



การสร้างและจัดการความรู้

ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย

การประชุมวิชาการประจำปีการแพทย์แผนไทย
การแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. ๒๕๔๙

การสร้างและจัดการความรู้ ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย



การประชุมวิชาการประจำปีการแพทย์แผนไทย
การแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. ๒๕๕๙



การสร้างและจัดการความรู้ ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย

ที่ปรึกษา

วิชัย โชควิวัฒน์ อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

บรรณาธิการ

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประพจน์ เกตุธรรมากร

คณะบรรณาธิการ

ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ วีรพงษ์ เกียรติสินยศ

พรทิพย์ เต็มวิเศษ รัชณี จันทร์เกษ

อุไรจันทน์ วิชัยดิษฐ

พิสูจน์อักษร

ประพจน์ เกตุธรรมากร รัชณี จันทร์เกษ

สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

มูลนิธิสุขภาพไทย

ข้อมูลทางบรรณานุกรมหอสมุดแห่งชาติ

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประพจน์ เกตุธรรมากรและคณะ

การสร้างและจัดการความรู้ ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย

กรุงเทพฯ : อุษาการพิมพ์

๒๑๖ หน้า

๑. การแพทย์แผนไทย ๒. การแพทย์พื้นบ้าน ๓. การแพทย์ทางเลือก

๔. ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ๕. การสร้างและจัดการความรู้

ISBN ๙๗๔-๗๖๔๕-๑๖-๕

พิมพ์ครั้งแรก

พฤศจิกายน ๒๕๔๔ จำนวน ๒,๐๐๐ เล่ม

รูปเล่ม

สุภาพรณ์ เจริญจิตรีย์ เมธา นราตรี

สถานที่พิมพ์

อุษาการพิมพ์ โทรศัพท์ ๐๒-๒๕๑-๕๘๑๕

จัดพิมพ์โดย

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ : ๐๒-๕๕๑-๗๘๐๔, ๐๒-๕๕๐-๒๖๐๐, ๐๒-๕๕๑-๗๘๐๖

โทรสาร : ๐๒-๕๕๑-๒๕๐๐, ๐๒-๕๕๑-๗๘๑๕

website : <http://www.dtam.moph.go.th>

คำนำ



การสร้างและจัดการความรู้ เพื่อสนับสนุนภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย
ได้เป็นหัวข้อหลักของการประชุมวิชาการประจำปีการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือก ครั้งที่ ๓ ซึ่งสอดคล้องกับกระแสความตื่นตัวของสังคมทั่วทั้งโลก ในการใช้ความรู้เป็นหนทางสำคัญในการดำเนินการ เพื่อมุ่งสู่การมีสุขภาวะ

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต) ได้กล่าวว่า การมีสุขภาวะนั้นต้องคำนึงถึงภาวะด้านต่าง ๆ ได้แก่ วิชา วิมุตติ วิสุทธิ สันติ ถ้าหากขาดด้านใดด้านหนึ่ง ก็ไม่เป็นสุขภาวะที่แท้จริง

- วิชา คือ ความสว่าง ผ่องใส กระจ่างแจ้ง เป็นลักษณะของปัญญา
- วิมุตติ คือ ความหลุดพ้น เป็นอิสระ ไม่ถูกปิดกั้นจำกัดบีบคั้น
- วิสุทธิ คือ ความหมดจด สดใส บริสุทธิ์ ไม่เศร้าหมอง
- สันติ คือ ความสงบ ไม่ร้อนรนกระวนกระวาย ทั้งกายและใจ

วิชาหรือปัญญานี้ จัดแยกได้มากมายหลายด้าน หลายระดับ หลายขอบเขต ตั้งแต่ความรู้ความเข้าใจต่อข้อมูล แล้วมาเป็นความรู้ที่ปรุงแต่งความคิดให้เกิดความเข้าใจที่ขยายเพิ่มขึ้นไปอีก เป็นการมองเห็นทางที่จะทำการ จัดการ ดำเนินการ หรือที่จะแก้ปัญหาต่าง ๆ เข้าใจเหตุผล หยั่งเห็นเหตุปัจจัย เห็นซ้ำเราก แยกแยะรายละเอียดออกไป รู้เห็นตามที่มันเป็น จนกระทั่งเป็นความสว่างโพลน เห็นรวมทั้งตลอดทีเดียวหมดทั้งมวล

หน้าที่ของปัญญานั้น ในที่สุดก็ไปรวมที่การปลดปล่อย หรือทำให้เกิดอิสรภาพ

การสร้างและจัดการความรู้แท้ที่จริง คือ การสร้างปัญญา ภูมิปัญญาไทย ซึ่งมีระบบการแพทย์หลักคือ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก มีมากมายหลากหลาย การจัดการความรู้ต่างๆ ของภูมิปัญญาไทย มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพื่อเป็นการจัดระบบหมวดหมู่ทั้งในบริบททางการแพทย์ บริบทสังคมและวัฒนธรรม และบริบทด้านนโยบายและการวางแผน เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง จนเกิดการยกระดับในเชิงคุณภาพ เพื่อมุ่งสู่สุขภาพวิถีไท อันหมายถึง "วิถีทาง ซึ่งเป็นไปเพื่อสุขภาพและปลดปล่อยผู้คนให้เป็นอิสระจากความเจ็บป่วย ความทุกข์และความบีบคั้นทั้งปวง"

การสร้างและจัดการความรู้ เพื่อสนับสนุนภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท ได้เสนอผลการศึกษา ๕ ด้าน ได้แก่

๑. ระบบและกลไกในการสร้างและจัดการความรู้ โดยใช้ชื่อว่า จัดการความรู้ จัดการเครือข่าย: ข้อเสนอปฏิรูประบบกลไกภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน
๒. กลไกทางการเงินการคลังในการสนับสนุน โดยใช้ชื่อว่า นำการเงินการคลัง หนุนการจัดการความรู้ สุขภาพวิถีไท
๓. การสร้างและจัดการความรู้เพื่อพัฒนาบริการ โดยใช้ชื่อว่า การสร้าง

และจัดการความรู้ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาบริการการแพทย์นอก
กระแสหลัก: การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและกวรแพทย์
ทางเลือก

๔. การสร้างและจัดการความรู้เพื่อพัฒนากำลังคน โดยใช้ชื่อว่า การสร้าง
และจัดการความรู้เพื่อพัฒนากำลังคน การแพทย์แผนไทย การแพทย์
พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ในประเทศไทยอย่างยั่งยืน
๕. การสร้างและจัดการความรู้เพื่อพัฒนายาไทยและยาสมุนไพร โดยใช้
ชื่อว่า การสร้างและจัดการความรู้: อนาคตของการพัฒนาอุตสาหกรรม
ยาไทยและยาสมุนไพร

งานทั้ง ๕ ชิ้น มีคุณภาพ และคุณค่าเป็นอย่างยิ่ง ทำให้เห็นความเชื่อมโยง
ของระบบและกลไกต่าง ๆ ในด้านการสร้างและจัดการความรู้ รวมทั้งมีข้อเสนอ
ที่เป็นรูปธรรมในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์
ทางเลือก

การศึกษาอันทรงคุณค่านี้ ได้รับความกรุณาจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีฉันทะ
ในด้านวิชาการ ทั้งๆ ที่แต่ละคนมีภารกิจมากมาย แต่ทุกคนก็ยินดีสละเวลาให้การ
ศึกษา ค้นคว้า โดยมุ่งหวังที่จะสานเส้นทางเดินแห่งสติปัญญา อันเป็นหนทาง
สำคัญในการสร้างสุขภาวะให้กับสังคมไทยและสังคมโลก

เชื่อว่างานชิ้นนี้จะมีส่วนประเทืองปัญญาให้แก่แวดวงการแพทย์แผนไทย
การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกตามสมควร ขอขอบคุณผู้มีส่วนร่วมใน
กุศลกรรมนี้ทุกท่าน



วิชัย ไชควิตต์
อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก

สารบัญ

จัดการความรู้ จัดการเครือข่าย :
ข้อเสนอปฏิรูประบบและกลไก ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์พื้นบ้าน / หน้า ๑

นำการเงิน การคลัง
ทฤษฎีการจัดการความรู้ สู่สุขภาพวิถีไท / หน้า ๔๘

การสร้างและจัดการความรู้
เพื่อสนับสนุนการพัฒนาบริการการแพทย์นอกกระแสหลัก :
การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน
และการแพทย์ทางเลือก / หน้า ๙๖

การสร้างและจัดการความรู้
เพื่อพัฒนากำลังคน สู่การพัฒนาระบบ การแพทย์แผนไทย
การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก
ในประเทศไทยอย่างยั่งยืน / หน้า ๑๓๐

การสร้างและจัดการความรู้ :
อนาคตการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพร / หน้า ๑๖๘

125800

จัดการความรู้ จัดการเครือข่าย :
ข้อเสนอปฏิรูประบบและกลไก
ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน

สุภาภรณ์ ปิติพร
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปราชญ์บุรี
ดิศทัต โรจนาลักษณ์
นักวิจัยอิสระ
กรรณก ลัธธนันท์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ



บทสรุปผู้บริหาร



การจัดการความรู้ได้กลายเป็นแนวคิดและยุทธศาสตร์สำคัญ ในกระแสการฟื้นฟูภูมิปัญญาการแพทย์นอกกระแสหลัก ซึ่งในช่วง ๓-๔ ปีที่ผ่านมา มีความพยายามปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพในภาคราชการ โดยมีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นหน่วยงานหลัก แต่มีงานศึกษาวิจัยชี้ให้เห็นถึงอคติที่แฝงอยู่ในระบบและโครงสร้างที่มีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การปรับฐานคิดอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะคลี่คลายวิกฤตในด้านองค์ความรู้ที่ยังอ่อนแอ แต่จะต้องมีการสร้างกลไกเชิงสถาบันด้านวิชาการขึ้นมา ให้เป็นองค์กรนอกระบบราชการที่มีวัฒนธรรมการทำงานที่สามารถระดมพลังความร่วมมือของภาคีที่เกี่ยวข้อง ให้เข้ามาช่วยกันขับเคลื่อนการสร้างและจัดการความรู้ให้มีประสิทธิภาพหนุนเสริมกับหน่วยงานที่มีอยู่

บทความชิ้นนี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์บนฐานของแนวคิดดังกล่าว เพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอในการปฏิรูปโครงสร้างและกลไกอย่างเป็นระบบและมีบูรณาการ โดยยึดแนวทาง ๓ ประการ คือ ๑) การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน ควรได้รับการสนับสนุนให้ฟื้นฟูและพัฒนาความเป็นศาสตร์ของตนอย่างอิสระ ๒) มีการยกระดับความรู้ให้สอดคล้องกับบริบทและยุคสมัย เป็นที่ยอมรับในทางวิชาการ เพื่อให้เป็นประโยชน์ในวงกว้างอย่างแท้จริง ๓) การพัฒนาองค์ความรู้ต้องไม่ทอดทิ้ง ละเลยภูมิปัญญาที่อาจอยู่นอกกรอบทฤษฎี อยู่กับชาวบ้าน หรือในวิถีชีวิตชุมชน ท้องถิ่น ทั้งนี้โดยทำการศึกษาจากเอกสาร และสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้ข้อเสนอในการพัฒนากลไกสร้างและจัดการความรู้ดังนี้

๑. จัดตั้งสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพวิถีไทย ขึ้นเป็นกลไกสร้างและพัฒนาทั้ง ความรู้เชิงระบบและศาสตร์แพทย์แผนไทย ซึ่งจะเป็นข้อต่อเชื่อมโยงไปสู่การ จัดการความรู้โดยกลไกอื่นๆ ที่เสนอในงานวิจัยชิ้นนี้ เน้นการทำงานแบบเครือข่าย เป็นองค์กรที่มีข้าราชการ มีอิสระคล่องตัวในการบริหาร ซึ่งมีบทบาท ดังนี้

★ เชื่อมโยงความรู้จากการวิจัยระบบไปสู่การพัฒนาและกำหนดนโยบาย โดยสนับสนุนข้อมูลความรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนานโยบายภูมิปัญญา ท้องถิ่นด้านสุขภาพ และสนับสนุนกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกในด้านวิชาการ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ ภาคีต่าง ๆ ในการพัฒนาแผนที่วิจัยและจัดลำดับความสำคัญของ ประเด็นปัญหา เพื่อให้สามารถกำหนดทิศทางการที่ชัดเจนในการพัฒนา องค์ความรู้

★ พัฒนาและสนับสนุนการศึกษาวิจัยที่ใช้การจัดการวิจัยแบบพหุภาคี และสหสาขาวิชาขึ้น ในส่วนของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ พื้นบ้าน โดยสนับสนุนและพัฒนาเครือข่ายวิชาการ วิชาชีพ เช่น เครือ ข่ายวิจัยระบบต่าง ๆ เครือข่ายวิจัยภูมิภาค เครือข่ายหมอพื้นบ้าน โดยการพัฒนาองค์ความรู้ในส่วนขาดอย่างเร่งด่วน เช่น ทฤษฎีการ



รักษาของการแพทย์แผนไทย การส่งคายนางองค์ความรู้การแพทย์
พื้นบ้านของภูมิภาคต่าง ๆ

★ สนับสนุนการจัดการความรู้ในระบบสุขภาพชุมชน

แนวทางที่เหมาะสมในการจัดตั้งสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพวิถีไทย โดย
คำนึงถึงความเป็นไปได้ ความเชื่อมโยงกับกลไกที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ และ
งบประมาณสนับสนุน โดย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ร่วมกันจัดตั้งขึ้นเป็นองค์กรในเครือ
สถาบันของ สวรส. มีระยะเวลา ๓ ปี ชั้นแรกของการดำเนินงาน ขอบทุนสนับสนุน
จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อให้สามารถ
ดำเนินงานได้ทันที จนเห็นว่ามีความพร้อมในด้านขีดความสามารถและประสิทธิภาพ
เพียงพอที่จะเสนอจัดตั้งเป็นองค์กรที่มีกฎหมายรองรับในรูปแบบที่เหมาะสมต่อไป

สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพวิถีไทย มีแผนงานหลักดังนี้ ๑) แผนงาน
วิจัยระบบเพื่อสนับสนุนการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ๒) แผนงานพัฒนาเครือข่าย
และการจัดการวิจัยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน ๓) แผนงาน
พัฒนาเครือข่ายจัดการความรู้สุขภาพชุมชน

๒. จัดตั้ง คณะกรรมการนโยบายภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ขึ้นเป็นกลไกหลัก
ในการกำหนดนโยบายและผลักดันให้เกิดวาระแห่งชาติในการพัฒนาการแพทย์
แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน มีเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ๓ ประการ คือ

★ เปิดพื้นที่นโยบายสาธารณะให้แก่ทุกภาคส่วนในสังคม ซึ่งสอดคล้อง
กับทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยให้มีตัวแทนของภาคีต่าง ๆ
เป็นองค์ประกอบของคณะกรรมการ และจัดกระบวนการรับฟังความ
คิดเห็นจากเวทีสมัชชาสุขภาพวิถีไทย ในทุกระดับอย่างต่อเนื่อง

★ เพิ่มบทบาทการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ของกรมพัฒนา
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยมีฐานะเป็นกรรมการ

และเลขานุการ

- ★ มีการใช้ข้อมูลความรู้ที่ได้จากการวิจัยเชิงระบบเป็นฐานในการกำหนดนโยบายและวางแผน

กลไกนโยบายนี้ กระทรวงสาธารณสุขควรเสนอให้จัดตั้งขึ้นโดยมติคณะรัฐมนตรี ซึ่งสามารถทำได้ทันที และเป็นการเตรียมการเพื่อรองรับการปฏิรูประบบสุขภาพที่กำลังดำเนินการอยู่

๓. จัดตั้ง **โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย** ทำหน้าที่เป็นทั้งหน่วยวิจัยและหน่วยบริการ เป็นกลไกเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีกับการปฏิบัติและเป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาการแพทย์แผนไทย เพื่อยกระดับความรู้ ด้วยการพิสูจน์ตรวจสอบ การวิจัยทางคลินิก พัฒนาวិธีการศึกษาวิจัยที่อิงหลักฐานและมีความจำเพาะของศาสตร์การแพทย์แผนไทย ให้เป็นที่ยอมรับในระดับสากล การสร้างกลไกนี้ควรเป็นบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในการผลักดันและสนับสนุนงบประมาณ โดยให้กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นหน่วยงานดูแลรับผิดชอบ
๔. พัฒนา **เครือข่ายจัดการความรู้สุขภาพชุมชน** เพื่อสร้างชุมชนนักปฏิบัติในระดับหมู่บ้าน ตำบล โดยมีหมอพื้นบ้าน ร่วมกับเจ้าหน้าที่ สอ. อสม. ผู้รู้ เป็นแกนในการพัฒนา และฟื้นฟูความสัมพันธ์เชิงความรู้ โดยใช้กระบวนการพูดคุยแลกเปลี่ยนวิเคราะห์ ควบคู่เชื่อมโยงกับการนำความรู้ไปปฏิบัติจริงเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยมีนักพัฒนา นักวิชาการ บุคลากรสาธารณสุข ร่วมสนับสนุนในด้านวิชาการ เทคนิคจัดการความรู้ และส่งเสริมให้ อบต. มีบทบาทสนับสนุนในด้านงบประมาณ และรับรองสิทธิของหมอพื้นบ้าน

Executive Summary



Knowledge management has gained currency as a key strategy to support the revitalization of Thai Traditional Medicine (TTM) and alternative health practices in recent years as evident in shifts among the country's public health authorities towards greater acceptance of the role of these traditions. However, research has shown biases embedded in bureaucratic systems against their development and pointed out serious needs to create bodies not burdened with bureaucratic constraints but with organizational setup and attitude conducive to working in partnership with other stakeholders who are mostly concentrated among local folk doctors and in the non-governmental sector.

This study, based on review of literature and in-depth interviews of resource persons, attempts to take a systemic look at parties involved in KM in TTM and indigenous medicines and to flesh out recommendations on new institutional mechanisms to be created to complement the existing systems. The recommendations are guided by three premises: 1) full support should be given for the revival and development of TTM and indigenous medicines on their own strengths and merits without domination by modern medicine mindset 2) for wider acceptance and application of these practices, evidence-based studies are needed to demonstrate their benefits in meeting contemporary health challenges 3) recognition of health traditions and practices should be extended beyond institutionally accepted and proven methods to embrace those held and practiced by people and communities in their full diversity.

The researchers propose that the following mechanisms be formed:

1) **Institute of Thai Health Traditions** to be established to play a key role in promoting and supporting networking and participation of stakeholders in research on TTM health systems, practices and theories. The body should be equipped with the flexibility of a non-bureaucratic setup and assigned the following responsibilities:

- ★ Providing essential links between health system research and policy development on TTM, and to support the Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine in research management.



- ★ Developing and supporting multi-disciplinary research to review and consolidate knowledge and theories of TTM and indigenous medicines through networks, collaborations and consultations among researchers, academics, TTM and folk doctors and NGOs.
- ★ Promoting local communities' KM capacities in health care

The proposed institution, in its initial stage, could be set up as a 3-year program under the cooperation between the Department and the Health Systems Research Institute with funding from Thai Health Foundation.

- 2) **Policy Development Committee on Local Health Wisdoms** to be set up as a policy-making body in which key sectors are represented and responsible for laying down and pushing for a national agenda on the development of TTM and for guiding concerted efforts among participating parties.

The committee's strategic goals are as follows:

- ★ To facilitate public forums for all sectors of society to voice their views and contribute to the formulation of policies on TTM and other health traditions by organizing "Samatcha Sukhparb Witheethai" (Thai Health Traditions Assembly)
- ★ To upgrade the department's role as a driving force in policy making process and strategic planning.
- ★ To use health system research as a principal tool for policy

development and formulation.

- 3) **TTM Hospitals** to function as research units as well as service providers - facilities where TTM can be practiced and its theories put to test in clinical research in order to develop evidence-based knowledge. The hospitals can also provide practical training for TTM interns and students. The Ministry of Public Health's policy and financial support and commitment are crucial to the establishment of these much-needed facilities.
- 4) **Networks for Health Knowledge Management by Communities** to be initiated as a program for capacity building on KM in health care at community level. Folk doctors, health workers and volunteers, community leaders, academics from local universities and NGO workers would form partnership in pilot communities to develop knowledge-sharing dialogue on regular basis to tackle their health problems. The involvement of local administrative bodies, namely Tambon Administrative organizations, should be strongly encouraged to provide such a scheme with administrative and financial support in the long run.



บทนำ

การอภิปรายเกี่ยวกับกระบวนการนวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่เกิดขึ้นในวงการสาธารณสุขโดยรวม และในหน่วยงาน องค์กร และบุคลากรที่ทำงานด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ซึ่งมีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นหน่วยงานหลักที่สนับสนุนให้เกิดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยภาคีที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวางในช่วง ๓-๔ ปีที่ผ่านมา ส่งผลให้เกิดความพยายามปรับเปลี่ยนกระบวนการและการทำงานร่วมกับเครือข่ายหมอพื้นบ้าน สถาบันวิชาการ องค์กรพัฒนาเอกชน ในกระบวนการนี้แนวคิดการจัดการความรู้ได้ถูกนำเสนอเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

ทัศนะใหม่เกี่ยวกับการพัฒนาไปสู่ระบบการแพทย์พหุลักษณะ แทนการพึ่งพาระบบการแพทย์สมัยใหม่เพียงอย่างเดียว ทำให้เกิดการยอมรับภูมิปัญญาการแพทย์นอกกระแสหลักที่หลากหลายว่ามีคุณค่าเช่นกัน ภูมิปัญญาเหล่านี้เป็น

ระบบความรู้ที่อยู่บนฐานชุมชน วิถีชีวิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และสอดคล้องกับการแพทย์สมัยใหม่ซึ่งพัฒนาขึ้นด้วยความรู้ทางวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ และ มีการพัฒนาวิธีวิทยา การจัดการระบบงาน ขึ้นมารองรับการใช้ความรู้ดังกล่าว การพัฒนาองค์ความรู้อันเป็นภูมิปัญญาไทยเอง จึงต้องตระหนักในอคติของความรู้ที่แฝงอยู่ในโครงสร้าง และสถาบันทางสังคมในปัจจุบัน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ๒๕๔๗)

ด้วยเหตุนี้ในการกำหนดทิศทางการพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ให้มีฐานความรู้ของตนเองที่เข้มแข็ง สามารถเสริมกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ไม่ถูกครอบงำจนไม่เติบโต จึงมีข้อเสนอโดยนักวิชาการการแพทย์แผนไทย ให้มีการพัฒนากลไกการสร้างและจัดการความรู้ที่สอดคล้องกับธรรมชาติของระบบการแพทย์นอกกระแสหลักเหล่านี้ เพื่อสร้างความรู้เพื่อประโยชน์สูงสุดในด้านสุขภาพของประชาชน และการพัฒนาของประเทศ ข้อเสนอเกี่ยวกับกลไกดังกล่าวพอสรุปได้ดังนี้

๑. การสร้างกลไกเชิงสถาบันด้านวิชาการนอกระบบราชการ เพื่อความเป็นอิสระและคล่องตัว ในการสร้างและจัดการความรู้ สร้างชุมชนทางวิชาการโดยประสานเครือข่ายภาคีต่าง ๆ เข้ามาร่วมทำงานวิชาการ และพัฒนาความรู้เชิงระบบ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ๒๕๔๗; ยงศักดิ์ ตันติปิฎกและรวงทิพย์ ตันติปิฎก, ๒๕๔๗; วิจิต เปานิลและคณะ, ๒๕๔๘) มีการเสนอกลไกนี้ในชื่อว่า สถาบันสุขภาพวิถีไท
๒. การพัฒนากลไกหลักในระดับชาติที่ทำหน้าที่กำหนดและประสานนโยบายในการพัฒนา ภูมิปัญญาสุขภาพของไทยให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และผลักดันการวิจัยและพัฒนาในด้านนี้ให้เป็นวาระแห่งชาติที่ได้รับการชานรับจากกลไกของรัฐและเอกชน (ปรีชา อุปโยคินและคณะ, ๒๕๔๐; สมภพ ประธานธูราวัรักษ์ และคณะ, ๒๕๔๘)



๓. การสนับสนุนให้ชุมชนมีบทบาทในการจัดการความรู้และฟื้นฟูภูมิปัญญาสุขภาพ โดยสร้างเวทีแลกเปลี่ยนความรู้เชื่อมโยงกับเครือข่ายทางสังคมต่าง ๆ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ๒๕๔๗; อุษา กลิ่นหอม และยงยุทธ ตริณุชกร, ๒๕๔๘)

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาวิเคราะห์โดยอาศัยแนวคิดเหล่านี้เป็นพื้นฐาน เพื่อพัฒนาข้อเสนอในการปฏิรูปโครงสร้างและกลไกการสร้างและจัดการความรู้ที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม โดยใช้วิธีศึกษาจากการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง การศึกษาที่เน้นการสร้างและจัดการความรู้เฉพาะส่วนของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน มิได้ครอบคลุมถึงการแพทย์ทางเลือก

๑. ความสัมพันธ์เชิงอำนาจในระบบความรู้

การวิเคราะห์ระบบ กลไกการสร้างและจัดการความรู้ในระบบภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน ใช้แนวคิดความสัมพันธ์เชิงอำนาจเป็นกรอบในการพิจารณา

ในอดีตหมอพื้นบ้าน หมอยามีความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้คนกลุ่มอื่น ๆ แบบแนวราบ คือ มีความเป็นอิสระ กระจัดกระจาย ขึ้นอยู่กับชุมชน มีภูมิความรู้หลากหลายไปแต่ละท้องถิ่น และเป็นความรู้ที่สั่งสมอยู่กับตัว (tacit knowledge) เป็นที่นับถือของชาวบ้าน แต่ไม่มีฐานะทางอำนาจที่เหนือกว่า มีจารีตชุมชนคอยกำกับสถาบันอำนาจที่เด่นชัดอาจกล่าวได้ว่ามีเพียงราชสำนัก ที่อาจมีปัญญาเรียกตัวหมอเก่ง ๆ บางคนให้เข้าไปรับใช้ แต่ไม่มีผลต่อความสัมพันธ์ในชุมชน หรือระหว่างท้องถิ่นมากนัก

การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาประเทศให้ทันสมัยตามอย่างตะวันตกที่มีขึ้น

ตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ ๕ มีผลทำให้เกิดสถาบันและองค์กรสมัยใหม่ที่ใช้อำนาจแนวตั้งที่เข้มแข็งอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน มีลักษณะตรงข้ามกับความสัมพันธ์แบบดั้งเดิมอย่างสิ้นเชิง คือ ใช้อำนาจแบบสั่งการ ควบคุมเข้มงวดจากศูนย์กลาง กำหนดและสร้างมาตรฐานเดียวกันมาใช้ในการบริหาร เมื่อเป็นความจริง หมายถึงการกำหนดว่าอะไรเป็นความรู้ หรือวิธีเข้าถึงความรู้ที่ถูกต้อง และได้รับการยอมรับอย่างเป็นทางการ

การแพทย์แผนตะวันตกซึ่งมีวิทยาศาสตร์กายภาพเป็นรากฐาน เป็นระบบความรู้ที่สอดคล้องกับความสัมพันธ์แนวตั้ง ถูกนำเข้ามาพร้อม ๆ กับ สถาบันสมัยใหม่อื่น ๆ ได้แก่ ระบบราชการ ระบบการศึกษา และมีส่วนหนุนเสริมกัน จนในที่สุดได้เข้ามาเป็นระบบหลักในการแพทย์ไทย แทนการแพทย์แบบดั้งเดิมซึ่งหากไม่ถูกกีดกันให้อยู่นอกระบบ เช่น หมอพื้นบ้านกลายเป็นหมอเถื่อน ก็ถูกตีกรอบอย่างเข้มงวดและไม่ได้รับการสนับสนุน เช่น หมอแผนโบราณ

การที่คุณค่าของการแพทย์ดั้งเดิมกลับมาเป็นที่สนใจอีกครั้งในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของกระแสภูมิปัญญาชาวบ้านที่เริ่มขึ้นเมื่อ ๒๐ ปีก่อน จนกลายเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนากระแสหลักทั้งภาครัฐและเอกชน เกิดขึ้นในบริบทของการเปลี่ยนแปลงของความสัมพันธ์ในระบบความรู้的全新 คือ การเติบโตของแนวคิดและการทำงานแบบเครือข่าย ซึ่งกลุ่มองค์กรภาคประชาสังคม^๑ มีบทบาทสนับสนุนให้ชาวบ้าน ผู้นำผู้รู้ของชุมชนมีการรวมตัวเป็นกลุ่มองค์กร เข้ามามีความสัมพันธ์กับภาคีอื่น ๆ ในลักษณะที่ให้ความเคารพและเรียนรู้ระหว่างกัน โดยสร้างเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นความรู้กันอยู่เป็นประจำ จนเกิดเป็นเครือข่ายทาง

^๑คำว่า "ภาคประชาสังคม" ในที่นี้มีได้หมายถึงนักพัฒนา หรือองค์กรพัฒนาเอกชน เท่านั้น แต่หมายรวมถึงบุคลากรในภาคส่วนอื่นๆ ซึ่งมีทั้ง แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักวิชาการที่ทำงานในลักษณะที่ประสานสนับสนุน ให้ความเคารพและเรียนรู้ จากชาวบ้านและส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน

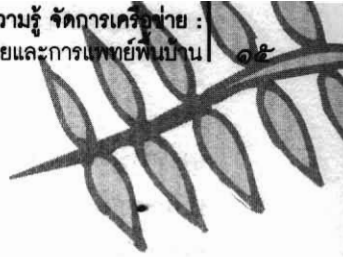


สังคมต่าง ๆ ที่เชื่อมโยงกัน เช่น เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือก เครือข่ายอนุรักษ์ทรัพยากร เครือข่ายป่าชุมชน เครือข่ายหมอพื้นบ้าน

ความเข้มแข็งของความสัมพันธ์แบบเครือข่ายในการฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่นส่งผลให้ภาครัฐและหน่วยงานราชการด้านสาธารณสุขยอมรับบทบาทขององค์กรเครือข่ายวิชาชีพเหล่านี้มากขึ้น พร้อมกันนั้นองค์กรรัฐที่เกิดขึ้นใหม่มีทัศนคติเอื้อต่อการทำงานร่วมกับภาคีต่าง ๆ โดยเปิดพื้นที่ทางสังคมให้กับเครือข่ายเหล่านี้ มีบทบาทสร้างความรู้มากขึ้น โดยการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เช่น ทูนากรวิจัย การมีส่วนร่วมในนโยบายสาธารณะ การวิจัยระบบ หน่วยงานเหล่านี้ ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่กลไกโครงสร้างระดับบนที่มีมาแต่เดิม ยังคงมีอิทธิพลต่อแนวทางการพัฒนาความรู้ในระบบการแพทย์แผนไทย โดยภาคราชการ ภาควิชาการ วิจัย รวมทั้งธุรกิจสุขภาพซึ่งเข้ามามีบทบาทในระยะหลัง มีลักษณะเลือกรับเอาเฉพาะเทคนิคหรือวิธีการ ที่สอดคล้องกับระบบงานหรือตอบสนองเป้าหมายขององค์กรตนเองเป็นสำคัญ ดังจะเห็นได้จากการที่งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการวิจัยสมมุติแปรเดี่ยวเชิงวิทยาศาสตร์ ในขณะที่การวิจัยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยกลับมีน้อยมาก (สมภาพ ประธานธูรารักษ์ และคณะ, ๒๕๔๘) ส่วนการศึกษาวิจัยยาตำรับซึ่งเป็นลักษณะของยาไทยแท้ ๆ ก็เพิ่งจะได้รับความสนใจ

แม้แต่ในศาสตร์การแพทย์แผนไทยเอง การนวดได้รับการส่งเสริม ฝึกอบรมอย่างเป็นล่ำเป็นสันเพื่อขยายการให้บริการในภาครัฐและเอกชน ขณะที่เวชกรรมแผนไทยยังอยู่ภาวะที่ไม่มีมาตรฐานความรู้ที่ชัดเจน หรือเน้นการสืบทอดความรู้จากตำรับตำรา การเรียนการสอนโดยสถาบัน มากกว่ามุ่งฟื้นฟูการถ่ายทอดความรู้จากตัวหมอพื้นบ้านหรือหมอไทย



๒. สถานการณ์แนวโน้มของระบบ กลไกการสร้างและจัดการความรู้

โอกาส

๑) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ (๒๕๕๐-๒๕๕๔) อยู่ในขั้นตอนการร่าง ได้อาศัยแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงเป็นกรอบแนวคิดและทิศทางในการพัฒนาประเทศ ซึ่งให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์การเสริมความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น และพัฒนาสังคมฐานความรู้ด้วยภูมิปัญญาของชุมชน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ๒๕๔๙) จะเป็นประเด็นนโยบายที่ให้ความชอบธรรมแก่การพัฒนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน

๒) แนวโน้มของการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่หันมาใช้ฐานคิดในการมองสุขภาพแบบองค์รวม และยอมรับระบบการแพทย์นอกกระแสหลัก รวมทั้งวิสัยทัศน์ใหม่ที่เห็นว่าภาครัฐจะต้องเปิดให้ภาคส่วนอื่นๆ ในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพ การผลักดันร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เป็นกลไกที่ระดมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในสังคมในการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ ซึ่งจะมีผลให้สามารถกำหนดทิศทางของนโยบายให้เกื้อหนุนต่อการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านได้อย่างจริงจังและตรงจุด

๓) ความตื่นตัวในการพัฒนาสังคมฐานความรู้ และองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่แพร่หลายไปในสังคมไทย ทั้งในภาครัฐและเอกชน โดยเน้นถึงความสำคัญของการจัดการความรู้ ซึ่งเห็นว่า ภูมิความรู้ไม่ได้จำกัด หรือผูกขาดโดยผู้รู้ผู้เชี่ยวชาญ หรือกลุ่มองค์กร แต่มีอยู่ในมนุษยทุกคน ยิ่งสามารถระดมความรู้จากผู้คนที่หลากหลายก็ยิ่งมีพลัง หรือเป็นวัฒนธรรมที่ส่งเสริมให้ใช้ความรู้มาพัฒนาการทำงาน หรือเป็นเทคนิคที่นำมาใช้เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้อย่างเป็นอิสระ เช่น การสนทนาด้วยใจเปิดกว้างไม่ตัดสิน ที่เรียกว่า สนทริยสนทนา (dialogue) เป็นต้น



๔) การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น จะทำให้มีงบประมาณสนับสนุนให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่นเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้สามารถริเริ่มแผนพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง อย่างเป็นอิสระ แนวโน้มนี้จะทำให้กลไกภาคราชการต่าง ๆ รวมทั้งระบบสาธารณสุขขึ้นต่อกลไกท้องถิ่นมากขึ้น การฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่นในด้านสุขภาพน่าจะเป็นประเด็นที่องค์กรเหล่านี้ให้การสนับสนุน ในปี ๒๕๔๘ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยรายงานว่า เรื่องสุขภาพ การแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพร เป็นหนึ่งในประเด็นที่ภาคีวิจัยเพื่อท้องถิ่นให้ความสนใจมากที่สุด (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, ๒๕๔๘)

ปัจจัยคุกคาม

๑) นโยบายรัฐที่ส่งเสริมบริการนวด และผลิตภัณฑ์สมุนไพร การเติบโตของธุรกิจสุขภาพ ธุรกิจสปา และความนิยมของประชาชน ทำให้มีความต้องการด้านบุคลากรสูง ส่งผลให้หน่วยงานต่าง ๆ เปิดการฝึกอบรมกันเป็นจำนวนมาก มีการตั้งครุหมอนวดไทยไปสอนนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ แทนที่จะสนับสนุนให้ใช้ศักยภาพในการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อบำบัดโรค (ยงศักดิ์ ต้นติปิฎกและคณะ, ๒๕๔๗) การที่สถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาร่วม ๑๐ แห่งเปิดหลักสูตรปริญญาตรีแพทย์แผนไทย หรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ ทั้งที่ไม่มีความพร้อมในด้านอาจารย์ผู้สอนและมาตรฐานของหลักสูตร ก็จะมีผลเช่นเดียวกับอาจารย์หมอแผนไทย

๒) นโยบายของรัฐบาลที่มุ่งเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ และความสามารถในการแข่งขัน มีผลให้ใช้ผลตอบแทนทางเศรษฐกิจเป็นตัวชี้วัดความคุ้มค่าในการลงทุนด้านต่าง ๆ รวมถึงคุณค่าของภูมิปัญญาไทยด้านสุขภาพ การสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยยังต้องการการลงทุนอีกมาก หากต้องการยกมาตรฐานให้เป็นที่ยอมรับในระดับโลก (ศุภสิทธิ์ พรรณรุโนทัยและคณะ, ๒๕๔๘) อาจถูกมองว่าไม่คุ้มค่าเนื่องจากไม่เห็นผลตอบแทนที่เป็นตัวเงินในระยะสั้น

๓) วิถีชีวิตของชุมชนที่เคยพึ่งตนเอง กำลังเปลี่ยนแปลงไปเพราะกระแสบริโภคนิยม ที่สร้างความเคยชินในความสะดวกสบายในด้านต่าง ๆ ทำให้เกิดการพึ่งพาบริการการแพทย์และยาสมัยใหม่มากขึ้น จนเริ่มสูญเสียความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว และมองข้ามภูมิปัญญาสุขภาพและการแพทย์ดั้งเดิม

จุดแข็งจุดอ่อนของระบบและกลไกจัดการความรู้

สภาพการณ์ของระบบและกลไกที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ สามารถวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งได้ตามประเด็นการจัดการความรู้ดังนี้

การจัดการความรู้เชิงระบบและนโยบาย

จุดแข็ง

- ๑) กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก แม้จะเพิ่งตั้งขึ้นในปี ๒๕๔๕ แต่ได้แสดงให้เห็นถึงความพยายามในการผลักดันนโยบายและยุทธศาสตร์เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ โดยเปิดพื้นที่ให้องค์กรภาคีนอกกระบบราชการ เช่น ภาควิชาชีพ ภาคประชาสังคม เข้ามามีส่วนระดมความคิดเห็นในการพัฒนานโยบาย
- ๒) บทบาทการเคลื่อนไหวของสมาชิกสุขภาพ โดยเครือข่ายภาคประชาชน ภาคประชาสังคม เพื่อเสนอยุทธศาสตร์ในการอบของร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเป็นแนวทางระดมการมีส่วนร่วมของภาคีในนโยบายสาธารณะต่อไปในอนาคต
- ๓) ความสำคัญของการวิจัยเชิงระบบเริ่มเป็นที่ยอมรับว่าเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย หน่วยงาน เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มีบทบาทเข้ามาสนับสนุนให้เกิดงานวิจัยในลักษณะดังกล่าวมากขึ้น



จุดอ่อน

- ๑) การขาดกลไกหลักที่จะทำหน้าที่ประสานและผลักดันนโยบายในระดับชาติ ทำให้ไม่เกิดการสานรับอย่างจริงจังจากหน่วยงานรัฐและเอกชน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีบทบาทจำกัด เนื่องจากเป็นกรมที่มีขนาดเล็ก
- ๒) การกำหนดนโยบายขึ้นกับส่วนราชการและภาควิชาวิจัยเป็นส่วนใหญ่ การพัฒนานโยบายยังขาดการสนับสนุนด้านข้อมูลความรู้จากการวิจัยแบบสหสาขาวิชา ซึ่งต้องการความรู้ความเชี่ยวชาญจากศาสตร์หลายด้าน มาร่วมวิเคราะห์แก้ไขปัญหากับระบบงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- ๓) หน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย ยังขาดกระบวนการทำงานเพื่อนำภาคีที่เกี่ยวข้องมาแลกเปลี่ยนปรึกษาหารือเพื่อแก้ไขปัญหาเชิงระบบ เช่น การผสมผสานบริการ การแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการของรัฐ การขาดมาตรฐานในการผลิตแพทย์แผนไทย ไม่ว่าจะในระบบการศึกษาปริญญาตรี หรือระบบ มอบตัวเป็นศิษย์ การพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทย
- ๔) ระบบวิจัยและนักวิจัย ซึ่งเป็นกลไกสร้างความรู้หลัก พัฒนาขึ้นโดย อิงกับวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ มีข้อจำกัดในการปรับวิธีคิดการทำงาน เพื่อให้สามารถร่วมกระบวนการสร้างและจัดการความรู้ ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ซึ่งมีฐานความรู้ที่แตกต่างออกไป

การสร้างและจัดการองค์ความรู้สุขภาพการแพทย์

ความรู้สมุนไพรเชิงวิทยาศาสตร์

จุดแข็ง

- ๑) ได้รับความสำคัญในเชิงนโยบายการวิจัย การสนับสนุนด้านทุน และเทคโนโลยีจากรัฐ มีส่วนราชการและภาควิจัยเป็นกลไกหลักในการพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อสนับสนุนระบบการแพทย์กระแสหลัก และพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพร
- ๒) มีหน่วยงานและนักวิจัยที่มีความสามารถเป็นที่ยอมรับด้านวิชาการ

จุดอ่อน

- ๑) มีความซ้ำซ้อนของงานวิจัย ซึ่งกระจุกกระจายกันทำอยู่ในหน่วยงานต่าง ๆ ขาดการประสานทิศทางการวิจัย
- ๒) ไม่มีระบบต่อเนื่อง ในการติดตามประเมินผลงานวิจัย คุณค่าทางวิชาการ การใช้ประโยชน์ การประชุมทางวิชาการที่จะช่วยยกระดับการแลกเปลี่ยนความรู้และความเป็นชุมชนทางวิชาการ
- ๓) ขาดการประสานเชื่อมโยงความรู้กับภาคีอื่น ๆ เช่น ผู้บริโภค หมอพื้นบ้าน หมอแผนไทย ผู้ผลิตยาไทย ให้เข้ามาร่วมกระบวนการพัฒนาประเด็นวิจัย หรือการใช้องค์ความรู้

ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

จุดแข็ง

- ๑) มีความรู้ที่ฝังลึกอยู่ในตัวบุคคล อยู่ในหมอแผนไทย ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีประสบการณ์การปฏิบัติและการรักษา แม้จะเหลือน้อย



- ๒) มีหมอไทยรุ่นกลางบางท่านศึกษาศาสตร์สมัยใหม่และการแพทย์แผนตะวันตกออกอื่นๆ เช่น อายุรเวท แพทย์จีน สามารถสื่อสารกับคนรุ่นใหม่ในสังคมได้
- ๓) เมืองคักรโนภาคประชาสังคม เช่น มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา มูลนิธิสุขภาพไทย และบุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งมีความสนใจและประสบการณ์ทำงานประสานความร่วมมือกับหมอไทยในด้านวิชาการมานาน

จุดอ่อน

- ๑) ความรู้ด้านเวชกรรม ยังขาดการพัฒนาทฤษฎีให้มีความชัดเจน การศึกษาวิจัยความรู้ทำโดยนักวิจัย ไม่ใช่ผู้ปฏิบัติ ศึกษาแล้วเก็บเป็นรายงาน โดยไม่มีการนำไปทดลองใช้ (เอกชัย ปัญญาวัฒนาบุญกุล, ๒๕๕๘) ขาดหน่วยวิจัยคือ โรงพยาบาล ที่สามารถนำความรู้ทฤษฎีมาใช้ตรวจรักษาโรค และพิสูจน์ตรวจสอบผลด้วยการวิจัยทางคลินิก
- ๒) แนวทางศึกษาวิจัยและสืบทอดความรู้ที่ภาครัฐ ภาควิชาการเข้าไปจัดการ มุ่งเน้นที่ตัวความรู้ที่เปิดเผยถ่ายทอดได้ง่าย (explicit knowledge) โดยใช้การท่องจำตำรับตำราเป็นเกณฑ์ในการสืบทอดมากกว่าสนับสนุนให้หมอเป็นแกนหลักในการพัฒนาองค์ความรู้โดยถ่ายทอดความรู้ที่สั่งสมอยู่ในตัวออกมา
- ๓) ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือผู้ผลิตยาไทย ขาดการรวมตัวกันเป็นกลุ่มก้อน และไม่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ หรือมีกระบวนการพัฒนาความรู้

ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน

จุดแข็ง

- ๑) หมอพื้นบ้านอยู่กระจัดกระจายเป็นจำนวนมากทั่วประเทศ มีวิธีการรักษาโรคและความรู้เชิงประสบการณ์ที่หลากหลายเหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ และยังคงเป็นที่พึ่งพาของชาวบ้าน
- ๒) มีเครือข่ายหมอพื้นบ้านที่เข้มแข็งในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะในภาคเหนือ ภาคอีสาน ซึ่งพัฒนาเป็นชุมชนนักปฏิบัติที่มีศักยภาพในการร่วมมือกับสถาบันการศึกษาและนักวิชาการ ในการศึกษาวิจัยเพื่อสังคายนาจัดระบบองค์ความรู้
- ๓) เริ่มเกิด **เครือข่ายวิจัยระดับภูมิภาค** ที่สามารถระดมศักยภาพของภาคีต่าง ๆ มาร่วมกันจัดระบบองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน คือ การวิจัยแบบสหสาขาวิชาของสถาบันการศึกษาในบางภูมิภาคการสนับสนุนด้านทุนและการจัดการวิจัยจาก สกว. ความร่วมมือด้านวิชาการของเครือข่ายหมอพื้นบ้าน มีตัวอย่างของโครงการสังคายนาองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านล้านนา โดยมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย^๒ ทำให้สามารถสร้างความรู้ใหม่ที่เป็นระบบและมีทฤษฎีสามารถต่อยอดโดยพัฒนาเป็นหลักสูตรทั้งในระดับปริญญาตรี และการอบรมระยะสั้น ขณะนี้มีการทำชุดโครงการวิจัยในลักษณะที่คล้ายคลึงกันในภาคอีสาน โดยเครือข่ายภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทยอีสาน

^๒เป็นโครงการวิจัยต่อเนื่องเพื่อรวบรวมฟื้นฟูองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพในระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา ใน ๘ จังหวัดภาคเหนือ มี ผศ.ดร.ยิ่งยง เทาประเสริฐ เป็นผู้ประสานงาน ได้รวบรวมตำรา และประสบการณ์ความรู้จากหมอเมือง นำมาจำแนกโรคออกเป็นกลุ่ม ๆ ตามอาการและวิธีการรักษา มีการประชุมหมอเมืองร่วมจัดระบบองค์ความรู้ และตรวจสอบโดยนำไปปฏิบัติและบันทึกผล ก่อนจะจัดพิมพ์ออกมาเป็นตำรามาตรฐาน



จุดอ่อน

- ๑) การรวมตัวเป็นเครือข่ายของหมอพื้นบ้าน ต้องอาศัยการสนับสนุนและประสานโดยเครือข่ายภาคประชาสังคม องค์กรชุมชน บุคลากรสาธารณสุข ศักยภาพจึงต่างกันไปในแต่ละพื้นที่
- ๒) การสนับสนุนทุนวิจัยเป็นลักษณะโครงการนำร่อง มีความจำกัดในด้านงบประมาณและความต่อเนื่อง
- ๓) เครือข่ายวิจัยระดับภูมิภาค ยกกระดับความรู้การแพทย์พื้นบ้านสู่การพัฒนากำลังคน และการผลิตหมอพื้นบ้านแบบอาชีพ แต่ยังไม่เห็นการจัดการความรู้ของชุมชน หรือภูมิปัญญาสุขภาพพื้นบ้านในแต่ละพื้นที่ ที่มีความหลากหลายเกินกว่าจะจัดเป็นระบบ

การจัดการความรู้สุขภาพชุมชน

จุดแข็ง

- ๑) ชาวบ้านและชุมชนท้องถิ่นยังมีความรู้และใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านที่อยู่ในวิถีชีวิตการกินอยู่ แบบแผนปฏิบัติ และระบบคุณค่า ในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวอยู่ นอกเหนือไปจากการพึ่งพาโรงพยาบาล มีผู้เห็นความสำคัญพยายามอนุรักษ์และฟื้นฟู
- ๒) องค์กรชุมชน และองค์กรปกครองท้องถิ่น ได้รับอำนาจหน้าที่และงบประมาณเพิ่มขึ้น ทำให้มีอิสระในการจัดการและดำเนินการแก้ไขปัญหาของท้องถิ่น จึงน่าจะเป็นกลไกสำคัญในการสร้างสุขภาพขึ้นในชุมชน
- ๓) มีการพัฒนาศักยภาพการจัดการความรู้ในชุมชนโดยเครือข่ายองค์กรและสถาบันวิชาการต่าง ๆ มีองค์กรแนวร่วมทางยุทธศาสตร์ เช่น สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) สถาบันส่งเสริมการจัดการความ

รู้เพื่อสังคม (สคส.) เป็นต้น

จุดอ่อน

- ๑) วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปด้วยกระแสการพัฒนาและบริโคนิยมทำให้ภูมิปัญญาด้านสุขภาพเริ่มสูญหายไป
- ๒) ความสัมพันธ์ทางสังคม เช่น ความเป็นเครือญาติ การทำงานร่วมกัน การพบปะพูดคุย เป็นกระบวนการจัดการความรู้ดั้งเดิม แต่ปัจจุบันอ่อนแอลง และไม่ได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการและทักษะการจัดการความรู้แบบใหม่ๆ
- ๓) โครงสร้างและกฎหมายจำกัดบทบาทของหมอพื้นบ้าน ในการเป็นผู้นำในการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ ที่นอกเหนือจากการดูแลรักษา ผู้เจ็บป่วยในชุมชน

จากการวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งของระบบและกลไกที่มีอยู่ การสร้างกลไกใหม่เพิ่มเติมเพื่อให้มีการสร้างและจัดการความรู้พื้นฐานที่มั่นคง มีข้อคำนึง ๓ ประการ คือ ๑) การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน ควรได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่ให้ฟื้นฟูและพัฒนาความเป็นศาสตร์ของตนอย่างอิสระ ๒) มีการยกระดับความรู้ให้สอดคล้องกับบริบทและยุคสมัย เป็นที่ยอมรับทางในทางวิชาการ เพื่อให้เป็นประโยชน์ในวงกว้างอย่างแท้จริง ๓) การพัฒนาองค์ความรู้ต้องไม่ทอดทิ้งละเลยภูมิปัญญาที่อาจอยู่นอกกรอบทฤษฎี อยู่กับชาวบ้าน หรือในวิถีชีวิตชุมชนท้องถิ่น



๓. ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาระบบและกลไก

๑. จัดตั้ง สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพวิถีไทย

เป็นกลไกที่เชื่อมประสานและสนับสนุนการทำงานแบบเครือข่ายระหว่างภาคีต่าง ๆ ได้แก่ ส่วนราชการ หน่วยงานรัฐด้านสุขภาพ นักวิจัย สถาบันการศึกษา หมอพื้นบ้าน หมอแผนไทย องค์กรพัฒนาเอกชน ชุมชน เพื่อระดมศักยภาพมาร่วมกันพัฒนาองค์ความรู้ในแต่ละระดับ ได้แก่ ความรู้เชิงระบบ องค์ความรู้การแพทย์ระบบความรู้ชุมชน

กลไกนี้จะเป็นข้อต่อเชื่อมโยงให้มีการพัฒนากลไกอื่น ๆ ขึ้นมาเสริมกับหน่วยงาน และองค์กรที่มีอยู่แล้วดังนี้

๒. จัดตั้ง คณะกรรมการนโยบายภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

(ดูหัวข้อ ๕) เป็นกลไกดูแลนโยบายและยุทธศาสตร์ โดยใช้ข้อมูลความรู้จากการวิจัยอย่างเป็นระบบเป็นฐานในการตัดสินใจ และพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และภาคีอื่นในกระบวนการกำหนดนโยบาย

๓. จัดตั้ง โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย

(ดูหัวข้อ ๖) เป็นหน่วยวิจัยและบริการ เพื่อสร้างและพัฒนาองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย ให้เป็นที่ยอมรับในด้านวิชาการ

๔. สนับสนุนพัฒนา เครือข่ายการจัดการความรู้สุขภาพชุมชน

(ดูหัวข้อ ๗) เป็นกลไกฟื้นฟูศักยภาพการจัดการความรู้สุขภาพพื้นบ้านของชุมชนท้องถิ่น

๔. สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพวิถีไทย

ยุทธศาสตร์

สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพวิถีไทย ควรใช้ยุทธศาสตร์การทำงานดังนี้

๑) ส่งเสริมและสนับสนุนกระบวนการทำงานแบบเครือข่ายเพื่อสร้างและจัดการความรู้

สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพวิถีไทย จะเป็นกลไกสนับสนุนการทำงานร่วมกันแบบเครือข่ายซึ่งเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร องค์กร และภาคีต่าง ๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างและจัดการความรู้ ได้แก่ หมอพื้นบ้าน หมอแผนไทย นักวิจัย นักวิชาการ สถาบันการศึกษา ส่วนราชการ หน่วยงานบริการ ผู้ผลิตยาไทย องค์กรพัฒนาเอกชน การรวมตัวเป็นเครือข่าย แลกเปลี่ยนความรู้ปรึกษาหารือ โดยมีเป้าหมายร่วมกันอย่างต่อเนื่อง นอกจากทำให้เกิดการถ่ายทอดความรู้ระหว่างกันแล้ว ยังเพิ่มศักยภาพของภาคีนั้นในการร่วมกับภาคีอื่น ๆ เพื่อสร้างและยกระดับความรู้

ดังจะเห็นได้จากเครือข่ายหมอพื้นบ้านในภาคเหนือและภาคอีสาน เครือข่ายนักวิชาการในภูมิภาค เครือข่ายวิจัยระบบที่สวรสมิบบทบาทสนับสนุนเป็นต้น สนับสนุนให้สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพวิถีไทยดำเนินการพัฒนาให้เกิดเครือข่ายนักวิจัยจากสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง เช่น เศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ การแพทย์มานุษยวิทยา กฎหมาย ที่ร่วมทำงานวิชาการอย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นความเชี่ยวชาญในระบบภูมิปัญญาไทยด้านสุขภาพ

๒) พัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการวิจัยและจัดการความรู้

การพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ทั้งในเชิงระบบ ทฤษฎีปรัชญา และความรู้ในวิถีชีวิตชุมชน ต้องการการระดมประสบการณ์ความรู้จากพหุภาคีมา



ร่วมกันสร้างและจัดการความรู้ ซึ่งต้องการบริหารจัดการวิจัยเป็นเครื่องมือ ภารกิจที่ต้องทำอย่างเร่งด่วน คือ การจัดทำแผนที่วิจัย (research mapping) ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ด้วยการระดมความร่วมมือจากภาคีมาร่วมวิเคราะห์สถานการณ์องค์ความรู้ เพื่อหาส่วนขาด จัดทำแผนที่วิจัย กำหนดประเด็นวิจัย และจัดลำดับความสำคัญ เพื่อประสานการทำงานของหน่วยงานวิจัยต่างๆ ลดความซ้ำซ้อน และสนับสนุนดำเนินงานประมาณอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ในการสร้างองค์ความรู้อย่างเป็นระบบและมีขั้นตอนในการพัฒนา

โครงการส่งค่านองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านล้านนา แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้เชิงทฤษฎี ในลักษณะชุดโครงการวิจัยที่มีขั้นตอนความต่อเนื่อง สามารถสร้างและใช้ความรู้นำไปสู่การพัฒนาคำร่า การผลิตกำลังคน การบริการ โครงการฟื้นฟูการนวด^๓ เป็นอีกตัวอย่างหนึ่งของการจัดการความรู้แบบพหุภาคี ซึ่งสามารถระดมศักยภาพของครุหมอนวดไทยเข้ามาร่วมกระบวนการพัฒนาองค์ความรู้ ซึ่งใช้เป็นฐานความรู้สำหรับการฝึกอบรมหมอนวดรุ่นใหม่ๆ จนการนวดไทยแพร่หลายเป็นที่นิยมในปัจจุบัน

๓) เชื่อมโยงความรู้สู่กระบวนการกำหนดนโยบาย

การทำงานของสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพวิถีไทย ควรพัฒนากระบวนการและช่องทางที่จะสื่อสารและเชื่อมโยงความรู้ไปยังผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายในหลาย ๆ ทาง เช่น กระบวนการแลกเปลี่ยนอย่างต่อเนื่องผ่านกลไกของตนเอง การประชุมของคณะกรรมการบริหารสถาบันซึ่งมีตัวแทนฝ่ายการเมือง ผู้บริหารจากกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนภาควิชาการ ภาควิชาชีพ ภาคประชาสังคม หรือพัฒนาการทำงานเชิงรุกในด้าน

^๓เป็นความร่วมมือแบบไตรภาคีระหว่างมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา หมอนวดไทยผู้ทรงคุณวุฒิ หน่วยงานสาธารณสุขมูลฐาน ที่เกิดขึ้นในปี ๒๕๒๘ เพื่อพัฒนาและเผยแพร่ฝึกอบรมความรู้การนวดไทย

นโยบายและยุทธศาสตร์ ร่วมกับภาคีเครือข่ายประชาคมสุขภาพวิถีไทย เพื่อพัฒนา
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์

สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพวิถีไทยจะมีรูปแบบ อย่างไร

เมื่อวิเคราะห์แนวทางการจัดการความรู้ ที่ควรเป็นภารกิจของ
สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพวิถีไทยแล้ว จะเห็นว่ากลไกนี้ควรพัฒนาให้มีลักษณะ
ดังต่อไปนี้

๑. มีความสามารถในการจัดการวิจัย และ เป็นที่ยอมรับในด้านวิชาการ
๒. มีวัฒนธรรมทำงานแบบเครือข่าย
๓. มีบุคลากรที่เห็นคุณค่าและมีประสบการณ์มุ่งมั่นในการทำงานด้านการ
แพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน อย่างต่อเนื่อง
๔. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณพอเพียง
๕. ทำงานต่อเนื่อง เต็มเวลา
๖. มีสถานะเป็นที่ยอมรับในภาครัฐ และประสานสื่อสารกับผู้บริหาร ผู้
กำหนดนโยบาย กำหนดนโยบายได้
๗. มีความเป็นอิสระ คล่องตัว ในการบริหารจัดการ



ทางเลือกรูปแบบองค์กร

โครงการ/สถาบัน ในเครือ สวรส.	หน่วยบริการ รูปแบบพิเศษ (SDU)	องค์การมหาชน	มูลนิธิ
จัดตั้งได้ทันที หากได้รับอนุมัติ โครงการและ แหล่งทุนสนับสนุน	มีโอกาสจัดตั้ง ภายใต้กรมพัฒนา หรือ กระทรวง สาธารณสุข	จัดตั้งได้ยาก เพราะ ต้องออก พรก. และ ปัญหาความซ้ำซ้อน	จัดตั้งได้ง่าย
เป้าหมายเชิงนโยบาย และยุทธศาสตร์	เป้าหมายด้าน มาตรฐานและ คุณภาพการบริการ	มุ่งผลสัมฤทธิ์ใน การดำเนินงาน	มุ่งผลสำเร็จใน ระดับกลุ่มเป้าหมาย หรือพื้นที่
ประสิทธิภาพด้าน เครือข่ายและวิชาการ สูง เนื่องจากอิสระ ในแนวคิด และคล่อง ตัวในการบริหาร	ประสิทธิภาพด้าน การบริการสูง แต่เชิง นโยบายและเครือข่าย ไม่ชัดเจน เพราะ ขึ้นกับส่วนราชการ	ประสิทธิภาพในเชิง นโยบายสูง มีอิสระ คล่องตัวในการบริหาร	ประสิทธิภาพด้าน เครือข่ายสูง เนื่องจาก วัฒนธรรมในการทำงาน ความเชื่อมโยงกับ ภาครัฐน้อย
ทุนสนับสนุน ระยะแรกใช้ทุน สนับสนุนจำนวนหนึ่ง จาก สสส. ระยะยาว ยกฐานะเป็นองค์กร ที่มีกฎหมายรับรอง ในรูปแบบที่เหมาะสม เพื่อให้ได้รับ งบประมาณต่อเนื่อง	ทุนสนับสนุน รายได้เป็นค่ารับบริการ จากหน่วยงานแม่ มีความต่อเนื่อง	ทุนสนับสนุน มีความต่อเนื่องใน ด้านงบประมาณ สนับสนุน	ทุนสนับสนุน น้อย ไม่ต่อเนื่อง ต้องพึ่งแหล่งทุน

เมื่อพิจารณาความเป็นองค์กรในรูปแบบต่างๆ ที่เอื้อให้การทำงานเป็นอิสระ มีความคล่องตัว มีประสิทธิภาพในการบริหาร ไม่ติดขัดกฎระเบียบราชการ พบว่าการจัดทำเป็นโครงการ/สถาบัน ในเครือของ สวรส. มีความเป็นไปได้สูงกว่าทางเลือกอื่น ๆ และมีข้อดีหลายประการ

๑. มีอิสระในการพัฒนากระบวนการทำงานและแนวคิดนอกระบบราชการ แต่ยังคงเชื่อมโยงกับภาครัฐ สามารถหนุนเสริมกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ ในการบรรลุเป้าหมายเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์
๒. มีขนาดเล็ก คล่องตัวในการบริหารจัดการ และสามารถดึงดูดบุคคลที่มีความสามารถตรงกับลักษณะงานให้เข้ามาร่วมองค์กร
๓. สามารถเรียนรู้จากประสบการณ์การพัฒนาความสามารถในด้านการจัดการวิจัยและเครือข่ายนักวิจัยของ สวรส.
๔. มีช่องทางสื่อสารเข้าถึงผู้กำหนดนโยบาย ผ่านคณะกรรมการสถาบัน
๕. ใช้ความยืดหยุ่นในรูปแบบโครงการ ทำงานไปพร้อมกับพัฒนาระบบการจัดการที่เหมาะสม และเสริมสร้างศักยภาพของนักวิชาการ นักวิจัย ทั้งอยู่ในองค์กรและร่วมเป็นเครือข่าย ซึ่งยังมีค่อนข้างจำกัด ให้พร้อมจะยกระดับสถาบันที่มีกฎหมายรองรับในระยะยาว

สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพวิถีไทหนุนเสริมหรือ
 เข้าช้อนกับกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการ
 แพทย์ทางเลือก

การกำหนดให้กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มี
 อำนาจหน้าที่ครอบคลุมตั้งแต่คุ้มครองภูมิปัญญาไทยด้านสุขภาพ วิจัย พัฒนาและ



ถ่ายทอดองค์ความรู้ คຸ້ມครองผู้บริโภค ส่งเสริมและพัฒนาบริการด้านการแพทย์แผนไทย จะเห็นได้ว่าไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงในทางปฏิบัติ เนื่องจากข้อจำกัดในด้านกำลังคน ทรัพยากร และความเชี่ยวชาญที่ต้องการในงานแต่ละด้าน

การมีสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพวิถีไทยเป็นกลไกสนับสนุนด้านวิชาการและเครือข่ายภาคี จะช่วยทำให้กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทำงานในบทบาทที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนี้

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย	สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพวิถีไทย
<ul style="list-style-type: none"> ★ ขับเคลื่อนการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ★ ส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการระบบผลิตกำลังคน ฯลฯ ★ เผยแพร่ข้อมูล ถ่ายทอดองค์ความรู้ ★ เป็นภาคีของกระบวนการวิจัย ★ พัฒนามาตรฐานวิชาชีพ 	<ul style="list-style-type: none"> ★ เชื่อมโยงความรู้จากการวิจัยอย่างเป็นระบบ เพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบาย ★ วิเคราะห์ความต้องการด้านวิชาการเพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบ ★ ส่งเสริมการสร้างและจัดการความรู้โดยเครือข่าย ★ ส่งเสริมงานวิจัยแบบพหุภาคีสหสาขาวิชา ★ สนับสนุนเครือข่ายวิชาชีพ



แนวทางการจัดตั้ง

จัดตั้งภายใต้ความร่วมมือระหว่างกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยมีสถานะเป็นองค์กรในเครือสถาบันของ สวรส. และได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นงบประมาณดำเนินงาน ๓ ปีแรก เป็นเงิน ๑๐๐ ล้านบาท

มีคณะกรรมการกำกับทิศทาง เป็นผู้ดูแลติดตามการดำเนินงาน มีผู้อำนวยการเป็นผู้บริหารโครงการ มีนักวิชาการ และเจ้าหน้าที่สนับสนุน รวมทั้งสิ้น ๑๐ คน

วิสัยทัศน์

เป็นองค์กรที่หนุนเสริมและประสานพลังในการสร้างและจัดการความรู้ของโดยเครือข่ายองค์กรและภาคีต่าง ๆ ในทุกระดับ เพื่อเชื่อมโยงกับนโยบายและการขับเคลื่อนการพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน

บทบาทหน้าที่

- ๑) ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างและจัดการความรู้ในระบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน
- ๒) ส่งเสริมและสนับสนุนกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการทำงานแบบเครือข่าย เพื่อพัฒนาศักยภาพคน องค์กร ภาคีที่เกี่ยวข้อง
- ๓) ประสานและเชื่อมโยงความรู้กับการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ



หลักการทำงาน

- ★ เชื่อมมั่นในศักยภาพการเรียนรู้ว่ามีอยู่ในมนุษย์ทุกคน ความรู้มีความหลากหลาย หากประสานแลกเปลี่ยนกันด้วยความเคารพ จะเป็นพลังในการพัฒนาประเทศ พัฒนาคอนอย่างมหาศาล
- ★ เชื่อว่าความรู้ที่แน่นหนาแน่นอยู่กับการปฏิบัติ กล่าวคือ กลมกลืนอยู่กับคนที่มีความเชื่อและศรัทธาในความรู้ จนเกิดความมุ่งมั่นเป็นพลังผลักดันไปสู่การปฏิบัติ ทั้งการคิด การพูด และการกระทำ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข , ๒๕๔๗)
- ★ ทำงานร่วมกันในองค์กร และร่วมกับภาคีต่าง ๆ โดยให้ความเคารพและพร้อมจะเรียนรู้จากทุกฝ่าย ไม่ทำงานซ้ำซ้อน แข่งขัน แต่ทำงานหนุนเสริม อุดช่องโหว่
- ★ มุ่งพัฒนาความสัมพันธ์เป็นหัวใจ ให้การพัฒนาโครงสร้างเป็นภารกิจของภาคีอื่น

เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ๓ ปี

ผลสัมฤทธิ์ระยะสั้น

- ๑) มีการจัดทำแผนที่วิจัยเพื่อนำไปสู่การพัฒนานโยบายและแผนแม่บทการวิจัยและสร้างองค์ความรู้ด้านต่างๆ (ปีที่ ๑)
- ๒) มีการสร้างความรู้จากชุดโครงการวิจัย เพื่อพัฒนาระบบบริการ ระบบพัฒนากำลังคน ระบบอุตสาหกรรมยาไทย ฯลฯ
- ๓) มีการพัฒนาข้อเสนอจัดตั้งโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย (ปีที่ ๑)
- ๔) มีชุดโครงการวิจัยเพื่อสังคายนาองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย

- ๕) มีการพัฒนาเครือข่ายหมอพื้นบ้าน เครือข่ายวิชาการเพื่อร่วมกันจัดระบบและยกระดับองค์ความรู้ในทุกภูมิภาค
- ๖) มีการพัฒนาเครือข่ายการจัดการความรู้สุขภาพชุมชนเป็นโครงการนำร่อง ๒๐ ชุมชน

ผลสัมฤทธิ์ระยะยาว

- ๑) ผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบายเห็นความสำคัญและใช้ประโยชน์จากการวิจัยเชิงระบบ และการมีส่วนร่วมของภาคีในระบบงานการวิจัย และเวทีวิชาการ
- ๒) มีเครือข่ายนักวิชาการจากสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์การแพทย์ มานุษยวิทยา กฎหมาย ที่ร่วมกันสร้างความรู้อย่างต่อเนื่อง จนเกิดเป็นความเชี่ยวชาญในระบบภูมิปัญญาไทยด้านสุขภาพ
- ๓) มีเครือข่ายทางวิชาการของหมอแผนไทย ที่แลกเปลี่ยนและยกระดับความรู้ในการปฏิบัติและทฤษฎีให้เป็นที่ยอมรับในด้านวิชาการ
- ๔) มีเครือข่ายวิชาการ เครือข่ายหมอพื้นบ้าน ที่มีศักยภาพในการจัดการวิจัยและสร้างความรู้ภายในเครือข่ายของตนเอง
- ๕) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน เข้ามามีบทบาทในการจัดการความรู้สุขภาพของชุมชน

แผนงาน

สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพวิถีไท มีแผนงาน ๓ ปี ดังนี้

- ๑) แผนงานวิจัยระบบเพื่อสนับสนุนการพัฒนาการแพทย์แผนไทย



แผนงานด้านนี้มุ่งสนับสนุนงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบงานของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน โดยใช้การจัดการวิจัย เพื่อระดมความร่วมมือของภาคที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้บริหาร ภาครัฐ ภาคประชาสังคม กลุ่มองค์กรวิชาชีพ สถาบันการศึกษา นักวิจัยจากสหสาขาวิชา ภาคประชาสังคม มามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยอย่างบูรณาการ ตั้งแต่การตั้งประเด็นวิจัย ไปจนถึงการนำผลลัพธ์ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ ยุทธศาสตร์ของแผนงานนี้อยู่ที่ การประสานเชื่อมโยงให้เกิดเครือข่ายในภาคที่เกี่ยวข้อง

ภารกิจเร่งด่วนในปีที่ ๑ คือ การจัดทำแผนที่วิจัย โดยมีบทบาทประสานความร่วมมือระหว่างองค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ภาพรวมขององค์ความรู้และส่วนขาดในระบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน เพื่อวิเคราะห์ถึงความต้องการในด้านองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาในด้านต่าง ๆ

ตัวอย่างเครือข่ายที่จะพัฒนา

- ★ เครือข่ายสถาบันผลิตบัณฑิตแพทย์แผนไทย
- ★ เครือข่ายผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลรัฐ
- ★ เครือข่ายพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทย

ตัวอย่างโครงการ/ชุดโครงการวิจัย

- ★ การพัฒนาแผนที่วิจัยเพื่อการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
- ★ การจัดตั้งโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย (ดูหัวข้อ ๖)
- ★ การติดตามและประเมินผลระบบวิจัยและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
- ★ การพัฒนามาตรฐานหลักสูตรผลิตบัณฑิตแพทย์แผนไทย
- ★ การปฏิรูประบบการเรียนการสอนเพื่อสอขึ้นทะเบียนใบประกอบโรค

ศิลปะของแพทย์แผนไทย

- ★ การจัดทำฐานข้อมูลด้านกำลังคน ระบบบริการ
- ★ การบูรณาการการบริการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการ

๒) แผนงานพัฒนาเครือข่ายและการจัดการวิจัยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน

การพัฒนาเครือข่ายวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านเป็นแผนงานเร่งด่วนเพื่อสนับสนุนการสังคายนาความรู้การแพทย์แผนไทย โดยทำงานแบบพหุภาคีระหว่างหมอไทยผู้ทรงคุณวุฒิรุ่นเดิม หมอไทยรุ่นกลาง นักวิชาการด้านแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อร่วมกันถอดความรู้ที่สั่งสมอยู่ในตัวบุคคลออกมาเชื่อมโยงกับทฤษฎี ที่อยู่ในตำรับตำรา อันเป็นขั้นต้นของการจัดระบบความรู้ให้ชัดเจน และสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายกับต่างประเทศ เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และพัฒนาบุคลากรในด้านวิชาการของศาสตร์การแพทย์ตะวันออกที่มีความเชื่อมโยงกับการแพทย์แผนไทย

ตัวอย่างเครือข่ายที่จะสนับสนุนและพัฒนา

- ★ เครือข่ายหมอพื้นบ้าน
- ★ เครือข่ายหมอแผนไทยและนักวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย
- ★ เครือข่ายพัฒนาคักยภาพนักวิจัยการแพทย์พื้นบ้าน
- ★ เครือข่ายแลกเปลี่ยนทางวิชาการกับระบบแพทย์อายุเวท (อินเดีย) และระบบการแพทย์ทิเบต

ตัวอย่างโครงการ/ชุดโครงการวิจัย

- ★ การศึกษาเชิงลึกองค์ความรู้ในแพทย์แผนไทยจากผู้ทรงคุณวุฒิ



★ การพัฒนาทฤษฎีเส้นประธานสิบ

★ การสังคายนาและอธิบายความทฤษฎีในตำราการแพทย์แผนไทย

๓) แผนงานพัฒนาเครือข่ายจัดการความรู้สุขภาพชุมชน (ดู
หัวข้อ ๘)

สนับสนุนให้มีโครงการชุมชนนาร่องในการจัดการความรู้ด้วยภูมิปัญญา
สุขภาพ โดยพัฒนาเครือข่ายเข้าไปหนุนเสริม หมอพื้นบ้าน บุคลากรสาธารณสุขใน
พื้นที่ (สอ. อสม.) ภายใต้การสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อบต. สร้าง
เวทีความรู้ ใช้ภูมิปัญญาสุขภาพ ภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้าน ร่วมกับความรู้เสริม
แก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนอย่างเป็นองค์รวม

๕. คณะกรรมการนโยบายภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านสุขภาพ

การสร้างกลไกระดับนโยบายขึ้น นอกจากเป็นช่องทางในการผลักดันให้
เกิดวาระแห่งชาติในการพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้น
บ้านแล้ว ยังสอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพ และเป็นการเตรียมการ
รองรับหากมีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ กลไกนี้จะสนับสนุนการ
ทำงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่จะมีขึ้น ในส่วนของระบบภูมิปัญญา
ท้องถิ่นด้านสุขภาพได้ทันที

แนวทางการดำเนินงาน

กลไกนี้จะมีประสิทธิภาพและแก้ไขจุดอ่อนที่ผ่านมาได้ จำเป็นจะต้อง
เชื่อมโยงและได้รับการสนับสนุนและมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

๑. เปิดให้ตัวแทนองค์กรภาคีอื่น ๆ นอกภาครัฐราชการ เข้ามามีส่วนร่วม

ในคณะกรรมการ และยกระดับบทบาทของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์

๒. การพัฒนาโยบายและกระบวนการนำไปสู่การตัดสินใจของคณะกรรมการ จะต้องอยู่บนฐานของข้อมูลความรู้ที่ได้จากการวิจัยอย่างเป็นระบบ กลไกที่สนับสนุนด้านวิชาการได้แก่ สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพวิถีไทย
๓. เปิดพื้นที่นโยบายภูมิปัญญาด้านสุขภาพ โดยใช้แนวทางการจัดสัมชชาสุขภาพ ที่องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชน เครือข่ายหมอพื้นบ้าน และองค์กรภาครัฐ เคยร่วมเคลื่อนไหวในนามเครือข่ายสุขภาพวิถีไทย ให้เป็นกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากประชาคมที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยจัดให้มี**เวทีสัมชชาสุขภาพวิถีไทย** ตั้งแต่ระดับท้องถิ่น ภูมิภาค และระดับประเทศ และใช้งานมทกรรมสมุนไพรวงศาติ เป็นเวทีสัมชชาใหญ่ประจำปี ซึ่งจะทำการจัดงานดังกล่าวมีบทบาทในการขับเคลื่อนทางนโยบายและวิชาการอย่างแท้จริง แทนที่จะเป็นกิจกรรมในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เป็นหลัก

การจัดตั้ง

การจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ทำได้โดยการเสนอให้คณะรัฐมนตรีมีมติแต่งตั้ง โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานคณะกรรมการ มีกรรมการซึ่งเป็นผู้แทนจากส่วนราชการ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงพาณิชย์ ทบวงมหาวิทยาลัย สำนักงานหลักประกันสุขภาพ



แห่งชาติ เป็นต้น มีกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งสรรหาจากภาควิชาชีพ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน และภาคเอกชน โดยมีอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นกรรมการและเลขานุการ

อำนาจหน้าที่

- ๑) กำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ให้เป็นประโยชน์อย่างแท้จริงในการสร้างสุขภาวะที่ยั่งยืนของสังคมไทย และการพึ่งตนเองของประชาชนและประเทศ
- ๒) ประสานและกำหนดนโยบายด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ของ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเหล่านี้ให้มีความชัดเจน เป็นเอกภาพ เพื่อเป้าหมายในการพัฒนาองค์ความรู้ การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ การเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศอย่างสมดุลและยั่งยืน
- ๓) กำกับดูแลและประสานการดำเนินงานของส่วนราชการ หน่วยงานรัฐ และภาคีอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เป็นไปตามแผนงานและนโยบาย ที่ได้กำหนดไว้
- ๔) จัดและสนับสนุนให้มีกระบวนการเปิดรับฟังความคิดเห็นจากภาคีที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาคประชาชน ภาควิชาชีพ ภาคเอกชน ซึ่งรวมตัวกันเป็นประชาคมสุขภาพวิถีไทย ตั้งแต่ระดับชุมชน ท้องถิ่น ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ ผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพวิถีไทย เพื่อนำมาประกอบการพิจารณากำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์

เปรียบเทียบรูปแบบกลไกระดับนโยบาย

คณะกรรมการนโยบาย ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ	คณะกรรมการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพร	คณะกรรมการนโยบายสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ
แต่งตั้งโดยมติ ครม. รวม. สาธารณสุข เป็นประธาน	แต่งตั้งโดยมติ ครม. รวม. สาธารณสุขเป็นประธาน	มีกฎหมายรับรองแบบเดียวกับ สภาพัฒน์ นายกรัฐมนตรี เป็นประธาน
องค์ประกอบ ภาคราชการ ภาควิจัย/ วิชาการ วิชาชีพ ประชาสังคม ประชาชน เอกชน	ภาคราชการ ภาควิจัย ภาคธุรกิจ	ภาคราชการ
<p>กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ข้อดี</p> <p>๑. ดูแลภาพรวมการพัฒนาการ แพทย์ไทยและสมุนไพร ยก ระดับบทบาทของกรมพัฒนา ในการผลักดันนโยบาย</p> <p>๒. การเสนอจัดตั้งไม่ยุ่งยาก ไม่ต้องใช้งบประมาณมาก สามารถปรับให้เป็นกลไก ต่อเนื่องเมื่อมีคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ</p> <p>๓. เปิดพื้นที่นโยบายโดยการมี ส่วนร่วมของภาคีที่หลากหลาย หลายทั้งในระดับกรรมการ และเวทีสมัชชาสุขภาพ</p> <p>๔. มีการสร้างกลไกสนับสนุน ความรู้แบบเครือข่ายภาคีเป็น ฐานในการพัฒนานโยบาย</p>	<p>กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ข้อดี</p> <p>๑. เป็นกลไกประสานของ หน่วยงานวิจัยสมุนไพร เชิงวิทยาศาสตร์</p>	<p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ข้อดี</p> <p>๑. มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน สามารถผลักดันให้เป็นนโยบาย ระดับชาติ กลไกภาครัฐ และภาคเอกชนขนานรับ</p> <p>๒. มีความต่อเนื่อง มีสง.เลขานุการ ติดตามการนำนโยบายไปปฏิบัติ และสนับสนุนด้านวิชาการต่าง ๆ</p>



เปรียบเทียบรูปแบบกลไกระดับนโยบาย

(ต่อ)

คณะกรรมการนโยบาย ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ	คณะกรรมการพัฒนาอุตสาหกรรม ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ^๑	คณะกรรมการนโยบายสมุนไพร และการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ ^๒
ข้อจำกัด ๑. บทบาทต่อการตัดสินใจ นโยบายน้อยกว่าการมี นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน	ข้อจำกัด ๑. จำกัดวงเฉพาะภาคราชการ ภาควิจัย ภาคธุรกิจ ๒. เน้นเฉพาะผลิตภัณฑ์ อุตสาหกรรมสมุนไพร	ข้อจำกัด ๑. ขั้นตอนจัดตั้งยุ่งยาก ประเด็นการ เข้าซ้อน โครงสร้างบสนับสนุน อาจให้มีการคัดค้านจนไม่มี โอกาสเกิดขึ้น ๒. ขาดการมีส่วนร่วมผลักดัน

๖. โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย

หน่วยวิจัยเป็นกลไกสถาบันที่มีสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาองค์ความรู้ หากประเทศไทยมีความมุ่งหวังให้ระบบการแพทย์แผนไทยยกระดับจนเป็นที่ยอมรับในด้านวิชาการ การจัดตั้งโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย จะทำให้มีโครงสร้างพื้นฐานในด้านการวิจัย ที่นำเอาความรู้ทางทฤษฎี หรือประสบการณ์ของหมอแผนไทย หมอพื้นบ้านมาสู่การปฏิบัติ เพื่อพิสูจน์ตรวจสอบ ด้วยการวิจัยทางคลินิก เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่อิงหลักฐานได้ ซึ่งจะสอดคล้องกับนโยบายของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (วิชัย ไชควิวัฒน์, ๒๕๔๘) ไปพร้อมกับการพัฒนาวิชาชีพที่สอดคล้องกับฐานคิดทฤษฎีในการรักษา โรงพยาบาลแพทย์แผนไทยจะมีบทบาทเป็นทั้งหน่วยสร้างความรู้ ผลิตภัณฑ์การแพทย์แผนไทย และให้บริการ

^๑ตั้งขึ้นในปี ๒๕๔๐ ให้มีหน้าที่กำหนดนโยบายการวิจัยและพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพร

^๒เป็นส่วนหนึ่งของข้อเสนอในการศึกษา “การประเมินผลการพัฒนาสมุนไพร และผลิตภัณฑ์ธรรมชาติเพื่อเป็นยา” (ปรีชา อุปโยคิน, ๒๕๔๐)

การตั้งโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยเป็นภารกิจสำคัญที่ต้องเกิดจากการตัดสินใจในระดับนโยบาย เพราะจะต้องมีการวางแผนพัฒนาอย่างเป็นระบบ และสนับสนุนงบประมาณในวงเงินที่สูง จึงควรเป็นบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขที่จะต้องผลักดันให้เกิดขึ้น โดยมีแนวทางดังต่อไปนี้

๑. ให้สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพวิถีไทจัดทำการศึกษาอย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาข้อเสนอจัดตั้งโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยขึ้น ภายใต้ความดูแลรับผิดชอบของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อให้เป็นหน่วยบริการและหน่วยวิจัยที่จะรองรับการส่งคายนองคค์ความรู้การแพทย์แผนไทย และเป็นที่พักปฏิบัติงานสำหรับนักศึกษาแพทย์แผนไทย
๒. หลักการสำคัญในการจัดตั้ง คือ การให้โรงพยาบาลวิจัยมีการบริหารจัดการที่เป็นอิสระ^๖ เพื่อให้การพัฒนานองคค์ความรู้ไม่ตกอยู่ภายใต้กรอบของระบบการแพทย์แผนใหม่ โดยคิดค้นพัฒนาโครงสร้าง และระบบจัดการ ระบบบริการ ระบบถ่ายทอดความรู้ ให้สอดคล้องกับปรัชญาแนวคิดการแพทย์แผนไทย ที่สำคัญคือ ต้องเอื้อให้หมอแผนไทยผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความสามารถเข้ามามีบทบาทในการรักษา และร่วมศึกษาวิจัย และถ่ายทอดความรู้ให้แก่นักศึกษาแพทย์แผนไทย
๓. สำหรับภูมิภาคที่มีความพร้อมในด้านวิชาการ และบุคลากรด้านการแพทย์พื้นถิ่น เช่น กรณีการแพทย์ล้านนา ควรสนับสนุนให้ตั้งโรงพยาบาลหมอเมืองขึ้น เพื่อให้เป็นหน่วยวิจัยในลักษณะเดียวกัน

^๖ความเป็นอิสระนี้หมายถึงเฉพาะในการบริหารจัดการโรงพยาบาลต้นแบบนี้เท่านั้น ไม่เกี่ยวกับประเด็นว่าบริการการแพทย์แผนไทยควรแยกหรือบูรณาการเข้ากับโรงพยาบาลแพทย์แผนปัจจุบันหรือไม่



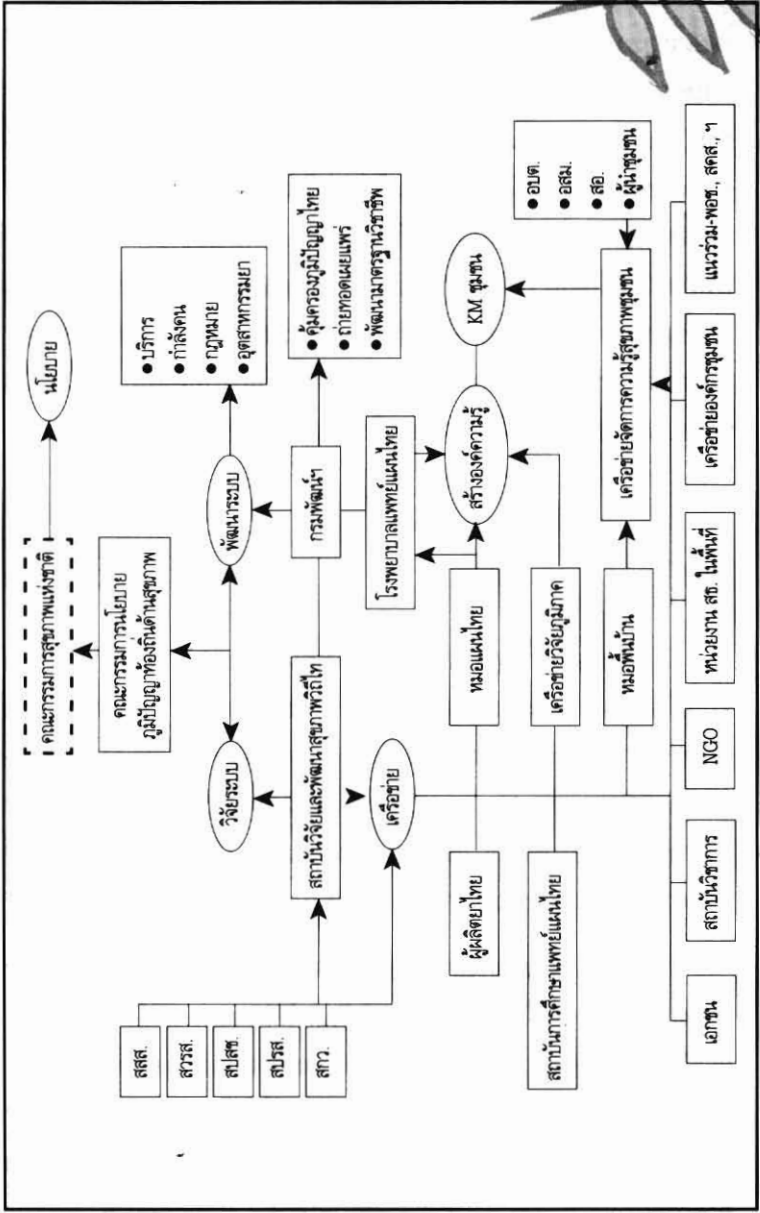
๗. เครือข่ายจัดการความรู้สุขภาพชุมชน

การพัฒนาองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน โดยความร่วมมือระหว่างหมอพื้นบ้านกับเครือข่ายทางวิชาการ มีผลดีในการยกระดับความรู้ที่สามารถนำไปพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน หรือฝึกอบรม ซึ่งทำให้สามารถพัฒนาหมอพื้นบ้านในแบบอาชีพ แต่การฟื้นฟูภูมิปัญญาสุขภาพพื้นบ้านที่อยู่ในวิถีชีวิตแบบแผนปฏิบัติ และวิถีดูแลสุขภาพของชาวบ้าน ไม่อาจเน้นแต่ความรู้ในตัวหมอพื้นบ้าน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ๒๕๔๘) แต่ควรใช้ยุทธศาสตร์จัดการความรู้ในระดับชุมชน

การวิจัยเพื่อท้องถิ่น (community-based research) เป็นแนวทางวิจัยที่ได้รับการส่งเสริมเพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน โดยใช้การวิจัยเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ปัญหา และสำรวจความรู้ที่จะนำมาใช้แก้ปัญหา แต่มีข้อจำกัดในด้านความต่อเนื่อง วิธีการวิจัยซึ่งเน้นการรวบรวมความรู้ ที่นักวิจัยยังเป็นหลัก และการนำไปใช้

รูปแบบการจัดการความรู้ระดับชุมชนจะต้องพัฒนาไปอีกขั้นหนึ่ง (อุษากลิ้นหอม และยงยุทธ ตรินุชกร, ๒๕๔๙) คือ เป็นการทำงานร่วมของเครือข่ายต่าง ๆ ในท้องถิ่น และองค์กรปกครองท้องถิ่น โดยเฉพาะ อบต. เพื่อสนับสนุนให้เกิดเวทีความรู้ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยให้หมอพื้นบ้าน อสม. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ที่ศรัทธาเห็นคุณค่าของภูมิปัญญาสุขภาพพื้นบ้าน เข้ามาร่วมทำงานเป็นแกนร่วมกับผู้รู้ ผู้นำและสมาชิก ชุมชน จนเกิดเป็นชุมชนนักปฏิบัติระดับชุมชน ที่เปิดกว้างในการสำรวจบทวน แลกเปลี่ยน ทดลองใช้ความรู้ เลือกรับปรับใช้ไม่ว่าภูมิปัญญาดั้งเดิม หรือความรู้ด้านสุขภาพสมัยใหม่ เพื่อแก้ไขตอบโจทย์ด้านสุขภาพของชุมชน

แผนภาพ ๑ แสดงความสัมพันธ์ของสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพวิถีไทย





การจัดการความรู้ในลักษณะนี้ จะต้องได้รับการสนับสนุนในเบื้องต้น โดยเฉพาะการมีเครือข่ายทางสังคมและวิชาการร่วมทำงานด้วย ได้แก่ นักพัฒนาเอกชน บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน นักวิจัย เพื่อสนับสนุนด้านวิชาการ กระบวนการและเทคนิคในการจัดเวทีความรู้ เป้าหมายของการสนับสนุนนี้จะใช้ความสัมพันธ์เชิงความรู้เป็นตัวตั้ง ไม่ใช่การเข้าไปสนับสนุนการพัฒนาโครงสร้างเช่น การตั้งศูนย์การเรียนรู้ หรือศูนย์บริการ แต่รูปธรรมในเชิงปฏิบัติ เช่น การรักษาบริการช่วยเหลือกัน การสืบทอดความรู้ การพัฒนาเป็นวิสาหกิจชุมชน จะเป็นผลที่เกิดขึ้นตามมา เมื่อความสัมพันธ์เชิงความรู้ได้รับการฟื้นฟูจนมีพลัง ส่วนความต่อเนื่องของกระบวนการแลกเปลี่ยนความรู้จะได้รับการสนับสนุนโดยใช้ทรัพยากรหรืองบประมาณขององค์กรปกครองท้องถิ่น ได้แก่ อบต. อบจ. ในระยะยาว

สรุป

กระแสนการใช้ภูมิปัญญาสุขภาพที่คนรุ่นก่อนได้สั่งสมมา ได้พัฒนาและขยายกิจกรรมที่เกี่ยวข้องอย่างรวดเร็วในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเป็นการบริการ การฝึกอบรม การเปิดหลักสูตรแพทย์แผนไทย บัดนี้ถึงจุดที่เป็นหัวเลี้ยวหัวต่อของการพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน ที่จะต้องทบทวนแนวทางการเติบโตเชิงปริมาณ แล้วหันมาเน้นคุณภาพ นั่นคือ การสร้างรากฐานด้านองค์ความรู้ในเชิงระบบและทฤษฎีให้เข้มแข็งมั่นคง

การปฏิบัติภารกิจสำคัญเช่นนี้ บุคคล กลุ่มองค์กร หน่วยงาน ในภาคส่วนต่าง ๆ ได้ร่วมมือกันทำอย่างบากบั่นมาโดยตลอด แต่ยังมีช่องว่างส่วนขาดสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพวิถีไทย จะเป็นกลไกสนับสนุนภาคีที่มีบทบาทอยู่แล้ว ให้สามารถทำงานในการสร้างและจัดการความรู้ได้เต็มศักยภาพ ขณะเดียวกันก็ขยายวง ด้วยการชวนคนอื่น ๆ มาช่วยกันคิด ช่วยกันทำมากขึ้น บุคคลหรือองค์กรเหล่านี้อาจไม่เคยตระหนักหรือสนใจมาก่อน แต่มีศักยภาพในการหนุนช่วย

พัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน หากได้รับการประคับประคองเข้ามาเป็น
เครือข่ายในทุกระดับ ได้ร่วมคิดร่วมกันทำบ่อย ๆ ก็จะทำให้เห็นคุณค่าและเกิดฉันทะในการ
การทำงานสนับสนุนการฟื้นฟูและพัฒนาภูมิปัญญาไทยให้เป็นที่ยอมรับอย่างแท้จริง



บรรณานุกรม

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๕๓). ทิศทางภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทย แนวคิดและยุทธศาสตร์การสร้างและจัดการองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก. ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และประพจน์ ภาตราภาค, (บก.). *ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย*. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๕๘). หัวใจของการแพทย์พื้นบ้านไทย. ใน ธนิดา ชุนบุญจันทร์ และคณะ. *กระบวนการพัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้านไทย*. กลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ปรีชา อุปโยคิน เสาวภา พรศิริพงษ์ พร้อมจิต ตรีลัมพ์ และคณะ. (๒๕๕๐). *การประเมินผล การพัฒนาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์ธรรมชาติเพื่อเป็นยา*. กรุงเทพฯ: สำนักงานประมง.
- เปรม ชินวันทนนานนท์ และคณะ. (๒๕๕๓). ทิศทางการนำการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ. ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และประพจน์ ภาตราภาค, (บก.). *ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย*. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์.
- ยงศักดิ์ ดันติปิฎก และรวงทิพย์ ดันติปิฎก. (๒๕๕๗). สถานการณ์และแนวทางการพัฒนาการสนับสนุนเพื่อการสร้างกำลังคนรุ่นใหม่ในระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก. ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และประพจน์ ภาตราภาค, (บก.). *ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย*. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์.
- วิชัย โชควิวัฒน์. (๒๕๕๘). บทสรุปทิศทางการวิจัยการแพทย์พื้นบ้านไทย. ใน รัชณี จันทร์เกษ และคณะ, (บก.). *เรียนรู้และเข้าใจหมอพื้นบ้าน*. กลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- วิจิต เปานิล ปารณัฐ สุขสุทธิ และรัชณี จันทร์เกษ. (๒๕๕๘). มาตรการด้านการศึกษา. ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และประพจน์ ภาตราภาค, (บก.). *ระบบ โครงสร้าง กลไก ในการอนุรักษ์ พัฒนา และคุ้มครองภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย*. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์.
- ศุภสิทธิ์ พรพรรณโนทัย และอัมพวรรณ ศรีวิไล. (๒๕๕๘). ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และประพจน์



เขตรากศ, (บก.). ระบบ โครงสร้าง กลไก ในการอนุรักษ์ พัฒนา และคุ้มครองภูมิปัญญาไทยสุขภาพวิถีไท. กรุงเทพฯ: อุษากการพิมพ์.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (๒๕๔๗). ถอดบทเรียนการจัดการงานวิจัยระบบสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สมภพ ประธานธรรมาภิบาล พร้อมจิต ศรีลัมภ์ นพมาศ สุนทรเจริญนนท์ และคณะ. (๒๕๔๘). มาตรการด้านการจัดการความรู้. ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และประพจน์ เขตรากศ, (บก.). ระบบ โครงสร้าง กลไก ในการอนุรักษ์ พัฒนา และคุ้มครองภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท. กรุงเทพฯ: อุษากการพิมพ์.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สำนักงานภาค. (๒๕๔๘). งานวิจัยเพื่อท้องถิ่น รายงานประจำปี ๒๕๔๘.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๔๙). สรุปสาระสำคัญ (ร่าง) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔).

อุษา กลิ่นหอม และยงยุทธ ตรีนุชกร. (๒๕๔๘). มาตรการด้านพัฒนาศักยภาพชุมชนและสังคม. ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และประพจน์ เขตรากศ, (บก.). ระบบ โครงสร้าง กลไก ในการอนุรักษ์ พัฒนา และคุ้มครองภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท. กรุงเทพฯ: อุษากการพิมพ์.

เอกชัย ปัญญาวัฒนาภูกุล. (๒๕๔๘). การแพทย์พื้นบ้านในสถานบริการ. ใน ธนิตา ชุนบุญจันทร์ และคณะ. กระบวนทัศน์การแพทย์พื้นบ้านไทย. กลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.


สัมภาษณ์

ยงยุทธ ตรีนุชกร. ๒๓ มิถุนายน ๒๕๔๙. คุรุภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย รุ่น ๑ (การดูแลสุขภาพองค์รวม). สัมภาษณ์.



นํ้าการเป็นการกลับ
หนุนการจัดการความรู้ สู่สุขภาพวิถีไท

นุศราพร เกษสมบุรณ์
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ปัตพงษ์ เกษสมบุรณ์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
กมลนันทน์ ม่วงยิ้ม
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี



บทสรุปผู้บริหาร



ประเทศไทยมีความพร้อมหรือทุนด้านการแพทย์แผนไทยอยู่มาก นับเป็นหนึ่งในทรัพยากรที่มีคุณค่า เรามีเครือข่ายวิสาหกิจ การผลิตสมุนไพรถึงประมาณ ๒,๕๐๐ แห่ง เรามีความหลากหลายของสายพันธุ์ที่มีคุณค่าต่อการผลิตถึง ๑๔๐,๐๐๐ ชนิด ขนาดของตลาดเครื่องเทศ และสมุนไพรไทยมีมูลค่าประมาณ ๔๘,๐๐๐ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๑๒ ของตลาดผลิตภัณฑ์ธรรมชาติในโลกซึ่งมีมูลค่ารวม ๔๐๐,๐๐๐ ล้านบาท แต่อย่างไรก็ตามการพัฒนากระบวนการจัดการความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยที่ผ่านมายังไม่เข้มแข็งเท่าที่ควร ระบบฐานข้อมูลมีอยู่อย่างกระจัดกระจาย การถ่ายทอดสู่คนรุ่นใหม่ทำได้ไม่สมบูรณ์ การนำองค์ความรู้ทางภูมิปัญญาไปใช้ในเชิงพาณิชย์ยังทำได้ไม่เต็มที่ จำนวนสิทธิบัตรที่จดทะเบียนมีเพียงร้อยละ ๔ ของสิทธิบัตรทั่วโลก และส่วนใหญ่ยังเป็นการพัฒนาเทคโนโลยีในขั้นต้น และยังมีกรนำเข้าสมุนไพรจากต่างประเทศสูงถึง ๒๐,๐๐๐ ล้านบาท

ประเทศต่างๆ ทั่วโลกเร่งระดมกำลังรวบรวมควมรูเรื่องน้กันมาก แม้แต่ประเทศเวียตนามย้งมี Monograph สมุนไพร่ ถึง ๒๗๖ ชนิด ในขณะที่ไทยมเพียง ๒๑ ชนิด งบประมาณด้านนการว้จยของประเทศมีเลียเพียงร้อยละ ๐.๑๖-๐.๒๖ ของ GDP ต่อปี (ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สวีเดน ฟินแลนด์ ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ สหรัฐอเมริกา ลงทุนด้านนการว้จยเลียสูงถึงร้อยละ ๓.๓ ของ GDP ต่อปี) งบว้จยด้านนการแพทยแผนไทยมีเพียงร้อยละ ๐.๘ ของงบว้จยทั้งหมดหรือคิดเป็นเพียงร้อยละ ๗.๒ ของงบว้จยที่ผ่านสำนักนการสวว้จยแห่งชาติเท่านั้น นอกจากน้ย้งถูกแบ่งกระจายไปให้หน่วยนการต่างๆ บริหารจ้การ ทำให้ขาดทิศทางและพลังที่จะสร้สรค้ผลงานที่จะมีผลกระทบสูงได้

ยุทธศาสตร์การพัฒนาการแพทยแผนไทยให้เข้มแข็ง จำเป็นต้องมีการจ้การองค้ควมรูที่มีประสิทธิภาพสูง โดยการจ้จัดตั้ง **สถาบันสุขภาพวฒฒไทย** (หรือชื่ออื่นๆ ที่เหมาะสม) เพื่อทำหน้าที่เป็นเสาหลัก ทางยุทธศาสตร์ สู่การจ้การควมรูเพื่อนำไปสู่การพัฒนาการแพทยแผนไทยที่ย้งยืน สามารถเชื่อมโยงไปสู่การพัฒนาทุนทางเศรษฐกิจ ทุนทางสังคม และทุนทรัพยากรธรรมชาติ บนฐานควมรูที่สอดประสานกับศาสตร์ของภูมิปัญญาไทย ได้เป็นอย่างดี

เพื่อให้การทำงานด้านนการพัฒนาองค้ควมรูการแพทยแผนไทยเกิดเต็มพื้นที่ งบประมาณที่สถาบันฯ ใช้ดำเนินนการควมรมาจากรายได้ของรัฐเป็นหลัก เนื่องจากรองค้ควมรูการแพทยแผนไทยจ้จัดได้ว่าเป็นสินค้ากึ่งสาธารณะ (quasi-public goods) และเพื่อให้มีความต่อเนื่องของนการพัฒนาปัญญาแห่งชาติด้านน้ จึงอาจพิจารณาแหล่งรายได้ของสถาบันฯ ได้เป็น ๓ ระยะ ดังนี้

ระยะตั้งไข่ ๑ ปี: แหล่งรายได้ควมรมาจากรวมมีระหว่างสถาบันว้จยระบบสาธารณสุข สำนักนการกองทุนสนับสนุนการสร้เสริมสุขภาพ (สสส.) และ กองทุนภูมิปัญญาการแพทยแผนไทย เพื่อใช้ในการจ้จัดทำแผนทีการจ้การควมรู และยกวาง้โครงการจ้จัดตั้งสถาบันสุขภาพวฒฒไทย ต่อรัฐบาล



การผลักดันอย่างเต็มที่ในระยะแรก: แหล่งรายได้หลักควรมาจากเงินงบประมาณประจำปี ผนวกกับ การสนับสนุนจาก สสส. โดยในระยะ ๕ ปีแรก (พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๕) คิดเป็นเงินประมาณ ๔๐๐ ล้านบาทต่อปี เพื่อให้สถาบันฯ สามารถกำหนดทิศทาง นโยบายการพัฒนากระบวนการจัดการความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยได้อย่างมีพลัง^๑ และสถาบันฯ ควรดำเนินการเตรียมข้อมูลเพื่อใช้ในการปรับปรุงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาแหล่งงบประมาณในระยะยาว ซึ่งอาจใช้จากกำไรสุทธิที่องค์กรเภสัชกรรมนำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน เนื่องจากองค์กรเภสัชกรรมมีผลกำไรทุกปี โดยปี พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๔๗ มีการจัดสรรกำไรสุทธินำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน คิดเป็นประมาณ ๒๐๐ ล้านบาทต่อปี (ปี พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๗ ได้จัดสรรให้แก่กระทรวงการคลังในวงเงิน ๒๐๘.๗, ๒๐๑.๕ และ ๒๔๐.๖ ล้านบาท ตามลำดับ)

ระยะขยายศักยภาพการแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่อง: เพื่อทำให้เกิดการพัฒนาอุตสาหกรรมการผลิตและบริการด้านการแพทย์แผนไทยภายในประเทศที่ครบวงจร โดยมุ่งเน้นการร่วมลงทุนระหว่าง รัฐ และ เอกชน โดยใช้แหล่งรายได้จากองค์กรเภสัชกรรมและ สสส. เป็นหลัก ผนวกกับ การร่วมทุนจากโรงงานอุตสาหกรรมการผลิตสมุนไพรและสถาบันวิจัยในประเทศไทย

^๑ดัชนีชี้วัดผลสำเร็จ ของสถาบันฯ เมื่อสิ้นสุด ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ได้แก่ ๑) มีระบบฐานข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยระดับประเทศ ๑ ระบบ และระบบฐานข้อมูลในระดับชุมชน อย่างน้อย ๑,๐๐๐ ชุมชน ๒) มีผลงานวิจัยที่ดำเนินการร่วมกับชุมชน และโรงงานอุตสาหกรรม อย่างน้อย ๓๐ ชุดโครงการ ๓) มีผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการจดสิทธิบัตร/อนุสิทธิบัตร อย่างน้อย ๓๐ ชนิด ๔) มีผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการพัฒนาในเชิงพาณิชย์ อย่างน้อย ๓๐ ชนิด ๕) มีบุคลากรที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาเอก (หรือ โท/เอก) อย่างน้อย ๗๐ ราย ๖) มีเครือข่ายวิสาหกิจชุมชนที่พึ่งตนเองได้ อย่างน้อย ๓๐ เครือข่าย ๗) มีโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยต้นแบบ จำนวน ๑ แห่ง ๘) มีห่วงโซ่ธุรกิจที่เพิ่มมูลค่าได้จากการได้ประโยชน์จากกระบวนการจัดการความรู้ จำนวน ๕ ห่วงโซ่

สิ่งสำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ คือ โครงสร้างของ
สถาบันฯจะต้องมีความคล่องตัว มีความเป็นอิสระ และแกนนำของสถาบันฯ จะ
ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ประสบการณ์ บารมี และมีทักษะในด้านกระบวนการนโยบาย
ที่เกาะติด และเท่าทันบริบทของโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

ต้องถือว่าช่วงนี้เป็นระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของการพัฒนาการแพทย์แผน
ไทยที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง การขับเคลื่อนให้เกิด **สถาบันสุขภาพวิถีไท** จะเป็นหัว
หอกของการก้าวไปข้างหน้าอย่างมียุทธศาสตร์ ใช้เงินสร้างปัญญา แลกเปลี่ยนสิ่งที่
รู้และทำเป็น แก่กันและกัน ให้สามารถต่อยอดจากความสำเร็จที่มีอยู่ นำพา
ประเทศไปสู่ความรุ่งเรือง



Executive Summary



Traditional medicine is one of the precious treasures in Thailand. Natural and social capitals related to Thai traditional medicine are enormous. At least ๒,๕๐๐ small and medium enterprises nationwide are producing herbal medicines. More than ๑๔๐,๐๐๐ potential medicinal plants are available. Annual market values of herbal and spice products are approximately ๔๘,๐๐๐ million Baht, contributing to ๑๒ percent of the world natural product market values of ๔๐๐,๐๐๐ million Baht.

- However, progresses of knowledge management for Thai traditional medicine development have been slow. No systematic collections and comprehensive data bases have been developed. New

generations of scientists face difficulties accessing to relevant information. Commercialization of local wisdoms has not been efficiently facilitated. Only ๔ percent of world patents have been registered by Thai scientists and most of the patents were at basic levels of production technology. Thailand still imports herbal products for ๒๐,๐๐๐ million Baht each year.

Countries worldwide eagerly pay more attention to knowledge management on natural products. Vietnam, an emerging economy, has produced at least ๒๗๖ monographs on medicinal plants, whereas there have been only ๒๑ monographs in Thailand. Research budgets in Thailand have been allocated to only ๐.๑๖ to ๐.๒๖ percent of GDP. A higher proportion of research budget were allotted in developed countries such as Sweden, Finland, Japan, South Korea and the USA approximately ๓.๓ of GDP.

Even smaller proportions of research budget were allocated to medicinal plants research. Only ๐.๘ percent of the total research budget or only ๗.๒ of the national research council budget were allocated to research on herbal medicine. Moreover, the research budgets were managed by several organizations. Lack of coherent direction of research management apparently produces low impacts.

A strategic approach is needed to strengthen the development of Thai traditional medicine. A strong knowledge management agency is urgently required. The agency might be named as "the Institute of Thai Traditional Medicine" or similar names. Its strategic roles are crucial for sustainable development of Thai traditional medicine. The



agency should be able to efficiently management knowledge with a perspective of integration and linkage of Thai traditional medicine wisdoms to the creation of financial, social and natural resource capitals of the nation.

Since knowledge on Thai traditional medicine to be created and managed is seen as “quasi-public goods”, therefore, public money should be the major source of the agency’s financial arrangement. Three phases of financial sources and major tasks of the institute are proposed as follows.

Origination phase in the first year: Knowledge mapping and drafting of the proposal to establish the Institute of Thai Traditional Medicine must be conducted with budget from the Health Systems Research Institute, the Thailand Health Promotion Fund and the Thai Traditional Medicine Fund.

Proactive management phase in the next ๔ years: Setting coherent direction and implementation of the strategic plan for knowledge management are main tasks for this phase.^๒ At least ๔๐๐

^๒Key performance indicators for the institute at the end of ๒๐๑๑ are : ๑) a national Thai traditional medicine and at least ๑,๐๐๐ sets of database in the community level are set up, ๒) at least ๓๐ research projects based on the partnerships among community, university or research institute and industry develop are developed, ๓) at least ๓๐ new product patents are granted, ๔) at least ๓๐ new commercial products are produced, ๕) at least ๗๐ PhD graduates are produced, ๖) at least ๓๐ SME networks are established, ๗) a Thai traditional medicinal hospital is set up, ๘) at least ๕ supply chains which benefited from the Institute’s knowledge management are established.

million Baht annual budget from the central government is needed. The budget can be linked to the proportion of profits of the Government Pharmaceutical Organization (GPO) delivered to the central government. The GPO sends its profits to the central government averagely ๒๐๐ million Baht each year (during the year ๒๐๐๒ - ๒๐๐๔, they were ๒๐๘.๗, ๒๐๑.๕ and ๒๔๐.๖ million baht).

Expanding phase: Comprehensive integration of knowledge management to the herbal drug manufacturing and Thai traditional medicine services must be expanded throughout Thailand by means of joint ventures between government and private sectors. Sources of finance for the Institute should come from the GPO, the Thai Health Promotion Fund, other research granting agencies and herbal drug manufacturers.

The most important factor for the efficient performance is the independent and flexible nature of the Institute. Leaders of the Institute should be recruited from the high competent, experienced and charismatic scholars. They must also be policy entrepreneurs who are able to keep abreast of globalization and appropriately apply it to the knowledge management tasks.

This is the high time for the development of Thai traditional medicine. The Institute of Thai Traditional Medicine will be a strategic spearheaded mover. It will take indispensable roles of changing money into wisdoms, sharing what we know and can do to each other and build up progresses from previous successes. Prosperity is expectedly seeable with these approaches.



บทนำ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสังเคราะห์ (Synthesis research) ที่ให้ความสำคัญในเรื่องการสรุปสังเคราะห์องค์ความรู้ที่สามารถนำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอทางกลไกการเงินการคลังอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อสนับสนุนการสร้างและจัดการความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษา ๖ เดือน (มีนาคม - กันยายน ๒๕๕๙) ให้ความสำคัญกับกระบวนการทบทวนการศึกษาวิจัยและต่อยอดความรู้เดิมที่มีอยู่ผ่านเวทีวิเคราะห์และสังเคราะห์ในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๓ รอบ และเชิญผู้ทรงคุณวุฒิร่วมวิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะ ในงานมหกรรมสมุนไพรมหาชาติ ครั้งที่ ๓ จำนวน ๒ ท่าน

ทำไม ต้องพัฒนาสุขภาพวิถีไท ?

การขยายตัวทางเศรษฐกิจของไทยที่ผ่านมาขึ้นอยู่กับฐานของการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันที่ต้องพึ่งพาปัจจัยภายนอกทั้งวัตถุดิบและเทคโนโลยีการผลิต ไม่ว่าจะเป็นสินค้าอุปโภค บริโภค รวมทั้ง ยา และ เครื่องสำอาง การพัฒนาสินค้าและบริการที่มีฐานการผลิตในประเทศอย่างแท้จริงมีการขยายตัวเข้าสู่ผลให้เศรษฐกิจภายในประเทศไม่เข้มแข็งพอที่จะรองรับความผันผวนของระบบเศรษฐกิจโลก เช่น ราคาน้ำมัน และการกีดกันการค้าที่รุนแรงในสารพัดรูปแบบ แสดงถึงภาพสะท้อนของการขาดสมดุลในการพัฒนา

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วที่จะส่งผลต่อเศรษฐกิจและสังคมไทย ประกอบด้วย

- ๑) การรวมตัวทางเศรษฐกิจ จะทำให้การแข่งขันทางการพัฒนาคุณภาพของสินค้าและบริการ มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้น การจัดการความรู้ในการผลิตตลอดห่วงโซ่การผลิตและรู้จักปรับใช้เทคโนโลยีจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ
- ๒) การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีอย่างก้าวกระโดด ทั้งเทคโนโลยีชีวภาพและนาโนเทคโนโลยี ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจโดยรวม โจทย์ที่สำคัญจึงอยู่ที่ว่า จะเชื่อมต่อกับความรู้ด้านเทคโนโลยีและการผลิตอย่างทันห่วงที่ได้อย่างไร
- ๓) แนวโน้มการปรับโครงสร้างประชากรที่มีวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคมากขึ้น ที่จะนำไปสู่การขยายบทบาทของบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- ๔) การให้ความสำคัญกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมบนฐานความรู้



(knowledge-based development) ผ่านกระบวนการจัดการความรู้ เพื่อสร้าง หรือเพิ่มพูนคุณค่าให้แก่ผลิตภัณฑ์ หรือ บริการ เป็นการนำสินทรัพย์ความรู้ที่มีอยู่ไปใช้ประโยชน์ พัฒนาการเรียนรู้ของบุคลากร เพื่อส่งเสริมขีดความสามารถหลัก (Core Competencies) เดิมที่มีอยู่ให้แข็งแกร่งขึ้นและพัฒนาขีดความสามารถหลักใหม่ๆ โดยกระบวนการจัดทำแผนการจัดการความรู้ (KM Action Plan) ควรจะพิจารณาการเชื่อมโยงกับข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง (Blueprint for Change) (สำนักงาน ก.พ.ร.และ สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ, ๒๕๔๘)

กล่าวได้ว่า ในการพัฒนาที่ยั่งยืนและมั่นคงทางเศรษฐกิจในระยะยาว จำเป็นต้องมีฐานความรู้เพื่อใช้ในการพัฒนาเศรษฐกิจภายในประเทศให้แข็งแรง มีการพัฒนาปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการผลิตภายในประเทศ ไม่ว่าจะเป็น การปรับปรุงกฎหมาย ระบบการผลิต ตลาดสินค้าและบริการที่มีประสิทธิภาพ

การแพทย์แผนไทยนับเป็นหนึ่งในทรัพยากรที่มีคุณค่าของไทยโดยกำเนิด มาตั้งแต่สมัยก่อนประวัติศาสตร์ เคยดำรงอยู่ในสังคมไทยในฐานะการแพทย์กระแสหลักทั้งในวิถีชีวิตของราชสำนักจนถึงคนไทยทั่วไป ในช่วงเวลาปัจจุบัน ตั้งแต่ประเทศไทยประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ การฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยจึงได้เกิดขึ้นอย่างจริงจังอีกครั้ง

ดังจะเห็นได้จาก สาระที่ปรากฏในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๒๐-๒๕๒๔) จนถึงปัจจุบัน อย่างไรก็ตามการพัฒนากระบวนการแพทย์แผนไทยในสังคมไทยที่ผ่านมายังมีไม่มากนักเมื่อเทียบกับการเติบโตของระบบการแพทย์ปัจจุบัน จำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้การแพทย์แผนไทยมีบทบาทไม่น้อยหย่อนกว่าการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีที่มีอยู่ในปัจจุบันและไม่ทำให้เอกลักษณ์ของแพทย์แผนไทยเลือนหายไป

การจัดการองค์ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ ประกอบกับการพัฒนาระบบการบริหารจัดการที่ดีจะเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการสร้างสมดุลระหว่าง ประสิทธิภาพ คุณภาพ นำไปสู่การเพิ่มความเข้มแข็งของทุนทางเศรษฐกิจ สังคม และทรัพยากรของระบบการแพทย์แผนไทยที่บูรณาการ ซึ่งจะเป็นเสาหลักในการพัฒนาที่ยั่งยืน ดังนั้น จึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วนที่ทุกส่วนต้องดำเนินการ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการแพทย์แผนไทยที่ยั่งยืน บนฐานความรู้ที่สอดคล้องประสานกับศาสตร์ของภูมิปัญญาไทย

ขณะนี้ เรากำลังยืนอยู่จุดไหน ?

สถานการณ์การแพทย์แผนไทย: โอกาสในการพัฒนาจากสินทรัพย์ที่มีคุณค่าที่บรรพบุรุษไทยสั่งสมให้

การนำเสนอสถานการณ์การแพทย์แผนไทย จะพิจารณาจาก ๓ องค์ประกอบหลักของการพัฒนา ได้แก่ ทุนทางเศรษฐกิจ สังคม และทรัพยากร และสรุปโดยใช้หลักการวิเคราะห์ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค (SWOT Analysis)

จุดแข็ง : เรามีทุนด้านการแพทย์แผนไทย

ประเทศไทยมีความพร้อมหรือทุนด้านการแพทย์แผนไทยอยู่มาก ทั้งด้านอุปทาน และ อุปสงค์ ส่วนอุปทานพบว่า เรามีเครือข่ายวิสาหกิจการผลิตสมุนไพรถึงประมาณ ๒,๕๐๐ แห่ง ร้อยละ ๘๐ ของตัวยาที่ผลิตจากความหลากหลายทางชีวภาพมาจากภูมิปัญญาชาวบ้าน และเรามีความหลากหลายของสายพันธุ์ที่มีคุณค่าต่อการผลิตถึง ๑๔๐,๐๐๐ ชนิด สำหรับด้านอุปสงค์ ได้แก่ ขนาดของตลาดเครื่องเทศ สมุนไพรไทยมีมูลค่าประมาณ ๔๘,๐๐๐ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๑๒ ของตลาดผลิตภัณฑ์ธรรมชาติในโลก ซึ่งมีมูลค่ารวม ๔๐๐,๐๐๐ ล้านบาท (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ก), ๒๕๔๔)



นอกจากความพร้อมดังกล่าว การแพทย์แผนไทยในปัจจุบันยังมีข้อเด่นหลายด้านที่สามารถใช้เป็นองค์ประกอบหนึ่งในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของเศรษฐกิจ และสังคมภายในประเทศได้เป็นอย่างดี ตัวอย่างเช่น

- ★ **คน** มีผู้รู้แทรกตัวอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่ ส่งผลให้เกิดการถ่ายทอดความรู้ในการดูแลสุขภาพพระคัมภีร์ชุมชน เกิดความภาคภูมิใจ
- ★ **สถาบันหรือองค์กร** มีองค์กรและเครือข่ายที่ทำงานด้านการแพทย์แผนไทยเป็นจำนวนมาก แสดงถึงความสนใจของบุคลากรทั้งภาครัฐและเอกชน ในการพัฒนากระบวนการเรียนรู้และใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้แพทย์แผนไทย ตัวอย่างองค์กรที่สำคัญได้แก่
 - สมาพันธ์แพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย ซึ่งเป็นเครือข่ายของมูลนิธิ สมาคม ชมรม ปัจจุบันมีสมาชิก ๒๖ องค์กร
 - สมาคมผู้ผลิตยาและขายยาแผนโบราณ เป็นตัวแทนของฝ่ายผู้ผลิตยาแผนโบราณในการให้ข้อเสนอแนะด้านกฎหมาย และระเบียบต่างๆ ที่มีผลกระทบต่ออุตสาหกรรมยาแผนไทย
 - องค์กรที่สนับสนุนทุนวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านแพทย์แผนไทยที่หลากหลาย เช่น สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ ศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
 - กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ในการคุ้มครองและส่งเสริมการศึกษาอบรมวิจัยและพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย
 - โรงเรียนแพทย์แผนไทย มูลนิธิ และมหาวิทยาลัย ที่มีบทบาทใน

การพัฒนาบุคลากรด้านแพทย์แผนไทย ผ่านการฝึกอบรม และ
จั้ดการเรียนการสอน

- ★ **วัฒนธรรม** ระบบความสัมพันธ์ของการแพทย์แผนไทยที่ยึดโยงโดย
วัฒนธรรมไทย สอดรับกับวิถีชีวิตของคนไทย เข้าถึงได้ง่าย จึงทำ
หน้าที้เป็นวัคชินใจในการดูแลสุขภาพที่ดี ง่ายต่อการขยายตัวของ
ชุมชนแห่งการเรียนรู้
- ★ **ทรัพยากร** สมุนไพรในรูปแบบสารสกัดจากธรรมชาติ รวมถึงพืชหอม
เพื่อใช้ใ้ในผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และเครื่องสำอาง ซึ่งประเทศไทยมี
อยู่มาก และหลากหลาย น่าจะมีแนวโน้มในการพัฒนาต่อไป จะช่วย
ลดภาระของการนำ้เข้าของประเทศ สมุนไพรไทยที้คาดว่าจะมีความ
สำคัญใ้ในอนาคตเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ขมิ้นชัน กวาวเครือ
ฟ้าทะลายโจร กระชายดำ เก๊กฮวย เปล้าน้อย เพชรสังฆาต มะขามป้อม
ว่านชักมดลูก ว่านหางจระเข้ และเห็ดหลินจือ (จิรเดช มโนสร้อย และ
อรัญญา มโนสร้อย, ๒๕๔๔)
- **องค์ความรู้** องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยที้มีความหลากหลาย
ทั้งใ้ในด้านการผลิตเพื่อบริโภคเอง เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองและ
ครอบครัว เพื่อการรักษาพยาบาลกรณีโรคเรื้อรัง เพื่อการฟื้นฟูสุขภาพ
โดยการนวด อบ ประคบ ทำให้มีความยึดหยุ่นใ้ในการเลือกใช้ประโยชน์
จากองค์ความรู้ที้มีอยู่

จุดอ่อน : เราใช้ประโยชน์จากการแพทย์แผนไทยไม่
เต็มที่

อย่างไรก็ตาม ท่ามกลางกระแสทุนนิยม บริโภคนิยม และการเลื่อนไหล
ของวัฒนธรรมจากตะวันตกสู่ตะวันออกอย่างรวดเร็ว ทำให้ระบบการแพทย์แผน



ไทยได้รับผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การขาดความพร้อมในการรองรับผลกระทบดังกล่าว จึงส่งผลให้เกิดจุดอ่อนในระบบการแพทย์แผนไทย ดังนี้

★ **คน** การถ่ายทอดความรู้ผ่านตัวบุคคล จะเป็นองค์ความรู้ที่ฝังอยู่ในตัวบุคคล (implicit knowledge) มักจะมีระบบการบันทึกที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาต่อยอด เมื่อพิจารณากระบวนการเรียนการสอนในหลักสูตรที่มีอยู่ในโรงเรียนการแพทย์แผนไทย หรือ มหาวิทยาลัย จะเน้นรูปแบบการท่องจำ (สุวิทย์ วิบูล-ผลประเสริฐ และ ประพจน์ เกตุธำรง, ๒๕๔๗) มีการประยุกต์ใช้แนวทางผู้เรียนเป็นศูนย์กลางในระดับน้อย ทำให้ผู้เรียนขาดความเข้าใจที่แท้จริง และมีทักษะในการวิเคราะห์ สังเคราะห์อย่างบูรณาการไม่เพียงพอ

ในประเทศเยอรมนี มีการบรรจุหลักสูตรเกี่ยวกับการรักษาโดยสมุนไพร นักศึกษาแพทย์จะต้องสอบผ่านหลักสูตรวิธีการรักษาด้วยสมุนไพรก่อนเป็นแพทย์ฝึกหัด นอกจากนี้ ในขณะนี้ปัจจุบันประเทศไทยมีบุคลากรในสาขาการแพทย์แผนไทยไม่ต่ำกว่าหนึ่งหมื่นคน และจะเพิ่มขึ้นในอนาคต แต่ระบบสุขภาพของประเทศยังใช้ประโยชน์จากศักยภาพของบุคคลเหล่านี้ไม่เต็มที่ (ยงศักดิ์ ตันติปิฎก และคณะ, ๒๕๕๓)

★ **สถาบันหรือองค์กร** ท่ามกลางหน่วยงานและองค์กรด้านแพทย์แผนไทยที่มีเป็นจำนวนมาก มีเพียงกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ทำหน้าที่ในการกำหนดทิศทางการพัฒนาในภาพรวม อย่างไรก็ตาม จากโครงสร้างของสถาบัน ที่อยู่ภายใต้ระบบราชการทำให้การทำงานไม่คล่องตัว งบประมาณมีจำนวนน้อย การประสานงานเพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาร่วมกับหน่วยงานสนับสนุนทุนวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ยังทำได้ไม่เต็มที่ จึงไม่สามารถสร้างผลงาน

ที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจภายในประเทศได้อย่างเด่นชัด

- ★ **วัฒนธรรม** องค์ความรู้ที่ผูกโยงกับวัฒนธรรมอย่างใกล้ชิด ในบางครั้งทำให้กลายเป็นความเชื่อที่ขาดคำอธิบายหรือหลักฐานอ้างอิง
- ★ **ทรัพยากร** การขาดความสมดุลระหว่างการใช้ประโยชน์ กับการอนุรักษ์ฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติ ส่งผลให้บั่นทอนความหลากหลายทางชีวภาพที่ประเทศไทยเคยมีอยู่อย่างสมบูรณ์
- ★ **องค์ความรู้** ระบบฐานข้อมูลการแพทย์แผนไทยที่กระจัดกระจาย การถ่ายทอดสู่คนรุ่นใหม่ทำได้ไม่สมบูรณ์ ประกอบกับการนำองค์ความรู้ทางภูมิปัญญาไปใช้ในเชิงพาณิชย์ยังทำได้ไม่เต็มที่แสดงได้จากจำนวนสิทธิบัตรที่จดทะเบียนมีเพียงร้อยละ ๔ ของสิทธิบัตรทั่วโลก และส่วนใหญ่ยังเป็นการพัฒนาเทคโนโลยีในขั้นต้น (สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ช) , ๒๕๕๙)

ประมาณ ๒๐ ประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ได้แก่ เวียดนาม อินเดีย จีน ไต้หวัน ญี่ปุ่น เกาหลี ฟิลิปปีนส์ ออสเตรเลีย เบลเยียม บราซิล ฝรั่งเศส เยอรมนี ฮังการี อิตาลี เนเธอร์แลนด์ รัสเซีย สวิสเซอร์แลนด์ สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา มีการจัดทำ Herbal Pharmacopoeia หรือเอกสารอื่นที่เทียบเคียงกับ Herbal Pharmacopoeia อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างไทยและเวียดนาม พบว่า ประเทศเวียดนามมี Monograph สมุนไพร ถึง ๒๗๖ ชนิด ในขณะที่ไทยมีเพียง ๒๑ ชนิด (จิรเดช มโนสร้อย และ อรุณญา มโนสร้อย, ๒๕๕๙)

ในช่วงปีงบประมาณ ๒๕๓๕ - ๒๕๓๙ ตรงกับแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๗ รัฐได้จัดสรรงบประมาณการวิจัยให้แก่หน่วยงานต่างๆ ๑๔ กระทรวง เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๒๘,๘๙๑.๙ ล้านบาท เมื่อเปรียบเทียบงบฯ ลงทุนการวิจัยกับมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product - GDP) ของแต่ละปี ระหว่างปีงบประมาณ ๒๕๓๕ - ๒๕๓๙ มีสัดส่วนเป็นร้อยละ ๐.๑๒๗,



๐.๑๖๗, ๐.๑๖๙, ๐.๑๔๔ และ ๐.๑๗๑ ตามลำดับ หรือโดยเฉลี่ยร้อยละ ๐.๑๕๗ ต่อปีเท่านั้น ขยายลงทุนการวิจัยที่กล่าวข้างต้นนี้มิใช่เพื่อการวิจัยอย่างเดียว แต่หลายๆ หน่วยงานใช้เพื่อการพัฒนาและหรือบริการด้วย งบประมาณอุดหนุนการวิจัยที่สำนักงานงบประมาณจัดสรรให้หน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจ ซึ่งผ่านการวิเคราะห์ตรวจสอบโครงการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ ในรอบ ๕ ปีดังกล่าว คิดเป็นงบประมาณรวม ๓,๓๔๗.๖๓ ล้านบาท (สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (ก.) ๒๕๕๙) โดยเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยเพียง ๒๔๑.๓๒ ล้านบาท (ร้อยละ ๗.๒๑) งบพานี้กระจายไปตามหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา (หรือ ทบวงมหาวิทยาลัยในขณะนั้น) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย และสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ (ปรีชา อุบโยคิน และคณะ, ๒๕๕๐) ทำให้การพัฒนาขาดพลัง

ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ ที่ดำเนินการการสำรวจค่าใช้จ่ายและบุคลากรทางการวิจัยและพัฒนาของประเทศ ประจำปี ๒๕๕๔ พบว่าการลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนาของประเทศไทยในภาพรวม อยู่ในระดับที่ไม่สูงมากนัก สัดส่วนของค่าใช้จ่ายบุคลากรทางการวิจัยและพัฒนาต่อผลผลิตรวมในประเทศไทยคิดเป็นร้อยละ ๐.๒๖ ซึ่งค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับนานาประเทศ (ดูตารางที่ ๑) (สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (ก.) ๒๕๕๔)

โอกาส : มีกฎ ระเบียบ ในประเทศ และ อุปสงค์
ในต่างประเทศ ที่เอื้ออำนวย

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่เอื้อต่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยในปัจจุบัน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการแข่งขัน และเสริมความเข้มแข็งของเศรษฐกิจภายในประเทศ เราจะเห็นปัจจัยบวกดังนี้

☆ ความต้องการสมุนไพรในตลาดโลก สูงถึง ๗๘๔,๐๐๐ ล้านบาท ในปี ๒๕๔๖ และความต้องการสมุนไพรในประเทศไทยก็มีเพิ่มขึ้นอย่างมากเช่นกัน ทั้งในด้านการผลิตเพื่อบริโภคภายใน และ การส่งออก โดยในปี ๒๕๔๖ มีผู้ผลิตสมุนไพรในประเทศไทยจำนวน ๖๐๐ ราย เป็นการผลิตเพื่อบริโภคภายในประเทศปีละ ๑๐,๐๐๐ ล้านบาท และ ส่งออก ๑,๐๐๐ ล้านบาท แต่ยังมีการนำเข้าจากต่างประเทศสูงถึง ๒๐,๐๐๐ ล้านบาท (จีรเดช มโนสร้อย และ อรุณญา มโนสร้อย, ๒๕๔๙)

ตารางที่ ๑ ร้อยละของค่าใช้จ่ายบุคลากรทางการวิจัยและพัฒนาต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ

ประเทศ (ค.ศ.)	ร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ
สวีเดน (๒๐๐๑)	๔.๒๗
ฟินแลนด์ (๒๐๐๒)	๓.๔๖
ญี่ปุ่น (๒๐๐๒)	๓.๑๒
เกาหลีใต้ (๒๐๐๑)	๒.๙๖
สหรัฐอเมริกา (๒๐๐๒)	๒.๘๒
เยอรมนี (๒๐๐๒)	๒.๕๐
ไต้หวัน (๒๐๐๒)	๒.๓๐
ฝรั่งเศส (๒๐๐๑)	๒.๒๐
ออสเตรเลีย (๒๐๐๒)	๑.๙๔
แคนาดา (๒๐๐๒)	๑.๘๕
สหราชอาณาจักร (๒๐๐๑)	๑.๙๐
ออสเตรเลีย (๒๐๐๐)	๑.๕๔
จีน (๒๐๐๒)	๑.๒๓
มาเลเซีย (๒๐๐๓)	๐.๔๘
ไทย (๒๐๐๓)	๐.๒๖
ฟิลิปปินส์ (๒๐๐๓)	๐.๐๗



- ☆ พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาการแพทย์แผนไทยมากขึ้น โดยยกเลิก การจำกัดให้แพทย์แผนไทยเป็นการศึกษาโดยมิให้อาศัยความรู้ตามหลักวิทยาศาสตร์ตาม พระราชบัญญัติฉบับเก่า และการมีคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยที่มีกรรมการส่วนหนึ่งมาจากการเลือกตั้งทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของบุคลากรในวิชาชีพในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยมากขึ้น
- ☆ พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ ที่กำหนดมาตรการคุ้มครองและส่งเสริมให้ เอกชน ชุมชน และองค์กรเอกชน ตระหนักถึงคุณค่าของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร และมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ พัฒนา และใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน
- ☆ นโยบายการสนับสนุนการแพทย์แผนไทยของรัฐบาลไทย เช่น ศูนย์กลางธุรกิจสุขภาพแห่งเอเชีย มุ่งเน้นทั้งในเรื่องการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และการมีผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีมาตรฐาน นอกจากนี้ กฎหมายและระเบียบทางการค้าของไทยได้มีการปรับปรุงแก้ไข เพื่อช่วยการส่งออก สมุนไพรให้สะดวก รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- ☆ กลุ่มประเทศใน ASEAN กำลังดำเนินการจัดทำกฎหมายและระเบียบร่วมกัน เกี่ยวกับ การนำเข้าและส่งออกในลักษณะ harmonization ของผลิตภัณฑ์ต่างๆ รวมทั้งผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรในรูปแบบยาอาหารและเครื่องสำอาง โดยได้อิงกับกฎหมายและระเบียบของประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มประชาคมยุโรป และประเทศญี่ปุ่น ทั้งนี้ นอกจากทำให้มีคุณภาพสูงขึ้น แล้วยังช่วยเอื้อและเพิ่มการต่อรองของกลุ่มประเทศ ASEAN กับประเทศเหล่านี้ด้วย (จිරเดช มโนสร้อย และ อรัญญา มโนสร้อย, ๒๕๔๙)

อุปสรรค: มีรูปแบบกีดกันทางการค้าที่มีไข่ภาว ทำให้เจาะตลาดโลกได้ยาก

☆ **บัญชียาหลักแห่งชาติมีรายการยาสมุนไพรน้อยมาก** แม้ว่ารัฐบาลมีการบรรจุยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ แต่เมื่อพิจารณาในเชิงปริมาณจะพบว่ามีส่วนที่น้อยมาก มีเพียงร้อยละ ๐.๘๖ ของยาแผนปัจจุบัน หรือ ๘ รายการ จากรายการยทั้งหมด ๙๓๒ รายการ (คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา, ๒๕๕๗) (นับตัวยาก็มีชื่อสามัญทางยา (generic name) เดียวกัน ในแต่ละรูปแบบ (dosage form) เป็น ๑ รายการ)

☆ **การส่งออกสมุนไพรในรูปแบบผลิตภัณฑ์เพื่อสู่ตลาดโลกทำได้ยาก** โดยเฉพาะอย่างยิ่งตลาดในกลุ่มประเทศยุโรป เช่น ในกลุ่มประเทศ EU ที่การขึ้นทะเบียนเพื่อจำหน่ายจะต้องมีการพิสูจน์ว่ามีการใช้สมุนไพรดังกล่าวในประเทศกลุ่ม EU ไม่น้อยกว่า ๓๐ ปี หรือ จะต้องมึข้อมูลการทดสอบความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในสัตว์ทดลองและมนุษย์อย่างครบถ้วน เนื่องจาก ผลิตภัณฑ์สมุนไพรในกลุ่มประเทศ EU จะจัดเป็นยา ทำให้การนำผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยเข้าสู่ตลาดของกลุ่มประเทศเหล่านี้ต้องใช้เวลาาน รวมทั้งลงทุนสูง ส่วนในประเทศสหรัฐอเมริกาจะจัดสมุนไพรเป็น Food Supplements ซึ่งมีระเบียบของการขึ้นทะเบียน Food Supplements ที่ไม่เข้มงวด แต่ผู้ผลิตจะต้องรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดกับผลิตภัณฑ์ต่อผู้บริโภคเอง โดยกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคเข้มงวด



ทิศทางข้างหน้าควรเป็นอย่างไร ?

ยุทธศาสตร์ชาติเพื่อการพัฒนาสุขภาพวิถีไทย

ยุทธศาสตร์หลักที่สำคัญที่สุดในขณะนี้ คือ การจัดตั้งสถาบันสุขภาพวิถีไทย
ซึ่งจะเป็นหน่วยจัดการความรู้ที่เป็นอิสระ เพื่อทำงานด้านองค์ความรู้การแพทย์
แผนไทยเต็มพื้นที่

**สถาบันสุขภาพวิถีไทย : องค์การยุทธศาสตร์ สู่การจัดการความรู้เพื่อเชื่อมโยง
ระหว่างทุนทางเศรษฐกิจ สังคม และทรัพยากร ด้านการ
แพทย์แผนไทย**

สถาบันสุขภาพวิถีไทย มีภารกิจเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อพัฒนาโลกที่สำคัญ ๓
ประการ คือ

๑. การผลักดันให้มีการยอมรับหลักการ แนวคิดการแพทย์แผนไทยใน ทุกระดับ

(ซึ่งมีความต่างจากการแพทย์แผนปัจจุบัน) ทั้งในระดับผู้กำหนดนโยบาย
นักวิชาการ กลุ่มประชาคม ชุมชน หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยเกี่ยวข้อง
กับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ และการบวนการสื่อสารต่อภาคส่วนที่
เกี่ยวข้อง

๒. การพัฒนาเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ความรู้ หลักฐานต่าง ๆ

เพื่อประกอบการตัดสินใจกำหนดนโยบาย การให้บริการ และ การให้บริการ
ซึ่งเกี่ยวข้องกับการบวนการศึกษาวิจัย และการพัฒนาระบบฐานข้อมูล

๓. การผลักดันให้มีการพัฒนารอบนโยบายและกรอบกฎหมาย

ที่จะเอื้อต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทยในภาพรวม

สถาบันสุขภาพวิถีไท ในที่นี้ หมายความว่ารวมถึง ระเบียบการ ธรรมเนียมปฏิบัติ บทบาท ยุทธศาสตร์ รูปแบบองค์กร เทคโนโลยี ความเชื่อ ชุดความคิด วัฒนธรรม และความรู้ที่แวดล้อม ดังนั้น การพิจารณาความเป็นสถาบันจึงไม่เป็นการพิจารณาที่เน้นเฉพาะโครงสร้างทางสถาบันในเชิงกฎหมาย แต่พิจารณา รวมถึงมิติของความมีชีวิตที่มีความเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลง และมีการปรับตัวอยู่ในวิถีทางที่มีความสัมพันธ์กับบริบทแวดล้อมต่าง ๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความคิด ความเชื่อ (Cognitive aspect) รวมทั้งคุณค่าในการยึดถือปฏิบัติ (Normative aspect) ของผู้คนในสังคม

การก่อรูป แนวความคิดเรื่อง การจัดตั้ง สถาบันสุขภาพวิถีไท แบ่งได้เป็น ๒ รูปแบบใหญ่ ๆ คือ

๑. กระบวนการที่ก่อรูปมาจากการขับเคลื่อนทางวิชาการ ซึ่งริเริ่มมาจากแนวคิด การศึกษาวิจัย การรวบรวมผลการศึกษามีข้อมูลหลักฐานอ้างอิง จากนั้นจึงขับเคลื่อนแนวคิดหรือองค์ความรู้ไปสู่สังคม และผลักดันเข้าสู่กระบวนการทางการเมือง จนเกิดการยอมรับ รูปธรรมที่ผ่านมา เช่น โครงการ GTZ ศึกษาวิจัยการใช้สมุนไพรทางคลินิก
๒. กระบวนการก่อรูปที่ริเริ่มมาจากแนวคิดของชุมชน และถูกสานต่อโดยสถาบันทางการศึกษาในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนา ก่อนที่จะนำเข้ามาสู่กระบวนการทางการเมืองเพื่อผลักดันให้เป็นแบบแผนธรรมเนียมปฏิบัติกันอีกครั้งหนึ่ง เช่น การพัฒนายาแผนโบราณ และถูกบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ

การพัฒนาโครงสร้างทางสถาบันที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยที่ผ่านมา มีทั้ง ๒ รูปแบบ และกลไก ๓ ข้อข้างต้น มีการดำเนินการขับเคลื่อนในลักษณะของกระบวนการเชิงซ้อน นั่นคือการดำเนินการโดยการใช้ทางเลือกในการดำเนินการที่หลากหลาย ดำเนินการทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่น ผ่านการวิเคราะห์สถานการณ์ทางนโยบาย และกฎหมาย เพื่อหาค้นหาช่องทางในการขับเคลื่อน



เคลื่อนที่ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ จนเกิดสถาบันทางกฎหมายที่รองรับและ
คุ้มครองภูมิปัญญาไทย นั่นคือ พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญา
การแพทย์แผนไทย พ.ศ.๒๕๔๒ ทำให้เกิดกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย^๓
และ พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.๒๕๔๒

ดังนั้น การมีโครงสร้างที่ชัดเจนของ สถาบันสุขภาพวิถีไทย จึงมีความ
จำเป็นอย่างยิ่งในสภาวะการณ์ปัจจุบันที่ควรได้รับการสนับสนุนจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
เพื่อให้เกิดการส่งเสริมทุนทางปัญญาการแพทย์แผนไทย ประกอบกับจุดแข็งที่
ประเทศไทยมีพร้อม ซึ่งเอื้อต่อการก้าวกระโดดของพัฒนาการแพทย์แผนไทยได้
เป็นอย่างดีและยั่งยืน ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาเศรษฐกิจบนฐานความรู้ที่พึ่งตนเองได้
ต่อไป

^๓ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้จัดตั้ง "กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์
แผนไทย" ตามมาตรา ๗๖ แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผน
ไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นทุนหมุนเวียนสำหรับใช้จ่ายเกี่ยวกับการดำเนินงานที่
เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย โดยขอรับการสนับสนุน
เงินทุนจากรัฐบาลและเงินจากส่วนอื่นๆ ตามที่กฎหมายกำหนด และบริหารจัดการเป็นไปตาม
ระเบียบคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ว่าด้วยการบริหาร การ
จัดทาสประโยชน์ และการใช้จ่ายเงินกองทุน พ.ศ. ๒๕๔๘ โดยความเห็นชอบของกระทรวงการ
คลัง การคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยดังกล่าว ได้แก่ วางระบบเพื่อรอง
รับการป้องกันและลดผลกระทบจากโรคภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรของประเทศ จัดทำ
ทะเบียนตำรับยา/ตำราการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร บริหารจัดการพื้นที่เขตอนุรักษ์และ
พื้นที่คุ้มครองสมุนไพร ส่งเสริมการศึกษาวิจัยและพัฒนาต่อยอดภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย
และสมุนไพรรวมทั้งสนับสนุนรูปแบบการพัฒนาสมุนไพรและยาไทยก้าวสู่อุตสาหกรรมเชิงพาณิชย์
และสนับสนุนการดำเนินงานของสำนักงานนายทะเบียนกลาง และสำนักงานนายทะเบียนจังหวัด
ทุกแห่งในการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยระดับภูมิภาค และ กองทุนนี้
ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ในปี ๒๕๔๘ จำนวน ๑๐,๐๐๐,๐๐๐ บาทและ ปี ๒๕๔๙ จำนวน
๒๐,๐๐๐,๐๐๐ บาท

อะไรคือพันธกิจหลักของสถาบันสุขภาพวิทิตไ่ ที่ไม่ทำไม่ได้ ?

พันธกิจของสถาบันสุขภาพวิทิตไ่ที่ควรจะเป็น

สถาบันฯ ควรมีพันธกิจที่มุ่งให้เกิดการพัฒนาการแพทย์แผนไทยอย่าง
จริงจังและต่อเนื่อง ผ่านการจัดการควํามรู้ที่มีประสิทธิภาพ นํ้าจุดแข็งของประเทศ
และโอกาสมาใช้ประโยชน์ กล่าวคือ ความหลากหลายขององค์ควํามรู้ที่สอดรับกับ
ความหมายของสุขภาพทั้ง ๔ มิติ (กาย ใจ สังคม และปัญญา) ผนวกกับความ
ตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ความต้องการสมุ่่นไพร่ของ
ตลาดโลกที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากโครงสร้างของประชากรโลกซึ่งมีจํานวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

ภารกิจหลัก

๑. กำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนากระบวนการจัดการควํามรู้ด้าน
การแพทย์แผนไทยของประเทศ ตั้งแต่ การสร้างองค์ควํามรู้ใหม่ การ
ต่อยอดควํามรู้เดิม การสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ และการใช้ประโยชน์
จากองค์ควํามรู้
๒. จัดสรรงบประมาณด้านการจัดการควํามรู้การแพทย์แผนไทยแก่หน่วย
งานปฏิบัติการจัดการควํามรู้ทั้งในภาครัฐและเอกชน
๓. กำกับทิศทางการพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย ทั้งด้านการ
วิจัย การบริหารจัดการ และการบริการ
๔. ให้คำปรึกษาแก่รัฐบาลด้านการแพทย์แผนไทย



เป้าหมาย

๑. มีศูนย์ข้อมูลการแพทย์แผนไทยที่ทั่วโลกสามารถเข้ามาเรียนรู้ได้
๒. เกิดธุรกิจด้านการผลิตสมุนไพร และการบริการแพทย์แผนไทย ที่มีมาตรฐาน เป็นที่ยอมรับระดับสากล
๓. มีนโยบายที่เอื้อต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทย
๔. มีนักวิจัยที่มีความชำนาญด้านการพัฒนาผลิตภัณฑ์ บริการ และการแปรความรู้สู่นโยบายด้านการแพทย์แผนไทย

ยุทธศาสตร์การทำงานของสถาบัน ปี พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔ ประกอบด้วย ๓ แนวทาง
คือ

๑. **การเพิ่มคุณค่าการแพทย์แผนไทย** โดยการสร้างฐานข้อมูลความรู้ที่เข้มแข็งของการแพทย์แผนไทย และต่อยอดองค์ความรู้ที่มี โดย

★ อาศัยฐานข้อมูลภูมิปัญญาท้องถิ่นทั้งด้านทฤษฎีการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ร่วมกับความรู้และเทคโนโลยีปัจจุบัน เพื่อนำไปสู่การยกระดับศักยภาพ และการอนุรักษ์การแพทย์แผนไทยที่มีความสมดุลและยั่งยืน

★ ส่งเสริมให้มีการพัฒนาหลักสูตรการเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ที่มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับจากทุกส่วน และการจัดทำโครงการประเมินผลหลักสูตร โดยความร่วมมือขององค์กรด้านการสาธารณสุข องค์กรด้านการศึกษา องค์กรชุมชน เป็นอย่างน้อย ให้กับกลุ่มเป้าหมายในระดับต่าง ๆ ทั้งกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย (ผ่านวิทยาลัยการปกครอง สถาบันพระปกเกล้า กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น) กลุ่มนักเรียน นักศึกษา (ผ่านหลักสูตรการศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบ) กลุ่มนักวิชาการ

นักวิจัย และประชาคมสุขภาพ (ผ่านสำนักพัฒนากระบวนการเรียนรู้ต่างๆ)

๒. ขยายรากฐานความรู้ และการใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ ที่ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความเชื่อมโยงภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและกิจกรรมการพัฒนาในมิติอื่นๆ เพื่อให้เกิดกระบวนการพึ่งตนเองของชุมชน โดยเฉพาะในเรื่องการสร้างควมมั่นคงด้านอาหารและสุขภาพ และระบบการเชื่อมโยงของห่วงโซ่การผลิตและบริการ
๓. แปรความรู้สู่กลยุทธ์การขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงนโยบาย ที่เอื้อต่อการขยายศักยภาพการแพทย์แผนไทย โดยเป็นแหล่งสะสมความรู้ และศูนย์กลางประสานงานระหว่างพันธมิตรเชิงนโยบายต่างๆ
๔. พัฒนานักวิจัย และบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย ที่เป็นมืออาชีพ เพื่อสร้างต่อยอด ใช้ประโยชน์จากความรู้ และเป็นหน้ของชุมชนแห่งการเรียนรู้

อะไร คือ มาตรการที่สถาบันสุขภาพวิถีไท
ควรดำเนินการทันที ?

- ๑) สร้างระบบฐานข้อมูลระดับชาติที่เป็นมาตรฐาน ผ่านการกลั่นกรองจากกลุ่มภารกิจของสายการผลิตและบริการ (โดยใช้เกณฑ์การกลั่นกรองทางสังคม ที่มีประสบการณ์การใช้มายาวนาน เป็นเกณฑ์ขั้นต้นในการพัฒนาต่อยอด) เพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้ ในลักษณะ community resource mapping ของแต่ละกลุ่มภารกิจ ซึ่งมีรายละเอียดครอบคลุมความรู้การแพทย์แผนไทยตั้งแต่ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย อนุกรมวิธาน การใช้ประโยชน์ และธนะเจ้าของภูมิปัญญา



- ๒) **สนับสนุนการวิจัยและพัฒนา** ตั้งแต่ในชุมชน โรงงานอุตสาหกรรม และ/หรือ โรงพยาบาล ในแต่ละกลุ่มภารกิจควบคู่ไปกับการพัฒนาบุคลากรในทุกระดับ (ตรี โท และ เอก) เพื่อสร้างนวัตกรรมที่ตอบสนองความต้องการของท้องถิ่น และอุตสาหกรรม ทั้งเรื่องการนวดไทย และ ด้านสมุนไพร โดยเน้นการพัฒนา การนวดไทยเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาสมุนไพร รวมทั้งเครื่อง เเทค เป็นอาหารเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และเครื่องสำอาง ที่เป็น organic product ซึ่งมีความปลอดภัย ได้รับความนิยมในตลาดยุโรป แคนาดา สหรัฐ อเมริกา และญี่ปุ่น
- ๓) **สนับสนุนวิสาหกิจชุมชนที่เป็นต้นแบบการเรียนรู้** มีชุมชนเป็นเจ้าของปัจจัย การผลิตในระดับท้องถิ่น เชื่อมโยงสู่การผลิตระดับภาคและประเทศ โดยกำหนด เป็นกลุ่มภารกิจของสายการผลิตและบริการที่สำคัญซึ่งมีมูลค่าเพิ่มสูง เพื่อ สนับสนุนการลงทุน และส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมโยงจากผู้ผลิต วิสาหกิจชุมชน และโรงงานอุตสาหกรรมหรือสถานบริการระดับประเทศ
- ๔) **จัดตั้งโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยต้นแบบ** เพื่อเป็นแหล่งวิจัย และ พัฒนา องค์ความรู้ใหม่ด้านแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้งด้าน การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนเป็นโรงเรียนการแพทย์ แผนไทยที่ให้บริการครอบคลุมทั้งระดับปฐมภูมิ จนถึงตติยภูมิ
- ๕) **กำหนดประเด็น (agenda setting) บูรณาการนโยบายที่เกี่ยวข้อง** และพัฒนา กลยุทธ์การนำเสนอความรู้ที่สอดคล้องกับโอกาสและบริบททางนโยบาย เช่น การ พัฒนาการแพทย์แผนไทย การสร้างเสริมสุขภาพ อาหารปลอดภัย เกษตรกรรม ยั่งยืน การคุ้มครองผู้บริโภค หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นต้น เพื่อรักษา การนำและขับเคลื่อนประเด็นไว้ได้ตลอดระยะเวลาการพัฒนากระบวนการ นโยบาย ผ่านการดำเนินงานที่ต่อยอด และสอดคล้องกัน

- ๖) ก้าหนดมาตรการคุ้มครองภูมิปัญญา และวางระบบการแบ่งปันผลประโยชน์ แก่บุคคล ชุมชน อย่างเป็นธรรม โดยมีกลไกทั้งทางกฎหมาย บริหารจั้ดการ และมาตรการที่ดี เช่น มาตรการลดภาษีหรือชดเชยค่าใช้จ้ายให้แก่ธุรกิจที่ สนับสนุนการสร้างอาชีพเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในชุมชน มาตรการลด ภาษีเพื่อส่งเสริมการร่วมทุนระหว่างหน่วยงานราชการ และโรงงานอุตสาหกรรม มาตรการจ้ายผลตอบแทนคืนสู่แหล่งก้าเนิดภูมิปัญญาตามล้ดส่วนของค่าตอบ แทนที่จั้รับ

ภาคีเครือข้ายต่างๆ ควรจะมีบทบาท อย่างไร ?

องค์กรพัฒนาเอกชน

- ๑) สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข้ายชุมชน และกิจกรรม ทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง จากท้องถิ่นสู่ประเทศ เช่น เกษตร สมุนไพร นวดไทย และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
- ๒) เสริมสร้างความตระหนักรู้แก่ชุมชน เพื่อป้องกันการถูกเอาเปรียบจาก ผลประโยชน์ที่พึงจั้รับ

ภาคเอกชน

- ๑) พัฒนาความรู้เชิงปฏิบัติการ เพื่อยกระดับการผลิตให้ได้มาตรฐาน เพื่อให้ผู้บริโภคมีความมั่นใจ และเป็นที่ยอมรับในระดับสากล
- ๒) เชื่อมร้อยความรู้จากงานวิจัยสู่การพัฒนาเชิงพาณิชย์ บนฐานการแบ่ง ปันผลประโยชน์แก่ เจ้าของภูมิปัญญา เจ้าของเทคโนโลยี ที่เป็นธรรม เพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน



จะรู้ได้อย่างไรว่าสถาบันฯ มาตรฐาน - ?

ดัชนีชี้วัดผลสำเร็จ ของสถาบัน เมื่อสิ้นสุด ปี พ.ศ. ๒๕๕๔

- ๑) มีระบบฐานข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยระดับประเทศ ๑ ระบบ และระบบฐานข้อมูลในระดับชุมชน อย่างน้อย ๑,๐๐๐ ชุมชน ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการทำงานต่อไปได้
- ๒) ผลงานวิจัยที่ดำเนินการร่วมกับชุมชน และโรงงานอุตสาหกรรม
 - ★ ผลงานวิจัยอย่างน้อย ๓๐ ชุดโครงการ
 - ★ บทความวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ระดับนานาชาติอย่างน้อย ๕๐ บทความ (มี impact factor อย่างน้อย ๖๐)
 - ★ มีผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการจดสิทธิบัตร/อนุสิทธิบัตร อย่างน้อย ๓๐ ชนิด
 - ★ มีผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการพัฒนาในเชิงพาณิชย์ อย่างน้อย ๓๐ ชนิด
 - ★ มีบุคลากรที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาเอก (หรือ โท/เอก) อย่างน้อย ๖๐ ราย
- ๓) มีเครือข่ายวิสาหกิจชุมชนที่พึ่งตนเองได้ อย่างน้อย ๓๐ เครือข่าย
- ๔) ผลงานวิจัยเชิงระบบและนโยบายการพัฒนาการแพทย์แผนไทย
 - ★ มีชุดข้อเสนอเชิงนโยบาย และมาตรการในการดำเนินการ อย่างน้อย ๒๐ ชุด ที่สามารถผลักดันการเปลี่ยนแปลงนโยบายอย่างสร้างสรรค์
 - ★ บทความวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ระดับนานาชาติอย่างน้อย ๒๐ บทความ impact factor อย่างน้อย ๑๐
 - ★ มีบุคลากรที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโทหรือเอก ด้านการวิจัยระบบฯ อย่างน้อย ๑๐ ราย



จะใช้การเงินการคลังเพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดการ ความรู้ด้านแพทยแผนไทย ได้อย่างไร ?

มาตรการการเงินการคลังที่ควรนำมาใช้เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน
ของสถาบันฯ นี้ คณะผู้เขียนขอเสนอ หลักการใน ๒ ประเด็น ดังนี้

๑. มาตรการปรับปรุงภาษี เพื่อส่งเสริมการทำงานด้านการแพทย์แผนไทย การ
ทำงานของกระทรวงการคลังในอดีต เน้นการจัดเก็บภาษี และหารายได้เข้ารัฐ
โดยระวางไม่ให้รั่วไหล นับว่าเป็นสิ่งที่ดี อย่างไรก็ตามประเทศไทยต้องพัฒนา
ไปสู่สังคมแห่งความรู้ ส่งเสริมการพึ่งตนเองในทุกด้านรวมทั้งสุขภาพ ดังนั้น
จึงจำเป็นต้องมีเครื่องมือภาษีชนิดใหม่ และเงินอุดหนุนจากแหล่งต่างๆ ในที่นี้
ขอกล่าวเฉพาะบางมาตรการ

๑.๑ การยกเลิกการจัดเก็บ หรือ ลดหย่อนภาษีสำหรับโรงงานอุตสาหกรรม
ที่มีนวัตกรรมจากการส่งเสริมการค้นคว้าวิจัยและพัฒนาด้านการ
แพทย์แผนไทย เนื่องจากเป็นการช่วยทำงานแทนรัฐ

๑.๒ ภาษีจากยาแผนปัจจุบัน เพื่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ภาย
ใต้แนวคิดการจัดการแบบใหม่ ในลักษณะ earmarking ไม่ใช่การ
เก็บเงินเข้าคลังแผ่นดินทั้งหมด เช่น รายได้จากองค์การเภสัชกรรม
บริษัทผู้ผลิตและ/หรือจำหน่ายยาแผนปัจจุบัน

**๒. ค้นหาคุณค่าในท้องถิ่นและเพิ่มบทบาทการทำงานของประชาสังคมร่วมกับ
ภาครัฐ** ใช้แนวคิดว่า การทำงานด้านองค์ความรู้เรื่องการแพทย์แผนไทย ซึ่งใน
มิติทางเศรษฐศาสตร์จัดเป็นสินค้ากึ่งสาธารณะ (quasi-public goods) ไม่ใช่
เป็นบทบาทของภาครัฐ หรือการราชการเพียงฝ่ายเดียว การนำจุดแข็งที่มีใน
องค์กรของภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชนมาใช้ จะ
เป็นผลดีต่อส่วนรวมมากกว่า โดยภาครัฐจะเป็นผู้ให้การสนับสนุนงบประมาณ

และกำกับ ตัวอย่างที่ผ่านมา เช่น การพัฒนาระบบข้อมูลเครือข่ายการแพทย์แผนไทยในระดับชุมชนที่นำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้หรือทฤษฎีการแพทย์ล้านนาในภาคเหนือ เป็นต้น

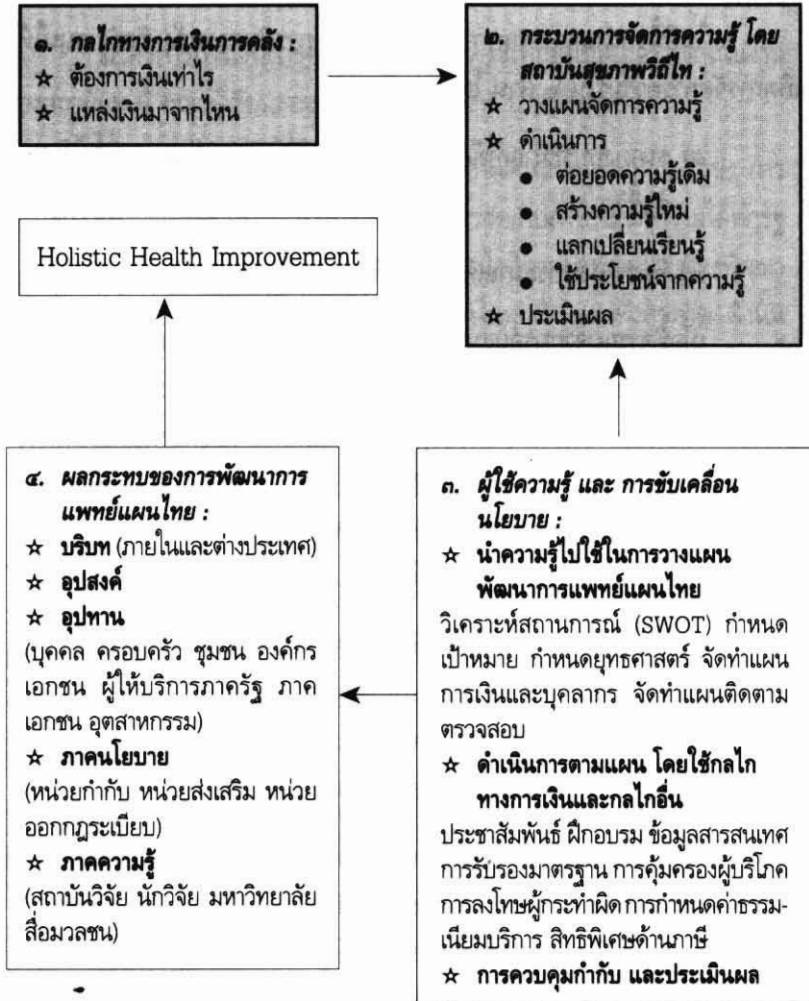
ในที่นี้ขอเสนอกรอบการพิจารณากลไกการเงินการคลัง ที่สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้ใน ๒ ส่วน ได้แก่

- ๑) ขนาดงบประมาณที่ต้องการ เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ตามตัวชี้วัด
- ๒) ที่มาของงบประมาณที่เป็นไปได้ ในทางเลือกต่าง ๆ

เมื่อพิจารณาจากกรอบแนวคิดจะแสดงถึงความเชื่อมโยงของกลไกการเงินและ กระบวนการจัดการความรู้ ผ่าน สถาบันสุขภาพวิถีไท รวมถึง การใช้ประโยชน์จากกระบวนการจัดการความรู้ที่จะได้ดำเนินการ และผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น โดยบทความนี้จะให้ความสำคัญกับ ๒ กล้องแรก นั่นคือ กลไกการเงินการคลัง ที่สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้ (ภาพที่ ๑)



ภาพที่ ๑ ความสัมพันธ์ระหว่างกลไกทางการเงินที่สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้ด้านแพทย์แผนไทย



สถาบันสุขภาพวิถีไทจำเป็นต้องใช้งบประมาณเท่าไร ใน ๕ ปี ?

เมื่อพิจารณาการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีเพื่อสนับสนุนการวิจัยของประเทศที่ผ่านมา ในปี ๒๕๔๔ - ๒๕๔๖ สามารถจำแนกตามแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยได้ ๓ ลักษณะ ดังนี้

๑. **การจัดสรรงบประมาณเพื่อการวิจัย** หมายถึงงบประมาณการวิจัยที่แสดงตามข้อมูลจำนวนงาน/โครงการและกองทุนของส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจที่มีคำว่า "วิจัย" ที่ได้รับจัดสรรงบประมาณในแต่ละปีงบประมาณที่ปรากฏในเอกสารงบประมาณรายจ่ายประจำปี
๒. **โครงการวิจัยที่ผ่านสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ** หมายถึงงบประมาณการวิจัยของโครงการวิจัยของส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจที่เสนอของบประมาณประจำปีที่ผ่านการพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ หนึ่งโครงการวิจัยในลักษณะนี้ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยโดยส่วนราชการ และจำนวนเงินงบประมาณในรูปแบบนี้เป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณเพื่อการวิจัยทั้งสิ้น
๓. **งบประมาณเพื่ออุดหนุนการวิจัย** หมายถึง งบประมาณเพื่ออุดหนุนการวิจัยเป็นการทั่วไปที่จัดสรรผ่านหน่วยงานที่มีภารกิจเฉพาะในการส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัย ในปี ๒๕๔๔-๒๕๔๖ มีจำนวนรวม ๔ หน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)



ตารางที่ ๒ การจัดสรรงบประมาณการวิจัยของประเทศ ประจำปี ๒๕๔๔-๒๕๔๖

แหล่งทุน	จำนวนงบประมาณการวิจัย (ล้านบาท)		
	๒๕๔๔	๒๕๔๕	๒๕๔๖
๑. การจัดสรรงบประมาณเพื่อการวิจัยทั้งสิ้น	๘,๗๗๙.๙๑	๙,๗๒๑.๗๒	๑๐,๒๑๘.๐๗
๒. โครงการวิจัยที่ผ่านสำนักงาน คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ	๑,๔๔๐.๐๔	๑,๔๔๔.๐๕	๑,๑๗๔.๘๒
๓. งบประมาณเพื่ออุดหนุนการวิจัย	๑,๘๐๖.๘๙	๑,๙๙๕.๙๔	๒,๒๔๖.๔๐
๓.๑ วช.	๒๑๓.๒๐	๓๕๘.๙๔	๓๖๑.๐๖
๓.๒ สกว.	๑,๐๐๐.๐๐	๑,๐๐๐.๐๐	๑,๐๐๐.๐๐
๓.๓ สวทช.	๕๒๐.๘๓	๕๖๔.๑๔	๘๒๕.๓๖
๓.๔ สวรส.	๗๒.๘๖	๗๒.๘๖	๑๐๙.๙๘

ที่มา : สำนักนโยบายและแผนงบประมาณ สำนักงานงบประมาณ (<http://www.nrct.neta>;
Accessed ๒๐๐๖, July ๑๕)

นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ และ ๒๕๔๙ กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ได้รับทุนอุดหนุน จำนวน ๑๐ ล้านบาท และ ๒๐ ล้านบาท จะเห็นว่าเป็นสัดส่วนที่น้อยมาก เมื่อเทียบกับภารกิจในการอนุรักษ์คุณค่าของการแพทย์แผนไทย และพัฒนาเพื่อนำองค์ความรู้มาใช้ประโยชน์ในการกระตุ้นเศรษฐกิจจากภายในประเทศ แม้ว่าที่ผ่านมาหน่วยงานอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็น วช. สกว. สวทช. หรือ สวรส. ได้มีความพยายามในการให้การสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาการแพทย์แผนไทย แต่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นยังเป็นภาพที่ต่อไม่เสร็จ ทำให้เป้าหมายการดำเนินงานไม่สามารถบรรลุประสิทธิผลตามความต้องการของประเทศได้

ความยั่งยืนของงบประมาณในระยะยาวเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจาก การพัฒนาองค์ความรู้ต้องการ การมองที่รอบด้าน อย่างต่อเนื่อง ดังตัวอย่างของความสำเร็จในการพัฒนาการแพทย์ Kamפו ในญี่ปุ่น หรือ จีน เป็นต้น (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ ประพจน์ ภาตราภาค, ๒๕๔๗)

การประมาณการงบประมาณที่ต้องการในที่นี่ได้คาดการณ์ตามตัวชี้วัดที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๕ โดยใช้ฐานการพิจารณาจากเกณฑ์วงเงินที่สถาบันวิจัยต่างๆให้การสนับสนุนเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในปัจจุบัน มีรายละเอียดดังนี้ (ตารางที่ ๓)

ตารางที่ ๓ งบประมาณการงบประมาณจำแนกตามตัวชี้วัดผลงาน

๑) มีระบบฐานข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ระดับประเทศ ๑ ระบบ และระบบฐานข้อมูลในระดับชุมชน อย่างน้อย ๑,๐๐๐ ชุมชน	คิดเป็น	๕๐	ล้านบาท
๒) มีผลงานวิจัยสมุนไพรและบริการ ที่ดำเนินการร่วมกับชุมชน และโรงงานอุตสาหกรรมหรือสถานบริการสุขภาพ อย่างน้อย ๓๐ ชุดโครงการ (ประมาณจากการให้ทุนสนับสนุนของ วช.)	คิดเป็น	๔๐๐	ล้านบาท
๓) มีผลงานวิจัยเชิงระบบและนโยบายการพัฒนาการแพทย์แผนไทยอย่างน้อย ๒๐ ชุด โครงการ (ประมาณจากการให้ทุนสนับสนุนของ สวรส. และ สกว.)	คิดเป็น	๒๐๐	ล้านบาท
๔) มีโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยต้นแบบ ๑ แห่ง	คิดเป็น	๖๕๐	ล้านบาท
๕) มีบุคลากรที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาเอก (หรือ โท/เอก) อย่างน้อย ๗๐ ราย (ประมาณจากโครงการกาญจนาภิเษกของ สกว.)	คิดเป็น	๑๕๐	ล้านบาท
๖) การบริหารจัดการสถาบันสุขภาพวิถีไท	คิดเป็น	๕๐	ล้านบาท
รวมงบประมาณตลอด ๔ ปี	คิดเป็น	๒,๐๐๐	ล้านบาท



สถาบันจะหาเงินมาจากแหล่งใด ?

ความเป็นไปได้ของแหล่งการเงินการคลัง

การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของแหล่งการเงินการคลัง ได้วิเคราะห์จากทางเลือกทั้งหมด ๘ ทางเลือก ที่อาจเกิดขึ้น พิจารณา ข้อดี และ ข้อจำกัด ของแต่ละทางเลือก ตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

- ★ ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ
- ★ ความเป็นธรรม
- ★ ความยั่งยืนในการเป็นแหล่งเงินระยะยาว

โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจ แหล่งเงินที่จะเป็นข้อมูลเบื้องต้น แสดงถึง แนวโน้มของแหล่งเงินในปัจจุบันและทิศทางในอนาคต ว่าควรผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการคลังในระยะยาวของสถาบันฯ ไปในทิศทางใด เพราะเหตุใด (ตารางที่ ๔)

จากข้อมูลข้างต้น อาจพิจารณาแหล่งรายได้ของสถาบันฯ ได้เป็น ๓ ระยะ ดังนี้

ระยะตั้งไข่ ๑ ปี: แหล่งรายได้ควรมาจากความร่วมมือระหว่างสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เพื่อใช้ในการจัดทำแผนที่การจัดการความรู้ และยกวางโครงการจัดตั้งสถาบันสุขภาพวิถีไทย ต่อรัฐบาล

การผลักดันอย่างเต็มที่ในระยะแรก: แหล่งรายได้หลักควรมาจากเงินงบประมาณประจำปี ผสมกับ การสนับสนุนจาก สสส. โดยในระยะ ๕ ปี

ตารางที่ ๔ ข้อดีและข้อจำกัดของแหล่งการคลังในทางเลือกต่าง ๆ

ทางเลือก	ข้อดี	ข้อจำกัด/ความเป็นไปได้
(๑) เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปีของรัฐบาล (เฉพาะส่วนที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน คือ เงินงบประมาณประจำปี)	<ul style="list-style-type: none"> ★ เป็นแหล่งเงินที่ชัดเจน มั่นคง ★ รัฐบาลสามารถควบคุมรายได้-รายจ่าย ตามลำดับความสำคัญของประเทศได้ ★ รับประกันว่าได้รับเงิน ★ ควรใช้เป็นแหล่งเงินพื้นฐาน และอาจดำเนินการคล้าย สวรรส. คือหาแหล่งเงินสนับสนุนจากภายนอกเพื่อรองรับองค์กรลูก ที่น่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งจะเป็หน่วยติดตามและพัฒนาประเด็นย่อยอย่างใกล้ชิด พร้อมในการให้คำปรึกษาแก่รัฐบาล 	<ul style="list-style-type: none"> ★ ต้องทำการต่อรองกับสำนักงบประมาณ และฝ่ายการเมืองเป็นประจำทุกปี เป็นกระบวนการที่เสียเวลานาน ★ มีความไม่แน่นอน เกิดความไม่มั่นคงในการวางแผนการทำงานระยะยาว ★ น่าจะมีความเป็นไปได้สูง เนื่องจากเป็นการทำงานที่สนับสนุนพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒
(๒) ส่วนแบ่งจากกำไรสุทธิที่องค์กรเภสัชกรรมนำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน เช่น กรณีจัดสรรในสัดส่วนร้อยละ ๕๐ จะได้รับงบประมาณ ๑๐๐ ล้านบาทต่อปี โดยประมาณ	<ul style="list-style-type: none"> ★ สอดรับกับวิสัยทัศน์ขององค์กรเภสัชกรรม ในการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มีความรับผิดชอบต่องสังคม และเป็นผู้นำการผลิตในภูมิภาค ★ สถาบันจะมีแหล่งรายได้ที่แน่นอน รับประกันว่าได้รับเงิน เนื่องจากองค์กรเภสัชกรรมมีผลกำไรทุกปี โดยปี พ.ศ. ๒๕๔๕ 	<ul style="list-style-type: none"> ★ แหล่งรายได้ของสถาบันฯ ที่ เป็นลักษณะผูกพันนี้ อาจทำให้ขัดต่อวินัยการคลังของกระบวนการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายโดยรวมของประเทศ ★ น่าจะมีความเป็นไปได้สูงในอนาคต เมื่อสถาบันเตรียมข้อมูล que แสดงถึงต้นทุน-ผลประโยชน์ที่ชัดเจนจากการทำงาน



ทางเลือก	ข้อดี	ข้อจำกัด/ความเป็นไปได้
	<p>★ ๒๕๕๗ มีการจัดสรรทำไร สุทธินำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน คิดเป็นประมาณ ๒๐๐ ล้าน บาทต่อปี (ปี พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗) ได้จัดสรรในวงเงิน ๒๐๘,๗๐๐,๐๐๐ บาท, ๒๐๑,๕๘๐,๐๐๐ บาท (องค์การเภสัชกรรม (ก), ๒๕๕๕) และ ๒๕๐,๕๘๐,๐๐๐ บาท ตามลำดับ) (องค์การ เภสัชกรรม (ข), ๒๕๕๕)</p>	
(๓) สำนักงาน หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ	<p>★ สอดรับกับภารกิจขององค์กรใน การพัฒนาระบบบริการภายใต้ แนวคิดการดูแลสุขภาพอย่าง เป็นองค์รวม มุ่งเน้นการสร้าง เสริมสุขภาพและป้องกันโรค ★ สถาบันสามารถใช้รายได้ส่วนนี้ ในการพัฒนาองค์ความรู้ด้าน ระบบบริการการแพทย์แผนไทย ผ่านโรงพยาบาลการแพทย์แผน ไทย</p>	<p>★ น่าจะมีความเป็นไปได้สูงโดย เฉพาะในระยะต้น แม้ว่าจ จะเป็นลักษณะโครงการรูปแบบ การดำเนินงานเป็นลักษณะ โครงการวิจัยเพื่อพัฒนา บริการการแพทย์แผนไทย</p>
(๔) สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข	<p>★ สอดรับกับภารกิจขององค์กร การพัฒนาองค์ความรู้ด้านการ แพทย์แผนไทยเพื่อตอบโจทย์ ในเชิงนโยบาย</p>	<p>★ น่าจะมีความเป็นไปได้สูงโดย เฉพาะในระยะต้น โดยอาจ จะจัดตั้งในรูปแบบแผนงาน</p>

ทางเลือก	ข้อดี	ข้อจำกัด/ความเป็นไปได้
(๕) กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> ★ สอดรับกับวิสัยทัศน์ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่มีวัตถุประสงค์ในการสร้างค่านิยมสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพครบวงจร และเน้นกระบวนการประชาสังคม ★ ควรใช้เป็นแหล่งเงินเพิ่มเติมในการสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น ส่วนการสนับสนุนชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> ★ มีความไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับนโยบายของ สสส. ★ น่าจะมีความเป็นไปได้สูง โดยเฉพาะในระยะต้นแม้ว่าจะเป็นลักษณะโครงการ
(๖) กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย	<ul style="list-style-type: none"> ★ สอดรับกับพันธกิจของกองทุน ★ ควรใช้เป็นแหล่งเงินเบื้องต้นในการสนับสนุนการดำเนินงาน เนื่องจาก ขนาดของกองทุนในปี ๒๕๔๘-๒๕๔๙ ที่ได้รับมีไม่มาก (๑๐-๒๐ ล้านบาทต่อปี) 	<ul style="list-style-type: none"> ★ มีความเป็นไปได้สูง เนื่องจาก มีพระราชบัญญัติรองรับชัดเจน
(๗) กองทุนร่วม รัฐ-เอกชน	<ul style="list-style-type: none"> ★ ความร่วมมือ ในการพัฒนา ★ ดึงศักยภาพจากทุกส่วนมาใช้ 	<ul style="list-style-type: none"> ★ น่าจะมีความเป็นไปได้สูงในอนาคต เมื่อเอกชนมีรายได้จากการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่พัฒนาจากโครงการวิจัยร่วม



ทางเลือก	ข้อดี	ข้อจำกัด/ความเป็นไปได้
(๘) เงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยหักจาก vat ในส่วนผลิตภัณฑ์หรือบริการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย	<ul style="list-style-type: none"> ★ ส่งเสริมการกระจายอำนาจท้องถิ่น ★ สามารถจัดการความรู้ในลักษณะที่สอดคล้องกับความต้องการของท้องถิ่น โดยเฉพาะความรู้ในแบบ tacit 	<ul style="list-style-type: none"> ★ ศักยภาพในการจัดเก็บรายได้ท้องถิ่นและประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง ★ ทักษะ และความพร้อมในการบริหารจัดการการเงินการคลังระบบสุขภาพท้องถิ่น ★ ความเสมอภาค ระหว่างท้องถิ่นที่มีฐานะแตกต่างกันมาก ★ ปัจจุบันไม่น่าเป็นไปได้
(๙) เงินที่ได้รับจากการดำเนินการให้บริการในโครงการ ๓๐ บาท จากการจ่ายร่วม ๓๐ บาท ต่อครั้งการรับบริการ	<ul style="list-style-type: none"> ★ รายรับที่ได้สะท้อนถึงความต้องการบริการ ซึ่งน่าจะนำไปสู่การพิจารณา ลำดับความสำคัญของประเด็นองค์ความรู้ที่ควรได้รับการพัฒนาต่อไป 	<ul style="list-style-type: none"> ★ จำนวนเงินที่ได้รับมีน้อย ไม่น่าจะเพียงพอสำหรับการจัดการทั้งหมด แต่บอกได้ถึงอุปสงค์ ★ สถานพยาบาลแต่ละแห่งมีศักยภาพในการจัดเก็บและประสิทธิภาพใช้เงินแตกต่างกัน ★ ความสามารถในการร่วมจ่ายของแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน ★ ปัจจุบันไม่น่าเป็นไปได้
(๑๐) เงินค่าปรับที่ผู้ผลิต หรือผู้ประกอบการจ่ายจากการกระทำผิดตามที่ถูกกฎหมาย กำหนด เช่น โฆษณาเกินจริง	<ul style="list-style-type: none"> ★ รายรับที่ได้ น่าจะนำไปสู่การเพิ่มความตระหนักเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค 	<ul style="list-style-type: none"> ★ ไม่มีความแน่นอนทางการเงินทั้งจำนวนเงินและระยะเวลาที่จะได้เงิน ★ จำนวนเงินที่ได้น่าจะมีปริมาณไม่มากพอที่จะเป็นแหล่งเงินระยะยาว ★ ปัจจุบันไม่น่าเป็นไปได้

ทางเลือก	ข้อดี	ข้อจำกัด/ความเป็นไปได้
(๑๑) เงินหรือทรัพย์สินที่เอกชนบริจาค	★ เป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม	★ ไม่มีความแน่นอนทางการเงินทั้งจำนวนเงินและระยะเวลาที่จะได้เงิน ★ จำนวนเงินที่ได้น่าจะมีปริมาณไม่มากพอที่จะเป็นแหล่งเงินระยะยาว

แรก (พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๕) คิดเป็นเงินประมาณ ๔๐๐ ล้านบาทต่อปี เพื่อให้สถาบันฯ สามารถกำหนดทิศทาง นโยบายการพัฒนากระบวนการจัดการความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยได้อย่างมีพลัง และสถาบันฯ ควรดำเนินการเตรียมข้อมูลเพื่อใช้ในการปรับปรุงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาแหล่งงบประมาณในระยะยาว ซึ่งอาจใช้จากกำไรสุทธิที่องค์การเภสัชกรรมนำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน เนื่องจากองค์การเภสัชกรรมมีผลกำไรทุกปี โดยปี พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๔๗ มีการจัดสรรกำไรสุทธินำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน คิดเป็นประมาณ ๒๐๐ ล้านบาทต่อปี (ปี พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๗ ได้จัดสรรให้แก่กระทรวงการคลังในวงเงิน ๒๐๘.๗, ๒๐๑.๕ และ ๒๔๐.๖ ล้านบาท ตามลำดับ)

ระยะขยายศักยภาพการแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่อง: เพื่อทำให้เกิดการพัฒนาอุตสาหกรรมการผลิตและบริการด้านการแพทย์แผนไทยภายในประเทศที่ครบวงจร โดยมุ่งเน้นการร่วมลงทุนระหว่าง รัฐ และ เอกชน โดยใช้แหล่งรายได้จากองค์การเภสัชกรรมและ สสส. เป็นหลัก ผนวกกับการร่วมทุนจากโรงงานอุตสาหกรรมการผลิตสมุนไพร สถาบันวิจัยในประเทศไทย และรายได้ของสถาบันสุขภาพวิถิไท้ที่ได้รับจากทรัพย์สินทางปัญญา เช่น อนุสิทธิบัตร สิทธิบัตร เป็นต้น



สิ่งสำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ คือ โครงสร้างของสถาบันฯ จะต้องมีความคล่องตัว มีความเป็นอิสระ และแกนนำของสถาบันฯ จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ประสบการณ์ บารมี และมีทักษะในด้านกระบวนการนโยบายที่เกาะติด (ปาริชาติ คิวระักษ์, ๒๕๔๕) เนื่องจากข้อเสนอเชิงนโยบายต่างๆ ภายใต้งานการทำงานของรัฐบาลที่ผ่านมามีโอกาสถูกปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลา ดังนั้น คุณสมบัติของแกนนำของสถาบันฯ ดังกล่าวจะเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ข้อเสนอในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยนั้นอยู่บนหลักการที่เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

สถาบันฯ มีความสำคัญกับอนาคตของประเทศไทยอย่างไร?

ต้องถือว่าช่วงนี้เป็นระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของการพัฒนาการแพทย์แผนไทยที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง การขับเคลื่อนให้เกิด **สถาบันสุขภาพวิถีไทย** จะเป็นหัวทอกของการก้าวไปข้างหน้าอย่างมียุทธศาสตร์ สถาบันจะเป็นกำลังหลักในการประสานพลังและความรู้ที่มีอยู่อย่างกระจัดกระจายในประเทศไทยให้เกิดการรวมตัวร่วมมือร่วมใจ ก้าวไปข้างหน้า นำพาประเทศไปสู่ความรุ่งเรือง

จำต้องใช้เงินสร้างปัญญา แลกเปลี่ยนสิ่งที่มีรู้และทำเป็น แก่กันและกัน ให้สามารถต่อยอดจากความสำเร็จที่มีอยู่ เชื่อมโยงองค์ความรู้ และองค์กรความรู้ ตั้งแต่ระดับติดดิน ไปจนถึงหอคอย ทั้งในประเทศ และอีกมุมหนึ่งอันห่างไกลของโลกได้ **การมีเงิน** กับการใช้เงินอย่างชาญฉลาด จะเป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบสำคัญที่จะนำพาสถาบันฯ ไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา. (๒๕๔๗). *บัญญัติหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๗*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.

จีรเดชมโนสร้อย และ อรัญญา มโนสร้อย. (๒๕๔๔). *วิธีการพัฒนาสมุนไพรไทยให้เป็นผลิตภัณฑ์ที่สามารถแข่งขันได้ในตลาดสากล*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ปรีชา อุปโยคิน เสาวภา พรสิริพงษ์ พร้อมจิต ศรีลัมพ์ พรทิพย์ อุศุภรัตน์ และ วิจิต เปานิล. (๒๕๔๐). *การประเมินผลการพัฒนาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์ธรรมชาติเพื่อเป็นยา*. กรุงเทพฯ: สำนักงบประมาณ.

ปาริชาติ ศิวรักษ์. (๒๕๔๕). *ถอดบทเรียนการจัดการความรู้-งานวิจัย : กรณีศึกษา กำเนิดกองทุน สสส*. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.

ยงศักดิ์ ตันติปิฎก ปัทมาวดี กลีกรรรม รุจินาถ อรรถสิษฐ โอภาส เขฎฐากุล และ ปารณัฐ สุขสุทธิ. (๒๕๔๓). *การพัฒนา ระบบสุขภาพทางเลือกในระบบสุขภาพไทย*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงาน ก.พ.ร. และ สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. *คู่มือการจัดทำแผนการจัดการความรู้*. (๒๔ July ๒๐๐๖). [ออนไลน์] จาก: http://www.opdc.go.th/thai/frame_kpi_๔๔/handbook_๒๕๔๔.doc.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ก). เอกสารประกอบการประชุมคณะอนุกรรมการเทคโนโลยีชีวภาพด้านการพัฒนาชุมชนและเศรษฐกิจพอเพียง ครั้งที่ ๒/๒๕๔๔. ในการนำเสนอ ยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรฐานความหลากหลายทางชีวภาพและการสร้างความมั่นคงของฐานทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม, ๓๐ มิถุนายน ๒๕๔๔. (๒๔ July ๒๐๐๖). [ออนไลน์] จาก: <http://www.nesdb.go.th/plan๑๐/plan๑๐.htm>.

สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ข). (ร่าง) แผนพัฒนาฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔) เล่มที่ ๒ ยุทธศาสตร์การพัฒนาคคุณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้. (๒๔ July ๒๐๐๖). [ออนไลน์] จาก: <http://www.nesdb.go.th/plan๑๐/plan๑๐.htm>.



สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (ก). (๒๔ July ๒๐๐๖). [ออนไลน์] จาก: <http://www.nrct.net/>

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (ข). (๒๕๕๔). เอกสารประกอบการประชุมระดมความคิด เรื่อง การพัฒนาอาชีพนักวิจัย ครั้งที่ ๒, ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๕๔ ณ โรงแรมโซฟิเทล ราชาออดิต ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ ประพจน์ ภาตธากศ, (บก). (๒๕๕๗). ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย. กรุงเทพฯ: วิชาการพิมพ์.

องค์การเภสัชกรรม (ก). (๒๔ July ๒๐๐๖); [ออนไลน์] จาก: <http://www.gpo.or.th/GPOAnnualReport-๒๐๐๓.pdf> .

องค์การเภสัชกรรม (ข). (๒๔ July ๒๐๐๖); [ออนไลน์] จาก: <http://www.gpo.or.th/GPOAnnualReport-๒๐๐๔.pdf>.



การสร้างและจัดการความรู้

เพื่อสนับสนุนการพัฒนาบริการการแพทย์

นอกกระแสหลัก : การแพทย์แผนไทย

การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



บทสรุปผู้บริหาร



การบูรณาการการแพทย์นอกกระแสหลัก (unconventional medicine) เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ เป็นทั้งเป้าหมายและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาการแพทย์นอกกระแสหลัก การบูรณาการดังกล่าวควรใช้จุดแข็งของการแพทย์แต่ละระบบ เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ความเข้าใจความแตกต่างของฐานความคิด ปรัชญา และข้อจำกัดของการแพทย์แต่ละระบบเป็นพื้นฐานสำคัญในการจัดให้เกิดระบบบูรณาการที่เหมาะสมต่อไป

การบูรณาการการแพทย์นอกกระแสหลักเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการใช้กลไกทางการเงินการคลังในการบูรณาการ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนมีการใช้บริการการแพทย์นอกกระแสหลักเพิ่มขึ้น มียุทธศาสตร์ในการดำเนินงานที่สำคัญคือ

- ๑) ขยายสิทธิประโยชน์ (benefit package) ของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติให้ครอบคลุมการแพทย์นอกกระแสหลัก โดยหลักเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกบริการคือ เป็นบริการที่มีกฎหมายรองรับ เป็นบริการที่มีประสิทธิผลต่อต้นทุนและมีผลการศึกษาวินิจฉัยสนับสนุน เป็นบริการที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายมานาน และเป็นบริการที่ควรได้รับการคุ้มครองตามแนวคิดการประกันสุขภาพ มีบริการที่ควรได้รับการพิจารณาให้ครอบคลุมประกอบด้วย บริการการนวดแผนไทย ยาสมุนไพร และการฝังเข็ม
- ๒) พัฒนาระบบประกันคุณภาพบริการ (quality assurance) ทั้งการประกันคุณภาพ ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการให้บริการ
- ๓) พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย (referral system) ระหว่างการแพทย์ระบบต่างๆ
- ๔) พัฒนาระบบการเงินการคลัง (health financing system) ได้แก่ การศึกษาต้นทุนและงบประมาณที่จำเป็นต้องใช้ การพัฒนาระบบการจ่ายเงินผู้ให้บริการและการร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ น่าจะเป็นองค์กรประสานและผลักดันยุทธศาสตร์ให้เกิดการบูรณาการการแพทย์นอกกระแสหลักได้ดีที่สุด โดยมีองค์กรต่างๆ เป็นพันธมิตรทางยุทธศาสตร์ (strategic alliance) และมีบทบาทสำคัญในแต่ละด้านแตกต่างกัน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีบทบาทหลักในการผลักดันให้เกิดการพัฒนาผู้ให้บริการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขมีบทบาทหลักในการบริหารจัดการความรู้ ทั้งการสร้างความรู้ใหม่หรือความรู้ในส่วนที่มีไม่เพียงพอ การสื่อสารเพื่อให้เกิดการใช้ความรู้ในการพัฒนานโยบาย ทั้งนี้การบริหารจัดการความรู้ควรทำในรูปแบบงานวิจัยที่มีผู้จัดการแผนงานวิจัยปฏิบัติงานเต็มเวลา ประกอบด้วยชุดโครงการวิจัยจำนวน ๔ ชุด เพื่อตอบคำถามหรือพัฒนาองค์ความรู้ที่จำเป็นคือ



- ๑) ชุดโครงการวิจัยประสิทธิผลบริการ
- ๒) ชุดโครงการวิจัยพัฒนามาตรฐานบริการ
- ๓) ชุดโครงการวิจัยระบบการเงินการคลัง
- ๔) ชุดโครงการวิจัยพฤติกรรมบริการ

งบประมาณสำหรับแผนงานวิจัยเบื้องต้นจำนวน ๑๐๐ ล้านบาท สำหรับระยะเวลาดำเนินงาน ๕ ปี โดยหน่วยงานสนับสนุนงบประมาณประกอบด้วย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พร้อมกันนี้ ควรมีการพัฒนาศักยภาพและจำนวนนักวิจัยในสาขานี้เพิ่มมากขึ้น ให้เพียงพอกับความ ต้องการของระบบในปัจจุบัน



ความเป็นมา

ระบบบริการสุขภาพไทยปัจจุบันประกอบด้วยระบบการดูแลสุขภาพหลายระบบ ที่เรียกว่า “ระบบแบบพหุลักษณะ (pluralistic health care system)” โดยการแพทย์แผนปัจจุบันหรือแผนตะวันตก (modern or western medicine) มีบทบาทหลักหรือเป็นการแพทย์กระแสหลัก (conventional medicine) ขณะที่การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านที่พัฒนาขึ้นจากภูมิปัญญาท้องถิ่น และการแพทย์ทางเลือกค่อยๆ ลดบทบาทและความสำคัญลง กลายเป็น “การแพทย์นอกกระแสหลัก (unconventional medicine)”

ถึงจะนับเป็นการแพทย์นอกกระแสหลัก แต่ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกกลับพบว่า ประชาชนในประเทศกำลังพัฒนาจำนวนมากยังนิยมใช้การแพทย์นอกกระแสหลัก และความนิยมดังกล่าวแพร่หลายอย่างรวดเร็วในประเทศพัฒนาแล้ว^[๑] แม้กระทั่งสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นประเทศที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทาง



การแพทย์อย่างมาก มีการคาดประมาณว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๓๓ อย่างน้อย ๑ ใน ๓ ของคนอเมริกันใช้บริการการแพทย์นอกกระแสหลัก โดยมีจำนวนครั้งการใช้บริการสูงกว่าการใช้บริการจากแพทย์ที่บริการปฐมภูมิ^[๒] สัดส่วนดังกล่าวเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนในปี พ.ศ. ๒๕๔๑ ระบุว่า ร้อยละ ๔๒ ของชาวอเมริกันใช้บริการการแพทย์นอกกระแสหลัก^[๓] ประเทศอื่นๆ ที่พัฒนาแล้วและมีผลสำรวจการใช้บริการการแพทย์นอกกระแสหลักแสดงดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ การใช้บริการการแพทย์นอกกระแสหลักในประเทศพัฒนาแล้วบางประเทศ

ประเทศ	ร้อยละกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การแพทย์นอกกระแสหลัก	
	พบผู้ให้บริการ	ใช้การรักษาแบบใดแบบหนึ่ง
สหราชอาณาจักร	ร้อยละ ๑๐.๕ ในปีที่ผ่านมา	ร้อยละ ๓๓ เคยใช้
ออสเตรเลีย	ร้อยละ ๒๐ ในปีที่ผ่านมา	ร้อยละ ๔๖ ในปีที่ผ่านมา
เบลเยียม	ร้อยละ ๒๔ ในปีที่ผ่านมา	ร้อยละ ๖๖-๗๕ เคยใช้
ฝรั่งเศส	ไม่มีข้อมูล	ร้อยละ ๔๔ เคยใช้
เนเธอร์แลนด์	ร้อยละ ๖-๗ ในปีที่ผ่านมา	ร้อยละ ๑๘ เคยใช้
ออสเตรีย	ไม่มีข้อมูล	ร้อยละ ๕.๕-๑๔.๕ เคยใช้
แคนาดา	ไม่มีข้อมูล	ร้อยละ ๑๕ ใช้ในปีที่ผ่านมา
เยอรมัน	ร้อยละ ๕-๑๒ ในปีที่ผ่านมา	ร้อยละ ๒๐-๓๐ เคยใช้

ที่มา ดัดแปลงจาก Zollman C and Vicker A ๑๙๙๙ และ Ernst E ๒๐๐๐. (ข้อมูลจากการสำรวจในปี พ.ศ. ๒๕๓๐-๒๕๓๙)

• ในประเทศไทยผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ ประชาชนจำนวน ๘.๙ ล้านคนหรือร้อยละ ๑๔.๒ ใช้อาสนุนไพรรักษาแผนโบราณเพื่อการรักษาโรค/บำรุงร่างกาย แต่การสำรวจต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๔๗-



๒๕๔๘ กลับพบว่าประชาชนเมื่อเจ็บป่วยมีการใช้ยาแผนโบราณและยาสมุนไพร รวมถึงการไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณเพียงร้อยละ ๑.๒๔ และ ๐.๖๗ ในปี ๒๕๔๗ และลดลงเป็นร้อยละ ๑.๑๘ และ ๐.๔๘ ในปี ๒๕๔๘ ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวไม่ได้รวมการใช้ยาสมุนไพรที่ประชาชนอาจไปซื้อจากร้านยา โรงพยาบาลภาครัฐที่ปัจจุบันมีการสั่งจ่ายและจำหน่ายยาสมุนไพรจำหน่ายกันมากขึ้น

แม้ว่าประชาชนจำนวนมากยังนิยมใช้การแพทย์นอกกระแสหลัก แต่ระบบการให้บริการยังเป็นลักษณะคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน มีบางประเทศเท่านั้นที่มีการบูรณาการค่อนข้างชัดเจน ได้แก่ ประเทศจีน เกาหลีใต้ และประเทศเวียดนาม^[๑] ระบบคู่ขนานมักทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์นอกกระแสหลัก และเป็นระบบที่มีค่าใช้จ่ายสูง^[๔] เนื่องจากขาดการประสานการให้บริการ และประชาชนต้องเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายการแพทย์นอกกระแสหลักเอง

เป้าหมายการพัฒนา: ระบบแบบบูรณาการ

เป้าหมายการพัฒนาการแพทย์นอกกระแสหลัก จึงไม่ใช่แค่การส่งเสริมให้ประชาชนหันมาใช้บริการการแพทย์นอกกระแสหลัก เนื่องจากปัจจุบันประชาชนจำนวนมากทั่วโลก (รวมทั้งคนไทย) ใช้บริการเหล่านี้อยู่แล้ว แต่เป็นการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อสร้างความมั่นใจว่า ประชาชนจะได้ใช้บริการการแพทย์นอกกระแสหลักที่ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ^[๔] ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การบูรณาการการแพทย์นอกกระแสหลักเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ จึงเป็นทั้งเป้าหมายและยุทธศาสตร์ในการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลก^[๖] เพราะจะทำให้เกิดกลไกหรือระบบอภิบาล (governance system) การแพทย์นอกกระแสหลักขึ้น หากกลไกหรือระบบอภิบาลดังกล่าวมีการออกแบบและบริหารจัดการอย่างเหมาะสม จะเป็น



พื้นฐานเบื้องต้นสำหรับการพัฒนาในระยะยาวต่อไป ทั้งนี้ระดับของการพัฒนาอาจแยกเป็น ๒ ระดับคือ^๑

- ๑) การส่งเสริมสนับสนุนให้การแพทย์นอกกระแสหลักเป็นบริการที่ถูกต้องตามกฎหมาย เป็นการรับรองฐานะของบริการการแพทย์นอกกระแสหลักในสังคมไทย เป็นการบูรณาการเบื้องต้น และเปิดพื้นที่สังคมให้กับการแพทย์นอกกระแสหลัก (หากพิจารณาตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก จะเป็นการบูรณาการในระดับเป็น tolerant ถึง inclusive system)
- ๒) การส่งเสริมและสนับสนุนให้การแพทย์นอกกระแสหลัก บูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance System) โดยใช้กลไกทางการเงินการคลังเป็นกลไกเชื่อมโยง เป็นการบูรณาการในระดับที่องค์การอนามัยโลกเรียกว่า integrative system ผลของการบูรณาการดังกล่าว จะทำให้ระบบการเงินการคลังของการแพทย์นอกกระแสหลักเปลี่ยนแปลงไป จากการที่ประชาชนจ่ายเงินเอง (out of pocket payment) เป็นหลัก เป็นการจ่ายด้วยเงินกองทุนประกันสุขภาพ (health insurance fund)

^๑ องค์การอนามัยโลกแบ่งระดับของการบูรณาการเป็น ๓ ระดับ คือ integrative system หมายถึง ระบบที่มีการยอมรับอย่างเป็นทางการและมีการบูรณาการในทุกระดับ มีนโยบายระดับชาติ มีการขึ้นทะเบียนผู้ให้บริการและผลิตภัณฑ์ ค่าใช้จ่ายสามารถเบิกจ่ายจากระบบประกันสุขภาพ มีระบบการศึกษาและการวิจัยรองรับ inclusive system หมายถึง ระบบที่มีการยอมรับแต่ยังไม่ได้มีการบูรณาการในทุกระดับ ค่าใช้จ่ายไม่สามารถเบิกจากระบบประกันสุขภาพได้ tolerant system หมายถึง ระบบที่อิงกับการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลัก อาจมีการแพทย์นอกกระแสหลักบางสาขาได้รับการยอมรับตามกฎหมาย



ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการบูรณาการการแพทย์นอกกระแสหลักเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพนี้ จะเน้นเฉพาะการบูรณาการกับระบบประกันสุขภาพภาครัฐ หรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น เนื่องจากเป็นประเด็นที่กำลังถกเถียง มีการขับเคลื่อนในระดับนโยบายจนมีความคืบหน้าในระดับหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการขยายการดำเนินงานในโอกาสต่อไป อย่างไรก็ตาม การบูรณาการดังกล่าวจะจำกัดเฉพาะการแพทย์นอกกระแสหลักในส่วนที่สามารถปรับเข้าสู่เงื่อนไขตามแนวคิดแบบวิทยาศาสตร์ (scientific approach) ซึ่งเป็นฐานคิดของการแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น เพื่อให้การแพทย์นอกกระแสหลักสามารถรักษารฐานความคิด แนวปรัชญา ซึ่งเป็นที่มาและจุดแข็งของการแพทย์นอกกระแสหลักได้

ขยายสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติให้ครอบคลุมบริการการแพทย์นอกกระแสหลัก

สิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะกำหนดว่าบริการใดที่ประชาชนจะได้รับความคุ้มครองเมื่อเจ็บป่วย โดยสามารถใช้บริการได้โดยไม่มีอุปสรรคทางการเงิน (financial barrier) ทั้งนี้เพื่อสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น (horizontal equity) บริการสุขภาพในสิทธิประโยชน์เกิดขึ้นจากการจัดลำดับความสำคัญ (prioritization process) ของบริการต่างๆ โดยมีหลักเกณฑ์ที่สำคัญคือ^[๗] ต้องเป็นบริการที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของประเทศ มีประสิทธิผลต่อต้นทุนสูง (cost effectiveness) มีผลเสริมซึ่งกันและกัน (synergism) ขอบเขตของบริการจะมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ได้ขึ้นกับขีดความสามารถด้านงบประมาณของประเทศ

การขยายสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมบริการการแพทย์นอกกระแสหลัก



เพื่อทำให้เกิดการบูรณาการกับระบบประกันสุขภาพ มีประเด็นที่ต้องพิจารณาคือ จะใช้หลักเกณฑ์ใดในการพิจารณาคัดเลือกบริการในการแพทย์นอกกระแสหลัก หลักเกณฑ์ที่ใช้กับการแพทย์แผนปัจจุบันจะสามารถประยุกต์ใช้ได้หรือไม่ เบื้องต้นมีข้อเสนอหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกหรือจัดลำดับความสำคัญของบริการการแพทย์นอกกระแสหลักเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ดังนี้ คือ

๑) เป็นบริการที่มีกฎหมายรองรับ

เนื่องจากมีความชอบธรรม (ตามกฎหมาย) ในการจัดบริการให้กับประชาชน หากพิจารณาเบื้องต้นตามหลักเกณฑ์นี้ การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่ ยังไม่เหมาะสมที่จะเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ เนื่องจากยังไม่มีกฎหมายรองรับชัดเจน อย่างไรก็ตาม มีผู้เสนอว่าหากพิจารณาจากการแพทย์พื้นบ้านเป็นบริการที่ชุมชนให้การยอมรับ มีพื้นฐานความเชื่อ และระบบวัฒนธรรมเช่นเดียวกับชุมชน น่าจะสามารถเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพในระดับชุมชนได้^๔ ประเด็นนี้ขึ้นกับการมองระบบประกันสุขภาพในระดับชุมชนหมายถึงอะไร หากมองว่าเป็นการจัดการด้านการเงินการคลังในระดับชุมชน (community financing) เพื่อจัดบริการสุขภาพตามความต้องการของชุมชน ก็น่าที่จะสามารถดำเนินการได้ ขณะที่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติหมายถึง ระบบเพื่อสร้างความเป็นธรรม/ความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการของคนทั้งประเทศ การประยุกต์ใช้เหตุผลดังกล่าวสำหรับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจึงน่าจะมีข้อจำกัด

๒) เป็นบริการที่มีประสิทธิผลต่อต้นทุน (cost effectiveness) และมีผลการศึกษาวิจัยสนับสนุน

ประสิทธิผลต่อต้นทุนของบริการสุขภาพ เป็นประเด็นที่มีความสำคัญในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เพราะบ่งชี้ผลทางบวกต่อสุขภาพของบริการเทียบกับต้นทุนที่ใช้ไป การเลือกใช้บริการที่มีประสิทธิผลต่อต้นทุนสูง ย่อมสะท้อนให้เห็นประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร



การประเมินประสิทธิผลของบริการสุขภาพ นิยมใช้การศึกษาวิจัยทดลองแบบที่มีกลุ่มควบคุมที่เรียกว่า randomized controlled trial (RCT) ระดับความเชื่อมั่นจากข้อมูลเชิงประจักษ์ของผลการศึกษาระบบ RCT อาจแบ่งเป็น ๖ ระดับคือ [๙]

- ระดับที่ ๑** มีข้อมูลเชิงประจักษ์จากการทบทวนอย่างเป็นระบบของ RCT จำนวนหนึ่งที่มีการออกแบบการวิจัยอย่างดี
- ระดับที่ ๒** มีข้อมูลเชิงประจักษ์จากการศึกษา RCT อย่างน้อย ๑ ครั้ง
- ระดับที่ ๓** มีข้อมูลจากการศึกษาแบบทดลองที่ไม่มีการสุ่ม (without randomization)
- ระดับที่ ๔** มีข้อมูลจากการศึกษาที่ไม่ใช่การทดลอง (non-experimental evidence)
- ระดับที่ ๕** ข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ (expert opinion)
- ระดับที่ ๖** ข้อมูลจากบุคคลทั่วไป (someone told me)

สำหรับการแพทย์นอกกระแสหลัก มี ๒ ประเด็นที่ต้องพิจารณาคือ **หนึ่ง** จะใช้วิธีการศึกษาแบบใดในการประเมินประสิทธิผลต่อต้นทุน สามารถใช้ RCT ในการประเมินการแพทย์นอกกระแสหลักได้หรือไม่ **สอง** มีการศึกษาดังกล่าวมาน้อยเพียงใด มีข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงพอที่จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการนำเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพหรือไม่

อาจกล่าวได้ว่า ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการศึกษาใดที่สามารถใช้เป็นมาตรฐานในการประเมินประสิทธิผลการแพทย์นอกกระแสหลัก การใช้ RCT ในการประเมินประสิทธิผลการแพทย์นอกกระแสหลักมีข้อจำกัดหลายประการ อาทิ เช่น ใช้ฐานคิดที่อิงกับวิทยาศาสตร์สมัยใหม่เป็นหลัก ทำให้ยากต่อการประเมินบริการที่มาจากฐานคิดอื่น การแพทย์นอกกระแสหลักขาดความชัดเจนเรื่องแนวคิด ทฤษฎี สมมติฐาน ซึ่งจำเป็นสำหรับการออกแบบประเมินประสิทธิผล การออกแบบว่ากลุ่ม



ควบคุมจะเป็นอย่างไร หากไม่รู้ว่าจะควบคุมปัจจัยใด การติดตามผลกระทบในระยะยาวทั้งที่จำเพาะและไม่จำเพาะ ฯลฯ^[๑๐, ๑๑] แม้จะมีข้อจำกัดดังกล่าว การวิจัยแบบ RCT กับการแพทย์นอกกระแสหลักเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เฉพาะในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษา RCT ก่อนหน้าปี ค.ศ. ๑๙๙๗ กว่า ๑๐,๐๐๐ การวิจัย แต่ส่วนใหญ่ยังมีปัญหาคุณภาพการวิจัย^[๑๒] ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการแพทย์พื้นบ้านน้อยมาก^[๑๓] มีความพยายามศึกษาประสิทธิผลของกรวดแผนไทยในการลดอาการปวด^[๑๔] แต่จำนวนการศึกษาก็น้อยและมีปัญหาคุณภาพการศึกษาวิจัยเช่นกัน

ปัจจุบันการแพทย์นอกกระแสหลักที่มีการศึกษา RCT จำนวนหนึ่งสนับสนุนและอาจพิจารณาเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย การฝังเข็ม (acupuncture)^[๑๕, ๑๕] สมุนไพรบางชนิด^[๑๕, ๑๖, ๑๗] เป็นต้น

๓) เป็นบริการที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายมานาน

โดยทั่วไปบริการใดๆ ที่ได้รับการยอมรับจากประชาชนและใช้กันอย่างแพร่หลายมานาน น่าจะเป็นหลักฐานหนึ่งในการยืนยันว่า บริการดังกล่าวมีประสิทธิผลและส่งผลกระทบบวกต่อสุขภาพของประชาชน แม้ว่าจะไม่มีการศึกษาวิจัยทางวิทยาศาสตร์หรือกฎหมายรองรับ อย่างไรก็ตาม อาจมีปัญหาในการประยุกต์ใช้หลักเกณฑ์นี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินว่าการยอมรับในระดับไหนหรือใช้กันมานานเพียงไร จึงจะพิจารณาว่าควรนำเข้าเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์

๔) เป็นบริการที่ควรได้รับการคุ้มครองตามแนวคิดการประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน โดยกระจายความเสี่ยง (risk sharing or risk

polling) ทางการเงินให้กับประชาชนจำนวนมาก การคุ้มครองส่วนใหญ่ใช้กับบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (high cost services) เนื่องจากครัวเรือนมีโอกาสล้มละลายจากค่าใช้จ่ายดังกล่าวได้ง่าย (catastrophic illness) แต่หลายประเทศ (รวมถึงประเทศไทย) ก็ใช้การประกันสุขภาพคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นทั้งหมด โดยไม่จำกัดเฉพาะบริการที่มีราคาแพง (comprehensive package) แต่วิธีการดังกล่าวก็เป็นการเพิ่มภาระทางการเงินให้กับภาครัฐ กรณีที่ใช้ภาษีเป็นแหล่งการเงินที่สำคัญ (tax based financing) หรือเพิ่มจำนวนเงินสมทบ (contribution) ที่ประชาชนจะต้องจ่ายล่วงหน้า (prepaid system) ในกรณีระบบประกันสังคม (social health insurance)

การแพทย์นอกกระแสหลักส่วนใหญ่เป็นการดูแลแบบผู้ป่วยนอก และมีค่าใช้จ่ายไม่สูงมาก การคุ้มครองการเข้าถึงบริการการแพทย์นอกกระแสหลัก จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการหรือการใช้บริการดังกล่าว^{๑๔} ผลกระทบของการใช้บริการการแพทย์นอกกระแสหลักโดยเฉพาะการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น ยังคาดหวังว่าจะช่วยลดการพึ่งพาการแพทย์แผนปัจจุบัน ช่วยลดการสูญเสียเงินตราออกนอกประเทศ (เนื่องจากยาและเทคโนโลยีส่วนใหญ่ต้องนำเข้า) และทำให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่สามารถพึ่งตนเองได้ในระยะยาว (self sufficient health care system)

ประเด็นที่มีความสำคัญอีกประเด็นคือ ทำอย่างไรจึงจะทำให้การครอบคลุมการแพทย์นอกกระแสหลักโดยระบบประกันสุขภาพไม่เป็นการลดการดูแลสุขภาพตนเอง (self care) และเกิดการให้บริการเกินจำเป็น (over utilization)^{๑๕} รวมทั้งเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและประชาชน ซึ่งเป็นลักษณะ

^{๑๔}กรณีดังกล่าวเห็นได้ชัดกรณีกรมบัญชีกลางยอมให้ข้าราชการและผู้ใช้สิทธิร่วมสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการนวดแผนไทยได้ในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง มีผลทำให้เกิดการเบิกจ่ายเกินความจำเป็นจำนวนมาก หลายครั้งเป็นแค่การนวดเพื่อผ่อนคลาย จนทำให้กรมบัญชีกลางต้องปรับลดอัตราการเบิกเหลือเพียง ๖๐ บาทต่อครั้ง เพื่อลดการให้บริการเกินความจำเป็นดังกล่าว



เฉพาะและจุดแข็งของการแพทย์นอกกระแสหลัก^[๑๙] กรณีของยาสมุนไพรไทย ตามบัญชียาเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน จึงสมควรพิจารณาว่าควรจะนำเข้าเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์หรือไม่

หลักเกณฑ์การคัดเลือกการแพทย์นอกกระแสหลัก เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติทั้ง ๔ ข้อนั้น ไม่ได้เรียงตามลำดับความสำคัญและยังสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน หากพิจารณาจากหลักเกณฑ์ทั้งหมด มีบริการการแพทย์นอกกระแสหลักที่น่าจะพัฒนาเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติดังนี้

ตารางที่ ๒ บริการการแพทย์นอกกระแสหลักที่เข้าหลักเกณฑ์การคัดเลือกเป็นสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ

ประเภทบริการ	มีกฎหมายรองรับ	มีการศึกษาวิจัยประสิทธิผล	มีการใช้อย่างแพร่หลาย	สอดคล้องหลักการประกันสุขภาพ
การวางแผนไทย	✓	✓	✓*	±
ยาสมุนไพร	✓	✓	✓*	±
การฝังเข็ม	±	✓	✓**	±

หมายเหตุ * สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สำรวจในปี ๒๕๔๘ พบว่า ในหน่วยบริการ ๕๑๘ แห่ง มีหน่วยบริการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยร้อยละ ๘๓.๒ มีการจ่ายยาสมุนไพรและอบสมุนไพรร้อยละ ๖๐ ครอบคลุมสมุนไพรร้อยละ ๗๔.๒ ^[๒๐]

** การฝังเข็มตามระบบการแพทย์แผนจีน ปัจจุบันสามารถได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพชั่วคราว (temporary license) ส่วนใหญ่ที่ให้บริการปัจจุบันเป็นการให้บริการโดยแพทย์แผนปัจจุบันที่ผ่านการฝึกอบรมการฝังเข็ม การสำรวจของกองการแพทย์ทางเลือกในปี ๒๕๔๖ พบว่า มีโรงพยาบาล ๗๗ แห่ง ในทั้งหมด ๘๑ แห่ง ที่ตอบแบบสำรวจมีการให้บริการฝังเข็มในโรงพยาบาล ^[๒๑]



พัฒนาระบบประกันคุณภาพบริการ

ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว คุณภาพและความปลอดภัยของการแพทย์นอกกระแสหลัก เป็นประเด็นที่ประชาชนและสังคมให้ความสำคัญ แม้การพิจารณาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์จะได้คำนึงถึงประเด็นนี้ไว้แล้ว แต่ระบบที่จะพัฒนาขึ้นต้องทำให้ประชาชนเกิดความมั่นใจว่า ทุกครั้งที่ไปใช้บริการจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ

การประกันคุณภาพ (quality assurance: QA) เป็นการจัดการคุณภาพที่มีแนวคิดมุ่งเน้นที่ความสอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ล่วงหน้า เพื่อให้เกิดความสม่ำเสมอของผลการปฏิบัติงานในระดับที่เป็นที่ยอมรับ^[๒๒] การประกันคุณภาพสำหรับการแพทย์นอกกระแสหลักมีประเด็นต้องพิจารณาตั้งแต่การพัฒนามาตรฐานซึ่งส่วนใหญ่ยังไม่ีมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับ การดำเนินงานประกันคุณภาพจึงประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

๑) การประกันคุณภาพปัจจัยนำเข้า (input)

มาตรฐานปัจจัยนำเข้ามี ๒ ส่วนคือ มาตรฐานสถานพยาบาลและมาตรฐานผู้ให้บริการ มาตรฐานสถานพยาบาลจะกำหนดรายละเอียดของสถานที่และอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ เพื่อให้สามารถจัดบริการที่มีคุณภาพได้ มาตรฐานผู้ให้บริการอาจพิจารณาจากประวัติการฝึกอบรม เช่น ได้รับการฝึกอบรมจากสถาบันที่มีคุณภาพหรือไม่ กรณีของผู้ประกอบโรคศิลปะตาม พ.ร.บ. ประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ จะต้องขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตด้วย โดยต้องมีความรู้ตามที่กำหนดอย่างไรก็ตาม นอกจากการแพทย์แผนปัจจุบันมีเฉพาะการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์เท่านั้น ที่สามารถเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะตาม พ.ร.บ. ประกอบโรคศิลปะได้

ปัญหาสำหรับการแพทย์นอกกระแสหลักในประเทศไทยคือ ระบบมาตรฐานดังที่ได้กล่าวมามีอยู่น้อยมาก มีการฝึกอบรมการวดแผนไทยให้กับคนจำนวนมาก แต่ก็ไม่ได้มีการจัดทำทะเบียนผู้รับการอบรมดังกล่าว การกำหนดหลัก



เกณฑ์แนวทางต่างๆ ของคณะกรรมการวิชาชีพยังมีการดำเนินงานน้อยมาก

กรณีมาตรฐานสถานพยาบาล เริ่มมีการดำเนินการอย่างจริงจังเมื่อมีการจัดตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้น และมีการนำแผนกการนวดแผนไทยเข้าเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้จัดทำคู่มือมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ^[๒๓] ขึ้น ขณะที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ได้พัฒนาแบบตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^[๒๔] ขึ้น เพื่อใช้ตรวจขึ้นทะเบียนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มาตรฐานดังกล่าวเพิ่งได้รับการพัฒนาขึ้นและยังไม่ได้มีการใช้อย่างจริงจัง ทั้งนี้คาดว่าหลังการประกาศใช้ในระยะหนึ่ง มีความจำเป็นต้องปรับปรุงให้เหมาะสมมากขึ้น

๒) การประกันคุณภาพกระบวนการให้บริการ (process)

การแพทย์แผนปัจจุบันมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการให้บริการ (clinical practice guideline: CPG) เป็นมาตรฐานกระบวนการให้บริการของผู้ป่วยโรคต่างๆ แม้จะมีปัญหาการยอมรับในกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพและการปฏิบัติตาม CPG ดังกล่าว แต่ก็ถือได้ว่า การแพทย์แผนปัจจุบันมีมาตรฐานกระบวนการให้บริการระดับหนึ่ง

การแพทย์นอกกระแสหลัก ยังมีปัญหาการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการให้บริการอยู่มาก เนื่องจากแบบแผนการให้บริการมีความแตกต่างกันสำหรับผู้ให้บริการแต่ละคน หลายกรณีจึงหาข้อสรุปได้ยาก และไม่มีกลไกใดพยายามประสานให้เกิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการให้บริการอย่างจริงจัง เมื่อมีการจัดตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้น จึงเริ่มมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการให้บริการการแพทย์แผนไทยสำหรับอาคารสำคัญที่พบบ่อย อาทิเช่น การนวดไทยเพื่อลดอาการปวด การนวดฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ฯลฯ เมื่อ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพมีนโยบายจะสนับสนุนการให้บริการการแพทย์แผนไทยในระบบหลักประกันสุขภาพอย่างจริงจัง ได้สนับสนุนให้มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการให้บริการเพิ่มเติม เหตุผลในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการให้บริการนอกจากจะเพื่อเป็นการประกันคุณภาพบริการแล้ว ยังใช้เพื่อป้องกันการให้บริการเกินความจำเป็น (โดยเฉพาะการนัดเพื่อการผ่อนคลาย) ด้วย

การพัฒนาการประกันคุณภาพจะเกิดขึ้นได้ จำเป็นต้องมีการพัฒนา กลไกและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง องค์กรของผู้ประกอบวิชาชีพ (professional organization) จะเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้ มาตรฐานการให้บริการ รวมทั้งอาจทำหน้าที่ควบคุมมาตรฐานการประกอบวิชาชีพของผู้ให้บริการด้วย (กรณีที่มีกฎหมายรองรับ) เป็นที่น่าเสียดายว่า องค์กรของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์นอกกระแสหลัก มีเพียงคณะกรรมการวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และคณะกรรมการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งจัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ.ประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ แต่เป็นคณะกรรมการฯ ที่ไม่มีบทบาทมากนัก และยังไม่ได้รับการพัฒนาให้เข้มแข็งเท่าที่ควร

หน่วยงานด้านการประกันสุขภาพส่วนใหญ่จะอ้างอิงมาตรฐานที่องค์กรวิชาชีพกำหนด แต่อาจมีกลไกควบคุมกำกับที่แตกต่างออกไป รวมทั้งอาจมีการให้รางวัลหรือลงโทษผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลที่ได้หรือไม่ได้มาตรฐานตามที่กำหนดด้วย

พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย

ด้วยข้อจำกัดของการแพทย์แต่ละระบบ ระบบที่บูรณาการการแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์นอกกระแสหลัก จึงต้องเป็นระบบที่สามารถใช้จุดแข็งของการแพทย์ทุกระบบ เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด การจะพัฒนาระบบดังกล่าวขึ้นมาได้ จำเป็นต้องมีความเข้าใจจุดแข็งจุดด้อยของการแพทย์แต่ละระบบ และความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของประชาชน มีระบบการประสานการให้



บริการการแพทย์แต่ละระบบอย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ให้บริการจะเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมต่อการแพทย์ระบบต่างๆ หากผู้ให้บริการมีความรู้ความเข้าใจปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยแบบองค์รวม เข้าใจจุดแข็งและข้อจำกัดของการแพทย์ระบบต่างๆ มีข้อมูลสถานพยาบาลที่ให้บริการการแพทย์แต่ละระบบ มีระบบส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วย มีระบบการเงินการคลังสนับสนุน (เช่น สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้จากกองทุนประกันสุขภาพ) การประสานส่งต่อผู้ป่วยระหว่างระบบการแพทย์ต่างๆ จะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

พัฒนาระบบการเงินการคลัง

๑) การศึกษาต้นทุนและงบประมาณที่จำเป็นต้องใช้

การบูรณาการการแพทย์นอกกระแสหลักเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงระบบการเงินการคลังจากการที่ผู้ป่วยจ่ายเองเมื่อใช้บริการ (direct financing) เป็นการจ่ายเงินจากกองทุนประกันสุขภาพ (third party payer) และเพื่อให้สามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ กองทุนประกันสุขภาพมีความจำเป็นต้องทราบว่า แต่ละปีจะต้องใช้จ่ายเงินเป็นจำนวนเท่าไร สำหรับการใช้บริการการแพทย์นอกกระแสหลักของประชาชนผู้มีสิทธิ ซึ่งการประมาณจำนวนเงินที่จำเป็นต้องใช้ จะใช้ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการ (unit cost) และอัตราการให้บริการ (utilization) ของประชาชนผู้มีสิทธิสำหรับบริการนั้นๆ

ที่ผ่านมา มีการศึกษาเรื่องต้นทุนต่อหน่วยบริการของการแพทย์นอกกระแสหลักน้อยมาก ระยะหลังเริ่มมีการศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนต่อหน่วยของการตรวจแผนไทยบ้าง หลังมีการให้บริการกันอย่างแพร่หลาย และกรมบัญชีกลางได้เห็นชอบให้ข้าราชการและครอบครัวสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการตรวจได้ แต่ผลของต้นทุนต่อหน่วยที่ได้จากการศึกษายังมีความแตกต่างกันมาก สาเหตุสำคัญมาจากมาตรฐานการให้บริการและจำนวนผู้ให้บริการที่แตกต่างกัน ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการตรวจไทยแบบราชสำนัก สถานการณ์แพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะ

แพทยศาสตร์ศิริราช เท่ากับ ๒๗๐ บาทต่อชั่วโมง (ไม่รวมค่าวัสดุเช่น ลูกประคบ น้ำชาสมุนไพร) โดยจำนวนนี้เป็นค่าแรง ๒๔๒ บาท หรือคิดเป็นร้อยละ ๘๙.๖ ขณะที่คณะทำงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งใช้ข้อมูลค่าใช้จ่าย และการให้บริการนวดแผนไทยของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในการคำนวณ พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการนวดไทยเท่ากับ ๑๗๕.๖๗ บาทต่อชั่วโมง (รวมค่าวัสดุและงบลงทุน) โดยมีค่าใช้จ่ายส่วนที่เป็นค่าแรง ๗๓ บาทหรือคิดเป็นร้อยละ ๔๑.๗

ข้อมูลต้นทุนยาสมุนไพรที่มีการจ่ายกันอย่างแพร่หลายก็เป็นปัญหาเช่นกัน สถานพยาบาลที่จ่ายสมุนไพรส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๘๔.๒) สั่งซื้อมา (โดยร้อยละ ๕๑.๔ สั่งซื้อจากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร) มีเพียงร้อยละ ๑๕.๘ ที่ผลิตขึ้นเอง^[๒๐] ข้อมูลจากการสำรวจพบว่า ยาสมุนไพรของแต่ละสถานพยาบาลมีความแตกต่างกัน ในขนาด (dosage form) และราคา ทำให้มีปัญหาเรื่องการกำหนดราคามาตรฐาน หรือราคากลางที่จะใช้ในการอ้างอิงเพื่อกำหนดงบประมาณ

นอกจากนั้น ระบบข้อมูลสถานพยาบาลปัจจุบันยังไม่สามารถสะท้อนการให้บริการการนวดแผนไทย และการใช้ยาสมุนไพรได้ มีเฉพาะข้อมูลการสำรวจครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่สำรวจการใช้ยาสมุนไพรนอกสถานพยาบาล ซึ่งไม่ครอบคลุมการใช้สมุนไพรทั้งหมดเมื่อไม่มีทั้งข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการและ อัตราการให้บริการ ก็ไม่สามารถคำนวณงบประมาณที่จำเป็นต้องใช้ได้

โดยสรุป องค์ความรู้เรื่องต้นทุนและงบประมาณที่จำเป็นต้องใช้ในการให้บริการการแพทย์นอกกระแสหลักในสังคมไทยมีน้อยมาก และปัจจุบันยังไม่มีระบบข้อมูลที่จะสนับสนุนการศึกษาเรื่องดังกล่าวได้ดีพอ

๒) การพัฒนาระบบการจ่ายเงินผู้ให้บริการ (provider payment) และการร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการ (cost sharing)

ทั้งระบบการจ่ายเงินผู้ให้บริการและการร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการ เป็น



เครื่องมือทางการเงินเพื่อกระตุ้นให้มีการให้และใช้บริการอย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะ
เป็นบริการประเภทใดก็ตาม การที่จะสามารถออกแบบระบบดังกล่าวได้ดี จำเป็น
ต้องมีความเข้าใจพฤติกรรมของผู้เกี่ยวข้องและเลือกใช้อย่างเหมาะสม การที่กรม
บัญชีกลางกำหนดให้ข้าราชการและครอบครัวสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการนวดได้
ครั้งละ ๒๐๐ บาท มีผลทำให้เกิดการใช้บริการเกินความจำเป็น เป็นกรณีตัวอย่าง
หนึ่งของปัญหาดังกล่าว และต้องการองค์ความรู้ที่เพียงพอในการจัดการกับปัญหา

พัฒนากลไกบริหารยุทธศาสตร์

การผลักดันให้ยุทธศาสตร์การบูรณาการการแพทย์นอกกระแสหลัก เข้า
สู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติประสบความสำเร็จได้ จำเป็นต้องมีกลไกการดำเนินงาน
ที่สามารถประสานทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องผลักดันให้เกิดการพัฒนาในขั้นตอนต่างๆ
ดังนี้

- ๑) การพัฒนาองค์ความรู้ในส่วนที่ขาดหายไป หรือมีไม่เพียงพอ
- ๒) การเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจให้ผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้
กำหนดนโยบาย
- ๓) การสนับสนุนข้อมูล/องค์ความรู้ในการพัฒนานโยบาย
- ๔) การสนับสนุนการพัฒนาผู้ให้บริการ
- ๕) การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการกำกับ ติดตามและประเมินผล

องค์กรที่เกี่ยวข้องปัจจุบันประกอบด้วย **หนึ่ง** องค์กรที่ทำหน้าที่บริหาร
กองทุนประกันสุขภาพ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรม
บัญชีกลาง กระทรวงการคลัง และสำนักงานประกันสังคม (สปส.) **สอง** องค์กร
สนับสนุนการพัฒนานโยบาย ได้แก่ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก มหาวิทยาลัยต่างๆ ที่มีการเรียนการสอน รวมถึงการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ

การแพทย์นอกกระแสหลัก และสถาบันวิจัยต่างๆ สาม องค์การของผู้ประกอบวิชาชีพต่างๆ และสี่ องค์กรพัฒนาเอกชนที่สนับสนุนการพัฒนาการแพทย์นอกกระแสหลัก เช่น มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา มูลนิธิสุขภาพไทย เป็นต้น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ น่าจะเป็นองค์กรประสานและผลักดันยุทธศาสตร์ให้เกิดการบูรณาการการแพทย์นอกกระแสหลักได้ดีที่สุด ด้วยเหตุผลหลายประการ

- ๑) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ มีเจตนารมณ์ที่ชัดเจนในการสนับสนุนการแพทย์นอกกระแสหลัก โดยกำหนดให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ เป็นส่วนหนึ่งของบริการสาธารณสุขที่ให้ความคุ้มครองแก่ประชาชน
- ๒) โครงสร้างการกำหนดนโยบายคือ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก เป็นกรรมการตามกฎหมาย นอกจากนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังได้แต่งตั้งคณะทำงานขึ้นมา ๑ คณะเพื่อพัฒนานโยบายให้มีการบูรณาการการแพทย์นอกกระแสหลัก เข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างจริงจัง
- ๓) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังมีกลไกที่จะประสานการพัฒนาไปสู่กองทุนประกันสุขภาพอื่นๆ ผ่านกลไกคณะกรรมการประสานการพัฒนาความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่เป็นทีมเลขานุการ
- ๔) ระบบสารสนเทศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่พัฒนา



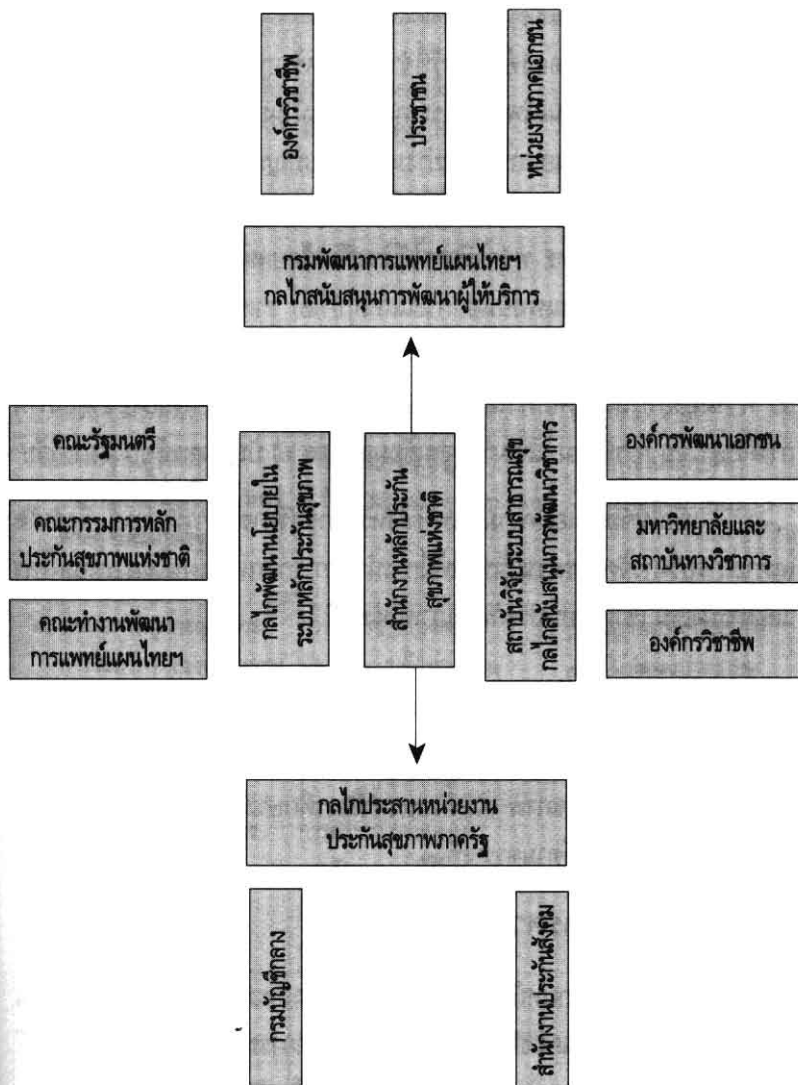
ร่วมกับสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสาธารณสุข (สทส.) มีความพร้อมที่จะรองรับระบบข้อมูลการให้บริการของสถานพยาบาล ซึ่งสามารถใช้เป็นระบบข้อมูลการกำกับ ติดตาม ประเมินผลในอนาคต

ความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กับ องค์กรพันธมิตร (strategic alliance) ในการผลักดันยุทธศาสตร์ให้เกิดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ สามารถแสดงได้ดังแผนภูมิที่ ๑

ตามแผนภูมิที่ ๑ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นองค์กรผลักดันยุทธศาสตร์ในมิติที่สำคัญ คือ

- ☆ ผลักดันนโยบายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผ่านกลไกทางนโยบายคือ คณะทำงานและคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผ่านคณะรัฐมนตรีกรณีที่เกิดอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ
- ☆ ผลักดันนโยบายโดยรวมเรื่องการประกันสุขภาพ ผ่านคณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่าง ๓ กองทุนประกันสุขภาพ
- ☆ ผลักดันให้เกิดการบริหารจัดการความรู้ (สร้างความรู้ใหม่/ความรู้ในส่วนขาด และใช้ความรู้ในการพัฒนานโยบาย/ระบบ) ผ่านกลไกสำคัญ คือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และองค์กรพันธมิตร ได้แก่ มหาวิทยาลัยและสถาบันวิชาการต่างๆ องค์กรวิชาชีพ และองค์กรพัฒนาเอกชนต่างๆ
- ☆ ผลักดันให้เกิดการพัฒนาผู้ให้บริการ โดยมีกลไกสำคัญคือ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีองค์กรพันธมิตรคือ องค์กรวิชาชีพ หน่วยงานภาคเอกชน และองค์กรภาคประชาชนต่างๆ

แผนภูมิที่ ๑ กลไกผลักดันยุทธศาสตร์ ให้เกิดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ





กลไกบริหารจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์

ปัญหาการขาดองค์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาการแพทย์นอก
กระแสหลัก ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในประเทศไทย แม้ในประเทศที่พัฒนาแล้วและมี
การใช้บริการการแพทย์นอกกระแสอย่างมาก ก็พบปัญหาเช่นกัน ปัจจัยจำกัดการ
ศึกษาวิจัยการแพทย์นอกกระแสหลักได้แก่ ^[๒๕] ๑) ขาดทุนการศึกษาวิจัย (ประเทศ
อังกฤษในปี ค.ศ. ๑๙๙๕ พบว่ามีการใช้เงินเพียงร้อยละ ๐.๐๘ ของงบประมาณ
เพื่อการวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์นอกกระแสหลัก) ๒) ขาดทักษะการวิจัย ๓) ขาด
โครงสร้างพื้นฐานด้านวิชาการ ๔) จำนวนผู้ป่วยไม่เพียงพอสำหรับการศึกษาวิจัย
๕) ความยุ่งยากในการทบทวนการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ (เนื่องจากคุณภาพ
การศึกษาวิจัย การนิยาม และมาตรฐานข้อมูล) และ ๖) ปัญหาระเบียบวิธีการวิจัย

เพื่อให้ข้อเสนอมีความจำเพาะสำหรับการบริหารจัดการความรู้ จึงจำกัด
เฉพาะการบริหารจัดการความรู้เพื่อให้มีการนำบริการการตรวจแผนไทย ยาสมุนไพร
และการฝังเข็ม เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

องค์ความรู้ที่จำเป็น

องค์ความรู้ที่จำเป็นและการใช้อองค์ความรู้ ในการสนับสนุนยุทธศาสตร์
บูรณาการระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งแนวทางการศึกษาเพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้
ดังกล่าว สามารถสรุปได้ตามตารางที่ ๓

กลไกบริหารจัดการความรู้

-แม้ว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะมีจุดแข็งและสามารถเป็น
กลไกหลักในการผลักดันยุทธศาสตร์เพื่อให้เกิดบูรณาการของระบบบริการสุขภาพได้
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจะมีพันธกิจในการพัฒนา

ตารางที่ ๓ ประเด็นองค์ความรู้ที่จำเป็นในการสนับสนุนยุทธศาสตร์
 บูรณาการระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นองค์ความรู้	แนวทางการศึกษา	การใช้องค์ความรู้
๑. ประสิทธิภาพของบริการ <ul style="list-style-type: none"> ● การวางแผนไทยสำหรับการเจ็บป่วยประเภทต่างๆ ● ยาสมุนไพรต่างๆ 	การวิจัยทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม (RCT)	การตัดสินใจนำเข้าไปในสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ
๒. ต้นทุนต่อหน่วยบริการ <ul style="list-style-type: none"> ● ต้นทุนต่อการนัดเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยแบบต่างๆ ● ต้นทุนยาสมุนไพร ● ต้นทุนการฝังเข็ม 	การศึกษาต้นทุนต่อหน่วย (unit cost analysis)	เพื่อใช้ในการบริหารเงินกองทุนประกันสุขภาพ
๓. มาตรฐานผู้ให้บริการบริการตามกลุ่มโรค/อาการต่างๆ และมาตรฐานสถานพยาบาล	การระดมความเห็นผู้เชี่ยวชาญ (expert opinion)	เพื่อใช้ในระบบการประกันคุณภาพบริการ
๔. แบบแผนและพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน	การสำรวจ (survey) พัฒนาระบบข้อมูลสถานพยาบาล (health facility information system)	เพื่อติดตามการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มต่างๆ และใช้คำนวณงบประมาณที่จำเป็นต้องใช้
๕. พฤติกรรมการให้บริการของผู้ให้บริการ	การสำรวจ (survey) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) การสังเกต (observation)	เพื่อพัฒนาคุณภาพผู้ให้บริการ และพัฒนาระบบจูงใจผู้ให้บริการสำหรับบริการที่มีคุณภาพ
๖. จุดแข็ง จุดด้อยของการแพทย์แต่ละระบบ	การทบทวนวรรณกรรม การระดมความเห็นผู้เชี่ยวชาญ	เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย
๗. มาตรฐานการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย	การระดมความเห็นผู้เชี่ยวชาญ	เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย



คุ้มครอง และนำภูมิปัญญาการแพทย์นอกกระแสหลักไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต
แต่ในเชิงการบริหารจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการผลักดันยุทธศาสตร์ดังกล่าว
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) น่าจะเป็นองค์กรที่มีความเหมาะสมมากกว่า
ด้วยเหตุผลหลายประการ ได้แก่

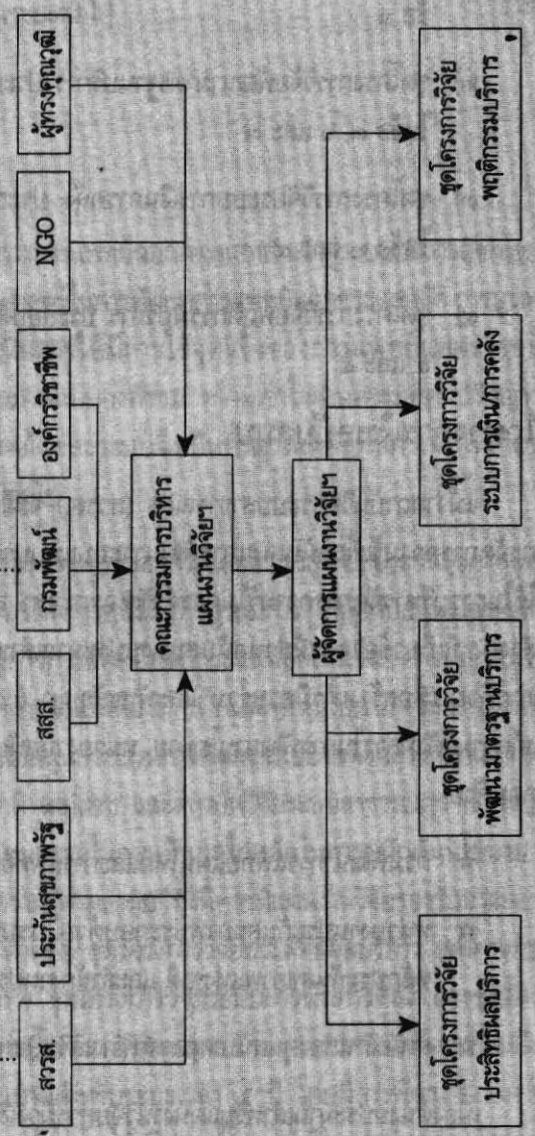
- ★ ความคล่องตัวในระบบบริหารจัดการของ สวรส. ทำให้สามารถระดม
ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิจากสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมกระบวนการ
จัดการความรู้ได้ง่าย
- ★ ความเป็นกลางและการเป็นหน่วยงานเน้นหนักทางด้านวิชาการ ทำให้
ไม่เกิดปัญหาความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความคิดเห็นหลากหลาย
- ★ ประสบการณ์การเชื่อมโยงความรู้กับกระบวนการพัฒนานโยบาย
ทำให้มีความมั่นใจในกระบวนการใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ที่พัฒนา
มากขึ้น

การบริหารในรูปแบบงานวิจัยที่ประกอบด้วยชุดโครงการวิจัย เพื่อพัฒนา
องค์ความรู้ในประเด็นต่างๆ ที่มีความเชื่อมโยงกัน เพื่อตอบสนองแผนยุทธศาสตร์
การพัฒนาระบบการแพทย์นอกกระแสหลัก มีเป้าหมายที่ชัดเจนในแต่ละปีและ
เป้าหมายของแผนเมื่อครบ ๓-๕ ปี โดยมีผู้บริหารแผนที่เป็นนักวิชาการปฏิบัติงาน
เต็มเวลา เป็นวิธีบริหารจัดการเพื่อสร้างความรู้ที่มีประสิทธิภาพในปัจจุบัน การมี
คณะกรรมการบริหารแผนวิจัยฯ ที่ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานและองค์กร
ภาคีที่เกี่ยวข้อง ผู้ทรงคุณวุฒิสมาชิกต่างๆ จะเป็นกลไกสำคัญในการทิศทางของ
แผนงานวิจัยฯ แต่ที่สำคัญกว่านั้นคือ จะเป็นกลไกเชื่อมโยงความรู้ไปสู่กระบวนการ
พัฒนานโยบาย ภาพรวมกลไกการบริหารจัดการความรู้แสดงดังแผนภูมิที่ ๒

- ภายใต้แผนงานวิจัยนี้ จะประกอบด้วยชุดโครงการวิจัย ๔ ชุด เพื่อตอบ
คำถามหรือพัฒนาองค์ความรู้ที่จำเป็น (ตามตารางที่ ๓) คือ

แผนภูมิที่ ๒ กลไกบริหารจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

หน่วยงานสนับสนุนวิจัย.....





- ๑) ชุดโครงการวิจัยประสิทธิภาพบริการ ประกอบด้วยโครงการวิจัยในข้อ ๑
- ๒) ชุดโครงการวิจัยพัฒนามาตรฐานบริการ ประกอบด้วยโครงการวิจัยในข้อ ๓, ๖ และ ๗
- ๓) ชุดโครงการวิจัยระบบการเงินการคลัง ประกอบด้วยโครงการวิจัยในข้อ ๒ และ ๔
- ๔) ชุดโครงการวิจัยพฤติกรรมบริการ ประกอบด้วยโครงการวิจัยในข้อ ๔ และ ๕

กลไกทางการเงินสนับสนุน

แม้ว่าสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จะมีความเหมาะสมในการบริหารจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบแบบบูรณาการ แต่แหล่งเงินเพื่อใช้ในการบริหารจัดการความรู้ไม่ควรจำกัดเฉพาะจาก สวรส. เท่านั้น หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องควรมีส่วนสนับสนุนงบประมาณสำหรับการพัฒนาความรู้ดังกล่าวด้วย เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม และพันธสัญญา (commitment) ในการใช้องค์ความรู้ดังกล่าวในการพัฒนานโยบาย หน่วยงานสนับสนุนงบประมาณควรประกอบด้วย

- ★ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (กรมพัฒน์)
- ★ หน่วยงานประกันสุขภาพประกอบด้วย กรมบัญชีกลาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสังคม
- ★ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เบื้องต้นงบประมาณสำหรับแผนงานวิจัยควรมีวงเงินประมาณ ๑๐๐ ล้านบาท สำหรับระยะเวลา ๕ ปี การกำหนดวงเงินระยะแรกในจำนวนค่อนข้างน้อยนี้ เนื่องจากข้อจำกัดจำนวนนักวิชาการและนักวิจัยที่มีอยู่ปัจจุบัน เมื่อมีการพัฒนา



ศักยภาพของนักวิชาการสาขานี้ในอนาคตแล้ว มีความจำเป็นต้องเพิ่มวงเงินงบประมาณให้มากขึ้นในระยะต่อไป

สรุป

การบูรณาการการแพทย์นอกระบบหลักเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ เป็นทั้งเป้าหมายและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาการแพทย์นอกระบบหลัก การบูรณาการดังกล่าวจะต้องดำเนินการให้มีการใช้จุดแข็งของการแพทย์แต่ละระบบเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ความเข้าใจฐานความคิด ปรัชญา และข้อจำกัดของการแพทย์แต่ละระบบจึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการจัดให้เกิดระบบบูรณาการที่เหมาะสมต่อไป

การบูรณาการการแพทย์นอกระบบหลักเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการใช้กลไกทางการเงินการคลังในการบูรณาการ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนมีการใช้บริการการแพทย์นอกระบบหลักเพิ่มขึ้น การผลักดันให้เกิดระบบบูรณาการดังกล่าวจำเป็นต้องมีกลไกผลักดันนโยบาย และกลไกบริหารจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายดังกล่าว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นหน่วยงานที่มีความเหมาะสมในการเป็นกลไกหลักในการผลักดันนโยบาย และกลไกบริหารจัดการความรู้ตามลำดับ ทั้งนี้ควรมีแผนงานวิจัยรองรับประกอบด้วย ชุดโครงการวิจัย ๔ ด้านคือ ชุดโครงการวิจัยประสิทธิภาพบริการ ชุดโครงการวิจัยพัฒนามาตรฐานบริการ ชุดโครงการวิจัยระบบการเงินการคลัง และชุดโครงการวิจัยพฤติกรรมบริการ เบื้องต้นควรจัดสรรงบประมาณสำหรับแผนงานวิจัยดังกล่าวในวงเงิน ๑๐๐ ล้านบาทสำหรับระยะเวลา ๕ ปี โดยมีการพัฒนาศักยภาพและจำนวนนักวิจัยในสาขาดังกล่าวให้เพิ่มมากขึ้น ให้เพียงพอกับความต้องการของระบบในปัจจุบัน



บรรณานุกรม

- World Health Organization. Traditional medicine. (Accessed ๒๐๐๖, August ๑). Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs๑๓๓/en/>.
- Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, and Delbanco TL. (๑๙๙๓). Unconventional medicine in the United States. Prevalence, cost and patterns of use. *N Engl J Med* ๑๙๙๓; ๓๒๘: ๒๔๖-๒๕๒.
- Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Wilkey S, Van Rompay M, and Kessler RC. (๑๙๙๘). Trends in alternative medicine use in the United States, ๑๙๙๐-๑๙๙๗. *J Am Med Assoc* ๑๙๙๘; ๒๘๐: ๑๕๖๙-๗๕.
- สุภสิทธิ์ พรธนาโรจน์ชัยและอัมพรพรรณ ศรีวิไล. มาตรการทางการเงิน. ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และประพจน์ เกตุธราศ, บรรณาธิการ. ระบบ โครงสร้าง กลไก ในการอนุรักษ์ พัฒนา และคุ้มครอง ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์. ๒๕๔๘.
- Vicker A, and Zollman C. (๑๙๙๙). Complementary medicine and the patient. *BMJ* ๑๙๙๙; ๓๑๙: ๑๔๘๖-๘๘.
- World Health Organization. (๒๐๐๒). *WHO traditional medicine strategy ๒๐๐๒-๒๐๐๕*. Geneva : World Health Organization.
- Wong H and Bitran R. (๑๙๙๗). Definition of a basic package of health services. In Asociados BY. Designing a benefits package. Module prepared for the flagship course on health sector reform and sustainable financing. World Bank..
- ยงศักดิ์ ตันติปิฎก. (๒๕๔๓). การพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือกในระบบสุขภาพไทย: รายงานการสังเคราะห์องค์ความรู้สู่การปฏิรูประบบสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- World Health Organization. (๒๐๐๐). Traditional and modern medicine: harmonizing the two approaches. Manila: Western Pacific Region. World Health Organization.
- Charlton BG. Randomized trials in alternative/complementary medicine. [Accessed ๒๐๐๖, August ๑]. Available from: <http://www.hedweb.com/bgcharlton/randomised.html>

Mason S, Tovey P, and Long AF. (๒๐๐๒). Evaluating complementary medicine: methodological challenges of randomized controlled trials. *BMJ* ๒๐๐๒; ๓๒๕: ๘๓๒-๓๔.

Tang JL, Zhan SY, and Ernst E. (๑๙๙๙). Review of randomized controlled trials of traditional Chinese medicine. *BMJ* ๑๙๙๙; ๓๑๙: ๑๖๐-๑.

ประโยชน์ บุญสินสุข ประพจน์ เกตราภาค และรุ่งทิวา ชาญพิทยานุกุลกิจ. (๒๕๓๘). *การใช้การแพทย์ไทยบำบัดอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อ*. กรุงเทพฯ มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา.

Canter PH, Coon JT, and Ernst E. (๒๐๐๕). Cost effectiveness of complementary treatments in the United Kingdom: systematic review. *BMJ* ๒๐๐๕; ๓๓๑: ๘๘๐-๑.

Ernst E. (๒๐๐๓). Herbal medicines put into context: Their use entails risks, but probably fewer than with synthetic drugs. *BMJ* ๒๐๐๓; ๓๒๗: ๘๘๑-๒.

จีระเดช มโนสร้อย อรัญญา มโนสร้อย. (๒๕๔๙). *วิธีการพัฒนาสมุนไพรให้เป็นผลิตภัณฑ์ที่สามารถแข่งขันได้ในตลาดสากล*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สมภพ ประธานธรรารักษ์ พร้อมจิต ศรีลัมภ์ นพมาศ สุนทรเจริญนนท์ และจีระเดช อุทัยวิทยารัตน์. (๒๕๔๘). *มาตรการด้านการจัดการความรู้ วิจัย และพัฒนา*. ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และประพจน์ เกตราภาค, บรรณาธิการ. *ระบบ โครงสร้าง กลไก ในการอนุรักษ์ พัฒนาและคุ้มครอง ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย*. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์.

Bodeker G. (๒๐๐๑). Lessons on integration from the developing world's experience. *BMJ* ๒๐๐๑; ๓๒๒: ๑๖๔-๑๖๗.

Weil A and Rees L. (๒๐๐๑). Integrated medicine: imbues orthodox medicine with the values of complementary medicine. *BMJ* ๒๐๐๑; ๓๒๒: ๑๑๙-๒๐.

สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน. (๒๕๔๘). *รายงานผลการสำรวจข้อมูลการให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีงบประมาณ ๒๕๔๘*. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

มนทิพา ทรงพานิช ปิยะฉัตร ปาลานุสรณ์ งามเนตร เอี่ยมนาคะ จริย สมเศรษฐ์ กาญจนานุกองคาน้อย และปัทมาวดี กลีกรรรม. (๒๕๔๖). *การสำรวจและประเมินสถานการณ์*



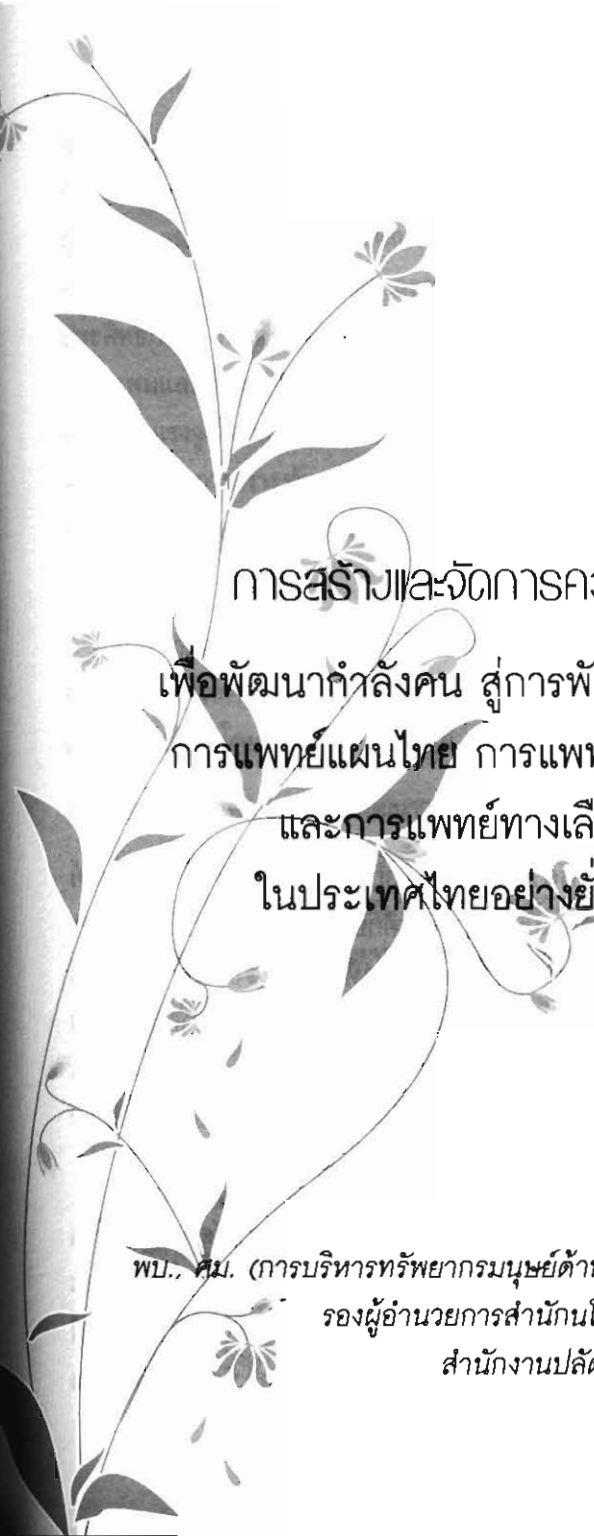
การบริหารการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๕๖. นนทบุรี: กองการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

อนูวัฒน์ สุภชุตินกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (๒๕๕๓). *คุณภาพในระบบสุขภาพ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (๒๕๕๗). *คู่มือมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ*. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๕๔). *แนวทางการตรวจประเมินขั้นทะเบียนหน่วยบริการ*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.

Vicker A, Zollman. (๑๙๙๙). What is complementary medicine? *BMJ* ๑๙๙๙; ๓๑๙: ๖๙๓-๙๖.



การสร้างและจัดการความรู้
เพื่อพัฒนากำลังคน สู่การพัฒนาระบบ
การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน
และการแพทย์ทางเลือก
ในประเทศไทยอย่างยั่งยืน

ขวัญชัย วิศิษฐานนท์
พ.บ., ศ.ม. (การบริหารทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ) เกียรตินิยม
รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



บทสรุปผู้บริหาร



การสร้างและจัดการความรู้เพื่อพัฒนากำลังคนแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน และแพทย์ทางเลือก เป็นผลจากการศึกษาวิเคราะห์เชิงระบบ โดยการทบทวนเอกสาร การสุ่มสำรวจข้อมูลความคิดเห็นของผู้เข้าสอบขึ้นทะเบียนประกอบโรคศิลปะ การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้องค์ประกอบที่สำคัญของการบริหารทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ ๓ ด้าน คือ ๑) การกำหนดนโยบายและการวางแผนทรัพยากรมนุษย์ ๒) การผลิตและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ๓) การใช้และการธำรงรักษานวัตกรรม เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์

ได้ทำการประเมินสถานการณ์การสร้าง การใช้ และจัดการความรู้ในแต่ละองค์ประกอบ วิเคราะห์หาส่วนขาด พบว่าขาดกลไกกำหนดนโยบายและวางแผนทั้งในภาพรวมของระบบ และเฉพาะด้านกำลังคนแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน และแพทย์ทางเลือก ขาดการพัฒนากระบวนการผลิตและพัฒนา ทั้งในด้าน

แผนการผลิต หลักสูตร วิธีการจัดการเรียนการสอน มาตรฐาน-คุณภาพครูอาจารย์ การประกันคุณภาพการศึกษา กลไกการประสานงานระหว่างหน่วยผู้ผลิต ผู้ใช้ ตัวแทน ผู้บริโภค และหน่วยนโยบาย ขาดนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน ในการสร้างความเชื่อมโยงระหว่างการผลิตและการใช้กำลังคนให้มีความสอดคล้องและมีประสิทธิภาพ ทำให้ขาดความชัดเจนของการบริหารทรัพยากรมนุษย์ที่มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านระบบการคัดเลือกสรรหา ระบบค่าตอบแทนแรงจูงใจ ระบบความก้าวหน้าในอาชีพ ระบบการบริหารจัดการเพื่อเพิ่มผลิตภาพ ขาดการสร้าง พัฒนาองค์ความรู้วิชาแพทย์พื้นบ้าน แพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือกที่ชัดเจน อย่างเป็นระบบ ทำให้ระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนขาดทิศทางที่ชัดเจน

นำผลศึกษาที่ได้ไปทำการสังเคราะห์เป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อนำไปสู่การสร้างและจัดการความรู้เพื่อพัฒนากำลังคนแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน และแพทย์ทางเลือก โดยสรุปสาระสำคัญดังนี้

๑. เป้าหมายสำคัญของการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก คือ การพลิกฟื้นนำเอาภูมิปัญญา องค์ความรู้ ให้กลับมา มีบทบาทในการบริบาล ดูแล รักษา พัฒนาสุขภาพพลานามัย โดยจำเป็นต้องมีการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพของชาติ ให้เป็นระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ ที่ผสมผสานองค์ความรู้ทั้งแผนไทยและแผนตะวันตกเข้าด้วยกัน โดยยังคงความเป็นอัตลักษณ์ ความมีคุณค่าของแต่ละระบบย่อยเอาไว้ ดำเนินถึงประสิทธิผล ความปลอดภัย คุณภาพ มาตรฐาน และความประหยัด โดยมีเป้าหมายมุ่งที่การส่งเสริมสนับสนุนความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพของประชาชน ครอบครัวและชุมชน เป็นสำคัญ
๒. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการสร้างและจัดการความรู้ เพื่อการพัฒนากำลังคน แพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก แบ่งออกเป็น ระดับบุคคล ระดับ



องค์กร และระดับมหภาคในเชิงระบบ

ระดับบุคคล ควรมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการรวบรวม จัดเก็บ ประเมินความรู้ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก ที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และมีความเหมาะสมในด้านราคา เพื่อนำไปเผยแพร่สู่สาธารณชน ในหลากหลายรูปแบบวิธีการ รวมทั้งรูปแบบวิธีการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการที่ เน้นหลักสูตรระยะสั้น เพื่อให้ประชาชนสามารถมีโอกาสเข้าถึง มีส่วนร่วมได้ อย่างกว้างขวางมากที่สุด รูปธรรมของหน่วยงานดังกล่าวอาจเป็นสถาบันสุขภาพ วิถีไทย ซึ่งมีลักษณะเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ทางด้านวิชาการ วิจัยและพัฒนา โดยมีการบริหารจัดการที่คล่องตัว สามารถทำหน้าที่ประสานทั้งกับหน่วยงาน ราชการ หน่วยงานการศึกษา หน่วยงานภาคเอกชน ภาคีเครือข่ายแพทย์แผน-ไทย หมอพื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก รวมทั้งภาคประชาสังคมได้ และควรมีหน่วย ซึ่งทำหน้าที่กำกับ ตรวจสอบ ประเมิน เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้บริโภค รวมทั้ง คุ่มครองภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทย ให้มีการพัฒนา เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ ประชาชนอย่างแท้จริง โดยหน่วยงานสนับสนุน พัฒนา กับหน่วยงานกำกับ ตรวจสอบ ประเมิน ควรแยกออกจากกัน เพื่อให้เกิดการตรวจสอบและคาน อำนาจซึ่งกันและกัน

ระดับองค์กร ควรพิจารณาแนวทางการพัฒนาในลักษณะบุคลากรแบบวิชาชีพ หรือกึ่งวิชาชีพ โดยคำนึงถึงคุณภาพ มาตรฐานของบุคลากรที่ได้มีการผลิต หรือพัฒนาขึ้นเป็นสำคัญ ใช้แนวทางการสร้างและจัดการความรู้ ตามแนวคิด วงจรการพัฒนาความรู้ ซึ่งมีองค์ประกอบกิจกรรมสำคัญ ๓ ประการ คือ การ บริการ การศึกษา และการวิจัย การบริการเป็นพื้นฐานประสบการณ์ที่เอื้อต่อ การเรียนรู้ การสร้างความรู้ และการจัดการความรู้ ช่วยให้เกิดการสะสมความรู้ ซึ่งการจัดกระบวนการเรียนรู้ แลกเปลี่ยน พัฒนาความรู้ ทำให้เกิดวงจร ระดับความรู้ เพื่อต่อยอดความรู้จากที่เป็นความรู้ที่ซ่อนเร้นอยู่ในตัวบุคคล ซ่อนอยู่ในวิถีชีวิต วัฒนธรรม (Tacit Knowledge) ซึ่งในระบบการแพทย์

แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกเดิมมีลักษณะเป็นแบบระบบปิด ให้พัฒนาเป็นความรู้แบบชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) โดยเปิดรับการพัฒนาคำความรู้ใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์ เพิ่มเติมเข้าสู่ระบบอีกด้วย การใช้ความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมเป็นแกนกลางของการขับเคลื่อนวงจรกิจกรรมพัฒนา จะช่วยพัฒนาระดับให้การประยุกต์ความรู้ ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนได้อย่างแท้จริง ได้รับการยอมรับในด้านความมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และทำให้บุคลากรทางการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือกมีการพัฒนาวิชาชีพของตนอย่างมีศักดิ์ศรี มีเส้นทาง ทิศทางการพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพ มีขวัญกำลังใจ ทำให้เกิดการพัฒนากำลังคนในระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกในระยะยาวต่อไปได้

ระดับมหภาคในเชิงระบบ มีข้อเสนอเชิงนโยบายในการสร้างและจัดการความรู้ที่สำคัญ ๔ ประการคือ

- ★ ปรับปรุงและยกระดับการทำงานของกรมพัฒนาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ให้เป็นหน่วยสร้างและจัดการความรู้ เพื่อขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนาแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ระดับชาติ โดยพัฒนาขีดความสามารถ ทักษะด้านการกำหนดนโยบาย การวางแผน และการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ ภายในระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานของหน่วยขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ โดยมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลกำลังคนที่เหมาะสม สอดคล้องกับการกำหนดนโยบาย และการวางแผนกำลังคน



- ★ จัดตั้ง และสนับสนุนเครือข่ายสถาบันการศึกษาและฝึกรวม
ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก
เพื่อเป็นเวทีของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุนแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ทรัพยากร จุดเด่นระหว่างสถาบันการศึกษา ยกกระดับ
ขึ้นเป็นชุมชนนักปฏิบัติ โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากหน่วย
นโยบาย หน่วยควบคุมกำกับ ตัวแทนวิชาชีพ ตัวแทนผู้บริโภค
นำไปสู่การสร้าง การใช้ พัฒนา และจัดการความรู้ด้านการ
แพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกที่
มีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาปรับปรุงหลักสูตร เนื้อหาวิชา แลก
เปลี่ยนครูอาจารย์และทรัพยากรการศึกษาด้านต่างๆ มีความ
ร่วมมือในการพัฒนารูปแบบวิธีการจัดการเรียนการสอนพัฒนา
ครูอาจารย์ พัฒนาระบบการประกันคุณภาพการศึกษาพร้อมกัน
อย่างเป็นระบบ
- ★ ปรับปรุงพัฒนา ระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนแพทย์แผน
ไทย แพทย์พื้นบ้านที่ใช้รูปแบบการมอบตัวเป็นศิษย์ โดยให้มี
การพัฒนาหน่วยงานที่ทำหน้าที่ส่งเสริมพัฒนาให้เข้มแข็งมี
ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หลีกเลี่ยงการทับซ้อนของผลประโยชน์
ระหว่างหน่วยควบคุมกำกับ หน่วยส่งเสริมพัฒนา และองค์กร
วิชาชีพ โดยมีการพัฒนาครูอาจารย์ที่รับมอบตัวเป็นศิษย์
พิจารณาการฝึกรวมต่อเนื่องในระหว่างการทำงานเป็นส่วนหนึ่ง
ของการประเมินเพื่อการต่ออายุใบประกอบโรคศิลปะ
- ★ กำหนดให้มีโครงสร้าง กรอบอัตรากำลังสำหรับบุคลากรแพทย์
แผนไทยฯ ของภาครัฐ ที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม ทั้งนี้อาจพิจารณา
ทางเลือกรูปแบบของการจ้างงานสำหรับการบริการภาครัฐ ใน
ลักษณะของ ๑) ข้าราชการ ๒) พนักงานของหน่วยงานแบบ SDU

๓) พนักงานของหน่วยงานแบบองค์การมหาชน ๔) ลูกจ้างเงิน
บำรุงของหน่วยบริการ เช่น รพ. หรือ สอ. ๕) พนักงานของ
หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๖) รับค่าตอบแทนจาก
ชุมชน หรือเป็นการผสมผสานระหว่างรูปแบบทั้ง ๖ รูปแบบ และ
มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากร ระบบค่าตอบแทน
แรงจูงใจ ความก้าวหน้าในวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ มีความยืด
หยุ่น สามารถรักษาบุคลากรไว้ได้ในระบบ

Executive Summary



In this article, situation analysis and policy recommendations of knowledge generation and knowledge management for development of Human Resources for Health (HRH) in Thai traditional medicine, folklore medicine and alternative medicine, were developed by means of systematic literature review, expert in-depth interview, and self administrative questionnaire survey of Thai traditional medicine licensing examiner attendances. Three main components of Human Resources for Health (HRH) as: ๑) HRH Policy and Planning ๒) HRH Training and Production and ๓) HRH Utilization and Retention are used as conceptual framework of the research.

The key findings and policy recommendations are details as follows:

๑. The ultimate goal of development of traditional medicine, folklore medicine and alternative medicine in Thailand is to integrate valuable body of knowledge and wisdom into the national health service system. This will ensure that the national health service system could be benefit and support to development of health sufficiency and self reliance on health to all Thais.
๒. At individual level, the HRH development policy should be focused at development of Health Institute of Thai Wisdom (HITW). The institute will generate, manage and disseminate the body of knowledge and Thai wisdom through out Thai society. HITW should operate and manage in autonomous style and work complementary with the Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine (DTAM) and other allied institutes.
๓. The HRH development policy for organization level should utilize the learning or knowledge development cycle which has three main activities as ๑) Health care and services ๒) Academic and teaching, and ๓) Research. This cycle could be used for knowledge generation and knowledge management. It could develop the HRH and organization to become knowledgeable workforce and learning organization.
๔. The Macro HRH development policies are aimed at the system changes and its sustainability. Four policies recommendations are proposed as:



- ★ The DTAM should be developed and strengthened to become a national policy agency for development of Thai traditional and alternative medicine.
- ★ A networking of colleges and faculties should be developed and strengthened.
- ★ Informal training program and licensing examination under article ๓๓ (a) of the Medical Practice Control Act, ๒๕๔๐ B.E., should be developed and improved its quality and standard especially for the performance of the old traditional teachers.
- ★ HRH utilization system and production plan should be developed to become more synchronized and synergistic to each other. Posting and career path in public sector should be clearly developed to boost up morale of the workforce.



บทนำ

องค์ความรู้ และการพัฒนากำลังคนแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน และ แพทย์ทางเลือกในประเทศไทย ถูกทอดทิ้งละเลยและขาดการพัฒนามาเป็นระยะเวลายาวนาน จึงจำเป็นต้องมีการสร้างและจัดการความรู้อย่างเป็นรูปธรรมจริงจัง และต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้และกำลังคนอย่างยั่งยืน ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์ในเชิงระบบ โดยการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้องค์ประกอบที่สำคัญของการบริหารทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ ๓ ด้าน คือ ๑. การกำหนดนโยบายและการวางแผนทรัพยากรมนุษย์ ๒. การผลิตและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ๓. การใช้และการธำรงรักษามูลค่า

ทำการประเมินสถานการณ์การสร้าง การใช้ และการจัดการความรู้ในแต่ละองค์ประกอบ เพื่อวิเคราะห์หาส่วนขาด พบว่าขาดกลไกกำหนดนโยบายและ



วางแผนทั้งในภาพรวมของระบบ และเฉพาะด้านกำลังคนการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ขาดการพัฒนากระบวนการผลิตและพัฒนาทั้งในด้านแผนการผลิต หลักสูตร วิธีการจัดการเรียนการสอน มาตรฐานและคุณภาพครูอาจารย์ การประกันคุณภาพการศึกษา กลไกการประสานงานระหว่างหน่วยผู้ผลิต ผู้ใช้ ตัวแทนผู้บริโภค และหน่วยงานนโยบาย ขาดนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน ในการสร้างความเชื่อมโยงระหว่างการผลิตและการใช้กำลังคนให้มีความสอดคล้องและมีประสิทธิภาพ ทำให้ขาดความชัดเจนของการบริหารทรัพยากรมนุษย์ที่มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านระบบการคัดเลือกสรรหา ระบบค่าตอบแทน แรงจูงใจ ระบบความก้าวหน้าในอาชีพ ระบบการบริหารจัดการเพื่อเพิ่มผลิตภาพ ขาดการสร้าง พัฒนาองค์ความรู้วิชาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก ที่ชัดเจน อย่างเป็นระบบ ทำให้ระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนขาดทิศทางที่ชัดเจน

นำผลศึกษาที่ได้ไปทำการสังเคราะห์เป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อนำไปสู่การสร้างและจัดการความรู้ อย่างเป็นระบบเพื่อเป็นข้อเสนอในการพัฒนากำลังคน การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอย่างยั่งยืน โดยสรุปสาระสำคัญดังนี้

เป้าหมายของการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก

การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก มีเป้าหมายที่สำคัญ คือ การพลิกฟื้นนำเอาภูมิปัญญา องค์ความรู้ที่บรรพชนได้สั่งสมพัฒนา ค่ายทอดไว้ให้ลูกหลานไทย ให้กลับมามีบทบาทในการบริบาล ดูแล รักษา พัฒนาสุขภาพพลานามัยของประชาชนสืบไป ภาพรวมของระบบการบริบาลสุขภาพ

ไทย ซึ่งมีระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เป็นส่วนหนึ่งของระบบโดยรวม มีคุณลักษณะ ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่าง ระบบย่อย แต่ละระบบสรุปได้ดังภาพที่ ๑ มีรายละเอียดคือ

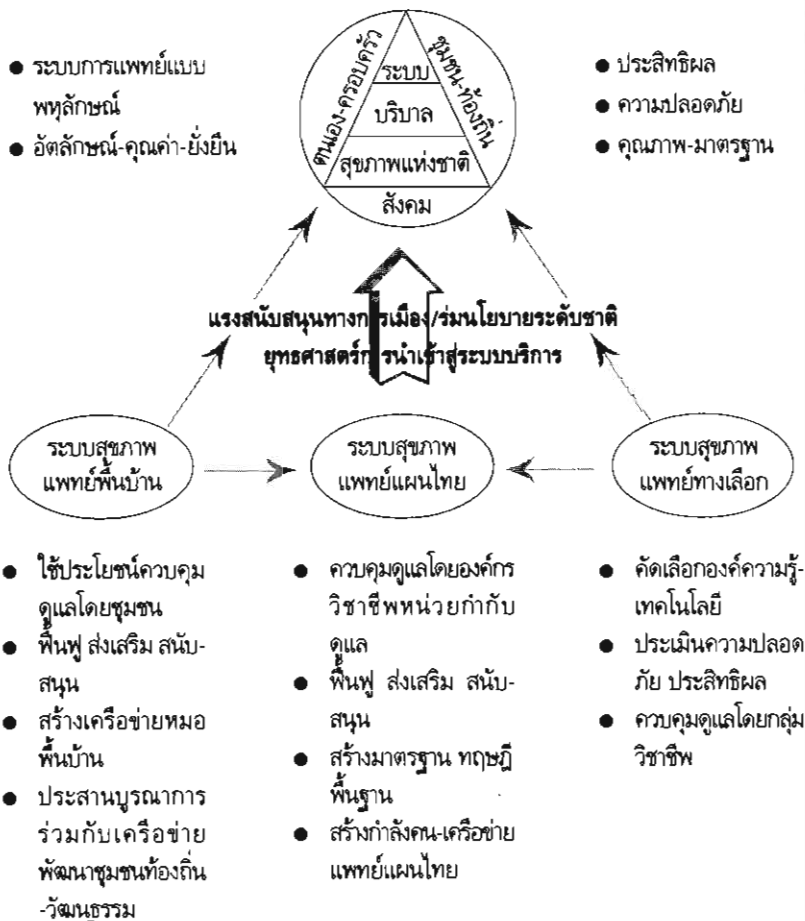
ระบบการบริหารสุขภาพของไทยที่พึงประสงค์ ควรมีลักษณะเป็นระบบ การแพทย์แบบพหุลักษณะ (โกลาตร, ๒๕๔๗) กล่าวคือ เป็นการผสมผสานระหว่าง ระบบย่อยที่มีความแตกต่างกันหลายระบบ โดยนำเอาภูมิปัญญา องค์ความรู้ การ บริบาลสุขภาพที่หลากหลาย ซึ่งต่างมีจุดดี จุดด้อย ข้อจำกัดที่แตกต่างกัน มีการ ผสมผสานกันระหว่างระบบการแพทย์แผนตะวันตก กับการแพทย์แผนไทยหรือ การบริบาลสุขภาพวิถีไท เนื่องจากการแพทย์แผนตะวันตกได้รับการสถาปนา ให้ เป็นระบบบริบาลสุขภาพหลักของประเทศไทย มาเป็นระยะเวลาที่ยาวนานหลาย ทศวรรษ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องทุ่มเทความพยายามอย่างมาก และต้องได้รับการ สนับสนุนระดับนโยบาย จากฝ่ายการเมืองอย่างเข้มแข็งจริงจัง ในการพลิกพื้นที่ให้ ระบบการแพทย์แผนไทยให้สามารถกลับมามีบทบาทในการบริบาลสุขภาพ พลานามัยของคนไทยได้ ทั้งนี้โดยยังคงความเป็นอัตลักษณ์ เพื่อให้ยังคงความ เป็นตัวของตัวเอง ความมีคุณค่าของภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไท ได้อย่างยั่งยืนด้วย

การมียุทธศาสตร์ผสมผสานระบบสุขภาพการแพทย์แผนไทย การแพทย์ พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เข้าสู่ระบบบริบาลสุขภาพแห่งชาติ ที่มีความชัดเจน เป็นรูปธรรม โดยได้รับแรงสนับสนุนทางการเมือง มีกลไกการขับเคลื่อนนโยบาย ในระดับชาติที่เข้มแข็ง จริงจัง ต่อเนื่องจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยต้องคำนึงถึง การตรวจสอบ วิจัยเพื่อยืนยันถึง ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพ มาตรฐาน ขององค์ความรู้ เทคโนโลยี ระบบการบริการ ตลอดจนบุคลากรที่เป็นผู้ให้บริการ นั้นๆ ด้วย

ทั้งนี้ระบบย่อยของระบบการแพทย์แผนไทย ระบบการแพทย์พื้นบ้าน และ ระบบการแพทย์ทางเลือกนั้นอาจมีรายละเอียดของการดูแล บริหารจัดการที่แตกต่าง กันออกไป ตามสภาพการณ์ที่ต่างกันในแต่ละระบบย่อย การพิจารณากำหนด



ภาพที่ ๑ คุณลักษณะ และความสัมพันธ์ระหว่างระบบบริหารสุขภาพแห่งชาติ กับ ระบบสุขภาพการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก



องค์ความรู้ ภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพในวิถีชีวิต วัฒนธรรม ชุมชน

นโยบายจึงควรมีความละเอียดอ่อน พัฒนา สนับสนุน ควบคุมกำกับ ดูแลให้
เหมาะสมกับระบบย่อยนั้น ๆ โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่เกิดกับประชาชน และการส่งเสริม
สนับสนุนให้ประชาชน ครอบครัว และชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้เป็นสำคัญ

การสร้างและจัดการความรู้เพื่อการพัฒนากำลังคน การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ ทางเลือก

การสร้างและจัดการความรู้เพื่อการพัฒนากำลังคนแพทย์แผนไทย แพทย์
พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก สามารถใช้แนวทางในการศึกษาวิเคราะห์เพื่อการ
สังเคราะห์เป็นข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบายได้หลายแนวทาง การวิเคราะห์โดยแบ่ง
ระดับออกเป็น ระดับบุคคล ระดับองค์กร และระดับมหภาคในเชิงระบบ สามารถ
ใช้เป็นแนวทางการศึกษาวิเคราะห์ได้แนวทางหนึ่ง ผลของการศึกษาวิเคราะห์และ
การสังเคราะห์เพื่อจัดทำข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบายมีดังนี้

ระดับบุคคล

การพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการ
แพทย์ทางเลือก ในระดับบุคคล ควรมีเป้าหมายคือ เพื่อมุ่งสู่การพัฒนาความรู้
ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนอย่างได้ผล
ปลอดภัย และมีราคาไม่แพง ให้สามารถพึ่งตนเองได้ ทั้งในทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ
ความรู้ ภูมิปัญญา หนุนเสริมให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ส่งเสริมวัฒนธรรม
พื้นฐานที่ดีงาม สร้างความเข้มแข็งของครอบครัวชุมชนในการเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน
(ยงค์ศักดิ์ ดันติปฏิภก และคณะ, ๒๕๔๗; วิจิต เปานิล และคณะ, ๒๕๕๘)

ข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย



การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ในระดับบุคคล ได้แก่ การมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการรวบรวม จัดเก็บ ประเมินความรู้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก ที่มีประสิทธิผล ปลอดภัย และมีความเหมาะสมในด้านราคา เพื่อนำไปเผยแพร่สู่สาธารณชน ในหลากหลายรูปแบบวิธีการ ทั้งในรูปแบบเอกสาร บทความ ตำรา คู่มือ วารสาร สื่อการเรียนการสอนแบบผสมทั้งภาพและ/หรือเสียง โดยผ่านสื่อที่หลากหลาย เช่น วิทยุ โทรทัศน์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ผ่านทางเครือข่ายคอมพิวเตอร์ รวมทั้งรูปแบบวิธีการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการที่เน้นหลักสูตรระยะสั้น เพื่อให้ประชาชนสามารถมีโอกาสเข้าถึง มีส่วนร่วมได้อย่างกว้างขวางมากที่สุด ซึ่งในขั้นต้นหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่สนับสนุน พัฒนาดังกล่าวควรเป็นสถาบันสุขภาพวิถีไทย ซึ่งมีลักษณะเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ทางด้านวิชาการ วิจัยและพัฒนา โดยมีความคล่องตัว สามารถทำหน้าที่ประสานทั้งกับหน่วยงานราชการ หน่วยงานการศึกษา หน่วยงานภาคเอกชน ภาคเครือข่ายแพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก รวมทั้งภาคประชาสังคมได้อย่างคล่องตัว

อย่างไรก็ตามควรมีหน่วยซึ่งทำหน้าที่กำกับ ตรวจสอบ ประเมิน เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้บริโภค รวมทั้งคุ้มครองภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทย ให้มีการพัฒนาเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนอย่างแท้จริง โดยหน่วยงานสนับสนุน พัฒนา กับหน่วยงานกำกับ ตรวจสอบ ประเมิน ควรแยกออกจากกัน เพื่อให้เกิดการตรวจสอบและคานอำนาจซึ่งกันและกัน

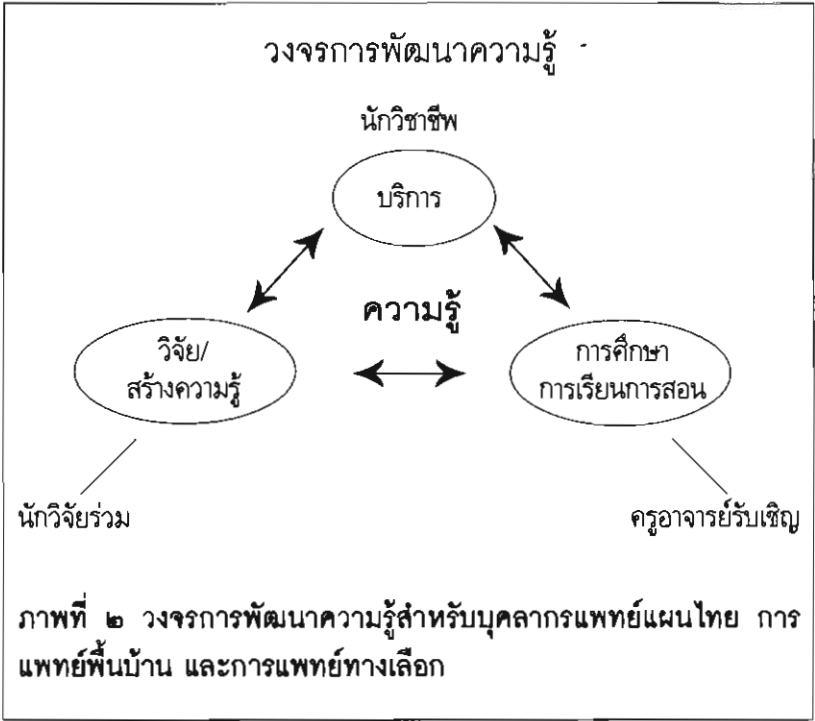
ระดับองค์กร

สำหรับการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ในระดับองค์กรนั้น ควรพิจารณาแนวทางการพัฒนาในลักษณะบุคลากรแบบวิชาชีพ หรือกึ่งวิชาชีพ โดยคำนึงถึงคุณภาพ มาตรฐานของบุคลากรที่ได้มีการผลิตหรือพัฒนาขึ้นเป็นสำคัญ โดยควรมีความรู้ ทักษะความชำนาญในด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และหรือ การแพทย์ทาง

เลือกตามแต่กรณีเป็นอย่างดี มีเจตคติที่ดี มีระบบค่าตอบแทนแรงจูงใจที่เหมาะสม มีระบบการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพมีเส้นทางความก้าวหน้าทางวิชาชีพ วิชาการที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน

การสร้างและจัดการความรู้เพื่อพัฒนากำลังคนแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือกและแพทย์พื้นบ้านในระดับองค์กร โดยเน้นที่ความเป็นบุคลากรระดับวิชาชีพหรือกึ่งวิชาชีพนั้น มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับการพัฒนาบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์แผนตะวันตก มีวงจรของการพัฒนาความรู้ ดังที่ได้แสดงไว้ในภาพที่ ๒ ซึ่งมีองค์ประกอบกิจกรรมที่เอื้อต่อการสร้างและพัฒนาความรู้ที่สำคัญ ๓ ประการ คือ ๑. กิจกรรมด้านการบริการ ๒. กิจกรรมด้านการศึกษา หรือการเรียนการสอน และ ๓. กิจกรรมด้านการวิจัยศึกษาค้นคว้าองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริหารการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ทั้งที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการที่มีการให้บริการโดยตรง หรือเป็นหน่วยสนับสนุน ควรมีการพัฒนา กำลังคนและบุคลากรโดยใช้แนวทางการสร้างและจัดการความรู้ ซึ่งการพัฒนาบุคลากรตามแนวคิดวงจรการพัฒนาความรู้ โดยใช้การบริหารดูแลสุขภาพพลานามัยทั้งแก่ผู้ป่วย ประชาชน ชุมชนเป็นพื้นฐานประสบการณ์ที่เอื้อต่อการเรียนรู้อการสร้างความรู้ และการจัดการความรู้ การมีประสบการณ์จากการให้บริการโดยตรง จะช่วยทำให้เกิดการสะสมความรู้ ซึ่งหากได้มีการจัดการระบบการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนพัฒนาความรู้ มีการพัฒนาให้เกิดวงจรระดับความรู้ เพื่อต่อยอดความรู้จากที่เป็นความรู้ที่ซ่อนเร้นอยู่ในตัวบุคคล ซ่อนอยู่ในวิถีชีวิต วัฒนธรรม (Tacit Knowledge) ซึ่งในระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือกเดิมมีลักษณะเป็นแบบระบบปิด ให้พัฒนาเป็นความรู้แบบชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) โดยเปิดรับการพัฒนาความรู้ใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์ เพิ่มเติมเข้าสู่ระบบได้ด้วย (สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม, ๒๕๔๔)

แนวคิดวงจรพัฒนาคความรู้โดยใช้องค์ประกอบกิจกรรมสำคัญ คือ การบริการ การศึกษา และการวิจัย สามารถใช้เป็นแนวทางการพัฒนาบุคลากรทั้งที่



ปฏิบัติงานอยู่ในระบบราชการ ภาคเอกชน รวมทั้งที่อยู่ในสถาบันการศึกษา หรือเป็นผู้ที่ได้รับการถ่ายทอดภูมิปัญญาความรู้จากบรรพบุรุษ ซึ่งอยู่ในชุมชน โดยในด้านการบริการนั้น สถาบัน องค์กร หน่วยงานสามารถใช้การบริการ เป็นฐานในการสร้างความรู้ ใช้งานบริการนำไปสู่การวิจัยสร้างความรู้ รวมทั้งใช้การบริการเป็นส่วนหนึ่งในการจัดการเรียนการสอน การฝึกอบรม โดยเฉพาะการเรียนการสอน และการฝึกภาคปฏิบัติ อีกทั้งสามารถเชื่อมโยงกับผู้ที่มีความรู้ประสบการณ์ในชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมทั้งในด้านการบริการ การเรียนการสอน และการวิจัย

ทั้งนี้การใช้ความรู้ที่ถูกต้อง เหมาะสมเป็นแกนกลางของการขับเคลื่อน
วงจรรการพัฒนา จะช่วยพัฒนายกระดับให้การประยุกต์ความรู้ ภูมิปัญญาการแพทย์
แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เป็นประโยชน์ต่อการดูแล
บริหารสุขภาพของประชาชนได้อย่างแท้จริง ได้รับการยอมรับในด้านความมี
ประสิทธิผล ปลอดภัย และทำให้บุคลากรทางการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน
การแพทย์ทางเลือก มีการพัฒนาวิชาชีพของตนอย่างมีศักดิ์ศรี มีเส้นทางทิศทาง
การพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพ มีขวัญกำลังใจ ทำให้เกิดการพัฒนากำลังคนใน
ระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกในระยะยาว
ต่อไปได้

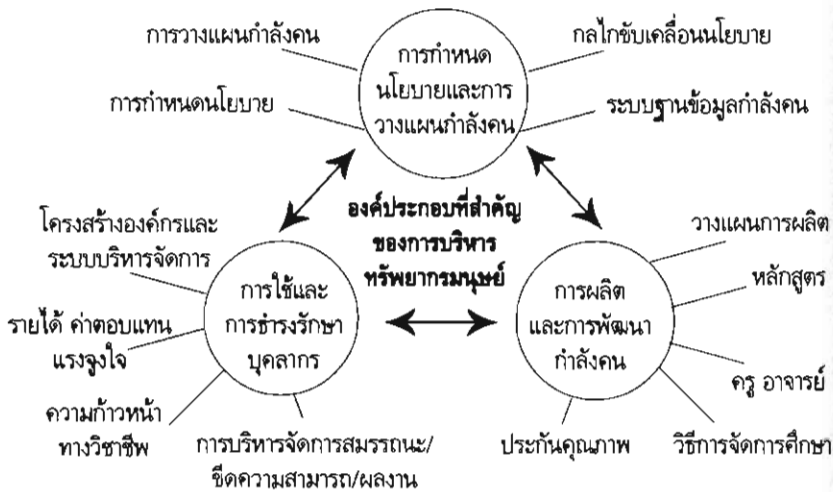
ระดับมหภาคในเชิงระบบ

นอกเหนือจากการพัฒนากำลังคนในระดับบุคคล และองค์กรแล้ว เพื่อ
ให้เกิดผลกระทบทางนโยบายในวงกว้าง และเกิดความยั่งยืนของการพัฒนาองค์
ความรู้และกำลังคน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนากำลังคนการ
แพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกในระดับมหภาค โดยมี
การวิเคราะห์ในเชิงระบบ และใช้องค์ประกอบที่สำคัญของระบบบริหารจัดการ
ทรัพยากรมนุษย์ ๓ ประการ คือ ๑) การกำหนดนโยบายและการวางแผน
ทรัพยากรมนุษย์ ๒) การผลิตและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ๓) การใช้และธำรง
รักษาทรัพยากรมนุษย์ ทั้งนี้ได้ทำการวิเคราะห์ในแต่ละองค์ประกอบย่อย ดังที่ได้
แสดงไว้ในภาพที่ ๓ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Homby, ๑๙๘๐; Dal Poz, et al.,
๒๐๐๖)

นำผลศึกษาที่ได้ไปทำการสังเคราะห์เป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อนำไปสู่
การสร้างและจัดการความรู้เพื่อพัฒนากำลังคนการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้น
บ้าน และการแพทย์ทางเลือก โดยมีข้อเสนอเชิงนโยบายโดยสรุปสาระสำคัญ ๔
ประการ คือ



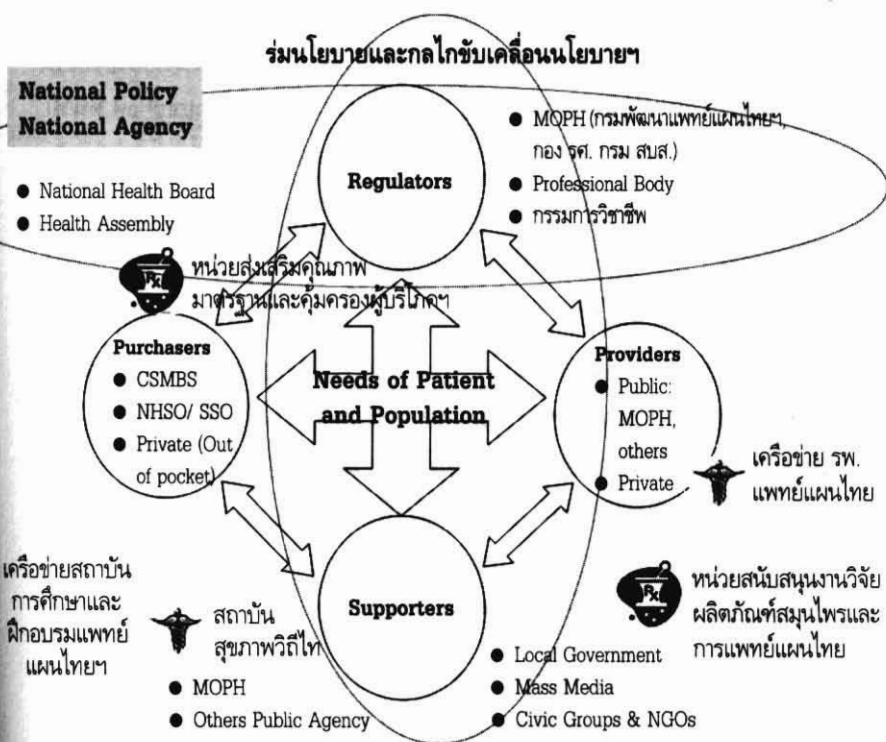
ภาพที่ ๓ กรอบแนวคิดของการวิจัยเพื่อพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกในระดับมหภาคในเชิงระบบ โดยใช้องค์ประกอบที่สำคัญของการบริหารทรัพยากรมนุษย์



๑. ปรับปรุงและยกระดับการทำงานของกรมพัฒนาแพทย์แผนไทยฯ ให้เป็นหน่วยขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนาแพทย์แผนไทยฯ ระดับชาติ

ในการสร้างและจัดการความรู้เพื่อพัฒนากำลังคนด้านแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน และแพทย์ทางเลือกให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องมีการพัฒนาหน่วยงานที่ทำหน้าที่ พัฒนา ผลักดัน และขับเคลื่อนนโยบาย ความคุ้มค่าในภาพรวมในเชิงระบบ

ภาพที่ ๔ โครงสร้าง บทบาทภารกิจ และความสัมพันธ์ของหน่วยงาน
 ในระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก



รวมทั้งการพัฒนากำลังคนควรเป็นไปอย่างสอดคล้อง กับการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกในภาพรวมด้วย จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาโครงสร้างของหน่วยงานที่ทำหน้าที่บทบาทภารกิจ ในด้านการควบคุมกำกับ การพัฒนารับรองคุณภาพมาตรฐาน การส่งเสริมพัฒนา โดยมีการจัดความสัมพันธ์ของหน่วยงานที่ทำหน้าที่ซึ่งแตกต่างกันอย่างเหมาะสม



ดังนั้นจึงมีข้อเสนอโครงสร้าง บทบาทภารกิจ และความสัมพันธ์ของหน่วยงานที่ควรให้มีการพัฒนาขึ้นในระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย ดังที่แสดงไว้ตามภาพที่ ๔ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาหน่วยงานที่มีบทบาทภารกิจที่สำคัญ ๕ ด้าน ได้แก่ ๑) หน่วยงานที่ทำหน้าที่กำหนดพัฒนานโยบายในระดับชาติ (National Policy Agency) ๒) หน่วยงานที่ทำหน้าที่ควบคุม กำกับดูแลระบบในภาพรวม (Regulators) ๓) หน่วยบริการ (Service Providers) ๔) หน่วยสนับสนุนพัฒนา (Supporters & Development Agencies) และ ๕) หน่วยผู้ซื้อบริการ (Service Purchasers) โดยมีเป้าหมายสำคัญร่วมกันของการปฏิบัติบทบาทภารกิจของแต่ละหน่วยที่ต้องมุ่งเน้นที่การตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นของประชาชนและผู้ป่วยเป็นสำคัญ

จากภาพที่ ๔ จะเห็นได้ว่านอกจากหน่วยงานหลักซึ่งมีอยู่เดิมที่ทำบทบาทภารกิจในด้านต่างๆ นั้น ซึ่งควรมีการปรับปรุงพัฒนาให้มีบทบาทภารกิจที่เหมาะสมยิ่งขึ้น ยังมีหน่วยงานใหม่ที่ควรได้มีการพัฒนาจัดตั้งเพิ่มเติม ได้แก่ สถาบันสุขภาพวิถีไทย เครือข่ายสถาบันการศึกษาและฝึกอบรมฯ หน่วยสนับสนุนงานวิจัยผลิตภัณฑ์สมุนไพรและการแพทย์แผนไทยฯ เครือข่ายโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยฯ หน่วยส่งเสริมคุณภาพมาตรฐานและคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น

สำหรับการพัฒนาปรับปรุง โครงสร้าง บทบาทภารกิจของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทยนั้น ควรได้รับการยกระดับจากเดิมซึ่งทำหน้าที่เป็นเพียงหน่วยงานระดับกรมวิชาการขนาดเล็กของกระทรวงสาธารณสุข^๑ โดยพัฒนาปรับปรุงขึ้นให้มี

^๑กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๕. กฏกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๕. ในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๑๙ ตอนที่ ๑๐๓ ก หน้า ๕๗ ลงวันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๔๕

บทบาทภารกิจเป็นหน่วยพัฒนา กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกในระดับชาติ โดยมีศักยภาพในการขับเคลื่อน ผลักดันนโยบาย ยุทธศาสตร์ของชาติให้ประสบผลสำเร็จ เกิดร่นโยบายเพื่อให้หน่วยงานอื่นๆ สามารถร่วมดำเนินการผลักดัน ขับเคลื่อนนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล

อย่างไรก็ตามจากการประเมินสถานการณ์ ด้านโครงสร้าง ศักยภาพทรัพยากร และการสนับสนุนเชิงนโยบาย ซึ่งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้รับในปัจจุบัน^๒ พบว่ามีส่วนขาด การพัฒนาที่ควรได้รับการสนับสนุนระดับนโยบายจากฝ่ายการเมืองอยู่มาก จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยสร้างความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอการปรับปรุงพัฒนาบทบาทภารกิจ ยกระดับการทำงานของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้ชัดเจนเป็นรูปธรรม กำหนดแนวทางการผลักดันให้เกิดผลโดยได้รับการสนับสนุนอย่างจริงจังต่อเนื่องจากฝ่ายการเมือง ภายใต้การเชื่อมโยงให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคมกลุ่มต่างๆ อย่างกว้างขวาง

ทั้งนี้ มีแนวทางการพัฒนาขีดความสามารถ ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ให้สามารถปฏิบัติบทบาทภารกิจทำหน้าที่เป็นหน่วยงานร่นนโยบายดังกล่าว โดยใช้แนวทางการพัฒนาให้เป็นหน่วยที่มีความสามารถในการสร้างและจัดการความรู้ ดังที่ได้สรุปไว้ตามตารางที่ ๑ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานของหน่วยขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ โดยควรมีการพัฒนาทักษะด้านการกำหนดนโยบาย การวางแผน และการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ ภายในระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก โดยอาจเป็นการพัฒนาในลักษณะเครือข่ายนักบริหาร นักวิเคราะห์

^๒บทสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ. อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, ๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๔



และนักวางแผนทรัพยากรมนุษย์ โดยร่วมกับหน่วยงานนโยบายในภาครัฐอื่นๆ หรือร่วมกับเครือข่ายสถาบันการศึกษา หรือภาคีองค์กรวิชาชีพ และภาคีประชาสังคม โดยมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลกำลังคนที่เหมาะสม สอดคล้องกับการกำหนดนโยบาย และการวางแผนกำลังคน

การปรับปรุงโครงสร้างของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ

บทบาทภารกิจ	โครงสร้างองค์กร	หมายเหตุ
สร้าง รวบรวม วิเคราะห์ ประเมิน สังเคราะห์ และใช้ความรู้	หน่วยบริหารงานวิจัย	มีทั้งบริหารงานวิจัยที่ตัวเองหรือกำหนดหัวข้อและสนับสนุนทุนวิจัย
วิเคราะห์ สังเคราะห์ จัดทำ และผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์	หน่วยบริหารนโยบาย แผน และยุทธศาสตร์	มีหน่วยย่อยทำหน้าที่บริหารนโยบาย แผนและยุทธศาสตร์กำลังคน
สนับสนุน ส่งเสริม เผยแพร่ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร	หน่วยฝึกอบรมและเผยแพร่	เน้นการส่งเสริม สนับสนุนประสานหน่วยงานอื่นๆ
อนุรักษ์ ฟื้นฟู พิทักษ์ และคุ้มครองภูมิปัญญา	หน่วยพิทักษ์และคุ้มครองภูมิปัญญา	อาจพิจารณาแยกภารกิจนี้ตั้งเป็นหน่วยงานเฉพาะด้าน

ตารางที่ ๑ สรุปข้อเสนอแนวทางการปรับบทบาทภารกิจ โครงสร้าง และความสัมพันธ์เชิงระบบของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

สำหรับฐานข้อมูลที่จำเป็น ต่อการกำหนดนโยบายและการวางแผน ทรัพยากรมนุษย์นั้น ได้แก่ ฐานข้อมูลด้านประชากร ระบาดวิทยา ภาวะโรคที่สามารถ ประยุกต์องค์ความรู้ ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการ แพทย์ทางเลือกในการบิบาลสุขภาพได้ ฐานข้อมูลพฤติกรรมการใช้บริการ การ ดูแลตนเองของประชาชน การตัดสินใจเลือกใช้บริการ รวมทั้งข้อมูลระดับความ สามารถในการจ่าย หากใช้รูปแบบบริการแบบเอกชน ซึ่งต้องใช้กลไกตลาดเป็น แนวทางการวางแผนและบริหารจัดการระบบ ฐานข้อมูลการประเมินเทคโนโลยี องค์ความรู้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ใน ด้านประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย เพื่อให้สามารถตัดสินใจใช้ เทคโนโลยี องค์ความรู้ได้อย่างเหมาะสม และฐานข้อมูลกำลังคนด้านการแพทย์ แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ที่มีความถูกต้อง แม่นยำ เป็น ปัจจุบัน ทันเวลา ทั้งในด้านประเภท ปริมาณ การกระจาย สมรรถนะ ความรู้ ทักษะ ความชำนาญ ตลอดจนสภาพความเป็นอยู่ สภาพการปฏิบัติงาน ขวัญกำลังใจ การ ไหลเวียนบุคลากร อัตราการสูญเสีย เป็นต้น

ซึ่งหากกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ได้รับการ พัฒนายกระดับให้มีขีดความสามารถในการปฏิบัติการกิจเป็นหน่วยสร้างและ จัดการความรู้เพื่อกำหนด ผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์การ พัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกในระดับชาติ ตลอดจนมีโครงสร้างการทำงานในเชิงระบบในการประสาน สนับสนุนหน่วยงานที่มี บทบาทภารกิจในด้านอื่นๆ ได้อย่างหนุนเสริม ประสาน สอดคล้อง ซึ่งกันและกัน ก็จะทำให้การพัฒนารแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ในประเทศไทย เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในอัตราเร่งที่ก้าวหน้ารวดเร็วมากยิ่งขึ้น

๒. จัดตั้งและสนับสนุนเครือข่ายสถาบันการศึกษาและฝึกอบรมด้านการ แพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

จากแนวโน้มกระแสความสนใจของประชาชนโดยทั่วไป ในการนำความรู้



ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก มาประยุกต์
ในการดูแล บริบาลสุขภาพอนามัยที่มีเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนวด อบ
ประคบ การใช้สมุนไพร การใช้เครื่องหอมและน้ำ ทั้งเพื่อการบำรุงสุขภาพ การ
ผ่อนคลาย การประเทินความงาม และการรักษาโรคต่างๆ ทำให้หน่วยงาน ทั้งภาค
ราชการและเอกชน ทั้งที่เป็นสถาบันที่ทำหน้าที่ด้านการศึกษาโดยตรง หรือหน่วย
งานอื่นๆ ได้จัดการฝึกอบรม การเรียนการสอนในหลักสูตรการแพทย์แผนไทย
การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก สาขาต่างๆ ขึ้นเป็นจำนวนมาก ดังที่ได้
สรุปไว้เฉพาะที่เป็นการศึกษาฝึกอบรมในระดับต่ำกว่าปริญญา และระดับปริญญา
ในตารางที่ ๒ และ ๓ ตามลำดับ ดังนี้

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวิเคราะห์เอกสาร และข้อมูลการสัมภาษณ์
ผู้บริหารการศึกษาในสถาบันต่างๆ พบว่าในสถาบันการศึกษาส่วนใหญ่ ยังขาดการ
พัฒนาแผนการผลิต การพัฒนาหลักสูตร วิธีการจัดการเรียนการสอนที่ได้มาตรฐาน
รวมทั้งขาดแคลนครู อาจารย์ที่มีประสบการณ์และมีความสามารถในการถ่ายทอด
ความรู้ รวมทั้งสถานที่ฝึกภาคปฏิบัติสำหรับนักเรียน นิสิต นักศึกษา ขาดการ
พัฒนาระบบการประกันคุณภาพการศึกษาที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม นอกจากนี้ผู้
บริหารการศึกษายังต้องการได้รับการสนับสนุนเพื่อให้เกิดกลไกการประสานงาน ทั้ง
ระหว่างหน่วยผลิตกำลังคนแต่ละสถาบัน และในระหว่างสถาบันการศึกษาต่างๆ
ระหว่างหน่วยผลิตกับหน่วยผู้ใช้งานกำลังคน หน่วยผลิตกับหน่วยงานควบคุมกำกับ เช่น
กองการประกอบโรคศิลปะ คณะกรรมการวิชาชีพฯ เป็นต้น ทั้งนี้จากข้อมูลตาม
ตารางที่ ๒ จะเห็นได้ว่าบางสถาบันมีการหยุดการผลิตเป็นการชั่วคราว โดยมีสาเหตุ
จากขาดความชัดเจนในด้านแผนความต้องการของหน่วยผู้ใช้งานกำลังคน ซึ่งเป็นหน่วย
บริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ โดยที่กำลังคนที่ผลิตออกมา
แล้วมีปัญหาในการบรรจุ ไม่สามารถมีอัตราตำแหน่งเพื่อการเปลี่ยนสายงานใหม่ที่มี
ความก้าวหน้าในวิชาชีพที่เหมาะสม ทำให้ต้องมีการทบทวนแผนการผลิต และ
ต้องการปรับปรุงหลักสูตรใหม่โดยมีเป้าหมายเพื่อมุ่งตอบสนองต่อความต้องการ
ในภาคเอกชนที่เพิ่มสูงขึ้น

ตารางที่ ๒ สถาบันการศึกษาที่มีการจัดการเรียนการสอนการแพทย์
 แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ในระดับต่ำกว่า
 ปริญญา

ลำดับ	ชื่อสถาบัน	วุฒิการศึกษา ที่ได้รับ	ระยะเวลา ศึกษา	จำนวน รุ่นละ	จำนวนจบ การศึกษา
๑.	สถาบันเทคโนโลยี ราชมงคล ทุมธานี	ปวส. วิทยาศาสตร์ สุขภาพ (การแพทย์ แผนไทยประยุกต์)	๓ ปี	๓๐	๑๙๔
๒.	โรงเรียนแพทย์แผนไทย ธรรมรักษ์ วัดพระพุทธ บาทน้ำพุ จ.ลพบุรี	ปวส. (สาขาการ แพทย์แผนไทย ประยุกต์)	๓ ปี	ไม่ระบุ ชัดเจน	
๓.	วิทยาลัยเทคโนโลยีทาง การแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก	ปวส. (สาขาการ แพทย์แผนไทย ประยุกต์)	๓ ปี	๓๐	๕๕๔
๔.	วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร อุบลราชธานี	ประกาศนียบัตร การแพทย์แผนไทย (อายุเวช)	๒ ปี	หยุดผลิต ๑ ปี	๑๖๗

ดังนั้นเพื่อให้เกิดกลไกการพัฒนาการศึกษาฝึกรวม เพื่อพัฒนากำลัง
 คนแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน และแพทย์ทางเลือก อย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง ใน
 ระยะยาว จึงควรมีการจัดตั้งเครือข่ายสถาบันการศึกษาและฝึกรวมด้านการ
 แพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก อย่างเป็นรูปธรรม โดย
 ในระยะเริ่มต้นควรได้รับการส่งเสริมพัฒนา สนับสนุนจากหน่วยงานราชการ เช่น



กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข อย่างเข้มแข็งจริงจัง ต่อเนื่อง หรืออาจเป็นการร่วมสนับสนุนจากหน่วยงานในกำกับของทางราชการ เช่น สถาบันสุขภาพวิถีไทย ฯลฯ ซึ่งเป็นข้อเสนอของบทบาทภารกิจส่วนหนึ่งของสถาบันดังกล่าวในการจัดการระบบกลไกเพื่อสร้างความรู้และจัดการความรู้เพื่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

เพื่อเป็นเวทีของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุนแลกเปลี่ยนทรัพยากร จุดเด่นระหว่างสถาบันการศึกษา ยกระดับขึ้นเป็นชุมชนนักปฏิบัติ โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานโยบาย หน่วยควบคุมกำกับ ตัวแทนวิชาชีพ ตัวแทนผู้บริโภค นำไปสู่การสร้าง การใช้ พัฒนา และจัดการความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกที่มีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาปรับปรุงหลักสูตร เนื้อหาวิชา แลกเปลี่ยนครูอาจารย์และทรัพยากรการศึกษาด้านต่างๆ มีความร่วมมือในการพัฒนารูปแบบวิธีการจัดการเรียนการสอน พัฒนาคู่มืออาจารย์ พัฒนาระบบการประกันคุณภาพการศึกษาาร่วมกันอย่างเป็นระบบ

๓. ปรับปรุงพัฒนา แนวทาง ระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ทั้งในระบบการถ่ายทอดความรู้แบบมอบตัวเป็นศิษย์ และในสถาบันการศึกษา

การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านในอดีตที่ผ่านมามีรูปแบบเป็นการถ่ายทอดแบบไม่เป็นทางการ ภายในกลุ่มสายเลือดเครือญาติ เป็นลักษณะจากบุคคลสู่มุคละ ถ่ายทอดแบบตัวต่อตัว จากครูอาจารย์สู่ศิษย์ ซึ่งเน้นการอบรมป่มเพาะ ปลูกฝังด้านคุณธรรมจริยธรรมไปพร้อมกับการถ่ายทอดองค์ความรู้และประสบการณ์ ประกอบกับการถูกละเลยทอดทิ้งโดยที่ขาดนโยบายของภาครัฐที่ให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง ทำให้ขาดการพัฒนาสถาบันการศึกษาเพื่อทำหน้าที่ด้านการผลิตและพัฒนาบุคลากรอย่างเป็นรูปธรรมมาเป็นระยะเวลายาวนาน

ตารางที่ ๓ สถาบันการศึกษาที่มีการจัดการเรียนการสอนการแพทย์
 แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกในระดับปริญญา

ลำดับ	ชื่อสถาบัน	วุฒิการศึกษาที่ได้รับ	ระยะเวลา ศึกษา	จำนวน รุ่นละ	จำนวนจบ การศึกษา
๑.	มหาวิทยาลัย มหาสารคาม	วท.บ. (การแพทย์ แผนไทยประยุกต์)	๔ ปี	๓๔	๘๔
๒.	วิทยาลัยการแพทย์ แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา	วท.บ. (การแพทย์ แผนไทยประยุกต์)	๔ ปี	-	-
๓.	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี วิทยาเขตปทุมธานี	วท.บ. (การแพทย์ แผนไทยประยุกต์)	๔ ปี และ ต่อเนื่อง ๒ ปี	๓๒	-
๔.	มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์	วท.บ. (การแพทย์ แผนไทยประยุกต์)	๔ ปี	๓๒	-
๕.	มหาวิทยาลัย แม่ฟ้าหลวง	พท.บ. (การแพทย์ แผนไทยประยุกต์)	๔ ปี	๓๐	-
๖.	มหาวิทยาลัยมหิดล (ศิริราช)	พท.บ. (การแพทย์แผน ไทยประยุกต์บัณฑิต)	๔ ปี	๓๒	-
๗.	มหาวิทยาลัยราชภัฏ สวนสุนันทา	พป.บ. (การแพทย์แผน ไทยประยุกต์บัณฑิต)	๔ ปี	๔๐	-
๘.	มหาวิทยาลัยราม คำแหง	วท.บ. (การแพทย์ แผนไทย)	๔ ปี	ไม่จำกัด จำนวน	-
๙.	มหาวิทยาลัยสงขลา นครินทร์	วท.บ. (การแพทย์ แผนไทย)	๔ ปี	๓๐	-
๑๐.	มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมมาธิราช	พท.บ. (การแพทย์ แผนไทยบัณฑิต)	ต่อเนื่อง ๒ ปี	ไม่จำกัด จำนวน	๗๔
๑๑.	มหาวิทยาลัยราชภัฏ เชียงใหม่	พท.บ. (การแพทย์ แผนไทยบัณฑิต)	๔ ปี	๓๐	-
๑๒.	มหาวิทยาลัยรังสิต	วท.บ. (การแพทย์ แผนตะวันออก)	๔ ปี	๓๐	-



ดังนั้นเพื่อให้เกิดแนวทาง ระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทระบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรของสังคมไทยดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ตรากฎหมาย โดยกำหนดให้รับรองการถ่ายทอดความรู้แบบมอบตัวเป็นศิษย์ โดยผู้ที่ผ่านการมอบตัวเป็นศิษย์ดังกล่าว มีสิทธิเข้าสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะได้ ตามที่กำหนดไว้ในมาตรา ๓๓ (๑) (ก) ของพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ สำหรับผู้ที่ผ่านการศึกษาระดับปริญญาตรีจากสถาบันการศึกษาที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยรับรอง อาจต้องสอบความรู้ก่อนหรือไม่ก็ได้ ตามมาตรา ๓๓ (๑) (ข) นอกจากนี้ผู้ที่มีความรู้ ประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญเป็นที่ประจักษ์ ซึ่งได้รับการรับรองจากรัฐบาล หากผ่านการประเมินจากคณะกรรมการวิชาชีพ ก็ขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ได้เช่นเดียวกันตามมาตรา ๓๓ (๑) (ค)

การกำหนดให้แนวทาง เว้นไข ข้อกำหนดในการออกใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ตามกฎหมาย มีความยืดหยุ่น มีความหลากหลายของช่องทาง วิธีการและรูปแบบการศึกษาฝึกอบรมดังกล่าว โดยหลักการทั่วไปแล้วเป็นเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เนื่องจากการเปิดโอกาสให้แพทย์พื้นบ้าน แพทย์แผนไทย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ขาดโอกาส และอยู่ในฐานะที่เสียเปรียบทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมืองมาโดยตลอด ให้สามารถมีโอกาสในการพัฒนาตนเอง พัฒนาวิชาชีพ และได้รับการยอมรับทางสังคมมากขึ้น โดยที่ไม่จำเป็นต้องเข้าสู่ระบบการศึกษาปกติเพียงช่องทางเดียว ซึ่งอาจมีภาระค่าใช้จ่ายสูงมาก

อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์ข้อมูลทะเบียนผู้สอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ของกองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และข้อมูลจากการสุ่มสำรวจ ความคิดเห็นของผู้ที่ผ่านการรับรองมอบตัว

เป็นศิษย์ และเข้าสอบภาคปฏิบัติเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบ
 โรคศัลปะ ประจำปี ๒๕๔๔ จำนวน ๕๘๔ คน ซึ่งสรุปผลข้อมูลที่สำคัญได้ดังตาราง
 ที่ ๔

การสอบความรู้ตามรูปแบบถ่ายทอดความรู้และมอบตัวเป็นศิษย์

วงเงินค่าใช้จ่าย การมอบตัวเป็นศิษย์	สัดส่วน (ร้อยละ)	การสนับสนุน/ การดูแลที่ได้รับ	หมายเหตุ
น้อยกว่า ๒,๐๐๐ บาท	๓๔.๕	<ul style="list-style-type: none"> ● เงินชื้อรับรองให้ อย่างเดียว ● เอกสารตำราเรียน ● คำแนะนำการเรียน ● ทิวสอบ ● แนวทางปฏิบัติทาง วิชาชีพ ● การฝึกงาน การสอน ภาคปฏิบัติ 	บางสถาบันมี ศักยภาพในการ พัฒนายกระดับ
๒,๐๐๐ - ๓,๐๐๐ บาท	๓๕.๘		
๓,๐๐๐ - ๔,๐๐๐ บาท	๑๗.๗		บางสถาบันคิด รวมอยู่ในค่า ลงทะเบียน ฝึกอบรม
มากกว่า ๔,๐๐๐ บาท	๑๒.๐		

ตารางที่ ๔ ผลการสุ่มสำรวจความคิดเห็นของผู้เข้าสอบภาคปฏิบัติ เพื่อ
 ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบโรคศัลปะ ประจำปี
 ๒๕๔๔

จากข้อมูลที่ได้จากการสำรวจดังที่สรุปไว้ตามตารางที่ ๔ จะเห็นได้ว่าระบบ
 การมอบตัวเป็นศิษย์ มีค่าใช้จ่ายค่าธรรมเนียมที่นักเรียนจะต้องจ่ายให้แก่ครู
 เพื่อขอให้เงินชื้อในใบรับรอง เฉลี่ยรายละ ๒,๒๕๐ บาท โดยที่มีค่าใช้จ่ายต่ำสุดที่
 ๕๐๐ บาท และสูงสุดที่ ๕,๐๐๐ บาท โดยมีผู้ที่เสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า ๒,๐๐๐ บาท
 คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๕ เสียค่าใช้จ่าย ระหว่าง ๒,๐๐๐ ถึง ๓,๐๐๐ บาท คิดเป็น
 ร้อยละ ๓๕.๘ เสียค่าใช้จ่ายระหว่าง ๓,๐๐๐ ถึง ๔,๐๐๐ บาท คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๗
 และที่เสียค่าใช้จ่ายมากกว่า ๔,๐๐๐ บาท คิดเป็นร้อยละ ๑๒



นอกจากนี้พบว่า การเสียค่าใช้จ่ายค่าธรรมเนียมดังกล่าว ส่วนใหญ่เป็นการเสียเงินกินเปล่า โดยที่นักเรียน นักศึกษาต้องศึกษาค้นคว้าเรียนรู้ด้วยตนเองจากตำราที่มืออยู่อย่างจำกัด ขาดการทบทวนปรับปรุงให้ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง โดยที่ไม่ได้รับการสนับสนุน แนะนำ การเรียนการสอนที่เหมาะสมจากครูที่รับมอบเป็นศิษย์ ขาดการฝึกปฏิบัติอย่างเป็นทางการ ใดๆก็ตาม มีมูลนิธิ ชมรม สถาบันการศึกษาจำนวนหนึ่ง ซึ่งแม้ไม่ได้มีการจัดการเรียนการสอนในระดับอาชีวศึกษา หรืออุดมศึกษา แต่ก็ได้จัดการเรียนการสอน การฝึกภาคปฏิบัติ การอบรมเฉพาะในด้านคุณธรรมจริยธรรมในวิชาชีพให้แก่เรียนอย่างจริงจัง ซึ่งองค์กรนอกระบบการศึกษาอย่างเป็นทางการเช่นนี้ ควรได้รับการสนับสนุนจากทางภาครัฐ ให้สามารถยกระดับเป็นสถาบันการศึกษาที่มีคุณภาพ เป็นประโยชน์ต่อระบบการผลิตพัฒนากำลังคนการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกต่อไป

จึงเห็นได้ว่าการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน โดยกำหนดให้การรับรองรูปแบบการถ่ายทอดความรู้แบบมอบตัวเป็นศิษย์ และผู้ที่ผ่านการรับรองในรูปแบบการมอบตัวเป็นศิษย์ดังกล่าว ซึ่งสามารถเข้าสอบเทียบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะได้ ตามที่กำหนดไว้ในมาตรา ๓๓ (๑) (ก) ของพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๕๒ นั้นแม้จะมีหลักการที่ดี แต่ในทางปฏิบัติแล้ว ได้ก่อให้เกิดช่องทางในการแสวงหาผลประโยชน์ของผู้ที่เอาเปรียบต่อนักเรียนนักศึกษาที่สนใจแสวงหาความรู้ พัฒนาตนเอง ซึ่งถือได้ว่าเป็นการเอาเปรียบผู้บริโภคในด้านการศึกษาประการหนึ่ง

ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาปรับปรุงแนวทาง ระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ใช้รูปแบบการมอบตัวเป็นศิษย์ โดยให้มีการพัฒนาหน่วยงานที่ทำหน้าที่ส่งเสริมพัฒนา ให้เข้มแข็งมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หลีกเลี่ยงการทับซ้อนของผลประโยชน์ ระหว่างหน่วยควบคุมกำกับ หน่วยส่งเสริมพัฒนา และองค์กรวิชาชีพ

โดยมีการพัฒนาครูอาจารย์ที่รับมอบตัวเป็นศิษย์ มีการจำกัดจำนวนศิษย์ที่ครูอาจารย์จะสามารถเห็นใบรับรองการมอบตัวเป็นศิษย์ มีการกำหนดคุณสมบัติของครูอาจารย์ และข้อกำหนดเงื่อนไขที่ครูอาจารย์ต้องจัดประสบการณ์วิชาชีพ การสอนแนะนำอย่างเป็นรูปธรรม กำหนดเขตแดนค่าธรรมเนียมให้เหมาะสม และควรมีการพิจารณาให้การฝึกอบรมต่อเนื่องในระหว่างการทำงาน เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินเพื่อการต่ออายุใบประกอบโรคศิลปะ ซึ่งจะทำให้สามารถรักษาคุณภาพมาตรฐานของบุคลากรได้ในระยะยาว รวมทั้งทำให้ทราบข้อมูลอัตราการคงอยู่ปฏิบัติหรือประกอบวิชาชีพที่แท้จริงและเป็นปัจจุบันอีกด้วย

๔. กำหนดให้มีโครงสร้างกรอบอัตรากำลังสำหรับบุคลากรการแพทย์แผนไทยฯ ของภาครัฐ ที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม

เนื่องจากแนวนโยบายการบูรณาการผสมผสาน ระบบบริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ยังขาดความชัดเจนเป็นรูปธรรม อีกทั้งไม่ได้รับการสนับสนุนทางการเมืองอย่างจริงจัง ทำให้แนวทางการบริหารจัดการบุคลากรกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก โดยเฉพาะระบบการจ้างงานของภาครัฐขาดความชัดเจน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสร้างระบบแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจของบุคลากร ทำให้ประสิทธิภาพ ผลผลิตของบุคลากรในระบบบริการของภาครัฐต่ำกว่าที่ควรจะเป็น อีกทั้งทำให้สถาบันฝ่ายผลิตขาดการประสานแผนการผลิตกับความต้องการกำลังคน ให้มีความเหมาะสม การปล่อยให้การทำงานเป็นไปตามกลไกตลาด โดยให้บริการภาคเอกชนเป็นกำลังขับเคลื่อนสำคัญ แม้ว่าจะดูไม่เป็นปัญหามากนักในระยะสั้น เฉพาะหน้า แต่หากขาดการพัฒนากลไกการกำหนดนโยบาย การควบคุม กำกับ ดูแล การคุ้มครองผู้บริโภคที่เหมาะสม อาจทำให้การพัฒนาบริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เป็นไปอย่างขาดทิศทาง ขาดการควบคุม ส่งผลเสียต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยในระยะยาวได้ (Alwan, ๒๐๐๒)



ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยนโยบาย เพื่อกำหนด ทิศทาง แนวทาง รูปแบบการบูรณาการ ผสมผสาน ระบบบริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการ สุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งการศึกษาวิจัยรูปแบบ กลไกการสนับสนุนเชิงนโยบายที่ เป็นรูปธรรม เพื่อให้เกิดทิศทางการสนับสนุนทางการเมือง โดยมีส่วนร่วมจากทุกภาค ส่วนในสังคมอย่างเข้มแข็ง จริงจัง และต่อเนื่อง การสร้างและจัดการความรู้เพื่อ พัฒนารูปแบบระบบการจ้างงานสำหรับบุคลากรแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน และ แพทย์ทางเลือกที่เหมาะสม เป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งต่อการพัฒนากำลัง คนในระยะยาว โดยอาจทำการศึกษาวิจัยในลักษณะของการวิจัยปฏิบัติการ โดยใช้ ฐานของการปฏิบัติจริงซึ่งมีหน่วยงาน โรงพยาบาล สถานพยาบาลของภาครัฐหลาย แห่งที่มีการรับบุคลากรด้านนี้เข้าปฏิบัติงานอยู่บ้างแล้วและควรมีการวิจัยในเชิงระบบ เพื่อพิจารณาข้อเสนอทางเลือกนโยบายในระดับโครงสร้างภาพรวมของประเทศด้วย

ทั้งนี้อาจพิจารณาทางเลือกรูปแบบของการจ้างงานสำหรับการบริการภาครัฐ ในลักษณะของ ๑. ข้าราชการ ๒. พนักงานของหน่วยงานแบบ SDU ๓. พนักงาน ของหน่วยงานแบบองค์กรมหาชน ๔. ลูกจ้างเงินบำรุงของหน่วยบริการ เช่น รพ. หรือ สอ. ๕. พนักงานของหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๖. การรับค่า ตอบแทนโดยตรงจากชุมชน หรือเป็นการผสมผสานระหว่างรูปแบบทั้ง ๖ รูปแบบ และมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากร ระบบค่าตอบแทนแรงจูงใจ ความ ก้าวหน้าในวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ มีความยืดหยุ่น สามารถรักษามูลค่าบุคลากรไว้ใน ระบบ (Hornby, ๑๙๘๘)

unสรุป

การสร้างและจัดการความรู้เพื่อพัฒนากำลังคนแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน และแพทย์ทางเลือก เป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการสนับสนุนยุทธศาสตร์การผสมผสานระบบบริการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ข้อเสนอเชิงนโยบายที่สำคัญได้แก่ การสร้างและจัดการความรู้เพื่อพัฒนากำลังคนทั้งในระดับบุคคล ระดับองค์กร และโดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับมหภาคเชิงระบบ ซึ่งทำให้เกิดทิศทางการพัฒนาทั้งระบบ อย่างต่อเนื่อง มีพลัง และเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน ซึ่งได้เสนอในประเด็นสำคัญ ๔ ประการ คือ การปรับปรุงพัฒนาขีดความสามารถของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้เป็นหน่วยสร้างและจัดการความรู้เพื่อขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ การสร้างและสนับสนุนเครือข่ายสถาบันการศึกษาฝึกรวมแพทย์แผนไทยฯ การปรับปรุงคุณภาพมาตรฐานระบบการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะโดยรูปแบบมอบตัวเป็นศิษย์ และการกำหนดให้มีอัตราตำแหน่งรองรับผู้มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะในหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ



เอกสารอ้างอิง

- Alwan, Ala' and Hornby, Peter. (๒๐๐๒). "The implications of health sector reform for human resources development" in *Bulletin of the World Health Organization* ๒๐๐๒, ๘๐ (๑) pp. ๕๖-๖๐.
- Dal Poz, Mario R, et al. (๒๐๐๖). "Addressing the health workforce crisis: towards a common approach" in *Human Resources for Health* ๒๐๐๖, ๔ (๒๑). Available from : <http://www.human-resources-health.com/content/๔/๑/๒๑>. [Accessed ๒๐๐๖, Aug ๑๐].
- Hornby, Peter. (๑๙๘๐). *Guidelines for health manpower planning: a course book*. Geneva : World Health Organization.
- _____. (๑๙๘๘). *Motivation and health service performance*. Geneva: World Health Organization.
- กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ. ๒๕๔๒. *แพทยศาสตร์สงเคราะห์: ภูมิปัญญาทางการแพทย์และมรดกทางวัฒนธรรมของชาติ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๔๗). *ทิศทางภูมิปัญญา สุขภาพวิถีไทย แนวคิดและยุทธศาสตร์การสร้างและจัดการองค์ความรู้*. ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ ประพจน์ ภาตราภาค. (บก.). *ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย*. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์, หน้า ๓-๔๘.
- ยงศักดิ์ ตันติปิฎก และ รวงทิพย์ ตันติปิฎก. (๒๕๔๗). *สถานการณ์และแนวทางการพัฒนาการสนับสนุนเพื่อการสร้างกำลังคนรุ่นใหม่ ในระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก*. ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ ประพจน์ ภาตราภาค. (บก.). *ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย*. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์, หน้า ๕๑-๕๘.
- ยิ่งยง เทาประเสริฐ. (๒๕๔๗). *วิธีการดูแลสุขภาพในระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา*. เชียงใหม่: วนิดาเพรส.
- สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.). (๒๕๔๙). *บทสรุปปรากฏการณ์ มหกรรมการจัดการความรู้แห่งชาติ ครั้งที่ ๒ "เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง" ภาคราชการ*. กรุงเทพฯ. ไชเบอร์เพรส.

วิจิต เปานิล ปารณัฐ สุขสุทธิ และวรรษิ จันทรเกษะ. มาตรการด้านการศึกษา ในส่ววิทย์ วิบุลผล-
ประเสริฐ และประพจน์ ภาตราภาค, (บก.). ระบบ โครงสร้าง กลไก ในการอนุรักษ์
พัฒนา และคุ้มครอง ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย. กรุงเทพฯ : อุษากการพิมพ์, หน้า
๔๔-๑๑๐.

สัมภาษณ์

ทวี เลหาพันธ์. ๔ กรกฎาคม ๒๕๕๙. หัวหน้าสถานพยาบาลการแพทย์แผนไทยประยุกต์ วิทยาลัย
แพทย์อายุรเวช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. สัมภาษณ์.

ยงศักดิ์ ตันติปฏิภก. ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๕๙. นักวิชาการผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์แผนไทย
การแพทย์พื้นบ้าน สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
กระทรวงสาธารณสุข. สัมภาษณ์.

ยิ่งยง เทาประเสริฐ. ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๙. ผู้อำนวยการวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการ
แพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏ เชียงราย. สัมภาษณ์.

วิชัย โชควิวัฒน์. ๖ กันยายน ๒๕๕๙. อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทาง
เลือก กระทรวงสาธารณสุข. สัมภาษณ์.

สมบูรณ์ เกียรตินันท์ และ กุสุมา ศรียากุล. ๖ กรกฎาคม ๒๕๕๙. ประธานหลักสูตรสาขาวิชา
การแพทย์แผนไทยประยุกต์ ศูนย์การแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สัมภาษณ์.

สุรพจน์ วงศ์ใหญ่. ๒๖ มิถุนายน ๒๕๕๙. คณบดีคณะการแพทย์ตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิต.
สัมภาษณ์.



การสร้างและจัดการความรู้ :
อนาคตการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทย
และยาสมุนไพร

นพมาศ สุนทรเจริญนนท์

ภาควิชาเภสัชวินิฉัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิชิต เปานิล


ภาควิชาเภสัชพิษศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สมภพ ประธานธรรารักษ์

ภาควิชาเภสัชพิษศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วารุณี สุนทรเจริญนนท์

บริษัท เอเม็กซ์ทิม จำกัด



บทสรุปผู้บริหาร



อุตสาหกรรมยาไทย หมายถึงอุตสาหกรรมที่ผลิตยาแผนโบราณที่เป็นตำรับยาดั้งเดิม หรือยาจากสมุนไพรแผนโบราณที่ได้มีการพัฒนารูปแบบ เช่น การตอกเม็ด การบรรจุแคปซูล ส่วนอุตสาหกรรมยาสมุนไพร หมายถึงอุตสาหกรรมที่ผลิตยาจากสมุนไพรแผนปัจจุบัน ที่ใช้กระบวนการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งมักจะผลิตในรูปยาสมุนไพรเดี่ยว เช่น ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร เป็นต้น อาจจะมีกระบวนการสกัดและมีการพิสูจน์ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ปัจจุบันประเทศไทยมีสถานที่ผลิตยาไทยและยาสมุนไพรทั้งหมด ๔๔๗ แห่ง มีตั้งแต่การผลิตขนาดเล็กในระดับครอบครัวจนถึงโรงงานขนาดใหญ่ และมีโรงงานที่มีการผลิตตามหลักเกณฑ์การผลิตที่ดี (Good manufacturing practice, GMP-สมุนไพร) จำนวน ๔ โรงงาน คิดเป็น ๐.๙ % และมีมูลค่าการผลิตรวม ๑,๓๘๘.๖๖๔ ล้านบาท คิดเป็น ๔.๔% ของมูลค่ายาแผนปัจจุบัน แสดงให้เห็นว่าอุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพร มี

ส่วนแบ่งการตลาดในตลาดยาน้อยมาก ทั้งนี้เนื่องจากยาไทยและยาสมุนไพรยังไม่เป็นที่ยอมรับของผู้บริโภคเท่าที่ควร ไม่ว่าจะเป็นคนไข้ แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนหนึ่งเนื่องจากยาไทยและยาสมุนไพรยังไม่มีการศึกษาวิจัยสรรพคุณอย่างเป็นทางการอย่างเด่นชัด หรือผลิตภัณฑ์ยังไม่ได้คุณภาพมาตรฐานสากลไม่ว่าจะเป็นเรื่องความสะดวก คุณภาพของวัตถุดิบสมุนไพร รูปแบบยาที่ไม่ทันสมัย ตลอดจนโรงงานที่ผลิตยาแผนไทยยังมีคุณภาพที่ไม่เข้ามาตรฐาน และยังขาดกลยุทธ์ทางการตลาดที่ดี เป็นต้น ในขณะที่เทียบกับผู้ผลิตยาไทยก็ไม่มีแรงจูงใจและกำลังที่เพียงพอในการพัฒนาธุรกิจ เนื่องจากต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก และตลาดยังมีมูลค่าน้อยมาก

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของอุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพร เพื่อนำไปสู่การเสนอแนวทางการพัฒนาอุตสาหกรรมนี้ให้ได้ตามมาตรฐาน GMP - สมุนไพร โดยใช้แนวคิดการจัดการความรู้ (Knowledge management) มาเป็นฐานในการพัฒนา ซึ่งจะทำให้มียาไทยที่มีคุณภาพป้อนเข้าสู่ตลาด ข้อมูลที่ใช้ประกอบการวิเคราะห์ครั้งนี้ได้จากการทบทวนเอกสาร และสัมภาษณ์เจ้าของธุรกิจอุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพร จำนวน ๔ ราย และผู้ที่เกี่ยวข้องอีก ๒ ราย คือ เจ้าของร้านขายวัตถุดิบสมุนไพรรายใหญ่ในกรุงเทพมหานคร และเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่รับผิดชอบการจัดทำมาตรฐาน GMP - สมุนไพร จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์โดยคณะผู้ศึกษา และนำเสนอเป็นบทความโดยหวังว่าข้อมูลนี้จะได้รับการนำไปพิจารณาประกอบการทำงานในส่วนอื่น เพื่อพัฒนายาไทยและยาสมุนไพรให้ได้รับการยอมรับ เป็นที่พึงด้านสุขภาพในสังคมไทย และอาจก้าวไปสู่สังคมโลกต่อไป

สถานการณ์ปัจจุบันของอุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพร มีสถานที่ผลิตทั้งสิ้น ๔๔๗ แห่ง ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ๒๙.๖% ปริมาณผล ๑๔.๖% และส่วนใหญ่ที่ผลิตตั้งอยู่ในต่างจังหวัด คิดเป็น ๕๐.๘% และเมื่อพิจารณาจากทะเบียนตำรับยาแผนโบราณที่มีทั้งหมด ๕,๐๐๕ ตำรับ พบว่าเป็นสมุนไพรเดี่ยว



๑๓.๗% และยัตำรับ ๘๖.๓% ซึ่งผลจากการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และ
ภาวะคุกคาม (SWOT analysis) ของอุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพรพบว่า
อุตสาหกรรมนี้มีจุดอ่อนและภาวะคุกคามมาก ไม่ว่าจะเป็นโรงงานส่วนใหญ่ที่ยัง
เป็นโรงงานขนาดเล็ก ใช้วิธีการบริหารจัดการแบบครอบครัว ไม่มีศักยภาพในการ
วิจัยและพัฒนา การผลิตส่วนใหญ่ยังไม่ได้ตาม GMP - สมุนไพร ขาดผู้รู้และ
ตระหนักถึงความสำคัญเรื่อง GMP - สมุนไพร ด้านการพัฒนาเทคโนโลยีเครื่องจักร
ในการผลิตยังล้าสมัย มีอายุการใช้งานมานาน เครื่องจักรใหม่มีราคาแพง ไม่มีเงิน
ลงทุนเกือบทุกโรงงานยังไม่มีเครื่องมือในการควบคุมคุณภาพวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์
วัตถุดิบส่วนใหญ่ไม่ได้คุณภาพ ส่วนภาวะคุกคามที่จะมีผลต่ออุตสาหกรรมนี้
คือ มาตรการ GMP/PIC/S ที่รัฐจะประกาศใช้ ผลของการเปิดเสรีทางการค้า การ
ที่ไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงในการส่งเสริมการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทย
ตลาดมีมูลค่าน้อยมาก และแคบ ทำให้ขาดแรงจูงใจในการพัฒนา และทุนมีน้อย รัฐ
ไม่ส่งเสริมการลงทุน สำหรับโอกาสของอุตสาหกรรมนี้คือ สำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีนโยบายการบริการการแพทย์แผนไทยและยาแผนไทย
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการขยายรายการบัญชียาหลักแห่งชาติด้าน
สมุนไพร และส่งเสริมการใช้มากขึ้น มีหน่วยงานของรัฐ เช่น คณะเภสัชศาสตร์ ที่มี
ศักยภาพในการจัดการเรื่อง GMP และ GLP และสามารถดำเนินการวิจัยยา
ไทยอย่างเป็นระบบ มีสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ และองค์กรสนับสนุน
ทุนวิจัยอื่นๆ ที่จัดสรรงบประมาณในการวิจัยและพัฒนายาไทยและยาสมุนไพร
จากผลการวิเคราะห์ข้างต้นพบว่าหากปล่อยให้สถานการณ์เป็นเช่นนี้ต่อไป
อุตสาหกรรมยาไทยอาจสูญหายไปพร้อมกับภูมิปัญญาดั้งเดิมของคนไทยที่มีการ
ใช้ยาไทยมาหลายชั่วอายุคน โอกาสในการพัฒนาที่มีอยู่อาจเสียไปโดยไม่ได้รับการ
นำมาใช้พัฒนา ฉะนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการจัดการอย่างเป็นระบบ

บทความนี้เสนอแนวทางการสร้างและจัดการความรู้การพัฒนา
อุตสาหกรรมยาไทยและสมุนไพร โดย

๑. การจัดตั้ง “สถาบันสุขภาพวิถีไทย” ที่เป็นองค์กรภายใต้ความร่วมมือระหว่างกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นองค์กรที่ใช้การบริหารจัดการแนวใหม่ที่เป็นอิสระจากวัฒนธรรมราชการ และมีระบบงานที่สามารถระดมศักยภาพและบุคลากรที่มีความสามารถเพื่อทำงานวิชาการและจัดการความรู้แบบเต็มเวลา โดยมีภารกิจ ๓ ด้านในการสร้างความรู้ สร้างคน และสร้างชุมชนวิชาการที่เข้มแข็ง โดยยึดแนวคิดการจัดการความรู้มาใช้ทำงานร่วมกับกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อเอื้อให้เกิดวัฒนธรรมการจัดการความรู้ ในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกในสังคมไทยอย่างเป็นองค์รวม โดยองค์ความรู้ส่วนหนึ่งต้องนำมาใช้พัฒนาอุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพร ทั้งในด้านการผลิตที่ได้มาตรฐาน และผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพมาตรฐานยิ่งขึ้น ส่วนอีกด้านหนึ่งต้องสร้างแรงจูงใจให้ผู้บริโภคทุกระดับมีการใช้ยาไทยและยาสมุนไพรมากขึ้น
๒. สร้าง “เครือข่ายการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพร” ทั่วประเทศ เป็นองค์กรที่ร่วมกันทำงานเป็นชุมชนแนวปฏิบัติ ที่ใช้กระบวนการการสร้างและจัดการความรู้เป็นแนวทาง โดยการดำเนินการควรอยู่ภายใต้การประสานงานและสนับสนุนของ “สถาบันสุขภาพวิถีไทย” หรือ อาจทำเป็นโครงการพัฒนาที่ขอรับทุนสนับสนุนเพิ่มเติมจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) หรือ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) หรือ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยรวบรวมกลุ่มผู้ประกอบการผลิตยาไทยและยาสมุนไพร และบุคลากรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ที่สนใจ มีความสมัครใจ มีความใฝ่รู้ กล้าแสวงหาแนวทางใหม่ๆ ในการสร้างความรู้ มีความเป็นมิตร และมีความต่อเนื่องในการทำงาน ได้แก่ นักวิชาการในคณะเภสัชศาสตร์ คณะเกษตรศาสตร์ และคณะวิศวกรรมศาสตร์ เจ้าหน้าที่ของรัฐที่มีหน้าที่กำกับและดูแล เป็นต้น ให้มีโอกาสได้ทำงานร่วมกัน โดยเปิดเวทีให้มีโอกาสได้มาพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ช่วยให้เกิดการเรียนรู้และหาแนวทางพัฒนากระบวนการผลิตในทุกๆ ขั้นตอนร่วมกัน



อย่างสม่ำเสมอ เป็นการดึงประสบการณ์ความรู้ที่แต่ละฝ่ายมีแฝงอยู่แล้วทั้งในระดับองค์กร (implicit knowledge) หรือฝังลึกอยู่ในตัวคนที่ทำงานมาอย่างยาวนาน (tacit knowledge) ให้ออกมาเป็นความรู้ที่เปิดเผย (explicit knowledge) นำไปทดลองใช้ให้กว้างขึ้น เช่น การจัดการความรู้เรื่อง องค์กรความรู้ดั้งเดิม องค์กรความรู้ด้านวัตุดิบ องค์กรความรู้ GMP องค์กรความรู้เพื่อการพัฒนาคุณภาพของยาไทยและสมุนไพร เป็นต้น พร้อมกันนั้นต้องจัดระบบเพื่อการวิเคราะห์ และสร้างความรู้ใหม่ร่วมกันในกลุ่มใหญ่เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา โดยมี "สถาบันสุขภาพวิถีไทย" เป็นผู้คอยติดตามประสานงานขับเคลื่อนการทำงานของเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

๓. ในระบบราชการ ควรมีการจัดการความรู้ในเรื่อง การพัฒนาเจตคติของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ซึ่งมีหน้าที่ตรวจสอบและรับรองคุณภาพ การจัดให้มีองค์กรเฉพาะ ทำหน้าที่พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงงานผลิตยาสมุนไพร ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่อง GMP-สมุนไพรโดยตรง ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาในการดำเนินการ เพื่อให้ผู้ประกอบการพัฒนาจนได้รับ GMP-สมุนไพร และส่งเสริมด้านเงินทุน เป็นต้น

ทั้งนี้ผลการทำงานด้วยกระบวนการการสร้างและจัดการความรู้แบบนี้จะเป็นการพัฒนาที่นำไปสู่ความร่วมมือร่วมใจที่จะพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพรที่มีเอกลักษณ์ในด้านรูปแบบและแนวคิดเฉพาะตัวในการดูแลสุขภาพของสังคมไทยให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยเป็นที่ยอมรับในระดับสากล



บทนำ

การแพทย์แผนไทยในอดีตเป็นระบบการแพทย์หลักในการรักษาโรค ต่อมาในพ.ศ. ๒๔๖๖ ได้มีการแบ่งการแพทย์เป็นการแพทย์แผนโบราณและแผนปัจจุบัน และในปี พ.ศ. ๒๕๑๐ ได้จัดให้ยาแผนไทยเป็น “ยาแผนโบราณ” หมายถึง ยาที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ ซึ่งอยู่ในตำรับยาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศ และให้ความหมายของ “ยาสมุนไพร” คือยาที่ได้จากพฤกษชาติ สัตว์ หรือแร่ ซึ่งมีได้ผสม ประุง หรือแปรสภาพ ทำให้ยาแผนไทยและยาสมุนไพรไม่สามารถปรับปรุงหรือพัฒนาให้มีรูปแบบที่ทันสมัย นำใช้หรือมีคุณภาพที่ดีขึ้น แต่ใน พ.ศ. ๒๕๓๗ กฎกระทรวงฉบับที่ ๒๕ ได้อนุญาตให้ยาแผนโบราณมีการตอกเป็นยาเม็ดหรือยาเม็ดเคลือบได้ ซึ่งปัจจุบันได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนตำรับยา เป็น ๔ แบบ คือยาแผนโบราณ ยาจากสมุนไพรแผนโบราณ (ยาแผนโบราณที่ได้พัฒนารูปแบบ) ยาจากสมุนไพรแผนปัจจุบัน (ที่ใช้



กระบวนการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์) และยาใหม่^{1๑}

อุตสาหกรรมยาไทย หมายถึงอุตสาหกรรมที่ผลิตยาแผนโบราณ (ที่เป็นตำรับดั้งเดิม) หรือยาจากสมุนไพรแผนโบราณ ที่ได้พัฒนารูปแบบ เช่นการตอกเม็ด การบรรจุในแคปซูล ส่วน**อุตสาหกรรมยาสมุนไพร** หมายถึงอุตสาหกรรมที่ผลิตยาจากสมุนไพรแผนปัจจุบัน ที่ใช้กระบวนการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์ เช่น ยาสมุนไพรเดี่ยว ชมันชั้น และฟ้าทะลายโจร ซึ่งอาจจะมีกระบวนการสกัดและมีการพิสูจน์ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา เป็นต้น ปัจจุบัน (ปี ๒๕๔๙) ประเทศไทยมีโรงงานผลิตยาไทยและยาสมุนไพรทั้งหมด ๙๔๗ โรงงาน และมีโรงงานที่มีการผลิตตามหลักเกณฑ์การผลิตที่ดี (Good manufacturing practice, GMP - สมุนไพร) จำนวน ๙ โรงงาน คิดเป็น ๐.๙ % (ในปี ๒๕๔๓ มีเพียง ๑ โรงงาน ต่อมาปี ๒๕๔๔ มี ๕ โรงงาน จนกระทั่งปี ๒๕๔๘ มี ๙ โรงงาน)^{1๒} ซึ่งถ้าคิดเปรียบเทียบกับโรงงานผลิตยาแผนปัจจุบัน จะเห็นได้ว่า มีทั้งหมด ๑๖๓ โรงงาน และมีโรงงานที่ได้รับ GMP จำนวน ๑๕๓ โรงงาน คิดเป็น ๙๔ % ในปี ๒๕๔๗ อุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพร มีมูลค่า ๑,๓๘๘.๖๖๙ ล้านบาท ซึ่งสูงกว่าปี ๒๕๓๐ (๒๐๗.๙๑๔ ล้านบาท)^{1๓} ประมาณ ๖.๗ เท่า แต่เมื่อเปรียบเทียบกับธุรกิจยาแผนปัจจุบัน อุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพรมีมูลค่าคิดเป็น ๔.๔% ของมูลค่ายาแผนปัจจุบัน (ในปี ๒๕๔๗ มูลค่า ๓๑,๗๐๗.๖๔๗ ล้านบาท) จะเห็นได้ว่าในเวลาเกือบ ๒๐ ปี การเติบโตของธุรกิจอุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพรมีน้อยมาก และถ้าพิจารณาแผนปัจจุบันที่นำเข้าจากต่างประเทศในปี ๒๕๓๗ (มูลค่า ๖,๐๘๖.๖๓ ล้านบาท) จนถึงปี ๒๕๔๗ (มูลค่า ๓๐,๕๔๕.๕๕๓ ล้านบาท) มีมูลค่าเพิ่มขึ้น ประมาณ ๕ เท่า^{1๔} และยาส่วนใหญ่ที่นำเข้ามาเป็นยาในกลุ่มต้านการติดเชื้อ (general anti-infectives systemic) คิดเป็น ๑๗.๘% รองลงมาคือยากลุ่มทางเดินอาหารและเมตาโบลิซึม (alimentary tract and metabolism) คิดเป็น ๑๔.๔% และกลุ่มยาเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ (musculoskeletal system) คิดเป็น ๕.๖%^{1๕} จากรายการยาที่ได้กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าประเทศไทยเสียดุลทางการค้าด้านยา เป็นเงินจำนวนมาก ในขณะที่ประเทศไทยมีสมุนไพรหลายชนิดมากที่สามารถจะใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันที่นำเข้าเหล่านั้น

แต่ยาสมุนไพรกลับไม่เป็นที่ยอมรับของผู้บริโภค ไม่ว่าจะเป็นคนไข้ แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้เนื่องจากยาไทยและยาสมุนไพรยังไม่มีกฎวิธีมาตรฐานสรพคุณอย่างเด่นชัด หรือผลิตภัณฑ์ยังไม่ได้คุณภาพมาตรฐานสากลไม่ว่าจะเป็นเรื่องความสะอาด คุณภาพของวัตถุดิบสมุนไพร รูปแบบยาที่ไม่ทันสมัย ตลอดจนโรงงานที่ผลิตยาแผนไทยยังมีคุณภาพที่ไม่เข้ามาตรฐาน นอกจากนี้ธุรกิจยาของไทยกำลังถูกคุกคาม ด้วย FTA จะยิ่งทำให้มียาจากต่างชาติ ซึ่งมีคุณภาพมาตรฐานมากกว่าเข้ามาตีตลาดในประเทศ

GMP กับการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทย และยาสมุนไพร

ในขณะนี้รัฐกำลังมีมาตรการที่จะประกาศให้มีการบังคับใช้หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยา (Good Manufacturing Practice, GMP) และ Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme (PIC/S) ^[๖] สำหรับอุตสาหกรรมยาไทย เพื่อเป็นการประกันคุณภาพการผลิตยาไทยและยาสมุนไพร

หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยา หรือ GMP เป็นข้อกำหนดที่ภาคอุตสาหกรรมในประเทศที่พัฒนาแล้ว พัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบการผลิตในโรงงานอุตสาหกรรม เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับกระบวนการผลิตในระดับอุตสาหกรรมว่าจะสามารถผลิตสินค้าได้ตรงตามมาตรฐาน ลดความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการผลิต หรือหากมีข้อบกพร่องหรือความผิดพลาดเกิดขึ้นก็สามารถตรวจสอบได้อย่างรวดเร็ว ประเทศไทยได้นำหลักการ GMP มาใช้ในอุตสาหกรรมยาเป็นกลุ่มแรก โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้ประกาศเชิญชวนให้โรงงานผลิตยาแผนปัจจุบันปรับปรุงกระบวนการผลิตของตน



ให้ได้ตาม GMP มาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๐ ปัจจุบันมีโรงงานผลิตยาแผนปัจจุบันได้รับ GMP - ยาแผนปัจจุบัน จำนวน ๑๕๓ โรงงาน จากทั้งหมด ๑๖๓ โรงงาน คิดเป็นร้อยละ ๙๔ ของโรงงานทั้งหมด

หลังจากประสบความสำเร็จในการนำ GMP มาใช้พัฒนาระบบการผลิตยาแผนปัจจุบันให้มีมาตรฐานสูงขึ้น จึงมีความพยายามที่จะนำ GMP มาใช้เป็นยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตยาไทยและยาสมุนไพร โดยได้กำหนด GMP - สมุนไพรขึ้น และประกาศใช้ในปี พ.ศ. ๒๕๔๒ โดยหวังว่าจะช่วยให้ผู้บริโภคมีความมั่นใจในคุณภาพ มาตรฐาน และความปลอดภัยในการใช้ยาไทยและยาสมุนไพรที่ผลิตในระดับอุตสาหกรรมมากขึ้น ^[๒] หลังจากการประกาศใช้ ๑ ปี ปรากฏว่าในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ มีเพียง ๑ โรงงานเท่านั้น ที่ได้รับการรับรองมาตรฐานการผลิตนี้ จนถึงปี พ.ศ. ๒๕๔๘ มีโรงงานที่ได้รับการรับรองกระบวนการผลิตตามมาตรฐาน GMP-สมุนไพร เพียง ๙ โรงงาน จากจำนวนโรงงานผลิตยาไทยและยาสมุนไพรทั้งหมด ๙๔๗ โรงงาน^[๒] หรือประมาณร้อยละ ๐.๙ ของโรงงานทั้งหมด และเกือบทั้งหมดเป็นโรงงานที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล^[๗]

ข้อกำหนดที่สำคัญใน GMP-สมุนไพร ประกอบด้วย ๔ ด้านหลัก ได้แก่ บุคลากร อาคารสถานที่ การจัดทำเอกสาร และการดำเนินการผลิต^[๗] มีสาระสำคัญที่น่าสนใจ ดังนี้

ด้านบุคลากร ระบุว่าต้องมีบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในการทำงาน ในจำนวนที่เพียงพอต่อการทำงาน บุคลากรต้องได้รับการอบรมให้มีความรู้เกี่ยวกับ GMP - สมุนไพร มีข้อกำหนดเพื่อดูแลสุขอนามัยและความสะอาดของพนักงาน มีการตรวจสุขภาพ การอบรมบุคลากรให้ปฏิบัติตัวให้เหมาะสมขณะทำการผลิตยา เพื่อป้องกันยาจากการปนเปื้อน เป็นต้น

ด้านอาคารสถานที่ เครื่องมือ และอุปกรณ์ จะเห็นความสะอาดและความเป็นสัดส่วนของพื้นที่เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดความผิดพลาดและการปนเปื้อนในกระบวนการผลิต เช่น อาคารต้องสร้างในทำเลที่เหมาะสม ป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนจากสิ่งแวดล้อม ป้องกันแมลงได้ มีความสว่างและอุณหภูมิพอเหมาะ บำรุงรักษาได้ง่าย ก่อสร้างด้วยวัสดุแข็งแรง ทำความสะอาดง่าย มีระบบการถ่ายเทอากาศ ท่อระบายน้ำ ระบบป้องกันอัคคีภัย ห้องน้ำห้องส้วมที่เหมาะสม เป็นต้น กำหนดให้มีการจัดแบ่งสถานที่ภายในให้ต่อเนื่องตามขั้นตอนการผลิต(สถานที่กักและเก็บวัตถุดิบ สถานที่ผลิต สถานที่กักและเก็บยาสำเร็จรูป สถานที่บีบฉลากและบรรจุหีบห่อ และสถานที่เก็บยาคืน เป็นต้น) ไม่ก่อให้เกิดความสับสนหรือปนเปื้อนยาต่างชนิดกัน เป็นต้น เครื่องมือและอุปกรณ์การผลิตต้องมีระบบบำรุงรักษาและซ่อมแซมที่ชัดเจน ต้องออกแบบให้ทำความสะอาดได้ง่าย และไม่มีผลเสียต่อยาที่ผลิต

ด้านการจัดทำเอกสาร กำหนดให้ต้องมีการทำเอกสารที่ถูกต้อง ชัดเจน เป็นปัจจุบัน และสามารถตรวจสอบย้อนหลังได้ง่าย มีแบบบันทึกต่างๆ ได้แก่ เอกสารบันทึกการรับวัตถุดิบ ภาชนะบรรจุ ฉลาก กล่องบรรจุ และเอกสารกำกับยา มีเอกสารแม่บทที่ระบุรายละเอียดในการผลิตทุกขั้นตอนของยาทุกตำรับที่ผลิต มีบันทึกกระบวนการผลิตของยาทุกรุ่นตามหัวข้อที่กำหนด บันทึกการบรรจุยาทุกรุ่น นอกจากนี้ยังต้องมีเอกสารวิธปฏิบัติของพนักงานเกี่ยวกับการทำความสะอาดสถานที่และอุปกรณ์การผลิตยา การฝึกอบรมพนักงานในเรื่องต่างๆ ด้วย

ด้านการดำเนินการผลิต จะต้องดำเนินการผลิตตามวิธีการและขั้นตอนที่กำหนดไว้ ทั้งเรื่องวัตถุดิบสมุนไพรที่รับเข้ามา การควบคุมวัสดุสำหรับการบรรจุ การควบคุมกระบวนการผลิต การควบคุมการบรรจุ และการควบคุมยาสำเร็จรูป โดยในทุกๆ ขั้นตอนดังกล่าวจะมีรายละเอียดให้



ปฏิบัติว่าควรดำเนินการอย่างไร เช่น คุณภาพของน้ำที่ใช้ในการผลิต ก่อนเริ่มกระบวนการผลิตจะต้องปฏิบัติอย่างไรบ้าง ระหว่างการผลิตจะต้องมีการบันทึกหรือตรวจสอบในจุดใดบ้าง ก่อนและหลังการบรรจุยาต้องตรวจสอบและปฏิบัติอย่างไร เป็นต้น

จากข้อกำหนดใน GMP - สมุนไพรที่กล่าวถึงข้างต้นจะเห็นได้ว่า การที่ผู้ผลิตสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดใน GMP - สมุนไพรได้ ไม่ได้หมายความว่าที่ผลิตได้เป็นยาที่มีคุณภาพหรือประสิทธิภาพดี เพียงแต่ประกันความมั่นใจให้กับผู้บริโภคว่า ยาได้รับการดูแลระหว่างกระบวนการผลิตอย่างดีแล้ว ลดโอกาสที่จะผิดพลาดหรือมีการปนเปื้อนจากสิ่งแวดล้อม คนทำงาน หรือยานิคมอื่นให้มากที่สุด นั่นคือ GMP ไม่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการพิสูจน์สรรพคุณของยา (สำหรับสมุนไพรและยาไทยอาศัยการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิเมื่อขอขึ้นทะเบียนตำรับยาก่อนนำมาผลิต) และไม่มีขั้นตอนของการตรวจสอบหรือควบคุมคุณภาพของวัตถุดิบที่นำมาใช้ในการผลิตและไม่มีกระบวนการประเมินคุณภาพของผลิตภัณฑ์ (ดังเช่นยาแผนปัจจุบัน) หรือตรวจหาสารปนเปื้อนต่างๆ ก่อนส่งออกจำหน่ายในท้องตลาด

เนื่องจากข้อกำหนดต่างๆ ใน GMP - สมุนไพรได้รับการปรับปรุงมาจากข้อกำหนดใน GMP ยาแผนปัจจุบัน จะเห็นได้ว่ามีหลายจุดที่ไม่เหมาะสมกับการใช้ในการผลิตยาไทยหรือสมุนไพร ทั้งนี้เพราะความแตกต่างกันในหลักการเตรียมยา อาทิเช่น วัตถุดิบในการผลิตยาแผนปัจจุบันนั้นเป็นสารเคมีบริสุทธิ์ที่มีความแรงสูง ความแม่นยำในกระบวนการผลิต ตั้งแต่การชั่ง/ตวง/วัด และการป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกันของผงยาหรือสารเคมีแต่ละชนิดจึงมีความสำคัญสูง เมื่อผลิตเสร็จก็สามารถวิเคราะห์หาปริมาณตัวยาลำคัญได้ไม่ยากเป็นการควบคุมคุณภาพของยาที่ผลิตให้มีความสม่ำเสมอได้ แต่สำหรับการผลิตสมุนไพรและยาไทย วัตถุดิบที่ใช้ส่วนใหญ่จะเป็นพืชสดหรือแห้งซึ่งมักมีจำนวนหลายชนิดในแต่ละตำรับ และมักมีปัญหาเรื่องความสะอาด มีการปนเปื้อนของฝุ่นและแมลงที่หลีกเลี่ยงได้ยาก กระบวนการผลิตต้องเริ่มตั้งแต่การทำความสะอาด การอบให้แห้ง การบดเป็นผง

อาจผ่านขั้นตอนการสกัดด้วยตัวทำละลายและเทคนิคการสกัดที่แตกต่างกันมาก
ไม่มีการกล่าวถึงการควบคุมคุณภาพในขั้นตอนหรือวิธีการปฏิบัติในส่วนนี้ได้เลย
หากเปรียบเทียบกันแล้ว ขั้นตอนที่เป็นหลักประกันเรื่องความเที่ยงตรงในการซัง
วัตถุดิบ การป้องกันแมลงเข้ามาในอาคาร หรือมาตรการป้องกันการฟุ้งปนเปื้อน
ของผงยาที่ต้องลงทุนสูงมากกลับมีประโยชน์น้อยกว่าในการควบคุมคุณภาพ
สำหรับการผลิตยาจากสมุนไพร

อาจเป็นเพราะเหตุว่า การพัฒนาอุตสาหกรรมยาจากสมุนไพรไทย ยังอยู่
ในช่วงต้นของการพัฒนา ยังต้องอาศัยกลยุทธ์การส่งเสริมเพื่อเพิ่มแรงจูงใจมาก
กว่าที่จะเข้มงวดในเรื่องคุณภาพ ข้อกำหนดต่างๆ ใน GMP จึงให้ความสนใจ
เฉพาะกระบวนการของการผลิตที่ผู้ผลิตสามารถปรับปรุงได้ง่าย (หากมีทุนพอ) ใน
ขณะที่หน่วยงานควบคุมก็สามารถตรวจสอบได้ง่ายเช่นกัน

กล่าวโดยสรุปมาตรฐาน GMP - สมุนไพร ที่กำหนดขึ้นให้ใช้นี้เหมาะ
สำหรับการผลิตยาสมุนไพรหรือยาไทยในรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ที่ใกล้เคียงกับยา
แผนปัจจุบัน แต่มีข้อจำกัดอยู่มากหรืออาจถึงขั้นไม่เหมาะกับการใช้เป็นเกณฑ์
สำหรับการผลิตยาไทยที่มีขั้นตอนซับซ้อนและใช้สมุนไพรหลายชนิด โดยเฉพาะ
กับการผลิตยาสมุนไพรในระดับอุตสาหกรรมครัวเรือนหรืออุตสาหกรรมขนาดเล็ก
ซึ่งยังคงเป็นกลุ่มผู้ผลิตยาแผนโบราณกลุ่มหลักอยู่ในสังคมไทยขณะนี้ ปัญหาที่
สำคัญที่สุด คือในการนำ GMP - สมุนไพรไปใช้ คือ ต้องอาศัยนักวิชาการที่มีความรู้
ในเรื่องนี้ให้คำแนะนำในการดำเนินการ และต้องมีค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงอาคาร
สถานที่และจัดซื้ออุปกรณ์ที่มีมูลค่าสูงมาก ด้วยเหตุนี้ในระยะเวลา ๗ ปีที่ผ่านมา
จึงมีผู้ผลิตที่พัฒนาสถานที่และกระบวนการผลิตจนได้รับมาตรฐาน GMP-สมุนไพร
ไม่ถึงร้อยละ ๑ ของผู้ประกอบการผลิตยาแผนโบราณทั้งหมด แม้อย่างจะได้
พยายามประชาสัมพันธ์โดยจัดทำเอกสารเผยแพร่ข้อมูลเรื่อง GMP - สมุนไพร
พร้อม VCD แจกให้กับภาคอุตสาหกรรมและภาครัฐที่เกี่ยวข้องนำไปเผยแพร่ รวม
ทั้งยังได้จัดทำคู่มือในการพัฒนาการผลิตยาไทยและสมุนไพรอีก ๔ เรื่อง ได้แก่



แนวทางการพัฒนาอุตสาหกรรม แนวทางการควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพร แนวทางการผลิตยาจากสมุนไพรในรูปแบบยาขี้ผึ้งและเจล และแนวทางการป้องกันการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพร^(๙-๑๒) ออกเผยแพร่แล้วก็ตาม ความคาดหวังต่อผลสำเร็จในการพัฒนามาตรฐานการผลิตสมุนไพรและยาไทยในระดับอุตสาหกรรมครัวเรือนหรืออุตสาหกรรมขนาดเล็กก็ยังคงต้องรอต่อไป การฝึกบังคับให้ปฏิบัติตามเกณฑ์ GMP - สมุนไพร โดยไม่พิจารณาถึงพื้นฐานความคิดและวิธีการผลิตที่แตกต่างกันอาจส่งผลเสียมากกว่าผลดี อย่างไรก็ตาม GMP - สมุนไพร ที่ทำขึ้นนี้ยังคงสามารถใช้เป็นยุทธศาสตร์สำคัญและมีประโยชน์ไม่น้อยต่อการพัฒนากระบวนการการผลิตสมุนไพรและยาไทยในระดับอุตสาหกรรมขนาดกลางและขนาดใหญ่ที่ต้องการพัฒนาไปสู่ตลาดโลก

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ของอุตสาหกรรมการผลิตยาไทยและยาสมุนไพรในปัจจุบัน เพื่อนำไปสู่การเสนอแนวทางในการดำเนินการพัฒนาอุตสาหกรรมนี้ให้ได้ตามมาตรฐาน GMP - สมุนไพร โดยใช้แนวคิดการจัดการความรู้ (Knowledge management) มาเป็นฐานในการพัฒนา ซึ่งจะทำให้มียาไทยและยาสมุนไพรที่มีคุณภาพป้อนเข้าสู่ตลาด ข้อมูลที่ใช้ประกอบการวิเคราะห์ครั้งนี้ได้จากการทบทวนเอกสาร และสัมภาษณ์เจ้าของธุรกิจอุตสาหกรรมยาไทย จำนวน ๔ ราย แบ่งตามระดับของโรงงาน ได้แก่ ๑) โรงงานผลิตยาไทยที่ได้รับ GMP - สมุนไพร ๒) โรงงานผลิตยาไทยที่ยังไม่ได้รับ GMP - สมุนไพร แต่ได้เตรียมการแล้วและอยู่ระหว่างการตรวจสอบ ๓) โรงงานผลิตยาไทยที่ยังไม่ได้รับ GMP - สมุนไพร ยังไม่ได้เตรียมการ แต่สนใจจะเตรียมการ ถ้ามีแรงจูงใจ และตลาดขยายได้มากกว่านี้ และ ๔) โรงงานผลิตยาไทยที่ยังไม่ได้รับ GMP - สมุนไพร ยังไม่ได้เตรียมการ และไม่สนใจที่จะเตรียมการ เนื่องจากค่าใช้จ่ายสูง นอกจากนี้ยังสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องอีก ๒ ราย ได้แก่ เจ้าของร้านขายวัตถุดิบสมุนไพรรายใหญ่ในกรุงเทพมหานคร และเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่รับผิดชอบการจัดทำมาตรฐาน GMP - สมุนไพร จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาสังเคราะห์โดยคณะผู้ศึกษา และนำเสนอเป็นบทความโดยหวังว่าข้อมูลนี้จะได้รับการนำไปพิจารณาประกอบการทำงาน

ในส่วนอื่น เพื่อพัฒนายาไทยและสมุนไพรให้ได้รับการยอมรับเป็นที่พึ่งด้านสุขภาพ
ในสังคมไทยและอาจก้าวหน้าไปสู่สังคมโลกต่อไป

สถานการณ์ของอุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพร

ปัจจุบันมีผู้ได้รับใบอนุญาตให้ผลิตยาแผนโบราณจาก อย. ทั้งสิ้น ๔๔๗
โรงงาน ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน ๒๕๐ โรงงาน (คิดเป็น ๒๕.๖%)
ปริมาณผลจำนวน ๑๘๖ โรงงาน (คิดเป็น ๑๔.๖%) ส่วนใหญ่ที่เหลืออีกจำนวน ๔๕๑
โรงงาน ตั้งอยู่ในต่างจังหวัด (คิดเป็น ๕๐.๘%) และเมื่อพิจารณาจากทะเบียนตำรับ
ยาแผนโบราณที่มีทั้งหมด ๕,๐๐๕ ตำรับ เท่าที่ตรวจสอบได้พบว่าเป็น สมุนไพร
เดี่ยวประมาณ ๖๘๗ ตำรับ (คิดเป็น ๑๓.๗%) และตำรับ/สูตร ประมาณ ๔,๓๑๘
ตำรับ (คิดเป็น ๘๖.๓%)

จากสถานการณ์ทั่วไป ข้อมูลจากเอกสาร และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้
เกี่ยวข้อง สามารถวิเคราะห์ให้เห็นถึงจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคาม (SWOT
analysis) ของอุตสาหกรรมการผลิตสมุนไพรและยาไทย ดังนี้

จุดแข็ง

๑. มีโรงงานผลิตภัณฑ์สมุนไพรรายใหญ่ที่ได้รับ GMP-สมุนไพร ที่มี
ศักยภาพในการผลิตเพื่อการส่งออก
๒. โรงงานที่ได้รับ GMP-สมุนไพร มีปริมาณเพิ่มขึ้น (แม้ว่าจะยังเป็น
สัดส่วนที่นับว่าต่ำ) จากปี ๒๕๔๓ มีเพียง ๑ โรงงาน ต่อมาปี ๒๕๔๔
มี ๕ โรงงาน จนกระทั่งปี ๒๕๔๘ มี ๙ โรงงาน
๓. โรงงานที่ได้รับ GMP-สมุนไพร จะมีคนรุ่นใหม่ที่มีความรู้ด้านธุรกิจ
ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เข้ามาบริหารธุรกิจมากยิ่งขึ้น



๔. องค์การเภสัชกรรม เป็นหน่วยงานรัฐวิสาหกิจที่มีหน่วยงานวิจัยและพัฒนาสมุนไพรของตนเอง และเป็นผู้บุกเบิกการผลิตยาจากสมุนไพร รูปแบบแผนปัจจุบันและเป็นโรงงานที่ได้รับ GMP-สมุนไพร ซึ่งในอนาคตสามารถเป็นแบบอย่างการพัฒนา GMP-สมุนไพร ได้
๕. โรงพยาบาลของรัฐบางแห่ง เป็นตัวอย่างของแหล่งผลิตยาไทยที่มีพัฒนาการด้านการจัดการคุณภาพของวัตถุดิบสมุนไพรร่วมกับเกษตรกร

จุดอ่อน

๑. ศักยภาพ: ส่วนใหญ่เป็นโรงงานขนาดเล็ก มีระบบการผลิตแบบครอบครัว หรือในระดับชุมชน แต่ยังไม่มีความรู้ในการวิจัยและพัฒนาสมุนไพร และยาไทย
๒. มาตรฐาน: ส่วนใหญ่การผลิตยังไม่ได้ตาม GMP-สมุนไพร ปัจจุบันมีโรงงานที่ได้รับ GMP-สมุนไพร จำนวน ๙ โรงงาน คิดเป็น ๐.๙%
๓. การบริหารจัดการโรงงาน และบุคลากร: มีผู้รู้และตระหนักถึงความสำคัญเรื่อง GMP-สมุนไพร หรือการพัฒนาใหม่ๆ น้อย หลายโรงงานเห็นว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก ต้องใช้เงินมาก และไม่มีความสามารถจะทำได้
๔. ความรู้และเทคโนโลยีการผลิตและควบคุมคุณภาพ: องค์ความรู้ดั้งเดิม ส่วนใหญ่จะอยู่กับเจ้าของหรือผู้รู้ซึ่งมีอายุมาก โดยความรู้เหล่านั้นไม่ได้รับการให้เป็นระบบที่สามารถส่งต่อให้คนรุ่นต่อไปได้ ส่วนองค์ความรู้ใหม่ ทั้งในด้านการผลิตและควบคุมคุณภาพยังต้องพัฒนาอีกมาก
๕. เครื่องจักรการผลิตและเครื่องมือการควบคุมคุณภาพ: เครื่องจักรในการผลิตยังล้าสมัย มีอายุการใช้งานมานาน เครื่องจักรใหม่มีราคา

แพ่ง ไม่มีเงินลงทุน เกือบทุกโรงงานยังไม่มีเครื่องมือในการควบคุมคุณภาพวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์

๖. วัตถุดิบ: วัตถุดิบส่วนใหญ่เก็บจากป่า ซึ่งหายาก หรือมีขนาดไม่ได้ตามที่ต้องการเนื่องจากอายุของพืชไม่ได้เหมือนเดิม บางชนิดเริ่มขาดแคลน ทำให้ราคาวัตถุดิบสูงขึ้น จำเป็นต้องสั่งซื้อสมุนไพรจากประเทศเพื่อนบ้าน การจัดการหลังเก็บเกี่ยววัตถุดิบยังไม่ดีพอ รัฐไม่ได้ส่งเสริมการปลูกอย่างจริงจัง เกษตรกรผู้ปลูกสมุนไพรและเก็บเกี่ยว ไม่มีความรู้ทำให้สมุนไพรมีคุณภาพไม่ดี
๗. ไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงในการส่งเสริมการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทย
๘. ความร่วมมือของภาครัฐและเอกชนในการวิจัยและพัฒนายาไทยยังมีน้อย
๙. การสนับสนุนจากองค์กรภายนอกยังมีน้อยหรือมีการสนับสนุนที่ไม่ต่อเนื่อง โรงงานไม่สามารถต่อยอดความรู้ได้

โอกาส

๑. อย. กำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๔ ในการพัฒนาอุตสาหกรรมยา คือ จำนวนผู้ผลิตยาจากสมุนไพรได้ GMP - สมุนไพร จำนวน ๒๐ ราย ^(๑๓)
๒. กองควบคุมยา จัดให้มีข้อมูลหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาจากสมุนไพร แนวทางการพัฒนายาลูกกลอน แนวทางการควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพร แนวทางการผลิตยาจากสมุนไพรในรูปแบบยาขี้ผึ้งและเจล และแนวทางการป้องกันการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในผลิตภัณฑ์จากยาสมุนไพร



๓. มีหน่วยงานของรัฐ เช่น คณะเภสัชศาสตร์ ที่มีศักยภาพในการจัดการเรื่อง GMP และ GLP (Good Laboratory Practice) และสามารถจะสนับสนุนการวิจัยยาไทยอย่างเป็นระบบ
๔. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ และหน่วยงานสนับสนุนการวิจัย ได้จัดสรรงบประมาณในการวิจัยและพัฒนายาไทยและยาสมุนไพร ตั้งแต่กระบวนการปลูก การควบคุมคุณภาพจนถึงกระบวนการเตรียมสารสกัดของสมุนไพรด้วยความคาดหวังว่าจะแข่งขันกับตลาดนอกประเทศได้ ทั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบครบวงจร
๕. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีนโยบายส่งเสริมการบริการการแพทย์แผนไทยและยาแผนไทยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๖. การขยายรายการบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร และส่งเสริมการใช้ จากเดิมที่มีอยู่เป็นยาตำรับจำนวน ๓ ตำรับ และสมุนไพรเดี่ยวจำนวน ๕ ชนิด เป็น ยาตำรับจำนวน ๑๑ ตำรับ และสมุนไพรเดี่ยวจำนวน ๘ ชนิด

ภาวะคุกคาม

๑. มาตรการ GMP (Good Manufacturing Practice) /PIC/S (The Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme) ที่รัฐจะประกาศใช้
๒. การประสานระบบการควบคุมยาในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ASEAN Pharmaceutical Harmonization) อาจทำให้ไทยเสียดุลการค้า และความมั่นคงด้านสาธารณสุข เนื่องจากหากอุตสาหกรรมภายในประเทศไม่สามารถปรับตัวให้ได้มาตรฐานตามที่กำหนด จะเป็น



ผลให้ไม่สามารถรักษาสถาปัตยกรรมในได้

๓. ผลจากความร่วมมือทางการค้าระหว่างประเทศ เช่น ความตกลงในองค์การการค้าโลก การเปิดเสรีทางการค้า (Free Trade Agreement : FTA) กับประเทศต่างๆ ทำให้มีการส่งออกผลิตภัณฑ์สมุนไพรจากต่างประเทศมาไทยมากขึ้น เช่น ยาจีน ยาอายุรเวทของอินเดีย เป็นต้น
๔. การเติบโตของธุรกิจร้านยา Chain stores จะทำให้ร้านขายยาอิสระในประเทศเริ่มลดน้อยลง การกระจายยาไทยลดน้อยลง ประกอบกับผู้บริโภคยาไทยมีจำนวนน้อยลง เนื่องจากขาดความเชื่อมั่น อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์เองก็ขาดความมั่นใจในยาไทยทั้งด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย
๕. รัฐมีแนวโน้มสนับสนุนการลงทุนที่เป็นการใช้เทคโนโลยีระดับสูง เพื่อเป็นการส่งออกสู่ตลาดโลกมากกว่าสนับสนุนผู้ผลิตระดับย่อย
๖. คนรุ่นใหม่มองยาไทยเป็นสินค้าที่ล้าสมัย ไม่เหมาะกับคนรุ่นใหม่

จากข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของอุตสาหกรรมการผลิตสมุนไพรและยาไทยด้วยเทคนิค SWOT Analysis ข้างต้น จะเห็นได้ว่าภาวะคุกคามเป็นปัญหาใหญ่และเฉพาะหน้าของธุรกิจยาไทยซึ่งถ้าหากปล่อยให้สถานการณ์เป็นเช่นนี้ต่อไป อุตสาหกรรมยาไทยก็อาจสูญหายไปพร้อมกับภูมิปัญญาดั้งเดิมของคนไทยที่มีการใช้ยาไทยมาหลายชั่วอายุคน แม้ว่าผลวิเคราะห์ในด้านโอกาสของการพัฒนาและการใช้ประโยชน์จากธุรกิจยาไทยมีอยู่หลายด้านก็ตาม เช่น รัฐบาลได้กำหนดนโยบายแห่งชาติทางด้านยาเพื่อการพึ่งตนเอง เสริมโอกาสของคุณค่าในภูมิปัญญาไทยที่สามารถพัฒนาให้เป็นทุนทางปัญญาที่มีมูลค่ามหาศาลได้ เช่น เป็นสิทธิบัตรทางปัญญา เป็นต้นแบบของยาใหม่ที่ใช้รักษาโรคเรื้อรังที่ยาแผนปัจจุบันยังไม่สามารถจะใช้รักษาได้ เป็นต้น แต่การที่จะทำให้อุตสาหกรรมยาไทยและยา



สมุนไพรก้าวหน้าไปสู่จุดดังกล่าวได้ จะต้องได้รับการสนับสนุนและร่วมมือกัน
อย่างเต็มที่จาก ๒ ส่วนหลัก ได้แก่ ภาคการผลิต (ทั้งตัวผู้ผลิต ผู้สนับสนุน ผู้ส่งเสริม
และผู้ควบคุมกำกับด้านกฎหมาย) และภาคการบริโภค (ทั้งผู้บริโภค และ
บุคลากรทางการแพทย์ผู้สั่งใช้) ซึ่งต้องเชื่อมโยงกับอีกหลายหน่วยงาน โดยที่ใน
ปัจจุบันล้วนมีปัญหาในการจัดการความรู้ทุกภาคส่วน เห็นได้จากนโยบายแห่งชาติ
ด้านยา ปี ๒๕๓๖ ที่กำหนดแนวทางการพัฒนาเรื่องนี้ไว้อย่างชัดเจนแล้ว^(๑๔) แต่
อุตสาหกรรมยาไทยและยาจากสมุนไพรก็ไม่ได้เจริญเติบโตเท่าที่ควร ฉะนั้นจึงมี
ความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการจัดการอย่างเป็นระบบ

ประสบการณ์การพัฒนาระบบการผลิตยาไทย และยาสมุนไพรให้ได้ *GMP* - สมุนไพร

จากข้อมูลทั่วไปและการสัมภาษณ์เจ้าของธุรกิจอุตสาหกรรมยาไทย ๔
ราย ที่บริหารโรงงานผลิตสมุนไพรและยาไทยที่อยู่ในสถานภาพต่างๆ กัน ทั้งที่ได้
รับ *GMP* - สมุนไพรแล้วและที่ยังอยู่ระหว่างการเตรียมการ ไปจนถึงผู้ที่ไม่สนใจที่
จะเตรียมการเลย และสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องอีก ๒ ราย คือ เจ้าของร้านขาย
วัตถุดิบสมุนไพร และเจ้าหน้าที่รัฐที่รับผิดชอบเรื่องมาตรฐาน *GMP* - สมุนไพร พบ
ว่ามีปัจจัยหลายประการประกอบกันที่สนับสนุนให้สถานที่ผลิตยาไทยและสมุนไพร
แต่ละแห่งตัดสินใจปรับปรุงระบบการผลิตของตนเองจนได้รับ *GMP* - สมุนไพร หรือ
ไม่ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น ๒ ส่วนหลัก ได้แก่ ปัจจัยในส่วนของผู้ประกอบการและ
ปัจจัยสนับสนุนจากภายนอก ดังนี้

ปัจจัยในส่วนของผู้ประกอบการ

ผู้ประกอบการถือว่ามีส่วนสำคัญที่สุดในการที่จะตัดสินใจว่าจะเริ่ม
กระบวนการพัฒนาดตนเองจนได้รับ *GMP*-สมุนไพรหรือไม่ ซึ่งการตัดสินใจนี้ขึ้น



อยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้

๑. ความรู้ ความสนใจ และทัศนคติพื้นฐานของเจ้าของ/ผู้บริหารที่มีต่อ GMP - สมุนไพร ว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อธุรกิจของตนหรือไม่เพียงใด
๒. ประวัติความเป็นมาของโรงงานที่ได้รับการยอมรับมายาวนาน มีตำรับที่มีสรรพคุณดี มีคนนิยมใช้ และมีผู้ที่จะสืบทอดการทำกิจการไปอย่างต่อเนื่องหรือไม่ อย่างไร
๓. สถานการณ์การผลิตของโรงงานตนเองในปัจจุบันว่า สภาพโรงงาน เครื่องมือและกระบวนการผลิตเป็นอย่างไร ต้องมีการปรับปรุงมากน้อยเพียงใดจึงจะสามารถทำได้ตามเกณฑ์ GMP - สมุนไพร
๔. ช่องทางการตลาด ยอดจำหน่ายและผลิตภัณฑ์สมุนไพรว่ามีมากน้อยเพียงใด มีโอกาสขยายตลาดอีกมากน้อยเพียงใด จะคุ้มค่างับการลงทุนปรับปรุงเพื่อให้ได้ตามเกณฑ์ GMP-สมุนไพรหรือไม่
๕. ทุนหรือความสามารถในการระดมทุนเพื่อการปรับปรุงพัฒนา มีความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด

ปัจจัยสนับสนุนจากภายนอก

นอกเหนือจากปัจจัยภายในองค์กรเองแล้วยังมีปัจจัยภายนอกอีกหลายด้านที่มีผลต่อการตัดสินใจต่อการดำเนินการพัฒนาเพื่อให้ได้ตามมาตรฐาน ได้แก่

๑. ข้อกำหนดต่างๆ ในหลักเกณฑ์ GMP - สมุนไพร มีความเข้มงวดเพียงใด มีประโยชน์หรือไม่ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงเพียงใด
๒. คู่แข่งทางการตลาดมีการเตรียมเพื่อขอ GMP-สมุนไพรแล้วมากน้อยเพียงใด
๓. แรงจูงใจที่กระตุ้นให้ปรับปรุงการผลิตให้ได้ GMP-สมุนไพร เช่น ใช้



เพิ่มโอกาสทางการตลาดให้กว้างขึ้นเพียงใด ใช้ประชาสัมพันธ์สร้างความเชื่อมั่นให้ผู้บริโภคได้มากขึ้นเพียงใด หรือได้รับข้อเสนอเพื่อการช่วยเหลือในการปรับปรุงเป็นพิเศษอย่างไร เป็นต้น

๔. ระบบการสนับสนุนมีมากน้อยเพียงใด เช่น การสนับสนุนด้านการลงทุน มีผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำระหว่างดำเนินการปรับปรุงเพื่อให้ได้ตามมาตรฐานหรือไม่
๕. การอำนวยความสะดวกจากเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลเพื่อดำเนินการ และการให้ความยุติธรรมในการประเมินตามเกณฑ์มีมากน้อยเพียงใด
๖. หากไม่ดำเนินการพัฒนา GMP-สมุนไพร จะมีบทลงโทษหรือมีปัญหามากน้อยเพียงใด
๗. ขั้นตอนการประเมินมาตรฐานมีความโปร่งใสและเป็นธรรมมากน้อยเพียงใด

ผลจากการประมวลข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ พอจะสรุปได้ว่าเป็นเรื่องยากมากที่จะทำให้สถานที่ผลิตสมุนไพรและยาไทยที่มีอยู่พัฒนาตนเองขึ้นมาเพื่อให้ได้รับ GMP - สมุนไพร เนื่องจากมีปัญหามากมาย ตั้งแต่ผู้ได้รับอนุญาตให้ผลิตยาไทยและยาสมุนไพร มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนา GMP น้อย และมีทุนในการดำเนินกิจการไม่มาก มีตลาดแคบ ส่วนใหญ่ขายอยู่ในท้องถิ่นหรือในระดับภูมิภาคเป็นอย่างมาก แม้ว่าจะมีตำรายาดีๆ มีลูกค้าประจำอยู่บ้าง แต่ก็ไม่สามารถขยายตลาดให้กว้างขึ้นได้ ดิฉันพบว่าทั้งทุนที่จะใช้ขยายกิจการ ขาดความรู้ความสามารถด้านธุรกิจและการตลาด ที่สำคัญคือ มักขาดผู้สืบทอดกิจการเนื่องจากบุตรหลานผ่านการศึกษาระบบสมัยใหม่ซึ่งขาดความเชื่อ/ศรัทธาในองค์ความรู้ด้านนี้ ที่สำคัญคือไม่สนใจทำธุรกิจนี้เพราะไม่ทันสมัย ไม่มีผู้เชี่ยวชาญเนื่องจากไม่มีการสอนเรื่องนี้โดยตรง มีโอกาสทำกำไรได้ไม่มากเท่า

ธุรกิจยุคใหม่ และที่สำคัญคือมีกฎระเบียบควบคุมอยู่เป็นจำนวนมาก หลายแห่งถึงกับเปรยว่าหากมีการบังคับให้ทำตามเกณฑ์ GMP - สมุนไพรก็คงเลิกกิจการหรือบ้างก็อาจใช้วิธีการจ้างโรงงานที่ได้ GMP-สมุนไพรแล้วผลิตส่งให้แทนการผลิตเอง

แม้ในส่วนของผู้ประกอบการที่มีปัจจัยต่างๆ เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาเพื่อให้ได้รับ GMP - สมุนไพรแล้ว ซึ่งมักเป็นโรงงานที่มีขนาดค่อนข้างใหญ่ มีผู้บริหารที่มีความรู้สูง มีตลาดที่กว้างระดับประเทศ มีทุนมากพอที่จะใช้พัฒนา และเห็นประโยชน์ที่จะได้รับจากการพัฒนาตามเกณฑ์ GMP - สมุนไพร แต่ก็พบว่ายังมีปัญหาอุปสรรคอีกหลายประการที่ต้องฟันฝ่า โดยเฉพาะในด้านองค์ความรู้ในการพัฒนาเพื่อให้ได้ตามเกณฑ์ GMP - สมุนไพร โรงงานที่ได้รับ GMP - สมุนไพรแล้วมักได้รับการสนับสนุนข้อมูลวิชาการจากสถาบันการศึกษา เพื่อนำมาใช้พัฒนาในลักษณะใดลักษณะหนึ่งเป็นพิเศษ การร่วมมือเพื่อช่วยเหลือกันเองในกลุ่มผู้ประกอบการยังมีไม่มากนักเนื่องจากมีส่วนน้อยเท่านั้นที่ได้ GMP - สมุนไพร สรุปในภาพรวมคือ ผู้ประกอบการส่วนใหญ่ยังไม่พร้อมที่จะพัฒนาสถานที่ผลิตยาของตนให้ได้รับ GMP - สมุนไพร

การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพรให้ได้รับ GMP- สมุนไพร

เนื่องจากกระบวนการการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพรให้ได้รับ GMP - สมุนไพร เป็นเรื่องที่ค่อนข้างใหม่มากในวงการอุตสาหกรรมการผลิตยาไทยและยาสมุนไพร ทั้งในส่วนของภาครัฐที่กำหนดหลักเกณฑ์ GMP - สมุนไพร สถาบันการศึกษาที่จะให้การสนับสนุน และในส่วนของผู้ประกอบการเอง เป็นเรื่องที่ยังต้องการการปรับปรุงและพัฒนาอีกหลายด้านให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมและสถานการณ์การผลิตยาไทยและยาสมุนไพรในสังคมไทย แนวทางการพัฒนา น่าจะ



เป็นการนำกระบวนการจัดการและการสร้างความรู้มาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพในการผลิตยาไทยและยาสมุนไพรได้จริง

การจัดการความรู้ เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ช่วยสร้างความสามารถในการพัฒนาทั้งการพัฒนางาน พัฒนาคณะ พัฒนารฐานความรู้ขององค์กรหรือหน่วยงาน ทำให้เพิ่มศักยภาพในการแข่งขันขององค์กร เป็นการเพิ่มพูนทุนความรู้หรือทุนทางปัญญาขององค์กร ซึ่งจะช่วยให้องค์กรมีศักยภาพในการฟันฝ่าความยากลำบากหรือความไม่แน่นอนในอนาคตได้ดีขึ้น โดยมีกระบวนการที่ช่วยให้มีการสร้าง รวบรวม จัดระบบ เผยแพร่ แลกเปลี่ยน ถ่ายโอนความรู้ที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้ทราบสถานการณ์ต่างๆ ทันท่วงทีและทันสถานการณ์ และความรู้เป็นทุนทางปัญญาหรือทุนความรู้สำหรับใช้สร้างคุณค่าและมูลค่า การจัดการความรู้จึงเป็นกระบวนการการใช้ทุนปัญญา นำไปสร้างคุณค่าและมูลค่า ซึ่งอาจเป็นมูลค่าทางธุรกิจหรือคุณค่าทางสังคมก็ได้ (๑๔, ๑๕)

ตามแนวคิดของการจัดการความรู้ แบ่งความรู้เป็น ๓ ชนิด คือ ความรู้ที่เปิดเผย (explicit knowledge) เป็นความรู้ในหนังสือ ตำรา สื่อต่างๆ ซึ่งเข้าถึงและแลกเปลี่ยนได้ไม่ยาก ความรู้ที่แฝงอยู่ในองค์กร (embedded knowledge หรือ implicit knowledge) แฝงอยู่ในรูปกระบวนการทำงาน คู่มือ กฎเกณฑ์ กติกา ข้อตกลง ตารางการทำงาน บันทึกจากการทำงาน และความรู้ที่ฝังลึกในคน (tacit knowledge) ฝังอยู่ในความคิด ความเชื่อ ค่านิยม ที่คนได้มาจากประสบการณ์ ข้อสังเกต ที่สั่งสมมานานจากการเรียนรู้ที่หลากหลาย และเชื่อมโยงจนเป็นความรู้ที่มีคุณค่าสูงแต่แลกเปลี่ยนยาก ความรู้ที่ฝังลึกไม่สามารถแปลเปลี่ยนมาเป็นความรู้ที่เปิดเผยได้ทั้งหมด แต่จะต้องเกิดจากการเรียนรู้ผ่านความเป็นชุมชน เช่นการสังเกต แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างการทำงาน

แนวทางการสร้างและจัดการความรู้สำหรับการพัฒนาอุตสาหกรรม ยาไทยและยาสมุนไพร

๑. การจัดตั้ง *สถาบันสุขภาพวิถีไทย* เป็นองค์กรที่ใช้การบริหารจัดการแนวใหม่ที่เป็นอิสระจากวัฒนธรรมราชการ และมีระบบงานที่สามารถระดมศักยภาพและบุคลากรที่มีความสามารถเพื่อทำงานวิชาการและการจัดการความรู้แบบเต็มเวลา โดยมีภารกิจ ๓ ด้านในการสร้างความรู้ สร้างคน และสร้างชุมชนวิชาการที่เข้มแข็ง โดยยึดแนวคิดการจัดการความรู้มาใช้ทำงานร่วมกับภาครัฐที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สถาบันการศึกษา และแหล่งสนับสนุนทุนการวิจัยของรัฐ เป็นต้น เพื่อเอื้อให้เกิดวัฒนธรรมความรู้ ในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือกและอุตสาหกรรมยาไทยอย่างเป็นองค์รวม โดยองค์ความรู้ส่วนหนึ่งต้องนำมาใช้พัฒนาอุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพร ทั้งในด้านการผลิตที่ได้มาตรฐาน และผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพมาตรฐานยิ่งขึ้น ส่วนอีกด้านหนึ่งต้องใช้สร้างแรงจูงใจให้ผู้บริโภคทุกระดับมีการใช้ยาไทยและยาสมุนไพรมากขึ้น
๒. สร้าง *เครือข่ายการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพร* ทั่ว ทุกภาค เป็นองค์กรที่ร่วมกันทำงานเป็นชุมชนแนวปฏิบัติ ที่ใช้กระบวนการการสร้าง และจัดการความรู้เป็นแนวทาง โดยการดำเนินการควรอยู่ภายใต้การประสานงานและสนับสนุนของ *สถาบันสุขภาพวิถีไทย* หรือ อาจทำเป็นโครงการพัฒนาที่ขอรับทุนสนับสนุนเพิ่มเติมจาก *สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)* หรือ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) หรือ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยรวบรวมกลุ่มผู้ประกอบการผลิตยาไทยและยาสมุนไพร และบุคลากรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ที่สนใจ มีความสมัครใจ มีความใฝ่รู้ กล้าแสวงหาแนวทางใหม่ๆ ในการสร้างความรู้ มีความเป็นมิตร และมีความต่อเนื่องใน



การทำงาน ได้แก่ นักวิชาการในด้านเภสัชศาสตร์ เกษตรศาสตร์ วิศวกรรมศาสตร์ และเจ้าหน้าที่ของรัฐที่มีหน้าที่กำกับและดูแล เป็นต้น การทำงานร่วมกัน โดยเปิดเวทีให้มีโอกาสได้มาพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ จะเป็นการเรียนรู้และหาแนวทางพัฒนากระบวนการผลิตในทุกๆ ขั้นตอนร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ เป็นการดึงประสบการณ์ความรู้ที่แต่ละฝ่ายมีแฝงอยู่แล้วทั้งในระดับองค์กร (implicit knowledge) หรือฝังลึกอยู่ในตัวคนที่ทำงานอย่างยาวนาน (tacit knowledge) ให้ออกมาเป็นความรู้ที่เปิดเผย (explicit knowledge) นำไปทดลองใช้ให้กว้างขึ้น เช่น การจัดการความรู้เรื่อง องค์ความรู้ดั้งเดิม องค์ความรู้ด้านวัตถุดิบ องค์ความรู้ GMP องค์ความรู้เพื่อการพัฒนาคุณภาพของยาไทยและยาสมุนไพร เป็นต้น พร้อมกันนั้นต้องจัดระบบเพื่อการวิเคราะห์ และสร้างความรู้ใหม่ร่วมกันในกลุ่มใหญ่เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาโดยมี สถาบันสุขภาพวิถีไทย เป็นผู้คอยติดตามประสานงานขับเคลื่อนการทำงานของเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

๓. ในส่วนของภาครัฐในสถานการณ์ปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขอาจร่วมมือกับคณะเภสัชศาสตร์ซึ่งมีอยู่ในทุกภูมิภาคทั่วประเทศ ร่วมกันบริหารจัดการและสร้างความรู้เกี่ยวกับ GMP โดยคณะเภสัชศาสตร์สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ของบุคลากรของโรงงานและเจ้าหน้าที่ของรัฐ โดยมีการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จัดการอบรมเจ้าหน้าที่ของรัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบเรื่อง GMP ให้มีความรู้อย่างถ่องแท้ และอบรมบุคลากรของโรงงานอุตสาหกรรมยาไทยเรื่อง GMP โดยการอบรมอาจจะเป็นหลักสูตรระยะสั้น หรือหลักสูตรที่สามารถให้ประกาศนียบัตรเมื่อสำเร็จการอบรม ในขณะเดียวกันควรจัดตั้ง สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงงานผลิตยา (GMP-สมุนไพร) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่อง GMP โดยตรง และจะต้องดำเนินงานอย่างมีขั้นตอนตามศักยภาพของผู้ผลิต เป็นหน่วยงานที่มีพันธกิจหลักในการส่งเสริมและสนับสนุนให้โรงงานพัฒนาการผลิตตาม GMP - สมุนไพร ไม่ใช่กำกับหรือควบคุม ต้องจัดการให้ความรู้ กับผู้ผลิตถึงความสำคัญของการผลิตที่ดี เข้าร่วมแก้ไขอย่างจริงจังกับโรงงานอย่างเป็นมิตร ผลจากการชี้แนะและการปฏิบัติ จะต้องเป็นแนวทางที่จะได้รับการรับรอง

เช่นเดียวกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) พร้อมกันนี้ ภาครัฐควรมีการบริหารจัดการในการจัดตั้ง ศูนย์ตรวจสอบคุณภาพสมุนไพร ซึ่งมีหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพของสมุนไพรในทุกด้าน เช่น การปนเปื้อนเชื้อ จุลชีพ โลหะหนัก และสารกำจัดศัตรูพืช เพื่อเป็นหน่วยงานที่ประกันคุณภาพของยาไทย และยาสมุนไพร เพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภคและทำให้ยาไทยสามารถส่งออกได้ เช่นเดียวกับศูนย์ตรวจสอบคุณภาพความปลอดภัยของอาหาร ของกระทรวง เกษตรและสหกรณ์

ขั้นตอนการสร้างและจัดการความรู้

การสร้างและจัดการความรู้เพื่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพร จะต้องจัดการอย่างเป็นขั้นตอน ตามศักยภาพของอุตสาหกรรม ดังนี้

อุตสาหกรรมยาที่ได้รับ GMP - สมุนไพร: ปัจจุบันมีอยู่ ๔ โรงงาน จะต้องมีการจัดการความรู้เรื่องการพัฒนาผลิตภัณฑ์ให้ได้ GMP และ GLP ด้วย กล่าวคือผลิตภัณฑ์นั้นจะต้องมีคุณภาพที่ดี มีลักษณะทางกายภาพของผลิตภัณฑ์ที่ดี มีการควบคุมคุณภาพของวัตถุดิบทั้งเรื่องความสะอาดและสารสำคัญ ขั้นตอนต่อไปที่ควรจะพัฒนาคือการพิสูจน์ประสิทธิภาพทางการรักษาในคน (Good Clinical Practice, GCP) และการจัดการความรู้เรื่องวัตถุดิบอย่างเป็นระบบ (Good Agricultural Practice, GAP)

อุตสาหกรรมยาที่ยังไม่ได้รับ GMP - สมุนไพร: แต่มีศักยภาพที่จะพัฒนาได้สูง: จะมีอยู่ประมาณ ๑-๒ % โรงงานเหล่านี้เป็นโรงงานขนาดกลางถึงขนาดใหญ่ ปัญหาที่ยังไม่ได้จัดการเรื่อง GMP-สมุนไพร เพราะเป็นโรงงานแบบเก่า ที่มีการต่อเติมจากของเดิม การบริหารจัดการเรื่องสถานที่ผลิตให้เป็นไปตาม GMP - สมุนไพร ทำได้ยาก จะต้องใช้งบประมาณสูงและขาดความรู้ในการจัดการ ซึ่ง สถาบันสุขภาพวิถีไท



และ เครือข่ายการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพร จะเข้ามามีบทบาทในกระบวนการจัดการความรู้และเป็นพี่เลี้ยง

อุตสาหกรรมยาที่ยังไม่ได้รับ GMP-สมุนไพร และมีศักยภาพที่จะพัฒนาได้ต่ำ: จะเป็นอุตสาหกรรมขนาดเล็ก มีการผลิตแบบครัวเรือน การพัฒนาสถานที่ผลิตให้ได้ GMP-สมุนไพร คงเป็นเรื่องยาก เพราะต้องใช้งบลงทุนสูง อุตสาหกรรมเหล่านี้มีมูลค่าในตลาดน้อย แต่เชื่อว่าจะไม่มีความสามารถในการพัฒนา โรงงานเหล่านี้ส่วนใหญ่จะเติบโตมาจากธุรกิจของครอบครัว มีการสืบทอดด้านภูมิปัญญามานาน สูตรตำรับยามีการพิสูจน์ใช้มานาน ซึ่งถ้ารัฐประกาศการบังคับใช้ GMP-สมุนไพร สูตรตำรับเหล่านี้อาจจะสูญหายไปได้ แนวทางในการจัดการ อาจจะเป็นการว่าจ้างโรงงานที่ได้รับ GMP - สมุนไพร หรือโรงพยาบาลที่มีการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร ดำเนินการผลิตสูตรตำรับเหล่านั้น โดยมีผู้จัดการความรู้ร่วมกับโรงงานที่รับจ้างผลิต ทั้งในเรื่องวัตถุดิบและกระบวนการผลิต ในขณะเดียวกันองค์กรดังกล่าวข้างต้น จะเข้ามามีบทบาทในการจัดการความรู้เพื่อร่วมพัฒนาอุตสาหกรรมเหล่านี้ให้ได้รับ GMP - สมุนไพรต่อไป

ส่วนกลุ่มที่ไม่สามารถพัฒนาขึ้นมาได้ อาจต้องปรับให้เป็นเรื่องของการแพทย์ท้องถิ่น หรือการแพทย์พื้นบ้าน ที่ต้องจำกัดขอบเขตในการผลิตเพื่อจำหน่ายให้อยู่ในชุมชนของตนเอง

ประเด็นขององค์ความรู้ที่จะสร้างและจัดการเพื่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพร

ประเด็นขององค์ความรู้ที่จะสร้างและจัดการเพื่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพร มีดังนี้

๑. องค์ความรู้ดั้งเดิม

เป็นองค์ความรู้จากภูมิปัญญาที่เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละโรงงาน จะต้องอนุรักษ์ไว้ให้ดำรงอยู่ได้ และพัฒนาต่อไปด้วยองค์ความรู้ใหม่ หลายโรงงานที่ความรู้ดั้งเดิมแฝงอยู่ในบุคคลผู้รู้ ซึ่งเป็นคนแก่แก่ มีอายุมาก ในอนาคตความรู้เหล่านี้ อาจสูญหายไปพร้อมกับผู้รู้เหล่านั้น จะต้องสร้างผู้สืบทอดที่มีศักยภาพในการเรียนรู้ ปฏิบัติงานร่วมกับผู้รู้ ถ่ายทอดความรู้ระหว่างการทำงาน จัดบันทึกสูตรตำรับ ให้อยู่ในสื่อที่สืบค้นได้ง่าย และเป็นข้อมูลที่เข้าใจได้ง่าย เช่น ถ่ายทำวิดีโอ เป็นต้น หรือสร้างฐานข้อมูลขององค์กรเอง โดยข้อมูลเหล่านั้นจะต้องเหมือนกับภูมิปัญญาดั้งเดิม ข้อมูลจะต้องถูกต้องตั้งแต่วัตถุดิบ (ระบุชื่อไทย ชื่ออื่นตามท้องถิ่น และชื่อวิทยาศาสตร์ที่ถูกต้อง) ส่วนที่ใช้ แหล่งที่ได้มา วิธีการเตรียม ยา และขนาดยาที่ใช้

๒. องค์ความรู้ด้านวัตถุดิบ

องค์ประกอบที่สำคัญของยาไทยและยาสมุนไพรคือวัตถุดิบที่นำมาผลิตยา องค์ความรู้ด้านนี้จัดเป็นความรู้ประเภทความรู้ที่ฝังลึกในคน (tacit knowledge) พัฒนามาจากประสบการณ์ที่สั่งสมมานานจากการเรียนรู้ที่หลากหลาย ซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนมาเป็นความรู้ที่เปิดเผยได้ทั้งหมด แต่จะต้องเกิดจากการเรียนรู้ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างการทำงาน โรงงานยาจะต้องมีการประสานงานร่วมกับนักวิชาการและเกษตรกรในการปลูก การเก็บเกี่ยว การปฏิบัติหลังการเก็บเกี่ยว ตามภูมิปัญญาดั้งเดิม ในขณะเดียวกันต้องมีการจัดการความรู้ในด้านความสะอาดของวัตถุดิบ ไม่ควรตากตามพื้นดินซึ่งปนเปื้อนสิ่งปฏิภูลต่างๆ การทำให้แห้ง (วัตถุดิบไม่แห้งสนิท ทำให้ปนเปื้อนเชื้อราที่อาจจะก่อเกิดโรค) นอกจากนี้การจัดการความรู้โดยใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ในการระบุชนิดพืชที่ถูกต้องตามหลักอนุกรมวิธานพืช เข้าไปช่วยในการจัดทำตัวอย่างเทียบเคียง (authentic sample) เป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะในกรณียาไทยที่เป็นสูตรตำรับจะประกอบด้วยสมุนไพรหลายชนิดมาก จะมีความยุ่งยากมากกว่ายาสมุนไพรเดี่ยว



ฉะนั้นการพิสูจน์ชนิดของสมุนไพรจึงมีความสำคัญมาก บ่อยครั้งมีการใช้ผิดชนิด
ทั้งนี้เนื่องจากสมุนไพรไทยมีชื่อไทยชื่อเดียวกัน แต่มาจากพืชต่างชนิดกัน ตัวอย่าง
เช่นชะเอมไทย มีสมุนไพรที่มีชื่อพ้องกัน ๓ ชนิด คือ *Albizia myriophylla* Benth.
(วงศ์ LEGUMINOSAE-MIMOSOIDEAE), *Derris reticulata* Craib (วงศ์
LEGUMINOSAE-PAPILIONOIDEAE) และ *Myriopteron extensum* (Wight)
K.Schum. (วงศ์ ASCLEPIADACEAE) ในท้องตลาดจะเป็นชะเอม *Derris*
reticulata Craib แต่หมอยาที่ปราจีนบุรีจะใช้ชะเอม *Albizia myriophylla* Benth.
ซึ่งสมุนไพรทั้งสองชนิดจะมีสารประกอบทางเคมีที่แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง นอกจากนี้
นี้ส่วนที่ใช้ชงยา ก็มีความสำคัญมาก เนื่องจากแต่ละส่วนของพืชจะมีสารสำคัญที่
แตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น ฟ้าทะลายโจร สารสำคัญพบมากในส่วนใบ แต่วัตถุดิบที่
มีการขายในท้องตลาดจะเป็นกิ่งมากกว่าใบ เป็นต้น

๓. องค์ความรู้ GMP - สมุนไพร

กลุ่มเครือข่ายที่ตั้งขึ้นจะต้องพิจารณาร่วมกันว่าควรเปรียบเทียบเกี่ยวกับ GMP
- สมุนไพร ที่รัฐได้เสนอให้มีการปฏิบัติ มีความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใดใน
สถานการณ์ปัจจุบันนี้ และขั้นตอนการปฏิบัติเป็นอย่างไร ในส่วนภาครัฐควร
พัฒนารูปแบบของเอกสารเผยแพร่ เช่น ข้อมูลหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยา
จากสมุนไพร ให้มีรูปแบบให้เข้าใจง่ายขึ้น นอกเหนือไปจากสื่อสิ่งพิมพ์ที่มีอยู่แล้ว
โดยอาจจะเพิ่มรูปภาพประกอบหรือผลิตสื่อภาพเคลื่อนไหว เช่น วิดิทัศน์ เพื่อแสดง
ให้เห็นภาพอย่างชัดเจน และควรเผยแพร่ผ่าน website ของกระทรวงสาธารณสุข
หรือจัดส่งไปตามโรงงานต่าง ๆ โดยปรับนโยบายการส่งเสริมและสนับสนุนเชิงรุก
ให้มากขึ้น

๔. องค์ความรู้เพื่อการพัฒนาคุณภาพของผลิตภัณฑ์

องค์ความรู้เพื่อการพัฒนาคุณภาพของผลิตภัณฑ์ เป็นการประกันถึง
ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ยาไทยและยาสมุนไพร เป็นการ

พัฒนาด้านการควบคุมคุณภาพให้ผลิตภัณฑ์มีความสม่ำเสมอ พัฒนาการสกัด
ซึ่งต้องการเครื่องจักรและเทคโนโลยีที่ทันสมัย พัฒนาด้านรูปแบบยาเตรียมและ
การพิสูจน์ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ที่พัฒนาขึ้นใหม่ ในขณะที่
เดียวกันเทคโนโลยีการผลิตวัตถุดิบก็มีความสำคัญที่ต้องดำเนินการควบคู่ไปด้วยกัน
ทั้งนี้ต้องเป็นการพัฒนาที่อยู่บนรากฐานของภูมิปัญญาไทย ซึ่งแนวทางการจัดการ
จะดำเนินการโดยกลุ่มเครือข่ายดังที่ได้กล่าวมาแล้ว การพัฒนาที่ต้องอาศัยการ
จัดการความรู้ภูมิปัญญาและวิทยาศาสตร์ ซึ่งอยู่ในรูปแบบความรู้ที่เปิดเผย ความ
รู้ที่แฝงอยู่ในองค์กร และความรู้ที่ฝังลึกในคน มาใช้ให้เกิดประโยชน์ร่วมกันให้ได้
ในกระบวนการสร้างและจัดการความรู้ นอกจากนี้ภาครัฐเองควรมีการจัดการ
ความรู้ในองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์ยาไทยและยาสมุนไพรดังนี้

- ๔.๑ ต้องจัดการให้มีมอโนกราฟ (monograph) ของสมุนไพรมากขึ้น
กว่าที่มีอยู่ โดยหน่วยงานของรัฐ (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์) เพื่อ
ที่จะใช้เป็นต้นแบบในการควบคุมคุณภาพของวัตถุดิบสมุนไพร
ปัจจุบันมีเพียง ๒ เล่ม จำนวน ๒๑ ชนิดเท่านั้น (THP ๑&๒) :
กระบวนการจัดการสามารถทำได้โดยการระดมผู้รู้จากหน่วยงานต่างๆ
มาร่วมกันทำงาน บนพื้นฐานความรู้มาตรฐานเดียวกัน
- ๔.๒ จัดให้มีการอบรมความรู้ด้านการควบคุมคุณภาพของวัตถุดิบและ
ผลิตภัณฑ์ โดยนำมอโนกราฟที่ทำไว้มาใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติ
- ๔.๓ จัดทำ คู่มือการควบคุมคุณภาพยาไทย ที่ประกอบด้วยความรู้ใน
การควบคุมคุณภาพทางเคมี การตรวจสอบเอกลักษณ์ของสมุนไพร
และยาไทย (fingerprint) การควบคุมคุณภาพตาม WHO guideline
โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มีภาพประกอบชัดเจนและมีสื่อภาพเคลื่อนไหว
(CD, VDO) พร้อมทั้งอบรม และสาธิตวิธีการ
- ๔.๔ จัดสรรเครื่องมือและอุปกรณ์บางชนิดที่มีความจำเป็น ในการควบคุม
คุณภาพในระดับที่ยอมรับได้ โดยอาจจะเป็นการให้เปล่าหรือยืมคืน



ทีหลัง เช่นเดียวกับโครงการพัฒนาการผลิตยาสมุนไพรให้มีคุณภาพ
ในโรงพยาบาลของรัฐ โดยการสนับสนุนของกรมพัฒนาการแพทย์
แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๔.๕ จัดให้มี ชุดตรวจสอบคุณภาพของวัตถุดิบในภาคสนาม ทั้งด้าน
คุณภาพทางเคมี การปนเปื้อน และจัดให้มีการกระจายอย่างทั่วถึง
ทั้งภาคเกษตรและอุตสาหกรรม

๕. การพัฒนาเจตคติของผู้บริหารโรงงานและเจ้า หน้าที่ภาครัฐ

เจตคติ หมายถึงความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ อันเป็นผลเนื่องมา
จากการเรียนรู้ ประสบการณ์ และเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่จะ
ตอบสนองต่อสิ่งนั้นๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง อาจเป็นไปในทิศทางสนับสนุน
หรือคัดค้านก็ได้โดยความรู้จะเป็นพื้นฐานของความรู้สึกและการแสดงออกของบุคคล
ดังนั้นทั้งผู้บริหารโรงงานและเจ้าหน้าที่ภาครัฐจะต้องเข้าใจและมีเจตคติที่ดีต่อการ
พัฒนาอุตสาหกรรมยาไทยและสมุนไพร ผู้บริหารโรงงานอุตสาหกรรมยาไทยควรที่
จะมีความรู้พื้นฐานทั้งด้านองค์ความรู้ที่เป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมที่เป็นเอกลักษณ์และ
ความภาคภูมิใจของโรงงาน และด้านวิทยาศาสตร์รวมถึง GMP- สมุนไพร สามารถ
ที่จะเรียนรู้ได้ โดยการแนะนำหรือรับการอบรมจากภาครัฐ เช่น สำนักงานคณะ
กรรมการอาหารและยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ สถาบันการศึกษา จะ
ทำให้เกิดวิสัยทัศน์ที่จะนำพากิจการไปสู่การพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่มีเอกลักษณ์
แห่งภูมิปัญญาของตนเอง และมีคุณภาพตามมาตรฐานของรัฐ เจ้าหน้าที่ของรัฐทุก
ระดับที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดเกณฑ์ GMP และส่งเสริมผลักดันให้โรงงาน
ได้รับการรับรองมาตรฐานการผลิต GMP ไม่ว่าจะป็นเจ้าหน้าที่ระดับผู้บริหาร หัวหน้า
งานและผู้ปฏิบัติงาน จะต้องมีความเข้าใจถึงกระบวนการผลิตของโรงงาน
อุตสาหกรรมยาไทย ซึ่งมีความยุ่งยากและซับซ้อนกว่าโรงงานยาแผนปัจจุบัน และ

แนวทางในการจัดการก็มีความยุ่งยากกว่า เนื่องจากอุตสาหกรรมยาไทยเติบโตมาจากงานผลิตในระดับครอบครัว ฉะนั้นในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ต้องมีความเป็นมิตร เข้าใจอย่างถ่องแท้ของธรรมชาติของโรงงานอุตสาหกรรมยาไทย อันจะนำมาสู่การมีเจตคติที่ดีในการส่งเสริม สนับสนุน โรงงานเหล่านั้น

๖. การส่งเสริมด้านเงินทุน

ผู้ประกอบการอุตสาหกรรมยาไทยส่วนใหญ่จะเป็นอุตสาหกรรมครอบครัว จะมีปัญหาเรื่องทุนทรัพย์ ซึ่งการจัดการเรื่อง GMP จะต้องใช้เงินทุนในระดับหนึ่ง รัฐจะต้องจัดหาแหล่งสนับสนุนเงินทุน ที่เอื้อให้อุตสาหกรรมยาไทยสามารถได้รับการสนับสนุนเงินทุนในอัตราดอกเบี้ยต่ำ ระยะเวลาชำระหนี้ และสามารถที่จะใช้หลักทรัพย์ที่เกิดจากภูมิปัญญา สิทธิบัตรและเครื่องหมายการค้า เป็นหลักทรัพย์ในการกู้ยืมได้

๗. การสร้างแรงจูงใจ

จะเห็นได้ว่าอุตสาหกรรมยาไทยมีมูลค่าการตลาดไม่มากนัก ฉะนั้นผู้ประกอบการจะไม่มีแรงจูงใจในการพัฒนา เนื่องจากต้องใช้เงินทุนสูง รัฐควรร่วมกำหนดแผนการตลาด การประชาสัมพันธ์ให้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ และประชาชนทั่วไป ได้รับรู้เข้าใจถึงนโยบายของรัฐในการสนับสนุนยาไทยในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างเป็นระบบและจริงจัง ควรสนับสนุนให้มีการผลิตยาตามรายการยาสามัญประจำบ้านให้มากกว่าเดิม เพื่อขยายพื้นที่ตลาดของอุตสาหกรรมยาไทย เนื่องจากสามารถวางขายยาสามัญประจำบ้านได้ทั่วไป ไม่เฉพาะแต่ร้านขายยา ควรมีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับยาไทยและสมุนไพรทั้งในระดับบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไป ให้ทราบถึงคุณค่า คุณประโยชน์ของยาไทย โดยการเผยแพร่ความรู้ต้องให้ความรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มคน เช่น กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ควรเป็นข้อมูลยาสมุนไพรที่อิงหลักฐาน (evidence-based) โดยควรบรรจุไว้ในหลักสูตรการแพทย์แผนไทยและทางเลือก หลักสูตรแพทย์-



ศาสตร์บัณฑิตของคณะแพทยศาสตร์ หลักสูตรเภสัชศาสตร์บัณฑิต รวมถึงหลักสูตรในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา และปลูกจิตสำนึกให้เห็นประโยชน์และเกิดการยอมรับการใช้ยาไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและในสังคมโดยรวม

unasu

อุตสาหกรรมยาไทยและสมุนไพรส่วนใหญ่เป็นโรงงานขนาดเล็ก มีระบบการผลิตแบบครอบครัว หรือในระดับชุมชน โดยความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทยสามารถแบ่งได้เป็น ๒ กลุ่ม คือ องค์ความรู้ที่เป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมที่สืบทอดมาจากรุ่นสู่รุ่น ส่วนใหญ่เป็นความรู้ที่แฝงอยู่ในองค์กร และความรู้ที่ฝังลึกในคน ส่วนที่สองเป็นองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์ GMP และองค์ความรู้เพื่อการพัฒนาคุณภาพอุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพร ส่วนใหญ่เป็นความรู้ที่เปิดเผย การที่จะพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทยและสมุนไพรให้สามารถคงเอกลักษณ์ของชาติในด้านแนวทางการดูแลสุขภาพวิถีไทย และให้มีคุณภาพประสิทธิภาพ และความปลอดภัยตามมาตรฐานสากล ต้องอาศัยการจัดการความรู้ที่เหมาะสมตามแนวทางที่ได้นำเสนอไว้ ซึ่งการทำงานด้วยกระบวนการสร้างและการจัดการความรู้แบบนี้จะเป็นการพัฒนาที่นำไปสู่ความร่วมมือร่วมใจในการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพรที่มีเอกลักษณ์ในด้านรูปแบบและแนวคิดเฉพาะตัวในการดูแลสุขภาพของสังคมไทย ทั้งด้านองค์ความรู้: GMP - สมุนไพร และ GLP - สมุนไพร ที่มีพลังที่จะขับเคลื่อนการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทย บุคลากรที่มีคุณภาพ มีศักยภาพที่เพิ่มขึ้น รวมถึงสิทธิบัตรด้านต่างๆ ได้แก่ ตำรับยาตามองค์ความรู้ดั้งเดิม ตำรับยาที่ได้วิจัยและพัฒนา พิสูจน์สรรพคุณ และกระบวนการผลิต นอกจากนี้ยังเป็นการทำให้ระบบเศรษฐกิจของประเทศเติบโตขึ้น มีเงินหมุนเวียนภายในประเทศ ลดการขาดดุลทางการค้า มีรายได้เข้าประเทศ และเป็นการสืบทอดวัฒนธรรมและภูมิปัญญา ซึ่งจะเป็นทรัพย์สินหรือทุนปัญญาของแผ่นดิน เป็นภูมิคุ้มกันทางเศรษฐกิจของประเทศต่อไป



เอกสารอ้างอิง

- สุนทร วิทยานารถไพศาล. (๒๕๔๗). คุณค่าและทิศทางการพัฒนาอุตสาหกรรมไทย (ยาแผนโบราณ) และผลิตภัณฑ์สมุนไพร. ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและประพจน์ เกตุรากาศ, (บก.). *ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย*. กรุงเทพมหานคร: อุษากการพิมพ์. ๒๕๔๗.
- กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (๑ สิงหาคม ๒๕๔๙). [ออนไลน์] จาก http://www.app๑.fda.moph.go.th/drug/zone_search/files/sea๐๐๑_๐๐๘.asp
- กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (๑ สิงหาคม ๒๕๔๙). [ออนไลน์] จาก http://www.app๑.fda.moph.go.th/drug/zone_search/files/sea๐๐๑_๐๐๒.asp
- กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (๑ สิงหาคม ๒๕๔๙). [ออนไลน์] จาก http://www.app๑.fda.moph.go.th/drug/zone_search/files/sea๐๐๑_๐๐๑.asp
- กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (๑ สิงหาคม ๒๕๔๙). [ออนไลน์] จาก http://www.app๑.fda.moph.go.th/drug/zone_search/files/sea๐๐๑_b๑๖a.asp
- Pharmaceutical Inspection conversion and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme (PIC/S). [Accessed ๒๐๐๖, August ๕] Available from: <http://www.picscheme.org/indexnoflash.php>
- กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข (๑ สิงหาคม ๒๕๔๙). [ออนไลน์] จาก http://www.app๑.fda.moph.go.th/drug/zone_gmp/gmpname๒.htm
- กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๔๘). *หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาจากสมุนไพร*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.



กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๔๘). แนวทาง
การพัฒนายาลูกกลอน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่ง
ประเทศไทย.

กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๔๘). แนวทาง
การควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพร. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุม
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๔๘). แนวทาง
การผลิตยาจากสมุนไพรในรูปแบบยาขี้ผึ้งและเจล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุม
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๔๘). แนวทาง
การป้องกันการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพร. กรุงเทพมหานคร: โรง
พิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (๑ สิงหาคม ๒๕๔๙).
[ออนไลน์] จาก [http://www.app๑.fda.moph.go.th/drug/zone_asian_ppwg/
ppwg๐๑.asp](http://www.app๑.fda.moph.go.th/drug/zone_asian_ppwg/ppwg๐๑.asp)

วิจารณ์ พานิช. (๒๕๔๗). การจัดการความรู้คืออะไร ไม่ทำ ไม่รู้. ใน อนุวัฒน์ คุชชิตกุล. การ
จัดการความรู้เพื่อคุณภาพที่สมดุล. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์.

ประพนธ์ ผาสุขยัต. (๒๕๔๔). การจัดการความรู้ ฉบับมือใหม่หัดขับ. กรุงเทพมหานคร: สำนัก
พิมพ์ไยไทม.

วิชาหรือปัญญานี้ จัดแยกได้มากมายหลายด้าน
หลายระดับ หลายขอบเขต
ตั้งแต่ความรู้ความเข้าใจต่อข้อมูล
แล้วมาเป็นความรู้ที่ปรุงแต่งความคิด
ให้เกิดความเข้าใจที่ขยายเพิ่มขึ้นไปอีก
เป็นการมองเห็นทางที่จะทำการ จัดการ
ดำเนินการ หรือที่จะแก้ปัญหาต่างๆ
เข้าใจเหตุผล หยั่งเห็นเหตุปัจจัย
เห็นซ้ำแรกแยกแยะรายละเอียดต่อไป รู้เห็นตามที่มันเป็น
จนกระทั่งเป็นความสว่างโพลง
เห็นรวมทั่วตลอดที่เดียวหมดทั้งมวล
หน้าที่ของปัญญานั้น ในที่สุดก็ไปรวมที่การปลดปล่อย
หรือทำให้เกิดอิสรภาพ

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต)

หลังพิมพ์ ๓๐๐ ปี สมเด็จพระแก้ว



00002301

