

รายงาน

การศึกษาและพัฒนาสถานภาพทางสังคมและทางกฎหมาย

๗๐๑

หมอพื้นบ้าน



คณะผู้วิจัย

รุจิราภ	อรรถสิทธิ์
เสาวณีย์	กุลสมบุญ
ยงศักดิ์	ตันติปิฎก
กุลสุมา	ศรียากุล
อรจิรา	ทองสุขมาก
วราภรณ์	ดอนแก้ว

ภายใต้การสนับสนุน

สถาบันสุขภาพวิถีไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก

บทคัดย่อ

1. หลักการและเหตุผล

ในประเทศไทยมีหมอพื้นบ้านจำนวนมาก และยังคงเป็นที่พึ่งด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยทางกายและทางใจในชุมชนชนบท แต่หมอพื้นบ้านยังคงไม่มีสถานภาพทางกฎหมาย ในปี พ.ศ. 2547 ภายใต้ พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 (1)(ค) เปิดช่องทางการประเมินและรับรองบุคคลที่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้านหรือหมอพื้นบ้าน ทำให้หมอพื้นบ้านมีโอกาสนในการขึ้นทะเบียนและได้รับใบประกอบโรคศิลปะ สาขากาพย์แผนไทย นับเป็นการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้านอย่างเป็นทางการ จากการดำเนินงานที่ผ่านมาแนวทางดังกล่าวมีทั้งผลสำเร็จและข้อจำกัดอย่างเป็นทางการ ข้อจำกัดสำคัญ คือ กลไกและกระบวนการการประเมินและรับรองหมอพื้นบ้าน เป็นกลไกส่วนกลางที่มีอำนาจเบ็ดเสร็จ ขาดการมีส่วนร่วมของภาคสังคมและชุมชน นอกจากนี้ ยังมีความจำเป็นในการขยายความคิด กลไก และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมบทบาทของหมอพื้นบ้าน ภายใต้หลักการการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐและภาคสังคม

2. วัตถุประสงค์

2.1 ศึกษาและทบทวนนโยบายและสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้านในประเทศไทยและต่างประเทศ

2.2 ศึกษาบทเรียน ความสำเร็จ และข้อจำกัดของแนวทางและกระบวนการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้านไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2547 – 2553

2.3 พัฒนาข้อเสนอแนะด้านนโยบายและด้านยุทธศาสตร์การส่งเสริมบทบาทและสถานภาพทางกฎหมายและทางสังคมของหมอพื้นบ้านในอนาคต

3. ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย คือ การวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรม การสร้างเครื่องมือ (แบบสอบถามและแนวทางการสัมภาษณ์) เก็บข้อมูลจาก 3 กลุ่มหลัก คือ กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มคณะกรรมการวิชาชีพสาขากาพย์แผนไทย / คณะอนุกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย และกลุ่มหมอพื้นบ้านที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ สาขากาพย์แผนไทย ตาม พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ ปี พ.ศ. 2542 มาตรา 33 (1)(ค) จากนั้นจึงสรุปและสังเคราะห์งานวิจัย

4. ผลการศึกษา

จากการศึกษาสถานภาพทางกฎหมายของการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือก พบว่า นานาประเทศมีการกำหนดรูปแบบและสถานภาพทางกฎหมายของการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือกแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขทางประวัติศาสตร์สังคม การยอมรับทางสังคม การปฏิสัมพันธ์ทางการแพทย์ และการวางสถานะของการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือกของแต่ละประเทศ และจากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2548 พบว่า ประเทศสมาชิกจำนวนร้อยละ 32 มีนโยบายระดับชาติด้านการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือก และประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ร้อยละ 38 มีกฎหมายและการกำกับดูแลการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือก (54 ประเทศในจำนวนสมาชิกทั้งหมด 191 ประเทศ) และสถานการณ์ปัจจุบันกฎหมายและการกำกับดูแลทางกฎหมายของ

การแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือกสามารถจำแนกเป็น 4 ระบบ คือ (1) ระบบแบบเดี่ยว (The Exclusive System) (2) ระบบแบบยอมรับบางส่วน (The Tolerant System) (3) ระบบคู่ขนาน (The Parallel System) และ (4) ระบบแบบบูรณาการ (The Integrated System) อย่างไรก็ตาม ท่ามกลางกระแสโลกาภิวัตน์ทำให้ประเทศที่ใช้ระบบการแพทย์แบบเดี่ยวนี้น้อยลงทุกขณะ ระบบแบบที่ 2, 3 และ 4 มีแนวทางการส่งเสริมที่สลับซับซ้อนมากขึ้น

สำหรับสถานภาพทางกฎหมายของผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม (Legal Status of Traditional Medicine Practitioners) ผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมของแต่ละประเทศมีคำศัพท์ที่เรียกแตกต่างกัน โดยทั่วไปจำแนกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ ผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมที่ผ่านการอบรมแบบไม่เป็นทางการ (Master-Apprenticeship Training) และผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมที่ผ่านการอบรมแบบทางการ (Formal Training) ประเทศส่วนใหญ่มุ่งสู่การบ่มเพาะและการฝึกฝนบุคลากรการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือกโดยการอบรมแบบทางการเพื่อพัฒนามาตรฐานและคุณภาพการแพทย์แบบดั้งเดิม อย่างไรก็ตาม ผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมที่ผ่านการอบรมแบบไม่เป็นทางการยังคงดำรงอยู่ในหลายประเทศ และจากการศึกษาบทเรียนการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของการแพทย์แบบดั้งเดิม ในกรณีศึกษา 4 ประเทศ คือ ประเทศสหภาพเมียนมาร์ ประเทศสาธารณรัฐอินโดนีเซีย ประเทศสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม และประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน พบว่า กฎหมายเกี่ยวกับการแพทย์แบบดั้งเดิมของ 4 ประเทศมีความแตกต่างกัน แต่ละประเทศมีกฎหมายและการกำกับดูแลทั้งผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิมแบบทางการและแบบไม่เป็นทางการ สำหรับการรับรองทางกฎหมายต่อผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบไม่เป็นทางการ พบว่า 3 ประเทศ ประกอบด้วย ประเทศสหภาพเมียนมาร์ ประเทศสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม และประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน มีช่องทางและกระบวนการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพและให้ใบอนุญาตให้การรักษาผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ (Formal License) โดยที่ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนต้องผ่านการสอบก่อนได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เนื้อหา ระยะเวลา และสถานที่การฝึกอบรมมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ส่วนประเทศสาธารณรัฐอินโดนีเซียมีช่องทางเพื่อให้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพกับหมอแผนดั้งเดิมโดยองค์กรด้านกฎหมายระดับจังหวัดและอำเภอ นอกจากนี้ยังพบว่า กลไกที่เกี่ยวข้องกับการรับรองทางกฎหมายของ 2 ประเทศ มีองค์กรภาคเอกชนสาธารณสุขประโยชน์เข้าร่วมมีบทบาทการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม โดยประเทศสหภาพเมียนมาร์มีสมาคมการแพทย์แบบดั้งเดิมเมียนมาร์ และประเทศสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนามมีสมาคมการแพทย์แบบดั้งเดิมเวียดนาม และสหภาพการแพทย์และเภสัชกรรมเวียดนาม

สำหรับในประเทศไทย กฎหมายและการกำกับดูแลการแพทย์แผนไทย เริ่มครั้งแรกในปี พ.ศ. 2466 และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องตราเป็น พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ในปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยจำแนกเป็น 2 ประเภท คือ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ สำหรับหมอพื้นบ้านเป็นบุคคลที่มีการสืบทอดความรู้และประสบการณ์จากบรรพบุรุษหรือคนรุ่นเก่า และมีบทบาทดูแลสุขภาพโรคในท้องถิ่น ประกอบด้วย หมอยาสมุนไพร หมอกระดูก หมอตำแย และหมอผีกรรม ในปี พ.ศ. 2553 มีรายงานว่า หมอพื้นบ้านมีจำนวน 50,591 คน หมอส่วนใหญ่ไม่มีใบประกอบโรคศิลปะและไม่มีสถานภาพทางกฎหมาย ต่อมาในปี พ.ศ. 2547 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กระทรวงสาธารณสุข มีการริเริ่มและส่งเสริมให้หมอพื้นบ้านได้รับสถานภาพทางกฎหมาย เพื่อให้หมอพื้นบ้านได้รับการเชิดชูเกียรติ และได้สิทธิทางกฎหมายในการรักษาโรคแบบพื้นบ้าน ผลสำเร็จและกระบวนการเพื่อรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน ประกอบด้วย (1) โครงสร้างและกลไกรับผิดชอบ ประกอบด้วย คณะกรรมการวิชาชีพ สาขากายการแพทยแผนไทย และคณะอนุกรรมการวิชาชีพด้านการแพทยพื้นบ้านไทย (2) กระบวนการดำเนินงานรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การเสนอชื่อและออกหนังสือรับรองบุคคลที่มีประสพการณด้านการแพทยพื้นบ้าน ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการประเมินความรู้อและจรรยาบรรณ ขั้นตอนที่ 3 การขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายการแพทยแผนไทย (3) ผลสำเร็จ ปี พ.ศ. 2547 – 2552 หมอพื้นบ้านได้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากายการแพทยแผนไทย จำนวน 44 คน ปี พ.ศ. 2553 – 2554 หมอพื้นบ้านได้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากายการแพทยแผนไทย จำนวน 56 คน

ปัจจัยกำหนดความสำเร็จ มี 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านกฎหมายและนโยบายและปัจจัยการบริหารกระบวนการรับรองทางกฎหมายของหมอพื้นบ้านและ ข้อจำกัดของการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน มี 3 ด้าน คือ (1) กฎหมายและกลไกด้านกฎหมายรวมศูนย์อำนาจอยู่ที่ส่วนกลาง (2) กระบวนการรับรองทางกฎหมายต่อหมอพื้นบ้านยังคงมีความจำกัด และไม่สอดคล้องกับสถานการณ์จริง (3) องค์ความรู้และระบบการแพทยพื้นบ้านมีเอกลักษณ์เฉพาะถิ่นและแตกต่างจากการแพทยแผนไทย

จากการศึกษาความคิดเห็นต่อรูปแบบและกลไกการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน ของกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม พบว่า

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้บริหาร มีแนวคิดและมุมมองต่อการพัฒนาการแพทยพื้นบ้าน ดังนี้

- (1) การส่งเสริมและพัฒนาการแพทยพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพชุมชน
- (2) การส่งเสริมบทบาทหมอพื้นบ้านที่เชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพ
- (3) บทเรียนตามภารกิจในการดำเนินการประเมินหมอพื้นบ้าน
- (4) ระบบสนับสนุน
- (5) ข้อเสนอแนะ
 - (5.1) การจัดระบบองค์ความรู้
 - (5.2) การเตรียมบุคลากร
 - (5.3) ปฏิรูปกลไกการประเมิน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มคณะกรรมการวิชาชีพสาขากายการแพทยแผนไทย และกลุ่มคณะอนุกรรมการวิชาชีพด้านการแพทยพื้นบ้านไทย จำนวน 7 คน กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เห็นด้วยกับแนวคิดและกระบวนการเสนอชื่อ กระบวนการรับรองและกระบวนการประเมินหมอพื้นบ้านตาม พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ มาตรา 33 (1)(ค) กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ เห็นว่าการแพทยพื้นบ้านมีทั้งความเหมือนและความแตกต่างจากการแพทยแผนไทย และเห็นด้วยว่าสมควรประเมินหมอพื้นบ้านเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากายการแพทยแผนไทย ประเภทหมอพื้นบ้านไทย และมีกลุ่มเป้าหมาย 1 คน เสนอว่าอาจใช้กระบวนการเดิม และระบุที่ไปประกอบโรคศิลปะว่า “การแพทยแผนไทย หมอพื้นบ้าน ตามมาตรา 33 (1)(ค)” และกลุ่มเป้าหมายยังมีข้อเสนอแนะให้กรมพัฒนาการแพทยแผนไทยและการแพทยทางเลือก มอบ “ใบเชิดชูเกียรติ” หรือ “ใบรับรอง” หรือ “ใบคุ้มครอง” ให้หมอพื้นบ้านที่มีประสพการณและสามารถรักษาโรค และ

ส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย และกระจายอำนาจและสร้างกลไกระดับพื้นที่ให้มีบทบาทรับรอง และประเมินหอพื้นบ้านได้

กลุ่มที่ 3 กลุ่มหอพื้นบ้านที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย ตาม พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ ปี พ.ศ. 2542 มาตรา 33 (1)(ค) จำนวน 72 คน หอพื้นบ้านเกือบทั้งหมดมีความรู้สึกเชิงบวกต่อการได้ใบประกอบโรคศิลปะและรู้สึกว่ามีปัญญาของบรรพบุรุษได้รับการยกย่องและยอมรับ และหอพื้นบ้านรู้สึกกว้างใจ สบายใจ และจะได้ช่วยเหลือรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย หอพื้นบ้านเกือบทั้งหมด ประเมินตนเองว่าเหมาะสมที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ เพราะเป็นหอพื้นบ้านที่ช่วยเหลือชุมชนเป็นเวลานาน มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์การรักษาโรค และอยากสืบทอดวิชาต่อไป และหอพื้นบ้านเกือบทั้งหมด เห็นว่าวิธีการประเมินเหมาะสม เพราะประเมินจากประสบการณ์ ความรู้และความสามารถที่แท้จริง ภายหลังจากการได้รับใบประกอบโรคศิลปะ หอพื้นบ้านตั้งใจจะปรับปรุงสถานที่ ระบบบันทึกข้อมูล การดูแลผู้ป่วย และการถ่ายทอดความรู้ และมีหอพื้นบ้านจำนวน 29 คน ต้องการเปิดสถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอแนะให้ภาครัฐ / กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้คุ้มครอง อนุรักษ์ และเปิดโอกาสให้หอพื้นบ้านช่วยเหลือและรักษาผู้ป่วยในชุมชน ตลอดจนสนับสนุน / ดูแลหอพื้นบ้านอย่างต่อเนื่อง

5. ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาในอนาคต จำแนกเป็น

1. ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

(1) การพัฒนามาตรการด้านกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง การดำเนินการประเมินเพื่อรับรองสถานภาพของหอพื้นบ้าน ในปัจจุบันควรให้ความสำคัญกับความเฉพาะเอกลักษณ์ของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ที่อิงความรู้และประสบการณ์ของแต่ละท้องถิ่น ซึ่งแตกต่างจากการแพทย์แผนไทย ที่อิงตำรากลาง ดังนั้น การเพิ่มประเภทการแพทย์พื้นบ้านไทย เป็นอีกหนึ่งประเภทในสาขาการแพทย์แผนไทย ในพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 เป็นสิ่งที่สอดคล้องกับมาตรการในธรรมนูญ ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 หมวด 7 ว่าด้วยการส่งเสริม สนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก อื่น ๆ ซึ่งระบุในข้อ 64 ว่า “ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง พัฒนามาตรการทางกฎหมายและมาตรการอื่น ๆ เพื่อรับรองสถานภาพของหอพื้นบ้าน”

(2) การพัฒนากลไกและกระบวนการประเมินและรับรองสถานภาพหอพื้นบ้าน ปัจจุบันเป็นกลไกและกระบวนการประเมินที่รวมศูนย์อำนาจการจัดการที่ส่วนกลาง ภายใต้งานของบริบทด้านสังคม วัฒนธรรม ความแตกต่างหลากหลาย ควรให้ความสำคัญของการดำเนินการโดยอาศัยหลักการกระจายอำนาจ และการมีส่วนร่วมของภาคีที่เกี่ยวข้องในท้องถิ่น ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ศึกษาความเป็นไปได้ในการ “ก่อรูปกลไกและกระบวนการการประเมินและรับรองสถานภาพหอพื้นบ้านในระดับท้องถิ่น”

(3) การพัฒนามาตรการรับรองหอพื้นบ้าน ในรูปแบบอื่น ๆ ควบคู่กันไป กลุ่มหอพื้นบ้านที่ยังไม่ได้ผ่านกระบวนการรับรองทางกฎหมาย โดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย

และการแพทย์ทางเลือก มอบ “ใบเชิดชูเกียรติ” หรือ “ใบรับรอง” หรือ “ใบคุ้มครอง” ให้หมอพื้นบ้านที่มีประสิทธิภาพ สามารถรักษาโรคและส่งเสริมสุขภาพได้

2. ข้อเสนอแนะด้านวิชาการ

(1) ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการรวบรวม สังคายนา และจัดระบบองค์ความรู้ การแพทย์พื้นบ้านในแต่ละภูมิภาค เพื่อใช้สำหรับเป็นระบบความรู้ ใช้อ้างอิงในการประเมินหมอพื้นบ้าน และพัฒนาการใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านต่อไป โดยระบบสนับสนุนด้านงบประมาณที่เพียงพอ

(2) พัฒนาแผนงานสนับสนุนการปฏิบัติการด้านการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในท้องถิ่นที่อยู่นอกภาครัฐ ทั้งด้านงบประมาณ และวิชาการ

(3) การพัฒนากำลังคน ให้มีการพัฒนาสมรรถนะและทักษะ เพื่อให้หมอพื้นบ้านมีความเข้มแข็ง



คำนำ

รายงาน “การศึกษาและพัฒนาสถานภาพทางสังคมและทิศทางทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน” เล่มนี้ เกิดจากการทำงานรับรองสถานภาพหมอพื้นบ้าน ตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ในช่วง พ.ศ.2553-2554 ซึ่งมีกระบวนการพิจารณาสหัตถิตามกฎหมายโดยกลไกของส่วนกลาง ในขณะที่การแพทย์พื้นบ้านเป็นการใช้ความรู้ ใช้ทรัพยากรเฉพาะถิ่น ความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับวัฒนธรรม ชชาติพันธุ์ในพื้นที่นั้นๆ อีกทั้งหมอพื้นบ้านทั่วประเทศมีจำนวนมาก เป็นข้อจำกัดส่วนหนึ่งของส่วนกลางทำให้ไม่สามารถตอบสนองการรับรองสถานภาพทางกฎหมายได้ครอบคลุม รวดเร็ว ดังนั้นจากบทเรียนการทำงานทำให้เห็นถึงสถานการณ์ว่า การรับรองสถานภาพหมอพื้นบ้าน ควรพัฒนาสถานภาพทางสังคมและทิศทางทางกฎหมายของหมอพื้นบ้านไปพร้อมกัน ร่วมกับการส่งเสริมบทบาทของท้องถิ่นในการรับรองสถานภาพหมอพื้นบ้าน

เนื้อหาในรายงานเล่มนี้ คณะผู้วิจัยมีเป้าหมายสำคัญในการทบทวนสถานการณ์และแนวทางการรับรองสถานภาพทางกฎหมายในต่างประเทศและประเทศไทย และผลการศึกษาและพัฒนาสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน เพื่อใช้ประโยชน์สำหรับนักวิชาการ และเครือข่ายสุขภาพในการทำงานด้านการแพทย์พื้นบ้าน หากมีข้อเสนอแนะประการใด คณะผู้วิจัยยินดีอย่างยิ่งที่จะได้รับข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นจากท่าน ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย

กันยายน 2554

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ

คำนำ

บทที่ 1 บทนำ

1. ความเป็นมา	12
2. วัตถุประสงค์	13
3. กรอบแนวคิดการวิจัย	13
4. ระเบียบวิธีการวิจัย	16
5. ระยะเวลา	16
6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ	16
7. คณะผู้รับผิดชอบ	16

บทที่ 2 การทบทวนสถานการณ์และแนวทางการรับรองสถานภาพทางกฎหมาย ของการแพทย์แบบดั้งเดิมในต่างประเทศและประเทศไทย

ส่วนที่ 1 นโยบายและแนวทางการรับรองสถานภาพทางกฎหมาย

ของการแพทย์แบบดั้งเดิม : ภาพรวม

1. ความเป็นมา	17
2. นโยบายระดับชาติด้านการแพทย์ดั้งเดิม / การแพทย์แบบเสริม / การแพทย์ทางเลือกในต่างประเทศ	17
3. สถานภาพทางกฎหมายของการแพทย์แบบดั้งเดิม	
3.1 บทนำ	18
3.2 สถานการณ์ทางกฎหมายของผู้ให้การรักษา ทางการแพทย์แบบดั้งเดิม	21
3.3 สถานภาพทางกฎหมายของผลิตภัณฑ์การแพทย์แบบดั้งเดิม	25

ส่วนที่ 2 บทเรียนการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของการแพทย์แบบดั้งเดิม ในกรณีศึกษา 4 ประเทศ

กรณีศึกษาที่ 1 การแพทย์แบบดั้งเดิม ประเทศสหภาพเมียนมาร์

1. บทนำ	26
2. นโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ	27
3. สถานภาพทางกฎหมายของการแพทย์แบบดั้งเดิม	
3.1 สถานภาพทางกฎหมายของผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิม	30
3.2 สถานภาพทางกฎหมายของยาสมุนไพร	30
4. บทเรียนการพัฒนาและส่งเสริมการแพทย์แบบดั้งเดิมในชุมชน	30

กรณีศึกษาที่ 2 การแพทย์แบบดั้งเดิม ประเทศสาธารณรัฐอินโดนีเซีย

1. บทนำ	31
2. นโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ	32
3. สถานภาพทางกฎหมายของการแพทย์แบบดั้งเดิม	

3.1 สถานภาพทางกฎหมายของผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิม	33
3.2 สถานภาพทางกฎหมายของยาสมุนไพร	35
4. บทเรียนการพัฒนาและส่งเสริมการแพทย์แบบดั้งเดิมในชุมชน	36
กรณีศึกษาที่ 3 การแพทย์แบบดั้งเดิม ประเทศสาธารณรัฐ สังคมนิยมเวียดนาม	
1. บทนำ	37
2. นโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ	38
3. สถานภาพทางกฎหมายของการแพทย์แบบดั้งเดิม	
3.1 สถานภาพทางกฎหมายของผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิม	39
3.2 สถานภาพทางกฎหมายของยาสมุนไพร	43
4. บทเรียนการพัฒนาและส่งเสริมการแพทย์แบบดั้งเดิมในชุมชน	43
กรณีศึกษาที่ 4 การแพทย์แผนจีน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน	
1. บทนำ	44
2. ประวัติศาสตร์และพัฒนากการแพทย์แผนจีน	45
3. ความหมายและการจำแนกประเภทของการแพทย์แบบดั้งเดิม ของจีน	46
3.1 การแพทย์แผนจีน	47
3.2 การแพทย์ชนชาติ หรือ การแพทย์ชาติพันธุ์ส่วนน้อย	49
3.3 การแพทย์พื้นบ้าน	50
4. นโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ	50
5. สถานภาพทางกฎหมายของการแพทย์แบบดั้งเดิม	
5.1 สถานภาพทางกฎหมายของผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิม	51
5.2 สถานภาพทางกฎหมายของยาสมุนไพร / ยาจีน	54
6. บทเรียนการพัฒนาและส่งเสริมการแพทย์แบบดั้งเดิมในชุมชน	56
ส่วนที่ 3 ความเป็นมาและการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของ การแพทย์แบบดั้งเดิมประเทศไทย	
1. บทนำ	58
2. นโยบาย / ยุทธศาสตร์การพัฒนากการแพทย์แผนไทย	61
3. กฎหมายและการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของ ผู้ให้การรักษาทางกการแพทย์แผนไทย (การแพทย์พื้นบ้านไทย)	62
3.1 โครงสร้าง / กลไกความรับผิดชอบทางกฎหมาย	64
3.2 กระบวนการดำเนินงานรับรองสถานภาพ ทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน	65
3.3 ผลการดำเนินงาน	68
3.4 ปัจจัยกำหนดความสำเร็จ ตลอดจนปัญหาและข้อจำกัด	69

บทที่ 3 ผลการศึกษา เรื่อง การศึกษาและพัฒนาสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน

กลุ่มที่ 1	กลุ่มผู้บริหารระดับสูง กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	75
กลุ่มที่ 2	กลุ่มคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย และคณะกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย	
	1. ข้อมูลทั่วไป	79
	2. ความคิดเห็นต่อการพัฒนาสถานะทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน	80
	3. ความคิดเห็น / ข้อเสนอแนะต่อสำนักงานการแพทย์พื้นบ้านไทย	81
กลุ่มที่ 3	กลุ่มหมอพื้นบ้านที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย ปี พ.ศ. 2547 – 2553	
	1. ข้อมูลทั่วไป	84
	2. ความเป็นมาและบทบาทปัจจุบันของหมอพื้นบ้าน	85
	3. ความคิดเห็นต่อวิธีการประเมินและได้รับใบประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย	91
	4. การเปลี่ยนแปลงภายหลังจากที่หมอพื้นบ้านได้รับใบประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย	94
บทที่ 4	บทสรุปและข้อเสนอแนะ	97
เอกสารอ้างอิง		110

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงจำนวนของหมอแผนโบราณ ประเทศอินโดนีเซีย ปี พ.ศ. 2538	34
ตารางที่ 2 แสดงการจำแนกรายการและประเภทของแหล่งสมุนไพรจีน	55
ตารางที่ 3 แสดงความเหมือนและความต่างระหว่างการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน	82
ตารางที่ 4 แสดงระยะเวลาในการรักษาผู้ป่วยของหมอพื้นบ้าน	85
ตารางที่ 5 แสดงเหตุจูงใจในการเรียนวิชาของหมอพื้นบ้าน	86
ตารางที่ 6 แสดงจำนวนผู้ป่วยของหมอพื้นบ้านในปี พ.ศ. 2553	89
ตารางที่ 7 แสดงค่าตอบแทนในการรักษาโรคของหมอพื้นบ้าน ในปี พ.ศ. 2553	90
ตารางที่ 8 แสดงความคิดเห็นของหมอพื้นบ้านเกี่ยวกับวิธีการสืบทอดภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน	91
ตารางที่ 9 แสดงความรู้สีก่อนที่หมอพื้นบ้านจะได้รับใบประกอบโรคศิลปะ	93
ตารางที่ 10 แสดงความตั้งใจของหมอพื้นบ้านที่จะปรับปรุงสถานที่และบทบาทภายหลังการได้รับใบประกอบโรคศิลปะ	94

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	15
แผนภูมิที่ 2 แสดงกระบวนการประเมินและขึ้นทะเบียนผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้าน	67

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมา

จากรายงานกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2553 ประเทศไทยมีหมอพื้นบ้านจำนวน 50,591 คน จำนวนเฉลี่ย 667 คนต่อจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ 21 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2553) และสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2553 องค์กรด้านวัฒนธรรม อันหมายถึง องค์กรชุมชนด้านการแพทย์แผนไทย / นวด ด้านหมอพื้นบ้าน ด้านผักพื้นบ้าน ด้านเหล้าพื้นบ้าน และด้านศิลปวัฒนธรรม มีทั้งหมดจำนวน 1,943 องค์กรแสดงให้เห็นจำนวนและการรวมตัวของหมอพื้นบ้าน หมอพื้นบ้านไทยเป็นที่พึ่งด้านสุขภาพภายในชุมชนและชุมชนใกล้เคียงมาช้านาน มีบทบาทดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยทางกายและทางใจที่มีขอบเขตกว้างขวาง ตัวอย่างเช่น ภาวะกระดูกหัก โรคอัมพฤกษ์ – อัมพาต ภาวะหญิงหลังคลอด การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ / เอ็น / เส้น ริดสีดวงทวาร นิ่ว โรคเด็ก แมลงหรือสัตว์มีพิษกัด – igit แมงป่อง แมงมุม ต่อ แตน ฯลฯ มะเร็ง เบาหวาน หรือความเจ็บป่วยในท้องถิ่น เช่น ลมผัดเดือน (ภาคเหนือ) อาการกินผัก / ชะล่า (ภาคอีสาน) เป็นต้น หมอพื้นบ้านมีการเรียนวิชาและสะสมความชำนาญจากครูอาจารย์ และเรียนรู้ด้วยตนเอง มีอายุมากและยังขาดลูกศิษย์สืบทอดวิชา

การดูแลสุขภาพสุขภาพและโรคของหมอพื้นบ้าน มีลักษณะช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน และมีลักษณะเฉพาะที่สัมพันธ์กับบริบททางสังคมวัฒนธรรม และระบบนิเวศน์ท้องถิ่น โดยทั่วไป สังคมและกฎหมายของภาครัฐจึงอนุโลมให้หมอพื้นบ้านรักษาโรคได้ในชุมชน ตามความรู้และความชำนาญ หากมิได้มีลักษณะหลอกลวงหรือเอาเปรียบผู้ป่วย ต่อมาในปี พ.ศ. 2547 กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ดำเนินการภายใต้พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 (1)(ค) ให้มีการรับรองสิทธิการประกอบโรคศิลปะของหมอพื้นบ้าน โดยกำหนดคุณสมบัติของหมอพื้นบ้านที่มีประสบการณ์การรักษาโรคมามากกว่า 20 ปี สามารถขอขึ้นทะเบียนและได้รับการประเมินเพื่อเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาเวชกรรมไทย ตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 (1)(ค) และปัจจุบันหมอพื้นบ้านที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะมีจำนวน 39 คน นับเป็นการรับรองสถานทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน และเป็นการให้เกียรติและยอมรับบทบาทการดูแลสุขภาพสุขภาพของหมอพื้นบ้านมายาวนาน แนวทางดังกล่าวดำเนินการมาระยะหนึ่ง พบว่า แนวทางและกระบวนการรับรองสิทธิลักษณะนี้มีทั้งผลสำเร็จ และข้อจำกัด ข้อจำกัดและอุปสรรคส่วนหนึ่ง คือ กลไกและกระบวนการพิจารณาสิทธิตามกฎหมายเป็นกลไกส่วนกลาง สังคมและชุมชนขาดการมีส่วนร่วม และการแพทย์พื้นบ้านมีระบบคิด การวินิจฉัยและการรักษาโรคที่มีอัตลักษณ์เฉพาะถิ่น โดยอาศัยการนวดแบบพื้นบ้าน สมุนไพรท้องถิ่นและพิธีกรรมที่เชื่อมโยงกับสังคมวัฒนธรรม กลไกส่วนกลางจะมีความจำกัดในการรับรู้และเข้าใจการแพทย์พื้นบ้านเฉพาะถิ่น นอกจากนี้จำนวนหมอพื้นบ้านมีจำนวนมาก กระบวนการและกลไกส่วนกลางไม่สามารถตอบสนองได้อย่างเหมาะสมและครอบคลุม และยังมีแพทย์แผนโบราณที่มีการรักษาโรคแบบเชิงพาณิชย์ต้องการอาศัยช่องทางนี้เพื่อได้รับใบประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทย โดยไม่ต้องผ่าน

การสอบและประเมินความรู้ความสามารถด้านการแพทย์แผนไทย เกิดภาวะที่กลไกส่วนกลางมีอำนาจแบบเบ็ดเสร็จ และเกิดผลประโยชน์ทับซ้อนได้ง่าย ดังนั้น การรับรองสถานะทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน ควรมีการขยายความคิด และกลไกการส่งเสริมบทบาทของหมอพื้นบ้าน ภายใต้หลักการการมีส่วนร่วมของภาคสังคมและกระจายอำนาจนั้นคือ การพัฒนารูปแบบการรับรองสถานภาพทางสังคมของหมอพื้นบ้าน ไปพร้อมกับการรับรองสถานภาพทางกฎหมายในระดับพื้นที่ พร้อมทั้งเรียนรู้ประสบการณ์และบทเรียนของนานาชาติในการส่งเสริมบทบาทการรักษาโรค การรับรองสิทธิการรักษาโรคและส่งเสริมเครือข่ายทางสังคมของหมอพื้นบ้าน เพื่อให้หมอพื้นบ้านในสังคมไทยสามารถรวมตัว เรียนรู้และดูแลรักษาสุขภาพให้กับสมาชิกชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรีและยั่งยืน

2. วัตถุประสงค์

2.1 ศึกษาและทบทวนนโยบายและสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้านในประเทศไทยและต่างประเทศ

2.2 ศึกษาบทเรียน ความสำเร็จ และข้อจำกัดของแนวทางและกระบวนการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้านไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2547 – 2553

2.3 ศึกษาและพัฒนารูปแบบและกลไกการรับรองสถานภาพทางกฎหมายและทางสังคมของหมอพื้นบ้านในระดับพื้นที่

2.4 ศึกษาและเสริมพลังเครือข่ายหมอพื้นบ้านในระดับพื้นที่

2.5 พัฒนาข้อเสนอแนะด้านนโยบายและด้านยุทธศาสตร์การส่งเสริมบทบาทและสถานภาพทางกฎหมาย และทางสังคมของหมอพื้นบ้านในอนาคต

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

โครงการวิจัยนี้มีเป้าหมายสำคัญ คือ การส่งเสริมสถานภาพด้านสังคมและด้านกฎหมายของหมอพื้นบ้านด้านดูแลรักษาสุขภาพอย่างมีศักดิ์ศรี ประกอบด้วย 2 แนวทาง คือ การศึกษาการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน และการศึกษาและพัฒนารูปแบบการรับรองสถานภาพทางสังคม และทางสังคมของหมอพื้นบ้านในระดับพื้นที่ (ดูแผนภูมิที่ 1) มีรายละเอียดดังนี้

3.1 การศึกษาการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน แนวทางการทำงานลักษณะนี้มีการดำเนินงานมาเป็นระยะเวลา 7 ปี และมีผลสำเร็จและความจำกัดส่วนหนึ่ง จึงเห็นสมควรศึกษาและทบทวนสถานการณ์เพื่อพัฒนาแนวทาง และกระบวนการให้มีความเหมาะสมเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น รูปแบบงานวิจัยเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีประเด็นศึกษา คือนโยบายและบทเรียนที่เกี่ยวข้อง โครงสร้างและกลไกรับผิดชอบ กระบวนการรับรอง ผลสำเร็จ ความจำกัดและอุปสรรค จากนั้นก็ประมวลเนื้อหาและวิเคราะห์ / สังเคราะห์เพื่อจัดทำบทสรุปและข้อเสนอแนะต่อแนวทางและกระบวนการรับรองทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน

3.2 การศึกษาและพัฒนารูปแบบการรับรองสถานภาพทางกฎหมายและทางสังคมระดับพื้นที่ รูปแบบงานวิจัย คือ งานวิจัยปฏิบัติการ (Action research) อาศัยแนวทางการมีส่วนร่วมและการกระจายอำนาจในการพัฒนารูปแบบ และมีกลยุทธ์การทำงาน 3 ด้าน คือ

กลยุทธ์ที่ 1 กลไกและกระบวนการรับรองทางกฎหมายและทางสังคมในระดับพื้นที่ หน่วยวิจัยเป็นจังหวัด โดยที่จังหวัดเป็นหน่วยที่มีศักยภาพและสามารถบูรณาการการทำงานกับหลายภาคส่วน องค์กรหลักคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และมีการสร้างกลไกระดับจังหวัด ซึ่ง

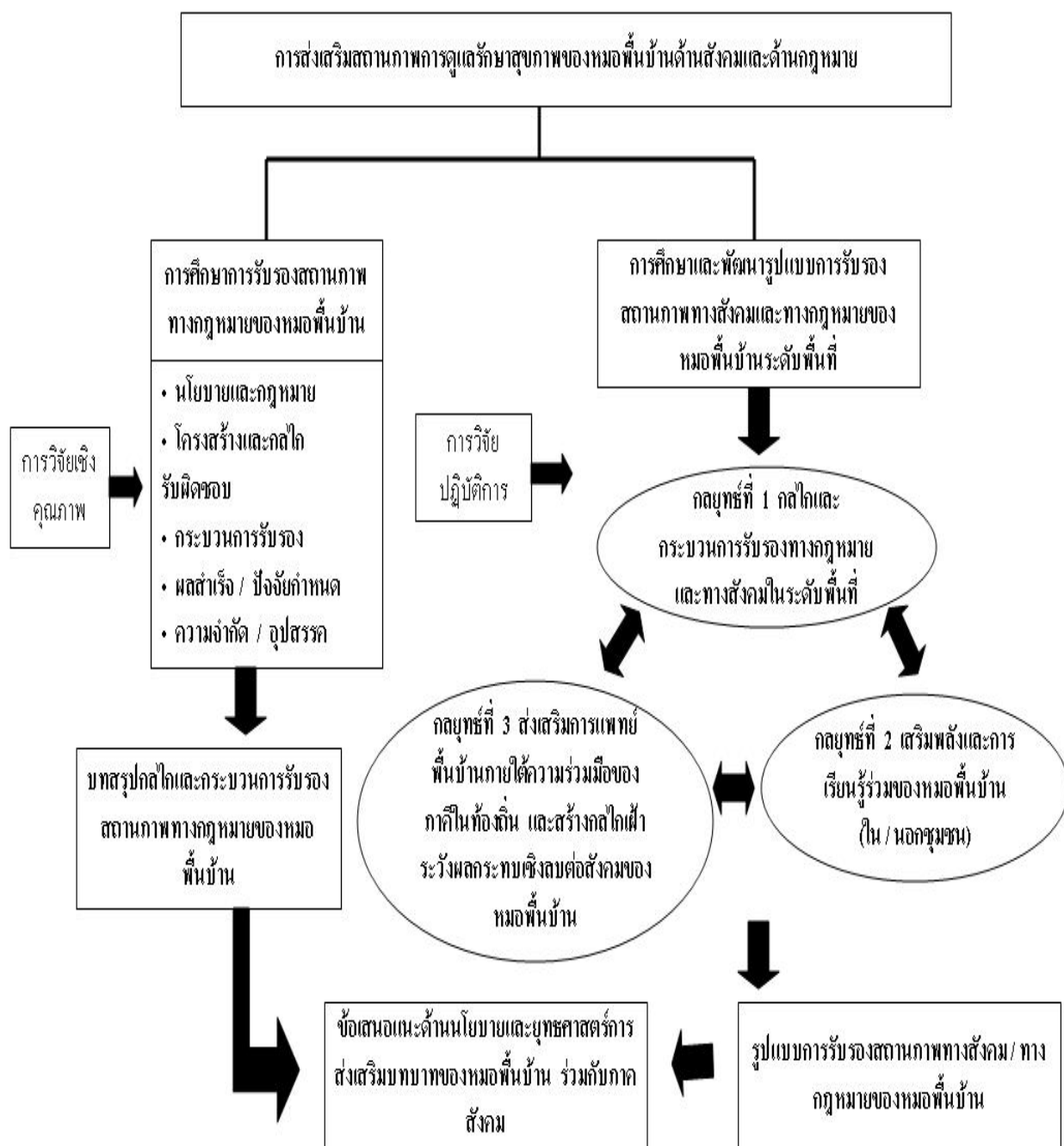
ประกอบด้วย ภาครัฐ ภาควิชาการที่เข้าใจและมีความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน และภาคสังคม (เครือข่ายหมอพื้นบ้านระดับจังหวัด) มีบทบาทรับรองสถานภาพทางกฎหมายและทางสังคมของหมอพื้นบ้านภายในจังหวัด รวมทั้งหนุนเสริมกลยุทธ์ที่ 2 และ 3 ด้วย

กลยุทธ์ที่ 2 เสริมพลังและการเรียนรู้ร่วมของหมอพื้นบ้าน แนวคิด คือ การส่งเสริมการรวมตัว และเครือข่ายการเรียนรู้ของหมอพื้นบ้านในและนอกพื้นที่ ส่งเสริมการรวมตัวเป็นกลุ่มหรือเครือข่ายแบบธรรมชาติในพื้นที่ โครงการนี้มีเป้าหมายให้จังหวัดรวมตัวหมอพื้นบ้านเป็นเครือข่ายระดับจังหวัด และมีการรับรองสถานภาพเป็น “เครือข่ายองค์กรชุมชน โดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จะประสานงานอย่างเป็นทางการกับสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน เพื่อให้พื้นที่ระดับจังหวัดพัฒนาเป็นเครือข่ายองค์กรชุมชนตามกฎหมายเกณฑ์ และกระบวนการที่ถูกต้อง เหมาะสม และมีการขึ้นทะเบียนอย่างเป็นทางการ นอกจากนี้ ยังหนุนเสริมพลังและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของหมอพื้นบ้าน และส่งเสริมให้สร้างองค์ความรู้เชิงประสบการณ์ร่วมกัน

กลยุทธ์ที่ 3 ส่งเสริมการแพทย์พื้นบ้านภายใต้ความร่วมมือของภาคีในท้องถิ่น และสร้างกลไกเฝ้าระวังบทบาทเชิงลบต่อสังคมของหมอพื้นบ้าน ภายหลังจากหมอพื้นบ้านได้รับการรับรองตามกฎหมายโดยกลไกจังหวัดแล้ว ภาคส่วนในสังคม / ชุมชน จัดกลไกการเฝ้าระวังบทบาทเชิงลบต่อสังคมของหมอพื้นบ้าน (ไม่ใช่การควบคุมกำกับ) และมีการส่งเสริม ดูแลและสนับสนุนการแพทย์พื้นบ้านในพื้นที่ ภายใต้การทำงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีที่เกี่ยวข้องและสนใจในพื้นที่หน่วยงานวิจัย เป็นเขต อบต. หรือ เทศบาลที่มีหมอพื้นบ้านและชุมชนต้องการพัฒนางานร่วมกัน และกลยุทธ์นี้ควรมีความร่วมมือและใช้ประโยชน์จากกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต / เทศบาล

รายงานวิจัยโครงการนี้ เป็นการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ข้อ 2.1, 2.2 และ 2.5 และเป็นงานวิจัยในประเด็นการศึกษาการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน อันเป็นงานวิจัยเฉพาะช่วงที่ 1 เท่านั้น

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



4. ระเบียบวิธีวิจัย

ช่วงที่ 1 (พ.ศ. 2554) การศึกษากลไกและกระบวนการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน รูปแบบการวิจัย คือ การวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรม การสร้างเครื่องมือ (แบบสอบถามและแนวทางการสัมภาษณ์) เก็บข้อมูลจาก 3 กลุ่มหลัก คือ กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย / คณะอนุกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย และกลุ่มหมอพื้นบ้านที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย ตาม พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ ปี พ.ศ. 2542 มาตรา 33(1)(ค) จากนั้นจึงสรุปและสังเคราะห์งานวิจัย

ช่วงที่ 2 (พ.ศ. 2554 – 2556) การศึกษาและพัฒนาารูปแบบการรับรองสถานภาพทางกฎหมายและทางสังคมของหมอพื้นบ้าน ระดับพื้นที่ รูปแบบคือ งานวิจัยปฏิบัติการพื้นที่เป้าหมาย 2 จังหวัด / ภูมิภาค รวมทั้งหมด 8 จังหวัด

5. ระยะเวลา

ระยะที่ 1 เดือนพฤษภาคม – เดือนกันยายน พ.ศ. 2554 (5 เดือน)

ระยะที่ 2 พ.ศ. 2554 - 2555

6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 ข้อเสนอแนะด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ส่งเสริมบทบาท และสถานภาพด้านกฎหมายและด้านสังคมของหมอพื้นบ้านในอนาคต

6.2 รูปแบบและกลไกการรับรองสถานภาพทางสังคมของหมอพื้นบ้านระดับพื้นที่

7. คณะผู้รับผิดชอบ

สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
สถาบันสุขภาพวิถีไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



บทที่ 2

การทบทวนสถานการณ์และแนวทางการรับรองสถานภาพทางกฎหมาย ของการแพทย์แบบดั้งเดิมในต่างประเทศและประเทศไทย

ส่วนที่ 1 นโยบายและแนวทางการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของการแพทย์แบบดั้งเดิม : ภาพรวม

1. ความเป็นมา

ในทศวรรษที่ผ่านมา การแพทย์แบบดั้งเดิม (Traditional Medicine) และการแพทย์ทางเลือก / การแพทย์แบบเสริม (Alternative / Complementary Medicine) มีการใช้ประโยชน์เพิ่มขึ้นทั่วโลก ทั้งในประเทศพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา เมื่อพิจารณาการใช้ประโยชน์ของการแพทย์แบบดั้งเดิมของประเทศกำลังพัฒนา¹ พบว่า ประเทศจีนและประเทศโคลัมเบีย ใช้ประโยชน์ประมาณ 40% ประเทศชิลี มีการใช้ประโยชน์ 71% และประเทศไนจีเรียแอฟริกา มีการใช้ประโยชน์มากกว่า 80% สำหรับประเทศอุตสาหกรรม ประชาชนมากกว่าครึ่งมีการใช้ประโยชน์จากการแพทย์แบบทางเลือก / แบบเสริม ตัวอย่างเช่น ประเทศแคนาดา มีการใช้ประโยชน์ประมาณ 70% และประเทศเยอรมัน ใช้ประโยชน์ 71 – 75 % นอกจากนี้ประชาชนยังมีแนวโน้มการซื้อยาสมุนไพรใช้ด้วยตนเอง และการใช้การบำบัดแบบทางเลือก / แบบเสริม เพิ่มขึ้น

การแพทย์แบบดั้งเดิม มีพื้นฐานร่วมกัน คือ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ความสมดุลระหว่างจิตใจ ร่างกาย และสิ่งแวดล้อม และให้ความสำคัญต่อสุขภาพมากกว่าโรค โดยทั่วไปในการรักษาจึงมุ่งเน้นต่อเงื่อนไขทั้งหมด หรือหลายปัจจัยของผู้ป่วยมากกว่ารักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยเพียงด้านเดียว การดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนเช่นนี้ ทำให้การประเมินผลอย่างครอบคลุมทำได้ยากมาก นอกจากนี้พัฒนาการของการแพทย์แบบดั้งเดิมส่งผลมาจากวัฒนธรรมและเงื่อนไขทางประวัติศาสตร์ที่แตกต่างกัน ทำให้ประเทศทั่วโลกยังขาดมาตรฐานร่วม ตลอดจนความเข้าใจและวิธีการที่เหมาะสม เพื่อประเมินการแพทย์แบบดั้งเดิมเพื่อสร้างความมั่นใจต่อความปลอดภัย ประสิทธิภาพและการควบคุมคุณภาพของการแพทย์แบบดั้งเดิม

2. นโยบายระดับชาติด้านการแพทย์แบบดั้งเดิม / การแพทย์แบบทางเลือก / การแพทย์แบบเสริมในต่างประเทศ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)² มีความพยายามในการสร้างความร่วมมือระดับนานาชาติ โดยการสำรวจสถานการณ์ปัจจุบันด้านนโยบายระดับชาติด้านการใช้ประโยชน์ และการเติบโตระดับภูมิภาคของการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือก (ภาษาอังกฤษใช้ศัพท์ภาพรวมว่า Traditional, Complementary and Alternative Medicine –TCAM) และพบว่า แนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของการใช้ประโยชน์จากการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือก มีความสัมพันธ์กับนโยบายและการเพิ่มขึ้นของงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะงานวิจัยด้านประสิทธิภาพ กลไกการทำงานและความปลอดภัยของการบำบัดแบบดั้งเดิม และแบบเสริม ในปี ค.ศ. 2002 – 2005 (พ.ศ. 2545 – 2548) ยุทธศาสตร์การพัฒนาการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือกขององค์การอนามัยโลก¹ กำหนดและเรียกร้องการปฏิบัติการ 4 ด้าน เพื่อให้ศักยภาพของการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือก ได้

แสดงบทบาทในงานสาธารณสุข คือ ด้านนโยบาย (National Policy and Regulation) ด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพและคุณภาพ (Safely, Efficacy and Quality) การเข้าถึง (Access) และการใช้อย่างมีเหตุผล (Rational Use)

องค์การอนามัยโลก² ตระหนักถึงความสำคัญของนโยบายระดับชาติด้านการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือกของประเทศสมาชิก นโยบายระดับชาติเป็นพื้นฐานสำคัญในการกำหนดบทบาทของการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือกในการดูแลสุขภาพ ริเริ่ม ส่งเสริม และธำรงการปฏิบัติทางการแพทย์แบบดั้งเดิมที่ดี และประกันวิธีการรักษาโรคที่มีประสิทธิภาพ ความปลอดภัยและเชื่อถือได้ โดยกระตุ้นให้ประเทศสมาชิกริเริ่มและพัฒนานโยบายที่เหมาะสมสำหรับสถานการณ์การแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือกของประเทศสมาชิก ในปี ค.ศ. 2008 (พ.ศ. 2551) องค์การอนามัยโลก มีการสำรวจและรายงานเรื่อง National policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicine เป็นข้อมูลจากประเทศสมาชิก จำนวน 141 ประเทศ จากประเทศสมาชิกทั้งหมด 191 ประเทศ พบว่า ประเทศสมาชิกจำนวนร้อยละ 32 (45 ประเทศ) มีนโยบายระดับชาติด้านการแพทย์แบบดั้งเดิมและการแพทย์แบบเสริม ส่วนประเทศสมาชิกจำนวนร้อยละ 56 (51 ประเทศ) ยังไม่มีนโยบายระดับชาติด้านการแพทย์แบบดั้งเดิมและการแพทย์แบบเสริม หรืออยู่ในระหว่างกระบวนการพัฒนานโยบาย และยังมีรายงานว่า ประเทศสมาชิกจำนวนร้อยละ 28 (40 ประเทศ) มีชุดโครงการด้านการแพทย์แบบดั้งเดิมและการแพทย์แบบเสริมระดับชาติ และมีประเทศสมาชิกจำนวน 58 ประเทศ มีสถาบันแห่งชาติด้านการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือกหรือด้านยาสมุนไพร และมีประเทศสมาชิกจำนวน 43 ประเทศ มีสถาบันวิจัยด้านการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือกและด้านยาสมุนไพร โดยได้รับทุนวิจัยทั้งหมดหรือบางส่วนจากรัฐบาล

3. สถานภาพทางกฎหมายของการแพทย์แบบดั้งเดิม

3.1 บทนำ สถานะทางกฎหมายของการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือกมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ขึ้นอยู่เงื่อนไขทางประวัติศาสตร์สังคมและวัฒนธรรม การยอมรับทางสังคม การปฏิสัมพันธ์ทางการแพทย์ และวางสถานะของการแพทย์แบบดั้งเดิมของแต่ละประเทศ³ ประเทศทุกประเทศในโลกล้วนมีแนวคิดและแบบแผนการดูแลสุขภาพสุภาพที่สะสมมาพร้อมกับการกำเนิดของชนชาติ หลายประเทศโดยเฉพาะประเทศที่มีประวัติศาสตร์และวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพสุภาพที่ยาวนาน จะมีการแพทย์แบบดั้งเดิมในชื่อเฉพาะของตนเอง ตัวอย่างเช่น ประเทศอินเดีย มี Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha และ Homoeopathy Systems of Medicine (AYUSH) เป็นระบบการแพทย์แบบดั้งเดิม ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน มีระบบการแพทย์จีน (TCM) ประเทศศรีลังกา เรียกการแพทย์พื้นบ้านศรีลังกาเป็นต้น ต่อมาในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 20 ลัทธิล่าอาณานิคมจากโลกตะวันตกเริ่มมีอิทธิพลต่อโลกตะวันออก พร้อมกับการเข้ามาของวัฒนธรรมทางการแพทย์แบบตะวันตก หลายประเทศเข้ามานามของคณะบาทหลวง หรือคณะมิชชันนารีที่เผยแพร่คริสต์ศาสนาและการแพทย์แบบตะวันตก หลายประเทศใช้คำเรียกวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพสุภาพจากโลกตะวันตกว่า “การแพทย์แบบตะวันตก หรือ การแพทย์แผนปัจจุบัน” (Western / Modern / Allopathic Medicine) โดยมีความหมายแบบสัมพันธ์หรือเทียบเคียงกับการดูแลสุขภาพสุภาพแบบดั้งเดิม หรือ “การแพทย์แบบดั้งเดิม หรือ การแพทย์แบบโบราณ” (Traditional Medicine) อย่างไรก็ตาม สถานะของการแพทย์แบบดั้งเดิมหรือแบบโบราณเป็นกระบวนการวิวัฒนาการตามเงื่อนไขทางประวัติศาสตร์และ

สังคมวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ ชนชั้นปกครองหรือรัฐบาลมีการวางสถานะของการแพทย์แบบดั้งเดิมที่แตกต่างกัน บางประเทศเลือกที่จะมีนโยบายและอุปถัมภ์ต่อระบบการแพทย์แบบดั้งเดิมอย่างเป็นทางการ เช่น ประเทศอินเดีย ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน เป็นต้น บางประเทศเลือกที่จะวางสถานะระบบการแพทย์แบบดั้งเดิมเป็นระบบการดูแลสุขภาพชุมชน แต่ระบบการดูแลสุขภาพแบบทางการเป็นการแพทย์แผนปัจจุบัน ตัวอย่างเช่น หลายประเทศในทวีปยุโรป (ประเทศฝรั่งเศส ประเทศเชโกสโลวาเกีย) เป็นต้น ต่อมาเมื่อระบบการแพทย์ทั้งสองแบบมีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่อง การศึกษาเรียนรู้และแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมทางการแพทย์ระหว่างกันเกิดขึ้นอย่างเป็นพลวัต แต่ละประเทศได้มีการปรับตัวด้านวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ทำให้บางประเทศและบางวัฒนธรรมเลือกใช้ประโยชน์จากการแพทย์แบบดั้งเดิมที่มีประสิทธิผลและความปลอดภัยที่ประจักษ์ชัดเจน กลายเป็นการแพทย์แบบเสริมหรือแบบทางเลือกของประเทศอื่นเพื่อการดูแลสุขภาพที่ดีของประชาชน

ปัจจุบันจากความหมายขององค์การอนามัยโลก⁴ “การแพทย์แบบดั้งเดิม (Traditional Medicine) หมายถึง ความเชื่อ ความรู้ วิธีการบำบัดและปฏิบัติที่หลากหลาย โดยใช้ยาที่มีพื้นฐานจากพืช สัตว์ แร่ธาตุ การบำบัดจิต เทคนิคหัตถการและออกกำลังกาย ประยุกต์ใช้วิธีเดียวหรือหลายวิธีเพื่อวินิจฉัย รักษาโรค ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ” ดังนั้น ความหมายเบ็ดเสร็จของการแพทย์แบบดั้งเดิมจึงมีวิถีปฏิบัติที่กว้างขวางมากในบริบทโลก จึงยากที่จะให้ความหมายที่ครอบคลุมทั้งหมด ความรู้การแพทย์แบบดั้งเดิมถูกส่งผ่านโดยการบอกเล่าจากคนรุ่นเก่าสู่คนรุ่นใหม่ ในบางกรณีครอบครัวจะมีวิธีการรักษาโรคเฉพาะ หรืออาจเป็นความรู้ที่ถูกถ่ายทอดอย่างเป็นทางการ ในสถาบันการศึกษา และยังมีวิถีปฏิบัติบางลักษณะที่พบได้ในบางระบบนิเวศน์ในโลกเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ประเทศส่วนใหญ่เรียก “การแพทย์แบบดั้งเดิม” ในกรณีที่วิถีปฏิบัติทางการแพทย์นั้นมีต้นกำเนิดภายในประเทศของตนเอง

ต่อมาเมื่อประเทศในโลกมีการแลกเปลี่ยนถ่ายทอดความรู้ทางการแพทย์ และมีกระบวนการโลกาภิวัตน์เกิดขึ้น ประกอบกับหลายปัจจัยที่ส่งอิทธิพลทำให้การแพทย์ดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือก ถูกใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวาง และเพิ่มปริมาณมากขึ้นในขอบเขตทั่วโลก โดยเฉพาะในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา คำศัพท์ “การแพทย์แบบเสริม และ การแพทย์แบบทางเลือก” (Complementary / Alternative Medicine) ถูกใช้เรียกสลับเปลี่ยนกันกับการแพทย์แบบดั้งเดิม ในบางประเทศ การแพทย์แบบเสริมและแบบทางเลือก มันถูกใช้เรียกแทนการแพทย์แบบดั้งเดิมที่ถูกปฏิบัติในประเทศที่มีใช้ประเทศต้นกำเนิดของวัฒนธรรมการแพทย์แบบดั้งเดิมนั้น และบางครั้งคำว่า การแพทย์แบบเสริมและแบบทางเลือกใช้เรียกการดูแลสุขภาพที่ใช้เสริมเพื่อให้การแพทย์แผนปัจจุบันสมบูรณ์ อย่างไรก็ตามบางประเทศ สถานะทางกฎหมายของการแพทย์แบบเสริม / แบบทางเลือกเท่าเทียมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้ให้การรักษาโรคหรือผู้ประกอบการวิชาชีพบางประเทศ (Practitioners) ได้รับอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการบำบัดโรคแบบเสริม / แบบทางเลือก หรือผู้ให้การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Care Provider) สามารถเป็นผู้ให้การรักษาแบบทางเลือก / แบบเสริมได้ด้วย^{3,4}

สถานภาพทางกฎหมายของแต่ละประเทศ และภูมิภาคในโลกมีความแตกต่างกัน มิได้เป็นรูปแบบเดียวกัน แต่ละประเทศมีวิวัฒนาการด้านกฎหมายเกี่ยวกับการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือก มาเป็นลำดับ ทำให้กฎหมายและการบังคับเกี่ยวกับการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือก มีขอบเขตทางกฎหมายที่แตกต่างกัน หากพิจารณาแนวทางข้อคำถาม

เกี่ยวกับกฎหมาย และการบังคับทางกฎหมายเกี่ยวกับการแพทย์แบบดั้งเดิม (TM / CAM หรือ TCAM) ที่สำรวจขององค์การอนามัยโลก² พบว่า การพิจารณากฎหมายและการบังคับทางกฎหมาย การแพทย์แบบดั้งเดิม จำแนกเป็น 2 ขั้นตอนทางกฎหมาย (Legislative Procedure) โดยขั้นตอนที่ 1 คือ กฎหมายและกฎระเบียบที่ถูกระบุโดยองค์กรรับผิดชอบ กฎหมายจะกำหนดเงื่อนไขทางกฎหมาย เพื่อให้การแพทย์แบบดั้งเดิมถูกบริหารภายใต้แนวทางของนโยบายแห่งชาติด้านการแพทย์แบบดั้งเดิม หรือนโยบายที่เกี่ยวข้อง กฎหมายจะครอบคลุมหลายด้านที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แบบดั้งเดิม ประกอบด้วย การศึกษาของนักวิชาชีพ การออกใบอนุญาตของนักวิชาชีพ และอุตสาหกรรมยาแบบดั้งเดิม / ผลิตภัณฑ์ยาแบบดั้งเดิม การจำหน่าย ฯลฯ ครอบคลุมทั้งภาครัฐและเอกชน ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบระบบและกลไกการกำกับดูแลทางกฎหมาย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายทางเทคนิคและทางบริหารของกฎหมายข้างต้น หลายกิจกรรมเกี่ยวกับการแพทย์แบบดั้งเดิมจะต้องเกิดขึ้นให้ครอบคลุมการกำกับดูแลทางกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย เช่น รายละเอียดของหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้ที่ให้การรักษาแบบดั้งเดิมที่ได้ใบอนุญาต บทลงโทษเมื่อทำผิดกฎหมาย หน้าที่ของโรงงานผลิตยาแบบดั้งเดิม ฯลฯ

สถานภาพทางกฎหมายและการกำกับดูแลทางกฎหมายเกี่ยวกับการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือก สามารถศึกษาเป็น 2 ด้านสำคัญ³ คือ

- สถานภาพทางกฎหมายของผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม
- สถานภาพทางกฎหมายของผลิตภัณฑ์การแพทย์แบบดั้งเดิม โดยมีแนวทางและสถานภาพรวม ดังนี้

3.2 สถานภาพทางกฎหมายของผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม (Legal Status of Traditional Medicine Practitioners) ผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมหรือผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์แบบดั้งเดิม (Traditional Medical Practitioner) ดำรงอยู่ในสังคมทั่วโลก คำศัพท์ที่ใช้เรียกผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมมีความแตกต่างกัน ประเทศส่วนใหญ่มีคำศัพท์เรียกเป็นภาษาท้องถิ่น และขึ้นกับสถานภาพทางสังคมและการยอมรับของชนชั้นนำและประชาชนในสังคมนั้น อาจเป็นการยากที่จะกล่าวถึงบทบาทและสถานภาพทางกฎหมายของผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมภาพรวมของทุกประเทศทั่วโลก ในอดีตทุกสังคมย่อมมีผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิม ที่มีบทบาทดูแล วินิจฉัยและรักษาโรคแบบดั้งเดิมในท้องถิ่นหรือในชุมชนชาติพันธุ์ มีการสืบทอดความรู้และประสบการณ์ผ่านบรรพบุรุษและคนรุ่นเก่า โดยมีสถานภาพเป็นผู้ดูแลสุขภาพหรือหมอของชุมชน สมาชิกชุมชนจะให้ความเคารพและยอมรับสถานภาพการเป็นหมอตามความสามารถและคุณธรรมที่ปรากฏในชุมชน เมื่อสังคมเข้าสู่ยุคอาณานิคมและยุคทุนนิยมเสรี การแพทย์แบบตะวันตกขยายตัวมาสู่หลายสังคมทั่วโลก แต่ละประเทศย่อมมีนโยบายและกฎหมายเกี่ยวกับการแพทย์แบบดั้งเดิมที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการวางสถานะและบทบาทของการแพทย์แบบดั้งเดิมในสังคมนั้น อย่างไรก็ตาม ประชาชนมักจะเข้าถึงผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิมได้ง่าย มีความเข้าใจ สื่อสารด้วยภาษาท้องถิ่นและมีประสบการณ์การรักษาความเจ็บป่วยในท้องถิ่น ช่วยแก้ไขปัญหสุขภาพของชุมชนได้ กลายเป็นสถานการณ์ของแต่ละประเทศที่จะริเริ่มและพัฒนากฎหมาย

เกี่ยวกับการแพทย์แบบดั้งเดิมให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม การเมือง และการพัฒนาด้านสาธารณสุขของประเทศ

สถานการณ์ปัจจุบัน กฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการแพทย์แบบดั้งเดิมอาจจำแนกโดยพื้นฐาน 4 ระบบ³ คือ (1) **ระบบแบบเดียว** (The Exclusive or Monopolistic System) เป็นสังคมที่ให้สิทธิปฏิบัติการทางการแพทย์แบบเดียว คือ การแพทย์แผนปัจจุบัน ตัวอย่างเช่น ประเทศฝรั่งเศส ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศเบลเยียม อย่างไรก็ตามประเทศกลุ่มนี้มีการพัฒนากฎหมายและเปิดโอกาสให้มีการรักษาโรคแบบทางเลือกให้ประชาชนมากขึ้น (2) **ระบบแบบยอมรับบางส่วน** (The Tolerant System) สังคมที่รับรองการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นการแพทย์แบบทางการ และการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบทางเลือก ได้รับอนุมัติให้ปฏิบัติการทางการแพทย์ตามกฎหมายกำหนด เช่น ประเทศอังกฤษ ประเทศเยอรมัน (3) **ระบบแบบคู่ขนาน** (The Inclusive or parallel System) สังคมที่มีกฎหมายรับรองทั้งการแพทย์แบบดั้งเดิมและการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น ประเทศบังกลาเทศ อินเดีย ปากีสถาน และศรีลังกา โดยมีการส่งเสริมทั้งการศึกษา การปฏิบัติการทางการแพทย์ การวิจัยและจริยธรรม หลายประเทศส่วนใหญ่เดิมมีผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิมที่ส่งผ่านความรู้จากครอบครัวและคนรุ่นเก่า มีความลับหรือเทคนิคเฉพาะในการรักษาโรค และยังคงเก็บเป็นความลับโดยมิได้บันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ประเทศเหล่านี้เริ่มมีมหาวิทยาลัย โรงเรียนและวิทยาลัยฝึกอบรมผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิมหลายประเภท และในปัจจุบัน กฎหมายยอมรับผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิมหลายประเภทที่มีได้มีมาตรฐานการศึกษาแบบทางการ แต่เป็นบุคคลที่ยังคงรักษาโรคในระยะเวลาหนึ่งที่กำหนด ซึ่งลักษณะนี้ไม่พบในการกำกับดูแลแพทย์แผนปัจจุบัน นอกจากนี้การยอมรับผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิมอาจได้มาด้วยการต่อสู้ทางการเมือง ตัวอย่างของประเทศศรีลังกา ที่ผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิมมีการรวมตัวและต่อสู้อย่างเข้มแข็ง และส่งอิทธิพลทางการเมือง จนรัฐบาลสนับสนุนและริเริ่มแยกเป็นกระทรวงการแพทย์พื้นบ้าน (Ministry of Indigenous Medicine) นับเป็นจุดเปลี่ยนประวัติศาสตร์ทางการแพทย์ของประเทศ และ (4) **ระบบแบบบูรณาการ** (The Integrated System) เป็นสังคมที่ส่งเสริมให้นักวิชาชีพของการแพทย์สองระบบทำงานร่วมกัน มีการบูรณาการระหว่างการแพทย์แบบดั้งเดิมและการแพทย์แผนปัจจุบัน ทั้งการศึกษา การปฏิบัติการทางการแพทย์และการวิจัย และอีกนัยหนึ่งเป็นการนำการแพทย์แบบดั้งเดิมผสมผสานเข้าในระบบสาธารณสุขแห่งชาติ ตัวอย่างประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนเกาหลี ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน และประเทศสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดด้านการศึกษาปฏิกิริยาทางยาของทั้งสองแบบ และมีความหลากหลายในการจ่ายยาของแพทย์ทั้งสองแผน

ในปี พ.ศ. 2548 จากการสำรวจทั่วโลกขององค์การอนามัยโลก² เรื่อง National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines รายงานว่า ประเทศสมาชิกส่วนน้อยร้อยละ 38 (54 ประเทศ) มีกฎหมายและการควบคุมเกี่ยวกับการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือก ส่วนใหญ่มีการริเริ่มและพัฒนาในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ. 2531 – 2543)

ผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิม มีการเรียกชื่อหลายลักษณะและมักเป็นคำศัพท์ท้องถิ่นที่รู้จักในชุมชน มีทั้งหมอสมุนไพร หมอกระดูก หมอนวด ผู้รักษาภูษิ / สัตว์พิษกัด ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิญญาณ ผดุงครรภ์แบบดั้งเดิม หรือหมออาวูโส / ผู้รู้ (Master Practitioners มีประสบการณ์สูงและสอนคนรุ่นใหม่) บุคคลเหล่านี้ได้รับการยอมรับจากชุมชน ต่อมาเมื่อหลายประเทศมีการริเริ่ม

และพัฒนานโยบายการแพทย์แบบดั้งเดิมเข้าสู่ระบบสาธารณสุขแห่งชาติ ทำให้บทบาทและสภาพทางกฎหมายของผู้ให้การรักษแบบดั้งเดิมแตกต่างกัน ในภาพรวมผู้ให้การรักษแบบดั้งเดิมมีการพัฒนาศักยภาพและเชื่อมโยงเข้าสู่ระบบสาธารณสุขของชาติ และยังมีการสร้างผู้ให้การรักษแบบดั้งเดิมรุ่นใหม่ในระบบการศึกษาแบบทางการ สถานการณ์ปัจจุบันสามารถจำแนกผู้ให้การรักษทางแพทย์แบบดั้งเดิมเป็น 2 กลุ่มใหญ่⁵ คือ ผู้ให้การรักษทางแพทย์แบบดั้งเดิมที่ผ่านการอบรมแบบไม่เป็นทางการและผู้ให้การรักษทางแพทย์แบบดั้งเดิมที่ผ่านการอบรมอย่างเป็นทางการ แต่ละประเทศมีการพัฒนาหลักสูตรการศึกษาและการฝึกอบรมจำนวนมาก ทั้งดำเนินงานโดยภาครัฐ ภาคเอกชน (สมาคม / มูลนิธิ) และภาคชุมชน

ผู้ให้การรักษทางแพทย์แบบดั้งเดิมที่ผ่านการอบรมแบบไม่เป็นทางการ (Informal Training) แนวคิดและกระบวนการฝึกอบรมแบบไม่เป็นทางการเกิดขึ้นมายาวนานอาจเรียกได้ว่าการฝึกฝนความรู้จากการปฏิบัติของผู้ให้การรักษแบบดั้งเดิมที่ชำนาญสู่คนรุ่นใหม่ในชุมชน อาจเรียกว่า การอบรมแบบฝึกปฏิบัติ (Master-apprentice Training) ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้มีการส่งเสริมบทบาทผู้เชี่ยวชาญแบบดั้งเดิมในงานสาธารณสุขมูลฐานก็เป็นการส่งเสริมแนวคิดลักษณะนี้ ตั้งแต่ในช่วง พ.ศ. 2509 สถานการณ์ที่หญิงส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 – 80 ในประเทศกำลังพัฒนาคลอดกับผดุงครรภ์แผนโบราณ และการคลอดยังคงมีปัญหาการตกเลือด การติดเชื้อ และอาการแทรกซ้อนการคลอด องค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟจึงมีแนวทางและนโยบายสนับสนุนการฝึกอบรมผดุงครรภ์แผนโบราณเพื่อให้การคลอดมีความปลอดภัยและแนะนำความรู้และเทคนิคงานสาธารณสุขแผนใหม่ให้กับผดุงครรภ์แผนโบราณด้วย

ต่อมาเมื่อหลายประเทศมีนโยบายสนับสนุนการแพทย์แบบดั้งเดิม การฝึกอบรมแบบไม่เป็นทางการ และการขึ้นทะเบียนของผู้ให้การรักษแบบดั้งเดิมได้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง เพื่อให้การรักษาดั้งเดิมง่ายที่จะเข้าสู่ระบบการแพทย์แบบดั้งเดิมที่เป็นทางการและได้รับการยอมรับจากชุมชน ผู้ให้การรักษแบบดั้งเดิมเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกฝนแบบประสบการณ์ (Apprenticeship) หลายปีหรือการสังเกตจากบรรพบุรุษที่เป็นผู้ให้การรักษแบบดั้งเดิมรุ่นเก่า มีความรู้และประสบการณ์การแพทย์พื้นบ้านที่ส่งต่อมาในชุมชน อาจเป็นหมอสมุนไพร หมอจัดกระดูก หมอนวดและหมอแลด้านจิตวิญญาณ พวกเขาไม่ได้ผ่านการอบรมที่ดำเนินโดยสถาบันและหลักสูตรฝึกอบรมไม่มีมาตรฐาน การฝึกอบรมลักษณะนี้เกิดขึ้นทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ นอกจากนี้ยังมีการแนะนำความรู้ของสาธารณสุขแผนใหม่ต่อผู้ให้การรักษแบบดั้งเดิมด้วย เช่น การคลอดที่ปลอดภัยและสะอาดให้กับผดุงครรภ์แผนโบราณ ความรู้เรื่องโรคเอดส์ให้กับผู้ให้การรักษแบบดั้งเดิม เป็นต้น ประเทศที่มีการอบรมลักษณะนี้ คือ ประเทศอัฟกานิสถาน แคเมอรูน การ์นา ในจีเรีย ลาตินอเมริกา ประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (มัลดีฟ ไทย) และประเทศแถบแปซิฟิกตะวันตก อาจพิจารณาได้ว่า “การฝึกอบรม” เป็นสัญลักษณ์เพื่อสร้างความเป็นแพทย์ให้กับการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิม (Medicalization of Traditional Health Care) ตัวอย่างเช่น ประเทศเนปาล มีโครงการฝึกอบรม Traditional Healer ให้ความรู้การแพทย์แผนปัจจุบันและสามารถใช้เครื่องมือปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้ อันเป็นการปรับปรุงงานดูแลสุขภาพชุมชน และร่วมมือกับผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขของภาครัฐได้ สำหรับสถานภาพทางกฎหมายของผู้ให้การรักษแบบดั้งเดิมจะเป็นผู้ที่ได้รับรองด้านการแพทย์แบบดั้งเดิม และอาจได้รับการขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานสาธารณสุขในท้องถิ่น สามารถมีบทบาทดูแลรักษาโรคแบบดั้งเดิมภายใต้การดูแลของภาครัฐ และบางประเทศอาจ

มีช่องทางให้ผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิมกลุ่มนี้สามารถสอบรับใบอนุญาตแบบทางการได้ เช่น ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน เป็นต้น

ผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมที่ผ่านการอบรมแบบทางการ (Formal Training) บุคคลกลุ่มนี้ได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตรการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือกแบบทางการ โดยมีมาตรฐานทางการศึกษาและได้รับในรับรองจากสถาบันระดับชาติ การฝึกอบรมการแพทย์แบบดั้งเดิมดำเนินงานในวิทยาลัย มหาวิทยาลัย โรงเรียนอาชีวศึกษา และสมาคมการแพทย์แบบดั้งเดิม ภายใต้หลักสูตรปริญญา หลักสูตรต่อเนื่อง และหลักสูตรระยะสั้น หลายหลักสูตรเป็นการจัดการและร่วมมือกับองค์กรภาครัฐ นอกจากนี้ยังพบว่า องค์กรที่ทำหน้าที่ฝึกอบรมเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ควบคุมเนื้อหาหลักสูตรการแพทย์แบบดั้งเดิม การออกใบอนุญาตสำหรับผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมและการควบคุมมาตรฐานหลักสูตร การทับซ้อนของบทบาทองค์กรลักษณะนี้อาจจะขัดขวางการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของการแพทย์แบบดั้งเดิม การออกใบอนุญาตและการขึ้นทะเบียนมักเกิดขึ้นพร้อมกับการควบคุมการฝึกอบรม และการควบคุมโดยองค์กรฝึกอบรมและองค์กรระดับชาติ ภายหลังจากผ่านการฝึกอบรมแบบทางการแล้ว ผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมจะต้องผ่านการสอบเพื่อให้ได้รับใบอนุญาตในการดูแลรักษาโรคแบบดั้งเดิมอย่างเป็นทางการ บางประเทศยังมีการจำแนกเป็นหลายลักษณะ

ประเทศที่มีการฝึกอบรมหลักสูตรการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือก ได้แก่ ประเทศอินเดีย บังคลาเทศ ภูฏาน เมียนมาร์ เนปาล ศรีลังกา ไทย สหรัฐอเมริกา และแคนาดา ฯลฯ อย่างเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา มีคณะกรรมการที่ได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการและสภาควบคุม โรงเรียนการแพทย์ 70 แห่ง วิทยาลัยโคโรแพรคติก 16 แห่ง โรงเรียนการนวด 63 แห่ง หลักสูตรธรรมชาติบำบัด 3 หลักสูตร และวิทยาลัยด้าน Osteopathic 20 แห่ง ส่วนในประเทศอินเดีย มีหลักสูตรระดับปริญญาตรี โท และเอก ด้านการแพทย์แบบดั้งเดิมของประเทศอินเดีย (AYUSH) จำแนกเป็นวิทยาลัยระดับปริญญาตรี 259 แห่ง และระดับหลังปริญญาตรี 69 แห่ง เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการฝึกอบรมหลักสูตรการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือก สำหรับแพทย์แผนใหม่และนักวิชาชีพด้านสุขภาพแผนใหม่

กล่าวโดยสรุปได้ว่า สถานภาพทางกฎหมายของผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องในสังคมแบบเดิม ผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมได้รับความรู้จากการฝึกฝนปฏิบัติเป็นเวลานานจากบรรพบุรุษและคนรุ่นเก่า ต่อมาเมื่อสังคมพัฒนามากขึ้น และมีการพัฒนาระบบกฎหมายและการศึกษาการแพทย์แบบดั้งเดิม ตลอดจนหลายสังคมรับเอาการแพทย์แผนใหม่มาใช้ประโยชน์กับประชาชน ทำให้การศึกษาสถานภาพทางกฎหมายของผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมเปลี่ยนแปลงไป ขึ้นอยู่กับการวางสถานะและบทบาทของการแพทย์แบบดั้งเดิมในประเทศนั้น อาจจำแนกได้เป็น 4 ระบบย่อย คือ ระบบแบบเดี่ยว ระบบแบบยอมรับบางส่วน ระบบแบบคู่ขนาน และระบบแบบบูรณาการ ปัจจุบันประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ร้อยละ 38 (54 ประเทศ) มีกฎหมายและการควบคุมการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือก และผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมมีการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพและสถานภาพทางกฎหมายโดยการเข้าร่วมการศึกษา หรือการอบรมแบบไม่เป็นทางการและเป็นทางการ เพื่อให้สถานภาพทางกฎหมายและเชื่อมโยงกับระบบสาธารณสุขแห่งชาติได้ อย่างไรก็ตาม บางประเทศอาจมีการทับซ้อนขององค์กรที่ทำหน้าที่การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหลักสูตรการฝึกอบรม และการออกใบอนุญาตสำหรับผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม และยังมีความ

พยายามที่จะให้ผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิมมีความรู้ด้านสาธารณสุขแผนใหม่ เพื่อร่วมงานสุขภาพชุมชนได้อย่างกลมกลืน

3.3 สถานภาพทางกฎหมายของผลิตภัณฑ์การแพทย์แบบดั้งเดิม^{2,3} (Legal Status of Traditional Medicine Products) ในอดีต หลายสังคมมีวัฒนธรรมการใช้ยาสมุนไพรโดยผู้เฒ่ายาแบบดั้งเดิมหรือหมอแผนโบราณ มีการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์แบบตัวต่อตัวจากคนรุ่นเก่าสู่คนรุ่นใหม่ มีการคาดการณ์ว่า ประชาชนทั่วโลกประมาณร้อยละ 60 – 80 ยังคงใช้การแพทย์แบบดั้งเดิมและสมุนไพรในการดูแลสุขภาพระดับพื้นฐาน ต่อมาเมื่อการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และอุตสาหกรรมยาเจริญก้าวหน้าเป็นลำดับ สมุนไพรเป็นแหล่งสำคัญของยารักษาโรคจากการศึกษาและสังเคราะห์พืช พบว่า พืช (ผัก ผลไม้ สมุนไพร) มีสารอาหารและยังมีสารออกฤทธิ์ (Active Ingredients) ที่ทราบโครงสร้างทางเคมีมากกว่า 200,000 ชนิด ที่สำคัญคือ Alkaloids, Amines, Diterpenes, Carotenoids และ Flavonoids ฯลฯ สารเหล่านี้มีศักยภาพสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และรักษาโรคสำหรับมนุษย์ จากความก้าวหน้าดังกล่าว ทำให้รูปแบบและวิธีการใช้ยาสมุนไพรเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรได้รับการยอมรับและใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวางมากขึ้น ทั้งในประเทศพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา

สถานภาพทางกฎหมายและการควบคุมผลิตภัณฑ์สมุนไพรจึงมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ นับตั้งแต่คำศัพท์ ขอบเขตการควบคุมบังคับตามกฎหมาย การขึ้นทะเบียนและขบวนการอนุญาตเพื่อขึ้นทะเบียนตามกฎหมาย กระบวนการผลิต การส่งออก การนำเข้า การจำหน่าย และการกระจายผลิตภัณฑ์สมุนไพร รวมทั้งการโฆษณาและการส่งเสริม การวิจัยสถานการณ์ดังกล่าว องค์การอนามัยโลกเห็นความสำคัญของสมุนไพรซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญของการแพทย์แบบดั้งเดิม จึงเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกร่วมกันริเริ่มพัฒนาสมุนไพรระบบบูรณาการ นับตั้งแต่การจำแนก การประเมิน การเตรียม การปลูก และการอนุรักษ์ เพื่อสร้างความมั่นใจต่อการควบคุมคุณภาพของยาสมุนไพร โดยการใช้เทคนิคสมัยใหม่และการค้นคว้าวิจัยอย่างเป็นระบบและประเมินค่า (ด้านคลินิกและด้านพรีคลินิก) ของสมุนไพร ตลอดจนประยุกต์ใช้แนวทางปฏิบัติด้านอุตสาหกรรมที่ดีและมีมาตรฐาน นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังพัฒนาแนวทางการประเมินและการวิจัยสมุนไพรหลายรายการเพื่อให้ประเทศสมาชิกใช้ประโยชน์ในการพัฒนา และควบคุมมาตรฐานยาสมุนไพรอีกด้วย

ในรายงานการศึกษา เรื่อง National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines (2008) มีการรายงานถึงสถานภาพทางกฎหมายของยาสมุนไพรในประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก พบว่า ประเทศสมาชิกจำนวน 92 ประเทศ (ร้อยละ 60) มีกฎหมายและการควบคุมทางกฎหมายเกี่ยวกับยาสมุนไพร และหลายประเทศมีพัฒนาการด้านกฎหมายอย่างต่อเนื่อง และพบว่าประเทศสมาชิกหลายประเทศได้ริเริ่มและออกกฎหมายในช่วงปี ค.ศ. 1996 – 1999 (พ.ศ. 2539 – 2542) ในภาพรวม สถานะทางกฎหมายของยาสมุนไพรมีการจำแนกเป็น 7 ประเภท คือ (1) Prescription Medicines (2) Over – The – Counter Medicines (3) Self Medication only (4) Dietary Supplements (5) Health Food (6) Functional Foods และ (7) Other ประเทศสมาชิกจำนวน 131 ประเทศ มีรายงานสถานภาพทางกฎหมายของยาสมุนไพรมากกว่าหนึ่งประเภท และประเทศสมาชิกส่วนใหญ่ (จำนวน 97 ประเทศ) มีการจำแนกยาสมุนไพรเป็น Over – The – Counter Medicines และในช่วงปี ค.ศ. 1999 – 2001 อัตราการจำหน่ายยาสมุนไพรมีอัตราเพิ่มมากขึ้น โดยมีการจำหน่าย

หลายช่องทาง ตั้งแต่ ร้านขายยา การจำหน่ายยาสมุนไพรแบบไม่เข้มงวด การจำหน่ายยาสมุนไพรผ่านหมอแบบดั้งเดิม / หมอที่มีใบประกอบโรคศิลปะ หรือร้านขายของทั่วไป / ร้านสินค้าเพื่อสุขภาพ / ตลาดทั่วไป เป็นต้น นอกจากนี้ หลายประเทศยังมีการพัฒนา National Pharmacopeia, Monographs on Herbal Medicines, Herbal Medicines Included on A nation Essential Drug List การขึ้นทะเบียนยาสมุนไพร และการวิจัยยาสมุนไพรอีกด้วย

กล่าวโดยสรุปได้ว่า สถานภาพทางกฎหมายและการควบคุมผลิตภัณฑ์การแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือกมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ผลิตภัณฑ์การแพทย์แบบดั้งเดิมที่สำคัญ คือ ผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพร การพัฒนาแบบวิทยาศาสตร์ และข้อเรียกร้องเพื่อส่งเสริมการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรอย่างมีเหตุผล มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก ทำให้แต่ละประเทศมีการริเริ่มและพัฒนาระบบกฎหมายและการควบคุมยาสมุนไพรที่แตกต่างกัน บางประเทศอาจมีการพัฒนาระบบประเมินทางวิทยาศาสตร์ และเทคนิคการตรวจสอบเพื่อควบคุมและรองรับคุณภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัย หรือบางประเทศยังคงส่งเสริมและดำรงการใช้ยาสมุนไพรแบบแผนประเพณีโดยมิได้มีการควบคุมทางกฎหมายอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้โดยปรารถนาจะให้การใช้สมุนไพรอย่างมีประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชนในประเทศนั้น

ส่วนที่ 2 บทเรียนการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของการแพทย์แบบดั้งเดิมในกรณีศึกษา 4 ประเทศ

กรณีศึกษาที่ 1 การแพทย์แบบดั้งเดิม ประเทศสหภาพเมียนมาร์⁶⁻⁹ (Myanmar Traditional Medicine, Union of Myanmar)

1. บทนำ

ประเทศเมียนมาร์ เป็นประเทศที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีพื้นที่ทั้งหมด 676,578 ตารางกิโลเมตร เพื่อนบ้านล้อมรอบประเทศเมียนมาร์ คือ ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ราชอาณาจักรไทย ประเทศสาธารณรัฐประชาชนบังคลาเทศ และประเทศสาธารณรัฐอินเดีย รวมถึงทะเลอันดามันด้วย

ประเทศเมียนมาร์ แบ่งเขตปกครอง 14 เขต ประกอบด้วย 66 อำเภอ 385 เมืองและเมืองย่อย และ 64,910 หมู่บ้าน มี 3 ฤดูกาล คือ ฤดูฝน ฤดูหนาว และฤดูร้อน ในปี พ.ศ. 2550 – 2551 ประชากรมีจำนวน 57.5 ล้านคน และประมาณร้อยละ 70 อาศัยอยู่ในเขตชนบท ชาวเมียนมาร์มี 135 ชชาติพันธุ์ และมีภาษาพูดมากกว่า 100 ภาษา ชชาติพันธุ์ที่สำคัญคือ Burman, Kachin, Kayah, Kayin, Chin, Mon, Rakhine และ Shan ชาวเมียนมาร์ร้อยละ 90 นับถือและศรัทธาพุทธศาสนาแบบเถรวาท ส่วนที่เหลือนับถือศาสนาคริสต์นิกาย, มุสลิม และความเชื่ออื่น

การแพทย์แบบดั้งเดิมของชาวเมียนมาร์ ก่อเกิดและสะสมองค์ความรู้เป็นมรดกทางวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของชาวเมียนมาร์ มากกว่า 2,000 ปี การแพทย์ดั้งเดิมของเมียนมาร์ อยู่บนฐานของการแพทย์แบบอายุรเวท และยังได้รับอิทธิพลจากปรัชญาของพุทธศาสนาด้วย ปัจจุบัน “การแพทย์แบบดั้งเดิม” หรือ เดิมเรียกว่า “การแพทย์พื้นบ้านเมียนมาร์” (Myanmar Traditional Medicine หรือเดิมเรียกว่า Myanmar Indigenous Medicine)

จำแนกเป็น 4 สาขา คือ Desana System (การแพทย์แบบพุทธศาสนา), Bhesijja System (การแพทย์แบบอายุรเวท), Netkhatta System (โหราศาสตร์) และ Vijjadhara System (ด้านจิตวิญญาณ สมมติ และเภสัชกรรมแบบดั้งเดิม)

2. นโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ

นับตั้งแต่ราวปี พ.ศ. 2487 ประเทศเมียนมาร์เป็นรัฐอิสระจากจักรวรรดินิยม ภายหลังสงครามโลกครั้งที่สอง ได้มีการริเริ่มนโยบายสนับสนุนการแพทย์แบบดั้งเดิม โดยมีกลไกและการสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากการแพทย์แบบดั้งเดิม ปัจจุบัน (ค.ศ. 2543) ประเทศเมียนมาร์มีนโยบายด้านการแพทย์แบบดั้งเดิม ในนโยบายสาธารณสุขระดับชาติ ระบุว่า “หนุนเสริมการบริการและการวิจัยการแพทย์แบบดั้งเดิม หรือ การแพทย์พื้นบ้านสู่ระดับสากล และนำไปสู่กิจการการดูแลสุขภาพชุมชน”

ในภาพรวม ประเทศเมียนมาร์ มีองค์กรรับผิดชอบส่วนกลาง คือ กรมการแพทย์แบบดั้งเดิม (Department of Traditional Medicine) สังกัดกระทรวงสุขภาพ (Ministry of Health) โดยมีแนวทางและวัตถุประสงค์การพัฒนาการแพทย์แบบดั้งเดิม 4 ด้าน คือ (1) จัดให้มีการบริการการแพทย์ดั้งเดิมแบบเบ็ดเสร็จในระบบการดูแลสุขภาพแห่งชาติ (2) พัฒนาการบำบัดทางการแพทย์แบบดั้งเดิมอย่างเป็นระบบและมีมาตรฐาน (3) ทบทวนและคิดค้นหนทางใหม่ เพื่อพัฒนาการแพทย์และยาแบบดั้งเดิมให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัย และ (4) จัดให้มีผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมที่ได้มาตรฐาน เพื่อใช้ประโยชน์ในการบริการสุขภาพ โดยวิธีการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมและอยู่บนฐานประสบการณ์

กรมการแพทย์แบบดั้งเดิม มีการจัดสนับสนุนการบริการการแพทย์แบบดั้งเดิมทั้งในเมืองและชนบท ในปี พ.ศ. 2543 ประเทศเมียนมาร์มีการลงทะเบียนจำนวนของผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม ทั้งหมด 8,000 คน และบริการการแพทย์แบบดั้งเดิมในโรงพยาบาลจำนวน 14 แห่ง และคลินิกการแพทย์แบบดั้งเดิมระดับเมืองและอำเภอ จำนวน 273 แห่ง นอกจากนี้ยังมีผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมภาคเอกชนที่ให้บริการด้านสุขภาพอีกด้วย

3. สถานภาพทางกฎหมายของการแพทย์แบบดั้งเดิม

3.1 สถานภาพทางกฎหมายของผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิม

กฎหมายและกฎระเบียบเกี่ยวกับการแพทย์ดั้งเดิมของประเทศเมียนมาร์ ริเริ่ม ทบทวนและปรับเปลี่ยนมายาวนานถึง 50 – 60 ปี ปัจจุบันกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แบบดั้งเดิมมี 2 ฉบับ คือ (1) Traditional Medicine Council Law และ (2) Traditional Medicine Drug Law

สำหรับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม (Traditional Medicine Practitioner) คือ Traditional Medicine Council Law ประกาศเป็นกฎหมายอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2543 (ค.ศ. 2000) โดยมีวัตถุประสงค์ข้อหนึ่งระบุว่า “การดูแลและควบคุมกำกับผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามกฎระเบียบและการลงโทษ” ปัจจุบันผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมที่ลงทะเบียนภายใต้กฎหมายนี้มีจำนวน 8,000 คน

ผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมของวัฒนธรรมแบบเดิม จะเรียนรู้และฝึกฝนประสบการณ์การดูแลสุขภาพโรคจากครอบครัว เป็นการส่งผ่านความรู้จากรุ่นสู่รุ่น และอาศัยทรัพยากรธรรมชาติที่หลากหลายในพื้นที่ และหลายวิธีการบำบัดเพื่อรักษาโรค ต่อมาเมื่อ พ.ศ. 2519 (ค.ศ. 1976) สถาบันการแพทย์แบบดั้งเดิมเมียนมาร์ (Institute of Myanmar Tradition

Medicine) เมืองมัณฑะเลย์ (Mandalay) ได้เริ่มสร้างบุคลากรทางการแพทย์แบบดั้งเดิมที่มีคุณภาพมาตรฐาน โดยเปิดการศึกษาหลักสูตรระดับอนุปริญญาการแพทย์แบบดั้งเดิมเมียนมาร์ หลักสูตร 4 ปี และในปี พ.ศ. 2520 – 2521 ผู้จบการศึกษาจากสถาบันแห่งนี้มีจำนวน 890 คน นอกจากนี้สถาบันแห่งนี้ ยังเปิดหลักสูตร 1 ปี สำหรับผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมที่ไม่มีใบรับรองหรือใบอนุญาตเพื่อปรับสถานภาพให้เป็นผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม

ต่อมาในปี พ.ศ. 2544 (ค.ศ. 2001) มหาวิทยาลัยการแพทย์แบบดั้งเดิม (University of Tradition Medicine) เมืองมัณฑะเลย์ ประเทศเมียนมาร์ได้ก่อตั้งขึ้น หลักสูตรของมหาวิทยาลัยมีการเรียนการสอนที่ครอบคลุม 4 สาขาของการแพทย์แบบดั้งเดิม รวมทั้งวิทยาศาสตร์พื้นฐานและการแพทย์แบบตะวันตกด้วย หลักสูตรปริญญาตรีของการแพทย์แบบดั้งเดิมมีระยะเวลา 5 ปี รวมการฝึกงานด้วย และมีการรับนักศึกษา 175 คนต่อปี นอกจากนี้ กรมการแพทย์แบบดั้งเดิมได้ร่วมมือและส่งเสริมการบูรณาการความรู้การแพทย์แบบดั้งเดิมโดย การร่วมเปิดหลักสูตรการเรียนการสอนวิชาการแพทย์แบบดั้งเดิม จำนวน 36 ชั่วโมง ในปีที่ 3 ของหลักสูตรทางการแพทย์ (M.B. / B.S.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 เพื่อสร้างโอกาสการบูรณาการร่วมกับการแพทย์แผนตะวันตกอีกด้วย และยังมีหลักสูตรฝึกอบรมและการประเมินความรู้เพื่อออกใบอนุญาตให้ผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมด้วย (Completion Certificate)

จากกฎหมายและกลไกที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า ประเทศเมียนมาร์มีแนวคิดและกระบวนการหนุนเสริมผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมที่มีองค์ความรู้แบบเดิม (แต่ไม่มีใบอนุญาตการรักษาผู้ป่วย) มาใช้ประโยชน์ในระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยยืนยันได้จากการศึกษา เรื่อง “The Healing Art of Traditional Medicines in Myanmar” โดยคณะนักวิจัยชาวญี่ปุ่นจากสถาบันการแพทย์แบบธรรมชาติ มหาวิทยาลัยโทยามา ประเทศญี่ปุ่น (Institute of Natural Medicine, Toyama Medical and Pharmaceutical University, Toyama, Japan) ภายใต้ชุดโครงการศึกษาเรื่อง “The Status of Traditional Medicine System in Southeast Asia” การศึกษารายงานว่า การแพทย์แบบดั้งเดิมของประเทศเมียนมาร์เป็นมรดกและความรู้แบบประเพณี ที่มีประวัติศาสตร์ยาวนาน ผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิมเรียนจากญาติ / พ่อแม่ พระสงฆ์ หรือสมาชิกในหมู่บ้าน ความรู้แบบดั้งเดิมส่งผ่านจากรุ่นสู่รุ่น โดยการสังเกตโดยตรง และการบอกเล่ามากกว่าการเรียนแบบทางการ พวกเขาให้การรักษาผู้ป่วยจำนวน 10 – 15 คน ถึง 200 คนต่อวัน ขึ้นอยู่กับสถานที่และระยะเวลาในช่วงปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นหญิง โรคที่รักษามีตั้งแต่ หวัด ความดันโลหิต โรคหัวใจ อัมพาต โรคตับอักเสบ โรคตับ มะเร็ง เบาหวาน โรคมาเลเรีย ข้อและกล้ามเนื้ออักเสบ กระดูกหัก โรคเด็ก ความเจ็บป่วยด้านจิตใจ หรืออาการผีเข้า / ถูกมนต์ดำ และโรคสตรี การรักษาโรคส่วนใหญ่ใช้ยาจากพืช แร่ธาตุ และสัตว์ โดยปรุงเป็นยาผงจากการศึกษาผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม จำนวน 18 คน ในโรงพยาบาลและคลินิก การแพทย์แบบดั้งเดิม ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 คน มีประสบการณ์สูง และผ่านการปฏิบัติงานด้านการแพทย์แบบดั้งเดิมมากกว่า 15 ปี ในจำนวนนี้ 12 คน ได้รับความรู้แบบดั้งเดิมผ่านครอบครัวหรือคนรุ่นเก่า และเข้าร่วมการฝึกอบรม (The Completion of Courses for Traditional Medicine) ที่จัดการโดยกรมการแพทย์แบบดั้งเดิม กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยการแพทย์แบบดั้งเดิม เมืองมัณฑะเลย์ เป็นเวลา 3 เดือน หรือ 1 – 3 – 5 ปี ขึ้นอยู่กับพื้นฐานการศึกษาของผู้เรียน หลังจากนั้นพวกเขาจะได้รับใบอนุญาตรักษาผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ (A Formal License)

นอกจากนี้ จากการรายงานวิจัย เรื่อง “รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการเสริมสร้างเครือข่ายการแพทย์พื้นบ้าน ในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขงตอนบน” โดยยิ่งยง เทาประเสริฐ และคณะ วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย รัฐบาลประเทศเมียนมาร์จะให้สิทธิการประกอบวิชาชีพกับหมอพื้นบ้าน หรือหมอที่รักษาโรคแบบดั้งเดิมที่มีประสบการณ์ และความรู้เป็นเวลานาน และมีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ โดยการยื่นขอใบอนุญาตการรักษาผู้ป่วยผ่านการรับรองของ “สมาคมการแพทย์แบบดั้งเดิมเมียนมาร์” ในพื้นที่ ไปยังเมืองย่างกุ้ง และเมื่อได้รับใบอนุญาตพวกเขาสามารถเปิดคลินิกการแพทย์แบบดั้งเดิมเพื่อรักษาผู้ป่วยในพื้นที่ได้ และคณะนักวิจัยยังพบว่า ในเมืองเชียงตุง มีคลินิกการแพทย์พื้นบ้านอยู่เกือบทุกหมู่บ้าน และพบเห็นทั่วไป และยังมีการส่งเสริมศักยภาพหมอพื้นบ้านหรือผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม โดยเข้ารับการฝึกอบรมพิเศษ 1 ปี ที่มหาวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้าน เมืองมณฑลพะเล่ย์ เนื้อหาการอบรมประกอบด้วย การแพทย์แบบดั้งเดิมเมียนมาร์ การแพทย์ชนเผ่า และการแพทย์ทางเลือกแบบอื่น เพื่อนำหลักการและความรู้มาใช้ประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วย

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ประเทศเมียนมาร์มีการริเริ่มและพัฒนาการเกี่ยวกับกฎหมายและกฎระเบียบด้านการแพทย์แบบดั้งเดิมอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 แพทย์แบบดั้งเดิมของเมียนมาร์ ที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างเป็นระบบ และได้รับอนุญาตให้รักษาผู้ป่วยด้วยการแพทย์แบบดั้งเดิม กลุ่มที่ 2 แพทย์แบบดั้งเดิมของเมียนมาร์ที่มีประสบการณ์ยาวนาน และมีการเรียนรู้ผ่านบรรพบุรุษ / คนรุ่นเก่า ทางภาครัฐมีการทำงานร่วมกับสถาบันการศึกษาฝึกอบรมระยะสั้น (3 เดือน – 1 / 3 / 5 ปี) และได้รับอนุญาตให้รักษาผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มการบูรณาการ ระหว่างการแพทย์แบบดั้งเดิมและการแพทย์แบบตะวันตก โดยมีการเรียนการสอน “การแพทย์แบบดั้งเดิมเบื้องต้น” ในหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และวิทยาศาสตร์อีกด้วย ทำให้คาดการณ์ได้ว่า แพทย์แบบตะวันตกและบุคลากรด้านวิทยาศาสตร์จะมีบทบาทหนุนเสริมการบริการและการวิจัยการแพทย์แบบดั้งเดิมเมียนมาร์สู่ระดับสากล และเชื่อมโยงกับปฏิบัติการดูแลสุขภาพชุมชน

3.2 สถานภาพทางกฎหมายของยาสมุนไพร ปัจจุบันกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาสมุนไพรหรือยาแบบดั้งเดิมของประเทศเมียนมาร์ คือ “Traditional Medicine Drug Law” ประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2539 (ค.ศ. 1996) มีวัตถุประสงค์หนึ่ง คือ สร้างความสามารถเพื่อให้ประชาชนได้บริโภคยาแผนดั้งเดิมที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และคุณภาพปลอดภัยอย่างเป็นระบบ จากกฎหมายนี้ ยาแผนดั้งเดิมของประเทศเมียนมาร์จะได้รับการขึ้นทะเบียน และโรงงานผลิตยาแผนดั้งเดิมจะต้องมีใบอนุญาตในการผลิตยาแผนดั้งเดิม ปัจจุบันประเทศเมียนมาร์มีโรงงานผลิตยาแผนดั้งเดิมจำนวน 1,000 แห่ง และมียาแผนดั้งเดิมที่ขึ้นทะเบียนอย่างเป็นทางการจำนวน 8,000 ตำรับ และรัฐบาลได้ส่งเสริมและกำหนดให้มี National Pharmacopoeia on Herbal Medicine ประกอบด้วย ตำรับยาแบบดั้งเดิมเมียนมาร์ (The Myanmar Traditional Medicine Formulary – MTMF) จำนวน 57 ตำรับ และจัดทำเป็นคู่มือยาแบบดั้งเดิมเมียนมาร์สำหรับผู้ทำงานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Primary Health Workers) นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาระบบติดตามยาแบบดั้งเดิมด้วย อย่างไรก็ตาม ยาสมุนไพรถูกจำหน่ายในร้านขายยาเป็นยาที่ซื้อได้ด้วยตนเอง และไม่มีการควบคุมที่เคร่งครัดนัก

4. บทเรียนการพัฒนาและส่งเสริมการแพทย์แบบดั้งเดิมในชุมชน

จากนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติที่มุ่งเน้นการหนุนเสริมการบริการการแพทย์แบบดั้งเดิม เพื่อนำไปสู่กิจการการดูแลสุขภาพชุมชน กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมการแพทย์แบบดั้งเดิมริเริ่มให้มีโครงการการกระจายชุดยาแบบดั้งเดิม (Traditional Medicine Kit Distribution Project) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 (ค.ศ. 2007) โดยมีพื้นที่ทดลองที่เมืองเนย์ปีดอร์ (Nay Pyi Taw) ใน 44 หมู่บ้านและประสบผลสำเร็จเชิงบวก ต่อมาโครงการได้ขยายผลโดยได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลประเทศเมียนมาร์ การบริจาคจากผู้หวังดี Nippon Foundation ประเทศญี่ปุ่น พื้นที่ขยายไปในทุกเขต มีเป้าหมายสนับสนุนชุดยาแบบดั้งเดิม 7,000 ชุดในระยะเวลา 3 ปี โดยจัดให้มีผู้ที่ดูแลชุดยาแบบดั้งเดิม ชุดยาแบบดั้งเดิมเป็นยาสำหรับโรคหรือความเจ็บป่วยระดับต้น หากประชาชนมาใช้ยาแบบดั้งเดิม ก็เสียค่ายาที่ราคาไม่แพงกว่าการซื้อยาจากร้านขายยา และมีบริการตลอดเวลา หากยาหมดก็จะได้จากคลินิกการแพทย์แบบดั้งเดิมระดับเมือง ยาเหล่านี้ผลิตจากโรงงานยาแผนดั้งเดิมของภาครัฐ โครงการนี้เป็นประโยชน์ต่อประชาชนในชนบทที่เข้าไม่ถึงยาแผนตะวันตก ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้ยาแผนดั้งเดิมได้ดีกว่ายาแผนตะวันตก

นอกจากนี้ รัฐบาลเมียนมาร์ยังส่งเสริมการปลูกและดูแลสวนสมุนไพรเพื่อให้มีวัตถุดิบเพียงพอในการผลิตยาแบบดั้งเดิม ปัจจุบันมีสวนสมุนไพรทั่วประเทศ 9 แห่ง และมีพื้นที่ทั้งหมดมากกว่า 290 เอเคอร์ สวนเหล่านี้ตั้งอยู่ในสถานที่และภูมิอากาศต่างกัน มีการปลูกสมุนไพรต่างชนิดกัน และมีสวนสมุนไพรระดับชาติ (National Herbal Park) ที่เมืองเนย์ปีดอร์ เป็นสวนสมุนไพรที่ใหญ่ที่สุด รวบรวมพืชสมุนไพรมากกว่า 500 ชนิด และมีการปลูกสมุนไพรมากกว่า 400 ชนิด นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมและร่วมมือกับกระทรวงอื่นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในภาพรวมอีกด้วย

สรุปได้ว่า การแพทย์ดั้งเดิมของประเทศไทยเป็นมรดกของบรรพบุรุษมีอายุราว 2,000 ปี ได้รับอิทธิพลจากประเพณีท้องถิ่น พุทธศาสนา เจอนโซทางภูมิศาสตร์ที่ทำให้มีแหล่งสมุนไพรที่อาศัยอยู่บนพื้นดิน (พืช สัตว์ แร่ธาตุ) และในท้องทะเล รัฐบาลเมียนมาร์มีนโยบาย ยุทธศาสตร์ กฎหมาย และการปฏิบัติการที่สอดคล้องกัน มุ่งเน้นการหนุนเสริมการบริการและการวิจัยการแพทย์แบบดั้งเดิมให้มีคุณภาพ มีการสร้างผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แผนโบราณอย่างมีระบบ ตลอดจนส่งเสริมให้ประชาชนในชนบทมีโอกาสเข้าถึงและได้ใช้ยาแบบดั้งเดิมเมื่อเจ็บป่วยเบื้องต้น นอกจากนี้ยังมีการอนุรักษ์และส่งเสริมการปลูกสมุนไพรในรูปแบบสวนสมุนไพรเพื่อสนองวัตถุดิบอย่างเพียงพอและอนุรักษ์สมุนไพรเพื่อการใช้อย่างยั่งยืนอีกด้วย

กรณีศึกษาที่ 2 การแพทย์แบบดั้งเดิม ประเทศสาธารณรัฐอินโดนีเซีย^{4,10-14} (Indonesian Traditional Medicine Republic of Indonesia)

1. บทนำ

ประเทศสาธารณรัฐอินโดนีเซีย เป็นประเทศแห่งหมู่เกาะที่เก่าแก่มากที่สุดแห่งหนึ่งของโลก ตั้งอยู่มหาสมุทรอินเดีย และมหาสมุทรแปซิฟิก ทางตอนใต้ของประเทศมาเลเซียและสิงคโปร์ มีพื้นที่ทั้งหมด 5,193,250 ตารางกิโลเมตร และเป็นประเทศที่มีเกาะมากที่สุดในโลกคือ 13,677 เกาะ สำหรับเกาะที่มีผู้คนจำนวนมากและเป็นเกาะสำคัญมี 7 เกาะ คือ เกาะสุมาตรา เกาะสุลาเวสี เกาะกาลิมันตัน เกาะชวา เกาะอิเรียนตะวันตก เกาะลอมบอก และเกาะบาหลี และมีกรุงจาการ์ตาเป็นเมืองหลวง

ในอดีตประเทศอินโดนีเซียเคยเป็นอาณานิคมของประเทศฮอลันดา (ประเทศเนเธอร์แลนด์) ประเทศอังกฤษ และประเทศญี่ปุ่น ภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ประเทศอินโดนีเซียประกาศอิสรภาพ ณ วันที่ 17 สิงหาคม 2488 อุดมการณ์แห่งชาติอยู่บนพื้นฐานหลักปรัชญาสี่คือ ความเชื่อในพระเจ้า มนุษยธรรม ชาตินิยม อธิปไตยแห่งปวงชน และความยุติธรรม ในอดีตประเทศอินโดนีเซียเป็นพื้นที่ที่มีอิทธิพลของศาสนาฮินดู ศาสนาพุทธ และปัจจุบันมีศาสนาอิสลามเป็นศาสนาประจำชาติ จึงกลายเป็นพื้นที่ที่มีเสน่ห์ในด้านโบราณคดี และมานุษยวิทยา ประเทศอินโดนีเซียมีพลเมือง จำนวน 240 ล้านคน ประกอบด้วยกลุ่มชาติพันธุ์หลักและย่อย จำนวน 400 ชาติพันธุ์ ภาษากว่า 250 ภาษา และภาษาบาฮาซา (Bahasa Indonesia) เป็นภาษากลางซึ่งมาจากภาษามลายู และประเทศอินโดนีเซียยังเป็นแหล่งทรัพยากรธรรมชาติที่มั่งคั่งแห่งหนึ่งในโลก แต่ละชาติพันธุ์ล้วนมีองค์ความรู้การแพทย์และยาสมุนไพรที่สืบทอดจากคนรุ่นสู่รุ่นอย่างกว้างขวาง หลักฐานทางประวัติศาสตร์ของการแพทย์แบบดั้งเดิมในประเทศอินโดนีเซีย พบได้จากภาพแกะสลักบนแท็บริเวณเทวสถานปรัมบานัน และพุทธสถานโบโรพุทโธ (Prambanan and Barobudur Temples) และการบันทึกบนใบลาน (Lontar Leaf)

ปัจจุบันชาวอินโดนีเซียราว 70 – 80 % ยังคงเชื่อมั่นในยาสมุนไพรท้องถิ่น ในชื่อว่า “จามู” (Jamu – Indiginous Indonesian Traditional Medicine เป็นยาสมุนไพรท้องถิ่นของชาวอินโดนีเซีย มีรากศัพท์มาจากภาษาชวา) เป็นที่นิยมของชุมชนชาวชวา และชาว Madurese (เกาะชวาและเกาะแมนดูรา ซึ่งอยู่ทางตะวันออกของเกาะชวาตะวันออก) นับได้ว่าเป็นความรู้เกี่ยวกับ “จามู” ได้รับการพิสูจน์เชิงประจักษ์มาหลายชั่วอายุคน

2.นโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ

ประเทศอินโดนีเซียมีนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แบบดั้งเดิมภายใต้ชื่อย่อว่า KOTRANAS นโยบายมุ่งเน้นการพัฒนาการแพทย์แบบดั้งเดิมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาเศรษฐกิจ และตระหนักถึงยาสมุนไพรที่มาจากพืช สัตว์ แร่ธาตุ และทรัพยากรชีวภาพทางทะเล ซึ่งจะผ่านการใช้แบบประสพการณ์มายาวนาน และให้ความสำคัญกับการวิจัยแบบวิทยาศาสตร์ ทั้งด้านพรีคลินิก และคลินิก เพื่อให้ยาสมุนไพร (Jamu) เป็นยาสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน (Standardized Herbal) และเมื่อยาสมุนไพรผ่านการทดลองทางคลินิกจะเรียกว่า Phytopharmaca พร้อมทั้งพัฒนาการใช้ยาสมุนไพรในการบริการสุขภาพแบบทางการ

นอกจากนี้ นโยบายการแพทย์แบบดั้งเดิมของประเทศอินโดนีเซีย ยังให้ความสำคัญกับนโยบายแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive Policy) คือ พัฒนาจากต้นน้ำถึงปลายน้ำ เริ่มจากการปลูกและอนุรักษ์ทรัพยากรสมุนไพร การวิจัยด้านประสิทธิผลและความปลอดภัย การพัฒนาคุณภาพ การเข้าถึง การใช้อย่างมีเหตุผล การนิเทศ การวิจัยและพัฒนา อุตสาหกรรมและการพาณิชย์ การบันทึก การพัฒนาทรัพยากรสมุนไพร และสุดท้ายคือ การติดตามและประเมินผล

ยุทธศาสตร์การพัฒนาการแพทย์แบบดั้งเดิมประกอบด้วย 4 ด้าน คือ (1) ส่งเสริมการใช้ทรัพยากรธรรมชาติเป็นยาแบบดั้งเดิม (Traditional Medicines) อย่างยั่งยืนเพื่อพัฒนาการบริการสุขภาพและเศรษฐกิจ (2) สร้างความมั่นใจในประสิทธิผล ความปลอดภัย และคุณภาพของยาแบบดั้งเดิม และ (3) สร้างและสนับสนุนการแพทย์แบบดั้งเดิมที่ผ่านการพิสูจน์ด้านประสิทธิผลให้เกิดการใช้กันอย่างกว้างขวาง และเป็นวิทยาศาสตร์สำหรับการใช้ยาด้วยตนเอง (Self Medication) และการบริการสุขภาพแบบทางการ (4) ส่งเสริมการพัฒนาอุตสาหกรรมยาสมุนไพรแบบโปร่งใสและรับผิดชอบ เพื่อสนองตลาดท้องถิ่นและได้รับการยอมรับจากนานาชาติ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การแพทย์แบบดั้งเดิมของประเทศอินโดนีเซีย ยังคงมีบทบาทด้านสุขภาพต่อประชาชน มีการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนายาสมุนไพรที่ชัดเจน

Jamu → Standardized of → Phytopharma
(Indonesian Indigenous Indonesian Herbal (Indonesian Herbal
Herbal Medicines) Medicines Medicine Base on
Clinical Trial)

และจุดเด่น คือ ยุทธศาสตร์มีลักษณะบูรณาการมุ่งเน้นการวิจัยแบบวิทยาศาสตร์ของยาสมุนไพรแบบดั้งเดิมและอยู่ระหว่างการวิจัยและพัฒนา อันเป็นการผสมผสานระหว่างองค์ความรู้แบบดั้งเดิมที่เป็นประสบการณ์ (Traditionally Approach) และความรู้แบบใหม่ที่เป็นวิทยาศาสตร์ (Modernization Approach) เพื่อให้การแพทย์แบบดั้งเดิมเป็นการแพทย์ที่มีคุณภาพและยาสมุนไพรมีคุณภาพและใช้ประโยชน์ในระบบบริการสุขภาพทั้งในและนอกประเทศ

3. สถานภาพทางกฎหมายของการแพทย์แบบดั้งเดิม

3.1 สถานภาพทางกฎหมายของผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิม ผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิม (Traditional Practitioner) ของประเทศอินโดนีเซีย มีการจำแนกและเรียกด้วยคำศัพท์หลายแบบ ตั้งแต่แบบง่ายจนถึงแบบซับซ้อน ขึ้นกับความเข้าใจและการได้รับความหมายจากผู้ใด โดยทั่วไป “ผู้ให้การรักษาโรคแบบดั้งเดิม” (Traditional Practitioner / Healer) ใช้วิธีการรักษาหลายอย่าง ประกอบกันเป็นการใช้ทักษะและประสบการณ์ที่ได้รับถ่ายทอดและฝึกฝนมาเพื่อรักษาโรค ใช้วิธีการแบบโบราณและยาสมุนไพรรักษาโรคในชุมชนมากมายสิบปี ผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมประชาชน และได้รับการยอมรับจากชุมชนในปี พ.ศ. 2538 กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health) ประเทศอินโดนีเซีย รายงานว่า ประเทศอินโดนีเซียมีหมอแผนโบราณ (Traditional Healer) 562, 984 คน และมีการจำแนกเป็น 4 กลุ่มคือ (1) หมอยาแผนโบราณ (Traditional Drugs Healer) (2) หมอชำนาญเฉพาะด้าน (หมอกระดูก หมอนวด และหมอผดุงครรภ์) (3) หมอศาสนา (Religions Healer) และ (4) หมอด้านจิตวิญญาณ (Supernatural Spiritual or Magic Healer)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนของหมอแผนโบราณ ประเทศอินโดนีเซีย ปี พ.ศ. 2538

ประเภท	จำนวน (ร้อยละ)
1. ผดุงครรภ์แผนโบราณ	122,944 (43.63 %)
2. หมอนวด	51,383 (18.25 %)
3. หมอยาแผนโบราณ	18,237 (6.47 %)
4. ผู้ขายยาสมุนไพร (Jamu Peddlers / gendong)	25,077 (8.9 %)
5. หมอศาสนา	14,000 (4.97 %)
6. หมอจิตวิญญาณ	12,496 (4.44 %)
7. หมอกระดูก	10,118 (3.59 %)
8. หมอพิธีสวด	8,781 (3.11 %)
9. หมอแบบอื่น ๆ	18,456 (6.50 %)

รวมทั้งหมด	281,492 (100 %)
------------	-----------------

หมอแผนโบราณในประเทศอินโดนีเซียได้รับความรู้และทักษะจากพ่อแม่ โดยไม่ได้ผ่านการศึกษาแบบทางการ บางคนอาจเป็นผู้ช่วยหมอแผนโบราณรุ่นเก่า และบางคนฝึกฝนจากหมอแผนโบราณที่น่าเชื่อถือ 1 – 2 คน และยังมีบางส่วนจะได้รับวิชาจากพระเจ้า หรือความฝัน หรือการกระทำแบบพิเศษ ทักษะการเยียวยาแบบดั้งเดิมของหมอแผนโบราณส่วนใหญ่จึงเป็นการเรียนผ่านกระบวนการแบบไม่เป็นทางการ ส่วนใหญ่จะให้การรักษาผู้ป่วยที่บ้าน โดยไม่มีห้องตรวจและรักษาที่เป็นทางการ ส่วนใหญ่รักษาบางเวลา บางคนที่มีชื่อเสียงจึงจะรักษาผู้ป่วยเต็มเวลา และมีหมอแผนโบราณบางคนที่รักษาทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก หมอแผนโบราณจึงได้รับความนิยมและคุ้นเคยในชุมชน

ก่อนหน้าปี พ.ศ. 2530 การแพทย์แบบดั้งเดิมไม่มีพื้นที่ในระบบสุขภาพแบบทางการในประเทศอินโดนีเซีย ต่อมาในปี พ.ศ. 2531 การแพทย์แบบดั้งเดิมได้ริเริ่มมีพื้นที่เกี่ยวกับโครงการพัฒนา และยาสมุนไพรได้มีการพัฒนาในงานสุขภาพระดับชุมชน ต่อมาในปี พ.ศ. 2538 กระทรวงสาธารณสุข ประเทศอินโดนีเซีย เริ่มมีกฎหมายควบคุมการแพทย์แผนดั้งเดิม และผู้ให้การรักษาโรคแบบดั้งเดิม หรือหมอแผนโบราณ และในปี พ.ศ. 2539 การแทงเข็ม (Acupuncture) เริ่มผสมผสานเข้ามาในระบบสุขภาพแห่งชาติ

ประเทศสาธารณรัฐอินโดนีเซีย ริเริ่มการควบคุมและกฎหมายการแพทย์แบบดั้งเดิมครั้งแรกในปี พ.ศ. 2536 และมีสำนักงานด้านการแพทย์แบบดั้งเดิม / การแพทย์ทางเลือก (Office on TM/CAM) อยู่ภายใต้ National Agency of Drug and Food Control (พ.ศ. 2544) จากกฎหมายแสดงให้เห็นว่า การแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบทางเลือกของประเทศอินโดนีเซีย เป็นส่วนบูรณาการของการรักษาและการพยาบาล และให้ความสำคัญต่อการควบคุมกำกับ (Supervision) การแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบทางเลือกเพื่อสร้างความมั่นใจในประสิทธิผล และความปลอดภัย และพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบของยาแบบดั้งเดิม ให้มีความปลอดภัยและประสิทธิผล เพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีของชุมชน นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับการพัฒนายาสมุนไพร (Jamu)

สำหรับสถานภาพทางกฎหมายของหมอแผนโบราณในประเทศอินโดนีเซีย มีพัฒนาการตามลำดับ ในระหว่างระยะเวลาพ.ศ. 2526 – 2540 ผดุงครรภ์แผนโบราณมีบทบาทอย่างสูงในการดูแล โดยหมอแผนปัจจุบันดูแลการเกิดเพียง 43 % เท่านั้น กระทรวงสาธารณสุขได้มีการฝึกอบรมผดุงครรภ์แผนโบราณ อย่างน้อยจำนวน 91,427 คน ปัจจุบันผดุงครรภ์แผนโบราณยังคงได้รับอนุญาตให้ดูแลการเกิดโดยปราศจากการลงทะเบียน หรือ การออกไปประกอบวิชาชีพ ต่อมาในปี พ.ศ. 2548 มหาวิทยาลัยแอร์ลังกา (Airlangga University) มีการพัฒนาชุดโครงการด้านการแพทย์แผนดั้งเดิม (Vocational Program in Traditional Medicine) ระดับอนุปริญญา หลักสูตร 3 ปี ภายใต้การสนับสนุนของ Department of Health และการออกไปประกอบวิชาชีพโดย Department of National Education เป็นมหาวิทยาลัยแรกที่ริเริ่มสร้างกำลังคนที่เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แบบดั้งเดิม ผู้ซึ่งสามารถดำเนินกิจการส่วนตัวหรือทำงานร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันได้ หลักสูตรให้ความสำคัญกับการรักษาด้วยยาสมุนไพร การแทงเข็ม การกดจุด และการนวด นับเป็นการพัฒนาการศึกษาการแพทย์แบบดั้งเดิมของอินโดนีเซียอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ยังมีข้อมูลแสดงว่า การออกไปประกอบวิชาชีพให้หมอแผนโบราณสามารถทำได้โดยองค์กรด้านกฎหมายระดับจังหวัดและอำเภอ (District or Provincial Attorney)

3.2 สถานภาพทางกฎหมายของยาสมุนไพร ชาวอินโดนีเซียนิยมใช้สมุนไพรหรือ “จามู” อย่างกว้างขวาง ภาครัฐคาดการณ์ว่า ชาวอินโดนีเซียประมาณร้อยละ 40 ยังคงใช้ยาแบบดั้งเดิม โดยเฉพาะในชนบทหรือพื้นที่ห่างไกล คาดว่าประมาณ 70 – 80 % ใช้ด้วยเหตุผลของความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของยาสมุนไพร อันเป็นปรากฏการณ์เชิงประจักษ์ที่ผ่านมาจากคนหลายรุ่น และด้วยความจำกัดของระบบสาธารณสุขขั้นพื้นฐานในปี พ.ศ. 2543 – 2545 ภาครัฐรายงานว่า ข้อมูลการจำหน่ายยาสมุนไพรมีจำนวน 144, 167 และ 189 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันประเทศอินโดนีเซีย มียาแบบดั้งเดิม (Herbal Medicines) ที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 8,632 ผลิตภัณฑ์มากกว่าร้อยละ 90 เป็นผลิตภัณฑ์แบบ “จามู”

กฎหมายควบคุมยาสมุนไพรเริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2536 และมีการปรับปรุงในปี พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2538 ยาสมุนไพรถูกจำหน่ายในร้านขายยา (Over – the – Counter Medicine) ในร้านแบบพิเศษ โดยผู้ประกอบการวิชาชีพและปราศจากความเข้มงวด ในกฎหมายสาธารณสุขจำแนกยาสมุนไพร (จามู) เป็น 2 แบบ คือ

กลุ่มที่ 1 ยาแบบดั้งเดิมที่ผลิตโดยบุคคลหรืออุตสาหกรรมครัวเรือน (Home - Made Jamu) ยาประเภทนี้ได้ยกเว้นการขึ้นทะเบียน รัฐบาลอนุญาตให้ใช้พืชสมุนไพร จำนวน 54 ชนิด ในการผลิตยาแบบนี้ โดยพืชสมุนไพรเหล่านี้เป็นที่รู้จักว่ามีประสพการณ์ใช้มายาวนานและปลอดภัย ผู้ให้การรักษาโรคแบบดั้งเดิมจะผลิตยาสมุนไพรเพื่อใช้กับผู้ป่วย วิธีการเตรียมไม่ยุ่งยาก ยาแบบดั้งเดิมนี้อาจมีลักษณะเป็น Jamu Peddler (Jamu Gendong) และ Jamu Racikan (Jamu Business) Jamu Peddler คือ การที่บุคคลที่มีทักษะในการเตรียมยาแบบดั้งเดิมและใช้กับผู้ป่วยโดยตรง ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงในกลุ่มชาติพันธุ์ชวา ส่วน Jamu Racikan เป็นรูปแบบยาสมุนไพร น้ำ แยกใส่ตระกร้า และจำหน่ายในหมู่บ้านและชุมชน ความรู้จากการใช้ยาสมุนไพรตกทอดภายในครอบครัว วัตถุดิบสมุนไพรได้มาจากตลาดและสวนสมุนไพรของครอบครัว “จามู” มีการใช้หลายรูปแบบ ยาผง รับประทานกับน้ำร้อน หรืออาจผสมกับน้ำผึ้งหรือไข่ และมีการเตรียมแบบสด (Depot Jamu)

กลุ่มที่ 2 ยาแบบดั้งเดิมที่ผลิตแบบอุตสาหกรรม (Industry – made Jamu) ยาแบบดั้งเดิมประเภทนี้เป็นการผลิต บรรจุและจำหน่ายเชิงพาณิชย์ อาจมีทั้งอุตสาหกรรมใหญ่และเล็ก รัฐบาล (Food and Drug Control, Ministry of Health) ควบคุมการผลิตยาแบบดั้งเดิมตามเกณฑ์ของแนวทางอุตสาหกรรมยาที่ดี (GMP) จำแนกยาแบบดั้งเดิมตามการประเมินคุณภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัยเป็น 3 ลักษณะ (1) Jamu (2) Standardized Herbal (มี Pre – Clinical Studies) (3) Phytopharmaca (มี Clinical Studies) หากต้องการจะจำหน่ายยาแบบดั้งเดิมประเภทนี้ ผู้ผลิตจะต้องขอรับใบอนุญาตจากองค์กรสุขภาพระดับจังหวัด (Provincial Health Service) และ จามู ที่ต้องการจำหน่ายในท้องตลาด ผู้จำหน่ายจะต้องมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ลงทะเบียนกับกระทรวงสุขภาพ (MOH) ปัจจุบันในตลาดมีผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ขึ้นทะเบียนจำนวนทั้งหมด 9,737 ชนิด ในจำนวนนี้มีผลิตภัณฑ์สมุนไพร 1,039 ชนิด ที่ส่งออกไปจำหน่ายต่างประเทศ ส่วนใหญ่ “จามู” ของประเทศอินโดนีเซียยังมีความจำกัดในการศึกษาทางคลินิกที่มีมาตรฐาน และยาประเภท Phytopharmaca ยังน้อยมาก อย่างไรก็ตามความพยายามในการควบคุมของกระทรวงสาธารณสุข เน้นการส่งเสริมและควบคุมยาสมุนไพรดั้งเดิมของชาวอินโดนีเซีย และยังสนับสนุนการศึกษาทางคลินิกเพื่อพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานของยาสมุนไพร และสามารถประโยชน์ในระบบสาธารณสุขเป็นทางการอย่างกว้างขวาง

4. บทเรียนการพัฒนาและส่งเสริมการแพทย์แบบดั้งเดิมในชุมชน

รัฐบาลอินโดนีเซีย มีแนวนโยบายพัฒนาการแพทย์แบบดั้งเดิม แบบผสมผสาน และมีแนวทางและบทเรียนการส่งเสริมการแพทย์แบบดั้งเดิมหลายด้าน สำหรับการส่งเสริมการแพทย์แบบดั้งเดิมในระดับสาธารณสุขขั้นพื้นฐานนั้น มีแนวทางพิจารณาสนับสนุนเพื่อพัฒนาการใช้ “Jamu” อย่างมีประสิทธิภาพ ในระบบสาธารณสุขมูลฐาน โดยให้ความสำคัญกับการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ ประกอบด้วย การวิจัยการแพทย์แบบดั้งเดิมของชาติพันธุ์ การวิจัยทางวิทยาศาสตร์อย่างเป็นระบบ และการเชื่อมประสานระหว่างสถาบันวิจัยและภาคอุตสาหกรรมในการพัฒนาสมุนไพร ข้อมูลการวิจัยอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ของยาสมุนไพรจะลดการรักษาโรคที่ผิดกฎหมายของหมอแผนโบราณได้

สำหรับการพัฒนาด้านสุขภาพในชุมชน รัฐบาลมีการพัฒนารูปแบบการบริการแพทย์ทางเลือก / แบบเสริม ในศูนย์บริการสุขภาพชุมชน (A Model Community Health Care Center for Complementary and Alternative Service) ในเมืองสุราบายา เกาะชวา ตะวันออก (Surabaya, Eastjava) เป็นศูนย์แรกที่มีหมอแผนปัจจุบันวินิจฉัยโรคแบบแผนปัจจุบัน และให้สิทธิผู้ป่วยเลือกการบริการสุขภาพแบบทางเลือก / แบบเสริม ประกอบการรักษาโรคด้วยสมุนไพร การนวด การแทงเข็ม โดยได้รับความร่วมมือในการจัดการสมุนไพรจากชุมชน มีศูนย์รูปแบบนี้ 12 แห่ง (Centers for Development and Implementation of Traditional Medicine) ซึ่งเป็นศูนย์อบรมสำหรับหมอแผนโบราณ และการบริหารแพทย์แบบดั้งเดิมด้วย

นอกจากนี้ ในภาคประชาชนประมาณ 70 – 80 % ยังคงมีการใช้ยาด้วยตนเอง ยาสมุนไพรดั้งเดิมหรือ Jamu “จามู” เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมอินโดนีเซีย มีบทบาทการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะชาวชวาและชาวแมนดูลา บางทีก็เรียกว่าเป็น Javanese Jamu และ Maduranese Jamu ประชาชนใช้ยาสมุนไพรแบบดั้งเดิมในการดูแลสุขภาพผู้หญิง นับตั้งแต่ยาสมุนไพร การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพและความงามของวัยรุ่นและหญิงที่มีครอบครัว ยาสมุนไพรช่วงตั้งครรภ์และหลังคลอด และยังมียาบำรุงร่างกาย ยารักษาโรคหวัด ไข้ โรคไขข้ออักเสบ อาการแพ้ โรคพยาธิ เบาหวาน ฯลฯ กล่าวได้ว่า เป็นความรู้เชิงประสบการณ์ที่ยังใช้ประโยชน์ต่อเนื่อง และถูกสืบทอดมาอย่างคนรุ่นปัจจุบันเพื่อสุขภาพดีอย่างมีประสิทธิภาพ รัฐบาลร่วมกับสถาบันวิจัยการแพทย์แบบดั้งเดิมและโรงพยาบาลทั่วไป ดำเนินงานวิจัยเพื่อให้ “จามู” มีข้อมูลที่เป็นวิทยาศาสตร์ และสนับสนุน / กระจายข้อมูลที่เชื่อถือได้ เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ยาสมุนไพรที่ผิดพลาด

กรณีศึกษาที่ 3 การแพทย์แบบดั้งเดิม ประเทศสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม^{4,8,15-18} (Vietnam Traditional Medicine, Socialist Republic of Vietnam)

1. บทนำ

ประเทศสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนามหรือประเทศเวียดนามตั้งอยู่ทางตะวันออกของคาบสมุทรอินโดจีน ภูมิประเทศมีความหลากหลาย ตั้งแต่ดินดอนสามเหลี่ยมอันอุดมสมบูรณ์ของปากน้ำแดงในภาคเหนือ และปากแม่น้ำโขงในภาคใต้ เทือกเขาที่ปกคลุมด้วยป่าดิบและชายฝั่งทะเลติดกับทะเลจีนใต้ที่มีความยาวกว่า 3,200 กิโลเมตร และมีภูมิอากาศแบบร้อนชื้นหรือแบบมรสุม ประเทศเวียดนามเป็นดินแดนที่มีประวัติศาสตร์การต่อสู้เพื่อเอกราชของประเทศมายาวนาน นับตั้งแต่ต่อสู้จากการรุกรานจากประเทศจีนเป็นเวลา 1,000 ปี และต่อสู้ในยุคอาณานิคมจาก

ประเทศฝรั่งเศสและสหรัฐอเมริกามานานกว่าแปดทศวรรษ トラバจนพ.ศ.2518 (ค.ศ.1975) เวียดนามเหนือ และ เวียดนามใต้รวมตัวและได้รับอิสรภาพ สถาปนาเป็น “ประเทศสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม” ประเทศเวียดนามแบ่งเป็น 3 ภาค คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ มีเมืองฮานอย เมืองเว้ และเมืองโฮจิมินห์ เป็นศูนย์กลางตามลำดับแบ่งเป็น 4 นคร และ 57 จังหวัด

เมืองเอกทางเหนือและทางใต้ของประเทศเวียดนาม คือ เมืองฮานอยและเมืองโฮจิมินห์ซึ่งชาวเวียดนามยังคงรักษาประเพณีดั้งเดิม มีการเคารพบูชาบรรพบุรุษ มีพิธีเฉลิมฉลองวีรบุรุษที่กอบกู้ประเทศชาตินับถือบรรพบุรุษ และเชื่อฟังคำสอนของผู้อาวุโส มีน้ำใจและมีความกตัญญูต่อพ่อแม่ ในเวียดนามมีชาติพันธุ์ จำนวน 54 ชาติพันธุ์อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ทางไกลและใช้ชีวิตตามชนบทประเพณีดั้งเดิม ประชากรทั้งหมดมีจำนวน 85.15 ล้านคน การแพทย์แบบดั้งเดิมของประเทศเวียดนาม (Vietnam Traditional Medicine) มีประวัติศาสตร์ยาวนานกว่า 4,000 ปี การแพทย์แบบดั้งเดิมของเวียดนามได้รับอิทธิพลจากปรัชญาโบราณของทวีปเอเชีย ผสมผสานกับการแพทย์ภาคประชาชนของชนชาติ 54 ชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในประเทศเวียดนาม นักวิชาการชาวเวียดนามกล่าวถึงการแพทย์แบบดั้งเดิมของภาคเหนือที่ได้รับอิทธิพลจากปรัชญาลัทธิเต๋าและการแพทย์แผนจีน ปรัชญา กระบวนการวินิจฉัยและการรักษาโรคมีความคล้ายกับการแพทย์จีนและยังมีการแทงเข็ม (Acupuncture) มีการใช้ประโยชน์ในประเทศเวียดนามมาหลายร้อยปี มีการเรียกการแพทย์แบบดั้งเดิมของภาคเหนือว่า “Sino – Vietnamese Medicine” ส่วนภาคใต้ประชาชนเวียดนามถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ผ่านคนรุ่นเก่าสู่รุ่นใหม่ มีการใช้สมุนไพรและการนวดในครอบครัว และมีหมอสมุนไพร (Herbal Doctor) ในชุมชนจำนวนมาก สามารถดูแลรักษาโรคและความเจ็บป่วยได้อย่างกว้างขวาง มีการเรียกการเรียกการแพทย์ดั้งเดิมของภาคใต้ว่า “Southern Medicine” และระยะต่อมาได้มีการผสมผสานกับการการแพทย์แบบตะวันตกในยุคอาณานิคม

วิวัฒนาการของการแพทย์แบบดั้งเดิมเกิดขึ้นและมีความต่อเนื่องเป็นลำดับ ในระหว่างที่ประเทศเวียดนามเป็นอาณานิคมของประเทศฝรั่งเศส การแพทย์แบบดั้งเดิมและการแพทย์แบบสมัยใหม่พัฒนาอย่างเป็นคู่ขนาน ต่อมาในปี พ.ศ.2498 (ค.ศ.1951) ประธานาธิบดีโฮจิมินห์กล่าวถึงบรรพบุรุษที่มีประสบการณ์จำนวนมากในการรักษาโรคโดยใช้ยาสมุนไพร เราจะต้องสร้างการแพทย์ของเราที่อยู่บนพื้นฐานของวิทยาศาสตร์ ชนชาติและเป็นของประชาชน ต่อมาในปีพ.ศ. 2500 (ค.ศ. 1957) รัฐบาลมีการตั้ง “Traditional Medicine Institute of Hanoi” ในกรุงฮานอยเมืองหลวงของประเทศเวียดนามและได้มีการพัฒนาระบบการแพทย์แบบบูรณาการ อันเป็นการผสมผสานการแพทย์แผนใหม่กับการแพทย์แบบดั้งเดิมมีการจัดทำ Traditional Medicine Pharmacopoeia การขึ้นทะเบียนยาดั้งเดิม การทดลองทางวิทยาศาสตร์และส่งเสริมเครือข่ายและการใช้ประโยชน์จากการแพทย์แบบดั้งเดิมในระบบสาธารณสุขแห่งชาติ

2. นโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ

นโยบายการแพทย์แบบดั้งเดิมของประเทศเวียดนามเป็นนโยบายที่ต่อเนื่องยาวนานเป็นเวลากว่า 50 ปี トラバจนปัจจุบัน กรมการแพทย์แบบดั้งเดิม กระทรวงสุขภาพ ระบุว่า การแพทย์แบบดั้งเดิมเป็นมรดกของชาติ และมุ่งพัฒนาการแพทย์แบบดั้งเดิมของประเทศเวียดนามให้เป็นวิทยาศาสตร์ เป็นของชนชาติและประชาชน ตลอดจนบูรณาการการแพทย์แบบดั้งเดิม (Traditional Pharmaco – Medicine) กับการแพทย์แผนใหม่

วัตถุประสงค์เฉพาะ ช่วงพ.ศ. 2551 (ค.ศ. 2010) คือ (1) พัฒนาระบบการจัดการของการแพทย์แบบบูรณาการให้สมบูรณ์ จากระดับส่วนกลาง – ระดับเมือง – ระดับอำเภอ – ระดับชุมชน (2) สร้างความเข้มแข็งในระบบบริการสาธารณสุข เน้นการใช้ประโยชน์จากยาสมุนไพรและการแพทย์แบบดั้งเดิมในการบริการสุขภาพ (3) ผสมผสานการแพทย์แบบดั้งเดิมกับการแพทย์แผนใหม่

สถานการณ์ปัจจุบัน ประเทศเวียดนามมีการบริการการแพทย์แบบดั้งเดิมผสมผสานอยู่ในระบบบริการสุขภาพ ใน 4 ระดับ คือระดับส่วนกลาง มีโรงพยาบาล การแพทย์แบบดั้งเดิม 2 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป ที่มีแผนกการแพทย์แบบดั้งเดิม จำนวน 286 แห่ง ระดับเมือง มีโรงพยาบาลการแพทย์แบบดั้งเดิม ภาครัฐ 45 แห่ง และโรงพยาบาลการแพทย์แบบดั้งเดิม ภาคเอกชน 2 แห่ง ระดับอำเภอ มี โรงพยาบาลทั่วไป ระดับอำเภอ ร้อยละ 77 มี แผนกการแพทย์แบบดั้งเดิม และมีคลินิกของสมาคมการแพทย์แบบดั้งเดิมครอบคลุมทุกอำเภอและ ระดับชุมชน มีศูนย์สุขภาพชุมชน ร้อยละ 64 ที่มี แผนก การแพทย์แบบดั้งเดิม และมีคลินิกการแพทย์แบบดั้งเดิม ภาคเอกชน 10,740 แห่ง

3. สถานภาพทางกฎหมายของการแพทย์แบบดั้งเดิม

3.1 สถานภาพทางกฎหมายของผู้ใช้การรักษาแบบดั้งเดิม รัฐบาลเวียดนามมีนโยบายส่งเสริม การแพทย์แบบดั้งเดิมในระบบสุขภาพแห่งชาติที่ชัดเจนและต่อเนื่องมากกว่า 50 ปี รัฐธรรมนูญของประเทศสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม ระบุว่า พัฒนาและบูรณาการการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แบบดั้งเดิม และเภสัชกรรมในการบริการสุขภาพภาครัฐ การบริการการแพทย์แบบดั้งเดิมและการบริการการแพทย์ภาคเอกชนและกฎหมายการแพทย์แบบดั้งเดิม มีรายละเอียดอยู่ในกฎหมายสาธารณสุข (Public Health Law – ค.ศ. 1989) และมีกฎระเบียบภายใต้กฎหมายดังกล่าว (ค.ศ.1991)

ตามที่กฎหมายและกฎระเบียบเกี่ยวกับการแพทย์แบบดั้งเดิม (ค.ศ.1989 – มาตรา 2, 34.1, 34.2, 35) ระบุถึงการแพทย์เวียดนามที่เป็นทางการ อยู่บนพื้นฐานของการแพทย์แบบดั้งเดิม เภสัชกรรมแผนดั้งเดิม และการบูรณาการการแพทย์แผนปัจจุบัน การส่งเสริมเป็นความรับผิดชอบร่วมระหว่างองค์กร 3 ส่วน คือ (1) กระทรวงสุขภาพ – ministry of health (2) สมาคมการแพทย์แบบดั้งเดิมเวียดนาม – Vietnamese Traditional Medicine Association และ (3) สหภาพการแพทย์และเภสัชกรรมเวียดนาม (Vietnam General Union of medicine and Pharmacy) โดยให้องค์กรเหล่านี้สร้างความร่วมมือร่วมกันเพื่อให้เกิดปฏิบัติการในโรงพยาบาลหลักและสถาบันของการแพทย์แบบดั้งเดิม ตลอดจนจัดให้มีบริการทางการแพทย์และขยายเครือข่ายการดูแลสุขภาพด้านการแพทย์แบบดั้งเดิม

กระทรวงสุขภาพเวียดนาม สนับสนุนการแพทย์แบบดั้งเดิมอย่างชัดเจนได้รับรองวิธีการรักษาโรค แบบดั้งเดิมอย่างเป็นทางการ คือการให้ยาสมุนไพร (จากพืชและสัตว์) การนวด การแทงเข็ม การกดจุด Moxibustion, Cupping ,Qigong and Vital Preservation และ Thread Embedding. สำหรับ ผู้ให้การรักษา 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรก คือ ผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม (Traditional Medicine Practitioners) ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาแบบทางการ และกลุ่มที่สอง คือ แพทย์แบบดั้งเดิม (Traditional Medical Doctors) ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการศึกษาแบบทางการจากภาควิชาการแพทย์แบบดั้งเดิมในมหาวิทยาลัยการแพทย์แห่งใดแห่งหนึ่งในเมืองฮานอย เมืองโฮจิมินห์ หรือ เมืองโฮฟอง กฎหมายยินยอมให้ผู้ให้การรักษาทางการแพทย์

แบบดั้งเดิมที่มีใบอนุญาต (Licensed Traditional Medicine Practitioners) รักษาในสถาบัน การดูแลสุขภาพของเมืองส่วนรวมและเอกชนได้ รวมถึงผู้แท่งเข็มที่ผ่านการอบรม ผู้ที่ผ่านการอบรม หลักสูตรการแพทย์แบบดั้งเดิม และผู้ที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้การแพทย์แบบดั้งเดิมจากครอบครัว พวกเขาสามารถวินิจฉัย รักษาโรค และให้คำแนะนำด้านป้องกันได้ อย่างไรก็ตาม หากประสงค์จะ ใช้วิธีการรักษาโรคแบบใหม่ พวกเขาต้องได้รับการอนุมัติ จากกระทรวงสาธารณสุข หรือสำนักงาน สุขภาพระดับเมือง และสมาคมการแพทย์แบบดั้งเดิม และห้ามใช้วิธีการรักษาแบบไสยศาสตร์ / ผี (Superstitious Practice) ต่อมาถูกระเบียบในปี พ.ศ. 2534 (ค.ศ.1991) เรียกร้อง มาตรฐาน ของผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม และกำหนดขอบเขตที่อนุญาตให้รักษาได้ หากละเมิดหรือฝ่าฝืนถูกระเบียบ และส่งผลเสียเป็นอันตรายต่อชีวิต หรือสุขภาพจะถูกลงโทษด้วย การจำคุก

นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2536 (ค.ศ. 1993) กฎหมายว่าด้วย การปฏิบัติทางการแพทย์และ เภสัชกรรมภาคเอกชนของประเทศเวียดนาม (Vietnamese Ordinance on Private Medical and Pharmaceutical Practice) มีบทบาทดูแลและอำนวยความสะดวก การแพทย์แบบดั้งเดิม ภาคเอกชน โดยมีกฎระเบียบอนุญาตให้ผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมที่ได้รับใบรับรอง (Certified Practitioners of Traditional Medicine) รักษาได้ในขอบเขตของกิจกรรม การแพทย์แบบดั้งเดิมที่ได้รับอนุญาตตามใบรับรอง สำหรับรายการกิจกรรมและปฏิบัติงานในคลินิก และโรงพยาบาลการแพทย์แบบดั้งเดิมที่ได้รับอนุญาต ประกอบด้วย รูปแบบการแพทย์แบบดั้งเดิม คือ การแท่งเข็ม การนวด การกดจุด และการอบสมุนไพร และผู้ให้การรักษาภาคเอกชน จะต้อง แสดงรายละเอียดรายการรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมที่ได้รับบนป้ายบอร์ด และจะต้องได้รับ อนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุขในการใช้ยาหรือเทคนิคการรักษา และห้ามรักษาด้วยวิธีการทาง ไสยศาสตร์ (ผี หรือ เวทมนตร์ คาถา) และรัฐบาลสร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพด้วย การออกใบอนุญาตให้ผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิม (Traditional Practitioners) โดยการประเมินของ คณะกรรมการ 13 คน ซึ่งมีใบรับรองจากกระทรวงสาธารณสุข จึงจะสามารถปฏิบัติการ ภาคเอกชนได้ นอกจากนี้ยังมีมาตรฐานการควบคุมของผู้ให้การรักษาด้านแท่งเข็มอีกด้วย

สถานการณ์ปัจจุบัน ประเทศเวียดนามมีการอบรมและพัฒนาบุคลากรการแพทย์แบบดั้งเดิม ในหลายลักษณะและหลายรูปแบบ (Comprehensive Tradition Medical Training System) ประกอบด้วย มหาวิทยาลัย สถาบันและวิทยาลัยการแพทย์ที่มีการฝึกอบรม การแพทย์แบบใหม่ และการแพทย์แบบดั้งเดิม นอกจากนี้ยังมีการฝึกอบรมการแพทย์แบบดั้งเดิมของภาคเอกชน ซึ่ง มี การฝึกอบรมจำนวนมาก ในระบบมหาวิทยาลัย / สถาบัน ประกอบด้วย สถาบันการแพทย์แบบ ดั้งเดิม 1 แห่ง (institute of traditional phamaco – medicine) และมหาวิทยาลัยทางการแพทย์ 6 แห่ง ที่มีภาควิชาการแพทย์แบบดั้งเดิม มีการฝึกอบรมแพทย์แบบดั้งเดิม แพทย์ฝึกหัด แพทย์เฉพาะทางระดับ 1 และระดับ 2 ปริญญาโทและปริญญาเอก และมหาวิทยาลัยด้านเภสัช ศาสตร์ยังมีภาควิชาที่มีการฝึกอบรมเภสัชกรรมแผนดั้งเดิมอีกด้วย นอกจากนี้ ยังมีวิทยาลัย การแพทย์และโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีภาควิชาการแพทย์แบบดั้งเดิม ที่ฝึกอบรมบุคลากรการแพทย์ แบบดั้งเดิม ทีมดูแลและผู้ช่วยแพทย์แบบดั้งเดิม มีระยะเวลาศึกษา 3 ปี และสมาคมการแพทย์ แบบดั้งเดิมมีการจัดการหลักสูตรฝึกอบรมหลายหลักสูตรเพื่อพัฒนาทักษะด้านวิชาชีพของสมาชิกด้วย

จากรายงานเกี่ยวกับผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิม กระทรวงสุขภาพประเทศเวียดนาม ปี พ.ศ. 2544 (ค.ศ. 2001) ประกอบด้วย

(1) Traditional Medicine Practitioner	1,000 ราย
(2) Traditional Medical Doctors	5,000 ราย
(3) Assistant Traditional Medical Doctors	2,500 ราย
(4) Traditional Medical Pharmacists	209 คน
(5) Private Practitioners of Traditional Medicine	8,000 คน
(6) Acupuncturists	1,400 คน

นอกจากนี้ ยังมีรายงานของสมาคมผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม (Vietnam Association of Traditional Medicine Practitioners) ว่ามีสมาชิกจำนวน 24,000 คน และทำงานอยู่กับโรงพยาบาลของรัฐ 461 แห่ง และสมาคมการแพทย์แบบดั้งเดิมแห่งชาติเวียดนาม (Vietnam National Association of Acupunctuists) มีสมาชิกจำนวน 8,000 ราย และทำงานอยู่ในโรงพยาบาลภาครัฐ 4,500 ราย และในปี พ.ศ. 2551 ยังมีรายงานถึงกำลังคนด้านวิชาการ คือ บุคลากรด้านการแพทย์แบบดั้งเดิมในระดับศาสตราจารย์ จำนวน 9 คน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ 29 คน แพทย์ 45 คน (แพทย์แผนใหม่ที่จบการศึกษาจากมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ และได้รับการฝึกอบรมด้านการแพทย์แบบดั้งเดิมจะเป็นผู้สนับสนุนการแพทย์แบบดั้งเดิมอย่างเปิดเผย และส่งเสริมการใช้การแพทย์แบบดั้งเดิมอย่างมีเหตุผลในสถาบันและโรงพยาบาลที่พวกเขาปฏิบัติงาน) ปรินญาโท 230 คน ผู้เชี่ยวชาญระดับ 1 และ ระดับ 2 จำนวน 1,078 คน กล่าวได้ว่า ประเทศเวียดนามมีบุคลากรด้านการแพทย์แบบดั้งเดิมที่เข้มแข็งและสามารถบริการการแพทย์แบบดั้งเดิมได้อย่างกว้างขวาง

จากแนวนโยบาย กฎหมายและกฎระเบียบของกระทรวงสุขภาพประเทศเวียดนาม จะเห็นได้ว่า ประเทศเวียดนามมีผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมหลายรูปแบบ และมีการปฏิบัติงานหลายสถานที่ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน สำหรับภาคเอกชน ประกอบด้วย โรงพยาบาลการแพทย์แบบดั้งเดิมภาคเอกชน (Private Traditional Medicine Hospitals มีจำนวน 2 แห่ง) สถานที่รักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม และศูนย์ปฏิบัติการและสืบทอดการแพทย์แบบดั้งเดิม (Traditional Medicine Treatment Places และ Traditional Medicine Inheritance and Application Centers) และยังมีผู้ให้การรักษาในครอบครัว (Practitioners of Family Remedy) ในกรณี “โรงพยาบาลการแพทย์แบบดั้งเดิมภาคเอกชน” ผู้อำนวยการของโรงพยาบาลจะต้องเป็นแพทย์แบบดั้งเดิม (Traditional Medicine Doctors) และได้ใบรับรองที่อนุญาตให้เปิดและขึ้นทะเบียนเป็นโรงพยาบาลได้ ผู้เชี่ยวชาญหรือหัวหน้าแผนกจะต้องมีใบรับรองที่เหมาะสม และมีประสบการณ์ปฏิบัติการ 5 ปี โรงพยาบาลจะได้รับอนุญาตให้เปิดต่อเมื่อเป็นไปตามข้อกำหนดด้านบุคลากร อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับ “สถานที่รักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมและศูนย์ปฏิบัติการและสืบทอดการแพทย์แบบดั้งเดิม” จะต้องมีความปลอดภัยของมหาวิทยาลัยการแพทย์แบบดั้งเดิมหรือโรงเรียนการแพทย์แบบดั้งเดิมระดับกลาง ใบรับรองของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์แบบดั้งเดิม (Traditional Medicine Healers) และผู้ให้การรักษาในครอบครัว และต้องมีประสบการณ์การปฏิบัติด้านการแพทย์แบบดั้งเดิมอย่างน้อย 5 ปี และเป็นไปตามข้อกำหนดด้านวัสดุอุปกรณ์และการอำนวยความสะดวกในการตรวจและรักษาโรคของรัฐบาล ส่วน “ผู้ให้การรักษาในครอบครัว” (Practitioners of Family Remedy) จะต้องได้ใบรับรองการรักษาในครอบครัวที่ออกโดยสถานบริการสุขภาพของเมือง (Provincial

Health Service) และได้รับอนุญาตให้ใช้วิธีการรักษาโรคในครอบครัวตนเองเท่านั้น สำหรับธุรกิจการผลิตและจำหน่ายยาแผนดั้งเดิมจะต้องมีใบรับรองด้านเภสัชกรรมแผนดั้งเดิม

จากการสำรวจ เรื่อง Vietnamese Traditional Medicine System ของสถาบันการแพทย์แบบธรรมชาติ มหาวิทยาลัยไทยามา ประเทศญี่ปุ่น พบว่า ประเทศเวียดนามเป็นประเทศที่มีประวัติศาสตร์การแพทย์แบบดั้งเดิมที่ยาวนาน และมีทรัพยากรธรรมชาติจำนวนมาก งานสำรวจนี้มีการศึกษาบทบาทผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมในท้องถิ่น 2 เมืองทางใต้ของประเทศเวียดนาม คือ เมือง Kien Giang ใน Phu Quoc Island และเมือง Ninh Thuan ในสถานที่ 5 แห่ง คือ ศูนย์สุขภาพ วัด ร้านยาสมุนไพร และชุมชน พวกเขาได้รับความรู้การแพทย์แบบดั้งเดิมจากครอบครัว และได้ใบอนุญาตอย่างเป็นทางการ (A Formal License) ให้การรักษาโรคได้ภายหลังเข้ารับการอบรมระยะสั้นจากโรงเรียนการแพทย์แบบดั้งเดิม (Traditional Medicine School) ในเมือง Kien Giang และเมือง Ninh Thuan พวกเขาเป็นผู้ป่วยมารับการรักษาประมาณ 20 – 80 คน / วัน รักษาโรคไขข้ออักเสบ หวัด ไข้ ไอ ไวรัสตับอักเสบ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง แผลในกระเพาะอาหาร โรคสตรี มาเลเรีย โดยการใช้ยาสมุนไพร 80 – 200 ชนิด และบางคนใช้การแทงเข็ม ยาสมุนไพรได้จากการเก็บจากธรรมชาติ จากภูเขา และการปลูกเป็นสวนสมุนไพร การแพทย์แบบดั้งเดิมมีบทบาทการดูแลสุขภาพสูง เพราะความเชื่อของชาวเวียดนาม การเข้าถึงสะดวกและความแพร่หลายของยาสมุนไพร ในการสำรวจครั้งนี้ สถาบันการแพทย์แบบธรรมชาติ มหาวิทยาลัยไทยามา ยังมีการรวบรวมตัวอย่างสมุนไพร จำนวน 180 ชนิด ไว้ในพิพิธภัณฑ์สมุนไพร (Museum of Meteria Medicine) ของมหาวิทยาลัยด้วย

3.2 สถานภาพทางกฎหมายของยาสมุนไพร

กฎหมายและกฎระเบียบบังคับเกี่ยวกับยาสมุนไพรของเวียดนาม ประกาศใช้ในพ.ศ. 2532 (ค.ศ. 1989) แยกออกจากกฎหมายควบคุมยาแผนปัจจุบัน ยาสมุนไพรถูกควบคุมเป็นยาที่ซื้อโดยมีใบสั่งยา และยาที่จำหน่ายแบบทั่วไป (OTC Drugs) โดยให้มีการระบุเนื้อหาทางการแพทย์ ด้านสุขภาพ และด้านอาหาร และมีการปรับปรุงวิธีการใหม่ โดยมีการแสดงข้อบ่งใช้ และข้อมูลบันทึกการวิจัยทางคลินิกเพื่อสร้างความมั่นใจในระบบขึ้นทะเบียนยาแบบดั้งเดิม ในปี พ.ศ. 2551 มีรายงานว่า ประเทศเวียดนามมีโรงงานยาแบบดั้งเดิม 170 แห่ง ซึ่งส่วนใหญ่ยังต้องมีการปรับปรุงมาตรฐานตามแนวทางการผลิตยาสมุนไพรที่ดีขององค์การอนามัยโลก (GMP)

ประเทศเวียดนามมีการใช้พืชสมุนไพรจำนวน 4,000 ชนิด แร่ธาตุจำนวน 75 ชนิด สัตว์จำนวน 408 ชนิด และสาหร่ายทะเล 52 ชนิด วัตถุดิบสมุนไพรที่ใช้ในเวียดนามมาจาก 2 แหล่ง คือ ในและนอกประเทศ สมุนไพรส่วนใหญ่นำเข้าจากต่างประเทศ ที่สำคัญคือ ประเทศจีน และส่วนน้อยมาจากการเก็บจากธรรมชาติและการปลูกของประชาชน ในปี พ.ศ. 2548 (ค.ศ. 2005) ประเทศเวียดนามมียาสมุนไพรที่ขึ้นทะเบียนเป็นทางการ จำนวน 1,573 ชนิด และมีรายการยาสมุนไพรที่จำเป็นระดับชาติ (National Essential Medicine) จำนวน 267 ชนิด (ค.ศ. 1996) ระบบติดตามและเฝ้าระวังผลข้างเคียงถูกพัฒนาขึ้น และในประเทศเวียดนามยาสมุนไพรถูกจำหน่ายในร้านขายยาและร้านพิเศษที่มีผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมที่มีใบ

รับรอง ปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาผลิตในอุตสาหกรรมยาแบบดั้งเดิมในรูปสารสกัดจากพืชสมุนไพรและรูปแบบยาเม็ด แคปซูลและแกรนูล เพื่อใช้อย่างมีประสิทธิภาพและสะดวก

4. บทเรียนการพัฒนาและส่งเสริมการแพทย์แบบดั้งเดิมในชุมชน

ในปี พ.ศ. 2540 (ค.ศ. 1997) ประเทศเวียดนามรายงานไว้ว่า ประชาชนร้อยละ 50 นิยมรักษาด้วยการแพทย์แบบดั้งเดิมมากกว่าการแพทย์แผนใหม่ รูปแบบการใช้ประโยชน์มีตั้งแต่การบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ทติยภูมิ และสาธารณสุขมูลฐาน การบริการทางการแพทย์แบบดั้งเดิมระดับชุมชน (Community Level หรือ Grass-root Level) มีบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (Community Health Service) ร้อยละ 64 มีส่วนการแพทย์แบบดั้งเดิม และมีคลินิกการแพทย์แบบดั้งเดิมภาคเอกชน จำนวน 10,740 แห่ง

สรุปได้ว่า การแพทย์แบบดั้งเดิมของประเทศสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม มีรากฐานมาจากปรัชญาโบราณของชาวเอเชีย และผสมผสานกับการแพทย์ของประชาชนเวียดนาม 54 ชาติพันธุ์ เป็นเวลากว่า 4,000 ปี รัฐธรรมนูญ นโยบายและยุทธศาสตร์มุ่งมั่นพัฒนาการแพทย์แบบดั้งเดิมให้เป็นวิทยาศาสตร์ และบูรณาการกับการแพทย์แผนใหม่ เพื่อประโยชน์ของประชาชนเวียดนามเป็นเวลายาวนานกว่า 50 ปี ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพแห่งชาติมีการบริการการแพทย์แบบดั้งเดิมทุกระดับ ทั้งระดับพื้นฐานจนถึงระดับตติยภูมิ กฎหมายและกฎระเบียบเริ่มและพัฒนารองรับผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมหลายลักษณะ อันเป็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน และยังมีกฎหมายรองรับการขึ้นทะเบียนและพัฒนายาสมุนไพร ทำให้ประชาชนเวียดนามสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากการแพทย์แบบดั้งเดิมได้อย่างกว้างขวาง

กรณีศึกษาที่ 4 การแพทย์แผนจีน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน

(Traditional Chinese Medicine, The People's Republic of China)

1. บทนำ¹⁹⁻²²

ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน เป็นประเทศที่มีประวัติศาสตร์ยาวนานนับจากที่นักโบราณคดีขุดสำรวจพบ “มนุษย์ปักกิ่ง” อาศัยยังชีพด้วยการล่าสัตว์ จับปลา หาของป่า และรู้จักใช้ไฟมาตั้งแต่หนึ่งล้านปีก่อน สืบต่อมาเป็นชุมชนกสิกรรมที่มีความสัมพันธ์แบบเครือญาติ และพัฒนาต่อเนื่องเป็นอาณาจักรจีนโบราณ ภายใต้อารยธรรมจีนและการปกครองแบบราชวงศ์ เป็นเวลากว่า 4,000 ปี ตราบจน ปี พ.ศ. 2492 (ค.ศ. 1949) ประเทศจีนมีการเปลี่ยนแปลงการปกครองและสถาปนาเป็น “ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน” ภายใต้การปกครองระบบสังคมนิยม ประเทศจีนผ่านการปฏิวัติและการปฏิรูปภายในเพื่อพัฒนาประเทศไปสู่สังคมทันสมัย ก่อให้เกิดผลดีและผลเสียต่อสังคมอย่างซับซ้อน ต่อมาภายหลังปี พ.ศ. 2521 (ค.ศ. 1978) ประเทศจีนเข้าสู่การปฏิรูปสำคัญโดยพัฒนาประเทศสู่หนทาง “ลัทธิสังคมนิยมลักษณะจำเพาะของจีน” มุ่งเน้นการสร้างสรรครอบด้าน 6 ด้าน คือ การสร้างสรรค์ด้านเศรษฐกิจ ด้านการเมือง ด้านวัฒนธรรม ด้านสังคม อารยธรรมด้านนิเวศน์ และพรรคของลัทธิสังคมนิยม ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา เศรษฐกิจสังคมจีนได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ด้านเศรษฐกิจจีนมีการขยายตัว และขนาดของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศใหญ่เป็นอันดับสองของโลก เป็นรองจากประเทศสหรัฐอเมริกา และในปี พ.ศ. 2553 รายได้สุทธิเฉลี่ยของชาวจีนในเขตเมืองและเขตชนบทเท่ากับ 19,109 เหรียญจีน (หยวน) และ 5,919 เหรียญจีน (หยวน) ตามลำดับ

ประเทศจีนมีธรรมชาติกว้างใหญ่และหลากหลาย มีพื้นที่ 9.56 ล้านตารางกิโลเมตร ภูมิประเทศที่ระดับความสูงต่างกันส่งผลต่อสภาพภูมิอากาศแตกต่างกัน ภูมิประเทศมี 3 ลักษณะ คือ (1) เขตที่ราบสูงทิเบต – ซิงไห่ มีความสูง 4,000 เมตรเหนือระดับน้ำทะเล มีพื้นที่กว้างประมาณ 1/4 ของประเทศ แต่มีประชาชนอาศัยอยู่น้อย (2) เขตที่ราบสูง เป็นเขตภาคกลางและภาคตะวันตกเฉียงเหนือ มีความสูงประมาณ 1,000 – 2,000 เมตรเหนือระดับน้ำทะเล และ (3) เขตที่ราบเป็นเขตที่ราบลุ่มทางปลายแม่น้ำสายใหญ่ คือ แม่น้ำเหลือง และ แม่น้ำฉาง (แม่น้ำแยงซี) ตามแนวชายฝั่งตะวันออก จากทางเหนือภาคใต้ และประเทศจีนอุดมสมบูรณ์ด้วยทรัพยากรธรรมชาติ และมีเขตการเกษตรอยู่บริเวณภาคใต้และภาคตะวันออก ปลูกข้าวเจ้า ข้าวสาลี และพืชผักหลากชนิด กลายเป็นวัฒนธรรมอาหารของจีนที่ได้รับการยอมรับและมีชื่อเสียงทั่วโลก

ประเทศจีน เป็นประเทศที่มีความหลากหลายของประเพณีวัฒนธรรมแห่งหนึ่งของโลก ชาวจีนมีการนับถือศาสนาหลากหลาย มีศาสนาพุทธ คือ คริสต์ อิสลาม ลัทธิเต๋า และลัทธิขงจื้อ โดยรัฐบาลมีกฎหมายให้ประชาชนนับถือศาสนาแบบเสรี ส่วนพรรคคอมมิวนิสต์จีนจะถือว่าไม่มีเทพเจ้า และสนับสนุนให้สมาชิกพรรคเชื่อในหลักวิทยาศาสตร์ และไม่สนับสนุนให้นับถือศาสนา ประชาชนจีนมีจำนวนประมาณ 1,300 ล้านคน ประกอบด้วย 56 ชนชาติ ส่วนใหญ่ร้อยละ 93.3 เป็นชนชาติฮั่น ส่วน 55 ชนชาติส่วนน้อยที่เหลือ กระจายอยู่หลายมณฑล ชนชาติส่วนน้อยมีจำนวนทั้งหมด 105 ล้านคน โดยประมาณชาติพันธุ์ที่มีประชากรจำนวนมาก คือ ชนชาติจ้วง 16.1 ล้านคน ชนชาติแมนจู 10.6 ล้านคน ชนชาติหุย 9.8 ล้านคน ชนชาติทุเจีย 8 ล้านคน ชนชาติยี่ 7.7 ล้านคน ชนชาติเมี่ยว 8.9 ล้านคน ชนชาติทิเบต 5.4 ล้านคน ชนชาติอุยกูร์ 8.3 ล้านคน ชนชาติมองโกเลีย 5.8 ล้านคน ชนชาติไท 1.1 ล้านคน นโยบายของรัฐบาลจีนมุ่งเน้นความเสมอภาคของทุกชนชาติส่วนน้อย รัฐธรรมนูญรับรองสภาพและสิทธิของชนชาติส่วนน้อยทุกด้าน คือ สิทธิการใช้ภาษา การใช้ชีวิตตามประเพณี และวิถีความเชื่อดั้งเดิม อย่างไรก็ตาม พวกเขาต้องเรียนรู้และฝึกฝนภาษาจีนเพื่อความก้าวหน้าในระบบทางการ ทำให้การเรียนรู้และใช้ภาษาของชนชาติส่วนน้อยถูกจำกัด และลดบทบาททางสังคมเป็นลำดับ รัฐบาลกลางสนับสนุนชนชาติส่วนน้อยในด้านการเมือง เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและการศึกษา โดยดำเนินการเป็นเขตปกครองตนเอง ตัวอย่างเช่น เขตปกครองตนเองชนชาติมองโกลใน เขตปกครองตนเองซีจ้วง (ชนชาติทิเบต) เขตปกครองตนเองชนชาติเวย์อู่เอ๋อ ชินเจียง เป็นต้น สำหรับมณฑลหยุนหนาน เป็นเขตที่มีชนชาติกลุ่มน้อยมากที่สุด จำนวน 24 ชนชาติ ได้แก่ ฮั่น หยี้ ไป๋ ฮานี่ จ้วง ไท เมี่ยว (ม้ง) ลีซอ ลาฮู่ หุย ว้า นาซี เย้า ทิเบต จิงโป บูล่ง พูมิ นู อาซาง เต็ง จินู มองโกเลีย ปูยี ดulong และซุ นอกจากมณฑลหยุนหนาน ยังมีชนชาติส่วนน้อยอาศัยอยู่ในท้องถิ่นเขตที่ราบ เขตที่ลุ่มต่ำ เขตภูเขา และเขตที่ราบสูง

2. ประวัติศาสตร์และพัฒนาการการแพทย์แผนจีน^{4,23}

การแพทย์แผนจีน (Traditional Chinese Medicine) มีรากฐานทฤษฎีและวิถีปฏิบัติยาวนานกว่า 5,000 ปี การกำเนิดของการแพทย์จีนนับตั้งแต่ยุคราชวงศ์ของกษัตริย์เสินหวง กษัตริย์เสินหวง เป็นบุคคลที่ได้รับการยกย่องด้านเกษตรกรรมและสมุนไพรจีน “ตำราสมุนไพรเสินหวง” มีการบันทึกรายชื่อสมุนไพรและสรรพคุณยามากกว่า 365 ชนิด นับเป็นตำราสมุนไพรเล่มแรกของประเทศจีน ต่อมา ในช่วงก่อนคริสตกาลจนถึงคริสต์ศตวรรษที่ 8 มีการบันทึกและผลิตตำราการแพทย์แผนจีนหลายฉบับ ฉบับที่เก่าแก่ที่สุดและเป็นสมุดหมายของหลักการแพทย์แผนจีน คือ “ตำราหวงตี้เน่ยจิง” (The Yellow Emperor’s Canon of Internal Medicine) ตำรา

ที่ยิ่งใหญ่ชุดนี้มีผู้เขียนหลายคน ปรับปรุงเสร็จสมบูรณ์ใน ปี 770 – 221 ก่อนคริสตกาล มีรายละเอียดเกี่ยวกับโหราศาสตร์ ภูมิศาสตร์ มนุษย์ การแพทย์ วิทยาศาสตร์ วัฒนธรรม และปรัชญา และหลักปรัชญาทฤษฎีที่บันทึกในตำรานี้มีการใช้ต่อเนื่องตราบจนปัจจุบัน จากนั้นในราชวงศ์ฮั่น ราชวงศ์ถัง ราชวงศ์หมิง และราชวงศ์ชิง การแพทย์จีนมีการพัฒนาต่อเนื่อง และมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสมุนไพรหลายคน ตัวอย่างเช่น Zhang Zhongjing (แพทย์) Sun Simiao (ผู้เชี่ยวชาญสมุนไพร) Li Shizhen (แพทย์) ที่มีชื่อเสียงในราชวงศ์หมิง ค.ศ. 1368 – 1644 มีการพัฒนาตำราชื่อ “The Compendium of Material Medica” พัฒนาทฤษฎีการแพทย์และบันทึกพืชสมุนไพร 1,094 ชนิด สัตว์สมุนไพร 443 ชนิด และแร่ธาตุสมุนไพร 354 ชนิด เป็นตำราสำคัญที่ใช้เวลาเขียน 30 ปี และถูกแปลเป็นภาษาต่างประเทศ 6 ภาษา ต่อมาในยุคราชวงศ์ชิง (ค.ศ. 1644 – 1911) มีการจัดตั้ง Wen Bing School เป็นโรงเรียนการแพทย์แผนจีนแห่งแรก และมีการบันทึกและพัฒนาตำราสำคัญคือ “The Wen Bing Tiao Bian” กล่าวได้ว่า การแพทย์แผนจีนก่อรูปและพัฒนาเป็นทฤษฎีและระบบที่เป็นเอกภาพหลายพันปี เกิดมาจากการพัฒนาองค์ความรู้บนหนทางของตนเอง

เมื่อช่วงต้นของทศวรรษที่ 19 การแพทย์แบบตะวันตกได้เข้ามาและพัฒนาอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การพัฒนากการแพทย์แผนจีนหยุดชะงัก ความคลางแคลงใจและคำกล่าวว่าการแพทย์แผนจีนไม่เป็นวิทยาศาสตร์ จัดการยาก เกิดขึ้นพร้อมกับการสถาปนากการแพทย์แบบตะวันตกในประเทศจีน ต่อมาหลังจากการสถาปนาประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน (พ.ศ. 2492) การแพทย์แผนจีนถือเป็นทุนทรัพย์ที่ยิ่งใหญ่ พร้อมกับนโยบายการปกป้องและพัฒนากการแพทย์แผนจีนอย่างต่อเนื่องกว่าหกทศวรรษ การแพทย์แผนจีนมีความมั่นคง ระบบการศึกษา ระบบปฏิบัติการ และระบบวิจัยขยายตัวและสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมจำนวนมาก เป็นที่นิยมทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยเฉพาะยาสมุนไพรจีนและการแทงเข็ม

การแพทย์แผนจีนให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลร่างกายและจิตใจให้อยู่ในเงื่อนไขชีวิตที่ดี และรักษาสุขภาพสู่ความสมดุลเมื่อเจ็บป่วย หลักการของการแพทย์จีน คือ ความเป็นหนึ่งเดียวของร่างกายมนุษย์ที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กับธรรมชาติอย่างเป็นองค์รวม มีปรัชญาหยิน – หยาง และทฤษฎีความเคลื่อนไหวของธาตุทั้ง 5 (โลหะ ไฟ น้ำ ดิน ไม้) เป็นพื้นฐานการอธิบายความสำคัญระหว่างมนุษย์และธรรมชาติ มีการวินิจฉัยและรักษาโรคหลายแบบ การแพทย์จีนใช้การสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค ผสมผสานกับวิธีการรักษาโรค มีตั้งแต่การใช้ยาสมุนไพร การแทงเข็ม การรมยา (Moxibustion) การนวด การฝึกไท้เก๊ก และวิธีปั๊มเพาะจิตใจ การแพทย์แผนจีนมีศักยภาพในการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง โรคจากความเสื่อม โรคติดเชื้อ และโรคทางจิตใจ และมีความจำกัดในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต ในระยะสามทศวรรษที่ผ่านมา การแพทย์แผนจีนมีการวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อยืนยันในประสิทธิผลและความปลอดภัยของมรดกแห่งภูมิปัญญาทางการแพทย์ของประชาชนจีน

3. ความหมายและการจำแนกประเภทของการแพทย์ชาติพันธุ์แบบดั้งเดิมของจีน²⁴

วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพมีบทบาทสำคัญในอารยธรรมมนุษย์ ก่อนหน้าศตวรรษที่ 19 อารยธรรมของทุกสังคมในโลก อาศัยพืชสมุนไพรในการดูแลสุขภาพ เมื่อการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ก่อกำเนิดและพัฒนาการสลับซับซ้อนมากขึ้น การแพทย์แบบดั้งเดิมหรือการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิมของบางสังคมหายไป แต่ทว่าการแพทย์แบบดั้งเดิมของชาวจีน (Chinese Traditional Medicine) ยังคงหลักการดั้งเดิมและมีบทบาทดูแลสุขภาพต่อเนื่องตราบจนปัจจุบัน

การแพทย์แบบดั้งเดิมของชาวจีน มิใช่ระบบการแพทย์ที่เป็นเอกภาพหรือเป็นหนึ่งเดียว แต่ทว่าเป็นคำศัพท์รวมที่ครอบคลุมการแพทย์ของกลุ่มชาติพันธุ์ส่วนน้อยที่หลากหลายจำนวนมาก ซึ่งการแพทย์ของแต่ละชาติพันธุ์มีความแตกต่างกัน เนื่องจากพื้นฐานทางวัฒนธรรม วิธีการผลิตและวิถีชีวิต นับตั้งแต่ยุคราชวงศ์ฉิน (221 – 206 ปีก่อนคริสตกาล) ประเทศจีนมีการรวมตัวเป็นชนชาติที่เป็นเอกภาพ มีอารยธรรมและวัฒนธรรมที่หลากหลายของชนชาติพันธุ์ส่วนน้อยรวมตัวเป็นวัฒนธรรมชนชาติจีน ซึ่งอาจอธิบายได้ทั้งภาพทั่วไปและภาพเฉพาะ การแพทย์จีน (Traditional Chinese Medicine) เป็นศัพท์ที่ใช้แทน “ตำราหวงตี้เน่ยจิง (The Yellow Emperor’s Canons of Internal Medicine)” อันเป็นระบบทฤษฎีที่สมบูรณ์และเป็นอิทธิพลของวัฒนธรรมอันการแพทย์แบบดั้งเดิมของชนชาติพันธุ์ส่วนน้อยทั้งหมดต่างได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมอันและการแพทย์จีนในระดับที่แตกต่างกัน การแพทย์ชาติพันธุ์แบบดั้งเดิมของจีนและการแพทย์จีนจึงเป็นคำศัพท์ที่มีความเหลื่อมซ้อนในเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติ และยิ่งเสริมสมบูรณ์ซึ่งกันและกัน อีกทั้งยังแลกเปลี่ยนการพัฒนาทางประวัติศาสตร์ที่คล้ายกัน นอกจากนี้การแพทย์ชาติพันธุ์แบบดั้งเดิมของจีนยังได้รับอิทธิพลจากความคิดและวัฒนธรรม 3 กระแสใหญ่ คือ วัฒนธรรมพุทธศาสนา วัฒนธรรมอาหารับ และวัฒนธรรมอื่น ตัวอย่างเช่น การแพทย์ทิเบต การแพทย์มองโกเลีย และการแพทย์ไทได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมพุทธศาสนา การแพทย์จ้วง การแพทย์เย้า และการแพทย์หลี่ ได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมอื่น เป็นต้น

ในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ประกอบด้วย 56 ชนชาติ ประกอบด้วย ชนชาติอื่นและชนชาติส่วนน้อย จำนวน 55 ชนชาติ ผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมของจีนส่วนใหญ่จะใช้ยาสมุนไพรในพื้นที่ของตนเอง และอาศัยวิธีการดูแลรักษาที่สอดคล้องกับเงื่อนไขท้องถิ่น การรักษาโรคครอบคลุมโรคในท้องถิ่นและได้รับความเชื่อมั่นจากคนท้องถิ่น นอกจากนี้การแพทย์แบบดั้งเดิมของจีนยังประกอบด้วยวิถีปฏิบัติทางการแพทย์ชาติพันธุ์ส่วนน้อยจำนวนมากในประเทศจีน ซึ่งถูกพัฒนาภายใต้เหตุผลทางประวัติศาสตร์ที่ต่างกัน การแพทย์ชาติพันธุ์แบบดั้งเดิมของจีน (China’s Traditional Ethnic Medicines) ถูกจำแนกเป็น 3 ประเภท คือ การแพทย์แผนจีน (TCM) การแพทย์ชนชาติ (National Medicine หรือ Minority Medicine) และการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Medicine) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 การแพทย์แผนจีน (Traditional Chinese Medicine – TCM) เป็นการแพทย์แบบดั้งเดิมของชาติพันธุ์ที่มีประวัติศาสตร์ยาวนาน มีภาษา สิ่งพิมพ์ทางการแพทย์ที่เป็นเอกลักษณ์ และวรรณกรรมทางประวัติศาสตร์การแพทย์จำนวนมาก มีปฏิบัติการทางคลินิกอย่างดีและเป็นระบบ และถูกถ่ายทอดเป็นแบบอย่างโดยแพทย์หรือนักวิชาชีพที่มีประสบการณ์ มีหลักการทางการแพทย์ (ทฤษฎี การวินิจฉัย วิธีการรักษาโรค และเครื่องมือ) ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องมั่นคง การแพทย์ชาติพันธุ์แบบดั้งเดิมที่จัดอยู่ในประเภทการแพทย์แผนจีน ได้แก่ การแพทย์ชาติพันธุ์ 4 ชนชาติ คือ การแพทย์ทิเบต การแพทย์มองโกเลีย การแพทย์อุยกูร์ และการแพทย์ไท

การแพทย์ทิเบต (Tibetan Medicine) การแพทย์ทิเบต มีประวัติศาสตร์ยาวนานคู่ขนานกับการกำเนิดของชาวทิเบตมากกว่า 2,000 ปี การแพทย์ทิเบตมีระบบบันทึกเป็นวรรณกรรม ในคริสต์ศตวรรษที่ 8 มีวรรณกรรมสำคัญ คือ Yuewang Medicine and Diagnosis และ The Four Volumes of Medical Works) มีการบันทึกตำรับยาสมุนไพรจำนวน 443 ตำรับ และสมุนไพรจำนวน 1,002 ชนิด วรรณกรรมเหล่านี้เป็นรากฐานของระบบการแพทย์ทิเบต กล่าวได้ว่า

การแพทย์ทิเบตเป็นการผสมผสานของประสบการณ์และภูมิปัญญาที่ชาวทิเบตสืบทอดจากรุ่นต่อรุ่น ในการต่อสู้กับการใช้ชีวิตบนที่ราบสูงชิงไห่ – ทิเบต สมุนไพรทิเบตเจริญเติบโตในเขตที่ราบสูงจากระดับน้ำทะเลต่ำกว่า 4,000 เมตร มีลักษณะเด่นชัด หนาวจัด ออกซิเจนน้อย อุณหภูมิแตกต่างกันมากระหว่างกลางวันและกลางคืน สมุนไพรทิเบตจึงมีพลังการรักษาโรคสูงและมีผลพิษน้อย การแพทย์ทิเบตใช้ส่วนของพืช สัตว์ แร่ธาตุ จำนวนกว่า 2,000 ชนิด มาใช้ในการรักษาโรค ตำรับยาสมุนไพรที่ใช้ทั่วไปมีจำนวน 160 ตำรับ (มีประมาณหนึ่งในสามที่คล้ายการแพทย์จีน) แหล่งที่มาของสมุนไพรส่วนใหญ่มาจากในเขตทิเบต ยาสมุนไพรทิเบตมีเอกลักษณ์ที่ใช้แร่ธาตุสมุนไพรเป็นจำนวนกว่า 600 ชนิด รูปแบบยาส่วนใหญ่เป็นยาผง ยาเม็ด ยาทวน รูปแบบยาน้ำน้อยมาก การแพทย์ทิเบตมีการสะสมทักษะและวิธีการเพื่อเผชิญกับโรค Altitude disease (โรคแพ้ความสูง), High blood Pressure, Strokes, Pulmonary Heart Disease, Rheumatism, Liver Disease, และ Intestinal Disease ปัจจุบันเขตปกครองตนเองทิเบต (Tibet Autonomous Region) มีสถาบันการศึกษาและการบริการการแพทย์แบบทิเบตสำหรับประชาชน ปัจจุบันยาสมุนไพรทิเบตได้รับการวิจัยและพัฒนาเพื่อการใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวาง สมุนไพรหลายร้อยชนิดมีชื่อเสียงและราคาสูง เช่น Worm Grass (*Cordyceps sinensis*) Cuckoo-pint, *Rhizoma gastrodiae*, Snow Lotus เป็นต้น

การแพทย์มองโกเลีย (Mongolian Medicine) การแพทย์มองโกเลีย ได้รับอิทธิพลจากพุทธศาสนานิกายมหายาน และซึมซับและปฏิสัมพันธ์กับการแพทย์ทิเบต การแพทย์อินเดียโบราณ และวัฒนธรรมอื่น และมีรากฐานจากรวบรวมกรรมสำคัญของการแพทย์ทิเบต คือ The Four Volumes of Medical Works ต่อมาได้มีการพัฒนาและสะสมประสบการณ์จากภูมิปัญญาของชาวมองโกล และมีการผลิตวรรณกรรมทางการแพทย์ที่มีชื่อเสียงหลายสิบเรื่องในหลายศตวรรษที่ผ่านมา คือ Mongolian – Tibetan Medicine, A book of Mongolian Medicine, Feeling the Pulse and Pharmacology for Mongolian Doctors. นอกจากนี้ยังมีเอกลักษณ์ในการรักษาสัตว์อีกด้วย เขตปกครองตนเองมองโกเลียอยู่บริเวณชายแดนภาคเหนือของจีน เป็นพื้นที่ในเขตเอเชียกลางและเอเชียตะวันออก มีภูมิศาสตร์ซับซ้อน ทั้งขึ้น กึ่งขึ้น แห้งแล้ง กึ่งแห้งแล้ง ทำให้การแพทย์มองโกเลียมีการใช้สมุนไพรกว่า 450 ชนิด โดยทั่วไปและประมาณ 30 % ของทั้งหมดเป็นสมุนไพรจากในพื้นที่ พื้นที่เหล่านี้เป็นพื้นที่ปลูกสัตว์ที่สำคัญของจีน มีการเลี้ยงวัว แกะ และม้าจำนวนมาก และยังมีสัตว์ป่าที่หลากหลาย จากสถิติพบว่า สัตว์ที่ชาวมองโกลนำมาทำยาสมุนไพรมีมากกว่า 100 ชนิด ตัวอย่างเช่น แมงป่อง แมงมุม กระต่าย แกะ ม้า ลิง เป็นต้น และยังมีการใช้โลหะและแร่ธาตุอีกหลายชนิด

การแพทย์อุยกูร์ (Uygur Medicine) ชาวยุกูร์เป็นชนชาติส่วนน้อยที่ดำรงชีพอยู่ในบริเวณเหนือและใต้ของภูเขาเทียนชาน และที่ราบทาริม (เขตปกครองตนเองซินเจียง) ทางด้านเหนือของจีน นับถือศาสนาอิสลาม และพูดภาษาเติร์ก แหล่งสมุนไพรสำคัญของชาวยุกูร์อยู่ทางใต้ของแม่น้ำแยงซีเกียง เป็นเขตศูนย์สูตรและใต้เส้นศูนย์สูตร มีสมุนไพรกว่า 180 ตระกูล เช่น พริกไทยขาว พริกไทยดำ ขิง มะพร้าว มะนาว กานพลู อบเชย Wild Yellow Root, Garnwood, betel nut ฯลฯ คิดเป็นร้อยละ 40 ของสมุนไพรที่ใช้ทั่วไป สมุนไพรที่ใช้ทั่วไปมีจำนวน 1,100 ชนิด จำแนกเป็นพืช 1,000 ชนิด สัตว์ 50 ชนิด และแร่ธาตุ ประมาณ 80 ชนิด ส่วนที่เหลือมีการนำเข้าจากเอเชียตะวันออกและกลาง ยุโรปใต้ และเขตเมดิเตอร์เรเนียน การแพทย์อุยกูร์มีประสิทธิผลในการรักษาโรคหัวใจ โรคตับ นิ่ว การติดเชื้อในกระเพาะอาหาร

ท้องร่วงและโรคทางจิตใจ การแพทย์ของชาวอุยกูร์มีเอกลักษณ์ที่มักใช้ดอกไม้ ผลไม้และเมล็ดเป็นส่วนสำคัญในการปรุงยา อาจเรียกได้ว่าเป็น Aromatic Medicine

การแพทย์ไท (Tai Medicine หรือ Dai Medicine) การแพทย์ไท ได้รับอิทธิพลจากพุทธศาสนานิกายเถรวาทในคริสต์ศตวรรษที่ 7 การแพทย์ไทมีประสบการณ์ที่สะสมและตกผลึกเป็นวรรณกรรมทางการแพทย์ โดยบันทึกเป็นภาษาไทย ตัวอย่างเช่น ตำรายาสิบสองปันนา มีการบันทึกตำรับยาสมุนไพร 111 ตำรับ มีวิธีการเตรียมและการใช้สมุนไพร ชนชาติไท อาศัยอยู่ในเขตชายแดนภาคตะวันตกเฉียงใต้ของจีน เป็นเขตมรสุมและเหมาะสมในการเจริญเติบโตของพืชเมืองร้อนจำนวนมาก จากการสำรวจในเขตปกครองตนเองสิบสองปันนา พบว่า มีการใช้สมุนไพรกว่า 1,700 ชนิด ประกอบด้วย พืช สัตว์ แร่ธาตุ ส่วนใหญ่เป็นพืชสมุนไพร ตำรับยาสมุนไพรมีเป็นจำนวนมาก แต่ละตำรับจะประกอบด้วยสมุนไพร 3 – หลายสิบชนิด และมีตำรับยาไทที่มีชื่อเสียงและเป็นที่ยอมรับของประชาชนจำนวนหนึ่ง

3.2 การแพทย์ชนชาติ หรือ การแพทย์ชาติพันธุ์ส่วนน้อย (National Medicine หรือ Minority Medicine) การแพทย์ชนชาติ หมายถึง การแพทย์แบบดั้งเดิมของกลุ่มชาติพันธุ์ส่วนน้อยของจีน การแพทย์ชนชาติเป็นภูมิปัญญาร่วมจากการสะสมความรู้ทางการแพทย์และประสบการณ์การปฏิบัติมานานหลายศตวรรษ เป็นการต่อสู้กับโรคและความตายมายาวนาน กลุ่มชาติพันธุ์ล้วนมีรากฐานทางวัฒนธรรม ศาสนาและวิถีที่เป็นเอกลักษณ์ของท้องถิ่น พัฒนาการและวิวัฒนาการจะแตกต่างกันในแต่ละชาติพันธุ์ ความแตกต่างของการแพทย์ชาติพันธุ์พิจารณาได้จากเทคนิคทางการแพทย์ วิธีการและตำรับยาสมุนไพรที่ได้จากสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ การแพทย์ชนชาติส่วนน้อยของจีนยังได้รับอิทธิพลอย่างใกล้ชิดจากปรัชญาและศาสนาที่อยู่รอบรอบ มีทั้งวัฒนธรรมพุทธศาสนา วัฒนธรรมอาหรับ และวัฒนธรรมอื่น ตัวอย่างเช่น วัฒนธรรมพุทธศาสนานิกายเถรวาทมีอิทธิพลต่อการแพทย์ไท อิทธิพลของวัฒนธรรมอาหรับส่งผลต่อการแพทย์อุยกูร์ การแพทย์หุยและการแพทย์คาซัค และอิทธิพลของวัฒนธรรมอื่น ส่งผลต่อการแพทย์เมี่ยว การแพทย์เย้า การแพทย์ยี่ การแพทย์ตัง การแพทย์ทุเจีย เป็นต้น

การแพทย์ชนชาติหรือการแพทย์ชาติพันธุ์ มีการสะสมความรู้และประสบการณ์เป็นระบบการแพทย์ของตนเอง แต่ยังคงกรอบทางทฤษฎีแบบบูรณาการ อย่างไรก็ตาม การแพทย์ชนชาติเหล่านี้มีการผลิตสิ่งพิมพ์สำคัญจำนวนหนึ่ง และมีการใช้ประโยชน์ภายในสังคมของตนเอง ตัวอย่างเช่น การแพทย์ชาติพันธุ์จ้วง เมี่ยว ยี่ ทุเจีย โคเรีย และเชอ เป็นต้น

การแพทย์จ้วง (Zhuang Medicine) ชาวจ้วงอาศัยอยู่ในเขตปกครองตนเองกว่างซีจ้วง (Guangxi Zhuang Autonomous Region) มณฑลกว่างซี มีประชากรกว่า 16 ล้านคน พื้นที่สิ่งแวดล้อมทางภูมิศาสตร์และอากาศที่ทำให้มีสมุนไพรมากมาย จากการสำรวจพบว่า สมุนไพรจีนมีมากกว่า 4,600 ชนิด และมียาสมุนไพรที่หมอชาวจ้วงใช้ทั่วไปจำนวนกว่า 1,000 ชนิด การแพทย์จ้วงมีประวัติศาสตร์ที่ยาวนาน มีการวินิจฉัยโรคและการรักษาที่ชัดเจน และยังพบการบันทึกยาสมุนไพรของชาวจ้วงจำนวนมากในบันทึกช่วงราชวงศ์ถัง (หนังสือชื่อ Revised Book of Herbal Medicines of The Tong Dynasty) ยาสมุนไพรจ้วงหลายตำรับกลายเป็นยาจีนที่มีชื่อเสียงไปทั่วประเทศ ตัวอย่างเช่น สมุนไพรเทียนซี (Panax notoginseng) เป็นยาสมุนไพรจีนที่มีชื่อเสียงและเป็นยาสมุนไพรของชาวจ้วง ที่มีการใช้ในกลุ่มชนชาติจ้วงและกลุ่มชนชาติเมี่ยว (ม้ง) มายาวนาน ใช้รักษาการบาดเจ็บทั้งภายในและภายนอก และอาการเลือดไหลเวียนไม่สะดวก (Blood Stagnation) แต่เดิมถูกค้นพบและเริ่มใช้ในกลุ่มชาวจ้วง ปัจจุบันสมุนไพรเทียนซี มี

การศึกษาและพัฒนาอย่างกว้างขวางทั้งในและต่างประเทศ เทียนซีเป็นสมุนไพรสำคัญในผลิตภัณฑ์ยาสี่พันเทียนซี ชาเทียนซี ยาชาหยุนหนาน (หยุนหนานไปเย่า) และยังเป็นส่วนประกอบในตำรับยาป้องกันและรักษาโรคหัวใจหลายตำรับ นอกจากนี้ ยังมียาสมุนไพรจ้วงที่มีการผลิตจำหน่ายและได้รับความนิยมหลายตำรับ ตัวอย่างเช่น Zhenggushui, Yunxiangjing, Zhonghua, Diedawan, Yanjianning เป็นต้น

นอกจากนี้ ชาวจ้วงยังเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีนิสัยชอบรับประทานสัตว์หลายชนิด เช่น หนู นกป่า และสัตว์ป่าบางชนิดมายาวนาน ทำให้ชนชาติจ้วงมีประสบการณ์ทางการแพทย์ในการใช้เนื้อหรือเลือดของสัตว์เหล่านี้อย่างกว้างขวาง การแพทย์จ้วง มีประสบการณ์ด้านพิษมายาวนาน โดยการวินิจฉัยและรักษาอาการพิษ และมียาสมุนไพรจัดพิษ และพิษจากสัตว์หลายชนิด อย่างเช่น พิษงู พิษหอนอน พิษจากอาหาร พิษจากยา เป็นต้น ชาวจ้วงมียาสมุนไพรที่มีชื่อเสียงสำหรับรักษางูกัด และมักเป็นยาสด ในเขตปกครองตนเองชนชาติจ้วง มีพืช หญ้า และต้นไม้ที่เชี่ยวชาญตลอดไป หมอพื้นบ้านของชาวจ้วงนิยมใช้สมุนไพรสดและหาได้ในท้องถิ่น ภายในงานประจำปีเทศกาลแข่งเรือมังกร เมือง Jingxi (Dragon Boat Festival) จะพบตลาดยาสมุนไพรและมีการจำหน่ายยาสมุนไพรจำนวนมากในบริเวณงานและในระยะใกล้ มณฑลกว่างซีมีการจัดตั้งสถาบันวิจัยการแพทย์ชาติพันธุ์กว่างซี (Research Institute of Guangxi Minority Medicine) มีการวิจัยและพัฒนายาสมุนไพรของการแพทย์จ้วงหลายตำรับ และพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ยา และผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน อันเป็นความสำเร็จที่ช่วยสนับสนุนและยืนยันประสบการณ์การรักษาโรคที่ยาวนาน และเป็นความลับของชนชาติจ้วง

3.3 การแพทย์พื้นบ้าน (Folk Medicine) การแพทย์พื้นบ้านหมายถึง การแพทย์ที่สืบทอดการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาพื้นบ้านโดยการบอกเล่า ไม่มีระบบทฤษฎี ไม่มีการบันทึกที่สมบูรณ์และชัดเจน และบางกลุ่มชาติพันธุ์ได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมการแพทย์จีน แต่ก็ยังคงลักษณะพิเศษของการแพทย์ชนชาติตนเองด้วย ตัวอย่างเช่น การแพทย์ชนชาติตัง นาซี ไป ลี ยี่ เป็นต้น ชาวนาซี (Naxi Ethnic Group) เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ที่เมืองลี่เจียง ทางเหนือของมณฑลหยุนหนาน มีการใช้สมุนไพรที่มีชื่อเสียงกว่า 200 ชนิด และชนชาติไป (Bai Ethnic Group) อยู่ในเมืองต้าลี่ มณฑลหยุนหนาน เป็นแหล่งสมุนไพรที่อุดมสมบูรณ์ และใช้พืชกว่า 4,200 ชนิด ในจำนวนนี้สมุนไพรกว่า 2,000 ชนิด เป็นสมุนไพรที่ใช้ประกอบในยาจีน

4. นโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ^{25,26}

ภายหลังการสถาปนาประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน รัฐบาลจีนเริ่มมีนโยบายส่งเสริมทั้งระบบการแพทย์แผนจีน และระบบการแพทย์แบบตะวันตก ให้ความสำคัญกับการบูรณาการการแพทย์สองระบบ เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนจีนให้ประชาชนจีนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่ กล่าวได้ว่า นโยบายส่งเสริมการแพทย์แผนจีน คือ การบูรณาการการแพทย์แบบดั้งเดิมเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพแห่งชาติ การบริหารกลางมีสำนักงานการแพทย์แผนจีน (Bureau of Traditional Chinese Medicine) และในปี พ.ศ. 2529 มีการจัดตั้งหน่วยงานบริหารแห่งรัฐด้านการแพทย์แผนจีน เป็นกลไกรับผิดชอบ (The State Administration of Traditional Chinese Medicine)

นโยบายของพรรคคอมมิวนิสต์จีน ระบุว่า การแพทย์แผนจีนและการแพทย์แผนปัจจุบันมีความสำคัญเท่าเทียมกัน การแพทย์แผนจีนสร้างความสำเร็จในกิจการสาธารณสุขจำนวนมาก เราไม่ควรละทิ้งการแพทย์แผนจีนควรอนุรักษ์และพัฒนาต่อไปในอนาคต นอกจากนี้ การแพทย์แผนจีน

จะต้องนำเอาวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีระดับสูงมาใช้ในการพัฒนาด้วย นโยบายการบูรณาการระหว่างแพทย์แผนจีน และการแพทย์แผนปัจจุบันได้รับการยืนยันอย่างเข้มแข็ง ระบบการแพทย์ทั้งสองควรร่วมมือกันเรียนรู้จากกันเพื่อจัดจุดอ่อนของแต่ละระบบ และในปี พ.ศ. 2540 รัฐบาลจึงยังคงประกาศถึงนโยบายการบูรณาการระหว่างแพทย์แผนจีน และการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยการแพทย์ทั้งสองระบบจะปฏิบัติงานเคียงคู่กันในการดูแลสุขภาพทุกระดับ ทั้งนี้ โดยเน้นการพัฒนาการบูรณาการทั้งด้านการศึกษา การบริการ และการวิจัย

5. สถานภาพทางกฎหมายของการแพทย์แบบดั้งเดิม^{4,23}

5.1 สถานภาพทางกฎหมายของผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิม ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนจึงมีนโยบายการบูรณาการการแพทย์แผนจีน และการแพทย์แผนตะวันตก และผสมผสานเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพแห่งชาติมานานกว่าหกทศวรรษ ทำให้การบ่มเพาะและพัฒนาบุคลากรด้านแพทย์แผนจีนเป็นระบบ มีจำนวนมากและมีความหลากหลายทั้งในมิติการศึกษา การปฏิบัติการ และการวิจัย ในระบบการศึกษาการแพทย์แผนจีน การเปลี่ยนแปลงจากการฝึกปฏิบัติจากอาจารย์ (Apprentices–Master Training) กลายเป็นระบบการศึกษาทางวิชาการ (Academic Education) มาเป็นเวลากว่าห้าทศวรรษ (56 ปี) ในสถานการณ์ปัจจุบัน (พ.ศ. 2546) ประเทศจีนมีการบ่มเพาะผู้ให้บริการการแพทย์แผนจีนจำนวนมาก ประกอบด้วย สถาบันการศึกษาการแพทย์จีน จำนวน 32 แห่ง วิทยาลัยการแพทย์ชนชาติส่วนน้อย 3 แห่ง และโรงเรียนการแพทย์แผนจีนระดับมัธยมศึกษา 45 แห่ง แต่ละปีมีนักศึกษาเข้าเรียนเป็นจำนวนกว่า 100,000 คน มีตั้งแต่ระดับประกาศนียบัตร และปริญญาตรี – โท – เอก และมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว

ในปี พ.ศ. 2538 มีรายงานว่ามีผู้ให้บริการการแพทย์แผนจีนจำนวน 525,000 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ให้การรักษาทางการแพทย์จีน (Traditional Chinese Medicine Practitioners หรือ TCM Doctors) ที่จบการศึกษาจากสถาบันการศึกษาการแพทย์จีนและมีความรู้ระบบการแพทย์สองแผน (การแพทย์จีนและการแพทย์ตะวันตก) จำนวน 257,000 คน (ปี พ.ศ. 2544 จำนวน 334,000 คน) เกสัชกรรมที่ชำนาญการด้านสมุนไพรจีน จำนวน 83,000 คน ผู้ช่วยแพทย์แผนจีน 72,000 คน ผู้ช่วยเภสัชกรที่ได้รับการฝึกอบรมจากโรงเรียนแพทย์แผนจีนระดับมัธยมศึกษา 55,000 คน และมีแพทย์แผนตะวันตกที่ผ่านการฝึกอบรมการแพทย์แผนจีนจำนวน 10,000 คน

สถานภาพทางกฎหมายและการควบคุมการแพทย์แผนจีนเป็นไปตามแนวทางของรัฐธรรมนูญ กฎหมาย และนโยบายที่ชี้นำและส่งเสริมการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนจีนให้มีความเท่าเทียมกัน ทำงาน ร่วมมือและเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ในปี พ.ศ. 2528 การกำหนดทางกฎหมายระบุในเงื่อนไขการจัดการ (Management Stipulation) สำหรับ “**แพทย์แผนจีนและผู้ช่วยแพทย์แผนจีน**” กำหนดให้ผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แผนจีน ศึกษาและใช้นวัตกรรม / เทคโนโลยีของการแพทย์แผนปัจจุบัน และในปี พ.ศ. 2528 เงื่อนไขการจัดการตามกฎหมายระบุถึงขอบเขตคุณสมบัติของแพทย์แผนจีน (Traditional Chinese Medicine Physician) หรือผู้ช่วยแพทย์แผนจีนสามารถได้มาจากหลายเส้นทาง โดยทั่วไป คือ การรวมกันของการศึกษาทางวิชาการ หลังมัธยมศึกษา และการปฏิบัติหรือการสอน หรือการวิจัยด้านการแพทย์แผนจีน 1 – 2 ปี การศึกษาทางวิชาการ หมายถึง การเรียนในมหาวิทยาลัยหรือวิทยาลัยการแพทย์แผนจีน หรือในภาควิชาการแพทย์แผนจีนในโรงเรียนแพทย์แผนตะวันตก หรือการจบการศึกษาระดับอนุปริญญา

หรือใบประกาศนียบัตรที่รับรองโดยรัฐ ส่วนคุณสมบัติของมาตรฐานผู้ช่วยแพทย์แผนจีน คือ การรวมกันของการศึกษาทางวิชาการและการปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนจีน 1 ปี

ภายใต้จดหมายเวียนปี พ.ศ. 2528 กรมการแพทย์จีน กระทรวงสาธารณสุข (Department of Traditional Chinese Medicine, Ministry of Public Health) ระบุว่า **“บุคคลที่ศึกษาผ่านระบบการฝึกปฏิบัติจากคนรุ่นเก่า”** (The Former Apprenticeship System – ก่อนหน้าปี พ.ศ. 2503 และยังไม่เป็นทางการไม่ได้) จะต้องผ่านการสอบอย่างเป็นทางการ (The Formal Examination) เพื่อเป็นแพทย์แผนจีนหรือผู้ช่วยแพทย์แผนจีนที่มีคุณสมบัติ การสอบจะเกิดขึ้นภายหลังที่ผ่านหลักสูตรฝึกอบรม (The Completion of Courses) ที่ ดำเนินการโดยสถาบันเอกชนที่รับรองโดยรัฐบาล หลักสูตรเหล่านี้อาจจะเป็นหลักสูตรที่สอดคล้อง ชั้นเรียนภาคกลางคืน หรือชั้นเรียนของผู้ทำงานในมหาวิทยาลัย ผู้ที่สอบไม่ผ่านหรือไม่เข้าสอบ จะต้องผ่านการสอบรวม (Unified Examination) ที่จัดโดย กรมสุขภาพ (Health Department) ก่อนที่จะเป็นผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะเป็นแพทย์แผนจีน หรือผู้ช่วยแพทย์แผนจีน สำหรับผู้ช่วยแพทย์แผนจีน การสอบจะอยู่บนพื้นฐานข้อมูลที่สอนในโรงเรียนแพทย์แผนจีน ระดับมัธยมศึกษา การสอบรวมนี้เป็นการปรับสถานะจากระดับที่เป็นอยู่ เป็นระดับแพทย์แผนจีน หรือ เกสซ์กรจีน

นอกจากแพทย์แผนจีนและผู้ช่วยแพทย์แผนจีนแล้ว ในปี พ.ศ. 2532 จดหมายเวียนของ The State Administration of Traditional Chinese Medicine ระบุถึง **“แพทย์แผนจีน ระดับชำนาญการ”** (A Third Tier of Health Professional Exists in TCM) เป็นบุคคลที่ผ่านการสอบและได้รับการยอมรับอย่างเป็นทางการว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญการแพทย์แผนจีนสาขาเฉพาะ (หมายเหตุ : ปัจจุบันการแพทย์จีนมีการพัฒนาด้านวิชาการจำแนกเป็นการแพทย์จีนพื้นฐาน เกสซ์กรรมแผนจีน การแพทย์จีนด้านอายุรกรรม ด้านศัลยกรรม ด้านสตรี ด้านเด็ก การบาดเจ็บและกระดูก ด้านตา ด้านหู – คอจมูก การแทงเข็ม การนวด และการสร้างและฟื้นฟูสุขภาพ – ผู้เขียน) ทั้งนี้เพื่อปกป้องความสมบูรณ์ของการแพทย์แผนจีนและประโยชน์ของผู้ป่วย สำนักบริหารกลางแห่งรัฐด้านการแพทย์แผนจีน (The State Administration of TCM) จึงได้จัดการทดสอบประจำปี และมีวิธีการประเมินอย่างเป็นทางการ การทดสอบอำนาจการโดยกลุ่มผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แผนจีนระดับอาวุโส มีการทดสอบทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติทางคลินิก หากผ่านการทดสอบจะได้รับใบประกาศนียบัตรที่ระบุทักษะที่เชี่ยวชาญและขอบเขตการรักษาโรค หากทดสอบไม่ผ่านก็มีสิทธิรักษาโรคต่อไปและทดสอบครั้งใหม่ได้

สำหรับ **“สถานบริการด้านสุขภาพภาคเอกชนที่ดำเนินงานโดยแพทย์แผนจีน”** ในปี พ.ศ. 2531 เงื่อนไขการจัดการระบุว่า การควบคุมการบริการสุขภาพภาคเอกชนซึ่งดำเนินงานโดยแพทย์แผนจีน ภายใต้การสนับสนุนของภาครัฐ ให้ความสำคัญกับนโยบายการดูแลเชิงป้องกัน และแพทย์ดำเนินงานได้ในระดับการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Primary Health Care) ที่ออกแบบโดยองค์กรสุขภาพระดับท้องถิ่น สิทธิของการปฏิบัติด้านการแพทย์จีนจำกัดเฉพาะผู้ที่ผ่านการสอบรวม (Unified Examination) และการประเมินเชิงเทคนิค หรือเป็นผู้ที่ผ่านข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นนักวิชาชีพด้านสุขภาพ และเป็นผู้ที่ผ่านการปฏิบัติงานการแพทย์ในสถาบันการแพทย์ส่วนรวมหรือรัฐเป็นเวลา 3 ปี ใบอนุญาตจะต้องได้รับอนุญาตให้เปิดกิจการภาคเอกชนและผู้ถือใบอนุญาตจะถูกควบคุมเฉพาะการปฏิบัติทางการแพทย์ที่ได้รับอนุมัติ สถานที่ ขอบเขตการบริการและมีข้อจำกัดด้านธุรกิจด้วย สำหรับผู้ช่วยแพทย์แผนจีนได้รับอนุญาตให้เปิดการรักษาโรคใน

เมืองชนบท และสามารถเป็นผู้ช่วยแพทย์แผนจีนในคลินิกเอกชนในเมืองเล็กและเมืองใหญ่ได้นอกจากนี้ในช่วงนี้ รัฐยังมีการควบคุมชี่กง (Medical Qigong) ผู้ให้การรักษาแบบชี่กงที่สอนชี่กงในสถานที่สาธารณะจะต้องได้รับการอนุมัติจากองค์กรที่รับผิดชอบด้านสุขภาพระดับท้องถิ่น และผู้ที่อยู่ในสถาบันทางการแพทย์จะต้องมีทักษะด้านชี่กง และมีข้อกำหนดเช่นเดียวกับแพทย์แผนจีน / ผู้ช่วยแพทย์แผนจีน ข้างต้น

ถึงแม้ว่าประเทศจีนมีการจัดระบบและพัฒนาผู้ให้การรักษาแผนดั้งเดิมมาเป็นเวลานานกว่าหกสิบปีแล้ว แต่ในสังคมจีนก็ยังคงมี “ผู้ให้การรักษาแผนจีนแบบพื้นบ้าน” (Indigenous Practitioners of TCM) จำนวนหนึ่ง พวกเขาเป็นผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาการแพทย์แผนจีนอย่างเป็นทางการ และไม่มีใบอนุญาตในการรักษาผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม พวกเขาเป็น “ลูกมือ” ของแพทย์จีนที่ชำนาญ ได้รับการฝึกสอนและรักษาผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน ลักษณะการเรียนรู้จากอาจารย์ที่มีประสบการณ์สูง เป็นรูปแบบการฝึกสอนการแพทย์แผนจีนแบบดั้งเดิมมาหลายปี ประเทศจีนมีเป้าหมายที่จะอนุรักษ์และพัฒนาการแพทย์จีน สถานการณ์เช่นนี้ กฎเกณฑ์ที่ควรจะพัฒนาเพื่อยอมรับมาตรฐานของ Indigenous TCM Practitioner และกฎเกณฑ์ควรจะแตกต่างจากข้อกำหนด / กฎเกณฑ์ของมาตรฐานการศึกษาแบบทางการ นับเป็นสิ่งท้าทายที่ทางการจีนจะจำแนกผู้ให้การรักษาแผนจีนแบบพื้นบ้าน จัดให้มีการยอมรับเพิ่มขึ้น และสนับสนุนการรักษาโรคของพวกเขา เพื่อให้พวกเขาใช้ความสามารถในการดูแลสุขภาพประชาชนในประเทศ

จากทรรศนะของ Prof. Deng Tietao หนึ่งในแพทย์จีนอาวุโสและมีชื่อเสียงของมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนกว่างโจว (2003) กล่าวว่า “ผู้ให้การรักษาแผนจีนแบบพื้นบ้านที่แท้จริง (Indigenous Genuine TCM Practitioner) มีอย่างน้อย 50,000 คน รักษาโรคด้วยการแพทย์จีนเป็นเวลา 10 – 20 ปี คาดว่าพวกเขาอาจจะรักษาโรคได้อีกไม่นานก็นับเป็นการสูญเสียคนที่มีคุณค่าของชุมชนในเมืองและชนบท” เหตุผลที่ผู้ให้การรักษาแผนจีนแบบพื้นบ้านไม่อาจรักษาโรคได้นานนัก เพราะพวกเขาขาดประสบการณ์การศึกษาที่เป็นทางการ ซึ่งจำกัดความสามารถในการสอบใบอนุญาตแบบมาตรฐาน และพวกเขาส่วนใหญ่มักสอบไม่ผ่าน เมื่อการสอบมีเนื้อหาการแพทย์แบบตะวันตกประมาณร้อยละ 20 แต่พวกเขารักษาโรคด้วยการแพทย์แผนจีนเพียงอย่างเดียว และจากการสังเกตพบว่า หลายมณฑลของประเทศจีนไม่มีการสอบภาคปฏิบัติ ดังนั้นจึงเป็นไปได้ที่พวกเขาจะกลายเป็นผู้ให้การรักษาทางการแพทย์จีนที่ถูกกฎหมาย พวกเขาอาจถูกบังคับให้เปลี่ยนอาชีพ หรือบางคนยังอาจเป็นผู้ให้การรักษาทางการแพทย์จีนที่ผิดกฎหมายต่อไป นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดที่มีการศึกษาน้อย และส่วนใหญ่จะขาดความรู้แบบบูรณาการ จึงอาจจำเป็นอย่างยิ่งที่จะมีการอบรมต่อเนื่อง องค์กรที่รับผิดชอบอาจมีนโยบายที่เป็นไปได้เพื่อทดสอบความสามารถทางการแพทย์แผนจีน ให้การฝึกอบรมต่อเนื่อง และให้สิทธิ์การรักษาโรคกับผู้ให้การรักษาแผนจีนแบบพื้นบ้านที่ชำนาญ (Excellent Indigenous TCM Holders) ด้วยความรู้แบบดั้งเดิมได้

กล่าวโดยสรุปว่า สถานทางกฎหมายของผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แผนจีน ได้รับการยอมรับและมีบทบาทสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ กฎหมายและนโยบายการบูรณาการระหว่างการแพทย์แผนจีนและการแพทย์ตะวันตก ผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แผนจีน มีหลายประเภทและจำนวนมาก แต่ละประเภทมีระบบการศึกษาและสถานภาพทางกฎหมายรองรับ เพื่อการปฏิบัติงานในภาครัฐและภาคเอกชน และยังให้คุณค่าและโอกาสกับบุคคลที่ศึกษาการแพทย์แผนจีนผ่านคนรุ่นเก่า หรือระบบฝึกปฏิบัติ แม้ว่าจะระบบการสอบเพื่อประเมินความสามารถและสถานะทาง

กฎหมายยังมีความจำกัด นอกจากนี้ยังมีการรับรองอย่างเป็นทางการสำหรับแพทย์แผนจีนระดับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาอีกด้วย

5.2 สถานภาพทางกฎหมายของยาสมุนไพร / ยาจีน^{2,23} ประชาชนจีนมีการบริโภคยาสมุนไพรจีนประมาณร้อยละ 30 – 50 ของมูลค่าการบริโภคยาทั้งหมด และมีโรงงานผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรจำนวน 800 แห่ง มูลค่าการผลิตจำนวน 1,800 ล้านเหรียญสหรัฐต่อปี โรงงานจำนวน 600 แห่ง มีฟาร์มสมุนไพร 13,000 แห่ง ที่ปลูกสมุนไพรเพื่อเป็นวัตถุดิบในการผลิตยาสมุนไพร และมีเกษตรกรรวมจำนวน 340,000 คน ที่ปลูกสมุนไพรและมีพื้นที่ปลูกสมุนไพรทั้งหมดจำนวน 348,000 เฮกตาร์ (1 เฮกตาร์ = 2 ไร่ครึ่ง) นอกจากนี้ ในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา หลายประเทศทั่วโลกมีการใช้ประโยชน์จากแพทย์จีนและยาสมุนไพรจีนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย แคนาดา เบลเยียม ฝรั่งเศส เกาหลี และเวียดนาม เป็นต้น

ประเทศจีนเป็นประเทศที่มีภูมิอากาศและภูมิประเทศที่หลากหลาย ก่อเกิดเป็นแหล่งกำเนิดสมุนไพรจำนวนมาก จากการสำรวจสำมะโนประชากรแห่งชาติปี พ.ศ. 2538 พบว่า รายการสมุนไพรจีนมีจำนวนทั้งหมด 12,807 ชนิด และมีการใช้ประโยชน์ในลักษณะสมุนไพรจีน สมุนไพรชนชาติส่วนน้อยและสมุนไพรพื้นบ้าน ดังตารางด้านล่าง

ตารางที่ 2 แสดงการจำแนกรายการและประเภทของแหล่งสมุนไพรจีน

รายการ	ประเภท	ชนิด
แหล่งที่มา	พืชสมุนไพร	11,146
	สัตว์สมุนไพร	1,581
	แร่ธาตุสมุนไพร	80
สถานะการใช้ประโยชน์	Chinese Herbs	มากกว่า 1,200
	Minority Medicines	มากกว่า 4,000
	Indigenous Medicines	มากกว่า 7,000

Source : National Chinese Medication Resource

(<http://www.who.int/intellectualproperty/studies/jia.pdf>)

การควบคุมยาสมุนไพรจีนกำเนิดขึ้นในปี พ.ศ. 2506 ภายใต้กฎหมายยา รับผิดชอบโดยสำนักงานบริหารยาแห่งรัฐ (State Drug Administration) ยาสมุนไพรถูกควบคุมเป็น 7 ประเภท คือ ยาที่ใช้ใบสั่งยา ยาที่จำหน่ายร้านขายยา ยาที่ใช้ด้วยตนเอง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร อาหารเพื่อสุขภาพ และอาหารเพื่อดูแลสุขภาพ (Prescription, OTC Medicines, Self – Medication, Dietary Supplement, Health Food และ Functional Food) ในปี พ.ศ. 2545 ยาสมุนไพรจีนที่ขึ้นทะเบียนมีมากกว่า 9,000 ตำรับ และรายการยาสมุนไพรที่จำเป็นแห่งชาติมีจำนวน 1,242 ตำรับ และประเทศจีนมีการตีพิมพ์ “ตำรับเภสัชจีน” (Chinese Pharmacopoeia) ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2506 ประกอบด้วย ตำราอ้างอิงยาสมุนไพร (Herbal Monographs ของชาติ) จำนวน 992 ชนิด ข้อกำหนดในการควบคุมยาสมุนไพรจะเชื่อมโยงกับข้อมูลที่อยู่ใน Pharmacopoeia

ในช่วงครึ่งของศตวรรษที่ 20 การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมยาสมุนไพรจีนก่อให้เกิดยาใหม่จำนวนมาก เพื่อที่จะพิสูจน์ผลการรักษาทางคลินิก ประยุกต์ใช้อย่างสะดวกและค้นหาวิธีการรับมือกับโรคที่เกิดขึ้นใหม่ สถานการณ์นี้ก่อให้เกิดยาใหม่ 2 ลักษณะ (1) New Chinese Patent

Medicine และ (2) New Chemical Drugs สำหรับ New Chinese Patent Medicine หมายถึง ยาจีนที่มีประสิทธิผลใช้มายาวนาน อยู่บนฐานทฤษฎีและกลุ่มอาการที่อธิบายด้วยการแพทย์จีน ตำรับยาจีนส่วนใหญ่มีสมุนไพรมากกว่าหนึ่งชนิด เป้าหมายการพัฒนา คือ การเพิ่มประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ตลอดจนความสะดวก คุณภาพ และการประหยัดในการใช้ยาสมุนไพรเกิดการวิจัยและนวัตกรรมด้วยการใช้วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีทันสมัย ทำให้เกิดความก้าวหน้าของยาสมุนไพรจีน ในปี พ.ศ. 2545 ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน มี Chinese Patent Medicine จำนวน 5,000 ตำรับ และในระหว่างปี พ.ศ. 2542 – 2545 มี New Chinese Patent Medicines ที่ถูกตรวจสอบและอนุญาตให้ผลิตจำนวน 673 ตำรับ และในปี พ.ศ. 2544 มูลค่าการจำหน่าย Chinese Patent Medicines มีจำนวนร้อยละ 12.23 ของมูลค่ายาทั้งหมดในจีน ส่วน New Chemical Drugs เป็นการค้นคว้ายาใหม่โดยจำแนกสารประกอบออกฤทธิ์จากยาสมุนไพรจีน โดยมีการสกัดในลักษณะสารเดี่ยว (Monomer) และสารสกัดรวม (Compound Extract) ตัวอย่างเช่น สาร Artemisinin จากสมุนไพรชิงเฮา (*Artemisia annua* L.) ซึ่งเป็นยาต้านมาเลเรีย มีประโยชน์อย่างกว้างขวางและเห็นผลชัดเจน และ Ginkgo Biloba Extract เป็นต้น ปัจจุบันมีผู้ประกอบการกว่า 200 แห่งที่ดำเนินกิจการนี้ และมีสารประกอบออกฤทธิ์จำนวน 80 ชนิด ที่ผลิตในประเทศจีน

6. บทเรียนการพัฒนาและส่งเสริมการแพทย์แบบดั้งเดิมในชุมชน

การแพทย์จีนมีประวัติศาสตร์เคียงคู่กับวัฒนธรรมจีนมายาวนานหลายพันปี หลักการพื้นฐานของการแพทย์จีน เป็นการดูแลชีวิตแบบองค์รวม และกลมกลืนกับธรรมชาติ กระบวนการและเทคนิคการดูแลรักษาสุขภาพมีทั้งการดูแลสุขภาพมีทั้งการดูแลสุขภาพ การป้องกัน และการรักษาโรค จำแนกเป็นวิธีการใช้ยา (Medication) และวิธีการไม่ใช้ยา (Non – Medication) ตัวอย่างเช่น การแทงเข็ม การรมยา การนวด การกดจุด การใช้ความร้อน ไช้ฉวน ชี้กง เป็นต้น วิธีการเหล่านี้เผยแพร่ไปทั่วไป ได้รับการยอมรับว่าเป็นประโยชน์และส่งผลดีต่อสุขภาพง่าย ประหยัด และได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง การแพทย์จีนจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรค และการดูแลรักษาโรคพื้นฐานในระดับบุคคล และครอบครัวของชาวจีน ดังที่อาจพบเห็นชาวจีนดูแลสุขภาพตนเองด้วยการฝึกฝนชิงกง หรือไท้ฉวน หรือรำดาบ บำบัดช่วงเช้าหรือช่วงเย็น ตามสวนสาธารณะ อีกทั้งดูแลสุขภาพและป้องกันโรคด้วยอาหารจีน และยังสามารถดูแลสุขภาพที่พบป่วยด้วยยาจีนอีกด้วย และเมื่อเจ็บป่วย ผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แผนจีนที่มีเป็นจำนวนมาก และกระจายอยู่ทั่วประเทศ ยังมีบทบาทป้องกันและรักษาสุขภาพในการบริการสาธารณสุขทุกระดับ

องค์การอนามัยโลกมียุทธศาสตร์ส่งเสริมการบูรณาการการแพทย์แบบดั้งเดิมในระบบดูแลสุขภาพแห่งชาติ และการใช้การแพทย์แบบดั้งเดิมอย่างเหมาะสม ผ่านการพัฒนาด้านเทคนิคและมาตรฐานสากล โดยเฉพาะด้านยาสมุนไพรจีนและการแทงเข็ม กล่าวได้ว่า ยาสมุนไพรจีนและการแทงเข็มมีศักยภาพและทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึง ยอมรับ และประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ อันสอดคล้องกับหลักการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ในช่วง 50 ปีที่ผ่านมาประเทศจีนมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว การแพทย์จีนมีบทบาทสำคัญในงานสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน (Primary Health Care) โดยเฉพาะในชนบท รัฐบาลจีนมีระบบบริการสาธารณสุขครอบคลุมประชาชนร้อยละ 90 และในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา กฎหมายและนโยบายยังคงส่งเสริมการบูรณาการระหว่างการแพทย์สองระบบ อย่างไรก็ตาม การแพทย์แบบตะวันตกจะพัฒนาและก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว

มากกว่า แต่ทว่าการแพทย์แผนจีนยังคงเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพแห่งชาติ การแพทย์ทั้งสองแผนมีความเท่าเทียมกัน และเป็นส่วนหนึ่งของกันและกัน ซึ่งมีอาจแทนที่กันได้

จากการที่ประเทศจีนเป็นประเทศที่กำลังพัฒนาและมีประชาชนกว่า 1,300 ล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ในเขตชนบท คาดว่า ประชาชนจีนราว 200 ล้านที่ได้รับการบริการสุขภาพแบบมาตรฐาน แต่ชวามากกว่า 900 ล้านคน ยังคงเข้าไม่ถึงการประกันสุขภาพและการแพทย์ขั้นพื้นฐาน การแพทย์แผนจีนนับเป็น “เทคโนโลยีที่เหมาะสม” ในการดูแลสุขภาพ ในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา การแพทย์แผนจีนได้ถูกพัฒนาและบูรณาการเข้าสู่ระบบแห่งชาติ ซึ่งเป็นระบบประกันสุขภาพที่มีลักษณะเฉพาะของจีน มีความง่าย ความสะดวก ราคาไม่แพง และมีประสิทธิผลต่อสุขภาพ

จากประสบการณ์ของรัฐบาลจีน ในการผลักดันเป้าหมายด้านสุขภาพของประชาชน ในทศวรรษ 1970 (พ.ศ. 2513) รัฐบาลจีนจัดตั้งเครือข่ายระบบสุขภาพการดูแลรักษาสุขภาพ 3 ระดับ และบริหารจัดการโดยรัฐบาลท้องถิ่น และคณะกรรมการประชาชนของหมู่บ้าน ในระดับจังหวัด (County Level) องค์กรด้านสุขภาพและการแพทย์ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาล ระดับเขตพื้นที่และเมือง (District / Township Level) งบประมาณประมาณสองในสามส่วนได้จากชุมชน และหนึ่งในสามส่วนได้จากรัฐบาล และระดับหมู่บ้าน (Village Level) ค่าใช้จ่ายทั้งหมดได้จากชุมชน ต่อมาในช่วงทศวรรษ 1980 (พ.ศ. 2523) รัฐบาลเริ่มมีการปฏิรูปการวางแผนการสนับสนุนงบประมาณของรัฐบาล ส่งเสริมให้ริเริ่มกิจการสาธารณสุขในเครือข่ายระบบการดูแลสุขภาพ และต่อมารัฐบาลกลางของจีนมีการปรับปรุงการร่วมมือ และการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขจากแหล่งงบประมาณหลายแหล่ง และยังมีการนำกลไกระบบตลาดมาร่วมด้วย ทำให้องค์กรด้านสุขภาพเกิดการพัฒนาประสิทธิภาพและลดค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตาม ในช่วงประมาณ 20 ปีที่ผ่านมา ระบบการดูแลสุขภาพยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ชาวชนบทร้อยละ 60 ขาดหลักประกันสุขภาพและเมื่อเจ็บป่วย ประชาชนต้องใช้เงินตนเอง ทรัพยากรด้านสาธารณสุขร้อยละ 80 อยู่ในเมืองใหญ่ เกิดแนวโน้มแบบการตลาดในการบริการสาธารณสุข ผลกระทบยาราคาแพง กลายเป็นภาระหนักของรัฐบาลจีนที่จะสร้างระบบประกันสุขภาพให้กับชาวชนบท และผู้มีรายได้น้อยทั่วประเทศ

ราวสองทศวรรษที่ผ่านมา รัฐบาลจีนมีการดำเนินนโยบายระบบประกันสุขภาพของกรรมกรในเมือง และในเขตชุมชนในขั้นต้น แต่ทว่า ชาวนา กรรมกรในภาควิสาหกิจเอกชน และวิสาหกิจทุนต่างประเทศ ผู้ว่างงานและผู้ด้อยโอกาส ยังไม่มีการประกันสุขภาพ สำนักนายกรัฐมนตรีของรัฐบาลจีน จึงริเริ่มและพัฒนา “ระบอบสหกรณ์การรักษาพยาบาลในชนบทรูปแบบใหม่” ขึ้นในปี พ.ศ. 2546 วิธีการดำเนินงาน คือ การวางแผนบูรณาการดูแลผู้ป่วยหนักเป็นหลัก และคำนึงถึงผู้ป่วยเบาอย่างเหมาะสม โดยหน่วยงานระดับอำเภอวางแผนบูรณาการก่อตั้ง “กองทุนสหกรณ์การรักษาพยาบาล” ขึ้น โดยชาวนาจะร่วมลงเงินสมทบจำนวนน้อยจำนวนหนึ่ง และเงินส่วนใหญ่ที่ขาดเสียได้จากรัฐส่วนกลางและรัฐบาลท้องถิ่น โดยชาวนาจะถือบัตรการรักษาพยาบาลเพื่อเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนได้ตามส่วนเปรียบเทียบ สำหรับครอบครัวยากลำบากหรือไม่มีเงินจ่าย รัฐบาลจะมีระบอบช่วยเหลือการรักษาพยาบาล และลดเสียให้ตามนโยบาย ระหว่างปี พ.ศ. 2546 – 2548 พื้นที่จำนวน 678 ใน 31 มณฑล ได้ดำเนินงานในรูปแบบสหกรณ์ฯ (ครอบคลุมชาวนา 179 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 75.8 ของชาวนาทั้งหมด) และคาดว่าจะครอบคลุมพื้นที่ชนบททั่วประเทศในปี พ.ศ. 2551 นอกจากนี้รัฐบาลจีนยังส่งเสริมให้หน่วยวิสาหกิจองค์กรทางสังคมและองค์กรภาคเอกชน เข้าร่วมพัฒนากิจการด้านสุขภาพ โดยมีเป้าหมายมุ่งเน้นให้พัฒนาการกิจการ

ดูแลรักษาสุขภาพให้สอดคล้องกับภาวะการณ์ของประเทศ ไม่ลอกเลียนต้นแบบจากต่างประเทศ และยึดหลักให้กิจการสาธารณสุขรับใช้ประชาชน และมีลักษณะเป็นสาธารณกุศล มิใช่เป็นแหล่งแสวงหาประโยชน์ทางเศรษฐกิจ และรัฐบาลมีหน้าที่รับผิดชอบงานสาธารณสุขและคุ้มครองสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพขั้นต้นของพลเมือง โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ การบริการด้านการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ปลอดภัยและราคาถูกให้กับประชาชน

อย่างไรก็ตาม การปฏิรูปด้านสุขภาพดังกล่าว อาจมิได้ส่งผลต่อบทบาทของการแพทย์แผนจีนอย่างชัดเจน ในช่วงการปฏิรูปที่ผ่านมา มีข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาการแพทย์จีน และสร้างสถานะของการแพทย์แผนจีนในระบบสุขภาพแห่งชาติที่ชัดเจนมากขึ้นหลายประการ คือ การวิจัยทฤษฎีพื้นฐานของการแพทย์จีน การเก็บรักษาความรู้ทางคลินิกของแพทย์จีนอาวุโส การปฏิรูปแบบแผนการศึกษาการแพทย์จีนระดับสูง การฝึกอบรม “หมอเท้าเปล่ารุ่นใหม่” ในเขตชนบท การสร้างความนิยมในการศึกษาและวัฒนธรรมจีน และการสืบทอดต่อยุทธศาสตร์และมาตรการที่มีประสิทธิภาพและปฏิบัติได้ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของโครงสร้างองค์กรการแพทย์จีน

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การแพทย์แผนจีนอยู่บนพื้นฐานการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และมีเทคนิคการดูแลสุขภาพแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา และการแพทย์แผนจีนยังคงมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองของชาวจีน และบทบาทในงานสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ภายใต้นโยบายการบูรณาการการแพทย์แผนจีนในระบบการดูแลสุขภาพแห่งชาติ และในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศจีนมีการปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพโดยสร้างระบบประกันสุขภาพให้ทั่วถึง สำหรับการแพทย์แผนจีนมีการพัฒนามากขึ้น แต่ยังคงมีข้อเสนอแนะเพื่อลดข้อจำกัด และพัฒนาการแพทย์แผนจีนในระบบการดูแลสุขภาพแห่งชาติที่ชัดเจนขึ้น

ส่วนที่ 3 ความเป็นมาและการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของการแพทย์แบบดั้งเดิมประเทศไทย^{28,29}

1. บทนำ

ประเทศไทย หรือ ราชอาณาจักรไทย เป็นประเทศหนึ่งในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีพื้นที่กว่าห้าแสนตารางกิโลเมตร มีดินแดนติดต่อกับประเทศสหภาพเมียนมาร์ สาธารณรัฐประชาชนลาว กัมพูชา และมาเลเซีย ประเทศตั้งอยู่บริเวณเขตร้อนเขตร้อน อุดมด้วยป่าไม้หลายประเภท ตั้งแต่ป่าดิบชื้น ป่าดิบแล้ง ป่าเบญจพรรณ ป่าชายเลน ป่าพรุ และป่าทาม ก่อเกิดเป็นความหลากหลายทางชีวภาพ จากการสำรวจทรัพยากรธรรมชาติในประเทศไทย พบว่า พันธุ์ไม้ที่มีในประเทศไทยประมาณ 20,000 ชนิด และพันธุ์สัตว์ประมาณ 12,000 ชนิด คาดว่าเป็นร้อยละ 8 ของพรรณพืชที่มีการศึกษาทั่วโลก คนไทยมีการใช้ประโยชน์จากพรรณพืชทั้งด้านที่อยู่อาศัย เชื้อเพลิง อาหารและยารักษาโรค และจากการบันทึกในคัมภีร์การแพทย์แผนไทย และขึ้นทะเบียนยาแผนโบราณ พบว่า ประเทศไทยมีการใช้สมุนไพรเพื่อสุขภาพประมาณ 800 – 1,500 ชนิด โดยนิยมใช้สมุนไพรในหลายลักษณะ เช่น ยาสมุนไพรแบบเดี่ยวและแบบตำรับ เครื่องดื่มสมุนไพร อาหารเสริมสุขภาพจากสมุนไพร เครื่องสำอางค์จากสมุนไพร และผลิตภัณฑ์สมุนไพรสำหรับการนวด / อบ / ประคบ

คนไทยได้สะสมและสืบทอดภูมิปัญญาวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพหรือภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยมายาวนานหลายร้อยปี นับตั้งแต่บันทึกโบราณคดีค้นพบหลักฐานจากเมล็ดพืชที่

อาจเป็นพืชอาหารและพืชสมุนไพรหลายชนิดที่บ้านเชียง ในยุคก่อนประวัติศาสตร์ ตัวอย่างเช่น หมาก สมอจีน พริกไทย ดีปลี พลู สมอไทย สมอพิเภก สมอติ่ง แดง พักข้าว อบเชย เป็นต้น และต่อมาได้มีการค้นพบโบราณสถานที่มี “อโรคยาศาล” จำนวน 102 แห่ง ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนใต้ ที่เป็นแหล่งวัฒนธรรม ต่อมาในสมัยสุโขทัย พ่อขุนรามคำแหง (พ.ศ. 1822 – 1841) มีหลักจารึกข้อความเกี่ยวกับการปลูกสมุนไพรที่เขาสรพยา (เขาหลวง) จังหวัดสุโขทัย และในชุมชนมีหมอกกลางบ้านและพระสงฆ์ที่มีความรู้และรักษาโรคด้วยการแพทย์แผนโบราณ มีการใช้สมุนไพรผสมผสานด้วยวิธีทางพุทธศาสตร์และไสยศาสตร์ประกอบกัน

ต่อมาในสมัยอยุธยาตอนต้น มีหลักฐานการสถาปนาการแพทย์แผนไทยขึ้นเป็นครั้งแรกใน “สมัยพระบรมไตรโลกนาถ” (พ.ศ. 1998) ได้มีการจำแนกและการขึ้นทำเนียบศักดินาข้าราชการ ประกอบด้วย กรมแพทยา กรมหมอ กรมหมอกุมาร กรมหมอนวด กรมหมอตา กรมหมอวรรณโรค (บาดแผล) และโรงพระโอสถ และใน “สมัยสมเด็จพระนารายณ์” (พ.ศ. 2199 – 2231) ได้มีหลักฐานบันทึกถึงการรวบรวมคัมภีร์ผู้รวบรวมมีทั้งหมดไทย หมอจีน หมออินเดีย และหมอฝรั่ง มีเนื้อหาเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค สรรพคุณและตำรับยาไทย ภายใต้อำนาจ “ตำราพระโอสถพระนารายณ์” อย่างไรก็ตาม หลักฐานไม่ปรากฏว่ามีโรงเรียนแพทย์แผนไทยในยุคสมัยนี้ ความรู้การแพทย์แผนไทยมีการศึกษาสืบทอดกันภายในตระกูล หรือบางคนอาจเป็นลูกมือหมอที่ชำนาญเป็นเวลาหลายปี โดยเริ่มจากการรู้จักยาและสรรพคุณเครื่องสมุนไพร จากนั้นจึงศึกษาคัมภีร์และฝึกหัดดูอาการจนกระทั่งคุ้นเคย และเห็นการรักษาเป็นเวลานาน จึงสามารถเป็นหมอไทยได้ หากผู้ใดเข้ารับราชการเป็นหมอหลวง ก็จะได้บรรดาศักดิ์และเบี้ยหวัดรายปีจากทางการ

ครั้นถึงสมัยกรุงธนบุรี มีหลักฐานว่าราชโอรสของสมเด็จพระเจ้าตากสิน 4 พระองค์ได้เรียนรู้ด้านการแพทย์แผนไทยเป็นหมอหลวงในราชสำนัก บางท่านยังมีส่วนสำคัญในการจัดระบบความรู้การแพทย์แผนไทยในช่วงรัตนโกสินทร์ ต่อมาในช่วงต้นของสมัยรัตนโกสินทร์ พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลก (รัชกาลที่ 1) ได้ทรงริเริ่มรวบรวมตำรายาสมุนไพรและฤๅษีดัดตน ในศิลาจารึกวัดพระเชตุพน และสมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย (รัชกาลที่ 2) มีการรวบรวมเป็นคัมภีร์ชื่อ “ตำรายาโรงพระโอสถ” และช่วงพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 3) มีการรวบรวม “ตำรายาวัดราชโอสถ” (พ.ศ. 2364) และ “ตำรายาวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม” (พ.ศ. 2375) ประกอบด้วย วิชาฤๅษีดัดตน วิชาเภสัช และวิชาแผนนวด อันเป็นความร่วมมือระหว่างหลวงหมอเชลยศักดิ์และหมอพระในยุคนั้น ต่อมาในยุคพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 5) เป็นยุคของการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย และยังเป็นช่วงของการแพทย์แผนตะวันตก เข้าสู่สังคมไทยพร้อมกับการเข้ามาของมิชชันนารีชาวตะวันตก รัชกาลที่ 5 ได้ทรงให้การตรวจและชำระคัมภีร์การแพทย์แผนไทยให้ตรงกับของเดิมพร้อมทั้งบันทึกเป็นพระคัมภีร์แพทย์ในหอสมุดหลวง มีตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง (พ.ศ. 2413) ตำรายาพระองค์เจ้าสายสนิทวงศ์ (~พ.ศ. 2427) ตำราเวชศาสตร์วรรณา (พ.ศ. 2450) ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับหลวง 2 เล่ม (พ.ศ. 2450) ตำราแพทย์ศาสตร์สังเขปหรือเวชศึกษา 3 เล่ม (พ.ศ. 2451) ต่อมาในปี พ.ศ. 2430 รัชกาลที่ 5 มีการจัดตั้ง “ศิริราชพยาบาล” (โรงพยาบาลศิริราช) ขึ้น และในปี พ.ศ. 2433 กรมพระยาดำรงราชานุภาพ ทรงจัดตั้ง โรงเรียนฝึกแพทย์ชื่อ “โรงเรียนแพทยากร” (โรงเรียนราชแพทยาลัย) ช่วงแรกมีการศึกษาทั้งการแพทย์แผนตะวันตกและการแพทย์แผนไทย ต่อมาเมื่อมีปัญหาการสอนการแพทย์แผนไทย ตลอดจนความร่วมมือของแพทย์แผนไทยและความขัดแย้งระหว่างกัน ทำให้ในปี พ.ศ. 2458 ทางกรมไทยจึงยกเลิกการสอนการแพทย์

แผนไทยในหลักสูตรราชแพทยาลัย และยกเลิกการจ่ายยาแผนไทยในโรงพยาบาลศิริราช อันตรงกับช่วงต้นของสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ต่อมาในปี พ.ศ. 2494 ยุคของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช (รัชกาลปัจจุบัน) ได้ทรงเสด็จวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม และทรงพระราชปรารภว่า วัดโพธิ์ เป็นแหล่งรวบรวมตำราแพทย์แผนไทยอยู่แล้ว เหตุใดจึงไม่จัดให้มีโรงเรียนสอนการแพทย์แผนไทย จึงทำให้คณะกรรมการวัดและผู้ทรงคุณวุฒิได้สนองพระราชปรารภ และได้จัดตั้ง “โรงเรียนแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย” ในปี พ.ศ. 2498 นับเป็นโรงเรียนแพทย์แผนโบราณแห่งแรกในประเทศไทย เปิดสอน 4 สาขา คือ เวชกรรมไทย เกษตรกรรมไทย ผดุงครรภ์ และนวดแผนโบราณ พร้อมทั้งเปิดบริการการแพทย์แผนไทยให้กับประชาชนทั่วไป และต่อมาได้มีการขยายตัวและได้รับความนิยมจากคนไทยและต่างประเทศต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ภายใต้ชื่อ “โรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพนฯ (วัดโพธิ์)” แม้ว่าภาครัฐจะยุติการส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยระยะหนึ่ง แต่ยังคงมีหมอโบราณ และหมอพื้นบ้านที่มีความรู้และถ่ายทอดประสบการณ์ให้ลูกหลาน ยังคงรักษาประชาชนตามกำลังศรัทธาอย่างต่อเนื่อง

จากประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทย สะท้อนให้เห็นว่า การแพทย์แผนไทยมีการสะสมและพัฒนาการเป็นภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพโรคของสังคมไทยอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ยุคสุโขทัย ยุคอยุธยา ยุคธนบุรี และยุครัตนโกสินทร์ องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยได้รับอิทธิพลจากปรัชญาพุทธศาสนา และผสมผสานระหว่างองค์ความรู้ของราชสำนัก (การแพทย์ดั้งเดิมแบบหลวง) และองค์ความรู้ของสามัญชน (การแพทย์พื้นบ้าน) ตลอดจนปฏิสัมพันธ์วัฒนธรรมการแพทย์ของประเทศใกล้เคียง มีประเทศอินเดีย ประเทศจีน และการแพทย์แบบตะวันตก ต่อมา ในช่วงกลางยุครัตนโกสินทร์ยังมีปรากฏการณ์ความขัดแย้งทางความคิด และวิถีปฏิบัติระหว่างการแพทย์แผนตะวันตกและการแพทย์แผนไทย ประกอบกับสังคมไทยพัฒนาเข้าสู่สังคมแบบตะวันตกอย่างต่อเนื่อง ทำให้การแพทย์แผนไทยอ่อนกำลังลง และยุติบทบาทแบบทางการในช่วงต้นของรัชกาลที่ 6 อย่างไรก็ตาม หมอแผนไทย หมอพื้นบ้าน และพระสงฆ์ที่มีความรู้และความสามารถด้านการแพทย์แผนไทยยังคงสืบทอดการดูแลสุขภาพให้ประชาชนทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท จนกระทั่งในช่วงประมาณสามทศวรรษที่ผ่านมา จึงมีการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยให้กลับมาใช้ประโยชน์ในสังคมไทยอีกครั้งหนึ่ง

2. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาการแพทย์แผนไทย

ในช่วงแรกทศวรรษที่ผ่านมามีนโยบายส่งเสริมการใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนโบราณผ่านระบบงานสาธารณสุขมูลฐาน ต่อมาในปี พ.ศ. 2536 กระทรวงสาธารณสุข มีการจัดตั้ง “สถาบันการแพทย์แผนไทย” ภายในกรมการแพทย์ จึงเกิดนโยบายการแพทย์แผนไทยครั้งแรกอย่างเป็นทางการ ต่อมา ในปี พ.ศ. 2545 กระทรวงสาธารณสุขได้ปฏิรูปและสถาปนา “กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก” เป็นองค์กรภาครัฐ และมีพันธกิจหลักตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 ภายในกระทรวงสาธารณสุข

ปัจจุบัน นโยบายการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ยึดตามแนวนโยบายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554) ด้านสาธารณสุข ซึ่งส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำหรับนโยบายของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีเป้าหมาย คือ สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ

ภาคเอกชน ภาคชุมชน และภาคประชาชน มีการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอย่างเหมาะสม เพื่อพัฒนาสุขภาพอย่างยั่งยืน และเพื่อการพึ่งตนเองของประชาชนและของประเทศ นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับการศึกษาวิจัยการแพทย์แผนไทยเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุข การบูรณาการโครงการภายในกรม การสร้างเครือข่าย การส่งเสริมระบบบริการการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล การศึกษาทบทวนกฎหมาย กฎระเบียบ และการจัดระบบข้อมูล

สำหรับยุทธศาสตร์การพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ยุทธศาสตร์ประกอบด้วย

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนามาตรฐาน / คุณภาพการบริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การส่งเสริมและสนับสนุนให้มีบริการด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาระบบและกลไกในการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาระบบและกลไกการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี

3. กฎหมายและการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของผู้ให้การรักษาการแพทย์แผนไทย (การแพทย์พื้นบ้าน) (เฉพาะผู้ประกอบการโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย มาตรา 33(1)(ค))³⁰⁻³⁴

รัฐบาลไทยริเริ่มและตรากฎหมายเพื่อควบคุมการประกอบโรคศิลปะครั้งแรกในปี พ.ศ. 2466 ภายใต้ “พระราชบัญญัติควบคุมโรค” ซึ่งเป็นการยุติการสนับสนุนการแพทย์แผนโบราณอย่างเป็นทางการ ต่อมาในปี พ.ศ. 2472 ภาครัฐได้ออกกฎหมายฉบับใหม่ แบ่งการประกอบโรคศิลปะเป็น 2 ประเภท คือ การประกอบโรคศิลปะประเภทแผนปัจจุบัน และการประกอบโรคศิลปะประเภทแผนโบราณ อันหมายถึง “ผู้ประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยความสังเกต ความชำนาญอันได้บอกเล่าต่อกันมาเป็นที่ตั้ง หรืออาศัยตำราอันมีมาแต่โบราณ มิได้ดำเนินการไปทางวิทยาศาสตร์” และต่อมากฎหมายพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2530 มีการปรับเปลี่ยนสำคัญและจัดประเภทการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ เป็น 2 ประเภท คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไป และผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณแบบประยุกต์ และปรับเปลี่ยนครั้งล่าสุด ภายใต้ “พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 (ฉบับที่ 10)” ปรับเปลี่ยนการเรียกชื่อ “การแพทย์แผนโบราณ” เป็น “การแพทย์แผนไทย” โดยจำแนกเป็น 2 ประเภท คือ “การแพทย์แผนไทย” และ “การแพทย์แผนไทยประยุกต์” โดยกำหนดความหมายของ “การแพทย์แผนไทย” ว่า “การประกอบโรคศิลปะตามความรู้หรือตำราแบบไทยที่ถ่ายทอดและพัฒนาสืบทอดต่อกันมา หรือตามการศึกษาจากสถานศึกษาที่คณะกรรมการรับรอง” และการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทย และการแพทย์แผนไทยประเภทอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการ นอกจากนี้ยังกำหนดความหมายของ “การแพทย์แผนไทยประยุกต์” ว่า “การประกอบโรคศิลปะ

ตามการศึกษาจากสถานศึกษาที่คณะกรรมการรับรอง และใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อการวินิจฉัยและการบำบัดโรคตามที่กำหนดในกฎกระทรวง” และการขอขึ้นทะเบียนและรับ ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขาการแพทย์แผนไทย และสาขาการแพทย์แผนไทย ประยุกต์จะต้องมีความรู้ในวิชาชีพ และผ่านการอบรมหรือถ่ายทอดความรู้จากผู้ประกอบโรคศิลปะ ในสถาบัน สถานพยาบาล หรือสถาบันการศึกษาตามที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผน ไทย หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์รับรองและได้ผ่านการทดสอบตามกำหนด หรืออาจเป็นผู้ ที่ส่วนราชการรับรองและผ่านการประเมินตามเงื่อนไขของคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผน ไทย

จากการประมวลสถานการณ์ สังคมไทยมีผู้ให้การรักษาการแพทย์แผนไทย หรือ ผู้ ประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทย จำนวนทั้งหมด 20,592 คน จำแนกเป็น (1) ผู้ประกอบ โรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย จำนวน 20,011 คน ประกอบด้วย ประเภทเวชกรรมไทย 3,660 คน เภสัชกรรมไทย 14,354 คน ผดุงครรภ์ 1,916 คน การนวดไทย 81 คน และ ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 108 คน (2) ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน 473 คน นอกเหนือจากผู้ประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทยดังกล่าวแล้ว สังคมไทยยังคงมีการ ใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในชุมชน นับเป็นการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และในปี พ.ศ. 2553 สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก รายงานว่า หมอพื้นบ้านมีจำนวน 50,591 คน จำแนกเป็น 6 กลุ่ม คือ หมอพิธีกรรม หมอยาสมุนไพร หมอนวด หมอตำแย หมอกระดูก และอื่น ๆ หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่เป็นเพศชาย กว่าครึ่งเล็กน้อยอยู่ในภาคอีสาน รองลงมาเป็นภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง ค้าขาย และอื่น ๆ หมอพื้นบ้านแต่ละคนได้รับความรู้และเพิ่มพูนความรู้ / ประสบการณ์มากกว่าหนึ่ง นับตั้งแต่จากบรรพบุรุษ บุคคลอื่นและเรียนจากสถาบันการศึกษา / โรงเรียน ศึกษาเองจากตำรา และประสบการณ์ตรง และหมอพื้นบ้านมีความชำนาญในการรักษาโรคมกกว่าหนึ่งโรค และจาก การจำแนกโรคที่ให้การรักษา 10 อันดับแรก คือ ปวดเมื่อยร่างกายและกล้ามเนื้อ การสูญเสีย / สะเดาะเคราะห์ / ทำนายดวงชะตา ภูสวด คางทูม ไฟลามทุ่ง อีสุกอีใส กระดูกหัก โรคกระเพาะ อาหาร ไข้หวัด / ไข้ทับระดู อัมพฤกษ์ – อัมพาต ตาแดง เบาหวาน ส่วนใหญ่ให้การรักษาที่บ้าน ของหมอพื้นบ้านเอง หมอพื้นบ้านเหล่านี้มีประสบการณ์และมีบทบาทในการดูแลรักษาสุขภาพใน ชุมชน สะสมภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและแหล่งทรัพยากรภายในท้องถิ่น หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ที่รักษาผู้ป่วยไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ ไม่มีสถานภาพทางกฎหมาย และ หวาดกลัวว่าจะถูกจับในระหว่างทำการรักษาผู้ป่วย หมอพื้นบ้านบางคนเข้าสู่ระบบการสอบเพื่อให้ได้ ใบประกอบโรคศิลปะ แต่ทว่าหมอพื้นบ้านจำนวนน้อยที่สอบได้ใบประกอบโรคศิลปะ นอกจากนี้ ยังสะท้อนว่า การแพทย์พื้นบ้านมีเอกลักษณ์และแตกต่างจากการแพทย์แผนไทย และหมอพื้นบ้าน บางส่วนก็เลือกที่จะไม่เข้าสอบ เพราะไม่ได้รับทราบข้อมูล อายุมาก อยู่ในชนบทและยากจน และ การศึกษาน้อยไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ ที่สำคัญหมอพื้นบ้านเชื่อว่า รายได้หลักมาจากอาชีพอื่น มีความภาคภูมิใจและได้รับความนับถือจากชุมชน โดยที่ไม่มีความจำเป็นต้องหาใบประกอบโรค ศิลปะมาเพื่อประกันความสามารถของตนเอง

จากสถานการณ์ของการพัฒนาการแพทย์แผนไทย และความจำกัดด้านสถานภาพทาง กฎหมายของหมอพื้นบ้าน ประกอบกับ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการคุ้มครองและส่งเสริมการศึกษาอบรม การศึกษาวิจัย และพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร (พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542) กลายเป็นแนวคิดประสานความร่วมมือและบูรณาการการทำงานร่วมกัน ระหว่าง กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เป้าหมายการทำงานที่สำคัญ คือ การรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน โดยการรับรองและประเมินเพื่อขึ้นทะเบียน และรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย ตามเงื่อนไขของคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย มาตรา 33 (1)(ค) การทำงานเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2554 สามารถสรุปผลสำเร็จและบทเรียนการทำงาน ตามรายละเอียดดังนี้

3.1 โครงสร้างและกลไกความรับผิดชอบทางกฎหมาย การรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้านมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 อันประกอบด้วยพระราชกฤษฎีกา กฎกระทรวง ระเบียบ ประกาศกระทรวง และประกาศ คณะกรรมการวิชาชีพ โครงสร้างและกลไกความรับผิดชอบประกอบด้วย คณะกรรมการและ คณะอนุกรรมการ 2 ชุด ได้แก่

(1) **คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย** ประกอบด้วยคณะกรรมการ จำนวน 18 คน คณะปัจจุบัน มีนายสนั่น ศุภธีรสกุล เป็นประธาน และมีเจ้าหน้าที่สำนักสถานพยาบาล และการประกอบโรคศิลปะ เป็นเลขานุการ คณะกรรมการได้ออกประกาศคณะกรรมการวิชาชีพ สาขาการแพทย์แผนไทย ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2547) โดยกำหนดคุณสมบัติและเงื่อนไขในการประเมิน ผู้ที่ส่วนราชการรับรองว่าเป็นผู้มีประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย โดยมีการให้คำนิยาม การแพทย์พื้นบ้านไทย หมายถึง “การดูแลสุขภาพโดยใช้ความรู้ที่สืบทอดกันมาในชุมชน ท้องถิ่น ซึ่งมีลักษณะเฉพาะที่สอดคล้องกับความคิด ความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม และ ทรัพยากรของท้องถิ่นนั้น ๆ” และมีการกำหนดคุณสมบัติของผู้มีประสบการณ์ด้านการแพทย์ พื้นบ้านไทย คุณสมบัติหน่วยงานที่มีสิทธิเสนอชื่อ กระบวนการการยื่นขอการรับรองจากส่วน ราชการ และกระบวนการประเมินความรู้และจรรยาบรรณ โดยแต่งตั้ง “คณะอนุกรรมการวิชาชีพ ด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย” ให้มีบทบาทประเมิน จัดทำรายงานและสรุปผลประเมินเสนอ คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยเพื่อพิจารณา โดยที่คณะกรรมการวิชาชีพฯ อาจ จัดการอบรมความรู้และจรรยาบรรณแก่ผู้ผ่านการประเมินแล้วอีกก็ได้

(2) **คณะอนุกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย** ประกอบด้วย คณะอนุกรรมการจำนวน 14 คน คณะปัจจุบัน มีนายประกอบ อุบลขาว เป็นประธาน และ เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ เป็นเลขานุการ มีบทบาทพิจารณากำหนด หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมิน และดำเนินการทดสอบและประเมินบุคคลที่จะขอ อนุญาตขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 33(1)(ค) และ จัดทำกรอบแนวคิดและแนวทางการส่งเสริมพัฒนา ประมวลความรู้การแพทย์พื้นบ้านไทย และ สรุปผลการดำเนินงานเสนอต่อคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย เพื่อพิจารณาประเมิน และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 33 (1)(ค) ต่อไป

3.2 กระบวนการดำเนินงานรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน กระบวนการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้านเพื่อประเมินและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 33 (1)(ค) ภายใต้พระราชบัญญัติการ

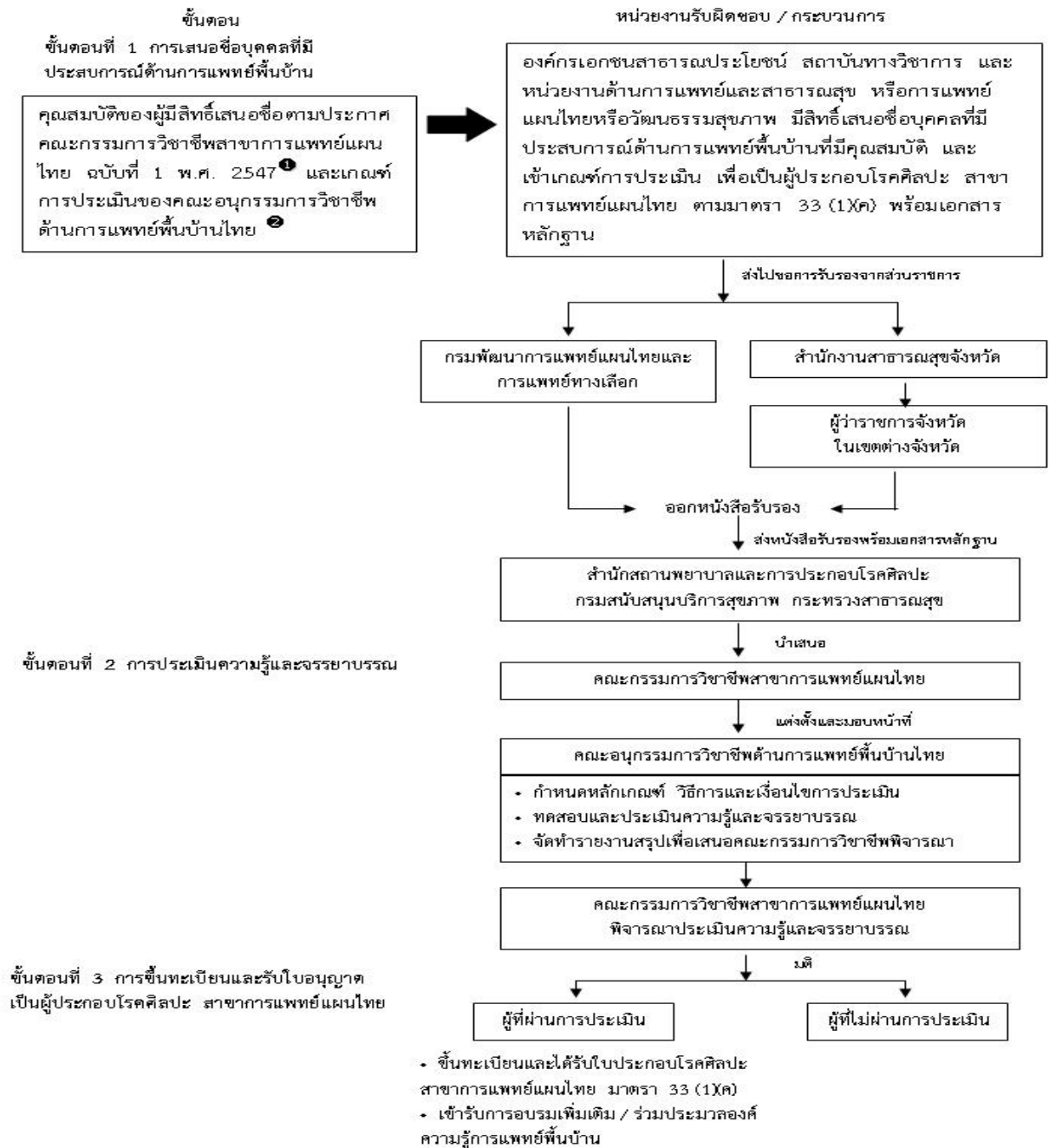
ประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 แบ่งเป็นกระบวนการย่อย 3 ขั้นตอน (ดูแผนภูมิที่ 2 ประกอบ) คือ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการเสนอชื่อบุคคลที่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้าน และการออกหนังสือรับรองของส่วนราชการ ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการประเมินความรู้และจรรยาบรรณ ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากาการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 33 (1)(ค) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการเสนอชื่อบุคคลที่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้าน และการออกหนังสือรับรองของส่วนราชการ การเสนอชื่อบุคคลที่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้าน เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากาการแพทย์แผนไทย สามารถดำเนินการได้โดย องค์การเอกชนสาธารณประโยชน์ สถาบันทางวิชาการ และหน่วยงานราชการด้านการแพทย์และสาธารณสุข หรือการแพทย์แผนไทย หรือวัฒนธรรมสุขภาพ โดยทำเรื่องเสนอชื่อ ประกอบกับเอกสารหลักฐานส่งไปขอการรับรองจากส่วนราชการ เขตกรุงเทพส่งไปยังกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข เขตต่างจังหวัดส่งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้ออกหนังสือรับรอง หลังจากนั้นจัดส่งหนังสือรับรองและเอกสารหลักฐานมายัง สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการประเมินความรู้และจรรยาบรรณ การประเมินความรู้และจรรยาบรรณบุคคลที่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้าน รับผิดชอบโดย คณะกรรมการวิชาชีพสาขากาการแพทย์แผนไทย โดยการแต่งตั้งและมอบหน้าที่การประเมินให้กับคณะอนุกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย คณะอนุกรรมการฯ มีการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการประเมิน ทำการทดสอบและประเมินความรู้ และอาจมีการตรวจเยี่ยมและติดตามประเมินที่บ้าน หมอพื้นบ้าน จากนั้นจัดทำรายงานสรุปการประเมิน เพื่อเสนอให้คณะกรรมการวิชาชีพสาขากาการแพทย์แผนไทย พิจารณาเพื่อรับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากาการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 33(1)(ค) ต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากาการแพทย์แผนไทย ภายหลังจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขากาการแพทย์แผนไทย มีมติผ่านให้บุคคลที่ถูกเสนอชื่อ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์แล้ว ทางสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ จะขึ้นทะเบียนและมอบใบประกอบโรคศิลปะ สาขากาการแพทย์แผนไทย หลังจากนั้น คณะกรรมการวิชาชีพสาขากาการแพทย์แผนไทย และคณะอนุกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย อาจมีการอบรมความรู้และจริยธรรมเพิ่มเติม และจะรวบรวมและประมวลองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านจากผู้ประกอบโรคศิลปะ ตามมาตรา 33(1) (ค) เพื่อการส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านไทยต่อไป

แผนภูมิที่ 2 แสดงกระบวนการประเมินและขึ้นทะเบียนผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์
พื้นบ้าน เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากาแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 33
(1)(ค) ภายใต้ พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542



๑ คุณสมบัติของบุคคลที่มีประสบการณ์การแพทย์พื้นบ้าน ที่มีสิทธิเสนอชื่อคือ (1) เป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติตามความหมายการแพทย์พื้นบ้าน ตามประกาศคณะกรรมการวิชาชีพสาขากาแพทย์แผนไทย ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2547) (2) สัญชาติไทย (3) มีภูมิลำเนาในประเทศไทย (4) มีประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้านไม่น้อยกว่า 20 ปี (5) ไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 32 (3) - (7) ใน พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542

๒ เกณฑ์การประเมินของคณะกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย คือ บุคคล (1) ไม่เคยได้รับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ สาขากาแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 33 (ก) (ข) (ค) (2) มีผู้มารับบริการสม่ำเสมอ (3) สืบทอดความรู้มาจากบรรพบุรุษหรือองค์ความรู้จากท้องถิ่น (4) มีความสามารถในการบำบัดโรคได้จริง ไม่ทงวิชา (5) มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ (6) ไม่เรียกร้องค่ารักษาแพงเกินไป (7) เป็นที่รู้จักและได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน (8) มีคุณธรรมและจริยธรรม (9) แยกประเภทตามความรู้ ความชำนาญของหมอพื้นบ้านเพื่อขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากาแพทย์แผนไทย

3.3 ผลการดำเนินงาน

นับตั้งแต่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย ออกประกาศฉบับที่ 1 พ.ศ. 2547 นับเป็นการเริ่มต้นของกระบวนการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของผู้ที่มีประสิทธิผลการด้านการแพทย์พื้นบ้าน ในระหว่าง พ.ศ. 2547 – 2554 กระบวนการได้ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและสามารถสรุปผลการดำเนินงานเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 พ.ศ. 2547 – 2552 การรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้านในสถานการณ์ทั่วไป ช่วงระยะนี้เป็นช่วงแรกของกระบวนการรับรอง องค์กรหรือหน่วยงานที่เสนอชื่อหมอพื้นบ้านเพื่อประเมินและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่เป็นองค์กรที่ทำงานพัฒนาหรือทำงานวิจัยท้องถิ่น (สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย – สกว.) ร่วมกับหมอพื้นบ้านหรือเครือข่ายหมอพื้นบ้านมาระยะหนึ่ง ทำให้รู้จักและเข้าใจถึงสถานภาพและบทบาทการดูแลสุขภาพโรคของหมอพื้นบ้านอย่างชัดเจน หมอพื้นบ้านที่ถูกเสนอชื่อในระยะนี้เป็นหมอพื้นบ้านอาวุโส มีคุณธรรม มีประสบการณ์การรักษาโรคขั้นสูง มีความเชี่ยวชาญและได้รับความศรัทธาจากประชาชนในและนอกชุมชน อีกทั้งมีการสืบทอดวิชาสู่ลูกศิษย์ทั้งในชุมชนและจากสถาบันการศึกษา องค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านบางท่านกลายเป็นงานวิจัยหรืองานวิทยานิพนธ์ของนักวิชาการและนักศึกษาจากสถาบันการศึกษา ตัวอย่างเช่น พระครูอุปการพัฒน์กิจ จังหวัดอุทัยธานี, หมอบุญคง วงศ์สายสิน จังหวัดจันทบุรี, หมอสมนึก จันทระประสูติ จังหวัดนครศรีธรรมราช, หมอสง่า พันธุ์สายศรี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นต้น

ในระยะนี้ บุคคลที่มีความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน หรือหมอพื้นบ้านผ่านการประเมินขึ้นทะเบียนและได้รับในประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย จำนวน 44 คน

ระยะที่ 2 พ.ศ. 2553 – 2554 การรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้านภายใต้นโยบายการส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น ในปี พ.ศ. 2553 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายจรินทร์ ลักษณวิศิษฐ์) และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นางพรรณสิริ กุลนาถศิริ) ได้มอบนโยบายการส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และสมุนไพรให้มีบทบาทการบริการสุขภาพกว้างขวางมากขึ้น กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยมีองค์กรหลัก คือ สำนักงานการแพทย์พื้นบ้านไทย ร่วมกับสำนักคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร จึงได้สนองนโยบายภายใต้ “โครงการศึกษาและพัฒนาศักยภาพยกระดับภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านในการขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย มาตรา 33(1)(ค) ภายใต้ พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หมอพื้นบ้านที่มีประสบการณ์ด้านการรักษาแบบพื้นบ้าน ไม่น้อยกว่า 20 ปี ได้รับการประเมินการขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ตาม พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2554 มาตรา 33 (1)(ค) โครงการดังกล่าวเป็นความร่วมมือกันระหว่าง กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด 4 ภูมิภาค ประกอบด้วย กิจกรรมการประชุมและการจัดทำแบบประเมินหมอพื้นบ้าน การชักถามและพูดคุยระหว่างหมอพื้นบ้าน (189 คน) กับคณะอนุกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย การติดตามเยี่ยมหมอพื้นบ้านในภูมิลำเนา จำนวน 161 คน และการประชุมของคณะกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย ระยะเวลาดำเนินงาน พ.ศ. 2553 – 2554 งบประมาณ 4.64

ล้านบาท จากกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ผลการดำเนินงานของโครงการ ฯ พบว่า ในปี พ.ศ. 2553 – เดือนมกราคม 2554 บุคคลที่มีความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านผ่านการประเมินขึ้นทะเบียน และได้รับใบประกอบโรคศิลปะสาขากการแพทย์แผนไทย จำนวน 96 คน จำแนกเป็นสาขาเวชกรรม 56 คน สาขาเภสัชกรรม 22 คน สาขานวดไทย 17 คน และสาขาผดุงครรภ์ 1 คน กระจายอยู่ใน 67 จังหวัด และสำหรับช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2554 – กันยายน 2554 ยังไม่อาจสรุปผลได้ในขณะนี้ นอกจากนี้ โครงการ ฯ ยังมีการประมวลและจัดการองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน โดยการรวบรวมและสังเคราะห์เป็นองค์ความรู้เบื้องต้น ประกอบด้วยแบบแผนการอธิบายโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และติดตามประเมินผลของกลุ่มโรค 6 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มโรคกระดูกหัก กลุ่มโรคสตรี – โรคเด็ก กลุ่มอาการสัตว์พิษกัด กลุ่มโรคผิวหนังและภูมิแพ้ กลุ่มโรคอัมพฤกษ์ – อัมพาต กลุ่มโรคอื่น (ริดสีดวง มะเร็ง นิ้ว เบาหวาน ถูกคุณไสย) วิธีการคือ การสอบถามและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ระหว่างหมอพื้นบ้านที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะสาขากการแพทย์แผนไทย และวิทยากรจากนักวิชาการ นักวิจัย และคณาจารย์จากสถาบันการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทย

สรุปได้ว่า การรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้านแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะแรกในสถานการณ์ทั่วไป และระยะที่สอง ในสถานการณ์ของการสนับสนุนด้านนโยบายส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น ผลสำเร็จสำคัญ คือ หมอพื้นบ้านได้รับการขึ้นทะเบียนและรับรองทางกฎหมายรวมทั้งหมด 140 คน นับเป็นการยอมรับ การเชิดชูเกียรติและส่งเสริมบทบาทหมอพื้นบ้านในชุมชน นอกจากนี้ยังเกิดการทำงานร่วมกันระหว่างกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ระดมทรัพยากรและกำลังคนเพื่อเร่งรัดให้ได้ผลตามเป้าหมาย อันเป็นการยอมรับต่อบทบาทของหมอพื้นบ้านอย่างเป็นทางการและการพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านอีกก้าวหนึ่ง

3.4 ปัจจัยกำหนดความสำเร็จ ตลอดจนปัญหาและข้อจำกัด

3.4.1 ปัจจัยกำหนดความสำเร็จในการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน ประกอบด้วย 2 ปัจจัยหลัก คือ

(1) **ปัจจัยด้านกฎหมายและนโยบาย** ปัจจัยด้านกฎหมายและกลไกด้านกฎหมายของ พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 เปิดช่องทางให้มีการประเมินและรับรองบุคคลที่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้าน ประกอบกับนโยบายการสนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่น ทำให้เกิด ”โครงการศึกษาและพัฒนาศักยภาพยกระดับภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านฯ” ขึ้นใน พ.ศ. 2553 – 2554 อันเป็นความร่วมมือระหว่างกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ทำให้มีบุคคลที่มีความรู้การแพทย์พื้นบ้าน สามารถขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากการแพทย์แผนไทย จำนวนมากขึ้น และมีการประมวลองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านให้เป็นระบบมากขึ้นด้วย

(2) **ปัจจัยการบริหารกระบวนการรับรองทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน** สืบเนื่องจากนโยบายการสนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่น ทำให้เกิดโครงการศึกษาและพัฒนาศักยภาพยกระดับภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านฯ และโครงการฯ ถูกบริหารจัดการด้วยความร่วมมือของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (โดยสำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย เป็นหน่วยงานหลัก) และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (โดยสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ – คณะอนุกรรมการ

วิชาชีพด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย) อันเป็นการผลักดันให้หมอพื้นบ้านได้รับการรับรองและได้รับใบประกอบโรคศิลปะอย่างเป็นทางการ นอกจากนี้ยังมีการสรุปบทเรียนในช่วงปีที่ 1 (พ.ศ. 2553) เพื่อปรับปรุงกระบวนการและแก้ไขให้สมบูรณ์ขึ้นในช่วงปีที่ 2 (พ.ศ. 2554) อีกด้วย

3.4.2 ปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดในการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน เนื่องจากการรับรองสถานภาพทางกฎหมาย ดำเนินงานมาเป็นเวลา 7 ปี (พ.ศ. 2547 – 2554) การใช้กฎหมายและกลไกทางกฎหมายเพื่อรองรับ พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33(1)(ค) ยังไม่มีการประเมินผลอย่างสมบูรณ์ อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนเบื้องต้นจากการประชุมและการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่เกี่ยวข้องในระยะเวลาที่ผ่านมา ยังพบปัญหาและข้อจำกัดบางประการ อย่างไรก็ตาม การสรุปปัญหาดังกล่าวมิได้มีเจตนากล่าวโทษองค์กรใดหรือบุคคลใด แต่เป็นการสรุปประเมินเพื่อเปิดประเด็นในการปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้นในอนาคต ปัญหาและข้อจำกัดมี 3 ประการ คือ

(1) **กฎหมาย (ประกาศกระทรวง) และกลไกด้านกฎหมายเกี่ยวกับการรับรองบุคคลที่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้านหรือหมอพื้นบ้านรวมศูนย์อำนาจที่ส่วนกลาง** กฎหมายและกลไกด้านกฎหมายที่มีอำนาจขึ้นทะเบียนและออกใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย อยู่ในอำนาจและการควบคุมของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ผ่านกลไกคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย และคณะกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย จำนวน 32 คน กับจำนวนหมอพื้นบ้านทั่วประเทศประมาณ 50,591 คน (พ.ศ. 2553) โดยมีหมอพื้นบ้านที่มีคุณสมบัติและประสบการณ์การแพทย์พื้นบ้านมากกว่า 20 ปี ประมาณ 10,000 คน กล่าวได้ว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2547 – 2554 หมอพื้นบ้านได้รับการรับรองสถานภาพทางกฎหมาย จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 1.4 ของผู้มีคุณสมบัติทั้งหมด กฎหมายและกลไกด้านกฎหมายจึงไม่อาจบรรลุเป้าหมายได้อย่างเท่าเทียมและมีประสิทธิภาพ แม้ว่ากรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จะพัฒนาโครงการเฉพาะเพื่อเร่งรัดกระบวนการทางกฎหมายก็สามารถทำได้ระดับหนึ่ง เนื่องจากกลไกด้านกฎหมายต้องอาศัยกลไกส่วนภูมิภาค และกลไกเครือข่ายหมอพื้นบ้าน (บางจังหวัด) ร่วมทำงานและเสนอชื่อ “หมอพื้นบ้านที่แท้จริง” ที่สมควรถูกเสนอชื่อและได้รับใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย นอกจากนี้ยังมีการสะท้อนกฎหมายที่กำหนดคุณสมบัติไม่เหมาะสม เช่น ผู้ที่มีใบประกอบโรคศิลปะ ตามมาตรา 33 (ก) แล้วไม่ควรถูกเสนอชื่อ บุคคลที่เคยเข้าร่วมสอบเพื่อรับใบประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทยแต่ไม่ผ่าน ไม่ควรถูกเสนอชื่อ เป็นต้น ทำให้ช่องทางการรับรองสถานภาพทางกฎหมายต่อบุคคลที่มีความรู้การแพทย์พื้นบ้านมีเพียงช่องทางเดียวและรวมศูนย์อำนาจการจัดการไว้ที่ส่วนกลาง

ในกรณีปัญหานี้ ผู้ที่เกี่ยวข้องมีการเสนอแนะให้มีการกระจายอำนาจหรือมอบอำนาจให้ส่วนภูมิภาคหรือส่วนท้องถิ่น อาจเป็น “กลไกระดับภาค” หรือ “กลไกท้องถิ่น” ที่มีอำนาจในกระบวนการเสนอชื่อและรับรองบุคคลที่มีประสบการณ์ / ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านในระดับพื้นที่ โดยมีใช้ “รูปแบบใบประกอบโรคศิลปะ” แต่เป็นรูปแบบ “ใบรับรอง” หรือ “ใบประกาศนียบัตร” จากองค์กรภาครัฐ เพื่อให้หมอพื้นบ้านมีสิทธิการดูแลรักษาโรคในพื้นที่จังหวัดของตนเอง หากหมอพื้นบ้านไปรักษาโรคนอกพื้นที่อาจมีการขออนุญาตเป็นกรณีพิเศษ (สถานการณ์จริงผู้ป่วยที่มาพบไม่สะดวก ก็มีการมารับหมอพื้นบ้านไปรักษานอกพื้นที่ด้วย) และมีการพัฒนาและควบคุมจรรยาบรรณกันเองภายในจังหวัด การกระจายอำนาจเช่นนี้จะทำให้กลไกการรวมกลุ่มและ

การทำงานเชิงพัฒนาของการแพทย์พื้นบ้านมีความเข้มแข็งและต่อเนื่อง และอาจนำไปสู่การก่อรูปและพัฒนาสภาพหมอพื้นบ้านในอนาคต อย่างไรก็ตาม การกระจายอำนาจเกี่ยวกับกฎหมายด้านการแพทย์พื้นบ้าน หากคำนึงถึงเพียงกฎหมายฉบับเดียว คือ พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 อาจมีความจำกัด ต้องคำนึงถึงกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ด้านสุขภาพชุมชน และด้านประกันสุขภาพ อันประกอบด้วย พ.ร.บ. คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 (เจตนารมณ์คือ การคุ้มครอง ส่งเสริมอนุรักษ์ และพัฒนาเพื่อใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย) พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (หมวด 7) พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (มาตรา 47) เพื่อให้สังคมไทยมีโอกาสนอนุรักษ์และพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านอย่างมีประสิทธิภาพและเต็มศักยภาพ

(2) กระบวนการรับรองทางกฎหมายต่อบุคคลที่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้านหรือหมอพื้นบ้านยังมีความจำกัดและไม่สอดคล้องกับสถานการณ์จริง ตามที่กล่าวแล้วว่า กระบวนการรับรองทางกฎหมาย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการเสนอชื่อบุคคลที่มีประสบการณ์การแพทย์พื้นบ้าน ขั้นตอนการประเมินความรู้และจรรยาบรรณ และขั้นตอนขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากการแพทย์แผนไทย

ขั้นตอนการเสนอชื่อบุคคลที่มีประสบการณ์การแพทย์พื้นบ้าน มี 3 ช่องทาง คือ จากองค์กรสาธารณประโยชน์ สถาบันการศึกษาและหน่วยงานราชการ ในระยะที่ผ่านมาช่องทางส่วนใหญ่ที่เสนอชื่อ คือ หน่วยงานราชการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ระดับจังหวัด คือ “สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด” ส่วนน้อยคือสถาบันการศึกษา และการเตรียมการสื่อสารเพื่อความเข้าใจถึงคุณสมบัติหมอพื้นบ้าน กฎเกณฑ์และวิธีการพิจารณายังมีความจำกัด ทำให้เกิดปัญหาที่บางจังหวัดไม่เข้าใจการแพทย์พื้นบ้าน / หมอพื้นบ้าน และมีการส่งเสริมบุคคลที่มีคุณสมบัติไม่เหมาะสมหรือบุคคลใกล้ชิดที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อ.ส.ม.) ที่มีใช้หมอพื้นบ้านเข้ามาเพื่อประเมิน หรือบางแห่งมีการสื่อสารในพื้นที่ว่าหมอพื้นบ้านต้องสมัครเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขก่อน จึงจะเสนอชื่อขอใบประกอบโรคศิลปะได้ นอกจากนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีเวลาจำกัดและเร่งรัดให้เสนอรายชื่อ 2 – 3 คน / จังหวัด ทำให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการทำงานเพื่อเสนอชื่อแตกต่างกัน บางจังหวัดตัดสินใจแบบบุคคล บางจังหวัดตัดสินใจโดยให้หน่วยงานภาครัฐระดับอำเภอและตำบลเสนอชื่อมายังจังหวัด บางจังหวัดมีการทำงานและตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเครือข่ายหมอพื้นบ้าน (จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดอ่างทอง) ทำให้การทำความเข้าใจต่อความรู้ ประสบการณ์ และคุณธรรมของหมอพื้นบ้านถูกเร่งรัด และการเสนอชื่อใครเป็นลำดับก่อนหลัง เป็นเรื่องที่ไม่ง่ายในระดับพื้นที่ ทำให้กระบวนการเสนอชื่อและรับรองบุคคลที่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้านหรือหมอพื้นบ้านไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายอย่างสมบูรณ์

ขั้นตอนการประเมินความรู้และจรรยาบรรณของหมอพื้นบ้าน กระบวนการนี้มีการสะท้อนความเห็นค่อนข้างมาก เนื่องจากวิธีการประเมินอาศัย 2 วิธีการคือ (1) หลักฐานเอกสาร (2) การติดตามเยี่ยมหมอพื้นบ้านในภูมิลำเนาในเวลาจำกัด โดยคณะอนุกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย เป็นหลัก โดยจัดแบ่งเป็นคณะย่อยและมาสรุปผลรวมกันอีกครั้งหนึ่ง สำหรับการประเมินความรู้และจริยธรรมหมอพื้นบ้านต้องมีความรู้และประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้าน อีกทั้งอาศัยระยะเวลาเพื่อทำความเข้าใจธรรมชาติของหมอพื้นบ้านแต่ละบุคคล พื้นที่และผู้ที่เกี่ยวข้องสะท้อนว่า ความรู้การแพทย์พื้นบ้านค่อนข้างกว้างขวาง มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรมและ

ทรัพยากรท้องถิ่น องค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านมีความแตกต่างจากองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยที่ยึดถือตามคัมภีร์การแพทย์แผนไทย ผู้ประเมินอาจไม่มีความรู้ความเข้าใจการแพทย์พื้นบ้านทุกเรื่อง กฎเกณฑ์และวิธีการประเมินยังอยู่ในช่วงการพัฒนาและยังขาดความชัดเจนและคุณภาพเพียงพอ

ส่วนขั้นตอนการขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ เป็นการดำเนินงานตามระบบปกติของหน่วยงานราชการ ยังไม่พบอุปสรรคที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากที่หมอพื้นบ้านได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแล้ว อาจมีการอบรมความรู้ จริยธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม อีกทั้งยังมีการทำงานเพื่อประมวลองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน ในการทำงานส่วนนี้ยังมีความจำกัดจากกำลังคนและการพัฒนาองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านในระยะยาว รวมทั้งการส่งเสริมบทบาทหมอพื้นบ้านให้เชื่อมโยงกับระบบงานสาธารณสุขมูลฐานหรืองานบริการปฐมภูมิอย่างเหมาะสม

(3) องค์ความรู้และระบบการแพทย์พื้นบ้านมีเอกลักษณ์เฉพาะถิ่นและแตกต่างจากการแพทย์แผนไทย ประเด็นนี้เป็นปัญหาเชิงความคิดต่อความเข้าใจและการวางตำแหน่งแหล่งที่ของการแพทย์พื้นบ้าน ในสถานการณ์ปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยยึดความรู้หรือคัมภีร์ตำราการแพทย์แผนไทย แบ่งองค์ความรู้เป็น 4 ด้าน คือ ด้านเวชกรรมไทย ด้านเภสัชกรรมไทย ด้านผดุงครรภ์ไทย และด้านนวดไทย การสืบทอดความรู้ให้มีความสำคัญกับการอบรมจากสถาบันแบบทางการและระบบปฏิบัติแบบวิชาชีพ หากแต่การแพทย์พื้นบ้านเป็นระบบการแพทย์ที่มีเอกลักษณ์เฉพาะถิ่น มีความหลากหลายตามท้องถิ่นและชาติพันธุ์ อาจจำแนกเป็นการแพทย์พื้นบ้านล้านนา การแพทย์พื้นบ้านอีสาน และการแพทย์พื้นบ้านภาคใต้ ที่มีการวินิจฉัยโรค การเรียกชื่อโรคท้องถิ่น และมีวิธีการรักษาโรคแบบท้องถิ่น หรือใช้ยาสมุนไพรท้องถิ่นผสมผสานกัน อันเป็นการดูแลร่างกายและจิตใจประกอบกัน นอกจากนี้ระบบและความสัมพันธ์ของหมอพื้นบ้านยังเชื่อมโยงกับวัฒนธรรมและทรัพยากรท้องถิ่น หมอพื้นบ้านมีบทบาทการดูแลสุขภาพชุมชน ส่วนใหญ่ยังคงสืบทอดองค์ความรู้แบบเรียนจากประสบการณ์จริงและยึดถือข้อวัตรปฏิบัติที่สืบทอดกันต่อมาอย่างเคร่งครัด ถือเอาการดูแลผู้ป่วยเป็นการทำบุญและช่วยเหลือทางสังคม มิได้มุ่งเน้นค่าตอบแทนแบบธุรกิจ การใช้แนวคิดฐานความรู้ทฤษฎีโรคและวิธีการรักษาของการแพทย์แผนไทยไปประเมินบุคคลที่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์ต่อหมอพื้นบ้าน อาจมีการประเมินได้ว่าหมอพื้นบ้านไม่มีความรู้จริง อย่างไรก็ตาม องค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านก่อเกิดและพัฒนาจากการเผชิญและหาทางออกจากโรคและความเจ็บป่วยในสังคมโดยอาจกล่าวได้ว่า การแพทย์พื้นบ้านเป็นส่วนสำคัญของการแพทย์แบบดั้งเดิมของคนไทย หากได้รับการวางตำแหน่งแหล่งที่ (Positioning) อย่างเหมาะสม จะทำให้การแพทย์พื้นบ้านมีโอกาสดูแลรักษาคนไทยได้อย่างเต็มศักยภาพ และกลายเป็นองค์ความรู้ที่สามารถพัฒนาและต่อยอดเป็นนวัตกรรมการดูแลสุขภาพคนไทยในอนาคต

บทสรุป กฎหมายและกระบวนการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของบุคคลที่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้าน หรือ หมอพื้นบ้าน อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ มาตรา 33 (1)(ค) และมาตรา 23 โดยมีกลไกความรับผิดชอบประกอบด้วย คณะกรรมการวิชาชีพสาขากการแพทย์แผนไทย และคณะอนุกรรมการด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย โดยมีกระบวนการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการเสนอชื่อบุคคลที่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้านและการออกหนังสือรับรองของส่วนราชการ ขั้นตอนการประเมินความรู้และจริยธรรม และขั้นตอนการขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากการแพทย์แผนไทย จากระหว่างปี พ.ศ. 2547 – 2554 บุคคลที่มี

ประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้าน หรือหมอพื้นบ้าน ได้รับการขึ้นทะเบียนและได้รับใบประกอบโรคศิลปะ สาขากาพย์แพทยแผนไทย จำนวน 140 คน คิดเป็นประมาณร้อยละ 1.4 ของหมอพื้นบ้านที่มีคุณสมบัติตามกฎหมาย) นับเป็นการเชิดชูเกียรติและส่งเสริมบทบาทของหมอพื้นบ้านอย่างเป็นทางการตามกฎหมาย ปัจจัยที่กำหนดความสำเร็จ คือ ปัจจัยด้านกฎหมายและการบริหารกระบวนการรับรองทางกฎหมาย อย่างไรก็ตามกระบวนการรับรองยังคงมีปัญหาและข้อจำกัด 3 ประการ คือ (1) กฎหมายและกลไกด้านกฎหมายยังรวมศูนย์อำนาจที่ส่วนกลาง (2) กระบวนการรับรองทางกฎหมายยังมีความจำกัดและไม่สอดคล้องกับสถานการณ์จริง และ (3) องค์ความรู้และระบบการแพทย์พื้นบ้านมีเอกลักษณ์เฉพาะถิ่นและแตกต่างจากการแพทย์แผนไทย บทเรียนเหล่านี้สามารถนำไปสู่การวางบทบาทของหมอพื้นบ้านและการพัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้านให้มีประโยชน์และเหมาะสมกับสังคมมากขึ้น



บทที่ 3

ผลการศึกษา เรื่อง การศึกษาและพัฒนาสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน

ในระหว่าง พ.ศ. 2547 – 2554 ภายใต้พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 (1)(ค) เปิดโอกาสให้มีการเสนอชื่อและรับรองสิทธิการประกอบโรคศิลปะ สาขากายการแพทย์แผนไทย ของหมอพื้นบ้าน ปัจจุบันบุคคลที่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้านหรือหมอพื้นบ้าน ได้รับการเสนอชื่อ และผ่านการประเมินขึ้นทะเบียนและได้รับใบประกอบโรคศิลปะ สาขากายการแพทย์แผนไทย รวมทั้งหมดจำนวน 140 คน ในกระบวนการรับรองทางกฎหมายมีองค์กรและบุคคลที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ภายใต้โครงการวิจัยครั้งนี้ คณะนักวิจัยต้องการศึกษาและรับฟังความคิดเห็นสะท้อนกลับต่อรูปแบบและกลไกการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้านในปัจจุบัน เพื่อนำความคิดเห็นไปปรับปรุงกระบวนการทำงานในอนาคต การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มผู้บริหารระดับสูงของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 – 4 ราย (2) กลุ่มคณะกรรมการวิชาชีพสาขากายการแพทย์แผนไทย และคณะอนุกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย จำนวน 10 ราย (3) กลุ่มหมอพื้นบ้านที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ ตาม พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ ปี พ.ศ. 2542 มาตรา 33 (1)(ค) ปี พ.ศ. 2547 – 2553 จำนวน 94 ราย โดยการสัมภาษณ์ การสอบถามทางไปรษณีย์ และการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษามีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้บริหารระดับสูง กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

คงมีอาจปฏิเสธได้ว่าผู้บริหารระดับสูงของสองหน่วยงานข้างต้น ส่งผลโดยตรงต่อการดำเนินการด้านการส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน ดังนั้น การศึกษานี้จึงได้จัดทำประเด็นสัมภาษณ์ เป็น 4 ประเด็นหลัก คือ (1) แนวคิดและมุมมองต่อการส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพชุมชน (2) แนวคิดด้านการส่งเสริมบทบาทหมอพื้นบ้านที่เชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพ (3) แนวคิด มุมมองและบทเรียนตามภารกิจของผู้บริหารระดับสูง ต่อการประเมินหมอพื้นบ้านตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 (1)(ค) ในด้านเจตนารมณ์ของกฎหมาย โครงสร้าง และกลไกการทำงานการประเมิน กระบวนการประเมินระบบสนับสนุน ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาปัญหาอุปสรรค และทางออก ข้อเสนอแนะ และ (4) กลไกที่มีอยู่มีความเหมาะสมต่อการประเมินหรือไม่ อย่างไร ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แนวคิด มุมมอง และบทเรียนของ นายแพทย์ประพจน์ เกตุรากาศ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข สาขากายการแพทย์แผนไทย) กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรรมการวิชาชีพสาขากายการแพทย์แผนไทย

1. แนวคิดและมุมมองต่อการส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพชุมชน

การดูแลสุขภาพชุมชน หมอพื้นบ้านเป็นคนที่ชุมชนยอมรับอยู่แล้ว โดยบทบาทการดูแลสุขภาพนั้นมีความเกี่ยวข้องกับจารีต ประเพณี แต่จะมีบางกรณีอาจจะมีคนใน หรือ นอกชุมชนบางคนทำเชิงธุรกิจที่เอารัดเอาเปรียบประชาชน เช่น ราคาที่แพงเกินไป, การโฆษณาโอ้อวด ทำให้

เกิดผลกระทบด้านลบต่อหมอพื้นบ้านและการแพทย์พื้นบ้านภาพรวมได้ ดังนั้นการส่งเสริมและดูแล อาจมีความซับซ้อนขึ้น ในฐานะหน่วยงานรัฐ กรมวิชาการต้องให้การดูแลความปลอดภัยของ ประชาชนไปในคราวเดียวกัน การส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านต้องมีความสมดุลกับการดูแล ความปลอดภัยให้กับประชาชน

การจัดการเพื่อส่งเสริมการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในชุมชนมีความสำคัญ จากสถานการณ์ การปฏิรูประบบสุขภาพและการบริหารราชการ จะเห็นว่ามีปัจจัยส่งเสริม ดังนี้

(1) การจัดการต้องอยู่บนแนวคิดของการกระจายอำนาจ ส่งเสริมให้กลไกชุมชนมีบทบาท ในการจัดการในลักษณะของกลุ่ม / เครือข่ายหมอพื้นบ้านในชุมชน เชื่อมโยงกับพระราชบัญญัติ องค์การชุมชน กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นกลไกรับรองหมอพื้นบ้านในชุมชนของตนเอง

(2) การเสริมพลังให้ชุมชนมีศักยภาพในการจัดการตนเอง ด้วยการก่อรูปกลไกรับรองหมอ พื้นบ้าน โดยชุมชนและภาคีในท้องถิ่น ตามมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 โดย กระทรวงสาธารณสุขต้องให้ความสำคัญกับการปฏิรูปงานกับองค์กรอื่น ๆ ร่วมด้วยการทำงานเชิง ระบบและบูรณาการ เช่น สภาองค์กรชุมชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เชื่อมโยงกับ กองทุนสุขภาพชุมชน กองทุนแพทย์แผนไทย กองทุนผู้พิการ

หากผลักดันให้เกิดการทำงานเป็นระบบที่เชื่อมโยงกันทั้งหมดตามปัจจัยดังกล่าว ไม่เพียงแต่ จะเป็นการจัดการแหล่งทุนสนับสนุนการปฏิบัติการในการดูแลสุขภาพโดยหมอพื้นบ้านในชุมชน เท่านั้น การทำงานในลักษณะนี้จะทำให้ชุมชนได้พัฒนาศักยภาพในการจัดการตนเอง และจะทำให้ เกิดการส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพได้อย่างแท้จริง

2. แนวคิดการส่งเสริมบทบาทหมอพื้นบ้านที่เชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน ภาครัฐมีบทบาทหลักในการจัดบริการ แต่เดิมนั้นภาค ประชาชนจะมีบทบาทสูงและเป็นด้านหน้าในการดูแลสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชน ระบบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านที่มีคุณภาพ ประการ คือ ทำให้ประชาชนไทยทุกคนมีหลักประกันว่า เมื่อเจ็บป่วยจะได้รับการดูแลระบบบริการสุขภาพ แต่ก็มีผลกระทบด้านตรงกันข้าม คือ ทำให้ ประชาชนพึ่งพาและพึ่งพิงระบบบริการมากขึ้น จากการที่เคยดูแลกันเอง พึ่งพากันในชุมชน ขณะนี้ มีการรวมกลุ่มที่ช่วยเหลือและดูแลกันเองของผู้ที่มีปัญหาเดียวกัน เช่น กลุ่มผู้ป่วยเอดส์ (AIDS) กลุ่มผู้พิการ กลุ่มเหล่านี้มีการรวมตัวกันสร้างการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพกันเอง เป็นกลุ่มที่มี ประสิทธิภาพ กลุ่มในชุมชนทำอย่างไรจะให้เข้มแข็ง เป็นประเด็นที่ตั้งคำถามไว้ให้หาแนวทาง ผลักดันทำงานต่อไป

กลุ่มหมอพื้นบ้านในชุมชนจะส่งเสริมให้มีบทบาท ต้องอาศัยแนวคิด แนวทางการขับเคลื่อน ต่อไปนี้

- (1) ต้องสร้างการยอมรับให้ถูกกฎหมาย
- (2) ต้องส่งเสริมให้กลุ่มและเครือข่ายหมอพื้นบ้านให้มีความเข้มแข็ง
- (3) พัฒนาระบบกลไกสนับสนุนด้านงบประมาณ

(4) การสนับสนุนด้านวิชาการ การส่งคายนาคอความรู้ การจัดระบบองค์ความรู้เข้าสู่ ระบบการเรียนการสอน การอบรมเสริมความรู้ อบรมครูรุ่นเก่า จัดอบรมให้บุคลากรสาธารณสุข คนรุ่นใหม่ให้มีทักษะในการทำงานร่วมกับหมอพื้นบ้านและชุมชน

ประเด็นการยอมรับหมอพื้นบ้าน ถือว่าเป็นประเด็นหลักในการพัฒนาเมื่อผู้เกี่ยวข้อง และหน่วยงานที่มีภารกิจ มีความเข้าใจและให้การยอมรับจะนำไปสู่กระบวนการทำงานในด้านการส่งเสริม ดังนั้น การสร้างการยอมรับหมอพื้นบ้านจึงมีความสำคัญ และต้องถูกกฎหมาย

ขณะนี้ต้องเชื่อว่าหมอพื้นบ้านยังไม่ได้รับการยอมรับจากระบบบริการสุขภาพ ดังรูปธรรมต่อไปนี้

(1) ขณะนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีค่าตอบแทนในการดูแลสุขภาพมารดา ก่อนและหลังคลอด ให้ 2,500 บาท / ประชากร (ในกรณีนี้ไม่รวมถึงการดูแลโดยหมอตำแยพื้นบ้าน ซึ่งหลายพื้นที่มารดาก่อนและหลังคลอด ได้รับการดูแลจากหมอตำแยที่มีความรู้ ความชำนาญ เป็นที่ยอมรับในชุมชน

(2) มีการสนับสนุนงบประมาณ เป็นการลงทุนต่อหัวของการผลิตกำลังคน กับสถาบันที่มีการเรียนการสอนการแพทย์แผนไทย แต่หมอพื้นบ้านเรียนรู้ไปตามอัยยาศัย เป็นไปตามศักยภาพตามยถากรรม ไม่ได้สนับสนุนอย่างจริงจัง

(3) ภาครัฐมีการลงทุนในการพัฒนาโครงสร้าง โรงพยาบาล โรงเรียนแพทย์แผนไทย การฝึกอบรมฟรี แต่การปฏิบัติการพัฒนาด้านการแพทย์พื้นบ้านอยู่ในภาคชุมชนอยู่นอกภาครัฐ และเป็นข้อจำกัดของการจัดสรรทรัพยากรให้ตรงตามกลุ่มเป้าหมาย

รูปธรรมดังกล่าวหากไม่สร้างความรู้ความเข้าใจ ก็ยังจะไม่สามารถก้าวข้ามไปสู่การพัฒนาในประเด็นอื่นได้

3. แนวคิด มุมมอง และบทเรียนตามภารกิจในการดำเนินการประเมินหมอพื้นบ้านตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 (1)(ค) โดยพิจารณาตามประเด็น ดังนี้

3.1 เจตนารมณ์ของกฎหมายนี้ ต้องอ้างอิงถึง นายแพทย์ทรงยศ ชัยชนะ ขณะนั้นเป็นผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ (กองประกอบโรคศิลปะ) เห็นว่า หมอพื้นบ้านที่มีภูมิปัญญาและประสบการณ์เฉพาะเรื่อง มีความสามารถจริง ควรจะได้รับการยกย่องให้มีสถานภาพรองรับทางกฎหมาย ให้มีโอกาสดูแลรักษาผู้ป่วยได้โดยไม่ผิดกฎหมาย แต่ไม่ใช่ช่องทางสำหรับหมอพื้นบ้านทุกคน การประเมินช่องทางนี้ ต้องมีความละเอียด เข้มงวด ในการประเมินหมอพื้นบ้านต้องมีการพิจารณาในเรื่องนั้น ๆ มากกว่า 20 ปี

3.2 โครงสร้างและกลไกการทำงานประเมิน เป็นกลไกการทำงานที่หน่วยงานราชการส่วนกลาง โดยคณะอนุกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย และคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย

เมื่อถูกยกระดับเป็นนโยบายการเมือง ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนจึงทำให้เกิดความรีบเร่งทำงานเชิงปริมาณ ดำเนินการในกลุ่มหมอพื้นบ้านจำนวนมาก อาจจะทำให้เกิดข้อจำกัด ไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์ได้ เพราะจะต้องมีการทำงานวิชาการ มีการรวบรวมและคัดกรองหมอพื้นบ้านที่อุทิศตนต่อชุมชนอย่างจริงจัง ผู้ประเมินต้องเป็นกลาง

3.3 กระบวนการประเมิน การดำเนินงานตอบสนองนโยบายการเมือง เป็นสิ่งที่ดี แต่ต้องทำกระบวนการให้มีคุณภาพ ไม่มุ่งแต่เชิงปริมาณ ดังนั้น ในกระบวนการทำงานควรต้องมีการเตรียมทีมทำงาน 6 เดือนแรก และให้ทีมงานลงพื้นที่ประเมินหมอพื้นบ้านใน 6 เดือนหลัง

3.3.1 การเตรียมทีมงาน สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย จะถือโอกาสนี้เป็นเงื่อนไขการทำงานในการเตรียมบุคลากร โดยการอบรมเจ้าหน้าที่จังหวัด เพื่อประเมินหมอพื้นบ้าน สนับสนุนงบประมาณให้จังหวัดเก็บความรู้หมอพื้นบ้าน

3.3.2 การสนับสนุนงบประมาณให้จังหวัดเก็บรวบรวมความรู้หมอพื้นบ้าน โดยส่งเสริมทีมบุคลากรที่ได้ฝึกอบรมไว้ให้สามารถบันทึกรวบรวมความรู้หมอพื้นบ้าน

3.3.3 การจัดระบบความรู้หมอพื้นบ้าน

เมื่อมีหมอพื้นบ้านมากพอ ควรจัดให้มีการจัดระบบความรู้หมอพื้นบ้าน โดยการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายสถาบันการศึกษาในการจัดระบบความรู้การแพทย์พื้นบ้านแต่ละภูมิภาค โดยมีกระบวนการอิงกับการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย ความรู้ในตำรา คัมภีร์ งานวิชาการต่าง ๆ โดยมีหมอพื้นบ้านในแต่ละภูมิภาคเข้ามามีส่วนร่วมในการสอบทาน และตรวจสอบ

4. ระบบสนับสนุน

ที่ผ่านมากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ให้ความสำคัญเรื่องนี้น้อย มีงบประมาณไม่เพียงพอในการจัดสรรให้บุคลากรในจังหวัดไปรวบรวมความรู้หมอพื้นบ้านในพื้นที่

บุคลากรในสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะต้องทำงานร่วมกับภาคอื่น ๆ เช่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จัดอบรมเจ้าหน้าที่ในการทำงานประเมินหมอพื้นบ้าน ร่วมกับเครือข่ายสถาบันการศึกษา

หมอพื้นบ้านในพื้นที่แต่ละภูมิภาคมีจำนวนมาก และมีความแตกต่างหลากหลาย ขึ้นกับภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรม และชาติพันธุ์ กลไกการประเมินหมอพื้นบ้าน กลไกที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

5. ข้อเสนอแนะ

องค์ความรู้ที่มีความเฉพาะ แตกต่างหลากหลายของหมอพื้นบ้าน เพื่อให้การประเมินเป็นไปอย่างเหมาะสม มีคุณภาพ ความจำเป็นต่อไปนี้มีความสำคัญที่จะต้องเร่งดำเนินการ คือ

(1) การจัดระบบองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านแต่ละภูมิภาค ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นเพื่อใช้เป็นระบบอ้างอิงในการประเมินหมอพื้นบ้านในแต่ละภูมิภาค

(2) การเตรียมบุคลากร การพัฒนาทีมงานในแต่ละภูมิภาค ให้มีทักษะในการรวบรวมเก็บความรู้หมอพื้นบ้าน สำหรับจัดทำรายงานการศึกษารวบรวมองค์ความรู้หมอพื้นบ้าน

(3) กลไกการประเมิน คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย และคณะอนุกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย ต้องมีองค์ประกอบด้านผู้ทรงคุณวุฒิ (หมอพื้นบ้าน) ในท้องถิ่น อาจารย์มหาวิทยาลัยในแต่ละภูมิภาคมาร่วมเป็นกรรมการ เพื่อให้เป็นกรรมการที่มีความรู้ความชำนาญการประเมินอย่างรอบด้าน **มิใช่ตัวความรู้** เพียงอย่างเดียว

กลุ่มที่ 2 กลุ่มคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย และคณะอนุกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย

คณะนักวิจัยได้พัฒนาแบบสอบถาม เรื่อง “การศึกษาและพัฒนาสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน” จำนวน 8 หน้า เนื้อหาแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) ความคิดเห็นต่อการพัฒนาสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน และ (3) ความคิดเห็นต่อการพัฒนา

การแพทย์พื้นบ้าน และได้จัดส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย และคณะอนุกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย จำนวน 10 ชุด หลังจากนั้นคณะนักวิจัยได้รับแบบสอบถามส่งกลับคืนมายัง สำนักงานการแพทย์พื้นบ้านไทย จำนวน 7 ชุด (ร้อยละ 70.00) และสามารถประมวลและสังเคราะห์ข้อมูลตามรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดเป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 57 – 82 ปี อาชีพจำแนกเป็น ผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย 5 คน ผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาเวชกรรมแผนปัจจุบัน 1 คน และหมอพื้นบ้าน 1 คน และยังสามารถและประสบการณ์เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย คือ เป็นผู้บริหารหน่วยงาน / องค์กรด้านการแพทย์แผนไทย (ผู้จัดการ / กรรมการ / ประธานชมรม) เป็นวิทยากร หรืออาจารย์สอนด้านการแพทย์แผนไทย สาขาเวชกรรมไทย สาขาเภสัชกรรมไทย สาขาคงคฤกษ์แผนไทย และการนวดไทย และวิจัยด้านสมุนไพร

ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด (7 คน) เป็นคณะอนุกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย ในระหว่างปี พ.ศ. 2548 – 2554 และมี 4 คน เป็นคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย

2. ความคิดเห็นต่อการพัฒนาสถานะทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน

2.1 ความคิดเห็นต่อแนวคิดและกระบวนการประเมินหมอพื้นบ้านเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย ตาม พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ ปี พ.ศ. 2542 มาตรา 33 (1)(ค) ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 5 คน เห็นด้วย และ 2 คน ไม่เห็นด้วย สำหรับผู้ที่เห็นด้วยมีความเห็นประกอบว่า ในกรณีที่หมอพื้นบ้านมีความรู้ ความสามารถ และรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หากหมอพื้นบ้านมีใบประกอบโรคศิลปะ จะทำให้ผู้ป่วยมั่นใจและศรัทธา ส่วนผู้ที่ไม่เห็นด้วยมีความคิดเห็นว่า หมอพื้นบ้านยังไม่มีมาตรฐานวิชาชีพ เช่นเดียวกับวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย (1 คน) และหมอพื้นบ้านที่มีประสบการณ์ 10 ปี ก็สมควรให้ใบประกอบโรคศิลปะได้ แต่ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์การพิจารณาที่ชัดเจน (1 คน)

2.2 ความคิดเห็นต่อการประเมินหมอพื้นบ้านเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย ปี พ.ศ. 2553 – 2554 (ภาพรวม)

ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด (7 คน) และเกือบทั้งหมดเข้าร่วมการประเมินหมอพื้นบ้าน ในปี พ.ศ. 2553 – 2554 โดยเข้าร่วมกิจกรรม 5 ด้าน คือ (1) ศึกษา / อ่านแบบประเมิน – รายงานประสบการณ์ของหมอพื้นบ้าน (7 คน) (2) ประชุมและซักถามข้อมูลจากหมอพื้นบ้าน (7 คน) (3) ติดตามเยี่ยมและประเมินหมอพื้นบ้านที่บ้านหมอพื้นบ้าน (7 คน) (4) ประชุมสรุปผลการประเมินของคณะกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย (7 คน) (5) ประชุมและลงมติต่อรายชื่อหมอพื้นบ้านที่ผ่านการประเมินของคณะกรรมการวิชาชีพ สาขาการแพทย์แผนไทย (4 คน)

จากประสบการณ์การทำงาน เมื่อพิจารณาถึงความเหมาะสมของภาพรวมที่หมอพื้นบ้านได้รับใบประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 5 คน เห็นว่าเหมาะสม และ 2 คน เห็นว่าไม่เหมาะสม โดยมีเหตุผลประกอบว่า หมอพื้นบ้านบางคนมีความรู้ด้านเดียว เช่น หมอพื้นบ้านรักษากระดูกหัก รู้เพียงโรคเดียว ไม่รู้โรคอื่น เป็นต้น ไม่เหมาะสมที่จะให้ใบประกอบโรคศิลปะ สาขาเวชกรรมไทย และมีความเห็นว่า หากจะให้ใบประกอบโรคศิลปะ สาขาเวชกรรมไทย ควรระบุว่าเป็นหมอพื้นบ้านตามมาตรา 33 (1)(ค)

2.3 ความคิดเห็นต่อกระบวนการประเมินหมอฟันบ้านเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เห็นด้วยกับกระบวนการเสนอชื่อ กระบวนการรับรอง และกระบวนการประเมิน

กระบวนการเสนอชื่อ ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 คน เห็นด้วย โดยมีความคิดเห็นว่าเป็นการคัดกรองเบื้องต้น ควรคัดกรองตามแนวทางและกฎเกณฑ์การคัดเลือกอย่างเคร่งครัด

กระบวนการรับรอง ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 5 คน เห็นด้วย เพราะการให้หน่วยราชการเป็นหน่วยที่รับรองผู้ที่อยู่ในสังกัดโดยตรง และไม่กล้าให้ข้อมูลที่เป็นเท็จ ส่วนผู้ที่ไม่เห็นด้วย จำนวน 2 คน เห็นว่า หมอฟันบ้านบางคนที่มีความรู้และไม่เปิดเผยตัว กลัวผิดกฎหมาย ทางราชการจะไม่รู้จัก และควรรับรองหมอฟันบ้านที่แท้จริง ไม่ใช่ อสม. หรือหมอขายยา

กระบวนการประเมิน ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 คน เห็นด้วย โดยการพิจารณาตามแนวทางและเกณฑ์การประเมินจะทำให้ได้หมอฟันบ้านที่แท้จริง มีความรู้และสามารถ มีคุณธรรมและจริยธรรม ตามมติการประชุม

2.4 ความคิดเห็น / ข้อเสนอแนะต่อสำนักงานการแพทย์พื้นบ้านไทย

ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 คน มีความคิดเห็นสรุป 2 ประเด็น คือ (1) การประเมินหมอฟันบ้านเป็นการยกระดับหมอฟันบ้าน และควรมุ่งเน้นคุณภาพและมาตรฐานมากกว่าปริมาณ (2) การประเมินหมอฟันบ้านควรให้ทุกฝ่ายคัดเลือกและประเมินตามกฎเกณฑ์อย่างเคร่งครัด

3. ความคิดเห็นต่อการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน

3.1 ความคิดเห็นต่อความเหมือนและแตกต่างระหว่างการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (5 คน) มีความเห็นว่า การแพทย์พื้นบ้านมีทั้งความเหมือนและความแตกต่างจากการแพทย์แผนไทย โดยความเหมือนคือ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายได้และมีการใช้สมุนไพรรักษาโรค ส่วนความต่างคือการแพทย์พื้นบ้านเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น มีลักษณะท้องถิ่น เน้นความชำนาญเฉพาะโรคและเรียนรู้จากบรรพบุรุษ วิธีการรักษาใช้สมุนไพรท้องถิ่น และมีการใช้คาถาอาคม และพิธีกรรม ตลอดจนเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพชุมชน ส่วนการแพทย์แผนไทยจะเรียนรู้จากทฤษฎี และองค์ความรู้ที่มีระบบแบบแผนจากตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ และรักษาโรคได้กว้างขวาง รายละเอียดจากตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความเหมือนและความต่างระหว่างการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน

	การแพทย์พื้นบ้านไทย	การแพทย์แผนไทย
1. ความเหมือน	1.1 การแพทย์พื้นบ้านสามารถรักษาผู้ป่วยให้หายได้ 1.2 การแพทย์แผนไทยใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรค	1.1 การแพทย์แผนไทยสามารถรักษาผู้ป่วยให้หายได้ 1.2 การแพทย์แผนไทยใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรค
2. ความต่าง	2.1 การแพทย์พื้นบ้านเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีลักษณะท้องถิ่น เน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคท้องถิ่น 2.2 การแพทย์พื้นบ้านเรียนจากความรู้ของบรรพบุรุษ และเรียนรู้จากภาคปฏิบัติ 2.3 การแพทย์พื้นบ้านเชี่ยวชาญโรคในท้องถิ่น / โรคใดโรคหนึ่ง 2.4 การแพทย์พื้นบ้านใช้สมุนไพรท้องถิ่น 2.5 การแพทย์พื้นบ้านมีการรักษาโรคที่ใช้คาถาอาคม และพิธีกรรม 2.6 หมอพื้นบ้านอาศัยอยู่ในชุมชน ดูแลสุขภาพคนในชุมชน และมีคุณธรรม ไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน	2.1 การแพทย์แผนไทยมีองค์ความรู้ที่มีระบบและแบบแผนจากตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ 2.2 การแพทย์แผนไทยเรียนจากภาคทฤษฎี เน้นการเรียนจากภาคตำรา ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย 2.3 การแพทย์แผนไทยรักษาโรคในขอบเขตกว้างขวาง

3.2 ความคิดเห็นต่อการประเมินหมอพื้นบ้านเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากการแพทย์แผนไทย ประเภทการแพทย์พื้นบ้านไทย ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด (7 คน) เห็นด้วยต่อการประเมินหมอพื้นบ้านเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากการแพทย์แผนไทย ประเภทการแพทย์พื้นบ้าน โดยเห็นว่าหมอพื้นบ้านเป็นการแพทย์พื้นบ้านดั้งเดิมเฉพาะถิ่น และกลุ่มชาติพันธุ์ หากประเมินเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะจะช่วยดูแลผู้ป่วย อันเป็นการช่วยเหลือทางราชการอีกทางหนึ่ง แต่ต้องมีความรู้เสมอหรือเทียบเท่ากับผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากการแพทย์แผนไทยประเภทอื่น และมีผู้ตอบแบบสอบถาม 1 คน ระบุว่า หากมีการแก้กฎหมาย อาจมีกระบวนการแก้ไขที่ยาว สมควรใช้กฎหมายและกระบวนการเดิม โดยระบุที่ใบประกอบโรคศิลปะว่า “การแพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้านตามมาตรา 33 (1)(ค)”

3.3 ความคิดเห็นต่อแนวทางและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้าน ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความสำคัญต่อยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้าน ดังนี้

- (1) สืบหาความรู้และประสบการณ์เชิงปฏิบัติของหมอพื้นบ้านสู่คนรุ่นใหม่
- (2) สนับสนุนและส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากการแพทย์พื้นบ้านในระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการปฐมภูมิ
- (3) พัฒนานโยบายสาธารณะและปรับปรุงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้าน
- (4) พัฒนา “ความเป็นหมอพื้นบ้าน” ให้เป็นแบบวิชาชีพ และสามารถประกอบอาชีพอย่างมีศักดิ์ศรีในสังคมไทย
- (5) การจัดการความรู้ การส่งผ่านและพัฒนาชุดความรู้ของการแพทย์พื้นบ้าน
- (6) พัฒนา “ความเป็นหมอพื้นบ้าน” ให้เป็นที่พึ่งด้านสุขภาพของชุมชน และเป็นแหล่งสะสมความชำนาญด้านดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม และระบบนิเวศชุมชน

3.4 ความคิดเห็นต่อการพัฒนาองค์ความรู้ของการแพทย์พื้นบ้าน ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดมีความคิดเห็นต่อการพัฒนาองค์ความรู้ของการแพทย์พื้นบ้าน ในประเด็น 3 ประเด็น ดังนี้

- (1) ศึกษาและถอดประสบการณ์ของหมอพื้นบ้านที่มีประสบการณ์สูง และเป็นที่ยอมรับของชุมชน เป็นองค์ความรู้ที่ชัดเจนและถ่ายทอดได้ (Explicit Knowledge) ตลอดจนมีการศึกษาวิจัยเพื่อพิสูจน์ประสิทธิผลอย่างรอบด้าน (7 คน)
- (2) ควรสร้างเค้าโครง ขอบเขตและจัดระบบชุดองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านของท้องถิ่น และการแพทย์ชาติพันธุ์ (4 คน)
- (3) ทบทวนวรรณกรรมและตำราที่บันทึกด้วยภาษาท้องถิ่นด้านการแพทย์พื้นบ้าน และรายงานวิจัยที่ผ่านมาเพื่อวิเคราะห์อย่างเป็นธรรม (4 คน)
- (4) สร้างชุมชนปฏิบัติการ (Community of Practice) เพื่อแลกเปลี่ยนและจัดการความรู้ รวมทั้งต่อยอดความรู้การแพทย์พื้นบ้านให้เป็นการแพทย์ที่มีหลักฐานและใช้ประโยชน์ได้ในชุมชน

3.5 ความคิดเห็นต่อแนวทางการสนับสนุนบทบาทและเชิดชูเกียรติต่อหมอพื้นบ้าน ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นต่อการสนับสนุนบทบาทและเชิดชูเกียรติต่อหมอพื้นบ้าน ดังนี้

- (1) กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ควรมอบใบเชิดชูเกียรติ หรือใบรับรองสถานภาพให้กับหมอพื้นบ้านที่มีประสบการณ์และความสามารถด้านการแพทย์พื้นบ้าน
- (2) สร้างกลไกระดับพื้นที่ (จังหวัด) เพื่อส่งเสริมบทบาทและเชิดชูเกียรติของหมอพื้นบ้าน
- (3) ส่งเสริมและกระจายอำนาจให้กลไกระดับพื้นที่ (จังหวัด) หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถรับรองและประเมินหมอพื้นบ้านเพื่อออกใบอนุญาตให้รักษาโรคแบบพื้นบ้านในพื้นที่ได้
- (4) แนวทางอื่น คือ (ก) ออก “ใบคุ้มครอง” ให้หมอพื้นบ้านสามารถดูแลและส่งเสริมสุขภาพคนในชุมชนได้ถูกต้องตามกฎหมาย แต่ไม่ใช่ใบประกอบโรคศิลปะ (ข) เพิ่มพูนองค์ความรู้ส่วนขาดให้หมอพื้นบ้าน เพื่อพัฒนาความรู้ให้มีมาตรฐานวิชาชีพ และ (ค) ให้องค์กรชุมชนเป็นผู้เสนอชื่อหมอพื้นบ้านที่มีความรู้และความสามารถ

กลุ่มที่ 3 หมอพื้นบ้านที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ สาขากาพย์แผนไทย พ.ศ. 2547 – 2553

สำหรับกลุ่มหมอพื้นบ้านที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ สาขากาพย์แผนไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2547 – 2554 คณะนักวิจัยได้พัฒนาแบบสอบถาม เรื่อง “การศึกษาและพัฒนาสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน” จำนวน 10 หน้า เนื้อหาแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) ความเป็นมาและบทบาทปัจจุบันของหมอพื้นบ้าน (3) ความคิดเห็นต่อวิธีการประเมินและได้รับใบประกอบโรคศิลปะ สาขากาพย์แผนไทย และ (4) การเปลี่ยนแปลงหรือผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้น หลังจากที่ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากาพย์แผนไทย และจัดส่งแบบสอบถามไปทางไปรษณีย์ หรือส่งผ่านให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขภายในจังหวัด กรณีหมอพื้นบ้านอ่านและเขียนไม่สะดวก จำนวน 94 ชุด หลังจากนั้นแบบสอบถามถูกส่งกลับมายังสำนักงานกาพย์พื้นบ้านไทย จำนวน 72 ชุด (ร้อยละ 75.59) สามารถประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จำนวน 68 คน เป็นเพศชาย ส่วนที่เหลือ 2 คน เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุ 50 – 80 ปี อายุมากที่สุด คือ 94 ปี และอายุน้อยที่สุด คือ 41 ปี และส่วนใหญ่นับถือพุทธศาสนา และรองลงมา คือ ศาสนาอิสลาม (8 คน) มีอาชีพหลัก คือ เกษตรกรรม (ทำนา ทำไร่ ทำสวน) มีจำนวน 45 คน หมอพื้นบ้าน 37 คน ส่วนที่เหลือมีอาชีพ รับจ้าง ข้าราชการบำนาญ และลูกหลานให้ค่าใช้จายเป็นรายเดือน (3 – 5 คน / อาชีพ) และหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีสถานะสมรสและมีครอบครัวแล้ว มีจำนวนสมาชิกในบ้านระหว่าง 2 – 11 คน

หมอพื้นบ้านมีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ จำแนกเป็นผู้ที่จบระดับประถมศึกษา 55 คน ระดับมัธยมศึกษา 13 คน และระดับอาชีวศึกษา / ปริญญาตรี 4 คน มีทักษะด้านภาษาไทย สามารถพูด – ฟังได้ และอ่าน – เขียนได้ นอกจากนี้หมอพื้นบ้าน 31 คน ยังมีความรู้และความสามารถด้านภาษาถิ่น 7 ภาษา จำแนกเป็น ภาษาไทย – ไต๋ (13 คน) ภาษาลาว / ไทย – อิสลาม (6 คน) ภาษาไทย – อีสาน (8 คน) ภาษาล้านนา (7 คน) ภาษาเขมร (3 คน) ภาษาบาลี / ไทยโบราณ (3 คน) และภาษากระเหรี่ยง (1 คน) โดยส่วนใหญ่มีทักษะพูด – ฟังได้ และอ่าน – เขียนได้ โดยที่หมอพื้นบ้านมีการใช้ภาษาท้องถิ่นศึกษาและถ่ายทอดองค์ความรู้การกาพย์พื้นบ้าน สื่อสารในการรักษาผู้ป่วย สื่อสารในสังคมและในท้องถิ่น (การสอน การถ่ายทอด การแปล การอ่าน และการเขียน เกี่ยวกับตำรายาสมุนไพร ตำรา / คัมภีร์ยาไทย ตำราสู่ขวัญ ตำราสะเดาะเคราะห์ ยันต์)

นอกเหนือจากที่หมอพื้นบ้านเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ด้านการกาพย์พื้นบ้านของชุมชน พวกเขายังมีบทบาทด้านสังคมภายในชุมชนด้วย โดยจำแนกเป็น (1) หมอพื้นบ้านที่เป็นผู้นำทางการ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน / ผู้ช่วย กรรมการหมู่บ้าน กรรมการวัด / ผู้นำศาสนา แพทย์ประจำตำบล ประธานชุมชน / ประชาคม หมู่บ้าน จำนวน 16 คน (2) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 18 คน (3) เป็นประธาน กรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิของกลุ่ม / องค์กรชุมชน มีทั้งกลุ่ม / องค์กรด้านสมุนไพรและการกาพย์แผนไทย และกลุ่ม / องค์กรด้านสังคมอื่น ๆ ตัวอย่างเช่น ชมรมหมอพื้นบ้าน จังหวัดยะลา กลุ่มหมอพื้นบ้าน อำเภอกะป้อ จังหวัดปัตตานี กลุ่มสมุนไพร กลุ่มอนุรักษ์พืชสมุนไพร อำเภอบ้านย้อย จังหวัดสงขลา กลุ่มผู้นิยม

สมุนไพรรวมหมอพื้นบ้าน อำเภอบ้านไร่ กลุ่มแพทย์แผนไทย / สมาคมแพทย์แผนไทย จังหวัด กระบี่ สมาคมแพทย์แผนไทย จังหวัดสระบุรี ชมรมหมอพื้นบ้าน อำเภอยางชุมน้อย กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มกองทุนหมู่บ้าน กลุ่มสหกรณ์ออมทรัพย์ กลุ่มข้าวกล้อง เป็นต้น และ (4) การร่วมงานอื่นในชุมชน ได้แก่ งานสาธารณะในชุมชน – งานบุญ งานประเพณี งานสร้างวัด / โรงเรียน การสอนภาษาถิ่น / นวด / ภูมิปัญญาท้องถิ่น กล่าวได้ว่า หมอพื้นบ้านเป็นผู้อาวุโสที่มีบทบาทพัฒนาชุมชนไปพร้อมกัน

2. ความเป็นมาและบทบาทปัจจุบันของหมอพื้นบ้าน

2.1 ระยะเวลาที่เป็นหมอพื้นบ้าน หากพิจารณาจากเวลาที่รักษาผู้ป่วยรายแรก พบว่า หมอพื้นบ้านจำนวน 69 คน (ร้อยละ 95.8) มีระยะเวลาการรักษาผู้ป่วย ตั้งแต่ 21 – 30 ปีขึ้นไป อันตรงกับคุณสมบัติตามกฎหมาย แต่ทว่าหมอพื้นบ้านจำนวน 3 คน ที่มีระยะเวลาการรักษาผู้ป่วย 11 – 20 ปี อาจเป็นไปได้ว่าคำตอบอาจคลาดเคลื่อน หรือ การพิจารณาประเมินมีความคลาดเคลื่อนไป ดูตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงระยะเวลาในการรักษาผู้ป่วยของหมอพื้นบ้าน

ระยะเวลาที่รักษาผู้ป่วย	จำนวนหมอพื้นบ้าน (คน)
ก. 11 – 20 ปี	3
ข. 21 – 30 ปี	12
ค. 30 ปีขึ้นไป	57
รวม	72

2.2 ความสามารถและความชำนาญของหมอพื้นบ้าน จากการสอบถามความสามารถและความชำนาญในการรักษาโรค 3 อันดับแรกของหมอพื้นบ้าน และประมวลภาพรวม พบว่า หมอพื้นบ้านกลุ่มนี้มีความชำนาญในการรักษาโรค / อาการเจ็บป่วย ทั้งหมด 10 กลุ่ม 58 โรค / อาการป่วยโดยมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่ม 1 กลุ่มระบบทางเดินอาหาร โรคกรดสัดวงทวาร โรคกระเพาะอาหาร ท้องร่วง ท้องอืด ท้องเฟ้อ

กลุ่ม 2 กลุ่มระบบทางเดินหายใจ คอตีบ คางทูม

กลุ่ม 3 กลุ่มกระดูก กล้ามเนื้อ และระบบประสาท อัมพฤกษ์ – อัมพาต กระดูกหัก ไหล่ติด โรคกระดูกข้อ (ข้อเคลื่อน ข้อติด) และกล้ามเนื้อกระดูกทับเส้นประสาท แขนขาอ่อนแรง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นพิการ / พลิก ไมเกรน

กลุ่ม 4 กลุ่มโรคผิวหนัง โรคผิวหนัง ฝี เริมและงูสวัด (ขยุ้มตีนหมา) สะเก็ดเงิน (สะเก็ดทอง) โรคภูมิแพ้ อีสุกอีใส ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก โรคหัด

กลุ่ม 5 กลุ่มระบบสืบพันธุ์ (โรคสตรี / โรคบุรุษ) โรคสตรี โรคกระดูกสตรี โรคไขข้อกระดูก โรคไส้เลื่อนลงฝัก / ไส้เลื่อน นิ้วต่อมลูกหมากโต

กลุ่ม 6 กลุ่มระบบทางเดินปัสสาวะ โรคไต นิ่ว / นิ่วในไต

กลุ่ม 7 กลุ่มโรคเรื้อรัง มะเร็ง มะเร็งตับ เบาหวาน โรคไตซ่าน เนื้องอกในร่างกาย ไข้และโรคอื่น ๆ ไวรัสลงตับ

กลุ่ม 8 กลุ่มอาการสัตว์พิษกัด ูกัด แมลงสัตว์กัดต่อย

กลุ่ม 9 กลุ่มอาการด้านจิตใจ และปัญหาชีวิต การถูกคุณไสย โรคที่เกิดจากคุณไสย อาการป่วยที่แก้ด้วยพิธีกรรม การสู่ขวัญ การส่งเคราะห์ การดูดวง (การดูเมื่อ – ทางเหนือ) โรคผีบ้า

กลุ่ม 10 โรคท้องถื่น โรคทั่วไปในท้องถื่น ไข้หามกไม่ใหญ่ โรคผีในท้อง ลมปะกัง ไข้ป่า โรคผิสดำแดง โรคเลือด โรคผิสดำแดง โรคลม โรคมะโหกทุกชนิด ประดง / ไข้ทั่วไป โรคกษัย

2.3 เหตุจูงใจและกระบวนการเรียนวิชาของหมอพื้นบ้าน เหตุจูงใจของหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ คือ การที่บรรพบุรุษเป็นหมอพื้นบ้านและต้องการให้ตนเองสืบทอดวิชา นอกจากนี้ยังมีเหตุผลอื่นประกอบ เช่น การมีประสบการณ์การรักษาตนเองและอยากช่วยเหลือครอบครัวและเพื่อนบ้าน ความสนใจของตนเอง และการคล้อยตามอำนาจเหนือธรรมชาติ เป็นต้น (จากตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงเหตุจูงใจในการเรียนวิชาของหมอพื้นบ้าน (บางคนตอบมากกว่า 1 คำตอบ)

เหตุจูงใจของหมอพื้นบ้าน	จำนวนหมอพื้นบ้าน (คน)
ก. บรรพบุรุษเป็นหมอพื้นบ้านและอยากให้สืบทอดวิชา	62
ข. ตนเองมีประสบการณ์รักษาตนเองหรือญาติ ทำให้สนใจและอยากเรียนเพื่อช่วยเหลือครอบครัวและเพื่อนบ้าน	35
ค. อำนาจเหนือธรรมชาติ / สิ่งศักดิ์สิทธิ์ลี้ลับใจให้เรียน	9
ง. อื่น ๆ (ต้องการอนุรักษ์ความรู้ ตนเองมีประสบการณ์หายจากการรักษาแบบพื้นบ้าน ครู อาจารย์เลือกให้เป็นผู้สืบทอด)	2
รวม	72

กระบวนการเรียนรู้วิชาของหมอพื้นบ้านประมาณครึ่งหนึ่งมีการเรียนรู้จาก 4 แหล่งประกอบกัน คือ แหล่ง 1 เรียนจากบรรพบุรุษ (ปู่ ลุง ตา บิดา – มารดา ยาย) แหล่ง 2 เรียนจากหมอพื้นบ้านหรือหมอแผนไทยที่มีความชำนาญ (อาจเป็นหมอพระหรือหมอฆราวาส) แหล่ง 3 เรียนจากโรงเรียนหรือสถาบันการศึกษาที่มีการสอนการแพทย์แผนไทย ได้แก่ สถาบันการแพทย์แผนไทย โรงเรียนแพทย์แผนไทย จังหวัดสงขลา โรงเรียนการแพทย์แผนไทยวัดโพธิ์ โรงเรียนการแพทย์แผนไทย จังหวัดลำปาง และวิทยาลัยบึงกุ่ม (การนวดหลังคลอด) และแหล่ง 4 เรียนด้วยตนเอง จากการศึกษาตำราและจากประสบการณ์ของตนเอง โดยที่หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีแหล่งเรียนรู้ที่ 1 และที่ 2 เป็นแหล่งเรียนรู้สำคัญ อาจกล่าวได้ว่า กระบวนการเรียนรู้วิชาของหมอพื้นบ้านเป็นการเรียนรู้จากครูที่ชำนาญการปฏิบัติ (Apprenticeship – Training) โดยเริ่มจาก

การฝึกเรียนรู้สมุนไพร การปรุงยาสมุนไพร และการรักษาโรคให้กับผู้ป่วย ระยะเวลาการเรียนมีตั้งแต่ 1 วัน – 40 ปีขึ้นไป แต่ส่วนใหญ่จะใช้เวลาตั้งแต่ 1 ปี – 5 ปีขึ้นไป เป็นการสะสมและฝึกฝนวิชาเป็นระยะเวลานาน จนกลายเป็นหมอพื้นบ้านที่สามารถรักษาโรคให้ผู้ป่วยด้วยตนเอง

2.4 ระบบคิดเกี่ยวกับร่างกายและสาเหตุการเกิดโรคของหมอพื้นบ้าน หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ (จำนวน 59 คน) มีความคิดว่า ร่างกายประกอบด้วย ธาตุ 4 คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม ธาตุไฟ และมีหมอพื้นบ้านจำนวน 6 คน กล่าวถึงร่างกายที่ประกอบด้วยชั้น 5 และบางคนกล่าวว่า ร่างกายประกอบด้วย ธาตุ 4 และวิญญาณธาตุ นอกจากนี้ยังมีบางคนกล่าวว่าร่างกายมีเลือด ลม เส้นเอ็น กล้ามเนื้อ และกระดูก อาจกล่าวได้ว่าระบบคิดเกี่ยวกับร่างกายของการแพทย์พื้นบ้านมีความคล้ายกับการแพทย์แผนไทย

สำหรับสาเหตุการเกิดโรคและความเจ็บป่วย หมอพื้นบ้านมีความคิดที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล จากการประมวลและจัดกลุ่มสาเหตุ พบว่า หมอพื้นบ้านมีความคิดต่อสาเหตุการเกิดโรคมามาก 5 สาเหตุ คือ

สาเหตุที่ 1 การเกิดโรคจากธาตุ 4 ผิดปกติและเสียสมดุล คือ การที่โรคหรือความเจ็บป่วยเกิดจากธาตุพิการ ธาตุหย่อน ธาตุกำเริบ ธาตุไม่สมบูรณ์ ธาตุแปรปรวน และธาตุไม่เสมอกัน

สาเหตุที่ 2 การเกิดโรคจากพฤติกรรมและการใช้ชีวิตประจำวัน นับตั้งแต่การบริโภคอาหาร (คือการบริโภคอาหารมากเกินไป น้อยเกินไป การบริโภคอาหารแสลง / ของผิด หรืออาหารแสลงโรค การบริโภคอาหารที่มีสารพิษ) นอนมากเกินไป นอนน้อยไป ทำงานหนัก อารมณ์เครียด ไม่เอาใจใส่สุขภาพ ภูมิต้านทานต่ำ และเกิดจากความเสื่อมของร่างกาย สังขารและวิญญาณ

สาเหตุที่ 3 การเกิดโรคจากภาวะภายนอก ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ ภูมิอากาศมีการเปลี่ยนแปลง ภาวะอากาศร้อนหรือเย็นเกินไป ภาวะอากาศเป็นพิษหรือสารพิษจากโรงงาน หรือเกิดจากอุบัติเหตุ

สาเหตุที่ 4 การเกิดโรคที่เกิดจากกรรมพันธุ์ จากพ่อและแม่

สาเหตุที่ 5 การเกิดโรคที่เกิดจากกรรมเก่า หรือกรรมเวรของผู้ป่วย

สาเหตุที่ 6 การเกิดโรคที่เกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ จากผี ฝีนา ฝีบ่าน

2.5 การตรวจและวินิจฉัยโรคของหมอพื้นบ้าน หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ใช้หลายวิธีร่วมกันในการวินิจฉัยโรค วิธีการสำคัญ คือ การซักถามอาการและประวัติ การสังเกตอาการของผู้ป่วย และการตรวจ / สัมผัสร่างกายผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีหมอพื้นบ้านบางส่วนใช้วิธีการคำนวณธาตุของผู้ป่วย (33 คน) และการตรวจดูดวงชะตา / การเสี่ยงทาย / วิธีการอื่น ๆ (การลากไข่ การสังเกตการณ์หายใจของผู้ป่วย การดูสีผิว และการใช้ข้อมูลการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น การดูฟิล์ม เป็นต้น

2.6 วิธีการรักษาโรคของหมอพื้นบ้าน หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จำนวน 60 คนใช้วิธีการรักษาโรคด้วยยาสมุนไพร โดยมีรูปแบบยาต้ม ยาผง ยาแคปซูล ยาลูกกลอน ยาประคบ ยาตบ ยาเคี้ยวน้ำมัน ยาสด ยาพ่น ยาพาด ยาทา และหมอพื้นบ้านบางส่วนใช้วิธีการนวดพื้นบ้าน การรักษากระดูกหักแบบพื้นบ้าน การใช้คาถาและพิธีกรรม การย่างไฟ การสะกิดเลือดออกจากร่างกาย และการห้ามผู้ป่วยรับประทานอาหารแสลง

หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ให้การรักษาผู้ป่วยที่บ้านของหมอพื้นบ้าน (70 คน) และบางส่วนไปรักษาที่บ้านผู้ป่วย (40 คน) หรือมีเรือนผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหมอพื้นบ้าน (12 คน) หมอพื้นบ้านบางคน (6 คน) รักษาผู้ป่วยที่วัดหรือสถานีนามัย

2.7 แนวปฏิบัติตนเองของหมอพื้นบ้าน การปฏิบัติตนเองของหมอพื้นบ้าน จำแนกเป็น 2 ด้าน คือ แนวปฏิบัติตนเอง และแนวปฏิบัติต่อผู้ป่วย / ผู้อื่น **แนวปฏิบัติตนเอง** หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ปฏิบัติตนเองอยู่ในศีลธรรม จริยธรรม และคุณธรรม ตามแนวศาสนา (ศาสนาพุทธหรือศาสนาอิสลาม) ปฏิบัติตนตามแนวพุทธศาสนเป็นประจำ (ปฏิบัติภาวนา ทำวัตรเย็น ภาวนากรรมฐาน สำนวนจิต ใส่บาตร ไปวัด สวดมนต์) และปฏิบัติตนตามหลักจรรยาบรรณของหมอและเชื้อพึง / ยึดถือตามคำสอนครูบาอาจารย์ ยังมีหมอพื้นบ้านบางคน มีการงดของแสลงและข้อห้าม เช่น งดบริโภคอาหารที่งานศพ หรือบ้านผู้ป่วย สำหรับ **แนวปฏิบัติต่อผู้ป่วย / ผู้อื่น** ได้แก่ มีจิตใจเมตตา กรุณา ช่วยเหลือผู้อื่น ไม่พูดโกหก / หลอกลวง หรือคำหยาบต่อผู้ป่วย ไม่พูดข่มขู่ผู้ป่วย เก็บค่าครูแต่ไม่เรียกหรือค่ารักษา หรือไม่คิดค่ารักษามากเกินไป มีน้ำใจและเป็นกันเองต่อผู้ป่วย และมีหมอพื้นบ้านบางคน มีข้อห้ามเฉพาะ เช่น ไม่รักษาโรคในวันเสาร์หรือวันพระ ห้ามผู้อื่นใช้ที่นอนตนเอง และในวันพระต้องจัดของบูชาหิ้งครูหมอ ไม่รอดเครื่องถ้วย บันได ราวตามผ้า และไม่ถ่ายทอดวิชาให้ผู้อื่นที่มีไข้หายาพิษ เป็นต้น

2.8 สถานการณ์การรักษาโรคของหมอพื้นบ้านในปี พ.ศ. 2553 จากการสอบถามสถานการณ์ปัจจุบัน (ปี พ.ศ. 2553) เกี่ยวกับการรักษาโรคของหมอพื้นบ้าน พบว่า หมอพื้นบ้านกว่าครึ่งเล็กน้อย มีผู้ป่วยมารับการรักษา จำนวน 10 – 50 ราย / เดือน และมีหมอพื้นบ้านส่วนน้อย (12 คน) มีผู้ป่วยมารับการรักษา จำนวน 100 – 200 ราย / เดือน จากตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนผู้ป่วยของหมอพื้นบ้านในปี พ.ศ. 2553

จำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรค	จำนวนหมอพื้นบ้าน (คน)
ก. 10 – 50 ราย / เดือน	46
ข. 51 – 100 ราย / เดือน	12
ค. 101 – 200 ราย / เดือน	6
ง. มากกว่า 200 ราย / เดือน	8
รวม	72

โรคหรือความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยมารับการรักษาจากหมอพื้นบ้านในช่วงปีที่ผ่านมา มีหลายโรคประกอบด้วย (1) กระดูกหัก กระดูกทับเส้นประสาท ไหล่ติด ปวดกระดูก เส้นเอ็นพิการ ปวดเมื่อยตามข้อและร่างกาย (2) อัมพฤกษ์ – อัมพาต (3) ตับแข็ง โรคมะเร็ง (มะเร็งตับ มะเร็งมดลูก มะเร็งเต้านม) (4) โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (5) โรคสตรี (6) โรคตาตาง โรคหอบในเด็ก (7) เริม งูสวัด สะเก็ดเงิน และโรคผิวหนัง (8) นิ่วในไต (9) โรคจิตสติดวงทวาร (10) โรคกระเพาะอาหาร (11) โรคเกิดจากคุณไสย (12) กษัย (13) โรคเลือด โรคลม (14) โรคมะเร็งคุด (15) หัวใจโต ระบบทางเดินหายใจ (16) อีสุกอีใส ไข้หัดน้ำ (17) ไมเกรน (18) คีซ่าน (19) โลหิตเป็นพิษ ปัสสาวะเป็นพิษ

สำหรับค่าตอบแทนของหมอพื้นบ้านในช่วงปีที่ผ่านมา หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ได้รับค่าตอบแทน (ค่าบูชาครู+ค่าสมนาคุณ) จากการรักษาโรค ประมาณ 1,000 – 3,000 บาท / เดือน จากตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงค่าตอบแทนในการรักษาโรคของหมอพื้นบ้าน ในปี พ.ศ. 2553

จำนวนค่าตอบแทนในการรักษาโรค (บาท / เดือน)	จำนวนหมอพื้นบ้าน (คน)
ก. น้อยกว่า 1,000	27
ข. 1,001 – 3,000	22
ค. 3,001 – 5,000	11
ง. 5,001 – 10,000	10
จ. 10,001 – 30,000	1
ฉ. ไม่ระบุ	1
รวม	72

2.9 การติดตามและประเมินผลการรักษาโรคของหมอพื้นบ้าน หมอพื้นบ้านจำนวน 67 คน (ร้อยละ 93.05) ระบุว่า มีการติดตามและประเมินผลผู้ป่วยด้วยวิธีการ 3 แบบ คือ (1) การติดตาม นัดหมาย และสอบถามจากผู้ป่วยโดยตรง หมอพื้นบ้านจึงมีการนัดหมายให้ผู้ป่วยมาติดตามอาการประมาณ 3 – 7 วัน โดยสอบถามการเปลี่ยนแปลงของอาการ หรือบริเวณที่เจ็บป่วย หรือหากกรณีผู้ป่วยใกล้บ้านก็จะไปเยี่ยมที่บ้านผู้ป่วย หรือสอบถามจากเพื่อนบ้าน หรือหากผู้ป่วยพักที่บ้านหมอ ก็จะดูแลจนกว่าผู้ป่วยหายจากโรค หรือผู้ป่วยจะมาพบหมอเพื่อยกครู (2) การสอบถามและจดบันทึกเป็นประวัติผู้ป่วยแต่ละราย และ (3) การติดตามโดยสอบถามทางโทรศัพท์ สำหรับหมอพื้นบ้าน 4 ราย ระบุว่า ไม่มีการติดตามและประเมินผล

หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ จำนวน 67 คน (ร้อยละ 93.05) ประเมินว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่หายจากโรค ส่วนที่เหลือคาดว่า อาจหายหรือไม่หายครึ่ง

2.10 การสืบทอดความรู้ของหมอพื้นบ้าน หมอพื้นบ้านจำนวน 46 คน (ร้อยละ 63.89) ระบุว่า มีลูกศิษย์มาเรียนวิชาการแพทย์พื้นบ้าน จำนวนลูกศิษย์มีความแตกต่างกันระหว่าง 1 คน – 1,000 คน กรณี 1 – 5 คน ส่วนใหญ่จะเป็นบุตร น้อง ลูกหลาน หรือบุคคลในพื้นที่เดียวกันหรือใกล้เคียงกัน สำหรับกรณีที่ลูกศิษย์มีจำนวนหลายสิบหรือหลายร้อย มักเป็นการถ่ายทอดความรู้ให้กับนักเรียน นักศึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขภาครัฐ จากต่างพื้นที่ จากสถาบันการศึกษา หน่วยงานราชการ และบางครั้งเป็นในการอบรมจำนวนมาก

หมอพื้นบ้านจำนวน 23 คน (ร้อยละ 31.94) ไม่มีลูกศิษย์และลูกหลานไม่ชอบเรียน

หมอพื้นบ้านมากกว่าครึ่ง เห็นว่า ควรมีการสืบทอดภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน โดยใช้วิธีการหลายวิธี ดังมีรายละเอียด จากตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงความคิดเห็นของหมอพื้นบ้านเกี่ยวกับวิธีการสืบทอดภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน

วิธีการสืบทอดภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน	จำนวนหมอพื้นบ้าน (คน)
ก. การสืบทอดภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านให้ผู้ที่สนใจ	53
ข. การศึกษาและมีการสอนภูมิปัญญาพื้นบ้านในสถาบันการศึกษา	35
ค. การมีทุนการศึกษาให้คนรุ่นใหม่ที่น่าสนใจและต้องการศึกษาการแพทย์พื้นบ้าน	41
ง. วิธีการอื่น ๆ	15
● รัฐควรส่งเสริมให้คนรุ่นใหม่ / ผู้สนใจ / ผู้ที่มีศีลธรรมน่าเชื่อถือ ได้รับการถ่ายทอดจากหมอพื้นบ้าน หรือรัฐควรมีกองทุนสนับสนุนเพื่อให้มีประโยชน์ต่อคนรุ่นหลัง ● หมอพื้นบ้านบางคนเน้นการสืบทอดให้คนในวงศ์ตระกูล / ลูกหลาน / ญาติเท่านั้น (5 คน)	
รวม	72

2.11 การร่วมงานกับหน่วยงานสาธารณสุขของหมอพื้นบ้าน จากการศึกษาความสัมพันธ์และการเชื่อมโยงระหว่างหมอพื้นบ้านกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ พบว่า หมอพื้นบ้านจำนวน 67 คน (ร้อยละ 93.05) เคยเข้าร่วมงานสาธารณสุขในพื้นที่ ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 4 ลักษณะ คือ (1) เข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ ด้านอาสาสมัครสาธารณสุข ด้านออกกำลังกาย ด้านป้องกันยาเสพติด และการควบคุมป้องกันโรคเรื้อรัง (2) เข้าร่วมกิจกรรมด้านสมุนไพรและการแพทย์แผนไทย / การแพทย์พื้นบ้านในพื้นที่ เช่น ร่วมปลูกพืชสมุนไพร เป็นที่ปรึกษาด้านสมุนไพร เป็นต้น (3) เข้าร่วมประชุม / แลกเปลี่ยน / อบรมเป็นวิทยากรให้ความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในชุมชน การแปลสูตรยาจากภาษาล้านนาเป็นภาษาไทย และ (4) เข้าร่วมกิจกรรมและงานวิจัยกับกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เช่น เข้าร่วมงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ เข้าร่วมงานวิจัยการรักษากระดูกหักแบบพื้นบ้าน เป็นต้น และมีหมอพื้นบ้าน จำนวน 5 คน (ร้อยละ 6.9) ไม่เคยร่วมงานกับหน่วยงานสาธารณสุข

3. ความคิดเห็นต่อวิธีการประเมินและได้รับใบประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย

3.1 ช่วงเวลาที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะของหมอพื้นบ้าน หมอพื้นบ้านจำนวน 72 คน จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 หมอพื้นบ้านที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย ปี พ.ศ. 2547 – 2550 จำนวน 16 คน (ร้อยละ 22.22) และ กลุ่มที่ 2 หมอพื้นบ้านที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย ปี พ.ศ. 2554 จำนวน 55 คน (ร้อยละ 76.3) และมีหมอพื้นบ้านไม่ระบุ 1 คน

3.2 ความรู้สึกและการประเมินตนเองที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะของหมอพื้นบ้าน หมอพื้นบ้านที่ได้รับการประเมินและได้รับใบประกอบโรคศิลปะจำนวน 70 คน (ร้อยละ 97.22) มีความรู้สึกเชิงบวก ต่างกล่าวถึงความรู้สึกหลายอย่าง ที่สำคัญ คือ ดีใจ ดีใจมาก ภูมิใจ ภูมิใจมากที่สุดในชีวิต รู้สึกเป็นเกียรติ เป็นบุญและมีกำลังใจที่ภาครัฐมองเห็นความสำคัญ ไม่ทอดทิ้ง และรู้สึกว่าภูมิปัญญาของบรรพบุรุษได้รับการยกย่องและยอมรับ ยอมรับว่าเป็นการแพทย์แผนไทยที่

ถูกต้องตามกฎหมาย นอกจากนี้หมอพื้นบ้านยังรู้สึกวางใจและจะช่วยเหลือรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ไม่ถูกเรียกว่า “หมอเถื่อน” หรือพื้นภาวะเป็น “หมอเถื่อน” ทำงานได้อย่างอิสระ เปิดเผย รักษาด้วยความสบายใจ ไม่กลัวถูกดูถูก และไม่ต้องกลัวตำรวจจับ และบางคนรู้สึกภาคภูมิใจที่เป็นหมอโบราณไทยที่ชอบด้วยกฎหมาย เป็นศักดิ์ศรีของตนเองและวงศ์ตระกูล และจะปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ สัมกับการไว้วางใจของกระทรวงสาธารณสุข

หมอพื้นบ้าน จำนวน 68 คน (ร้อยละ 94.44) ประเมินว่าตนเองมีความเหมาะสมที่จะได้รับใบประกอบโรคศิลปะ เพราะตนเองเป็นหมอพื้นบ้านที่ช่วยเหลือชุมชนมาเป็นเวลานาน มีความรู้ ความสามารถ ความชำนาญและประสบการณ์การดูแลสุขภาพ และช่วยเหลือคนให้พ้นทุกข์ทั้งในชุมชนและนอกชุมชน อย่างจริงจัง เสียสละ และไม่หวังผลตอบแทน และตนเองอยากสืบทอดและรักษาผู้ป่วยด้วยการแพทย์แผนไทยต่อไป และการให้ใบประกอบโรคศิลปะยังเป็นการให้เกียรติและทำให้การรักษาผู้ป่วยถูกกฎหมาย อย่างไรก็ตาม หมอพื้นบ้าน จำนวน 2 คน ไม่มีความคิดเห็นว่าเป็นเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม เพราะการได้หรือไม่ได้ใบประกอบโรคศิลปะ ตนเองก็ต้องรักษาชาวบ้านต่อไป และภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น และหากรัฐให้มาก็รับไว้

3.3 ความคิดเห็นต่อกระบวนการการประเมินและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ
หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่รับทราบว่าการรวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ของหมอพื้นบ้านในชุมชน 3 ด้าน คือ ข้อมูลด้านความสามารถและประสบการณ์ของหมอพื้นบ้าน (66 คน) ข้อมูลผู้ป่วย (62 คน) และข้อมูลการยอมรับของชุมชน (64 คน) และมีหมอพื้นบ้าน จำนวน 65 คน ที่ระบุว่าคณะอนุกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย ไปเยี่ยมที่บ้าน ต่างรู้สึกดีใจ ปลื้มใจ ภูมิใจ ที่กรรมการลงพื้นที่มาคุยของจริง มีความเป็นกันเองในการสอบถามและพูดคุย มีการสอบถามวิธีการรักษาผู้ป่วย สมุนไพร ทำให้ได้รู้ความเป็นจริงของหมอพื้นบ้าน และบทบาทการรักษาก่อนหน้านี้ และมีหมอพื้นบ้าน จำนวน 4 คน ที่คณะอนุกรรมการ ไม่ได้ไปเยี่ยมที่บ้าน

หมอพื้นบ้านจำนวน 69 คน (ร้อยละ 95.83) มีความคิดเห็นว่า วิธีการประเมินมีความเหมาะสม เพราะประเมินจากประสบการณ์ ความรู้และความสามารถที่แท้จริงที่ได้รับสืบทอดมาจากรุ่นบุรุษ แตกต่างจากการสอบ เพราะการสอบได้จากความรู้ที่อาจไม่ใช่สิ่งที่เราได้รับถ่ายทอดยาสมุนไพรบางชนิดของหมอพื้นบ้านสามารถใช้รักษาได้เหมือนกัน แต่คำตอบที่ทางการกำหนดในข้อสอบอาจไม่ตรงกัน ทั้งที่รักษาได้เช่นกัน และมีหมอพื้นบ้าน 1 คน กล่าวว่าวิธีการไม่เหมาะสม หมอพื้นบ้านควรถูกตรวจสอบให้มากขึ้น หรือส่งไปอบรมความรู้ก่อนได้ใบประกอบโรคศิลปะ

3.4 ความคิดเห็นต่อความเป็นอาชีพของหมอพื้นบ้าน หมอพื้นบ้าน จำนวน 44 คน (ร้อยละ 61.11) กล่าวว่า หมอพื้นบ้านเป็นอาชีพหนึ่ง เพราะเป็นงานที่ทำด้วยใจรัก ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์และรักษาผู้ป่วย และมีค่าตอบแทน หรือการปลุกสมุนไพรรักษาให้ทางโรงพยาบาลก็เป็นรายได้เสริม ทำให้มีรายได้เลี้ยงอาชีพตามสมควรและตามอัตภาพ บางครั้งก็นำไปซื้อยาสมุนไพร อาจกล่าวได้ว่าเป็นอาชีพเสริม เป็นกึ่งอาชีพกึ่งช่วยเหลือ หากเป็นคนจน ก็ให้การรักษาโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายหรือให้เพียงค่ายาสำหรับหมอพื้นบ้าน จำนวน 27 คน (ร้อยละ 37.5 คน) กล่าวว่า การเป็นหมอพื้นบ้านไม่เป็นอาชีพ เพราะเป็นงานที่ทำด้วยใจรัก งานที่ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์และผู้ป่วย ต้องมีคุณธรรม ใจรัก ไม่แสวงหาผลกำไร หรือผลประโยชน์ในการรักษา เป็นการทำบุญ บางคนมีอาชีพหลักอยู่แล้ว และการรักษาผู้ป่วยให้รายได้ไม่แน่นอน และไม่ได้ทำเป็นธุรกิจ

3.5 ความคิดเห็นต่อลักษณะค่าตอบแทนที่ควรได้รับจากผู้ป่วย หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ จำนวน 56 คน (ร้อยละ 77.78) ระบุว่า ค่าตอบแทนควรขึ้นอยู่กับผู้ป่วย ไม่ควรกำหนด

ค่าตอบแทนการรักษาแบบตายตัว และมีหมอพื้นบ้านบางส่วน คิดว่า ภาครัฐควรสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคจากหมอพื้นบ้าน หรืออาจสนับสนุนงบประมาณในการแปรรูปสมุนไพร นอกจากนี้ หมอพื้นบ้านบางคน (2 – 3 คน) คิดเห็นว่าค่าตอบแทนควรมีการกำหนดชัดเจน และกำหนดจากส่วนกลาง

3.6 ความรู้สึกก่อนที่หมอพื้นบ้านจะได้รับใบประกอบโรคศิลปะ หมอพื้นบ้านมีความคิดและความรู้สึกที่หลากหลายในการรักษาผู้ป่วยก่อนได้รับใบประกอบโรคศิลปะ ที่สำคัญ คือ รู้สึกเป็นการทำบุญ การช่วยเหลือ และมีน้ำใจให้กับผู้ป่วย โดยมีได้หวังผลตอบแทน นอกจากนี้ยังรู้สึกหวาดกลัว รู้สึกผิดกฎหมาย และคิดว่าภาครัฐมีความหวาดระแวง และมองว่าเป็นความเชื่อของชาวบ้าน ไม่อยากมายุ่งเกี่ยวกับ จากตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงความรู้สึกก่อนที่หมอพื้นบ้านจะได้รับใบประกอบโรคศิลปะ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

ความรู้สึกของหมอพื้นบ้าน	จำนวนหมอพื้นบ้าน (คน)
ก. รู้สึกหวาดกลัว เกรงว่าเจ้าหน้าที่รัฐจะจับระหว่างการรักษาผู้ป่วย	21
ข. รู้สึกผิดกฎหมาย อยากเลิกรักษาผู้ป่วย	14
ค. รู้สึกเป็นการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย มิได้หวังผลประโยชน์ตอบแทน	60
ง. รู้สึกเป็นการทำบุญ และมีน้ำใจช่วยเหลือกันในชุมชน	50
จ. รู้สึกภาครัฐหวาดระแวง และไม่เชื่อถือหมอพื้นบ้าน	23
ฉ. รู้สึกภาครัฐมองว่าเป็นความเชื่อของชาวบ้าน ไม่อยากยุ่งเกี่ยว	7
ช. อื่น ๆ (ไม่ได้กังวลใจ เพราะทำด้วยใจสมัคร และหมอพื้นบ้านจะรักษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาลไม่รับรักษาแล้ว)	2
รวม	72

3.7 ประสบการณ์การสอบเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทย จากประสบการณ์การเข้าสอบเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะของหมอพื้นบ้าน จำแนกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 หมอพื้นบ้านที่เคยเข้าสอบ (22 คน) ในสาขาเวชกรรมไทย เกษัตริกรรมไทย การนวดแผนไทย และผดุงครรภ์ไทย เพราะอยากให้ถูกต้องตามกฎหมาย และอยากมีความรู้และได้ใบประกอบโรคศิลปะ เพื่อความมั่นใจและไม่ผิดกฎหมาย ผลคือ การสอบไม่ผ่าน เพราะว่า ชื่อยาสมุนไพรแตกต่างกัน ความไม่เข้าใจภาษาวิชาการ และกฎหมาย ตลอดจนทำข้อสอบไม่ทันเวลา ส่วน กลุ่มที่ 2 หมอพื้นบ้านที่ไม่เคยเข้าสอบ (48 คน) เพราะไม่ได้ศึกษาการแพทย์แผนไทย ไม่มั่นใจ เกรงว่าจะสอบไม่ได้ ไม่ทราบว่าต้องสอบ อายุมาก บางคนกล่าวว่า ไม่สนใจใบรับรองหรือค่าตอบแทน และไม่มีเจตนารมณ์นำความรู้ของบรรพบุรุษมาประกอบธุรกิจ

4. การเปลี่ยนแปลงหลังจากที่หมอพื้นบ้านได้รับใบประกอบโรคศิลปะ สาขากการแพทย์แผนไทย

4.1 ความตั้งใจในการปรับปรุงสถานที่และบทบาทการรักษาโรคภายหลังการได้รับใบประกอบโรคศิลปะ หมอพื้นบ้านมากกว่าครึ่งมีความตั้งใจที่จะปรับปรุงสถานที่ ระบบบันทึก และพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ดีกว่าเดิม จากตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงความตั้งใจของหมอพื้นบ้านที่จะปรับปรุงสถานที่และบทบาทภายหลังการได้รับใบประกอบโรคศิลปะ

รายการการปรับปรุงสถานที่ / บทบาท	จำนวนหมอพื้นบ้าน (คน)
ก. การปรับปรุงบริเวณบ้านให้สะอาดและเป็นระเบียบ	41
ข. มีบันทึกข้อมูลและการติดตามผลให้เป็นหมวดหมู่	53
ค. มีการหา การปรุง และการใช้สมุนไพรให้มีคุณภาพมากขึ้น	48
ง. อื่น ๆ	8
• การเพิ่มเวลาในการรักษาผู้ป่วย • ปรับปรุงที่พักค้างคืนของผู้ป่วย ที่พัก น้ำไฟฟรี อาหารผู้ป่วยหาเอง • ค้นคว้าแปลตำรายาสมุนไพร จากภาษาล้านนาเป็นภาษาไทยให้ผู้สนใจนำไปปฏิบัติ • ดูแลอุปกรณ์เครื่องมือให้เป็นระเบียบ และสะอาดกว่าเดิม • ศึกษาเพิ่มเติมจากสถาบันการศึกษาและถ่ายทอดภูมิปัญญาให้ชุมชน • ปรับปรุงคำรักษาให้อยู่ในความพึงพอใจของผู้ป่วย • ปรึกษาและพัฒนาบทบาทชมรมหมอพื้นบ้าน	
จ. ไม่มีการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม	14
รวม	72

4.2 การได้รับความรู้และเทคนิคการดูแลรักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมจากปัจจุบัน หมอพื้นบ้านจำนวน 55 คน (ร้อยละ 76.39) เห็นว่า ตนเองควรได้รับความรู้และเทคนิคการดูแลรักษาผู้ป่วยเพิ่มเติม ประกอบด้วย 2 หัวข้อใหญ่ คือ (1) ความรู้วิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การใช้ยาแผนปัจจุบัน (ยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะ) การดูแลแผลแบบแผนปัจจุบัน การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาโรคต่าง ๆ เช่น เบาหวาน มะเร็ง ความดันโลหิตสูง กระดูก อัมพฤกษ์ – อัมพาต (2) ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย ได้แก่ ยาสมุนไพร การปรุงยาสมุนไพร พืชยาสมุนไพร กฎหมาย วิธีการรักษาด้วยสมุนไพรด้านทฤษฎี และปฏิบัติจากสถาบันการศึกษา / บุคคลที่มีความรู้ และการแลกเปลี่ยนกันระหว่างหมอพื้นบ้าน และมีหมอพื้นบ้านจำนวน 14 คน เห็นว่า ไม่ควรได้รับความรู้เพิ่มเติม

4.3 ความคิดเห็นต่อการเปิดสถานพยาบาลการแพทย์แผนไทยในอนาคต หมอพื้นบ้านจำนวน 37 คน (ร้อยละ 51.38) เห็นว่า ตนเองไม่ต้องการเปิดสถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย เพราะต้องการดูแลผู้ป่วยและเพื่อนบ้านตามแนวทางที่เคยปฏิบัติมา ต้องการรักษาผู้ป่วยที่บ้าน

ตนเอง และไม่ต้องการแสวงหาเงินทอง หรือธุรกิจการค้า หรือผลประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วย และมีหมอพื้นบ้านบางคนมีเหตุผลว่า อายุมาก ไม่มีเวลา หรือมีงานอื่น หรือรักษาผู้ป่วยที่ตัวอยู่แล้ว

หมอพื้นบ้าน จำนวน 29 คน (ร้อยละ 40.28) ระบุว่า ตนเองต้องการเปิดสถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย ด้วยเหตุผลหลายเหตุผล คือ ต้องการให้การรักษาผู้ป่วยถูกต้อง สมบูรณ์ เปิดเผย และน่าเชื่อถือมากขึ้น เป็นแหล่งเผยแพร่และเรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านไม่ให้สูญหาย เป็นการประกาศตนเองอย่างถูกกฎหมาย ดูเป็นกิจจะลักษณะ และน่านับถือกว่าเดิม และเพื่อส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และแบ่งเบาภาระสถานบริการภาครัฐ บางทีคนยังอยากให้เหมือนต่างประเทศ ที่มีโรงพยาบาลแบบทางเลือก เช่น ประเทศจีน ประเทศเมียนมาร์ เป็นต้น และยังมีหมอพื้นบ้านบางคน กล่าวถึงความจำกัดด้านเงินลงทุน (2 คน)

หมอพื้นบ้าน จำนวน 6 คน (ร้อยละ 8.33) ไม่ได้ระบุความคิดเห็น

4.4 ความคิดเห็นต่อการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในอนาคต สำหรับกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข หมอพื้นบ้าน จำนวน 52 คน (ร้อยละ 72.22) มีความคิดเห็นต่อการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในอนาคต ส่วนหมอพื้นบ้าน จำนวน 17 คน (ร้อยละ 23.61) ไม่มีความคิดเห็น ความคิดเห็นมี 4 ด้าน รายละเอียดดังนี้

4.4.1 ภาครัฐ / กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้มีแนวทางคุ้มครอง อนุรักษ์ และเปิดโอกาสให้หมอพื้นบ้านช่วยเหลือ และรักษาผู้ป่วยในชุมชน มีการสนับสนุนและดูแลหมอพื้นบ้านอย่างต่อเนื่อง และทั่วประเทศ เพื่อไม่ให้หมอพื้นบ้านสูญหายไปจากประเทศไทย นอกจากนี้มีข้อเสนอแนะให้หมอพื้นบ้านที่มีประสบการณ์ร่วมในการประเมิน / การสอบ และมีบทบาทในการร่างกฎหมาย หรือเปิดโอกาสให้ไปช่วยปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

4.4.2 ภาครัฐควรส่งเสริมการรวมกลุ่มและพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการให้หมอพื้นบ้าน มีความเห็นให้ส่งเสริมการรวมกลุ่มหมอพื้นบ้าน ให้มีความชัดเจน เข้มแข็ง เป็นนิติบุคคล และสามารถดำเนินงานด้วยตนเองได้ และสนับสนุนให้หมอพื้นบ้านแลกเปลี่ยนความรู้ / ประสบการณ์ และพัฒนาวิชาการทั้งในด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพสมัยใหม่ (การรักษาและใช้ยาสมัยใหม่ การรักษาโรคแบบสมัยใหม่ ร่วมมือกับหมอแผนปัจจุบันในการรักษากระดูกหัก) และด้านการแพทย์พื้นบ้าน (สมุนไพร การรักษาโรคแบบพื้นบ้าน) (กฎหมายและบทบาทหน้าที่ของหมอพื้นบ้าน พื้นที่ปลูกสมุนไพร) โดยวิธีการอบรม สัมมนา การแลกเปลี่ยน และการศึกษาดูงานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรืออาจจัดในระดับจังหวัด

4.4.3 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ให้ทำต่อไป และให้มีการส่งเสริม – ประเมิน – คัดเลือกหมอพื้นบ้านที่มีความสามารถอย่างต่อเนื่อง โดยการค้นหาและพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานหมอพื้นบ้านให้ดีขึ้น บางคนเสนอให้ดูแลหมอพื้นบ้านที่ไม่ผ่านการประเมินให้ต่อเนื่อง และในการรับรองและประเมินหมอพื้นบ้าน มีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการส่งเสริมให้หมอพื้นบ้านได้รับใบประกอบโรคศิลปะจำนวนมาก โดยการอบรมเข้มข้น 2 – 3 เดือน เพื่อให้คนเหล่านั้นนำความรู้ไปช่วยเหลือและใช้ประโยชน์กับผู้ป่วย และในการประเมินที่ผ่านมา หมอพื้นบ้านบางคนมีความสามารถหลายด้าน แต่ใบประกอบโรคศิลปะให้ในสาขาเวชกรรม ทำให้ไม่ตรงกับความสามารถของหมอพื้นบ้าน

4.4.4 ภาครัฐควรสนับสนุนด้านสวัสดิการและด้านทรัพยากรในการรักษาผู้ป่วยให้กับหมอพื้นบ้าน ต้องการให้ภาครัฐสนับสนุนงบประมาณ ค่าตอบแทน หรือสวัสดิการให้กับหมอ

พื้นบ้าน เพื่อเป็นกำลังใจและช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน งบประมาณจะช่วยเหลือเป็นทุนการแปรรูปสมุนไพร หรือช่วยเหลือสนับสนุนอุปกรณ์การดูแลรักษาเบื้องต้น และอุปกรณ์การทำแผลให้กับหมอพื้นบ้าน บางคนเสนอแบบกว้าง ๆ ว่าให้ภาครัฐสนับสนุนการทำงานของหมอพื้นบ้าน



บทที่ 4

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

1. หลักการและเหตุผล

ในปี พ.ศ. 2553 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า ประเทศไทยมีหมอพื้นบ้าน จำนวน 50,691 คน มีบทบาทเป็นที่พึ่งด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยทางกายและทางใจในชุมชน และในระยะใกล้ สำนักงานแพทย์พื้นบ้านไทย ร่วมกับภาคีเครือข่ายดำเนินงานศึกษา จัดการความรู้ และวิจัยพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน 7 ประเด็น คือ การดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด ผักพื้นบ้าน / อาหารพื้นบ้าน กระดูกหัก สัตว์พิษกัด / งูกัด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และอัมพฤกษ์ – อัมพาต เกิดเป็นองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน และแนวทาง / รูปแบบการส่งเสริมการแพทย์พื้นบ้านที่เป็นระบบและชัดเจนมากขึ้น

ในปี พ.ศ. 2547 ภายใต้ พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 (1)(ค) เปิดช่องทางการประเมินและรับรองบุคคลที่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้านหรือหมอพื้นบ้าน ทำให้หมอพื้นบ้านมีโอกาสนในการขึ้นทะเบียนและได้รับใบประกอบโรคศิลปะ สาขากการแพทย์แผนไทย นับเป็นการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้านอย่างเป็นทางการ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา แนวทางดังกล่าวมีทั้งผลสำเร็จและข้อจำกัดอย่างเป็นทางการ ข้อจำกัดสำคัญ คือ กลไกและกระบวนการการประเมินและรับรองหมอพื้นบ้าน เป็นกลไกส่วนกลางที่มีอำนาจเบ็ดเสร็จ ขาดการมีส่วนร่วมของภาคสังคมและชุมชน นอกจากนี้ ยังมีความจำเป็นในการขยายความคิด กลไก และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมบทบาทของหมอพื้นบ้าน ภายใต้หลักการการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐและภาคสังคม

2. วัตถุประสงค์

2.1 ศึกษาและทบทวนนโยบายและสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้านในประเทศไทยและต่างประเทศ

2.2 ศึกษาบทเรียน ความสำเร็จ และข้อจำกัดของแนวทางและกระบวนการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้านไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2547 – 2553

2.3 ศึกษาและพัฒนารูปแบบและกลไกการรับรองสถานภาพทางกฎหมายและทางสังคมของหมอพื้นบ้านในระดับพื้นที่

2.4 ศึกษาและเสริมพลังเครือข่ายหมอพื้นบ้านในระดับพื้นที่

2.5 พัฒนาข้อเสนอแนะด้านนโยบายและด้านยุทธศาสตร์การส่งเสริมบทบาทและสถานภาพทางกฎหมาย และทางสังคมของหมอพื้นบ้านในอนาคต

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

เป้าหมายของโครงการ คือ การส่งเสริมสถานภาพทางสังคมและทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน ให้สามารถดูแลสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรี งานวิจัยประกอบด้วย 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 (พ.ศ. 2554) การศึกษาและทบทวนกลไกและกระบวนการการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน และช่วงที่ 2 (พ.ศ. 2554 – 2556) การศึกษาและพัฒนารูปแบบการ

รับรองสถานภาพทางกฎหมายและทางสังคมของหมอพื้นบ้านระดับพื้นที่ เป็นงานวิจัยปฏิบัติการ โดยมีกลยุทธ์การทำงาน 3 ด้าน คือ กลไกและกระบวนการรับรองทางกฎหมายและทางสังคมในระดับพื้นที่ การสร้างพลังและการเรียนรู้ร่วมของหมอพื้นบ้าน และการส่งเสริมและเฝ้าระวังการแพทย์พื้นบ้าน ภายใต้ความร่วมมือของระดับท้องถิ่น

4. ระเบียบวิธีการวิจัย

ช่วงที่ 1 (พ.ศ. 2554) การศึกษากลไกและกระบวนการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน รูปแบบการวิจัย คือ การวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรม การสร้างเครื่องมือ (แบบสอบถามและแนวทางการสัมภาษณ์) เก็บข้อมูลจาก 3 กลุ่มหลัก คือ กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย / คณะอนุกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย และกลุ่มหมอพื้นบ้านที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย ตาม พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ ปี พ.ศ. 2542 มาตรา 33 (1)(ค) จากนั้นจึงสรุปและสังเคราะห์งานวิจัย

ช่วงที่ 2 (พ.ศ. 2554 – 2556) การศึกษาและพัฒนารูปแบบการรับรองสถานภาพทางกฎหมายและทางสังคมของหมอพื้นบ้าน ระดับพื้นที่ รูปแบบคือ งานวิจัยปฏิบัติการพื้นที่เป้าหมาย 2 จังหวัด / ภูมิภาค รวมทั้งหมด 8 จังหวัด

5. ผลการศึกษา (ช่วงที่ 1)

5.1 นโยบายและสถานภาพทางกฎหมายของการแพทย์แบบดั้งเดิม : ภาพรวม

5.1.1 นโยบายระดับชาติด้านการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือก ทศวรรษที่ผ่านมา การแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือก (TCAM) มีการใช้ประโยชน์เพิ่มขึ้นทั่วโลก ทั้งในประเทศพัฒนา และประเทศกำลังพัฒนา องค์การอนามัยโลกพบว่า แนวโน้มของการใช้ประโยชน์ที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับนโยบายและการเพิ่มขึ้นของงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะงานวิจัยด้านประสิทธิภาพ กลไกการทำงาน และความปลอดภัยของการบำบัดแบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือก และในปี พ.ศ. 2551 องค์การอนามัยโลกมีการสำรวจ พบว่า ประเทศสมาชิกจำนวนร้อยละ 32 (45 ประเทศในประเทศสมาชิกทั้งหมด 191 ประเทศ) มีนโยบายระดับชาติการแพทย์แบบดั้งเดิมและการแพทย์แบบเสริม

5.1.2 สถานภาพทางกฎหมายของการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือก สถานะทางกฎหมายของการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือก มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ไม่ได้เป็นรูปแบบเดียวกัน ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขทางประวัติศาสตร์ สังคม วัฒนธรรม การยอมรับทางสังคม การปฏิสัมพันธ์ทางการแพทย์ และการวางสถานะของการแพทย์แบบดั้งเดิมของแต่ละประเทศ

ในปี พ.ศ. 2548 องค์การอนามัยโลกสำรวจ พบว่า ประเทศสมาชิกร้อยละ 38 (54 ประเทศในประเทศสมาชิกทั้งหมด 191 ประเทศ) มีกฎหมายและการควบคุมการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือก ประเทศส่วนใหญ่มีการริเริ่มและพัฒนาในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ. 2531 – 2543)

การพิจารณากฎหมายและการควบคุมการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือก จำแนกเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 กฎหมายและกฎระเบียบที่ถูกกำหนดโดยองค์กรรับผิดชอบ ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบระบบและกลไกทางกฎหมาย

การศึกษาสถานภาพทางกฎหมายของการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือก มีการศึกษา 2 ด้านสำคัญ คือ สถานภาพทางกฎหมายของผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม และสถานภาพทางกฎหมายของผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์แบบดั้งเดิม

5.1.3 สถานภาพทางกฎหมายของผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม

คำศัพท์ที่ใช้เรียกผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม (Traditional Medicine Practitioners) มีความแตกต่างกันในภาพรวม ผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม จำแนกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ ผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิมที่ผ่านการอบรมแบบไม่เป็นทางการ และผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมที่ผ่านการอบรมแบบทางการ

ผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิมที่ผ่านการอบรมแบบไม่เป็นทางการ เป็นบุคคลที่ฝึกฝนความรู้จากการปฏิบัติ และได้รับการถ่ายทอดโดยผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิมที่ชำนาญ (Master – Apprentice Training) พวกเขาให้การรักษาแบบดั้งเดิมและได้รับการยอมรับจากชุมชน เมื่อหลายประเทศมีนโยบายส่งเสริมการแพทย์แบบดั้งเดิม พวกเขาได้รับการฝึกฝนอบรม และการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิม โดยเฉพาะมีการแนะนำความรู้ของงานสาธารณสุขแผนใหม่ด้วย ทำให้พวกเขามีบทบาทดูแลรักษาโรคแบบดั้งเดิม ภายใต้การดูแลของภาครัฐ และบางประเทศอาจมีช่องทางที่สามารถทดสอบเพื่อรับใบอนุญาตแบบทางการได้ (Formal License)

ผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิมที่ผ่านการอบรมแบบทางการ (Formal Training) เป็นบุคคลที่ได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตรการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือก แบบทางการ โดยมีมาตรฐานทางการศึกษาและได้รับใบรับรองคุณวุฒิจากสถาบันการศึกษา (โรงเรียน / วิทยาลัย / มหาวิทยาลัย) ภายหลังจากจบการศึกษาแล้ว พวกเขาจะต้องผ่านการสอบเพื่อให้ได้รับใบอนุญาตการรักษาโรคแบบดั้งเดิมตามกฎหมาย

สถานการณ์ปัจจุบัน กฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการแพทย์แบบดั้งเดิม จำแนกเป็น 4 ระบบ คือ (1) ระบบแบบเดี่ยว (The Exclusive or Monopolistic System) (2) ระบบแบบยอมรับบางส่วน (The Tolerant System) (3) ระบบแบบคู่ขนาน (The Inclusive or Parallel System) และ (4) ระบบแบบบูรณาการ (The Integrated System)

5.2 บทเรียนการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของการแพทย์แบบดั้งเดิม กรณีศึกษา 4 ประเทศ

กรณีศึกษาที่ 1 การแพทย์แบบดั้งเดิม ประเทศสหภาพเมียนมาร์

ประเทศสหภาพเมียนมาร์ เป็นประเทศที่มีภูมิอากาศแบบร้อนชื้น มีประชากร 57.5 ล้านคน ส่วนใหญ่อาศัยในชนบท และนับถือพุทธศาสนาแบบเถรวาท ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวพม่า และมีชนกลุ่มน้อย 135 ชชาติพันธุ์ และมีภาษาพูดมากกว่า 100 ภาษา การแพทย์แบบดั้งเดิมของชาวเมียนมาร์มีอายุราว 2,000 ปี จำแนกเป็น 4 สาขา คือ Desana System (การแพทย์แบบพุทธศาสนา) Bhesijja System (การแพทย์แบบอายุรเวท) Netkhatta System (โหราศาสตร์) และ Vijjadhara System (จิตวิญญาณ สมบัติ และเกษตรกรรมแบบดั้งเดิม)

กฎหมายเกี่ยวกับการแพทย์แบบดั้งเดิมริเริ่มและปรับเปลี่ยนมาเป็นเวลา 50 – 60 ปี ปัจจุบันกฎหมายที่เกี่ยวกับผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม คือ Traditional Medicine

Council Law ผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม มี 2 ลักษณะ คือ (1) ผู้ที่ผ่านหลักสูตรการแพทย์แบบดั้งเดิม จากมหาวิทยาลัยการแพทย์แบบดั้งเดิม (2001 – 2011) และ (2) ผู้ที่มีประสบการณ์และมีความรู้จากครอบครัวหรือคนรุ่นเก่า เข้าร่วมการอบรม (The Completion of Courses) ในมหาวิทยาลัยการแพทย์แบบดั้งเดิม เป็นเวลา 3 เดือน หรือ 1 – 3 – 5 ปี ขึ้นอยู่กับพื้นฐานการศึกษาของผู้เรียน หลังจากนั้นพวกเขาจะได้รับใบอนุญาตให้รักษาผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ นอกจากนี้ ในกรณีที่มีประสบการณ์อายุ 60 ปี สามารถยื่นขอใบอนุญาตแบบทางการผ่าน “สมาคมการแพทย์เมียนมาร์” ในพื้นที่ได้อีกทางหนึ่ง ในปี พ.ศ. 2543 ประเทศเมียนมาร์มีผู้ให้การักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม จำนวน 8,000 คน

กรณีศึกษาที่ 2 การแพทย์แบบดั้งเดิม ประเทศสาธารณรัฐอินโดนีเซีย

ประเทศสาธารณรัฐอินโดนีเซีย เป็นประเทศแห่งหมู่เกาะ และมีประวัติศาสตร์ยาวนาน มีประชากร 240 ล้านคน ประกอบด้วย กลุ่มชาติพันธุ์ 400 ชาติพันธุ์ ภาษามากกว่า 250 ภาษา เป็นสังคมที่มีการผสมผสานด้านสังคมวัฒนธรรม มีศาสนาอิสลามเป็นภาษาประจำชาติ การแพทย์แบบดั้งเดิมมีประวัติศาสตร์ยาวนาน และมียาสมุนไพรท้องถิ่น ภายใต้ชื่อ “Jamu” ที่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง

กฎหมายเกี่ยวกับการแพทย์แบบดั้งเดิมเริ่มในปี พ.ศ. 2536 นโยบายการแพทย์แบบดั้งเดิมให้ความสำคัญกับนโยบายแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive Policy)

ผู้ให้การรักษาโรคแบบดั้งเดิม (Traditional Healer) ของประเทศอินโดนีเซีย ในปี พ.ศ. 2538 มีจำนวน 562,984 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ หมอแผนโบราณ หมอชำนาญเฉพาะด้าน หมอศาสนา หมอด้านจิตวิญญาณ และมีการส่งเสริมและบูรณาการกับงานสาธารณสุขภาครัฐ และมีข้อมูลแสดงว่าการออกใบประกอบวิชาชีพ (The License for Practice) ให้หมอแผนโบราณสามารถทำได้โดยองค์กรด้านกฎหมายระดับจังหวัดและอำเภอ (District or Provincial Attorney)

ผู้ให้การรักษาทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรมแบบทางการ เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2548 โดยมหาวิทยาลัยแอร์ลังกา (Airlangga University) มีการเรียนการสอนหลักสูตรการแพทย์แบบดั้งเดิมระดับบัณฑิตปริญญา (3 ปี) และสามารถได้รับใบประกอบวิชาชีพได้

ชาวอินโดนีเซีย ประมาณร้อยละ 70 – 80 นิยมใช้ยาสมุนไพรพื้นเมือง “Jamu” ปัจจุบันยาสมุนไพรแบบดั้งเดิมที่ขึ้นทะเบียนมีจำนวน 9,737 ตำรับ ภายใต้กฎหมาย ยาสมุนไพรจำแนกเป็น 2 แบบ คือ ยาแบบดั้งเดิมที่ผลิตโดยบุคคลหรืออุตสาหกรรมครัวเรือน (Home – made Jamu) และยาแบบดั้งเดิมที่ผลิตแบบอุตสาหกรรม (Industry – made Jamu) และรัฐบาลยังให้ความสำคัญกับการวิจัยและพัฒนายาสมุนไพรแบบดั้งเดิมให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยด้วยองค์ความรู้แบบวิทยาศาสตร์

กรณีศึกษาที่ 3 การแพทย์แบบดั้งเดิม ประเทศสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม

ประเทศสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม มีภูมิประเทศหลากหลาย มีทั้งที่ราบปากแม่น้ำ เทือกเขา และชายฝั่งทะเล ภูมิภาคฮ่าล็อง มีประชากร 85 ล้านคน และมีกลุ่มชาติพันธุ์ 54 ชาติพันธุ์

การแพทย์แบบดั้งเดิมมีอายุกว่า 4,000 ปี และได้รับอิทธิพลจากปรัชญาเต๋า การแพทย์แผนจีนและผสมผสานกับการแพทย์ท้องถิ่นของหลายชนชาติ รัฐบาลร่วมกับองค์กรภาคเอกชนส่งเสริมพัฒนาและบูรณาการการแพทย์แผนดั้งเดิม และการแพทย์แผนปัจจุบันในระบบบริการสุขภาพของชาติ

กฎหมายที่ควบคุมการแพทย์แบบดั้งเดิมอยู่ภายใต้กฎหมายสาธารณสุข (Public Health Law – ค.ศ. 1989) ผู้ให้การรักษาโรค จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม (Traditional Medicine Practitioners) และแพทย์แบบดั้งเดิม (Traditional Medical Doctors)

ปี พ.ศ. 2544 กระทรวงสุขภาพ มีรายงานถึงข้อมูลของผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิม 6 ประเภท คือ

(1) Traditional Medicine Practitioner	1,000 ราย
(2) Traditional Medical Doctors	5,000 ราย
(3) Assistant Traditional Medical Doctors	2,500 ราย
(4) Traditional Medical Pharmacists	209 คน
(5) Private Practitioners of Traditional Medicine	8,000 คน
(6) Acupuncturists	1,400 คน

ประเทศเวียดนาม มีผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมหลายรูปแบบ และให้บริการสุขภาพหลายระดับทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน และจากงานวิจัยของนักวิจัยชาวญี่ปุ่น พบว่า ผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมในเมือง Kien Giang และเมือง Ninh Thuan ได้รับความรู้ทางการแพทย์แบบดั้งเดิมจากครอบครัว และได้รับใบอนุญาตอย่างเป็นทางการให้รักษาโรคได้ภายหลังจากการเข้ารับการอบรมระยะสั้นจากโรงเรียนการแพทย์แบบดั้งเดิมของเมืองทั้งสอง

กรณีศึกษาที่ 4 การแพทย์แผนจีน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน

ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน เป็นประเทศที่มีประวัติศาสตร์ยาวนาน และปัจจุบันเป็นประเทศที่มีการเปลี่ยนแปลง และขยายตัวด้านเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว มีธรรมชาติภูมิประเทศและภูมิอากาศที่แตกต่างกันมาก ส่งผลให้มีความหลากหลายทางชีวภาพสูงมากแห่งหนึ่งในโลก ประชากรจำนวน 1,300 ล้านคน มีชนชาติอื่น ร้อยละ 91 ส่วนที่เหลือเป็นชนชาติส่วนน้อย 56 ชนชาติ (ประมาณ 105 ล้านคน)

การแพทย์แผนจีน (Traditional Chinese Medicine) มีประวัติศาสตร์มากกว่า 5,000 ปี การแพทย์จีนให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลชีวิตแบบองค์รวม และรักษาสุขภาพสู่ความสมดุลเมื่อเจ็บป่วย มีศักยภาพในการดูแลโรคเรื้อรัง โรคจากความเสื่อม โรคติดเชื้อ และโรคทางจิตใจ แต่มีความจำกัดในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต มีการใช้ประโยชน์จากการแพทย์จีนทั้งในและนอกประเทศ

การแพทย์ชาติพันธุ์แบบดั้งเดิมของประเทศจีน (China's Traditional Ethnic Medicines) จำแนกเป็น 3 ประเภท คือ

ประเภทที่หนึ่ง การแพทย์แผนจีน (Traditional Chinese Medicine – TCM) เป็นการแพทย์แบบดั้งเดิมที่มีประวัติศาสตร์ยาวนาน มีภาษา สิ่งพิมพ์ทางการแพทย์ที่เป็นเอกลักษณ์

และวรรณกรรมทางประวัติศาสตร์การแพทย์จำนวนมาก มีปฏิบัติการทางคลินิกอย่างดีและเป็นระบบ และถูกถ่ายทอดเป็นแบบอย่างโดยแพทย์หรือนักวิชาชีพที่มีประสบการณ์ มีหลักการทางการแพทย์ ที่ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องมั่นคง ประกอบด้วย การแพทย์ชาติพันธุ์ 4 ชนชาติ คือ การแพทย์ทิเบต การแพทย์มองโกลเลีย การแพทย์อุยกูร์ และการแพทย์ไท

ประเภทที่สอง การแพทย์ชาติพันธุ์ส่วนน้อย (National Medicine หรือ Minority Medicine) หมายถึง การแพทย์แบบดั้งเดิมของกลุ่มชาติพันธุ์ส่วนน้อยของจีน มีการสะสมองค์ความรู้และประสบการณ์เป็นระบบการแพทย์ของตนเองมีรากฐานทางวัฒนธรรม ศาสนาและวิถีที่เป็นเอกลักษณ์ของท้องถิ่น แต่ยังมีขาดกรอบทางทฤษฎีแบบบูรณาการ แต่ยังมีการผลิตสิ่งพิมพ์สำคัญจำนวนหนึ่ง และมีการใช้ประโยชน์ภายในสังคมของตนเอง ตัวอย่างเช่น การแพทย์ชาติพันธุ์จ้วง เมียว ยี่ พูเจีย โคเรีย และเซอ เป็นต้น

ประเภทที่สาม การแพทย์พื้นบ้าน (Folk Medicine) เป็นการแพทย์ที่สืบทอดการใช้ประโยชน์จากรุ่นสู่รุ่น โดยการบอกเล่า ไม่มีระบบทฤษฎี ไม่มีการบันทึกที่สมบูรณ์ และชัดเจน บางกลุ่มชาติพันธุ์ได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมการแพทย์จีน ตัวอย่างเช่น การแพทย์ชนชาติตัง นาซี ไป ลี ยี่ ไป เป็นต้น

ในเวลากว่าหกทศวรรษที่ผ่านมา สถานภาพทางกฎหมายและการควบคุมการแพทย์จีนเป็นไปตามแนวทางของรัฐธรรมนูญ กฎหมาย และนโยบายที่ชี้นำและส่งเสริมการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนจีน ให้มีความเท่าเทียมกัน ทำงานร่วมมือ และเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

ในปี พ.ศ. 2538 มีรายงานว่า ผู้ให้บริการการแพทย์แผนจีนมีจำนวน 525,000 คน จำแนกเป็น ผู้ให้การรักษาทางการแพทย์จีน / แพทย์จีน มี 257,000 คน (ปี พ.ศ. 2554 มี 334,000 คน) เกสัชกรแผนจีน มี 83,000 คน ผู้ช่วยแพทย์แผนจีน 72,000 คน ผู้ช่วยเกสัชกรแผนจีน มี 55,000 คน และแพทย์แผนตะวันตกที่ผ่านการอบรมการแพทย์แผนจีน มี 10,000 คน

สำหรับบุคคลที่ผ่านระบบการฝึกปฏิบัติจากคนรุ่นเก่า หากต้องการเป็นแพทย์แผนจีน หรือผู้ช่วยการแพทย์แผนจีน จะต้องผ่านหลักสูตรฝึกอบรม (The Completion of Courses) ที่ดำเนินการโดยสถาบันเอกชนที่รับรองโดยรัฐบาล และผ่านการสอบอย่างเป็นทางการ (The Formal Examination) โดยกรมการแพทย์จีน (Department of TCM) สำหรับผู้ที่สอบไม่ผ่านหรือไม่เข้าร่วมจำต้องผ่านการสอบรวม (United Examination) ที่จัดโดย กรมสุขภาพ (Dept. of Health) และในสังคมจีนยังคงมี “ผู้ให้การรักษาแผนจีนแบบพื้นบ้าน” (Indigenous Practitioners of TCM) พวกเขาไม่ได้รับการศึกษาอย่างเป็นทางการและไม่มีใบอนุญาตในการรักษาผู้ป่วย ผู้เชี่ยวชาญประเมินว่า ผู้ให้การรักษาแผนจีนแบบพื้นบ้านมีประมาณ 50,000 คน รักษาโรคนาน 10 – 20 ปี พวกเขามีความจำกัดในการสอบเพื่อประเมินและได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ องค์กรที่รับผิดชอบอาจมีนโยบายที่เป็นไปได้เพื่อทดสอบความสามารถด้านการแพทย์แผนจีนให้การฝึกอบรมต่อเนื่อง และให้สิทธิการรักษาโรคกับผู้ให้การรักษาแผนจีนแบบพื้นบ้านกลุ่มนี้

5.3 การรับรองสถานภาพทางกฎหมายของการแพทย์แบบดั้งเดิม / การแพทย์พื้นบ้าน ประเทศไทย

5.3.1 ความเป็นมา สังคมไทยมีการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยมายาวนาน การแพทย์แผนไทยเป็นองค์ความรู้ที่ได้รับอิทธิพลจากพุทธศาสนา วัฒนธรรม

การแพทย์ของประเทศใกล้เคียง (การแพทย์แบบอายุรเวท และการแพทย์จีน) และผสมผสานกับวัฒนธรรมการแพทย์ของสังคมไทย ริเริ่มตั้งแต่ช่วงก่อนประวัติศาสตร์ และสืบทอดต่อเนื่องต่อมาในยุคสุโขทัย ยุคอยุธยา และยุครัตนโกสินทร์ トラบจนการแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามามีอิทธิพลในระบบสาธารณสุขของชาติ ทำให้การแพทย์แผนไทยถูกลดบทบาทลงในช่วงต้นรัชกาลที่ 6 ยุครัตนโกสินทร์

5.3.2 สถานภาพทางกฎหมายของการแพทย์แผนไทย ปี พ.ศ. 2466 รัฐบาลริเริ่มกฎหมายเพื่อควบคุมการประกอบโรคศิลปะ และมีการปรับปรุงหลายครั้ง จนกระทั่งปัจจุบันคือ พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 จำแนกเป็น 2 ประเภท คือ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนไทยประยุกต์

การแพทย์แผนไทย จำแนกเป็น 4 ด้าน คือ เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย ผดุงครรภ์ไทย ปัจจุบันมีผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากการแพทย์แผนไทย 20,011 คน และในสังคมไทยยังคงมีหมอพื้นบ้านซึ่งเป็นบุคคลที่สืบทอดความรู้และประสบการณ์การดูแลสุขภาพโรคแบบท้องถิ่นจากบรรพบุรุษหรือคนรุ่นเก่า และมีบทบาทการรักษาโรคในชุมชน ตัวอย่างเช่น หมอยาสมุนไพร หมอกระดูก หมอตำแย หมอพิธีกรรม กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2553 หมอพื้นบ้านมีจำนวน 50,591 คน

สถานการณ์ปัจจุบัน หมอพื้นบ้านยังคงมีบทบาทรักษาโรค โดยเฉพาะในชุมชนชนบท แต่หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ ไม่มีสถานภาพทางกฎหมายและหวาดกลัวว่าจะถูกจับระหว่างทำการรักษาผู้ป่วย ต่อมา ปี พ.ศ. 2547 ภายใต้ พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33(1)(ค) กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ริเริ่มและส่งเสริมใช้หมอพื้นบ้านได้รับสถานภาพทางกฎหมาย เพื่อให้หมอพื้นบ้านได้รับการเชิดชูเกียรติและได้สิทธิรักษาโรคได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย

5.3.3 ผลสำเร็จและบทเรียนการทำงานเพื่อรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน

(1) โครงสร้างและกลไกรับผิดชอบ ประกอบด้วย คณะกรรมการวิชาชีพ สาขากการแพทย์แผนไทย และคณะอนุกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย

(2) กระบวนการดำเนินงานรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การเสนอชื่อและออกหนังสือรับรองบุคคลที่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้าน ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการประเมินความรู้และจรรยาบรรณ ขั้นตอนที่ 3 การขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากการแพทย์แผนไทย

(3) ผลสำเร็จ

ปี พ.ศ. 2547 – 2552 หมอพื้นบ้านได้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากการแพทย์แผนไทย จำนวน 44 คน

ปี พ.ศ. 2553 – 2554 หมอพื้นบ้านได้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากการแพทย์แผนไทย จำนวน 56 คน

5.3.4 ปัจจัยกำหนดความสำเร็จ และข้อจำกัด ปัจจัยกำหนดความสำเร็จ มี 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านกฎหมายและนโยบายและปัจจัยการบริหารกระบวนการรับรองทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน

ข้อจำกัดของการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน มี 3 ด้าน คือ

- (1) กฎหมายและกลไกด้านกฎหมายรวมศูนย์อำนาจอยู่ที่ส่วนกลาง
- (2) กระบวนการรับรองทางกฎหมายต่อหมอพื้นบ้านยังคงมีความจำกัด และไม่สอดคล้องกับสถานการณ์จริง
- (3) องค์ความรู้และระบบการแพทย์พื้นบ้านมีเอกลักษณ์เฉพาะถิ่น และแตกต่างจากการแพทย์แผนไทย

5.4 ความคิดเห็นต่อกลไกและกระบวนการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้านของกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม

5.4.1 กลุ่มผู้บริหารระดับสูง กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอแนวคิด มุมมองการส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน รวมทั้งบทเรียนจากการดำเนินการกิจการประเพณีหมอพื้นบ้านตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 (1)(ค) ที่เชื่อมโยงกันเชิงระบบ ทั้งมิติของการส่งเสริมพัฒนาการใช้ประโยชน์ในระบบสุขภาพชุมชน ระบบบริการสุขภาพ และการประเมินรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน ดังนี้

(1) การส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพชุมชน การขับเคลื่อนการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในชุมชน ภายใต้สภาวะการเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม มีความจำเป็นที่จะต้องสร้างการยอมรับหมอพื้นบ้านให้ถูกกฎหมาย โดยอยู่บนหลักแนวคิดของการกระจายอำนาจส่งเสริมให้มีกลไกรับรองหมอพื้นบ้านในชุมชนหรือท้องถิ่น และต้องมีกระบวนการทำงานเสริมพลังให้ชุมชนมีศักยภาพในการจัดการตนเอง โดยกระทรวงสาธารณสุขต้องให้ความสำคัญกับการปฏิรูปรองรับกับองค์กรอื่น ๆ ด้วยการทำงานเชิงระบบและบูรณาการ

(2) การส่งเสริมบทบาทหมอพื้นบ้านเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพ โดยดำเนินการ 4 ประเด็น คือ การสร้างการยอมรับหมอพื้นบ้านให้ถูกกฎหมาย การส่งเสริมให้กลุ่มและเครือข่ายหมอพื้นบ้านมีความเข้มแข็ง พัฒนาระบบกลไกสนับสนุนด้านงบประมาณ และการสนับสนุนด้านวิชาการ

(3) บทเรียนตามภารกิจในการประเพณีหมอพื้นบ้าน การประเพณีหมอพื้นบ้านในระหว่าง พ.ศ. 2553 – 2554 เป็นนโยบายที่ถูกขับเคลื่อนทางนโยบายที่ต้องดำเนินการด้วยความรีบเร่ง อาจมีข้อจำกัดบางประการ แต่เรื่องนี้มีมีความสำคัญ เพราะเป็นกระบวนการที่สามารถสร้างการยอมรับต่อหมอพื้นบ้านทางกฎหมาย ประเด็นสำคัญที่เป็นหลักคิดในการประเพณี คือ (3.1) เจตนารมณ์ของกฎหมายนี้เพื่อรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน ที่มีประสบการณ์ที่สูงและมีภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพชุมชน และอุทิศตนเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนในชุมชน (3.2) โครงสร้างและกลไกการทำงานประเพณี ต้องกระจายอำนาจและประกอบด้วย หมอพื้นบ้านทุกภูมิภาค อาจารย์และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์พื้นบ้านในแต่ละภูมิภาคเป็นองค์ประกอบ (3.3) กระบวนการประเพณี ต้องมีทีมงานในระดับพื้นที่และส่วนกลาง การสนับสนุนงบประมาณให้จังหวัดรวบรวมความรู้หมอพื้นบ้าน และ (3.4) การจัดระบบความรู้หมอพื้นบ้าน เพื่อใช้อ้างอิงและพัฒนาต่อยอดใช้ประโยชน์

(4) ระบบสนับสนุนพัฒนากลไกการทำงานร่วมกันระหว่าง หน่วยงานทั้งกระทรวงสาธารณสุข ต่างกระทรวง และกลไกในท้องถิ่น เพื่อให้เกิดกลไกการประมาณ และการสนับสนุนงบประมาณอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

5.4.2 กลุ่มคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย และกลุ่มคณะอนุกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย จำนวน 7 คน กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เห็นด้วยกับแนวคิดและกระบวนการเสนอชื่อ กระบวนการรับรองและกระบวนการประเมินหมอพื้นบ้านตาม พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ มาตรา 33 (1)(ค)

กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ เห็นว่า การแพทย์พื้นบ้านมีทั้งความเหมือนและความแตกต่างจากการแพทย์แผนไทย และเห็นด้วยว่า สมควรประเมินหมอพื้นบ้านเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทหมอพื้นบ้านไทย และมีกลุ่มเป้าหมาย 1 คน เสนอว่าอาจใช้กระบวนการเดิม และระบุที่ใบประกอบโรคศิลปะว่า “การแพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้านตามมาตรา 33 (1)(ค)”

กลุ่มเป้าหมายยังมีข้อเสนอแนะให้กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มอบ “ใบเชิดชูเกียรติ” หรือ “ใบรับรอง” หรือ “ใบคุ้มครอง” ให้หมอพื้นบ้านที่มีประสบการณ์และสามารถรักษาโรค และส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย และกระจายอำนาจและสร้างกลไกระดับพื้นที่ให้มีบทบาทรับรอง และประเมินหมอพื้นบ้านได้

5.4.3 กลุ่มหมอพื้นบ้านที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย ตาม พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ ปี พ.ศ. 2542 มาตรา 33 (1)(ค) จำนวน 72 คน หมอพื้นบ้านเกือบทั้งหมดมีความรู้สึกเชิงบวกต่อการได้ใบประกอบโรคศิลปะและรู้สึกว่ามีปัญหาของบรรพบุรุษได้รับการยกย่องและยอมรับ และหมอพื้นบ้านรู้สึกวางใจ สบายใจ และจะช่วยเหลือรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย

หมอพื้นบ้านเกือบทั้งหมด ประเมินตนเองว่าเหมาะสมที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ เพราะเป็นหมอพื้นบ้านที่ช่วยเหลือชุมชนเป็นเวลานาน มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์การรักษาโรค และอยากสืบทอดวิชาต่อไป

หมอพื้นบ้านเกือบทั้งหมด เห็นว่าวิธีการประเมินเหมาะสม เพราะประเมินจากประสบการณ์ ความรู้และความสามารถที่แท้จริง ภายหลังจากการได้รับใบประกอบโรคศิลปะ หมอพื้นบ้านตั้งใจจะปรับปรุงสถานที่ ระบบบันทึกข้อมูล การดูแลผู้ป่วย และการถ่ายทอดความรู้ และมีหมอพื้นบ้านจำนวน 29 คน ต้องการเปิดสถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอแนะให้ภาครัฐ / กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้คุ้มครอง อนุรักษ์ และเปิดโอกาสให้หมอพื้นบ้านช่วยเหลือและรักษาผู้ป่วยในชุมชน ตลอดจนสนับสนุน / ดูแลหมอพื้นบ้านอย่างต่อเนื่อง

6. ข้อเสนอแนะ

จากข้อค้นพบจากงานโครงการศึกษาและพัฒนาสถานภาพทางสังคมและทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน พบว่า แนวโน้มของการใช้ประโยชน์จากการแพทย์ดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือก (TCAM) เพิ่มขึ้นทั่วโลก ทั้งในประเทศพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา ประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก 45 ประเทศ (จากทั้งหมด 191 ประเทศ) มีนโยบายระดับชาติด้านการแพทย์ดั้งเดิม และการแพทย์แบบเสริม รวมทั้งมีกฎหมายและการควบคุมการแพทย์แบบดั้งเดิม / แบบเสริม / แบบทางเลือก (TCAM)

สถานภาพทางกฎหมายของผู้ให้การรักษาทางการแพทย์ดั้งเดิม (Traditional Medicine Practitioners) ในภาพรวมจำแนกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ ผู้ให้การรักษาแบบดั้งเดิมที่ผ่านการอบรมแบบไม่เป็นทางการ และผู้ให้การรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิมที่ผ่านการอบรมแบบทางการ

จากข้อค้นพบต่าง ๆ จากงานวิจัยที่เป็นบทเรียนจากต่างประเทศ ผสมผสานกับบทเรียนประเทศไทย และกระแสการปฏิรูปกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพของไทย ช่วยให้สามารถประมวลข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการรับรองสถานภาพทางสังคมและทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน ที่อาจเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนากระบวนการรับรองสถานภาพทางสังคมและทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน รวมทั้งการส่งเสริมพัฒนาหมอพื้นบ้านให้มีความเข้มแข็ง มีสมรรถนะที่สามารถใช้ในการดูแลสุขภาพชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง และมีความยั่งยืน ข้อเสนอแนะแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย ข้อเสนอแนะด้านวิชาการ และข้อเสนอแนะจากการประชุม ดังนี้

6.1 ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

6.1.1 การพัฒนามาตรการด้านกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง การดำเนินการประเมินเพื่อรับรองสถานภาพของหมอพื้นบ้าน ในปัจจุบันควรให้ความสำคัญกับความเฉพาะเอกลักษณ์ของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ที่อิงความรู้และประสบการณ์ของแต่ละท้องถิ่น ซึ่งแตกต่างจากการแพทย์แผนไทย ที่อิงตำรากลาง ดังนั้น การเพิ่มประเภทการแพทย์พื้นบ้านไทย เป็นอีกหนึ่งประเภทในสาขการแพทย์แผนไทย ในพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 เป็นสิ่งที่สอดคล้องกับมาตรการในธรรมนูญ ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 หมวด 7 ว่าด้วยการส่งเสริม สนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก อื่น ๆ ซึ่งระบุในข้อ 64 ว่า “ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง พัฒนามาตรการทางกฎหมายและมาตรการอื่น ๆ เพื่อรับรองสถานภาพของหมอพื้นบ้าน”

6.1.2 การพัฒนากลไกและกระบวนการประเมินและรับรองสถานภาพหมอพื้นบ้าน ปัจจุบันเป็นกลไกและกระบวนการประเมินที่รวมศูนย์อำนาจการจัดการที่ส่วนกลาง ภายใต้เงื่อนไขบริบทด้านสังคม วัฒนธรรม ความแตกต่างหลากหลาย ควรให้ความสำคัญของการดำเนินการโดยอาศัยหลักการกระจายอำนาจ และการมีส่วนร่วมของภาคีที่เกี่ยวข้องในท้องถิ่น ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ศึกษาความเป็นไปได้ในการ “ก่อรูปกลไกและกระบวนการการประเมินและรับรองสถานภาพหมอพื้นบ้านในระดับท้องถิ่น”

6.1.3 การพัฒนามาตรการรับรองหมอพื้นบ้าน ในรูปแบบอื่น ๆ ควบคู่กันไป กลุ่มหมอพื้นบ้านที่ยังไม่ได้ผ่านกระบวนการรับรองทางกฎหมาย โดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก มอบ “ใบเชิดชูเกียรติ” หรือ “ใบรับรอง” หรือ “ใบคุ้มครอง” ให้หมอพื้นบ้านที่มีประสบการณ์ สามารถรักษาโรคและส่งเสริมสุขภาพได้

6.2 ข้อเสนอแนะด้านวิชาการ

6.2.1 ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการรวบรวม สังคายน และจัดระบบองค์ความรู้ การแพทย์พื้นบ้านในแต่ละภูมิภาค เพื่อใช้สำหรับเป็นระบบความรู้ ใช้อ้างอิงในการประเมินหมอพื้นบ้าน และพัฒนาการใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านต่อไป โดยระบบสนับสนุนด้านงบประมาณที่เพียงพอ

6.2.2 พัฒนาแผนงานสนับสนุนการปฏิบัติการด้านการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในท้องถิ่น ที่อยู่นอกภาครัฐ ทั้งด้านงบประมาณ และวิชาการ

6.2.3 การพัฒนากำลังคน ให้มีการพัฒนาสมรรถนะและทักษะ เพื่อให้หมอพื้นบ้านมีความเข้มแข็ง

6.3 ข้อเสนอแนะจากการประชุม

เรื่อง แนวทางการรับรองสถานภาพทางสังคมและทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน เมื่อวันที่ 23 กันยายน 2554 ณ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 3 ห้องประชุม 4

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|----------------------------|---|
| 1. นางสาวรุจิรา อรรถสิทธิ์ | หัวหน้าโครงการวิจัย |
| 2. นางสาวณีย์ กุลสมบูรณ์ | คณะทำงานวิจัย |
| | ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย |
| | กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| 3. นายยงค์ดี ตันติปัญญ | คณะทำงานวิจัย |
| | นักวิชาการอิสระ |
| 4. นายบุญเลิศ สำราญบำรุง | หมอพื้นบ้าน |
| | และอนุกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย |
| 5. เกสกรปรีชา แก้วจำปา | หัวหน้างานแพทย์แผนไทย |
| | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย |
| 6. นางดารณี อ่อนชมจันทร์ | ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพวิถีไทย |
| 7. นางสาวลินดา เชื้อสมัน | ผู้ช่วยผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพวิถีไทย |
| 8. นางสาวพัชต์เพ็ญ อินทุไส | สถาบันสุขภาพวิถีไทย |
| 9. นางสาวอารีวรรณ ทับทอง | สถาบันสุขภาพวิถีไทย |
| 10. นางสาวอรจิรา ทองสุมาก | คณะทำงานวิจัย |
| 11. นางสาววราภรณ์ ด่อนแก้ว | ผู้ประสานงานโครงการ |

ข้อเสนอแนะ

ในที่ประชุมมีข้อเสนอแนะ ต่อการรับรองสถานภาพทางกฎหมายและทางสังคมของหมอพื้นบ้าน ว่าควรเป็นการรับรองที่พัฒนาหมอพื้นบ้านไปพร้อมกับการคุ้มครองผู้บริโภค และการทำความเข้าใจการแพทย์พื้นบ้านเพื่อการพัฒนาควรศึกษาประวัติศาสตร์ท้องถิ่นของการแพทย์พื้นบ้านด้วย

6.3.1 การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน หมอพื้นบ้าน

การดำรงอยู่ของหมอพื้นบ้าน หมอพื้นบ้านที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการรักษา โรคและดูแลสุขภาพ เป็นผู้มีความรู้ที่เหมาะสม สอดคล้องกับถ่ายทอดความรู้ ต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาให้สามารถทำการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนพร้อมๆไปกับการสร้างมาตรการการดูแลความปลอดภัยกับผู้บริโภคด้วย

การพัฒนาความรู้ หมอพื้นบ้านเป็นหมอของชุมชนที่มีความชำนาญเฉพาะทาง ถ้าจะยกระดับให้เป็นผู้เชี่ยวชาญและชำนาญเฉพาะเพิ่มขึ้นอีก ต้องเสริมพลัง(Empower) ให้หมอพื้นบ้านด้วยการเสริมความรู้ให้รู้หมอพื้นบ้านก่อน เช่น โครงการศึกษาหมอรักษากระดูกหัก หมอนวด จัดให้

มีการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างหมอพื้นบ้านและหมอแผนปัจจุบันเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และค้นหาคำตอบของกันและกัน ทั้งนี้จากงานวิจัยพบว่าหมอพื้นบ้านมีความต้องการในการเพิ่มความรู้อย่างเฉพาะเรื่อง

6.3.2 การคุ้มครองการแพทย์พื้นบ้าน หมอพื้นบ้าน

การพัฒนาควบคู่กับการคุ้มครองภูมิปัญญา ในส่วนภูมิภาคการตรวจสอบ จับผิด หมอพื้นบ้านน้อยลง เพราะฝ่ายควบคุมรู้ว่าความรู้มีอยู่จริง แต่กังวลกับกลุ่มคนที่ไม่จริง ควรกันพวกที่ไม่รู้จริงออกไป

การประเมินการรับรองหมอพื้นบ้าน องค์ประกอบคณะผู้ประเมินความรู้หมอพื้นบ้าน ควรเป็นหมอพื้นบ้านที่มีความรู้ ที่มีประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยจริง มากกว่าผู้ที่เป็นหมอที่มีความรู้จากการสอบ มีความรู้มากพอในการสอนให้สอบผ่านแต่ไม่มีประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยจริง

การคัดกรองหมอพื้นบ้านเพื่อเข้าสู่กระบวนการพัฒนาที่เหมาะสม จากรายงานประเทศไทย หมอพื้นบ้านมีจำนวนประมาณ 50,000 คนในปีพ.ศ. 2554 ผ่านการรับรองตามกฎหมายประมาณ 170 คน ส่วนที่เหลือควรจัดระบบ หมวดยุทธศาสตร์ เพื่อพัฒนาตามกลุ่มศักยภาพ พร้อมกับการรวบรวมความรู้ออกมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ ในส่วนที่ผ่านการประเมิน 170 คน ควรวางแผนการพัฒนาต่อเนื่องให้มีดูแลสุขภาพประชาชน เชื่อมโยงกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในส่วน 50,000 คน คัดกรองจากประสบการณ์มากกว่า 20 ปี อายุมากกว่า 60 ปี เหลือจำนวน 10,000 คน ทำการศึกษาเก็บข้อมูลสนับสนุนส่วนภูมิภาคเก็บข้อมูลหมอพื้นบ้านรายละเอียด 5,000 บาท

ทั้งนี้กลไกการพัฒนาควรมีส่วนร่วมทั้งกระทรวงสาธารณสุขแล้วต้องมีส่วนอื่นๆ เกี่ยวข้องด้วย ให้เป็นกลไกที่ช่วยกันดูแลในพื้นที่ การรับรองตามกฎหมาย ควรเอื้ออำนวยตามธรรมชาติของหมอพื้นบ้าน อาจดำเนินการควบคุมการประกอบโรคศิลปะตามมาตรา 30(5)² เป็นช่องทางให้หมอพื้นบ้านทำการศึกษาได้ในพื้นที่จังหวัดที่ตนเองมีภูมิลำเนา

6.3.3 การทบทวนประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทย

การทบทวนมักอ้างอิงมาตามราชสำนัก ควรทบทวนประวัติศาสตร์การแพทย์พื้นบ้านของชุมชนท้องถิ่น ในประวัติศาสตร์อาจมีวัดเป็นที่รักษา มีตำรายา แต่ประวัติศาสตร์ไม่เขียนถึง ทั้งที่เป็นประวัติศาสตร์ที่สำคัญ ประวัติส่วนใหญ่เป็นประวัติของหมอหลวง ซึ่งยังไม่เพียงพอ ควรหาวิธีการศึกษาที่เหมาะสม เช่น การศึกษาประวัติศาสตร์การสืบทอดของวัดมะขามเฒ่า และอื่นๆ



² การควบคุมการประกอบโรคศิลปะมาตรา 30(5) : บุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด หรือสภาวิชาชีพไทยมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะหรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทั้งนี้ ตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. Gerard B, Fredi K, Gemma B. Policy and Public Health Perspectives on Traditional, Complementary and Alternative Medicine : an Overview. In : Gerard B, Gemma B, Editor. Traditional, Complementary and Alternative Medicine : Policy and Public Health Perspectives. London : Imperial College Press ; 2007. p. 9-38.
2. World Health Organization. National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines : Report of WHO Survey. Geneva, Switzerland ; 2005.
3. D.C. Jayasuriya, Shanti Jayasuriya. Legislation and Regulation of Traditional Systems of Medicine – Systems, Practitioners and Herbal Products. In : Traditional Medicine in Asia. New Delhi : SEARO Regional Publications No. 39 ; 2002. p. 195 – 208.
4. World Health Organization. Legal Status of Traditional Medicine and Complementary / Alternative Medicine : A Worldwide Review. WHO, Geneva, Switzerland ; 2001.
5. Gerard B, Cora N, Chi-Keong O, Gemma B. Training. In : Gerard B, Gemma B, Editor. Traditional, Complementary and Alternative Medicine : Policy and Public Health Perspectives. London : Imperial College Press ; 2007. p. 61-81
6. Sein Winn. Current Situation of Traditional Medicine in Myanmar. In : Anchalee Chuthaputti, Editor. Proceedings of The Conference on Traditional Medicine in ASEAN Countries ; 31 August – 2 September 2009 ; Bangkok, Thailand. Bangkok : Thai-Sabai ; 2010.
7. Suresh Awale, Thein Zaw Linn, Myint Myint Than, Thein Swe, Ikuo Saiki, Shigetoshi Kadota. The Healing Art of Traditional Medicine in Myanmar. J. Trad. Med. 2006 ; 23 : 47-68.
8. Quan Le Tran, Qui Kim Tran, Kyoji Kouda, Nhan Trung Nguyen, Yukiko Maruyama, Hiroshi Watanabe, Shigetoshi Kadota. Investigation on Traditional Medicine in Myanmar and Vietnam. J. Trad. Med. 2003 ; 20 : 173-186.

9. ยิ่งยง เทาประเสริฐและคณะ. การเสริมสร้างเครือข่ายการแพทย์พื้นบ้านในอนุภูมิภาคแม่น้ำโขงตอนบน. เชียงราย : วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย / สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ; 2552.
10. วัฒนะ จุฑะวิภาต. จรจรลอินโดนีเซีย. กรุงเทพฯ : พิมพ์อักษรกราฟฟิค ; 2534.
11. Lestari H, Haryadi S, Agus S. Traditional System of Medicine in Indonesia. In : Traditional Medicine in Asia. New Delhi : SEARO Regional Publications No.39 ; 2002. p. 47-68.
12. Ketut R, Niniek S. Native Traditional Medicine in Indonesia. In : Traditional Medicine in Asia. New Delhi : SEARO Regional Publications No.39 ; 2002. p. 287-288.
13. Country Report : Indonesian Traditional Medicine : National Strategy and Scope of Cooperation. In : Anchalee Chuthaputti, Editor. Proceedings of The Conference on Traditional Medicine in ASEAN Countries ; 31 Aug. – 2 Sept. 2009 ; Bangkok, Thailand. Bangkok : Thaisabai ; 2010.
14. Mangestuti, Subehan, Aty Widyawaruyanti, Syed Faisal Haider Zaidi, Suresh Awale, Shigetoshi Kadota. Traditional Medicine of Madura Island in Indonesia. J. Trad. Med. 2007. p. 90-103.
15. Hoang BC, Pho DT, Huu N. Overview of Vietnamese Traditional Medicine. In : Vietnamese Traditional Medicine. Hanoi : Gioi Publishers ; 1999. p. 1-28.
16. Country Report : Vietnam Traditional Medicine in Caring and Protecting Community's Health. In : Anchalee Chuthaputti, Editor. Proceedings of The Conference on Traditional Medicine in ASEAN Countries ; 31 Aug. – 2 Sept. 2009 : Bangkok, Thailand. Bangkok : Thaisabai ; 2010.
17. Nguyen Van Dan. Integration of Traditional Medicine Into Health Care System. In : Vietnamese Traditional Medicine. Hanoi : Gioi Publishers ; 1999. p. 29-49.
18. Mai TTN, Quan LT, Eduardo MNN, Suresh A, Shigetoshi K. Investigation on Traditional Medicine at Phu Quoc Island and Ninh Thuan Province in Vietnam. J. Trad. Med. 2006 ; p. 69-82.

19. พวงนิล คำปิงส์ (ผู้แปล). จีน : หน้าต่างสู่โลกกว้าง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : หน้าต่างสู่โลกกว้าง ; 2548.
20. อักษรศรี พานิชสาส์น. เศรษฐกิจจีนในมุมมองนักเศรษฐศาสตร์ไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โอเพ่นบุ๊กส์ ; 2554.
21. ไป ฉุน. ศึกษาศึกษาในเมืองจีน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โครงการอาณานิคมศึกษา 5 ภูมิภาค / สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ; 2545.
22. จาก http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_ethnic_groups_in_china.
23. จาก <http://www.who.int/intellectua/property/studies/Jia.pdf> หนังสือ : Traditional Chinese Medicine Could Make “Health for One” True.
24. Yu Yan Ren Ke. Medicine and Health Care Among Chinese Ethnic Minorities. Beijing : China Intercontinental ; 2006.
25. ประพนธ์ เกตุราภาศ, จิราพร ลิ้มปานานนท์และคณะ. การบูรณาการการแพทย์แผนไทย เข้าในระบบบริการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน. กรุงเทพฯ : อุษาการพิมพ์, 2550.
26. Zhu-Fan Xie. Harmonization of Traditional and Modern Medicine. In : Traditional Medicine in Asia. New Delhi : SEARO Regional Publications No.39 ; 2002. p. 115-157.
27. บุญศักดิ์ แสงระวี (ผู้แปล). จีนเผชิญหน้าการท้าทายใหม่. กรุงเทพฯ : สุขภาพใจ, 2550.
28. อรพรรณ ศรีเสาวลักษณ์. มูลค่าทางเศรษฐกิจของทรัพยากรความหลากหลายทางชีวภาพ. กรุงเทพฯ : สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจจากฐานชีวภาพ (องค์การมหาชน), 2552.
29. ประทีป ชุมพล. ประวัติการแพทย์แผนไทย : การศึกษาจากเอกสารตำรายา. กรุงเทพฯ : อาศิรินทร์, 2541.
30. กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2547 พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 3) พ.ศ.

2550. กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ;
2552.

31. เสาวณีย์ กุลสมบุรณ์, ประกอบ อุบลขาวและคณะ. คู่มือการประเมินหมอฟันบ้าน. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ) ; 2554.
32. สำนักงานแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. เอกสาร
ประกอบการนำเสนอสรุปผลการดำเนินงาน โครงการศึกษาและพัฒนาศักยภาพยกระดับ
ภูมิปัญญาของหมอฟันบ้านในการขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ
สาขาการแพทย์แผนไทย มาตรา 33(1)(ค). กรุงเทพฯ : เอกสารโรเนียว ; 2554.
33. เสาวณีย์ กุลสมบุรณ์, รุจิณาด อรรถสิษฐ์. สถานภาพและทิศทางการวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้าน
ด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2550.
34. รัชนี จันทรเกษ, ประพจน์ เกตุรากาศ, วิชัย จันทรกิตติวัฒน์. สถานการณ์หมอฟันบ้านใน
ส่วนภูมิภาคของประเทศไทย. ใน : ประพจน์ เกตุรากาศ, รัชนี จันทรเกษ
(บรรณาธิการ). รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์
ทางเลือก ประจำปี พ.ศ. 2550-2552. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ),
2553.

