



การทบทวนสถานการณ์เพื่อนำสู่
การร่างธรรมนูญสุขภาพมาตรา 47(7)
ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน
และการแพทย์ทางเลือก

สถาบันสุขภาพวิถีไทย

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กรกฎาคม 2551





การทบทวนสถานการณ์เพื่อนำสู่การร่างธรรมนูญสุขภาพมาตรา 47(7) ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

นักวิจัย ประพจน์ เกตุราภาศ ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพวิถีไทย

พิสูจน์อักษร รัชณี จันทรเกษ

ประสานงาน อารุธ ราชสีห์วรรณ

สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ข้อมูลทางบรรณานุกรมหอสมุดแห่งชาติ

ประพจน์ เกตุราภาศ

การทบทวนสถานการณ์เพื่อนำสู่การร่างธรรมนูญสุขภาพมาตรา 47(7) ภูมิปัญญา
ท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก
กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์

96 หน้า

1. ธรรมนูญสุขภาพ 2. ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ 3. การแพทย์แผนไทย
4. การแพทย์พื้นบ้าน 5. การแพทย์ทางเลือก

ISBN 978-974-299-121-0

จัดพิมพ์โดย สถาบันสุขภาพวิถีไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์: 0-2591-8572: 108
โทรสาร: 0-2591-8567

พิมพ์ครั้งแรก กรกฎาคม 2551 จำนวน 1,000 เล่ม

สถานที่พิมพ์ อุษาการพิมพ์ โทรศัพท์: 0-2251-5815





บทสรุปสำหรับผู้บริหาร





การขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เพื่อนำมาสู่การกำหนดเป็น
สาระบัญญัติในธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ 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 สาระสำคัญในธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติได้ถูกกำหนดไว้ในมาตรา 46
ว่า “ให้ คสช. จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นกรอบ
และแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพ
ของประเทศเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ” โดยให้มี
สาระสำคัญตามมาตรา 47(7) ว่า “การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนา
ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและ
การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ”

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





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

สถานการณ์ทั้ง 2 ส่วนได้ทำให้เห็นข้อสรุป สภาพปัญหาของภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก คือ ระบบสุขภาพของประเทศไทยได้เคลื่อนตัวเข้าสู่การยอมรับระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ การเติบโตและความเข้มแข็งของระบบสุขภาพภาคประชาชนในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา การฟื้นฟูและการเคลื่อนตัวของภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกมีความแตกต่างกัน

สุดท้ายได้นำเสนอ หลักการ ทิศทาง มาตรการ และกลไกในการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ซึ่งทั้งหมดมีหลักการร่วมเดียวกัน แต่มีทิศทางและมาตรการแตกต่างกันตามสภาพปัญหาของแต่ละระบบ







บทนำ





การขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เพื่อนำมาสู่การกำหนดสารบัญญัติ ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้เริ่มอย่างเป็นระบบ มีกระบวนการ และมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง โดยยึดแนวความคิดของ นพ.ประเวศ วะสี เรื่อง **สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา** (*การพัฒนาความรู้วิชาการ การเคลื่อนไหวทางสังคม และการเคลื่อนไหวทางการเมือง*) โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 ซึ่งเริ่มจากการ พัฒนาองค์ความรู้และเข้าสู่การเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อจัดทำสารบัญญัติ ในธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติโดยผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2544 และในระหว่างการดำเนินการกับภาคการเมืองเพื่อเห็นชอบและ ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ เครือข่ายภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพได้ ก่อรูปขึ้นอย่างมีทิศทางและกำหนดยุทธศาสตร์ร่วมกันในการทำงาน รวมทั้ง จัดหางบประมาณมาดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ดังกล่าว

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2550 สารบัญญัติต่างๆ เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพที่ได้ กำหนดไว้ในธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับ 24 กันยายน 2550) ไม่ได้รับการ กำหนดไว้ใน พ.ร.บ. แต่ให้จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้ เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงาน ด้านสุขภาพของประเทศเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ โดยมีสาระสำคัญตามมาตรา 47(7) “การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนา ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการ แพทย์ทางเลือกอื่นๆ”

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญ ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเตรียมการยกร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ แห่งชาติตามกรอบมาตรา 47 เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของสมัชชา สุขภาพก่อนนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้ความเห็นชอบ ซึ่งคณะกรรมการฯ ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการยกร่างสารสำคัญ มาตรา 47(7) เพื่อยกร่าง





สารบัญญัติเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย
การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

การทบทวนสถานการณ์ในบทความนี้จะนำเสนอประเด็นต่างๆ คือ

ก. สถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคในการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น
ด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

ข. สถานการณ์การขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์
แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ผ่านกระบวนการสมัชชา
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2544-2548

ค. สรุป วิเคราะห์ สภาพปัญหาของภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

ง. ข้อเสนอต่อ ทิศทาง มาตรการและกลไกในการพัฒนา

เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการยกร่างสาระสำคัญฯ ตามมาตรา 47(7) เกี่ยวกับ
ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และ
การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ







ก.

สถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรค
ในการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน
และการแพทย์ทางเลือก





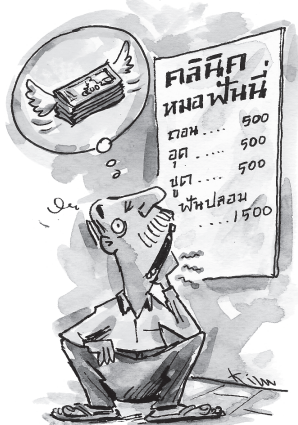
1. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มสูงขึ้น

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 มีสัดส่วนสูงขึ้นเป็นร้อยละ 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 จัดสรรให้กับงานบริการที่สถานีนานามัย ซึ่งมุ่งเน้นบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แม้จะมีการปรับโครงสร้างงบประมาณตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ทำให้สัดส่วนงบประมาณของโรงพยาบาลลดลง แต่โดยแนวโน้มงบประมาณโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น เนื่องจากงบประมาณโดยรวมของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะงบประมาณ





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 การใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐส่วนภูมิภาค 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 การดูแลสุขภาพหลังคลอด 13,496 ราย (ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ฯ 2551)

โดยภาพรวมจะเห็นว่า การแพทย์แผนไทยและยาจากสมุนไพรมีศักยภาพ และก่อให้เกิดมูลค่าทางด้านสุขภาพ ถ้าได้รับการส่งเสริมอย่างเป็นระบบ มี ทิศทาง จะสามารถลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประเทศได้

2. การขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข (กำลังคนด้านสุขภาพ)

กำลังคนด้านสุขภาพเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ปัญหา กำลังคนด้านสุขภาพเป็นปัญหาที่หลายประเทศกำลังเผชิญ โดยเฉพาะ ประเทศกำลังพัฒนา

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

ประเทศไทยมีปัญหาด้านกำลังคนดังนี้ (ทินกร 2551)

1. การขาดแคลนกำลังคน

2. การกระจายกำลังคนที่ไม่เป็นธรรม โดยความหนาแน่นของแพทย์ ท้นตแพทย์ เกษชกร และพยาบาล ปฏิบัติงานในกรุงเทพฯ สูงกว่าในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ ประมาณ 5-10 เท่า การขาดแคลนแพทย์ในชนบทยังเป็น ปัญหาสำคัญ

3. ความไม่เหมาะสมของสิ่งแวดล้อมในการทำงานและระบบการสนับสนุน





4. การขาดกลไกการผลักดันเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบกำลังคน
5. การขาดความเชื่อมโยงระหว่างการวางแผนกำลังคนและการผลิต
6. การขาดองค์ความรู้ในการสนับสนุนการวางแผนกำลังคน

3. การพึ่งพิงองค์ความรู้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์จากต่างประเทศ

ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันของประเทศไทยยังต้องพึ่งองค์ความรู้จากต่างประเทศเป็นหลัก การศึกษาวิจัยทางการแพทย์ยังมีจำนวนน้อย และส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่

ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันต้องอาศัยเทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นส่วนสำคัญในการตรวจ วินิจฉัย และรักษาโรค ซึ่งทำให้การแพทย์แผนปัจจุบันมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการรักษาสูง แต่ในขณะเดียวกันก็ทำให้ต้องพึ่งพิงเทคโนโลยีจากต่างประเทศ เนื่องจากประเทศไทยขาดศักยภาพ นโยบายความมุ่งมั่นในการสร้างและใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม เช่นเดียวกับทัศนคติของผู้รับบริการที่มองว่าเทคโนโลยีที่ทันสมัยและราคาสูงจะให้ความเที่ยงตรงและแม่นยำกว่าการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์และการตรวจร่างกายแบบพื้นฐาน

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

นอกจากนี้ขนาดของตลาดยาในประเทศยังเล็ก ไม่ก่อให้เกิดการประหยัดต่อขนาดของการผลิต (Economy of Scales) โดยเฉพาะการลงทุนผลิตสารวัตถุดิบตัวยาที่สำคัญ การผลิตยาในประเทศส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาวัตถุดิบที่นำเข้าจากต่างประเทศ (จิราพร 2550)





4. วัฒนธรรมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย (ผู้รับบริการ) และแพทย์ (ผู้ให้บริการ) เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

การแพทย์แผนไทยนั้นเป็นเรื่องของคุณค่าทางจิตใจมาก แพทย์หรือหมอเป็นบุคคลที่คนเคารพนับถือ เมื่อมีความเคารพบูชา ก็ต้องมีน้ำใจต่อกัน คนไข้ก็มีความกตัญญูทတ်เทีต่อหมอ 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 ทำให้ประชาชนใช้บริการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น 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
แพงเกินเหตุ เป็นต้น

5. การเติบโตและการเคลื่อนตัวของภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก

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





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

ปี พ.ศ. 2527 การสัมมนาเรื่องภูมิปัญญาชาวบ้านเกิดขึ้นเป็นโดยมูลนิธิหมู่บ้าน ซึ่งมี ดร.เสรี พงศ์พิศ ประธานมูลนิธิเป็นผู้ริเริ่ม คำว่า “ภูมิปัญญาชาวบ้าน” ถูกสร้างขึ้นเป็นวาทกรรมทวนกระแสภายใต้กระบวนการทัศน์การพัฒนากระแสหลักที่มองชาวบ้านว่าวนเวียนและดักดานอยู่ในวงจรอุบาทว์ของความโง่-จน-เจ็บ..... แม้ว่าภูมิปัญญาชาวบ้านและภูมิปัญญาสุขภาพส่วนหนึ่งจะถูกทำให้กลายเป็นสินค้า แต่ภาวะดังกล่าวก็สะท้อนความรู้สึกนึกคิดและทัศนคติของสังคมไทยที่ความเป็นท้องถิ่นและความเป็นไทยเปลี่ยนแปลงไป วิถีชุมชนไม่ใช่สิ่งมั่งงาย ไร้สาระหรือน่ารังเกียจ แต่เป็นสิ่งที่มีความค่า เป็นภูมิปัญญาที่สังคมไทยต้องช่วยกันสืบสาน (โกมาตร 2547)

การเติบโตของการแพทย์ทางเลือก กระแสการแพทย์ทางเลือกก่อตัวขึ้นช้าๆ ในหมู่ผู้แสวงหาทางออกแก้ปัญหาสุขภาพที่การแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถตอบสนองได้ ในขณะที่ชนชั้นกลางที่มีชีวิตที่แปลกแยกอยู่ในเมืองและเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังและโรคเมร่งต่างอ้างแชนตอนรับการแพทย์ทางเลือกเป็นทางออกจากความตึบตันของการแพทย์สมัยใหม่ (โกมาตร 2547) ความตื่นตัวต่อภัยคุกคามสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บที่มากับชีวิตที่ขาดดุลยภาพและห่างเหินธรรมชาติทำให้กระแสสุขภาพและการแพทย์ทางเลือกได้รับการตอบรับอย่างกว้างขวาง

ความตื่นตัวต่อวิถีสุขภาพและการยอมรับของสาธารณชนต่อการบำบัดที่หลากหลาย ทำให้การแพทย์ทางเลือกที่ไม่เป็นที่ยอมรับของระบบการแพทย์แผนปัจจุบันได้กลายเป็นส่วนเสริมหรือทดแทนการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือผสมผสานกับการแพทย์แผนไทย





การแพทย์ทางเลือกได้ทำให้แนวคิดเรื่องสุขภาพองค์รวมกลายเป็นอุดมคติที่ผู้คนในสังคมแสวงหาและวงการแพทย์ยอมรับว่าสุขภาพที่สมบูรณ์นั้น ต้องบูรณาการมิติต่างๆ ของสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม อาจกล่าวได้ว่า กระบวนทัศน์สุขภาพใหม่ได้ลงหลักปักฐานในสังคมไทยในระดับหนึ่งแล้วโดยการแพทย์ทางเลือกมีส่วนสำคัญในการนำเสนอวิธีคิดรูปแบบใหม่นี้ (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 สุขภาพวิถีไท 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 ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งในระดับวิถีคิดหรือปรัชญาทางการแพทย์ และในระดับวิธีการและแบบแผนการปฏิบัติ รวมทั้งสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์แต่ละระบบก็ยังมี ความแตกต่างกันในรายละเอียด (โกมาตร 2547)

สถานการณ์ของการแพทย์พื้นบ้าน

การแพทย์พื้นบ้านแม้จะเป็นระบบการแพทย์ที่มีความแตกต่างหลากหลาย อย่างยิ่งนับได้ตั้งแต่การแพทย์ของชาวไทยภูเขาจนถึงการแพทย์ของกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ รวมทั้งระบบการแพทย์ท้องถิ่นในแต่ละภูมิภาค แต่การแพทย์เหล่านี้ก็มีลักษณะร่วมกันคือ เป็นระบบการแพทย์ที่สัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับวิถีชีวิตของชุมชนท้องถิ่น และเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมชุมชนที่ประกอบด้วยระบบวิถีคิดและแบบแผนการปฏิบัติที่ผสมผสานทั้งความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติ การบำบัดรักษาด้วยเวทมนตร์ คาถาอาคม และสมุนไพรจากธรรมชาติโดยมีพิธีกรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญซึ่งอาศัย สื่อภาษา และ





สัญลักษณ์ทางวัฒนธรรม อีกทั้งความเป็นชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการรักษา โดยผสมผสานทั้งมิติทางกายภาพ ทางสังคม และทางนิเวศวิทยา แม้ว่าการแพทย์พื้นบ้านจะได้รับความยอมรับมากขึ้นภายใต้วาทกรรมภูมิปัญญาท้องถิ่น แต่ก็ยังเป็นความรู้ชายขอบที่ถูกเบียดขับและกดทับจากความรู้แบบวิทยาศาสตร์ และเป็นระบบการแพทย์ที่รัฐไม่ได้ส่งเสริม และไม่คอยสนับสนุนในการพัฒนาเท่าใดนักในช่วงที่ผ่านมา รวมทั้งยังมีประเด็นถกเถียงทางกฎหมายในการรับรองการแพทย์พื้นบ้านที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น

องค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านเป็นความรู้ที่สืบทอดผ่านประสบการณ์ตรง และเรียนรู้จากการปฏิบัติเป็นหลัก ความรู้ส่วนหนึ่งเป็นการบอกเล่าสืบทอดในระบบเครือญาติหรือระหว่างผู้สนใจที่ขอรู้เรียนหรือต่อวิชาจากผู้รู้ ความรู้ อีกส่วนหนึ่งอาศัยการที่หมอพื้นบ้านเติบโตในวัฒนธรรมท้องถิ่นและซึมซับความรู้สึนึกคิด ศรัทธา และวิถีคิดในชุมชนเป็นพื้นฐานและอาศัยการประจักษ์แจ้งเชิงรหัสนัยและประสบการณ์เหนือธรรมชาติเป็นกระบวนการสำคัญในการเข้าถึงความรู้ต่างมิติ ความรู้และวิถีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องจึงสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับจักรวาลทัศน์ของท้องถิ่นและเป็นการเข้าใจที่อาศัยการถ่ายทอดผ่านสื่อ ภาษา สัญลักษณ์ และพิธีกรรมที่มีรากฐานทางวัฒนธรรมร่วมกันของชุมชน (โกมาตร 2547)

จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2544-2548 เครือข่ายภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพก็ได้สะท้อนปัญหาของหมอพื้นบ้านแบบเดียวกับที่บทวิเคราะห์ของนายแพทย์โกมาตร เครือข่ายได้สะท้อนปัญหาเรื่อง สถานภาพของหมอพื้นบ้านที่ไม่มีกฎหมายรองรับ หน่วยงานการไม่เข้าใจและเห็นว่าการที่หมอพื้นบ้านทำการรักษาชาวบ้านนั้นเป็นเรื่องผิดกฎหมาย ปัญหาการขาดผู้สืบทอดหรือการสร้างหมอพื้นบ้านรุ่นใหม่เนื่องจากเยาวชนขาดความสนใจที่เรียนรู้และเป็นหมอพื้นบ้าน รวมทั้งปัจจัยทางเศรษฐกิจที่ผลทำให้ต้องประกอบอาชีพอื่นที่สามารถเลี้ยงชีวิต เนื่องจากปรัชญาหรือวิถีของหมอพื้นบ้านจะรักษาผู้อื่นแบบมนุษยธรรม ไม่ใช่การประกอบอาชีพหมอพื้นบ้านเป็นหลัก ปัญหา





การจัดการความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในแต่ละภาค ยกเว้นการแพทย์
ล้านนา ความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในตัวหมอซึ่งส่วนใหญ่มีอายุมาก (สัมภาษณ์สุขภาพ
แห่งชาติ 2544-2548)

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลการรักษาของชาวบ้านเมื่อรักษาอาการเจ็บป่วยกับ
หมอพื้นบ้านนั้น ไม่มีการรวบรวมอย่างเป็นระบบ แต่จากการศึกษาของ
สำนักงานสถิติแห่งชาติ (ปริยา 2548-2549) เกี่ยวกับพฤติกรรมการรักษา
พยาบาลของชาวบ้านเมื่อเจ็บป่วยในปี พ.ศ. 2548 พบว่า ผู้ป่วยเลือกวิธีการ
รักษาโดยการไปสถานเอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชนสูงสุด ร้อยละ 43.4 รองลงมา
คือไปคลินิก/โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 22.0 ซั้อยากินเอง 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 แต่ในทางปฏิบัติก็ไม่มีการ
เรียนรู้กันระหว่างครูกับศิษย์มากนัก ส่วนในระบบการศึกษาสมัยใหม่ที่มีการเปิด
หลักสูตรการแพทย์แผนไทยมากขึ้น ก็เป็นการสอนไปตามตำราและเป็นแบบ
ผิดฝาผิดตัว โดยใช้หลักสูตรปริญญาตรีสาขาวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ มาผนวก
กับทฤษฎีการแพทย์แผนไทยและการนวด โดยวิทยาศาสตร์สมัยใหม่กับทฤษฎี





การแพทย์ที่สอนก็ไม่เกี่ยวข้องกัน ซ้ำยังขัดแย้งกันในระดับญานวิทยาและวิธีวิทยาอีกด้วย 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 โรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลลำพูน)

ร้อยละ 90.51 ของโรงพยาบาลชุมชน (719 แห่ง) มีบริการการแพทย์แผนไทย

ร้อยละ 88.08 ของสถานีอนามัย (9,800 แห่ง) มีบริการการแพทย์แผนไทย

ผู้รับบริการ ร้อยละ 66.2 เป็นผู้ที่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล

(ข้าราชการ ฯลฯ)

ร้อยละ 18.2 เป็นประชาชนทั่วไปที่เสียค่าบริการเอง

ร้อยละ 9.1 เป็นผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า





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

จากการสำรวจผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐโดยศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ 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) แต่เมื่อการแพทย์แผนไทยได้รับความนิยมมากขึ้นในและต่างประเทศ โดยเฉพาะการนวดไทยและสมุนไพร หน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนจึงเข้ามาจัดการการศึกษาเพื่อผลิตบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยทั้งในระบบครูรับมอบตัวศิษย์ 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





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 ต้องใช้วิธีการมอบตัวกับครูรับมอบตัวศิษย์การแพทย์แผนไทย (ซึ่งสถาบันการศึกษาส่วนใหญ่จัดหาให้) จึงจะมีสิทธิ์สอบขึ้นทะเบียนการประกอบโรคศิลปะฯ ได้

ปัญหาสำคัญของสถาบันการศึกษา คือ การขาดแคลนครูการแพทย์แผนไทยที่มีความรู้ ความสามารถในการสอน ขาดเนื้อหาหลักสูตร ขาดตำราประกอบการเรียนการสอน

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





สถานการณ์ด้านยาจากสมุนไพร

การใช้ยาจากสมุนไพรถือเป็นหัวใจของการบริการการแพทย์แผนไทย นอกเหนือจากการนวดไทย การใช้ยาจากสมุนไพรนั้นมีทั้งในแบบที่ประชาชนใช้สมุนไพรแบบพึ่งตนเองแบบซื้อจากร้านขายยา 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 ของสถานบริการมีการผลิตยาจากสมุนไพร และในจำนวนนี้เป็นการผลิตเพื่อจำหน่ายร้อยละ 6.1 ผลิตเพื่อรักษาผู้ป่วยร้อยละ 41.8 ผลิตเพื่อจำหน่ายและรักษาร้อยละ 22.4

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

โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งมีศักยภาพในการผลิตยาเพื่อให้บริการผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยในอำเภอ และมีการผลิตยาให้บริการผู้ป่วยในอำเภอหรือจังหวัดใกล้เคียงได้

สถานการณ์การวิจัย และการจัดการความรู้

ระหว่างปี พ.ศ. 2543-2547 มีผลงานการวิจัยด้านสมุนไพรที่ดีพิมพ์โดยนักวิจัยชาวไทย และหรือนักวิจัยชาวต่างชาติ จำนวน 395 เรื่อง โดยตีพิมพ์ในวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูลนานาชาติ 223 เรื่อง

แสดงให้เห็นว่า นักวิชาการไทยมีศักยภาพในการทำวิจัยให้เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติได้ แต่ภาพรวมของงานวิจัยขึ้นอยู่กับความถนัดของนักวิชาการแต่ละคน 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 นักวิชาการไทยมีศักยภาพในการทำกรวิจัย แต่ขาดระบบ และกลไก ในการเชื่อมโยงนักวิชาการ และหน่วยงานที่เป็นแหล่งทุนในการ สนับสนุนการวิจัย ขาดแผนแม่บทในการจัดการกรวิจัย 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 เจาะระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาไทยนั้น ยังไม่มีการดำเนินการอย่างชัดเจนและเป็นระบบ

สถานการณ์ของการแพทย์ทางเลือก

การแพทย์ทางเลือกที่ถูกนำเสนอสู่สังคมไทยมีหลากหลายระบบ มีทั้งที่เป็นระบบการแพทย์ดั้งเดิมของสังคมอื่น เช่น การแพทย์จีน การแพทย์ทิเบต ไคโรแพรคติกส์ โฮมีโอพาธี ซึ่งมีรากเหง้าทางวัฒนธรรมจากสังคมเดิม และ ศาสตร์การแพทย์ทางเลือกใหม่ๆ ที่อาจมีร่องรอยของการแพทย์ดั้งเดิมจาก แหล่งต่างๆ บ้าง หรือเป็นแนวคิดใหม่จากการทดลอง การศึกษาวิจัยของภาค ธุรกิจ หรือการผสมผสานความรู้ทางการแพทย์ที่หลากหลายจนกลายเป็น แบบแผนการปฏิบัติที่ผู้รู้ต่างๆ นำเสนอ แม้ว่าผลิตภัณฑ์และบริการการแพทย์ ทางเลือกส่วนหนึ่งจะมีลักษณะเป็นสินค้าที่เฟื่องฟูตามกระแสความนิยมของ ตลาด แต่การแพทย์ทางเลือกก็มีความสำคัญยิ่งต่อกลุ่มคนที่ดิ้นรนแสวงหา ทางออกแก้ปัญหาสุขภาพที่การแพทย์สมัยใหม่หมดปัญญาเยียวยารักษาให้ รวมทั้งยังเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพและฟื้นฟูวิถีชีวิตที่ใส่ใจต่อสุขภาพในหมู่คน ชนกลางในเมืองอีกด้วย

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





จากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.2544-2548 มีการนิยามการแพทย์ทางเลือกในลักษณะที่ไม่ใช่องค์ความรู้ที่นำเข้าสู่สังคมไทยเพียงอย่างเดียว แต่ต้องเป็นการแพทย์ทางเลือกที่ถูก เลือก รับ ปรับ ใช้ โดยชุมชนจนกลายเป็นวิธีหรือแบบแผนการดูแลสุขภาพโดยกลุ่มคนหรือชุมชน ทั้งนี้เพื่อเป็นไปตามหลักการการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

การแพทย์จีนถือเป็นการแพทย์ทางเลือกระบบหนึ่ง แต่ถูกนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพของคนจีนและคนไทยเชื้อสายจีนตั้งแต่กรุงศรีอยุธยา และเนื่องจากคนจีนในสังคมไทยมีจำนวนมากและได้กลมกลืนกับคนไทย จึงทำให้การแพทย์จีนไม่ได้เป็นการแพทย์ที่ดูแปลกแยกเหมือนระบบการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

การดูแลสุขภาพแบบจีนนั้นได้รับความนิยมจากคนไทยเชื้อสายจีนและคนไทย 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 แต่ก็มีปัญหาเช่นเดียวกับการแพทย์แผนไทยคือ ไม่มีกรอบอัตรากำลังด้านการแพทย์จีน ส่วนคุณภาพด้านการศึกษา นั้น 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 ซึ่งม
ความตื่นตัวเรื่องสุขภาพและมีการศึกษา สามารถศึกษาเรียนรู้จากแหล่งข้อมูล
และไวต่อกระแสการแพทย์ทางเลือกที่ตื่นตัวจากต่างประเทศ ทำให้เกิดความ
นิยมและการยอมรับการแพทย์ทางเลือกในสังคมไทย หลังเกิดความนิยมได้ทำให้
สถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนยอมรับและนำการแพทย์ทางเลือกเข้ามาอยู่
ในระบบบริการโดยมีเหตุผลในการเพิ่มรายได้ของสถานบริการเป็นหลักมากกว่า
การเห็นคุณค่าและศักยภาพในการสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพที่
เกิดจากข้อจำกัดของระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ทิศนะต่อการส่งเสริมการ
แพทย์ทางเลือกดังกล่าวทำให้ระบบการแพทย์ทางเลือกในส่วนที่เป็นความนิยม
ของชาวต่างประเทศเช่น สปา อโรมาเทอราปี การสวนล้างลำไส้ อาหารเสริม
วิตามิน เป็นต้น ได้รับการส่งเสริมและเปิดให้บริการอย่างกว้างขวางทั้งในภาครัฐ
และเอกชนโดยมาตรฐานและการคุ้มครองผู้บริโภค

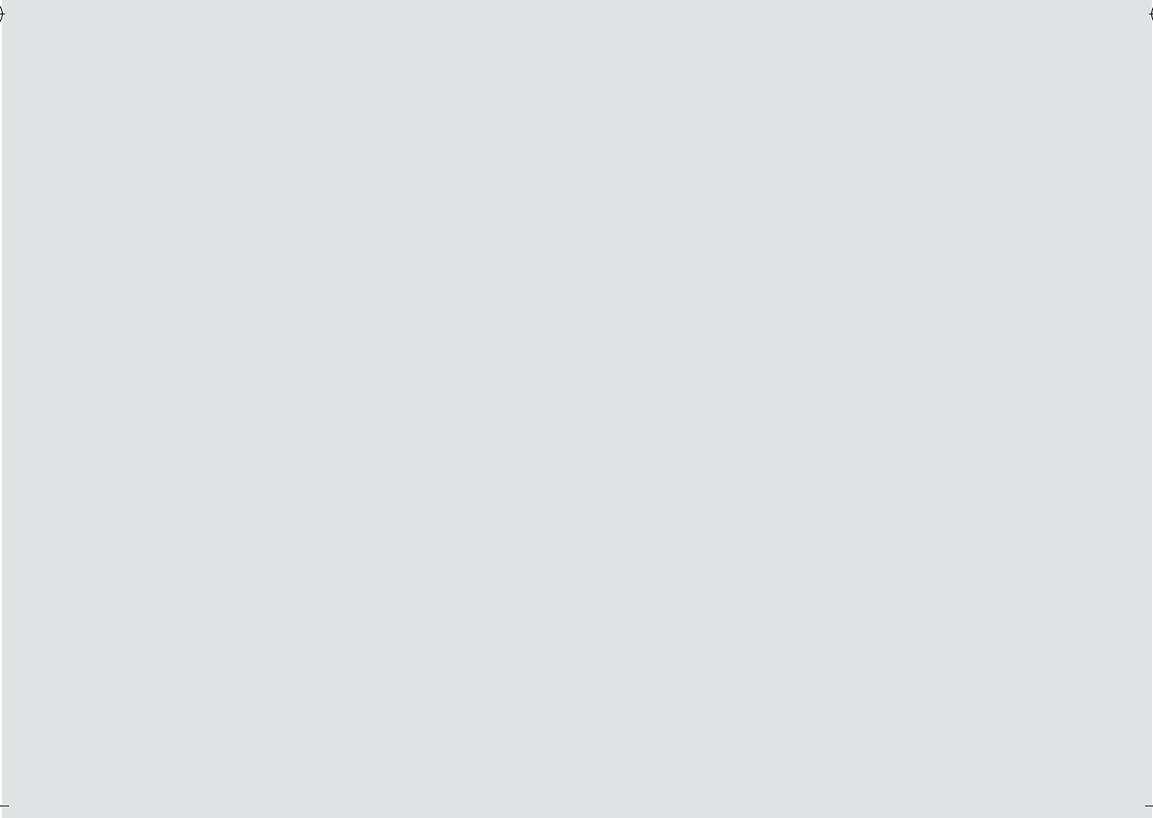
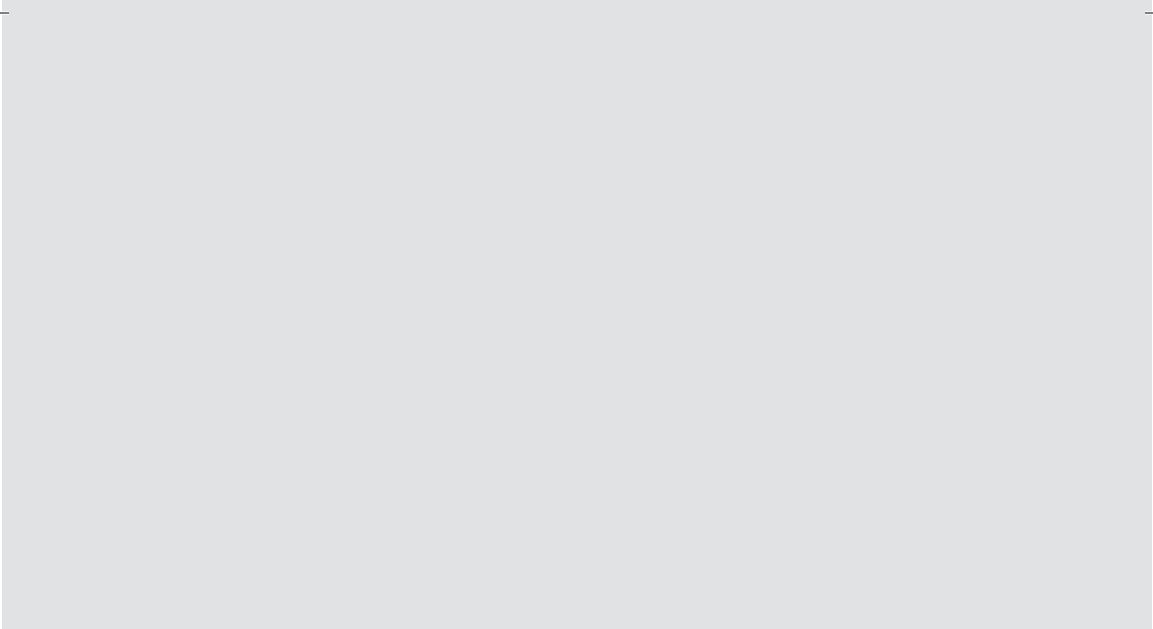




นอกจากนี้ การแพทย์ทางเลือกยังเข้าสู่ประเทศไทยผ่านการขายผลิตภัณฑ์ ยา อาหารเสริม และเครื่องมือต่างๆ ในระบบการขายตรงให้กับสมาชิกและประชาชน

กองการประกอบโรคศิลปะและกองการแพทย์ทางเลือกซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในดูแลเรื่องการแพทย์ทางเลือกยังขาดทิศทางที่ชัดเจนในการจัดการกับการแพทย์ทางเลือกที่มีศาสตร์จำนวนมาก ขาดความรู้และความสามารถในการวิเคราะห์ คัดกรองศาสตร์ต่างๆ เพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ประชาชน ในขณะที่เดียวกันกลับทำบทบาทในการส่งเสริมศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่มีผลตอบแทนด้านเศรษฐกิจมากกว่าส่งเสริมศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่นำไปสู่การพึ่งตนเองของระบบสุขภาพ







๒.

สถานการณ์การขับเคลื่อนภูมิปัญญา
ท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย
การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก
ผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. 2544-2548





เริ่มต้นที่การพัฒนาองค์ความรู้ พ.ศ. 2542-2543

- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้เริ่มการพัฒนาองค์ความรู้ การแพทย์นอกระบบหลัก โดยเริ่มจากการสัมมนา “การแพทย์แบบผสมผสานและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ” ในการประชุมจัดการ ปฏิรูประบบสุขภาพไทย เมื่อวันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2542 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค โดยเน้นการนำการแพทย์ทางเลือก (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 ไม่ใช่พัฒนาศาสตร์การแพทย์ทางเลือกใดๆ

วิสัยทัศน์ของเครือข่ายการแพทย์วิถีไทยปัจจุบัน
การประชุมสัมมนาเครือข่ายการแพทย์วิถีไทยปัจจุบัน

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

“การแพทย์วิถีไทยปัจจุบัน” เป็นองค์รวมทางสุขภาพที่ประมวลขึ้นมาจากความคิดจิตสำนึกแห่งภูมิปัญญาไทย ผ่านประสบการณ์ที่เป็นจริงของบรรพชนในการดูแลตนเองและผู้คนรอบข้างแต่อดีตกาล ตกทอดมาถึงผู้คนชาวไทยร่วมสมัยในปัจจุบัน ซึ่งหมายถึงการแพทย์แผนไทยเดิมทั้งหมด ผสานเข้ากับภูมิปัญญาพื้นถิ่นของชนชาติต่างๆ ที่มาสู่สังคมไทย ในรูปการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เพราะฉะนั้นจึงไม่ได้พัฒนาศาสตร์การแพทย์ทางเลือกใดๆ แต่จะเป็นการเลือกปรับเปลี่ยนภูมิปัญญาเหล่านั้นด้วยความเคารพในความรู้ดั้งเดิม โดยคัดสรรเฉพาะส่วนที่มีหลักการ สมเหตุผล และสอดคล้องกับการนำมาปฏิบัติในประชาคมไทย ทั้งนี้โดยเน้นการพึ่งพาตนเอง และเกื้อกูลซึ่งกันและกันในระหว่างสมาชิกร่วมสังคมทั้งประเทศเท่าที่จะเป็นไปได้ ขณะเดียวกันก็เป็นการผสานวิทยาการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่มีกระบวนการตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างเป็นระบบ โดยการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างเหมาะสม และไม่สิ้นเปลือง โดยมีเป้าหมายทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพทั้งในด้านร่างกายและจิตวิญญาณ ในส่วนการรักษาโรค ไม่เพียงแต่ให้คุณค่าแก่การรักษาให้หายจากโรคนั้นๆ ยังคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้รับการรักษาตลอดจนครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อมอีกด้วย





- หลังการสัมมนาทางวิชาการ 2 ครั้งที่ผ่านมา สรรส. และสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) เห็นความสำคัญของระบบการแพทย์นอกกระแสหลักที่จะมีบทบาทในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย และควรมีการกำหนดเป็นสาระบัญญัติใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติที่กำลังเริ่มต้นดำเนินการอยู่ จึงได้มอบหมายให้ นายยงศักดิ์ ดันติปัญญานางสาวปัทมาวดี กลสิกรรม นางสาวรุจิราภ อรรถสิขัฐ นางสาวปารณัฐ สุขสุทธิ และนายโอภาส เชษฐากุล ทำรายงาน “การสังเคราะห์องค์ความรู้สู่การปฏิรูประบบสุขภาพ การพัฒนาระบบการแพทย์ทางเลือกในระบบสุขภาพไทย” เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์รวมของระบบการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย ศึกษาทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศ สังเคราะห์แนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาระบบการแพทย์ทางเลือกให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพไทย รวมทั้งสังเคราะห์ข้อเสนอสาระบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ รายงานฉบับนี้มีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและถือเป็นรายงานฉบับแรกที่วิเคราะห์ภาพรวมของระบบการแพทย์ที่อยู่นอกกระแสหลักในสังคมไทย

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





การแพทย์พื้นบ้าน เป็นการแพทย์ที่มีอยู่ดั้งเดิมในท้องถิ่น เกิดจากประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพเจ็บป่วยของคนในชุมชน เกิดการส่งสืบทอดไปยังคนรุ่นต่อไป จนเป็นวิถีชีวิตของชุมชน การแพทย์พื้นบ้านมีความหลากหลายและอาจแตกต่างกันในแต่ละชุมชน ทั้งนี้ขึ้นกับวัฒนธรรมและทรัพยากรที่แตกต่างกัน การแพทย์พื้นบ้านอาจมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับการแพทย์อื่นๆ เพื่อเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนได้ดียิ่งขึ้น

การแพทย์แผนไทย เป็นการแพทย์ดั้งเดิมของไทย เกิดจากการผสมผสานการแพทย์พื้นบ้านกับการแพทย์อายุรเวทของอินเดีย ซึ่งเข้ามาพร้อมกับการเผยแพร่ของพระพุทธศาสนาและพราหมณ์ในดินแดนสุวรรณภูมิ

การแพทย์ทางเลือก/สุขภาพทางเลือก เป็นระบบการแพทย์หรือเทคนิควิธีการทางการแพทย์ที่ไม่เป็นที่ยอมรับอย่างเป็นทางการของระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน*

การแพทย์พื้นบ้าน

สาระสำคัญของการแพทย์พื้นบ้านคือ การสืบทอดความรู้ต่อคนรุ่นใหม่ ชาติคนสนใจ ไม่มีระบบการเรียนการสอน ไม่มีสถาบันการผลิต หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่เป็นชาวบ้านไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นหมอพื้นบ้านแต่ช่วยเหลือผู้อื่นในฐานะเพื่อนบ้านและคนในชุมชน ซึ่งทำให้คนรุ่นใหม่ไม่สนใจสืบทอด เพราะต้องประกอบวิชาชีพเพื่อเลี้ยงตัว หมอพื้นบ้านเริ่มรวมตัวเป็นเครือข่าย

รายงานฉบับนี้เสนอให้ ชุมชนมีบทบาทในการพัฒนาและกำหนดบทบาทและขอบเขตอยู่ในชุมชนเท่านั้น





รายงานฉบับนี้ใช้นิยามคำหมอพื้นบ้าน จากการศึกษาของ สสม. (สนง.คกก. สสม) และศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหิดล ว่า “หมอพื้นบ้าน เป็นชาวบ้านในหมู่บ้านที่มีบทบาทในการให้บริการกับเพื่อนบ้านและใช้เวลาส่วนใหญ่ของชีวิตที่ผ่านมายุอยู่ในชุมชน”

รายงานได้แบ่งประเภทหมอพื้นบ้านเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ หมอพื้นบ้านที่มีพื้นฐานมาจากประสบการณ์เชิงประจักษ์ และหมอพื้นบ้านที่มีความเชื่อในเรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติและไสยศาสตร์

หมอพื้นบ้านได้รับการยอมรับในเชิงนโยบาย จากนโยบายการส่งเสริมสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานโดยเริ่มในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5

ด้านการผลิตและการพัฒนากำลังคนของการแพทย์พื้นบ้านนั้น เป็นการสืบทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง ไม่มีระบบการเรียนการสอน ไม่มีสถาบันการผลิต ปัจจุบันหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ไม่มีศิษย์หรือผู้สืบทอดความรู้ต่อ คนรุ่นใหม่ขาดความสนใจ เนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจและการเลี้ยงชีพ

หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 70) ช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่ใช้การหารายได้มีหมอพื้นบ้านที่เป็นหมอพื้นบ้านอาชีพ หรืออาชีพเสริม ร้อยละ 30

ที่น่าสนใจคือ หมอพื้นบ้านหลายพื้นที่ได้รวมตัวกันเป็นเครือข่าย เช่น เครือข่ายหมอเมืองเชียงใหม่ สภาหมอพื้นบ้านอีสาน

รายงานฉบับนี้ได้เสนอแนวทางสำคัญในการพัฒนาหมอพื้นบ้าน โดยให้ชุมชนเป็นผู้พัฒนาและกำกับดูแลหมอพื้นบ้าน รัฐควรส่งเสริมด้านวิชาการและงบประมาณ ส่งเสริมเครือข่ายหมอพื้นบ้าน มีการกำหนดขอบเขตและบทบาทหมอพื้นบ้านให้อยู่ในระดับชุมชน และไม่ควรพัฒนาหมอพื้นบ้านในแนวทางวิชาชีพ





การแพทย์แผนไทย

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

จากนโยบายส่งเสริมการสาธารณสุขมูลฐานขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2517 ได้เกิดกระแสความตื่นตัวเรื่องการพึ่งตนเอง และทำให้การแพทย์แผนไทยได้รับการยอมรับและฟื้นฟูให้มีบทบาทในการดูแลสุขภาพอีกครั้ง เกิดกิจกรรมสำคัญๆ ในการฟื้นฟูและพัฒนาการแพทย์แผนไทยมากมาย ที่สำคัญได้แก่

โครงการสมุนไพรรักษาสาธารณสุขมูลฐานของกระทรวงสาธารณสุข 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 เมื่อพระเจ้าอโศกมหาราชได้ส่งพระสมณทูตออกเผยแผ่พระพุทธศาสนาในกายเลวาทไปยังที่ต่างๆ 9 สาย โดยสายหนึ่งมีพระโสณะและพระอุตตระ เป็นพระเถระมายังสุวรรณภูมิ คือบริเวณนครปฐมในปัจจุบัน (อ.พนมทวน จ.กาญจนบุรี และอ.ดอนตาเพชร จ.สุพรรณบุรี.....ผู้เขียน) อย่างไรก็ตามไม่มีหลักฐานทางประวัติศาสตร์ที่จะยืนยัน

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

สมัยรัชกาลที่ 5 (พ.ศ. 2413) โปรดเกล้าให้รวบรวมคัมภีร์แพทย์เรียกว่า “เวชศาสตร์ฉบับหลวง” (เสร็จสิ้นเมื่อ พ.ศ. 2499) ซึ่งเป็นที่มาของตำราแพทย์ศาสตร์สังเคราะห์ในภายหลัง 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 คน ขึ้นไป แพทย์แผนไทยที่เคยจัดพบปะอยู่อย่างสม่ำเสมอ จึงก่อตั้งสมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทยขึ้น นับเป็นสมาคมแพทย์แผนไทยแห่งแรก (ปัจจุบันอยู่ที่วัดปรินายก) และมีการสอนการแพทย์แผนไทย และมีการก่อตั้งสมาคมต่างๆ เกิดขึ้นในภายหลังจำนวนมาก





การแพทย์แผนไทยได้รับการยอมรับและฟื้นฟูโดยกระแสนโยบายสาธารณสุขมูลฐานขององค์การอนามัยโลก (พ.ศ. 2517) และใน พ.ศ. 2522 มหาวิทยาลัยมหิดลจัดสัมมนาวิชาการเรื่องการแพทย์แผนโบราณที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งนับเป็นครั้งแรกที่หน่วยงานรัฐได้จัดการสัมมนาเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2524 กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานได้จัดทำโครงการสมุนไพรกับสาธารณสุขมูลฐานโดยความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลก และองค์การยูนิเซฟทำให้เกิดกระแสการค้นคว้าเรื่องสมุนไพรอย่างกว้างขวาง และทำให้การแพทย์แผนไทยได้รับการยอมรับและเกิดโครงการกิจกรรมต่างๆ ในการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยในส่วนของภาครัฐได้เกิดกลไกในระดับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อฟื้นฟูและพัฒนาการแพทย์แผนไทย (ศูนย์ประสานงาน การแพทย์ และเภสัชกรรมไทย พ.ศ. 2532 ซึ่งต่อมาเป็นสถาบันการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2536 และเป็นกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. 2545) ในส่วนของประชาชนได้เกิดการจัดตั้งโรงเรียนอายุรเวทวิทยาลัย (พ.ศ. 2525) และโครงการฟื้นฟูการนวดไทย (พ.ศ. 2528) มุลินิธสาธารณสุขกับการพัฒนา มุลินิธหมอชาวบ้าน คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐานร่วมกับสมาคมแพทย์แผนโบราณฯ ต่างๆ) และก่อตั้งสมาพันธ์แพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย (พ.ศ. 2536 องค์กรสมาชิก 22 องค์กร)

องค์กรและหน่วยงานที่มีบทบาทต่อการแพทย์แผนไทย ได้แก่ องค์กรภาคประชาชน (วัด โรงเรียน มุลินิธ สมาคม เครือข่ายแพทย์แผนไทย) องค์กรภาคเอกชน (สถานพยาบาลแผนโบราณ ร้านขายยาแผนโบราณ สถานผลิตยา โรงงานผลิตยาแผนโบราณ สมาคมผู้ผลิตยาและขายยาแผนโบราณ) องค์กรภาครัฐ (กระทรวงสาธารณสุข สถาบันการศึกษา) และองค์กรวิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทย

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





เวชกรรมสาขาแพทย์แผนไทย 3 ประเภท ได้แก่ เวชกรรมไทย เกสัชกรรมไทย 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 (ยงค์ศักดิ์ 2544)

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

โดยภาพรวมแล้วการแพทย์ทางเลือกเติบโตในสังคมไทย เนื่องจากกระแสความตื่นตัวในระดับสากล และทำให้มีผลต่อทัศนคติของชนชั้นกลางในสังคมไทย ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีการศึกษาและสนใจการดูแลสุขภาพ.....ผู้เขียน





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 ซึ่งเป็นระบบการแพทย์ที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต และวัฒนธรรม เน้นการพึ่งตนเอง สามารถใช้ประโยชน์ได้ทั่วถึง สอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพองค์รวม รวมทั้งมีความเป็นประชาธิปไตยและภราดรภาพ
2. ประชาชนมีสิทธิที่จะเลือกบริการได้ตามปรารถนา 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 ตันติปฏิภนและคณะ 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 ถือเป็นการเปิดพื้นที่ทางสังคมและกฎหมายของการแพทย์พื้นบ้านให้มีที่ทางอยู่ในระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพราะที่ผ่านมา สถานภาพของการแพทย์พื้นบ้านตกอยู่ภายใต้พันธนาการของกฎหมายควบคุมการประกอบโรคศิลปะมาเป็นเวลาช้านาน จนยากที่จะพัฒนาให้สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้จริงในบริบทของสังคมยุคปัจจุบันยังมีข้อเสนอซึ่งเกี่ยวข้องกับการรับรองสิทธิและอำนาจของชุมชนในการจัดการกับระบบสุขภาพของท้องถิ่นตัวเอง ดังนี้

“รัฐต้องกระจายอำนาจในการดูแลสุขภาพของประชาชนให้แก่ชุมชนท้องถิ่น เพื่อให้สามารถเลือกรับและปรับใช้ระบบสุขภาพและการแพทย์ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับแต่ละท้องถิ่น ชุมชนท้องถิ่นมีสิทธิในการอนุรักษ์หรือฟื้นฟูภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านของท้องถิ่น รวมทั้งสามารถมีส่วนร่วมในการจัดการ พัฒนา และใช้ประโยชน์จากการแพทย์พื้นบ้านและสมุนไพรได้อย่างยั่งยืน”

ข้อเสนอข้างต้น เป็นการเรียกร้องต่อรัฐให้คืนอำนาจและทรัพยากรในการจัดการสุขภาพแก่ท้องถิ่น และถือสิทธิตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญมาตรา 46 ที่ว่า “ชุมชนมีสิทธิในการอนุรักษ์ฟื้นฟูและใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาของท้องถิ่นได้อย่างยั่งยืน...” ซึ่งนับได้ว่าข้อเรียกร้องดังกล่าวเป็นการทวงอำนาจของชุมชนท้องถิ่นคืนจากรัฐส่วนกลาง เพราะหากเรียกร้องเพียงให้รัฐแก้ไขบทบัญญัติของกฎหมายต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นกฎหมายการประกอบโรคศิลปะ กฎหมายยา กฎหมายสถานพยาบาล และกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเท่านั้น คณะผู้ศึกษามองเห็นว่ายังเป็นการแก้ไขภายใต้กรอบที่รัฐส่วนกลางมีอำนาจอย่างเต็มเปี่ยม และกฎหมายในระดับชาติบางครั้งก็ไม่สามารถตอบสนองต่อความเป็นท้องถิ่นที่หลากหลายได้อย่างสอดคล้อง





ในส่วนข้อเสนอเกี่ยวกับกลไกพัฒนานโยบาย คณะผู้ศึกษาเสนอให้มีคณะกรรมการขึ้นมาชุดหนึ่ง เพื่อทำหน้าที่ในการพัฒนาโดยตรง ดังข้อเสนอที่ว่า

“รัฐต้องกำหนดให้มี “คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพวิถีไทย” อยู่ภายใต้ “สภาการสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งเป็นองค์กรอิสระที่มาจากความร่วมมือร่วมของประชาคมสุขภาพวิถีไทย 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 สปรส. 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 เป็นเวทีหมอพื้นบ้านภาคเหนือ และภาคอีสาน 8 เวทีใน 7 จังหวัด ได้แก่ เวที หมอพื้นบ้านเชียงใหม่ เชียงราย อุบลราชธานี สุรินทร์ อุตรธานี ขอนแก่น และ มหาสารคาม

ประเด็นที่เครือข่ายหมอพื้นบ้านทั้ง 8 เวที ได้สะท้อนออกมาในเวทีต่าง ๆ ส่วนใหญ่ไม่มีอะไรขัดแย้งกับ (ร่าง) กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ แต่เวที ทั้ง 8 เวทีก็กลับกลายเป็นเวทีที่หมอพื้นบ้านได้มีโอกาสสะท้อนความคิดเห็น ของตนเองต่อสถานภาพและบทบาทของหมอพื้นบ้านในระบบสุขภาพ ซึ่งที่ผ่านมา ถูกกดทับด้วยวิธีคิดที่มองว่า การแพทย์พื้นบ้านเป็นสิ่งล้าหลัง หมอเมืองภาคเหนือ เรียกร้องให้การปฏิรูปเปิดโอกาสแก่การแพทย์อื่นๆ อย่างเท่าเทียม เน้นการมี ส่วนร่วมจากภาคประชาชน และให้หันกลับมาหาคุณค่าดั้งเดิมที่มีอยู่ในภูมิปัญญา ท้องถิ่น ในขณะที่ทางภาคอีสาน บางเวทีเสนอให้มีการรับรองสิทธิในการรักษาโรค ของหมอพื้นบ้าน โดยการกระจายอำนาจการรับรองสิทธิดังกล่าวให้กับท้องถิ่น ในขณะที่บางเวทีเสนอให้มีการรับรองสภาหมอพื้นบ้าน รับรองสิทธิของชุมชนใน การจัดการสมุนไพรของท้องถิ่น มีกฎหมายคุ้มครองพันธุ์พืชท้องถิ่น บางเวทีเสนอ ให้มีการดูแลสิทธิภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน บางเวทีเสนอให้นั้นการสนับสนุน ชุมชนให้เกิดการศึกษาเรียนรู้พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยใช้มาตรฐานที่ชุมชน รับรอง ข้อเสนอที่ร่วมๆ กัน ส่วนใหญ่ยังเน้นที่การส่งเสริม วิจัย พัฒนาเนื้อในของ ระบบการแพทย์พื้นบ้านซึ่งถูกทอดทิ้งมานาน ทั้งในด้านองค์ความรู้ การสืบทอด การเผยแพร่ การใช้ประโยชน์ในระดับต่างๆ รวมทั้งการรวมกลุ่มของหมอพื้นบ้าน เพื่อให้มีการตรวจสอบและควบคุมดูแลกันเองในด้านคุณธรรม และการช่วยเหลือ กันไม่ว่าจะเป็นการส่งต่อผู้ป่วย การแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ รวมทั้ง การเกื้อกูลกันในหมู่กลุ่ม





ข้อคิดเห็นจากเวทีหมอพื้นบ้าน ได้นำเข้าไปสู่การพิจารณาพร้อมๆ กับ ข้อเสนอจากเวทีแพทย์แผนไทย เวทีแพทย์ทางเลือก และเวทีประชาคมสุขภาพทางเลือก ในการประชุมเพื่อสังเคราะห์ภาพรวมของข้อเสนอจากเครือข่ายการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก และประชาคมสุขภาพทางเลือก ซึ่งข้อเสนอทั้งหมดได้สังเคราะห์รวมกับข้อเสนอสาระบัญญัติจากการสังเคราะห์องค์ความรู้ของคณะผู้ศึกษา ได้ข้อเสนอสาระบัญญัติจำนวน 14 ข้อ ซึ่งข้อเสนอดังกล่าวได้นำไปเสนอในการประชุมสาคิตสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในวันที่ 4 กันยายน พ.ศ. 2544

ตลาดนัดสุขภาพเวทีเปิดตัวตนของหมอพื้นบ้าน

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

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

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





วิถีชีวิตของชุมชนท้องถิ่น ซึ่งค่อยๆ เลื่อนหายไปจากวิถีชีวิตในปัจจุบัน มาเสนอให้เห็นถึงคุณค่าที่ยังคงเป็นจริงได้ในปัจจุบัน

หมอพื้นบ้านที่มาสาคูมิปัญญาพื้นบ้าน ไม่ว่าจะเป็นหมอยา หมอฮ้องขวัญ หมอเมือง หมอดอกเส้น หมอย่ำขาง หมอนวด หมอเหยียบเหล็กแดง ได้รับความสนใจจากผู้เข้าชมงานเป็นอย่างมาก ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะเป็นสิ่งแปลกใหม่ในสายตาของคนชั้นกลางในเมือง แต่ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นเพราะภูมิปัญญาท้องถิ่นเหล่านี้ ได้ทำหน้าที่ตอบสนองสำนึกภายในของผู้คนที่เรียกร้องและถวิลหาบางสิ่งบางอย่างซึ่งขาดหายไปในระบบบริการสาธารณสุขที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

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

มีการนิยามและใช้คำ ระบบสุขภาพวิถีไท โดยมุ่งหวังจะให้คำนี้ครอบคลุมการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก





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

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





สุขภาพของชุมชนรวมทั้งมีกองทุนในระดับพื้นที่เพื่อสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าว

7. รัฐต้องสนับสนุนให้ชุมชนท้องถิ่นมีความสามารถในการแปรรูปสมุนไพรเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพคุณภาพ โดยกำหนดให้มีมาตรฐานสมุนไพรชุมชนซึ่งเหมาะสมสอดคล้องกับศักยภาพในการผลิตระดับชุมชนและสนับสนุนการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรชุมชนในระดับจังหวัดโดยยกเว้นภาษี
8. ประชาชนมีสิทธิเลือกใช้บริการและเบิกค่ารักษาพยาบาลเมื่อใช้บริการจากการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ที่ได้รับการคัดกรองเข้าสู่ระบบสุขภาพท้องถิ่นหรือระบบสุขภาพของชาติแล้ว
9. รัฐต้องกำหนดให้มี “คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพวิถีไทย” อยู่ภายใต้ “สภากาสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งเป็นองค์กรอิสระที่มาจากการมีส่วนร่วมของประชาคม 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 มีบทบาทในฐานะผู้ดำเนินการในกระบวนการการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้





จากการเคลื่อนไหวทางสังคมสู่การยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

ภายหลังจากงานตลาดนัดสุขภาพ ข้อเสนอจากการประชุมสภานิติบัญญัติ และกระแสการตอบรับต่อภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมงาน ตลาดนัด ได้นำไปสู่การสังเคราะห์ยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดย คณะอนุกรรมการฯ ซึ่งทำให้ “ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ” ได้ปรากฏอยู่ ภายใต้หมวด 6 การกิจด้านสุขภาพ ส่วนที่ 4 ประกอบด้วย 3 มาตรา ได้แก่

มาตรา 81 เป็นบทบัญญัติที่ระบุในเชิงหลักการว่า รัฐต้องส่งเสริมสนับสนุน การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองและให้มี ทางเลือกที่หลากหลาย

มาตรา 82 กล่าวถึงแนวทางและมาตรการในการส่งเสริมสนับสนุน ได้แก่ การจัดระบบรับรอง การพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐาน การ จัดตั้งองค์กรดูแลตนเอง ตลอดจนมาตรการต่างๆ

มาตรา 83 ระบุว่า ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดให้มีกลไกเพื่อ ทำงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านสุขภาพเป็นการเฉพาะ

คณะอนุกรรมการฯ ได้มีคำชี้แจงไว้ท้ายมาตรา 83 อ้างรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 มาตรา 46 ซึ่งกล่าวถึง สิทธิของชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิมในการอนุรักษ์ฟื้นฟู จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น และระบุว่าเนื่องจากเป็นเรื่องถูกทอดทิ้งมา นาน จึงกำหนดให้มีกลไกขึ้นมาดูแลเป็นการเฉพาะ (คณะอนุกรรมการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ 2545:37)

ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฉบับดังกล่าว ได้รับการเผยแพร่ไปยัง เวทีรับฟังความคิดเห็นในระดับอำเภอ เวทีรับฟังความเห็นเฉพาะประเด็น เวที สัมมนาสุขภาพจังหวัดทุกจังหวัด ในช่วงเดือนมีนาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2545 และทำประชาพิจารณ์รอบสุดท้ายในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 8-9 สิงหาคม พ.ศ. 2545





ในงานสมัชชาแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2545 เครือข่ายสุขภาพวิถีไท ซึ่งยังมีเครือข่ายหมอพื้นบ้านเกาะเกี่ยวกันอยู่ 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. รับรองให้กับเวชสืบทอดและใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพได้

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. องค์การดูแลตนเอง

1. ส่งเสริมองค์การวิชาชีพให้สามารถควบคุม ตรวจสอบ ดูแลจรรยาบรรณไม่ให้เป็นการเชิงพาณิชย์และเอาเปรียบประชาชน
2. ให้มี พ.ร.บ.วิชาชีพการแพทย์แผนไทย แยกจาก พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542
3. ส่งเสริมให้มีคณะกรรมการ/องค์กรระดับต่างๆ (หมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ/จังหวัด/ภูมิภาค/ภูมิภาค) 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 ปกป้องพันธุ์กรรมพื้นบ้าน
8. สนับสนุนการตลาด และยกเว้นภาษีแก่ผลิตภัณฑ์ชุมชนที่ได้มาตรฐาน

มาตรา 83 กลไกเฉพาะ

1. กลไกต้องไม่ถูกการเมืองครอบงำ
2. กลไกเป็นของใคร รับผิดชอบใคร
3. กลไกต้องเป็นอิสระ มีที่มาจากการมีส่วนร่วมของประชาชน





ภายหลังสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คณะอนุกรรมการร่าง พ.ร.บ.ฯ ได้แก้ไขปรับปรุงร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ตามข้อเสนอจากสมัชชา ยังผลให้ส่วนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพมีการปรับปรุงสาระบางประการ แต่ยังคงสาระหลักตามร่างเดิม

ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
(ฉบับปรับปรุง 24 กันยายน 2545)

ส่วนที่ 4

ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

มาตรา 75 การส่งเสริม สนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับวิถีชุมชน 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 ได้รับการนำเสนอเข้าสู่ขั้นตอนทางนิติบัญญัติในเวลาต่อมา

จากสมัชชาสุขภาพสู่การขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

ภายหลังงานตลาดนัดสุขภาพ การประสานงานเครือข่ายมุ่งเน้นไปที่เครือข่ายหมอพื้นบ้านเป็นด้านหลัก ส่วนหนึ่งเป็นเพราะที่ผ่านมาการแพทย์พื้นบ้านเป็นส่วนที่ถูกทอดทิ้งละเลยมากที่สุด สถานภาพของหมอพื้นบ้านซึ่งอยู่ในระดับรากหญ้ามีปัญหาที่เด่นชัดมากกว่ากลุ่มอื่นๆ แต่อีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะเครือข่ายหมอพื้นบ้านที่มีความกระตือรือร้นที่จะเห็นการปฏิรูประบบสุขภาพมุ่งไปสู่ทิศทางที่จะเป็นประโยชน์ต่อชุมชนท้องถิ่นโดยตรงมากที่สุด ในช่วงท้ายของโครงการเสริมสร้างเครือข่ายฯ คณะผู้ประสานงานโครงการฯ ในส่วนกลางได้ประเมินผลงานที่ผ่านมา และเห็นพ้องต้องกันว่า ควรดำเนินการสานต่อการเสริมสร้างเครือข่าย โดยเน้นที่เครือข่ายหมอพื้นบ้าน โดยยังคงใช้ชื่อเครือข่ายว่า “เครือข่ายสุขภาพวิถีไท” เชื่อมประสานเครือข่ายหมอพื้นบ้านที่เข้าร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพ ทำให้เกิดการประชุมปรึกษาหารือการทำงานร่วมกันในอนาคต เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2544 ที่ประชุมได้กำหนดแนวทางการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านเป็น 4 ด้าน คือ การพัฒนาองค์ความรู้ การสืบทอดองค์ความรู้ การพัฒนาการใช้ประโยชน์ และการพัฒนาด้านกฎหมายและความยอมรับทางสังคม และตกลงให้องค์กรหมอพื้นบ้านในเครือข่ายจัดทำโครงการเพื่อพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านเพื่อประมวลเป็นชุดโครงการและเสนอต่อแหล่งทุนต่างๆ เพื่อขอรับการสนับสนุนต่อไป

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ให้ความสนใจที่จะสนับสนุนให้มีการพัฒนายุทธศาสตร์และชุดโครงการขึ้น ข้อเสนอแนะนี้ได้นำไปสู่การจัดประชุมผู้แทนจากองค์กรและเครือข่ายหมอพื้นบ้านที่เข้าร่วมการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อจัดทำชุดโครงการเพื่อพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ





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

ชุดโครงการได้ผ่านการพิจารณาจนเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2546 ซึ่งถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการนำเสนอต่างๆ จากเวทีปฏิรูประบบสุขภาพ ลงไปสู่ภาคปฏิบัติการในพื้นที่ การขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกำลังจะแปรจากความคิดไปสู่รูปธรรมในชุมชนเครือข่ายหมอพื้นบ้านกำลังจัดกระบวนการเพื่อสร้างภาพฝันของตนเองให้เป็นความจริงที่จับต้องได้

แม้ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติจะยังไม่สามารถผ่านกระบวนการนิติบัญญัติ ซึ่งทำให้บทบัญญัติยังไม่มีผลบังคับใช้ แต่เครือข่ายหมอพื้นบ้านก็ไม่หยุดนิ่งเฝ้ารอเพื่อให้ทุกอย่างเป็นไปตามกรอบของระบบที่เป็นอยู่ เพราะปฏิบัติการฟื้นฟูการแพทย์พื้นบ้านในชุมชน มิใช่จะมีคุณค่าและความหมายต่อการประชุมสมัชชาสุขภาพในปีต่อไปเท่านั้น แต่ยังมีความหมายต่อขบวนการสุขภาพภาคประชาชนซึ่งกำลังเติบโตขึ้นภายใต้ฐานจักรวาลวิทยาและทฤษฎีการแพทย์ของตนเอง โดยมีเป้าหมายไปสู่การพึ่งตนเองของชุมชน

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

การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก
อื่นๆ





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” ซึ่งเป็นระบบสุขภาพที่มีวิถีปฏิบัติแบบองค์รวมมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ประหยัด พึ่งตนเองได้ในระดับต่างๆ ก่อให้เกิดความเท่าเทียมและสอดคล้องกับคนไทยและบริบทของสังคมไทย ทั้งนี้โดยอาศัยการสร้างความรู้ การขับเคลื่อนของประชาคมสุขภาพในการสร้างกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมและการเชื่อมต่อกับทางการเมือง
2. รัฐต้องกระจายอำนาจและทรัพยากรในการดูแลสุขภาพของประชาชนให้แก่ชุมชนท้องถิ่น และสนับสนุนให้เกิดกลไกในระบบท้องถิ่นเพื่อให้สามารถเลือกรับ ปรับใช้ และคัดกรองระบบสุขภาพ และการแพทย์ที่เหมาะสม และสอดคล้องกับแต่ละท้องถิ่น
3. รัฐต้องมีมาตรการที่เข้มงวดในการป้องกันและดำเนินการแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบต่อระบบนิเวศ รวมทั้งสนับสนุนให้ชุมชนท้องถิ่นมีบทบาทในการอนุรักษ์ฟื้นฟูระบบนิเวศของชุมชนเพื่อให้ปลอดพ้นจากปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากความเสื่อมโทรมของระบบนิเวศ
4. รัฐต้องสนับสนุนให้ประชาชนได้รับอาหารที่ปลอดภัยจากสารพิษ และอาหารตัดต่อพันธุกรรม โดยมีมาตรการที่ชัดเจนในการลดและการเลิกใช้สารเคมีทางการเกษตร ส่งเสริมการผลิตอาหารด้วยวิธีการทางเกษตรธรรมชาติแทน





5. ชุมชนท้องถิ่นมีสิทธิในการอนุรักษ์หรือฟื้นฟูภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านของท้องถิ่น รวมทั้งสามารถมีส่วนร่วมในการจัดการ พัฒนา ปกป้องคุ้มครอง และใช้ประโยชน์จากการแพทย์พื้นบ้านและสมุนไพรได้อย่างยั่งยืน

6. รัฐต้องสนับสนุนให้ชุมชนท้องถิ่นสืบทอดภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านของท้องถิ่น และมีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน รับรองสิทธิของหมอพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน สนับสนุนการรวมกลุ่มของหมอพื้นบ้านในระดับต่างๆ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และแบบแผนการดูแลสุขภาพของชุมชน รวมทั้งมีกองทุนในระดับพื้นที่เพื่อสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าว

7. รัฐต้องสนับสนุนให้ชุมชนท้องถิ่นมีความสามารถในการแปรรูปสมุนไพรเพื่อใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพ โดยกำหนดให้มีมาตรฐานสมุนไพรชุมชนซึ่งเหมาะสมสอดคล้องกับศักยภาพในการผลิตระดับชุมชน และสนับสนุนการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรชุมชนในระดับจังหวัดโดยยกเว้นภาษี

8. ประชาชนมีสิทธิเลือกรับบริการและเบิกค่ารักษาพยาบาลเมื่อใช้บริการจากการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ที่ได้รับการคัดกรองเข้าสู่ระบบสุขภาพท้องถิ่นหรือระบบสุขภาพของชาติแล้ว

9. รัฐต้องกำหนดให้มี “คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพวิถีไทย” อยู่ภายใต้ “สภากาสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งเป็นองค์กรอิสระที่มาจากการมีส่วนร่วมของประชาคมสุขภาพวิถีไทย เพื่อกำหนดนโยบายและทิศทาง กลไก โครงสร้าง แผนงาน และทรัพยากร ในการพัฒนาระบบสุขภาพวิถีไทยเข้าสู่ระบบสุขภาพแห่งชาติ





10. รัฐต้องสนับสนุนให้องค์กรวิชาชีพและประชาคมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมีบทบาทในการสรุปบทเรียน คัดกรอง และพัฒนาศาสตร์ในระบบสุขภาพวิถีไท ส่งเสริมจรรยาบรรณ และคุ้มครองผู้บริโภค ตลอดจนสนับสนุนการประสานเชื่อมโยงระหว่างประชาคมต่างๆ เหล่านี้

11. รัฐต้องมีกลไกภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพวิถีไทย เพื่อทำหน้าที่ในการคัดกรอง กลั่นกรอง และส่งเสริมมาตรฐานการให้บริการของการแพทย์ในระบบสุขภาพวิถีไทให้สามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของประเทศได้

12. รัฐต้องให้การสนับสนุนการถ่ายทอด การเรียนรู้ การพัฒนาวิชาการ การศึกษาวิจัยและพัฒนากการแพทย์พื้นบ้าน 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 จัดการเรียนการสอน ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
- (5) เผยแพร่ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในทุกระดับ โดยเน้นความรู้ที่ประชาชนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในวิถีชีวิต และคุณค่าในมิติทางสังคมและจิตใจ
- (6) ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการศึกษาวิจัยองค์ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ โดยเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วม
- (7) ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการจัดทำฐานข้อมูลภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ 3 ด้านการจัดการทรัพยากร

- (1) พัฒนาทรัพยากรที่กำลังสูญหาย 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

ข้อเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์	กลไกพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ	การรับรองสถานภาพหมอพื้นบ้าน
รัฐบาล	■ สนับสนุนและส่งเสริมยุทธศาสตร์ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ■ เร่งรัดให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการกลไกตามพิธีใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ■ ส่งเสริม สนับสนุนและเร่งรัดให้มีการปรับเปลี่ยนกฎหมาย พร้อมทั้งออกกฎหมายรองรับสิทธิชุมชนท้องถิ่นตามที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ มาตรา 46 ■ มีมาตรการที่ชัดเจนในการส่งเสริมสนับสนุนการใช้การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์อื่นใดในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ	■ ควรมีการทบทวนมาตรการด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์พื้นบ้านอย่างเร่งด่วนเพื่อให้สอดคล้องกับการเคลื่อนไหวในภาคประชาชนที่ต้องการใช้ประโยชน์จากการแพทย์พื้นบ้านอย่างกว้างขวาง ■ เร่งสร้างมาตรการทางสังคมและการเรียนรู้ที่เชื่อมประสานให้คนรุ่นใหม่เห็นถึงคุณค่าของการแพทย์พื้นบ้าน





ข้อเสนอ นโยบาย และยุทธศาสตร์	กลไกพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ	การรับรองสถานภาพหมอพื้นบ้าน
	■ รัฐพึงเข้าใจการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพนี้ มีจุดหมายเพื่อการพึ่งตนเองของชุมชนเป็นหลัก ■ ให้มี “สภาพัฒนาสุขภาพวิถีไทย” ที่เกิดขึ้นตามสภาพปัญหา และความต้องการของชุมชน โดยรัฐเป็นเพียงองค์กรสนับสนุน ทั้งการแบ่งขอบเขตของพื้นที่ต้องขึ้นกับภูมิโนทัศน์วัฒนธรรม	
ชุมชน	■ มีมาตรการส่งเสริมให้ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการปกป้องมิให้ “ทุน” เข้ามาฉวยผลประโยชน์ ภูมิปัญญาพื้นบ้านอันใดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ไปใช้เพื่อผลประโยชน์ทางการค้า ■ ให้มี “ศูนย์จัดการสุขภาพและทรัพยากร” ให้เกิดขึ้นตามสภาพปัญหาและความพร้อมของชุมชน (มีจัดการจัดตั้งโดยภาครัฐ) ■ จัดให้มี “กองทุนภูมิปัญญาพื้นบ้าน” เพื่อนำไปสู่การสืบสานความรู้ภูมิปัญญาของแต่ละท้องถิ่น	■ เสนอแนะ และพัฒนาแนวทางทางคุ้มครองสิทธิหมอพื้นบ้านและผู้ใช้บริการ ■ สร้างกลไกการรับรองหมอพื้นบ้านด้วยตนเอง





ข้อเสนอ นโยบาย และยุทธศาสตร์	กลไกพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ	การรับรองสถานภาพหมอพื้นบ้าน
การวิจัยและ สื่อมวลชน	งานวิจัย ■ ระดมความร่วมมือระหว่างนักสังคมศาสตร์และนักวิทยาศาสตร์ เพื่อกำหนดกรอบทิศทางการวิจัยแบบใหม่ๆ เพื่อไปสู่การพัฒนาภูมิปัญญา อย่างมีคุณค่า ไม่ได้เป็นไปตามกระแสเงินทุน ■ การวิจัยควรมุ่งเน้นไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชนเป็นหลัก ตัวอย่างเช่น การทำวิจัยในลักษณะประชาชาติวิจัย ■ สรณานุกรมภูมิปัญญาไทย	งานวิจัย ■ ควรมีโครงการการศึกษาวิจัย สสำรวจสภาพความเป็นอยู่ ปฏิบัติการของหมอพื้นบ้านทั้งประเทศ ■ นักวิชาการที่เข้าไปศึกษาหมอพื้นบ้านและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง ควรเน้นกระบวนการวิจัย ที่ให้ชุมชนได้เกิดการเรียนรู้ร่วมด้วย หรือควรเป็นโครงการที่ชุมชนได้ประโยชน์ สื่อมวลชน ■ ควรมีโครงการเสนอข่าวในด้านลบ ที่เกี่ยวข้องกับหมอพื้นบ้านด้วย





ข้อเสนอ นโยบาย และยุทธศาสตร์	กลไกพัฒนาโยบายและยุทธศาสตร์ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ	การรับรองสถานภาพหมอพื้นบ้าน
องค์กรปกครองท้องถิ่น	■ ให้ความร่วมมือกับคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการกลไกพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ภูมิปัญญาท้องถิ่น ■ กำหนดกรอบทิศทางการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชน	■ ร่วมกับชุมชนท้องถิ่นส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนหมอพื้นบ้านและการแพทย์ท้องถิ่นทุรกันดาร





ข้อเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์ สู่ความอยู่เย็นเป็นสุข

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2548

วันที่ 7-8 กรกฎาคม พ.ศ.2548

ต่อรัฐบาล

- (1) กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาและเปิดโอกาสให้ประชาชนมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพมากขึ้น โดยการส่งเสริมและพัฒนาระบบอื่นๆ
- (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

ต่อองค์กรอื่นๆ

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

ต่อกรวิจัย ต่อสื่อมวลชน

- (1) การวิจัยควรมีการตั้งคำถามการวิจัยใหม่ๆ ที่ท้าทายสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น เมื่อมีการใช้มาตรการด้านกฎหมายเข้าไปแทรกแซงหมอพื้นบ้าน หรือหากมีการจัดทำหลักสูตรและการผลิตหมอพื้นบ้านรูปแบบใหม่ๆ ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นด้วย





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







ค.

สรุป วิเคราะห์ สภาพปัญหา
ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน
และการแพทย์ทางเลือก





1. ระบบสุขภาพของประเทศไทยได้เคลื่อนเข้าสู่การยอมรับ

ระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ

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

2. การเติบโตและความเข้มแข็งของระบบสุขภาพภาคประชาชน

ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา

ได้ทำให้กระบวนการทัศน์ในเรื่องสุขภาพเปลี่ยนแปลงในระดับรากฐาน ประชาชนเกิดทัศนคติใหม่ว่า การดูแลสุขภาพเป็นสิทธิและหน้าที่ของคนไทยทุกคน ไม่ใช่เป็นเรื่องของแพทย์เพียงฝ่ายเดียว ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมจากประชาชนอย่างกว้างขวาง เกิดการรวมตัวของกลุ่มและเครือข่ายต่างๆ ที่นอกเหนือจากองค์กรพัฒนาเอกชน เกิดประชาคมสุขภาพทั้งในระดับพื้นที่และเชิงประเด็น กลุ่มเครือข่ายต่างๆ เหล่านี้มีบทบาทในหลายระดับ ตั้งแต่การรวมตัวเพื่อดูแลสุขภาพกันเอง การณรงค์เพื่อสุขภาพ จนถึงระดับการต่อสู้เพื่อการเข้าถึงยาของกลุ่มผู้ติดเชื้อ การต่อสู้เรื่องทุจริติยาของกระทรวงสาธารณสุข และการคัดค้านการนำประเด็นเรื่องยามาเป็นประเด็นในการเจรจาการค้าแบบทวิภาคี





3. การฟื้นฟูและการเคลื่อนตัวของภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

ได้เกิดขึ้นพร้อมกับการเติบโตของระบบสุขภาพภาคประชาชน ฐานการขับเคลื่อนการฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกนั้นกระจายอยู่ในองค์กรต่างๆ อย่างกว้างขวาง ทั้งในองค์กรภาครัฐ ภาคประชาสังคม โดยมีการประสานกันเป็นเครือข่ายที่เป็นอิสระต่อกัน ลักษณะการขับเคลื่อนที่มีฐานอยู่ทั้งในภาครัฐและภาคประชาสังคมทำให้การพัฒนามีความยั่งยืนและต่อเนื่องในระยะยาวมากกว่าการรวมศูนย์เฉพาะที่ภาครัฐ

4. สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกมีความแตกต่างกัน

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 ระบบการสร้างทีมงานการดูแลรักษาผู้ป่วย ระบบใบสั่งยา ระบบเวชระเบียน ระบบการแก้ไขความผิดพลาดในการดูแลรักษา ระบบการพัฒนาวิชาการ ทั้งการประชุมวิชาการและวารสารวิชาการ ตลอดจนการสร้างและพัฒนามาตรฐานเวชปฏิบัติ ตำราและคู่มือ

การพัฒนาระบบยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรยังขาดทิศทาง และกลไกในการส่งเสริมสนับสนุน ทำให้มูลค่าการใช้ยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรยังน้อย เมื่อเทียบกับยาแผนปัจจุบัน ขาดกลไกในการคุ้มครองผู้บริโภค





การคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยยังเน้นการจัดทำกฎหมาย
ลำดับรองตาม พ.ร.บ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.
2542 ขาดการดำเนินการเชิงรุกตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไท
สุขภาพวิถีไท (พ.ศ. 2550-2554) ได้แก่ การสร้างความเข้าใจและความรู้เท่าทัน
ให้กับสังคมไทย การเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นใน
การคุ้มครองภูมิปัญญาไทย และการสร้างบทบาทเชิงรุกของไทยในเวทีเจรจ
ระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย

ปัญหาหลักของการแพทย์ทางเลือก คือ การขาดระบบและกลไกที่มี
ศักยภาพในการวิเคราะห์และคัดกรองศาสตร์การแพทย์ที่มีอยู่เป็นจำนวนมาก
ทำให้ไม่สามารถคุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างทั่วถึงที่ การส่งเสริมการแพทย์
ทางเลือกของสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนยังมุ่งเน้น
การส่งเสริมศาสตร์การแพทย์ทางเลือก ที่เป็นกระแสนิยมและเป็นความต้องการ
เพิ่มรายได้ของหน่วยบริการมากกว่าการส่งเสริมความเข้มแข็งและทางเลือก
ของระบบบริการ การเผยแพร่และการใช้ประโยชน์การแพทย์ทางเลือกใน
ภาคประชาชนยังขาดการตรวจสอบ ควบคุม ดูแล และส่งเสริมอย่างเป็นระบบ
ทั้งในด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า และความน่าเชื่อถือของ
การแพทย์ทางเลือกต่างๆ ที่มีการนำมาใช้







ง.

ข้อเสนอต่อหลักการ
ทิศทาง มาตรการและ
กลไกในการพัฒนา





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. การพัฒนาระบบกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย2. การยกระดับมาตรฐานบุคลากรผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ3. การพัฒนาระบบยาแผนไทยและยาจากสมุนไพร4. การพัฒนาระบบการศึกษา วิจัยและพัฒนาศาสตร์การแพทย์แผนไทยอย่างครบวงจร5. การคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเชิงรุก |
| มาตรการ | <ol style="list-style-type: none">1. การพัฒนามาตรฐานการผลิตกำลังคน ทั้งในแบบครูรับมอบตัวศิษย์ และสถาบันการศึกษา2. การจัดตั้งเครือข่ายสถาบันการผลิตบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย3. การจัดการกำลังคน การมีกรอบอัตรากำลังด้านการแพทย์แผนไทย การพัฒนาความรู้ให้กับบุคลากรอย่างต่อเนื่อง4. การพัฒนาบุคลากร ผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ให้เป็นผู้มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยและสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์5. 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. จัดตั้งกรรมการระดับชาติที่เป็นอิสระ มีฐานวิชาการ เพื่อทำหน้าที่ในการคัดกรองศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่มีประสิทธิผล ประหยัด คุ่มค่า ปลอดภัย และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน เพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลสุขภาพของประชาชน
 2. การสร้างเครือข่ายวิชาการด้านการแพทย์ทางเลือกในระดับประเทศ และระหว่างประเทศเพื่อส่งเสริมสนับสนุน การใช้การแพทย์ทางเลือกที่เหมาะสม
 3. การสร้างกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์ทางเลือกทั้งในภาครัฐและภาคประชาชน
 4. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายประชาคมสุขภาพทางเลือก





บรรณานุกรม





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

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

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

จิราพร ลิ้มปานานนท์ อัจฉา เอกแสงศรี วิทยา กุลสมบูรณ์ สุนทรี ท. ชัยสัมฤทธิ์ และ ปริญญา 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 เปานิล สมภพ ประธานธรรมาภิบาล วารุณี สุนทรเจริญนนท์. (2549). การสร้างและจัดการความรู้: อนาคตการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพร. ใน: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประพจน์ เกตุรากาศ, (บรรณาธิการ). **การสร้างและจัดการความรู้ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อุษากการพิมพ์. หน้า 168-204.





ประพจน์ เกตตราภาส จิราพร ลัมปานานนท์ สุนทรี วิทยานารถไพศาล รุจิณา
อรรถลิขัฐ เสาวณีย์ กุลสมบุรณ์ รัชนี้ จันทรเกษ วীরพงษ์ เกรียงสินยศ. (2550).
การบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าในระบบบริการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน.
พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อุษากการพิมพ์.

ประพจน์ เกตตราภาส จิราพร ลัมปานานนท์ สุนทรี วิทยานารถไพศาล รุจิณา
อรรถลิขัฐ เสาวณีย์ กุลสมบุรณ์ รัชนี้ จันทรเกษ วীরพงษ์ เกรียงสินยศ. (2550).
การบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าในระบบบริการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน.
พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อุษากการพิมพ์.

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

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

มูลนิธิสุขภาพไทย. (2548). สรุปบันทึกการประชุมวิชาการห้องย่อย ภูมิปัญญาไท
สุขภาพวิถีไท ผู้ความอยู่เย็นเป็นสุข. เอกสารอัดสำเนา.

ยงศักดิ์ ดันติปิฎก ปัทมาวดี กลสิกรรม รุจิณา อรรถลิขัฐ ปารณัฐ สุขสุทธิ และ
โอภาส เชษฐากุล. (2544). การสังเคราะห์องค์ความรู้สู่การปฏิรูประบบสุขภาพ
การพัฒนาระบบการแพทย์ทางเลือกในระบบสุขภาพไทย. เอกสารอัดสำเนา.

ยงศักดิ์ ดันติปิฎก. (2548). เครือข่ายหมอพื้นบ้านกับการเปิดพื้นที่ทางสังคมใน
ระบบสุขภาพไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์.

ยงศักดิ์ ดันติปิฎก. (2549). ขบวนการฟื้นฟูการแพทย์พื้นบ้านไทยกับการเมือง
เรื่องการเปิดพื้นที่ทางสังคม: กรณีเครือข่ายหมอเมืองภาคเหนือตอนบน.
นครปฐม: วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และ
สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิจิต เปาณิล ปารณัฐ สุขสุทธิ รัชนี้ จันทรเกษ. (2548). มาตรการด้านการศึกษา.
ใน: สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ ประพจน์ เกตตราภาส, (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 ปาณบดี 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 ธีรไพบูลย์. (2546). โครงการศึกษาศักยภาพของตลาดสมุนไพรไทย ตอนที่
1: การศึกษามูลค่าการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพรผ่านร้านยาในประเทศไทย
ปี 2546. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. เอกสารอัดสำเนา.

อาทร ธีรไพบูลย์. (2546). โครงการศึกษาศักยภาพของตลาดสมุนไพรไทย ตอนที่ 2:
การศึกษาด้านส่งออกสมุนไพรไทย. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
เอกสารอัดสำเนา.

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





ภาคผนวก รายชื่อคณะกรรมการและคณะทำงาน

๓. คณะอนุกรรมการยกร่างสารสำคัญตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐

มาตรา ๔๗(๗)

องค์ประกอบ

ที่ปรึกษา

(๑) นายไพโรจน์ นิงสานนท์

(๒) ผศ.สำลี ใจดี

คณะอนุกรรมการ

(๑) นายวิชัย โชควิวัฒน์ ประธานอนุกรรมการ

(๒) ผศ.ยี่ยัง เทาประเสริฐ รองประธานอนุกรรมการ

(๓) นายประสาสน์ รัตนปัญญา รองประธานอนุกรรมการ

(๔) อธิบดีกรมทรัพย์สินทางปัญญาหรือผู้แทน อนุกรรมการ

(๕) นายคล่อง ชื่นอารมณ์ อนุกรรมการ

(๖) นายชยันตร์ พิธีयरสุนทร อนุกรรมการ

(๗) นายทวี เลหาพันธ์ อนุกรรมการ

(๘) นายธนิศ ชังถาวร อนุกรรมการ

(๙) รศ.นพมาศ สุนทรเจริญนนท์ อนุกรรมการ

(๑๐) นายปราโมทย์ เสถียรรัตน์ อนุกรรมการ

(๑๑) นายเปรม ชินวันทนนานนท์ อนุกรรมการ

(๑๒) พ.ต.ท.พิษณุ รักการศิลป์ อนุกรรมการ

(๑๓) นายภาสกิจ วัฒนาวินูล อนุกรรมการ

(๑๔) นางเย็นจิตร เตชะดำรงสิน อนุกรรมการ

(๑๕) นายวิฑูรย์ เลี่ยนจำรูญ อนุกรรมการ

(๑๖) นายวิโรจน์ กันทาสุข อนุกรรมการ

(๑๗) นายศิริชัย ชัยชนะวงศ์ อนุกรรมการ

๖/(๑๘)นาย...





(๑๘)	นายสรรค์	อัศโตตร	อนุกรรมการ
(๑๙)	นางสุภาพร	โชคเฉลิมวงศ์	อนุกรรมการ
(๒๐)	นางสุภาวดี	ตั้งจิตจรเจริญ	อนุกรรมการ
(๒๑)	นางสุมนา	ตันทาเศรษฐี	อนุกรรมการ
(๒๒)	นางเสาวนีย์	กุลสมบุรณ์	อนุกรรมการ
(๒๓)	นางอุษา	กลิ่นหอม	อนุกรรมการ
(๒๔)	นางปิติพร	จันทร์ทัด ณ อยุธยา	อนุกรรมการ
(๒๕)	นายประพจน์	ภาตธากาศ	อนุกรรมการและเลขานุการ
(๒๖)	นายวีรพงษ์	เกรียงสินยศ	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๗)	นางสาวรัชณี	จันทร์เกษ	ผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๘)	นางสาวสุนีย์	สุขสว่าง	ผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๙)	นายจารึก	ไชยรักษ์	ผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่และอำนาจ

๑. รับผิดชอบการยกย่องเชิดชูเกียรติและระบบ/เฉพาะประเด็นตามบทบัญญัติมาตรา ๔๗ (๗)การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกันของหลักการ และเนื้อหาธรรมนุญาในภาพรวมด้วย
๒. ร่วมงานกับคณะอนุกรรมการสื่อสารทางสังคมและจัดกระบวนการรับฟังความเห็นอย่างใกล้ชิดเพื่อนำข้อเสนอและความเห็นจากทุกภาคส่วนไปประกอบการจัดทำร่างสาระเฉพาะระบบ/เฉพาะประเด็น
๓. รายงานผลการยกย่องเชิดชูคณะกรรมการจัดทำธรรมนุญาเป็นระยะๆโดยต่อเนื่อง และสรุปเนื้อหาสาระที่สมบูรณเสนอต่อคณะกรรมการจัดทำธรรมนุญา
๔. แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อช่วยการดำเนินงานตามความเหมาะสม
๕. หน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องที่คณะกรรมการจัดทำธรรมนุญา.มอบหมาย

๗/๔.คณະ...





คำสั่งคณะกรรมการยกย่องสรรเสริญตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๔๗(๗)

ที่ ๑/ ๒๕๕๐

เรื่องแต่งตั้งคณะทำงาน

สืบเนื่องจากคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติได้มีคำสั่งแต่งตั้ง
คณะกรรมการยกย่องสรรเสริญตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ มาตรา ๔๗(๗)
เพื่อให้การทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปตามความในมาตรา ๔๗(๗) แห่ง
พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ อาศัยอำนาจตามคำสั่งคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วย
ระบบสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑/๒๕๕๐ เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการยกย่องสรรเสริญตามพระราชบัญญัติ
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ มาตรา ๔๗(๗) ลงวันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๕๑ จึงแต่งตั้งคณะทำงานจำนวน
๑๐ คน โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่ และอำนาจ ดังนี้

องค์ประกอบ

ที่ปรึกษา

(๑) นายวิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

คณะทำงาน

(๑) นายประจักษ์	เภตราภาศ	ประธานคณะทำงาน
(๒) นายเปรม	ชินวันทนนานท์	คณะทำงาน
(๓) นางปิติพร	จันทร์ทัต ณ อยุธยา	คณะทำงาน
(๔) นางสาวมณฑกา	ธีรชัยสกุล	คณะทำงาน
(๕) นายยงค์ศักดิ์	ตันติปิฎก	คณะทำงาน
(๖) นางสาวปารณัฐ	สุสุทธิ์	คณะทำงาน
(๗) นายศุภมล	ศรีสุขวัฒนา	คณะทำงาน
(๘) นางสาวรัชณี	จันทร์เกษ	คณะทำงาน
(๙) นายวีรพงษ์	เกรียงสินยศ	คณะทำงานและเลขานุการ
(๑๐)นางสาวอรนุช	มะลิลา	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

/หน้าที่...



- 2 -

หน้าที่และอำนาจ

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

๒. ร่วมงานกับคณะกรรมการยกร่างสาระสำคัญตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๔๗(๗) ในการรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วนไปประกอบการจัดทำร่างสาระเฉพาะประเด็นตามบทบัญญัติมาตรา ๔๗(๗)

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

๔. หน้าที่อื่นๆ ที่คณะกรรมการฯ มอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๑

(นายวิชัย ไชกวินวน)

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

