

รายงานการสาธารณสุขไทย

ด้านการแพทย์แผนไทย
การแพทย์พื้นบ้าน
และการแพทย์ทางเลือก
2557-2559



สำนักงานข้อมูลและคลังความรู้
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข

รายงานการสาธารณสุขไทย

ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก 2557-2559

บรรณาธิการ	นายแพทย์สุริยะ	วงศ์คงคาเทพ
	นายแพทย์ณัฐวุฒิ	ประเสริฐศิริพงศ์
	นายแพทย์ปราโมทย์	เสถียรรัตน์
	ดร.รัชนี้	จันทร์เกษ
	นางสาวมนนิภา	สังข์ศักดิ์

จัดทำโดย สำนักงานข้อมูลและคลังความรู้
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
Website: <http://www.dtam.moph.go.th>
<http://oie.dtam.moph.go.th/>

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

กระทรวงสาธารณสุข. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. สำนักงานข้อมูลและคลังความรู้.
รายงานการสาธารณสุขไทย ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก 2557-2559.-
นนทบุรี : กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2559.
298 หน้า.

1. การแพทย์แผนไทย. 2. การแพทย์ทางเลือก I. ชื่อเรื่อง

610.9593

ISBN 978-616-11-3151-7

สืบค้นข้อมูล	พิสิษฐ์พล นางาม	ศรัณยา จันทร	สมชาย ช่างแก้วมณี
พิสูจน์อักษร	ซูไมยะ เต็งสาแม		
ประสานงาน	จุฑาพร ภูเวียง	ลภดา ศรีโคตร	
ออกแบบ	ชัยณรงค์ พาพลงาม		
จัดพิมพ์โดย	กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย		
พิมพ์ครั้งที่ 1	กันยายน 2559	จำนวน 1,000 เล่ม	
พิมพ์ที่	โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย		

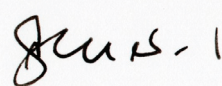
คำนำ

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข โดย สำนักงานข้อมูลและคลังความรู้ ได้ดำเนินการจัดทำ รายงานการสาธารณสุขไทย ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก 2557 – 2559 (Thai Traditional and Alternative Health Profile, 2014 - 2016) นับเป็นรายงานการสาธารณสุขไทยด้านการแพทย์แผนไทยฯ ซึ่งได้ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้เชี่ยวชาญและผู้แทนหน่วยงานที่รับผิดชอบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้รายงานดังกล่าวเป็นประโยชน์ในการเป็นข้อมูลการพัฒนาองค์ความรู้ การพัฒนาระบบบริการ การพัฒนาสมุนไพร การกำหนดนโยบาย และทิศทางของการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกบนฐานของความรู้ และเป็นฉบับที่ 3 ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

การจัดทำรายงานการสาธารณสุขไทย ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. 2557 - 2559 นี้ มีเรื่องเด่นที่มีความสำคัญรวม 7 เรื่อง คือ

1. ทิศทางที่ท้าทายในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย
2. การพัฒนาสมุนไพรไทยเพื่อสร้างความมั่นคงทางสุขภาพและความยั่งยืนของเศรษฐกิจไทย
3. ระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
4. หนึ่งทศวรรษแห่งการจัดการองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน
5. สถานการณ์การขับเคลื่อนการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของประเทศไทย
6. ความร่วมมือระหว่างประเทศด้านการแพทย์ดั้งเดิม การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก
7. การปฏิรูปการแพทย์แผนไทยสู่ความยั่งยืน

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ขอขอบคุณ ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ และหน่วยงานที่รับผิดชอบที่ได้มีส่วนในการรวบรวม การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล เพื่อพัฒนาเนื้อหาความรู้ที่มีความสำคัญจนเป็นรายงานการสาธารณสุขไทย ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก 2557 – 2559 และหวังว่ารายงานการสาธารณสุขไทยฯ ฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทยฯ และการเป็นแหล่งอ้างอิงทางวิชาการในระดับชาติและนานาชาติต่อไป



(นายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ)

อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

รายงานผู้จัดทำเฉพาะบท

บทที่ 1 ทิศทางที่ท้าทายในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย

โดย นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ

อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

บทที่ 2 การพัฒนาสมุนไพรไทยเพื่อสร้างความมั่นคงทางสุขภาพและความยั่งยืนของเศรษฐกิจไทย

โดย นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ

อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

นพ.ณัฐวุฒิ ประเสริฐสิริพงศ์

รองอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

วัฒน์ศักดิ์ ศร รุ่ง

ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ

สุพินดา กิจทวี

สำนักงานคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ

บทที่ 3 ระบบบริการด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

โดย ดร.รัชนี้ จันทร์เกษ

ผู้อำนวยการสำนักงานข้อมูลและคลังความรู้

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

นพ.ธวัช บุรณถาวรสม

ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน

สมศักดิ์ กริชชัย

ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนเขตสุขภาพและบริหารโครงการพิเศษ

วัลย์ลักษณ์ ดุริยะศรีไพร

สถาบันการแพทย์ไทย-จีน

อัจฉรา เชียงทอง

รองผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย

สุกัญญา ฉายาชาวลิต

สถาบันการแพทย์แผนไทย

นพ.ณัฐพล สุวัชรังกูร

สถาบันการแพทย์แผนไทย

บทที่ 4 หนึ่งทศวรรษแห่งการจัดการความรู้การแพทย์พื้นบ้าน

โดย เสาวณีย์ กุลสมบุรณ์

ผู้อำนวยการกองการแพทย์พื้นบ้านไทย

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ภราดร สามสูงเนิน

กมลทิพย์ สุวรรณเดช

สมัคร สมวาง

อรพินท์ ครุฑจับนาค

กองการแพทย์พื้นบ้านไทย

อรจิรา ทองสุกมาก

ฉันทนา กระฤทธิ

สิริรักษ์ อารทรากร

จิราภรณ์ บุญมาก

ภัทร วาสนา

บทที่ 5 สถานการณ์การขับเคลื่อนการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของประเทศไทย

โดย นันทศักดิ์ โชติชนะเดชาวงศ์
ดร.รัชนี จันทร์เกษ

ผู้อำนวยการกองคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและพื้นบ้านไทย
ผู้อำนวยการสำนักงานข้อมูลและคลังความรู้

บทที่ 6 ความร่วมมือระหว่างประเทศด้านการแพทย์ดั้งเดิม การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

โดย ดร.ภญ.อัญชลี จูฑะพุทธิ

ผู้อำนวยการสำนักงานวิชาการแพทย์ดั้งเดิมระหว่างประเทศ
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

บุญใจ ลิมศิลา

รองผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน

เบญจมา บุญเติม

สำนักงานวิชาการแพทย์ดั้งเดิมระหว่างประเทศ

บทที่ 7 การปฏิรูปการแพทย์แผนไทยสู่ความยั่งยืน

โดย ผศ.(พิเศษ) ดร.นพ.ธวัชชัย กมลธรรม

คณบดีสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

นพ.ปราโมทย์ เสถียรรัตน์

รองอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

มนนิภา ลังค์ศักดิ์ดา

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนอิสระ

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	[3]
รายนามผู้จัดทำเฉพาะบท	[4]
บทที่ 1 ทิศทางที่ท้าทายในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย	1
1.1 สามเสาหลักในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย	1
1.2 จุดเปลี่ยนของการพัฒนาการแพทย์แผนไทยในอนาคต	5
1.3 การขับเคลื่อนการแพทย์แผนไทย	9
1.4 บทสรุป	12
บทที่ 2 การพัฒนาสมุนไพรไทยเพื่อสร้างความมั่นคงทางสุขภาพและความยั่งยืนของเศรษฐกิจไทย	13
2.1 สถานการณ์และแนวโน้มตลาดสมุนไพร	15
2.2 ตลาดสมุนไพรในประเทศไทย	19
2.3 สภาพปัญหาด้านสมุนไพรของประเทศไทย	29
2.4 ทิศทางการพัฒนาสมุนไพรไทยในระดับชาติ	32
2.5 แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560-2564	33
2.6 บทสรุป	40
บทที่ 3 ระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	41
3.1 การพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน	42
3.2 การพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนจีน	55
3.3 กำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน	61
3.4 สถานบริการด้านการแพทย์แผนไทย	78
3.5 การเข้าถึง และการใช้บริการการแพทย์แผนไทย	80
3.6 รายจ่าย และงบประมาณด้านการแพทย์แผนไทย	88
บทที่ 4 หนึ่งทศวรรษแห่งการจัดการองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน	93
4.1 บทนำ	93
4.2 การพัฒนาด้านนโยบาย	96
4.3 การจัดการความรู้และการวิจัย : บทเรียนการรวบรวมศึกษาองค์ความรู้ เชิงปฏิบัติด้านภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน	120
4.4 การจัดการความรู้และการวิจัยการแพทย์พื้นบ้าน : บทเรียนด้านกระบวนการ และวิธีการ	164
4.5 เครือข่ายการแพทย์พื้นบ้าน 6 ประเทศลุ่มน้ำโขง : ความร่วมมือนานาชาติ เพื่อการขับเคลื่อนงานการพัฒนาด้านนโยบาย	168
4.6 บทส่งท้าย	171

	หน้า
บทที่ 5 สถานการณ์การขับเคลื่อนการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ของประเทศไทย	173
5.1 การพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินการ	177
5.2 การอนุรักษ์ คุ้มครองตามพระราชบัญญัติ	178
5.3 การเฝ้าระวัง และพิทักษ์สิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร	197
5.4 การดำเนินการและประสานความร่วมมือระหว่างประเทศ	199
5.5 การสนับสนุน ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของนายทะเบียนจังหวัด ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542	201
5.6 ระบบสารสนเทศองค์ความรู้ดิจิทัลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพร (Thai Traditional Digital Knowledge Library: TTDKL)	202
5.7 บทเรียนการดำเนินงานคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์ดั้งเดิมในต่างประเทศ	214
5.7.1 กรณีศึกษาการแบ่งปันผลประโยชน์จากภูมิปัญญาการแพทย์ดั้งเดิมของ ชนเผ่ากานี ณ เมืองเคราลา ประเทศอินเดีย	214
5.7.2 การประชุม WIPO Intergovernmental Committee on Intellectual Property and Genetic Resources Traditional Knowledge and Folklore: WIPO IGC	217
5.8 อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ	221
บทที่ 6 ความร่วมมือระหว่างประเทศด้านการแพทย์ดั้งเดิม การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก	227
6.1 ความร่วมมือด้านการแพทย์ดั้งเดิมในกรอบอาเซียน	227
6.2 ความร่วมมือด้านการแพทย์ดั้งเดิมในกรอบบิมสเทค	231
6.3 ความร่วมมือด้านการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ดั้งเดิมในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขง	232
6.4 ความร่วมมือการพัฒนาฐานข้อมูลยาจากสมุนไพรในกรอบความร่วมมือเอเปค	235
6.5 ความร่วมมือด้านการแพทย์ดั้งเดิมกับองค์การอนามัยโลก	236
6.6 ความร่วมมือทวิภาคี	239
บทที่ 7 การปฏิรูปการแพทย์แผนไทยสู่ความยั่งยืน	245
7.1 ทำไมต้องปฏิรูปการแพทย์แผนไทย?	246
7.2 สถานการณ์การแพทย์แผนไทยและสภาพปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไข	250
7.3 แนวทางการปฏิรูปการแพทย์แผนไทยสู่ความยั่งยืน	267
7.4 บทสรุป	279
บรรณานุกรม	281

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 2.1 จำนวนโรงงานอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพร จำแนกตามประเภทโรงงานและขนาด	22
ตาราง 2.2 ปริมาณการส่งออกสมุนไพรไทยประเภทพรรณไม้และส่วนของพรรณไม้ (รวมถึงเมล็ดและผล) ชนิดที่ใช้ประโยชน์หลักในการทำเครื่องหอม ในทางเภสัชกรรมหรือสำหรับฆ่าแมลง รา ฯลฯ (HS 1211)	24
ตาราง 2.3 ปริมาณการส่งออกสมุนไพรไทยประเภทน้ำเลี้ยง (แชป) และสิ่งสกัดจากพืช สารจำพวกเพกติก เกลือของกรดเพกติก (เพกติน) และเกลือของเพกติก (เพกเตต) รวมทั้งวันที่ได้จากสารห่วยทะเล (HS 1302)	24
ตาราง 2.4 ปริมาณการนำเข้าสมุนไพรไทยประเภทพรรณไม้และส่วนของพรรณไม้ (รวมถึงเมล็ดและผล) ชนิดที่ใช้ประโยชน์หลักในการทำเครื่องหอมในทางเภสัชกรรม หรือสำหรับฆ่าแมลง รา ฯลฯ (HS 1211)	24
ตาราง 2.5 ปริมาณการนำเข้าสมุนไพรไทยประเภทน้ำเลี้ยง (แชป) และสิ่งสกัดจากพืช สารจำพวกเพกติก เกลือของกรดเพกติก (เพกติน) และเกลือของเพกติก (เพกเตต) รวมทั้งวันที่ได้จากสารห่วยทะเล (HS 1302)	25
ตาราง 2.6 มูลค่าการผลิตและการนำส่งยาสำหรับยาแผนโบราณเข้ามาในราชอาณาจักร	26
ตาราง 2.7 สภาพปัญหาห่วงโซ่มูลค่า	31
ตาราง 2.8 งบประมาณรายยุทธศาสตร์ของแผนแม่บทแห่งชาติฯ จำแนกตามปีงบประมาณ	39
ตาราง 3.1 กิจกรรมการบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานในแต่ละระดับ	44
ตาราง 3.2 ข้อมูลสถาบันการศึกษาที่ผลิตบัณฑิตสาขาการแพทย์แผนไทย ข้อมูล ณ ปีการศึกษา 2558	59
ตาราง 3.3 จำนวนแพทย์ฝังเข็มที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการฝังเข็ม 3 เดือน ปี พ.ศ. 2541–2559	60
ตาราง 3.4 ปริมาณ การกระจายตัว และประเภทความชำนาญของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย*	62
ตาราง 3.5 จำนวนใบประกอบวิชาชีพและผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนไทยประยุกต์*	64
ตาราง 3.6 รายชื่อสถาบันหรือสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้จาก สภาการแพทย์แผนไทย	67
ตาราง 3.7 สถาบันการศึกษาสาขาการแพทย์แผนไทยที่ได้รับการรับรองจากสภาการแพทย์แผนไทย	73
ตาราง 3.8 จำนวนนักศึกษาที่รับเข้าและที่สำเร็จการศึกษาของสถาบันการศึกษาสาขาการแพทย์แผนไทย	74
ตาราง 3.9 สถาบันการศึกษาสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ได้รับการรับรอง จากสภาการแพทย์แผนไทย	75
ตาราง 3.10 จำนวนนักศึกษาที่รับเข้า และสำเร็จการศึกษาศาสนาการศึกษา สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์	76

	หน้า
ตาราง 3.11 จำนวนบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการสาธารณสุข จำแนกตามเขตสุขภาพ	77
ตาราง 3.12 จำนวนสถานพยาบาลภายใต้โครงการประกันสังคม ปี 2556–2559	79
ตาราง 3.13 จำนวนเงินที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนเพื่อชดเชยบริการ การแพทย์แผนไทย Global Budget รายเขต ปีงบประมาณ 2558	89
ตาราง 3.14 จำนวนเงินที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุน เพื่อชดเชยบริการการแพทย์แผนไทย Global Budget รายเขต ปีงบประมาณ 2559	90
ตาราง 4.1 รายชื่อสถาบันการศึกษาที่ร่วมดำเนินงานโครงการจัดการความรู้หมอพื้นบ้าน ร่วมกับเครือข่ายสถาบันอุดมศึกษา	101
ตาราง 4.2 บทบาทหมอตำแยในการดูแลสุขภาพระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอดในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้ และ 4 ภูมิภาค	128
ตาราง 4.3 การจัดระดับองค์ความรู้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการสร้างเสริมสุขภาพแม่และเด็ก	129
ตาราง 4.4 รายชื่อสมุนไพรที่หมอพื้นบ้านใช้ในการรักษาพิษงูและแผลเปื่อยจากพิษงู	142
ตาราง 5.1 จำแนกองค์ความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือภูมิปัญญาดั้งเดิมหรือภูมิปัญญาไท สาขาต่าง ๆ ตามหน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก	176
ตาราง 5.2 ทะเบียนข้อมูลบุคคลกลุ่มต่าง ๆ รองรับการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ปี พ.ศ. 2548–2559	177
ตาราง 5.3 ประกาศตำราการแพทย์แผนไทยของชาติและตำรับยาแผนไทยของชาติ	179
ตาราง 5.4 จำนวนคำขอจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยส่วนบุคคล ปีงบประมาณ 2556–2559	181
ตาราง 5.5 หลักเกณฑ์เพื่อพิจารณาสมุนไพรที่สมควรประกาศเป็นสมุนไพรควบคุม	182
ตาราง 5.6 จังหวัดที่รายงานปริมาณการครอบครอง เก็บรักษา ขนย้าย ใช้ประโยชน์กวาวเครือ	184
ตาราง 5.7 จังหวัดที่รายงานปริมาณการปลูกสมุนไพรกวาวเครือ	185
ตาราง 5.8 พืชสมุนไพรที่สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยตามพระราชบัญญัติฯ ปีงบประมาณ 2548–2558	186
ตาราง 5.9 แผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรในพื้นที่เขตอนุรักษ์ จำนวน 6 แผน ใน 27 พื้นที่	187
ตาราง 5.10 แผนการจัดการคุ้มครองสมุนไพรในเขตพื้นที่อนุรักษ์ ปี พ.ศ. 2551–2558	189
ตาราง 5.11 แผนการจัดการคุ้มครองสมุนไพรในพื้นที่นอกเขตอนุรักษ์ ปี พ.ศ. 2553–2556	193
ตาราง 5.12 พื้นที่ 60 ป่าชุมชนที่บันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับกรมป่าไม้ ปี พ.ศ. 2559	194
ตาราง 5.13 ข้อมูลสิทธิบัตรภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร เป้าหมายสำคัญ 25 รายการ	197
ตาราง 5.14 ผลการตรวจสอบข้อมูลคำขอจดทะเบียนเครื่องหมายการค้า 47 จำพวก จากกรมทรัพย์สินทางปัญญา	198
ตาราง 5.15 งบประมาณกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ได้รับจัดสรร ปีงบประมาณ 2548–2559	201

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพ 2.1 Global Herbal Medicines/ Supplement Markets Classified by Region in 2013	15
แผนภาพ 2.2 Global Herbal Supplements and Remedies Market & Projection	17
แผนภาพ 3.1 สัดส่วนบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก แผนกผู้ป่วยนอกทุกสิทธิ (ต.ค. 2557 – ก.ย. 2559)	48
แผนภาพ 3.2 จำนวนครั้งการบริการคลินิกครบวงจร 4 โรค แผนกผู้ป่วยนอกทุกสิทธิ รอบ 12 เดือน (ต.ค. 2558 – ก.ย. 2559) ปีงบประมาณ 2559	49
แผนภาพ 3.3 5 อันดับการวินิจฉัยโรคสูงสุด แผนกผู้ป่วยนอกทุกสิทธิ รอบ 12 เดือน ปีงบประมาณ 2558 – 2559	50
แผนภาพ 3.4 5 อันดับการใช้ยาสมุนไพรสูงสุด แผนกผู้ป่วยนอกทุกสิทธิ รอบ 12 เดือน ปีงบประมาณ 2558 – 2559	50
แผนภาพ 3.5 จำนวนครั้งการจ่ายยาสมุนไพรจำแนกตามประเภทยาสมุนไพร แผนกผู้ป่วยนอกทุกสิทธิ รอบ 12 เดือน (ต.ค. 2557 – ก.ย. 2558) ปีงบประมาณ 2558	51
แผนภาพ 3.6 จำนวนครั้งการจ่ายยาสมุนไพรจำแนกตามประเภทยาสมุนไพร แผนกผู้ป่วยนอกทุกสิทธิ รอบ 12 เดือน (ต.ค. 2558 – ก.ย. 2559) ปีงบประมาณ 2559	52
แผนภาพ 3.7 จำนวนครั้งการบริการ นวด อบ ประคบ แผนก ผู้ป่วยนอก (OPD) รอบ 12 เดือน ปีงบประมาณ 2558 และ 2559 (ใน+นอกหน่วยบริการ)	53
แผนภาพ 3.8 จำนวนคน/ครั้ง การบริการการแพทย์แผนไทยมารดาหลังคลอด แผนกผู้ป่วยนอกทุกสิทธิ รอบ 12 เดือน (ต.ค. 2557 – ก.ย. 2558) ปีงบประมาณ 2558	54
แผนภาพ 3.9 จำนวนคน/ครั้ง การบริการการแพทย์แผนไทยมารดาหลังคลอด แผนกผู้ป่วยนอกทุกสิทธิ รอบ 12 เดือน (ต.ค. 2558 – ก.ย. 2559) ปีงบประมาณ 2559	54
แผนภาพ 3.10 จำนวนและร้อยละประเภทความชำนาญของหมอพื้นบ้าน ที่ได้รับรองตามระเบียบ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	63
แผนภาพ 3.11 จำนวนแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ปฏิบัติงาน ในหน่วยบริการสาธารณสุข	77
แผนภาพ 3.12 จำนวนหน่วยบริการทั้งหมดที่มีผลงานบริการนวดไทย แยกตามประเภทหน่วยบริการ ปี 2558	79
แผนภาพ 3.13 เปรียบเทียบจำนวนคน/ครั้งการเข้ารับบริการนวดไทย ปีงบประมาณ 2553–2558	81
แผนภาพ 3.14 จำนวนคน/ครั้งการจัดบริการนวดไทย (นวด ประคบ อบสมุนไพร) ปีงบประมาณ 2558	81
แผนภาพ 3.15 จำนวนแม่หลังคลอดที่ได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ ปีงบประมาณ 2553–2558	82
แผนภาพ 3.16 จำนวนหน่วยบริการที่มีผลงานบริการฟื้นฟูสุขภาพแม่หลังคลอด แยกตามสถานบริการ ปีงบประมาณ 2553–2558	83

	หน้า
แผนภาพ 3.17 จำนวนหน่วยบริการที่มีผลงานบริการฟื้นฟูสุขภาพแม่หลังคลอด จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2558	83
แผนภาพ 3.18 จำนวนครั้งที่แม่หลังคลอดได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ จำแนกตามประเภทสถานบริการ ปีงบประมาณ 2558	84
แผนภาพ 3.19 จำนวนคน/ครั้งในการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ปี 2555–2558	85
แผนภาพ 3.20 เปรียบเทียบจำนวนคน/ครั้งการเข้ารับบริการเวชกรรมไทย ปีงบประมาณ 2556–2558	85
แผนภาพ 3.21 จำนวนหน่วยบริการที่มีการส่งใช้ยาสมุนไพรทั้งหมด แยกตามประเภทหน่วยบริการ	86
แผนภาพ 3.22 10 อันดับยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีการส่งใช้มากที่สุด ปีงบประมาณ 2558	87
แผนภาพ 3.23 งบประมาณที่ได้รับจัดสรร จำแนกตามปีงบประมาณ	88
แผนภาพ 4.1 ที่มาของเงินงบประมาณกองทุน	112
แผนภาพ 4.2 รายงานสรุปจำนวนโครงการฯ และงบประมาณแยกตามประเภทกิจกรรม	114
แผนภาพ 4.3 แนวคิดการดูแลสุขภาพแม่และเด็กด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น/การแพทย์พื้นบ้าน	125
แผนภาพ 4.4 ขั้นตอนการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักของหมอพื้นบ้านในภาพรวม	134
แผนภาพ 4.5 แผนการศึกษาและพัฒนาศักยภาพหมอพื้นบ้าน ในการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักช่วง 5 ปี (พ.ศ. 2552 -2556) บทสรุปและแนวทางการพัฒนาในอนาคต	136
แผนภาพ 4.6 เหตุการณ์ตามประวัติการใช้ยาสมุนไพรรักษาพิษงูในโรงพยาบาลกาบเชิง	139
แผนภาพ 4.7 แนวทางการรักษาผู้ป่วยถูกงูกัดด้วยตำรับยาโลดทะนงแดงในโรงพยาบาล	140
แผนภาพ 4.8 แนวคิดโครงการศึกษาและสังเคราะห์ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน	152
แผนภาพ 4.9 แผนการดำเนินงานในช่วง 5 ปี (พ.ศ.2554–2558)	155
แผนภาพ 4.10 ความสัมพันธ์ของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน	166
แผนภาพ 5.1 ระบบสารสนเทศองค์ความรู้ดิจิทัลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของประเทศ	204
แผนภาพ 5.2 กระบวนการจัดทำสารสนเทศองค์ความรู้ดิจิทัลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย	204

สารบัญรูป

	หน้า
รูปที่ 2.1 Herbal/ Traditional Growth in Selected Countries 2009–2010	16
รูปที่ 3.1 บัญชีรหัสกลุ่มโรค อาการ และหัตถการด้านการแพทย์แผนจีน	57
รูปที่ 3.2 คู่มือการบันทึกเวชระเบียนและการให้รหัสโรคสำหรับการวินิจฉัยโรค และหัตถการแพทย์แผนจีน	57
รูปที่ 3.3 ตำราอ้างอิงด้านการแพทย์แผนจีน ที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิชาชีพ สาขากายการแพทย์แผนจีน	58
รูปที่ 3.4 ตำราอ้างอิงด้านการแพทย์แผนจีน ที่รวมติจากคณะกรรมการวิชาชีพ สาขากายการแพทย์แผนจีน	58
รูปที่ 4.1 หมอสมฤทธิ จําแนกภูมิ จ.พระนครศรีอยุธยา ตรวจร่างกายจากการคลำอวัยวะที่ผิดปกติ	133
รูปที่ 4.2 หมอเขียน เมืองมูล จ.เชียงราย ใส่ฝือกให้ผู้ป่วยบริเวณแขน	133
รูปที่ 4.3 การใช้แผ่นสำลีรองบนฝือกไม้ เพื่อป้องกันไม่ให้ฝือกไม้กดทับผิวของผู้ป่วย	133
รูปที่ 4.4 ฝือกไม้ที่ใส่โดยหมอพื้นบ้านบริเวณแขนของผู้ป่วย	133
รูปที่ 4.5 ฝือกไม้กับขาปิ่นโต เป็นการประยุกต์เพื่อให้ฝือกโค้งงอตามอวัยวะที่จะเข้าฝือกบริเวณ แขนของผู้ป่วย	133
รูปที่ 4.6 รูปแบบตำรับยาโลดทะนงแดง	140
รูปที่ 4.7 รูปแบบการใช้ยาตำรับโลดทะนงแดง แถวบน: การใช้ยาทา แถวล่าง: การใช้ยากิน	141
รูปที่ 4.8 ตัวอย่างนวัตกรรมที่หมอพื้นบ้านใช้เพื่อให้คนไข้ภูมิแพ้ อัมพาตบริหารร่างกาย	153
รูปที่ 4.9 ตำรับยาสมุนไพรของหมอพื้นบ้านของแต่ละภูมิภาค สำหรับผู้ป่วยภูมิแพ้ อัมพาต	153
รูปที่ 4.10 ภูมิปัญญาในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยภูมิแพ้ อัมพาตของหมอพื้นบ้านแต่ละภาค	154
รูปที่ 5.1 ตัวอย่างตำราการแพทย์แผนไทยที่ขอรับขึ้นทะเบียน	179
รูปที่ 5.2 หนังสือที่รวบรวมตำรับตำราการแพทย์แผนไทยส่วนบุคคลที่ขอรับขึ้นทะเบียน	181
รูปที่ 5.3 สมุนไพรควบคุม (กวาวเครือ)	184
รูปที่ 5.4 พื้นที่ป่าที่อยู่ในแผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพร ในเขตพื้นที่อนุรักษ์	187
รูปที่ 5.5 พื้นที่ป่าที่อยู่ในแผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพร ในพื้นที่นอกเขตอนุรักษ์	192
รูปที่ 5.6 สมุดไทยอยู่ในคัมภีร์ปฐมจินดา เล่มที่ 11 หน้าต้นที่ 50	207

	หน้า
รูปที่ 5.7 คำถ่ายทอด คำอ่านปัจจุบัน สมุดไทยอยู่ในคัมภีร์ปฐมจินดา เล่มที่ 11 หน้าต้นที่ 50	207
รูปที่ 5.8 องค์ความรู้ที่พบในตำรายาแก้เตโชธาตุ คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์ ฉบับโบราณ	210
รูปที่ 5.9 องค์ความรู้ที่พบในจารึกแผ่นที่ 1 แผนนวดหงาย ตำราแผนนวดของไทย ในศิลาจารึกวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์)	211
รูปที่ 5.10 องค์ความรู้ที่พบจากฤๅษีคัตถน ทำที่ 25 วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) ประกอบกับตำราสมุดภาพโคลงฤๅษีคัตถน ทำที่ 25 รักษาอาการคัตถนแก้ลมปะกั	212
รูปที่ 6.1 – 6.2 การประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อจัดทำหนังสือ “Traditional Medicine Self-Care in ASEAN” ครั้งที่ 1 และ 2 ในปี 2558 และ 2559 ตามลำดับ	229
รูปที่ 6.3 การประชุม BIMSTEC Meeting on the Network of National Centers of Coordination in Traditional Medicine ครั้งที่ 3 ณ ประเทศไทย	232
รูปที่ 6.4 – 6.8 การประชุม The 7 th Meeting on Indigenous Medicine in the Greater Mekong Basin และ การประชุม The International Conference on Traditional and Indigenous Medicine	234
รูปที่ 6.9 – 6.11 การประชุม The 1 st Academic Forum on Traditional Medicine in the Lancang-Mekong River Basin และการประชุม The 1 st International Conference on the Development of Wa Medicine	235
รูปที่ 6.12 การประชุมร่วมกัน 3 ฝ่ายระหว่างกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก คณะแพทยศาสตร์ศิริราช และองค์การอนามัยโลก	237
รูปที่ 6.13 การประชุมปรึกษาหารือการพัฒนาชุดการอ้างอิงมาตรฐานของตัวชี้วัดที่ใช้ประเมิน ด้านการแพทย์ดั้งเดิมของภูมิภาค ระหว่างวันที่ 10–11 สิงหาคม พ.ศ. 2559 เมื่อนิวเดลี ประเทศอินเดีย	239



ทิศทางที่ท้าทายในการพัฒนา การแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทยได้รับการฟื้นฟูและพัฒนาอย่างจริงจังมาร่วม 2 ทศวรรษ ภายหลังจากองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยซึ่งเกิดขึ้นมาราว 300-400 ปี ถูกกลืนและกันออกจากระบบบริการสาธารณสุข จนถึงปัจจุบันการแพทย์แผนไทยได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการทางสุขภาพและเป็นทางเลือกที่ดีในการดูแลสุขภาพ รวมถึงสามารถพัฒนาสู่ความเป็นวิชาชีพได้แล้วก็ตาม แต่การพัฒนาการแพทย์แผนไทยมีการเคลื่อนตัวไปได้ค่อนข้างช้า เนื่องจากประสบปัญหาอุปสรรคหลายประการที่ยังไม่สามารถก้าวข้ามไปได้ ประกอบกับการกำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยที่ผ่านมา เป็นเพียงแค่แนวคิดในเชิงหลักการ แต่ยังขาดยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม

จากการศึกษาและสังเคราะห์ข้อเท็จจริงทั้งเอกสารและการประชุมร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ระหว่างที่ผู้เขียนดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในช่วงปีงบประมาณ 2559 ได้พบปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย 3 เสาหลัก คือ องค์ความรู้ บุคลากรวิชาชีพ และระบบบริการ จึงได้ทบทวนและข้อเสนอการบริหารจัดการเชิงระบบในการขับเคลื่อนการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการปรับระบบการทำงานของกรม

1.1 สามเสาหลักในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย

1) องค์ความรู้การแพทย์แผนไทย

ถึงแม้ว่าพัฒนาการด้านองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยเกิดขึ้นมายาวนานหลายร้อยปี กระทั่งในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา มีการฟื้นฟูศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ขึ้นใหม่ พร้อม ๆ กับการรวบรวมความรู้ และตำรับตำราต่าง ๆ แต่ด้วยลักษณะพื้นฐานขององค์ความรู้การแพทย์แผนไทยที่มีเป็นจำนวนมาก กระจัดกระจาย และมีความหลากหลายตามสภาพของแต่ละท้องถิ่น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้เป็นศาสตร์ที่มีกฎเกณฑ์มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับ เนื่องจากที่ผ่านมาพบว่า แพทย์แผนไทยยังใช้ดุลยพินิจในการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ขณะที่องค์ความรู้บางอย่างผูกอยู่กับฐานประสบการณ์ส่วนตัวของบุคคลค่อนข้างมาก นอกจากนี้ ตำรับการแพทย์แผนไทยของชาติที่ได้รวบรวมกว่า 14,000 ตำรับนั้น ยังไม่มีการจัดกลุ่มและจำแนกว่ามีตำรับ

ใดบ้างที่ควรเป็นแกน (Core) ของประเทศ และมีอยู่ทั้งสี่ด้าน จึงถือเป็นโจทย์ที่ท้าทายประการแรก ในสภาวะความรู้การแพทย์แผนไทย

หากองค์ความรู้เหล่านี้ยังแยกกันอยู่ตามสถาบันการศึกษา กับครูที่เป็นหมอแผนไทย หรือ หมอพื้นบ้าน โดยที่ยังไม่สามารถพัฒนาความรู้ให้เป็นมาตรฐาน ก็จะทำให้การพัฒนาการแพทย์แผนไทย ไม่สามารถก้าวพ้นจากข้อจำกัดของบุคคล จึงเป็นปัญหาหลักของการแพทย์แผนไทยที่จะต้องพัฒนาและ ก้าวข้ามในส่วนนี้ไปได้

ดังจะเห็นตัวอย่างจากการพัฒนาองค์ความรู้ของสาธารณรัฐประชาชนจีนซึ่งมีประวัติศาสตร์ การแพทย์จีนมายาวนานกว่าการแพทย์แผนไทย เนื่องจากประเทศจีนมีพื้นที่กว้างใหญ่ มีประชากร จำนวนมาก ดังนั้น การแตกสาขาของการแพทย์แผนจีนย่อมเกิดขึ้นจำนวนมาก รวมทั้งตำรับต่าง ๆ ใน ห้องถิ่นก็ย่อมมีอยู่หลายหมื่นหลายแสนตำรับ ที่ผ่านมาจีนได้พยายามพัฒนามาตรฐานการแพทย์แผนจีน ทั้งเรื่องของตำรับ และกระบวนการต่าง ๆ ซึ่งในส่วนของการพัฒนาองค์ความรู้ นั้น มีการพัฒนาให้มีความ จำเพาะหรือมีการกำหนดมาตรฐานบางอย่างให้ชัดเจนขึ้น เช่น การดูลิ้น ได้มีการจัดกลุ่มลักษณะของลิ้น เป็น 12 หรือ 16 ลักษณะ โดยมีการแยกแยะลักษณะให้เห็นชัดเจน เป็นการลดการใช้ดุลยพินิจลง

ขณะนี้ ได้มีความพยายามจัดทำมาตรฐานในเชิงความรู้การแพทย์แผนไทย โดยเตรียม สักคายน้องความรู้ใน 2 เรื่องหลัก ได้แก่ ตำรับยากลางหรือ “ตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ” และการนวด ไทยเพื่อการบำบัด ซึ่งขณะนี้กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ริเริ่มโครงการจัด ทำตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ และยุทธศาสตร์พัฒนาการนวดไทย เอกลักษณ์ไทยขึ้นมาแล้ว

คำว่า “ตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ” มีความหมายว่า เป็นตำรับยามาตรฐานตามศาสตร์ การแพทย์แผนไทยสำหรับรักษาอาการเจ็บไข้ ซึ่งแนวทางที่กรมจะดำเนินการต่อไปก็คือ ทำการสักคายนานา “ตำรับยาแผนไทยของชาติ” ที่ได้ประกาศขึ้นทะเบียนตามกฎหมายคุ้มครองภูมิปัญญาไทย มาแล้วกว่า 14,000 ตำรับ เพื่อกำหนดให้เป็นตำรับยากลางขึ้นมาให้แล้วเสร็จภายใน 3 ปี อาจจะได้ประมาณ 300-500 ตำรับหรือมากกว่า ตำรับยาแผนไทยแห่งชาตินี้สามารถพัฒนาไปสู่การขึ้นบัญชียาหลักแห่งชาติ การจัดทำมาตรฐานเภสัชตำรับ สนับสนุนการผลิต การพัฒนาต่อยอด และขึ้นทะเบียนยาแผนไทย อีกทั้ง เป็นประโยชน์ต่อการอ้างอิงคุณภาพตามมาตรฐาน

สำหรับ มาตรฐานเภสัชตำรับ (Thai Herbal Preparation Pharmacopoeia) กรมได้ดำริ ให้มีการจัดทำขึ้นเป็นครั้งแรกเช่นกัน เพื่อให้เป็นมาตรฐานในการตรวจสอบคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ ของตำรับยาแผนไทย และสามารถใช้อ้างอิงได้ในระดับสากล ตัวอย่างเช่น หากเอกชนต้องการผลิตยาขึ้น มารายการหนึ่ง ผู้ผลิตย่อมแสดงคุณภาพของยาได้ว่าตรงตามสูตรตำรับยากลางและมาตรฐานเภสัชตำรับ นั้นหรือไม่ ส่งผลให้การขึ้นทะเบียนยาแผนไทยกระทำได้รวดเร็ว ตลอดจนบริษัทใดที่ต้องการไปขอจด ทะเบียนในต่างประเทศ ก็จะมีแหล่งอ้างอิงมาตรฐานเภสัชตำรับยาในประเทศไทย

ในเรื่องการนวดไทย ก็จำเป็นต้องมีการศึกษาและพัฒนามาตรฐานด้วยเช่นเดียวกัน โดย มุ่งเน้นพัฒนา “การนวดไทยเพื่อการบำบัด” ซึ่งการนวดไทยดั้งเดิมมีการบันทึกลักษณะเส้นประธานสิบ แต่เท่าที่มีการสังเคราะห์ความรู้มีอยู่เพียงเส้นนวดกลุ่มเดียวเท่านั้น ขณะที่อีก 9 กลุ่มที่เหลือ ยังขาด การศึกษาอย่างจริงจัง นอกจากนี้ การนวดบำบัดซึ่งจัดเป็นส่วนหนึ่งของวิชาชีพแพทย์แผนไทย ยังต้อง พัฒนาต่อยอดให้เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และเน้นความก้าวหน้าในวิชาชีพโดยแยกจากการนวด

เพื่อสุขภาพ โดยรวมจึงจำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์การพัฒนากายภาพไทยอย่างเป็นระบบเช่นเดียวกัน

2) วิชาชีพการแพทย์แผนไทย

วิชาชีพการแพทย์แผนไทยมีพัฒนาการมาหลายสิบปี โดยหลายฝ่ายได้ช่วยกันผลักดันในเรื่องของวิชาชีพของบุคลากร นับตั้งแต่อาจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ และแพทย์หญิงเพ็ญภา ทรัพย์เจริญ ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการริเริ่มพัฒนาการแพทย์แผนไทย กระทั่งเกิดแพทย์แผนไทยประยุกต์ และการพัฒนาแพทย์แผนไทยสู่ความเป็นวิชาชีพ จุดเปลี่ยนครั้งสำคัญเมื่อมีการจัดตั้งสภาการแพทย์แผนไทยขึ้นมาภายใต้พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 ซึ่งถือว่าเป็นการสร้างบุคลากรการแพทย์แผนไทยให้มีความเป็นวิชาชีพ แต่ยังมีปัญหาท้าทายคือ การพัฒนาความเชี่ยวชาญในวิชาชีพแพทย์แผนไทย

ปัญหาความท้าทายดังกล่าว มาจากข้อจำกัดในเรื่องการศึกษาที่แม้จะมีสถาบันการศึกษาถึง 27 แห่งที่มีการผลิตกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยระดับปริญญาตรีได้แล้ว แต่เนื่องจากระยะเวลาในการศึกษาเพียง 4 ปีนั้น ถือว่ายังไม่เพียงพอต่อการพัฒนาเรื่องคุณภาพ และประสบการณ์หรือทักษะสำหรับความเป็นวิชาชีพ ประกอบกับลักษณะโดยธรรมชาติของการแพทย์แผนไทยที่จะต้องเรียนรู้จากประสบการณ์ เมื่อกำลังคนเหล่านี้สำเร็จการศึกษาแล้ว จึงมีเพียงความรู้ที่เป็นแบบทฤษฎี และขาดความสามารถในการประยุกต์ความรู้ให้เหมาะกับผู้ป่วย ตลอดจนทักษะในการบำบัดรักษา

ที่สำคัญคือ บุคลากรการแพทย์แผนไทยยังขาดทักษะที่จะทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่น เพราะศาสตร์การแพทย์แผนไทยมีทฤษฎีและศัพทเฉพาะวิชาชีพ เช่น วิธีวางโรค วางยา ตั้งยา การวิเคราะห์ และพิสูจน์โรคที่แตกต่างจากการแพทย์แผนปัจจุบัน ดังนั้นด้วยคุณลักษณะพื้นฐานทางวิชาชีพซึ่งแตกต่างและขาดความเชื่อมโยงกัน จึงเป็นอุปสรรคที่ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันกับแพทย์แผนไทย และนำไปสู่สิ่งที่กังวลว่า ช่องว่างนี้จะยิ่งทำให้แพทย์แผนไทยให้บริการแยกส่วนในพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะของตัวเอง และไม่ทำงานบูรณาการร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบันและสหวิชาชีพ ทำให้วิชาชีพเหล่านั้นก็ยังไม่เข้าใจแพทย์แผนไทย

ดังนั้น ความท้าทายในการพัฒนาเรื่องวิชาชีพการแพทย์แผนไทย นอกจากจำเป็นต้องพัฒนาให้บุคลากรแพทย์แผนไทยเข้าใจมุมมองที่เป็นข้อจำกัดดังกล่าว เพื่อแก้ไขปัญหาการสื่อสารและสร้างความเข้าใจระหว่างวิชาชีพแพทย์แผนไทยกับสหวิชาชีพแล้ว ยังจำเป็นต้องพัฒนาวิชาชีพแพทย์แผนไทยให้มีมาตรฐาน ทักษะ และมีความเชี่ยวชาญก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น

3) ระบบบริการแพทย์แผนไทย

ปัจจุบันสถานการณ์ด้านการให้บริการการแพทย์แผนไทยดีขึ้นกว่าเดิมมาก หน่วยงานต่าง ๆ ยอมรับการแพทย์แผนไทยเป็นการให้บริการและทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่ดี ปัจจุบันมีการเปิดคลินิกแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐเกือบร้อยละ 90 และการกระจายของคลินิกแพทย์แผนไทยในเมืองต่าง ๆ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านความหลากหลายในการให้บริการ กล่าวคือ ส่วนใหญ่จะเน้นบริการนวดไทย ซึ่งไม่ได้เจาะจงว่าเป็นการนวดเพื่อบำบัดหรือการนวดเพื่อสุขภาพ นอกจากนั้นการให้บริการแพทย์แผนไทยก็มิได้มีความเชี่ยวชาญด้านบำบัดรักษาโรคโดยเฉพาะ ทำให้ตัวแพทย์แผนไทยหรือ

กระบวนการที่ให้บริการนั้นขาดความหลากหลาย

ถึงแม้ที่ผ่านมาได้มีแนวคิดในการนำแพทย์แผนไทยเชื่อมโยงกับแพทย์กระแสหลัก โดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้มีนโยบายเปิด OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยนอก (OPD) ที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) แต่ปรากฏว่า สามารถลดช่องว่างได้เพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น เนื่องจากการดูแลคนไข้ นั้น ไม่ใช่เป็นคนไข้ของสาขาใดสาขาหนึ่งโดยเฉพาะ แต่จะต้องมีการผสมผสานระหว่างแพทย์แผนไทยกับแพทย์แผนปัจจุบันได้จริง ซึ่งที่ผ่านมายังคงมีปัญหาเรื่องความไม่เข้าใจระหว่างกันอยู่

ดังนั้น การให้บริการทั้งแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบันจะต้องช่วยกันเสริมในส่วนที่เป็นจุดอ่อนและจุดแข็งซึ่งกันและกัน กล่าวคือ ศาสตร์การแพทย์แผนไทยมีลักษณะที่เป็นการมองที่ความสมดุลของร่างกาย เป็นการเสริมการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เนื่องจากเชื่อว่าอวัยวะทั้งหมดมีความเชื่อมโยงกัน ไม่ว่าจะเป็นสมดุลของธาตุทั้งสี่ สมดุลของกายและจิต สมดุลของอาหารการกิน การขับถ่าย และระบบการทำงานอื่น ๆ ของร่างกายที่เชื่อมโยงกัน แต่ศาสตร์การแพทย์แผนไทยยังขาดความเฉพาะเจาะจง หากกล่าวถึงสรรพคุณของตำรับยา ก็จะระบุกว้าง ๆ การวินิจฉัยโรคบางอย่างยังขาดความเฉพาะ รวมทั้งการวางยา ตั้งยา เหล่านี้คือจุดแข็งกับจุดอ่อนของการแพทย์แผนไทย

ในขณะที่การแพทย์กระแสหลักมีลักษณะตรงข้ามกัน โดยมีจุดแข็งคือ มีความเฉพาะเจาะจงแม่นยำในการวินิจฉัยและรักษาโรค ชัดเจนเรื่องกายวิภาค สามารถผ่าตัดได้ และมีความละเอียดลงไปถึงขั้นพัฒนาเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ มียาโรคที่เฉพาะเจาะจงทั้งเชื้อโรค ทั้งอวัยวะร่างกาย แต่การแพทย์แผนปัจจุบันยังมีจุดอ่อนคือ ขาดเครื่องมือหรือกระบวนการที่จะจัดการความสมดุลของร่างกาย เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาสังเคราะห์ ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจน เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาก่อนเนื้อร้ายด้วยยาเคมีบำบัดและฉายรังสีรักษา แต่การแพทย์แผนปัจจุบันที่รักษาโรคมะเร็ง จะไม่สามารถดูแลคนไข้ได้ทั้งตัว ทำได้แค่เพียงให้คำแนะนำและให้กำลังใจแก่คนไข้ เนื่องจากระบบต่าง ๆ ในร่างกายทั้งหมดเกิดความแปรปรวนจากการได้รับยาเคมีบำบัดไปด้วย ไม่มียาตัวใดที่ช่วยปรับสภาพได้ จุดนี้เองคือสิ่งที่การแพทย์แผนไทยจะต้องเข้าไปช่วยเสริม ซึ่งเป็นพื้นที่ที่การแพทย์แผนไทยมีความชำนาญและมั่นใจว่าสิ่งเหล่านี้สามารถช่วยเสริมหรือให้บริการได้ดีกว่าการแพทย์แผนปัจจุบัน

เมื่อวิเคราะห์ในประเด็นดังกล่าวแล้ว กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จึงได้นำเสนอ 4 โรคที่การแพทย์แผนไทยมีความชำนาญ ได้แก่ โรคไมเกรน โรคภูมิแพ้ข้อเข่าเสื่อม และอัมพฤกษ์ อัมพาต ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่การแพทย์แผนปัจจุบัน ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของการใช้ยาในการรักษา ขณะเดียวกันจะต้องให้ความสำคัญกับการดูแลความสมดุลประกอบกัน เช่น การเป็นโรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น ศาสตร์การแพทย์แผนไทยจึงสามารถดูแลรักษาโรคเหล่านี้ได้ดี

จึงเห็นได้ว่า การใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยในการรักษาอาการเจ็บป่วย จำเป็นต้องเลือกโรคที่เหมาะสมและมีความถนัด รวมถึงการช่วยเสริมการรักษาโรคของแพทย์แผนปัจจุบันในบางช่วงบางระยะ เนื่องจากระยะของโรคที่การแพทย์แผนไทยจะเข้าไปเกี่ยวข้องนั้นมีความสำคัญ เช่น ในกรณีของคนไข้มีอาการหัวเข่าเสื่อม ในช่วงต้นอาจจะสามารถฟื้นฟูได้โดยใช้การแพทย์แผนไทยและการนวดไทยเข้าไปเสริมในการรักษาอาการ แต่พอถึงช่วงระยะที่ข้อเข่าเสื่อมมากแล้ว บทบาทของ

การแพทย์แผนไทยในการรักษาก็จะลดน้อยลง เป็นต้น

ฉะนั้น ทิศทางที่ท้าทายในการพัฒนาในระบบบริการ เป็นเรื่องที่จะต้องมีการพัฒนาระบบบริการที่มีแนวเวชปฏิบัติ (CPG) และมาตรฐานการวินิจฉัยโรค วิธีการและขั้นตอนต่าง ๆ ในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน ซึ่งที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้มีแผนพัฒนาบริการสาขาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พร้อมทั้งจัดให้มีกลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแล้ว จึงถือเป็นก้าวสำคัญและเป็นฐาน (Base) ระดับจังหวัดหรืออยู่ในโรงพยาบาล อันเป็นฐานที่มั่นคงของการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสามารถพัฒนาตัวเองต่อไปได้

1.2 จุดเปลี่ยนของการพัฒนาการแพทย์แผนไทยในอนาคต

1) นโยบายการพัฒนาสมุนไพรไทย

สมุนไพรไทยมีความสำคัญคู่ขนานกับการแพทย์แผนไทยมาโดยตลอด เนื่องจากสมุนไพรเป็นส่วนประกอบสำคัญในการเป็นยาในศาสตร์การแพทย์แผนไทยหรือเภสัชกรรมไทย และรากฐานของการแพทย์แผนไทยก็ใช้สมุนไพรในการรักษาโรคและการเจ็บป่วยตลอดมา ทั้งนี้ ย่อมเข้าใจได้ว่ายาแผนไทยอยู่ในเส้นทางเดินหนึ่งของสมุนไพร นอกเหนือจากการใช้สมุนไพรเป็นอาหารเสริม เครื่องสำอาง น้ำมันหอมระเหยในอุตสาหกรรมสปา และผลิตภัณฑ์สำหรับสัตว์ เป็นต้น

ปัจจัย 3 ประการที่จะส่งผลต่อการพัฒนาสมุนไพรไทยและจุดเปลี่ยนครั้งสำคัญ ประกอบด้วย

1.1) คณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ

ปัจจุบัน การพัฒนาภูมิปัญญาไทยและสมุนไพรมีทิศทางที่ชัดเจนมากขึ้นกว่าแต่ก่อน เนื่องจากสถานการณ์และกระแสความตื่นตัวของคนไทยและทั่วโลกในการใส่ใจเรื่องสุขภาพ สมุนไพร รวมทั้งผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติเป็นที่ต้องการของผู้บริโภคอย่างไม่เคยมีมาก่อน และประเทศไทยมีโอกาสูงและสามารถพัฒนาสมุนไพรและสร้างมูลค่าเพิ่มในผลิตภัณฑ์เนื่องจากมีความหลากหลายทางชีวภาพและมีปัจจัยที่พร้อม ยังขาดแต่กลไกระดับนโยบายและการจัดการที่เป็นระบบ

กลไกที่สำคัญ คือ การผลักดันระดับนโยบาย โดยในขณะนี้กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข เป็นแกนหลักร่วมกับกระทรวงต่าง ๆ อีก 8 กระทรวง (กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา และกระทรวงศึกษาธิการ) สถาบันวิชาการ และองค์กรภาคเอกชนในการจัดทำแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพร ฉบับที่ 1 พ.ศ.2560-2564 ภายใต้แผนฉบับนี้ กำหนดให้มี **“คณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ”** โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ระบุในร่างกฎหมายใหม่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตรงนี้เองถือเป็นจุดหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญ กล่าวคือ เมื่อมีคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรระดับชาติ ก็จะทำให้ทิศทางนโยบายสมุนไพรชัดเจนขึ้น มีการจัดการอย่างเป็นระบบ สามารถ

บูรณาการการทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนการจัดสรรงบประมาณเพื่อการลงทุนและส่งเสริมการพัฒนาสมุนไพรอย่างจริงจัง

สาเหตุที่ต้องมีการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายระดับชาติขึ้นมา เพราะตลอดระยะเวลาที่ผ่านมายาวนาน แม้ประเทศไทยได้มีการนำสมุนไพรมาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ อย่างเป็นล่ำเป็นสัน แต่ปรากฏว่า ยังเป็นในลักษณะต่างคนต่างทำ ภาคเอกชนที่เป็นผู้ประกอบการต้องเติบโตด้วยตัวเอง ขาดการสนับสนุนจากภาครัฐอย่างจริงจัง ประกอบกับโครงสร้างใหญ่ของการพัฒนาสมุนไพรค่อนข้างกระจัดกระจาย ปัญหาอุปทานสมุนไพร (Supply) ไม่สอดคล้องกับอุปสงค์ (Demand) ทำให้เกิดปัญหาหลายประการตามมา เช่น วัตถุดิบสมุนไพรขาดแคลน เกษตรกรผู้ปลูกสมุนไพรขาดความรู้ คือปลูกแล้วไม่รู้จะไปขายใคร ขาดการควบคุมคุณภาพวัตถุดิบ และขาดระบบการจัดการในการเพาะปลูก ขณะที่อุตสาหกรรมหรือภาคการใช้อย่างสมุนไพร ยังไม่เคยมีการวิเคราะห์อย่างจริงจังว่า ประเทศมีความต้องการเพียงใด ทั้งด้านการนำไปใช้ทำยา อาหารเสริม และเครื่องสำอาง ผู้ประกอบการยังขาดความรู้และงานวิจัยสมุนไพรที่จะต่อยอดพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ ขณะที่มหาวิทยาลัยยังไม่สามารถเข้ามาช่วยในเชิงวิชาการได้อย่างที่ควร ส่งผลให้มีคนเป็นจำนวนมากที่นำสมุนไพรไปโฆษณา และไปกล่าวอ้างสรรพคุณสินค้าเกินจริง เนื่องจากไม่มีระบบตรวจสอบคุณภาพผลิตภัณฑ์ที่แท้จริง จึงส่งผลให้ผู้ผลิตเอารัดเอาเปรียบผู้บริโภคได้ง่าย และบั่นทอนความเชื่อมั่นและน่าเชื่อถือของผลิตภัณฑ์สมุนไพรโดยปริยาย

ที่ผ่านมาพบว่า ความหลากหลายทางชีวภาพของประเทศและสมุนไพรจากธรรมชาติถูกนำมาสร้างผลิตภัณฑ์มากมาย มีการใช้ทรัพยากรอย่างสิ้นเปลือง ทำให้อุตสาหกรรมสมุนไพรไทยมีมูลค่าน้อย ส่วนมากเป็นอุตสาหกรรมขนาดเล็ก ขาดเทคโนโลยีการผลิตที่ทันสมัย จึงไม่สามารถแข่งขันในตลาดต่างประเทศ เมื่อเทียบกับประเทศในแถบตะวันตกที่มีอุตสาหกรรมสมุนไพรที่เข้มแข็ง และตลาดผลิตภัณฑ์สมุนไพรมีการเติบโตสูง เช่น ประเทศเยอรมนี ฝรั่งเศส และสหรัฐอเมริกา เป็นต้น เนื่องจากผู้ใช้และผู้บริโภค มีความรู้ความเข้าใจและเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีคุณภาพ ทำให้ผู้ผลิตต้องแข่งขันพัฒนาเทคโนโลยี และผลิตภัณฑ์สารสกัดและสารบริสุทธิ์ที่มีคุณภาพ ส่วนประเทศในแถบเอเชีย มีประเทศญี่ปุ่น จีนและอินเดีย เป็นผู้นำทางการตลาด ฉะนั้น ถ้าประเทศไทยไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในการพัฒนาสมุนไพรอย่างเป็นระบบ จะส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมสมุนไพรไทยให้มีขีดความสามารถในการแข่งขันและการเติบโตต่อไป

1.2) กฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร

กฎหมายเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาสมุนไพรของประเทศ ที่ผ่านมาผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรรวมทั้งยาตำรับแผนไทยถูกจัดเป็นยาแผนโบราณและถูกควบคุมภายใต้ พ.ร.บ.ยา ทำให้การขึ้นทะเบียนยากระทำได้อย่างยาก เนื่องจากขาดหลักฐานงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ที่จะพิสูจน์สรรพคุณ คุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัย ขณะเดียวกันผลิตภัณฑ์อาหารเสริมจากสมุนไพรก็ถูกจัดเป็นอาหารตาม พ.ร.บ.อาหาร ไม่สามารถเสนอสรรพคุณด้านบำรุงร่างกาย เสริมสร้างโครงสร้าง หรือลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ กฎหมายทั้งยาและอาหารที่ใช้อยู่ในปัจจุบันจึงเป็นอุปสรรคหนึ่งที่ทำให้อุตสาหกรรมสมุนไพรเติบโตได้ช้า

การยกร่าง พ.ร.บ.ผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. จะเป็นจุดเปลี่ยนที่มีผลต่อการเติบโตของอุตสาหกรรมสมุนไพรไทย ภายใต้ร่างกฎหมายดังกล่าวจะมี “คณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ” และ “คณะกรรมการผลิตภัณฑ์สมุนไพร” เป็นกลไกที่มีบทบาทสำคัญ การนิยามคำว่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ครอบคลุมทั้งยาแผนไทย และผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร การควบคุมผลิตภัณฑ์จะถูกแยกแยะให้เหมาะสมตามลักษณะผลิตภัณฑ์ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรมีการจัดแจ้งแทนการขึ้นทะเบียนทั้งหมด และอื่น ๆ ในร่างกฎหมายอีกมาก

1.3) แผนแม่บทแห่งชาติ

การพัฒนาสมุนไพรของประเทศจำเป็นต้องมียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน ให้เป็นทิศทางการขับเคลื่อนการพัฒนาสมุนไพร ทั้งระดับต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ร่วมกับอีก 8 กระทรวงและหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ร่วมกันยกร่างแผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560–2564 เพื่อเตรียมนำเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ โดยแบ่งเป็น 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

(1) ยุทธศาสตร์ส่งเสริมผลิตผลของสมุนไพรไทยที่มีศักยภาพตามความต้องการของตลาดทั้งในและต่างประเทศ พัฒนาการปลูกระบบอินทรีย์ เพิ่มปริมาณให้เพียงพอต่อความต้องการ และส่งเสริมการแปรรูปสมุนไพรโดยวิสาหกิจชุมชน

(2) ยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมและการตลาดสมุนไพรให้มีคุณภาพระดับสากล พัฒนาเทคโนโลยีผลิตภัณฑ์สมุนไพร และการสร้างตลาดเพื่อเข้าถึงผู้บริโภค ส่งเสริมอุตสาหกรรมการผลิตสารสกัดและสารบริสุทธิ์

(3) ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนาสมุนไพรที่มีสรรพคุณ คุณภาพและความปลอดภัย การพัฒนามาตรฐานต่าง ๆ ตั้งแต่วัตถุดิบสมุนไพร มาตรฐานเภสัชพืชสมุนไพร และมาตรฐานเภสัชตำรับ

(4) ยุทธศาสตร์สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของภาครัฐ ที่สำคัญคือการคัดเลือกสมุนไพร Product Champion และการพัฒนางานวิจัยทั้งระบบด้วยวงเงิน 5,000 ล้านบาทในแผน 5 ปี รวมทั้งการพัฒนาระบบข้อมูลที่จำเป็นต่าง ๆ

ปัจจัยทั้งสามดังกล่าวจะเป็นจุดเปลี่ยนที่มีผลต่อการพัฒนาสมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญสมุนไพรไทยจะได้รับการส่งเสริมและขยายตัวทั้งด้านผลิตภัณฑ์ที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นยาสมุนไพรเดี่ยวหรือยาตำรับ ด้านคุณภาพและมาตรฐาน ด้านการค้นคว้าวิจัย และการพัฒนาเทคโนโลยี ซึ่งต่อไปก็จะมีผลส่งออกผลิตภัณฑ์สมุนไพร เป็นการสร้างมูลค่าเพิ่มตลอดห่วงโซ่อุปทาน ดังนั้น เมื่ออุตสาหกรรมสมุนไพรได้รับการพัฒนาบ่มเพาะอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ย่อมส่งผลต่อภาคเกษตรกรรมและเศรษฐกิจของประเทศในภาพรวม

2) การพัฒนางานวิจัยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร

การศึกษาวิจัยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร แบ่งได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่

2.1) การค้นคว้าภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

ประเทศไทยมีกฎหมายคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยมาตั้งแต่ปี 2542 ซึ่งนับเป็นความก้าวหน้าและมองการณ์ไกลอย่างมากในการออกกฎหมายในช่วงนั้น ตลอดระยะเวลา 17 ปีของการบังคับใช้กฎหมาย ผลด้านคุ้มครองภูมิปัญญาฯ ได้มีการออกประกาศคุ้มครองตำรับตำราการแพทย์แผนไทยของชาติจากเอกสารดั้งเดิมไว้แล้วกว่า 14,000 ตำรับ การสำรวจและขึ้นทะเบียนตำรับตำราส่วนบุคคล การออกประกาศสมุนไพรควบคุม “กวาวเครือ” และการสนับสนุนการศึกษาวิจัยและตำรับตำราต่าง ๆ เป็นต้น

อย่างไรก็ดี การคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยยังดำเนินไปค่อนข้างล่าช้า เนื่องจากขาดทิศทางและเป้าหมาย ตลอดจนขาดการกำกับดูแลการดำเนินงานด้านต่าง ๆ เช่น การสำรวจและอนุรักษ์พรรณพืชสมุนไพร การจัดการแหล่งสมุนไพรในป่าธรรมชาติไม่ให้สูญสลายไปด้วยการมุ่งใช้ประโยชน์ฝ่ายเดียว ความไม่ชัดเจนในการจัดการพื้นที่อนุรักษ์สมุนไพร การแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดจากสมุนไพรถิ่นกำเนิด ตลอดจนการศึกษาค้นคว้าภูมิปัญญาไทย เป็นต้น

อย่างไรก็ดี ในปีนี้ได้มีการริเริ่ม “โครงการจัดทำตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ” ขึ้น เพื่อรวบรวมและตรวจสอบตำรับยาแผนไทยที่มีการจดบันทึกในตำราฉบับต่าง ๆ และขึ้นทะเบียนไว้กว่า 14,000 ตำรับ เพื่อกำหนดให้เป็นตำรับกลางของประเทศ มีระยะเวลาดำเนินการ 3 ปี คาดว่าเมื่อโครงการเสร็จสิ้น จะได้ตำรับยาแผนไทยแห่งชาติฉบับแรก เพื่อใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงในการเรียนการสอน การศึกษาวิจัย การจัดทำมาตรฐานเภสัชตำรับ และการผลิตยาแผนไทยอย่างกว้างขวางต่อไป

2.2) การศึกษาวิจัยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร

ภายใต้แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2560–2564 ได้กำหนดให้เพิ่มกรอบวงเงินการวิจัยจากปัจจุบันปีละ 250 ล้านบาท เป็นปีละ 1,000 ล้านบาทโดยเฉลี่ยหรือเพิ่มขึ้น 4 เท่าในปี 2564 และมุ่งเน้นความร่วมมือและบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมากขึ้น ได้แก่ คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ สถาบันวิจัยการเกษตรแห่งชาติ (สวก.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สถาบันนวัตกรรมแห่งชาติ และกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

แม้ว่าการวิจัยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรในประเทศไทยได้พัฒนามาช้านานและมีจำนวนมากพอควร แต่ปัญหาที่ผ่านมาก็คือ ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยด้านสมุนไพรเดี่ยวและตำรับยาบางส่วน ที่เป็นงานวิจัยการแพทย์แผนไทยจริง ๆ นับว่าน้อย โดยงานวิจัยสมุนไพรส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ที่งานวิจัยศึกษาฤทธิ์พื้นฐาน เช่น Phytochemistry, Physiochemistry และ Pharmacognostic Research งานวิจัยที่พัฒนาสมุนไพรครบวงจรจนเกิดผลิตภัณฑ์เชิงอุตสาหกรรม ตลอดจนการวิจัยทางคลินิกก็ยังมีทำได้น้อยเช่นเดียวกัน

กรอบของการพัฒนาการวิจัยในภาพรวมนั้น ได้มีการหารือกันว่าจะต้องยกระดับนโยบายเพื่อกำหนดทิศทางการลงทุนวิจัยและการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมและคุ้มค่า การแบ่งบทบาทหน้าที่และการประสานงานระหว่างหลายหน่วยงานที่เป็นผู้ให้ทุนและส่งเสริมการวิจัย รวมทั้งการจัดกลุ่มงานวิจัยตามลักษณะงานเป็น 4 แผนงานใหญ่ เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายรวม ได้แก่ แผนงานวิจัยเกษตร

สมุนไพร แผนงานวิจัยสมุนไพรสุขภาพ แผนงานวิจัยผลิตภัณฑ์สมุนไพร และแผนงานวิจัยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เป็นต้น

ทั้งนี้ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ได้แก่ เครือข่ายนักวิจัย ห้องปฏิบัติการและเครื่องมืออุปกรณ์ ระบบข้อมูลสนับสนุน ฯลฯ เป็นสิ่งจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสนับสนุนด้วยเช่นกัน

1.3 การขับเคลื่อนการแพทย์แผนไทย

การฟื้นฟูเติบโตใหญ่ของการแพทย์แผนไทยที่เกิดจาก “สามเสาหลัก” ทั้งองค์ความรู้ บุคลากร วิชาชีพ และสถานบริการ ภายใต้รากฐานการค้นคว้าวิจัยทางวิทยาศาสตร์ ประกอบกับนโยบายของรัฐในการพัฒนาสมุนไพรไทยที่ชัดเจน นับเป็นคุณูปการจากความทุ่มเทและทำงานอย่างหนักของหลายฝ่ายที่เห็นความสำคัญ แต่การพัฒนาองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยก็ดี เรื่องสมุนไพรก็ดี และการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานด้านวิชาชีพและการบริการในช่วงระยะต่อไปจะเกิดขึ้นไม่ได้ หากองค์กรขับเคลื่อนที่เกี่ยวข้องโดยตรงยังขาดการทบทวนบทบาทที่ผ่านมา ร่วมกันกำหนดทิศทางและเป้าหมายการพัฒนาที่เป็นเอกภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานภายในองค์กร

1) กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นหน่วยงานสำคัญและเป็นแกนในการขับเคลื่อนการพัฒนาการแพทย์แผนไทย จำเป็นต้องริเริ่มบทบาทใหม่ในการขับเคลื่อนระดับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทย แทนที่จะมุ่งเน้นบทบาทเป็นกรมวิชาการที่ส่งเสริมการแพทย์แผนไทยเป็นหลักอย่างเดียว การปรับบทบาทดังกล่าวจำเป็นต้องปรับแนวคิดและเข้าใจการเคลื่อนไหวในภาพกว้าง ปรับวิธีการทำงานที่ใช้ยุทธศาสตร์เป็นกรอบในการขับเคลื่อน โดยให้ความสำคัญกับการศึกษาข้อมูลข้อเท็จจริงต่าง ๆ และมุ่งทำงานเชิงรุกมากขึ้น รวมถึงสร้างความร่วมมือในเชิงวิจัยกับเครือข่ายสถาบันและภาคเอกชนต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว

สำหรับการพัฒนาที่กรมจะต้องให้ความสำคัญ ควรมุ่งขับเคลื่อนในประเด็นใหญ่ ๆ เช่น ประการแรก การแพทย์แผนไทยจะต้องเน้นพัฒนามาตรฐานในเชิงขององค์ความรู้ การปรับทัศนคติโลกทัศน์ และแนวคิดการทำงานวิชาชีพแพทย์แผนไทยที่ไม่แยกการดูแลผู้ป่วยเป็นเอกเทศ เน้นการนำจุดแข็งของการแพทย์แผนไทยมาใช้ในการบริการร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบันและสหวิชาชีพ เน้นการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างสมดุลและเป็นองค์รวมให้มากขึ้น

ประการที่สอง ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ครอบคลุมตั้งแต่เรื่องของ การคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาดั้งเดิม การขยายความคุ้มครองให้มีผลต่อภูมิปัญญาของชุมชนและนิติบุคคล การพัฒนาตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ การพัฒนาการนวดบำบัด เพื่อใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาเดิม ตลอดจนการส่งเสริมพัฒนาต่อยอดตำราการแพทย์แผนไทยให้มีความร่วมสมัย สามารถประยุกต์ความรู้ที่มีอยู่มากมายมาปรับใช้ให้เกิดผลในการดูแลบำบัดอาการและความเจ็บป่วยต่าง ๆ ดำรงอยู่ในสังคมปัจจุบันได้

ประการสุดท้าย เรื่องการพัฒนาสมุนไพรไทย ซึ่งเน้นขับเคลื่อนตามแผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพร โดยทำหน้าที่เลขานุการของคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ ดังที่ได้กล่าวมาข้างแล้ว

2) สถาบันการศึกษาและองค์กรวิชาชีพ

การพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยเป็นบทบาทหลักของสถาบันการศึกษา ทั้งด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน รวมทั้งคุณภาพของบัณฑิตสายวิชาชีพ สถาบันการศึกษาจำเป็นต้องเร่งพัฒนาและปรับแนวคิดในการผลิตกำลังคน เนื่องจากในปัจจุบันสถาบันการศึกษายังคงมุ่งผลิตกำลังคนในเชิงปริมาณเพื่อป้อนตลาดแรงงาน ส่วนการศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาเอกด้านการแพทย์แผนไทย ยังเป็นเรื่องของวิชาการ (Academic) และการวิจัยเป็นหลัก มากกว่าการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

ฉะนั้น การให้ความสำคัญกับเรื่องวิชาการเพียงอย่างเดียว ย่อมไม่ใช่คำตอบว่าการแพทย์แผนไทยจะเติบโตได้อย่างมั่นคง แต่การแพทย์แผนไทยรวมทั้งการพัฒนาสมุนไพรจำเป็นต้องมีการวิจัยตอบสนองอีกมากมาย ทั้งในเรื่องของแบบแผนการบำบัดรักษาโรค และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งตัวยาแผนไทยและสรรพคุณ ซึ่งจำเป็นต้องมีเครือข่ายสถาบันการศึกษาที่เข้มแข็งและเชื่อมโยงกัน โดยเน้นพัฒนาสถาบันการวิจัยและสถานศึกษาที่ดำเนินการในเรื่องของงานวิจัยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร

ในส่วนของ **สภาการแพทย์แผนไทย** ซึ่งจัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ.วิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 เป็นอีกองค์กรที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาวิชาชีพแพทย์แผนไทย เช่น การพัฒนาความเชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ การปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอน การพัฒนาการนวดไทยเพื่อการบำบัด เป็นต้น ปัจจุบันบทบาทของสภาการแพทย์แผนไทยยังไม่เด่นชัดในเชิงการพัฒนาวิชาชีพ นอกเหนือจากการควบคุมมาตรฐานวิชาชีพซึ่งเป็นบทบาทหลัก

3) คณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

คณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยจัดตั้งขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 ซึ่งตามบทบัญญัติของกฎหมายฉบับนี้ ไม่ได้ให้อำนาจหน้าที่แก่คณะกรรมการคุ้มครองฯ ในบทบาทการกำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์การคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และกำกับดูแลการดำเนินงานของกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย บทบาทส่วนใหญ่ของคณะกรรมการฯ เป็นเรื่องการออกประกาศคุ้มครองและการพัฒนาองค์ความรู้ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ประกอบกับองค์ประกอบของคณะกรรมการฯ ยังไม่เข้มแข็งเท่าที่ควร เนื่องจากการดำเนินภารกิจต้องอาศัยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นหลัก ไม่สามารถแยกบทบาทของกรมออกจากคณะกรรมการฯ ตามกฎหมายได้ ทำให้คณะกรรมการฯ ขาดความเป็นอิสระ ขาดระบบธรรมาภิบาล ทั้งยังขึ้นอยู่กับนโยบายของอธิบดีแต่ละยุคสมัย ตลอดจนขีดความสามารถบุคลากรของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

นอกจากนี้ ในส่วนของกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ซึ่งมีกฎหมายรองรับและถูกออกแบบให้เป็นกลไกทางการเงิน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และสมุนไพรไทย ที่ผ่านมากองทุนได้สนับสนุนให้มีการสืบค้นถอดความตำรับตำราการแพทย์แผนไทย ฉบับดั้งเดิมจำนวนมาก แต่ยังดำเนินไปค่อนข้างเชื่องช้า การอนุรักษ์พรรณพืชในถิ่นกำเนิด มีการพัฒนาหมอยาพื้นบ้านและภูมิปัญญาส่วนบุคคล รวมทั้งรูปแบบการแบ่งปันผลประโยชน์ ฯลฯ นอกจากนี้ ยังงบประมาณส่วนหนึ่งยังใช้สนับสนุนการทำงานของนายทะเบียนจังหวัด และการศึกษาวิจัยด้านสมุนไพร ทั้งนี้ การดำเนินงานของกองทุนส่วนใหญ่ยังขาดการติดตามผล ทำให้งานล่าช้า ผลงานน้อย และเป็นงานกิจกรรมมากกว่าผลระยะยาว ทำให้การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ไม่เต็มประสิทธิภาพ การบริหารขาดความเป็นมืออาชีพ

ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องมีการแก้ไขปัญหในเรื่องโครงสร้างและการบริหารจัดการทั้งในส่วนของคณะกรรมการฯ และการบริหารกองทุนให้มีประสิทธิภาพ และมีธรรมาภิบาล โดยจำเป็นต้องมีการแก้กฎหมายเพื่อปรับองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการกองทุนฯ ใหม่ ตลอดจนระบบและกระบวนการทำงานของกองทุน เพื่อให้เป็นกลไกที่เข้มแข็งในการสนับสนุนการดำเนินงานด้านคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) การใช้แผนยุทธศาสตร์เป็นตัวขับเคลื่อนการพัฒนา

การแพทย์แผนไทยมีประเด็นที่ต้องพัฒนาจำนวนมาก จึงจำเป็นต้องใช้แผนยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือ โดยการอาศัยข้อเท็จจริงและตรรกะในการคิดหาเหตุผลเป็นประการสำคัญ แต่เนื่องจากการขับเคลื่อนที่ผ่านมา ไม่ได้ตั้งอยู่บนการวิเคราะห์สภาพความเป็นจริงที่มากพอ เพราะปัจจุบันยังมีจุดอ่อนในเรื่องข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยทั้งในเชิงข้อมูลสถิติและข้อเท็จจริงทางสังคม จึงไม่สามารถวางแผนและกำหนดทิศทางการพัฒนาและแก้ไขปัญหาได้ถึงแก่น ทำให้การพัฒนาแต่ละเรื่องเป็นไปอย่างเชื่องช้า แม้จะมีการวางแผนยุทธศาสตร์อยู่หลายแผน แต่หลายแผนงานและโครงการเป็นเพียงแนวคิดที่ไม่มีข้อเท็จจริงเป็นพื้นฐาน และไม่ได้ตอบโจทย์การพัฒนาที่สำคัญ

ตัวอย่างของการใช้ข้อเท็จจริงในการอนุรักษ์พรรณพืชและคุ้มครองสมุนไพรในถิ่นกำเนิด ภายใต้โครงการ 60 ป่าชุมชนนั้น สถานการณ์และข้อมูลที่แท้จริงของชุมชนในโครงการนี้เป็นอย่างไร โครงการมีแนวทางดำเนินการอย่างไร ทั้งยังต้องระบุให้ชัดเจนด้วยว่า ถ้าต้องการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดูแลป่าและอยู่ร่วมกับป่าอย่างถูกต้องตามกฎหมายแล้ว จะทำได้มากน้อยแค่ไหน และอย่างไร เพราะในชีวิตจริงของประชาชนที่อาศัยอยู่ตามชายป่า ไม่ได้มีอาชีพปลูกสมุนไพร ฉะนั้น จะทำอย่างไรให้โครงการนี้มีความสอดคล้องและมีเหตุผลกับชีวิตจริงของประชาชนกลุ่มนี้ ซึ่งจำเป็นต้องมีการศึกษาถึงวิถีชีวิตคนเหล่านี้ว่าเป็นอย่างไร อยู่กับสมุนไพรได้จริงหรือไม่ และจะอยู่กับป่าได้อย่างไร วิถีชีวิตจริงเขาทำงานอย่างอื่นด้วยหรือไม่ และจะมีเวลามาดูแลสมุนไพรที่อยู่ในป่าหรือไม่ ซึ่งเป็นข้อเท็จจริงทางสังคมที่ไม่ใช่อาศัยเพียงแค่ตัวเลขทางสถิติอย่างเดียว

ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาทั้งระบบข้อมูลและข้อเท็จจริงทางสังคม เพื่อเป็นฐานในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ให้เป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาการแพทย์แผนไทยได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีความก้าวหน้ากว่าที่ผ่านมา

1.4 unaspu

การพัฒนาการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย 3 เสาหลัก ได้แก่ 1) องค์ความรู้ 2) บุคลากรวิชาชีพ และ 3) ระบบบริการ ซึ่งในแต่ละเสายังมีประเด็นที่ท้าทายและจำเป็นจะต้องมีการทบทวนและกำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์การพัฒนาที่เหมาะสม โดยพบว่า ในภาพรวมขององค์ความรู้ บุคลากรแพทย์แผนไทย และระบบบริการ มีความเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน ถึงเวลาที่จะการพัฒนาไทย จำเป็นจะต้องเข้าไปสู่ความเป็นมาตรฐานให้มากขึ้น หมายถึงว่า จะต้องมีความมาตรฐานของความรู้ด้านวิชาชีพก็ต้องพัฒนาให้มีความมาตรฐาน ทักษะ รวมถึงความเชี่ยวชาญ และด้านบริการที่ต้องมีแนวเวชปฏิบัติ (CPG) ที่มีมาตรฐานในวิธีการและขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน

ในระยะใกล้นี้ การแพทย์แผนไทยกำลังจะก้าวไปสู่จุดเปลี่ยนครั้งสำคัญ ซึ่งเกิดจากนโยบายและการสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพรของรัฐบาล ประกอบด้วยกลไกระดับชาติที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ คณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ การออกกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สมุนไพร และแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย นอกจากนี้ ยังเตรียมการเสนอองบลงทุนด้านการศึกษาวิจัย การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเพิ่มมากขึ้น

ขณะเดียวกันยังต้องให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการการขับเคลื่อนการแพทย์แผนไทยให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ บังเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม และมีพัฒนาการที่ก้าวหน้าอย่างชัดเจน โดยปรับบทบาทกลไกที่มีอยู่เดิม และพัฒนากลไกใหม่ ๆ ขึ้นมา โดยเฉพาะองค์กรหลัก ได้แก่ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สถาบันการศึกษาและสภาการแพทย์แผนไทย รวมทั้งคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตลอดจนการใช้แผนยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยที่สำคัญ ซึ่งจะส่งเสริมให้หน่วยงานของรัฐและเอกชน รวมถึงภาคีที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันขับเคลื่อนการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันบนพื้นฐานของสภาพความเป็นจริงและเหมาะสมกับบริบทสังคมที่เปลี่ยนไป



การพัฒนาสมุนไพรไทย เพื่อสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ และความยั่งยืนของเศรษฐกิจไทย

“สมุนไพรไทย” เป็นเอกลักษณ์ซึ่งสะท้อนวัฒนธรรมความเป็นชาติไทยที่ได้สั่งสมมาแต่โบราณกาล ประเทศไทยมีองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อวัตถุประสงค์ที่หลากหลาย ทั้งเพื่อเป็นเครื่องประกอบในอาหารคาว-หวาน เป็นยารักษาโรคและการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนโดยอาศัยศาสตร์การแพทย์พื้นบ้านเป็นผลิตภัณฑ์ดูแลรักษาความสวยงาม รักษาบาดแผล หรือแม้แต่ใช้เป็นยาอายุวัฒนะ ภูมิปัญญาเหล่านี้ได้รับการสืบทอดต่อกันมาอย่างยาวนานจากรุ่นสู่รุ่นโดยอยู่ในวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนชาวไทย ทำให้มีเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่โดดเด่นและน่าสนใจ

แต่อย่างไรก็ตาม การดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมุนไพรไทยยังมีค่อนข้างน้อย ไม่เป็นระบบ และไม่ต่อเนื่อง ขณะที่ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความอุดมสมบูรณ์พร้อมไปด้วยทรัพยากรทางชีวภาพของพันธุ์พืชและสัตว์สูงเป็นอันดับต้นของโลก โดยมีพืชสมุนไพรอยู่ภายในประเทศประมาณ 11,625 ชนิด และนำมาใช้ประโยชน์ในด้านต่าง ๆ ประมาณ 1,800 ชนิด หรือร้อยละ 15.5 ของสมุนไพรทั้งหมด ซึ่งเอื้อต่อการสั่งสมภูมิปัญญาและองค์ความรู้การใช้สมุนไพรมาเป็นเวลายาวนาน

ปัจจุบัน แนวโน้มความต้องการใช้สมุนไพรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งความต้องการในการบริโภคเพื่อการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชน รวมถึงความต้องการในการแปรรูปเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มของสมุนไพรต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริโภค และสร้างความหลากหลายในการใช้ประโยชน์จากสมุนไพร ส่งผลให้สมุนไพรถูกนำไปใช้ในอุตสาหกรรมหลายประเภท ไม่ว่าจะเป็นอุตสาหกรรมเกษตรแปรรูป อุตสาหกรรมผลิตยาแผนไทย อุตสาหกรรมผลิตยาพัฒนาจากสมุนไพร และอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรรูปแบบต่าง ๆ เช่น สารสกัดจากสมุนไพร เครื่องสำอางและผลิตภัณฑ์สปา โดยสมุนไพรบางรายการเป็นที่ต้องการของผู้บริโภคและผู้ผลิตอย่างมากและสามารถสร้างรายได้มหาศาลให้กับประเทศ สมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประเทศเป็นสินค้าที่มีศักยภาพและสามารถสร้างความยั่งยืนในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของอุตสาหกรรมเป้าหมายทั้งที่เป็นอุตสาหกรรมเดิมที่มีศักยภาพ (First S-Curve)¹ และเป็นกลไกในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจเพื่ออนาคต (New Engine of Growth) โดยจะส่งผลให้เกิดการผลักดันความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ (New S-Curve)² สามารถสร้างรายได้ให้กับประชากรและประเทศ

¹ ได้แก่ อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวกลุ่มรายได้ดีและการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Affluent, Medical and Wellness Tourism) อุตสาหกรรมการเกษตรและเทคโนโลยีชีวภาพ (Agricultural and Biotechnology) และอุตสาหกรรมการแปรรูปอาหาร (Food for the Future)

² ได้แก่ อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร (Medical Hub)

แต่ในปัจจุบันยังพบว่า การดำเนินการส่งเสริมและพัฒนาสมุนไพรไทยในด้านต่าง ๆ นั้นยังมีค่อนข้างน้อยและไม่มีอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อุตสาหกรรมและการตลาดของสมุนไพรได้รับการพัฒนาน้อยมาก โดยสะท้อนให้เห็นได้จากมูลค่าการผลิตของอุตสาหกรรมสมุนไพร มูลค่าทางการตลาดของผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร และมูลค่าการส่งออกผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรที่น้อยมากเมื่อเทียบกับอุตสาหกรรมและการตลาดของสินค้าในประเภทอื่น ๆ นอกจากนี้ สัดส่วนมูลค่าการผลิต การบริโภค และการส่งออกส่วนใหญ่ยังเป็นรูปของวัตถุดิบพืชสมุนไพร (เครื่องเทศ พืช ผลไม้) มากกว่าในรูปสารสกัดหรือผลิตภัณฑ์ ซึ่งมีมูลค่าทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกันอย่างมากระหว่างปริมาณการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาพยาบาล และส่งเสริมสุขภาพก็ยังมีค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับการดำเนินการในภาพรวมของระบบสุขภาพและสาธารณสุขของประเทศ

ขณะเดียวกันเมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงบริบทในด้านสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ วิถีชีวิตของประชากรไทยและประชากรโลก พบว่ามีผลกระทบต่อการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 ประชากรโลกกว่าครึ่งหนึ่งจะป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค จากการพิจารณาสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2548-2555 พบความชุกของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชากรไทยอยู่ในระดับสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า ในช่วง 7 ปี³ (จาก 1,682,281 ราย ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 3,099,685 ราย ในปี พ.ศ. 2555) นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2558 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้คาดการณ์ว่าประเทศไทยจะสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงถึง 52,150 ล้านบาท ยิ่งไปกว่านั้นจากโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปเข้าสู่สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society)⁴ จะส่งผลให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศที่เพิ่มสูงขึ้น⁵ และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากการดำเนินการรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าวตามแนวทางการดูแลรักษาของการแพทย์แผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว อาจส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางการเงินและการคลังในระบบสุขภาพของประเทศ

ดังนั้น การส่งเสริมการใช้สมุนไพรไทยเพื่อการรักษาโรคและสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการใช้ยา และแนวทางการรักษาของการแพทย์แผนปัจจุบันจะเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน อีกทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวม และส่งผลต่อความยั่งยืนทางเศรษฐกิจของประเทศ

³ ข้อมูลอัตราความชุกต่อประชากรแสนคนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรคสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2555 พบว่าผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราความชุกสูงสุด รองลงมาคือโรคเบาหวาน โรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง

⁴ การคาดการณ์ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุประมาณ ร้อยละ 20 หรือ 14.5 ล้านคน จากประชากรทั้งหมด 72.3 ล้านคน และประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในช่วงปี พ.ศ. 2567-2568

⁵ ข้อมูลจาก National Health Account ปี 2555 โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้ระบุว่าค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพของประชาชนชาวไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 392,368.27 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 434,237.38 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2554 และ 513,212.89 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2555 ตามลำดับ ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศที่เป็นตัวเงินร้อยละ 3.9 ในปี พ.ศ. 2553 ร้อยละ 4.1 ในปี พ.ศ. 2554 และร้อยละ 4.4 ในปี พ.ศ. 2555 ตามลำดับ

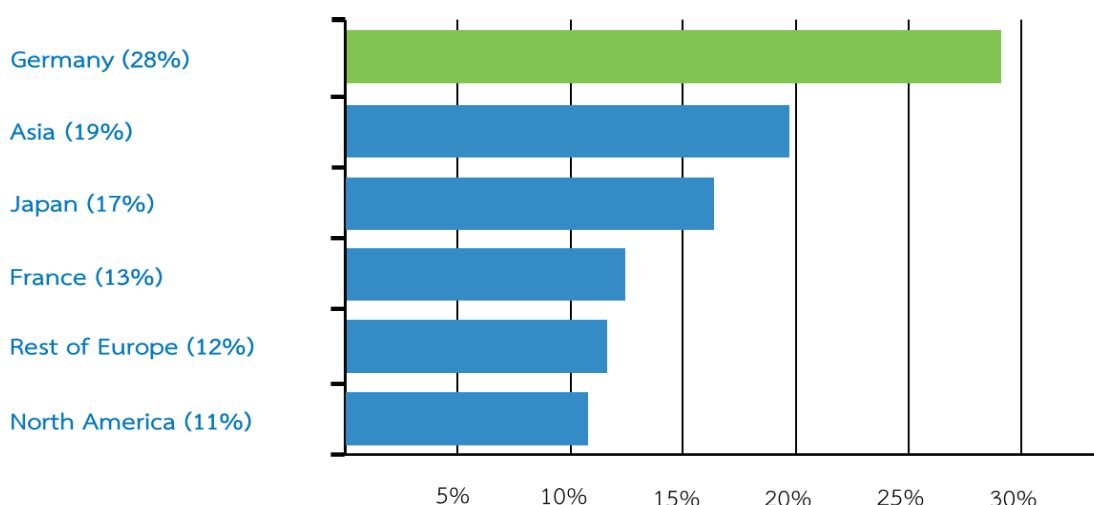
รัฐบาลตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาสมุนไพร จึงได้ดำเนินการศึกษาและจัดทำแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรขึ้นมา โดยบทความนี้ได้นำเสนอจากการวิเคราะห์สมุนไพรในด้านต่าง ๆ และแผนแม่บทดังกล่าวมานำเสนอเพื่อเป็นกรอบทิศทางให้ทุกภาคส่วนนำไปขับเคลื่อนการพัฒนาสมุนไพรทั้งในเชิงเศรษฐกิจและสังคม

2.1 สถานการณ์และแนวโน้มตลาดสมุนไพรของโลก

2.1.1 สถานการณ์ของตลาดโลก

การสำรวจและรายงานโดย Nutraceutical World ในช่วงปี ค.ศ. 2007-2008 ระบุว่า ตลาดสมุนไพรในทุกรูปแบบรวมกัน (ไม่รวมถั่วเหลือง สาหร่าย และเส้นใย) นั้น มีมูลค่ารวมประมาณ 8.3 หมื่นล้านเหรียญสหรัฐ โดยอัตราการขยายตัวของสินค้าแต่ละประเภทนั้นเป็นร้อยละ 3-12 สัดส่วนของสินค้าสมุนไพรประเภทอาหารเสริมและเพื่อรับประทานเป็นอาหารนั้นประมาณร้อยละ 30 ของตลาดทั้งหมด ขณะที่อุตสาหกรรมยาสมุนไพรมีขนาดประมาณครึ่งหนึ่งของตลาดทั้งหมด (4.4 หมื่นล้านเหรียญสหรัฐ) ส่วนแบ่งตลาดที่เหลือเป็นของอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อความงาม (1.4 หมื่นล้านเหรียญสหรัฐ) และเมื่อพิจารณาตลาดเครื่องสำอาง พบว่า ส่วนผสมที่เป็นสมุนไพรมีส่วนแบ่งตลาดประมาณร้อยละ 6 ของตลาดทั้งหมด ด้วยอัตราการเจริญเติบโตอยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 8-12 ต่อปี ประเทศที่มีมูลค่าทางการตลาดสมุนไพรที่สูง ได้แก่ เยอรมนี (ร้อยละ 28) ภูมิภาคเอเชีย (ร้อยละ 19) ญี่ปุ่น (ร้อยละ 17) ฝรั่งเศส (ร้อยละ 13) ประเทศอื่น ๆ ในทวีปยุโรป (ร้อยละ 12) และทวีปอเมริกาเหนือ (ร้อยละ 11) ตามที่ปรากฏในแผนภาพ 2.1

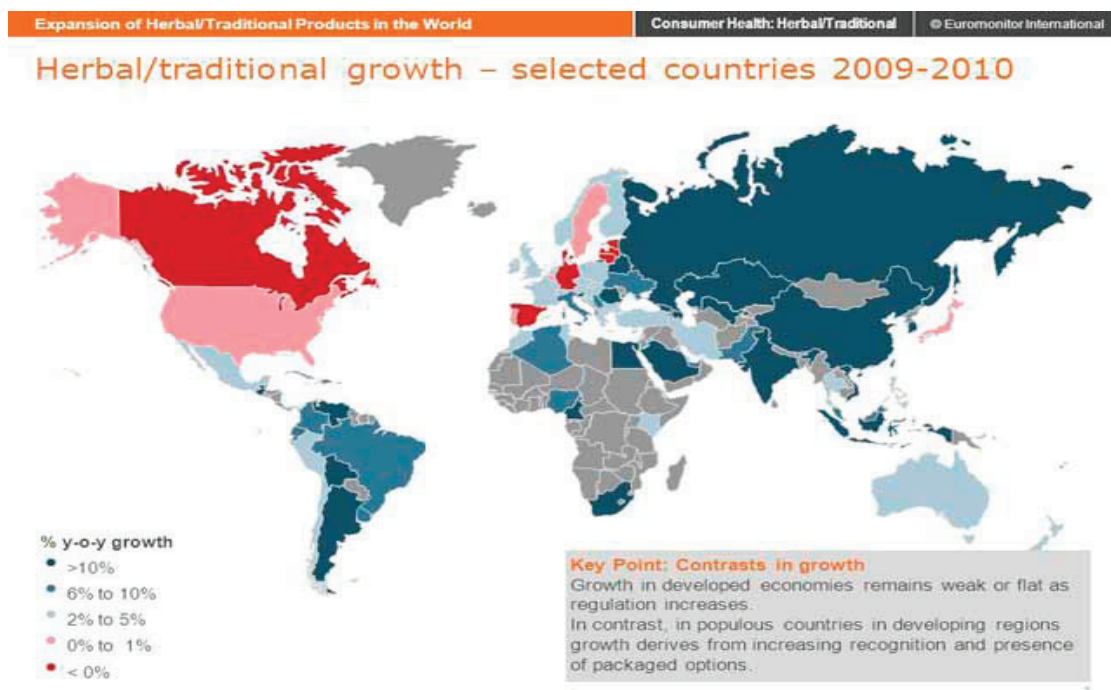
แผนภาพ 2.1 Global Herbal Medicines/ Supplement Markets Classified by Region in 2013



ที่มา : Global Industry Analysis, Inc.

ขณะที่เมื่อพิจารณาอัตราการเจริญเติบโตของตลาดสมุนไพรในประเทศต่าง ๆ ตามที่ปรากฏในรูปที่ 2.1 (ช่วงปี พ.ศ. 2552-2553) จะพบว่า อัตราการเจริญเติบโตมีความหลากหลายตั้งแต่ระดับ มากกว่าร้อยละ 10 ไปจนถึงน้อยกว่าร้อยละ 0 โดยอัตราการเจริญเติบโตในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วค่อนข้างน้อยหรือคงที่ ซึ่งเกิดจากการที่ประเทศเหล่านี้เพิ่มกฎระเบียบที่เกี่ยวกับการบริโภคสมุนไพรและยาแผนโบราณ ขณะที่ประเทศที่กำลังพัฒนาเริ่มมีความตระหนักถึงความสำคัญของการใช้สมุนไพรและยาแผนโบราณ รวมถึงประสิทธิภาพในการบรรจุหีบห่อที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดการใช้และอัตราการเจริญเติบโตที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มประเทศเหล่านี้

รูปที่ 2.1 Herbal/ Traditional Growth in Selected Countries 2009-2010



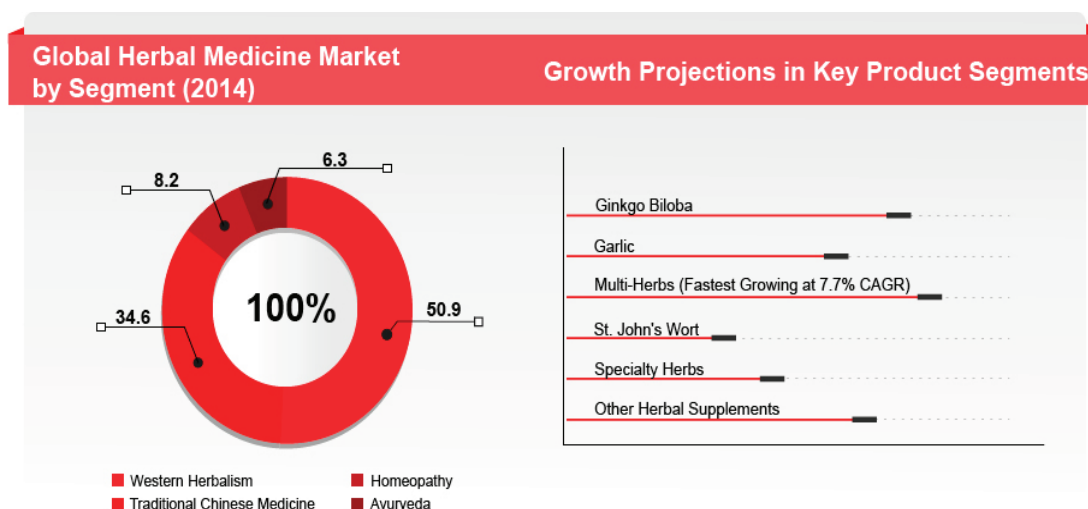
ที่มา : www.euromonitor.com

เมื่อพิจารณาจำแนกรายประเภทของการบริโภค ปัจจุบันสมุนไพรเป็นกลุ่มสินค้าที่มีศักยภาพมากที่สุดในตลาดอาหารเสริม (Nutraceuticals) และเวชสำอาง (Cosmeceuticals) โดยมีการเจริญเติบโตอย่างมีนัยสำคัญในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ในส่วนของการใช้งานนั้น หากพิจารณาในส่วนแบ่งตลาดที่เกี่ยวข้องกับการใช้สมุนไพรเพื่อรักษาโรค (Herbal Medicine) จะพบว่าส่วนใหญ่เป็น การใช้สมุนไพรเพื่อรักษาแบบตะวันตก⁶ (Western Herbalism) โดยมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 50.9

⁶ การใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาแบบตะวันตก (Western Herbalism) หมายถึง แนวทางในการรักษา และการสร้างเสริมสุขภาพในลักษณะดั้งเดิมของประเทศในทวีปยุโรปและอเมริกา โดยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ทางด้านคลินิกและความเข้าใจเกี่ยวกับพืชสมุนไพรของแพทย์และนักสมุนไพร โดยลักษณะของการใช้สมุนไพรในการรักษาจะขึ้นอยู่กับคุณสมบัติในการประสานร่วมกับสมุนไพรประเภทอื่น และประสิทธิภาพเฉพาะตัวของสมุนไพรในการรักษาอาการ และการสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงการดำเนินการพื้นฐานที่ขึ้นอยู่กับการศึกษาผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ (Pharmacognosy) ที่มีความครอบคลุมการระบุคุณลักษณะและประสิทธิภาพของสมุนไพร การสกัด และการใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษาโรคในลักษณะโรคและอาการเฉพาะต่าง ๆ

ขณะที่การใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาแบบจีน (Traditional Chinese Medicine) มีสัดส่วนตลาดรองลงมา (ร้อยละ 34.6) ขณะที่สัดส่วนตลาดของการใช้งานที่เหลือได้แก่ การใช้งานในลักษณะธรรมชาติบำบัด (ร้อยละ 8.2) และอายุรเวท (ร้อยละ 6.3) ตามลำดับ ตามที่ปรากฏในแผนภาพ 2.2 และเมื่อพิจารณาปริมาณความต้องการที่จำแนกตามพื้นที่พบว่า ตลาดที่มีขนาดใหญ่ที่สุด ได้แก่ ตลาดยุโรป ขณะที่ขนาดของตลาดการบริโภคสมุนไพรที่มีอัตราการขยายตัวมากที่สุด ได้แก่ ตลาดสมุนไพรในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกที่มีอัตราการขยายตัวเฉลี่ยต่อปี (Compound Annual Growth Rate: CAGR) ประมาณร้อยละ 9.1

แผนภาพ 2.2 Global Herbal Supplements and Remedies Market & Projection



ที่มา: http://www.strategyr.com/MarketResearch/Herbal_Supplements_and_Remedies_Market_Trends.asp (February, 2015)

2.1.2 แนวโน้มของตลาดสมุนไพรโลก

ผลการสำรวจตลาดและการคาดการณ์โดย Global Industry Analysts, Inc. (ค.ศ. 2015) ได้ระบุผลการประมาณการว่า ตลาดโลกด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพรเสริมอาหาร และการรักษาด้วยสมุนไพร (Herbal Supplements and Remedies) จะมีมูลค่าเท่ากับ 1.15 แสนล้านเหรียญสหรัฐ ภายในปี ค.ศ. 2020 เนื่องจากการขยายตัวอย่างรวดเร็วของการกำหนดให้เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นยุทธศาสตร์เชิงรุกในการยกระดับของสุขภาพและความเป็นอยู่ของประชาชนในโลกอย่างมีประสิทธิภาพ ความตระหนักรู้ที่รวดเร็วและกว้างขวางเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้บริโภค และแนวโน้มในการดูแลสุขภาพและความงามที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของผู้บริโภคที่ดูแลตนเอง ส่งผลให้อุปสงค์ที่มีผลิตภัณฑ์ธรรมชาติและผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ยิ่งไปกว่านั้น การพัฒนาเทคโนโลยีรวมทั้งการศึกษาวิจัยทางด้านวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องได้เพิ่มขีดความสามารถในการใช้สมุนไพรและสารสกัดต่าง ๆ ในการดูแลเกี่ยวกับระบบประสาท (Neurocognitive) และฮอร์โมน (Hormone Functions) นอกจากนี้ ความนิยมในการใช้สมุนไพรธรรมชาติ (Organic Herbal Medicines) ในการรักษายังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในฐานะที่เป็นทางเลือกในการดูแลเกี่ยวกับการทดแทนฮอร์โมนและการดูแลสุขภาพที่มีต้นทุนในการดำเนินการที่ถูกและค่อนข้างปลอดภัยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การรักษาโดยการแพทย์กระแสหลัก

เหตุผลเบื้องหลังกระแสดังกล่าว ได้แก่ การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรคเรื้อรังประเภทต่าง ๆ และการระดมทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพตามแนวทางของการแพทย์กระแสหลัก นอกจากนี้ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การลดลงของรายได้ครัวเรือน รวมทั้งการไม่ครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของระบบประกันสุขภาพ (ทั้งที่ดำเนินการโดยภาครัฐและภาคเอกชน) ประเด็นเหล่านี้กดดันให้ประชาชนมีความจำเป็นในการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้อยู่ในระดับที่สามารถควบคุมได้ของตน ยิ่งไปกว่านั้น ความสามารถของระบบอินเทอร์เน็ตทั้งในด้านความสามารถในการเจาะเข้าสู่กลุ่มเป้าหมาย ความรวดเร็วและแพร่หลายในการเข้าถึง ทั้งในลักษณะของร้านค้าปลีกออนไลน์ เว็บไซต์ที่มีการนำเสนอวิดีโอในการโฆษณาและชี้แจงสรรพคุณต่าง ๆ และเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่เป็นช่องทางในการโฆษณา การส่งเสริมการตลาด รวมทั้งการกระจายผลิตภัณฑ์สมุนไพร

แนวโน้มดังกล่าวนี้สามารถสรุปได้ว่า การใช้สมุนไพรเป็นแนวโน้มทางด้านสุขภาพที่กำลังเพิ่มขึ้น โดยส่วนที่สามารถสร้างรายได้และผลกำไรมากที่สุด ได้แก่ ส่วนของการใช้สมุนไพรเพื่อเป็นอาหารเสริม โดยเฉพาะในส่วนที่มีคุณสมบัติในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน การส่งเสริมการทำงานของระบบร่างกาย การให้พลังงาน การเสริมสร้างความแข็งแรง รวมทั้งการผ่อนคลาย นอกจากนี้ ผู้ประกอบการยังพิจารณาในส่วนของการพัฒนาการใช้สมุนไพรในฐานะอาหารเสริมสำหรับสตรี เนื่องจากเพศหญิงมีความต้องการเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการเจริญพันธุ์ นอกเหนือไปจากการที่เพศหญิงมีลักษณะของการเปลี่ยนแปลงความนิยม ลักษณะการดำรงชีวิต และความสนใจที่รวดเร็ว และหลากหลายที่นำไปสู่ความสามารถในการสร้างรายได้ที่สูงหากผู้ประกอบการหรือผู้ผลิตสามารถตอบสนองต่อความต้องการและการเปลี่ยนแปลงความต้องการเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสมและทันทั่วถึง เช่น การดูแลสุขภาพในช่วงก่อนและหลังเป็นประจำเดือน (Handling of Pre and Post Menstrual Conditions) และการดูแลสุขภาพในช่วงหมดประจำเดือน (Menopause Symptoms) เป็นต้น หรืออาจกล่าวได้ว่ากลุ่มผู้บริโภคเพศหญิงนั้นเป็นกลุ่มผู้บริโภคที่มีความสำคัญในการพัฒนาตลาดสมุนไพร

2.1.3 ตลาดที่มีศักยภาพของโลก

ผลการคาดการณ์เกี่ยวกับแนวโน้มตลาดดังกล่าวข้างต้น ได้ระบุว่าภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกเป็นภูมิภาคที่มีแนวโน้มการเจริญเติบโตที่รวดเร็วที่สุดโดยมีอัตราการเจริญเติบโตเฉลี่ย (CAGR) เท่ากับร้อยละ 9.1 ตลอดช่วงระยะเวลาของการประมาณการ (ปี ค.ศ. 2013–2020) ผลการคาดการณ์ดังกล่าวมีที่มาจากลักษณะวัฒนธรรมประเพณีของภูมิภาคที่มีความเชื่อมโยงกับการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาและดูแลสุขภาพ และความเชื่อมั่นเกี่ยวกับประสิทธิผลและความปลอดภัยของสมุนไพรและส่วนประกอบที่เป็นสมุนไพรของผลิตภัณฑ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประเทศที่มีรากฐานเกี่ยวกับสมุนไพรอย่างมากอย่างประเทศอินเดีย และจีน ยังได้มีการจัดเตรียมสภาพแวดล้อมอย่างครบถ้วนที่เอื้อให้เกิดการใช้สมุนไพรในลักษณะที่ทันสมัยเพิ่มขึ้นภายในภูมิภาค โดยประเทศจีนมีฐานะเป็นหนึ่งในผู้ผลิต (Supplier) สมุนไพรที่เป็นอาหารเสริมรายใหญ่ให้แก่ตลาดสหรัฐอเมริกา และตลาดยุโรปตะวันตก

นอกจากนี้ หากพิจารณาในลักษณะของการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาแล้วภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกเป็นภูมิภาคที่มีขนาดของตลาดในส่วนนี้ใหญ่ที่สุด ซึ่งครอบคลุมทั้งประเภทย่อยของการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาอย่างการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาแบบจีน และแบบอินเดีย เป็นต้น

2.2. ตลาดสมุนไพรในประเทศไทย

การผลิตพืชสมุนไพรและวัตถุดิบสมุนไพรมีประเด็นที่สำคัญที่ต้องพิจารณาดังต่อไปนี้

2.2.1 สถานการณ์วัตถุดิบสมุนไพร ในประเทศไทย พืชสมุนไพรที่ชุมชนรู้จักคุณสมบัติและนำมาใช้ประโยชน์ในรูปแบบต่าง ๆ มีประมาณ 800–1,800 ชนิด นอกจากนี้มีพันธุ์พืชของไทยที่ทราบชื่อวิทยาศาสตร์แล้ว 20,000 ชนิด ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 8.1 ของพันธุ์พืชที่พบทั่วโลก ซึ่งเป็นพืชสมุนไพรที่หายากและพืชที่ถูกคุกคาม จำนวน 1,131 ชนิด ซึ่งหากยังไม่มีจัดการวัตถุดิบสมุนไพรที่ดี และไม่มี การปลูกหรือขยายพันธุ์ทดแทน ก็จะทำให้สมุนไพรในธรรมชาติอยู่ในภาวะถูกคุกคามและอาจสูญพันธุ์ได้ ในอนาคต โดยแหล่งวัตถุดิบสมุนไพรในประเทศไทยมาจาก 3 แหล่งที่สำคัญ ได้แก่

1) สมุนไพรที่ได้จากการปลูก ข้อมูลจากกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ระบุว่า ปัจจุบัน แหล่งปลูกพืชสมุนไพรกระจายอยู่ทั่วประเทศซึ่งสามารถจำแนกได้เป็นพื้นที่ปลูกสมุนไพรเพื่อการค้ารวม 48,727 ไร่ ผลผลิตรวม 190,166 ตัน โดยพืชสมุนไพรที่มีรายงานเนื้อที่การเพาะปลูก ได้แก่ กระชายดำ ขมิ้นชัน บัวบก กระเจี๊ยบแดง ไพล ฟ้าทะลายโจร ว่านหางจระเข้ กระวาน คำฝอย ตะไคร้หอม พญาคาว เพชรสังฆาต ดีปลี มะระขี้นก ว่านชักมดลูก กฤษณา จันทน์เทศ พริกไทย ส้มแขก มะแขว่น พลุ และสมุนไพรอื่น ๆ ซึ่งในภาพรวมพบว่าพื้นที่ปลูกพืชสมุนไพรเพื่อการค้ามีไม่มากนักเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่ ทำการเกษตรกรรมทั่วประเทศ เนื่องจากเกษตรกรมีทางเลือกในการผลิตพืชอื่น ๆ และยังขาดความ ชัดเจนเรื่องตลาดสมุนไพร ยิ่งไปกว่านั้น การผลิตพืชสมุนไพรส่วนใหญ่อยู่ในลักษณะพืชผสมผสานใน ครัวเรือนมากกว่าการผลิตในระบบการค้าจึงทำให้ไม่มีการรายงานข้อมูลในส่วนนี้

กลุ่มผู้ปลูกสมุนไพร เกษตรกรผู้ปลูกสมุนไพรจำนวน 12,476 ครัวเรือน ส่วนใหญ่เป็น เกษตรกรรายย่อย วิสาหกิจชุมชนที่ดำเนินกิจการด้านแปรรูปสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวม 115 วิสาหกิจชุมชน ซึ่งสามารถจำแนกตามสินค้าและบริการ รวม 221 ผลิตภัณฑ์/บริการ

2) สมุนไพรที่ได้จากแหล่งธรรมชาติ สมุนไพรหลายชนิดในตำรับยาแผนโบราณต้อง เก็บจากป่าธรรมชาติ ซึ่งยังขาดระบบการจัดการที่ดินและการปลูกหรือขยายพันธุ์ทดแทน ทำให้สมุนไพร ในธรรมชาติมีปริมาณลดน้อยลง ขาดแคลนและอาจสูญพันธุ์ได้ในอนาคต เช่น ข้าวเย็นเหนือ ข้าวเย็นใต้ ชะเอม ชิงชี เถาวัลย์เปรียง ฝาง สมุลแว้ง สารพัดพิษ ลำพันทางหนู ลำพันแดง หว้าร้อยรู และอบเชยไทย เป็นต้น นอกจากนี้สมุนไพรบางชนิดต้องมีการนำเข้าเพื่อทดแทนการขาดแคลนวัตถุดิบ ซึ่งมีปัญหาของ ชนิดพันธุ์ที่อาจแตกต่างจากการใช้แบบเดิม และส่งผลต่อคุณภาพของยา จึงจำเป็นต้องมีการขยายพันธุ์ นำจากป่ามาปลูก และปลูกทดแทนเพื่อการใช้สมุนไพรอย่างยั่งยืน

3) สมุนไพรที่ได้จากการนำเข้า ปริมาณการนำเข้าสมุนไพรในปัจจุบันยังค่อนข้างสูง เป็นการนำเข้าวัตถุดิบสมุนไพรเฉพาะที่เป็นยา สมุนไพรบางชนิดไม่ใช่พืชท้องถิ่นของไทย แต่สามารถปลูก ได้ในประเทศไทย เช่น สมุนไพรกลุ่มโกฐ สมุนไพรกลุ่มเทียน เป็นต้น หรือสมุนไพรบางชนิดไม่ทราบ แหล่งปลูกและแหล่งซื้อ การนำเข้าสะดวกกว่ามีพ่อค้าคนกลางจัดการ หรือมีราคาต่ำกว่าที่ซื้อในประเทศ ดังนั้น หากมีการจัดการวัตถุดิบที่ดี มีการวางแผนการปลูกก็อาจลดการนำเข้าได้

4) ความต้องการและการขาดแคลนวัตถุดิบสมุนไพร ปัจจุบัน มีวัตถุดิบสมุนไพรที่ หมุนเวียนในตลาดซึ่งมีความต้องการใช้มากกว่า 300 รายการ โดยเฉพาะการใช้ในยาตำรับซึ่งทวี

ความสำคัญมากขึ้นกว่าการใช้ยาสมุนไพรเดี่ยว โดยสมุนไพรหลายชนิดมีปริมาณการใช้น้อยทำให้เกษตรกรไม่ทำการเพาะปลูกแต่เก็บวัตถุดิบที่ได้จากป่าธรรมชาติ โดยไม่มีการปลูกทดแทน ประกอบกับการลดน้อยลงของพื้นที่ป่าไม้ และยังไม่มีการศึกษาการพัฒนาการผลิต จึงทำให้เกิดการขาดแคลนวัตถุดิบหลายชนิด โดยขณะนี้สมุนไพร 6 ชนิด ที่ตลาดโลกมีความต้องการสูงและมีโอกาสเติบโตในอนาคต ได้แก่ กระชายดำ มะขามป้อม ขมิ้นชัน กวาวเครือขาว บัวบก และโพล ยังไม่มีการบริหารจัดการด้านอุปสงค์และอุปทานที่เหมาะสม จึงเกิดปัญหาวัตถุดิบขาดแคลนหรือวัตถุดิบคุณภาพไม่ดีเพียงพอในบางครั้ง ซึ่งเป็นสิ่งคุกคามต่อภาคการผลิตระดับอุตสาหกรรมและการส่งออกที่จำเป็นต้องแก้ไข ขณะที่สมุนไพรบางชนิดเกิดภาวะการขาดแคลนที่เนื่องมาจากการที่มีอัตราการผลิตผลิตภัณฑ์ที่มีความเกี่ยวข้องและความต้องการส่งออกที่เพิ่มขึ้นที่ทำให้ความต้องการวัตถุดิบเพิ่มขึ้น ขณะที่ยังไม่มีการบริหารจัดการการผลิตที่เหมาะสม เช่น โพล ซึ่งมีการเก็บเกี่ยวเพียงฤดูเดียวแต่เกิดการขาดแคลนจนถึงในปัจจุบัน

2.2.2 สถานการณ์ด้านคุณภาพและมาตรฐานของวัตถุดิบสมุนไพร

วัตถุดิบสมุนไพรที่มีคุณภาพและมาตรฐานเป็นหัวใจสำคัญในการทำให้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรมีคุณภาพดีและมีคุณสมบัติคงที่ ปัจจุบันวัตถุดิบสมุนไพรในประเทศไทยส่วนมากยังคงเก็บจากป่าบางส่วนปลูกในครัวเรือนและมีการสนับสนุนการปลูกสมุนไพรเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของตลาดการผลิตวัตถุดิบในระดับการค้าเพื่อป้อนเข้าสู่ภาคอุตสาหกรรมยังมีน้อย นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านมาตรฐานคุณภาพวัตถุดิบทั้งด้านองค์ประกอบทางเคมีที่ไม่สม่ำเสมอ การปนเปื้อนจุลินทรีย์ การปนเปื้อนสารหนู โลหะหนัก และการปนเปื้อนสารพิษจากสารเคมีการเกษตร โดยในกลุ่มวัตถุดิบสมุนไพรและผลิตภัณฑ์ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ส่วนมากเกิดจากการปนเปื้อนจุลินทรีย์เกินมาตรฐาน ซึ่งอาจเกิดจากขั้นตอนการเตรียมวัตถุดิบ ตั้งแต่กระบวนการคัดเลือก การล้างทำความสะอาด กระบวนการทำให้แห้ง การเก็บรักษาที่ไม่เหมาะสม รวมไปถึงความสะอาดของภาชนะที่เก็บและสถานที่เก็บไม่ดีพอ ซึ่งในภาพรวมที่ผ่านมามีการผลิตวัตถุดิบสมุนไพรไม่สอดคล้องกับความต้องการของตลาด ทั้งชนิด ปริมาณ และคุณภาพ ส่งผลให้เกิดการขาดแคลนวัตถุดิบสมุนไพรที่มีคุณภาพเข้าสู่แหล่งผลิตในภาคอุตสาหกรรม

อย่างไรก็ตาม แนวโน้มความต้องการวัตถุดิบที่ได้มาตรฐานมีมากขึ้นเนื่องจากกฎระเบียบการค้า การใช้วัตถุดิบสมุนไพรที่ดี จะส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์และความเชื่อมั่นของผู้บริโภค เกษตรกรที่ผลิตสมุนไพรตามมาตรฐานเกษตรที่ดี (Good Agricultural Practice: GAP) และได้รับการรับรองแปลงผลิตแล้วมีจำนวน 1,185 ราย แต่ยังมีเกษตรกรจำนวนมากที่ต้องปรับปรุงการผลิตวัตถุดิบสมุนไพรให้มีคุณภาพ กล่าวคือ มีสารสำคัญออกฤทธิ์ ไม่มีการปนเปื้อนของจุลินทรีย์ เชื้อรา โลหะหนัก และสิ่งเจือปนอื่น เกินมาตรฐานสำหรับการผลิตแบบเกษตรอินทรีย์โดยส่งเสริมเกษตรกรรายย่อยให้ปลูกพืชสมุนไพรแบบผสมผสานโดยไม่ใช้สารเคมีและปรับปรุงกระบวนการผลิตเพื่อให้สามารถเข้าสู่มาตรฐานเกษตรอินทรีย์

ด้วยเหตุผลและแนวโน้มดังกล่าวข้างต้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการควบคุมคุณภาพทุกขั้นตอนการผลิตตั้งแต่ต้นทาง ซึ่งได้แก่ กระบวนการปลูก การเก็บเกี่ยว การแปรรูป และการเก็บรักษา โดยสมุนไพรบางชนิดต้องมีการเก็บเกี่ยวด้วยวิธีการเฉพาะ เพื่อให้ได้คุณภาพทางยาตามข้อกำหนด เช่น บัวหลวง โดยต้องใช้เฉพาะเกสรดอกบัวที่บ้านแล้ว เพื่อให้ได้คุณภาพตามองค์ความรู้ดั้งเดิม เป็นต้น แต่การเก็บเกี่ยวบัวหลวงเพื่อใช้ในตลาดไม้ดอกจะเก็บดอกที่ยังไม่บาน

ทำให้คุณภาพของเกสรบัวหลวงลดลง เป็นต้น ประเด็นเหล่านี้นำไปสู่ความจำเป็นในการจัดทำมาตรฐานการปลูกและการเก็บเกี่ยวเพื่อให้ได้การผลิตวัตถุดิบที่มีคุณภาพ รวมทั้งการส่งเสริมระบบเกษตรอินทรีย์ในการผลิตสมุนไพรให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ได้วัตถุดิบที่ลดการปนเปื้อนจากการปลูกตามมาตรฐานวัตถุดิบ การกำหนดข้อกำหนดมาตรฐานตามองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน รวมถึงข้อกำหนดมาตรฐานคุณภาพวัตถุดิบในการผลิตยาไทย ที่เป็นที่ยอมรับตามมาตรฐานสากล เช่น Thai Herbal Pharmacopoeia จึงเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการสร้างมาตรฐานวัตถุดิบควบคู่กับการส่งเสริมให้มีการดำเนินการอย่างเหมาะสม จะเป็นการแก้ปัญหาคุณภาพวัตถุดิบที่เป็นปัญหาพื้นฐานที่สำคัญของการผลิตสมุนไพร

2.2.3 อุตสาหกรรมสมุนไพรของประเทศไทย

สมุนไพรมีการใช้ในหลายอุตสาหกรรม ไม่ว่าจะเป็นอุตสาหกรรมผลิตยาแผนโบราณหรืออุตสาหกรรมที่มีการแปรรูปสมุนไพรในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ทำสารสกัดจากสมุนไพรเป็นวัตถุดิบสำหรับผลิตยาแผนปัจจุบัน บางชนิดเป็นส่วนผสมกับเครื่องสำอางและผลิตภัณฑ์สปา

1) จำนวนผู้ผลิต/ผู้ประกอบการ

จากการรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่า จำนวนผู้ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่สะท้อนจากฐานข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ในปัจจุบันประกอบด้วย⁷

1. ผู้ (สถานที่) ผลิตยาสมุนไพร (ยาแผนโบราณ) : มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 877 แห่ง โดยสามารถจำแนกได้เป็นกรุงเทพมหานคร 296 แห่ง ภูมิภาค 581 แห่ง (ที่มา: สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, กันยายน 2559) โดยมีผู้ผลิตที่ได้รับการรับรองมาตรฐานตามหลักเกณฑ์การผลิตที่ดี (Good Manufacturing Practice: GMP) ฉบับอาเซียนจำนวน 25 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 2.6 ของสถานประกอบการผลิตยาแผนโบราณทั้งหมด และปัจจุบันได้ถูกยกเลิกตามประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเรื่องหลักเกณฑ์การออกหนังสือรับรอง GMP ของสถานที่ผลิตยาแผนโบราณ (ประกาศ ณ วันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2557)

2. ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร : มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 21 แห่ง โดยสามารถจำแนกได้เป็นประเภทเข้าข่ายโรงงาน 15 แห่ง และไม่เข้าข่ายโรงงาน 6 แห่ง (ที่มา: สถิติจำนวนสถานที่ผลิต-นำเข้าอาหารจำแนกตามประเภทอาหารที่อนุญาต ประจำปี พ.ศ. 2555, สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา)

3. ผู้ผลิตเครื่องสำอาง : มีจำนวนโรงงานผลิตเครื่องสำอางรวม 200 แห่ง (ที่มา: สมาคมผู้ผลิตเครื่องสำอาง สถานะเมื่อวันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2559)

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับขนาดของผู้ประกอบการที่ปรากฏในฐานข้อมูลของกรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม พบว่าในปัจจุบัน มีจำนวนโรงงานอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรจำนวน 106 แห่ง ที่ขึ้นทะเบียนกับกรมโรงงานอุตสาหกรรม จะเห็นได้ว่าเป็นสัดส่วนที่น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนโรงงานทั้งหมด ตามที่ปรากฏในตาราง 2.1

⁷ ข้อมูลบางส่วนอาจมีความทับซ้อนกันเนื่องจากสถานที่ผลิตอาจทำการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรมากกว่า 1 ประเภท

ตาราง 2.1 จำนวนโรงงานอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพร จำแนกตามประเภทโรงงานและขนาด

ประเภทอุตสาหกรรม	ประเภทหรือชนิดของโรงงาน			รวม
	S	M	L	
1. ยาสมุนไพร	6	23	6	35
2. เครื่องดื่มและอาหารสมุนไพร	2	21	5	28
3. อาหารเสริมสมุนไพร	-	5	2	7
4. เครื่องสำอางสมุนไพร	-	11	5	16
5. อื่น ๆ	4	16	-	20
รวม	12	76	18	106

ที่มา : เอกสารประกอบการประชุมของคณะทำงานกลุ่มสมุนไพรภายใต้คณะกรรมการเร่งรัดนโยบายเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษคลัสเตอร์การแพทย์ครบวงจร วันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2559

จากลักษณะของผู้ผลิตดังกล่าว จะเห็นได้ว่าอุตสาหกรรมสมุนไพรของประเทศไทยถูกดำเนินการโดยโรงงานอุตสาหกรรมขนาดกลางและขนาดเล็กมากที่สุด (ร้อยละ 98) ดังนั้นหากต้องการยกระดับความสามารถในการแข่งขันของอุตสาหกรรมสมุนไพรไทยทั้งระบบ ควรจะต้องร่วมผลักดันให้อุตสาหกรรมเหล่านี้เปลี่ยนแปลงและปรับตัวโดยการเพิ่มประสิทธิภาพและผลิตรายการผลิของอุตสาหกรรมสมุนไพร⁸ ร่วมกับการส่งเสริมให้เกิดการใช้ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีวิจัยและนวัตกรรม ตลอดจนการนำภูมิปัญญามาประยุกต์กับความคิดสร้างสรรค์เพื่อสร้างมูลค่าเพิ่ม และผลิตภัณฑ์ใหม่ที่มีความหลากหลาย และสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงบริบทและความต้องการได้อย่างเหมาะสม

2.2.4 สถานการณ์ด้านการรับรองมาตรฐานการผลิต

โรงงานยาแผนไทยส่วนใหญ่เป็นโรงงานขนาดเล็กในครัวเรือน ซึ่งมีเครื่องจักรที่ล้าสมัย ไม่มีศักยภาพในการวิจัยและพัฒนา และไม่มั่งคั่งงบประมาณลงทุน ดังนั้น ในการพัฒนาส่งเสริมด้านมาตรฐานในอุตสาหกรรมยาแผนไทยและยาสมุนไพร จึงควรจัดการตามศักยภาพของอุตสาหกรรม ได้แก่

1) อุตสาหกรรมที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน GMP สมุนไพร ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาต่อยอดไปสู่การได้ GMP ที่สูงขึ้น จนถึงมาตรฐานหลักปฏิบัติที่ดีในการทดลองทางคลินิก (Good Clinical Practice: GCP) เพื่อเป็นการพิสูจน์ความปลอดภัยและประสิทธิภาพการใช้ในคน

⁸ ผลิตรายการผลิ (Productivity) คือ การใช้ทุนมนุษย์ ทุนกายภาพและทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดมูลค่าเพิ่มกับสินค้า และเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการผลิ โดยแนวทางการเพิ่มผลิตรายการผลิสามารถทำได้ 2 แนวทาง คือ (1) การปรับปรุงงานและวิธีการทำงานจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป และ (2) การยกระดับมูลค่าเพิ่มของสินค้า การเปลี่ยนฐานเทคโนโลยีในกระบวนการผลิที่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดด ในกรณีของอุตสาหกรรมสมุนไพรนั้น การดำเนินการสามารถเป็นได้ 3 ส่วน คือ การเพิ่มผลิตรายการผลิ การเพิ่มผลิตรายการผลิแรงงานหรือบุคลากรในอุตสาหกรรม และการเพิ่มผลิตรายการผลิด้านการพัฒนาปัจจัยแวดล้อมโดยใช้จุดแข็งด้านความหลากหลายของวัตถุดิบสมุนไพรประสานกับความรู้ด้านวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีวิจัยและนวัตกรรมตลอดจนภูมิปัญญา ร่วมกันพัฒนาอุตสาหกรรมสมุนไพรให้มีความสามารถในการแข่งขันในตลาดโลกได้

2) อุตสาหกรรมยาที่ยังไม่ได้รับการรับรองมาตรฐาน GMP สมุนไพร แต่มีศักยภาพที่จะพัฒนาได้สูง ส่วนใหญ่เป็นโรงงานเก่ามีขนาดกลางถึงขนาดใหญ่ การบริหารจัดการให้ได้มาตรฐาน GMP ค่อนข้างยาก หน่วยงานภาครัฐจะต้องมีบทบาทในการส่งเสริมความรู้ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ประกอบการ เพื่อพัฒนาการผลิตให้เป็นไปตามมาตรฐาน GMP สมุนไพร

3) อุตสาหกรรมที่ยังไม่ได้รับการรับรองมาตรฐาน GMP สมุนไพร และมีศักยภาพที่จะพัฒนาได้ต่ำ เป็นอุตสาหกรรมยาขนาดเล็ก มีการผลิตแบบครัวเรือน มีการสืบทอดกันมายาวนาน มีสูตรตำรับยาที่มีการพิสูจน์การใช้มายาวนาน การทำให้ได้มาตรฐาน GMP สมุนไพร เป็นไปได้ยาก ต้องใช้เงินทุนสูง ถ้ารัฐประกาศบังคับใช้มาตรฐาน GMP สมุนไพร ก็จะเป็นการทำลายระบบการผลิตแบบเก๋านี้ สูตรตำรับยาบางอย่างอาจสูญหายไปได้ แนวทางการจัดการอาจทำได้โดยจ้างโรงงานที่ได้มาตรฐาน GMP สมุนไพรแล้ว หรือโรงพยาบาลที่มีการผลิตยาสมุนไพรดำเนินการผลิตตำรับยาสูตรเหล่านั้น โดยมี การจัดการความรู้ร่วมกันทั้งในกระบวนการผลิต และการจัดการวัตถุดิบ ขณะเดียวกันก็ควรมีองค์กรที่เข้ามาพัฒนาจัดการความรู้ เพื่อพัฒนาระบบมาตรฐาน GMP สมุนไพรต่อไป

4) อุตสาหกรรมในระดับชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มสินค้า 1 ตำบล 1 ผลิตภัณฑ์ ใช้มาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน (มผช.) ซึ่งมีผลิตภัณฑ์ที่กำหนดมาตรฐานกว่า 2,000 รายการ มีผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน 687 รายการ มีจำนวนผู้ได้รับการรับรอง 11,755 ราย จะเห็นได้ว่า ประเทศไทยสามารถพัฒนายกระดับสมุนไพรชุมชน ให้มีคุณภาพมาตรฐานเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผู้บริโภคในประเทศ และส่งเสริมศักยภาพในการแข่งขันที่พัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง

2.2.5 ปริมาณการส่งออกและการนำเข้าสมุนไพรของประเทศไทย

การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการส่งออกและการนำเข้าสมุนไพรในระบบการค้าระหว่างประเทศของประเทศไทยนั้น (พิกัดอัตราอากรกรมศุลกากร (Harmonized System Code: HS Code)) ได้ปรากฏในส่วนของสมุนไพรไทยประเภทพรรณไม้และส่วนของพรรณไม้ (รวมถึงเมล็ดและผล) ชนิดที่ใช้ประโยชน์หลักในการทำเครื่องหอมในทางเภสัชกรรมหรือสำหรับฆ่าแมลง รา ฯลฯ (HS 1211) และสมุนไพรไทยประเภทน้ำเลี้ยง (แชป) และสิ่งสกัดจากพืช สารจำพวกเพกติก เกลือของกรดเพกติก (เพกติน) และเกลือของเพกติก (เพกเตต) รวมทั้งวันที่ได้จากสาหร่ายทะเล ฯลฯ (HS 1302) โดยมีปริมาณการส่งออกและการนำเข้า ตามที่ปรากฏในตาราง 2.2-2.5 อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่าลักษณะของการจำแนกข้อมูลเกี่ยวกับสมุนไพรดังปรากฏนั้น ยังไม่สามารถทำให้เกิดการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสมุนไพรของประเทศไทยได้อย่างเป็นระบบ และสามารถสะท้อนภาพรวมของอุตสาหกรรมสมุนไพรอย่างถูกต้อง

ตาราง 2.2 ปริมาณการส่งออกสมุนไพรไทยประเภทพรรณไม้และส่วนของพรรณไม้ (รวมถึงเมล็ดและผล) ชนิดที่ใช้ประโยชน์หลักในการทำเครื่องหอมในทางเภสัชกรรมหรือสำหรับฆ่าแมลง รา ฯลฯ (HS 1211)

หน่วย: ล้านบาท

ประเทศเป้าหมายส่งออก/ ปี	2556	2557	2558
โลก	432.2	440.6	431.6
ญี่ปุ่น	118.7	118.2	130.2
จีน	149.2	157.7	114.4
ฮ่องกง	65.7	72.7	94.0

ที่มา: Thailand Trading Report ระบบฐานข้อมูลการค้าระหว่างประเทศของไทย (<http://www2.ops3.moc.go.th>), เอกสารประกอบการประชุมของคณะทำงานกลุ่มสมุนไพรภายใต้คณะอนุกรรมการเร่งรัดนโยบายเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษคลัสเตอร์การแพทย์ครบวงจร วันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2559

ตาราง 2.3 ปริมาณการส่งออกสมุนไพรไทยประเภทน้ำเลี้ยง (แซป) และสิ่งสกัดจากพืช สารจำพวกเพกติก เกลือของกรดเพกติก (เพกติน) และเกลือของเพกติก (เพกเตต) รวมทั้งวันที่ได้จากสาหร่ายทะเล (HS 1302)

หน่วย: ล้านบาท

ประเทศเป้าหมายส่งออก/ ปี	2556	2557	2558
โลก	211.9	226.5	206.1
เมียนมาร์	82.2	89.8	90.6
สหรัฐอเมริกา	28.4	25.5	30.2
ฟิลิปปินส์	0.7	1.3	11.7

ที่มา: Thailand Trading Report ระบบฐานข้อมูลการค้าระหว่างประเทศของไทย (<http://www2.ops3.moc.go.th>), เอกสารประกอบการประชุมของคณะทำงานกลุ่มสมุนไพรภายใต้คณะอนุกรรมการเร่งรัดนโยบายเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษคลัสเตอร์การแพทย์ครบวงจร วันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2559

ตาราง 2.4 ปริมาณการนำเข้าสมุนไพรไทยประเภทพรรณไม้และส่วนของพรรณไม้ (รวมถึงเมล็ดและผล) ชนิดที่ใช้ประโยชน์หลักในการทำเครื่องหอมในทางเภสัชกรรมหรือสำหรับฆ่าแมลง รา ฯลฯ (HS 1211)

หน่วย: ล้านบาท

ประเทศเป้าหมายส่งออก/ ปี	2556	2557	2558
โลก	535.8	542.2	601.4
จีน	387.6	396.9	428.4
อินเดีย	52	58.2	55.6
ลาว	21.5	21.5	24.4

ที่มา: Thailand Trading Report ระบบฐานข้อมูลการค้าระหว่างประเทศของไทย (<http://www2.ops3.moc.go.th>), เอกสารประกอบการประชุมของคณะทำงานกลุ่มสมุนไพรภายใต้คณะอนุกรรมการเร่งรัดนโยบายเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษคลัสเตอร์การแพทย์ครบวงจร วันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2559

ตาราง 2.5 ปริมาณการนำเข้าสมุนไพรไทยประเภทน้ำเลี้ยง (แช่) และสิ่งสกัดจากพืช สารจำพวกเพกติก
เกลือของกรดเพกติก (เพกติน) และเกลือของเพกติก (เพกเตต) รวมทั้งวันที่ได้จาก
สำหรับทะเล (HS 1302)

หน่วย: ล้านบาท

ประเทศเป้าหมายส่งออก/ ปี	2556	2557	2558
โลก	2,834.8	2,971.3	3,058.6
จีน	545.9	825.5	741.3
บราซิล	322.0	283.7	400.3
สหรัฐอเมริกา	286.6	248.9	290.1

ที่มา: Thailand Trading Report ระบบฐานข้อมูลการค้าระหว่างประเทศของไทย (<http://www2.ops3.moc.go.th>), เอกสารประกอบการประชุมของคณะทำงานกลุ่มสมุนไพรภายใต้คณะกรรมการเร่งรัดนโยบายเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษคลัสเตอร์การแพทย์ครบวงจร วันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2559

อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลดังปรากฏข้างต้น จะเห็นได้ว่า ประเทศไทยมีการส่งออกในแต่ละปีที่ไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก โดยในส่วนของสมุนไพรประเภท HS 1211 นั้น ประเทศที่มีปริมาณการส่งออกมากที่สุด คือ ประเทศจีน รองลงมาคือ ประเทศญี่ปุ่น ขณะที่ในส่วนของสมุนไพรประเภท HS 1302 นั้น ประเทศที่มีปริมาณการส่งออกมากที่สุด คือ ประเทศเมียนมาร์ รองลงมา คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา ขณะที่ในส่วนของ การนำเข้า นั้น การนำเข้าสมุนไพรประเภท HS 1211 จากประเทศจีนมากที่สุด รองลงมา คือ ประเทศอินเดีย ขณะที่ในส่วนของ การนำเข้าสมุนไพรประเภท HS 1302 นั้น ประเทศไทยได้มีการนำเข้าสมุนไพรประเภทดังกล่าวจากประเทศจีนมากที่สุด รองลงมา คือ ประเทศบราซิล

พืชสมุนไพรที่ส่งออกอยู่ในรูปวัตถุดิบแห้งบดเป็นผง สารสกัดหยาบและผลิตภัณฑ์ โดยมูลค่าการส่งออกพืชสมุนไพรในรูปวัตถุดิบแห้งและบดเป็นผงเท่ากับ 245.47 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2557 สมุนไพรที่ส่งออกเป็นหลัก ได้แก่ พริกไทย และขมิ้นชัน ขณะที่ในส่วนของผลิตภัณฑ์พบว่า กลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหารสมุนไพรมีมูลค่าการใช้และส่งออกต่างประเทศรวมกว่า 80,000 ล้านบาท กลุ่มสปาและผลิตภัณฑ์มีมูลค่าประมาณ 10,000 ล้านบาท และกลุ่มยาแผนโบราณตามภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยมีมูลค่าประมาณ 10,000 ล้านบาท ขณะที่การนำเข้าสมุนไพรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งในรูปวัตถุดิบและสารสกัด โดยในปีพ.ศ. 2557 มีมูลค่าการนำเข้าในรูปวัตถุดิบ 1,099.61 ล้านบาท ซึ่งสมุนไพรนำเข้าเป็นหลัก ได้แก่ พริกไทย อบเชย จันทน์แปดกลีบ ลูกจันทน์เทศ สมุนไพรกลุ่มโสม สมุนไพรกลุ่มเทียน และอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในอุตสาหกรรมยาแผนโบราณ โดยนำเข้าจากประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน อินเดีย และอินโดนีเซียเป็นหลัก

โดยเมื่อพิจารณามูลค่าการผลิตและการนำส่งยาสำหรับยาแผนโบราณเข้ามาในราชอาณาจักรตามที่ปรากฏในตาราง 2.6 จะเห็นว่ามีมูลค่านำเข้ายาแผนโบราณน้อยกว่ามูลค่าการผลิต เห็นได้ว่าประเทศไทยมีศักยภาพที่สามารถผลิตยาแผนโบราณใช้ภายในประเทศได้ แต่ขณะเดียวกันพบว่าการได้รับการรับรองมาตรฐาน GMP ในอุตสาหกรรมยาสมุนไพรยังอยู่ในระดับต่ำ และหากไทยต้องการตลาด

ยาสมุนไพรไปต่างประเทศ ก็จะต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ GMP PIC/S (Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme) มาใช้ อุตสาหกรรมผลิตยาแผนโบราณจะต้องมีการปรับตัวเป็นอย่างมาก โดยการพัฒนากระบวนการผลิตให้ได้มาตรฐานการผลิตตามข้อกำหนด GMP PIC/S

ตาราง 2.6 มูลค่าการผลิตและการนำส่งยาสำหรับยาแผนโบราณเข้ามาในราชอาณาจักร

พ.ศ.	การผลิตยาแผนโบราณ (ล้านบาท)			การนำเข้ายาแผนโบราณ (ล้านบาท)		
	สำหรับมนุษย์	สำหรับสัตว์	รวม	สำหรับมนุษย์	สำหรับสัตว์	รวม
2554	3,516.90	8.06	3,524.96	474.13	0	474.13
2555	3,703.60	10.321	3,713.92	500.427	0	500.427
2556	4,722.78	8.506	4,731.28	690.49	0	690.49

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2559

2.2.6 ตลาดสมุนไพรไทยและการใช้สมุนไพรในประเทศไทย

ตลาดสมุนไพรในประเทศไทยมีศูนย์กลางอยู่ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร มีตลาดค้าส่งที่แขวงจักรวรรดิ เขตสัมพันธวงศ์ โดยมีผู้ค้ารายใหญ่อยู่ประมาณ 13-15 ราย ซึ่งเป็นทั้งผู้ค้าส่ง ผู้นำเข้า และ/หรือผู้ผลิตยาแผนโบราณ ขณะที่ผู้รวบรวมวัตถุดิบสมุนไพรกระจายอยู่ตามแหล่งสำคัญ เช่น สงขลา ราชบุรี นครปฐม เป็นต้น และมีโรงบดสมุนไพรกระจายอยู่ในเขตปริมณฑล ราคาซื้อขายพืชสมุนไพรไม่สม่ำเสมอ ผันผวนตามปริมาณผลผลิตและความต้องการใช้ ปัจจุบันเริ่มมีผู้ค้าบางรายที่คัดเกรดและจำหน่ายวัตถุดิบตามคุณภาพมากขึ้น แต่เกษตรกรไม่มีอำนาจในการต่อรองกำหนดราคา

ตลาดสมุนไพรไทยพบความท้าทายที่สำคัญจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน และข้อตกลงการค้าแบบทวิภาคีกับประเทศต่าง ๆ ซึ่งแม้ว่าประเทศไทยจะมีข้อได้เปรียบด้านประสบการณ์การศึกษาวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีเภสัชอุตสาหกรรมและการตลาดก็ตาม แต่ภาคการผลิตวัตถุดิบสมุนไพรของประเทศไทยที่อยู่ในส่วนต้นน้ำจำเป็นต้องเร่งเพิ่มศักยภาพและขีดความสามารถของเกษตรกร ทั้งด้านคุณภาพต้นทุนและแรงงาน เพื่อให้สามารถแข่งขันได้กับวัตถุดิบจากกลุ่มประเทศที่มีศักยภาพอื่นภายในภูมิภาค (กัมพูชา ลาว เมียนมาร์ และเวียดนาม) ขณะที่ในส่วนของการผลิตปลายน้ำจะเกิดการแข่งขันที่รุนแรงกับสินค้าสมุนไพรที่ผลิตในประเทศมาเลเซีย อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ จีน และอินเดีย ที่มีการลงทุนผลิตและทำการค้าในประเทศสมาชิก

หากพิจารณาแนวโน้มการตลาดสมุนไพรในแต่ละวัตถุประสงค์ของการบริโภค พบว่าในส่วนของการใช้สมุนไพรเพื่อการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลนั้น จากการสำรวจมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรไทยเฉพาะ 24 รายการจากยาแผนไทยที่บรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้ระบุว่า มีมูลค่าการใช้ประมาณปีละ 14,000 ล้านบาท และมีแนวโน้มที่มีความต้องการใช้งานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีการผลิตยาสมุนไพรในโรงพยาบาลรัฐประมาณ 70 แห่ง ซึ่งได้รับ GMP แล้ว จำนวน 45 แห่ง ซึ่งสะท้อนแนวโน้มในการตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรในกระบวนการดูแลด้านสุขภาพของประชาชนที่มากขึ้นในระบบการสาธารณสุขของประเทศไทย นอกจากนี้ จากการที่ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุในขนาดอันใกล้ ทำให้เกิดโอกาสและความท้าทายที่สำคัญในการให้บริการสาธารณสุขใน

อนาคต สำหรับการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยในการตอบสนองต่อความต้องการที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงบริบทเหล่านั้น

ขณะที่หากพิจารณาในส่วนของการใช้สมุนไพรเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพและความงามนั้น ปัจจุบันผู้บริโภคมีความใส่ใจเรื่องสุขภาพมากขึ้น ข้อมูลของสมาพันธ์สุขภาพและความงามได้ระบุว่า ตลาดผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อสุขภาพในประเทศไทยมีมูลค่าการตลาดสูงถึงประมาณ 80,000 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2554 และผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางสมุนไพร น้ำสมุนไพรพร้อมดื่ม รวมถึงผลิตภัณฑ์สปา มีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว โดยพบว่า ผลิตภัณฑ์สมุนไพรมีมูลค่าการตลาดกว่า 30,000 ล้านบาท และมีอัตราขยายตัวร้อยละ 30 ข้อมูลการศึกษาการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพรต่างประเทศในปี พ.ศ. 2556 ของครัวเรือนไทย โดยจากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2557 พบว่าแม้ครัวเรือนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่สูงนัก (รายได้ครัวเรือนน้อยกว่า 10,000 บาท) ก็ยังคงมีบางส่วน (ร้อยละ 2.5 ของครัวเรือนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับเดียวกัน) ที่พยายามหาผลิตภัณฑ์สมุนไพรต่างประเทศมาบริโภคและครัวเรือนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง (10,001–30,000 บาท) มีอยู่ร้อยละ 5 ที่ซื้อหาสมุนไพรจากต่างประเทศ และสัดส่วนดังกล่าวปรับตัวสูงขึ้นตามฐานะทางเศรษฐกิจ โดยสมุนไพรที่บริโภคมากที่สุด คือ โสม และเห็ดหลินจือ ส่วนอุตสาหกรรมเครื่องสำอางนั้น มีมูลค่าการส่งออกเครื่องสำอาง 140,000 ล้านบาท และมีการนำเข้าวัตถุดิบร้อยละ 90 เพื่อใช้ในการผลิต โดยมีการนำเข้าวัตถุดิบสารสกัดสมุนไพรจากต่างประเทศ 20,000 ล้านบาท เพื่อสนับสนุนการผลิตเหล่านั้น จะเห็นได้ว่า แม้ว่าอุตสาหกรรมเครื่องสำอางสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจะมีสัดส่วนการใช้สมุนไพรน้อยกว่าอุตสาหกรรมยาและสารสกัดก็ตาม มูลค่าของอุตสาหกรรมที่มากกว่า โดยเปรียบเทียบทั้งในด้านการวิจัยและพัฒนาการผลิต และการจำหน่ายทำให้อุตสาหกรรมเหล่านี้เป็นทางเลือกที่สำคัญสำหรับการส่งเสริมการพัฒนาอุตสาหกรรมสมุนไพร

นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มที่สำคัญอีกประการในการใช้สมุนไพรในการผลิตสัตว์ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากผู้ผลิตตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้บริโภคอาหาร ซึ่งเป็นข้อเรียกร้องที่สำคัญที่ทำให้ผู้ผลิตอาหารจากสัตว์จำเป็นต้องแสวงหาวัตถุดิบจากธรรมชาติเพื่อใช้ทดแทนยาปฏิชีวนะ โดยมีงานวิจัยที่เป็นหลักฐานสนับสนุนการใช้สมุนไพรทดแทนการใช้ยาปฏิชีวนะได้ เช่น ฟาโทะลายโจร ขมิ้นชัน กระเทียม ข่า และไพล ที่มีศักยภาพในการป้องกันโรคและควบคุมโรคสัตว์ได้ ลดโอกาสการดื้อยาและเกิดโรคร้ายในมนุษย์จากการใช้สารปฏิชีวนะ (Antibiotic Growth Promoters: APGs) ในการผลิตสัตว์ได้

2.2.7 สถานการณ์การวิจัยและพัฒนาสมุนไพรไทย

การวิจัยองค์ความรู้ด้านสมุนไพรในประเทศไทยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการหาหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาสนับสนุนในด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัย ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากต่อการพัฒนาสมุนไพรเป็นผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ทั้งการเป็นยา หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ ในช่วงปี พ.ศ. 2543–2547 มีการรวบรวมและวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรไทย พบว่า มีงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการโดยนักวิจัยชาวไทย/นักวิจัยต่างชาติ 395 เรื่อง ตีพิมพ์ในวารสารที่มีอยู่ในฐานข้อมูลนานาชาติ 223 เรื่อง ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการในประเทศ 172 เรื่อง เป็นการวิจัยเฉพาะชนิดพืชสมุนไพร มีมากกว่า 200 ชนิด จากผลงานวิจัยเหล่านี้ แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีนักวิชาการที่มีศักยภาพใน

การทำงานวิจัยให้เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติได้ ยิ่งไปกว่านั้น รายงานการวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์งานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกหลายฉบับ สะท้อนให้เห็นถึงสัดส่วนผลงานวิจัยด้านสมุนไพรที่มีมากกว่างานวิจัยประเภทอื่น ๆ คิดเป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนงานวิจัยที่สำรวจทั้งหมด อาทิเช่น จากรายงานการวิจัยของ ธวัชชัย เทียนงามและคณะ สำรวจงานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร ย้อนหลัง 10 ปี (พ.ศ. 2543-พ.ศ. 2552) จำนวน 1,476 งานวิจัย พบว่าเป็นงานวิจัยสมุนไพรทั้งสิ้น 788 เรื่อง (ร้อยละ 53.39) โดยเป็นงานวิจัยองค์ความรู้ใหม่เพื่อพัฒนาไปสู่ผลิตภัณฑ์ยาทั้งยาคนและยาสัตว์ เครื่องสำอางอาหาร และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ สูงถึง 517 งานวิจัย (ร้อยละ 65.61) เป็นต้น แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีงานวิจัยที่มุ่งเน้นการวิจัยองค์ความรู้ใหม่เพื่อพัฒนาสมุนไพรไปสู่การเป็นนวัตกรรมจำนวนไม่น้อย อย่างไรก็ตาม รายงานฉบับดังกล่าวได้สะท้อนถึงจำนวนผลงานการวิจัยทางด้านการตลาดและพฤติกรรมการใช้สมุนไพรยังมีจำนวนน้อยมากกล่าวคือเพียง 37 งานวิจัย (ร้อยละ 4.69) ทว่าในภาพรวมของงานวิจัยหลายฉบับสะท้อนให้เห็นถึงการยอมรับยาจากสมุนไพรของประชาชนที่เพิ่มมากขึ้น อาทิเช่น จากรายงานการประเมินประโยชน์และความปลอดภัยของยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขที่ผลิตยาตามมาตรฐาน GMP ระบุว่ากว่าร้อยละ 80 ของประชาชนที่ใช้ยาจากสมุนไพรให้ความพึงพอใจต่อการใช้ยาจากสมุนไพร และมากกว่าร้อยละ 90 ของประชาชนที่ใช้ยาจากสมุนไพรแล้วต้องการกลับมาใช้อีก โดยมูลค่าการบริโภคทางสุขภาพด้านแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ปี พ.ศ. 2556 คิดเป็นประมาณ 14,000 ล้านบาท และพบว่ามากกว่าร้อยละ 58 คนไทยรู้จักยาจากสมุนไพรแต่ทว่าประชาชนกลับรู้จักและใช้ยาดำรับแผนไทยน้อยมาก (น้อยกว่าร้อยละ 1)

อย่างไรก็ตาม ภาพรวมของงานวิจัยไม่ได้มุ่งเป้าไปที่ชนิดของสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์ใดอย่างชัดเจน ทิศทางของงานวิจัยค่อนข้างกระจัดกระจาย ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยตามความถนัดของตนเอง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยพบกับปัญหาด้านการวิจัยและพัฒนาสมุนไพรหลายด้าน ตั้งแต่การขาดการกำหนดทิศทางการวิจัยของประเทศ และการมีผลงานวิจัยที่ไม่ตอบสนองความต้องการของภาคอุตสาหกรรม และการผลิต การให้ทุนวิจัยที่ซ้ำซ้อน องค์ความรู้จากงานวิจัยพื้นฐานที่มีมากแต่ไม่มีการวิจัยต่อยอดให้ครบวงจรเพื่อพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์

ในการตอบสนองต่อแผนการพัฒนาด้านสมุนไพรของประเทศและความจำกัดของทรัพยากรทั้งทรัพยากรบุคคล และงบประมาณในการสนับสนุนการวิจัยเพื่อให้สามารถส่งให้เกิดการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม ทิศทาง และเป้าหมายการวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรสำหรับประเทศไทยจึงมีลักษณะเป็นการวิจัยร่วมกันแบบใช้ผลิตภัณฑ์เป็นศูนย์กลาง (Product-Oriented) มีการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรอย่างเป็นรูปธรรม และระดมศักยภาพของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและสถาบันการศึกษา เข้ามามีส่วนร่วม และมีการทำงานร่วมกัน โดยแนวคิดในการกำหนดงานวิจัยนั้นอาจเริ่มจากการคัดเลือกสมุนไพรที่มีศักยภาพในด้านต่าง ๆ (เช่น ศักยภาพเชิงพาณิชย์ หรือศักยภาพความต้องการใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการรักษา หรืออื่น ๆ เป็นต้น) เพื่อพิจารณากำหนดเป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาและส่งเสริมงานวิจัยที่สามารถส่งให้เกิดการพัฒนาตลอดห่วงโซ่อุปทาน (Supply Chain) ที่มีความครอบคลุมตั้งแต่การวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนาการผลิตวัตถุดิบที่มีคุณภาพ (การคัดเลือกพันธุ์ การขยายพันธุ์ การปลูก การเก็บเกี่ยว การปฏิบัติหลังการเก็บเกี่ยว การเก็บรักษา เพื่อให้ได้วัตถุดิบที่มีคุณภาพ) และการวิจัยและพัฒนา

ผลิตภัณฑ์ เพื่อการผลิตในระดับอุตสาหกรรมรวมทั้งการส่งเสริมการใช้ไปถึงมือผู้บริโภค (Demand Creation) การดำเนินการในลักษณะดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาครบทั้งกระบวนการ และสามารถคาดหวังได้ถึงโอกาสของความสำเร็จในการพัฒนาสมุนไพรนั้นทั้งในระดับประเทศ และการเป็นที่ยอมรับในระดับสากล

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับการสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาสมุนไพรในปัจจุบัน นั้น พบว่า ปัจจุบันประเทศไทยใช้งบประมาณในการดำเนินการวิจัยทั้งสิ้นประมาณ 25,000 ล้านบาทต่อปี หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 0.2 ของมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) ซึ่งยังนับว่าเป็นสัดส่วนการลงทุนด้านวิจัยและพัฒนาที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งหากพิจารณางบประมาณที่มีการจัดสรรเพื่อสนับสนุนการวิจัยนั้น พบว่า งบประมาณการเป็นงบดำเนินการวิจัยสำหรับสมุนไพรเพียง 300 ล้านบาทต่อปีเท่านั้น หรือคิดเป็นร้อยละ 1.2 ของงบประมาณที่ถูกจัดสรรเพื่อดำเนินการวิจัยทั้งหมด จะเห็นได้ว่า การวิจัยและพัฒนาด้านสมุนไพรเป็นเงื่อนไขที่สำคัญประการหนึ่งสำหรับความสำเร็จในการพัฒนาสมุนไพรไทย โดยนอกเหนือจากการกำหนดทิศทางในการจัดสรรงบประมาณที่ชัดเจนที่สามารถส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่ครบวงจร และสามารถสร้างมูลค่าต่าง ๆ ได้ตามเป้าหมายแล้ว การส่งเสริมให้มีงบประมาณที่สามารถสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม เป็นสิ่งที่จำเป็นจะต้องดำเนินการอีกประการหนึ่ง การสนับสนุนงบประมาณดังกล่าว ครอบคลุมทั้งการจัดให้มีการส่งเสริมวัตถุดิบการวิจัยต่าง ๆ อย่างเพียงพอ และการส่งเสริมให้มีการลงทุนในการวิจัยที่เพิ่มขึ้นที่สามารถเร่งกระบวนการวิจัยและพัฒนาให้บรรลุตามเป้าหมายได้เร็วกว่าเดิม

2.3 สภาพปัญหาด้านสมุนไพรของประเทศไทย

สมุนไพรหลายชนิดขาดแคลนจนต้องนำเข้าจากต่างประเทศ เนื่องจากขาดการส่งเสริมและขาดองค์ความรู้ในการผลิตสมุนไพร ซึ่งเป็นวัตถุดิบสำหรับนำมาใช้ผลิตเป็นยาไทย ขาดการจัดการที่ดีตั้งแต่ขั้นตอนที่ถูกต้อง องค์ความรู้การปลูกและเก็บเกี่ยว กรรมวิธีการผลิตให้ได้วัตถุดิบคุณภาพดี ไม่ปนเปื้อน ปЛОมปน ปริมาณการผลิตไม่สอดคล้องกับความต้องการ รวมถึงการส่งเสริมและอนุรักษ์คุ้มครองจากทางราชการอย่างไม่เพียงพอ ไม่มีมาตรฐานในการกำกับตรวจสอบคุณภาพวัตถุดิบที่เพียงพอ จึงทำให้คุณภาพและปริมาณสมุนไพรในประเทศมีน้อย ไม่เพียงพอที่จะพัฒนาเป็นยาไทยหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเพียงพอที่จะส่งออกนารายได้เข้าสู่ประเทศชาติ เช่น ขมิ้นชัน ไพล มะขามป้อม รากหญ้าคา ข้าวเย็นเหนือ ข้าวเย็นใต้ เป็นต้น จึงทำให้การแพทย์แผนไทยถูกลดบทบาทลง

จากข้อมูลของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์พบว่าในปี 2556 มีพื้นที่ปลูกสมุนไพรเพื่อการค้ารวมประมาณ 42,553 ไร่ และมีแนวโน้มลดลง ซึ่งในปี 2557 มีพื้นที่ปลูกเพียง 34,936 ไร่ หรือลดลงร้อยละ 18 เมื่อเทียบกับปี 2557 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่น้อยมากเมื่อเทียบกับพื้นที่ทำการเกษตรของประเทศ มีเกษตรกรเพียง 9,015 ครัวเรือน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรรายย่อย มีการรวมกลุ่มเป็นวิสาหกิจชุมชนผลิตพืชสมุนไพร จำนวน 315 กลุ่ม และแนวโน้มของความต้องการวัตถุดิบสมุนไพรในรูปของสารสกัดมีเพิ่มสูงขึ้น ทำให้มีความต้องการสมุนไพรจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน ปี 2557 มีการนำเข้าวัตถุดิบและสารสกัด

จากประเทศจีน อินเดีย และอินโดนีเซีย เพื่อใช้ในอุตสาหกรรมยาแผนโบราณ มีมูลค่าสูงถึง 1,099.61 ล้านบาท

ขาดการส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาสมุนไพรอย่างมีทิศทางและเป็นระบบ อุตสาหกรรมยาและสมุนไพรไทยยังมีศักยภาพในการแข่งขันต่ำทั้ง ๆ ที่ประเทศไทยมีความหลากหลายทางชีวภาพ มีสมุนไพรที่มีศักยภาพที่จะมาใช้ในการรักษา การส่งเสริมสุขภาพอยู่มาก สาเหตุมาจากยังขาดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อตอบสนองต่อการพัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ ขาดวิธีการและห้องปฏิบัติการควบคุมคุณภาพทั้งวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล และยังมีปัญหาอุปสรรคในแง่กฎหมายในการนำเทคโนโลยีและวิทยาการสมัยใหม่มาช่วยพัฒนาตัวผลิตภัณฑ์ รวมทั้งงานวิจัยที่ช่วยอธิบายสรรพคุณและประสิทธิผลในการรักษาด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่ชัดเจน และยังมีน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนสมุนไพรที่ต้องการการวิจัยสนับสนุน

หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรยังไม่ทันกับบริบทและทิศทางการพัฒนาการใช้ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรและการแพทย์แผนไทย เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนารูปแบบองค์ความรู้ การใช้ในข้อบ่งชี้ใหม่ การขึ้นทะเบียนยาจากสมุนไพรล่าช้า ไม่ทันต่อการแข่งขันทางการค้า และการคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งที่เป็นตำรับยาที่เป็นองค์ความรู้ทางศาสตร์การแพทย์แผนไทย

ปัญหาด้านคุณภาพยาแผนไทยและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ปัจจุบันปัญหายาแผนไทยและผลิตภัณฑ์มีการผลิตปลอมเพื่อจำหน่ายเนื่องจากไม่ได้ขึ้นทะเบียนหรือผลิตอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และบ่อยครั้งพบว่า มีการลักลอบนำสารเคมีที่ไม่ปลอดภัย เช่น ยาสเตียรอยด์ ยาลดน้ำหนัก ยาขยายเส้นเลือด ปลอมปนผสมเข้าในตัวยา และปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือการโฆษณาขายยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่หลอกลวง โอ้อวดสรรพคุณเกินจริง และอาจมีราคาแพงมาก โดยเฉพาะในรูปแบบการขายตรงหรือจากสื่อในชุมชน ทั้งวิทยุชุมชน โทรทัศน์ดาวเทียม เคเบิลท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งนอกจากทำให้ประชาชนต้องเสียเงินเสียทองและเสียเวลาแล้วยังทำให้ต้องเสี่ยงต่ออันตรายของผลิตภัณฑ์ รวมทั้งเสียโอกาสในการรักษาที่ถูกต้องอีกด้วย โดยอาศัยกระแสความนิยมของโลกและของประเทศในการใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ระบบการจัดการทางกฎหมายโดยหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่มักแก้ปัญหาได้ช้าไม่ทันการ ทำให้ผู้บริโภคต้องเป็นเหยื่อจนได้รับอันตรายหรือได้รับความเสียหาย ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ที่ถูกต้องและยังไม่เท่าทันกับการโฆษณาการส่งเสริมการขายที่บิดเบือน และปัญหาอันตรายของยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย จึงไม่สามารถดูแลและป้องกันตนเองจากการได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจากผู้จำหน่ายผลิตภัณฑ์

หากพิจารณาจากห่วงโซ่อุปทานของการพัฒนาสมุนไพร จะพบปัญหาในห่วงโซ่ในแต่ละขั้นตอน ซึ่งสรุปได้ดังรายละเอียดดังนี้

ตาราง 2.7 สภาพปัญหาห่วงโซ่มูลค่า

ขั้นตอนในห่วงโซ่มูลค่า	สถานการณ์สมุนไพรของประเทศไทย
1. การวิจัยและพัฒนาที่เกี่ยวข้อง	
1.1 การวิจัยและพัฒนาและการค้นพบยา/ผลิตภัณฑ์	- งบประมาณที่จัดสรรเพื่อการวิจัยของประเทศค่อนข้างน้อย (พิจารณาเปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ) ขณะที่การจัดสรรงบประมาณในการวิจัยเป็นไปได้น้อย - ยังไม่มีทิศทางในการกำหนดทิศทางการจัดสรรงบประมาณที่ชัดเจน (การกำหนดหัวข้อการวิจัยเป็นไปตามความสนใจของผู้ที่ทำการวิจัยเป็นส่วนใหญ่)
1.2 การทดลองทางคลินิก	ห้องทดลองส่วนใหญ่เป็นของหน่วยงานภาครัฐ และสถาบันการศึกษา บางส่วนยังไม่มีมาตรฐาน และยังมีจำนวนไม่เพียงพอกับความต้องการ
1.3 การพัฒนาเชิงพาณิชย์	- ผู้ประกอบการรายเล็กและปานกลาง (SMEs) ไม่สามารถเข้าถึงผลงานวิจัยเพื่อนำมาต่อยอดเชิงพาณิชย์ได้โดยง่าย - ผู้ประกอบการโดยเฉพาะรายเล็กและปานกลาง มักจะไม่สามารถถ่ายทอดงานวิจัยไปสู่การพัฒนาเชิงพาณิชย์ได้อย่างราบรื่น (Valley of Death) โดยมีอุปสรรคที่สำคัญได้แก่ ปัญหาทั้งในด้านการเงิน และการให้คำปรึกษา
2. การจัดหาวัตถุดิบเพื่อนำไปสู่การผลิต	
2.1 การเพาะปลูก และการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการเพาะปลูก	- การเพาะปลูกไม่ตอบสนองความต้องการบริโภคและการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร - ยังไม่มีแผนการเพาะปลูกที่สามารถสะท้อนการผลิตอย่างเป็นระบบ
2.2 การจัดการวัตถุดิบ และการเก็บรักษา	- เกิดการบุกรุกและทำลายป่าเพื่อได้มาซึ่งวัตถุดิบ โดยไม่มีการวางแผนการผลิตเพื่อทดแทน ทำให้สมุนไพรหมดจากป่า และอาจนำไปสู่การสูญพันธุ์ - ความรู้ความเข้าใจในการจัดการวัตถุดิบที่เป็นมาตรฐานยังค่อนข้างน้อย เกิดการปนเปื้อน และการจัดเก็บที่มีคุณภาพต่ำ ไม่สามารถรักษาคุณค่าและคุณภาพของสมุนไพรภายในระยะเวลาที่กำหนด
2.3 การนำเข้าวัตถุดิบ	สมุนไพรหลายประเภทไม่เพียงพอ หรือไม่อยู่ในประเทศ หรือที่อยู่ในประเทศไม่มีมาตรฐาน ทำให้ต้องมีการพึ่งพิงการนำเข้าวัตถุดิบ และสารสกัดสมุนไพรเหล่านั้นเพื่อใช้ในการผลิต
2.4 การส่งออกทั้งในรูปของวัตถุดิบ และสารสกัด	สมุนไพรหลายประเภทเป็นที่ต้องการของตลาดต่างประเทศ ในหลายกรณีการผลิตในประเทศมีไว้เพื่อสำหรับการส่งออกเท่านั้น
3. การขึ้นทะเบียน และการได้รับการรับรองจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	มีความล่าช้าในกระบวนการการขึ้นทะเบียน และการได้รับการรับรองโดยหน่วยงานภาครัฐ ทำให้เกิดสถานการณ์ติดขัดในการดำเนินการต่อ (Bottleneck)
4. การผลิต	
4.1 การควบคุมคุณภาพการผลิต	คุณภาพในการผลิตยังไม่ได้มาตรฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ประกอบการขนาดกลางและขนาดเล็ก

ขั้นตอนในห่วงโซ่มูลค่า	สถานการณ์สมุนไพรของประเทศไทย
4.2 การสนับสนุนการผลิตในเชิงพาณิชย์	- การสนับสนุน และสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ยังไม่เพียงพอที่จะเอื้อให้สามารถแข่งขันได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ
5. การตลาด และกระบวนการที่เกี่ยวข้อง	- ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสมุนไพรไทย
6. การขนส่ง	
6.1 การเก็บรักษาในขั้นตอนการขนส่ง	- ขั้นตอนการขนส่งบางส่วนไม่ได้คุณภาพ หรือมีมาตรฐานน้อย ทำให้ผลิตภัณฑ์เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพลดลง สูญเสียความสามารถในการจำหน่าย และแข่งขัน
6.2 การจัดการขนส่ง	
7. ผู้บริโภค	- ผู้บริโภคขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสมุนไพรที่ถูกต้อง มีการบริโภคที่ไม่เหมาะสม
8. กลไกในการติดตาม และกำหนดนโยบายในอนาคต	- ไม่มีคณะกรรมการ และกฎหมายที่เป็นรูปธรรมในการกำหนดทิศทางในการพัฒนาที่เกี่ยวกับสมุนไพร

สถานการณ์เหล่านี้เป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาประกอบการจัดทำแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย เพื่อทำให้เกิดการจัดการสถานการณ์ และแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม และนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

2.4 ทิศทางการพัฒนาสมุนไพรไทยในระดับชาติ

การพัฒนาสมุนไพรไทยได้รับความสำคัญอย่างต่อเนื่อง ในสมัยของรัฐบาล พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้มีข้อสั่งการลงวันที่ 14 สิงหาคม พ.ศ. 2558 ให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพาณิชย์ พัฒนาพืชสมุนไพรไทยให้สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้เป็นที่ยอมรับและสร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่ผลิตภัณฑ์แปรรูปจากสมุนไพรไทย เป็นต้น

นอกจากนี้ คณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข สถาปนิกรูปแห่งชาติได้มีการเสนอแนวทางการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย 6 ประเด็นได้แก่

- ประเด็นที่ 1** การปฏิรูปโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการที่เป็นเลิศด้านการแพทย์แผนไทย
- ประเด็นที่ 2** การปฏิรูปด้านการศึกษาการพัฒนากำลังคน “สร้างเอกภาพ-เอกลักษณ์ไทย”
- ประเด็นที่ 3** การปฏิรูปด้านการวิจัยพัฒนาองค์ความรู้จากภูมิปัญญาไทย
- ประเด็นที่ 4** การปฏิรูประบบบริการสุขภาพการแพทย์แผนไทยคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน
- ประเด็นที่ 5** การปฏิรูปด้านอุตสาหกรรมยาแผนไทยและยาสมุนไพร “ความมั่นคง-คลังยาของชาติ”
- ประเด็นที่ 6** การปฏิรูปด้านการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย “มรดกไทย-มรดกโลก”

ยิ่งไปกว่านั้น ในส่วนของนโยบายสำคัญของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ข้อที่ 6 ได้กำหนดให้มีการวิจัยและพัฒนาเพื่อส่งเสริมภูมิปัญญาไทยและสมุนไพรไทยให้มีคุณภาพครบวงจรและเกิดผลดีต่อเศรษฐกิจไทย

2.5. แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560-2564

วัตถุประสงค์ในการจัดทำแผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560-2564 ได้นำกรอบทิศทางตามนโยบายรัฐบาลและการปฏิรูปการแพทย์แผนไทยมาพิจารณา กำหนดที่เป็นวัตถุประสงค์ของการพัฒนาสมุนไพรในแผนแม่บทฯ ประกอบด้วย

- 1) พัฒนาสมุนไพรต่อยอดทั้งด้านการรักษาและผลิตภัณฑ์ประเภทอื่น
- 2) สร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจ ที่มีความเชื่อมโยงกับอุตสาหกรรม และภาคเศรษฐกิจต่าง ๆ
- 3) การขับเคลื่อนงานอย่างเป็นระบบเพื่อทำให้เกิดการพัฒนาสมุนไพรไทยอย่างเชื่อมโยงและครบวงจร
- 4) ทำให้เกิดความร่วมมือจากหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชน

จากวัตถุประสงค์ของการพัฒนาสมุนไพรดังกล่าวข้างต้น คณะกรรมการอำนวยการ และคณะกรรมการดำเนินการยกร่างแผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560-2564 ซึ่งเป็นการทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องในการพัฒนาสมุนไพรไทย ได้กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายของแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทยฯ ดังนี้

วิสัยทัศน์

สมุนไพรไทยเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพและความยั่งยืนของเศรษฐกิจไทย
(Thai Herbs for Health and Sustainable Economy)

พันธกิจ

- 1) พัฒนาสมุนไพรไทยให้เป็นที่ยอมรับ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มศักยภาพ และมีประสิทธิภาพ
- 2) สนับสนุนให้เกิดการผลิตสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ และสร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่ผลิตภัณฑ์สมุนไพร
- 3) เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของสมุนไพรไทยในตลาดทั้งในและต่างประเทศ
- 4) ส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และใช้สมุนไพรไทยอย่างถูกต้อง เหมาะสม

เป้าหมาย

- 1) ประเทศไทยจะเป็นประเทศที่ส่งออกวัตถุดิบสมุนไพรคุณภาพและผลิตภัณฑ์สมุนไพรชั้นนำของภูมิภาค ASEAN ภายในปี พ.ศ. 2564

- 2) มูลค่าของวัตถุดิบสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรภายในประเทศเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 เท่าตัว ภายในปี พ.ศ. 2564

ยุทธศาสตร์

ในแผนแม่บทฯ ได้กำหนดให้มียุทธศาสตร์ในการบรรลุตามเป้าหมาย 4 ยุทธศาสตร์ คือ

- ยุทธศาสตร์ที่ 1** ส่งเสริมผลิตผลของสมุนไพรไทยที่มีศักยภาพตามความต้องการของตลาดทั้งในและต่างประเทศ
- ยุทธศาสตร์ที่ 2** พัฒนาอุตสาหกรรมและการตลาดสมุนไพรให้มีคุณภาพระดับสากล
- ยุทธศาสตร์ที่ 3** ส่งเสริมการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ
- ยุทธศาสตร์ที่ 4** สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายภาครัฐเพื่อการขับเคลื่อนสมุนไพรไทยอย่างยั่งยืน

รายละเอียดของยุทธศาสตร์แต่ละยุทธศาสตร์ที่มีความครอบคลุมเกี่ยวกับเป้าประสงค์ เป้าหมายตามยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด มาตรการ และแผนงานภายใต้ยุทธศาสตร์ รวมทั้งการบรรลุตามผลลัพธ์ระยะสั้น (Quick Win) ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมผลิตผลของสมุนไพรที่มีศักยภาพตามความต้องการของตลาดทั้งในและต่างประเทศ

ครอบคลุมการจัดการด้านการปลูกและการแปรรูปวัตถุดิบสมุนไพร การจัดการคุณภาพวัตถุดิบสมุนไพร การจัดการตลาดวัตถุดิบสมุนไพร การวิจัยและพัฒนาวัตถุดิบสมุนไพร และการคุ้มครองพืชสมุนไพรและภูมิปัญญาการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรในประเทศไทย โดยยุทธศาสตร์นี้ประกอบด้วย 3 มาตรการ คือ

- 1) การจัดการห่วงโซ่อุปทาน
- 2) การวิจัยและการจัดทำข้อกำหนดมาตรฐานวัตถุดิบสมุนไพร
- 3) การอนุรักษ์และการใช้พืชสมุนไพรจากป่าอย่างยั่งยืน

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์

- 1) ส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพร แปรรูปเบื้องต้นอย่างมีคุณภาพ
- 2) ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่มีคุณภาพมีความเพียงพอใกล้เคียงต่อความต้องการใช้ของผู้ประกอบการอุตสาหกรรม
- 3) อนุรักษ์สมุนไพรไทยให้คงไว้ใช้ประโยชน์ได้อย่างยั่งยืน

เป้าหมายยุทธศาสตร์

- 1) มีการปลูกสมุนไพรที่ได้คุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด 43,000 ไร่
- 2) กลุ่มเกษตรกร สหกรณ์ วิสาหกิจชุมชน ได้รับการส่งเสริมการแปรรูปหลังการเก็บเกี่ยว ณ สถานที่ปลูกและการผลิตผลิตภัณฑ์และสารสกัดอย่างง่ายในระดับชุมชน 50 แห่ง

- 3) มีข้อกำหนดมาตรฐาน GAP/GACP หรือมาตรฐานอื่นของพืชสมุนไพร อย่างน้อย 30 ชนิด
- 4) มีฐานข้อมูลพื้นที่ปลูกพืชสมุนไพร (Land Use) 1 ฐานข้อมูล
- 5) มีแผนที่ความเหมาะสมของที่ดินสำหรับปลูกพืชสมุนไพร (Land Suitability) อย่างน้อย 30 ชนิด
- 6) มีห้องปฏิบัติการที่ได้รับรองมาตรฐาน ISO 17025 ให้บริการตรวจสอบคุณภาพวัตถุดิบ จำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 15 แห่ง (กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ 10 แห่ง และมหาวิทยาลัยต่าง ๆ 5 แห่ง)
- 7) มีระบบตลาดกลาง 4 แห่ง และตลาดอิเล็กทรอนิกส์ 1 แห่ง (E-Market)
- 8) มีข้อกำหนดมาตรฐานสมุนไพรในตำรามาตรฐานสมุนไพรไทย (Thai Herbal Pharmacopoeia: THP) เพิ่มขึ้น 75 รายการ
- 9) มีฐานข้อมูลพืชสมุนไพรและภูมิปัญญาการใช้ประโยชน์ของประเทศไทย (National Database of Thai Plants and Traditional Knowledge) 1 ฐานข้อมูล
- 10) มีการวิจัยและพัฒนาพันธุ์พืชสมุนไพรและเทคโนโลยีเพื่อผลิตวัตถุดิบ 30 เรื่อง/ปี

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์

- 1) พื้นที่ปลูกสมุนไพรที่มีคุณภาพมีจำนวนอย่างน้อยร้อยละ 50 ของพื้นที่ปลูกสมุนไพรทั้งหมด
- 2) กลุ่มผู้ปลูกและแปรรูปสมุนไพรที่มีคุณภาพตามข้อกำหนดมาตรฐานมีจำนวนอย่างน้อยร้อยละ 50 ของจำนวนกลุ่มทั้งหมด

ผลลัพธ์ระยะสั้น (Quick Win)

- 1) มีพื้นที่ปลูกสมุนไพรตามมาตรฐาน GAP/GACP หรือมาตรฐานอื่นอย่างน้อย 5,550 ไร่ (ในแปลง 4,800 ไร่ ในป่าเศรษฐกิจชุมชน 750 ไร่)
- 2) มีสถานการณ์และฐานข้อมูลพื้นที่ปลูกพืชสมุนไพรในประเทศไทย (Land Use)
- 3) มีมาตรฐานการปลูกและการเก็บเกี่ยวพืชสมุนไพรที่มีความสำคัญอย่างน้อย 2 ชนิดสมุนไพร
- 4) มีมาตรฐานเครื่องยาตามองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย (Materia Medica) 300 รายการ
- 5) เกิดตลาดกลางอย่างน้อย 2 แห่ง และตลาดอิเล็กทรอนิกส์
- 6) มีบริการตรวจสอบคุณภาพวัตถุดิบสมุนไพรเพิ่มขึ้น 8 แห่ง ด้วยห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐาน ISO 17025
- 7) มีสารมาตรฐานสำหรับควบคุมคุณภาพวัตถุดิบสมุนไพรอย่างน้อย 2 ชนิดสมุนไพร
- 8) มีข้อกำหนดมาตรฐานสมุนไพรในตำรามาตรฐานสมุนไพรไทย (Thai Herbal Pharmacopoeia: THP) เพิ่มขึ้น 15 รายการ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาอุตสาหกรรมและการตลาดสมุนไพรให้มีคุณภาพระดับสากล

ครอบคลุมการพัฒนาปัจจัยด้านอุตสาหกรรมสมุนไพร การวิจัยและพัฒนาเพื่อต่อยอดงานวิจัยให้เกิดการใช้ประโยชน์ และการสร้างความน่าเชื่อถือและส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยยุทธศาสตร์นี้ประกอบด้วย 3 มาตรการ คือ

- 1) การพัฒนาอุตสาหกรรมสมุนไพรไทย
- 2) การวิจัยและพัฒนาสมุนไพรไทย
- 3) การพัฒนาการตลาดสมุนไพรไทย

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์

- 1) ผลิตภัณฑ์สมุนไพรมีศักยภาพในการแข่งขันทางการตลาดทั้งในและต่างประเทศ

เป้าหมายยุทธศาสตร์

- 1) มูลค่าการตลาดของสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรทั้งในและต่างประเทศเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 ต่อปี
- 2) สถานประกอบการในอุตสาหกรรมสารสกัดสมุนไพรได้รับการส่งเสริมให้มีผลผลิตเพิ่มขึ้น โดยมูลค่ายอดขายเพิ่มขึ้นร้อยละ 15
- 3) สถานประกอบการในอุตสาหกรรมสมุนไพรแต่ละกลุ่มผ่านการยกระดับการผลิตอย่างน้อยร้อยละ 50
- 4) ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีตราสัญลักษณ์รับรองคุณภาพได้รับการยอมรับระดับภูมิภาคอาเซียน
- 5) ผลิตภัณฑ์สมุนไพรได้รับการรับรองคุณภาพผลิตภัณฑ์สมุนไพรอย่างน้อยร้อยละ 30
- 6) ประเทศไทยมีห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองตามมาตรฐาน OECD GLP อย่างน้อย 1 แห่ง ภายในปี พ.ศ. 2562
- 7) มีสถาบันพัฒนานวัตกรรมสมุนไพรแห่งชาติ

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์

- 1) มูลค่าของผลิตภัณฑ์สมุนไพรทั้งในและต่างประเทศเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 15 ต่อปี

ผลลัพธ์ระยะสั้น (Quick Win)

- 1) มี Competency Model สำหรับอุตสาหกรรม 5 กลุ่มคือ ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เครื่องสำอาง/ผลิตภัณฑ์สปา สารสกัด และผลิตภัณฑ์สำหรับสัตว์
- 2) มีผลิตภัณฑ์สมุนไพรใหม่ระดับพรีเมียม 50 ผลิตภัณฑ์
- 3) มีตราสัญลักษณ์รับรองคุณภาพผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยในระดับสากล
- 4) ผลิตภัณฑ์สมุนไพรได้รับตราสัญลักษณ์รับรองคุณภาพใน 3 กลุ่ม คือ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เครื่องสำอางและผลิตภัณฑ์สปา
- 5) มีผลิตภัณฑ์สมุนไพรใหม่อย่างน้อย 10 รายการเข้าสู่กระบวนการยื่นคำขอ Geographical Identification
- 6) มีการขยายช่องทางการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรสู่ตลาดต่างประเทศ เช่น การส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และงานแสดงสินค้าระดับนานาชาติ เป็นต้น

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ

ครอบคลุมการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย การวิจัยตำรับยาสมุนไพรและสมุนไพรในอาหาร การพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย การเข้าถึงตำรับยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข การส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรที่ถูกต้อง โดยยุทธศาสตร์นี้ประกอบด้วย 6 มาตรการ คือ

- 1) การพัฒนาโครงสร้าง ส่งเสริมการจัดบริการและการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข
- 2) การวิจัย เสริมสร้างองค์ความรู้ มาตรฐานคุณภาพ และความเสถียร
- 3) การพัฒนาความเข้มแข็งทางวิชาการของการแพทย์แผนไทย
- 4) การจัดการและการเข้าถึงยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ
- 5) การใช้สมุนไพรในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในชุมชนและบทบาทหมอพื้นบ้าน
- 6) การสื่อสารเพื่อสร้างความรู้ที่ถูกต้อง ความเข้าใจ ความเชื่อมั่น

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์

- 1) เพิ่มการใช้สมุนไพรในระบบสุขภาพ ในการรักษาโรคและเสริมสร้างสุขภาพ
- 2) เสริมสร้างพื้นฐานการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศในระยะยาว

เป้าหมายยุทธศาสตร์

- 1) จำนวนรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มขึ้นอย่างน้อยปีละ 10 รายการ
- 2) ระบบการขึ้นทะเบียนยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพรได้รับการปรับปรุงให้ทันต่อความต้องการของตลาด
- 3) แพทย์แผนปัจจุบันมีการสั่งใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 20 ต่อปี

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์

- 1) มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 10 ต่อปี
- 2) รายการยาสมุนไพรได้รับการบรรจุเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มขึ้น 50 รายการ ภายในปี พ.ศ. 2564

ผลลัพธ์ระยะสั้น (Quick Win)

- 1) มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ 10
- 2) มีคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 80
- 3) มีมาตรฐานแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาโรคทางการแพทย์แผนไทย (CPG) 4 โรค
- 4) มีการวิจัยยาตำรับแผนไทยเพื่อเพิ่มรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ 10 ตำรับ
- 5) มีมาตรฐานเภสัชตำรับของยาตำรับ (Thai Preparation Herbal Pharmacopoeia) อย่างน้อย 5 รายการ

- 6) มีชุมชนเข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยสมุนไพรอย่างน้อย 1,000 ตำบล

ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของภาครัฐเพื่อการขับเคลื่อนสมุนไพรไทยอย่างยั่งยืน

ครอบคลุมการพัฒนาโครงสร้างการบริหารงานในแผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย การพัฒนากฎหมายเฉพาะสำหรับผลิตภัณฑ์สมุนไพร การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสมุนไพร การประเมินขีดความสามารถในการแข่งขันด้านสมุนไพร การบริหารงานวิจัยและพัฒนาสมุนไพร การพิจารณากำหนดสมุนไพรที่มีศักยภาพเพื่อการส่งเสริม และการขับเคลื่อนแผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย สู่ระดับภูมิภาค โดยยุทธศาสตร์นี้ประกอบด้วย 6 มาตรการ คือ

- 1) การพัฒนาโครงสร้างการบริหารสมุนไพร
- 2) การพัฒนากฎหมายด้านการส่งเสริมและควบคุมผลิตภัณฑ์สมุนไพร
- 3) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสมุนไพรและระบบการประเมินขีดความสามารถในการแข่งขันด้านสมุนไพร
- 4) การเสริมสร้างกลไกการบริหารงานวิจัยและพัฒนาสมุนไพร
- 5) การส่งเสริมและพัฒนาสมุนไพร Product Champion
- 6) การพัฒนาเมืองสมุนไพร (Herbal City)

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์

- 1) ประเทศไทยมีกลไกในการพัฒนาสมุนไพรที่มีศักยภาพเพื่อสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจของประเทศ

เป้าหมายยุทธศาสตร์

- 1) ประเทศไทยมีกฎหมายหลักด้านสมุนไพรและคณะกรรมการนโยบายแห่งชาติเพื่อขับเคลื่อนงานสมุนไพร
- 2) งบประมาณสนับสนุนการวิจัยสมุนไพรเพิ่มขึ้น 5,000 ล้านบาทในช่วงระยะเวลา 5 ปี
- 3) อัตราการร่วมลงทุนของภาคเอกชนในการวิจัยเป็นร้อยละ 50-70 ภายในปี พ.ศ. 2564
- 4) ประเทศไทยมีการพัฒนาสมุนไพร Product Champion อย่างน้อย 10 ชนิด
- 5) ประเทศไทยมีดัชนีวัดขีดความสามารถในการแข่งขันด้านสมุนไพร
- 6) ประเทศไทยมีการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพรเข้าสู่ระบบสุขภาพไทยและระบบเศรษฐกิจแบบครบวงจรในระดับจังหวัดโดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมตามแนวทางประชารัฐ

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์

- 1) คณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องสามารถปฏิบัติหน้าที่ภายในปี พ.ศ. 2560
- 2) ยอดขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร Product Champion เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2,000 ล้านบาท⁹

⁹ เทียบจากมูลค่าการใช้สมุนไพรภายในประเทศ

ผลลัพธ์ระยะสั้น (Quick Win)

- 1) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ
- 2) เสนอร่าง พ.ร.บ. ผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ.
- 3) มีฐานข้อมูลเชิงมูลค่าทางเศรษฐกิจของสมุนไพรในประเทศไทย
- 4) มีแผนการวิจัยสมุนไพรที่ชัดเจนและมีกลไกการจัดสรรงบประมาณการวิจัย 5,000 ล้านบาท
- 5) มีการกำหนดสมุนไพร Product Champion และมาตรการส่งเสริมสมุนไพร Product Champion เป็นรายชนิด
- 6) เกิดเมืองสมุนไพร (Herbal City) 4 จังหวัด

งบประมาณการลงทุน

แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ.2560 – 2564 ขับเคลื่อนผ่านยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ เพื่อนำพาประเทศไปสู่ความเป็นผู้นำของภูมิภาคด้านสมุนไพร โดยมุ่งพัฒนาสมุนไพรไทยจากภูมิปัญญาที่สั่งสมมาอย่างยาวนาน บนความหลากหลายของทรัพยากรธรรมชาติของประเทศ ความได้เปรียบทางภูมิศาสตร์ที่ประเทศตั้งอยู่ในตำแหน่งศูนย์กลางของภูมิภาค และความเข้มแข็งภาคอุตสาหกรรมของประเทศ

หากแต่การจะนำพาประเทศไปสู่จุดหมายดังกล่าว จำเป็นอย่างยิ่งต้องอาศัยความร่วมมือทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ภายใต้แนวทางประชารัฐ ซึ่งต้องอาศัยการลงทุนในวงเงิน **18,499.95 ล้านบาท** ในระยะเวลา 5 ปี ตลอดช่วงแผนแม่บทแห่งชาติฯ ฉบับที่ 1 เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างมีทิศทางจริงจัง และต่อเนื่อง ภายใต้คณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตาราง 2.8 งบประมาณรายยุทธศาสตร์ของแผนแม่บทแห่งชาติฯ จำแนกตามปีงบประมาณ (ล้านบาท)

ปีงบประมาณ		2560	2561	2562	2563	2564	รวม
ยุทธศาสตร์ที่ 1	งบดำเนินการ	134.02	116.14	97.81	107.98	125.53	581.48
	งบลงทุน	60.70	61.00	62.50	63.50	65.00	312.70
ยุทธศาสตร์ที่ 2	งบดำเนินการ	87.90	91.20	92.60	98.10	102.50	472.30
	งบลงทุน	20.00	20.00	20.00	10.00	10.00	80.00
ยุทธศาสตร์ที่ 3	งบดำเนินการ	31.00	31.00	31.00	31.00	31.00	155.00
	งบลงทุน	1,000.00	1,520.00	1,520.00	1,520.00	1,520.00	7,080.00
ยุทธศาสตร์ที่ 4	งบดำเนินการ	879.82	1,260.28	1,446.86	1,851.49	1,640.02	7,078.47
	งบลงทุน	640.00	450.00	500.00	550.00	600.00	2,740.00
รวม	งบดำเนินการ	1,132.74	1,498.62	1,668.27	2,088.57	1,899.05	8,287.25
	งบลงทุน	1,720.70	2,051.00	2,102.50	2,143.50	2,195.00	10,212.70
รวมทั้งสิ้น		2,853.44	3,549.62	3,770.77	4,232.07	4,094.05	18,499.95

2.6 unaspu

จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอันใกล้ แนวโน้มของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของประชากรโลก การหันมาให้ความสนใจต่อการดูแลสุขภาพด้วยผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ รวมถึงโอกาสทางเศรษฐกิจในการส่งออกผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยที่มีอัตราการขยายตัวของตลาดในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกสูงถึงร้อยละ 9.1 นั่นคือโอกาสของประเทศไทย ที่จะเร่งพัฒนาพืชสมุนไพรไทยให้มีคุณภาพ และเพิ่มมูลค่าให้แก่ผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย โดยการมุ่งพัฒนาสมุนไพรซึ่งมีองค์ประกอบของทุนที่สำคัญ 5 ทุน คือ ทุนธรรมชาติ (Natural Capital) กับ ทุนวัฒนธรรม (Cultural Capital) ที่สั่งสมหลอมรวมจนกลายเป็นภูมิปัญญาของชาติเพื่อให้เกิดเป็นมูลค่า ทุนมนุษย์ (Human Capital) กับทุนทางสังคม (Social Capital) ซึ่งต้องมีความเชื่อมโยงกันตลอดห่วงโซ่คุณค่าของสมุนไพรทั้งต้นทาง กลางทาง และปลายทางต้องสร้างให้เกิดพลังของการแบ่งปันองค์ความรู้และเชื่อมโยงตลาดทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาค และทั่วโลก สุดท้ายทุนกายภาพ (Physical Capital) ซึ่งภาครัฐจะต้องเข้ามาพัฒนาและสนับสนุน ทั้งในเชิงโครงสร้างพื้นฐาน กฎหมาย การอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ต่อการพัฒนาสมุนไพร ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ร่วมดำเนินการอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง โดยการสนับสนุนจากทางภาครัฐภายใต้แนวทางประชารัฐในการขับเคลื่อนแผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 – 2564 ทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ เพื่อนำพาประเทศให้ก้าวข้ามประเทศที่มีรายได้ปานกลาง สู่ประเทศที่มีรายได้สูง ก้าวสู่ประเทศไทย 4.0 ในอนาคตตามแนวนโยบายของรัฐบาล ต่อไป



ระบบบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

ระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน เป็นรากฐานการบริการที่อยู่ในระบบสุขภาพภาคประชาชนมายาวนานตั้งแต่อดีตโดยมีวัดเป็นศูนย์กลาง ในการศึกษาเล่าเรียนและการบำบัดผู้ป่วย ซึ่งยังพอมีหลักฐานปรากฏในปี พ.ศ. 1998 รัชสมัยพระบรมไตรโลกนาถ มีทำเนียบศักดิ์นาข้าราชการฝ่ายพลเรือนในกรมหมอต่าง ๆ อาทิ กรมแพทยา กรมแพทยาโรงพระโอสถ กรมหมอยา กรมหมอนวด เป็นต้น และได้รับการสืบสานอย่างต่อเนื่องจนในสมัยรัชกาลที่ 5 มีการตั้งโรงเรียนแพทย์ในปี พ.ศ. 2443 ในช่วงแรกมีการสอนทั้งการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน ต่อมาในสมัยรัชกาลที่ 6 ในปี พ.ศ. 2458 ได้มีการยกเลิกการสอนการแพทย์แผนไทย อย่างไรก็ตามกลุ่มหมอแผนโบราณ/หมอแผนไทยได้มีการจัดตั้งสมาคม/ชมรม เพื่อเปิดการเรียนการสอนแบบक्रमอบตัวศิษย์ และรักษาผู้ป่วย กระจายในทุกภูมิภาค ขณะเดียวกันหมอพื้นบ้านและประชาชนก็ยังคงใช้องค์ความรู้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตในการดูแลสุขภาพตนเอง

การประกาศนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2521 ขององค์การอนามัยโลก ส่งผลให้ประเทศไทยประกาศนโยบายสาธารณสุขมูลฐานในแผนสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 ทำให้กระแสการยอมรับสมุนไพร การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น ได้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง จนกระทั่งปี พ.ศ. 2546 ได้มีการจัดตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในปี พ.ศ. 2552 สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 มติ 7 “การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน” ในปี พ.ศ. 2556 มีพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 และจัดตั้งสภาการแพทย์แผนไทยในปีเดียวกัน

ร่างรัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2559 ได้กำหนดให้มีการสนับสนุนการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด “มาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด

บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมส่งเสริมสุขภาพการควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย

รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง”

กระทรวงสาธารณสุข ได้เพิ่มสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานเข้าในการพัฒนาระบบบริการของประเทศ ในปี พ.ศ. 2558 ส่งผลให้ได้รับการสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณ บุคลากร และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ในบทนี้ จะกล่าวถึงข้อมูลในส่วนของการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (Service Plan) สถานการณ์กำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย สถานการณ์การบริการการแพทย์แผนไทย และรายจ่ายด้านการแพทย์แผนไทย

3.1 การพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

ในปี พ.ศ. 2558 ระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานได้เพิ่มสาขาเป็นลำดับที่ 12 ของประเทศ โดยมีเป้าประสงค์หลัก คือ 1) การนำการแพทย์แผนไทยที่โดดเด่นและมีข้อมูลวิชาการสนับสนุนมาใช้ ร่วมดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสานกับแพทย์แผนปัจจุบันและทีมสหวิชาชีพ (Comprehensive Approach) 2) การลดช่องว่าง (Gap) ระหว่างแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกับแพทย์แผนปัจจุบัน 3) การร่วมปรึกษาหารือการดูแลผู้ป่วย (Consultation) โดยได้มีมาตรการ แนวทาง และแผนการขับเคลื่อนดังนี้

3.1.1 มาตรการสำคัญ 4 ข้อ มีดังนี้

- 1) การจัดตั้งคณะกรรมการการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานทุกระดับ
- 2) การจัดระดับบริการการแพทย์แผนไทย 3 ระดับ พร้อมจัดทำคู่มือ ได้แก่ ระดับ 1 (สูง) Advanced Level ระดับ 2 (กลาง) Intermediate Level และ ระดับ 3 (พื้นฐาน) Basic Level
- 3) ส่งเสริมสนับสนุนให้การจัดบริการแบบผสมผสาน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยเน้นปัญหาของผู้ป่วยเป็นตัวตั้ง
- 4) พัฒนารูปแบบคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาล (รพ.ระดับ A-F3 896 แห่ง)
 - (1) การจัดคลินิกแพทย์แผนไทยที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐ (OPD คู่ขนาน)
 - (2) การจัดคลินิกบริการครบวงจรด้วยศาสตร์หลายสาขาทั้งการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ บริการการแพทย์แผนไทย (เวชกรรมไทย/ เภสัชกรรมไทย / นวดไทย / ผดุงครรภ์ไทย) และบริการการแพทย์ทางเลือก (การแพทย์แผนจีน/การแพทย์ทางเลือกอื่น (Palliative Care))
 - (3) การจัดบริการคลินิกเฉพาะโรค 4 โรค ได้แก่ ไมเกรน ข้อเข่าเสื่อม อัมพฤกษ์ / อัมพาต และภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น

3.1.2 การแบ่งระดับการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ประกอบด้วย

- 1) บริการระดับ 1 (สูง : Advanced Level)
- 2) บริการระดับ 2 (กลาง : Intermediate Level)
- 3) บริการระดับ 3 (พื้นฐาน : Basic Level)

การกำหนดกิจกรรมการให้บริการของแต่ละระดับบริการ หน่วยบริการสามารถนำไปเป็นแนวทางการจัดบริการที่เหมาะสมของตนเองได้ การจัดระดับบริการนี้ เพื่อมุ่งหวังให้แต่ละระดับบริการมีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งจะทำให้เกิดการกระจายบริการสุขภาพ ครอบคลุมทุกพื้นที่ ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ อันจะส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย และส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม โดยมีรายละเอียดการจัดระดับบริการ ดังนี้

ก. บริการระดับ 1 (สูง : Advanced Level)

- 1). หน่วยบริการในระดับ 1 ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป
- 2). กิจกรรมการให้บริการระดับ 1 ได้แก่
 - 2.1) มีการตรวจ วินิจฉัย ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยตามมาตรฐานวิชาชีพ
 - 2.2) จัดหายา จัดเก็บยา จ่ายยาแผนไทยที่มีคุณภาพมาตรฐาน และการติดตามเฝ้าระวังผลข้างเคียงของการใช้ยาแผนไทย
 - 2.3) มีการทำงานการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก หรือการแพทย์พื้นบ้านเชิงรุกในชุมชน ได้แก่
 - (1) ดูแลสุขภาพกลุ่มเป้าหมายพิเศษ เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด เป็นต้น
 - (2) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว
 - 2.4) มีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย Palliative care ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก การแพทย์พื้นบ้าน เช่น ยาแผนไทย อาหารสมุนไพร สมุนไพรบำบัด เป็นต้น
 - 2.5) มีบริการสมานบำบัดในการดูแลผู้ป่วย
 - 2.6) มีการตรวจ วินิจฉัย ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนโดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน หรือ ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาเวชกรรม ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรฝังเข็ม (3 เดือน) ที่รับรองโดยกระทรวงสาธารณสุข
 - 2.7) มีการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐ (OPD คู่ขนาน) และจัดบริการคลินิกแพทย์แผนจีนที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐ
 - 2.8) มีคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกครบวงจร และจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อให้บริการรักษาโรคทั่วไปและเฉพาะโรค ได้แก่ ไมเกรน ข้อเข่าเสื่อม อัมพฤกษ์/อัมพาต และภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น

2.9) มีการรักษาพยาบาลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนจีน แก่ผู้ป่วยใน (IPD) ร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน

2.10) เป็นแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทย

2.11) เป็นแหล่งเพิ่มพูนทักษะวิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทย

2.12) ศึกษาวิจัย หรือร่วมศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก

ข. บริการระดับ 2 (กลาง : Intermediate Level)

1. หน่วยบริการในระดับ 2 ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน

2. กิจกรรมการให้บริการระดับ 2 มีกิจกรรมการบริการระดับกลางที่รวมบริการขั้นพื้นฐานหรือบริการระดับ 3 แล้ว ต้องมีการบริการคลินิกการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนจีนที่แผนกผู้ป่วยนอก มีคลินิกตรวจ และการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนจีนแก่ผู้ป่วยใน รวมถึงการเป็นแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพ ซึ่งเป็นกิจกรรมเช่นเดียวกับบริการระดับ 1 ข้อ 2.1) ถึง 2.10)

ค. บริการระดับ 3 (พื้นฐาน : Basic Level)

1. หน่วยบริการในระดับ 3 ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. กิจกรรมการให้บริการระดับ 3 มีกิจกรรมการบริการขั้นพื้นฐาน การทำงานเชิงรุกในชุมชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นกิจกรรมเช่นเดียวกับบริการระดับ 1 ข้อ 2.1) ถึง 2.5)

ตาราง 3.1 กิจกรรมการบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานในแต่ละระดับ

ลำดับ	กิจกรรมบริการ	ระดับ 1 สูง Advanced Level	ระดับ 2 กลาง Intermediate Level	ระดับ 3 พื้นฐาน Basic Level
1	มีการตรวจ วินิจฉัย ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยตามมาตรฐานวิชาชีพ	✓	✓	✓
2	จัดหา ยา จัดเก็บยา จ่ายยาแผนไทยที่มีคุณภาพมาตรฐาน และการติดตามเฝ้าระวังผลข้างเคียงของการใช้ยาแผนไทย	✓	✓	✓
3	มีการทำงานการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก หรือการแพทย์พื้นบ้าน เชิงรุกในชุมชน	✓	✓	✓
4	มีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย Palliative Care ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย หรือศาสตร์การแพทย์ทางเลือก หรือการแพทย์พื้นบ้าน	✓	✓	✓
5	มีบริการสมานบำบัดในการดูแลผู้ป่วย	✓	✓	✓

ลำดับ	กิจกรรมบริการ	ระดับ 1 สูง Advanced Level	ระดับ 2 กลาง Intermediate Level	ระดับ 3 พื้นฐาน Basic Level
6	มีการตรวจ วินิจฉัย ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนโดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน หรือ ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาเวชกรรม ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรฝังเข็ม (3 เดือน) ที่รับรองโดยกระทรวงสาธารณสุข	✓	✓	
7	มีการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐ (OPD คู่ขนาน) และจัดบริการคลินิกแพทย์แผนจีนที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐ	✓	✓	
8	มีคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกครบวงจร และจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อให้บริการรักษาโรคทั่วไปและเฉพาะโรค ได้แก่ ไมเกรน ข้อเข่าเสื่อม อัมพฤกษ์/อัมพาต และภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น	✓	✓	
9	มีการรักษาพยาบาลด้วยการแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนจีนแก่ผู้ป่วยใน (IPD) ร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน	✓	✓	
10	เป็นแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทย	✓	✓	
11	เป็นแหล่งเพิ่มพูนทักษะวิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทย	✓		
12	ศึกษาวิจัย หรือร่วมศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ทางเลือก	✓		

3.1.3 แนวทางการจัดบริการแบบครบวงจร ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป โดยได้จัดทำคู่มือแนวทางการจัดบริการใน 4 โรค รวมถึงคำนิยามและคำอธิบาย

คลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร หมายถึง การจัดการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (A –M1) ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งการให้บริการรักษาโรคทั่วไปและเฉพาะโรค (ไมเกรน (ลมปะกำ) ข้อเข่าเสื่อม (ลมจับโปงเข่า) อัมพฤกษ์ / อัมพาต (หลอดเลือดสมอง) ภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น) ประกอบด้วย

บริการการแพทย์แผนไทย เป็นการบำบัดรักษาโดยผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย และผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ได้แก่

(1) เวชกรรมไทย (การตรวจวินิจฉัย ส่งการรักษาด้วยยาแผนไทยและหัตถการแผนไทย รวมถึงให้คำแนะนำ)

(2) เภสัชกรรมไทย (การปรุงยาผู้ป่วยเฉพาะราย)

(3) ผดุงครรภ์ไทย (การดูแลมารดาหลังคลอด เช่น การทำหม้อเกลือ การอบสมุนไพร การนวดหลังคลอด เป็นต้น)

(4) การนวดไทย เพื่อการรักษาและส่งเสริมสุขภาพ
บริการการแพทย์ทางเลือก ได้แก่

(1) การแพทย์แผนจีน เป็นการบำบัดรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบันที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการฝังเข็มที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง หรือผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน

(2) การแพทย์ทางเลือกอื่น เป็นการบำบัดรักษาเสริมการแพทย์แผนปัจจุบันโดยผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และการสาธารณสุข ที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สวดมนต์บำบัด สมุนไพรบำบัด กัดจุดบำบัด การปรับสมดุลโครงสร้าง เป็นต้น

3.1.4 แนวทางการจัดบริการคู่ขนานแผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

คลินิกแพทย์แผนไทยที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐ (OPD คู่ขนาน) หมายถึง หน่วยบริการที่เปิดให้บริการการแพทย์แผนไทยควบคู่กับแพทย์แผนปัจจุบัน มีองค์ประกอบ ดังนี้

(1) มีแพทย์แผนไทยที่ได้รับใบประกอบวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประเภท เวชกรรมไทย หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ทำหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยที่ห้องตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

(2) แพทย์แผนไทยทำหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษาที่ห้องตรวจโรคที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์

(3) มีระบบคัดกรองผู้ป่วยตามแนวทางคัดกรองการให้บริการแพทย์แผนไทยคู่ขนานที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยพยาบาล

(4) มีรายการยาแผนไทย (ยาเดี่ยวจากสมุนไพร ยาตำรับและยาปรุงเฉพาะราย) สำหรับให้บริการไม่น้อยกว่า 30 รายการ

3.1.5 แผนการขับเคลื่อนในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

(1) กำหนดบทบาทหน้าที่และผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน Service Plan สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานระดับจังหวัด ที่กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

(2) การแต่งตั้งหัวหน้างานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

(3) การแต่งตั้งที่ปรึกษา (แพทย์แผนปัจจุบัน) งานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกระดับหน่วยบริการ

(4) มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน และมีแผนการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับเขต ระดับจังหวัด (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธาน หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นเลขานุการ) และระดับหน่วยบริการ

(5) การจัดกิจกรรมด้านวิชาการในระดับจังหวัดและระดับหน่วยบริการ (ตั้งคณะทำงานวิชาการ 4 โรค การจัดประชุมวิชาการ การกำหนด Clinical Practice Guideline: CPG 4 โรค การทำ Case Conference การวิเคราะห์รายงานผล Adverse Drug Reaction: ADR, Actual Use Research: AUR)

(6) การจัดทำแผนกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

(7) มีการจัดทำรายการยาสมุนไพรที่มีสรรพคุณทดแทนกับยาแผนปัจจุบัน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดผลักดันให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmaceutical and Therapeutic Committee: PTC) ของแต่ละโรงพยาบาลบรรจุเข้าเป็นยาของโรงพยาบาล ตามความเหมาะสมอย่างน้อย 5 รายการ

(8) มีการจัดคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร (โรคไมเกรน ข้อเข่าเสื่อม อัมพฤกษ์ / อัมพาต และภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น)

(8.1) หน่วยบริการอย่างน้อย 1 แห่ง ในจังหวัดมีการจัดคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจรครบ 4 โรค

(8.2) โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง มีการจัดคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจรอย่างน้อย 1 โรค

(8.3) โรงพยาบาลชุมชนที่มีความพร้อมมีการจัดคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร (หมายเหตุ โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยทุกแห่งมีการจัดคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร ครบ 4 โรค)

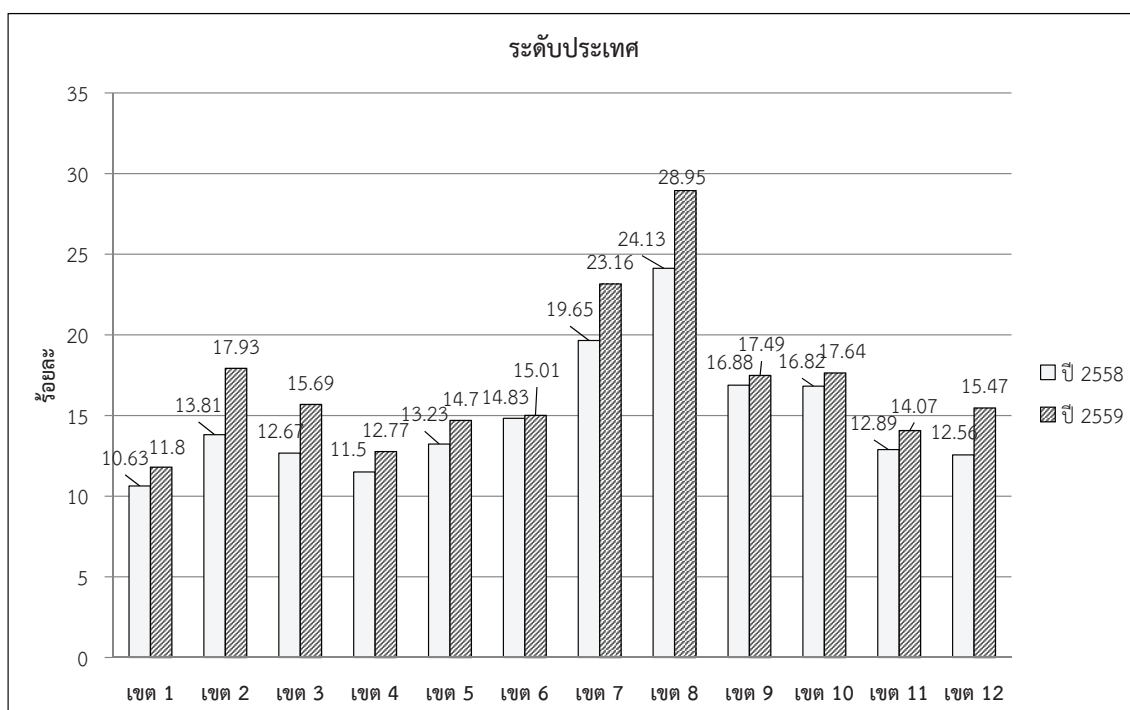
(9) คณะกรรมการระดับเขต ระดับจังหวัด ทำหน้าที่ประเมินหน่วยบริการตามแผนพัฒนาสุขภาพ สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (Service Plan)

(10) มีการชี้แจงการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการในการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และ ทีมสหวิชาชีพ

3.1.6 สถานการณ์การขับเคลื่อนการบริการสาขการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

สถานการณ์การขับเคลื่อนการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของปีงบประมาณ 2558 – 2559 ในระบบรายงานการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (TTM Health Script) และระบบรายงานมาตรฐานการเข้าถึงการบริการการแพทย์แผนไทย หรือ HDC พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 18) มีเพียงสองเขตสุขภาพเท่านั้นที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คือ เขตสุขภาพที่ 7 และเขตสุขภาพที่ 8 และเมื่อเปรียบเทียบทั้งสองปีงบประมาณพบว่า ทุกเขตสุขภาพมีสัดส่วนการได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หรือการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น ดังแผนภาพ 3.1

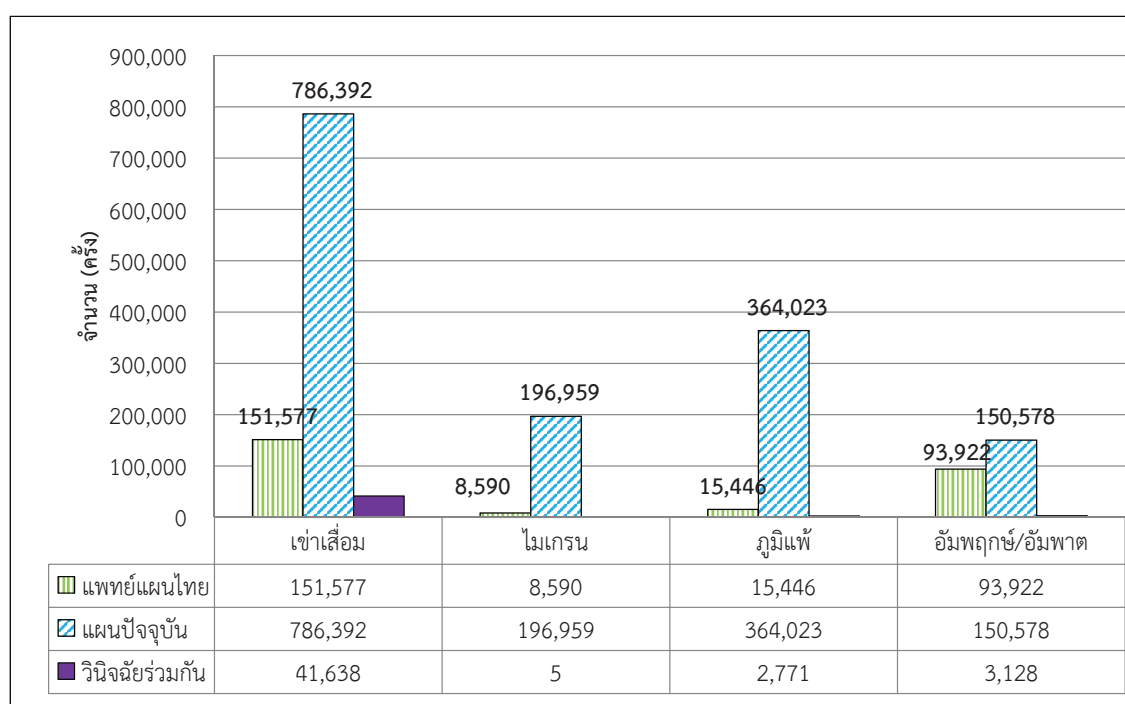
แผนภาพ 3.1 สัดส่วนบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก แผนกผู้ป่วยนอกทุกสิทธิ (ต.ค. 2558 – ก.ย. 2559)



ที่มา : กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, ข้อมูล HDC Service ณ วันที่ 20 ก.ย. 2559

โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จัดคลินิกบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร 4 กลุ่มโรค ในแผนกผู้ป่วยนอกทุกสิทธิ ได้แก่ โรคไมเกรน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น ในปีงบประมาณ 2559 พบว่า โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคที่พบมากที่สุด ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาจากแพทย์แผนไทยและ แพทย์แผนปัจจุบันสูงที่สุด จำนวน 151,577 ครั้ง และ 786,392 ครั้ง จากแผนภาพยังพบว่ามี การส่งต่อ ผู้ป่วยเพื่อการรักษาให้ครบวงจรมากยิ่งขึ้น จำนวน 41,638 ครั้ง รายละเอียดดังแผนภาพ 3.2

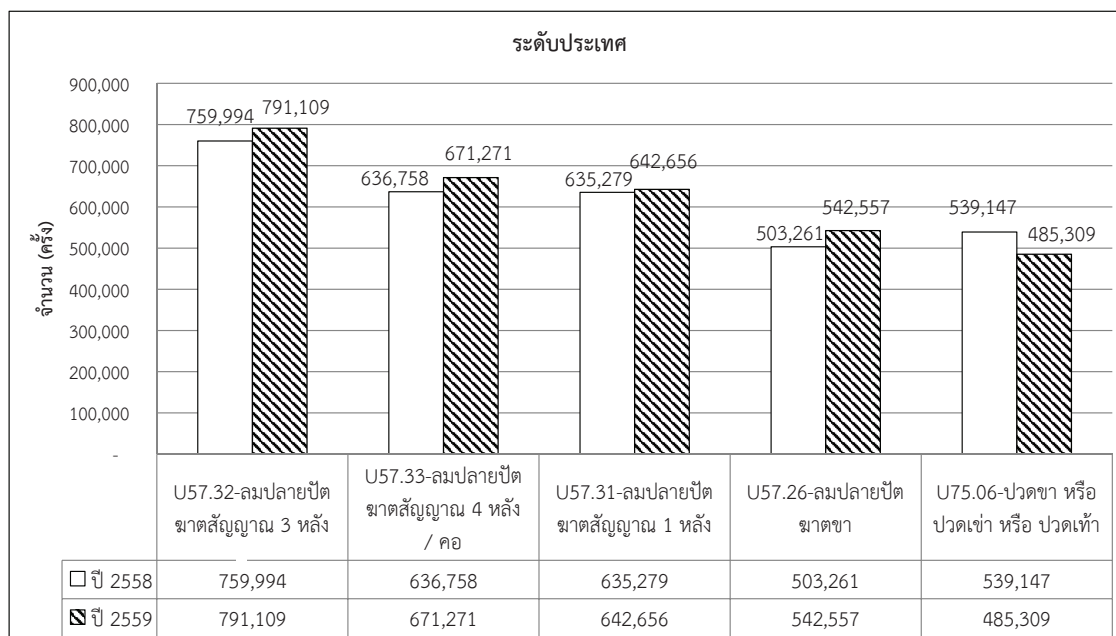
แผนภาพ 3.2 จำนวนครั้งการบริการคลินิกครบวงจร 4 โรค แผนกผู้ป่วยนอกทุกสิทธิ รอบ 12 เดือน (ต.ค. 2558 – ก.ย. 2559) ปีงบประมาณ 2559



ที่มา : กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, ข้อมูล TTM Health Script ณ วันที่ 20 ก.ย. 2559

ข้อมูลการวินิจฉัยโรคการบริการการแพทย์แผนไทยของหน่วยบริการภาครัฐ แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ทุกสิทธิ ใน 12 เขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2558 และปีงบประมาณ 2559 พบว่า กลุ่มโรค และอาการที่มีการวินิจฉัยสูงที่สุด 3 ลำดับแรกจะเหมือนกัน คือ ลมปลายปัตชชาติสัญญาณ 3 หลัง (อาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนเอว และมีการปวดร้าวถึงปลายเท้า) รองลงมา คือ ลมปลายปัตชชาติ สัญญาณ 4 หลัง/คอ (อาการปวดกล้ามเนื้อหลัง ส่วนบ่า คอ สะบัก) และลมปลายปัตชชาติสัญญาณ 1 หลัง (อาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนเอว และปวดร้าวถึงเข่า) ตามลำดับ ดังแผนภาพ 3.3

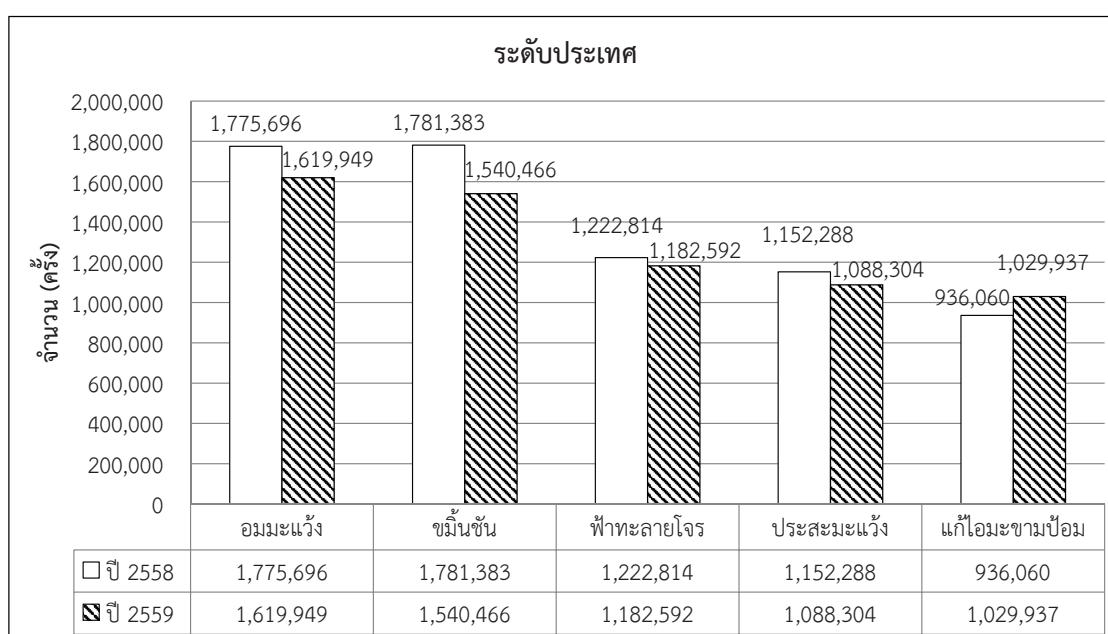
แผนภาพ 3.3 5 อันดับการวินิจฉัยโรคสูงสุด แผนกผู้ป่วยนอกทุกสิทธิ รอบ 12 เดือน



ที่มา : กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, ข้อมูล HDC Service ณ วันที่ 20 ก.ย. 2559

ข้อมูลจำนวนครั้งการจ่ายยาสมุนไพรแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ในหน่วยบริการภาครัฐใน 12 เขตสุขภาพปีงบประมาณ 2558 พบว่า จำนวนครั้งยาสมุนไพรที่มีการใช้สูงสุด คือ ขมิ้นชัน รองลงมายาอมะแว้ง และ ฟ้าทะลายโจร ตามลำดับ ในขณะที่ปีงบประมาณ 2559 พบว่า ยาสมุนไพรที่มีการใช้สูงสุด คือ ยาอมะแว้ง รองลงมาคือ ขมิ้นชัน ดังแผนภาพ 3.4

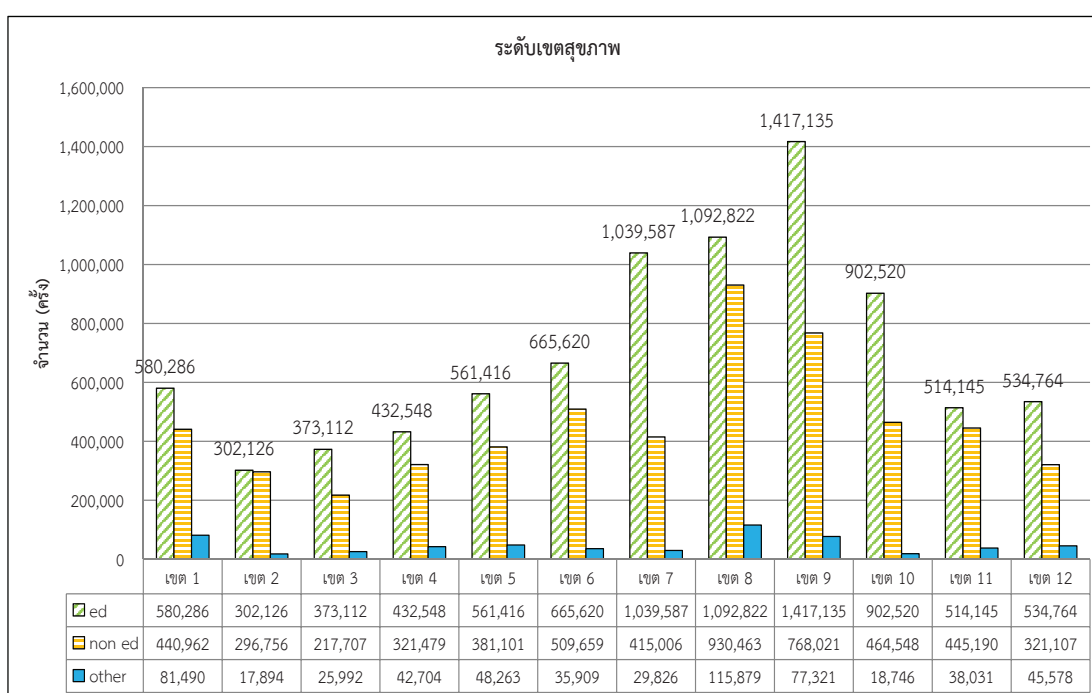
แผนภาพ 3.4 5 อันดับการใช้ยาสมุนไพรสูงสุด แผนกผู้ป่วยนอกทุกสิทธิ รอบ 12 เดือน
ปีงบประมาณ 2558-2559



ที่มา : กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, ข้อมูล HDC Service ณ วันที่ 20 ก.ย. 2559

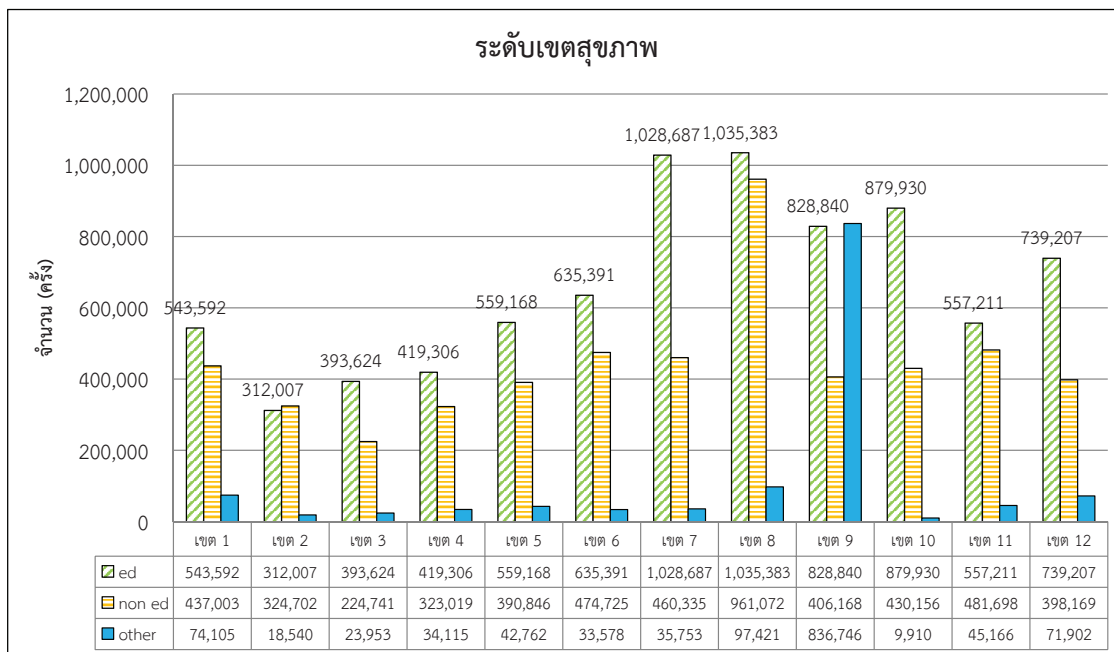
ข้อมูลการจ่ายยาสมุนไพรของหน่วยบริการภาครัฐ ในแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ทุกสิทธิ จำแนกตามประเภทยาสมุนไพร ได้แก่ ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ (Essential Drug: ed) ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (Non-Essential Drug: non ed) และประเภทอื่น ๆ (Others) ในปีงบประมาณ 2558 พบว่า เขตสุขภาพที่ 9 มีการจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นอันดับสูงสุด รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 8 และเขตสุขภาพที่ 7 ตามลำดับ ส่วนปีงบประมาณ 2559 พบว่า เขตสุขภาพที่ 8 มีการจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นอันดับสูงสุด รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 7 และเขตสุขภาพที่ 9 ตามลำดับ ดังแผนภาพ 3.5-3.6

แผนภาพ 3.5 จำนวนครั้งการจ่ายยาสมุนไพรจำแนกตามประเภทยาสมุนไพร แผนกผู้ป่วยนอกทุกสิทธิ รอบ 12 เดือน (ต.ค. 2557-ก.ย. 2558) ปีงบประมาณ 2558



ที่มา : กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, ข้อมูล HDC Service ณ วันที่ 20 ก.ย. 2559

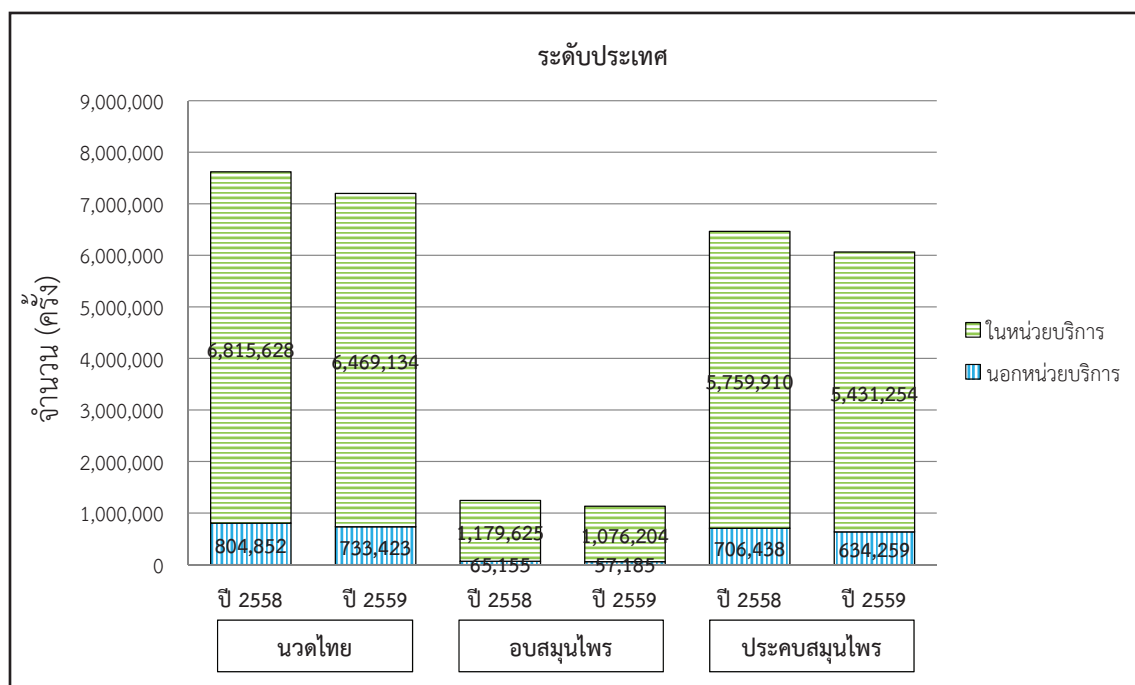
แผนภาพ 3.6 จำนวนครั้งการจ่ายยาสมุนไพรจำแนกตามประเภทยาสมุนไพร แผนกผู้ป่วยนอกทุกสิทธิ รอบ 12 เดือน (ต.ค. 2558–ก.ย. 2559) ปีงบประมาณ 2559



ที่มา : กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, ข้อมูล HDC Service ณ วันที่ 20 ก.ย. 2559

ข้อมูลการบริการ นวดไทย อบสมุนไพร และประคบสมุนไพรของหน่วยบริการภาครัฐ ในแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ทุกสิทธิ ในปีงบประมาณ 2558 และ 2559 ทั้งในและนอกหน่วยบริการ พบว่ามีการให้บริการการนวดไทย เป็นอันดับสูงสุด มากกว่า 6.8 และ 6.4 ล้านครั้ง รองลงมาเป็น การประคบสมุนไพร 5.7 และ 5.4 ล้านครั้ง ตามลำดับ ตามแผนภาพ 3.7

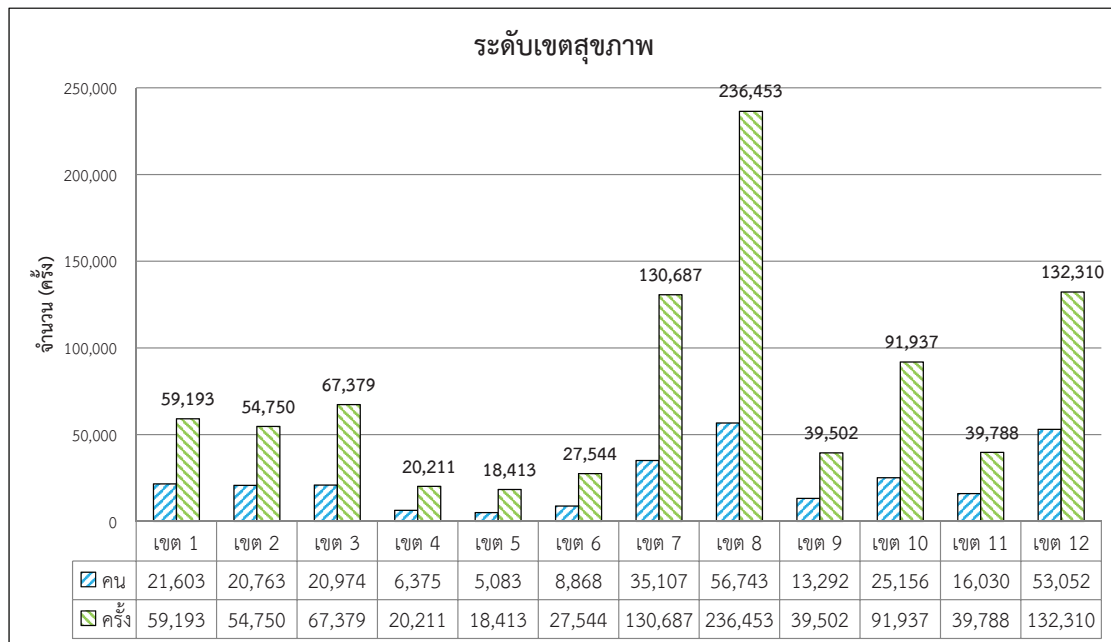
แผนภาพ 3.7 จำนวนครั้งการบริการ นวด อบ ประคบ แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) รอบ 12 เดือน
ปีงบประมาณ 2558 และ 2559 (ใน+นอกหน่วยบริการ)



ที่มา : กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, ข้อมูล HDC Service ณ วันที่ 20 ก.ย. 2559

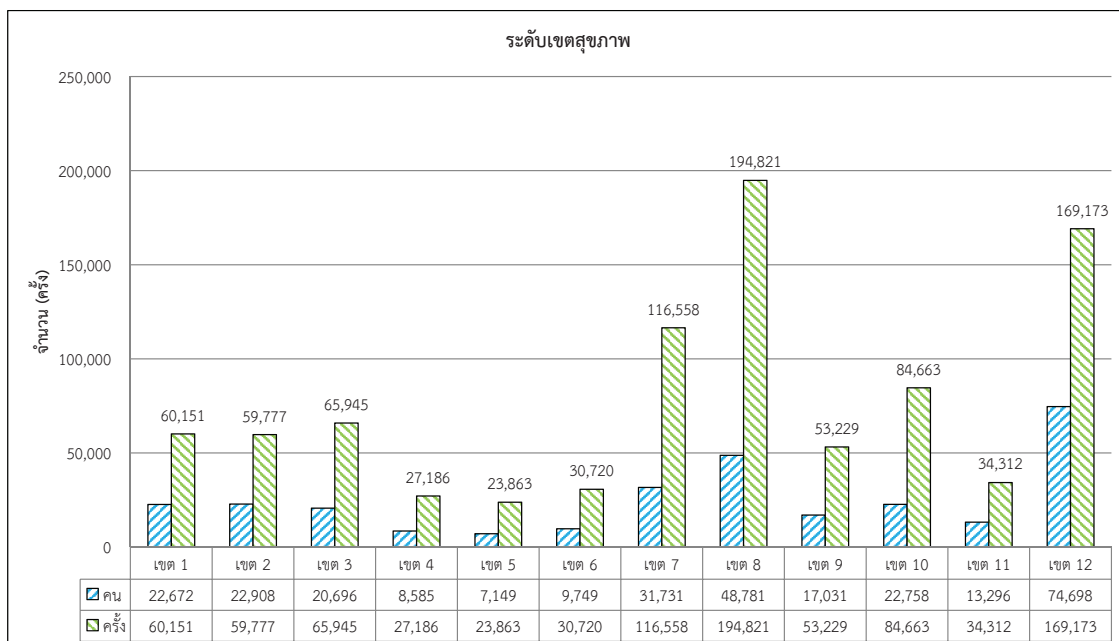
การให้บริการการแพทย์แผนไทยมารดาหลังคลอดของหน่วยบริการภาครัฐใน 12 เขตสุขภาพพบว่า ในปีงบประมาณ 2558 และ 2559 เขตสุขภาพที่ 8 มีการให้บริการการแพทย์แผนไทยมารดาหลังคลอดสูงสุด ในปีงบประมาณ 2558 จำนวน 236,453 ครั้ง (56,743 คน) ส่วนในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 194,821 ครั้ง (48,781 คน) รายละเอียดดังแผนภาพ 3.8–3.9

แผนภาพ 3.8 จำนวนคน/ครั้ง การบริการการแพทย์แผนไทยมารดาหลังคลอด แผนกผู้ป่วยนอกทุกสิทธิ รอบ 12 เดือน (ต.ค. 2557-ก.ย. 2558) ปีงบประมาณ 2558



ที่มา : กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, ข้อมูล HDC Service ณ วันที่ 20 ก.ย. 2559

แผนภาพ 3.9 จำนวนคน/ครั้ง การบริการการแพทย์แผนไทยมารดาหลังคลอด แผนกผู้ป่วยนอกทุกสิทธิ รอบ 12 เดือน (ต.ค. 2558-ก.ย. 2559) ปีงบประมาณ 2559



ที่มา : กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, ข้อมูล HDC Service ณ วันที่ 20 ก.ย. 2559

3.2 การพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนจีน

3.2.1 การดำเนินการด้านพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐานการแพทย์แผนจีน

ในทศวรรษที่ผ่านมา กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันการแพทย์ไทย-จีน ได้ส่งเสริมและพัฒนาระบบองค์ความรู้และมาตรฐานด้านการแพทย์แผนจีน เพื่อนำไปใช้ในระบบสุขภาพของรัฐบาลอย่างมีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับภารกิจหลักของกระทรวงสาธารณสุข อันจะนำไปสู่การพัฒนาให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ ด้วยยุทธศาสตร์แห่งการพึ่งตนเอง

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยสถาบันการแพทย์ไทย-จีน ได้ทำหน้าที่พัฒนามาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานบริการ สถานพยาบาล สมรรถนะบุคลากร และสารสนเทศด้านการแพทย์แผนจีน ได้สร้างผลงานมากมายที่เป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์แผนจีนและสนับสนุนงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ได้ปฏิบัติหน้าที่ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1) **มาตรฐานหลักสูตร** ได้เป็นแกนหลักในการดำเนินการและสนับสนุนให้เกิดหลักสูตรต่าง ๆ ด้านการแพทย์แผนจีน เช่น หลักสูตรฝึกอบรมการฝังเข็มระยะเวลา 3 เดือนสำหรับแพทย์แผนปัจจุบัน หลักสูตรแพทย์จีนบัณฑิต หลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนจีน หลักสูตรการฝังเข็มรักษาโรคเฉพาะทาง หลักสูตรฝึกอบรมอื่น ๆ เป็นต้น

2) **แนวปฏิบัติทางคลินิก** ได้ร่วมกับเครือข่ายแพทย์ฝังเข็มจัดทำแนวทางการฝังเข็มรักษาโรคที่พบบ่อยในประเทศไทย จำนวน 96 โรค

3) **มาตรฐานยาและสมุนไพร** ในฐานะสมาชิกร่วมทำงานในคณะกรรมการวิชาการด้านการแพทย์แผนจีนขององค์การระหว่างประเทศว่าด้วยการมาตรฐาน (International Standard Organization / Technical Committee 249: ISO/TC 249) ได้เป็นแกนหลักในการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข พิจารณามาตรฐานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรและผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพร และเสนอความเห็นในคณะกรรมการวิชาการด้านการแพทย์แผนจีนขององค์การระหว่างประเทศว่าด้วยการมาตรฐาน นอกจากนี้ ยังได้ร่วมกับเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ จัดทำมาตรฐานสมุนไพรจีนที่ใช้บ่อยในประเทศไทย รวมทั้งได้ศึกษาวิจัยการผลิตและการแปรรูปสมุนไพรจีนที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจเพื่อลดการนำเข้า และการวิจัยเห็ดหลินจือและสปอร์เห็ดหลินจือในประเทศไทย

4) **มาตรฐานวัสดุและเครื่องมือแพทย์** ได้เป็นแกนหลักในการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข พิจารณามาตรฐานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวัสดุและเครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในการแพทย์แผนจีน และเสนอความเห็นในคณะกรรมการวิชาการด้านการแพทย์แผนจีนขององค์การระหว่างประเทศว่าด้วยการมาตรฐาน นอกจากนี้ยังได้จัดทำข้อกำหนดคุณภาพของเข็มฟลิฟอรัม และเผยแพร่ให้กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในประเทศ เพื่อให้ข้อคิดเห็นและนำมาปรับปรุงเป็นมาตรฐานต่อไปในอนาคต รวมทั้งได้จัดทำ (ร่าง) มาตรฐานหม้อต้มยาสมุนไพร

5) **มาตรฐานตำรา** ได้ดำเนินการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาการแพทย์แผนจีนให้เข้มแข็งและเป็นประโยชน์ต่อสังคมไทย โดยได้ผลิตตำราวิชาการที่เกี่ยวข้อง จำนวน 18 เล่ม ซึ่งตำราเหล่านี้ได้

รับการรับรองจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีนให้เป็นตำราอ้างอิงด้านการแพทย์แผนจีนของประเทศ

6) **สารสนเทศด้านการแพทย์แผนจีน** ได้ดำเนินการจัดทำฐานข้อมูลด้านการแพทย์แผนจีน ได้แก่ ข้อมูลองค์ความรู้ ข้อมูลกำลังคน ข้อมูลสถานพยาบาล และข้อมูลสถาบันการศึกษา โดยมีการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน รวมทั้งให้บริการข้อมูลดังกล่าวแก่ประชาชนและผู้สนใจทั่วไป

3.2.2 การพัฒนาการจัดทำมาตรฐานระบบข้อมูลการให้บริการการแพทย์แผนจีน

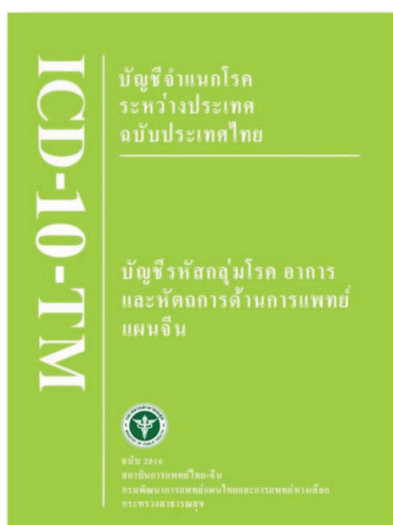
ปัจจุบันการให้บริการการแพทย์แผนจีนนับเป็นการแพทย์ทางเลือกที่ได้รับความนิยมเลือกใช้บริการรักษาอาการเจ็บป่วยจากประชาชนอย่างกว้างขวาง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเองมีสถานพยาบาลที่เปิดให้บริการฝังเข็มรักษาผู้ป่วยมากกว่า 200 แห่ง แต่การจัดเก็บข้อมูลการให้บริการดังกล่าวยังไม่มีระบบการจัดเก็บที่เป็นมาตรฐานที่จะสามารถเรียกใช้ข้อมูลการรักษาดังกล่าวมาใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนาการรักษา การพัฒนาบุคลากรและการศึกษาวิจัย ตลอดจนเพื่อการใช้สิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบสาธารณสุขของประเทศอย่างมีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง

เพื่อให้การบันทึกข้อมูลการให้บริการการแพทย์แผนจีน เป็นไปอย่างมีระบบและเป็นมาตรฐานเดียวกัน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดย สถาบันการแพทย์ไทย-จีน จึงได้จัดทำโครงการพัฒนามาตรฐานการจัดเก็บข้อมูลการให้บริการการแพทย์แผนจีนขึ้น เพื่อให้การจัดบริการการแพทย์แผนจีนในสถานพยาบาลภาครัฐสามารถส่งต่อข้อมูลการจัดเก็บในระบบ 43 แห่งของกระทรวงสาธารณสุข และสามารถเรียกใช้ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยและพัฒนาการให้บริการที่มีมาตรฐาน

สถาบันการแพทย์ไทย-จีน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร่วมกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดมาตรฐานรหัสกลุ่มโรคอาการและหัตถการด้านการแพทย์แผนจีน ซึ่งได้ใช้ **เลขรหัสคลินิก หรือ ICD-10-TM เป็น U78 - U79** การพัฒนามาตรฐานการจัดเก็บข้อมูลการให้บริการการแพทย์แผนจีนในหน่วยบริการให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย (1) กลุ่มโรคทางด้านการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine) (2) อาการและกลุ่มอาการด้านการแพทย์แผนจีน (Pattern in Identification/Syndrome Identification in Chinese Medicine) (3) หัตถการด้านการแพทย์แผนจีน (Procedure in Chinese Medicine) โดยได้คัดเลือกโรค อาการ และหัตถการด้านการแพทย์แผนจีนที่พบบ่อยในประเทศไทย มาจัดทำเป็นหมวดหมู่ และกำหนดรหัสขึ้นโดยได้ศึกษาข้อมูลจากหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายจากรัฐบาลในการจัดทำมาตรฐานด้านข้อมูลข่าวสารของสาธารณสุขประชาชนจีน และตำรามาตรฐานด้านข้อมูลข่าวสารขององค์การอนามัยโลก (WHP International Standard Terminologies on Traditional Medicine in the Western Pacific Region) รวมทั้งตำราอ้างอิงอื่น ๆ ในปี พ.ศ. 2558 สถาบันการแพทย์ไทย-จีน ได้จัดอบรมนำร่องให้กับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ที่ให้บริการการแพทย์แผนจีน เพื่อจัดเก็บข้อมูลด้านการแพทย์แผนจีน โดยระยะแรกเริ่มด้วยการจัดเก็บข้อมูลการให้บริการฝังเข็ม ซึ่งมีการเปิดให้บริการในโรงพยาบาลหลายแห่ง และอยู่ระหว่างการอบรมการจัดเก็บข้อมูล

การแพทย์แผนจีนแก่ผู้ให้บริการ ตลอดจนเจ้าหน้าที่เวชระเบียนของสถานพยาบาลมีความเข้าใจในวิธีการลงรหัสโรคและรหัสหัตถการได้อย่างถูกต้อง โดยได้จัดทำหนังสือบัญชีรหัสกลุ่มโรค อาการ และหัตถการด้านการแพทย์แผนจีน และคู่มือการบันทึกเวชระเบียนและการให้รหัสโรคสำหรับการวินิจฉัยโรคและหัตถการแพทย์แผนจีน เพื่อเผยแพร่ด้วย ดังรูปที่ 3.1–3.2

รูปที่ 3.1 บัญชีรหัสกลุ่มโรค อาการ และหัตถการด้านการแพทย์แผนจีน



รูปที่ 3.2 คู่มือการบันทึกเวชระเบียนและการให้รหัสโรคสำหรับการวินิจฉัยโรคและหัตถการแพทย์แผนจีน



3.2.3 การจัดทำมาตรฐานตำรา

ในระหว่างปี พ.ศ. 2556 – 2558 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันการแพทย์ไทย-จีน ได้ดำเนินการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาการแพทย์แผนจีนให้เข้มแข็งและเป็นประโยชน์ต่อสังคมไทย โดยได้ผลิตตำราวิชาการที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมและได้เสนอคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีนเพื่อพิจารณา คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีนได้พิจารณาแล้วมีมติเห็นชอบให้ตำราที่ผลิตโดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 2 เล่ม ให้เป็นตำราอ้างอิงด้านการแพทย์แผนจีน ได้ออกประกาศเมื่อ วันที่ 15 มีนาคม 2554 และวันที่ 14 สิงหาคม 2554 ให้การรับรองตำราทั้ง 16 เล่ม รวมทั้งสิ้น 18 เล่ม ว่าเป็นตำราที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิชาการแพทย์แผนจีนสำหรับผู้ที่จะประกอบวิชาชีพและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน ตำราที่เพิ่มเติมดังกล่าว ได้แก่ (1) ตำรา การฝังเข็มรมยา เล่ม 5 (2) มาตรฐานสมุนไพรจีนในประเทศไทย เล่ม 1 ดังรูปที่ 3.3 และหนังสือที่พิมพ์แล้วเสร็จในปี พ.ศ. 2559 รอมติจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีนเห็นชอบให้เป็นตำราอ้างอิงด้านการแพทย์แผนจีน จำนวน 5 เล่ม ได้แก่ (1) พจนานุกรมศัพท์การแพทย์แผนจีนเล่มที่ 2 (2) มาตรฐานสมุนไพรจีนในประเทศไทย เล่ม 2 (3) ฝังเข็มร่วมรักษาโรค เล่ม 1 (4) ตำราฝังเข็ม-ลมยา เล่ม 1 และ (5) สมุนไพรไทย-จีนที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจ-ตามรูปที่ 3.4

รูปที่ 3.3 ตำราอ้างอิงด้านการแพทย์แผนจีน ที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีน



รูปที่ 3.4 ตำราอ้างอิงด้านการแพทย์แผนจีน ที่รวมติดจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีน



3.2.4 กำลังคนด้านการแพทย์แผนจีน

จากความต้องการการบริการด้านการแพทย์แผนจีนที่มากขึ้น ทำให้มีความต้องการบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริการการแพทย์แผนจีนมากยิ่งขึ้น สถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน เริ่มเปิดหลักสูตรการเรียนการสอนระดับปริญญาตรี รวมทั้งการอบรมระยะสั้น ได้แก่ การฝังเข็มระยะ เวลา 3 เดือน สำหรับแพทย์แผนปัจจุบัน การฝังเข็มรักษาโรคเฉพาะทาง ฯลฯ กันมากขึ้น

ในปี พ.ศ. 2547–2558 มีสถาบันการศึกษาที่เปิดสอนหลักสูตรปริญญาตรี หรือ ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี สาขาการแพทย์แผนจีน ที่กรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีน ให้การรับรองแล้ว รวมทั้งสิ้น 7 สถาบัน ได้แก่ 1) มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ 2) มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม 3) วิทยาลัยนครราชสีมา 4) วิทยาลัยเชียงราย 5) มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง 6) มหาวิทยาลัยพะเยา 7) มหาวิทยาลัยรังสิต ได้ผลิตบุคลากรที่สำเร็จการศึกษาแล้วทั้งสิ้น 596 คน ในจำนวนนี้มีผู้สอบขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีนแล้วทั้งสิ้น 461 คน คิดเป็นร้อยละ 77.35 และอยู่ระหว่างการศึกษากำหนด 1,439 คน รายละเอียดตามตาราง 3.2

ตาราง 3.2 ข้อมูลสถาบันการศึกษาที่ผลิตบัณฑิตสาขาการแพทย์แผนจีน ข้อมูล ณ ปีการศึกษา 2558

สถาบัน	นักศึกษา จบทั้งสิ้น (คน)	บัณฑิตที่สอบได้ ใบประกอบ โรคศิลปะ (คน)	กำลังศึกษา อยู่ทั้งสิ้น (คน)
1. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ	334	303	697
2. มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม	233	151	252
3. วิทยาลัยนครราชสีมา	29	7	116
4. วิทยาลัยเชียงราย	-	-	32
5. มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง	-	-	115
6. มหาวิทยาลัยพะเยา	-	-	143
7. มหาวิทยาลัยรังสิต	-	-	84
รวม	596	461	1,439

ที่มา : ข้อมูลจากการสำรวจสถาบันการศึกษา ข้อมูล ณ ปีการศึกษา 2558

จากข้อมูลสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พบว่ามีผู้ขึ้นทะเบียนไว้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552–2559 สาขาการแพทย์แผนจีนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีจำนวนทั้งสิ้น 871 คน โดยปี พ.ศ. 2552 มีจำนวนแพทย์จีนที่สืบทอดจากบรรพบุรุษ จำนวน 312 คน ไม่มีการเพิ่มจำนวน ในขณะที่แพทย์จีนที่สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยทั้งในประเทศและต่างประเทศเพิ่มขึ้นสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึงปัจจุบัน จำนวน 559 คน (สิงหาคม 2559)

นอกจากการผลิตบุคลากรแพทย์จีนแล้ว ยังมีแพทย์ฝังเข็มซึ่งเป็นแพทย์แผนปัจจุบันที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการฝังเข็ม 3 เดือน ซึ่งมีสถาบันที่จัดการอบรม 2 แห่ง ได้แก่ สถาบันการแพทย์ไทย-จีน กระทรวงสาธารณสุข กรมแพทย์ทหารบก กระทรวงกลาโหม สถาบันจัดการอบรมทั้ง 2 แห่งนี้ใช้หลักสูตรมาตรฐานการฝังเข็ม ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำขึ้น โดยความช่วยเหลือจากมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้ สาธารณรัฐประชาชนจีน สำหรับผู้เชี่ยวชาญที่มาเป็นวิทยากรนั้น เป็นไปตามข้อตกลงความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนจากสาธารณรัฐประชาชนจีน ได้แก่ มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้ให้การอบรมที่จัดโดยสถาบันการแพทย์ไทย-จีน มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเฉิงตูให้การอบรมที่จัดโดยสถาบันพระบรมราชชนก ส่วนมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเทียนจินให้การอบรมที่จัดโดยกรมแพทย์ทหารบก ปัจจุบันมีแพทย์แผนปัจจุบันผ่านการอบรมหลักสูตรการฝังเข็ม 3 เดือน จำนวนทั้งสิ้น 1,649 คน รายละเอียดตามตาราง 3.3

ตาราง 3.3 จำนวนแพทย์ฝังเข็มที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการฝังเข็ม 3 เดือน ปี พ.ศ. 2541-2559

ปี พ.ศ.	รุ่นที่	จำนวนแพทย์ฝังเข็มที่ผ่านการอบรม (คน)			
		สถาบันการแพทย์ไทย-จีน	สถาบันพระบรมราชชนก	กรมแพทย์ทหารบก	รวม
สะสม 2541 – 2555	1-27 /ท 1-7	466	570	338	1,374
2556	28	—	43	—	104
	ท8	—	—	61	
2557	29	41	—	—	101
	ท9	—	—	60	
2558	30	38	—	—	38
2559	31	32	—	—	32
รวมทั้งสิ้น		577	613	459	1,647

ที่มา : สถาบันการแพทย์ไทย-จีน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ข้อมูล ณ สิงหาคม 2559

3.3 กำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน

ปัจจุบันสถานการณ์กำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการภาครัฐยังเป็นปัญหาทั้งด้านคุณภาพ มาตรฐาน และเพียงพอต่อการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพของประชาชนและการส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน ได้แก่ กลุ่มหมอฟันบ้าน กลุ่มวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ และกลุ่มวิชาชีพการแพทย์แผนไทย แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ (1) เวชกรรมไทย (2) เกษัชกรรมไทย (3) การนวดไทย (4) การผดุงครรภ์ไทย (5) การแพทย์พื้นบ้านไทย

การศึกษากำลังคนแต่ละกลุ่ม ประกอบด้วย 1) สถานการณ์กำลังคน 2) สถานการณ์การผลิต 3) การกระจายกำลังคน และ 4) การสูญเสียกำลังคน

ก. กลุ่มหมอฟันบ้าน

1) สถานการณ์กำลังคน

หมอฟันบ้าน หมายความว่า “บุคคลซึ่งมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น ด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งในทุก ๆ หมู่บ้านจะมีชาวบ้านที่ชุมชนรับรู้และยอมรับว่าเป็นหมอฟันบ้านอยู่”

โดยหมอฟันบ้านแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

(1) หมอฟันบ้านที่ส่วนราชการรับรองความรู้และผ่านการประเมินหรือสอบตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จนถึงปี พ.ศ. 2556 เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย มีจำนวน 165 คน และไม่มีการเพิ่มจำนวน (พฤษภาคม 2559)

(2) หมอฟันบ้านที่ได้รับรองตามระเบียบกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ว่าด้วยการออกหนังสือรับรองหมอฟันบ้าน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 จำนวน 2,427 คน (สิงหาคม 2559)

(3) หมอฟันบ้านที่มีอยู่ในฐานข้อมูลสำนักงานนายทะเบียนกลางของกองคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและพื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข มีจำนวน 57,665 คน (พฤษภาคม 2559)

2) สถานการณ์การผลิต

เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย ที่เกี่ยวข้องในการประเมินหมอฟันบ้าน เพื่อให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย จึงทำให้จำนวนหมอฟันบ้านกลุ่มนี้ ไม่มีการเพิ่มจำนวนขึ้นนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556

สำหรับหมอฟันบ้านอีก 2 กลุ่มนั้น จำนวนจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงนั้น ขึ้นอยู่กับการสำรวจและปรับปรุงฐานข้อมูลหมอฟันบ้านของนายทะเบียนจังหวัดทั้ง 76 จังหวัด

3) การกระจายตัวกำลังคน

3.1) หมอพื้นบ้านที่ส่วนราชการรับรองและผ่านการประเมินความรู้การแพทย์พื้นบ้านไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จนถึงปี พ.ศ. 2556 สภาการแพทย์แผนไทยได้รับรองเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย จำนวน 165 คน ซึ่งมีความชำนาญการรักษาโรคได้หลายด้าน แต่บางคนมีความชำนาญ เฉพาะด้านเพียงด้านเดียว ส่วนใหญ่จำนวน 109 คน มีความชำนาญในการรักษาด้วยยาสมุนไพร รองลงมา มีความชำนาญด้านการรักษากระดูก จำนวน 39 คน โดยมีกระจายตามภูมิภาคตามตาราง 3.4 พบมากในภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคละ 47 คน

ตาราง 3.4 ปริมาณ การกระจายตัว และประเภทความชำนาญผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย*

ปริมาณการกระจายตัว		ประเภทความชำนาญ					
ภาค	จำนวนหมอพื้นบ้าน	ยาสมุนไพร	กระดูก	นวด จับเส้น ย่ำขาง ตอกเส้น เช็ดแตก	แก้ปวด แก้กษิ	พิธีกรรม หมอธรรม	หมอเวชกรรม
เหนือ	37	21	10	10	1	1	1
ใต้	47	26	18	1	2	-	-
ตะวันออกเฉียงเหนือ	47	35	9	2	2	2	-
กลาง	34	27	2	2	2	-	-
รวม	165	109	39	15	7	3	1

*ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย 1 คน มีความชำนาญมากกว่า 1 ประเภท

ที่มา : กองการแพทย์พื้นบ้านไทย, 16 พฤษภาคม 2559

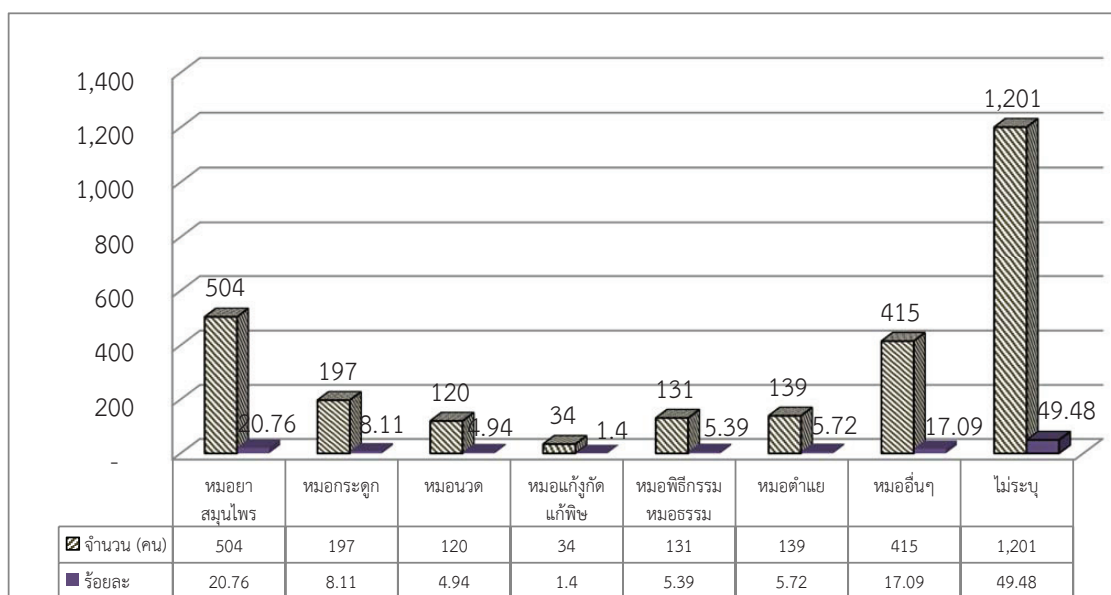
อายุของหมอพื้นบ้าน : หมอพื้นบ้านเหล่านี้มีอายุน้อยที่สุด 41 ปี อายุมากที่สุด 95 ปี หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ จำนวน 106 คน จาก 165 คน มีอายุระหว่าง 61-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.24

3.2) หมอพื้นบ้านที่ได้รับรองตามระเบียบกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ว่าด้วยการออกหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 จำนวน 2,427 คน จากข้อมูลกองการแพทย์พื้นบ้านไทย ณ สิงหาคม 2559 พบการกระจายตามภูมิภาคดังนี้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 2,140 คน ภาคใต้ 136 คน ภาคกลาง 141 คน และภาคเหนือ 10 คน

เมื่อจำแนกตามประเภทของความชำนาญ พบว่า สามารถแยกความชำนาญของหมอพื้นบ้าน ได้จำนวน 1,226 คน หมอพื้นบ้าน จำนวน 1,201 คน มีรายละเอียดข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงไม่สามารถแยกความชำนาญของหมอพื้นบ้านได้ หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีความชำนาญในการรักษาโรคได้หลายด้าน หรือชำนาญในการรักษามากกว่า 1 ประเภท

อย่างไรก็ตาม เมื่อจัดกลุ่มประเภทความชำนาญที่โดดเด่น พบว่า หมอพื้นบ้านมีความชำนาญในการรักษาด้วยยาสมุนไพร จำนวน 504 คน รองลงมา มีความชำนาญด้านการรักษาอื่น ๆ ซึ่งหมายถึง กลุ่มหมอเป่า หมอไสยศาสตร์ หมอฝังเข็ม หมอดู และหมอเหยา จำนวน 415 คน

แผนภาพ 3.10 จำนวนและร้อยละประเภทความชำนาญของหมอพื้นบ้าน ที่ได้รับรองตามระเบียบกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



หมอพื้นบ้าน 1 คน มีความชำนาญการรักษามากกว่า 1 ประเภท

ที่มา : กองการแพทย์แผนไทย, 25 สิงหาคม 2559

4) การสูญเสียกำลังคน

เนื่องจากหมอพื้นบ้านหรือผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ด้านการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่มีอายุมากและส่วนใหญ่ไม่มีศิษย์หรือผู้สืบทอดต่อ ดังนั้น การเสียชีวิตเนื่องจากชรภาพจะเป็นปัจจัยหลักในการสูญเสียกำลังคนของหมอพื้นบ้าน และที่สำคัญที่สุดคือ การสูญเสียความรู้ในเชิงประจักษ์ของหมอพื้นบ้าน ดังนั้น มีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนในการถอดบทเรียนและบันทึกความรู้ของหมอพื้นบ้าน รวมทั้งมีกลไกในการส่งเสริมคนรุ่นใหม่มาสืบทอดความรู้ ซึ่งในระหว่างปี พ.ศ. 2557-2558 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยกองการแพทย์แผนไทย ได้ร่วมมือกับเครือข่ายมหาวิทยาลัยที่มีการจัดการเรียนการสอนด้านการแพทย์แผนไทย ได้ถอดความรู้ในตัวหมอพื้นบ้านกว่า 1,550 คน หมอพื้นบ้านกลุ่มนี้ ปัจจุบันได้เสียชีวิตไปแล้วจำนวนไม่น้อยกว่า 27 คน

ข. กลุ่มวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนไทยประยุกต์

1) สถานการณ์กำลังคน

(1) ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 12 (2) (ก) หมายถึง ผู้ที่ได้รับการอบรมจากสถาบันหรือสถานพยาบาลที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง โดยมีผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้ เป็นผู้ให้การอบรมและต้องสอบผ่านความรู้ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย

ผู้ประกอบวิชาชีพในกลุ่มนี้นับเป็นกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยที่มีความสำคัญมาก และเป็นรากฐานของการบริการการแพทย์แผนไทยในระบบสุขภาพภาคประชาชน เพราะมีระบบการเรียน การสอนที่สืบทอดมาแต่อดีต โดยสมาคม มูลนิธิ และชมรมด้านการแพทย์แผนไทย และมีหมอแผนไทยที่มีความรู้จากการสืบทอดจากครูบาอาจารย์และคัมภีร์การแพทย์แผนไทยดั้งเดิม

(2) ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 12 (2) (ข) หมายถึง ผู้ที่ได้รับปริญญา หรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาสาขาการแพทย์แผนไทยหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์จากสถาบันการศึกษาที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง และต้องสอบผ่านความรู้ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย

จากข้อมูลสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ได้ตรวจสอบจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยที่เป็นยอดสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2472-2555 ซึ่งไม่มีระบบการตรวจสอบจำนวนผู้ที่เสียชีวิต โดยการนับเป็นรายบุคคล ณ กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย มีจำนวน 30,371 คน

สภาการแพทย์แผนไทยมีข้อมูลผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ที่จำแนกประเภทใบประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยทั้ง 5 ด้าน และผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ดังตาราง 3.5

ตาราง 3.5 จำนวนใบประกอบวิชาชีพและผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์*

ปี พ.ศ.	จำนวนใบประกอบวิชาชีพและผู้ประกอบวิชาชีพ				
	เวชกรรมไทย (ใบ)	เภสัชกรรมไทย (ใบ)	การผดุงครรภ์ไทย (ใบ)	การนวดไทย (ใบ)	แพทย์แผนไทยประยุกต์ (คน)
ยอดสะสม 2555	19,676	26,874	7,755	2,730	1,645
2556	334	762	880	419	345
2557					338
2558	660	525	351	710	240
รวม	20,670	28,161	8,986	3,859	2,568

* กลุ่มวิชาชีพการแพทย์แผนไทยฯ 1 คน มีใบประกอบวิชาชีพมากกว่า 1 ใบ

ที่มา: สภาการแพทย์แผนไทย, กรกฎาคม 2559

เมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางข้างต้น พบว่า ปี พ.ศ. 2556-2558 จำนวนใบประกอบวิชาชีพฯ หรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น จำนวน 4,641 ใบ/คน โดยด้านเภสัชกรรมไทย มากที่สุด จำนวน 1,287 ใบ/คน รองลงมาด้านการผดุงครรภ์ไทย จำนวน 1,231 ใบ/คน ด้าน การนวดไทย จำนวน 1,129 ใบ/คน และด้านเวชกรรมไทย 994 ใบ/คน ตามลำดับ ส่วนการแพทย์ แผนไทยประยุกต์เพิ่มขึ้น จำนวน 923 คน

แต่หากแยกเป็นจำนวนรายบุคคล ไม่สามารถระบุจำนวนได้ เนื่องจากผู้ประกอบวิชาชีพ การแพทย์แผนไทยในหนึ่งคนสามารถสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย สาขา การแพทย์แผนไทยได้ถึง 4 ด้าน ส่วนหนึ่งเป็นผู้ที่เคยศึกษาจากสถาบันการศึกษาที่สภาการแพทย์ แผนไทยรับรอง (ประเภท ข) และได้รับมอบตัวเป็นศิษย์จากครูที่มีใบอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้ในด้าน นั้น ๆ เพื่อสามารถมาสอบความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย (ประเภท ก) ในระหว่างที่กำลังศึกษาอยู่ จึงเป็นปัญหาในการจัดทำฐานข้อมูลจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ซึ่งในขณะนี้อยู่ระหว่าง ดำเนินการของสภาการแพทย์แผนไทย

***อนาคตหากสภาการแพทย์แผนไทย ดำเนินการจัดทำหนังสือสำคัญการเป็นสมาชิกการแพทย์ แผนไทย ก็จะสามารถระบุจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยได้ เนื่องจากในหนึ่งคนจะมีเลข สมาชิกได้เพียงเลขเดียวเท่านั้น*

ซึ่งหนังสือสำคัญการเป็นสมาชิกการแพทย์แผนไทย หรือบัตรสมาชิกการแพทย์แผนไทย ยังสามารถใช้ประกอบการขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต และเป็นเอกสารยืนยันตัวบุคคลในการเป็น ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ประเภทการนวดไทยที่เป็นผู้พิการทางการมองเห็นหรือสายตา สภาการแพทย์แผนไทย ข้อมูล ณ กันยายน 2559 มียอดสะสมผู้ที่สามารถสอบผ่านและ ขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ด้านการนวดไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2555 ได้จำนวน 34 คน จากผู้พิการทางการมองเห็นที่มีสิทธิ์สอบความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 12 (2) (ก) จำนวน 80 คน ส่วนในปี พ.ศ. 2556 ไม่มีการจัดสอบ สำหรับปี พ.ศ. 2557-2558 มีผู้พิการทางการมองเห็นสอบผ่านได้ใบประกอบวิชาชีพฯ จำนวน 10 คน และ 36 คน ตามลำดับ

2) สถานการณ์การผลิต

2.1 สถาบันหรือสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้สำหรับการฝึกอบรม ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

ปัจจุบันการผลิตกำลังคนที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 12 (2) (ก) ต้องผลิตโดยสถาบันหรือสถานพยาบาลที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง ตามข้อบังคับสภาการแพทย์ แผนไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการรับรองและดำเนินการของสถาบันหรือ สถานพยาบาล ซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้ สำหรับการฝึกอบรมในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2557 และต้องสอบผ่านความรู้ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย

ในข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการสอบความรู้ใน วิชาชีพการแพทย์แผนไทยของผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมจากสถาบันหรือสถานพยาบาลที่สภาการแพทย์

แผนไทยรับรอง พ.ศ. 2557 มีรายละเอียดดังนี้

ข้อ 1. เป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมจากสถาบันหรือสถานพยาบาลที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง โดยมีผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้เป็นผู้ให้การอบรม (กรณีผู้ที่เคยมอตัวเป็นศิษย์สามารถใช้หลักฐานใบรับมอตัวศิษย์ ในการสมัครสอบความรู้วิชาชีพการแพทย์แผนไทยได้)

****หากสำเร็จการฝึกอบรมในแต่ละด้าน สถาบันหรือสถานพยาบาลจะออกใบประกาศนียบัตร และส่งรายชื่อผู้สำเร็จการฝึกอบรมมายังสภาการแพทย์แผนไทย เพื่อเป็นหลักฐานในการสมัครสอบความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 12 (2) (ก) ต่อไป**

ข้อ 2 เป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ ดังต่อไปนี้

(1) ด้านเวชกรรมไทย ได้รับการฝึกอบรมในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ด้านเวชกรรมไทย ไม่น้อยกว่าสามปี

(2) ด้านเภสัชกรรมไทย ได้รับการฝึกอบรมในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ด้านเภสัชกรรมไทย ไม่น้อยกว่าสองปี

(3) ด้านการผดุงครรภ์ไทย ได้รับการฝึกอบรมในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ด้านการผดุงครรภ์ไทยไม่น้อยกว่าหนึ่งปี

(4) ด้านการนวดไทย ได้รับการฝึกอบรมในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ด้านการนวดไทย ไม่น้อยกว่าสองปี

การผลิตกำลังคน 4 ด้านนั้นมีรายชื่อสถาบันหรือสถานพยาบาล ที่ได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้สำหรับการฝึกอบรมในวิชาชีพการแพทย์แผนไทยจากสภาการแพทย์แผนไทย มีจำนวน 140 แห่ง สามารถจัดเป็นกลุ่ม รายละเอียดดังตาราง 3.6 ได้ดังนี้

สถานพยาบาล ภาคเอกชน	จำนวน 39 แห่ง
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	จำนวน 32 แห่ง
กลุ่มสมาคม กลุ่มองค์กรวิชาชีพ กลุ่มโรงเรียน	จำนวน 27 แห่ง
โรงพยาบาล ภาครัฐ	จำนวน 17 แห่ง
กลุ่มสถาบันการศึกษา	จำนวน 12 แห่ง
กลุ่มเครือข่ายองค์กรผู้พิการทางสายตา/เด็กพิการ	จำนวน 7 แห่ง
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	จำนวน 3 แห่ง
ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน	จำนวน 2 แห่ง
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	จำนวน 1 แห่ง

ตาราง 3.6 รายชื่อสถาบันหรือสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้จากสภาการแพทย์แผนไทย

ลำดับ	สถาบัน/สถานพยาบาล	จังหวัด	หลักสูตรที่ได้รับอนุญาตฯ						
			เวชกรรมไทย	เภสัชกรรมไทย	ผดุงครรภ์ไทย	การนวดไทย	ปีที่รับรอง	ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	ปีที่รับรอง
สมาคม									
1	สมาคมแพทย์แผนไทย	ชุมพร				/	2552	/	2551
2	สมาคมวิชาชีพการนวดไทย	นนทบุรี				/	2552	/	2551
3	สมาคมแพทย์แผนไทยเพชรบุรี- ประจวบคีรีขันธ์	เพชรบุรี	/	/	/	/	2554		
องค์กรวิชาชีพ									
1	ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแพทย์แผนไทย (วัดใหม่บ้านดอน)	นครราชสีมา						/	2552
2	ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย โรงพยาบาลหัวไทร	นครศรีธรรมราช						/	2552
3	ศูนย์ศึกษาและส่งเสริมสุขภาพแพทย์แผนไทย	ลพบุรี						/	2552
4	ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพวิถีไทย	สงขลา						/	2550
โรงเรียน									
1	โรงเรียนการนวดไทย	กรุงเทพฯ				/	2555	/	2550
	โรงเรียนนวดแผนโบราณเขตวัน	กรุงเทพฯ				/	2552		
2	โรงเรียนพิษณุเวชกรรมไทย	กรุงเทพฯ				/	2552	/	2551
3	โรงเรียนแพทย์แผนโบราณ วัดพระเชตุพน	กรุงเทพฯ	/	/		/	2558	/	2550
4	โรงเรียนสอนนวดแผนไทยและการประคบสมุนไพร ดอยน้ำซับ	กรุงเทพฯ				/	2554		
5	โรงเรียนส่งเสริมวิชาชีพและวัฒนธรรมไทยสปา	ขอนแก่น				/	2555	/	2555
6	โรงเรียนเชียงรายประชานุเคราะห์	ชุมพร				/	2555		
7	โรงเรียนการแพทย์แผนไทยจันทน์	เชียงราย	/	/	/	/	2558/ 2552	/	2552
8	โรงเรียนจรัญนวดแผนไทย	เชียงใหม่				/	2555		
9	โรงเรียนพัฒนาปัญญาไท	เชียงใหม่	/	/	/	/	2558		
10	โรงเรียนแพทย์แผนไทยชีวกโกมารภัจจ์	เชียงใหม่				/	2552	/	2551
11	โรงเรียนลำนานนวดแผนไทย	เชียงใหม่				/	2553	/	2552 /2553
12	โรงเรียนมหานุกูลการนวดไทย	นครราชสีมา	/	/	/	/	2558		
13	โรงเรียนภัทรเวชสยาม	นนทบุรี	/	/	/	/	2558		
14	โรงเรียนเพ็ญแขแพทย์แผนไทย	ปทุมธานี				/	2552	/	2551
15	โรงเรียนการนวดไทยภูเก็ต (โรงเรียนการนวดแผนไทยภูเก็ต)	ภูเก็ต				/	2558/ 2552	/	2552
16	โรงเรียนเวชศาสตร์แผนไทยสงขลา	สงขลา	/	/	/	/	2558		

ลำดับ	สถาบัน/สถานพยาบาล	จังหวัด	หลักสูตรที่ได้รับอนุญาต						
			เวชกรรมไทย	เภสัชกรรมไทย	ผดุงครรภ์ไทย	การนวดไทย	ปีรับรอง	ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	ปีรับรอง
17	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแผนไทย	สงขลา	/	/	/	/	2558		
18	โรงเรียนอาชีวบุญเรืองหัตถศาสตร์และสปา	สุราษฎร์ธานี						/	2552
19	โรงเรียนนวดแผนไทยและส่งเสริมสุขภาพ	อุดรธานี	/	/	/	/	2558		
20	โรงเรียนส่งเสริมภูมิปัญญาไทย	อุดรธานี	/	/	/	/	2558/ 2552	/	2552
สถาบันการศึกษา									
1	วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร	ขอนแก่น						/	2552
2	ศูนย์ศึกษาและพัฒนาการแพทย์แผนไทย ม.ขอนแก่น	ขอนแก่น	/	/	/	/	2558/ 2555		2555
3	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร	ชลบุรี						/	2551
4	คณะแพทยศาสตร์ ม.เชียงใหม่	เชียงใหม่						/	2552
5	วิทยาลัยชุมชนตาก	ตาก	/	/	/	/	2558		
6	โครงการจัดตั้งวิทยาเขตมหาวิทยาลัยมหิดล นครสวรรค์	นครสวรรค์						/	2554
7	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก จังหวัดนนทบุรี	นนทบุรี						/	2553
8	วิทยาลัยการแพทย์แผนไทย ม.เทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี	ปทุมธานี						/	2552
9	คณะแพทยศาสตร์ ม.พะเยา	พะเยา						/	2555
10	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร	พิษณุโลก	/	/	/	/	2558	/	2553
11	สถาบันศูนย์เรียนรู้และพัฒนาแพทย์แผนไทย คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ม.ราชภัฏมหาสารคาม	มหาสารคาม	/	/		/	2558		
12	ศูนย์ศึกษาพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	สงขลา	/	/	/	/	2558		
เครือข่ายองค์กรผู้พิการทางสายตา/เด็กพิการ									
1	มูลนิธิคอลฟิลด์เพื่อคนตาบอด	กรุงเทพฯ				/	2554	/	2554
2	มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ	กรุงเทพฯ				/	2554		
3	มูลนิธิส่งเสริมอาชีพคนตาบอด	กรุงเทพฯ				/	2555		2555
4	ศูนย์การเรียนรู้และสาธิตอาชีพคนตาบอดธนบุรี ภายใต้สมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย	กรุงเทพฯ				/	2554	/	2554
5	สมาคมส่งเสริมการนวดแผนไทยคนตาบอด	กรุงเทพฯ				/	2554	/	2554
6	ศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน ภายใต้มูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทย	นครปฐม				/	2554	/	2554

ลำดับ	สถาบัน/สถานพยาบาล	จังหวัด	หลักสูตรที่ได้รับอนุญาต						
			เวชกรรมไทย	เภสัชกรรมไทย	ผดุงครรภ์ไทย	การนวดไทย	ปีรับรอง	ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	ปีรับรอง
7	ศูนย์พัฒนาสมรรถภาพคนตาบอด ภายใต้มูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทย	นนทบุรี				/	2554	/	2554
สถานพยาบาล ภาคเอกชน									
1	คลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว	กรุงเทพฯ	/	/	/	/	2558		
2	คลินิกการแพทย์แผนไทยภาชีเจริญ	กรุงเทพฯ				/	2552	/	2551
3	คลินิกการแพทย์แผนไทยสมาคมเภสัช และอายุรเวชโบราณแห่งประเทศไทย	กรุงเทพฯ	/	/	/	/	2558		
4	คลินิกแพทย์แผนไทยเตาปูน	กรุงเทพฯ				/	2551	/	2551
5	ไทปันคลินิกการแพทย์แผนไทย	กรุงเทพฯ				/	2554		
6	บ้านมณีนทร์คลินิกการแพทย์แผนไทย	กรุงเทพฯ	/	/	/	/	2558		
7	บ้านสวนสหคลินิก	กรุงเทพฯ				/	2552	/	2551
8	ศูนย์ฝึกอบรม เวชศาสตร์คลินิก การแพทย์แผนไทย	กรุงเทพฯ						/	2552
9	คลินิกผาวังจันทร์การแพทย์แผนไทย	กาญจนบุรี	/	/					
10	คลินิกสนั่นเวชแผนโบราณ	ขอนแก่น				/	2555	/	2555
11	คลินิกเกียรติวัชรการแพทย์แผนไทย	จันทบุรี	/	/		/	2558		
12	คลินิกการแพทย์แผนไทยวลัยลักษณ์	เชียงใหม่		/		/	2558		
13	คลินิกหทัยการแพทย์แผนไทย	นครนายก	/	/	/	/	2558		
14	คลินิกการแพทย์แผนไทยปฐมเจดีย์ สาขานครปฐม	นครปฐม	/	/	/	/	2558		
15	สิริภักดิ์สหคลินิก	นครปฐม	/	/	/	/	2558		
16	คลินิกรักษาสุภาพแผนไทย	นครศรีธรรมราช	/	/	/	/	2558		
17	สถานพยาบาลรวมแพทย์แผนไทย	นครศรีธรรมราช	/	/	/	/	2558		
18	คลินิกการแพทย์แผนไทยหมอลัดดา	นครสวรรค์				/	2555	/	2552
19	คลินิกการแพทย์แผนไทย แผนไทยโอสถ (มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา)	นนทบุรี	/	/	/	/	2553/ 2558	/	2552/ 2553
20	คลินิกหมอนภาการแพทย์แผนไทย	นนทบุรี	/	/	/	/	2558/ 2552	/	2554
21	สถานีนามัยวัดศาลาลก	นนทบุรี						/	2555
22	คลินิกแพทย์แผนไทย	ระยอง				/	2551		2552
23	คลินิกแพทย์แผนไทยหมอบุณย์	ระยอง				/	2554		2554
24	ภพอโรทยา คลินิกการแพทย์แผนไทย	ราชบุรี	/	/	/	/	2558		
25	คลินิกการแพทย์แผนไทยเพื่อสุขภาพพลบุรี	ลพบุรี						/	2553

ลำดับ	สถาบัน/สถานพยาบาล	จังหวัด	หลักสูตรที่ได้รับอนุญาต						
			เวชกรรมไทย	เภสัชกรรมไทย	ผดุงครรภ์ไทย	การนวดไทย	ปีที่รับรอง	ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	ปีที่รับรอง
26	คลินิกประสาทแพทย์แผนไทย	ลพบุรี				/	2552	/	2551
27	คลินิกพัฒนาการแพทย์แผนไทย	ลพบุรี	/	/	/	/	2558		
28	คลินิกอมรรัตน์แพทย์แผนไทย	ลพบุรี				/	2555	/	2555
29	บุญยงค์คลินิกการแพทย์แผนไทย	ลำปาง		/					
30	คลินิกการแพทย์แผนไทยเมืองสิงขระ	สงขลา	/	/	/	/	2558		
31	คลินิกการแพทย์แผนไทยสมบูรณ์เวชระถการ	สงขลา	/	/	/	/	2558		
32	คลินิกคณิตเวชกรรมไทย	สงขลา						/	2550
33	คลินิกเวชกรรมไทย	สงขลา						/	2550
34	คลินิกการแพทย์แผนไทย	สมุทรสาคร				/	2555	/	2554
35	ดวงจันทร์คลินิกการแพทย์แผนไทย	สุราษฎร์ธานี	/	/	/	/	2558		
36	โอภาสคลินิกการแพทย์แผนไทย	สุรินทร์						/	2552
37	สถานพยาบาลแผนโบราณหมองอาจ	อุดรดิตถ์	/	/	/	/	2558		
38	คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์แสงดาว	อุบลราชธานี						/	2555
39	สุตารัตน์คลินิกการแพทย์แผนไทย	อุบลราชธานี	/	/		/	2558 /2554	/	2555
โรงพยาบาล ภาครัฐ									
1	โรงพยาบาลพระปกเกล้า	จันทบุรี						/	2554
2	โรงพยาบาลพนสนิมคม	ชลบุรี						/	2552
3	ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย โรงพยาบาลพนสนิมคม	ชลบุรี				/	2554	/	2554
4	โรงพยาบาลชัยภูมิ	ชัยภูมิ						/	2554
5	โรงพยาบาลห้วยยอด	ตรัง						/	2552
6	โรงพยาบาลหัวไทร	นครศรีธรรมราช				/	2554	/	2554
7	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	ปราจีนบุรี				/	2550	/	2550
8	โรงพยาบาลบ้านลาด	เพชรบุรี						/	2552
9	โรงพยาบาลดำเนินสะดวก	ราชบุรี						/	2552
10	โรงพยาบาลโพธาราม	ราชบุรี						/	2552
11	โรงพยาบาลราชบุรี	ราชบุรี						/	2552
12	โรงพยาบาลสิงหนคร	สงขลา						/	2550
13	โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า	สมุทรสงคราม						/	2552
14	โรงพยาบาลเส้าไห้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา	สระบุรี						/	2555
15	โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์	สุราษฎร์ธานี						/	2552

ลำดับ	สถาบัน/สถานพยาบาล	จังหวัด	หลักสูตรที่ได้รับอนุญาต						
			เวชกรรมไทย	เภสัชกรรมไทย	ผดุงครรภ์ไทย	การนวดไทย	ปีที่รับรอง	ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	ปีที่รับรอง
16	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	สุราษฎร์ธานี						/	2553
17	โรงพยาบาลพนา	อำนาจเจริญ						/	2555
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด									
1	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอ่างทอง	อ่างทอง						/	2551
2	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดฉะเชิงเทรา	ฉะเชิงเทรา						/	2552
3	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครนายก	นครนายก						/	2552
4	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	ประจวบคีรีขันธ์						/	2552
5	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพะเยา	พะเยา						/	2552
6	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี	เพชรบุรี						/	2552
7	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมุกดาหาร	มุกดาหาร						/	2552
8	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดยะลา	ยะลา						/	2552
9	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลพบุรี	ลพบุรี						/	2552/ 2553
10	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำปาง	ลำปาง						/	2552
11	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเลย	เลย						/	2552
12	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ	ศรีสะเกษ						/	2552
13	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสระแก้ว	สระแก้ว						/	2552
14	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอำนาจเจริญ	อำนาจเจริญ						/	2552
15	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี	อุดรธานี						/	2552
16	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสกลนคร	สกลนคร						/	2553
17	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชัยนาท	ชัยนาท						/	2554
18	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชุมพร	ชุมพร						/	2554
19	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่	เชียงใหม่						/	2554
20	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครปฐม	นครปฐม						/	2554
21	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา	นครราชสีมา						/	2554
22	สำนักงานสาธารณสุขพระนครศรีอยุธยา	พระนครศรีอยุธยา						/	2554
23	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพัทลุง	พัทลุง						/	2554
24	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม	มหาสารคาม						/	2554
25	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี	สุพรรณบุรี						/	2554
26	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุราษฎร์ธานี	สุราษฎร์ธานี						/	2554

ลำดับ	สถาบัน/สถานพยาบาล	จังหวัด	หลักสูตรที่ได้รับอนุญาต						
			เวชกรรมไทย	เภสัชกรรมไทย	ฝังเข็มไทย	การนวดไทย	ปีรับรอง	ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	ปีรับรอง
27	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรดิตถ์	อุดรดิตถ์						/	2554
28	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี	อุบลราชธานี						/	2554
29	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดแพร่	แพร่						/	2555
30	สำนักงานสาธารณสุข สิงห์บุรี	สิงห์บุรี						/	2555
31	สำนักงานสาธารณสุข หนองบัวลำภู	หนองบัวลำภู						/	2555
32	สำนักงานสาธารณสุข กาญจนบุรี	กาญจนบุรี						/	2555
ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน									
1	สำนักงานสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ	นครสวรรค์						/	2550
2	ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคใต้	นครศรีธรรมราช				/	2552	/	2551
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์									
1	ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงาน จังหวัดกาญจนบุรี	กาญจนบุรี						/	2553
2	ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัดนครนายก	นครนายก						/	2554
3	ศูนย์เฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษาบรมราชินีนาถ	ลำพูน						/	2553
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก									
1	สถาบันการแพทย์แผนไทย	นนทบุรี				/	2552	/	2550

ที่มา: สภาการแพทย์แผนไทย, พฤษภาคม 2559

ผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 12 (2) (ข) หมายถึง ผู้ที่ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญา สาขาการแพทย์แผนไทยหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์จากสถาบันการศึกษาที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรองและต้องสอบผ่านความรู้ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย

ในการผลิตกำลังคนที่เป็นผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 12 (2) (ข) กำหนดไว้ว่า ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญา สาขาการแพทย์แผนไทยหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ จากสถาบันการศึกษาที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรองและต้องสอบผ่านความรู้ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย

ในข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการสอบความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทยของผู้ที่ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าสาขาการแพทย์แผนไทยจากสถาบันการศึกษาที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2558

ตามบทเฉพาะกาลในข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการรับรองสถาบันที่จัดการศึกษาระดับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาสาขาการแพทย์แผนไทยและสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ พ.ศ. 2557 (ลงในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2557) สถาบันการศึกษาจะต้องยื่นขอต่ออายุการรับรองก่อนวันสิ้นสุดการรับรองไม่

น้อยกว่า 90 วัน คือราวสิ้นเดือนกันยายน พ.ศ. 2562

2.2 สถาบันที่จัดการศึกษาระดับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญา สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์

(1) สถาบันการศึกษาสาขาการแพทย์แผนไทย ที่ได้รับการรับรองจากสภา
การแพทย์แผนไทยมีจำนวน 18 แห่ง ดังนี้

ตาราง 3.7 สถาบันการศึกษาสาขาการแพทย์แผนไทยที่ได้รับการรับรองจากสภาการแพทย์แผนไทย

ลำดับ	สถาบันการศึกษาที่ผ่านการรับรอง	ระดับ ปริญญา	หลักสูตร ฉบับที่รับรอง/เพิ่ม	รับรอง ครั้งล่าสุด [#]	สิ้นสุดการรับรอง
1	วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ ทางเลือก ม.ราชภัฏเชียงใหม่	ตรี	2550/19 ก.พ. 2553	29 ธ.ค. 2557 [#]	29 ธ.ค. 2562
2	คณะแพทย์แผนตะวันออก ม.รังสิต	ตรี	2550/14 ก.ค. 2553		
3	คณะแพทย์แผนไทย ม.สงขลานครินทร์	ตรี	2550/19 ก.พ. 2553		
4	คณะทรัพยากรธรรมชาติ ม.เทคโนโลยี ราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร	ตรี	9 ต.ค. 2552		
5	วิทยาลัยแพทย์แผนไทยและ แพทย์ทางเลือก ม.ราชภัฏอุบลราชธานี	ตรี	9 ต.ค. 2552		
6	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ม.ราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	ตรี	28 มี.ค. 2554		
7	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ม.ราชภัฏสุรินทร์	ตรี	7 พ.ย. 2554	29 ธ.ค. 2557 [#]	29 ธ.ค. 2562
8	สถาบันวิทยาศาสตร์สุขภาพ ม.รามคำแหง	ตรี	7 พ.ย. 2554		
9	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีและ การเกษตร วิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินธร ม.ราชภัฏยะลา	ตรี	19 ก.ย. 2554		
10	วิทยาลัยมวยไทยศึกษาและการแพทย์ แผนไทย ม.ราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง	ตรี	23 เม.ย. 2555		
11	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ม.ราชภัฏเพชรบุรี	ตรี	15 พ.ค. 2555		
12	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี ม.บูรพา	ตรี	25 ต.ค. 2555		
13	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด พิษณุโลก สถาบันสมทบของ ม.เทคโนโลยี ราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร	ตรี	14 มิ.ย. 2555		
14	วิทยาลัยเทคโนโลยีการแพทย์และ สาธารณสุขกาญจนาภิเษก จังหวัดนนทบุรี สถาบันสมทบ ม.เทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร	ตรี	14 มิ.ย. 2555		

ลำดับ	สถาบันการศึกษาที่ผ่านการรับรอง	ระดับปริญญา	หลักสูตรฉบับที่รับรอง/เพิ่ม	รับรองครั้งล่าสุด [#]	สิ้นสุดการรับรอง
15	คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพและการกีฬา ม.ทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง	ตรี	29 ส.ค. 2555		
16	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ม.เทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย	ตรี	7 ม.ค. 2557		
17	สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ม.สุโขทัย ธรรมาราช	ตรี	16 ก.พ. 2557		
18	คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม ม.ปทุมธานี	ตรี	13 ก.พ. 2558	13 ก.พ. 2558	12 ก.พ. 2563

ที่มา: สภาการแพทย์แผนไทย, พฤษภาคม 2559

สถานการณ์การผลิตกำลังคนในสถาบันการศึกษาที่จัดการเรียนการสอนสาขาการแพทย์แผนไทยที่ได้รับรองจากสภาการแพทย์แผนไทย จำนวน 18 แห่ง ผลการสำรวจข้อมูลของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (กุมภาพันธ์ 2559) พบว่า มีจำนวนรับเข้า จำนวน 6,571 คน อยู่ระหว่างการศึกษา 3,149 คน และสำเร็จการศึกษาจำนวน 3,422 คน อย่างไรก็ตาม ไม่มีข้อมูลการติดตามผู้สำเร็จการศึกษาว่าทำงานที่ใด และสามารถสอบใบประกอบวิชาชีพได้ในภาพรวมรายละเอียดตามตาราง 3.8

ตาราง 3.8 จำนวนนักศึกษาที่รับเข้าและที่สำเร็จการศึกษาของสถาบันการศึกษาสาขาการแพทย์แผนไทย

ลำดับ	สถาบันการศึกษา	จำนวนรับเข้า	จน.ที่สำเร็จการศึกษา
1	คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา (เปิดปี 56) ม.ทักษิณ	135	-
2	วสส.ชลบุรี สมทบ ม.บูรพา	-	-
3	คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม ม.ปทุมธานี	83	-
4	คณะแพทย์แผนตะวันออก ม.รังสิต	1,180	840
5	สถาบันวิทยาศาสตร์สุขภาพ ม.รามคำแหง	655	373
6	คณะแพทย์แผนไทย ม.สงขลานครินทร์	861	427
7	สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ม.สุโขทัยธรรมาราช	470	389
8	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มทร.ศรีวิชัย	129	31
9	คณะทรัพยากรธรรมชาติ มทร.อีสาน-วช.สกลนคร	524	294
10	วทก.นนทบุรี สมทบ มทร.อีสาน-วช.สกลนคร	120	-
11	วสส.พิษณุโลก สมทบ มทร.อีสาน-วช.สกลนคร	120	-
12	วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มรภ.เชียงราย	1,134	834
13	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มรภ.บ้านสมเด็จเจ้าพระยา	132	33
14	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มรภ.เพชรบุรี	-	-
15	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีและการเกษตร มรภ.ยะลา	350	143

ลำดับ	สถาบันการศึกษา	จำนวนรับเข้า	จน.ที่สำเร็จการศึกษา
16	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มรภ.สุรินทร์	164	44
17	วิทยาลัยมวยไทยศึกษาและการแพทย์แผนไทย มรภ.หมู่บ้านจอมบึง	141	65
18	วิทยาลัยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก มรภ.อุบลราชธานี	537	243
	รวม	6,571	3,422

ที่มา : สำนักงานข้อมูลและคลังความรู้ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, กุมภาพันธ์ 2559

(2) สถาบันการศึกษา สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ที่ได้รับการรับรองจากสภาการแพทย์แผนไทย จำนวน 11 แห่ง ดังนี้

ตาราง 3.9 สถาบันการศึกษาสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ได้รับการรับรองจากสภาการแพทย์แผนไทย

ลำดับ	สถาบันการศึกษาที่ผ่านการรับรองจากสภาการแพทย์แผนไทย	ระดับ	หลักสูตรฉบับที่รับรอง	รับรองครั้งล่าสุด	สิ้นสุดการรับรอง
1	โรงเรียนอายุรเวท (ก่อนโอนย้ายเข้าสังกัดคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ม.มหิดล)	ปวส.	2530	ยุติการดำเนินการ	-
2	สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ม.มหิดล	ป.ตรี	2546, 2548, 2550, 2556	30 ธ.ค. 2557 [#]	29 ธ.ค. 2562
3	สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์	ป.ตรี	2548, 2550, 2556		
4	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก	ปวส.	2549	ยุติการดำเนินการ	-
5	วิทยาลัยการแพทย์แผนไทย ม.เทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี	ป.ตรี	2550, 2551, 2554	30 ธ.ค. 2557 [#]	29 ธ.ค. 2562
6	คณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร ม.บูรพา	ป.ตรี	2550, 2554		
7	วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ ม.ราชภัฏสวนสุนันทา	ป.ตรี	2550, 2555		
8	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ม.แม่ฟ้าหลวง	ป.ตรี	2550, 2552		
9	คณะแพทยศาสตร์ ม.มหาสารคาม	ป.ตรี	2550, 2552, 2556		
10	คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.นเรศวร	ป.ตรี	2551, 2556		
11	คณะแพทยศาสตร์ ม.พะเยา	ป.ตรี	2557		

สถานการณ์การผลิตกำลังคนในสถาบันการศึกษาที่จัดการเรียนการสอนสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ได้รับรองจากสภาการแพทย์และจัดการเรียนการสอนจนถึงปัจจุบัน จำนวน 9 แห่ง ผลการสำรวจข้อมูลของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (กุมภาพันธ์ 2559) พบว่า มีจำนวนรับเข้า จำนวน 4,463 คน อยู่ระหว่างการศึกษา 1,353 คน และสำเร็จการศึกษาจำนวน 3,110 คน รายละเอียดตามตาราง 3.10

ตาราง 3.10 จำนวนนักศึกษาที่รับเข้า และสำเร็จการศึกษา สถาบันการศึกษาสาขาการแพทย์แผนไทย ประยุกต์

ลำดับ	สถาบันการศึกษา	จำนวนรับเข้า	จน.ที่สำเร็จการศึกษา
1	คณะแพทยศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์	269	142
2	คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.นเรศวร	404	267
3	คณะแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร ม.บูรพา	380	275
5	คณะแพทยศาสตร์ ม.มหาสารคาม	666	506
6	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ม.มหิดล	802	503
7	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ม.แม่ฟ้าหลวง	583	398
8	วิทยาลัยการแพทย์แผนไทย มทร.ธัญบุรี	619	563
9	วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มรภ.สวนสุนันทา	720	456
	รวม	4,463	3,110

ที่มา : สำนักงานข้อมูลและคลังความรู้ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, กุมภาพันธ์ 2559

สรุปสถานการณ์การผลิตกำลังคนของสถาบันการศึกษาสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์มีจำนวนที่รับเข้าเพื่อศึกษา 11,034 คน จำนวนที่กำลังอยู่ระหว่างการศึกษา จำนวน 4,502 คน และมีผู้สำเร็จการศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 6,532 คน อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อมูลการติดตามผู้สำเร็จการศึกษาว่าทำงานที่ใด และสามารถสอบใบประกอบวิชาชีพได้หรือไม่ อย่างเป็นระบบ

3) การกระจายกำลังคน

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานสนับสนุนเขตสุขภาพและบริหารโครงการพิเศษ ได้สำรวจกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการภาครัฐ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ หน่วยบริการสังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย และผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย

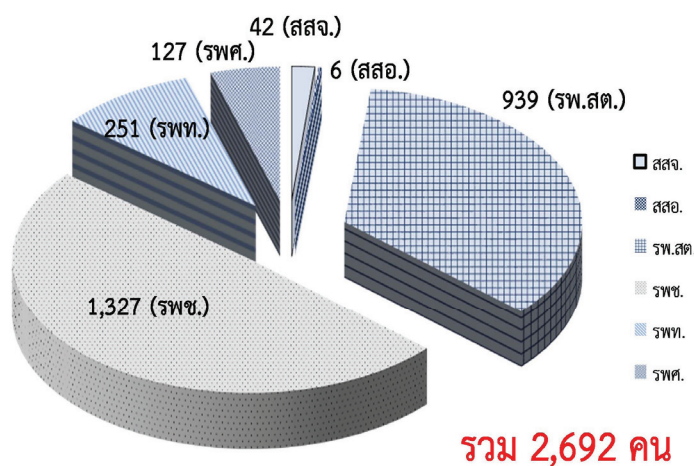
ตาราง 3.11 จำนวนบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการสาธารณสุข จำแนกตามเขตสุขภาพ

เขต สุขภาพ	แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์				ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย			ผู้ให้บริการ	รวม (คน)
	ข้าราชการ	พนักงาน ราชการ	พนักงานกระทรวง สาธารณสุข	ลูกจ้าง	330/ 372 ชม.	800 ชม.	1,300 ชม.	ต่ำกว่า 150 ชม.	
1	123	0	67	51	850	10	1	54	1,156
2	75	0	42	66	457	1	0	37	678
3	63	2	31	39	546	5	1	14	699
4	80	4	30	65	828	6	0	39	1,052
5	97	5	34	73	768	9	7	36	1,029
6	116	2	59	109	559	11	14	54	924
7	71	2	63	22	692	4	0	45	899
8	103	4	84	96	889	4	2	18	1,200
9	111	0	83	34	1,103	0	1	1	1,333
10	134	2	40	50	898	21	7	12	1,164
11	82	5	64	132	365	25	2	26	701
12	83	2	74	87	465	7	1	11	730
13	2	0	6	23	25	3	0	11	70
รวม	1,140	28	677	847	8,445	106	36	358	11,635

ที่มา: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, กุมภาพันธ์ 2559

จำนวนแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน 2,692 คน มีการกระจายตัวของบุคลากรจำแนกตามหน่วยบริการ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีบุคลากรกระจายอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) มากที่สุด จำนวน 1,327 คน รองลงมาอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 939 คน ดังแผนภาพ 3.11

แผนภาพ 3.11 จำนวนแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุข



ที่มา : กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, กุมภาพันธ์ 2559

4) การสูญเสียกำลังคน

เนื่องจากไม่มีระบบการจัดเก็บและการรายงานข้อมูลของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 12 (2) (ข) จึงไม่สามารถให้ข้อมูลในส่วนนี้ได้

3.4 สถานบริการด้านการแพทย์แผนไทย

ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบหลักประกันด้านสุขภาพ 3 ระบบหลัก ได้แก่

ก. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครอบคลุมประชากร 48.8 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 75 ของประชากร

ข. ระบบประกันสังคม ครอบคลุมประชากรจำนวน 13 ล้านคน หรือ ประมาณร้อยละ 20 ของประชากร

ค. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ครอบคลุมประชากร 5 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 5 ของประชากร

ก. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

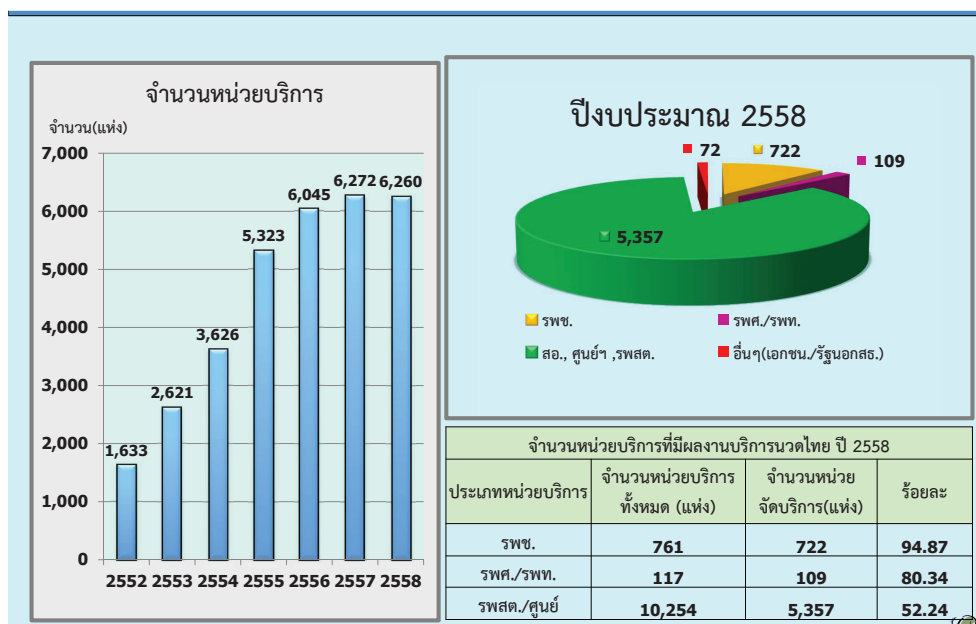
1) สถานการณ์และแนวโน้มสถานบริการการแพทย์แผนไทย

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 การจัดบริการการแพทย์แผนไทยได้รับการส่งเสริมการจัดบริการให้กับประชาชนในกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามสิทธิประโยชน์ที่พึงได้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดตั้งกองทุนแพทย์แผนไทยขึ้นเพื่อจ่ายเงินสมทบให้หน่วยบริการประจำ (CUP) ที่มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น ส่งผลให้สถานบริการประจำโดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 80 ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ของสถานบริการประจำแต่ละประเภท

2) การกระจายสถานบริการด้านการแพทย์แผนไทย

เมื่อพิจารณาประเภทและระดับของสถานบริการสาธารณสุขตั้งแต่ ระดับ โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พบว่าการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและมีการบริการนวด อบ ประคบ ในรพช. มีอัตราการเปิดบริการสูงสุดร้อยละ 94.87 รองลงมาเป็น รพศ./รพท. ร้อยละ 80.34 และใน รพ.สต. ร้อยละ 52.24 ซึ่งแสดงว่า มีการกระจายของสถานบริการสาธารณสุขครอบคลุมทุกพื้นที่และทุกระดับ บริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ

แผนภาพ 3.12 จำนวนหน่วยบริการทั้งหมดที่มีผลงานบริการนวดไทย แยกตามประเภทหน่วยบริการ ปี 2558



แหล่งข้อมูล :ระบบ <http://dw.nhso.go.th/dw> (H0401.รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) กทม. จาก OP BKK Claim ณ 30 กันยายน 2558

ข. ระบบประกันสังคม

ระบบประกันสังคมไม่ได้มีระบบรายงานข้อมูลการจัดบริการการแพทย์แผนไทยของสถานบริการ ภายใต้โครงการประกันสังคม โดยถือว่าการจัดบริการการแพทย์แผนไทยให้ขึ้นอยู่กับแต่ละสถานบริการ ไม่มีนโยบายหรือมาตรการในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการการแพทย์แผนไทยโดยข้อเท็จจริงแล้ว อาจกล่าวได้ว่า สถานพยาบาลภายใต้โครงการประกันสังคมไม่มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยสำหรับผู้ประกันตน

ตาราง 3.12 จำนวนสถานพยาบาลภายใต้โครงการประกันสังคม ปี 2556-2559

ปี พ.ศ.	สถานพยาบาลหลัก		รวม	สถานพยาบาลเครือข่าย
	รัฐบาล	เอกชน		
2556	154	87	241	2,220
2557	156	85	241	2,234
2558	157	84	241	2,234
2559	158	82	240	2,325

ที่มา : สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม, สิงหาคม 2559

ค. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ กรมบัญชีกลางมีการส่งเสริมและสนับสนุนการบริการการแพทย์แผนไทยโดยข้าราชการสามารถรักษายาบาลด้านการแพทย์แผนไทยและมีสิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลได้ ทำให้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐจัดบริการการแพทย์แผนไทยให้กับข้าราชการเป็นหลัก ข้อมูลด้านสถานบริการการแพทย์แผนไทยให้ดูรายละเอียดในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.5 การเข้าถึง และการใช้บริการการแพทย์แผนไทย

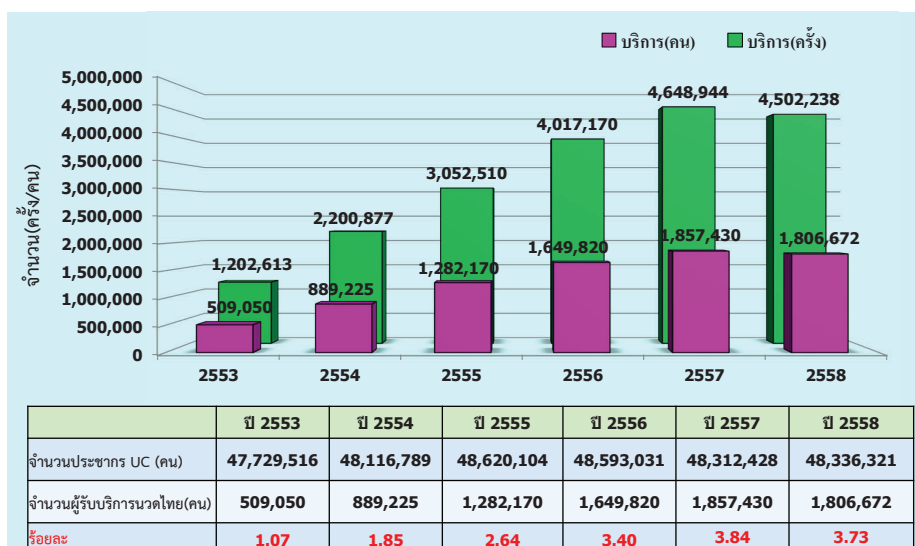
ก. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการจัดตั้งกองทุนแพทย์แผนไทยขึ้นในปี พ.ศ. 2550 เพื่อจ่ายเงินสมทบให้หน่วยบริการประจำที่มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยให้กับประชาชน ในกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการจ่ายสมทบหน่วยบริการประจำที่จัดบริการการนวดไทย เพื่อลดอาการปวด และเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพฤกษ์ / อัมพาต ต่อมาในปี พ.ศ. 2553 ได้จัดทำแนวเวชปฏิบัติการนวดไทยเพื่อสร้างเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอด ในปี พ.ศ. 2554 ได้จัดสรรเงินเพื่อสมทบการจ่ายยาจากสมุนไพรที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

1) การเข้าถึงบริการการนวดไทย

จากข้อมูลการใช้บริการการนวดไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2558 พบว่า การใช้บริการการนวดไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากจำนวนคน 509,050 คน จำนวนครั้ง 1,202,613 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 1,806,672 คน และจำนวนครั้งเป็น 4,502,238 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การสนับสนุนการจัดบริการการแพทย์แผนไทยของหน่วยบริการประจำด้วยมาตรการทางการเงินนั้น มีผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการการนวดไทยได้มากขึ้น

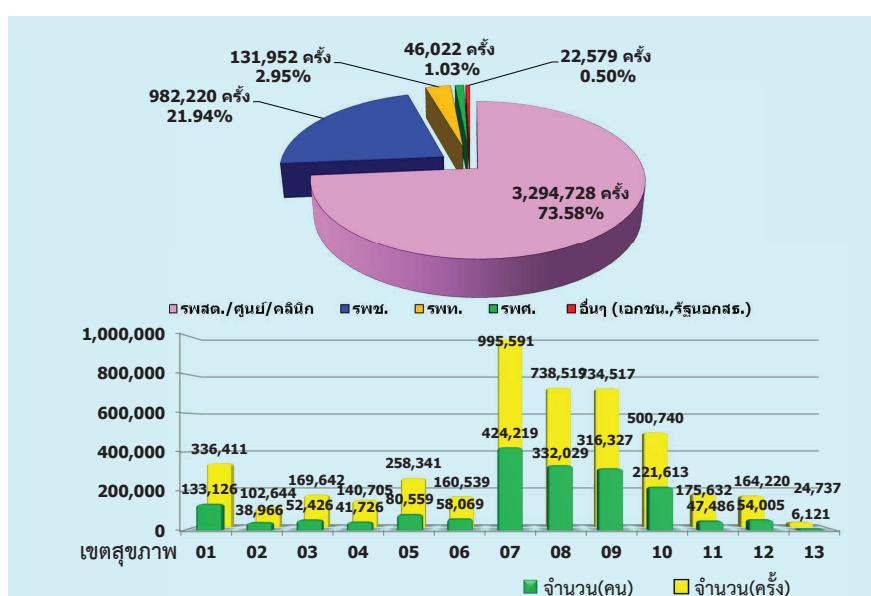
แผนภาพ 3.13 เปรียบเทียบจำนวนคน/ครั้งการเข้ารับบริการนวดไทย ปีงบประมาณ 2553-2558



แหล่งข้อมูล : ระบบ <http://dw.nhso.go.th/dw> (H0401.รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) กทม. จาก OP BKK Claim ณ 30 กันยายน 2558

เมื่อดูการกระจายตัวของการใช้บริการการนวดไทย (นวด ประคบ อบสมุนไพร) ปีงบประมาณ 2558 จำแนกตามรายเขต พบว่า เขต 13 (กรุงเทพมหานคร) มีปริมาณการใช้การนวดไทยต่ำที่สุด คือ 24,737 ครั้ง และเขต 7 (ขอนแก่น กาฬสินธุ์ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด) มีปริมาณการใช้การนวดไทยสูงที่สุด คือ 995,591 ครั้ง เมื่อจำแนกตามประเภทสถานบริการ พบว่า สถานบริการภาครัฐ นอกกระทรวงสาธารณสุขและเอกชน มีปริมาณการใช้การนวดไทยต่ำที่สุด ร้อยละ 0.50 ขณะที่ รพ.สต./ศูนย์/คลินิก มีปริมาณการใช้การนวดไทยสูงที่สุด ร้อยละ 73.58

แผนภาพ 3.14 จำนวนคน/ครั้งการจัดบริการนวดไทย (นวด ประคบ อบสมุนไพร) ปีงบประมาณ 2558



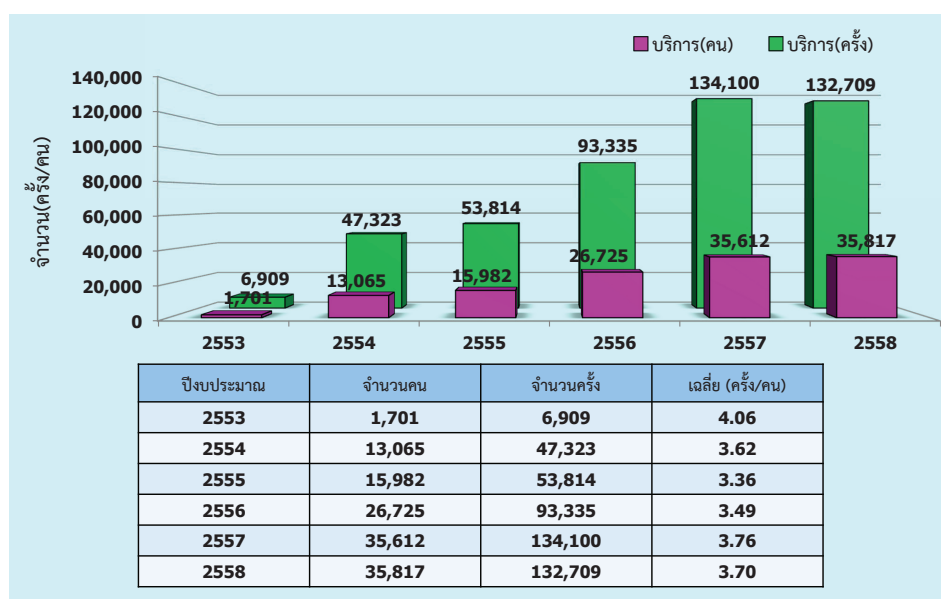
แหล่งข้อมูล : ระบบ <http://dw.nhso.go.th/dw> (H0401.รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) กทม. จาก OP BKK Claim ณ 30 กันยายน 2558

ดังนั้น ควรมีการวิเคราะห์หาสาเหตุของการที่ประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตต่าง ๆ โดยเฉพาะเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อให้ประชากรในเขตดังกล่าวเข้าถึงการบริการ

2) การเข้าถึงบริการการฟื้นฟูสุขภาพแม่หลังคลอด

พบว่า มีการรับบริการฟื้นฟูสุขภาพแม่หลังคลอดเพิ่มมากขึ้น จากแม่ 1,701 คน รับบริการ 6,909 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2553 มีจำนวนผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้มากขึ้นเป็น 35,817 คน รับบริการ 132,709 ครั้ง จะเห็นได้ว่าจำนวนคนที่เข้ารับบริการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 โดยเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2553 เป็น 6 เท่า จำนวนคนที่เข้ารับบริการเพิ่มขึ้นโดยลำดับ จนถึงปี พ.ศ. 2558 จำนวน 35,817 คน ซึ่งตลอดช่วง 5 ปี ที่ผ่านมามีการรับบริการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 1.5 เท่า

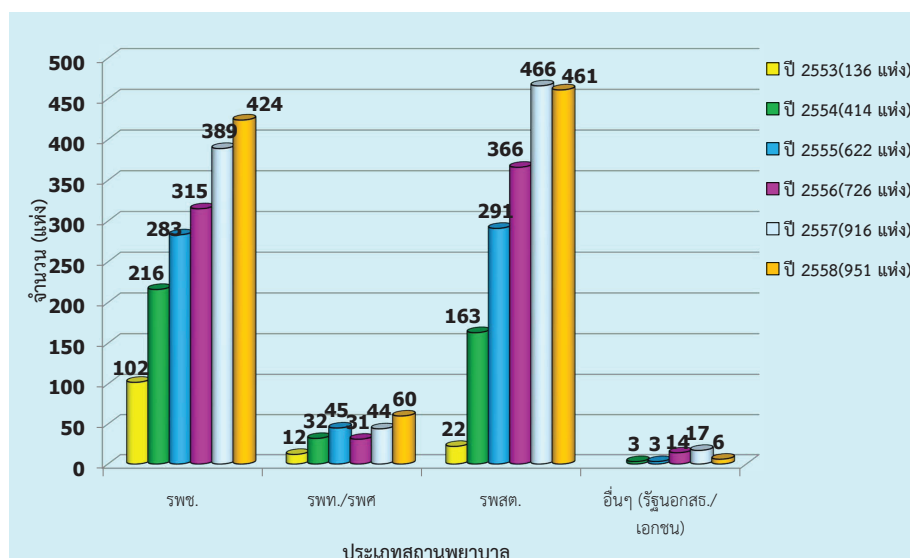
แผนภาพ 3.15 จำนวนแม่หลังคลอดที่ได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ ปีงบประมาณ 2553–2558



แหล่งข้อมูล: ระบบ <http://dw.nhso.go.th/dw> (H0401. รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) กทม. จาก OP BKK Claim ณ 30 กันยายน 2558

นอกจากนี้ เมื่อวิเคราะห์การกระจายของหน่วยบริการที่มีผลงานบริการฟื้นฟูสุขภาพแม่หลังคลอด ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2558 มีจำนวนหน่วยบริการเพิ่มมากขึ้นทุกปี ส่งผลให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างง่ายขึ้น ดังแผนภาพ 3.16

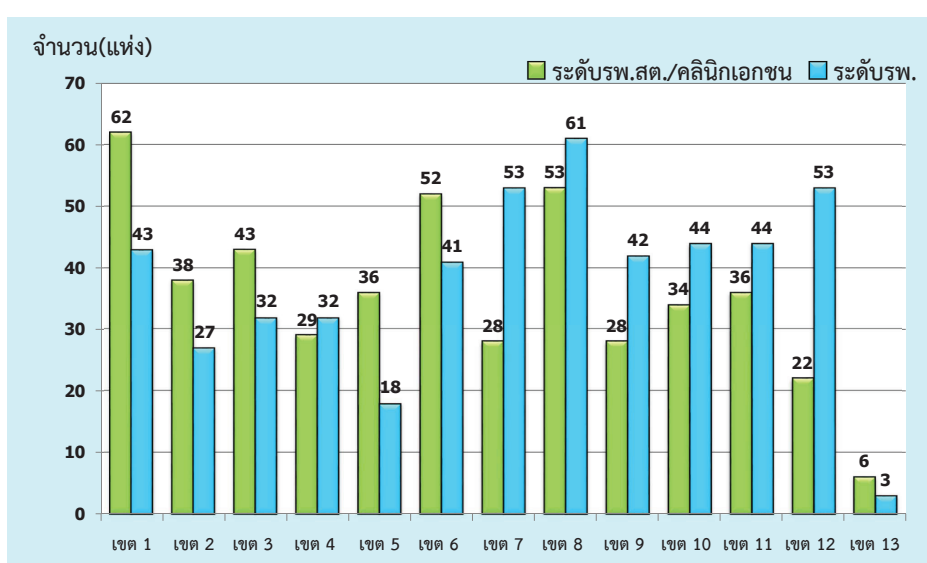
แผนภาพ 3.16 จำนวนหน่วยบริการที่มีผลงานบริการฟื้นฟูสุขภาพแม่หลังคลอด แยกตามสถานบริการ ปีงบประมาณ 2553-2558



แหล่งข้อมูล: ระบบ <http://dw.nhso.go.th/dw> (H0401.รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) กทม. จาก OP BKK Claim ณ 30 กันยายน 2558

เมื่อวิเคราะห์การกระจายในเขตสุขภาพปีงบประมาณ 2558 พบว่า มีการกระจายทั่วถึงทั้ง 13 เขตสุขภาพ พบว่า ระดับ รพ.สต./คลินิกเอกชน พบมากที่สุด ในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 62 แห่ง รองลงมาเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 53 แห่ง ส่วนระดับโรงพยาบาล พบมากที่สุด เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 61 แห่ง รองลงมา เขตสุขภาพที่ 7 และ 12 จำนวน 53 แห่ง ตามลำดับ ดังแผนภาพ 3.17

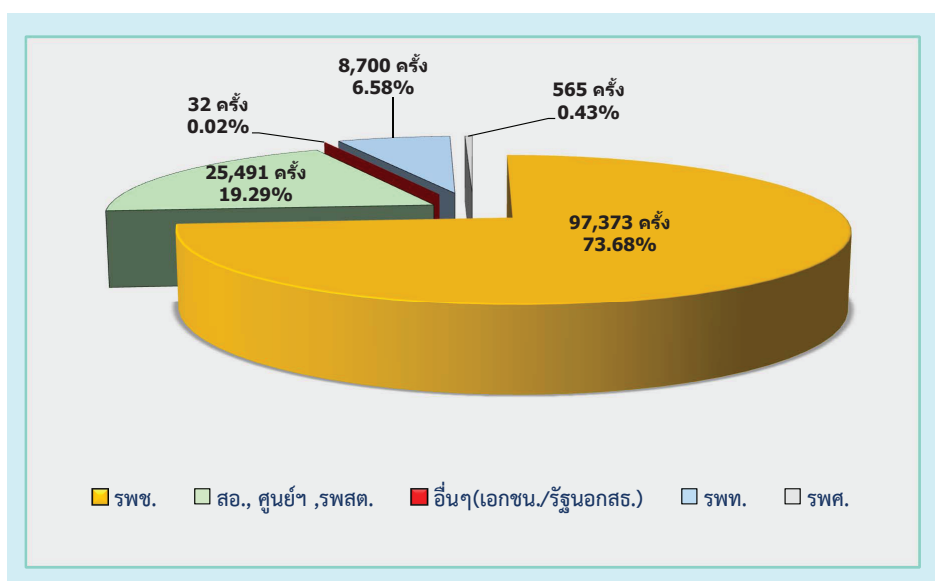
แผนภาพ 3.17 จำนวนหน่วยบริการที่มีผลงานบริการฟื้นฟูสุขภาพแม่หลังคลอด จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2558



แหล่งข้อมูล: ระบบ <http://dw.nhso.go.th/dw> (H0401.รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) กทม. จาก OP BKK Claim ณ 30 กันยายน 2558

เมื่อวิเคราะห์การเข้าถึงบริการในสถานบริการ ปีงบประมาณ 2558 พบว่า แม่หลังคลอด ได้รับการฟื้นฟูสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 73.68 รองลงมาในสถานอนามัย/ศูนย์ฯ/รพ.สต. ร้อยละ 19.29 ตามลำดับ ดังแผนภาพ 3.18

แผนภาพ 3.18 จำนวนครั้งที่แม่หลังคลอดได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ จำแนกตามประเภทสถานบริการ ปีงบประมาณ 2558

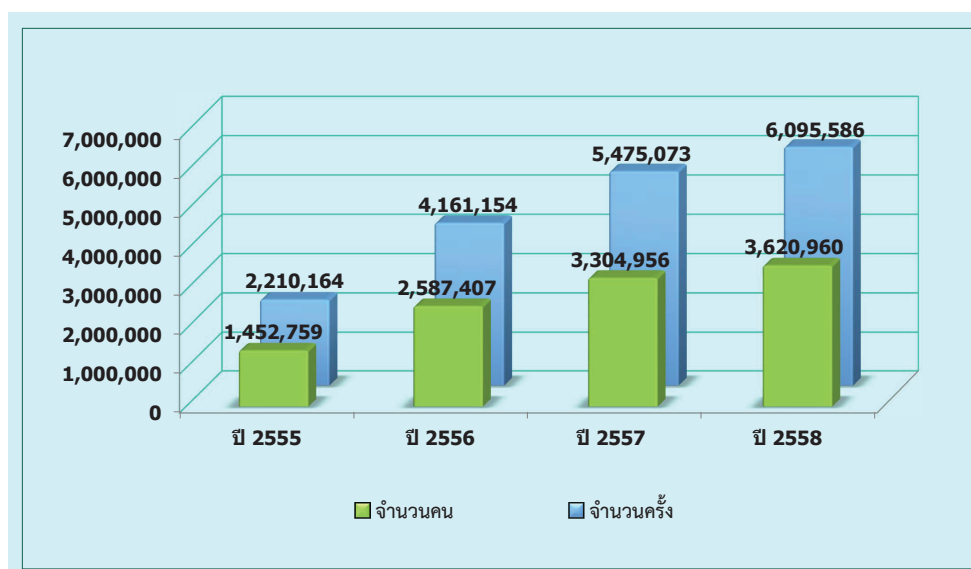


แหล่งข้อมูล: ระบบ <http://dw.nhso.go.th/dw> (H0401.รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) กทม. จาก OP BKK Claim ณ 30 กันยายน 2558

3) การเข้าถึงบริการยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติในเวชกรรมไทย

พบว่า นับจากปี พ.ศ. 2554 ที่เริ่มมีการสนับสนุนการใช้ยาที่มีปริมาณการใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2555 - 2558 จำนวนคนที่เข้าถึงบริการยาจากสมุนไพรมากกว่า 1 เท่าตัว หรือร้อยละ 59.88 ดังแผนภาพ 3.19

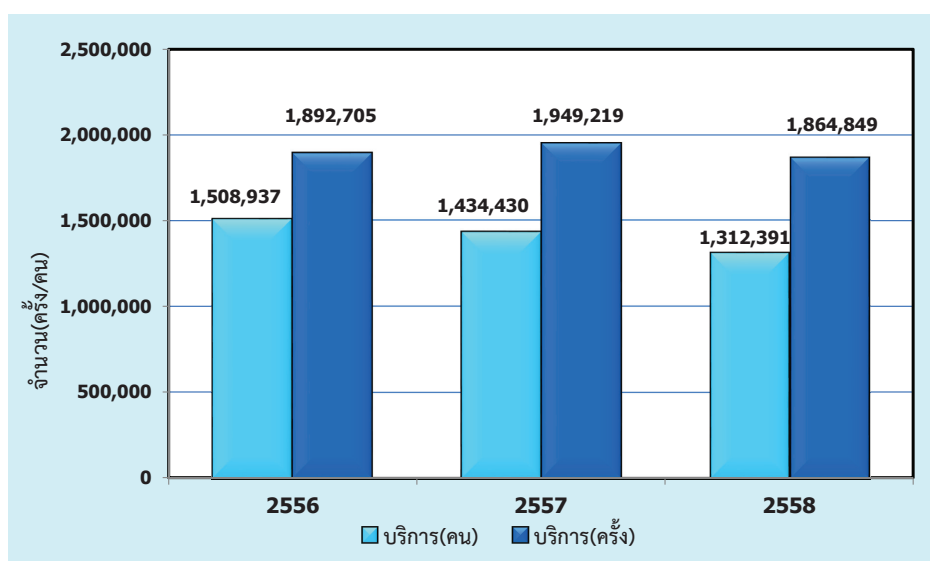
แผนภาพ 3.19 จำนวนคน/ครั้งในการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ปี 2555-2558



แหล่งข้อมูล :ระบบ <http://dw.nhso.go.th/dw> (H0401.รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) กทม. จาก OP BKK Claim ณ 30 กันยายน 2558

พบว่า นับจากปี พ.ศ. 2556 ที่ส่งเสริมให้แพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์ใช้องค์ความรู้ในการตรวจวินิจฉัยโรค ก่อนให้หัตถการแก่ผู้เข้ารับบริการการแพทย์แผนไทย และปี พ.ศ. 2557 มีนโยบายให้มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลภาครัฐ (OPD คู่ขนาน) ดังแผนภาพ 3.20

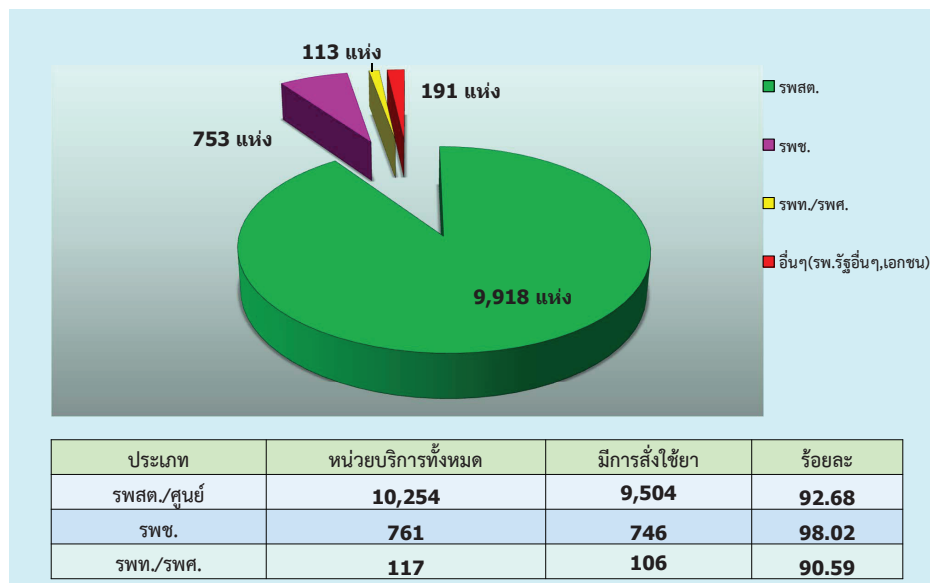
แผนภาพ 3.20 เปรียบเทียบจำนวนคน/ครั้งการเข้ารับบริการเวชกรรมไทย ปีงบประมาณ 2556-2558



แหล่งข้อมูล : OP / PP Individual Data ข้อมูลไม่รวม กทม. ณ 30 ก.ย. 58

จำนวนหน่วยบริการที่มีการสั่งจ่ายยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ มีทั้งสิ้น 10,356 แห่ง ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า สัดส่วนการสั่งจ่ายยาสมุนไพรของสถานบริการโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด รองลงมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลจังหวัด/ศูนย์ ร้อยละ 98.02 92.68 และ 90.59 ตามลำดับ

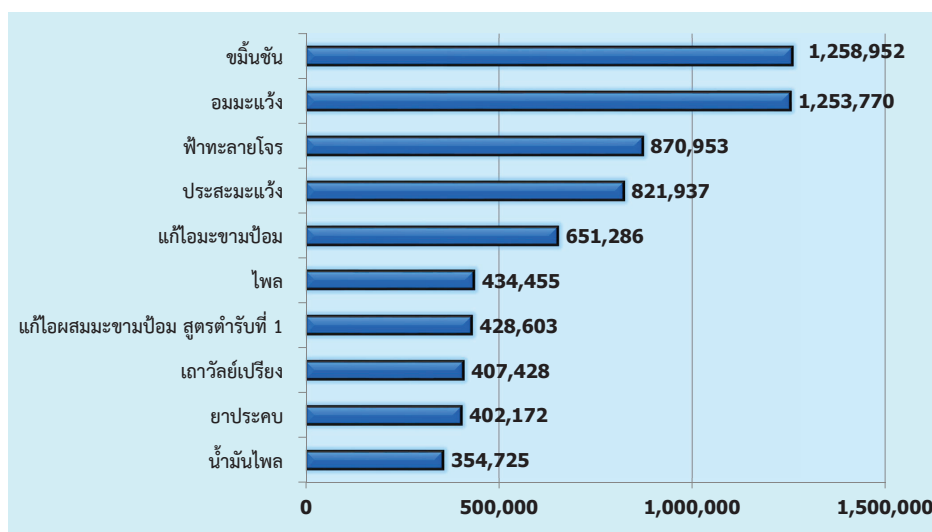
แผนภาพ 3.21 จำนวนหน่วยบริการที่มีการสั่งจ่ายยาสมุนไพรทั้งหมด แยกตามประเภทหน่วยบริการ



แหล่งข้อมูล: ระบบ <http://dw.nhso.go.th/dw> (H0401.รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) กทม. จาก OP BKK Claim ณ 30 กันยายน 2558

ในปีงบประมาณ 2558 พบว่า มีการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ร้อยละ 61.22 (6,095,586 ครั้ง) และยาสมุนไพรนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ร้อยละ 38.78 (3,860,928 ครั้ง) และยาสมุนไพรในบัญชียาหลักที่มีการสั่งใช้มากที่สุด ได้แก่ ขมิ้นชัน อมมะแว้ง ฟ้าทะลายโจร ประสะมะแว้ง และยาแก้ไอมะขามป้อม เป็นต้น ดังแผนภาพ 3.22

แผนภาพ 3.22 10 อันดับยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีการสั่งใช้มากที่สุด ปีงบประมาณ 2558



แหล่งข้อมูล :ระบบ <http://dw.nhso.go.th/dw> (H0401.รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)

ข. ระบบประกันสังคม

ระบบประกันสังคมมีรายงานข้อมูลจำนวนการใช้บริการกรณีเจ็บป่วย หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน หรือเข้ารับบริการทางการแพทย์เมื่อประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นต้น ซึ่งมีข้อมูลสถิติกองทุนประกันสังคมในปี พ.ศ. 2556 มีผู้ประกันตนเข้ารับบริการ จำนวน 32,283,848 ครั้ง ปี พ.ศ. 2557 มีผู้ประกันตนเข้ารับบริการ จำนวน 28,641,880 ครั้ง และปี พ.ศ. 2558 มีผู้ประกันตนเข้ารับบริการ จำนวน 29,932,777 ครั้ง แต่ไม่มีรายละเอียดของประเภทการบริการทางการแพทย์ รวมทั้งไม่มีการรายงานการใช้บริการการแพทย์แผนไทย

ค. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

รายงานของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่พัฒนามาตรฐานข้อมูลระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้สถานพยาบาลสามารถบริหารจัดการระบบสารสนเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาระบบการเบิกจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการให้กรมบัญชีกลาง และสนับสนุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการบริหารข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายบริการผู้ป่วยใน โดยสร้างเครือข่ายการติดต่อและรับส่งข้อมูลการบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลต่าง ๆ พบว่าไม่มีการรายงานข้อมูลประเภทของการใช้บริการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ และไม่มีข้อมูลประเภทการใช้บริการการรักษาทางการแพทย์แผนไทย

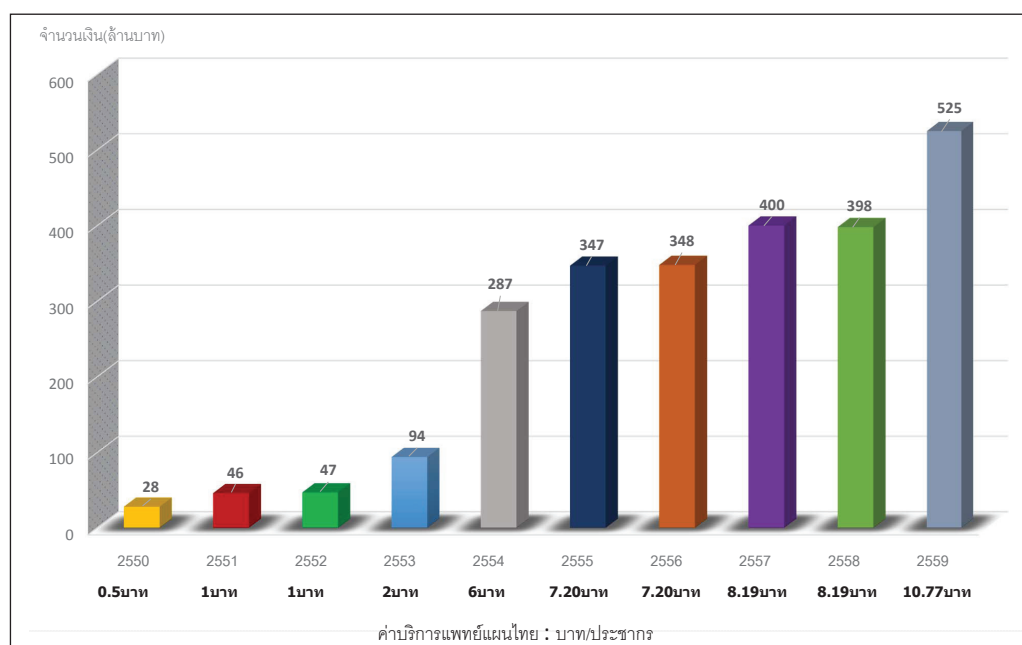
3.6 ใช้จ่าย และงบประมาณด้านการแพทย์แผนไทย

ก. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดตั้งกองทุนแพทย์แผนไทยขึ้นปี พ.ศ. 2550 เพื่อจ่ายเงินสมทบให้หน่วยบริการประจำ (CUP) ที่มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยให้กับประชาชนในกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการจ่ายสมทบหน่วยบริการประจำที่จัดบริการการนวดไทยเพื่อลดอาการปวด และเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพฤกษ์ / อัมพาต ต่อมาปี พ.ศ. 2553 ได้จัดสรรเงินกองทุนสมทบการจัดบริการการนวดไทยเพื่อสร้างเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอด และปี พ.ศ. 2554 ได้จัดสรรเงินกองทุนเพื่อสมทบการจ่ายยาจากสมุนไพรที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

งบประมาณกองทุนการแพทย์แผนไทยเริ่มต้นจาก 0.5 บาทต่อรายประชากรในปี พ.ศ. 2550 จำนวน 28 ล้านบาท เป็น 10.77 บาทต่อรายประชากรในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 525 ล้านบาท เพิ่มขึ้นกว่า 19 เท่าในเวลา 10 ปี ดังแผนภาพ 3.23

แผนภาพ 3.23 งบประมาณที่ได้รับจัดสรร จำแนกตามปีงบประมาณ



ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สิงหาคม 2559

เมื่อพิจารณาจำนวนเงินที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สนับสนุนเพื่อ
ชดเชยบริการการแพทย์แผนไทย Global Budget ประกอบด้วย การจัดสรรตามจำนวนประชากร UC
การจัดสรรตามผลงานบริการการแพทย์แผนไทย และการจัดสรรตามจำนวนหน่วยบริการ ใน
ปีงบประมาณ 2558 มีจำนวนเงินทั้งหมด 398,083,140 ล้านบาท พบว่า เขตสุขภาพที่ 9 ได้รับการ
จัดสรรมากที่สุด จำนวน 51,507,397 ล้านบาท (ร้อยละ 12.94) รองลงมาเป็นเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน
44,827,099 ล้านบาท (ร้อยละ 11.26) รายละเอียดดังตาราง 3.13

ตาราง 3.13 จำนวนเงินที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนเพื่อชดเชยบริการการแพทย์
แผนไทย Global Budget รายเขต ปีงบประมาณ 2558

เขตสุขภาพที่	จัดสรรตาม พชก. UC	จัดสรรตาม ผลงานบริการ	จัดสรรตาม จำนวนหน่วยบริการ	จำนวนเงินทั้งหมด
1	13,656,594	8,445,007	13,264,046	35,365,647
2	8,635,226	2,786,819	5,902,886	17,324,931
3	7,604,511	4,614,255	7,442,358	19,661,124
4	10,936,382	3,601,937	9,020,638	23,558,957
5	12,516,765	6,625,761	8,271,041	27,413,567
6	13,240,570	5,416,124	9,804,788	28,461,482
7	12,400,938	21,853,631	10,237,170	44,491,739
8	14,142,483	19,300,457	11,384,159	44,827,099
9	16,742,135	22,207,012	12,558,250	51,507,397
10	11,567,681	13,279,147	10,309,130	35,155,958
11	11,593,255	5,385,993	8,982,074	25,961,322
12	13,195,203	4,413,384	9,534,799	27,143,386
13	13,001,513	1,495,415	2,713,603	17,210,531
รวมทั้งหมด	159,233,256	119,424,942	119,424,942	398,083,140

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559

เมื่อพิจารณาจำนวนเงินที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สนับสนุนเพื่อชดเชยบริการการแพทย์แผนไทย Global Budget ในปีงบประมาณ 2559 มีจำนวนเงินทั้งหมด 525,435,990 ล้านบาท พบว่า เขตสุขภาพที่ 9 ได้รับการจัดสรรมากที่สุด จำนวน 66,113,567 ล้านบาท (ร้อยละ 12.58) รองลงมาเป็นเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 59,843,579 ล้านบาท (ร้อยละ 11.39) รายละเอียดดังตาราง 3.14

ตาราง 3.14 จำนวนเงินที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนเพื่อชดเชยบริการการแพทย์แผนไทย Global Budget รายเขต ปีงบประมาณ 2559

เขตสุขภาพที่	จัดสรรตาม พชก. UC	จัดสรรตาม ผลงานบริการ	จัดสรรตาม จำนวนหน่วยบริการ	จำนวนเงินทั้งหมด
1	17,983,733	10,652,496	17,801,289	46,437,518
2	11,355,444	3,530,893	6,765,589	21,651,926
3	9,964,831	6,364,183	9,520,166	25,849,180
4	14,738,701	4,709,693	13,021,448	32,469,842
5	16,578,598	7,994,839	12,887,874	37,461,311
6	17,679,169	7,823,416	13,898,121	39,400,706
7	16,287,020	30,125,580	13,430,979	59,843,579
8	18,595,645	23,770,659	14,810,009	57,176,313
9	22,017,943	29,393,209	14,702,415	66,113,567
10	15,179,437	17,696,426	14,211,995	47,087,858
11	15,322,412	6,621,917	12,371,381	34,315,710
12	17,484,337	8,267,114	12,760,854	38,512,305
13	16,987,126	680,372	1,448,677	19,116,175
รวมทั้งหมด	210,174,396	157,630,797	157,630,797	525,435,990

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559

ข. ระบบประกันสังคม

ระบบประกันสังคมไม่ได้มีระบบรายงานข้อมูลการจัดบริการการแพทย์แผนไทยของสถานบริการ ภายใต้โครงการประกันสังคม โดยถือว่าการจัดบริการการแพทย์แผนไทยให้ขึ้นอยู่กับแต่ละสถานบริการ และไม่มีนโยบายหรือมาตรการในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ซึ่งแตกต่างจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ค. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีระบบรายงานข้อมูลการจัดบริการการแพทย์แผนไทยของสถานบริการตามข้อมูล 43 แฟ้มมาตรฐาน แต่ยังไม่มีการเบิกจ่ายจำแนกเฉพาะการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

พบข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลข้าราชการของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) ในหมวด 15 คือ การเบิกค่าบริการฝังเข็มและค่าบริการการให้บำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่น ๆ แต่อย่างไรก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถแยกค่าบริการเกี่ยวกับแพทย์แผนไทยเฉพาะได้





หนังสือทศวรรษแห่งการจัดการ องค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน

4.1 บทนำ

สังคมไทย ได้มีการฟื้นฟูแนวคิดเกี่ยวกับภูมิปัญญาพื้นบ้าน หรือ ภูมิปัญญาชาวบ้าน โดยเริ่มจากกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) แนววัฒนธรรมชุมชน ที่สรุปบทเรียนจากการทำงานพัฒนาชนบท โดยใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วม (Community Participation) แล้วพบว่า วัฒนธรรมเป็นพลังของการพัฒนา ในกระบวนการทำงานได้เกิดการค้นหานักฟื้นฟู นักประยุกต์และเสริมสร้างสิ่งใหม่บนรากฐานเดิม เพื่อรักษาเสถียรภาพของชุมชนให้ดำรงอยู่ได้สมสมัย นักประดิษฐ์คิดค้นทางวัฒนธรรมที่กล่าวถึงดังกล่าว ถูกเรียกว่า “ปราชญ์ชาวบ้าน” หรือ “ผู้รู้ชาวบ้าน” สติปัญญาที่นำมาสร้างสรรค์นี้เรียกว่า “ภูมิปัญญาชาวบ้าน” หรือ “ภูมิปัญญาพื้นบ้าน”

ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพนับเป็นวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน ซึ่งมีความหลากหลายทั้งชาติพันธุ์และวัฒนธรรมย่อยในสังคมไทย เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ที่ตกผลึกจากการสังเกต ทดลองใช้ คัดเลือก กลั่นกรอง และสั่งสมสืบทอดจากคนรุ่นก่อนสู่คนรุ่นหลัง เป็นสิ่งสะท้อนระบบคิด ความเชื่อ และแนวทางการดูแลสุขภาพและสุขภาพ เป็นความรู้และเทคโนโลยีที่เรียบง่าย สามารถเข้าถึง ใช้ประโยชน์ สามารถพึ่งตนเอง อันเป็นแบบแผนการดูแลสุขภาพตนเองบนฐานแนวคิดแบบเศรษฐกิจพอเพียง

กระแสแนวคิดการฟื้นฟูเรื่องภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ กลับมาสู่ระบบการดูแลสุขภาพของสังคมอย่างเป็นทางการโดยกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรพัฒนาเอกชนในช่วงทศวรรษ ถือเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญที่การจัดการระบบการดูแลสุขภาพได้เปิดโอกาสให้ความรู้แบบอื่นที่ไม่ใช่ความรู้แบบวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือ ความรู้แบบการแพทย์ชีวภาพ (Biomedicine) ในที่นี้คือภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพที่เป็นระบบการดูแลสุขภาพของประชาชน มีพื้นที่ทางสังคม ด้วยการส่งเสริมงานสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care: PHC)

4.1.1 การฟื้นฟูภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพเพื่อใช้ประโยชน์ในระบบสุขภาพ

การรับเอานโยบายการส่งเสริมงานสาธารณสุขมูลฐานในการพัฒนาสุขภาพชุมชนในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพ ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 ด้วยภารกิจ

ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยกระทรวงสาธารณสุข ช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา มีความเคลื่อนไหวทางวิชาการ การวิจัยและการพัฒนาการใช้ประโยชน์ในระบบสุขภาพ 3 ลักษณะ คือ

1) การดูแลสุขภาพตนเองยามปกติ (Indigenous System of Health/Wellness) ความรู้ที่เป็นภูมิปัญญาที่ใช้ประโยชน์ในสังคมไทย ทำให้ชีวิตดำเนินไปได้อย่างปกติและสมดุล

2) การรักษาสุขภาพ/ความเจ็บป่วยด้วยตนเอง (Indigenous Self Care) องค์ความรู้ที่เป็นการรักษาสุขภาพตนเองหรือรักษาความเจ็บป่วยในครอบครัวหรือเครือญาติ โดยมีได้พึ่งผู้อื่นหรือพึ่งพาผู้อื่นน้อย รูปแบบดังกล่าวในชุมชน เช่น การดูแลหญิงหลังคลอด การใช้ยากลางบ้าน (มีร่วมยาหรือตำรายาประจำครอบครัว) การนวดในครอบครัว

3) การแพทย์พื้นบ้าน (Folk Medicine) องค์ความรู้และเทคโนโลยี ส่วนนี้มี “หมอพื้นบ้าน” เป็นผู้ปฏิบัติการสำคัญและทำงานเชื่อมโยงกับระบบนิเวศ เศรษฐกิจและสังคมวัฒนธรรมเฉพาะ ภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมและระบบนิเวศ ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีลักษณะเป็นการผสมผสานการเรียนรู้ของความรู้ที่หลากหลายไปยึดติดอยู่กับความรู้ชนิดใดชนิดหนึ่งอย่างเดียวนั้น เป็นความรู้ที่ขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ (Situating Knowledge) การสะสมบทเรียน กระบวนการเรียนรู้วิธีการในการดูแลสุขภาพเชื่อมโยงกับบริบทเฉพาะท้องถิ่นได้ถูกหล่อหลอมและพัฒนาเป็นวัฒนธรรมสุขภาพของแต่ละท้องถิ่นที่มีความเป็นอัตลักษณ์เฉพาะวัฒนธรรม (Identity) ทำให้เราเรียนรู้ว่าในแต่ละสังคมหรือกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ จะมีรูปแบบและวิธีการดูแลสุขภาพที่หลากหลายและทับซ้อนกันมากกว่าหนึ่งวิธีการเสมอ ดังนั้น การทำความเข้าใจแนวทางการดูแลสุขภาพและการดูแลความเจ็บป่วยในแต่ละสังคมหรือกลุ่มชาติพันธุ์ จึงต้องมองเงื่อนไขปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกอย่างวิเคราะห์ให้เห็นความเชื่อมโยงบนฐานความคิดแบบองค์รวม

4.1.2 มิติความหมาย : การแพทย์พื้นบ้าน

1) การแพทย์พื้นบ้าน

เป็นคำศัพท์ที่เป็นทางการ เทียบเคียงกับภาษาอังกฤษว่า Indigenous Medicine หรือ Folk Medicine เป็นส่วนหนึ่งของภูมิปัญญาด้านสุขภาพของท้องถิ่น และเป็นการดูแลสุขภาพของกลุ่มชน หรือชาติพันธุ์ องค์ความรู้และวิถีปฏิบัติของการแพทย์พื้นบ้านจึงสัมพันธ์กับวัฒนธรรมท้องถิ่น มีอัตลักษณ์ มีการผสมผสานกับการแพทย์แบบอื่น และมีการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ องค์ความรู้ของการแพทย์พื้นบ้าน เป็นภูมิปัญญาที่สืบทอดผ่านประสบการณ์ตรงและสะสมเรียนรู้จากการปฏิบัติภายใต้บริบทของสังคมวัฒนธรรมเฉพาะ

การแพทย์พื้นบ้านไทยมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยมีการพัฒนาเชิงระบบ มีมาตรฐานแบบวิชาชีพและมีกฎหมายเพื่อดูแล ควบคุมกำกับและส่งเสริมอย่างชัดเจน ส่วนการแพทย์พื้นบ้านอยู่ในช่วงเริ่มต้นของการพัฒนาเชิงระบบ การแพทย์พื้นบ้านไทยเป็นการแพทย์แบบวัฒนธรรม มีการผสมผสานระหว่างสิ่งเหนือธรรมชาติ โลกธรรมชาติและชีวิต และเป็นการแพทย์ที่ใช้ประโยชน์อยู่ในภาคประชาชน ประชาชนเป็นผู้สร้างระบบคิด ระบบคุณค่า และแบบแผนการปฏิบัติในมิติหลากหลาย กลายเป็นองค์ความรู้และวิถีปฏิบัติที่สัมพันธ์กับชีวิต ทั้งยามปกติและยามเจ็บไข้ได้ป่วย จะเห็นได้ว่า การแพทย์พื้นบ้านมีความจริงและวิธีการพิสูจน์ความจริงทั้งเหมือนและแตกต่างไปจากการแพทย์แผนไทยและแบบวิทยาศาสตร์

ประกาศคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2547) ได้ให้ความหมายของการแพทย์พื้นบ้านไทยว่า การดูแลสุขภาพโดยใช้ความรู้ที่สืบทอดกันมาในชุมชนท้องถิ่น ซึ่งมีลักษณะที่สอดคล้องกับความคิด ความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม และทรัพยากรของท้องถิ่นนั้น ๆ

ดังนั้น การแพทย์พื้นบ้านไทย จึงมีการสร้างและใช้ภูมิปัญญาด้านสุขภาพในหลายมิติ มีความหลากหลายตามท้องถิ่นและชาติพันธุ์ ตัวอย่างเช่น การแพทย์พื้นบ้านล้านนา การแพทย์พื้นบ้านอีสาน การแพทย์พื้นบ้านชาวใต้ การแพทย์พื้นบ้านของชาวมุสลิม ภูมิปัญญาด้านสุขภาพของหลายชาติพันธุ์ (ชาติพันธุ์ม้ง เย้า/เมี่ยน ลีซู อาข่า กะเหรี่ยง/ปกากะญอ ลัวะ ขมุ ไทลื้อ มอญ ไทยดำ ไทยอีสาน ผู้ไท เขมร กวย/ส่วย ชาวก) และยังมีภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพตั้งครรรค์และหลังคลอด การดูแลสุขภาพของหลายชาติพันธุ์ ภูมิปัญญาด้านอาหารพื้นบ้าน เป็นต้น จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้สนใจหรือบุคคลภายนอกวัฒนธรรมนั้น ควรทำความเข้าใจ เปิดใจเรียนรู้กับศรัทธาของภูมิปัญญาด้านสุขภาพของท้องถิ่น เพื่อหลีกเลี่ยงการครอบงำหรือทำลายคุณค่าและธรรมชาติของการแพทย์พื้นบ้านไทย

2) หมอพื้นบ้าน

“หมอพื้นบ้าน” เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการใช้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านดูแลสุขภาพ และรักษาโรคให้กับผู้ป่วยในชุมชน เมื่อเราต้องการรู้จักและเรียนรู้หมอพื้นบ้าน เราอาจตั้งคำถามในใจว่า “ใครคือหมอพื้นบ้านในชุมชนแห่งนี้ ?” ในชุมชนดั้งเดิมหมอพื้นบ้านมีวิถีชีวิตเช่นเดียวกับชาวบ้าน ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรหรืออาจเป็นพระสงฆ์ ทั้งยังเป็นผู้ที่มีความรู้ และความสามารถในการดูแลสุขภาพและรักษาโรคให้กับชาวบ้านในชุมชนได้ ช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อยในชุมชน อย่างไรก็ตาม ในสังคมยุคนี้หมอพื้นบ้านมีความแตกต่างและหลากหลาย

หมอพื้นบ้านที่เป็นคุณลักษณะที่เหมาะสมต่อการรับรองและส่งเสริมบทบาทให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชน จะต้องเป็นหมอพื้นบ้านที่มีคุณธรรม มีความสามารถในการดูแลรักษาโรคภัยไข้เจ็บของคนในชุมชนได้ ไม่มีลักษณะเอาเปรียบหรือหลอกลวงเพื่อนบ้าน ทั้งในและนอกชุมชน เราสามารถสังเกตหมอพื้นบ้านที่มีเจตนาดี และต้องการช่วยเหลือชาวบ้านจากลักษณะดังนี้

หมอพื้นบ้านมีจิตใจช่วยเหลือผู้ป่วย มีจิตใจเมตตา ดูแลทั้งความทุกข์ทางกายและทางใจของผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะเรียนวิชาและบ่มเพาะมาจากครูบาอาจารย์ ซึ่งอาจเป็นบรรพบุรุษหรือญาติที่เป็นหมอพื้นบ้านรุ่นเก่า เคยมีประสบการณ์รักษาตนเอง สนใจและอยากเรียนเพื่อพึ่งตนเองและช่วยเหลือผู้อื่น หรือมาจากอำนาจเหนือธรรมชาติดลบันดาลใจ กลายเป็นหมอพื้นบ้าน มี 2 ลักษณะใหญ่ **ลักษณะแรกคือ** หมอพื้นบ้านที่เรียนรู้และฝึกฝนความชำนาญจากการปฏิบัติมาหลายปีหรือนับสิบปี ตัวอย่างเช่น หมอยาสมุนไพร หมอนวด หมอดำยา หมอกระดูก หมอหู หมอดู เป็นต้น และอาจมีการศึกษาเพิ่มเติมจากตำราแพทย์พื้นบ้าน หรือคัมภีร์ใบลาน มีการเรียนวิชาจากครูหมอพื้นบ้านคนเดียวหรือหลายคน และ **ลักษณะที่สองคือ** หมอพื้นบ้านที่มีการรักษาโรคที่เกิดจากเหตุการณ์หรือประสบการณ์เฉพาะ เป็นไปตามความเชื่อและศรัทธาของชุมชน อาศัยการสื่อถึงอำนาจเหนือธรรมชาติ (ผีและอำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์) และพิธีกรรมในการรักษาโรค ตัวอย่างเช่น คนทรง หมอรำผีฟ้าและเฒ่าจ้ำของชาวอีสาน หมอขวัญในหลายชาติพันธุ์ หมอเหยาของชาวผู้ไท โกลมะมัวดของชาวเขมร เป็นต้น หมอพื้นบ้านบางคนมีความสามารถทั้งสองลักษณะ ช่วยรักษาโรคทางกายและทางใจให้กับชาวบ้าน

หมอพื้นบ้านมีความเคารพและกตัญญูต่อครูบาอาจารย์ หมอพื้นบ้านแบบดั้งเดิมจะเคร่งครัดในพิธีไหว้ครูหรือบูชาครู ในกระบวนการรักษาโรคเมื่อผู้ป่วยมาให้รักษา หมอพื้นบ้านจะมีพิธีบูชาครูก่อนเริ่มการรักษาโรค ผู้ป่วยจะเตรียมดอกไม้ ธูปเทียน และเงินจำนวนหนึ่งตามที่ครูกำหนด (มักมีจำนวน 6 สลึง หรือ 6 บาท หรือ 12 บาท) หรือเข้าร่วมในพิธีไหว้ครูเพื่อรำลึกถึงพระคุณของครูอาจารย์ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ รวมทั้งให้ครูคุ้มครองและช่วยให้การรักษาโรคประสบผลดี ภายหลังที่ผู้ป่วยหายจากโรคเป็นปกติแล้ว ผู้ป่วยจะมี “พิธีส่งขวัญข้าว” เพื่อแสดงความกตัญญูและสำนึกในบุญคุณของหมอพื้นบ้านและครูบาอาจารย์ ชาวไทยภาคกลางเรียกว่า “การส่งขวัญข้าว” ชาวอีสานเรียกว่า “ปงคาย” ชาวใต้เรียกว่า “ตั้งราด” ล้านนาเรียกว่า “ขันตั้ง” เพื่อบูชาครูเจ้าของวิชาและรำลึกถึงบุญคุณครูอาจารย์ที่ช่วยเหลือให้การรักษาโรคสำเร็จ หมอพื้นบ้านจะไม่เรียกค่าตอบแทนการรักษาโรคจากผู้ป่วย จำนวนของค่าตอบแทนเป็นการตัดสินใจของผู้ป่วยที่จะให้ตามสถานะเศรษฐกิจของผู้ป่วย

หมอพื้นบ้านที่ดีและมีคุณธรรมจะได้รับการยอมรับและเชื่อถือจากชุมชน หมอพื้นบ้านมีบทบาทอยู่ในบริบททางสังคมวัฒนธรรม มีระบบคิด ระบบคุณค่า และการปฏิบัติที่สอดคล้องกับชุมชน หมอพื้นบ้านเป็นบุคคลที่อยากดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยแบบสงเคราะห์และพึ่งพาอาศัยกันและกัน ชุมชนให้ความเคารพหมอพื้นบ้าน และหมอพื้นบ้านก็มีจิตใจอยากช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในความทุกข์ ไม่เคยไว้อวด ไม่หลอกลวง หากไม่สามารถรักษาโรคให้กับผู้ป่วยได้จะบอกผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา หมอพื้นบ้านแบบดั้งเดิมหรือหมอพื้นบ้านบางคน อาจไม่ต้องการใบประกอบโรคศิลปะตามกฎหมาย

หมอพื้นบ้านแบบดั้งเดิมหรือแบบอุดมคติให้การรักษาโดยมิได้นึกถึงค่าตอบแทนในลักษณะเงินทอง แต่สังคมยุคใหม่มีการเปลี่ยนแปลงไป หมอพื้นบ้านมีอายุมากขึ้น มีความต้องการเงินในการเลี้ยงชีพ มีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยาสมุนไพร หรือเครื่องมือเครื่องใช้ในการรักษาโรค ดังนั้น หมอพื้นบ้านบางคนอาจคิดค่าตอบแทนหรือค่ายาสมุนไพร โดยมีได้มุ่งแสวงหาผลกำไร

4.2 การพัฒนาด้านนโยบาย

4.2.1 สถานการณ์ด้านกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง

(1) พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33(1)(ค) เป็นกฎหมายประกอบโรคศิลปะที่เปิดโอกาสให้มีการประเมินหมอพื้นบ้านที่ดีมีคุณธรรม จริยธรรม เป็นที่พึ่งของประชาชนในชุมชน หรือในชนบท ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีความรู้ประสบการณ์การรักษาสุขภาพในบริบทเฉพาะท้องถิ่น ให้เป็นผู้รับอนุญาตการประกอบโรคศิลปะได้ และเริ่มดำเนินงานเมื่อ พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2552 มีผู้ผ่านการประเมินจำนวน 44 คน ปี พ.ศ. 2553–2554 โดยนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้มอบนโยบายส่งเสริมสนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และสมุนไพรให้มีบทบาทในการบริการและมีความก้าวหน้ามากขึ้น ภายใต้นโยบายดังกล่าว กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยกองการแพทย์พื้นบ้านไทย และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ได้ดำเนินงานสนับสนุนการประเมินหมอพื้นบ้านเพื่อมอบใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ มีหมอพื้นบ้านผ่านการประเมิน 117 คน

(2) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 18(8) สนับสนุนและประสานกับองค์กรส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่บุคคลในพื้นที่ ในรูปแบบกองทุนสุขภาพตำบล

(3) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ หมวด 7 ว่าด้วยการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ซึ่งระบุในข้อ 64 ว่าให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องพัฒนามาตรการทางด้านกฎหมายและมาตรการด้านอื่น ๆ เพื่อรับรองสถานภาพของหมอพื้นบ้าน

(4) พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 กับการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน

พระราชบัญญัติฉบับนี้มาตรา 12 กำหนดให้กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ดำเนินการต่าง ๆ เกี่ยวกับการคุ้มครองและส่งเสริมการศึกษาอบรม การศึกษาวิจัย และพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร และรับผิดชอบในงานธุรการและวิชาการของคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย มาตรา 13 ให้อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นนายทะเบียนกลาง และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นนายทะเบียนจังหวัด มาตรา 15 ให้กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีหน้าที่รวบรวมข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเกี่ยวกับตำรับยาแผนไทย และตำราการแพทย์แผนไทยที่ราชอาณาจักร เพื่อจัดทำทะเบียนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

การจัดทำทะเบียนตามวรรคหนึ่ง อย่างน้อยต้องระบุ (1) แหล่งที่มาของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย (2) เจ้าของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และ (3) รายละเอียดของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตำรับยาแผนไทย และตำราการแพทย์แผนไทย สรรพคุณยา โดยที่ไม่มุ่งหมายจะเปิดเผยสูตรวิธีการปรุง อันเป็นสิทธิส่วนบุคคล

หมอพื้นบ้าน เป็นฐานข้อมูลบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย 1 ใน 6 กลุ่มที่มีการจัดทำทะเบียนข้อมูล ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2553 มีจำนวนหมอพื้นบ้าน 50,591 คน โดยจัดกลุ่มตามความชำนาญในการรักษาเป็น 6 กลุ่ม คือ หมอพิธีกรรม หมอยาสมุนไพร หมอนวด หมอดำยา หมอรักษากระดูกหักและอื่น ๆ หมอพื้นบ้านตามทะเบียนข้างต้น มีคุณค่าในสองลักษณะ คือ หนึ่ง หมอพื้นบ้านผู้มีประสบการณ์และปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน และสอง องค์ความรู้หรือภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านตามประสบการณ์และความชำนาญที่ไม่ได้มีบันทึกเป็นตำรับตำรา แต่อยู่ในทักษะประสบการณ์ของหมอพื้นบ้าน เป็นความรู้โดยนัย (Tacit Knowledge) ดังนั้น การคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย นอกจากการสำรวจและขึ้นทะเบียน อันเป็นภารกิจด้านการคุ้มครองและอนุรักษ์แล้ว มีความจำเป็นที่จะต้องมีการส่งเสริมและพัฒนา โดยเฉพาะการแพทย์พื้นบ้าน เพราะหมอพื้นบ้านที่มีความรู้ความชำนาญส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงยังมีความจำเป็นต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน

(5) แนวทางการรับรองสถานภาพหมอพื้นบ้านเพื่อส่งเสริมและพัฒนาในระบบสุขภาพ

โดยอาศัยกลไกด้านกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 และพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์

แผนไทย พ.ศ. 2542 รวมทั้งภารกิจของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ว่าด้วยการออกหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2554 และฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555 เพื่อรับรองหมอพื้นบ้านในทุกจังหวัด อันเป็นกระบวนการรับรองสถานภาพหมอพื้นบ้านที่มีความรู้และความชำนาญ ให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเอง (Community Self Care)

จะเห็นได้ว่ากฎหมายที่เกี่ยวข้องดังกล่าว มีสาระสำคัญทั้งในด้านของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการปฏิรูปการปกครองที่ว่าด้วยการกระจายอำนาจ อันเป็นข้อกำหนดทางกฎหมายที่จะสามารถพัฒนาเป็นข้อบัญญัติของท้องถิ่น ในการกำหนดภารกิจในการส่งเสริมการฟื้นฟูการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพชุมชน และการผสมผสานในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การสร้างระบบส่งต่อการดูแลรักษาระหว่างสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและชุมชน

4.2.2 ความเคลื่อนไหวด้านวิชาการ : การจัดการเรียนการสอนแพทย์แผนไทยในสถาบันการศึกษากับการจัดการความรู้หมอพื้นบ้านไทย

ความสำคัญในการดำเนินงานต่อแนวคิดของความสัมพันธ์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งมีหมอพื้นบ้าน เป็นผู้สะสมความรู้และประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับชุมชน โดยมีมิติของเครือข่ายทางสังคมกับผู้รู้ท้องถิ่นต่าง ๆ ในชุมชน วัฒนธรรม ประเพณี และระบบนิเวศของท้องถิ่น ทั้งนี้ สถานะองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน โดยทั่วไปมี 2 รูปแบบ คือ การแพทย์แบบประสบการณ์เชิงปฏิบัติ (Secular Sub-sector) และแบบพิธีกรรม (Sacred Sub-sector) จากความสัมพันธ์ดังกล่าวทำให้ความรู้และภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านมีความเป็นเอกลักษณ์หรือมีอัตลักษณ์เฉพาะ ซึ่งยังคงมีบทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชนในสังคมไทย โดยไม่อิงกับกระแสองค์ความรู้การแพทย์กระแสหลักที่มีความเชื่อมโยงกัน จึงส่งผลต่อการพัฒนาการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านอย่างเป็นระบบ

จากการรวบรวมข้อมูลด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย โดยหน่วยงานที่มีภารกิจตามกฎหมายพระราชบัญญัติคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 คือ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งมีหน้าที่เป็นสำนักงานนายทะเบียนกลางด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย นั้น ปัจจุบันมีหมอพื้นบ้านที่ขึ้นทะเบียนต่อสำนักงานนายทะเบียนกลาง แล้วทั้งสิ้น จำนวน 57,665 คน (ข้อมูล ณ พฤษภาคม 2559) และด้วยภารกิจอันตระหนักถึงบทบาทดังกล่าวของหมอพื้นบ้าน ในปี พ.ศ. 2554-2555 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ร่วมดำเนินงานโครงการศึกษาและพัฒนาการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน โดยคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยและคณะอนุกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย สามารถขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตให้หมอพื้นบ้านเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 (1)(ค) แล้วทั้งสิ้น จำนวน 165 คน

การดำเนินการดังกล่าวทำให้ค้นพบประสบการณ์และภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านในชุมชนต่าง ๆ ซึ่งแตกต่างกันไปตามวิถีวัฒนธรรมและสภาพทางภูมิโนเวศของพื้นที่ ที่ยังคงมีความสำคัญในการเป็นที่พึ่งของชุมชน ตลอดจนพบว่าภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านส่วนหนึ่งสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการสาธารณสุขได้ โดยเฉพาะในกลุ่มโรคหรืออาการที่การแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้ได้

ผลดี อาทิ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง อัมพฤกษ์ อัมพาต แผลเปื่อยจากพิษงู ตลอดจนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระบบการแพทย์กระแสหลักของประเทศไทย

จากประเด็นดังกล่าวนี้ ส่งผลให้องค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านไทยได้รับการสำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูลมากขึ้น แต่ด้วยแบบแผนหรือข้อปฏิบัติทางมิติวัฒนธรรมและสังคมแต่ละท้องถิ่น รวมถึงพื้นฐานหรือจริยธรรมความเป็นหมอพื้นบ้าน และการสั่งสมสั่งสอนจากบรรพบุรุษ ทำให้การเก็บข้อมูลองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านยังเป็นไปด้วยความล่าช้า ซึ่ง ณ ปัจจุบัน หมอพื้นบ้านไทยที่ขึ้นทะเบียนต่อสำนักงานทะเบียนกลาง เสียชีวิตแล้วทั้งสิ้น 558 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 30 เมษายน 2557) ในจำนวนนี้เป็นหมอพื้นบ้านที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ซึ่งได้เสียชีวิตแล้วทั้งสิ้น 27 คน (ข้อมูล ณ กันยายน 2559) ทำให้องค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านไทยต้องสูญหายไปพร้อมกับหมอพื้นบ้านและกาลเวลา

ดังนั้น จึงได้ดำเนินโครงการจัดการความรู้หมอพื้นบ้านร่วมกับเครือข่ายสถาบันอุดมศึกษาด้านการแพทย์แผนไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บรวบรวมองค์ความรู้ และจัดระบบภูมิปัญญาด้านการแพทย์พื้นบ้าน จากภูมิปัญญาเชิงประสบการณ์ในตัวหมอพื้นบ้าน จำนวน 1,550 คน โดยการสนับสนุนการทำวิจัยของนักศึกษาแพทย์แผนไทยระดับปริญญาตรีและปริญญาโท ซึ่งมีพื้นฐานความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย และเป็นผู้ที่มีศักยภาพต่อการพัฒนาสู่เครือข่ายนักวิจัยรุ่นใหม่ด้านการแพทย์พื้นบ้านและสมุนไพรไทยในอนาคต ทั้งนี้ การดำเนินงานเพื่อเก็บข้อมูลการศึกษาวิจัยจะอยู่ภายใต้การควบคุม กำกับ ดูแลของอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสถาบันการศึกษา รวมทั้งสิ้น 19 สถาบัน (ดังตาราง 4.1) โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ประจำปี 2557 ทั้งนี้ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้จัดประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมทีมงานในการดำเนินโครงการ จำนวน 2 ครั้ง จนกระทั่งสามารถผลิตและพัฒนาแบบเก็บองค์ความรู้หมอพื้นบ้าน ในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาและเก็บรวบรวมองค์ความรู้หมอพื้นบ้าน ซึ่งผลที่คาดว่าจะได้จากการดำเนินโครงการจะสามารถจัดการและสังเคราะห์องค์ความรู้ในตัวบุคคลสู่เอกสารตำราหรือระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เบื้องต้นที่สามารถพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ในงานวิจัยสมุนไพรและตำรับยา และเผยแพร่องค์ความรู้สู่การใช้ประโยชน์ในระบบสุขภาพ ตลอดจนเกิดการพัฒนาเอกสารตำราเชิงวิชาการเพื่อการเรียนการสอนต่อไป



องค์ความรู้หมอพื้นบ้านที่เก็บรวบรวมและจัดระบบองค์ความรู้หมอพื้นบ้าน ในระยะที่ 1 นี้ กระจายตัวอยู่ในพื้นที่ 35 จังหวัด ใน 5 ภูมิภาค ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย น่าน แพร่ ลำปาง แม่ฮ่องสอน ลำพูน พิชณุโลก เพชรบูรณ์ ตาก สุโขทัย อุตรดิตถ์ อ่างทอง สกลนคร อุบลราชธานี สุรินทร์ ร้อยเอ็ด อำนาจเจริญ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี สมุทรสาคร นครปฐม ปราจีนบุรี นครนายก ราชบุรี จันทบุรี ตรวาท พัทลุง นครศรีธรรมราช สงขลา นราธิวาส ปัตตานี และยะลา ซึ่งจากการศึกษา สามารถจัดประเภทของหมอพื้นบ้านได้ดังนี้ (1) หมอนวดพื้นบ้าน (2) หมอรักษาอัมพฤกษ์ อัมพาต (3) หมอกระดูก (4) หมอเด็กและสตรี (5) หมอยาสมุนไพร (6) หมอรักษาอาการทางผิวหนัง (7) หมอรักษาสัตว์พืชกัดและงูกัด

สำหรับการดำเนินงานเพื่อการศึกษาในระยะต่อไป สถาบันการศึกษามีความสนใจและต้องการเก็บข้อมูลองค์ความรู้ในเชิงลึก เพื่อศึกษารายละเอียดขององค์ความรู้หมอพื้นบ้านในแต่ละประเด็นให้มากขึ้น จนสามารถต่อยอดองค์ความรู้เพื่อพัฒนาให้เกิดงานวิจัยในระดับคลินิกหรือปรีคลินิกต่อไป และนอกจากนี้ ข้อมูลองค์ความรู้เบื้องต้นของหมอพื้นบ้านที่ยังไม่ได้เก็บข้อมูลองค์ความรู้อีกหลายท่าน ต้องอาศัยความร่วมมือเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่ ภาควิชาหรือหน่วยงานที่มีการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน และองค์กรเอกชนที่มีผู้เชี่ยวชาญและปฏิบัติงานด้านดังกล่าวอย่างต่อเนื่องยาวนาน รวมถึงบุตรหลาน อันเป็นผู้สืบทอดองค์ความรู้หมอพื้นบ้าน เป็นต้น เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดหมอพื้นบ้านเป็นอย่างมาก เพื่อให้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทยได้รับการบันทึกและสืบสานจากรุ่นสู่รุ่นต่อไป

บทเรียนที่น่าเรียนรู้

การจัดการความรู้หมอพื้นบ้านร่วมกับเครือข่ายสถาบันอุดมศึกษา แม้อยู่ในระหว่างการทำงาน และสิ้นสุดโครงการในเดือนกันยายน 2558 แต่ยังคงข้อค้นพบ ดังนี้

1. เกิดความร่วมมือและความสัมพันธ์อันดีเป็นภาควิชาหรือเครือข่ายร่วมดำเนินงานด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย ระหว่างกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกับสถาบันการศึกษาที่มีการเรียนการสอนด้านแพทย์แผนไทย
2. คณาจารย์และนักศึกษาแพทย์แผนไทย เกิดแรงผลักดันหรือแรงกระตุ้นให้เกิดความสนใจในการศึกษาองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านไทยเพิ่มมากขึ้น นอกจากการศึกษาในห้องเรียนและศึกษาจากตำราการแพทย์แผนไทยทั่วไป
3. คณาจารย์และนักศึกษาแพทย์แผนไทย มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย และความหลากหลายของวิถีวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี และพิธีกรรมที่เกี่ยวข้อง และสัมพันธ์กับหมอพื้นบ้านและภูมิปัญญาที่ได้รับการสืบทอด
4. เกิดการเชื่อมต่อข้อมูลองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านไทยสู่ระบบสารสนเทศองค์ความรู้ดิจิทัลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (TTDKL) ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ตาราง 4.1 รายชื่อสถาบันการศึกษาที่ร่วมดำเนินงานโครงการจัดการความรู้หมอพื้นบ้านร่วมกับ
เครือข่ายสถาบันอุดมศึกษา

ลำดับ	สถาบัน	จำนวนหมอพื้นบ้าน ที่เก็บข้อมูล (คน)
1	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง	204
2	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก	10
3	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	50
4	คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร	50
5	คณะแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏ อุบลราชธานี	200
6	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์	100
7	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	40
8	สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	20
9	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก	112
10	สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช	25
11	สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	134
12	วิทยาลัยการแพทย์แผนตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิต	99
13	วิทยาลัยการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ธัญบุรี	50
14	วิทยาลัยมวยไทยศึกษาและการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัย ราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง	81
15	วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี	50
16	คณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี	150
17	คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง	50
18	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตนครศรีธรรมราช	25
19	กลุ่มงานหลักสูตรการแพทย์แผนไทย วิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินธร จังหวัดยะลา	100

4.2.3 ศูนย์เรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านไทย : บทเรียนการจัดการสุขภาพชุมชนโดยกลุ่มและเครือข่ายหมอพื้นบ้าน

ศูนย์เรียนรู้การแพทย์พื้นบ้าน ตามนิยามปฏิบัติการ ของกองการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก คือ กระบวนการก่อรูปการปฏิบัติการชุมชนที่เกี่ยวกับภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพและการแพทย์พื้นบ้านโดยครอบคลุม เรื่อง การฟื้นฟูภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพ การสืบทอดความรู้สู่คนรุ่นใหม่ ที่อาศัยทุนทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน



กองการแพทย์พื้นบ้านไทย เริ่มต้นแนวคิดการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้การแพทย์พื้นบ้าน ในปี พ.ศ. 2546 จากการเล็งเห็นว่าองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านในประเทศไทย ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ คือ หมอพื้นบ้าน ตำรา พันธุ์พืชที่ใช้เป็นยาสมุนไพร วิธีการรักษา ตลอดจนสังคม วัฒนธรรม ประเพณี วิถีชีวิต ว่ามีความสำคัญและเป็นสิ่งล้ำค่าที่ควรจะได้รวบรวมอนุรักษ์ ฟื้นฟู ให้คงอยู่ เพื่อสืบทอดเป็นมรดก

สู่ลูกหลาน แต่พบว่าในชุมชนของแต่ละท้องถิ่นยังไม่มีศูนย์รวมความรู้หมอพื้นบ้าน ไม่มีการพบปะแลกเปลี่ยนระหว่างหมอพื้นบ้าน ไม่มีแหล่งรวบรวมตำรา ตำรา จึงเกิดแนวคิดที่จะมีแหล่งรวบรวมความรู้หมอพื้นบ้านดังกล่าว ในลักษณะศูนย์เรียนรู้การแพทย์พื้นบ้าน โดยเริ่มจากสิ่งที่ชุมชนมีอยู่แล้วและดำเนินการอยู่แล้ว และให้อิสระพื้นที่เป็นร่วมกันดำเนินการเอง ไม่ใช้การสั่งการจากภาครัฐ โดยมีแนวทางการดำเนินงานว่า การก่อเกิดหรือการพัฒนาศูนย์เรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านไทย ต้องพัฒนาอยู่บนฐานคิด ศักยภาพ และประสบการณ์การแพทย์พื้นบ้านและภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพที่มีอยู่ของชุมชน ผู้มีบทบาทสำคัญ คือ หมอพื้นบ้าน ผู้รู้ ผู้นำชุมชน และองค์กรชุมชนที่หลากหลาย โดยใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีเป้าหมายสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน หนุนเสริมและยกย่องภูมิปัญญา และสอดคล้องกับกลไกและเครือข่ายเดิมที่มีอยู่ในชุมชน

ในช่วงแรกของการดำเนินงาน ปี พ.ศ. 2546-2547 เกิดโครงการศูนย์เรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านไทยในชุมชน มีศูนย์เรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านไทยเกิดขึ้นทั้งหมด จำนวน 18 แห่ง ใน 12 จังหวัดทั่วประเทศ ได้รับสนับสนุนงบประมาณจำนวน 30,000 บาท/ศูนย์ โดยเกิดกระบวนการก่อรูปและพัฒนาตั้งแต่ระยะเตรียมการ คือ การสืบค้น สำรวจ และศึกษาบุคคลและสถานที่ที่มีศักยภาพหรือประสบการณ์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านด้านสุขภาพและการแพทย์พื้นบ้าน สถานที่ตั้งของศูนย์เรียนรู้มักเป็นสถานที่ที่มีอยู่ก่อนแล้วในชุมชน เลือกตามความเหมาะสมของชุมชน โดยไม่จำเป็นต้องสร้างขึ้นใหม่ เช่น บ้านของหมอพื้นบ้าน สถานที่ภายในวัด โรงเรียน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (ศสมช.) สถานบริการของรัฐ องค์กรสาธารณสุขประโยชน์ หรือ สมาคม เป็นต้น ร่วมเรียนรู้หรือสัมภาษณ์คุณค่าแนวคิด และบทบาทของสถาบันพื้นบ้าน องค์กรชุมชน ผู้นำทางจิตวิญญาณหรือพระสงฆ์ ผู้เฒ่าหมอพื้นบ้าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีคุณธรรมและเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชนด้านการแพทย์พื้นบ้าน เป็นผู้ที่มีได้หวังผลทางการค้า มีความเสียสละและทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม เรียนรู้ข้อมูลและวรรณกรรมที่

ถูกบันทึก เช่น ตำรา คัมภีร์ และร่วมสังเกตการณ์พิธีกรรมและกิจกรรมทางสังคม สร้างความสัมพันธ์ และจัดเวทีชุมชนเพื่อระดมการมีส่วนร่วมในการก่อรูปและพัฒนาศูนย์เรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านไทย จนมาสู่ระยะการจัดทำโครงการและกิจกรรมปฏิบัติการในชุมชน

ระยะแรกของการทำงานศูนย์เรียนรู้ฯ สามารถจำแนกกระบวนการเรียนรู้ ได้ 3 ลักษณะ คือ

1) หมอพื้นบ้านมีกระบวนการเรียนรู้ระหว่างกันโดยผ่านการแลกเปลี่ยนและการฝึกปฏิบัติ ศูนย์เรียนรู้บางแห่งมีหมอพื้นบ้านหลายคน ย่อมเกิดการเรียนรู้ระหว่างหมอพื้นบ้าน จึงเกิดกิจกรรมการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เวทีถอดองค์ความรู้และการศึกษาดูงาน หรือเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหมอพื้นบ้านรุ่นใหม่และหมอพื้นบ้านรุ่นเก่าที่มีความชำนาญมากกว่า

2) หมอพื้นบ้านและผู้รู้มีการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์การแพทย์พื้นบ้านให้กับประชาชนในชุมชนหรือผู้สนใจ ศูนย์เรียนรู้ฯ บางแห่งมีหมอพื้นบ้านที่มีประสบการณ์และความชำนาญ เฉพาะด้าน จึงกลายเป็นแหล่งฝึกอบรม ถ่ายทอดความรู้ และศึกษาดูงานให้กับสมาชิกในชุมชนหรือผู้สนใจจากภายนอกชุมชน

3) ชุมชนได้เรียนรู้และใช้ประโยชน์จากศูนย์เรียนรู้การแพทย์พื้นบ้าน ศูนย์เรียนรู้ฯ มีหมอพื้นบ้านที่มีประสบการณ์การดูแลรักษาโรคมายาวนาน จึงเป็นแหล่งในการดูแลรักษาสุขภาพของคนในและนอกชุมชน

ปีงบประมาณ 2548 โดยความร่วมมือของกองการแพทย์พื้นบ้านไทย มูลนิธิพัฒนาศักยภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ และคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ร่วมกันดำเนินการโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งบริการนวดพื้นบ้าน เพื่อขยายผลการดำเนินงานของศูนย์เรียนรู้ฯ ในปีงบประมาณ 2547 ขยายพื้นที่เดิมไปอีกพื้นที่ละ 5 แห่ง รวม 50 แห่ง โดยให้พื้นที่เดิมเป็นแม่ข่าย ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงพื้นที่ขยายใหม่ในการพัฒนามาตรฐานการให้บริการนวดพื้นบ้าน วัตถุประสงค์สำคัญเพื่อส่งเสริมการสร้างรายได้ชุมชนจากหนึ่งตำบลหนึ่งบริการนวดพื้นบ้านไทย ขยายผลการส่งเสริมพัฒนามาตรฐานการนวดพื้นบ้านไทย และพัฒนามาตรฐานการให้บริการการนวดพื้นบ้านไทยประเภทต่าง ๆ กลุ่มเป้าหมายคือ หมอนวดพื้นบ้านและประชาชนในพื้นที่

พบว่ามีการศึกษาองค์ความรู้เชิงลึกด้านภูมิปัญญาการนวดพื้นบ้าน 10 เรื่อง เช่น การเอาม่าน และการเหยียบเหล็กแดงของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา การเช็ดແກຂອງจังหวัดเชียงราย และการจับเส้นของจังหวัดกาฬสินธุ์ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในระดับองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาล เข้าใจแนวคิดและให้ความสนใจ



สนับสนุนการดำเนินงานมากขึ้น เกิดความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหมอพื้นบ้านในการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญา ประชาชนเชื่อมั่นและใช้บริการนวดพื้นบ้าน ก่อเกิดรายได้ให้กับหมอนวดพื้นบ้านในชุมชน และสิ่งที่เกิดขึ้นสำคัญคือ เกิดการรวมตัวของเครือข่ายการนวดพื้นบ้าน

มาตรา 3 และมาตรา 18(9)

ในปี พ.ศ. 2552 ดร.เลิศชาย ศิริชัย สำนักวิชาการศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ได้สังเคราะห์และสรุปบทเรียนการดำเนินงานของศูนย์เรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านไทย ตั้งแต่ปี 2546-2551 ดังนี้

1. สถานการณ์ของศูนย์เรียนรู้ฯ แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ **1) กลุ่มที่มีความมั่นคง** ได้แก่ ศูนย์เรียนรู้ที่หมอพื้นบ้านดำเนินการมานานพอสมควรแล้ว สามารถดูแลรักษาสุขภาพได้หลายด้าน ใช้องค์ความรู้ที่หลากหลายและลึกซึ้ง มีผู้มาใช้บริการมาก เน้นการสร้างเครือข่ายเพื่อการพึ่งตนเอง ด้านการดูแลสุขภาพ โดยในด้านแรกเป็นเครือข่ายการเรียนรู้เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ไปใช้ดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวันจนถึงขั้นเป็นวิถีชีวิต ในด้านที่สองเป็นการสร้างเครือข่ายของหมอพื้นบ้านต่างพื้นที่ในเครือข่าย เพื่อร่วมกันดูแลสุขภาพของชาวบ้านในเครือข่ายให้ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น **2) กลุ่มที่มีความมั่นคงระดับปานกลาง** ได้แก่ศูนย์เรียนรู้ที่เปิดบริการด้านการนัดที่สามารถสร้างรายได้เลี้ยงตัวได้ แต่โดยตัวของบริการที่เป็นการนัดอย่างเดียวจึงอาจไม่มั่นคงนัก เพราะศูนย์ในกลุ่มที่บริการการนัดหลายแห่งที่เริ่มต้นเหมือนจะไปด้วยดีแต่ผ่านไปสักระยะหนึ่งก็ประสบปัญหาเนื่องจากผู้ใช้บริการมีจำกัดและลดลง และ **3) กลุ่มที่กำลังปรับตัวหาแนวทางใหม่ ๆ** ส่วนใหญ่เปิดบริการด้านการนัดเช่นกัน แต่มักบริหารจัดการโดยผู้เข้ามาสนับสนุน ศูนย์ลักษณะนี้ไม่สามารถอยู่ได้ด้วยตัวเองเนื่องจากมีผู้มาใช้บริการน้อย แต่ว่าก็ไม่ล้มไปเนื่องจากยังมีผู้สนับสนุนอยู่ เช่น สถานีอนามัย ศูนย์กลุ่มนี้จึงดำเนินการไปโดยพยายามหาแนวทางปรับตัวเองเพื่อให้สามารถทำงานด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนได้มากขึ้น หากพิจารณาจำนวนศูนย์ทั้ง 3 ประเภทเปรียบเทียบกับกันจะได้สัดส่วนประมาณ 3 : 4 : 6 ตามลำดับ

2. ความหมายของศูนย์เรียนรู้ฯ พิจารณาได้จากหลายมิติกล่าวคือ **มิติด้านบริการ** พบว่าอาจเป็นศูนย์ที่เปิดบริการรักษาโรคภัยไข้เจ็บ หรือเป็นศูนย์ประสานงานเครือข่าย หรือเป็นศูนย์ที่เกิดขึ้นมาเพื่อถอดความรู้ของหมอพื้นบ้านก็ได้ **มิติด้านความกว้างขวางของปฏิบัติการ** พบว่ามีศูนย์เรียนรู้ที่ดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพตั้งแต่แคบสุดไปจนถึงกว้างสุด ศูนย์ที่ดูแลสุขภาพแบบแคบสุด คือการบริการการนัดที่ใช้ความรู้ทางเดียว โดยส่วนใหญ่จะใช้ความรู้เฉพาะที่อบรมมาจากทางราชการ และมีบางส่วนที่ใช้เฉพาะความรู้ที่สืบทอดมาจากชุมชนหรือท้องถิ่น กว้างขึ้นมาอีกระดับ คือศูนย์ที่เปิดบริการการนัดเช่นกัน แต่มีการผสมผสานความรู้ระหว่างความรู้ที่สืบทอดจากท้องถิ่นและความรู้ที่ได้รับการอบรมจากทางราชการ บางศูนย์มีความรู้จากท้องถิ่นอื่นเพิ่มเติมเข้ามาด้วย ระดับที่กว้างขึ้นมาอีกคือศูนย์ที่เปิดบริการดูแลสุขภาพหลายด้าน ระดับกว้างสุดคือศูนย์ที่ไม่เพียงเปิดบริการเฉพาะด้านการดูแลสุขภาพเท่านั้น แต่เชื่อมโยงไปสู่คุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ ด้วย เช่น ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ **มิติด้านผลกระทบต่อสังคม** พบว่า ศูนย์เรียนรู้ฯ มีทั้งที่มีผลกระทบต่อสังคมมาก และที่มีผลกระทบเฉพาะด้าน ผลกระทบมาก หมายถึง ศูนย์ที่ดำเนินงานบริการดูแลสุขภาพที่กว้างขวาง ด้วยกระบวนการที่บูรณาการความรู้หลายแบบเข้าด้วยกัน ผลกระทบเฉพาะด้านคือบริการที่การแพทย์สมัยใหม่ยอมรับให้เข้าไปร่วมดูแลสุขภาพแผนใหม่ ซึ่งได้แก่ การนัดนั่นเอง **มิติด้านแรงผลักดันให้เกิดสถานบริการดูแลสุขภาพ** พบว่า ศูนย์เรียนรู้ฯ อาจเกิดขึ้นด้วยแรงผลักดันจากภายนอกหรือจากภายในก็ได้ แรงผลักดันจากภายนอก หมายถึง กลุ่ม องค์กร หรือหน่วยงานจากภายนอกเข้าไปสนับสนุน ศูนย์ทั้งในด้านการจัดตั้งและการบริหารจัดการ แรงผลักดันจากภายใน หมายถึง ตัวหมอหัวหน้าศูนย์เป็นผู้มีบทบาทสำคัญทั้งในด้านความรู้ การจัดตั้ง และการบริหารจัดการ **มิติด้านสืบทอดภูมิปัญญา** พบว่า

ศูนย์เรียนรู้ฯ อาจเกิดขึ้นและดำเนินไปด้วยการสืบทอดภูมิปัญญาของท้องถิ่น กล่าวคือ หมอได้อาศัย ภูมิปัญญาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของท้องถิ่นที่สืบทอดกันมาในการดูแลสุขภาพของ ประชาชน รวมถึงการใช้ความรู้ที่สืบทอดมาดังกล่าวผสมผสานกับความรู้ที่เรียนมาใหม่ทั้งจากทาง ราชการและหมอพื้นบ้านจากท้องถิ่นอื่น ในขณะที่มีศูนย์บางแห่งหมอผู้ดำเนินการเป็นผู้ผ่านการอบรมมา จากทางราชการแล้วนำความรู้ดังกล่าวมาบริการดูแลสุขภาพประชาชนในท้องถิ่น **มิติด้านสถานที่ตั้ง** พบว่า ศูนย์เรียนรู้ฯ อาจตั้งอยู่ในบริเวณบ้านของหมอหัวหน้าศูนย์ หรือตั้งอยู่ในพื้นที่สาธารณะ หรือเป็น ส่วนหนึ่งของสถาบันทางสังคม โดยแต่ละลักษณะจะมีจุดเด่นและข้ออ่อนแตกต่างกันไป

3. เงื่อนไขสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของศูนย์เรียนรู้ฯ ได้แก่ ความ สอดคล้องกับบริบทที่เป็นจริง ความอยู่รอดทางเศรษฐกิจ และการสร้างกลุ่มและเครือข่าย **ความ สอดคล้องกับบริบท** หมายถึง การเกิดขึ้นและการดำรงอยู่ของการบริการของหมอพื้นบ้านนั้น ๆ



สะท้อนปัญหาหรือความต้องการของคนใน ชุมชนหรือในท้องถิ่น เกิดขึ้นมาจากความ พร้อมและศักยภาพของตัวหมอทั้งในแง่ความรู้ และความพร้อมอื่น ๆ **ความอยู่รอดทาง เศรษฐกิจ** หมายถึง หมอพื้นบ้านที่ทำงานดูแล รักษาสุขภาพในศูนย์การเรียนรู้จะต้องมีรายได้ที่เหมาะสม หากไม่มีรายได้หรือมีรายได้ น้อยหมอจะทำได้ไม่นาน ลักษณะของการอยู่ รอดทางเศรษฐกิจปรากฏได้หลายแบบ เช่น

ตัวหมออาศัยรายได้ได้จากการทำงานในศูนย์เป็นรายได้หลักของครอบครัว หมออาศัยรายได้จากการ ทำงานในศูนย์กับรายได้จากทางอื่นพอ ๆ กัน หมอทำงานอยู่ในสถาบันทางสังคมที่ไม่ถูกกีดตันเรื่อง เศรษฐกิจ และการฝักงานศูนย์เรียนรู้ฯ ไว้กับกลุ่มบุคคลที่ทำงานในโครงการอื่นอยู่แล้วจึงไม่ถูกกีดตัน ทางเศรษฐกิจมากนัก **การสร้างกลุ่มและเครือข่าย** หมายถึง ศูนย์เรียนรู้ฯดำเนินการในลักษณะกลุ่มและ เครือข่าย เพราะกลุ่มและเครือข่ายจะช่วยเพิ่มศักยภาพให้แก่การเคลื่อนไหวของหมอและศูนย์ได้ อย่างมาก “กลุ่ม” ในที่นี้หมายถึงศูนย์เรียนรู้ต้องเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนในการตัดสินใจเกี่ยวกับการ ดำเนินงานศูนย์ได้ และให้คนในชุมชนหรือในท้องถิ่นเห็นว่าศูนย์ดังกล่าวดำเนินงานเพื่อส่วนรวม รวมทั้งใช้รูปแบบคณะกรรมการในการบริหารศูนย์ แม้ว่าหัวหน้าศูนย์จะเป็นผู้ที่มีความมากก็ตาม ส่วน “เครือข่าย” หมายถึง การนำศูนย์เชื่อมโยงกับกลุ่ม องค์กร หน่วยงาน และสถาบันจากภายนอก ตั้งแต่ใกล้ตัว ไปจนถึงไกลตัว เพื่อให้เกิดการเกื้อหนุนกัน 2 ด้าน ด้านแรกหนุนช่วยในการพัฒนาศักยภาพของหมอ และศูนย์ ด้านที่สอง หนุนช่วยให้หมอและศูนย์สามารถแสดงตัวตนและสร้างพื้นที่ทางสังคมได้มากขึ้น

ประเด็นสรุปคือ การดำเนินการศูนย์เรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านไทยนั้นมีความหลากหลาย สามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ ด้วยวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันไปได้ และทุกลักษณะสามารถ ประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลวได้เช่นเดียวกัน ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขต่าง ๆ ที่ศูนย์แต่ละแห่งเผชิญอยู่ ดังนั้น การวิเคราะห์หาความสอดคล้องและความเหมาะสมของศูนย์แต่ละแห่งให้ชัดเจนจะสนับสนุนการ ดำเนินงานของศูนย์เรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านไทยให้ประสบผลสำเร็จได้

4.2.4 การรับรองสิทธิหมอพื้นบ้าน : รูปแบบการส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในระบบสุขภาพชุมชน

บทบาทของหมอพื้นบ้าน (Folk Healer) นับเป็นบุคคลสำคัญที่มีคุณจริยธรรมและบทบาทดูแลสุขภาพกาย จิตใจ และจิตวิญญาณในชุมชน โดยเฉพาะชุมชนชนบทและชุมชนชาติพันธุ์ตามระบบคิดและวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของชุมชน สำหรับ “หมอพื้นบ้าน” กองการแพทย์พื้นบ้านไทย ให้ความสำคัญกว่าหมอพื้นบ้านเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลสุขภาพและช่วยเหลือรักษาโรคในชุมชน และมีความมุ่งมั่น มีเป้าหมายชัดเจนที่จะส่งเสริมหมอพื้นบ้านที่มีคุณธรรม มีจิตใจเสียสละ ช่วยเหลือชาวบ้าน หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จะมีอายุมาก มีการเรียนวิชาและบ่มเพาะฝึกฝนจากครูอาจารย์ มีความเคารพและกตัญญูต่อครูอาจารย์ อีกทั้งมีความสามารถจนเป็นที่ยอมรับและเชื่อถือจากชุมชน ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทำหน้าที่เป็นนายทะเบียนกลาง และมีการขึ้นทะเบียนหมอพื้นบ้านโดยความร่วมมือของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และภาคีสถาบันบริการสาธารณสุขภาครัฐส่วนภูมิภาค เริ่มการลงทะเบียนประมาณปี พ.ศ. 2545 ในปี พ.ศ. 2553 มีการขึ้นทะเบียนหมอพื้นบ้านทั้งหมด 53,143 คน ทั่วประเทศ จำนวน 76 จังหวัด โดยจำแนกเป็น 6 ประเภท คือ หมอสมุนไพร/ยาแผนโบราณ หมอนวด หมอดำยา หมอกระดูก หมอพิธีกรรม/ไสยศาสตร์ และอื่น ๆ พื้นที่ที่มีจำนวนของหมอพื้นบ้านจากมากถึงน้อยตามลำดับ คือ ภาคอีสาน ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคกลาง และหมอพื้นบ้านที่มีประสบการณ์การดูแลสุขภาพในชุมชนมากกว่า 20 ปี มีจำนวน 16,000 คน

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดำเนินการและสนับสนุนการรับรองสิทธิหมอพื้นบ้าน 2 รูปแบบ คือ รูปแบบที่ 1 การรับรองสิทธิทางกฎหมายของหมอพื้นบ้านแบบวิชาชีพ รูปแบบที่ 2 การรับรองสิทธิหมอพื้นบ้านแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

รูปแบบที่ 1 การรับรองสิทธิทางกฎหมายของหมอพื้นบ้านแบบวิชาชีพ

จุดเริ่มของการพัฒนาสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้านแบบวิชาชีพ เกิดขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ในมาตรา 33(1)(ค) ระบุว่า “ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย เป็นผู้ที่ส่วนราชการรับรอง และผ่านการประเมินตามเงื่อนไขของคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย” เจตนารมณ์ของข้อความตามกฎหมายดังกล่าว เป็นการเปิดช่องทางเพื่อการยกย่อง และประกาศเกียรติคุณของหมอพื้นบ้าน เนื่องจากในสังคมไทยมีหมอพื้นบ้านที่มีคุณธรรม และมีบทบาทดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจของประชาชนมาเป็นเวลานาน ทำให้หมอพื้นบ้านมีศักดิ์ศรีและมีสถานภาพทางกฎหมาย อีกทั้งเป็นเกราะป้องกันตนเองจากผู้ไม่หวังดีหรือภาคส่วนที่ปราศจากความเข้าใจต่อประเพณีการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน

(1) กลไกการบริหาร

องค์กรที่รับผิดชอบ และเป็นกลไกดำเนินงานประเมินผู้ที่ส่วนราชการรับรองว่าเป็นผู้มีประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้าน เพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย คือ “คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย” และคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย ได้มีการแต่งตั้ง “คณะกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย” อันประกอบด้วยผู้ประกอบโรคศิลปะด้านการแพทย์แผนไทยและผู้ทรงคุณวุฒิ มีบทบาทสำคัญคือ

(1) พิจารณาและกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการรับรอง และประเมินบุคคลที่จะขออนุญาตขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากาพย์แผนไทย (2) พิจารณาดำเนินการทดสอบ และประเมินความรู้ผู้ขออนุญาตขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากาพย์แผนไทยตามมาตรา 33(1)(ค) และ (3) จัดทำกรอบแนวคิดและแนวทางการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน ตลอดจนประมวลองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านไทย จากผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากาพย์แผนไทย ตามมาตรา 33(1)(ค)

(2) กระบวนการทำงาน

การประเมินและรับรองหมอพื้นบ้านเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากาพย์แผนไทย ตาม พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ในมาตรา 33(1)(ค) มีกระบวนการทำงาน 5 ขั้นตอน สำคัญ คือ

1. การกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลที่จะขออนุญาตขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากาพย์แผนไทย
2. การประมวลองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน
3. การเสนอชื่อบุคคลที่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้านและการออกหนังสือรับรองของส่วนราชการ
4. การประเมินความรู้และจรรยาบรรณของบุคคลที่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้าน โดยคณะกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทย
5. การขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากาพย์แผนไทย

(3) ผลประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชน

จากการประเมินเบื้องต้นหมอพื้นบ้านที่ผ่านการรับรอง พบว่า หมอพื้นบ้านรู้สึกดีใจ ภูมิใจ รู้สึกเป็นเกียรติ มีกำลังใจ ที่ภาครัฐเห็นความสำคัญและยอมรับว่าเป็นการแพทย์แผนไทยที่ถูกต้องตามกฎหมาย และหมอพื้นบ้านยังรู้สึกวางใจและจะได้อวยการรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และยืนยันจะใช้ความรู้ และความสามารถช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์และรักษาผู้ป่วยต่อไป และในอนาคตยังตั้งใจที่จะปรับปรุงบริเวณบ้านให้สะอาดและเป็นระเบียบ มีการบันทึกข้อมูลและติดตามผลผู้ป่วย และมีการหาการปรุงและการใช้สมุนไพรให้มีคุณภาพมากขึ้น

รูปแบบที่ 2 การรับรองสิทธิหมอพื้นบ้านแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

ภายใต้ “พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2535” มาตรา 32 และ “กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552” ข้อ 2 (1) อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้ออกระเบียบ 2 ฉบับ ฉบับที่ 1 คือ ระเบียบกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ว่าด้วยการออกหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. 2554 และฉบับที่ 2 คือ ระเบียบกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ว่าด้วยการออกหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 ขึ้น โดยมีเจตนารมณ์ให้กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สามารถออก “หนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน” เพื่อยกย่องเชิดชูเกียรติหมอพื้นบ้านที่ดี มีคุณธรรม และยังให้การดูแลรักษาสุขภาพจนเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน ภายใต้หลักการการกระจายอำนาจ

และการมีส่วนร่วม รูปแบบดังกล่าวเป็นการปรับเปลี่ยนแนวทางการรับรองสิทธิหมอพื้นบ้านที่เหมาะสม และสอดคล้องกับคุณลักษณะเฉพาะของการแพทย์พื้นบ้าน นอกจากนี้ หมอพื้นบ้านที่ได้รับหนังสือรับรองตามรูปแบบที่ 2 การรับรองสิทธิหมอพื้นบ้านแบบมีส่วนร่วมของชุมชน จะเป็นฐานข้อมูลบุคคลที่จะเข้าสู่การประเมินและรับรองรูปแบบที่ 1 การรับรองสิทธิทางกฎหมายของหมอพื้นบ้านแบบวิชาชีพ ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 ต่อไป

(1) หน่วยงานรับผิดชอบ และกลไกการบริหาร

สำหรับหน่วยงานรับผิดชอบ “ระเบียบกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ว่าด้วยการออกหนังสือรับรองหมอพื้นบ้านทั้ง 2 ฉบับ” คือ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ส่วนกลไกการรับรองและการออกหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน ประกอบด้วยกลไก 2 ส่วน คือ **กลไกระดับท้องถิ่น** หมอพื้นบ้านจะต้องได้รับการรับรองจากภาคชุมชน (ประชาชนในภูมิลำเนาของหมอพื้นบ้านไม่น้อยกว่า 10 คน) ภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคบริการสาธารณสุขของรัฐ ระดับปฐมนิเทศ และ**กลไกระดับจังหวัด** หากหมอพื้นบ้านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมทั้งได้รับการรับรองจากกลไกระดับท้องถิ่นแล้ว นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรืออธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สามารถออก “หนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน” ให้หมอพื้นบ้านนั้นได้

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยกองการแพทย์พื้นบ้านไทย มีการกำหนดหลักเกณฑ์การคัดกรองหมอพื้นบ้าน ตามระเบียบกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ว่าด้วยการออกหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน 2 ฉบับ จำนวน 8 ประการ ได้แก่

1. มีผู้มารับบริการสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี พิจารณาตามความชำนาญของหมอพื้นบ้าน (ความถี่ของการเกิดโรคในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง)
2. สืบทอดความรู้จากบรรพบุรุษหรือองค์ความรู้จากท้องถิ่น
3. มีความสามารถในการบำบัดรักษาโรค
4. ไม่หลงวิชา
5. มีการถ่ายทอดความรู้
6. ไม่เรียกร้องค่ารักษามากเกินควร
7. เป็นที่รู้จักและได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน
8. มีคุณธรรม

(2) กระบวนการทำงาน มีกระบวนการสำคัญ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การยื่นขอหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน พร้อมเอกสารหลักฐาน
2. การประสานงาน และดำเนินการจัดทำหรือขอหนังสือรับรองหมอพื้นบ้านจากกลไกท้องถิ่น
3. การพิจารณาและดำเนินการออกหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน โดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
4. การลงทะเบียน และจัดเก็บข้อมูลหลักฐานหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน

สำหรับหมอพื้นบ้านที่ได้รับ “หนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน” แล้ว หมอพื้นบ้านสามารถดูแลรักษา และช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน ตามพื้นฐานความรู้และความชำนาญด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน เช่นเดิม หรือตามขอบเขตที่กำหนด

(3) ผลงาน

ปัจจุบัน นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547- 2555 หมอพื้นบ้านหรือผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้านได้รับการรับรองสิทธิทางกฎหมายของหมอพื้นบ้านแบบวิชาชีพ จำแนกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พ.ศ. 2547-2552 การรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้านในสถานการณ์ทั่วไป เป็นช่วงแรกๆที่ดำเนินการตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 หมอพื้นบ้านที่ได้รับการรับรองสิทธิทางกฎหมายของหมอพื้นบ้านแบบวิชาชีพ สาขาเวชกรรมไทย มีจำนวน 44 คน ระยะที่ 2 พ.ศ. 2553-2555 การรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้านภายใต้นโยบายการส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น ในปี พ.ศ. 2553 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้ร่วมมือและประสานงานกับสำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย และภาคีเครือข่าย สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐส่วนภูมิภาค 76 จังหวัด ดำเนินโครงการนำร่อง “โครงการศึกษาและพัฒนาศักยภาพยกระดับภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน ในการขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย ภายใต้พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542” ระยะนี้มีหมอพื้นบ้านที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย จำนวน 121 คน

หมอพื้นบ้านที่ได้รับการรับรองสิทธิหมอพื้นบ้านแบบมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 2,075 คน จาก 30 จังหวัด เป็นการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพหมอพื้นบ้านให้เป็นที่ยอมรับในวงกว้างมากขึ้น ขณะเดียวกันก็เป็นการคัดสรรหมอพื้นบ้านเข้าสู่ระบบ กลุ่มผู้บริโภคก็จะได้รับบริการหมอพื้นบ้านที่ผ่านการคัดกรองจากชุมชน นอกจากนี้ยังเกิดการทำงานและเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสถานบริการสาธารณสุขของรัฐร่วมกับหมอพื้นบ้านที่เกิดจากการค้นหาและค้นพบศักยภาพหมอพื้นบ้านจากการรับรองสิทธิหมอพื้นบ้าน เช่น โครงการนำร่องให้แพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้สืบทอดวิชาความรู้ประสบการณ์การรักษาจากหมอพื้นบ้าน โครงการจัดการความรู้หมอพื้นบ้านร่วมกับเครือข่ายสถาบันอุดมศึกษา การเชิญหมอพื้นบ้านเป็นวิทยากรอบรม อสม. ในพื้นที่ เช่น ด้านการใช้ภูมิปัญญาการดูแลหญิงหลังคลอด

สรุป

การรับรองสิทธิหมอพื้นบ้าน รูปแบบที่ 1 การรับรองสิทธิทางกฎหมายของหมอพื้นบ้านแบบวิชาชีพ มีหมอพื้นบ้านได้รับการรับรองในประเภtnี้นี้รวม 165 คน โดยการทำเนิงานระยะที่ 2 ปีพ.ศ. 2553-2555 มีหมอพื้นบ้านได้รับการรับรองเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นจำนวน 121 คน (ร้อยละ 73) เพิ่มขึ้นจากระยะที่ 1 ปี พ.ศ. 2547-2552 จำนวน 44 คน (ร้อยละ 27) อันเป็นผลจากการดำเนินโครงการนำร่องดังกล่าว

รูปแบบที่ 2 การรับรองสิทธิหมอพื้นบ้านแบบมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการสนับสนุนการรับรองสิทธิหมอพื้นบ้านในทุกจังหวัด ผ่านกลไก กระบวนการกระจายอำนาจและการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งเสริมการดูแลสุขภาพชุมชนเพื่อการพึ่งตนเอง (Community Self Care) ดำเนินการระหว่างปี พ.ศ. 2554-2559 มีหมอพื้นบ้านได้รับการรับรองสิทธิในประเภtnี้นี้ จำนวน 2,427 คน (สิงหาคม 2559)

การรับรองสิทธิหมอพื้นบ้านทั้ง 2 รูปแบบ สนับสนุนภารกิจในการส่งเสริมฟื้นฟูการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพชุมชนเพื่อสร้างระบบการส่งต่อการดูแลสุขภาพระดับ

สาธารณสุขมูลฐาน ทั้งนี้กองการแพทย์พื้นบ้านไทย ยังคงดำเนินการสนับสนุนการรับรองสิทธิหมอพื้นบ้านอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านวิชาการ การยืนยันความรู้ประสบการณ์ของหมอพื้นบ้าน การเสริมศักยภาพหมอพื้นบ้าน รวมทั้งด้านกฎหมาย ซึ่งได้จัดทำ (ร่าง) ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการรับรองและการยกเว้นให้ประกอบวิชาชีพของหมอพื้นบ้าน พ.ศ. . . . ให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 เพื่อให้หมอพื้นบ้านได้ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นดูแลสุขภาพประชาชนอย่างปลอดภัย

4.2.5 กองทุนสุขภาพพื้นที่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : ต้นทุนและแนวโน้มการก่อรูปกองทุนสุขภาพชุมชนด้วยระบบภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาการแพทย์ดั้งเดิม (WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023) เพื่อเป็นแนวปฏิบัติเพื่อให้ประเทศสมาชิกใช้เป็นแนวทางในการนำไปปฏิบัติ 3 ด้าน คือ 1. สร้างพื้นฐานความรู้ 2. สร้างความเข้มแข็งในการประกันคุณภาพ ความปลอดภัย และ 3. ส่งเสริมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) ด้วยการบูรณาการบริการการแพทย์ดั้งเดิมเข้าในการบริการสุขภาพและการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

สำหรับประเทศไทย มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามประเด็นยุทธศาสตร์ข้างต้นมาเป็นลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยุทธศาสตร์การส่งเสริมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) โดยกำหนดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในปี พ.ศ. 2550 มีการจัดตั้งกองทุนค่าบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และจัดสรรงบประมาณสมทบเข้ากองทุน 0.50 บาทต่อประชากร (28.2 ล้านบาท) และเพิ่มเป็น 10.77 บาทต่อประชากร (525 ล้านบาท) ปี พ.ศ. 2559

รวมทั้งการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2549 นับเป็น **นวัตกรรมทางสังคมที่สำคัญ**ในระบบสุขภาพของประเทศไทย ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมการดูแลสุขภาพประชาชนร่วมกันอย่างบูรณาการจากหลายภาคส่วนในสังคม โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ในชุมชน

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ นอกจากมีเจตนารมณ์ในการสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่แล้วยังสนับสนุนให้ประชาชนได้แสดงบทบาทในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และส่งเสริมให้บุคลากรด้านสาธารณสุขได้แสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่เฉพาะของท้องถิ่น

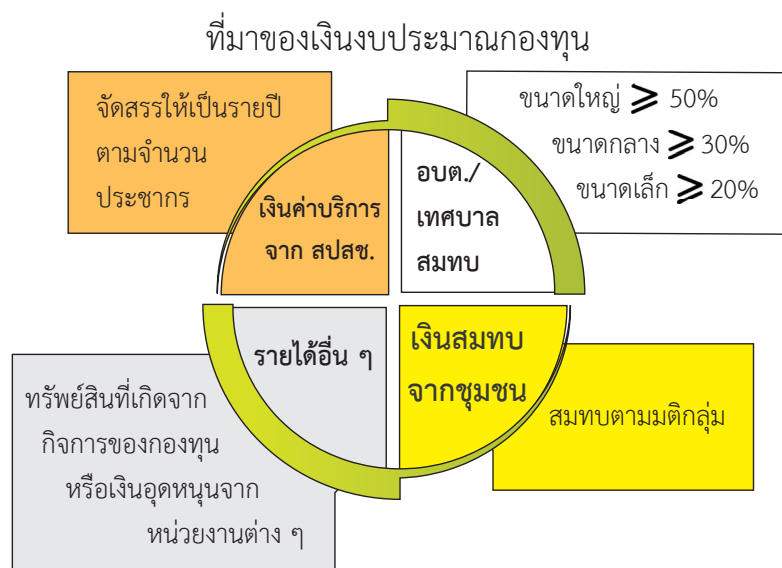
การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น มีการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้้องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกในพื้นที่ได้อย่างทั่วถึง รวมทั้งมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่าง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ทุกฝ่ายจะร่วมมือกันเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานโดยเน้นเรื่องการแพทย์ฉุกเฉิน การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ตลอดจนส่งเสริมให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตพื้นที่ มีสวัสดิการชุมชนรองรับและสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง

หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2557 โดยมีความมุ่งหวังจากการพัฒนาศักยภาพของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ได้แก่

1. ทุกกองทุนมีศักยภาพในการบริหารจัดการเพิ่มขึ้น
2. ทุกกองทุนสามารถดำเนินงานได้ตามวัตถุประสงค์ โดยเฉพาะการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุ คนพิการ การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพศูนย์เด็กเล็กอย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ
3. เกิดความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชน ภาวศีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกกองทุน

แผนภาพ 4.1 ที่มาของเงินงบประมาณกองทุน



ที่มา : แนวทางการบริหารงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุน อบต./เทศบาล)

การเข้าร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ของ อบต./เทศบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ตามความพร้อมและความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ พื้นที่ อบต./เทศบาลทั้งหมด จำนวน 7,760 แห่ง จากทั้งหมด 7,776 แห่ง ที่เข้าร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ซึ่งคิดเป็นความครอบคลุมร้อยละ 99.79 ซึ่งยังไม่เข้าร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น จำนวน 6 พื้นที่

ลักษณะกิจกรรมที่กองทุนจะสนับสนุนการดำเนินงานสามารถแยกได้เป็น 5 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 กิจกรรมเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือสถานบริการหรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ โดยเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต เพื่อให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ประเภทที่ 2 กิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้กลุ่มหรือองค์กรประชาชน หรือหน่วยงานอื่นในพื้นที่ ได้ดำเนินงานตามแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ให้แก่ สมาชิกหรือประชาชนในพื้นที่ และกรณีมีความจำเป็นต้องจัดซื้อวัสดุที่มีลักษณะเป็นครุภัณฑ์ให้สนับสนุน ได้ในวงเงินไม่เกิน 5,000 บาทต่อโครงการ วัสดุที่มีลักษณะเป็นครุภัณฑ์ที่จัดหาได้ให้อยู่ในความดูแลและ บำรุงรักษาของกลุ่มหรือองค์กรประชาชนหรือหน่วยงานอื่น ที่ได้รับการสนับสนุนนั้น

ประเภทที่ 3 กิจกรรมเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพและการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกของศูนย์เด็กเล็กหรือศูนย์ชื้ออื่นที่ดำเนิน กิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กในชุมชน หรือศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุและคนพิการในชุมชน ตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด เป็นเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ 15 ของ เงินรายรับของกองทุนหลักประกันสุขภาพในแต่ละปีงบประมาณนั้น

ประเภทที่ 4 กิจกรรมเพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกัน สุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ต้องไม่เกินร้อยละ 15 ของเงินรายรับของกองทุนหลักประกันสุขภาพใน แต่ละปีงบประมาณนั้น และกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้จ่ายเพื่อซื้อครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ครุภัณฑ์ นั้นจะต้องมีราคาไม่เกิน 20,000 บาทต่อหน่วย โดยการจัดซื้อจัดจ้างนั้นให้ใช้ระเบียบขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นโดยอนุโลม และครุภัณฑ์ที่จัดหาได้ ให้อยู่ในความดูแลและบำรุงรักษาขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ๆ

ประเภทที่ 5 กิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่ ให้คณะกรรมการกองทุน พิจารณานุมัติจ่ายเงินกองทุนเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหา สาธารณสุขได้ตามความจำเป็น เหมาะสม และทันต่อสถานการณ์ได้

ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลง

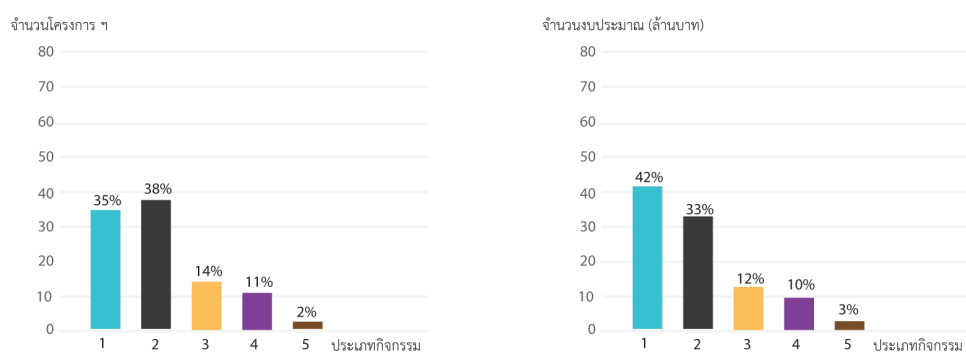
การเปลี่ยนแปลงในมิติการดูแลสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐในชุมชน ก่อนจะมีการจัดตั้ง กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ การดำเนินงานโครงการหรือกิจกรรมเพื่อการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพประชาชน จะต้องเขียนโครงการเสนอขอรับงบจากส่วนกลางหรือ โรงพยาบาลชุมชน ที่ รพ.สต. นั้นสังกัดอยู่ จะพิจารณาสนับสนุนงบประมาณในการดูแลสุขภาพ กิจกรรม บางโครงการอาจจะได้หรือไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินกิจกรรม ก็แล้วแต่คณะกรรมการ ประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) หรือหน่วยงานส่วนกลางจะมองเห็นความสำคัญของ ปัญหาในชุมชนนั้น ๆ เพราะปัญหาของพื้นที่แห่งหนึ่งจะไปขอให้คนนอกชุมชนนั้นเข้าใจก็คงยาก จึงถือว่าเป็นจุดอ่อนของการขอรับงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงาน โดยที่ชุมชนไม่ได้มีส่วนร่วมใน การแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง

จากการสัมมนา “ทิศทางเป้าหมายของกองทุน อบต./เทศบาล ในทศวรรษหน้า” และผลจากการรับฟังความเห็นจากภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ทุกเขตในปี 2555-2556 มีผลทำให้มีการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ พ.ศ. 2557 และได้จัดทำประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ และเสนอคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ดังนั้น นับตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 2556 (ตามที่ประกาศมีผลบังคับใช้) ทุกกองทุนที่เข้าร่วมก็จะดำเนินงานตามประกาศฉบับดังกล่าว ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงจากประกาศฉบับเดิมอยู่มาก คือ มีการเพิ่มลักษณะกิจกรรมที่กองทุนจะสนับสนุนดำเนินงาน สามารถแยกได้เป็น 5 ประเภท ตามรายละเอียดข้างต้น และไม่มีข้อกำหนดการส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ประจำปีไตรมาสที่ 2/58 ไม่มีกิจกรรม/โครงการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังแผนภาพ 4.2

แผนภาพ 4.2 รายงานสรุปจำนวนโครงการฯ และงบประมาณแยกตามประเภทกิจกรรม

รายงานสรุปจำนวนโครงการฯ และงบประมาณแยกตามประเภทกิจกรรม



ประเภทกิจกรรม	จำนวนโครงการฯ	จำนวนงบประมาณ (ล้านบาท)
1 = สนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข	14,055	611.76
2 = สนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น	15,375	481.56
3 = สนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ	5,566	179.76
4 = สนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ	4,295	149.30
5 = สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ	892	37.19
รวม	40,183	1,459.57

ซึ่งแตกต่างจากเดิม ในปี 2553 มีการกำหนดลักษณะกิจกรรมที่กองทุนสนับสนุนงบประมาณ จำนวน 4 ประเภท โดยเฉพาะ **ประเภทที่ 3** ระบุว่า สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น ได้แก่ การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และส่งเสริมภูมิปัญญาพื้นบ้าน ที่เกิดจากความคิดริเริ่มของประชาชนและองค์กรในชุมชนท้องถิ่น

จากรายงานผลการวิจัย สถานการณ์การส่งเสริมการใช้และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 พบว่า จำนวนโครงการแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้านและแพทย์ทางเลือก ที่ดำเนินการโดยกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตั้งแต่ปี 2550

ถึง 2554 เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า 1.5 เท่าทุกปี

และมีการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น กิจกรรมประเภทที่ 3 ด้านการแพทย์แผนไทย จำนวน 697 แห่ง (จาก 7,424 แห่ง) คิดเป็น 9.38 %

ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าเสียดาย เพราะองค์ความรู้ภูมิปัญญาพื้นบ้านมีอยู่ทั่วไปทุกชุมชน และเป็นสิ่งที่ชุมชนมีการใช้มาโดยตลอด เช่น ใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาอาการเจ็บคอ ลมพิษ ผื่นคัน ใช้ใบพลูผสมเหล้าทาแก้ผื่นคัน ท้องอืด ใช้กะเพรา จิง ตะไคร้ แมลงสัตว์กัดต่อย ใช้เสลดพังพอน ตำผสมเหล้าทาบริเวณที่โดนกัด/ต่อย ฯลฯ ซึ่งเป็นภูมิปัญญาที่ใกล้ตัว ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน ทำให้ระบบการส่งเสริม ป้องกัน รักษา พื้นฟูสุขภาพของคนในชุมชนเข้มแข็งและยั่งยืน นอกจากนี้หากไม่มีการส่งเสริมองค์ความรู้ที่เป็นภูมิปัญญาของชาตินั้น อีกไม่นานองค์ความรู้เหล่านี้ อาจสูญหายไปจากประเทศไทย อนาคตประชาชนในพื้นที่ที่จะมีการพึ่งระบบบริการสาธารณสุขที่รัฐจัดให้เท่านั้น และเข้าสู่ภาวะการล่มสลายของความเข้มแข็งของการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน จะไม่พยายามพึ่งตนเองก่อนเหมือนเช่นเคย

ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนา

ควรมีการแยกประเภทเพิ่มขึ้นอีก 1 ประเภท ตามลักษณะกิจกรรมที่กองทุนจะสนับสนุน การดำเนินงาน คือ **ประเภทการส่งเสริมภูมิปัญญาพื้นบ้าน** เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ และอนุรักษ์ภูมิปัญญาพื้นบ้านให้เคียงคู่กับสังคมไทย เพราะหากมีการแยกประเภทแบบชัดเจนนั้นจะทำให้คณะกรรมการกองทุน และประชาชนในพื้นที่ที่มีความมั่นใจในการอนุมัติโครงการ และเขียนแผนงานโครงการเพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานได้ อีกทั้งยังเป็นการสร้างความเข้มแข็ง ยั่งยืน ของระบบสุขภาพ และส่งเสริมให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการแสดงบทบาทการดูแลสุขภาพตนเอง ตามวัตถุประสงค์ของประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป

4.2.6 กลุ่มเครือข่ายหมอพื้นบ้าน : พลังขับเคลื่อนภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในชุมชน

การแพทย์พื้นบ้านเป็นการแพทย์เชิงวัฒนธรรมที่มีฐานคิดของภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นวิถีคิด ไม่ใช่ความรู้เชิงเทคนิค เป็นความรู้ที่มีการปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ (Situating Knowledge) เป็นกระบวนการเรียนรู้ตลอดเวลา และผสมผสานการเรียนรู้อย่างหลากหลาย ไม่ติดยึดกับความรู้ชนิดใดชนิดหนึ่งอย่างเดียว

เครือข่าย เป็นระบบความสัมพันธ์ในสังคมมนุษย์ที่กลมกลืนอยู่ในวิถีชีวิต เป็นความสัมพันธ์ของกระบวนการเรียนรู้ ทำให้เกิดการขยายแนวคิด กระบวนการทำงาน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไปสู่การสร้างความรู้ใหม่ ก่อเกิด “กระบวนการผลิตใหม่” หรือ “กระบวนการผลิตซ้ำ” ทางความรู้ ความสัมพันธ์เชิงเครือข่ายหลายรูปแบบมีบทบาทต่อชีวิตและชุมชนในการจัดการและดูแลความสัมพันธ์ของคนในชุมชน เช่น เครือข่ายการแลกเปลี่ยนข้าวของและเครือข่ายคาราวานนายฮ้อยค้าขายควายในภาคอีสาน เครือข่ายวัดในภาคเหนือ ร่วมกันจัดการน้ำโดยระบบเหมืองฝาย เป็นต้น

บางเครือข่ายมีเพียงเป็นแรงยึดโยงของกลุ่มคนที่มีเป้าหมายมุ่งมั่นคล้ายกัน แต่พลังของเครือข่ายสามารถสร้างผลกระทบต่อนโยบายและทิศทางของการพัฒนาสังคม สามารถสร้างพลังต่อรองในการเปลี่ยนแปลงทางสังคม หรือเป็นพลังในการขับเคลื่อนพัฒนางาน ซึ่งเป็นพลังในการจัดความ

สัมพันธ์เชิงอำนาจกับภายนอกได้ เช่น เครือข่ายป่าชุมชนผลักดันนโยบายให้เกิดพระราชบัญญัติป่าชุมชน เครือข่ายหมอพื้นบ้านภาคเหนือสามารถเปิดพื้นที่การยอมรับทางสังคม กรณีของการระดมความรู้และประสบการณ์ดูแลติดตามเชื้อเอชไอวี (HIV) เมื่อครั้งที่สังคมไทยเผชิญกับปัญหาเอชไอวีและเอดส์ เครือข่ายสมัชชาคนจน และเครือข่ายหนี้ชาวนาไทย เป็นต้น

การรวมตัวของหมอพื้นบ้านในลักษณะเป็นกลุ่มและเครือข่าย เกิดขึ้นได้ 2 ลักษณะ

ลักษณะแรก เป็นการรวมตัวของหมอพื้นบ้านเพื่อประโยชน์ร่วมกัน ตัวอย่างเช่น เครือข่ายของหมอพื้นบ้านที่สัมพันธ์และรวมตัวเพื่อรำลึกถึงครูอาจารย์ในพิธีไหว้ครูประจำปีของหมอพื้นบ้าน ของ ร้างทรง หรือในภาคอีสาน มีเครือข่ายลำทรง เครือข่ายครูบาใหญ่กับครูบารอง เครือข่ายครูบาและลูกฝั่งครูเทียน เป็นกิจกรรมพบปะไหว้ครูและแลกเปลี่ยนช่วยเหลือทุกข์สุขซึ่งกันและกัน หรือกลุ่มหมอยาพื้นบ้านและผู้เก็บยาสมุนไพรในภาคอีสานรวมตัวกันเก็บยาสมุนไพรและจัดเป็นชุดยาสมุนไพรเพื่อนำไปจำหน่ายเพื่อหารายได้ เป็นต้น

ลักษณะที่สอง เป็นกลุ่มหมอพื้นบ้านมีการรวมตัวและมีกิจกรรมถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้การศึกษาสมุนไพรในป่าธรรมชาติ การรักษาโรคร่วมกัน เช่น กรณีเครือข่ายหมอพื้นบ้าน การเคลื่อนไหวผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เครือข่ายหมอเมืองล้านนา สภาหมอพื้นบ้านอีสาน ชมรม/กลุ่มหมอพื้นบ้านในหลายพื้นที่ เป็นต้น

แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2555-2559) ได้ให้ความสำคัญกับเครือข่ายหมอพื้นบ้าน โดยได้กำหนดไว้ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบสุขภาพ การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ประเด็นย่อย การเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพภาคประชาชน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้ส่งเสริมให้เกิดศูนย์เรียนรู้หมอพื้นบ้านทุกจังหวัด และได้จัดการความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านของศูนย์เรียนรู้และเครือข่ายหมอพื้นบ้านในหลายเรื่อง เช่น การรักษากระดูกหัก การรักษาเมะเร็ง การรักษาพิษงู การรักษาอัมพฤกษ์ อัมพาต การดูแลสุขภาพแม่และเด็ก การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น

ทั้งนี้แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2555-2559) ได้กำหนดกลยุทธ์/มาตรการ การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีศักยภาพในการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน โดย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายหมอพื้นบ้าน นักวิชาการ และภาคประชาสังคม เพื่อให้ชุมชนสามารถจัดการและดูแลสุขภาพของชุมชนด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพที่มีอยู่ การจัดสรรงบประมาณของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การรับรองและส่งเสริมสถานภาพของหมอพื้นบ้าน การเสริมสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของ

ชุมชนท้องถิ่น ในการฟื้นฟู สืบสาน และใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การประยุกต์และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบททางด้านสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป การสนับสนุนและเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายหมอพื้นบ้าน



โดยการรับรองและเสริมสร้างสถานภาพของหมอพื้นบ้าน การพัฒนาศักยภาพของหมอพื้นบ้านในชุมชน การสนับสนุนการสืบทอดหมอพื้นบ้านรุ่นใหม่โดยส่งเสริมให้เยาวชนรุ่นใหม่เห็นคุณค่าของหมอพื้นบ้าน และรักษาแบบแผนการสืบทอดที่เป็นของชุมชน การพัฒนาระบบการจัดการความรู้ทั้งในตำราและตัวหมอพื้นบ้าน การพัฒนาทางวิชาการ การบริการ การบริหารจัดการ การจัดตั้งสภาหมอพื้นบ้านเพื่อเป็นเวทีการพบปะแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ของหมอพื้นบ้าน สนับสนุนการเชื่อมโยงเครือข่ายหมอพื้นบ้านทั้งในระดับชุมชน ภูมิภาค และระดับประเทศด้วยกระบวนการการมีส่วนร่วม

ช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา กองการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้ดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายหมอพื้นบ้านอย่างต่อเนื่อง เพราะหมอพื้นบ้านเป็นต้นทางของความรู้ในตัวคน (Tacit Knowledge) เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับชุมชน ทางด้านประเพณี วัฒนธรรม สถานะองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน มีทั้งแบบประสบการณ์เชิงปฏิบัติ และพิธีกรรม/ศาสนธรรม รวมทั้งความสัมพันธ์กับป่าและระบบนิเวศท้องถิ่น กระบวนการทำงานเน้นการทำงานเครือข่ายแบบเสริมพลัง (Empowerment) เข้าใจความแตกต่าง หลากหลาย ความเฉพาะตามบริบททางสังคม วัฒนธรรมและระบบนิเวศ ใช้กระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการไปพร้อมกับการจัดการความรู้หมอพื้นบ้าน โดยการรวบรวม/จัดระบบ สังคายนาคำความรู้ และพัฒนานโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อขับเคลื่อนปฏิบัติการสู่กระบวนการ สืบทอดความรู้และการเรียนรู้ให้เกิดการฟื้นฟูและส่งเสริมการดูแลสุขภาพในชุมชน เพื่อการบูรณาการการแพทย์พื้นบ้านในระบบบริการสุขภาพภาครัฐอย่างเหมาะสมและร่วมสมัย

เครือข่ายหมอพื้นบ้านที่สำคัญ ดังนี้

1) เครือข่ายหมอพื้นบ้านภายใต้การดำเนินงานของกองการแพทย์พื้นบ้านไทย

ปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนหมอพื้นบ้านที่ขึ้นทะเบียนที่สำนักทะเบียนกลาง กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 54,274 คน สืบค้นโดยกองการแพทย์พื้นบ้านไทย เมื่อปีงบประมาณ 2557 พบว่าเครือข่ายหมอพื้นบ้านที่ยังคงมีการดำเนินงานและความสัมพันธ์เชิงกิจกรรม ทั่วประเทศประมาณ 430 ชมรม ลักษณะการรวมกลุ่มมีทั้งเครือข่ายระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และการรวมกลุ่มเป็นศูนย์เรียนรู้ตามบ้านหมอพื้นบ้าน กิจกรรมที่ชมรม/เครือข่ายยังคงดำเนินการ คือ การให้บริการดูแลสุขภาพ/รักษาด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน เช่น การนวด การอบประคบสมุนไพร การวินิจฉัยโรคและจ่ายยาสมุนไพร การให้ความรู้เรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การรวบรวมตำรับ ตำรายาสมุนไพร จัดทำทำเนียบหมอพื้นบ้าน แปรปริวรรตตำรายาโบราณ ผลิตผลิตภัณฑ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เช่น ลูกประคบ สมุนไพรแห้ง และการจัดเวทีเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันภายในเครือข่ายและต่างเครือข่าย

2) เครือข่ายหมอพื้นบ้านภาคต่าง ๆ

- เครือข่ายหมอพื้นบ้านภาคอีสาน วิถีชุมชนได้เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว พร้อม ๆ กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม แนวคิดของการทำงานพัฒนาชุมชนในลักษณะ “เครือข่าย” ได้ฟื้นฟูขึ้นมาพร้อม ๆ กับแนวคิดและแนวทางการพัฒนาชุมชน สำหรับงานการแพทย์พื้นบ้านอีสานเริ่มก่อรูปและมีความเชื่อมโยงกับกระบวนการพัฒนาในช่วงการส่งเสริมงานสาธารณสุขมูลฐานของภาครัฐ การทบทวนและปรับแนวทางการพัฒนาเป็นแบบวัฒนธรรมชุมชนขององค์กรพัฒนาเอกชน

(NGOs) โดยโครงการสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเอง เปิดพื้นที่ทำงานในพื้นที่โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน หลายแห่งได้เริ่มขยายงานจากภายในโรงพยาบาลออกไปสู่หมู่บ้าน มีการรวมกลุ่มผู้สนใจสมุนไพรและหมอพื้นบ้าน ซึ่งมีสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน) ให้การสนับสนุน ทั้งนี้มุ่งเน้นส่งเสริมการสร้างคามเข้มแข็งของกลุ่ม



ในชุมชน ส่วนการพัฒนาสมุนไพรสำหรับดูแลสุขภาพในชุมชนดำเนินงานไปตามความสนใจและวาระของพื้นที่ในระดับกลุ่ม บางพื้นที่มีการเชื่อมโยงเครือข่ายกันในระดับจังหวัด หลายพื้นที่เชื่อมโยงกลุ่มเป็นเครือข่ายทำงานเรื่องการจัดการทรัพยากรป่า ภายหลังก่อรูปเป็น “สหภาพหมู่บ้านอีสาน” ที่ทั้งเป็นเวทีพบปะ แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ความคิดเห็น เคลื่อนไหว เรื่องสิทธิหมอพื้นบ้าน ตัวอย่างเครือข่ายหมอพื้นบ้านที่มีการดำเนินงานที่เข้มแข็งในภาคอีสาน เช่น ชมรมหมอพื้นบ้านอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี จำนวนหมอพื้นบ้าน 115 คน 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ใช้ยาสมุนไพร 88 ตำรับ กลุ่มที่ใช้วิธีเป่าเพื่อการรักษา 46 ตำรับ กลุ่มที่ใช้การนวด 3 คน และกลุ่มหมอตำแย 9 คน จัดกลุ่มอาการที่ยังดำรงการรักษาในชุมชนมีชาวบ้านที่เจ็บป่วยไปหารวมถึง 50 อาการ 150 วิธีการรักษา การดำเนินงานของชมรมหมอพื้นบ้านได้ทำข้อตกลงในการสนับสนุนค่าตอบแทนให้แก่หมอพื้นบ้านในการเก็บข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษาคนป่วยที่ได้รับการรักษาจากตน และสร้างการมีส่วนร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เพื่อรวบรวมข้อมูลการรักษาในแต่ละเดือนนำเสนอให้ทั้งสององค์กรได้รับรู้ รวมทั้งการขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่าย นอกจากนี้ยังมีการให้เยาวชนในท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการสืบทอด จัดเวทีหมอพื้นบ้านสัญจร การจัดสำรวจทรัพยากรในพื้นที่ (คน-หมอพื้นบ้าน ตำรา-ใบลาน ปาสมุนไพรร)

– **เครือข่ายหมอพื้นบ้านภาคเหนือ** วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย เป็นสถาบันหนึ่งที่ได้ถูกเปิดและมีประสบการณ์ในด้านนี้ โดยเริ่มจากการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก มากกว่า 30 ปี โดยตั้งแต่ปี 2527-2531 ได้ทำการศึกษาภูมิปัญญาและความเชื่อด้านการกินกับสุขภาพของคนไทยภาคเหนือตอนบน ภายใต้โครงการ Asian Food Habit ของอาเซียน 6 ประเทศ ต่อมาในปี 2534-2539 ได้ทำการศึกษาวิจัยศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ ในภาคเหนือตอนบน ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ (สวช.) โดยเฉพาะได้ศึกษาเจาะลึกเกี่ยวกับวัฒนธรรมสุขภาพและศักยภาพของหมอพื้นบ้านล้านนา (หมอเมือง) หลายเรื่อง ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ (สวช.) และ องค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ หรือ ยูเนสโก (United Nations

Educational, Scientific, and Cultural Organization: UNESCO) ตลอดจนการแก้ปัญหาวิกฤตเอชไอวีด้วยภูมิปัญญาหมอเมืองที่สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และ โครงการเอตส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ปี 2539-2542 จนในปี พ.ศ. 2542 จึงได้จัดตั้งศูนย์วิจัยและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน ขึ้นรองรับอย่างเป็นทางการ ด้วยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) โดยได้ทำการส่งคายนาคอความรู้การแพทย์พื้นบ้านล้านนาหรือหมอเมือง ร่วมกับเครือข่ายหมอเมืองใน 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน จนเกิดเป็นชุดโครงการวิจัยองค์ความรู้หมอเมืองขึ้นในภาคเหนือตอนบน เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้หมอเมืองและจัดทำตำราอ้างอิงกลางของแพทย์พื้นบ้านล้านนา ตั้งแต่ปี 2543-2547 และในปี 2548-2552 ภายใต้การสนับสนุนของ สกว. ได้นำความรู้การแพทย์ล้านนามาขยายผลการพัฒนาวิทยฐานะของหมอเมืองใน 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน รวมทั้งได้ทำการวิจัยและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านและสมุนไพรของชนเผ่าต่าง ๆ ในภาคเหนือตอนบน จนนำไปสู่การพัฒนาเป็นเครือข่ายการแพทย์พื้นบ้านและสมุนไพรลุ่มน้ำโขง โดยร่วมกับโรงพยาบาลไทสิบสองปันนาและไทยจ้าวจากประเทศจีนตอนใต้ โรงพยาบาลแวนบ่อแก้วและหลวงน้ำทาจากลาวตอนเหนือ และเครือข่ายหมอพื้นบ้านไทยจ้าวจากภูมิลำเนาของเมียนมาร์ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก สกว. ตั้งแต่ปี 2551-2552 โดยจัดประชุมเครือข่ายการแพทย์พื้นบ้านและสมุนไพรลุ่มน้ำโขง ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 จากสมาชิกเครือข่าย 4 ประเทศที่จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่ปี 2553 รัฐบาลจีนผ่านสมาคมการแพทย์ชนเผ่าแห่งชาติจีนมณฑลยูนนานและกวางสีได้สนับสนุนเครือข่ายดังกล่าวโดยจัดประชุม ครั้งที่ 3 ที่เชียงรุ่ง (จิ่นหง) และจัดประชุมครั้งที่ 4 ปี 2554 ที่นครคุนหมิง โดยได้รวมเวียดนามและกัมพูชาเข้าร่วมเครือข่ายนี้ด้วย จึงทำให้เครือข่ายการแพทย์พื้นบ้านและสมุนไพรลุ่มน้ำโขง ที่ริเริ่มและก่อตั้งโดยวิทยาลัยฯ ได้เติบโตขยายผลไปสู่เครือข่ายระดับภูมิภาคลุ่มน้ำโขงเต็ม 6 ประเทศ (GMS)

ตัวอย่างเครือข่ายหมอพื้นบ้านที่มีการดำเนินงานเข้มแข็งในภาคเหนือคือ **สหภาพหมอเมืองจังหวัดเชียงราย** เป็นองค์กรนิติบุคคลซึ่งได้จัดตั้งขึ้นทะเบียนเป็นองค์กรสาธารณประโยชน์ ตั้งแต่ปี 2548 ดำเนินการเพื่อพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านล้านนา มีเครือข่ายหมอพื้นบ้านอยู่ทั้ง 18 อำเภอ โดยมีศูนย์ประสานงานกลางตั้งอยู่ที่อำเภอเมืองเชียงราย และเนื่องจากเป็นจังหวัดใหญ่จึงมีการแบ่งสหภาพหมอเมืองให้ย่อยออกไปเป็น 4 เขต จัดเวทีเสวนาหมุนเวียนไปตามพื้นที่ 4 เขต ซึ่งผู้ที่เข้ามาร่วมมีทั้งหมอเมือง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มสตรี รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากจะทำให้หมอเมืองได้มาพบปะพูดคุยกันแล้ว ยังได้ข้อเสนอแนวทางในการพัฒนาศักยภาพภูมิปัญญาของหมอเมืองด้วย ได้แก่ การสร้างเครือข่ายในการทำงานและการมีส่วนร่วม เช่น การพัฒนาหลักสูตรการเรียนเข้าสู่ระบบการศึกษาหรือระบบการถ่ายทอดจากหมอเมืองไปยังกลุ่มเยาวชน การพัฒนาระดับบ้านหมอเมืองเป็นศูนย์การเรียนรู้ และปรับปรุงให้บ้านหมอเป็นสถานบริการให้ได้มาตรฐานของความปลอดภัย ความสะอาดถูกสุขลักษณะ การส่งเสริมการปลูกสมุนไพรบ้านหมอเมือง เพื่อสร้างป่าในบ้านหมอ และปลูกสมุนไพรในป่าชุมชนเพื่ออนุรักษ์ไว้ให้คนรุ่นหลัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรเป็นพี่เลี้ยงที่ปรึกษา สร้างเวทีให้กับกลุ่มหมอเมือง ผ่านการจัดกิจกรรมการพบปะแลกเปลี่ยนและการทำงานแบบเครือข่าย เช่น กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ออกหน่วยบริการเคลื่อนที่ช่วงฝน นอกจากจัดเสวนาสัญจรทั้ง 4 เขตแล้ว เครือข่ายหมอเมืองกำลังเตรียมการจัดงานช่วงฝนในระดับจังหวัดต่อไป

บทสรุป

เครือข่ายหมอพื้นบ้าน เป็นพลังขับเคลื่อนภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านที่สำคัญ ภายใต้แนวคิดและทิศทางการทำงานที่ชัดเจนในการศึกษา รวบรวม จัดระบบหมวดหมู่ความรู้ ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ สร้างความต่อเนื่องที่เป็นจริงในการปฏิบัติการ และการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานต่าง ๆ อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

4.3 การจัดการความรู้และการวิจัย : บทเรียนการรวบรวมศึกษาองค์ความรู้เชิงปฏิบัติด้านภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน

4.3.1 สมุนไพรพื้นบ้านและอาหารท้องถิ่น : ความมั่นคงระบบสุขภาพชุมชน

ประเทศไทยเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางชีวภาพสูง โดยเฉพาะทรัพยากรที่เป็นพืชสมุนไพรพื้นบ้าน ซึ่งเป็นพืชที่ขึ้นและเจริญเติบโตอยู่เองในแหล่งธรรมชาติ เช่น ในป่าธรรมชาติ ทุ่งนา ริมห้วย ลำธาร มักมีความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาคและฤดูกาล คนในชุมชนเก็บหาเพื่อใช้ประโยชน์ในการประกอบอาหารและเพื่อเป็นยารักษาโรคตามวัฒนธรรมของท้องถิ่น ก่อให้เกิดภูมิปัญญาด้านอาหารและด้านยาที่สำคัญ อย่างไรก็ตาม แม้ประเทศไทยมีทรัพยากรที่อุดมสมบูรณ์ แต่ปัจจุบันคนไทยส่วนใหญ่มองข้ามคุณค่าของสมุนไพรพื้นบ้านและอาหารท้องถิ่นที่มีประโยชน์ต่อการสร้างความมั่นคงระบบสุขภาพชุมชน อีกทั้งการเกษตรแบบอุตสาหกรรมทำให้สมุนไพรพื้นบ้านส่วนใหญ่ไม่ปลอดภัยต่อการบริโภค และวัฒนธรรมการบริโภคอาหารแบบตะวันตก ทำให้สมุนไพรพื้นบ้านและอาหารท้องถิ่นถูกลดความสำคัญลง จึงเป็นที่มาของการศึกษาคุณค่าประโยชน์ของสมุนไพรพื้นบ้านและอาหารท้องถิ่นเพื่อเป็นแรงจูงใจที่จะร่วมกันในการขยายความคิดและฟื้นฟูการใช้ประโยชน์อันจะนำไปสู่ความมั่นคงระบบสุขภาพชุมชนต่อไป

สมุนไพรพื้นบ้าน คือ พืชผักพื้นบ้านที่ใช้ทำเป็นเครื่องยาในการรักษาโรคต่าง ๆ ที่เป็นผลผลิตจากธรรมชาติที่มนุษย์รู้จักนำมาใช้ประโยชน์ เพื่อปรุงเป็นอาหารควบคู่กับการรักษาโรคภัยไข้เจ็บมาแต่โบราณตรากฎหมายปัจจุบัน ผ่านการสั่งสม การลองผิดลองถูก การปฏิบัติและถ่ายทอดจากคนรุ่นก่อนสู่คนรุ่นหลังอย่างต่อเนื่อง

1) คุณค่าของสมุนไพรพื้นบ้าน/ผักพื้นบ้าน

ประเทศไทยมีระบบนิเวศที่มีความแตกต่างจากภาคเหนือจรดภาคใต้ มีทั้งป่าดิบชื้น ป่าเบญจพรรณ ป่าดิบเขา ที่ราบและป่าชายเลน กลายเป็นแหล่งกำเนิดพรรณพืชท้องถิ่นนานาชนิด จากรายงานการสำรวจพบว่า ประเทศไทยมีสมุนไพรพื้นบ้าน/ผักพื้นบ้านกว่า 250-900 ชนิด บรรพบุรุษได้สั่งสมประสบการณ์มายาวนานในการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรพื้นบ้านและอาหารท้องถิ่น กลายเป็นภูมิปัญญาและวัฒนธรรมอาหารของคนไทย คุณค่าของสมุนไพรพื้นบ้าน/ผักพื้นบ้านจำแนกเป็น 4 ด้านดังนี้

1.1 คุณค่าด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น สมุนไพรพื้นบ้าน/ผักพื้นบ้านเป็นพืชที่คนไทยนำมาปรุงเป็นอาหารพื้นบ้านหรืออาหารท้องถิ่นมาช้านาน กลายเป็นองค์ความรู้เชิงประสบการณ์เชื่อมโยงกับแบบแผนชีวิตของคนแต่ละท้องถิ่น ก่อรูปเป็นวัฒนธรรมอาหารของชุมชนที่มีคุณประโยชน์ด้านสุขภาพ

สมุนไพรและผักพื้นบ้านเป็นองค์ประกอบสำคัญที่หล่อหลอมเป็นอาหารไทยที่ช่วยดูแลรักษาสุขภาพของคนไทยมาช้านาน เป็นการบริโภคอาหารที่สอดคล้องกับท้องถิ่นและสภาวะร่างกาย มีฐานะเป็นทั้งอาหารและยา

1.2 คุณค่าด้านสุขภาพ สมุนไพรพื้นบ้าน/ผักพื้นบ้าน นอกจากมีสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายมนุษย์ ยังมีสารต้านอนุมูลอิสระที่เป็นประโยชน์ในการป้องกันโรค และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังหลายชนิด อาทิ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การรับประทานสมุนไพรพื้นบ้าน/ผักพื้นบ้านที่อุดมไปด้วยสารต้านอนุมูลอิสระ จึงช่วยเสริมภูมิคุ้มกันโรคในร่างกายให้ห่างไกลโรคกลุ่มนี้ได้โดยรวม จากงานวิจัยพบว่าสมุนไพรพื้นบ้าน/ผักพื้นบ้าน ที่มีสารต้านอนุมูลอิสระสูง ได้แก่ มะระขี้นก (*Momordica charantia* L.) ข่าพลู (*Piper sarmentosum* Roxb.) เชียงดา (*Gymnema inodorum* (Lour.) Dence.) ตำลึง (*Coccinia grandis* (L.) Voigt) กระโดน (*Careya sphaerica* Roxb.) ยอบ้าน (*Morinda citrifolia* L.) สะเดา (*Azadirachta indica* A. Juss. var. *siamensis* Valetton) ข่าเลือด (*Caesalpinia mimosoides* Lam.) มะเขือพวง (*Solanum torvum* Sw.)

1.3 คุณค่าด้านความมั่นคงทางอาหารและระบบนิเวศ ความมั่นคงทางอาหาร หมายถึง การที่ประชาชนมีปริมาณอาหารเพื่อการบริโภคที่เพียงพอ มีความหลากหลายของประเภทอาหารที่ได้รับ และอาหารนั้นมีคุณภาพ หมายถึง มีคุณค่าทางโภชนาการและสะอาดปลอดภัย รวมทั้งประชาชนสามารถเข้าถึงอาหารได้อย่างทั่วถึง จากสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าชุมชนชนบทสามารถเก็บหาและเพาะปลูกผักพื้นบ้านได้ตั้งแต่ 30 – มากกว่า 100 ชนิด อันหมายถึงมีความมั่นคงทางอาหารด้านพืชผัก นอกจากนี้ยังมีการพึ่งพาแหล่งธรรมชาติที่เต็มไปด้วยพืชผักนานาชนิด นอกจากผักจะมีคุณค่าในด้านความมั่นคงทางอาหารแล้ว ยังช่วยสร้างความสมดุลกับระบบนิเวศ ทำให้ห่วงโซ่อาหารธรรมชาติดำเนินได้อย่างสมดุล

1.4 คุณค่าด้านเศรษฐกิจ ผักพื้นบ้านมีความหลากหลายชนิด และมีรายงานว่า จำนวนชนิดของผักพื้นบ้าน มีกว่า 250 ชนิด นอกจากนี้ผักพื้นบ้านยังเจริญเติบโตได้ตลอดปี ไม่จำกัดเพียงฤดูกาลหนึ่ง ผักพื้นบ้านที่ปลูกได้ตลอดปี มีจำนวนกว่า 50 ชนิด อาทิ ยอ ผักบุ้งไทย ตำลึง แค มะรุม เป็นต้น ผักพื้นบ้านหลายชนิดมีการปลูกและจำหน่ายในตลาดท้องถิ่น ชนิดและปริมาณของผักพื้นบ้านในตลาดท้องถิ่นขึ้นกับความนิยมบริโภคของคนท้องถิ่น วัฒนธรรมอาหารท้องถิ่น ระบบนิเวศ และฤดูกาล

ในปี พ.ศ. 2550 กองการแพทย์พื้นบ้านไทยได้ดำเนินโครงการเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย ในพื้นที่ดำเนินการ 6 จังหวัด ได้แก่ สุรินทร์ กาฬสินธุ์ จันทบุรี นครสวรรค์ ตรัง และพัทลุง มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมศักยภาพชุมชนในการจัดการความรู้/ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการฟื้นฟูป่าและแหล่งสมุนไพรพื้นบ้าน และเพื่อหาแนวทางให้เกิดการใช้สมุนไพรอย่างยั่งยืนจากปฏิบัติการในชุมชน โดยกำหนดกระบวนการทำงานเป็น 2 ส่วน คือ

1) การจัดการความรู้ 4 ด้าน โดยผู้เชี่ยวชาญ ได้ชุดความรู้พื้นฐานที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการทำงาน ได้แก่

- ชุดความรู้เรื่อง “องค์ความรู้ของหมอยาพื้นบ้าน ระบบคิดและแบบแผนการใช้สมุนไพรพื้นบ้านเชื่อมโยงกับป่าและแหล่งสมุนไพรพื้นบ้าน” พบว่า หมอยาพื้นบ้านเป็นผู้ที่ชาวบ้านพึ่งพายามเจ็บป่วย โดยมีแบบแผนในการรักษา เริ่มจากการวินิจฉัย การจำแนกโรค การเตรียมยาสมุนไพร

ซึ่งหมอยาสมุนไพรจะมีการเรียนรู้จากครูหรือบรรพบุรุษตั้งแต่วัยเยาว์ สะสมและฝึกฝนประสบการณ์นานหลายปี หมอพื้นบ้านมีการใช้ยาสมุนไพรใน 3 รูปแบบ คือ ใช้ยาสมุนไพรสด ยาสมุนไพรแห้ง และปรุงเป็นตำรับยาสมุนไพรสำเร็จรูป แหล่งสมุนไพรที่นำมาใช้จาก 3 แหล่ง คือ ป่าธรรมชาติ สวนสมุนไพรที่ปลูกในบริเวณบ้านหรือไร่นา และสถานที่จ่ายยาแผนโบราณ แต่โดยส่วนใหญ่หมอพื้นบ้านได้ยาสมุนไพรมาจากป่าธรรมชาติ วิธีการเก็บ การใช้ และการจำหน่ายยังไม่มีการจัดการและวางแผนเพื่อใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน ทำให้สมุนไพรหลายชนิดเสี่ยงที่จะสูญพันธุ์

- ชุดความรู้เรื่อง **“คุณค่าและมูลค่าของสมุนไพรพื้นบ้านต่อการพัฒนาระบบการผลิตยาสมุนไพรและเศรษฐกิจชุมชน”** พบว่า ทั้งในและต่างประเทศมีการศึกษาการใช้ประโยชน์จาก “ของป่า” ซึ่งรวมถึงสมุนไพร ไม่มากนัก ทั้งที่จริงแล้วพืชสมุนไพรที่มาจากธรรมชาติยังคงมีบทบาทและมีคุณค่าอยู่มาก ทั้งในอุตสาหกรรมการผลิตยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ แพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน ประชาชนที่มีองค์ความรู้ โดยมีช่องทางการตลาดที่สำคัญ คือ ร้านขายส่งสมุนไพรโดยเฉพาะในกรุงเทพฯ ฯ และร้านขายยาไทยในต่างจังหวัด อย่างไรก็ตาม การเก็บยาสมุนไพรจากแหล่งธรรมชาติมาขายยังขาดความยั่งยืน ไม่มีกระบวนการอนุรักษ์อย่างเป็นระบบ ทำให้บางชนิดเริ่มหมดไป การนำสมุนไพรจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาจำหน่ายแม้จะช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนได้ แต่มีข้อการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ ดังนั้น การจัดระบบการนำสมุนไพรจากธรรมชาติมาใช้ มีความจำเป็นต้องมีผู้รับผิดชอบภาครัฐเข้ามาดูแล ร่วมกันอนุรักษ์และฟื้นฟูสมุนไพรในธรรมชาติร่วมกับคนในชุมชนอย่างเร่งด่วน แต่ในอีกมุมหนึ่งพบว่ามูลค่าจากการขายยาสมุนไพรลดลงจากการที่ผู้เก็บไปจำหน่ายเองเห็นว่าค่าตอบแทนจากการขายน้อย จึงหันไปประกอบอาชีพอื่นแทน

- ชุดความรู้เรื่อง **“ความเคลื่อนไหวของกระแสโลกาภิวัตน์และความหลากหลายทางชีวภาพ”** พบว่า ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ในปัจจุบัน นอกจากทำให้เกิดกระบวนการแสวงหาผลประโยชน์จากฐานทรัพยากรและภูมิปัญญาจากชุมชนเพื่อผลประโยชน์ทางการค้าแล้ว ยังเป็นโอกาสที่ชุมชนได้เรียนรู้และแลกเปลี่ยนกับชุมชนต่าง ๆ ในระดับโลก ทั้งในแง่ของการสร้างความร่วมมือเพื่อสนับสนุนกติการะหว่างประเทศ ให้เอื้ออำนวยต่อการอนุรักษ์ พัฒนา และใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน รวมถึงการลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อชุมชนต่อไปพร้อมกันด้วย

- ชุดความรู้เรื่อง **“บทเรียน-ประสบการณ์ของภาคประชาสังคม/ชุมชนในการดูแลจัดการฐานทรัพยากร”** พบว่า หลายชุมชนในทุกภาคของประเทศไทยมีองค์ความรู้มากในการใช้และอนุรักษ์ป่า พืชอาหาร และพืชสมุนไพรในพื้นที่ที่มีทรัพยากรป่า และน้ำให้พึ่งพามีที่ดินให้ทำกิน และมีวิถีการผลิตแบบผสมผสานในรูปแบบการทำเกษตรกรรมเพื่อผลิตอาหารให้กับครอบครัว และผลิตเชิงพาณิชย์นั้น ยังสามารถรักษาความหลากหลายของพันธุกรรมพืชได้ ถ้าหากชุมชนได้ใช้ประโยชน์โดยตรงในการเป็นปัจจัยสี่ของการดำรงชีวิต เป็นรายได้และลดค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวและชุมชนอีกด้วย และจากกระบวนการเรียนรู้ ของการรวมกลุ่มในระดับชุมชน ตำบล และเครือข่าย พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้



ชุมชนเข้มแข็ง และมีศักยภาพในการจัดการป่าชุมชนและความหลากหลายของพืชอาหารและสมุนไพร มีหลายปัจจัยขึ้นกับสภาพของชุมชน อาทิ สำนักความเป็นชุมชน กลุ่มผู้นำชุมชนเข้มแข็ง มีการรวมกลุ่มของชุมชนที่ประกอบด้วยคนหลายวัย การมีข้อกำหนด กฎ กติการ่วมกัน

2) การปฏิบัติการใน 6 พื้นที่ เกิดการค้นพบหมอพื้นบ้าน/ผู้รู้รวม 114 คน และพืชสมุนไพรและพืชอาหารรวม 737 ชนิด ถือเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงกับสุขภาพของชุมชนและฐานทรัพยากรท้องถิ่นโดยมีผู้รู้ ประชาชนชาวบ้าน และหมอพื้นบ้านเป็นผู้ให้สควความรู้ของชุมชนในการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนการจัดการทรัพยากรท้องถิ่นเพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์อย่างพอเพียง และยั่งยืนอันจะนำไปสู่สภาวะของชุมชนโดยรวม

จากบทเรียนการทำงานโครงการดังกล่าว มีการนำมาต่อยอดเป็น**โครงการจัดการความรู้และพัฒนารูปแบบการอนุรักษ์และส่งเสริมภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านการบริโภคผักและอาหารพื้นบ้านบนฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง** ซึ่งมีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อจัดการองค์ความรู้ภูมิปัญญาด้านผักพื้นบ้านและอาหารพื้นบ้านในมิติคุณประโยชน์ด้านอาหารเพื่อสุขภาพและรักษาโรค และคุณประโยชน์ด้านเศรษฐกิจชุมชน 2) ศึกษาและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปลูกและการบริโภคผักพื้นบ้านและอาหารพื้นบ้าน และ 3) จัดการองค์ความรู้และส่งเสริมการอนุรักษ์สายพันธุ์ผักพื้นบ้านโดยมีบุคคลและองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน ที่มีความสนใจและความรู้ประสบการณ์ด้านผักพื้นบ้านและอาหารพื้นบ้าน ส่วนภาคชุมชน กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้รู้ท้องถิ่น หมอพื้นบ้าน กลุ่มเยาวชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มผู้ปลูก/ขายผักพื้นบ้าน กลุ่มผู้รู้ด้านผักพื้นบ้านในชุมชน เป็นกลุ่มเป้าหมาย มีกลวิธีดำเนินงานแบ่งเป็น 2 ส่วน สำคัญ คือ

- ส่วนที่ 1 การจัดการองค์ความรู้ด้านผักพื้นบ้านและอาหารพื้นบ้าน เป็นการศึกษาค้นคว้าความรู้ “ผักพื้นบ้านและอาหารพื้นบ้านในมิติสุขภาพและเศรษฐกิจชุมชน” โดยผู้เชี่ยวชาญ

- (1) ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสถานการณ์และการเคลื่อนไหวในการใช้ประโยชน์จากผักพื้นบ้านและอาหารพื้นบ้านในชุมชน ในมิติสุขภาพและมิติเศรษฐกิจชุมชน

- (2) ศึกษาในภาคสนาม 4 แห่ง ใน 4 ภูมิภาค เพื่อถอดบทเรียนและรูปแบบการฟื้นฟูการใช้ประโยชน์จากผักพื้นบ้านและอาหารพื้นบ้าน ในมิติสุขภาพและมิติเศรษฐกิจ ตลอดจนบทเรียนการต่อยอดเพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวางและยั่งยืน

- (3) จัดทำชุดความรู้เกี่ยวกับแนวทางและเครื่องมือในการปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากผักพื้นบ้านและอาหารพื้นบ้าน ในมิติสุขภาพชุมชนและมิติเศรษฐกิจชุมชน

- (4) จัดทำเวทีวิชาการ เพื่อแลกเปลี่ยนระหว่างผู้มีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับผักพื้นบ้านและอาหารพื้นบ้าน

- (5) จัดทำต้นฉบับวิชาการเกี่ยวกับ “องค์ความรู้ด้านผักพื้นบ้านและอาหารพื้นบ้านในมิติสุขภาพและเศรษฐกิจชุมชน”

การทบทวนองค์ความรู้ผักพื้นบ้าน/อาหารพื้นบ้านในสถานการณ์ปัจจุบันและ**การจัดทำฐานข้อมูลผักพื้นบ้าน 250 ชนิด** โดยทีมงานกองการแพทย์พื้นบ้านไทย

- ส่วนที่ 2 การศึกษาและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมด้านการปลูกและด้านการบริโภคผักพื้นบ้าน อาหารพื้นบ้านในชุมชน และเครือข่ายของภาคีด้านผักพื้นบ้าน เป็นการวิจัยและพัฒนาแบบมี

ส่วนร่วมในชุมชนใน 15 พื้นที่ ได้แก่

1. จังหวัดเชียงราย อำเภอเทิง
ตำบลเชียงเคี่ยน ตำบลหาง
2. จังหวัดน่าน อำเภอภูเพียง
ตำบลน้ำแก่น
3. จังหวัดลำปาง อำเภอแม่พริก
ตำบลพระบาทวังตวง
4. จังหวัดแม่ฮ่องสอน อำเภอแม่สะเรียง ตำบลแม่ยวม
5. จังหวัดเลย อำเภอท่าลี่ ตำบลหนองผือ
6. จังหวัดมุกดาหาร อำเภอดอนตาล ตำบลนาสะเม้ง
7. จังหวัดขอนแก่น อำเภอน้ำพอง ตำบลกุดน้ำใส
8. จังหวัดสุรินทร์ อำเภอกาบเชิง ตำบลตะเคียน
9. จังหวัดปราจีนบุรี อำเภอนาดี
10. จังหวัดจันทบุรี อำเภอเขาชีมณภูมิ ตำบลชากไทย
11. จังหวัดกาญจนบุรี อำเภอด่านมะขามเตี้ย ตำบลด่านมะขามเตี้ย
12. จังหวัดชุมพร อำเภอพะโต๊ะ ตำบลปากทรง
13. จังหวัดนครศรีธรรมราช อำเภอชะอวด ตำบลวังอ่าง
14. จังหวัดสตูล อำเภอละงู ตำบลกำแพง
15. จังหวัดกระบี่ อำเภออ่าวลึก ตำบลคลองหิน



ผลจากการศึกษาเรื่ององค์ความรู้ด้านผักพื้นบ้านและอาหารพื้นบ้านในมิติสุขภาพและเศรษฐกิจชุมชนได้มาซึ่งองค์ความรู้ “ผักพื้นบ้านและอาหารพื้นบ้าน มิติสุขภาพและเศรษฐกิจชุมชน” ฐานข้อมูลผักพื้นบ้านที่เป็นระบบ ง่ายต่อการสืบค้น และเข้าถึงข้อมูลการนำไปใช้ประโยชน์ของประชาชน รูปแบบการส่งเสริมการปลูกและการบริโภคผักพื้นบ้านและอาหารพื้นบ้าน 15 พื้นที่ทั่วประเทศ และเครือข่ายด้านวิชาการและการปฏิบัติการด้านภูมิปัญญาผักพื้นบ้านและอาหารพื้นบ้าน

บทสรุป

จากบทเรียนการทำงานที่ผ่านมาทั้งโครงการเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย และโครงการจัดการความรู้และพัฒนาแบบการอนุรักษ์และส่งเสริมภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านการบริโภคผักและอาหารพื้นบ้านบนฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง พบว่า ความมั่นคงระบบ



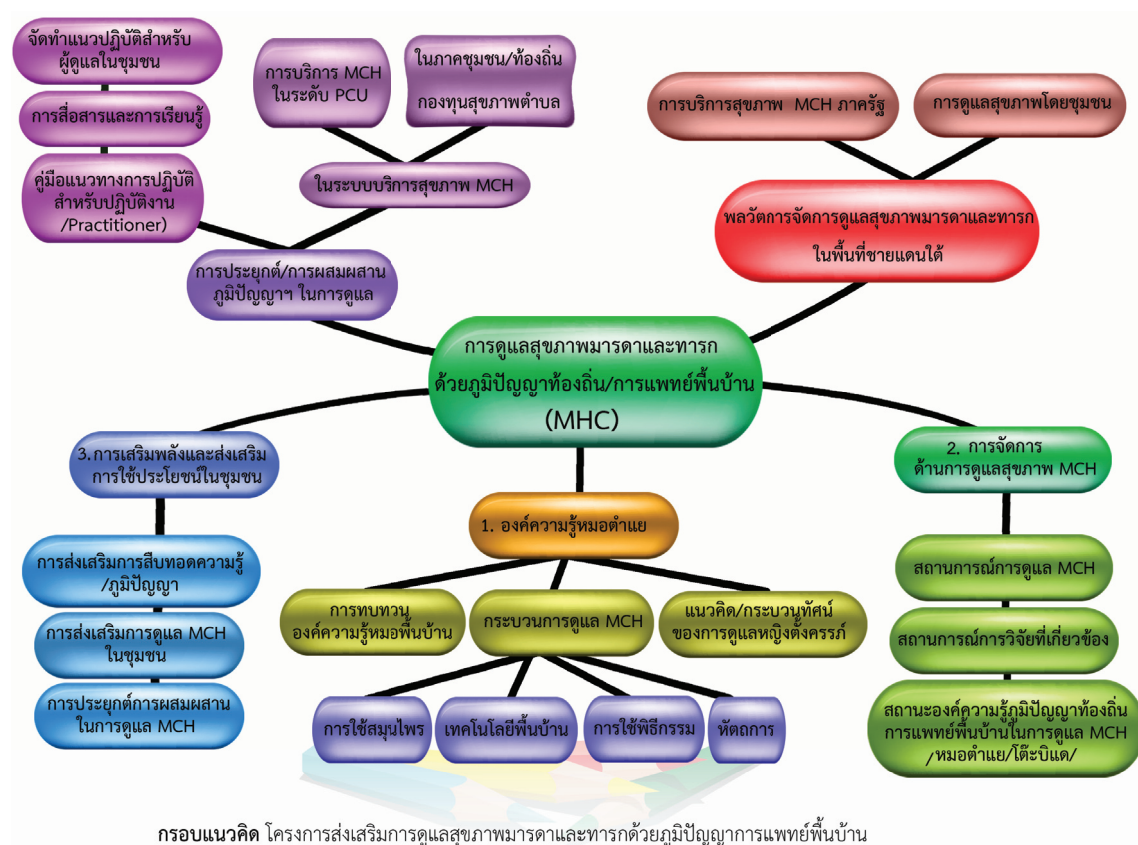
สุขภาพชุมชนเกิดจากการนำภูมิปัญญาจากสมุนไพรพื้นบ้านและอาหารท้องถิ่น โดยหมอพื้นบ้าน/ผู้รู้ หรือปราชญ์ชุมชน มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อคนในชุมชน ทั้งด้านการบริโภค การส่งเสริม

สุขภาพ การป้องกันโรค หากแต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องจับมือกับชุมชนเพื่อให้การอนุรักษ์ พื้นฟู ทรัพยากรธรรมชาติที่มีอยู่ให้เกิดความยั่งยืน พร้อมสำหรับการส่งต่อไปยังชนรุ่นหลังต่อไป

4.3.2 ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก(หมอดำแย) : การผสมผสาน การใช้ประโยชน์การดูแลแม่และเด็กร่วมกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ

บทบาทการดูแลสุขภาพแม่และเด็กในชุมชนพบว่า หมอดำแยมีบทบาท ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยมีกระบวนการดูแลสุขภาพที่สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลสุขภาพทางกาย 2) การใช้สมุนไพร 3) การช่วยเหลือให้คำแนะนำการปฏิบัติของแม่ 4) การประกอบ พิธีกรรม ซึ่งกระบวนการดูแลสุขภาพทั้ง 4 ด้าน แสดงถึงการมีอยู่และยังคงใช้ประโยชน์ตามวิถีชีวิต วัฒนธรรม ศาสนา และระบบนิเวศท้องถิ่น และเป็นที่พึ่งของประชาชนในชุมชน ปัจจุบันมีหมอพื้นบ้าน ที่ขึ้นทะเบียนที่สำนักทะเบียนกลาง กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 57,665 คน (พฤษภาคม 2559) ในจำนวนนี้มี 16,000 คน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพชุมชน เกิน 20 ปี เป็นผู้ที่มีใบประกอบวิชาชีพพัฒนุศาสตร์แผนโบราณ จำนวน 9,000 คน แสดงตนว่าเป็น ผู้ครอบครองตำรายาด้านการดูแลแม่และเด็กแล้วจำนวน 145 ตำรับ

แผนภาพ 4.3 แนวคิดการดูแลสุขภาพแม่และเด็กด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น/การแพทย์พื้นบ้าน



การศึกษา

ได้ทำการศึกษาใน 3 เรื่อง คือ การสำรวจรวบรวม การสังเคราะห์องค์ความรู้ และการปฏิบัติการ และประเมินผล ดังนี้

1. การสำรวจ รวบรวม

1.1 การจัดการความรู้ด้านภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก ดำเนินงาน ดังนี้

- ทบทวนสถานการณ์และการเคลื่อนไหวในการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก เนื้อหาสำคัญ 3 ด้าน คือ 1) ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก 2) องค์ความรู้จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแม่และเด็ก และ 3) องค์ความรู้จากประสบการณ์ชุมชน เช่น หมอพื้นบ้าน ผู้รู้/ปราชญ์ชาวบ้าน

- ศึกษาในภาคสนาม ใน 4 ภูมิภาค เพื่อถอดบทเรียนและรูปแบบการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก ตลอดจนการประยุกต์ปรับใช้การดูแลสุขภาพในท้องถิ่น และสถานบริการ

- จัดทำชุดความรู้เกี่ยวกับแนวทางและเครื่องมือในการปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก

1.2 การปฏิบัติการในภูมิภาคเพื่อส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพในแม่และเด็กจากข้อมูลการศึกษาของชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ เช่น สำรวจและจัดทำทะเบียนหมอพื้นบ้าน ผู้รู้ ปราชญ์ชาวบ้าน ตำรับยาและสมุนไพรพื้นบ้านสำหรับแม่และเด็ก และตำรับอาหารพื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก เผยแพร่ให้ความรู้ในโรงเรียน เพื่อให้เด็กรุ่นใหม่เห็นความสำคัญของแม่และเด็ก และดูแลแม่และเด็กในบ้านของตนเองได้ จัดทำทำเนียบหมอพื้นบ้าน ผู้รู้ ปราชญ์ชาวบ้าน จากพื้นที่วิจัย จัดทำฐานข้อมูลตำรายาสมุนไพรเพื่อสุขภาพแม่และเด็ก

2. สังเคราะห์องค์ความรู้

การสังเคราะห์ความรู้ของพื้นที่ต้นแบบ และจัดทำแนวทางการดูแลสุขภาพสำหรับแม่และเด็ก ร่วมกับการถอดบทเรียนและรูปแบบการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก ตลอดจนบทเรียนการต่อยอดเพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวางและยั่งยืน รวมทั้งแนวทางและเครื่องมือในการปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก พัฒนาเป็นคู่มือสำหรับใช้ประโยชน์ 2 เรื่อง คือ 1) คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับแม่และเด็กด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านสำหรับประชาชน ประกอบด้วยเนื้อหาสำคัญ เช่น อาหารเพื่อสุขภาพสำหรับแม่และเด็ก การปฏิบัติตัวตามภูมิปัญญาพื้นบ้านสำหรับแม่และเด็ก ตำรับยาสำหรับแม่และเด็ก ประสบการณ์ดูแลตนเองของแม่และเด็กต้นแบบ และ 2) คู่มือการดูแลแม่และเด็กด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ

3. การปฏิบัติการและประเมินผล

ส่งเสริมการปฏิบัติการในพื้นที่โดยใช้แนวทางและรูปแบบที่ดี และส่งเสริมการใช้ประโยชน์คู่มือการดูแลตนเองของแม่และเด็กในชุมชน ที่ได้จากการสังเคราะห์องค์ความรู้ปฏิบัติการในพื้นที่นำร่องระดับตำบล สร้างการปฏิบัติการในพื้นที่ ได้แก่ ทดสอบคู่มือสำหรับใช้ประโยชน์สำหรับประชาชน และ

สถานบริการ จัดให้มีกระบวนการกลุ่ม เพื่อส่งเสริมกิจกรรมตามแนวทางและวิธีการต่าง ๆ ตามที่ระบุในคู่มือ จัดทีมเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้และคำแนะนำแบบตัวต่อตัวกับสตรีหลังคลอด ตลอดจนขยายการส่งเสริมการใช้ประโยชน์คู่มือดูแลสุขภาพแก่สตรีหลังคลอดทั่วประเทศ

องค์ความรู้ด้านการดูแลแม่และเด็ก

จากการทำงานโครงการศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพการดูแลอนามัยของมารดาและทารกชาวไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ระหว่างปีพ.ศ. 2548-2551 ในจังหวัด ยะลา ปัตตานี นราธิวาส สตูล และสงขลา ศึกษาในหมอต้าแย (โต๊ะบีแดด) จำนวน 41 คน การทำงานดังกล่าวเป็นความร่วมมือระหว่างภาควิชาในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ 4 ภาควิชา พบว่าหมอต้าแยมีบทบาทการดูแลสุขภาพตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ส่วนการศึกษาการจัดการองค์ความรู้แม่และเด็กในพื้นที่ 4 ภูมิภาค คือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ (ยกเว้น 5 จังหวัดชายแดนใต้) ระหว่างปีพ.ศ. 2552 - 2558 ศึกษาหมอต้าแยจำนวน 20 คน พบว่าหมอต้าแยลดบทบาทในระยะคลอดลง แต่ยังคงมีบทบาทในการดูแลสุขภาพในระยะก่อนคลอด และระยะหลังคลอด สรุปได้ดังนี้

ตาราง 4.2 บทบาทหมอตำแยในการดูแลสุขภาพพระยาก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอดในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้ และ 4 ภูมิภาค

ระยะ	ภาคใต้ (5 จังหวัดชายแดนใต้)					4 ภูมิภาค			
	ระหว่างปี พ.ศ. 2548 – 2551					ระหว่างปี พ.ศ. 2552 – 2558			
การดูแล ระยะก่อน คลอด	การใช้สมุนไพร ดูแลสุขภาพ ป้องกันอาการ แพ้ท้อง	การทำพิธีกรรม พิธีแน่ง อาบน้ำโองตา	ความมั่นใจ การเตรียมการ ด้านจิตใจของ หญิงตั้งครรภ์	การแต่งท้อง การตัดท้อง	การใช้สมุนไพร ดูแลสุขภาพ ป้องกัน	ตำรับยา บำรุงครรภ์	การแต่งท้อง ตัดท้อง	การช่วยเหลือ แนะนำการ ปฏิบัติของ หญิงตั้งครรภ์	
การดูแล ระยะคลอด	การไปคลอด (Accompany)	การดูแลในห้องคลอด ด้วยการเป็นกำลังใจ สวดอาร์ รับกรจาก เจ้าหน้าที่ (พิธีกรรม)	การดูแลใน ห้องคลอด ด้วยการนวด การสร้างความมั่นใจ	-	-	-	-	-	
การดูแล ระยะหลัง คลอด	การอยู่ไฟ ก่อนเส้า อาบน้ำ อบ การใช้ยาสมุนไพร	พิธีกรรมสู่นัด รื้อเตาไฟ ขึ้นเปลเด็ก โกนผมเด็ก	การดูแลอาหาร หลังคลอด การดูแลทารก การเปิดปากทารก	การนวด (กระตุ้นน้ำนม ยกมดลูก แต่งกูด กลบกูด)	การอยู่ไฟ ก่อนเส้า อาบน้ำ อบ การใช้ยาสมุนไพร	ตำรับยา บำรุงน้ำนม ตำรับยา วัยทอง ยาแลม	การนวด (กระตุ้นน้ำนม ยกมดลูก แต่งกูด กลบกูด นวดกล่อมท้อง)	การดูแลอาหาร หลังคลอด	

การจัดระดับองค์ความรู้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการสร้างเสริมสุขภาพแม่และเด็ก เมื่อพิจารณาความยากง่ายขององค์ความรู้ภูมิปัญญาแล้วพบว่าความรู้ในการดูแลแม่และเด็กส่วนใหญ่ไม่ใช่ความรู้ที่สลับซับซ้อน จึงสามารถจัดอยู่ได้ทั้ง 2 ระดับ โดยที่ระดับที่ 2 ทำหน้าที่เป็นแหล่งข้อมูล เรียนรู้ และให้บริการสำหรับผู้ที่ไม่พร้อมที่จะทำเองที่บ้าน ดังแสดงในตาราง 4.3

ตาราง 4.3 การจัดระดับองค์ความรู้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการสร้างเสริมสุขภาพแม่และเด็ก

องค์ความรู้ภูมิปัญญา	ระดับที่ 1 ส่งเสริมการใช้ในชีวิตประจำวัน	ระดับที่ 2 ส่งเสริมการใช้ในหน่วยบริการสุขภาพ
1. การปฏิบัติตน เช่น การอาบน้ำ สระผม การใส่เสื้อผ้ารักษาความ อบอุ่นของร่างกาย ไม่ทำงานหนัก ไม่ออกจากบ้าน	1. การปฏิบัติตน เช่น การอาบน้ำ สระผม การใส่เสื้อผ้ารักษาความอบอุ่น ของร่างกาย ไม่ทำงานหนัก ไม่ออกจากบ้าน เป็นต้น	1. การปฏิบัติตน การทำพิธีกรรมต่าง ๆ เพื่อเสริมให้แม่และเด็ก มีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ หรือเพื่อการรักษา อาการแทรกซ้อนตามความเชื่อของล้านนา
2. อาหาร การเลือกรับประทานอาหาร	2. อาหาร การเลือกรับประทานอาหาร	2. อาหาร การให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ช่วยในการ สร้างเสริมสุขภาพแม่และเด็ก ข้อห้าม ข้อควร ระวัง
3. การอยู่ไฟหลังคลอด การปฏิบัติตน หลังคลอดบุตร	3. การอยู่ไฟหลังคลอด การอยู่ไฟ	3. การอยู่ไฟหลังคลอด 3.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการอยู่ไฟ 3.2 การให้บริการหญิงหลังคลอดที่ศูนย์เรียนรู้ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่หญิงหลังคลอด เช่น การชมยา รวมถึงการให้การช่วยเหลือ ในการปฏิบัติตน และดูแลรักษาฟื้นฟูสภาพที่ บ้านหญิงหลังคลอดโดยหมอพื้นบ้านที่ปฏิบัติ หน้าที่ในศูนย์เรียนรู้
4. วิธีการเพื่อฟื้นฟูสภาพ ร่างกาย ได้แก่ - การชมยาหรืออบยา - การย่าง - ค่อมเส้า - การนวดหลังคลอด	4. วิธีการเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย ได้แก่ - การชมยาหรืออบยา - การย่าง - ค่อมเส้า - การนวดหลังคลอด	4. วิธีการเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย ได้แก่ - การชมยาหรืออบยา - การย่าง - การนวดหลังคลอด
5. พิธีกรรมต่าง ๆ ได้แก่ ขอขมาพ่อแม่ สามี และ เตาไฟ การฮ้องขวัญ สู่ขวัญ	5. พิธีกรรมต่าง ๆ ได้แก่ ขอขมาพ่อแม่ สามี และเตาไฟ การฮ้องขวัญ สู่ขวัญ	5. พิธีกรรมต่าง ๆ ได้แก่ - การกระชิบตุ๋น การสวดตุ๋น - การรับรก
6. การใช้สมุนไพร เพื่อการบำรุง ฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น สมุนไพรต้มกิน ต้มอาบ สระผม	6. การใช้สมุนไพรเพื่อการบำรุง ฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น สมุนไพรต้มกิน ต้มอาบ สระผม	6. การใช้สมุนไพรเพื่อการบำรุง ฟื้นฟูสภาพร่างกาย 6.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรใกล้ตัว 6.2 การให้บริการสมุนไพรที่ใช้ในการรักษา ฟื้นฟูสภาพสำหรับหญิงหลังคลอด

องค์ความรู้ภูมิปัญญา	ระดับที่ 1 ส่งเสริมการใช้ในชีวิตประจำวัน	ระดับที่ 2 ส่งเสริมการใช้ในหน่วยบริการสุขภาพ
7.การใช้สมุนไพร ที่ใช้เพื่อรักษาอาการแทรกซ้อน	7.การใช้สมุนไพร ไกล่ตัว	7.การใช้สมุนไพร ที่ใช้เพื่อรักษาอาการแทรกซ้อน
8. การป้องกันและรักษาอาการผิปกติหลังคลอด	8. การป้องกันและรักษาอาการผิปกติหลังคลอด	8. การป้องกันและรักษา การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ ผิปกติหลังคลอด

จากการจัดระดับองค์ความรู้ นำมาสู่การจัดทำเอกสารคู่มือการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก เพื่อให้เกิดการใช้ในชีวิตประจำวัน สามารถส่งเสริมการใช้ได้ทันที กระตุ้นให้มีการใช้ในวิถีชุมชนอย่างแพร่หลายในพื้นที่ โดยจัดทำเอกสารคู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับแม่และเด็กด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านสำหรับประชาชนและนำองค์ความรู้ระดับที่ 2 ซึ่งเป็นองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านที่สามารถส่งเสริมให้มีการใช้ได้ การศึกษาวิจัยจะเป็นการศึกษาเจาะลึกองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านและศึกษารูปแบบการส่งเสริมการใช้ร่วมหรือผสมผสานกับระบบบริการของรัฐ จึงจัดทำเป็นคู่มือการดูแลแม่และเด็กด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการตามวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น

การบูรณาการแพทย์พื้นบ้านในระบบบริการสุขภาพ

1. การใช้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพแม่และเด็กในระบบบริการสุขภาพภาครัฐ

จากการทำงาน กรณีศึกษา มีการจัดระบบบริการสุขภาพด้านแม่และเด็ก 3 รูปแบบ คือ

1.1 การจัดบริการในสถานบริการสุขภาพ มีการจัดบริการแบบ one stop service ในสถานบริการ มีการให้บริการทำคลอด ดูแลทารกโดยแพทย์แผนปัจจุบันและจัดสถานที่ที่สอดคล้องกับความเชื่อท้องถิ่น และวัฒนธรรมศาสนาในสถานบริการของรัฐ

1.2 การริเริ่มพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กร่วมกันระหว่างสถานบริการสุขภาพภาครัฐกับหมอตำแยในชุมชน โดยพัฒนาสื่อสัญลักษณ์สำหรับส่งต่อการดูแลสุขภาพร่วมกัน โดยใช้ “คู่มือ” และจัดค่าตอบแทนให้โต๊ะบิแดดตามคู่มือ ดังกรณีศึกษาอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส และอำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี

1.3 การจัดบริการในสถานบริการสุขภาพภายหลังคลอด เช่น อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี ทดลองเชิญหมอตำแย (โต๊ะบิแดด) ในชุมชนมาให้บริการนวดหลังคลอดที่โรงพยาบาล ก็พบข้อจำกัดอุปสรรคบางด้าน เช่น ความไม่คล่องตัวในการเดินทางของโต๊ะบิแดดที่สูงอายุ และไม่คุ้นเคยสถานที่ที่สำคัญคือมารดาหลังคลอดต้องได้รับการดูแลและนวดจากโต๊ะบิแดดที่ตนเองฝากครรภ์ไว้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับโต๊ะบิแดด มิใช่เพียงอยู่ในฐานะของผู้ให้บริการและรับบริการเท่านั้น แต่ยังมีความสัมพันธ์ในมิติอื่น เช่น โต๊ะบิแดดประจำครอบครัวอันเป็นความสัมพันธ์ในมิติที่กว้างกว่าการเป็นผู้ให้ ผู้รับบริการ ในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน

2. การใช้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพแม่และเด็กในชุมชน

แบบแผนการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในระยะก่อนคลอดและหลังคลอด ใช้การดูแลควบคู่กันไปในลักษณะคู่ขนาน ระหว่างหมอดำแยกับสถานบริการสุขภาพ โดยส่วนของหมอดำแยจะเป็นการดูแลโดยอาศัยวัฒนธรรมชุมชนท้องถิ่น เช่น การทำพิธีกรรม การนวดแต่งท้อง การใช้สมุนไพร การบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่มีระบบสนับสนุนส่งเสริมจากรัฐอย่างเป็นทางการ

นโยบายที่เกี่ยวข้อง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ให้สิทธิประโยชน์การบริการฟื้นฟูสุขภาพแม่หลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย นวด อบ ประคบ ทบหม้อเกลือ แนะนำการดูแลมารดาหลังคลอดในระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นแนวคิดที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพหญิงหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ประชาชนได้เข้าถึง เชื่อมั่น และใช้บริการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเพิ่มขึ้น

2. กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายดูแลสุขภาพประชากรตามกลุ่มวัยให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจและอารมณ์ อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข 5 กลุ่มวัย ได้แก่ (1) แผนงานกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) (2) แผนงานกลุ่มเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) (3) แผนงานกลุ่มเด็กวัยรุ่น (4) แผนงานกลุ่มวัยทำงาน (5) แผนงานกลุ่มสูงอายุและผู้พิการ ซึ่งการใช้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านดูแลแม่และเด็กตามกลุ่มวัยเป็นการสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับรากเหง้า ชาติพันธุ์ ระบบคิดของกลุ่มคน ลดภาระค่าใช้จ่ายของสังคม

ข้อเสนอแนะ

การส่งเสริมและพัฒนาเพื่อเพิ่มทางเลือกให้กับชุมชนท้องถิ่น โดยอาศัยพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในด้านการส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาพื้นบ้าน ด้านสุขภาพในการดูแลและจัดการสุขภาพต้องอาศัยการเสริมกระบวนการให้เกิดการวางแผน และส่งเสริมพัฒนา ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหมอดำแย หรือภาคีการทำงานด้านภูมิปัญญาพื้นบ้านในชุมชนด้านงบประมาณในการดูแลในชุมชนของหมอดำแยและส่งเสริมการสืบทอดความรู้

การส่งเสริมและพัฒนาในระยะยาว

- การจัดทำแผนแม่บทของการฟื้นฟูส่งเสริมการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพแม่และเด็กเชิงระบบ โดยบูรณาการในแผนพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ หรือแผนพัฒนาสุขภาพตำบล
- การส่งเสริมการวิจัยต่อยอดเพื่อการพัฒนาความรู้จากภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพแม่และเด็กของหมอดำแยในระดับสูงขึ้น มีการใช้ภูมิปัญญาหลายด้าน เช่น สมุนไพรที่ใช้ในการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก การนวดยกดมลูกเพื่อให้นมลูกเข้าอยู่เร็ว เป็นต้น

4.3.3 ภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านและการพัฒนาหลักสูตรการเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพหมอกระดูกพื้นบ้านในชุมชน

“หมอพื้นบ้านรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก” เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นไทยด้านสุขภาพเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพของประชาชน ซึ่งมีอยู่ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ จำนวน 2,652 คน จากจำนวนหมอพื้นบ้านทั้งหมด 54,304 คน (สำนักนายทะเบียนกลาง, ธันวาคม 2556) หมอพื้นบ้านยังคงมีบทบาทในการดูแลรักษาผู้ป่วยในชุมชนมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะจากกลุ่มประชาชนที่อยู่ห่างไกลหรือไม่สามารถไปใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพ เพราะเชื่อถือศรัทธาการรักษาของหมอพื้นบ้าน

หมอพื้นบ้านรักษาผู้ป่วยกระดูกหักจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีคุณค่าต่อสังคมไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยกองการแพทย์พื้นบ้านไทย ได้ดำเนินการจัดทำแผนการศึกษาและพัฒนาศักยภาพของหมอพื้นบ้านรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก เพื่อส่งเสริมและพัฒนาหมอพื้นบ้านรักษากระดูกหักให้ได้รับการพัฒนาอย่างจริงจัง เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยในระยะแรก ได้ดำเนินการ



การศึกษาประสิทธิภาพของหมอพื้นบ้านในการรักษากระดูกหัก ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภูมิหลังของหมอพื้นบ้าน และกระบวนการในการรักษากระดูกหัก รวมถึงผลจากการรักษาของหมอพื้นบ้าน ศึกษาในพื้นที่วิจัย 9 จังหวัด ที่มีความพร้อมและยินดีเข้าร่วมโครงการ ครอบคลุมใน 3 ภูมิภาคของประเทศ คือ ภาคกลาง 6 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี สิงห์บุรี ลพบุรี ปราจีนบุรี สระบุรี และพระนครศรีอยุธยา ภาคเหนือ 2 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย และอุตรดิตถ์ และภาคใต้มีเพียงจังหวัดเดียวคือ นครศรีธรรมราช ทั้งนี้ ในการดำเนินการศึกษาวิจัยได้ผ่านการเห็นชอบให้ดำเนินการจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

การศึกษาประกอบด้วย ศึกษาด้านภูมิหลังของหมอพื้นบ้านด้านกระบวนการในการรักษากระดูกหัก โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก ส่วนการศึกษาประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักของหมอพื้นบ้าน ใช้การประเมินทางคลินิกของแพทย์แผนปัจจุบัน โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ ได้ลงพื้นที่และประยุกต์วิธีการและเครื่องมือการประเมิน ซึ่งนับว่าเป็นนวัตกรรมด้านวิวิธวิทยาของประเทศไทย โดยประเมินผู้ป่วยจำนวน 216 ราย ใน 12 กลุ่มอาการบาดเจ็บ ในกลุ่มรายค์ ไม่มีแผลเปิด โดยแต่ละตำแหน่งที่หัก จะประเมิน 2 ส่วนคือ ประเมินสภาพรูปร่างกระดูกที่หักจากภาพถ่ายฟิล์มเอ็กซเรย์หลังรักษา และประเมินความสามารถใช้งานของผู้ป่วยหลังรักษาจากการทดสอบการเคลื่อนไหวของข้อใกล้เคียงบริเวณที่หัก

ด้านภูมิหลัง พบว่า หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่เป็นผู้อาวุโสที่ชุมชนยอมรับและไว้วางใจยังคงมีบทบาทในการรักษา โดยหมอพื้นบ้านมีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบงานส่วนรวมของชุมชนด้วย นอกจากนี้เป็นความอ่อนใจและภาคภูมิใจที่มีหมอพื้นบ้านในชุมชนของตนเอง และเป็นที่ยอมรับของประชาชนในชุมชนอื่น ๆ ด้วย หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีอาชีพที่เป็นรายได้หลักอยู่แล้ว เช่น ทำเกษตรกรรม การเป็นหมอพื้นบ้านถูกสอนให้ถือปฏิบัติในเรื่องคุณธรรมเป็นสำคัญ ดังนั้นหมอจะ

ไม่เรียกร้องค่าใช้จ่ายในการรักษาจากผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะให้ความศรัทธาและเพื่อตอบแทนบุญคุณ เมื่อพิจารณาจากความเป็นอยู่และสภาพบ้านเรือนของหมอพื้นบ้านแล้วอาจกล่าวได้ว่าก็มีสภาพไม่แตกต่างจากชาวบ้านในชุมชน ความแตกต่างเล็กน้อยที่อาจเห็นได้ คือ บริเวณบ้านของหมอพื้นบ้านมักมีพื้นที่กว้างขวางพอสมควรสำหรับใช้ในกระบวนการรักษาพยาบาล และรับรองผู้ป่วยและเครือญาติ

ด้านการฝึกฝนและการเรียนรู้เป็นหมอพื้นบ้านรักษากระดูกหักเน้นในเรื่องการปฏิบัติเป็นหลัก โดยส่วนใหญ่เริ่มจากให้เป็นผู้ช่วยครู พร้อมกับสังเกตดูวิธีการรักษาผู้ป่วย หลังจากนั้นเริ่มรักษาในรายที่มีอาการไม่มาก แล้วจึงรักษาผู้ป่วยจริง ในกระบวนการถ่ายทอดองค์ความรู้เป็นรายละเอียดของแต่ละคน รวมทั้งเทคนิควิธีเสริมที่ครูผู้สอนแต่ละคนยึดถือ



รูปที่ 4.1 หมอสมัญญ์ จ.ฉะเชิงเทรา ตรวจร่างกายจากการคลำอวัยวะที่ผิดปกติ



รูปที่ 4.2 หมอเขียน เมืองมูล จ.เชียงราย ใส่เฝือกให้ผู้ป่วยบริเวณแขน

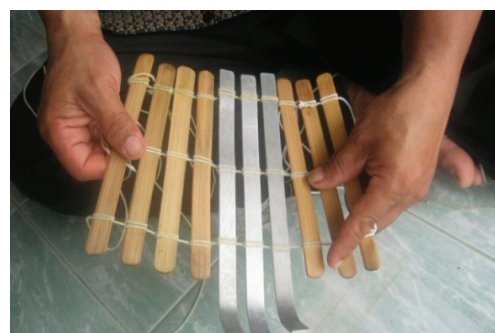


รูปที่ 4.3 การใช้แผ่นสาธิตรองบนเฝือกไม้ เพื่อป้องกันไม่ให้เฝือกไม้กดทับผิวของผู้ป่วย



รูปที่ 4.4 เฝือกไม้ที่ใส่โดยหมอพื้นบ้าน บริเวณแขนของผู้ป่วย

ด้านกระบวนการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักของหมอพื้นบ้าน พบว่ามีหลากหลายวิธีการ แต่มีหลักในการรักษาที่ใกล้เคียงกันคือ เริ่มตั้งแต่ ชักประวัติ วินิจฉัย ขึ้นชั้นครู หมอจะนัด กด คลึงเบา ๆ บริเวณที่หักด้วยน้ำมัน โดยส่วนใหญ่แล้วใช้น้ำมันงา น้ำมันมะพร้าว หรือน้ำมันเลียงผา เคี้ยวรวมกับสมุนไพรชนิดต่าง ๆ เช่น ไพล ขมิ้น ใบพลับพลึงซึ่งเชื่อว่ามีคุณสมบัติในการ



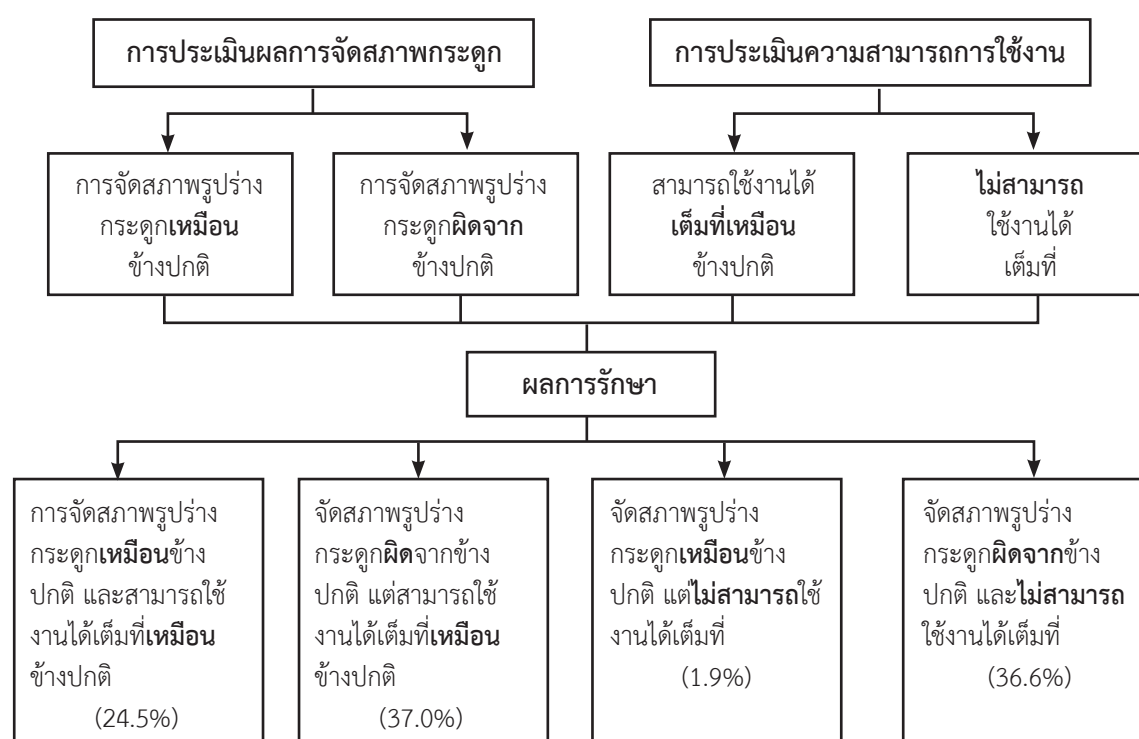
รูปที่ 4.5 เฝือกไม้กับขาปิ่นโตเป็น การประยุกต์เพื่อให้เฝือกโค้งตามอวัยวะที่จะเข้าเฝือกบริเวณแขนของผู้ป่วย

ประสานกระดูกและเส้นเอ็น หลังจากนั้นจึงดึงและจัดกระดูกให้เข้าที่ และบางรายใช้คาถาต่อกระดูก
ร่วมด้วย เมื่อกระดูกเข้าที่แล้วหมอยะทำการใส่เปลือกไม้ วดขนาดให้พอดีกับอวัยวะแต่ละส่วนที่หัก โดยใช้
สำลีหรือผ้าก๊อชรองด้านในเปลือก เพื่อป้องกันเปลือกไม้เสียดสีกับผิวผู้ป่วย ทั้งยังเป็นส่วนรองรับน้ำหนักที่
หมอยะพื้นบ้านใช้ชะโลมลงบนสำลี เพื่อช่วยบรรเทาอาการอักเสบและช่วยให้กระดูกติดดีขึ้น แล้วจึงยึด
เปลือกให้แน่นด้วยเชือก เปลือกที่หมอยะพื้นบ้านใช้ส่วนใหญ่ทำจากไม้ไผ่เหลาเป็นซีก มาถักเป็นแผ่นให้ติดกัน
ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่หาง่ายในชุมชน มีลักษณะเบา โปร่ง สบาย ถ่ายเทอากาศได้ดี การใส่เปลือกไม้ไผ่จึงทำให้
ผู้ป่วยไม่รู้สึกอึดอัด เมื่อเทียบกับเปลือกปูน ผู้ป่วยจึงพึงพอใจ หมอยะบางท่านประยุกต์โดยใช้ท่อพีวีซีผ่าซีก
มาลนไฟเพื่อให้โค้งงอตามอวัยวะที่จะเข้าเปลือก หลังจากเข้าเปลือกแล้วหมอยะบางท่านจะเป่าบริเวณที่กระดูก
หักโดยการท่องคาถา ร่วมกับการตึงจิตให้นิ่งสงบเป็นสมาธิ

หมอยะพื้นบ้านส่วนใหญ่เชื่อว่าคาถาช่วยในการรักษากระดูกหักได้จริง รวมทั้งมีผลดีเชิงจิตวิทยาที่
สร้างความมั่นใจหรืออบอุ่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติพี่น้องที่มาให้กำลังใจ หลังการรักษาหมอยะพื้นบ้านห้าม
ไม่ให้ผู้ป่วยออกแรงอวัยวะบริเวณที่หักสักระยะหนึ่ง และนัดมาดูอาการเป็นระยะ ๆ นอกจากนี้ ยังห้าม
ไม่ให้ผู้ป่วยกินอาหารแสลง ได้แก่ ปลาไม่มีเกล็ด อาหารค้ำคั้น อาหารในจานศพ ของหมักดอง เครื่องดื่ม
ที่มีแอลกอฮอล์ ทั้งหมดนี้เป็นการศึกษาเชิงลึกในด้านกระบวนการรักษาของหมอยะพื้นบ้าน

ส่วนในด้านการศึกษาประสิทธิผลของหมอยะพื้นบ้านในการรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก จำนวน
216 ราย ใน 12 กลุ่มอาการบาดเจ็บ ศึกษาจากการประเมินผู้ป่วยกระดูกหัก โดยทีมผู้เชี่ยวชาญ
ด้านออร์โธปิดิกส์ 3 ท่าน ประเมินใน 2 ส่วน คือ ด้านการจัดสภาพรูปร่างของกระดูกที่หัก และ
ความสามารถในการใช้งาน โดยใช้แบบประเมินที่ทีมผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ได้สร้างขึ้นวิธีการประเมิน
ดังแผนภาพ 4.4

แผนภาพ 4.4 ขั้นตอนการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักของหมอยะพื้นบ้านในภาพรวม



ผลการศึกษาแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ **กลุ่มที่ 1** การจัดสภาพรูปร่างกระดูกเหมือนข้างปกติ และสามารถใช้งานได้เต็มที่ คิดเป็นร้อยละ 24.50 กลุ่มนี้พบว่าหมอฟันบ้านมีความสามารถในการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักได้ผลดี ในกรณีที่หักแบบไม่รุนแรง กระดูกหักไม่เคลื่อนที่ ไม่มีแผลเปิด **กลุ่มที่ 2** การจัดสภาพรูปร่างกระดูกผิดจากข้างปกติ แต่สามารถใช้งานได้เต็มที่ คิดเป็นร้อยละ 37.0 **กลุ่มที่ 3** การจัดสภาพรูปร่างกระดูกเหมือนข้างปกติ แต่ไม่สามารถใช้งานได้เต็มที่ คิดเป็นร้อยละ 1.9 ใน**กลุ่มที่ 4** การจัดสภาพรูปร่างกระดูกผิดจากข้างปกติ และใช้งานไม่ได้เต็มที่ คิดเป็นร้อยละ 36.6 เป็นผลจากการติดติดรูปและมีการใช้งานที่ผิดปกติ ถือว่าเป็นข้อจำกัดของหมอพื้นบ้าน เพราะขาดเครื่องมือที่ทันสมัย จึงไม่สามารถรักษาได้ กรณีที่เป็นข้อจำกัดของหมอพื้นบ้าน เช่น ลักษณะกระดูกหักมีแผลเปิด หักรุนแรง หักใกล้ข้อ กระดูกชิ้นใหญ่ เป็นต้น หากพบผู้ป่วยกรณีที่เป็นข้อจำกัดดังกล่าว มาให้หมอพื้นบ้านรักษา หมอพื้นบ้านควรแนะนำให้ผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งมีความพร้อม ทั้งด้านการดูฟิล์มเอ็กซเรย์ในการจัดกระดูกให้เข้าที่ รวมทั้งมีอุปกรณ์ในการผ่าตัดครบถ้วน

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบได้ว่าหมอพื้นบ้านมีทั้งศักยภาพในการรักษาในบางกลุ่มการบาดเจ็บที่ได้ผลดีมาก และพบข้อจำกัดในบางกลุ่มการบาดเจ็บที่ควรจะได้มีการฟื้นฟูความรู้ ถึงแม้ประชาชนจะพอใจต่อผลการรักษาของหมอพื้นบ้านก็ตาม แต่จากการประเมินวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ พบว่า คนไข้ที่มารับการรักษากจากหมอพื้นบ้านหลายคนอาจมีปัญหาการใช้งานของอวัยวะส่วนที่หักได้ในอนาคต เช่น อาจเกิดความเจ็บปวดเวลาใช้งานในระยะยาว ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องเสริมสร้างความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสมในการรักษาคนไข้ ตั้งแต่การตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น การรักษาว่าลักษณะใดควรรักษาหรือไม่ควรรักษา การติดตามคนไข้ รวมทั้งการให้คำแนะนำการฟื้นฟูสภาพในเบื้องต้นให้กับหมอพื้นบ้านต่อไป นอกจากนี้ยังพบว่าหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่อยู่ว่าขาดประสบการณ์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดกระบวนการคิด การทำงานร่วมกันอย่างเป็นเครือข่าย รวมทั้งการขาดความเชื่อถือและความร่วมมือกับการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้การแพทย์พื้นบ้านขาดการพัฒนาไม่เป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์และสาธารณสุข เนื่องจากมีปัจจัยและเงื่อนไขที่ทำให้การพัฒนาเป็นไปด้วยความลำบาก ในการนี้ กองการแพทย์พื้นบ้านไทยจึงได้ดำเนินการพัฒนาคู่มือหมอพื้นบ้านในการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังการรักษาขึ้น เพื่อให้หมอพื้นบ้านใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก อีกทั้งยังดำเนินการจัดอบรมเสริมความรู้ให้กับหมอพื้นบ้านรักษากระดูกหักทั่วประเทศ โดยมีเนื้อหาการเสริมความรู้ตามแนวทางคู่มือการรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก ซึ่งเน้นในเรื่องการจับต้องผู้ป่วยในท่าที่ถูกต้อง การใส่เฝือก บริเวณไหปลาร้า การดัดกระดูกข้อมือด้วยงูกลิ้งนิ้ว การทดสอบการเคลื่อนไหว และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย รวมถึงยังช่วยให้เข้าใจการแยกแยะผู้ป่วยในรายที่ควรรักษา หรือไม่ควรรักษา ซึ่งช่วยให้หมอพื้นบ้านสามารถดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างถูกวิธียิ่งขึ้น และได้รวบรวมผลการศึกษาและ



จัดทำรายงานการศึกษาวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพของหมอพื้นบ้านในการรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก และจัดพิมพ์คู่มือหมอพื้นบ้านในการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังการรักษา เพื่อเผยแพร่ความรู้สู่การนำไปใช้ในระดับชุมชนต่อไป

นอกจากนี้ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยกองการแพทย์พื้นบ้านไทย ยังได้จัดทำโครงการศึกษาวิจัยและพัฒนาหลักสูตรการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักที่มีประสิทธิภาพให้กับหมอพื้นบ้าน โดยนำผลการวิเคราะห์จากการศึกษาประสิทธิภาพหมอพื้นบ้านในการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักมาเป็นแนวทางในการจัดทำหลักสูตรการพัฒนาการเรียนรู้ให้กับหมอพื้นบ้านอย่างเป็นระบบ โดยใช้กรอบและทิศทางการพัฒนาตามแนวคิดและหลักการการเรียนรู้อย่างบูรณาการ โดยพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการของหมอพื้นบ้านด้วยพื้นฐานความรู้ด้านการแพทย์แผนปัจจุบันทางออร์โธปิดิกส์ เพื่อให้หมอพื้นบ้านได้มีโอกาสในการพัฒนาตนเอง แก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคาดหวังว่าการพัฒนาหลักสูตรสำหรับหมอพื้นบ้านนี้ จะเป็นแนวทางการพัฒนาหมอพื้นบ้านที่มีคุณภาพ สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ รวมทั้งการสืบทอดความรู้ด้านการรักษากับพื้นฐานการแพทย์แผนปัจจุบันที่สำคัญและถูกต้องให้กับหมอพื้นบ้านรุ่นใหม่ได้ รวมทั้งเป็นการอนุรักษ์ภูมิปัญญาพื้นบ้านที่มีคุณค่าต่อสังคมไทย อันจะนำไปสู่การพัฒนาาระบบสาธารณสุขที่สามารถยกระดับสู่การยอมรับในสังคมไทยได้

แผนภาพ 4.5 แผนการศึกษาและพัฒนาศักยภาพหมอพื้นบ้าน ในการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักช่วง 5 ปี (พ.ศ. 2552 -2556) บทสรุปและแนวทางการพัฒนาในอนาคต



1. บทเรียนที่ดีจากการวิจัย กรณีความร่วมมือระหว่างหมอพื้นบ้านในพื้นที่วิจัยกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ แพทย์ทีมงานสหวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพ ได้ร่วมกันเรียนรู้และพัฒนาเครื่องมือ และวิธีการประเมินผลการรักษากระดูกหักของหมอพื้นบ้าน นับเป็นนวัตกรรมของการประยุกต์ความรู้ในการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านด้านการรักษากระดูกหัก
2. การแพทย์พื้นบ้านยังเป็นวิถีทางที่ประชาชนที่ยากลำบาก เลือกในการดูแลตนเอง แม้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะครอบคลุมพื้นที่ หลายกรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องส่งต่อการรักษา แต่ครอบครัวและผู้ป่วยเลือกยุดิที่การรักษาแบบพื้นบ้าน ด้วยปัจจัยด้านเศรษฐกิจของครอบครัว
3. การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพหมอพื้นบ้านที่กระจายตัวอยู่ในชุมชนทุกภูมิภาคโดยใช้หลักสูตรและเครื่องมือ ที่เป็นผลลัพธ์จากงานวิจัย โดยเฉพาะเชื่อมโยงกับหน่วยงานสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลและขับเคลื่อนให้พัฒนาเป็นการดูแลกระดูกหักของหมอพื้นบ้าน ภายใต้สวัสดิการของ “กองทุนสุขภาพชุมชน”

4.3.4 ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านในการรักษาสัตว์พิกัด ภูเก็ต กับความร่วมมือระหว่างระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย และหมอพื้นบ้านในโรงพยาบาลชุมชน

ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านรักษาสัตว์พิกัดและงูกัดยังดำรงอยู่ในประเทศไทยเนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น การคมนาคมในพื้นที่ห่างไกล การปรับตัว การพัฒนากระบวนการรักษาให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมที่เปลี่ยนไป ความมีคุณธรรม ความเข้าใจในความต้องการของคนไข้ ความเป็นกันเอง กระบวนการรักษาที่รวดเร็วในการลดอาการปวด บวม และถอนพิษ รวมทั้งข้อจำกัดของการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันที่ต้องรอสังเกตอาการและบางรายเกิดแผลเนื้องอกที่ต้องใช้ระยะเวลารักษายาวนานกว่าเดิม

จากการสำรวจรายชื่อหมอพื้นบ้านรักษาสัตว์พิกัดและงูกัดโดยกองการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ด้วยความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จาก 50 จังหวัดในปี พ.ศ. 2553 มีหมอพื้นบ้านรักษาสัตว์พิกัดและงูกัดในพื้นที่ 47 จังหวัด พบหมอพื้นบ้านที่มีภูมิปัญญาในการรักษาสัตว์พิกัดและงูกัดทั้งสิ้น 417 คน มีความชำนาญในการรักษาแมลงสัตว์กัดต่อย 302 คน รักษาผู้ถูกงูกัด 242 คน รักษาแผลเปื่อยจากพิษงู 60 คน มีการใช้ยาสมุนไพรในการรักษา 251 คน ใช้คาถาปิดเป่า 346 คน ใช้น้ำมันต์ 49 คน และใช้วิธีการสัทยา 20 คน แสดงถึงศักยภาพและความหลากหลายของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทย

การรักษาผู้ถูกงูกัด และการรักษาแผลเปื่อยจากพิษงู ของหมอพื้นบ้าน มีวิธีและกระบวนการรักษาแตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาค บางแห่งใช้ยาฝน บางแห่งใช้ยาต้ม บางคนใช้การสัทยา บางคนใช้การดูดเลือดออกจากบาดแผล และในบางพื้นที่ใช้เพียงคาถาปิดเป่า ส่วนใหญ่เน้นไปที่การถอนพิษ ลดอาการปวดและบวม และป้องกันแผลเนื้องอก โดยผู้ป่วยส่วนหนึ่งไปโรงพยาบาลเพื่อฉีดยาแล้ว กลับออกจากโรงพยาบาลเพื่อมารักษาต่อเนื่องกับหมอพื้นบ้าน เนื่องจากเชื่อว่ารักษากับหมอพื้นบ้านแล้ว จะไม่มีแผลเปื่อยจากพิษงู รูปแบบการรักษาโดยทั่วไปของหมอพื้นบ้านประกอบด้วย

1. การป้องกันพิษเข้าสู่หัวใจ โดยการใช้สมุนไพรหรือคาถาอาคม ชีตคั่นรอบอวัยวะระหว่างบริเวณที่งูกัดกับตำแหน่งหัวใจ

2. การถอนพิษ เพื่อกำจัดพิษออกจากร่างกาย เช่น การใช้คาถาอาคมปิดเป่า คาถาปิดเป่า ร่วมกับการเคี้ยวหมากพลู การใช้สมุนไพรในการรับประทาน การสีกบบริเวณง่ามนิ้วมือและเท้า การแช่ การพาด การทา และการโปะ เป็นต้น
3. การรักษาแผลเปื่อยจากพิษงู เป็นกระบวนการรักษาแผลเนื่อตายที่เกิดจากพิษงู โดยการใช้สมุนไพร ทา พอก โปะ แช่ พาด และการรมยา เป็นต้น
4. ข้อห้ามระหว่างการรักษา หมอพื้นบ้านแต่ละท่านมีข้อห้ามบางข้อคล้ายกัน เช่น ข้อห้ามเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร บางท่านมีข้อห้ามไปรักษากับคนอื่นถ้าจะไปต้องมาบอกก่อน หรือต้องหยุดรักษากับคนอื่นก่อนมารับการรักษากับหมอพื้นบ้าน เป็นต้น
5. วิธีการอื่น ๆ เช่น การสีกเพื่อป้องกันไม่ให้ถูกงูกัด เป็นต้น

ความร่วมมือระหว่างระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย และหมอพื้นบ้านในโรงพยาบาลชุมชน มีจุดเริ่มต้นที่โรงพยาบาลกาบเชิง อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ จากความสนใจส่วนตัวของแพทย์แผนปัจจุบันที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่านหนึ่งในปี พ.ศ. 2531 โดยได้ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาจากโรงพยาบาล เพื่อไปรับการรักษากับหมอพื้นบ้านนำไปสู่การนำภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านมาใช้ในโรงพยาบาล ในระยะแรกทางโรงพยาบาลเริ่มต้นจากการส่งรถไปรับนายเอี้ยะ สายกระสุน หมอพื้นบ้านในพื้นที่ซึ่งมีวิธีการรักษาที่เรียบง่ายและไม่ใช้คาถา เพื่อมารักษาคนไข้ถูกงูกัดที่โรงพยาบาลและถ่ายทอดกระบวนการรักษาให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจนเกิดความชำนาญและให้การรักษาแทนได้ หลังจากนั้นจึงเริ่มให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเป็นผู้ฉนยารักษาผู้ถูกงูกัดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 ต่อมาเจ้าหน้าที่ท่านนั้นลาออกจึงพบว่าผลการฉนยานั้นให้ผลการรักษาไม่แน่นอนเมื่อเปลี่ยนคนฉนยา จึงเริ่มคิดค้นวิธีการอื่นในการผลิตยาที่ให้ผลการรักษาคงที่ นำไปสู่การผลิตยาผงตำรับโสดพะนางแดงใน ปี พ.ศ. 2540

ปี พ.ศ. 2539 หลังจากที่หมอเอี้ยะ สายกระสุน ได้กลับไปให้การรักษาผู้ป่วยที่บ้านตามรูปแบบเดิมของตน สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา บ้านรุน ตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งตั้งอยู่ไม่ไกลจากบ้านของหมอเอี้ยะ ได้เริ่มประสานการส่งต่อผู้ถูกงูกัดที่มารับบริการที่สถานีนอนามัยไปรับการรักษากับหมอเอี้ยะ ต่อมาใน ปี พ.ศ. 2549 มีการจัดตั้งโรงพยาบาลพนมดงรักเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ในช่วงแรกยังคงใช้วิธีการส่งตัวผู้ป่วยไปรักษากับหมอเอี้ยะที่บ้าน แต่เห็นว่าไม่สะดวกต่อการดูแลและติดตามผลการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน จึงได้ปรับเปลี่ยนเป็นการรับหมอเอี้ยะมาให้การรักษาที่โรงพยาบาล กระบวนการรักษาผู้ถูกงูกัดโดยการนำหมอพื้นบ้านมาให้การรักษาที่โรงพยาบาลทำให้โรงพยาบาลพนมดงรักมีผู้ถูกงูกัดมารับการรักษาจำนวนมาก เนื่องจากผู้ป่วยมีความมั่นใจในการรักษาจากการดูแลทั้งโดยหมอพื้นบ้านและแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกัน

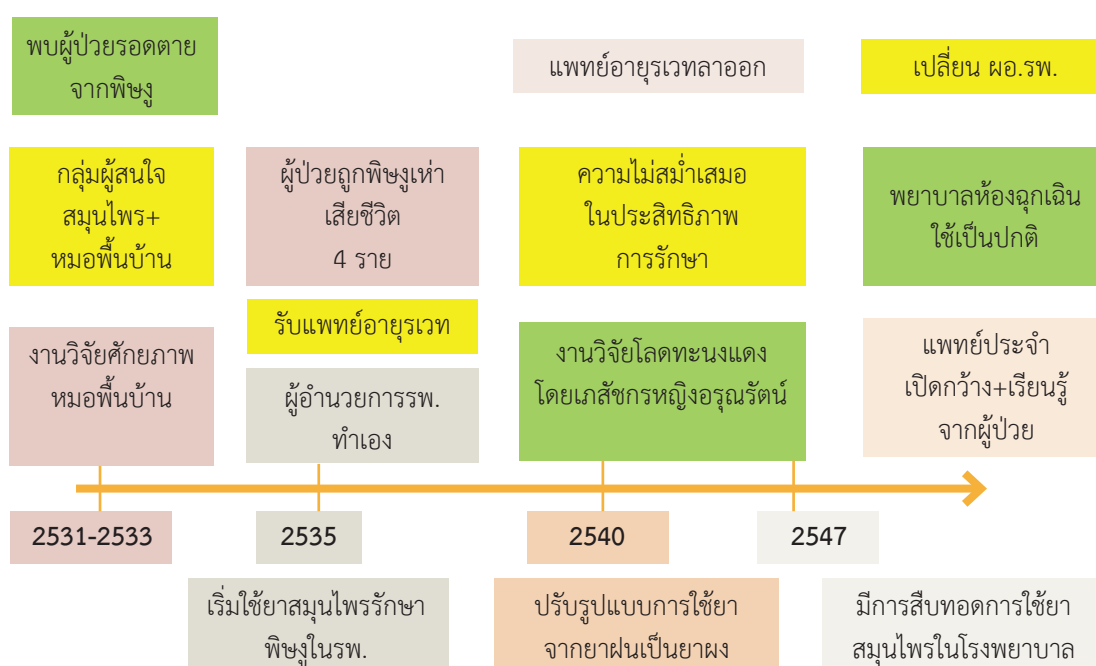
ปี พ.ศ. 2552 ถึง 2553 กองการแพทย์พื้นบ้านไทย ได้ดำเนินการจัดการความรู้และภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านของหมอพื้นบ้านรักษาสัตว์พิษกัดและงูกัด โดยเน้นการศึกษาเชิงลึกในการประเมินผลการรักษาคนไข้ โดยใช้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านเพื่อรักษาสัตว์พิษกัดและงูกัดที่มีการผสมผสานการใช้ประโยชน์ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐอยู่เดิมแล้ว โดยมีกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่นำร่อง 2 แห่งของจังหวัดสุรินทร์ คือ โรงพยาบาลกาบเชิง อำเภอกาบเชิง และโรงพยาบาลพนมดงรักเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา อำเภอพนมดงรัก เพื่อแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพการรักษา ทั้งในด้านการวินิจฉัยและการรักษา และการเก็บข้อมูลทางคลินิก ผลการศึกษาได้ข้อมูลกรณีศึกษาจำนวนหนึ่งที่เป็นที่น่าพอใจ

สามารถลดอาการปวดของผู้ถูกพิษกัดได้ และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยเกือบทั้งหมดหายเป็นปกติสามารถกลับบ้านได้ภายใน 1-2 วัน และพบว่าหมอพื้นบ้านมีภูมิปัญญาในการรักษาแผลเปื่อยจากพิษงู ผลการศึกษาดังกล่าวเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมพัฒนาระบบการรักษา และผสมผสานการใช้การแพทย์พื้นบ้านรักษาพิษงูในระบบสุขภาพ

ปี พ.ศ. 2554 จังหวัดสุราษฎร์ธานีเริ่มมีการนำยาตำรับโลดทะนงแดงไปใช้ในโรงพยาบาล เริ่มต้นจากแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลเคียนซา ซึ่งเคยเป็นนักศึกษาฝึกงานโรงพยาบาลกาบเชิง เสนอตำรับยาโลดทะนงแดงต่อคณะกรรมการแพทย์แผนไทยจังหวัด เพื่อนำมาใช้ในโรงพยาบาลของจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการสำรองเซรุ่มสำหรับรักษาพิษงูซึ่งมีผู้ถูกกัดค่อนข้างมาก โดยเชิญแพทย์แผนปัจจุบันที่มีประสบการณ์การใช้ตำรับยาโลดทะนงแดงจากจังหวัดสุรินทร์มาให้ความรู้ นำไปสู่การนำไปใช้ในโรงพยาบาลจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเคียนซา โรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม และโรงพยาบาลวิภาวดี โดยปรับแนวทางการรักษาผู้ถูกกัดเพิ่มเติมจากการรักษาตามแนวทางการแพทย์แผนปัจจุบันให้เป็นรูปแบบของโรงพยาบาลเอง

ปี พ.ศ. 2557 กองการแพทย์พื้นบ้านไทยได้ศึกษาสถานการณ์การรักษาพิษงูด้วยตำรับยาโลดทะนงแดง โดยมีกลุ่มเป้าหมายได้แก่ โรงพยาบาลที่มีการใช้ตำรับยาโลดทะนงแดง 5 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลในจังหวัดสุรินทร์ 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลกาบเชิง และโรงพยาบาลพนมดงรัก เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา และโรงพยาบาลในจังหวัดสุราษฎร์ธานี 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเคียนซา โรงพยาบาลวิภาวดี และโรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม เพื่อประเมินผลการรักษาและพัฒนาศักยภาพในการนำไปใช้ประโยชน์ในระบบบริการสุขภาพ และรวบรวมผลการศึกษาในอดีตของโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง ได้จำนวนผู้ป่วย 248 คน ส่วนใหญ่ให้ผลการรักษาที่ดี ทำให้เห็นถึงศักยภาพของตำรับยาโลดทะนงแดงในการใช้ประโยชน์ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ และเป็นข้อมูลบทเรียนการใช้ตำรับโลดทะนงแดงในการรักษาพิษงูและแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขในอนาคต

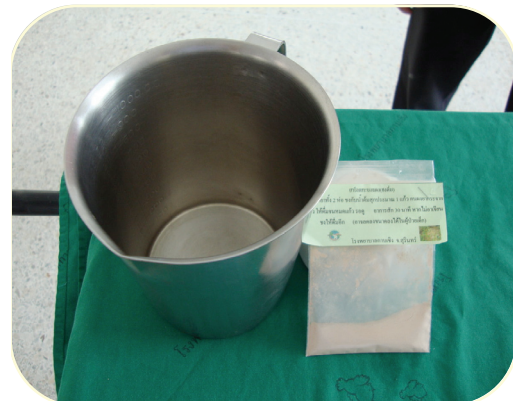
แผนภาพ 4.6 เหตุการณ์ตามประวัติการใช้ยาสมุนไพรรักษาพิษงูในโรงพยาบาลกาบเชิง



รูปที่ 4.6 รูปแบบตำรับยาโลดทะนงแดง

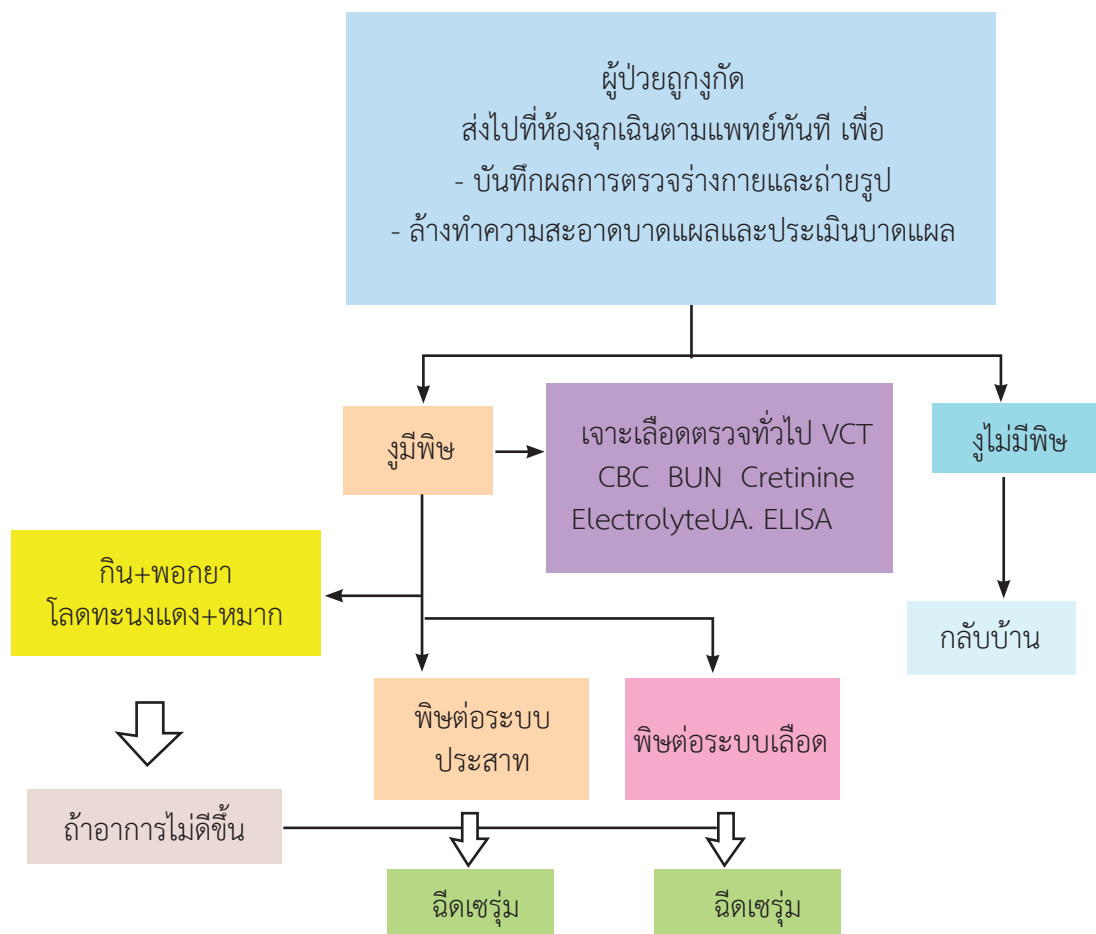


ผงโลดทะนงแดงและหมากบดผสมพอกแผล



ผงโลดทะนงแดงและหมาก

แผนภาพ 4.7 แนวทางการรักษาผู้ป่วยถูกกัดด้วยตำรับยาโลดทะนงแดงในโรงพยาบาล



รูปที่ 4.7 รูปแบบการใช้ยาตำรับโลดทะนงแดง แถวบน: การใช้ยาทา แถวล่าง: การใช้ยากิน



บทสรุปและแนวทางการพัฒนางานในอนาคต

การใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านรักษาผู้ถูกกักในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในแต่ละพื้นที่อาจแตกต่างกันไปตามบริบทของสังคม อัยาศัยของหมอพื้นบ้าน การนำภูมิปัญญามาใช้และศักยภาพ และสถานการณ์ที่เอื้ออำนวยในแต่ละพื้นที่ การค้นหาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านในพื้นที่เพื่อการพัฒนาต่อยอดเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในแง่ของการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในท้องถิ่น ลดต้นทุนในการจัดหาสมุนไพร และอาจเป็นทางเลือกที่เหมาะสมในการบำบัดรักษาพิษงูที่เหมาะสมต่อการพบงูพิษในแต่ละท้องถิ่น ทั้งนี้ควรคำนึงถึงความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

บทเรียนการผสมผสานภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ด้านการรักษาสัตว์พิษกัดและงูกัด มีประสบการณ์การดำเนินงานมายาวนานเกือบ 20 ปี และมีการพัฒนากระบวนการผสมผสานอย่างต่อเนื่องจากจุดเริ่มต้นของความสงสัยและติดตามอย่างจริงจังสู่การพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ยาตำรับโลดทะนงแดง ของหมอเอี้ยะ สายกระสุน ซึ่งได้มีการนำไปใช้ต่อในโรงพยาบาล 3 แห่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research) เป็นกระบวนการที่ทำให้ทีมสุขภาพและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการกำหนดกระบวนการทำงานที่สอดคล้องกับงานประจำที่ทำอยู่ เกิดประสบการณ์ตรงสำหรับทีมวิจัย ส่งผลต่อการเปลี่ยนเจตคติของบุคลากรสาธารณสุขต่อหมอพื้นบ้านและการแพทย์พื้นบ้าน เกิดการเรียนรู้ศักยภาพของภูมิปัญญาท้องถิ่น ทำให้เจ้าหน้าที่มั่นใจในสรรพคุณของตำรับยาที่ใช้ และเห็นคุณค่าประโยชน์ของการแพทย์พื้นบ้าน

นอกจากทำให้เกิดการพัฒนางานประจำที่ทำอยู่แล้ว ยังทำให้เกิดการพัฒนาเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกกัดทุกราย โดยการบันทึกภาพถ่าย บันทึกข้อมูลอาการ อาการแสดง และการตรวจวินิจฉัย และการประเมินทางคลินิก ผลการดำเนินงานได้เผยแพร่โดยทีมวิจัยส่วนภูมิภาคและส่วนกลาง ได้รับการตอบสนองที่หลากหลาย และได้รับความสนใจจากนักวิชาการในเครือข่ายสุขภาพ ตลอดจนเครือข่ายหมอพื้นบ้านต่าง ๆ ตำรับยาโลดทะนงแดงของหมอเอี้ยะ สายกระสุน ได้ขึ้นทะเบียนเป็นรหัสยาสมุนไพรของโรงพยาบาลกาบเชิง ที่สามารถจัดส่งให้กับสถานพยาบาลอื่นได้

ผลที่ได้จากการพัฒนางานการแพทย์พื้นบ้านในการรักษาสัตว์พิษกัดและงูกัด ได้จัดพิมพ์เผยแพร่ โดยกองการแพทย์พื้นบ้านไทย 2 เรื่อง ได้แก่ หนังสือการศึกษา สังเคราะห์ จัดระบบองค์ความรู้ การแพทย์พื้นบ้านในการรักษาสัตว์พิษกัดและงูกัด และ หนังสือแนวทางการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญา การแพทย์พื้นบ้านรักษาผู้ถูกงูกัด ส่วนหนังสือบทเรียนและการพัฒนาการรักษาพิษงูด้วยตำรับยา โลดทะนงแดง อยู่ระหว่างการดำเนินการรวบรวมสถานการณ์ความเป็นมา ผลการศึกษา และข้อเสนอในการพัฒนาตำรับยาโลดทะนงแดง

ตาราง 4.4 รายชื่อสมุนไพรที่หมอพื้นบ้านใช้ในการรักษาพิษงูและแผลเปื่อยจากพิษงู

ชื่อไทย	ชื่อวิทยาศาสตร์	รักษาพิษงู	รักษาแผลเปื่อยจากพิษงู
1. เกลือทะเล	<i>Sea salt</i>		/
2. เขี้ยวหมูป่า (Wild Pig)	<i>Sus scrofa</i>	/	
3. เขี้ยวพังพอน (Small Asian Mongoose)	<i>Herpestes javanicus</i>	/	
4. ดินฮั้ง/เหยี่ยวรุ้ง (Crested serpent-eagle)	<i>Spilornis cheela</i>	/	
5. เกล็ดนาคราช	-	/	
6. เข็ดมอน ขัดมอน	-	/	
7. เขยตายแม่ยายชักปรก	-	/	
8. เครือโถสง	-	/	
9. เฌียงพรั้า ดีผีตาย	<i>Corallia brachiata</i> (Lour.) Merr.	/	
10. เถาคันแดง	-	/	
11. เสลดพังพอนตัวเมีย	<i>Clinacanthus nutans</i> (Burm.f.) Lindau	/	
12. เสลดพังพอนตัวผู้ ต้นเขี้ยววู	<i>Barclaya lupulina</i> Lindl.	/	
13. โลดทะนงแดง	<i>Trigonostemon reidioides</i> (Kurz.) Craib.	/	
14. ไมยราบ	<i>Mimosa</i> sp.	/	
15. ไม้ลาย	-	/	/
16. การเวก	<i>Artabotrys</i> sp.	/	
17. กระพ้อม	<i>Mitragyna speciosa</i> (Roxb.) Korth.	/	/
18. กอมก้อยลอดขอน	-	/	
19. กัลปพฤกษ์	<i>Cassia</i> sp.	/	
20. ก้างปลาแดง	<i>Phyllanthus reticulatus</i> Poir.	/	

ชื่อไทย	ชื่อวิทยาศาสตร์	รักษาพิษงู	รักษาแผลเปื่อยจากพิษงู
21. กาฝากไม้เมาเซียน	-	/	
22. กาฝากไม้ไพร่	-	/	
23. กาฝากไม้ตั้งกวม	-	/	
24. กาฝากไม้หน้าแน	-	/	
25. กำลัทรพีเงิน	-	/	
26. กำลัทรพีทอง	-	/	
27. ขวาวหนาม	-	/	
28. ข่อยนา	<i>Streblus asper</i> Lour.	/	
29. จังฮอย	-		/
30. จิกนา	<i>Barringtonia acutangula</i> (L.) Gaertn.	/	
31. ชุมเห็ดเทศ	<i>Senna alata</i> (L.) Roxb.	/	
32. ชุมเห็ดไทย	<i>Senna tora</i> (L.) Roxb.	/	
33. ชายเต็น	-	/	
34. ตาเสือ	-	/	
35. ตุมกา	-	/	
36. ตินตั้งเตี้ย	-	/	
37. นมแมว	-	/	/
38. ป่าน	<i>Boehmeria</i> sp.		/
39. ผักเสี้ยนผี	<i>Cleome viscosa</i> L.	/	
40. ผักบุงขัน	<i>Ipomoea</i> sp.	/	
41. พลวง	<i>Dipterocarpus tuberculatus</i> Roxb.		/
42. พลับพลา	<i>Microcos</i> sp.	/	
43. พุงดอ	<i>Azima sarmentosa</i> (Blyme) Benth.	/	
44. มะเดื่อหอม	<i>Ficus</i> sp.	/	
45. มะขาม (Tamarine)	<i>Tamarindus indica</i> L.	/	
46. มะนาว (Lime)	<i>Citrus</i> sp.	/	/
47. มะปรางหวาน	<i>Bouea</i> sp.	/	
48. มะพร้าว (Coconut)	<i>Cocos nucifera</i> L. var <i>nucifera</i>	/	
49. มะหวด	<i>Lepisanthes rubiginosa</i> (Roxb.) Leenh.	/	
50. ยาสูบ (Tobacco)	<i>Nicotiana laurifolia</i> L.	/	

ชื่อไทย	ชื่อวิทยาศาสตร์	รักษาพิษงู	รักษาแผลเปื่อยจากพิษงู
51. รางจืดเถา	<i>Thunbergia laurifolia</i> Lindl.	/	
52. ลูกใต้ใบ	<i>Phyllanthus</i> sp.	/	
53. ว่านแมงมุม (คล้ายว่านอึ้ง)	<i>Eulophia</i> sp.		/
54. ว่านขมิ้นขม	-	/	
55. ว่านจงอาง (ว่านร้อนทองว่านพญา)	<i>Ludisia discolor</i> (Ker Gawl.)A.Rich.	/	
56. ว่านพญานาคราช	-	/	
57. ว่านสารพัดพิษ	-		/
58. ว่านอึ้ง	<i>Eulophia macrobulbon</i> (Parish & Rchb.f.)Hook.f.		/
59. ส้มจั่ว	-		/
60. สะเดาช้าง (Neem)	<i>Azadirachta indica</i> A.Juss.		/
61. หญ้าคา (Cogon grass)	<i>Imperata cylindrica</i> (L.)P.BeauV.	/	
62. หมาก (Areca-nut)	<i>Areca catechu</i> L.	/	
63. อินทรี	-	/	/
64. หญ้าหนวดแมว	<i>Orthosiphon aristatus</i> (Blume)Miq.	/	

4.3.5 ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

เบาหวานเป็นโรคในกลุ่มเมตาบอลิก (Metabolic Syndrome) ที่เป็นตัวการสำคัญต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน และคุณภาพชีวิตของประชาชนมากขึ้นทุกปี โดยสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2542–2548 แสดงจำนวนและอัตราการป่วยของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอีก โดยมีอัตราเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่า และอัตราการตายจากโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน จาก 7.46 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2540 เป็น 10.59 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2546 และมีแนวโน้มสูงมากขึ้นตามสภาวะแวดล้อมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลง ใน พ.ศ. 2550 คาดการณ์ว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวาน 300 ล้านคน ภายใน ปี พ.ศ. 2568 ทำให้สังคมไทยต้องเผชิญกับภาระด้านการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นเป็นลำดับ โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาสและคนยากไร้ จึงเป็นสถานการณ์สำคัญที่มีความจำเป็นต้องแสวงหาทางเลือกอื่นเพื่อลดผลกระทบดังกล่าว และลดปัญหาภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลจำนวนมาก โดยการแพทย์พื้นบ้านยังคงมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพเจ็บป่วยของชุมชนในทุกภูมิภาค จึงเกิดแนวคิดที่จะนำการแพทย์พื้นบ้านมาประยุกต์ใช้เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานควบคู่ไปกับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในประเทศไทยให้ดีขึ้น

ในปีงบประมาณ 2552 กองการแพทย์พื้นบ้านไทย ได้ศึกษาและสังเคราะห์องค์ความรู้ ภายใต้โครงการส่งเสริมและพัฒนากระบวนการจัดการและดูแลสุขภาพชุมชนด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน จาก 6 จังหวัด ใน 4 ภูมิภาค ระยะที่ 1 รวมทั้งการค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้เห็นถึงสถานะของภูมิปัญญาท้องถิ่นและภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการป้องกันและรักษาโรคเบาหวาน ทั้งการดูแลตนเองและการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงอันเป็นการดูแลรักษาสุขภาพระยะยาว และได้จัดทำหนังสือ เรื่อง “การดูแลรักษาโรคเบาหวานด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน” ขึ้น

ในปีงบประมาณ 2553 ได้มีการดำเนินโครงการจัดการความรู้และพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ต่อเนื่องเป็นระยะที่ 2 โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้จากการปฏิบัติการร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นต้นแบบ (Best Practice) ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากเครือข่ายร่วมดำเนินการกับกองการแพทย์พื้นบ้านไทย จำนวน 13 แห่ง ในการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งในสถานบริการสุขภาพและชุมชน ด้วยกระบวนการจัดการความรู้แบบมีส่วนร่วม ผสมผสานและยืนยันด้วยชุดความรู้ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน และงานวิจัยพืชสมุนไพร จากการทำงานในระยะที่ 1 กระทั่งได้จัดทำเอกสารวิชาการเพิ่มเติมอีก จำนวน 2 ชุด ได้แก่ (1) หนังสือเรื่อง “แนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน สำหรับผู้ปฏิบัติงาน” เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านการแพทย์แผนไทยต่อการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยเบาหวานแบบผสมผสานของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Medical Care) และการดูแลในระดับชุมชน (Community Self Care) และ (2) หนังสือ เรื่อง “ครอบครัวฉันรู้ทันโรคเบาหวาน” เป็นแนวทางในการเรียนรู้และประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/กลุ่มเสี่ยง ในฉบับการ์ตูน ที่ง่ายต่อความเข้าใจ

ในปีงบประมาณ 2554 ได้ดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบการผสมผสานภูมิปัญญาสุขภาพและการแพทย์พื้นบ้าน ในพื้นที่นำร่อง 4 ภูมิภาค เพื่อประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน และเพื่อส่งเสริมและพัฒนการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Medical Care) และการดูแลใน



ระดับชุมชน (Community Self Care) ได้แก่ (1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านน้ำดิบ ตำบลแม่ยวม อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน (2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านคลองบางปิ้ง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ (3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหิน อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ (4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี หนองหิน อำเภอหนองหิน จังหวัดเลย

จากการสำรวจของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปี พ.ศ. 2549 พบหมอยาพื้นบ้าน จำนวน 52 คน ที่รักษาผู้ป่วยเบาหวาน และกระจายตัวอยู่ใน 13 จังหวัด ในภาคเหนือ ภาคอีสาน และภาคกลาง โดยหมอยาพื้นบ้านเรียกชื่อว่า “เบาหวาน” เช่นเดียวกับการแพทย์แผนปัจจุบัน และระบุอาการเบาหวาน คือ คอแห้ง ตื่นน้ำมาก ฉีบ่อยและมีมดตอม ใจสั่น อ่อนเพลีย ซึ่งทางโรงพยาบาลต้องตรวจอาการยืนยันแล้วว่าเป็นเบาหวานด้วย นอกจากนี้ เชื่อว่าเบาหวานเกิดจากตับและไตไม่แข็งแรง เป็นพิษ รับประทานสารพิษเข้าไปในร่างกายมาก หรือเกิดจากเลือดและเส้นเอ็นตาย หรือเกิดจากรับประทานของหวานและไขมันมาก รวมถึงการนั่งทำงานทั้งวัน โดยผู้ป่วยเบาหวานประมาณร้อยละ 40 มีการใช้สมุนไพรควบคู่กับการใช้การแพทย์แผนปัจจุบัน (อาจมีผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ยาจีน และการแพทย์ทางเลือกแบบอื่น) ซึ่งมีการใช้สมุนไพร 2 ลักษณะ คือ การใช้สมุนไพรเดี่ยวและการใช้สมุนไพรแบบตำรับ ตัวอย่างสมุนไพรเดี่ยว คือ ฟ้าทะลายโจร บอระเพ็ด ลูกใต้ใบ เเตย หญ้าหนวดแมว หนุมานประสานกาย อินทนิล ตะไคร้ ไมยราบ ข้าวพุลู ครอบฟันสี มะแว้งต้น มะแว้งเครือ สัก ตำลึง มะยม กาฝากมะม่วง แยม ว่านงือก เป็นต้น นอกจากนี้แล้ว ในส่วนของตำรับยารักษาเบาหวาน ยังมีตำรับยาสมุนไพรรักษาแผลเบาหวานด้วย ซึ่งตำรับยาสมุนไพรพบในรูปแบบยาต้ม ยาลูกกลอน ยาเม็ด ยาผง โดยผู้ป่วยเบาหวานจะปลูกสมุนไพรและเตรียมยาด้วยตนเอง หรือซื้อจากหมอยาพื้นบ้าน หมอแผนไทย (หมอไทย) ร้านขายยาแผนโบราณ หมอพระ ร้านขายยาเร่ และโรงพยาบาลชุมชน ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยไม่เกิน 100 บาท/ครั้ง โดยผลการใช้สมุนไพรจากการประเมินของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า น้ำตาลในเลือดลดลง สุขภาพร่างกายและจิตใจดี อาจมีผู้ป่วยบางส่วนที่มีอาการผิดปกติจากการใช้สมุนไพร ดังนั้น ข้อควรระวังคือ ควรใช้สมุนไพรในระยะเวลาที่จำกัด เพราะจากงานวิจัยด้านพิษเรื้อรัง พบว่า สมุนไพรบางชนิด เช่น ข้าวพุลู บอระเพ็ด มะระขี้นก เป็นต้น สามารถทำให้เซลล์ตับทำงานผิดปกติ

สำหรับรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มเสี่ยง นอกจากการใช้ยาสมุนไพรแล้วยังพบการดูแลสุขภาพด้วยผักพื้นบ้าน เช่น กะเพรา กระเทียม ข้าวพุลู เเตยหอม ตำลึง บอระเพ็ด ฟ้าทะลายโจร มะตูม มะระขี้นก มะแว้งต้น ย่านาง ว่านหางจระเข้ เป็นต้น อาหารพื้นบ้านการออกกำลังกายแบบพื้นบ้านด้วยการรำไม้พลอง ฤๅษีดัดตน เดินกะลา และการดูแลเท้า เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ดังตัวอย่างของการดูแลเท้าผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว จังหวัดพิษณุโลก และโรงพยาบาลเทิง อำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย รวมถึงการจัดการกับความเครียด ด้วยการนวดตัว นวดหน้า กดจุดสะท้อนฝ่าเท้า การสวดมนต์ การทำสมาธิ และการฝึกทำความเข้าใจว่า “ในการดูแลตนเองไม่ใช่เฉพาะจำกัดปริมาณอาหาร งดอาหารหวาน หรือออกกำลังกายบ่อยเท่านั้น แต่สิ่งสำคัญที่สุดคือ ต้องมีจิตใจที่เข้มแข็ง รู้จักปล่อยวาง เมื่อเราสุขใจไม่เครียด ระดับน้ำตาลในเลือดจะลดลงมาเองโดยไม่ต้องไปกังวลว่าระดับน้ำตาลในเลือดจะเพิ่มหรือลดอีก”

ตัวอย่างการนำองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านไปใช้ประโยชน์ เพื่อป้องกันและดูแลรักษาโรคเบาหวานด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น/การแพทย์พื้นบ้านในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อาทิ

(1) โรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร มีการบูรณาการการใช้ “ชาขงชะพลู” บรรจุไว้ในรายการยาของโรงพยาบาล เพื่อรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 200 mg/dl และเป็นไปตามความสมัครใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ คลินิกการแพทย์แผนไทย ยังมีบริการจำหน่าย “ยาต้มเบาหวาน” ที่มีสมุนไพรประกอบด้วย โศคลาน สะเดา และบอระเพ็ด ซึ่งเป็นการพัฒนาตำรับยาจากยาพื้นบ้านในท้องถิ่น และจากการแนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานใช้ร่วมกับยาแผนปัจจุบันได้ แต่ไม่ควรใช้ติดต่อกันเกิน 1 เดือน

(2) โรงพยาบาลวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว มีการดูแลรักษากลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเบาหวานด้วยการแพทย์แผนไทย 4 ด้าน คือ ด้านที่ 1 การแนะนำและให้สุขศึกษาในการเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การออกกำลังกาย การคลายเครียด การรับประทานอาหารพื้นบ้านและการใช้สมุนไพรเดี่ยว ด้านที่ 2 การตรวจและดูแลด้วยการนวด-ประคบสมุนไพรที่เท้าและมือของผู้ป่วยเบาหวาน ด้านที่ 3 การใช้ยาตำรับรักษาเบาหวาน ชื่อ “ตำรับยาเบาหวานมธุเมหะ” มีสมุนไพร 20 ชนิด เป็นยาลูกกลอน แต่จะส่งเสริมการใช้ตามความสมัครใจของผู้ป่วย ด้านที่ 4 การส่งเสริมสุขภาพด้วยการปรับสมดุลชีวิตของกลุ่มเสี่ยง

(3) โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย มีการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 3 ด้าน คือ ด้านที่ 1 การแนะนำและฝึกทักษะของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในกลุ่มผู้ป่วย ด้านที่ 2 การผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านในการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน มียาสมุนไพรเดี่ยวและยาสมุนไพรตำรับ 2 ตำรับ เป็นยาแคปซูลและยาต้ม โดยอยู่ในความดูแลของคลินิกแพทย์แผนไทย และขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ป่วยด้วย ด้านที่ 3 การดูแลเท้าด้วยน้ำแช่สมุนไพร

นอกจากนี้ ยังพบโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้าน อาหารตามธาตุ การสวดมนต์ การทำสมาธิ การฝึกโยคะ และการแพทย์ทางเลือกแบบอื่น ในการประยุกต์ใช้กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และการป้องกันโรคกับกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อาทิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำปางหลวง จังหวัดลำปาง มีการศึกษาขนาดของกระต๊อบข้าวเหนียวที่มีปริมาณเหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร ศึกษาขนาดก่องข้าวเหนียว ที่มีปริมาณเหมาะสมกับการบริโภคของผู้ป่วยเบาหวานเพศชายและเพศหญิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว จังหวัดพิษณุโลก และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะเลียมหวาน จังหวัดลำปาง ส่งเสริมการปลูกและบริโภคผักพื้นบ้านเพื่อการดูแลตนเองและป้องกันโรคเบาหวาน เป็นต้น

บทสรุปและข้อค้นพบจากการจัดการความรู้

1. องค์ความรู้จากการศึกษาวิจัยสมุนไพรเดี่ยวที่มีสรรพคุณรักษาเบาหวานจากสถาบันทางวิชาการและนักวิทยาศาสตร์ มีการรวบรวมรายงานการวิจัยสรรพคุณลดน้ำตาลในเลือดของสมุนไพร ระหว่างปี พ.ศ. 2525–2541 จากงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศ โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และงานวิชาการอีกหลากหลายที่ได้รวบรวมและเรียบเรียงข้อมูล พบว่า สมุนไพรพื้นบ้านที่มีการใช้รักษาโรคเบาหวาน มีจำนวนตั้งแต่ 50 – กว่า 1,000 ชนิด

จากการใช้สมุนไพรพื้นบ้านเชิงประสบการณ์ แนวทางการศึกษาวิจัยต่อยอดภูมิปัญญาให้เป็นความรู้ใหม่ในการพัฒนาใหม่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (พ.ศ. 2541) พบพืชสมุนไพรที่มีศักยภาพลดน้ำตาลในเลือด สมควรศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาเป็นยารักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัย 10 ชนิด คือ นิโครธ ตำลึง มะระ หอมใหญ่ บัวหลวง บอระเพ็ด มะตูม กระเทียม กะเพรา และว่านหางจระเข้

กลุ่มพืชสมุนไพรพื้นบ้านดังกล่าว จำนวนมากเป็นพืชผักพื้นบ้านที่ชุมชนมีการใช้บริโภคในรูปแบบของตำรับอาหารพื้นบ้าน และจากการจัดการความรู้ พบหลายหน่วยบริการได้คัดเลือกตำรับอาหารที่ประกอบด้วยผักพื้นบ้านที่มีสรรพคุณในการลดน้ำตาล เพื่อจัดเป็นรายการอาหารและเครื่องดื่มสำหรับดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

2. องค์ความรู้จากการศึกษาวิจัยสมุนไพรตำรับที่มีสรรพคุณรักษาโรคเบาหวาน พบว่าแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านมีการใช้สมุนไพรแบบตำรับรักษาเบาหวานมายาวนานกว่า 90 ปี มีการอธิบายสาเหตุและการวินิจฉัยโรคเบาหวานจากฐานประสบการณ์และผสมผสานกับความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันและใช้สมุนไพรแบบตำรับเป็นยารักษาผู้ป่วย พบสมุนไพรแบบตำรับรักษาเบาหวานทั้งหมด 106 ตำรับ แต่ละตำรับประกอบด้วยสมุนไพร ตั้งแต่ 2-50 ชนิด และยังมีข้อห้ามและข้อปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยเบาหวานด้วยสมุนไพรตำรับประกอบด้วยสมุนไพรหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มลดน้ำตาลในเลือด กลุ่มสมุนไพรบำรุงกำลังและแก้ปวดเมื่อย กลุ่มสมุนไพรแก้ท้องเสีย กลุ่มสมุนไพรขับปัสสาวะ ปัสสาวะพิการ ไตพิการ ระยะที่ผ่านมา มีงานวิจัยยาสมุนไพรแบบตำรับรักษาเบาหวานจำนวน 2 เรื่อง พบว่า ยาสมุนไพรแบบตำรับนั้น มีฤทธิ์ลดน้ำตาลในเลือดสัตว์ทดลอง แต่มีปัญหาด้านการจำแนกสายพันธุ์ของพืชสมุนไพร จึงไม่อาจดำเนินงานวิจัยต่อเนื่องได้ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรแบบตำรับรักษาเบาหวาน ยังพบความน่าสนใจ จึงควรมีการจัดการความรู้เชิงประสบการณ์ของแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านที่มีประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยเบาหวาน

3. องค์ความรู้จากการศึกษาวิจัยข้าวที่มีสรรพคุณต่อการควบคุมโรคเบาหวาน โดยมีงานวิจัยที่พัฒนาสายพันธุ์ข้าวที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยเบาหวาน 2 ชนิด คือ ข้าวหอมมะลิแดง และข้าวสินเหล็ก ซึ่งเป็นสายพันธุ์ที่มีสารอาหารสูง มีเส้นใยอาหาร และมีวิตามินบี 6 มากกว่าข้าวกล้องหอมมะลิ

4. แนวทางการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น/การแพทย์พื้นบ้านในการดูแลรักษาโรคเบาหวาน จำนวน 3 ด้าน ดังนี้

4.1 ด้านนโยบาย ควรสำรวจภาพรวมของการใช้การแพทย์แบบเสริม (Complementary Medicine) ของผู้ป่วยเบาหวาน และมีกลไกการสนับสนุนและส่งเสริมการแพทย์แบบเสริม (การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก) ให้มีคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน หน่วยงานทุนวิจัย ควรมีนโยบายสนับสนุนทุนวิจัย ในประเด็นการดูแลรักษาโรคเบาหวานด้วยการแพทย์แบบเสริม การใช้สมุนไพรร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

4.2 ด้านการปฏิบัติการ

4.2.1 ทีมสุขภาพควรสร้างเสริมและพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพเบาหวาน ทั้งแบบบุคคลและแบบกลุ่ม (อาจพัฒนาเป็นชุดการเรียนรู้ เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม)

4.2.2 ทีมสุขภาพควรสร้างความเข้าใจต่อความเชื่อในการดูแลตนเองและประเมินผลในมุมมองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะข้อมูลการใช้การแพทย์แบบเสริม (Complementary Medicine) ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

4.2.3 ทีมสุขภาพในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ ควรมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และจัดการความรู้ภายในทีม เพื่อการเรียนรู้ร่วมกันและปรับกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริง

4.2.4 ทีมสุขภาพควรมีการศึกษาข้อมูลการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น/การแพทย์พื้นบ้านของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบ

4.2.5 ทีมสุขภาพควรมีการศึกษาและติดตามงานวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ที่มีผลต่อโรคเบาหวาน เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลที่ให้ประโยชน์แก่ผู้ป่วยเบาหวาน

4.3 ด้านวิชาการ

หน่วยงาน/สถาบันวิชาการ ควรมีการรวบรวม วิเคราะห์ และจัดการความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรที่มีสรรพคุณดูแลรักษาโรคเบาหวานอย่างเป็นระบบ ให้กลายเป็นองค์ความรู้ที่ใช้ประโยชน์ได้จริง

4.3.6 ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในการรักษาผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต : ระบบสุขภาพใกล้บ้านของผู้ป่วยติดเตียง

อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ทั่วโลก และเป็นสาเหตุที่สำคัญของความพิการที่รุนแรง ข้อมูลทางสถิติพบว่า ในแต่ละปีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดใหม่ทั่วโลกราว 10-15 ล้านคน ในจำนวนนี้ ครึ่งหนึ่งเสียชีวิต และอีกครึ่งกลายเป็นคนพิการอย่างถาวร สถานการณ์ในประเทศไทย พบข้อมูลการเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2552 ด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับ 1 ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของประชากรทั่วโลก ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารรสเค็มจัด หวานจัด มันจัด ไม่ออกกำลังกาย ดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และเครียด พฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้เมื่อปฏิบัติติดต่อกันนาน ๆ ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่จะส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมา

ประเทศไทย มีการฟื้นฟูการแพทย์ดั้งเดิมเข้ามาผสมผสานระบบการแพทย์ปัจจุบันในระบบงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นเวลาเกือบ 30 ปี ปัจจุบันมีหน่วยงานที่มีการกิจตามกฎหมายพระราชบัญญัติคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 คือ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งระบบ

สำหรับการแพทย์พื้นบ้าน (Indigenous Medicine) เป็นระบบการแพทย์ที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งเป็นความรู้ภูมิปัญญาการดูแลรักษาความเจ็บป่วย ได้รับการฝึกฝนผ่านการปฏิบัติ ความรู้ถูกส่งผ่านคนรุ่นต่อรุ่น โดยต้องเรียนรู้และฝึกปฏิบัติจากหมอพื้นบ้านที่มีความชำนาญแบบตัวต่อตัว (Apprenticeship) อาจจะมีในฐานะลูกหลาน ผู้ป่วยที่เคยมารับการรักษาจากหมอพื้นบ้าน การเรียนรู้ดังกล่าวอยู่บนเงื่อนไขเฉพาะ บนฐานวิถีชีวิตและวัฒนธรรมเป็นสำคัญ อีกทั้งวิธีการรักษาโรคของ

หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ยังมีลักษณะเฉพาะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งชนิดพืชสมุนไพรและวิธีการรักษา ดังนั้นจึงมีความยากลำบากในการสร้างแรงจูงใจให้กับการแพทย์ตะวันตกเชื่อมั่นในประสิทธิภาพการรักษาของหมอพื้นบ้าน

ปัจจุบันมีจำนวนหมอพื้นบ้านที่ขึ้นทะเบียนที่สำนักทะเบียนกลาง กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 57,665 คน (พฤษภาคม 2559) มีจำนวน 16,000 คน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพชุมชนเกิน 20 ปี สะท้อนให้เห็นถึงการดำรงอยู่และบทบาทของภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ/ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน และมีบทบาทตั้งแต่ระดับพื้นฐานการดูแลสุขภาพตนเองในระดับครอบครัว และการพึ่งพาหมอพื้นบ้านระดับชุมชน

ปี พ.ศ. 2555 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้มีการส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ในระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดจำนวน 6 แห่ง ทั้งโรงพยาบาล การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน แขวงคลองมอหานะ เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่จัดให้มีการบริการการแพทย์ 3 ระบบ คือ การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการแพทย์พื้นบ้าน

ปีงบประมาณ 2557 เมื่อมีการเปิดหน่วยบริการ กองการแพทย์พื้นบ้านไทย ได้เชิญหมอพื้นบ้านที่มีความรู้ ความชำนาญในการรักษาโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต มาให้บริการในโรงพยาบาล การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ทุกวันอังคาร พุธ และวันศุกร์ คือ วันอังคาร ให้บริการ ย่ำขา โดยหมอสง่า พันธุ์สายศรี พร้อมด้วยบุตรชายและบุตรสาว คือหมอชาญวุฒิ พันธุ์สายศรีและหมอแสงเดือน พันธุ์สายศรี หมอพื้นบ้านจังหวัดพระนครศรีอยุธยา วันพุธ ให้บริการ ตอกเส้น โดยหมออินสม สิทธิตัน หมอพื้นบ้านจังหวัดลำพูน และวันศุกร์ ให้บริการตบเหล็กแดง โดยหมอสมบัติ วงษ์ข้าและหมอร้อยตรีณรงค์ชัย พุ่มช่วง หมอพื้นบ้านจังหวัดลพบุรี เป็นการเชิญหมอพื้นบ้านมาเผยแพร่องค์ความรู้และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยให้ชุมชนเมืองเป็นที่รู้จักและเข้าถึงศาสตร์การแพทย์พื้นบ้านมากขึ้น ซึ่งมีการตอบรับเป็นอย่างดีสำหรับผู้รับบริการที่อยากลองเปลี่ยนวิธีการรักษา จากการนัดและประคบด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยมาเป็นรักษาด้วยหมอพื้นบ้าน ผู้ป่วยหลายรายอาการดีขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีการเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นกว่าเดิม เพราะหมอพื้นบ้านมีความเป็นกันเอง ทำให้คนไข้ลดภาวะความเครียด ลดความทุกข์ ความกังวลใจ สามารถคุยแลกเปลี่ยนได้ตลอดระยะเวลาที่ทำการรักษา

ในช่วงเวลา 1 ปีงบประมาณที่เปิดบริการด้านการแพทย์พื้นบ้านในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานนั้น กองการแพทย์พื้นบ้านไทยเองก็ได้เก็บองค์ความรู้หมอพื้นบ้านทั้ง 3 ท่าน ทั้งในส่วนที่เป็นแนวเส้นการนวด การกดจุดแก้อาการ การประคบสมุนไพร การเหยียบเหล็ก การตบเหล็กแดง การตอกเส้น และการใช้ยาสมุนไพร เพื่อจัดทำเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วย อัมพฤกษ์ อัมพาต สำหรับแพทย์แผนไทยในสถานบริการสุขภาพของรัฐ

และในปีงบประมาณ 2557 กองการแพทย์พื้นบ้านไทย ได้ดำเนินโครงการศึกษาและสังเคราะห์ ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในการรักษาอัมพฤกษ์ อัมพาต โดยการสืบทอดความรู้หมอพื้นบ้านและแพทย์แผนไทยรุ่นใหม่ ในระยะที่ 1 เป็นการรวบรวมองค์ความรู้ ภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านที่มีความรู้ ความชำนาญในการรักษาอัมพฤกษ์ อัมพาต จำนวน 21 คน ใน 16 จังหวัด ทั่วทุกภูมิภาค โดยมี

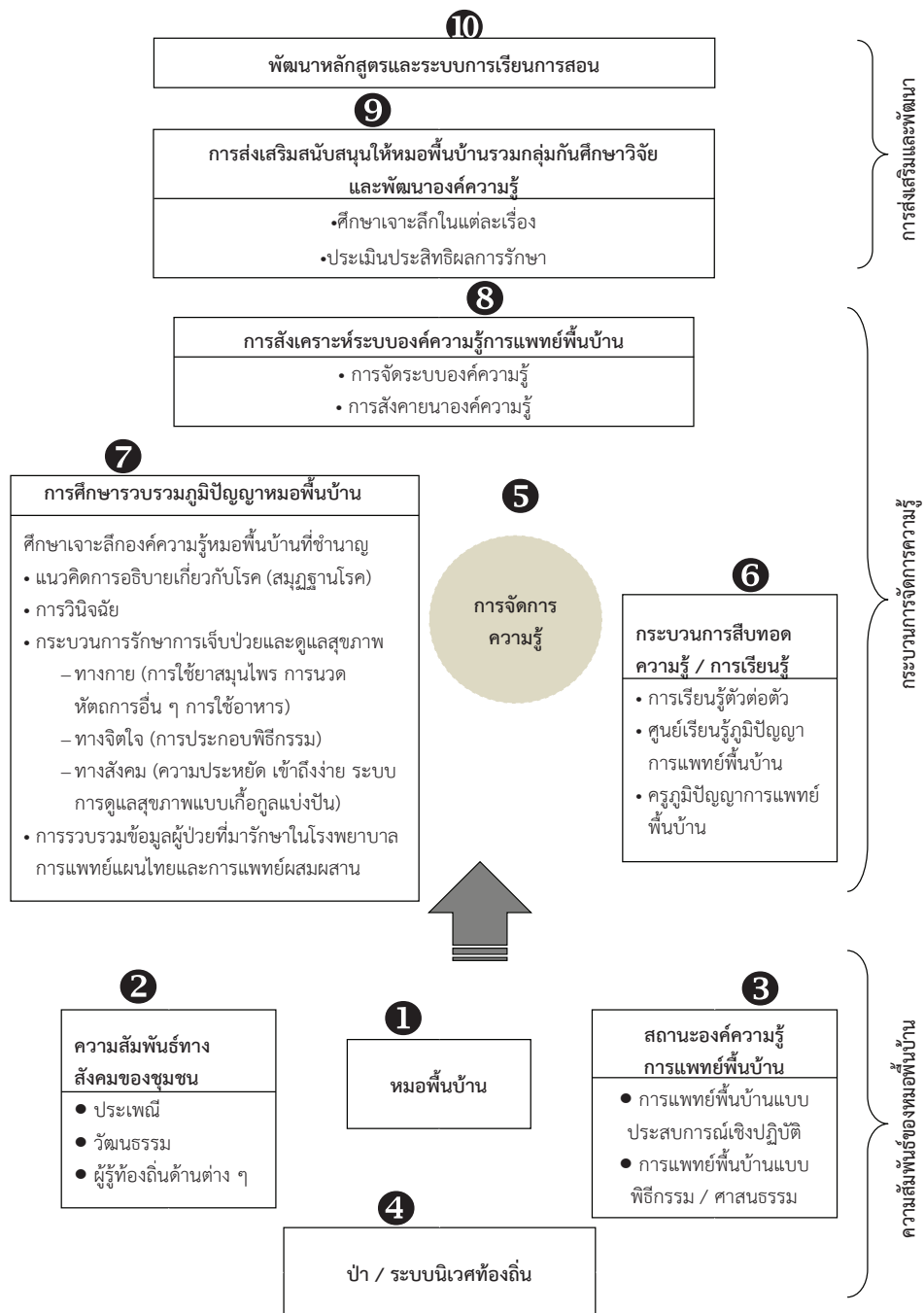
แพทย์แผนไทยผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และในโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ใน
ภูมิลำเนาเดียวกับหมอพื้นบ้าน จำนวน 43 คน เป็นผู้บันทึกข้อมูลองค์ความรู้ดังกล่าว ซึ่งถือเป็นการ
รวบรวมองค์ความรู้ และเป็นการเรียนรู้ของแพทย์แผนไทยรุ่นใหม่อีกด้วย

ปีงบประมาณ 2558 ได้ดำเนินการต่อเนื่องในโครงการศึกษาและสังเคราะห์ภูมิปัญญาการแพทย์
พื้นบ้านในการรักษาอัมพฤกษ์ อัมพาต โดยการสืบทอดความรู้หมอพื้นบ้านและแพทย์แผนไทยรุ่นใหม่
ในระยะที่ 2 โดยรวบรวมองค์ความรู้หมอพื้นบ้านที่มีความชำนาญด้านการรักษาอัมพฤกษ์ อัมพาต
เพิ่มอีก 21 คน ในพื้นที่ 15 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาค โดยมีแพทย์แผนไทยผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล และในโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในภูมิลำเนาเดียวกับหมอพื้นบ้าน จำนวน 44 คน
เป็นผู้บันทึกข้อมูลองค์ความรู้และเรียนรู้วิธีการรักษาของหมอพื้นบ้าน

จากบทเรียนดังกล่าว กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้ตระหนักถึง
ความจำเป็นและความสำคัญที่จะต้องดำเนินโครงการศึกษาและสังเคราะห์ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน
ในการรักษาอัมพฤกษ์ อัมพาต โดยแพทย์แผนไทยรุ่นใหม่ที่มีองค์ความรู้ด้านหลักวิชาการที่สามารถนำมา
เชื่อมต่อการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง
ซึ่งผู้ป่วยโรคนี้มักมีความยากลำบากในการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน แพทย์แผนไทยรุ่นใหม่เองได้
เรียนรู้จากประสบการณ์จริงของหมอพื้นบ้าน ทั้งด้านการนวด การใช้ยาสมุนไพร การประคบสมุนไพร
จากวัสดุที่ได้ในชุมชนเพื่อเป็นเครื่องช่วยในการบำบัด ฟันฟุร่างกาย ให้คืนกลับใกล้เคียงของเดิมหรือ
เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวันง่ายขึ้น เช่น สามารถลุกยืน เดิน รับประทานอาหาร ดื่มน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า
เองได้

ในการศึกษาองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านใน 42 กรณีทั้ง 4 ภูมิภาคส่วนใหญ่จะมีวิธีการ
หลักการวินิจฉัยที่ใกล้เคียงกัน แต่จะมีความแตกต่างในขั้นตอนการรักษา คือ หมอส่วนใหญ่ดูจาก
ลักษณะร่างกายภายนอกควบคู่กับการซักประวัติของคนไข้และญาติใกล้ชิด อาจจะประกอบกับคำวินิจฉัย
จากหมอแผนปัจจุบันควบคู่กัน เพื่อหาสาเหตุของการเจ็บป่วย นำไปสู่การรักษา หมอพื้นบ้านทั้ง 4 ภาค
จะมีหลักการนวดรักษา จุดแก้อาการแขน ขา ใบหน้าค่อนข้างคล้ายกันมาก เช่น จุดแก้อาการยกแขนไม่
ขึ้น จะกดบริเวณจุดในไหปลาร้า แก้อาการปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พุดไม่ชัด ก็จะกดบริเวณลูกคาง และ
มีการแก้จุดเส้นท้องตึง ท้องผูกโดยการนวดท้อง เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีหัตถการอื่น ๆ ที่ช่วยให้ร่างกาย
ของคนไข้ฟื้นฟูได้เร็ว เช่น การฝังทราย การแช่อบสมุนไพร ย่ำขา การตอกเส้น การเช็ดแผล และ
การใช้ตำรับยาสมุนไพรสำหรับคนไข้ อัมพฤกษ์ อัมพาต เช่น ใหยาระบาย ลดอาการเส้นตึง เพื่อช่วย
ให้การนวดมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ใหยาที่มีรสร้อนเพื่อช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดในร่างกาย ใหยาหอม
เพื่อช่วยในการนอนหลับ หลังจากการนวดแล้วส่วนใหญ่หมอพื้นบ้านจะประคบสมุนไพรคั้นอุปกรณ์ง่าย ๆ ที่
สามารถทำไว้ใช้เองได้ที่บ้านของหมอและบ้านคนไข้ เพื่อให้คนไข้ฝึกบริหารร่างกาย ช่วยการฟื้นฟู
การเคลื่อนไหว และทุกระบบของร่างกาย หากคนไข้ปฏิบัติตามคำแนะนำของหมอแล้ว อาการก็จะดีขึ้น
จนเห็นได้ชัด คนไข้หลายรายสามารถช่วยเหลือตนเองได้ คือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองถึง
แม้จะมีรอยโรคให้เห็นก็ตาม

แผนภาพ 4.8 แนวคิดโครงการศึกษาและสังเคราะห์ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน



1) ความสัมพันธ์ของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน จากแผนภาพ (1) หมอพื้นบ้านคือผู้ที่สะสมความรู้และประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับชุมชน (2) ในมิติของเครือข่ายทางสังคมกับผู้รู้ท้องถิ่นต่าง ๆ ในชุมชน วัฒนธรรม ประเพณี และระบบนิเวศของท้องถิ่น/ป่า (4) สถานองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน (3) จัดกลุ่มหลัก ๆ ได้ 2 กลุ่ม คือการแพทย์แบบประสบการณ์เชิงปฏิบัติ และแบบพิธีกรรม ความสัมพันธ์ดังกล่าวทำให้ความรู้และภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านมีความเป็นเอกลักษณ์ หรือมีอัตลักษณ์เฉพาะ

2) กระบวนการจัดการภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้าน มีลักษณะความรู้อยู่ในตัวคน หรือความรู้โดยนัย (Tacit Knowledge) (5) กระบวนการจัดการความรู้ ประกอบด้วย (7) การศึกษารวบรวมภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน (6) กระบวนการสืบทอดความรู้ และการเรียนรู้ และ (8) การสังเคราะห์องค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน การจัดการความรู้ต้องเข้าใจธรรมชาติของความรู้

3) การส่งเสริมและพัฒนา ประกอบด้วย (9) การส่งเสริมและสนับสนุนให้หมอพื้นบ้านรวมกลุ่มกันศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ และ (10) พัฒนาหลักสูตรและระบบการเรียนการสอน

รูปที่ 4.8 ตัวอย่างนวัตกรรมที่หมอพื้นบ้านใช้เพื่อให้คนไข้อัมพฤกษ์ อัมพาตบริหารร่างกาย



ใช้ห่วงผูกกับข้อเพื่อยึดผ้า ในการทำท่าบริหารของผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ทั้ง หลัง ขา แขน



กางเกงสำหรับช่วยพยุงให้ผู้ป่วยหัดเดิน



ราวไม้ที่ทำขึ้นในบ้านผู้ป่วย ช่วยพยุงตัวในการหัดเดิน

รูปที่ 4.9 ตำรับยาสมุนไพรของหมอพื้นบ้านของแต่ละภูมิภาค สำหรับผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต



ตำรับยาสมุนไพรของหมอพื้นบ้านของแต่ละภูมิภาค สำหรับผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต

รูปที่ 4.10 ภูมิปัญญาในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาตของหมอพื้นบ้านแต่ละภาค



การย่ำขาง

การฝังทราย

การเหยียบคลายเส้น

การส่งเสริมองค์ความรู้และภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของชุมชน เพราะหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีบทบาททางสังคมด้านอื่นร่วมด้วย เช่น ผู้นำชุมชน ผู้นำทางศาสนา ให้ความรู้ คำแนะนำ เป็นที่พึ่งของชาวบ้านตั้งแต่เกิดจนตาย องค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านจึงเป็นแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อคนในชุมชน ทั้งยังเป็นการช่วยอนุรักษ์ภูมิปัญญาให้แพทย์แผนไทยรุ่นใหม่ไปต่อยอดองค์ความรู้ต่อไป เพื่อได้เข้าใจแนวคิด โลกทัศน์ อุดมการณ์ของหมอพื้นบ้าน รวมทั้งเข้าใจบริบทต่าง ๆ เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ ศาสตร์การรักษาแต่ละแขนง เป็นแนวทางในการดูแล รักษา ฟื้นฟูผู้ป่วย อัมพฤกษ์ อัมพาต ในชุมชนต่อไป

4.3.7 ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง : องค์ความรู้ที่สามารถต่อยอดเพื่อผู้ป่วยมะเร็ง

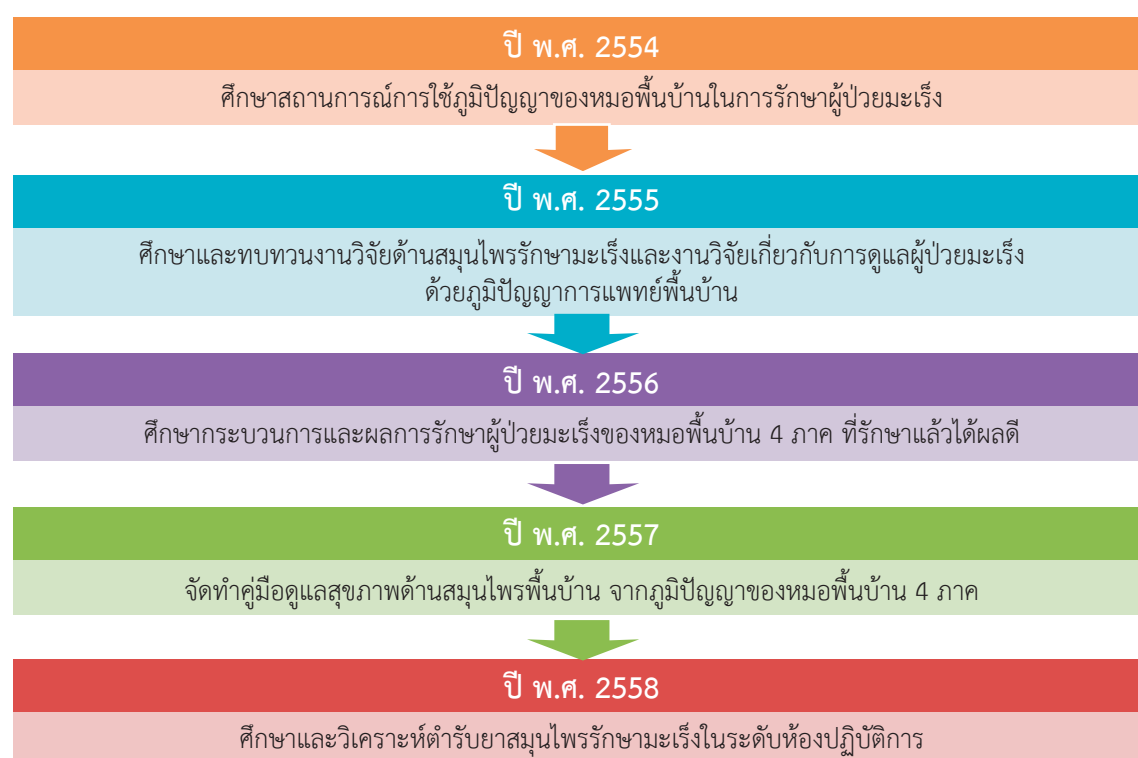
โรคมะเร็งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับ 1 ของประเทศไทย สถานการณ์ในปัจจุบันตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2556 พบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 56,058 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่ง 5 อันดับโรคมะเร็งที่พบได้บ่อย ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับและท่อน้ำดี ตามลำดับ โรคมะเร็งถูกจัดอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลานานในการรักษา ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนไป ซึ่งสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยที่สำคัญ คือ ปัจจัยจากภายในร่างกายที่ส่งผลต่อการเกิดมะเร็ง เช่น คุณสมบัติต่างกรรมพันธุ์ที่ผิดปกติ ภาวะทางระบบภูมิคุ้มกันโรค ภาวะทางโภชนาการ เป็นต้น และปัจจัยจากภายนอกเกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกาย เช่น สารเคมีบางชนิด สารพิษจากเชื้อราหรือเนื้อสัตว์ การติดเชื้อเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งโรคมะเร็งชนิดเดียวกันอาจเกิดขึ้นได้จากสาเหตุต่างกันไป เนื่องจากในแต่ละชุมชนมีสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมือนกัน การได้รับปัจจัยเสี่ยงหลาย ๆ อย่างรวมกัน จะทำให้เกิดโรคมะเร็งมากขึ้นและเร็วขึ้น ซึ่งอัตราความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งจะเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณ

โรคมะเร็งสามารถตรวจพบได้หลายวิธี โดยการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตัดชิ้นเนื้อที่สงสัยส่งตรวจทางพยาธิวิทยา และวิธีทางวิทยาศาสตร์อื่น ๆ โดยการตรวจพบโรคมะเร็งได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกย่อมเป็นผลดีต่อการรักษา ซึ่งสามารถรักษาได้ด้วยวิธีการผ่าตัด การฉายรังสี เคมีบำบัด ฮอโมนบำบัด และการรักษาแบบผสมผสานเป็นการรักษาร่วมกับหลายวิธีร่วมกัน ซึ่งในประเทศไทยมีการรักษาโรคมะเร็ง ด้วยศาสตร์ทางการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ผสมผสานกับการรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบัน ได้แก่ ศาสตร์การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการแพทย์พื้นบ้าน

ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักเลือกวิธีการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ผสมผสานกับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน รวมถึงการแพทย์พื้นบ้านที่เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ประชาชนยังคงมี ความเชื่อและศรัทธาในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพกับหมอพื้นบ้าน ซึ่งเป็นภูมิปัญญาของแต่ละพื้นที่ที่ใช้ดูแล ส่งเสริม และรักษาสุขภาพให้กับคนในชุมชน ซึ่งมีความหลากหลายตามท้องถิ่นและชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ โดยมีรูปแบบการดูแลสุขภาพทั้งด้านการรักษาโรคทางกายควบคู่ไปกับทางด้านจิตใจจากการศึกษากระบวนการรักษาโรคมะเร็งของหมอพื้นบ้านแต่ละภูมิภาค พบว่ามีวิธีการและกระบวนการการรักษาโรคมะเร็งที่คล้ายคลึงกัน โดยใช้การรักษาแบบองค์รวม หมายถึง การดูแลทั้งด้านกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม

ในการรักษาโรคมะเร็ง หมอพื้นบ้านจะใช้ตำรับยาสมุนไพรในการรักษาเป็นหลัก ร่วมกับพิธีกรรมบำบัด รวมถึงการแนะนำให้ผู้ป่วยนั่งสมาธิเพื่อให้จิตสงบ ทั้งนี้การรักษาโรคมะเร็งยังมีปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา ได้แก่ ชนิดและระยะของมะเร็งที่ผู้ป่วยเป็น ความต่อเนื่องของการรักษา การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย รวมถึงปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาอีกด้วย ดังนั้นกองการแพทย์พื้นบ้านไทยจึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานระยะ 5 ปี โดยมีรายละเอียดดังนี้

แผนภาพ 4.9 แผนการดำเนินงานในช่วง 5 ปี (พ.ศ. 2554 – 2558)



กองการแพทย์พื้นบ้านไทยจึงเริ่มดำเนินการศึกษาสถานการณ์การใช้ภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านในการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง 4 ภูมิภาค เพื่อสำรวจจำนวนหมอพื้นบ้านที่รักษาผู้ป่วยมะเร็ง รวมไปถึงองค์ความรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง กระบวนการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งและการประเมินผลหลังการรักษา รวมทั้งแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งของหมอพื้นบ้าน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณา และนำภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านไปศึกษาและแก้ไขปัญหาของโรคมะเร็งได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป โดยจากการสำรวจจำนวนหมอพื้นบ้านรักษามะเร็งทั่วประเทศพบว่ามีจำนวน 708 คน ซึ่งมีหมอพื้นบ้านที่ครอบครองตำรับยารักษาโรคมะเร็งจำนวน 228 คน และในจำนวนนี้พบว่ายังรักษาผู้ป่วยมะเร็งอยู่ จำนวน 149 คน และคัดเลือกหมอพื้นบ้านที่มีการรักษาผู้ป่วยมะเร็งจริงและสามารถติดต่อได้พบว่ามีจำนวน 57 คน และได้ทำการคัดเลือกในกลุ่มหมอพื้นบ้านที่มีผู้ป่วยมะเร็งที่มาได้รับการรักษาและสามารถติดต่อได้ โดยมีจำนวนคนไข้มากกว่า 10 คนขึ้นไป พบว่ามีหมอพื้นบ้านรักษามะเร็งจำนวน 28 คน ซึ่งในจำนวน 28 คนนี้ มีตำรับยาสมุนไพรรักษามะเร็งที่เปิดเผยได้และเปิดเผยไม่ได้ รวมทั้งสิ้น 51 ตำรับ จากการวิเคราะห์ตำรับยาสมุนไพรเบื้องต้น พบว่ามีส่วนประกอบด้วยพืชวัตถุ 147 ชนิด สัตว์วัตถุ 2 ชนิด และธาตุวัตถุ 8 ชนิด ในพืชวัตถุที่เป็นที่นิยมใช้รักษามะเร็งกันมาก 5 อันดับ ได้แก่ ข้าวเย็นเหนือ (*Smilax china* L.) ข้าวเย็นใต้ (*Smilax glabra* Roxb.) หนอนตายหยาก (*Stemona collinsae* Craib) กำแพงเจ็ดชั้น (*Salacia chinensis* L.) หัวร้อยรู (*Hydnophytum formicarum* Jack) ตามลำดับ

จากการศึกษาสถานการณ์การใช้ภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า หมอพื้นบ้านทั้ง 4 ภาคมีแนวทางการรักษาโรคมะเร็งที่คล้ายคลึงกัน แต่จะแตกต่างกันรายละเอียดของวัฒนธรรมและประเพณีที่สืบทอดในแต่ละพื้นที่ ซึ่งหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จะใช้สมุนไพรตำรับรักษาโรคมะเร็งเป็นหลัก คิดเป็นร้อยละ 91.2 โดยประกอบด้วยสมุนไพรหลากหลายชนิด ทั้งพืชวัตถุ สัตว์วัตถุ และธาตุวัตถุ สมุนไพรส่วนใหญ่มีสรรพคุณช่วยปรับธาตุ รักษากระเพาะอาหาร เสริมภูมิคุ้มกัน จนถึงการใช้ยาสมุนไพรเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวดจากโรคมะเร็ง หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ ด้านร่างกาย (Physical Domain) ด้านจิตใจ (Psychological Domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

สถานการณ์ด้านการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งของหมอพื้นบ้าน สามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. **สมุนไพรเพื่อใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง** ส่วนใหญ่เป็นสมุนไพรที่มีรสเมาเบื่อ ที่มีสรรพคุณฆ่าพิษ ฆ่าพยาธิ เบื่อปลา ฆ่าแมลง หรือเป็นสมุนไพรที่มีประวัติการใช้รักษาโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ หญาหนูตัน (*Dianella Ensifolia* (L.) DC) ชิงชี (*Capparis Micracantha* DC.) กะเม็ง (*Eclipta Prostrata* (L.) L.) ทองพันชั่ง (*Rhinacanthus nasutus* (L.) Kurz) เป็นต้น

2. **สมุนไพรเพื่อการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยมะเร็งให้ดีขึ้น** เป็นสมุนไพรที่ใช้ลดอาการและความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ลุกลามแล้ว มักมีอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ชีต ซึมเศร้า และอื่น ๆ ซึ่งสามารถแบ่งสมุนไพรกลุ่มนี้ออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

2.1 สมุนไพรที่ช่วยบรรเทาอาการ ประกอบไปด้วยสมุนไพรที่มีสรรพคุณ แก้ปวด ลดไข้ คลายเครียด ได้แก่ ขี้เหล็ก (*Senna siamea* (Lam.) H.S. Irwin & Barneby) ไฟเดือนห้า (*Asclepias Curassavica* L.) กระเทียม (*Calophyllum Inophyllum* L.) เป็นต้น

2.2 สมุนไพรที่ช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกัน ประกอบไปด้วยสมุนไพรที่มีสรรพคุณ บำรุงกำลัง บำรุงร่างกาย เป็นยาอายุวัฒนะ ได้แก่ จิก หรือ กระโดน (*Careya Sphaerica* Roxb.) มะระขี้นก (*Momordica Charantia* L.) ลูกใต้ใบ (*Phyllanthus Amarus* Schumach. & Thonn.) เป็นต้น

3. สมุนไพรเพื่อการป้องกันมะเร็ง เป็นการใช้อาหารเพื่อการป้องกันโรค โดยการบริโภค ผัก ผลไม้ สมุนไพรและผักพื้นบ้านที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง และมีสารสำคัญในการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง จัดเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่คนไทยรู้จักและใช้ประโยชน์เป็นอาหาร เพื่อดูแลสุขภาพมาอย่างช้านาน โดยการถ่ายทอดจากคนรุ่นก่อนสู่คนรุ่นหลังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งโรคมะเร็งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูงสุดที่สามารถป้องกันและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคได้ เพราะสาเหตุหลักหรือปัจจัยเสี่ยงเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงของตัวเอง



ดังนั้น กองการแพทย์พื้นบ้านไทย ได้ดำเนินการจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนเกี่ยวกับสมุนไพรพื้นบ้านจากภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้าน 4 ภาค โดยเนื้อหาจะประกอบด้วย การใช้ประโยชน์ของสมุนไพรพื้นบ้านแต่ละชนิด คุณค่าและสรรพคุณทางยา ข้อควรระวัง รวมไปถึงเมนูอาหารแบบพื้นบ้าน และสูตรตำรับจากภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านและการใช้หัตถ์พื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพ โดยได้จัดทำ

คู่มือสมุนไพรพื้นบ้านลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือดตามภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้าน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับประชาชนและบุคคลทั่วไปได้ศึกษา

จากผลการศึกษาและการทบทวนงานวิจัย เรื่องสถานการณ์การใช้ภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านในการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ทำให้ทราบว่าตำรับยาสมุนไพรรักษาโรคมะเร็งของหมอพื้นบ้าน ยังต้องการข้อมูลเชิงประจักษ์ของการวิเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์ทั้งในการทดลองทางปรีคลินิก หรือทางคลินิก เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนและยืนยันสรรพคุณของตำรับยาสมุนไพร รวมถึงระดับความเป็นพิษ ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา และการออกฤทธิ์ของตัวยาสำคัญ เพื่อให้ได้ตำรับยาสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน เป็นที่ยอมรับและน่าเชื่อถือในวงกว้างจากบุคลากรทางสาธารณสุขและแพทย์แผนปัจจุบันต่อไป

ดังนั้นกองการแพทย์พื้นบ้านไทยจึงดำเนินการพิจารณาคัดเลือกตำรับยาสมุนไพรรักษามะเร็งของหมอพื้นบ้านที่รักษาแล้วได้ผลดี เพื่อนำไปวิเคราะห์สารสำคัญทางพิษเคมี ระดับความเป็นพิษ ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาต้านฤทธิ์ความเป็นพิษต่อเซลล์มะเร็ง ฤทธิ์การต่อต้านการเพิ่มจำนวนเซลล์มะเร็ง และฤทธิ์การต้านอนุมูลอิสระ โดยเริ่มจากการพิจารณาคัดกรองตำรับยาสมุนไพรรักษามะเร็งของหมอพื้นบ้าน 51 ตำรับจากหมอพื้นบ้าน 28 รายทั่วประเทศที่มีผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและ

สามารถติดตามข้อมูลผู้ป่วยได้ โดยมีจำนวนมากกว่า 10 รายขึ้นไป โดยดำเนินการพิจารณาคัดกรอง
ตำรับยาด้วยเกณฑ์ดังนี้

- 1) คัดเลือกตำรับยาสมุนไพรที่รักษามะเร็งในอวัยวะที่มีสถิติการเกิดโรคมะเร็งในอันดับต้น ๆ
- 2) สมุนไพรในตำรับยา จะต้องเป็นสมุนไพรที่หาได้ง่าย จำนวนไม่มาก และไม่ใช่สมุนไพร
ที่มีพิษ

จากเกณฑ์การพิจารณาคัดกรองตำรับยาสมุนไพรรักษามะเร็งของหมอพื้นบ้าน จึงได้ตำรับยาที่
เข้าเกณฑ์การคัดกรองดังกล่าวทั้งสิ้น 4 ตำรับ ของหมอพื้นบ้าน 4 ราย โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) ตำรับยาสมุนไพรรักษามะเร็งเต้านม หมอสมยศ สุริยะฉาย หมอพื้นบ้านจังหวัดชุมพร

หมอสมยศได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการรักษาผู้ป่วยและตำรับยาสมุนไพรรักษามะเร็งเต้านมมาจากหลวงพ่อบ่าวในขณะที่บวชเป็นพระ ณ วัดเชิงกระ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร
ซึ่งยาตำราสูตรนี้ สามารถรักษาโรคมะเร็งเต้านม ฝีฝีคำร้อย ฝีฝีกำบัว ฝีหิน หรือในผู้หญิงที่มดแม้อย่างน้อย
สามารถบำรุงกำลัง และได้ทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ในขณะที่บวชเป็นพระภิกษุ เมื่อสึกออกมา จึงได้เรียน
รู้ด้านเภสัชกรรมไทยที่วัดโพธิ์ และได้ไปประกอบโรคศิลปะด้านเภสัชกรรมไทย ภาค ก.

ตำรับยาสมุนไพรรักษามะเร็งเต้านมของหมอสมยศ สุริยะฉาย ประกอบไปด้วยสมุนไพรทั้งหมด
10 ชนิด โดยเป็นพืชวัตถุทั้งหมด ได้แก่ ขี้เหล็ก (*Senna siamea* (Lam.) H.S. Irwin & Barneby)
หัวร้อยรู (*Hydnophytum formicarum* Jack) ข่าเย็นเหนือ (*Smilax china* L.) กำแพงเจ็ดชั้น
(*Salacia chinensis* L.) หน้าหนูต้น (*Dianella ensifolia* (L.) DC) เป็นต้น

(2) ตำรับยาสมุนไพรรักษามะเร็งลำไส้ หมอฮอย เพชรฤทธิ์ หมอพื้นบ้านจังหวัดนครพนม

หมอฮอย เพชรฤทธิ์ ได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการปรุงยาสมุนไพรมาจากปู่ตั้งแต่
หมอฮอยยังเด็ก ๆ จากนั้นเข้าร่วมกับพรรคคอมมิวนิสต์ และได้เดินทางไปอยู่สาธารณรัฐประชาชนจีน
จึงได้เรียนรู้ศาสตร์ทางการแพทย์แผนจีนเกี่ยวกับวิธีการตรวจวินิจฉัย การรักษา และการปรุงยา
ดังนั้นกระบวนการรักษาผู้ป่วยของหมอฮอยจะเป็นการผสมผสานระหว่างภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้าน
และศาสตร์ทางการแพทย์แผนจีน

ตำรับยาสมุนไพรรักษามะเร็งลำไส้ของหมอฮอย เพชรฤทธิ์ ประกอบไปด้วยสมุนไพรทั้งหมด
10 ชนิด โดยเป็นพืชวัตถุทั้งหมด ได้แก่ ข่าเย็นเหนือ (*Smilax china* L.) พะเนียงหัด/มะตุ๊ก
(*Siphonodon celastrineus* Griff.) ชิงซี่ (*Capparis micracantha* DC.) หนามข้อง/ตะครอง
(*Ziziphus cambodiana* Pierre) ฟักข้าว (*Momordica cochinchinensis* (Lour.) Spreng.)

(3) ตำรับยาสมุนไพรรักษามะเร็งปอด หมอวรารคม แก้วพิกุล หมอพื้นบ้านจังหวัดศรีสะเกษ

หมอวรารคม แก้วพิกุลได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการรักษาและการใช้สมุนไพรมาจาก
คุณตา ซึ่งคุณตาได้บวชเป็นพระภิกษุ ที่วัดปรังคัง อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ และยังได้เรียนรู้
ด้านการแพทย์แผนจีนมาจากโรงเรียนฝึกทหาร สาธารณรัฐประชาชนจีน ประมาณ 2 ปี จากนั้นจึงบวช
เป็นพระภิกษุ ประจำวัดประเทศกัมพูชา ประมาณ 8 พรรษา จึงกลับมาประเทศไทย ซึ่งหมอวรารคม
ได้เริ่มรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ตอนบวชเป็นพระ โรคที่ถนัด คือ โรคมะเร็ง ข้อยึด และเบาหวาน

ตำรับยาสมุนไพรรักษามะเร็งของหมอวราคมได้มาจากสมเด็จพระสังฆราชของประเทศกัมพูชา ในขณะที่บวชเรียน ประกอบไปด้วยสมุนไพรทั้งหมด 9 ชนิด โดยเป็นพืชวัตถุทั้งหมด ได้แก่ หางไหลแดง (*Derris elliptica* (Roxb.) Benth.) ลำพู (*Sonneratia caseolari* Engler.) จิก (*Careya sphaerica* Roxb.) กำแพงเจ็ดชั้น (*Salacia chinensis* L.) ข้าวเย็นเหนือ (*Smilax china* L.) เป็นต้น

(4) ตำรับยาสมุนไพรรักษามะเร็งตับ หมอชาลี ขวัญเมือง หมอพื้นบ้านจังหวัดแพร่

หมอชาลี ขวัญเมืองได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสมุนไพรและคาถามาจากพระครูสุเวชรคุณ และได้ทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่อายุ 21 ปี และมีใบประกอบโรคศิลปะด้านเภสัชกรรมไทย ภาค ก. จึงได้ดำเนินการเปิดเป็นสถานที่ผลิตยาแผนโบราณ และจำหน่ายให้กับผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน

ขั้นตอนการรักษามะเร็งของหมอชาลี มีทั้งหมด 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การขับสารพิษออกจากร่างกาย เป็นยาฝน ประกอบไปด้วยสมุนไพรและสัตว์วัตถุมากกว่า 20 ชนิด
2. การปรับธาตุ หมอชาลีจะตรวจธาตุของผู้ป่วย โดยใช้วิธีคุณธาตุ และจะให้ผู้ป่วยกินยาปรับธาตุ ซึ่งประกอบไปด้วย ดีปลี (*Piper retrofractum* Vahl.) ข่าพลู (*Piper sarmentosum* Roxb.ex Hunter) เจตมูลเพลิงแดง (*Plumbago indica* L.) เป็นต้น
3. ยารักษามะเร็งตับ ประกอบไปด้วยสมุนไพรจำนวน 32 ชนิด เช่น กำแพงเจ็ดชั้น (*Salacia chinensis* L.) ชิงชี (*Capparis micracantha* DC.) ข้าวเย็นเหนือ (*Smilax china* L.) ข้าวเย็นใต้ (*Smilax glabra* Roxb.) เป็นต้น
4. การใช้จิตบำบัด หมอชาลีมักใช้การบำบัดทางด้านจิตใจให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และเชื่อมั่นมากขึ้น โดยจะทำนายสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งจากเดือนเกิด

จากนั้นคณะกรรมการและผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการคัดเลือกตำรับยาสมุนไพรรักษามะเร็ง 1 ตำรับ เพื่อนำไปวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ โดยตำรับยาที่มีความโดดเด่นในการรักษามากที่สุด และมีคะแนนจากการประเมินโดยคณะกรรมการและผู้เชี่ยวชาญสูงสุด คือ ตำรับยาสมุนไพรรักษามะเร็งเต้านม ซึ่งมีตัวยาที่ประกอบด้วยพืชวัตถุจำนวน 10 ชนิด ได้แก่ ชีเหล็ก (*Senna siamea* (Lam.) H.S. Irwin & Barneby) หัวร้อยรู (*Hydnophytum formicarum* Jack) ข้าวเย็นเหนือ (*Smilax china* L.) กำแพงเจ็ดชั้น (*Salacia chinensis* L.) หญ้าหนูตัน (*Dianella ensifolia* L.) เป็นต้น และได้ดำเนินการขึ้นทะเบียนคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ในการศึกษาวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ กองการแพทย์พื้นบ้านไทยได้ดำเนินการร่วมกับทางมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาชั้นนำของประเทศไทย เพื่อวิเคราะห์ตำรับยาสมุนไพรในระดับห้องปฏิบัติการ คาดว่าจะสามารถพัฒนาตำรับยาดังกล่าวเป็นยาสมุนไพรตำรับสำหรับผู้ป่วยมะเร็งได้ต่อไปในอนาคต และจะเป็นประโยชน์ต่อการแพทย์และสาธารณสุขของไทยที่ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งมีทางเลือกในการรักษาเพิ่มขึ้น รวมทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

สรุปแนวทางการพัฒนาในอนาคต

1. จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบองค์รวม โดยพัฒนาการดูแลด้วยยาสมุนไพรพื้นบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้เป็นที่ยอมรับและน่าเชื่อถือจากบุคลากรทางสาธารณสุขและแพทย์แผนปัจจุบันต่อไป
2. พัฒนาเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบบูรณาการ เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเลือกวิธีและกระบวนการรักษาทั้งแพทย์ปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ผสมผสานเข้าด้วยกัน จึงทำให้วิธีการประเมินผลการรักษาเป็นไปได้ยาก
3. อนุรักษ์และสืบทอดกระบวนการรักษามะเร็งและกระบวนการเตรียมยาและปรุงยาสมุนไพรของหมอพื้นบ้าน รวมทั้งนำไปใช้สำหรับการเตรียมยาสมุนไพรเพื่อจะนำไปวิเคราะห์ในระดับห้องปฏิบัติการด้วยวิธีและรูปแบบดั้งเดิมจากหมอพื้นบ้าน

4.3.8 ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านในการส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุอย่างมีวัฒนธรรม

จากระยะเวลาห้าทศวรรษที่ผ่านมา สังคมไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และในปี พ.ศ. 2548 ประเทศไทยได้ก้าวสู่ “สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society)” และมีการคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2573 สังคมไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด หมายถึง อัตราส่วนของผู้สูงอายุจะเป็นร้อยละ 25 ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุมีภาวะร่างกายที่เสื่อมลง และต้องการการพึ่งพาหรือการดูแลเมื่ออายุมากขึ้น และยังพบว่าผู้สูงอายุประสบกับภาวะโรคเรื้อรังหลายโรค และยังประสบกับปัญหาการอยู่บ้านเพียงคนเดียว และขาดผู้ดูแลมีจำนวนมากขึ้น

ผู้สูงอายุจะมีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นตามอายุของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ปัญหาโรค 5 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์/ภาวะโภชนาการ โรคเบาหวาน โรคโลหิตจาง และโรคไตวาย นอกจากนี้ยังมีความเจ็บป่วย/โรคที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุไทย คือ การกลืนปัสสาวะไม่ได้ อุบัติเหตุ โรคข้อเข่าเสื่อม/ปวดเข่า โรคกระดูกพรุน อาการสมองเสื่อม กลุ่มอาการอัมพฤกษ์ อัมพาต ภาวะซึมเศร้า อาการท้องผูก โรคต่อกระจุก อาการหูหนวก หูตึง จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2555 รายงานว่า สังคมไทยมีผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 8.63 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.7 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และผู้สูงอายุสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มหลัก คือ กลุ่มแรกเป็นกลุ่มที่ดูแลตนเองได้ ประมาณร้อยละ 85.3 กลุ่มที่สอง เป็นกลุ่มที่เริ่มมีภาวะพึ่งพาและต้องการผู้ดูแลบางส่วน ประมาณร้อยละ 13.8 และกลุ่มที่สาม เป็นกลุ่มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ประมาณร้อยละ 0.9 และแนวโน้มผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและสัดส่วน โดยที่ผู้สูงอายุวัยปลายหรือที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และยังพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวและผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังกับคู่สมรสมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สังคมไทยมีนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550–2554) และต่อเนื่องจนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555–2559) แนวคิดสำคัญคือ การพัฒนาคนและระบบคุ้มครองทางสังคมที่เน้นทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมสวัสดิการ และมีกรอบทิศทางการพัฒนาผู้สูงอายุ 4 ด้าน คือ การสร้างหลักประกันความมั่นคงทางรายได้ การพัฒนาระบบสังคมสวัสดิการ การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และการพัฒนากลไกบริหารจัดการผู้สูงอายุ และยังมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ซึ่งมีรายละเอียดด้านปรัชญา วิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ ยุทธศาสตร์ และมาตรการ 5 ด้าน เพื่อเป็นแนวทางขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังมีโครงสร้างและกลไก ขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุทั้งระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่ ตลอดจนองค์กรสนับสนุนและส่งเสริมงาน ผู้สูงอายุ ทั้งองค์กรภาครัฐและองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์อีกด้วย

ในปี พ.ศ. 2556–2558 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดย กองการแพทย์พื้นบ้านไทย ได้ริเริ่มและดำเนินงาน “โครงการส่งเสริมการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญา การแพทย์พื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ” มีวัตถุประสงค์ 3 ด้าน คือ (1) ส่งเสริมให้เกิด การศึกษาภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในท้องถิ่น (2) รณรงค์และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุนำ ภูมิปัญญาพื้นบ้านมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง และ (3) อนุรักษ์ภูมิปัญญาด้านการแพทย์พื้นบ้านเพื่อ การดูแลสุขภาพ เป็นโครงการ 3 ปีที่มุ่งหมายจะศึกษาและส่งเสริมภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ เพื่อการดูแลสุขภาพ โดยมีขั้นตอนการจัดการความรู้ การวิเคราะห์/สังเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ และ การปฏิบัติการและประเมินผลโครงการ

การดำเนินงานโครงการสามารถสรุปแนวทางและกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาภูมิปัญญา พื้นบ้านด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ จำแนกเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. การจัดการความรู้ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุ

การจัดการความรู้ (Knowledge Management) ประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอนที่สำคัญ คือ (1) การกำหนดประเด็นและขอบเขตความรู้ (2) การเสาะหาและแสวงหาความรู้ที่ต้องการ (3) การสร้างและประมวลองค์ความรู้เพื่อให้ได้ “ชุดความรู้” ที่เป็นระบบและใช้งานได้จริง (4) การประยุกต์ใช้ความรู้และถ่ายทอดสู่องค์กร/ชุมชน และ (5) การประเมินและถอดบทเรียน การจัดการความรู้เกิดขึ้นในพื้นที่ศึกษานำร่อง ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 พื้นที่ และ ระดับโรงพยาบาลชุมชน 1 พื้นที่ ใน 5 ภูมิภาคทั่วประเทศ การจัดการความรู้ในพื้นที่ประกอบด้วย ประเด็นและขอบเขตความรู้สำคัญ 4 ประเด็น คือ

1) **สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพ** ศึกษาสถานการณ์ภาพรวมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในด้าน จำนวนผู้สูงอายุ สถานะสุขภาพ (Health Status) ของผู้สูงอายุในพื้นที่ การจัดบริการสุขภาพ (Health Service System) ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุสุขภาพดี (งานสร้างเสริม สุขภาพ) ผู้สูงอายุ และการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)

2) **การสร้างความมั่นคงทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุ** ศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานชมรม ผู้สูงอายุ การจัดสวัสดิการสมาชิกชมรม การส่งเสริมอาชีพและรายได้ การเพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุและ ครอบครัว

3) **ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ** ศึกษาใน 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ภูมิปัญญาสุขภาพ พื้นบ้านที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นความรู้ เทคนิคการดูแลสุขภาพในระดับครอบครัว เช่น ภูมิปัญญาด้านอาหารพื้นบ้าน การออกกำลังกาย การใช้สมุนไพรอบบ้านหรือใน ชุมชนในการดูแลสุขภาพทั่วไป และ ส่วนที่ 2 ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านที่มีหมอพื้นบ้านเป็นผู้ให้ การดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย โดยการศึกษาองค์ความรู้ ภูมิปัญญา กระบวนการและวิธีการรักษาของ หมอพื้นบ้าน

4) **คลังภูมิปัญญาท้องถิ่น (Community Knowledge Asset)** การศึกษารวบรวม หมอพื้นบ้าน และ ปรมาจารย์ท้องถิ่น ที่มีความชำนาญในแต่ละสาขา ผู้สูงอายุต้นแบบ รวมถึงการถ่ายทอด ความรู้/ภูมิปัญญาจากผู้สูงอายุ หมอพื้นบ้านและปรมาจารย์ท้องถิ่นสู่คนรุ่นหลัง

การจัดการความรู้ในประเด็นดังกล่าวข้างต้น พบว่า การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ ศึกษา มีแนวทางการดูแลสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน โรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยจำแนกผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง หน่วยงานรัฐมีการจัดการบริการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุทุกกลุ่ม และเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ทั้งมิติทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคม ทุกพื้นที่ที่มี “ชมรมผู้สูงอายุ” เป็นกลไกการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในพื้นที่ และนับเป็นกลไกภาคประชาชนที่สำคัญใน การขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุร่วมกับภาครัฐ ที่สำคัญมี 3 ด้าน คือ การจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ การส่งเสริม อาชีพและรายได้ และการเพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุ

ภูมิปัญญาสุขภาพพื้นบ้านที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ บางคนมีโรคแต่ควบคุมได้ มีแบบแผนการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี ดูแลตนเองด้านอาหารรับประทานผัก น้ำพริก และปลาเป็นหลัก หลายงานวิจัยยืนยันว่าผักพื้นบ้านและอาหารพื้นบ้านมีสารต้านอนุมูลอิสระ ช่วยชะลอความชรา และป้องกันโรคเรื้อรังได้

การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ มีตั้งแต่ การเดิน การแกว่งแขน โยคะ การรำมวยจีน การรำไม้พลอง การว่ายน้ำ การรำวงมาตรฐาน การลีลาศ และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ในหลายพื้นที่มี การนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ในการออกกำลังกาย เช่น ในภาคเหนือจังหวัดพิษณุโลก มีการนำ รำวงย้อนยุค รำวงพื้นบ้าน มาใช้ในการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุมี สุขภาพดีทั้งกายและใจ หรือผู้นำกลุ่มออกกำลังกายในชมรมผู้สูงอายุมีการคิดทำออกกำลังกาย โดย เลียนแบบจากท่าทางของสัตว์หรือกิจกรรมที่ทำในชีวิตประจำวัน เช่น ทำออกกำลังกายแทงปลาไหล ของชมรมผู้สูงอายุตำบลทุ่งคลอง จังหวัดกาฬสินธุ์ หรือ ทำออกกำลังกายทำนกกระยาง ของชมรม ผู้สูงอายุตำบลสระโคก จังหวัดพิษณุโลก เป็นต้น

ผู้สูงอายุมีการใช้ยาสมุนไพรทั้งการดูแลรักษาอาการเบื้องต้น เช่น ยาหอม รักษาโรคลม อาการ วิงเวียนและอ่อนเพลีย ซึ่งโรคลมเป็นโรคที่มักพบในผู้สูงอายุ ตำรับยาหอมที่ผู้สูงอายุเลือกใช้มักแตกต่าง หลากหลายกันในแต่ละพื้นที่ บางเป็นตำรับยาพื้นบ้าน บางเป็นตำรับยาแผนไทย นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมี ตำรับยาที่เชื่อว่าเป็นยาอายุวัฒนะที่ช่วยให้อายุยืน เช่น ตำรับยาตรีผลา ช่วยบำรุงธาตุในร่างกาย หรือ การนิยมนับประทานกล้วยน้ำว้ากับข้าวเหนียว หรือการรับประทานผลไม้หรือผักดองกับน้ำผึ้ง เช่น กล้วย น้ำว้าดองน้ำผึ้ง มะกรูดดองน้ำผึ้ง กระเทียมดองน้ำผึ้ง หรือบอระเพ็ดดองน้ำผึ้ง เป็นต้น

ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีความแตกต่างหลากหลายกันในแต่ละพื้นที่และ กลุ่มอาการของโรคที่มักพบในผู้สูงอายุ เช่น อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อาการวิงเวียน (โรคลม) อาการ ท้องผูก อาการวัยทอง เบาหวาน อัมพฤกษ์ อัมพาต ความดันโลหิตสูง เป็นต้น หมอพื้นบ้านมักใช้ยาเดี่ยว และยาตำรับในการดูแลรักษาอาการกลุ่มอาการ เช่น โรคกระดูก ข้อ และอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หมอพื้นบ้านมีตำรับยาพอกเข้ารักษาอาการปวดเข้าในผู้สูงอายุ หรือเลือกใช้ยาเดี่ยวและยาตำรับใน การรักษาปวดกล้ามเนื้อ เช่น เถวัลย์เปรียง ไพล ชิง หรือ ตำรับโคคลาน หรือใช้การนวดพื้นบ้านใน

การรักษาอาการแพ้ในผู้สูงอายุ อาการวิงเวียน โรคลม ตำรับยาหอมของหมอพื้นบ้านในการรักษาโรคลม โดยส่วนใหญ่ประกอบด้วยสมุนไพรไม่น้อยกว่า 20 ชนิด นอกจากนี้หมอพื้นบ้านยังมีตำรับยาอายุวัฒนะ ตามแนวคิดของหมอพื้นบ้าน “อายุวัฒนะ” คือ ตำรับยาที่ทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้ ขับถ่ายเป็นปกติ และนอนหลับสนิท หากพฤติกรรมเหล่านี้เป็นปกติจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและยืนยาว ตำรับยาอายุวัฒนะส่วนใหญ่เป็นยาตำรับ เช่น ตำรับตรีผลา ตำรับยาตองมะกรูด เป็นต้น

หมอสง่า พันธุ์สายศรี ตำรับยาแก้ปวดเข่าในผู้สูงอายุ



2. การส่งเสริมและการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

จากบทเรียนที่ผ่านมา หมอพื้นบ้านมีภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านและประสบการณ์การดูแลรักษาโรคแบบพื้นบ้านมายาวนาน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สํารวจพบว่า ปี พ.ศ. 2557 หมอพื้นบ้านทั่วประเทศมีจำนวน 55,475 คน (ณ 31 มกราคม 2558) จำแนกเป็นหมออายุรเวท หมอสมุนไพร หมอตำแย และหมอพิธีกรรม/ไสยศาสตร์ ดูแลรักษาโรคทางกาย และโรคทางจิตใจ/จิตวิญญาณหลายโรค ในระยะใกล้ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีนโยบายและแนวทางส่งเสริมสถานภาพทางกฎหมายและสถานภาพทางสังคมของหมอพื้นบ้าน ทำให้หมอพื้นบ้านได้รับการยอมรับและใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาเพื่อการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันหมอพื้นบ้านมีบทบาทการดูแลสุขภาพในชุมชน 3 รูปแบบ คือ (1) หมอพื้นบ้านบริการการดูแลรักษาโรคแบบพื้นบ้านที่บ้านตนเอง (2) หมอพื้นบ้านร่วมกับชุมชน/ท้องถิ่นให้การดูแลรักษาโรคแบบพื้นบ้านในสถานที่เฉพาะ และ (3) หมอพื้นบ้านร่วมบริการการแพทย์พื้นบ้านในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

สำหรับกระบวนการส่งเสริมและใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนสำคัญคือ (1) ศึกษาและเรียนรู้ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพในพื้นที่ พร้อมกับสร้างความสัมพันธ์เพื่อก่อรูปการทำงานร่วมกันระหว่างบุคคลและองค์กรที่เกี่ยวข้อง (2) ส่งเสริมการรวมกลุ่ม/เครือข่ายของหมอพื้นบ้าน พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพหมอพื้นบ้าน (3) พัฒนาการบริการและบทบาทของหมอพื้นบ้านในชุมชน หรือร่วมดูแลผู้สูงอายุกับหน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐ (4) ประเมินผลและสรุปบทเรียนการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน อย่างไรก็ตาม

การส่งเสริมและการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาพื้นบ้านยังขึ้นกับความนิยมของชุมชนและการสนับสนุนด้านทรัพยากรและด้านวิชาการของหน่วยงานภาครัฐ

ผลที่ได้จากการศึกษาภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในช่วงเวลา 3 ปี (ปีงบประมาณ 2556-2558) นำมาสู่การจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านด้านสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐในระดับ รพ.สต. และ โรงพยาบาลชุมชนต่อไป

ข้อสรุป

แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Integrated Health Care) และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบระยะยาว (Long-Term Care) ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพมีคุณค่าและสมควรมานำมาใช้ประโยชน์ต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบกับท้องถิ่น/ชุมชนควรมีความร่วมมือกับภาครัฐและภาคเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ทั้งในและนอกชุมชนในการเรียนรู้ จัดการความรู้ และขยายผลการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาพื้นบ้าน/ท้องถิ่นด้านสุขภาพ ประเด็นความรู้ที่มีศักยภาพต่อสุขภาพผู้สูงอายุ คือ ผัก/อาหารพื้นบ้าน การร่าวง/ดนตรีพื้นบ้าน การดูแลจิตใจตามหลักศาสนาธรรม การนวด ยาสมุนไพรเพื่อดูแลและบำรุงร่างกาย ประเด็นเหล่านี้นับเป็นทุนทางปัญญาและทุนทางวัฒนธรรมของชุมชน หากต้องมีการจัดการและส่งเสริมการใช้ประโยชน์ต่อสุขภาพผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและอายุยืนยาว

4.4 การจัดการความรู้และการวิจัยการแพทย์พื้นบ้าน :

บทเรียนด้านกระบวนการและวิธีการ

การแพทย์พื้นบ้านเป็นระบบการแพทย์ของภาคประชาชน ที่ดำรงอยู่อย่างสอดคล้องและเชื่อมโยงในวิถีชีวิตวัฒนธรรมท้องถิ่น มีความแตกต่างตามภูมิภาค ศาสนา และชาติพันธุ์ มีการสืบทอดความรู้และการใช้ประโยชน์ในชุมชน ระบบความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน และความรู้พื้นบ้านด้านสุขภาพ เป็นระบบความรู้แฝงในชีวิตชุมชน ส่วนการแพทย์พื้นบ้านเป็นความรู้ที่ตกผลึกผ่านประสบการณ์ ทั้งเชิงประจักษ์และเชิงรหัสวิธีโดยหมอพื้นบ้าน จึงทำให้การแพทย์พื้นบ้านจะมีความเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละท้องถิ่น ท่ามกลางความหลากหลายของภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

4.4.1 การจัดการความรู้การแพทย์พื้นบ้านเพื่อใช้ประโยชน์ในระบบสุขภาพ

เป้าหมายสำคัญของการจัดการความรู้ คือ การทำให้เกิดความรู้และถูกใช้ได้ง่าย การจัดการความรู้ บทเรียนจากการทำงาน สามารถสรุปประเด็นหลักได้ 3 ส่วน คือ

1) แนวคิดการจัดการความรู้ แนวคิดพื้นฐานต่อการจัดการความรู้ คือ

1.1) ความเข้าใจต่อความรู้ ว่า ความรู้ที่สร้างสรรค์โลกนั้น ไม่ได้มีความรู้ชุดเดียว แต่มีความรู้มากมายในโลกนี้ ที่สามารถสร้างสรรค์สิ่งที่ดีงาม รุ่นต่อรุ่นได้ เช่นเดียวกัน สุขภาพและการเยียวยาผู้คน ก็มีความรู้ชุดอื่น ๆ ที่มีบทบาทมากและเป็นทางเลือกของประชาชน นอกไปจากระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่เป็นระบบการแพทย์หลักของสังคมไทย ความเข้าใจประเด็นต่อมาคือ

1.2) ความรู้ต่างชนิด มีธรรมชาติที่ต่างกัน ความรู้มีมากกว่าสิ่งที่พูด เช่น พูด อ่าน เขียนได้ ความรู้อาจแฝงในวัฒนธรรมหรือทักษะ หรืออาจจะเรียกได้ว่า เป็นความรู้โดยนัย (Tacit Knowledge)

1.3) ต้องมีความเข้าใจถึงสถานการณ์ด้านตัวความรู้ ว่าเป็นดำรงอยู่อย่างไร มีวิธีการสร้าง การรวบรวม จัดระบบ เพื่อใช้ประโยชน์ด้วยวิธีใด หรือวิธีวิทยาในการสร้างความรู้เป็นอย่างไร

1.4) ระบบงาน หรือกลไกการจัดการเป็นอย่างไร

1.5) มิติทางวัฒนธรรมของสุขภาพและการแพทย์เป็นอย่างไร ประเด็นคำถามที่ต้องมีความชัดเจนในเชิงปฏิบัติ มี 3 ประเด็นหลักและ 10 ประเด็นย่อย ที่มีความสำคัญและมีแนวคิดที่ชัดเจน ในการจัดการความรู้เชื่อมโยงกัน จึงจะทำให้การจัดการความรู้การแพทย์พื้นบ้าน สามารถพัฒนาเพื่อใช้ประโยชน์ในระบบสุขภาพ ได้เป็นผลและมีความรอบด้านดังแผนภาพ 4.10

2) กระบวนการจัดการความรู้

จากความชัดเจนแนวคิดการจัดการความรู้ซึ่งระบบดังได้กล่าวแล้ว การคัดเลือกประเด็นความรู้ มีความสำคัญ เช่นกัน

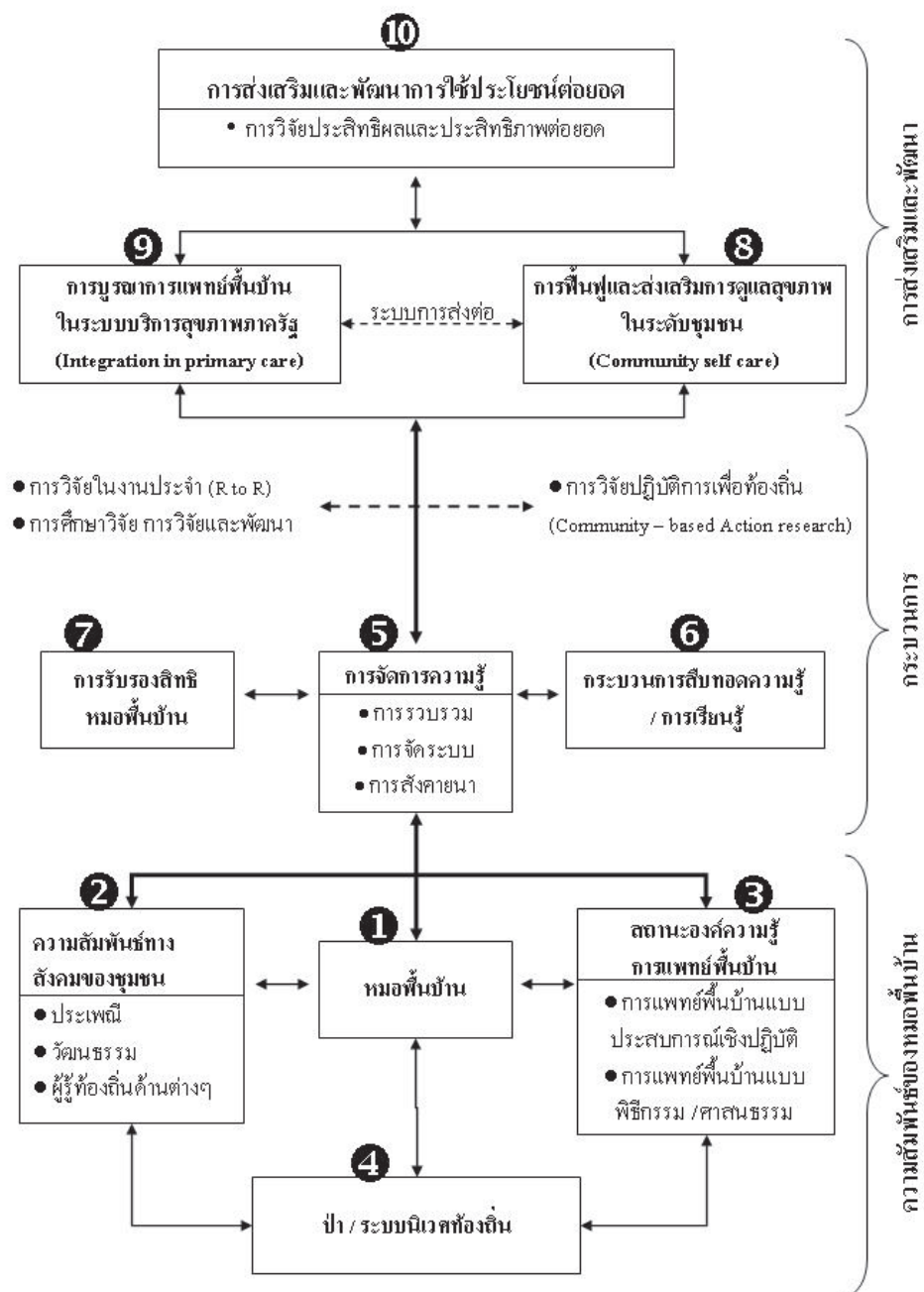
2.1) การคัดเลือกประเด็นความรู้การแพทย์พื้นบ้าน มีเป้าหมายใน 2 ด้าน คือ

(1) การพัฒนาด้านนโยบาย มี 6 ประเด็น ในหัวข้อ 4.2

(2) การจัดการความรู้และการวิจัย ด้านองค์ความรู้ มี 8 ประเด็น ประเด็นในการพัฒนาด้านนโยบาย มุ่งขับเคลื่อนงานส่งเสริมการแพทย์พื้นบ้าน ประเด็นการจัดการความรู้และการวิจัย คัดเลือกประเด็นโดยวิเคราะห์บทบาท และศักยภาพของการแพทย์พื้นบ้านที่ยังดำรงบทบาท และมีศักยภาพอยู่สูง เชื่อมกับประเด็นปัญหาสุขภาพของสังคมไทย เช่น การดูแลสุขภาพในชุมชนด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านสมุนไพรพื้นบ้าน อาหารประจำท้องถิ่น โดยศูนย์เรียนรู้ในชุมชน ชุมชนหมอพื้นบ้านแพทย์แผนไทย ปัญหาโรคเรื้อรัง ดูแลระยะยาว ในชุมชนการแพทย์พื้นบ้าน สามารถฟื้นฟูบทบาทให้ มีส่วนร่วมในทีมหมอครอบครัว มีระบบผสมผสานการดูแลร่วมกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิได้

2.2) กระบวนการจัดการความรู้ ประกอบด้วยกระบวนการสำคัญ ดังแผนภาพ 4.10

แผนภาพ 4.10 ความสัมพันธ์ของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน



จากแผนภาพ ความสัมพันธ์ของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน 3 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย

1) ความสัมพันธ์ของหมอพื้นบ้าน ที่บอกลักษณะหรือธรรมชาติของความรู้การแพทย์พื้นบ้าน ว่าหมอพื้นบ้าน **①** คือผู้ที่สะสมความรู้และประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพ ที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกับชุมชน **②** มิติของเครือข่ายทางสังคมกับผู้รู้ท้องถิ่นต่าง ๆ ในชุมชน วัฒนธรรม ประเพณี และระบบนิเวศของท้องถิ่น / ป่า **③** สถานะองค์ความรู้ของการแพทย์พื้นบ้าน จัดได้ 2 กลุ่มหลัก คือ การแพทย์แบบประสพการณ์เชิงปฏิบัติ (Secular Sub-Sector) และแบบพิธีกรรม (Sacred Sub-Sector) ความสัมพันธ์ดังกล่าว จึงทำให้การแพทย์พื้นบ้านมีเอกลักษณ์ หรือมีอัตลักษณ์ (Identity) เฉพาะลักษณะของความรู้ส่วนนี้จะทั้งความรู้ส่วนที่เป็นเชิงประสพการณ์ และความรู้แฝงในตัวบุคคล ประเพณี วัฒนธรรม

เป็นความรู้โดยนัย (Tacit Knowledge) ดังนั้น กระบวนการจัดการความรู้ ส่วนที่จะให้ความสำคัญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยอาศัยแนวคิดแบบเชิงซ้อน (Multiple Perspective) การศึกษาเชิงปริมาณเป็นส่วนประกอบ

กระบวนการจัดการความรู้ภาพรวม จากแผนภาพ กระบวนการ ประกอบด้วยประเด็นย่อย ⑤ การรวบรวม จัดระบบ และการสังคายนา ⑥ ระบบงานการสืบทอดความรู้ การเรียนรู้ ⑦ การรับรองสิทธิของหมอพื้นบ้าน มีการออกแบบในระบบงานการปฏิบัติการวิจัย ขึ้นกับจังหวะของการขับเคลื่อนงาน เช่น การวัดความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ผู้เรียนรู้และผู้บันทึกความรู้ สื่อ นักวิจัยที่เป็นแพทย์แผนไทย การรับรองสิทธิของหมอพื้นบ้าน จัดการความรู้ทั้งในลักษณะโครงการขับเคลื่อนทางนโยบาย ในลักษณะการพัฒนาารูปแบบ และการผลักดันกฎหมายและกฎระเบียบต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบรับรองสิทธิหมอพื้นบ้าน

กระบวนการจัดการความรู้ภาพรวม จากแผนภาพ ในมิติการส่งเสริมการพัฒนาดังนี้ ⑧ การฟื้นฟูและส่งเสริมการดูแลสุขภาพในระดับชุมชน (Community Self-Care) ออกแบบกระบวนการจัดการความรู้ แบบการวิจัยปฏิบัติการเพื่อท้องถิ่น (Community-Based Action Research) เน้นการเสริมพลัง (Empowerment) ให้ชุมชนหมอพื้นบ้านและภาคี เป็นนักวิจัยหลัก มีนักวิชาการเป็นผู้เอื้ออำนวย (Facilitator) เช่น การขับเคลื่อนงาน สมุนไพรพื้นบ้านและอาหารท้องถิ่น เน้นพัฒนาทีมงานและผู้รู้หมอพื้นบ้านในท้องถิ่น มีการปฏิบัติงาน ค้นคว้า รวบรวม ความรู้ในท้องถิ่นตนเอง เพื่อฟื้นฟูการใช้ประโยชน์และสืบทอด ⑨ การบูรณาการแพทย์พื้นบ้านในระบบบริการสุขภาพภาครัฐ (Integration in Primary Care) ประเด็นด้านสุขภาพ 7 ประเด็น ออกแบบกระบวนการจัดการความรู้ ด้วยการใช้ 3 ลักษณะ คือ

(1) การวิจัยและพัฒนา

(2) การวิจัยคลินิก การดูแลรักษากระดูกหักโดยหมอพื้นบ้าน

(3) การวิจัยในงานประจำ (Routine to Research : R2R) เป็นงานที่ได้รับความสนใจมาก โดยเฉพาะหน่วยงานบริการสุขภาพ มีการส่งเสริมให้บุคคลได้ตั้งคำถามจากปัญหาการทำงานในระบบ และออกแบบกระบวนการแก้ปัญหา เกิดความรู้จากการทำงาน ⑩ การส่งเสริมและพัฒนการใช้ประโยชน์ต่อยอด มีการคัดเลือกตำรับยารักษาเมื่เริ่มเด้านม ของหมอพื้นบ้านจังหวัดชุมพร ศึกษาวิจัยต่อในการวิจัยในห้องปฏิบัติการ โดยความร่วมมือของสถาบันวิจัยผลิตภัณฑ์ยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

3) ผลการจัดการความรู้

(1) เกิดนวัตกรรมด้านวิทยุวิทยุการวิจัยทางคลินิก กรณีหมอพื้นบ้านรักษากระดูกหัก โดยความร่วมมือของอาจารย์ที่ปรึกษาที่เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์และเครือข่ายนักวิจัย 14 กรณี 9 จังหวัด พัฒนาเครื่องมือและวิธีการประเมินผลการรักษาของหมอพื้นบ้าน

(2) เกิดชุดความรู้ สำหรับการขับเคลื่อนด้านนโยบายการแพทย์พื้นบ้าน 6 ชุด เช่น การรับรองสถานภาพหมอพื้นบ้าน พัฒนากฎหมายและกฎระเบียบ เกณฑ์การประเมินและการรับรองสถานภาพหมอพื้นบ้าน การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือกับสถาบันอุดมศึกษาในการจัดการความรู้หมอพื้นบ้าน พัฒนารูปแบบศูนย์เรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านไทย

(3) เกิดชุดความรู้ “การแพทย์พื้นบ้าน” จากการจัดการความรู้และการวิจัย 8 ชุด พัฒนาและจัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติงานการแพทย์พื้นบ้าน สำหรับเจ้าหน้าที่ 8 ชุด และจัดทำคู่มือสำหรับ

ประชาชน เกี่ยวกับสมุนไพรและผักพื้นบ้าน สำหรับดูแลสุขภาพ 8 ชุด

(4) พัฒนารฐานข้อมูลองค์ความรู้ หมอพื้นบ้านในระบบดิจิทัล ภายใต้โครงการ Thai Traditional Digital Knowledge (TTDK) จำนวน 4,000 ราย

4.4.2 บทเรียนสำคัญและข้อเสนอแนะ

(1) การออกแบบการทำงาน การจัดการความรู้แบบมีส่วนร่วม เช่น การวิจัยปฏิบัติการเพื่อท้องถิ่น (Community-based Action Research) การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) การวิจัยคลินิก การวิจัยในงานประจำ (Routine to Research: R2R) ทุกการทำงานให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างทีมวิจัย ทีมงานสหวิชาชีพกับหมอพื้นบ้าน มีผลการทำงานได้เรียนรู้ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านเชิงประจักษ์ เกิดความเข้าใจระหว่างกัน หลายกรณีหลายพัฒนา การบูรณาการ การดูแลสุขภาพในพื้นที่ต่อเนื่อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำโรง โครงการจังหวัดสุรินทร์ เทศบาลตำบลโคกม่วง จังหวัดพัทลุง มีการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดร่วมกับหมอพื้นบ้าน เป็นต้น

(2) ภาพลักษณ์ต่อตนเองของหมอพื้นบ้าน “มีความภูมิใจ” ที่เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพให้การยอมรับ การออกหนังสือรับรองหมอพื้นบ้านของเจ้าหน้าที่ ทำให้รู้สึก “เขาไม่ใช่หมอเถื่อน”

(3) เกิดรูปแบบความร่วมมือ ระหว่างเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพกับหมอพื้นบ้าน ร่วมกันดูแลสุขภาพตามศักยภาพของหมอพื้นบ้าน

4.5 เครือข่ายการแพทย์พื้นบ้าน 6 ประเทศลุ่มน้ำโขง :

ความร่วมมือนานาชาติเพื่อการขับเคลื่อนงานการพัฒนาด้านนโยบาย

แม่น้ำโขงเป็นแม่น้ำที่ยาวที่สุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และมีความยาวเป็นอันดับที่ 12 ของโลก มีความยาวประมาณ 4,800 กิโลเมตร เป็นพื้นที่ลุ่มน้ำใหญ่เป็นอันดับที่ 21 ของโลก แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ลุ่มน้ำโขงตอนบน เรียกว่า แม่น้ำล้านช้าง มีต้นกำเนิดที่ Qinghai Province สาธารณรัฐประชาชนจีน และแม่น้ำโขงตอนล่าง นับจากอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย ลงถึงสามเหลี่ยมปากแม่น้ำ สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม แม่น้ำโขงไหลผ่าน 6 ประเทศ ได้แก่ จีน เวียดนาม ลาว ไทย กัมพูชา และ เวียดนาม ไหลลงทะเลจีนใต้ เขตอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขงดังกล่าว ประกอบด้วยกลุ่มชนที่มีประวัติศาสตร์ที่ยาวนาน มีภูมิปัญญาด้านต่าง ๆ รวมทั้งภูมิปัญญาด้านการดูแลสุขภาพ ลุ่มน้ำโขงมีความอุดมสมบูรณ์ มีทรัพยากรธรรมชาติทั้งพันธุ์สัตว์และพันธุ์พืช จึงทำให้ตลอดลุ่มน้ำโขงมีความคล้ายคลึง เชื่อมโยงกันทางด้านระบบนิเวศ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรม อันมีรากฐานผูกพันกับความเป็นกลุ่มชนต่าง ๆ อย่างมีอัตลักษณ์

4.5.1 เครือข่ายความร่วมมือทางเศรษฐกิจในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขง : รูปธรรมของความสำเร็จ

ด้วยความอุดมสมบูรณ์ทางทรัพยากรธรรมชาติดังกล่าวข้างต้นแล้ว ต้นทุนทางภูมิศาสตร์ยังเป็นจุดศูนย์กลางในการเชื่อมโยงติดต่อระหว่างภูมิภาคเอเชียใต้ เอเชียตะวันออก และเอเชียตะวันออกเฉียง

เฉียงใต้ จึงทำให้เกิดโครงการพัฒนาความร่วมมือทางเศรษฐกิจในอนุภูมิภาคแม่น้ำโขง (Greater Mekong Subregion : GMS) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 โดยมีธนาคารพัฒนาเอเชีย (Asian Development Bank : ADB) เป็นผู้ให้การสนับสนุนหลัก และมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้เกิดการขยายตัวทางการค้า การลงทุน อุตสาหกรรม การเกษตร และบริการ สนับสนุนการจ้างงานและยกระดับความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น ส่งเสริมและพัฒนาความร่วมมือทางเทคโนโลยีและการศึกษาระหว่างกัน ตลอดจนการใช้ทรัพยากรธรรมชาติที่ส่งเสริมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมและเพิ่มขีดความสามารถ รวมทั้งโอกาสทางเศรษฐกิจในเวทีการค้าโลก มีทั้งหมด 11 แผนงาน โดยจัดลำดับความสำคัญสูง (Flagship Programs) เป็นแผนด้านเศรษฐกิจเป็นส่วนใหญ่ ความร่วมมือการพัฒนาทุนมนุษย์ของ GMS ภาพรวมระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ด้านสาธารณสุข ได้เน้นเป็นพิเศษด้านการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ดังนั้น การขับเคลื่อนการพัฒนาโดยใช้เศรษฐกิจนำ จึงไม่ใช่หลักประกันด้านสุขภาวะ ประชาชนอย่างสมดุลอย่างยั่งยืน

4.5.2 เครือข่ายการแพทย์พื้นบ้านลุ่มน้ำโขง : การรวมพลังเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมการใช้ประโยชน์และการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น

1) ศาสตราจารย์ ดร. Pei Shengii แห่งสถาบันพฤกษศาสตร์คุนหมิง (The Kunming Institute of Botany) ได้เสนอรายงานการศึกษาความหลากหลายของชนิดพันธุ์พืช ในพื้นที่ของอนุภูมิภาคแม่น้ำโขง 6 ประเทศ พบชนิดพันธุ์พืชรวม 13,548 ชนิด (Species) การสำรวจในมณฑลยูนนาน พบ 6,157 ชนิด (จีน พบ 11,145 ชนิด) กัมพูชา พบ 155 ชนิด (คาดการณ์มี 1,500-2,000 ชนิด) ลาว 1,500 ชนิด เมียนมาร์ 322 ชนิด (คาดการณ์มี 2,000 -2,500 ชนิด) ไทย 1,556 ชนิด เวียดนาม 3,948 ชนิด งานวิชาการดังกล่าวได้เสนอถึง 4 ปัจจัยหลัก ที่ทำให้พืชพันธุ์ในประเทศจีนลดลง คือ

- (1) การลดลงของป่าไม้
- (2) การใช้พื้นที่เกษตรกรรมเพิ่มขึ้น
- (3) การเพิ่มประชากร
- (4) ความต้องการของตลาดสมุนไพร

สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงต้นทุนทางธรรมชาติที่อุดมสมบูรณ์ของลุ่มน้ำโขงกับภาวะคุกคามที่เป็นความท้าทายร่วมกันของเครือข่ายว่าจะหาทางหรือกำหนดทิศทางการฟื้นฟูเพื่อการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืนได้อย่างไร

2) ในช่วงที่ผ่านมาวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นหน่วยงานวิชาการที่นำร่องขับเคลื่อนงานการแพทย์พื้นบ้านในอนุภูมิภาคแม่น้ำโขง มีการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาวิจัยและพัฒนาเครือข่ายชุมชน สมุนไพร อนุภูมิภาคแม่น้ำโขง ทั้งวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์และการฝึกอบรม บริการวิชาการและทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมด้วยการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลและบริการด้านการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ชนเผ่าในอนุภูมิภาคแม่น้ำโขงในรูปแบบต่าง ๆ และสวนพืชสมุนไพร มีการจัดเวทีกลางเพื่อพบปะของเครือข่ายหมอพื้นบ้าน จัดทำวารสาร “หมอพื้นบ้าน” แห่งเอเชีย (Journal of Asian Ethno-Medicine)

การประชุมเครือข่ายการแพทย์พื้นบ้านลุ่มน้ำโขง ครั้งที่ 1-4 โดยมีวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย จังหวัดเชียงราย เป็นองค์กรหลักนำร่องการดำเนินงาน การประชุมครั้งที่ 5-6 ได้มีการขยายภาคี คือ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี มติการประชุม ครั้งที่ 6 ณ เมืองลีเจียง มณฑลยูนนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน ได้มีมติจัดตั้งคณะทำงาน 3 ชุด ประกอบด้วย

(1) The Collaborative Network of Indigenous Medicine in the Greater Mekong Basin

(2) The Academic Committee of the Network

(3) The Core Committee on the Protection of Traditional Medicine Knowledge and Medicinal Genetic Resources

เพื่อเป็นกลไกหลักในการดำเนินงานร่วมกันในระหว่างประเทศสมาชิกเครือข่ายการแพทย์พื้นบ้านลุ่มน้ำโขง 6 ประเทศ คือ กัมพูชา จีน ลาว เมียนมาร์ ไทย และเวียดนาม บทบาทหลักสำคัญของคณะกรรมการ 3 ชุด จะใช้เวทีการประชุมเพื่อกำหนดทิศทางการส่งเสริมและพัฒนาศาสตร์การแพทย์พื้นบ้านลุ่มน้ำโขงร่วมกัน ตามองค์ประกอบของคณะทำงาน โดยสังเขป ดังนี้

คณะที่ 1 กำหนดทิศทางการนโยบายในระดับยุทธศาสตร์

คณะที่ 2 กำหนดทิศทางการนโยบายและสนับสนุนการดำเนินงานด้านการพัฒนาวิชาการและการวิจัย

คณะที่ 3 กำหนดทิศทางการนโยบายและสนับสนุนการดำเนินงานด้านการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านและพันธุกรรมพืชสมุนไพร

4.5.3 สรุปและเสนอแนะ

1) การขับเคลื่อนงานในลักษณะเครือข่าย จะเป็นกลไกที่มีพลังร่วมกัน ดังที่เครือข่ายการแพทย์พื้นบ้านลุ่มน้ำโขงได้ก่อรูปขึ้นใน 3 คณะทำงานที่มีทั้งระดับของการกำหนดทิศทางการทำงานร่วมกันโดย Collaborative Network of Indigenous Medicine in the Greater Mekong Basin

2) เสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการวิจัย เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขงร่วมกันด้วยฐานความรู้ โดย The Academic Committee of the Network

3) เสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายคุ้มครองภูมิปัญญา (Intellectual Property Rights : IPR) โดย The Core committee on the Protection of Traditional Medicine Knowledge and Medicinal Genetic Resources การพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านและสมุนไพรลุ่มน้ำโขง (Establishment of Digital Medicinal Plants Information System) ควรจัดเป็นประเด็นสำคัญลำดับต้น ๆ เพื่อวางระบบปกป้องภูมิปัญญา และส่งเสริมการพัฒนารูปแบบ การแบ่งปันผลประโยชน์และการคุ้มครองภูมิปัญญา (Intellectual Property Rights: IPR) เพื่อให้การพัฒนา ร่วมกันของเครือข่ายอนุภูมิภาคการแพทย์พื้นบ้านลุ่มน้ำโขงบนพื้นฐานการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่นและทรัพยากรธรรมชาติในมิติทางวัฒนธรรมอย่างยั่งยืน และมีความสอดคล้องกับการพัฒนาเศรษฐกิจที่จะนำความผาสุกกับประชาชนในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขง

4.6 บทส่งท้าย

หนึ่งทศวรรษของการฟื้นฟูการแพทย์พื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพชุมชน ความรู้เชิงประสบการณ์ชุดนี้ ได้สะท้อนให้เห็นบทเรียนหลายมิติ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและภาคีเครือข่าย ได้ขับเคลื่อนงานในบทบาทของหน่วยงานวิชาการและพัฒนานโยบาย บทเรียนเชิงประสบการณ์ 4 ด้านหลัก ประกอบด้วย 1) การพัฒนาด้านนโยบาย 2) การจัดการความรู้และการวิจัย : บทเรียนการศึกษา รวบรวมองค์ความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านเชิงปฏิบัติ 3) การจัดการความรู้และการวิจัย : บทเรียนด้านกระบวนการและวิธีการ 4) เครือข่ายการแพทย์พื้นบ้าน 6 ประเทศลุ่มน้ำโขง : ความร่วมมือนานาชาติเพื่อขับเคลื่อนงาน และบทส่งท้าย

ความรู้เชิงปฏิบัติการที่เป็นบทเรียนสำคัญ คือ

1. การฟื้นฟูระบบภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน เข้าใจยาก แต่เมื่อขับเคลื่อนงานร่วมกันแล้วเกิดการเรียนรู้จากการทำงานในกระบวนการจัดการความรู้ในแต่ละเรื่อง โดยเฉพาะการบูรณาการแพทย์พื้นบ้านในระบบบริการสุขภาพภาครัฐ รูปแบบการบูรณาการจะเป็นงานที่พัฒนาต่อเนื่อง จากการที่ได้เรียนรู้จากการทำวิจัยร่วมกัน เช่น การดูแลสุขภาพมารดาและทารก การดูแลรักษาผู้ที่ถูกงูกัด (ดูแลร่วมกันระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้าน ในโรงพยาบาลชุมชน)

2. การประยุกต์วิธีวิทยา (Methodology) ใช้กระบวนการจัดการความรู้ เป็นจุดเริ่มต้นของการทำงาน วิธีการที่ใช้ส่วนใหญ่ คือ

2.1 การวิจัยปฏิบัติการเพื่อท้องถิ่น (Community-Based Action Research) ในประเด็นของภูมิปัญญาท้องถิ่น ชุมชนเกิดการเรียนรู้ โดยกระบวนการวิจัยแบบนี้ชุมชนจะมีบทบาทสำคัญ

2.2 การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

2.3 การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research) โดยเฉพาะการเริ่มต้นการทำงานที่มุ่งเน้นให้เกิดการเรียนรู้ในงานบริการที่ปฏิบัติอยู่จะมีความเป็นไปได้ จูงใจคนทำงานและเกิดการเรียนรู้

2.4 การวิจัยคลินิก จะได้กล่าวต่อไป

3. มีนวัตกรรมด้านวิธีวิทยา กรณีหมอพื้นบ้านรักษากระดูกหัก ออกแบบการวิจัยคลินิก มีแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ จากมหาวิทยาลัยเป็นหัวหน้าโครงการ ลงพื้นที่ร่วมกับคณะวิจัยพื้นที่หมอพื้นบ้าน ประยุกต์เครื่องมือวิธีการด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน ประเมินผลการรักษาของหมอพื้นบ้าน กรณีศึกษานี้ ทีมวิจัยในสถานบริการสุขภาพภาครัฐ คือ แพทย์และทีมงาน ผลลัพธ์สำคัญแพทย์ในหลายกรณีได้เรียนรู้ถึงศักยภาพของหมอพื้นบ้าน และเกิดความสนใจในการจัดการความรู้ต่อเนื่อง เช่น แพทย์เรียนรู้ที่จะใช้เฝือกไม้ไผ่ของหมอพื้นบ้าน แพทย์อยากจัดการความรู้เรื่องเฝือกไม้ไผ่ของหมอพื้นบ้าน

4. การปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ของนักวิชาชีพสุขภาพและคนทำงานในระบบสุขภาพต่อหมอพื้นบ้าน เช่น กรณีการรักษางูกัดในโรงพยาบาลชุมชนเกิดการส่งต่อการรักษาพยาบาล

5. เกิดการบูรณาการงานบริการสุขภาพ กับหมอพื้นบ้าน ในหลายลักษณะ เช่น เชิญหมอพื้นบ้านร่วมรักษาในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

6. การรับรองสถานภาพหมอพื้นบ้าน ทำให้การแพทย์พื้นบ้านมีพื้นที่ในระบบสุขภาพ เป็นโอกาสในการส่งเสริมและพัฒนา ให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชน

7. มีตำรับยาของหมอพื้นบ้าน ในแต่ละชุมชนที่เป็นประสบการณ์ใช้ที่ยาวนานของหมอพื้นบ้าน ได้รับการยอมรับจากสถานบริการสุขภาพและนำมาใช้ในการให้บริการ เช่น ยาตำรับหมอพื้นบ้าน ประสะนํ้านม กรณีตำบลดงเค็ง จังหวัดขอนแก่น กรณีอำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย ยาหมอพื้นบ้าน จังหวัดนครพนม เป็นต้น

8. มีกฎหมายและกฎระเบียบที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อรองรับการพัฒนาการส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งต้องขับเคลื่อนไปพร้อม ๆ กัน อย่างสัมพันธ์กับประเด็นเนื้อหาแต่ละเรื่อง

บทเรียนการทำงาน 8 ประเด็นแม้ไม่ได้สมบูรณ์แบบทั้งหมด แต่เป็นบทเรียนที่เกิดจากการขับเคลื่อนงานสำคัญของการแพทย์พื้นบ้าน เป็นการเปิดพื้นที่ของชุดความรู้การแพทย์พื้นบ้าน ในระบบสุขภาพของสังคมไทยที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง พัฒนาต่อยอดเพื่อใช้ประโยชน์ต่อไป



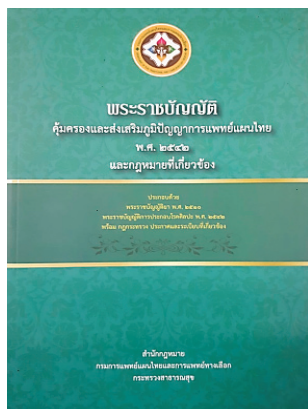
สถานการณ์การขับเคลื่อน การคุ้มครองภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทยของประเทศไทย

การขับเคลื่อนการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เป็นการนำนโยบายว่าด้วยการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมนับตั้งแต่มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 โดยมีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นหน่วยงานในการขับเคลื่อนภารกิจในการดำเนินการให้มีการอนุรักษ์ คุ้มครอง และเฟื่องฟูภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย สมุนไพรและถิ่นกำเนิด ทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับสากล ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 สอดคล้องเชื่อมโยงกับกฎหมาย ข้อตกลง ระเบียบ ข้อบังคับ ทั้งในและระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง อาทิ 1) ข้อตกลงความร่วมมือสากลว่าด้วยทรัพย์สินทางปัญญาและพันธุกรรมกับองค์การทรัพย์สินทางปัญญาโลก (World Intellectual Property Organization : WIPO) และการประชุม WIPO IGC : World Intellectual Property Organization Intergovernmental Committee on Intellectual Property and Genetic Resources, Traditional Knowledge and Folklore 2) อนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ (Convention on Biological Diversity : CBD) 3) พิธีสารนาโงยาว่าด้วยการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ประโยชน์ทรัพยากรพันธุกรรมอย่างเท่าเทียมและยุติธรรม (Nagoya Protocol) 4) อนุสัญญาว่าด้วยการสงวนรักษามรดกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมที่จับต้องไม่ได้ (Convention for the Safeguarding of the Intangible Cultural Heritage) โดยมีอนุสัญญาว่าด้วยการค้าระหว่างประเทศซึ่งชนิดสัตว์ป่าและพืชป่าที่ใกล้สูญพันธุ์ (CITES) และกฎหมายภายในประเทศไทย ได้แก่ พระราชบัญญัติคุ้มครองพันธุ์พืช พ.ศ. 2542

อนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ (Convention on Biological Diversity : CBD) (article 8j) ได้ให้ความหมายของคำว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่นและภูมิปัญญาพื้นเมือง หมายถึง องค์ความรู้ นวัตกรรม และการใช้โดยชาวพื้นเมืองหรือชุมชนท้องถิ่น

เอกสารจาก WIPO IGC ได้ให้ความหมายของคำว่า ภูมิปัญญาดั้งเดิม ว่า ความรู้เฉพาะที่เป็นผลมาจากการกระทำที่ถูกส่งผ่านจนกลายเป็นวัฒนธรรม และรวมไปถึงองค์ความรู้ การปฏิบัติ ทักษะ และนวัตกรรม (หมายเหตุ ปัจจุบันนิยามของคำว่าภูมิปัญญาท้องถิ่นยังไม่ได้มีการกำหนดและยอมรับอย่างชัดเจนในระดับสากล)

World Health Organization (WHO) ได้ให้ความหมายของคำว่า Traditional Medicine ว่า การปฏิบัติ ความเชื่อ วิธีการด้านสุขภาพ ผสมผสานเข้ากับพืชสัตว์และแร่ธาตุ ที่เป็นพื้นฐานของการรักษาจิตวิญญาณ คู่มือการปฏิบัติ การนำมาประยุกต์ใช้ทั้งแบบเดี่ยวและแบบผสมผสานกันในการรักษา การวินิจฉัยโรค และป้องกันอาการเจ็บป่วย หรือรักษาให้อาการดีขึ้น



กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 116 ตอนที่ 120 ก ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2542 และมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม 2543 นับเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของประเทศไทย ในฐานะกฎหมายเฉพาะ (sui-generis) สอดคล้องตามกฎหมายภายในประเทศ โดยมีเจตนารมณ์สำคัญคือ คุ้มครองสมุนไพร คุ้มครองตำรับและตำราการแพทย์แผนไทย คุ้มครองถิ่นกำเนิดของสมุนไพร โดยแบ่งเป็น 7 หมวด 82 มาตรา ซึ่งมีคำนิยามของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 3 แห่ง ดังนี้

“ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย” หมายความว่า พื้นความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

“การแพทย์แผนไทย” หมายความว่า กระบวนการทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษา หรือป้องกันโรค หรือการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์หรือสัตว์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย และให้หมายความรวมถึงการเตรียมการผลิตยาแผนไทย และการประดิษฐ์ อุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งนี้ โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา

“ตำราการแพทย์แผนไทย” หมายความว่า หลักวิชาการต่าง ๆ เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ทั้งที่ได้บันทึกไว้ในสมุดไทย ใบลาน ศิลาจารึก หรือวัสดุอื่นใด หรือที่มีได้มีการบันทึกกันไว้แต่เป็นการเรียนรู้หรือถ่ายทอดสืบต่อกันมาไม่ว่าด้วยวิธีใด

“ยาแผนไทย” หมายความว่า ยาที่ได้จากสมุนไพรโดยตรงหรือที่ได้จากการผสมปรุง หรือแปรรูปสมุนไพร และให้หมายความรวมถึงยาแผนโบราณตามกฎหมายว่าด้วยยา

“ตำรับยาแผนไทย” หมายความว่า สูตรซึ่งระบุกรรมวิธีการผลิตและส่วนประกอบสิ่งปรุงที่มียาแผนไทยรวมอยู่ด้วยไม่ว่าสิ่งปรุงนั้นจะมีรูปลักษณะใด

“สมุนไพร” หมายความว่า พืช สัตว์ จุลชีพ ธาตุวัตถุ สารสกัดดั้งเดิมจากพืชหรือสัตว์ที่ใช้หรือแปรรูปหรือผสมหรือปรุงเป็นยาหรืออาหารเพื่อการตรวจวินิจฉัย บำบัด รักษา หรือป้องกันโรค หรือส่งเสริมสุขภาพร่างกายของมนุษย์หรือสัตว์ และให้หมายความรวมถึงถิ่นกำเนิดหรือถิ่นที่อยู่ของสิ่งดังกล่าวด้วย

“สมุนไพรควบคุม” หมายความว่า สมุนไพรที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดให้เป็นสมุนไพรควบคุม

“เขตอนุรักษ์” หมายความว่า เขตป่าสงวนแห่งชาติ เขตพื้นที่คุ้มครองสิ่งแวดล้อม เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า เขตห้ามล่าสัตว์ป่า เขตอุทยานแห่งชาติ และเขตพื้นที่คุ้มครองอย่างอื่น เพื่อสงวนและรักษาสภาพธรรมชาติตามที่มีกฎหมายกำหนด

“ผู้สืบทอดตำรับยาแผนไทยหรือตำราการแพทย์แผนไทย” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้รับการถ่ายทอดตำรับยาแผนไทยหรือตำราการแพทย์แผนไทยจากผู้คิดค้น ผู้ปรับปรุง หรือผู้พัฒนาสิ่งดังกล่าว หรือได้เล่าเรียนสืบทอดกันมาโดยไม่ทราบผู้คิดค้น ผู้ปรับปรุงหรือผู้พัฒนาสิ่งดังกล่าว หรือผู้ซึ่งได้รับมอบสิ่งดังกล่าวจากบุคคลอื่น

“ผู้ทรงสิทธิ” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้จดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามพระราชบัญญัตินี้

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

“นายทะเบียน” หมายความว่า นายทะเบียนกลางหรือนายทะเบียนจังหวัด แล้วแต่กรณี

การเก็บรวบรวมข้อมูลองค์ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อให้มีการจดทะเบียนคุ้มครองความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นตามกฎหมายต่าง ๆ และนำข้อมูลองค์ความรู้นั้นจัดทำเป็นฐานข้อมูล เพื่อสามารถนำไปต่อยอดพัฒนาเชิงพาณิชย์ได้ โดยกลไก (1) การส่งเสริมและสนับสนุนการอนุรักษ์ความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาของชุมชนและท้องถิ่น (2) การเก็บรวบรวมและจัดทำบัญชีรายการพืช สัตว์ และจุลินทรีย์ ที่มีแหล่งกำเนิดหรือพบได้ในประเทศ รวมทั้งภูมิปัญญาของชุมชนและท้องถิ่น เพื่อประโยชน์ในการเป็นฐานข้อมูลและดูแลการใช้ประโยชน์ทางเศรษฐกิจจากความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาของชุมชนและท้องถิ่น (3) ส่งเสริม สนับสนุน และดำเนินการเผยแพร่องค์ความรู้และการให้บริการการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์เกี่ยวกับความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาของชุมชนและท้องถิ่น (4) ส่งเสริม สนับสนุน และดำเนินการเพื่อให้มีการจดทะเบียนคุ้มครองความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาของชุมชนและท้องถิ่นตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ปัจจุบันสำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจจากฐานชีวภาพ (องค์การมหาชน) ได้ขับเคลื่อนกลไกคณะกรรมการคัดกรององค์ความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือภูมิปัญญาดั้งเดิมหรือภูมิปัญญาไทสาขาต่าง ๆ โดยได้จำแนกองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง ดังตาราง 5.1

ตาราง 5.1 จำแนกองค์ความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือภูมิปัญญาดั้งเดิมหรือภูมิปัญญาไทสาขาต่าง ๆ ตามหน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก

หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก	องค์ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น/ภูมิปัญญาดั้งเดิม/ ภูมิปัญญาไทสาขาต่าง ๆ
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	1. ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของชาติ 2. ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยทั่วไป 3. ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยส่วนบุคคล
กรมทรัพย์สินทางปัญญา	1. องค์ความรู้ของชุมชนท้องถิ่น (Traditional Knowledge) 2. การแสดงออกซึ่งศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้าน (Expression of Folklore)
กรมส่งเสริมวัฒนธรรม	การขึ้นทะเบียนมรดกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรม จำแนกเป็น 7 สาขา คือ 1. ภาษา 2. วรรณกรรมพื้นบ้าน 3. สาขาศิลปการแสดง 4. แนวปฏิบัติทางสังคมพิธีกรรมและงานเทศกาลต่าง ๆ 5. งานช่างฝีมือดั้งเดิม 6. ความรู้และแนวปฏิบัติเกี่ยวกับธรรมชาติและจักรวาล 7. กีฬาภูมิปัญญาไทย
กรมศิลปากร	การแสดงออกซึ่งศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้านในสาขานาฏกรรมและสาขาศิลปกรรม
สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจจากฐานชีวภาพ	1. ภูมิปัญญาด้านการเกษตร 2. ภูมิปัญญาด้านอาหาร 3. ภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร 4. ภูมิปัญญาด้านหัตถกรรม 5. ภูมิปัญญาด้านการจัดการทรัพยากรความหลากหลายทางชีวภาพ
กรมการพัฒนาชุมชน	รวบรวมภูมิปัญญาท้องถิ่นระดับตำบลของไทย 1. อาหาร 2. เครื่องดื่ม 3. ผ้าและเครื่องแต่งกาย 4. ของใช้ ของประดับตกแต่ง และของที่ระลึก 5. สมุนไพรที่ไม่ใช่อาหาร 6. อื่น ๆ

ที่มา : สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจจากฐานชีวภาพ (2557)

จากตาราง 5.1 การจัดกลุ่มภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือองค์ความรู้หรือความหลากหลายทางชีวภาพจะเห็นว่ามีความแตกต่างหลากหลายตามเจตนาการนำไปใช้และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งบริบทในการรวบรวมอนุรักษ์ ควรมีหน่วยงานกลางระดับชาติในการรวบรวมและบริหารจัดการเชิงนโยบาย

ภายใต้กลไกของรัฐบาลเพื่อประโยชน์ในการปกป้อง อนุรักษ์ และใช้ประโยชน์อย่างเหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

ในบทนี้มีวัตถุประสงค์นำเสนอสถานการณ์การขับเคลื่อนระบบและกลไกการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในด้านต่าง ๆ ระหว่างปี พ.ศ. 2556 -2559 มีรายละเอียดดังนี้

5.1 การพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินการ

5.1.1 จัดทำกฎหมายลำดับรองที่ออกตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 มีผลใช้บังคับ จำนวน 19 ฉบับ ประกอบด้วย กฎกระทรวง 5 ฉบับ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข 10 ฉบับ ระเบียบคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย 2 ฉบับ และ ประกาศคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย 2 ฉบับ โดยที่ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2559 ยังไม่มีการประกาศใช้กฎหมายลำดับรองอีก

5.1.2 ดำเนินการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ พ.ศ. 2546 จำนวน 7 ครั้ง โดยครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2555-2556 ครั้งที่ 6 ปี พ.ศ. 2557-2559 และครั้งที่ 7 ปี พ.ศ. 2560-2561

และกฎกระทรวงฯ ข้อ 4 ให้นายทะเบียนกลางและนายทะเบียนจังหวัดร่วมกันจัดทำทะเบียนข้อมูลบุคคลของกลุ่มต่าง ๆ ร้องรับการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ยอดสะสมตั้งแต่ พ.ศ. 2548-2559 ดังตาราง

ตาราง 5.2 ทะเบียนข้อมูลบุคคลกลุ่มต่าง ๆ ร้องรับการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ปี พ.ศ. 2548-2559

เขตสุขภาพที่	หมอพื้นบ้าน	องค์การฯ	ผู้ปลูกหรือแปรรูป	ผู้ผลิตหรือจำหน่าย	นักวิชาการ	รวม
1	7,363	67	400	330	272	8,432
2	2,916	32	107	87	148	3,290
3	1,908	44	130	112	123	2,317
4	1,603	61	170	147	203	2,204
5	2,094	104	251	226	198	2,873
6	2,353	66	255	176	162	3,012
7	9,493	25	171	90	110	9,889
8	8,553	44	369	159	125	9,250
9	4,804	29	274	63	173	5,343
10	10,034	40	391	126	353	10,944
11	3,039	38	264	194	155	3,690

เขตสุขภาพที่	หมอพื้นบ้าน	องค์การฯ	ผู้ปลูกหรือแปรรูป	ผู้ผลิตหรือจำหน่าย	นักวิชาการ	รวม
12	3,549	81	222	130	239	4,221
13	102	8	31	105	42	288
รวม	57,831	639	3,035	1,945	2,303	65,753

ที่มา : สำนักงานนายทะเบียนกลาง ณ 31 กรกฎาคม 2559

5.1.3 พัฒนาระบบและกลไกการอนุรักษ์ คัมครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย โดยกำหนดภารกิจดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ภารกิจด้านคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย 2) ภารกิจด้านกฎหมาย 3) ภารกิจด้านสนับสนุนการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย 4) ภารกิจด้านการแพทย์พื้นบ้าน

5.2. การอนุรักษ์ คัมครองตามพระราชบัญญัติ

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีหน้าที่รวบรวมข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเกี่ยวกับตำรับยาแผนไทยและตำราการแพทย์แผนไทยทั่วราชอาณาจักร เพื่อจัดทำทะเบียนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย โดยมีจำนวน 167,712 รายการ จำแนกเป็นตำรับยาแผนไทย 159,745 รายการ และตำราการแพทย์แผนไทย 7,967 รายการ (ฐานข้อมูลนายทะเบียนกลาง : 31 กรกฎาคม 2559)

ปัจจุบันอยู่ระหว่างคัดเลือกตำรับยาและตำราการแพทย์แผนไทย เตรียมการประกาศกำหนดเป็นตำรับยาแผนไทยของชาติหรือทั่วไป และตำราการแพทย์แผนไทยของชาติหรือทั่วไป รวมทั้งพัฒนาโปรแกรมและฐานข้อมูลรองรับการจดทะเบียนสิทธิภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยส่วนบุคคล

5.2.1 ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ได้แก่ ตำรับยาแผนไทย และตำราการแพทย์แผนไทย โดยมีการคุ้มครอง 3 ระดับ คือ

1) ตำราการแพทย์แผนไทยหรือตำรับยาแผนไทย **ที่มีประโยชน์หรือมีคุณค่าในทางการแพทย์หรือการสาธารณสุขเป็นพิเศษ เป็นภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของชาติ**

ผู้ใดประสงค์จะนำตำรับยาแผนไทยของชาติ

(1) ขอขึ้นทะเบียนตำรับยา และขออนุญาตผลิตยา ตามกฎหมายว่าด้วยยา

(2) นำไปทำการศึกษาวิจัยเพื่อปรับปรุงหรือพัฒนาเป็นตำรับยาใหม่ เพื่อประโยชน์ในทางการค้า หรือผู้ใดประสงค์จะทำการศึกษาวินิจฉัย

หรือผู้ใดประสงค์จะทำการศึกษาวินิจฉัย ตำราการแพทย์แผนไทยของชาติ เพื่อปรับปรุงหรือพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยขึ้นใหม่ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในทางการค้า

ให้ยื่นคำขอรับอนุญาตใช้ประโยชน์ และชำระค่าธรรมเนียม รวมทั้งค่าตอบแทนสำหรับการใช้ประโยชน์ดังกล่าวต่อผู้อนุญาต

รูปที่ 5.1 ตัวอย่างตำราการแพทย์แผนไทยที่ขอรับขึ้นทะเบียน



โดยมีผลการประกาศคุ้มครองรายการตำรับยาแผนไทยในตำราการแพทย์แผนไทย ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การประกาศกำหนดตำราการแพทย์แผนไทยของชาติและตำรับยาแผนไทยของชาติ ณ 31 กรกฎาคม 2559 ดังตาราง 5.3

ตาราง 5.3 ประกาศตำราการแพทย์แผนไทยของชาติและตำรับยาแผนไทยของชาติ

ลำดับ	ตำราการแพทย์แผนไทย	ตำราการแพทย์ แผนไทย (รายการ)	แผ่น (จำนวน)	ตำรับยาแผนไทย (ตำรับ)
ประกาศฉบับที่ 1				
1	ศิลาจารึกวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์)	1	380	1,061
ประกาศฉบับที่ 2				
1	คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์ (ฉบับใบลาน)	1	33	79
2	ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5 (สมุดไทย)	33	-	1,999
3	ตำราพระโอสถครั้งรัชกาลที่ 2	1	-	86
4	ตำรายาพระองค์เจ้าสายสนธิวงศ์ ฉบับพิมพ์ 2459	1	-	20
5	ตำรายาพิเศษ ของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาปวเรศวริยาลงกรณ์ (ประเภทเอกสาร พ.ศ. 2461)	1	-	68
6	ตำราสรรพคุณยา ของกรมหลวงวงศาธิราชสนิท พิมพ์ครั้งแรก พ.ศ. 2462	1	-	-

ลำดับ	ตำราการแพทย์แผนไทย	ตำราการแพทย์ แผนไทย (รายการ)	แผ่น (จำนวน)	ตำรับยาแผนไทย (ตำรับ)
7	หนังสือสมุดไทยคำเรื่อง “สมุद्रูปฤชิตัดตน แก้โรคต่าง ๆ 80 รูป”	1	-	-
8	ตำราแผนปลิงของไทย	7	-	-
รวมฉบับที่ 2		46	33	2,252
ประกาศฉบับที่ 3				
1	ศิลาจารึกวัดราชโอรสารามราชวรวิหาร	1	50	186
ประกาศฉบับที่ 4				
1	ตำรับยาและตำราการแพทย์แผนไทย	35	-	2,369
ประกาศฉบับที่ 5				
1	คัมภีร์/ตำราแผนฝีดาษ	19	-	2,372
ประกาศฉบับที่ 6				
1	ตำรับยาและตำราการแพทย์แผนไทย	5	-	403
ประกาศฉบับที่ 7				
1	ตำราการแพทย์แผนไทย	4	-	-
ประกาศฉบับที่ 8				
1	ตำรายาเกร็ด	29	-	1,841
ประกาศฉบับที่ 9				
1	ตำรายาเกร็ด	14	-	1,641
รวมฉบับที่ 1 - 9		154	463	12,125

ที่มา : กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ณ 31 กรกฎาคม 2559

จากการประกาศดังกล่าว จะทำให้ประเทศไทยมีระบบการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของชาติ โดยใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือในการควบคุม บังคับ (Legal Instruments) ทั้งนี้หากผู้ใดประสงค์จะนำภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของชาติไปใช้ประโยชน์ทางการค้า ต้องขออนุญาตต่อผู้อนุญาต (ปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือผู้ที่ปลัดมอบหมาย) ตามมาตรา 19 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542

5.2.2 ตำราการแพทย์แผนไทยหรือตำรับยาแผนไทยที่มีการใช้ประโยชน์กันอย่างแพร่หลายเป็นภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยทั่วไป

5.2.3 ตำรายาแผนไทยหรือตำราการแพทย์แผนไทยส่วนบุคคล

- เป็นผู้คิดค้นตำรายาแผนไทยหรือตำราการแพทย์แผนไทย
- เป็นผู้ปรับปรุงหรือพัฒนาตำรายาแผนไทยหรือตำราการแพทย์แผนไทย
- เป็นผู้สืบทอดตำรายาแผนไทยหรือตำราการแพทย์แผนไทย

บุคคลที่มีสัญชาติไทยและคุณสมบัติดังกล่าว มีสิทธินำภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย มา
ขอจดทะเบียนสิทธิได้

รูปที่ 5.2 หนังสือที่รวบรวมคำรับตำราการแพทย์แผนไทยส่วนบุคคลที่ขอรับขึ้นทะเบียน



สิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ของผู้ทรงสิทธิ มีอายุตลอดอายุของผู้ทรงสิทธิและมีอยู่
ต่อไปอีกเป็นเวลา 50 ปี นับแต่วันที่ผู้ทรงสิทธิถึงแก่ความตาย โดยมีคำขอจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญา
การแพทย์แผนไทยส่วนบุคคล ปีงบประมาณ 2556-2559 รวมทั้งหมดจำนวน 169 คำขอ (ณ วันที่ 31
กรกฎาคม 2559) ดังตาราง 5.4

ตาราง 5.4 จำนวนคำขอจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยส่วนบุคคล
ปีงบประมาณ 2556-2559

รายการ	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	รวม
ตำรับยาแผนไทย	2	75	36	42	155
ตำราการแพทย์แผนไทย	1	4	4	5	14
รวม	3	79	40	47	169

ที่มา : กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ณ 31 กรกฎาคม 2559

คณะทำงานศึกษาและกลั่นกรองตำรับยาแผนไทย และตำราการแพทย์แผนไทย เพื่อประกาศ
เป็นตำรับยาแผนไทย หรือตำราการแพทย์แผนไทยของชาติหรือทั่วไป ได้พิจารณาและสมควรให้สิทธิไป
แล้ว 37 คำขอ โดยนำไปประกาศโฆษณาไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจนได้ออกหนังสือแสดงสิทธิใน
ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

การนำภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยไปใช้ประโยชน์

- (1) ใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบ อ้างอิงสำหรับประเทศไทย
- (2) คัดเลือกไปใช้เพื่อการพึ่งตนเองในระดับชุมชน
- (3) แปลความ / ศึกษาวิจัย/วิเคราะห์ / พัฒนา
- (4) คัดเลือกตามหลักเกณฑ์ เพื่อกำหนดให้ตำรับ/ตำราชาติหรือทั่วไป

5.2.4 สมุนไพร

นิยาม “สมุนไพร” ตามมาตรา 3 หมายความว่า พืช สัตว์ จุลชีพ ธาตุวัตถุ สารสกัดดั้งเดิมจากพืชหรือสัตว์ที่ใช้ หรือแปรรูป หรือผสม หรือปรุงเป็นยา หรืออาหาร เพื่อการตรวจวินิจฉัย บำบัด รักษา หรือป้องกันโรค หรือส่งเสริมสุขภาพร่างกายของมนุษย์หรือสัตว์ และให้หมายความรวมถึง ถิ่นกำเนิดหรือถิ่นที่อยู่ของสิ่งดังกล่าวด้วย

การกำหนดประเภท ลักษณะ ชนิด และชื่อของสมุนไพรที่มีคุณค่าต่อการศึกษาหรือวิจัย หรือมีความสำคัญทางเศรษฐกิจ หรืออาจจะสูญพันธุ์ ให้เป็นสมุนไพรควบคุม โดยมีรายละเอียดนิยาม หลักเกณฑ์ คุณสมบัติสมุนไพร 3 กลุ่มข้างต้น คณะอนุกรรมการคุ้มครองสมุนไพร มีมติเห็นชอบ เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2559 ดังตาราง

ตาราง 5.5 หลักเกณฑ์เพื่อพิจารณาสมุนไพรที่สมควรประกาศเป็นสมุนไพรควบคุม

ประเภทสมุนไพร	นิยาม	รายละเอียด
สมุนไพรที่มีคุณค่าต่อการศึกษาหรือวิจัย	สมุนไพรที่ควรนำไปศึกษา หรือวิจัยหรือพัฒนาต่อยอด เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ การสาธารณสุข เศรษฐกิจ และการดำรงชีพ	1. เป็นสมุนไพรที่มีศักยภาพสูงและมีความสำคัญ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์และสาธารณสุข 1.1 มีข้อมูลระบุไว้ในเอกสารหลักฐานหรือตำราการแพทย์แผนไทยโบราณ ว่าสามารถใช้บำบัดรักษาโรคหรืออาการประเภทเฉียบพลัน 1.2 มีข้อมูลระบุไว้ในเอกสารหลักฐานหรือตำราการแพทย์แผนไทยโบราณ ว่าสามารถใช้บำบัดรักษาโรคหรืออาการประเภทเรื้อรัง 1.3 เป็นตัวยาหลักในการออกฤทธิ์ของตำรับยาในตำราการแพทย์แผนไทยโบราณ 1.4 เป็นส่วนประกอบของตำรับยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ 1.5 สามารถใช้บำบัดรักษาโรคหรืออาการในสิ่งมีชีวิตประเภทอื่นนอกจากมนุษย์ได้ 1.6 สามารถใช้ประโยชน์ที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค การบำรุงร่างกาย การฟื้นฟูสุขภาพ หรือการเสริมความงามได้ 1.7 ไม่มีสมุนไพรชนิดใดเป็นตัวยาทดแทนในการรักษาโรค/อาการใดอาการหนึ่งของสมุนไพรชนิดนี้ได้โดยได้รับการยืนยัน การใช้จากผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ด้านเวชกรรมไทย หรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

ประเภทสมุนไพร	นิยาม	รายละเอียด
		2. มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุนการนำไปใช้ 2.1 มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุนการนำไปใช้ใน กลุ่มอาการ/โรคของระบบอวัยวะภายในร่างกาย 2.2 มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุนการนำไปใช้ใน กลุ่มอาการ/โรคของระบบอวัยวะภายนอกในร่างกาย
สมุนไพรที่มีความสำคัญทางเศรษฐกิจ	สมุนไพรที่เป็นที่ต้องการของตลาด	1. เป็นสมุนไพรที่มีความต้องการโดยมีปริมาณการส่งออกหรือส่งขายในภูมิภาคอื่น
สมุนไพรที่อาจจะสูญพันธุ์	สมุนไพรที่ขึ้นเฉพาะพื้นที่ยากในการขยายพันธุ์เติบโตในระบบนิเวศจำเพาะและมีความต้องการใช้ประโยชน์สูง	1. เป็นสมุนไพรที่ขึ้นเฉพาะภูมิภาค ไม่พบโดยทั่วไป 2. เป็นสมุนไพรที่มีถิ่นกำเนิดในแหล่งที่เสี่ยงต่อการถูกบุกรุกหรือถูกทำลาย 3. เป็นสมุนไพรที่ยากในการขยายพันธุ์ หรือไม่สามารถปลูกหรือเพาะปลูกได้ทั่วไป 4. เป็นสมุนไพรที่ใช้เวลาในการเจริญเติบโตนานกว่าจะนำมาใช้ประโยชน์ได้ 5. เป็นสมุนไพรที่อาจจะสูญพันธุ์ได้ หากมีการใช้ประโยชน์จากส่วนต่าง ๆ ของสมุนไพร ซึ่งสำคัญต่อการดำรงอยู่หรือขยายพันธุ์

1) ผลการดำเนินงานสมุนไพรควบคุม

กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กาวเครือ) พ.ศ. 2549 โดยให้

(1) ผู้ครอบครอง ใช้ประโยชน์ ดูแล เก็บรักษาหรือขนย้ายกาวเครือที่มีแหล่งที่มาจากการปลูก จำนวนหรือปริมาณเกินกว่าประกาศกำหนด ให้แจ้งแก่นายทะเบียน ณ สำนักงานนายทะเบียนกลาง (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก) หรือสำนักงานนายทะเบียนจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ในเขตท้องที่

(2) ผู้ปลูกกาวเครือ เพื่อการศึกษาวิจัยหรือส่งออก การจำหน่ายหรือแปรรูปเพื่อการค้า ให้แจ้งเนื้อที่ บริเวณ และปริมาณการปลูก พร้อมด้วยหลักฐานแก่นายทะเบียน

รูปที่ 5.3 สมุนไพรควมคุม (กวาวเครือ)



โดยมีผลดำเนินการ/รายงานฯ (60 วัน หลังสิ้นปีปฏิทิน) ณ วันที่ 31 มีนาคม 2559 ประกอบด้วย รายงานการแจ้งการครอบครอง ตาราง 5.6 และรายงานแจ้งการปลูกกวาวเครือ ตาราง 5.7 ดังนี้

ตาราง 5.6 จังหวัดที่รายงานปริมาณการครอบครอง เก็บรักษา ขนย้าย ใช้ประโยชน์กวาวเครือ

จังหวัดที่รายงานปริมาณการครอบครองฯ ตามประกาศกำหนด	จังหวัดที่แจ้งว่ามีการครอบครอง 6 จังหวัด	ปริมาณการครอบครอง เก็บรักษา ขนย้าย ใช้ประโยชน์ฯ สมุนไพรควมคุม (กิโลกรัม)					
		ขาว		แดง		ดำ	
		สด	แห้ง	สด	แห้ง	สด	แห้ง
หนองบัวลำภู พังงา สุโขทัย พะเยา สุพรรณบุรี ชัยภูมิ สระบุรี ตรัง ร้อยเอ็ด อ่างทอง ชัยนาท ปราจีนบุรี กระบี่ นครราชสีมา อุตรดิตถ์ แพร่ อุทัยธานี ลพบุรี กาญจนบุรี นนทบุรี สุรินทร์ พัทลุง นครศรีธรรมราช กำแพงเพชร นครพนม สระแก้ว สกลนคร บึงกาฬ ชุมพร ฉะเชิงเทรา พระนครศรีอยุธยา ยะลา พิจิตร ระนอง เลย พิษณุโลก นครนายก ชลบุรี สิงห์บุรี สงขลา	เลย พิษณุโลก นครนายก ชลบุรี สิงห์บุรี สงขลา	11,717	4,046.5	11,247	1,522.5	0	0
รวม		15,782.50		12,768.50		0	

ตาราง 5.7 จังหวัดที่รายงานปริมาณการปลูกสมุนไพรกวาวเครือ

จังหวัดที่รายงานปริมาณการปลูก ตามประกาศกำหนด	จังหวัดที่แจ้งว่า มีการปลูก 5 จังหวัด	ปริมาณการปลูกสมุนไพรกวาวเครือฯ (ต้น/ไร่/งาน/ตารางวา)		
		ขาว	แดง	ดำ
หนองบัวลำภู พังงา สุโขทัย พะเยา สุพรรณบุรี ชัยภูมิ สระบุรี ตรัง ร้อยเอ็ด อ่างทอง ชัยนาท ปราจีนบุรี กระบี่ นครราชสีมา อุดรดิตถ์ แพร่ อุทัยธานี ลพบุรี กาญจนบุรี นนทบุรี สุรินทร์ พัทลุง นครศรีธรรมราช กำแพงเพชร นครพนม สระแก้ว สกลนคร บึงกาฬ ชุมพร ฉะเชิงเทรา พระนครศรีอยุธยา ยะลา พิจิตร ระนอง เลย พิษณุโลก นครนายก ชลบุรี สิงห์บุรี สงขลา	นครนายก พิษณุโลก พิจิตร สระแก้ว กาญจนบุรี	30 ไร่ 4 งาน 24,100 ต้น	4 ไร่ 112 ตารางวา 2,007 ต้น	1 งาน 18 ต้น

2) ผลการดำเนินงานสมุนไพรที่มีความสำคัญทางเศรษฐกิจ

ในอดีตที่ผ่านมา กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีนโยบายผลักดันสมุนไพร 5 รายการ ได้แก่ กวาวเครือขาว กระชายดำ บัวบก ไพล ลูกประคบ ให้เป็น Product Champion

ปีงบประมาณ 2553 ได้สนับสนุนให้ศึกษาวิจัยสมุนไพรที่มีความสำคัญดังกล่าวจำนวน 12 ชนิด เช่น กฤษณา ชะมดเห็ด กำแพงเจ็ดชั้น ดอกตัง เป็นต้น เพื่อประเมินคุณค่าและความสำคัญประกอบการประกาศให้เป็นสมุนไพรควบคุม แต่คณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย มีมติยังไม่สมควรประกาศให้สมุนไพรดังกล่าวเป็นสมุนไพรควบคุม และขอเสนอแนะให้มีการอนุรักษ์ ศึกษาวิจัยการปลูกเพื่อขยายพันธุ์ และส่งเสริมการใช้ประโยชน์ รวมทั้งเผยแพร่ข้อมูลวิชาการของผลการศึกษา

ปีงบประมาณ 2555 สนับสนุนให้ศึกษาวิจัยสมุนไพรเพิ่มเติมอีก 12 ชนิด อาทิ เถาวัลย์เปรียง จันทน์แดง ลักจั่น (*Dracaena* sp.) เนระพูสี เป็นต้น และมติคณะกรรมการคุ้มครองสมุนไพรได้มีมติให้ เถาวัลย์เปรียง เนระพูสี จันทน์แดง ลักจั่น เป็นสมุนไพรที่จำเป็นต้องได้รับการประกาศคุ้มครอง ซึ่งข้อมูลสมุนไพร 4 รายการดังกล่าวได้ส่งให้สำนักกฎหมายและจริยธรรมเพื่อพิจารณาประกอบการยก (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ตามมาตรา 44 ให้เป็นสมุนไพรควบคุมต่อไป

ปีงบประมาณ 2557-2558 ได้สนับสนุนให้ศึกษาวิจัยสมุนไพรอีก 22 ชนิด เช่น ถั่วดินโคก เร่ว ชิงชี มะตูมน้ำ เทพทาโร เป็นต้น และคณะกรรมการคุ้มครองสมุนไพรมีมติเมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2559 ได้คัดเลือกสมุนไพรที่สมควรประกาศคุ้มครองจำนวน 6 รายการ ได้แก่ ถั่วดินโคก เทพทาโร มะตูมน้ำ มะหาด หัวร้อยรู เร่ว รายละเอียดดังตาราง 5.8

ตาราง 5.8 พืชสมุนไพรที่สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยตามพระราชบัญญัติฯ ปีงบประมาณ 2548–2558

ปีงบประมาณ	รายการสมุนไพร	ผลการพิจารณา
2547	กวาวเครือ	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กวาวเครือ) พ.ศ. 2549
2553	1. กฤษณา 2. ชะมดเช็ด 3. กำแพงเจ็ดชั้น 4. ดอกตัง 5. ขมิ้นเครือ 6. เปล้าเลือด 7. ข้าวเย็นเหนือ 8. ข้าวเย็นใต้ 9. ระย้อมน้อย 10. ระย้อมใหญ่ 11. พิษนาคน 12. หนอนตายหยาก	มตียังไม่สมควรประกาศให้สมุนไพรดังกล่าวเป็นสมุนไพรควบคุม
2555	1. เถาวัลย์เปรียง 2. กำลังวัวเถลิง 3. เจตมูลเพลิงแดง 4. เนระพูสี 5. ฮ่อสะพายควาย 6. กำลังเสือโคร่ง 7. จันทน์ขาว 8. จันทน์แดง 9. สบู่เลือด 10. สมอ (ทุกชนิด) 11. พญารากดำ 12. แสม้าทะเลลาย	มตให้ เถาวัลย์เปรียง เนระพูสี จันทน์แดง ลักจั่น (<i>Dracaena</i> sp.) เป็นสมุนไพรที่จำเป็นต้องได้รับการประกาศคุ้มครอง
2557 - 2558	1. ถั่วดินโคก 2. เร่ว 3. ชิงชี 4. มะตูมนิม 5. เทพทาโร 6. ชันทองพยับบาท 7. ชะเอมไทย 8. เถาเอ็นอ่อน 9. มะหาด 10. นางแย้มป่า 11. ปลาไหลเผือก 12. มะคังแดง 13. สารภีป่า 14. หว้าร้อยรู 15. อบเชย 16. กระทุ่มนา 17. จุกโรหิณี 18. เฌียงพ้านางแอ 19. ตับเต่าตัน 20. วานเปราะหอม 21. สะค้าน 22. พังคิ	มตให้ ถั่วดินโคก เทพทาโร มะตูมนิม มะหาด หว้าร้อยรู เร่ว เป็นสมุนไพรที่จำเป็นต้องได้รับการประกาศคุ้มครอง

5.2.5 ถิ่นกำเนิดของสมุนไพร

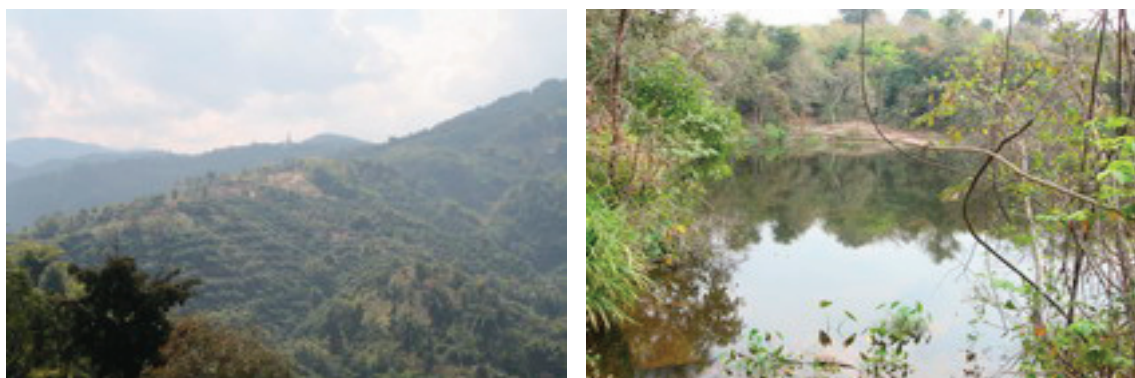
นิยาม “เขตอนุรักษ์” ตามมาตรา 3 หมายความว่า เขตป่าสงวนแห่งชาติ เขตพื้นที่คุ้มครองสิ่งแวดล้อม เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า เขตห้ามล่าสัตว์ป่า เขตอุทยานแห่งชาติ และเขตพื้นที่คุ้มครองอย่างอื่นเพื่อสงวนและรักษาสภาพธรรมชาติตามที่กฎหมายกำหนด

1) พื้นที่เขตอนุรักษ์

- (1) ที่มีระบบนิเวศตามธรรมชาติ หรือ
- (2) มีความหลากหลายทางชีวภาพ หรือ
- (3) อาจได้รับผลกระทบกระเทือนจากการกระทำของมนุษย์ได้โดยง่าย

มาตรา 57 กำหนดให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการจัดทำแผนปฏิบัติการ เรียกว่า “แผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพร” เสนอขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี

รูปที่ 5.4 พื้นที่ป่าที่อยู่ในแผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรรักษาโรคในเขตพื้นที่อนุรักษ์



โดยเจตนาเป็นแผนจัดการร่วม ซึ่งอาศัยความร่วมมือจากส่วนราชการที่เกี่ยวข้องและชุมชน

การดำเนินงานที่ผ่านมา

คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบแผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรรักษาโรคในพื้นที่เขตอนุรักษ์ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 จำนวน 6 แผน 27 พื้นที่ดังนี้

ตาราง 5.9 แผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรรักษาโรคในพื้นที่เขตอนุรักษ์ จำนวน 6 แผน ใน 27 พื้นที่

ฉบับ	รายละเอียดแผนจัดการ	ปีที่ประกาศ
1	คณะรัฐมนตรีมีมติให้ความเห็นชอบ เมื่อวันที่ 2 มกราคม 2551 และลงประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 125 ตอนพิเศษ 42 ง เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2551 ได้แก่ พื้นที่เขตอนุรักษ์ภูผากุด จังหวัดมุกดาหาร	พ.ศ. 2551-2553
2	คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ เมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2553 โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ลงนามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แผนจัดการฯ ดังกล่าว เมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2553 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข และแผนจัดการฯ ดังกล่าว ได้ลงประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 127 ตอนพิเศษ 101 ง ลงวันที่ 24 สิงหาคม 2553 ประกาศ 4 พื้นที่ ได้แก่ 1. พื้นที่ป่าชุมชนบ้านหัวทุ่ง เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ 2. พื้นที่เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าซับลังกา จังหวัดลพบุรี 3. พื้นที่เขตอุทยานแห่งชาติภูจอง-นายอย จังหวัดอุบลราชธานี 4. พื้นที่ป่าเขาสลักได อุทยานแห่งชาติทับลาน จังหวัดนครราชสีมา	พ.ศ. 2553-2555
3	คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบเมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2554 โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ลงนามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2555 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข และแผนจัดการฯ ดังกล่าว ได้ลงประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 129 ตอนพิเศษ 53 ง ลงวันที่ 21 มีนาคม 2555 ประกาศ 7 พื้นที่ ได้แก่	พ.ศ. 2555-2557

ฉบับ	รายละเอียดแผนจัดการ	ปีที่ประกาศ
3	1. พื้นที่เขตห้ามล่าสัตว์ป่า อุทยานสมเด็จพระศรีนครินทร์ กาญจนบุรี 2. พื้นที่อุทยานแห่งชาติแม่วงก์ จังหวัดกำแพงเพชร 3. พื้นที่อุทยานแห่งชาติภูแล้งคา จังหวัดนครพนม 4. พื้นที่อุทยานแห่งชาติทุ่งแสลงหลวง จังหวัดพิษณุโลก 5. พื้นที่อุทยานแห่งชาติทะเลบัน จังหวัดสตูล 6. พื้นที่อุทยานแห่งชาติปางสีดา จังหวัดสระแก้ว 7. พื้นที่อุทยานแห่งชาตินาบึง-น้ำโสม จังหวัดอุดรธานี	
4	คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบเมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2555 โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ลงนามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2555 ได้ลงประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 129 ตอนพิเศษ 83 ง ลงวันที่ 21 พฤษภาคม 2555 ประกาศ 8 พื้นที่ ได้แก่ 1. พื้นที่ป่าชุมชนบ้านริมพรมและป่าชุมชนภูกระแต เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าภูเขียว อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ 2. พื้นที่ป่าภูตตะวัน อุทยานแห่งชาติทับลาน อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี 3. พื้นที่ป่าชุมชนตำบลแม่ทราย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดมหาสารคาม 4. พื้นที่เขตห้ามล่าสัตว์ป่าดงลำพัน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม 5. พื้นที่อุทยานแห่งชาติภูสวนทราย อำเภอนาหว้า จังหวัดเลย 6. พื้นที่อุทยานแห่งชาติดอยขุนตาล อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง 7. พื้นที่อุทยานแห่งชาติรามคำแหง อำเภอศรีมหาศ จังหวัดสุโขทัย 8. พื้นที่อุทยานแห่งชาติภูสระดอกบัว อำเภอขามเฒ่า จังหวัดอำนาจเจริญ	พ.ศ. 2555–2557 (เพิ่มเติม)
5	คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2555 โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ลงนามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2555 ได้ลงประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 130 ตอนพิเศษ 21 ง ประกาศ 5 พื้นที่ ได้แก่ 1. พื้นที่เขตอนุรักษ์ป่าชุมชนบ้านทุ่งสูงในเขตป่าสงวนแห่งชาติเขาไม้แก้ว-ควนยิงวัว อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ 2. พื้นที่เขตอนุรักษ์ป่าภูคากบ อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด 3. พื้นที่เขตอนุรักษ์ป่าดอยม่อนฤๅษี ในเขตป่าสงวนแห่งชาติป่าขุนแม่กวง ตำบลเทพเสด็จ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ 4. พื้นที่เขตอนุรักษ์ป่าชุมชนขุนน้ำวอง ในเขตป่าสงวนแห่งชาติแม่อิงฝั่งชาวบ้านม่วงยายเหนือ-ใต้ ตำบลม่วงยาย อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย 5. พื้นที่เขตอนุรักษ์ป่าดอยแม่ยวม ในเขตป่าสงวนแห่งชาติแม่ยวมฝั่งขวา อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน	พ.ศ. 2556–2558
6	คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบเมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2556 โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ลงนามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2556 ได้ลงประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 130 ตอนพิเศษ 78 ง ประกาศ 2 พื้นที่ ได้แก่ 1. ป่าวัดเขาพนมกาว หมู่ที่ 9 บ้านเขาพนมกาว ตำบลหนองพยอม ตำบลจัวราย ตำบลหนองปล้อง อำเภอตะพานหิน และอำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร 2. ป่าวัดโป่งคำ อำเภอสันติสุข จังหวัดน่าน	พ.ศ. 2556–2558 (เพิ่มเติม)

จากการดำเนินการดังกล่าว เกิดผลในทางที่ติดต่อชุมชนและประชาชนในพื้นที่

- (1) เกิดเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของส่วนราชการที่เกี่ยวข้องและชุมชน ในการอนุรักษ์การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรในรูปแบบที่เหมาะสม
- (2) ทะเบียนรายชื่อและสารานุกรมสมุนไพร และระบบฐานข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ของสมุนไพร เพื่อประโยชน์ในการติดตามการเปลี่ยนของสมุนไพรบริเวณดังกล่าว
- (3) การสำรวจ ศักยภาพทางวิชาการและเพื่อการพัฒนาต่อยอด
- (4) การใช้ประโยชน์ด้านการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ หรือการเรียนรู้สมุนไพรในธรรมชาติของประชาชนในพื้นที่และบริเวณใกล้เคียง
- (5) เกิดความตระหนักในคุณค่าของสมุนไพรในพื้นที่ และการรักษาความเจ็บป่วยของคนในชุมชนและท้องถิ่นแบบดั้งเดิม

ในปีงบประมาณ 2559-ปัจจุบัน ยังมีพื้นที่เขตอนุรักษ์ อยู่ระหว่างดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อนำไปสู่การกำหนดรูปแบบการอนุรักษ์ คัดกรองและส่งเสริมการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืนและเหมาะสม โดยเสนอแผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพร ขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี จำนวน 2 พื้นที่ ได้แก่

- (1) ป่าชุมชนบ้านท่าสามัคคี หมู่ที่ 11 ตำบลแม่ถอด อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง
- (2) พื้นที่เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าคลองนาคา อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง

ทั้งนี้ จะได้มีการศึกษา วิเคราะห์ และประเมินผลการดำเนินงานตามกลไกดังกล่าว เพื่อนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงระบบกลไกการคุ้มครองถิ่นกำเนิดของสมุนไพรให้เหมาะสมกับสภาพปัจจุบันต่อไป โดยมีรายละเอียดของสมุนไพรในแต่ละพื้นที่ ดังตาราง 5.10

ตาราง 5.10 แผนการจัดการคุ้มครองสมุนไพรในเขตพื้นที่อนุรักษ์ ปี พ.ศ. 2551-2558

แผนจัดการคุ้มครองสมุนไพร	ชนิดสมุนไพรที่มีค่าและความสำคัญแต่ละประเภท		
	สมุนไพรที่มีค่าต่อการศึกษาวิจัย	สมุนไพรที่มีความสำคัญทางเศรษฐกิจ	สมุนไพรที่อาจจะสูญพันธุ์
แผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรในพื้นที่เขตอนุรักษ์ พ.ศ. 2551-2553 (แผนระยะสั้น) ๑ (1 พื้นที่)			
1) จังหวัดมุกดาหาร	มะค่าโมง พยุง	ชิงชัน มะกอกป่า	ประดู่
แผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรในพื้นที่เขตอนุรักษ์ พ.ศ. 2553-2555 (แผนระยะสั้น) ๑ (4 พื้นที่)			
1) จังหวัดเชียงใหม่	ฮ่อสะพายควาย เขืองแข้งม้า	กาสามปีก	ว่านนกนางแอ่น
2) จังหวัดลพบุรี	กำยาน กระบก	ประดู่ พญารากดำ	จันทน์ผา
3) จังหวัดอุบลราชธานี	กวาวเครือแดง กวาวเครือขาว	โตไม้รู้ล้ม ขมิ้นเครือ	เถาเอ็นอ่อน
4) จังหวัดนครราชสีมา	กวาวเครือแดง กวาวเครือขาว	กฤษณา แก้วกลางดง	มะเฒ่าไขปลา
แผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรในพื้นที่เขตอนุรักษ์ พ.ศ. 2555-2557 (แผนระยะสั้น) ๑ (7 พื้นที่)			
1) จังหวัดกาญจนบุรี	เจตมูลเพลิงขาว เจตมูลเพลิงแดง	ระย่อม	มะขามป้อม สมอทิเกก

แผนจัดการคุ้มครอง สมุนไพรฯ	ชนิดสมุนไพรที่มีค่าและความสำคัญแต่ละประเภท		
	สมุนไพรที่มีค่าต่อ การศึกษาวิจัย	สมุนไพรที่มีความสำคัญ ทางเศรษฐกิจ	สมุนไพรที่อาจจะ สูญพันธุ์
2) จังหวัดกำแพงเพชร	กวาวเครือขาว กวาวเครือแดง รากจืด	เหมือดคน ย่านลิเภา	นางแย้มป่า
3) จังหวัดนครพนม	ข้าวหลามดง มะเดื่อ เร่ว	ประดู่ ชิงชัน เต็ง	ประดง 32 (สิรินธรวัลลี) กะเพราศักดิ์สิทธิ์
4) จังหวัดพิษณุโลก	พญารากดำ แส้ม้าทะเลลาย	ก่อตาหมู ตะเคียนหิน พะยูง	กฤษณา มะขามป้อม สมอไทย
5) จังหวัดสตูล	กำแพงเจ็ดชั้น ชิงชี ปลาไหลเผือก	ชะเอมไทย เหงือกปลาหมอ	มะขามป้อม ขัดหมอน
6) จังหวัดสระแก้ว	กฤษณา แสม้าทะเลลาย	ปลาไหลเผือก ชะเอมป่า	พระเจ้าห้าพระองค์ ม้ากระที่บโรง
7) จังหวัดอุดรธานี	กระท่อมเลือด น้ำเกลี้ยง	ข้าวเย็นใต้ สารภีดอย	กระจ่อนน้ำ ว่านงูจงอาง
แผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรในพื้นที่เขตอนุรักษ์ พ.ศ. 2555-2557 (แผนระยะสั้น)ฯ เพิ่มเติม (8 พื้นที่)			
1) จังหวัดชัยภูมิ	โป่งฟ้า หมีเหม็น	ข้าวเย็นใต้ โตไม่รู้ล้ม โสดทะนง	ข้าวเย็นเหนือ ดองดึง กำลังเสือโคร่ง
2) จังหวัดปราจีนบุรี	กระเช้าผิมด พญาเสือโคร่ง	กวาวเครือขาว กวาวเครือแดง	หนอนตายหยาก กรูงเขมา สบู่เลือดเถา
3) จังหวัดแพร่	กำลังวัวเถลิง ข้าวเย็นเหนือ	เถียงพ้านางแอ โมกหลวง มะขามเครือ	นระพูสีไทย พญารากดำ
4) จังหวัดมหาสารคาม	ไข่น้ำ จั้วป่า	กรูงเขมา มะค่าโมง เร่ว	ด้วงหม่อน ผักกูด ไฟเดือนห้า
5) จังหวัดเลย	ขมิ้นชัน ฟ้าทะเลลายโจร ว่านทางจระเข้	ว่านนางคำ กำลังวัวเถลิง เอื้องหมายนา	กฤษณา ข้าวเย็นใต้ ข้าวเย็นเหนือ
6) จังหวัดลำปาง	กวาวเครือขาว กวาวเครือแดง กวาวเครือดำ	กางขี้มอด ยมหิน ไคร้มัด เกิดดำ	มะขามเครือ ค้ำมอกหลวง
7) จังหวัดสุโขทัย	ประคำไก่ พะยอม	ประดู่ หนอนตายหยาก	กำลังช้างสาร มะค่าแต้
8) จังหวัดอำนาจเจริญ	ประดู่ หนาวเดือนห้า	มะค่าโมง ม้ากระที่บโรง	หวายนัง
แผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรในพื้นที่เขตอนุรักษ์ พ.ศ. 2556-2558 (แผนระยะสั้น)ฯ (5 พื้นที่)			
1) จังหวัดกระบี่	โตไม่รู้ล้ม เถาเอ็นอ่อน	มะเฒ่าไข่ปลา ขมิ้นเครือ	มะเดื่อเถา มะกล่ำตาช้าง

แผนจัดการคุ้มครอง สมุนไพรฯ	ชนิดสมุนไพรที่มีค่าและความสำคัญแต่ละประเภท		
	สมุนไพรที่มีค่าต่อ การศึกษาวิจัย	สมุนไพรที่มีความสำคัญ ทางเศรษฐกิจ	สมุนไพรที่อาจจะ สูญพันธุ์
2) จังหวัดร้อยเอ็ด	ม้าทะลายโรง ขมิ้นเครือ เจตมูลเพลิง	แก่นางนี้ รางจืด กวาวเครือแดง	มะขามเครือ จงอาง ห้าเหลี่ยม ชันบ่อฮี
3) จังหวัดเชียงใหม่	ปลาไหลเผือก ขมิ้นฤๅษี อ้อเลือดไฉ้	อ้อเลือดไฉ้ กำลังเสือโคร่ง กุหลาบพันปี	กวาวเครือแดง กระชายขาว ว่านหัวสีบ
4) จังหวัดเชียงราย	กาสามปีก ขั้ตมอญหลวง นมวัว	ดีปลี ผักหนาม หญ้าตดหมา	ดีหมี น้ำนมราชสีห์ เอ็นเสือโคร่ง
5) จังหวัดแม่ฮ่องสอน	ไข่ปลา รางจืด แห่นเครือ	จ้าวป่า ตีนนก เพกา มะขามป้อม สมอไทย	เครือออนแดง เพกา มะส้าน อ้อยสามสวน
แผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรในพื้นที่เขตอนุรักษ์ พ.ศ. 2556-2558 (แผนระยะสั้น)ฯ (2 พื้นที่)			
1) จังหวัดพิจิตร	กวาวเครือขาว กวาวเครือแดง	มะค่าโมง ประดู่ป่า	ตองติง กำแพงเจ็ดชั้น กลิ้งกลางดง
2) จังหวัดน่าน	เนระพูสีไทย เปล้าหลวง เปล้าน้อย	พันทูน้อย สมอไทย สมอพิเภก	อ้อสะพายควาย กำลังช้างสาร ม้ากระที่บโรง

2) พื้นที่นอกเขตอนุรักษ์

สอดคล้องตามมาตรา 61 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญา
การแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 โดยมีสาระสำคัญของลักษณะพื้นที่ประกอบด้วย

- (1) ที่มีระบบนิเวศตามธรรมชาติ หรือ
- (2) มีความหลากหลายทางชีวภาพที่อาจถูกทำลาย หรือ
- (3) อาจได้รับผลกระทบกระเทือนจากการกระทำของมนุษย์ได้โดยง่าย หรือ
- (4) การเข้าไปใช้ประโยชน์จากสมุนไพรอันมีลักษณะเป็นการเสี่ยงต่อการสูญพันธุ์
หรือ
- (5) การลดลงของพันธุกรรม หรือ
- (6) ทางราชการมีวัตถุประสงค์จะส่งเสริมให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมใน
การจัดการบริหารการพัฒนา และการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรในพื้นที่นั้น
และพื้นที่นั้น ยังมิได้ถูกประกาศกำหนดให้เป็นเขตอนุรักษ์ ให้รัฐมนตรี
ประกาศกำหนดเป็นเขตพื้นที่คุ้มครองสมุนไพร

รูปที่ 5.5 พื้นที่ป่าที่อยู่ในแผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรรักษาโรคในพื้นที่นอกเขตอนุรักษ์



มีการดำเนินงานใน ปี 2553-2554 ได้จัดสรรงบประมาณจากกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เพื่อดำเนินการสำรวจและศึกษาวิจัยสมุนไพรรักษาโรคในพื้นที่ที่เป็นถิ่นกำเนิดของสมุนไพรรักษาโรคในพื้นที่นอกเขตอนุรักษ์ ได้แก่

- (1) พื้นที่ป่าคำห้วยแอ่ง อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี
- (2) พื้นที่ป่าหนองแปน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ
- (3) ป่าดงเค็ง บ้านหนองพลาง หมู่ที่ 3 ตำบลดงเค็ง อำเภอบ้านหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น
- (4) ป่าศูนย์การศึกษาพัฒนาภูพานอันเนื่องมาจากพระราชดำริ บ้านนาบกเค้า ตำบลห้วยยาง อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร
- (5) ป่าวัฒนธรรมหนองฮี อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม
- (6) ป่าชุมชนหนองสำแอ่ง บ้านม่วงไข่ บ้านเชียงเครือ บ้านคำสร้างบ่อ ตำบลกระเจา อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดชัยภูมิ

ในปี 2556 ได้สนับสนุนงบประมาณจากกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเพิ่มเติมอีก 8 พื้นที่ 7 จังหวัด ได้แก่ ลำพูน พะเยา สิงห์บุรี ศรีสะเกษ บุรีรัมย์ สุรินทร์

สำหรับในปี 2560 กำหนดแผนและเป้าหมาย 50 พื้นที่ ไม่น้อยกว่า 15 ล้านไร่

ตาราง 5.11 แผนการจัดการคุ้มครองสมุนไพรในพื้นที่นอกเขตอนุรักษ์ ปี พ.ศ. 2553–2556

พื้นที่นอกเขตอนุรักษ์	จำนวนสมุนไพรแต่ละประเภท (ชนิด)		
	สมุนไพรที่มีค่า ต่อการศึกษาวิจัย	สมุนไพรที่มีความสำคัญ ทางเศรษฐกิจ	สมุนไพรที่อาจจะ สูญพันธุ์
1) จังหวัดบึงกาฬ	เถาเอ็นอ่อน น้ำนมราชสีห์	ว่านชักมดลูก	เสลดพังพอนตัวผู้ เสลดพังพอนตัวเมีย
2) จังหวัดมหาสารคาม	กำแพงเจ็ดชั้น สะค้าน	โศไมรู้ล้ม เถาเอ็นยัด	ทองกวาวเครือ
3) จังหวัดกาฬสินธุ์	คำมอกหลวง นมสาว ปรงเหลียม	จิกหรือเต็ง อังหรือรังแดง เค็ง ลี้มหรือ ตูมกา	เหมือดคน เหมือดแอ่ มะกอกเหลียม
4) จังหวัดบุรีรัมย์	ชันทองพญาบาท จันทน์หอม	ยอป่า กำแพงเจ็ดชั้น	ว่านสามสิบ สาบเสือ เจตพังคี ดีวชน
5) จังหวัดพะเยา	มะแหน สมอพิเภก แสลงใจ หรือมะตัง	ปอบิด เปล้าใหญ่ เปล้าน้อย	เปล้าตอกแตก เปล้าเลือด
6) จังหวัดศรีสะเกษ	เต็ง รัง ตะแบก	กาสามปีก ขัดมอญหลวง นมวัว	ดองดิง กำแพงเจ็ดชั้น
7) จังหวัดสิงห์บุรี	กระเจี๊ยบ กระชาย กระดังงาไทย	กระถินณรงค์ กฤษณา ชันทองพญาบาท	จันทน์ผา เถาวัลย์เปรียง เจตมูลเพลิงแดง
8) อำเภอมะนัง จังหวัดลำพูน	ปลาไหลเผือก ตะเคียนทอง	กฤษณา กำลังเสือโคร่ง	ม้ากระทืบโรง อบเชย
9) อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน	มะเขือเครือ ขมิ้นเครือ เจตมูลเพลิงแดง	มะเดื่อป่อง มะขามป้อม โศไมรู้ล้ม	กฤษณา ขมิ้นขาว
10) จังหวัดสุรินทร์	แสมสาร มะขามป้อม น้ำใจใคร่	เปราะป่า เอื้องหมายนา	เหมือดชน อ้อยช้าง

นอกจากนี้ ยังมีการขับเคลื่อนทางสังคมร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยได้มีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับกรมป่าไม้ เพื่ออนุรักษ์ คุ้มครองและใช้ประโยชน์จากสมุนไพรในพื้นที่ป่าชุมชน 60 ป่าชุมชน ซึ่งมีความยืดหยุ่น และมีส่วนร่วมภาคประชาชน ซึ่งมีรายละเอียดดังตาราง 5.12

ตาราง 5.12 พื้นที่ 60 ป่าชุมชนที่บันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับกรมป่าไม้ ปี พ.ศ. 2559

เขต สภาพที่	ป่าชุมชน	สมุนไพร ที่พบในพื้นที่	สำนักจัดการ ทรัพยากรป่าไม้
1	ป่าชุมชนบ้านดงห้วยเย็น บ้านดงห้วยเย็น หมู่ที่ 14 ตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน ป่าชุมชนบ้านท่าหมป หมู่ที่ 4 ตำบลท่าปลาตุก อำเภอมะนัง จังหวัดลำพูน ป่าชุมชนบ้านตลาดขี้เหล็ก หมู่ที่ 1 ตำบลแม่โป่ง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ป่าชุมชนบ้านแม่หาร หมู่ที่ 4 ตำบลบ้านกาศ อำเภอมะละเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน	มะม่วงหาวมะนาวโห่ ปลาไหลเผือก	สำนักจัดการ ทรัพยากรป่าไม้ ที่ 1
	ป่าชุมชนบ้านต้นตอง หมู่ที่ 5 ตำบลพิชัย อำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง ป่าชุมชนบ้านวังหงส์ หมู่ที่ 1 ตำบลวังหงส์ อำเภอมะนัง จังหวัดแพร่ ป่าชุมชนบ้านเด่นพัฒนา หมู่ที่ 12 ตำบลเปือ อำเภอยางตลาด จังหวัดน่าน ป่าชุมชนบ้านปางงุ้น หมู่ที่ 6 ตำบลสร้อย อำเภอมะนัง จังหวัดแพร่ ป่าชุมชนบ้านบุญแจ่ม หมู่ที่ 1 ตำบลน้ำเลา อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่	มะเกลือ น้านมราชสีห์ หัวข้าวเย็นเหนือ	สำนักจัดการ ทรัพยากรป่าไม้ ที่ 3
2	ป่าชุมชนบ้านโป่งดินดำ ตำบลหนองกะเท้า อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ป่าชุมชนบ้านหนองยาง หมู่ที่ 8 ตำบลบ้านยาง อำเภอดงหลวง จังหวัดพิษณุโลก ป่าชุมชนบ้านเขาน้อย หมู่ที่ 5 ตำบลดงประคำ อำเภอมะนัง จังหวัดพิษณุโลก ป่าชุมชนบ้านห้วยลาน หมู่ที่ 9 ตำบลน้ำซุ่น อำเภอลำลูกเกด จังหวัดเพชรบูรณ์	มะขามป้อม ยางนา	สำนักจัดการ ทรัพยากรป่าไม้ ที่ 2
	ป่าชุมชนบ้านห้วยเจริญ หมู่ที่ 8 ตำบลผาเลือด อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ป่าชุมชนแม่ก๊อหลวง หมู่ที่ 1 ตำบลแม่กาษา อำเภอมะนัง จังหวัดตาก	กุ่มน้ำ वानชักมดลูก	สำนักจัดการ ทรัพยากรป่าไม้ ที่ 4
3	ป่าชุมชนบ้านคลองห้วยหวาย หมู่ที่ 21 ตำบลแม่เปิน อำเภอมะนัง จังหวัดนครสวรรค์ ป่าชุมชนบ้านโป่งกำแพง หมู่ที่ 18 ตำบลเนินขาม อำเภอนันทบุรี จังหวัดชัยนาท	ปลาไหลเผือก	สำนักจัดการ ทรัพยากรป่าไม้ ที่ 5
	ป่าชุมชนบ้านหนองทราย หมู่ที่ 10 ตำบลวังคอง อำเภอมะนัง จังหวัดกำแพงเพชร ป่าชุมชนบ้านเขาโล้น หมู่ที่ 6 ตำบลเขาเจ็ดยักษ์ อำเภอบ้านไร่ จังหวัดพิจิตร	ชันทองพญาบาท	สำนักจัดการ ทรัพยากรป่าไม้ ที่ 4

เขต สุขภาพที่	ป่าชุมชน	สมุนไพร ที่พบในพื้นที่	สำนักจัดการ ทรัพยากรป่าไม้
4	ป่าชุมชนบ้านเขาอ้านโปด หมู่ที่ 5 ตำบลชัยตะเคียน อำเภอยะบะดาล จังหวัดลพบุรี ป่าชุมชนบ้านชัยขาม ตำบลชัยสนุน อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี ป่าชุมชนบ้านพระพุทธรูปน้อย หมู่ที่ 10 ตำบลสองคอน อำเภอกำแพงแสน จังหวัดสระบุรี	ชาฤๅษี พญามือเหล็ก	สำนักจัดการ ทรัพยากรป่าไม้ ที่ 11
5	ป่าชุมชนบ้านเกาะมะขาง ตำบลด่านทับตะโก อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี	โตไม่รู้ล้ม ข้าวเย็นใต้	สำนักจัดการ ทรัพยากรป่าไม้ที่ 7
	ป่าชุมชนบ้านห้วยสะพานสามัคคี ตำบลหนองโรง อำเภอยะพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ป่าชุมชนบ้านไค้งตาบง หมู่ที่ 10 ตำบลท่าไม้รวก อำเภอยะบาย จังหวัดเพชรบุรี	เถาเอ็นอ่อน ย่านาง	สำนักจัดการ ทรัพยากรป่าไม้ที่ 10
6	ป่าชุมชนบ้านตะเกราทอง หมู่ที่ 6 ตำบลบ้านแลง อำเภอยะเมือง จังหวัดระยอง ป่าชุมชนบ้านจันทิ หมู่ที่ 1 ตำบลท่ากุ่ม อำเภอยะเมือง จังหวัดตราด	เสลดพังพอน ตัวผู้	สำนักจัดการ ทรัพยากรป่าไม้ที่ 6
	ป่าชุมชนบ้านโนนผึ้ง หมู่ที่ 3 บ้านหังหิน หมู่ที่ 4 บ้านสวนผึ้ง หมู่ที่ 5 ตำบลดงบัง อำเภอยะจันทคาม จังหวัดปราจีนบุรี ป่าชุมชนบ้านพร้าว หมู่ที่ 1 ตำบลวัฒนานคร อำเภอยะวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว	พรวด กำแพงเจ็ดชั้น	สำนักจัดการ ทรัพยากรป่าไม้ที่ 9
7	ป่าชุมชนบ้านหนองบัวน้อย หมู่ที่ 5 ตำบลโคกสว่าง อำเภอยะพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ป่าชุมชนบ้านดอนเจ้าปู่ หมู่ที่ 3 ตำบลทรายมูล อำเภอยะน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น	ตูบหมูป เปราะป่า	สำนักจัดการ ทรัพยากรป่าไม้ที่ 7
	ป่าชุมชนบ้านป่าโคกหินลาด หมู่ที่ 3 ตำบลหนองปลิง อำเภอยะเมือง จังหวัดมหาสารคาม ป่าชุมชนบ้านโคกป่าสี หมู่ที่ 1, 2, 6, 7, 8 ตำบลหนองห้าง อำเภอยะภูฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์	เปล้าใหญ่ เปล้าน้อย มะขามป้อม	สำนักจัดการ ทรัพยากรป่าไม้ที่ 10
8	ป่าชุมชนบ้านห้วยไร่บุรพา หมู่ที่ 10 ตำบลอุบลมุง อำเภอยะหนองบัว จังหวัดอุดรธานี ป่าชุมชนบ้านดอยกอย หมู่ที่ 2 ตำบลสว่าง อำเภอยะพนมไพร จังหวัดสกลนคร ป่าชุมชนบ้านพระเจริญ หมู่ที่ 7 ตำบลวังตามัว อำเภอยะเมือง จังหวัดนครพนม	ชันทองพญาบาท เหมือดแอ่	สำนักจัดการ ทรัพยากรป่าไม้ที่ 6
9	ป่าชุมชนบ้านหินลาด หมู่ที่ 4 ตำบลชีบน อำเภอยะบ้านขัว จังหวัดชัยภูมิ		

เขต สุขภาพที่	ป่าชุมชน	สมุนไพร ที่พบในพื้นที่	สำนักจัดการ ทรัพยากรป่าไม้
9	ป่าชุมชนเขาสิบสามและเขาเขียว หมู่ที่ 11 ตำบลมะเกลือเก่า อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ป่าชุมชนบ้านจาน ตำบลหนองเต็ง อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์	หนอนตายหยาก มะกอกน้ำ	สำนักจัดการ ทรัพยากรป่าไม้ที่ 8
10	ป่าชุมชนป่าดงหนองอีเฒ่า หมู่ที่ 4 ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ป่าชุมชนบ้านโนนใหญ่ ตำบลเสียวและตำบลอิเซ อำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ ป่าชุมชนบ้านคูขาด หมู่ที่ 2 ตำบลหนองเหล่า อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี ป่าชุมชนบ้านศรีสมบูรณ์ หมู่ที่ 3 ตำบลศรีแก้ว อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร	กำแพงเจ็ดชั้น มะดัน	สำนักจัดการ ทรัพยากรป่าไม้ที่ 4
11	ป่าชุมชนบ้านห้วยใหญ่ หมู่ที่ 2 ตำบลสองพี่น้อง อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร ป่าชุมชนบ้านครน หมู่ที่ 3 ตำบลครน อำเภอสวี จังหวัดชุมพร	ดองดิง กำแพงเจ็ดชั้น	สำนักจัดการ ทรัพยากร ป่าไม้ที่ 11
	ป่าชุมชนบ้านอ่าวอ้ายยอ หมู่ที่ 4 ตำบลน้ำตก อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ป่าชุมชนบ้านทุ่งสูง หมู่ที่ 4 ตำบลเขาใหญ่ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ป่าชุมชนบ้านสระแก้ว หมู่ที่ 8 ตำบลไทรทอง อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ป่าชุมชนบ้านวังศิลาดีเรกสาร หมู่ที่ 3 ตำบลเพิ่มพูนทรัพย์ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี	มะปราง สะค้าน ผักเหลียง	สำนักจัดการ ทรัพยากร ป่าไม้ที่ 12
12	ป่าชุมชนบ้านนิคมพัฒนา หมู่ที่ 7 ตำบลท่าชะมวง อำเภอรัษฎา จังหวัดสงขลา ป่าชุมชนบ้านนาปรัง หมู่ที่ 9 ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล ป่าชุมชนบ้านป่าพงศ์ หมู่ที่ 9 ตำบลตะโหมด อำเภอตะโหมด จังหวัดพัทลุง ป่าชุมชนบ้านทุ่งหลวง หมู่ที่ 7 ตำบลวังมะปราง อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง	ปลาไหลเผือก มะม่วงหิมพานต์	สำนักจัดการ ทรัพยากรป่าไม้ที่ 12
	ป่าชุมชนบ้านจุฬาภรณ์พัฒนา 12 หมู่ที่ 13 ตำบลสุคีริน อำเภอสุคีริน จังหวัดนราธิวาส	กำลังเสือโคร่ง ดาหลา	สำนักจัดการ ทรัพยากรป่าไม้ ที่ 13

3) ที่ดินของเอกชน

ในพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 มาตรา 64 ระบุว่า เพื่อสนับสนุนให้เอกชนมีส่วนร่วมในการคุ้มครอง ส่งเสริมและพัฒนาสมุนไพร เจ้าของหรือผู้ครอบครองที่ดินที่เป็นถิ่นกำเนิดของสมุนไพรหรือที่ดินที่จะใช้ปลูกสมุนไพร มีสิทธิหน้าที่ดินนั้นไปขอขึ้นทะเบียนต่อนายทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือ หรือขอรับการสนับสนุนตามพระราชบัญญัตินี้ และมาตรา 65 ระบุว่า เจ้าของหรือผู้ครอบครองที่ดินที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้แล้วตามมาตรา 64 มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือหรือได้รับการสนับสนุนตามระเบียบที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

อยู่ระหว่าง พิจารณา (ร่าง) กฎกระทรวง และ (ร่าง) ระเบียบให้การสนับสนุนหรือช่วยเหลือของกฤษฎีกา คาดว่าจะออกกฎหมายตามลำดับต่อไป

5.3. การเฝ้าระวัง และพิทักษ์สิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร

5.3.1 จัดให้มีกิจกรรมติดตามและเฝ้าระวังภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร เป้าหมายสำคัญ 25 รายการ ได้แก่ กระเจี๊ยบแดง กระชายดำ กวาวเครือขาว ส้มแขก ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน ชุมเห็ดเทศ บัวบก หม่อน ไพล พริกไทย มังคุด กระเจียว ดอกดัง ขมิ้นเครือ กำแพงเจ็ดชั้น ย่านาง รางจืด มะขามป้อม กฤษณา เปล้าเลือด มะรุม ลูกประคบ นวดไทย และฤๅษีดำดต้น โดยการสืบค้นข้อมูลสิทธิบัตร ตามหมวดหมู่สิทธิบัตรที่เกี่ยวข้องใน 7 กลุ่มประเทศ คือ องค์การทรัพย์สินทางปัญญาโลก สำนักสิทธิบัตรญี่ปุ่น สำนักสิทธิบัตรยุโรป สำนักสิทธิบัตรสหรัฐอเมริกา สำนักสิทธิบัตรจีน สำนักสิทธิบัตรเกาหลี และสำนักสิทธิบัตรไทย และรายงานทุกเดือน เพื่อนำเสนอต่อคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง ในการพิจารณา หากเป็นการละเมิดหรือมีผลกระทบต่อภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยหรือสมุนไพรไทย จะนำไปสู่การคัดค้าน/เพิกถอนสิทธิบัตรดังกล่าวต่อไป

5.3.2 ตรวจสอบรายการเครื่องหมายการค้าที่ขอรับการจดทะเบียนจากกรมทรัพย์สินทางปัญญา โดยพิจารณาว่าเครื่องหมายการค้าดังกล่าว มีความเหมือนคล้ายภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร เพื่อนำไปสู่การคัดค้าน/เพิกถอนการจดทะเบียนต่อไป

ผลการสืบค้น/ตรวจสอบข้อมูลสิทธิบัตรภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร 25 รายการ จากสำนักสิทธิบัตร 7 กลุ่มประเทศ ในหมวดที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร (A61)

ตาราง 5.13 ข้อมูลสิทธิบัตรภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร เป้าหมายสำคัญ 25 รายการ

ปี จำนวน	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559
รายการ	152	144	109	80	4,293	2,248	2,468	2,110	1,512

ที่มา : กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 31 กรกฎาคม 2559

ตาราง 5.14 ผลการตรวจสอบข้อมูลค่าของจดทะเบียนเครื่องหมายการค้า 47 จำพวก จากกรมทรัพย์สินทางปัญญา

ปี จำนวน	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559
ค่าของจดทะเบียนฯ	23,400	23,600	22,400	18,800	14,000	6,400	12,800	13,800	17,400

ที่มา : กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 31 กรกฎาคม 2559

3) เตรียมการเพื่อจัดทำและพัฒนาระบบฐานข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และสมุนไพร รองรับการจัดทะเบียนสิทธิ เพื่อเป็นเครื่องมือและกลไกในการคุ้มครองและเฝ้าระวังภูมิปัญญาในระดับนานาชาติ โดยศึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลการดำเนินการดังกล่าว จากประเทศอินเดีย

5.4 การดำเนินการและประสานความร่วมมือระหว่างประเทศ

5.4.1 เตรียมแผนการเข้าร่วมประชุมกับองค์การทรัพย์สินทางปัญญาโลกว่าด้วยการกลไกและมาตรการการคุ้มครองภูมิปัญญาดั้งเดิม

5.4.2 ประสานและดำเนินการร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามกฎหมาย ข้อตกลงความร่วมมือระหว่างประเทศ ได้แก่ การดำเนินงานตามอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ การดำเนินงานตามอนุสัญญาไซเตส การดำเนินงานคุ้มครองภูมิปัญญาดั้งเดิมภายใต้ข้อตกลงขององค์การทรัพย์สินทางปัญญาโลก รวมทั้งการเจรจาทำความตกลงเขตการค้าเสรีในระดับอาเซียนและระดับภูมิภาค

5.4.3 การดำเนินงานร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามกฎหมาย ข้อตกลงความร่วมมือระหว่างประเทศ ได้แก่

1) อนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ โดยเข้าร่วมประชุม/จัดทำ/เจรจา/ทำความตกลงระเบียบ/มาตรการ/เงื่อนไขในการปกป้อง คุ้มครอง เข้าถึง และแบ่งปันผลประโยชน์ จากทรัพยากรในระดับอาเซียน และระดับภูมิภาคเพื่อพิจารณากรอบการดำเนินงานและแนวทางปฏิบัติตามพิธีสารนาโงยาฯ ใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่

(1) วิธีดำเนินงานกลไกการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารการเข้าถึงและการแบ่งปันผลประโยชน์

(2) มาตรการสนับสนุนการเสริมสร้างสมรรถนะ การพัฒนาและการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กร และบุคลากรในประเทศกำลังพัฒนา

(3) มาตรการสร้างความตระหนักในความสำคัญของทรัพยากรพันธุกรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทรัพยากรพันธุกรรม

(4) กระบวนการความร่วมมือและกลไกบริหารจัดการองค์กรในการส่งเสริมการปฏิบัติตามพิธีสารนาโงยาฯ และการพิจารณากรณีไม่ปฏิบัติตามพิธีสารนาโงยาฯ

ประเทศไทยมีบทสรุปและข้อเสนอแนะ ดังนี้

ก) สนับสนุนการสื่อสารเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจระหว่างหน่วยงานกำกับดูแลและครอบครองทรัพยากร ทั้งผู้ให้และผู้ใช้ ทั้งภาควิจัยและภาคเอกชน รวมทั้งให้การศึกษาแก่สาธารณะ โดยอาจจัดทำเป็นหลักสูตรในสถาบันการศึกษา และจัดให้มีการประชุมเผยแพร่ ฝึกอบรม ผู้เกี่ยวข้อง

ข) ประสาน เตรียมการและเร่งรัดการเสริมสร้างสมรรถนะอย่างเป็นระบบในทุกระดับ ได้แก่ ระดับระหว่างประเทศและภูมิภาค ระดับประเทศ ระดับชุมชน และระดับปัจเจก เพื่อเพิ่มความพร้อมและศักยภาพภายในประเทศ และใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางเชิงกลยุทธ์ โดยสนับสนุนให้มีเวทีประชุมผู้เชี่ยวชาญในระดับภูมิภาค ทั้งนี้ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสิ่งแวดล้อมโลก และให้ทางสำนักเลขาธิการฯ วิเคราะห์ผล นำไปพิจารณาในการประชุม ICNP 2

ค) ใช้กระบวนการและขั้นตอนการปฏิบัติตามพิธีสารคาร์ตาเฮนา เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามพิธีสารฯ นำไปสู่การจัดทำกระบวนการและขั้นตอนการปฏิบัติ

ตามพิธีสารฯ ให้ชัดเจน

ง) เน้นการบริหารจัดการเชิงบูรณาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสร้างความเข้มแข็งของระบบข้อมูลแต่ละหน่วยงาน รองรับการทำงานตามพิธีสารฯ

2) การคุ้มครองภูมิปัญญาดั้งเดิม ภายใต้ข้อตกลงขององค์การทรัพย์สินทางปัญญาโลก โดยเข้าร่วมประชุม/จัดทำ/เจรจา/ทำความเข้าใจข้อตกลงเขตการค้าเสรีในระดับอาเซียนและระดับภูมิภาค มีดังนี้

2.1) เข้าร่วมประชุมกลุ่มประเทศ Liked-Mined Country ว่าด้วย Traditional Knowledge and Folklore ณ บาห์ลี ประเทศอินโดนีเซีย โดยมีข้อเสนอร่างข้อบทของกลุ่มฯ เกี่ยวกับการปกป้อง คุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นดั้งเดิม (TK) ทรัพยากรความหลากหลายทางชีวภาพ (TCEs) และการแสดงออกทางวัฒนธรรม เพื่อนำเสนอต่อการประชุม WIPO IGC ต่อไป

2.2) เข้าร่วมประชุม Intergovernmental Committee on Intellectual Property and Genetic Resources, Traditional Knowledge and Folklore (WIPO IGC) เน้นเกี่ยวกับการปกป้อง คุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นดั้งเดิม

2.3) เข้าร่วมประชุม Workshop on IPR and Issue an Intellectual Property for Traditional Knowledge of BIMSTEC Country ณ นิวเดลี ประเทศอินเดีย โดยเน้นสถานการณ์การดำเนินงานด้านการแพทย์แผนดั้งเดิมของกลุ่มประเทศ การจัดการระบบการศึกษา และการอนุรักษ์ คุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นดั้งเดิม

3) การดำเนินงานตามอนุสัญญาไซเตส

4) การดำเนินการตามอนุสัญญาว่าด้วยมรดกทางวัฒนธรรมที่จับต้องไม่ได้

5) เข้าร่วมประชุมกับหน่วยงานต่าง ๆ ในการบังคับใช้กฎหมายหรือพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับทรัพย์สินทางปัญญา ความหลากหลายทางชีวภาพ และภูมิปัญญาท้องถิ่น ได้แก่ กรมทรัพย์สินทางปัญญา กรมวิชาการเกษตร สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงต่างประเทศ

5.5 การสนับสนุน ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของนายทะเบียนจังหวัด ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542

มาตรา 3 ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 “นายทะเบียน” หมายความว่า นายทะเบียนกลางหรือนายทะเบียนจังหวัด แล้วแต่กรณี

มาตรา 13 ให้อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นนายทะเบียนกลาง และให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด มีบทบาทหน้าที่ตามพระราชบัญญัติกำหนด

มีการดำเนินการดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2546 จนถึงปัจจุบัน สอดคล้องตามบทบาทนายทะเบียนกลางและนายทะเบียนจังหวัด ตามพระราชบัญญัติกำหนด

กลไกขับเคลื่อนการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่สำคัญและเป็นจุดเด่นอีกประการคือ กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย มุ่งเน้นสนับสนุนสำหรับการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การวิจัยและพัฒนาต่อยอด รวมทั้งสนับสนุนเครือข่ายระดับจังหวัด สถานการณ์และพื้นที่ โดยสรุปผลในการสนับสนุนงบประมาณ ดังตาราง 5.15

ตาราง 5.15 งบประมาณกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ได้รับจัดสรร ปีงบประมาณ 2548–2559

ปีงบประมาณ	2548	2549	2550	2551	2552	2553	รวม (ล/บ.)
รายรับ (ล/บ.)	10	20	40	80	150	138	1,153
ปีงบประมาณ	2554	2555	2556	2557	2558	2559	
รายรับ (ล/บ.)	120	120	120	120	120	115	

ที่มา : กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 31 กรกฎาคม 2559

5.6 ระบบสารสนเทศองค์ความรู้ดิจิทัลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพร (Thai Traditional Digital Knowledge Library : TTDKL)

การพัฒนาระบบสารสนเทศองค์ความรู้ดิจิทัลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพร (Thai Traditional Digital Knowledge Library : TTDKL) ได้ดำเนินการภายใต้แนวคิดในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพร ให้เป็นฐานข้อมูลกลางในรูปแบบห้องสมุดดิจิทัลที่สามารถเข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลาและสะดวกรวดเร็วโดยผ่านทางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ทั้งนี้ เพื่อเป็นคลังข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านสำหรับให้นักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา และประชาชนทั่วไปนำไปอ้างอิงและใช้ประโยชน์ได้ต่อไปในอนาคต ตลอดจนเป็นเครื่องมือสำคัญในการเฝ้าระวังและคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยสำนักงานข้อมูลและคลังความรู้ในฐานะเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการเรื่องนี้ ได้เริ่มขับเคลื่อนภายใต้โครงการ Thai Traditional Digital Knowledge Library (TTDKL) นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา โดยตั้งต้นจากการปรับปรุงฐานข้อมูลเดิมที่มีอยู่ภายในกรมให้สามารถเชื่อมโยงและใช้ข้อมูลร่วมกันได้ จากนั้นได้มีการเชื่อมต่อไปยังภายนอก เพื่อพัฒนาข้อมูลต่าง ๆ ให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน พร้อมทั้งได้มีการถ่ายถอด แปล และปริวรรตตำรายาแผนโบราณ พัฒนาชุดรหัสมาตรฐานภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านของประเทศไทย และส่งคายนามภูมิปัญญาการนวดไทยในตำราการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ ซึ่งการพัฒนาระบบข้อมูลเหล่านี้ จะมีการบันทึกลงในระบบดิจิทัล และเป็นวัตถุดิบ (Input) สำคัญที่จะป้อนเข้าสู่ห้องสมุดดิจิทัลในท้ายสุด

ในบทความนี้ จะฉายภาพรวมให้เห็นถึงภาพรวมสถานการณ์ของระบบข้อมูล เพื่อชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบข้อมูลการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพร ก่อนนำเสนอรายละเอียดในแต่ละเรื่องที่ได้พัฒนาขึ้นมา

5.6.1 สถานการณ์ข้อมูลการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพร

การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อป้อนเข้าสู่ระบบห้องสมุดดิจิทัล ได้ให้ความสำคัญในเรื่ององค์ความรู้ อันประกอบด้วย องค์ความรู้ในส่วนของแพทย์พื้นบ้าน และองค์ความรู้ดั้งเดิมด้านการแพทย์แผนไทยที่อยู่ในรูปตำรารับตำราแห่งชาติ ซึ่งองค์ความรู้ทั้ง 2 ส่วนนี้ มีความเกี่ยวข้องกับองค์ความรู้เรื่องสมุนไพร จึงต้องทำการรวบรวมองค์ความรู้เหล่านี้ เพื่อนำไปพัฒนาต่อยอดและนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเหมาะสมกับยุคสมัยต่อไป

1) องค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านส่วนใหญ่อยู่ในตัวหมอ (Tacit Knowledge) มีความรู้ทั้งด้านการรักษาและทฤษฎี มีความชำนาญเฉพาะด้าน แต่ขาดผู้สืบสานองค์ความรู้

จากฐานข้อมูลนายทะเบียนกลาง ณ ปี 2559 พบว่า มีหมอพื้นบ้านจำนวน 57,665 คน รวมทั้งมีการบันทึกองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านไว้ในใบลาน ปิ๊บสา และอื่น ๆ ที่มีการเก็บรวบรวมโดยหมอพื้นบ้าน วัด มหาวิทยาลัยต่าง ๆ อีกเป็นจำนวนมาก แต่เนื่องจากกลุ่มหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีอายุมากแล้ว ทั้งยังไม่มีผู้สืบทอดองค์ความรู้แม้จะเป็นลูกหลานของหมอก็ตาม ซึ่งจะส่งผลให้องค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านเหล่านี้อาจจะสูญหายไปพร้อมกับการจบสิ้นชีวิตลงด้วยความสูงวัย จึงมีความจำเป็นที่

จะต้องทำการศึกษาและถอดองค์ความรู้ ขณะที่องค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านที่มีการบันทึกในใบลาน ปิ๊บสา และอื่น ๆ ยังไม่มีระบบการส่งเสริม สนับสนุนการถ่ายทอด การอธิบายความ และระบบการจัดเก็บ และเผยแพร่อย่างมีทิศทาง

2) องค์ความรู้ดั้งเดิมด้านการแพทย์แผนไทยอยู่ในรูปตำรับตำรา และจารึกเป็นภาษาไทยเดิม ยากต่อการเข้าใจ

กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศตำราการแพทย์แผนไทยของชาติในปี 2559 จำนวน 154 รายการ และตำรับยาแผนไทยของชาติ จำนวน 12,125 ตำรับ (รายละเอียดตาราง 5.3) ประกอบด้วยคัมภีร์ย่อยที่จารึกเป็นภาษาไทยเดิม ยากต่อการเข้าใจของคนปัจจุบัน นอกจากนี้ จากข้อมูลการขึ้นทะเบียนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย (ตามมาตรา 15 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542) มีจำนวน 167,824 รายการ โดยจำแนกเป็นทะเบียนตำรับยาแผนไทยจำนวน 159,840 ตำรับ และตำราการแพทย์แผนไทย จำนวน 7,984 เล่ม (ฐานข้อมูลนายทะเบียนกลาง, 31 กรกฎาคม 2559) ซึ่งตำรับตำราเหล่านี้มีการจดบันทึกด้วยภาษาไทยเดิม ภาษาธรรม ภาษาท้องถิ่น ทำให้ไม่สามารถอ่านวิเคราะห์และแปลตำรับตำราต่าง ๆ เหล่านี้ได้ จำเป็นต้องอาศัยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์แผนไทยและด้านภาษาโบราณในการแปล แต่ยังมีข้อจำกัดเรื่องบุคลากรด้านนี้ที่ยังมีจำนวนน้อยมาก และส่วนใหญ่มีอายุมาก นอกเหนือจากนั้นแล้ว ยังมีตำรับตำราของส่วนบุคคลที่คาดว่าจะยังไม่ได้มาขอจดขึ้นทะเบียนอีกจำนวนมาก

จึงจำเป็นต้องนำคัมภีร์ทั้งหมดเหล่านี้ไปถ่ายทอด แปล ปರಿวรรต และสังคายนา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ครูหมอแพทย์แผนไทย นักวิชาการด้านพืชสมุนไพร ด้านสัตว์ และแร่ธาตุ เพื่อตีความอธิบายความ ให้ถูกต้อง ตลอดจนมีการสังคายนาองค์ความรู้ นำไปสู่การจัดหมวดหมู่และให้รหัสมาตรฐานภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย บันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบในคลังความรู้ด้วยระบบดิจิทัล และจัดทำ “คำอธิบายเฉพาะในแต่ละตำรา” เพื่อใช้ประโยชน์ในด้านการคุ้มครองและด้านการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ต่อไป

3) ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรที่อิงหลักทางวิทยาศาสตร์ยังไม่ชัดเจนหลายประเด็น

ผลพวงจากการประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 ที่แพทย์แผนไทยถูกกำหนดไม่ให้ใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสำหรับการพัฒนาและต่อยอดองค์ความรู้ และถึงแม้ว่าได้มีการแก้ไขกฎหมายฉบับนี้ให้หลังมากกว่า 50 ปี โดยเริ่มอนุญาตให้ใช้วิทยาศาสตร์สำหรับการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 ที่แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2530 แต่ปรากฏว่า แพทย์แผนไทยส่วนใหญ่ยังมีการนำวิทยาศาสตร์เข้ามาใช้ในการพัฒนาค่อนข้างน้อยมาก ส่งผลให้ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรที่อิงหลักทางวิทยาศาสตร์ยังไม่ชัดเจนหลายประเด็น ตัวอย่างเช่น ชื่อวิทยาศาสตร์ของสมุนไพรแต่ละชนิด ยังไม่ชัดเจนว่าเป็นชนิดใดตามหลักอนุกรมวิธาน ทั้งยังเป็นที่ถกเถียงกันจนถึงปัจจุบัน กรณีสมุนไพรใคร่เครือ พบว่าในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ตัดตัวยาออกจากตำรับยาแผนโบราณ เนื่องจากเป็นสารก่อมะเร็ง แต่ก็มี การโต้แย้งว่าใคร่เครือที่ถูกถอนไปนั้น ไม่ใช่ใคร่เครือที่เป็นชื่อวิทยาศาสตร์ตัวเดียวกัน ขณะที่ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้อ้างว่า การผสมสมุนไพรหลายชนิดอาจจะลดพิษไปได้

5.6.2 การพัฒนาระบบข้อมูลสู่ระบบห้องสมุดดิจิทัล

1) ความหมายและขอบเขตของระบบห้องสมุดดิจิทัลการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพร

ระบบสารสนเทศองค์ความรู้ดิจิทัลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพร (Thai Traditional Digital Knowledge Library : TTDKL) หมายถึง ระบบคลังความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในรูปแบบห้องสมุดดิจิทัล เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว เช่น การสืบค้นข้อมูลสมุนไพร พจนานุกรมศัพท์แพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย ตำราการแพทย์แผนไทย งานวิจัย และข้อมูลด้านกฎหมาย เป็นต้น เป็น การส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากคลังความรู้ในการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน ตลอดจนสนับสนุนการขึ้นทะเบียนยาสมุนไพร ระบบบริการสุขภาพ การต่อยอดงานวิจัยอย่างกว้างขวางในทุกระดับ การดูแลสุขภาพ และการส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชนของประเทศ

แผนภาพ 5.1 ระบบสารสนเทศองค์ความรู้ดิจิทัลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของประเทศ



แผนภาพ 5.2 กระบวนการการจัดทำสารสนเทศองค์ความรู้ดิจิทัลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย



2) การรวบรวมองค์ความรู้

เป็นขั้นตอนแรกของการจัดทำห้องสมุดดิจิทัล โดยมีการรวบรวมตำราตำราการแพทย์แผนไทยโบราณของชาติและทั่วไป จัดทำเป็นต้นฉบับอิเล็กทรอนิกส์ และบันทึกในฐานข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมถึงการรวบรวมหนังสืออ้างอิงอื่น ได้แก่ ตำราอ้างอิงยาสมุนไพรไทย (Monographs of Selected Thai Materia Medica) และ Thai Herbal Pharmacopoeia เป็นต้น ตลอดจนทำการประมวลรูปภาพและถ่ายภาพของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ได้แก่ ภาพแผนนวดที่ผนังวัดโพธิ์ ภาพฤกษ์ตัดตน ภาพพืชสมุนไพร (ต้น ใบ ดอก ผล) ภาพธาตุวัตถุ สัตว์วัตถุ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดเตรียมบันทึกในฐานข้อมูลฯ

นอกจากนั้นแล้ว ยังได้ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ระบบฐานข้อมูลของทุกหน่วยที่อยู่ภายในกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก อันประกอบไปด้วยฐานข้อมูลบุคลากร 7 ประเภท ฐานข้อมูลสมุนไพร จำนวน 1,002 ชนิด และฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ฐานข้อมูลงานวิจัยของสถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทยและอื่น ๆ ตลอดจนปรับปรุงฐานข้อมูลหอพื้นบ้านที่มีอยู่ เพื่อใช้ประโยชน์ในการบันทึก รวมถึงการตรวจสอบข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านและหอพื้นบ้าน

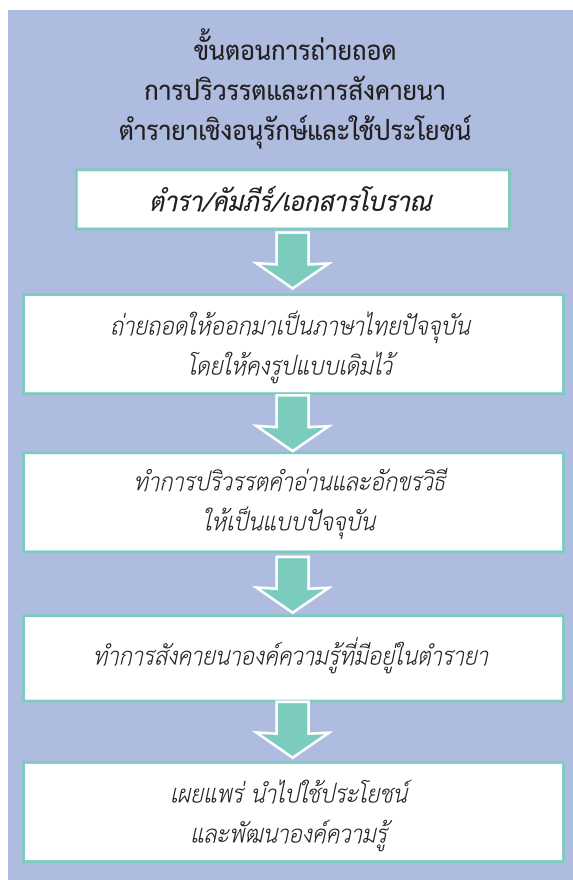
3) การจัดหมวดหมู่

ภายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว จะทำการวิเคราะห์ และจัดลำดับความสำคัญของตำรายาแผนไทยหรือตำราการแพทย์แผนไทยที่มีประโยชน์หรือมีคุณค่าในทางการแพทย์หรือการสาธารณสุขเป็นพิเศษ โดยให้ความสำคัญกับตำราตำราที่รัฐมนตรีจะประกาศกำหนดให้เป็นตำรายาแผนไทยของชาติหรือตำราการแพทย์แผนไทยของชาติ รวมถึงเป็นตำรายาแผนไทยหรือตำราการแพทย์แผนไทยที่มีการใช้ประโยชน์กันอย่างที่รัฐมนตรีจะประกาศกำหนดให้เป็นตำรายาแผนไทยทั่วไปหรือตำราการแพทย์แผนไทยทั่วไป เพื่อเป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้แก่บุคคลรุ่นใหม่

4) การถ่ายทอด แปล และการปริวรรต

การถ่ายทอดอักษร หรือการปริวรรตอักษร คือ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบอักษรในจารึกหรือตำราการแพทย์แผนไทยของชาติโบราณ ให้เป็นอักษรไทยปัจจุบัน แต่ยังคงความหมายเดิมไว้ทุกประการ

ในการถ่ายทอดและปริวรรตตำราการแพทย์แผนไทย ได้ขับเคลื่อนภายใต้ความร่วมมือระหว่างกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กับสถาบัน



การศึกษาในแต่ละภูมิภาคและสถาบันหลักที่เกี่ยวข้องกับเรื่องภูมิปัญญาดั้งเดิมโดยตรง อาทิ หอสมุดแห่งชาติ โดยมีดำเนินการ ดังนี้

(1) จัดตั้งเครือข่ายการถ่ายทอด แพล และปริวรรต ตำราการแพทย์แผนไทย และตำรับยาแผนไทย โดยมีการจัดตั้งเครือข่ายขึ้นใน 3 ภูมิภาค เนื่องจากตำรับตำราแพทย์แผนไทยมีเป็นจำนวนมากและในแต่ละภาคมีภาษาท้องถิ่นที่แตกต่างกัน ตลอดจนมีการพัฒนาต้นแบบการจัดระบบองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยเพื่อถ่ายทอด การแปล และปริวรรตตำราการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน ทั้ง 4 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ (มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) ภาคอีสาน (มหาวิทยาลัยมหาสารคาม) ภาคกลาง (หอสมุดแห่งชาติ) ภาคใต้ (มหาวิทยาลัยทักษิณ)

ขณะเดียวกันยังได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะความรู้แก่บุคลากร 2 กลุ่ม คือ ผู้รู้ด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับภาษาดั้งเดิมและภาษาท้องถิ่น และผู้รู้ด้านภาษาเพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยพื้นฐาน เพื่อให้บุคลากรเหล่านี้ร่วมกันถ่ายทอด แพล และปริวรรตตำราการแพทย์แผนไทย และตำรับยาแผนไทยในแต่ละภูมิภาคออกมาให้เป็นภาษาไทยปัจจุบัน รวมถึงมีการบันทึก และตรวจสอบความถูกต้องของตำรับตำราการแพทย์แผนไทยก่อนจะป้อนเข้าสู่ระบบห้องสมุดดิจิทัลต่อไป

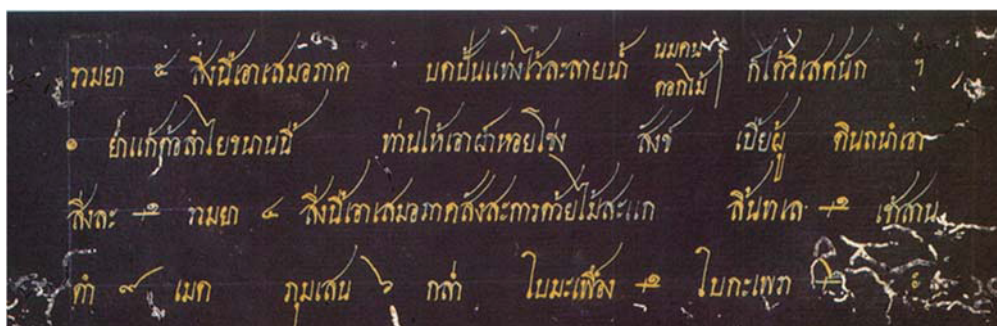
(2) จัดทำแผนที่เดินทาง (Road Map) สำหรับการแปลคัมภีร์การแพทย์แผนไทย โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ใช้เวลาในการดำเนินการ 4 ปี ดังนี้

(2.1) ระยะแรกดำเนินการระหว่างปี 2557-2558 เน้นการถ่ายทอด แพล และปริวรรตคัมภีร์ ตลอดจนตำราการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ อย่างน้อย 40 เล่ม ได้แก่ (1) ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5 เล่ม 1 (หนังสือสมุดไทย) ประกอบด้วยคัมภีร์ 17 เล่ม (2) ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5 เล่ม 2 (หนังสือสมุดไทย) ประกอบด้วยคัมภีร์ 16 เล่ม (3) ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5 เล่ม 3 (หนังสือสมุดไทย) ประกอบด้วยคัมภีร์ 4 เล่ม (4) ตำราพิเศษของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาปวเรศวริยาลงกรณ์ (5) ตำราสรรพคุณยากรมหลวงวงษาธิราชสนิท และ (6) จารึกตำรายาวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม รวมทั้งทำการสังคายนาคัมภีร์แผนนวดในตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวงฯ อย่างน้อย 2 เล่ม ได้แก่ (1) คัมภีร์แผนนวด เล่ม 1 จำนวน 95 หน้า และเล่ม 2 จำนวน 89 หน้า (2) จารึกตำรายาวัดราชโอรสารามราชวรวิหาร หมวดที่ 3 หัตถศาสตร์ จำนวน 74 ภาพ และฉีติดัตถ์ จำนวน 80 ท่า และพัฒนารหัสมาตรฐานภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

(2.2) ระยะที่สองจะดำเนินการระหว่างปี 2559-2560 เพื่อสังคายนาเบื้องต้น ตำรับตำราการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ ได้รหัสมาตรฐานภูมิปัญญาฯ ฉบับสมบูรณ์ และออกรหัสเพื่อบันทึกในระบบ TTDKL นอกจากนี้ยังได้นำร่องพัฒนารหัสมาตรฐานการแพทย์พื้นบ้านของประเทศด้วย

(3) ตัวอย่างผลงานการถ่ายทอด การแปล และการปริวรรตตำรายาแผนโบราณ

รูปที่ 5.6 สมุดไทยอยู่ในคัมภีร์ปฐมจินดา เล่มที่ 11 หน้าต้นที่ 50



จากภาพตัวอย่างเป็นสมุดไทยอยู่ในคัมภีร์ปฐมจินดา เล่มที่ 11 มีการบันทึกด้วยอักษรไทยโบราณ และเครื่องหมายต่าง ๆ ที่ยากแก่คนรุ่นปัจจุบันจะเข้าใจ

รูปที่ 5.7 คำถ่ายทอด คำอ่านปัจจุบัน สมุดไทยอยู่ในคัมภีร์ปฐมจินดา เล่มที่ 11 หน้าต้นที่ 50

คำถ่ายทอด (หน้าต้นที่ ๕๐)	
- รวมยา ๕ สิ่งนี้เอาเสมอภาค บดปั่นแห้งไว้ละลายน้ำ	นมคน ดอกไม้
- ๑ยาแก้ต่อลำไยขนานนี้ ท่านให้เอาฝาคอยโข่ง	สังข์ เบี้ยผู้ ดินถนํ้าเอา
- สิ่งละ ๑ รวมยา ๔ สิ่งนี้เอาเสมอภาคสังสการด้วยไม้สะแก	ลั่นทเล ๑
- ดำ ๙ เมต ฤมเสน ๖ กล่า ใบมะเฟือง	ใบกะเพรา ๑
คำอ่านปัจจุบัน (หน้าต้นที่ ๕๐)	
- รวมยา ๕ สิ่งนี้เอาเสมอภาค บดปั่นแห้งไว้ละลายน้ำนมคน น้ำดอกไม้ ก็ได้วิเศษนัก ๆ	
- ยาแก้ต่อลำไยขนานนี้ ท่านให้เอาฝาคอยโข่ง สังข์ เบี้ยผู้ ดินถนํ้าเอา	
- สิ่งละ ๑ บาท รวมยา ๔ สิ่งนี้เอาเสมอภาคสังสการด้วยไม้สะแก ลั่นทะเล ๑ บาท ข้าวสาร	
- ดำ ๙ เมต พุมเสน ๖ กล่า ใบมะเฟือง ๑ บาท ใบกะเพรา ๒ บาท	

5) การสังคายนาองค์ความรู้

สังคายนาตำรายา หมายถึง การสังเคราะห์ตำรายาเพื่อให้ได้องค์ความรู้ ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ตรงกันกับต้นฉบับเดิม เกิดกระบวนการตีความ วิเคราะห์และสังเคราะห์สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการถ่ายทอด การรักษา ต่อไปได้ในอนาคต

องค์ความรู้ในกระบวนการสังคายนา แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

5.1) องค์ความรู้เดิม โดยทั่วไปมีการระบุชื่อโรค กลุ่มอาการ และชื่อสมุนไพร

5.2) องค์ความรู้ใหม่ ที่ได้จากการสังคายนา คือ การเปรียบเทียบชื่อสมุนไพร ชื่อท้องถิ่น/ชื่อสามัญ ให้ตรงกับชื่อวิทยาศาสตร์ และมีการตีความ ขยายความของผู้รู้ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

นอกจากตำรับตำราที่จะต้องทำการสังคายนาแล้ว กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยสำนักงานข้อมูลและคลังความรู้ ยังได้มีการนำร่องสังคายนาองค์ความรู้ภูมิปัญญาการนวดไทยดั้งเดิมแห่งชาติให้เป็นต้นแบบในการสังคายนาศาสตร์การนวดไทยประเภทต่าง ๆ โดยเริ่มต้นจากการตรวจสอบข้อมูลคัมภีร์ตำราการนวดไทยที่จะนำมาใช้เป็นหลักในการสังคายนาตามหลักเกณฑ์ในการพิจารณาที่สำคัญคือ เป็นคัมภีร์ตำราการนวดไทยที่มีหลักฐานว่ามีอายุ 100 ปีขึ้นไป ผลการดำเนินงาน ณ เดือนกันยายน 2559 ปรากฏว่า มีคัมภีร์ที่ทำสังคายนาการนวดไทย ได้แก่ แผนนวดในตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวงรัชกาลที่ 5 จำนวน 2 เล่ม ได้แก่ คัมภีร์แผนนวด เล่ม 1 จำนวน 95 หน้า และเล่ม 2 จำนวน 89 หน้า กับจารึกตำรายาวัตรราชโอรสารามราชวรวิหาร หมวดที่ 3 หัตถศาสตร์ จำนวน 74 ภาพ และฤๅษีคัตตน จำนวน 80 ท่า และมีคัมภีร์ที่ถ่ายทอด แปล ปริวรรต จำนวน 40 คัมภีร์ ประกอบด้วย

- (1) ตำราเวชศาสตร์ ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5 เล่ม 1 ประกอบด้วย 15 คัมภีร์
- (2) ตำราเวชศาสตร์ ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5 เล่ม 2 ประกอบด้วย 16 คัมภีร์
- (3) ตำราเวชศาสตร์ ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5 เล่ม 3 ประกอบด้วย 4 คัมภีร์
- (4) ตำราพระโอสถครั้งรัชกาลที่ 2 ประกอบด้วย 5 คัมภีร์
- (5) ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม
- (6) จารึกตำรายาวัตรราชโอรสารามราชวรวิหาร

การดำเนินการในขั้นตอนต่อไป คือ จะทำการศึกษาบริบทของความรู้ในมิติทางสังคมวัฒนธรรมของยุคสมัยที่องค์ความรู้การนวดไทยปรากฏขึ้น รวมทั้งมีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมทั้งเอกสารโบราณ จดหมายเหตุ พจนานุกรม งานวิจัย วิทยานิพนธ์ บทความ และสิ่งตีพิมพ์อื่น ๆ เมื่อได้ผลการสังคายนาแล้ว จะอธิบายองค์ความรู้ที่ได้ถอดออกมาเป็นภาษาร่วมสมัยที่คนในยุคปัจจุบันอ่านแล้วเข้าใจได้ง่าย และบันทึกองค์ความรู้ไว้ในระบบดิจิทัล เพื่อนำเข้าสู่ระบบห้องสมุดดิจิทัลในท้ายสุด

6) การออกรหัสมาตรฐาน TTDKC

ความสำคัญของการจัดทำรหัสมาตรฐานภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของประเทศไทย (Thai Traditional Digital Knowledge Classification: TTDKC) จัดทำขึ้นเพื่อให้เกิดการอนุรักษ์ คัดกรอง และเฝ้าระวังภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยดั้งเดิม อันจะนำไปสู่การส่งเสริม

และพัฒนาการใช้ประโยชน์ในระบบบริการสุขภาพ การต่อยอดงานวิจัย การดูแลสุขภาพ และการส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชนจากภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรของประเทศ โดยใช้หลักการจัดหมวดหมู่และออกรหัสมาตรฐานภูมิปัญญาการแพทย์ดั้งเดิมในหลักการเดียวกับ International Patent Classification (IPC) ระดับสากล

การดำเนินงานในขั้นตอนนี้ ได้เริ่มจากการสร้างรหัสมาตรฐานภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านของประเทศ หรือ ระบบ TTDKC ในปี พ.ศ. 2557 เพื่อให้มีความสอดคล้องกับระบบการจัดจำแนกสิทธิบัตรแบบสากล ระบบ IPC (International Patent Classification) โดยพัฒนาต้นแบบจากการรวบรวมข้อมูล และการศึกษาระบบการจัดจำแนกสิทธิบัตรแบบสากล (International Patent Classification: IPC) ขององค์การทรัพย์สินปัญญาโลก (World Intellectual Property Organization: WIPO) สำหรับใช้ในการจัดลำดับชั้นของสิทธิบัตร เพื่อการอนุรักษ์ ปกป้อง ค้ำครอง ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านของประเทศในระดับสากล

เนื่องจากเรื่องรหัสมาตรฐานภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านของประเทศไทย เป็นเรื่องใหม่ประเทศไทย จึงได้มีการพัฒนาชุดคู่มือการออกรหัสมาตรฐานภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านของประเทศไทยขึ้นมา เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้เข้าใจถึงความสำคัญและลำดับขั้นตอนต่าง ๆ ในการออกรหัสมาตรฐานฯ

รหัสมาตรฐานภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านของประเทศไทย ที่ปรากฏอยู่ในคู่มือการบันทึกซึ่งตรงกับรหัสตามระบบ IPC แล้ว ดังเช่น ในหมวด A (Section A) ประกอบด้วย

- Class A01: ยาสำหรับคน (Medicine for Human)
- Class A02: ยาสำหรับสัตว์ (Medicine for Animal)
- Class A03: การนวดรักษา (Nuad Thai or Massage/Body Treatment)
- Class A04: ฤษีตัตตน (Ruesie Dutton)
- Class A05: การรักษาโดยการปล่อยปลิง (Leech Therapy)
- Class A06: การรักษาด้วยพิธีกรรม (Ritual Therapy)
- Class A07: พืชวัตถุ (Based on Plant)
- Class A08: สัตว์วัตถุ (Based on Animals)
- Class A09: ธาตุวัตถุ (Based on Minerals)
- Class A10: น้ำกระสายยา (Vehicles)
- Class A11: รูปแบบการเตรียมยา (Preparation)
- Class A12: วิธีกรั้ยยา (Administration)

ผลการดำเนินงานออกรหัสมาตรฐานฯ ในดำรับดำรการแพทย์แผนไทยที่ผ่านการสังคายนาเบื้องต้น ออกรหัสมาตรฐานฯ และบันทึกเข้าในระบบ TTDKL ณ กันยายน 2559 ได้แก่

- (1) คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์ ฉบับโบราณ มีสูตรตำรับยา จำนวน 81 ตำรับ 98 ขนาน ประกอบด้วย พืชวัตถุ 976 เรคคอร์ด สัตว์วัตถุ 36 เรคคอร์ด และธาตุวัตถุ 77 เรคคอร์ด รวมทั้งสิ้น 1,089 เรคคอร์ด

- (2) สมุดภาพโคลงฤๅษีตัดตน จำนวน 80 ทำ
- (3) แผนนวดในจารึกตำรายาวัตราชโอรสอารามราชวรวิหาร รัชกาลที่ 2 หมวดที่ 3 หัตถศาสตร์ จำนวน 3 แผ่น
- (4) คัมภีร์แผนนวดในตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวงรัชกาลที่ 5 คัมภีร์แผนนวด เล่ม 1 หน้าต้น 44 แผ่น หน้าปลาย 10 แผ่น

การแสดงผลสามารถออกเป็นรายงานองค์ความรู้ที่พบอยู่ในตำรับตำราการแพทย์แผนไทย หรือแผนภาพ หรือ ฤๅษีตัดตน รวมถึงการประมาณการอายุขององค์ความรู้นั้น ๆ ได้ ดังรูปที่ 5.8–5.10

รูปที่ 5.8 องค์ความรู้ที่พบในตำรับยาแก้ไธโรธาตุ คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์ ฉบับใบลาน

ระบบคลังความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Thai Traditional Digital Knowledge Library

ยินดีต้อนรับสู่ สหภาพ TTDKC

คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์ ฉบับใบลาน (ตำราพระโอรสพระนารายณ์) ยาแก้ไธโรธาตุ

องค์ความรู้มีอายุ ประมาณ 357 ปี

TTDKC: A01A 1/001, A07C 1/13; A07A 1/00827; A07A 1/00313, A07C 1/15; A07A 1/00960, A07C 1/13; A07A 1/02015; A07A 1/02111, A07C 1/13; A07A 1/02388; A07A 1/02389

IPC Code: A61K 36 / 284 (สมุนไพร), A61K 36 / 8905 (สมุนไพร)

คำอธิบาย : คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์ ฉบับใบลาน (ตำราพระโอรสพระนารายณ์) ยาแก้ไธโรธาตุ ยาแก้ไธโรธาตุ (resine herbstii Hook.), ใญ่ (Atractylodes chinensis Koidz.), ะเอมไทย (Albizia myriophylla Benth.), ะเอนไทย (Phyllanthus emblica L.), ะเอนไทย (Litsea cubeba (Lour.) Pers.), ะเอนไทย (Kaempferia pulchra Ridl.), ะเอนไทย (Caesalpinia bonduca (L.) Roxb.), ะเอนไทย (Cyperus cyperoides (L.) Kuntze)

ภาพประกอบ

หน้า กิ/๑

หึ่ง ผลจันเทห เทียน คำ ๑๔ สิ่งสมอภาคทำเป็นจุลลายนน้ำนมโคได้ ชิมะงัวกิด ยาชนะนนี้
สำหรับ

แกไธโรธาตุอันวิการหายแล ที่ ยาแกไธโรธาตุให้เอารากผักแพ้วแดง โกงูงมา ะเอนไทย ลูกมะ
ขามป้อม รากไคร้คน หวานเประป่า รากสวาท ฤๅษีงกา เสมอภาคทำเป็นจุลลายนน้ำนมโคได้ น้ำนม
โคได้กินตามควน แกไธโรธาตุอันวิการหายแล ที่ ขุนานหนึ่งให้เอา หวานน้ำ เปลือกมูกหลวง
ขี้ล่อม รากเสนียด ชิงแหว ดิบลิ เกลวเทห เสมอภาคทำเป็นจุลลายนน้ำนมโคได้คำคฤกยาผงตากแดดจึ่งแห้ง

รูปที่ 5.9 องค์ความรู้ที่พบในจารึกแผ่นที่ 1 แผ่นนวดทราย ตำราแผนนวดของไทย ในศิลาจารึกวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์)



ตำราแผนนวดของไทย ในศิลาจารึกวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) จารึกแผ่นที่ 1 แผ่นนวดทราย

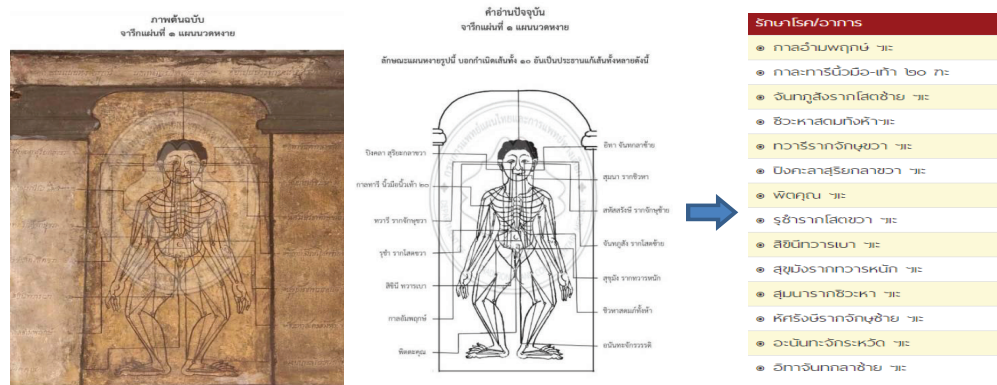
องค์ความรู้นี้มีอายุ ประมาณ 184 ปี

TTDKC : A03A 1/001,A03A 1/001, A03D 1/005, A03D 1/006, A03D 1/344, A03D 1/347, A03D 1/37, A03D 1/386, A03D 1/387, A03D 1/388, A03D 1/397, A03D 1/399, A03D 1/401, A03D 1/659, A03D 1/663, A03D 1/670

IPC Code : -

คำอธิบาย : ตำราแผนนวดของไทย ในศิลาจารึกวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) จารึกแผ่นที่ 1 แผ่นนวดทราย รักษาอาการกาลอำมพฤกษ์,กาละทาร์นีวมือเท้า 20,จันทูสังรากโสตซ้าย,ชีวะหาสมตังห้า,ทวาริรากจักขุขวา,ปิงคะลาสุริยกลาขวา,พิตคุณ,ซำรากโสตขวา,ลิขินีทวารเบา,สุขุมังรากทวารหนัก,สมุนารากชีวะหา,หัตถ์รังษีรากจักขุซ้าย,อะนันทะจักระหวัด,อิทาจันทกลาซ้าย

ภาพประกอบ



รูปที่ 5.10 องค์ความรู้ที่พบจากฤๅษีดัตตันท่าที่ 25 วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) ประกอบกับตำราสมุดภาพโคลงฤๅษีดัตตันท่าที่ 25 รักษาอาการดัตตันท่าที่ 25 แก้มปะกั๊ง



ตำราสมุดภาพโคลงฤๅษีดัตตันท่าที่ 25

องค์ความรู้นี้มีอายุ ประมาณ 180 ปี

TTDKC : A04A 1/001,A04A 1/001, A04B 1/001, A04C 1/001

IPC Code : -

คำอธิบาย : ตำราสมุดภาพโคลงฤๅษีดัตตันท่าที่ 25 รักษาอาการดัตตันท่าที่ 25 แก้มปะกั๊ง รัชกาลที่ 3

ภาพประกอบ

ภาพต้นฉบับ



ภาพถ่าย



บทกลอน/บทกวี

- | | |
|-------------------|---------------------|
| ๑ กาลชฎิลดัดมล้าง | ลมดุ |
| โคลงมับจับหนู | นวดเน้น |
| มันเคียวมีดจักขุ | เลื่อมสว่าง ไซ้แธ |
| ไวฉบบอกเส้น | ประสิทธิ์แก้มปะกั๊ง |

จากการดำเนินการดังกล่าว ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาระบบข้อมูล เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่องค์ความรู้ รวมถึงการทำความเข้าใจกับสำนักงานสิทธิบัตรระหว่างประเทศต่อไป ทั้งนี้ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการตรวจสอบความรู้ตำรับยาว่า เหมือนหรือคล้ายคลึงกับตำรับยาของชาติหรือไม่ กับระบบฐานข้อมูลดิจิทัลของประเทศ และสามารถเชื่อมต่อกับสำนักงานสิทธิบัตรระหว่างประเทศ หากเกิดกรณีที่ต่างชาติได้ละเมิดสิทธิภูมิปัญญาการแพทย์ดั้งเดิมของไทยขึ้นมา โดยที่ไทยสามารถขอให้ระงับหรือไม่ให้ขึ้นทะเบียนสิทธิบัตร ระบบข้อมูลที่มีรหัสมาตรฐานนี้ จึงเป็นอีกเครื่องมือหนึ่งที่สามารถนำมาจัดการควบคู่ไปกับมาตรการทางกฎหมาย เพื่อให้ประเทศไทยสามารถจัดการกับปัญหาเรื่องการคุ้มครองภูมิปัญญาได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต และยังสามารถวิเคราะห์ตำรับยาไทย เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัยต่อเนื่องได้

7) การแปลภาษาอื่น ๆ

เป็นการดำเนินงานในระดับสากลเชื่อมโยงข้อมูลอย่างไร้รอยต่อร่วมกับประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก โดยนำข้อมูลตำรับยาที่ผ่านกระบวนการถ่ายทอด แปล ปรับปรุง และสังคายนาเรียบร้อย

แล้ว ไปออกรหัสมาตรฐานภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และจัดทำ keywords เป็นระบบข้อมูลภาษาต่างประเทศที่ใช้สำหรับการตรวจสอบตามรูปแบบของสำนักงานสิทธิบัตรในประเทศและระหว่างประเทศ



8) ระบบห้องสมุดดิจิทัล (TTDKL)

เมื่อได้ดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังกล่าวขั้นต้นแล้ว จะเป็นข้อมูลสำคัญทางการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพรในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ที่พร้อมจะป้อนเข้าสู่ระบบห้องสมุดดิจิทัล ซึ่งถือเป็นระบบคลังความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านระดับประเทศที่มุ่งเน้นถึงประโยชน์ของการใช้งานระบบ ตลอดจนเป็นการคุ้มครองภูมิปัญญาดั้งเดิมที่ผ่านการส่งสมองค์ความรู้มายาวนานหลายร้อยปี

สำหรับการจัดระบบข้อมูลของห้องสมุดดิจิทัล แบ่งออกเป็น 5 ระบบย่อย ได้แก่

- 1) การจัดการข้อมูลสมุนไพร (พืช สัตว์ แร่ธาตุ)
- 2) การจัดการข้อมูลตำรับยา
- 3) การจัดการข้อมูลตำรา
- 4) การจัดการข้อมูลงานวิจัย
- 5) การจัดการข้อมูลกฎหมาย

5.6.3 บทสรุป

ข้อมูลที่กรมจะพัฒนาเพื่อเป็นศูนย์กลางข้อมูลดิจิทัล และห้องสมุดดิจิทัลด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน มีอยู่ 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ กลุ่มแรก เป็นข้อมูลภูมิปัญญาดั้งเดิมของไทยที่ได้รับการพัฒนาอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ และได้ออกรหัสมาตรฐานภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยแล้ว และกลุ่มที่สอง เป็นข้อมูลพื้นฐานทางการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพรที่หน่วยงานต่าง ๆ ได้มีการจัดเก็บไว้อยู่แล้ว แต่ได้นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และพัฒนาให้เป็นข้อมูลที่เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ร่วมกัน และนำไปใช้อ้างอิงอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการต่อไป

ห้องสมุดดิจิทัลจึงเป็นนวัตกรรมหนึ่งในการขับเคลื่อนตามนโยบายดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (Digital Economy) ที่ได้มีการพัฒนาระบบคลังความรู้ที่สามารถเชื่อมโยงสู่สากล โดยเฉพาะการมีรหัสมาตรฐานภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านของประเทศที่สอดคล้องกับรหัสมาตรฐานภูมิปัญญาการแพทย์ดั้งเดิมของ WIPO สามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิงในการคุ้มครองการเฝ้าระวัง และการศึกษาวิจัยในด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านของประเทศ ตลอดจนเป็นการสืบสานภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยให้ยั่งยืนสืบไป

5.7 บทเรียนการดำเนินงานคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์ดั้งเดิมในต่างประเทศ

5.7.1 กรณีศึกษาการแบ่งปันผลประโยชน์จากภูมิปัญญาการแพทย์ดั้งเดิมของชนเผ่ากานี ณ เมืองเคราลา ประเทศอินเดีย

Garden Management, Education, Information and Training มีหน้าที่ในการบริหารจัดการเพื่อดูแลสวนสมุนไพร ที่ประกอบไปด้วยไม้เนื้อแข็ง (ประมาณ 1,000 สายพันธุ์) สมุนไพร/พืชที่มีกลิ่น/มีรสเผ็ดร้อน (ประมาณ 1,500 สายพันธุ์) กล้วยไม้ (ประมาณ 600 สายพันธุ์) ไม้ (ประมาณ 60 สายพันธุ์) พืชที่หายากและถูกทำลาย (ประมาณ 550 สายพันธุ์) เฟิร์น (ประมาณ 165 สายพันธุ์) ปาล์ม (105 สายพันธุ์) และพืชสายพันธุ์อื่น ๆ รวมทั้งสิ้น ประมาณ 5,500 สายพันธุ์ นอกจากการดูแลสวนสมุนไพรแล้วยังให้ความรู้เกี่ยวกับพืชแต่ละชนิดโดยได้จัดพิมพ์หนังสือเกี่ยวกับพันธุ์พืชทั้งหมด จำนวน 25 เล่ม และงานวิจัยมากกว่า 1,000 ชิ้น เพื่อใช้อ้างอิงในการศึกษา

1) การดำเนินงานเพื่อแบ่งปันผลประโยชน์กลับคืนสู่เจ้าของหรือผู้ถือครองภูมิปัญญาการแพทย์ดั้งเดิมและสมุนไพร ของเผ่ากานี ซึ่งถือเป็น **Global Model on Access and Benefit Sharing** ที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล มีสาระสำคัญดังนี้

1.1) ในปี 1987 นักวิทยาศาสตร์ของ JNTBGRI ลงพื้นที่เพื่อสำรวจป่าในแถบ Western Ghat โดยชาวเผ่ากานีเป็นผู้นำทาง และได้ค้นพบภูมิปัญญาในการบำรุงกำลังของชาวเผ่ากานี โดยบังเอิญ ซึ่งรับประทานเมล็ดของพืชท้องถิ่น (สมุนไพร) มีชื่อว่า Arogyapacha ชื่อทางวิทยาศาสตร์ *Trichopus zeylanicus* ssp. *travancoricus* เพื่อช่วยลดความเหน็ดเหนื่อย และบำรุงกำลังระหว่างเดินป่า ต่อมานักวิทยาศาสตร์ของ JNTBGRI นำสมุนไพรดังกล่าวมาทำการทดสอบทางวิทยาศาสตร์ เพื่อยืนยันสรรพคุณ

1.2) JNTBGRI ทำการวิจัยร่วมกับชนเผ่ากานีทำการยื่นขอจดสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ ชื่อ Jeevani ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้จาก Arogyapacha ร่วมกับสารสกัดจากพืชอื่นอีก 3 ชนิด และทำข้อตกลงส่งเสริมการปลูกและรับซื้อสมุนไพรฯ ดังกล่าว ซึ่งต่อมาร่วมกับบริษัทอายุรเวทเพื่อจัดทำข้อตกลงในการผลิตยาออกสู่ท้องตลาดภายใต้ชื่อ Jeevani

1.3) การแบ่งปันผลประโยชน์เป็นไปอย่างยุติธรรมและเท่าเทียมกันระหว่างภาคเอกชนและเจ้าของภูมิปัญญาและสมุนไพรในอัตรา 50/50 ซึ่งเป็นแนวคิดในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่มีมาก่อนอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ (CBD) โดยจัดตั้งกองทุนเพื่อใช้บริหารจัดการรายได้ที่มาจากทำให้ใบอนุญาตและเปอร์เซ็นต์จากยอดขายของผลิตภัณฑ์ออกสู่ท้องตลาดและแบ่งผลตอบแทน เมื่อสินค้าได้รับความนิยมได้รับค่าใบอนุญาตและเปอร์เซ็นต์จากยอดขายเพิ่มขึ้น

2) การจดสิทธิบัตร JNTBGRI พบว่ามีบริษัทในประเทศสหรัฐอเมริกา นำสูตรยาที่มีทั้งชื่อ สูตรและสรรพคุณเดียวกันกับที่สถาบัน JNTBGRI จดสิทธิบัตรไว้ที่ประเทศอินเดียไปจดขอสิทธิบัตรกับสำนักสิทธิบัตรอเมริกา USPTO จึงได้ประสานความร่วมมือกับภาครัฐของอินเดียเพื่อยื่นเรื่องคัดค้าน ซึ่งประสบผลสำเร็จในการเพิกถอนสิทธิบัตรของอเมริกา ณ ปัจจุบัน สถาบัน JNTBGRI ได้ทำการจดสิทธิบัตร Jeevani ทั้งในประเทศอินเดียและต่างประเทศ

3) ระบบการเรียนการสอนและการแพทย์ดั้งเดิมประเทศอินเดีย

Ayurveda Collage ภายใต้ Department of Ayurveda, Ministry of Health & Family Welfare เป็นวิทยาลัยการแพทย์แผนดั้งเดิมของอินเดียที่ให้บริการรักษาไปพร้อมกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลสนับสนุนทางวิชาการในระดับสากล ให้การรักษาอายุรเวทเป็นระบบการดูแลสุขภาพของชาวรัฐเคราลา และผลิตบุคลากรทางการแพทย์เพื่อรองรับการให้บริการด้านการแพทย์อายุรเวททั้งในและต่างประเทศ

เนื่องจากการปกครองที่แบ่งเป็นรัฐของอินเดีย แต่ละรัฐจะมี Department of Ayurveda ที่คอยดูแลงานด้านที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพโดยการแพทย์ Ayurveda ซึ่งเป็นระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ดูแลประชาชนชาวอินเดียมากกว่าร้อยละ 60 ดังนั้น การเรียนการสอนในวิทยาลัยอายุรเวทจำเป็นต้องพัฒนาเพื่อให้ได้รับการยอมรับทัดเทียมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน วิทยาลัยอายุรเวทแห่งรัฐเคราลาแบ่งเป็น 5 หลักสูตร ดังนี้

(1) B.A.M.S. (Bachelor of Ayurvedic Medicine and Surgery) คือ การแพทย์อายุรเวทและการผ่าตัด ผู้สำเร็จหลักสูตรสามารถรักษาคนไข้ด้วยการแพทย์อายุรเวทรวมไปถึงการผ่าตัดได้ ระยะเวลาการเรียน 4 ปีครึ่ง และฝึกภาคปฏิบัติในโรงพยาบาล 1 ปี รวมทั้งสิ้น 5 ปีครึ่ง ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโดย Ayurveda การเตรียมยา และการนวดรักษาแบบ Ayurveda

(2) B.S.M.S. (Bachelor of Siddha Medicine and Surgery) คือ การแพทย์สิทธาและการผ่าตัด ผู้สำเร็จหลักสูตรสามารถรักษาคนไข้ด้วยการแพทย์สิทธารวมไปถึงการผ่าตัดได้ ระยะเวลาการเรียน 4 ปีครึ่ง และฝึกภาคปฏิบัติในโรงพยาบาล 1 ปี รวมทั้งสิ้น 5 ปีครึ่ง ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโดย Siddha การเตรียมยา และการนวดรักษาแบบ Siddha

(3) M.D.Ayurved คือ หลักสูตรปริญญาโทด้านการแพทย์อายุรเวท ระยะเวลาเรียน 3 ปี

(4) M.S.Ayurved คือ หลักสูตรปริญญาโทด้านการแพทย์อายุรเวทที่ครอบคลุมถึงการผ่าตัด ระยะเวลาเรียน 3 ปี

(5) Ph.D. คือ หลักสูตรปริญญาเอก ปัจจุบันเปิดการเรียนการสอนทั้งหมด 15 สาขาวิชา

นอกจากการเปิดการเรียนการสอนสำหรับประชาชนชาวอินเดียแล้ว ยังเปิดรับนักศึกษาต่างชาติ โดยปัจจุบันมีนักศึกษาจากประเทศมาเลเซีย และอุซเบกิสถาน เป็นต้น

แนวความคิดหลักและความเชื่อของการแพทย์อายุรเวทคือ ปัญหาสุขภาพเกิดจากความไม่สมดุลของธาตุในร่างกายและแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยวิถีธรรมชาติ รวมถึงประยุกต์แนวคิดดังกล่าวสู่การสนับสนุนงานวิจัย วิทยาศาสตร์ และศิลปศาสตร์เข้ากับการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้การใช้ Ayurveda นอกจากการเรียนการสอนการแพทย์ดั้งเดิมแล้ว วิทยาลัยดังกล่าวยังมีสวนสมุนไพรเพื่อผลิตยาสมุนไพรให้บริการประชาชนโดยผ่านการควบคุมของกรมควบคุมยา

4) กลไกการขับเคลื่อน ประกอบด้วย

4.1) State Medicinal Plant Board คณะกรรมการว่าด้วยสมุนไพรแห่งชาติ อยู่ภายใต้การดำเนินงานของ National Medicinal Plant Board และดูแลกำกับการทำงานของ Local Medicinal Plant Board เป็นหน่วยงานที่อยู่ภายใต้ Department of Ayurveda มีหน้าที่หลักเป็นตัวกลางระหว่างผู้ปลูกและผู้ใช้สมุนไพรภายในรัฐ และรายงานผลต่อคณะกรรมการว่าด้วยสมุนไพรแห่งชาติ โดยภารกิจหลัก ได้แก่

- (1) อนุรักษ์ คัมครองสมุนไพร ทั้งในแหล่งกำเนิด (in-situ) และนอกแหล่งกำเนิด (ex-situ)
- (2) การจัดทำข้อมูลสมุนไพรในพื้นที่ รวมทั้งจัดลำดับการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรดังกล่าว
- (3) ส่งเสริมการเพาะปลูกโดยการสนับสนุนเมล็ดพันธุ์ และเงินทุนให้แก่เกษตรกรเพื่อนำไปสู่การปลูกสมุนไพร
- (4) จัดหาตลาดรองรับการปลูกสมุนไพรของประชาชน (สมาชิก) ในรูปแบบ Contract Farming
- (5) ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรฯ ดังกล่าวนอกเหนือจากการทำเป็นยา ให้อยู่ในวิถีการดำรงชีวิตประจำวัน
- (6) สร้างความตระหนักรู้ระหว่างภาคสาธารณะและคนรุ่นใหม่ในการอนุรักษ์พืชสมุนไพร
- (7) สร้างความหลากหลายทางชีวภาพในพื้นที่อาณัติและอนุรักษ์ให้ได้มากที่สุดซึ่งสอดคล้องกับอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ (CBD)

โดยมีผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ได้แก่ (1) จัดทำสวนเรียนรู้สมุนไพรเพื่อทำการปลูกอยู่ประมาณ 1,200 ชนิด และส่งเสริมให้แต่ละเมืองจัดทำสวนสมุนไพรของตนเอง ซึ่งดำเนินการแล้วเสร็จไปแล้ว 3 เมืองจากทั้งหมด 14 เมืองในรัฐเคราลา (2) ดูแลรับผิดชอบการจัดงานประชุมและนิทรรศการเพื่อส่งเสริมการใช้สมุนไพรภายในรัฐ ปัจจุบันมีภารกิจ (National Amla Mission) ส่งเสริมการผลิตและใช้มะขามป้อม ซึ่งถือเป็นสมุนไพรที่มีการใช้เป็นอันดับ 1 ของประเทศ ในชีวิตประจำวัน นอกเหนือจากการใช้เป็นยารักษาโรค ยกตัวอย่างเช่น การนำมาทำเป็นน้ำผลไม้โดยใช้ผลไม้ที่มีรสและสรรพคุณแตกต่างกันมาประกอบเพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่หลากหลาย (3) ดูแลรับผิดชอบโครงการส่งเสริมให้แต่ละครัวเรือนจัดทำสวนสมุนไพรของตนเองโดยมีรายชื่อสมุนไพรทั้งสิ้น 50 ชนิด โดยได้รับเงินสนับสนุนจากทางรัฐบาล

นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอแนะในการส่งเสริมอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร คือ หน่วยงานภาครัฐต้องเป็นตัวกลางในการหาตลาดให้เกษตรกรผู้ปลูกสมุนไพร และมีบทบาทในการจับคู่ทางธุรกิจระหว่าง Demand และ Supply ของสมุนไพร

4.2) Kerala State Biodiversity Board เป็นคณะกรรมการว่าด้วยการอนุรักษ์ทรัพยากรความหลากหลายทางชีวภาพแห่งรัฐ อยู่ภายใต้การดำเนินงานของ National Biodiversity Board และดูแลการดำเนินงานของ Local Biodiversity Management Committee ซึ่งมีที่มาจากพระราชบัญญัติความหลากหลายทางชีวภาพ ปี 2002 ซึ่งเป็นกฎหมายของประเทศอินเดีย และ

อนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ (CBD) โดยถือกำเนิดขึ้นในปี 2005 เพื่ออนุรักษ์ความหลากหลายทางชีวภาพภายในพื้นที่ โดยความร่วมมือกับคณะกรรมการสมุทไพรแห่งรัฐเคราลา การกิจหลักสำคัญคือการจัดทำข้อมูลความหลากหลายของสิ่งมีชีวิตทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ 14 จังหวัด องค์ความรู้ในการนำมาใช้นับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน รวมไปถึงสภาพภูมิประเทศ โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขา ศึกษาและให้ข้อมูลเพื่อจัดทำเป็นเอกสารอ้างอิง ซึ่งถือได้ว่าเป็นหลักฐานแสดง Prior Art เกี่ยวกับทรัพยากรทางพันธุกรรมที่เชื่อมโยงกับภูมิปัญญาท้องถิ่นของประเทศ เพื่อใช้ป้องกันการละเมิด และการเข้าถึงอย่างไม่ถูกต้อง (Bio Piracy) ปัจจุบันมีการจัดทำเอกสารอ้างอิงแล้วจำนวนทั้งสิ้น 1,043 เล่ม ซึ่งดำเนินการมาแล้ว 8 ปี โดยใช้งบประมาณจากรัฐบาลแห่งรัฐเคราลา และยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีการจัดทำธนาคารเมล็ดพันธุ์โดยอาศัยความร่วมมือกับ JNTBGRI ด้วย

5.7.2 การประชุม WIPO Intergovernmental Committee on Intellectual Property and Genetic Resources Traditional Knowledge and Folklore: WIPO IGC

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในฐานะผู้รับผิดชอบการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย สมุทไพรและถิ่นกำเนิดตามกฎหมาย โดยสอดคล้องเชื่อมโยงกับระบบกฎหมายหรือข้อตกลงระหว่างประเทศภายใต้องค์การทรัพย์สินทางปัญญาโลก อนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ และพิธีสารนาโงยาว่าด้วยการเข้าถึงและแบ่งปันผลประโยชน์จากทรัพยากรพันธุกรรมอย่างเท่าเทียมและยุติธรรม และเข้าร่วมการประชุม WIPO Intergovernmental Committee on Intellectual Property and Genetic Resources Traditional Knowledge and Folklore: WIPO IGC 30 ระหว่างวันที่ 30 พฤษภาคม – 3 มิถุนายน 2559 ณ สำนักงานองค์การทรัพย์สินทางปัญญาโลก นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส โดยมีประเด็นข้อถกเถียงในเวทีการเจรจาตามกรอบกติกา ระหว่างประเทศภายใต้ WIPO IGC ในการสร้างเครื่องมือทางกฎหมายระดับสากล ประกอบด้วย การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นของแต่ละประเทศ จำแนกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ (1) ทรัพยากรพันธุกรรม (2) การแสดงออกทางวัฒนธรรมดั้งเดิมของชุมชน (3) การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น

สาระสำคัญการประชุมฯ WIPO IGC ครั้งที่ 30 มีดังนี้

- 1) เน้นการพิจารณาร่างข้อบทการคุ้มครองทรัพยากรพันธุกรรม (Genetic Resources) ในประเด็น
 - 1.1) การบังคับให้เปิดเผยข้อมูลแหล่งที่มาของทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่น (Mandatory Disclosure of Origin)
 - 1.2) การจัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับทรัพยากรพันธุกรรม (GR Database) อาทิ สมุทไพร องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง
 - 1.3) การพัฒนาและจัดทำทะเบียนข้อมูลภูมิปัญญาท้องถิ่น (Protection of Traditional Knowledge)
 - 1.4) การกำหนดเงื่อนไขในการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรม (Access to Genetic Resources)

2) ข้อเสนอจากการประชุมเตรียมการชักชวนท่าทีของไทยในเวทีเจรจาเพื่อการจัดทำ International Legal Instruments ว่าด้วยการคุ้มครองทั้ง 3 ด้าน ดังกล่าวนั้น มีมติให้ความเห็นชอบในหลักการ ดังกล่าวข้างต้น

2.1) การเปิดเผยแหล่งที่มาของทรัพยากรพันธุกรรม แบบบังคับ เมื่อมีการขอใช้หรือเข้าถึงทรัพยากรนั้น (Mandatory Disclosure)

2.2) การป้องกันการยักยอกใช้ทรัพยากรอย่างไม่เหมาะสม (Misappropriation)

2.3) การดำเนินการคู่ขนานภายในประเทศในการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องหรืออาจเป็นอุปสรรค รวมทั้งการจัดทำฐานข้อมูล/ทะเบียนทรัพยากรพันธุกรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุม พร้อมระบุแหล่งที่มาให้สอดคล้องกับกฎหมายหรือข้อตกลงระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง

3) ผลการประชุมภายใต้กรอบสาระหลัก 4 ประเด็นของ Texts คือ (1) Policy Objectives (2) Subject Matters of Instruments (3) Mandatory Disclosure และ (4) Misappropriation

4) ผลการประชุมเจรจาว่าด้วยการพัฒนาเครื่องมือทางกฎหมายในการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาระหว่างประเทศดังกล่าวในระยะแรก ประเด็นการเปิดเผยแหล่งที่มาแบบบังคับ การเข้าถึงโดยการขออนุญาต การป้องกันการยักยอกใช้อย่างไม่เหมาะสม และสาระที่เกี่ยวข้องกับนิยาม ยังไม่เป็นที่ตกลงกันระหว่างกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วกับกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา จำเป็นต้องพิจารณาหาทางออกร่วมกัน

5) การพิจารณาของประเทศสมาชิกทั้งสองกลุ่ม ยังเป็นร่างข้อบทหรือ Share Texts ที่ได้พัฒนาปรับปรุงจาก Consolidated Texts (WIPO/GRTKF/IC/30/4) จากการประชุมฯ ครั้งที่ 29 และ ในระหว่างการประชุมครั้งนี้ ข้อบทที่ได้รับการพัฒนาเป็น Rev 1. ยังมีความเห็นและข้อเสนอแตกต่างกันในเชิงหลักการอย่างชัดเจนระหว่างกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น อเมริกา ออสเตรเลีย แคนาดา ฯลฯ โดยมุ่งเน้น

5.1) การคุ้มครองทรัพยากรพันธุกรรมตามรูปแบบสิทธิบัตร กล่าวคือ สิทธิบัตรจะให้ความคุ้มครองสำหรับสิ่งประดิษฐ์ (Invention) ทั้งในรูปของผลิตภัณฑ์ (Products) และกระบวนการ (Processes) ที่มีลักษณะและหลักเกณฑ์การได้มาซึ่งสิทธิบัตรแตกต่างจากการคุ้มครองประเภทอื่นโดยมีขั้นตอนยากกว่า และสิ่งประดิษฐ์ที่ขอรับความคุ้มครองต้องผ่านเกณฑ์พิจารณา 3 ประการ คือ (1) มีความใหม่ (New) (2) มีขั้นของนวัตกรรม (Inventive Step) (3) ประโยชน์ในเชิงอุตสาหกรรม (Industrial Application) ยกเว้นสิ่งประดิษฐ์บางประเภทอาจได้รับความคุ้มครอง ได้แก่ พืช กระบวนการทางชีวภาพ การค้นพบต่าง ๆ เป็นต้น โดยไม่ได้บังคับการเปิดเผยหรือระบุแหล่งที่มาของฐานทรัพยากรและความรู้ที่ได้มาซึ่งสิทธิบัตรนั้น แต่กลับสนับสนุนการจัดทำฐานข้อมูลและให้สามารถเข้าถึงได้

5.2) กรณีการคุ้มครองทรัพยากรพันธุกรรม (Genetic Resources) ตามเจตนาของการเจรจาดังกล่าวนี้น มุ่งเน้นให้ประเทศภาคีสมาชิกต้องเปิดเผยแหล่งที่มาของทรัพยากรและองค์ความรู้ที่ได้มา หากมีการขอเข้าถึงต้องได้รับการอนุญาตยินยอม (Prior Informed Consent: PIC) จากเจ้าของทั้งที่เป็นตัวบุคคล หรือชุมชน หรือประเทศในทรัพยากรและองค์ความรู้นั้น เพื่อป้องกันการ

ละเมิดหรือการนำทรัพยากรไปใช้อย่างไม่เหมาะสม (Misappropriation) และเจตนาที่สำคัญจะนำไปสู่มาตรการและวิธีปฏิบัติการตกลงและแบ่งปันผลประโยชน์แก่เจ้าของตามหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพและพิธีสารนาโงยาต่อไป ตามเจตนาของกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่รวมทั้งประเทศไทย

6) ข้อเสนอการประชุมเจรจา ดังกล่าว มีมติร่วมกันของประเทศภาคีสมาชิกส่วนใหญ่จากทั้งหมดจำนวน 188 ประเทศ ในเวที Plenary Discussion ช่วงท้ายของการประชุมในวันสุดท้าย โดยยอมรับหลักการในเบื้องต้นของ Genetic Resources Texts ทั้ง 11 ข้อบทที่ได้รับการจัดการเชิงโครงสร้างของ Texts อย่างชัดเจนเป็นหมวดหมู่ ประกอบด้วย

- (1) List of Terms (ขอบเขต นิยาม คำศัพท์)
- (2) Preamble (คำนำ)
- (3) General Provisions (ว่าด้วยวัตถุประสงค์และสาระัตถะ)
- (4) Mandatory Disclosure (ว่าด้วยเกณฑ์ความต้องการการเปิดเผยแหล่งที่มา/ชื่อยกเว้น/ข้อจำกัด/การอนุญาต/วิธีการดำเนินการ)
- (5) No New Disclosure Requirement (Alternative รวมข้อบท Art. 1-5)
- (6) Defensive Measures/ Defensive Measures Complementary to Mandatory Disclosure (ว่าด้วยการตรวจสอบ วิเคราะห์ ประเมินสถานะ ขั้นตอนต่าง ๆ การป้องกันข้อผิดพลาดและการยื่นคำขอจดสิทธิบัตร และจรรยาบรรณ ระเบียบ ข้อปฏิบัติโดยสมัครใจ)
- (7) Final Provisions (ว่าด้วยความสัมพันธ์หรือสอดคล้องกับกฎหมาย ข้อตกลงความร่วมมือระหว่างประเทศ การข้ามพรมแดน เทคนิควิธีการ ความช่วยเหลือและการพัฒนาศักยภาพ)

ทั้งนี้ สำนักงานทรัพย์สินทางปัญญาโลก จะได้นำเสนอเป็นเอกสารแนบในการประชุม WIPO General Assembly ในเดือนกันยายน 2560 ประกอบการขอต่ออาณัติของ WIPO IGC ต่อไป

7) สำหรับการประชุม WIPO IGC เกี่ยวข้องโดยตรงกับภารกิจการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และการดำเนินการตามกฎหมายในความรับผิดชอบของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีบทบาท (1) การเป็นตัวแทนหน่วยงานที่รับผิดชอบ และมีอำนาจหน้าที่โดยตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย (2) บทบาทในองค์ประกอบของผู้แทนไทย ในการเข้าร่วมประชุมแต่ละครั้งตาม Mandate ของ WIPO IGC โดยมีข้อเสนอการดำเนินการรองรับข้อบทดังกล่าว ดังนี้

7.1) เร่งรัดการแก้ไขกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ให้สอดคล้องและรองรับกลไกตามร่างข้อบทดังกล่าว ได้แก่

(1) หมดว่าด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเกี่ยวกับตำรับยาแผนไทยและตำราการแพทย์แผนไทย ให้ระบุแหล่งที่มา และจำแนกประเภทของตำรับฯ และตำราฯ ทั้งของนิติบุคคลและชุมชนเพิ่มเติม เพื่อรักษาความเป็น Prior Art ของภูมิปัญญาดั้งเดิมในการปกป้องการละเมิดหรือฉกฉวยที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต รวมทั้งรองรับนโยบายการเข้าเป็นภาคี (Trans-Pacific Partnership: TPP) ด้วย

(2) หมายความว่าด้วยการคุ้มครองสมุนไพรและถิ่นกำเนิดของสมุนไพร ให้กำหนด บทบัญญัติในการจัดทำ/พัฒนาฐานข้อมูลของสมุนไพรและทรัพยากรพันธุกรรมที่เกี่ยวข้อง พร้อมระบุ ถิ่นกำเนิด ร่องรับแนวทางปฏิบัติในการขอเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรม และการจัดสรรแบ่งปัน ผลประโยชน์ นำมาซึ่งการคุ้มครองสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ทั้งสิทธิส่วนบุคคลและสิทธิ ของชุมชน ฯลฯ รวมทั้งทรัพยากรอื่นที่เกี่ยวข้อง

7.2) พัฒนาระบบฐานข้อมูลสมุนไพร ถิ่นกำเนิดและทรัพยากรพันธุกรรมที่ เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับ GR Texts และมีประสิทธิภาพ โดยศึกษา แลกเปลี่ยน เรียนรู้จากสำนัก คุ้มครองพันธุ์พืช กรมวิชาการเกษตร ที่มีการพัฒนาและจัดทำฐานข้อมูลพันธุกรรมพืช และนำไปสู่ การพัฒนาเป็นระบบ Online มีความเป็นสากล (Inter-Nationalization) ร่วมมือเชื่อมโยงกับสำนักงาน สิทธิบัตรต่างประเทศโดยเฉพาะ WIPO/US-PTO/JPO ฯลฯ ใช้ประโยชน์ในการตรวจสอบการขอ จดสิทธิบัตร ป้องปรามการละเมิดภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย สมุนไพร การแพทย์พื้นบ้าน และ ทรัพยากรพันธุกรรมอื่นที่เกี่ยวข้อง

7.3) การเสริมสร้างความรู้และการสื่อสาร สร้างความเข้าใจแก่ภาคีเครือข่าย ส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะนายทะเบียนจังหวัด กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิระดับจังหวัดที่ได้รับการคัดเลือกเป็น ตัวแทนแต่ละจังหวัด และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับพื้นที่

5.8. อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

การขับเคลื่อนระบบคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยภายใต้เครื่องมือที่เรียกว่า กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตลอดเวลาที่ผ่านมากกว่า 16 ปี ยังไม่สามารถตอบโจทย์เชิงผลลัพธ์การคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย อันเนื่องมาจากอุปสรรค เงื่อนไขข้อจำกัดหลายประการ ทั้งระบบบริหารจัดการ นโยบาย ทรัพยากรสนับสนุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทและศักยภาพของคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานดังกล่าวยังขาดศักยภาพ ความรู้ความสามารถ แม้จะมีงบประมาณจากกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย อันเป็นจุดเด่นกว่ากฎหมายฉบับอื่นและมีแนวปฏิบัติในการกระจายอำนาจไปยังหน่วยงานภูมิภาคในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดในฐานะนายทะเบียนจังหวัดก็ตาม แต่ผลลัพธ์เชิงประสิทธิภาพและประสิทธิผลยังไม่อาจตอบสนองความต้องการของประเทศชาติและประชาชนโดยรวมได้เท่าที่ควร

อย่างไรก็ตาม ในสถานการณ์เงื่อนไขและข้อจำกัดดังกล่าวข้างต้น ยังมีบทบาทภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วน เข้ามามีส่วน “ร่วมคิด” “ร่วมทำ” และให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง จึงนับเป็นจุดเด่นที่มีผลเชิงบวกต่อสถานการณ์การขับเคลื่อนงานคุ้มครองเป็นไปในรูปแบบบูรณาการและเป็นกลไกทางกฎหมายภายในประเทศที่เกี่ยวข้อง ช่วยเสริม เกื้อหนุนให้การขับเคลื่อนงานก้าวต่อไปอีกทางหนึ่งเช่นเดียวกัน

ในบริบทภูมิหลังและเหตุผลจากที่กล่าวมาข้างต้น ภูมิประเทศเขตร้อนชื้นเอื้อต่อการทำให้ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีทรัพยากรพันธุกรรมและองค์ความรู้ด้านการแพทย์ดั้งเดิม พืชสมุนไพรไทยอยู่มากที่สุดประเทศหนึ่งของโลก ประมาณว่ามีจำนวน 10,000 ชนิดสายพันธุ์ที่มีคุณสมบัติทางยาซึ่งค้นพบในประเทศไทย แม้ว่าประเทศไทยจะออกกฎหมายพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 เพื่อคุ้มครององค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยแต่จนปัจจุบันเป็นเวลากว่า 16 ปีแล้ว แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยแม้แต่รายตัวที่ได้รับการคุ้มครองตามพระราชบัญญัตินี้ ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีที่มาจากหลักการคุ้มครองที่ปรากฏอยู่ในพระราชบัญญัตินี้ การกำหนดหลักปฏิบัติตามพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการให้การคุ้มครองอาจยังไม่มี ความชัดเจนเพียงพอ ซึ่งเกี่ยวข้องกับสถานะของประเทศไทยที่ยังเป็นประเทศกำลังพัฒนา จึงมีความพยายามที่จะหามาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องมาคุ้มครององค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนดั้งเดิมของตน ซึ่งเป็นสมบัติทางความคิดและวิธีปฏิบัติสืบทอดกันมาเป็นเวลาช้านาน เพื่อมิให้ประเทศที่พัฒนาแล้วแสวงหาผลประโยชน์ (Exploitation) จากองค์ความรู้ต่าง ๆ โดยปราศจากการให้ค่าตอบแทน และยิ่งไปกว่านั้น กลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วยังเห็นว่า องค์ความรู้ต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสมบัติของมวลมนุษยชาติหรือเป็นสมบัติสาธารณะ (Public Domain) แนวความคิดในการคุ้มครองป้องกันยังเป็นที่ยกเถียงกัน ทั้งในระดับองค์การระหว่างประเทศและในระดับชาติ

และเพราะเหตุว่า ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและทรัพยากรทางพันธุกรรมมีสถานะเป็นทรัพยากรทรัพย์สินทางปัญญา ถือว่าเป็นชุมชนสมบัติอันมีค่ามหาศาลของประเทศ จึงทำให้ประเทศอุตสาหกรรมแสวงหาและเข้าถึงการใช้ประโยชน์เพื่อการค้า การล่าอาณานิคมแบบใหม่ขึ้นมา คือการ

ล่าอาณานิคมทางความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่น ดังกรณีตัวอย่างที่ผ่านมา อาทิ

1) กรณีศึกษาสิทธิบัตรไขมันชั้น ในปี ค.ศ. 1995 ของสำนักงานสิทธิบัตรและเครื่องหมายการค้าแห่งสหรัฐอเมริกา ในการอนุมัติสิทธิบัตรการประดิษฐ์การใช้ไขมันชั้นเพื่อเป็นยาสมานแผล แก้มหาวิทยาลัยมิสซิสซิปปี โดยสิทธิบัตรดังกล่าว ทำให้เกิดข้อถกเถียงกันอย่างมากระหว่างสมาคมแพด แก้มหาวิทยาลัยทางวิทยาศาสตร์และอุตสาหกรรมแห่งอินเดีย ได้ยื่นฟ้องสิทธิบัตรฉบับดังกล่าว ด้วยเหตุผลที่ว่า ไขมันชั้นได้ถูกนำมาใช้เป็นยาสมานแผลและอาการผื่นคันทางผิวหนังในประเทศอินเดียมาช้านาน โดยมีการบันทึกเป็นทั้งภาษาสันสกฤตและภาษาอังกฤษ ตลอดจนมีการตีพิมพ์ในวารสารของสมาคมอินเดีย เป็นองค์ความรู้ในการใช้ประโยชน์ไขมันชั้น ถือว่าเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์ของอินเดีย ด้วยหลักฐานที่เป็นบันทึกต่าง ๆ ดังกล่าวนี้นำมาทำให้สำนักงานสิทธิบัตรและเครื่องหมายการค้าแห่งสหรัฐอเมริกา ตัดสินเพิกถอนสิทธิบัตรดังกล่าวด้วยเหตุผลที่ว่า การประดิษฐ์ดังกล่าวขาดความใหม่ (Lack of Novelty)

2) กรณีศึกษาพันธุ์ข้าวต้านทานโรคขอบใบแห้ง (Bacteria Blight) จากประเทศมาเลเซีย สิทธิบัตรฉบับดังกล่าวได้ก่อให้เกิดการถกเถียงกันอย่างมากระหว่างประเทศมาเลเซีย โดยเฉพาะเรื่องการแบ่งปันผลประโยชน์ให้แก่ชาวนาของประเทศมาเลเซียซึ่งเป็นผู้อนุรักษ์พันธุ์ข้าว *Oryza longistaminata* ซึ่ง University of California ตอบสนองเสียงเรียกร้องดังกล่าว โดยแบ่งปันผลประโยชน์จากการใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์จากสิทธิบัตรดังกล่าวกลับไปยังกองทุน Genetic Resources Recognition Fund (GRRF) นอกจากนี้ยังอนุญาตให้สามารถพัฒนาสายพันธุ์ข้าวใหม่ได้ จากเรื่องนี้อาจกล่าวได้ว่า กรณีนี้อาจไม่ถือว่าเป็นกรณีโจรสลัดทางชีวภาพและทางปัญญาอย่างแท้จริง แต่เป็นตัวอย่างการสนองตอบต่อระบบกลไกที่มีดังกล่าว

3) กรณีศึกษาการจดสิทธิบัตรการประดิษฐ์เกี่ยวกับสะเดา โดยองค์กรพัฒนาเอกชนของประเทศอินเดีย ได้ยื่นฟ้องสิทธิบัตรในกรรมวิธีการควบคุมเชื้อราโดยใช้น้ำมันที่สกัดจากสะเดา ไปยังสำนักงานสิทธิบัตรยุโรป และในปี ค.ศ. 2000 ได้เพิกถอนสิทธิบัตรดังกล่าว ด้วยเหตุผลที่ว่า การประดิษฐ์ขาดความใหม่ เนื่องจากการใช้สะเดาเป็นยารักษาโรค และใช้เป็นยากำจัดแมลงและเชื้อรา ตลอดจนเป็นปุ๋ยนั้นเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ใช้กันแพร่หลายในประเทศอินเดีย

4) กรณีเปลี่ยนนโยบายของไทย ญี่ปุ่นอาศัยความร่วมมือผ่านโครงการความช่วยเหลือด้านการศึกษากับหน่วยงานภาครัฐและเอกชน การค้นหาสารสกัดที่ต้องการใช้พืชตัวอย่างเป็นจำนวนมากมาทำการทดลอง ซึ่งใช้เวลานานและลงทุนสูง แต่เมื่อมีคนไทยให้ข้อมูลเรื่องยาสมุนไพรของไทยจึงทำให้การวิจัยสามารถได้ผลที่ต้องการอย่างรวดเร็ว เมื่อพิจารณาวิธีการใช้ประโยชน์จากเปลี่ยนนโยบายของไทย ของญี่ปุ่นแล้วก็เป็นวิธีการแบบโจรสลัดชีวภาพ กล่าวคือ ญี่ปุ่นได้ตัวอย่างวัตถุดิบเปลี่ยนนโยบายโดยตรงจากตัวแทนจำหน่ายผลิตภัณฑ์ในประเทศไทยโดยมิได้ขออนุญาตจากรัฐบาลและเมื่อนำไปจดสิทธิบัตรและทำผลิตภัณฑ์ก็ไม่ได้มีการแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเป็นธรรมแก่ประเทศไทย ผู้เป็นเจ้าของทรัพยากรพันธุกรรมทำให้ประเทศไทยเสียโอกาสในการพัฒนาระบบวิธีการผลิตและผลิตภัณฑ์ที่จดสิทธิบัตรไว้ในประเทศญี่ปุ่น

5) กรณีสิทธิบัตรกวาวเครือ มีการนำเอาภูมิปัญญาของคนไทยไปศึกษาพัฒนาต่อยอดด้วยเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์ที่ทันสมัย แล้วนำไปคุ้มครองด้วยสิทธิบัตรเพื่อนำไปทำผลิตภัณฑ์เชิงพาณิชย์โดยไม่ได้มีการแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเป็นธรรมแก่ประเทศไทย นอกจากนี้วัตถุดิบคือ กวาวเครือขาวอันเป็นวัตถุดิบจากแหล่งกำเนิดในประเทศไทย และผู้วิจัยชาวไทยก็ไม่ได้ขออนุญาตตามกฎหมายแต่

อย่างใด เหตุเพราะว่าหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแล ยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอ้างเหตุผลจากการขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณ ทำให้ประเทศไทยสูญเสียโอกาสในการพัฒนาต่อยอดภูมิปัญญาและเสียสิทธิที่จะทำผลิตภัณฑ์เพื่อการค้าในหลายประเทศ เช่น ญี่ปุ่น เกาหลี สหรัฐอเมริกา และประเทศอื่น

6) กรณีพืชัดต่นของไทย เป็นกรณีที่เกิดจากชาวญี่ปุ่นที่ได้มาเรียนการนวดไทยและทำพืชัดต่นที่วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) และเมื่อเดินทางกลับไปเพื่อประกอบอาชีพเกี่ยวกับการนวดแบบไทย สປา ธุรกิจการนวดและโยคะแบบไทยอย่างครบวงจร ชาวญี่ปุ่นคนดังกล่าว ได้ยื่นจดเครื่องหมายการค้า โดยใช้คำว่าพืชัดต่น นอกจากนั้นยังยื่นจดอีกหลายรายการในผลิตภัณฑ์และบริการอื่นอีกรวมกว่า 50 รายการ และท้ายที่สุดประเทศไทยได้พิจารณาฟ้องเพิกถอนเรื่องดังกล่าวไปยังสำนักงานสิทธิบัตรญี่ปุ่นเรียบร้อยแล้ว ด้วยหลักฐานเชิงเอกสารและศิลาจารึกจากวัดพระเชตุพนฯ

นอกจากนี้ องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนดั้งเดิมที่มีอยู่ในประเทศต่าง ๆ เหล่านั้น ได้ถูกคุกคามและนำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์จากบริษัทยาในประเทศที่พัฒนาแล้วเป็นจำนวนมาก จนกลุ่มประเทศพัฒนาน้อยและกำลังพัฒนาต่าง ๆ กล่าวหาประเทศที่พัฒนาแล้วที่นำเอาองค์ความรู้ของพวกเขาเหล่านั้นไปพัฒนาต่อยอด และออกสิทธิบัตรยา ให้ความคุ้มครองว่าเป็นการกระทำอันเป็นเหมือนโจรสลัดทางชีวภาพ ซึ่งเป็นข้อหาที่ค่อนข้างรุนแรงต่อกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วดังกล่าว ดังปรากฏหลักฐานในการฟ้องร้องเพิกถอนสิทธิบัตรในเรื่องดังกล่าวในประเทศยุโรปและสหรัฐอเมริกา เช่น ผลิตภัณฑ์จากต้น Neem และ Turmeric, Ayahuasca และกาวาเครื่อ เป็นต้น

จากกรณีตัวอย่างดังกล่าวข้างต้น เข้าข่ายที่เรียกว่า “สถานการณ์โจรสลัดทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่น” เนื่องจากว่าประเทศไทยถือว่าเป็นประเทศอุดมสมบูรณ์ด้วยทรัพยากรชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่น จึงทำให้การแสวงหาประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นมากขึ้นทั่วโลก ในอนาคตรูปแบบการเข้าถึงจะมีแนวโน้มที่หลากหลายและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ประเทศไทยอาจจะตกอยู่ในสถานะที่เสียประโยชน์ได้ จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบกลไกทางนโยบายในเรื่องดังกล่าว กำหนดบทบาทหน้าที่ของประเทศรองรับมาตรการทางกฎหมายหรือข้อตกลงที่จะเกิดขึ้น อันจะนำไปสู่การสร้างสมดุล ยุติธรรม และเท่าเทียมของสังคม ทรัพยากรธรรมชาติและภูมิปัญญาท้องถิ่นไว้ได้ต่อไป

สถานการณ์การขับเคลื่อนระบบคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยยังเกี่ยวข้องเชื่อมโยงและสอดคล้องกับกฎหมายระหว่างประเทศที่หลากหลายสาขาแต่อยู่บนพื้นฐานของหลักการ 5 ประการ ได้แก่ 1) หลักการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) 2) หลักการให้ความยินยอมอย่างรอบรู้ล่วงหน้า (Prior Informed Consent) 3) หลักการแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเป็นธรรมและเท่าเทียม (Fair and Equitable Benefit-sharing) 4) หลักการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development) และ 5) หลักการเคารพและยอมรับนับถือภูมิปัญญาและชุมชนผู้เป็นเจ้าของ (Respect and Recognition) ซึ่งหลักการเหล่านี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดทิศทางนโยบายและยุทธศาสตร์การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นของไทย เพื่อให้ไทยและกฎหมายไทยในด้านนี้มีความเป็นสากลและสอดคล้องกับพันธกรณีที่ไทยมีอยู่ภายใต้ความตกลงระหว่างประเทศได้เป็นอย่างดี

และยังสอดคล้องกับกรอบการเจรจาการประชุม WIPO IGC ของไทย ปี 2559-2560 คณะรัฐมนตรีในความเห็นชอบเป็นการสนองตอบกลไกและระบบการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามกฎหมายในความรับผิดชอบ โดยมีรายละเอียดคือ

1) ด้านทรัพยากรทางพันธุกรรม ประเด็นสำคัญที่ควรคำนึงถึงคือ การเปิดเผยแหล่งที่มาของทรัพยากรพันธุกรรมที่นำมาใช้ในทรัพย์สินทางปัญญา เนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความหลากหลายทางชีวภาพ อีกทั้งยังมีสมุนไพรที่มีคุณค่ามากมายกระจายอยู่ทุกภูมิภาคของประเทศ การปิดกั้นข้อมูลอาจเป็นไปได้ยาก การเปิดเผยข้อมูลแหล่งที่มา รวมทั้งอ้างอิงแหล่งขององค์ความรู้การใช้ทรัพยากรพันธุกรรมดังกล่าว จะเป็นประโยชน์ในการจัดการหรือเจรจาซื้อขายซึ่งการแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม

2) ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 ได้แบ่งภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ (1) ตำรับหรือตำราการแพทย์แผนไทยของชาติ (2) ตำรับยาหรือตำราการแพทย์แผนไทยทั่วไป และ (3) ตำรับหรือตำราการแพทย์แผนไทยส่วนบุคคล โดยมีระดับการคุ้มครองแตกต่างกันตามประเภทของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยทั้ง 3 ประเภท โดยเฉพาะตำรับยาหรือตำราการแพทย์แผนไทยส่วนบุคคล ที่กำหนดให้สิทธิแก่เจ้าของตลอดอายุ และหลังจากผู้ทรงสิทธิคนสุดท้ายเสียชีวิตไปแล้วอีก 50 ปี ก็จะตกเป็นสมบัติสาธารณะ อาจขัดแย้งกับระบบสิทธิบัตรที่มีอายุการคุ้มครองแค่เพียง 10-20 ปี

3) ด้านการแสดงออกทางวัฒนธรรมดั้งเดิม การแสดงออกทางวัฒนธรรมดั้งเดิม และภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย มีความคาบเกี่ยวกันอย่างมาก ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยบางส่วนถูกประกาศให้เป็นมรดกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมของชาติแล้ว และมีความกังวลว่าการคุ้มครองทั้ง 2 ด้านอาจมีความทับซ้อนกันได้ แต่เจตนารมณ์ส่งเสริมและเกื้อกูลกันในการดำรงรักษาให้คงอยู่ หากแต่ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของชาติ อาจต้องมีการนำไปพัฒนาต่อยอดเพื่อผลักดันให้เป็นสินค้าและบริการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพหรือเศรษฐกิจของประเทศต่อไป

ในเวทีระดับ ASEAN มีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ทรัพย์สินทางปัญญา โดยประเทศสมาชิกได้ร่วมมือกันจัดทำร่าง Road Map ทรัพย์สินทางปัญญา 20 ปี (IP Roadmap: IP – Driven to Innovation – Driven) จะช่วยให้การพัฒนาประเทศไทยในเชิงระบบ การสร้างนวัตกรรม และการใช้ประโยชน์ รวมถึงการเคารพต่อทรัพย์สินทางปัญญา โดยร่าง Road Map มีเป้าหมายให้ประเทศไทยมุ่งสู่การเป็นประเทศพัฒนาแล้วอย่างมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนในอีก 20 ปีข้างหน้าอย่างชัดเจน มุ่งเน้นการใช้ประโยชน์ทรัพย์สินทางปัญญาในเชิงพาณิชย์ นอกจากนี้ยังกำหนดเป้าหมายในแต่ละช่วงเวลา ทั้ง 4 ช่วงอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้ใช้ประโยชน์จากผลิตภัณฑ์นวัตกรรมซึ่งเกี่ยวเนื่องกับทรัพย์สินทางปัญญา และมีบทบาทในการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์ ป้องกัน และคุ้มครองสุขภาพของประชาชนซึ่งเป็นผู้บริโภคขั้นสุดท้าย กระทรวงสาธารณสุขจึงมีข้อคิดเห็นต่อร่าง Road Map ดังกล่าว ได้แก่

1) กรอบแนวคิดประกอบด้วย IP Enforcement, IP Creation, IP Protection และ IP Commercialization นั้น ควรเพิ่มเติมเรื่อง การส่งเสริมการใช้ประโยชน์ของทรัพย์สินทางปัญญาโดยสังคมส่วนรวม ซึ่งรวมถึงการถ่ายทอดเทคโนโลยี และการใช้ประโยชน์เมื่อการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาหรือการให้สิทธิผูกขาดหมดอายุลงแล้ว ทั้งนี้เนื่องจากหลักการความตกลงด้านทรัพย์สินทางปัญญาขององค์การการค้าโลกซึ่งเป็นต้นแบบของความตกลงระหว่างประเทศที่ประเทศไทยรับหลักการและแก้ไขกฎหมายในประเทศให้เป็นไปตามหลักการนี้ เป็นการคุ้มครองให้สิทธิประโยชน์เฉพาะ

บุคคล (Private Right) ซึ่งต้องสร้างความสมดุลกับประโยชน์สาธารณะ (Public Interest) และการถ่ายทอดเทคโนโลยี (Technology Transfer) จากผู้ถือครองทรัพย์สินทางปัญญา (โดยเฉพาะ สิทธิบัตร) ดังนั้น Road Map นี้จึงควรส่งเสริมให้เกิดความสมดุลดังกล่าวด้วย

2) การสร้างสรรค์ (Creation)

2.1) การสร้างสรรค์ต่อยอดองค์ความรู้ในสิทธิบัตรเพื่อวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อจดสิทธิบัตรใหม่ กับการใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ในสิทธิบัตรที่หมดอายุแล้ว เพื่อการผลิตผลิตภัณฑ์ในเชิงพาณิชย์สำหรับกลุ่ม SME

2.2) การเข้าถึงข้อมูลสิทธิบัตรที่หมดอายุแล้ว และการนำองค์ความรู้ในสิทธิบัตรดังกล่าวไปใช้ประโยชน์โดย SME ไทย

2.3) กำหนดเป้าหมายจำนวนคำขอสิทธิบัตรต่อประชากรให้ชัดเจน กล่าวคือ ควรจะเป็นสัดส่วนของสิทธิบัตรที่มีคนไทยเป็นผู้ทรงสิทธิ ไม่ใช่พิจารณาเพียงจำนวนรวม นอกจากนี้ ควรแยกประเภทสิทธิบัตรที่มีสองกลุ่มคือ การประดิษฐ์ และการออกแบบให้ชัดเจน

2.4) ให้มี Road map จำเพาะกับกลุ่มผลิตภัณฑ์เฉพาะ เช่น ผลิตภัณฑ์ด้านการแพทย์ เนื่องจากผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้ได้แก่ ยา วัคซีน ชีววัตถุ และเทคโนโลยีด้านการแพทย์ ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ของชีวิตมีความแตกต่างจากผลิตภัณฑ์กลุ่มอื่น ๆ ในหลาย ๆ ด้าน เช่น มีขั้นตอนกระบวนการวิจัยและพัฒนาในรายละเอียด และใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ที่ซับซ้อน นอกจากนี้ สัดส่วนคำขอและสิทธิบัตรที่มีอยู่ในปัจจุบันมากกว่าร้อยละ 90 เป็นของชาวต่างชาติ

3) Road Map ของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรที่เกี่ยวข้อง (Traditional Knowledge and Genetic Resources: TK & GRs) ทั้งนี้เนื่องจาก นอกเหนือจากทรัพย์สินทางปัญญาโลกซึ่งครอบคลุมงานด้าน TK & GRs ดังกล่าว นอกจากนี้ TK & GRs เป็นแหล่งทรัพยากรและความหลากหลายทางชีวภาพสำคัญและเป็นต้นกำเนิดของทรัพย์สินทางปัญญา ด้านสิทธิบัตรควรเร่งรัดการขึ้นทะเบียนการคุ้มครองพันธุ์พืชและความหลากหลายทางชีวภาพ การจัดทำฐานข้อมูลทรัพย์สินทางปัญญาของไทย และสร้างมาตรการและกลไกการแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเป็นธรรม โดยมีหน่วยงานรับผิดชอบ เช่น กรมทรัพย์สินทางปัญญา กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิชาการเกษตร กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ดังนั้น จากสถานการณ์การขับเคลื่อนระบบคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและทรัพยากรพันธุกรรมอันเกี่ยวข้องกับกฎหมายหรือข้อตกลงทั้งภายในและระหว่างประเทศ จึงมีข้อเสนอเชิงนโยบาย และการบริหารจัดการเพื่อขับเคลื่อนระบบการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในอนาคต ดังนี้

1) การปรับทิศทางและพัฒนาระบบการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย หรือทรัพยากรพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องนับเป็นวาระเร่งด่วนแห่งชาติในการขับเคลื่อน ทั้งการแก้ไขข้อบกพร่องของกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ด้านคุ้มครองสมุนไพรและถิ่นกำเนิดระบุแหล่งที่มาแบบบังคับ (Mandatory Disclosure) และหมวดคุ้มครองตำรับและตำราการแพทย์แผนไทย ให้ระบุแหล่งที่มา เจ้าของ หรือผู้ครอบครองและให้สามารถเชื่อมโยงไปถึงการอ้างอิงสิทธิของบุคคลหรือชุมชนให้สอดคล้องกับกรอบเจรจา WIPO IGC รวมไปถึงรองรับกลไกการดำเนินงานตามมาตรา 8j ของอนุสัญญาความหลากหลายทางชีวภาพ (CBD) และ Nagoya Protocol ตลอดจน

อนุญาตว่าด้วยมรดกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมที่จับต้องไม่ได้

2) การปรับปรุงองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ในฐานะคณะกรรมการระดับชาติให้ตอบโจทย์เชิงยุทธศาสตร์และผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ

3) การเร่งรัดจัดทำฐานข้อมูลทรัพยากรพันธุกรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น ทั้ง 4 ภาคครบทุกด้านเชื่อมโยงกับการใช้ภูมิปัญญาการแพทย์ดั้งเดิม และแสดงความเป็นเจ้าของและสร้าง Prior Art System และรองรับการเข้าเป็นภาคีเครือข่าย Trans-Pacific Partnership (TPP) และกฎหมายหรือข้อตกลงระหว่างประเทศทั้งในระดับนานาชาติและภูมิภาคในอนาคต

4) เร่งรัดแสวงหามาตรการและแนวทางในการสร้างความรู้เท่าทัน ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อบกพร่องหรือข้อตกลงทั้งในและระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องแก่ภาคประชาชนอย่างเหมาะสมและร่วมมือกับภาคประชาสังคม ในการขับเคลื่อนดังกล่าว

5) กำหนดเงื่อนไขหรือข้อบังคับป้องกันการฉกฉวยหรือนำภูมิปัญญาการแพทย์ดั้งเดิมและทรัพยากรพันธุกรรมไปใช้อย่างไม่เหมาะสม ทั้งการศึกษาวิจัย ความร่วมมือทางวิชาการ ระหว่างหน่วยงานทั้งในและระหว่างประเทศ รวมทั้งการศึกษาต่อต่างประเทศ

6) มาตรการรองรับหลักการต่างตอบแทน (Reciprocity) จากความตกลง (General Agreement on Tariffs and Trade: GATT) และองค์การการค้าโลก (World Trade Organization: WTO) อันเกี่ยวข้องและมีผลกระทบต่อการดำเนินการตามมาตรา 43 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 ของไทย



ความร่วมมือระหว่างประเทศ ด้านการแพทย์ดั้งเดิม การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

ประเทศไทย โดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีบทบาทสำคัญต่อการเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศด้านการแพทย์ดั้งเดิม การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก โดยเฉพาะในกรอบความร่วมมืออาเซียน มีการพัฒนาความร่วมมืออย่างเป็นทางการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2552 จนถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีบทบาทสำคัญในกรอบความร่วมมืออื่น ๆ เช่น กรอบความร่วมมือทางเศรษฐกิจเพื่อพัฒนาฐานข้อมูลยาจากสมุนไพรในภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิก หรือ เอเปค (Asia-Pacific Economic Cooperation: APEC) กรอบความร่วมมือด้านการแพทย์ดั้งเดิมในอนุภูมิภาค : ความริเริ่มแห่งอ่าวเบงกอลสำหรับความร่วมมือหลากหลายสาขาทางวิชาการและเศรษฐกิจ หรือ บิมสเทค (Bay of Bengal Initiative for Multi-Sectoral Technical and Economic Cooperation: BIMSTEC) และความร่วมมือด้านการแพทย์พื้นบ้านในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขง รวมถึงความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก และความร่วมมือระดับทวิภาคีกับประเทศต่าง ๆ เช่น อินเดีย ภูฏาน เมียนมาร์ และจีน เป็นต้น

6.1 ความร่วมมือด้านการแพทย์ดั้งเดิมในกรอบอาเซียน

ประเทศไทยมีบทบาทสำคัญต่อการเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศด้านการแพทย์ดั้งเดิม โดยเป็นประเทศผู้นำด้านการส่งเสริมการใช้การแพทย์ดั้งเดิมในสาธารณสุขมูลฐานของประเทศสมาชิกอาเซียน ในช่วง พ.ศ. 2557-2559 มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกับประเทศต่าง ๆ ในอาเซียนที่สำคัญ 3 เรื่อง ได้แก่ การส่งเสริมการใช้การแพทย์ดั้งเดิมในสาธารณสุขมูลฐาน การสร้างความเข้มแข็งให้ความร่วมมือด้านการแพทย์ดั้งเดิมในอาเซียน และการพัฒนาความร่วมมือระหว่าง China-ASEAN

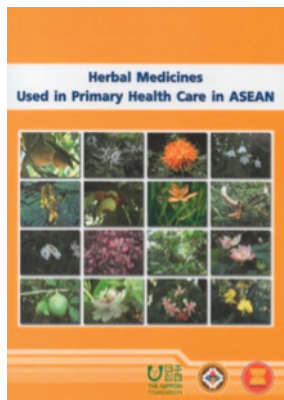
6.1.1 การจัดทำหนังสือเพื่อส่งเสริมการใช้การแพทย์ดั้งเดิมในสาธารณสุขมูลฐานของอาเซียน

คณะทำงานอาเซียนด้านการแพทย์ดั้งเดิม หรือ ASEAN Task Force on Traditional Medicine (ATFTM) เป็นคณะทำงานที่จัดตั้งขึ้นเพื่อสนับสนุนแผนงานความร่วมมือด้านการแพทย์ดั้งเดิม การแพทย์เสริม และการแพทย์ทางเลือก (Traditional Medicine, Complementary and Alternative Medicine: TM/CAM) ในพิมพ์เขียวของประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน หรือ ASCC Blueprint

โดยอยู่ภายใต้การกำกับของเจ้าหน้าที่อาวุโสอาเซียนด้านการพัฒนาสาธารณสุข (Senior Official Meeting on Health Development: SOMHD)

แผนปฏิบัติงานของ ATFTM มุ่งเน้นการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ข้อ B4 ช้อย่อย VII และ XVIII ของ ASCC Blueprint ซึ่งสนับสนุนการบูรณาการการแพทย์ดั้งเดิมและ

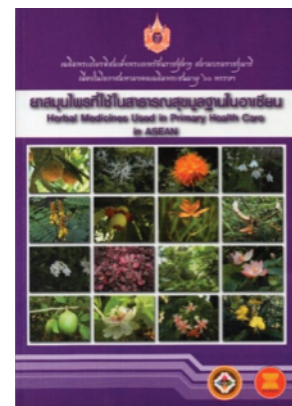
การแพทย์ทางเลือกที่มีประสิทธิผลและปลอดภัยเข้าในระบบสาธารณสุข รวมถึงการให้ความรู้แก่ประชาชน เพื่อให้มีวิจรณ์ญาณในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์หรือบริการด้านการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือก โดยแบ่งความร่วมมือออกเป็น 5 ด้าน ภายใต้ความรับผิดชอบหลักของประเทศไทย (Lead Country) ในแต่ละด้าน



ประเทศไทยรับผิดชอบเป็นประเทศนำด้านการส่งเสริมการใช้การแพทย์ดั้งเดิมในสาธารณสุขมูลฐาน โดยที่ผ่านมาได้รับเป็นเจ้าภาพจัดประชุมเชิงปฏิบัติเพื่อจัดทำหนังสือ “Herbal Medicines Used in Primary Health Care in ASEAN” จำนวน 2 ครั้ง และเมื่อปี พ.ศ. 2557 ได้ตีพิมพ์หนังสือ Herbal Medicines Used in Primary Health Care in ASEAN และเปิดตัวหนังสือในการประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขอาเซียน ครั้งที่ 12 (12th ASEAN Health Ministers Meeting: AHMM) ณ กรุงเทพมหานคร

ประเทศเวียดนาม ในปีเดียวกัน

หนังสือ Herbal Medicines Used in Primary Health Care in ASEAN มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขในอาเซียนได้นำพืชสมุนไพรที่ได้รับการคัดเลือกจากประเทศสมาชิกอาเซียนจำนวน 65 ชนิด ไปใช้รักษาโรค/อาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง 27 อาการ และตามแผนปฏิบัติงานของ ATFTM ประเทศสมาชิกอาเซียนที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาราชการ มีแผนแปลหนังสือเป็นภาษาของตนเอง เพื่อให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายขึ้น ซึ่งประเทศไทย ได้ตีพิมพ์หนังสือ Herbal Medicines Used in Primary Health Care in ASEAN



เป็นภาษาไทยในชื่อว่า “ยาสมุนไพรที่ใช้ในสาธารณสุขมูลฐานในอาเซียน” เมื่อปี พ.ศ. 2558 และได้เผยแพร่และแจกจ่ายหนังสือให้แก่เครือข่ายมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องมากกว่า 100 แห่ง

สืบเนื่องจากความสำเร็จในการจัดทำหนังสือ Herbal Medicines Used in Primary Health Care in ASEAN และเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในอาเซียน หันมาดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือกมากยิ่งขึ้น ในระหว่างปี พ.ศ. 2558-2559 ประเทศไทยจึงเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อจัดทำหนังสือ “Traditional Medicine Self-Care in ASEAN” จำนวน 2 ครั้ง เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในอาเซียนใช้การแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง





รูปที่ 6.1-6.2 การประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อจัดทำหนังสือ “Traditional Medicine Self-Care in ASEAN” ครั้งที่ 1 และ 2 ในปี 2558 และ 2559 ตามลำดับ

6.1.2 การสร้างความเข้มแข็งให้ความร่วมมือด้านการแพทย์ดั้งเดิมในอาเซียน

ความร่วมมือด้านการแพทย์ดั้งเดิม เริ่มต้นขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมเมื่อ พ.ศ. 2552 เมื่อประเทศไทย ได้ริเริ่มจัดการประชุม ASEAN Conference on Traditional Medicine ขึ้น โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และมูลนิธินิปปอน (The Nippon Foundation) ซึ่งในปีต่อ ๆ มา ประเทศสมาชิกอาเซียนได้หมุนเวียนกันจัดการประชุม ASEAN Conference on Traditional Medicine ต่อเนื่องกับการประชุม ATFTM เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ งานวิจัยด้านการแพทย์ดั้งเดิม และการแพทย์ทางเลือก และติดตามแผนงานความร่วมมือตามแผนปฏิบัติงานของ ATFTM ในแต่ละปี

ระหว่างปี พ.ศ. 2557–2559 เกิดการเปลี่ยนแปลงในสาธารณสุขอาเซียน มีการคัดเลือกประเด็นสุขภาพที่สำคัญ (Health Priorities) และปรับเปลี่ยนกลไกการดำเนินงานของคณะทำงานต่าง ๆ ที่อยู่ภายใต้ SOMHD ให้อยู่ใต้การกำกับของกลุ่มสุขภาพ (Health Cluster) ทั้ง 4 กลุ่ม ซึ่งขึ้นตรงกับ SOMHD เพื่อลดจำนวนการประชุม และการนำเสนอผลงานในการประชุม SOMHD เพื่อให้ SOMHD มีบทบาทด้านนโยบายมากขึ้น โดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้ส่งผู้แทนเข้าร่วมประชุม SOMHD Work Group Meeting on ASEAN Post-2015 Health Development Agenda ซึ่งเป็นการประชุมที่มีขึ้นเพื่อให้ผู้แทนระดับเจ้าหน้าที่อาวุโสอาเซียนได้หารือเรื่องกลไกการดำเนินงานของสาธารณสุขอาเซียนรูปแบบใหม่ ซึ่งจะถูกนำมาใช้ภายหลัง พ.ศ. 2559 และผู้แทนของกรมฯ ได้เข้าร่วมประชุมข้างต้นทุกครั้ง เพื่อผลักดันให้การแพทย์ดั้งเดิมอยู่ในประเด็นสุขภาพ และติดตามการเปลี่ยนแปลงของการทำงาน เพื่อนำไปหารือความร่วมมือด้านการแพทย์ดั้งเดิมกับประเทศสมาชิกอาเซียนต่อไป ซึ่งท้ายที่สุด การแพทย์ดั้งเดิมถูกจัดให้เป็น 1 ใน 20 ประเด็นสุขภาพที่สำคัญ และอยู่ในกลุ่ม Health Cluster 3: Strengthening health system and access to care นับตั้งแต่ พ.ศ. 2559 เป็นต้นไป

ในเดือนมีนาคม 2558 ประเทศไทยได้เสนอตัวเป็นเจ้าภาพจัดการประชุม ATFTM Post-2015 Planning Meeting เพื่อให้ประเทศสมาชิกอาเซียนได้หารือและจัดทำร่าง Goal/Target และ Regional Strategy สำหรับสาขาการแพทย์ดั้งเดิม เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของคณะทำงานของอาเซียน ภายหลังปี พ.ศ. 2559 และต่อมาในเดือนกรกฎาคม 2559 ได้ใช้โอกาสที่ประเทศสมาชิก

อาเซียนเข้าร่วมประชุมจัดทำหนังสือ “Traditional Medicine Self-Care in ASEAN” ณ ประเทศไทย หรือเพิ่มเติม เรื่องกิจกรรมตามแผนปฏิบัติงานของ ATFTM และแนวทางความร่วมมือในอนาคต เพื่อนำเสนอในการประชุม Health Cluster 3: Strengthening health system and access to care ณ กรุง



มะนิลา ประเทศฟิลิปปินส์ ในเดือนเดียวกัน ทั้งนี้ ผู้ประสานงานด้านการแพทย์ดั้งเดิมของประเทศไทยได้ เข้าร่วมการประชุมดังกล่าว ร่วมกับผู้ประสานงานคณะทำงานอื่น ๆ ที่อยู่ภายใน Cluster เดียวกัน เพื่อ ร่วมพิจารณาและกำหนดขอบเขตของงาน แผนยุทธศาสตร์ และแผนงานความร่วมมือในอนาคต

6.1.3 การพัฒนาความร่วมมือระหว่าง ASEAN-China

ประเทศสมาชิกอาเซียนทั้ง 10 ประเทศ ได้ลงนามในบันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือ ด้านสุขภาพกับสาธารณรัฐประชาชนจีน และการแพทย์ดั้งเดิมเป็นหนึ่งในสาขาความร่วมมือที่จีนให้ความสนใจร่วมมือกับประเทศสมาชิกในอาเซียน โดยแผนปฏิบัติงานด้านการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ ทางเลือก ระหว่างปี พ.ศ. 2557–2561 มุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์ดั้งเดิม การแลกเปลี่ยน ข้อมูลและองค์ความรู้ การวิจัยและพัฒนาาร่วมกัน การพัฒนาคุณภาพการแพทย์ดั้งเดิม การส่งเสริม การบูรณาการการแพทย์ดั้งเดิมในระบบสาธารณสุข และการสนับสนุนให้มีการแพทย์ดั้งเดิมในหลัก ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในปี พ.ศ. 2558 สาธารณรัฐประชาชนจีน ได้จัดการประชุม “Bama Forum” China–ASEAN Traditional Medicine Health Tourism International Forum ณ นครหนานหนิง เขตปกครอง ตนเองกว่างซีจ้วง และการประชุม The 16th International Conference of Traditional Medicine ณ เมืองหยูหลิน เขตปกครองตนเองกว่างซีจ้วง โดยมีผู้แทนจากประเทศสมาชิกอาเซียนรวมถึง ประเทศไทยเข้าร่วมการประชุมข้างต้น และสาธารณรัฐประชาชนจีน ได้จัดตั้ง ASEAN-China Exchange and Cooperation Center of Traditional Medicine ขึ้น เพื่อให้ประเทศสมาชิกอาเซียน ได้แลกเปลี่ยนข้อมูลและองค์ความรู้ด้านการแพทย์ดั้งเดิม

ต่อมาในปี พ.ศ. 2559 สาธารณรัฐประชาชนจีน ได้เชิญผู้แทนจากอาเซียน เข้าร่วมอบรม “2016 China-ASEAN Traditional Medicine (TM) Training Program & Field Study on Disease Prevention and Treatment-Integrating TM into The National Health Care System (Phase 2)” ระหว่างวันที่ 20–24 มิถุนายน 2559 ณ โรงพยาบาลกวงอันเหมิน เมืองปักกิ่ง ประเทศจีน ทำให้ ประเทศไทย โดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้มีประสบการณ์และ ได้รับความรู้จากการร่วมอบรม ดังนี้

(1) การบูรณาการการแพทย์จีนในการดูแล ป้องกัน และรักษาโรค ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่สามารถเดินควบคู่ไปกันได้โดยได้รับการยอมรับ จากแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนจีน ประชาชน และ ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลท้องถิ่น

(2) การพัฒนาเครื่องมือแพทย์โดยอาศัยหลักหรือทฤษฎีจากการแพทย์แผนจีนที่สามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในระบบบริการสุขภาพ

(3) การศึกษาวิจัยด้านการแพทย์ดั้งเดิมของจีนโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยทางการวิจัยสมัยใหม่เพื่อรองรับหรือพิสูจน์ผลการรักษาด้วยการแพทย์ดั้งเดิมของจีน

(4) การพัฒนารูปแบบของยาแผนจีนเพื่อเพิ่มความสะดวกต่อการใช้ การเก็บรักษา และประสิทธิภาพของการรักษา รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

(5) การพัฒนาสถานบริการ/คลินิก/โรงพยาบาลเพื่อรองรับการให้บริการด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ให้มีความน่าเชื่อถือ สะดวก ปลอดภัย มีประสิทธิภาพและคุณภาพในการบริการ เพื่อรองรับการให้บริการสำหรับนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

6.2 ความร่วมมือด้านการแพทย์ดั้งเดิมในกรอบบิมสเทค

บิมสเทค (BIMSTEC: Bay of Bengal Initiative for Multi-Sectoral Technical and Economic Cooperation: หรือ “ความริเริ่มแห่งอ่าวเบงกอลสำหรับความร่วมมือหลากหลายสาขาทางวิชาการและเศรษฐกิจ” จัดตั้งขึ้นเพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือด้านเศรษฐกิจและสังคมระหว่างประเทศสมาชิก 7 ประเทศ ได้แก่ บังคลาเทศ ภูฏาน อินเดีย เมียนมาร์ เนปาล ศรีลังกา และประเทศไทย

สำหรับความร่วมมือด้านสาธารณสุข ประเทศไทยได้รับความไว้วางใจจากประเทศสมาชิกให้ทำหน้าที่เป็นประเทศนำ (Lead Country) ด้านสาธารณสุข โดยในปัจจุบัน มีเพียงความร่วมมือในสาขาการแพทย์ดั้งเดิมสาขาเดียวเท่านั้น ซึ่งในส่วนของแพทย์ดั้งเดิมนั้น ประเทศสมาชิกได้ตกลงให้มีการจัดตั้ง “เครือข่ายศูนย์ความร่วมมือด้านการแพทย์ดั้งเดิม” (Network of National Centers of Coordination in Traditional Medicine) ขึ้น และประเทศไทยได้เป็นเจ้าภาพในการจัดประชุม BIMSTEC Meeting on the Network of National Centers of Coordination in Traditional Medicine ไปแล้ว 2 ครั้ง เมื่อปี พ.ศ. 2546 และ 2553 ซึ่งที่ประชุมได้ร่วมกันกำหนดแนวทางความร่วมมือในด้านต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือและพัฒนาการแพทย์ดั้งเดิมของประเทศสมาชิก

ในฐานะที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการ (Secretariat Office) ของเครือข่ายศูนย์ความร่วมมือด้านการแพทย์ดั้งเดิมของบิมสเทค และประเทศไทยเป็นประเทศนำด้านสุขภาพในกรอบความร่วมมือบิมสเทค กรมฯ จึงได้จัดการประชุม The 3rd BIMSTEC Meeting on the Network of National Centers of Coordination in Traditional Medicine ขึ้น เมื่อวันที่ 20-22 กรกฎาคม 2558 โดยมีผู้แทนจากสำนักเลขาธิการบิมสเทค (BIMSTEC Secretariat) ซึ่งเพิ่งมีการจัดตั้งในปี พ.ศ. 2557 เข้ามามีบทบาทในฐานะเลขานุการของที่ประชุมเป็นครั้งแรก เพื่อผลักดันกิจกรรมต่าง ๆ ตามกรอบแนวทางความร่วมมือของบิมสเทคที่ได้วางไว้ให้เกิดผลเป็นรูปธรรม และเพื่อให้การแพทย์ดั้งเดิมมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชากรของประเทศสมาชิกบิมสเทคเพิ่มมากขึ้นต่อไป

การประชุมดังกล่าว ทำให้เกิด “คณะทำงานการแพทย์ดั้งเดิมบิมสเทค” (BIMSTEC Task Force on Traditional Medicine: BTFTM) “เครือข่ายศูนย์ความร่วมมือด้านการแพทย์ดั้งเดิม

ของบิมสเทค” (the BIMSTEC Network of National Centers of Coordination in Traditional Medicine: BNNCTM) และแผนความร่วมมือด้านการแพทย์ดั้งเดิมในบิมสเทคอย่างเป็นทางการ โดยได้แบ่งความร่วมมือออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

- (1) ระบบบริการและการรักษา (Practice and Service System)
- (2) บุคลากรด้านการแพทย์ดั้งเดิม (Practitioners)
- (3) ผลิตภัณฑ์การแพทย์ดั้งเดิม (Products)
- (4) การคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์ดั้งเดิม (Protection of genetic resource and associated traditional knowledge)



รูปที่ 6.3 การประชุม BIMSTEC Meeting on the Network of National Centers of Coordination in Traditional Medicine ครั้งที่ 3 ณ ประเทศไทย

6.3 ความร่วมมือด้านการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ดั้งเดิมในอนุภูมิภาคสุโขทัย

การสร้างเครือข่ายด้านการแพทย์พื้นบ้านระหว่างประเทศในกลุ่มแม่น้ำโขงเกิดขึ้นจากการสร้างเครือข่ายหมอพื้นบ้านในภาคเหนือและขยายผลร่วมกับเครือข่ายหมอพื้นบ้านลุ่มน้ำโขงตอนบน ได้แก่ สิบสองปันนา ไทยใหญ่ และลาวล้านช้าง จนเกิดเป็นเครือข่ายการแพทย์พื้นบ้านและสมุนไพรลุ่มน้ำโขงตอนบน ซึ่งทุกฝ่ายเห็นพ้องต้องกันว่าควรมีเวทีพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันเป็นประจำ โดยหมุนเวียนกันเป็นเจ้าภาพ จึงเป็นจุดเริ่มต้นการประชุมการวิจัยและพัฒนาเครือข่ายหมอพื้นบ้านและสมุนไพรลุ่มน้ำโขง ครั้งที่ 1

ปี พ.ศ. 2558 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมเครือข่ายการแพทย์พื้นบ้านลุ่มน้ำโขง ครั้งที่ 7 (The 7th Meeting on Indigenous Medicine in the Greater Mekong Basin) ภายใต้แนวคิด “one community toward a sustainable region” ระหว่างวันที่ 1-3 กันยายน 2558 ณ ศูนย์ประชุมและแสดงสินค้านานาชาติ เมืองทองธานี กรุงเทพฯ และในครั้งนี้นี้ประเทศไทยได้จัดประชุมวิชาการระหว่างประเทศด้านการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ดั้งเดิม (The International Conference on Traditional and Indigenous Medicine) ในวันที่ 4-5 กันยายน 2558 ต่อเนื่องจากการประชุม

เครือข่ายการแพทย์พื้นบ้านลุ่มน้ำโขง ครั้งที่ 7 เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นในการขับเคลื่อนการดำเนินงานวิชาการด้านการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ดั้งเดิม ทั้งนี้ ประเทศไทยได้เชิญผู้แทนประเทศสมาชิกอาเซียนด้านการแพทย์ดั้งเดิมเข้าร่วมประชุมด้วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้มแข็งและขยายฐานเครือข่ายความร่วมมือ ด้านการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ดั้งเดิม ให้ครอบคลุมประเทศในภูมิภาคอาเซียน

ในการประชุมเครือข่ายการแพทย์พื้นบ้านลุ่มน้ำโขง ครั้งที่ 7 อันประกอบด้วย คณะกรรมการประสานเครือข่ายการแพทย์พื้นบ้านลุ่มน้ำโขง (The Collaborative Network of Indigenous Medicine in the Greater Mekong sub-region) คณะกรรมการวิชาการเครือข่ายการแพทย์พื้นบ้านลุ่มน้ำโขง (The Academic Committee of the Network) และคณะกรรมการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน และแหล่งพันธุกรรมสมุนไพร (The Core Committee on The Protection of Traditional Medical Knowledge and Medicinal Genetic Resources) ได้หารือเรื่องแผนปฏิบัติงานความร่วมมือด้านการแพทย์พื้นบ้านระหว่างปี พ.ศ. 2559-2563 และกำหนดกิจกรรมตามยุทธศาสตร์ 3 ข้อ คือ

(1) การพัฒนาระบบบริการและการให้บริการการแพทย์พื้นบ้านในระบบการดูแลสุขภาพ (Indigenous medicine practice and service in the health care system)

(2) การพัฒนาศักยภาพหมอพื้นบ้านและนักวิจัยด้านการแพทย์พื้นบ้าน (Indigenous medicine practitioners and researchers)

(3) การคุ้มครององค์ความรู้ด้านการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์พื้นบ้าน ทรัพย์สินทางปัญญา และทรัพยากรพันธุกรรมที่เกี่ยวข้อง (Protection of traditional & indigenous medicine knowledge, intellectual properties related to TM & IM, associated genetic resource)

ภายใต้ยุทธศาสตร์แผนการปฏิบัติงานด้านความร่วมมือด้านการแพทย์พื้นบ้านระหว่างประเทศ ปี พ.ศ. 2559-2563 สาธารณรัฐประชาชนจีนในฐานะเป็นประเทศผู้นำยุทธศาสตร์ด้านการบริการและการให้บริการการแพทย์พื้นบ้านในระบบการดูแลสุขภาพ ได้สร้างความเข้มแข็งด้านงานวิชาการภายใต้คณะกรรมการวิชาการเครือข่ายการแพทย์พื้นบ้านลุ่มน้ำโขง โดยได้ดำเนินการจัดเวทีการประชุมวิชาการด้านการแพทย์ดั้งเดิมในชาติพันธุ์ลุ่มแม่น้ำโขง ครั้งที่ 1 ขึ้น (The 1st Academic Forum on Traditional Medicine in the Lancang-Mekong River Basin) ในระหว่างวันที่ 18-19 กันยายน 2559 ณ เมืองคุนหมิง มณฑลยูนนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน โดยผู้แทนจากกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และผู้แทนจากคณะกรรมการวิชาการเครือข่ายการแพทย์พื้นบ้านลุ่มน้ำโขง ได้เข้าร่วมการประชุมข้างต้น ทำให้ได้แลกเปลี่ยนผลงานการวิจัยระหว่างประเทศเครือข่ายการแพทย์พื้นบ้านลุ่มน้ำโขง อาทิ งานวิจัยด้านการรักษาโรคด้วยการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์พื้นบ้าน ขั้นตอนและกระบวนการการรักษาโรค การคุ้มครองภูมิปัญญาด้านการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์พื้นบ้านและงานวิจัยด้านพฤกษศาสตร์พื้นบ้าน เป็นต้น

ในการเดินทางไปร่วมประชุมครั้งนี้ คณะผู้แทนไทยมีโอกาสร่วมการประชุมและพัฒนาวิชาการนานาชาติด้านการแพทย์ชนเผ่าฯ ครั้งที่ 1 (The 1st International Conference on the Development of Wa Medicine) ในระหว่างวันที่ 21-22 กันยายน 2559 ณ เมืองหลินชาง มณฑลยูนนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน ซึ่งจัดต่อเนื่องจากการจัดเวทีการประชุมวิชาการด้านการแพทย์ดั้งเดิม

ในชาติพันธุ์ลุ่มแม่น้ำโขง ครั้งที่ 1 ทำให้คณะผู้แทนไทยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภูมิปัญญาด้านการแพทย์พื้นบ้านของชนเผ่าว่า ประสพการณ์และวัฒนธรรมต่าง ๆ ร่วมกับประเทศสมาชิกเครือข่ายการแพทย์พื้นบ้านลุ่มน้ำโขง



รูปที่ 6.4-6.8 การประชุม The 7th Meeting on Indigenous Medicine in the Greater Mekong Basin และการประชุม The International Conference on Traditional and Indigenous Medicine



รูปที่ 6.9-6.11 การประชุม The 1st Academic Forum on Traditional Medicine in the Lancang-Mekong River Basin และการประชุม The 1st International Conference on the Development of Wa Medicine

6.4 ความร่วมมือการพัฒนาฐานข้อมูลยาจากสมุนไพรในกรอบความร่วมมือเอเปค

ประเทศไทย โดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ได้ส่งผู้อำนวยการสำนักงานข้อมูลและคลังความรู้ เป็นผู้แทนเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ “APEC Workshop on the Development of Herbal Medicine Database in Asia Pacific Region” ระหว่างวันที่ 28-29 มิถุนายน พ.ศ. 2559 ณ Hotel Jen Manila เมืองปาไซ สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ โดยฟิลิปปินส์ได้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมครั้งนี้ มีประเทศเข้าร่วม 7 ประเทศ ได้แก่ จีน รัสเซีย เม็กซิโก เปรู อินโดนีเซีย มาเลเซีย และฟิลิปปินส์ มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างฐานข้อมูลยาจากสมุนไพรระดับภูมิภาค (เอเปค) เนื่องจากฐานข้อมูลที่มีอยู่ในแต่ละประเทศสมาชิกมีความแตกต่างของระดับการพัฒนา ตั้งแต่เนื้อหา การค้นหา และภาษาที่ใช้ เอเชียแปซิฟิกเป็นศูนย์กลางที่สำคัญขององค์ความรู้การแพทย์ดั้งเดิม คนพื้นเมืองยังมีการใช้ยาจากสมุนไพร และมีงานวิจัยเกี่ยวกับยาจากสมุนไพรหลายเรื่องที่เป็นข้อมูลพื้นฐานของการพัฒนาสูตรตำรับยาจากสมุนไพรของตลาดยา การประชุม

แบ่งกลุ่มย่อยอภิปราย 3 ด้าน เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ ดังนี้

- (1) ด้านความร่วมมือการวิจัย (Research Collaboration) อินโดนีเซียเป็นเลขานุการ
- (2) ด้านการวิจัยและเครือข่ายข้อมูลสารสนเทศ (Research and Information Network) มาเลเซียเป็นเลขานุการ
- (3) ด้านการพัฒนาฐานข้อมูลยาสมุนไพร/เว็บพอร์ทัล (Herbal Medicine Database/ Search Portal) ฟิลิปปินส์เป็นเลขานุการ

ที่ประชุมได้ทำร่างคำประกาศเจตนา (Draft Manifesto) ในการพัฒนาฐานข้อมูลยาจากสมุนไพรของภูมิภาค เพื่อจะนำเสนอ APEC-PPSTI เพื่อเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกเอเปคที่จะเข้าร่วม แต่งตั้งผู้ประสานหลัก สำหรับเครือข่าย คณะทำงาน และสนับสนุนงบประมาณในการปฏิบัติการกิจของเครือข่าย ทั้งนี้สมาชิกของเอเปคที่มีความต้องการก้าวเข้าสู่การสร้างเครือข่าย APEC Herbal Medicine Research and Information Network (AHMeN) จะดำเนินการภายใต้โครงสร้าง APEC-PPSTI ซึ่งมีเป้าหมายดังนี้ การเข้าถึงข้อมูลที่ดีด้านสุขภาพของทุกคน การป้องกันการละเมิดลิขสิทธิ์ทางชีวภาพ การอนุรักษ์ภูมิปัญญาดั้งเดิม การแบ่งปันผลประโยชน์ของการวิจัย การลดความซ้ำซ้อนการวิจัย การเพิ่มประสิทธิภาพการวิจัย การส่งเสริมความร่วมมือและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าถึงง่าย

6.5 ความร่วมมือด้านการแพทย์ดั้งเดิมกับองค์การอนามัยโลก

ยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ดั้งเดิมขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2557-2566

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลกด้านการผสมผสานการแพทย์ดั้งเดิมเข้าในระบบบริการสาธารณสุข ผู้แทนจากประเทศไทยจึงได้รับเชิญให้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ 10 ปี ขององค์การอนามัยโลกด้านการแพทย์ดั้งเดิม (นายแพทย์ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์) และ ผศ.(พิเศษ) ดร.นพ.ธวัชชัย กมลธรรม อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้รับเชิญเป็นผู้แทนของประเทศไทยไปร่วมงานเปิดตัว WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023 อย่างเป็นทางการในการประชุม WHO High Level Meeting on the Implementation of WHO Traditional Medicine Strategy: 2014-2023 ที่เขตปกครองพิเศษมาเก๊า สาธารณรัฐประชาชนจีน ระหว่างวันที่ 28-30 ตุลาคม 2556

จุดเริ่มต้นของการจัดตั้งศูนย์ประสานงานการแพทย์ดั้งเดิมขององค์การอนามัยโลกแห่งแรกในประเทศไทย

ในระหว่างการประชุมดังกล่าว Dr. Zhang Qi ผู้ประสานงานด้านการแพทย์ดั้งเดิมขององค์การอนามัยโลก (WHO Traditional Medicine Coordinator) ได้ยื่นข้อเสนอให้ประเทศไทยพิจารณาว่ามีความสนใจที่จะให้มีการแต่งตั้งหน่วยงานด้านการแพทย์ดั้งเดิม (สถานศึกษา สถาบันวิจัย โรงพยาบาล) ในประเทศไทยที่มีศักยภาพและความพร้อมทั้งสถานที่ บุคลากร และงบประมาณให้เป็น WHO Collaborating Centre for Traditional Medicine (WCCTM) หรือไม่ ซึ่งกระบวนการแต่งตั้ง WCCTM ดังกล่าวจะใช้เวลาประมาณ 3 ปี เพื่อแสดงผลงานความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลกอย่าง

ต่อเนื่อง ประกอบการประเมินในการแต่งตั้งให้เป็น WCCTM ได้แก่ การร่วมจัดทำเอกสารวิชาการ ด้านการแพทย์ดั้งเดิม เช่น WHO Benchmark for Practice in Nuad Thai การร่วมเป็นเจ้าภาพ จัดการประชุมระหว่างประเทศ และความร่วมมือด้านวิชาการและการวิจัย เป็นต้น ในปัจจุบัน เวียดนาม เป็นประเทศเดียวในอาเซียนที่มี WCCTM ได้แก่ National Hospital of Traditional Medicine ที่ กรุงเทพมหานคร

สืบเนื่องจากข้อเสนอดังกล่าว เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2558 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก นำโดย ผศ.(พิเศษ) ดร.นพ.รัชชัย กมลธรรม อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จึงได้ประชุมร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล นำโดย ศ.พญ.สุวรรณี สุเศรษฐินางค์ รองคณบดี และองค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย Dr. Yonas Tegegn ผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย Dr. Zhang Qi (WHO TM Coordinator-WHO Head Quarter) และ Dr. Kim Sung Chol (WHO TM Coordinator-WHO/SEARO) เพื่อวางแผนทางการดำเนินงาน เพื่อการแต่งตั้งให้สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งมีความพร้อม ทั้งด้านสถานที่ บุคลากร ในการเป็นสถานศึกษา สถานพยาบาล สถาบันวิจัยด้านการแพทย์แผนไทย ที่จะร่วมมือกับองค์การอนามัยโลกในฐานะ WCCTM แห่งแรกในประเทศไทย โดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจะทำหน้าที่สนับสนุนและประสานงานกับองค์การอนามัยโลกเพื่อให้ บรรลุผลสำเร็จดังกล่าว ซึ่งจะเป็นการยกระดับการแพทย์แผนไทยให้เป็นระบบการแพทย์ดั้งเดิมให้เป็นที่ รู้จักในเวทีโลก และจากการให้ความร่วมมือทางวิชาการกับองค์การอนามัยโลกอย่างใกล้ชิด จะเป็น ประโยชน์ในการนำมาพัฒนาการแพทย์แผนไทยต่อไป



รูปที่ 6.12 การประชุมร่วมกัน 3 ฝ่ายระหว่างกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก คณะแพทยศาสตร์ ศิริราช และองค์การอนามัยโลก

การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การบูรณาการการแพทย์ดั้งเดิมในระบบบริการสาธารณสุข ระหว่างประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO/SEARO) เพื่อ กำหนดแนวทางการติดตามและประเมินผลการให้บริการการแพทย์ดั้งเดิม

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้ส่งผู้แทน 3 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการ สถาบันการแพทย์แผนไทย ผู้อำนวยการสำนักงานวิชาการการแพทย์ดั้งเดิมระหว่างประเทศ และ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “WHO/SEARO

Regional Workshop to share experiences and evidence on “Appropriate Integration of Traditional Medicine into National Health Care Systems” ระหว่างวันที่ 19–23 ตุลาคม 2558 ณ กรุงเทพมหานคร สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนเกาหลี โดยมีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อพิจารณาบทวนประสบการณ์และหลักฐานในปัจจุบันของการบูรณาการการแพทย์ดั้งเดิมเข้าในระบบสาธารณสุขของประเทศสมาชิก WHO/SEARO (2) เพื่ออภิปรายเกี่ยวกับขอบข่ายงานด้านการติดตามและประเมินผลการให้บริการการแพทย์ดั้งเดิมทั้งในส่วนของการบริการที่ให้ การใช้บริการ คุณภาพบริการ และความปลอดภัย และ (3) เพื่อเสนอแนะวิธีการที่จะพัฒนาการติดตามและประเมินผลการให้บริการการแพทย์ดั้งเดิมให้ดีขึ้น ทั้งนี้ ก่อนการประชุม แต่ละประเทศต้องส่งรายงานสถานการณ์การแพทย์ดั้งเดิมในประเทศของตน แนวทางและวิธีการติดตามและประเมินผล (M&E) บริการการแพทย์ดั้งเดิม ทั้งในด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการประชุม

ในการประชุมนี้ ประเทศไทยเป็นหนึ่งในสองประเทศที่ได้นำเสนอประสบการณ์ด้าน M&E ของการแพทย์ดั้งเดิมถึง 2 เรื่อง ได้แก่

- ❖ การใช้ “มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (มาตรฐาน รพ.สส.พท.)” ในการประเมินคุณภาพของบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข และ

- ❖ Real-time data collection system โดยการใช้ TTM health script เพื่อติดตามสถานการณ์การให้บริการการแพทย์แผนไทย โดยประเทศไทยเป็นประเทศเดียวที่ใช้ระบบ ICT ติดตามการให้บริการการแพทย์ดั้งเดิมทั่วประเทศ ซึ่งเป็นตัวอย่างที่ดีที่ทำให้ประเทศสมาชิกอื่นตื่นตัว และสนใจที่จะนำ ICT มาใช้ในระบบติดตามผลให้มากขึ้น

การพัฒนาชุดอ้างอิงมาตรฐานของตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินด้านการแพทย์ดั้งเดิมของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

สืบเนื่องจากการประชุมที่เปียงยาง ต่อมาประเทศไทยโดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้รับเชิญจาก WHO/SEARO ให้ผู้อำนวยการสำนักงานวิชาการการแพทย์ดั้งเดิมระหว่างประเทศและผู้อำนวยการสำนักงานข้อมูลและคลังความรู้เข้าร่วมการประชุม “Informal Consultation to develop a standard reference set of indicators to monitor traditional medicine in Member States of WHO South-East Asia” ระหว่างวันที่ 10–11 สิงหาคม พ.ศ. 2559 ณ สำนักงานองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ กรุงนิวเดลี โดยก่อนการประชุมประเทศไทยต้องให้ข้อมูลด้านการแพทย์ดั้งเดิมของประเทศ โดยตอบคำถามของร่างตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่ WHO/SEARO ทำขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาชุดอ้างอิงมาตรฐานของตัวชี้วัดที่จะใช้ในการประเมินการดำเนินงานด้านการแพทย์ดั้งเดิมของประเทศสมาชิกในภูมิภาค โดยมีการยกร่างตัวชี้วัดจำนวนทั้งสิ้น 41 ตัวชี้วัด ตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ดั้งเดิมขององค์การอนามัยโลก 4 ข้อ และผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละกลยุทธ์

จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและปรึกษาหารือของผู้แทนประเทศสมาชิกที่เข้าร่วมประชุม ได้แก่ ภูฏาน อินเดีย ศรีลังกา ฟิลิปปินส์ และไทย ที่ประชุมได้คัดเลือกตัวชี้วัดผลลัพธ์หลัก จำนวน 16 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดอ้างอิง จำนวน 24 ตัวชี้วัด (ซึ่งหลังการประชุมได้ตัดตัวชี้วัดอ้างอิงออก 3 ตัว จึงเหลือ

ตัวชี้วัดทั้งสิ้น 37 ตัวชี้วัด) ซึ่ง WHO/SEARO จะต้องส่งรายการตัวชี้วัดดังกล่าวพร้อมทั้งคำนิยามใน metadata ทั้งหมด ให้ประเทศสมาชิกทั้งหมดเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการใช้ตัวชี้วัดเหล่านั้นในการประเมินสถานการณ์การแพทย์ดั้งเดิมในด้านต่าง ๆ ในประเทศของตน เพื่อนำข้อเสนอแนะจากประเทศสมาชิกรูปเป็นตัวชี้วัดหลักที่จะนำมาใช้จริงต่อไปในอนาคต



Technical Consultation to develop a reference set of indicators to monitor traditional medicine performance in WHO SEAR, Sri Lanka Room, New Delhi, 10-11 August 2016

รูปที่ 6.13 การประชุมปรึกษาหารือการพัฒนาชุดการอ้างอิงมาตรฐานของตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินด้านการแพทย์ดั้งเดิมของภูมิภาค ระหว่างวันที่ 10-11 สิงหาคม พ.ศ. 2559 เมืองนิวเดลี ประเทศอินเดีย

6.6 ความร่วมมือทวิภาคี

นอกจากประเทศไทยจะมีความร่วมมือด้านการแพทย์ดั้งเดิม การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกระดับภูมิภาค หรือพหุภาคีแล้ว กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ยังพัฒนาความร่วมมือด้านการแพทย์ดั้งเดิม การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก กับหลายประเทศ ความร่วมมือที่เด่น ๆ ระหว่างปี 2557-2559 ได้แก่

6.6.1 ความร่วมมือไทย-เมียนมาร์

กระทรวงสาธารณสุขแห่งราชอาณาจักรไทย และสหภาพเมียนมาร์ ได้ลงนามในบันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือด้านสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2556 โดยมีความร่วมมือทั้งหมด 8 สาขา และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นผู้ประสานงานหลักในสาขาความร่วมมือด้านการแพทย์ดั้งเดิม

แผนการปฏิบัติงานร่วมกัน (Joint action plan) ระหว่าง พ.ศ. 2556-2559 ภายใต้บันทึกความเข้าใจข้างต้น กำหนดกรอบร่วมมือด้านการแพทย์ดั้งเดิม ดังต่อไปนี้

- (1) การพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์ดั้งเดิม โดยการศึกษาดูงาน และการฝึกอบรม
- (2) การพัฒนาคุณภาพและการผลิตยาแผนดั้งเดิม โดยการศึกษาดูงาน และการฝึกอบรม

- (3) การพัฒนางานวิจัยด้านการแพทย์ดั้งเดิม โดยการทำวิจัยร่วมกัน
- (4) การเสริมสร้างขีดความสามารถ โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลเรื่องกฎหมาย ข้อบังคับด้านการแพทย์ดั้งเดิม

6.6.2 ความร่วมมือไทย-ภูฏาน

สืบเนื่องจากการเยือนราชอาณาจักรภูฏาน ของศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ตามคำเชิญของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของราชอาณาจักรภูฏาน ระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน-3 กรกฎาคม 2559 เพื่อกระชับความสัมพันธ์และส่งเสริมความร่วมมือด้านสาธารณสุข ของทั้งสองประเทศให้แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น โดยทั้งสองฝ่ายได้หารือความร่วมมือด้านสาธารณสุข และทบทวนบันทึกความเข้าใจ (MOU on Collaboration in Health Development) ที่ลงนามตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 และจัดทำแผนปฏิบัติงานร่วมกันใน 4 สาขาความร่วมมือ โดยการแพทย์ดั้งเดิมเป็นหนึ่งในสาขาความร่วมมือดังกล่าว และมีกำหนดจัดทำบันทึกความเข้าใจฉบับปรับปรุงให้แล้วเสร็จภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

กระทรวงสาธารณสุขราชอาณาจักรภูฏาน จึงส่งเจ้าหน้าที่จากกรมบริการการแพทย์ดั้งเดิม (Department of Traditional Medicine Services) ราชอาณาจักรภูฏาน เข้าศึกษาดูงานและหารือความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง ระหว่างวันที่ 17-22 สิงหาคม 2559 โดยมีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นผู้ประสานงาน

กรมบริการการแพทย์ดั้งเดิม และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้ร่วมกันจัดทำแผนความร่วมมือด้านการแพทย์ดั้งเดิม เพื่อเสนอให้กระทรวงสาธารณสุขของแต่ละประเทศได้พิจารณาก่อนลงนามในบันทึกความเข้าใจฉบับปรับปรุงในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

6.6.3 ความร่วมมือไทย-อินเดีย

เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2559 นายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้เดินทางไปเจรจาความร่วมมือด้านการแพทย์แผนดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือก: อายุรเวท /โยคะ / โยมิโอพาธี กับกระทรวงอายุช (Ministry of AYUSH) สาธารณรัฐอินเดีย โดยทั้งสองฝ่ายเห็นควรมีความร่วมมือ ในหัวข้อ ดังนี้

- (1) ด้านการเรียน การสอน การศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาความก้าวหน้าด้านการแพทย์ทางเลือกทั้งสองประเทศ
- (2) ด้านการแลกเปลี่ยนผู้เชี่ยวชาญ
- (3) ด้านทุนการศึกษา
- (4) การพัฒนา Pharmacopoeias and Formularies
- (5) แลกเปลี่ยนเทคโนโลยี
- (6) การส่งเสริมเพื่อยกระดับการแพทย์แผนดั้งเดิมให้ได้รับการยอมรับระดับนานาชาติ

6.6.4 ความร่วมมือไทย-จีน

1) มณฑลเสฉวน (ชื้อชวน)

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้มีการดำเนินงานภายใต้บันทึกข้อตกลงความร่วมมือด้านการวิจัยและพัฒนาการแพทย์แผนดั้งเดิมกับมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีน

เฉิงตู สาธารณรัฐประชาชนจีน จำนวน 2 โครงการ ได้แก่

(1) **โครงการจัดทำพจนานุกรมศัพท์การแพทย์แผนจีน** มีวัตถุประสงค์ เพื่อประโยชน์ในการจัดการเรียนการสอนและเป็นคู่มือสำหรับแพทย์ฝังเข็ม แพทย์จีน และผู้สนใจทั่วไปใช้ศึกษาอ้างอิง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยดำเนินการจัดทำ “พจนานุกรมศัพท์การแพทย์แผนจีน (จีน-ไทย-อังกฤษ)” มีคำศัพท์ประมาณ 3,000 คำ ซึ่งเป็นคำศัพท์ที่ใช้บ่อยทางคลินิก ได้แก่ คำศัพท์ทฤษฎีพื้นฐานการแพทย์แผนจีน การตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการแพทย์แผนจีน เกสซ์กรรมจีน การฝังเข็ม รมยา และการนวดจีน คัดเลือกโดยคณะผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเฉิงตู จัดทำเป็น 3 ภาษา (จีน-ไทย-อังกฤษ) เรียงลำดับคำศัพท์ตามคำอ่านพินอิน และได้มีการเผยแพร่ให้กับมหาวิทยาลัยที่จัดการเรียนการสอนการแพทย์แผนจีน นักศึกษา นักวิชาการและหน่วยงานด้านวิชาการต่าง ๆ จะจัดพิมพ์คำศัพท์ข้างต้นเล่มละจำนวนทั้งสิ้น 1,000 คำ จำนวน 3 เล่ม



(2) **โครงการจัดทำมาตรฐานสมุนไพรจีนที่ใช้บ่อยในประเทศไทย** มีวัตถุประสงค์ เพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการควบคุมคุณภาพมาตรฐานสมุนไพรจีน และสนับสนุนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสมุนไพรจีนในประเทศไทย รวมทั้งให้บริการข้อมูลดังกล่าวแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์แผนจีน นักวิชาการ ผู้ประกอบการ และประชาชนผู้สนใจ เนื้อหาในตำราเป็นการรวบรวมข้อมูลด้านวิชาการของสมุนไพรจีนในประเทศไทย จัดทำเป็น 3 ภาษา คือ ไทย จีน และอังกฤษ มีรายละเอียดเนื้อหาในหัวข้อต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้อกำหนดมาตรฐานสมุนไพรตามเกสซ์ตำรับและตำรามาตรฐานของสาธารณรัฐประชาชนจีน โดยผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเฉิงตูรับผิดชอบในการเตรียมเนื้อหาภาษาจีน และอังกฤษของมาตรฐานคุณภาพสมุนไพรเป้าหมายตามเกสซ์ตำรับของสาธารณรัฐประชาชนจีน มาตรฐานอุตสาหกรรมยา และผลงานวิจัยที่เป็นปัจจุบัน ผู้เชี่ยวชาญฝ่ายไทยรับผิดชอบในการเรียบเรียงข้อมูลต่าง ๆ เป็นภาษาไทย การตรวจสอบเอกลักษณ์ทางจุลทรรศน์ลักษณะของผงยาและการตรวจเอกลักษณ์ทางเคมีด้วยวิธีการที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ผลการดำเนินการจัดทำเป็นตำรามาตรฐานสมุนไพรจีนในประเทศไทย จำนวน 2 เล่ม เล่มที่ 1 มีสมุนไพรเป้าหมาย 15 ชนิด และเล่มที่ 2 มีสมุนไพรเป้าหมาย 17 ชนิด รวม 2 เล่ม 32 ชนิด ดังรูปที่ 3.4 ในบทที่ 3 ได้เผยแพร่ให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ เช่น การขึ้นทะเบียนยาแผนโบราณ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นต้น

2) นครเซี่ยงไฮ้

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้ลงนามข้อตกลงความร่วมมือกับคณะกรรมการสาธารณสุขและการวางแผนครอบครัวเทศบาลนครเซี่ยงไฮ้ สาธารณรัฐประชาชนจีน ว่าด้วยความร่วมมือด้านการวิจัยและพัฒนาการแพทย์แผนดั้งเดิม เมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2550 ณ กรุงเทพมหานคร ซึ่งข้อตกลงดังกล่าวมีอายุ 5 ปี และมีผลจนถึง



วันที่ 29 สิงหาคม 2555 ทั้งนี้ได้มีการประชุมเพื่อต่ออายุความร่วมมือทางวิชาการต่าง ๆ ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2556 ณ กรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ในข้อตกลงความร่วมมือทางวิชาการดังกล่าว จะดำเนินการในด้านการฝึกอบรม การแลกเปลี่ยนผู้เชี่ยวชาญ การแลกเปลี่ยนเทคโนโลยีการผลิตสมุนไพร ความร่วมมือด้านการวิจัยและพัฒนาการแพทย์แผนดั้งเดิม และสลับกันเป็นเจ้าภาพจัดประชุม วิชาการประจำปี



ผลการดำเนินการที่ผ่านมา มีกิจกรรมที่ได้ดำเนินการเป็นประจำทุกปี ได้แก่ การประชุม วิชาการ และการประชุมคณะกรรมการความร่วมมือฯ ประจำปี มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา ความก้าวหน้าด้านการแพทย์แผนดั้งเดิมของ ทั้งสองประเทศ ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ด้านการรักษาและการวิจัยทางคลินิก และ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนบุคลากรในการจัดอบรม

หลักสูตรการฝังเข็มรักษาโรคเบื้องต้นสำหรับแพทย์แผนปัจจุบัน สำหรับกิจกรรมอื่น ๆ ตามบันทึก ข้อตกลงยังไม่มีโครงการดำเนินงาน

นอกจากนี้ยังมีความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนอื่น ๆ ภายใต้โครงการความร่วมมือ ทางวิทยาศาสตร์และวิชาการไทย-จีน (ครก.ไทย-จีน) ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี ดังนี้

โครงการจัดการความรู้ฝังเข็มร่วมรักษาโรค เป็นการจัดทำตำราฝังเข็มร่วมรักษาโรคต่าง ๆ ที่เป็น ปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศ มีการจัดพิมพ์เผยแพร่ไปแล้ว 1 เล่ม ดังรูปที่ 3.4 ในบทที่ 3 เนื้อหาประกอบด้วย การฝังเข็มรักษาโรคไมเกรน โรคหลอดเลือดสมอง ข้อเข่าเสื่อม ข้ออักเสบรูมาตอยด์ และอาการปวดต่าง ๆ

ความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนหุเป่ย์ ในการพัฒนาการจัดเก็บข้อมูลการให้บริการ การแพทย์แผนจีนในประเทศไทย โดยได้จัดทำบัญชีรหัสกลุ่มโรค อาการและหัตถการด้านการแพทย์ แผนจีน พร้อมคู่มือการใช้ และนำมาประยุกต์ใช้กับโปรแกรมการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพ ในระบบบริการ สุขภาพไทย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประโยชน์ในด้านต่าง ๆ ดังรูปที่ 3.1 และ 3.2 ในบทที่ 3

3) มาตรฐานการแพทย์แผนจีนในระดับนานาชาติ ISO/TC 249 Traditional Chinese Medicine

ประเทศไทยได้สมัครเข้าร่วมเป็นสมาชิกองค์การระหว่างประเทศว่าด้วยมาตรฐาน (International Organization for Standardization: ISO) และในส่วนของ การแพทย์แผนจีนได้จัดตั้ง คณะกรรมการวิชาการใหม่ เรื่อง การแพทย์แผนจีน (ISO/TC 249) โดยมีการดำเนินการในรูปแบบของ คณะกรรมการ มีประเทศต่าง ๆ สมัครเข้าเป็นสมาชิกรวม 36 ประเทศ (ข้อมูล ณ ปี พ.ศ. 2559) เป็น สมาชิกประเภท P-member 21 ประเทศ และเป็นสมาชิกประเภท O-member 15 ประเทศ ในส่วน ของประเทศไทย สถาบันการแพทย์ไทย-จีน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้รับการแต่งตั้งจากสำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม ให้เป็นผู้แทนของประเทศไทยด้านการแพทย์

แผนจีน โดยเป็นสมาชิกแบบ P-member (สามารถออกเสียงได้ในที่ประชุม)



ประเทศไทยได้แต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการย่อยด้านการแพทย์แผนจีนกับประเทศต่าง ๆ ที่เป็นสมาชิกทั่วโลก 5 ด้าน ได้แก่ 1) มาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยของวัตถุดิบสมุนไพร 2) มาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร 3) มาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยของเข็มที่ใช้ในการฝังเข็ม 4) มาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ที่ไม่ใช่เข็ม และ 5) มาตรฐาน

คุณภาพและความปลอดภัยด้านข้อมูลข่าวสาร โดยผู้เชี่ยวชาญแต่ละด้านได้ร่วมพิจารณามาตรฐานการแพทย์แผนจีนใน 5 ด้านที่กล่าวมาข้างต้นโดยทำงานผ่านทาง E-mail และเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการวิชาการคณะที่ 249 (ISO /TC 249 Traditional Chinese Medicine) เป็นประจำทุกปี มาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 จนถึงปัจจุบัน ผลการดำเนินงาน ณ ปีพ.ศ. 2559 ได้มีการประกาศเป็นมาตรฐานการแพทย์แผนจีนในระดับนานาชาติไปแล้ว 6 เรื่อง คือ (1) ISO 17218:2014 Sterile acupuncture needles for single use (2) ISO 17217-1:2014 Traditional Chinese medicine-ginseng C.A.



Meyer Ginseng seeds and seedlings-Part 1: *Panax ginseng* C.A. Meyer (3) ISO 18664:2015 Traditional Chinese Medicine-Determination of heavy metals in herbal medicines used in Traditional Chinese Medicine (4) ISO 18665:2015 Traditional Chinese medicine-Herbal



decoction apparatus (5) 18666:2015 Traditional Chinese medicines-General requirements of moxibustion devices (6) ISO/TS 18790-1-2015 Health informatics-Profiling framework and classification for Traditional Medicine informatics standards development-part 1: Traditional Chinese Medicine



การปฏิรูปการแพทย์แผนไทย สู่ความยั่งยืน

ท่ามกลางโอกาสและภัยคุกคามที่เกิดขึ้นและกำลังเกิดขึ้นในศตวรรษที่ 21 นี้ ขณะที่การพัฒนาประเทศที่ผ่านมา ซึ่งมุ่งเน้นพัฒนาอุตสาหกรรมหนักเป็นหลัก ทำให้ประเทศไทยยังคงติดอยู่ใน “กับดักประเทศรายได้ปานกลาง” ดังจะเห็นได้จากในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา ในช่วงระยะแรก (พ.ศ. 2500–2536) เศรษฐกิจไทยมีการเติบโตอย่างต่อเนื่องอยู่ที่ร้อยละ 7–8 ต่อปี ในช่วงระยะถัดมา (พ.ศ. 2537–ปัจจุบัน) เศรษฐกิจไทยกลับมีการเติบโตในระดับต่ำเพียงแค่อ้อยละ 3-4 ต่อปีเท่านั้น รวมทั้งยังต้องเผชิญกับ “กับดักความเหลื่อมล้ำของความมั่งคั่ง” และ “กับดักความไม่สมดุลในการพัฒนา”

นั่นคือโจทย์ใหญ่ของการพัฒนาประเทศไทยในอนาคต ซึ่งจำเป็นต้องมีการปฏิรูปและปรับเปลี่ยนอย่างเป็นระบบขนานใหญ่ เพื่อให้โครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศเหมาะสมกับภูมิทัศน์ใหม่ของโลกมีความยืดหยุ่นปรับตัวได้เร็ว พร้อมสามารถรับมือกับความเสี่ยงและภัยคุกคามแบบใหม่ อีกทั้งสามารถอาศัยโอกาสจากการเปลี่ยนแปลงบริบทโลกมาสร้างประโยชน์สุขให้กับคนในชาติได้

จึงนำมาสู่การกำหนดยุทธศาสตร์ชาติที่จะขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศในระยะ 20 ปี เพื่อมุ่งไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน โดยดำเนินการภายใต้คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติที่จัดตั้งขึ้นมาตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2558 ยุทธศาสตร์ชาตินี้เอง ถือเป็นกรอบทิศทางพัฒนาประเทศ อันเป็นร่มใหญ่ของการที่จะนำไปพัฒนาในรายสาขาต่าง ๆ รวมถึงหน่วยงานต่าง ๆ จะต้องนำไปจัดทำแผนให้สอดคล้องกัน เพื่อให้มีการขับเคลื่อนการพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน

พร้อมกันนั้น ยังมีอีกกลไกหนึ่งในนาม “สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติ” และ “สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ” ดำเนินการคู่ขนานกันไป เพื่อการปฏิรูปและขับเคลื่อนประเทศไทย ซึ่งการแพทย์แผนไทยเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ถูกหยิบยกให้มีการปฏิรูป โดยมีการศึกษารายละเอียดและจัดทำข้อเสนอการปฏิรูปภายใต้คณะอนุกรรมการการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย ในคณะกรรมการการปฏิรูประบบสาธารณสุข สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติ โดยมีพลเรือเอก หาญชัย เจริญสุวรรณ เป็นประธานอนุกรรมการ และมีนายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ เป็นอนุกรรมการ และอนุกรรมการการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย และระบบยาสมุนไพรแห่งชาติ ของคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม ของสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ที่ประกอบด้วย นายกิตติ พิทักษ์นิตินันท์ เป็นเลขานุการกรรมการและ ผศ.(พิเศษ) ดร.นพ. ธีรชัย กมลธรรม เป็นนักวิชาการประจำคณะกรรมการ

ดังนั้น สารัตถะที่นำเสนอ เรื่อง “การปฏิรูปการแพทย์แผนไทยสู่ความยั่งยืน” ขอนำประเด็นสำคัญจากยุทธศาสตร์ชาติกับการปฏิรูปการแพทย์แผนไทยมานำเสนอพร้อมกัน เนื่องจากเป็นกรอบ

ทิศทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยในระดับชาติ ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยจะต้องนำไปจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และสอดคล้องเหมาะสมกับภารกิจของแต่ละหน่วยงานต่อไป

7.1 กำกับต้องปฏีรูปการแพทย์แผนไทย ?

จากเอกสารการศึกษาเพื่อจัดทำยุทธศาสตร์ชาติและการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย สามารถประมวลประเด็นเหตุผลความจำเป็นซึ่งเกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยและจะต้องทำการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย ดังนี้

7.1.1 แรงกดดันจากกระแสการเปลี่ยนแปลงในหลากหลายมิติของโลก ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วตลอดช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้ภูมิทัศน์ของโลกเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญ โดยประเด็นการเปลี่ยนแปลงที่จะมีผลกระทบต่อประเทศไทยและเชื่อมโยงต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ที่สำคัญคือ ภูมิทัศน์ทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของโลกที่เปลี่ยนแปลงจากเศรษฐกิจสังคมอุตสาหกรรมมุ่งสู่ **เศรษฐกิจสังคมดิจิทัล** จะส่งผลให้ประเทศไทยมีความเสี่ยงและท้าทายต่อการปรับตัวมากขึ้น อันเนื่องมาจากการเคลื่อนย้ายอย่างเสรีและรวดเร็วของผู้คน เงินทุน ข้อมูลข่าวสารองค์ความรู้และเทคโนโลยี และสินค้าและบริการ จะส่งผลให้เกิดการแข่งขันรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง **เทคโนโลยีสมัยใหม่ที่เป็นอัจฉริยะ** จะกระทบต่อการดำรงชีวิตของคนและทำให้เกิดธุรกิจแบบใหม่ ทำให้ประเทศไทยจำเป็นต้องลงทุนด้านทรัพยากรมนุษย์และการวิจัยให้สามารถพัฒนาเทคโนโลยีสมัยใหม่ เพื่อเพิ่มผลิตภาพและการพัฒนานวัตกรรม รวมถึง **โครงสร้างประชากรโลกที่เข้าสู่สังคมสูงวัย** แม้จะส่งผลให้เกิดโอกาสทางธุรกิจใหม่ ๆ แต่มีความเสี่ยงให้เกิดการแข่งขันแรงงานและเงินทุน รวมทั้งมีแรงกดดันต่อการใช้จ่ายงบประมาณด้านสวัสดิการและสาธารณสุขเพิ่มขึ้นในหลาย ๆ ประเทศ กลายเป็นความเสี่ยงด้านการคลังที่สำคัญ

7.1.2 ข้อตกลงในระดับโลกและภูมิภาค ส่งผลกระทบต่อการค้าขายตัวของตลาดผลิตภัณฑ์สมุนไพร และการฉกฉวยภูมิปัญญาดั้งเดิมของไทย ที่สำคัญคือ

1) **ข้อตกลง ASEAN Harmonization** ที่กำหนดให้การผลิตยาเพื่อการส่งออกในกลุ่มประเทศอาเซียนต้องได้มาตรฐาน GMP โดยข้อตกลงนี้มีผลใช้บังคับกับการผลิตยาจากสมุนไพรด้วย ทำให้โรงงานผลิตยาจากสมุนไพร 877 แห่งของประเทศไทยต้องดำเนินการตามมาตรฐาน GMP ซึ่งในปัจจุบันมีเพียง 25 แห่ง เท่านั้นที่ได้มาตรฐานฉบับอาเซียน และโรงงานส่วนใหญ่เป็นโรงงานขนาดเล็ก มีผลประกอบการน้อย ไม่สามารถลงทุนเพื่อพัฒนาตามมาตรฐานได้ และปัจจุบันได้ถูกยกเลิกตามประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่องหลักเกณฑ์การออกหนังสือรับรอง GMP ของสถานผลิตยาแผนโบราณ (ประกาศ ณ วันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2557)

2) **ข้อตกลงเขตการค้าแบบทวีภาคี** ข้อตกลงเขตการค้าเสรีระหว่างประเทศไทยและประเทศที่พัฒนาแล้ว อาทิ สหรัฐอเมริกา และยุโรป ได้มีข้อเรียกร้องต่าง ๆ โดยเฉพาะการเป็นภาคีสันติสัญญาระหว่างประเทศฉบับต่าง ๆ เช่น อนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยการคุ้มครองพันธุ์พืชใหม่ (UPOV 1991) เป็นต้น รวมทั้งการให้มีการคุ้มครองพันธุ์พืชและพันธุ์สัตว์ภายใต้ระบบสิทธิบัตร อาจ

ส่งผลทำให้เกิดการแย่งชิง ฉกฉวยทรัพยากรสมุนไพรและภูมิปัญญาต่าง ๆ ถ้าไม่มีการเตรียมการทั้งเรื่องของผลกระทบและมาตรการรองรับการเจรจาการค้าแบบทวิภาคี จึงเป็นทั้งวิกฤติและโอกาสต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทย กล่าวคือ ด้านโอกาสนั้น จะทำให้ประเทศไทยสามารถขยายการบริการการนวดไทยในประเทศที่มีข้อกีดกันได้ ซึ่งไทยต้องพัฒนาศักยภาพทางด้านธุรกิจและการจัดการ นอกจากนี้ ประเทศที่พัฒนาแล้ว อาทิ สหรัฐอเมริกาและสหภาพยุโรป มักจะกำหนดให้มีประเด็นเรื่องสิทธิบัตรยาแผนปัจจุบันอยู่ในหัวข้อการเจรจา ทำให้เกิดการผูกขาดสิทธิบัตรยาแผนปัจจุบันเป็นเวลานานขึ้น ทำให้ยามีราคาสูงขึ้น ซึ่งกลับกลายเป็นโอกาสในการต้องเร่งพัฒนาและส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเองมากขึ้น

7.1.3 ความจำเป็นในการยกระดับมาตรฐานต่าง ๆ ไปสู่ระดับสากล ซึ่งเป็นโอกาสจากการที่ประเทศไทยกำลังยกระดับการพัฒนาประเทศให้มาอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ปานกลางตั้งแต่ปี 2553 และล่าสุดในปี 2557 รายได้ประชาชาติต่อหัวเพิ่มขึ้นเป็น 5,739 ดอลลาร์สหรัฐต่อปี ส่งผลให้หลายสาขาการผลิตและบริการสามารถแข่งขันและมีส่วนแบ่งในตลาดโลกสูงขึ้นและสร้างรายได้เงินตราต่างประเทศในระดับสูง อาทิ กลุ่มยานยนต์ อิเล็กทรอนิกส์และเครื่องใช้ไฟฟ้า อุตสาหกรรมอาหาร สินค้าเกษตร การท่องเที่ยว และ**บริการด้านสุขภาพ** คุณภาพชีวิตดีขึ้นในทุกระดับ โอกาสการได้รับการศึกษา **บริการสาธารณสุข** บริการสาธารณะและโครงสร้างพื้นฐานต่าง ๆ และการคุ้มครองทางสังคมอื่น ๆ รวมถึงการเข้าถึงทรัพยากรต่าง ๆ ได้ดีขึ้นตามลำดับ นอกจากนี้ การที่ประเทศไทยมี**ความร่วมมือกับนานาชาติ**ทั้งในรูปของทวิภาคีและพหุภาคี ส่งผลให้ประเทศไทยสามารถยกระดับมาตรฐานต่าง ๆ ไปสู่ระดับสากล

7.1.4 แก่ไขจุดอ่อนในเชิงโครงสร้างของประเทศไทยหลายด้าน ซึ่งเป็นปัจจัยและเงื่อนไขที่จะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศไทยโดยเฉพาะการแพทย์แผนไทย ที่สำคัญ ได้แก่ จากจุดอ่อนในเรื่อง**โครงสร้างประชากรสูงอายุมากขึ้น**ตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในระยะเวลา 15 – 20 ปีต่อจากนี้ไป จะส่งผลกระทบต่อศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ รูปแบบการใช้จ่ายการลงทุนและการออม ตลอดจนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ความมั่นคงทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ขณะที่จุดอ่อนด้าน**โครงสร้างเศรษฐกิจฐานการผลิตเกษตรและบริการ** มีผลิตภาพการผลิตต่ำ โดยที่การใช้องค์ความรู้เทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อเพิ่มมูลค่ายังมีน้อย การลงทุนเพื่อการวิจัยและพัฒนาอย่างไม่เพียงพอ การวิจัยที่ดำเนินการไปแล้วไม่ถูกนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์เชิงเศรษฐกิจและสังคมได้อย่างคุ้มค่า การพัฒนานวัตกรรมมีน้อย ตลอดจนจุดอ่อนด้อยด้าน**การดำเนินงานและการบริหารจัดการภาครัฐก็ยังขาดการบูรณาการ** ทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณ การพัฒนามักขาดความต่อเนื่อง ประสิทธิภาพต่ำ ขาดความโปร่งใส และขาดความรับผิดชอบ

7.1.5 ประชากรไทยกำลังเผชิญกับวิกฤตปัญหาการระบาดของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสถิติพบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า จาก 1,682,281 ราย ในปี 2548 เป็น 3,099,685 ราย ในปี 2555 และในปี 2558 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้คาดว่าประเทศไทยจะสูญเสียรายได้อันเนื่องมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงถึง 52,150 ล้านบาท เมื่อพิจารณาจากข้อมูลอัตราความชุกต่อประชากรแสนคนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรคสะสม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551–2555 พบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีอัตราความชุกสูงสุด รองลงมา คือ โรคเบาหวาน โรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง

อย่างไรก็ตาม จากรูปแบบการเจ็บป่วยของประชากรไทยที่เปลี่ยนมาสู่การเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย พบว่า ส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งต้องพึ่งพิงยาจากต่างประเทศเป็นหลัก ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีมูลค่าสูงมาก กระทบต่อภาระด้านงบประมาณการประกันสุขภาพของประเทศที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐมีปริมาณไม่เพียงพอต่อการให้บริการรักษาอาการเจ็บป่วย

7.1.6 แนวคิดทางการแพทย์และสาธารณสุขในซีกโลกตะวันตกในการดูแลสุขภาพแบบแยกส่วนมีอิทธิพลต่อแนวคิดในการดูแลสุขภาพของคนไทย แนวคิดในการดูแลสุขภาพแบบแยกส่วนของโลกตะวันตกได้แพร่กระจายทั่วโลกตลอดระยะเวลาไม่น้อยกว่า 50 ปีที่ผ่านมา นำไปสู่การดูแลสุขภาพแบบแยกเป็นส่วน ๆ ก่อให้เกิดความรู้ เทคโนโลยี ในการรักษาเฉพาะทาง และลึกลงไปเป็นเรื่อง ๆ ในแต่ละโรคและแต่ละอวัยวะ ทำให้ละเลยความสำคัญขององค์ประกอบย่อย ๆ ภายในร่างกาย รวมถึงจิตใจของคน จึงเป็นการดูแลสุขภาพคนที่ไม่เป็นองค์รวม ขณะที่องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของสุขภาพว่าเป็นภาวะที่ไม่เพียงแต่ปราศจากโรค แต่ยังหมายถึงความเป็นปกติสุข ทางกาย จิต สังคม และปัญญา ซึ่งตามคำนิยามนี้แสดงให้เห็นถึงความครอบคลุมสุขภาพใน 4 มิติอย่างสมบูรณ์ โดยองค์ประกอบต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต อาจกล่าวได้ว่าเป็นคุณภาพของชีวิตนั่นเอง

7.1.7 ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม แต่ยังไม่สามารถดึงศักยภาพมาพัฒนาได้อย่างเต็มที่ ทั้งการดูแลสุขภาพคนไทย การนำไปผสมผสานการรักษาพร้อมกับแพทย์แผนปัจจุบัน และการสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจ กล่าวคือ

1) ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเป็นศาสตร์ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของคนไทยแบบองค์รวมมาช้านาน โดยดั้งเดิมนั้น จัดเป็นการแพทย์กระแสหลักของชุมชนและสังคมไทย ต่อมามีการยอมรับการแพทย์แผนตะวันตกแทนที่การแพทย์ดั้งเดิม เพื่อทดแทนส่วนที่การแพทย์ดั้งเดิมไม่มี เช่น การผ่าตัด การป้องกันโรคติดต่อ ยาปฏิชีวนะ เป็นต้น ด้วยความเจริญของการแพทย์ตะวันตก ทำให้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยถูกปฏิเสธและทอดทิ้งจากรัฐ อย่างไรก็ตาม **การแพทย์แผนไทยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันได้ครบทุกมิติของความ เป็นมนุษย์** โดยเฉพาะด้านการป้องกันการเกิดขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากการดำเนินวิถีชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงไป

2) ปัจจุบันได้มีการพลิกฟื้นให้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยให้กลับมามีบทบาทที่สำคัญต่อการดูแลสุขภาพของคนไทย ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายและทิศทางการขับเคลื่อนด้านการแพทย์ดั้งเดิม ตามแผนยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ดั้งเดิม ขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2557–2566 โดยมุ่งบูรณาการการแพทย์ดั้งเดิมเข้าในระบบการดูแลสุขภาพแห่งชาติ ด้วยการพัฒนาและดำเนินการตามนโยบายด้านการแพทย์ดั้งเดิมของแต่ละชาติ ให้มีความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และคุณภาพ มีการขยายฐานความรู้และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับกฎระเบียบและมาตรฐานการประกันคุณภาพ การเข้าถึงบริการ เพิ่มช่องทางการรับบริการการแพทย์ดั้งเดิม และเน้นให้มีค่าใช้จ่ายเหมาะสมสำหรับประชากรที่ยากจน ตลอดจนสนับสนุนการใช้การแพทย์ดั้งเดิมที่มีประสิทธิผล

โดยบุคลากรทางการแพทย์และผู้บริโภค

3) ประเทศไทยได้มีการผสมผสานการบริการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา โดยมีการพัฒนาการกระจายแหล่งบริการสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยมากขึ้นและต่อเนื่อง แต่ถือว่ายังไม่เพียงพอต่อการบริการ ขณะเดียวกันการบริการการแพทย์แผนไทยยังต้องเผชิญกับปัญหาอุปสรรคสำคัญด้วยคือ ประชาชนยังขาดความเชื่อมั่นและศรัทธาต่อการแพทย์แผนไทยที่มีอยู่ สมุนไพรซึ่งเป็นวัตถุดิบสำหรับนำมาใช้ผลิตเป็นยาไทย ยังไม่ได้รับการส่งเสริมและอนุรักษ์คุ้มครองจากราชการอย่างเพียงพอ ทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพและปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่จะนำมาพัฒนาเป็นยาไทยหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพและเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้อย่างเพียงพอ

4) ยาไทยหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสมุนไพร มีประสิทธิภาพในการรักษาหรือป้องกันโรค โดยมีงานวิจัยรองรับ เช่น การใช้ฟ้าทะลายโจรป้องกันหวัดในช่วงฤดูหนาว การรักษาอาการท้องเสียในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและติดเชื้อแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดโรคบิด การรักษาโรคกระเพาะด้วยผลกล้วยดิบ ซึ่งสอดคล้องกับการทดลองในหนูทดลองที่ทำให้เกิดแผลในกระเพาะและให้สารสกัดจากเปลือกกล้วยน้ำว้า พบว่า สารสกัดจากเปลือกกล้วยน้ำว้า มีฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งกรด และเคลือบแผลในกระเพาะ การใช้ยาขิงรางจืดถอนพิษเบื่อเมา ลดสารพิษจำพวกโลหะหนักแคดเมียมในหนูทดลอง ลดสารพิษจากยาฆ่าแมลง การใช้รักษาพิษจากแมงดาทะเล และการใช้หญ้าหนวดแมวรักษาผู้ป่วยโรคนี้ในโรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งพบว่าสามารถลดขนาดนี้ได้ 23 ราย มีนิ่วหลุดร้อยละ 40 มีอาการดีขึ้นร้อยละ 20 เป็นต้น

5) ด้วยศักยภาพอันเป็นจุดแข็งของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่มีอยู่ ทำให้ถูกฉกฉวยประโยชน์และละเมิดสิทธิอันเนื่องมาจากการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีจากการหาประโยชน์ของต่างชาติ เช่น การเข้าซื้อใบลานที่บันทึกตำราการแพทย์แผนไทยไปถอดองค์ความรู้ เพื่อหาประโยชน์ผลิตเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของชาวโลก เพื่อประโยชน์ทางการค้าหรือลักษณะของการให้ทุนนักเรียนนักศึกษาคนไทยที่เรียนในต่างประเทศศึกษาวิจัยเกี่ยวกับตัวยาสมุนไพรในชาติ เป็นต้น ขณะที่ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยยังไม่ได้รับการดูแลคุ้มครองอย่างจริงจังทำให้คนในชาติไม่ได้รับการคุ้มครองให้เกิดประโยชน์เท่าที่ควร

7.2 สถานการณ์การแพทย์แผนไทยและสภาพปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไข

เมื่อศึกษาในรายละเอียดของสถานการณ์และสภาพปัญหาสำคัญของการพัฒนาการแพทย์แผนไทย จากเอกสารการประชุมคณะอนุกรรมการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย การประชุมรับฟังความคิดเห็นในระดับต่าง ๆ ทั้งผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ ประชาชน และผู้ที่เกี่ยวข้อง การสำรวจความคิดเห็นจากประชาชนทั่วประเทศและการประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนศึกษาจากเอกสารอื่น ๆ พบประเด็นสำคัญทั้งที่เป็นกลไกการพัฒนาการแพทย์แผนไทย และในเชิงประเด็นการพัฒนา ดังต่อไปนี้

7.2.1 กลไกที่เกี่ยวข้องกับการบริหารการพัฒนาการแพทย์แผนไทยขาดประสิทธิภาพและขาดการบูรณาการทำให้ยังไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเต็มที่

กลไกขับเคลื่อนการพัฒนาการแพทย์แผนไทยที่มีอยู่ มีหลากหลายรูปแบบโดยอยู่ภายใต้กฎหมายหลัก 3 ฉบับ กล่าวคือ *ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542* ซึ่งถือเป็นกฎหมายหลักฉบับแรกของการแพทย์แผนไทยที่ได้ประกาศใช้ เพื่อคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยดั้งเดิม สมุนไพร ทรัพยากรความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องนั้น มีการขับเคลื่อนงานในรูปแบบคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และกองทุนคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเป็นกลไก ต่อมา มีการตรา *พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545* ส่งผลให้มีการจัดตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้นมาในปี พ.ศ. 2545 เพื่อทำหน้าที่เป็นกลไกในการรวบรวม อนุรักษ์ คุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ซึ่งขอบเขตอำนาจหน้าที่และภารกิจของกรมฯ ยังอยู่ภายใต้บทบัญญัติพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 อีกด้วย และ*ภายใต้พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556* เป็นกลไกที่มีอยู่ล่าสุด ซึ่งมีการจัดตั้งสภาการแพทย์แผนไทย เป็นนิติบุคคลตามกฎหมาย ถือว่ามีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพบุคลากรการแพทย์แผนไทยให้มีความเป็นวิชาชีพและพัฒนางานการแพทย์แผนไทยให้เป็นที่น่าเชื่อถือ

แต่ละกลไกที่กล่าวไปแล้วนั้น ต่างมีอำนาจหน้าที่ที่แตกต่างกันไป ซึ่งจากการประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมา พบว่า ยังขาดการบูรณาการการทำงานให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาหลักชาติ รวมทั้งยังมีจุดอ่อนที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข เพื่อให้กลไกที่มีอยู่เหล่านี้ขับเคลื่อนการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้มีประสิทธิภาพ ทำให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นและศรัทธาต่อการแพทย์แผนไทยต่อไป โดยพบประเด็นที่สำคัญคือ

1) กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีภารกิจมากแต่ไม่สัมพันธ์กับจำนวนบุคลากรระดับกลางและระดับสูงที่มีน้อย ทั้งยังขาดความต่อเนื่องในการขับเคลื่อนงานตามนโยบาย จากการพิจารณาโครงสร้างตามกฎหมายกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 และถึงแม้ว่ากรมได้มีการปรับปรุงโครงสร้างภายในใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับภารกิจและภาระงานที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ ณ เดือนมิถุนายน 2558

กรมมีอัตรากำลังเพิ่มขึ้นจากเดิมเล็กน้อย แบ่งเป็นข้าราชการจำนวน 197 คน พนักงานราชการ จำนวน 55 คน และลูกจ้างประจำ อีกจำนวน 2 คน

ประเด็นปัญหาสำคัญ คือ จำนวนบุคลากรมีค่อนข้างน้อยโดยเฉพาะจำนวน ข้าราชการตั้งแต่ระดับชำนาญการ หรือชำนาญการพิเศษ ไปจนถึงระดับผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ไม่เพียงพอต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ตามภารกิจหน้าที่ที่มีปริมาณมาก ทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนินงานตามกฎหมายต่าง ๆ อีกทั้งไม่สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่อง และไม่สามารถต่อยอดการทำงาน ประกอบกับผู้บริหารสูงสุดของกรมมีการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนเข้ามาเป็นผู้บริหารตามวาระ โดยเป็นระยะเวลาสั้น ๆ เพียง 1 ปี หรือ 2 ปีเท่านั้น ส่งผลกระทบต่อการกำหนดนโยบายและการนำนโยบายขับเคลื่อนที่ยังขาดความต่อเนื่อง

2) คณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ปรากฏอยู่ใน มาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 มีปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ และผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย เป็นกรรมการ และเลขานุการ รวมทั้งมีกรรมการโดยตำแหน่งอีก 9 ท่าน ตลอดจนมีกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน เท่ากับจำนวนกรรมการโดยตำแหน่ง

สำหรับการคัดเลือกกรรมการผู้ทรงคุณวุฒินั้น เป็นไปตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ พ.ศ. 2546 ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งโดยเลือกจากกลุ่ม ผู้ประกอบโรคศิลปะและจากกลุ่มผู้ซึ่งมีความรู้ความสามารถหรือประสบการณ์ทางด้านการแพทย์แผนไทย การผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทยและการปลูกหรือแปรรูปสมุนไพร โดยมีวาระการดำเนินงาน สองปี ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542

ประเด็นปัญหาสำคัญ คือ **วิธีการได้มาซึ่งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ** ค่อนข้างยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องใช้ระยะเวลา และใช้งบประมาณค่อนข้างมากในการสรรหา ประกอบกับมีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งน้อยเพียงสองปี ซึ่งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิถือเป็นกลไกหลักในคณะกรรมการที่จะ กำหนดทิศทางและมาตรการในการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ของชาติ ถือเป็นจุดอ่อนอย่างหนึ่ง เพราะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจบทบาท และหน้าที่ตามกฎหมายค่อนข้างมาก

ส่วนของ**คณะกรรมการตามตำแหน่ง** พบว่า ยังขาดองค์ประกอบที่มาจาก ภาคการเมือง ซึ่งถือว่ามีส่วนสำคัญที่จะผลักดันให้งานการแพทย์แผนไทยพัฒนาไปได้อย่างยั่งยืน โดยเห็น ควรให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เข้ามาเป็นประธานกรรมการตามกฎหมายฉบับนี้

นอกจากจากนั้นแล้ว **ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ** พบว่า มีปัญหาเรื่อง ความล่าช้าในการผลักดันให้มีการตรากฎหมายในระดับรองขึ้นมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับการพัฒนาและการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทย ซึ่งที่ผ่านมาต้องใช้ระยะเวลาค่อนข้างมาก จึงเห็นควรที่จะให้มีการปรับปรุงกรรมการและอำนาจหน้าที่ของกรรมการชุดนี้ รวมถึงการปรับโครงสร้าง และตำแหน่งหน้าที่ของข้าราชการในหน่วยงานที่เป็นฝ่ายเลขานุการให้มีจำนวนเพียงพอและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

3) กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ปรากฏอยู่ในมาตรา 76 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 ถือเป็นกองทุนที่อยู่ภายในกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยสถาบันการแพทย์แผนไทยเป็นผู้รับผิดชอบเงินกองทุน และมีคณะกรรมการกองทุนเป็นองค์คณะบริหาร ส่วนการใช้จ่ายเงินเป็นไปตามที่กำหนดไว้ในระเบียบคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2548 ในปัจจุบันประมาณ พ.ศ. 2558 กองทุนที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ 120 ล้านบาท

ประเด็นปัญหาสำคัญ คือ จำนวนเงินที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณให้กองทุนในแต่ละปี มีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับภาระงานด้านการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และสมุนไพรที่ต้องรับผิดชอบทั่วประเทศ ที่ผ่านมามีความสามารถผลักดันงานได้เพียงบางส่วนเท่านั้น ดังนั้น เห็นควรที่จะให้มีการปรับปรุงพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 และออกระเบียบเกี่ยวกับการรับจ่ายและหารายได้เข้าเงินกองทุน รวมถึงให้กองทุนสามารถบริหารงานอย่างเป็นอิสระและคล่องตัวได้มากขึ้นเช่นเดียวกับกองทุนในพระราชบัญญัติอื่น ๆ อาทิ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

4) สภาการแพทย์แผนไทย เป็นหน่วยงานนิติบุคคลตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2557 โดยมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญคือ ดำเนินงานด้านการกำหนดมาตรฐานการรักษาพยาบาล และมาตรฐานการเรียนการสอน การฝึกอบรม เพื่อให้สถานพยาบาลหรือสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ได้มีการยกระดับการฝึกอบรมตามมาตรฐานที่สภาการแพทย์แผนไทยกำหนด ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพแก่ผู้ที่จะเป็นแพทย์แผนไทยในอนาคต ตลอดจนเป็นการควบคุมความประพฤติของแพทย์แผนไทยทั่วประเทศให้อยู่ในกรอบของจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ

ประเด็นปัญหาสำคัญ คือ เนื่องจากสภาการแพทย์แผนไทยเพิ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของการจัดตั้ง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการสนับสนุนด้านเงินอุดหนุนจากงบประมาณของรัฐบาลที่ไม่แตกต่างจากแพทยสภา หรือทันตแพทยสภา ที่ได้รับเงินอุดหนุนจากงบประมาณของรัฐบาลอย่างสม่ำเสมอทุกปี รวมถึงมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาความเป็นวิชาชีพ

5) กระทรวง ทบวง กรม ที่เกี่ยวข้องกับแพทย์แผนไทยและสมุนไพรยังขาดการบูรณาการ การประสานงานตามยุทธศาสตร์ ตั้งแต่ ต้นน้ำ กลางน้ำ ถึง ระดับปลายน้ำ

อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ร่วมกับอีก 8 กระทรวง และหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมกันยกร่างแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพร (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2560-2564 เพื่อเตรียมนำเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ และได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 4 ตุลาคม 2559

7.2.2 สถานการณ์เชิงประเด็นและปัญหาเชิงโครงสร้างที่ต้องปฏิรูปการแพทย์แผนไทย

1) โครงสร้างการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย ยังประสบปัญหาด้านคุณภาพและปริมาณการผลิตกำลังคนและแพทย์แผนไทยที่ให้บริการ

1.1) การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย มาจาก 3 ส่วนประกอบด้วย

1.1.1) ระบบการผลิตในสถาบันอุดมศึกษา ปัจจุบันมีสถาบันอุดมศึกษาที่

ผลิตแพทย์แผนไทยระดับปริญญาสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่สภาการแพทย์แผนไทยให้การรับรองแล้ว จำนวนทั้งสิ้น 9 สถาบัน โดยสภาฯ ได้กำหนดให้มีมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (มคอ.1) ออกเป็นประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เมื่อ พ.ศ. 2554 มีการเรียนการสอนตามหลักสูตรในระยะเวลา 4 ปี ทุกสถาบันล้วนมีสถานพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึกประสบการณ์ในการรักษาพยาบาลด้วยการแพทย์แผนไทยสำหรับบริการผู้ป่วยแบบไม่รับไว้ค้างคืน รวมถึงยังไม่มีโรงพยาบาลสำหรับดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา และไม่มีการดูแลในแบบผู้ป่วยใน เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วสามารถสอบความรู้และขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตจากสภาการแพทย์แผนไทย สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ได้เพียงอย่างเดียว

ขณะเดียวกัน ยังมีสถาบันอุดมศึกษาที่ผลิตแพทย์แผนไทยระดับปริญญาสาขาการแพทย์แผนไทย ที่สภาการแพทย์แผนไทยให้การรับรอง อีกจำนวนทั้งสิ้น 18 แห่ง แต่การผลิตส่วนนี้ยังไม่มีออกประกาศบังคับใช้มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาการแพทย์แผนไทย โดยมีการเรียนการสอนตามหลักสูตรเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 4 ปี เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วสามารถสอบความรู้และขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตจากสภาการแพทย์แผนไทย สาขาการแพทย์แผนไทย ได้ 4 ด้าน คือ ด้านเวชกรรมไทย ด้านเภสัชกรรมไทย ด้านการผดุงครรภ์ไทย และด้านการนวดไทย

1.1.2) การฝึกอบรมเพื่อเป็นแพทย์แผนไทยประเภท ก แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ **กลุ่มที่ 1 ผู้ที่ฝึกอบรมโดยตรงกับครูผู้รับมอบตัวศิษย์**ก่อนที่สภาการแพทย์แผนไทยจะออกข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการจัดสอบความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทยของผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมในสถาบันหรือสถานพยาบาลที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง พ.ศ. 2557 และ**กลุ่มที่ 2 ผู้ที่ฝึกอบรมจากสถาบันหรือสถานพยาบาล**ที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง ปัจจุบันมีหน่วยงานที่รับรองแล้วทั้งสิ้น 140 แห่ง โดยทั้งหมดถูกรับรองด้านการนวดไทย มีเพียงไม่กี่แห่งที่ผ่านการรับรองด้านเวชกรรมไทย และเภสัชกรรมไทย

1.1.3) การประเมิณหอมพินบ้านเพื่อให้เป็นแพทย์แผนไทยที่ถูกต้องตาม**กฎหมาย หรือประเภท ค** ส่วนนี้ถือเป็นกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยอีกประเภทหนึ่ง ซึ่งแต่เดิมนั้นกรรมการวิชาชีพ สาขาการแพทย์แผนไทยได้มีการประเมิณหอมพินบ้าน ให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย ตามมาตรา 33 (1) (ค) ของพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 แต่นับจากมีการบังคับใช้พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 ปรากฏว่า ได้ยกเลิกมาตราดังกล่าว จนถึงปัจจุบันยังไม่มีมีการประเมิณหอมพินบ้านเพิ่มเติมอีก จนกว่าสภาการแพทย์แผนไทยจะออกข้อบังคับมาดำเนินการต่อจากที่กรรมการวิชาชีพ สาขาการแพทย์แผนไทยที่เคยดำเนินการไว้

1.2) ประเด็นปัญหาสำคัญของการจัดการความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย

1.2.1) ปัญหาการศึกษาในภาพรวม มี 3 ประเด็นหลัก คือ

1) การจัดการระบบศึกษาแพทย์แผนไทย ประเภท ก และ ข และ**การศึกษาการแพทย์แผนไทยประยุกต์** ในแต่ละสถาบันมีการจัดการเรียนการสอนที่แตกต่างกันในเนื้อหา และวัตถุประสงค์ของการผลิตกำลังคน ตลอดจนขอบเขตการประกอบวิชาชีพ และความรู้ความชำนาญของผู้สอน

2) สถาบันการศึกษาการแพทย์แผนไทย ทั้ง ประเภท ก และ ข ยังขาดครูที่มีประสบการณ์ และขาดความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ รวมทั้งยังขาดวิธีและกระบวนการสอน ตลอดจนอุปกรณ์ประกอบการเรียนการสอนที่มีมาตรฐานเดียวกัน ทำให้บัณฑิตแต่ละประเภทที่ผลิตได้นั้น มีความรู้ที่หลากหลายและเป็นไปตามการสั่งสอนจากครูแต่ละท่าน และพบว่าเมื่อบัณฑิตเข้ามาในระบบบริการ ก็ยังไม่มีศักยภาพในการรักษาคนได้จริง

3) การจัดทำตำราทางการแพทย์แผนไทยเพื่อการศึกษาอบรมของสถาบันทั้งประเภท (ก) และ (ข) ยังคงใช้ตำราที่มามีมาแต่ดั้งเดิม การพัฒนาตำราทางการแพทย์มีความสำคัญต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทยทั้งในระดับการเรียนการสอน การทำเวชปฏิบัติ และการศึกษาวิจัย การขาดการวิจัยต่อยอดภูมิปัญญา การขาดการสนับสนุนการจัดการความรู้จากครูแพทย์แผนไทย ทำให้ไม่สามารถดำเนินการพัฒนาตำราทางการแพทย์ได้

(4) คุณภาพการผลิตกำลังคนในสถาบันการศึกษาทุกประเภทมีผลต่อคุณภาพการรักษาและการยอมรับของประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบัน การศึกษาและที่มาของแพทย์แผนไทยมาจากหลากหลายรูปแบบและความเหลื่อมล้ำกันอย่างมาก ส่งผลต่อคุณภาพการรักษาพยาบาล ซึ่งในปัจจุบันการแพทย์แผนไทยยังได้รับการยอมรับจากประชาชน และบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และการสาธารณสุขอื่นในสถานพยาบาลของรัฐค่อนข้างน้อย อีกทั้งยังไม่ได้เป็นผู้นำด้านการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ

ดังนั้น ยังจำเป็นต้องมีการยกระดับและมาตรฐานวิชาชีพการแพทย์แผนไทยขึ้นอีกมาก โดยจะต้องเริ่มตั้งแต่การคัดคนเข้าสู่วงการเรียนการสอนด้านการแพทย์แผนไทย พัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนและการฝึกอบรมให้แก่นักเรียนนักศึกษาด้านการแพทย์แผนไทย การพัฒนาสถานศึกษาทุกระดับ ซึ่งสภาการแพทย์แผนไทย จะมีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดมาตรฐานต่าง ๆ โดยเฉพาะการออกข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาและการยกระดับการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยของชาติต่อไป

1.2.2) ปัญหาการผลิตแพทย์แผนไทยบัณฑิต ประเภท ข. ในสถาบันอุดมศึกษา ที่มีผลต่อคุณภาพกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยเมื่อเทียบกับแพทย์แผนปัจจุบัน คือ การผลิตแพทย์แผนไทยของสถาบันอุดมศึกษาในระดับปริญญา ทั้งสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์และสาขาการแพทย์แผนไทย พบว่า การเรียนการสอนในวิชาปรีคลินิกน้อยกว่าการเรียนของแพทย์แผนปัจจุบันมาก ขณะที่การเรียนการสอนในพื้นฐานวิทยาศาสตร์ก็น้อยกว่าแพทย์แผนปัจจุบัน ส่วนการฝึกประสบการณ์การเป็นแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลของสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ มีระยะเวลาสั้นกว่าการฝึกของแพทย์แผนปัจจุบัน

1.2.3) ปัญหาการฝึกอบรมแพทย์แผนไทยประเภท ก. โดยสถาบันการศึกษาแพทย์แผนไทยที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง คือ มีความเหลื่อมล้ำไม่เป็นธรรมด้านการจัดการฝึกอบรมแพทย์แผนไทยประเภท ก ระหว่างสถาบันจัดฝึกอบรมทั้ง 2 กลุ่ม (กลุ่มผู้ที่ฝึกอบรมโดยตรงกับครูผู้รับมอบตัวศิษย์ และกลุ่มผู้ที่ฝึกอบรมจากสถาบันหรือสถานพยาบาล) โดยสภาการแพทย์แผนไทยได้ออกข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ในการรับรองและการดำเนินการของสถาบันหรือสถานพยาบาลซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้ สำหรับการฝึกอบรมในวิชาชีพ

การแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2557 ส่งผลให้โรงเรียน วัด สมาคม และมูลนิธิ ซึ่งก่อนหน้านี้ได้มีการเปิดการเรียนการสอนการแพทย์แผนไทยอยู่แล้ว กำลังจะปิดตัวลงเพราะขาดต่อระเบียบดังกล่าว

1.2.4) ปัญหาการขึ้นทะเบียนหมอพื้นบ้าน ประเภท ค. หมอพื้นบ้าน ซึ่งมีแต่ดั้งเดิม เกิดจากกระบวนการเรียนรู้โดยผ่านการสืบทอดความรู้มาจากบรรพบุรุษจากคนรุ่นหนึ่ง ไปยังอีกรุ่นหนึ่ง ปัจจุบันหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีอายุมาก ไม่มีศิษย์หรือผู้สืบทอดต่อ อีกทั้งคนรุ่นใหม่ขาดความสนใจที่จะสืบสานศาสตร์แขนงนี้ ถึงแม้ว่ามีสถาบันการศึกษาภาคเหนือ 1 แห่ง และภาคตะวันออกเฉียงเหนืออีก 1 แห่ง ได้ทำการถอดความรู้ของหมอพื้นบ้านในภูมิภาคและจัดทำเป็นวิชาเรียนประกอบในหลักสูตรการผลิตแพทย์แผนไทยแล้ว แต่การที่นักศึกษาที่มาเรียนนั้น มีภูมิหลังทางวัฒนธรรม สังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างจากหมอพื้นบ้านดั้งเดิม จึงอาจจะเข้าไม่ถึงจิตวิญญาณของความเป็นหมอพื้นบ้านเท่ากับการสืบทอดมาจากบรรพบุรุษ

จากการตรวจสอบสถานะข้อมูลหมอพื้นบ้านของไทย ณ ปี 2559 ระบุว่า มีหมอพื้นบ้านอยู่จำนวน 57,665 คน ซึ่งในจำนวนนี้มีหมอพื้นบ้านที่ได้รับการประเมินความรู้เพื่อให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยตั้งแต่ปี 2548 จนถึงปี 2556 จำนวน 165 คน หรือมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 0.3 เท่านั้น และในจำนวนหมอพื้นบ้านที่ผ่านการประเมินนี้ ส่วนใหญ่เป็นหมอสมุนไพรถึง 109 คน รองลงมา เป็นหมอกระดูก 39 คน มีอายุตั้งแต่ 41-93 ปี ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 64.2 เป็นผู้สูงวัยมีอายุระหว่าง 61-80 ปี

1.3) สถานการณ์กำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย กำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย ในที่นี้จะพิจารณาตามความหมายที่บัญญัติ **“วิชาชีพการแพทย์แผนไทย”** ไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 ว่าเป็นวิชาชีพที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ตามมาตรา 4 แห่งกฎหมายฉบับนี้ โดยระบุถึงการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย 2 ประเภท คือ ประเภทแรก **เป็นการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย** ได้แก่ การประกอบวิชาชีพด้านเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทย การนวดไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย หรือการแพทย์แผนไทยประเภทอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ส่วนประเภทที่สองคือ **การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์** โดยสถานการณ์กำลังคนที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ตาม พ.ร.บ.วิชาชีพฯ มีดังนี้

1.3.1) ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ในปี 2555-2558 ของสภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พบว่า มีผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยทั้งสิ้น 64,244 คน จำแนกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยมากถึง 61,676 คน หรือร้อยละ 96 (ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย 1 คน สามารถมีใบประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยได้มากกว่า 1 ด้าน) ขณะที่ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์มีเพียง 2,568 คน หรือร้อยละ 4 รายละเอียดปรากฏดังตาราง 3.7

อย่างไรก็ตาม กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้สำรวจกำลังคนที่มีการกระจายในสถานบริการ ณ วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2559 พบว่า เป็นแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน 2,692 คน และเป็นผู้ช่วยแพทย์แผนไทยที่ได้รับการอบรม

การนวดไทยไม่ต่ำกว่า 330 ชั่วโมง จำนวน 8,587 คน

1.3.2) หมอพื้นบ้าน ที่มีอยู่ในฐานข้อมูลของสำนักงานนายทะเบียนกลาง กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีจำนวน 57,665 คน (พฤษภาคม 2559) โดยจัดกลุ่มตามความชำนาญในการรักษาเป็น 6 กลุ่ม คือ หมอพิธีกรรม หมอยาสมุนไพร หมอนวด หมอดำยา หมอรักษากระดูกหัก และอื่น ๆ ในจำนวนนี้มีกว่า 16,000 คนที่มีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพในชุมชนเกิน 20 ปี ส่วนหมอพื้นบ้านที่ได้รับการประเมินความรู้ โดยกองการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีจำนวนกว่า 2,000 คน และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548–2558 มีหมอพื้นบ้านที่ได้รับการประเมินเป็นผู้ประกอบวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย จำนวน 165 คน เท่านั้น

2) โครงสร้างการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้จากภูมิปัญญาไทย ยังมีการพัฒนาและนำไปต่อยอดค่อนข้างน้อย รวมถึงขาดการกำหนดทิศทางในระดับประเทศที่ชัดเจน

2.1) ภาพรวมการวิจัยการแพทย์แผนไทยมีมากพอควร แต่ส่วนใหญ่เป็นงานระดับวิทยานิพนธ์

2.1.1) สถานการณ์สำคัญ ปัจจุบันงานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยมีปริมาณมากพอควร แม้ว่าส่วนใหญ่นั้นอาจเป็นงานวิชาการในระดับงานวิทยานิพนธ์ แต่ก็มีงานวิจัยที่หลากหลาย ตั้งแต่การวิจัยด้านสังคมศาสตร์ การศึกษาทฤษฎีการแพทย์แผนไทย การวิจัยปรีคลินิกและคลินิก การพัฒนาสมุนไพรที่เน้นการวิจัยเพื่อหาสารสกัด การหาประสิทธิภาพของยาสมุนไพร ส่วนการวิจัยเชิงระบบเพื่อขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์มีจำนวนน้อย สำหรับงานวิจัยที่มีคุณภาพและได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติยังมีค่อนข้างน้อย ประมาณ 45 เรื่องต่อปี ด้านการวิจัยการแพทย์แผนไทย พบว่า มีการศึกษาใน 5 ด้าน ได้แก่ ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย การนวดไทย การบริการการแพทย์แผนไทย การวิจัยเพื่อพัฒนา และด้านกฎหมายและการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

2.1.2) ปัญหาสำคัญ คือการศึกษา**ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย** พบว่ามีจำนวนน้อยมาก ทั้งยังเป็นการศึกษาแบบกระจัดกระจาย ไม่มีหัวข้อหลักการวิจัยที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ด้าน**การศึกษาการนวดไทย** พบว่า เป็นการศึกษาทฤษฎีและองค์ความรู้การนวดไทยและประสิทธิภาพการนวดไทยในการรักษาโรค แต่การศึกษาทฤษฎีเส้นสิบซึ่งเป็นหัวใจการนวดไทยนั้น ยังมีจำนวนน้อยมาก ส่วน**การศึกษาการบริการการแพทย์แผนไทย** พบว่า ส่วนใหญ่ยังเป็นการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งผลการวิจัยที่ออกมา ปรากฏว่า มีความพึงพอใจมาก โดยมีความคาดหวังต่อประโยชน์จากการใช้บริการ โดยเฉพาะเรื่องการใช้ยาจากสมุนไพรและการนวดไทย ซึ่งถือว่ายังไม่เป็นประโยชน์และนำไปสู่การพัฒนาด้านบริการการแพทย์แผนไทยได้มากเท่าที่ควร

2.2) การวิจัยและพัฒนาระบบงานในสถานบริการและในชุมชนยังเพิ่มขึ้นค่อนข้างน้อย

2.2.1) สถานการณ์สำคัญ พบว่า เป็นงานศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพที่สามารถใช้ทั้งวิธีการศึกษาแบบสถิติร่วมกับการศึกษาทางสังคมศาสตร์ในเชิงพรรณนาให้ความหมายและตีความได้แก่ การศึกษาองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก การวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาโรคและความเจ็บป่วยในศาสตร์ที่หลากหลาย รวมถึงการศึกษาวิจัย

เชิงคุณค่าในมิติทางสังคมวัฒนธรรม เป็นต้น แต่ที่ผ่านมายังคงมีจำนวนงานวิจัยด้านนี้เพิ่มขึ้นในอัตราที่ค่อนข้างน้อย

2.2.2) **ปัญหาสำคัญ** มีข้อจำกัดเรื่องกรอบเวลาการศึกษาและการลงพื้นที่

2.3) **การศึกษาและวิจัยในคนยังไม่สามารถพัฒนาได้อย่างเต็มที่**

2.3.1) **สถานการณ์สำคัญ** ตามข้อกำหนดของวิชาชีพทางการแพทย์และการสาธารณสุข ระบุให้การศึกษาวิจัยในคนเป็นเรื่องที่สำคัญที่จะต้องผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัยในคน เพื่อการคุ้มครองผู้ถูกวิจัยไม่ให้เกิดการเอาเปรียบจากผู้วิจัย ปัจจุบันสถาบันทุกแห่งสามารถก่อตั้งกรรมการวิจัยในคนได้ เนื่องจากยังไม่มีกฎหมายใด ๆ ห้ามไว้ โดยหลักการของการวิจัยในคนนั้น หากการศึกษาวิจัยไม่ได้รับการพิจารณาให้วิจัยจากคณะกรรมการก็จะไม่สามารถตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยสู่สาธารณชนได้ แต่ขณะนี้เริ่มมีการร่างกฎหมายด้านการวิจัยในคนเพื่อบังคับใช้กับการวิจัยในคนทั่วประเทศ

2.3.2) **ปัญหาสำคัญ** ที่ผ่านมามีพบว่า การพิจารณาของคณะกรรมการวิจัยในคนฯ ส่วนใหญ่ใช้ดุลยพินิจที่จะอนุมัติให้ทำการศึกษาวิจัยหรือไม่ก็ได้ ในบางครั้งคณะกรรมการอาจใช้อำนาจดุลยพินิจมากเกินไปจนกระทั่งสามารถระงับการศึกษาวิจัยที่สำคัญเพื่อต่อยอดไปยังเรื่องอื่น ๆ ได้ ทั้งยังพบว่า หลายครั้งหากคณะกรรมการวิจัยที่ไม่เข้าใจงานด้านการแพทย์แผนไทยอาจจะไม่ยอมให้มีการศึกษาวิจัยต่อยอดขึ้นไปได้ ส่วนกฎหมายด้านการวิจัยในคนที่กำลังร่างและประกาศใช้เพื่อบังคับใช้กับการวิจัยในคนทั้งประเทศนั้น คาดว่าอาจจะส่งผลกระทบต่อการศึกษาวิจัยในคน และจะเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทยในอนาคต

2.4) **องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยแบบดั้งเดิมอยู่ในตัวหมอพื้นบ้านแต่ขาดผู้สืบทอด รวมทั้งอยู่ในรูปคัมภีร์ที่จารึกด้วยภาษาโบราณยากต่อการเข้าใจ**

2.4.1) **สถานการณ์สำคัญ** โดยดั้งเดิมนั้นการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยจัดเป็นการแพทย์กระแสหลักของชุมชนและสังคมไทย ต่อมาเมื่อสังคมไทยได้ก้าวสู่ความเป็นรัฐชาติทำให้การบริหารประเทศเป็นแบบอารยธรรมตะวันตกมีการยอมรับเอาการแพทย์แผนตะวันตกเข้ามาแทนที่การแพทย์ดั้งเดิมเพื่อทดแทนส่วนที่การแพทย์ดั้งเดิมไม่มี เช่น การผ่าตัด การป้องกันโรคติดต่อด้วยยาปฏิชีวนะ เป็นต้น ความเจริญของการแพทย์ตะวันตกทำให้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยถูกปฏิเสธและเลิกละทอดทิ้งจากรัฐ

อย่างไรก็ตาม แม้องค์ความรู้ดั้งเดิมของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านบางส่วนสูญหายไปแต่ยังคงมีบางส่วนที่ได้รับการสืบสานมาอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่า **องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยในส่วนที่เป็นแพทย์พื้นบ้าน** ส่วนใหญ่อยู่ในตัวหมอ (Tacit Knowledge) ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ทั้งด้านการรักษา และด้านทฤษฎี อีกทั้งหมอแต่ละคนต่างก็มีความชำนาญเฉพาะด้าน จากฐานข้อมูลนายทะเบียนกลาง ณ ปี 2559 มีหมอพื้นบ้านจำนวน 57,665 คน นอกจากนี้แล้ว ยังพบว่า องค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านได้มีการบันทึกไว้ในใบลาน ปิ๊บสา และอื่น ๆ ที่มีการเก็บรวบรวมโดยหมอพื้นบ้าน วัด มหาวิทยาลัยต่าง ๆ อีกเป็นจำนวนมาก

ขณะเดียวกันก็พบว่า **องค์ความรู้ดั้งเดิมด้านการแพทย์แผนไทยยังคงมีอยู่ในรูปตำรับตำราแห่งชาติ** ดังจะเห็นได้จากกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศเป็นตำราการแพทย์แผนไทยของชาติในปี 2559 จำนวน 154 รายการ และตำรับยาแผนไทยของชาติ จำนวน 12,125 ตำรับ

ซึ่งประกอบด้วยคัมภีร์ย่อยที่จารึกเป็นภาษาไทยเดิม ยากต่อการเข้าใจของคนปัจจุบัน จึงจำเป็นต้องนำคัมภีร์ทั้งหมดเหล่านี้ไปถ่ายถอด แปล ปรีวรรต และสังคายนา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ครูหมอแพทย์แผนไทย นักวิชาการด้านพืชสมุนไพร ด้านสัตว์ และแร่ธาตุ เพื่อตีความ อธิบายความให้ถูกต้อง นำไปสู่การจัดหมวดหมู่และให้รหัสมาตรฐานภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เพื่อตอบโจทย์ในการคุ้มครองและใช้ประโยชน์ด้านการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้

2.4.2) ประเด็นปัญหาสำคัญ องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรได้สูญหายไปเป็นลำดับ จำเป็นต้องเร่งอนุรักษ์ฟื้นฟูและพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ที่ยังคงเหลืออยู่ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์บนหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Knowledge) ที่บูรณาการกับประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญด้านนี้อย่างเหมาะสมและเป็นระบบ เพื่อนำกลับมาสู่ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยต่อไป

ส่วน **องค์ความรู้ด้านแพทย์พื้นบ้าน** พบว่า ยังคงมีอยู่ในกลุ่มหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีอายุมากแล้ว แต่ไม่มีผู้สืบทอดองค์ความรู้แม้จะเป็นลูกหลานของหมอก็ตาม จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาและถอดองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านเหล่านี้โดยเร็วก่อนที่องค์ความรู้จะสูญหายไปพร้อมกับการจบบั้นชีวิตลงด้วยความสูงวัย ขณะที่องค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านที่มีการบันทึกในใบลาน ปิ๊บสา และอื่น ๆ ยังไม่มีระบบการส่งเสริม สนับสนุนการถ่ายทอด การอธิบายความ และระบบการจัดเก็บและเผยแพร่อย่างมีทิศทาง

ด้าน **องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยของชาติที่เป็นตำรับตำรา** อยู่ในรูปคัมภีร์ต่าง ๆ จารึกเป็นภาษาไทยเดิมนั้น ยังมีปัญหาเรื่องการถ่ายถอด แปล และสังคายนา ที่ดำเนินไปด้วยความล่าช้า เนื่องจากขาดบุคลากร และงบประมาณสนับสนุนอย่างเป็นระบบ

2.5) องค์ความรู้และการพัฒนาด้านสมุนไพร ยาจากสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพร จำเป็นต้องนำหลักทางวิทยาศาสตร์มาอ้างอิงอย่างแม่นยำและพัฒนาต่อยอดเพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ

2.5.1) สถานการณ์สำคัญ ผลพวงจากการประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 ที่แพทย์แผนไทยถูกกำหนดไม่ให้ใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสำหรับการพัฒนาและต่อยอดองค์ความรู้ และถึงแม้ว่าได้มีการแก้ไขกฎหมายฉบับนี้ให้หลังมากกว่า 50 ปี โดยเริ่มอนุญาตให้ใช้วิทยาศาสตร์สำหรับการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 ที่แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2530 แต่ปรากฏว่า แพทย์แผนไทยส่วนใหญ่ยังมีการนำวิทยาศาสตร์เข้ามามีใช้ในการพัฒนาค่อนข้างน้อยมาก

นอกจากนั้น เมื่อพิจารณาสถานการณ์การวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยที่ผ่านมา ปรากฏว่า ด้วยแนวคิดและวิธีการศึกษาที่มีความเหมาะสมกับความเฉพาะของศาสตร์แขนงนี้ รวมทั้งเป้าหมายการใช้ประโยชน์จากงานวิจัยมีแนวโน้มมากขึ้น ในแง่การยอมรับความรู้และความจริงของพหุลักษณะการแพทย์ของสังคมไทยในภาพรวม โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นในเชิงปริมาณของการวิจัยด้านการพัฒนาสมุนไพร ยาจากสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพร ซึ่งใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ศึกษาค้นคว้าหาคำตอบ เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาจากสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประเทศ

2.5.2) ปัญหาสำคัญ พบว่า ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรที่อิงหลักทางวิทยาศาสตร์ยังไม่ชัดเจนหลายประเด็น ตัวอย่างเช่น ชื่อวิทยาศาสตร์ของสมุนไพรแต่ละชนิดยังไม่ชัดเจนว่าเป็นชนิดใดตามหลักอนุกรมวิธาน ทั้งยังเป็นที่ยกเถียงกันจนถึงปัจจุบัน กรณีสมุนไพรไคร้เครือ พบว่า ในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ตัดตัวยาออกจากตำรับยาแผนโบราณ เนื่องจากเป็นสารก่อมะเร็ง แต่ก็มีคนโต้แย้งว่าไคร้เครือที่ถูกถอนไปนั้น ไม่ใช่ไคร้เครือที่เป็นชื่อวิทยาศาสตร์ตัวเดียวกัน ขณะที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้อ้างว่า การผสมสมุนไพรหลายชนิดอาจจะลดพิษไปได้

ส่วนการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ด้านการพัฒนาสมุนไพร ยาจากสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพร ยัง**ขาดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีที่ทันสมัย** เพื่อตอบสนองต่อการพัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ ขาดวิธีการและห้องปฏิบัติการควบคุมคุณภาพทั้งวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ทำให้อุตสาหกรรมยาและสมุนไพรไทยยังมีศักยภาพในการแข่งขันต่ำทั้ง ๆ ที่ประเทศไทยมีความหลากหลายทางชีวภาพ มีสมุนไพรที่มีศักยภาพที่จะนำมาใช้ในการรักษา การส่งเสริมสุขภาพอยู่มาก รวมทั้งงานวิจัยที่ช่วยอธิบายสรรพคุณและประสิทธิผลในการรักษาด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่ชัดเจน ยังมีน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนสมุนไพรที่ต้องการการวิจัยสนับสนุน นอกจากนี้ ยังมี**ปัญหาอุปสรรคทางกฎหมาย**ในการนำเทคโนโลยีและวิทยาการสมัยใหม่มาช่วยพัฒนาตัวผลิตภัณฑ์ ตลอดจนยัง**ขาดทิศทาง กลไกการจัดการและสนับสนุนให้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนาให้ครบวงจร** ตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ อาทิ ขาดการสนับสนุนงานวิจัย เพื่อพัฒนาแหล่งและคุณภาพวัตถุดิบสมุนไพรที่มีความแตกต่างเชิงระบบนิเวศ

3) โครงสร้างระบบบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยเน้นจัดบริการในสถานบริการภาครัฐมากกว่าในชุมชน

3.1) สถานการณ์ ปัจจุบันบริการการแพทย์แผนไทยมีจุดแข็งที่น่าสนใจ คือสามารถรักษาโรคเรื้อรังหลายอย่างและไม่ต้องพึ่งสเตียรอยด์ ดังจะเห็นได้จากโรคสะเก็ดเงิน การแพทย์แผนไทยสามารถรักษาได้โดยไม่ต้องพึ่งยาสเตียรอยด์ เพราะช่วยให้เกิดการสงบระงับได้หรือหายจากอาการเห่อของโรคทางผิวหนังได้ยาวนานกว่าที่จะกลับมาเป็นใหม่ สำหรับคนที่มีอาการปวดทางกล้ามเนื้อ อันเนื่องมาจากการทำงาน สามารถบำบัดได้โดยอาศัยการนวด หากใช้ทดแทนยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ก็จะสามารถป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดจากยาที่ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ได้ ในผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ที่อยู่ในชุมชน แพทย์แผนไทยสามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ดีกว่าวิชาชีพอื่น ๆ เพราะสามารถนวดบำบัดให้ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับของประชาชน นอกจากนี้ ยังพบว่าสามารถนำสมุนไพรไปใช้ในการรักษาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นก่อนไปรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุข

ด้วยศักยภาพของศาสตร์การแพทย์แผนไทยในการรักษาอาการเจ็บป่วย จึงได้รับการส่งเสริมสนับสนุนด้วยการ**จัดสวัสดิการตามสิทธิการรักษาพยาบาลด้วยการแพทย์แผนไทย ใน 3 ระบบใหญ่** คือ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม แต่สิทธิในการรักษาทั้ง 3 ระบบดังกล่าว ยังคงมีความแตกต่างกันทั้งด้านการดูแลและค่าใช้จ่าย กล่าวคือ การบริการด้านการแพทย์แผนไทยของ**ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** รัฐจะ

จัดสรรงบประมาณในการดูแลรักษาผ่านทางกองทุนพัฒนาการแพทย์แผนไทยเป็นประจำทุกปี **ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ** มีทิศทางส่งเสริมและสนับสนุนให้ข้าราชการใช้บริการการแพทย์แผนไทยได้ จึงทำให้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จัดบริการการแพทย์แผนไทยให้ข้าราชการเป็นหลัก ซึ่งข้อมูลการบันทึกจะแสดงที่รายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ**กองทุนประกันสังคม** ยังไม่กำหนดให้หน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลคู่สัญญากำหนดให้มีบริการการแพทย์แผนไทยเป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของการบริการทางการแพทย์แก่ประชาชนผู้มารับบริการ แต่ถ้าแพทย์ผู้รักษายาบาลเป็นผู้วินิจฉัยในการรักษายาบาลด้วยการนวดแผนไทยในโรงพยาบาลตามบัตรสิทธิการรักษาพยาบาล สามารถทำการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ส่วนกรณีเป็นการร้องขอของผู้ประกันตนในการรักษายาบาลด้วยการแพทย์แผนไทย ผู้ประกันตนยังต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง

ด้านการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ในส่วนที่เป็น**สถานบริการของรัฐ** พบว่า มีการพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทยขึ้นมาตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้นมา จนถึงปี 2557 สามารถพัฒนาโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยต้นแบบได้ 10 แห่ง โดยโรงพยาบาลเหล่านี้ได้เปิดให้บริการการรักษาโรคที่มีความซับซ้อนและที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน อาทิ โรคสะกดเจ็บ ดับแข็ง และมะเร็ง ส่วน**การบริการการแพทย์แผนไทยในชุมชน** องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้สนับสนุนให้มีการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน โดยจัดสรรทรัพยากร ทั้งคน งบประมาณ และสถานที่เป็นจำนวนมาก

จากรายงานของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พบว่า ในปี 2553-2558 มีผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 5.78 ในปี 2553 เพิ่มขึ้นมากถึงร้อยละ 11.92 ในปี 2554 และร้อยละ 11.24, 14.05, 16.59, 17.51 ในปี 2558 ตามลำดับ และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นต่อไปอีกตามที่กรมได้ตั้งเป้าหมายไว้ ร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมดหรือประมาณ 40 ล้านครั้ง ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งเป็นผลพวงมาจากการที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ได้เปิดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่แผนกผู้ป่วยนอก ดังจะเห็นได้ว่า ในช่วงปี 2557-2558 โรงพยาบาลเหล่านี้ สามารถให้บริการได้ร้อยละ 41.12, 71.99 ตามลำดับ จากจำนวนโรงพยาบาลทั้งสิ้น 897 แห่งทั่วประเทศ และเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ร้อยละ 100

3.2) ประเด็นปัญหาสำคัญ

3.2.1) การผลักดันเชิงนโยบายด้านการนำการแพทย์แผนไทยกลับสู่ระบบสุขภาพยังไม่เกิดผลเป็นรูปธรรม ประเทศไทยได้มีการผสมผสานการบริการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา โดยมีการพัฒนาการกระจายแหล่งบริการสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยมากขึ้นและต่อเนื่อง แต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อการบริการ เนื่องจากขาดการบูรณาการหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งขาดมาตรฐานการจัดบริการที่เหมาะสมและผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพส่งผลให้ประชาชนยังขาดความเชื่อมั่นและศรัทธาต่อการแพทย์แผนไทย

3.2.2) การกำหนดนโยบายที่เน้นส่งเสริมการบริการการแพทย์แผนไทย ใน**สถานบริการรัฐ**มากกว่า**ชุมชน**สร้างความอ่อนแอให้กับระบบสุขภาพภาคประชาชน ปัจจุบันพบว่า ภาครัฐยังไม่เน้นนโยบายและแนวความคิดในการส่งเสริมฐานเดิมของการแพทย์แผนไทยที่อยู่ในภาคประชาชนและประชาสังคมเท่าที่ควร รวมทั้งยังไม่มี การสนับสนุนด้านการจัดสรรทรัพยากรอย่างเป็น

ระบบ แต่กลับพยายามสร้างความเติบโตของระบบการแพทย์แผนไทยในภาครัฐ ซึ่งถือเป็นการพัฒนาที่มุ่งการเติบโตของภาครัฐเพียงด้านเดียว และเท่ากับเป็นการสร้างความอ่อนแอให้กับระบบสุขภาพภาคประชาชน ดังนั้น ภาครัฐจำเป็นต้องสนับสนุนระบบการแพทย์ดั้งเดิมที่เป็นวิถีของชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพชุมชนคู่ขนานกับการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยในระบบสุขภาพภาครัฐ

3.2.3) ขาดแคลนบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยทั้งคุณภาพ และปริมาณ

จากการสำรวจจำนวนแพทย์แผนไทยที่อยู่ในระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีอัตราส่วนต่อประชากร ประมาณ 1 : 21,000 คน ปัจจุบันอยู่ระหว่างการทำการศึกษาความต้องการกำลังคนแพทย์แผนไทย ซึ่งคาดว่าอัตราส่วนต่อประชากรเทียบเคียงกับวิชาชีพอื่นจะอยู่ในราว 1 : 5,000 คน นั้นหมายถึงสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีความต้องการแพทย์แผนไทยอีกประมาณ 10,000 คน ทั้งนี้ ยังไม่รวมความต้องการของภาคเอกชน และภาคธุรกิจสปา

ที่ผ่านมาจึงพบว่า บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยยังไม่เพียงพอต่อความต้องการในระบบบริการการแพทย์แผนไทยของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ เภสัชกร และนักวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร รวมถึงบุคลากรที่จะรองรับงานระดับนานาชาติในเวทีโลก ยิ่งกว่านั้นบุคลากรที่เข้ามาอยู่ในระบบบริการสุขภาพแล้ว ยังขาดความมั่นใจในการทำเวชปฏิบัติ การตรวจรักษา การวินิจฉัยโรค เนื่องจากการขาดแหล่งฝึกประสบการณ์ที่ได้มาตรฐาน การขาดแคลนอาจารย์ผู้ถ่ายทอดวิชา ขาดประสบการณ์ในการวิจัยและพัฒนา ทำให้เกิดปัญหาความไม่เข้าใจกันระหว่างบุคลากรทางด้านการแพทย์แผนไทยกับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ

3.2.4) การพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทย ยังมี

ข้อจำกัดหลายเรื่อง โดยเฉพาะองค์ความรู้ งานวิจัย ระบบส่งต่อผู้ป่วย บุคลากร และงบประมาณ รวมถึงขาดการวางแผนการจัดการอย่างเป็นระบบ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังคงต่างคนต่างทำ จึงทำให้พัฒนาการของโรงพยาบาลต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทยเป็นไปอย่างเชื่องช้า

4) โครงสร้างอุตสาหกรรมยาไทยและสมุนไพรมีศักยภาพสูงแต่มีปัญหาหลายด้านที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาไปสู่การแข่งขัน

4.1) สถานการณ์สำคัญ

4.1.1) รัฐเริ่มคุมเข้มการผลิตสถานที่ผลิตยาแผนโบราณ จากข้อมูลของสำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เมื่อเดือนเมษายน 2558 พบว่า มีสถานที่ผลิตยาแผนโบราณ จำนวนทั้งสิ้น 877 แห่ง กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยาแผนโบราณ ตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ.2557 ซึ่งจะส่งให้มีการยกระดับมาตรฐานการผลิตยาแผนโบราณของสถานที่ผลิตยาแผนโบราณทั่วประเทศ

4.1.2) การผลิตยาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรในโรงพยาบาลรัฐมุงยกระดับมาตรฐานการผลิต ในปี 2551 มีโรงพยาบาลรัฐที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาโรงงานผลิตยาสมุนไพรให้ผ่านมาตรฐาน GMP (Good Manufacturing Practice) ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวนทั้งสิ้น 46 แห่ง แต่พบว่า มีโรงพยาบาลรัฐที่ผ่านมาตรฐาน GMP ในปี 2557 ผ่าน

จำนวนสะสม 15 แห่ง ปี 2558 ผ่านเพิ่มจำนวน 5 แห่ง และปี 2559 ได้ตั้งเป้าหมายผลักดันโรงพยาบาลรัฐให้ผ่านมาตรฐาน GMP ได้เพิ่มอีก 6 แห่ง รวมจำนวนทั้งสิ้น 26 แห่ง ครอบคลุมทั้ง 12 เขตสุขภาพ พร้อมกับเริ่มพัฒนาให้ได้มาตรฐาน ASEAN GMP และมาตรฐานอาหารฮาลาล (Halal Food)

4.1.3) การผลิตวัตถุดิบสมุนไพรยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของตลาด

จากข้อมูลของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์พบว่าในปี 2557 มีพื้นที่ปลูกสมุนไพรเพื่อการค้ารวมประมาณ 42,553 ไร่ และมีแนวโน้มลดลง โดยในปี 2557 มีพื้นที่ปลูกเพียง 34,937 ไร่ หรือลดลงร้อยละ 18 เทียบกับปี 2557 จำนวนพื้นที่เพาะปลูกดังกล่าวจัดว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับพื้นที่ทำการเกษตรของประเทศ ขณะที่เกษตรกรที่ทำการเพาะปลูกสมุนไพรมีจำนวนน้อยเพียง 9,015 ครัวเรือน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรรายย่อย รวมทั้งมีการรวมกลุ่มเป็นวิสาหกิจชุมชนผลิตพืชสมุนไพร จำนวน 315 กลุ่ม ประกอบกับความต้องการวัตถุดิบสมุนไพรในรูปของสารสกัดมีแนวโน้มสูงขึ้น ทำให้มีความต้องการสมุนไพรจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ในปี 2557 มีการนำเข้าวัตถุดิบและสารสกัดจากประเทศจีน อินเดีย และอินโดนีเซีย เพื่อใช้ในอุตสาหกรรมยาแผนโบราณ มีมูลค่าสูงถึง 1,099.71 ล้านบาท

4.2) ประเด็นปัญหาสำคัญ

4.2.1) นโยบายส่งเสริมการผลิตยาจากสมุนไพรและยาแผนไทยยังมีความ

เหลื่อมล้ำระหว่างภาครัฐและเอกชน เนื่องจากการส่งเสริมการผลิตยาจากสมุนไพรและยาแผนไทยของภาครัฐไม่ได้ใช้มาตรฐานเดียวกัน และมีการเปลี่ยนแปลงมาตรฐานการผลิตเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ผู้ประกอบการภาคเอกชนจะต้องลงทุนมากกว่าภาครัฐ ทั้งยังต้องมีมาตรฐานการผลิตที่สูงกว่าภาครัฐ ซึ่งในความเป็นจริงผู้ผลิตทั้งสองกลุ่มดังกล่าวสามารถผลิตยาที่มีด้วยด้วยคุณภาพเท่ากัน จึงส่งผลกระทบต่อการพัฒนาขีดความสามารถของภาคเอกชน และเป็นความเสี่ยงต่อการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ

4.2.2) สมุนไพรหลายชนิดขาดแคลนต้องนำเข้าจากต่างประเทศ ที่ผ่านมา

พบว่า เกษตรกรยังไม่ได้รับการส่งเสริมให้มียอดความรู้ในการผลิตสมุนไพรซึ่งเป็นวัตถุดิบสำหรับนำมาใช้ผลิตเป็นยาไทย รวมทั้งขาดการจัดการที่ดี ตั้งแต่การคัดสรรชนิดพันธุ์สมุนไพรที่ถูกต้อง องค์ความรู้การปลูกและเก็บเกี่ยว การควบคุมกรรมวิธีการผลิตให้ได้วัตถุดิบคุณภาพดี โดยไม่มีสารปนเปื้อนและปลอมปน ขณะที่ปริมาณการผลิตสมุนไพรยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของตลาด รวมถึงทางราชการยังให้การส่งเสริมและอนุรักษ์คุ้มครองไม่เต็มที่ ไม่มีมาตรฐานในการกำกับตรวจสอบคุณภาพวัตถุดิบที่เข้มงวด จึงทำให้คุณภาพและปริมาณสมุนไพรในประเทศมีน้อยไม่เพียงพอที่จะพัฒนาเป็นยาไทยหรือผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพเพื่อการบริโภคในประเทศอย่างพอเพียง รวมถึงเพื่อการส่งออกนารายได้เข้าสู่ประเทศชาติ เช่น ขมิ้นชัน ไพล มะขามป้อม รากหญ้าคา ข้าวเย็นเหนือ ข้าวเย็นใต้ เป็นต้น

4.2.3) ขาดการส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาสมุนไพรอย่างมีทิศทางและเป็น

ระบบ อุตสาหกรรมยาและสมุนไพรไทยยังมีขีดความสามารถในการแข่งขันต่ำ ทั้ง ๆ ที่ประเทศไทยมีความหลากหลายทางชีวภาพ มีสมุนไพรที่มีศักยภาพที่จะมาใช้ในการรักษา การส่งเสริมสุขภาพอยู่มาก สาเหตุมาจากยังขาดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อตอบสนองต่อการพัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ รวมถึงขาดวิธีการและห้องปฏิบัติการควบคุมคุณภาพทั้งวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ตลอดจนยังมีปัญหาอุปสรรคในแง่กฎหมายในการนำเทคโนโลยีและวิทยาการสมัยใหม่มาช่วยพัฒนาตัวผลิตภัณฑ์ อีกทั้งงานวิจัยที่จะช่วยอธิบายสรรพคุณและประสิทธิผลใน

การรักษาด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่ชัดเจนยังมีน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนสมุนไพรที่ต้องการการวิจัยสนับสนุน

4.2.4) การผลักดันตำรับยาจากสมุนไพรสู่บัญชียาหลักแห่งชาติยังติดขัดด้านการมีงานศึกษาวิจัยมารองรับอย่างเพียงพอ ในอดีตมีหลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกยาสมุนไพรให้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติที่สำคัญคือ เป็นยาที่มีการใช้ในมนุษย์อย่างแพร่หลายมาแต่ดั้งเดิม มีประสิทธิภาพตามสรรพคุณที่ระบุในตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับหลวง เล่ม 1 และเล่ม 2 ตำราเวชศึกษาของพระยาพิศณุประสาทเวช ตำราคัมภีร์แพทย์แผนโบราณของขุนโสภิตบรรณลักษณ์ เล่ม 1 เล่ม 2 และเล่ม 3 ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1 เล่ม 2 และเล่ม 3

แต่ปัจจุบันมีเกณฑ์การพิจารณาโดยใช้กรรมวิธีทางวิทยาศาสตร์มากำกับ ทำให้จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยยาสมุนไพรก่อนที่จะพิจารณาให้เป็นยาสมุนไพรแห่งชาติ แต่เนื่องจากการศึกษาวิจัยของยาจากสมุนไพรยังดำเนินการได้ล่าช้า อีกทั้งยังขาดงบประมาณที่เพียงพอต่อการสนับสนุนการศึกษาวิจัยเพื่อเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ ประกอบผู้เชี่ยวชาญที่จะมาทำการศึกษามีน้อย ถึงแม้ว่าจะมีสูตรตำรับยาดั้งเดิมที่มีการนำไปใช้รักษาอย่างปลอดภัยและได้ผลมายาวนานไม่น้อยกว่า 30-40 ปี แต่ก็ไม่สามารถพิจารณาขึ้นเป็นตำรับยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติได้เช่นเดิม จึงเห็นได้ว่า ยาสมุนไพรที่มีชื่อขึ้นอยู่ในบัญชียาหลัก ณ ปี 2559 มีเพียง 74 รายการ ทั้งยังมีปริมาณไม่เพียงพอและไม่ครอบคลุมต่อการรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้ใช้บริการ

4.2.5) การผลิตยาแผนไทยและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรยังมีการปลอมปน
อวดอ้างสรรพคุณเกินจริง และผิดกฎหมาย โดยที่ทางการยังไม่สามารถควบคุมและแก้ไขได้ทันการณ์ ปัจจุบันพบว่า มีผู้ผลิตยาแผนไทยและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนหรือผลิตอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และบ่อยครั้งพบว่าการลักลอบนำสารเคมีที่ไม่ปลอดภัย เป็นต้นว่า ยาสเตียรอยด์ ยาลดน้ำหนัก ยาขยายเส้นเลือด โดยมีการปลอมปนผสมเข้าไปในตัวยา นอกจากนี้ยังพบว่า มีการโฆษณาขายยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่หลอกลวง อ้อวดสรรพคุณเกินจริง และอาจมีราคาแพงมากโดยอาศัยกระแสความนิยมในการใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการขายในรูปแบบการขายตรง หรือจากสื่อในชุมชนทั้งวิทยุชุมชน โทรทัศน์ดาวเทียม เคเบิลท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งนอกจากทำให้ประชาชนต้องเสียเงินเสียทองและเสียเวลาแล้ว ยังทำให้ต้องเสี่ยงต่ออันตรายของผลิตภัณฑ์ รวมทั้งเสียโอกาสในการรักษาที่ถูกต้องเนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ที่ถูกต้อง และยังไม่เท่าทันกับการโฆษณาการส่งเสริมการขายที่บิดเบือน และปัญหาอันตรายของยา รวมทั้งการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ยังไม่ถูกต้องตามกฎหมาย จึงไม่สามารถดูแลและป้องกันตนเองจากการได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจากผู้จำหน่ายผลิตภัณฑ์ หลงเชื่อและไปซื้อผลิตภัณฑ์ยาแผนไทยและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรเหล่านี้ ขณะที่ระบบการจัดการทางกฎหมายโดยหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่มักแก้ปัญหาได้ล่าช้าไม่ทันการณ์ ทำให้ผู้บริโภคต้องตกเป็นเหยื่อจนได้รับอันตรายหรือได้รับความเสียหาย บางรายถึงกับเสียชีวิตก็มีตามที่ปรากฏในข่าว

4.2.7) กฎหมายและระเบียบยังเป็นอุปสรรคขัดขวางการเติบโตของยาแผนไทยและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ในพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 ได้บัญญัติให้ยาแผนไทยเป็นยาแผนโบราณ และตัดกรมวิธีทางวิทยาศาสตร์ออกจากการพัฒนายาแผนโบราณไป ส่งผลให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้ นับตั้งแต่**คณะกรรมการยา** ซึ่งมีองค์ประกอบของกรรมการที่มี

วิชาชีพการแพทย์แผนไทยเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องน้อย กรรมการส่วนใหญ่จึงอาจมีความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยไม่ลึกซึ้งพอ ทำให้มีผลต่อการพิจารณาให้ความเห็นและลงมติในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาแผนไทย อีกทั้ง**บทบัญญัติของกฎหมาย**ที่บังคับใช้ในปัจจุบัน ยังคงมีลักษณะในเชิงควบคุมกำกับมากเกินไป ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาสมุนไพรและยาแผนไทยให้เจริญเติบโตและพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ ขณะที่**ผู้ประกอบการผลิตยาแผนไทย**ไม่สามารถนำวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมาพัฒนาแผนไทยให้สอดคล้องกับความต้องการของตลาดปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม อาทิ การสกัด การเคลือบฟิล์ม การทำแคปซูลนิ่ม การทำเป็นเจล การทำเป็นสเปรย์หรือยาพ่น การปรับแต่งสูตรตำรับของวัตถุดิบและองค์ประกอบอื่น เช่น สารช่วยผลิต บรรจุ ยืดเกาะ และกระจายตัว เป็นต้น นอกจากนี้ ยังพบว่า**การขึ้นทะเบียนยา**ยังมีปัญหาเรื่องความล่าช้า เนื่องจากกฎหมายได้ให้อำนาจพนักงานเจ้าหน้าที่ใช้ดุลยพินิจในการพิจารณาการไม่อนุญาตให้ออกใบสำคัญการขึ้นทะเบียน

5) โครงสร้างการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเน้นผลักดันการออกกฎหมายลำดับรองเพื่อการคุ้มครองและระบบการจัดการฐานข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร

5.1) สถานการณ์สำคัญ

การคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในที่นี่ มีขอบเขตอยู่ใต้กรอบของพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 โดยให้การคุ้มครอง 3 ส่วนหลัก คือ ปาและสมุนไพร องค์ความรู้ และหมอพื้นบ้าน โดยมีการจัดตั้งกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้นมา เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย จำนวน 100 ล้านบาทต่อปี ตลอดระยะเวลาเกือบ 20 ปีผ่านพ้นมา จึงมุ่งขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการออกกฎหมายลำดับรองเพื่อการคุ้มครอง รวมทั้งพัฒนาระบบการจัดการฐานข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเป็นหลัก โดยมีสถานการณ์และปัญหาสำคัญ ดังนี้

5.1.1) การตรากฎหมายลำดับรองเพื่อคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย หลังจากประเทศไทยประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตั้งแต่ พ.ศ.2542 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎหมายลำดับรอง รวมทั้งสิ้น 20 ฉบับ ตามมา ประกอบด้วย กฎกระทรวง 7 ฉบับ ประกาศกระทรวง 12 ฉบับ และระเบียบคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย 2 ฉบับ โดยล่าสุดได้ออกกฎหมายลำดับรอง เพื่อใช้คุ้มครองตำรับตำรายาแผนไทยของชาติ เนื่องจากที่ผ่านมาได้เกิดกรณีต่างชาตินำภูมิปัญญาด้านการแพทย์ของไทยไปใช้ประโยชน์ทั้งในทางการค้าและการสร้างมูลค่าเชิงพาณิชย์ ในขณะที่ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายเฉพาะที่จะคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาอันเป็นภูมิปัญญาทางการแพทย์แผนไทย และระบบกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาที่มีอยู่ก็ยังไม่ครอบคลุมถึงการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์แผนไทยที่เกิดจากการสืบทอดกันมา โดยเฉพาะตำรับยาแผนไทยและตำราการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นภูมิปัญญาไทยในสาขาที่มีศักยภาพและอยู่ในความสนใจของต่างชาติ มีมูลค่ามหาศาลทางเศรษฐกิจ สามารถพัฒนาและต่อยอดในเชิงอุตสาหกรรมได้

5.1.2) ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยมีการขึ้นทะเบียนแล้วกว่าแสนรายการ และมีบุคลากรการแพทย์แผนไทยอยู่ในทะเบียนแล้วกว่าแสนคน ในปี 2559 มีการขึ้นทะเบียนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยแล้ว จำนวน 167,712 รายการ โดยจำแนกเป็นทะเบียนตำรับยาแผนไทยจำนวน 159,745 ตำรับ และตำราการแพทย์แผนไทย จำนวน 7,967 เล่ม ทั้งนี้ เป็นการรวบรวมเฉพาะรายชื่อผู้เป็นเจ้าของรายชื่อตำรา โดยที่ยังไม่มีการวิเคราะห์เนื้อหารายละเอียดข้างในตำรับและตำราส่วนบุคคล ขณะที่ตำราการแพทย์แผนไทยของชาติ มีจำนวน 154 รายการ ตำรับการแพทย์แผนไทยของชาติจำนวน 12,125 ตำรับ ที่ได้ประกาศเป็นตำรับตำราการแพทย์แผนไทยของชาติ รายละเอียดตามตาราง 5.3

นอกจากนี้ ยังมีการจัดทำทะเบียนข้อมูลบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย อาทิ กลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย โดยผ่านกลไกที่เป็นนายทะเบียนจังหวัดพบว่า ในปี 2559 มีกลุ่มหมอพื้นบ้าน จำนวน 57,831 คน รองลงมา กลุ่มผู้ปลูกหรือแปรรูป 3,035 คน รายละเอียดดูตาราง 5.2

5.1.3) มีการส่งคายนาดำรับตำราการแพทย์แผนไทยและพัฒนาระบบสารสนเทศองค์ความรู้ดิจิทัลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ปัจจุบันมีการพัฒนาระบบสารสนเทศองค์ความรู้ดิจิทัลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย อันประกอบด้วย การบันทึกข้อมูลตำรา/คัมภีร์ของชาติที่ผ่านการส่งคายนมาแล้ว อาทิ คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์ ฉบับใบลาน มีสูตรตำรับยา จำนวน 81 ตำรับ 98 ขนาน การส่งคายนาละเอียดสัณฐานตำรับยา 80 ท่า 82 ตน และแผนภาพการนวดไทยวัดโพธิ์ 60 ภาพ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังล่าช้าเนื่องจากยังขาดบุคลากรที่มีศักยภาพในการถ่ายถอดแปล ส่งคายนาดำรับตำราการแพทย์แผนไทยที่ยังมีอยู่จำนวนมาก และขาดผู้เชี่ยวชาญทางด้านคอมพิวเตอร์ในการพัฒนาระบบข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

5.2) ประเด็นปัญหาสำคัญ

5.2.1) พืชสมุนไพรในป่าที่นำมาใช้เป็นส่วนประกอบในตำรับยาไทย หรือเป็นยาเดี่ยว มีจำนวนชนิดลดลงไปมากถึงขั้นวิกฤต ในอดีตกว่าร้อยปี ประเทศไทยถือเป็นถิ่นกำเนิดของทรัพยากรธรรมชาติที่มีความอุดมสมบูรณ์ด้านความหลากหลายของพันธุ์กรรมพืชและทรัพยากรชีวภาพ รวมทั้งความหลากหลายทางวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยเฉพาะมีพืชสมุนไพรและภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน ที่นำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างสอดคล้องตามวิถีชีวิตดั้งเดิมของคนไทย โดยประมาณการว่า มีพืชสมุนไพรที่ชุมชนท้องถิ่นรู้จักและนำมาใช้ประโยชน์ราว 800-1,800 ชนิด ล่าสุดมีสถานการณ์บ่งชี้ว่า สมุนไพรจำนวนกว่า 100 ชนิด อยู่ในภาวะวิกฤตหรือใกล้สูญพันธุ์ เฉพาะสมุนไพรที่หายากยังมีอยู่ไม่ต่ำกว่า 50 ชนิด เช่น เถาวัลย์เปรียง กำลังวัวเถลิง เจตมูลเพลิง เนระพูสี ฮ่อสะพานควาย กำลังเสือโคร่ง สบู่เลือด สมอ (ทุกชนิด) พญารากดำ และแส้ม้าลาย รวมทั้งสมุนไพรที่ใช้กันบ่อย เช่น กวาวเครือขาว จันทน์ขาว และจันทน์แดง เป็นต้น พืชสมุนไพรเหล่านี้ล้วนใกล้จะสูญพันธุ์ไปทุกที โดยเป็นผลพวงมาจากความต้องการสมุนไพรจากแหล่งธรรมชาติได้ขยายตัวอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการสูญเสียแหล่งกำเนิดของสมุนไพรจากการบุกรุกพื้นที่อนุรักษ์

5.2.2) องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยดั้งเดิมที่มีอยู่ยังไม่มีการจัดการอย่างเป็นระบบ ขณะเดียวกันยังถูกต่างชาติละเมิดและฉกฉวยภูมิปัญญา ที่ผ่านมามององค์ความรู้การแพทย์แผนไทยดั้งเดิมที่มีอยู่ยังไม่มีการจัดการอย่างเป็นระบบ ภูมิปัญญาส่วนบุคคลที่ส่วนใหญ่มักสืบทอดกันเฉพาะคนในตระกูลทำให้มีผลต่อการสืบทอดภูมิปัญญาจากรุ่นสู่รุ่น ขณะที่หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุจึงได้ล้มหายตายจากไปมาก จึงส่งผลให้องค์ความรู้ดั้งเดิมของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านสูญหายไปจำนวนไม่น้อย ขณะที่ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยยังขาดการดูแลคุ้มครองอย่างจริงจัง โดยพบว่า การพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีจากการหายาใหม่ของต่างชาติ ส่งผลให้เกิดการฉกฉวยและละเมิดสิทธิประโยชน์จากภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ดังจะเห็นได้จากหลายกรณีปัญหาโจรสลัดชีวภาพที่เกิดขึ้นมาแล้ว เช่น ข้าวหอมมะลิ เป็ล้าน้อย มังคุด กวาวเครือ ฤๅษีดำตั้น เป็นต้น

5.2.3) **ฐานข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยยังขาดการจัดการที่ดีและไม่เป็นระบบ** ปัจจุบันการเก็บรวบรวมข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทย กระจายตามหน่วยงานต่าง ๆ ไม่เป็นระบบ ขาดหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงในการรวบรวม วิเคราะห์ และบริหารจัดการข้อมูล เพื่อให้เป็นฐานข้อมูลของชาติและนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ถึงแม้ในปัจจุบันกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้นำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการจัดทำระบบคลังความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในรูปแบบห้องสมุดดิจิทัลเพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว เป็นการส่งเสริมการใช้ประโยชน์คลังความรู้ในการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย รวมทั้งมีการจัดทำข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษเพื่อเป็นหลักฐานแสดงองค์ความรู้ดั้งเดิม (Prior Art) เพื่อประโยชน์ในการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในเวทีสากล แต่ยังคงอยู่ในระยะเริ่มต้นของการดำเนินงานที่ยังมีความคืบหน้าไม่มากนัก

5.2.4) **การขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยยังขาดการมีส่วนร่วมทุกเรื่อง** นับตั้งแต่การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการอนุรักษ์เผ่าละวั้งและคุ้มครองภูมิปัญญา การสนับสนุนการบันทึกความรู้ของชุมชน หมอพื้นบ้าน การแปลตำรับตำราของท้องถิ่น การเผ่าละวั้งการลักลอบนำสมุนไพรจากแหล่งกำเนิดในชุมชนมาใช้อย่างผิดกฎหมายและไม่เหมาะสม

7.3 แนวทางการปฏิรูปการแพทย์แผนไทยสู่ความยั่งยืน

7.3.1 ความเชื่อมโยงของยุทธศาสตร์ชาติกับการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย จากการวิเคราะห์แนวโน้มการเปลี่ยนที่จะเกิดขึ้นในอนาคต รวมถึงสถานการณ์และสภาพปัญหาในหัวข้อที่ 7.1 และ 7.2 ข้างต้น พร้อมกับการระดมความคิดเห็นของภาครัฐและเอกชนจากองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางในการปฏิรูป พบว่า มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินการปฏิรูป เพื่อส่งเสริมและพัฒนาให้การแพทย์แผนไทยมีคุณภาพมาตรฐานทั้งงานเวชปฏิบัติและการให้บริการ (Practice & Service) บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย (Practitioners) ได้แก่ แพทย์แผนไทย และแพทย์แผนไทยประยุกต์ ยาแผนไทยและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร (Products) ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก เพื่อให้การแพทย์แผนไทยเป็นที่พึ่งที่เชื่อถือได้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในระบบสาธารณสุข รวมทั้งมีการวิจัยพัฒนาและสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับสมุนไพรไทยสร้างอาชีพและรายได้ที่มั่นคงและยั่งยืนแก่ผู้เกี่ยวข้องตลอดห่วงโซ่การผลิต ส่งผลต่อความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจของชุมชนและประเทศ

โดยการปฏิรูปการแพทย์แผนไทยและระบบยาสมุนไพรแห่งชาติมีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ

1) เพื่อสร้างความมั่นคงและการพึ่งตนเองให้กับระบบการแพทย์ไทย โดยพัฒนาการแพทย์แผนไทยที่มีมาตรฐานและให้มีการคุ้มครองภูมิปัญญาไทยให้เป็นมรดกของชาติ โดยการปฏิรูประบบการบริการการแพทย์แผนไทยให้มีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มีมาตรฐาน คู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นบริการหลักในการบริการระดับปฐมภูมิ และการปฏิรูปการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย เพื่อให้การแพทย์แผนไทยเป็นมรดกไทยและมรดกโลก

2) เพื่อสร้างความมั่งคั่งให้กับเศรษฐกิจไทยด้วยสมุนไพรไทยตามแนวทางเศรษฐกิจสร้างสรรค์ โดยการปฏิรูประบบการวิจัย พัฒนา การอุตสาหกรรม และการตลาด ยาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร และพัฒนาองค์ความรู้จากภูมิปัญญาไทยและยาจากสมุนไพรสู่ตลาดโลก

3) เพื่อสร้างความยั่งยืนโดยปฏิรูประบบการบริหารจัดการด้านการแพทย์แผนไทยและระบบยาจากสมุนไพร โดยการปฏิรูปโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการด้านการแพทย์แผนไทย การปฏิรูปการจัดการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทย การปฏิรูปการพัฒนากำลังคน และการปฏิรูปกฎหมายเกี่ยวกับยาจากสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ชาติ : กรอบการพัฒนาระยะยาว

เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์
“ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว
ด้วยการพัฒนาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง”
นำไปสู่การพัฒนาให้คนไทยมีความสุข
และตอบสนองต่อการบรรลุ
ซึ่งผลประโยชน์แห่งชาติ ในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิต
สร้างรายได้ระดับสูงเป็นประเทศพัฒนาแล้ว และสร้าง
ความสุขของคนไทย สังคมมีความมั่นคง เสมอภาคและ
เป็นธรรม ประเทศสามารถแข่งขันได้ในระบบเศรษฐกิจ



จึงเห็นได้ว่า ประเด็นที่จะทำการปฏิรูปการแพทย์แผนไทยดังกล่าว นับว่าสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ที่ว่า **“ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง”** ซึ่งภายใต้วิสัยทัศน์นี้ มีกรอบแนวทางการพัฒนาที่เชื่อมโยงกันกับการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย คือ มุ่งสร้างความเจริญเติบโตของชาติและความอยู่ดีมีสุขของประชาชน โดยให้ความสำคัญกับการสร้างรายได้และการมีชีวิตที่มั่นคง การสร้างเศรษฐกิจให้มีความมั่นคงด้วยการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันให้สูงขึ้น โดยที่การพัฒนานั้นจะต้องสามารถสร้างความเจริญ สร้างรายได้ ให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและไม่ใช้ทรัพยากรธรรมชาติเกินความพอดี อันจะนำไปสู่ความยั่งยืนในท้ายสุด

ทั้งนี้ รายละเอียดของแนวทางการปฏิรูปการแพทย์แผนไทยที่มีความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติระยะยาว จะนำเสนอควบคู่กันไปในแต่ละประเด็นตามหัวข้อ 7.3.2 เนื่องจากยุทธศาสตร์ชาติจะเป็นแผนแม่บทหลักในการพัฒนาประเทศ ที่ส่วนราชการและหน่วยงานต่าง ๆ จะต้องใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศในด้านต่าง ๆ รวมถึงจัดทำแผนปฏิบัติการในระดับกระทรวงและในระดับพื้นที่ ให้มีความสอดคล้องกันตามช่วงเวลา ที่สำคัญยุทธศาสตร์ชาติจะเป็นกรอบในการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรอื่น ๆ ของประเทศ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างมีเอกภาพให้บรรลุเป้าหมาย

7.3.2 แนวทางการปฏิรูปการแพทย์แผนไทยที่เชื่อมโยงกับกรอบแนวทางการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ชาติ

1) ปฏิรูประบบบริการการแพทย์แผนไทยให้มีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มีมาตรฐาน จัดบริการคู่ขนานไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

1.1) ประเด็นสำคัญของการปฏิรูประบบบริการการแพทย์แผนไทย คือ ต้องการพัฒนาให้การแพทย์แผนไทยมีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ศรัทธาของประชาชน มีระบบการแพทย์ในลักษณะพอเพียงพึ่งพาตนเองและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ โดยจัดบริการคู่ขนานไปกับการแพทย์แผนไทย และประชาชนก็สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก

สำหรับการสร้างความเชื่อถือและความศรัทธาการแพทย์แผนไทย จะต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนางานบริการการแพทย์แผนไทยให้มีมาตรฐานทั่วประเทศ มีระบบส่งต่อเชื่อมโยงกับทีมสหวิชาชีพ พัฒนาระบบเภสัชกรรมยาแผนไทย เพิ่มรายการยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ และให้มีงานบริการการแพทย์แผนไทยในระบบประกันสุขภาพทุกระบบ พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ มีการวิจัยพัฒนาความรู้ทางคลินิกของการแพทย์แผนไทยให้กว้างขวาง พัฒนาระบบการรับรองมาตรฐานคุณภาพงานบริการ ซึ่งประเด็นการพัฒนาดังกล่าว มีความสอดคล้องและเชื่อมโยงกับกรอบแนวทางสำคัญตามยุทธศาสตร์ชาติ ในประเด็นการพัฒนาระบบบริการและระบบบริหารจัดการสุขภาพ ลดความเหลื่อมล้ำด้านการจัดบริการสุขภาพ และรองรับการเป็นสังคมสูงวัย

1.2) แนวทางดำเนินการ

1.2.1) สนับสนุนโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยเพื่อเป็นต้นแบบงานบริการการแพทย์แผนไทยในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค การที่จะนำมาตรฐานการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเข้ามาใช้ในการจัดบริการของหน่วยบริการในสังกัด

กระทรวงสาธารณสุขได้นั้น จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาและมีแหล่งเรียนรู้ จึงเป็นการสมควรอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยเพื่อเป็นต้นแบบของการจัดบริการที่มีมาตรฐาน เป็นศูนย์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถ่ายทอดประสบการณ์การจัดบริการทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

1.2.2) พัฒนาให้มีการให้บริการการแพทย์แผนไทยคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ในโรงพยาบาลของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่าง ๆ มีการให้บริการการแพทย์แผนไทย OPD แบบคู่ขนานโดยให้ประชาชนมีสิทธิเลือกใช้บริการ

และครอบคลุมทุกสิทธิในการรักษาพยาบาล ได้แก่ สวัสดิการข้าราชการ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประกันสังคม รวมทั้งพัฒนางานบริการการแพทย์แผนไทยครบวงจรให้สามารถบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรค และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.2.3) พัฒนาให้การแพทย์แผนไทยเป็นงานบริการหลักในระดับปฐมภูมิ เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองและครอบครัวก่อนเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขโดยรัฐสนับสนุนงบประมาณ กำลังคน และสถานที่ที่เพียงพอ รวมทั้งการเชื่อมโยงที่เหมาะสมส่งต่องานบริการไปจนถึงระดับตติยภูมิ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน และเพื่อลดค่าใช้จ่ายของประชาชนและภาครัฐ

1.2.4) จัดระบบการรับรองมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยและการนวดไทย ครอบคลุมสถานพยาบาลและสถานบริการทั่วประเทศ

1.2.5) ให้มีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรที่การวิจัยรองรับทดแทนยาแผนปัจจุบัน เช่น จันทน์ลีลา แทนยาพาราเซตามอล สหัตถารว แทนยาต้านการอักเสบ ขมิ้นชัน แทนยาลดกรดในกระเพาะ เป็นต้น

2) ปฏิรูปการคุ้มครองภูมิปัญญาไทยให้เป็นมรดกไทยเป็นมรดกโลก

2.1) ประเด็นสำคัญของการปฏิรูปการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย คือ มุ่งพัฒนาระบบสารสนเทศองค์ความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรของประเทศ ตลอดจนพัฒนาบุคลากรเพื่อรองรับงานในระดับนานาชาติ โดยแนวทางการดำเนินการปฏิรูปมีความสอดคล้องกรอบแนวทางสำคัญในยุทธศาสตร์ชาติในประเด็นการจัดระบบอนุรักษ์ ฟื้นฟูและป้องกันการทำลายทรัพยากรธรรมชาติ

2.2) แนวทางการดำเนินการ

2.2.1) พัฒนาระบบสารสนเทศให้เป็นศูนย์กลางข้อมูลที่ได้มาตรฐานเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดย

กรอบยุทธศาสตร์ชาติที่เชื่อมโยง

ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม

มีกรอบแนวทางสำคัญที่เชื่อมโยงกับแนวทางการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย คือ

- การสร้างความมั่นคงและการลดความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจและสังคม
- การพัฒนาระบบบริการและระบบบริหารจัดการสุขภาพ
- การสร้างสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในสังคมสูงวัย

กรอบยุทธศาสตร์ชาติที่เชื่อมโยง

ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

มีกรอบแนวทางสำคัญที่เชื่อมโยงกับแนวทางการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย คือ

- การจัดระบบอนุรักษ์ ฟื้นฟูและป้องกันการทำลายทรัพยากรธรรมชาติ

(1) จัดทำข้อมูลทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และมีรหัสมาตรฐานสากลเชื่อมโยงกับนานาชาติเพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญา และการคุ้มครองพันธุ์พืชสมุนไพรที่กำลังจะสูญพันธุ์ และเพื่อการค้นคว้าต่อยอดในงานวิจัย งานดูแลสุขภาพและส่งเสริมเศรษฐกิจของไทย

(2) พัฒนาระบบสารสนเทศองค์ความรู้ดิจิทัลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของประเทศไทย (Thai Traditional Digital Knowledge System Library: TTDKL) ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ และมีผู้เชี่ยวชาญดูแลระบบ

2.2.2) มีการยกย่องเชิดชูครูภูมิปัญญาพื้นบ้าน โดยการจัดการประกวดหมอไทยดีเด่นแห่งชาติ การประกาศเกียรติคุณ รวมถึงการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางสื่อสารมวลชนหลายแขนง เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ และเครือข่ายอินเทอร์เน็ต เป็นต้น

3) ปฏิรูปอุตสาหกรรมสมุนไพรและการตลาดสู่การแข่งขันในเวทีโลก

3.1) ประเด็นปฏิรูปอุตสาหกรรมสมุนไพรและการตลาด เพื่อสร้างเศรษฐกิจ เพิ่มศักยภาพการแข่งขัน และการพึ่งตนเองทางยา มีการปฏิรูปหน่วยงานกำกับ ดูแล การส่งเสริมการผลิต การแปรรูป และการสร้างนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรในเชิงพาณิชย์ต่อยอดสู่ตลาดโลก ซึ่งมีความสอดคล้องกับกรอบแนวทางสำคัญในยุทธศาสตร์ชาติด้านการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน ทั้งการยกระดับและใช้ประโยชน์จากห่วงโซ่มูลค่า โดยเฉพาะการพัฒนาด้านภาคเกษตรที่เป็นต้นทาง และการพัฒนาผู้ประกอบการอันเป็นกลางทาง และปลายทางที่มุ่งส่งเสริมการตลาดเพื่อให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพ

3.2) แนวทางดำเนินการ

3.2.1) (ต้นทาง) สนับสนุนและส่งเสริมการปลูกและการวิจัยสมุนไพรด้วยมาตรฐาน GACP (Good Agriculture and Collection Practices) โดยกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ร่วมกับกรมป่าไม้ในการยินยอมให้เก็บพืชสมุนไพรในป่า และส่งเสริมให้ประชาชนปลูกทดแทน และการขยายพันธุ์สมุนไพร รวมทั้งการปลูกเพิ่มในพื้นที่ป่าเพื่อให้เป็นแหล่งวัตถุดิบสมุนไพรของประเทศ แก้ปัญหาขาดแคลนวัตถุดิบสมุนไพรร่วมกับกระทรวงวิทยาศาสตร์ในการจัดทำแผนแม่บทการวิจัยผลิตภัณฑ์สมุนไพร และร่วมกับกระทรวงมหาดไทยในการจัดการพื้นที่ในแต่ละจังหวัดเพื่อส่งเสริมการปลูก การพัฒนา

กรอบยุทธศาสตร์ชาติที่เชื่อมโยง

ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขันการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันและการพัฒนาอย่างยั่งยืน

มีกรอบแนวทางสำคัญที่เชื่อมโยงกับแนวทางการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย คือ

- พัฒนาสมรรถนะทางเศรษฐกิจ
โดยพัฒนาประเทศสู่ความเป็นชาติการค้า เพื่อให้ได้ประโยชน์จากห่วงโซ่มูลค่าในภูมิภาค และเป็นการยกระดับไปสู่ส่วนบนของห่วงโซ่มูลค่ามากขึ้น
- พัฒนาภาคเกษตร
โดยเสริมสร้างฐานการผลิตให้เข้มแข็งและยั่งยืน เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของภาคเกษตร ส่งเสริมเกษตรกรรายย่อยให้ปรับไปสู่การทำเกษตรที่ยั่งยืนที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและรวมกลุ่มเกษตรกรในการพัฒนาอาชีพที่เข้มแข็ง และการพัฒนาสินค้าเกษตรที่มีศักยภาพและอาหารมีคุณภาพ สะอาด และปลอดภัย
- ภาคบริการ
โดยขยายฐานการบริการให้มีความหลากหลาย ความเป็นเลิศและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม โดยการยกระดับบริการที่เป็นฐานรายได้เดิม เช่น การท่องเที่ยว และพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพ ธุรกิจบริการด้านการเงิน และธุรกิจบริการที่มีศักยภาพอื่น ๆ เป็นต้น

ผลิตภัณฑ์วิสาหกิจชุมชน OTOP (One District One Products) และ SME (Small and Medium Enterprises) ส่งเสริมการจำหน่าย ให้เป็นพืชเศรษฐกิจของจังหวัด

➢ พัฒนาผู้ประกอบการและเศรษฐกิจชุมชน พัฒนาทักษะผู้ประกอบการ ยกระดับผลิตภาพแรงงานและพัฒนาวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) สู่อุตสาหกรรม วิสาหกิจชุมชนและสถาบันเกษตรกร

3.2.2) (กลางทาง) ส่งเสริม

ให้มีศูนย์แปรรูปวัตถุดิบในชุมชน มีสถานที่ฉายรังสี

ผลิตผลการเกษตรที่เพียงพอต่อการพัฒนาผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปโดยกระทรวงอุตสาหกรรม ส่งเสริมภาคการผลิตโดยคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (BOI) กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ต้องร่วมมือกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจัดทำมาตรฐาน GMP (Good Manufacturing Practices) ของผลิตภัณฑ์สมุนไพร ทั้งยาแผนไทยและผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพจากสมุนไพร

3.2.3) (ปลายทาง) ส่งเสริม การตลาด การแสดงสินค้า สร้างตราสัญลักษณ์

ของผลิตภัณฑ์สมุนไพรของชาติ ด้านอุตสาหกรรมส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีในการผลิต การวิจัยและการพัฒนาเพื่อสร้างองค์ความรู้ให้กับการพัฒนาผลิตภัณฑ์ยาแผนไทยและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรของภาคอุตสาหกรรม สร้างสิ่งแวดล้อมต่อการเพิ่มขีดความสามารถให้กับอุตสาหกรรมยาแผนไทยและผลิตภัณฑ์สมุนไพร เช่น แก๊ซกฎระเบียบที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาอุตสาหกรรม พัฒนาระบบสารสนเทศต่อการพัฒนาอุตสาหกรรม ส่งเสริมสนับสนุนด้านการลงทุนและการคลัง เป็นต้น

ด้านการพัฒนาการตลาดร่วมกับกรมส่งเสริมการส่งออก กระทรวงพาณิชย์ในการส่งเสริมการตลาด การแสดงสินค้า การสร้างตราสัญลักษณ์ของผลิตภัณฑ์สมุนไพรของชาติ แสวงหาตลาดทั้งในและต่างประเทศตามแนวทางเศรษฐกิจสร้างสรรค์ร่วมกับกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา เพิ่มช่องทางการจำหน่าย (Outlet) ผลิตภาพยนตร์เพื่อส่งเสริมการจำหน่าย เชื่อมกับการท่องเที่ยวเพื่อพัฒนาให้เป็น Wellness Hub

3.2.4) วิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีศักยภาพ (Product

Champion) แบบครบวงจรที่มีคุณภาพ ถ่ายทอดเทคโนโลยี สนับสนุนองค์ความรู้ และรับรองมาตรฐาน ให้กับภาคเกษตรและอุตสาหกรรม เพื่อเสริมศักยภาพในการแข่งขันในตลาดโลก

3.2.5) การเร่งรัดจัดทำมาตรฐานสมุนไพรและตำรับยาในรูปแบบ Monograph

เพื่อสร้างการยอมรับด้านคุณภาพของสมุนไพรและช่วยส่งเสริมธุรกิจและอุตสาหกรรมยาสมุนไพรให้เจริญเติบโตและสร้างเศรษฐกิจ โดยให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นเจ้าภาพและร่วมมือกับกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และเครือข่ายสถาบันอุดมศึกษา หรือหน่วยงานวิจัยและวิชาการต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

3.2.6) การพัฒนาศูนย์สนับสนุนทางด้านการศึกษาวิจัยในมนุษย์ (Good

Clinical Practice: GCP) และการพัฒนามาตรฐานห้องปฏิบัติการ (Good Laboratory Practice: GLP) เพื่อการสนับสนุนอุตสาหกรรมยาสมุนไพรเป็นการพัฒนาศักยภาพด้านการประเมินประสิทธิภาพความปลอดภัยและคุณภาพของสมุนไพรให้สูงขึ้นเพื่อสร้างความยอมรับในผลิตภัณฑ์และช่วยส่งเสริมอุตสาหกรรมยาสมุนไพรให้เจริญเติบโต โดยให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นเจ้าภาพและร่วมมือกับกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และเครือข่ายสถาบันอุดมศึกษา หรือหน่วยงาน

วิจัยและวิชาการต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

3.2.7) การสร้างศูนย์พัฒนาตำรับยา (Pharmaceutics Center) เพื่อการสนับสนุนอุตสาหกรรมยาสมุนไพร เป็นศูนย์พัฒนาตำรับยาแผนโบราณให้ทันสมัย โดยปรับรูปแบบยา การใช้เทคโนโลยีใหม่ทางเภสัชกรรมสมัยใหม่ การพัฒนาเทคโนโลยีการสกัดสมุนไพร การพัฒนามาตรฐานการผลิตยาที่ดี (GMP) ควบคู่กับการให้กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร่วมมือกับเครือข่ายคณะเภสัชศาสตร์ สถาบันอุดมศึกษา หรือหน่วยงานวิจัยและวิชาการต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง

3.2.8) การสร้างศูนย์พัฒนาเครื่องจักรกลสมุนไพร (Traditional Medicine Engineering Center) เพื่อการสนับสนุนอุตสาหกรรมยาสมุนไพรเป็นศูนย์พัฒนาเครื่องจักรกล ระบบควบคุมการผลิต สำหรับอุตสาหกรรมสมุนไพร โดยให้กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร่วมมือกับสถาบันวิจัยเกษตรวิศวกรรม กรมวิชาการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เครือข่ายคณะเภสัชศาสตร์ สถาบันอุดมศึกษา หรือหน่วยงานวิจัยและวิชาการต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง

4) ปฏิรูประบบการวิจัยและการจัดการองค์ความรู้จากภูมิปัญญาไทยและยาจากสมุนไพร เพื่อสร้างความมั่นคงทางยาและเศรษฐกิจของชาติ

4.1) ประเด็นปฏิรูปการวิจัยและองค์ความรู้จากภูมิปัญญาไทยและยาจากสมุนไพร เพื่อนำภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยไปใช้ประโยชน์อย่างแท้จริง ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง รวมถึงการปฏิรูปอุตสาหกรรมยาจากสมุนไพร เพื่อสร้างความมั่นคงทางยาและเศรษฐกิจของชาติ โดยจำเป็นต้องมี**แผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาอุตสาหกรรมการผลิตสมุนไพรอย่างครบวงจร** สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของประเทศและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง อาทิ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาสมุนไพร ยุทธศาสตร์การให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพของอาเซียน (Medical Hub) ซึ่งมีความสอดคล้องกับกรอบแนวทางสำคัญในยุทธศาสตร์ชาติที่เน้นพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพ ทั้งนี้ ยุทธศาสตร์เหล่านี้จะนำไปสู่การขับเคลื่อนได้อย่างสอดคล้องกันและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อพัฒนาแหล่งวัตถุดิบ มาตรฐานการผลิต การแปรรูป ควบคุมคุณภาพของสมุนไพรและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ตามมาตรฐาน GAP การผลิตยาจากสมุนไพร ตามมาตรฐานของผู้ผลิตได้มาตรฐานตามหลักเกณฑ์ GMP

สำหรับประเด็นการวิจัยสำคัญที่จะต้องปฏิรูป คือ การเพิ่มศักยภาพในการวิจัยและพัฒนายาจากสมุนไพรและตำรับยาแบบดั้งเดิมที่มีศักยภาพหรือสารสำคัญจากสมุนไพร เพื่อให้เกิดยาใหม่และยาจากตำรับยาแผนไทยทดแทนยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบันแทนการนำเข้ายาจากต่างประเทศ ทำให้ประเทศไทยสามารถพึ่งตนเองได้ในระยะยาว อีกทั้งเป็นการเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันของประเทศ และเพิ่มคุณค่าทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ ยังให้ความสำคัญกับการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้จากภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่จะสร้างมูลค่าเพิ่มแก่ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่นอกเหนือจากการเป็นยาได้แก่ การใช้ทางด้านเป็นผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ (Health Supplements) หรือเพื่อใช้เป็นเวชสำอาง (Cosmeceutical) หรือ“โภชนเภสัช” (Nutraceutical) ที่มีคุณภาพและความปลอดภัย

4.2) แนวทางการดำเนินการ

4.2.1) ปรับกระบวนการวิจัยแนวใหม่โดยใช้ภูมิปัญญาเป็นฐาน ลดระยะเวลาการวิจัยให้สั้นลง เพื่อมุ่งเป้าแก้ปัญหาสุขภาพของชาติและสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจ มีการกำหนดสมุนไพรร่วมกันที่จะพัฒนาให้เป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพรแห่งชาติที่ชัดเจนและแบ่งบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการกัน

4.2.2) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ว่าด้วยการวิจัยและพัฒนาสมุนไพรสู่ผลิตภัณฑ์สร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจของประเทศไทย โดยประสานความร่วมมือของทุกองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งศูนย์ความเป็นเลิศชีววิทยาศาสตร์ สภาวิจัยแห่งชาติ สถาบันวิจัยด้านยาและสมุนไพรต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข องค์การเภสัชกรรม โรงงานเภสัชกรรมทหาร สถาบันการศึกษา และภาคเอกชน จัดทำแผนยุทธศาสตร์ว่าด้วยการวิจัยและพัฒนาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร เพื่อให้เป็นกลไกระดับชาติในการกำกับทิศทางการวิจัยพัฒนาและสมุนไพรที่ชัดเจน ให้นำศักยภาพของแต่ละองค์กรมาเสริมกันผลักดันให้เกิดการวิจัยพัฒนาที่เป็นรูปธรรมเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

5) ปฏิรูปการจัดการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยให้มีคุณภาพ

5.1) ประเด็นการปฏิรูปการจัดการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อให้เกิดการพัฒนาหลักสูตร การจัดการศึกษา การฝึกประสบการณ์วิชาชีพ การฟื้นฟูองค์ความรู้การแพทย์ดั้งเดิม การทวนสอบตำรับตำราเดิม และการถอดองค์ความรู้หมอพื้นบ้าน โดยเน้นการส่งคณาจารย์ตำรับตำราการแพทย์แผนไทย พัฒนาดำเนินการประกอบการเรียนการสอนการแพทย์แผนไทย ปรับปรุงหลักสูตรและการจัดการศึกษาและการฝึกอบรม พัฒนาแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพเพื่อการสอนทางคลินิก พัฒนาระบบการฝึกอบรมการนวดไทยให้มีมาตรฐาน ตลอดจนการสร้างความรู้ให้กับประชาชนที่จะไปสู่การใช้ยาสมุนไพร ซึ่งมีความสอดคล้องกับกรอบแนวทางสำคัญในยุทธศาสตร์ชาติที่ต้องการให้ยกระดับคุณภาพการศึกษาและการเรียนรู้ให้มีคุณภาพ เท่าเทียม และทั่วถึง

ปัจจุบันเริ่มมีบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยปฏิบัติงานอยู่ในระบบสุขภาพของประเทศไทย แต่กำลังคนที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะพัฒนาให้เกิดการบูรณาการงานการแพทย์แผนไทยให้แพร่หลายในระบบบริการสุขภาพของประเทศ บุคลากรส่วนหนึ่งที่มีอยู่ยังขาดความมั่นใจในการทำเวชปฏิบัติตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค สาเหตุสำคัญเนื่องจากการจัดการศึกษาส่วนที่สำคัญของหลักสูตรการผลิตบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย คือ การเรียนการสอนทางคลินิก ซึ่งจำเป็นต้องมีแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ที่เพียงพอสำหรับการทำเวชปฏิบัติด้วยตนเอง สถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาเริ่มมีบทบาทในการผลิตกำลังคน แต่หลายแห่งยังไม่สามารถจัดให้มีงานบริการการแพทย์แผนไทยที่เพียงพอในสถาบันของตนเอง จำเป็นต้องอาศัยงานการแพทย์แผนไทยซึ่งมีอยู่ในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข แต่งานการแพทย์แผนไทยที่มีก็ยังไม่แพร่หลายและบุคลากรสหวิชาชีพในระบบสุขภาพของประเทศยังไม่มีความเข้าใจในการแพทย์แผนไทย เนื่องจากงานการแพทย์แผนไทยไม่ได้อยู่ในระบบภาคีรัฐมานานกว่าแปดทศวรรษ

5.2) แนวทางการดำเนินการ

5.2.1) สังกายนาตำรับตำราการแพทย์แผนไทย เพื่อฟื้นฟูความรู้หลักทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ด้านเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การนวดไทย และผดุงครรภ์ไทย เพื่อให้องค์ความรู้ในการทำเวชปฏิบัติมีความชัดเจน และมีประสิทธิภาพ โดยเร่งรัดการถ่ายทอดฟื้นฟูองค์ความรู้คัมภีร์โบราณ ตำราโบราณ และการชำระองค์ความรู้จากหอให้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอน

5.2.2) พัฒนาตำราประกอบการเรียนการสอนการแพทย์แผนไทย เพื่อการอนุรักษ์และสืบทอดองค์ความรู้ รวมถึงบูรณาการองค์ความรู้ทั้งด้านเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การนวดไทย และผดุงครรภ์ไทย ทั้งด้านการรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ไปสู่การเรียนการสอนเพื่อผลิตแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์

5.2.3) ปรับปรุงหลักสูตรและการจัดการศึกษา การฝึกอบรมเพื่อผลิตกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยให้เข้มแข็ง เพื่อให้กำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยทุกกลุ่มตามมาตรา 12 (2) ใน พ.ร.บ.วิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและมีศักยภาพในการพัฒนางานการแพทย์แผนไทยของประเทศ โดยอาศัยเครือข่ายความร่วมมือสถาบันผลิตกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยร่วมกับสภาการแพทย์แผนไทย

กรอบยุทธศาสตร์ชาติที่เชื่อมโยง

ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน

มีกรอบแนวทางสำคัญที่เชื่อมโยงกับแนวทางการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย คือ

- ยกระดับคุณภาพการศึกษาและการเรียนรู้ให้มีคุณภาพ เท่าเทียม และทั่วถึง

5.2.4) พัฒนาแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพเพื่อการสอนทางคลินิก สนับสนุนงบประมาณเงินอุดหนุนทั่วไป เพื่อให้สถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาบรรจุแพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนไทยประยุกต์เพิ่มเติมให้เพียงพอสำหรับการเป็นกำลังร่วมกับบุคลากรเดิม พัฒนาคุณภาพงานการจัดการศึกษาโดยเฉพาะการเรียนการสอนทางคลินิก โดยเฉพาะงานการกำกับดูแลหรืองานที่เกี่ยวข้องในแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพ โดยบุคลากรของสถาบันการศึกษาจะร่วมมือกับกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกพัฒนางานบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีคุณภาพและมีศักยภาพในการเป็นแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนักศึกษา รวมทั้งการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยในพื้นที่ทุกกลุ่ม ตามมาตรา 12 (2) ของ พ.ร.บ.วิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556

5.2.5) พัฒนาแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพเพื่อการสอนทางคลินิก เพื่อช่วยสนับสนุนการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการรักษาในแผนปัจจุบันได้

5.2.6) พัฒนาระบบการฝึกอบรมการนวดไทยให้มีมาตรฐาน เพื่อการรับรองในระดับประเทศ สร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการทั้งในและต่างประเทศ

5.2.7) ปรับปรุงการศึกษาการแพทย์แผนไทย นวดไทย และสมุนไพร เพิ่มสาระการเรียนรู้เรื่องการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรให้กับนักเรียนระดับพื้นฐานให้อยู่ในการศึกษาระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมต้น เพื่อให้เกิดความรักและหวงแหนวัฒนธรรมของชาติ และใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและดูแลตนเองเบื้องต้น

5.2.8) สร้างความรอบรู้ให้กับประชาชน และสนับสนุนให้ใช้ยาสมุนไพร และการแพทย์แผนไทย ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ด้วยตนเองทุกครัวเรือน

6) ปฏิรูปการพัฒนากำลังคน

6.1) ประเด็นการปฏิรูปการพัฒนากำลังคน เพื่อรองรับงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรทั้งด้านเกษตรสมุนไพร นักวิจัย เกษษกรด้านสมุนไพร การต่างประเทศ การกำกับมาตรฐาน กฎหมายการขึ้นทะเบียน การคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย สมุนไพร เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) และเวทีโลก โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนากำลังคนด้านการวิจัยทางคลินิก ด้านข้อมูล และการสร้างหมอนวดไทยที่มีคุณภาพตามมาตรฐานโลก ทั้งนี้ มีความสอดคล้องกับกรอบแนวทางสำคัญในยุทธศาสตร์ชาติที่มุ่งให้มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคน และพัฒนาบุคลากรภาครัฐ

6.2) แนวทางการดำเนินงาน

6.2.1) พัฒนากำลังคนด้าน

การวิจัยทางคลินิก ส่งเสริมบทบาทบุคลากรด้านแพทย์ แพทย์แผนไทย เกษษกรด้านสมุนไพรและบุคลากรสหวิชาชีพอื่นในการพัฒนาสมุนไพรและตำรับยาจากสมุนไพรให้มีคุณภาพ เพื่อรองรับอุตสาหกรรมยาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร

กรอบยุทธศาสตร์ชาติที่เชื่อมโยง

ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนา ระบบการบริหารจัดการภาครัฐ

มีกรอบแนวทางสำคัญที่เชื่อมโยงกับ แนวทางการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย คือ
➢ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคน และพัฒนาบุคลากรภาครัฐ

6.2.2) การพัฒนากำลังคน

ด้านข้อมูล เพื่อเตรียมความพร้อมในการพัฒนามาตรฐานสมุนไพร และตำรับ ตำรา เพิ่มศักยภาพการแข่งขันและคุ้มครองภูมิปัญญารองรับ AEC และนานาชาติ

6.2.3) สร้างมาตรฐานหมอนวดไทยให้เป็นครูฝึกและผู้ประเมินมาตรฐานทั้งในประเทศและต่างประเทศทั่วโลก

7) ปฏิรูปโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการด้านการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการ

7.1) ประเด็นการปฏิรูปโครงสร้างและกลไก เพื่อให้งานของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องบูรณาการไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีการจัดตั้งกลไกขึ้นมาใหม่ คือ คณะกรรมการขับเคลื่อนการแพทย์แผนไทยและระบบยาสมุนไพรแห่งชาติ รวมทั้งการปฏิรูปกลไกที่มีอยู่เดิม ได้แก่ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สภาการแพทย์แผนไทย และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

7.2) แนวทางดำเนินการ

7.2.1) จัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการแพทย์แผนไทยและระบบยาสมุนไพรแห่งชาติ จากปัญหาในทางปฏิบัติของการขับเคลื่อนการแพทย์แผนไทยและระบบยาสมุนไพรแห่งชาติที่ยังไม่มีการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงจำเป็นต้องมีการผนึกกำลังทุกภาคส่วน (รัฐ เอกชน ประชาชน) โดยมีองค์กรขับเคลื่อนที่สามารถบูรณาการการทำงาน

ได้อย่างเป็นรูปธรรม มุ่งหาแนวทางแก้ปัญหาไปในทิศทางเดียวกัน มุ่งองค์ประกอบทั้งหน่วยงานภาครัฐ และเอกชนที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนมีอำนาจหน้าที่ในการขับเคลื่อนตามแผนปฏิบัติการแพทย์แผนไทย เชื่อมโยงและบูรณาการภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเป็นไปตามแผนพัฒนาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรแห่งชาติที่กำหนดไว้

แนวทางดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการชุดใหม่นี้ จะต้องออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี จัดตั้ง“คณะกรรมการขับเคลื่อนการแพทย์แผนไทยและระบบยาสมุนไพรแห่งชาติ”ประกอบด้วย ภาครัฐ เอกชน และผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่ได้รับมอบหมายเป็นประธาน และอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นเลขาธิการ มีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำแผนงาน บริหารแผนงาน ประเมิน ติดตามการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประสานงานเพื่อเชื่อมโยงและบูรณาการภารกิจของหน่วยงาน ออกกฎหมายและระเบียบเพื่อการขับเคลื่อนตามแนวทางการปฏิบัติการแพทย์แผนไทยและยาสมุนไพรไทย

7.2.2) ปฏิรูปโครงสร้างกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ภายใต้ 3 ยุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการ ยุทธศาสตร์ในการพัฒนากำลังคนทุกภาคส่วน และยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อให้กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นเลขานุการของหน่วยงานกลางในการทำหน้าที่ประสานกระทรวง ทบวง กรม เอกชน และประชาชน ให้เกิดรูปธรรมในการดำเนินงานในเรื่องการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร โดยสามารถรองรับภารกิจทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) การพัฒนากำลังคนทุกภาคส่วนและการกำกับดูแลคุณภาพระบบบริการ 2) การเป็นศูนย์ความร่วมมือการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีด้านยาจากสมุนไพร 3) การส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการศึกษาและพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย การนวดไทย และการแพทย์พื้นบ้านไทย 4) การพัฒนาศูนย์ข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดการความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาไทยระดับชาติ และ 5) ด้านการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

สำหรับแนวทางดำเนินการจัดทำแผนปฏิรูปโครงสร้างและกำลังคน ต้องจัดทำงบประมาณให้สอดคล้องกับการพัฒนากำลังคนให้รองรับกับ AEC และนานาชาติ เพื่อรองรับการแข่งขัน รวมทั้งมีความสอดคล้องกับภารกิจของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย นอกจากนี้ ยังต้องปรับบทบาทของสถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทยในการประสานความร่วมมือการวิจัยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ตลอดจนมีศูนย์ข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านการแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาไทยระดับชาติ รวมถึงการคุ้มครองอนุรักษ์ และส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ภายใต้ พ.ร.บ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542

7.2.3) สร้างความเข้มแข็งให้กับสภาการแพทย์แผนไทย เพื่อให้เป็นหน่วยงานที่มีศักยภาพที่จะกำหนดมาตรฐานการผลิตบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย และการประกอบวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์ ให้เป็นไปตามมาตรฐานและกรอบจรรยาบรรณวิชาชีพ ภายใต้ พ.ร.บ.วิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556

แนวทางการดำเนินงานเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับสภาการแพทย์แผนไทย จะต้องให้การสนับสนุนงบประมาณให้กับสภาการแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ

ทุกปี เช่นเดียวกับสาขาวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อพัฒนามาตรฐานหลักสูตรและการจัดการศึกษา การจัดเลือกตั้ง การจัดสอบความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย การพัฒนาระบบการศึกษาต่อเนื่องสำหรับสมาชิก รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภคในการรับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและยาสมุนไพร

7.2.4) ปฏิรูประบบการขึ้นทะเบียนของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เพื่อส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร โดยมีหน่วยให้คำแนะนำในการ วิจัยพัฒนาและการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรจากการศึกษาวิจัยในประเทศ และมีหน่วยสำหรับการพิจารณาและการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรเป็นการเฉพาะแยกจากผลิตภัณฑ์อื่น

แนวทางการดำเนินงานเพื่อปฏิรูประบบการขึ้นทะเบียน ของ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) จะต้องปรับกระบวนการ (Re-process) ในการขึ้นทะเบียน ดำรับผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรตามแนวทางสากล เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนานวัตกรรมผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร และให้ผลิตภัณฑ์ที่วิจัยในประเทศสามารถขึ้นทะเบียนได้รวดเร็วทันต่อการแข่งขันและความ ต้องการของตลาด โดย

(1) ปรับปรุงหลักเกณฑ์วิธีการการขึ้นทะเบียนยาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ด้วยการปรับหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้รองรับกับการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรแต่ละประเภท เป็นไปตามแนวทางสากลและแนวทางของอาเซียน (ASEAN TMHS Agreements)

(2) พัฒนาระบบการให้คำแนะนำในการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยมีหน่วยงานที่ให้ข้อมูลด้านการวิจัยในประเทศและการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรที่มีการวิจัย ในประเทศให้มีประสิทธิภาพ พร้อมกับการนำผลการศึกษาของคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ โดยเร็ว เพื่อให้เกิดระบบการให้คำแนะนำและการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรที่วิจัยในประเทศ อย่างเป็นรูปธรรมและผลิตภัณฑ์สมุนไพรนาร่องที่พัฒนาในประเทศในโครงการศึกษาวิจัยสามารถได้รับการขึ้นทะเบียนได้อย่างรวดเร็วและเห็นผลในทางปฏิบัติ

(3) พัฒนาระบบข้อมูลพื้นฐานและระบบสารสนเทศเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สมุนไพร เพื่อส่งเสริมในการขึ้นทะเบียนได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และสะดวกต่อการเข้าถึงของประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือ และเข้าถึงโดยสะดวก

8) ปฏิรูปกฎหมายเกี่ยวกับยาจากสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ เพื่อลดอุปสรรคของการขึ้นทะเบียน การควบคุมการโฆษณาและการคุ้มครองผู้บริโภค ควบคู่ไปกับพัฒนากรอบการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและเตือนภัยเกี่ยวกับยาจากสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวทางสำคัญในยุทธศาสตร์ชาติที่เน้นให้มีการปรับปรุงกฎหมายและระเบียบต่าง ๆ ให้ทันสมัย เป็นธรรมและเป็นสากล

8.1) ประเด็นการปฏิรูปกฎหมาย คือ ให้แยกพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับยาและผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพออกจากพระราชบัญญัติยา และพระราชบัญญัติอาหาร รวมทั้งปรับปรุงกฎหมายสำคัญอื่น ๆ ให้ทันสมัย เนื่องจากยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรมีปรัชญาที่แตกต่างจากยาแผนปัจจุบัน จึงเห็นได้ว่า กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่ เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาและผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพจากสมุนไพร ประกอบกับยังมีการกล่าวอ้างสรรพคุณจากสมุนไพร (Health Claim) ขณะที่

สภาพการณ์ปัจจุบันเทคโนโลยีการสื่อสารมีการขยายตัวและเข้าถึงประชาชนอย่างรวดเร็ว มีการโฆษณาเกินจริงโดยมุ่งหวังผลกำไรจากการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ให้ได้มากที่สุด ทำให้ประชาชนได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง เกิดผลกระทบทางลบต่อผู้บริโภค โดยที่ระบบของภาครัฐในการจัดการ และควบคุมสื่อต่าง ๆ ยังไม่มีประสิทธิภาพพอ

8.2) แนวทางการดำเนินการ

8.2.1) ระยะเร่งด่วนแก้ไขกฎหมายรอง กฎกระทรวง ประกาศ คณะกรรมการอาหารและยา หรือคณะกรรมการยา ให้สามารถจัดแจ้ง หรือแจ้งรายละเอียด แทนการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์สมุนไพร ได้แก่ สมุนไพรเดี่ยวที่มีการขึ้นทะเบียนไว้แล้ว สมุนไพรตำรับในบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือบัญชียาอื่นที่คณะกรรมการยาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรกำหนด ให้สอดคล้องกับความหลากหลายในการแข่งขัน ภูมิปัญญา บริบทและวัฒนธรรมของผลิตภัณฑ์ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสมุนไพรใหม่ ๆ ที่จะมีการพัฒนาขึ้น

8.2.2) ผลักดันร่างพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. เพื่อแก้ปัญหาการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพจากสมุนไพร การกล่าวอ้างสรรพคุณ รูปแบบการผลิตยา และการกำกับควบคุมมาตรฐานยาก่อนและหลังการจำหน่าย (Pre and Post Marketing) สามารถคุ้มครองภูมิปัญญา คุ้มครองผู้บริโภค และส่งเสริมศักยภาพการแข่งขัน

8.2.3) แก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 โดยปรับปรุงองค์ประกอบของคณะกรรมการ อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการและกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก การคุ้มครองสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของประชาชนและชุมชน การบริหารจัดการเงินและทรัพย์สินของกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การกำหนดกิจการเกี่ยวกับหนังสือสำคัญและหนังสืออนุญาต การกำหนดบทกำหนดโทษ และอัตราค่าธรรมเนียม เนื่องจากพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 ที่ใช้บังคับอยู่ไม่เหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงบริบทของสังคมอย่างรวดเร็ว และมีการแข่งขันเชิงเศรษฐกิจสูง

8.2.4) สร้างและพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงจากผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

(1) สร้างระบบการเฝ้าระวัง เครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหา เช่น เครือข่ายผู้บริโภค เครือข่ายผู้ประกอบการ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เป็นต้น

(2) ให้ผู้บริโภคและเจ้าหน้าที่เข้าถึงข้อมูลในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ โดยคำนึงถึงคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สมุนไพร

(3) ปรับปรุงกฎระเบียบ กฎหมาย ให้มีประสิทธิภาพในการจัดการผลิตภัณฑ์ที่อันตราย ตลอดจนการโฆษณาที่ไม่เหมาะสม เช่น พ.ร.บ.ผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ.

(4) สร้างระบบการติดตามการตลาดหลังการขาย (Post Marketing) ที่เข้มงวดและมีโทษที่รุนแรง

8.2.5) พัฒนาระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยแบบมีส่วนร่วม เพื่อการเผยแพร่
 อาการไม่พึงประสงค์ของยาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรตามหลักวิชาการโดยคำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น
 อย่างเป็นกลาง

7.4 บทสรุป

แนวทางการปฏิรูปการแพทย์แผนไทยที่นำเสนอดังกล่าว ได้ผ่านการศึกษาที่มีการถกเถียง
 และสังเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดรอบคอบรอบด้านจากกระบวนการมีส่วนร่วมหลายขั้นตอน ทั้งมี
 ความเชื่อมโยงสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะยาว 20 ปี จึงเป็นแนวทางการพัฒนาการแพทย์ไทยที่มี
 ความเหมาะสมต่อสถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต รวมถึงสภาพปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรค
 สำคัญต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้เป็นการแพทย์ในการดูแลสุขภาพคนไทยคู่ขนานไปกับ
 การแพทย์แผนปัจจุบัน

ที่สำคัญ จะเป็นแผนที่นำทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปจัดทำแผนพัฒนาการแพทย์
 แผนไทยและสมุนไพรเฉพาะด้าน รวมถึงแผนปฏิบัติการในระดับกระทรวงและในระดับพื้นที่ที่สามารถนำ
 แนวทางการดำเนินการต่าง ๆ ช่างต้น ไปบรรจุเป็นแผนงาน โครงการ และกิจกรรม เพื่อประโยชน์ต่อ
 การจัดสรรงบประมาณให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันและสามารถนำไปบูรณาการการทำงานร่วมกัน ก่อให้
 เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาการแพทย์แผนไทย
 อย่างมีเอกภาพ สามารถบรรลุเป้าหมายและไปถึงวิสัยทัศน์การพัฒนาประเทศ “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” ได้
 ในอนาคต



บรรณานุกรม

- กระปุกดอทคอม. (ม.ป.ป.). ยาสมุนไพรใคร่เครือ อันตราย! สธ. เตือนห้ามใช้ พบสารก่อมะเร็ง. (ออนไลน์)
[29 ก.ย. 59]; จาก <http://health.kapook.com/view53766.html>
- กมลทิพย์ สุวรรณเดช. (2555). **บันทึกภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน ภาคใต้**. นนทบุรี: สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **คำสั่งกรมพัฒนา
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำรายงาน
การสาธารณสุขไทยด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก
พ.ศ. 2557-2559**. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.
- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **คู่มือการจดทะเบียน
สิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญา
การแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.
- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2559). **รายงานการประชุม
สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 1 ปี 2559**. วันที่ 4 พฤษภาคม 2559.
ณ ห้องประชุม 2 อาคาร 1 ชั้น 2 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวง
สาธารณสุข.
- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2559). **รายงานการประชุม
คณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ครั้งที่ 4/2559**. วันที่ 28
มิถุนายน 2559. ณ ห้องประชุม 2 อาคาร 1 ชั้น 2 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มส่งเสริมพืชสมุนไพรและเครื่องเทศ สำนักส่งเสริมและจัดการสินค้าเกษตร. (2558). **สถานการณ์การผลิต
และการตลาดพืชสมุนไพร**. (ออนไลน์) [19 ก.ย. 59]; จาก [http://www.agriman.doae.go.th/
home/news2/JOB/318_58-032.pdf](http://www.agriman.doae.go.th/home/news2/JOB/318_58-032.pdf)
- กฤตธัช โชติชนะเดชา. (2556). **1 ทศวรรษ พลวัตระบบและกลไกการอนุรักษ์ คุ้มครอง และเฝ้าระวัง
ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และทรัพยากรความหลากหลายทางชีวภาพ**. นนทบุรี:
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- กองการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
(2558). **ทำเนียบหมอพื้นบ้าน**. (ออนไลน์) [5 พ.ค. 59]; จาก [http://indi.dtam.moph.go.th/
index.php?option=com_content&view=featured&Itemid=133](http://indi.dtam.moph.go.th/index.php?option=com_content&view=featured&Itemid=133)

ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ และอุบลวรรณ ขอพิง. (2551). **โรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ : ข้อเสนอการจัดตั้งหน่วยบริการแพทย์แผนไทยเพื่อการสร้างคน สร้างความรู้ และการดูแลสุขภาพแบบพอเพียง**. ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และประพจน์ เกตุราภาส (บรรณาธิการ). *การพัฒนากำลังคน ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย* (หน้า 107-144). นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

ข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการสอบความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ของผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมจากสถาบันหรือสถานพยาบาลที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง พ.ศ. 2557. **ราชกิจจานุเบกษา** เล่ม 131 ตอนพิเศษ 91 ง ลงวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2557

ข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ในการรับรองและการดำเนินการของสถาบันหรือสถานพยาบาลซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้ สำหรับการฝึกอบรมในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2557. **ราชกิจจานุเบกษา** เล่ม 131 ตอนพิเศษ 189 ง ลงวันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2557

คัทลียากรณ์ ไวโอเร็ด. (2552). **การประเมินการใช้ยาจากสมุนไพรและความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการใช้ในโรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่**. การค้นคว้าอิสระสาขาสารสนเทศศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีน. (2553). **ประกาศรับรองสถาบันการศึกษาที่เปิดสอนหลักสูตรการแพทย์แผนจีนในต่างประเทศ จำนวน 31 แห่ง**. นนทบุรี: สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลป์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีน. (2554). **เกณฑ์มาตรฐานการรับรองสถาบันการศึกษาที่จัดการเรียนการสอนหลักสูตรปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญา สาขาการแพทย์แผนจีน พ.ศ. 2554**. นนทบุรี: สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลป์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีน. (2554). **ตำราที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิชาการแพทย์แผนจีน สำหรับผู้ที่ประสงค์จะขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลป์ สาขาการแพทย์แผนจีน พ.ศ. 2554**. นนทบุรี: สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลป์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2555-2559. (2555). **แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2555-2559**. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ.

งานบริการข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านอินเทอร์เน็ต สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2555). **สถิติจำนวนสถานที่ผลิต-นำเข้าอาหารจำแนกตามประเภทอาหารที่อนุญาต ปี พ.ศ. 2555**. (ออนไลน์) [22 มี.ย. 59]; จาก http://fdaolap.fda.moph.go.th/logistics/Stat/Serch_stat.asp?id=stat&pdttpcd_food=FF

จารุวรรณ ธรรมวัตร. (2543). **ภูมิปัญญาอีสาน**. มหาสารคาม: โครงการตำราคณะมนุษยศาสตร์และมนุษยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- ฉันทนา กระฤทธิ, วนิดา ชุมแร่, ภัททิรา ทองศรี, มนตรี ดำรงค์ดี, ธนิดา ขุนบุญจันทร์, สิริลดา พิมพ์า, และคณะ. (2557). **ประสิทธิผลของหมอพื้นบ้านในการรักษาโรคติดต่อทางคลินิก กรณีศึกษา หมอสุทร นิ่มน้อม**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ชัชวาล ชูวา, วุฒิชัย พระจันทร์, และสุวิไล วงศ์ธีรสุด. (2552). **ภูมิปัญญาพื้นบ้าน : ศักยภาพชุมชน บ้านโคกสวาย ในการคุ้มครองและประโยชน์เพื่อดูแลสุขภาพ**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ชมพูนุท พรหมภักดี. (2556). **การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.
- ดารณี อ่อนชมจันทร์. (2550). **องค์ความรู้โตะบิแด (หมอดำแย) ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ดารณี อ่อนชมจันทร์. (2554). **แนวทางสำหรับผู้ปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพแม่และเด็กด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ดารณี อ่อนชมจันทร์ และเสาวณีย์ กุลสมบุรณ์. (2552). **การนวดพื้นบ้านไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ทัศนีย์ ฮาชาไนน์, บัณฑิตย์ พรหมเคี่ยมอ่อน, และสมชาย จิรพินิจวงศ์. (2553). **การฝังเข็ม รมยา เล่ม 2 (การฝังเข็มรักษาโรคที่พบบ่อย)**. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ไทยรัฐออนไลน์. (2557). **สปสช.ชู “การแพทย์แผนไทย” นโยบายปี 2558**. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ. (ออนไลน์) [10 มิ.ย. 58]; จาก <http://www.thairath.co.th /content/459427>.
- ไทยพับลิก้า. (2557). **“ณรงค์ สหเมธาพัฒน์” ปลัดกระทรวงสาธารณสุข แจงสภาพข้อเท็จจริงระบบสุขภาพของไทย**. (ออนไลน์) [18 เม.ย. 59]; จาก <http://thaipublica.org/2014/07/narong-sahametapat-health-care-system-in-thailand/>
- ธนิดา ขุนบุญจันทร์. (2554). **สมุนไพรพื้นบ้านลดความเสี่ยง โรคเบาหวาน ตามภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้าน**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ธนิดา ขุนบุญจันทร์. (2554). **สมุนไพรพื้นบ้านลดความเสี่ยง โรคมะเร็ง ตามภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้าน**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ธนิดา ขุนบุญจันทร์. (2554). **สมุนไพรพื้นบ้านลดความเสี่ยง โรคหัวใจและหลอดเลือด ตามภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้าน**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ธนิดา ขุนบุญจันทร์. (2554). **เห็ดเป็นยา เพื่อสุขภาพ ตามภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้าน**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ธนิดา ขุนบุญจันทร์. (2554). **เห็ดเป็นอาหาร เพื่อสุขภาพ ตามภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้าน**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

- ธนิดา ขุนบุญจันทร์. (2554). **เห็ดเศรษฐกิจ เพื่อสุขภาพ ตามภูมิปัญญาของหมอฟันบ้าน**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ธนิดา ขุนบุญจันทร์, ฉันทนา กระฤกฤทธิ์, สิริลดา พิมพ์า, กฤษณะ คตสุข, อาภากร เตชรัตน์, ละเอียด ปานทอง, และคณะ. (2557). **คู่มือหมอฟันบ้าน ในการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย หลังการรักษา**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ธนิดา ขุนบุญจันทร์, ฉันทนา กระฤกฤทธิ์, สิริลดา พิมพ์า, อาภากร เตชรัตน์, กฤษณะ คตสุข, นภัสกร คงไทย, และคณะ. (2557). **ประสิทธิผลของหมอฟันบ้านในการรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ธนิดา ขุนบุญจันทร์, ฉันทนา กระฤกฤทธิ์, สิริลดา พิมพ์า, อาภากรณ์ เตชรัตน์, กฤษณะ คตสุข, นภัสกร คงไทย, และคณะ. (2557). **ประสิทธิผลของหมอฟันบ้านในการรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ธนิดา ขุนบุญจันทร์, สิริลดา พิมพ์า, ฉันทนา กระฤกฤทธิ์, อาภากร เตชรัตน์, ละเอียด ปานทอง, อาทิตย์ กระอ่อมแก้ว และคณะ. (2557). **การศึกษาศถานการณ์การใช้ภูมิปัญญาหมอฟันบ้านในการรักษา ผู้ป่วยโรคกระดูก**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ธนิดา ขุนบุญจันทร์, ฉันทนา กระฤกฤทธิ์, สิริลดา พิมพ์า, อาภากรณ์ เตชรัตน์, กฤษณะ คตสุข, นภัสกร คงไทย, และคณะ. (2557). **ประสิทธิผลของหมอฟันบ้านในการรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ธวัชชัย เทียนงาม, ประคองศิริ บุญคง, ทรงศักดิ์ สอนจ้อย, ศุภลักษณ์ พักคำ, ศิรินันท์ ตรีมงคลทิพย์, สมนึก สุขัยธนาวิช, และคณะ. (2553). **การศึกษาศถานการณ์ งานวิจัยย้อนหลัง 10 ปี ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- นิตยา พันธุเวทย์ และลินดา จำปาแก้ว. (2558). **ประเด็นสารบรรณรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี พ.ศ.2557**. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- นพมาศ สุนทรเจริญนนท์, วิจิต เปาณิล, สมภาพ ประธานธรรารักษ์, และวารุณี สุนทรเจริญนนท์. (2549). **การสร้างและจัดการความรู้ : อนาคตของการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพร**. ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และประพจน์ เกตุธำมาศ (บรรณาธิการ). **การสร้างและจัดการความรู้ ภูมิปัญญาไทยสุขภาพวิถีไท** (หน้า 168-204). นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ปฐยาวัตติ แฉงเชื้อ และภราดร สามสูงเนิน. (2552). **ภูมิปัญญาพื้นบ้าน : ศักยภาพชุมชนชาวไทย ในการคุ้มครองและประโยชน์เพื่อดูแลสุขภาพ**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

- ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ พ.ศ. 2554. **ราชกิจจานุเบกษา** เล่ม 129 ตอนพิเศษ 54 ง ลงวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2555
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยา แผนโบราณ ตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557. **ราชกิจจานุเบกษา** เล่ม 131 ตอนพิเศษ 53 ง ลงวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2557
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การประกาศกำหนดตำราการแพทย์แผนไทยของชาติและตำรับยาแผนไทย ของชาติ พ.ศ. 2558. **ราชกิจจานุเบกษา** เล่ม 132 ตอนพิเศษ 7 ง ก ลงวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558.
- ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2556. **ราชกิจจานุเบกษา** เล่ม 130. ตอนพิเศษ 126 ง ลงวันที่ 30 กันยายน 2556 : หน้า 195.
- ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ และณัฐวุฒิ ประเสริฐสิริพงศ์. (2559). **นโยบายการพัฒนาและกลไกการขับเคลื่อน ระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ปีงบประมาณ 2559**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (เอกสาร ประกอบการบรรยาย).
- ปราโมทย์ เสถียรรัตน์. (2559). **แนวทางการดำเนินการของแผนขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสาธารณสุข ด้านการแพทย์แผนไทย**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (เอกสาร ประกอบการบรรยาย).
- ปวิศร เลิศธรรมทวี. (2558). **การปรับปรุงกฎหมายทรัพยากรชีวภาพเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน**. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจจากฐานชีวภาพ (มหาชน).
- ผู้จัดการออนไลน์. (2556). **แพทย์แผนไทยฯ เผยตัด “ไคร้ไครือ” ออกจากตำรับยา**. (ออนไลน์) [29 ก.ย. 59]; จาก <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9560000001265>
- พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2549). **การสร้างและจัดการความรู้ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาบริการการแพทย์นอกกระแสหลัก : การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- พจิณญา จิระเสถียรพงศ์ และรุจิรา อรรถสิริข. (2547). **บทเรียนหนึ่งปี ศูนย์เรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านไทย ในชุมชน**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479. **ราชกิจจานุเบกษา** เล่ม 54 ลงวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2480.
- พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 9) พ.ศ. 2530. **ราชกิจจานุเบกษา** เล่ม 104 ตอนที่ 220 ฉบับพิเศษ ลงวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2530.
- พระราชบัญญัติคุ้มครองพันธุ์พืช พ.ศ. 2542. **ราชกิจจานุเบกษา** เล่ม 116 ตอนที่ 118 ก ลงวันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2542.
- พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556. **ราชกิจจานุเบกษา** เล่ม 130 ตอนที่ 10 ก ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557.

- พรทิพย์ เดิมวิเศษ, บุชราภรณ์ ธนสีลังกูร, ธนาธิป ฉิมแพ และขวัญเรือน จันทิ. (2555). **ประมวลสรรพคุณสมุนไพรไทย** (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ภาควิชาเภสัชพฤกษศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2554). **รางจืด-สมุนไพรแก้พิษและล้างพิษ**. (ออนไลน์) [25 มิ.ย. 58]; จาก <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/46/>
- ภาณุมาศ ชัดเงางาม. (2557). **กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย : แนวคิดและบทวิเคราะห์**. นนทบุรี: โครงการส่งเสริมการแต่งตำรา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ภราดร สามสูงเนิน และคณะ. **ครอบครัวฉัน รู้ทัน โรคเบาหวาน**. (2553). นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ภราดร สามสูงเนิน และสมักร สมแวง. (2555). **บันทึกภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- มีชัย จริยะธนวิรัช. (2543). **ภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านในการรักษาโรคกระดูกหัก ศึกษากรณีอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม**. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. มหาสารคาม.
- มณฑกา ชีรชัยสกุล และฐานทพวงศ์ จันดี. (2559). **การประเมินประโยชน์และความปลอดภัยของยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขที่ผลิตยาตามมาตรฐาน GMP**. เอกสารประกอบการนำเสนอผลงานวิชาการ ในงานประชุมวิชาการระดับชาติฉลองครบรอบทศวรรษสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ครั้งที่ 1 วันที่ 26 มกราคม 2559. มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2555). **รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2553**. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- มูลนิธิสุขภาพไทย. (ม.ป.ป.). **สภามือเมืองเจียงฮาย**. (ออนไลน์) [7 มิ.ย. 58]; จาก <http://www.thaihof.org/knowledge/article/detail/2679>
- ยศ สัตตสมบัติ. (2542). **ความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน**. เชียงใหม่: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เย็นจิตร เตชะดำรงสิน, อุทัย โสธนะพันธุ์, นพมาศ สุนทรเจริญนนท์, และคณะ. (2555). **มาตรฐานสมุนไพรจีนในประเทศไทย : จือจื่อ (ลูกพุด)**. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เย็นจิตร เตชะดำรงสิน. (2546). **รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการนำร่องสำรวจพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรจีนเพื่อลดการนำเข้า**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- เย็นจิตร เตชะดำรงสิน. (2548). **แนวทางการผลิตวัตถุดิบปัญจขันธ์ในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: ร้านพุ่มทอง.
- เย็นจิตร เตชะดำรงสิน. (2550). **การพัฒนาสมุนไพรแบบบูรณาการ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- เย็นจิตร เตชะดำรงสิน. (2554). **พัฒนาการการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- เย็นจิตร เตชะดำรงสิน. (2554). **ศาสตร์ยาสมุนไพรจีน**. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เย็นจิตร เตชะดำรงสิน . (2556). **หนึ่งทศวรรษการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย พ.ศ. 2545-2555**. กรุงเทพฯ: สานึกการพิมพ์.
- ร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) (สรุปย่อ)**. (2559). (ออนไลน์) [24 เม.ย. 59]; จาก http://www.prachinburi.go.th/news_paked_total/2559/mar59/yutched20years.pdf
- รายงานผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ประจำปีงบประมาณที่ 2/2558**. (2558). (ออนไลน์) [17 เม.ย. 58]; จาก <http://obt.nhso.go.th/obt/news?id=561>
- รัชนี้ จันทร์เกษ, ปารณัฐ สุขสุทธิ, มาลี สิทธิเกรียงไกร, วรณา จารุสมบุรณ์, และสุพัตรา สันทนานุการ. (2548). **เรียนรู้และเข้าใจหมอพื้นบ้าน**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- รัชนี้ จันทร์เกษ, ปารณัฐ สุขสุทธิ, พรทิพย์ เตมวิเศษ, เสาวณีย์ กุลสมบุรณ์, เทวัญ ธานีรัตน์, และสมศักดิ์ กริชชัย. (2556). **สถานการณ์การวิจัย การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก**. ใน สมชัย นิจนานิช (บรรณาธิการ). **รายงานการสาธารณสุขไทยด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก 2554-2556** (หน้า 212-213). นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- รัชนี้ จันทร์เกษ, ไพโรจน์ ประมวล, และพรชัย อุตรักษ์. (2557). **ความหลากหลายของพรรณพืช สถานภาพ และการกระจายพืชสมุนไพรของกลุ่มป่าภูพาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย**. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 12(1). หน้า 17-30.
- รัชนี้ จันทร์เกษ, จิราพร ลิ้มปานานนท์, ปารณัฐ สุขสุทธิ. (2552). **บูรณาการการแพทย์แผนไทย : บทบาทวัดกับการดูแลสุขภาพชุมชน**. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 7(2-3). หน้า 169-180.
- รัชนี้ จันทร์เกษ, มณีนภา สังข์ศักดิ์ดา, ปรียา มิตรานนท์. (2559). **สถานการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทย ปี 2552, 2554, 2556**. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 10(2). หน้า 103-116.
- รุจิณาด อรรถสิขุ และคณะ. (2553). **แนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านสำหรับผู้ปฏิบัติงาน**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
- รุจิณาด อรรถสิขุ, เสาวณีย์ กุลสมบุรณ์ และอรจิรา ทองสุกมาก. (2550). **รูปแบบการใช้ภูมิปัญญาโตะบิแดในการดูแลสุขภาพแม่และเด็กในชุมชนและภาครัฐ**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- รุจิณาด อรรถสิขุ. (2551). **การศึกษาองค์ความรู้หมอพื้นบ้าน ระบบคิด และแบบแผนการใช้สมุนไพรพื้นบ้านเชื่อมโยงกับป่าและแหล่งสมุนไพรพื้นบ้าน**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.
- รุจิณาด อรรถสิขุ. (2553). **การดูแลรักษาโรคเบาหวาน ด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

- รุจิณาด อรรถสิขฐ. (2554). **ผักพื้นบ้านและอาหารพื้นบ้าน มิติสุขภาพและเศรษฐกิจชุมชน**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.
- รุจิณาด อรรถสิขฐ. (2558). **การศึกษาและพัฒนารูปแบบการรับรองสถานภาพหมอฟันบ้านระดับท้องถิ่น แบบมีส่วนร่วม**. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- ลือชา วรรัตน์, อำนาจ เดชะ, ชีระยุทธ อินตะเสน, และคณะ. (2553). **คู่มือการผลิตเห็ดหลินจือและสปอร์ เห็ดหลินจือตามแนวทางเกษตรดีที่เหมาะสม**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ องค์การทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- เลิศชาย ศิริชัย. (2552). **บทสังเคราะห์ศูนย์เรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านไทย**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- วันดี กฤษณพันธ์. (2539). **สมุนไพรน่ารู้**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชัย โชควิวัฒน์ และสันติสุข โสภณสิริ. **พ่อนานอินสม ลิทธิตัน หมอไทยดีเด่นแห่งชาติ พ.ศ. 2557**. (2557). นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- วิจิต เปานิล. (2551). **การศึกษาคุณค่าและมูลค่าของสมุนไพรพื้นบ้านต่อการพัฒนาระบบการผลิตยาสมุนไพรและเศรษฐกิจชุมชน**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- วิฑูรย์ เลี่ยนจำรูญ. (2551). **การศึกษาความเคลื่อนไหวของกระแสโลกาภิวัตน์และความหลากหลายทางชีวภาพ**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- วิทเชษฐ พิชัยศักดิ์, สุรัชย์ ปัญญาพฤตพงศ์, ยลชัย จงจิระศิริ, ศักดิ์สิทธิ์ มหารัตนวงศ์. (2557). **คู่มือหมอฟันบ้านในการรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังการรักษา**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- วิลาวัลย์ จีประเสริฐ, เย็นจิตร เตชะดำรงสิน, นพมาศ สุนทรเจริญนนท์, และคณะ. (2554). **มาตรฐานสมุนไพรจีนในประเทศไทย : ขวณขยง (โกฐหัวบัว)**. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วิวิธ วงศ์ทิพย์. (2557). **แนวทางการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นของไทย : ศึกษาเปรียบเทียบประเทศไทยกับประเทศอินเดีย**. *วารสารสิทธิปริทัศน์*, 28(87), หน้า 323-344.
- ศิริวรรณ นาคมุข, นฤมล สุขพันธ์, และสุวิไล วงศ์ธีรสุด. (2552). **ภูมิปัญญาพื้นบ้าน : ศักยภาพชุมชนทุ่งตาชะ ในการคุ้มครองและประโยชน์เพื่อดูแลสุขภาพ**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ศยามล ไกยูรวงศ์. (2551). **บทเรียน-ประสบการณ์ของภาคประชาสังคม/ชุมชนในการดูแลจัดการฐานทรัพยากร**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.
- ศูนย์ข้อมูลสมุนไพร สถาบันวิจัยสมุนไพร. (2556). **รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เตรียมผลักดันตำรับยาหม้อ “พัทธะปัตตะ” รักษาโรคตับแข็ง และตำรับยา “วรรณฉวี-เทพรังษี” รักษาโรคสะเก็ดเงิน**. (ออนไลน์) [29 ก.ย. 59]; จาก http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_herbal/news_detail.php?cat=L&id=96

ศูนย์ข้อมูล&ข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง (Thai Civil Rights and Investigative Journalism). (2557).

สถานการณ์งานวิจัยสมุนไพรร. (ออนไลน์) [20 มิ.ย. 59]; จาก <http://tcijthai.com/tcijthainews/view.php?ids=4229>

ศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ.

(2550). **รายงานผลการศึกษารอบความคิดการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นไทย**. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ.

ศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ.

(2550). **รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการยกร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นไทย พ.ศ....** กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ.

สิริรักษ์ อารทรากร. (2555). **แนวทางการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านรักษาผู้ถูกกักใน**

สถานบริการ. กรุงเทพฯ: ร้านพิมพ์ทอง.

สุพัตรา สันทนทานุกการ และคณะ. (2552). **บทเรียนศูนย์เรียนรู้การแพทย์พื้นบ้าน ปี 2546-2548**. นนทบุรี:

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.

สุพิน ภูสง่า, อาทิตย์ เลิศล้ำ, และพจีกาญจน์ จิระเสถียรพงศ์. (2552). **ภูมิปัญญาพื้นบ้าน : ศักยภาพชุมชน**

เหล้ากลาง ในการคุ้มครองและประโยชน์เพื่อดูแลสุขภาพ. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วีระวรรณ ตันติพิพัฒน์สกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และ ราณี

พรมานะจิรัฐกุล. (2541). **เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด**. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 3, หน้า 4-15.

เสาวณีย์ กุลสมบุญ. (2555). **สถานการณ์และความเคลื่อนไหวด้านการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านไทย**

ประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

เสาวณีย์ กุลสมบุญ และคณะ (บรรณาธิการ). (2548). **บทเรียนเครือข่ายภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทยอีสาน**.

นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

เสาวณีย์ กุลสมบุญ และคณะ. (2555). **รายงานผลการวิจัยโครงการทบทวนสถานการณ์การส่งเสริมการใช้**

และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2542. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

เสาวณีย์ กุลสมบุญ และประกอบ อุบลขาว. (2554). **คู่มือการประเมินหมอพื้นบ้าน (พิมพ์ครั้งที่ 2)**. นนทบุรี:

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

เสาวณีย์ กุลสมบุญ และรุจิราภรณ์ อรรถสิษฐ์. (2550). **สถานภาพและทิศทางการวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้าน**

ด้านสุขภาพ. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

เสาวณีย์ กุลสมบุญ และรุจิราภรณ์ อรรถสิษฐ์. (2555). **การศึกษาและพัฒนาระบบรับรองสถานภาพทางกฎหมาย**

ของหมอพื้นบ้าน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

เสาวณีย์ กุลสมบุรณ์, สิริรักษ์ อารทรากร, และอรจิรา ทองสุกมาก. (2555). **แผนพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน พ.ศ. 2555-2559**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). **แนวทางการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน**. นนทบุรี: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).

สถาบันการแพทย์แผนไทย (2559). **คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในคลินิกบริการการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร**. นนทบุรี: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).

สถาบันการแพทย์ไทย-จีน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2559). **บัญชีรหัสกลุ่มโรค อาการ และหัตถการด้านการแพทย์แผนจีน**. นนทบุรี: สวินิกการพิมพ์.

สถาบันการแพทย์ไทย-จีน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2559). **คู่มือ การบันทึกเวชระเบียนและการให้รหัสสำหรับการวินิจฉัยโรค และหัตถการแพทย์แผนจีน**. นนทบุรี: สวินิกการพิมพ์.

สถาบันการแพทย์ไทย-จีน เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (2554). **รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2554**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันการแพทย์ไทย-จีน เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (2554). **รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2555**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันการแพทย์ไทย-จีน เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (2555). **รางวัลเชิดชูเกียรติบุคคลที่ทำคุณประโยชน์ให้แก่วงการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2555**. กรุงเทพฯ: ร้านพุ่มทอง.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. (2544). **ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. (2557). **ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2555**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ตะวันออก.

สมาคมแพทย์จีนในประเทศไทย. (2553). **แพทย์จีนในประเทศไทย 2553**. กรุงเทพฯ: โบนัส พรีเมส.

สมาคมแพทย์จีนแห่งประเทศไทย. (2556). **แพทย์แผนจีนในประเทศไทย 2556**. นนทบุรี: โสมเพรส พลัส.

สมชัย นิจนานิช, รัชณี จันทรเกษ, ขวัญชัย วิศิษฐานนท์, และสมศักดิ์ กริชชัย. บรรณาธิการ. (2556). **รายงานการสาธารณสุขไทย ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก 2554-2556**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

สมชาย ชินวานิชเจริญ. (2552). **การศึกษารูปแบบของการจัดระบบสุขภาพท้องถิ่น ของกลุ่มอาการความเจ็บป่วยที่หมอพื้นบ้านยังดำรงการดูแลรักษาอยู่**. (ออนไลน์) [7 มิ.ย. 58]; จาก<https://www.gotoknow.org/posts/312651>

สำนักกฎหมาย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2558).

พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง. นนทบุรี: โรงพิมพ์พิมพ์ทอง.

สำนักกรรมการธิการ 3. (2559). รายงานของคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ เรื่อง “การปฏิรูปการแพทย์แผนไทยและระบบยาสมุนไพรแห่งชาติ พร้อมร่างพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ.... และร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย (ฉบับที่...) พ.ศ.... กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. 58 หน้า. (เอกสารฉบับร่างอัดสำเนา).

สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2554). **องค์ความรู้การดูแลผู้ป่วย อัมพาตของหมอพื้นบ้าน.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **คู่มือประกอบระเบียบกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ว่าด้วยการออกหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555.** นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย. (2557). **การศึกษาสถานการณ์การใช้ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระราชูปถัมภ์.

สำนักงานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (ม.ป.ป.). **ฟ้าทะลายโจร.** (ออนไลน์) [25 มิ.ย. 58]; จาก <http://www.medplant.mahidol.ac.th/pubhealth/androg.html>

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2552). **แนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ.** กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2558). **ทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12.** กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืชอันเนื่องมาจากพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (ม.ป.ป.). **กล้วยน้ำว้า.** (ออนไลน์) [25 มิ.ย. 58]; จาก http://www.rspg.or.th/plants_data/herbs/herbs_13_1.htm

สำนักงานความหลากหลายทางชีวภาพด้านป่าไม้ กรมป่าไม้. (2555). **ความหลากหลายสู่ความยั่งยืนของผืนป่าในพื้นที่ป่าชุมชน อำเภอเชิงฉะเชิงเทรา จังหวัดอุบลราชธานี.** กรุงเทพฯ: อักษรสยามการพิมพ์. หน้า 3 -14.

สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2557). **การเข้าถึงและการแบ่งปันผลประโยชน์.** กรุงเทพฯ: วงศ์สว่างพับลิชชิง แอนด์ พริ้นติ้ง.

สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2558). เอกสารประชุมคณะอนุกรรมการ
อนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ ครั้งที่ 1/2558 เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2558
สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). การสำรวจพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองด้วยแพทย์แผนไทยและสมุนไพร
ของครัวเรือน พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555-2558). รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุน
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (ออนไลน์) [28 ส.ค. 59]; จาก <http://dw.nhso.go.th/dw>

สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ สำนักงานกองทุนประกันสังคม. (2556-2559). ข้อมูลสถิติกองทุนประกัน
สังคม. (ออนไลน์) [28 ส.ค. 59]; จาก <http://www.sso.go.th/wpr/category.jsp?lang=th&cat=800>

สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2557). สถิติใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาทั่ว
ราชอาณาจักร ประจำปี 2557. (ออนไลน์) [22 มิ.ย. 59]; จาก http://drug.fda.moph.go.th/zone_search/files/sea001_d19.asp

อัจฉรา เชียงทอง, สุกัญญา ฉายาขวลิต, และณัฐพล สุวัชรังกูร. (2559). การพัฒนาระบบบริการสาขา
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (Service plan). นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์
แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.

อัมพาพรรณ พงศ์ผลาดิสัย และเอกชัย ปัญญาวัฒนากุล. (2554). การศึกษา สังเคราะห์ และจัดระบบ
องค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านในการรักษาสัตว์พิษกัดและงูกัด. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์
แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ และภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์. (2556). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง พ.ศ. 2555. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำปี 2556, 44(51), หน้า 801-808.

อรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์, ประมวล ปาละก้อน, กาญจนา แสงรัตน์, ดร.ณิ เลิศปรีชา, ประพจน์ บุญมี, สายพันธ์
พึ่งพระคุ้มครอง และคณะ. (2553). คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือ
พื้นที่. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

อรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์, พรหมมินทร์ หอมหวาน, วีระชัย ก้อนมณี, ประมวล ปาละก้อน, กาญจนา แสงรัตน์,
พนมศักดิ์ เอมอยู่ และคณะ. (2557). คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
หรือพื้นที่ (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2557). กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

อรจิรา ทองสุกมาก และสมักร สมวาง. (2555). บันทึกภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน ภาคกลาง. นนทบุรี:
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

อรพินท์ ครุฑจับนาค. (2555). บันทึกภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน ภาคเหนือ. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์
แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

เอกชัย ปัญญาวัฒนากุล. (2557). การศึกษาสถานการณ์และการรักษาพิษงูด้วยตำรับยาโลดทะนงแดง.
นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.

- Bureau of Sanatorium and Art of Healing, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2009). **The Practice of the art of healing Act B.E. 2542 (1999)**. Bangkok: Royal Gazette: The War Veterans Organization of Thailand Press.
- Central Registrar's office, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2010). **Bureau of protection of Thai traditional medicine wisdom and herb**. (Internet) [2010, Dec 21]; Available from <http://ptmk.dtam.moph.go.th/reg/summary>
- Gerard, B. K., & Gemma, B. F. (2007). **Traditional, complementary and alternative medicine: policy and public health perspectives**. London: Imperial College Press.
- Global Industry Analysts, Inc. (2015). **The global herbal supplements and remedies market trend, drivers & projections**. (Internet) [2015, Apr 26]; from http://www.strategyr.com/MarketResearch/Herbal_Supplements_and_Remedies_Market_Trends.asp
- Jutthaphutti, A. (2008). **WHO congress on traditional medicine 6-9 November 2008 Beijing, China**. Nonthaburi: Department for Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health.
- Jutthaphutti, A. (2012). **Health service system and education system of Traditional medicine in ASEAN**. Bangkok: Translate from Traditional Medicine and Health Care Coverage.
- Legal Division, Department for Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health. (2009). **The Protection and promotion of traditional Thai medicine wisdom Act B.E. 2542 (1999) and Related Laws**. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand Press.
- Office of the National Economics and Social Development Board. (2006). **Estimated cost for education and public health in five years time**. (Internet) [2009, Jul 20]; Available from http://www.ssnet.doae.go.th/ssnet2/knowledgebase/KB_NOK/Ex_Health/index.html.
- Onasanwo, S. A., Emikpe, B. O., Ajah, A. A., & Elufioye, T. O. (2013). **Anti-ulcer and ulcer healing potentials of *Musa sapientum* peel extract in the laboratory rodents**. *Pharmacognosy Research*, 5(3), 173–178.
- Thai Traditional Medicine Working Group, Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health. (n.d.). **Thai traditional medicine**. Bangkok: the express transportation organization of Thailand Press (ETO).
- WHO. (2013). **“WHO Traditional Medicine Strategies 2014- 2023”**. Hongkong: World Health Organization.

World Stroke Organization. (2015). **World Stroke Campaign 2014 - 2016**. (Internet) [cited 2015, Jun 10]; Available from <http://www.worldstrokecampaign.org/about-the-world-stroke-campaign.html>.

Yan, Y. & Ke, R. (2006). **Medicine and health care among Chinese ethnic minorities**. China: China Intercontinental Press.

สำเนาฉบับ

คำสั่งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ที่ ๒๕๕ / ๒๕๕๘

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำรายงานการสาธารณสุขไทย

ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๘

ด้วย กระทรวงสาธารณสุข โดย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้จัดทำโครงการจัดทำรายงานการสาธารณสุขไทย ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๘ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลและความรู้ ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกของประเทศไทย ระหว่างพ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๕๘ เพื่อจัดทำต้นฉบับรายงานข้อมูลที่สำคัญที่วิเคราะห์และสังเคราะห์จัดทำเป็นสารสนเทศเพื่อนำสู่การใช้ประโยชน์อ้างอิงเชิงวิชาการทั้งฉบับภาษาไทยและฉบับภาษาอังกฤษ และเพื่อเป็นกระบวนการพัฒนาระบบเครือข่ายข้อมูล ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

ดังนั้น เพื่อให้การจัดทำรายงานการสาธารณสุขไทย ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๘ บรรลุวัตถุประสงค์ จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำรายงานการสาธารณสุขไทย ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๘ โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. คณะกรรมการ

๑.๑ องค์ประกอบ

- | | |
|---|-----------|
| ๑) นายวิชัย โชควิวัฒน์ | ที่ปรึกษา |
| ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ | |
| ๒) นายประพจน์ เกตุราภาส | ที่ปรึกษา |
| ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขสาขาพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ | |
| ๓) นายธวัชชัย กมลธรรม | ประธาน |
| อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | |
| ๔) นายปภัสสร เจียมบุญศรี | รองประธาน |
| รองอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | |
| ๕) นายประสัท ทรายธารทิพย์ | รองประธาน |
| รองอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | |
| ๖) นางเย็นจิตร์ เตชะดำรงสิน | กรรมการ |
| วิทยาลัยการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม | |
| ๗) นางสาวพินทุสร เหมพิสุทธิ | กรรมการ |
| รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| ๘) ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร | กรรมการ |
| กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | |
| ๙) ผู้อำนวยการสำนักงานวิชาการแพทย์ดั้งเดิมระหว่างประเทศ | กรรมการ |
| กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | |

๑๐) ผู้อำนวยการ....

- | | |
|--|----------------------------|
| ๑๐) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| ๑๑) ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ทางเลือก
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| ๑๒) ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| ๑๓) ผู้อำนวยการกองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| ๑๔) ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| ๑๕) ผู้อำนวยการกองการแพทย์พื้นบ้านไทย
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| ๑๖) ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนากำลังคน
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| ๑๗) ผู้อำนวยการกองพัฒนาและบริการวิชาการ
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| ๑๘) ผู้อำนวยการสำนักงานสื่อสารองค์กร
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| ๑๙) ผู้อำนวยการกองคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและพื้นบ้านไทย
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| ๒๐) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| ๒๑) หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาวิชาการด้านเภสัชกรรมไทย
สถาบันการแพทย์แผนไทย | กรรมการ |
| ๒๒) นางสาวรัชณี จันทร์เกษ
ผู้อำนวยการสำนักงานข้อมูลและคลังความรู้ | กรรมการและเลขานุการ |
| ๒๓) นายวิชัย จันทร์กิตติวัฒน์
สำนักงานข้อมูลและคลังความรู้ | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๒๔) นายวัฒนศักดิ์ ศรีรุ่ง
ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนเขตสุขภาพและบริหารโครงการพิเศษ | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๒๕) นายสมศักดิ์ กริชชัย
ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

๑.๒ อานาจหน้าที่

- ๑) กำหนดกรอบและวางแนวทางโครงสร้างเนื้อหาารายงานการสาธารณสุขไทย (Thai Traditional and Alternative Health Profile) ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๙
- ๒) ประสานผู้ทรงคุณวุฒิ ในการเขียนต้นฉบับรายงานการสาธารณสุขไทย ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๙ ในแต่ละบท

๓) เผยแพร่...

- ๓) ตรวจสอบ คัดเลือกและปรับปรุง การนำเสนอเนื้อหาในแต่ละบทของรายงานการสาธารณสุขไทย ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๙ ฉบับภาษาไทย
- ๔) ตรวจสอบ การแปลต้นฉบับ เนื้อหารายงานการสาธารณสุขไทย ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๙ ฉบับภาษาอังกฤษ
- ๕) จัดพิมพ์หนังสือรายงานการสาธารณสุขไทย ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๙ ฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- ๖) เผยแพร่รายงานการสาธารณสุขไทย ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๙ ฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- ๗) แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน เพื่อจัดทำต้นฉบับรายงานการสาธารณสุขไทย ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๙ ฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- ๘) อื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๕๘

(นายวิชาชัย กมลธรรม)
อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก

ร่าง ๒๙
พิมพ์ ๒๙
ตรวจ ๒๙

