของเภสัชกรในWardมากขึ้นกว่าการอยู่ทำงานในห้องยาคิดว่าบนWardจะเพิ่มคุณค่าของเภสัชกรมากขึ้นและ ช่วยเหลือคนไข้ได้มากขึ้นเช่นอาหารที่ใช้Feedให้คนไข้Strokeโรงพยาบาลโดยเภสัชกรสามารถผลิตขึ้นมาใช้ในโรงพยาบาลได้จะ ประหยัดเงินอีกมากการฉีดให้เด็กถ้าเภสัชกรอยู่ที่Wardสามารถใช้หลอดต่อคนไข้เด็ก2คนได้โดยเราจัดการเตรียมยาให้ดีกว่าแต่ พยาบาลจะเอาความสะดวกใช้ครั้งหลอดแล้วทิ้งที่เหลือ”

ผู้รับบริการ (ผู้ป่วย)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริม ป้องกันสุขภาพที่ให้บริการ โดยให้ความเห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่จะเชื่อมั่นในบุคลากรทางการแพทย์อยู่แล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเภสัชกรที่จะเป็นผู้ช่วยให้ความรู้คำแนะนำปรึกษาทำให้ผู้ป่วยเข้ายาได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ประชาชน ยอมรับในการให้บริการเภสัชกรรมที่มากกว่าการขายยาธรรมดาแน่นอน เพราะฉะนั้นเภสัชกรต้องดำเนินงานเบื้องต้นที่ทำให้ ประชาชนทราบว่ามีการบริการเภสัชกรรมเหล่านั้นให้บริการอยู่ ตลอดจนถึงคิดว่าเภสัชกรเป็นทรัพยากรที่มีความรู้ด้านยา และด้านส่งเสริมสุขภาพเป็นต้นทุนเดิมอยู่แล้ว ควรจะดึงศักยภาพที่มีอยู่มาให้บริการที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย และ เสริมศักยภาพให้เป็นเครือข่าย เกิดกลไกเครือข่ายผู้ให้บริการ หนุนเสริมกันและกันทั้งกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการ กลุ่ม ตัวอย่างผู้รับบริการยังให้ข้อเสนอแนะอีกว่า ผู้ป่วยแนะนำในปัจจุบันมีการทำงานร่วมกับศูนย์ของร่วม ต้องการการ สนับสนุนการให้บริการร่วมกันที่มีประสิทธิภาพ เป็นมาตรฐาน ไม่ใช่แค่ร่วมทำ แต่ต้องร่วมคิด ร่วมรู้ ร่วมรับฟัง ร่วมลงมือ ทำ และ ร่วมลงมือตรวจสอบประสิทธิภาพการให้บริการดังกล่าวอีกด้วย ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้สะท้อนให้ เห็นทัศนคติของผู้ป่วยต่อบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพ ในมุมมองของผู้รับบริการ

“ประชาชนโดยทั่วไปจะเชื่อมั่นในบุคลากรทางการแพทย์อยู่แล้ว”

“ความสำคัญของร้านยาในชุมชนชนบท ร้านยาอาจค่อนข้างห่างจากสิ่งที่ประชาชน ให้ความสำคัญ ในชุมชนเมืองเล็ก จะมีความ พึ่งพากันมากกว่า ความสัมพันธ์ดีกว่า”

“ประชาชนอยากได้ยาดีราคาถูก หรือ เป็นธรรมชาติ”

“ประชาชนยอมรับในการให้บริการที่มากกว่าขายยาแน่นอน เพราะฉะนั้นเภสัชกรต่อต้านงานเบื้องต้นที่ทำให้ประชาชนทราบว่ามีการเหล่านี้”

“คิดว่าประชาชนจะชอบบริการ fam med”

“ต้องพูดคุยกับหมอ พยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการทำคัดกรอง”

“กลุ่มคนใช้ที่มีความรู้จะเลือกร้านยา และ เชื่อมั่นในเภสัชกร ในขณะที่ประชาชนทั่วไปส่วนใหญ่จะไม่ได้สนใจว่ามีเภสัชกรหรือไม่ ยังเป็นกลุ่มที่ทานยาชุดอยู่”

“เภสัชกรเป็นทรัพยากรที่สามารถเอามาทำงานได้ ร้านยามีต้นทุนของตนเองอยู่แล้วทั้งความรู้และอะไรต่ออะไร”

“ผู้ป่วยแกนนำในปัจจุบันทำงานร่วมกับศูนย์ของครวม ต้องการการสนับสนุนการให้บริการร่วมกันที่มีประสิทธิภาพ เป็นมาตรฐาน ไม่ใช่แค่ร่วมทำ ต้องร่วมคิดร่วมรู้ร่วมรับพร้อมลงมือทำ และ ร่วมลงมือตรวจสอบประสิทธิภาพ”

“การเสริมศักยภาพให้เป็นเครือข่าย เกิดกลไกเครือข่ายผู้ให้บริการ หนุนเสริมกันและกันทั้งกลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้ติดเชื้อ”

“ปัญหาในปัจจุบันคือการเลือกปฏิบัติในหน่วยบริการ เราต้องใช้ Standard precaution ในหน่วยบริการเพื่อแก้ปัญหา แต่ในตอนนี้เราต้องมาคิดว่าทำไมถึงไม่เกิด Standard precaution ซึ่งทำให้เกิดการเลือกปฏิบัติตามมา”

“การสร้างสภาพแวดล้อมในหน่วยบริการก็เป็นสิ่งที่ดี หน่วยให้บริการที่มีการสื่อสารที่บอกข้อจำกัดของต้องเพื่อให้ผู้เข้ารับบริการเข้าใจ ทำให้คนไข้รู้สึกดีขึ้นแล้ว ทำให้บรรยากาศของหน่วยบริการดีขึ้น สามารถเปลี่ยนได้ด้วยทัศนคติของทั้งผู้ให้บริการและผู้บริการหน่วยบริการ”

“ต่างจังหวัด อบจ. ปอท. อสม. แกนนำผู้ติดเชื้อ ต้องเชื่อมต่อกัน”

4.3.5 ความเป็นไปได้ในการให้บริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพให้มีผลตอบสนองพลีเองได้ในทางธุรกิจ (การยอมรับ การจ่ายค่าตอบแทน ความยั่งยืนของกิจการ การระดมทุน แหล่งทุนสนับสนุน)

ผู้ให้บริการ

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการส่วนใหญ่ให้ความเห็นต่อการให้บริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพให้มีผลตอบสนองพลีเองได้ในทางธุรกิจ ว่าน่าจะมีความเป็นไปได้ และได้เสนอแนวคิดไอเดียการทำธุรกิจ SE ด้านเภสัชกรรม ไว้ตัวอย่างเช่น การเลิกบุหรี่ การทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้าน ให้ความรู้ผ่านสื่อดิจิทัล drug information center การเติมยาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การกระจายสินค้าตามร้านยาของเภสัชกรเป็นตัวกลางในการคัดเลือกยาเหลือใช้ ผลิตสมุนไพรมะนาวที่คุณภาพดีขยาย ขายคอร์ส เทรนนิ่งเพื่อเพิ่มศักยภาพเภสัชกร อบรมทักษะการบริการต่าง ๆ อบรมเรื่อง GPP คอร์สสอนในเรื่องการบริหารจัดการ อบรมเรื่องการเป็น consult ในการใช้ยา course ที่เน้นวิชาชีพเภสัชกรรมชุมชน ให้เห็นภาพวิชาชีพเภสัชกรร้านยา การตั้งกองทุนเพื่อดูแลผู้ป่วยในชุมชน ผู้ป่วยติดเชื้อ ที่ยากจน เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วยยากจน เช่น ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล ค่าชดเชยจากการขาดรายได้เมื่อเดินทางไปโรงพยาบาล เป็นต้น

ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่สะท้อนถึงความเห็นต่อความเป็นไปได้ในการให้บริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพให้มีผลตอบสนองพลีเองได้ในทางธุรกิจ ในมุมมองของผู้ให้บริการ มีดังต่อไปนี้

“ความเป็นไปได้ๆ ต้องดูว่าบริการอะไร สามปีแรกไม่น่าจะได้ เพราะ บทบาทวิชาชีพของเภสัชยังน้อย และ กฎหมายบีบรัดเกินไป ถ้าเป็นสถาบันอบรมอาจจะเป็นไปได้ แต่ก็ต้องใช้เวลาในการสร้างความน่าเชื่อถือ ถ้าจะขายเป็นสินค้าต้องกลับไปศึกษา

Pharmacy Network ต้องหาลูกค้าก่อน ต้องมีคนซื้อ ต้องหารายได้เข้ามาก่อนเพื่อการตอบโจทย์ร้านยา และ หาระบบที่ต้นทุนน้อยเช่น การบริการ(อบรมความรู้ด้านต่างๆ) แล้วค่อยต่อยอดเป็นงานบริการถึงประชาชน พัฒนาร้านยาก่อน แล้วค่อยคิด project ต่อไป เพื่อต่อยอดการบริการเภสัชกรรม”

“การให้บริการสุขภาพอื่นๆเช่นความดัน น้ำตาลในเลือด มีเงินทุนจากสปสช.สนับสนุนในระยะยาวอยู่แล้ว แต่การช่วยประชาชนให้ เลิกสูบบุหรี่ยังไม่เห็นเงินทุนมารองรับในระยะยาว ในขณะที่เราคำนวณออกมาแล้วว่าค่ายาในการเลิกบุหรี่นั้นแค่ประมาณสองร้อย บาท ถูกกว่าราคานูหรี่หนึ่งเดือนซะอีก”

“SE ด้านเภสัชมีความเป็นไปได้ แต่ชุมชนรายได้ต่อครัวเรือนน้อย รายได้ต่อวันไม่ถึง 300 บาท ไม่สามารถจ่ายได้ ผู้ป่วยติดเตียง เกิดในกลุ่มรายได้น้อย ดังนั้นรายได้ของธุรกิจควรมาจากภาครัฐส่วนอื่น ไม่ใช่จากผู้ป่วย”

“MTM ควรเป็นงานบริการหลักของเภสัช มี protocol ที่มีมาตรฐาน เคยมีงานวิจัยว่ามีกลุ่มคนใช้ที่ยินดีจ่าย เป็นกลุ่มประชากร ประเภท B+ ที่ไม่ได้ใช้บริการของรัฐ อาจเป็นกลุ่มที่ไปโรงพยาบาลเอกชนที่จ่ายแพงอยู่แล้ว แต่ไม่ได้รับความรู้ด้านยาที่ต้องการ”

“Social enterprise ส่วนใหญ่ไม่มีค่าใช้จ่าย เพราะเงินเข้ามาเยอะ เข้ามาง่าย ความยั่งยืนเป็นเรื่องของ connection เป็นส่วนใหญ่”

“ไม่แนะนำให้ทำเรื่องสินค้า เพราะมักมีปัญหาเรื่องปิด ใครจะเป็นผู้เปิดปิด ค่าใช้จ่ายเรื่องการขนส่งยังงี้ก็สู้ราคาตลาดไม่ได้ แนะนำให้ทำเรื่อง service เช่น เปิดคอร์สให้ความรู้ในเรื่องต่าง ๆ ฯลฯ”

“อยากทำPreconsultingให้กับคนไข้ก่อนคนไข้ไปพบแพทย์โดยคนไข้มักหาข้อมูลต่างๆทางอินเทอร์เน็ตแต่มักเป็นข้อมูลด้านเดียว ถ้าเภสัชกรอยู่พร้อมให้คำอธิบายว่าควรไปพบแพทย์อย่างไรที่เห็นต้องเตรียมตัวอย่างไร

“ข้อมูลด้านยา (Drug Information Center) แต่ต้องพร้อมอยู่ประจำที่เพื่อตอบคำถามได้ทันที ถ้ามีเงินซัก100 ล้าน จะทำได้อย่าง เต็มที่และมั่นใจว่าเป็นประโยชน์ต่อคนไข้แน่ๆ”

“เห็นว่าทำได้ แต่อยากให้เกิดคือ NGO ในต่างประเทศ เพราะ NGO จะมีเงินสนับสนุนโครงการ”

“จะมีปัญหาเรื่องระยะเวลาโครงการใหม่?.....ตอบอาจมี แต่ถ้าผลงานดีมีออกมาต่อเนื่องตอบโจทย์ และเห็นชัดเจนจาก KPI ต่างๆ จะช่วยให้เกิดการสนับสนุนต่อเนื่อง ส่วนการชักชวนเภสัชกรมาร่วมกันถือหุ้นก็ต้องขึ้นกับการคาดหวังของแต่ละคน และการได้รับ ผลประโยชน์ตอบแทน (เงินปันผลหรือการร่วมทำ CSR) แต่ยอมรับว่าอาจจะยาก”

“งานที่เภสัชกรสามารถไปเยี่ยมผู้ป่วยที่อยู่ในเขตใกล้เคียงนั้นเป็นสิ่งดีมาก...ที่สามารถเพิ่มคุณค่าให้กับความเป็นเภสัชกร... Project แบบนี้น่าสนับสนุน อีกทั้งยังให้คำแนะนำว่าถ้าสามารถดำเนินการโดยเภสัชกร+พยาบาล+แพทย์ในแต่ละโรงพยาบาลจะ ยิ่งเป็นประโยชน์ต่อระบบรักษาสุขภาพถ้วนหน้าในบ้านเราซึ่งการดำเนินการแบบนี้จะลดความถี่ของคนไข้ที่มาโรงพยาบาลได้ แน่นนอน...จะลดปริมาณการเข้ายาได้มากขึ้นอีก...จะลดเวลาการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลต่างๆได้ มาก และที่สำคัญจะทำให้ประชาชนมีความรู้มีสุขภาพดีกันอย่างถ้วนหน้า”

ในส่วนคำตอบแทนที่จะจ่ายให้เภสัชกรร้านยา กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่าไม่ควรให้ผู้จ่ายเป็นผู้จ่าย โดยตรง ควรมาจากภาครัฐส่วนอื่น เช่น โรงพยาบาล อบต. สปสช. เป็นต้น ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่สะท้อนถึง ความเห็นต่อที่มาของคำตอบแทนให้เภสัชกรร้านยาในมุมมองของผู้ให้บริการ มีดังต่อไปนี้

“ตอนนี้คิดว่าไม่มีบริการสุขภาพที่สามารถเก็บเงินคนไข้ได้ ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้ วัตถุประสงค์ หรือมีดี Pharmacist fee คิดว่า ไม่สามารถทำให้เกิดได้เลยในร้านยา ไม่เหมือนในโรงพยาบาลเอกชน”

“น้อยมากในตัวกิจกรรมที่สามารถทำให้เกิดรายได้ ทำด้วยใจมากกว่า จากการร่วมกับหน่วยการแพทย์อื่นๆซึ่งมีรายได้น้อยอยู่แล้ว การที่เราไม่ขอแบ่งนั้นเป็นไปได้ยาก”

“ทางออกคือต้องเซ็ทเป็นระบบต้องเป็นรัฐในการเข้ามามีส่วนร่วมเซ็ทระบบให้เกิดเป็นคำตอบแทน แต่ความเสี่ยงคือเมื่อระบบนี้เกิดขึ้น จะเกิดเป็นความกดดันในทิศทางวิชาชีพเภสัช เรายังไม่เห็นเกาะคัมกันที่ชัดเจน”

“แต่หาก สปสช.ยอมจ่าย คิดว่าเป็นไปได้ที่ร้านยาจะสามารถมีรายได้”

“คนไข้ได้ยาฟรีอยู่แล้วจากโรงพยาบาลรัฐ หากจะให้ออกมาจ่ายค่าค่าบริการเรื่องการให้ยาในร้านยาดูจะไม่สมเหตุผล ฉะนั้นควรเป็นรัฐที่ต้องจ่ายค่าบริการส่วนนี้”

“น่าจะยากในการเก็บเงินค่าบริการจากผู้ป่วยในร้านยา เพราะขนาดค่ายาต่างกันไม่กี่บาทยังไม่ยอมจ่าย”

“มีโอกาสถ้าบริการถูกประกาศโดยหน่วยงานรัฐ ทำให้ประชาชนรับรู้ว่ามีบริการ ทำให้เกิดความเข้าใจในชุมชนในความสำคัญและคุณค่าของบริการให้มองว่าเป็นสิ่งที่เค้าควรจ่าย”

“ส่วนใหญ่ร้านยาเป็นระบบเอกชน ที่ผ่านๆมาค่าส่วนต่างที่เภสัชกรได้คือการขายยา เนื่องจากระบบเป็นแบบนี้มานานแล้วถ้าจะไปเริ่มคิด Pharmacy fee คิดว่าอาจจะไม่สามารถเป็นไปได้ แต่หากเพิ่มบริการใหม่ๆเช่น Health screening, home visit, ดูแลการใช้ยา โดยคิดว่าควรใช้จ่ายจากระบบสปสช. เป็นผู้ซื้อบริการจากร้านยา แทนที่จะให้คนไข้จ่ายเงินด้วยตนเอง”

“ส่วนตัวคิดว่าร้านขายยาไม่ควรคิดเงินค่าให้บริการ เราไม่สามารถเก็บเงินทางตรงกับคนไข้ได้ในบริการพื้นฐาน”

“เป็นการยากหากต้องการคิดค่าบริการ ส่วนมากประชาชนจะยอมจ่ายค่ายาที่อาจแพงกว่าร้านอื่นนิดหน่อยเพื่อให้ได้รับค่าบริการมากกว่า”

“รายได้ควรมาจากภาครัฐส่วนอื่น ไม่ใช่จากผู้ป่วย เพราะชุมชนมีรายได้ต่อครัวเรือนรายได้ต่อวันไม่ถึง 300 บาท ไม่สามารถจ่ายได้ ผู้ป่วยติดเตียงเกิดในกลุ่มรายได้น้อย”

อย่างไรก็ดีมีเภสัชกรหนึ่งท่านที่ให้ความเห็นว่าเป็นไปไม่ได้ที่จะให้เภสัชกรทำบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพในรูปแบบธุรกิจ SE เพราะว่าเภสัชกรไทยไม่ได้ถูกสอนมาให้เป็น social enterprise และกิจกรรมด้านเภสัชกรรมยังไม่มี success story ดังนั้นธุรกิจที่จัดตั้งขึ้นจึงอาจไม่มีความยั่งยืน

ผู้รับบริการ

กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่ให้ความเห็นต่อการทำบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพให้มีผลตอบแทนพอเลี้ยงตัวเองได้ในทางธุรกิจ ว่าน่าจะมีความเป็นไปได้ และได้เสนอแนวคิดไอเดียการทำธุรกิจ SE ด้านเภสัชกรรม ไว้ตัวอย่างเช่น บริการยาเดิมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง บริการในกลุ่มโรคพื้นฐาน เป็นต้น ต่อคำถามเรื่องที่มาของค่าตอบแทนให้เภสัชกรร้านยา กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการให้ความเห็นว่า หากเป็นการเพิ่มความสะดวก ไม่ต้องเสียเวลารอนานเหมือนที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยก็ยินดีจ่าย นอกจากนั้นก็ให้ความเห็นว่าค่าตอบแทนอาจมาจากส่วนอื่น เช่น งบ CSR ของบริษัทฯ งบ อบต. ภาคประชาสังคม เป็นต้น ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่สะท้อนถึงความเห็นต่อความเป็นไปได้ในการทำบริการเภสัชกรรมและการบริหารทางเภสัชกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพให้มีผลตอบแทนพอเลี้ยงตัวเองได้ในทางธุรกิจ มีดังนี้

“น่าจะในกลุ่มโรคพื้นฐานที่ประชาชน จะยอมจ่าย”

“หากกลุ่มสินค้าที่ร้านยาทั่วไปไม่สามารถขายได้ และ บริการโดยบุคลากรทางการแพทย์ หากร้านยามีขายยาชุดตรวจ, self-test เช่น การตรวจ HIV ด้วยตัวเอง จะเป็นสิ่งที่ประชาชน พร้อมจ่ายแน่นอน เป็น need”

“การให้ข้อมูลยา generic เพื่อลดค่าใช้จ่ายให้ประชาชน. และ ร้านยาได้กำไรจากการขายยา”

“ประชาชนยอมจ่ายแน่นอนหากไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล”

“ทำให้เป็นรูปแบบของ fam med แล้วคนไข้ก็ไม่สามารถหนีไปไหน บริการเก็บประวัติการใช้ยา”

“เอางบ CSR ของบริษัทฯ เพราะบริษัทเหล่านี้เค้ามีงบตรงนี้อยู่แล้ว หรือไม่กี่บาท หรือ 50 บาทนั้นก็กองทุนสุขภาพมีอยู่”

“คิดว่าในช่วงแรกต้องเป็นผู้ให้ก่อนในการแนะนำผู้ป่วย เช่น ข้อมูลคนไข้เพื่อการวางแผนการรักษาของแพทย์”

“กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังจะเป็นกลุ่มที่มีทางเลือกมากในการเข้าระบบสาธารณสุข ทั้งโรงพยาบาล และ อนามัยที่ดูแลโรคโดยเฉพาะ”

“การที่เราจะก่อตั้งทำอะไรสักอย่างต้องใช้เวลา 5 ปี อย่างของกลุ่มตัวแทนผู้ป่วยมะเร็งก็ใช้เวลาหลายปีเพื่อสร้างความเชื่อมั่น”

“การสร้างรายได้ส่วนตัวรู้สึกว่าร้านยาต้องมีผลกำไรจากการขายยา แต่ในเชิงบริการสุขภาพจะต้องถือว่าบทบาทวิชาชีพ ไม่ใช่แค่เรื่องเม็ดเงิน”

“ร่วมมือกับภาคประชาสังคม อาจเอาเงินจาก CSR รวมเงินกัน เป็นเจ้าของโปรเจกต์ร่วม จะทำให้กิจกรรมในชุมชนยั่งยืนได้”

4.4 การประชุมระดมสมองเภสัชกรและผู้เกี่ยวข้อง

การประชุมระดมสมองเภสัชกรและผู้เกี่ยวข้องเพื่อระดมความคิดเห็นของการจัดตั้ง SE ด้านเภสัชกรรม มีวัตถุประสงค์ของการประชุมระดมสมอง คือได้ SE Business model ของงานเภสัชกรรมที่มีศักยภาพทางธุรกิจ โดยจัดประชุม รวม 2 ครั้ง คือ วันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ.2562 และวันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ.2562 เวลา 9.00-17.00 น. ณ โรงแรมไมด้างามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี มีเภสัชกรและผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุมรวมทั้งสิ้น 81 ท่าน (ผู้เข้าร่วมประชุมครั้งที่ 1 จะได้รับเชิญให้เข้าประชุมครั้งที่ 2 ด้วย) ตามองค์ประกอบในตารางที่ 10 (ดูรายละเอียดในภาคผนวกที่ 4 สรุปผลการประชุมระดมสมอง ครั้งที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 10 องค์ประกอบของผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมองทั้งสองครั้ง

กลุ่มผู้เข้าร่วมประชุม	การประชุมครั้งที่ 1	การประชุมครั้งที่ 2
เภสัชกรการตลาด	3	5
เภสัชกรร้านยา	10	9
เภสัชกรโรงพยาบาล	/	2
เภสัชกรองค์การรัฐ(นโยบาย)	5	3
เภสัชกรภาคการศึกษา	3	3
นักวิชาการ	1	5
ตัวแทนผู้ป่วย	4	4
SE	6	8
อื่นๆ (ผู้จัด,ขอเข้าร่วมฟัง)	6	4
รวม	38 คน	43 คน

4.4.1 ผลการประชุมระดมสมองครั้งที่ 1 มีประเด็นระดมสมองสามเรื่องคือ

1) ปัญหาและความต้องการของประชาชนและเภสัชกรที่ต้องการทำเป็นกิจกรรมในรูปแบบวิสาหกิจเพื่อสังคม

ตัวแทนผู้ป่วยสะท้อนว่า ประชาชนขาดความรู้และความมั่นใจด้านวิชาการเกี่ยวกับยาและการรักษาโรค อันตรายที่อาจเกิดจากยา ศักยภาพของเภสัชกร (เภสัชกรช่วยดูแลสุขภาพให้ประชาชนได้อย่างไร) นอกจากนี้ยังขาดความมั่นใจว่า ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ มีคุณภาพเชื่อถือได้ขนาดไหน โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับราคา ในขณะที่การรับบริการจากหน่วยบริการของรัฐ เสียเวลามาก ทำให้ต้องหยุดงานมีผลต่อรายได้ และยังได้รับคำอธิบายเรื่องยาน้อย และ

ความแออัดทำให้ซักถามเพิ่มเติมไม่สะดวก ในขณะที่กลุ่มเภสัชกรร้านยาสะท้อนปัญหาว่า ขาดข้อมูลผู้ป่วย การให้บริการ จึงทำได้ไม่เต็มที่นัก รวมถึงไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยกลับเข้าสู่หน่วยบริการได้ (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ปัญหาด้านเภสัชกรรมสะท้อนจากประชาชนและเภสัชกรที่ต้องการทำเป็นวิสาหกิจเพื่อสังคม

กลุ่มคน	ปัญหา (pain point)หลัก	ประเด็นย่อยของปัญหา
ประชาชน	ไม่รู้	วิชาการ
		ประโยชน์เภสัชกร
		อันตรายจากยา
	ไม่มั่นใจ	คุณภาพและราคา ยา, ผลิตภัณฑ์สุขภาพ
	ไม่มั่นคง	บริการดูแลสุขภาพ
เข้าถึงยาก	รอนาน (ค่าใช้จ่าย)	
	เสียเวลามาก (ค่าใช้จ่าย)	
	คำอธิบายน้อย,ไม่เข้าใจ,การสื่อสารไม่ดี	
เภสัชกร	ทำงานได้ไม่เต็มที่	ข้อมูลมาตายน้อย

ข้อมูลปัญหาที่นำเสนอตามตารางข้างต้น ผู้เข้าประชุมสามกลุ่มนำเสนอเป็นงานเภสัชกรรมที่ต้องการให้เกิดวิสาหกิจเพื่อสังคมเพื่อช่วยแก้ปัญหาดังรายละเอียดในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 งานเภสัชกรรมที่ต้องการให้ดำเนินการแก้ปัญหาแบบวิสาหกิจเพื่อสังคม

กลุ่มที่	งานเภสัชกรรม	ความหมาย	กลุ่มเป้าหมาย
1	Patients' data platform	รวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยและการใช้ยาของผู้ป่วย (เช่น แพียอะไร กินยาอะไรบ้าง จำนวนเท่าไร ฯลฯ) เพื่อเป็นข้อมูลให้บุคลากรสาธารณสุขทุกส่วนใช้ประโยชน์ ถ้าต้องดูแลผู้ป่วยคนนั้น กรณีผู้ป่วยอาจประสบอุบัติเหตุจนไม่รู้สีกตัว ข้อมูลเหล่านี้สำคัญต่อผู้ป่วยมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะเช่น โรคฮีโมฟีเลีย ซึ่งจำเป็นต้องได้ยาห้ามเลือดให้ทันเวลา ทั้งนี้ข้อมูลจะอยู่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ เช่น เป็น app ในสายรัดข้อมือ เพื่อให้ค้นหาสะดวก	-ผู้ป่วย -ผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ -ผู้ป่วยและครอบครัว -ผู้ดูแลผู้ป่วย -บุคลากรการแพทย์ -ผู้ที่สนใจ (สุขภาพดี)
	Excessive medicines and medical devices management	การจัดการยาเหลือใช้ที่บ้านผู้ป่วย รวมถึงเครื่องมือแพทย์ เพื่อนำมาใช้ใหม่ในกลุ่มผู้ที่ต้องการ หรือนำไปใช้ประโยชน์ได้	-กลุ่มบุคคล -ผู้สูงอายุ
2	Fill and Refill prescription	จ่ายยาตามใบสั่งยา (Fill prescription) และเติมยาตามใบสั่งยา (refill prescription) พร้อมการติดตามการใช้ยา และให้คำปรึกษา เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษาและการใช้ยา	
	Pharmcare at home	การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อทบทวนยาที่ใช้อยู่เพื่อตรวจสอบปัญหา ติดตามการใช้ยาและการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาระยะยา	

กลุ่มที่	งานเภสัชกรรม	ความหมาย	กลุ่มเป้าหมาย
	Pharmcare at pharmacy	การทำงานที่ร้านยาร่วมกับผู้ป่วยเพื่อทบทวนยาที่ใช้อยู่เพื่อตรวจสอบปัญหา ติดตามการใช้ยาและการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาเรื่องยา	
	Skill training	การฝึกอบรมเพื่อให้เภสัชกร บุคลากรสาธารณสุข และผู้สนใจมีความรู้วิชาการและมีทักษะการสื่อสารเพื่อให้เกิดบริการที่ดี	
3	Family pharmacist	การมีเภสัชกรดูแลตั้งแต่ยังไม่ป่วย ลดความเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งคัดกรองโรคด้วย ถ้าป่วยต้องให้ใช้ยาอย่างเหมาะสม คนที่เป็นโรคเรื้อรังทำให้ใช้ยาอย่าง effective ไม่ได้ ไม่ให้เกิดยาเหลือใช้ ไม่ให้เกิดปัญหาเรื่องยา ดูแลถึง common illness ที่มีราคาอย่างมาตรฐาน รวมทั้งเป็นศูนย์ของการให้บริการ health promotion and prevention	
	Skill training and employment	จัดหาเภสัชกรประจำร้าน(full/part time) และอบรมให้พร้อมปฏิบัติงาน	
	Individual health education	Individual health education	

2) รูปธรรมของวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม

ทุกกลุ่มไม่สามารถตกผลึกความคิดเรื่องรูปธรรมของวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรมตามที่ได้รับมอบหมาย จึงไม่สามารถนำเสนอได้ อย่างไรก็ตาม แม้จะเป็นครั้งแรกที่ผู้เข้าประชุมทำความเข้าใจเรื่อง วิสาหกิจเพื่อสังคม แต่ทุกกลุ่มย่อยให้ข้อคิดเห็นโดยรวมว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิด วิสาหกิจเพื่อสังคม ด้านเภสัชกรรม

3) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินการแบบวิสาหกิจเพื่อสังคม

ผู้เข้าประชุมนำเสนอข้อคิดเห็นต่อการจัดตั้งวิสาหกิจเพื่อสังคมให้ประสบความสำเร็จ ดังข้อมูลในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ข้อคิดเห็นต่อความสำเร็จของวิสาหกิจเพื่อสังคม

ข้อเสนอแนะสามด้าน		
การสร้างธุรกิจ	ปัจจัยต่อผลสำเร็จ	ความเสี่ยง
กิจกรรมมี Social impact	มีความชัดเจน มี value มีส่วนร่วม	เภสัชกรปฏิบัติมาตรฐานต่างกัน
Stakeholders มีส่วนร่วม	คืนประโยชน์สู่สังคม	ความลับของข้อมูลของผู้ป่วย
Sustainability	มีทีมงานที่ถาวร (ไม่ใช่ part time)	การยอมรับของประชาชน
	ต้อง mapping ร้านยาในชุมชน ในพื้นที่ที่พร้อม	
	ต้องมีเภสัชกร (เน้น) รุ่นใหม่ที่ต้องการให้บริการรูปแบบนี้	
	ต้องมี public education ให้มาก	
	รวมศูนย์หรือกระจายศูนย์ของการเข้าถึงตามสภาพของเมืองและชนบท	
	ควบคุมคุณภาพร้านยา และ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	

4.4.2 ผลการประชุมระดมสมองครั้งที่ 2

4.4.2.1 วัตถุประสงค์

การประชุมระดมสมองครั้งที่ 2 มีวัตถุประสงค์ คือให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้และลำดับความสำคัญของงาน เกสซ์กรรม และทำ Social Business model ของงานเกสซ์กรรม

ผู้ทำงานนำข้อมูลจากตาราง 11 มาทวนสอบกับข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการบริการเกสซ์กรรมจากการทบทวนเอกสารและจากการสัมภาษณ์ และเพิ่มเติมบริการที่ขาดหายไป แล้วให้แต่ละกลุ่มย่อยเลือกบริการเกสซ์กรรมจากตาราง 12 แล้วมาระดมสมองเรื่องการจัดตั้งวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเกสซ์กรรมโดยใช้แนวทางของ Social Business Model Canvas⁽¹³⁰⁾ (ภาคผนวก ที่ 5) ซึ่งเป็นเครื่องมือวิเคราะห์เกี่ยวกับธุรกิจ แต่เนื่องจากความจำกัดของเวลา จึงเลือก 3 ประเด็นหลักของ business model canvas ให้ที่ประชุมวิเคราะห์ คือ

1. คุณค่าของบริการต่อกลุ่มเป้าหมาย ลูกค้า และสังคม
2. กิจกรรมหลักในการดำเนินธุรกิจ
3. แนวทางการหารายได้ของกิจการ

และให้แต่ละกลุ่มย่อยให้คะแนนความเป็นไปได้ของแต่ละ product ที่เลือก โดยให้คะแนน 4 ด้าน ด้านละ 10 คะแนน คือ ด้านเทคนิค (T) ด้านการตลาด(M) ด้านการเงิน(E) และด้านทรัพยากร (R) รายละเอียดตามตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ความเป็นไปได้ของการจัดตั้งวิสาหกิจเพื่อสังคม

ด้านเทคนิค (T)	ด้านการตลาด (M)	ด้านการเงิน (E)	ด้านทรัพยากร (R)
สินค้าหรือบริการ	จุดขายและคุณค่าของสินค้าหรือบริการ	รายรับ รายจ่าย กำไร	บุคลากร เครื่องมือ ระบบ ศักยภาพ
-คุณภาพ มาตรฐาน	-คุณค่าทางสังคม	-การลงทุน และการหาแหล่งทุน	-ศักยภาพที่องค์กรต้องการ
-กระบวนการผลิต หรือกิจกรรมหลักขององค์กร	-การวัดคุณค่าทางสังคม	-โครงสร้างรายได้และรายจ่าย	-การหาคู่ค้า หรือผู้ร่วมอุดมการณ์ (partners)
-ช่องทางการจัดจำหน่าย	กลุ่มลูกค้าเป้าหมาย	-ผลกำไร	-ความร่วมมือจากหน่วยงานที่มีส่วนได้ส่วนเสีย
	-คุณค่าที่กลุ่มเป้าหมายได้รับ	-ขนาดของตลาด	-เครื่องมือ หรือระบบที่ต้องการ
	-คุณค่าที่ลูกค้าได้รับ หากเป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มเป้าหมาย	-แผนการตลาด	

ตารางที่ 15 บริการเภสัชกรรมที่มีการเสนอให้ดำเนินการในรูปแบบวิสาหกิจเพื่อสังคมพร้อมด้วยข้อคิดเห็นเกี่ยวกับ business model และคะแนนความเป็นไปได้เรียงตามลำดับการนำเสนอของกลุ่มย่อย

บริการเภสัชกรรม	ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับ Business canvas model			คะแนน				
	คุณค่าของบริการต่อกลุ่มเป้าหมาย ลูกค้า และสังคม	กิจกรรมหลักในการดำเนินธุรกิจ	แนวทางการหารายได้ของกิจการ	ความเป็นไปได้ของการจัดตั้งวิสาหกิจเพื่อสังคม				
				T	M	E	R	รวม
1.patient's data platform	<ul style="list-style-type: none"> - ลดต้นทุนโรงพยาบาลใหญ่ - ผู้ป่วยปลอดภัยเนื่องจากมีข้อมูลสุขภาพประจำตัวที่เข้าถึงได้สะดวก - มีข้อมูลที่เชื่อมโยงผู้ป่วยรายนาย โรงพยาบาลเอกชน โดยบริษัทเอกชนเก็บข้อมูลให้ผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - เชื่อมข้อมูลผู้ป่วยกับร้านยา - จัดลำดับชั้นว่าใครเห็นอะไรได้ - การ identify คนไข้ - การปกป้องความลับและความเป็นส่วนตัว - update ข้อมูล 	<ul style="list-style-type: none"> - โฆษณา - ขายข้อมูลเชิงสถิติ - ค่าสมัครสมาชิก 	7	5	7+3	3	22+3
2.excessive medicines and medical devices management	<ul style="list-style-type: none"> -ลดต้นทุนให้โรงพยาบาล -ประชาชนใช้ยาเหมาะสมเกิดความปลอดภัย -เพิ่มเงินกลับสู่ระบบ -ลดมลพิษในสิ่งแวดล้อมจากยาและเครื่องมือแพทย์เหลือใช้ 	<ul style="list-style-type: none"> -ดูแลการใช้ยาโดยเภสัชกรเพื่อไม่ให้เกิดยาเหลือ -เภสัชกรครอบครัว -เอาอุปกรณ์เหลือใช้มาฝากทิ้งเพื่อคัดเลือก แล้วส่งต่อนำไปใช้ใหม่หรือกำจัด -รับซื้อหรือรับบริจาค -สร้างprotocolจัดการยา เครื่องมือแพทย์เหลือใช้ -รณรงค์ให้ร้านยาเป็น node รับของเหลือใช้ 	<ul style="list-style-type: none"> ขายผลิตภัณฑ์เหลือใช้ -โรงพยาบาลรัฐ/เอกชน -อบต. -คลินิก -ผู้ป่วย -คนทั่วไป 	9	8	7	9	33
3.Fair trade of services and products (การจัดทำข้อมูลเพื่อให้ผู้สนใจประเมินความสมประโยชน์ของคุณภาพและราคาของบริการและผลิตภัณฑ์)	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยาที่มีคุณภาพ ราคาคือเป็นธรรม และบริการที่ดีจากเภสัชกร 	<ul style="list-style-type: none"> -ตรวจสอบ update และ mapping ร้านยาคุณภาพให้ค้นหาสะดวก -ประชาสัมพันธ์ร้านยาคุณภาพและบริการวิชาชีพ -ให้คะแนนคุณภาพและราคาของผลิตภัณฑ์และบริการให้เป็นที่รับรู้ของสาธารณะ 	<ul style="list-style-type: none"> ค่าประเมินผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการรับรอง 	8	7	4	2	21

บริการเภสัชกรรม	ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับ Business canvas model			คะแนน				
	คุณค่าของบริการต่อกลุ่มเป้าหมาย ลูกค้า และสังคม	กิจกรรมหลักในการดำเนินธุรกิจ	แนวทางการหารายได้ของกิจการ	ความเป็นไปได้ของการจัดตั้งวิสาหกิจเพื่อสังคม				
				T	M	E	R	รวม
4. product procurement (การจัดหายาและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง)	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยมีค่าใช้จ่าย (ยาจำเป็นที่มีปริมาณการใช้ไม่มาก ยาที่ต้องการสำหรับโรคผู้ป่วยน้อยราย ยาที่รูปแบบยังไม่เหมาะสม ผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะที่เข้าถึงยาก) - ร้านยามียาบริการผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - สำรวจและวิเคราะห์ตลาดเพื่อหาความต้องการยาและเครื่องมือแพทย์ และระบบจัดการที่มีอยู่ในปัจจุบัน - ทำแผนความต้องการและงบประมาณ - จัดหาผู้ผลิต ผู้จำหน่าย ผู้ขนส่งกระจายยาที่ได้มาตรฐานและราคายอมรับได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของมูลค่ายาและเครื่องมือแพทย์ที่จัดหา 	ข้อนี้ไม่มีคะแนน เนื่องจากเป็นข้อเสนอเกิดขึ้นระหว่างการนำเสนอของกลุ่มย่อย แต่ที่ประชุมเห็นว่าเป็นบริการที่น่าจะดำเนินการเป็นวิสาหกิจเพื่อสังคมได้				
5.pharmcare at home	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มการดูแลคนไข้ - ใช้ยาให้เหมาะสมต่อเนื่อง ลด irrational use (ยาซ้ำซ้อน ยามีปฏิกิริยาต่อกัน ขนาดยาไม่ถูกต้อง ฯ) - ลดการ admit ที่ รพ./ลดค่าใช้จ่ายในการ admit - ลดภาระโรงพยาบาล - ลดการจ่ายยาเกิน 	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบความเหมาะสมในการใช้ยา - ประเมินการใช้ยา - การเดินทางกลับบ้านผู้ป่วย - ประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้าน,อาหาร,สมุนไพร 	<ul style="list-style-type: none"> - service package (จาก คนไข้ ประกันสุขภาพภาครัฐ และภาคเอกชน) 	8	8	9	8	33
6.pharmcare at pharmacy	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มการดูแลคนไข้ - ใช้ยาให้เหมาะสมต่อเนื่อง ลด irrational use(ยาซ้ำซ้อน ยามีปฏิกิริยาต่อกัน ขนาดยาไม่ถูกต้อง ฯ) - ลดการ admit ที่ รพ./ลดค่าใช้จ่ายในการ admit - ลดภาระโรงพยาบาล - ลดการจ่ายยาเกิน 	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบความเหมาะสมในการใช้ยา - ประเมินการใช้ยา 	<ul style="list-style-type: none"> - service package (จาก คนไข้ ประกันสุขภาพภาครัฐ และภาคเอกชน) 	10	9	9	9	37
7.easy access medication (fill, refill, minor illness care)	<ul style="list-style-type: none"> - ลดระยะเวลารอที่ รพ. - ลดภาระโรงพยาบาล - ลดการจ่ายยาเกิน - เพิ่ม patients safety - cost avoidance 	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบความเหมาะสมในการใช้ยา - ให้ความรู้ - ระบบการส่งยา refill 	<ul style="list-style-type: none"> - service package (จาก คนไข้ ประกันสุขภาพภาครัฐ และภาคเอกชน) 	10	10	9	6	35

บริการเภสัชกรรม	ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับ Business canvas model			คะแนน				
	คุณค่าของบริการต่อกลุ่มเป้าหมาย ลูกค้า และสังคม	กิจกรรมหลักในการดำเนินธุรกิจ	แนวทางการหารายได้ของกิจการ	ความเป็นไปได้ของการจัดตั้งวิสาหกิจเพื่อสังคม				
				T	M	E	R	รวม
8.family pharmacist	1.improve public health - medicine safety & knowledge - holistic health advisory - knowledge 2. early detection 2.improve work productivity - trust and recognize - increased income 3.cost saving for health care system - government funds saving	- health promotion & prevention - MTM @ pharmacy & home - pharmaceutical care service - source of information and education - public health reports for government - fill & refill prescription	- health service - prescription fee (จาก สปสช. ประกัน เอกชน ฯลฯ) - health report	7	10	8	3	28
9.healthcare screening	- household spending on health care	- health check-up - vaccine screening - NCD screening - smoking cessation - sexual screening	เก็บตามบริการที่ให้ จาก บริษัท/โรงงาน ต่างๆ, โรงพยาบาล, สปสช. สสส. เป็นต้น	10	7	9	3	29
10.information platform (การสร้างเวทีของข้อมูลที่เชื่อถือได้)		- content creation - inquiry/questions/chat platform with health expert - information and knowledge aggregator - referral system	- โฆษณา - sponsor จากบริษัท ยา,โรงพยาบาล	8	7	8	5	28

*หมายเหตุ: T หมายถึงด้านเทคนิค M หมายถึงด้านการตลาด E หมายถึงด้านการเงิน R หมายถึงด้านทรัพยากร

4.4.2.2 งานเภสัชกรรมที่มีศักยภาพและลำดับความสำคัญ

ในการประชุมระดมสมองครั้งที่ 2 กลุ่มย่อยทั้งสามกลุ่มให้คะแนนเพื่อจัดลำดับความสำคัญของงานเภสัชกรรมที่มีศักยภาพ ตามเกณฑ์และคะแนนที่กำหนด แต่เนื่องจากแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกัน จึงพบว่าความเข้มงวดของการให้คะแนนแต่ละกลุ่มต่างกัน ผู้ทำงานจึงให้แต่ละกลุ่มนำเสนอเหตุผลของการให้คะแนนเพื่อให้มีการซักถามเพื่อปรับเปลี่ยนคะแนนจนที่ประชุมพอใจ การเปรียบเทียบทั้ง 9 product โดยใช้คะแนนจึงอาจเป็นเพียงแนวทางเท่านั้น ผู้ทำงานจึงนำภารกิจงานเภสัชกรรมที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญมาจัดกลุ่มใหม่ (ตาราง 16) ดังนี้

- 1) เรียงลำดับตามคะแนนรวม
- 2) เรียงลำดับตามคะแนนด้านเทคนิค (T)
- 3) เรียงลำดับตามคะแนนด้านการตลาด (M)
- 4) เรียงลำดับตามคะแนนด้านการเงิน (E)
- 5) เรียงลำดับตามคะแนนด้านทรัพยากร (R)

ตารางที่ 16 การจัดลำดับความสำคัญเปรียบเทียบระหว่างเกณฑ์ต่างๆ

งานเภสัชกรรม	รวม	งานเภสัชกรรม	T	งานเภสัชกรรม	M	งานเภสัชกรรม	E	งานเภสัชกรรม	R
PharCare@phar	37	Easy access	10	Easy access	10	PharCare@phar	9	PharCare@phar.	9
Easy access	35	HC screening	10	Family pharmacist	10	PharCare@home	9	Excessive Medicines & Med device mgt.	9
PharCare@home	33	PharCare@phar	10	PharCare@phar	9	Easy access	9	PharCare@home	8
Excessive Medicines & Med device mgt.	33	Excessive Medicines & Med device mgt.	9	PharCare@home	8	HC screening	9	Easy access	6
HC screening	29	PharCare@home	8	Excessive Medicines & Med device mgt.	8	Patient's data platform	7+/- 3	Info platform	5
Family pharmacist	28	Fair trade of services and products	8	Fair trade of services and products	7	Info platform	8	HC screening	3
Info platform	28	Info platform	8	Info platform	7	Family pharmacist	8	Family pharmacist	3
Patient's data platform	22+/- 3	Family pharmacist	7	HC screening	7	Excessive Medicines & Med device mgt.	7	Patient's data platform	3
Fair trade of services and products	21	Patient's data platform	7	Patient's data platform	5	Fair trade of services and products	4	Fair trade of services and products	2
Product procurement	N/a	Product procurement	N/a	Product procurement	N/a	Product procurement	N/a	Product procurement	N/a

เมื่อพิจารณาจากคะแนนต่างๆที่ได้ อาจแบ่งกลุ่มงานเภสัชกรรมเป็นสามกลุ่มตามตารางที่ 17 ดังนี้

- 1.กลุ่มที่มีศักยภาพ คือ กลุ่มที่มีคะแนนรวมสูง และมีคะแนนในแต่ละข้อย่อยสูง
- 2.กลุ่มที่น่าสนใจ คือ กลุ่มที่มีคะแนนรวมสูง แต่คะแนนข้อย่อยบางเรื่องมีคะแนนที่ห่างจากข้ออื่น
- 3.กลุ่มที่เป็นไปได้ คือ กลุ่มที่มีคะแนนรวมน้อยกว่ากลุ่มอื่น แต่ข้อย่อยบางข้อมีคะแนนที่น่าสนใจ

ตารางที่ 17 ลำดับความสำคัญของงานเภสัชกรรม

กลุ่ม	งานเภสัชกรรม	คะแนน					หมายเหตุ
		Total	T	M	E	R	
มีศักยภาพ (Potential - PO)	Pharmcare @phar	37 (1)	10 (1)	9 (2)	9 (1)	9 (1)	ตอบสนอง need ผู้ป่วยเรื่องความไม่รู้ ขาดข้อมูล
	Easy access	35 (2)	10 (1)	10 (1)	9 (1)	6 (3)	ตอบสนอง need ผู้ป่วยเรื่องเวลา และ ค่าใช้จ่าย แต่มีปัญหาเชิงนโยบาย
	Excessive med. mgt	33 (3)	9 (2)	8 (3)	7 (3)	9 (1)	ตอบสนอง need ผู้ป่วยเรื่องความไม่รู้ ขาดข้อมูล ค่าใช้จ่าย
น่าสนใจ (Interesting - I)	Pharmcare@ home	33 (3)	8 (3)	8 (3)	8 (2)	8 (2)	ตอบสนอง need ผู้ป่วยเรื่องความไม่รู้ ขาดข้อมูล ค่าใช้จ่าย
	HC screening	29 (4)	10 (1)	7 (4)	9 (1)	3 (5)	ตอบสนอง need ผป แต่มีปัญหาเชิง นโยบาย ถ้าจะปฏิบัติในวงกว้าง
	Family pharmacist	28 (5)	7 (4)	10 (1)	8 (2)	3 (5)	Marketing คะแนนสูง แต่เป็นเรื่องใหม่ ต้องทำความเข้าใจ
เป็นไปได้ (Probable- P)	Info platform	28 (5)	8 (3)	7 (4)	8 (2)	5 (4)	ตอบสนอง need ผู้ป่วยเรื่องความไม่รู้ ขาดข้อมูล
	Pt data platform	22+/-3 (6)	7 (4)	5 (5)	7+/-3 (1/4)	3 (5)	เป็นงานเสนอใหม่โดย ผป จาก ประสบการณ์จากต่างประเทศ
	Fair trade of services and products	21 (7)	8 (3)	7 (4)	4 (4)	2 (6)	ตอบสนอง need ผู้ป่วยเรื่องคุณภาพ และความสมประโยชน์ด้านราคา
	Product procurement	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	เพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่ม เฉพาะ

หมายเหตุ คะแนนเทคนิค (T) ไม่ต่างกันมากเมื่อเทียบกับ ข้อ (M)(E)(R)

บทที่ 5

ข้อเสนอความเป็นไปได้ของการมี SE ด้านเภสัชกรรมและแนวทางการจัดตั้ง

ข้อเสนอในบทนี้ได้จากการสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสารและการสอบถามผู้เกี่ยวข้อง มาจัดทำเป็นข้อเสนอ 5 แนวทาง แล้วนำมาสอบทาน (triangulate) กับ (key persons) 18 คน เพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอให้เหลือ 3 แนวทาง ก่อนนำมาสังเคราะห์เป็นสรุปข้อเสนอเพียง 2 แนวทาง ข้อเสนอมีเนื้อหา ประกอบด้วย 6 ส่วนใหญ่ ๆ คือ

- 5.1 ข้อเสนอรูปแบบวิสาหกิจเพื่อสังคมจากข้อมูลต่างๆ
- 5.2 ความเห็นผู้เชี่ยวชาญต่อการจัดตั้งวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม
- 5.3 ข้อเสนอรูปแบบการจัดตั้งวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม 3 รูปแบบ
- 5.4 ข้อเสนอ 2 รูปแบบของวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม
- 5.5 การบริหารธุรกิจ
- 5.6 วิจารณ์ผลและข้อเสนอแนะ

โดยมีรายละเอียดแต่ละส่วนดังต่อไปนี้

5.1 ข้อเสนอรูปแบบวิสาหกิจเพื่อสังคมจากข้อมูลต่างๆ

ในภาพรวมผู้ทำงานเห็นว่าควรใช้การบริหารจัดการแบบหลอมรวม (Embedded SE) คือ การดำเนินงานทางสังคมเป็นองค์เดียวกับการดำเนินธุรกิจ เป็นวิสาหกิจเพื่อสังคมที่สามารถสร้างรายได้ให้ตนเองได้แบบยั่งยืน

เมื่อนำบริการเภสัชกรรมรูปแบบต่างๆ มาวิเคราะห์กับรูปแบบของ วิสาหกิจเพื่อสังคม พบว่า บริการเภสัชกรรมทุกหัวข้อเป็นการตอบสนองความจำเป็น (need) ของสังคม ซึ่งเป็นหัวข้อที่เหมาะสมกับรูปแบบวิสาหกิจเพื่อสังคม แบบ Social need model และในบริการบางรูปแบบมีเรื่อง Fee for Service Model ร่วมด้วย แต่เมื่อนำข้อมูลอื่นๆ มาร่วมพิจารณา จะเห็นว่าในบางบริการเภสัชกรรม จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบายด้วย เช่น เรื่อง Easy access ที่ระบบปกติยังจำกัดให้การจ่ายยาตามใบสั่งยา การเติมยาตามใบสั่งยา และการดูแลการเจ็บป่วยเล็กน้อย ให้อยู่กับสถานบริการ แต่ไม่รวมถึงร้านยาตามที่ได้รับบริการต้องการ ผู้ทำงานจึงเพิ่ม SE model แบบ Market linkage Model และเพิ่มรูปแบบการฝึกอบรมซึ่งในที่ประชุมมีการกล่าวถึงในหลายวาระ ทั้งการฝึกอบรมเภสัชกรให้ความรู้และมาตรฐานการทำงานระดับเดียวกัน การฝึกอบรมให้ความรู้กับบุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย และผู้สนใจดูแลสุขภาพ แต่ไม่ได้ถูกสะท้อนเป็นรูปแบบบริการเภสัชกรรม ดังนั้นผู้ทำงานจึงกำหนดให้มีการพัฒนาและฝึกอบรม เพิ่มเป็นอีกงานหนึ่งในวิสาหกิจเพื่อสังคม กลุ่ม Social Need Model ดังนั้น งานเภสัชกรรมทั้งหมดจะจัดกลุ่มตามแสดงในตาราง 17

นอกจากการจัดกลุ่มงานเภสัชกรรมตามความเป็นไปได้ในการจัดตั้ง (มีศักยภาพ น่าสนใจ และเป็นไปได้) เมื่อพิจารณา ระดับความยากง่ายของงานเภสัชกรรมแต่ละหัวข้อ อาจแบ่ง Product ที่ได้รับความสนใจจากที่ประชุมเป็นสามกลุ่มใหญ่ คือ

- **กลุ่มงานที่ต้องทำเป็นนโยบายระดับประเทศ** ได้แก่ Easy access (จ่ายและเติมยาตามใบสั่งยา ดูแลการเจ็บป่วยเล็กน้อย), HC screening, Patient's data platform, Fair trade of services and products, Product procurement

- **กลุ่มงานที่ต้องลงทุนมากต้องมีระบบบริหารจัดการที่ดี** ได้แก่ Excessive management of medicines and medical devices

- กลุ่มงานที่ทำในระดับบุคคลหรือหน่วยให้บริการ ได้แก่ PharmCare@pharmacy, PharmCare@home, Family pharmacist, Information platform

ดังนั้น หากนำเรื่องการจัดกลุ่ม ระดับงานและรูปแบบวิสาหกิจเพื่อสังคมที่น่าจะเป็น มาวิเคราะห์ร่วมกัน จะสามารถจัดแบ่งกลุ่มได้ตามตารางที่ 18

ตารางที่ 18 การจัดกลุ่มงานบริการเภสัชกรรม ความน่าสนใจ ระดับของงาน และรูปแบบของวิสาหกิจเพื่อสังคม

กลุ่มงาน เภสัชกรรม	งานเภสัชกรรม	ระดับงาน	รูปแบบของวิสาหกิจเพื่อสังคม (SE model)				
			Market linkage (ML)	Fee for services (FFS)	Social need (services) (SN)	Social need (products) (SN)	Social need (info, knowledge) (SN)
มีศักยภาพ (Potential - PO)	PharmCare@phar	หน่วยงาน หรือบุคคล		/	/		
	Easy access (fill and refill prescriptions, minor illness care)	ประเทศ	/ (services)				
	Excessive mgt of medicines and medical devices	ลงทุนมาก และต้องการระบบบริหารจัดการที่ดี	/ (products)	/		/	/
น่าสนใจ (Interesting - I)	PharmCare@home	หน่วยงาน หรือบุคคล		/	/		
	HC screening	ประเทศ , หน่วยงาน หรือบุคคล	/	/	/		/
	Family pharmacist	หน่วยงาน หรือบุคคล		/	/		
เป็นไปได้ (Probable- P)	Info platform	หน่วยงาน หรือบุคคล					/
	Pt's data platform	ประเทศ	/				/
	Fair trade of services and products	ประเทศ	/ (info)	/			/
	Product procurement	ประเทศ	/ (products)	/		/	

เมื่อนำข้อมูลจากตารางที่ 18 จัดกลุ่มใหม่โดยแบ่งตามกลุ่มงานเภสัชกรรม พบว่าจะมีรูปแบบการดำเนินการของวิสาหกิจเพื่อสังคม ได้ 5 รูปแบบ คือ SE1 – SE 5 โดยแต่ละรูปแบบของวิสาหกิจเพื่อสังคม จะมีหน้าที่หลักในการทำงานแตกต่างกัน ตามรายละเอียดในตารางที่ 19 ซึ่งวิสาหกิจเพื่อสังคมนั้นมีรูปแบบต่างๆ นี้ จะนำไปถามความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญว่าหารูปแบบที่เหมาะสม 3 รูปแบบ

ตารางที่ 19 วิสาหกิจเพื่อสังคม 5 รูปแบบแบ่งกลุ่มตามหน้าที่หลัก

ชื่อ/ รูปแบบ	หน้าที่หลัก	บริการเภสัชกรรม/ระดับศักยภาพ
SE1 (ML,FFS)	เจรจาต่อรองเพื่อให้บรรลุผลระดับนโยบายระดับประเทศ	Easy access (Fill prescription, refill prescription, minor illness care) (PO), Health Care screening (I)
SE2 (SN,FFS)	จัดหาและบริหารผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เป็นช่องว่างในตลาด (เช่น โรคที่หายาก ยาจำเป็นที่มีปริมาณการใช้น้อย ยาสำหรับกลุ่มคนชายขอบฯ, การบริหารยาและเครื่องมือแพทย์เหลือใช้ – reuse , การสร้างความมั่นใจเรื่องคุณภาพสินค้า คุณภาพบริการ และราคา)	Product procurement (P), Excessive medicines and medical devices management (PO), Fair trade of services and products (I)
SE3 (SN,FFS)	อบรมให้ความรู้ ขยายอุปกรณ์เสริมการบริการ และจัดหางาน	Training , employment, technical equipment supply
SE4 (SN)	จัดทำ IT platform (ข้อมูลผู้ป่วย, ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ยา, การให้บริการเภสัชกรรม ฯ)	Patients' data platform (I), information platform (I)
SE5 (SN,FFS)	ให้บริการเภสัชกรรมรายบุคคลและครอบครัว (แก้ไขปัญหา ให้คำปรึกษา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และคัดกรองโรค)	Pharmcare (home – I), pharmacy-PO), Family pharmacist (I), Health Care screening(I)

5.2 ความเห็นผู้เชี่ยวชาญต่อการจัดตั้งวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม

ผู้ทำงานคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 18 คน ให้มีองค์ประกอบที่หลากหลาย (ตารางที่ 20) เพื่อให้เกิดมุมมองที่แตกต่าง แล้วจึงนำข้อเสนอรูปแบบวิสาหกิจเพื่อสังคม 5 แนวทางนำไปสอบถามกับผู้เชี่ยวชาญ ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มีรายละเอียดตามตาราง 21 และ ตาราง 22

ตารางที่ 20 องค์ประกอบของผู้เชี่ยวชาญ

กลุ่ม	จำนวน	ร้อยละ
เภสัชกรนักวิชาการ	8	44.4
เภสัชกรผู้นำองค์กร	5	27.8
ผู้บริหารSE	4	22.2
บุคลากรการแพทย์อื่น	1	5.6
รวม	18	100.0

ตารางที่ 21 การจัดอันดับรูปแบบ SE Model ที่ได้รับความสนใจ

อันดับ	SE Model					จำนวนคนเลือก
	SE1	SE 2	SE 3	SE 4	SE 5	
1	3	3	5	1	1	13
2	1	3	4	2	2	12
3	2	1	1	3	3	10 (มี 1 คน เลือก SE1 และ SE5 เป็นลำดับที่ 3 เท่ากัน)
	6	7	10	6	6	

ข้อมูลการให้คะแนนของผู้เชี่ยวชาญ พบว่ามีผู้เชี่ยวชาญที่จัดอันดับครบสามอันดับ 9 คน (ร้อยละ 50) ไม่จัดอันดับ 5 คน (ร้อยละ 27.8) และจัดอันดับไม่ครบ 4 คน (ร้อยละ 22.8) น่าสังเกตว่ากลุ่มผู้ไม่จัดอันดับ 4 คนใน 5 คน คือกลุ่มคนที่ทำงาน วิชาชีพเพื่อสังคม ในปัจจุบัน

ความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในขั้นต้นที่เห็นว่าทุกรูปแบบไม่น่าหาเลี้ยงตัวเองได้ และมีความเห็นว่า “ ควรสร้าง วิชาชีพเพื่อสังคม ให้ทำงานแบบ Certify body ให้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในรูปแบบของสำนักงาน รับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ) ที่ทำงานรับรองโรงพยาบาล (HA – Hospital Accreditation) ” และ “ ผู้บริหารงานที่มี ศักยภาพในการบริหารเพื่อให้องค์กรอยู่รอดนั้น หาได้ยากมาก และการที่จะดำเนินงานให้อยู่รอดในระยะยาวนั้นยังเป็นสิ่งที่ ยากมาก ” แต่มีผู้เชี่ยวชาญอีกส่วนหนึ่งที่เห็นว่า รูปแบบและเนื้อหาของวิชาชีพเพื่อสังคม ทั้ง 5 รูปแบบมีโอกาสเป็นไปได้ ทั้งหมด และในท้ายสุดอาจต้องนำทั้ง 5 รูปแบบมาผสมผสานกัน

ในระยะเริ่มต้นของการทำงานจริง การจะเลือกรูปแบบใด ขึ้นอยู่กับทีมงานที่ร่วมงานกันว่ามีความถนัดและใจรัก งานแบบใด ตัวตัดสินอีกเรื่องที่ผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานวิชาชีพเพื่อสังคมให้ความเห็นคือ “ให้ลองประเมินค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะ ค่าบริหาร จะได้พอมองเห็นว่าต้องทำรายได้แค่ไหนถึงจะคุ้มทุน ในระยะยาว เราจะเห็นภาพของกิจการที่จะทำว่า มัน สอดคล้องกับความเป็นตัวเราแค่ไหน ”

วิชาชีพเพื่อสังคมที่ถูกจัดอันดับนั้น รูปแบบที่ได้คะแนนสูงสุดทั้งในการเลือกอันดับ 1 และคะแนนรวม คือ SE 3 ที่เป็นงานด้านฝึกอบรม รูปแบบที่ถูกเลือกเป็นอันดับ 1 รองลงมา คือ SE 1 และ SE2 ซึ่งได้คะแนนเท่ากัน (3 คะแนน) แต่ SE2 ได้คะแนนรวมสูงกว่าหนึ่งคะแนน ส่วน SE4 และ SE5 ได้คะแนนทุกอย่างเท่ากัน โดยมีผู้เลือกให้เป็นอันดับหนึ่งเพียง 1 คะแนน แต่หากพิจารณาคะแนนต่างๆ ดูเหมือนว่า ในความเห็นของผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่าวิชาชีพเพื่อสังคมนรูปแบบ ต่างๆมีความเป็นไปได้ใกล้เคียงกัน ดังจะเห็นได้จากข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในตาราง 22 ที่แสดงถึงข้อดีและข้อด้อยของ วิชาชีพเพื่อสังคมนในแต่ละรูปแบบ

ตารางที่ 22 ข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อ SE 5 รูปแบบ

รูปแบบ	ข้อดี	ข้อด้อย
SE1	- ต้นทุนน้อย, ง่ายที่สุด - ไม่ซับซ้อน อาจต้องหาบริษัทที่ดำเนินการอยู่ แล้วและต้องการสร้างภาพลักษณ์องค์กรด้าน สังคมของตนเอง มาร่วม	- ต้องมีผู้เชี่ยวชาญและมีพลังต่อรอง ซึ่งหายาก - รายได้ไม่แน่นอน บริหารยาก และอาจไม่ยั่งยืน (margin ที่จะได้ ถูกกำหนดโดยองค์กรผู้ให้บริการ หรือผู้ซื้อบริการ วิชาชีพเพื่อ สังคม ไม่น่าจะสามารถกำหนดมูลค่าเองได้) - เกสซ์กรมีอำนาจต่อรองน้อย - ไม่ต้องลงทุนมาก ลงแต่แรง

รูปแบบ	ข้อดี	ข้อด้อย
SE2	<ul style="list-style-type: none"> -เป็นรูปธรรมมากกว่า SE อื่น -เป็นเรื่องที่เกสรคุ้นเคย -ถ้าหา niche market ได้ น่าจะเป็นธุรกิจได้ (เช่น ลูกอมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน) -มีช่องทางขายได้ แต่ต้องมีทีมงานที่มีทักษะการตลาด การขาย และการบริการ รวมทั้งต้องวิเคราะห์ตลาดได้ถูกต้อง -มีช่องว่างของผลิตภัณฑ์ที่ตลาดยังต้องการ เช่นพวก device ที่ช่วยให้เกิดการใช้จ่ายดีขึ้นที่ตัดเม็ดยา 	<ul style="list-style-type: none"> -ความเชื่อถือ -ของที่มีอยู่แล้วในตลาดมีมาก ต้องสร้างความต่าง -แข่งกับตลาดออนไลน์ซึ่งสร้างปัญหาเรื่องคุณภาพ ความน่าเชื่อถือ -หากต้องพึ่งผู้บริหารระดับสูง มีความเสี่ยงสูงเรื่องความต่อเนื่อง -ความต้องการน่าจะน้อย -เป็นงานเฉพาะ ต้องมีทีมงานที่มีทักษะการตลาด การขาย และการบริการ รวมทั้งต้องวิเคราะห์ตลาดได้ถูกต้อง - ต้องทำ scale ใหญ่ (ต้องสร้าง supply chain, logistics, และการบริหารจัดการอื่นๆ) จึงเป็นความเสี่ยงมาก (red ocean) สายป่านและขีดความสามารถจะสู้กับคู่แข่งได้หรือไม่ เว้นแต่ต้อง positioning ตัวเองเจาะกลุ่มเฉพาะ มีเป้าหมายชัดเจนต้องดู return จากกลุ่ม niche market ว่า return จะเพียงพอให้อยู่รอดได้หรือไม่ -เคยมีกลุ่มเกสรรวมกันจัดหาและกระจายสินค้าให้ร้านยา แต่ทำได้ไม่นานก็ยุติเนื่องจากปัญหาคิดไม่ตรงกัน ปัจจุบันการขายเน้นการลดราคา ถ้าปริมาณไม่มากก็ได้กำไรน้อย -ใช้เงินลงทุนสูง ไม่เหมาะกับสภาพเศรษฐกิจปัจจุบัน
SE3	<ul style="list-style-type: none"> -ใช้ประโยชน์ได้จริง ถ้าเบิกได้น่าจะมีคนสนใจมาก -มีความถนัด เริ่มต้นไม่ยาก ความเสี่ยงต่ำ ลงทุนน้อยเทียบกับรูปแบบอื่นๆ -หาเครือข่ายวิชาการเพื่อเสริมสร้าง ความน่าเชื่อถือไม่ยาก -นางานอื่นๆมาเสริมได้ เช่นจัดหาเกสร -ใช้สร้างภาพลักษณ์เพื่อนำไปสู่งานอื่นๆได้ เช่น SE 5 (ตัวอย่างเช่น Thai Health Academy ของ สสส.) 	<ul style="list-style-type: none"> -คู่แข่งในตลาดมาก ต้องสร้าง "จุดเด่น" ให้ได้ -เกสรไม่ค่อยมาอบรมเพราะปิดร้านนานไม่ได้ -การเป็นตัวกลางจัดหางานอาจทำไม่ค่อยได้ เพราะเกสรและร้านยามีทางติดต่อกันได้ โดยไม่ต้องผ่านตัวกลาง -มีตัวอย่างการสอนหลักสูตร care giver ซึ่งกรมอนามัยกับกระทรวงแรงงานรับรองให้คณะพยาบาลศาสตร์อบรม เมื่อเรียนจบแล้วส่งทำงานที่ Nursing Care (ซึ่งมาทำ sub contract ไว้) เป็นรูปแบบที่มีต้นทุนไม่สูง
SE4	<ul style="list-style-type: none"> -ใช้คนน้อย ลงทุนน้อย จัดตั้งเป็นนิติบุคคลง่าย -ข้อมูลที่น่าเชื่อถือหาไม่ยาก -มีเครือข่ายวิชาการสนับสนุน -ประโยชน์เห็นชัดเจน หา sponsor ไม่ยาก -น่าสนใจ เพราะมีการนำ big data ไปจัดการกลุ่มที่สนใจเรื่องสุขภาพ อาจเลือกกลุ่มเฉพาะ 	<ul style="list-style-type: none"> -คนยังขาดความรู้ว่าจะเชื่อได้หรือเชื่อไม่ได้ จึงเลือกแหล่งที่น่าเชื่อถือไม่ได้ -หาบุคลากร IT ที่อยู่นานๆยาก -การลงทุน และการบำรุงรักษา ยิ่งถ้าทำเป็นด้านวิชาการมีค่าใช้จ่ายสูง(เคยเห็นตัวอย่าง จาก 1.2 ล้านบาท ต้องเพิ่มอีก 2.5 ล้านบาท รวมเป็น 3.7ล้านบาท)

รูปแบบ	ข้อดี	ข้อด้อย
	<p>เช่น เบาหวาน ฯ นำสนใจกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นหลายโรค ระยะแรกอาจไม่คุ้มทุน แต่ระยะยาว น่าจะมีคนมากและคุ้มทุน</p> <p>-อาจใช้เป็นตัวนำไปสู่งานอื่นๆ เช่น ทำ platform ให้ดีขึ้น แล้วแทรกคอร์ส training ,education</p>	<p>-ต้องการconnectionวิชาการ ที่เข้มแข็ง</p> <p>-ต้องมีวิธีบริหารจัดการข้อมูลให้ทันสมัย</p> <p>-คนรับบริการน่าจะเป็นกลุ่มที่มีความรู้ คนส่วนใหญ่ไม่ค่อยชอบการค้นคว้าหรืออ่านข้อมูล</p> <p>-น่าจะแข่งความน่าเชื่อถือกับหน่วยงานรัฐได้ยาก</p>
SE5	<p>-กลุ่มเป้าหมายชัดเจน</p> <p>ควรเลือกบริการที่ตรงกับนโยบาย เช่น ผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (คิดค่าบริการเป็น package)</p> <p>- เชื่อมกับ SE 3 ได้</p> <p>-ชอบเพราะเป็นการให้บริการแบบ face to face และเราสามารถตั้งราคาได้ตามประเภทของบริการ และอาจขายบริการแบบนี้ให้ประกัน เช่น สปสช</p> <p>Kitti - คิดว่า SE5 ตอนนี้อย่างไม่พร้อม ต้องมี expert เฉพาะด้านพอสมควร การเริ่มต้นกิจการน่าจะยาก ...”คนให้เงินทุนเริ่มต้น ก็ต้องมีอะไรเสริมภาพลักษณ์ขององค์กรเช่น มูลนิธิเกษม ปังศรีวงศ์, โรงงานเภสัชกรรม ชุมชน ฯ</p>	<p>-รูปแบบน่าสนใจ แต่ขอบเขตกว้าง อาจต้องสำรวจความต้องการ</p> <p>-ยังไม่มี demand มากพอ “ SE5 มีปัญหาที่ demand ยังไม่เกิดเนื่องจากประชาชน ยังไม่รู้ว่าเค้าไม่รู้อะไร รวมทั้งผู้จ่ายเงินที่เป็นเอกชน จะเลือกบริการด้านอื่นที่เสริมสร้างภาพลักษณ์องค์กรมากกว่าเลือกด้านสุขภาพของพนักงาน ต้องcreate demand ให้ได้ก่อนบริการที่เป็นรูปธรรมมากที่สุดที่ผู้ซื้อบริการจะยอมจ่ายมากที่สุด คือเลิกบุหรี่ รองลงมาคือ เยี่ยมบ้าน”</p> <p>-จะทับซ้อนกับบริการปฐมภูมิใหม่ ----ฝ่ายนโยบายอาจไม่เห็นความสำคัญของการเภสัชกร ยังเห็นว่าพยาบาลสามารถดูแลเรื่องยาได้</p> <p>-เภสัชกรน่าจะเข้าไม่ถึงศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ และกำลังคนของเภสัชกรในปัจจุบันน่าจะหาได้ยากที่ต้องการให้บริบาลผู้ป่วยโดยตรง</p>

5.3 ข้อเสนอรูปแบบการจัดตั้งวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม 3 รูปแบบ

เมื่อพิจารณาจากข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ประกอบกับศักยภาพของบริการเภสัชกรรมกลุ่มต่างๆ จึงสรุปเป็นข้อเสนอรูปแบบการจัดตั้งวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม เป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

รูปแบบที่ 1

ผู้ทำงานเห็นว่าบริการเภสัชกรรมหลายเรื่องที่น่าเสนอจำเป็นและสำคัญ จำเป็นต้องมีองค์กรกลางเพื่อประสานและเจรจาระหว่างผู้เกี่ยวข้องในระดับประเทศอย่างต่อเนื่อง และจริงจัง เพื่อให้บริการเภสัชกรรมที่ต้องการเกิดได้จริงในวงกว้าง สามารถขยายการปฏิบัติงานจากแหล่งให้บริการเดิม และเกิดการบริการใหม่ ได้แก่งาน Easy access และ HC screening ซึ่งปัจจุบันยังเป็นงานที่ยังจำกัดอยู่เฉพาะในโรงพยาบาลทำให้ผู้รับบริการต้องเสียเวลารอนานและเกรงใจที่จะซักถามข้อสงสัยต่างๆ งานอีกส่วนหนึ่งเป็นงานระดับประเทศที่ต้องใช้การเจรจาต่อรองเช่นกัน แต่เป็นงานที่ต้องลงทุนมาก และต้องมีระบบบริหารจัดการที่ดี ได้แก่งาน Excessive management of medicines and medical devices, Fair trade of services and products และ Product procurement หากมี SE ทำหน้าที่นี้โดยเฉพาะและต่อเนื่องน่าจะเพิ่มโอกาสผลักดันงานได้มากขึ้น

ในความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ข้อดีของรูปแบบนี้ คือมี “ต้นทุนน้อย แต่ต้องลงแรงมากต้องมีผู้เชี่ยวชาญและมีพลังต่อรอง ซึ่งหายาก” ผู้เชี่ยวชาญมีข้อกังวล เรื่องความไม่แน่นอนของรายได้ แต่ผู้ทำงานเห็นว่า นอกเหนือจากงานต่อรองเชิงนโยบายที่อาจใช้เวลานาน ยังมีงานอื่นๆ ที่นำมาซึ่งรายได้มากถึง 3 งาน ได้แก่ Product procurement , Excessive medicines and medical devices management และ Patients’ data platform ซึ่งทั้งสามงานได้รับคะแนนเรื่องศักยภาพและได้รับการจัดอันดับจากผู้เชี่ยวชาญในระดับที่ดี

งาน product procurement ในความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า เป็นงานที่ชัดเจน เกสซ์กรคุ้นเคย แม้จะมีคู่แข่งมาก แต่ “ถ้าหา niche market ได้ น่าจะเป็นธุรกิจได้” ซึ่งในปัจจุบัน จะเห็นว่าธุรกิจจำนวนหนึ่งสามารถเติบโตได้ โดยมุ่งไปที่จุดที่ตอบปัญหาสังคมได้ เช่น นมเปรี้ยวที่ไม่ทำให้ฟันผุ ลูกอมสำหรับปัญหาเบาหวาน ฯ ทำให้เห็นว่า ในปัจจุบัน การตลาดไม่จำเป็นต้องทำในขนาดใหญ่ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญหลายคนให้ความเห็นว่า “งานที่มีขนาดใหญ่เป็นความเสี่ยงมาก (red ocean)”

งาน Excessive medicines and medical devices management ไม่ค่อยได้รับข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญมากนัก แต่ในช่วงระดมสมอง มีผู้อภิปรายหลายคนว่าเป็นเรื่องใหม่เป็นเรื่องใกล้ตัว ที่ยังขาดผู้สนใจจริงจัง ทั้งที่มีรายงานพบปัญหามลพิษจากยาบางชนิดแล้ว ร้านยาในหลายประเทศทางยุโรป เช่น สวิสเซอร์แลนด์ ทำหน้าที่รับยาเหลือใช้ ขวดสารเคมี กระป๋องสเปรย์ ฯลฯ เพื่อส่งต่อไปยังแหล่งกำจัดขยะที่ถูกต้อง ในไทยมีรูปแบบที่ รพ. อุ่มผาง ขอรับบริจาคยาเหลือใช้ ได้รับยาจำนวนมากทีเดียว แต่ยังคงแก้ปัญหาการคัดเลือดยา ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

งาน Fair trade of services and products เป็นงานที่มีชื่อเรียกร้องจากผู้เข้าร่วมประชุมว่ายังขาดการเข้าถึงข้อมูล เพื่อให้ผู้บริโภคตัดสินใจว่าควรเลือกซื้อ เลือกใช้ผลิตภัณฑ์ใด

งาน Patients’ data platform ถือว่าเป็นแนวคิดใหม่ ในไทย แต่มีการปฏิบัติกว้างขวางที่สหรัฐอเมริกา โดยค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานได้มาจากการเชิญชวนบุคคลทั่วไปบริจาค และเงินสนับสนุนจากองค์กรการกุศล กลุ่มผู้ป่วย และค่าสมาชิก

เนื่องจากการเจรจาประสานงานกันในระดับประเทศมีความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาด้านเกสซ์กรรมดังได้กล่าวแล้ว ผู้ทำงานจึงกำหนดให้ SE รูปแบบที่ 1 เป็น SE ในรูปแบบของ Market linkage Model, Social Need Model และ Fee for Services ที่ผนวกเนื้อหาของ SE1 และ SE2 โดยมุ่งหวังให้ทำงานเชิงนโยบายระดับประเทศ

SE รูปแบบที่ 1 นี้ มีแนวทางการทำงานในลักษณะเจรจาประสานกับกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม บริษัทประกันชีวิต และสุขภาพของเอกชน และเป็นงานที่ต้องประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น มูลนิธิสิ่งแวดล้อม กลุ่มผู้ป่วยโรคเฉพาะ องค์กรด้านการคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มประชาสังคมด้านสุขภาพ รวมถึง วิชาทกิจเพื่อสังคม ที่เกี่ยวข้อง

รายได้ของ วิชาทกิจเพื่อสังคม จะมาจากค่าตอบแทนตามที่ตกลงไว้สำหรับการเจรจาต่อรอง และค่าตอบแทนจากการบริการต่างๆ

รูปแบบที่ 2

ผู้ทำงานกำหนดให้ วิชาทกิจเพื่อสังคมด้านเกสซ์กรรม รูปแบบที่ 2 นี้เป็นงานที่ตอบโจทย์ปัญหาด้านเกสซ์กรรมที่สะท้อนจากการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์ และการระดมสมอง นั่นคือการที่สาธารณชนขาดความรู้ ขาดความเข้าใจ ปัญหาเรื่องยาและคุณค่าของงานเกสซ์กรรม และยังเข้าไม่ถึงการให้บริการของเกสซ์กร และเป็นรูปแบบตามข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า “น่าจะลองหารูปแบบให้เป็นการขาย good health promotion ให้ สสส สปสช กรมบัญชีกลาง สปส ประกัน

เอกชน” ซึ่งเนื้องานที่เกี่ยวข้องทั้งหมดเป็นงานด้านวิชาชีพเภสัชกรรมที่รวมอยู่ในงานบริการเรื่อง PharmCare@pharmacy, PharmCare@home, Family pharmacist และ HC screening (เฉพาะบุคคล) เป็นงานที่สามารถดำเนินการได้ในระดับบุคคลหรือระดับหน่วยงานได้

แนวทางการทำงานกำหนดให้เป็นกลุ่มทำงานเชิงรุก เพราะสามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงจุดกับจุดอ่อนที่ประชาชนไม่ค่อยตระหนักอันตรายจากยา ไม่ค่อยมีค่านู๋จ้งงานเภสัชกรรม ฯ การเริ่มจากการแก้ปัญหาเรื่องการใช้จ่าย เพื่อให้ได้รับความสนใจในทางการตลาด ลูกค้าที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย เช่น เป็นนิติบุคคล (corporate) สามารถสนับสนุนงานนี้จากงบประมาณด้าน HR โดยใช้หลักการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่พนักงาน และการกำหนดขอบเขตงานให้แคบยังช่วยให้สามารถสรรหา และสร้างความเข้มแข็งให้กลุ่มคนที่มีใจเดียวกัน (like minded group) ทำงานให้เข้มแข็งก่อนที่จะขยายหรือพัฒนาไปสู่งานอื่น

แม้จะมีความกังวลจากผู้เชี่ยวชาญว่าการทำงานแบบนี้ “ยังไม่มี demand มากพอ มีปัญหาที่ demand ยังไม่เกิด เนื่องจาก ประชาชน ยังไม่รู้ว่าจะไม่รู้อะไร รวมทั้งผู้จ่ายเงินที่เป็นเอกชน จะเลือกบริการด้านอื่นที่เสริมสร้างภาพลักษณ์องค์กรมากกว่าเลือกด้านสุขภาพของพนักงาน ต้อง create demand ให้ได้ก่อน บริการที่เป็นรูปธรรมมากที่สุดที่ผู้ซื้อบริการจะยอมจ่ายมากที่สุด คือ เลิกบุหรี่ รองลงมาคือ เยี่ยมบ้าน” และ “เภสัชกรน่าจะเข้าไปไม่ถึงศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ และกำลังคนของเภสัชกรในปัจจุบันน่าจะหาได้ยากที่ต้องการให้บริบาลผู้ป่วยโดยตรง” แต่การทำงานในรูปแบบที่ 2 นี้ได้รับการสนับสนุนอย่างมากจากผู้ทำงาน “ กลุ่มเป้าหมายชัดเจนควรเลือกบริการที่ตรงกับนโยบาย เช่น ผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (คิดค่าบริการเป็น package)” “ใช้งานนี้เป็นทัพหน้าเชื่อมกับงานอื่นๆ” “ชอบเพราะเป็นการให้บริการแบบ face to face และเราสามารถตั้งราคาได้ตามประเภทของบริการ และอาจขายบริการแบบนี้ให้ ประกัน เช่น สปสช” แต่มีการตั้งข้อสังเกตว่า “Key success factor คือการสร้างองค์ความรู้ และสร้างความสำเร็จถือในตลาดก่อน จึงเริ่มขายสินค้าและบริการ”

การทำงานของวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม ในรูปแบบที่ 2 นี้จะเป็นรูปแบบของ Social Need Model และ Fee for Service ที่ทำงานในระดับหน่วยงานหรือบุคคล เป็นการให้บริการหรือค่าปรึกษาด้านเภสัชกรรมที่ขยายจากที่มีข้อเสนอให้จัดบริการเหล่านี้เป็นรายบุคคลให้แก่คนทั่วไป รวมถึงการเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ ด้านเภสัชกรรม (Health and pharmacy literacy) เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจต่อวิธีการรักษา ตอบสนองปัญหาเข้าไม่ถึงบริการเภสัชกรรม ขาดความรู้ ลดหรือป้องกันปัญหาการใช้จ่าย สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย (Behavior modification) การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Good health promotion) รวมถึงการให้บริการคัดกรองความเจ็บป่วยเบื้องต้น (Health care screening)

ระยะเริ่มต้นของวิสาหกิจเพื่อสังคม อาจเริ่มจากสร้างกลุ่มเภสัชกรที่มีองค์ความรู้ที่เหมาะสมและเป็นมาตรฐานติดต่อทำการตลาดเชิงรุกกับหน่วยงานเอกชน เช่น บริษัท ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ หรือหน่วยงาน เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บริษัทประกันสุขภาพเอกชน สำนักงานประกันสังคม ฯลฯ บริการในระยะแรกเป็นงานให้ค่าปรึกษาหรือแก้ไขปัญหาด้านเภสัชกรรมที่ให้บริการได้ที่หน่วยงาน รวมถึงการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น เลิกสูบบุหรี่ ส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การบริโภคสำหรับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไต และการคัดกรองความเจ็บป่วยเบื้องต้น ระดับบุคคล

ในระยะต่อไปจึงขยายงานไปสู่บริการ PharmCare@pharmacy, PharmCare@home, Family pharmacist โดยวิสาหกิจเพื่อสังคมประสานงานสร้างเครือข่ายกับเภสัชกรร้านยาเพื่อดูแลเรื่องมาตรฐานการให้บริการ ผู้สนใจจะไปรับบริการที่ร้านยากลุ่มดังกล่าว ซึ่งจะให้บริการที่ลงลึกกว่าการพบปะหรือที่ทำงาน เพราะเภสัชกรร้านยาจะสามารถยืดหยุ่น

เรื่องเวลาได้ดีกว่า และยังขยายไปถึงบุคคลอื่น ๆ นอกเหนือจากผู้ที่เป็นลูกค้าของบริษัท เช่นครอบครัวของลูกค้าที่อาจเป็นผู้ป่วยติดบ้าน หรือติดเตียงซึ่งเดิมอาจเข้าไม่ถึงบริการ

รายได้ของ วิสาหกิจเพื่อสังคมจะเป็นค่าตอบแทนการให้บริการ

รูปแบบที่ 3

วิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม ในรูปแบบที่ 3 นี้เป็นการทำงานเรื่องการฝึกอบรม ให้ความรู้วิชาการ รวมถึงการจัดหางานให้เภสัชกร ซึ่งเป็นรูปแบบที่ได้คะแนนสูงสุด ทั้งคะแนนที่ถูกเลือกในอันดับ 1 และคะแนนรวม ทั้งห่างจาก SE รูปแบบอื่น ความเห็นสนับสนุนส่วนใหญ่ของผู้เชี่ยวชาญอยู่ในประเด็นความสามารถสร้างทีมวิทยากรที่น่าเชื่อถือ คนทั่วไปรับรู้ได้ถึงคุณประโยชน์ที่จะได้รับ เป็นเรื่องที่คุณเคยจนประเมินความเป็นไปได้ ส่วนเรื่องข้อที่เป็นกังวลคือ “การมีคู่แข่งในตลาดมาก ต้องสร้าง “จุดเด่น” หรือมีแนวทางอบรมแบบใหม่ให้ได้” จนอาจยากที่จะสร้างความแตกต่างให้เป็นที่สนใจได้นอกจากเรื่องการฝึกอบรม แล้ว SE รูปแบบที่ 3 ยังผนวกกับงานของ SE 4 ในเรื่องของ Patient's data platform และ Information platform และมีเรื่องการขายอุปกรณ์ที่ส่งเสริมการให้บริการเภสัชกรรม

รายได้ของวิสาหกิจเพื่อสังคมจะเป็นค่าตอบแทนจากการฝึกอบรมหลักสูตรต่างๆ และจากการมีสปอนเซอร์ของ Information platform และ Patients' data platform

5.4 ข้อเสนอ 2 รูปแบบของวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม

ผู้ทำงานนำรูปแบบวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรมทั้ง 3 รูปแบบที่เสนอไปแล้ว มาวิเคราะห์หรือร่วมกับข้อมูลความต้องการบริการเภสัชกรรม และความเป็นไปได้ของการให้บริการเภสัชกรรมตามข้อเสนอ มีความเห็นว่ากรบริการเภสัชกรรมทั้ง 10 บริการนั้น เป็นความจำเป็น (need) ของประชาชนและมีช่องว่างการให้บริการจริง จึงเห็นควรให้คงบริการทั้ง 10 รายการไว้ และเห็นควรให้แนวทางการจัดตั้งวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรมในรูปแบบที่ 1 และ รูปแบบที่ 2 เนื่องจากเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับเนื้อหาและนำเรื่อง patients' data platform ไปผนวกในรูปแบบที่ 1 โดยพิจารณาจากระดับของการทำงานที่ต้องหารือกับหลายหน่วยงาน โดยเฉพาะประเด็น “ความลับของผู้ป่วย” และนำเรื่อง information platform ไปผนวกกับรูปแบบที่ 2 เนื่องจากเป็นงานที่มีวัตถุประสงค์สอดคล้องกัน และเนื้อหาส่งเสริมกันได้

ส่วนการทำงานเรื่องฝึกอบรมแม้จะได้รับคะแนนสูงสุด แต่ระดับคะแนนไม่ห่างจากรูปแบบอื่นๆนัก ในขณะที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นด้วยว่า จะต้องสร้างความน่าเชื่อถือ เพราะผู้จัดอบรมที่มีอยู่เดิมล้วนแต่ได้รับความน่าเชื่อถือ และมีประสบการณ์มายาวนาน เช่น คณะเภสัชศาสตร์ สมาคมวิชาชีพ สภาเภสัชกรรม ฯ ผู้ทำงานจึงเห็นว่าเรื่องการหารายได้ของวิสาหกิจเพื่อสังคม จากกรฝึกอบรมซึ่งเป็นรูปแบบที่ 3 ควรตัดออก ไม่นำไปผนวกกับรูปแบบที่ 1 หรือ รูปแบบที่ 2 ซึ่งจะทำให้การทำงานของ วิสาหกิจเพื่อสังคม สามารถพุ่งเป้าไปสู่งานเภสัชกรรมที่เป็นช่องว่างในปัจจุบันได้ชัดเจนขึ้น ทั้งนี้หากมีประเด็นหรือหัวข้อฝึกอบรมที่น่าสนใจจากการทำงาน น่าจะมีช่องทางส่งต่อความต้องการให้หน่วยฝึกอบรมต่างๆได้

ผู้ทำงานจัดทำประมาณการงบกำไรขาดทุนและการวิเคราะห์ทางการเงินของ วิสาหกิจเพื่อสังคม ด้านเภสัชกรรม เปรียบเทียบระหว่างรูปแบบที่ 1 และรูปแบบที่ 2 เพื่อให้เห็นภาพชัดเจนขึ้น ผลวิเคราะห์ทางการเงินพบว่า รูปแบบที่ 1 และรูปแบบที่ 2 มีความเหมาะสมและคุ้มค่าต่อการลงทุน แต่รูปแบบที่ 1 มีความคุ้มค่ากว่าเพราะระยะเวลาคืนทุน (DPP) สั้นกว่าของรูปแบบที่ 2 และมีค่าตัวชี้วัดความคุ้มค่าของโครงการ (NPV, IRR , BCR) มากกว่า มีรายละเอียดแสดงตามตารางที่ 23 – 35

ตารางที่ 23 การวิเคราะห์ทางการเงินเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบที่ 1 และ รูปแบบที่ 2

เรื่อง	รูปแบบที่ 1	รูปแบบที่ 2
เงื่อนไข		
รูปแบบบริษัท	เป็นบริษัทที่ไม่มีสำนักงาน จึงไม่มีต้นทุนค่าเช่าสำนักงาน ค่าอุปกรณ์สำนักงาน ค่าเสื่อมราคา ค่าจ้างทำความสะอาด และค่าน้ำ ค่าไฟ	เป็นบริษัทที่ไม่มีสำนักงาน จึงไม่มีต้นทุนค่าเช่าสำนักงาน ค่าอุปกรณ์สำนักงาน ค่าเสื่อมราคา ค่าจ้างทำความสะอาด และค่าน้ำ ค่าไฟ
เงินลงทุนเริ่มแรก	จำนวน 250,000 บาท	จำนวน 400,000 บาท
ขนาดของธุรกิจ	เป็นธุรกิจขนาดเล็ก มีพนักงาน 2 คน คือ ผู้จัดการที่ทำหน้าที่ด้านการเงินด้วย 1 คน และผู้ช่วยผู้จัดการ เงินเดือนของพนักงานเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 3 ต่อปี	เป็นธุรกิจขนาดเล็ก มีพนักงาน 6 คน คือ ผู้จัดการที่ทำหน้าที่ด้านการเงินด้วย 1 คน เกสซ์กรวิซการ 1 คน เกสซ์กรปฏิบัติการ 2 คน และ พนักงานการตลาด 2 คน เงินเดือนของพนักงานเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 3 ต่อปี
กิจกรรมหลัก	ใน 2 ปีแรก ทำหน้าที่ประสานกับหน่วยงานที่จะซื้อบริการเภสัชกรรม เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บริษัทประกันสุขภาพเอกชน เป็นต้น เพื่อให้เภสัชกรร้านยาทำบริการ Easy access (fill, refill, minor illness), HC Screening & Behavior Modification ในปีที่ 3 จะเพิ่มบริการ Product procurement , Excessive medicines and medical devices management, Fair trade of rvice&products และในปีที่ 5 มีการลงทุนเรื่อง Patients' data platform	ใน 2 ปีแรก เกสซ์กรปฏิบัติการให้บริการทบทวนปัญหาการใช้ยา บริการเลิกบุหรี่ และทำให้ความรู้แบบกลุ่มในพนักงานโรงงาน บริการดูแลการใช้ยาในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ในปีที่ 3 จะเพิ่มบริการที่เชื่อมโยงกับเภสัชกรร้านยา และในปีที่ 5 มีการลงทุนเพิ่มในเรื่อง Information platform
ประมาณการรายได้ปีที่ 1	เปอร์เซ็นต์จากงบประมาณที่ได้รับ (15%) รายได้เพิ่มขึ้น 10% ทุกปี	การทบทวนยาพนักงานในโรงงาน 1,500 รายx1000 บาท เลิกบุหรี่ 100 รายx2,000 บาท การให้ความรู้แบบกลุ่ม 1,000 รายx500 บาท ทบทวนยาโรคเรื้อรังในศูนย์ผู้สูงอายุ 50 รายx3,000บาท การส่งผู้รับบริการไปร้านยา 1,000 รายx300บาท รายได้เพิ่มขึ้น 10% ทุกปี
อัตราคิดลด	ตารางที่ 25 (ค่าเสียโอกาสของเงินทุน เท่ากับร้อยละ 7 ต่อปี อ้างอิงจากดอกเบี้ยเงินกู้ลูกค้ารายย่อยชั้นดี (MRR) ณ 21 พฤศจิกายน 2562 (ธนาคารแห่งประเทศไทย)	ตารางที่ 26 (ค่าเสียโอกาสของเงินทุน เท่ากับร้อยละ 7 ต่อปี อ้างอิงจากดอกเบี้ยเงินกู้ลูกค้ารายย่อยชั้นดี (MRR) ณ 21 พฤศจิกายน 2562 (ธนาคารแห่งประเทศไทย)

ประมาณการ ต้นทุนและ ผลตอบแทนตลอด อายุโครงการ 5 ปี	รายละเอียดตามตารางที่ 17,18,19	รายละเอียดตามตารางที่ 21,22,23
ประมาณการงบ กระแสเงินสด ตลอดอายุ โครงการ 5 ปี	รายละเอียดตามตารางที่ 20	รายละเอียดตามตารางที่ 24
ความเป็นไปได้ทางการเงิน		
NPV	3,572,728.71 บาท (ตารางที่ 25) (มีค่ามากกว่าศูนย์ แสดงว่าโครงการเหมาะสมและ คุ้มค่าต่อการลงทุน)	1,910,504.93 บาท (ตารางที่ 26) (มีค่ามากกว่าศูนย์ แสดงว่าโครงการเหมาะสมและคุ้มค่า ต่อการลงทุน)
BCR	1.59(ตารางที่ 25) (มีค่ามากกว่า 1 แสดงว่าโครงการเหมาะสมและ คุ้มค่าต่อการลงทุน)	1.17(ตารางที่ 26) (มีค่ามากกว่า 1 แสดงว่าโครงการเหมาะสมและคุ้มค่า ต่อการลงทุน)
IRR	301% (ตารางที่ 25)โครงการเหมาะสมและคุ้มค่า ต่อการลงทุน)	103%(ตารางที่ 26) (โครงการเหมาะสมและคุ้มค่าต่อ การลงทุน)
DPP (ณ อัตราคิด ลด 7%)	4 เดือน (ตารางที่ 25)	11 เดือน (ตารางที่ 26)
Sensitivity Analysis การวิเคราะห์ความอ่อนไหวของโครงการใน 2 กรณี คือ		
กรณีมีรายได้ ลดลง 10% และ ค่าใช้จ่ายคงที่	จะมีผลให้มูลค่าปัจจุบันสุทธิ (NPV)เท่ากับ 2,494,902.14 บาท (ตารางที่ 27)	จะมีผลให้มูลค่าปัจจุบันสุทธิ (NPV)เท่ากับ 581,218.20 บาท (ตารางที่ 28)
	อัตราผลประโยชน์ต่อค่าใช้จ่าย (BCR)เท่ากับ 1.41(ตารางที่ 27)	อัตราผลประโยชน์ต่อค่าใช้จ่าย (BCR)เท่ากับ 1.05(ตารางที่ 28)
	อัตราผลตอบแทนภายในจากการลงทุน (IRR) เท่ากับ 236% (ตารางที่ 27)	อัตราผลตอบแทนภายในจากการลงทุน (IRR) เท่ากับ 37%(ตารางที่ 28)
กรณีให้รายได้คงที่ และมีค่าใช้จ่าย เพิ่มขึ้น 10%	จะมีผลให้มูลค่าปัจจุบันสุทธิ (NPV)เท่ากับ 2,993,657.51บาท (ตารางที่ 27)	จะมีผลให้มูลค่าปัจจุบันสุทธิ (NPV)เท่ากับ 772.268.80 บาท(ตารางที่ 28)
	อัตราผลประโยชน์ต่อค่าใช้จ่าย (BCR)เท่ากับ 1.45 (ตารางที่ 27)	อัตราผลประโยชน์ต่อค่าใช้จ่าย (BCR)เท่ากับ 1.06(ตารางที่ 28)
	อัตราผลตอบแทนภายในจากการลงทุน (IRR) เท่ากับ 266% (ตารางที่ 27)	อัตราผลตอบแทนภายในจากการลงทุน (IRR) เท่ากับ 49%(ตารางที่ 28)
ข้อสรุป	การลงทุน ให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่าต่อการลงทุน แม้ จะเกิดกรณีมีรายได้ลดลง 10% และค่าใช้จ่ายคงที่ หรือ กรณีรายได้คงที่ และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 10%	การลงทุน ให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่าต่อการลงทุน แม้จะเกิด กรณีมีรายได้ลดลง 10% และค่าใช้จ่ายคงที่ หรือ กรณี รายได้คงที่ และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 10%

ตารางที่ 24 ประมาณการงบกำไรขาดทุนของวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเกษตรกรรม รูปแบบที่ 1

รายการ	ปีที่ 0	ปีที่ 1	ปีที่ 2	ปีที่ 3	ปีที่ 4	ปีที่ 5
รายได้						
เปอร์เซ็นต์จากงบประมาณที่ได้รับ (15%)		1,500,000	1,650,000	1,815,000	1,996,500	2,196,150
จากการให้Product procurement , Excessive med.mgt,Fair trade of services and products		0	0	500,000	550,000	605,000
จากการบริจาค		200,000	220,000	242,000	266,200	292,820
รวมรายได้		1,700,000	1,870,000	2,557,000	2,812,700	3,093,970
ค่าใช้จ่าย						
ต้นทุนคงที่การลงทุน	207,000					
ต้นทุนคงที่การดำเนินการ		865,000	1,190,560	1,316,883	1,443,993	2,471,903
ค่าเสื่อมราคา		0	0	0	0	0
ต้นทุนผันแปร						
ค่าส่งเสริมการขาย		0	0	12,500	13,750	15,125
รวมรายการจ่าย	207,000	865,000	1,190,560	1,329,383	1,457,743	2,487,028
กำไรสุทธิ	-207,000	709,750	679,440	1,227,617	1,354,957	606,942

งบประมาณที่คาดว่าจะได้ในปีที่ 1 =10,000,000 บาท

ปีที่ 2 -5 จัดเป็น SE ได้ลดหย่อนภาษีเงินได้ 15%

รายได้เพิ่มขึ้น 10% ทุกปี, ค่าจ้างเพิ่มขึ้น 3% ต่อปี

บริษัทไม่มีสำนักงาน จึงไม่มีต้นทุนค่าสำนักงานและอุปกรณ์สำนักงาน ค่าเสื่อมราคา

ตารางที่ 25 ประมาณการต้นทุนคงที่ในปีที่ 0-5 ของ วิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม รูปแบบที่ 1

ที่	รายการ	ค่าใช้จ่ายในปีที่ n (บาท)					
		ปีที่ 0	ปีที่ 1	ปีที่ 2	ปีที่ 3	ปีที่ 4	ปีที่ 5
1	ค่าจัดทำระบบสารสนเทศและติดตั้ง	200,000					
2	ค่าจัดทำป้ายชื่อบริษัท	5,000					
3	ค่าธรรมเนียมก่อตั้งบริษัท	2,000					
4	ค่าจ้างผู้จัดการ-การเงิน		480,000	494,400	509,232	524,508	540,240
5	ค่าจ้างผู้ช่วยผู้จัดการ		360,000	370,800	381,924	393,384	405,180
8	ค่าพัฒนาระบบสารสนเทศ		0	300,000	400,000	500,000	0
9	ค่าจ้างทำ Patients'data platform		0	0	0	0	1,500,000
10	ค่าจ้างทำบัญชี		5,000	5,000	5,000	5,000	5,000
11	ค่าประกันสังคม		18,000	18,360	18,727	19,101	19,483
12	ค่าภาษีป้าย		2,000	2,000	2,000	2,000	2,000
	รวม	207,000	865,000	1,190,560	1,316,883	1,443,993	2,471,903

ตารางที่ 26 ประมาณการต้นทุนผันแปรของปีที่ 1-5 ของ วิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม รูปแบบที่ 1

รายการ	ต้นทุนผันแปร ต่อยอดขาย (ร้อยละ)	ปีที่1		ปีที่2		ปีที่3		ปีที่4		ปีที่5	
		ยอดขาย	ต้นทุนผันแปร	ยอดขาย	ต้นทุนผันแปร	ยอดขาย	ต้นทุนผันแปร	ยอดขาย	ต้นทุนผันแปร	ยอดขาย	ต้นทุนผันแปร
ค่าส่งเสริมการขาย	2.5	0	0	0	0	500,000	12,500	550,000	13,750	605,000	15,125
รวม			0		0		12,500		13,750		15,125

ตารางที่ 27 ประมาณการงบกระแสเงินสดของ วิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเกษตรกรรม รูปแบบที่ 1

รายการ	ปีที่ 0	ปีที่ 1	ปีที่ 2	ปีที่ 3	ปีที่ 4	ปีที่ 5
ผลตอบแทน: รายการรับ						
เงินสดยกมา		43,000	752,750	1,432,190	2,659,807	4,014,764
เงินลงทุน	250,000					
รายได้		1,700,000	1,870,000	2,557,000	2,812,700	3,093,970
รวมรายการรับ	250,000	1,743,000	2,622,750	3,989,190	5,472,507	7,108,734
ต้นทุน: รายการจ่าย						
ต้นทุนคงที่ในการลงทุน	207,000					
ต้นทุนคงที่ดำเนินการ		865,000	1,190,560	1,316,883	1,443,993	2,471,903
ต้นทุนผันแปร						
ค่าส่งเสริมการขาย		0	0	12,500	13,750	15,125
ค่าสาธารณูปโภค		0	0	0	0	0
ค่าดอกเบี้ยจ่าย		0	0	0	0	0
ภาษีเงินได้นิติบุคคล (SME)		125,250	0	0	0	0
รวมรายการจ่าย	207,000	990,250	1,190,560	1,329,383	1,457,743	2,487,028
จ่ายคืนเงินกู้(เงินต้น)		0	0	0	0	0
เงินคงเหลือยกไป	43,000	752,750	1,432,190	2,659,807	4,014,764	4,621,706
เงินสดรับรายปี	-250,000	709,750	679,440	1,227,617	1,354,957	606,942

ตารางที่ 28 ประมาณการงบกำไรขาดทุนของ วิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเกษตรกรรม รูปแบบที่ 2

รายการ	ปีที่ 0	ปีที่ 1	ปีที่ 2	ปีที่ 3	ปีที่ 4	ปีที่ 5
รายได้						
จากการทบทวนยาพนักงานในโรงงาน		1,500,000	1,650,000	1,815,000	1,996,500	2,196,150
จากการให้บริการเลิกบุหรี่		200,000	220,000	242,000	266,200	292,820
จากการให้ความรู้แบบกลุ่ม		500,000	550,000	605,000	665,500	732,050
จากการทบทวนยาโรคเรื้อรังในศูนย์ผู้สูงอายุ		150,000	165,000	181,500	199,650	219,615
จากการส่งผู้รับบริการไปร้านยา		0	0	300,000	330,000	363,000
จากการบริจาค		200,000	220,000	242,000	266,200	292,820
รวมรายได้		2,550,000	2,805,000	3,385,500	3,724,050	4,096,455
ค่าใช้จ่าย						
ต้นทุนคงที่การลงทุน	207,000					
ต้นทุนคงที่การดำเนินการ		1,715,800	2,066,776	2,219,312	2,373,407	2,928,463
ต้นทุนผันแปร						
ค่าจัดทำอุปกรณ์/สื่อ/คู่มือ		117,500	129,250	157,175	172,893	190,182
ค่าใช้จ่ายในการอบรมเกษตรกรปฏิบัติการ		47,000	51,700	62,870	69,157	76,073
ค่าส่งเสริมการขาย		58,750	64,625	78,588	86,446	95,091
ค่าคอมมิชชั่น		141,000	155,100	188,610	207,471	228,218
รวมรายการจ่าย	207,000	2,080,050	2,467,451	2,706,555	2,909,374	3,518,026
กำไรก่อนหักดอกเบี้ยและภาษี	-207,000	469,950	337,549	678,946	814,677	578,429
กำไรก่อนหักภาษี		469,950	337,549	678,946	814,677	578,429
หัก: ภาษีเงินได้นิติบุคคล (SME)		70,493	0	0	0	0
กำไรสุทธิ	-207,000	399,458	337,549	678,946	814,677	578,429

ตารางที่ 29 ประมาณการต้นทุนคงที่ในปีที่ 0-5 ของวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเกษตรกรรม รูปแบบที่ 2

ที่	รายการ	ค่าใช้จ่ายในปีที่ n (บาท)					
		ปีที่ 0	ปีที่ 1	ปีที่ 2	ปีที่ 3	ปีที่ 4	ปีที่ 5
1	ค่าจัดทำระบบสารสนเทศและติดตั้ง	200,000					
2	ค่าจัดทำป้ายชื่อบริษัท	5,000					
3	ค่าธรรมเนียมก่อตั้งบริษัท	2,000					
4	ค่าจ้างผู้จัดการ-การเงิน		480,000	494,400	509,232	524,508	540,240
5	ค่าจ้างเกษตรกรวิชาการ		360,000	370,800	381,924	393,384	405,180
6	ค่าจ้างเกษตรกรปฏิบัติการ		480,000	494,400	509,232	524,520	540,240
7	ค่าจ้างพนักงานการตลาด		360,000	370,800	381,960	393,432	405,240
8	ค่าพัฒนาระบบสารสนเทศ		0	300,000	400,000	500,000	0
9	ค่าจ้างทำ information platform		0	0	0	0	1,000,000
10	ค่าจ้างทำบัญชี		5,000	5,000	5,000	5,000	5,000
11	ค่าประกันสังคม		28,800	29,376	29,964	30,563	30,563
12	ค่าภาษีป้าย		2,000	2,000	2,000	2,000	2,000
	รวม	207,000	1,715,800	2,066,776	2,219,312	2,373,407	2,928,463

ตารางที่ 30 ประมาณการต้นทุนผันแปรในปีที่ 1-5 ของ วิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเกษตรกรรม รูปแบบที่ 2

รายการ	ต้นทุนผันแปรต่อยอดขาย (ร้อยละ)	ปีที่1		ปีที่2		ปีที่3		ปีที่4		ปีที่5	
		ยอดขาย	ต้นทุนผันแปร	ยอดขาย	ต้นทุนผันแปร	ยอดขาย	ต้นทุนผันแปร	ยอดขาย	ต้นทุนผันแปร	ยอดขาย	ต้นทุนผันแปร
		ค่าจัดทำอุปกรณ์/สื่อ/คู่มือ	5	2,350,000	117,500	2,585,000	129,250	3,143,500	157,175	3,457,850	172,892.5
ค่าใช้จ่ายในการอบรมเกษตรกร	2		47,000		51,700		62,870		69,157		76,072.7
ค่าส่งเสริมการขาย	2.5		58,750		64,625		78,587.5		86,446.25		95,090.875
ค่าคอมมิชชั่น	6		141,000		155,100		188,610		207,471		228,218.1
รวม			364,250		400,675		487,242.5		535,966.75		589,563.425

ตารางที่ 31 ประมาณการงบกระแสเงินสดของ วิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเกษตรกรรม รูปแบบที่ 2

รายการ	ปีที่ 0	ปีที่ 1	ปีที่ 2	ปีที่ 3	ปีที่ 4	ปีที่ 5
ผลตอบแทน: รายการรับ						
เงินสดยกมา		193,000	592,458	930,007	1,608,952	2,423,628
เงินลงทุน	400,000					
รายได้		2,550,000	2,805,000	3,385,500	3,724,050	4,096,455
รวมรายการรับ	400,000	2,743,000	3,397,458	4,315,507	5,333,002	6,520,083
ต้นทุน: รายการจ่าย						
ต้นทุนคงที่ในการลงทุน	207,000					
ต้นทุนคงที่ดำเนินการ		1,715,800	2,066,776	2,219,312	2,373,407	2,928,463
ต้นทุนผันแปร						
ค่าจัดทำอุปกรณ์/สื่อ/คู่มือ		117,500	129,250	157,175	172,893	190,182
ค่าใช้จ่ายในการอบรมเกษตรกรปฏิบัติการ		47,000	51,700	62,870	69,157	76,073
ค่าส่งเสริมการขาย		58,750	64,625	78,588	86,446	95,091
ค่าคอมมิชชั่น		141,000	155,100	188,610	207,471	228,218
ค่าสาธารณูปโภค		0	0	0	0	0
ค่าดอกเบี้ยจ่าย		0	0	0	0	0
ภาษีเงินได้นิติบุคคล (SME)		70,493	0	0	0	0
รวมรายการจ่าย	207,000	2,150,543	2,467,451	2,706,555	2,909,374	3,518,027
จ่ายคืนเงินกู้(เงินต้น)		0	0	0	0	0
เงินคงเหลือยกไป	193,000	592,458	930,007	1,608,952	2,423,628	3,002,056
เงินสดรับรายปี	-400,000	399,458	337,549	678,945	814,676	578,428

ตารางที่ 32 การวิเคราะห์ทางการเงินของวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเกษตรกรรม รูปแบบที่ 1

ปีที่	อัตราคิดลด7%	ผลตอบแทน	ต้นทุน	ผลตอบแทนสุทธิ	มูลค่าปัจจุบันสุทธิของผลตอบแทน	มูลค่าปัจจุบันสุทธิของต้นทุน	มูลค่าปัจจุบันสุทธิของผลตอบแทนสุทธิ
0	1	-	250,000.00	-250,000.00	0	250,000.00	-250,000.00
1	0.93	1,700,000.00	865,000.00	835,000.00	1,581,000.00	804,450.00	776,550.00
2	0.87	1,870,000.00	1,190,560.00	679,440.00	1,626,900.00	1,035,787.20	591,112.80
3	0.81	2,557,000.00	1,329,383.00	1,227,617.00	2,071,170.00	1,076,800.23	994,369.77
4	0.76	2,812,700.00	1,457,743.00	1,354,957.00	2,137,652.00	1,107,884.68	1,029,767.32
5	0.71	3,093,970.00	2,487,028.00	606,942.00	2,196,718.70	1,765,789.88	430,928.82
รวม		12,033,670.00	7,579,714.00	4,453,956.00	9,613,440.70	6,040,711.99	3,572,728.71

NPV = 9,613,440.70 - 6,040,711.99 = 3,572,728.71 บาท (ควรมากกว่าศูนย์)

BCR = 9,613,440.70 / 6,040,711.99 = 1.59 (ควรมากกว่า 1)

IRR คำนวณจากฟังก์ชันของเอกเซล = 301% (ควรมากกว่า 7%)

ระยะเวลาคืนทุน = จำนวนปีก่อนคืนทุน + เงินทุนส่วนที่เหลือ/กระแสเงินสดรับของปีที่คืนทุน

$$= 0 + 250,000/776,550 = 0.32 \text{ ปี}$$

$$= 0.32 \times 12 \text{ เดือน} = 4 \text{ เดือน}$$

ตารางที่ 33 การวิเคราะห์ทางการเงินของวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเกษตรกรรม รูปแบบที่ 2

ปีที่	อัตราคิดลด7%	ผลตอบแทน	ต้นทุน	ผลตอบแทนสุทธิ	มูลค่าปัจจุบันสุทธิของผลตอบแทน	มูลค่าปัจจุบันสุทธิของต้นทุน	มูลค่าปัจจุบันสุทธิของผลตอบแทนสุทธิ
0	1	-	400,000.00	-400,000.00	0	400,000.00	-400,000.00
1	0.93	2,550,000.00	2,080,050.00	469,950.00	2,371,500.00	1,934,446.50	437,053.50
2	0.87	2,805,000.00	2,467,451.00	337,549.00	2,440,350.00	2,146,682.37	293,667.63
3	0.81	3,385,500.00	2,706,555.00	678,945.00	2,742,255.00	2,192,309.55	549,945.45
4	0.76	3,724,050.00	2,909,374.00	814,676.00	2,830,278.00	2,211,124.24	619,153.76
5	0.71	4,096,455.00	3,518,026.00	578,429.00	2,908,483.05	2,497,798.46	410,684.59
รวม		16,561,005.00	14,081,456.00	2,479,549.00	13,292,866.05	11,382,361.12	1,910,504.93

NPV = 13,292,866.05 - 11,382,361.12 = 1,910,504.93 บาท (ควรมากกว่าศูนย์)

BCR = 13,292,866.05 / 11,382,361.12 = 1.17 (ควรมากกว่า 1)

IRR คำนวณจากฟังก์ชันของเอกเซล = 103% (ควรมากกว่า 7%)

ระยะเวลาคืนทุน = จำนวนปีก่อนคืนทุน + เงินทุนส่วนที่เหลือ/กระแสเงินสดรับของปีที่คืนทุน

$$= 0 + 400,000/437,053.5 = 0.91 \text{ ปี}$$

$$= 0.91 \times 12 \text{ เดือน} = 11 \text{ เดือน}$$

ตารางที่ 34 Sensitivity analysis ของวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเกษตรกรรม รูปแบบที่ 1

ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลง	มูลค่าปัจจุบันสุทธิ (NPV)	อัตราส่วนผลประโยชน์ ต่อค่าใช้จ่าย (BCR)	อัตราผลตอบแทน ภายในจากการลงทุน (IRR)
1.กรณีรายได้ลดลง 10% และค่าใช้จ่ายคงที่	2,494,902.14	1.41	236%
2.กรณีรายได้คงที่ และค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 10%	2,993,657.51	1.45	266%

ตารางที่ 35 Sensitivity analysis ของวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเกษตรกรรม รูปแบบที่ 2

ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลง	มูลค่าปัจจุบันสุทธิ (NPV)	อัตราส่วนผลประโยชน์ ต่อค่าใช้จ่าย (BCR)	อัตราผลตอบแทน ภายในจากการลงทุน (IRR)
1.กรณีรายได้ลดลง 10% และค่าใช้จ่ายคงที่	581,218.20	1.05	37%
2.กรณีรายได้คงที่ และค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 10%	772,268.80	1.06	49%

5.5 การบริหารธุรกิจ

5.5.1 การบริหารจัดการทั่วไป

ผู้เชี่ยวชาญหลายท่านให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการอันจะส่งผลต่อความอยู่รอดของวิสาหกิจเพื่อสังคม เนื่องจากวิสาหกิจเพื่อสังคมเป็นกิจการรูปแบบใหม่และค่อนข้างต่างจากกรอบแนวคิดของเกสซักร มีหลายความเห็นแสดงว่า “วิสาหกิจเพื่อสังคม ทั้ง 5 รูปแบบมีความสัมพันธ์กัน และเชื่อมต่อกันและในระยะยาวอาจต้องใช้ทุกรูปแบบ ในช่วงจังหวะที่ต่างกัน” จึงต้องให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการเพื่อให้ตัดสินใจเลือกจังหวะได้ถูกต้อง

“วิสาหกิจเพื่อสังคมควรมีผู้บริหารจัดการอย่างชัดเจน เป็นบุคคลผู้รับผิดชอบภาระงานขององค์กรโดยตรง หรือหากเป็นกลุ่มคน ทุกคนต้องมีส่วนร่วมอย่างจับต้องได้”

5.5.2 การเงินเพื่อเริ่มต้นธุรกิจ

ในปัจจุบัน พบว่าการเริ่มต้นธุรกิจเกิดได้หลากหลายวิธี จากการสัมภาษณ์และการทบทวนเอกสาร มีการประกอบการหลายรายที่สามารถเริ่มต้นแบบใหม่ เช่น วิสาหกิจเพื่อสังคม ชื่อ Relation Flip ทำงานเกี่ยวกับการสร้างช่องทางให้ผู้ทำงานที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น เครียด เข้าถึงนักจิตวิทยาได้ง่าย เริ่มจากเงินสนับสนุนจากการประกวด ภายใต้การสนับสนุนของบริษัท บ้านปู จำกัด (มหาชน) จำนวน 250,000 บาท และสามารถผลักดันงานบริการดังกล่าวเป็นสัญญาทำงานกับหลายบริษัท จนสามารถดำเนินงานมาได้จนถึงปัจจุบัน ซึ่งเป็นเวลาเกือบ สามปีแล้ว โดยใช้รายได้จากสัญญาเป็นค่าตอบแทน หรือ กรณีบริษัท แดรี่โฮม จำกัด ที่ร่วมงานกับคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ภายใต้การสนับสนุนของ สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (องค์การมหาชน) พัฒนาระเบิดที่ไม่ทำให้ฟันผุ ลดปัญหาสุขภาพช่องปากสำหรับเด็ก ภายใต้สโลแกน “โยเกิร์ตพร้อมดี ฟันดี ตราแดรี่โฮม สูตรไพร่ไบโอติกส์ ป้องกันฟันผุ ไม่มีน้ำตาล” ปัจจุบันเพิ่มผลิตภัณฑ์นมอัดเม็ด และแบ่งกระจายผลิตภัณฑ์สู่ชุมชน และกลุ่มเด็กด้อยโอกาสด้วย

ดังนั้น ในด้านการเงิน การจัดตั้งวิสาหกิจเพื่อสังคมอาจขอรับการสนับสนุนเงินทุนตั้งต้นแบบไม่ผูกพัน เช่น จาก งบ CSR งบ Start Up งานวิจัย สกช ฯลฯ หรือ ระดมทุนจากผู้สนใจ กลุ่มวิชาชีพเกสซักรวม ขายเป็นหุ้น ฯลฯ

อย่างไรก็ตามผู้เชี่ยวชาญส่วนหนึ่งให้ความเห็นว่าจากประสบการณ์ที่มีการขายเป็นหุ้นต้องระวังการสร้างสมดุลของการบริหารจัดการ “รูปแบบการถือหุ้นอาจเป็นความเสี่ยงได้ เช่น ถ้าให้ถือหุ้นคนละเล็กละน้อย ผู้ถือหุ้นอาจไม่สนใจเรื่องบริหารจัดการเท่าที่ควร เนื่องจากผลตอบแทนต่ำ แต่ถ้าให้มีผู้ถือหุ้นรายใหญ่น้อยราย วัตถุประสงค์อาจถูกบิดเบือนได้” และดูเหมือนจะสนับสนุนการใช้เงินทุนตั้งต้นแบบไม่ต้องผูกพัน “เงินลงทุนสามารถมาจากการร่วมลงทุนของหุ้นส่วน จากการเขียน business plan ที่ชัดเจน ให้ได้เห็นโอกาส การลงทุนเองนั้นเป็นทางเลือกที่มีความเสี่ยงสูง เสนอให้ convince องค์กรต่างๆ เพื่อขอทุนจากเงินในส่วนของ CSR เช่น องค์กรเกสซักรวม จะเป็นช่องทางที่ไม่ต้องเสี่ยงเงินในกระเป๋าตัวเอง”

5.5.3 ที่มาของรายได้ และการนำผลกำไรช่วยแก้ปัญหาด้านเกสซักรวม

5.5.3.1 รายได้ของวิสาหกิจเพื่อสังคมมาจากหลายทาง ได้แก่

- 1) จากการขายสินค้าและการให้บริการที่คิดจากหน่วยงานหรือบุคคลที่รับบริการ (พระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม พ.ศ. 2562 กำหนดให้วิสาหกิจเพื่อสังคม ต้องมีรายได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 มาจากการจำหน่ายสินค้าหรือการบริการ เว้นแต่เป็นกิจการที่ไม่ประสงค์จะแบ่งปันกำไรให้แก่ผู้เป็นหุ้นส่วน)

- 2) จากค่าสมาชิกของเครือข่ายผู้ร่วมกิจกรรม
- 3) เงินบริจาค (Donation) เงินสนับสนุน (Grant) และ อื่นๆ เช่น ดอกเบี้ย

ผลกำไรจากการดำเนินงานนั้นมีข้อกำหนดเรื่องการนำผลกำไรไปใช้เพื่อสังคม ซึ่งมีเงื่อนไขตามประกาศคณะกรรมการส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม เรื่อง เงื่อนไขการนำผลกำไรไปใช้เพื่อสังคม พ.ศ. 2562 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 7 ตุลาคม 2562 ซึ่งอาจใช้ในหลายแบบ เช่น นำไปใช้เพื่อสังคม หรือแบ่งปันกำไรให้แก่เจ้าของกิจการหรือผู้ถือหุ้น ทั้งนี้หลังจากหักส่วนที่นำไปเป็นทุนสำรอง และส่วนที่สมทบเข้ากองทุนของวิสาหกิจเพื่อสังคมแล้ว

5.5.3.2 การนำผลกำไรช่วยแก้ปัญหาด้านเกษตรกรรม

ผลกำไรนำไปใช้ได้ตามวัตถุประสงค์ของวิสาหกิจเพื่อสังคม ในกรณีของวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเกษตรกรรมหากมีวัตถุประสงค์ให้นำผลกำไรไปใช้เพื่อช่วยแก้ปัญหาด้านเกษตรกรรมอาจทำได้หลายแบบ กรณีนี้รูปแบบที่กำหนดไว้คือ แบบหลอมรวม (Embedded) นั่นคือ ภารกิจที่ดำเนินการเป็นธุรกิจเป็นอยู่อย่างเดียวกับการดำเนินงานทางสังคม เมื่อการดำเนินธุรกิจแล้วมีผลกำไร ธุรกิจจะนำผลกำไรที่ได้ไปทำกิจกรรมเพื่อสร้างผลกระทบกับสังคมตามวัตถุประสงค์ต่อไป อย่างไรก็ตาม มีงานวิชาการหลายเรื่องชี้ให้เห็นว่า ปัญหาเรื่องการใช้ยาฆ่าแมลงได้จำกัดอยู่ในวงแคบ แต่พบได้เป็นปกติในวัด ในสถานรับเลี้ยงเด็ก กลุ่มเด็กที่มีปัญหาซ้ำซ้อน กลุ่มคนด้อยโอกาส ฯลฯ ดังนั้นหากวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเกษตรกรรมดำเนินการได้ดี ผลกำไรที่ได้อาจช่วยแก้ปัญหาหรือนำเสนอปัญหาเหล่านี้ต่อสาธารณชน เพื่อการแก้ไขอย่างยั่งยืนต่อไป

5.5.4 สถานภาพของวิสาหกิจเพื่อสังคม

ในวงการเกี่ยวกับเกษตรกรรมมีหลายหน่วยงานที่ทำงานหลากหลายด้าน ทั้งที่เป็นองค์กรของรัฐ เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เกี่ยวข้องด้านคุณภาพมาตรฐาน องค์การเกษตรกรรมเกี่ยวข้องเรื่องการจัดหายาและการเข้าถึงยา สถานเกษตรกรรม เป็นองค์กรวิชาชีพ เกี่ยวข้องกับมาตรฐานบริการเกษตรกรรม คณะเกษตรศาสตร์ของมหาวิทยาลัยต่างๆ เป็นต้น และยังมีส่วนที่เป็นองค์กรภาคเอกชน เช่น สมาคมเกษตรกรรมโรงพยาบาล สมาชิกส่วนใหญ่คือเกษตรกรที่ทำงานโรงพยาบาล สมาคมเกษตรกรรมชุมชน(ประเทศไทย) สมาชิกส่วนใหญ่ทำงานร้านยา มูลนิธิเกษตรกรรมชุมชน เป็นต้น

งานของวิสาหกิจเพื่อสังคม ที่นำเสนอในรูปแบบทั้งสองรูปแบบมีงานหลายด้าน จึงน่าจะเห็นว่า วิสาหกิจเพื่อสังคม ควรผูกพันหรือเป็นเครือข่าย (affiliate) กับองค์กรใดหรือไม่ เช่นหากทำงานจัดหายาที่หายาก ซึ่งอาจต้องนำเข้าจากต่างประเทศ หากเป็นเครือข่ายกับองค์การเกษตรกรรม อาจจะสามารถสนับสนุนการทำงานได้ หรือหากทำงานเรื่องมาตรฐานและเป็นเครือข่ายกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จะเพิ่มความน่าเชื่อถือได้มาก

ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นที่หลากหลาย ซึ่งผู้ทำงานเห็นควรนำเสนอข้อคิดเห็นทั้งหมดเพื่อเป็นข้อมูลให้พิจารณา ทั้งนี้การจะเป็นเครือข่ายหรือไม่นั้น คงต้องมีการเลือกขอบเขตงาน ขนาดขององค์กร Business plan วิธีการระดมทุน ฯลฯ

“ให้วิสาหกิจเพื่อสังคมอยู่เฉยๆนั้น มองว่าเป็นสิ่งค่อนข้างยาก”

“ควรทำงานร่วมกับวิสาหกิจเพื่อสังคมอื่นๆ ที่ทำงานเชื่อมโยงกันได้ เช่น Relation Flip (ผู้ต้องการคำปรึกษาด้านความเครียด หรือสุขภาพจิต) , Young Happy (ผู้สูงอายุ)”

“เห็นด้วยที่วิสาหกิจเพื่อสังคมเป็นเครือข่ายกับ ออย. ให้ ออย. แบทช์พ ให้ ออย. สนับสนุนการทำงานของวิสาหกิจเพื่อสังคม กำกับทิศทางได้ โปร่งใส ไม่ทำให้ ออย. เสื่อมเสีย”

“วิสาหกิจเพื่อสังคมควร affiliate กับหน่วยที่มีเงินสนับสนุน มีฐานในการทำงาน และมี buffer fund มาบริหารจัดการ ตัวอย่างเช่น องค์การเภสัชกรรม ที่มีเงิน CSR ”

“วิสาหกิจเพื่อสังคมควรเป็นอิสระ เพื่อให้ทำงานคล่องตัว แต่ควรสร้างตัวเชื่อมกับองค์กรวิชาชีพ และองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้องไว้ด้วย”

“วิสาหกิจเพื่อสังคมที่จะอยู่รอดได้ ต้องเป็นองค์กรวิชาชีพที่ไม่แสวงผลกำไรที่อยู่ได้อยู่แล้ว แล้วจึงหันมาทำวิสาหกิจเพื่อสังคม”

เมื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้แนวทางของ Social Business Model Canvas จะเห็นความแตกต่างดังแสดงในตาราง 36 ทั้งนี้ หัวข้อคุณค่าของบริการต่อกลุ่มเป้าหมาย ลูกค้า และสังคม (Value proposition) หัวข้อกิจกรรมหลักในการดำเนินธุรกิจ (Key Activities) และหัวข้อแนวทางการหารายได้ของกิจการ (Revenue) มีรายละเอียดเพิ่มเติมในตาราง 36

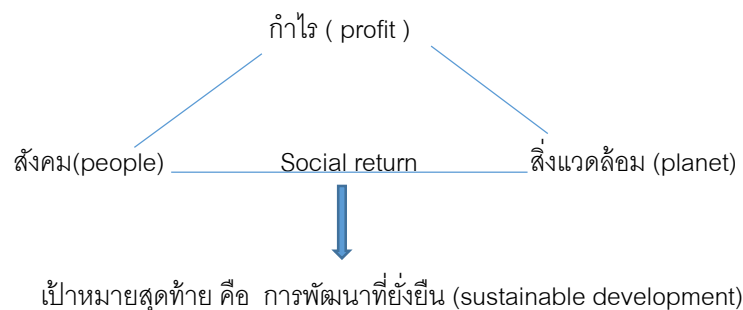
ตารางที่ 36 ข้อเสนอ วิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม 2 รูปแบบตามหัวข้อของ Social Business Model Canvas

รูปแบบ หัวข้อ	รูปแบบ	
	รูปแบบที่ 1	รูปแบบที่ 2
ประเภทของ SE	ML , SN , FFS	SN , FFS
ระดับการทำงาน (Key activities)	ประสานงานเจรจาเกี่ยวกับนโยบายระดับประเทศ และบริหารจัดการ จัดทำโครงการ ประเมินผล ประสานงาน	งานบริการให้ความรู้ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมทั้งที่ หน่วยงาน และที่ร้านยา หรือที่บ้านผู้ป่วย ให้บริการ ระดับบุคคล กลุ่มบุคคล และหน่วยงาน
งานเภสัชกรรม (Type of Intervention)	Easy access (PO), HC screening (I), Product procurement (P), Patients' data platform (P), Excessive med management (PO), Fair trade (P)	Individual health counselling (Pharmcare at pharmacy - PO , Pharmcare at home – I), Family pharmacist (I), Information platform (P)
รายได้(Revenue)	การเจรจาต่อรองและจากการให้บริการ	การให้บริการ
การบริหารผลกำไร (Surplus)	-กำไรที่ได้นำกลับไปลงทุนเพิ่มและให้บริการแก่กลุ่ม เปราะบางตามมติคณะกรรมการบริหาร -ไม่มีการจ่ายปันผลแก่ผู้ถือหุ้น	-กำไรที่ได้นำกลับไปลงทุนเพิ่มและให้บริการแก่กลุ่ม เปราะบางตามมติคณะกรรมการบริหาร -ไม่มีการจ่ายปันผลแก่ผู้ถือหุ้น
ค่าใช้จ่าย (Cost structure)	-เงินเดือนพนักงาน -ค่าจัดทำระบบบัญชี ระบบ IT และ audit -ค่าจัดทำเอกสาร -ค่าติดต่อประสานงาน	-เงินเดือนพนักงาน -ค่าจัดทำระบบบัญชี ระบบ IT และ audit -ค่าจัดทำเอกสารคู่มือ อุปกรณ์ประกอบการทำงาน สื่อให้ความรู้ -ค่าติดต่อประสานงาน -ค่าพัฒนาบุคลากรของ SE
ผู้เกี่ยวข้อง (Partners & Key Stakeholders)	หน่วยงานนโยบาย องค์กรวิชาชีพ ภาควิชาการ เครือข่ายผู้ให้บริการ กลุ่มประกันสุขภาพภาครัฐและ ภาคเอกชน	เครือข่ายผู้ให้บริการ กลุ่มประกันสุขภาพภาครัฐและ ภาคเอกชน

5.6 วิจารณ์ผลและข้อเสนอแนะ

วิสาหกิจเพื่อสังคมเป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทย เป็นการทำงานที่บูรณาการเรื่องธุรกิจกับการแก้ไขปัญหาสังคมเข้าด้วยกัน มีพระราชบัญญัติที่ว่าด้วยเรื่องนี้โดยตรงคือ พระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม พ.ศ. 2562 แต่แนวคิดเรื่องวิสาหกิจเพื่อสังคมเริ่มเข้ามาดำเนินการในประเทศไทยเกือบ 20 ปีแล้ว ดังนั้นในปัจจุบันจึงพบว่ามีกิจการจำนวนหนึ่งดำเนินการในหลักการวิสาหกิจเพื่อสังคม แต่ยังไม่ได้จดทะเบียน ด้วยเหตุผลที่หลากหลาย เช่น ไม่จำเป็น ไม่ต้องการถูกผูกมัดกับระบบ ต้องการภาพลักษณ์ของธุรกิจเพื่อดึงดูดผู้ทำงาน ฯลฯ

อย่างไรก็ตามหลักดำเนินกิจการ SE (Triple Bottom Line) มีสามองค์ประกอบหลัก คือ สังคม สิ่งแวดล้อม และผลกำไร และนำผลที่เกิดกับสังคมไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนหัวใจสำคัญของวิสาหกิจเพื่อสังคม คือการแก้ไขปัญหาของสังคมแบบยั่งยืนดังแสดงในรูปด้านล่าง



วิสาหกิจเพื่อสังคมที่ดำเนินการอยู่ในประเทศไทยช่วยแก้ปัญหาในหลายด้านเช่น รายได้ สิ่งแวดล้อม สุขภาพ ฯ แต่ยังไม่มีส่วนใดใกล้เคียงกับงานเกษตรกรรม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อดูความเป็นไปได้ของการจัดตั้ง วิสาหกิจเพื่อสังคม ด้านเกษตรกรรมที่จะทำงานเพื่อลดช่องว่างการเข้าถึงบริการเกษตรกรรม การทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์ และการระดมสมองสะท้อนปัญหาและความต้องการต่องานเกษตรกรรมในหลายด้าน ได้แก่เพิ่มการเข้าถึงบริการเกษตรกรรม ลดปัญหาการรักษาไม่ได้ผลตามแผนการรักษา ลดปัญหาอันตรายจากการใช้ยา เพิ่มความปลอดภัยการใช้ยา เพิ่มการเข้าถึงยาอย่างสมประโยชน์ ความต้องการดังกล่าวสรุปเป็นบริการเกษตรกรรมที่จำเป็น (need) และควรจัดทำในรูปแบบวิสาหกิจเพื่อสังคม 10 รายการ ซึ่งหากจัดกลุ่มบริการเกษตรกรรมตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะเห็นว่าสอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง SE Triple Bottom Line จึงเสมือนการยืนยันว่างานเกษตรกรรมทั้ง 10 รายการเป็นทิศทางที่เหมาะสมกับแนวคิดเรื่องวิสาหกิจเพื่อสังคม (ตารางที่ 37) ในขณะเดียวกัน มีผู้สะท้อนความต้องการพื้นฐานคือ ความต้องการให้มีวิสาหกิจเพื่อสังคมเป็นองค์รกรกลาง (focal point) ทำหน้าที่ประสานงานและทำงานด้าน โลจิสติกส์ การฝึกอบรม งาน IT และงานประสานงาน เพื่อเติมเต็มช่องว่างที่ร้านยาส่วนใหญ่อยู่กระจัดกระจายและทำงานแบบเดี่ยวๆ (stand alone)

ตารางที่ 37 ข้อเสนองานเภสัชกรรมทั้ง 10 งานและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (outcome)

ผลลัพธ์ที่เกิด		
เพิ่มศักยภาพประชาชน	สนับสนุนการจัดการปัญหาใหม่	เพิ่มการเข้าถึงบริการเภสัชกรรม
Information platform	Excessive medicine and medical devices management	Easy access of medication
Fair trade of services and products	Patients' data platform	PharmCare at pharmacy
Family pharmacist		PharmCare at home
Health care screening		Product procurement

ข้อเสนอต่าง ๆ นั้น เมื่อนำมาประมวลและสอบถามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ สามารถจัดทำเป็นข้อเสนอรูปแบบการจัดตั้ง วิชาทีกเพื่อสังคม 2 รูปแบบ ที่มีเนื้อหาการทำงานต่างกัน รูปแบบที่ 1 เป็น วิชาทีกเพื่อสังคม ที่ทำงานระดับประเทศเพื่อผลักดันนโยบายที่จะทำให้เกิดการบริการเภสัชกรรมที่ระบุไว้ ส่วน วิชาทีกเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม รูปแบบที่ 2 นั้น เป็นการทำงานให้บริการระดับบุคคล เพื่อลดช่องว่างการเข้าถึงบริการเภสัชกรรม การวิเคราะห์ด้านการเงินอย่างคร่าวๆ ดูเหมือนว่ามีทั้งความเป็นไปได้และความเสี่ยงพอสมควร ในการศึกษา ผู้ทำงานเสนอให้ภาพรวมของ วิชาทีกเพื่อสังคม เป็นรูปแบบการดำเนินงานแบบหลอมรวม (Embedded SE) คือการดำเนินงานทางสังคมเป็นอยู่อย่างเดียวกับกับการค้าเงินธุรกิจ ทหารายได้เลี้ยงตัวเองได้อย่างยั่งยืนเป็นรูปแบบการทำงานในภาพรวม ซึ่งเป็นรูปแบบที่ทำความเข้าใจง่ายกว่าอีกสองรูปแบบ (แบบบูรณาการ-Integration SE และแบบแยกเป็นอิสระ-External SE) และอาจจะเป็นผลดีต่อภาพลักษณ์ของการทำงานในระยะแรก (คือไม่มีความเกี่ยวข้องกับธุรกิจ)

การสัมภาษณ์ช่วงแรก มีเภสัชกรหลายท่านให้ความเห็นทำนอง “เภสัชกรทำงานนอกกรอบแบบงาน วิชาทีกเพื่อสังคม ไม่น่าจะได้ เราถูกพัฒนามาให้อยู่กับความแม่นยำ และมาตรฐานการปฏิบัติงาน ไม่น่าจะหาคนมาทำงานแบบ วิชาทีกเพื่อสังคม ได้” ซึ่งเป็นข้อสังเกตที่น่าสนใจ และต้องให้ความสนใจให้มีการบริหารจัดการที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถมี วิชาทีกเพื่อสังคม ที่เติมเต็มช่องว่างการเข้าถึงบริการเภสัชกรรมและช่วยแก้ไขปัญหาด้านเภสัชกรรมได้ และต้องคำนึงถึงข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญว่าในระยะยาวอาจต้องปรับรูปแบบให้เหมาะกับภาระงานในช่วงจังหวะที่ต่างกัน

ในกรณีของวิชาทีกเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม รูปแบบที่ 1 งานหลักเป็นรูปแบบของ Market Linkage Model อาจต้องเตรียมการเรื่องบุคลากรที่ยุ่งยากกว่า วิชาทีกเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม รูปแบบที่ 2 เนื่องจากงานเภสัชกรรมไม่ค่อยเป็นที่รู้จักทั้งฝ่ายประชาชน และผู้บริหารเชิงนโยบาย การทำงานจึงอาจเปิดตลาดได้ยาก โดยเฉพาะงานที่ต้องทำเป็นนโยบายระดับประเทศ ได้แก่ Easy access (จ่ายยาตามใบสั่งยา และเติมยา), HC screening จึงอาจปรับการทำงานให้เป็นส่วนหนึ่งใน วิชาทีกเพื่อสังคม อื่นที่มีผลงานและได้รับการยอมรับ มีอำนาจต่อรองพอสมควร เพื่อบุกเบิกงาน ในระดับกว้าง หรืออาจต้องเป็นแนวร่วม (partner) กับ วิชาทีกเพื่อสังคมด้านสุขภาพที่จัดตั้งและดำเนินงานได้อย่างมั่นคง เช่น SHE หรือ NGO ที่มีงานเกี่ยวข้อง เช่น มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค หรือ ภาคประชาสังคมต่างๆ รวมถึงกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มเปราะบาง องค์กรไม่แสวงผลกำไร เช่น มูลนิธิสิ่งแวดล้อม สถาบันสิ่งแวดล้อม องค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุข

ในกรณีของรูปแบบที่ 2 ซึ่งรูปแบบหลักคือ เป็น Social Need Model เป็นการส่งมอบบริการเภสัชกรรม บุคลากรเป็นพนักงานตามวิชาชีพซึ่งต่างจากบุคลากรในรูปแบบที่หนึ่ง แต่การทำงานรูปแบบนี้ต้องสร้างเครือข่าย (Network) กับ

หน่วยงานที่ทำงานกับกลุ่มเป้าหมายเดียวกับของของวิสาหกิจเพื่อสังคม ด้านเกษตรกรรม เช่น กลุ่ม Young Happy ที่ทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ กลุ่ม Relation Flip ที่ทำงานเกี่ยวกับผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต

การดำเนินการของ วิสาหกิจเพื่อสังคม ทำได้หลายรูปแบบขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น วัตถุประสงค์ การมองผลตอบแทนทางธุรกิจ มุมมองของผู้ร่วมงาน ดังนั้นการตัดสินใจจึงขึ้นกับผู้ดำเนินกิจการ แต่ผู้ทำงานตัดสินใจเลือกรูปแบบที่ง่าย ไม่ซับซ้อน เพื่อถ่ายทอดการทำความเข้าใจกับผู้ร่วมงานในระยะเริ่มต้น แต่การบริหารจัดการต่างๆ สามารถปรับรูปแบบได้ จัดตั้งองค์กรย่อยทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับบริการเกษตรกรรมในแหล่งชุมชน วัด กลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มผู้เปราะบาง โดยเกษตรกรอิสระ (freelance) และเกษตรกรร้านยาในบริเวณนั้นเพื่อให้มีการดูแลต่อเนื่อง ความสำเร็จของวิสาหกิจเพื่อสังคม นั้นมีองค์ประกอบเหมือนกัน ทั้งเรื่องคนทำงาน แรงบันดาลใจ ความมุ่งมั่น วิถีทำงาน แผนธุรกิจและการตลาด และองค์ประกอบอื่นๆตามที่มีข้อเสนอแนะในการประชุมระดมสมองครั้งที่ 1 แต่อย่างไรก็ตาม “ความมุ่งมั่นและความร่วมมือจริงจัง” จะสามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆได้ ดังเห็นจากผู้ดำเนินงาน วิสาหกิจเพื่อสังคม อื่นๆ และเขาเหล่านั้นล้วนฝากกำลังใจให้การจัดตั้ง วิสาหกิจเพื่อสังคม ด้านเกษตรกรรมประสบผลสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Johnson JA, Bootman L, Drug-related morbidity and mortality: a cost of illness model. J Managed Care Pharm 1996; 2: 39-47.
2. Becker ML, Kallewaard M, Caspers PW, Visser LE, Leufkens HG, Sticker BH. Hospitalizations and emergency department visits due to drug-drug interactions: a literature review. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2007; 16:641-51.
3. Billups SJ, Malone DC, Carter BL. Relationship between drug therapy noncompliance and patient characteristics, health-related quality of life and health care costs. Pharmacotherapy 2000; 20(8): 941-9.
4. Bell JS, Whitehead P, Aslani P, McLachlan AJ, Chen TF. Drug-related problems in the community setting. Clin Drug Invest 2006; 26(7): 415-25.
5. จารูวี กาญจนศิริธำรง, วันทนา เจริญมงคล, จุราพร พงศ์เวชรักษ์, อุษณีย์ วรรณชมณี. การประเมินปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาในผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลสงขลา สงขลานครินทร์เวชสาร 2548; 23:647: 229-40.
6. เขียวลักษณ์ สิทธิเดช. การจัดการปัญหาเกี่ยวกับยาที่พบในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายโดยเภสัชกรประจำหอผู้ป่วย. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 2550; 17(2): 109-19.
7. นงลักษณ์ พะไถยะ, บุญเรือง ขาวนวล, พุดตาน พันธุณธร, อุดลย์ บำรุง และธิดาพร จิรวัดนะไพศาล. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพสำหรับระบบบริการปฐมภูมิในปี พ.ศ. 2569. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561; 12(2): 189-204.
8. ทศนีย์ ญาณะ, สุพัตรา ศรีวณิชชากร และบำรุง ชลเดช. สถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิ. สถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553: 9-10.
9. ธนรรักษ์ รัตนโชติพานิช, สุพล ลิมวัฒนานนท์, จุฬารัตน์ ลิมวัฒนานนท์, กิตติ พิทักษ์ นิตินันท์. การสำรวจการปฏิบัติงานและปริมาณงานบริการเภสัชกรรมในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 2551; 18(3): 265-77.
10. รัชเกียรติ จิรันธร, ณรงค์ศักดิ์ สิงห์ไพบูลย์พร, ปรีชา โลหะนวกุล, ปิ่นฤดี ตีร์รัตนไพบูลย์. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรประจำหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (PCU): กรณีศึกษาในภาคใต้ตอนบน. สงขลานครินทร์เวชสาร 2549; 24 (6): 505-16.
11. โปยม วงศ์ภูวรักษ์, จุราพร พงศ์เวชรักษ์, จินตนา ซาตีสิริ, สุจิตรา กุลถวายพร, เนาวนิตย์ ทฤษฎีคุณ, กุลรดี เขียมศิริ, สมอบเสาะ หะสาเมาะ, มาลินี มิ่งสะ. ทศนคติของผู้รับบริการและบุคลากรสาธารณสุขต่อบทบาทของเภสัชกรโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข. สงขลานครินทร์เวชสาร 2543; 18(3): 175-87.
12. สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย). การให้บริการเภสัชกรรมของร้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557-2560. รายงานผลการดำเนินงาน, 2561.
13. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542. กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชันส์, 2546.

14. Yunus, M. Creating a world without poverty: Social business and the future of capitalism. New York: Public Affairs, 2007.
15. คณะกรรมการการศึกษาและจัดทำรายงาน เรื่อง “วิสาหกิจเพื่อสังคม” พร้อมร่างกฎหมายสภาปฏิรูปแห่งชาติ. รายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง “วิสาหกิจเพื่อสังคม” (Social Enterprise) และร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม พ.ศ.....สภาปฏิรูปแห่งชาติ. วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2558.
16. EMES European Research Network. Definition of Social Enterprise. EMES European Research Network. University of Liege. Belgium. [Online]. 1999. [cited 2018 Oct 3]; Available from: URL: <http://www.emes.net>.
17. UK Department for Trade and Industry. Social enterprise: A strategy for success. Cambridge: Harvard Business School, 2002.
18. The United nations Global Compact and The Rockefeller Foundation. A Framework For Action: Social Enterprise & Impact Investing. 2012. [Online]. [cited 2018 Oct 3]; Available http://www.unglobalcompact.org/docs/issues_doc/development/Framework_Social_Enterprise_Impact_Investing.pdf.
19. EMS international research network. Social Enterprise. University of Liege. Belgium. 2014. [Online]. [cited 2018 Oct 3]; Available: URL: <http://www.emes.net/about-us/focus-areas/social-enterprise>.
20. Social Enterprise UK. Fight back Britain: A report on the State of Social Enterprise Survey 2011. London: Social Enterprise UK, 2011.
21. Social Enterprise Alliance. Social Enterprise. [Online]. [cited 2018 May 20]; Available: URL: <https://www.socialenterprise.us/about/social-enterprise/>.
22. นันทกานต์ สมบัติสวัสดิ์. แนวคิดเรื่องธุรกิจเพื่อสังคมของมุฮัมหมัด ยูनुส. วารสารปณิธาน 2559; 12(1): 10-25.
23. GSVC. Overview. [Online]. [cited 2018 May 20]; Available: URL: http://www.gsvc.org/compete/how-to-enter/resources/faqs/#define_sv.
24. Elkington, J., Cannibals with Forks: Triple Bottom Line of 21st Century Business. Britain: Capstone Publishing Ltd, 1997.
25. สถฤณี อาชวานันทกุล. ทฤษฎีที่มีหัวใจ. กรุงเทพมหานคร: Openbook; 2552.
26. กิจการเพื่อสังคมในสังคมไทย. เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง กิจการเพื่อสังคม ทำดี . . . ได้ดี (Social Enterprise). วันที่ 20 ตุลาคม 2558 ณ โรงแรมอิมพีเรียล คีนส์ปาร์ค กทม. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
27. โกศล ดีศีลธรรม.องค์กรทำดีเพื่อสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์; 2554.
28. คณะวิจัยโครงการกิจการเพื่อสังคมน้ำดี 50 องค์กร. บรรณานุกรมรับเชิญ: สถฤณี อาชวานันทกุล. 50 SE: กิจการเพื่อสังคมน้ำดี 50 องค์กร. กรุงเทพมหานคร: สนพ.กรุงเทพธุรกิจ Bizbook; 2553.
29. อนันตชัย ประยูรณ, จรัสวรรณ กิตติสุนทรากุล, วิชญ์พล ปัญญาวิชระชัย, เสาวพร วิทยะถาวร, นริรัตน์ สันธยาดี และ จิวิศสา ติปานนท์. ไขความหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน. กรุงเทพมหานคร: หจก.วนิดาการพิมพ์; 2558. น.85.
30. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภาปฏิรูปแห่งชาติ. สภาปฏิรูปแห่งชาติ วาระปฏิรูปพิเศษ 1: วิสาหกิจเพื่อสังคม. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร; 2558. น.89.

31. ร่าง พระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม พ.ศ.....(ฉบับรับฟังความคิดเห็น). สำนักงานสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคมแห่งชาติ [ออนไลน์]. 2561 [สืบค้นวันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ.2561]; สืบค้นจาก: URL: <https://www.facebook.com/tseopress/>.
32. บันทึกหลักการและเหตุผลประกอบร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม พ.ศ. (ฉบับคณะกรรมการดำเนินการปฏิรูปกฎหมายในระยะเร่งด่วน แก้ไขในคราวประชุมครั้งที่ 1/2561 วันที่ 15 มกราคม 2561.
33. สรุปสาระสำคัญ เวทีรับฟังความคิดเห็น พรบ.ส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม พ.ศ.....ครั้งที่ 2
31 มกราคม 2561.
34. สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภาปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ถนนอุทองใน. หนังสือด่วนที่สุด เรื่องร่างพระราชบัญญัติที่สภานิติบัญญัติแห่งชาติเห็นสมควรประกาศใช้เป็นกฎหมายแล้วจำนวน 2 ฉบับ ลงวันที่ 5 มีนาคม พ.ศ.2562.
35. ประพิน นุชเปี่ยม, ตัญทรศน์ ประทีปพรณรงค์, บงกช เจนจรัสสกุล. วิสาหกิจเพื่อสังคมในประเทศไทย: ข้อสังเกตบางประการต่อร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม. วารสารสำนักงานผู้ตรวจการแผ่นดิน 2561; 11(1): 109-141.
36. อาภัสร์ ทังสมบุญรณ์. การศึกษาคูณลักษณะของกิจการเพื่อสังคมในบริบทของประเทศไทย. สารนิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารเทคโนโลยีวิทยาการนวัตกรรม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2556.
37. NHS Alliance. Social Enterprise, 'not-for-profit' and the NHS. Retford: Rossington House, 2008.
38. กิจการเพื่อสังคมในสังคมไทย. เอกสารประกอบการอบรมโครงการ “นักลงทุนรุ่นใหม่เพื่อสังคม”. รุ่นที่ 22 วันที่ 24 เมษายน 2557 ณ ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
39. เอกชัย นิตยาเกษตรวัฒน์. การพัฒนากิจการเพื่อสังคม กรณีศึกษาที่ประสบความสำเร็จในต่างประเทศและการประยุกต์ใช้ในประเทศไทย. วารสารบริหารธุรกิจ นิต้า 2554; 8: 95-125.
40. Jacques Defourny and Marthe Nyssens. Social Enterprise. First published: Routledge. New York. United State, 2006.
41. Kerlin, J.A. social enterprise in the United States and Europe: Understanding and learning from the differences 2006; 17: 247-263.
42. ชัยยุทธ์ ชำนาญเลิศกิจ. กิจการเพื่อสังคมในระบบตลาดเป็นฐานเพื่อผลตอบแทนทางสังคมต่อการลงทุนที่ยั่งยืน. วารสารศรีนครินทรวิโรฒและพัฒน์ (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) 2557; 6(12): 70-86.
43. Bonnell, H. Social Entrepreneurship: A Tool for ASEAN Integration?. [Online]. [cited 2018 June 2]; Available: URL: <http://asiafoundation.org/inasia/2015/10/28/socialentrepreneurshiptoolforaseanintegration/>.
44. สำนักงานสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคมแห่งชาติ. แผนแม่บทสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคม พ.ศ.2553-2557. [ออนไลน์]. 2560. [สืบค้นวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ.2560]; สืบค้นจาก: URL: http://tseo.or.th/sites/default/files/se_masterplan_53-57.pdf.
45. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2554. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 128 ตอนพิเศษ 55 ง (ลงวันที่ 18 พฤษภาคม 2554)

46. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11. สำนักนายกรัฐมนตรี. กรุงเทพมหานคร, 2555.
47. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชกฤษฎีกาออกตามความในประมวลรัษฎากรว่าด้วยการยกเว้นรัษฎากร (ฉบับที่ 621) พ.ศ.2559. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 133 ตอนที่ 76 ก (ลงวันที่ 30 สิงหาคม 2559).
48. ประกาศอธิบดีกรมสรรพากร เกี่ยวกับภาษีเงินได้ (ฉบับที่ 291) เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเพื่อยกเว้นภาษีเงินได้ของวิสาหกิจเพื่อสังคม. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 134 ตอนที่ 33 ง (ลงวันที่ 4 พฤษภาคม 2560).
49. สำนักนายกรัฐมนตรี. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการส่งเสริมกิจการเพื่อสังคมแห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 134 ตอนพิเศษ 325 ง (ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2560).
50. ประกาศคณะกรรมการส่งเสริมกิจการเพื่อสังคมแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธียื่นคำขอหนังสือรับรองกิจการเพื่อสังคม พ.ศ.2561. ประกาศ ณ วันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ.2561.
51. แพรวา สาธุธรรม. 6 หนทางสร้างคุณค่าของกิจการเพื่อสังคม. (เข้าถึงเมื่อ 26 กรกฎาคม 2562). สืบค้นจาก URL:<http://www.setsocialimpact.com/Article/Detail/58531>.
52. Alter Kim, *supra note 3*, See also "Social Enterprise Business Model," Accessed May 22, 2019, <https://www.marsdd.com/mars-library/social-enterprise-business-models/>.
53. "Where do your profit go," Accessed May 22, 2019, <http://equalexchange.coop/about/equal-exchange/faqs/where-do-your-profits-go>.
54. Molly Christiansen, Ted London, "Scojo Foundation: A Vision for Growth at the Base of the Pyramid," Oikos Case Writing Competition 2008 1st Prize, May 21, 2016, full text available at <http://globalens.com/casedetail.aspx?cid=1428610>.
55. Chris Jennewein, "San Diego Primary-Care Network Renamed Health Center Partners," Accessed May 22, 2019, <http://timesofsandiego.com/business/2016/03/01/san-diego-primary-care-networkrenamed-health-center-partners/>.
56. สมเกียรติ สกุลสุรเอกพงศ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพกิจการเพื่อสังคมในประเทศไทย. วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย 2558; 8(1): 139-161.
57. สานิตย์ หนูนิล. การวิเคราะห์องค์การประเภทกิจการเพื่อสังคม. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2557; 17(1): 358-372.
58. ชัยยุทธ์ ชำนาญเลิศกิจ. กิจการเพื่อสังคมในระบบตลาดเป็นฐานเพื่อผลตอบแทนทางสังคมต่อการลงทุนที่ยั่งยืน. วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา 2557; 6(12): 70-86.
59. วุฒิโรจนวงศ์ และอรพรรณ คงมาลัย. การพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดำเนินกิจการเพื่อสังคมในประเทศไทย. วารสารวิชาการบัณฑิตวิทยาลัยสวนดุสิต 2561; 14(1): 1-17.
60. วุฒิโรจนวงศ์. การพัฒนาโมเดลสนับสนุนการดำเนินกิจการเพื่อสังคมในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2559.
61. Coursera: Identifying Social Entrepreneurship Opportunities by Copenhagen Business School. 3
รูปแบบรายได้ของกิจการเพื่อสังคม. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 26 กรกฎาคม 2562]; สืบค้นจาก URL:
<https://www.schoolofchangemakers.com/knowledge/11466>.

62. ศักดิ์ดา ศิริภัทรโสภณ. การศึกษากรอบแนวคิดเพื่อการพัฒนาวิชาชีพเพื่อสังคมในประเทศไทย. วารสารสมาคม นักวิจัย 2558; 20(2): 30-47.
63. วันรัชม์ พิรุณจินดา. ปัญหาเกี่ยวกับการจัดตั้งวิชาชีพเพื่อสังคมในรูปแบบบริษัทจำกัด. วิทยานิพนธ์นิติศาสตร์ มหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2559.
64. อนันตชัย ประยูรธม, จรัสวรรณ กิตติสุนทรากุล, วิชญ์พล บัญชาวิชระชัย, เสาวพร วิทยะถาวร, นริรัตน์ สันธยาติ และ จิวิศสา ติทยานนท์, ไขความหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน, กรุงเทพมหานคร: หจก.วนิดาการพิมพ์, 2557. น.85.
65. เกวลิน มะลิ. กิจการสังคมในประเทศไทย. วารสารเศรษฐศาสตร์และกลยุทธ์การจัดการ 2557; 1(2): 104-112.
66. ผู้จัดการออนไลน์. สกส. กระตุ้นรัฐออก กม.หนุน SE ยก ACTS เป็นแบบอย่างขับเคลื่อน. [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 กันยายน พ.ศ.2561]; สืบค้นจาก URL: <http://www.manager.co.th/aspbin/PrintNews.aspx?NewsID=9570000145369.2557>.
67. Pharmaceutical Services Negotiating Committee [Online]. 2018 [cited 2018 Oct 15]; Available from: URL: <http://www.psn.org.uk/>.
68. The Pharmacy Guild of Australia. Programs and services. [Online]. 2018 Oct [cited 2018 Oct 13]; Available from: URL: <http://www.guild.org.au/programs>.
69. ธีรพล ทิพย์พยอม และอิศราวรรณ ศกุนรักษ์. เรียนรู้บทบาทการให้บริการเภสัชกรรมชุมชนในประเทศไทยอังกฤษ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2555; 21: 1252-65.
70. กฤษณี สระมณี, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, Kraska J. บทบาทของร้านยาในงานบริการสาธารณสุข: ความเหมือนและความต่างระหว่างประเทศไทยอังกฤษและไทย. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2554; 7(2): 1-11.
71. ณัฐภรณ์ ทรงสิริสุข และนิลวรรณ อยู่ภักดี. การสำรวจกิจกรรมการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพของเภสัชกรในร้านขายยาแผนปัจจุบันทั่วประเทศไทย. วารสารเภสัชกรรมไทย 2560; 9(2): 307-320.
72. ครุพร สาราญรัตน์. การคัดกรอง ระบบส่งต่อและการให้สุขศึกษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคกระดูกพรุนในร้านยากรณีศึกษา: ร้านยาเภสัชกรชูศักดิ์ จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ ภ.บ.มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2552.
73. สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.). โครงการจัดทำข้อเสนอร้านยาคุณภาพกับระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า” นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย; 2552.
74. สุณี เลิศสินอุดม, อัจฉรา นาสิต, อัจฉราวรรณ โตภาคาม, ณัฐภรณ์ หาญสุรีย์, นิรัชรา ถวิลการ. ผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคของประชาชน โดยร้านยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2557; 9(ฉบับพิเศษ): 155-158.
75. นิลวรรณ อยู่ภักดี และ ธีรพล ทิพย์พยอม. รูปแบบและการจัดการการให้บริการเภสัชกรรมชุมชนภายใต้ระบบประกันสุขภาพของประเทศออสเตรเลีย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558; 24(1): 182-194.
76. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. รายงานการศึกษาเรื่อง การสังเคราะห์ บทบาทและโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบริบทของวิชาชีพและลักษณะของสถานบริการสุขภาพ กรณีศึกษาร้านเรือนยา กรุงเทพมหานคร. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
77. วีระพล ภิมาลย์ และยศยา กุลมาศ. ผลของการให้บริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเชื้อราชนิดที่ผิวหนังในร้านยา. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2556; 9(3): 107-116.

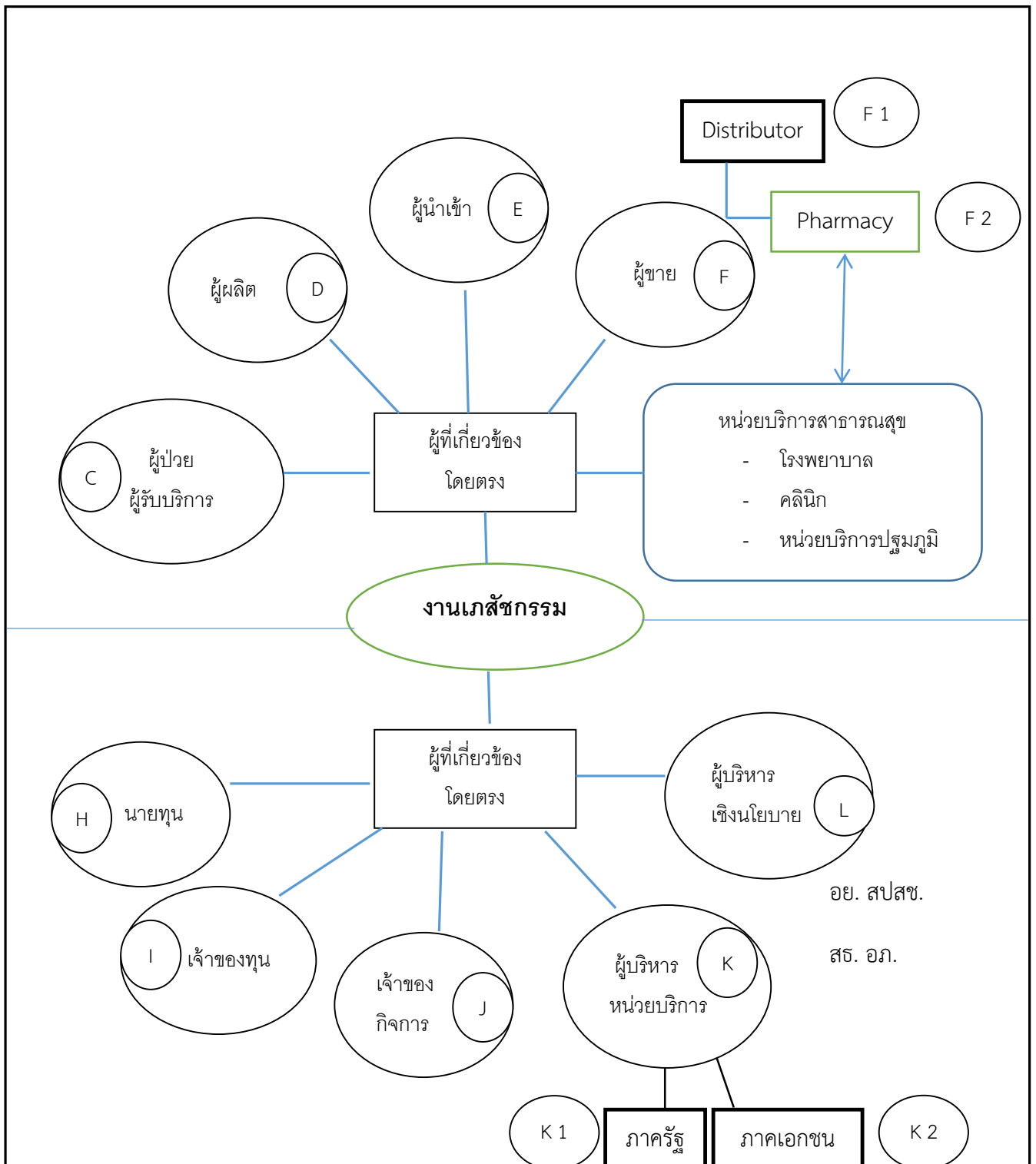
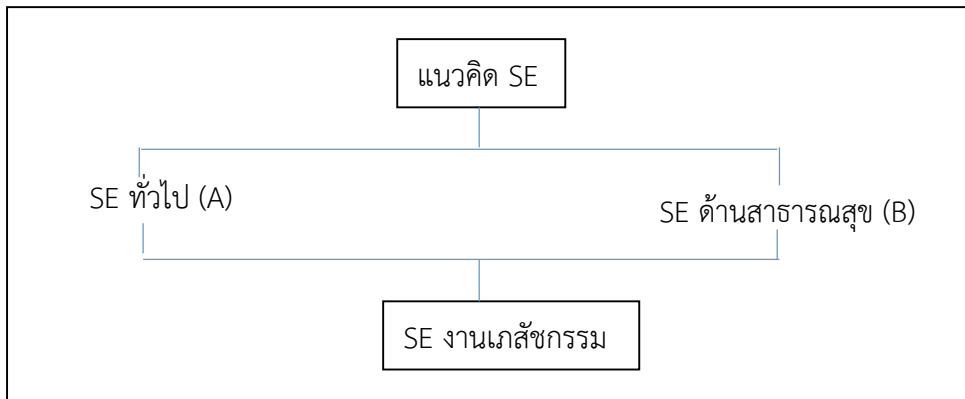
78. เฉลิมศรี ภูมิมางกูร, ปิยวัฒน์ ประชัชวาล, พยอม สุขเอนกนันท์, จันทรีทิพย์ กาญจนศิลป์, หนึ่งฤทัย สุกใส, แสงวัชรธรรณิกิจ และคณะ. การทบทวนงานวิจัยด้านเภสัชกรรมชุมชนอย่างเป็นระบบ. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2555; 8(2): 76-93.
79. ปรางทิพย์ ล้อดงบัง, รณิดา เดชชะ, วัลยา สุนทรา, สุดา นันกลาง, จจเรศ หาญรินทร์ และสายทิพย์ สุทธิรักษา. ผลการให้บริการทางเภสัชกรรมตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยไม่เกรนในร้านยามหาวิทยาลัย: การศึกษานำร่อง. วารสารเภสัชกรรมไทย 2559; 8(2): 249-260.
80. สุณี เลิศสินอุดม, นิรัชรา ถวิลการ, ญัฐธิดา หาญสุริย์, อัจฉรา นาสถิต. ผลลัพธ์ของโครงการเครือข่ายเภสัชกรประจำครอบครัวร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารเภสัชกรรมไทย 2561; 10(2): 382-391.
81. ระพีพรรณ ฉลองสุข และ วิไล บัณฑิตานุกูล. อัตราการเลิกสูบบุหรี่หลังจากได้รับบริการเลิกบุหรี่จากเภสัชกรชุมชน. Thai Bull Pharm Sci 2016; 11(1): 17-29.
82. ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตร์อำนวย, น้ำฝน ศรีบัณฑิต, ภาณุพัฒน์ พุ่มพุกษ์. เภสัชกรรมปฐมภูมิ. วารสารไทยเภสัชชนิพนธ์ 2013; 8(2): 81-96.
83. ปารีโมก เกิดจันทิก, นันทิชา สมศิริตระกูล, มนต์ทิพย์ มงคลศรี, เกตุกานต์ วงษ์ภูธร, ธัญญา บุญอาษา. การคัดกรองและระบบส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในร้านยา. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2556; 9(2): 74-81.
84. พยอม สุขเอนกนันท์, อุษาศิริ ศรีสกุล, วิลาสินี หิรัญพานิช, มนสา สุনারัตน์. รายงานผลการศึกษาเรื่อง โครงการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรชุมชน (ความดันโลหิตสูงและโรคไต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พฤษภาคม 2548.
85. ครอบขวัญ ดวงพาวัง, พิรยา สมสะอาด, พรชนก ศรีมงคล, กษมา โชคดีวัฒน์. ผลการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ณ ร้านยาเภสัชกรยุคใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. ศรีนครินทร์เวชสาร 2555; 27(1): 20-28.
86. World health organization [WHO]. Good pharmacy practice (GPP) in community and hospital pharmacy settings. Geneva, 1996.
87. International Pharmaceutical Federation [FPI]. Standards for Quality of Pharmacy Services: Good Pharmacy Practice. Hague: 1997.
88. คณะทำงานจัดทำคู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ. คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด, 2560.
89. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษการพัฒนากระบวนการบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2559-2569. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559.
90. นงลักษณ์ พะไยยะ, บุญเรือง ขาวนวล, พุดตาน พันธุ์เนตร, อุดลย์ บำรุง และธิดาพร จิรวัฒน์ไพศาล. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพสำหรับระบบบริการปฐมภูมิในปี พ.ศ. 2569. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561; 12(2): 189-204.
91. ยอดหทัย หิรัญสาย, รุ่งทิวา หมื่นป่า และธณศักดิ์ เทียมทอง. การสำรวจหน้าที่ของเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิ. เวชสารแพทย์ทหารบก 2560; 70(3): 149-59.

92. ดรุวรรณ คลังศรี, รัตนาภรณ์ อาวิพันธ์ และพัชตรีวิภา สุวรรณพรหม. การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิในกระบวนการพัฒนาระบบงานบริการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา. วารสารเภสัชกรรมไทย 2556; 5(2): 91-107.
93. สุพันธ์ ยอดเนตร. การประเมินคุณภาพการบริการจากความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับการรับรู้ของผู้รับบริการงานเภสัชกรรมในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2551.
94. ชูติมา วรณทอง และสุรสิทธิ์ ล้อจิตระอำนวย. ความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาลต่อบทบาทของเภสัชกรในงานปฐมภูมิ. วารสารเภสัชกรรมไทย 2560; 9(1): 118-29.
95. ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตระอำนวย, นำฝน ศรีบัญญัติ และสุวิดา ตั้งตระกูลธรรม. ระบบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ: กรณีศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติ: เขต 5 ราชบุรี. ไทยไช้ชยนิพนธ์ 2558; 10(2): 46-67.
96. ศิวรา หนูรอด. ความต้องการพัฒนางานเภสัชกรรม ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ เภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2553.
97. รักชวร ใจสะอาด และทิพาพร กาญจนราช. ความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของเภสัชกร. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2557; 10(1): 69-79.
98. พรพิมล จันทรคุณภาส. การดำเนินงานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ของโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับอำเภอในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารเภสัชกรรมคลินิก 2560; 23(2): 66-84.
99. ประภัสสร จินานุรักษ์ และ จันทรรัตน์ สิทธิวรรณท์. ความคิดเห็นของเภสัชกรชุมชนต่อการให้บริการทางเภสัชกรรมของร้านยาเดี่ยวในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารเภสัชกรรมไทย 2560; 9(2): 407-421.
100. จุไรรัตน์ คงล้อมญาติ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของร้านยาในเขตบริการสุขภาพที่ 4. วารสารเภสัชกรรมไทย 2559; 8(2): 358-370.
101. วิวรรณ อัครวิเชียร, ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร, ชาญชัย จารุภาชน์ และพิมลศรี แสงคาร์. กิจกรรมที่สะท้อนคุณภาพงานบริการเภสัชกรรมและความพึงพอใจต่อบริการร้านยาในเครือข่ายประกันสุขภาพ: กรณีศึกษาคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย นครราชสีมา. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2551; 17(ฉบับเพิ่มเติม 6): SVI1810-SVI1821.
102. ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตระอำนวย และวิชัย สันติมาลีวรกุล. โครงการศึกษาเปรียบเทียบการให้บริการปฐมภูมิระหว่างร้านยาเอกชนกับหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีการให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2549.
103. สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, กมลรัตน์ นุ่นคง, นูรไอนา ดารามาลัย, บงกชกร พลไชย, ปรีนา ณ พัทลุง, พิชญกร วจิตมะกุล และคณะ. การประเมินโครงการ "ร้านยาคุณภาพร่วมให้บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557" รายงานการวิจัย, 2557.
104. วิวรรณ อัครวิเชียร, จิรสุดา คำสีเขียว, ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร, พิมลศรี แสงคาร์ และพยอม สุขเอนกนันท์. มุมมองของผู้บริหารต่อการนำร้านยาเข้าเชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2552; 3(4): 573-580.

105. วิวรรณ อัครวิเชียร, ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร, ชาญชัย จารุภาชนัน และพิมลศรี แสงคาร์. การนำร้านยาเอกชนเข้าร่วมเครือข่ายเพื่อให้บริการเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยคลินิกชุมชนอบอุ่น. ปัจจัยที่จำเป็น. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2551; 17: 706-711.
106. ระพีพรรณ ฉลองสุข และ วัฒนา อารีย์. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการส่งเสริมสุขภาพของเภสัชกรในร้านยา เขตกรุงเทพมหานคร. Thai Bull Pharm Sci 2016; 11(2): 13-26.
107. ระพีพรรณ ฉลองสุข และ ระพีพร อารีย์. การรับรู้ของประชาชนต่อบทบาทการส่งเสริมสุขภาพของเภสัชกรชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร. Thai Bull Pharm Sci 2015; 10(2): 35-45.
108. ชวนชม ธนานิธิศักดิ์, ศุภรัตน์ ชาติ, สุพิชฌาย์ อังกาบสุวรรณ, เหมยเสียน พงศ์วิไลรัตน์ และธีรพล ทิพย์พยอม. การสำรวจความต้องการช่องทางการเติมยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารเภสัชกรรมไทย 2562; 11(3): 504-514.
109. สมสุข สัมพันธ์ประทีป. การประเมินประสิทธิภาพโครงการเติมยาเติมสุข. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2559; 30(2): 59-68.
110. วิวรรณ อัครวิเชียร, กานติศา บุญเสริม, วีระพันธุ์ บัดดา, นุดี ซาลีเชียงพิณ และจิรัฐติ สุทธิโสม. มุมมองของผู้ใช้บริการต่อบริการทางเภสัชกรรมหากมีการนำร้านยาคุณภาพเข้าในเครือข่ายระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2558; 10(2): 176-89.
111. สุรินทร์ กู้เจริญประสิทธิ์ และพรเทพ ศิริวนารังสรรค์. การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมือง กรณีศึกษาพื้นที่กรุงเทพมหานคร 2560. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2561; 8(2): 182-90.
112. วิวรรณ อัครวิเชียร, ธาวิณี อัครวิเชียร, ชาญชัย จารุภาชนัน, ชนิษฐา เจริญชุนทด และพัทตรีวิภา เจริญธรรม. ความคิดเห็นในเรื่องบทบาทหน้าที่ และกิจกรรมต่อบริการปฐมภูมิของร้านยาคุณภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2553; 4(3): 101-7.
113. พะยอม สุขเอนกนันท์, บุษบา ไทวรรณ, พิรยา สมสะอาด, อภิสรา คำวัฒน์, ธนวรรษ รัตนโชติพานิช, รัตนา เสนาหนอก และอุกฤษฏ์ สนมหอม. การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับยาต่อเนื่องระหว่างร้านยาคุณภาพและศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2555; 6(10): 100-111.
114. วิลาวัลย์ ทุนดี, ปวีตรา พูลบุตร, สายทิพย์ สุทธิรักษา, ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ, ปาวิโมก เกิดจันทิก, สมคิด เจนกลาง และคณะ. การบริหารทางเภสัชกรรมและจ่ายยาต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ในร้านยามหาวิทยาลัย. วารสารเภสัชกรรมไทย 2560; 9(1): 192-203.
115. ดรรชนี ถ้วนคำ, ยุวณัฐ สัตยสมบุรณ์ และวิริณิ กิตติพิชัย. ความเป็นไปได้ในการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีโดยเภสัชกรในร้านยาคุณภาพ กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2561; 27(5): 830-839.
116. พิราภรณ์ วงศ์พัฒนาธนเดช, พิรยา สมสะอาด และพรชนก ศรีมงคล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการคัดกรองและให้คำแนะนำส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ที่มีความเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในร้านยามหาวิทยาลัย สาขาเทศบาล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2554; 5(3): 344-354.
117. ธนกฤตา ฉันทรุจ และวารณี บุญช่วยเหลือ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดเห็นของเภสัชกรร้านยาคุณภาพต่อบทบาทการคัดกรองและส่งต่อผู้สงสัยเป็นวัณโรค. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2559; 12(4): 28-42.
118. ชนะวิทย์ ไสยลาม และจันทร์รัตน์ สิทธิวรรณนท์. รูปแบบการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพในโรคมะเร็งเต้านมของเภสัชกรชุมชน เขตกรุงเทพมหานคร. วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร 2558; 23(2): 21-33.

119. กุสุมา บุญญานุสนธิ, จันทรทิพย์ กาญจนศิลป์ และวิลาสินี หิรัญพานิช. บทบาทเภสัชกรในการคัดกรองและให้คำแนะนำปรึกษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ณ สถานปฏิบัติการณ์เภสัชกรรมชุมชน. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2553; 6(3): 50-62.
120. พีรยา สมสะอาด, พยอม สุขเอนกนันท์, บุษบา ไทวรรณ และกษมา โชคดีวัฒน์. ผลการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรในร้านยาคุณภาพ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2553; 6(3): 34-49.
121. จุฬารัตน์ อรุณศิริวัฒนา, อธิพล ทิพย์พยอม, ณธร์ ชัยญาคุณาพฤกษ์, อนุชิต เสริมहतถกิจ และศิริพร แซ่ลิ้ม. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 2553; 8(3): 334-45.
122. สุพรรณษา ไหมเอี่ยม, สาริณีย์ กฤตยานันต์, รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์ และพัชรา ธนธีรพงษ์. ผลลัพธ์ของการจัดการการบำบัดด้านยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานภายใต้รูปแบบเครือข่ายโรงพยาบาลและร้านยา. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 2555; 22(2): 141-53.
123. ภัทธพงศ์ อุดรินทร์, จันทรทิพย์ กาญจนศิลป์ และพงศ์ดี สง่าศรี. ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยอาหารไม่ย่อยในร้านยา. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2553; 6(1): 15-25.
124. คทา บัณฑิตานุกูล, วิไล บัณฑิตานุกูล และระพีพรรณ ฉลองสุข. ผลการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรชุมชน ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารไทยเภสัชนิพนธ์ 2557; 9(2): 1-17.
125. พิมลศรี แสงคาร์ และดวงทิพย์ หงษ์สมุทร. การปฏิบัติ ความสนใจ และความพร้อมของเภสัชกรชุมชนต่อการพัฒนาบทบาทเภสัชกรในร้านยา. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2553; 19(6): 982-95.
126. พยุงจิต กังวล. ความพร้อมและความตั้งใจในการขยายบทบาทการให้บริการเภสัชกรรมชุมชน. วิทยานิพนธ์ เภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2558.
127. ลาวรัตน์ บุนะจินดา. คุณภาพงานบริการเภสัชกรรมชุมชนในมุมมองของผู้รับบริการและเภสัชกร. วิทยานิพนธ์ เภสัชศาสตร์ดุสิตบัณฑิต: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
128. บังอร ศรีพานิชกุลชัย, ทิพาพร กาญจนราช, รัชชวร ใจสะอาด, จันทรทิพย์ กาญจนศิลป์, ชนัดดา พลอยเลื่อมแสง, ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร และคณะ. ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการเข้าถึงบริการทางเภสัชกรรมที่ได้อย่างเท่าเทียมในสถานบริการทุกระดับ. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2556.
129. ปัญจนาด เมธีอภิรักษ์. การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามมาตรฐานงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอหนึ่งใน จ.สงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 4(1): 153-70.
130. แพรวรา สาธุธรรม. Social Business Model Canvas: ตัวช่วยออกแบบโมเดลธุรกิจเพื่อสังคม. (เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2562). สืบค้นจาก [URL:http://www.setsocialimpact.com/Article/Detail/26726](http://www.setsocialimpact.com/Article/Detail/26726).

ภาคผนวกที่ 1 การกำหนดกรอบผู้เกี่ยวข้องในระบบยา



ภาคผนวกที่ 2 การแบ่งประเภทของ SE ตามลักษณะของกิจการ และความมุ่งหมายในการจัดตั้งกิจการ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 6 รูปแบบ⁽⁵⁶⁾ ดังนี้

รูปแบบที่ 1 SE ประเภท : B Corporation (ลักษณะเครือข่ายธุรกิจที่ยอมใช้ระบบประเมินผลกระทบสังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นระบบเดียวกัน) เป็นรูปแบบองค์กรแบบใหม่ที่ใช้ธุรกิจเพื่อการแก้ไขปัญหาสังคม ซึ่งธุรกิจเองมีภาระต้องพิสูจน์ตัวเองว่า บริษัทห่วงใยต่อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม ไม่น้อยกว่าผลกำไร

ตัวอย่างของกิจการรูปแบบนี้คือบริษัท Method ซึ่งผลิต ผลิตภัณฑ์ที่ปลอดภัยต่อมนุษย์และบ้านที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และขายในบรรจุกฎหมายที่เป็นขงะรีไซเคิล ธุรกิจของเขาลงทุนมากกว่า ธุรกิจอื่นๆ ที่พูดถึง คน โลก พวกเขาได้เอาเรื่องเหล่านี้บรรจุลงไปในโครงสร้างของธุรกิจ บริษัท Method มีรายได้มากกว่า 100 ล้านดอลลาร์

รูปแบบธุรกิจนี้ใช้งานได้เมื่อ

1. ธุรกิจมีผลกระทบทางสังคมมากกว่า 1 ประเภท เช่น B.lab ซึ่งสร้างมาตรฐานสำหรับ ธุรกิจ B ได้ประเมินธุรกิจที่มีผลกระทบต่อชุมชนรอบข้าง พนักงานในองค์กร ลูกค้าและสภาพแวดล้อม และพบว่ายิ่งธุรกิจได้สร้างผลกระทบในแต่ละด้านมากเท่าไร ก็จะได้กำไรมากเท่านั้น
2. ต้องเข้าถึงนักลงทุนที่เน้นผลกระทบ (impact investor) เนื่องจาก ระบบการให้คะแนนผลกระทบของ B.Lab คำนวณผลกระทบบางอย่างออกมา ซึ่งเป็นที่ต้องการของนักลงทุนที่เน้นผลกระทบ

จุดแข็ง

สมาชิกของเครือข่ายองค์กร B เป็นสมาชิกที่ดีต่อกัน หลายคนให้ข้อเสนอส่วนลดสำหรับการบริการ อาทิ การออกแบบ website และการตามหาคนทำงาน ธุรกิจหลักๆ ก็มีความเกี่ยวข้องกัน Intuit ให้บริการ การทำรายการทางการเงินแบบฟรีแก่องค์กรต่างๆ ของ B, Salesforce.com ก็ให้ส่วนลดแก่องค์กรเหล่านี้แบบไม่หวังผลกำไร ส่วนตราขององค์กร B ก็เป็นเครื่องมือทางการตลาดที่มีประสิทธิภาพ และ B.Lab ก็รณรงค์ในนาม องค์กร B โดยตั้งเป้าที่ลูกค้า 17 ล้านคน

ความท้าทาย

ตั้งแต่ปี 2007 การทดสอบระบบการประเมินผลกระทบขององค์กร B ต้องตอบคำถามมากถึง 220 คำถาม มีบริษัทประมาณ 900 บริษัทที่ไม่ผ่านการประเมิน ซึ่งบริษัทเหล่านี้ต้องแก้ไขเอกสารการบริหารองค์กร และยื่นต่อหน่วยงานรัฐ และต้องจ่ายค่าธรรมเนียม 500-25000 US\$ต่อปี ขึ้นกับขนาดของกิจการ ทุกๆ 2 ปี บริษัทจำเป็นต้องขอใบรับรองใหม่ทุกๆ ที่มีกฎระเบียบที่เข้มข้น แต่ใบรับรองนี้ก็ไม่มียะในทางกฎหมาย

รูปแบบที่ 2 SE ประเภทไม่หวังผลกำไร (traditional nonprofit)

สำหรับองค์กรประเภทนี้ พันธกิจขององค์กร มีความสำคัญ มากกว่า รายได้ องค์กรไม่หวังผลกำไร ได้รับการยกเว้นภาษีสำหรับผู้บริจาค เงินสดจากคนทั่วไป เงินทุนให้เปล่า หรือ เงินจากมูลนิธิ ในปี 2010 มีองค์กรจดทะเบียนเกือบ 1.3 ล้านองค์กร และสามารถระดมเงินบริจาคได้มากกว่า 3 แสนล้านเหรียญสหรัฐต่อปี

ตัวอย่างรูปแบบกิจการนี้ เช่น สมาคมโรคหัวใจอเมริกัน ก่อตั้งเมื่อ 1924 โดยหมอโรคหัวใจ 6 คนที่พยายามหาทางพิสูจน์ให้เห็นว่าการวินิจฉัยโรคหัวใจ ไม่ได้หมายความว่าคนๆ นั้นจะถูกพิพากษาให้ตายแบบที่เชื่อๆ กัน ในปี 1948 สมาคมได้รับให้เข้าร่วมมรดกแบบจับคู่ทางการตลาด ผ่านรายงานวิทยุอดนียม *Truth or Consequences* ซึ่งทำให้สาธารณชนรู้จักสมาคมเป็นครั้งแรก โดยได้รับเงินบริจาคเป็นเงินถึง 1.75 ล้านดอลลาร์ และทำให้ชื่อขององค์กรเป็นที่รู้จักใน

ระดับชาติ สมาคมยังได้ใช้दारาเป็นกลไกในการขับเคลื่อน ร่วมกัน การสนับสนุนจากองค์กรธุรกิจ และการปรากฏตัวในงาน event ระดับสูง เพื่อสร้างความมั่นคงให้แก่องค์กรในฐานะองค์กรไม่หวังผลกำไรด้านการให้การศึกษาด้านสาธารณสุข ซึ่งทำให้ในปี 2010 ได้รับเงินบริจาคเกือบ 510 ล้านUS\$

รูปแบบธุรกิจนี้ใช้งานได้ดีเมื่อ

1. ผู้ใช้ประโยชน์ไม่สามารถจ่าย
2. องค์กรที่ต้องการภาพลักษณ์ของความเป็นกลาง เมื่อประชาชนบริจาคเงินเพื่อสาเหตุใด เขาก็ต้องการให้เงินถูกใช้ไปเพื่อสาเหตุนั้น ไม่ใช่ไปสู่อะไรก็ตามของผู้บริหาร

จุดแข็ง

เป็นอิสระจากหน่วยงานรัฐ และได้ประโยชน์ด้านภาษี การจัดตั้งองค์กรเหล่านี้ใช้เงินไม่มาก และมีกฎหมายรองรับ

ความท้าทาย

ถ้าผู้สนับสนุนเลิกให้การสนับสนุน จะมีปัญหาอย่างมาก เช่น ในปี 2009 เงินบริจาคลดลงไปอยู่ที่ 3.6% ของปีที่ผ่านมา ในหลายๆ กรณี การบริจาคก็จำกัดในบางโครงการ นั่นเป็นความยากลำบากสำหรับองค์กรไม่หวังผลกำไรที่ต้องมีนวัตกรรมและต้องขยายงานอยู่เสมอ และองค์กรไม่หวังผลกำไรก็ไม่ได้มีอิสระในดำเนินการมากนัก เพราะจะมีคณะกรรมการบริหารเป็นกลไกควบคุมและตัดสินใจ สุดท้ายตามกฎหมาย ยังจำเป็นต้องส่งรายงานการทำงาน รายได้ รายจ่าย และเงินเดือนของผู้บริหารแก่หน่วยงานรัฐ ซึ่งต้องผ่านการตรวจสอบจากหน่วยงานภายนอกก่อน

รูปแบบที่ 3 SE ประเภทไม่หวังผลกำไร แต่หารายได้ (Nonprofit with earn income)

องค์กรไม่หวังผลกำไรสามารถหารายได้ได้ และก็มีองค์กรจำนวนมากทำเช่นนั้น จากข้อมูลของศูนย์ข้อมูลการบริจาคระดับชาติ (<http://nccsdataweb.urban.org>) ประมาณว่าในปี 2008 เกือบ 70% ของ 1.4 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ เป็นรายได้ขององค์กรไม่หวังผลกำไรที่ได้จากการขายสินค้าและให้บริการ

ตัวอย่างของกิจการรูปแบบนี้ เช่น ลูกเสือหญิงของสหรัฐ หรือ ในนาม คูกี้ ที่ทำคูกี้ก็ขอบคุณเหล่าทหารในโอกาโฮมา ซึ่งเริ่มทำขายเพื่อระดมทุนเมื่อปี 1917 ด้วยเป้าหมายที่ต้องการฝึกทักษะชีวิตให้แก่เด็กผู้หญิง ธุรกิจคูกี้ก็เริ่มดำเนินการ ก็ทำให้การเงินขององค์กรดีขึ้น ปัจจุบัน ลูกเสือหญิงมีสมาชิกกว่า 3.3 ล้านคน มีรายได้จากการขายคูกี้ต่อปี 700 ล้านเหรียญสหรัฐ ตัวอย่างอื่นๆ ขององค์กรรูปแบบนี้ได้แก่

Emancipet ก่อตั้งเมื่อ 1999 เป็นองค์กรที่เสนอบริการทำหมันสัตว์เลี้ยงในราคาต่ำ สามารถสร้างรายได้มากกว่า 1.7 ล้านเหรียญต่อปี โดยให้บริการได้ประมาณ 1,400 รายต่อเดือน ซึ่งทำให้ Emancipet มีเงินมากพอที่จะให้บริการทำหมันสัตว์เลี้ยงฟรีถึง 60% ของลูกค้าทั้งหมด

Living Goods ใช้แนวทางการขายตรงแบบ Avon มีฐานอยู่ใน San Francisco และจ้างชาวชนบทใน อุกันดา ขายสินค้าสุขภาพ เช่น ยาถ่ายพยาธิในราคาถูก โดยเรียกกันว่าเป็น ผู้ส่งเสริมสุขภาพ หรือรู้จักกันในชื่อ microfranchising.

Digital Divide Data ทำหน้าที่ฝึกอบรมคนเขมรและคนลาวที่ยากจนให้มีทักษะคอมพิวเตอร์เบื้องต้น และจ้างพวกเขาในการให้บริการแก่หน่วยงานต่างๆ จากสหรัฐ มหาวิทยาลัย และหน่วยงานราชการ รายได้จากสัญญาต่างๆ มีจำนวนถึง 2.7 ล้านเหรียญสหรัฐ เป็น 2 เท่าของเงินที่ได้รับบริจาคของกลุ่มในเมืองนิวยอร์ก

รูปแบบธุรกิจนี้ใช้งานได้ดีเมื่อ

1. องค์กรมีผลิตภัณฑ์ที่มีคุณค่า หรือ มีความเชี่ยวชาญ องค์กรไม่หวังผลกำไรด้านการศึกษาศาสนาสามารถขายบริการด้านการศึกษา トラบเท่าที่ ผลิตภัณฑ์หรือการบริการยังมีความสัมพันธ์ต่อพันธกิจ รายได้ก็จะได้รับการยกเว้นภาษี
2. ผู้ใช้มีความสามารถในการจ่าย
3. พันธกิจขององค์กรเป็นการฝึกหัดการทำงาน การสร้างทักษะ ตามกฎระเบียบแล้วองค์กรสามารถจัดบริการด้านการเรียนให้แก่ คนต่างชาติอพยพ คนไร้บ้าน และการหางานก็ได้รับการอนุญาตให้ทำได้

จุดแข็ง

การหารายได้ ทำให้องค์กรเป็นอิสระจากเงินบริจาค อย่างน้อย รายได้ในส่วนนี้มีความหมายเป็นอย่างยิ่ง เพราะยังมีเงินในส่วนนี้มากก็ยิ่งทำงานได้ตามพันธกิจมากขึ้น แตกต่างจากเงินให้เปล่า เพราะเงินที่เป็นรายได้ไม่มีข้อจำกัดในการใช้ และสุดท้าย องค์กรไม่หวังผลกำไรที่หารายได้ ยังคงได้ประโยชน์เช่นเดียวกับองค์กรไม่หวังผลกำไรทั่วไป รวมถึงการยกเว้นภาษี ผู้บริจาคสามารถนำเงินบริจาคไปลดหย่อนภาษีได้

ความท้าทาย

องค์กรไม่หวังผลกำไรที่มีการหารายได้ มักมีเจ้าหน้าที่ 2 ฝ่าย ฝ่ายหนึ่งทำงานในส่วนของกรตอบเป้าหมายด้านสังคม อีกส่วนทำงานด้านการขาย การตลาด และการบริการลูกค้าสำหรับธุรกิจขององค์กร ซึ่งก็ทำให้องค์กรมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นและเสี่ยงต่อการทำผิดกฎระเบียบ ที่องค์กรไม่หวังผลกำไรต้องทำงานมุ่งให้ความสำคัญต่อพันธกิจเป็นอันดับแรก ซึ่งนั่นย่อมทำให้การทำงานเพื่อหารายได้เป็นเรื่องไม่่ง่ายนัก

รูปแบบที่ 4 SE ประเภทลูกผสม (Hybrid)

เป็นการจัดการที่ซับซ้อน แต่ก็สามารถเชื่อมโยง องค์กรไม่หวังผลกำไรและองค์กรหวังผลกำไรเข้าด้วยกันได้ ในรูปแบบลูกผสม องค์กรไม่หวังผลกำไรกับองค์กรที่ทำกำไร ทำงานเชื่อมต่อกัน ในบางกรณีก็เป็นแบบที่องค์กรหนึ่งทำหน้าที่สนับสนุนอีกองค์กรหนึ่ง โดยทั้งสองจะมีสัญญาร่วมกันระยะยาว ซึ่งเป็นการเติมเต็มความต้องการพื้นฐานของอีกองค์กรหนึ่ง

ตัวอย่างกิจการรูปแบบนี้ เช่น ในปี 2005 องค์กรไม่หวังผลกำไรอย่าง Mozilla Foundation ได้ก่อตั้ง Mozilla Corporation ที่จะทำหน้าที่หารายได้จาก Firefox web browser มาเพื่อสนับสนุนมูลนิธิ ปัจจุบันมีรายได้กว่า 104 ล้านเหรียญต่อปีจากข้อตกลงร่วมกับพันธมิตรอย่าง Google และ Yahoo ขณะเดียวกันมูลนิธิ ที่ทำงานพัฒนา software แบบ open-source ก็ได้รับเงินบริจาคมากกว่า 222,000 เหรียญสหรัฐ ตัวอย่างอื่นๆ ของกิจการรูปแบบนี้ เช่น

Story Pirates จัดตั้งเมื่อ 2003 โดย group of Northwestern grads องค์กรตั้งอยู่ในเมืองนิวยอร์ก และ ลอส เองเจอลิส โดยให้บริการการสอนด้านการเขียนและการแสดงแก่ to underserved schools และสร้างละครเพื่อโชว์กับสาธารณะทั่วไป ด้วยการเติบโตของบัตรที่จำหน่าย ทำให้ Story Pirates มีอีกกลไกหนึ่งที่ทำหน้าที่หาเงินจากการละคร องค์กรทั้งสองนี้เชื่อมต่อกันด้วยการมีข้อตกลงที่อนุญาตให้สามารถใช้อชื่อและเนื้อหาเดียวกันในการทำงาน

Parent Earth ในส่วนขององค์กรที่หารายได้ – ทำกำไร ใช้ชื่อว่า Paret Earth Inc. ส่วนองค์กรที่ไม่หวังผลกำไรใช้ชื่อ Parent Earth Foundation โดยมีพันธกิจเหมือนกัน คือ การให้การศึกษแก่สาธารณะในเรื่องพฤติกรรมมารีโภคเพื่อสุขภาพ แต่ทั้ง 2 องค์กรทำงานแตกต่างกัน ในส่วนขององค์กรไม่หวังผลกำไรทำหน้าที่ผลิตวิดีโอเพื่อการศึกษาเกี่ยวกับ

อาหาร ในขณะที่องค์กรที่ทำหน้าที่หารายได้ มีรายได้จากการโฆษณาใน ParentEarth.com และชักชวนหาผู้สนับสนุนเพิ่มเติม ด้วยโครงสร้างเช่นนี้ ทำให้องค์กรในหน้าที่หารายได้สามารถทำให้องค์กรในส่วนไม่หวังผลกำไรอยู่ได้ในช่วงที่กำลังรอเงินทุนจากโครงการต่างๆ

รูปแบบธุรกิจนี้ใช้งานได้ดีเมื่อ

1. ธุรกิจที่เป็นหน้าที่หารายได้ ไม่สร้างผลกระทบต่อสถานภาพการเป็นองค์กรไม่หวังผลกำไร
2. ฝ่ายที่ทำธุรกิจที่หารายได้ สามารถช่วยพัฒนาการจัดการงานด้านงานการกุศล เป็นเหมือนแผนงานขององค์กร ธุรกิจที่เติบโต บางบริษัทจะเริ่มทำงานด้านไม่หวังผลกำไรและก่อรูปเพื่อการจัดการกิจกรรมสาธารณะประโยชน์
3. แต่ละด้านของงาน (ไม่หวังผลกำไร และ หวังผลกำไร) ต้องการการยื่นข้อเสนอของคนอื่นๆ

จุดแข็ง

องค์กรไม่หวังผลกำไรยังคงได้รับการยกเว้นภาษีและสามารถขอทุนได้ ในส่วนงานของการหารายได้ก็สามารถระดมเงินได้อย่างไม่มีข้อจำกัดและยังสามารถให้การลดหย่อนภาษีสำหรับเงินที่บริจาคให้กับส่วนที่ทำงานไม่หวังผลกำไร เพราะว่าโดยกฎระเบียบ งาน 2 ส่วนแยกออกจากกัน สำหรับ ในส่วนที่สร้างกำไรนั้นมีความยืดหยุ่นมากกว่าในส่วนของ การหารายได้ขององค์กรไม่หวังผลกำไร เนื่องจากสามารถนำเงินในส่วนนี้ไปใช้เพื่อประโยชน์สำหรับสิ่งที่เห็นว่าจำเป็น โดยไม่ถือเป็นค่าใช้จ่ายที่เกินที่กำหนด

ข้อท้าทาย

การจัดการแบบลูกผสมนั้นความซับซ้อนเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งต้องแยก คณะกรรมการบริหาร เจ้าหน้าที่ด้านการจัดการออกจากกัน ซึ่งนั่นเป็นจุดสำคัญที่อาจขัดต่อกฎระเบียบของราชการ ในบางครั้งที่มีกิจกรรมบริการระหว่างใน ส่วนที่ไม่หวังผลกำไรและในส่วนที่หากำไร คณะกรรมการทั้ง 2 ส่วน ต้องพิจารณาอนุมัติ โดยต้องแสดงให้เห็นว่า ในส่วน งานที่หากำไรนั้นได้จ่ายค่าผลิตภัณฑ์หรือบริการในอัตราตามตลาดทั่วไป ที่สำคัญรูปแบบเช่นนี้เป็นรูปแบบใหม่ที่ยังไม่มี ระบุไว้ในกฎระเบียบ

รูปแบบที่ 5 SE ประเภทนักลงทุนที่เน้นผลกระทบ (impact investors)

นอกจากผลตอบแทนที่เป็นเงิน นักลงทุนที่เน้นผลกระทบมองหาการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมอีกด้วย คำว่า ผลตอบแทนการลงทุน (ROI)

ตัวอย่างรูปแบบกิจการนี้ เช่น นักลงทุนที่เน้นผลกระทบ มักพูดถึงผลตอบแทน – กำไรจากการลงทุน ที่รอคอยได้ นับ 10 ปีๆ (ทุนอดทน - patient capital) เช่น Acumen Fund ที่ก่อตั้งโดย Jacqueline Novogratz ในปี 2001 เขาเคยเป็น ผู้บริหารเก่าของมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ Acumen ได้สร้างกฎใหม่ที่จะสนับสนุนธุรกิจในตลาดเกิดใหม่ด้วยการลงทุน มากกว่าการให้เปล่า Acumen ก่อตั้งเหมือนเป็นองค์กรไม่หวังผลกำไรที่มองหาผลตอบแทนการลงทุนภายใน 5-7 ปี กองทุนนี้ได้ลงทุนไปแล้ว 57 ล้านเหรียญสหรัฐ ใน 55 กิจการ และมีผู้ใช้สินค้าและบริการจากธุรกิจเหล่านี้กว่า 30 ล้านคน ตัวอย่างอื่น ๆ ของกิจการรูปแบบนี้ เช่น

Beartooth Capital Partners ตั้งอยู่ใน Bozeman ในรัฐมอนทาน่า Beartooth Capital ซื้อทุ่งปศุสัตว์และทำความสะอาด ปรับปรุงสาธารณูปโภคและปลูกหญ้าเลี้ยงสัตว์ เพื่อขายให้กับฟาร์มส่วนบุคคล กองทุนที่ดินและหน่วยงานราชการ นักลงทุนสามารถสร้างกำไรได้ถึง 26% ของเงินลงทุน

DBL Investors แยกตัวออกจาก Bay Area Equity Fund I ของ J.P. Morgan เมื่อ มกราคม ปี 2008 ด้วยเงินเริ่มต้น 75 ล้านดอลลาร์ โดยเน้นไปที่การลงทุนที่สร้างผลตอบแทนทางการเงินและสังคม (บริษัทที่อยู่ในรายการของ DBL ได้แก่ Tesla ซึ่งเป็นบริษัทผลิตรถไฟฟ้าซึ่งขายเข้าตลาดหลักทรัพย์) กองทุนที่สองของ DBL คือ DBL Equity Fund – BAEF II ระดมเงินได้มากกว่า 140 ล้านดอลลาร์สหรัฐ

Media Development Loan Fund ลงทุนใน independent media outlets ในประเทศที่มีประวัติการถูกเซ็นเซอร์ชิป (censorship) ในปี 2010 กองทุนซึ่งที่สำนักงานตั้งอยู่ที่ ปราก และ เมืองนิวยอร์ก ได้สนับสนุนทุนกู้ยืม 104.3 ล้านดอลลาร์ สำหรับการลงทุน การช่วยเหลือทางเทคนิค และทุนให้เปล่าแก่ 36 ร้านขายสินค้าจากโรงงาน (outlet) ใน 26 ประเทศ และสามารถหารายได้ (จากดอกเบี้ยและเงินปันผล) ได้ 35 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ในปี 2009 ยังมี 35 ล้านคนได้รับข่าวสารจาก MDLF portfolio firms.

รูปแบบธุรกิจนี้ใช้งานได้ดีเมื่อ

1. นักลงทุนมองเห็นโอกาสในปัญหาด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม นักลงทุนที่เน้นผลกระทบจะลงทุนในบางสิ่ง เช่น ลงทุนในที่ดินที่ไม่ใช่ประโยชน์และการบริการทางการเงินกับบุคคลของประเทศที่ไม่มีบัญชีแบงค์ (unbanked) เป็นของตนเอง ซึ่งเป็นธุรกิจที่มีศักยภาพในการสร้างคุณค่า
2. นักลงทุนที่มีประสบการณ์ ในการเป็นทั้งนักกิจกรรมทางสังคมและนักลงทุน
3. นักลงทุนที่ไม่มองผลประโยชน์ระยะสั้น

จุดแข็ง

จากงานศึกษาเมื่อเร็วๆ นี้ของ J.P. Morgan ประมาณว่า จะมีโอกาสในเงินลงทุนประมาณ 1 ล้านดอลลาร์สหรัฐใน 10 ปีข้างหน้าในกิจการที่เพื่อการบริการคนทั่วไปที่มีรายได้น้อยกว่า 3,000 เหรียญต่อปี นอกจากนี้ นักวิจัยยังประมาณว่า จะมีกำไร 667 พันล้านเหรียญจากกิจการเหล่านี้ Amit Bouri ผู้อำนวยการฝ่ายยุทธศาสตร์และการพัฒนาของเครือข่ายการลงทุนเพื่อผลกระทบระดับโลก กล่าวว่า “การลงทุนในสิ่งเหล่านี้ถูกมองข้ามจากสายตาของนักลงทุนแบบอนุรักษ์นิยม...กิจการเหล่านี้ถูกเปิดตลาดขึ้นแล้ว”

ข้อท้าทาย

ข้อตกลงทางการลงทุนมีแนวโน้มที่จะมีขนาดเล็ก ปกติจะน้อยกว่า 1 ล้านดอลลาร์สหรัฐ นักลงทุนที่เน้นผลกระทบจะมองหาผลตอบแทนทางสังคมในเชิงปริมาณ ที่ก็เป็นรูปธรรมน้อยกว่าผลตอบแทนทางการเงิน เครือข่ายการลงทุนเพื่อผลกระทบระดับโลก ได้พัฒนาชุดรายงานมาตรฐานที่รู้จักกันในนาม Iris ซึ่งย่อมาจาก *Impact reporting and investment standards*, ซึ่งช่วยให้นักลงทุนที่เน้นผลกระทบสามารถสื่อสารในภาษาเดียวกัน เมื่อต้องมีการเปรียบเทียบผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนในกิจการแต่ละแบบ

รูปแบบที่ 6 SE ประเภทหากำไรด้วยพันธกิจทางสังคม (For-profit with social mission)

ในบางธุรกิจ ผลกระทบทางสังคมสามารถวัดผลได้ด้วยจำนวนของการเช็คถูกที่เขียนไว้ แต่ในบางธุรกิจ ผลกระทบทางสังคม พันธกิจถูกเรียกร้องอยู่ในธุรกิจโดยตรงอยู่แล้ว

ตัวอย่างของกิจการรูปแบบนี้ เช่น Seventh Generation ซึ่งก่อตั้งเมื่อ 1988 เริ่มต้นด้วยเจตนาของสำหรับผลิตภัณฑ์บ้านสีเขียว ภายใต้การนำของ Jeffery Hollender ได้กลายเป็นธุรกิจขนาด 150 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าท้าทาย

ของกิจการที่สามารถสร้างกำไร ภายใต้จุดมุ่งหมายด้านสังคม ในปี 2009 Hollender ได้กลายมาเป็นประธาน คณะกรรมการและส่งต่อหน้าที่ CEO ให้แก่ Chuck Maniscalco ซึ่งเป็นอดีตผู้บริหาร Pepsi ปีถัดมาภายใต้ข้อตกลงที่สลับกันกับ Walmart บอร์ดของ Seventh Generation ก็ประกาศยุติการจ้าง และบริษัทก็ได้ผู้นำคนใหม่ คือ John Replogle ซึ่งเคยเป็นผู้บริหารของ Burt's Bees ตัวอย่างอื่น ๆ ของกิจการรูปแบบนี้ เช่น

PharmaSecure ปัญหาความปลอดภัย เป็นปัญหาใหญ่ในประเทศกำลังพัฒนา PharmaSecure มีสำนักงานตั้งอยู่ใน เลบานอน, นิว แลมเซียร์ และ นิวเดลี ทำหน้าที่สร้างรหัสแบบพิเศษสำหรับคำอธิบายการใช้ยาติดได้ขวด ผู้บริโภค สามารถใช้ข้อความคำอธิบาย กับบริษัทผลิทยาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ยิ่งกว่านั้น รหัสเหล่านี้ถูกพิมพ์บนขวดมากกว่า 10 ล้านขวด และบริษัทมีสัญญาที่มีมูลค่ากว่า 100 ล้านบาทในสิ้นปี 2011

Two Degrees ขนมทุกชิ้น ที่บริษัท Two Degrees Food ซึ่งตั้งอยู่ใน San Francisco ขายได้ บริษัทจะบริจาค ชูดีวิตามิน และเนยถั่วที่อุดมด้วยคุณค่าทางโภชนาการแก่เด็กที่ขาดสารอาหารในมาลาวี 1 คน เริ่มต้นจากทุน 1.3 ล้านดอลลาร์สหรัฐ จากกองทุนของ angel investor การดำเนินงานที่ผ่านมาสามารถส่งชูดีอาหารให้แก่เด็กยากจนได้ถึง 10,800 ชูดีใน กลางเดือนกุมภาพันธ์ (ปัจจุบันไม่ต้องซื้อก็ได้ แคส่ง virtual bar ให้เพื่อนทาง facebook เด็กในพื้นที่ แอฟริกา ก็ได้ชูดีอาหารที่มีคุณภาพสูง)

Drop the Chalk เป็นบริษัทในนิวยอร์กที่สร้างโปรแกรม online ที่เรียกว่า Kickboard ซึ่งให้ครูสามารถติดตาม ความสามารถในทางวิชาการ ปีที่แล้ว Drop the Chalk ได้รับเงิน 100,000 เหรียญสหรัฐ จากบริษัทเงินทุน First Light Venture ปัจจุบัน Kickboard เป็นเวอร์ชัน beta ซึ่งใช้กันใน 15 โรงเรียน

รูปแบบธุรกิจนี้ใช้งานได้ดีเมื่อ

1. ผลิตภัณฑ์เป็นตัวขับเคลื่อนทางสังคม หรือกล่าวได้ว่า ผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ขาย จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ทางสังคม
2. ผู้ใช้มีความสามารถในการจ่ายอย่างมาก กรณีที่ดีที่สุด ผลิตภัณฑ์หรือบริการเป็นที่ต้องการของตลาด หรือใน กรณีที่มีองค์กรที่สาม อาทิ โรงพยาบาล โรงเรียน เป็นผู้สนับสนุนในการจ่ายให้กับผู้ซื้อที่ไม่มีทุนทรัพย์
3. ธุรกิจไม่สามารถแยกออกมาจากพันธกิจทางสังคมได้ ตัวอย่างเช่น Tom Shoes จะบริจาครองเท้า 1 คู่ เมื่อเขา ขายรองเท้าได้ 1 คู่ ผลกระทบทางสังคมเป็นตัวทำให้ธุรกิจมีความแตกต่าง ไม่เช่นนั้น Toms ก็เป็นเพียงบริษัท รองเท้าอีกบริษัทหนึ่งเท่านั้น

จุดแข็ง

การลงทุนในธุรกิจทั่วไปนั้นมีความจำกัด พันธกิจทางสังคมสามารถขยายขอบเขตทางการตลาด และสร้างความแตกต่างจากคู่แข่งทั่วไป คนรุ่นใหม่ที่เราเรียกกันว่า นักลงทุนที่เน้นผลกระทบ คือ เป้าหมายขององค์กรที่หากำไรด้วยพันธกิจ ทางสังคม ด้วยการขยายฐานที่มั่นที่มีศักยภาพในการสนับสนุน รัฐบาลโอบามา ก็เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องโดยการจัดตั้ง กองทุนที่เน้นผลกระทบด้วยเงิน 1 พันล้านเหรียญสหรัฐ

ข้อท้าทาย

เพื่อพิสูจน์ถึงคุณค่าของนักลงทุน การดำเนินกิจการเพื่อสังคมสำหรับบริษัทที่เน้นกำไรต้องแสดงให้เห็น ผลกระทบทางสังคมในเชิงปริมาณ พอๆ กับผลทางการเงิน ซึ่งไม่ใช่เรื่องง่าย ดังนั้น จึงไม่มีหลักประกันว่า พันธกิจทาง

สังคมจะรักษาไว้ได้ท่ามกลางการเติบโตของบริษัท ที่มีธรรมเนียมต้องแบ่งกำไรไปยังหุ้นส่วนหรือไม่ก็ควบรวม หรือไม่ก็จดทะเบียนในตลาดหุ้น มันเป็นเรื่องยากที่จะรักษาไว้ซึ่งพันธกิจ ผู้ก่อตั้งอาจเริ่มด้วยความตั้งใจที่ดี แต่เมื่อธุรกิจขยายตัว ธุรกิจ (หรือคณะกรรมการ) ก็ต้องทำหน้าที่ที่น่าไว้วางใจแก่ผู้ถือหุ้น มากกว่าพันธกิจด้านสังคม

ภาคผนวกที่ 3 ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน SE ด้านบริการสุขภาพ

ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านบริการสุขภาพที่สำคัญ 3 ปัจจัย หลัก ๆ ซึ่งประกอบไปด้วย

1) ปัจจัยการสนับสนุนกิจกรรมหลักภายในองค์กร (Core activity) ประกอบด้วย 7 ปัจจัย คือ

1.1) Idea Generation (การสร้างแนวคิด) เป็นกระบวนการสร้าง พัฒนา และกำหนดแนวความคิด สำหรับการเริ่มต้น SE โดยเป็นกระบวนการในการวิเคราะห์หาจุดเด่น จุดด้อย โอกาส และอุปสรรคของผู้ประกอบการและปัจจัยภายนอกในสังคมเพื่อให้ผู้ประกอบการได้รับข้อมูลเชิงลึกสำหรับกำหนดกรอบธุรกิจที่มีประสิทธิภาพและสามารถสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขันได้

1.2) Designing business model/business plan (การออกแบบโครงสร้างและแบบแผนทางธุรกิจ) เพื่อจุดประสงค์ในการสร้างความได้เปรียบในการแข่งขันและบรรลุเป้าหมายขององค์กร

1.3) Financing (การจัดหาเงินทุน) เพื่อนำมาใช้ในการจัดตั้ง ดำเนินกิจการ และขยายธุรกิจเพื่อให้ได้ผลตอบแทนอย่างคุ้มค่า

1.4) Production/services (การผลิตและบริการ) ความรู้และความเชี่ยวชาญในการผลิต/บริการ วิจัย พัฒนา รวมทั้งควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์/การบริการ

1.5) Marketing & sale (การชักจูงให้ลูกค้าซื้อสินค้าและบริการ) กระบวนการชักจูง สื่อสารและสร้างคุณค่าของผลิตภัณฑ์หรือบริการในสายตาของลูกค้า เพื่อจุดประสงค์ให้เกิดการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์ในขั้นตอนสุดท้าย

1.6) Distribution (การกระจายสินค้า) เพื่อให้เข้าถึงแหล่งของกลุ่มคนเป้าหมาย หรือลูกค้าได้อย่างทั่วถึง

1.7) Managing impact (การประเมินและติดตามผล) เป็นกระบวนการบริหาร จัดการ และประเมินผลตอบแทนที่ได้จากการดำเนินกิจการเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายขององค์กร

2) ปัจจัยการสนับสนุนกิจกรรมสนับสนุนภายในองค์กร (Supporting activity) ประกอบด้วย 4 ปัจจัย คือ

2.1) People 's beliefs and attitudes (ความเชื่อและทัศนคติของบุคลากร) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการดำเนินการต่าง ๆ

2.2) Organizational structure (โครงสร้างและความสัมพันธ์ของบุคลากร) ต้องเอื้อต่อการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ และนวัตกรรม

2.3) Human resource management (การบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ในองค์กร) เป็นการจัดการทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรในองค์กรให้สามารถปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มความรู้ความสามารถ ในขณะเดียวกันก็เพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ เพื่อสร้างขวัญกำลังใจและความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานที่จะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพ

2.4) Leadership (ความเป็นผู้นำ) ผู้นำจะต้องมีความคิดนอกกรอบ มีความคิดสร้างสรรค์ มีความมุ่งมั่น ทุ่มเท สามารถโน้มน้าวให้บุคลากรในองค์กรเห็นภาพและมีเป้าหมายเดียวกัน

3) ปัจจัยการสนับสนุนภายนอกองค์กร (Externality) ประกอบด้วย 6 ปัจจัย คือ

3.1) Laws and regulations (ปัจจัยการสนับสนุนด้านกฎหมายและกฎระเบียบ) กฎระเบียบ ข้อบังคับ ที่ถูกสร้างและกำหนดขึ้นโดยรัฐบาล ในการสนับสนุนด้านการเก็บภาษีเงินได้ สำหรับผู้ประกอบการ SE ซึ่งมีเป้าหมายในการ

ช่วยเหลือและสนับสนุนการดำเนินวิสาหกิจเพื่อสังคมให้สะดวกและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยรูปแบบในการสนับสนุน เช่น การยกเว้นหรือลดหย่อนภาษีเงินได้ต่อปีของวิสาหกิจเพื่อสังคมที่จดทะเบียนตามเกณฑ์ที่กำหนด

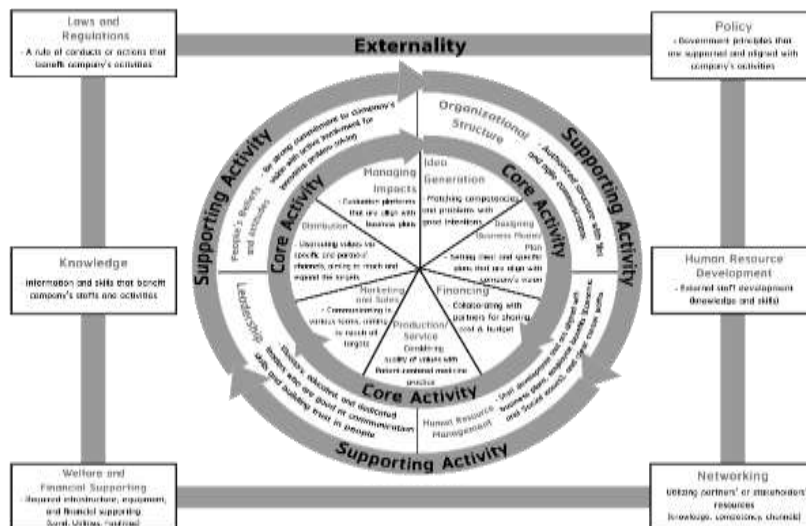
3.2) Human resource development (ปัจจัยสนับสนุนด้านทรัพยากรมนุษย์) ทรัพยากรมนุษย์ถือว่าเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญต่อการดำเนิน SE ให้บรรลุเป้าหมายทางด้านสังคมและสร้างรายได้เปรียบในการแข่งขันกับคู่แข่งในตลาด เช่น โครงการพัฒนาความสามารถด้านธุรกิจ โครงการพัฒนาความรู้ สัมมนาในชุมชน เพื่อสร้างความรู้ด้านสังคมให้แก่บุคลากรขององค์กร

3.3) Welfare and financial supporting (ปัจจัยสนับสนุนด้านสวัสดิการและเงินทุน) เพื่อเป้าหมายในการสร้างความสะดวกสบายและเอื้อประโยชน์ต่อการดำเนิน SE เติบโตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้รูปแบบการสนับสนุนด้านสวัสดิการ เช่น การอำนวยความสะดวกทางด้านเครื่องมือการผลิต โครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็น เป็นต้น ส่วนปัจจัยสนับสนุนด้านเงินทุน เช่น การสนับสนุนเงินทุน การสนับสนุนทรัพยากรทางการเงิน โดยมีเป้าหมายให้โครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้นเกิดขึ้นได้

3.4) Knowledge (ปัจจัยสนับสนุนด้านความรู้) ข้อมูลความรู้ที่สั่งสมมาจากการศึกษา ประสบการณ์ และทักษะการปฏิบัติ ที่สามารถนำไปใช้ในการดำเนิน SE ที่สามารถสร้างรายได้เปรียบในการแข่งขัน เช่น การบริหารจัดการต้นทุน การเงิน การตลาด การกระจายสินค้า การประเมินผลการดำเนินงาน ความรู้สำหรับการติดต่อสื่อสาร และเจรจากับผู้ที่เกี่ยวข้องกับองค์กรและหน่วยงานต่าง ๆ เป็นต้น

3.5) Networking (ปัจจัยสนับสนุนด้านระบบเครือข่ายและช่องทางการเข้าถึงตลาด) เช่น การช่วยเหลือในด้านของความรู้ ปัญหา และความต้องการของคนในชุมชน ช่องทางในการเข้าถึงแหล่งชุมชน ทรัพยากรบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในด้านชุมชน แหล่งวัตถุดิบสำหรับการดำเนินธุรกิจ เครือข่ายการสนับสนุนจากรัฐและเอกชน เป็นต้น

3.6) policy (ปัจจัยสนับสนุนด้านนโยบาย) รูปแบบการดำเนินงานของ SE ควรมีความสอดคล้องกับแผนนโยบายของภาครัฐ เพื่อให้การติดต่อ ประสานงาน และร่วมมือดำเนินงานกับองค์กรภาครัฐมีความราบรื่นและมีประสิทธิภาพ



แผนภาพที่ 6: ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านบริการสุขภาพ
ที่มา: วฐู วจนวงศ์. การพัฒนาโมเดลสนับสนุนการดำเนินกิจการเพื่อสังคมในประเทศไทย.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2559.

ภาคผนวกที่ 4 สรุปผลการประชุมระดมสมองครั้งที่ 1 และ 2

สรุปผลการประชุมระดมสมอง ครั้งที่ 1

การประชุมระดมสมอง เรื่อง ความเป็นไปได้ในการจัดตั้งวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม

วันอาทิตย์ที่ 16 มิถุนายน พ.ศ. 2562 เวลา 09.00-17.00 น.

ณ ห้องประชุม Terrace ชั้น 9 โรงแรมไมด้า งามวงศ์วาน จ.นนทบุรี

ผู้เข้าร่วมประชุม

ลำดับ	ชื่อ – นามสกุล	หน่วยงาน /สังกัด
1	ผศ.ดร.ชาญชัย จารุภาชนี่	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น/วิทยากร
2	นส. สกฤตทิพย์ กิรติพันธ์วงศ์	บริษัทไนส์คอร์ป เอส.อี จำกัด (สำนักงานใหญ่)/วิทยากร
3	ภญ. ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร	โครงการพัฒนาธุรกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม
4	ภก. ทินกร ปิยะกุลชัยเดช	โครงการพัฒนาธุรกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม
5	รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์	สภาเภสัชกรรม
6	ภก. ธีรวุฒิ พงศ์เศรษฐไพศาล	มูลนิธิเภสัชกรรมชุมชน
7	ภก. กิตติ พิทักษ์นิตินันท์	นักวิชาการอิสระ
8	รศ.ดร. สุณี เลิศสินอุดม	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
9	ภญ. วรรณิตดา ศรีสุพรรณ	กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ สปส. สธ.
10	ภญ. นุชน้อย ประภาโส	กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ กพรส.สธ.
11	ภก. กฤษชัย พัฒนจันทร์	สำนักสนับสนุนระบบยาและเวชภัณฑ์ สปสช.
12	ผศ.ดร.นิตยาวรรณ กุลฉนวนวรรณ	สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)
13	ภญ. พจนาลัย อนุสรณ์พาณิชย์กุล	สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)
14	นายเอกวัฒน์ สุวันทโรจน์	ชมรมผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียแห่งประเทศไทย
15	นายธนพลธ์ ดอกแก้ว	สมาคมเพื่อนโรคไตแห่งประเทศไทย
16	นส.สาวิตรี นาคฤทธิ์	สมาคมเพื่อนโรคไตแห่งประเทศไทย
17	นางลาววัลย์ สาโรวาท	เครือข่ายคนทำงานด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด
18	ภญ. เพ็ญทิพา แก้วเกตุทอง	สถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน ไอศตศลา
19	ภก. กานน ธรรมเจริญ	ร้านวีระเภสัช จังหวัดจันทบุรี (ร้านยานอกกะลา)
20	ภก. กิรนนท์ ระวังนาม	ร้านป๋นยาฟาร์มาซี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (ร้านยานอกกะลา)
21	ภก. สมพงษ์ อภิรมย์รักษ์	ร้านหมอยา จังหวัดสงขลา
22	ภก. เกียรติศักดิ์ ปานรังศรี	ห้างหุ้นส่วนสามัญ สองเภสัช จังหวัดภูเก็ต
23	ภญ. สุณี ปัญญาวุฒิไกร	ร้านสุณีเภสัช กรุงเทพฯ
24	ภก. ประวิทย์ ตันตีสุนทรกุล	ร้านลาซาลเภสัช กรุงเทพฯ
25	ภญ. เบญจวรรณ สินธุอัสวี	บริษัท ไฟเซอร์ (ประเทศไทย) จำกัด
26	ภก. วัฒนา อุษณาจิตต์	เภสัชกรการตลาด
27	ภก. สมเกียรติ มหพันธ์	เภสัชกรการตลาด

28	ภก. สุรีย์	สวาทสุด	เภสัชกรการตลาด
29	รศ.ดร.วรุฒิ	โรมรัตน์พันธ์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
30	นายวรุฒิ	ไชยศร	Social value
31	คุณรติกร	จีนเสงี่ยม	ผู้สังเกตการณ์
32	คุณพัชรา	ธนต์ไทร	ผู้สังเกตการณ์
33	นส.ปิยาภรณ์	ชินางกูรภิวัดน์	บริษัทฟาร์มแคร์ กรุ๊ป จำกัด
34	นาย จมร เตียว	หุ่ณศิริ	มูลนิธิแม่ฟ้าหลวง
35	ภญ. พิมลศรี	แสงคาร์	โครงการพัฒนาธุรกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม
36	นส.จินต์ณิภา	ปัญญาวุฒิไกร	โครงการพัฒนาธุรกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม
37	นส.โกविندا	สุนทรอำไพ	แผนงานเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมยาสูบ
38	นส.ยุพา	กรดแก้ว	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เวลา 9.00 น. ภก.ธีรวุฒิ พงศ์เศรษฐไพศาล ประธานมูลนิธิเภสัชกรรมชุมชน ได้กล่าวเปิดการประชุม จากนั้น ภก. ทินกร ปิยะกุลชัยเดช ซึ่งแจ้งความเป็นมาและวัตถุประสงค์ในการจัดประชุมระดมสมองครั้งนี้ ว่าเพื่อระดมความคิดเห็น และหาความต้องการงานเภสัชกรรมที่สามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนและสังคม ตลอดจนงานเภสัชกรรม นั้นต้องมีศักยภาพในการพัฒนาเป็นธุรกิจได้ เวลา 9.30 น. นส.สกุลทิพย์ กิรติพันธวงศ์ Co-founder & Managing director บริษัทไนส์คอร์ป เอส.อี จำกัด บรรยายเรื่องวิสาหกิจเพื่อสังคม ความหมาย ตัวอย่าง และโอกาสของวิสาหกิจ เพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม รายละเอียดตามเอกสารแนบ จากนั้น ภญ.พิมลศรี แสงคาร์ กล่าวถึงปัญหา/ช่องว่าง ด้าน เภสัชกรรม และความต้องการของผู้รับบริการ ที่ระบุจากการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม คือ เภสัชกร ตัวแทนผู้ป่วย และบุคลากรสาธารณสุขอื่น รายละเอียดตามเอกสารแนบ จากนั้นผู้เข้าประชุมได้ร่วมระดมสมองโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ซึ่งทุกกลุ่มระดมสมองใน 3 ประเด็น คือ

- ปัญหาและความต้องการของประชาชนและชุมชนที่สามารถทำเป็นกิจกรรมในรูปแบบวิสาหกิจเพื่อสังคมได้
- ุรูปธรรมของวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรมเป็นอย่างไร
- ประเด็นที่อยากเสนอแนะ

ผลการระดมสมองสรุปกิจกรรมด้านเภสัชกรรมที่มีศักยภาพในการดำเนินการในรูปแบบวิสาหกิจเพื่อสังคมแบ่งตามกลุ่มที่ระดมสมองได้ดังตาราง

กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3
1.รวบรวมข้อมูลยาของผู้ป่วย (เช่น แพ้ยาอะไร กินยาอะไรบ้าง จำนวนเท่าไร ฯลฯ) เพื่อเป็นข้อมูลให้บุคลากรสาธารณสุขทุกส่วนใช้ประโยชน์ถ้าต้องดูแลผู้ป่วยคนนั้น ข้อมูลจะอยู่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ เช่น เป็น APP ในสายรัดข้อมือ เป็นต้น	1.refill prescription เริ่มต้นด้วยงานเดิมยาเดิมให้ผู้ป่วยที่ส่งมาจาก รพ.จากนั้นจะเพิ่มเติมกิจกรรมให้คำปรึกษา เยี่ยมบ้าน ทบทวนยาที่ร้าน (ในส่วนของครกลาง (SE) ทำหน้าที่โลจิสติก การเทรนนิ่ง งานIT ประสานงาน รวมทั้งต่อรองราคาฯ)	1.family pharmacist ดูแลตั้งแต่ยังไม่ป่วย ลดเสี่ยงต่าง ๆ รวมทั้งคัดกรองโรคด้วย ถ้าป่วยต้องให้ยาอย่างเหมาะสม คนที่เป็นโรคเรื้อรังทำให้ใช้ยาอย่าง effective ไม่ให้เกิดยาเหลือใช้ ไม่ให้เกิดปัญหาเรื่องยา ดูแลถึงเรื่องcommon illness ที่มีราคาอย่างมาตรฐาน รวมทั้งเป็นศูนย์ของการให้บริการ health promotion & prevention
2.การจัดการยาเหลือใช้ที่บ้านผู้ป่วย	2.การเทรนนิ่ง เพื่อให้เภสัชกรมีทักษะในการสื่อสารเพื่อให้เกิดบริการที่ดี	2.จัดหาเภสัชกรประจำร้าน (full/part time) พร้อมกับอบรมให้พร้อมปฏิบัติงาน
		3.health education แบบ individual

ประเด็นที่อยากเสนอแนะ

การจะสร้างธุรกิจ SE ด้านเภสัชกรรมได้จะต้องมีองค์ประกอบ 3 ด้าน (กลุ่ม 3) ดังนี้

- Social impact
- Stakeholder Participation
- Sustainable

SE จะประสบผลสำเร็จได้จะต้อง (กลุ่ม 1)

- มีความชัดเจน
- คำนึงประโยชน์ผู้สังคม
- มีทีมงานที่ถาวร (ไม่ใช่ part time)
- มี value มีส่วนร่วม

SE จะประสบผลสำเร็จได้จะต้อง (กลุ่ม 3)

- จะต้องมีการ mapping ร้านยาในชุมชน เริ่มในพื้นที่ที่พร้อมก่อน
- ต้องสร้างเภสัชกรรุ่นใหม่ที่ต้องการให้บริการรูปแบบนี้
- Public education ต้องมาก
- รวมศูนย์หรือกระจายศูนย์ของการเข้าถึงตามสภาพของเมือง/ชนบท
- ควบคุมคุณภาพร้านยา
- ควบคุมมาตรฐานยา

ความเสี่ยง (กลุ่ม 3)

- ต้องมี standardization ของการทำงานของเภสัชกร
- ต้องมีการทำให้ประชาชนยอมรับ (ประชาสัมพันธ์)
- ข้อมูลของผู้ป่วยต้องเป็นความลับ



กำหนดการ

ประชุมระดมสมอง

เรื่อง ความเป็นไปได้ในการจัดตั้งวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเกษตรกรรม

วันอาทิตย์ที่ 16 มิถุนายน พ.ศ.2562 เวลา 09.00-17.00 น.

ณ ห้องประชุม Terrace ชั้น 9 โรงแรมไมด้า งามวงศ์วาน อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

08.30-09.00 น.	ลงทะเบียน
09.00-09.30 น.	เปิดการประชุม/ความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการประชุมระดมสมอง โดย ภก.ธีรวุฒิ พงศ์เศรษฐไพศาล และ ภก.ทินกร บิยะกุลชัยเดช
09.30-11.15 น.	SE สากล SE ไทย และ โอกาสของ SE ด้านเกษตรกรรม (พรบ. ระบบพี่เลี้ยง ระบบทุน การเชื่อมโยงกับ SE อื่นๆ) โดย คุณสกุลทิพย์ กิรติพันธวงศ์ Co-founder & Managing director บริษัทไนด์คอร์ป เอส.อี จำกัด
11.15-11.40 น.	งานเกษตรกรรมและความต้องการของสังคม โดย ภญ.พิมลศรี แสงคาร์
11.40-12.00 น.	ตอบปัญหา ชี้แจงการระดมสมอง และการนำเสนอ โดย น.ส.จินต์นิภา ปัญญาวุฒิไกร และ ผศ.ดร.ชาญชัย จารุภาชน์
12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00-15.00 น.	ประชุมกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม <ul style="list-style-type: none">● ความเห็นเรื่องงานเกษตรกรรมที่ได้รับความสนใจว่าเป็นที่ต้องการ (need) ของ ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน● รูปแบบของ SE เหมาะสมกับงานเกษตรกรรมหรือไม่● งานเกษตรกรรมที่มีศักยภาพในการหารายได้แบบ SE
15.00-17.00 น.	นำเสนอผลสรุปจากกลุ่มย่อย (ผศ.ดร.ชาญชัย จารุภาชน์ เป็นวิทยากรกระบวนการตลอดงาน)

หมายเหตุ: อาหารว่างเช้า-บ่าย เสิร์ฟในห้องประชุม





ภาพการประชุมระดมสมอง เรื่อง การจัดตั้งวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเกษตรกรรม ครั้งที่ 1 ณ โรงแรมไมด้า งามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี วันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ.2562 เวลา 9.00-17.00 น.

การประชุมระดมสมอง เรื่อง ความเป็นไปได้ในการจัดตั้งวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม ครั้งที่ 2

วันอาทิตย์ที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2562 เวลา 09.00-17.00 น.

ณ ห้องประชุม Terrace ชั้น 9 โรงแรมไมด้า งามวงศ์วาน จ.นนทบุรี

ผู้เข้าร่วมประชุม

ลำดับ	ชื่อ – นามสกุล	หน่วยงาน /สังกัด
1	ผศ.ดร.ชาญชัย จารุภาชน์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น/วิทยาการ
2	นส. สกฤทธิพิทย์ กิรติพันธ์วงศ์	บริษัทไนส์คอร์ป เอส.อี จำกัด (สำนักงานใหญ่)/วิทยาการ
3	ภญ. ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร	โครงการพัฒนาธุรกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม
4	ภก. ทินกร ปิยะกุลชัยเดช	โครงการพัฒนาธุรกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม
5	รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์	สภาเภสัชกรรม
6	ภก. ธีรวิทย์ พงศ์เศรษฐไพศาล	มูลนิธิเภสัชกรรมชุมชน
7	รศ.ดร. สุณี เลิศสินอุดม	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
8	ภญ. วรนัดดา ศรีสุพรรณ	กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ กบรส. สธ.
9	ภญ.ดร.ศิริรัตน์ ตันปิชาติ	สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)
10	ภก.จรัญวิทย์ แซ่พั้ว	สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)
11	ผศ.ดร.นิตยารวรรณ กุลถาวรณ	สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)
12	ภก.บุญช่วย ว่องประพิณกุล	เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
13	นายกฤษดา ลิ้มปานานนท์	เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
14	นายเอกวัฒน์ สุวันทโรจน์	ชมรมผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียแห่งประเทศไทย
15	นางลาวัลย์ สาโรวาท	เครือข่ายคนทำงานด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด
16	นายธนพลธ์ ดอกแก้ว	สมาคมเพื่อนโรคไตแห่งประเทศไทย
17	นางศุภะลักษณ์ จตุเทวประสิทธิ์	เครือข่ายผู้ป่วยเบาหวาน
18	ผศ.ดร.ปิยะรัตน์ นิ่มพิทักษ์กุล	นักวิชาการอิสระ
19	ภก. สมพงษ์ อภิรมย์รักษ์	ร้านหมอยา จังหวัดสงขลา
20	ภญ. สุณี ปัญญาภูมิไกร	ร้านสุณีเภสัช กรุงเทพฯ
21	ภก.เผ่าพงศ์ เหลืองรัตน	ร้านพรชัยเภสัช จังหวัดขอนแก่น
22	ภญ.ประไพศรี ศานติวงศ์การ	LAB PHARMACY กรุงเทพฯ (ร้านยานอกกะลา)
23	ภญ. พัชรี ศรานุรักษ์	เภสัชกรโรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ
24	ภญ.ชลัยกร วราสิทธิพันธ์	เภสัชกรศูนย์บริการสาธารณสุขสุขทกม.66 ตำบลพระแม่กวนอิม
25	ภก.สำราญ ทองศิริ	เภสัชกรการตลาด
26	ภก. สมเกียรติ มหพันธ์	เภสัชกรการตลาด
27	ภก. สุรีย์ สวาทสุด	เภสัชกรการตลาด
28	นายมนู สว่างแจ้ง	เภสัชกรการตลาด
29	ภญ.สุภาวดี ย่อนชื่น	เภสัชกรการตลาด
30	นายพัลลภ คล่องใจภักดี	นักวิชาการ
31	รศ.ดร.วรุฒิ โรมรัตน์พันธ์	SE มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
32	นายบุญญกิต กงมอณลักษณะ	SE ร้าน Cabbages&condom
33	นายปรกรณ์ ศรีเรือนทอง	เจริญโภคภัณฑ์

34	ภก.ชาญณรงค์	เดชะอังกูร	บริษัท มิลลิเมต จก.
35	ภก.โกวิทย์	พวงชมพู	กรมพัฒนายาไทยและสมุนไพร
36	ภก. ประเสริฐ	หวานยิ่ง	Green Innovative Biotechnology Holding Co., Ltd.
37	ดร.ภก.ศุทธา	ปรียวัต	เภสัชกรนักธุรกิจ
38	นส.ปิยาภรณ์	ชินางกูรวิวัฒน์	บริษัทฟาร์มแคร์ กรุ๊ป จำกัด
39	นาย จมร เตียว	หุ่ณศิริ	มูลนิธิแม่ฟ้าหลวง
40	ภญ. พิมลศรี	แสงคาร์	โครงการพัฒนาธุรกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม
41	นส.จินต์ณิภา	ปัญญาวุฒิไกร	โครงการพัฒนาธุรกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม
42	นส.โกวินดา	สุนทรอำไพ	แผนงานเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมยาสูบ
43	นส.ยุพา	กรดแก้ว	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

สรุปผลการประชุมได้ดังนี้

ที่ประชุมได้แบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม เพื่อระดมสมองเรื่องการจัดตั้งวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรมใน 3 ประเด็นหลักของ business model canvas คือ 1.คุณค่าของบริการต่อกลุ่มเป้าหมาย ลูกค้า และ สังคม 2.กิจกรรมหลักในการดำเนินธุรกิจ 3.แนวทางการหารายได้ของกิจการ รวมถึงการประเมินความเป็นไปได้ของการจัดตั้งวิสาหกิจเพื่อสังคมในรูปแบบการให้คะแนน 4 ด้าน คือ ด้านเทคนิค ด้านการตลาด ด้านการเงิน และด้านทรัพยากร ด้านละ 10 คะแนน ซึ่งมีคะแนนเต็ม 40 คะแนน ผลการระดมสมองสรุปได้ดังตาราง

Product	Value/Impact	Key Activity	Income	Feasibility score *				
				T	M	E	R	Total
1.patient's data platform	- ลดcostโรงพยาบาลใหญ่ - ผู้ป่วยปลอดภัยเนื่องจากมีdataสุขภาพประจำตัว - มีdataที่เชื่อมโยงผู้ป่วย ร้านยา โรงพยาบาลเอกชน บริษัทเอกชนเก็บข้อมูลให้พนักงาน	- เชื่อมข้อมูลกับร้านยา - จัดว่าใครเห็นอะไรได้ - การ identify คนไข้ - privacy - update ข้อมูล	-โฆษณา -ขายData -subscription	7	5	7 +3	3	22 +3
2.excessive medicines and medical devices management	-ลดcostให้โรงพยาบาล -ประชาชนเกิดความ ปลอดภัย -เงินกลับสู่ระบบ -ลดขยะในสิ่งแวดล้อม -ลดพิษที่เกิดจากยาขยะ	-ดูแลการใช้ยาโดยเภสัชกรเพื่อไม่ให้เกิดยาเหลือ -เภสัชกรครอบครั -เอาอุปกรณ์/ขยะมาฝาก ทิ้งเพื่อส่งต่อ/กำจัด -คัดยาเหลือใช้ -รับซื้อราคาถูก/บริจาค -สร้างprotocolในการ จัดการยาเหลือ -กำหนดว่าเอาไปไหน -ให้ร้านยาเป็น node	-โรงพยาบาลรัฐ/ เอกชน -อบต. -คลินิก	9	8	7	9	33

Product	Value/Impact	Key Activity	Income	Feasibility score *				
				T	M	E	R	Total
3.trusted services and products	- ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยาที่มีคุณภาพและบริการจากเภสัชกร	-ตรวจสอบ update -mapping ร้านยา คุณภาพ -ประชาสัมพันธ์ร้านยา คุณภาพ		8	7	4	2	21
4.independent support	- ผู้ป่วยที่ใช้ยาที่มีปริมาณการใช้ไม่มาก มียาให้ใช้ - ร้านยามีบริการผู้ป่วย	- สํารวจและวิเคราะห์ตลาดเพื่อหาความต้องการยาและเครื่องมือแพทย์ และระบบจัดการที่มีอยู่ในปัจจุบัน - ทำแผนความต้องการและงบประมาณ - จัดหาผู้ผลิต ผู้จำหน่าย ผู้ขนส่งกระจายยาที่ได้มาตรฐานและราคาที่ยอมรับได้	- ค่ายา					
5.pharmcare at home	- เพิ่มการดูแลคนไข้ - ดูการใช้ยาให้เหมาะสมต่อเนื่อง - ลดการ admit ที่ รพ./ลดค่าใช้จ่ายในการ admit - ลดภาระโรงพยาบาล - ลดการจ่ายยาเกิน	- ตรวจสอบความเหมาะสมในการใช้ยา - การเดินทาง - ประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้าน,อาหาร,สมุนไพร	- service package (จาก สปสช./คนไข้)	8	8	9	8	33
6.pharmcare at pharmacy	- ลดการ over use	- ตรวจสอบความเหมาะสมในการใช้ยา - ประเมินการใช้ยา	- service package (จาก สปสช./คนไข้)	10	9	9	9	37
7.easy access medication (fill, refill, minor illness)	- ลดระยะเวลารอที่ รพ. - ลดภาระโรงพยาบาล - ลดการจ่ายยาเกิน - early detect patients safety - cost avoidance	- ตรวจสอบความเหมาะสมการใช้ยา - ให้ความรู้ - ระบบการส่งยา refill	- dispensing fee - service	10	10	9	6	35
8.family pharmacist	1.improve public health - medicine safety & knowledge - holistic health advisory	- health promotion & prevention - MTM @ pharmacy & home	- health service - prescription fee (จาก สปสช. ประกัน เอกชน ฯลฯ) - health report	7	10	8	3	28

Product	Value/Impact	Key Activity	Income	Feasibility score *				
				T	M	E	R	Total
	<ul style="list-style-type: none"> - knowledge 2.improve work industry - trust and recognize - increased income 3.cost saving for health care system - government funds saving 	<ul style="list-style-type: none"> - pharmaceutical care service - source of information and education - public health reports for government - fill & refill prescription 						
9.healthcare screening	<ul style="list-style-type: none"> - household spending on health care 	<ul style="list-style-type: none"> - health check-up - vaccine screening - NCD screening - smoking cessation - sexual screening 	เก็บตามบริการที่ให้จาก บริษัท/โรงงานต่างๆ, โรงพยาบาล, สปสช. สสส. เป็นต้น	10	7	9	3	29
10.information platform		<ul style="list-style-type: none"> - content creation - inquiry/questions/chat platform with health expert - information and knowledge aggregator - referral system 	<ul style="list-style-type: none"> - โฆษณา - sponsor จากบริษัท ยา,โรงพยาบาล 	8	7	8	5	28

*หมายเหตุ: T หมายถึงด้านเทคนิค M หมายถึงด้านการตลาด E หมายถึงด้านการเงิน R หมายถึงด้านทรัพยากร



กำหนดการ

ประชุมระดมสมอง

เรื่อง ความเป็นไปได้ในการจัดตั้งวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านเภสัชกรรม ครั้งที่ 2

วันอาทิตย์ที่ 4 สิงหาคม พ.ศ.2562 เวลา 09.00-17.00 น.

ณ ห้องประชุม Terrace ชั้น 9 โรงแรมไมด้า งามวงศ์วาน อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

- 08.30-09.00 น. ลงทะเบียน
- 09.00-09.30 น. เปิดการประชุม/ความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการประชุมระดมสมอง ครั้งที่ 2 โดย ภก.ธีรวุฒิ พงศ์เศรษฐไพศาล และ ภก.ทินกร ปิยะกุลชัยเดช
- 09.30-11.00 น. SE สากล SE ไทย และ โอกาสของ SE ด้านเภสัชกรรม (พรบ. ระบบพี่เลี้ยง ระบบทุน การเชื่อมโยงกับ SE อื่นๆ) โดย น.ส.สกุลทิพย์ กิรติพันธ์วงศ์
Co-founder & Managing director บริษัทไนด์คอร์ป เอส.อี จำกัด
- 11.00-11.15 น. Business SE type โดย ผศ.ดร.ชาญชัย จารุภาชน์/ภก.ทินกร ปิยะกุลชัยเดช
- 11.15-11.40 น. Business model canvas for SE โดย น.ส.จินต์นิภา ปัญญาวุฒิไกร
- 11.40-12.00 น. ตอบปัญหา ชี้แจงการระดมสมอง และการนำเสนอ โดย ผศ.ดร.ชาญชัย จารุภาชน์
- 12.00-13.00 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00-15.00 น. ประชุมกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม

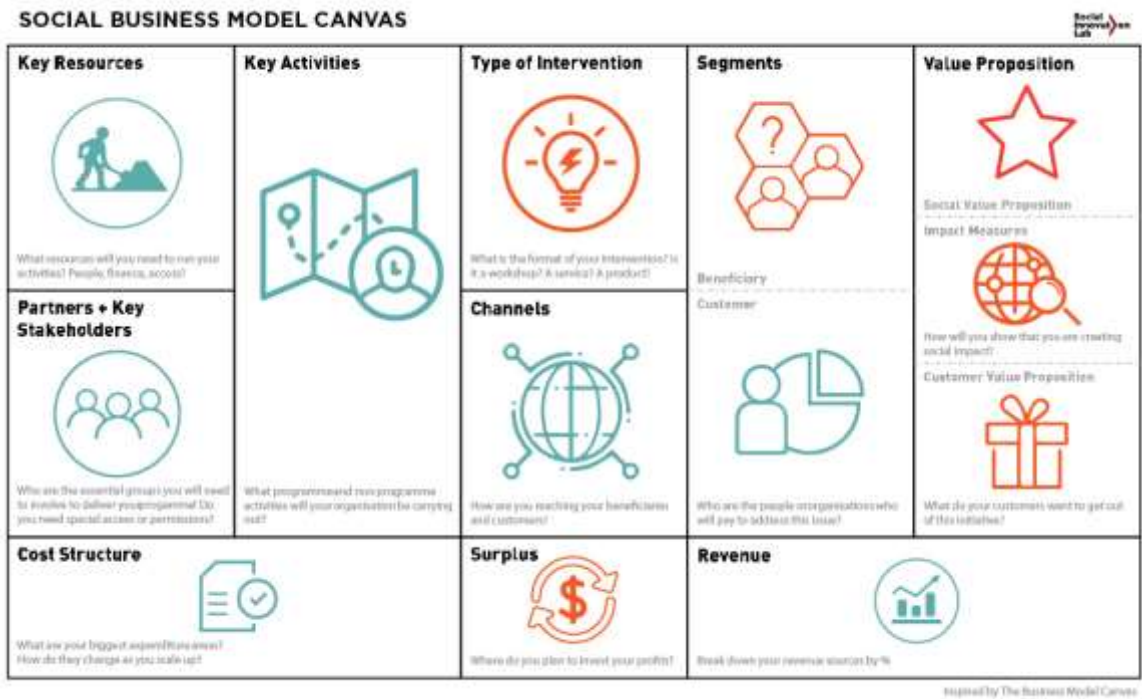
กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3
Patient's data platform	Pharm care at home	Family pharmacy
Excessive medicines management	Pharm care at pharmacy	Healthcare screening
Trusted services and products	Easy access medication (fill, refill, minor illness)	Information platform (one-way, interactive)

- 15.00-17.00 น. นำเสนอผลสรุปจากกลุ่มย่อย
(ผศ.ดร.ชาญชัย จารุภาชน์ เป็นวิทยากรกระบวนการตลอดงาน)

หมายเหตุ: อาหารว่างเช้า-บ่าย เสิร์ฟในห้องประชุม



ภาคผนวกที่ 5 Social Business Model Canvas



เนื่องจากกิจการเพื่อสังคมมีความแตกต่างจากธุรกิจทั่วไปในแง่ของเป้าหมายทางสังคมจึงมีการพัฒนาเครื่องมือในการออกแบบโมเดลธุรกิจสำหรับกิจการเพื่อสังคมโดยเฉพาะซึ่งก็คือ Social Business Model Canvas (แหล่งที่มา: www.social-businessmodelcanvas.com) โดย Social Innovation Lab และTandemic ที่ต่อยอดจากเครื่องมือ Business Model Canvas โดยเพิ่มองค์ประกอบที่สำคัญ 5 อย่างคือ



1. กลุ่มผู้รับผลประโยชน์ทางสังคม (Beneficiary Segments):

ใครคือกลุ่มที่ได้รับประโยชน์จากการ ดำเนินกิจการของเราบ้าง เช่น กลุ่มคนด้อยโอกาส คนพิการ เกษตรกรรายย่อย ฯลฯ กลุ่มผู้ได้รับผลประโยชน์อาจเป็นคนละกลุ่มกับลูกค้าที่จ่ายเงินซื้อสินค้าบริการของเรา แต่ในบางกรณีอาจเป็นกลุ่ม เดียวกับกลุ่มลูกค้าก็ได้เช่นถ้าเราใช้โมเดลธุรกิจ Low-income as market ซึ่งเป็นการจับตลาดกลุ่ม ผู้มีรายได้น้อยโดยเน้นสินค้าและบริการราคาถูกที่ผู้มีรายได้น้อย เอื้อมถึงและตอบโจทย์ปัญหาสังคมไป พร้อมๆกันเช่น บริการทางสุขภาพสำหรับชุมชน เป็นต้น



2.คุณค่าที่มอบให้แก่สังคมและลูกค้า (Social and Customer Value Proposition): คุณค่าหรือประโยชน์ที่กิจการมอบให้สังคมคืออะไรและคุณค่าที่กลุ่มลูกค้าจะได้รับผ่านสินค้าหรือบริการของเราคืออะไรเรากำลังแก้ไข้ปัญหาหรือตอบโจทย์ความต้องการใดแก่ลูกค้าและกลุ่มผู้ได้รับผลประโยชน์ ซึ่งคุณค่าที่มอบให้แก่ลูกค้าสามารถเชื่อมโยงกับคุณค่าที่เรามอบให้แก่สังคมด้วยซึ่งเป็นหนึ่งในสิ่งที่ทำให้กิจการเพื่อสังคมมีความพิเศษกว่าธุรกิจทั่วไป



3.ประเภทของวิธีแก้ไข้ปัญหา (Type of Intervention) รูปแบบของวิธีการที่กิจการของเราใช้เพื่อแก้ไข้ ปัญหาคืออะไร เช่น เป็นการให้บริการ ผลิตภัณฑ์ หรือการจัดเวิร์คช็อป เป็นต้น



4.ผลลัพธ์ทางสังคม (Impact Measures):

ผลลัพธ์ทางสังคมที่กิจการเพื่อสังคมต้องการสร้างคืออะไร และจะวัดผลลัพธ์ทางสังคมอย่างไร



5.การจัดการผลกำไร(Surplus): วางแผนที่จะจัดการกับผลกำไรของกิจการอย่างไรให้เกิดประโยชน์สูงสุด เช่น นำกลับไปหล่อเลี้ยงกิจการเพื่อสังคม(เพื่อให้สามารถสร้างสิ่งดีๆแก่สังคมต่อไปได้)นำไปปันผลให้ชาวบ้านที่เป็นผู้ร่วมถือหุ้นหรือนำไปใช้ในกิจกรรมเพื่อสังคมอื่นๆที่ช่วยให้บรรลุเป้าหมายทางสังคมที่ตั้งไว้

องค์ประกอบที่เพิ่มขึ้นมาทั้งหมดนี้เป็นสิ่งสำคัญที่กิจการเพื่อสังคมควรนึกถึงในการสร้างโมเดลธุรกิจที่มีมิติทางสังคมเพิ่มเข้ามา เพื่อให้การสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นหัวใจของการดำเนินธุรกิจอย่างแท้จริง

หัวข้ออื่นๆใน Social Business Model Canvas นอกเหนือจากที่กล่าวมาจะคล้ายกับหัวข้อที่มีอยู่ใน Business Model Canvas ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ใช้ในการออกแบบโมเดลธุรกิจทั่วไป คือ

หัวข้ออื่นๆใน Social Business Model Canvas นอกเหนือจากที่กล่าวมาจะคล้ายกับหัวข้อที่มีอยู่ใน Business Model Canvas ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ใช้ในการออกแบบโมเดลธุรกิจทั่วไป คือ

- **Customers segments:** ใครคือกลุ่มลูกค้าที่จะสนใจซื้อสินค้าหรือบริการของเรา
- **Customer Value Propositions:** คุณค่าที่กลุ่มลูกค้าจะได้รับผ่านสินค้าหรือบริการของเราคืออะไรเรากำลังแก้ไขปัญหาหรือตอบโจทย์ความต้องการใดแก่ลูกค้า
- **Channels:** ช่องทางใดที่เราจะใช้เพื่อส่งมอบบริการหรือสินค้าให้แก่กลุ่มลูกค้าและกลุ่มที่ได้รับประโยชน์
- **Key Activities:** อะไรคือกิจกรรมต่างๆที่จำเป็นสำหรับการดำเนินกิจการเพื่อสังคมของเรา เช่น กระบวนการผลิต การตลาด การขนส่ง กิจกรรมเพื่อสร้างทักษะและการมีส่วนร่วมกับชุมชน เป็นต้น
- **Key Resources:** กิจการของเราต้องการทรัพยากรอะไรบ้างในการดำเนินงาน เช่น เงินทุน บุคลากร ทรัพย์สินทางปัญญา ฯลฯ
- **Partners & Key Stakeholders:** ใครคือพาร์ทเนอร์ทางธุรกิจของเรา และเข้ามาเติมเต็มธุรกิจเราในด้านใด นอกจากนี้กิจการเพื่อสังคมควรคิดถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆด้วยว่าเป็นใคร มีบทบาทอะไรในกิจการของเรา
- **Revenue:** แยกแยะรายได้ของกิจการจากแหล่งต่างๆออกมาเป็นร้อยละ
- **Cost Structure:** ต้นทุนของกิจการมีอะไรบ้าง และจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรหากกิจการมีขนาดใหญ่ขึ้น

เมื่อมองภาพรวมของ Social Business Model Canvas จะเห็นว่าฝั่งด้านซ้ายเป็นกิจกรรมและทรัพยากรทั้งจากภายในและภายนอก (เช่น จากพาร์ทเนอร์) ที่กิจการเพื่อสังคมใช้ในการสร้างคุณค่าให้แก่กลุ่มเป้าหมายส่วนตรงกลาง และฝั่งขวาเป็นภาพรวมของตัวคุณค่าที่เราสร้างและส่งมอบให้แก่กลุ่มลูกค้าและกลุ่มผู้ได้รับประโยชน์ผ่านช่องทางต่างๆที่สามารถตอบโจทย์ได้ทั้งความต้องการของลูกค้าและปัญหาสังคมและสามารถวัดได้ผลลัพธ์ทางสังคมได้อย่างเป็นรูปธรรม ส่วนด้านล่าง คือเรื่องการเงินที่ครอบคลุมทั้งด้านรายได้ รายจ่าย และการจัดการผลกำไร ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญของธุรกิจ

Social Business Model Canvas เป็นตัวช่วยในการออกแบบโมเดลธุรกิจโดยคำนึงถึงองค์ประกอบต่างๆที่สำคัญและความสัมพันธ์ของแต่ละส่วนแบบครบวงจร ช่วยให้สามารถถนอมความคิดออกมาเป็นภาพที่เข้าใจง่าย ทำให้เห็นภาพใหญ่ของกิจการเพื่อสังคมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น จึง เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพอันหนึ่งสำหรับผู้สนใจจะออกแบบกิจการเพื่อสังคมของตนเองและยังสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารโมเดลธุรกิจให้ผู้อื่นเข้าใจได้ง่ายได้อีกด้วย

ภาคผนวกที่ 6 ความหมายของตัวชี้วัดความคุ้มค่าของโครงการ

Net present value (NPV) = มูลค่าปัจจุบันสุทธิ เป็นวิธีที่บอกถึงจำนวนผลประโยชน์สุทธิที่ได้รับตลอดระยะเวลาของโครงการ และอาจมีค่าเป็นบวก เป็นลบ หรือเป็นศูนย์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดของมูลค่าปัจจุบันของผลประโยชน์รวมหักด้วยมูลค่าปัจจุบันของต้นทุนรวม

เกณฑ์การตัดสินใจ กรณี $NPV \geq 0$ หรือมีค่าเป็นบวก แสดงว่าโครงการเหมาะสมและคุ้มค่าต่อการลงทุน

กรณี $NPV < 0$ หรือมีค่าเป็นลบ แสดงว่าไม่ควรลงทุนในโครงการนั้นเพราะมีมูลค่าปัจจุบันของผลประโยชน์รวมต่ำกว่ามูลค่าปัจจุบันของต้นทุนรวม

Benefit/Cost Ratio (BCR) = อัตราส่วนผลประโยชน์ต่อต้นทุน คือมูลค่าปัจจุบันของผลประโยชน์รวมหารด้วยมูลค่าปัจจุบันของต้นทุนรวม

เกณฑ์การตัดสินใจ กรณี NPV มีค่าเป็นบวก และ $BCR > 1$ แสดงว่าโครงการนั้นน่าลงทุน

กรณี NPV มีค่าเป็นลบ และ $BCR < 1$ แสดงว่าโครงการนั้นไม่น่าลงทุน

Internal Rate of Return (IRR) = อัตราผลตอบแทนภายในของโครงการ คือ อัตราดอกเบี้ยในการคิดลดหรือผลตอบแทนเป็นร้อยละของโครงการ ที่เป็นผลให้มูลค่าปัจจุบันสุทธิของโครงการ (NPV) มีค่าเท่ากับศูนย์

เกณฑ์การตัดสินใจ กรณี IRR มีค่ามากกว่าอัตราดอกเบี้ยเฉพาะหรือค่าเสียโอกาสของทุน ควรลงทุนในโครงการนั้น

กรณี IRR มีค่าน้อยกว่าอัตราดอกเบี้ยเฉพาะหรือค่าเสียโอกาสของทุน ไม่ควรลงทุนในโครงการนั้น

Discount Payback Period (DPP) = ระยะเวลาคืนทุนแบบคิดลด หมายถึงจำนวนปี/เดือนที่โครงการจะได้รับเงินจ่ายลงทุนกลับมาโดยที่กระแสเงินสดจะถูกลดค่าให้กลับมาปัจจุบันด้วยอัตราต้นทุนของโครงการ หรือ ก็คือจำนวนปีที่โครงการจะได้รับกระแสเงินสดแบบคิดลดแล้วคืนมา เท่ากับเงินที่จ่ายลงทุนไป

เกณฑ์การตัดสินใจ ระยะเวลาคืนทุนที่คำนวณได้ยิ่งเร็วยิ่งดี

Sensitivity Analysis = การวิเคราะห์โครงการภายใต้ความเสี่ยงและความไม่แน่นอนของโครงการ

กรณีที่ 1 กรณีรายได้ลดลงร้อยละ 10 และค่าใช้จ่ายการดำเนินงานคงที่

กรณีที่ 2 กรณีรายได้คงที่ และค่าใช้จ่ายการดำเนินงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 10