

เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไท

พิมพ์ครั้งแรก จัดพิมพ์โดย	กันยายน ๒๕๕๒ จำนวน ๓,๐๐๐ เล่ม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ชั้น ๒ อาคาร ๘๘/๓๗ ทิวาพันธ์ ๑๔ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐๒-๕๙๐-๒๓๐๔ โทรสาร ๐๒-๕๙๐-๒๓๑๑ www.nationalhealth.or.th
ISBN:	๙๗๘-๙๗๔-๒๓๕-๐๓๒-๑
ที่ปรึกษา	อำพล จินดาวัฒนะ อุกฤษฏ์ มลินีทางกูร กรรณิการ์ บรรเทิงจิตร ปิดิพร จันทรัตน์ ณ อยุธยา ชาติรี เจริญศิริ
บรรณาธิการ	อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา ประพจน์ เกตราภาค วิสุทธิ บุญญะโสภิต
องค์กรสนับสนุน	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันสุขภาพวิถีไท สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ออกแบบและจัดพิมพ์	บริษัทนิวพลัส จำกัด ๒/๑๙๒ ซอยพหลโยธิน ๔๐ ถนนพหลโยธิน แขวงเสนานิคม เขตจตุจักร กรุงเทพฯ ๑๐๙๐๐ โทรศัพท์ ๐๒-๙๔๖-๒๓๐๑-๓ โทรสาร ๐๒-๙๔๖-๒๓๐๔

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

เส้นทางสุขภาพดี วิถีไท.-- นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๒.
๒๒๘ หน้า.

๑. สุขภาพ. ๒. สาธารณสุขมูลฐาน. ๓. นโยบายสุขภาพ.

I. ประพจน์ เกตราภาค, บรรณาธิการ. I. วิสุทธิ บุญญะโสภิต, บรรณาธิการร่วม.

III. ชื่อเรื่อง.

๖๑๓

ISBN: ๙๗๘-๙๗๔-๒๓๕-๐๓๒-๑

๒

เส้นทางสุขภาพดี วิถีไท





หนังสือ “เส้นทางสุขภาพดี วิถีไท” เล่มนี้ เป็นหนังสือที่ได้รวบรวมเรื่องราว สถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรค และกระบวนการขับเคลื่อนงานพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ จากจุดเริ่มต้นจนกระทั่งได้บรรจุเป็นหมวดหนึ่งในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ ๑) พ.ศ. ๒๕๕๒ ซึ่งเป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ ซึ่งได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีไปแล้วเมื่อวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๒

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้ให้คำนิยามของคำว่า “ระบบสุขภาพ” ไว้ว่าหมายถึง “ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ” และหากพลิกไปดูสาระบัญญัติในมาตรา ๔๗ ที่กำหนดว่าธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติต้องมีสาระสำคัญอย่างน้อย ๑๒ เรื่อง ซึ่ง ๙ ใน ๑๒ เรื่องได้แสดงองค์ประกอบของระบบสุขภาพไว้ และเรื่อง “การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ” ก็เป็นเรื่องหนึ่งหรือองค์ประกอบหนึ่งของระบบสุขภาพ

จึงเห็นได้ว่างานพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เป็นงานที่สำคัญในสองนัย นัยแรกคือ ประเทศไทยเราให้การยอมรับว่างานด้านนี้มีความสำคัญจึงได้บัญญัติ





กฎหมายขึ้นมารองรับ นัยที่สอง เป็นการยอมรับว่า งานด้านนี้มีผลต่อการมีสุขภาพดีหรือสุขภาวะที่ดีของมนุษย์ เพราะกำหนดให้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของระบบสุขภาพ

จึงเป็นความท้าทายร่วมกันขององค์กร หน่วยงาน เครือข่าย และคนไทยทุกคน ที่จะต้องเข้ามาร่วมกันแปลงข้อความต่างๆ ที่ปรากฏอยู่ในหมวด ๗ ตั้งแต่ข้อ ๕๓ จนถึงข้อ ๖๗ ที่ประกอบไปด้วย ๔ หลักการ ๗ เป้าหมาย และ ๗ มาตรการ ไปสู่การปฏิบัติให้เกิดเป็นรูปธรรม และนี่คือวัตถุประสงค์สำคัญอีกประการหนึ่งของหนังสือเล่มนี้ ที่ต้องการใช้เป็นเอกสารอ้างอิงในการทำงานของผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อการดำเนินงานสู่เป้าหมาย และมาตรการที่สอดคล้องเชื่อมโยงกัน โดยยึดหลักการพื้นฐานเดียวกัน

ทั้งนี้ สาระหลักของหนังสือเล่มนี้ นำมาจากหนังสือ “การทบทวนสถานการณ์เพื่อนำสู่การร่างธรรมนูญสุขภาพ มาตรา ๔๗(๗) ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก” ที่จัดทำโดย สถาบันสุขภาพวิถีไท โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และได้เพิ่มเติมด้วยสาระที่ปรากฏในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ และบทความสถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสถาบันสุขภาพวิถีไทได้จัดทำไว้


สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สิงหาคม ๒๕๕๒





สารบัญ

คำนำ	๓
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	๗
บทนำ	๑๑
สถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรค ในการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้าน สุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ ทางเลือก	๑๕
สถานการณ์การขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์ แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ผ่าน กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๘	๓๙
สรุป วิเคราะห์ สภาพปัญหาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์ แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก	๘๑
ข้อเสนอต่อหลักการศึกษา มาตรการและกลไกในการพัฒนา มติคณะรัฐมนตรี	๙๕
สาระในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ	๑๐๓
บรรณานุกรม	๑๑๑
ภาคผนวก	
รายชื่อคณะอนุกรรมการ	๑๑๙
รายชื่อคณะทำงาน	๑๒๑
บทสรุปแผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ — ๒๕๕๔	๑๒๓
 เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย	๕

สถานการณ์หมอพื้นบ้านในส่วนภูมิภาคของประเทศไทย	๑๓๓
สถานการณ์และแนวโน้มข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย	๑๖๓
สถานการณ์การใช้การแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพ ของคนไทย	๑๘๙
บทความเรื่อง ๓ ทศวรรษแห่งการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านสุขภาพ	๒๑๕



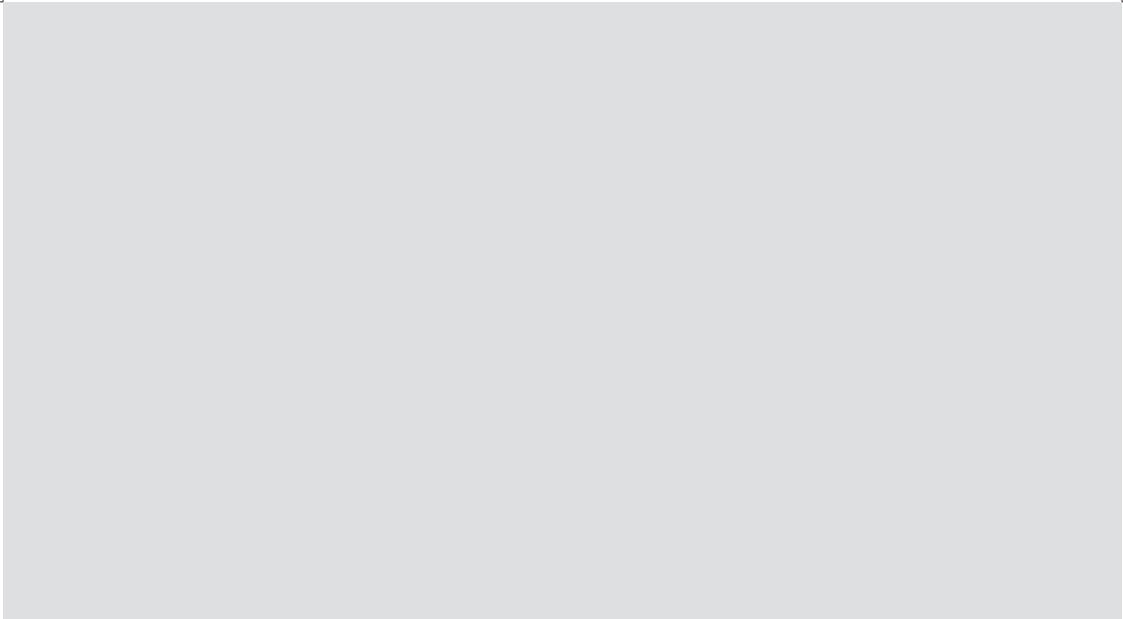
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย



๗





การขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เพื่อนำมาสู่การกำหนดเป็น
สารบัญญัติในธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ ได้เริ่มอย่างเป็นระบบ มีกระบวนการ
และมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง โดยยึดแนวความคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา
ของนายแพทย์ ประเวศ วะสี การขับเคลื่อนเริ่มต้นด้วยการพัฒนาองค์ความรู้
ในช่วง พ.ศ. 2542-2544 การเคลื่อนไหวทางสังคมโดยผ่านกระบวนการสมัชชา
สุขภาพ ในช่วง พ.ศ. 2544-2548 การยกร่างธรรมนูญแห่งชาติและรับฟัง
ความคิดเห็น ในช่วง พ.ศ. 2544-2548 และจากสมัชชาสุขภาพสู่การขับเคลื่อน
ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพโดยเครือข่ายหมอพื้นบ้าน ในช่วง พ.ศ. 2544-
2550

เมื่อพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 20 มีนาคม
พ.ศ. 2550 สารสำคัญในธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติได้ถูกกำหนดไว้ในมาตรา 46
ว่า “ให้ คสช. จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นกรอบ
และแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพ
ของประเทศเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ” โดยให้มี
สารสำคัญตามมาตรา 47(7) ว่า “การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนา
ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและ
การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ”

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญ
ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเตรียมการยกร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบ
สุขภาพแห่งชาติตามกรอบมาตรา 47 เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการพิจารณา
ของสมัชชาสุขภาพ ก่อนนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้ความเห็นชอบ ซึ่ง
คณะกรรมการฯ ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการยกร่างสารสำคัญฯ ตามมาตรา
47(7) เพื่อยกร่างสารบัญญัติเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์
แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ



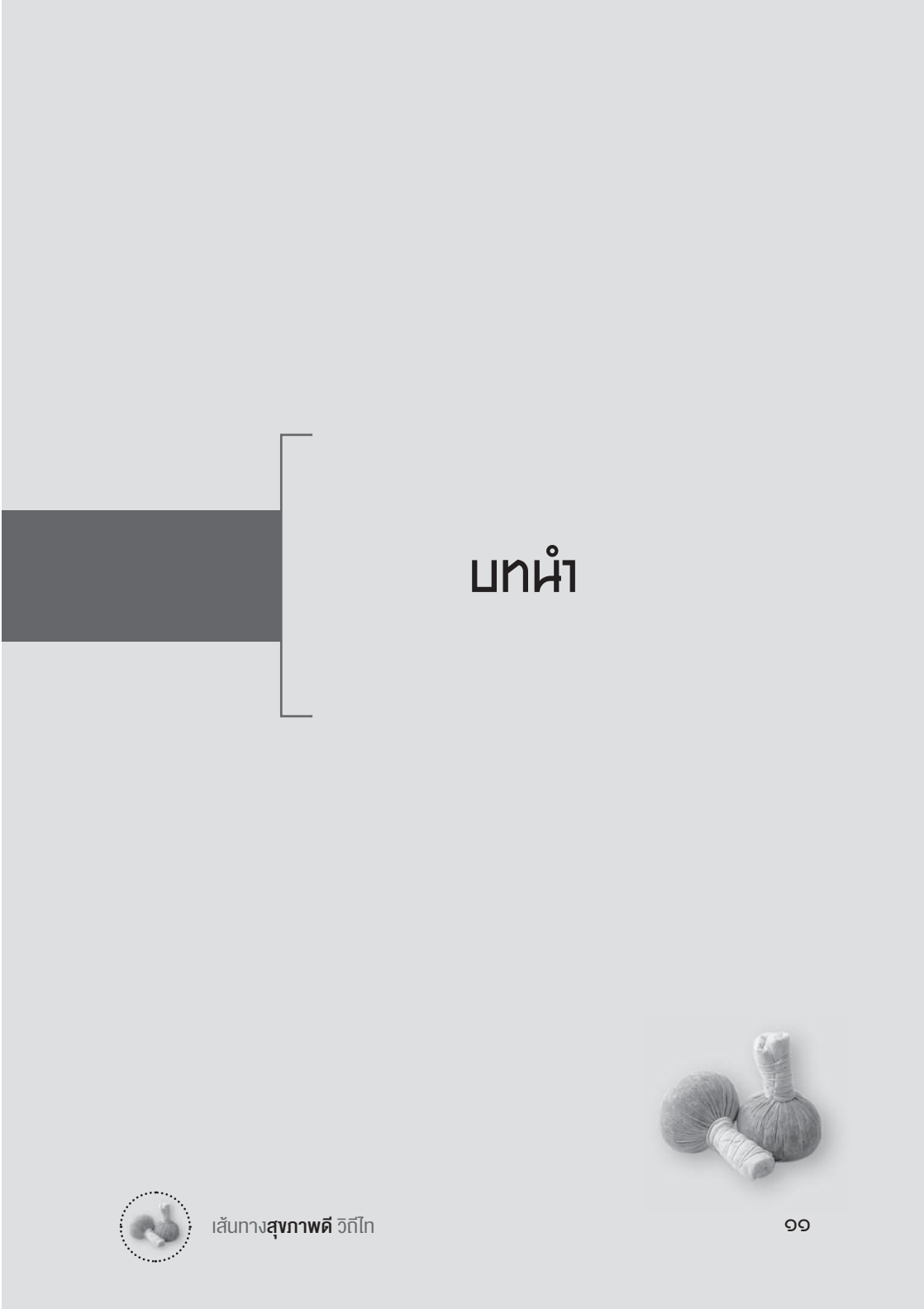


การศึกษาและทบทวนสถานการณ์ในบทความนี้ นำเสนอสถานการณ์สำคัญ 2 ส่วน คือ สถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรค ในการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก และ สถานการณ์การขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2544-2548 เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการยกร่างสาระสำคัญ ตามมาตรา 47(7)

สถานการณ์ทั้ง 2 ส่วนได้ทำให้เห็นข้อสรุป สภาพปัญหาของภูมิปัญญา ท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ ทางเลือก คือ ระบบสุขภาพของประเทศไทยได้เคลื่อนตัวเข้าสู่การยอมรับ ระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ การเติบโตและความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ ภาคประชาชนในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา การฟื้นฟูและการเคลื่อนตัวของ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และ การแพทย์ทางเลือก และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้าน สุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกมีความ แตกต่างกัน

สุดท้ายได้นำเสนอ หลักการ ทิศทาง มาตรการ และกลไกในการพัฒนา ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และ การแพทย์ทางเลือก ซึ่งทั้งหมดมีหลักการร่วมเดียวกัน แต่มีทิศทางและ มาตรการแตกต่างกันตามสภาพปัญหาของแต่ละระบบ





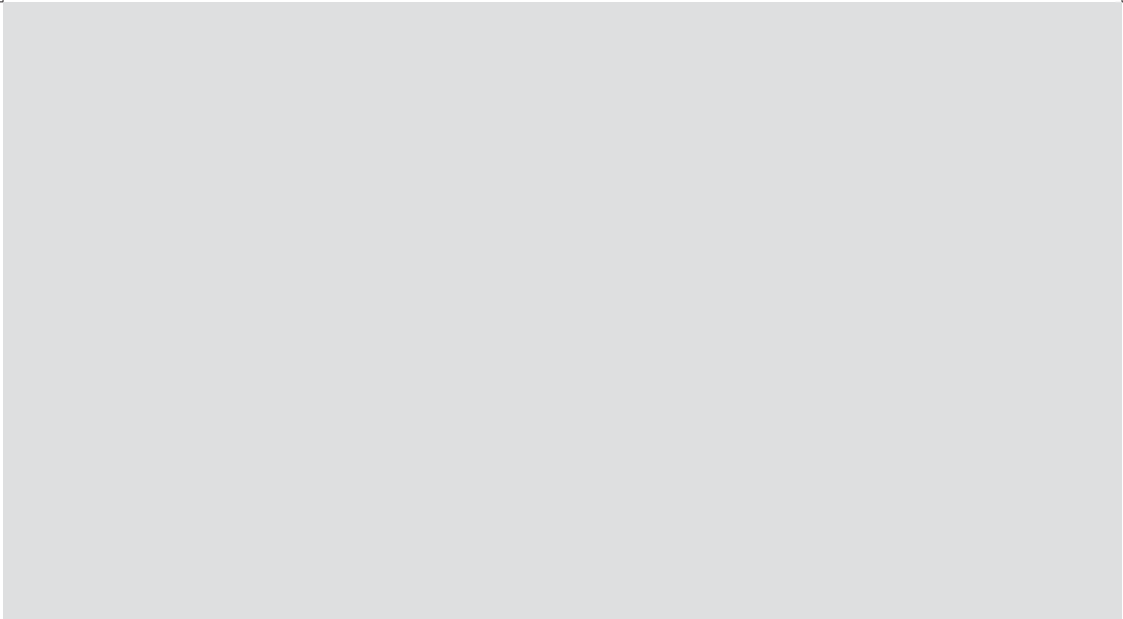
บทนำ



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย



๑๑





การขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เพื่อนำมาสู่การกำหนดสาระบัญญัติใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้เริ่มอย่างเป็นระบบ มีกระบวนการและมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง โดยยึดแนวความคิดของ **นพ.ประเวศ วะสี** เรื่อง **สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (การพัฒนาความรู้วิชาการ การเคลื่อนไหวทางสังคม และการเคลื่อนไหวทางการเมือง)** โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 ซึ่งเริ่มจากการพัฒนาองค์ความรู้และเข้าสู่การเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อจัดทำสาระบัญญัติในธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติโดยผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2544 และในระหว่างการดำเนินการกับภาคการเมืองเพื่อเห็นชอบและประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ เครือข่ายภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพได้ก่อรูปขึ้นอย่างมีทิศทางและกำหนดยุทธศาสตร์ร่วมกันในการทำงาน รวมทั้งจัดทำงบประมาณดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ดังกล่าว

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2550 สาระบัญญัติต่างๆ เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพที่ได้กำหนดไว้ในธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับ 24 กันยายน 2550) ไม่ได้ได้รับการกำหนดไว้ใน พ.ร.บ. แต่ให้จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ โดยมีสาระสำคัญตามมาตรา 47(7) “การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ”

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเตรียมการร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติตามกรอบมาตรา 47 เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของสมัชชาสุขภาพก่อนนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้ความเห็นชอบ ซึ่งคณะกรรมการฯ ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการร่างสาระสำคัญฯ ตามมาตรา 47(7) เพื่อยกร่าง



สารบัญญัตินี้เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

การทบทวนสถานการณ์ในบทความนี้จะนำเสนอประเด็นต่างๆ คือ

ก. สถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคในการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

ข. สถานการณ์การขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ผ่านกระบวนการสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2544-2548

ค. สรุป วิเคราะห์ สภาพปัญหาของภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

ง. ข้อเสนอต่อ ทิศทาง มาตรการและกลไกในการพัฒนา

เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการร่างสาระสำคัญ ตามมาตรา 47(7) เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ



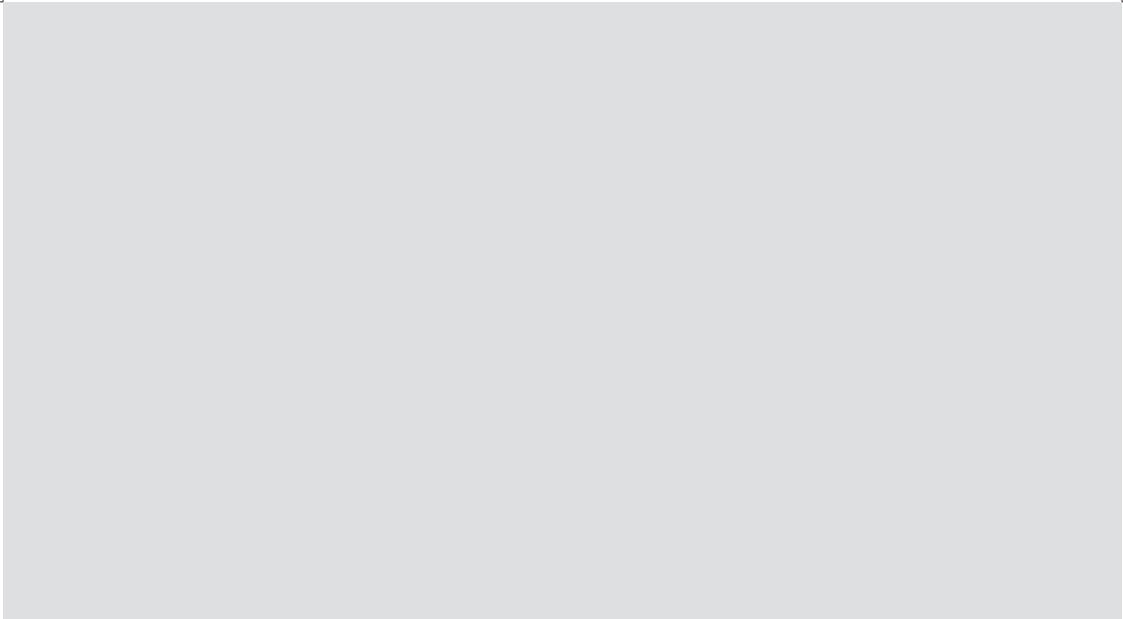
สถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรค
ในการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน
และการแพทย์ทางเลือก



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย



๑๕



๑๖

เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย



1. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มสูงขึ้น

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา รายจ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มขึ้นจากมูลค่า 25,315 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2523 เป็นมูลค่า 434,974 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นถึง 17.2 เท่า หากคิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร เพิ่มขึ้นจาก 545 บาท ใน พ.ศ. 2523 เป็น 6,994 บาทใน พ.ศ. 2548 หรือเพิ่ม 12.8 เท่าในมูลค่าปัจจุบัน

หากคิดเป็นร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.8 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 6.1 ใน พ.ศ. 2548 โดยรายจ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อการรักษาพยาบาล จะเห็นได้จากรายจ่ายด้านยา มีสัดส่วนสูงขึ้นไปเป็นร้อยละ 42.8 ต่อรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ใน พ.ศ. 2548 (คิดเป็น 186,168.872 ล้านบาท)

แหล่งจ่ายที่ใหญ่ที่สุดของภาครัฐคือ กระทรวงสาธารณสุข งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ของงบประมาณทั้งประเทศใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 7.6 และ 8.3 ของงบประมาณทั้งประเทศใน พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550 ตามลำดับ

การจัดสรรงบประมาณสุขภาพภาครัฐ มีการให้ความสำคัญกับงานด้านการรักษาพยาบาลมาโดยตลอด จะเห็นได้จากงบประมาณร้อยละ 60-66 จัดสรร

ให้กับงานบริการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 20-24 จัดสรรให้กับงานบริการที่สถานีอนามัย ซึ่งมุ่งเน้นบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แม้จะมีการปรับโครงสร้างงบประมาณตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ทำให้สัดส่วนงบประมาณของโรงพยาบาลลดลง แต่โดยแนวโน้มงบประมาณโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น เนื่องจากงบประมาณโดยรวมของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะงบประมาณ



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย

๑๗



สาธารณสุขอื่นๆ ที่เป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จาก 30,133 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2545 เป็น 82,741 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2550 (สุวิทย์ 2550)

สถานการณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยใช้ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นระบบหลัก ซึ่งต้องอาศัยองค์ความรู้ เทคโนโลยี ยาและเวชภัณฑ์ที่มีราคาสูงและนำเข้าจากต่างประเทศ

แม้ว่าจะมีการส่งเสริมการบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการภาครัฐจนสามารถครอบคลุมการกระจายบริการได้ทุกระดับของสถานบริการ และทุกจังหวัด แต่สถานภาพการบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมยังเป็นส่วนเสริมระบบบริการการแพทย์แผนปัจจุบัน และขึ้นอยู่กับความสนใจของผู้บริหารสถานบริการแต่ละแห่ง

อย่างไรก็ตาม การแพทย์แผนไทยและยาจากสมุนไพรก็ได้รับความนิยมและใช้จากประชาชนในระดับที่น่าสนใจ พบว่า

ในปี พ.ศ. 2549 การใช้จ่ายจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐส่วนภูมิภาค มีมูลค่าอย่างน้อย 104,143,748 บาท (ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ฯ 2551)

การผลิตยาจากสมุนไพรของอุตสาหกรรมยาไทยและยาจากสมุนไพรของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2547 มีมูลค่า 1,388.669 ล้านบาท (นพมาศ 2549)

มูลค่าที่ราคาขายปลีกหรือมูลค่าที่ประชาชนจ่ายเงินซื้อในการบริโภค มีมูลค่ารวมของร้านในเขตกรุงเทพมหานคร 440,373,456.83 บาท และมูลค่ารวมของเขตภูมิภาค 1,799,270,638.62 บาท มูลค่ารวมทั้งประเทศประมาณ 2,239,644,095.45 บาท

พบว่า 5 อันดับแรกของกลุ่มยาที่มีการบริโภคมากที่สุด ได้แก่

ยาบำรุงโลหิต 576.30 ล้านบาท ยาสตรี ยาหลังคลอด 213.49 ล้านบาท ยาแก้ท้องผูก ยาระบาย 203.73 ล้านบาท ยาแก้ไอ 196.05 ล้านบาท ยาหอม



ยาแก้ลมวิงเวียน 162.25 ล้านบาท (อาทร 2546)

การใช้บริการการนวดไทย 1,094,627 ราย การอบ ประคบ 688,081 ราย (ประมาณการมูลค่าค่าใช้จ่าย 288 ล้านบาท) (ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ฯ 2551)

การรักษาด้วยยาจากสมุนไพร 719,409 ราย การดูแลหลังคลอด 13,496 ราย (ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ฯ 2551)

โดยภาพรวมจะเห็นว่า การแพทย์แผนไทยและยาจากสมุนไพรมีศักยภาพ และก่อให้เกิดมูลค่าทางด้านสุขภาพ ถ้าได้รับการส่งเสริมอย่างเป็นระบบ มีทิศทาง จะสามารถลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประเทศได้

2. การขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข (กำลังคนด้านสุขภาพ)

กำลังคนด้านสุขภาพเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพเป็นปัญหาที่หลายประเทศกำลังเผชิญ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา

แพทย์ทั่วประเทศมีจำนวน 33,946 คน อยู่ในกรุงเทพมหานคร และ ปริมณฑล 16,574 คน อยู่ในต่างจังหวัด 14,372 คน การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพมีความแตกต่างกันในแต่ละภาค พบว่าอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ ในปี 2548 เป็นดังนี้ กรุงเทพมหานคร 867 ภาคกลาง 3,124 ภาคเหนือ 3,724 ภาคใต้ 4,306 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 7,015 (สุวิทย์ 2550) บุคลากรด้านสุขภาพอื่นก็มีปัญหาไม่แตกต่างกัน

ประเทศไทยมีปัญหาด้านกำลังคนดังนี้ (ชินกร 2551)

1. การขาดแคลนกำลังคน

2. การกระจายกำลังคนที่ไม่เป็นธรรม โดยความหนาแน่นของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ปฏิบัติงานในกรุงเทพฯ สูงกว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประมาณ 5-10 เท่า การขาดแคลนแพทย์ในชนบทยังเป็นปัญหาสำคัญ

3. ความไม่เหมาะสมของสิ่งแวดล้อมในการทำงานและระบบการสนับสนุน



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย

๑๙

4. การขาดกลไกการผลักดันเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบกำลังคน
5. การขาดความเชื่อมโยงระหว่างการวางแผนกำลังคนและการผลิต
6. การขาดองค์ความรู้ในการสนับสนุนการวางแผนกำลังคน

3. การพึ่งพิงองค์ความรู้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์จากต่างประเทศ

ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันของประเทศไทยยังต้องพึ่งองค์ความรู้จากต่างประเทศเป็นหลัก การศึกษาวิจัยทางการแพทย์ยังมีจำนวนน้อย และส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่

ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันต้องอาศัยเทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นส่วนสำคัญในการตรวจ วินิจฉัย และรักษาโรค ซึ่งทำให้การแพทย์แผนปัจจุบันมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพในการรักษาสูง แต่ในขณะเดียวกันก็ทำให้ต้องพึ่งพิงเทคโนโลยีจากต่างประเทศ เนื่องจากประเทศไทยขาดศักยภาพ นโยบาย ความมุ่งมั่นในการสร้างและใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม เช่นเดียวกับทัศนคติของผู้รับบริการที่มองว่าเทคโนโลยีที่ทันสมัยและราคาสูงจะให้ความเที่ยงตรงและแม่นยำกว่าการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์และการตรวจร่างกายแบบพื้นฐาน

ด้านยานั้นพบว่าในปี พ.ศ. 2549 มูลค่ายาแผนปัจจุบันสำหรับมนุษย์ที่สามารถผลิตภายในประเทศเป็น 29,686.17 ล้านบาท ส่วนมูลค่าการนำเข้ายาแผนปัจจุบันสำหรับมนุษย์เป็น 38,256.69 ล้านบาท และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพราะผู้ผลิตยาในประเทศไม่สามารถผลิตยาที่ยังดิดสิทธิบัตรอยู่เป็นโอกาสให้บริษัทนำเข้าสามารถทำตลาดยาใหม่ได้โดยไม่มีคู่แข่ง

นอกจากนี้ขนาดของตลาดยาในประเทศยังเล็ก ไม่ก่อให้เกิดการประหยัดต่อขนาดของการผลิต (Economy of Scales) โดยเฉพาะการลงทุนผลิตสารวัตุดิบตัวยาคือสำคัญ การผลิตยาในประเทศส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาวัตุดิบที่นำเข้าจากต่างประเทศ (จีราพร 2550)



4. วัฒนธรรมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย (ผู้รับบริการ) และแพทย์ (ผู้ให้บริการ) เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

การแพทย์แผนไทยนั้นเป็นเรื่องของคุณค่าทางจิตใจมาก แพทย์หรือหมอเป็นบุคคลที่คนเคารพนับถือ เมื่อมีความเคารพบูชา ก็ต้องมีน้ำใจต่อกัน คนไข้ก็มีความกตัญญูทวนเวียนต่อหมอ หมอก็มีน้ำใจ มีความเมตตากรุณาต่อคนไข้ ต้องพยายามรักษาให้ได้ผลดี

พอวัฒนธรรมธุรกิจเข้ามา ก็เกิดปัญหาว่าวัฒนธรรมสองอย่างนี้ขัดแย้งกันในสังคมไทยกำลังมีการเผชิญระหว่างวัฒนธรรมสองอย่างนี้ จึงมีความขัดแย้งทางวัฒนธรรมเกิดขึ้น และปัจจุบันนี้การแพทย์ของไทยมีความโน้มเอียงไปในทางที่จะเป็นวัฒนธรรมธุรกิจมากขึ้น สังคมของเรายังไม่มีการปรับตัวหรือพร้อมที่จะปรับตัวต่างๆ จึงทำให้เกิดปัญหาการขัดแย้งในทางจริยธรรม (พระธรรมปิฎก 2542)

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นเมื่อมีการปฏิรูประบบสุขภาพตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545 ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเป็นผู้รับบริการในฐานะผู้มีสิทธิ โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ซื้อบริการจากสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน การเกิดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใน พ.ศ. 2545 ทำให้ประชาชน

ใช้บริการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น โดยผู้ป่วยนอกที่มารับ

การรักษาทั้งหมด ในสถานบริการภาครัฐ จำนวน 126.555 ล้านครั้ง ในปี พ.ศ. 2545 และเพิ่มเป็น 145.918 ล้านครั้ง ในปี พ.ศ. 2549 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังคุณภาพการบริการที่ดี ซึ่งสถานบริการ





สาธารณสุข โดยเฉพาะภาครัฐมีข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนระบบการบริการ
ในระยะเวลาอันสั้น

จากข้อจำกัดทำให้เกิดการฟ้องร้องแพทย์ในฐานะผู้ให้บริการจำนวนมาก
ข้อมูลจากแพทยสภาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2531-2549 มีเรื่องร้องเรียนจำนวน 2,726
เรื่อง เฉลี่ยปีละ 151 เรื่อง ซึ่งแต่เดิมมีเพียงปีละ 50 เรื่อง สาเหตุการร้องเรียน
มากที่สุดคือ ไม่รักษามาตรฐาน โฆษณาประกอบวิชาชีพของแพทย์ ให้การรักษา
แพ่งเกินเหตุ เป็นต้น

5. การเติบโตและการเคลื่อนไหวของภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก

เกือบสามทศวรรษนับตั้งแต่มหาวิทยาลัยมหิดลได้จัดสัมมนาวิชาการเรื่อง
การแพทย์แผนโบราณ ที่คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ในปี พ.ศ. 2522
ซึ่งนับเป็นครั้งแรกที่หน่วยงานรัฐได้จัดการสัมมนาวิชาการเกี่ยวกับการแพทย์
แผนไทย ได้ก่อให้เกิดกระแสความตื่นตัวเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านและการ
แพทย์แผนไทยอย่างกว้างขวาง การใช้สมุนไพร ยาไทย การนวดไทย อาหาร
พื้นบ้าน ตลอดจนการตื่นตัวต่อการแพทย์ทางเลือก สุขภาพองค์รวม สุขภาวะ
ทางปัญญา สะท้อนถึงการเติบโตและการเคลื่อนไหวของการแพทย์นอกกระแส
หลัก

การฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์
แผนไทยนั้นเริ่มต้นทั้งจากภาครัฐและภาคประชาชน ในปี พ.ศ. 2524 สำนักงาน
คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำโครงการ
สมุนไพรกับสาธารณสุขมูลฐานโดยความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลก
และองค์การยูนิเซฟ ในปี พ.ศ. 2525 มีการจัดตั้งโรงเรียนอายุรเวท และในปี
พ.ศ. 2528 เกิดโครงการฟื้นฟูการนวดไทย (มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนาและ
องค์กรภาคีต่างๆ) ทำให้สมุนไพรไทย ยาไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนวดไทย
ได้รับการฟื้นฟูจนเป็นที่ยอมรับและรู้จักกันทั่วโลก





ความตื่นตัวการใช้สมุนไพรไทยนั้นสูงขึ้นจนศูนย์วิจัยกสิกรรมไทยสำรวจ “พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร” และคาดว่ามูลค่าตลาดรวมในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2547 จะสูงถึงเกือบ 40,000 ล้านบาท ซึ่งสวนทางกับภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำ

ปี พ.ศ. 2527 การสัมมนาเรื่องภูมิปัญญาชาวบ้านเกิดขึ้นเป็นโดยมูลนิธิหมู่บ้าน ซึ่งมี ดร.เสรี พงศ์พิศ ประธานมูลนิธิเป็นผู้ริเริ่ม คำว่า “ภูมิปัญญาชาวบ้าน” ถูกสร้างขึ้นเป็นวาทกรรมทวนกระแสภายใต้กระบวนการพัฒนากระแสหลักที่มองชาวบ้านว่าวนเวียนและดักดานอยู่ในวงจรอุบาทว์ของความโง่-จน-เจ็บ..... แม้ว่าภูมิปัญญาชาวบ้านและภูมิปัญญาสุขภาพส่วนหนึ่ง จะถูกทำให้กลายเป็นสินค้า แต่ภาวะดังกล่าวก็สะท้อนความรู้สึกนึกคิดและทัศนคติของสังคมไทยที่ความเป็นท้องถิ่นและความเป็นไทยเปลี่ยนแปลงไป วิถีชุมชนไม่ใช่สิ่งมลาย ไร้สาระหรือน่ารังเกียจ แต่เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เป็นภูมิปัญญาที่สังคมไทยต้องช่วยกันสืบสาน (โกมาตร 2547)



การเติบโตของการแพทย์ทางเลือก กระแสการแพทย์ทางเลือกก่อตัวขึ้นช้าๆ ในหมู่ผู้แสวงหาทางออกแก้ปัญหาสุขภาพที่การแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถตอบสนองได้ ในขณะที่ชนชั้นกลางที่มีชีวิตที่แปลกแยกอยู่ในเมืองและเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังและโรคมะเร็งต่างอำเภอเข้ารับการแพทย์ทางเลือกเป็นทางออกจากความตึงตันของการแพทย์สมัยใหม่ (โกมาตร 2547) ความตื่นตัวต่อภัยคุกคามสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บที่มากับชีวิตที่ขาดดุลยภาพและห่างเหินธรรมชาติทำให้กระแสสุขภาพและการแพทย์ทางเลือกได้รับการตอบรับอย่างกว้างขวาง



ความตื่นตัวต่อวิถีสุขภาพและการยอมรับของสาธารณชนต่อการบำบัดที่หลากหลาย ทำให้การแพทย์ทางเลือกที่ไม่เป็นที่ยอมรับของระบบการแพทย์แผนปัจจุบันได้กลายเป็นส่วนเสริมหรือทดแทนการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือผสมผสานกับการแพทย์แผนไทย





การแพทย์ทางเลือกได้ทำให้แนวคิดเรื่องสุขภาพองค์รวมกลายเป็นอุดมคติที่ผู้คนในสังคมแสวงหาและวงการแพทย์ยอมรับว่าสุขภาพที่สมบูรณ์นั้น ต้องบูรณาการมิติต่างๆ ของสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม อาจกล่าวได้ว่า กระบวนทัศน์สุขภาพใหม่ได้ลงหลักปักฐานในสังคมไทยในระดับหนึ่งแล้วโดยการแพทย์ทางเลือกมีส่วนสำคัญในการนำเสนอวิถีคิดรูปแบบใหม่นี้ (โกมาตร 2547)

6. การสนับสนุนงบประมาณสำหรับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก มีน้อยเมื่อเทียบกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

การจัดสรรงบประมาณของประเทศไทยในการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับงบประมาณในการสนับสนุนการแพทย์แผนปัจจุบัน (ในปีงบประมาณ 2551 กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณ 65,387.7815 ล้านบาท กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้รับงบประมาณ 159.0917 ล้านบาท กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย 80 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.366 ของงบประมาณทั้งหมด)

การได้รับงบประมาณที่น้อย เมื่อเทียบกับระบบของการแพทย์แผนปัจจุบัน ทำให้โอกาสในการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก เพื่อให้มีศักยภาพและคุณภาพเท่าเทียมการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ แม้ในระดับที่จะเป็นการพึ่งตนเองด้านสุขภาพในขอบเขตทั่วประเทศ

การสนับสนุนงบประมาณมีความสำคัญอย่างยิ่งและเป็นสิ่งกำหนดความมุ่งมั่นของประเทศในการพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย เพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประเทศ

โดยรวมนั้น ระบบสุขภาพของประเทศไทยยังยึดถือระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นระบบหลัก ซึ่งแม้จะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบำบัดรักษา





ความเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคติดเชื้อ ภาวะฉุกเฉิน เทคโนโลยีที่ทันสมัย แต่ก็มีข้อจำกัดในเรื่องของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การพึ่งพิงจากต่างประเทศ ทำให้ไม่สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพ การขาดแคลนบุคลากร ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ในขณะที่ประชาชนเริ่มแสวงหาทางเลือกใหม่และพึงพอใจในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกมากขึ้น ดังนั้นทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยจะต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้ระบบการแพทย์มีความหลากหลาย สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อ และวัฒนธรรมของชุมชน ชุมชนท้องถิ่น ชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิม สามารถพึ่งตนเองทั้งในระดับปัจเจก ชุมชนและในระดับประเทศ

ธรรมนูญสุขภาพจะเป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ การจัดทำธรรมนูญสุขภาพมาตรา 47(7) จะต้องทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งในระดับวิธีคิดหรือปรัชญาทางการแพทย์ และในระดับวิธีการและแบบแผนการปฏิบัติ รวมทั้งสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์แต่ละระบบก็ยังมี ความแตกต่างกันในรายละเอียด (โกมาตร 2547)

สถานการณ์ของการแพทย์พื้นบ้าน

การแพทย์พื้นบ้านแม้จะเป็นระบบการแพทย์ที่มีความแตกต่างหลากหลายอย่างยิ่งนับได้ตั้งแต่การแพทย์ของชาวไทยภูเขาจนถึงการแพทย์ของกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ รวมทั้งระบบการแพทย์ท้องถิ่นในแต่ละภูมิภาค แต่การแพทย์เหล่านี้ก็มีลักษณะร่วมกันคือ เป็นระบบการแพทย์ที่สัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับวิถีชีวิตของชุมชนท้องถิ่น และเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมชุมชนที่ประกอบด้วยระบบวิธีคิดและแบบแผนการปฏิบัติที่ผสมผสานทั้งความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติ การบำบัดรักษาด้วยเวทมนตร์ คาถาอาคม และสมุนไพรจากธรรมชาติโดยมีพิธีกรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญซึ่งอาศัย สื่อภาษา และ





สัญลักษณ์ทางวัฒนธรรม อีกทั้งความเป็นชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ
รักษา โดยผสมผสานทั้งมิติทางกายภาพ ทางสังคม และทางนิเวศวิทยา
แม้ว่าการแพทย์พื้นบ้านจะได้รับความยอมรับมากขึ้นภายใต้วาทกรรมภูมิปัญญา
ท้องถิ่น แต่ก็ยังเป็นความรู้ชายขอบที่ถูกเบียดขับและกดทับจากความรู้แบบ
วิทยาศาสตร์ และเป็นระบบการแพทย์ที่รัฐไม่ได้ส่งเสริม และไม่ค่อยมีบทบาท
ในการพัฒนาเท่าใดนักในช่วงที่ผ่านมา รวมทั้งยังมีประเด็นถกเถียงทางกฎหมาย
ในการรับรองการแพทย์พื้นบ้านที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น

องค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านเป็นความรู้ที่สืบทอดผ่านประสบการณ์ตรง
และเรียนรู้จากการปฏิบัติเป็นหลัก ความรู้ส่วนหนึ่งเป็นการบอกเล่าสืบทอด
ในระบบเครือญาติหรือระหว่างผู้สนใจที่ขอรู้เรียนหรือต่อวิชาจากผู้รู้ ความรู้
อีกส่วนหนึ่งอาศัยการที่หมอพื้นบ้านเติบโตในวัฒนธรรมท้องถิ่นและซึมซับความ
รู้สึกรู้สีก่อนคิด ศรัทธา และวิถีคิดในชุมชนเป็นพื้นฐานและอาศัยการประจักษ์แจ้ง
เชิงรหัสนัยและประสบการณ์เหนือธรรมชาติเป็นกระบวนการสำคัญในการเข้าถึง
ความรู้ต่างมิติ ความรู้และวิถีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องจึงสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับ
จักรวาลทัศน์ของท้องถิ่นและเป็นความเข้าใจที่อาศัยการถ่ายทอดผ่านสื่อ ภาษา
สัญลักษณ์ และพิธีกรรมที่มีรากฐานทางวัฒนธรรมร่วมกันของชุมชน (โกมาตร
2547)

จากสมัยสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2544-2548 เครือข่ายภูมิปัญญา
ท้องถิ่นด้านสุขภาพก็ได้สะท้อนปัญหาของหมอพื้นบ้านแบบเดียวกับที่
บทวิเคราะห์ของนายแพทย์โกมาตร เครือข่ายได้สะท้อนปัญหาเรื่อง สถานภาพ
ของหมอพื้นบ้านที่ไม่มีกฎหมายรองรับ หน่วยงานราชการไม่เข้าใจและเห็นว่าการ
ที่หมอพื้นบ้านทำการรักษาชาวบ้านนั้นเป็นเรื่องผิดกฎหมาย ปัญหาการขาด
ผู้สืบทอดหรือการสร้างหมอฟันบ้านรุ่นใหม่เนื่องจากเยาวชนขาดความสนใจที่
เรียนรู้และเป็นหมอฟันบ้าน รวมทั้งปัจจัยทางเศรษฐกิจที่ผลทำให้ต้องประกอบ
อาชีพอื่นที่สามารถเลี้ยงชีวิต เนื่องจากปรัชญาหรือวิถีของหมอพื้นบ้านจะรักษา
ผู้อื่นแบบมนุษยธรรม ไม่ใช่การประกอบอาชีพหมอฟันบ้านเป็นหลัก ปัญหา



การจัดการความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในแต่ละภาค ยกเว้นการแพทย์
ล้านนา ความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในตัวหมอซึ่งส่วนใหญ่มีอายุมาก (สมัชชาสุขภาพ
แห่งชาติ 2544-2548)

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลการรักษาของชาวบ้านเมื่อรักษาอาการเจ็บป่วยกับ
หมอพื้นบ้านนั้น ไม่มีการรวบรวมอย่างเป็นระบบ แต่จากการศึกษาของ
สำนักงานสถิติแห่งชาติ (ปรียา 2548-2549) เกี่ยวกับพฤติกรรมการรักษา
พยาบาลของชาวบ้านเมื่อเจ็บป่วยในปี พ.ศ. 2548 พบว่า ผู้ป่วยเลือกวิธีการ
รักษาโดยการไปสถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชนสูงสุด ร้อยละ 43.4 รองลงมา
คือไปคลินิก/โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 22.0 ซักยากินเอง ร้อยละ 20

การเลือกวิธีการรักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร พบ ร้อยละ 2.1,
1.3 และ 1.0 ในปี พ.ศ. 2546, 2547 และ 2548 ตามลำดับ

ซึ่งข้อมูลดังกล่าวอาจจะสะท้อนภาพรวมของความนิยมหรือการเลือกวิธีการ
รักษาของประชาชนทั่วไปต่อหมอพื้นบ้านและยาสมุนไพร ที่มีแนวโน้มลดน้อยลง

สถานการณ์ของการแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทยเป็นระบบการแพทย์ที่มีแนวคิดและทฤษฎีที่ชัดเจนและ
เป็นระบบมากกว่าการแพทย์พื้นบ้าน มีตำรับตำราที่ใช้อ้างอิงสืบทอดกันมาและ
เป็นที่ยอมรับในทางกฎหมาย อย่างไรก็ตามระบบทฤษฎีและองค์ความรู้ที่เป็นอยู่
ยังขาดความเข้มแข็ง ทำให้มีจุดอ่อนที่ระบบการวินิจฉัยโรคและการสร้างความรู้
ใหม่จากฐานทฤษฎีเดิมไปได้อย่างจำกัด เช่นเดียวกับระบบการถ่ายทอดที่แม้จะมี
ครูแพทย์แผนไทยและระบบการฝากตัวเป็นศิษย์ แต่ในทางปฏิบัติก็ไม่มี
เรียนรู้กันระหว่างครูกับศิษย์มากนัก ส่วนในระบบการศึกษาสมัยใหม่ที่มีการเปิด
หลักสูตรการแพทย์แผนไทยมากขึ้น ก็เป็นการสอนไปตามตำราและเป็นแบบ
ผิดฝาผิดตัว โดยใช้หลักสูตรปริญญาตรีสาขาวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ มาผนวก
กับทฤษฎีการแพทย์แผนไทยและการนวด โดยวิทยาศาสตร์สมัยใหม่กับทฤษฎี





การแพทย์ที่สอนก็ไม่เกี่ยวข้องกัน ซ้ำยังขัดแย้งกันในระดับอาณัติวิทยาและวิธีวิทยาอีกด้วย อย่างไรก็ตามความพยายามที่จะพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยของคณะกรรมการวิชาชีพและกองการประกอบโรคศิลปะได้ทำให้ระบบการเรียนการสอนและตำราเรียนตลอดจนระบบการสอบขึ้นทะเบียนเป็นไปอย่างมีคุณภาพมากขึ้น (โกมาตร 2547)

จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2544-2548 มีการเสนอเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในลักษณะที่เป็นองค์ความรู้ที่ชุมชนได้นำเข้าอยู่ในวิถีชีวิตของชุมชน โดยไม่ได้นำเสนอเกี่ยวกับระบบการแพทย์แผนไทย เนื่องจากระบบการแพทย์แผนไทยมีกฎหมายอื่นรองรับอยู่แล้ว

อย่างไรก็ตามในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 47(7) ได้กำหนดเรื่องการแพทย์แผนไทยไว้ จึงขอเพิ่มสถานการณ์ที่เป็นปัญหาสำคัญในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย



สถานการณ์การบริการการแพทย์แผนไทย



ในปี พ.ศ. 2549 ร้อยละ 94.97 ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป (96 แห่ง) มีบริการการแพทย์แผนไทย (มี 5 แห่งที่ยังไม่มีบริการ ได้แก่ โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลนครนายก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และโรงพยาบาลลำพูน)

ร้อยละ 90.51 ของโรงพยาบาลชุมชน (719 แห่ง) มีบริการการแพทย์แผนไทย

ร้อยละ 88.08 ของสถานเอนามัย (9,800 แห่ง) มีบริการการแพทย์แผนไทย

ผู้รับบริการ ร้อยละ 66.2 เป็นผู้มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล

(ข้าราชการ ฯลฯ)

ร้อยละ 18.2 เป็นประชาชนทั่วไปที่เสียค่าบริการเอง

ร้อยละ 9.1 เป็นผู้มีส่วนประกันสุขภาพถ้วนหน้า





มีสถานพยาบาลเวชกรรมแผนไทย (แผนโบราณ) (ภาคเอกชน) (ข้อมูลปี พ.ศ.2547)

ประเภท มีเตียง 8 แห่ง 96 เตียง

ประเภท คลินิก 501 แห่ง

มีสถานบริการธุรกิจสุขภาพ (ข้อมูล กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปี พ.ศ. 2548)

มีสถานบริการที่ผ่านการรับรอง/จำนวนผู้ให้บริการ	
สปาเพื่อสุขภาพ	237 / 2,726
นวดเพื่อสุขภาพ	516 / 6,733
สถานเสริมความงาม	137 / 750
รวม	890 / 10,209



โดยภาพรวม จะเห็นว่าการบริการการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการ สาธารณสุขภาครัฐนี้มีความครอบคลุม ทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานเอนามัย



จากการสำรวจผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐโดยศูนย์ ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. 2549-2550 พบว่า ผู้ให้บริการ จำนวน 4,826 คน (ที่ตอบแบบสอบถาม) ไม่มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย แต่ผ่านการอบรมหลักสูตรต่างๆ ที่หลากหลาย และจำนวนชั่วโมงเรียนมีความแตกต่างกันมาก ตั้งแต่หลักสูตรการนวด 60 ชั่วโมงจนถึง 800 ชั่วโมง ทำให้ผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย (การนวดไทย) มีมาตรฐานที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามผู้ให้บริการเหล่านี้ที่ไม่มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยยังคงต้องปฏิบัติงานภายใต้ความรับผิดชอบของผู้มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาเวชกรรมแผนปัจจุบันหรือสาขาการแพทย์แผนไทยหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์





สถานการณ์การผลิตและการจัดการกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย

การผลิตกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยแต่เดิมนั้นเป็นระบบการถ่ายทอดแบบครูรับมอบตัวศิษย์ (พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2547 มาตรา 33(1)(ก)) ครูแพทย์แผนไทยมีการรวมตัวกันในรูปแบบสมาคม ชมรมต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการอุปถัมภ์จากวัด (ยงศักดิ์ 2544) แต่เมื่อการแพทย์แผนไทยได้รับความนิยมนำมาใช้ในและต่างประเทศ โดยเฉพาะการนวดไทยและสมุนไพรหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนจึงเข้ามาจัดการการศึกษาเพื่อผลิตบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยทั้งในแบบครูรับมอบตัวศิษย์ และแบบสถาบันการศึกษา (พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2547 มาตรา 33(1)(ข)) รวมทั้งการฝึกอบรมระยะสั้นมากมายหลายหลักสูตร

การผลิตบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีทั้งผลิตบุคลากรตาม มาตรา 33(1)(ก) และ (ข) โดยมีสถาบันพระบรมราชชนกเป็นสถาบันหลักในการผลิตแบบมาตรา (33)(1)(ข) ส่วนกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นสถาบันหลักในการผลิตแบบมาตรา (33)(1)(ก) ซึ่งได้จัดทำหลักสูตรต่างๆ จำนวน 11 หลักสูตรเป็นหลักสูตรที่ได้รับความเห็นชอบจากกระทรวงสาธารณสุข และให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนขออนุญาตใช้หลักสูตรต่างๆ ในการจัดอบรม ซึ่งหน่วยงานภาครัฐโดยเฉพาะ สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลจำนวนมากได้ขออนุญาตและนำหลักสูตรของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกไปจัดการฝึกอบรม โดยเฉพาะหลักสูตรการนวดไทย (800 ชั่วโมง) และการนวดไทย (372 ชั่วโมง)

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากทั้งสถาบันพระบรมราชชนกและกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและหน่วยงานภาครัฐที่จัดฝึกอบรมหลักสูตรต่างๆ ไม่ได้ขอรับรองเป็นสถาบันการฝึกอบรมอย่างถูกต้องจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย ทำให้ผู้จบการอบรมจำนวนมากที่ปฏิบัติงานบริการการแพทย์แผนไทยในภาครัฐไม่มีสิทธิในการขอสอบ

๓๐

เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย





ขึ้นทะเบียนเป็น หมอนวดไทย (800 ชั่วโมง) และผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (330 ชั่วโมง) ได้ แต่สามารถปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐได้ภายใต้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2542

มีสถาบันการศึกษาที่มีการจัดการเรียนการสอนการแพทย์แผนไทยในระดับปริญญา อย่างน้อย 12 แห่ง (พ.ศ. 2549) และในระดับต่ำกว่าปริญญา 4 แห่ง

ในระดับปริญญา นั้น มีเพียง 5 แห่งที่ได้รับวุฒิการศึกษาเป็น แพทย์แผนไทยบัณฑิต นอกนั้นส่วนใหญ่เป็น วิทยาศาสตร์บัณฑิต ซึ่งทำให้นักศึกษาที่จบมาจากสถาบันการศึกษาที่รับวุฒิการศึกษาที่นอกเหนือจากแพทย์แผนไทยบัณฑิต ไม่สามารถสอบขึ้นทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทยได้ ต้องใช้วิธีการมอบตัวกับครุรับมอบตัวศิษย์การแพทย์แผนไทย (ซึ่งสถาบันการศึกษาส่วนใหญ่จัดหาให้) จึงจะมีสิทธิ์สอบขึ้นทะเบียนการประกอบโรคศิลปะฯ ได้

ปัญหาสำคัญของสถาบันการศึกษา คือ การขาดแคลนครูการแพทย์แผนไทยที่มีความรู้ ความสามารถในการสอน ขาดเนื้อหาหลักสูตร ขาดตำราประกอบการเรียนการสอน

ปัญหาที่สำคัญอีกปัญหา คือ การขาดกรอบอัตรากำลังการแพทย์แผนไทยในระบบกำลังคนภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุขบรรจุผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยทั้งที่มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ และไม่มีใบประกอบโรคศิลปะฯ ในตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนจำนวน 478 คน (ฐานข้อมูลข้าราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เดือนกุมภาพันธ์ 2551) ทำให้กำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยขาดความมั่นคง ความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ และระบบสนับสนุนต่างๆ เมื่อเทียบกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน





สถานการณ์ด้านยาจากสมุนไพร

การใช้ยาจากสมุนไพรถือเป็นหัวใจของการบริการการแพทย์แผนไทย นอกเหนือจากการนวดไทย การใช้ยาจากสมุนไพรนั้นมีทั้งในรูปแบบที่ประชาชนใช้สมุนไพรแบบพึ่งตนเองแบบซื้อจากร้านขายยา แบบใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

มูลค่าที่ราคาขายปลีกหรือมูลค่าที่ประชาชนจ่ายเงินซื้อในการบริโภค มีมูลค่ารวมของร้านในเขตกรุงเทพมหานคร 440.373 ล้านบาท และมูลค่ารวมของเขตภูมิภาค 1,799.271 ล้านบาท มูลค่ารวมทั้งประเทศประมาณ 2,239.644 ล้านบาท

พบว่า 5 อันดับแรกของกลุ่มยาที่มีบริโภคมากที่สุด ได้แก่

ยาบำรุงโลหิต 576.30 ล้านบาท ยาสตรี ยาหลังคลอด 213.49 ล้านบาท ยาแก้ท้องผูก ยาระบาย 203.73 ล้านบาท ยาแก้ไอ 196.05 ล้านบาท ยาหอม ยาแก้ลมวิงเวียน 162.25 ล้านบาท (อาทร 2546)

สำหรับอุตสาหกรรมยาไทยและยาจากสมุนไพร มีสถานที่ผลิตทั้งสิ้น 947 แห่ง อยู่ในกรุงเทพมหานครร้อยละ 29.6 ปริมาณร้อยละ 19.6 และในต่างจังหวัดร้อยละ 50.8 มีโรงงานผลิตยาไทยและยาจากสมุนไพรที่มีการผลิตตามหลักเกณฑ์การผลิตที่ดี (GMP-สมุนไพร) จำนวนเพียง 14 โรงงานเท่านั้น (พ.ศ. 2551) ในปี พ.ศ. 2547 อุตสาหกรรมยาไทยและยาจากสมุนไพรมีมูลค่า 1,388.669 ล้านบาท ซึ่งพบว่าเกือบ 20 ปีการเติบโตของธุรกิจอุตสาหกรรมยาไทยและยาจากสมุนไพรมีน้อยมาก ถ้าพิจารณาแผนปัจจุบันที่นำเข้าจากต่างประเทศ ปี พ.ศ. 2547 มีมูลค่า 30,545.543 ล้านบาท แสดงว่า การผลิตยาไทยและยาจากสมุนไพรในประเทศยังมีสัดส่วนที่น้อยมาก เมื่อเทียบกับยาแผนปัจจุบันที่นำเข้า

ทะเบียนตำรับยาแผนโบราณที่มีทั้งหมด 5,005 ตำรับ พบว่าเป็นสมุนไพรเดี่ยว 687 ตำรับ (ร้อยละ 13.7) และยาตำรับ 4,318 ตำรับ (ร้อยละ 86.3)





ในส่วนสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ พบว่าร้อยละ 30.6 ของสถานบริการ มีการผลิตยาจากสมุนไพร และในจำนวนนี้เป็นการผลิตเพื่อจำหน่ายร้อยละ 6.1 ผลิตเพื่อรักษาผู้ป่วยร้อยละ 41.8 ผลิตเพื่อจำหน่ายและรักษาร้อยละ 22.4

ในปี พ.ศ. 2549 การใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ส่วนภูมิภาค มีมูลค่าอย่างน้อย 104,143,748 บาท (ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ฯ 2551)

โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งมีศักยภาพในการผลิตยาเพื่อให้บริการผู้ป่วย ทั้งในโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยในอำเภอ และมีการผลิตยาเพื่อให้บริการผู้ป่วยในอำเภอหรือจังหวัดใกล้เคียงได้

สถานการณ์การวิจัย และการจัดการความรู้

ระหว่างปี พ.ศ. 2543-2547 มีผลงานการวิจัยด้านสมุนไพรที่ดีพิมพ์โดย นักวิจัยชาวไทย และหรือนักวิจัยชาวต่างชาติ จำนวน 395 เรื่อง โดยตีพิมพ์ ในวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูลนานาชาติ 223 เรื่อง

แสดงให้เห็นว่า นักวิชาการไทยมีศักยภาพในการทำวิจัยให้เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติได้ แต่ภาพรวมของงานวิจัยขึ้นอยู่กับความถนัดของนักวิชาการ แต่ละคน ไม่ได้มีเป้าหมายไปสู่การพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพร

การวิจัยเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การป้องกัน การรักษาโรค และการดูแลสุขภาพตามทฤษฎีแพทย์แผนไทยมีน้อย

งานวิจัยและวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน ระหว่างตุลาคม พ.ศ. 2547 - กรกฎาคม พ.ศ. 2548 มีงานวิจัยและวิทยานิพนธ์ทั้งหมด 207 เรื่อง (ซึ่งมีความแตกต่างทั้งคุณภาพและวิธีการศึกษาวิจัย)

มีหน่วยงานที่สนับสนุนทุนการวิจัยหลายหน่วยงานเช่น คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เป็นต้น แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์และกลไกในการเชื่อมโยงหน่วยงานต่างๆ เหล่านี้เพื่อ





มากำหนดทิศทาง นโยบาย หรือการสร้างระบบเครือข่ายข้อมูลเพื่อจัดการ การวิจัยและจัดการความรู้ร่วมกัน

โดยภาพรวม นักวิชาการไทยมีศักยภาพในการทำการวิจัย แต่ขาดระบบ และกลไก ในการเชื่อมโยงนักวิชาการ และหน่วยงานที่เป็นแหล่งทุนในการ สนับสนุนการวิจัย ขาดแผนแม่บทในการจัดการการวิจัย และจัดการความรู้ รวมทั้งขาดงบประมาณที่ต่อเนื่องและเพียงพอ

นอกจากนี้ยังขาดระบบศึกษาวิจัยและพัฒนาศาสตร์การแพทย์แผนไทย ตั้งแต่ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับร่างกายและการทำงานของมนุษย์ กระบวนการ เกิดโรค สาเหตุของโรค วิธีการวินิจฉัยโรค วิธีการเตรียมยา วิธีการบำบัดรักษา โรค ระบบการสร้างทีมงานการดูแลรักษาผู้ป่วย ระบบใบสั่งยา ระบบเวชระเบียน ระบบการแก้ไขความผิดพลาดในการดูแลรักษา ระบบการพัฒนาวิชาการ ทั้งการ ประชุมวิชาการและวารสารวิชาการ ตลอดจนการสร้างและพัฒนามาตรฐาน เวชปฏิบัติ ตำราและคู่มือ



สถานการณ์การคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นองค์กรหลัก ในการดำเนินการตาม พ.ร.บ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 โดยได้รับงบประมาณในการดำเนินการและได้รับงบประมาณ สนับสนุนกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยจำนวน 10, 20, 40, 80 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2548, 2549, 2550, 2551 ตามลำดับ

การดำเนินการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ส่วนใหญ่เป็นการ ดำเนินการในลักษณะเชิงรับ เช่น การออกกฎหมายลำดับรอง ระเบียบต่างๆ ประกอบการใช้ พ.ร.บ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 การจัดตั้งและสนับสนุนการดำเนินการของสำนักงานนายทะเบียน จังหวัด





การดำเนินการเชิงรุกตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท (พ.ศ. 2550-2554) ได้แก่ การสร้างความเข้าใจและความรู้เท่าทัน ให้กับสังคมไทย การเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น ในการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย และการสร้างบทบาทเชิงรุกของไทยในเวที เจรจระหว่งประเทศที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาไทยนั้น ยังไม่มีการดำเนินการอย่างชัดเจนและเป็นระบบ

สถานการณ์ของการแพทย์ทางเลือก

การแพทย์ทางเลือกที่ถูกลำเสนอสู่สังคมไทยมีหลากหลายระบบ มีทั้งที่เป็นระบบการแพทย์ดั้งเดิมของสังคมอื่น เช่น การแพทย์จีน การแพทย์ทิเบต ไคโรแพรคติกส์ โยมิโอพาธี ซึ่งมีรากเหง้าทางวัฒนธรรมจากสังคมเดิม และศาสตร์การแพทย์ทางเลือกใหม่ๆ ที่อาจมีร่องรอยของการแพทย์ดั้งเดิมจาก แหล่งต่างๆ บ้าง หรือเป็นแนวคิดใหม่จากการทดลอง การศึกษาวิจัยของภาค ธุรกิจ หรือการผสมผสานความรู้ทางการแพทย์ที่หลากหลายจนกลายเป็น แบบแผนการปฏิบัติที่ผู้รู้ต่างๆ นำเสนอ แม้ว่าผลิตภัณฑ์และบริการการแพทย์ ทางเลือกส่วนหนึ่งจะมีลักษณะเป็นสินค้าที่เฟื่องฟูตามกระแสความนิยมของ ตลาด แต่การแพทย์ทางเลือกก็มีความสำคัญยิ่งต่อกลุ่มคนที่ดิ้นรนแสวงหา ทางออกแก้ปัญหาสุขภาพที่การแพทย์สมัยใหม่หมดปัญญาเยียวยารักษาให้ รวมทั้งยังเป็นรูปแบบการดูแลรักษาและฟื้นฟูวิถีชีวิตที่ใส่ใจต่อสุขภาพในหมู่คน ชนกลางในเมืองอีกด้วย

ความรู้ในระบบการแพทย์ทางเลือกมีความหลากหลายจากจารีตความรู้ หลายระบบ ทั้งจากระบบการแพทย์พื้นบ้านดั้งเดิมของสังคมอื่น และความรู้ เกี่ยวกับสุขภาพจากประสบการณ์ที่ผู้คนทดลองแล้วได้ผลจนเป็นที่ยอมรับ ในวงการสุขภาพทางเลือก ซึ่งมีการไหลเวียนเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และ มักไม่มีระบบทฤษฎีที่ชัดเจนรองรับ (โกมาตร 2547)





จากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2544-2548 มีการนิยามการแพทย์ทางเลือกในลักษณะที่ไม่ใช่องค์ความรู้ที่นำเข้าสู่สังคมไทยเพียงอย่างเดียว แต่ต้องเป็นการแพทย์ทางเลือกที่ถูกต้อง เลือก รับประทาน ใช้ โดยชุมชนจนกลายเป็นวิธีหรือแบบแผนการดูแลสุขภาพโดยกลุ่มคนหรือชุมชน ทั้งนี้เพื่อเป็นไปตามหลักการการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

การแพทย์จีนถือเป็นการแพทย์ทางเลือกระบบหนึ่ง แต่ถูกนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพของคนจีนและคนไทยเชื้อสายจีนตั้งแต่กรุงศรีอยุธยา และเนื่องจากคนจีนในสังคมไทยมีจำนวนมากและได้กลมกลืนกับคนไทย จึงทำให้การแพทย์จีนไม่ได้เป็นการแพทย์ที่ดูแปลกแยกเหมือนระบบการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

การดูแลสุขภาพแบบจีนนั้นได้รับความนิยมนอกจากคนไทยเชื้อสายจีนและคนไทย เช่น ชีกง พลังปราณ การฝังเข็ม เป็นต้น สถาบันการแพทย์ไทย-จีน เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นหน่วยงานหลักของกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานการแพทย์จีน ได้ทำการฝึกอบรมการแพทย์จีนให้กับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขแผนปัจจุบัน เพื่อให้บุคลากรเหล่านี้ให้บริการการแพทย์จีนในสถานบริการสาธารณสุข ปัจจุบันจากสำรวจในปี พ.ศ. 2548 พบว่า มีการให้บริการการแพทย์จีนในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ 44 แห่ง เอกชน 47 แห่ง โดยมีการบริการ การฝังเข็ม การใช้สมุนไพร และตำรับยาจีน จำนวนผู้ป่วยใหม่ทั้งหมด 4,492 ราย และผู้ป่วยเก่าทั้งหมด 48,618 ราย

ปัจจุบันมีสถาบันระดับอุดมศึกษาที่เปิดการผลิตนักศึกษาการแพทย์จีนระดับปริญญาตรีจำนวน 2 แห่ง แต่ก็มีปัญหาเช่นเดียวกับการแพทย์แผนไทยคือไม่มีกรอบอัตรากำลังด้านการแพทย์จีน ส่วนคุณภาพด้านการศึกษานั้น สถาบันทั้ง 2 แห่งได้ทำความร่วมมือกับสถาบันการแพทย์จีนในประเทศจีน

การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ นั้นมีจำนวนมาก จากการศึกษาเบื้องต้นของสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข พ.ศ. 2540-2541 พบว่าศาสตร์สุขภาพทางเลือกที่เข้ามาสู่สังคมไทย มีไม่ต่ำกว่า 38 ศาสตร์และเทคนิค และอีก 35 ศาสตร์



และเทคนิค มีการดำเนินการ
อยู่แล้วในระบบบริการปกติ
ทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

การแพทย์ทางเลือก
ในประเทศไทยเติบโตผ่าน
วิถีชีวิตประจำวันของกลุ่ม
เชื้อชาติต่างๆ เช่นในกลุ่มชน
ชนชาวจีนเล็กๆ ในแต่ละย่าน
ผ่านกลุ่มองค์กรเล็กๆ ที่ขยาย



ตัวตามธรรมชาติ เช่น กลุ่มราชาโยคะ กลุ่มเจ้าแม่กวนอิม เครือข่ายชุมชน
อโศก กลุ่มที่รักสุขภาพเช่น กลุ่มชีวจิต ชมรมอยู่ร้อยปี กลุ่มมังสวิรัต กลุ่ม
ผู้ติดเชื่อ ผ่านกลุ่มองค์กรที่มีการจัดระบบและเติบโตอย่างรวดเร็ว เช่น มูลนิธิ
บำเพ็ญสาธารณะประโยชน์ด้วยกิจกรรมทางศาสนา (โยเร) มูลนิธิเพื่อฝึก
พลังจักรวาล ศูนย์พลังกายทิพย์เพื่อสุขภาพ เป็นต้น

การแพทย์ทางเลือกได้เติบโตโดยผ่านประชาชนชนชั้นกลางในไทย ซึ่ง
มีความตื่นตัวเรื่องสุขภาพและมีการศึกษา สามารถศึกษาเรียนรู้จากแหล่งข้อมูล
และไวต่อกระแสการแพทย์ทางเลือกที่ตื่นตัวจากต่างประเทศ ทำให้เกิดความ
นิยมและการยอมรับการแพทย์ทางเลือกในสังคมไทย หลังเกิดความนิยมได้ทำให้
สถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนยอมรับและนำการแพทย์ทางเลือกเข้ามาอยู่
ในระบบบริการโดยมีเหตุผลในการเพิ่มรายได้ของสถานบริการเป็นหลักมากกว่า
การเห็นคุณค่าและศักยภาพในการสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพที่
เกิดจากข้อจำกัดของระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ทิศนะต่อการส่งเสริมการ
แพทย์ทางเลือกดังกล่าวทำให้ระบบการแพทย์ทางเลือกในส่วนตัวเป็นความนิยม
ของชาวต่างประเทศเช่น สเปน อิตาลี การสวนล้างลำไส้ อาหารเสริม
วิตามิน เป็นต้น ได้รับการส่งเสริมและเปิดให้บริการอย่างกว้างขวางทั้งในภาครัฐ
และเอกชนโดยมาตรฐานและการคุ้มครองผู้บริโภค



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย

๓๗

นอกจากนี้ การแพทย์ทางเลือกยังเข้าสู่ประเทศไทยโดยผ่านการขายผลิตภัณฑ์ ยา อาหารเสริม และเครื่องมือต่างๆ ในระบบการขายตรงให้กับสมาชิกและประชาชน

กองการประกอบโรคศิลปะและกองการแพทย์ทางเลือกซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในดูแลเรื่องการแพทย์ทางเลือกยังขาดทิศทางที่ชัดเจนในการจัดการกับการแพทย์ทางเลือกที่มีศาสตร์จำนวนมาก ขาดความรู้และความสามารถในการวิเคราะห์ คัดกรองศาสตร์ต่างๆ เพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ประชาชน ในขณะที่เดียวกันกลับทำบทบาทในการส่งเสริมศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่มีผลตอบแทนด้านเศรษฐกิจมากกว่าส่งเสริมศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่นำไปสู่การพึ่งตนเองของระบบสุขภาพ



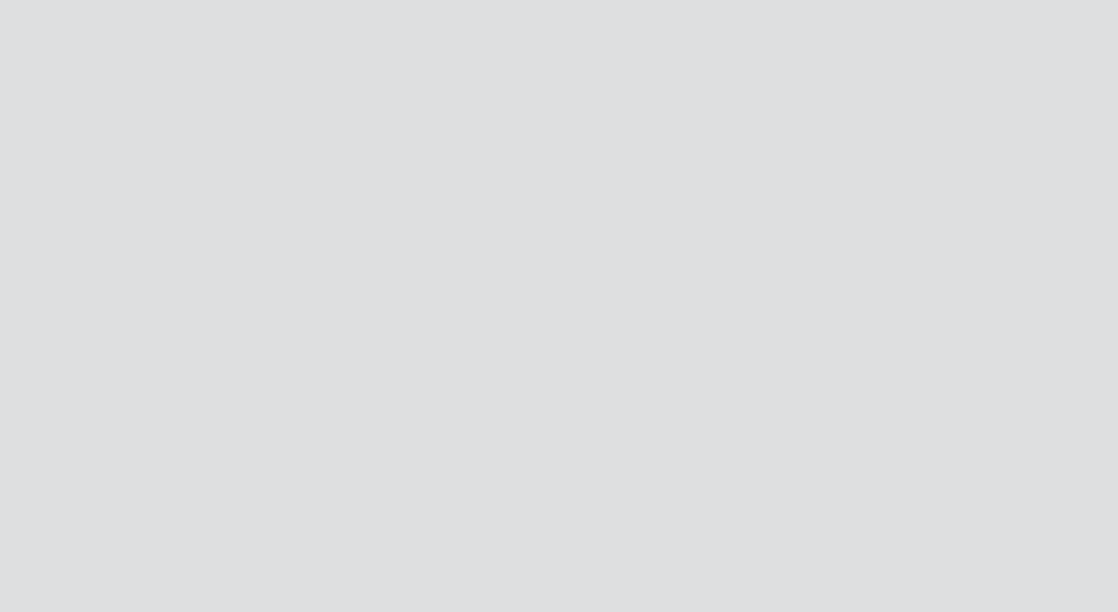
สถานการณ์การขับเคลื่อนกฎหมายท้องถิ่น
ด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย
การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก
ผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๘



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย



๓๙



เริ่มต้นที่การพัฒนาองค์ความรู้ พ.ศ. 2542-2543

- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้เริ่มการพัฒนาองค์ความรู้ การแพทย์นอกกระแสหลัก โดยเริ่มจากการสัมมนา “การแพทย์แบบผสมผสานและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ” ในการประชุมจัดการ การปฏิรูประบบสุขภาพไทย เมื่อวันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2542 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค โดยเห็นการนำการแพทย์ทางเลือก (การแพทย์แบบผสมผสาน) มาใช้ในระบบบริการ/ระบบสุขภาพ
- ข้อเสนอประเด็นสำคัญ ได้แก่ กลไกในการกำหนดนโยบายและการ คัดกรองศาสตร์ การวิจัย การทบทวนกฎหมาย การปรับหลักสูตรการ สอนบุคลากรสาธารณสุขแผนปัจจุบัน การนิยามชื่อระบบการแพทย์ ระบบต่างๆ และการมีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพ

ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบการแพทย์แบบผสมผสาน เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ

1. ต้องเริ่มพัฒนาจากปรัชญาก่อนเทคนิค
2. สร้างภาคีความร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐ และเอกชนที่เกี่ยวข้องที่ หลากหลายในการพัฒนา
3. สร้างงานวิจัยรองรับการพัฒนา
4. ทบทวนกฎหมาย กฎระเบียบ เพื่อรองรับการพัฒนาที่เหมาะสม
5. ปรับหลักสูตรการเรียนการสอน และการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุขแผนปัจจุบัน
6. ยังไม่มีข้อสรุปเกี่ยวกับนิยามระบบการแพทย์ ได้แก่ การแพทย์ทางเลือก การแพทย์ผสมผสาน การแพทย์นอกระบบ การแพทย์แผนธรรมชาติ การแพทย์องค์รวม
7. การแพทย์ทางเลือกจะมีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพ อย่างไร และ อะไร





- ต่อมาสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้จัดประชุมสัมมนาเครือข่ายการแพทย์วิถีไทยปัจจุบัน ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น มวกเหล็ก วันที่ 30 เมษายน - 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2543 โดยได้ใช้คำ “การแพทย์วิถีไทยปัจจุบัน” เป็นความหมายที่ครอบคลุม การแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาพื้นถิ่นของชนชาติต่างๆ ที่มาสู่สังคมไทย ในรูปการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ไม่ใช่พัฒนาศาสตร์การแพทย์ทางเลือกโดดๆ

วิสัยทัศน์ของเครือข่ายการแพทย์วิถีไทยปัจจุบัน
การประชุมสัมมนาเครือข่ายการแพทย์วิถีไทยปัจจุบัน
ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น มวกเหล็ก
วันที่ 30 เมษายน - 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2543

“การแพทย์วิถีไทยปัจจุบัน” เป็นองค์รวมทางสุขภาพที่ประมวลขึ้นมาจากความคิดจิตสำนึกแห่งภูมิปัญญาไทย ผ่านประสบการณ์ที่เป็นจริงของบรรพชนในการดูแลตนเองและผู้คนรอบข้างแต่อดีตกาล ตกทอดมาถึงผู้คนชาวไทยร่วมสมัยในปัจจุบัน ซึ่งหมายถึงการแพทย์แผนไทยเดิมทั้งหมด ผสานเข้ากับภูมิปัญญาพื้นถิ่นของชนชาติต่างๆ ที่มาสู่สังคมไทย ในรูปการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เพราะฉะนั้นจึงไม่ได้พัฒนาศาสตร์การแพทย์ทางเลือกโดดๆ แต่จะเป็นการเลือกรับปรับใช้ภูมิปัญญาเหล่านั้นด้วยความเคารพในความรู้ดั้งเดิม โดยคัดสรรเฉพาะส่วนที่มีหลักการ สมเหตุผล และสอดคล้องกับการนำมาปฏิบัติในประชาคมไทย ทั้งนี้โดยเน้นการพึ่งพาตนเอง และเกื้อกูลซึ่งกันและกันในระหว่างสมาชิกร่วมสังคม ทั้งประหยัดเท่าที่จะเป็นไปได้ ขณะเดียวกันก็เป็นการผสมผสานวิทยาการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่มีกระบวนการตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างเป็นระบบ โดยการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างเหมาะสม และไม่สิ้นเปลือง โดยมีเป้าหมายทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพทั้งในด้านร่างกายและจิตวิญญาณ ในส่วนการรักษาโรค ไม่เพียงแต่ให้คุณค่าแก่การรักษาให้หายจากโรคนั้นๆ ยังคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้รับการรักษาตลอดจนครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อมอีกด้วย





- หลังการสัมมนาทางวิชาการ 2 ครั้งที่ผ่านมา สวรส. และสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) เห็นความสำคัญของระบบการแพทย์นอกกระแสหลักที่จะมีบทบาทในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย และควรมีการกำหนดเป็นสาระบัญญัติใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติที่กำลังเริ่มต้นดำเนินการอยู่ จึงได้มอบหมายให้ นายยงศักดิ์ ดันดีปฏิภาน นางสาวปัทมาวดี กสิกรรม นางสาวรุจิราภ อรรถสิขัฐ นางสาวปารณัฐ สุขสุทธิ และนายโอภาส เศรษฐากุล ทำรายงาน “การสังเคราะห์องค์ความรู้สู่การปฏิรูประบบสุขภาพ การพัฒนาระบบการแพทย์ทางเลือกในระบบสุขภาพไทย” เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์รวมของระบบการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย ศึกษาบททวนบทเรียนจากต่างประเทศ สังเคราะห์แนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาระบบการแพทย์ทางเลือกให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพไทย รวมทั้งสังเคราะห์ข้อเสนอสาระบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ รายงานฉบับนี้มีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและถือเป็นรายงานฉบับแรกที่วิเคราะห์ภาพรวมของระบบการแพทย์ที่อยู่นอกกระแสหลักในสังคมไทย

สาระสำคัญของร่างรายงานฉบับปี พ.ศ. 2543 คือ การจัดกลุ่มระบบการแพทย์ที่อยู่นอกกระแสหลักเป็นการแพทย์ 3 ระบบได้แก่ การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งรายงานฉบับนี้ให้การยอมรับและยกสถานะการแพทย์พื้นบ้านเป็นระบบการแพทย์อีกระบบหนึ่งซึ่งแยกจากระบบการแพทย์แผนไทย (ที่ผ่านมาสถานะการแพทย์พื้นบ้านนั้นคลุมเครือและถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบการแพทย์แผนไทย หรือเป็นระบบการแพทย์แผนไทยที่ยังไม่พัฒนาเมื่อพัฒนาแล้วจะปรับเปลี่ยนการแพทย์แผนไทยต่อไป.....ผู้เขียน)





การแพทย์พื้นบ้าน เป็นการแพทย์ที่มีอยู่ดั้งเดิมในท้องถิ่น เกิดจากประสบการณ์ในการดูแลความเจ็บป่วยของคนในชุมชน เกิดการสั่งสมถ่ายทอดไปยังคนรุ่นต่อไป จนเป็นวิถีชีวิตของชุมชน การแพทย์พื้นบ้านมีความหลากหลายและอาจแตกต่างกันในแต่ละชุมชน ทั้งนี้ขึ้นกับวัฒนธรรมและทรัพยากรที่แตกต่างกัน การแพทย์พื้นบ้านอาจมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับการแพทย์อื่นๆ เพื่อเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนได้ดียิ่งขึ้น

การแพทย์แผนไทย เป็นการแพทย์ดั้งเดิมของไทย เกิดจากการผสมผสานการแพทย์พื้นบ้านกับการแพทย์อายุรเวทของอินเดีย ซึ่งเข้ามาพร้อมกับการเผยแพร่งของพระพุทธศาสนาและพราหมณ์ในดินแดนสุวรรณภูมิ

การแพทย์ทางเลือก/สุขภาพทางเลือก เป็นระบบการแพทย์หรือเทคนิควิธีการทางการแพทย์ที่ไม่เป็นที่ยอมรับอย่างเป็นทางการของระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน*



การแพทย์พื้นบ้าน

สาระสำคัญของการแพทย์พื้นบ้านคือ การสืบทอดความรู้ต่อคนรุ่นใหม่ ชาติคนสนใจ ไม่มีระบบการเรียนการสอน ไม่มีสถาบันการผลิต หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่เป็นชาวบ้านไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นหมอพื้นบ้านแต่ช่วยเหลือผู้อื่นในฐานะเพื่อนบ้านและคนในชุมชน ซึ่งทำให้คนรุ่นใหม่ไม่สนใจสืบทอด เพราะต้องประกอบวิชาชีพเพื่อเลี้ยงตัว หมอพื้นบ้านเริ่มรวมตัวเป็นเครือข่าย

รายงานฉบับนี้เสนอให้ ชุมชนมีบทบาทในการพัฒนาและกำหนดบทบาทและขอบเขตอยู่ในชุมชนเท่านั้น





รายงานฉบับนี้ใช้นิยามคำหมอพั้นบ้าน จากการศึกษาของ สสม. (สนง.คกก. สสม) และศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหิดล ว่า “หมอพั้นบ้าน เป็นชาวบ้านในหมู่บ้านที่มีบทบาทในการให้บริการกับเพื่อนบ้านและใช้เวลาส่วนใหญ่ของชีวิตที่ผ่านมายุอยู่ในชุมชน”

รายงานได้แบ่งประเภทหมอพั้นบ้านเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ หมอพั้นบ้านที่มีพื้นฐานมาจากประสบการณ์เชิงประจักษ์ และหมอพั้นบ้านที่มีความเชื่อในเรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติและไสยศาสตร์

หมอพั้นบ้านได้รับการยอมรับในเชิงนโยบาย จากนโยบายการส่งเสริมสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานโดยเริ่มในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5

ด้านการผลิตและการพัฒนากำลังคนของการแพทย์พื้นบ้านนั้น เป็นการสืบทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง ไม่มีระบบการเรียนการสอน ไม่มีสถาบันการผลิต ปัจจุบันหมอพั้นบ้านส่วนใหญ่ไม่มีศิษย์หรือผู้สืบทอดความรู้ต่อ คนรุ่นใหม่ขาดความสนใจ เนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจและการเลี้ยงชีพ

หมอพั้นบ้านส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 70) ช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่ใช้การหารายได้มีหมอพั้นบ้านที่เป็นหมอพั้นบ้านอาชีพ หรืออาชีพเสริม ร้อยละ 30

ที่น่าสนใจคือ หมอพั้นบ้านหลายพื้นที่ได้รวมตัวกันเป็นเครือข่าย เช่น เครือข่ายหมอเมืองเชียงใหม่ สภามอพั้นบ้านอีสาน

รายงานฉบับนี้ได้เสนอแนวทางสำคัญในการพัฒนาหมอพั้นบ้าน โดยให้ชุมชนเป็นผู้พัฒนาและกำกับดูแลหมอพั้นบ้าน รัฐควรส่งเสริมด้านวิชาการและงบประมาณ ส่งเสริมเครือข่ายหมอพั้นบ้าน มีการกำหนดขอบเขตและบทบาทหมอพั้นบ้านให้อยู่ในระดับชุมชน และไม่ควรพัฒนาหมอพั้นบ้านในแนวทางวิชาชีพ





การแพทย์แผนไทย

สาระสำคัญคือ การแพทย์แผนไทยมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของสังคมไทยมายาวนานนับตั้งแต่อดีต จุดเริ่มในการเปลี่ยนแปลงและลดบทบาทการแพทย์แผนไทย เริ่มตั้งแต่การก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช พ.ศ.2431 และโรงเรียนแพทย์ ปี พ.ศ. 2433 จนกระทั่งการยกเลิกการสอนวิชาแพทย์แผนไทยในโรงเรียนแพทย์ (พ.ศ. 2458) ทำให้การแพทย์แผนไทยต้องดิ้นรนเอาตัวรอดโดยการอุปถัมภ์จากวัดต่างๆ และได้มีการจัดตั้งสมาคม ชมรมต่างๆ ด้านการแพทย์แผนไทย (ซึ่งกลั้บกลายเป็นจุดแข็งและทำให้การแพทย์แผนไทยดำรงอยู่จนถึงปัจจุบัน.....ผู้เขียน)

จากนโยบายส่งเสริมการสาธารณสุขมูลฐานขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2517 ได้เกิดกระแสความตื่นตัวเรื่องการทำตนเอง และทำให้การแพทย์แผนไทยได้รับการยอมรับและฟื้นฟูให้มีบทบาทในการดูแลสุขภาพอีกครั้ง เกิดกิจกรรมสำคัญ ในการฟื้นฟูและพัฒนาการแพทย์แผนไทยมากมาย ที่สำคัญได้แก่

โครงการสมุนไพรกับสาธารณสุขมูลฐานของกระทรวงสาธารณสุข โครงการฟื้นฟูการนวดไทย การจัดตั้งโรงเรียนอายุรเวทวิทยาลัย การจัดตั้งสมาพันธ์แพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงด้านกฎหมายที่สำคัญคือ พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ได้ใช้คำ “การแพทย์แผนไทย” แทน “การประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ” และยกเลิกข้อจำกัดที่ห้ามใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ในการแพทย์แผนไทย เพิ่มประเภทอื่นๆ ในการแพทย์แผนไทย (ทำให้การนวดไทยกลับมาเป็นการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ประเภทนวดไทยต่อมา) และเปิดให้มีการบริการการแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทยในสถานบริการเดียวกันได้





การแพทย์แผนไทย อาจเริ่มต้นตั้งแต่ ราวปี พ.ศ. 273 เมื่อพระเจ้าอโศกมหาราชได้ส่งพระสมณทูตออกเผยแผ่พระพุทธศาสนานิกายเถรวาทไปยังที่ต่าง ๆ 9 สาย โดยสายหนึ่งมีพระโสณะและพระอุตตระ เป็นพระเถระมายังสุวรรณภูมิ คือบริเวณนครปฐมในปัจจุบัน (อ.พนมทวน จ.กาญจนบุรี และอ.ดอนตาเพชร จ.สุพรรณบุรี.....ผู้เขียน) อย่างไรก็ตามไม่มีหลักฐานทางประวัติศาสตร์ที่จะยืนยัน

หลักฐานเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยมีสมัยกรุงศรีอยุธยา ในสมัยสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ สมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช (พ.ศ. 2202-2204) มีการรวบรวมตำรายาของหมอลวง หมอจีน หมออินเดีย หมอฝรั่ง เรียกว่า ตำราโอสถพระนารายณ์ เมื่อกรุงศรีอยุธยาเสียแก่พม่า ครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2310) คัมภีร์ต่าง ๆ สูญเสียจำนวนมากทำให้หลักฐานขาดหายไป และมารวบรวมฟื้นฟูเป็นหลักฐานในรัชกาลที่ 1 จนถึง รัชกาลที่ 4 สมัยรัตนโกสินทร์

สมัยรัชกาลที่ 5 (พ.ศ. 2413) โปรดเกล้าให้รวบรวมคัมภีร์แพทย์เรียกว่า “เวชศาสตร์ฉบับหลวง” (เสร็จสิ้นเมื่อ พ.ศ. 2499) ซึ่งเป็นที่มาของตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ในภายหลัง ใน พ.ศ. 2431 ทรงเปิดโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งในระยะแรกใช้การแพทย์ไทยเป็นส่วนใหญ่ พ.ศ. 2433 จัดตั้งโรงเรียนแพทย์ชื่อ ราชแพทยาลัย เปิดสอนทั้งการแพทย์แผนตะวันตก และการแพทย์แผนไทย ต่อมาใน พ.ศ. 2458 ได้ยกเลิกการเรียนวิชาการแพทย์แผนไทยใน พ.ศ. 2466 ได้มีพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2472 ได้มีกฎหมายแบ่งผู้ประกอบโรคศิลปะเป็น แผนปัจจุบัน และแผนโบราณ ทำให้มีการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลปะขึ้นเป็นครั้งแรก รวมทั้งสิ้น 5,482 คน (พ.ศ. 2474)

หลังจากการแพทย์แผนไทยไม่ได้รับการอุปถัมภ์จากรัฐ แพทย์แผนไทยต้องดิ้นรนด้วยตนเองเพื่อการอยู่รอด โดยได้รับความอุปถัมภ์จากวัดต่างๆ

พ.ศ. 2475 มีการเปลี่ยนแปลงการปกครอง มีกฎหมายห้ามชุมนุมตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป แพทย์แผนไทยที่เคยจัดพบปะอยู่อย่างสม่ำเสมอ จึงก่อตั้งสมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทยขึ้น นับเป็นสมาคมแพทย์แผนไทยแห่งแรก (ปัจจุบันอยู่ที่วัดปรินายก) และมีการสอนการแพทย์แผนไทย และมีการก่อตั้งสมาคมต่างๆ เกิดขึ้นในภายหลังจำนวนมาก





การแพทย์แผนไทยได้รับการยอมรับและฟื้นฟูโดยกระแสนโยบายสาธารณสุข
มูลฐานขององค์การอนามัยโลก (พ.ศ. 2517) และใน พ.ศ. 2522 มหาวิทยาลัย
มหิดลจัดสัมมนาวิชาการเรื่องการแพทย์แผนโบราณที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราช
พยาบาล ซึ่งนับเป็นครั้งแรกที่หน่วยงานรัฐได้จัดการสัมมนาเกี่ยวกับการแพทย์
แผนไทย พ.ศ. 2524 กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุข
มูลฐานได้จัดทำโครงการสมุนไพรรักษาสาธารณสุขมูลฐานโดยความช่วยเหลือจาก
องค์การอนามัยโลก และองค์การยูนิเซฟทำให้เกิดกระแสการตื่นตัวเรื่องสมุนไพรร
อย่างกว้างขวาง และทำให้การแพทย์แผนไทยได้รับการยอมรับและเกิดโครงการ
กิจกรรมต่าง ๆ ในการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยในส่วนของภาครัฐได้เกิดกลไกใน
ระดับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อฟื้นฟูและพัฒนาการแพทย์แผนไทย (ศูนย์
ประสานงาน การแพทย์ และเภสัชกรรมไทย พ.ศ. 2532 ซึ่งต่อมาเป็นสถาบัน
การแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2536 และเป็นกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและ
การแพทย์ทางเลือก พ.ศ. 2545) ในส่วนของประชาชนได้เกิดการจัดตั้งโรงเรียน
อายุรเวทวิทยาลัย (พ.ศ. 2525) และโครงการฟื้นฟูการนวดไทย (พ.ศ. 2528
มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา มูลนิธิหมอชาวบ้าน คณะกรรมการประสานงาน
องค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐานร่วมกับสมาคมแพทย์แผนโบราณฯ
ต่าง ๆ) และก่อตั้งสมาพันธ์แพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย (พ.ศ. 2536 องค์กร
สมาชิก 22 องค์กร)

องค์กรและหน่วยงานที่มีบทบาทต่อการแพทย์แผนไทย ได้แก่ องค์กรภาค
ประชาชน (วัด โรงเรียน มูลนิธิ สมาคม เครือข่ายแพทย์แผนไทย) องค์กรภาค
เอกชน (สถานพยาบาลแผนโบราณ ร้านขายยาแผนโบราณ สถานผลิตยา โรงงาน
ผลิตยาแผนโบราณ สมาคมผู้ผลิตยาและขายยาแผนโบราณ) องค์กรภาครัฐ
(กระทรวงสาธารณสุข สถาบันการศึกษา) และองค์กรวิชาชีพด้านการแพทย์
แผนไทย

ในการผลิตและการพัฒนากำลังคนนั้นขึ้นกับกฎหมายเริ่มตั้งแต่ พ.ร.บ.
การแพทย์ พ.ศ. 2466 ต่อมาเปลี่ยนเป็น พ.ร.บ.คุ้มครองการประกอบโรคศิลปะ
พ.ศ. 2479 และเปลี่ยนเป็น พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 (ปัจจุบัน
เป็น พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2550) ในรายงานมีผู้ประกอบวิชาชีพ





เวชกรรมสาขาแพทย์แผนไทย 3 ประเภท ได้แก่ เวชกรรมไทย เกษัชกรรมไทย ผดุงครรภ์ไทย (นวดไทยเพิ่งกำหนดให้มีใน พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2547)

พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ ใช้คำ “การแพทย์แผนไทย” แทน “การประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ” และยกเลิกข้อจำกัดเดิมที่มีให้ใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ในการพัฒนาองค์ความรู้ และกำหนดให้มีการเพิ่มประเภทอื่นๆ ในสาขาการแพทย์แผนไทย ได้ทำให้ “การนวดไทย” กลับมามีบทบาทและสถานภาพอีกครั้งหนึ่งในฐานะประเภทหนึ่งของสาขาการแพทย์แผนไทยอีกครั้งหนึ่ง และกำหนดให้มี “คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย” และ “คณะกรรมการวิชาชีพสาขาแพทย์แผนไทยประยุกต์”

พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. 2542 ได้ยกเลิกการห้ามมิให้มีการประกอบโรคศิลปะทั้งแผนปัจจุบันและแผนโบราณในสถานพยาบาลเดียวกัน



การแพทย์ทางเลือก

พบว่า ในประเทศไทยมีการแพทย์ทางเลือกที่นำเข้ามาสู่สังคมไทยไม่น้อยกว่า 38 ศาสตร์ และอีก 35 ศาสตร์ มีการดำเนินงานแล้ว ในระบบบริการสาธารณสุข (ยงศักดิ์ 2544)

การเข้ามาและการใช้แพทย์ทางเลือกในประเทศไทยมีหลายแนวทาง เช่น เข้ามากับวิถีชีวิตของกลุ่มชนชาติต่างๆ เช่น ชาวจีน ชาวอินเดียในไทย การมีกลุ่มองค์กรต่างๆ (ชีวจิต ชมรมอายุรโยปี ฯลฯ) กลุ่มองค์กรที่มีสมาชิกขนาดใหญ่ (มูลนิธิบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ ด้วยกิจกรรมทางศาสนา มูลนิธิเพื่อฝึกพลังจักรวาล ฯลฯ) กลุ่มที่เป็นธุรกิจขายตรง องค์กรพัฒนาเอกชน คลินิกสถานพยาบาลภาคเอกชน และสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ

โดยภาพรวมแล้วการแพทย์ทางเลือกเติบโตในสังคมไทย เนื่องจากกระแสความตื่นตัวในระดับสากล และทำให้มีผลต่อทัศนคติของชนชั้นกลางในสังคมไทย ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีการศึกษาและสนใจการดูแลสุขภาพ.....ผู้เขียน



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย

๘๙





การแพทย์แผนจีน แม้จะถือว่าเป็นการแพทย์ทางเลือกสำหรับประเทศไทย แต่ก็ได้มีความแปลกแยกกับวัฒนธรรมไทย ทั้งนี้เนื่องจากมีกลุ่มคนเชื้อชาติจีนเป็นจำนวนมากในประเทศไทย (ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน) และมีบทบาทสูงในสังคมไทย การแพทย์แผนจีน นับเป็นการแพทย์ทางเลือกที่ถูกละเลยอย่างเป็นทางการโดยประกาศอนุญาตให้บุคคลทำการประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยศาสตร์การแพทย์แผนจีน...ผู้เขียน

การแพทย์ทางเลือกอื่นยังไม่สามารถมีบทบาทอย่างเป็นทางการโดยเฉพาะในระบบบริการสาธารณสุข ทั้งนี้เนื่องจากต้องดำเนินการตาม พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542.....ผู้เขียน

รายงานยังได้นำเสนอข้อเสนอสาระบัญญัติเพื่อประกอบการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติโดย ได้เสนอสาระสำคัญ 2 ด้านใหญ่ๆ คือ สิทธิของประชาชนในการใช้บริการ และบทบาทของรัฐในการส่งเสริมการแพทย์นอกกระแสหลัก และมีข้อเสนอให้มีกลไกการขับเคลื่อนโดยจัดตั้ง “สถานโยบายสุขภาพทางเลือก” ภายใต้ “สถานโยบายสุขภาพแห่งชาติ”



ข้อเสนอสาระบัญญัติใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

1. รัฐมีหน้าที่ในการส่งเสริมสนับสนุน การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือกอื่น ซึ่งเป็นระบบการแพทย์ที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรม เน้นการพึ่งตนเอง สามารถใช้ประโยชน์ได้ทั่วถึง สอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพองค์รวม รวมทั้งมีความเป็นประชาธิปไตยและภราดรภาพ
2. ประชาชนมีสิทธิที่จะเลือกรับบริการได้ตามปรารถนา ไม่ว่าจะเป็นการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน หรือ การแพทย์ทางเลือกอื่น โดยต้องมีลักษณะการเข้าถึงได้แบบเท่าเทียม มีความยุติธรรม และราคาสมเหตุสมผล
3. รัฐต้องจัดสรรสื่อทั้งที่เป็นคลื่นวิทยุ และโทรทัศน์เพื่อการเผยแพร่ความรู้ทางด้านสุขภาพและเป็นเวทีในการเรียนรู้ประสบการณ์ของผู้บริโภค





4. รัฐต้องให้การสนับสนุนสถานศึกษาและโรงพยาบาลของการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกอื่น ที่เข้าสู่ระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้สามารถพัฒนาศาสตร์ของตนได้โดยอิสระ
5. รัฐต้องมีกลไกในการคัดเลือก กลั่นกรอง และส่งเสริมมาตรฐานการให้บริการของการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกอื่น ให้สามารถเข้าระบบประกันสุขภาพของประเทศได้
6. รัฐต้องกำหนดให้มี “สถานนโยบายสุขภาพทางเลือก” อยู่ภายใต้ “สถานนโยบายสุขภาพแห่งชาติ” เพื่อกำหนดนโยบาย ทิศทางให้การสนับสนุนทรัพยากร และประเมินผล ในการปฏิรูประบบการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบสุขภาพแห่งชาติ

- ต่อมา นายยงศักดิ์ ตันติปฏิภกและคณะ ได้จัดเวทีเพื่อระดมความคิดเห็น จากกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่มที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มหมอพื้นบ้าน กลุ่มแพทย์แผนไทย กลุ่มแพทย์ทางเลือก เฉพาะกลุ่มหมอพื้นบ้าน ได้จัดเวทีระดมความคิดเห็น 3 ครั้ง โดยจัดเวทีเครือข่ายหมอพื้นบ้านภาคอีสาน ภาคเหนือ และในเครือข่ายภูมิปัญญาไท

จากผลการจัดเวทีเครือข่าย คณะผู้ศึกษาได้จัดทำรายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2544 และได้ยกร่างข้อเสนอสาระบัญญัติในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ หมอพื้นบ้านและชุมชนท้องถิ่นโดยตรง ได้แก่

“ศักยภาพของระบบสุขภาพและการแพทย์ทุกระบบที่มีอยู่ในสังคมไทย โดยเฉพาะการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย ต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อผสมผสานให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชน”





หลักการที่เสนอนี้ ถือเป็น การเปิดพื้นที่ทางสังคมและกฎหมายของ การแพทย์พื้นบ้านให้มีที่ทางอยู่ในระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพราะที่ผ่านมา สถานภาพของการ แพทย์พื้นบ้านตกอยู่ภายใต้พันธนาการของกฎหมายควบคุมการประกอบ โรคศิลป์มาเป็นเวลาช้านาน จนยากที่จะพัฒนาให้สามารถนำมาใช้ ประโยชน์ได้จริงในบริบทของสังคมยุคปัจจุบันยังมีข้อเสนอซึ่งเกี่ยวข้องกับ การรับรองสิทธิและอำนาจของชุมชนในการจัดการกับระบบสุขภาพ ของท้องถิ่นได้เอง ดังนี้

“รัฐต้องกระจายอำนาจในการดูแลสุขภาพของประชาชนให้แก่ชุมชน ท้องถิ่น เพื่อให้สามารถเลือกรับและปรับใช้ระบบสุขภาพและการแพทย์ที่ เหมาะสมและสอดคล้องกับแต่ละท้องถิ่น ชุมชนท้องถิ่นมีสิทธิในการ อนุรักษ์หรือฟื้นฟูภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านของท้องถิ่น รวมทั้ง สามารถมีส่วนร่วมในการจัดการ พัฒนา และใช้ประโยชน์จากการแพทย์ พื้นบ้านและสมุนไพรได้อย่างยั่งยืน”

ข้อเสนอข้างต้น เป็นการเรียกร้องต่อรัฐให้คืนอำนาจและทรัพยากร ในการจัดการสุขภาพแก่ท้องถิ่น และถือสิทธิตามบทบัญญัติแห่ง รัฐธรรมนูญมาตรา 46 ที่ว่า “ชุมชนมีสิทธิในการอนุรักษ์ฟื้นฟูและ ใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาของท้องถิ่นได้อย่างยั่งยืน...” ซึ่งนับได้ว่า ข้อเรียกร้องดังกล่าวเป็นการทวงอำนาจของชุมชนท้องถิ่นคืนจากรัฐ ส่วนกลาง เพราะหากเรียกร้องเพียงให้รัฐแก้ไขบทบัญญัติของกฎหมาย ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นกฎหมายการประกอบโรคศิลป์ กฎหมายยา กฎหมาย สถานพยาบาล และกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับเท่านั้น คณะผู้ศึกษา มองเห็นว่ายังเป็นการแก้ไขภายใต้กรอบที่รัฐส่วนกลางมีอำนาจอย่าง เต็มเปี่ยม และกฎหมายในระดับชาติบางครั้งก็ไม่สามารถตอบสนองต่อ ความเป็นท้องถิ่นที่หลากหลายได้อย่างสอดคล้อง





ในส่วนข้อเสนอเกี่ยวกับกลไกพัฒนานโยบาย คณะผู้ศึกษาเสนอให้มีคณะกรรมการขึ้นมาชุดหนึ่ง เพื่อทำหน้าที่ในการพัฒนาโดยตรง ดังข้อเสนอที่ว่า

“รัฐต้องกำหนดให้มี “คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพวิถีไทย” อยู่ภายใต้ “สภาการสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งเป็นองค์กรอิสระที่มาจากกรรมสิทธิ์ร่วมของประชาคมสุขภาพวิถีไทย เพื่อกำหนดนโยบาย ทิศทาง กลไก โครงสร้าง แผนงานและทรัพยากรในการพัฒนาระบบสุขภาพวิถีไทย เข้าสู่ระบบสุขภาพของชาติ”

กลไกตามข้อเสนอนี้ เป็นกลไกที่เน้นความเป็นอิสระจากฝ่ายการเมืองและระบบราชการ โดยมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคม ซึ่งแสดงให้เห็นว่า คณะผู้ศึกษาต้องการเห็นการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านที่ก้าวพ้นจากการพัฒนาแบบเดิมที่อาศัยกลไกของราชการเป็นหลักในการทำงาน เพราะการแพทย์พื้นบ้านเป็นระบบการแพทย์ที่ดำรงอยู่ในภาคประชาชน ซึ่งหากภาคราชการทำหน้าที่เป็นเพียงฝ่ายสนับสนุน โดยให้ชุมชนและภาคประชาชนเป็นหลักในการพัฒนาระบบบริการที่สอดคล้องกับท้องถิ่น น่าจะเป็นแนวทางที่เหมาะสมต่อการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านมากกว่า

จากการพัฒนาองค์ความรู้สู่การเคลื่อนไหวทางสังคม

ในปี พ.ศ. 2544 สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) โดยคณะอนุกรรมการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติได้จัดทำ (ร่าง) กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติออกมาเผยแพร่ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2544 เพื่อเป็นสื่อตั้งต้นให้เวทีต่างๆ และผู้สนใจพิจารณา ให้ความคิดเห็น เพื่อให้ได้กรอบความคิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของสังคมไทย สำหรับนำไปยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติต่อไป





ขณะเดียวกัน สปปรส. ได้ตั้งคณะทำงานชุดหนึ่ง จัดทำโครงการเสริมสร้าง เครือข่ายการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก และ ประชาคมสุขภาพทางเลือกขึ้น เพื่อให้เครือข่ายทั้ง 4 เครือข่าย เข้าร่วมในการ ปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และเป็นตัวแทนของประชาคมสุขภาพทางเลือก ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2544 ซึ่งได้มีการจัดเวทีประชุม 18 เวที เพื่อจัดทำข้อเสนอต่อ (ร่าง) กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ โดย เป็นเวทีหมอบ้านภาคเหนือ และภาคอีสาน 8 เวทีใน 7 จังหวัด ได้แก่ เวที หมอบ้านเชียงใหม่ เชียงราย อุบลราชธานี สุรินทร์ อุดรธานี ขอนแก่น และ มหาสารคาม

ประเด็นที่เครือข่ายหมอบ้านทั้ง 8 เวที ได้สะท้อนออกมาในเวทีต่างๆ ส่วนใหญ่ไม่มีอะไรขัดแย้งกับ (ร่าง) กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ แต่เวที ทั้ง 8 เวทีก็กลายเป็นเวทีที่หมอบ้านได้มีโอกาสสะท้อนความคิดเห็น ของตนเองต่อสถานภาพและบทบาทของหมอบ้านในระบบสุขภาพ ซึ่งที่ผ่านมา ถูกกดทับด้วยวิธีคิดที่มองว่า การแพทย์พื้นบ้านเป็นสิ่งล้าหลัง หมอเมืองภาคเหนือ เรียกร้องให้การปฏิรูปเปิดโอกาสแก่การแพทย์อื่นๆ อย่างเท่าเทียม เน้นการมี ส่วนร่วมจากภาคประชาชน และให้หันกลับมาหาคุณค่าดั้งเดิมที่มีอยู่ในภูมิปัญญา ท้องถิ่น ในขณะที่ทางภาคอีสาน บางเวทีเสนอให้มีการรับรองสิทธิในการรักษาโรค ของหมอบ้าน โดยการกระจายอำนาจการรับรองสิทธิดังกล่าวให้กับท้องถิ่น ในขณะที่บางเวทีเสนอให้มีการรับรองสภาหมอบ้าน รับรองสิทธิของชุมชนใน การจัดการสมุนไพรของท้องถิ่น มีกฎหมายคุ้มครองพันธุ์พืชท้องถิ่น บางเวทีเสนอ ให้มีการดูแลสิทธิภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน บางเวทีเสนอให้เน้นการสนับสนุน ชุมชนให้เกิดการศึกษาเรียนรู้พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยใช้มาตรฐานที่ชุมชน รับรอง ข้อเสนอที่ร่วมกัน ส่วนใหญ่ยังเน้นที่การส่งเสริม วิจัย พัฒนาเนื้อในของ ระบบการแพทย์พื้นบ้านซึ่งถูกทอดทิ้งมานาน ทั้งในด้านองค์ความรู้ การสืบทอด การเผยแพร่ การใช้ประโยชน์ในระดับต่างๆ รวมทั้งการรวมกลุ่มของหมอบ้าน เพื่อให้มีการตรวจสอบและควบคุมดูแลกันเองในด้านคุณธรรม และการช่วยเหลือ กันไม่ว่าจะเป็นการส่งต่อผู้ป่วย การแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ รวมทั้ง การเกื้อกูลกันในหมู่กลุ่ม



ข้อคิดเห็นจากเวทีหมอพื้นบ้าน ได้นำเข้าไปสู่การพิจารณาพร้อมๆ กับ ข้อเสนอจากเวทีแพทย์แผนไทย เวทีแพทย์ทางเลือก และเวทีประชาคมสุขภาพ ทางเลือก ในการประชุมเพื่อสังเคราะห์ภาพรวมของข้อเสนอจากเครือข่ายการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก และประชาคมสุขภาพ ทางเลือก ซึ่งข้อเสนอทั้งหมดได้สังเคราะห์ร่วมกับข้อเสนอสาระบัญญัติจากการสังเคราะห์องค์ความรู้ของคณะผู้ศึกษา ได้ข้อเสนอสาระบัญญัติจำนวน 14 ข้อ ซึ่งข้อเสนอดังกล่าวได้นำไปเสนอในการประชุมสภารัตนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในวันที่ 4 กันยายน พ.ศ. 2544

ตลาดนัดสุขภาพเวทีเปิดตัวตนของหมอพื้นบ้าน

โครงการเสริมสร้างเครือข่ายการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก และประชาคมสุขภาพทางเลือก ยังมีส่วนอย่างสำคัญในการเตรียมขบวนของฝ่ายการแพทย์กระแสรองในการนำเสนอบทบาทของตนเองที่มีต่อการปฏิรูประบบสุขภาพในงานตลาดนัดสุขภาพ ซึ่งจัดขึ้นในระหว่างวันที่ 1-5 กันยายน พ.ศ. 2544

ในงานตลาดนัดสุขภาพ สปรส. ได้จัดพื้นที่ให้กับเครือข่าย “สุขภาพวิถีไท” เป็นการเฉพาะโดยประสานให้เครือข่ายจัดนิทรรศการและการสาธิตเพื่อแสดงภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก ซึ่งเครือข่ายได้แบ่งพื้นที่งานเป็น 6 ชุ้ม ได้แก่ ชุ้มภาคเหนือ ชุ้มภาคอีสาน ชุ้มภาคกลางและประชาคมสุขภาพ ชุ้มภาคใต้ ชุ้มการแพทย์ทางเลือก และศาลานวดไทย

การสาธิตเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านในงานตลาดนัดสุขภาพ ผู้จัดต้องการนำเสนอให้เห็นถึงภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านทั้งที่จับต้องได้ ซึ่งได้แก่ ตัวหมอพื้นบ้าน วิถีปฏิบัติของหมอ พิธีกรรม สมุนไพร อาหารและพืชผักพื้นบ้าน รวมทั้งที่จับต้องไม่ได้ เช่น คุณค่า วิถีคิด ความเชื่อ ความศรัทธา การจัดงานไม่ได้เป็นไปเพื่อการขายยา หรือการแสดงความแปลกพิสดาร ซึ่งมักใช้เพื่อเรียกร้องความสนใจของผู้ชม เพราะความคิดหลักของการสาธิตคือ ต้องการนำภูมิปัญญาที่อยู่ใน





วิถีชีวิตของชุมชนท้องถิ่น ซึ่งค่อยๆ เลื่อนหายไปจากวิถีชีวิตในปัจจุบัน มาเสนอให้เห็นถึงคุณค่าที่ยังคงเป็นจริงได้ในปัจจุบัน

หมอพั้นบ้านที่มีสาธิตภูมิปัญญาพื้นบ้าน ไม่ว่าจะเป็นหมอยา หมอฮ้องขวัญ หมอเมือง หมอดอกเส้น หมอย่ำขาง หมอนวด หมอเหยียบเหล็กแดง ได้รับความสนใจจากผู้เข้าชมงานเป็นอย่างมาก ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะเป็นสิ่งแปลกใหม่ในสายตาของคนชั้นกลางในเมือง แต่ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นเพราะภูมิปัญญาท้องถิ่นเหล่านี้ ได้ทำหน้าที่ตอบสนองสำนักภายในของผู้คนที่เรื้อรังและถวิลหาบางสิ่งบางอย่างซึ่งขาดหายไปในระบบบริการสาธารณสุขที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

นอกจากนี้ในงานดังกล่าว สปรส. ได้ประสานให้เครือข่ายรับผิดชอบในการจัดเวทีวิชาการห้องย่อย เรื่อง “สุขภาพวิถีไท : รากฐานทางวัฒนธรรม” ในวันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2544 โดยมีวิทยากร ประกอบด้วย พ่อหมอพั้นบ้านจากจังหวัดสกลนคร และอุบลราชธานี ผู้แทนประชาคมสุขภาพองค์กรรวม และแพทย์ทางเลือกจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เวทีวิชาการในห้องย่อยนี้ ได้นำเสนอให้เห็นความสำคัญของการกลับไปใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่ชุมชนกำลังประสบอยู่ โดยเฉพาะปัญหาหนี้สิน มีการนำเสนอตัวอย่างการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพมาใช้ประโยชน์ในระดับชุมชนและประชาคม ไม่ว่าจะเป็นอาหาร พืชผักพื้นบ้าน สมุนไพร การออกกำลังกาย การนวด และสมาธิภาวนา

มีการนิยามและใช้คำ ระบบสุขภาพวิถีไท โดยมุ่งหวังจะให้คำนี้ครอบคลุมการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก





ข้อเสนอสาระบัญญัติในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
ในรายงานฉบับ พ.ศ. 2544 ดังนี้

1. ศักยภาพของระบบสุขภาพและการแพทย์ทุกระบบที่มีอยู่ในสังคมไทยต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เพื่อผสมผสานให้เกิด “ระบบสุขภาพวิถีไทย” ซึ่งเป็นระบบสุขภาพที่มีวิถีปฏิบัติแบบองค์รวม มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ประหยัด พึ่งตนเองได้ในระดับต่างๆ ก่อให้เกิดความเท่าเทียมและสอดคล้องกับคนไทยและบริบทของสังคมไทย ทั้งนี้โดยอาศัยการสร้างความรู้ การขับเคลื่อนของประชาคมสุขภาพในการสร้างกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมและการเชื่อมต่อกับทางการเมือง
2. รัฐต้องกระจายอำนาจและทรัพยากรในการดูแลสุขภาพของประชาชนให้แก่ชุมชนท้องถิ่น และสนับสนุนให้เกิดกลไกในระบบท้องถิ่นเพื่อให้สามารถเลือกรับ ปรับใช้ และคัดกรองระบบสุขภาพ และการแพทย์ที่เหมาะสม และสอดคล้องกับแต่ละท้องถิ่น
3. รัฐต้องมีมาตรการที่เข้มงวดในการป้องกันและดำเนินการแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบต่อระบบนิเวศ รวมทั้งสนับสนุนให้ชุมชนท้องถิ่นมีบทบาทในการอนุรักษ์ พื้นฟูระบบนิเวศของชุมชนเพื่อให้ปลอดพ้นจากปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากความเสื่อมโทรมของระบบนิเวศ
4. รัฐต้องสนับสนุนให้ประชาชนได้รับอาหารที่ปลอดภัยจากสารพิษและอาหารตัดต่อพันธุกรรม โดยมีมาตรการที่ชัดเจนในการลดและการเลิกใช้สารเคมีทางการเกษตร ส่งเสริมการผลิตอาหารด้วยวิธีการทางเกษตรธรรมชาติ แทน
5. ชุมชนท้องถิ่นมีสิทธิในการอนุรักษ์หรือฟื้นฟูภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านของท้องถิ่น รวมทั้งสามารถมีส่วนร่วมในการจัดการ พัฒนา ปกป้อง คุ้มครอง และใช้ประโยชน์จากการแพทย์พื้นบ้านและสมุนไพรได้อย่างยั่งยืน
6. รัฐต้องสนับสนุนให้ชุมชนท้องถิ่นสืบทอดภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านของท้องถิ่น และมีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน รับรองสิทธิของหมอพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน สนับสนุนการรวมกลุ่มของหมอพื้นบ้านในระดับต่างๆ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และแบบแผนการดูแล





สุขภาพของชุมชนรวมทั้งมีกองทุนในระดับพื้นที่เพื่อสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าว

7. รัฐต้องสนับสนุนให้ชุมชนท้องถิ่นมีความสามารถในการแปรรูปสมุนไพรเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพ โดยกำหนดให้มีมาตรฐานสมุนไพรชุมชนซึ่งเหมาะสมสอดคล้องกับศักยภาพในการผลิตระดับชุมชนและสนับสนุนการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรชุมชนในระดับจังหวัดโดยยกเว้นภาษี
8. ประชาชนมีสิทธิเลือกใช้บริการและเบิกค่ารักษาพยาบาลเมื่อใช้บริการจากการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ที่ได้รับการคัดกรองเข้าสู่ระบบสุขภาพท้องถิ่นหรือระบบสุขภาพของชาติแล้ว
9. รัฐต้องกำหนดให้มี “คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพวิถีไทย” อยู่ภายใต้ “สภากาสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งเป็นองค์กรอิสระที่มาจากความร่วมมือของประชาคม สุขภาพวิถีไทย เพื่อกำหนดนโยบายและทิศทาง กลไก โครงสร้าง แผนงาน และทรัพยากร ในการพัฒนาระบบสุขภาพวิถีไทยเข้าสู่ระบบสุขภาพแห่งชาติ
10. รัฐต้องสนับสนุนให้องค์กรวิชาชีพและประชาคมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมีบทบาทในการสรุปบทเรียน คัดกรอง และพัฒนาศาสตร์ ในระบบสุขภาพวิถีไทย ส่งเสริมจรรยาบรรณ และคุ้มครองผู้บริโภค ตลอดจนสนับสนุนการประสานเชื่อมโยงระหว่างประชาคมต่างๆ เหล่านี้
12. รัฐต้องมีกลไกภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพวิถีไทย เพื่อทำหน้าที่ในการคัดกรอง กลั่นกรอง และส่งเสริมมาตรฐานการให้บริการของการแพทย์ในระบบสุขภาพวิถีไทยให้สามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของประเทศได้
13. รัฐต้องให้การสนับสนุนการถ่ายทอด การเรียนรู้ การพัฒนาวิชาการ การศึกษาวิจัยและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก เพื่อให้สามารถพัฒนาศาสตร์และศิลป์ของตนได้โดยอิสระ
14. รัฐต้องจัดสรรสื่อทั้งที่เป็นคลื่นวิทยุและโทรทัศน์ให้แก่ประชาคมสุขภาพวิถีไทย เพื่อการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพทางเลือก และเป็นเวทีในการเรียนรู้ประสบการณ์ของผู้บริโภค
15. รัฐต้องสนับสนุนให้ประชาคมสุขภาพวิถีไทยต่างๆ มีบทบาทในฐานะผู้ดำเนินการในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้





จากการเคลื่อนไหวทางสังคมสู่การยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

ภายหลังจากงานตลาดนัดสุขภาพ ข้อเสนอจากการประชุมสภาจิตตสมาธิฯ และกระแสการตอบรับต่อภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมงานตลาดนัด ได้นำไปสู่การสังเคราะห์ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยคณะอนุกรรมการฯ ซึ่งทำให้ “ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ” ได้ปรากฏอยู่ใน หมวด 6 ภารกิจด้านสุขภาพ ส่วนที่ 4 ประกอบด้วย 3 มาตรา ได้แก่

มาตรา 81 เป็นบทบัญญัติที่ระบุในเชิงหลักการว่า รัฐต้องส่งเสริมสนับสนุน การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองและให้มีทางเลือกที่หลากหลาย

มาตรา 82 กล่าวถึงแนวทางและมาตรการในการส่งเสริมสนับสนุน ได้แก่ การจัดระบบรับรอง การพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐาน การจัดตั้งองค์กรดูแลกันเอง ตลอดจนมาตรการต่างๆ

มาตรา 83 ระบุว่า ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดให้มีกลไกเพื่อทำงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเป็นการเฉพาะ

คณะอนุกรรมการฯ ได้มีคำชี้แจงไว้ท้ายมาตรา 83 อ้างรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 มาตรา 46 ซึ่งกล่าวถึง สิทธิของชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิมในการอนุรักษ์ฟื้นฟู วิจารณ์ ประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น และระบุว่าเนื่องจากเป็นเรื่องถูกทอดทิ้งมานาน จึงกำหนดให้มีกลไกขึ้นมาดูแลเป็นการเฉพาะ (คณะอนุกรรมการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ 2545:37)

ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฉบับดังกล่าว ได้รับการเผยแพร่ไปยังเวทีรับฟังความคิดเห็นในระดับอำเภอ เวทีรับฟังความเห็นเฉพาะประเด็น เวทีสมาชิสุขภาพจังหวัดทุกจังหวัด ในช่วงเดือนมีนาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2545 และทำประชาพิจารณ์รอบสุดท้ายในสมาชิสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 8-9 สิงหาคม พ.ศ. 2545





ในงานสมัชชาแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2545 เครือข่ายสุขภาพวิถีไท ซึ่งยังมีเครือข่ายหมอป้านบ้านเกาะเกี่ยวกันอยู่ ได้รับการประสานงานจาก สปรส. ในการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น กลุ่มที่ 6 ว่าด้วย “ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ” ซึ่งเวทีในครั้งนั้น เน้นที่จะจัดทำข้อเสนอต่อร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ส่วนที่ 4 ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ มาตรา 81, 82 และ 83

ผลจากการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นได้รับการนำเสนอต่อที่ประชุมสมัชชาสุขภาพในวันสุดท้าย ซึ่งเนื้อหาที่นำเสนอส่วนใหญ่เป็นการขยายรายละเอียดของร่างพระราชบัญญัติและตั้งคำถามที่จะต้องคิดในขั้นของการดำเนินงานมากกว่าที่จะเป็นการแก้ไขในหลักการหรือสาระสำคัญ

ประมวลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อ
ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
ส่วนที่ 4 ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อมาตรา 81

1. การส่งเสริมจะขัดกับกฎหมายการประกอบโรคศิลปะหรือไม่
2. การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านมีการพัฒนาไม่เท่ากัน ควรแยกเขียนให้ชัดเจน
3. ควรใช้คำว่า “การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ”
4. ไม่เห็นด้วยที่จะใช้อย่างเท่าเทียมกับแพทย์แผนปัจจุบันในขณะนี้ เพราะยังขาดการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์
5. เสนอให้ระบุว่า การส่งเสริมสนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพต้องถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์
6. ควรส่งเสริมให้นำมาใช้ในสถานบริการของการแพทย์แผนปัจจุบัน



ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อมาตรา 82

มาตรา 82(1) แนวทางการส่งเสริม

ก. ระบบการรับรอง

1. ระดับของการรับรองต้องชัดเจน
2. การรับรองอาจเป็นระบบการยอมรับ / ขึ้นทะเบียนของชุมชนเอง
3. การรับรองต้องมีการจดแจ้งกับทางราชการว่าใช้กรรมวิธีใดบ้าง
4. เกณฑ์การรับรองหมอฟันบ้านให้ชุมชนกำหนด โดยเน้นที่คุณธรรม และมีบทบาทในการสืบทอดภูมิปัญญา ดูแลชุมชน ไม่เร่ขายยา เป็นต้น
5. กระจายอำนาจให้องค์กรปกครองท้องถิ่นมีอำนาจในการรับรอง
6. รับรองสิทธิในการจัดการสมุนไพร/ตำรับยา/การผลิตและการขายยาพื้นบ้านของชุมชน โดยมีมาตรฐานของชุมชนเอง
7. รับรองให้นักบวชสืบทอดและใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพได้

ข. การพัฒนาองค์ความรู้/ มาตรฐาน

1. ต้องพัฒนาให้ได้มาตรฐานก่อนส่งเสริมการใช้ เพื่อความปลอดภัย ไม่ถูกหลอกลวง ไม่เกิดอันตรายและได้ผล
2. ส่งเสริมการรวบรวมสังเคราะห์องค์ความรู้ท้องถิ่นในเชิงวัฒนธรรม
3. ส่งเสริมให้มีสถาบันศึกษาวิจัย มีกองทุนสนับสนุนการวิจัยองค์ความรู้ท้องถิ่น ควบคุมการแลกเปลี่ยนผลงานวิจัยกับต่างชาติ
4. ส่งเสริมให้มีศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน / เครือข่ายการเรียนรู้/ โรงเรียน/ สถาบันการศึกษาของหมอฟันบ้านและแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะ
5. ส่งเสริมให้มีการศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในหลักสูตรระดับโรงเรียนและมหาวิทยาลัย
6. ส่งเสริมการประชุม อบรม แลกเปลี่ยนในหมู่หมอฟันบ้านและแพทย์แผนไทย
7. ส่งเสริมให้มีศูนย์สุขภาพชุมชน / โรงพยาบาลรองรับการใช้ภูมิปัญญาด้านสุขภาพ ซึ่งดำเนินการโดยองค์กรปกครองท้องถิ่นและพหุภาคี ไม่เน้นการค้ากำไร





ค. องค์กรดูแลตนเอง

1. ส่งเสริมองค์กรวิชาชีพให้สามารถควบคุม ตรวจสอบ ดูแลจรรยาบรรณไม่ให้เป็นเชิงพาณิชย์และเอาเปรียบประชาชน
2. ให้มี พ.ร.บ.วิชาชีพการแพทย์แผนไทย แยกจาก พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542
3. ส่งเสริมให้มีคณะกรรมการ/องค์กรระดับต่างๆ (หมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ/จังหวัด/ภูมิภาค/ภวนินเวศ) ประสานเป็นเครือข่าย
4. ส่งเสริมให้มีองค์กรระดับท้องถิ่นตรวจสอบมาตรฐานการให้บริการและยาสมุนไพร โดยใช้มาตรฐานชุมชนส่งเสริมให้มีกองทุนสนับสนุนองค์กรหมอพื้นบ้านและแพทย์แผนไทย ซึ่งดูแลโดยประชาคมท้องถิ่น

มาตรา 82(2) มาตรการสนับสนุน

1. ระบุงบประมาณสนับสนุน 1% ของงบด้านสุขภาพจากองค์กรปกครองท้องถิ่น
2. มีกองทุนประกันความเสียหาย และกฎหมายการรับผิดชอบรับปัญหาผลเสียที่อาจเกิดขึ้นกับประชาชน
3. มีระบบการคัดเลือกกลั่นกรองเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ
4. จัดให้มียาไทยในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่าเทียมกับยาแผนปัจจุบัน
5. จัดสรรสื่อวิทยุ โทรทัศน์เพื่อการเผยแพร่ภูมิปัญญาท้องถิ่น และคุ้มครองผู้บริโภค
6. สนับสนุนการอนุรักษ์ป่าสมุนไพร และพัฒนาแหล่งสมุนไพรใกล้บ้านโดยองค์กรชุมชน
7. มีกฎหมายคุ้มครองพันธุ์พืช ปกป้องพันธุกรรมพื้นบ้าน
8. สนับสนุนการตลาด และยกเว้นภาษีแก่ผลิตภัณฑ์ชุมชนที่ได้มาตรฐาน

มาตรา 83 กลไกเฉพาะ

1. กลไกต้องไม่ถูกการเมืองครอบงำ
2. กลไกเป็นของใคร รับผิดชอบใคร
3. กลไกต้องเป็นอิสระ มีที่มาจากการมีส่วนร่วมของประชาชน





ภายหลังสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คณะอนุกรรมการยกร่าง พ.ร.บ.ฯ ได้แก้ไขปรับปรุงร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ตามข้อเสนอจากสมัชชาฯ ยังผลให้ส่วนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพมีการปรับปรุงสาระบางประการ แต่ยังคงสาระหลักตามร่างเดิม

ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
(ฉบับปรับปรุง 24 กันยายน 2545)

ส่วนที่ 4

ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

มาตรา 75 การส่งเสริม สนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพให้เป็นที่ไปอย่างสอดคล้องกับวิถีชุมชน ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่น เพื่อรองรับและส่งเสริมหลักการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และเพื่อให้การบริการสาธารณสุขมีทางเลือกที่หลากหลาย

มาตรา 76 การส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพตามมาตรา 75 ให้มีแนวทางและมาตรการต่าง ๆ ดังนี้

(1) ส่งเสริม สนับสนุนการใช้ การฟื้นฟู และการสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การจัดการระบบการรับรอง ตลอดจนการพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐาน รวมทั้งการจัดตั้งองค์กรดูแลกันเอง โดยคำนึงถึงการคุ้มครองผู้บริโภคควบคู่กันไปด้วย

(2) ส่งเสริม สนับสนุนและเพิ่มศักยภาพให้ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานของรัฐ และองค์กรอื่นๆ ในทุกระดับให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

(3) ใช้มาตรการด้านภาษี ด้านงบประมาณ ด้านวิชาการ ด้านสังคม ด้านการศึกษา ด้านกฎหมายและด้านอื่นๆ เพื่อสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

(4) แนวทางและมาตรการอื่นๆ ที่เหมาะสม

มาตรา 77 ให้ คสช.จัดให้มีกลไกพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเป็นการเฉพาะ





ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับปรับปรุงนี้ ได้รับการนำเสนอเข้าสู่
ขั้นตอนทางนิติบัญญัติในเวลาต่อมา

จากสมัชชาสุขภาพสู่การขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

ภายหลังงานตลาดนัดสุขภาพ การประสานงานเครือข่ายมุ่งเน้นไปที่
เครือข่ายหมอพื้นบ้านเป็นด้านหลัก ส่วนหนึ่งเป็นเพราะที่ผ่านมาการแพทย์
พื้นบ้านเป็นส่วนที่ถูกทอดทิ้งละเลยมากที่สุด สถานภาพของหมอพื้นบ้านซึ่งอยู่
ในระดับรากหญ้ามีปัญหาที่เด่นชัดมากกว่ากลุ่มอื่นๆ แต่อีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะ
เครือข่ายหมอพื้นบ้านที่มีความกระตือรือร้นที่จะเห็นการปฏิรูประบบสุขภาพ
มุ่งไปสู่ทิศทางที่จะเป็นประโยชน์ต่อชุมชนท้องถิ่นโดยตรงมากที่สุด ในช่วงท้าย
ของโครงการเสริมสร้างเครือข่ายฯ คณะผู้ประสานงานโครงการฯ ในส่วนกลางได้
ประเมินผลงานที่ผ่านมา และเห็นพ้องต้องกันว่า ควรดำเนินการสานต่อการ
เสริมสร้างเครือข่าย โดยเน้นที่เครือข่ายหมอพื้นบ้าน โดยยังคงใช้ชื่อเครือข่ายว่า
“เครือข่ายสุขภาพวิถีไท” เชื่อมประสานเครือข่ายหมอพื้นบ้านที่เข้าร่วมในการ
ปฏิรูประบบสุขภาพ ทำให้เกิดการประชุมปรึกษาหารือการทำงานร่วมกันใน
อนาคต เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2544 ที่ประชุมได้กำหนดแนวทางการ
พัฒนาการแพทย์พื้นบ้านเป็น 4 ด้าน คือ การพัฒนาองค์ความรู้ การสืบทอด
องค์ความรู้ การพัฒนาการใช้ประโยชน์ และการพัฒนาด้านกฎหมายและควา
มยอมรับทางสังคม และตกลงให้องค์กรหมอพื้นบ้านในเครือข่ายจัดทำโครงการ
เพื่อพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านเพื่อประมวลเป็นชุดโครงการและเสนอต่อแหล่งทุน
ต่างๆ เพื่อขอรับการสนับสนุนต่อไป

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ให้ความสนใจ
ที่จะสนับสนุนให้มีการพัฒนายุทธศาสตร์และชุดโครงการขึ้น ข้อเสนอแนะได้นำไปสู
การจัดประชุมผู้แทนจากองค์กรและเครือข่ายหมอพื้นบ้านที่เข้าร่วมการปฏิรู
ระบบสุขภาพ เพื่อจัดทำชุดโครงการเพื่อพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ



เมื่อวันที่ 7-9 ธันวาคม พ.ศ. 2544 ณ สวนคุณต่อ อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา

ชุดโครงการได้ผ่านการเคียวกรำจนเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2546 ซึ่งถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการนำข้อเสนอต่างๆ จากเวทีปฏิรูประบบสุขภาพ ลงไปสู่ภาคปฏิบัติการในพื้นที่ การขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกำลังจะแปรจากความคิดไปสู่รูปธรรมในชุมชน เครือข่ายหมอพื้นบ้านกำลังจัดกระบวนการเพื่อสร้างภาพฝันของตนเองให้เป็นความจริงที่จับต้องได้

แม้ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติจะยังไม่สามารถผ่านกระบวนการนิติบัญญัติ ซึ่งทำให้บทบัญญัติยังไม่มีผลบังคับใช้ แต่เครือข่ายหมอพื้นบ้านก็ไม่หยุดนิ่งเฝ้ารอเพื่อให้ทุกอย่างเป็นไปตามกรอบของระบบที่เป็นอยู่ เพราะปฏิบัติการฟื้นฟูการแพทย์พื้นบ้านในชุมชน มิใช่จะมีคุณค่าและความหมายต่อการประชุมสมัชชาสุขภาพในปีต่อไปเท่านั้น แต่ยังมีความหมายต่อขบวนการสุขภาพภาคประชาชนซึ่งกำลังเติบโตขึ้นภายใต้ฐานจักรวาลวิทยาและทฤษฎีการแพทย์ของตนเอง โดยมีเป้าหมายไปสู่การพึ่งตนเองของชุมชน

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 47(7)

การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ





ธรรมนูญสุขภาพคนไทย

ฉบับ 24 กันยายน 2545

หมวด 6 แนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

มาตรา 75 การส่งเสริม สนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับวิถีชุมชน ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่น เพื่อรองรับและส่งเสริมหลักการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และเพื่อให้การบริการสาธารณสุขมีทางเลือกที่หลากหลาย

มาตรา 76 การส่งเสริม สนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ตามมาตรา 75 ให้มีแนวทางและมาตรการต่างๆ ดังนี้

(1) ส่งเสริม สนับสนุนการใช้ การฟื้นฟูและการสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การจัดระบบการรับรอง ตลอดจนการพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐาน รวมทั้งการจัดตั้งองค์กรดูแลกันเอง โดยคำนึงถึงการคุ้มครองผู้บริโภคควบคู่กันไปด้วย

(2) ส่งเสริมสนับสนุนและเพิ่มศักยภาพให้ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานของรัฐ และองค์กรอื่นๆ ในทุกระดับให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

(3) ใช้มาตรการด้านภาษี ด้านงบประมาณ ด้านวิชาการ ด้านสังคม ด้านการศึกษา ด้านกฎหมายและด้านอื่นๆ เพื่อสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

(4) แนวทางและมาตรการอื่นๆ ที่เหมาะสม

มาตรา 77 ให้ คสช.จัดให้มีกลไกพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเป็นการเฉพาะ



ข้อเสนอสาระบัญญัติในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
ในรายงานฉบับ พ.ศ. 2544 ดังนี้

1. ศักยภาพของระบบสุขภาพและการแพทย์ทุกระบบที่มีอยู่ในสังคมไทยต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เพื่อผสมผสานให้เกิด “ระบบสุขภาพวิถีไทย” ซึ่งเป็นระบบสุขภาพที่มีวิถีปฏิบัติแบบองค์รวม มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ประหยัด พึ่งตนเองได้ในระดับต่างๆ ก่อให้เกิดความเท่าเทียมและสอดคล้องกับคนไทยและบริบทของสังคมไทย ทั้งนี้โดยอาศัยการสร้างความรู้ การขับเคลื่อนของประชาคมสุขภาพในการสร้างกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมและการเชื่อมต่อกับทางการเมือง

2. รัฐต้องกระจายอำนาจและทรัพยากรในการดูแลสุขภาพของประชาชนให้แก่ชุมชนท้องถิ่น และสนับสนุนให้เกิดกลไกในระบบท้องถิ่น เพื่อให้สามารถเลือกรับ ปรับใช้ และคัดกรองระบบสุขภาพ และการแพทย์ที่เหมาะสม และสอดคล้องกับแต่ละท้องถิ่น

3. รัฐต้องมีมาตรการที่เข้มงวดในการป้องกันและดำเนินการแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบต่อระบบนิเวศ รวมทั้งสนับสนุนให้ชุมชนท้องถิ่นมีบทบาทในการอนุรักษ์ พื้นฟูระบบนิเวศของชุมชนเพื่อให้ปลอดภัยจากปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากความเสื่อมโทรมของระบบนิเวศ

4. รัฐต้องสนับสนุนให้ประชาชนได้รับอาหารที่ปลอดภัยจากสารพิษ และอาหารตัดต่อพันธุกรรม โดยมีมาตรการที่ชัดเจนในการลดและการเลิกใช้สารเคมีทางการเกษตร ส่งเสริมการผลิตอาหารด้วยวิธีการทางเกษตรธรรมชาติแทน





5. ชุมชนท้องถิ่นมีสิทธิในการอนุรักษ์หรือฟื้นฟูภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านของท้องถิ่น รวมทั้งสามารถมีส่วนร่วมในการจัดการ พัฒนา ปกป้องคุ้มครอง และใช้ประโยชน์จากการแพทย์พื้นบ้านและสมุนไพรได้อย่างยั่งยืน

6. รัฐต้องสนับสนุนให้ชุมชนท้องถิ่นสืบทอดภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านของท้องถิ่น และมีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน รับรองสิทธิของหมอพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน สนับสนุนการรวมกลุ่มของหมอพื้นบ้านในระดับต่างๆ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และแบบแผนการดูแลสุขภาพของชุมชน รวมทั้งมีกองทุนในระดับพื้นที่เพื่อสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าว

7. รัฐต้องสนับสนุนให้ชุมชนท้องถิ่นมีความสามารถในการแปรรูปสมุนไพรเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพ โดยกำหนดให้มีมาตรฐานสมุนไพรชุมชนซึ่งเหมาะสมสอดคล้องกับศักยภาพในการผลิตระดับชุมชน และสนับสนุนการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรชุมชนในระดับจังหวัดโดยยกเว้นภาษี

8. ประชาชนมีสิทธิเลือกรับบริการและเบิกค่ารักษาพยาบาลเมื่อใช้บริการจากการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ที่ได้รับการคัดกรองเข้าสู่ระบบสุขภาพท้องถิ่นหรือระบบสุขภาพของชาติแล้ว

9. รัฐต้องกำหนดให้มี “คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพวิถีไทย” อยู่ภายใต้ “สภากาชาดสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งเป็นองค์กรอิสระที่มาจากความร่วมมือของประชาคมสุขภาพวิถีไทย เพื่อกำหนดนโยบายและทิศทาง กลไก โครงสร้าง แผนงาน และทรัพยากร ในการพัฒนาระบบสุขภาพวิถีไทยเข้าสู่ระบบสุขภาพแห่งชาติ





10. รัฐต้องสนับสนุนให้องค์กรวิชาชีพและประชาคมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมีบทบาทในการสรุปทเรียน คัดกรอง และพัฒนาศาสตร์ในระบบสุขภาพวิถีไท ส่งเสริมจรรยาบรรณ และคุ้มครองผู้บริโภค ตลอดจนสนับสนุนการประสานเชื่อมโยงระหว่างประชาคมต่างๆ เหล่านี้

11. รัฐต้องมีกลไกภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพวิถีไทย เพื่อทำหน้าที่ในการคัดกรอง กลั่นกรอง และส่งเสริมมาตรฐานการให้บริการของการแพทย์ในระบบสุขภาพวิถีไทให้สามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของประเทศได้

12. รัฐต้องให้การสนับสนุนการถ่ายทอด การเรียนรู้ การพัฒนาวิชาการ การศึกษาวิจัยและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก เพื่อให้สามารถพัฒนาศาสตร์และศิลป์ของตนได้โดยอิสระ

13. รัฐต้องจัดสรรสื่อทั้งที่เป็นคลื่นวิทยุและโทรทัศน์ให้แก่ประชาคมสุขภาพวิถีไท เพื่อการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพทางเลือก และเป็นเวทีในการเรียนรู้ประสบการณ์ของผู้บริโภค

14. รัฐต้องสนับสนุนให้ประชาคมสุขภาพวิถีไทต่างๆ มีบทบาทในฐานะผู้ดำเนินการในกระบวนการการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้



ข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์
เวทีสมัชชาสุขภาพ วันที่ 7-8 สิงหาคม พ.ศ. 2546

5 ยุทธศาสตร์ รวม 20 ข้อ

ยุทธศาสตร์ 1 ด้านนโยบาย กฎหมายและสิทธิ

- (1) แก้ไขปรับปรุง พัฒนากฎหมาย และระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ โดยรับฟังความคิดเห็น และเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน
- (2) กำหนดให้มีตัวแทนฝ่ายภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ซึ่งมีที่มา จากการเลือกของกลุ่มและเครือข่ายภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ในคณะกรรมการระดับชาติที่เกี่ยวข้อง
- (3) ส่งเสริมให้มีแผนแม่บทระดับท้องถิ่นในการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านสุขภาพ
- (4) รับรองสิทธิของชุมชนในการรับรองหมอพื้นบ้าน และจัดบริการ สุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
- (5) รับรองสิทธิของชุมชนในการอนุรักษ์และเป็นเจ้าของภูมิปัญญา ท้องถิ่นด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับตำรับตำรา และวิธีการบำบัดของ ชุมชนท้องถิ่น

ยุทธศาสตร์ 2 ด้านการจัดการความรู้

- (1) ส่งเสริมสนับสนุนการจัดระบบองค์ความรู้ด้านสุขภาพของท้องถิ่น โดยเน้นความร่วมมือระหว่างนักวิชาการท้องถิ่น หมอพื้นบ้านและ ผู้รู้ของท้องถิ่น



- (2) การส่งเสริมการเรียนรู้ของชุมชน ในเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพทั้งในครอบครัว วัด โรงเรียน และองค์กรชุมชน
- (3) ส่งเสริม สนับสนุนการถ่ายทอดองค์ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดหมอพื้นบ้านในท้องถิ่น ซึ่งเน้นการช่วยเหลือเกื้อกูลเป็นหลัก
- (4) ส่งเสริมให้สถาบันการศึกษาของท้องถิ่น จัดการเรียนการสอนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
- (5) เผยแพร่ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในทุกระดับ โดยเน้นความรู้ที่ประชาชนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในวิถีชีวิต และคุณค่าในมิติทางสังคมและจิตใจ
- (6) ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการศึกษาวิจัยองค์ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ โดยเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วม
- (7) ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการจัดทำฐานข้อมูลภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ 3 ด้านการจัดการทรัพยากร

- (1) พื้นฟูทรัพยากรที่กำลังสูญหาย โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ และใช้ประโยชน์จากป่าชุมชนอย่างยั่งยืน
- (2) รับรองสิทธิชุมชนในการจัดการและการเป็นเจ้าของทรัพยากรท้องถิ่น





ยุทธศาสตร์ 4 ด้านการจัดการสุขภาพ

- (1) ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน ซึ่งรวมถึงการให้บริการสุขภาพโดยชุมชนที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (2) การบริการสุขภาพของภาครัฐที่มีผลต่อชุมชนต้องให้ความสำคัญต่อวิถีชีวิต และความเชื่อของชุมชนท้องถิ่น และให้ความสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นให้มากขึ้น
- (3) ส่งเสริมสนับสนุนการบูรณาการการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและท้องถิ่น
- (4) ส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนจัดบริการด้านสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

ยุทธศาสตร์ 5 ด้านเครือข่ายการเรียนรู้

- (1) ส่งเสริมให้เกิดการรวมกลุ่มเป็นองค์กรและเครือข่ายภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ โดยเน้นกลุ่มและเครือข่ายแนวราบ และการเชื่อมโยงให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกัน
- (2) เชื่อมโยงกลไกจากภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดพลังการหนุนเสริมกัน (องค์กรส่วนท้องถิ่น กลุ่มเยาวชน กลุ่ม อสม. กลุ่มวิชาชีพอื่นๆ)





ข้อเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2547 วันที่ 4-9 กันยายน พ.ศ. 2547		
ข้อเสนอแนะ และยุทธศาสตร์	กลไกพัฒนาโยบายและยุทธศาสตร์ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ	การบริหารสถานภาพหมอพื้นบ้าน
รัฐบาล	<ul style="list-style-type: none"> ■ สนับสนุนและส่งเสริมยุทธศาสตร์ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ■ เร่งรัดให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการกลไกตามที่ระบุใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ■ ส่งเสริม สนับสนุนและเร่งรัดให้มีการปรับเปลี่ยนกฎหมาย พร้อมทั้งออกกฎหมายรองรับสิทธิชุมชนท้องถิ่นตามที่จะบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ มาตรา 46 ■ มีมาตรการที่ชัดเจนในการส่งเสริมสนับสนุนการใช้การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์อื่นใดในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ควรมีการทบทวนมาตรการด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์พื้นบ้านอย่างเร่งด่วน เพื่อให้สอดคล้องกับการเคลื่อนไหวในภาคประชาชนที่ต้องการใช้ประโยชน์จากการแพทย์พื้นบ้านอย่างกว้างขวาง ■ เร่งสร้างมาตรการทางสังคมและการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงสถานะให้คนรุ่นใหม่เห็นถึงคุณค่าของการแพทย์พื้นบ้าน

<p>ข้อเสนอ นโยบาย และยุทธศาสตร์</p>	<p>กลไกพัฒนา นโยบายและยุทธศาสตร์ ภูมิปัญญาท้องถิ่นสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ รัฐพึงเข้าใจการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพนั้นมีจุดหมายเพื่อการพึ่งตนเองของชุมชนเป็นหลัก ■ ให้มี “สภาพัฒนาสุขภาพวิถีไทย” ที่เกิดขึ้นตามสภาพปัญหา และความต้องการของชุมชน โดยรัฐเป็นเพียงองค์กรสนับสนุน ทั้งนี้การแบ่งขอบเขตของพื้นที่ต้องขึ้นกับภูมิโนเวศน์ วัฒนธรรม 	<p>การบริหารองสถานภาพหมอพื้นบ้าน</p>
<p>ชุมชน</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ มีมาตรการส่งเสริมให้ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการปกป้องมีให้ “ทุน” เข้ามาจนกระทั่งสมุนไพรมีภูมิปัญญาพื้นบ้านอันใดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพไปใช้เพื่อผลประโยชน์ทางการค้า ■ ให้มี “ศูนย์จัดการสุขภาพและทรัพยากร” ให้เกิดขึ้นตามสภาพปัญหาและความพร้อมของชุมชน (มีใช้การจัดตั้งโดยภาครัฐ) ■ จัดให้มี “กองทุนภูมิปัญญาพื้นบ้าน” เพื่อนำไปใช้ในการสืบสานความรู้ภูมิปัญญาของแต่ละท้องถิ่น 	<ul style="list-style-type: none"> ■ เสนอแนะ และพัฒนาแนวทางการคุ้มครองสิทธิหมอพื้นบ้านและผู้ให้บริการ ■ สร้างกลไกการรับรองหมอพื้นบ้านด้วยตนเอง





<p>ข้อเสนอ นโยบาย และยุทธศาสตร์</p> <p>การวิจัยและ สื่อมวลชน</p>	<p>กลไกพัฒนาโยบายและยุทธศาสตร์ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ</p> <p>งานวิจัย</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ระดมความร่วมมือระหว่างนักสังคมศาสตร์และ นักวิทยาศาสตร์ เพื่อกำหนดกรอบทิศทาง การวิจัยแบบใหม่ๆ เพื่อไปสู่การพัฒนาภูมิปัญญา อย่างมีคุณค่า ไม่ได้เป็นไปตามกระแสเงินทุน ■ การวิจัยควรมุ่งเน้นไปสู่การพึ่งตนเองด้าน สุขภาพของประชาชนเป็นหลัก ตัวอย่างเช่น การทำวิจัยในลักษณะประชาชนวิจัย ■ สภานุกรมภูมิปัญญาไทย 	<p>การรับรองสถานภาพหมอพื้นบ้าน</p> <p>งานวิจัย</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ครมมีโครงการการศึกษาวิจัย สำนวณสภาพ ความ เป็นอยู่ ปฏิบัติการของหมอพื้นบ้าน ทั้งประเทศ ■ นักวิชาการที่เข้าไปศึกษาหมอพื้นบ้านและ องค์กรความรู้ที่เกี่ยวข้อง ควรเน้นกระบวนการวิจัย ที่ให้ชุมชนได้เกิดการเรียนรู้ร่วมด้วย หรือควร เป็นโครงการที่ชุมชนได้ประโยชน์ <p>สื่อมวลชน</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ควรระดมทรัพยากรเสนอข่าวในด้านลบ ที่เกี่ยวข้องกับหมอพื้นบ้านด้วย
--	--	---

ข้อเสนอ นโยบาย และยุทธศาสตร์	กลไกพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ	การรับรองสถานภาพหอผู้ป่วย
องค์การปกครองท้องถิ่น	<ul style="list-style-type: none"> ■ ให้ความร่วมมือกับคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการกลไกพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ภูมิปัญญาท้องถิ่น ■ กำหนดกรอบทิศทางการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ร่วมกับชุมชนท้องถิ่นส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนหอผู้ป่วยและการแพทย์ท้องถิ่นทั้งระบบ

๗๖

เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย



ข้อเสนอนโยบายและยุทธศาสตร์ สู่ความอยู่เย็นเป็นสุข
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548
วันที่ 7-8 กรกฎาคม พ.ศ. 2548

ต่อรัฐบาล

- (1) กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาและเปิดโอกาสให้ประชาชนมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพมากขึ้น โดยการส่งเสริมและพัฒนาระบบการแพทย์ระบบอื่นๆ
- (2) มีมาตรการทางกฎหมายและการจัดการอย่างเข้มงวดกับผู้ที่แอบอ้างสรรพคุณการรักษาโดยแอบอ้างการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย เพื่อลดปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน
- (3) ควรเปลี่ยนวิธีคิดของข้าราชการให้เข้าใจระบบการแพทย์อื่นๆ
- (4) รัฐควรมีการพัฒนาและส่งเสริมองค์ประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและส่งเสริมการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การส่งเสริมสิทธิชุมชน เศรษฐกิจชุมชน และกฎหมาย เป็นต้น
- (5) จัดระบบการอบรมให้หมอพื้นบ้านที่รักษาทางด้านจิตให้มีความสามารถมากขึ้น
- (6) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ควรปรับเปลี่ยนบทบาทในการควบคุม กำกับอย่างเข้มงวด มาเป็นการสนับสนุนการพัฒนาด้านยาและสมุนไพรไทย
- (7) ให้มีการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านคู่ขนานกับการแพทย์ตะวันตก



- (8) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ควรเปิดโอกาสให้ชาวบ้าน และชุมชนมีการผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร (อย่าเลือกปฏิบัติ)
- (9) รัฐต้องจัดกองทุนเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการแพทย์พื้นบ้าน และ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับหมอพื้นบ้าน
- (10) นำกระแสพระราชดำริของในหลวง เรื่องเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้

ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- (1) ภาคอีสาน เสนอให้มีสภาสร้างเสริมสุขภาพชุมชน โดยให้ อบต. สนับสนุนงบประมาณ

ต่อชุมชน

- (1) ชุมชนต้องรวมตัวกัน สามัคคีกัน และอย่าเห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน เล็กๆ น้อยๆ ซึ่งจะนำไปสู่ชุมชนเข้มแข็งและพึ่งพิงการแพทย์พื้นบ้านมากขึ้น
- (2) ชุมชนควรมีการรื้อฟื้น และศึกษาระบบการแพทย์พื้นบ้าน ทั้งการ ดำเนินการเองและการประสานงานกับนักวิชาการ แพทย์ ที่เข้าใจ การแพทย์พื้นบ้าน
- (3) ชุมชนมีการเลือกสรร สนับสนุน ส่งเสริมบุคคลที่สืบทอดการแพทย์พื้นบ้าน
- (4) จัดฐานความรู้และกิจกรรมของตนเอง เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ ภายในชุมชน พร้อมทั้งมีกองทุนของตนเอง



ต่อครอบครัว

- (1) ส่งเสริมการปลูก การใช้สมุนไพร เพื่อมาส่งเสริมรายได้และเศรษฐกิจของครอบครัว

ต่อองค์กรอื่น ๆ

- (1) ภาคธุรกิจที่หวังกำไรได้เข้ายึดกุมภาคการดูแลสุขภาพของชุมชน ทำให้ชาวบ้านมีการเข้าถึงยาและผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพไทยและพื้นบ้านได้ยาก และยังเป็นการกีดกันการประกอบการในระดับชุมชนเพื่อการพึ่งพิงตนเองด้วย
- (2) โรงเรียนควรปรับปรุงหลักสูตรและทำความเข้าใจกับเยาวชนเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน เช่น การนวดพื้นบ้าน ควรปรับทัศนคติให้นักเรียนเข้าใจการนวดว่า มิใช่เป็นหมอนวดธุรกิจ นอกจากนี้ควรให้ความรู้เพิ่มเติมแก่นักการศึกษาเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน
- (3) ในสถานการณ์ที่โรคและความเจ็บป่วยมีความรุนแรงและข้ามพรมแดนรัฐชาติมากขึ้น องค์กรต่างๆ ควรร่วมมือกันหรือฟื้นฟูระบบความสัมพันธ์ การเกื้อกูลกัน หรือสร้างระบบความสัมพันธ์ที่ข้ามพรมแดนหมู่บ้านและชุมชน เพื่อให้เป็นภูมิคุ้มกันความเจ็บป่วยดังกล่าว

ต่อการวิจัย ต่อสื่อมวลชน

- (1) การวิจัยควรมีการตั้งคำถามการวิจัยใหม่ๆ ที่ท้าทายสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น เมื่อมีการใช้มาตรการด้านกฎหมายเข้าไปแทรกแซงหมอพื้นบ้าน หรือหากมีการจัดทำหลักสูตรและการผลิตหมอพื้นบ้านรูปแบบใหม่ๆ ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นด้วย



- (2) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านในประเด็นประสิทธิภาพและการพิสูจน์เกี่ยวกับการรักษาของหมอพื้นบ้านอย่างมีระบบอธิบายได้อย่างมีเหตุมีผล
- (3) ทำการศึกษาวิจัยเพื่อการสนับสนุนความเข้มแข็งของหมอพื้นบ้านและพัฒนาไปสู่ตำราเรียนในที่สุด
- (4) สื่อมวลชนควรร่วมกันเสนอแนวคิดการแพทย์ตะวันออก เพื่อช่วยปรับวิถีคิดของสังคม
- (5) สื่อควรนำเสนอทั้งผลดีและผลเสียของการแพทย์พื้นบ้าน มิใช่นำเสนอแต่ภาพของความเสียหายหรือผลกระทบด้านสุขภาพที่ไม่ดีของผู้ใช้ผลิตภัณฑ์พื้นบ้าน



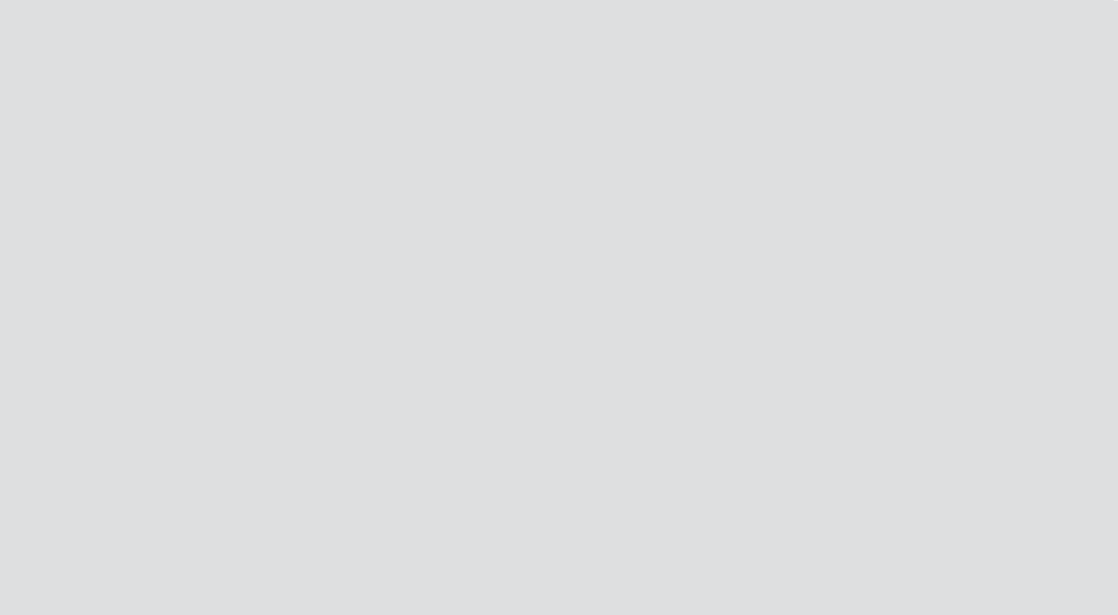
สรุปล วิเคราะห์ สภาพปัญหา
ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน
และการแพทย์ทางเลือก



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย



๘๑





1. ระบบสุขภาพของประเทศไทยได้เคลื่อนเข้าสู่การยอมรับ

ระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ

ที่ผ่านมา ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นระบบหลักของการบริการสุขภาพ ซึ่งแม้จะมีประสิทธิผลสูงในการบำบัดรักษาโรคให้กับประชาชน โดยเฉพาะโรคติดเชื้อ ภาวะฉุกเฉิน แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในหลายด้าน เช่น ผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพของประเทศซึ่งมีมูลค่าสูงและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ การต้องพึ่งองค์ความรู้ เทคโนโลยี ยาและเวชภัณฑ์จากต่างประเทศ การขาดแคลนบุคลากร สาธารณสุข การฟ้องร้องแพทย์ ความคาดหวังคุณภาพและความหลากหลายของบริการจากผู้ป่วยที่สูงขึ้นเหล่านี้ ทำให้การพึ่งระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเพียงระบบเดียว จะไม่สนองตอบความต้องการของผู้ป่วยและก่อให้เกิดผลกระทบในระยะยาว ระบบสุขภาพของประเทศไม่สามารถพึ่งตนเองได้

2. การเติบโตและความเข้มแข็งของระบบสุขภาพภาคประชาชน

ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา

ได้ทำให้กระบวนการทัศน์ในเรื่องสุขภาพเปลี่ยนแปลงในระดับรากฐาน ประชาชนเกิดทัศนคติใหม่ว่าการดูแลสุขภาพเป็นสิทธิและหน้าที่ของคนไทยทุกคน ไม่ใช่เป็นเรื่องของแพทย์เพียงฝ่ายเดียว ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมจากประชาชนอย่างกว้างขวาง เกิดการรวมตัวของกลุ่มและเครือข่ายต่างๆ ที่นอกเหนือจากองค์กรพัฒนาเอกชน เกิดประชาคมสุขภาพทั้งในระดับพื้นที่และเชิงประเด็น กลุ่มเครือข่ายต่างๆ เหล่านี้มีบทบาทในหลายระดับ ตั้งแต่การรวมตัวเพื่อดูแลสุขภาพกันเอง การรณรงค์เพื่อสุขภาพ จนถึงระดับการต่อสู้เพื่อการเข้าถึงยาของกลุ่มผู้ติดเชื้อ การต่อสู้เรื่องทุจริทยาของกระทรวงสาธารณสุข และการคัดค้านการนำเข้าประเด็นเรื่องยามาเป็นประเด็นในการเจรจาการค้าแบบทวิภาคี





3. การฟื้นฟูและการเคลื่อนตัวของภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

ได้เกิดขึ้นพร้อมกับการเติบโตของระบบสุขภาพภาคประชาชน ฐานการขับเคลื่อนการฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกนั้นกระจายอยู่ในองค์กรต่างๆ อย่างกว้างขวาง ทั้งในองค์กรภาครัฐ ภาคประชาสังคม โดยมีการประสานกันเป็นเครือข่ายที่เป็นอิสระต่อกัน ลักษณะการขับเคลื่อนที่มีฐานอยู่ทั้งในภาครัฐและภาคประชาสังคมทำให้การพัฒนาที่มีความยั่งยืนและต่อเนื่องในระยะยาวมากกว่าการรวมศูนย์เฉพาะที่ภาครัฐ

4. สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก มีความแตกต่างกัน

การกำหนดแนวทางการพัฒนาและการดำเนินงาน ต้องสอดคล้องกับปัญหาเฉพาะของแต่ละระบบ

ปัญหาหลักของภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและการแพทย์พื้นบ้าน
มีลักษณะร่วม คือ เป็นภูมิปัญญาที่สัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับวิถีชีวิตของท้องถิ่น และเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมชุมชน ปัจจุบันชุมชนกำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งจากปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง การติดต่อสื่อสาร กระแสบริโภคนิยม เศรษฐกิจการตลาดและการขยายตัวของชุมชนเมือง มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของชุมชนและกระทบต่อภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและการแพทย์พื้นบ้าน ตั้งแต่อาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ลีลาชีวิต แบบแผนการดูแลสุขภาพ และการเลือกวิธีการรักษาโรค





ปัญหาหลักของการแพทย์พื้นบ้าน ยังมีปัญหาสถานภาพทางกฎหมาย กฎหมายที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอในการรองรับความถูกต้องชอบธรรมของหมอพื้นบ้านในการรักษาชาวบ้านในชุมชน การขาดการสืบทอดสู่หมอพื้นบ้านรุ่นใหม่ การขาดการจัดการความรู้ทั้งที่มีในตำราและตัวหมอ

การไม่บันทึก หวง และปกปิดความรู้และขาดการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ ตลอดจนปัญหาของชนบในการถ่ายทอดวิชาความรู้ที่ไม่เอื้อต่อการรักษา และพัฒนาภูมิปัญญา รวมทั้งขาดผู้สนใจที่จะรับการสืบทอด

ปัญหาหลักของการแพทย์แผนไทย คือ ระบบการผลิตและการจัดการ กำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย ทั้งในแบบดั้งเดิม (ครูรับมอบตัวศิษย์) และแบบสถาบันการศึกษา การจัดการกำลังคน การขาดกรอบอัตรากำลังการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ บุคลากรผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการภาครัฐส่วนใหญ่ไม่มีใบประกอบโรคศิลปะและมีพื้นฐานการอบรมที่แตกต่างกันและหลากหลาย

นอกจากนี้ยังขาดระบบศึกษาวิจัยและพัฒนาศาสตร์การแพทย์แผนไทย ตั้งแต่ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับร่างกายและการทำงานของมนุษย์ กระบวนการเกิดโรค สาเหตุของโรค วิธีการวินิจฉัยโรค วิธีการเตรียมยา วิธีการบำบัดรักษาโรค ระบบการสร้างที่มงานการดูแลรักษาผู้ป่วย ระบบใบสั่งยา ระบบเวชระเบียน ระบบการแก้ไขความผิดพลาดในการดูแลรักษา ระบบการพัฒนานิเวศการ ทั้งการประชุมวิชาการและวารสารวิชาการ ตลอดจนการสร้างและพัฒนามาตรฐานเวชปฏิบัติ ตำราและคู่มือ

การพัฒนาทยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรยังขาดทิศทาง และกลไกในการส่งเสริมสนับสนุน ทำให้มูลค่าการใช้ยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรอย่างน้อยเมื่อเทียบกับยาแผนปัจจุบัน ขาดกลไกในการคุ้มครองผู้บริโภค





การคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยยังเน้นการจัดทำกฎหมายลำดับรองตาม พ.ร.บ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 ขาดการดำเนินการเชิงรุกตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท (พ.ศ. 2550-2554) ได้แก่ การสร้างความเข้าใจและความรู้เท่าทันให้กับสังคมไทย การเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย และการสร้างบทบาทเชิงรุกของไทยในเวทีเจรจาระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย

ปัญหาหลักของการแพทย์ทางเลือก คือ การขาดระบบและกลไกที่มีศักยภาพในการวิเคราะห์และคัดกรองศาสตร์การแพทย์ที่มีอยู่เป็นจำนวนมาก ทำให้ไม่สามารถคุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างทั่วถึง การส่งเสริมการแพทย์ทางเลือกของสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนยังมุ่งเน้นการส่งเสริมศาสตร์การแพทย์ทางเลือก ที่เป็นกระแสนิยมและเป็นความต้องการเพิ่มรายได้ของหน่วยบริการมากกว่าการส่งเสริมความเข้มแข็งและทางเลือกของระบบบริการ การเผยแพร่และการใช้ประโยชน์การแพทย์ทางเลือกในภาคประชาชนยังขาดการตรวจสอบ ควบคุม ดูแล และส่งเสริมอย่างเป็นระบบทั้งในด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า และความน่าเชื่อถือของการแพทย์ทางเลือกต่างๆ ที่มีการนำมาใช้



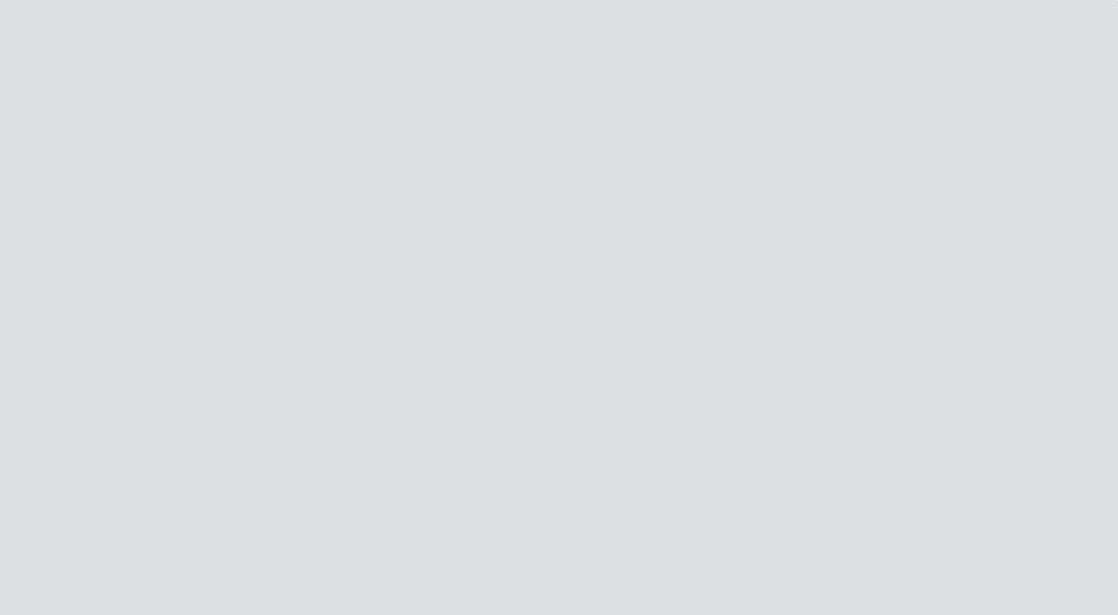
ข้อเสนอต่อหลักการ
ทิศทาง มาตรการและ
กลไกในการพัฒนา



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย



๘๗





1. หลักการ

สุขภาพเป็นคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การส่งเสริมการแพทย์ทุกระบบต้องมีเป้าหมายสูงสุดคือ การส่งเสริมสุขภาพของมนุษย์ โดยต้องให้ความเคารพในสิทธิ คุณค่า ศักดิ์ศรีของมนุษย์

ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยเป็นภูมิปัญญาด้านสุขภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมและเป็นทุนทางสังคม รวมทั้งเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมชุมชนและวัฒนธรรมไทย ทิศทางในการพัฒนาจึงต้องสอดคล้องกับวิถีชุมชน วัฒนธรรม จารีตประเพณี ความเชื่อและศาสนาเพื่อนำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชนและประเทศ

การส่งเสริมระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะต้องอยู่บนหลักการพื้นฐานว่าการแพทย์ทุกระบบต่างมี คุณค่า ศักดิ์ศรี และความเท่าเทียมกัน ระบบการแพทย์แต่ละระบบต่างเป็นทางเลือกและต่างเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพซึ่งกันและกัน โดยมุ่งสุขภาวะ และส่งเสริมการพึ่งตนเองของประชาชนเป็นสำคัญ

ประชาชนมีสิทธิในการเลือกใช้และเข้าถึงการแพทย์ระบบต่างๆ เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว และมีสิทธิในการได้รับการคุ้มครองในฐานะผู้บริโภค โดยมีระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นกลาง และเข้าถึงได้

การส่งเสริมการแพทย์ทุกระบบต้องอยู่บนพื้นฐานของการใช้ปัญญา ความรู้ ความมีเหตุมีผล การพัฒนาทางวิชาการ การพัฒนาองค์ความรู้จากฐานเดิมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด คุ่มค่า มีประสิทธิผล และปลอดภัย ในการดูแลสุขภาพของประชาชนและเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ



2. ทิศทาง มาตรการ และกลไกในการพัฒนา

2.1 การพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

ทิศทาง การเสริมสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น

- มาตรการ**
- ส่งเสริมชุมชนในการฟื้นฟู สืบสานและใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในชุมชน รวมทั้งการประยุกต์และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบททางด้านสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป
 - ส่งเสริม สนับสนุน ให้ชุมชนมีบทบาทในการจัดการระบบสุขภาพของชุมชนด้วยตนเอง
 - ส่งเสริมบทบาทชุมชนในการสนับสนุน เสริมสร้างสถานภาพและใช้ประโยชน์จากหมอพื้นบ้านในชุมชน

2.2 การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน

ทิศทาง การเสริมสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายหมอพื้นบ้าน

- มาตรการ**
- การสืบทอดสู่หมอพื้นบ้านรุ่นใหม่ โดย
 - ชุมชนต้องส่งเสริมให้เยาวชนรุ่นใหม่เห็นคุณค่าของหมอพื้นบ้าน
 - การสืบทอดต้องรักษาแบบแผนการสืบทอดแบบดั้งเดิมของชุมชน
 - การพัฒนาระบบการจัดการความรู้ ทั้งในตำราและตัวหมอพื้นบ้าน



- การส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้าน เพื่อเป็นการต่อยอดองค์ความรู้เดิมและนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของประชาชน

2.3 การพัฒนาการแพทย์แผนไทย

- | | |
|----------------|--|
| ทิศทาง | <ol style="list-style-type: none"> 1. การพัฒนาระบบกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย 2. การยกระดับมาตรฐานบุคลากรผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ 3. การพัฒนาระบบยาแผนไทยและยาจากสมุนไพร 4. การพัฒนาระบบการศึกษา วิจัยและพัฒนาศาสตร์การแพทย์แผนไทยอย่างครบวงจร 5. การคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเชิงรุก |
| มาตรการ | <ol style="list-style-type: none"> 1. การพัฒนามาตรฐานการผลิตกำลังคน ทั้งในแบบครูรับมอบตัวศิษย์ และสถาบันการศึกษา 2. การจัดตั้งเครือข่ายสถาบันการผลิตบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย 3. การจัดการกำลังคน การมีกรอบอัตรากำลังด้านการแพทย์แผนไทย การพัฒนาความรู้ให้กับบุคลากรอย่างต่อเนื่อง 4. การพัฒนาบุคลากร ผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ให้เป็นผู้มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยและสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ 5. การส่งเสริมการใช้ยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ และในเภสัชตำรับของโรงพยาบาล |



6. การส่งเสริมการนำยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรบรรจุในรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มขึ้น
7. ส่งเสริมศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนในการผลิตและสนับสนุนการใช้ยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับชุมชน
8. การพัฒนาระบบศึกษาวิจัยและพัฒนาศาสตร์การแพทย์แผนไทย ตั้งแต่ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับร่างกายและการทำงานของมนุษย์ กระบวนการเกิดโรค สาเหตุของโรค วิธีการวินิจฉัยโรค วิธีการเตรียมยา วิธีการบำบัดรักษาโรค ระบบการสร้างทีมงานการดูแลรักษาผู้ป่วย ระบบใบสั่งยา ระบบเวชระเบียน ระบบการแก้ไขความผิดพลาดในการดูแลรักษา ระบบการพัฒนาวิชาการ ทั้งการประชุมวิชาการและวารสารวิชาการ ตลอดจนการสร้างและพัฒนามาตรฐานเวชปฏิบัติตำราและคู่มือ
9. การคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเชิงรุกโดยการสร้างความเข้าใจและความรู้เท่าทันให้กับสังคมไทย การเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย และการสร้างบทบาทเชิงรุกของไทยในเวทีเจรจาระหว่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย

2.4 การพัฒนาการแพทย์ทางเลือก

- ทิศทาง** - การพัฒนาระบบและกลไกในการคัดกรองศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลรักษา และการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ



- การพัฒนากลไกในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์ทางเลือก
- การส่งเสริมการแพทย์ทางเลือกที่มีประสิทธิผล ประหยัด คุ่มค่า ปลอดภัย และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน เพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลสุขภาพของประชาชน
- การเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายสุขภาพทางเลือก

- มาตรการ**
1. จัดตั้งกรมการระดับชาติที่เป็นอิสระ มีฐานวิชาการ เพื่อทำหน้าที่ในการคัดกรองศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่มีประสิทธิผล ประหยัด คุ่มค่า ปลอดภัย และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน เพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลสุขภาพของประชาชน
 2. การสร้างเครือข่ายวิชาการด้านการแพทย์ทางเลือกในระดับประเทศ และระหว่างประเทศเพื่อส่งเสริมสนับสนุน การใช้การแพทย์ทางเลือกที่เหมาะสม
 3. การสร้างกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์ทางเลือกทั้งในภาครัฐและภาคประชาชน
 4. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายประชาคมสุขภาพทางเลือก





หมัดคหะระฐุหหตรี



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย

๙๕



๓๖

เส้นทางสุขภาพดี วิถีไท



สำเนา

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่รับ 1067
วันที่ - 9 ก.ค. 2552
เวลา

ที่ นร ๐๕๐๓/ ๑๑๖๖๔

สำนักเลขาธิการคณะกรรมการรัฐมนตรี
ทำเนียบรัฐบาล กทม. ๑๐๓๐๐

๗ กรกฎาคม ๒๕๕๒

เรื่อง ร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ ๑) พ.ศ. . . .

เรียน ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

อ้างถึง หนังสือสำนักเลขาธิการคณะกรรมการรัฐมนตรี ส่วนมาก ที่ นร ๐๕๐๓/๘๑๔๓
ลงวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๒

สิ่งที่ส่งมาด้วย (ตามเอกสารแนบท้าย)

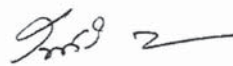
ตามที่แจ้งว่าได้ขอให้ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องพิจารณาเสนอความเห็นเกี่ยวกับ
ร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ ๑) พ.ศ. . . . เพื่อประกอบการพิจารณา
ของคณะกรรมการรัฐมนตรี นั้น

ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องได้เสนอความเห็นเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว มาเพื่อ
ประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการรัฐมนตรีด้วยแล้ว ความละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

คณะกรรมการรัฐมนตรีได้ประชุมปรึกษาเมื่อวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๒ ลงมติเห็นชอบ
ร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ ๑) พ.ศ. . . . ที่คณะกรรมการสุขภาพ
แห่งชาติเสนอ และให้รายงานสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาทราบ และประกาศในราชกิจจานุเบกษา
ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ ทั้งนี้ ได้ส่งธรรมนูญในเรื่องนี้ไปเพื่อ
สภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาทราบตามมติคณะกรรมการรัฐมนตรีต่อไปแล้ว และขอได้โปรดส่งธรรมนูญฯ
จำนวน ๑,๕๐๐ ชุด ให้สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร และธรรมนูญฯ จำนวน ๕๐๐ ชุด
ให้สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภาโดยตรงด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(นางโฉมศรี อารยะศิริ)

รองเลขาธิการคณะกรรมการรัฐมนตรี ปฏิบัติราชการแทน
เลขาธิการคณะกรรมการรัฐมนตรี

สำนักนิติธรรม

โทร. ๐ ๒๒๘๐ ๕๐๐๐ ต่อ ๓๐๗

โทรสาร ๐ ๒๒๘๐ ๕๐๕๕ (๗๖74/8/D/นางสาวลิษา)



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย

๙๗

สำเนา

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักเลขานุการนายรัฐมนตรี

วันที่ ๘๐๕

วันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๖

ที่ สช ๑๖๖ /๒๕๕๖

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๒๗ มีนาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ธรรมเนียมว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ พ.ศ.
กราบเรียน นายกรัฐมนตรี(นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ) : ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
อ้างถึง มติการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๕๖
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ร่าง ธรรมเนียมว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ พ.ศ.
๒. รายงานการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๕๖ เมื่อ
วันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๖

สืบเนื่องจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(คสช.) ได้มีมติในการประชุมครั้งที่
๑/๒๕๕๖ เมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๖ เห็นชอบร่างธรรมเนียมว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
ฉบับที่ ๑ พ.ศ. เพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ และดำเนินการตาม
ความในมาตรา ๔๖ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ต่อไป ดังรายละเอียด
ตามเอกสารที่ส่งมาด้วย ๑ และ ๒ นั้น

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.) พิจารณาแล้วเห็นควรเสนอ
ร่างธรรมเนียมว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ พ.ศ. เพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรี
พิจารณาให้ความเห็นชอบ และดำเนินการตามความในมาตรา ๔๖ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพ
แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ต่อไป

จึงกราบเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบจะได้ดำเนินการเสนอ
คณะรัฐมนตรีต่อไป จะเป็นพระคุณยิ่ง

เห็นชอบ
นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ
(นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ)
นายกรัฐมนตรี
๑๕ มี.ค. ๕๖

ขอแสดงความนับถืออย่างยิ่ง
อึ้งกมล จินดาวัฒนะ
(นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ)
เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

นรม. ๑๗๖
เข้าชื่อ ๑๕ มี.ค. ๕๖

แผนงานพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและธรรมนูญสุขภาพ

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๒๕๗๙ โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๒๓๑๑

เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย



สำเนา

คำเสนอเรื่องที่เสนอคณะรัฐมนตรี
วาระเพื่อพิจารณา
ลำดับที่...
เรื่อง ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ พ.ศ.
โดย
นายกรัฐมนตรี (นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ)
ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)
.....

เรียน คณะรัฐมนตรี

สรุปความเป็นมา

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ มาตรา ๒๕(๑)และมาตรา ๔๖ กำหนดให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีหน้าที่และอำนาจจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ สำหรับใช้เป็นกรอบ และแนวทาง ในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ โดยมีองค์ประกอบตามหมวด ๕ มาตรา ๔๖ ถึง ๔๘ และกำหนดให้มีสาระสำคัญอย่างน้อย ๑๒ เรื่อง ทั้งนี้ให้นำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณา ให้ความเห็นชอบ เมื่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบแล้ว ให้ รายงานต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบและประกาศในราชกิจจานุเบกษา นอกจากนี้ยังกำหนดให้บทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติให้เหมาะสมกับ สถานการณ์ระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างน้อยทุกห้าปี

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(คสช.) ได้เห็นชอบให้ดำเนินการจัดทำธรรมนูญฯ มา โดยลำดับ ตั้งแต่เห็นชอบหลักการของระบบและกลไกการจัดทำธรรมนูญฯ ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๕๐ โดยแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่มี นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช เป็นประธานกรรมการ ต่อมาคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญฯ ได้ แต่งตั้งอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องอีก ๖ คณะ โดยมีองค์ประกอบที่หลากหลายทั้งจากภาครัฐ ภาควิชาการ/วิชาชีพ และภาคประชาสังคม/เอกชน รวมทั้งกรรมการคสช.ได้ร่วมเป็นกรรมการ และอนุกรรมการด้วย

-๑-



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย

๙๙





สำเนา

สถานะของธรรมนูญในทางกฎหมายนั้น ธรรมนูญที่คณะรัฐมนตรีเห็นชอบจะมีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่ต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน ทั้งนี้เป็นไปตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๔๘

ขณะเดียวกันในทางสังคม ธรรมนูญ เป็นเครื่องมือสะท้อนเจตนารมณ์และเป็นพันธะร่วมกันของสังคม ให้สังคมสามารถนำไปใช้เป็นฐานอ้างอิงในการกำหนดทิศทางและเป้าหมายของระบบสุขภาพในอนาคตได้ ทั้งนี้ ภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่สามารถจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่ของตน โดยต้องไม่ขัดหรือแย้งกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

กระบวนการจัดทำสาระสำคัญและกระบวนการแปลงธรรมนูญสู่การปฏิบัติ จึงมีสถานะเป็นกลไกและกระบวนการทางสังคมที่เชื่อมโยงและขับเคลื่อนการพัฒนาาระบบสุขภาพบนหลักการมีส่วนร่วม โดยคำนึงถึงความจำเป็นและผลประโยชน์ของทุกภาคส่วน สานพลังนโยบาย พลังความรู้ และพลังทางสังคมเข้าด้วยกัน หลักการสำคัญในการจัดทำธรรมนูญ คือ ต้องทำให้ธรรมนูญมีความสำคัญ มีคุณค่า ได้รับการยอมรับจากหน่วยงาน องค์กรภาคีต่างๆ ตั้งแต่เริ่มต้น กระบวนการจัดทำจึงต้องจัดทำอย่างเป็นระบบ โดยใช้ข้อมูลทางวิชาการและการจัดการความรู้เป็นฐานสำคัญ และที่สำคัญต้องใช้หลักการมีส่วนร่วม เปิดช่องทางรับฟังความเห็นจากทุกภาคส่วน ตลอดกระบวนการกว่า ๑ ปีของการยกร่างธรรมนูญ(กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑ ถึง มีนาคม ๒๕๕๒) อนุกรรมการได้ทำหน้าที่ยกร่างสาระของธรรมนูญฯรายประเด็น รวมถึงจัดกระบวนการรับฟังความเห็นและสื่อสารสาระธรรมนูญฯกับสังคม มีการจัดกระบวนการรับฟังความเห็นด้วยรูปแบบต่างๆกว่า ๑๐๐ เวที ได้แก่ จัดเวทีประชาเสวนาเพื่อหาฉันทมติต่ออนาคตระบบสุขภาพอย่างเข้มข้น ๘ เวที มีผู้เข้าร่วมประมาณ ๕๐๐ คน จัดเวทีรับฟังความเห็นระดับจังหวัด ๗๕ เวที ผู้เข้าร่วมประมาณ ๗,๕๐๐ คน และจัดเวทีรับฟังความเห็นจากกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ประมาณ ๓,๐๐๐ คน รวมผู้เข้าร่วมในกระบวนการรับฟังความเห็นตลอดกระบวนการยกร่างกว่า ๑๐,๐๐๐ คนจากทั่วประเทศ

ร่าง ธรรมนูญฉบับนี้เรียกว่า “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ พ.ศ. กำหนดเป้าหมายภาพรวมของระบบสุขภาพที่มองยาวไปถึงปี พ.ศ. ๒๕๖๓ หรือ ๑๒ ปีข้างหน้า เนื้อหาสาระประกอบด้วย

- คำปรารภ ประกอบด้วยหลักการ เหตุผล และสถานะของธรรมนูญฯทั้งในทางกฎหมายและสังคม
- นิยามศัพท์





สำเนา

- สาระสำคัญจัดแบ่งตามที่กำหนดไว้ในมาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ รวม ๑๒ หมวด

ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายสังคมและคุณภาพชีวิตของรัฐบาล ด้านสาธารณสุข ข้อ ๓.๑.๑ ที่สนับสนุนการดำเนินการตามแนวทางของกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ และดำเนินงานตามหน้าที่ของ คสช. ตามมาตรา ๒๕(๑) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๕๒ ซึ่งมี นายกรัฐมนตรี(นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ) เป็นประธานกรรมการ ได้พิจารณาร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ พ.ศ. และมีมติเห็นชอบร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ พ.ศ. เพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ และดำเนินการตามความในมาตรา ๔๖ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ต่อไป

ตั้งรายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย ๑ รายการ ได้แก่ ร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ พ.ศ.

ข้อเสนอเพื่อให้คณะรัฐมนตรีพิจารณา

จึงเห็นควรเสนอร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และดำเนินการตามความในมาตรา ๔๖ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ต่อไป

จึงเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณา





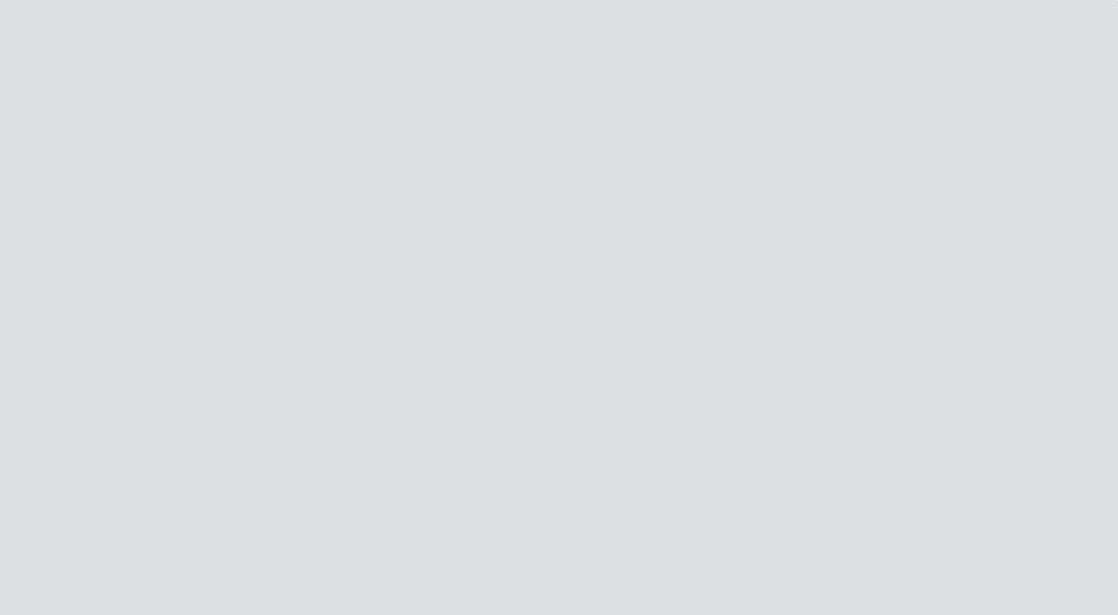
สารในธรรมชาติ
ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๕๒



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย



๑๐๓





หมวด ๗

การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น
ด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน
และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

หลักการ

ข้อ ๕๓ การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญา
ท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทาง
เลือกอื่นๆ ควรอยู่บนพื้นฐานหลักการดังต่อไปนี้

(๑) มีความสอดคล้องกับวิถีชุมชน วัฒนธรรม จารีตประเพณี
ความเชื่อและศาสนา และนำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

(๒) ให้การส่งเสริมการแพทย์ทุกระบบอย่างเท่าเทียมกัน
เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ

(๓) ให้ประชาชนมีสิทธิในการเลือกใช้และเข้าถึงการแพทย์
ระบบต่างๆ อย่างเท่าเทียม เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว มี
ความรู้เท่าทันและได้รับการคุ้มครองในฐานะผู้บริโภค โดยมีระบบข้อมูลข่าวสาร
ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นกลาง และเข้าถึงได้

(๔) ใช้ปัญญา ความรู้ ความมีเหตุผล ในการพัฒนาวิชาการ
และองค์ความรู้จากฐานเดิมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด คุ่มค่า มี
ประสิทธิผล และปลอดภัย

เป้าหมาย

ข้อ ๕๔ ชุมชนและชุมชนท้องถิ่นตระหนักถึงคุณค่าและมีบทบาท
สำคัญในการส่งเสริม สนับสนุน การใช้ และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้าน



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย

๑๐๕





สุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เพื่อการดูแลสุขภาพของชุมชนและชุมชนท้องถิ่นอย่างเหมาะสม

ข้อ ๕๕ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้มีกลไกและทรัพยากรที่เพียงพอต่อการ ใช้ และการพัฒนาอย่างเป็นระบบและเป็นองค์รวม ได้แก่ การสร้างและจัดการ ความรู้ การสร้างและพัฒนาาระบบสุขภาพ ระบบบริการสาธารณสุข บุคลากร ด้านสาธารณสุข ระบบยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพร โดยมีระบบ กลไก และจัดงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอสำหรับโรงพยาบาลแพทย์แผนไทย และการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย

ข้อ ๕๖ มีรายการยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรในบัญชียาหลัก แห่งชาติอย่างพอเพียง อย่างน้อยร้อยละ ๑๐ ของรายการยาทั้งหมด และได้รับการ ส่งเสริมและใช้ในระบบบริการสาธารณสุขเพื่อการพึ่งตนเองด้านยาของ ประเทศ

ข้อ ๕๗ มีระบบและกลไกที่เข้มแข็งในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน ในระดับชุมชน ระดับ ประเทศและระดับภูมิภาค

ข้อ ๕๘ มีระบบและกลไกที่เข้มแข็ง มีฐานวิชาการที่เข้มแข็ง อิสระ และเป็นกลางในการคัดกรอง ส่งเสริมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์ทาง เลือกอื่นๆ ที่มีประสิทธิผล ประหยัด คุ่มค่า และปลอดภัย เพื่อประโยชน์สูงสุด ในการดูแลสุขภาพของประชาชน

ข้อ ๕๙ มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก อื่นๆ อย่างพอเพียง เพื่อการสร้างและจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ ในการ ศึกษาวิจัย การผลิตและพัฒนาบุคลากร และการพัฒนาตำรา

ข้อ ๖๐ มีโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย เพื่อเป็นต้นแบบที่มีมาตรฐาน ในการบริการ การศึกษาวิจัย และการฝึกอบรมบุคลากร อย่างน้อยภาคละ ๑ แห่ง

๑๐๖

เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย



มาตรการ

ข้อ ๖๑ ให้คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและคณะรัฐมนตรีในการขับเคลื่อน ผลักดันการดำเนินงาน ติดตาม กำกับ ประเมินผล แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนา ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท และจัดทำรายงานและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเพื่อนำเสนอขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เพื่อให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการให้บรรลุผล

ข้อ ๖๒ ให้รัฐสร้างเสริมความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนและชุมชนท้องถิ่น ในการฟื้นฟู สืบสานและใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ และการประยุกต์และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบททางด้านสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งส่งเสริม สนับสนุน ให้ชุมชน ชุมชนท้องถิ่นและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในจัดการภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในระดับชุมชน

ข้อ ๖๓ ให้รัฐสร้างเสริมความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันวิชาการในท้องถิ่นในการส่งเสริม สนับสนุน การใช้ และการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน โดยการสนับสนุนและเสริมสร้างสถานภาพของหมอพื้นบ้าน การพัฒนาศักยภาพหมอพื้นบ้านในชุมชน การสนับสนุนการสืบทอดสู่หมอพื้นบ้านรุ่นใหม่โดยส่งเสริมให้เยาวชนรุ่นใหม่เห็นคุณค่าของหมอพื้นบ้าน และรักษาแบบแผนการสืบทอดที่เป็นของชุมชน การพัฒนาระบบการจัดการความรู้ ทั้งในตำราและตัวหมอพื้นบ้าน การส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้าน เพื่อเป็นการต่อยอดองค์ความรู้เดิมและนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างเหมาะสม





ให้หน่วยงานของรัฐ และชุมชนสร้างเสริมความเข้มแข็งของเครือข่าย
หมอพื้นบ้าน สนับสนุนการเชื่อมโยงของเครือข่ายทั้งในระดับชุมชน ภูมิภาค
และระดับประเทศ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม และการประสานงานในแนวราบ

ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องพัฒนามาตรการด้านกฎหมายและ
มาตรการด้านอื่นๆ เพื่อรองรับสถานภาพของหมอพื้นบ้าน

ข้อ ๖๔ ให้รัฐส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาการแพทย์แผน
ไทย ให้มีคุณภาพและมาตรฐาน โดยดำเนินการดังต่อไปนี้

หน่วยงานของรัฐ สถาบันการผลิตและสถาบันวิชาการร่วมกันพัฒนา
ระบบการศึกษาวิจัยและพัฒนาศาสตร์การแพทย์แผนไทย ตั้งแต่ ความรู้พื้นฐาน
เกี่ยวกับร่างกายและการทำงานของมนุษย์ กระบวนการเกิดโรค สาเหตุของโรค
วิธีการวินิจฉัยโรค วิธีการเตรียมยา วิธีการบำบัดรักษาโรค ระบบ การสร้างทีม
งานการดูแลรักษาผู้ป่วย ระบบใบสั่งยา ระบบเวชระเบียน ระบบการแก้ไขความ
ผิดพลาดในการดูแลรักษา ระบบการพัฒนาวิชาการ ทั้งการประชุมวิชาการและ
วารสารวิชาการ ตลอดจนการสร้างและพัฒนามาตรฐานเวชปฏิบัติ ตำราและ
คู่มือ

คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้คณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติจัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการการพัฒนากำลัง
คนด้านการแพทย์แผนไทย

หน่วยงานของรัฐ สถาบันการผลิต และสถาบันวิชาการร่วมกันพัฒนา
ระบบกำลังคนโดยการกำหนดให้มีโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังคนด้านการ
แพทย์แผนไทย การพัฒนามาตรฐาน การผลิตกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย
ทั้งในแบบครบรอบตัวศิษย์ และการศึกษาในสถาบันการศึกษา การจัดตั้ง
เครือข่ายสถาบันการผลิตบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย การพัฒนาความรู้ให้
กับบุคลากรอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาบุคลากรผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยใน
สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐให้เป็นผู้มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์
แผนไทยและสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์





ให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย เพื่อเป็นต้นแบบที่มีมาตรฐาน ในการบริการ การศึกษาวิจัย และการฝึกอบรมบุคลากรตามเป้าหมาย ในข้อ ๖๐

ข้อ ๖๕ ให้รัฐ หน่วยงานของรัฐ และภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องส่งเสริม และสนับสนุนการใช้ยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพร ในบัญชียาหลักแห่งชาติ และในเภสัชตำรับของโรงพยาบาล

ให้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ผลักดันการนำยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มขึ้น เพื่อให้พอเพียงแก่การดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน

ให้หน่วยงานของรัฐ และภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องส่งเสริมศักยภาพของโรงพยาบาลและชุมชน ในการผลิตและใช้ยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพร

ข้อ ๖๖ ให้หน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน ท้องถิ่นร่วมกันสร้างระบบและกลไกในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านให้มีความเข้มแข็ง มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับชุมชน ระดับประเทศและระดับภูมิภาค โดยการสร้างความเข้าใจและความรู้เท่าทันให้กับสังคมไทย การเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของรัฐและชุมชนท้องถิ่นในการคุ้มครองภูมิปัญญา การพัฒนาระบบและกลไกทางกฎหมาย และการสร้างบทบาทเชิงรุกของไทยในเวทีการเจรจาระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญา

ให้คณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กำหนดทิศทางและแผนงานที่ชัดเจนในการบริหารกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย โดยยึดหลักธรรมาภิบาล มีกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างระบบและกลไกในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์ไทย และการแพทย์พื้นบ้านที่เข้มแข็ง มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับชุมชน ระดับประเทศและระดับภูมิภาค จัดสรรเงินกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเพื่อสนับสนุนหน่วยงาน



ทั้งภาครัฐ ชุมชนท้องถิ่น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการสร้างความเข้มแข็งของระบบและกลไกในการคุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านอย่างเหมาะสม

ข้อ ๖๗ ให้รัฐส่งเสริม สนับสนุน การใช้ และการพัฒนาการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ที่มีประสิทธิผล ประหยัด คุ่มค่า และปลอดภัย เพื่อการดูแลสุขภาพ โดยดำเนินการดังนี้

จัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติที่เป็นอิสระ และมีฐานวิชาการที่เข้มแข็ง เพื่อทำหน้าที่ในการคัดกรองศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่มีประสิทธิผล ประหยัด คุ่มค่า และปลอดภัย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลสุขภาพของประชาชน และเป็นกลไกในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

จัดตั้งเครือข่ายวิชาการด้านการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ในระดับชุมชน และประเทศ และสนับสนุนการจัดตั้งเครือข่ายวิชาการดังกล่าว ในระดับภูมิภาค เพื่อส่งเสริม สนับสนุน การใช้การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ที่มีประสิทธิผล ประหยัด คุ่มค่า ปลอดภัย และส่งเสริมการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ



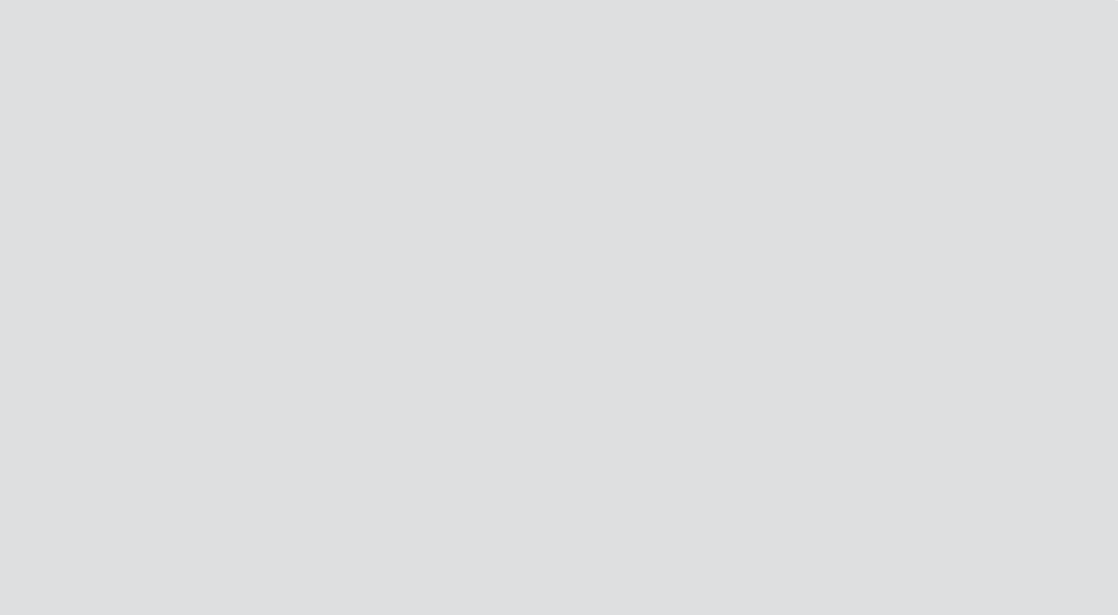
บรรณานุกรม



เส้นทางสุขภาพดี วิดีโอ



๐๐๐





โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2547). ทิศทางและยุทธศาสตร์การสร้างและการจัดการองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก. ใน: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประพจน์ เกตุรากาศ, (บรรณาธิการ). **ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ผลการศึกษาห้าประเด็นหลัก การประชุมวิชาการประจำปีการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อุษาการพิมพ์. หน้า 3-48.**

ขวัญชัย วิศิษฐานนท์. (2549). การสร้างและจัดการความรู้: เพื่อพัฒนากำลังคนสู่การพัฒนากระบวนการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทยอย่างยั่งยืน. ใน: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประพจน์ เกตุรากาศ, (บรรณาธิการ). **การสร้างและจัดการความรู้ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อุษาการพิมพ์. หน้า 132-167.**

คณะทำงานพัฒนากลไก นโยบายและยุทธศาสตร์ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ. (2547). **การพัฒนากลไกนโยบายและยุทธศาสตร์ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ.**



จิราพร ลิ้มปานานนท์ อัจฉา เอกแสงศรี วิทยา กุลสมบุรณ์ สุนทรีย์ ท. ชัยสัมฤทธิ์ และ ปรีญา เปาทอง. (2550). ผลกระทบของข้อเรียกร้องด้านสิทธิบัตรในข้อตกลงเขตการค้าเสรีไทย-สหรัฐอเมริกาต่ออุตสาหกรรมยาชื่อสามัญในประเทศไทย. หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เอกสารอัดสำเนา.



ทินกร โนรี. (2550). (ร่าง) **ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 47 การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2551, 22 เมษายน 2551 ณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.**

นพมาศ สุนทรเจริญนนท์ วิชิต เปาณิล สมภพ ประธานธรรมาภิบาล วารุณี สุนทรเจริญนนท์. (2549). การสร้างและจัดการความรู้: อนาคตการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพร. ใน: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประพจน์ เกตุรากาศ, (บรรณาธิการ). **การสร้างและจัดการความรู้ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อุษาการพิมพ์. หน้า 168-204.**





ประพจน์ เกตตราภาค จิราพร ลี้มปานานนท์ สุนทรี วิทยานารถไพศาล รุจินาถ
 อรรถสิขฐุ เสาวณีย์ กุลสมบุรณ์ รัชณี จันทรเกษ วีรพงษ์ เกรียงสินยศ. (2550).
การบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าในระบบบริการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน.
 พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อุษากการพิมพ์.

ประพจน์ เกตตราภาค จิราพร ลี้มปานานนท์ สุนทรี วิทยานารถไพศาล รุจินาถ
 อรรถสิขฐุ เสาวณีย์ กุลสมบุรณ์ รัชณี จันทรเกษ วีรพงษ์ เกรียงสินยศ. (2550).
การบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าในระบบบริการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน.
 พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อุษากการพิมพ์.

ปรียา มิตรานนท์. (2550). สถานการณ์สำรวจอนามัยและสวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับการ
 แพทย์แผนไทย. ใน ประพจน์ เกตตราภาค รัชณี จันทรเกษ, (บรรณาธิการ).
 รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทาง
 เลือก ประจำปี พ.ศ. 2548-2550. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มนัสฟิล์ม.

พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต). (2542). การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์. พิมพ์ครั้งที่ 2.
 กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.



มูลนิธิสุขภาพไทย. (2548). **สรุปบันทึกการประชุมวิชาการห้องย่อย ภูมิปัญญาไท
 สุขภาพวิถีไท สู่ความอยู่เย็นเป็นสุข.** เอกสารอัดสำเนา.

ยงศักดิ์ ตันติปิฎก บัทมาวดี กสิกรรม รุจินาถ อรรถสิขฐุ ปารณัฐ สุขสุทธิ และ
 โอภาส เชษฐากุล. (2544). การสังเคราะห์องค์ความรู้สู่การปฏิรูประบบสุขภาพ
การพัฒนาระบบการแพทย์ทางเลือกในระบบสุขภาพไทย. เอกสารอัดสำเนา.

ยงศักดิ์ ตันติปิฎก. (2548). **เครือข่ายหมอพื้นบ้านกับการเปิดพื้นที่ทางสังคมใน
 ระบบสุขภาพไทย.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์.

ยงศักดิ์ ตันติปิฎก. (2549). **ขบวนการฟื้นฟูการแพทย์พื้นบ้านไทยกับการเมือง
 เรื่องการเปิดพื้นที่ทางสังคม: กรณีเครือข่ายหมอเมืองภาคเหนือตอนบน.**
 นครปฐม: วิทยาลัยนวัตศิลป์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และ
 สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิจิต เปาณิล ปารณัฐ สุขสุทธิ รัชณี จันทรเกษ. (2548). **มาตรการด้านการศึกษา.
 ใน: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประพจน์ เกตตราภาค, (บรรณาธิการ). ระบบ
 โครงสร้างกลไก ในการอนุรักษ์ พัฒนา และคุ้มครองภูมิปัญญาไท สุขภาพ
 วิถีไท.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อุษากการพิมพ์. หน้า 53-110.





ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.
ฐานข้อมูลการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข
ภาครัฐในส่วนภูมิภาค [online] 2008 [cited 2008 May 25]; Available from:
URL: <http://192.168.1.7:8088/>

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2550). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. 2550. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สหพัฒนาไพศาล.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ. (2547). สรุปข้อเสนอ นโยบายและยุทธศาสตร์
ด้านสุขภาพ จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2547.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ. (2548). สรุปข้อเสนอ นโยบายและยุทธศาสตร์สู่
ความอยู่เย็นเป็นสุขจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ศุภกิจ ศิริลักษณ์ ปาณบตี เอกะจัมปะกะ นิธิศ วัฒนมะโน
รุจิรา ทวีรัตน์, (บรรณาธิการ). (2550). การสาธารณสุขไทย 2548-2550.
พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ.

เสาวภา พรศิริพงษ์. (2539). สถานภาพและทิศทางการวิจัยการแพทย์แผนไทย.
พิมพ์ครั้งที่ 1 และ 2. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ.

อาทร ริวไพบูลย์. (2546). โครงการศึกษาศักยภาพของตลาดสมุนไพรไทย ตอนที่
1: การศึกษามูลค่าการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพรผ่านร้านยาในประเทศไทย
ปี 2546. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. เอกสารอัดสำเนา.

อาทร ริวไพบูลย์. (2546). โครงการศึกษาศักยภาพของตลาดสมุนไพรไทย ตอนที่ 2:
การศึกษาตลาดส่งออกสมุนไพรไทย. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
เอกสารอัดสำเนา.

อุษา กลิ่นหอมและยงยุทธ ตรีนุชกร. (2548). ด้านพัฒนาศักยภาพชุมชนละสังคม.
ใน: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประพจน์ เกตุราภาค, (บรรณาธิการ). ระบบ
โครงสร้างกลไก ในการอนุรักษ์ พัฒนา และคุ้มครองภูมิปัญญาไทย สุขภาพ
วิถีไท. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อุษาการพิมพ์. หน้า 215-265.





๑๑๖

เส้นทางสุขภาพดี วิถีไท



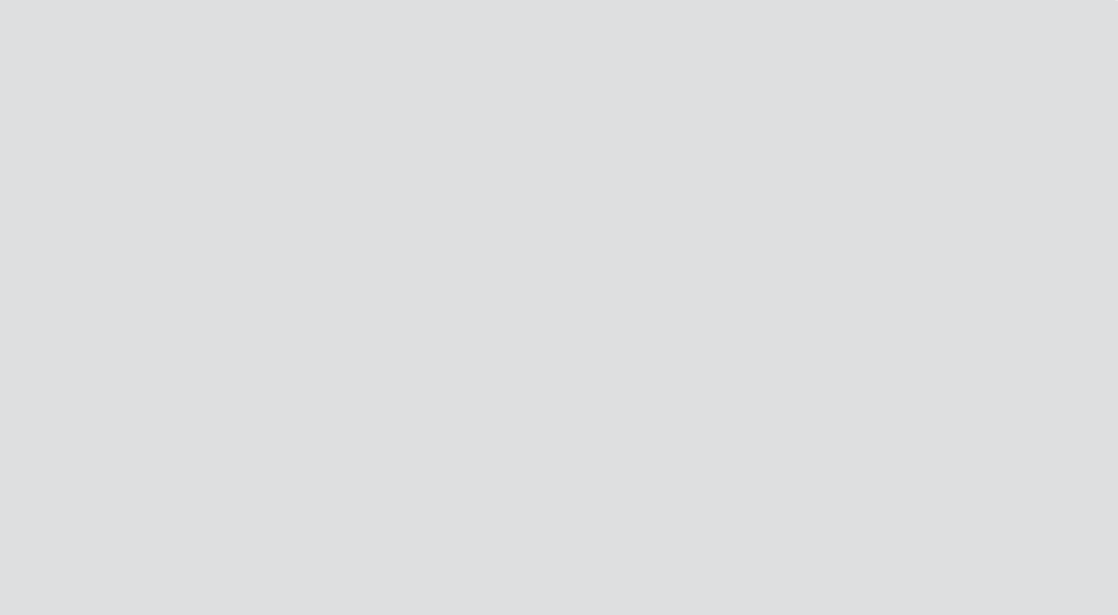
ภาคผนวก



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย



๑๑๗





ภาคผนวก
รายชื่อคณะอนุกรรมการและคณะทำงาน

๓. คณะอนุกรรมการยกร่างสารสำคัญตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐

มาตรา ๔๗(๗)

องค์ประกอบ

ที่ปรึกษา

- | | |
|----------------|-----------|
| (๑) นายไพโรจน์ | นิงสานนท์ |
| (๒) ผศ.ลำลี | ใจดี |

คณะอนุกรรมการ

- | | | |
|--|----------------|---------------------|
| (๑) นายวิชัย | โชควิวัฒน์ | ประธานอนุกรรมการ |
| (๒) ผศ.ยิ่งยง | เทาประเสริฐ | รองประธานอนุกรรมการ |
| (๓) นายประสาสน์ | รัตนปัญญา | รองประธานอนุกรรมการ |
| (๔) อธิบดีกรมทรัพย์สินทางปัญญาหรือผู้แทน | | อนุกรรมการ |
| (๕) นายคล่อง | ชื่นอารมณ | อนุกรรมการ |
| (๖) นายชยันตร์ | พิเชียรสุนทร | อนุกรรมการ |
| (๗) นายทวี | เลาหพันธ์ | อนุกรรมการ |
| (๘) นายธนิศ | ซังถาวร | อนุกรรมการ |
| (๙) รศ.นพมาศ | สุนทรเจริญนนท์ | อนุกรรมการ |
| (๑๐) นายปราโมทย์ | เสถียรรัตน์ | อนุกรรมการ |
| (๑๑) นายเปรม | ชินวันทนานนท์ | อนุกรรมการ |
| (๑๒) พ.ต.ท.พิเชษฐ | รักการศิลป์ | อนุกรรมการ |
| (๑๓) นายภาสกิจ | วันนาวิบูล | อนุกรรมการ |
| (๑๔) นางเย็นจิตร | เตชะดำรงสิน | อนุกรรมการ |
| (๑๕) นายวิฑูรย์ | เลี่ยนจำรูญ | อนุกรรมการ |
| (๑๖) นายวิโรจน์ | กันทาสุข | อนุกรรมการ |
| (๑๗) นายศิริชัยย์ | ชัยชนะวงศ์ | อนุกรรมการ |



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย

๑๑๙





(๑๘)	นายสรรค	อัศโศดร	อนุกรรมการ
(๑๙)	นางสุภาพร	โชคเฉลิมวงศ์	อนุกรรมการ
(๒๐)	นางสุภาวดี	ตั้งจิตจรูญ	อนุกรรมการ
(๒๑)	นางสุนนา	ตันทเศรษฐี	อนุกรรมการ
(๒๒)	นางเสาวนีย์	กุลสมบุรณ์	อนุกรรมการ
(๒๓)	นางอุษา	กลิ่นหอม	อนุกรรมการ
(๒๔)	นางปิติพร	จันทร์ทัต ณ อยุธยา	อนุกรรมการ
(๒๕)	นายประพจน์	ภาตวาทศ	อนุกรรมการและเลขานุการ
(๒๖)	นายวีรพงษ์	เกรียงสินยศ	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๗)	นางสาวรัชณี	จันทร์เกษ	ผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๘)	นางสาวสุนีย์	สุขสว่าง	ผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๙)	นายจารึก	ไชยรักษ์	ผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่และอำนาจ

๑. รับผิดชอบการยกเว้นเนื้อหาสาระเฉพาะระบบ/เฉพาะประเด็นตามบทบัญญัติมาตรา ๔๗ (๗) การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกันของหลักการ และเนื้อหาธรรมเนียมในภาพรวมด้วย
๒. ร่วมงานกับคณะอนุกรรมการสื่อสารทางสังคมและจัดกระบวนการรับฟังความเห็นอย่างใกล้ชิดเพื่อนำข้อเสนอละความเห็นจากทุกภาคส่วนไปประกอบการจัดทำร่างสาระเฉพาะระบบ/เฉพาะประเด็น
๓. รายงานผลการยกเว้นต่อคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญเป็นระยะๆ โดยต่อเนื่อง และสรุปเนื้อหาสาระที่สมบุรณ์เสนอต่อคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญ
๔. แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อช่วยการดำเนินงานตามความเหมาะสม
๕. หน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องที่คณะกรรมการจัดทำธรรมนูญมอบหมาย

๗/๔.ค.๖๕...





คำสั่งคณะกรรมการยกย่องสรรเสริญตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๔๗(๗)

ที่ ๑/ ๒๕๕๑

เรื่องแต่งตั้งคณะทำงาน

สืบเนื่องจากคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการยกย่องสรรเสริญตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ มาตรา ๔๗(๗) เพื่อให้การทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปตามความในมาตรา ๔๗(๗) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ อาศัยอำนาจตามคำสั่งคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑/๒๕๕๑ เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการยกย่องสรรเสริญตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ มาตรา ๔๗(๗) ลงวันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๕๑ จึงแต่งตั้งคณะทำงานจำนวน ๑๐ คน โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่ และอำนาจ ดังนี้

องค์ประกอบ

ที่ปรึกษา

- (๑) นายวิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

คณะทำงาน

- (๑) นายประพนธ์ เกตุรากาศ ประธานคณะทำงาน
- (๒) นายเปรม ชินวันทนายนนท์ คณะทำงาน
- (๓) นางปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา คณะทำงาน
- (๔) นางสาวมณฑกา ธีรชัยสกุล คณะทำงาน
- (๕) นายยงศักดิ์ ตันติปิฎก คณะทำงาน
- (๖) นางสาวปารณัฐ สุขสุทธิ คณะทำงาน
- (๗) นายศุภมล ศรีสุขวัฒน์ คณะทำงาน
- (๘) นางสาวรัชณี จันทร์เกษ คณะทำงาน
- (๙) นายวีรพงษ์ เกรียงสินยศ คณะทำงานและเลขานุการ
- (๑๐) นางสาวอรนุช มะลิลา คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

/หน้าที่...



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย

๑๒๑



หน้าที่และอำนาจ

๑. ยกร่างเนื้อหาสาระเฉพาะระบบ/เฉพาะประเด็นตามบทบัญญัติมาตรา ๔๗(๗)การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ ทางเลือกอื่น ๆ เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการยกร่างสาระสำคัญตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ มาตรา ๔๗(๗)

๒. ร่วมงานกับคณะกรรมการยกร่างสาระสำคัญตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ มาตรา ๔๗(๗) ในการรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วนไปประกอบการจัดทำร่างสาระเฉพาะประเด็น ตามบทบัญญัติมาตรา ๔๗(๗)

๓. รายงานผลการยกร่างต่อคณะกรรมการยกร่างสาระสำคัญตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ มาตรา ๔๗(๗) เป็นระยะๆ โดยต่อเนื่องและสรุปเนื้อหาสาระที่สมบูรณ์ต่อคณะกรรมการ

๔. หน้าที่อื่นๆ ที่คณะกรรมการมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๑



(นายวิชัย โชควิวัฒน์)

ประธานคณะกรรมการยกร่างสาระสำคัญ
ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ มาตรา ๔๗(๗)



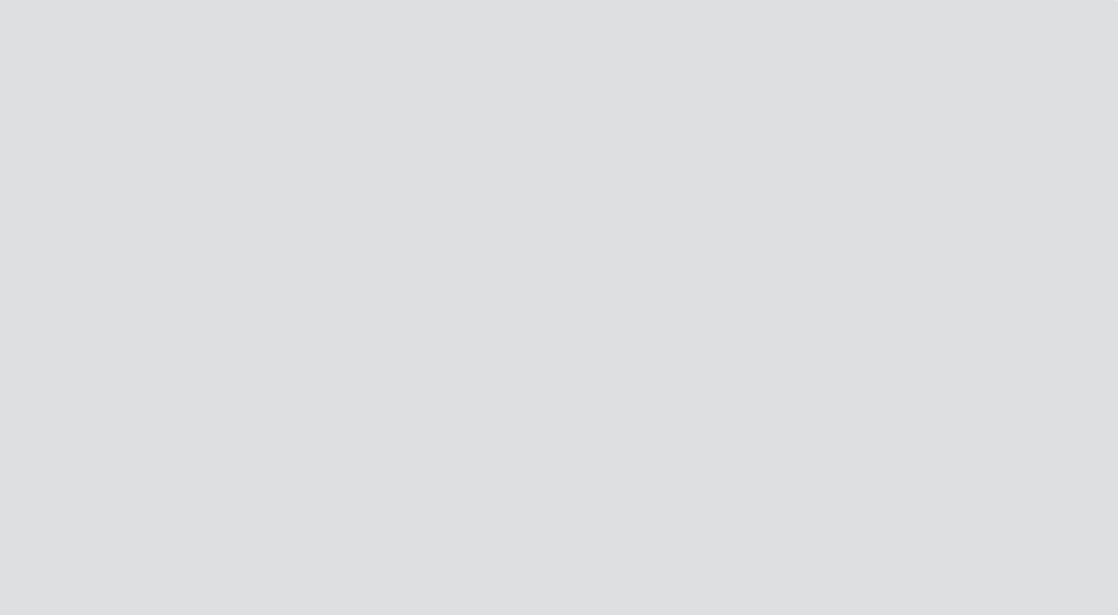
แผนยุทธศาสตร์ชาติ
การพัฒนากฎมีปัญญา
สุขภาพวิถีไทย
พ.ศ. 2550-2554



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย



๑๒๓





บทสรุป

แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย

พ.ศ. 2550-2554

ภูมิปัญญาไทย¹ สุขภาพวิถีไทย² เป็นวิถีทางสำคัญของระบบสุขภาพของประเทศไทย ในการปรับเปลี่ยนจากระบบบริการทางการแพทย์ที่เป็นแบบแผนเดียว อันได้แก่ การแพทย์แผนปัจจุบันมาเป็นการแพทย์พหุลักษณะหรือหลากหลายระบบ

การแพทย์แผนปัจจุบันแม้ว่าจะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดี แต่ก็มีผลกระทบต่อรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศ ทั้งนี้เพราะการแพทย์แผนปัจจุบันต้องใช้องค์ความรู้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ซึ่งมีราคาสูงและนำเข้าจากต่างประเทศ นอกจากนี้การแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในการรักษาโรคเรื้อรัง โรคมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคที่ต้องใช้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเวลานาน โดยเฉพาะกลุ่มผู้พิการและผู้สูงอายุ รวมทั้งไม่สามารถสนองตอบความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นที่มีวัฒนธรรม ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพซึ่งแตกต่างไปจากวัฒนธรรมทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ประกอบด้วยระบบการแพทย์หลัก 3 ระบบ ได้แก่ การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ซึ่งจะตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในส่วนที่เป็นข้อจำกัดของการแพทย์แผนปัจจุบันดังที่ได้กล่าวมา โดยเฉพาะในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และประเทศ ทั้งนี้เพราะเป็นภูมิปัญญาที่มีอยู่ดั้งเดิมในสังคมไทย และมีบุคลากรด้านการแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์แผนไทยจำนวนมากกระจายอยู่ทั่วประเทศ การพึ่งตนเองด้านสุขภาพเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจระดับฐานรากและระดับประเทศให้เข้มแข็ง ทำให้ชุมชนและสังคมไทยเป็นสังคมแห่งภูมิปัญญาอันเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด

นอกจากนี้ สมุนไพรและการนวดไทย ยังเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการที่เป็นความต้องการทั้งในและต่างประเทศ มีมูลค่าการบริโภคสูงและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การพัฒนา

¹ ภูมิปัญญาไทย หมายถึง องค์ความรู้ เทคโนโลยี การปฏิบัติ (Practice) และความหลากหลายทางชีวภาพที่มีอยู่ในประเทศไทย ซึ่งครอบคลุมทั้งบริบทของการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก

² สุขภาพวิถีไทย หมายถึง วิถีทางซึ่งเป็นไปเพื่อสุขภาพและปลดปล่อยผู้คนให้เป็นอิสระจากความเจ็บป่วย ความทุกข์ และความบีบคั้นทั้งปวง





สมุนไพรและการนวดไทยจึงเป็นการพัฒนาศักยภาพของประเทศไทยในการพึ่งตนเองทั้งใน
ด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจ

การพัฒนา ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย จำเป็นต้องมีแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเพื่อ
กำหนดทิศทางและบทบาทของการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ในระบบสุขภาพของประเทศ และต้องมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการดำเนินการ

เป้าหมายในช่วง 5 ปี (พ.ศ. 2550-2554)

1. เป้าหมายการพัฒนาเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพของประเทศ

- 1.1 มีระบบการจัดการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ที่เข้มแข็ง ภายใน 3 ปี
- 1.2 มีระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีมาตรฐาน/คุณภาพ
ทัดเทียมกับระบบบริการการแพทย์แผนปัจจุบัน ภายใน 5 ปี
- 1.3 มีระบบสุขภาพภาคประชาชนที่เข้มแข็งโดยใช้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในการ
ดูแลสุขภาพของชุมชนท้องถิ่น ภายใน 5 ปี
- 1.4 มีแผนแม่บทการพัฒนากำลังด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการ
แพทย์ทางเลือกอย่างมีประสิทธิภาพและเพียงพอกับความต้องการ ภายใน 5 ปี



2.2 เป้าหมายการพัฒนาเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

- 2.1 มีการจัดการความรู้ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ในทุกระดับตั้งแต่ชุมชน
ท้องถิ่นจนถึงระดับประเทศ ภายใน 5 ปี
- 2.2 ยาไทยและยาสมุนไพรตั้งแต่การผลิตระดับชุมชนสถานบริการสาธารณสุขและ
โรงงานผลิตยาไทยมีคุณภาพ/มาตรฐาน ภายใน 5 ปี
- 2.3 มีการเพิ่มมูลค่า/ปริมาณการใช้ยาไทยและยาสมุนไพรอย่างน้อยร้อยละ 25
ภายใน 5 ปี
- 2.4 มีระบบและกลไกที่เข้มแข็งในการคุ้มครองภูมิปัญญาไทยด้านการแพทย์พื้นบ้าน
การแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ภายใน 5 ปี



แผนยุทธศาสตร์ชาติที่มีทั้งหมด 5 ยุทธศาสตร์ เชื่อมโยงซึ่งกันและกัน ดังนี้

ยุทธศาสตร์ 1 การสร้างและจัดการความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

วัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง และเกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการใช้ประโยชน์ระหว่างนักวิชาการ นักวิจัย ผู้บริหาร บุคลากร ด้านสาธารณสุข นักวิชาชีพ หมอพื้นบ้าน หมอแผนไทยและประชาชนผู้รับบริการ โดยมีมาตรการและแนวทางดังนี้

1. การพัฒนาระบบและกลไกการสร้างและจัดการความรู้ ของประเทศในด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก
2. การสร้างองค์ความรู้ โดยการจัดการการวิจัย เพื่อให้เกิดการวิจัยและพัฒนาแบบบูรณาการ ตั้งแต่การกำหนดนโยบายและทิศทางการวิจัย การมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ จนถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์
3. การจัดการความรู้ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งในส่วนที่เป็นความรู้ที่ปรากฏ (explicit knowledge) และความรู้แฝง (tacit knowledge) ทั้งนี้เพราะภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่อยู่ในตัวหมอมากกว่าตำรา

ยุทธศาสตร์ 2 การพัฒนาระบบสุขภาพการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ระบบสุขภาพการแพทย์พื้นบ้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกในส่วนที่เป็นระบบสุขภาพภาคประชาชน มีความเข้มแข็ง เป็นที่พึ่งของชุมชนท้องถิ่น และประชาชนในการดูแลสุขภาพ สามารถเชื่อมโยง ประสาน ผสมผสานกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ และเพื่อให้การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในส่วนที่เป็นระบบบริการภาครัฐและภาคเอกชนมีมาตรฐาน โดยมีมาตรการและแนวทาง ดังนี้

1. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพของประเทศ เพื่อให้ได้ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก การกระจายตัวของการดูแล/การบริการและบุคลากร เพื่อให้เห็นความเสมอภาคและโอกาสของประชาชนในการเข้าถึงการบริการ รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลในการจัดทำแผนแม่บทการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย

๑๒๗



- แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกของประเทศ
2. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพภาคประชาชนในการใช้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านเพื่อดูแลสุขภาพของชุมชนท้องถิ่น เพื่อให้ชุมชนท้องถิ่นพึ่งตนเองด้านสุขภาพโดยใช้การแพทย์พื้นบ้านและมีบทบาทในการจัดการด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยประสาน เชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ
 3. การส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย เพื่อให้ประชาชนใช้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพ และการบำบัดรักษาโรค ทั้งในระบบสุขภาพของชุมชน ระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐ และภาคเอกชน
 4. การพัฒนามาตรฐานการบริการ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก เพื่อให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและภาคเอกชนมีคุณภาพและมาตรฐาน ทำให้ประชาชนผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่น และใช้ดูแลสุขภาพและบำบัดรักษาเช่นเดียวกับการแพทย์แผนปัจจุบัน



ยุทธศาสตร์ 3 การพัฒนากำลังคนด้านารแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และ การแพทย์ทางเลือก

วัตถุประสงค์ เพื่อให้รู้สถานการณ์กำลังคนด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งรู้ศักยภาพ ความรู้ ความสามารถของกำลังคนในด้านนี้ เพื่อที่จะได้มีทิศทางในการผลิตและพัฒนากำลังคนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถ และมีปริมาณอย่างเพียงพอกับความต้องการ โดยมีมาตรการและแนวทางดังนี้

1. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลกำลังคนของประเทศ ด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ทั้งในด้านปริมาณ การกระจายกำลังคน และระดับความรู้ความสามารถ
2. การพัฒนาระบบและกลไกในการพัฒนากำลังคน โดยมีแผนแม่บทการพัฒนา กำลังคนระดับชาติ และมีกลไกที่กำหนดทิศทาง และกำกับดูแลการพัฒนากำลังคนของประเทศ
3. การพัฒนามาตรฐานและคุณภาพการฝึกกำลังคน โดยการพัฒนามาตรฐานและคุณภาพของหลักสูตรครู และสถาบันการผลิตกำลังคนทุกระดับ





4. การจัดการกำลังคน โดยมีการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ การพัฒนา ศักยภาพ สภาวิชาชีพ รวมทั้งองค์กรของท้องถิ่นและชุมชนในการควบคุมกำกับ การจัดการกำลังคน

ยุทธศาสตร์ 4 การพัฒนาไทยและยาสมุนไพร

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ยาไทยและยาสมุนไพรที่มีมาตรฐานตั้งแต่การผลิตระดับชุมชน ระดับสถานบริการสาธารณสุข และระดับโรงงานผลิตยา มีการศึกษาและ วิจัยเป็นที่ยอมรับและบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มมากขึ้น โดยมี มาตรการและแนวทางดังนี้

1. การพัฒนานโยบายระดับชาติ เพื่อส่งเสริมศักยภาพการผลิตยาไทยและยาสมุนไพร ทุกระดับให้มีคุณภาพและมาตรฐาน มีนโยบายและมาตรการในการส่งเสริมให้บรรจุ ยาไทยและยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มมากขึ้น
2. การส่งเสริมคุณภาพ ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาไทยและยา สมุนไพร โดยการส่งเสริมให้มีการวิจัยและพัฒนา การจัดทำตำรับยาไทยและยาสมุนไพร แห่งชาติ เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขไทยโดยเฉพาะผู้ให้บริการและประชาชน ผู้รับบริการ เกิดความมั่นใจและใช้ยาไทยและยาสมุนไพรไทยทดแทนยาแผน ปัจจุบัน
3. การส่งเสริมการเข้าถึงยาไทยและยาสมุนไพรไทยที่มีคุณภาพและใช้อย่างถูกต้อง โดยการส่งเสริมให้มีร้านยาไทยคุณภาพที่เป็นแบบอย่าง การกระจายของร้านยา ไทยทั่วประเทศ การเพิ่มยาไทยและยาสมุนไพรไทยในบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมทั้งกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสถานบริการสุขภาพ ผู้ผลิตยาไทยและยา สมุนไพร



ยุทธศาสตร์ 5 การคุ้มครองภูมิปัญญาไทยด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผน ไทย

วัตถุประสงค์ เพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนไทยและมวลมนุษยชาติ ไม่ตกเป็นผลประโยชน์ ของคนบางกลุ่ม หรือเกิดความไม่เป็นธรรมในการใช้ประโยชน์การคุ้มครอง ภูมิปัญญาไทยต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม และต้อง พัฒนากลไกทางด้านกฎหมาย รวมทั้งความร่วมมือในระดับภูมิภาค โดยมี มาตรการและแนวทางดังนี้



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย

๑๒๙



1. การสร้างความเข้าใจและความรู้เท่าทันเกี่ยวกับการคุ้มครองภูมิปัญญาไทยแก่สังคม เพื่อให้ประชาชนไทยตระหนักถึงความสำคัญและบทบาทหน้าที่ในการร่วมกันคุ้มครอง
2. การสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย โดยเฉพาะเครือข่ายหมอพื้นบ้าน ที่จะต้องมีการมีความรู้ ความเข้าใจในการคุ้มครอง
3. การปรับปรุงและพัฒนากลไกในการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย โดยเฉพาะกลไกด้านกฎหมาย กลไกความร่วมมือในประเทศและในระดับภูมิภาค
4. การสร้างบทบาทเชิงรุกของไทยในเวทีเจรจาระหว่างประเทศเกี่ยวกับการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย เพื่อให้คณะผู้แทนของไทยมีศักยภาพและความรู้ความเข้าใจในเวทีการเจรจาระหว่างประเทศที่เกี่ยวกับภูมิปัญญาไทย อาทิ ในเวทีเจรจการค้าโลก (WTO) องค์การทรัพย์สินทางปัญญาโลก (WIPO) และอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ (CBD)



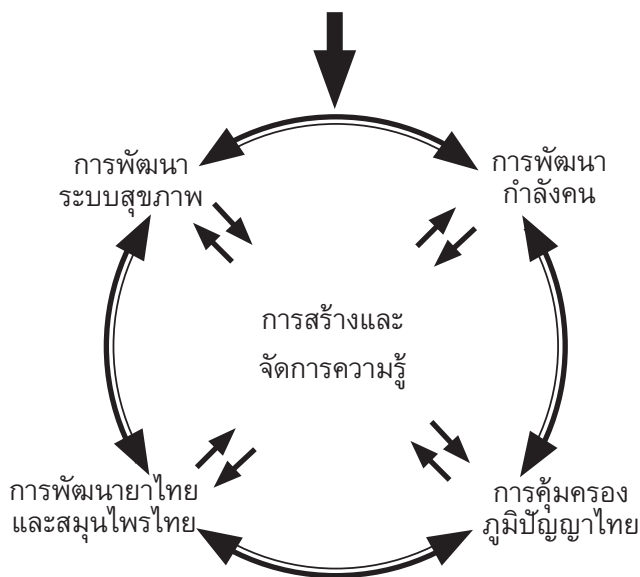
สรุปงบประมาณ 5 ปี (พ.ศ. 2550-2554)

ยุทธศาสตร์	หน่วยประสานยุทธศาสตร์	งบประมาณ (ล้านบาท)					รวม
		2550	2551	2552	2553	2554	
1. การสร้างและจัดการความรู้	<ul style="list-style-type: none"> ● สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ● กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 	100	120	150	180	200	750
2. การพัฒนาระบบสุขภาพด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	<ul style="list-style-type: none"> ● กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ● สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ● มหาวิทยาลัย ● กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ● เครือข่ายภาคีด้านสุขภาพ 	100	100	100	100	100	500
3. การพัฒนาด้านกำลังคน	<ul style="list-style-type: none"> ● สถาบันพระบรมราชชนก ● มหาวิทยาลัย ● กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ● เครือข่ายหมอพื้นบ้าน หมอแผนไทย 	87	75	69	69	69	369
4. การพัฒนายาไทยและยาสมุนไพร	<ul style="list-style-type: none"> ● สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ● องค์การเภสัชกรรม ● กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ● คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ● กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 	65	65	65	65	65	325
5. การคุ้มครองภูมิปัญญาไทย	<ul style="list-style-type: none"> ● กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ● กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ ● กระทรวงการต่างประเทศ 	50	70	100	100	100	420



สรุปแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย (พ.ศ. 2550-2554)

4 วัตถุประสงค์	8 เป้าหมาย	
<ul style="list-style-type: none"> ● การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกเป็นหนึ่งในระบบหลักของระบบสุขภาพของประเทศ ● ระบบสุขภาพของประเทศพึ่งตนเองได้ ● ชุมชนท้องถิ่นและสังคมไทยมีศักยภาพในการอนุรักษ์ พัฒนา และคุ้มครองภูมิปัญญาไทย ● เพิ่มมูลค่าการใช้ยาไทยและสมุนไพรไทย 	<p style="text-align: center;">ระบบสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ระบบการจัดการการวิจัยใน 3 ปี ● ระบบสุขภาพที่มีมาตรฐานใน 5 ปี ● ระบบสุขภาพภาคประชาชนที่เข้มแข็ง ใน 5 ปี ● แผนแม่บทการพัฒนากำลังคนใน 5 ปี 	<p style="text-align: center;">การพึ่งตนเอง</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การจัดการความรู้ใน 5 ปี ● ยาไทยสมุนไพรไทย มีคุณภาพมาตรฐานใน 5 ปี ● การเพิ่มมูลค่าการใช้ยาไทยและยาสมุนไพรภายใน 5 ปี ● ระบบและกลไกการคุ้มครองภูมิปัญญาใน 5 ปี



สถานการณ์หมอพื้นบ้าน ในส่วนภูมิภาคของประเทศไทย*

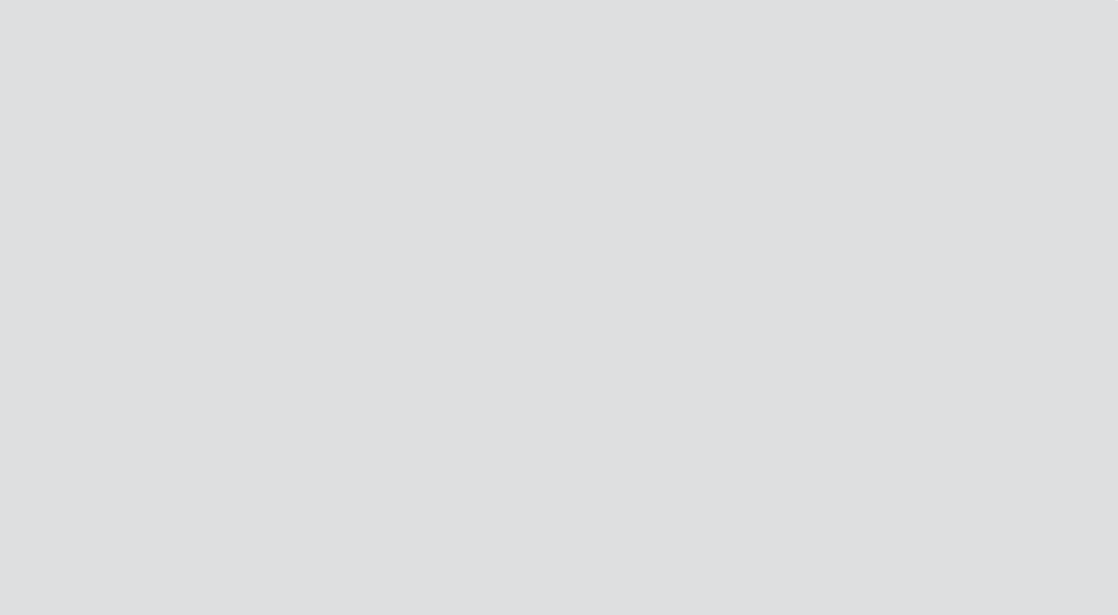
* ถ่ายสำเนาจาก รัชณี จันทร์เกษ นพ.ประพจน์ เกตุรากาศ ดร.วิชัย จันทร์
กิติวัฒน์. "สถานการณ์ในส่วนภูมิภาคของไทย". สถานการณ์การแพทย์พื้นบ้าน
การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๓ มิถุนายน ๒๕๕๑
หน้า ๑-๘.



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย



๑๓๓



๑๓๘

เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย





ที่มา

ตามที่พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ มาตรา ๑๓ กำหนดให้อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นนายทะเบียนกลาง และให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นนายทะเบียนจังหวัด มีหน้าที่ร่วมกันรวบรวมข้อมูลบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อจัดทำทะเบียนบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยกลุ่มต่างๆ ได้แก่ **หมอพื้นบ้าน** ผู้ประกอบโรคศิลปะ องค์กรเอกชนพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย ผู้ปลูกหรือผู้แปรรูปสมุนไพร ผู้ผลิตหรือจำหน่ายยาสมุนไพร และนักวิชาการ ตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ พ.ศ. ๒๕๔๖ โดยในกฎกระทรวงนี้ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยได้มีการจัดเก็บข้อมูลหมอพื้นบ้าน โดยประสานงานกับหน่วยงานภูมิภาค ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งทำการจัดเก็บข้อมูลขึ้นตามแบบที่กำหนดไว้ เพื่อจัดทำเป็นทำเทียบบุคลากรทางการแพทย์แผนไทยขึ้น

การศึกษาได้นำข้อมูลจากฐานข้อมูลทะเบียนบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยเฉพาะกลุ่มหมอพื้นบ้านของสำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๓๘,๘๓๐ คน เพื่อใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์กำลังคนหมอพื้นบ้านในส่วนภูมิภาคของประเทศไทย ซึ่งมีประเด็นสำคัญ คือ กำลังคนหมอพื้นบ้าน ประเภทหมอพื้นบ้าน การได้รับความรู้ บทบาทในฐานะหมอพื้นบ้าน แหล่งวัตถุดิบ สถานที่บำบัด และความชำนาญโรคในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

๑. ศึกษาสถานะข้อมูลประชากรหมอพื้นบ้านในส่วนภูมิภาค ของประเทศ
๒. วิเคราะห์ข้อมูลประชากรหมอพื้นบ้านเพื่อสร้างความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกำลังคนหมอพื้นบ้านที่มีอยู่ในปัจจุบัน



วิธีการศึกษา

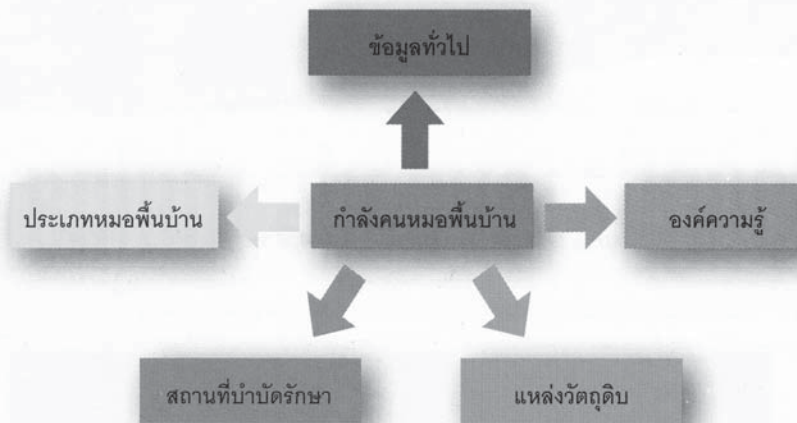
๑. ใช้ไฟล์ข้อมูลทำเนียบบุคลากรข้อมูลเฉพาะกลุ่มหมอพื้นบ้านในสวนภูมิภาคของประเทศของสำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข (ณ วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๕๑)

๒. พัฒนารายงานสถานการณ์ในภาพรวม และใช้โปรแกรม Microsoft SQL Server ๒๐๐๕, Microsoft Excel ๒๐๐๓ วิเคราะห์ค่าสถิติและสร้างกราฟประเด็นรายละเอียด

ตัวแปรสำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์

- * ประเภทหมอพื้นบ้าน
- * จังหวัดและภาค
- * องค์ความรู้ แหล่งความรู้
- * จำนวนปี
- * สถานที่บำบัดรักษา
- * แหล่งวัตถุดิบ

แนวทางการนำเสนอผลการศึกษา





คำจำกัดความ

หมอฟันบ้าน ตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ พ.ศ. ๒๕๔๖ ของพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ ให้ความหมายว่า บุคคลซึ่งมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามวัฒนธรรมของชุมชนสืบทอดกันมานานเป็นที่นิยมยกย่องจากชุมชนโดยมีประชาชนในหมู่บ้านรับรองไม่น้อยกว่าสิบคน หรือเป็นผู้ได้รับการรับรองจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การจัดประเภทหมอฟันบ้านผู้ทำหน้าที่ในการรักษาพยาบาลของทำเนียบบุคลากรข้อมูลเฉพาะหมอฟันบ้านได้จัดเป็น ๔ ประเภท ตามแบบสอบถามที่กำหนดไว้เดิมประกอบด้วย หมอไสยศาสตร์ หมอยาสมุนไพร/ยาแผนโบราณ หมอนวด ประคบสมุนไพร และหมอดำแย ซึ่งในฐานข้อมูลที่จัดเก็บได้ปรับแก้หมอไสยศาสตร์ เป็น หมอพิธีกรรมดังนั้นในการวิเคราะห์จะใช้เป็นหมอพิธีกรรม โดยที่คู่มือการใช้งานระบบฐานข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย สมุนไพร และโปรแกรมการจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยไม่มีการให้ความหมายหมอฟันบ้านแต่ละประเภทไว้ชัดเจนว่า หมอแต่ละประเภทมีอะไรบ้าง ดังนั้นจึงใช้ข้อมูลการจัดกลุ่มประเภทหมอฟันบ้านภาคเหนือในงานวิจัยองค์ความรู้หมอเมือง ของ ผศ.ดร.ยิ่งยง เทาประเสริฐและงานวิจัยหมอธรรมกับการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้านของ สมใจ ศรีหาล้า (๒๕๓๕: ๒๑-๓) และข้อมูลหมอฟันบ้านงานวิจัยแผนงานพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองของชุมชนของมูลนิธิสุขภาพไทย มาเทียบเคียง และจัดประเภทหมอฟันบ้านเป็นประเภทต่างๆ ได้ดังนี้

๑. หมอพิธีกรรม ได้แก่ ผู้ทำหน้าที่ในการรักษาโดยการใช้อำนาจที่เหนือธรรมชาติ มนต์ คาถา สิ่งเหนือธรรมชาติและบางรายยังใช้สมุนไพรประกอบในการรักษาอีกด้วย

- หมอดู หมอมอ หรือหมอส่อง เป็นผู้ทำนายโชคชะตาราศีหรือหาสาเหตุเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้เลือกแหล่ง วิธีการ และฤกษ์ยามในการรักษา
- หมอสะเดาะเคราะห์ หรือหมอเสียเคราะห์ ทำหน้าที่สะเดาะเคราะห์ให้แก่ชาวบ้านเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่ดีต่างๆ ที่ชาวบ้านเชื่อว่าจะนำโชค



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย

๑๓๗



ร้าย หรือโรคภัยมาสู่ตนเองและครอบครัวการสะเดาะเคราะห์มักจะทำ
ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยอาการหนัก และผู้ป่วยระยะพักฟื้น เพื่อเป็นการ
บำรุงขวัญกำลังใจของผู้ป่วย

- หมอมนต์ หมอน้ำมนต์ หมอเสก หรือหมอเป่า เป็นผู้ที่รักษาผู้ป่วยที่
เกิดจากการกระทำของอำนาจเหนือธรรมชาติ มีการพรมน้ำมนต์
บริเวณที่บาดเจ็บมักรักษาผู้ป่วยกระดูกเคลื่อน กระดูกหัก โดยการใช้
เวทย์มนต์คาถา น้ำมนต์และสมุนไพร
- หมอผี เป็นผู้ที่ใช้คาถาอาคมที่เกี่ยวกับภูตผี ในการรักษาผู้ป่วยที่สงสัย
ว่าเกิดจากการกระทำของผีร้าย
- หมอธรรม เป็นผู้ที่เรียนเวทย์มนต์คาถาเพื่อปราบผีช่วยรักษาผู้ที่ถูกผีทำ
โดยใช้เวทย์มนต์คาถา
- หมอลำผีฟ้า เป็นผู้ที่รักษาผู้ป่วยที่เกิดจากการกระทำของอำนาจเหนือ
ธรรมชาติ โดยการรำและร้องไปรอบๆ ผู้ป่วยพร้อมกับอ้อนวอนขอให้ผีฟ้า
เทวดา รวมทั้งวิญญาณศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายมาช่วยรักษา
- หมอทำขวัญ เป็นผู้มีความชำนาญในการทำพิธีเกี่ยวกับขวัญ เป็นการ
ทำพิธีป้องกันและรักษาไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยรุนแรง รวมทั้งทำพิธี
เรียกขวัญให้แก่ผู้ป่วยในระยะพักฟื้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการบำรุงขวัญกำลังใจ
แก่ผู้ป่วย
- หมอทรง เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการรักษาและมีความสามารถในการติดต่อกับ
วิญญาณของบุคคลสำคัญ เพื่อให้วิญญาณเหล่านั้นบอกยาและ
กรรมวิธีการรักษา

๒. หมอยาสมุนไพร หมอยา หรือหมอยาหม้อ เป็นผู้ให้การรักษาโดยใช้
สมุนไพร ในลักษณะยาเดี่ยวหรือตำรับ ตามตำรับยาไทย และยาพื้นเมือง

๓. หมอนวด เป็นผู้ให้การรักษาด้วยการจับเส้นในร่างกาย บีบนวดให้
หายจากความเจ็บป่วย รวมถึงการใช้การอบประคบ การเหยียบเส้น แหก ย่ำขา
เหยียบเหล็กแดง การใช้น้ำมันนวด และอื่นๆที่มีลักษณะการรักษาทางกายภาพ

๔. หมอดำแย หมายถึง ผู้ที่มีความชำนาญในการทำคลอดด้วยวิธีแผน
โบราณหรือแบบพื้นบ้าน ซึ่งมีความรู้ในการดูแลแม่ และเด็ก ก่อนคลอด ระหว่าง



คลอด และหลังคลอด

ภูมิภาค ความหมายที่ให้ไว้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดพื้นที่ภูมิภาค ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๔๖ ให้ ภูมิภาคต่อไปนี้เป็นพื้นที่ที่กำหนด รวมทั้งสิ้น ๗๕ จังหวัด

โดยบริเวณพื้นที่ภาคใดประกอบด้วยจังหวัดใด ให้เป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

บริเวณพื้นที่ภาคเหนือ ประกอบด้วย ๑๗ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครสวรรค์ อุทัยธานี ตาก สุโขทัย กำแพงเพชร พิษณุโลก พิจิตร เพชรบูรณ์ แพร่ น่าน อุตรดิตถ์ ลำปาง เชียงใหม่ เชียงราย พะเยา ลำพูน และแม่ฮ่องสอน

บริเวณพื้นที่ภาคกลาง ประกอบด้วย ๒๕ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง สมุทรปราการ สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี ชัยนาท นครนายก สุพรรณบุรี ชลบุรี ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว ตราด จันทบุรี ระยอง ราชบุรี นครปฐม กาญจนบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสาคร และสมุทรสงคราม

บริเวณพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย ๑๙ จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ มหาสารคาม ขอนแก่น เลย หนองคาย อุดรธานี หนองบัวลำภู สกลนคร กาฬสินธุ์ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ นครพนม มุกดาหาร ร้อยเอ็ด ศรีสะเกษ และยโสธร

บริเวณพื้นที่ภาคใต้ ประกอบด้วย ๑๔ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ชุมพร ระนอง พังงา ภูเก็ต กระบี่ สงขลา พัทลุง ตรัง สตูล ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส

ข้อจำกัดของการศึกษา

๑. ข้อจำกัดของข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ใช้ฐานข้อมูลที่มีอยู่เดิมและใช้การจัดเก็บโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ตามแบบการเก็บข้อมูลที่กำหนดไว้แล้ว ทำให้เกิดข้อจำกัดที่ไม่อาจแก้ไขได้ ซึ่งประเด็นต่างๆ ถูกกำหนดไว้ตามวัตถุประสงค์ของผู้ใช้คือ เป็นฐานข้อมูลในการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ตามกฎกระทรวง



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย

๑๓๙



กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ พ.ศ. ๒๕๔๖ พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ ของสำนักงานคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

๒. ข้อจำกัดของคำจำกัดความ เนื่องจากการแบบสอบถามนี้ ใช้คำจำกัดความตามกฎหมายกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ พ.ศ. ๒๕๔๖ ของพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ ให้ความหมายหมอปื้นบ้านไว้ว่า บุคคลซึ่งมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามวัฒนธรรมของชุมชนสืบต่อกันมานานเป็นที่นิยมยกย่องจากชุมชนโดยมีประชาชนในหมู่บ้านรับรองไม่น้อยกว่าสิบคน หรือเป็นผู้ได้รับการรับรองจากองค์กรปกครองท้องถิ่น โดยมีได้มีการกำหนดในเรื่องประสบการณ์ การจัดประเภทหมอปื้นบ้าน ซึ่งข้อแตกต่างในการให้คำจำกัดความนี้มีผลต่อการจัดเก็บค่านี้อ้างมาก

๓. ข้อจำกัดของผู้เก็บโดยส่วนใหญ่เป็นเจ้าของที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ใช้การทำความเข้าใจต่อคำจำกัดความที่ส่วนกลางได้กำหนดไว้ หรือทำความเข้าใจตามประสบการณ์ของตนเอง ทำให้ได้มีการเก็บข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ใช้สมุนไพรบ้างหรือหมอนวด ที่เรียนนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (นวดผ่อนคลาย) ประมาณ ๖๐-๑๕๐ ชั่วโมงเข้ามาในกลุ่มหมอปื้นบ้านด้วย

ผลการศึกษา จากการวิเคราะห์ข้อมูลหมอปื้นบ้านในส่วนภูมิภาคของประเทศสามารถแบ่งเป็น ๕ ส่วน ได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับหมอปื้นบ้าน

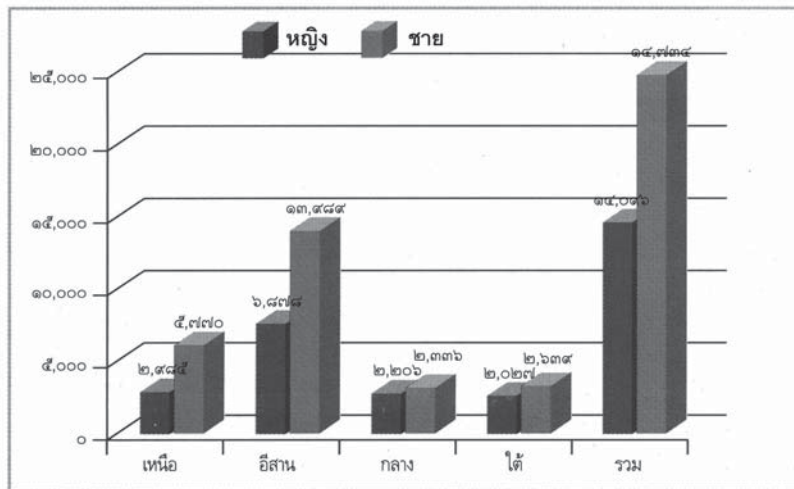
ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับหมอปื้นบ้าน ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ และช่วงอายุของหมอปื้นบ้าน



ผลการศึกษาส่วนนี้ได้มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของหมอพื้นบ้าน จำนวน ๓๘,๘๓๐ คน ของสำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข (ณ วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๕๑) พบว่า จำนวนหมอพื้นบ้าน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภาคอีสาน) มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ ๕๓.๗ (๒๐,๘๖๗ คน) รองลงมาเป็นภาคเหนือ ร้อยละ ๒๒.๖ (๘,๗๕๕ คน) และน้อยสุดที่ภาคกลาง ร้อยละ ๑๑.๗ (๔,๕๔๒ คน) (แผนภูมิ ๑)

จากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าผู้ที่สนใจศึกษาเป็นหมอพื้นบ้าน ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ซึ่งอาจจะเกิดจากข้อจำกัดในการถ่ายทอดความรู้ของบางพื้นที่ให้มีการสืบทอดเฉพาะเพศชาย

แผนภูมิ ๑ จำนวนหมอพื้นบ้านในส่วนภูมิภาค จำแนกตามเพศ



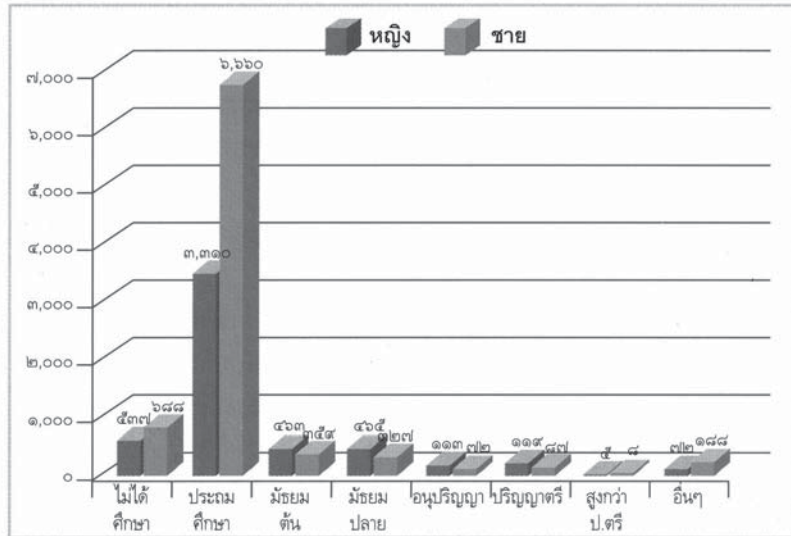
การวิเคราะห์ระดับการศึกษาของหมอพื้นบ้าน พบว่า หมอพื้นบ้านที่ระบุระดับการศึกษาจำนวน ๑๓,๔๗๓ คน จากจำนวน ๓๘,๘๓๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๗ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ๘,๓๘๙ คน (ร้อยละ ๒๑.๖) มากกว่าเพศหญิง ๕,๐๘๔ คน (ร้อยละ ๑๓.๑) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน ๙,๙๗๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๗ (แผนภูมิ ๒)



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย

๑๔๑

แผนภูมิ ๒ จำนวนหมอพื้นบ้านหญิง ชายในสวนภูมิภาค จำแนกตามระดับการศึกษา

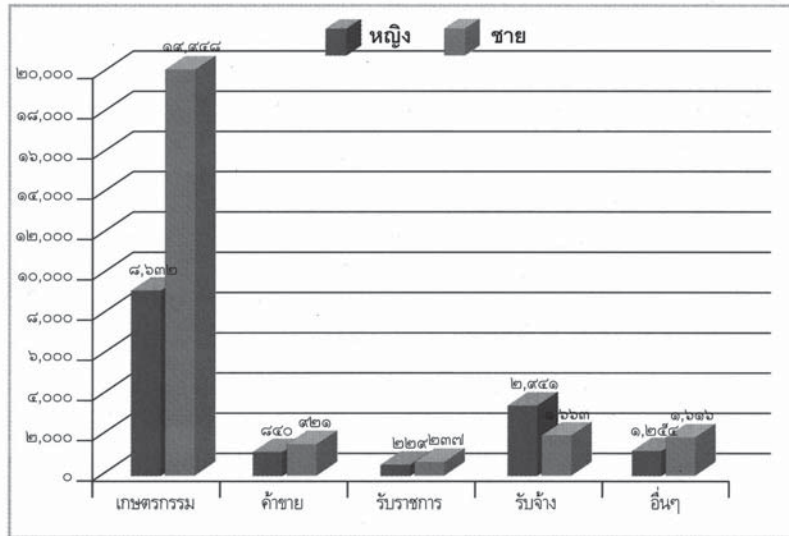


หมายเหตุ การแสดงกราฟแท่งแสดงเฉพาะผู้ที่ระบุระดับการศึกษา (๑๓,๔๗๓ คน)
แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๕๑)

หมอพื้นบ้านที่ระบุประเภทอาชีพทั้งหมดจำนวน ๓๘,๒๘๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๖ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลักเกษตรกรกรรม (ทำนา ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์) ๒๘,๕๘๐ คน ร้อยละ ๗๓.๖ รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง ๔,๖๐๔ คน ร้อยละ ๑๑.๙ แต่อย่างไรก็ตามไม่ว่าเป็นเพศชายหรือเพศหญิงส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพหลัก (แผนภูมิ ๓)



แผนภูมิ ๓ จำนวนหมอพื้นบ้านหญิง ชายในสวนภูมิภาค จำแนกตามประเภทอาชีพ



หมายเหตุ การแสดงกราฟแท่งแสดงเฉพาะผู้ที่ระบุอาชีพ (๓๘,๒๘๑ คน)

แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๕๑)

หมายเหตุ อาชีพอื่นๆ เช่น เกษียน พระสงฆ์ หมอพื้นบ้าน หมอนวด แพทย์ประจำตำบล แพทย์แผนไทย แม่บ้าน ฯลฯ

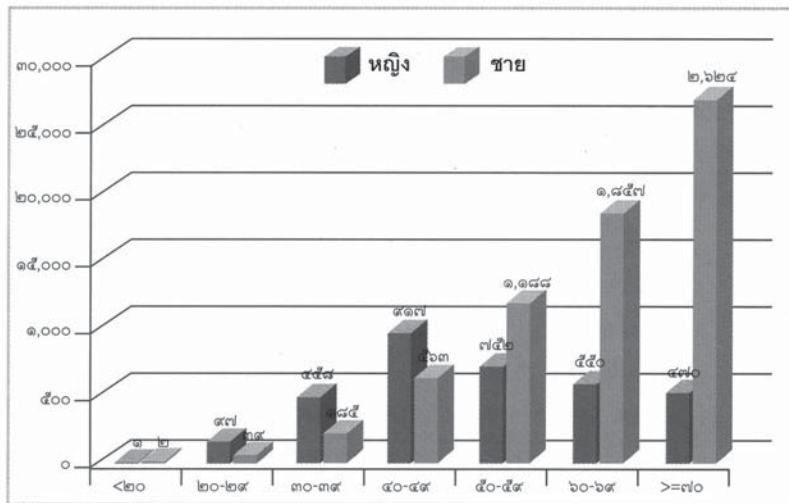
หมอพื้นบ้านในสวนภูมิภาคจำนวน ๓๘,๘๓๐ คนที่ระบุช่วงอายุจำนวน ๙,๗๐๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๐ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ ๗๐ ปีขึ้นไป มากที่สุด จำนวน ๓,๐๙๔ คน ร้อยละ ๘ รองลงมาอายุระหว่าง ๖๐ ถึง ๖๙ ปี จำนวน ๒,๔๐๗ คน ร้อยละ ๖.๒ ในอดีตผู้สนใจเป็นหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (แผนภูมิ ๔)

จากการพิจารณาในแต่ละช่วงอายุ สัดส่วนระหว่างเพศหญิงต่อเพศชายในช่วงอายุน้อยกว่า ๕๐ ปี มีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มหมอพื้นบ้านรุ่นใหม่ มีแนวโน้มที่เป็นเพศหญิง



ข้อสังเกตพบว่า มีหมอฟันบ้านที่มีอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ซึ่งโดยความหมายของหมอฟันบ้านแล้วไม่น่าจะเกิดขึ้นได้ จึงเชื่อว่าข้อมูลที่เก็บมีการตีความหมายของหมอฟันบ้านที่แตกต่างจากงานวิจัยโดยทั่วไป

แผนภูมิ ๔ จำนวนหมอฟันบ้านหญิง ชายในส่นภูมิภาค จำแนกตามช่วงอายุ



หมายเหตุ การแสดงกราฟแท่งเฉพาะผู้ที่ระบุวันเดือนปีเกิด (๙,๗๐๓ คน)
 ข้อสังเกต ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี จำนวน ๓ คน พบว่าเป็นหมอนวด หมอยาสมนไพร
 แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๕๑)

ส่วนที่ 2 ประเภทหมอฟันบ้าน

จากการศึกษาข้อมูลได้มีการแบ่งประเภทหมอฟันบ้านเป็น ๔ ประเภท ได้แก่ หมอฟีรกรรม หมอยาสมนไพร หมอนวด หมอตำแย ซึ่งหมอฟันบ้านหนึ่งคนมีความสามารถมากกว่าหนึ่งสาขา จะเห็นได้จากจำนวนครั้งการเลือกประเภท



หมอพื้นบ้าน พบว่าหมอพื้นบ้านมากกว่าร้อยละ ๗๐ มีความสามารถมากกว่า
หนึ่งสาขา (ตาราง ๑) เพราะฉะนั้นข้อมูลตารางนี้สะท้อนศักยภาพหมอพื้นบ้านใน
ภาพรวมได้

ตาราง ๑ จำนวนครั้งการเลือกประเภทหมอพื้นบ้าน จำแนกตามเพศ

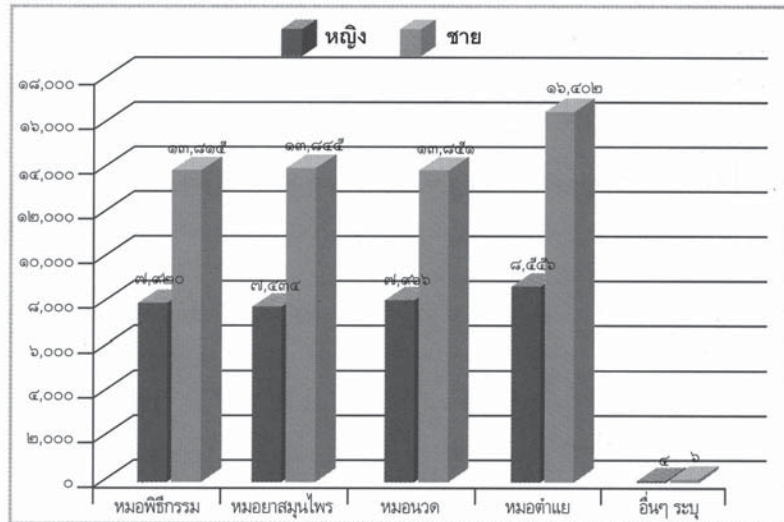
การเลือกประเภทหมอพื้นบ้าน (ครั้ง)	หญิง (ร้อยละ)	ชาย (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
๑	๔,๒๓๗ (๑๐.๙)	๖,๗๖๔ (๑๗.๔)	๑๑,๐๐๑ (๒๘.๓)
๒	๒,๓๐๑ (๕.๙)	๓,๕๘๗ (๙.๒)	๕,๘๘๘ (๑๕.๒)
๓	๖,๙๕๐ (๑๗.๙)	๑๓,๓๐๑ (๓๔.๓)	๒๐,๒๕๑ (๕๒.๒)
๔	๔๖๙ (๑.๒)	๙๔๒ (๒.๔)	๑,๔๑๑ (๓.๖)
๕	๖๓ (๐.๒)	๖๒ (๐.๒)	๑๒๕ (๐.๓)
ไม่ระบุ	๗๖ (๐.๒)	๗๘ (๐.๒)	๑๕๔ (๐.๔)
รวม	๑๔,๐๙๖ (๓๖.๓)	๒๔,๗๓๔ (๖๓.๗)	๓๘,๘๓๐ (๑๐๐.๐)

แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์
แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๕๑)

เมื่อศึกษาการกระจายกำลังคนหมอพื้นบ้านตามประเภทหมอพื้นบ้าน พบ
ว่า ส่วนใหญ่ระบุเป็นหมอดำแยะ และหมอนวด (แผนภูมิ ๕) และเมื่อจำแนกตาม
ภาค พบว่าส่วนใหญ่ยังระบุเป็นหมอดำแยะและหมอนวดมากที่สุดตามลำดับ โดย
พบมากที่สุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเฉลี่ยทุกประเภทมากกว่า ร้อยละ ๔๕ รองลง
มาเป็นภาคเหนือ ภาคกลาง ประมาณ ร้อยละ ๒๓, ๑๒ ตามลำดับ (แผนภูมิ ๖)
ซึ่งข้อมูลตารางนี้นอกจากทำให้เห็นภาพการกระจายกำลังคนหมอพื้นบ้านแล้ว ยัง
เห็นความสามารถของหมอพื้นบ้านในแต่ละสาขาในภาพรวมได้



แผนภูมิ ๕ จำนวนหมอฟันบ้านหญิง ชายจำแนกตามประเภทหมอฟันบ้าน



หมายเหตุ หมอฟันบ้านหนึ่งคน ทำหน้าที่เป็นหมอมากกว่าหนึ่งประเภท และประเภทหมอฟันอื่น ๆ ระบุเป็นหมอฟันเพิ่มเติม

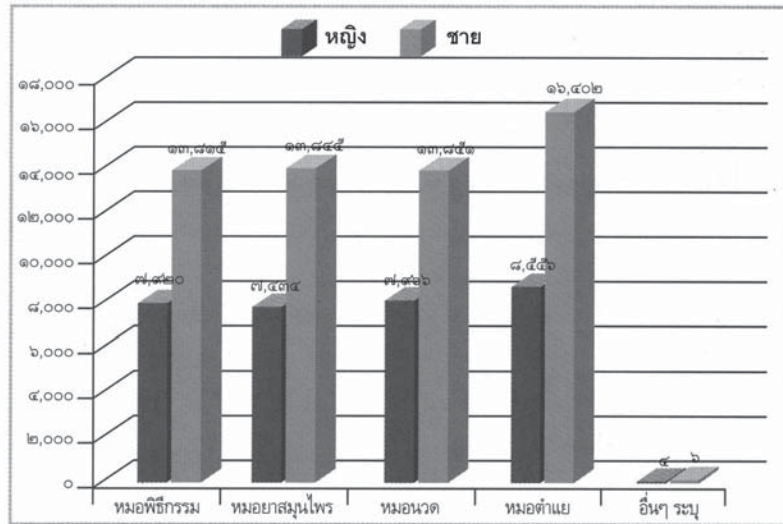
แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๕๑)

การวิเคราะห์อายุหมอฟันบ้านในส่วนภูมิภาคที่ระบุอายุในแต่ละประเภท คือ หมอพิธีกรรมจำนวน ๑๐,๘๑๓ คน หมอดำแย้ จำนวน ๑๐, ๗๕๕ คน หมอยาสมุนไพร จำนวน ๙,๗๗๑ คน หมอนวด จำนวน ๖,๐๔๕ คน และ หมอประเภทอื่นๆ ๑๐ คน

จากข้อมูลพบว่าช่วงอายุน้อยกว่า ๕๐ เป็นหมอพิธีกรรม ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มหมอฟันบ้านรุ่นใหม่ ส่วนใหญ่เป็นหมอพิธีกรรม จำนวน ๒,๗๓๗ คน รองลงมาเป็นกลุ่มหมอดำแย้ หมอยาสมุนไพร จำนวน ๒,๗๒๔ คน และ ๒,๕๒๘ คน ตามลำดับ



แผนภูมิ ๕ จำนวนหอมพื้นบ้านหญิง ชายจำแนกตามประเภทหอมพื้นบ้าน

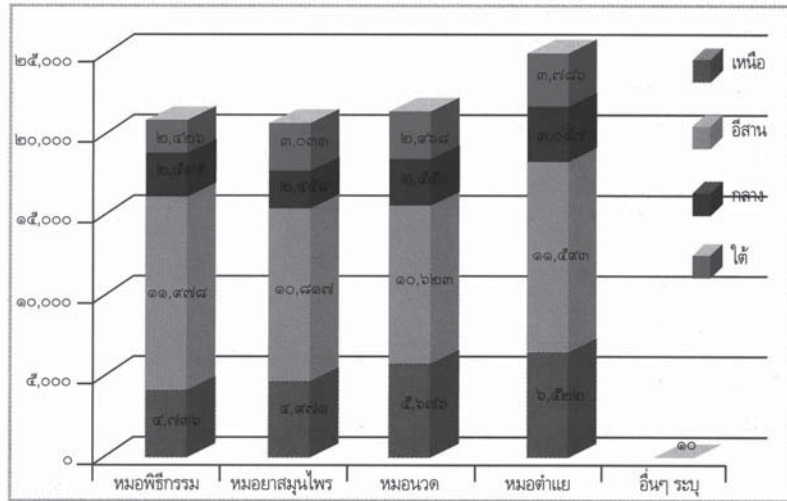


หมายเหตุ หอมพื้นบ้านหนึ่งคน ทำหน้าที่เป็นหอมมากกว่าหนึ่งประเภท และประเภทหอมอื่นๆ ระบุเป็นหอมฝังเข็ม

แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๕๑)



แผนภูมิ ๖ จำนวนหมอฟันบ้านในส่วนภูมิภาค จำแนกตามประเภทหมอฟันบ้าน



หมายเหตุ หมอฟันบ้านหนึ่งคน ทำหน้าที่เป็นหมอมากกว่าหนึ่งประเภท และประเภทหมอฟันอื่น ๆ ระบุเป็นหมอฟันเพิ่มเติม

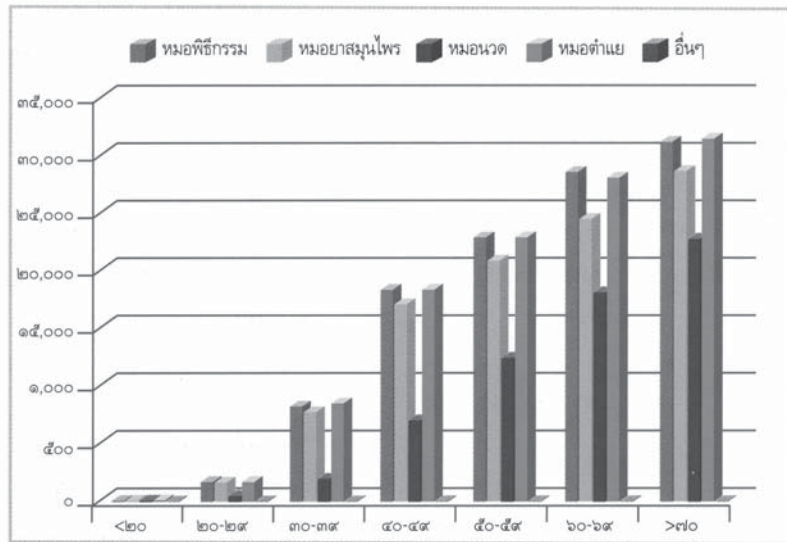
แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๕๑)

ช่วงอายุตั้งแต่ ๕๐ ขึ้นไป ส่วนใหญ่เป็นหมอพิธีกรรมจำนวน ๔,๐๗๖ คน รองลงมาเป็นหมอตำแย หมอยาสมุนไพร หมอนวด จำนวน ๔,๐๓๑ คน ๗,๒๔๓ คน และ ๕,๒๒๙ คน ตามลำดับ

จะเห็นได้ว่าหมอฟันบ้านทุกประเภทส่วนใหญ่จะมีอายุตั้งแต่ ๖๐ มากที่สุด รองลงมามีช่วงอายุระหว่าง ๕๐ ถึง ๕๙ ปี และ ๔๐ ถึง ๔๙ ปี จะเห็นว่าหมอฟันบ้านกลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งหมายความว่าองค์ความรู้แฝง (Tacit knowledge) ที่อยู่ในตัวหมอฟันบ้านทั้งด้านความชำนาญ ประสบการณ์การรักษา หากไม่มีกระบวนการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบอาจส่งผลให้องค์ความรู้ขาดกระบวนการการสืบทอดและองค์ความรู้สูญหายไป (แผนภูมิ ๗)



แผนภูมิ ๗ ช่วงอายุหมอพั้นบ้านในส่วนภูมิภาค จำแนกตามประเภทหมอพั้นบ้าน



หมายเหตุ การแสดงกราฟแท่งเฉพาะผู้ที่ระบุวันเดือนปีเกิด (๙,๗๐๓ คน)
 ข้อสังเกต หมอพั้นบ้านหนึ่งคน ทำหน้าที่เป็นหมอมากกว่าหนึ่งประเภท มีหมอพั้นบ้านอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี จำนวน ๓ คน ซึ่งทำหน้าที่หมอมากกว่าหนึ่งประเภท ประเภทหมออื่นๆ ระบุเป็นหมอฝังเข็ม
 แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๕๑)

ส่วนที่ 3 องค์ความรู้

ในส่วนผลการศึกษาค้นคว้าความรู้ ประกอบด้วย ที่มาของความรู้ ได้แก่ บรรพบุรุษ บุคคลอื่น เช่น ครู อาจารย์ โรงเรียนหรือสถาบันที่เปิดสอน การศึกษาเองจากตำรับตำรา การศึกษาค้นคว้าเองจากประสบการณ์ และอื่นๆ โปรดระบุว่าอยู่ในลักษณะใด



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย

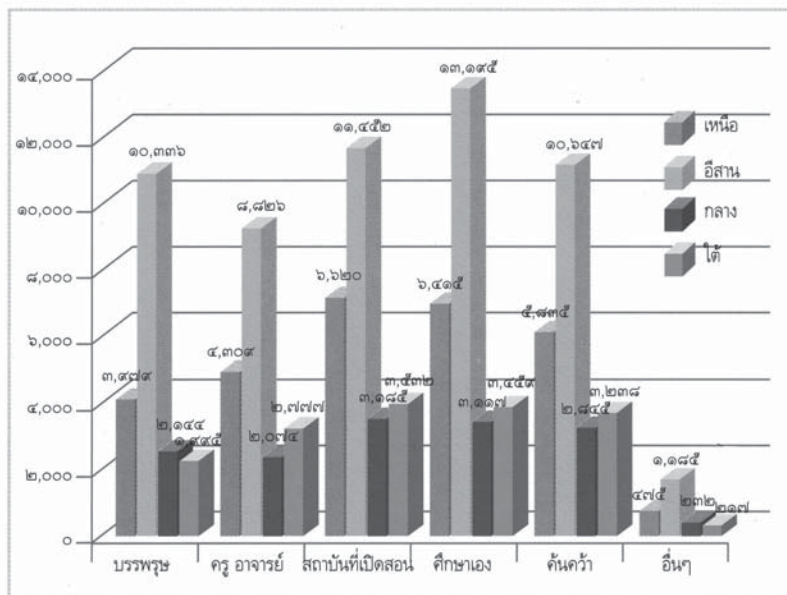
๑๔๙

หมอพื้นบ้านที่แต่ละคนได้รับความรู้หรือเพิ่มพูนความรู้ด้านการแพทย์ การรักษามากกว่าหนึ่งแหล่ง และพบว่าหมอยาสมุนไพร ร้อยละ ๔๔.๖ หมอพิธีกรรม ร้อยละ ๔๓.๒ ส่วนใหญ่ศึกษาเองจากตำราและค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมจาก ประสบการณ์เป็นความรู้เชิงประจักษ์

ส่วนในกลุ่มหมอนวด หมอตำแย ส่วนใหญ่เริ่มจากการศึกษาในโรงเรียน หรือสถาบัน แล้วจึงเพิ่มเติมศึกษาเองจากตำรา และประสบการณ์ คิดเป็นร้อยละ ๖๙.๓ และ ๖๙.๐ ตามลำดับ

จากการพิจารณาเป็นรายภูมิภาค พบว่า แหล่งความรู้สำคัญของ หมอพื้นบ้าน คือ การศึกษาเองจากตำราคิดเป็นร้อยละ ๒๓.๔ รองมาคือโรงเรียน หรือสถาบัน และค้นคว้าจากประสบการณ์ ร้อยละ ๒๒.๑ และ ๒๐.๑ ตามลำดับ (แผนภูมิ ๘)

แผนภูมิ ๘ จำนวนที่มาของความรู้หมอพื้นบ้าน จำแนกตามภูมิภาค



หมายเหตุ หมอพื้นบ้านหนึ่งคน ทำหน้าที่เป็นหมอมากกว่าหนึ่งประเภทและได้ความรู้มากกว่าหนึ่งแหล่ง

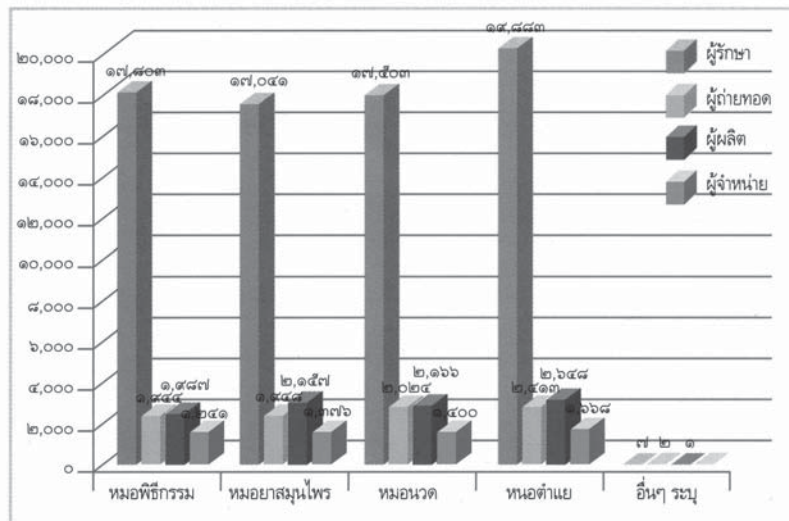
แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๕๑)



จากการศึกษาบทบาทในการประกอบกิจกรรมในฐานะหมอพื้นบ้านพบว่า หมอพื้นบ้านทุกประเภทจะทำหน้าที่เป็นผู้ให้การรักษาโดยเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ ๖๗.๕ รองลงมาเป็นผู้ผลิตยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณ ผู้ถ่ายทอดและ ผู้จำหน่ายยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณ ตามลำดับ

จากการเปรียบเทียบข้อมูลบทบาทหมอพื้นบ้านกับภูมิภาค พบว่า ในทุกภูมิภาคของประเทศหมอพื้นบ้านมีบทบาทในการเป็นผู้รักษามากที่สุด รองลงมาเป็นผู้ผลิตยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณ และผู้ถ่ายทอดความรู้ (แผนภูมิ ๙)

แผนภูมิ ๙ จำนวนหมอพื้นบ้านในส่วนภูมิภาค จำแนกตามบทบาท



หมายเหตุ หมอพื้นบ้านหนึ่งคน เป็นหมอหลายประเภทและมีบทบาทมากกว่าหนึ่งบทบาท
แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๕๑)

ในการวิเคราะห์ความชำนาญของหมอพื้นบ้านพบว่าหมอพื้นบ้านมีความชำนาญมากกว่า หนึ่งประเภท และเมื่อนำความชำนาญของหมอพื้นบ้าน ๕ อันดับแรกมาจัดกลุ่มอาการของโรคพบว่า ๑๐ อันดับแรก ของความชำนาญของหมอพื้นบ้าน คือ ปวดเมื่อยร่างกาย กล้ามเนื้อ มีมากกว่า ๙,๐๐๐ ราย รองลงมา



คือการบายศรีสู่ขวัญ สะเดาะเคราะห์ ดุหมอ จำนวน ๔,๑๕๑ ราย งูสวัด คางทูม ไพลามทุ่ง อีสุกอีใส (ติดเชื้อไวรัส) ๒,๑๑๘ ราย กระจุกหัก โรคกระเพาะอาหารฯ ริดสีดวงทวาร ใช้หัววัด/ใช้ทับระดู อัมพฤกษ์ อัมพาต ตาแดง และเบาหวาน ตามลำดับ (ตาราง ๒)

ตาราง ๒ จำนวนของหมอพื้นบ้านในส่วนภูมิภาค จำแนกตามกลุ่มอาการที่ชำนาญ

กลุ่มอาการที่ชำนาญ	จ.น.หมอพื้นบ้านที่ชำนาญ (คน)
๑. ปวดเมื่อยตามร่างกาย กล้ามเนื้อ หลัง ไหล่ ฯลฯ	๙,๕๔๙
๒. การบายศรีสู่ขวัญ สะเดาะเคราะห์ ดุหมอ	๔,๑๕๑
๓. งูสวัด คางทูม ไพลามทุ่ง อีสุกอีใส (ติดเชื้อไวรัส)	๒,๑๑๘
๔. กระจุก	๑,๕๖๖
๕. โรคกระเพาะอาหาร ปวดท้อง ท้องอืดเฟ้อ	๑,๐๓๕
๖. โรคริดสีดวงทวาร	๘๑๘
๗. เป็นไข้หวัด ไข้ทับระดู	๖๗๙
๘. ตาแดง	๖๐๗
๙. อัมพฤกษ์ อัมพาต	๕๕๑
๑๐. เบาหวาน	๕๓๗
รวม	๒๑,๖๑๐

หมายเหตุ หมอพื้นบ้านหนึ่งคน มีความชำนาญโรคมากกว่าหนึ่งอาการ
แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๕๑)

ส่วนที่ 4 สถานที่บำบัดรักษา

ในส่วนผลการศึกษาศาสนาที่บำบัดรักษาของหมอพื้นบ้านแต่ละประเภทแบ่งเป็น ๕ แห่ง ได้แก่ การบำบัดรักษาที่บ้านของตนเอง วัดหรือสำนักสงฆ์ สถานประกอบการหรือการเปิดร้านให้บริการ (ร้าน โรงงาน ฯลฯ) ชมรมหรือสมาคม และ

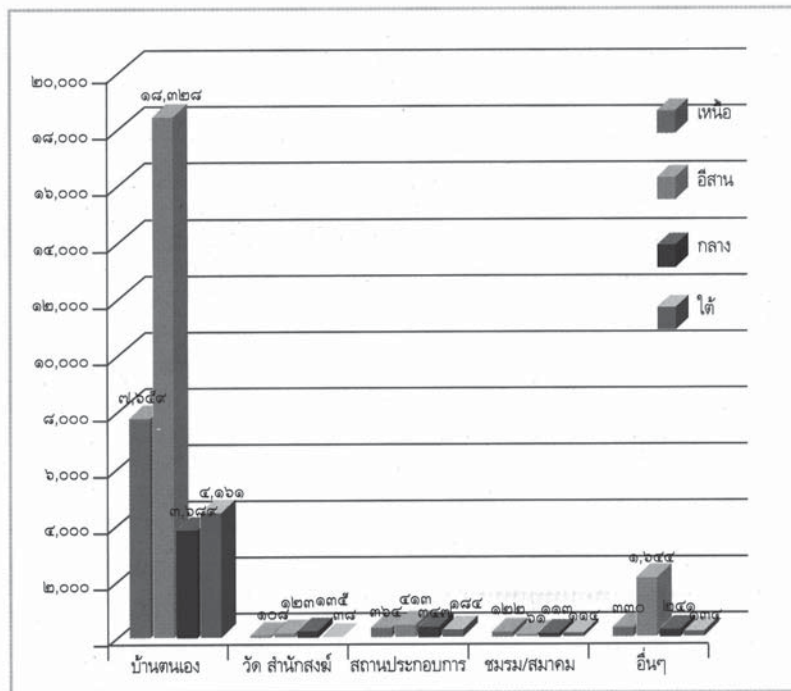


ประเภทอื่นๆ

สถานที่บำบัดรักษาการของหมอฟันบ้านทุกประเภท พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ที่บ้านของตนเอง รองลงมาคือใช้สถานประกอบการให้บริการ เมื่อพิจารณาตามภูมิภาค พบว่ามีลักษณะสอดคล้องกันคือ การที่บ้านตนเองเป็นสถานบริการ โดยมีภาคอีสานมีสัดส่วนมากที่สุด (แผนภูมิ ๑๐)

เมื่อพิจารณาในรายภูมิภาค จะเห็นว่าสถานที่บำบัดผู้ป่วยในแต่ละภูมิภาคมากกว่าร้อยละ ๘๐ ใช้บ้านเป็นสถานที่บำบัดรักษาผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกัน

แผนภูมิ ๑๐ จำนวนของหมอฟันบ้านในสวนภูมิภาค จำแนกตามสถานที่บำบัด



หมายเหตุ หมอฟันบ้านหนึ่งคน มีสถานที่บำบัดมากกว่าหนึ่งแห่ง
แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๕๑)



ส่วนที่ 5 แหล่งวัตถุดิบสมุนไพร

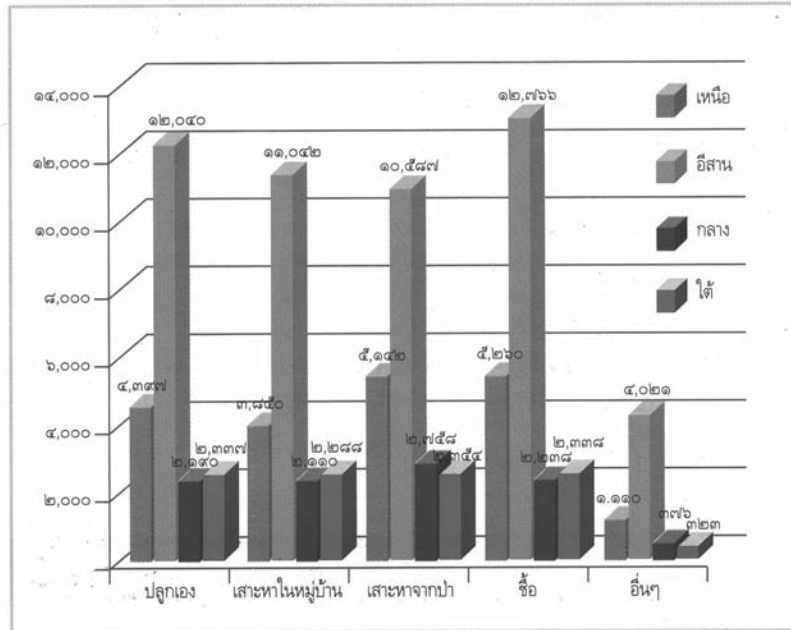
การศึกษาข้อมูลแหล่งวัตถุดิบของหมอพื้นบ้านมีการจัดกลุ่ม ได้ ๕ กลุ่ม ได้แก่ การปลูกสมุนไพรในบ้านหรือในสวนของตนเอง การเสาะหาในหมู่บ้านหรือในชุมชน การเสาะหาจากป่า การหาซื้อตามร้านขายยาและกลุ่มอื่นๆ โปรดระบุว่าอยู่ในลักษณะใด

แหล่งวัตถุดิบของหมอพื้นบ้านมีที่มาจากหลายแหล่งในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันโดยในภาคอีสานและภาคเหนือจะได้จากร้านขายยามากที่สุด ส่วนภาคกลางและภาคใต้ได้จากการเสาะหาจากป่ามากที่สุด ส่วนอันดับรองลงมีความแตกต่างกันไปตามภูมิภาค โดยอีสานจะมีการปลูกเองเป็นอันดับรอง และมีการเสาะหาในชุมชน กับการเสาะหาในป่า ตามลำดับ ส่วนภาคเหนือมีการหาจากป่า การปลูกเองและ การเสาะหาในชุมชนตามลำดับ ในภาคกลางและภาคใต้ จะมีความใกล้เคียงกันมากในสามแหล่งที่เหลือ

ในการพิจารณาแหล่งวัตถุดิบตามประเภทของหมอพื้นบ้านพบว่า ส่วนใหญ่ของหมอพื้นบ้านทุกประเภทหาซื้อยาสมุนไพรตามร้านขายยามากที่สุด รองลงมาโดยการเสาะหาจากป่า ปลูกเองในบ้าน ในสวน การเสาะหาในหมู่บ้าน ในชุมชน ตามลำดับ (แผนภูมิ ๑๑)



แผนภูมิ ๑๑ จำนวนของหอมพื้นบ้านในส่วนภูมิภาค จำแนกตามแหล่งวัตถุดิบ



หมายเหตุ หอมพื้นบ้านหนึ่งคน มีแหล่งวัตถุดิบมากกว่าหนึ่งแห่ง
แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๕๑)

บรรณานุกรม

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (๒๕๕๐). พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ พร้อมด้วย กฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: สุวีริยาพิมพ์ จำกัด.





กัญจนา ดีวิเศษ และคณะ. (๒๕๕๑). คู่มือการใช้งานระบบฐานข้อมูล ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย สมุนไพร และโปรแกรมการ จัดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย. กลุ่มงานคุ้มครอง ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวง สาธารณสุข.

ยิ่งยง เทาประเสริฐ. (๒๕๕๑). ข้อมูลหอมเนื่องจากชุดโครงการวิจัยการแพทย์ พื้นบ้านและการแพทย์ชนเผ่าภาคเหนือ ณ วันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๑. เชียงราย:วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกมหาวิทยาลัย ราชภัฏเชียงราย. (เพิ่มข้อมูล).

วีรพงษ์ เกรียงสินยศ. (๒๕๕๑). ข้อมูลหอมพื้นบ้านจากชุดโครงการแผนงานพัฒนา ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองของชุมชน ณ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๕๑. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสุขภาพไทย. (เพิ่มข้อมูล).

สมใจ ศรีหาล้า. (๒๕๓๕). หอมธรรมชาติกับการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



ข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบข้อมูล

๑. หากต้องการข้อมูลที่ชัดเจนในส่วนของเพศ ชื่อ วันเดือนปีเกิด ควรมีการ ตรวจสอบความถูกต้องกับฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย จะทำให้ระบบฐานข้อมูลสมบูรณ์ยิ่งขึ้น
๒. การพัฒนาโครงสร้างข้อมูลเพิ่มเติม อาทิเช่น การเพิ่มประเภทของหอมพื้นบ้าน “หอมกระดูก” ควรมีการจัดการข้อมูลในส่วนของความชำนาญโรคว่าใครมี ความชำนาญด้านนี้ก็จัดการแยกข้อมูลโดยใช้เทคนิคการเขียนโปรแกรม จัดการข้อมูลในโครงสร้างข้อมูล
๓. การให้คำนิยามหอมพื้นบ้านในการเก็บข้อมูล ยังไม่ชัดเจน อาจส่งผลให้ผู้ เก็บข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถามไม่เข้าใจและตอบคำถามไม่ตรงตามความ ต้องการของผู้สำรวจ



๔. การวิเคราะห์ และสังเคราะห์สารสนเทศด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ในหน่วยงานเพื่อติดตามสถานการณ์ แนวโน้มอย่างเป็นระบบต่อเนื่องและใช้ในการพัฒนาการวางแผนยุทธศาสตร์
๕. ข้อมูลที่ได้จัดเก็บควรมีการตรวจสอบข้อมูลที่จัดเก็บได้ตรงตามคำจัดความและประเด็น หรือไม่ และเป็นสากลหรือไม่ ซึ่งจากการเปรียบเทียบข้อมูลที่ดำเนินจัดเก็บระหว่างข้อมูลหมอพื้นบ้านภาคเหนือประมาณ ๗ จังหวัดภาคเหนือตอนบนได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ ลำปาง ลำพูน โดยผ่านงานวิจัยของ ผศ.ดร.ยิ่งยง เทาประเสริฐ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย กับมูลนิธิสุขภาพไทย และฐานข้อมูลทำเนียบบุคลากรข้อมูลเฉพาะกลุ่มหมอพื้นบ้านในส่วนภูมิภาคของประเทศของสำนักงานคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ใช้ในการวิเคราะห์นี้ พบว่า มีข้อแตกต่างในจำนวนหมอพื้นบ้านอย่างมาก

ตาราง ๓ จำนวนหมอพื้นบ้าน จำแนกตามแหล่งข้อมูล

จังหวัด	จำนวนหมอพื้นบ้าน (คน)		
	(ผศ.ยิ่งยง)	มูลนิธิสุขภาพไทย	(สนง.คุ้มครอง)
เชียงราย	๔๔	๓๖ (๑ตำบล)	๓๕๙
เชียงใหม่	๘	๖๕ (๕อำเภอ)	๖๖๔
น่าน	๘๘	๕๖ (๑ ตำบล)	๑๑๖๒
พะเยา	๕๔	๑๗๑ (๖ อำเภอ)	๔๘๔
แพร่	๒๐	๒๑ (๑๑ ตำบล ๔ อำเภอ)	๓๐๙
ลำปาง	๒๕	๒๗ (๗ ตำบล ๒อำเภอ)	๖๔๒
ลำพูน	๖๙	—	๑๙๐
แม่ฮ่องสอน	—	๑๐๙	๕๐๖

ซึ่งความแตกต่างของจำนวนหมอพื้นบ้านที่เกิดขึ้นนี้ น่าจะเกิดจากการให้คำจำกัดความหมอพื้นบ้านที่แตกต่างกัน มูลนิธิสุขภาพไทย ได้มีการสำรวจหมอพื้นบ้านในโครงการเครือข่าย และได้ให้คำจำกัดความหมอพื้นบ้านไว้เป็น ๒ กลุ่ม คือ หมอใหญ่ กับหมอพื้นบ้าน โดยหมอใหญ่มุ่งหมายถึง หมอพื้นบ้านที่มีองค์ความรู้



รู้จักตนเอง รู้จักยาเป็นอย่างดี รู้จักอาการของโรคและการวินิจฉัยโรค มีประสบการณ์ ไม่น้อยกว่า ๒๐ ปี เป็นคนดี มีคุณธรรม สัตย์ซื่อ ชุมชนให้การยอมรับ ส่วนหมอฟื้นบ้านหมายถึง หมอพื้นบ้านที่มีองค์ความรู้ เชี่ยวชาญในการรักษาแบบพื้นอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง เป็นคนดี มีคุณธรรม สัตย์ซื่อ ชุมชนให้การยอมรับซึ่งได้แบ่งออกเป็น ๑๑ ประเภท คือ หมอสมุนไพรหรือหมอฮากไม้ หมอเป่าหมอน้ำมันหรือหมอมนต์หรือหมอเสก หมอนวดจับเส้นหรือหมอเอ็นหรือหมอนวด หมอพระ หมอเหยาหรือหมอลำผีฟ้าหรือหมอลำผีทอง หมอธรรม หมอสูตรหรือ หมอพรหรือหมอสู่วัณหรือพาน (พราหมณ์) หมอตำแย หมอเหยียบเท้าไฟ หมอ สักน้ำมันหรือหมอสักยาสมุนไพรหรือหมอฝังเข็ม

ส่วนคำจำกัดความงานวิจัยของ ผศ.ดร.ยิ่งยง ที่ได้ให้ไว้ เป็นการจัดกลุ่ม การดูแลสุขภาพของหมอเมืองเป็น ๔ กลุ่ม คือ พิธีกรรมบำบัด (จิตบำบัด) กายภาพบำบัด (รวมการฟื้นฟูสภาพร่างกาย) สมุนไพรบำบัด และอาหารบำบัด โดยแต่ละกลุ่มประกอบด้วย

๑. พิธีกรรมบำบัด (จิตบำบัด) เป็นการประกอบพิธีตามวิถีชีวิตที่สืบทอดกันมาแต่บรรพชน โดยมีทั้งส่วนที่กระทำเพื่อตรวจสอบเหตุปัจจัยแห่งความไม่สบายและทำการบำบัด บรรเทา กระทำเพื่อการขจัดปัดเป่าและบำบัดรักษา กระทำเพื่อการสร้างขวัญและกำลังใจกระทำการเจริญสติและทำใจให้พร้อมรับสภาพความจริง และส่วนที่กระทำเพื่อเป็นสิริมงคลและบันดาลให้เกิดความสงบร่มเย็น ดังนี้

- กลุ่มดูเมือและทำนายฤกษ์ยาม
- กลุ่มขจัดปัดเป่า เช่น ส่งเกิดหรือวานเกิด ส่งเคราะห์ ส่งจน ส่งผีตะวัน บูชาเทียน ฯลฯ
- กลุ่มสร้างขวัญกำลังใจ เช่น จ้อย/ซอ (Musical therapy) ส่งปู่แถน/ย่าแถน แก้วข้าว หนขวัญ/ฮ้องขวัญ/สูขวัญ สืบชะตา ฯลฯ
- กลุ่มเจริญสติและทำใจ เช่น ทำสมาธิ ฟังธรรม กุมผ้าสังฆา/สวดบาตร บังสุกุลดิบ ฯลฯ
- กลุ่มสร้างความร่มเย็นและเป็นสิริมงคล เช่น ขอมมาผีปู่ย่า หรือขึ้นผีปู่ย่า/ผีเจ้านาย ทานขันข้าว บูชาธาตุสี่ (สะตวง) ยันต์ ฯลฯ



๒. กายภาพบำบัด (รวมการฟื้นฟูสภาพร่างกาย) เป็นกลุ่มการดูแลสุขภาพที่ใช้การบีบ นวด คลึง หรือใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น แหก ตี เช็ด เพื่อให้เกิดการผ่อนคลายและมีพลังเพิ่มขึ้น ประกอบด้วย

- บีบ ตอก เส้น บีบ/เอาเอ็น ดัดดึง เข้าเฝือก ขวากชวย เช็ด /แหก ย่ำขาง ตีหม้อน/ นมไม้จอบพิษ เหน่น (คล้ายกดจุดคลายเส้น) ลั่นม่าน เอาม่าน (นวดพื้นบ้าน)
- สับสาร (สับที่สารหรือแผลให้เลือดออกแล้วหนีบยาบริเวณนั้น)
- สมควัน/สมไฟ (รมควัน รมไฟ สมุนไพร)

๓. สมุนไพรบำบัด การใช้สมุนไพรในรูปแบบต่างๆรักษา เช่น ยาหม้อต้ม ยาฝน ยาผง ลูกกลอน ยาสูบ ยาตอง ฯ

๔. อาหารบำบัด (การกรรมกิน) ด้วยการควบคุมการกินอาหาร เช่น อาหารแสงลึง กินผิด-กินสาบ อาหารร้อน-เย็น อาหารปรับธาตุ อาหารตามฤดู อาหารบำรุงอาหารอายุวัฒนะ อาหารตามรส อาหารอยู่เดือน ฯ





ส่วนงานของ สมใจ ศรีหาล้า(๒๕๓๕).เรื่อง หมอธรรมกับการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน. ได้จัดกลุ่มหมอพื้นบ้านไว้ดังนี้

๑. หมอไสยศาสตร์ (หมอพิธีกรรม) ได้แก่ ผู้ทำหน้าที่ในการรักษาโดยใช้อำนาจเวทย์มนต์คาถา และบางรายยังใช้สมุนไพรประกอบในการรักษาอีกด้วย

* หมอดู หมอมอ หรือหมอส่อง เป็นผู้ที่ทายโชคชะตาราศีหรือหาสาเหตุเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้เลือกแหล่งและวิธีการในการรักษา

* หมอสะเดาะเคราะห์ หรือหมอเสียเคราะห์ ทำหน้าที่สะเดาะเคราะห์ให้แก่ชาวบ้านเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่ดีต่างๆ ที่ชาวบ้านเชื่อว่าจะนำโชคร้าย หรือโรคภัยมาสู่ตนเองและครอบครัวการสะเดาะเคราะห์มักจะทำทั้งในขณะที่ผู้ป่วยอาการหนัก และผู้ป่วยระยะพักฟื้น เพื่อเป็นการบำรุงขวัญกำลังใจของผู้ป่วย

* หมอผี เป็นผู้ที่ใช้คาถาอาคมที่เกี่ยวกับภูตผี ในการรักษาผู้ป่วยที่สงสัยว่าเกิดจากการกระทำของผีร้าย

* หมอมนต์ เป็นผู้ที่รักษาผู้ป่วยที่เกิดจากการกระทำของอำนาจเหนือธรรมชาติ โดยการใช้เวทย์มนต์คาถาและสมุนไพรในการรักษา

* หมอธรรม หมายถึง ผู้ที่เรียนเวทย์มนต์คาถาเพื่อปราบผี ช่วยรักษาผู้ที่ถูกผีทำ โดยใช้เวทย์มนต์คาถา

* หมอลำผีฟ้า หมายถึง ผู้ที่รักษาผู้ป่วยที่เกิดจากการกระทำของอำนาจเหนือธรรมชาติ โดยการรำและร้องไปรอบๆ ผู้ป่วยพร้อมกับอ้อนวอนขอให้ผีฟ้า เทวดา รวมทั้งวิญญาณศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายมาช่วยรักษา

* หมอเป่า บางแห่งเรียกหมอมนต์ หมายถึง ผู้ที่ชำระวิญญาณในการรักษา โดยใช้เวทย์มนต์คาถาเป่าเสกไปยังร่างผู้ป่วย

* หมอทำขวัญ เป็นผู้มี ความชำนาญในการทำพิธีที่เกี่ยวกับขวัญ เป็นการทำพิธีป้องกันและรักษาไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยรุนแรง รวมทั้งทำพิธีเรียกขวัญให้แก่ผู้ป่วยในระยะพักฟื้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการบำรุงขวัญกำลังใจแก่ผู้ป่วย





* หมอทรง หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ในการรักษาและมีความสามารถในการติดต่อกับวิญญาณของบุคคลสำคัญ เพื่อให้วิญญาณเหล่านั้นบอกลาและกรรมวิธีการรักษา

๒. หมอยา หมอยาหม้อ หรือหมอยาสมุนไพร เป็นผู้ที่มีความชำนาญในการใช้สมุนไพรในการรักษา นอกจากนี้หมอยายังมักจะเป็นผู้ที่มีความอาวุโสในชุมชน ช่วยกิจการต่างๆ ในชุมชน เช่นเดียวกับหมอไสยศาสตร์ (หมอพิธีกรรม) เช่น ทำหน้าที่เป็นมัคทายกวัด

๓. หมอนวด หมายถึง ผู้ที่มีความชำนาญการจับเส้นในร่างกาย บีบนวดให้หายจากความเจ็บป่วย

๔. หมอตำแย หมายถึง ผู้ที่มีความชำนาญในการทำคลอดด้วยวิธีโบราณ

จากความแตกต่างของคำจำกัดความของหมอพื้นบ้านทำให้ฐานข้อมูลของแต่ละหน่วยงานจัดเก็บจึงแตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของแต่ละหน่วยงาน แต่ละโครงการ ทำให้การเปรียบเทียบทำได้ยาก อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ทำให้ทราบแหล่งข้อมูลพื้นฐานในแต่ละแหล่งว่ามีข้อมูลหมอพื้นบ้านเป็นอย่างไร และเป็นการก่อรูปของการใช้ประโยชน์ฐานข้อมูลหมอพื้นบ้านร่วมกันได้ อาจส่งผลให้การพัฒนากระบวนการข้อมูลหมอพื้นบ้านในครั้งต่อไปควรมีการทำความเข้าใจและกำหนดคำจำกัดความคำว่าหมอพื้นบ้านให้ตรงกัน เพื่อให้การเก็บข้อมูลหมอพื้นบ้านได้มีการใช้ประโยชน์ร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการส่งเสริมและพัฒนากระบวนการแพทย์พื้นบ้านอย่างเป็นจริง

ข้อเสนอต่อการวิจัย

๑. ควรมีการศึกษาวิจัยกลุ่มหมอพื้นบ้านรุ่นใหม่ ว่าเป็นหมอกกลุ่มใด
๒. เนื่องจากกลุ่มหมอพื้นบ้านที่เป็นหมอพิธีกรรมและหมอสมนไพรมีแนวโน้มลดลงควรมีการศึกษาวิจัยที่ส่งผลให้ความสนใจในเรื่องนี้ลดลง
๓. ศึกษาหารูปแบบในการถ่ายทอดความรู้ของหมอพื้นบ้าน เพื่อรักษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านให้คงอยู่ในชุมชนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย

๑๖๐



ข้อเสนอทางนโยบาย

๑. การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในการจัดเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ และสังเคราะห์สารสนเทศด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนและพัฒนาข้อมูลร่วมกัน



สถานการณ์และแนวโน้ม ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง การแพทย์แผนไทย*

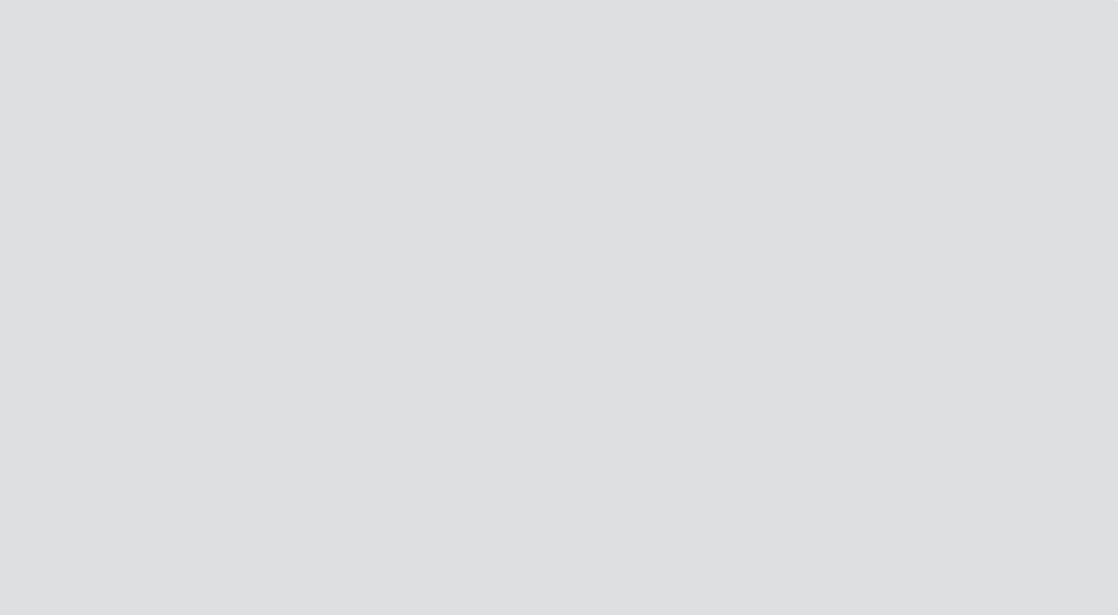
* ถ่ายสำเนาจาก ปรีชา มิตรานนท์, "สถานการณ์และแนวโน้มข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย". สถานการณ์การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๕๑ หน้า ๑-๘.



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย



๑๖๓



บทนำ

สถานการณ์และแนวโน้มข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยในครั้งนี เป็นการศึกษาจากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการซึ่งจัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจดังกล่าวนี้ได้เริ่มทำการสำรวจมาตั้งแต่ปี ๒๕๑๗ โดยในช่วงแรกจัดทำการศึกษาสำรวจทุกปีจนถึงปี ๒๕๒๑ หลังจากนั้นในปี ๒๕๒๔ - ๒๕๔๔ ได้จัดทำการศึกษาสำรวจทุก ๕ ปี และนับตั้งแต่ปี ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐ ทำการศึกษาสำรวจทุกปี

วัตถุประสงค์ที่สำคัญของการสำรวจคือ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย การเข้ารับบริการด้านสาธารณสุข และการเข้าถึงของสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของประชากรไทย จากการศึกษาสำรวจดังกล่าวนี้ได้มีการถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายครั้งสุดท้ายระหว่าง ๑ เดือนก่อนวันสำรวจและการไปรับบริการสาธารณสุขหรือวิธีการรักษาพยาบาล โดยรูปแบบการรักษาพยาบาลมีหลายลักษณะด้วยกัน ซึ่งการรักษาโดยการใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร การไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ เป็นอีกวิธีหนึ่งในหลายวิธีและได้นำมาเป็นประเด็นที่สำคัญในการศึกษาและวิเคราะห์รายละเอียดครั้งนี้



ในการศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

๑. ศึกษาข้อมูลทั่วไปของประชากรที่เจ็บป่วย
๒. วิเคราะห์การใช้บริการรักษาพยาบาลเวลาเจ็บป่วย แยกตามวิธีการรักษาพยาบาล
๓. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มการรักษาพยาบาล โดยการใช้วิธีการรักษาที่เกี่ยวข้องกับแพทย์แผนไทย

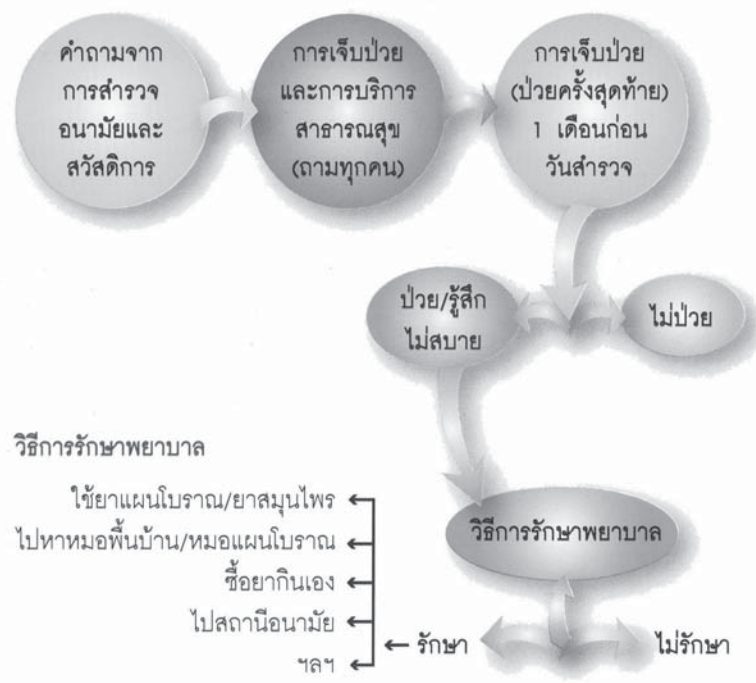
ขอบข่ายการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มของข้อมูลในช่วงเวลา ๕ ปีคือปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗, ๒๕๔๘, ๒๕๔๙ และ ๒๕๕๐ จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ วิธีการเก็บข้อมูลเป็นการสัมภาษณ์ประชากรที่อาศัยในครัวเรือนส่วนบุคคล ทั่วประเทศ โดยมีครัวเรือนตัวอย่างทั่วประเทศในแต่ละปีที่สำรวจประมาณปีละ ๒๗,๐๐๐ ครัวเรือน ซึ่งการสำรวจปี ๒๕๕๐ เป็นการสำรวจครั้งที่ ๑๕



แนวทางการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย จากทราสารวจอนามัยและสวัสดิการ (สอส.)

แผนภาพ ๑ การศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย
จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ



คำนิยามที่ใช้ในการสำรวจ

นิยามที่ใช้ในการสำรวจหรือเก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละแหล่งข้อมูลมีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อข้อมูล que เก็บรวบรวมได้ เพราะถ้ำคำนิยามแตกต่างกันผลที่ได้อีกจะแตกต่างกันด้วยคำนิยามที่ใช้ในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ มีดังนี้

- ยาแผนโบราณ หมายถึงยาที่ใช้ในการบำบัดโรคโดยอาศัยความรู้จากตำราแผนโบราณ ซึ่งได้จากการเรียนสืบต่อกันมาหรือยาที่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนตำรับยาเป็นยาแผนโบราณตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ยาเหล่านี้มีกรรมวิธีการผลิตแบบธรรมชาติไม่ซับซ้อน เช่น บดเป็นผงละลายน้ำ บั่นเป็นลูกกลอน ต้มเอาน้ำมากิน อบ อบแห้ง เป็นต้น

- ยาแผนโบราณที่พบโดยทั่วไปมี ๒ รูปแบบ คือ

๑. ยาแผนโบราณสำเร็จรูป ที่วางขายตามร้านขายยาทั่วไป หรือร้านขายของชำในหมู่บ้าน ยาแผนโบราณเหล่านี้จะมีคำว่า “ยาแผนโบราณ” และเลขทะเบียนตำรับยากำกับไว้บนฉลากยาให้ทราบ ซึ่งขายเฉพาะยาแผนโบราณที่จัดว่าเป็นยาสามัญประจำบ้าน เช่น ยาธาตุนครจบ ยาหอมอินทจักร์ ยาเขียว ยาหอม เป็นต้น



๒. ยาแผนโบราณในรูปของสมุนไพรต่างๆ นำมาจัดเป็นสำหรับตามอาการโรคที่รักษา ซึ่งยาเหล่านี้ชาวบ้านโดยทั่วไปมักเรียกว่า “ยาหม้อ” “ยาต้ม” “ยาพื้นบ้าน” “ยากกลางบ้าน” รวมทั้งยาไทย ยาจีน หรือยาพื้นบ้านของคนเชื้อสายต่างๆ เช่น พม่า เขมร แขก เป็นต้น

● หมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ หมายถึงผู้ที่มีความรู้ในการรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วย โดยใช้ยาแผนโบราณ ยาสมุนไพร (หรือวิธีการนวดแผนโบราณ)



สถานกรรณและแนวโนมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแพทยแผนไทย

จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐ ได้ทำการศีกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแพทยแผนไทยโดยจากการสำรวจมีการถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วย / รู้สึกไม่สบายซึ่งหมายถึงการป่วยทุกชนิดตั้งแต่ป่วยเล็กน้อยจนถึงป่วยหนัก และรวมถึงการที่รู้สึกว่ามีไม่สบายในช่วง ๑ เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ รวมทั้งถามถึงวิธีการรักษาว่ามีวิธีการรักษาพยาบาลอย่างไร ซึ่งคำตอบเกี่ยวกับวิธีการรักษามีหลายวิธีด้วยกัน แต่มีที่เกี่ยวข้องกับการแพทยแผนไทยอยู่ ๒ ประเด็นคือ

๑. รักษาโดยการใชยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร
๒. รักษาโดยไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ

การศีกษาคั้งนี้ไดวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง ๕ ปี คือปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗, ๒๕๔๘, ๒๕๔๙ และ ๒๕๕๐ เพื่อต้องการศีกษาสถานการณและแนวโนม ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงในเรื่องที่ทำการศีกษา สรุปผลไดดังนี้

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับประชากรที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย

ผลจากการศีกษาพบว่า ในปี ๒๕๔๖ ประชากรของประเทศไทยมีประมาณ ๖๓.๙ ล้านคนเพิ่มเป็น ๖๕.๖ ล้านคนในปี ๒๕๕๐ ในจำนวนนี้มีผู้ที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายคิดเป็นร้อยละ



๑๘.๗ และ ๑๗.๔ ของประชากรทั้งสิ้น โดยเพศชายจะป่วยหรือรู้สึกไม่สบายน้อยกว่าเพศหญิง (เป็นชายร้อยละ ๑๕.๓ และหญิงคิดเป็นร้อยละ ๑๙.๕ ในปี ๒๕๕๐)

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของประชากรที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย ๑ เดือนก่อนสัมภาษณ์ พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐ ทั่วราชอาณาจักร

(จำนวน : พันคน)

เพศ	รวม	ป่วย	ไม่ป่วย
พ.ศ. ๒๕๔๖	๑๐๐.๐ (๖๓,๘๘๔.๕)	๑๘.๗ (๑๑,๙๕๙.๓)	๘๑.๓ (๕๑,๙๒๕.๒)
พ.ศ. ๒๕๔๗	๑๐๐.๐ (๖๕,๑๑๒.๗)	๒๐.๖ (๑๓,๔๒๐.๖)	๗๙.๔ (๕๑,๖๙๒.๑)
พ.ศ. ๒๕๔๘	๑๐๐.๐ (๖๕,๒๘๗.๘)	๑๙.๗ (๑๒,๘๖๕.๐)	๘๐.๓ (๕๒,๔๒๒.๘)
พ.ศ. ๒๕๔๙	๑๐๐.๐ (๖๕,๑๘๓.๐)	๑๖.๓ (๑๐,๖๓๓.๒)	๘๓.๗ (๕๔,๕๔๙.๘)
พ.ศ. ๒๕๕๐	๑๐๐.๐ (๖๕,๖๔๔.๔)	๑๗.๔ (๑๑,๔๔๙.๙)	๘๒.๖ (๕๔,๑๙๔.๕)

แหล่งข้อมูล : สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

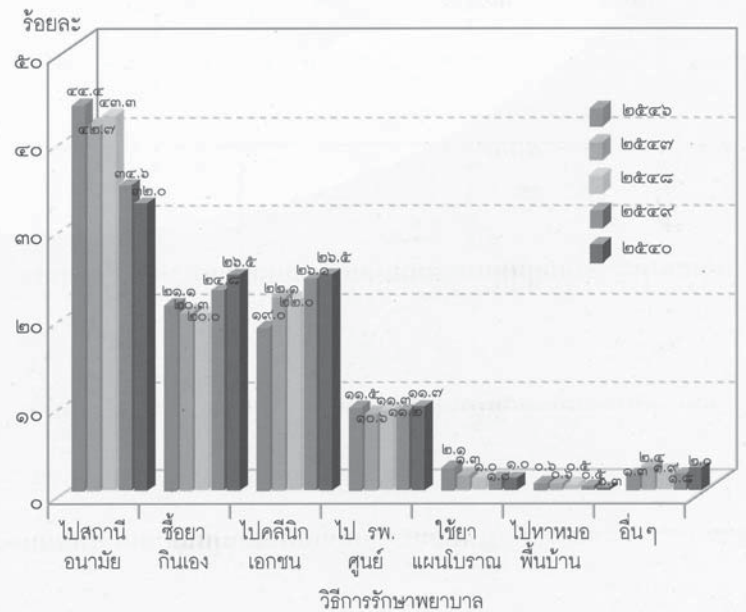


วิธีการรักษาพยาบาลเมื่อป่วยหรือรู้สึก ไม่สบาย

ในการสอบถามเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลสำหรับการป่วยครั้งสุดท้ายในระหว่าง ๑ เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ผู้ตอบสามารถตอบวิธีการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ได้มากกว่า ๑ คำตอบ เนื่องจากในการป่วยแต่ละครั้ง ผู้ป่วยอาจจะมีการรักษาพยาบาลหลายวิธี จากผลการศึกษาพบว่า ในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมาผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษาพยาบาลโดยการไปสถานีนอนามัย / ศูนย์สุขภาพชุมชนสูงสุด (ร้อยละ ๓๒.๐ ในปี ๒๕๕๐) รองลงมาคือ ซักยากินเอง (ร้อยละ ๒๖.๕ ในปี ๒๕๕๐) และการรักษาพยาบาลโดยไปคลินิก / ไปโรงพยาบาลเอกชน สำหรับการเข้ายาแผนโบราณ / ยาสมุนไพรเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ประชากรเลือกใช้โดยที่ในปี ๒๕๔๖ ใช้วิธีนี้ร้อยละ ๒.๑ ลดลงเหลือร้อยละ ๑.๓ ในปี ๒๕๔๗ และร้อยละ ๑.๐ ในปี ๒๕๔๘, ๒๕๔๙ และ ๒๕๕๐ ในการใช้วิธีการรักษาโดยไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ พบว่าในช่วง ๕ ปีนี้ไม่มี ความแตกต่างกันคือ อยู่ในช่วงร้อยละ ๐.๓-๐.๖



แผนภูมิ ๑ ร้อยละของประชากรจำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาลเมื่อป่วย / รู้สึกไม่สบาย พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐



แหล่งข้อมูล : สํารวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐ สํานักงานสถิติแห่งชาติ

การวิเคราะห์ลักษณะทางประชากรเศรษฐกิจและสังคม จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวกับแพทย์แผนไทย

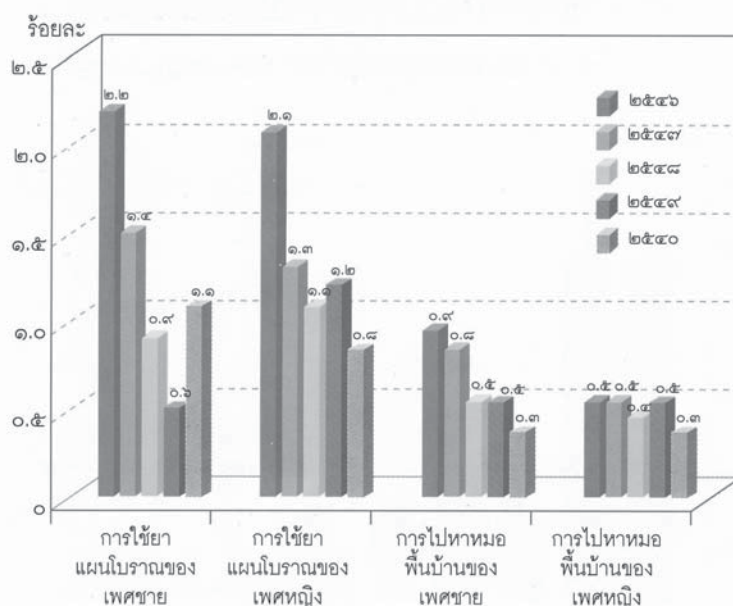
ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาถึงลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมของประชากรซึ่งได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างในการเลือกวิธีการรักษาพยาบาล ดังนี้



๑. ประชากรจำแนกตามเพศ

ผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเพศชายและหญิง เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในการเจ็บป่วย / รู้สึกไม่สบายโดยการใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร และการไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ พบว่ามีความแตกต่างกันเล็กน้อย (ชาย คิดเป็นร้อยละ ๑.๑ และหญิงร้อยละ ๐.๘ ในปี ๒๕๕๐)

แผนภูมิ ๒ ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร และการไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ จำแนกตามเพศ พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐



แหล่งข้อมูล : สํารวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐ สํานักงานสถิติแห่งชาติ



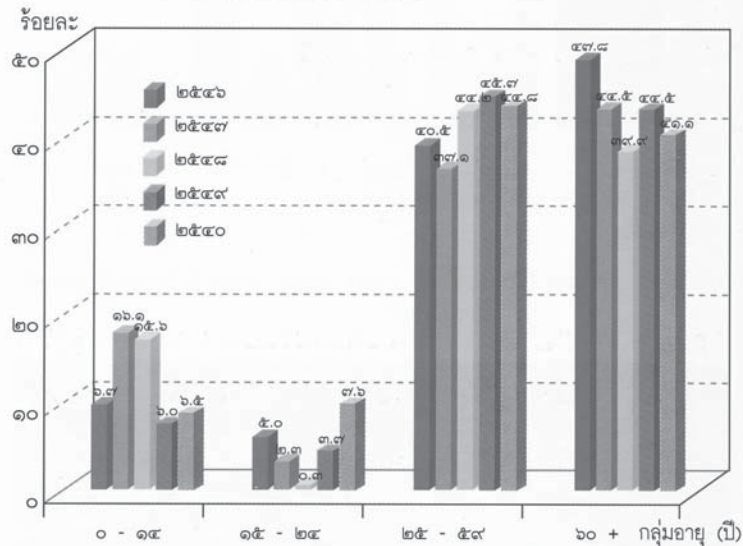
๒. โครงสร้างอายุของประชากร

สำหรับโครงสร้างอายุของประชากรได้แบ่งออกเป็น 4 ช่วงอายุด้วยกันคือ อายุ ๐-๑๔ ปี (วัยเด็ก) ๑๕-๒๔ ปี (วัยรุ่น) ๒๕-๕๙ ปี (วัยทำงาน) และ ๖๐ ปีขึ้นไป (วัยสูงอายุ) ได้ผลดังนี้

เมื่อพิจารณาตามวิธีการรักษาพยาบาลในแต่ละวัย จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาลพบว่าผู้ที่ใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพรมากที่สุดในช่วงปี ๒๕๔๖ และ ๒๕๔๗ คือ

แผนภูมิ ๓ ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร จำแนกตามโครงสร้างอายุ

พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐



แหล่งข้อมูล : สํารวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐ สํานักงานสถิติแห่งชาติ



ประชากรสูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ ๔๗.๘ และ ๔๔.๕ ของผู้ใช้วิธีการรักษาด้วยวิธีนี้ทั้งหมด รองลงมาคือ ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานอายุ ๒๕-๕๙ ปี แต่ในปี ๒๕๔๘ - ๒๕๕๐ กลับพบว่า ในจำนวนผู้ใช้วิธีการรักษาด้วยวิธีนี้ ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานกลับเป็นผู้ที่มีอัตราร้อยละของการใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพรมากกว่าผู้สูงอายุคือ ร้อยละ ๔๔.๒, ๔๕.๗ และ ๔๔.๘ ตามลำดับ

สำหรับผู้ที่รักษาโดยไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ มากที่สุดในปี ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐ คือกลุ่มผู้ที่อยู่ในวัยทำงานอายุ ๒๕-๕๙ ปี คิดเป็นร้อยละ ๔๕.๙, ๖๔.๘, ๕๖.๓, ๖๖.๗ และ ๖๒.๗ ตามลำดับ รองลงมา คือ กลุ่มผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๙, ๒๕.๔, ๒๑.๘, ๒๒.๘ และ ๒๙.๗ ตามลำดับ

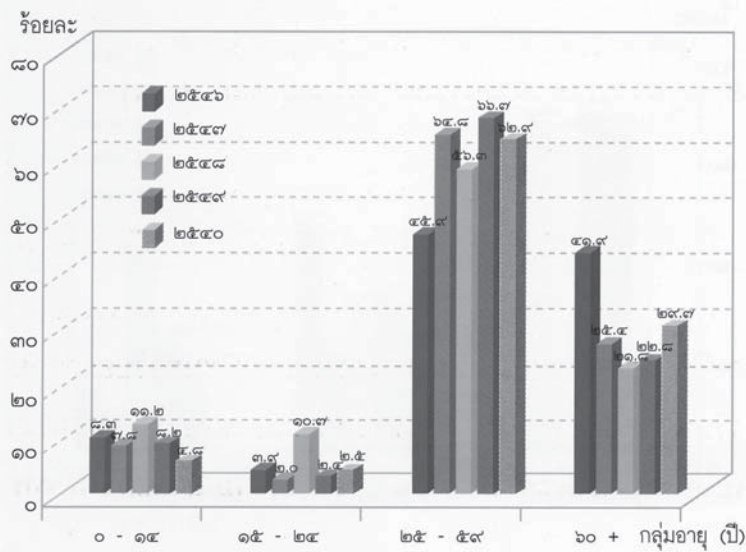
๓. การศึกษา

ผลการศึกษาวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรพบว่า ประชากรส่วนใหญ่ไม่ว่าจะสำเร็จการศึกษาระดับใดยังนิยมรักษาพยาบาลโดยไปสถานือนามัย / ศูนย์บริการสาธารณสุข / ศูนย์สุขภาพชุมชน /รพ.ชุมชน อาจเนื่องจากความสะดวก และตั้งอยู่ในชุมชนนั้น

เมื่อศึกษาถึงวิธีการรักษาพยาบาลโดยการใช้อยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร ในช่วงปี ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐ ของประชากร



แผนภูมิ ๔ ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยการไปหา หมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ จำแนกตาม โครงสร้างอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐

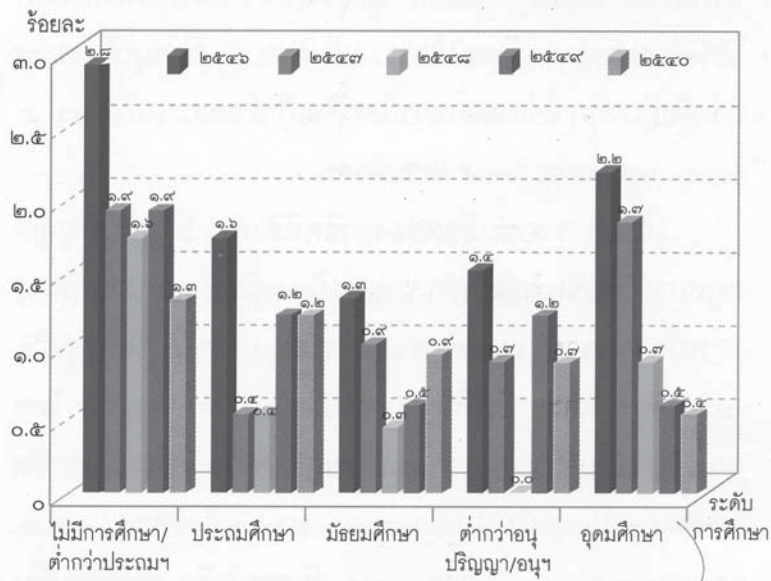


แหล่งข้อมูล : สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
ตามระดับการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างกัน ดังแสดงใน
แผนภูมิ ๕



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย

แผนภูมิ ๕ ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพรจำแนกตามระดับการศึกษาที่สำเร็จ พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐

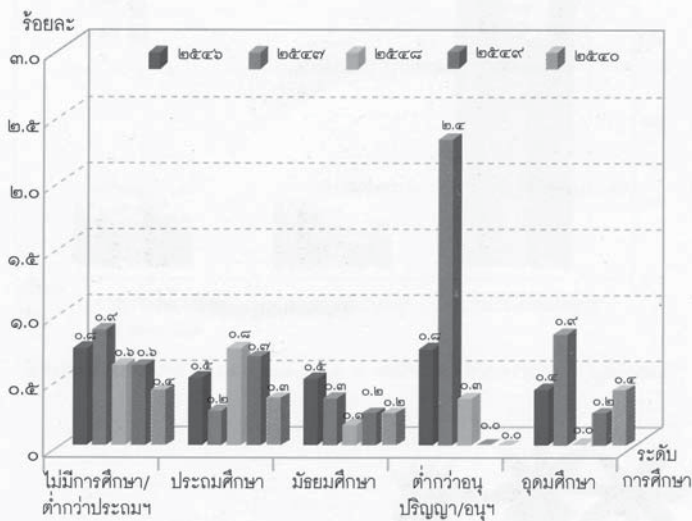


แหล่งข้อมูล : สํารวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐ สํานักงานสถิติแห่งชาติ

สําหรับการใช้วิธีการรักษาพยาบาลโดยการไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณในแต่ละระดับการศึกษาที่สำเร็จ จะไม่แตกต่างกันมากนักทั้งในปี ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐ โดยรวมแล้วทุกระดับการศึกษาจะมีผู้ใช้วิธีนี้รักษาพยาบาล ประมาณ เกือบร้อยละ ๑๐



แผนภูมิ ๖ ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยการไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ จำแนกตามระดับการศึกษาที่สำเร็จ พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐



แหล่งข้อมูล : สํารวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐ สํานักงานสถิติแห่งชาติ

๔. อาชีพ

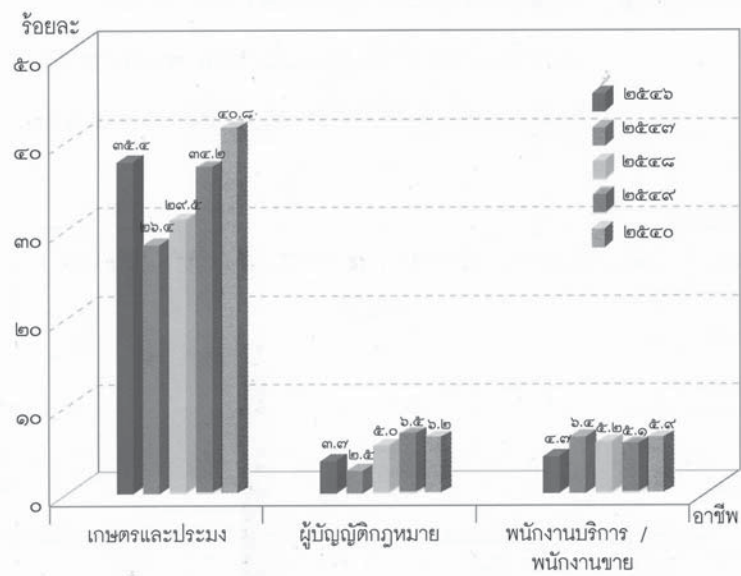
ในการศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งการทำงานออกเป็น ๒ หมวดใหญ่ๆ คือภาคเกษตรกรรม และนอกภาคเกษตรกรรม พบว่าในปี ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐ ผู้ที่อยู่ในภาคเกษตรกรรมเป็นผู้ที่ใช้วิธีรักษาพยาบาลโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพรมากกว่าผู้นอกภาคเกษตรกรรมโดยคิดเป็นร้อยละ ๖๒.๗, ๕๖.๕, ๖๘.๙, ๖๒.๐ และ ๖๔.๕ ตามลำดับ



เมื่อแยกรายละเอียดของอาชีพที่สำคัญ ได้แก่ ผู้บัญญัติกฎหมาย วิชาชีพด้านต่างๆ ช่างเทคนิค เสมียน พนักงานบริการ / พนักงานขาย เกษตรกรและประมง ด้านฝีมือและธุรกิจ เครื่องจักร และอาชีพพื้นฐาน พบว่าผู้ที่รักษาพยาบาล โดยการใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพรสูงสุดเป็นผู้ประกอบอาชีพ เกษตรและประมงในช่วงปี ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐ คือร้อยละ ๓๕.๔, ๒๖.๔, ๒๙.๕, ๓๔.๒ และ ๔๐.๘ รองลงมาคือ อาชีพขั้นพื้นฐาน (ร้อยละ ๗.๑, ๘.๘ และ ๙.๐ ในปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๙ และ ๒๕๕๐) ส่วนอาชีพที่รักษาด้วยวิธีนี้รองลงมาในปี ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ คือ งานด้านฝีมือและธุรกิจ (ร้อยละ ๖.๕) และพนักงานบริการ (ร้อยละ ๕.๒) ตามลำดับ



แผนภูมิ ๗ ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพรจำแนกตามการประกอบอาชีพ ๓ ลำดับสูงสุด พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐

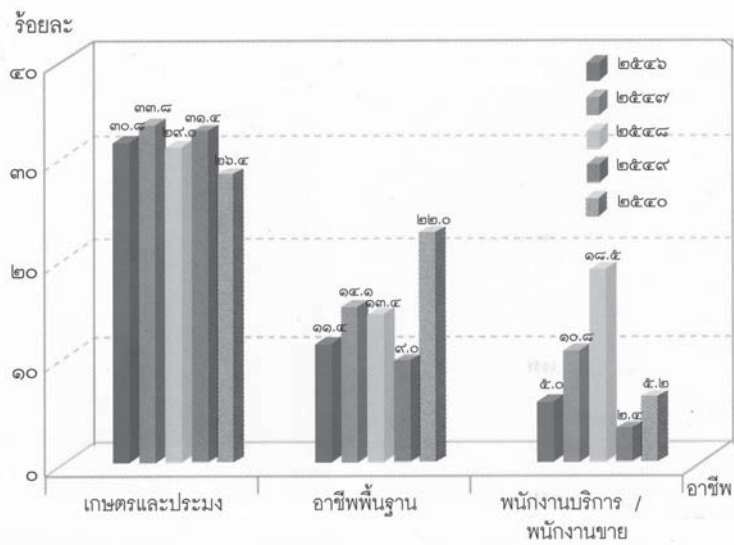


แหล่งข้อมูล : สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำหรับการไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ พบว่าผู้ประกอบอาชีพเกษตรและประมงในปี ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐ คือร้อยละ ๓๐.๘, ๓๓.๘, ๒๙.๐, ๓๑.๔ และ ๒๖.๔ ตามลำดับ รองลงมาคือ ผู้ประกอบอาชีพขั้นพื้นฐาน คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๙ ในปี ๒๕๔๖ และร้อยละ ๒๒.๐ ในปี ๒๕๕๐



แผนภูมิ ๘ ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยการไปหา
หมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณจำแนกตามการ
ประกอบอาชีพ ๓ ลำดับสูงสุด พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐



แหล่งข้อมูล : สํารวจอนามัยและสถิติการ พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐ สํานักงานสถิติแห่งชาติ

การวิเคราะห์วิธีการรักษาพยาบาลตามกลุ่มโรคที่สำคัญ

จากการศึกษาถึงกลุ่มโรคต่างๆ ที่สำคัญนั้นพบว่า มีกลุ่มโรคที่มีการเจ็บป่วยและได้รับการรักษาพยาบาลมากที่สุด แบ่งได้เป็น ๖ กลุ่มโรคที่สำคัญๆ คือ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อ และโรคติดเชื้อ



● วิธีการรักษาพยาบาลตามกลุ่มโรค

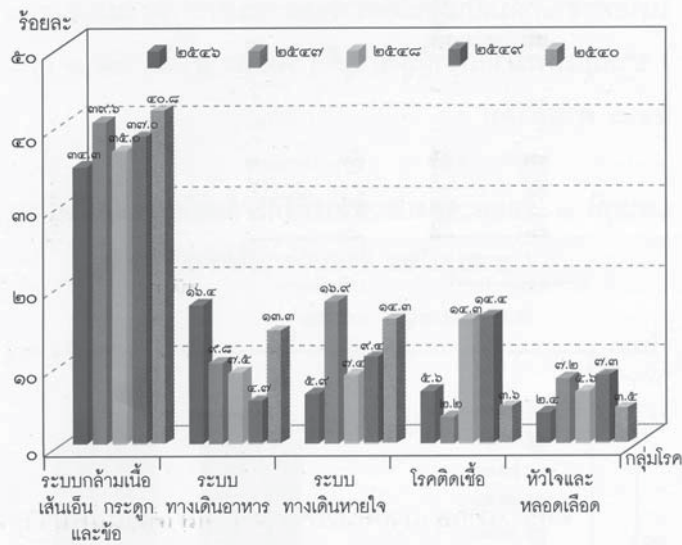
การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ศึกษาถึงวิธีการรักษาพยาบาลตามกลุ่มโรคที่สำคัญ โดยพิจารณาวิธีการรักษาด้วยการใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร และไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ ก่อนที่นำเสนอในรายละเอียดของวิธีการรักษาโดยวิธีดังกล่าว ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า โดยภาพรวมแล้วกลุ่มโรคที่มีการรักษาพยาบาลมากที่สุดทั้งในปี ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐ ได้แก่ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ รองลงมาคือ ระบบทางเดินหายใจ ลำดับที่สามคือ โรคระบบทางเดินอาหาร ลำดับที่สี่ คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด

● การรักษาพยาบาลโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร

เมื่อพิจารณาวิธีการรักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพรตามกลุ่มโรคในช่วงปี ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐ พบว่าผู้ที่เป็นโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ ร้อยละ ๔๐.๘, ๓๗.๐, ๓๕.๐, ๓๙.๖ และ ๓๔.๓ นิยมใช้วิธีการรักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพรมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่เป็นโรคอื่นๆ รองลงมาคือ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ และโรคระบบทางเดินอาหาร



แผนภูมิ ๙ ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพรจำแนกตาม ๕ ลำดับแรกของกลุ่มโรค พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐



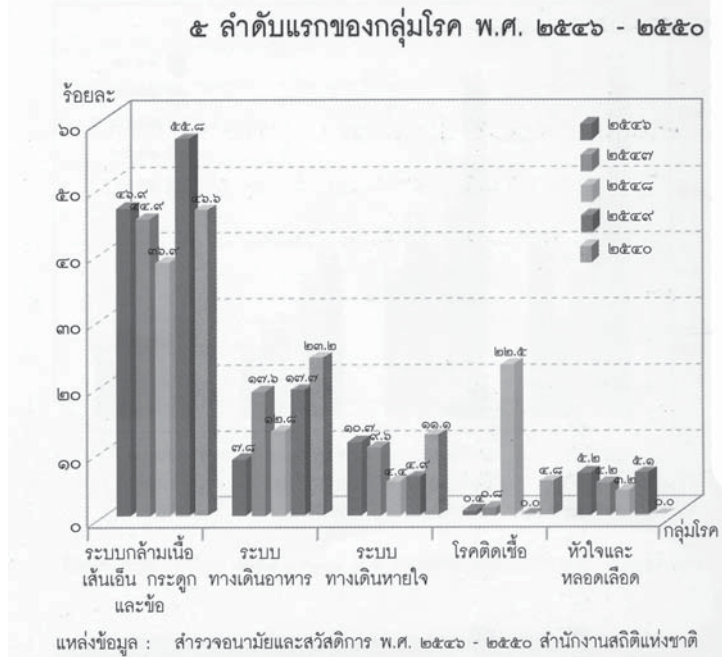
แหล่งข้อมูล : สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

- การรักษาโดยวิธีการไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ
การรักษาด้วยวิธีนี้เป็นที่นิยมมากที่สุดคือ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ ซึ่งมีมากถึงร้อยละ ๔๖.๙, ๔๕.๙, ๓๖.๙, ๕๕.๘ และ ๔๖.๖ ในปี ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่เป็นโรคอื่นๆ ทั้งหมด ลำดับรองลงมาคือ โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ ๑๐.๗ และ ๑๐.๗ และลำดับที่สามคือ โรคระบบทางเดินหายใจ



(สำหรับปี ๒๕๔๖ และ ๒๕๔๗) สำหรับลำดับรองลงมาของปี ๒๕๔๘ คือ โรคติดเชื้อ ร้อยละ ๒๒.๕ และลำดับที่สามคือ โรคระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ ๑๒.๘) สำหรับในปี ๒๕๔๙ และปี ๒๕๕๐ ลำดับรองลงมาคือ โรคระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ ๑๗.๗ และ ๒๓.๒ ตามลำดับ) ส่วนลำดับที่สาม คือ โรคระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ ๕.๑ ในปี ๒๕๔๙ และโรคหัวใจหลอดเลือดสำหรับปี ๒๕๕๐

แผนภูมิ ๑๐ ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยการไปหา หมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณจำแนกตาม ๕ ลำดับแรกของกลุ่มโรค พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๕๐



ข้อเสนอแนะและแนวทางในการพัฒนาระบบข้อมูล

ในการพัฒนาระบบข้อมูลมีประเด็นที่ต้องการนำเสนอ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยที่ครบถ้วน ถูกต้อง สำหรับนำไปใช้กำหนดนโยบายการวางแผนพัฒนางานการแพทย์แผนไทยดังนี้

๑. ระเบียบวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คำนิยาม ขอบข่าย การเก็บข้อมูล ฯลฯ ต้องได้มาตรฐานและเป็นรูปแบบเดียวกัน
๒. การศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยต้องคำนึงถึงนิยามที่นำมาใช้ในการสำรวจ / เก็บรวบรวมข้อมูล เพราะจะมีผลต่อข้อมูลที่ได้เป็นอย่างมาก
๓. ควรศึกษาเพื่อติดตามสถานการณ์ / แนวโน้มอย่างต่อเนื่องรวมทั้งศึกษารายละเอียดในระดับพื้นที่ย่อย เช่น เขตเมือง / เขตชนบท และระดับจังหวัด เพื่อที่จะใช้วางแผนได้ครอบคลุมทุกพื้นที่
๔. ควรมีการสำรวจเฉพาะในด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อให้ได้ความชัดเจนและรายละเอียดของข้อมูลเพิ่มขึ้น



๕. ควรมีการพัฒนาข้อมูล และศึกษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบถึงแนวโน้มและรายละเอียดของข้อมูล และควรนำมาจัดทำฐานข้อมูล (Database) เพื่อสะดวกในการสืบค้น
๖. พัฒนาการจัดทำตัวชี้วัดด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการติดตาม และประเมินผลในเรื่องต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๗. ควรมีการประสานงานและร่วมมือกับหน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ในด้านต่างๆ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทย





สถานการณ์การใช้ การแพทย์ทางเลือก ในการดูแลสุขภาพของคนไทย*

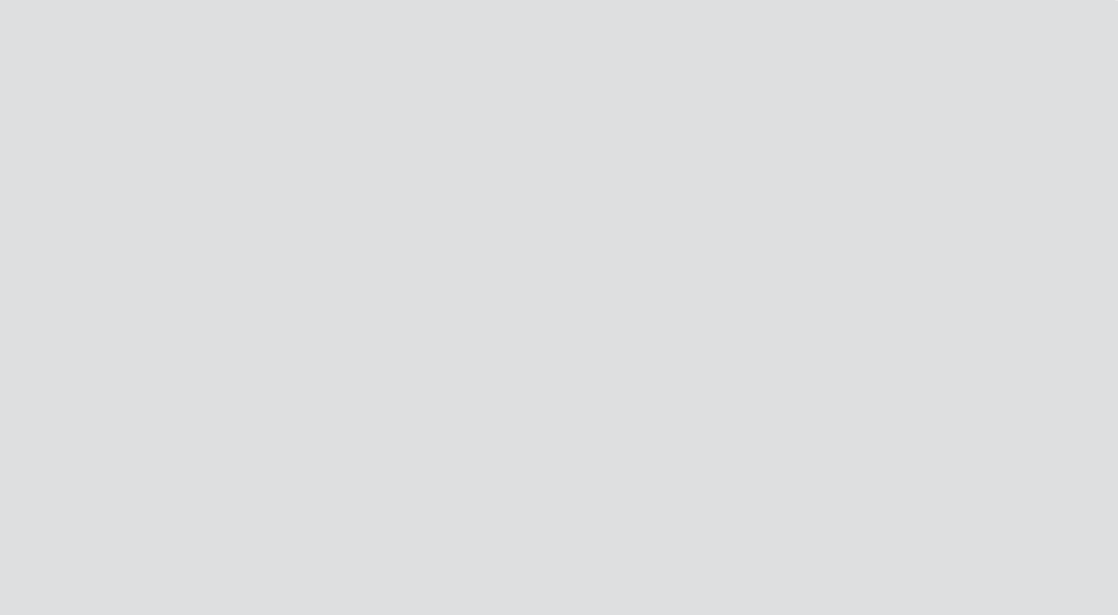
* ถ่ายสำเนาจาก เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เซอร์เรอร์ และคณะ, "สถานการณ์การใช้แพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพของคนไทย". สถานการณ์การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑-มกราคม ๒๕๕๒, หน้า ๑-๘.



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย



๑๘๙



ปรากฏการณ์การแพทย์ทางเลือกสะท้อนถึงความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพ หรือพหุลักษณะทางการแพทย์ (pluralistic medical systems) ที่ดำรงอยู่ในทุกสังคม ที่ชี้ว่าไม่มีการแพทย์ระบบใดระบบหนึ่งตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชน ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของประชาชน ยิ่งไปกว่านั้น ยังแสดงให้เห็นผลลัพธ์ของการจัดการสาธารณสุขภายใต้ระบบการแพทย์แผนตะวันตกมีข้อจำกัด ห่างไกลจากความต้องการ และตอบสนองต่อปัญหาการเจ็บป่วยของประชาชนน้อยลงทุกที รวมทั้ง ยังสะท้อนถึงนิยามสุขภาพเชิงวัฒนธรรม และอำนาจในการดูแลและจัดการกับสุขภาพของภาคประชาชน ซึ่งประชาชนเป็นผู้นิยาม เป็นผู้ใช้อำนาจในการตัดสินใจ บนฐานของการใช้ความรู้ด้านสุขภาพที่มีอยู่

ความนิยม การแพร่หลายของการแพทย์ทางเลือกทั้งในภาคผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการในปัจจุบัน เหตุเพราะความตื่นตัวด้านสุขภาพ การเคลื่อนไหวของกระแสผู้บริโภค และแบบแผน การเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลง ไปจนการแพทย์ระบบใดระบบหนึ่งไม่สามารถให้คำตอบที่น่าพึงพอใจ ในขณะเดียวกัน ระบบการแพทย์ดั้งเดิมก็ยังคงดำรงอยู่ และมีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เพราะเป็นวิถีทางวัฒนธรรมที่สอดคล้องกับวิถีคิด และปฏิบัติของประชาชน ความนิยมของการแพทย์ทางเลือกถือเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่ไม่อาจปฏิเสธเพราะส่งผลต่อระบบสุขภาพ ทำให้ประชาชนตื่นตัวเข้ามามีส่วนในการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเองมากขึ้น มีทางเลือกที่หลากหลาย และมีการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน ด้านผู้ให้บริการเกิดการแข่งขัน มีการขยายระบบการตลาดเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย แบบแผนการใช้การแพทย์ทางเลือกของประชาชนเกิดขึ้นตามธรรมชาติ และเป็นไปอย่างกว้างขวาง ดังกล่าว จำเป็นต้องมีความเข้าใจความคิด และประสบการณ์ ของ



ผู้ให้บริการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งแนวคิดต่อผลลัพธ์ ผลกระทบต่อสุขภาพและระบบสุขภาพจากมุมมองของประชาชนในฐานะผู้ใช้ ทั้งนี้ฐานข้อมูลที่จะเข้าใจแบบแผนการใช้การแพทย์ทางเลือกเพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาและคุ้มครองผู้บริโภคยังขาดแคลน จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพื่อทราบแบบแผนการใช้ วิธีคิด และผลกระทบของการใช้บริการดังกล่าว อันจะนำไปสู่การนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายการดำเนินงานด้านการแพทย์ทางเลือกและการเป็นข้อมูลในการวางแผนคุ้มครองผู้บริโภคต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้การแพทย์ทางเลือกของประชาชนไทยในปัจจุบัน โดยเน้นที่การศึกษาแนวคิด ประสบการณ์ ความแพร่หลาย พฤติกรรมการใช้ และปัจจัยกำหนดการใช้
๒. เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายต่อการพัฒนาการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย

วิธีการวิจัย

วิธีการศึกษาใช้การศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพควบคู่กัน การศึกษาเชิงปริมาณ เป็นการสำรวจ ในพื้นที่จังหวัด ๘ จังหวัด รวม ๔ ภาคๆละ ๒ จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพฯ เพชรบุรี เชียงราย พิษณุโลก นครราชสีมา ขอนแก่น นครศรีธรรมราช และสงขลา การคัดเลือกจังหวัด และตัวอย่างที่ศึกษา เป็นการสุ่มสำรวจ อย่างง่าย เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างจาก ทั้งในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล โดยกรุงเทพมหานคร กำหนดสุ่มในพื้นที่เขตชั้นใน ชั้นกลางและ ชั้นนอก การศึกษาครั้งนี้ ได้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษารวม ๑,๐๙๙ ราย





การศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๔๐ ราย เป็นผู้ใช้บริการการแพทย์ทางเลือก จำนวน ๓๕ ราย และผู้ให้บริการการแพทย์ทางเลือก อีก ๕ ราย ทั้งนี้ได้ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงหลายวิธีประกอบกัน เพื่อให้ได้ความหลากหลายของกลุ่มเป้าหมายทั้งคุณลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจและประสบการณ์การใช้การแพทย์ทางเลือกต่าง ๆ

เครื่องมือในการศึกษาวิจัย

แบบสำรวจกับประชาชน ใช้แบบสำรวจอย่างมีโครงสร้างที่ได้พัฒนาขึ้น โดยแบ่งออกเป็น ๕ ส่วนสำคัญคือ

๑.๑ คุณลักษณะของผู้ใช้การแพทย์ทางเลือกอันได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ถิ่นที่อยู่อาศัย ปัญหาสุขภาพ สิทธิด้านประกันสุขภาพ

๑.๒ พฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก โดยสำรวจ ๓๘ วิธีการของแพทย์ทางเลือก ถึงการรู้จัก การใช้ที่ผ่านมา และการใช้ในระยะเวลา ๑๒ เดือนที่ผ่านมา รวมทั้งสมาชิกในครอบครัว และค่าใช้จ่ายที่ใช้

๑.๓ การวัดระดับความพึงพอใจ เหตุผลการใช้ และไม่ใช้บริการการแพทย์ทางเลือก ระดับของการได้ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกจากแหล่งต่างๆ โดยให้มีการวัดเป็นค่าสเกล (scale) จากมากที่สุด ไป น้อยที่สุด รวม ๕ สเกล คือ

- ข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความพึงพอใจในการใช้บริการการแพทย์ทางเลือก มี ๗ คำถาม โดยจากการทดสอบค่าความเที่ยง (reliability) ได้ค่า Cronbach's Alpha=.๙๑
- ข้อคำถามเกี่ยวกับเหตุผลที่ใช้บริการการแพทย์ทางเลือก มี ๑๒ คำถาม โดยจากการทดสอบค่าความเที่ยง ได้ค่า Cronbach's Alpha=.๙๗



- ข้อคำถามเกี่ยวกับเหตุผลที่ไม่ใช้บริการการแพทย์ทางเลือก มี ๘ คำถาม โดยจากการทดสอบค่าความเที่ยง ได้ค่า Cronbach's Alpha=.๙๑
- ข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความรู้ที่ได้จากแหล่งต่างๆ เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก มี ๑๐ คำถาม โดยจากการทดสอบค่าความเที่ยง ได้ค่า Cronbach's Alpha=.๘๖

๑.๔ แบบแผนการใช้การแพทย์ทางเลือก โดยวัดเป็นค่าสเกล จากทุกครั้ง ไปจนถึง ไม่เคย ทั้งหมด ๔ สเกล มีคำถามทั้งหมด ๖ คำถาม และจากการทดสอบค่าความเที่ยง มีค่า Cronbach's Alpha=.๙๐

๑.๕ การเข้าร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่ม ชมรม สุขภาพ โดยวัดเพียง ๒ ค่า คือ เข้าร่วม และไม่เข้าร่วม และความถี่ของการเข้าร่วม

๒. การสัมภาษณ์แบบลึกกับประชาชนผู้รับบริการ มุ่งเพื่อทราบ ประสิทธิภาพการใช้การแพทย์ทางเลือกของประชาชนทั้งวิธีคิด ประสิทธิภาพ ปัญหาและการจัดการปัญหา โดยใช้แนวคำถามที่ได้พัฒนาขึ้น

๓. การสัมภาษณ์แบบลึกกับผู้ให้บริการการแพทย์ทางเลือก มุ่งเพื่อทราบวิธีคิดของการให้บริการการแพทย์ทางเลือก และข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาในระบบบริการสาธารณสุข

การวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์เชิงปริมาณ ใช้ SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติ ทั้งในการพรรณนา การทดสอบค่า ไคแสดควร์ม, one way ANOVA เพื่อดูความสัมพันธ์ของตัวแปร และการวิเคราะห์สถิติ ด้วย, multiple logistic regression เพื่อที่จะค้นหาตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก



การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ตอบคำถามการวิจัยในด้านประสบการณ์การใช้ การให้ความหมาย เหตุผลต่อการตัดสินใจในการใช้การแพทย์ทางเลือก รวมทั้งปัญหาอุปสรรคจากประสบการณ์การใช้ โดยการนำเสนอข้อมูล จะเน้นการเล่าเรื่อง (narrative) การวิเคราะห์จากเรื่องที่เล่าสู่การได้ประเด็นข้อค้นพบที่ได้จากผู้ให้สัมภาษณ์

ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลจากการสำรวจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือพบร้อยละ ๖๐.๒ และ ร้อยละ ๓๙.๐ ตามลำดับ โดยตัวอย่างส่วนใหญ่คือร้อยละ ๖๖.๓ อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (มากกว่า ๒๕ ปีเป็นต้นไป) และมีสถานภาพเป็นหัวหน้าครัวเรือนและคู่สมรสเป็นส่วนใหญ่ ระดับการศึกษาของตัวอย่างครั้งนี้ อยู่ในเกณฑ์ดี คือร้อยละ ๕๕.๓ มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีและสูงกว่า ส่วนอาชีพของผู้ถูกศึกษาครั้งนี้ร้อยละ ๒๕.๔ ทำงานเป็นพนักงาน ร้อยละ ๒๐.๕ รับราชการ อีกร้อยละ ๒๑.๓ อาชีพรับจ้าง และเกษตรกร ร้อยละ ๑๒.๘ ค้าขาย หรือประกอบอาชีพส่วนตัว ที่เหลือเกษียณอายุ หรือไม่ได้ทำงาน



ตาราง ๑ ลักษณะทางประชากรและสังคมของตัวอย่าง
จากการสำรวจ ๑,๐๙๙ ราย

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	
๑. เพศ	ชาย	๔๒๙	๓๙.๐
	หญิง	๖๖๒	๖๐.๒
	ไม่ระบุ	๘	๐.๗
๒. อายุ	น้อยกว่า ๒๖ ปี	๓๗๐	๓๓.๗
	๒๖-๓๕ ปี	๓๕๖	๓๒.๔
	๓๖-๔๕ ปี	๒๑๒	๑๙.๓
	๔๖-๕๙ ปี	๑๒๕	๑๑.๔
	มากกว่า ๖๐ ปี	๓๔	๓.๑
	ไม่ระบุ	๒	๐.๒
	๓. สถานภาพ ในครัวเรือน	หัวหน้าครอบครัว	๒๓๘
คู่สมรส		๑๗๖	๑๖.๐
บุตร		๕๒๖	๔๗.๙
บิดา/มารดา		๔๓	๓.๙
พี่น้อง/ญาติและอื่นๆ		๑๑๑	๑๐.๑
ไม่ระบุ		๕	๐.๕
๔. การศึกษา	ไม่ได้เรียน	๙	๐.๘
	ประถมศึกษา	๑๐๔	๙.๕
	มัธยมศึกษา	๒๗๗	๒๕.๒
	ปวช./ปวส.	๙๘	๙.๙
	ปริญญาตรี	๕๕๖	๕๐.๖
	สูงกว่าปริญญาตรี	๕๒	๔.๗
๕. อาชีพ	ไม่ได้ทำงาน/เกษียณอายุ	๑๙๗	๑๗.๙
	รับจ้างแรงงาน	๑๗๙	๑๖.๓



ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เกษตรกร	๕๕	๕.๐
รับราชการ	๒๒๕	๒๐.๕
พนักงานบริษัท/รัฐวิสาหกิจ	๒๗๙	๒๕.๔
ธุรกิจส่วนตัว	๑๔๑	๑๒.๘
อื่นๆ	๑๕	๑.๔
ไม่ระบุ	๘	๐.๗
๖. สถานภาพสมรส		
โสด	๖๐๔	๕๕.๐
คู่	๔๒๕	๓๘.๗
หม้าย	๒๙	๒.๖
หย่า แยก	๑๗	๑.๕
ไม่ระบุ	๒๔	๒.๒
๗. รายได้		
น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท	๔๙๓	๔๔.๙
๑๐,๐๐๑-๒๐,๐๐๐ บาท	๓๔๒	๓๑.๑
๒๐,๐๐๑- ๓๐,๐๐๐ บาท	๑๓๒	๑๒.๐
๓๐,๐๐๑-๕๐,๐๐๐ บาท	๓๗	๓.๔
มากกว่า ๕๐,๐๐๐ บาท	๒๒	๒.๐
ไม่ระบุ	๗๓	๖.๖

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ มีจำนวน ๔๐ ราย เป็นผู้ใช้บริการการแพทย์ทางเลือก ๓๕ คน และ อีก ๕ คนเป็นผู้ให้บริการและใช้บริการการแพทย์ทางเลือกควบคู่กันด้วย โดย ๒๒ รายเป็นผู้หญิง อีก ๑๘ รายเป็นเพศชาย โดย ๑๓ รายอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป อีก ๒๑ รายอายุมากกว่า ๔๐ ปีจนถึง ๕๙ ปี และที่เหลือ ๗ รายมีอายุต่ำกว่า ๓๙ ปีจนถึง ๒๓ ปี ครึ่งหนึ่งมีการศึกษาชั้นสูงสุดในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า และอีกครึ่งหนึ่งมีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี คือ ปวส. ปวช. มัธยมและ ประถมศึกษา กรณีกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเชิงลึก จะมีประสบการณ์การใช้การ

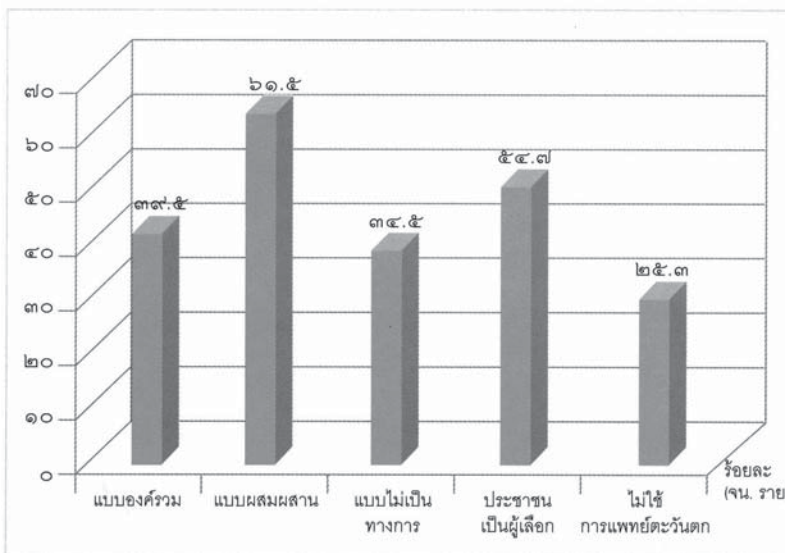


แพทย์ทางเลือกในหลายมิติ ทั้ง ไทเก๊ก ผิงเซิม พลังจักรวาล ชีวจิต อาหาร สุขภาพ การปรับวิถีชีวิต ฤกษ์ตัดตน ความสัมพันธ์กาย-จิต การรำไม้พลอง

ความหมายของการแพทย์ทางเลือกในมุมมองของประชาชน

จากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อความหมายของการแพทย์ทางเลือก พบว่าส่วนใหญ่ประชาชนร้อยละ ๖๑.๕ ให้ความหมายว่าเป็นการแพทย์แบบผสมผสาน รองลงมาเป็นที่น่าสนใจมากคือ ประชาชนให้ความหมายว่าเป็นการแพทย์ที่ประชาชน เป็นผู้ตัดสินใจเลือก คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๗ และร้อยละ ๓๙.๕ ให้ความหมายว่าเป็นการแพทย์แบบองค์รวม อีก ร้อยละ ๓๔.๕ และร้อยละ ๒๕.๓ บอกว่าเป็นการแพทย์นอกแบบแผน ไม่เป็นทางการ และ เป็นการแพทย์ที่ไม่ใช่แผนตะวันตกตามลำดับ

แผนภูมิ ๑ ความหมายของการแพทย์ทางเลือกในมุมมองของประชาชน





ทั้งนี้ในข้อมูลเชิงคุณภาพ จากตัวอย่างที่ศึกษาเชิงลึก ให้ความหมายของการแพทย์ทางเลือกที่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน คือการรักษาที่ใช้วิธีการหลายอย่างประกอบกัน การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมคือการดูแลทั้งกาย ใจ และจิตวิญญาณ การดูแลสุขภาพที่ตนเป็นผู้ตัดสินใจเลือกมีอำนาจในการดูแลตนเอง ตัดสินใจเอง การรักษาที่ไม่ใช่การแพทย์ตะวันตก และการรักษาที่ไม่ใช่การแพทย์กระแสหลักหรือการมีลักษณะรอง โดยประเด็นที่ได้เพิ่มเติมจากการศึกษาเชิงคุณภาพคือ การดูแลที่เน้นหลักการธรรมชาติ อยู่กับธรรมชาติ โดยมีรายละเอียดของการอธิบายความหมายต่างๆ ดังนี้

“แนวคิดหลักของเขายู่ที่การเข้าถึงธรรมชาติ การอยู่กับธรรมชาติไม่ฝืน เข้าใจมัน เป็นการประพัตินสอดคล้องกับธรรมชาติ พลังธรรมชาติ เป็นการแพทย์เชิงป้องกันและบำบัดรักษาไปในตัว และเขาไม่ได้มีแค่การบำบัดรักษาอย่างเดียว เขายังสอนความดี สอนให้รักผู้อื่นมากกว่าตนเอง ให้คิดถึงคนอื่นก่อนตนเอง ถ่อมตน เสียสละ อย่าทำตัวเยอหยิ่ง พร้อมให้อภัยคือถ้าเราทำอย่างที่ท่านสอนเราก็ไม่เครียดไม่วิตกกังวล ไม่เกิดโรคมัย” (หญิง อายุ ๖๒ ปี เต้าเต๋อชิง)

“สุขภาพแบบองค์รวมคือการดูแลทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับลดช่องว่างระหว่างกันให้ได้มากที่สุด คือสิ่งเหล่านี้สัมพันธ์กับการแพทย์ทางเลือก โดยเฉพาะเรื่องปฏิสัมพันธ์ในกระบวนการรักษาการมีเวลาที่จะให้พูดคุยกันระหว่างผู้รับบริการกับผู้รักษาเป็นสิ่งสำคัญ ผู้รับบริการมีอำนาจในการต่อรองได้” (หญิง อายุ ๔๖ ปี ปริญญาเอก)

“เราไม่ได้มองโรคเฉพาะจุดคือโรคมันเกิดจากความผิดปกติมากมายจุดเวลาอาจารย์รักษาอาจารย์ก็จะรักษาแบบองค์รวมคือ ดูทุกส่วน ทุกจุดจักระตามร่างกาย เราจะรักษาแบบคลุมเพื่อให้ร่างกายทำงานได้อย่างสมดุล ให้



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไท

๑๙๙





ครบวงจร” (ชาย อายุ ๕๙ ปี พลังกายทิพย์)

“ผมเคยได้ยินมาเหมือนกันเรื่องการแพทย์ทางเลือก มันอาจเหมือนการดูแลตัวเองโดยตัวเราเองให้ห่างไกลจากโรคแบบหนึ่ง คือเราทำให้ร่างกายเราแข็งแรงก่อน ถ้าเราเจ็บป่วยจึงค่อยไปหาการแพทย์ทางเลือก มันเหมือนการแพทย์แบบง่ายๆ ที่เราเข้าใจได้ไม่ซับซ้อน (ชาย ๖๑ ปี ป. ๔)

“การแพทย์ทางเลือก สำหรับผมคือถ้ามันเป็นทางเลือกมันก็ต้องดูดีกว่าทางหลัก คล้ายกับว่าศักดิ์ศรีจะดีกว่า หรือมันอาจจะใหม่อยู่เพิ่งเริ่มเปิดตัวอะไรอย่างนี้ ซึ่งถ้าเริ่มเปิดตัวถ้ามันติดตลาดสุดท้ายมันก็ควรจะเป็นระบบสองระบบที่มีศักดิ์ศรีเท่ากัน.... (ชาย อายุ ๒๓ ปี นักศึกษา)

กล่าวโดยสรุป ความหมายของประชาชนต่อการแพทย์ทางเลือก มีความแตกต่างจากแนวคิดที่เป็นทางการที่ว่าด้วยการจัดกลุ่มเทคนิค วิธีการศาสตร์ที่ไม่ใช่การแพทย์แผนตะวันตกเท่านั้น หรือไปไกลจนถึงว่าเป็นระบบการแพทย์ที่ไม่ใช่กระแสหลัก แต่ชาวบ้านให้ความหมายที่หลากหลาย ทั้งการมองกระบวนการรักษาที่ใช้การรักษาแบบผสมผสาน บูรณาการ เป็นดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้ง กาย ใจ จิตวิญญาณ หรือการจัดระบบความสัมพันธ์ที่สมดุล ทั้งตัวเอง สิ่งแวดล้อมและสังคม ไปจนกระทั่งถึงการมองเรื่องอำนาจการตัดสินใจ ในการเลือก การมีทางเลือกของประชาชนในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

พฤติกรรมการใช้สุขภาพทางเลือก

พบว่า การใช้สมุนไพร การนวด และการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างรู้จักหรือเคยได้ยิน มากกว่าร้อยละ ๗๐ รองลงมาเป็นการควบคุมอาหาร โยคะ และมังสะวิรัต การบริโภคผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ เช่น ข้าวกล้อง ออแกนิก และสมาธิ เป็นวิธีการการแพทย์ทางเลือกที่



ประชาชนรู้จักในจำนวนที่สูงที่สุดคือกว่าร้อยละ ๖๐ ส่วนการบำบัดด้วยน้ำผักผลไม้ การฝังเข็ม การกดจุด กว่าร้อยละ ๕๐ เป็นลำดับสาม ทั้งนี้เป็นที่น่าสังเกตว่าการบำบัดด้วยน้ำหอม การผ่อนคลายการใช้ศิลปะ และการบำบัดด้วยวิตามิน พบว่าประชาชนรู้จักในจำนวนที่ไม่น้อยด้วยคือกว่าร้อยละ ๔๐ (ตาราง ๒)

ตาราง ๒ พฤติกรรมสุขภาพทางเลือกจากกลุ่มตัวอย่าง ๑,๐๙๙ ราย

สุขภาพทางเลือก	รู้จัก หรือเคยได้ยิน ร้อยละ (จน.ราย)	เคยใช้ ร้อยละ (จน.ราย)	คุณใช้ด้วยตนเอง ภายใน ๑๒ เดือน ที่ผ่านมา ร้อยละ (จน.ราย)
๑. การใช้สมุนไพร	๘๐.๒(๘๘๑)	๕๓.๙(๕๙๒)	๓๗.๕(๔๑๕)
๒. การนวด	๗๓.๔(๘๐๗)	๔๓.๒(๔๗๕)	๓๒.๕(๓๕๗)
๓. การออกกำลังกาย	๘๕.๔(๙๓๙)	๖๕.๖(๗๒๑)	๕๑.๗(๕๖๘)
๔. การปรับวิถีการดำเนินชีวิต	๕๐.๓(๕๕๒)	๓๐.๐(๓๓๐)	๒๓.๐(๒๕๓)
๕. การบำบัดด้วยวิตามิน	๔๑.๐(๔๕๑)	๑๖.๐(๑๗๖)	๑๒.๒(๑๓๔)
๖. การบำบัดด้วยน้ำผักผลไม้	๕๖.๑(๖๑๗)	๒๗.๒(๒๙๙)	๒๐.๗(๒๒๘)
๗. การควบคุมอาหาร	๖๙.๖(๗๖๕)	๓๘.๖(๔๒๔)	๒๘.๘(๓๑๖)
๘. การฝังเข็ม	๕๔.๐(๕๙๓)	๕.๐(๕๕)	๔.๕(๕๐)
๙. การกดจุด	๔๙.๑(๕๓๐)	๗.๐(๗๗)	๔.๘(๕๓)
๑๐. จับชีพจร (แมะ)	๔๔.๑(๔๘๕)	๑๐.๑(๑๑๑)	๖.๓(๖๙)
๑๑. ไทเก๊ก	๔๔.๕(๔๘๙)	๓.๕(๓๙)	๓.๐(๓๓)
๑๒. ชี่กง	๓๓.๑(๓๖๕)	๓.๖(๔๐)	๓.๐(๓๓)
๑๓. โยคะ	๖๑.๗(๖๗๘)	๑๘.๙(๒๐๘)	๑๒.๗(๑๔๐)
๑๔. ฝึกลมหายใจแบบจักรกระ	๒๙.๖(๓๒๕)	๙.๐(๙๙)	๖.๔(๗๐)
๑๕. การอดอาหารเพื่อล้างพิษ	๓๒.๑(๓๕๓)	๗.๖(๘๔)	๕.๓(๕๘)
๑๖. พลังจักรวาล พลังกายทิพย์	๑๗.๕(๑๙๒)	๓.๘(๔๒)	๒.๔(๒๖)
๑๗. โยเว	๑๗.๙(๑๙๗)	๓.๕(๓๙)	๒.๗(๓๐)



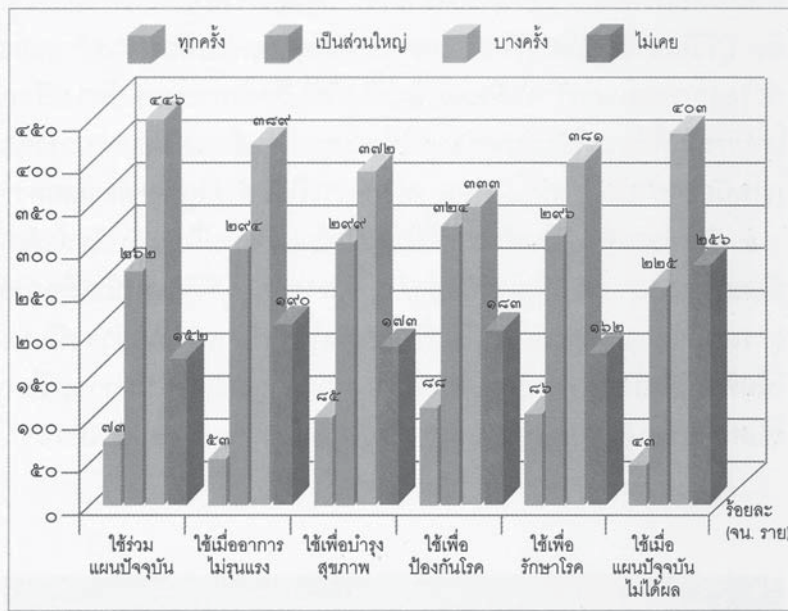
สุขภาพทางเลือก	รู้จัก หรือเคยได้ยิน ร้อยละ (จน.ราย)	เคยใช้ ร้อยละ (จน.ราย)	คุณใช้ด้วยตนเอง ภายใน ๑๒ เดือน ที่ผ่านมา ร้อยละ (จน.ราย)
๑๘. บำบัดโดยใช้กระแสแม่เหล็กไฟฟ้าชีวภาพในร่างกาย (เช่น biospectrum)	๒๐.๗(๒๒๘)	๓.๒(๓๕)	๑.๕(๑๗)
๑๙. การตัดกระดูกสันหลัง	๒๓.๐(๒๕๓)	๔.๙(๕๔)	๓.๘(๔๒)
๒๐. การออกกำลังกายในน้ำ	๔๗.๐(๕๑.๗)	๑๐.๖(๑๑๗)	๗.๑(๗๘)
๒๑. การบำบัดด้วยความร้อนเย็น	๓๔.๕(๕๗๙)	๗.๐(๗๗)	๔.๘(๕๓)
๒๒. วารีบำบัด การนวดด้วยน้ำ	๓๒.๗(๓๕๙)	๔.๔(๔๘)	๓.๑(๕๔)
๒๓. แมคโครไบโอติก	๑๘.๕(๒๐๓)	๓.๕(๓๙)	๒.๗(๓๐)
๒๔. มังสวิรัติ และกินเจ	๕๘.๘(๖๔๖)	๒๖.๘(๒๙.๔)	๑๘.๔(๒๐๒)
๒๕. การบริโภคผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ เช่น ข้าวกล้อง ออแกนิก	๖๑.๑(๖๗๑)	๓๑.๑(๓๔๒)	๒๓.๘(๒๖๒)
๒๖. การสวนล้างลำไส้	๔๒.๑(๔๖๓)	๕.๐(๕๕)	๓.๕(๓๙)
๒๗. การล้างพิษ	๔๗.๖(๕๒๓)	๖.๒(๖๘)	๔.๕(๔๙)
๒๘. การอดอาหารเพื่อสุขภาพ	๔๒.๓(๔๖๕)	๑๑.๗(๑๒๙)	๘.๔(๙๒)
๒๙. สมุนไพร	๖๖.๑(๗๒๖)	๒๘.๘(๓๑๖)	๒๒(๒๔๒)
๓๐. การสะกดจิต	๓๙.๘(๔๓๗)	๓.๓(๓๖)	๓.๒(๓๕)
๓๑. จินตภาพบำบัด	๓๖.๗(๔๐๓)	๓.๖(๔๐)	๒.๘(๓๑)
๓๒. เทคนิคการผ่อนคลาย ความเครียด	๔๕.๕(๕๐๐)	๑๗.๙(๑๙๗)	๑๓.๗(๑๕๑)
๓๓. การใช้น้ำหอม	๔๒.๑(๔๖๓)	๑๕.๗(๑๗๓)	๑๑.๗(๑๒๙)
๓๔. การใช้ไอโซน	๒๙.๗(๓๒๖)	๕.๒(๕๖)	๔.๗(๕๒)
๓๕. การใช้ศิลปะ/ ดนตรี/ เต้นรำ เพื่อการบำบัดและสุขภาพ	๔๙.๐(๕๓๘)	๑๘.๘(๒๐๗)	๑๔.๗(๑๕๕)
๓๖. การบำบัดด้วยยีสต์สภาวะ	๑๕.๕(๑๗๐)	๓.๔(๓๗)	๒.๘(๓๑)
๓๗. การบำบัดด้วยพิษผึ้ง	๑๙.๘(๒๑๘)	๓.๕(๓๘)	๒.๗(๓๐)
๓๘. การบำบัดด้วยน้ำทะเล พอกโคลน	๒๑.๕(๒๓๖)	๓.๐(๓๓)	๒.๔(๒๖)



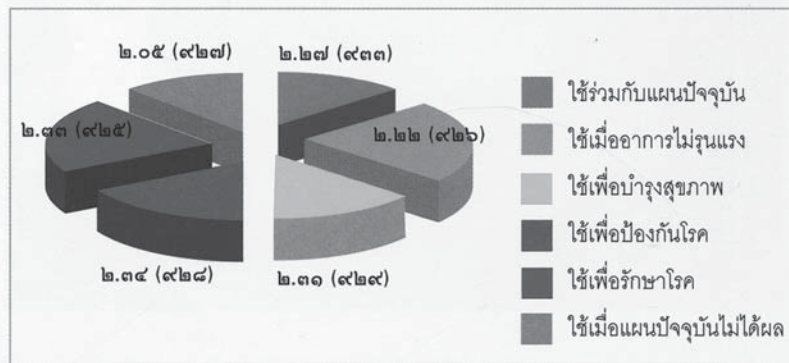
แบบแผนพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก

จากการสำรวจ พบว่าพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก ที่ใช้การแพทย์ทางเลือกทุกครั้ง ในการใช้เพื่อป้องกันโรค พบในสัดส่วนที่สูงที่สุด คือร้อยละ ๙.๕ (๘๘ ราย) รองลงมาเป็นการใช้ เพื่อการรักษาโรค การใช้เพื่อการการบำรุงฟื้นฟูสุขภาพ พบร้อยละ ๙.๓ (๘๖ ราย) และ ร้อยละ ๙.๑ (๘๕ ราย) ตามลำดับ ในส่วนที่ระบุว่าใช้เป็นส่วนใหญ่ พบอีกว่า ใช้เพื่อป้องกันโรค สูงที่สุดเช่นกันคือ ร้อยละ ๓๔.๙ (๓๒๔ ราย) รองลงมาเป็นการใช้เพื่อการบำรุงฟื้นฟูสุขภาพและการรักษาในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน สำหรับการที่ใช้การแพทย์ทางเลือกเป็นบางครั้ง พบว่า พฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือกใช้ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน พบสูงที่สุดคือร้อยละ ๔๗.๘ (๔๕๖ ราย) (แผนภูมิ ๒)

แผนภูมิ ๒ พฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือกในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา (กลุ่มตัวอย่าง ๑,๐๙๙ ราย)



แผนภูมิ ๓ ค่าเฉลี่ยและจำนวนรายของระดับความถี่พฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก



พบว่า การใช้เพื่อการป้องกันพบคะแนนค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ๒.๓๔ (๙๒.๘ ราย) รองลงมา คือ การใช้เพื่อการรักษาโรคความเจ็บป่วย คือ ๒.๓๓ (๙๒.๕ ราย) รองลงมาคือ การใช้เพื่อการบำรุงฟื้นฟูร่างกาย พบค่าเฉลี่ย ๒.๓๑ (๙๒.๑ ราย) ที่พบน้อยที่สุดคือ การใช้ภายหลังเมื่อรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน คือมีค่าเฉลี่ย เพียง ๒.๐๕ (๙๒.๗ ราย)

เหตุผล ที่เลือกใช้และไม่ใช้การแพทย์ทางเลือก

จากตาราง ๓ เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างระบุว่าเป็นเหตุผลที่ทำให้ความสำคัญมากที่สุด คือเพื่อเสริมสร้าง และบำรุงสุขภาพให้แข็งแรง โดยระบุร้อยละ ๑๔.๘ รองลงมา ร้อยละ ๑๒.๔ คือเพื่อปรับความสมดุลในร่างกายร้อยละ ๑๑.๑ เป็นการปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และร้อยละ ๖.๒ เป็นการระบุเหตุผลในลำดับที่ให้ความสำคัญมากที่สุดในปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย

สำหรับการให้ลำดับความสำคัญมากในการตัดสินใจเลือกการแพทย์ทางเลือก คือเหตุผลที่เกี่ยวกับการที่การแพทย์ทางเลือกสามารถ



นำไปปฏิบัติได้เอง โดยพบร้อยละ ๓๗.๔ รองลงมาคือเหตุผล เพื่อเสริมสร้าง และบำรุงสุขภาพให้แข็งแรง และเพื่อปรับความสมดุลในร่างกาย โดยพบร้อยละ ๓๓.๖ และ ๓๑.๓ ตามลำดับ

ตาราง ๓ เหตุผลที่เลือกใช้การแพทย์ทางเลือก
(กลุ่มตัวอย่าง ๑,๐๙๙ ราย)

เหตุผล	มากที่สุด ร้อยละ (จน.ราย)	มาก ร้อยละ (จน.ราย)	ปานกลาง ร้อยละ (จน.ราย)	น้อย ร้อยละ (จน.ราย)	น้อยที่สุด ร้อยละ (จน.ราย)
๑. การแพทย์ทางเลือกถูก และประหยัด	๘.๒(๗๖)	๓๐.๑(๒๘๐)	๔๘.๙(๔๕๕)	๙.๖(๘๙)	๓.๒(๓๑)
๒. หาซื้อง่าย หรือสะดวก ในการไปรับบริการ	๖.๕(๖๐)	๒๙.๓(๒๗๒)	๔๘.๐(๔๔๖)	๑๓.๑(๑๒๒)	๓.๑(๒๙)
๓. สามารถนำไปปฏิบัติได้เอง	๑๑.๑(๑๐๓)	๓๗.๕(๓๔๗)	๓๗.๒(๓๔๕)	๑๑.๑(๑๐๓)	๓.๑(๒๙)
๔. มีคำแนะนำให้ใช้	๓.๗(๓๔)	๒๘.๘(๒๖๒)	๔๕.๘(๔๑๗)	๑๖.๘(๑๕๖)	๔.๙(๔๕)
๕. เห็นผลของการรักษา การแพทย์ทางเลือก	๕.๐(๔๖)	๒๗.๕(๒๕๓)	๔๙.๓(๔๕๔)	๑๔.๒(๑๓๑)	๔.๐(๓๗)
๖. การแพทย์แผนปัจจุบันใช้ แล้วไม่ได้ผล	๓.๑(๒๘)	๑๓.๕(๑๒๔)	๔๓.๘(๔๐๒)	๒๗.๘(๒๕๕)	๑๑.๘(๑๐๘)
๗. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการ รักษาเมื่อใช้คู่กับการแพทย์ แผนปัจจุบัน	๘.๖(๗๙)	๒๘.๑(๒๕๘)	๔๗.๑(๔๓๒)	๑๑.๔(๑๐๕)	๔.๘(๔๕)
๘. ไม่พึงพอใจในวิธีการรักษา โดยการแพทย์แผนปัจจุบัน	๓.๕(๓๒)	๑๕.๐(๑๓๙)	๔๒.๙(๓๙๖)	๒๖.๘(๒๕๗)	๑๑.๘(๑๐๙)
๙. เพื่อเสริมสร้าง และบำรุง สุขภาพให้แข็งแรง	๑๔.๘(๑๓๗)	๓๓.๖(๓๑๑)	๓๙.๗(๓๖๗)	๘.๙(๘๒)	๓.๐(๒๘)
๑๐. เพื่อปรับความสมดุลใน ร่างกาย	๑๒.๕(๑๑๕)	๓๑.๓(๒๙๐)	๔๐.๔(๓๗๔)	๑๑.๓(๑๐๕)	๔.๕(๔๒)

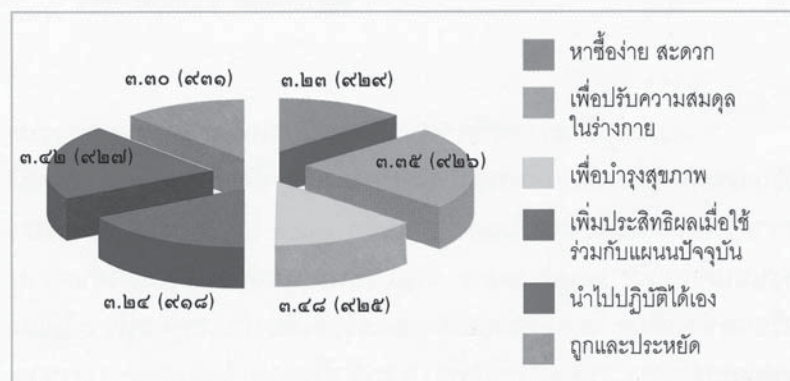


ตาราง ๓ เหตุผลที่เลือกใช้การแพทย์ทางเลือก
(กลุ่มตัวอย่าง ๑,๐๙๙ ราย) (ต่อ)

เหตุผล	มากที่สุด ร้อยละ (จน.ราย)	มาก ร้อยละ (จน.ราย)	ปานกลาง ร้อยละ (จน.ราย)	น้อย ร้อยละ (จน.ราย)	น้อยที่สุด ร้อยละ (จน.ราย)
๑๑. พึ่งพอใจในปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย	๖.๒(๕๗)	๒๕.๗(๒๓๗)	๕๐.๑(๔๖๒)	๑๓.๖(๑๒๕)	๔.๔(๔๑)
๑๒. ไม่ต้องการพึ่งพิงแพทย์ แผนปัจจุบัน	๓.๙(๓๖)	๑๔.๖(๑๓๕)	๔๐.๓(๓๗๓)	๒๕.๘(๒๓๙)	๑๕.๔(๑๔๒)

แผนภูมิ ๔ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและจำนวนรายของเหตุผลของการตัดสินใจเลือกใช้การแพทย์ทางเลือก พบว่า เหตุผลที่ว่าด้วยเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพและบำรุงสุขภาพให้แข็งแรง มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ พบ ๓.๔๘ (๙๒๕ ราย) รองลงมาใกล้เคียงกันมากคือ การนำไปใช้ได้เอง คือ ๓.๔๒ (๙๒๗ ราย) รองมาอีก คือการปรับสมดุลของร่างกาย คือ ๓.๓๕ (๙๒๖ ราย) และประหยัดเป็นเหตุผลที่มีค่าเฉลี่ยรองลงมา

แผนภูมิ ๔ ๖ อันดับแรก ระดับเหตุผลของการตัดสินใจใช้
การแพทย์ทางเลือก (กลุ่มตัวอย่าง ๑,๐๙๙ ราย)



ตาราง ๔ เหตุผลที่ไม่ได้เลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือก
(กลุ่มตัวอย่าง ๑,๐๙๙ ราย)

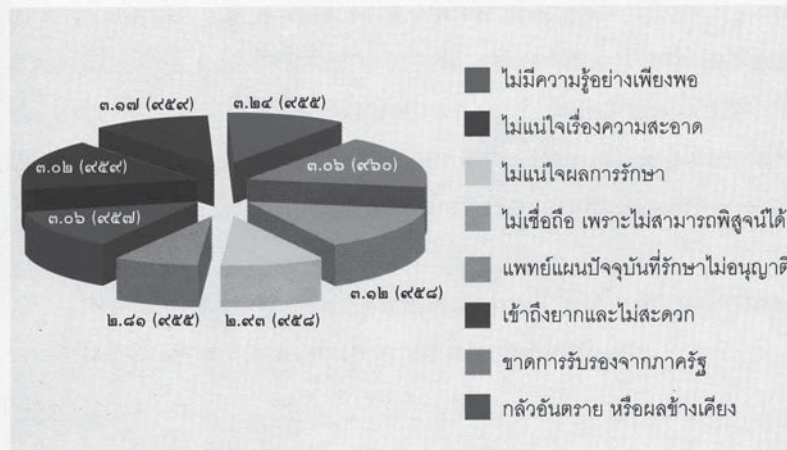
เหตุผลที่ไม่ได้เลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือก	มากที่สุด ร้อยละ (จน.ราย)	มาก ร้อยละ (จน.ราย)	ปานกลาง ร้อยละ (จน.ราย)	น้อย ร้อยละ (จน.ราย)	น้อยที่สุด ร้อยละ (จน.ราย)
๑. ไม่แน่ใจผลการรักษา	๗.๙(๗๖)	๒๐.๙(๒๐๐)	๕๐.๙(๔๘๘)	๑๖.๑(๑๕๔)	๔.๒(๔๐)
๒. ไม่แน่ใจเรื่อง ความสะอาด	๖.๕(๖๒)	๒๑.๗(๒๐๙)	๔๘.๓(๔๖๔)	๑๙.๐(๑๘๒)	๔.๕(๔๓)
๓. ไม่เชื่อถือ เพราะไม่ สามารถพิสูจน์ได้ด้วย วิธีทางวิทยาศาสตร์	๖.๓(๖๑)	๑๖.๙(๑๖๒)	๔๗.๒(๔๕๒)	๒๒.๗(๒๑๗)	๖.๙(๖๖)
๔. ขาดการรับรองจาก ภาครัฐ	๑๐.๒(๗๒)	๒๗.๖(๒๖๖)	๒๗.๑(๒๖๒)	๒๕.๔(๒๔๐)	๙.๗(๖๙)
๕. กลัวอันตราย หรือ ผลข้างเคียง	๑๑.๕(๑๑๐)	๒๒.๙(๒๑๙)	๔๒.๖(๔๐๙)	๑๘.๑(๑๗๔)	๔.๙(๔๗)
๖. เข้าถึงยาก และ ไม่สะดวก	๗.๗(๗๔)	๒๐.๖(๑๙๗)	๔๗.๖(๔๕๖)	๑๘.๙(๑๘๐)	๕.๒(๕๐)
๗. ไม่มีความรู้ อย่างเพียงพอ	๑๑.๘(๑๑๓)	๒๕.๙(๒๔๘)	๔๑.๒(๓๙๓)	๑๖.๘(๑๖๐)	๔.๓(๔๑)
๘. แพทย์แผนปัจจุบันที่ รักษาไม่อนุญาต	๖.๙(๖๖)	๑๕.๑(๑๔๔)	๔๒.๐(๔๐๑)	๒๔.๖(๒๓๕)	๑๑.๔(๑๐๙)



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไท

๒๐๗

แผนภูมิ ๕ เหตุผลของการตัดสินใจไม่ใช้การแพทย์ทางเลือก



จากแผนภูมิ ๕ การพิจารณาคะแนนค่าเฉลี่ยของเหตุผลการไม่ใช้การแพทย์ทางเลือก พบว่า คะแนนสูงสุด ยังคงเป็นเรื่องการไม่มีความรู้ที่น้อยอย่างเพียงพอ โดยพบค่าเฉลี่ย ๓.๒๔ (๔๕.๕ ราย) รองลงมา คะแนนค่าเฉลี่ย ๓.๑๗ (๔๕.๙ ราย) เป็นเหตุผลของการกลัวอันตราย หรือผลข้างเคียง โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกับเหตุผลที่ว่า ไม่แน่ใจผลการรักษา รองลงมาอีกคือ การเข้าถึงยาก ไม่สะดวก การขาดการรับรองจากรัฐ การไม่สามารถพิสูจน์โดยวิทยาศาสตร์ และ สุดท้ายคือ แพทย์แผนปัจจุบันไม่อนุญาต

ความพึงพอใจการแพทย์ทางเลือกของประชาชน

จากข้อมูลการสำรวจ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ให้คะแนนความพึงพอใจในลำดับที่มากที่สุด คือด้านความปลอดภัย พบร้อยละ ๙.๘ รองมาเป็นเรื่องประสิทธิผล และการมีทางเลือกในการรักษา สำหรับกลุ่ม



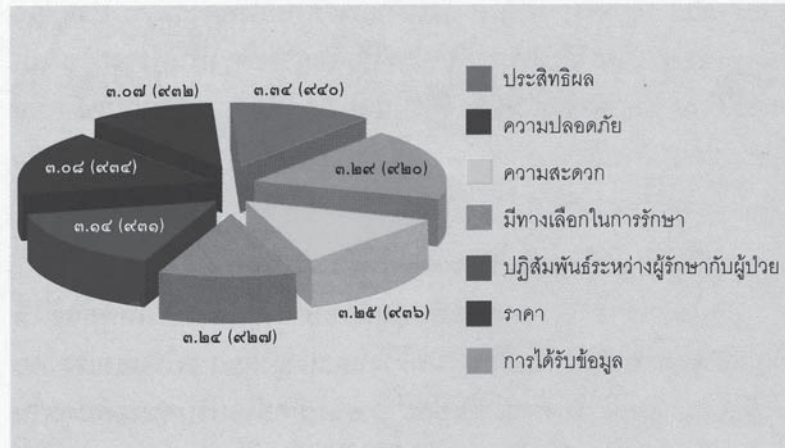
ตัวอย่างที่ให้คะแนนระดับความพึงพอใจว่า มาก พบว่า เป็นเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับความสะอาดสูงที่สุด คือพบร้อยละ ๓๖.๗ รองลงมาคือ ประสิทธิภาพ และการมีทางเลือก (ตาราง ๕)

ตาราง ๕ ระดับความพึงพอใจในการใช้บริการการแพทย์ทางเลือก (กลุ่มตัวอย่าง ๑,๐๙๙ ราย)

ความพึงพอใจในการใช้บริการ	มากที่สุด ร้อยละ (จน.ราย)	มาก ร้อยละ (จน.ราย)	ปานกลาง ร้อยละ (จน.ราย)	น้อย ร้อยละ (จน.ราย)	น้อยที่สุด ร้อยละ (จน.ราย)
๑. ประสิทธิภาพด้านการรักษา	๗.๗(๗๒)	๓๑.๕(๒๙๖)	๕๑.๓(๔๘๒)	๖.๘(๖๔)	๒.๘(๒๖)
๒. ความสะอาด	๖.๗(๖๓)	๓๐.๗(๒๘๗)	๔๗.๐(๔๔๐)	๑๒.๒(๑๑๔)	๓.๔(๓๒)
๓. ราคา	๔.๗(๔๔)	๒๒.๓(๒๐๘)	๕๔.๗(๕๑๑)	๑๓.๕(๑๒๖)	๔.๘(๔๕)
๔. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย	๕.๘(๕๔)	๒๕.๑(๒๓๔)	๕๑.๑(๔๗๖)	๑๓.๖(๑๒๗)	๔.๓(๔๐)
๕. การได้รับข้อมูลด้านการรักษาและโรค	๔.๙(๔๖)	๒๓.๗(๒๒๑)	๔๙.๐(๔๕๑)	๑๘.๔(๑๗๑)	๔.๐(๓๗)
๖. มีทางเลือกในการรักษา	๗.๖(๗๐)	๓๐.๘(๒๘๖)	๔๔.๒(๔๑๐)	๑๓.๖(๑๒๖)	๓.๘(๓๕)
๗. ความปลอดภัย	๙.๘(๙๐)	๒๙.๕(๒๗๑)	๔๕.๔(๔๑๘)	๑๑.๒(๑๐๓)	๔.๑(๓๘)



แผนภูมิ ๖ ความพึงพอใจในการใช้บริการทางแพทย์ทางเลือก



ในแผนภูมิ ๖ แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนของความพึงพอใจต่อการแพทย์ทางเลือกเห็นได้ชัดว่า กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจด้านประสิทธิผลของการแพทย์ทางเลือกมากที่สุด คือพบค่าเฉลี่ย ๓.๓๔ (๙๔๐ ราย) รองลงมา ความพึงพอใจเรื่องความปลอดภัย ความสะดวก และการมีทางเลือกในการรักษา

ตัวกำหนดพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก

การศึกษานี้ได้ใช้การวิเคราะห์ทางสถิติด้วย Logistic regression ในการหาตัวแปรทำนายพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก พบว่าตัวแปรด้านคุณลักษณะทางประชากรและสังคมที่สามารถทำนายพฤติกรรมการเคยใช้การแพทย์ทางเลือกโดยใช้ พบว่าจากตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ปัญหา



สุขภาพอันได้แก่การมีประวัติการนอนโรงพยาบาลในระยะ ๑๒ เดือนที่ผ่านมาและการเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรมสุขภาพ พบว่า เพศ ปัญหาสุขภาพ และการเป็นสมาชิกกลุ่มชมรมมีอิทธิพลต่อการใช้บริการแพทย์ทางเลือก โดยพบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตามมากที่สุดในสมการนี้ คือ การเป็นสมาชิกชมรมหรือกลุ่มสุขภาพ ($B=.๘๕๐$) โดยพบว่าผู้ที่ เป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมสุขภาพจะมีแนวโน้มที่จะใช้บริการการแพทย์ ทางเลือกมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นสมาชิกฯ ประมาณ ๒.๓๔๐ เท่า ที่ระดับ นัยสำคัญน้อยกว่า .๐๑ ตัวแปรทำนายลำดับต่อมาคือ ผู้มีปัญหา สุขภาพมากมีแนวโน้มที่จะใช้บริการการแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้มี ปัญหาสุขภาพน้อยประมาณ ๒.๑ เท่าที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า .๐๕ และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามคือการใช้บริการการแพทย์ ทางเลือกตัวสุดท้ายคือ เพศ ($B=.๔๑๓$) กล่าวคือ เพศหญิงมีแนวโน้ม ใช้บริการการแพทย์ทางเลือกมากกว่าชายประมาณ ๑.๕๑๑ เท่าที่ ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า .๐๕

ในขณะที่ ตัวแปรทำนายพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก ด้านความพึงพอใจ ได้แก่ ประสิทธิภาพผลความสะดวก ราคา ปฏิสัมพันธ์ ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย การได้รับข้อมูล และการมีทางเลือกในการรักษา พบว่า ตัวแปรความพึงพอใจในด้านประสิทธิผลมีความสัมพันธ์กับการ ใช้บริการการแพทย์ทางเลือกมากที่สุด รองลงมาคือความพึงพอใจใน ด้านความปลอดภัย กล่าวคือ ผู้ที่มีความพึงพอใจในด้านประสิทธิผล มากกว่าจะมีแนวโน้มในการใช้บริการการแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้มี ความพึงพอใจในด้านประสิทธิผลต่ำกว่าประมาณ ๑.๓๖๙ เท่า อย่าง มีนัยสำคัญที่ระดับ .๐๕ ส่วนผู้ที่มีความพึงพอใจในด้านความปลอดภัย มากกว่าจะมีแนวโน้มที่จะใช้บริการการแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้มี ความพึงพอใจในระดับต่ำกว่าประมาณ ๑.๓๑๑ เท่า อย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .๐๕





สำหรับตัวแปรในด้านเหตุการณ์เลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกที่สามารถทำนายการใช้บริการการแพทย์ทางเลือกได้มากที่สุดได้แก่ ความสามารถนำไปปฏิบัติได้เอง ($B=0.63$) โดยผู้ที่มีแนวโน้มเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกเพราะความสามารถนำไปปฏิบัติได้เองมากกว่าจะมีแนวโน้มว่าจะใช้บริการการแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้ที่มีแนวโน้มว่าจะเลือกใช้บริการเพราะความสามารถในการนำไปปฏิบัติได้เองน้อยกว่า ประมาณ ๑.๘๗๗ เท่าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับน้อยกว่า ๐.๐๑ ตัวแปรต่อมาได้แก่ ตัวแปรเพิ่มประสิทธิผลในการรักษา ($B=-0.335$) กล่าวคือ ผู้ที่มีแนวโน้มเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกเพราะเพิ่มประสิทธิผลในการรักษา น้อยกว่าจะมีแนวโน้มที่จะใช้บริการการแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้ที่มีแนวโน้มว่าจะเลือกใช้บริการเพราะเพิ่มประสิทธิผลในการรักษา มากกว่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับน้อยกว่า ๐.๐๕ ต่อมาได้แก่ตัวแปรไม่พึงพอใจในวิธีการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน ($B=-0.307$) กล่าวคือ ผู้ที่มีแนวโน้มเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกเพราะไม่พึงพอใจในวิธีการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันน้อยกว่าจะมีแนวโน้มที่จะใช้บริการการแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้ที่มีแนวโน้มว่าจะเลือกใช้บริการเพราะไม่พึงพอใจในวิธีการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับน้อยกว่า ๐.๐๕ ตัวแปรต่อมาได้แก่ ใช้เพื่อเสริมสร้างและบำรุงสุขภาพ ($B=0.307$) กล่าวคือ ผู้ที่มีแนวโน้มเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกเพื่อเสริมสร้างและบำรุงสุขภาพมากกว่าจะมีแนวโน้มที่จะใช้บริการการแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้ที่มีแนวโน้มว่าจะเลือกใช้บริการเพื่อเสริมสร้างและบำรุงสุขภาพน้อยกว่าประมาณ ๑.๓๖๒ เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับน้อยกว่า ๐.๐๕ ตัวแปรสุดท้ายเป็นตัวแปรที่น่าสนใจถึงแม้จะไม่ถึงระดับนัยสำคัญน้อยกว่า ๐.๐๕ แต่ก็เกือบมีนัยสำคัญ กล่าวคือ ผู้ที่มีแนวโน้มเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกเพื่อปรับสมดุลในร่างกายมากกว่าจะมีแนวโน้มที่จะใช้บริการการแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้ที่มีแนวโน้มว่าจะเลือกใช้บริการเพื่อปรับสมดุลในร่างกายน้อยกว่าประมาณ ๑.๓๓๕ เท่า





ข้อเสนอต่อระดับนโยบาย

๑. ควรมียุทธศาสตร์เพื่อสร้างให้เกิดการบูรณาการแพทย์ทางเลือกในระบบสุขภาพแห่งชาติ และระบบประกันสุขภาพ
๒. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ ต้องวางตำแหน่งแห่งที่การแพทย์ทางเลือก (Positioning) อย่างไม่มีอคติ และใช้ความรู้ในการพัฒนายุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ

ข้อเสนอต่อระดับปฏิบัติการ

๑. ควรมีกลไกการดำเนินงานที่ประสานทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ผลักดันการพัฒนา การจัดการความรู้เพื่อนำความรู้ไปใช้ เผยแพร่ อาทิ เช่น การพัฒนาองค์ความรู้ การเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจ การสนับสนุนการพัฒนาผู้ให้บริการ และการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการกำกับ ติดตามและประเมินผล
๒. ควรมีกลไกในการช่วยเหลือ ให้ความรู้แก่ประชาชนอาจทำเป็น สายด่วน call center ในกรณีที่มีปัญหา
๓. บทบาทของภาครัฐ ควรเข้ามามีบทบาทในการให้ความรู้เพิ่ม ช่องทางการให้ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกที่หลากหลาย และให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจเลือก ทั้งนี้ในด้านความปลอดภัยควรเน้นในการกำกับดูแล เพิ่มช่องทางในการร้องเรียน
๔. พัฒนาระบบที่บูรณาการการแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์นอกกระแสหลักในสถานบริการ ผู้ให้บริการจะเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมต่อการแพทย์ระบบต่างๆ
๕. การพัฒนาการประกันคุณภาพจะเกิดขึ้นได้ จำเป็นต้องมีการพัฒนากลไกและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องขององค์กรของผู้ประกอบวิชาชีพ ควรเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้ มาตรฐานการให้บริการ รวมทั้งอาจทำหน้าที่ควบคุมมาตรฐานการประกอบวิชาชีพของผู้ให้บริการ





ข้อเสนอต่อภาคประชาชน

การเคลื่อนไหวทางสังคม และการมีกลุ่มประชาคมสุขภาพ ในระดับรากหญ้า ทั้งในระดับภูมิภาค ระดับจังหวัด และชุมชน รวมทั้งการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มองค์กรสุขภาพ เป็นส่วนสำคัญของการพัฒนา เสริมสร้าง และติดตาม ตรวจสอบกันเอง ซึ่งมีส่วนในการสร้างสำนึกแบบใหม่เพื่อสุขภาพ

บรรณานุกรม

WHO. (2002). WHO Traditional Medicine Strategies 2002-2005, World Health Organization.
World Health Organization. (2003). Traditional Medicine, Fact Sheet. No.134 World Health Organization.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๔๗). *พหุลักษณะทางการแพทย์ กับสุขภาพในมิติทางสังคมวัฒนธรรม* กรุงเทพฯ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.

ประพจน์ เกตุรากาศ รัชณี จันทร์เกษ, (บรรณาธิการ) (๒๕๕๐). *รายงานสถานการณ์ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ประจำปี พ.ศ.๒๕๔๘-๒๕๕๐*. กรุงเทพฯ มณีสพิลิม.

พงษ์พิสุจน์ จงอุดมสุข. (๒๕๔๗). *การสร้างและจัดการความรู้ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาบริการการแพทย์นอกกระแสหลัก: การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก*. ใน *สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และประพจน์ เกตุรากาศ , (บรรณาธิการ). การสร้างและการจัดการความรู้ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย*. กรุงเทพฯ: อุษาคารพิมพ์.

ยงค์ศักดิ์ ตันติปฏิภก. (มปด.) *ปรากฏการณ์การแพทย์ทางเลือก: พหุลักษณะทางการแพทย์ในยุคหลังสมัยใหม่*. เอกสารอัดสำเนา

ลือชัย ศรีเงินยวง. (๒๕๔๗). *การแพทย์ทางเลือกกับระบบสุขภาพ. สังคมวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (๒๕๔๓). *สุขภาพทางเลือก*. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพฯ ฟ้าอภัย.
สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน. (๒๕๔๘). *รายงานผลการสำรวจข้อมูลการให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีงบประมาณ ๒๕๔๘*. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สุภาภรณ์ ปิติพร. (๒๕๔๗). *บริโภคนิยมและการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพร: กรณีศึกษาการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพรอภัยภูเบศร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.



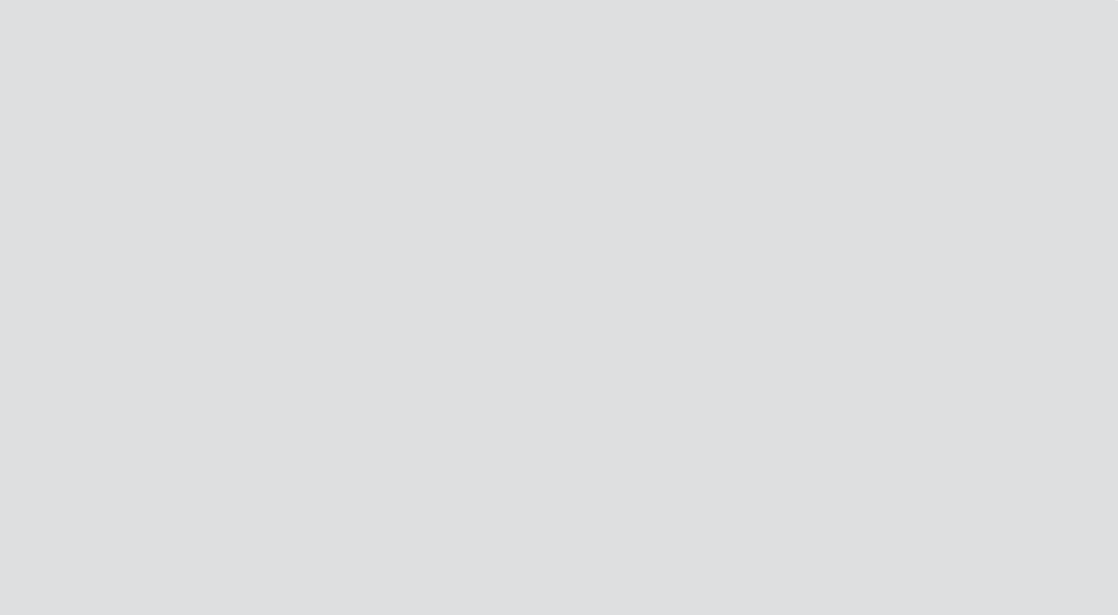
บทความ
๓ ทศวรรษแห่งการพัฒนา
ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย



๒๑๕



๓ ทศวรรษแห่งการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านสุขภาพ

วิสุทธิ บุญญะโสภิต
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

นับแต่กระทรวงสาธารณสุขได้รับข้อตกลงของการประชุมองค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการแพทย์ดั้งเดิม (Traditional Medicine) มาใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ ๔ งานการแพทย์ดั้งเดิมได้ถูกพัฒนาผสมผสานในแผนงานสาธารณสุขแผนปัจจุบันในงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาสาธารณสุขระดับชุมชน โดยมีสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (ปัจจุบันคือกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน) เป็นหน่วยงานขับเคลื่อน ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการใช้สมุนไพรซึ่งได้รับการตอบรับจากทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในภูมิภาคเป็นอย่างดี เนื่องจากมีวิถีคิดและแนวทางการทำงานแบบริเริ่มและแสวงหาทางเลือกสำหรับประชาชนเพราะเป็นงานสุขภาพที่มีทิศทางที่ต้องให้ความสำคัญกับความรู้และประสบการณ์จากผู้ท้องถิ่นและประชาชน เกิดกระบวนการรวมกลุ่มปฏิบัติการในภาคชุมชนในหลายพื้นที่ เพื่อรวบรวมความรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยการพัฒนาในช่วงนี้จะใช้งบประมาณส่วนใหญ่จากโครงการต่างประเทศ

การพัฒนาระยะต่อมาคือ งานวิจัยสมุนไพรในสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับอำเภอแบบครบวงจร หรือโครงการวิจัย GTZ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากประเทศสหพันธ์รัฐเยอรมัน ดำเนินการใน ๕ อำเภอ คือ โรงพยาบาล



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย

๒๑๗



บางกระทู้ม จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาล
สูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น และโรงพยาบาล
ทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นงานวิจัยคลินิกสมุนไพรวัดเดี่ยว ๕ ชนิด คือ
ฟ้าทลายโจร ขมิ้นชัน ชุมเห็ดเทศ เสลดพังพอนและว่านหางจระเข้ โดยมี
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นหน่วยงานประสานงาน ส่งผล
ให้ได้การเรียนรู้และความเข้าใจในที่มีงานสุขภาพที่กว้างขวางขึ้นและส่งผลต่อ
การพัฒนางานในลักษณะผสมผสานงานการแพทย์แผนไทย สมุนไพรในระบบ
บริการสุขภาพ

มีความพยายามในการริเริ่มการพัฒนาการแพทย์แผนไทยอย่างจริงจัง
โดยกองแผนงานสาธารณสุข (ปัจจุบันคือสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์) และ
ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้จัดสัมมนาเรื่อง “การพัฒนา
การแพทย์แผนไทย” ได้ทบทวนสถานการณ์และจัดทำโครงการฟื้นฟูทางการแพทย์
แผนไทย เพื่อรวบรวมข้อมูลและศึกษาแนวทางการพัฒนาให้ชัดเจนขึ้น

ปี ๒๕๓๓ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งศูนย์ประสานงานพัฒนา
การแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย เพื่อทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการใน
การจัดทำแผนพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมไทยผสมผสานในแผนพัฒนา
สาธารณสุขฉบับที่ ๗ และพัฒนาเป็นแผนงานโครงการที่ออกแบบการทำงานใน
ลักษณะโครงการนำร่อง มีโรงพยาบาลชุมชน ๔ แห่ง คือ โรงพยาบาลอุ้มถอง
จังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัด
นครราชสีมา และโรงพยาบาลแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ จนได้ค้นพบประเด็น
สำคัญเพื่อการผสมผสานการบริการทางการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสุขภาพ
และมีข้อเสนอต่อการพัฒนาหลายประการ เช่น การส่งเสริมและพัฒนาด้าน
กำลังคน การจัดโครงสร้างการบริการ เป็นต้น

ปี ๒๕๓๖ กระทรวงสาธารณสุข ได้สถาปนาสถาบันการแพทย์แผนไทย
ขึ้นเป็นหน่วยงานระดับกอง สังกัดกรมการแพทย์ เพื่อรับผิดชอบภารกิจด้านการ
ส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์แผนไทย เพื่อการใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ





และมีผลทำให้มีการจัดสรรงบประมาณในการพัฒนางานนี้อย่างเป็นทางการในระหว่างปี ๒๕๓๙ - ๒๕๔๐ สถาบันการแพทย์แผนไทยได้มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนเปิดบริการคลินิกแพทย์แผนไทย โดยสนับสนุนงบประมาณจ้างแพทย์อายุรเวทปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สนับสนุนเครื่องครุภัณฑ์ที่จำเป็น เช่น เครื่องผลิตยา หม้ออบ เป็นต้น นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลยังได้มีการระดมทุนจากงบประมาณของโรงพยาบาลเอง จากสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน เงินบริจาคและเงินจากองค์กรเอกชนต่างๆ ทำให้งานบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนเกิดเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน โดยในปี ๒๕๔๐ มีคลินิกบริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐถึง ๒๐๘ แห่ง และเพิ่มขึ้นเป็น ๑,๒๑๓ แห่งในปี ๒๕๔๓

ปี ๒๕๓๗ กระทรวงสาธารณสุข ได้สถาปนาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก ผลิตบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย หลักสูตรประกาศนียบัตรการแพทย์แผนไทย (อายุรเวท) ใช้เวลาในการศึกษา ๒ ปี ในรุ่นแรกๆ ได้รับลูกจ้างประจำของหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐมาเรียน เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วให้กลับไปปฏิบัติหน้าที่ที่หน่วยบริการสุขภาพต้นสังกัด จนกระทั่งปี ๒๕๔๑ จึงได้อนุมัติให้แพทย์อายุรเวท (๒ ปี) สามารถสอบบรรจุเข้ารับราชการในตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ๒ โดยจะมีการเรียนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ก่อนจะเรียนวิชาชีพแพทย์แผนไทย

ในช่วงปี ๒๕๓๙ - ๒๕๔๐ มีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบการบริการสุขภาพภาครัฐกว้างขวางขึ้น มีการตรวจรักษาด้วยการใช้สมุนไพรทั้งสมุนไพรเดี่ยวและยาตำรับ การนวด การประคบ การอบไอน้ำ บางแห่งมีการผลิตยาสมุนไพรเพื่อใช้ในสถานบริการและสนับสนุนสถานบริการอื่นด้วย จนถึงปี ๒๕๔๓ มีโรงพยาบาลที่สามารถผลิตยาสมุนไพรได้จำนวน ๘๖ แห่ง

ปี ๒๕๔๒ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดทำบัญชียาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อส่งเสริมการพึ่งตนเองด้านยาและสนับสนุนการแพทย์แผนไทย ซึ่งในปี ๒๕๔๘ มีการจัดทำครั้งที่ ๒ มีจำนวนรายการยาจากสมุนไพร





ทั้งสิ้น ๑๙ รายการ โดยเป็นยาสมุนไพรที่มีการใช้องค์ความรู้ดั้งเดิม ๑๑ รายการ คือ ยาหอมเทพจิตร ยาหอมนวโกฐ ยาถ่ายดีเกลือฝรั่ง ยาธาตุนครจวบ ยาประสะ กานพลู ยาเหลืองปิดสมุทร ยาประสะไพล ยาแก้ไข้ห้าราก ยาเขียวหอม ยา จันทรลีลา ยาประสะมะแว้ง และเป็นยาที่พัฒนาจากสมุนไพร อีก ๘ รายการ คือ ขมิ้นชัน ขิง ชุมเห็ดเทศ ฟ้าทะลายโจร บัวบก พญาขอ พรึก ไพล

ปี ๒๕๕๒ มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๒ โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๑๖/ ตอนที่ ๑๒๐ ก/ หน้า ๔๙/ ลงวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๒ โดยกำหนดให้มี คณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย มีปลัดกระทรวง สาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ มีผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย เป็น เลขาธิการ มีหน้าที่ส่งเสริมและพัฒนาการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาการแพทย์ แผนไทยและสมุนไพร กำหนดมาตรการเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงและประสาน งานระหว่างส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ ชุมชนและองค์กรเอกชนที่ดำเนินงานเกี่ยว กับการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร และ กำหนดให้มีกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เพื่อใช้เป็นทุนหมุนเวียน สำหรับค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองและส่งเสริม ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

ปี ๒๕๕๒ มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ โดยได้ ให้การรับรองบุคลากรสาขาการแพทย์แผนไทย ได้แก่ เวชกรรมไทย เภสัชกรรม ไทย การผดุงครรภ์ไทย และการแพทย์แผนไทยและสาขาการแพทย์แผนไทย ประยุกต์ เป็นผู้ประกอบการโรคศิลปะด้วย

ปี ๒๕๕๒ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้เริ่มพัฒนาองค์ความรู้ การแพทย์นอกกระแสหลัก โดยจัดสัมมนา เรื่อง “การแพทย์แบบผสมผสานและ การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ” ในการประชุมจัดการปฏิรูประบบสุขภาพไทย เมื่อ วันที่ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๕๒ ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา กรุงเทพมหานคร โดยเน้นการนำการแพทย์แบบผสมผสานมาใช้ในระบบบริการ





และระบบสุขภาพ

ปี ๒๕๔๓ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้จัดประชุมสัมมนา เครือข่ายการแพทย์วิถีไทยปัจจุบัน ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น อำเภออมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี ในวันที่ ๓๐ เมษายน - ๒ พฤษภาคม ๒๕๔๓ โดยได้ใช้คำ “การแพทย์วิถีไทยปัจจุบัน” เป็นความหมายที่ครอบคลุม การแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาพื้นถิ่นของชนชาติต่างๆ ที่มาสู่สังคมไทย ในรูปการแพทย์ทางเลือก อื่นๆ ไม่ใช่พัฒนาศาสตร์การแพทย์ทางเลือกโดดๆ

ปี ๒๕๔๓ มีการเผยแพร่รายงาน “การสังเคราะห์องค์ความรู้สู่การปฏิรูประบบสุขภาพ การพัฒนาระบบการแพทย์ทางเลือกในระบบสุขภาพไทย” โดยสาระสำคัญได้มีการจัดกลุ่มระบบการแพทย์ที่อยู่นอกกระแสหลักเป็นการแพทย์ ๓ ระบบ ได้แก่ การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นการยอมรับและยกสถานะการแพทย์พื้นบ้านเป็นระบบการแพทย์อีกระบบหนึ่งซึ่งแยกจากระบบการแพทย์แผนไทย นอกจากนี้รายงานฉบับนี้ได้ได้เสนอสาระสำคัญอีก ๒ ด้านใหญ่ๆ คือ สิทธิประชาชนในการใช้บริการ และบทบาทของรัฐในการส่งเสริมการแพทย์นอกกระแสหลัก และเสนอให้มีกลไกการขับเคลื่อนโดยจัดตั้ง “สภานโยบายสุขภาพทางเลือก” ภายใต้ “สภานโยบายสุขภาพแห่งชาติ”

ปี ๒๕๔๔ มีการเผยแพร่รายงาน “ข้อเสนอสาระบัญญัติการพัฒนา ระบบการแพทย์ทางเลือกในระบบสุขภาพไทยในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ” สาระสำคัญคือการเปิดพื้นที่ทางสังคมและกฎหมายของการแพทย์พื้นบ้านให้มีที่ทางอยู่ในระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง” โดยมีข้อเรียกร้องต่อรัฐให้คืนอำนาจและทรัพยากรในการจัดการสุขภาพ แก่ท้องถิ่น และเสนอให้มี “คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพวิถีไทย” อยู่ภายใต้ “สภาสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งเป็นองค์กรอิสระที่มาจากความร่วมมือของประชาคมสุขภาพวิถีไทย เพื่อกำหนดนโยบาย ทิศทาง กลไก โครงสร้าง แผนงานและทรัพยากรในการพัฒนาระบบสุขภาพวิถีไทยเข้าสู่ระบบสุขภาพของ





ชาติ

ปี ๒๕๔๔ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ได้ตั้งคณะทำงาน “จัดทำโครงการเสริมสร้างเครือข่ายการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือกและประชาคมสุขภาพทางเลือก” ขึ้น มีการจัดเวทีสาธารณะ ๑๘ เวที โดยเป็นเวทีสำหรับหมอพื้นบ้าน ๘ เวที ข้อคิดเห็นทั้งหมดได้ถูกนำมาสังเคราะห์และนำเสนอเป็นข้อเสนอจำนวน ๑๔ ข้อ

ปี ๒๕๔๔ มีการนำข้อเสนอจากการสังเคราะห์ข้อคิดเห็นจากเวทีสาธารณะทั้ง ๑๘ เวทีในการประชุมสภานิติบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ในวันที่ ๔ กันยายน ๒๕๔๔ โดยมีการจัดเวทีวิชาการห้องย่อย เรื่อง “สุขภาพวิถีไทย: รากฐานทางวัฒนธรรม” ซึ่งที่ประชุมได้นำเสนอให้เห็นความสำคัญของการกลับไปใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่ชุมชนกำลังประสบอยู่ โดยเฉพาะปัญหาหนี้สิน มีการนำเสนอตัวอย่างการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพมาใช้ประโยชน์ในระดับชุมชนและประชาคม ไม่ว่าจะเป็นอาหาร พืชผักพื้นบ้าน สมุนไพร การออกกำลังกาย การนวดและสมาธิภาวนา มีการนิยามและใช้คำ “ระบบสุขภาพวิถีไทย” โดยมุ่งหวังจะให้คำนี้ครอบคลุมการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

ปี ๒๕๔๔ เครือข่ายสุขภาพวิถีไทย มีการประชุมหารือการทำงานร่วมกันในอนาคต เมื่อวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๔๔ ซึ่งได้ร่วมกันกำหนดแนวทางการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านเป็น ๔ ด้าน คือ การพัฒนาองค์ความรู้ การสืบทอดองค์ความรู้ การพัฒนาการใช้ประโยชน์และการพัฒนาด้านกฎหมายและการยอมรับทางสังคม และตกลงให้องค์กรหมอพื้นบ้านในเครือข่ายจัดทำโครงการเพื่อพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านเพื่อประมวลเป็นชุดโครงการและเสนอต่อ สสส. และได้มีการประชุมร่วมกันของผู้เสนอโครงการในวันที่ ๗ - ๘ ธันวาคม ๒๕๔๔ ณ สวนคุณต่อ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดนครราชสีมา

ปี ๒๕๔๕ มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ โดยกำหนดว่า “บริการสาธารณสุข” ให้รวมถึงการบริการการแพทย์

๒๒๒

เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย





แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกด้วย

ปี ๒๕๔๕ มีการประชาพิจารณ์ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๘ – ๙ สิงหาคม ๒๕๔๕ ในเนื้อหาต้าน “ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ” ที่บัญญัติไว้ในร่างกฎหมายภายใต้หมวด ๖ ภารกิจด้านสุขภาพ ส่วนที่ ๔ ประกอบด้วย ๓ มาตรา คือ มาตรา ๘๑ ระบุเป็นหลักการที่กำหนดให้รัฐต้องส่งเสริมสนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองและให้มีทางเลือกที่หลากหลาย มาตรา ๘๒ กล่าวถึงแนวทางและมาตรการในการส่งเสริมสนับสนุน ทั้งการจัดระบบรับรอง การพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐาน การจัดตั้งองค์กรดูแลกันเอง ตลอดจนมาตรการต่างๆ และมาตรา ๘๓ กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดให้มีกลไกเพื่อทำงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเป็นการเฉพาะ

ปี ๒๕๔๕ ได้นำข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มาแก้ไขปรับปรุงร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.... (ฉบับวันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๔๕) โดยในเนื้อหาของ “ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ” มีการปรับปรุงสาระบางประการแต่ยังคงสาระหลักตามร่างเดิม

ปี ๒๕๔๕ มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๑๙/ตอนที่ ๙๙ ก/หน้า ๑๔/๒ ตุลาคม ๒๕๔๕ ทำให้มีจัดตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้นภายในกระทรวงสาธารณสุข

ปี ๒๕๔๖ มีการเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๗ - ๘ สิงหาคม ๒๕๔๖ และสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้มีข้อคิดเห็นในการพัฒนาต้าน “ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ” รวม ๕ ยุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์ด้านนโยบาย กฎหมายและสิทธิ ด้านการจัดการความรู้ ด้านการจัดการทรัพยากร ด้านการจัดการสุขภาพ และด้านเครือข่ายการเรียนรู้



เส้นทางสุขภาพดี วิถีไทย

๒๒๓





ปี ๒๕๔๖ สสส. ได้อนุมัติชุดโครงการเพื่อพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในเดือนกันยายน ๒๕๔๖ ซึ่งถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการนำข้อเสนอต่างๆ จากเวทีปฏิรูประบบสุขภาพลงสู่ภาคปฏิบัติในพื้นที่ เป็นการแปรความคิดไปสู่รูปธรรมในชุมชน

ปี ๒๕๔๗ ในการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๔ - ๙ กันยายน ๒๕๔๗ สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้มีข้อเรียกร้องด้าน “ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ” ต่อรัฐบาล ๘ ข้อ ต่อชุมชน ๕ ข้อ ต่องานวิจัยและสื่อมวลชน ๖ ข้อ และต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๓ ข้อ

ปี ๒๕๔๗ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพไทย สุขภาพวิถีไทย ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๐๑๙/๒๕๔๗ ลงวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๔๗ โดยมีคณะกรรมการอำนวยการที่มีรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็น ประธานกรรมการ มีอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นเลขานุการ และมีคณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ ที่มีนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นประธานอนุกรรมการ มีนายแพทย์ประพจน์ เกตุรากาศ เป็นเลขานุการ

ปี ๒๕๔๘ มีข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์สู่ความอยู่เย็นเป็นสุขในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี ๒๕๔๘ ซึ่งจัดเมื่อวันที่ ๗ - ๘ กรกฎาคม ๒๕๔๘ ซึ่งสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติยังคงมีข้อเรียกร้องด้าน “ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ” ต่อรัฐบาล ๑๐ ข้อ ต่อชุมชน ๔ ข้อ ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๑ ข้อ ต่อครอบครัว ๑ ข้อ ต่อองค์กรอื่นๆ ๓ ข้อ และต่อการวิจัยและสื่อมวลชน ๕ ข้อ

ปี ๒๕๕๐ มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๔ ตอนที่ ๑๖ ก วันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๕๐ โดยบทบัญญัติด้าน “ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ” ปรากฏอยู่ในหมวด ๕ วรรคหนึ่งว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มาตรา ๔๗ ที่บัญญัติว่า “วรรคหนึ่งว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ต้องสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย





และอย่างน้อยต้องมีสาระสำคัญ ๑๒ เรื่อง ซึ่ง ๑ ใน ๑๒ คือ มาตรา ๔๗(๗) คือ เรื่อง “การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ” รวมอยู่ด้วย

ปี ๒๕๕๐ กระทรวงสาธารณสุข ได้นำเสนอแผนยุทธศาสตร์ชาติการ พัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๔ ต่อคณะรัฐมนตรี ตาม หนังสือที่ สธ ๐๕๐๔.๐๑/๑๖๐๖ ลงวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๕๐ ซึ่งคณะรัฐมนตรี ได้มีมติเมื่อวันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๐ อนุมัติหลักการแผนยุทธศาสตร์ชาติการ พัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๔

ปี ๒๕๕๑ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีหนังสือที่ สธ ๐๕๐๑/๑๒๙ ลง วันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๕๑ แจ้งต่อเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เสนอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการ แผนยุทธศาสตร์ชาติการ พัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๔ ซึ่ง คสช. ได้มีมติในคราวการประชุม คสช. ครั้งที่ ๑/๒๕๕๑ เมื่อวันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๕๑ เห็นชอบตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ ซึ่งประธาน คสช. (นายไพฑูริย์ วัฒนศิริธรรม รองนายกรัฐมนตรี) ได้มีคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๓/๒๕๕๑ ลงวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๕๑ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญา ท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ มีนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นประธานกรรมการ และมีผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และรองอธิบดีกรมพัฒนาการ แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นเลขานุการ

ปี ๒๕๕๑ คณะกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการร่างสาระสำคัญตามพระราชบัญญัติสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๔๗(๗) (มาตรา ๔๗(๗) คือเรื่อง “การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ”) มีนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นประธานอนุกรรมการ มีนายแพทย์ประพจน์ เกตุรากาศ เป็นเลขานุการ มีหน้าที่





ยกร่างเนื้อหาสาระในเรื่องดังกล่าว

ปี ๒๕๕๑ คณะกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการจัดทำร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ ๑) พ.ศ.... โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนอย่างกว้างขวาง บนพื้นฐานของการทำงานวิชาการควบคู่ ความสำเร็จ และได้นำเสนอต่อสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ ซึ่งจัดขึ้นเมื่อวันที่ ๑๑ - ๑๓ ธันวาคม ๒๕๕๑ ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ และสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๘๔๕ คน ได้มีฉันทามติเห็นชอบต่อร่างธรรมนูญฯ ฉบับดังกล่าว ปี ๒๕๕๒ คสช. ได้พิจารณาเมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๒ และเห็นชอบต่อร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ ๑) พ.ศ.... และมีมติให้นำเสนอต่อ ครม. พิจารณาให้ความเห็นชอบ ซึ่ง ครม. ได้มีการประชุมปรึกษาเมื่อวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๒ ลงมติเห็นชอบต่อร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ ๑) พ.ศ.... ตามที่ คสช. เสนอ และให้รายงานต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาทราบ และประกาศในราชกิจจานุเบกษาต่อไป

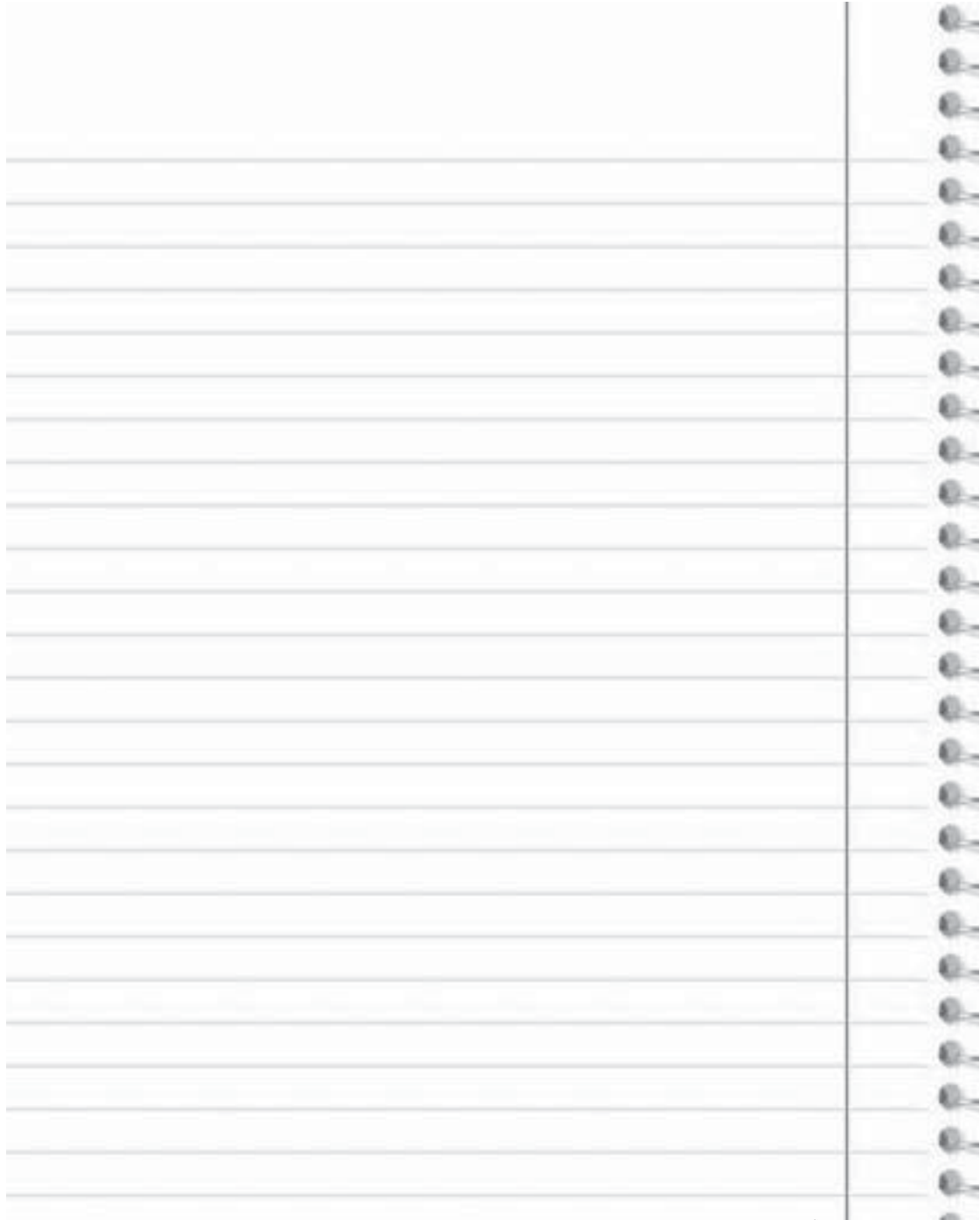
หลักการสำคัญที่ปรากฏอยู่ในหมวด ๗ ข้อ ๕๓ กำหนดไว้ว่า “การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ควรอยู่บนพื้นฐานหลักการ ๔ ประการ คือ ๑) มีความสอดคล้องกับวิถีชุมชน วัฒนธรรม จารีตประเพณี ความเชื่อและศาสนา และนำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ๒) ให้การส่งเสริมการแพทย์ทุกระบบอย่างเท่าเทียมกัน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ ๓) ให้ประชาชนมีสิทธิในการเลือกใช้และเข้าถึงการแพทย์ระบบต่างๆ อย่างเท่าเทียม เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว มีความรู้เท่าทันและได้รับการคุ้มครองในฐานะผู้บริโภค โดยมีระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นกลางและเข้าถึงได้ และ ๔) ใช้ปัญญา ความรู้ ความมีเหตุผลในการพัฒนาวิชาการ และองค์ความรู้จากฐานเดิมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด คุ่มค่า มีประสิทธิผลและปลอดภัย จากหลักการข้าง



ต้นจึงได้นำมากำหนดเป็นเป้าหมาย ๗ ประการ ด้วยมาตรการ ๗ ข้อ

ทั้งหมดนี้คือเรื่องราวของการพัฒนางานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ตลอดระยะเวลาเกือบ ๓๐ ปี ที่ผ่านมา จากจุดเริ่มต้นที่เป็นจุดเล็กๆ แล้วค่อยๆ เคลื่อนตัวและขยายไปในวงกว้าง จนปัจจุบันงานที่เป็นทุนทางสังคมไทยที่มี คุณค่าเหล่านี้ ทุกภาคส่วนได้ช่วยกันवादเป็นภาพฝันและบรรลุไว้เป็นเป้าหมาย ร่วมกันไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ หมวดที่ ๗ ที่ว่าด้วยเรื่อง “การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ” และ รัฐบาลชุดที่มีนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เป็นนายกรัฐมนตรี ได้ให้ความเห็นชอบ เรียบร้อยแล้ว และจะมีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่ จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน ตามมาตรา ๔๘ แห่งพระราช บัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ จึงนับเป็นความท้าทายร่วมกันของทุก ภาคส่วนที่จะเข้ามารวมพลังความคิด พลังกาย พลังใจและพลังความร่วมมือที่ จะทำให้ภาพฝันที่ขีดเขียนไว้นั้นเป็นความจริงให้ได้





๒๒๘

เส้นทางสุขภาพดี วิถีไท

