

เรื่อง

การพัฒนาระบบ สุขภาพทางเลือก ในระบบสุขภาพไทย



โดย

ยงศักดิ์ ตันติปัญญ
ปัทมาวดี กสิกรรม
รุจิราณ อรรถลิขิต
โอภาส เขษฏรกุล
ปารณัฐ สุขสุทธิ

รายงาน
การสังเคราะห์องค์ความรู้สู่การปฏิรูประบบสุขภาพ
“การพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือกในระบบสุขภาพไทย”

นำเสนอต่อ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

โดย
คณะผู้วิจัย

ยงศักดิ์ ตันติปฏิภ	มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา	หัวหน้าโครงการ
ปัทมาวดี กสิกรรม	สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข	ผู้วิจัย
รุจิราภรณ์ อรรถสิทธิ์	สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน	ผู้วิจัย
โอภาส เขมรสุภากุล	มูลนิธิสุขภาพไทย	ผู้วิจัย
ปารณัฐ สุขสุทธิ	สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข	ผู้วิจัย

“โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข”
ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ธันวาคม 2543

คำนำ

การสังเคราะห์องค์ความรู้สู่การปฏิรูประบบสุขภาพ เรื่อง “การพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือกในระบบสุขภาพไทย” ซึ่งได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์รวมของระบบสุขภาพทางเลือกในประเทศไทย ศึกษาบททวนบทเรียนจากต่างประเทศ สังเคราะห์แนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือกให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพไทย รวมทั้งสังเคราะห์ข้อเสนอแนะนโยบายที่ควรกำหนดในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

การดำเนินการสังเคราะห์องค์ความรู้ในครั้งนี้ นอกจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศแล้ว คณะผู้วิจัยยังได้จัดเวทีเพื่อระดมความคิดเห็นจากกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่มที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มหมอพื้นบ้าน กลุ่มแพทย์แผนไทย และกลุ่มแพทย์ทางเลือกอื่น ซึ่งข้อคิดความเห็นจำนวนมากที่ได้จากทั้ง 3 กลุ่มนี้ ได้มีส่วนช่วยให้คณะผู้วิจัยเข้าใจสถานการณ์และสภาพปัญหาต่างๆชัดเจนขึ้น รวมทั้งทำให้การจัดทำข้อเสนอแนะจะสอดคล้องกับสภาพที่เป็นจริงและเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 กลุ่ม

เนื่องจากพัฒนาการของการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกอื่นมีความแตกต่างกันมาก คณะผู้วิจัยจึงแบ่งเนื้อหาในการนำเสนอสถานการณ์เป็น 3 กลุ่มดังกล่าว และนำเสนอข้อเสนอในการพัฒนาและสารบัญญัติของร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติในภาพรวม ซึ่งวิธีนี้ คณะผู้วิจัยเห็นว่าน่าจะช่วยให้อ่านรายงานเข้าใจสาระที่ต้องการนำเสนอได้ง่ายขึ้น

คณะผู้วิจัยหวังว่า การทำงานสังเคราะห์องค์ความรู้ในครั้งนี้ จะเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพที่เอื้ออำนวยให้ระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น มีบทบาทและสถานภาพที่จะทำประโยชน์ต่อระบบสุขภาพของชุมชน สังคม และประเทศชาติได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คณะผู้วิจัย

กิติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณพ่อหมอฟันบ้าน แม่หมอฟันบ้าน จากเครือข่ายสหหมอฟันบ้านอีสาน เครือข่ายอุ้มชูไทอีสาน เครือข่ายหมอมือเมืองเชียงใหม่ เชียงราย แพทย์แผนไทยจากเครือข่ายสมาพันธ์แพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย สมาพันธ์แพทย์แผนไทยภาคใต้ และแพทย์ทางเลือกจากเครือข่ายการแพทย์วิถีไท รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่ามาให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ตลอดจนช่วยกันแต่งเติม วิพากษ์วิจารณ์ และ ให้กำลังใจในการทำงาน

ขอบพระคุณ คุณยงยุทธ ตริ์นุชกร คุณสุจินดา สุขกำหนด คุณสุนีย์ ทองชัย คุณเสาวณีย์ กุลสมบุรณ์ อาจารย์ก๊ixa วัฒนเมธี อาจารย์สรศักดิ์ อัศโตตร อาจารย์ดวง ละอองศรี ผศ.ดร.ยิ่งยง เทาประเสริฐ คุณดราณี อ่อนชมจันทร์ คุณมาลี สิทธิเกรียงไกร และคุณวิโรจน์ กันหาสุข ที่กรุณาช่วยในการประสานงานให้เกิดเวทีในการพูดคุยแลกเปลี่ยนระดมความคิดเห็นในแต่ละภูมิภาค

ขอบพระคุณ ศ.นพ.ประเวศ วะสี ผศ.สำลี ใจดี คุณรสนา โตสิตระกูล นพ.สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ นพ.ประพจน์ เกตุรากาศ และ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

ขอบพระคุณ กองการประกอบโรคศิลปะ กองสาธารณสุขภูมิภาค และสถาบันการแพทย์แผนไทย ที่กรุณาให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

ขอบพระคุณ นพ.วิพุธ พูลเจริญ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะเจ้าหน้าที่ซึ่งให้โอกาสคณะผู้วิจัยได้ทำงานชิ้นนี้โดยอิสระและยังช่วยจัดเวทีในการนำเสนอผลงานเพื่อรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิด้วยอีกทางหนึ่ง

ขอบพระคุณ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ และสื่อมวลชนที่กรุณาช่วยเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผลงานและข้อคิดเห็นของคณะผู้วิจัยต่อสาธารณชน

ขอบพระคุณ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา และมูลนิธิสุขภาพไทยที่ยินดีให้บุคลากรในสังกัดเข้าร่วมในการทำงานชิ้นนี้ รวมทั้งเอื้อเฟื้อส่งอำนวยความสะดวกและข้อมูลต่างๆ ของหน่วยงาน

ขอบพระคุณ ท่านอื่นๆ ซึ่งไม่สามารถเอ่ยนามได้ครบถ้วน ณ ที่นี้ ที่มีส่วนทำให้การสังเคราะห์องค์ความรู้ในครั้งนี้ ลุล่วงไปได้ด้วยดี

สารบัญ

บทคัดย่อ	2
บทนำ	4
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	6
คำจำกัดความที่เกี่ยวข้อง	7
ภาคสถานการณ์	
<i>การแพทย์พื้นบ้าน</i>	
สถานการณ์ในประเทศไทย	11
แนวคิดการพัฒนาระดับสากล	25
กรณีศึกษาจากต่างประเทศ	31
<i>การแพทย์แผนดั้งเดิม</i>	
สถานการณ์การแพทย์แผนไทย	33
กรณีศึกษาจากต่างประเทศ	66
<i>การแพทย์ทางเลือกอื่น</i>	
สถานการณ์ในประเทศไทย	76
กรณีศึกษาจากต่างประเทศ	92
<i>สถานการณ์อื่นๆ</i>	
สถานการณ์การพัฒนาสมุนไพรในประเทศไทย	113
สถานการณ์และปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก	118
ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา	
1. การพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือกภายใต้ระบบสุขภาพของประเทศไทย	121
2. การผสมผสานระบบการแพทย์แบบต่างๆ ภายใต้ระบบสุขภาพของประเทศไทย	128
3. การคัดเลือก/กลั่นกรองการแพทย์ทางเลือกให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ	130
4. บทบาทของระบบการแพทย์ทางเลือกในระบบประกันสุขภาพ	132
5. การพัฒนาองค์วิชาชีพ มาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานการให้บริการ	133
6. การพัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภค	134
เปรียบเทียบแนวทางในการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกอื่น	135
ข้อเสนอสารบัญญัติในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ	139
ภาคผนวก	141

บทคัดย่อ

ในการพัฒนาระบบสุขภาพต่างๆ ในสังคมนั้นจำเป็นต้องมีความเข้าใจว่ามีความหลากหลายของระบบการสุขภาพและการแพทย์ในสังคม ซึ่งหากรู้จักเลือกรับ ปรับใช้ จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชน ในระบบสุขภาพทางเลือกซึ่งมีใช้ระบบสุขภาพและการแพทย์กระแสหลักของสังคมในขณะนี้ ยังมีทรัพยากรทางสาธารณสุขอยู่อย่างมากมายซึ่งควรเสริมสร้าง การเคลื่อนไหวของภาคประชาชนในการใช้ระบบสุขภาพและการแพทย์ทางเลือกแสดงถึงศักยภาพและความต้องการที่จะพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันยังมีความสอดคล้องระหว่างศาสตร์สุขภาพทางเลือกกับสุขภาพองค์รวม ซึ่งจะมีส่วนทำให้สามารถพัฒนาศาสตร์สุขภาพทางเลือกเพื่อเป้าหมายสุขภาพดี ทั้งด้านกาย จิต จิตวิญญาณ และสังคมได้ครบถ้วน โดยเฉพาะศาสตร์สุขภาพทางเลือกที่มีหลักการและวิธีการที่เป็นองค์รวม มองร่างกายในลักษณะที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกัน มองสุขภาพดีว่าเกิดจากภาวะสมดุล เน้นการใช้วิถีการแบบธรรมชาติ จะสามารถนำมาใช้เสริมซึ่งกันและกันเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพได้

ยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือก ควรพัฒนาและผสมผสานระบบสุขภาพและระบบการแพทย์ที่มีความหลากหลายให้นำไปสู่เป้าหมาย “สุขภาพวิถีไทย” ซึ่งเป็นสุขภาพองค์รวมที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย พึ่งตนเองได้ มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ประหยัด มีความเท่าเทียม โดยอาศัยการสร้างความรู้ การขับเคลื่อนของประชาคมสุขภาพ ในการสร้างกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม และการเชื่อมต่อกับทางการเมือง รวมทั้งพัฒนาระบบการแพทย์ทางเลือกบนพื้นฐานที่เป็นระบบบริการซึ่งเป็นอิสระจากระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อสร้างความเข้มแข็งของศาสตร์การแพทย์ทางเลือกซึ่งมีบริบทที่ต่างจากการแพทย์แผนปัจจุบัน พร้อมๆ กับการเลือกศาสตร์การแพทย์ทางเลือกบางส่วนผนวกเข้าไปในระบบบริการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน ตลอดจนเสริมศักยภาพของผู้บริโภคให้รู้จักการเลือกผสมผสานการใช้บริการที่มีอย่างหลากหลายเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ในการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือก ควรกำหนดให้มี “คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือก” อยู่ภายใต้สภากาชาดสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ทิศทาง โครงสร้าง แผนงาน และทรัพยากร โดยมี “สถาบันสุขภาพทางเลือก” เป็นหน่วยงานซึ่งเป็นองค์กรอิสระทำงานด้านวิชาการและสนับสนุนเครือข่ายประชาคมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งทำงานรณรงค์และเลขานุการให้กับคณะกรรมการ

การคัดเลือกกลั่นกรองศาสตร์สุขภาพทางเลือก ควรมีกลไกในการคัดเลือก/กลั่นกรองที่มีลักษณะประชาคม ซึ่งประกอบด้วย ผู้แทนภาครัฐ กลุ่มวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง นักวิชาการ และองค์กรผู้บริโภค โดยจัดตั้งเป็น “คณะอนุกรรมการพิจารณากลั่นกรองศาสตร์การแพทย์ทางเลือก” อยู่ภายใต้ “คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือก” การพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนด ในกรณีที่ผ่านมาเกณฑ์การพิจารณา ให้พิจารณาการเข้าสู่ระบบสุขภาพเป็น 2 ลักษณะ คือ

(1) ให้เข้าสู่ระบบสุขภาพได้เลย

(2) ให้มีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม โดยเปิดโอกาสให้มีการทดลองปฏิบัติการใช้ศาสตร์นั้นๆ ภายใต้เงื่อนไขของการติดตามและประเมินผลโดยกลไกของประชาคม หากผลการประเมินเป็นที่พอใจ จึงให้เข้าสู่ระบบสุขภาพได้

ควรพัฒนากลไกที่จะพัฒนาการแพทย์ทางเลือกให้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของประเทศ โดยมีองค์ประกอบขององค์กรวิชาชีพและองค์กรผู้บริโภคร่วมอยู่ด้วย โดยจัดตั้งเป็น “คณะอนุกรรมการพัฒนาศาสตร์การแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ” อยู่ภายใต้ “คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือก” พัฒนาแก้ไขกฎระเบียบที่ยังไม่เอื้อให้

การใช้บริการการแพทย์ทางเลือกสามารถเบิกจ่ายจากระบบประกันสุขภาพได้ รวมทั้งพัฒนาและคัดเลือกสถานพยาบาล การแพทย์ทางเลือกให้เข้าไปเป็นสถานพยาบาลในเครือข่ายประกันสังคมและระบบประกันสุขภาพอื่น

ด้านการพัฒนาวิชาชีพ วิชาการ และการให้บริการ ควรสนับสนุนให้องค์กรวิชาชีพของการแพทย์ทางเลือก พัฒนาเป็นสภาวิชาชีพและผู้แทนจากแต่ละสภาวิชาชีพเข้าไปเป็นกรรมการอยู่ในคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพทาง เลือก ให้การสนับสนุนงบประมาณ บุคลากรและสถานที่ สำหรับการดำเนินกิจกรรมขององค์กรวิชาชีพ โดยมีกลไกพิเศษที่ ไม่ใช้ระบบราชการตามปกติ ให้การสนับสนุน “โรงพยาบาลของศาสตร์การแพทย์ทางเลือก” เช่น โรงพยาบาลแพทย์แผน ไทย ซึ่งบริหารงานในลักษณะพหุภาคี และไม่อยู่ในระบบราชการ สนับสนุนสถาบันการศึกษาของศาสตร์การแพทย์ทาง เลือก โดยเสริมขีดความสามารถด้านการเรียนการสอน ด้านวิชาการและการวิจัย เพื่อให้สามารถพัฒนาองค์ความรู้และ มาตรฐานวิชาชีพให้เข้มแข็งขึ้น ส่งเสริมให้มีการวิจัยเพื่อการใช้ประโยชน์จากการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสุขภาพ ของรัฐในลักษณะของการวิจัยระบบสุขภาพ (Health system research) เพื่อพัฒนาระบบงานบริการ

ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ควรกำหนดให้มีผู้แทนจากองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคเข้าไปเป็นกรรมการโดยตำแหน่ง ในคณะกรรมการชุดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งเป็นกรรมการในคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพทางเลือก และ สภา วิชาชีพทุกวิชาชีพด้วย สนับสนุนด้านงบประมาณแก่องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการร่วมมือ และประสานงานกับองค์กรอื่นๆ ได้กว้างขวางขึ้น จัดสรรสื่อทั้งที่เป็นคลื่นวิทยุและโทรทัศน์ให้แก่การเผยแพร่ความรู้ทาง ด้านสุขภาพและเป็นเวทีในการเรียนรู้ประสบการณ์ในการถูกละเมิดสิทธิของผู้บริโภค

บทนำ

สุขภาพของประชาชนในปัจจุบันเกี่ยวเนื่องและสัมพันธ์กับสภาพเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมซึ่งเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว แบบแผนความเจ็บป่วยเปลี่ยนจากโรคติดต่อซึ่งมีสาเหตุจากปัญหาโภชนาการและการสุขาภิบาล ไปเป็นโรคที่มีสาเหตุจากปัจจัยแวดล้อม และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการบริโภคมากเกินไป การสำส่อนทางเพศ การติดยาเสพติดและความเครียด ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง ภูมิแพ้ โรคทางจิต ฯลฯ รวมถึงโรคติดต่อร้ายแรง เช่นโรคเอดส์ ซึ่งนับวันมีแนวโน้มที่สูงขึ้น

แม้ประชาชนจะได้รับการศึกษาและมีความรู้ในเรื่องสุขภาพมากขึ้นกว่าเดิม แต่ประชาชนก็ยังขาดความเข้าใจในความหมายของคำว่าสุขภาพอย่างแท้จริง และขาดความตระหนักในการดูแลส่งเสริมให้มีสุขภาพดีอย่างสม่ำเสมอ โดยจะให้ความสนใจก็ต่อเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น อีกทั้งประชาชนตกอยู่ในสภาวะถูกบีบคั้นด้วยปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะเอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพที่ดีเป็นไปได้ยากขึ้น

ประกอบกับการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งเป็นการแพทย์กระแสหลักในสังคมไทยยังไม่อาจเยียวยารักษาความเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อต่างๆ ดังกล่าว และโรคเอดส์ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง และนำความทุกข์ทรมานมาให้ผู้ป่วย ให้ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ เพราะระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเน้นที่การรักษาโรคมากกว่ารักษาคน มองการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยอย่างแยกส่วน และใช้ยาซึ่งเป็นสารเคมีสังเคราะห์ในการแทรกแซงกลไกในการเยียวยาของร่างกายมากเกินไป อีกทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันได้นำเอาเทคโนโลยีสมัยใหม่ซึ่งมีราคาแพง ผสมผสานเข้ากับการบริการด้วยระบบธุรกิจแบบแสวงผลกำไร ทำให้ไม่สามารถเป็นที่พึ่งของประชาชนผู้เจ็บป่วยและทุกข์ยากได้ ตลอดจนการสูญเสียทางเศรษฐกิจสำหรับมูลค่ายา เวชภัณฑ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ปีละนับหมื่นล้านบาท นับเป็นการสูญเสียการพึ่งตนเองในระดับประเทศโดยเฉพาะในยุคเศรษฐกิจถดถอยที่ประเทศต้องการการฟื้นฟูปอย่างรวดเร็ว

การแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ ของประชาชนในการแก้ปัญหาสุขภาพดังกล่าวจึงเกิดขึ้น และได้กลายเป็นกระแสทางสังคมที่ได้รับความสนใจจากสาธารณชนอย่างกว้างขวางในสถานการณ์ปัจจุบัน ในอดีตจะมีก็แต่การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยตามวัฒนธรรมประเพณีดั้งเดิมของไทยเท่านั้นที่เป็นทางเลือกที่ประชาชนใช้ชดเชย หรือทดแทนการแพทย์แผนตะวันตกซึ่งได้กลายเป็นการแพทย์กระแสหลักของสังคมไทย แต่ในปัจจุบันการแพทย์และศาสตร์สุขภาพทางเลือกใหม่ๆ ได้มีการเผยแพร่เข้าสู่สังคมไทยอย่างหลากหลาย และหลายศาสตร์ได้รับการตอบรับอย่างกระตือรือร้นจากประชาชน ในปัจจุบันจึงไม่ใช่แต่เพียงผลิตภัณฑ์ที่ทำจากสมุนไพรไทยเท่านั้นที่ปรากฏให้เห็นในท้องตลาดในรูปแบบที่หลากหลาย และทันสมัยมากขึ้น หากแต่เรายังสามารถพบเห็นการนำเสนอผลิตภัณฑ์ หรือบริการสุขภาพที่แปลกใหม่ในฐานะทางเลือกทางสุขภาพ แนวคิด และแบบแผนการปฏิบัติที่เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยที่แตกต่างออกไปจากการแพทย์กระแสหลักในสังคมเหล่านี้ อาจเรียกรวมๆ กันว่าเป็นศาสตร์สุขภาพทางเลือก (Alternative Health) หรือ การแพทย์ทางเลือก (Alternative medicine)

กระแสความตื่นตัวเรื่องสุขภาพทางเลือกในสังคมไทยเริ่มก่อตัวเด่นชัดในช่วงราว 1 ทศวรรษที่ผ่านมา และพุ่งเป็นกระแสสูงมากในช่วง 2 ปีหลัง ปรากฏการณ์ที่เด่นชัดที่สุดเห็นจะได้แก่ กระแสความสนใจในเรื่องชีวิตจิต ซึ่ง ดร.สาทิส อินทกำแหงได้นำเสนอและได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางจากสาธารณชน ถึงขนาดที่มีการเรียกปรากฏการณ์ “ชีวิตจิตฟีเวอร์” ว่าเป็น “อุปาทานหมู่ของสังคม” ร้านขายธัญพืช และน้ำอาร์.ซี (R.C หรือ Rejuvenating Concoction) ปรากฏขึ้นดาษดื่น ในขณะที่หนังสือ 4 เล่มที่เขียนโดย ดร.สาทิส ได้ติดอันดับ 10 อันดับแรกหนังสือที่ขายดีที่สุดอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ต้นปี 2541 ในขณะเดียวกัน ศาสตร์สุขภาพทางเลือกอื่นๆ ก็แพร่หลายมากขึ้นอย่างเงียบๆ เช่น การรักษา

แบบพลังจักรวาล หรือการฝึกพลังกายทิพย์เพื่อสุขภาพ ซึ่งมีสมาธิแห่งละนับหมื่น การรักษาโรคด้วยพลังสมาธิและแสง โยเร ซึ่งมีศูนย์ฝึกอบรมกว่า 10 แห่ง และมีสมาธิที่เป็นเกษตรกรกว่าแสนคนจากทุกจังหวัดทั่วประเทศ

สินค้าและบริการสุขภาพทางเลือกถูกนำเสนอต่อสาธารณะอย่างกว้างขวางอย่างไม่เคยมีมาก่อน ข้อเท็จจริงมีอยู่ว่าสินค้าและบริการเหล่านี้มิใช่ว่ามีแต่คุณเท่านั้น ในหลายกรณีการใช้ศาสตร์ และสินค้าสุขภาพทางเลือกอย่างรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ก็อาจเป็นอันตราย และตกเป็นเหยื่อของผู้แสวงประโยชน์ได้ ปัญหาในเชิงนโยบายการสาธารณสุขจึงอยู่ที่การมีแนวคิด และวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนต่อการแพทย์และศาสตร์สุขภาพทางเลือกเพื่อให้ด้านหนึ่งสามารถควบคุมผลเสียอันเกิดจากการรู้เท่าไม่ถึงการณ์ หรือการแสวงหาประโยชน์จากผู้หวังผลประโยชน์ และในอีกด้านหนึ่งสามารถใช้ประโยชน์จากศักยภาพของศาสตร์สุขภาพทางเลือกในฐานะทรัพยากรสาธารณสุขเพื่อการพัฒนาสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีทางสังคมได้อย่างสอดคล้องเหมาะสม

ในขณะที่กระแสสุขภาพทางเลือกเหล่านี้ได้รับการตอบรับจากประชาชนอย่างกว้างขวาง ภาครัฐเองกลับตอบสนองต่อกระแสดังกล่าวอย่างเชื่องช้า และไม่เป็นระบบ โดยการเข้าไปเกี่ยวข้องกับกระแสสุขภาพทางเลือกดังกล่าวของภาครัฐจะมีลักษณะเฉพาะหน้า เฉพาะกรณีเป็นส่วนใหญ่ กล่าวคือภาครัฐแสดงบทบาทต่อเมื่อเกิดกรณีปัญหาขึ้นในหน้าหนังสือพิมพ์ หรือสื่อมวลชนอื่นๆ โดยภาครัฐมักจะตอบโต้ด้วยการชี้แจง “ข้อเท็จจริงทางการแพทย์” เพื่อโต้แย้งข้ออ้างเรื่องประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล หรือแบบแผนการปฏิบัติที่ได้รับอิทธิพลจากศาสตร์สุขภาพทางเลือกที่สื่อมวลชนนำเสนอ การขาดข้อมูลและความเข้าใจในสถานการณ์ ตลอดจนการขาดวิสัยทัศน์ที่แจ่มชัด เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผ่านมาภาครัฐไม่สามารถพัฒนานโยบายที่เป็นระบบ และไม่สามารถกำหนดทำที่ที่เหมาะสมต่อกระแสสุขภาพทางเลือกในภาคประชาชนได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์

1. วิเคราะห์สถานการณ์รวมทั้งทางเลือกจากการทำงานของระบบสุขภาพทางเลือกในประเทศไทย
2. ศึกษาบทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศเกี่ยวกับการพัฒนาบทบาทของระบบสุขภาพทางเลือกในระบบสุขภาพ
3. สังเคราะห์หาแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือกให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ
4. สังเคราะห์ข้อเสนอแนะนโยบายที่ควรกำหนดในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพ

ทางเลือก

คำถามสำคัญ

1. แนวคิดผสมผสานระบบสุขภาพทางเลือกต่างๆภายใต้ระบบสุขภาพของประเทศไทย ควรเป็นอย่างไร
2. จะคัดเลือก/กลั่นกรองระบบการแพทย์ทางเลือกให้ผสมผสานเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพอย่างไร โดยมุ่งเน้นเรื่อง ประสิทธิภาพ คุณภาพ ความเสมอภาค และการพึ่งตนเอง
3. บทบาทของระบบการแพทย์ทางเลือกในระบบประกันสุขภาพต่างๆ ควรจะเป็นอย่างไร
4. จะพัฒนาองค์ความรู้/มาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานบริการได้อย่างไร
5. จะป้องกันการหลอกลวงผู้บริโภคได้อย่างไร

คำจำกัดความที่เกี่ยวข้อง

สุขภาพองค์รวม (Holistic Health)

เป็นกระบวนทัศน์ใหม่ (Paradigm) ในการมองสุขภาพว่าเกี่ยวข้องกับชีวิตทั้งชีวิต มากกว่าการเน้นที่ความเจ็บป่วย หรือการจัดการกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยจะพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของคนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมทั้งปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับคนๆ นั้น

สุขภาพองค์รวมมีหลักการพื้นฐาน ดังนี้

1. สุขภาพองค์รวมให้คุณค่ากับ การปรับปรุง เปลี่ยนแปลง แก้ไข และพัฒนาเพื่อให้เกิดสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่เพียงการแก้ไขให้ไม่เจ็บป่วยหรือหายจากการเจ็บป่วยเท่านั้น
2. สุขภาพของเราเป็นผลมาจากวิถีการดำรงชีวิต สิ่งต่างๆ ที่เราบริโภคและเกี่ยวข้องสัมพันธ์ด้วย รวมทั้งสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เราอยู่ การมีสุขภาพดีจึงต้องมุ่งไปที่การปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิตดังกล่าวเป็นพื้นฐาน
3. สุขภาพองค์รวมให้ความสำคัญกับการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการบำบัดรักษาโดยจะเน้นการพัฒนาสุขภาพะอันสมบูรณ์ในทุกๆ ด้าน
4. สุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน สุขภาพองค์รวมจึงให้ความสำคัญกับกระบวนการทางการศึกษา และการสร้างความรับผิดชอบให้แต่ละบุคคลได้พยายามดูแลตนเองให้มีสุขภาพะที่สมดุล และสมบูรณ์
5. เมื่อมีภาวะความเจ็บป่วย การแพทย์แบบองค์รวม (Holistic medicine) จะใช้หลักการแบบองค์รวมในการบำบัดรักษา โดยจะพิจารณาปัจจัยทั้งคนและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง
6. ในกระบวนการบำบัดด้วยการแพทย์แบบองค์รวม จะให้ความสำคัญกับการใช้ระบบการบำบัดด้วยวิธีธรรมชาติ (Natural healing system) ที่สามารถส่งเสริมให้ระบบการเยียวยาตนเองของร่างกายฟื้นฟูสภาพและทำงานได้ตามปกติ

หลักการเยียวยารักษาแบบองค์รวมจะไปในทิศทางคำว่า “กำจัดอาการ” “อาการ” จะเป็นเพียงสัญญาณเตือนว่ามีความผิดปกติที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่ และเป็นตัวนำทางที่จะต้องลงไปค้นหาที่สาเหตุ หรือรากของปัญหา

การบำบัดด้วยวิธีธรรมชาติ ถือว่า พลังชีวิต คือ พลังแห่งการบำบัดตนเองตามธรรมชาติ และเป็นหัวใจของการเยียวยา และฟื้นฟูร่างกาย ดังนั้น ผู้ป่วย คือ ผู้ที่จะรักษาตนเองได้อย่างแท้จริง ยาหรือสิ่งอื่นๆ เป็นเพียงส่วนประกอบที่จะช่วยเหลือเท่านั้น โดยแรกสุด ผู้ป่วยต้องเชื่อมั่นในพลังบำบัดตนเองตามธรรมชาติ “หมอ” หรือผู้รักษาเป็นเพียงผู้ให้การแนะนำ หรือให้กำลังใจ ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้าใจในเรื่องสุขภาพอย่างถูกต้องเสียก่อน การรักษาจึงจะสัมฤทธิ์ผล

หลักการการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมิได้เป็นสิ่งใหม่ การแพทย์แผนประเพณีของประเทศจีนและอินเดียเมื่อ 5,000 ปีก่อน ให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพและวิถีชีวิตที่สอดคล้องอยู่ร่วมกับธรรมชาติอย่างสันติ โสกราตีส (400 ปีก่อนคริสต์ศตวรรษ) ได้กล่าวเตือนไม่ให้ทำการบำบัดรักษาเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายโดยกล่าวว่า “ส่วนย่อยไม่สามารถจะดีได้ถ้าส่วนทั้งหมดไม่ดี”

แนวความคิดเรื่องสุขภาพองค์รวมได้จางหายไปชั่วคราวจากสังคมตะวันตกในช่วงศตวรรษที่ 20 เนื่องจากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่หักเหค่านิยมความเชื่อของคนเกี่ยวกับสุขภาพว่า “เชื้อโรค” คือสาเหตุของความเจ็บป่วย และต้องใช้ “ยาสังเคราะห์” เพื่อฆ่าเชื้อโรคและแก้ปัญหาที่เกี่ยวกับสุขภาพ โดยละเลยต่อวิถีชีวิตและสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งในบางสภาวะของสุขภาพ การใช้วิธีการแบบแผนปัจจุบันอาจเป็น “อันตราย” ต่อสุขภาพมากกว่าตัวเชื้อโรคเสียอีก

สุขภาพทางเลือก / การแพทย์ทางเลือก

เป็นคำใหม่ในสังคมไทยที่แปลมาจากคำว่า Alternative health / Alternative medicine ซึ่งเป็นคำที่ใช้ในประเทศแถบทวีปอเมริกาที่ใช้นิยาม เทคนิคการดูแลสุขภาพหรือวิธีการทางการแพทย์อื่นๆ ที่ไม่เป็นที่รู้จักหรือยอมรับอย่างเป็นทางการโดยบุคลากรทางการแพทย์ในระบบการแพทย์กระแสหลักหรือการแพทย์แผนปัจจุบัน กล่าวคือไม่ได้มีการสอนในโรงเรียนแพทย์ หรือไม่มีการจัดบริการในโรงพยาบาลหรือสถานประกอบการแพทย์แผนปัจจุบัน

สุขภาพทางเลือก มีความหมายที่ครอบคลุมถึง วิถีชีวิต แบบแผนอาหารการกิน การทำงาน การพักผ่อน การอยู่อาศัย ความสัมพันธ์ทางสังคม การจัดการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล ชุมชน และสังคม โดยที่องค์ความรู้และวิถีปฏิบัติดังกล่าวมิได้อยู่ในระบบความรู้ของการแพทย์กระแสหลัก สุขภาพทางเลือกจึงเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวทางสังคม เช่น ประชาคมสุขภาพต่างๆ ที่กว้างขวางกว่าการแพทย์ทางเลือก (เกี่ยวข้องกับ Popular sector มากกว่า Professional sector)

การแพทย์ทางเลือก มีความหมายที่เน้นการบำบัดโดยศาสตร์หรือองค์ความรู้ซึ่งต้องการการฝึกฝนอบรมและการให้บริการอย่างเป็นระบบโดยบุคลากรในวิชาชีพ โดยที่องค์ความรู้และวิถีปฏิบัติดังกล่าวมิได้อยู่ในระบบความรู้ของการแพทย์กระแสหลัก (เกี่ยวข้องกับ Professional sector)

ในระดับสากล มีการแบ่งประเภทของการแพทย์ทางเลือกเป็น 7 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1) กลุ่มศาสตร์ที่มีรากฐานจากการแพทย์พื้นบ้าน ในระดับการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และการให้การบำบัดรักษาที่เป็นระบบสืบทอดมาเป็นจนการแพทย์แผนประเพณีดั้งเดิม ได้แก่ การแพทย์อายุรเวทของอินเดีย การแพทย์จีน การแพทย์แผนประเพณีตะวันออก การแพทย์ชนชาติต่างๆ

2) กลุ่มศาสตร์ที่ว่าด้วยความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งมีชีวิตกับสนามแม่เหล็กไฟฟ้า และพลังสนามแม่เหล็กไฟฟ้าในมนุษย์ ได้แก่ การบำบัดด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า ไบโอ-สเปคตรัม

3) กลุ่มศาสตร์ที่ใช้กระบวนการทางอาหาร โภชนาการ และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการป้องกันปัญหาความเจ็บป่วย การดำรงรักษาสุขภาพให้แข็งแรง และการปรับแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ สูตรอาหารธรรมชาติต่างๆ แมคโครไบโอติกส์ การบำบัดด้วยวิตามินในปริมาณสูง

4) กลุ่มพืชสมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์จากพืชสมุนไพรที่ใช้เป็นยา ที่มีรากฐานจากศาสตร์การแพทย์แผนประเพณีชนชาติต่างๆ หรือภูมิปัญญาพื้นบ้าน

5) กลุ่มศาสตร์ที่ใช้การสัมผัส หรือการใช้มือแทนเครื่องมือในการวินิจฉัย และบำบัดรักษาโรค ได้แก่ การกดจุด ไคโรแพรคติก การกดจุดตอบสนองที่ฝ่าเท้า การนวดในวัฒนธรรมต่างๆ

6) กลุ่มศาสตร์ที่ให้ความสำคัญกับศักยภาพของจิตใจที่มีผลกระทบต่อร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่มีรากฐานองค์ความรู้มาจากการแพทย์แผนประเพณี ที่มักใช้ประโยชน์จากความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องระหว่างร่างกายและจิตใจ ได้แก่ การบำบัดด้วยสมาธิ ดนตรีบำบัด ศิลปะบำบัด

7) กลุ่มศาสตร์ที่ใช้ยาและสารชีวภาพซึ่งยังไม่ได้รับการยอมรับในระบบการแพทย์กระแสหลัก ได้แก่ การบำบัดด้วยไอโซน การบำบัดด้วยน้ำปัสสาวะ การบำบัดด้วยพิษผึ้ง

ศาสตร์และเทคนิคเหล่านี้ส่วนใหญ่มักจะมีลักษณะ “ไม่กระทำต่อร่างกายอย่างรุนแรง” หรือ “ไม่ใช้เภสัชภัณฑ์ที่เป็นสารเคมี” และในบางประเทศใช้เสริมหรือผสมผสานกับการดูแลสุขภาพแบบแผนปัจจุบัน จึงมีชื่อเรียกอื่นๆ อีก เช่น การแพทย์แผนธรรมชาติ ธรรมชาติบำบัด การแพทย์เสริม (Complementary medicine) การแพทย์ผสมผสาน (Integrated medicine)

อย่างไรก็ตามคำว่า “สุขภาพทางเลือก หรือ การแพทย์ทางเลือก” ไม่ได้รับการยอมรับ หรือถูกใช้ในกลุ่มประเทศแถบเอเชียที่มีระบบการแพทย์ที่มีรากฐานทฤษฎีของตนเอง หรือมีแบบแผนการดูแลสุขภาพที่เคยเป็นกระแสหลักของสังคมในอดีต และยังคงเป็นระบบการแพทย์แบบคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบันมาจนทุกวันนี้ ดังเช่นในประเทศจีน อินเดีย ญี่ปุ่น ธิเบต เพราะการนิยามดังกล่าว เป็นการยึดถือการแพทย์แผนตะวันตกเป็นตัวตั้ง และระบบการแพทย์อื่นๆ ถูกเป็นตัวเลือก ซึ่งในปัจจุบันมีแนวโน้มมากขึ้นที่จะมองว่าการแพทย์ทุกระบบที่ดำรงอยู่ในสังคมต่างก็ล้วนแต่มีฐานะเป็น “ทางเลือก” ด้วยกันทั้งสิ้น โดยมีจุดแข็ง จุดอ่อนที่ต่างกัน แม้กระทั่งองค์การอนามัยโลกยังได้เสนอทัศนะที่เน้นความเป็นไปได้ของแต่ละระบบการแพทย์ ที่จะเสริม หรือชดเชยส่วนที่ระบบการแพทย์อื่นขาดไป หรือไม่สมบูรณ์ เช่นเดียวกับในประเทศไทยก็ยังเป็นที่ถกเถียงและไม่ยอมรับในบางกลุ่ม หากจะใช้นี้ครอบคลุมถึงการแพทย์แผนไทยซึ่งแม้ว่าจะไม่ได้เป็นการแพทย์กระแสหลักของสังคม หรือได้รับการพัฒนาอย่างคู่ขนานและอย่างเท่าเทียมเช่นเดียวกับการแพทย์แผนตะวันตกอื่นๆ ก็ตาม

ส่วนคำว่า “การแพทย์ผสมผสาน” เป็นคำที่สื่อในลักษณะของผลที่ได้จากการใช้การแพทย์หลายศาสตร์ร่วมกัน (ซึ่งอาจรวมถึงการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนดั้งเดิม การแพทย์ทางเลือกอื่น) เพื่อให้เกิดผลดีที่สุดต่อสุขภาพ จึงยังอาจไม่สามารถสื่อถึงการแพทย์อื่นที่อยู่นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบันได้โดยตรง

คำเรียกต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ต่างก็มีข้อดี ข้อจำกัดของการสื่อสาร ทำให้ความเข้าใจในแต่ละสถานการณ์ และเงื่อนไขเวลา จึงยังไม่มีข้อยุติว่าควรจะใช้คำใดเป็นคำที่สื่อถึงการแพทย์อื่นที่มีใช้การแพทย์แผนปัจจุบัน ในรายงานฉบับนี้จึงขอใช้คำว่า “การแพทย์ทางเลือก” ไปพลางๆ ก่อน

คำจำกัดความเฉพาะในรายงานฉบับนี้

เนื่องจากกรอบที่กำหนดมาให้ ได้ให้ความหมายของการแพทย์ทางเลือกไว้ว่า “การแพทย์ทางเลือกหมายถึงการแพทย์อื่นที่มีใช้การแพทย์กระแสหลัก” ในรายงานฉบับนี้จึงได้แบ่งการแพทย์ทางเลือก เป็น 3 กลุ่ม คือ การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกอื่น ด้วยเหตุผลที่แต่ละกลุ่มมีสถานะและพัฒนาการที่แตกต่างกัน การวิเคราะห์และเสนอแนะจึงต้องมีการแยกแยะว่าเป็นกลุ่มใด และสมควรมีนโยบายอย่างไรในการสนับสนุนส่งเสริมการแพทย์ทางเลือกให้สอดคล้องกับแต่ละกลุ่ม และเพื่อสร้างความเข้าใจให้ตรงกัน จึงต้องให้คำจำกัดความต่อการแพทย์ทางเลือกทั้ง 3 กลุ่ม ดังนี้

1.การแพทย์พื้นบ้าน (Folk Medicine)

เป็นการแพทย์ที่มีอยู่ดั้งเดิมในชุมชนท้องถิ่น ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพเจ็บป่วยของคนในชุมชนนั้น ทำให้เกิดการสั่งสมความรู้และถ่ายทอดต่อไปยังคนรุ่นต่อไป จนเป็นวิถีชีวิตของชุมชน การแพทย์พื้นบ้านมักเกี่ยวข้องกับความรู้สึกของชุมชน หมอพื้นบ้านจึงมักเป็นผู้ที่คนในชุมชนให้ความเคารพและเชื่อถือ

การแพทย์พื้นบ้านจึงเป็นการแพทย์ที่มีความหลากหลายและอาจแตกต่างกันในแต่ละชุมชนท้องถิ่น ทั้งนี้ขึ้นกับวัฒนธรรมและทรัพยากรที่แตกต่างกัน แต่ในขณะเดียวกันการแพทย์พื้นบ้านก็อาจมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับการแพทย์อื่นๆ เพื่อเสริมให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนได้ดียิ่งขึ้น

ศาสตร์การแพทย์พื้นบ้านของไทยมีความหลากหลายและแตกต่างกันตามแต่ละท้องถิ่น เช่น การแพทย์พื้นบ้านล้านนา การแพทย์พื้นบ้านอีสาน การแพทย์พื้นบ้านของชนเผ่าต่างๆ เป็นต้น แต่มีลักษณะร่วมๆกันบางประการได้แก่ การใช้พิธีกรรมและอำนาจเหนือธรรมชาติ การใช้ยาจากสมุนไพรพื้นบ้าน การใช้วิธีการทำนาย การใช้วิธีการนวดแบบพื้นบ้าน การจัดกระดูกแบบพื้นบ้าน เป็นต้น นอกจากนี้ศาสตร์การแพทย์พื้นบ้านยังสอดแทรกอยู่ในวิถีชีวิตของชาวบ้าน ทั้งในด้าน

การกิน การอยู่ โดยที่ชาวบ้านส่วนใหญ่จะมีความรู้ ความเจ็บป่วยแบบใดควรที่จะไปหาหมอพื้นบ้าน และหมอพื้นบ้านที่มีความชำนาญด้านใดจะช่วยแก้ไขปัญหานั้นๆได้

2.การแพทย์แผนไทย (Traditional Thai Medicine)

เป็นการแพทย์แผนดั้งเดิมของไทย ซึ่งเกิดจากการผสมผสานระหว่างการแพทย์พื้นบ้านที่มีการจัดระบบองค์ความรู้กับการแพทย์อายุรเวทของอินเดีย ซึ่งเข้ามามีอิทธิพลมาพร้อมๆกับการเผยแพร่ของศาสนาพราหมณ์และพุทธศาสนาในดินแดนสุวรรณภูมิ การแพทย์แผนไทยมีคัมภีร์ตำราต่างๆ ซึ่งมีการสืบทอดมาเป็นเวลานานและใช้เป็นแม่บทหลักของระบบองค์ความรู้ มีการเรียนการสอนซึ่งปัจจุบันได้กำหนดเป็นหลักสูตรที่ชัดเจนขึ้น มีการควบคุมดูแลในลักษณะที่เป็นวิชาชีพโดยกฎหมาย

ศาสตร์การแพทย์แผนไทยที่ใช้ในปัจจุบันส่วนใหญ่อาศัยหลักการปรับสมดุลของธาตุภายในร่างกาย โดยอาศัยยาตำรับซึ่งปรุงจากสมุนไพรหลายชนิด การนวดเพื่อแก้ไขอาการติดขัดของเลือดลมตามทฤษฎีเส้นประธาน ทั้งนี้ยังรวมไปถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมและอาหารให้เหมาะสมกับธาตุเจ้าเรือนและความเจ็บป่วยด้วย

3.การแพทย์ทางเลือกอื่น

ในรายงานนี้ การแพทย์ทางเลือกอื่น หมายถึง การแพทย์ทางเลือกซึ่งมิใช่การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนดั้งเดิมของไทย เช่น การแพทย์จีน การแพทย์อายุรเวทอินเดีย, Homeopathy, Chiropractic, Reflexology, Macrobiotic เป็นต้น

การแพทย์พื้นบ้าน

: สถานการณ์ในประเทศ

ในประวัติศาสตร์อันยาวนาน คนไทยผ่านประสบการณ์ในการดิ้นรนเพื่อความอยู่รอดของชีวิต และดูแลสุขภาพตนเอง โดยผ่านการสังเกต ทดลองใช้ คัดเลือก และสะสมประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองจากคนรุ่นก่อนสู่คนรุ่นหลังอย่างต่อเนื่อง กลายเป็นรากฐานภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย นอกจากนี้ การแพทย์พื้นบ้านไทยยังมีการปรับตัว และผสมผสานกับภูมิปัญญาดูแลสุขภาพกับแบบแผนแบบอื่น อันมีทั้งการแพทย์แบบตะวันตก การแพทย์แบบตะวันออกที่อยู่ใกล้เคียง เช่น การแพทย์จีน การแพทย์อินเดีย เป็นต้น บทความนี้มุ่งหมายจะทำความเข้าใจสถานะปัจจุบันของระบบการแพทย์พื้นบ้าน อันจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการผสมผสานระบบการแพทย์พื้นบ้านเข้าสู่ระบบสุขภาพไทยอย่างเหมาะสม และพิจารณาถึงความเป็นไปได้ที่จะผนวกและพัฒนาเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพในอนาคต บทความนี้ประกอบด้วยประเด็นสำคัญ 5 ประเด็น คือ ความหมายของระบบการแพทย์พื้นบ้าน ลักษณะทั่วไปและประเภทของหมอพื้นบ้าน การเรียนรู้และกระบวนการสืบทอดการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน สถานะและการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในสังคมไทย บทสรุปและข้อเสนอแนะในการผสมผสานระบบการแพทย์พื้นบ้านเข้าสู่ระบบสุขภาพไทย

1. ความหมายของระบบการแพทย์พื้นบ้าน

กล่าวสำหรับภูมิปัญญาพื้นบ้านไทยด้านสุขภาพ หรือแนวคิด และวิธีปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของคนไทย อาจจำแนกได้ 2 ส่วน คือ การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน (Indigenous Self-Care) และการแพทย์พื้นบ้าน (Folk medicine)

การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน (Indigenous Self-Care) เป็นภูมิปัญญาที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพให้สมดุล และสอดคล้องกับกฎทางสังคมวัฒนธรรมและกฎธรรมชาติ เป็นการดูแลสุขภาพในชีวิตในมิติทางกาย ทางจิตใจ ทางจิตวิญญาณ และทางอารมณ์ให้อยู่ในสภาวะ กลมกลืนกับโลกรอบตัว และหากชีวิตละเมิดกฎทางธรรมชาติ ชีวิตจะเสียสมดุล อ่อนแอ และเจ็บป่วย องค์ความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพแบบไทยมีหลายด้าน เช่น การดูแลสุขภาพวัยเด็ก วัยทำงาน และวัยชรา การดูแลธาตุเจ้าเรือนให้สมดุล ความเชื่อและวัฒนธรรมการบริโภคผักพื้นบ้าน/อาหารพื้นบ้าน การคลอดและดูแลหญิงมีครรภ์/หญิงหลังคลอด การปฏิบัติสมาธิจิต/ดูแลจิตใจ การงดอาหารแสด การอบสมุนไพรเพื่อสุขภาพ เป็นต้น

การแพทย์พื้นบ้าน (Folk medicine) เป็นระบบวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน มีเอกลักษณ์เฉพาะวัฒนธรรม และมีการเรียนรู้ โดยอาศัยรากฐานประสบการณ์และรากฐานความเชื่อและศาสนา ระบบการแพทย์พื้นบ้านประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ หมอพื้นบ้าน ผู้ป่วย และบริบททางสังคมวัฒนธรรม ในการศึกษาและพัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้านมีความจำเป็นในการสร้างความเข้าใจต่อองค์ประกอบทั้งหมด นอกจากนั้น ระบบการแพทย์พื้นบ้านยังมีปฏิสัมพันธ์กับระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน และระบบการแพทย์อื่นในสังคมด้วย เหตุนี้จึงทำให้ระบบการแพทย์พื้นบ้านไม่หยุดนิ่งและมีการปรับตัวตลอดเวลา

2. ลักษณะทั่วไปและประเภทของหมอพื้นบ้าน

หมอพื้นบ้านเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบการแพทย์พื้นบ้าน หมอพื้นบ้านคือ บุคคลในชุมชนที่ชาวบ้านยอมรับนับถือในความสามารถและบทบาทในการรักษาโรคแบบพื้นบ้าน อันอยู่บนรากฐานความศรัทธาและระบบความเชื่อในวัฒนธรรมเฉพาะ หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีอายุค่อนข้างมาก ประมาณ 50 ปีขึ้นไป มักเป็นเพศชาย มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้เป็นพื้นฐาน และมีวิถีชีวิตเป็นหนึ่งเดียวกับชุมชน จากข้อมูลการศึกษาเชิงสำรวจเกี่ยวกับขนาดของหมอพื้นบ้าน พบข้อมูลสอดคล้องกันว่า หมอพื้นบ้านมีจำนวน 3-4 คน/หมู่บ้าน

2.1 เหตุจูงใจในการเป็นหมอพื้นบ้าน มีสาเหตุสำคัญ 4 ด้าน คือ

2.1.1 บรรพบุรุษเป็นหมอพื้นบ้าน บรรพบุรุษ คือ ปู่ พ่อ ตา ลุง เป็นหมอพื้นบ้านมาก่อน ความใกล้ชิดและได้ช่วยเหลือบรรพบุรุษมาก่อน ทำให้ได้สังเกตและเรียนรู้ประสบการณ์โดยตรงและโดยอ้อม และหากบุคคลนั้นแสดงให้เห็นถึงความสนใจและความใฝ่รู้ บรรพบุรุษก็มักจะสอนและถ่ายทอดวิชาให้ ทำให้มีการสะสมความรู้ประสบการณ์จนกลายเป็นหมอพื้นบ้านในที่สุด

2.1.2 บุคคลผู้เคยมีประสบการณ์รักษาตนเองหรือคนใกล้ชิด/ญาติในครอบครัว เหตุจูงใจนี้เกิดขึ้นเพราะบุคคลหรือญาติพี่น้องเกิดการเจ็บป่วย และไปรักษากับหมอพื้นบ้าน จนกระทั่งหายจากความเจ็บป่วย จึงกลายเป็นแรงจูงใจที่สนใจและต้องการเรียนวิชาเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

2.1.3 บุคคลผู้มีความสนใจและต้องการเรียนการรักษาแบบพื้นบ้านเพื่อใช้ในการพึ่งตนเองและช่วยเหลือผู้อื่น หมอพื้นบ้านหลายคนมีความตั้งใจและต้องการศึกษาการรักษาโรคแบบพื้นบ้านไว้เพื่อเป็นประโยชน์ในวันข้างหน้า หรืออาจเป็นประสบการณ์เดิมที่บุคคลนั้นเคยบวชเป็นพระ และได้อยู่กับพระสงฆ์ที่มีความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบพื้นบ้าน จึงได้เรียนวิชาไว้

2.1.4 บุคคลที่เกิดแรงบันดาลใจจากอำนาจเหนือธรรมชาติหรือปรากฏการณ์พิเศษ หมอพื้นบ้านหลายคนเคยมีประสบการณ์หรือปรากฏการณ์บังคับที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น ความฝันที่มีบุคคล/เทพมาบอกตำรายา หรือบุคคลนั้นได้รับการคัดสรรจากอำนาจเหนือธรรมชาติ (ผี เทพ หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์) ให้กลายเป็นหมอพื้นบ้าน เป็นต้น

2.2 ประเภทของหมอพื้นบ้าน สามารถจำแนกตามรากฐานที่มาและวิธีการรักษาความเจ็บป่วยได้ 2 กลุ่มใหญ่ คือ

2.2.1 หมอพื้นบ้านที่รักษาความเจ็บป่วยโดยอาศัยรากฐานของประสบการณ์ หมอพื้นบ้านประเภทนี้มักมีบรรพบุรุษ/ญาติเป็นหมอพื้นบ้าน ได้รับการเรียนรู้และฝึกฝนความชำนาญทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น “การเรียนรู้แบบฝึกฝนความชำนาญ” (apprentice type learning) ตัวอย่างเช่น หมอยาพื้นบ้าน หมอตำแย หมอกระดูก หมอนวด หมอดู เป็นต้น หมอพื้นบ้านจะค่อย ๆ สะสมความชำนาญหลายปี บางครั้งตั้งแต่ช่วงวัยเด็ก มักจะคอยช่วยเหลือพ่อหรือญาติในการรักษา หากเป็นหมอยาสมุนไพร ก็จะช่วยเก็บยา หั่นยา ตากยาและเตรียมยาเป็นประจำ มีการสังเกตและจดจำวิธีการรักษาโรคยาวนาน จากนั้นจึงทดลองทำและสะสมความชำนาญอย่างต่อเนื่อง

2.2.2 หมอพื้นบ้านที่รักษาความเจ็บป่วยโดยอาศัยรากฐานของสัญลักษณ์และวัฒนธรรม หมอพื้นบ้านประเภทนี้จะประสบกับเหตุการณ์หรือประสบการณ์เฉพาะ อาจเป็นความฝันพิศดาร อำนาจจากผี เทพ หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ดลบันดาล โดยที่หมอพื้นบ้านได้รับการคัดสรรจากผี เทวดา เทพ หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์เหนือธรรมชาติอันจะเป็นสิ่งที่เคารพศรัทธาในชุมชน มอบอำนาจให้เป็นร่างทรง หรือสื่อกลางในการติดต่อกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์เหล่านั้น เพื่อการดูแล

รักษาความเจ็บป่วยต่อไป หรือบุคคลนั้นอาจมีประสบการณ์ เคยเจ็บป่วยเรื้อรังและไม่ทราบสาเหตุ และสามารถรักษาให้หายได้โดยใช้พิธีกรรม จากนั้นบุคคลนั้นจึงสืบทอดบทบาทการรักษาโรคต่อมา หมอพื้นบ้านประเภทนี้มีหลากหลายรูปแบบและพิธีกรรมตามระบบความเชื่อทางวัฒนธรรมเฉพาะ และมีชื่อเรียกต่างกันไป ตัวอย่างเช่น ชนเผ่าไทย-อีสานจะมีหมอรำผีฟ้า หมอธรรม หมอลำทรง หมอสูตรขวัญ หมอเสียเคราะห์ ชนเผ่าภูไทจะมีหมอเยา/หมอเหยา ชนชาวพื้นเมืองภาคเหนือจะมีหมอทรง หมอเมือ หมอสูตรขวัญ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ที่พบในสังคมไทย มักมีการผสมผสานแนวคิดและวิธีการรักษาความเจ็บป่วย 2 ประเภทร่วมกัน ตัวอย่างเช่น หมอกระดูกจะรักษาความเจ็บป่วยลักษณะกระดูกหัก กระดูกเคลื่อน และเคล็ดขัดยอก จะมีการใช้เผือกไม้ การจัดกระดูก การใช้ยาสมุนไพร การบีบนวด ผสมผสานกับวิธีการเป่า มนต์คาถา หรือสมาธิในการจัดกระดูกประกอบด้วย แต่หมอพื้นบ้านแต่ละคน ก็มีความชำนาญเพียงเฉพาะด้าน และเป็นการสะสมความสามารถเพื่อพึ่งตนเอง และเป็นที่พึ่งให้กับคนในชุมชนใกล้เคียงเป็นหลัก ส่วนใหญ่มิได้ใช้เป็นอาชีพหลัก และหมอพื้นบ้านทั่วไปมีความรู้เชิงทฤษฎีการแพทย์แผนแพทย์ไทย หรือการแพทย์พื้นบ้านอย่างเป็นระบบค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่หมอยาพื้นบ้านจะมีความชำนาญในการใช้ตำรับยาสมุนไพรไม่กี่ตำรับ (1-10 ตำรับ) อย่างไรก็ตาม หมอพื้นบ้านบางคนก็สะสมความชำนาญมาอย่างยาวนานจะมีความรู้เรื่องยาสมุนไพรหลายร้อยตัว และสามารถรักษาโรคได้หลายโรค มีตำรับยามาก และสามารถพลิกแพลงส่วนประกอบในตำรับยาได้ด้วย

2.3 ระบบคิดและวิธีการรักษาโรคแบบพื้นบ้าน

หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จะมีพื้นฐานความเชื่อ และระบบวัฒนธรรมเช่นเดียวกับชุมชนที่หมอพื้นบ้านอาศัยอยู่ รวมไปถึงความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยด้วย วิธีคิดของหมอพื้นบ้านนั้น ความเจ็บป่วยอาจเกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง หรือหลายสาเหตุร่วมกันก็ได้ สาเหตุของความเจ็บป่วย เกิดจากชะตา/เคราะห์กรรมของผู้ป่วย ความเสียสมดุลระหว่างชีวิตและธรรมชาติรอบตัวอำนาจ/พลังเหนือธรรมชาติ (ผี อำนาจศักดิ์สิทธิ์) และอำนาจทางไสยศาสตร์ ดังนั้น ในการรักษาความเจ็บป่วย หมอพื้นบ้านจะเลือกวิธีการรักษาให้เหมาะสมกับสาเหตุของผู้ป่วยแต่ละคน และบ่อยครั้งที่ใช้วิธีการรักษาโรคหลายวิธีประกอบกัน

โรคและอาการที่หมอพื้นบ้านรักษานั้นอาจจำแนกได้เป็น 4 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มอาการทั่วไป ได้แก่ กระดูกหัก ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เคล็ดขัดยอก สัตว์มีพิษกัด บาดแผล ไข้ ผื่นคัน การคลอด คางทูม ท้องเสีย เป็นต้น
2. กลุ่มอาการเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน โรคกระเพาะ ริดสีดวงทวาร ริดสีดวงจมูก มะเร็ง อัมพาต แผลเรื้อรัง ฯลฯ
3. กลุ่มโรคพื้นบ้าน มีอาการและโรคที่แตกต่างหลากหลาย และยากที่จะทำความเข้าใจโดยการเทียบเคียงกับโรคสมัยใหม่ ตัวอย่างเช่น ลมผิดเดือน ผิดสำแดง ตาน ขาง ไข้หมากไม้ ผิดจุมพร ทำมะลา ประดง เป็นต้น
4. กลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับไสยศาสตร์ ได้แก่ อาการที่มีสาเหตุจากผี พลังอำนาจที่มองไม่เห็น เช่น เด็กร้อง ผีเข้า ถูกคุณไสย ฯลฯ

มีข้อน่าสังเกตว่า มีหมอพื้นบ้านจำนวนหนึ่งที่สามารถรักษาได้มากกว่า 1 กลุ่มอาการ โดยมีวิธีการและรูปแบบที่มีความหลากหลายในการรักษา และเมื่อนำเอาโรคและอาการแรกที่หมอพื้นบ้านมีความชำนาญมาเทียบเคียงพบว่าหมอพื้นบ้านที่มีมากจำนวน 3 อันดับแรก คือ

1. หมอรักษากระดูกหัก
2. หมอรักษาเกี่ยวกับการคลอดและอาการผิดปกติหลังคลอด
3. หมอรักษาอาการใช้ชนิดต่าง ๆ

และพบว่าหมอพื้นบ้านอาชีพรักษาและหมอพิธีกรรม มักเป็นกลุ่มที่รักษาได้หลายโรคและอาการ และมักเป็นอาการที่การแพทย์แผนปัจจุบันก็ไม่มีคำตอบที่น่าพอใจ ส่วนหมอพื้นบ้านที่เป็นหมอจำเริญตามสถานการณ์ มักรักษาได้เฉพาะอาการพื้น ๆ และโรคที่พบบ่อย

โรคและอาการเจ็บป่วยที่หมอพื้นบ้านให้การรักษาคอบคลุมทั้งปัญหาโรคและอาการเจ็บป่วยแบบฉับพลันและเรื้อรัง อาการที่หมอพื้นบ้านมีความชำนาญ เช่น กระดูกหัก และการดูแลก่อนและหลังคลอด ก็ยังสอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของสังคมไทย โดยเฉพาะโรคและอาการเจ็บป่วยแบบพื้นบ้าน ซึ่งเชื่อมโยงกับความเชื่อและคำอธิบายแบบท้องถิ่นเฉพาะ หมอพื้นบ้านก็ยังเป็นที่พึ่งของชาวบ้านในชุมชนที่มีวัฒนธรรมเฉพาะได้เป็นอย่างดี

3. การเรียนรู้และกระบวนการสืบทอดการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน

การเรียนรู้ การสอน และการสืบทอดความรู้ของหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จะมาจากการสืบทอดจากบรรพบุรุษหรือญาติที่เป็นหมอ และจากการมอบตัวเป็นศิษย์หมอพื้นบ้านที่ตนศรัทธา มีเป็นส่วนน้อยที่เรียนรู้จากการสะสมประสบการณ์ของตนเอง การสืบทอดความรู้มักจะเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ และฝึกฝน เรียนรู้จนเกิดทักษะและความชำนาญ การเพิ่มพูนเรียนรู้และศึกษาอบรมเพิ่มเติมมีไม่มากนัก ส่วนการชวนช่วยและหาความรู้เพิ่มเติม มักได้มาจากการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างหมอพื้นบ้านที่รู้จักกัน มีจำนวนน้อยที่ค้นคว้าตำราด้วยตนเอง และมีแนวโน้มว่าความรู้จะลดน้อยลงจากการเรียนการสอนแบบสืบทอดดังกล่าว

มีข้อสังเกตว่า การเรียนรู้ของหมอพื้นบ้านที่มาจากประสบการณ์และรักษาโรคทั่วไปจะมีความแตกต่างจากหมอพื้นบ้านที่เป็นหมอพิธีกรรมหรือไสยศาสตร์ กล่าวคือ หมอพื้นบ้านที่รักษาโรคทั่วไปจะมีที่มาจากการเรียนรู้ฝึกฝนทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม ใช้เวลาในการสร้างบทบาทก่อนที่จะถูกเรียกว่าหมอ แต่หมอพิธีกรรมมักจะมาจากนิมิต ความฝัน ฝัน หรืออำนาจลึกลับกำหนดให้เป็น หรือมีเหตุมาจากการป่วยหนักของตัวหมอเอง และมักจะกลายเป็นหมอในเวลาอันรวดเร็ว โดยไม่ต้องใช้เวลาฝึกฝน ทักษะการรักษาจะปรากฏขึ้นเอง

หมอพื้นบ้านโดยส่วนใหญ่ยังไม่มีศิษย์หรือผู้สืบทอดความรู้ต่อ ความรู้ส่วนใหญ่มักเป็นทักษะและประสบการณ์ที่สะสมอยู่กับหมอผู้นั้นเอง ไม่มีการขีดเขียนบันทึกเป็นตำรา สำหรับหมอพื้นบ้านที่สะสมความรู้ในรูปของตำราก็พบว่า ตำราเหล่านั้นอยู่ในสภาพที่เสี่ยงต่อการชำรุดสูญหาย หรือมีการชำรุดสูญหายไปแล้ว

สภาพที่ตำราอยู่ดังนี้บ่งบอกแนวโน้มที่น่าเป็นห่วงในการสืบทอดความรู้ของหมอพื้นบ้าน และมีข้อสังเกตเกี่ยวกับสาเหตุที่เป็นอุปสรรคในการหาผู้มาสืบทอดความรู้หมอพื้นบ้านที่ลดน้อยลง ดังนี้

3.1 ค่านิยมและแรงจูงใจที่คนจะสืบทอดความรู้หมอพื้นบ้านเปลี่ยนแปลงไป แรงจูงใจเดิมที่สนใจศึกษาเพราะต้องการเป็น ต้องการช่วยเหลือผู้อื่นและเห็นการรักษามาตั้งแต่เด็ก อาจจะไม่เพียงพอแล้ว แรงจูงใจทางเศรษฐกิจและการเลี้ยงชีพมีความสำคัญกว่า จะเห็นได้ว่ามีคนจำนวนมากสนใจเข้าเรียนและสอบไปประกอบโรคศิลปะแผนไทย เพราะสามารถนำมาเป็นอาชีพเพื่อหารายได้ และได้รับการยอมรับจากทางราชการ ในขณะที่หมอพื้นบ้านแม้ได้รับการยอมรับในชุมชน แต่อาจไม่สามารถประกอบเป็นอาชีพหลักได้และไม่ได้การยอมรับจากทางราชการ

3.2 ข้อจำกัดเฉพาะในการคัดเลือกผู้สืบต่อความรู้ของหมอพื้นบ้านเอง แม้หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่บอกว่ายินดีสืบทอดความรู้ให้แก่ใครก็ได้ที่สนใจ แต่ไม่ได้หมายความว่าทุกคนเป็นหมอได้ ซึ่งหมอพื้นบ้านแต่ละคนมักจะมีหลักเกณฑ์กำหนดว่าผู้จะสามารถรับการถ่ายทอดความรู้จากหมอพื้นบ้านได้ ควรมีลักษณะใด เช่น

- ต้องอ่านภาษาพื้นบ้านได้ (เช่น ภาษาล้านนา)
- ต้องมีความจำดี ท่องจำคาถาได้
- มีจิตใจแน่วแน่เข้มแข็ง
- สอนให้เฉพาะผู้ชาย
- สืบทอดเฉพาะลูกหลาน
- มีคุณธรรม และพฤติกรรมเหมาะสม (เป็นหลักสำคัญ)

3.3 ความรู้และทักษะประสบการณ์ ในการบำบัดรักษาของหมอพื้นบ้านอาศัยอยู่ด้วยประสิทธิภาพ และขาดความเป็นระบบ ความรู้เหล่านี้อาจเสื่อมสภาพตามกาลเวลา กลายเป็นเทคนิควิทยาที่ล้าสมัย ดังข้อมูลจากหมอพื้นบ้านที่ว่าคนรุ่นใหม่ไม่สนใจเพราะสู้ของใหม่ไม่ได้

3.4 การลดลงของแหล่งวัตถุดิบสมุนไพร การรักษาของหมอพื้นบ้านต้องอาศัยวัตถุดิบสมุนไพร ซึ่งได้มาจากป่าและทรัพยากรธรรมชาติในชุมชน เมื่อพื้นที่ป่าและทรัพยากรธรรมชาติลดลง ตามสภาพแวดล้อมและการพัฒนา มีผลให้การรักษาของหมอพื้นบ้านยากลำบากมากขึ้นและมีประสิทธิภาพลดลง รวมถึงความสะดวกในการจัดหาสมุนไพรมาบำบัดรักษาผู้ป่วยก็จัดหามาบริการได้ยากลำบากขึ้น

สำหรับหมอพื้นบ้านที่เป็นหมอพิธีกรรมหรือไสยศาสตร์ การสืบทอดบทบาทไม่ได้เกี่ยวข้องกับตำรา หรือการถ่ายทอดทางตัวหนังสือ แต่เป็นการสืบทอดหรือการได้มาด้วยวิธีการเฉพาะ ปรากฏการณ์ของหมอพิธีกรรม จึงเป็นกลไกทางสังคมและวัฒนธรรมที่สะท้อนปัญหาหรือความจำเป็นของยุคสมัย ซึ่งอาจไม่เกี่ยวข้องกับการมี ไม่มีศิษย์หรือการมี ไม่มีตำรา

4. สถานภาพและการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในสังคมไทย

4.1 สถานภาพและการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในชุมชน

4.1.1 บทบาทและสถานะของหมอพื้นบ้านในชุมชน

หมอพื้นบ้านที่มีบทบาทในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยให้กับชาวบ้านในชุมชน ส่วนใหญ่จะให้บริการและช่วยเหลือชาวบ้านในลักษณะปัจเจกชน ตามความสามารถและความชำนาญเฉพาะบุคคล มีลักษณะการให้บริการแบบช่วยเหลือกัน หรือช่วยกันตามโอกาส โดยมีได้มีเรื่องราวได้เป็นเรื่องสำคัญ หมอพื้นบ้านมักจะสะท้อนว่า หมอชาวยาย หรือผู้ที่เรียกเก็บค่ายาสมุนไพรในราคาแพง หรือหลอกลวงผู้ป่วย ไม่ใช่หมอพื้นบ้าน แต่เป็นหมอชาวยาย อย่างไรก็ตาม หมอพื้นบ้านบางคนที่มีชื่อเสียง และมีความสามารถในการรักษาโรคเรื้อรังหรือโรคที่การแพทย์แผนปัจจุบันรักษาไม่หาย อาจจะให้บริการอย่างต่อเนื่อง และมีรายได้ในลักษณะเช่นเป็นอาชีพเสริม หมอพื้นบ้านเหล่านี้อาจมีคณนอกชุมชนเดินทางมารักษาที่บ้าน หรืออาจเชิญหมอพื้นบ้านไปรักษายังบ้านของผู้ป่วย หมอพื้นบ้านที่มีการรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีคุณธรรม คนในชุมชนจะยอมรับนับถือ และมีสถานภาพทางสังคมค่อนข้างดี เมื่อชาวบ้านเจ็บป่วยหรือมีปัญหาชีวิตจะนึกถึงหมอพื้นบ้าน จะไปปรึกษาและให้รักษา ทั้งยังบอกเล่าถึงความสามารถของหมอพื้น

บ้านต่อกันไปอีกด้วย ในภาพรวมอาจกล่าวได้ว่า หมอพื้นบ้านมีบทบาทการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชนแบบหลายมิติ มี การรักษาและดูแลสุขภาพทางกาย ทางจิตใจ/จิตวิญญาณประกอบกันไป

เมื่อกล่าวถึงบทบาทการรักษาโรคของหมอพื้นบ้าน การศึกษาหลายเรื่องแสดงให้เห็นว่าหมอพื้นบ้านมีการ ปรับตัว และปรับบทบาทในการรักษาโรคตลอดเวลา ในภาพรวม หมอพื้นบ้านมีบทบาทการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน น้อยลง แต่มีได้ลดลงอย่างสม่ำเสมอเหมือนกันทั้งหมด สังเกตได้ว่า หมอพื้นบ้านที่มีความชำนาญหลายโรคลดน้อย ลง เหลือเพียงหมอพื้นบ้านชำนาญเฉพาะโรค โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่หมอแผนปัจจุบันไม่สามารถช่วยเหลือหรือรักษา ให้หายขาดได้ และโรคที่เกี่ยวกับจิตใจ/จิตวิญญาณ ทำให้หมอพื้นบ้านยังคงมีบทบาทรักษาชาวบ้านในบริบททาง วัฒนธรรมเดียวกัน นอกจากนี้ หมอพื้นบ้านยังมีการปรับตัวโดยการสร้างคำอธิบายและตีความกับปรากฏการณ์ของ โรคใหม่ที่เกิดขึ้น และมีการประยุกต์เอาเทคนิควิธีการสมัยใหม่มาใช้ในการรักษาโรค ตัวอย่างเช่น หมอพื้นบ้านมียา รักษาโรคเอดส์ โรคเบาหวาน หมอกระดูกมีการดูฟิล์มเอ็กซเรย์ การใช้ยาแก้ปวด ยาแก้อักเสบ เครื่องมือในการทำ แผลสด และหมอเยามีการใช้เครื่องเล่นเทปเพลงแคน แทนการเป่าแคนจริง เป็นต้น

ในบทบาทการรักษาโรคแบบพื้นบ้านมักมีการตั้งคำถามจากนักวิชาชีพและสังคมอยู่เสมอในประสิทธิภาพ ของหมอพื้นบ้าน จากการทบทวนงานวิจัยยังพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษาโรคแบบพื้นบ้านยัง มีอยู่น้อยมาก โดยเฉพาะขาดการเก็บข้อมูลถึงกระบวนการรักษาโรคจากการปฏิบัติจริงของหมอพื้นบ้าน และข้อมูล ของผู้ป่วยที่มารับการบริการจากหมอพื้นบ้าน ดังนั้น จึงพิจารณาเพียงปรากฏการณ์ที่ยังคงมีชาวบ้านในชุมชนมาหา และรักษากับหมอพื้นบ้าน และคาดการณ์ได้ว่า หมอพื้นบ้านสามารถรักษาผู้ป่วยให้หายจากความเจ็บป่วยได้

บทบาทสำคัญอีกด้านหนึ่งของหมอพื้นบ้านคือ บทบาททางสังคมของหมอพื้นบ้าน หมอพื้นบ้านมีฐานะเป็น ผู้อาวุโสของหมู่บ้าน และเป็นผู้นำทางธรรมชาติ เช่น มัคคนายกวัด เฒ่าจ้ำ (ทางภาคอีสาน) และผู้นำองค์กรชุมชน เป็นต้น ทำให้หมอพื้นบ้านมีบทบาทในการดูแลสุขภาพและช่วยรักษาความสามัคคี ความเรียบร้อย และการใกล้ชิด ความขัดแย้งในชุมชน ผู้ป่วยมิได้ถูกดูแลเพียงอาการป่วยทางกายและทางจิตใจเท่านั้น ผู้ป่วยยังถูกดูแลและตรวจ สอบพฤติกรรมที่อาจจะเกิดกฎเกณฑ์ทางสังคม เช่น การไม่เคารพผู้อาวุโส การด่าหรือใช้วาจาไม่สุภาพต่อผู้อาวุโสใน ครอบครัว การใช้สถานที่สาธารณะหรือสถานที่ศักดิ์สิทธิ์ (ป่าปู่ตา ป่าขุนน้ำ คลอง/หนองน้ำสาธารณะ) อย่างไม่ เคารพยำเกรง เป็นต้น หมอพื้นบ้านจะว่ากล่าวและตักท้วงพฤติกรรมเหล่านั้น และยังอธิบายเชื่อมโยงมาสู่อาการเจ็บ ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกรงกลัว และยุติพฤติกรรมที่ละเมิดกฎเกณฑ์ทางสังคมเหล่านั้น

สรุปได้ว่า หมอพื้นบ้านเป็นบุคคลที่มีบทบาทและสถานะบังคับในชุมชน เป็นบุคคลที่สืบทอด แสวงหา และ ใช้ความรู้การรักษาโรคแบบพื้นบ้านให้เป็นประโยชน์ต่อชุมชน และยังเป็นผู้สืบทอดภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านอื่นๆ รวมทั้งความเชื่อและพิธีกรรมที่เกี่ยวกับชีวิตและสุขภาพของคนในชุมชนอีกด้วย

โดยทั่วไป หมอพื้นบ้านจะมีสถานภาพและได้รับการยอมรับจากชุมชน โดยเฉพาะหมอพื้นบ้านที่มีความ สามารถและคุณธรรมย่อมเป็นที่ยอมรับนับถือของชาวบ้าน เพราะเหตุที่ (1) ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและศรัทธาหมอพื้น บ้านมาจากประสบการณ์ตรงที่ตนเองได้รักษามาก่อน หรือญาติพี่น้องรักษาโรคและหายจากโรค (2) ผู้ป่วยและหมอ พื้นบ้านอยู่ในวัฒนธรรมเดียวกัน ย่อมมีความเข้าใจสื่อสารด้วยภาษาเดียวกัน เป็นกันเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น ใกล้ ชิด และดูแลได้ใกล้ชิดกว่า (3) ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมในกระบวนการรักษาได้ การรักษาโรคแบบ

พื้นบ้านเป็นการสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย ญาติ และคนในชุมชนอยู่ในกระบวนการรักษาโรคได้ สามารถซักถาม ปรีกษาหารือ และดูแลให้กำลังใจผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยคลายกังวลและเกิดความมั่นใจได้

4.1.2 องค์กร/เครือข่ายหมอพื้นบ้าน

แม้ว่าการแพทย์พื้นบ้านและหมอพื้นบ้านจะดำรงอยู่คู่กับสังคมและชุมชนมาอย่างช้านาน แต่ไม่ปรากฏว่าหมอพื้นบ้านมีองค์กรที่จัดตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการแต่อย่างใด ส่วนใหญ่มักจะเป็นการประสานและสัมพันธ์กันเป็นกลุ่มเล็กๆ อย่างไม่เป็นทางการระหว่างบุคคลหรือชุมชน โดยจัดตั้งเป็นกลุ่มชมรมตามชุมชน เช่น

กลุ่มสมุนไพรหรือชมรมหมอพื้นบ้านในอำเภอต่างๆ โดยมีกิจกรรมร่วมกันคือ การแลกเปลี่ยนความรู้และตำรายาระหว่างหมอยา หรือการรวมกลุ่มกันไปหาสมุนไพรในป่า เป็นต้น ต่อมาเมื่อทางภาครัฐมีนโยบายเข้ามาส่งเสริมการใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในชุมชน ก็มีหน่วยงานสาธารณสุขเข้าไปจัดตั้งและส่งเสริมกลุ่มชมรมสมุนไพรและหมอพื้นบ้านมากขึ้น โดยพยายามจัดกิจกรรมผ่านชมรมดังกล่าว

หมอพื้นบ้านในพื้นที่บางแห่งมีการรวมตัวกันเองเพื่อให้บริการการรักษาโรคแบบพื้นบ้านร่วมกันเป็นกลุ่ม (ไม่ได้จัดตั้งโดยองค์กรภาครัฐ) เช่น

กลุ่มอีตัน้อย ที่บ้านสระคูณ อ.ลำปลายมาศ จ.บุรีรัมย์ เป็นกลุ่มที่เน้นให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ ส่งเสริมเรื่องเกษตรแบบผสมผสาน ในกลุ่มนี้มีหมอพื้นบ้านรวมกลุ่มกันเพื่อช่วยรักษาให้แก่คนทั้งในและนอกหมู่บ้าน โดยมีหมอพื้นบ้าน 4 คน สลับเวียนกันมาให้บริการที่บ้านสระคูณ รายได้จากการบริการรักษาส่วนหนึ่งสมทบเข้ากองทุน เพื่อให้ชาวบ้านกู้ยืมเพื่อไปทำการเกษตร กลุ่มหมอพื้นบ้านนี้ดำเนินกิจกรรมมามากกว่า 10 ปี แล้ว

กลุ่มหมอยาพื้นบ้านในเขต จ.สกลนคร มีการรวมกลุ่มหมอยาพื้นบ้าน ทำการรักษาร่วมกัน โดยมีหมอยา 3-4 คน รักษาคนไข้เรื้อรัง (เช่น มะเร็ง) วินิจฉัยโรคและอาการร่วมกัน คัดเลือกตัวยาร่วมกัน และจัดแบ่งหน้าที่ในการไปจัดหา

ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา กลุ่มหมอพื้นบ้านต่างๆ ได้เริ่มรวมตัวกันเป็นเครือข่ายในระดับภูมิภาค มีการจัดรูปแบบองค์กรเครือข่ายที่ชัดเจน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นองค์กรในการส่งเสริมและฟื้นฟูการแพทย์พื้นบ้าน และดูแลควบคุมกันเองระหว่างหมอพื้นบ้านเพื่อให้เกิดการยอมรับหมอพื้นบ้านมากขึ้น นอกจากนี้เครือข่ายบางแห่ง เช่น สภาหมอพื้นบ้านอีสาน ยังมีความต้องการให้เครือข่ายเป็นองค์กรที่จะช่วยในการต่อรองและเรียกร้องสิทธิของหมอพื้นบ้านด้วย

เครือข่ายหมอพื้นบ้านที่น่าสนใจ มีดังนี้

1. เครือข่ายหมอเมืองเชียงใหม่

เครือข่ายหมอเมืองเชียงใหม่ เกิดขึ้นจากการรวมตัวของกลุ่มหมอเมือง 8 กลุ่ม 8 อำเภอ ในจังหวัดเชียงใหม่ โดยการประสานงานของมูลนิธิพัฒนาศักยภาพชุมชน ศูนย์ประสานงานการแพทย์แผนไทยภาคเหนือ และฝ่ายพัฒนาบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2540 ปัจจุบัน มีกลุ่มหมอเมือง กลุ่มเกษตรกรรมสมุนไพร กลุ่มหมอยา กลุ่มผู้แปรรูปสมุนไพร ฯลฯ สมัครเป็นสมาชิก รวม 32 กลุ่ม จาก 16 อำเภอ

2. สภาหมอพื้นบ้านอีสาน

สภาหมอพื้นบ้านอีสานเกิดจากการสมมนาหมอพื้นบ้าน 118 คน จาก 14 จังหวัดในภาคอีสาน เมื่อวันที่ 9 - 11 กันยายน 2542 ณ อาคารมไ้บ้าน จ.กาฬสินธุ์ และได้มีมติให้จัดตั้งสภาหมอพื้นบ้านอีสานขึ้นเพื่อเป็นเครือข่าย

ประสานความร่วมมือของหมอพื้นบ้านอีสาน เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ พัฒนามาตรฐานการรักษาแบบพื้นบ้านและการผลักดันนโยบายกฎหมายของรัฐให้อื้ออำนาจต่อการพัฒนาการรักษาแบบพื้นบ้าน โดยสภาหมอพื้นบ้านอีสานจะเคารพความเป็นอิสระของหมอพื้นบ้าน และกลุ่มหรือเครือข่ายหมอพื้นบ้านในแต่ละท้องถิ่น เคารพความแตกต่างทางวัฒนธรรมและองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้าน ตลอดจนพิทักษ์ระบบการถ่ายทอดความรู้และการบูชาครูซึ่งตั้งอยู่ภายใต้มาตรฐานแห่งคุณธรรม (ภาคผนวก 1)

4.2 นโยบายการส่งเสริมการแพทย์พื้นบ้าน

แม้ว่าการแพทย์พื้นบ้านและหมอพื้นบ้านจะดำรงบทบาทอยู่ในสังคมไทยมาช้านาน แต่ความเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติของหมอพื้นบ้านมีจำนวนน้อยมาก อาจกล่าวได้ว่าการแพทย์พื้นบ้านและหมอพื้นบ้านแทบจะเป็นการแพทย์และบุคคลที่อยู่นอกระบบคิดของการสาธารณสุขแผนใหม่

อย่างไรก็ตามในระยะ 20 ปีมานี้ กระทรวงสาธารณสุข เริ่มส่งเสริมสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน หมอพื้นบ้านก็ได้รับความสนใจมากขึ้นในฐานะบุคคลที่ใช้สมุนไพรเฝ้าระวังรักษาความเจ็บป่วยให้ชาวบ้าน มีการศึกษาวิจัยความรู้ ประสิทธิภาพและบทบาทการรักษาโรคของหมอพื้นบ้านเกิดขึ้นหลายเรื่อง แต่ทิศทางในภาพรวมและในระดับนโยบาย ที่จะใช้ประโยชน์จากหมอพื้นบ้านในระบบบริการสาธารณสุขของชาติก็ยังคงขาดความชัดเจน

สำหรับความเคลื่อนไหวในการนำหมอพื้นบ้านเข้ามาสู่ระดับนโยบายระบบสาธารณสุข ที่น่าสนใจมีดังนี้

4.2.1 การอบรมหมอตำแยทั่วประเทศ

ในปี 2519 กระทรวงสาธารณสุข โดยกองอนามัยครอบครัวได้สำรวจหมอตำแยทั่วประเทศ ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้รับความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลก และองค์การสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ ในการอบรมหมอตำแย โดยเน้นการอบรมด้านการดูแลก่อนคลอด การทำคลอด และการดูแลมารดาหลังคลอด เพื่อให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องตามวิธีการแพทย์แบบตะวันตก โดยระหว่างปี 2519 – 2528 มีหมอตำแยที่ได้รับการอบรมทั้งสิ้น 12,864 คน

4.2.2 การส่งเสริมการใช้สมุนไพรในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 และฉบับที่ 6

ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 และฉบับที่ 6 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายส่งเสริมการใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทย ให้มีประโยชน์ต่อทางด้านสาธารณสุข โดยได้จัดทำแผนงานรองรับชัดเจนและต่อเนื่อง โดยเน้นการพัฒนาทางด้านสมุนไพร และให้ความสนใจกับสมุนไพรเดี่ยว เพื่อส่งเสริมสุขภาพและรักษาอาการเบื้องต้น

หมอพื้นบ้านที่มีความรู้ด้านยาสมุนไพร ได้เข้ามามีบทบาทในด้านความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรอยู่บ้าง โดยความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรของหมอพื้นบ้านได้รับการศึกษาและบางส่วนได้นำมาเผยแพร่ในวงกว้าง เช่น สมุนไพร 66 ชนิดที่กระทรวงสาธารณสุขส่งเสริมให้ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐานก็อาศัยข้อมูลและประสิทธิภาพของหมอแผนโบราณ และหมอพื้นบ้าน มีการนำตำรายาบางขนานของหมอพื้นบ้านที่ใช้ได้ผลดีมาเผยแพร่ เช่น ยาต้มโคคลาน ตำรับปวดกดทับพยาธิ เป็นต้น

4.2.3 การส่งเสริมการใช้สมุนไพร โดยโครงการสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเอง มูลนิธิโกมลคีมทอง

โครงการสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเองซึ่งดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2522 เป็นต้นมา ได้เก็บรวบรวมและจัดระบบความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรจากหมอพื้นบ้าน ชาวบ้าน และตำราต่างๆ เพื่อเผยแพร่สู่ประชาชนให้สามารถป้องกัน

กันและรักษาโรคด้วยตนเอง รวมทั้งส่งเสริมให้มีการประสานความรู้ระหว่างการแพทย์พื้นบ้านกับการแพทย์แผนใหม่ เข้าด้วยกัน กิจกรรมตามโครงการนี้มีส่วนสำคัญให้มีการใช้สมุนไพรอย่างกว้างขวางในเวลาต่อมา โดยเฉพาะ สมุนไพรเดี่ยวหลายตัว เช่น ฟ้าทะลายโจร หญ้าหนวดแมว ขมิ้นชัน ว่านหางจระเข้ เป็นต้น

4.2.4 การฟื้นฟูการนวดไทยและพัฒนาหมอนวดพื้นบ้านโดยโครงการฟื้นฟูการนวดไทย มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนาและคณะ

หมอนวดพื้นบ้านซึ่งมีฐานะทางสังคมและการยอมรับไม่ต่างไปจากหมอฟันบ้านประเภทอื่น คือเป็นบุคคลที่เรียนรู้สืบทอดกันต่อๆ มา ให้บริการอยู่ในชุมชนและไม่มิไปประกอบโรคศิลปะ เริ่มได้รับการยอมรับ และถูกนำเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของภาครัฐ โดยในปี 2528 มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา ได้จัดตั้งโครงการฟื้นฟูการนวดไทยขึ้น เพื่อเผยแพร่ความรู้การนวดไทยในการแก้ปวดเมื่อยและลดการใช้ยาแก้ปวดแผนปัจจุบัน และเพื่อเสริมศักยภาพ จริยธรรมและบทบาทของหมอนวดไทย กิจกรรมของโครงการให้ความสำคัญที่การส่งเสริมการนวดในระดับสาธารณสุขมูลฐาน โดยเน้นการฝึกอบรมเป็นหลัก โดยมีหมอฟันบ้านในส่วนภูมิภาคเข้าสู่กระบวนการอบรม และได้พัฒนาการนวดไทยเข้าสู่ภาครัฐ นอกจากนี้โครงการดังกล่าวยังได้พยายามพัฒนาและผลักดันให้การนวดไทยเป็นสาขาวิชาชีพหนึ่งในการประกอบโรคศิลปะด้วย

4.2.5 การศึกษาวิจัยศักยภาพของหมอฟันบ้าน

ในปี 2534 – 2535 ฝ่ายสมุนไพรและแพทย์แผนไทยในชุมชน สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานได้ร่วมกับศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการศึกษาสนับสนุนงบประมาณจากองค์การอนามัยโลก ได้จัดทำโครงการวิจัยเรื่องศักยภาพหมอฟันบ้านกับการสาธารณสุขมูลฐานขึ้น โดยศึกษาวิจัยในพื้นที่ 6 จังหวัด ทั่วประเทศ ได้แก่ จังหวัดเชียงราย พิจิตร ประจวบคีรีขันธ์ ยโสธร นครพนม และสุรินทร์ และได้จัดทำรายงานภาพรวมของศักยภาพหมอฟันบ้านขึ้นอีกชุดหนึ่ง โดยหวังจะเป็นข้อมูลในการเกิดนโยบายการพัฒนาแพทย์แผนไทยที่ชัดเจนและจริงจัง งานวิจัยดังกล่าวช่วยให้ภาพของหมอฟันบ้านชัดเจนขึ้นในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่สามารถให้คำตอบที่เด่นชัดพอที่จะเสนอเป็นนโยบายการพัฒนาหมอฟันบ้านได้ และได้ตั้งข้อสังเกตจากการใช้ประโยชน์จากหมอฟันบ้านในงานสาธารณสุขมูลฐานไว้ว่า

“การคัดเลือกวิธีการปฏิบัติของการรักษาความเจ็บป่วยแบบพื้นบ้านที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย เมื่อนำเข้ามาสู่นโยบายและโครงการปฏิบัติควรพิจารณาอย่างรอบคอบและอาศัยมุมมองแบบหลายสาขา ความสำเร็จของวิธีการปฏิบัติของการเจ็บป่วยแบบพื้นบ้านมีมิติทางสังคม วัฒนธรรม และด้านจิตใจเป็นมิติสำคัญ หากพิจารณาเพียงด้านประสิทธิภาพทางกายอาจไม่เพียงพอ

ดังนั้นการประเมินคุณค่าวิธีการปฏิบัติของการรักษาความเจ็บป่วยแบบพื้นบ้านอย่างรอบด้านจึงเป็นเรื่องสำคัญ นอกจากนี้การเข้าถึงหมอฟันบ้านเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ควรคำนึงถึงการเพิ่มศักยภาพด้านวิชาการที่เกี่ยวกับการแพทย์ดั้งเดิมและการทำความเข้าใจถึงความต้องการที่แท้จริงของหมอฟันบ้านในฐานะที่เป็นสมาชิกของชุมชนในลักษณะสังคม วัฒนธรรมเฉพาะ มิฉะนั้นการใช้ประโยชน์จากหมอฟันบ้านอาจเป็นแผนงานและโครงการที่มีลักษณะฉาบฉวยและมีได้เกิดประโยชน์ที่แท้จริงกับหมอฟันบ้านหรือชุมชนก็เป็นได้”

สำหรับการผสมผสานการแพทย์พื้นบ้านกับระบบสาธารณสุขแผนใหม่พบว่าแม้จะมีนโยบาย และโครงการที่ชัดเจนมาเป็นเวลากว่า 20 ปีแล้ว แต่ความสำเร็จของการดำเนินตามแนวคิดนโยบายดังกล่าวมีน้อยอย่างไม่น่าเชื่อ

สิ่งที่กระทำกันในการผสมผสานการแพทย์พื้นบ้านกับระบบการแพทย์สมัยใหม่ คือ การนำหมอดำแย และหมอสมุนไพร มาอบรมเพิ่มเติม ไม่มีอะไรมากกว่านั้น เหล่านี้เป็นผลมาจากความไม่วางใจและทวิภูมิต้องการผสมผสานการแพทย์พื้นบ้านกับระบบการแพทย์สมัยใหม่

4.2.6 การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7

ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 – 2539) ยังไม่มีข้อความใดที่ระบุเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านและหมอพื้นบ้านโดยตรง แต่ได้ระบุการพัฒนาเกี่ยวกับสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยไว้ว่า “ให้มีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเข้ากับระบบบริการสาธารณสุขของชุมชนอย่างเหมาะสม” นโยบายดังกล่าวมีแผนงานสนับสนุนที่ชัดเจนและกระจายให้หลายหน่วยงานได้รับผิดชอบ เช่น สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.) สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวง กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เป็นต้น โดยอยู่ภายใต้โครงการใหญ่ 2 โครงการ คือ

1. การพัฒนางานสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในระบบสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งหมายถึงระบบบริการยาสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐระดับจังหวัดอำเภอและตำบล
2. การพัฒนางานสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในชุมชน ซึ่งหมายถึงแนวคิด ทิศทาง และรูปแบบการส่งเสริมใช้ประโยชน์จากสมุนไพร ธรรมชาติบำบัด การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านในชุมชน เขตชนบทและเขตเมือง
3. กล่าวเฉพาะสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.) ได้ประสานร่วมมือกับภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน ในการส่งเสริมสมุนไพรและการแพทย์แผนไทย ดังนี้
 - 3.1. ยาสมุนไพรเดี่ยว สสม. ได้ร่วมมือกับผู้ทรงคุณวุฒิและนักวิชาการจากสถาบันต่างๆ คัดเลือกและพัฒนารายการยาสมุนไพรแบบเดี่ยวสำหรับงานสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 62 รายการเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพเบื้องต้น
 - 3.2. ยาสมุนไพรแบบตำรับ สสม. ได้ส่งเสริมและสนับสนุนข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณโดยประสานกับหน่วยงานและนักวิชาการ หมอพื้นบ้าน เพื่อสนับสนุนข้อมูลยาพื้นบ้าน ให้เกิดการใช้ประโยชน์อย่างสอดคล้องกับชุมชนและวัฒนธรรมท้องถิ่น
 - 3.3. การนวดไทย โดย สสม. ร่วมกับมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา ส่งเสริมความรู้ เทคโนโลยีการนวดไทยในชุมชน
 - 3.4. ธรรมชาติบำบัด สสม. ได้ศึกษาและส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบธรรมชาติ เช่น ผักพื้นบ้าน เครื่องดื่มสมุนไพร เป็นต้น
 - 3.5. การแพทย์พื้นบ้าน สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ได้ร่วมกับจังหวัดและคณาจารย์จากสถาบันการศึกษาในการศึกษาและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านเพื่อใช้ประโยชน์ในงานสาธารณสุขมูลฐาน อย่างไรก็ตามการศึกษาและการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านเป็นเรื่องเฉพาะวัฒนธรรมและมีเอกลักษณ์ของท้องถิ่น การเรียนรู้และทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรสาธารณสุขแผนใหม่และหมอพื้นบ้านเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนา ขณะนี้การแพทย์พื้น

บ้านได้รับการเรียนรู้มากขึ้นและมีประสบการณ์ของหมอพื้นบ้านบางประเภท (หมอพื้นบ้านและหมอนวดพื้นบ้าน) ได้รับการประยุกต์ใช้และส่งเสริมบทบาทในงานสาธารณสุขมูลฐาน

ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 มีจังหวัดจำนวน 56 จังหวัด ในพื้นที่อย่างน้อย 53 อำเภอ มีการพัฒนางานสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในชุมชน โดยแบ่งได้เป็น 4 รูปแบบ คือ

1. การส่งเสริมคุณค่าและการใช้ยาสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในระดับกว้าง
2. การจัดตั้งและพัฒนากลุ่ม / ชมรมชาวบ้านเพื่อส่งเสริมการใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในชุมชน
3. การจัดระบบบริการยาสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในชุมชน
4. การศึกษาและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในชุมชน

4.2.7 การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8

ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) มีการทำแผนการพัฒนาการแพทย์แผนไทยขึ้นเป็นครั้งแรก มีโครงการ/กิจกรรมหลักที่ระบุเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านและหมอพื้นบ้านดังนี้

1. ด้านการพัฒนาองค์ความรู้ เช่น
 - 1.1 โครงการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นและความหลากหลายทางชีวภาพ
 - 1.2 โครงการศึกษาเชิงสำรวจตำรายาพื้นบ้านของไทย
 - 1.3 โครงการสมุนไพรและยาพื้นบ้านอีสาน
 - 1.4 โครงการศึกษาความหลากหลายทางชีวภาพ
 - 1.5 โครงการศึกษาบทบาทของหมอพื้นบ้าน
2. ด้านการพัฒนาระบบข้อมูลและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เช่น
 - 2.1 โครงการศูนย์ข้อมูลสมุนไพรและยาพื้นบ้านอีสาน
 - 2.2 โครงการสำรวจและจัดทำไผ่สมุนไพรพื้นบ้านล้านนา
 - 2.3 ส่งเสริมการใช้การแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ
 - 2.4 ผลิตสื่อเผยแพร่ให้ประชาชนรู้จักการพึ่งตนเองด้านการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ
3. ด้านการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย เช่น
 - 3.1 สนับสนุนการศึกษาและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในชุมชน

4.3 การประยุกต์ใช้การแพทย์พื้นบ้านในระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐ

นอกเหนือจากการใช้ประโยชน์จากการแพทย์พื้นบ้านในงานสาธารณสุขระดับชุมชนแล้ว สถานบริการสาธารณสุขของรัฐบาลแห่ง (โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย) ยังมีการร่วมมือและทำงานกับหมอพื้นบ้าน โดยมีรูปแบบที่แตกต่างกันไปตามความสนใจและความพร้อมระหว่างหมอพื้นบ้านและนักวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข การทำงานร่วมกันระหว่างหมอพื้นบ้านและนักวิชาชีพ ย่อมอาศัยแนวคิดพื้นฐานที่มีลักษณะเรียนรู้ ให้เกียรติ เคารพ และแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดความเข้าใจและจริงใจในการทำงานร่วมกัน การผสมผสานการแพทย์พื้นบ้านในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐขึ้นอยู่กับความสนใจ ความพร้อมและศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุข ความพร้อมและศักยภาพของหมอพื้นบ้าน และการยอมรับของชุมชนด้วย ตัวอย่างของการประยุกต์ใช้การแพทย์พื้นบ้านในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ คือ

โรงพยาบาลพญาเม็งราย จ.เชียงราย โรงพยาบาลพญาเม็งรายมีความมุ่งหวังให้ประชาชนพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพภาพเป็นเบื้องต้น ในปี พ.ศ.2534 โรงพยาบาลพญาเม็งรายได้ศึกษา และพัฒนาหอผู้ป่วยอย่างต่อเนือง มีกิจกรรมส่งเสริมบทบาทหอผู้ป่วยและดูแลคุ้มครองผู้บริโภคไม่ให้ถูกเอาเปรียบ หลีกเลี่ยงจากหอผู้ป่วย เริ่มต้นด้วยการสำรวจหอผู้ป่วยในพื้นที่ และมีการวิจัยหออกระดุกแบบพื้นบ้าน จากนั้นจึงมีแผนปฏิบัติการร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกรักษากระดูกหักได้ 2 แผน หรือรักษาทั้ง 2 แผน ควบคู่กันไป ทำให้ลดความขัดแย้ง และชาวบ้านพึงพอใจมาก นอกจากนี้ยังส่งเสริมหอผู้ป่วยและมีการรวมตัวและมีบทบาทการดูแลสุขภาพชาวบ้านในชุมชนร่วมกันอีกด้วย

โรงพยาบาลเทิง จ.เชียงราย มีการประสานและร่วมกับหอผู้ป่วยในการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ โดยการให้หอผู้ป่วยมาร่วมรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้าน

โรงพยาบาลกาบเชิง จ.สุรินทร์ เริ่มศึกษาและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2534 มีเป้าหมายให้ชุมชนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง และมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนมีการผสมผสานระหว่างระบบการแพทย์แบบตะวันตกและแบบพื้นบ้าน โรงพยาบาลกาบเชิงมีการศึกษาและพัฒนากิจกรรมร่วมกับหอผู้ป่วยพื้นบ้าน มีการศึกษา แผลตำรายา และศึกษาพันธุ์สมุนไพรท้องถิ่นร่วมกันระหว่างหอผู้ป่วยพื้นบ้าน นักวิชาการ ชีพด้านสาธารณสุข และอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันการศึกษา นอกจากนี้ยังมีการนำตำรับยาสมุนไพรพื้นบ้านมารักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล และมีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหอผู้ป่วยปัจจุบันและหอผู้ป่วยพื้นบ้านด้วย

นอกจากนี้ยังมีสถานอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งร่วมมือและเชิญหมอนวดพื้นบ้าน และหมอพื้นบ้านเข้ามาร่วมทำงานภายในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐอีกด้วย

กล่าวสำหรับบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ ยังคงไม่แน่ใจในประสิทธิภาพของการรักษาโรคแบบพื้นบ้าน แต่แนวโน้มความสนใจ และการเรียนรู้ร่วมกันมีมากขึ้น ในปี พ.ศ.2532 สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานได้ทำการสำรวจความเข้าใจและการยอมรับของบุคลากรสาธารณสุขระดับจังหวัดและอำเภอ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ (84%) มีความคิดเห็นว่า การแพทย์พื้นบ้านสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในงานสาธารณสุขได้ และมีข้อเสนอแนะว่า หอผู้ป่วยพื้นบ้านส่วนมากมีความรู้สืบทอดโดยประสบการณ์ ได้รับความเชื่อถือจากชาวบ้าน แต่ไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ มีการใช้สมุนไพรและวิธีการที่หลากหลาย ส่วนที่ดีควรจะได้รับการศึกษา รวบรวม วิเคราะห์ และนำมาใช้ประโยชน์ในงานสาธารณสุข แต่บางส่วนอาจเป็นอันตรายหรือเป็นเพียงการบอกเล่าต่อมา ขาดหลักฐานยืนยัน นับได้ว่า แนวคิดดังกล่าวเป็นโอกาสที่จะสร้างความร่วมมือระหว่างหอผู้ป่วยพื้นบ้านและบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาต่อไป

5. บทสรุปและข้อเสนอแนะในการผสมผสานระบบการแพทย์พื้นบ้านเข้าสู่ระบบสุขภาพไทย

ระบบการแพทย์พื้นบ้านเป็นหนึ่งในระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ ซึ่งมีความหลากหลาย และสัมพันธ์กับระบบเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของชุมชนอย่างแนบแน่น ความยอมรับในการดูแลสุขภาพของหอผู้ป่วยพื้นบ้านขึ้นอยู่กับชุมชน แม้การสืบทอดความรู้และการบริการยังคงอยู่ในขอบเขตของชุมชน หอผู้ป่วยพื้นบ้านไม่ได้เป็นสถาบันที่เป็นทางการ แต่ขณะเดียวกันก็มีสถานะกึ่งกลางระหว่างระบบการดูแลสุขภาพแบบวิชาชีพและแบบชาวบ้าน ดังนั้นการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านและหอผู้ป่วยพื้นบ้าน จึงต้องคำนึงถึงลักษณะพิเศษดังกล่าว

ข้อเสนอแนะในการผสมผสานระบบการแพทย์พื้นบ้านเข้าสู่ระบบสุขภาพ มีดังนี้

5.1 การพัฒนาและการผสมผสานระบบการแพทย์พื้นบ้านเข้าสู่ระบบสุขภาพ สถานะของการแพทย์พื้นบ้าน/หมอพื้นบ้าน เป็นระบบวัฒนธรรมย่อย และถูกยอมรับโดยชุมชน แต่ทว่าการใช้ประโยชน์จากการแพทย์พื้นบ้านมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากสังคมแปรเปลี่ยนเป็นสังคมสมัยใหม่ ภาครัฐส่งเสริมการแพทย์สมัยใหม่อย่างเป็นระบบและกว้างขวาง โดยได้ละเลยที่จะส่งเสริมการแพทย์แผนไทย/การแพทย์พื้นบ้านมาเป็นเวลานาน ทำให้การแพทย์พื้นบ้านเผชิญกับปัญหาหลายด้าน ตั้งแต่ด้านการเรียนการสอนและการสืบทอดประสบการณ์ ด้านบริการและรักษาโรค การวิจัยและการพัฒนา การยอมรับทางสังคม ทำให้การแพทย์พื้นบ้านทั้งระบบยังคงอ่อนแอและถูกมองว่าด้อยประสิทธิภาพ แต่ระบบการแพทย์พื้นบ้านยังคงมีจุดเด่นที่หลากหลายและสอดคล้องกับวัฒนธรรมและความต้องการของชาวบ้าน ประสิทธิภาพในสายตาหรือโลกทัศน์ชีวิตทัศน์ของชาวบ้านเองก็มีความแตกต่างจากหลักเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์ ที่สำคัญเป็นทางเลือกในกรณีที่มีความเจ็บป่วยที่มีอาจมีคำตอบ หรืออาจมีข้อจำกัดจากการบริการของการแพทย์แผนปัจจุบัน หากภาครัฐเห็นถึงคุณค่าของการแพทย์พื้นบ้าน ภาครัฐควรส่งเสริมระบบการแพทย์พื้นบ้านอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยการสนับสนุนทั้งด้านการศึกษาวิจัย รวบรวมองค์ความรู้ ประสานวิชาการ และด้านงบประมาณ อย่างไรก็ตาม คณะผู้วิจัยยังมีความเห็นว่า ภาครัฐควรส่งเสริมและเปิดโอกาสให้ระบบการแพทย์พื้นบ้านเติบโตและเข้มแข็ง โดยคำนึงถึงความพร้อมและศักยภาพของหมอพื้นบ้าน ชุมชน และบริบททางสังคมของท้องถิ่น เมื่อระบบการแพทย์พื้นบ้านในชุมชน/ท้องถิ่นมีความเข้มแข็งมากขึ้น ย่อมมีความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบการผสมผสานกับระบบบริการสาธารณสุข/ระบบสุขภาพของชุมชน อย่างไรก็ตามข้อเสนอนี้มีได้จำกัดสำหรับชุมชน/ท้องถิ่นที่มีความพร้อมและศักยภาพที่ระบบการแพทย์พื้นบ้านสามารถผสมผสานกับระบบสุขภาพของท้องถิ่นได้

สำหรับหมอพื้นบ้านที่มีประสบการณ์สูงและมีเทคนิคการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านที่มีเอกลักษณ์และศักยภาพ ตัวอย่างเช่น การรักษากระดูกแบบพื้นบ้าน การรักษาโรคด้วยยาสมุนไพร การดูแลหญิงหลังคลอด เป็นต้น ภาครัฐสามารถสนับสนุนให้เกิดการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ และพัฒนาภูมิปัญญาส่วนนี้ผนวกกับหลักสูตรการแพทย์แผนไทยแบบทางการ หรือส่งเสริมให้คนรุ่นใหม่ในชุมชนเรียนรู้และสืบทอดการรักษาโรคในชุมชน

5.2 การส่งเสริมและพัฒนาเครือข่าย/องค์กรของหมอพื้นบ้าน ในปัจจุบันการรักษาโรคของหมอพื้นบ้านยังขาดมาตรฐานด้านการรักษาโรคและด้านจริยธรรม ดังนั้น หมอพื้นบ้านควรได้รับการเพิ่มความเข้มแข็งโดยกระตุ้น ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้รวมตัวเป็นองค์กรและเครือข่ายของหมอพื้นบ้าน (network/ organizational empowerment) เพื่อให้หมอพื้นบ้านได้รวมพลังและพัฒนาความรู้ การเรียนการสอน และการบริการการรักษาโรคให้มีมาตรฐาน และเป็นที่ยอมรับของสังคม และหมอพื้นบ้านยังสามารถดูแลและควบคุมจริยธรรมกันเองอีกด้วย นอกจากนี้การรวมตัวยังช่วยให้ชุมชนดูแลควบคุมการบริการการรักษาโรคของหมอพื้นบ้านให้เป็นไปอย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการชุมชนด้วย (Social Control) ทั้งยังเป็นการยอมรับสถานะของหมอพื้นบ้านในชุมชนอีกด้วย

5.3 การพัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้าน เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ การจะพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพจำเป็นต้องมีมาตรฐานทางวิชาชีพ และการบริการการรักษาโรค ซึ่งขณะนี้สถานการณ์ยังคงเป็นไปไม่ได้ที่จะสร้างมาตรฐานของการแพทย์พื้นบ้านให้มีมาตรฐานเดียว และเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพระดับกว้าง (macro level) แต่หากชุมชนมีระบบประกันสุขภาพของท้องถิ่น ให้ท้องถิ่น/ชุมชนสามารถตัดสินใจ และเปิดโอกาสให้เกิดการบริการรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้าน และสามารถเบิกจ่ายได้ในระบบประกันสุขภาพของท้องถิ่น/ชุมชน ชุม

ชนอาจจะบรูายการบริการ การรักษาโรคแบบพื้นบ้านบางอย่าง เช่น การนวด การอบสมุนไพร ยาสมุนไพรพื้นบ้าน บางรายการ เป็นต้น การจัดระบบเช่นนี้จะส่งประโยชน์ทำให้หมอพื้นบ้านสามารถมีรายได้ตามสมควร และชาวบ้าน ในชุมชนก็มีความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพของท้องถิ่นด้วย

6.4 การคุ้มครองผู้บริโภคสำหรับการบริการการรักษาโรคแบบพื้นบ้าน ในประเด็นนี้ ชุมชน (ชุมชนในที่นี้มิ ได้วางขอบเขตในลักษณะพื้นที่ทางกายภาพ) ควรเป็นผู้กำหนดและมีกลไกที่เหมาะสมในการควบคุมและดูแลการรักษาโรคของหมอพื้นบ้าน หากมีขอบเขตที่กว้างกว่าชุมชน/ท้องถิ่น ก็เห็นสมควรเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด

การแพทย์พื้นบ้าน

: แนวคิดการพัฒนาในระดับสากล

แนวคิดและทิศทางการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านของนานาชาติ

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา แนวคิดดั้งเดิมที่ใช้ในการศึกษาการแพทย์พื้นบ้านอยู่บนฐานคิดของปรัชญาประจักษ์นิยม และทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ (Empiricism & Structural – functionalism) แนวคิดดังกล่าวพิจารณาว่า ระบบการแพทย์พื้นบ้าน เป็นระบบความเชื่อที่ตอบสนองต่อโรคหรือความเจ็บป่วยของกลุ่มคนที่มีวัฒนธรรมเดียวกัน กลุ่มบุคคลพยายามรักษาคุณค่าและสืบทอดคุณประโยชน์ของการแพทย์พื้นบ้าน อย่างไรก็ตาม แนวคิดนี้ระบบการแพทย์พื้นบ้านมีฐานะเป็นเพียงระบบความเชื่อของท้องถิ่น มีประโยชน์เฉพาะถิ่นและมิอาจใช้ประโยชน์ระดับสากลได้

ระยะต่อมา ระบบการแพทย์พื้นบ้านได้รับการศึกษาและตีความจากมุมมองของนักมานุษยวิทยาการแพทย์ โดยพิจารณาว่า ระบบการแพทย์พื้นบ้านเป็นวัฒนธรรมย่อยที่ดำรงอยู่ท่ามกลางบริบททางสังคมวัฒนธรรม มีการก่อรูปและปรับตัวที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกับระบบเศรษฐกิจสังคม และระบบการแพทย์แบบอื่นในสังคมด้วย มุมมองนี้ได้รับอิทธิพลของแนวคิดมานุษยวิทยาเชิงนิเวศ และมานุษยวิทยาแบบแปลความหมาย (Ecological anthropology และ Interpretive anthropology) ผสมผสานกับทฤษฎีการปฏิสัมพันธ์แบบสัญลักษณ์ (Symbolic interactionism theory) โดยมีกลุ่มนักมานุษยวิทยาที่สำคัญคือ Landy ,D (1977) , Leslie,C (1976). Lock, M.(1980) และ Kleinman ,A. (1980,1984) แนวคิดและทัศนะต่อระบบการแพทย์พื้นบ้านที่สำคัญคือ

1. ระบบการแพทย์พื้นบ้านเป็นระบบวัฒนธรรมย่อย และมีปฏิสัมพันธ์กับระบบการแพทย์พหุลักษณะ

สังคมมนุษย์ประกอบด้วยหลากหลายชาติพันธุ์ ภาพสะท้อนของโลกทัศน์ในสังคมมนุษย์ที่มีความเป็นพหุลักษณะ ก่อรูปและสะสมกลายเป็นระบบความเชื่อ บรรทัดฐานความคิดและแบบแผนสังคมที่หลากหลาย ระบบการแพทย์อันเป็นวัฒนธรรมย่อย และมีความหลากหลายเช่นกัน ในช่วงปลายของคริสต์ทศวรรษที่ 1970 Leslie , C. นักมานุษยวิทยาชาวอเมริกัน ได้ศึกษาระบบการรักษาพยาบาลเชิงเปรียบเทียบและนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมของระบบการแพทย์พหุลักษณะ (the Culture of plural medical system) เป็นการยืนยันว่า ภายในสังคมหนึ่งจะมีระบบการแพทย์หลายระบบดำรงอยู่ร่วมกัน หรือมีสำนักคิดทางการแพทย์มากกว่าหนึ่งระบบดำรงอยู่ร่วมกัน ปัจจุบันสังคมส่วนใหญ่ของโลกมีระบบการแพทย์พหุลักษณะแทบทั้งสิ้น นอกจากนี้ Kunstadter (1975) ยังได้กล่าวเน้นว่าระบบการแพทย์ของทุกสังคมในเขตเอเชียมีความเป็นพหุลักษณะ ประชาชนมีทางเลือกจำนวนมากเพื่อรักษาความเจ็บป่วย

ในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน Kleinman A. (1973) จิตแพทย์และนักมานุษยวิทยาการแพทย์ชาวอเมริกัน ได้ศึกษาและนำเสนอมุมมองว่า ระบบการแพทย์ควรใช้คำว่า “ระบบการดูแลสุขภาพ” (health care system) และให้ความหมายว่า ระบบการดูแลสุขภาพคือ ระบบวัฒนธรรม ระบบการดูแลสุขภาพมิใช่เพียงระบบการให้บริการการรักษาโรคเท่านั้น แต่เป็นกระบวนการปรับตัวทางสังคมวัฒนธรรม (social-cultural adaptive procese) ระบบการดูแลสุขภาพเป็นกรอบคิดในการอธิบายปรากฏการณ์ทางสุขภาพและความเจ็บป่วย อันประกอบด้วยระบบความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย บรรทัดฐานที่กำหนดพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บป่วย การกำหนดการเลือก และประเมินวิธีการรักษาความเจ็บป่วย ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่

เกี่ยวข้อง อันหมายถึง ผู้ให้การรักษา ผู้รับการรักษา และผู้ที่เกี่ยวข้องในการรักษาความเจ็บป่วย และองค์ประกอบทั้งหมดเกิดขึ้น เชื่อมโยง และถูกกำหนดภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรม

Kleinman A. (1973) ได้จำแนกระบบการดูแลสุขภาพในสังคม เป็น 3 ระบบย่อยคือ

- (1) ระบบการดูแลสุขภาพแบบชาวบ้าน (popular health care system) เป็นขอบเขตในการดูแลสุขภาพที่หลากหลายและกว้างขวางที่สุด ชาวบ้านจะให้ความหมาย รับรู้และแสดงออกต่อสุขภาพ/ความเจ็บป่วย เป็นด้านแรกที่ผู้ป่วย ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมจัดการสุขภาพตนเอง
- (2) ระบบการดูแลสุขภาพแบบวิชาชีพ (professional health care system) เป็นระบบการดูแลสุขภาพที่มีวิชาชีพซึ่งได้รับการอบรมแบบมาตรฐาน และจัดตั้งสถาบันเพื่อการบริหารทางการแพทย์ที่ชัดเจน
- (3) ระบบการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน (folk health care system) ระบบการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านเป็นได้ทั้งรูปแบบการดูแลแบบตะวันตกและแบบดั้งเดิม ผู้ให้บริการมักเป็นผู้ชำนาญการที่มีใช้นักวิชาชีพ และมีใช้สถาบันแบบทางการ

ระบบการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ระบบ มิได้แยกส่วนจากกันอย่างอิสระ แต่ทว่าแต่ละระบบที่ ปฏิสัมพันธ์ ขัดแย้งและผสมผสานกลมกลืนระหว่างกันอยู่ตลอดเวลา ภาวะของระบบการดูแลสุขภาพเป็นภาวะที่ไม่หยุดนิ่งปรับตัวและเปลี่ยนแปลงได้ นอกจากนี้ แต่ละระบบยังมีการหยิบยืมความหมายและวิธีการของระบบอื่นไปใช้ในการอธิบายความหมายของโรคและวิธีการรักษาความเจ็บป่วยด้วย

2. ความหมายและการปรับตัวของระบบการแพทย์พื้นบ้าน

ในสังคมนอกตะวันตก ระบบการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน (the folk sector of health care system) หรือระบบการแพทย์พื้นบ้าน หมายถึงความสัมพันธ์ของบุคคล-กลุ่มบุคคลที่ก่อรูปเป็นความหมายและวิถีปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพโรค/ความเจ็บป่วยภายใต้บริบทของสัญลักษณ์และสังคมวัฒนธรรมร่วม องค์ประกอบของระบบคือ หมอพื้นบ้าน ผู้ป่วย และครอบครัว/ผู้ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย และองค์ประกอบที่สำคัญคือ หมอพื้นบ้าน

หมอพื้นบ้านคือบุคคลที่ชุมชนยอมรับและนับถือว่ามีความสามารถในการรักษาความเจ็บป่วยในท้องถิ่นอันอยู่บนฐานความศรัทธาและระบบความเชื่อของกลุ่มวัฒนธรรมร่วมกัน หมอพื้นบ้านเป็นบุคคลที่มีความสามารถเฉพาะในการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วย มักถูกจำแนกเป็นกลุ่มที่มีรากฐานจากประสบการณ์เชิงประจักษ์ (secular subsector) และกลุ่มที่มีรากฐานจากศาสนาและสัญลักษณ์ (sacred subsector) และกลุ่มแบบผสมผสาน หมอพื้นบ้านมิได้อยู่ในสถานะที่เป็นทางการ และมีสถานะกึ่งกลางระหว่างระบบการดูแลสุขภาพแบบวิชาชีพ และแบบชาวบ้าน พวกเขารักษาความเจ็บป่วยที่บ้านตนเองหรือบ้านของผู้ป่วย ปฏิบัติการแบบนอกเวลา (part-time) หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีสถานะกึ่งถูกกฎหมาย (quasi-legal) บางส่วนมีใบอนุญาตจากทางการและบางส่วนมีสถานะผิดกฎหมาย

ในภาพรวม หมอพื้นบ้านมีประเภทที่หลากหลายมากนับตั้งแต่ ผู้ชำนาญการทางเทคนิคและประสบการณ์เฉพาะ เช่น หมอยาสมุนไพร หมอกระดูก หมอตำแย เป็นต้น ไปจนถึงผู้ให้การดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณ เช่น หมอผี หมอพิธีกรรม เป็นต้น หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จะทำงานแบบปัจเจกชน แต่ในบางสังคม หมอพื้นบ้านมีการรวมตัว เป็นกลุ่มแบบไม่เป็นทางการ หรือเป็นลักษณะสมาคม เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์/เทคนิค

การรักษาความเจ็บป่วย เช่น หมอเวทย์มนต์ของเมือง Ngubane ประเทศแอฟริกาใต้ และ Ministers of spiritualist Church ในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นต้น

หมอพื้นบ้านจะมีพื้นฐานโลกทัศน์ (world view) และคุณค่าทางวัฒนธรรมเช่นเดียวกับชาวบ้านที่อาศัยอยู่ในชุมชน ความเชื่อ ที่มา/สาเหตุ และวิธีการรักษาความเจ็บป่วยและความโชคร้ายเกิดจากสาเหตุทางสังคม สาเหตุเหนือธรรมชาติ หรือบางครั้งอาจเกิดจากการเสียสมดุลระหว่างมนุษย์และสิ่งแวดล้อมทางสังคม ทางธรรมชาติและเหนือธรรมชาติด้วย นอกจากนี้ความเจ็บป่วยจะมีเหตุมาจากพฤติกรรมที่ผิดศีลธรรม ความขัดแย้งของครอบครัวหรือพิธีกรรม เหตุเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดอาการทางกาย หรือความกดดันทางอารมณ์ที่ต้องการความช่วยเหลือจากหมอพื้นบ้าน

โดยทั่วไป หมอพื้นบ้านมิได้ผ่านระบบการศึกษา หรือหลักสูตรการฝึกอบรมที่เป็นทางการ ความชำนาญของหมอพื้นบ้านได้มาจาก “ระบบการเรียนรู้แบบฝึกปฏิบัติ” (apprentice type learning) โดยการเรียนรู้ประสบการณ์และฝึกฝนเทคนิคจากคนรุ่นบรรพบุรุษ หรืออาจได้มาจากการครอบครองแบบธรรมชาติ (the possession of inborn) จากการศึกษาวิจัยที่มาของการแพทย์พื้นบ้านพบว่า บุคคลกลายเป็นหมอพื้นบ้านได้หลายวิธี คือ จากประสบการณ์ แบบฝึกปฏิบัติ (apprenticeship) จากบรรพบุรุษ จากตำแหน่งเฉพาะในครอบครัว จากเครื่องหมายและสิ่งบอกเหตุในช่องการเกิด จากปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์เฉพาะ (revelation = การพบพรสวรรค์ หรือเหตุที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ในช่วงการป่วย การฝันหรือภาวะจิตของการเข้าญาณ/ภาวะการทรงเจ้า) หมอพื้นบ้านคนหนึ่งอาจมีที่มาที่หลากหลาย และมีบทบาทในการรักษาโรคทางกาย ทางจิตใจ และยังรักษาหรือช่วยเหลือในการแก้ปัญหาชีวิตของผู้ป่วย ไปจนถึงคลี่คลายความขัดแย้งเกี่ยวกับความสัมพันธ์ภายในครอบครัว/สังคมของผู้ป่วยด้วย

นอกจากนี้ระบบการแพทย์พื้นบ้าน เป็นระบบวัฒนธรรมที่มีการปรับตัว การเปลี่ยนแปลงและเป็นระบบเปิดที่มีการผสมผสานกับระบบวัฒนธรรมย่อยอื่นตลอดเวลา จากการศึกษาของ Janzen (1987) ,Fendall (1982) และ Gort(1989) ได้แสดงให้เห็นว่า กระแสการเปลี่ยนแปลงของโลก การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ การเมือง การพัฒนาชนบท การแพทย์แผนใหม่และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลโดยตรงหรือมีปฏิสัมพันธ์ต่อการแพทย์พื้นบ้าน และหากพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของระบบการแพทย์พื้นบ้าน การปรับตัวของหมอพื้นบ้านเป็นภาพสะท้อนที่ชัดเจน และได้รับการศึกษาหลายเรื่อง ดังนี้

Landy (1977) ศึกษาและจำแนกการปรับบทบาทของการแพทย์พื้นบ้าน เป็น 3 ลักษณะ คือ การปรับบทบาทการรักษาความเจ็บป่วย (adaptive curing roles) การลดบทบาทการรักษาความเจ็บป่วย (attenuated curing roles) และการบังเกิดใหม่ของบทบาทการรักษาความเจ็บป่วย (emergent curing roles) บทบาทการปรับตัวของหมอพื้นบ้านมิได้ถูกพิจารณาว่าเป็นผู้รับความรู้และเทคนิคของการแพทย์แผนใหม่เท่านั้น แต่พวกเขายังเป็นผู้สังเคราะห์ใหม่ และเป็นผู้ผสมผสานทางเทคนิคและวัฒนธรรม (incorporating technocultural agent) อีกด้วย ตัวอย่างเช่น การปรับบทบาทของหมอพื้นบ้านในการรักษาโรคเอดส์ และโรคกระดูก เป็นต้น นอกจากนี้ ภายในระบบการแพทย์พื้นบ้าน การปรับตัวของผู้ป่วยก็เกิดขึ้นเช่นกัน เช่น ความคาดหวัง และความต้องการของผู้ป่วย หรือการประเมินคุณค่าของการแพทย์พื้นบ้านในสายตาของผู้ป่วย เป็นต้น

3. ประสิทธิภาพของการแพทย์พื้นบ้าน

การประเมินค่าของการแพทย์พื้นบ้านเป็นประเด็นที่มีการโต้แย้งทางวิชาการตลอดมา จากการศึกษาวิจัยของงานวิจัยต่างประเทศ มีรายงานว่า โดยทั่วไปการรักษาความเจ็บป่วยของหมอพื้นบ้านมีประสิทธิภาพ แต่มีความจำกัด ในขณะที่ความเป็นพิษพบไม่บ่อยนัก แต่ก็มีปรากฏอยู่บ้าง Heggenhougen (1990) เสนอ

ประเด็นการประเมินประสิทธิภาพของการแพทย์พื้นบ้านเป็น 3 ด้าน คือ ประสิทธิภาพทางกาย (physical efficacy) ประสิทธิภาพทางจิตใจ (psychological efficacy) และประสิทธิภาพทางสังคม (social efficacy) ผู้ศึกษาจำนวนมากรายงานว่า การรักษาของหมอพื้นบ้านสามารถช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม (psychological change) ได้ ตัวอย่างเช่น การส่งเสริมความสัมพันธ์ทางสังคม การคลี่คลายความกดดัน/อาการทางอารมณ์ของผู้ป่วยที่ผิดปกติ การคลี่คลายปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และการเสริมความหมายทางวัฒนธรรมต่อการเจ็บป่วย เป็นต้น ประเด็นนี้นับเป็นจุดเด่นของการแพทย์พื้นบ้าน หมอพื้นบ้านสามารถมีกระบวนการรักษาความเจ็บป่วยที่เข้าถึงอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว เสริมกำลังใจ ปลดปล่อยความวิตกกังวลได้

4. ระบบการแพทย์พื้นบ้านกับการพัฒนาแบบยั่งยืน

โดยทั่วไป ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์แผนใหม่และหมอพื้นบ้านยังคงสงสัยและไม่เข้าใจซึ่งกันและกัน หมอแผนใหม่มักมองว่า หมอพื้นบ้านเป็นหมอเถื่อนหรือเป็นผู้ที่จะทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย อย่างไรก็ตามในประชาคมกำลังพัฒนาหลายประเทศ หรือบางมุมมองตระหนักว่า แม้หมอพื้นบ้านจะมีจุดอ่อน แต่พวกเขามีประโยชน์ที่ชัดเจนต่อผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะด้านจิตใจและด้านสังคม ทำให้บางประเทศมีการประสานและร่วมมือทำงานกับหมอพื้นบ้าน

ในปี พ.ศ.2521 องค์การอนามัยโลกริเริ่มงานสาธารณสุขมูลฐาน ภายใต้คำประกาศอัลมา-อตา ซึ่งมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2000 ได้เสนอแนะให้การแพทย์แผนดั้งเดิม (traditional medicine) ได้รับการส่งเสริม พัฒนา และผสมผสานกับระบบการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์และเน้นถึงการเคารพการเห็นความสำคัญและการร่วมมือกันระหว่างผู้ปฏิบัติการของการแพทย์ทุกระบบ ทรัพยากรท้องถิ่นที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญคือ หมอสมุนไพร หมอจีน (การแทงเข็มและอื่นๆ) หมออายุรเวท ยูนานี และโยคะ ผู้ทำคลอด (TBAs)

ในช่วงกลางของคริสต์ทศวรรษที่ 1980 องค์การการศึกษาและวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) ได้ริเริ่มการเคลื่อนไหว “ทศวรรษแห่งการพัฒนาวัฒนธรรมของโลก” (World Decade for Cultural Development) ในวาระนี้ องค์การสากลหลายองค์กรได้ให้ความสำคัญกับมิติทางวัฒนธรรมของการพัฒนาอย่างกว้างขวาง ตัวอย่างเช่น องค์การอนามัยโลก (WHO) องค์การสหประชาชาติแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) และองค์การการเงินระหว่างประเทศ (IMF) เป็นต้น กระแสดังกล่าวก่อให้เกิดความพยายามในการศึกษาและบันทึกที่ระบบความรู้พื้นบ้านอย่างต่อเนื่อง การเคลื่อนไหวดังกล่าวก่อรูปเป็นมิติทางวัฒนธรรมของการพัฒนาที่แตกต่างและหลากหลายมิติ แสดงให้เห็นถึงบทบาทเด่นของระบบความรู้พื้นบ้านในมิติเฉพาะเจาะจงหรือมิติของชาติพันธุ์ (ethno-and area-specific knowledge systems) กระแสนี้ทำให้ความรู้ของระบบการแพทย์พื้นบ้านได้รับความสนใจ และการแพทย์พื้นบ้าน/การแพทย์แบบเดิมได้รับการยอมรับในระดับนโยบายและกระบวนการวางแผนระดับประเทศกว้างขวางมากขึ้น ความคงอยู่และคุณค่าของระบบการแพทย์พื้นบ้าน/การแพทย์แผนดั้งเดิมสามารถเชื่อมโยงกับมิติทางเศรษฐกิจ ด้านวัฒนธรรม ด้านนิเวศน์และมิติอื่น ทำให้นำไปสู่นโยบายและแผนงานการผสมผสานระบบการแพทย์แผนใหม่ และระบบการแพทย์พื้นบ้าน/ระบบการแพทย์แผนดั้งเดิม แบบยั่งยืนได้

จากการสำรวจรูปแบบความสัมพันธ์และกฎหมายของนานาประเทศ รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างการแพทย์แผนใหม่ (modern medicine) และการแพทย์แผนดั้งเดิม (traditional medicine) มี 4 รูปแบบคือ

รูปแบบที่ 1 ระบบแบบผูกขาด (monopolistic system) การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ระบบเดียวที่ได้รับสิทธิและการยอมรับในการรักษาโรค การแพทย์แบบอื่นจะถูกกีดกันและบังคับโดยกฎหมาย ตัวอย่างเช่น ประเทศฝรั่งเศส ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศเบลเยียม เซดโกสโลวาเกีย ออสเตรเลีย และสหภาพโซเวียต และบางประเทศในทวีปแอฟริกาที่เป็นอาณานิคมของประเทศเหล่านี้ เป็นต้น

รูปแบบที่ 2 ระบบแบบยอมรับบางส่วน (Tolerant System) การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์เป็นระบบที่เป็นทางการ การแพทย์แบบดั้งเดิมไม่ได้รับการยอมรับอย่างเป็นทางการ เพียงแต่มีอิสระในการรักษาแบบมีเงื่อนไข ตัวอย่างเช่น ประเทศเยอรมัน อังกฤษ ประเทศในเขตละตินอเมริกา/แอฟริกาบางประเทศ เป็นต้น

รูปแบบที่ 3 ระบบแบบคู่ขนาน (Parallel System) ระบบการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ และระบบการแพทย์แบบดั้งเดิมได้รับการยอมรับแบบเป็นทางการ และเป็นระบบที่แยกกันในการบริการการรักษาโรค เช่น ประเทศอินเดีย ปากีสถาน บังคลาเทศ ศรีลังกา พม่า ไทย ฮองกง เป็นต้น

รูปแบบที่ 4 ระบบแบบผสมผสาน (Integrated System) ระบบการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์และระบบการแพทย์แบบดั้งเดิมได้รับการยอมรับ และปฏิบัติงานในสถานบริการด้านสาธารณสุขเดียวกัน เช่น ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนเกาหลี ประเทศเวียดนาม เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีปรากฏการณ์ที่น่าสนใจ คือ ในประเทศญี่ปุ่น แพทย์แผนใหม่ได้รับอนุญาตให้จ่ายยาสมุนไพรได้ และพบว่าแพทย์ 2 ใน 3 ของทั้งหมดจ่ายยาสมุนไพรและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ในปัจจุบันหมอพื้นบ้านได้รับการยอมรับมากขึ้น และในบางสถานการณ์ หมอพื้นบ้านมีลักษณะคล้ายนักวิชาชีพมากขึ้น จำนวนองค์กรด้านวิชาชีพของหมอพื้นบ้านมีการเติบโตที่รวดเร็วขึ้น พวกเขารวมตัวกันและก่อรูปเป็นสมาคม/องค์กรด้านวิชาชีพ โดยหวังว่าจะพัฒนาการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน พัฒนามาตรฐาน ต้องการการยอมรับและอำนาจในการทำมาหากิน ได้รับการสนับสนุนที่เป็นทางการและมีการกำหนดขอบเขตด้านการดูแลสุขภาพที่พวกเขาสามารถทำได้ และในบางแห่งมีการรวมตัวเป็นเครือข่ายที่กว้างขวาง ตัวอย่างเช่น สมาคมผู้ให้การรักษาแผนเดิมของซิมบับเว (Zimbabwe National Traditional Healer Association) ได้รับการยอมรับจากรัฐบาลว่าเป็นองค์กรทางวิชาชีพ มีสิทธิ์ มีการจัดการการศึกษาและมีการประเมินผลและมีการให้ใบประกอบวิชาชีพด้วย เป็นต้น ปรากฏการณ์เหล่านี้แสดงให้เห็นถึงบทบาทของการแพทย์พื้นบ้านในการพัฒนาสาธารณสุขอย่างชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. Foster and Anderson . Medical Anthropology . New York : John Wiley and Sons , Inc. 1978.
2. Janzen , j. The quest for therapy : medical pluralism in Lower Zaire, London : University of California Press . 1978
3. Helman , C. Caring and curing : the sectors of health care in Culture, Health and Illness . Butterworth-heinemann Ltd.1994.
4. Kleinman , A. Patients and Healers in the context of Culture. Berkeley : University of California Press, 1980.
5. Kleinman , A. Indigenous system of healing : questions for Professional ,Popular and Folk care in Alternative medicine J.Warren Salmon, New York : Tavistock Publications,1984.

6. Landy ,D. Role adaptation : Traditional curers under the impact of western medicine in Culture, disease and Healing . New York : Macmillan Publishing Co. Ic. 1977.
7. Lock ,M. Organization and Practice of East Asian Medicine in Japan : Continuity and change , Soc. Sci. Med. Vol .143,1980
8. ยศ สันตสมบัติ . ความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน . เชียงใหม่ : นพบุรีการพิมพ์ , 2542.

การแพทย์พื้นบ้าน : กรณีศึกษาจากต่างประเทศ

ปี 2521 องค์การอนามัยโลก นำเสนอแนวทางการใช้ประโยชน์และการวิจัยในลักษณะผสมผสานที่เป็นไปได้ ในโครงการสาธารณสุขมูลฐานของกลุ่มประเทศสมาชิก คำประกาศอัลมา อตา ได้เน้นถึงความสำเร็จของงานสาธารณสุขมูลฐาน ที่มีความจำเป็นต้องมีความหลากหลายของผู้รักษาความเจ็บป่วยหรือสถาบันสุขภาพ หมายรวมถึง ผู้ดูแลรักษาความเจ็บป่วยแบบพื้นบ้าน ผู้เป็นทรัพยากรบุคคลของการบริการสาธารณสุข (health care resource) กล่าวกันว่า จำนวนประชากรประมาณครึ่งหนึ่งในโลกอยู่ในประเทศที่หน่วยงานของรัฐขาดการแพทย์แผนโบราณ และผดุงครรภ์พื้นบ้าน

จากข้อเท็จจริงพบว่าในทุกสังคมต่างก็มีระบบการแพทย์พื้นบ้าน (folk medicine) เพราะแต่ละสังคมต่างก็มีวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกันไปตามท้องถิ่น องค์การอนามัยโลกสนับสนุนให้นำระบบการแพทย์พื้นบ้านมาใช้ประโยชน์ในด้านการป้องกัน และด้านรักษาความเจ็บป่วย อีกทั้งร่วมมือกับระบบบริการสาธารณสุขอย่างเป็นทางการ

องค์การอนามัยโลก ได้เคยนำเสนอไว้เมื่อ 2 ทศวรรษกว่าที่ผ่านมา เกี่ยวกับแนวทางและแบบอย่างของการฝึกอบรมและใช้ประโยชน์จากหมอตำแย ประเทศกาห์นา อินโดนีเซีย มาเลเซีย ปากีสถาน ฟิลิปปินส์ ชูแดน และไทย ดำเนินการใช้ประโยชน์จากหมอตำแยในโครงการพัฒนาสาธารณสุขระดับประเทศ โครงการนี้ชี้ให้เห็นจุดอ่อนของการอบรม และความจำกัดในการเข้าถึงเทคนิคสมัยใหม่ของหมอตำแย ขณะเดียวกันก็เกิดผลลบต่อสุขภาพและวัฒนธรรมในบางประการ ข้อเสนอแนะคือ ในการร่วมมือกับหมอตำแยนั้น มีความจำเป็นในการเพิ่มความไวทางวัฒนธรรมให้กับผู้อบรม และบุคลากรการแพทย์แผนใหม่ที่ปฏิบัติการในสังคมหรือชุมชนที่มีวัฒนธรรมเฉพาะ และประสานมุมมองทางมานุษยวิทยาในการวางแผน การปฏิบัติการและการประเมินผลด้วย

ประเทศกาห์นา ได้เริ่มงานสาธารณสุขขั้นมูลฐานสำหรับหมอพื้นบ้าน และได้จัดทำโครงการอบรมสาธารณสุขขั้นมูลฐานสำหรับหมอพื้นบ้านขึ้นที่อำเภอ Techiman โดยการใช้วิธีการแบบพื้นบ้าน (Ethnoscience) ในกระบวนการอบรมทุกขั้นตอน รวมทั้งให้ความสำคัญต่อการทำความเข้าใจกับหมอพื้นบ้านด้วย วิธีการอบรมใช้การพูดคุย ถาม-ตอบ และแสดงบทบาทสมมุติบนพื้นฐานความรู้ และการปฏิบัติของหมอพื้นบ้าน จากโครงการนี้ชี้ให้เห็นว่า ความสำเร็จของโครงการอยู่ที่ความสัมพันธ์อันยาวนานบนพื้นฐานของความเชื่อมั่น และความเคารพซึ่งกันและกัน ระหว่างหมอพื้นบ้านกับบุคลากรสาธารณสุข โดยทั้งสองฝ่ายจะต้องใช้เวลา ความพยายามและความอดทนในการทำงานร่วมกัน

สถานการณ์การพัฒนาและวิจัยระบบการแพทย์พื้นบ้านของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของประเทศนั้น ๆ ซึ่งมีตัวอย่างสถานการณ์ระบบการแพทย์พื้นบ้านบางประเทศคือ

การแพทย์พื้นบ้านในแอฟริกา

การแพทย์พื้นบ้านในแอฟริกา ให้บริการตอบสนองความต้องการของประชาชนร้อยละ 80 เป็นอย่างน้อย และอาจมากกว่านั้น ในขณะที่หน่วยงานสาธารณสุขของรัฐไม่ให้การยอมรับ มีบางประเทศที่หน่วยงานระดับท้องถิ่นให้สิทธิหมอพื้นบ้านในการรักษา ถึงแม้ว่าจะไม่มีการจดทะเบียนของวิชาชีพนี้

การขาดนโยบายในการให้ความร่วมมือและสนับสนุนจากภาครัฐ ส่งผลต่อหมอพื้นบ้านคือ หมอพื้นบ้านจะถูกโทษอย่างรุนแรงเมื่อผลการรักษาล้มเหลว และไม่ได้รับการยอมรับหรือยกย่องเมื่อการรักษานั้นได้ผล นอกจากนั้นผลตอบแทนที่หมอพื้นบ้านได้รับคือ สิ่งที่เราเรียกว่า “สินน้ำใจ” จากผู้ป่วยและญาติ ซึ่งอาจเป็นสิ่งของตามประเพณีหรือธรรมเนียมที่ปฏิบัติกันมาในท้องถิ่น และหมายถึงตัวเงินเพียงเล็กน้อย แต่มีคุณค่าทางจิตใจ

เนื่องจากรัฐยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน มีบางประเทศที่ดำเนินการเรื่องนี้ ภายใต้บทบาทการดูแลของกระทรวงอื่นที่มีหน่วยงานสาธารณสุข อาทิ กระทรวงศิลปะและวัฒนธรรม หน่วยงานการศึกษาวิจัย หรือหน่วยงานอื่นที่มีความห่วงใยด้านสุขภาพ เป็นต้น แม้กระนั้นการทำวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านอย่างจริงจังของประเทศต่าง ๆ ในแอฟริกาแทบจะไม่มีปรากฏ Mamadou Koumare ผู้อำนวยการทั่วไปสถาบันวิจัยการแพทย์และเภสัชกรรมพื้นบ้านแห่งชาติ บามาโก ประเทศมาลี เสนอไว้ว่า หากจะดำเนินงานวิจัยให้มีประสิทธิภาพ การทำการวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านต้องเป็นแบบสหวิทยาการ และต้องประสานต่อเรื่องข้อมูลข่าวสารเพื่อป้องกันความซ้ำซ้อนของกิจกรรม

แม้ว่าจะไม่ต้องพิสูจน์ผลกระทบของการแพทย์พื้นบ้านอีกต่อไป แต่ต้องหาวิธีการใด ๆ ก็ตามเพื่อเชื่อมการแพทย์พื้นบ้านเข้ากับระบบการแพทย์ทางการ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการทางสาธารณสุขอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน

มีตัวอย่างความร่วมมือที่เกิดขึ้นแล้ว และมีบางด้านที่สัมพันธ์กับจิตเวชศาสตร์ คุณลักษณะพิเศษของจิตเวชศาสตร์แอฟริกันก็คือ การกลั่นกรองมาจากวัฒนธรรมเฉพาะตัวของแอฟริกันเอง วัฒนธรรมแอฟริกันยอมรับอำนาจมนต์มายาของเอกภพที่มีต่อชีวิต และมีมากกว่ากฎเกณฑ์ทางสังคมเสียอีก วิธีจัดการกับโรคจิตแบบนี้ คือ การที่ชุมชนใจกว้างยอมรับคน “วิกลจริต” ให้อยู่ร่วมในสังคมได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่ก้าวร้าวเกินไปนัก นอกจากนั้นหมอจิตเวชพื้นบ้านยังมีวิธีการใช้ยาสมุนไพร มีพิธีกรรมและเซ่นไหว้ เป็นต้น

ดูจากผลการทำงานของโรงพยาบาลจิตเวชเฟนนี (Fann Psychiatric Hospital) ในดักคา และโรงพยาบาลอาโร (Aro Hospital) ใน Abeokuta ในจีเรีย ความร่วมมือกับหมอจิตเวชพื้นบ้านจะประสบผลสำเร็จ และขยายผลได้ต้องอยู่บนฐานองค์ความรู้ทั้งมวลของหมอพื้นบ้าน ทั้งทางด้านจิตวิทยาสังคม มานุษยวิทยา และเภสัชศาสตร์ จิตแพทย์แผนปัจจุบันไม่จำเป็นต้องรู้เรื่องการใช้เวทมนต์ หรือตัวยาที่หมอพื้นบ้านใช้ก่อนจะร่วมงานกันก็ได้

Picro Coppo อายุรแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชศาสตร์ Usigliano ประเทศอิตาลี และที่ปรึกษาชั่วคราวสถาบันวิจัยการแพทย์และเภสัชกรรมพื้นบ้านแห่งชาติ บามาโก ประเทศมาลี กล่าวไว้ว่า ในการรักษาโรคทางจิตเวช จำเป็นต้องมีความร่วมมือกันระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์พื้นบ้าน เพื่อผสมผสานวิธีการเข้าด้วยกันเพื่อผลของการรักษา เนื่องจากองค์ความรู้อันไพศาลของระบบการแพทย์พื้นบ้าน เริ่มมีข้อจำกัดในทางจิตเวชเช่นกัน ด้วยเหตุที่สังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น และมีวัฒนธรรมแบบอุตสาหกรรม ขณะที่ในสังคมแบบชนบทหรือกลุ่มคนที่มีวัฒนธรรมเฉพาะท้องถิ่นยังคงมีความจำเป็นต้องการใช้ศาสตร์จิตเวชพื้นบ้าน แต่กระนั้นยังคงมีความเป็นไปได้ในการผสมผสานการแพทย์ทั้งสองระบบ โดยการประยุกต์ใช้สิ่งที่เป็นประโยชน์ของแต่ละระบบเข้ามา

อย่างไรก็ตามในสถานการณ์เช่นนี้ ทิศทางใหม่ของการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศคือ การประสานความสอดคล้องระหว่างระบบการแพทย์ทั้ง 2 ระบบ ที่มีความแตกต่างให้สามารถร่วมมือกันได้ ตามสถานะองค์ความรู้ของศาสตร์ที่มีธรรมชาติที่แตกต่างกัน

การแพทย์แผนดั้งเดิม : สถานการณ์การแพทย์แผนไทย

1. พัฒนาการจากอดีตสู่ปัจจุบัน

การแพทย์แผนไทยมีประวัติความเป็นมา และพัฒนาการที่ยาวนาน แม้จะไม่มีบันทึกทางประวัติศาสตร์ที่ทำให้เราทราบที่มาของการแพทย์แผนไทยได้ว่าเกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อไร แต่การศึกษาประวัติศาสตร์ทางด้านอื่นๆ และประวัติศาสตร์การแพทย์ รวมทั้งการศึกษาวิเคราะห์ลักษณะขององค์ความรู้ ตลอดจนพิธีกรรมต่างๆ ได้ช่วยให้เราเห็นรูปเค้าของประวัติการแพทย์แผนไทยได้ในระดับหนึ่ง

ในบทความนี้ แบ่งพัฒนาการของการแพทย์แผนไทย เป็นยุคต่างๆ ดังนี้

1.1 ยุคก่อนประวัติศาสตร์ไทย

การแพทย์ในยุคนี้เป็นรากฐานของการก่อรูปของการแพทย์แผนไทยในยุคต่อมา แม้จะปรากฏหลักฐานทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับการแพทย์ในยุคนี้ไม่มากนัก แต่ประวัติศาสตร์ของการสร้างบ้านแปงเมือง การแลกเปลี่ยนทางการค้าและวัฒนธรรมกับแหล่งอารยธรรมต่างๆ ที่อยู่ใกล้เคียง ช่วยให้เราเห็นว่า ดินแดนซึ่งเป็นประเทศไทยในปัจจุบันนี้ ในอดีตเคยรุ่งเรืองด้วยวัฒนธรรมซึ่งผสมผสานระหว่างวัฒนธรรมท้องถิ่นและอารยธรรมอินเดีย โดยมีลำดับยุคสมัยที่สำคัญดังนี้

ในราวปี พ.ศ.273 เมื่อพระเจ้าอโศกมหาราชได้เสวยราชสมบัติ ณ เมืองปาฏลิบุตร แคว้นมคธ หลังจากครองราชสมบัติได้ 8 ปี พระองค์ได้หันมานับถือพุทธศาสนาและเป็นผู้อุปถัมภ์การสังคายนาพระพุทธานุสาวนขึ้นภายหลังการสังคายนาได้ส่งพระสมณทูตออกเผยแผ่พระพุทธศาสนานิกายเถรวาทไปยังที่ต่างๆ 9 สาย สายหนึ่งมีพระโสณะและพระอุตตระเป็นพระเถระไปยังสุวรรณภูมิซึ่งสันนิษฐานว่าเป็นบริเวณที่เป็นเมืองนครปฐมในปัจจุบัน

ในช่วงพุทธศตวรรษที่ 6-11 ในพงศาวดารจีนปรากฏชื่อ อาณาจักรฟูนาน (พนม) ว่าเป็นอาณาจักรที่ได้แผ่ขยายมาถึงลุ่มน้ำเจ้าพระยา ดินแดนในภาคอีสานและภาคใต้ แม้ว่าศูนย์กลางของอาณาจักรโบราณนี้ยังคงเป็นข้อถกเถียงกันอยู่ว่า อยู่ ณ ที่ใดระหว่างตอนใต้ของประเทศไทยปัจจุบัน หรือที่นครพนม หรืออยู่ในลุ่มน้ำเจ้าพระยา เช่นเดียวกับข้อถกเถียงที่ว่าผู้ปกครองฟูนานคนแรกเป็นคนมาจากอินเดียหรือคนท้องถิ่น แต่ก็พบว่าอารยธรรมอินเดียได้แพร่เข้ามาในดินแดนแถบนี้แล้ว โดยเฉพาะศาสนาพราหมณ์

ในช่วงพุทธศตวรรษที่ 12 วัฒนธรรมทวารวดีได้รุ่งเรืองอยู่ในลุ่มน้ำท่าจีนและแม่กลองในเขตภาคกลาง (นครปฐม อุทุมพร คุบัว) และเสื่อมสลายลงในพุทธศตวรรษที่ 17 อันเป็นเวลาที่พักพิงจากกัมพูชาได้แผ่อำนาจทางการเมืองเข้ามาปกครอง โดยที่ทวารวดีได้ติดต่อสัมพันธ์กับบ้านเมืองน้อยใหญ่ใกล้เคียงต่างๆ เช่น ละโว้ ศรีเทพ ศรีมโหสถ จนถึงน่านเจ้า รัฐทวารวดีได้รับการแพร่เข้ามาของอารยธรรมอินเดียและเลื้อกรับ ปรับ แปลความหมายให้เข้ากับเอกลักษณ์ของท้องถิ่น จนเกิดลักษณะเฉพาะของศิลปวัฒนธรรมทวารวดีซึ่งเนื่องในพระพุทธศาสนา ซึ่งได้กลายเป็นแก่นหลักของบ้านเมืองสมัยนั้น แม้ว่าจะมีหลักฐานทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับการแพทย์อยู่ค่อนข้างน้อย เช่น พบหินบดยาในสมัยทวารวดีที่เมืองอุทุมพร เป็นต้น แต่ก็น่าเชื่อว่า บรรดาพระภิกษุ พราหมณ์ และพ่อค้าที่มาจากอินเดียคงจะนำวิทยาการด้านการแพทย์เข้ามาด้วย

ในขณะที่วัฒนธรรมศรีวิชัยเคยรุ่งเรืองอยู่ในดินแดนภาคใต้ ในช่วงพุทธศตวรรษที่ 13-17 โดยเฉพาะพุทธศาสนานิกายมหายานและศาสนาพราหมณ์

อาณาจักรขอม หรือที่เรียกชื่อในพงศาวดารจีนว่า เจนละ (จันทรวงศ์) ซึ่งมีศูนย์กลางอยู่ในบริเวณประเทศกัมพูชาในปัจจุบัน เป็นอาณาจักรที่เกิดขึ้นหลังจากการเสื่อมสลายลงของฟูนาน คือในราวพุทธศตวรรษที่ 10 กษัตริย์ขอมที่มีชื่อเสียงมากที่สุดคือ พระเจ้าชัยวรมันที่ 7 (พ.ศ.1724-1763) ในสมัยของพระองค์ได้ขยายอาณาเขตกว้างใหญ่ไพศาล ด้านตะวันออกจรดทะเลจีน ด้านตะวันตกจรดอ่าวเบงกอล ด้านใต้ถึงแหลมมลายู ด้านเหนือครอบคลุมอาณาจักรลาว ในสมัยนี้พระองค์ทรงเลื่อมใสในพระพุทธศาสนานิกายมหายาน ได้สร้างศาสนสถานและสิ่งก่อสร้างมากมาย ทรงสร้างอโรคยศาลหรือโรงพยาบาลตามถนนและเมืองต่างๆ 102 แห่ง ในอโรคยศาลมีวิหารซึ่งประดิษฐานพระไภษัชยคุรุไวฑูรยประภา เพื่อสักการบูชา ดังปรากฏในศิลาจารึกปราสาทซึ่งพบในจังหวัดสุรินทร์ ดังนี้

"โรคทางร่างกายของปวงชนนี้ เป็นโรคทางจิตใจที่เจ็บปวดยิ่ง เพราะความทุกข์ของราษฎร แม้มิใช่ความทุกข์ของพระองค์ แต่เป็นความทุกข์ของเจ้าเมือง

พระองค์พร้อมด้วยแพทย์ทั้งหลาย ผู้แก้ลักล้า และคงแก่เรียนในอายุรเวทและอัสตรเวท ได้ฆ่าศัตรูคือโรคของประชาชนด้วยอาวุธคือเภสัช

เมื่อพระองค์ได้ชำระโทษของประชาชนทั้งปวงโดยรอบแล้ว ได้ชำระโทษแห่งโรคทั้งหลาย เพราะโทษแห่งยุค

พระองค์ได้สร้างโรงพยาบาล และรูปพระโพธิสัตว์ไภษัชยสุคตพร้อมด้วยรูปพระชินราชทั้งสองโดยรอบเพื่อความสงบแห่งโรคของประชาชนตลอดไป

พระองค์ได้สร้างโรงพยาบาลหลังนี้ และรูปพระโพธิสัตว์ไภษัชยสุคตพร้อมด้วยวิหารของพระสุคต ด้วยดวงจันทร์ คือพระนฤทัยในท้องฟ้า คือพระวรกายอันละเอียดอ่อน

พระองค์ได้สร้างรูปจำลองของพระไวโรจนชินเจ้าที่ขึ้นต้นด้วยสุริยะและจันทระอันงดงามนี้ ให้เป็นผู้ทำลายโรคแห่งประชาชน ผู้มีโรคทั้งหลายในที่นี้"

จากข้อความในจารึกหลายแห่ง ทำให้ทราบว่า มีการจัดบุคลากรรับผิดชอบตามหน้าที่ต่างๆ ในอโรคยศาล ได้แก่ มีผู้ดูแล 4 คน แพทย์ 2 คน ผู้ช่วย 3 คน ผู้ดูแลรักษาทรัพย์และจ่ายยา 2 คน ผู้ดูแลการหุงต้ม หาดอกไม้และหว่านบุญญาญู ทำความสะอาดเทวสถาน 2 คน ผู้จัดพลีทาน ทำบัตร จ่ายบัตรสลาก หาดินต้มยา 2 คน ผู้ดูแลรักษาโรงพยาบาลเป็นผู้ส่งยาแก่แพทย์ 14 คน คนงานหญิงไม่ยา 6 คน ตำข้าว 2 คน คนงานธุรการชาย 32 คน เป็นต้น

การรักษานอกจากใช้ยาจากสมุนไพรและเวทมนตร์คาถาแล้ว ยังมีการสวดบูชาพระไภษัชยคุรุไวฑูรยประภาเพื่อให้โรคร้ายหายไปด้วย นอกจากนี้ยังปรากฏว่ามีชื่อตัวยาสสมุนไพรหลายชนิด เช่น การบูร กระวาน กานพลู ขิงแห้ง ดีปลี ตะไคร้ อบเชย ยี่ห่วย จันทน์เทศ บุนนาค กายาน มหาหิงคุ์ เนยใส พริกไทย กระเทียม เมล็ดพันธุ์ผักกาด น้ำผึ้ง เป็นต้น ซึ่งเห็นได้ชัดว่าเป็นตัวยาทิณียม์ใช้กันมากในการแพทย์อายุรเวทของอินเดีย

1.2 ยุคประวัติศาสตร์ไทย

ในยุคนี้ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านดำรงอยู่ในสังคมไทยในฐานะการแพทย์กระแสหลักทั้งในวิถีชีวิตของชาวบ้านทั่วไปและในราชสำนัก แม้บางช่วงจะมีความพยายามที่จะเผยแพร่การแพทย์ฝรั่งเข้ามา แต่ก็มิได้รับความยอมรับจากสังคมและผู้ปกครองรัฐ การแพทย์แผนไทยจึงสามารถสืบสานศาสตร์ของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง แต่ในบางช่วง โดยเฉพาะช่วงที่บ้านเมืองไม่สงบและถูกเผาทำลาย อาจมีการสะดุดชะงักไปบ้าง แต่ก็ได้รับการฟื้นฟูอย่างทันท่วงที

ประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทยที่สำคัญในยุคนี้ สามารถแบ่งตามสมัยของการปกครองได้ดังนี้

สมัยสุโขทัย

เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากการกระทำของภูตผีปีศาจ จึงมีพิธีแสดงความนับถือนับตั้งข้อความตอนหนึ่งในไตรภูมิไถของพญาลิไทที่ว่า "มิแลว่ามีผู้ใดไปไหว้นบเคารพแก่งจักรแก้วนั้นด้วยข้าวตอกดอกไม้ แลกงจักรนั้นเพื่อย่อมบำบัดเสียซึ่งความไข้ความเจ็บ" ส่วนโรคภัยไข้เจ็บที่เป็นระบุว่า "และรู้ว่าเป็นหิด เรื้อน เกื้อน แลกลาก หูด แลเปา เป็นต่อม เป็นเตา เป็นงอย เป็นเพลี้ย ตาฟู หูหนวก เป็นกระจอกงอก เลื้อยเปื้อย เนื้อเมื่อย ตน ท้องขึ้น ท้องพอง ต้องไล่ ปวดหัว มัวตา ไข้เจ็บ เหน็บเหนียว วิกการดังนี้ได้"

หลักฐานอื่นๆ เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาสมุนไพร การนวด หรือการแพทย์พื้นบ้านอื่นๆ ไม่มีปรากฏในศิลาจารึกใดๆ เลย

สมัยกรุงศรีอยุธยา

สมัยสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ

มีหลักฐานเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยปรากฏในทำเนียบศักดินาข้าราชการฝ่ายทหารและพลเรือนที่ตราขึ้นในปี พ.ศ.1998 กล่าวคือ มีข้าราชการในกรมแพทยา โรงพระโสมภฏ กรมหมอยา กรมหมอนวด กรมยาตา กรมหมอวรรณโรค

สมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช

ปี พ.ศ.2202-2204 มีการรวบรวมตำรายาของหมอหลวง หมอจีน หมออินเดีย หมอฝรั่งเพื่อทูลเกล้าฯ ถวาย ซึ่งต่อมาเรียกว่า ตำราโสมภฏพระนารายณ์

ปี พ.ศ.2230-2231 มอญลิเออร์ เดอ ลา ลูแบร์ ราชทูตฝรั่งเศส ซึ่งเข้ามาในกรุงสยามและเขียนเรื่องบรรยายเกี่ยวกับกรุงสยามไว้ เรียกกันว่า จดหมายเหตุลาลูแบร์ ความตอนหนึ่งกล่าวว่า

"แพทย์หลวงตัวเอกของพระมหากษัตริย์สยามก็เป็นจีนแซ่เจ็ก พระองค์มีทั้งหมอสยามและหมอมอญชาวพะโค และใน 2 หรือ 3 ปีมานี้ พระองค์ได้โปรดครูสอนศาสนาคริสต์ฝรั่งเศสฝ่ายคฤหัสถ์ผู้หนึ่ง ชื่อมอญลิเออร์บูมาต์ ให้เข้ารับราชการฉลองพระเดชพระคุณในกรมหมอหลวงด้วย ทรงไว้ว่าพระราชหฤทัยหมอฝรั่งผู้นี้มากกว่าหมอหลวงทั้งปวงหมด"

และเห็นว่า

"ข้อเขลาสำคัญของหมอสยามนั้นก็คือไม่รู้ว่เครื่องในร่างกายตัวมนุษย์นั้นมีอะไร เป็นอย่างไร สำหรับอะไรบ้าง จำเป็นต้องพึงฝรั่ง"

และ "หมอสยามไม่พักพะวงตรวจสมุฏฐานโรค ว่าอะไรเป็นตัวสำคัญที่ส่อให้เกิดโรคที่ป่วยนั้น วางยาไปตามตำราตามบุญตามกรรม แม้กระนั้นก็ยังไม่วายที่จะรักษาให้หายได้โดยมาก"

นอกจากนี้ยังมีข้อความอื่นๆ อีกมากที่แสดงให้เห็นว่าฝรั่งมีอคติต่อการแพทย์แผนไทยอย่างไรบ้าง

เมื่อกรุงศรีอยุธยาเสียแก่พม่า ครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ.2310 ปราสาทราชวัง วัดวาอาราม บ้านเรือนถูกเผาทำลาย ทำให้คัมภีร์ตำราต่างๆ สูญเสียไปเป็นจำนวนมาก ข้อมูลหลักฐานเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในกรุงเก่าจึงขาดหายหมดสิ้นไปโดยมาก ยังคงมีหลงเหลือเฉพาะในหัวเมืองต่างๆ เท่านั้น

สมัยกรุงรัตนโกสินทร์

สมัยรัชกาลที่ 1

โปรดเกล้าฯ ให้รวบรวมตำรายาและฤๅษีติดตนเป็นครั้งแรกไว้เป็นทานตามศาลารายวัดพระเชตุพนฯ

สมัยรัชกาลที่ 2

โปรดเกล้าฯ ให้รวบรวมตำรายาเรียกว่า ตำรายาโรงพระโสมถ เมื่อ พ.ศ.2355

โปรดเกล้าฯ ให้จารึกตำรายาและตำรานวดบนศิลาที่วัดราชโอรส เมื่อ พ.ศ.2364

สมัยรัชกาลที่ 3

พ.ศ.2375 โปรดเกล้าฯ ให้สืบเสาะหาตำรายาที่ศักดิ์สิทธิ์ ตำราลักษณะโรคทั้งปวง ตามพระราชอาณัติข้าราชการ ตลอดจนราษฎรมาจารึกในแผ่นศิลาเมื่อคราวปฏิสังขรณ์วัดพระเชตุพนฯ โดยผู้ถวายตำรายาต้องสาบานว่า ยาขนานนั้นตนได้ใช้มาดีและมีผลดีและไม่ปิดบัง แล้วให้พระยาบำเรอราชแพทยตรวจอีกทีก่อนนำไปจารึกจารึกดังกล่าวมี 4 หมวดใหญ่ๆ ได้แก่ วิชาฤๅษีตัดตน เวชศาสตร์ เภสัชศาสตร์ และแผนนวด

เฉพาะวิชาฤๅษีตัดตนโปรดเกล้าฯ ให้ช่างหล่อรูปปั้นขึ้นด้วยสังกะสีสมมติบุษย์ นอกจากนี้พระองค์ยังโปรดพระราชทานพระราชนิพนธ์คำโคลงฤๅษีตัดตน 4 บท และยังให้ข้าราชการและพระเถระแต่งโคลงฤๅษีตัดตนกำกับทุกรูป รวมทั้งสิ้น 80 ท้า เสร็จสิ้นในปี พ.ศ.2379 และต่อมาโปรดเกล้าฯ ให้คัดลอกท่าฤๅษีตัดตนลงสมุดไทย เมื่อ พ.ศ.2381

สมัยรัชกาลที่ 4

พบหลักฐานทางเอกสารว่ามีข้าราชการในฝ่ายพระราชวังบวรสถานมงคลของพระบาทสมเด็จพระปิ่นเกล้าเจ้าอยู่หัว หรือ ข้าราชการฝ่ายวังหน้า ที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ได้แก่ ข้าราชการในกรมหมอ กรมหมอยา กรมหมอนวด กรมหมอกุมาร กรมหมอยาตา กรมหมอฟรัง

1.3 ยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง

ในยุคนี้ แม้การแพทย์แผนไทยจะมีการชำระสะสางองค์ความรู้ต่อเนื่องจากยุคก่อนๆ แต่ก็ถูกท้าทายโดยการแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้น จนถึงขั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างขนานใหญ่ 3 ประการ คือ

1. การหมดบทบาทจากการให้บริการในราชสำนัก
2. การหมดบทบาทจากการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์
3. การถูกจำกัดบทบาทโดยกฎหมายการแพทย์ฉบับแรก

ทั้งหมดนี้ทำให้การแพทย์แผนไทยเปลี่ยนจากการแพทย์กระแสหลัก กลายเป็นการแพทย์กระแสรอง และไม่ได้รับการอุปถัมภ์จากรัฐอีกต่อไป เหตุการณ์สำคัญในยุคนี้มีดังต่อไปนี้

สมัยรัชกาลที่ 5

พ.ศ.2413 โปรดเกล้าฯ ให้รวบรวมคัมภีร์แพทย์ มาชำระสอบสวนให้ถูกต้อง เพื่อเป็นส่วนพระราชกุศลเป็นที่เฉลิมพระเกียรติยศ ต่อมาคัมภีร์ที่ชำระแล้วเหล่านี้รวมเรียกว่า "เวชศาสตร์ฉบับหลวง" (เข้าใจว่าเสร็จสิ้นเป็นฉบับพระราชทานเมื่อ พ.ศ.2449) ซึ่งเป็นที่มาของตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ในภายหลัง

พ.ศ.2431 ทรงเปิดโรงพยาบาลศิริราช ในระยะแรกใช้การแพทย์ไทยเป็นส่วนใหญ่ แต่ขาดแคลนแพทย์ไทยที่จะอยู่ทำหน้าที่

พ.ศ.2433 กรมพระยาดำรงราชานุภาพได้ตั้งโรงเรียนฝึกหัดแพทย์ขึ้นเพื่อแก้ปัญหาการขาดแพทย์ ชื่อโรงเรียนแพทยากร ในชั้นปีที่ 1 และ 2 การเรียนมีเฉพาะวิชาการแพทย์แผนตะวันตก ในชั้นปีที่ 3 (พ.ศ.2435) จึงเรียนวิชาการแพทย์ไทย ในปี พ.ศ.2436 จึงเพิ่มการสอนแพทย์ฝ่ายไทยในฐานวิชาการใช้ใช้ยาแผนหนึ่งอย่าง

เป็นทางการ วิชาที่สอน ได้แก่ ธาตุวินิจัย สมุฏฐานวินิจัย ธาตุอภิญญาณ อสุรินทญาณธาตุ ปฐมจินดา โรคยา และวิชาหมอนวด

พ.ศ.2443 โปรดเกล้าพระราชทานนามโรงเรียนแพทย์ว่า ราชแพทยาลัย

พ.ศ.2450 มีการพิมพ์ ตำราเวชศาสตร์วรรณา โดย พระยาประเสริฐศาสตร์ธำรง (หนู) เพื่อใช้สอนแก่นักเรียนแพทย์ และ ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ฉบับหลวง 2 เล่ม โดยพระยาพิษณุประสาทเวช (คง)

พ.ศ.2451 พระยาพิษณุประสาทเวช ได้เรียบเรียง ตำราแพทย์ศาสตร์สังเขป หรือ เวชศึกษา (3 เล่ม) ขึ้น เพื่อให้ง่ายต่อการศึกษาวิชยาแพทย์ไทยในเบื้องต้น

สมัยรัชกาลที่ 6

พ.ศ.2458 พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหมื่นไชนนาทนเรนทร ซึ่งได้รับโปรดเกล้าฯ ให้ดำรงตำแหน่งผู้บัญชาการโรงเรียนราชแพทยาลัย ได้ทรงแก้ไขปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาแพทย์ โดยยกเลิกการเรียนวิชาการแพทย์ไทย โดยให้เหตุผลว่า "...การสอนวิชาแพทย์แผนโบราณคือการสอนให้รู้จักใช้ยาไทย ด้วยนั้น เหตุที่ได้อ้างไว้นั้น ฟังดูแยบคาย แต่ความจริงไม่ได้ประโยชน์อย่างใดเลย การสอนวิชาการแพทย์ตามแบบไทยนั้นไม่เข้ากับแบบฝรั่ง ทำให้นักเรียนมีนั่งและเสียเวลาไปเปล่าๆ..."

พ.ศ.2466 โปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติการแพทย์ โดยมีพระราชโองการว่า "โดยที่การประกอบโรคศิลปะย่อมมีอิทธิพลอันสำคัญแก่สวัสดิภาพของประชาชน โดย ณ กาลบัดนี้ ในกรุงสยามยังไม่มีระเบียบบังคับควบคุมการประกอบกิจเช่นนี้ ปลดปล่อยมหาชนปราศจากความคุ้มครองจากอันตราย อันเกิดแต่การประกอบแห่งผู้ไร้ความรู้ และมีได้ฝึกหัด.....ทรงพระราชดำริเห็นสมควรควบคุม วางระเบียบบังคับ และเลื่อนฐานะแห่งการประกอบโรคศิลปะให้สูงขึ้น"

สมัยรัชกาลที่ 7

มีกฎเสนาบดี พ.ศ. 2472 แบ่งผู้ประกอบโรคศิลปะเป็นแผนปัจจุบัน และแผนโบราณ โดยให้ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณอาศัยความสังเกตความชำนาญอันได้บอกเล่าสืบต่อกันมา หรืออาศัยตำราอันมีมาแต่โบราณ มิได้ดำเนินไปในทางวิทยาศาสตร์ และจำแนกสาขา เป็นสาขาบำบัดโรคทางยา สาขาการปรุงหรือจำหน่ายยา สาขามอตำแย และสาขามอนวด

ทำให้มีการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ ปรากฏหลักฐานจากสถิติผู้ประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2474 พบว่า มีผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ สาขาบำบัดโรคทางยา ชั้น 1 จำนวน 44 คน สาขาบำบัดโรคทางยา ชั้น 2 จำนวน 3,629 คน สาขาการปรุงหรือจำหน่ายยา จำนวน 1,020 คน สาขามอตำแย จำนวน 494 คน สาขามอนวด จำนวน 295 คน รวมทั้งสิ้น 5,482 คน

1.4 ยุคแห่งการอนุรักษ์เพื่อความอยู่รอด

หลังจากที่การแพทย์แผนไทยไม่ได้รับการอุปถัมภ์จากรัฐอีกต่อไป แพทย์แผนไทยต้องดิ้นรนด้วยตนเองเพื่อความอยู่รอด ในยุคนี้เกิดการรวมกลุ่มและตั้งองค์กรวิชาชีพขึ้น เพื่ออนุรักษ์วิชาการแพทย์แผนไทยมิให้สูญหาย โดยได้รับการอุปถัมภ์จากวัดต่างๆ มีเหตุการณ์ที่สำคัญดังต่อไปนี้

พ.ศ.2475 ปีเดียวกับปีที่มีการเปลี่ยนแปลงการปกครอง ได้มีกฎหมายห้ามการชุมนุมตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป ทำให้แพทย์แผนไทยที่เคยจัดประชุมพบปะอยู่อย่างสม่ำเสมอก่อนหน้านี้ ต้องก่อตั้งสมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทยขึ้น เพื่อเป็นสถานที่พบปะแลกเปลี่ยนความรู้กันในหมู่สมาชิก นับว่าเป็นสมาคมของแพทย์แผนไทยแห่งแรกในประเทศไทย มี หมอใหญ่ สีตะวาทีน เป็นนายกสมาคมฯ คนแรก ในระยะใช้สถานที่ตั้งอยู่ที่บ้าน

ดอกไม้ ข้างวัดสระเกษ ภายหลังย้ายไปที่บ้านหม้อใหญ่ที่ถนนวรจักร, ถนนอนุสาวรีย์ และวัดเทพธิดาราม ตามลำดับ ภายหลังได้ย้ายไปอยู่ที่วัดปรินายกจนถึงทุกวันนี้ กิจกรรมหลักของสมาคมคือ การจัดให้มีการสอนวิชาเวชกรรมแผนโบราณ เกสัชกรรมแผนโบราณ และการนวดแผนโบราณขึ้นเพื่อสอบเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

สมัยรัชกาลที่ 8

มีการตรา พ.ร.บ.ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 โดยยกเลิก พ.ร.บ.การแพทย์ พ.ศ.2466 กฎหมายฉบับนี้ยังคงแบ่งการประกอบโรคศิลปะเป็นแผนปัจจุบันและแผนโบราณ โดยการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณมีเพียงสาขาเวชกรรม สาขาเกสัชกรรม และสาขาการผดุงครรภ์ ไม่มีสาขาการนวดดังเช่นกฎหมายเดิม

รัชกาลปัจจุบัน

การเกิดขึ้นของสมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทยได้เป็นแบบอย่างให้มีการก่อตั้งสมาคมต่างๆ ขึ้นมาอีกหลายสมาคม ซึ่งทุกสมาคมได้มีบทบาทในฐานะแหล่งที่มีการอนุรักษ์วิชาการแพทย์แผนไทย เป็นสถานที่ให้บริการการแพทย์แผนไทยแก่ประชาชน รวมทั้งเป็นที่พบปะและทำกิจกรรมต่างๆ ของแพทย์แผนไทยมาโดยตลอด ดังนี้

พ.ศ.2495 มีการก่อตั้งสมาคมเกสัชและอายุรเวชโบราณแห่งประเทศไทย มีสำนักงานตั้งอยู่ที่ร้านไทยวัฒนาโฮสเทล(ข้างโรงไฟฟ้าวัดเลียบ) มีหมอบแดง ต้นเวชกุล เป็นนายกสมาคมคนแรก ต่อมาปี พ.ศ.2503 ได้ย้ายมาอยู่ที่วัดสามพระยาปี พ.ศ.2504 ชุนโสภิตบรรณรักษ์ (อำพัน กิตติขจร) ได้รับเลือกเป็นนายกสมาคม โดยมีนางสนม กิตติขจร เป็นอุปนายกสมาคมและเป็นผู้บริหารงานแทน เพราะชุนโสภิตบรรณรักษ์มีปัญหาด้านสุขภาพ ปี พ.ศ.2505 ได้เปลี่ยนชื่อสมาคมเป็นสมาคมเกสัชและอายุรเวชโบราณแห่งประเทศไทย หลังจากนั้นหมอบอีกหลายคนผลัดเปลี่ยนกันเป็นนายกสมาคม ปัจจุบันสมาคมได้ย้ายมาอยู่ที่ถนนรามอินทรา 39 เมื่อปี พ.ศ.2542 มี พ.ต.เฉลิม พงษ์สนิท เป็นนายกสมาคม

พ.ศ.2500 มีการก่อตั้งสมาคมแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพนฯ ในระยะแรกมีการเรียนการสอนเฉพาะวิชาเวชกรรมแผนโบราณและเกสัชกรรมแผนโบราณเท่านั้น ต่อมาเมื่อปี พ.ศ.2504 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพระราชดำเนิรไปในงานประกวดกวีที่วัดพระเชตุพนฯ เสด็จผ่านหน้าโรงเรียนแพทย์แผนโบราณ คณะจารย์ได้นำตำราแพทย์แผนโบราณของโรงเรียนทูลเกล้าถวาย ทรงรับสั่งถามถึงวิชาหมอนวด ปี พ.ศ.2506 มีการสอนและให้บริการนวดแผนโบราณ ปัจจุบันมีนายปรีดา ตั้งตรงจิตร เป็นนายกสมาคม

พ.ศ.2509 มีการก่อตั้งสมาคมแพทย์แผนโบราณ จ.ชุมพร ณ วัดชุมพรวังสวรรค์ โดยมี อ.เสริญ สมบุญ เป็นนายกสมาคม ปัจจุบันได้เปลี่ยนชื่อสมาคมเป็น สมาคมแพทย์แผนไทย จ.ชุมพร

พ.ศ.2515 มีการก่อตั้งสมาคมแพทย์แผนโบราณวัดมหาธาตุ โดย หลวงบุญเรศร์บำรุงการ หมอประเสริฐ พรหมณี รท.เศก ศรีลัมพ์ (ทั้งสามท่านเดิมเป็นอาจารย์สอนที่วัดโพธิ์) และหมอบริญญา อุทิศชลา นนท์ ปัจจุบันมี หมอประเสริฐ พรหมณี เป็นนายกสมาคม นอกจากนี้ยังมีการก่อตั้งสมาคมแพทย์เกสัชกรรมไทยโบราณ ที่ท่าพระจันทร์ โดย หมอเชาว์ กสิพันธุ์ เป็นนายกสมาคม ด้วย

พ.ศ.2516 มีการก่อตั้งสมาคมเกสัชและอายุรเวชแผนโบราณ จ.สงขลา ที่วัดเลียบ ภายหลังเมื่อปี พ.ศ.2543 ได้ก่อตั้งโรงเรียนเวชศาสตร์แผนไทยขึ้นเพื่อสอนวิชาเวชกรรมไทย เกสัชกรรมไทย และการนวดไทย นอกจากนี้ ยังมีการก่อตั้งสมาคมต่างๆ อีกหลายสมาคม ซึ่งไม่อาจกล่าวถึงได้หมด ณ ที่นี้

1.5 ยุคแห่งการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย

ในยุคนี้ เกิดความตื่นตัวในการที่จะฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยขึ้น ความตื่นตัวนี้เกิดมาจากทั้งกระแสภายในประเทศและกระแสจากภายนอก โดยมีเหตุการณ์สำคัญดังต่อไปนี้

พ.ศ.2522 ได้มีการประชุมสัมมนามหาวิทยาลัยมหิดล เรื่องการแพทย์แผนโบราณ ที่คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล นับเป็นครั้งแรกที่หน่วยงานรัฐได้จัดการสัมมนาเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

พ.ศ.2524 รศ.นพ.เกรียง เชนพานิชย์ แห่งคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ได้ทำวิจัยผลของการนวดแบบเดิมของไทย การศึกษาในครั้งนี้มีส่วนสำคัญต่อการเกิดขึ้นของโครงการฟื้นฟูการนวดไทยในเวลาต่อมา

พ.ศ.2524 กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานได้จัดทำโครงการสมุนไพรกับการสาธารณสุขมูลฐานขึ้นโดยความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟ ทำให้มีการนำเอาความรู้ที่เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสมุนไพรและแพทย์แผนไทย มาคัดเลือกเป็นรายการสมุนไพรและส่งเสริมให้มีการใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 66 รายการ และผลจากโครงการดังกล่าว ทำให้มีส่งเสริมกลุ่มผู้สนใจสมุนไพรในชุมชนต่างๆหลายแห่งในระยะต่อมา

พ.ศ.2525 ศ.นพ.อวย เกตุสิงห์ ก่อตั้งอายุรเวทวิทยาลัยขึ้น เพื่อผลิตแพทย์แผนโบราณรุ่นใหม่ โดยสอนความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพควบคู่ไปกับวิชาการแพทย์แผนโบราณทั้งเวชกรรม เภสัชกรรม การฝังเข็ม และการนวดแบบราชสำนัก อยู่ในหลักสูตรซึ่งใช้เวลาศึกษา 3 ปี แพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ผลิตขึ้นตามหลักสูตรนี้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

พ.ศ.2528 กลุ่มศึกษาปัญหา มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา มูลนิธิหมอชาวบ้าน คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน ร่วมกับ สมาคมแพทย์แผนโบราณต่างๆ จัดสัมมนาฟื้นฟูการนวดไทยเป็นครั้งแรก มีหมอนวดเข้าร่วมการสัมมนากว่า 500 คน และได้ก่อตั้ง โครงการฟื้นฟูการนวดไทยขึ้น เพื่อรณรงค์เผยแพร่การนวดไทยแก่ประชาชนให้สามารถนำไปใช้เพื่อทดแทนการใช้ยาแก้ปวดเกินจำเป็น เสริมศักยภาพของหมอนวดไทยจากสำนักต่างๆ รวมทั้งหมอนวดอิสระ โครงการนี้มีส่วนทำให้มีการใช้การนวดไทยแพร่หลายมากขึ้นในหมู่ประชาชนและมีการนำการนวดไทยไปใช้ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในเวลาต่อมาด้วย

พ.ศ.2528 กระทรวงสาธารณสุข โดยความร่วมมือของประเทศไทยสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน (GTZ) ได้จัดทำโครงการสมุนไพรกับการสาธารณสุขมูลฐานขึ้น เน้นการทดลองใช้สมุนไพร 5 ชนิดในคลินิกของโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง โครงการนี้เป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้มีการใช้ยาสมุนไพรและยาแผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในเวลาต่อมาด้วย

พ.ศ.2529 มีการก่อตั้งศูนย์รวมสมาคมการแพทย์แผนโบราณขึ้น มีการจัดสัมมนาผู้แทนจากสมาคมต่างๆ เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย

พ.ศ.2529 กระทรวงสาธารณสุข โดยกองแผนงานสาธารณสุขและศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้จัดการประชุมปฏิบัติการเพื่อเตรียมการสัมมนาระดับชาติในเดือนมีนาคม 2530 มีการเสนอเอกสารผลการศึกษาด้านการณ ัปัญหาและแนวทางในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย โดยนักวิชาการหลายฝ่าย ซึ่งได้จัดพิมพ์เป็นหนังสือ “การแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาแห่งการพึ่งตนเอง”

พ.ศ.2532 กระทรวงสาธารณสุข โดยมติเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี ได้จัดตั้งศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อทำหน้าที่วางนโยบาย

และแนวทางเกี่ยวกับการพัฒนาการแพทย์แผนไทย เอื้ออำนวย ประสานงาน และให้การสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานและสถาบันต่างๆให้เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม

พ.ศ.2536 มีการจัดตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทย ในสังกัดกรมการแพทย์ เพื่อเป็นหน่วยงานการพัฒนา ประสานงาน สนับสนุน และสร้างความร่วมมือด้านการแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุข โดยโอนบทบาทหน้าที่และเจ้าหน้าที่ของศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทยมาไว้ในสังกัดใหม่

พ.ศ.2536 มีการก่อตั้งสมาพันธ์แพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทยขึ้น โดยมีมูลนิธิ สมาคม ชมรมด้านการแพทย์แผนไทยเป็นองค์กรสมาชิก 28 องค์กร สมาพันธ์ฯ ได้เรียกร้องให้มีการแก้ไขร่างพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะซึ่งอยู่ในระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการการสาธารณสุข สมาพันธ์ฯ โดยเสนอให้เปลี่ยน คำว่า แผนโบราณ เป็น แผนไทย และแก้ไขนิยามของการประกอบโรคศิลปะแผนไทยให้สามารถนำความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์มาใช้ประกอบได้ รวมทั้งเสนอให้เพิ่มสาขาการนวดไทยในการประกอบโรคศิลปะแผนไทย

19 พฤษภาคม พ.ศ.2542 ประกาศใช้ พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 ซึ่งได้เปลี่ยนชื่อการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ เป็นการแพทย์แผนไทย และไม่มีนิยามในลักษณะที่ขัดขวางการพัฒนาอีกต่อไป มีบทบัญญัติระบุประเภทของสาขาการแพทย์แผนไทย ได้แก่ เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การฝังเข็มไทย และประเภทอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด และทำให้มีการเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยขึ้นเป็นครั้งแรก ซึ่งคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยจะเป็นองค์กรวิชาชีพซึ่งมีกรรมการมาจากการเลือกตั้งจำนวน 8 คน ทำหน้าที่คล้ายกับสภาวิชาชีพ

26 พฤษภาคม พ.ศ.2543 ประกาศใช้ พ.ร.บ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542 กฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดให้สถาบันการแพทย์แผนไทยเป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่ดำเนินการต่างๆเกี่ยวกับการคุ้มครองและส่งเสริมการศึกษาอบรม การศึกษาวิจัยและพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร และรับผิดชอบในงานธุรการและงานวิชาการของคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

1.6 บทสรุป

การแพทย์แผนไทยได้มีบทบาทอยู่ในระบบสุขภาพของประเทศมาอย่างยาวนานนับแต่อดีต แม้ภายหลังจะถูกลดบทบาทลงไปในการบริหาร แต่ก็มีภาควิชาชีพและภาคประชาชนให้การสนับสนุนส่งเสริมตามอัตราพอ จนเมื่อประเทศประสบภาวะวิกฤตและจำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพขึ้น การแพทย์แผนไทยจึงได้ถูกหยิบยกขึ้นมาพิจารณาอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งการจะปรับให้สามารถนำการแพทย์แผนไทยไปใช้ให้เหมาะสมกับยุคสมัยและระบบสุขภาพที่มีอยู่ จำเป็นต้องเข้าใจพัฒนาการของการแพทย์แผนไทยดังที่กล่าวมา

2. นโยบาย ทิศทาง ยุทธศาสตร์การพัฒนา

2.1 **แผนพัฒนาการสาธารณสุข** ในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ได้กำหนดให้มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการแพทย์แผนไทย สมุนไพร ยาแผนโบราณ ดังนี้

ก. กรอบงาน “งานบริการทางการแพทย์แผนไทยและแนวอื่น” ภายใต้ “แผนงานรองบริการสาธารณสุขเฉพาะ” ใน “แผนงานบริการสาธารณสุข” โดยกิจกรรมหลักเน้นที่การพัฒนาการแพทย์แผนไทย ดังนี้

1. พัฒนางองค์ความรู้และบุคลากรด้านแพทย์แผนไทย โดยทบทวน สังคายนาจัดทำ ตำราแพทย์แผนไทยตลอดจนสนับสนุนการวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยแก่หน่วยงานต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน
2. พัฒนาและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์แผนไทยในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและเครือข่าย
3. พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ โดยการจัดตั้งคลินิกแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด และให้มีการผสมผสานแพทย์แผนไทยในคลินิกผู้สูงอายุ
4. พัฒนาการบริหารจัดการแพทย์แผนไทย โดยการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานสถานพยาบาลและบุคลากร
5. สร้างเครือข่ายประสานงานร่วมมือการพัฒนาการแพทย์แผนไทยทั้งภาครัฐและเอกชน พัฒนาเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานสถานพยาบาลและบุคลากร และแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
6. พัฒนาเวชภัณฑ์และระบบอุตสาหกรรมยาไทย โดยการทบทวนและพัฒนาสูตรตำรับยาแผนโบราณ สูตรยาสามัญประจำบ้าน และพัฒนายาไทยแบบครบวงจร โดยการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง จัดทำทำเนียบตำราการแพทย์แผนไทย ตลอดจนสนับสนุนพัฒนาพืชผักสมุนไพร และการอนุรักษ์และประยุกต์ใช้ความหลากหลายทางชีวภาพ

ข. กรอบงาน “งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา” ภายใต้ใน “แผนงานรองการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ” ใน “แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข” กำหนดกิจกรรมหลักที่เกี่ยวข้องกับยาแผนโบราณไว้ ดังนี้

- “1. พัฒนากฎหมายให้ทันสมัย และเฝ้าระวังต่อการคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคด้านยา ตลอดจนปรับปรุงกฎหมายหรือหลักเกณฑ์ให้เฝ้าระวังต่อการพัฒนาการผลิตวัตถุดิบทางยาแผนโบราณหรือผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรอย่างครบวงจร
13. ส่งเสริมและสนับสนุนการผลิตยาแผนโบราณ ยาสมุนไพรที่มีประโยชน์เพื่อการบริโภคภายในประเทศ”

ค. “งานพัฒนารูปแบบระบบและเทคโนโลยีสาธารณสุขมูลฐาน” ภายใต้ “แผนงานรองพัฒนารูปแบบระบบและเทคโนโลยีสาธารณสุขมูลฐาน” ใน “แผนงานสาธารณสุขมูลฐาน” กำหนดกิจกรรมหลักที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย ดังนี้

- “ 5. ส่งเสริมและเผยแพร่การใช้การแพทย์แผนไทยในงานสาธารณสุขมูลฐาน
6. สนับสนุนการริเริ่มและพัฒนาศูนย์สุขภาพแผนไทยในชุมชน”

ง. กรอบงาน “งานส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาการผลิต” ภายใต้ “แผนงานรองพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพ” ใน “แผนงานพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพ” กำหนดกิจกรรมหลักที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพร ดังนี้

“ 8. ส่งเสริมการทำสวนสมุนไพร การปลูกและพัฒนาสมุนไพรที่เป็นที่ต้องการของตลาด”

จ. กรอบงาน “งานวิจัยและพัฒนาสมุนไพร” ภายใต้ “แผนงานรองพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีด้านสาธารณสุข” ใน “แผนงานพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีด้านสาธารณสุข” กำหนดกิจกรรมหลักในการพัฒนาสมุนไพร ดังนี้

1. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลและคัดเลือกสมุนไพรที่มีศักยภาพในการรักษานำมาพัฒนา
2. ศึกษาวิจัยในสาขาวิชาการต่างๆ เพื่อพัฒนาสมุนไพรเป็นยา อาหาร อาหารเสริมสุขภาพพลานามัยเครื่องสำอาง
3. พัฒนาเทคนิคในการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้อยู่ในระดับอุตสาหกรรม
4. ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพของสมุนไพรที่ใช้เป็นวัตถุดิบ และจัดทำเกณฑ์มาตรฐานของสมุนไพรเพื่อใช้เป็นหลักในการควบคุมคุณภาพของวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร
5. ถ่ายทอดเทคโนโลยีที่เหมาะสมแก่หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน”

2.2 นโยบายรัฐบาล

นายชวน หลีกภัย นายกรัฐมนตรี ได้แถลงนโยบายรัฐบาลต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2540 มีส่วนที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยดังนี้

นโยบายข้อ 2.6.5 (3) ปรับปรุงระบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพด้วยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้คุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน โดยส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีการแพทย์และสาธารณสุขที่เหมาะสมร่วมกับภาคเอกชนรวมทั้งการพัฒนาการแพทย์แผนไทย

2.3 นโยบายและการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ

1) นโยบายส่งเสริมการส่งออกยาสมุนไพร

นายกร ทักษะรังสี รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ.2541-ปัจจุบัน) ได้แถลงนโยบายในการพัฒนาสมุนไพรเพื่อเป็นยุทธปัจจัยของประเทศเพื่อเข้าสู่สังคมเศรษฐกิจในยุคโลกาภิวัตน์ โดยจะสนับสนุนการศึกษาวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารเสริมสุขภาพโดยเฉพาะสมุนไพรให้ครบวงจร กำหนดยุทธวิธีนำสมุนไพรเข้าสู่ตลาดโลก และเชิญชวนให้นักท่องเที่ยวเข้ามาเที่ยวในประเทศไทยได้ การท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ แนวนโยบายดังกล่าวมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดการนำเข้ายาและผลิตภัณฑ์สุขภาพจากต่างประเทศ เพิ่มการส่งออก และส่งเสริมการผลิตในระดับชุมชน

2) นโยบายส่งเสริมการส่งออกธุรกิจบริการนวดไทย

พ.ศ.2542 รัฐบาลโดยคณะกรรมการรัฐมนตรีด้านเศรษฐกิจเห็นชอบให้มีการเร่งรัดการส่งออกธุรกิจบริการที่มีศักยภาพเพื่อนำรายได้เข้าสู่ประเทศ โดยธุรกิจนวดแผนโบราณไทยเป็นธุรกิจหนึ่งที่มีศักยภาพและได้รับความนิยมจากชาวต่างประเทศ กรมส่งเสริมการส่งออกได้ตั้งคณะทำงานธุรกิจนวดแผนไทยขึ้นมาชุดหนึ่งเพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ และส่งเสริมพัฒนาการส่งออกธุรกิจนวดแผนไทย แต่การดำเนินการพบว่า มีปัญหาความไม่พร้อมของบุคลากรหมอนวดไทย ซึ่งยังขาดมาตรฐานและไม่มีการรับรองโดยหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบในเรื่องนี้โดยตรง

3) นโยบายส่งเสริมการผลิตยาสมุนไพรในระดับชุมชนตามทฤษฎีเศรษฐกิจพอเพียง

จากการที่รัฐบาลโดยกระทรวงมหาดไทยได้มีนโยบายส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเองตามแนวทางทฤษฎีเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจึงมีนโยบายที่จะส่งเสริมการผลิตยาสมุนไพรในระดับชุมชน โดยในขั้นต้นได้จัดทำคู่มือการผลิตยาจากสมุนไพรสำหรับเศรษฐกิจชุมชนขึ้น

4) การบรรจุรายการยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในฐานะประธานคณะกรรมการแห่งชาติด้านยา ได้ออกประกาศคณะกรรมการแห่งชาติทางด้านยาที่ 1/2543 ลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2543 ให้เพิ่มเติมบัญชียาจากสมุนไพรไว้เป็นส่วนหนึ่งของบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2542 ตามที่คณะกรรมการพัฒนายาสมุนไพรแห่งชาติเสนอ

แม้ว่าการบรรจุรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาตินี้ จะมียาจากสมุนไพรที่มีการใช้ตามองค์ความรู้แบบดั้งเดิมเพียง 3 รายการ และมียาจากสมุนไพรที่มีการพัฒนาซึ่งเป็นยาเดี่ยวอีก 6 รายการ รวมทั้งสิ้นเพียง 9 รายการเท่านั้น แต่ก็ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นในการยกระดับยาจากสมุนไพรและยาแผนไทย ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้มแข็งในการพัฒนายาจากสมุนไพรให้มีมาตรฐานสากลมากขึ้น

5) การออกแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเงินในการบริการการแพทย์แผนไทย

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการผสมผสานการแพทย์เข้าสู่ระบบสาธารณสุขของรัฐ และได้ทำความเข้าใจแนวทางปฏิบัติในเรื่องต่างๆกับกระทรวงการคลัง เช่น ค่าจ้าง ค่าตอบแทนบุคลากร การออกไปเสริมเงินค่ายาสมุนไพร การνωด การอบไอน้ำสมุนไพร การประคบสมุนไพร รวมทั้งสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล การจ่ายค่าเวชภัณฑ์ระหว่างสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ แนวทางปฏิบัติดังกล่าวช่วยเอื้อต่อการให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในระดับหนึ่ง

3. องค์การและเครือข่าย

องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยแบ่งได้เป็น 4 ประเภท คือ

3.1 องค์กรภาคประชาชน

องค์กรภาคประชาชน มีส่วนสำคัญในการทำให้การแพทย์แผนไทยยังคงสืบสานองค์ความรู้และการให้บริการมาอย่างยาวนาน โดยเฉพาะในช่วงที่การแพทย์แผนไทยไม่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ หลังจากการยกเลิกการแพทย์แผนไทยออกจากสาระบบของการสาธารณสุขของประเทศ ราวปี พ.ศ.2458 เป็นต้นมา แพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้าน ได้อาศัยองค์กรภาคประชาชนเป็นที่พึ่งสุดท้าย ในการอนุรักษ์การแพทย์แผนไทยท่ามกลางการสนับสนุนจากประชาชนโดยทั่วไป องค์กรภาคประชาชนที่สำคัญ ได้แก่

3.1.1 วัด และพระสงฆ์

วัดหลายแห่งยังคงมีบทบาทในการช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้ป่วยโดยใช้ยาสมุนไพร การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์แผนไทย จากการสำรวจโดยมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา เมื่อ ปี พ.ศ.2539 ได้ข้อมูลเกี่ยวกับพระสงฆ์ที่ทำงานสงเคราะห์ช่วยเหลือประชาชนโดยใช้ยาสมุนไพรและการแพทย์แผนไทย จำนวน 365 รูป จาก 60 จังหวัด

มีวัดบางแห่งได้มีบทบาทในการช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้ป่วยโดยใช้ยาสมุนไพรและการแพทย์แผนไทย จนเป็นที่ยอมรับและเป็นแบบอย่างให้แก่พระสงฆ์และฆราวาสโดยทั่วไป (ภาคผนวก 2)

อย่างไรก็ตาม มีรายงานว่า พระสงฆ์บางรูปใช้ยาสมุนไพรที่ผสมยาแผนปัจจุบันในการรักษาผู้ป่วย โดยหวังผลประโยชน์ตอบแทนหรือทำในลักษณะประกอบอาชีพเป็นหมอแบบฆราวาส ซึ่งการกระทำดังกล่าวมีความผิดตามกฎหมายการประกอบโรคศิลปะ กฎหมายยา รวมทั้งขัดต่อประกาศคณะสงฆ์ พ.ศ.2499 เรื่องห้ามพระภิกษุสามเณรประกอบอาชีพเป็นหมอหรือแพทย์รักษาโรค

3.1.2 โรงเรียน มูลนิธิ สมาคม ชมรมแพทย์แผนไทย

- 1) โรงเรียนแพทย์แผนไทย เป็นโรงเรียนที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงศึกษาธิการ มีอย่างน้อย 4 แห่ง
- 2) สมาคมแพทย์แผนไทย เป็นแหล่งที่มีการเรียนการสอนและบริการแพทย์แผนไทยให้แก่สมาชิกของสมาคมและผู้สนใจ มีอย่างน้อย 19 แห่ง
- 3) มูลนิธิซึ่งทำงานเกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย มีอย่างน้อย 9 แห่ง
- 4) ชมรมและศูนย์แพทย์แผนไทย เป็นองค์กรภาคประชาชนที่ก่อตั้งขึ้นโดยไม่ได้ขออนุญาตเป็นนิติบุคคล แต่ก็มีบทบาทในการจัดให้มีการเรียนการสอนและบริการแพทย์แผนไทยด้วยเช่นกัน มีอย่างน้อย 30 แห่ง (ภาคผนวก 3)

3.1.3 องค์กรเครือข่ายแพทย์แผนไทย

- 1) สมาพันธ์แพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย
เป็นเครือข่ายของมูลนิธิ สมาคม ชมรม ซึ่งทำงานเกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยทั่วประเทศ ปัจจุบันมีองค์กรสมาชิก 26 องค์กร (ภาคผนวก 4)
- 2) สมาพันธ์แพทย์แผนไทยภาคใต้
เป็นเครือข่ายของสมาคม ชมรม ซึ่งทำงานเกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยในภาคใต้ ปัจจุบันมีองค์กรสมาชิก 15 จังหวัด (รวมประจวบคีรีขันธ์)

3.2 องค์กรภาคเอกชน

องค์กรภาคเอกชน ที่สำคัญได้แก่

- 1.สถานพยาบาลแผนโบราณ เป็นสถานที่ให้บริการทางด้านเวชกรรมและ ผดุงครรภ์แผนไทย ซึ่งต้องขออนุญาตตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 มีผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย หรือ ประเภทการผดุงครรภ์ไทย หรือ สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ เป็นผู้มิหน้าที่ปฏิบัติการตามกฎหมาย ปัจจุบันมีสถานพยาบาล จำนวน 534 แห่ง
- 2.ร้านขายยาแผนโบราณ เป็นสถานที่ขายยาแผนโบราณ ซึ่งต้องขออนุญาตตาม พ.ร.บ.ยา พ.ศ.2510 มีผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเภสัชกรรมไทย เป็นผู้มิหน้าที่ปฏิบัติการตามกฎหมาย ปัจจุบันมีร้านขายยาแผนโบราณ จำนวน 2,366 แห่ง
- 3.สถานผลิตยาและโรงงานผลิตยาแผนโบราณ เป็นสถานที่ผลิตยาแผนไทย ซึ่งต้องขออนุญาตตาม พ.ร.บ.ยา พ.ศ.2510 ปัจจุบันมีสถานผลิตยาและโรงงานผลิตยาแผนโบราณ จำนวน 529 แห่ง
- 4.สมาคมผู้ผลิตยาและขายยาแผนโบราณ มีผู้ผลิตยาแผนโบราณและร้านขายยาแผนโบราณเป็นสมาชิก ส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพฯ มีบทบาทในฐานะตัวแทนของฝ่ายผู้ผลิตยาแผนโบราณในการเสนอแนะต่อกฎหมายและระเบียบต่างๆที่มีผลกระทบต่ออุตสาหกรรมยาแผนไทย เช่น กรณี ร่าง พ.ร.บ.ยา และกรณีการทำประชาพิจารณ์ร่างกฎกระทรวงของ พ.ร.บ.คุ้มครองส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เป็นต้น

3.3 องค์การภาครัฐ

3.3.1 กระทรวงสาธารณสุข

1) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.1) กองการประกอบโรคศิลปะ มีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในการปฏิบัติราชการให้เป็นไปตาม พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการรักษาพยาบาล

1.2) สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นหน่วยงานซึ่งเคยมีกิจกรรมในการสนับสนุนงานสมุนไพรในชุมชนและประสานงานหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในชุมชน แต่ปัจจุบันได้ยุติบทบาทด้านนี้ไปแล้ว

1.3) สถาบันการแพทย์แผนไทย เดิมเป็นหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ต่อมาได้เป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ.คุ้มครองส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542 จึงย้ายมาสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ในการคุ้มครองและส่งเสริมการศึกษาด้าน การศึกษาวิจัยและพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และสมุนไพร

1.4) กองสาธารณสุขภูมิภาค มีบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยสนับสนุนงบประมาณและครุภัณฑ์ต่างๆ

1.5) สถาบันบรมราชชนก โดยวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก มีบทบาทในการผลิตแพทย์แผนไทย ตามหลักสูตรการแพทย์แผนไทย (อายุรเวช) เพื่อเป็นบุคลากรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

2) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการให้เป็นไปตาม พ.ร.บ.ยา พ.ศ.2510 นับตั้งแต่ การพิจารณาอนุญาตการประกอบกิจการเกี่ยวกับยาแผนโบราณ การพิจารณาการขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนโบราณ การตรวจสอบควบคุมการดำเนินการของผู้ประกอบการในการผลิต นำเข้า และจำหน่ายยาแผนโบราณให้เป็นไปตามกฎหมายและระเบียบกฎเกณฑ์

3) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีหน้าที่ในการตรวจวิเคราะห์ยาแผนโบราณที่ขออนุญาตขึ้นทะเบียนตำรับ รวมทั้งการวิจัยและพัฒนาสมุนไพร

3.3.2 สถาบันการศึกษา ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังยกย่องหลักสูตรเพื่อผลิตแพทย์แผนไทยประยุกต์ ระดับปริญญาตรี หลักสูตร 4 ปี

2) สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล กำลังผลิตแพทย์แผนไทยประยุกต์ ระดับปวส. หลักสูตร 2 ปี

3) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กำลังอยู่ระหว่างการทำชุดวิชาเพื่อผลิตแพทย์แผนไทยประยุกต์ ระดับปริญญาตรี หลักสูตร 4 ปี

4) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังยกย่องหลักสูตรเพื่อผลิตแพทย์แผนไทย ระดับปริญญาตรี

3.4 องค์การวิชาชีพ

ปัจจุบัน ยังไม่มีองค์การวิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทยในลักษณะสภาวิชาชีพ แต่มีคณะกรรมการวิชาชีพ 2 คณะอยู่ภายใต้ พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 ได้แก่

3.4.1 คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย

3.4.2 คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

คณะกรรมการทั้งสองชุด มีกรรมการที่มาจากการเลือกตั้งจำนวนคณะละ 8 คน คณะกรรมการวิชาชีพทั้งสองคณะ จึงเป็นเสมือนตัวแทนของวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และเป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่การพัฒนาเป็นสภาวิชาชีพซึ่งเป็นองค์กรวิชาชีพอย่างแท้จริงในอนาคต

4. การผลิตและพัฒนากำลังคน

4.1 บทกำหนดเกี่ยวกับการศึกษาของแพทย์แผนไทยในกฎหมาย

กำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยเฉพาะส่วนที่เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยถูกรับรองโดยกฎหมาย เริ่มมาตั้งแต่ พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 ซึ่งต่อมาเปลี่ยนมาเป็น พ.ร.บ.ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 และในปัจจุบันได้ยกเลิกและประกาศใช้พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 แทน บทบัญญัติที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

4.1.1 พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 ได้กำหนดความรู้และคุณสมบัติของผู้ที่จะขออนุญาตและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขานี้ ดังนี้

“(1) สาขาการแพทย์แผนไทย

(ก) ได้รับการอบรมหรือถ่ายทอดความรู้จากผู้ประกอบโรคศิลปะซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้ในสถาบันหรือสถานพยาบาลที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยรับรองตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง และได้ผ่านการทดสอบจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยแล้ว หรือ

(ข) ได้รับการอบรมจากสถาบันการศึกษาการแพทย์แผนไทยที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยรับรอง โดยคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยอาจสอบความรู้ก่อนก็ได้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยกำหนด หรือ

(ค) เป็นผู้ที่ส่วนราชการรับรอง และผ่านการประเมินตามเงื่อนไขของคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย

(2) สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ต้องเป็นผู้ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรจากสถาบันการศึกษาที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์รับรอง โดยคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์อาจสอบความรู้ก่อนก็ได้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์กำหนด”

4.1.2 กฎกระทรวงมหาดไทย (ฉบับที่ 3) ซึ่งออกตามความใน พ.ร.บ.ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม ที่ยังมีผลบังคับใช้อยู่ ได้กำหนดเงื่อนไขเกี่ยวกับการศึกษาอบรมของผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขาการแพทย์แผนไทยไว้ดังนี้

“(1) สาขาเวชกรรม ได้รับการอบรมศึกษาเป็นเวลาสืบเนื่องกันไม่น้อยกว่า 3 ปี จากผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไปในสาขาเวชกรรม โดยมีหนังสือรับรองของผู้ให้การอบรมศึกษาเป็นหลักฐาน

(2) สาขาสลักษกรรม ได้รับการอบรมศึกษาเป็นเวลาสืบเนื่องกันไม่น้อยกว่า 1 ปี จากผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไปในสาขาเวชกรรมหรือสลักษกรรม โดยมีหนังสือรับรองของผู้ให้การอบรมศึกษาเป็นหลักฐาน

(3) สาขาศาสนาพุทธได้รับ การอบรมศึกษาเป็นเวลาสืบเนื่องกันไม่น้อยกว่า 1 ปี จากผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไปในสาขาศาสนาพุทธ โดยมีหนังสือรับรองของผู้ให้การอบรมศึกษาเป็นหลักฐาน”

4.1.3 กฎกระทรวง ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2541) ซึ่งออกตามความใน พ.ร.บ.ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 ที่ยังมีผลบังคับใช้อยู่ ได้กำหนดเงื่อนไขในการอบรมศึกษาเพิ่มเติมดังนี้

“ให้ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไปที่ไม่สามารถสอบผ่านความรู้และหรือความชำนาญจนเป็นที่พอใจของคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะได้รับการอบรมศึกษาเพิ่มเติมตามกำหนดและเงื่อนไขดังนี้

- (1) สาขาเวชกรรม ให้ได้รับการอบรมศึกษาเพิ่มเติมเมื่อพ้นกำหนดระยะเวลา 9 ปี นับแต่การอบรมศึกษาครั้งก่อนสิ้นสุดลง
- (2) สาขาเภสัชกรรม ให้ได้รับการอบรมศึกษาเพิ่มเติมเมื่อพ้นกำหนดระยะเวลา 6 ปี นับแต่การอบรมศึกษาครั้งก่อนสิ้นสุดลง
- (3) สาขามนุษยศาสตร์ ให้ได้รับการอบรมศึกษาเพิ่มเติมเมื่อพ้นกำหนดระยะเวลา 6 ปี นับแต่การอบรมศึกษาครั้งก่อนสิ้นสุดลง”

4.1.4 ระเบียบคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2541) เรื่องการศึกษาและอบรมความรู้วิชาชีพการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไป ได้กำหนดให้มีการขึ้นทะเบียนครูแพทย์แผนไทยไว้ดังนี้

-ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไปที่ประสงค์จะถ่ายทอดความรู้วิชาชีพการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณแก่ศิษย์ จะต้องยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเป็นครูผู้รับมอบตัวศิษย์และได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะแล้ว

รวมทั้งได้กำหนดหน้าที่ในการให้การศึกษอบรมของครูแพทย์แผนไทยไว้ดังนี้

-นอกจากความรู้ที่ได้ศึกษาสืบต่อกันมา ครูผู้รับมอบตัวศิษย์ต้องให้การศึกษาและอบรมตามตำราที่คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะรับรอง

-ครูผู้รับมอบตัวศิษย์จะต้องทำแผนการสอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สาขาเวชกรรม ต้องมีชั่วโมงการสอนภายในระยะเวลา 3 ปี ไม่น้อยกว่า 900 ชั่วโมง เป็นภาคทฤษฎีไม่น้อยกว่า 760 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติไม่น้อยกว่า 140 ชั่วโมง

2. สาขาเภสัชกรรม ต้องมีชั่วโมงการสอนภายในระยะเวลา 1 ปี ไม่น้อยกว่า 300 ชั่วโมง เป็นภาคทฤษฎีไม่น้อยกว่า 230 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติไม่น้อยกว่า 70 ชั่วโมง

3. สาขามนุษยศาสตร์ ต้องมีชั่วโมงการสอนภายในระยะเวลา 1 ปี ไม่น้อยกว่า 300 ชั่วโมง เป็นภาคทฤษฎีไม่น้อยกว่า 230 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติไม่น้อยกว่า 70 ชั่วโมง

-นอกจากมีสถานที่ที่เหมาะสมในการถ่ายทอดความรู้แล้ว ครูผู้รับมอบตัวศิษย์จะต้องมีสถานพยาบาลที่จะให้ศิษย์ได้ฝึกปฏิบัติจริงตามสาขา

-ครูผู้รับมอบตัวศิษย์จะต้องลงลายมือชื่อให้การรับรองใบรายงานแสดงความรู้ความชำนาญได้เมื่อศิษย์มีเวลาเรียนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของเวลาเรียนภาคทฤษฎีทั้งหมด และไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของเวลาฝึกภาคปฏิบัติทั้งหมด

-ในการศึกษาและอบรม ครูผู้รับมอบตัวศิษย์จะต้องเก็บรายงานไว้เพื่อเป็นหลักฐานในการตรวจสอบของคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ

4.2.การเรียนรู้การสอนการแพทย์แผนไทย

4.2.1 สาขาการแพทย์แผนไทย

4.2.1.1 หลักสูตรการแพทย์แผนไทย

แต่เดิมการเรียนรู้การสอนวิชาแพทย์แผนไทยอาศัยตำราแพทย์แผนโบราณซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ 5 เล่ม คือ

- 1.ตำราเวชศึกษา ของ พระยาพิษณุประศาสน์เวช เล่ม 1, 2, 3
- 2.ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ฉบับหลวง เล่ม 1,2
- 3.ตำราคัมภีร์แพทย์แผนโบราณ ของขุนโสภิตบรรณลักษณ์ เล่ม 1, 2, 3
4. ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1,2,3
5. ตำราเวชศึกษาและตำราประมวลหลักเภสัช ของ โรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพนฯ

ต่อมา กองการประกอบโรคศิลปะ ร่วมกับ คณะอนุกรรมการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไปและ คณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐานอนุกรรมการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ ได้จัดทำตำราขึ้นอีก 6 เล่ม โดยเรียบเรียงจากตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์เป็นหลัก เพื่อเป็นตำราพื้นฐานประกอบการศึกษาวิชาการแพทย์แผนโบราณในการสอบขึ้นทะเบียนรับอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไป ตำรา 6 เล่ม นี้ได้แก่

- 1.ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเวชกรรม เล่ม 1
- 2.ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเวชกรรม เล่ม 2
- 3.ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเวชกรรม เล่ม 3
- 4.ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเภสัชกรรม
- 5.ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาการผดุงครรภ์
- 6.ตำรับยาแผนโบราณ

พร้อมกันนี้ ยังได้ยกร่างประมวลมาตรฐานการเรียนรู้การสอนแผนโบราณทั่วไป สาขาเวชกรรม และเภสัชกรรมขึ้น โดยกำหนดวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอน และเนื้อของการเรียนการสอน รวมทั้งจำนวนชั่วโมงสำหรับการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ แต่ในทางปฏิบัติมาตรฐานการเรียนการสอนดังกล่าวยังไม่มีการนำไปใช้ในสำนักศึกษาต่างๆอย่างจริงจัง

4.2.1.2 สำนักศึกษาการแพทย์แผนไทย

แม้ตามข้อกำหนดในกฎหมายจะไม่ระบุว่าการศึกษอบรมจะต้องถ่ายทอดในสถาบันเท่านั้น แต่ก็มีสำนักศึกษาการแพทย์แผนไทยเกิดขึ้นหลายแห่ง สำนักต่างๆเหล่านี้เป็นสถาบันหลักในการถ่ายทอดความรู้ นับแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน จำแนกได้ดังนี้

- ก. โรงเรียนแพทย์แผนไทย เป็นโรงเรียนที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงศึกษาธิการ
- ข. สมาคมแพทย์แผนไทย เป็นแหล่งที่มีการเรียนการสอนวิชาการแพทย์แผนไทย ให้แก่สมาชิกของสมาคมและผู้สนใจ
- ค. ชมรมและศูนย์แพทย์แผนไทย เป็นองค์กรภาคประชาชนที่ก่อตั้งขึ้นโดยไม่ได้ขออนุญาตเป็นนิติบุคคล แต่ก็มีบทบาทในการจัดให้มีการเรียนการสอนวิชาการแพทย์แผนไทยด้วยเช่นกัน

จ. ศูนย์ฝึกอบรมการแพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข เป็นสำนักศึกษาการแพทย์แผนไทยของหน่วยงานรัฐ ซึ่งเปิดสอนมาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2540

สำนักศึกษาการแพทย์แผนไทยเหล่านี้ นอกจากเปิดสอนวิชาการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย และการผดุงครรภ์ไทย เพื่อการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแล้ว บางแห่งยังมีการสอนวิชาการนวดไทยด้วย

4.2.1.3 ครูแพทย์แผนไทย

เนื่องจากตามกฎหมาย การแพทย์แผนไทยเป็นการประกอบโรคศิลปะที่ได้รับการอบรมถ่ายทอดความรู้จากผู้ประกอบโรคศิลปะซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้ในสถาบันหรือสถานพยาบาลที่คณะกรรมการวิชาชีพรับรอง ดังนั้นครูแพทย์แผนไทยจึงเป็นบุคคลที่สำคัญต่อการเรียนการสอนในสาขานี้ ครูแพทย์แผนไทยที่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนเป็นครูมีจำนวนประมาณ 500 คน บางส่วนสอนอยู่ในสำนักศึกษาการแพทย์แผนไทย บางส่วนสอนแบบอิสระไม่สังกัดสำนักใดๆ

ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเรียนการสอนแพทย์แผนไทยที่ผ่านมา มีดังนี้

1. การสอนเป็นการสอนเพื่อท่องจำและนำความรู้ไปเพื่อใช้ในการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ และครูผู้สอนบางคนไม่มีประสบการณ์ในการตรวจรักษา ส่วนใหญ่จึงขาดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติและขาดการฝึกงาน แม้การจัดสอบจะมีความพยายามสอบภาคปฏิบัติเพิ่มขึ้น แต่ก็ยังทำได้จำกัด

2. ครูผู้สอนบางคนอาจไม่ได้จัดการเรียนการสอนแก่ศิษย์ตามหลักสูตรที่กำหนด ซึ่งยังไม่มีมีการตรวจสอบในเรื่องนี้อย่างจริงจัง

4.2.2 สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

4.2.2.1 หลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์

เนื่องจากกฎหมายบัญญัติว่า การแพทย์แผนไทยประยุกต์เป็นการประกอบโรคศิลปะตามการศึกษาจากสถานศึกษาที่คณะกรรมการรับรอง เท่านั้น จึงทำให้ต้องมีหลักสูตรที่ต้องผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ ปัจจุบันมีหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์ 4 หลักสูตร แต่มีเพียงหลักสูตรของอายุรเวทวิทยาลัยเพียงหลักสูตรเดียวเท่านั้นที่ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการและผู้สำเร็จการศึกษาจากสถาบันนี้สามารถสอบขึ้นทะเบียนและรับอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขานี้ได้ หลักสูตรทั้ง 4 หลักสูตร ได้แก่

1) หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาแพทย์อายุรเวท

ดำเนินการโดยอายุรเวทวิทยาลัยซึ่งก่อตั้งโดยมูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม มีระยะเวลาการศึกษา 3 ปี ประกอบด้วยวิชาพื้นฐาน 44 หน่วยกิต วิชาชีพร 96 หน่วยกิต (มีวิชาเวชกรรมแผนเดิม 17 หน่วยกิต เภสัชกรรมแผนเดิม 10 หน่วยกิต และ หัตถเวชกรรมแผนเดิม 14 หน่วยกิต) และวิชาประกอบ 19 หน่วยกิต รวมทั้งสิ้น 159 หน่วยกิต อายุรเวทวิทยาลัยได้ใช้หลักสูตรนี้ผลิตแพทย์แผนไทยประยุกต์มาตั้งแต่ ปี 2525 มีผู้สำเร็จการศึกษามาแล้ว 15 รุ่น จำนวน 300 คน

2) หลักสูตรการแพทย์แผนไทย (อายุรเวท) ของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก สถาบันบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ระยะเวลาการศึกษา 2 ปี ผู้เรียนเป็นลูกจ้างในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีผู้สำเร็จการศึกษามาแล้ว 6 รุ่น แต่เนื่องจากหลักสูตรนี้ยังไม่ผ่านการอนุมัติโดยคณะกรรมการ จึงทำให้ผู้สำเร็จการศึกษาดังกล่าวไม่สามารถสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากการแพทย์แผนไทยประยุกต์ได้ ส่วนใหญ่จึงใช้วิธีไปสอบในสาขากการแพทย์แผนไทยไปพลางก่อน ผู้ที่สำเร็จการศึกษาตาม

หลักสูตรนี้ในปี 2537-2540 ได้รับการบรรจุเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 ในโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 143 คน และบรรจุเป็นพนักงานของรัฐในปี 2541-42 จำนวน 76 คน

3) หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ประเภทวิชาเกษตรกรรม สาขาวิชาแพทย์แผนโบราณประยุกต์ ซึ่งกระทรวงศึกษาธิการได้รับรองแล้ว ใช้ระยะเวลาเรียน 2 ปี ไม่น้อยกว่า 110 หน่วยกิต ซึ่งต่อมากระทรวงสาธารณสุข โดยคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะได้มีมติอนุมัติหลักสูตรนี้แล้ว เมื่อวันที่ 4 กันยายน 2541 โดยมีเงื่อนไขว่าหลักสูตรจะต้องเรียนไม่น้อยกว่า 3 ปี และเรียนไม่น้อยกว่า 110 หน่วยกิต จึงจะมีสิทธิ์สอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะได้ หลักสูตรนี้กำลังดำเนินการสอนโดย คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตปทุมธานี โดยเริ่มเปิดรับนักศึกษาในปี 2542

4) หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (พ.ศ.2543) อยู่ระหว่างกรายการร่างโดยคณะเภสัชศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวน 136 หน่วยกิต ระยะเวลาการศึกษา 4 ปี

4.3 กำลังคนแพทย์แผนไทย

4.3.1 สาขาการแพทย์แผนไทย

ข้อมูลจำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน ยังไม่เคยมีการสำรวจมาก่อนเลย ทั้งนี้ยังไม่ต้องพูดถึงทำเนียบของแพทย์แผนไทยและการตรวจสอบสถานภาพและข้อมูลที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ทำให้การวางแผนที่จะพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยเป็นไปด้วยความยากลำบาก

จากการศึกษารวบรวมข้อมูลจากกองการประกอบโรคศิลปะ ได้ตัวเลขจำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยในแต่ละประเภท ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยในแต่ละประเภทตามทะเบียน พ.ศ.2472-2543

ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย	จำนวน (ตามทะเบียน พ.ศ.2472-2543)	ประมาณการผู้ยังมีชีวิต	
		40 %	50%
ประเภทเวชกรรมไทย	14,013	5,605	7,006
ประเภทเภสัชกรรมไทย	17,163	6,865	8,582
ประเภทการผดุงครรภ์ไทย	2,323	929	1,161
รวม	33,498	13,399	16,749.549

จากข้อมูลประมาณการจำนวนแพทย์แผนไทยที่ยังมีชีวิตอยู่จึงคาดว่าน่าจะมีแพทย์แผนไทยอยู่จริงประมาณ 13,000-16,000 คน

4.3.2 สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

แพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตในปัจจุบันมีทั้งสิ้น 217 คน (กองการประกอบโรคศิลปะ 2542) ทั้งหมดสำเร็จการศึกษาจากอาชีวเวชวิทยาลัยและต้องผ่านการสอบความรู้จากคณะกรรมการตามกฎหมายแล้ว

สถิติผู้สำเร็จการศึกษาจากอาชีวเวชวิทยาลัย แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาจากอายุรเวทวิทยาลัย ปี 2528-2542

รุ่น	ปีการศึกษาที่จบ	จำนวน
1	2528	18
2	2529	22
3	2530	28
4	2531	27
5	2532	21
6	2533	24
7	2534	21
8	2535	21
9	2536	21
10	2537	16
11	2538	6
12	2539	12
13	2540	10
14	2541	24
15	2542	29
	รวม	300

4.4 แนวโน้มการผลิตแพทย์แผนไทย

4.4.1 จำนวนผู้ที่สอบขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์แผนไทยมีมากขึ้น

จากการศึกษาข้อมูลจำนวนผู้ที่สามารถสอบขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์แผนไทย นับตั้งแต่ พ.ศ. 2530 จนถึงปัจจุบัน พบว่า จำนวนผู้ที่สอบได้มีจำนวนสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว นับตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา โดยอัตราผู้ที่สอบได้เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 15.9 เมื่อปี 2539 เพิ่มขึ้นร้อยละ 29.1 ในปี 2543

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้ที่สอบขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์แผนไทยทั้ง 3 ประเภท ปี 2530-2543

ปี พ.ศ.	เวชกรรมไทย	เภสัชกรรมไทย	การผดุงครรภ์ไทย	รวมผู้สอบได้	จำนวนผู้สมัครสอบ	ร้อยละของผู้สอบได้
2530	25	94	36	155	1,376	11.3
2531	82	185	8	275	985	27.9
2532	25	90	10	125	2,726	4.6
2533	129	190	27	346	786	44.0
2534	59	65	25	139	ไม่มีข้อมูล	
2535	22	52	12	86	1,238	7.0

2536	50	59	11	120	1,021	11.8
2537	39	64	10	113	1,392	8.1
2538	54	117	7	178	1,101	16.2
2539	84	94	3	181	1,142	15.9
2540	119	355	24	498	ไม่มีข้อมูล	
2541	47	487	25	559	ไม่มีข้อมูล	
2542	141	573	38	752	2,671	28.2
2543	51	1,063	85	1,199	4,118	29.1
รวม	927	2426.063	321	4,726		

สาเหตุที่ทำให้จำนวนและอัตราส่วนของผู้สอบขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์แผนไทยมีเพิ่มขึ้นในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา เกิดเนื่องจาก

- (1) มีผู้สนใจเรียนวิชาการแพทย์แผนไทยเพิ่มมากขึ้น เพราะมีการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยมากขึ้น
- (2) ผู้ที่สนใจเรียนการแพทย์แผนไทยมีพื้นฐานการศึกษาสูงขึ้น จากการสำรวจผู้สอบผ่านในปี 2543 พบว่า ผู้ที่สอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากการแพทย์แผนไทย ประเภทเภสัชกรไทย มีผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 47 (ตารางที่ 4)
- (3) มีการเปลี่ยนวิธีการสอบ จากเดิมซึ่งเป็นข้อสอบอัตนัยมาเป็นข้อสอบปรนัย

ตารางที่ 4 แสดงระดับการศึกษาของผู้ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากการแพทย์แผนไทย ประเภทเภสัชกรไทย ปี 2543 จำนวน 881 คน จากทั้งหมด 1,063 คน (คณะกรรมการวิชาชีพสาขากการแพทย์แผนไทย 2543)

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
1. ประถมศึกษา	118	13.4
2.มัธยมศึกษา	215	24.4
3.ปวช. ปวส. อนุปริญญา	126	14.3
4.ปริญญาตรีขึ้นไป	418	47.4
5. ไม่ระบุ	4	0.5
รวม	881	100.0

2. สำนักศึกษาอบรมการแพทย์แผนไทยมีจำนวนมากขึ้น และมีการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนในระบบโรงเรียนมากขึ้น

3. สถาบันการศึกษาให้ความสนใจที่จะพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์เข้าไปในระดับอุดมศึกษามากขึ้น เช่น มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช มหาวิทยาลัยรังสิต เป็นต้น

5. การให้บริการ

การให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย แบ่งเป็น 3 ภาค ได้แก่

5.1 ภาคประชาชน

การให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในภาคประชาชน มีหลากหลายลักษณะ ที่สำคัญ คือ

5.1.1 การให้บริการตามบ้าน

เป็นการให้บริการที่เก่าแก่และสืบเนื่องมายาวนาน ซึ่งสอดคล้องกับวัฒนธรรมดั้งเดิม หมอผู้ให้บริการมักอาศัยบ้านของตนเองเป็นสถานที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย และในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางได้สะดวก หมอก็จะเดินทางไปดูแลรักษาที่บ้านของผู้ป่วยเอง ในปัจจุบัน มีหมอนวดไทยจำนวนมาก ได้ให้บริการถึงที่บ้านของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต และผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตาม การให้บริการในลักษณะนี้ ยังไม่เคยมีการสำรวจที่แน่นอนว่ามีจำนวนเท่าไร เพราะสำรวจได้ค่อนข้างยาก และหมอที่ให้บริการแบบนี้ บางครั้งก็ไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ

การให้บริการแบบนี้ ผู้รับบริการมักได้รับการบอกต่อมาจากญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้าน การตรวจสอบมักดูจากความพึงพอใจและผลการให้บริการและราคาที่ไม่แพงเกินไป เป็นเครื่องตัดสินว่า จะใช้บริการการแพทย์แผนไทยตามบ้านอีกหรือไม่

5.1.2 การให้บริการโดยองค์กรชุมชน

ปัจจุบัน มีการให้บริการการแพทย์แผนไทยที่ดำเนินการโดยองค์กรชุมชน โดยมีคนในชุมชนที่ได้รับการฝึกหัดอบรมเป็นผู้ให้บริการ และใช้สถานที่ในชุมชนเป็นที่ให้บริการ เช่น ศาลาวัด โรงเรียน หรือสถานที่ส่วนกลางของชุมชน เป็นต้น บางแห่งมีการหักรายได้บางส่วนเข้ากองทุนเพื่อสาธารณประโยชน์ ตัวอย่างเช่น การให้บริการนวดไทยที่บ้านสระคูณ อ.ลำปลายมาศ จ.บุรีรัมย์ เป็นต้น ชุมชนบางแห่งให้ความร่วมมือกับโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานีนอามัยในการให้บริการในระดับชุมชน ข้อดีของบริการแบบนี้คือ มีการตรวจสอบดูแลโดยองค์กรชุมชนหรือส่วนราชการที่เข้าไปสนับสนุน

5.2 ภาคเอกชน

5.2.1 การให้บริการโดยสถานพยาบาล

เป็นการให้บริการในลักษณะของ “คลินิกการแพทย์แผนไทย” และ “สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย” ซึ่งได้รับอนุญาตตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล โดยมี ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย หรือ ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากการแพทย์แผนไทย ประเภทการผดุงครรภ์ไทย เป็นผู้ทำหน้าที่ปฏิบัติการ ยังไม่มีการศึกษาสถานการณ์การให้บริการของสถานพยาบาลเหล่านี้ แต่พบว่าสถานพยาบาลบางแห่งทำหน้าที่ในการจำหน่ายยาแผนไทยแก่ประชาชนทั่วไปด้วย โดยที่ยาแผนไทยที่จำหน่ายนั้นอาจไม่ได้ขออนุญาตขึ้นทะเบียนตำรับยาจาก อย. เพราะเป็นยาที่ปรุงสำหรับผู้ป่วยของสถานพยาบาลเท่านั้น แต่บางครั้งพบว่า ยาเหล่านี้มีการนำออกมาเร่ขายทั่วไปด้วยเช่นกัน

จากข้อมูลของกองการประกอบโรคศิลปะ พบว่าสถานพยาบาลด้านการแพทย์แผนไทยมีจำนวนลดลงอย่างมากในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ซึ่งดูจากตัวเลขจำนวนสถานพยาบาลเปรียบเทียบระหว่าง ปี พ.ศ.2532 กับ พ.ศ.2542 ดังนี้

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบจำนวนสถานพยาบาลแผนโบราณ ปี 2532 และ 2542

สถานพยาบาล	พ.ศ.2532 (แห่ง)	พ.ศ.2542 (แห่ง)
1.สถานพยาบาลแผนโบราณ (ไม่มีเตียง) หรือ คลินิกการแพทย์แผนไทย	957	460
2. สถานพยาบาลแผนโบราณ (มีเตียง) หรือ สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย	41	9

5.2.2 การให้บริการโดยร้านขายยาแผนโบราณ

ร้านขายยาแผนโบราณเป็นแหล่งการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยที่สำคัญนอกเหนือจากสถานพยาบาล โดยเป็นที่จำหน่ายยาแผนไทยซึ่งมี ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเภสัชกรรมไทยเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามกฎหมาย มีร้านขายยาแผนโบราณอยู่จำนวน 2,366 แห่ง (กองควบคุมยา 2542) อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยาแผนไทยสามารถจำหน่ายได้ในร้านขายยาแผนปัจจุบันและร้านขายยาบรรจุเสร็จด้วยเช่นกัน

5.3 ภาครัฐ

ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา สถานบริการสาธารณสุขของรัฐได้กลับมาสนใจให้บริการการแพทย์แผนไทย โดยเริ่มจากโรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง ได้นำสมุนไพรไปใช้ในผู้ป่วยบางราย บางอาการ เมื่อได้ผลดี จึงขยายไปใช้ยาสมุนไพรตำรับอื่นๆ ต่อมาจึงมีการใช้การนวดไทยเข้าไปให้บริการร่วมด้วย เมื่อเป็นที่นิยมของประชาชน จึงมีโรงพยาบาลอื่นๆ ให้ความสนใจเพิ่มขึ้น จนมีบริการที่แพร่หลายในปัจจุบัน

5.3.1 ลักษณะการผนวกในระบบบริการ

สถานบริการสาธารณสุขในภาครัฐได้ผนวกบริการด้านการแพทย์แผนไทยเข้าไปในระบบบริการที่มีอยู่ ลักษณะการผนวกบริการมี 2 ลักษณะ ได้แก่

1. ให้บริการโดยให้ผู้ป่วยผ่านการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์แผนปัจจุบันก่อน แล้วจึงใช้วิธีการรักษาโดยใช้การแพทย์แผนไทย
2. ให้บริการโดยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกไปใช้บริการที่หน่วยที่ให้บริการการแพทย์แผนไทยได้โดยตรง

5.3.2 จำนวนสถานบริการสาธารณสุขในภาครัฐ (ข้อมูลจากสถาบันการแพทย์แผนไทย และ กองสาธารณสุขภูมิภาค)

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนสถานบริการสาธารณสุขในภาครัฐ

สถานบริการสาธารณสุข	จำนวน (แห่ง)
1.โรงพยาบาลศูนย์	8
2.โรงพยาบาลทั่วไป	24
3.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	17
4.โรงพยาบาลชุมชน	335
5.สถานีนามัย	1,201
6.ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน	2,753

5.3.3 ลักษณะการให้บริการและผู้ให้บริการ

ตารางที่ 7 แสดงระดับการให้บริการและผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนามัย สํารวจโดย กองสาธารณสุขภูมิภาค (กุมภาพันธ์ 2543)

จำนวนสถานบริการที่ให้ บริการแพทย์แผนไทย	ระดับการให้บริการ					ผู้ให้บริการ				หมายเหตุ
	ใช้ยา สมุนไพร (แห่ง)	นวด (แห่ง)	อบ (แห่ง)	ประคบ (แห่ง)	ผลิตยา (แห่ง)	เจ้าหน้าที่ (แห่ง)	อายุรเวท (แห่ง)	อสม. (แห่ง)	ลูกจ้าง อื่นๆ (แห่ง)	
โรงพยาบาลชุมชน 335 แห่ง	279	292	220	223	84	160	68	25	103	ผลิตทั้งยา เดี่ยวและ ยาดำรับ
สถานีนามัย 1,210 แห่ง	1,015	462	370	262	22	804	2	129	178	สอ.ผลิตลูก ประคบ

หมายเหตุ จังหวัดที่ไม่รายงานผู้ให้บริการมี 12 จังหวัด
 จังหวัดที่ไม่รายงานชื่อสถานีนามัยมี 3 จังหวัด

6. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

พระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการแพทย์แผนไทย มีดังนี้

6.1 พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542

สืบเนื่องจาก พ.ร.บ.ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 ได้ใช้บังคับมาเป็นเวลานาน แม้จะมีการแก้ไขเพิ่มเติมหลายครั้ง แต่บัญญัติบางประการยังไม่สอดคล้องต่อกับหลักวิชาและสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นจึงได้มีความพยายามเสนอให้แก้ไขปรับปรุง จากฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้อง

พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะฉบับนี้ มีผลบังคับใช้มาตั้งแต่วันที่ 19 พฤษภาคม 2542 เป็นต้นมา และมีการเปลี่ยนแปลงซึ่งมีผลต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ดังนี้

1.กำหนดให้ใช้คำว่า “การแพทย์แผนไทย” แทนคำว่า “การประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ” และยกเลิกข้อจำกัดที่มีให้ใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ในการพัฒนาองค์ความรู้ โดยให้นิยามดังนี้

“การแพทย์แผนไทย” หมายความว่า การประกอบโรคศิลปะตามความรู้หรือตำราแบบไทยที่ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา หรือตามการศึกษาจากสถานศึกษาที่คณะกรรมการรับรอง

ในขณะที่ยกเลิก การแพทย์แผนไทยประยุกต์ ดังนี้

“การแพทย์แผนไทยประยุกต์” หมายความว่า การประกอบโรคศิลปะตามการศึกษาจากสถานศึกษาที่คณะกรรมการรับรอง และใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์การแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและการบำบัดโรคตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

2. กำหนดให้มีการเพิ่มประเภทอื่นในสาขการแพทย์แผนไทยได้ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการพัฒนาวิชาชีพ ซึ่งจะเป็นการเอื้อให้ “การนวดไทย” กลับมามีบทบาทในฐานะประเภทหนึ่งของสาขการแพทย์แผนไทยได้

3.กำหนดให้มี “คณะกรรมการวิชาชีพสาขการแพทย์แผนไทย” และ “คณะกรรมการวิชาชีพสาขการแพทย์แผนไทยประยุกต์” ขึ้น จากเดิมที่มีเพียงคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ โดยคณะกรรมการวิชาชีพมีองค์ประกอบของกรรมการส่วนหนึ่ง (จำนวน 8 คน) มาจากการเลือกตั้งโดยผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขานั้นๆ ซึ่งเป็นการทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาชีพของตน และได้กำหนดให้คณะกรรมการวิชาชีพ มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- “(1) รับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ขอเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขานั้นๆ
- (2) เพิกถอนใบอนุญาตกรณีผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขานั้นขาดคุณสมบัติ
- (3) เสนอความเห็นต่อคณะกรรมการเพื่อใช้อำนาจตามมาตรา 13 (2)
- (4) ใช้อำนาจตามมาตรา 44 ในกรณีที่ผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขานั้นประพฤติผิดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ
- (5) ให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำแก่สถานศึกษาเกี่ยวกับหลักสูตรการศึกษาการประกอบโรคศิลปะในสาขานั้น
- (6) แจ้งหรือโฆษณาข่าวสารด้วยวิธีใดๆ ตามที่เห็นสมควร เพื่อมิให้ประชาชนหลงเข้าใจผิดซึ่งอาจเป็นอันตรายเนื่องจากการประกอบโรคศิลปะในสาขานั้น
- (7) ส่งเสริม พัฒนาและกำหนดมาตรฐานการประกอบโรคศิลปะในสาขานั้น
- (8) ออกหนังสือรับรองความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในการประกอบโรคศิลปะในสาขานั้น

(9) พิจารณาและเสนอชื่อผู้แทนคณะกรรมการวิชาชีพในสาขานั้นเป็นกรรมการการประกอบโรคศิลปะ

(10) แต่งตั้งคณะกรรมการวิชาชีพเพื่อกระทำการใดๆ อันอยู่ในอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพในสาขานั้น

(11) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดไว้ให้เป็นอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพในสาขานั้น

(12) พิจารณาหรือดำเนินการในเรื่องอื่นตามที่รัฐมนตรีหรือคณะกรรมการมอบหมาย”

4. กำหนดการยกเว้นบุคคลที่ทำการประกอบโรคศิลปะให้ครอบคลุมไปถึง ผู้อยู่ระหว่างการอบรมศึกษา การแพทย์แผนไทย รวมทั้งบุคคลผู้ช่วยปฏิบัติงานในสถานพยาบาล ดังนี้

“มาตรา 30 (4) บุคคลซึ่งเข้ารับการอบรมหรือรับการถ่ายทอดความรู้จากผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย กระทำการประกอบโรคศิลปะในระหว่างการอบรมหรือการถ่ายทอดความรู้ในการควบคุมของผู้ประกอบโรคศิลปะผู้นั้น ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการวิชาชีพกำหนด

มาตรา 30 (6) บุคคลซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลกระทำการประกอบโรคศิลปะในความควบคุมของผู้ประกอบโรคศิลปะ ทั้งนี้ ตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนด”

5. กำหนดเรื่องความรู้ในวิชาชีพของสาขาการแพทย์แผนไทยให้มีความหลากหลายมากขึ้น ดังนี้

“มาตรา 33 (1) สาขาการแพทย์แผนไทย

(ก) ได้รับการอบรมหรือถ่ายทอดความรู้จากผู้ประกอบโรคศิลปะซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้ในสถาบันหรือสถานพยาบาลที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยรับรองตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง และได้ผ่านการทดสอบจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยแล้ว หรือ

(ข) ได้รับการอบรมจากสถาบันการศึกษาการแพทย์แผนไทยที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยรับรอง โดยคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยอาจสอบความรู้ก่อนก็ได้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยกำหนด หรือ

(ค) เป็นผู้มีส่วนราชการรับรอง และผ่านการประเมินตามเงื่อนไขของคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย

มาตรา 33 (2) สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ต้องเป็นผู้ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรจากสถาบันการศึกษาที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์รับรอง โดยคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์อาจสอบความรู้ก่อนก็ได้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์กำหนด”

6.2 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541

พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 ซึ่งได้ยกเลิก พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2504 เป็นกฎหมายที่ควบคุมการปฏิบัติการและดำเนินการเกี่ยวกับสถานพยาบาลของผู้ประกอบโรคศิลปะและผู้ประกอบวิชาชีพสาขาต่างๆ โดยมีคณะกรรมการสถานพยาบาลเป็นองค์กรบริหาร พ.ร.บ.ฉบับนี้มีสาระที่มีการเปลี่ยนแปลงซึ่งมีผลต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ดังนี้

1. ยกเลิกการห้ามมิให้มีการประกอบโรคศิลปะทั้งแผนปัจจุบันและแผนโบราณในสถานพยาบาลเดียวกัน

2.กำหนดให้สถานพยาบาลต้องแสดงรายละเอียดค่าบริการทางการแพทย์และค่าบริการ รวมทั้งสิทธิของผู้ขอรับบริการไว้ในที่เปิดเผย

3.กำหนดให้การประกอบกิจการสถานพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานการบริการที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ต่อมาเมื่อวันที่ 4 มกราคม 2543 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติหลักการร่างกฎกระทรวง รวม 12 ฉบับ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ และให้ส่งสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจพิจารณา โดยให้รับข้อสังเกตของสำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรีไปพิจารณาด้วย แล้วดำเนินการต่อไปได้

ร่างกฎกระทรวงที่จะออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มีส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาบริการของแพทย์แผนไทย ดังนี้

1.กำหนดให้ “คลินิกการแพทย์แผนไทย” เป็นสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ที่จัดให้บริการด้านการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยและสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งดำเนินการโดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยหรือการผดุงครรภ์ไทยหรือประเภทอื่น ตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน อย่างน้อย 1 คน และกำหนดให้ต้องมีเครื่องมือ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์ทั่วไปและเฉพาะที่จำเป็นในจำนวนที่เหมาะสมและเพียงพอ โดยเครื่องมือ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์เฉพาะที่จำเป็น มีดังนี้

- (1) สมุนไพรและอุปกรณ์ในการปรุงยาขึ้นพื้นฐานทั่วไป
- (2) กรณีที่มีการอบสมุนไพร ให้มีอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องที่ปลอดภัย
- (3) กรณีที่มีบริการนวด จำนวนเตียงที่ให้บริการนวด จะต้องเป็นส่วนหนึ่งกับผู้ประกอบโรคศิลปะ อย่างน้อยสองเตียงต่อหนึ่งคน
- (4) เครื่องมือการตรวจวินิจฉัยให้เป็นไปตามสาขาการประกอบโรคศิลปะของผู้ดำเนินการที่ขอรับ

อนุญาต

2. กำหนดให้ “สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย” เป็นสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ที่จัดให้บริการด้านการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยและสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยมีการบำบัดรักษา ส่งเสริมสุขภาพด้วยการใช้สมุนไพรตำรับยาแผนไทย การนวด การอบ การประคบ โภชนบำบัด ฯลฯ ด้วยกรรมวิธีแบบการแพทย์แผนไทย ดำเนินการโดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทยหรือประเภทอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (จำนวน อย่างน้อย 2 คน /ไม่เกิน 10 เตียง, อย่างน้อย 4 คน /ไม่เกิน 30 เตียง, อย่างน้อย 6 คน /ไม่เกิน 60 เตียง และอย่างน้อย 8 คน /ไม่เกิน 90 เตียง) และยังกำหนดให้สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วยหน่วยบริการดังต่อไปนี้

- (1) แผนกเวชระเบียน
- (2) แผนกผู้ป่วยนอก ต้องจัดให้มี

ก) เครื่องมือการตรวจวินิจฉัยตามสาขาการประกอบโรคศิลปะของผู้ดำเนินการที่ขอรับใบ

อนุญาต

ข) กรณีที่มีการอบสมุนไพร ต้องมีอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐานและปลอดภัย

ค) กรณีที่มีบริการนวด จำนวนเตียงที่ให้บริการนวด จะต้องเป็นส่วนหนึ่งกับผู้ประกอบโรคศิลปะ อย่างน้อยสองเตียงต่อหนึ่งคน

(3) แผนกปรุงและจ่ายยา ต้องจัดให้มี

- ก) ตู้เก็บยาแผนโบราณ
- ข) เครื่องชั่ง ตวง วัดยา
- ค) เครื่องตอกเมล็ดยา เครื่องบรรจุแคปซูลยา (สำหรับผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์)

(4) แผนกผู้ป่วยใน ต้องจัดให้มีเตียงที่ถูกต้องลักษณะ

(5) หน่วยบริการอื่นที่จะจัดให้มี ต้องแจ้งในการขออนุญาตด้วย เช่น แผนกนวด แผนกอบสมุนไพร ฯลฯ

6.3 พระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510

พระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 เป็นกฎหมายที่ควบคุมเกี่ยวกับการดำเนินการเกี่ยวกับยา ทั้งในการขึ้นทะเบียนตำรับ การผลิต การขาย การโฆษณา โดยมีคณะกรรมการยาเป็นองค์กรบริหาร พ.ร.บ.ฉบับนี้มีสาระที่มีผลต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ดังนี้

1.กำหนดให้ “ยาแผนโบราณ” เป็น ยาที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ หรือการบำบัดโรคสัตว์ ซึ่งอยู่ในตำรายาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศ หรือยาที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยาแผนโบราณ หรือยาที่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนตำรับเป็นยาแผนโบราณ

การกำหนดนิยามในลักษณะนี้เป็นการผูกยาแผนโบราณกับการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ(ตาม พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479) ซึ่งหมายถึง การประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยความรู้จากตำรา หรือการเรียนรู้สืบต่อกันมา อันมิใช่การศึกษาตามหลักวิทยาศาสตร์

ผลของนิยามเช่นนี้ ทำให้

1.1 การพัฒนายาแผนโบราณอยู่ในวงจำกัด เพราะไม่สามารถนำเอาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมาใช้ในการวิจัยและพัฒนาได้อย่างเต็มที่ เว้นแต่ที่ได้อนุญาตตามกฎหมายกระทรวง ฉบับที่ 25 (พ.ศ.2537) ซึ่งอนุญาตเกี่ยวกับ การผลิตยาแผนโบราณโดยวิธีตอกอัดเม็ด วิธีเคลือบ การใช้วัตถุกันเสีย ตามเงื่อนไขที่กำหนด เป็นต้น

1.2 มีการกำหนดตำรายาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศ จำนวน 4 เล่ม ซึ่งตำราดังกล่าวยังไม่ใช่ว่าได้มีการพัฒนาให้เป็นมาตรฐานขององค์ความรู้อย่างแท้จริง และจำกัดการรับเอาองค์ความรู้ที่มีการค้นพบใหม่เข้ามาใช้

1.3 มีการพิจารณาอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนตำรับเป็นยาแผนโบราณ โดยคณะกรรมการที่คณะกรรมการยาแต่งตั้ง ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญฝ่ายแผนโบราณ 2 คน และผู้เชี่ยวชาญสมุนไพรซึ่งเป็นฝ่ายแผนปัจจุบันอีก 6 คน ซึ่งการพิจารณามีความจำกัดเพราะตำรับยาที่อยู่นอกเหนือจากประสบการณ์และความรู้ของคณะกรรมการ มักได้รับการปฏิเสธที่จะอนุญาตให้ขึ้นทะเบียน

2. กำหนดยกเว้นให้ การขายยาแผนโบราณโดยผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน ผู้รับอนุญาตขายส่งยาแผนปัจจุบัน ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ไม่ต้องขออนุญาตตามมาตรา 46

การกำหนดยกเว้นให้เช่นนี้ ทำให้ร้านขายยาแผนปัจจุบัน ร้านขายยาบรรจุเสร็จ ขายยาแผนโบราณได้โดยไม่จำเป็นต้องมีผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเภสัชกรกรมไทยเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยาแผนปัจจุบันและร้านขายยาบรรจสุเสร็จอาจจะไม่มีความรู้เกี่ยวกับเภสัชกรรมแผนไทยแต่อย่างใด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้บริโภคในที่สุด

ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เมื่อยาจากสมุนไพรได้รับความนิยมมากขึ้น ส่งผลให้องค์การเภสัชกรรม มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลหลายแห่งได้ศึกษาวิจัยพัฒนาสมุนไพรเดี่ยวเป็นยา โดยพัฒนารูปแบบยาให้สะดวก นำใช้ มีความคงตัว และออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น รวมทั้งพัฒนาโดยการสกัดตัวยาจากสมุนไพรโดยใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งผลิตภัณฑ์ที่เกิดขึ้นใหม่นี้ ไม่เข้าข่ายว่าเป็นทั้งยาแผนปัจจุบันและยาแผนโบราณตามที่มีอยู่เดิม ทำให้ที่ประชุมคณะกรรมการยา ครั้งที่ 1/2541 ได้อนุมัติในหลักการให้มีการกำหนดหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนตำรับยาที่พัฒนามาจากสมุนไพรขึ้น ซึ่งคณะทำงานได้มีความเห็นชอบให้แบ่งยาจากสมุนไพรเป็น 4 กลุ่ม คือ

1. ยาจากสมุนไพรที่เป็นยาแผนโบราณ
2. ยาจากสมุนไพรที่เป็นยาแผนโบราณซึ่งมีการพัฒนารูปแบบไปจากเดิม
3. ยาจากสมุนไพรแผนปัจจุบัน ซึ่งได้วิจัยและพัฒนาด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ จนได้สารสกัดที่เป็นสารประกอบกึ่งบริสุทธิ์ (Semi-purified compounds)
4. ยาแผนปัจจุบันจากสมุนไพร ซึ่งได้จากการวิจัยและพัฒนาด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ จนได้ตัวยาสำคัญที่เป็นสารบริสุทธิ์ที่ทราบโครงสร้างทางเคมี

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ทราบข้อมูลจากทาง อย.ว่า ปัจจุบันปรากฏว่า มีผู้ผลิตภายในประเทศขออนุญาตขึ้นทะเบียนยาจากสมุนไพรในกลุ่มที่ 2,3,4 น้อยมาก ในขณะที่ผู้ผลิตจากต่างประเทศซึ่งมีความพร้อมมากกว่าได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาจากสมุนไพรดังกล่าวไปหลายตำรับแล้ว

เนื่องจาก พ.ร.บ.ยา ฉบับปัจจุบันได้ใช้บังคับมานานแล้ว สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) จึงได้ยกร่าง พ.ร.บ.ยาฉบับใหม่เพื่อแก้ไขปรับปรุงกฎหมายให้ทันสมัย สอดรับกับระบบสากล เชื้อประโยชน์ต่อการคุ้มครองผู้บริโภค และขจัดปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตยาจากสมุนไพรและยาแผนโบราณ โดยได้เสนอต่อคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 7 มิถุนายน 2542 และคณะรัฐมนตรีได้อนุมัติรับหลักการร่าง พ.ร.บ.ดังกล่าว เมื่อวันที่ 7 กันยายน 2542 ขณะนี้อยู่ระหว่างการพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

ร่าง พ.ร.บ.ยา ฉบับใหม่นี้ได้ตกเป็นที่วิพากษ์วิจารณ์ของฝ่ายองค์กรพัฒนาเอกชนและเครือข่ายสมาพันธ์แพทย์แผนไทยฯเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการที่ไม่มีสาระบัญญัติใดกล่าวถึง ยาจากสมุนไพร ยาแผนไทย ร้านขายยาแผนไทย และผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย อยู่ในตัวบทเลย และบทบัญญัติที่กล่าวถึงการผลิตยาจะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยา (Good Manufacturing Practice, GMP) ซึ่งมีการยกร่าง GMP ของยาแผนโบราณโดยอาศัยมาตรฐานของต่างประเทศมาเตรียมไว้บังคับใช้กับยาแผนไทย ซึ่งฝ่ายองค์กรพัฒนาเอกชนและเครือข่ายสมาพันธ์แพทย์แผนไทยฯได้ร่วมกับนักวิชาการ เสนอให้แก้ไขในประเด็นดังกล่าว รวมทั้งได้ยกร่าง พ.ร.บ.ยาฉบับประชาชนขึ้นเพื่อปรับปรุงร่างของ อย.ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น แล้วส่งไปให้ฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้องพิจารณาต่อไป

6.4 พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542

กระทรวงสาธารณสุขโดยสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ ได้จัดทำร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และเสนอต่อคณะรัฐมนตรีจนสามารถผ่านการพิจารณาของรัฐสภาแล้วมีผลบังคับใช้นับตั้งแต่วันที่ 29 พฤษภาคม 2543 เป็นต้นมา เหตุผลและความจำเป็นที่มีการเสนอ พ.ร.บ.ฉบับนี้ ผู้เสนอระบุว่า “.....ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย อาทิ สมุนไพร สุนทรียา อันมีประโยชน์ต่อการนำมาพัฒนาและใช้ประโยชน์ ยังมิได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริม อนุรักษ์ และพัฒนาเพื่อใช้ประโยชน์ เห็นสมควรให้มีมาตรการคุ้มครอง

และส่งเสริมให้ เอกชน ชุมชน และองค์กรเอกชน ตระหนักถึงคุณค่าของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร และมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ พัฒนาและใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน ...“

สาระสำคัญของ พ.ร.บ.ฉบับนี้มีดังนี้

1. ให้การคุ้มครองสิทธิภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย โดย

1.1 กำหนดการคุ้มครองสิทธิภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ซึ่งแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

- 1) ตำรับยาแผนไทยของชาติหรือตำราการแพทย์แผนไทยของชาติ
- 2) ตำรับยาแผนไทยทั่วไปหรือตำราการแพทย์แผนไทยทั่วไป
- 3) ตำรับยาแผนไทยส่วนบุคคลหรือตำราการแพทย์แผนไทยส่วนบุคคล

1.2 การคุ้มครองสิทธิภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยดังกล่าว กระทำโดย

- 1) ให้อำนาจรัฐมนตรีออกประกาศกำหนดตำรับยาแผนไทยหรือตำราการแพทย์แผนไทยที่มีประโยชน์หรือคุณค่าในทางการแพทย์หรือการสาธารณสุขเป็นพิเศษให้เป็นตำรับยาแผนไทยของชาติหรือตำราการแพทย์แผนไทยของชาติ
- 2) ให้อำนาจรัฐมนตรีออกประกาศกำหนดตำรับยาแผนไทยหรือตำราการแพทย์แผนไทยที่มีประโยชน์อย่างแพร่หลายหรือพันอายุการคุ้มครองสิทธิ ให้เป็นตำรับยาแผนไทยทั่วไปหรือตำราการแพทย์แผนไทยทั่วไป
- 3) ให้นำบุคคลสัญชาติไทยซึ่งเป็นผู้คิดค้น ผู้ปรับปรุงหรือพัฒนา หรือผู้สืบทอดตำรับยาแผนไทยหรือตำราการแพทย์แผนไทย มีสิทธิขอจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยประเภทส่วนบุคคลได้ เพื่อขอรับการคุ้มครองและส่งเสริม

1.3 การคุ้มครองสิทธิภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยดังกล่าว มีผลทำให้

- 1) การนำตำรับยาแผนไทยของชาติไปขอขึ้นทะเบียนตำรับยาและขออนุญาตผลิตยาตามกฎหมายว่าด้วยยา หรือนำไปทำการศึกษาวิจัยเพื่อปรับปรุงหรือพัฒนาเป็นตำรับยาใหม่เพื่อประโยชน์ในทางการค้า หรือประสงค์จะทำการศึกษาวิจัยตำราการแพทย์แผนไทยของชาติเพื่อปรับปรุงหรือพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยขึ้นใหม่ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในทางการค้า ต้องขอรับอนุญาตการใช้ประโยชน์ ชำระค่าธรรมเนียม รวมทั้งค่าตอบแทนในการใช้ประโยชน์
- 2) ผู้ทรงสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเท่านั้น ที่มีสิทธิในการผลิตยา ศึกษาวิจัย จำหน่าย ปรับปรุงหรือพัฒนาตำรับยาแผนไทยหรือภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ได้จดทะเบียนไว้ เว้นแต่กรณีที่ได้รับยกเว้น เช่น การศึกษา วิจัยตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนด การเตรียมยาเฉพาะรายโดยผู้ประกอบโรคศิลปะแผนไทย การผลิตยาเพื่อยั้งชีพแบบพื้นบ้าน หรือการผลิตยาโดยสถานพยาบาลของรัฐ

2. กำหนดให้มีการคุ้มครองสมุนไพร โดย

2.1 กำหนดให้มี “สมุนไพรควบคุม” ซึ่งเป็นสมุนไพรที่มีค่าต่อการรักษาหรือวิจัย หรือมีความสำคัญทางเศรษฐกิจ หรืออาจจะสูญพันธุ์

2.2 กำหนดเงื่อนไขต่างๆ เกี่ยวกับการครอบครอง การใช้ประโยชน์ การดูแลเก็บรักษา การขนย้าย การศึกษาวิจัย การส่งออก การจำหน่าย การแปรรูปสมุนไพรควบคุม และอื่นๆ

2.3 กำหนดให้การศึกษาวิจัย หรือส่งออกสมุนไพรควบคุม หรือจำหน่าย หรือแปรรูปสมุนไพร ควบคุมเพื่อการค้า จะต้องขออนุญาตจากปลัดกระทรวงหรือผู้ที่ปลัดกระทรวงมอบหมาย

3. กำหนดให้ “เขตพื้นที่คุ้มครองสมุนไพร” ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ยังมิได้ประกาศเป็นเขตป่าสงวนแห่งชาติ เขตพื้นที่คุ้มครองสิ่งแวดล้อม เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า เขตห้ามล่าสัตว์ป่า เขตอุทยานแห่งชาติ และเขตพื้นที่คุ้มครองอื่นๆ และต้องไม่เป็นที่ดินที่อยู่ในกรรมสิทธิ์หรือสิทธิครอบครองตามประมวลกฎหมายที่ดินของบุคคลใดๆ

ในพื้นที่คุ้มครองสมุนไพรห้ามมิให้ผู้ใดยึดถือ ครอบครอง ปลูกหรือก่อสร้าง ตัด โค่น เผ้วถาง เผา ทำลายต้นไม้ หรือความหลากหลายทางชีวภาพและระบบนิเวศน์ ฯลฯ เว้นแต่การจัดการบริหารพื้นที่คุ้มครองสมุนไพรหรือใช้ประโยชน์จากสมุนไพรโดยได้รับอนุญาต

ขณะนี้หน่วยงานที่รับผิดชอบกำลังยกร่างกฎกระทรวงซึ่งได้ทำประชาพิจารณ์ไปแล้วทั้ง 4 ภาค อย่างไรก็ตาม พ.ร.บ.ฉบับนี้มีหลายฝ่าย เช่น มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนาและคณะ สมาคมผู้ผลิตยาและขายยา แผนโบราณและคณะ ได้แสดงความคิดเห็นและเสนอแนะให้แก้ไขปรับปรุง ด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น

- 1) จะเกิดปัญหาในทางปฏิบัติมาก ซึ่งจะนำไปสู่ความสับสนและขัดแย้งในหมู่แพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านได้ เนื่องจากวิธีการจดทะเบียนสิทธิกับราชการขัดแย้งวัฒนธรรมการแพทย์แบบน้ำใจ และไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวบ้านและชุมชน
- 2) การกำหนดสมุนไพรควบคุมจะสร้างปัญหาให้กับฝ่ายผู้ผลิต เพราะมีการจำกัดการครอบครอง ใช้ประโยชน์ ดูแลเก็บรักษา การขนย้าย การส่งออก การจำหน่าย และการแปรรูป
- 3) การกำหนดให้มีตำรับยาแผนไทยของชาติ โดยระบุให้ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์และตำรายา วัดพระเชตุพนและตำราอื่นๆที่มีการใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวางอยู่แล้วเป็นตำรับยาแผนไทยของชาติ ซึ่งการนำตำรับยาดังกล่าวไปขึ้นทะเบียนตำรับยาหรือทำการศึกษาวิจัยเพื่อประโยชน์ทางการค้า จะต้องขออนุญาตและชำระค่าธรรมเนียมในอัตราสูง เป็นการไม่ถูกต้อง เพราะขัดต่อเจตนารมณ์ของบรรพชนที่ต้องการให้ประชาชนทั่วไปใช้ประโยชน์จากตำรับยาดังกล่าวอย่างกว้างขวาง
- 4) การควบคุมต่างๆตามกฎหมายมีผลเฉพาะในประเทศไทยเท่านั้น ไม่มีผลต่อการที่ต่างชาติจะนำภูมิปัญญาไทยไปใช้ในประเทศอื่นแต่อย่างใด
- 5) การไม่กระจายอำนาจให้ชุมชนมีส่วนในการคุ้มครอง ส่งเสริมอนุรักษ์ภูมิปัญญาของตนเอง แต่รวมศูนย์อำนาจไว้ที่คณะกรรมการและหน่วยงานราชการ ไม่เป็นการพัฒนาที่ยั่งยืนได้อย่างแท้จริง
- 6) การทำประชาพิจารณ์ควรกระทำตั้งแต่ก่อนการยกร่าง พ.ร.บ. มิใช่กระทำตอนยกร่างกฎกระทรวง และขั้นตอนการทำประชาพิจารณ์ควรกระทำให้ถูกต้องตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี เป็นต้น

7. การวิจัยและพัฒนา

การวิจัยและพัฒนามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ในระยะหลัง มีผู้ให้ความสนใจทำงานวิจัยการแพทย์แผนไทยมากขึ้น ซึ่งเป็นผลดีต่อการพัฒนาองค์ความรู้ของการแพทย์แผนไทย แต่การวิจัยความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยยังอยู่ในระยะเริ่มต้น ยังต้องการการศึกษาวิจัยในสาขานี้อีกมาก เพื่อนำมาสังเคราะห์องค์ความรู้ที่ขาดการสืบต่อให้ครบถ้วน

สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทยที่สำคัญ ได้แก่

1. ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดการสัมมนาวิชาการเรื่อง แนวคิดและวิวิธวิทยาเพื่อการวิจัยการแพทย์แผนไทย เมื่อวันที่ 15-16 ตุลาคม 2535
2. สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ได้ดำเนินการโครงการเกี่ยวกับการวิจัยสมุนไพรและการแพทย์แผนไทย ในช่วง ปี 2536-2539 จำนวน 10 โครงการ
3. ทบวงมหาวิทยาลัย ได้มีบทบาทในการวิจัยสมุนไพรและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ส่วนใหญ่มุ่งไปที่การวิจัยด้านเภสัชวิทยา พฤษเคมี การวิจัยด้านคลินิก การพัฒนาสูตรตำรับ การปลูกการปรับปรุงและขยายพันธุ์สมุนไพร ในช่วง ปี 2536-2539 มีงานวิจัยจำนวน 130 โครงการ เป็นเงินงบประมาณ 38.4 ล้านบาท
4. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยกองวิจัยและพัฒนาสมุนไพร มีบทบาทในการวิจัยและพัฒนาสมุนไพร และพัฒนาสมุนไพรเพื่อใช้เป็นยา ได้ทำการวิจัยสมุนไพรแบบครบวงจรแล้ว 4 ชนิด ได้แก่ หญ้าหนวดแมว ฟ้าทะลายโจร พญายอ และปวกหาว
5. องค์การเภสัชกรรม โดยสถาบันวิจัยและพัฒนา ได้ศึกษาวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรขึ้นหลายตำรับ เช่น ยาแก้ไอมะแว้ง ยาระบายมะขามแขก ครีมโพลีซาล กระจายสกัด ขมิ้นชันแคปซูล เจลว่านหางจระเข้ ครีมพญายอ ฟ้าทะลายโจรแคปซูล เป็นต้น โดยใช้งบประมาณในการลงทุนเพื่อพัฒนายาจากสมุนไพร ในช่วงปี 2535-2539 เป็นเงินรวม 16.4 ล้านบาท การดำเนินการมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาสูตรตำรับ การศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา การสกัดสารสำคัญและพฤษเคมี การศึกษาพิษวิทยาของสมุนไพรที่เป็นเป้าหมายในการผลิต ส่วนการศึกษาวิจัยทางคลินิก ได้ให้ทุนแก่คณะแพทยศาสตร์ทำการศึกษา ในช่วงปี 2535-2539 ใช้งบประมาณเพื่อศึกษาทางคลินิกเป็นเงินรวม 7.6 ล้านบาท
6. สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ได้มีบทบาทในการจัดประชุมงานวิจัย อบรมนักวิจัย รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณเพื่อการวิจัยการแพทย์แผนไทย นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2537-2539 จำนวน 73 โครงการ งานวิจัยมีหลากหลาย แต่ส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนให้หน่วยราชการและสถาบันการศึกษาต่างๆ เป็นเงินงบประมาณ 3.6 ล้านบาท
7. องค์การแพทย์แผนไทยภาคประชาชนและเอกชนที่ไม่แสวงกำไร ได้รับงบประมาณส่วนหนึ่งจากกระทรวงสาธารณสุขตามโครงการสนับสนุนองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ ตั้งแต่ปี 2535-2539 มีโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยได้รับการสนับสนุน จำนวน 28 โครงการ จำนวนเงิน 3.4 ล้านบาท แต่หลังจากปี 2540 ก็ไม่มีนโยบายที่จะสนับสนุนโครงการวิจัยอีก

การแพทย์แผนไทย

: บทสรุปและวิเคราะห์

1. การแพทย์แผนไทย เคยเป็นการแพทย์กระแสหลักของสังคมไทยมาก่อน แต่ต่อมาได้เสื่อมความนิยมลงไป เพราะมิได้รับการสนับสนุนส่งเสริมโดยรัฐ แต่ภาคประชาชนได้ยังคงอนุรักษ์ไว้จนถึงทุกวันนี้
2. การฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยโดยภาคประชาสังคมและภาครัฐในช่วง 5-10 ปีที่ผ่านมา มีส่วนทำให้การแพทย์แผนไทยกลับมามีบทบาทและเป็นที่ยอมรับมากขึ้นอีกครั้งหนึ่ง โดยมีความพยายามที่จะผสมผสานการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ แต่ยังคงเป็นการผสมผสานในระดับที่ถูกผนวกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งภายใต้ระบบบริการที่มีการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลัก ทำให้พบกับข้อจำกัดและอุปสรรคมากมาย
3. มีความพยายามของภาคประชาสังคมและภาคเอกชนในการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยคู่ขนานกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้มีความเป็นอิสระในการพัฒนาศาสตร์การแพทย์แผนไทยให้เข้มแข็งขึ้น แต่ยังเป็นส่วนเล็กๆที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐมากนัก
4. จากความพยายามของฝ่ายต่างๆ มีผลทำให้ พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 เชื้อกับการพัฒนาการแพทย์แผนไทยมากขึ้น โดยเฉพาะการยกเลิก การจำกัดให้การแพทย์แผนไทยเป็นการศึกษาโดยมิให้อาศัยความรู้ตามหลักวิทยาศาสตร์ ตาม พ.ร.บ.ฉบับเก่า และการมีคณะกรรมการวิชาชีพที่มีกรรมการส่วนหนึ่งมาจากการเลือกตั้ง ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของบุคลากรในวิชาชีพในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยมากขึ้น แต่ก็ยังคงมีข้อจำกัดที่การพัฒนา ยังคงอยู่ภายใต้การทำงานในระบบราชการ
5. มีบุคลากรในสาขาการแพทย์แผนไทยอย่างมากมาย (ไม่น้อยกว่าหนึ่งหมื่นคน) และแนวโน้มจะมีจำนวนมากยิ่งขึ้นเรื่อยๆ แต่ระบบสุขภาพของประเทศยังไม่อาจใช้ประโยชน์จากทรัพยากรบุคคลในส่วนนี้ได้เต็มที่ เพราะระบบการเรียนการสอนการสอบยังไม่เอื้อให้แพทย์แผนไทยได้พัฒนาศักยภาพอย่างเต็มที่ และยังไม่มีการสำรวจกำลังคนของแพทย์แผนไทยทั่วประเทศอย่างจริงจัง
6. มีองค์กรด้านการแพทย์แผนไทยอยู่อย่างมากมายกระจายทั่วประเทศ ความพยายามที่จะประสานเครือข่ายให้เป็นเครือข่ายประชาคมที่มีคุณภาพโดยภาคประชาสังคม ยังต้องการการสนับสนุนให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น
7. การให้บริการตามบ้านและการให้บริการโดยองค์กรชุมชนเป็นจุดแข็งของการให้บริการของระบบการแพทย์แผนไทย ซึ่งควรมีการสำรวจและส่งเสริมในเรื่องนี้อย่างจริงจัง
8. การวิจัยและพัฒนาที่ผ่านมายังคงเน้นที่การวิจัยสมุนไพรและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ในขณะที่การวิจัยทฤษฎีและองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยแม้จะมีปริมาณมากขึ้น แต่ยังคงทำได้จำกัด เพราะมีอุปสรรคที่การพัฒนาองค์ความรู้ได้ทั้งช่วงมาเป็นเวลายาวนาน

เอกสารอ้างอิง

1. เดอ ลาลูแบร์, จดหมายเหตุลาลูแบร์ ฉบับสมบูรณ์, แปลโดย สันต์ ท.โกมลบุตร พระนคร : สำนักพิมพ์ก้าวหน้า, 2510 : 280.
2. ประทีป ชุมพล, ประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทย กรุงเทพฯ : บริษัทอาทิตย์ จำกัด, 2541 : 76 .
3. ปรีชา อุปโยคิน, การประเมินผลการพัฒนาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์ธรรมชาติเพื่อยา เสนอต่อ สำนักงานประมาณ, 2540
4. พิชาญ พัฒนา, ความเป็นมาของการแพทย์เมืองไทย, พระนคร : โรงพิมพ์อักษรบริการ, 2509
5. รุจิณาท อรรถสิทธิ์, สถานการณ์การแพทย์แผนไทย, กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2533
6. เสาวภา พงษ์พิงษ์, สถานการณ์การแพทย์แผนไทยด้านกำลังคน, เอกสารประกอบการประชุมจัดทำแผนพัฒนาการแพทย์แผนไทย ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 เมื่อวันที่ 26-28 สค.2539
7. กฎหมายตราสามดวง เล่ม 1, พิมพ์ครั้งที่ 2 , กรุงเทพฯ : องค์การค้าคุรุสภา, 2515 : 262-4.
8. ทำเนียบนามภาคที่ 2 ตำราตำแหน่งข้าราชการฝ่ายพระราชวังบวรสถานมงคล มหาเสวกตรี พระยาเพ็ชรรัตนสงคราม จัดพิมพ์ในงานศพคุณหญิงพวง นรานุกิจมนตรี, โรงพิมพ์โสภณพิพรรฒธนากร, 2462 : 16.
9. ประชุมกฎหมายประจำศก 2472, เล่ม 40 : 37-51.
10. ราชกิจจานุเบกษา 2466 เล่ม 40, : 136-52.

การแพทย์แผนดั้งเดิม : กรณีศึกษาจากต่างประเทศ

1. กรณีศึกษาของรูปแบบการผสมผสานระหว่าง Traditional Medicine และ Modern Medicine ของประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน

1.1 เกริ่นนำ

การแพทย์จีน (Traditional Chinese Medicine-TCM) และเภสัชกรรมจีน (Traditional Chinese Pharmacology) เป็นมรดกทางวัฒนธรรมที่มีคุณค่าและดำรงอยู่กับประชาชนจีนมาช้านาน การแพทย์จีนประกอบด้วยทฤษฎีและการปฏิบัติทางการแพทย์ของชนชาติอื่น และยังมีแพทย์ของชนชาติส่วนน้อยจำนวนมาก ตัวอย่างเช่น การแพทย์ของชนชาติไท การแพทย์ของชนชาติมองโกเลีย การแพทย์ของชาติทิเบต และการแพทย์ของชนชาติยูอิคเหอ (Uighur) เป็นต้น

ในช่วงต้นของศตวรรษที่ 19 การแพทย์แบบตะวันตกได้เข้าสู่ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนพร้อมกับชาวมิชชันนารี และการค้าขายของประเทศแถบตะวันตก มีการบริการของโรงพยาบาลการแพทย์แบบตะวันตก และร้านขายยาแผนตะวันตก อิทธิพลของการแพทย์แบบตะวันตกเพิ่มขึ้นในสังคมจีน เกิดปรากฏการณ์ที่แพทย์จีนบางส่วนตีความทฤษฎีการแพทย์จีนโดยใช้คำศัพท์ของการแพทย์แบบตะวันตก มีความเชื่อมโยงความรู้ของการแพทย์ทั้ง 2 ระบบ ในขณะเดียวกัน การแพทย์จีนถูกจำกัดบทบาทลงและยังเกิดความขัดแย้งและแบ่งแยกจากการแพทย์แบบตะวันตกด้วย

ต่อมาภายหลังปี พ.ศ.2492 เมื่อประเทศจีนได้รับการสถาปนาเป็นประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน รัฐบาลจีนมีนโยบายเสริมสร้างและพัฒนาการแพทย์จีนอย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง โดยตระหนักว่า การแพทย์จีนมีปรัชญา แนวคิด และวิธีการทางการแพทย์ที่มีเอกลักษณ์ ทฤษฎีการแพทย์จีนที่สำคัญคือ ทฤษฎีหยิน-หยาง (Yin-Yang Theories) และทฤษฎีหวู่ซิง (Wu- Xing Theories หรือ Five Evolution or Element) อิทธิพลของธรรมชาติและฤดูกาล กระบวนการวินิจฉัยโดยการตรวจสอบชีพจร และวิธีการอื่น วิธีการใช้ยาสมุนไพร การแทงเข็ม การรมควันจากสมุนไพร (moxibustion) การใช้ความร้อน (cupping) การทายา การออกกำลังกาย การนวด การบำบัดด้วยน้ำ (hydrotherapy) และการป้องกันและเสริมสุขภาพแบบอื่น

1.2 สถานการณ์ปัจจุบันของการแพทย์จีน

นับตั้งแต่ ปี พ.ศ.2492 รัฐบาลของประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนได้ให้ความสำคัญและพัฒนาการแพทย์จีนอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ.2493 รัฐบาลจีนกำหนดนโยบายว่า “ รัฐบาลจีนให้ความสำคัญต่อการแพทย์จีนและการแพทย์แบบตะวันตกอย่างเท่าเทียมกัน และระดมแพทย์และผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขทั้งแผนจีนและแผนตะวันตกเพื่อพัฒนาสุขภาพของชาวจีน” อีกทั้ง “ ฟันฟูและยกระดับการแพทย์จีนและเภสัชกรรมแผนจีนสู่ระดับสูงอย่างต่อเนื่อง” สำหรับกระทรวงสาธารณสุขของรัฐบาลจีนได้ก่อตั้ง กรมการแพทย์จีน (Department of Traditional Chinese Medicine) มีบทบาทในการกำหนดนโยบาย แผนงาน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และข้อมูลข่าวสาร และพัฒนาการแพทย์จีนระดับมณฑล และในปี พ.ศ.2529 กระทรวงสาธารณสุขจีนได้จัดตั้ง “คณะกรรมการบริหารด้านการแพทย์จีน (State Administration of Traditional Chinese Medicine) อันเป็น

โครงสร้างที่มีบทบาทด้านนโยบาย นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังจัดตั้งสถาบันทางวิชาการด้านการแพทย์จีน (Academy of Traditional Chinese Medicine) มีบทบาทด้านการวิจัย โดยมีสถาบันวิจัยและโรงพยาบาลที่มีการวิจัยร่วมกัน

สำหรับด้านการศึกษา ในปี พ.ศ.2499 รัฐบาลจีนได้ก่อตั้งวิทยาลัยการแพทย์จีน (Colleges of Traditional Chinese Medicine) 4 แห่งแรกขึ้น ณ เมืองเป่ย์จิง กวางโจว ซ่างไฮ้ และเฉิงตู นับจากนั้น ก็ขยายจำนวนและพัฒนาเรื่อยมา จนกระทั่งในปัจจุบัน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนมีวิทยาลัยการแพทย์จีน 100 แห่ง และยังมีวิทยาลัยการแพทย์ของมองโกเลีย (Mongolian College of National Minority Medicine) และมีคณะการแพทย์จีน 11 แห่งที่อยู่ภายในโรงเรียนแพทย์แบบตะวันตกอีกด้วย ระยะเวลาของการศึกษาและการฝึกปฏิบัติของการแพทย์จีนใช้เวลา 5 ปี นอกจากนี้ รัฐบาลจีนยังจัดการให้มีการฝึกอบรมการแพทย์จีนในช่วงประจำการ การศึกษาการแพทย์จีนทางไปรษณีย์ และมีหลักสูตรการแพทย์จีนสำหรับชาวต่างประเทศด้วย ปัจจุบันวิทยาลัยการแพทย์จีนผลิตบุคลากรด้านการแพทย์จีนระดับอุดมศึกษาเป็นจำนวน 80,000 คน และระดับปริญญาโท/เอก ประมาณ 4,000 คน และมีสถาบันวิจัยด้านการแพทย์จีน ประมาณ 170 แห่งทั่วประเทศ

สำหรับด้านบริการทางการแพทย์จีน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนมีโรงพยาบาลการแพทย์จีนระดับเมือง จำนวน 2,300 แห่ง และมีจำนวนเตียงมากกว่า 207,000 เตียง นอกจากนี้ 95 % ของโรงพยาบาลทั่วไปจะมีแผนกการแพทย์จีนที่ใช้บริการการแพทย์จีนเป็นการเฉพาะ บุคลากรของการแพทย์จีนทั้งหมดมีจำนวน 538,000 คน ส่วนมากเป็น “หมอชาวบ้าน” (village doctors) อยู่ในเขตชนบท พวกเขาให้บริการโดยใช้ยาสมุนไพรและการแทงเข็มเพื่อป้องกันและรักษาโรคให้ชาวบ้านในชนบท การแพทย์สอดคล้องกับวัฒนธรรมจีนและมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพชาวจีน รัฐบาลได้จัดสรรการสนับสนุนเพื่อพัฒนาการศึกษา การวิจัยและการบริการแพทย์จีนอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

1.3 ทิศทางและรูปแบบการผสมผสานการแพทย์จีนและการแพทย์แบบตะวันตก

ภายหลังจากการสถาปนาประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน สามารถกล่าวได้ว่า รัฐบาลจีนให้ความสำคัญกับการพัฒนาการแพทย์แบบผสมผสานระหว่างการแพทย์จีนและการแพทย์แบบตะวันตกอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นถึงหลักการการผสมผสาน การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และการร่วมมือกันระหว่างการแพทย์จีนและการแพทย์แบบตะวันตก และยังเน้นถึงการศึกษาและการใช้ประโยชน์ซึ่งกันและกัน หลักการนี้มีบทบาทสำคัญในการสืบทอดและการพัฒนาการแพทย์จีน กระทรวงสาธารณสุขได้จัดการให้มีหลักสูตรการแพทย์จีนหลายระดับ นอกจากการศึกษาในหลักสูตรการแพทย์จีนแล้ว แพทย์แบบตะวันตกสามารถเรียนการแพทย์จีน 2-3 ปีภายหลังจากจบการแพทย์แผนตะวันตกแล้ว ปัจจุบันประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนมีมหาวิทยาลัย 3 แห่งที่มีหลักสูตรการแพทย์จีนสำหรับผู้จบการศึกษาปริญญาตรีแล้ว และมีสถาบันการศึกษา 29 แห่งที่มีหลักสูตรการแพทย์จีนแบบผสมผสานกับการแพทย์แผนตะวันตก ระดับปริญญาตรี/โท นอกจากนี้ยังมีหลักสูตรฝึกอบรมการแพทย์จีนระยะสั้น (6 เดือน-12 เดือน) สำหรับแพทย์แผนตะวันตกอีกด้วย และมีรายงานว่า มีแพทย์มากกว่า 5,000 คน ที่ผ่านการศึกษาทั้งการแพทย์แบบตะวันตกและการแพทย์จีน และมีโรงพยาบาลมากกว่า 40 แห่ง และสถาบัน 17 แห่งที่มีการบริการแบบผสมผสานระหว่างการแพทย์จีนและการแพทย์แบบตะวันตก นอกจากนี้ในชนบทโรงพยาบาลหลายแห่งยังจัดระบบบริการทางการแพทย์แบบผสมผสานอีกด้วย

ลักษณะและกิจกรรมการผสมผสานการแพทย์จีนและการแพทย์แบบตะวันตกสามารถจำแนกได้ใน 2 ลักษณะ คือ

(1) การผสมผสานในระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ในการปฏิบัติ

การผสมผสานระหว่างการแพทย์จีนและการแพทย์แบบตะวันตกมิได้ปรากฏอย่างสมบูรณ์ โดยทั่วไปสรุปได้ว่า การแพทย์จีนถูกใช้ในสัดส่วนค่อนข้างสูง (ร้อยละ 40) ในการบริการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน และน้อยลงสำหรับโรงพยาบาล (ยกเว้นแผนกการแพทย์จีน) โรงพยาบาลทั่วไปส่วนใหญ่ใช้การแพทย์แบบตะวันตก และผนวกด้วยการใช้ยาจีน ทั้งนี้ขึ้นกับประเภทของโรค และอาจมีปรากฏการณ์ที่เหลื่อมซ้อนกันโดยที่ทดลองรักษาแผนใดแผนหนึ่งก่อน และเปลี่ยนไปรักษาแผนอื่นทีหลัง ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการบริการทางการแพทย์มี 3 ระบบ คือ ระบบการแพทย์จีน ระบบการแพทย์แบบตะวันตก ระบบการแพทย์แบบผสมผสาน

สำหรับการปฏิบัติและการศึกษาค้นคว้ารูปแบบการผสมผสานระหว่างการแพทย์จีนและการแพทย์ตะวันตก เริ่มด้วยพื้นฐานที่ว่า การแพทย์แต่ละระบบต่างมีจุดแข็งและข้อจำกัด โดยทั่วไปการแพทย์จีนพิจารณาและวิเคราะห์ประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม และมีวิธีการรักษาที่ยืดหยุ่นและมีลักษณะเฉพาะบุคคล (individualized treatment) สำหรับการแพทย์แบบตะวันตกตรวจวินิจฉัยโดยใช้เทคนิคและเครื่องมือที่ซับซ้อน จากนั้นจึงให้การรักษาและจ่ายยาแผนตะวันตกตามหลักการทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามการแพทย์จีนมีความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคและการบำบัดโรค ส่วนการแพทย์แบบตะวันตกมีวิธีการรักษาโรคที่มีประสิทธิภาพและให้ผลเร็ว แต่การแพทย์แบบตะวันตกรักษาโรคเฉพาะส่วนและอาจมีผลข้างเคียงจากยาแผนใหม่และผลเสียอื่น จากข้อดีและข้อจำกัดของระบบการแพทย์ดังกล่าว วิธีการวินิจฉัยโรคและวิธีการรักษาโรคแบบผสมผสานได้รับการพัฒนาขึ้น ซึ่งอยู่บนพื้นฐานคุณธรรม การเพิ่มความสมบูรณ์และความร่วมมือกันของการแพทย์แต่ละแผน โดยมุ่งหวังให้ผลการรักษาโรคมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น จากประสบการณ์ทางคลินิกพบว่า การแพทย์จีนได้ผลดีกว่าการแพทย์แบบตะวันตกสำหรับ Functional Diseases และ Senile Involutional Diseases แต่สำหรับ Refractory Diseases ตัวอย่างเช่น Chronic Atrophic Gastritis, Severe Hepatitis, Lupus Erythematosus and Dermatosclerosis etc. วิธีการแบบผสมผสานได้ผลดีกว่า นอกจากนี้ หลักการของการแพทย์จีนที่เพิ่มความต้านทานของร่างกายและเสริมสร้างบทบาทหน้าที่ของระบบภายในร่างกาย ยังสามารถใช้ประโยชน์ในการรักษาโรคมะเร็งได้ดี สามารถลดการเจริญของเซลล์มะเร็งและลดอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาแบบตะวันตกได้ด้วย สุดท้ายการแพทย์จีนมีประสิทธิภาพในโรคเฉียบพลันบางโรคอีกด้วย

(2) การผสมผสานในการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่

รัฐบาลจีนให้ความสำคัญกับการวิจัยแบบผสมผสานการแพทย์จีนและการแพทย์แบบตะวันตก และยังมีพัฒนาโดยแลกเปลี่ยนทางวิชาการ ในปี พ.ศ.2524 สมาคมการผสมผสานการแพทย์จีนและการแพทย์ตะวันตก (Chinese Association of the Integration of Traditional and Western Medicine) ได้ก่อตั้งขึ้น และปัจจุบันมีการพัฒนาในสาขาย่อย 31 สาขา มีสมาชิกมากกว่า 30,000 คน และมีวารสาร 8 ชนิด ได้รับการตีพิมพ์เพื่อการแลกเปลี่ยนทางวิชาการ การวิจัยให้ความสำคัญหลายด้านคือ ทฤษฎีพื้นฐานของการแพทย์จีน วิธีการวินิจฉัยและการรักษาโรคของการแพทย์จีน หลักการรักษาโรคของการแพทย์จีน ทฤษฎีและผลทางคลินิกของการแทงเข็ม

ในอนาคต การแพทย์จีนอันเป็นการดูแลสุขภาพและการแพทย์แบบธรรมชาติจะได้รับการยอมรับมากขึ้น และพัฒนาการที่รวดเร็วของการแพทย์แบบตะวันตกจะส่งผลต่อการผสมผสาน ตัวอย่างเช่น การอธิบายของ nerve-endocrine-immune network theory และ modern homeostasis theory ส่งผลดีต่อความเข้าใจในทฤษฎีการแพทย์จีน เป็นต้น ดังนั้น การแพทย์จีนยังต้องการนำความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีของการ

แพทย์แบบตะวันตกมาใช้ประโยชน์เพื่อพัฒนาการผสมผสานในการรักษาโรคและปรับปรุงการรักษาโรคแบบเฉพาะบุคคลให้ได้ผลการรักษาที่ดียิ่งขึ้น

2. กรณีศึกษาการแพทย์ไทเซตปกครองตนเองสิบสองปันนา ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน

2.1 เกริ่นนำ

เมื่อ ปี พ.ศ.2534 คณะทำงานจากกลุ่มศึกษาปัญหาและมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนาได้ไปศึกษาดูงานการแพทย์ไทในเขตปกครองตนเองสิบสองปันนา ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ต่อมาในปี พ.ศ.2539 คณะทำงานจากโครงการเครือข่ายการใช้มิติวัฒนธรรมเพื่อการพัฒนาสุขภาพซึ่งสนับสนุนโดยสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติได้ไปศึกษาดูงานการแพทย์ไทในเขตปกครองตนเองสิบสองปันนาอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งการไปศึกษาดูงานทั้งสองครั้งนี้ มีรายงานที่น่าสนใจหลายประการ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าน่าจะเป็นบทเรียนสำหรับการพัฒนาการแพทย์แผนไทยอยู่ไม่น้อย จึงได้เรียบเรียงเป็นกรณีศึกษาไว้ ณ ที่นี้

2.2 การแพทย์ไทในสิบสองปันนา

สิบสองปันนาเป็นเขตปกครองตนเองในมณฑลยูนนาน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน มีชนชาติไททั้งสิ้นประมาณ 8.2 แสนคน(รวมทั้งบางส่วนในเขตปกครองตนเองเต๋อหัง) มีเมืองเชียงรุ่ง(จิ่งหัง)เป็นเมืองศูนย์กลางของเขต กับอีก 2 เมือง คือ เมืองฮาย และเมืองคำ อาณาเขตของสิบสองปันนามีพื้นที่ 25,000 ตารางกิโลเมตร ทิศใต้ติดต่อกับประเทศลาว ทิศตะวันตกติดต่อกับพม่า ชาวไทลื้อนับถือพุทธศาสนานิกายเถรวาท และมีความเชื่อดั้งเดิมในเรื่องผี ขวัญ และไสยศาสตร์ มีภาษาและอักษรเป็นของตนเอง คือใช้ภาษาไทลื้อ อักษรมีลักษณะคล้ายอักษรไทล้านนา ปัจจุบันสิบสองปันนามีคนรุ่นใหม่ซึ่งได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมจีนมากขึ้น ทั้งในด้านภาษา ความคิด ค่านิยม รวมทั้งแบบแผนทางวัฒนธรรม ซึ่งมีผลกระทบต่อการสืบทอดมรดกทางวัฒนธรรมของไทลื้อเป็นอย่างมาก

2.3 นโยบายเกี่ยวกับการแพทย์ของชนชาติส่วนน้อยในจีน

รัฐบาลจีนได้มีนโยบายที่ชัดเจนในการฟื้นฟู พัฒนา และนำเอาการแพทย์พื้นบ้านของชนชาติส่วนน้อยต่างๆ (นอกเหนือจากการแพทย์จีน) โดยมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณา 4 ด้าน ได้แก่

1. มีการบันทึกเป็นอักษรของชนชาติตนเอง
2. เป็นระบบทฤษฎีที่ชัดเจน
3. มีระบบการวินิจฉัยที่ชัดเจน
4. มีวิธีการรักษา ตำรับยา และตัวยาสมุนไพรที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ

ปัจจุบันรัฐบาลจีนได้รับรองและมีนโยบายฟื้นฟูพัฒนาการแพทย์ของชนชาติส่วนน้อย 4 ชนชาติ คือชนชาติไท ธิเบต มงโกล และซินเกียง (ส่วนชนชาติที่เหลืออีก 51 ชนชาตินั้น มีภาษาพูดแต่ไม่มีตัวอักษร) รัฐบาลจีนได้กำหนดนโยบายต่อการแพทย์พื้นบ้านของทั้ง 4 ชนชาติไว้กว้างๆ เป็น 2 ขั้นตอน คือ การสืบทอดและการพัฒนา

2.4 การพัฒนาการแพทย์ในสิบสองปันนา

จากการแลกเปลี่ยนกับผู้รับผิดชอบการพัฒนาการแพทย์ไทในสิบสองปันนาที่สถาบันคึกฉิงการแพทย์จีนที่นครคุนหมิง มณฑลยูนนาน และที่สถาบันการแพทย์ไทสิบสองปันนา ทำให้ได้รับทราบว่า การแพทย์ไท

ในสิบสองปันนา มีการพัฒนาในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

2.4.1 การสืบเสาะ ค้นหา ชุดค้น รวบรวม องค์ความรู้และบุคลากร

1) **องค์ความรู้** มีการรวบรวมตำรายา จากโบราณ และคำบอกเล่าต่างๆตั้งแต่ปลายทศวรรษ 1970 จนถึงปัจจุบัน เฉพาะในเขตปกครองตนเองสิบสองปันนามีการรวบรวมหนังสือได้มากกว่า 200 เล่ม และเขตปกครองตนเองเต๋อหัง รวบรวมได้ 41 เล่ม หนังสือเหล่านี้ได้มีแปล (เป็นภาษาจีนเทียบกับภาษาไทย) ออกมาเรื่อยๆ

2) **บุคลากร** มีการคัดเลือกหมอชาที่มีชื่อเสียงในเขตปกครองตนเองสิบสองปันนา โดยมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกตัวอาจารย์ผู้สอนคือ เป็นหมอที่มีความรู้ทางทฤษฎี มีประสบการณ์และความชำนาญในการรักษาโรค มีความรู้ในตัวยาสุมไพโรและวิธีการในการปรุงยา ตลอดจนมวลชนมีความเลื่อมใสศรัทธาในตัวหมอเป็นหลัก หมอที่ทำหน้าที่สอนและรักษา (ในโรงพยาบาล) มี 3-4 คน เป็นข้าราชการของรัฐ ส่วนหมออีกประมาณ 30 คน จะเชิญมาสอนเป็นช่วงๆ ทั้งนี้เนื่องจากหมอชาเหล่านี้ล้วนมีอายุมาก เดินทางไปมาไม่สะดวก ตลอดจนมีความเคยชินกับความเป็นอยู่ในชนบทมากกว่าในเมือง สำหรับผู้เชี่ยวชาญการแพทย์ไทยในขณะนี้ก็มีเพียงท่านเดียวคือ ขนานลา (ขนานเป็นคำมาจาก มหา ซึ่งหมายถึงผู้ที่เคยบวชเรียนมาในทางพุทธศาสนาแล้ว)

2.4.2 การผลิตบุคลากร

สถาบันการแพทย์ไทยสิบสองปันนาได้เปิดรับนักศึกษาตั้งแต่ พ.ศ.2529 (ก่อนตั้งโรงพยาบาล 2 ปี) โดยรับนักศึกษา ปีละ 8 คน (จนถึงปัจจุบันมีทั้งหมด 43 คน) คุณสมบัติของนักศึกษาจะต้องเป็นคนชนชาติไทย มีการศึกษาอย่างต่ำจบมัธยมต้น พูดและเขียนภาษาไทย(ล้านนา) ได้ สำหรับการสอนเป็นแบบลูกศิษย์ติดตามอาจารย์ ใช้เวลาการศึกษา 3 ปี ผู้ที่ผ่านหลักสูตรนี้ส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลการแพทย์ไทยและอยู่ตามอำเภอรอบนอก จากการไปดูงานเมื่อปี 2539 พบว่าไม่มีการเปิดสอนนักศึกษารุ่นใหม่เพิ่มเติม เพราะต้องการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานผู้ผ่านการศึกษาก่อน 43 คนดังกล่าวก่อน

2.4.3 การให้บริการในโรงพยาบาลการแพทย์ไทย

ในปี พ.ศ.2531 ได้มีการตั้งโรงพยาบาลการแพทย์ไทยขึ้น ที่เมืองเชียงรุ่ง เป็นโรงพยาบาลขนาด 50 เตียง มีบุคลากรประมาณ 100 คน รัฐบาลให้การสนับสนุนงบประมาณ 60 % ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ที่เหลือได้รับจากค่ารักษาของผู้ป่วย โรงพยาบาลแห่งนี้ให้บริการการแพทย์ 3 ระบบ คือ ระบบการแพทย์ไทย ระบบการแพทย์จีน และระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน(ใช้ในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน) แต่ให้ความสำคัญกับการบริการการแพทย์ไทยเป็นหลัก มีหมอไทยเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล และมีหมอไทยจำนวน 30 คนเป็นผู้ให้บริการผู้ป่วยซึ่งมีประมาณวันละ 40 คน โรคที่ให้การรักษาส่วนใหญ่ได้แก่ โรคเกี่ยวกับกระดูก โรคลมผัดเดียน โรคลม การรักษาใช้ยาสมุนไพร การนวด การอบไอน้ำสมุนไพร การใช้กระบอกแก้วสุญญากาศ นอกจากนี้โรงพยาบาลแห่งนี้ยังเป็นสถาบันการศึกษาและวิจัยการแพทย์ไทยควบคู่ไปด้วย

2.4.4 การศึกษาวิจัย

สำหรับสถาบันศึกษาวิจัยการแพทย์ไทยโดยเฉพาะนั้น ได้มีการขึ้นป้ายสถาบันไว้เรียบร้อยแล้ว กำลังอยู่ในระหว่างเตรียมบุคลากร เพื่อเข้ามาทำงานด้านนี้

2.4.5 การประชุมทางวิชาการ

มีการจัดการประชุมสัมมนาแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างหมอยาด้วยกันในระดับหมู่บ้าน อำเภอ และเขตปกครองตนเองหลายครั้ง สำหรับในระดับชาติจะจัดให้มีการประชุม "Beijing International Congress of

Traditional Medicine" ขึ้นที่กรุงปักกิ่งเป็นครั้งแรกในระหว่าง วันที่ 18-22 ตุลาคม 2534

2.5 ยุทธศาสตร์ในการพัฒนาการแพทย์สืบบองปันนา

เมื่อวันที่ 6-9 พฤศจิกายน 2533 ได้มีการประชุมยุทธศาสตร์การพัฒนาการแพทย์ไทยขึ้นที่เมืองเซียงรุ่ง เขตปกครองตนเองสืบบองปันนา มีผู้เข้าร่วมประชุม 48 ท่าน บทความที่เสนอในที่ประชุม 32 บทความ และมีผู้เสนอผลงานทางวิชาการ 11 ท่าน เนื้อหาที่เสนอในที่ประชุมพอสรุปได้ดังนี้

2.5.1 นโยบายในการพัฒนาการแพทย์ไทย

- 1) จะต้องทำการสืบทอดและกู้วิกฤตที่จะเกิดขึ้น โดยนำเอาประสบการณ์ในการรักษาโรคของหมอชาติที่มีอายุมากมาใช้
- 2) ตั้งสถาบันศึกษาวิจัยการแพทย์ของชนชาติส่วนน้อย และโรงพยาบาลการแพทย์ไทยให้เข้มแข็งขึ้น
- 3) นำเอาการแพทย์ไทยและการแพทย์ของชนชาติส่วนน้อยไปให้บริการแก่ประชาชนในสถานอนามัยระดับล่างของอำเภอ
- 4) บุกเบิกให้มีการเคลื่อนไหวในทางวิชาการเกี่ยวกับการแพทย์ไทยและการแพทย์ชนชาติส่วนน้อย ตลอดจนให้มีการจัดตั้งองค์กรที่เกี่ยวข้องขึ้น
- 5) ให้มีการสืบทอดประสบการณ์ทางการรักษาทางคลินิกจากหมอชาติที่มีอายุมากอย่างเอาใจจริงเอาจัง
- 6) ให้มีการศึกษาวิจัยทางคลินิก โดยใช้ระบบความคิดทางการแพทย์ไทยเป็นพื้นฐาน
- 7) ควรมีการศึกษาวิจัยตำรายาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาอย่างเอาใจจริงเอาจัง
- 8) ควรมีการกำหนดมาตรฐานของยาชนชาติส่วนน้อย และเทคนิคในการปลูกสมุนไพร ตลอดจนปรับปรุงรูปแบบของยาให้ทันสมัยขึ้น
- 9) ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์และเภสัชกรรม เขียนหนังสือที่เกี่ยวกับการแพทย์ไทยขึ้น

2.5.2 นโยบายการพัฒนาสมุนไพร

การสืบทอดและพัฒนาสมุนไพรรักษาโรคทางการแพทย์ไทยนั้น นอกจากจะต้องกู้วิกฤตประสบการณ์ในการรักษาของหมอชาติที่กำลังจะจากไปในอนาคตแล้ว ภารกิจที่จะต้องทำควบคู่กันไป คือ การกอบกู้วิกฤตการณ์ของทรัพยากรสมุนไพร ซึ่งกำลังจะหมดไป และนับวันจะหายากยิ่งขึ้น โดยเสนอความเห็นที่เป็นรูปธรรมคือ การปกป้องรักษาและดำเนินการปลูกยาสมุนไพรไทยให้มากขึ้น

2.5.3 การแลกเปลี่ยนวิชาการทางการแพทย์ไทย

ตำรายาไทย หนังสือเกี่ยวกับสมุนไพรและตำรายาไทย ซึ่งได้เริ่มรวบรวมมาตั้งแต่ปลายทศวรรษ 1970 จนถึงต้นทศวรรษ 1980 มีหนังสือที่ได้อบรมรวมและแปล (จากภาษาไทลื้อเป็นภาษาจีน) และพิมพ์ทั้งสองภาษาเทียบเคียงกันมีดังนี้

- 1) ยาไทยสืบบองปันนา เล่ม 1-3 มีสมุนไพร 300 ชนิด
- 2) ตำรายาสืบบองปันนา มีตำรายา 111 ตำรับ และยาสมุนไพรที่ใช้ เป็นประจำ 105 ชนิด
- 3) ตำรายาไท
- 4) สัตว์ที่ใช้บ่อยในยาไทย มี 52 ชนิด
- 5) ยาของชนชาติส่วนน้อยเตอะหง

- 6) ยาและตำรายาไทเตอะหง
- 7) ยาไท เล่ม 1-4
- 8) ตำรายาไท
- 9) แก้วไขตำรายาไทแต่เก่าก่อน
- 10) การสะตุยาไท

2.5.4 การศึกษาทฤษฎีพื้นฐานทางด้านเวชกรรมของการแพทย์ไท

1) **ทฤษฎีธาตุ 4** เป็นทฤษฎีพื้นฐานที่นำไปอธิบาย สรีรวิทยา พยาธิวิทยา และการวินิจฉัยทางคลินิกที่สำคัญของแพทย์ไท ธาตุทั้ง 4 คือ ดิน (ปถวิ) น้ำ (อาโป) ลม (วาโย) ไฟ (เตโช) ถ้าธาตุทั้ง 4 ภายในร่างกายขาดความสมดุลในลักษณะที่เพิ่มมากขึ้น (กำเริบ) หรือน้อยเกินไป (หย่อน) หรือธาตุทั้ง 4 ของธรรมชาติถูกทำลาย ก็จะก่อให้เกิดโรค การรักษาเป็นการปรับธาตุทั้ง 4 ให้เกิดความสมดุล นอกจากนี้ยังมีเนื้อหาเกี่ยวกับเบญจขันธ์ (รูป เวทนา สัญชาตญาณ วิญญาณ) ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านจิตใจที่กระทบต่อร่างกาย ทำให้ธาตุทั้ง 4 ขาดความสมดุล ก่อให้เกิดโรคได้ เป็นต้น

2) **การศึกษาเหตุแห่งโรค** เหตุแห่งโรคเกิดขึ้นเนื่องจากอตุสมุฏฐาน กาลสมุฏฐาน ประเทศสมุฏฐาน อาหารการกิน การเปลี่ยนแปลงของเบญจขันธ์ แผลงสัตว์มีพิษกัดต่อย ของมีคมบาด หักล้ม กระแทก หักโหมงานมากเกินไป กิจกรรมทางเพศมากเกินไป เป็นต้น

3) **การวินิจฉัยโรค** มี การดม การถาม และการคลำ

4) **วิธีการในการรักษา** ใช้วิธีการฝนยา รมยา ยานวด กอบยา (พอก) นอนยา ทายา นุ่งยา เป็นต้น

2.5.5 นโยบายการศึกษาด้านสมุนไพร

- 1) ทำการสำรวจแหล่งสมุนไพรไทย ในเขตปกครองสิบสองปันนา และเตอะหง
- 2) ศึกษาสมุนไพรเดี่ยว ในเชิงเภสัชศาสตร์สมัยใหม่
- 3) ศึกษาตำรายาที่มีประสิทธิภาพในการรักษา เช่น ยาแก้ 5 ต้น เป็นต้น
- 4) บุกเบิกเพื่อการนำสมุนไพรไทยไปใช้

2.5.6 กลวิธีในการพัฒนาการแพทย์ไทในอนาคต

- 1) พัฒนาเพื่อให้การแพทย์ไทกลายเป็นการแพทย์ที่มีระบบทฤษฎีที่สมบูรณ์ของตนเอง
- 2) บูรณาการ (Integrate) ระหว่างการแพทย์ไทกับการแพทย์ไทยกับการแพทย์จีน
- 3) บูรณาการการแพทย์ไทกับการแพทย์ตะวันตก
- 4) พัฒนาการแพทย์ไทให้มีความทันสมัย

งานที่เป็นรูปธรรมของกลวิธี คือ การศึกษาทางด้านคลินิกเป็นด้านหลัก โดยให้ความสนใจวิธีการในการวินิจฉัยโรคเป็นพิเศษ แล้วตั้งแผนกรักษาโรคเฉพาะขึ้น เพื่อเอื้อประโยชน์ต่อการพัฒนาของการแพทย์ไทโดยเฉพาะ

2.6 บทเรียนจากสิบสองปันนา

1. ชาวไทลื้อสิบสองปันนามีระบบการแพทย์พื้นบ้านที่เป็นของตัวเองแตกต่างจากระบบการแพทย์จีน แต่มีความคล้ายคลึงกับระบบการแพทย์แผนไทย ทั้งในด้านทฤษฎี ปฏิบัติ และความเชื่อต่างๆ การแพทย์ไทสิบสองปันนาและการแพทย์แผนไทย น่าจะมาจากรากเหง้าอันเดียวกัน แล้วเติบโตพัฒนาแตกกิ่งก้านออกไปตามสภาพแวดล้อมของแต่ละภูมิภาค รวมทั้งมีการผสมผสานกับการแพทย์ของชนชาติที่อยู่ใกล้เคียง ทำให้เกิด

ความแตกต่างในบางส่วนบางด้านของการแพทย์ทั้งสอง ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการแพทย์ไทลีสองปันนากับการแพทย์แผนไทยในรายละเอียดต่อไป ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างนักวิชาการ และหมอพื้นบ้านจากทั้งสองฝ่าย

2. การที่รัฐบาลจีนซึ่งประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูพัฒนาการแพทย์จีนมาแล้ว ได้มีนโยบายที่ชัดเจนในการฟื้นฟูพัฒนาการแพทย์ของชนชาติส่วนน้อยและให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การแพทย์ไทลีสองปันนาสามารถสืบทอดและฟื้นฟูให้กลับมาใช้ประโยชน์ต่อสังคมได้

3. การศึกษาแลกเปลี่ยนกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบทำให้เห็นถึงความพยายามของภาครัฐในนโยบายและการปฏิบัติต่อการพัฒนาการแพทย์ไทลีสองปันนา แต่ยังไม่สามารถเข้าถึงตัวระบบการแพทย์พื้นบ้านที่มีอยู่ ซึ่งต้องทำการศึกษาต่อไปในระดับลึกทั้งจากเอกสารและตัวบุคคล

4. การพัฒนาการแพทย์ไทลีสองปันนาในช่วงเริ่มต้น (20 ปีที่ผ่านมา) ยังคงให้ความสำคัญกับการสืบทอดความรู้จากหมอไทผู้มีประสบการณ์ให้กับหมอรุ่นใหม่ในโรงพยาบาลการแพทย์ไท ซึ่งเป็นการพัฒนาคนในด้านคุณภาพมากกว่าปริมาณ การทำเช่นนี้ได้ ก็เพราะมีโรงพยาบาลการแพทย์ไทซึ่งบริหารจัดการโดยหมอไทลื้อ โดยที่มีแพทย์จีนและแพทย์แผนปัจจุบันเป็นฝ่ายสนับสนุนในบางกรณีเท่านั้น

3. กรณีศึกษาการแพทย์ดั้งเดิมของญี่ปุ่น (Kampo Medicine)

การแพทย์ดั้งเดิมของญี่ปุ่น เป็นระบบการแพทย์ที่มีต้นกำเนิดมาจากประเทศจีน โดยได้รูปแบบของจีนสมัยราชวงศ์ซุ่ย และถึง (ค.ศ.189-907) ถึงแม้ว่าจะมีช่วงของการขาดการติดต่อระหว่างประเทศทั้ง 2 แต่ระบบการแพทย์นี้ก็ยังคงอยู่ในญี่ปุ่น ในปัจจุบันเนื่องจากระบบประกันสุขภาพยอมรับการรักษาด้วยยาสมุนไพรของระบบแคมโปหลายตำรับ คนจึงนิยมรักษาด้วยระบบแคมโปมากขึ้นกว่าเดิม

ระบบการแพทย์ดั้งเดิมของญี่ปุ่นมีประวัติที่ยาวนาน ในช่วงปี ค.ศ. 1894 ความสัมพันธ์ระหว่างจีนและญี่ปุ่นได้ถูกตัดขาดไป ทำให้การแพทย์ที่รับถ่ายทอดมาชะงักไปด้วย แต่มีแพทย์ชาวญี่ปุ่นชื่อ Yasuyori Tamba ได้รวบรวมตำรับเอาไว้ 30 ม้วน เมื่อระบบโชกุนเกิดขึ้นในญี่ปุ่นช่วงปี ค.ศ.1184 ระบบการแพทย์จึงเปลี่ยนไปใช้ระบบราชวงศ์ Sung มาในสมัยช่วงโชกุน Ashikago การแพทย์ญี่ปุ่นก็ได้รับอิทธิพลจากแพทย์ที่ไปศึกษาที่ มิง (ค.ศ.1368-1644) ในปี ค.ศ.1507-1594 หมอชื่อ Dosan Manase ได้พัฒนาระบบการแพทย์ดั้งเดิมของญี่ปุ่นมาเป็นลักษณะเฉพาะ โดยตัดส่วนที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อทางศาสนาออกไป และได้ก่อตั้งโรงเรียนแพทย์ขึ้นโดยทุนส่วนตัว เขาได้ผลิตหมอกออกไปโดยยึดหลักว่าต้องฝึกปฏิบัติ และโรงเรียนนี้ได้ชื่อว่า Gosei-ha แต่ในสมัยเอโดะ ได้มีการเปลี่ยนแปลงใหญ่ในญี่ปุ่นทุกด้าน แพทย์หลายคนหันไปใช้วิธีของจีน และใช้ยาของราชวงศ์ฮั่น และได้มีโรงเรียนแพทย์เกิดขึ้นใหม่คือ Koho-ho ซึ่งเป็นที่มาของระบบการแพทย์การแพทย์ Kampo (Kam เป็นตัวอักษรเดียวกับ Han ของจีน และ Po หมายถึง วิธี) ซึ่งต่อมาโรงเรียนแพทย์แห่งนี้ได้แยกเป็น 2 สาขา คือ Todo Yoshimasu (ค.ศ.1702-1773) ซึ่งเน้นเรื่องการแพทย์แบบองค์รวม (Homeopathic) และอีกสาขา คือ Toyo Yamawaki (ค.ศ.1705-1762) ซึ่งเน้นเรื่องอวัยวะภายในของมนุษย์ สาขาแรกไม่สนใจการแพทย์พื้นฐาน เน้นแต่ประสบการณ์ทางคลินิก ถึงแม้ว่าจะทำให้การแพทย์ก้าวหน้าแต่ก็ได้รับการวิจารณ์มาก และมีแนวโน้มจะใช้ “ยาพิษกำจัดพิษ” ซึ่งต่อมาก็ได้ปรับปรุงให้หันไปสนใจหลักการเดิม ส่วนสาขา Yamawaki เริ่มไม่เชื่อมั่นในเรื่องสรีระและกายวิภาคตามหลักการแพทย์จีน จึงได้มีการผ่าตัดดูอวัยวะต่างๆ ของกบ และได้รับอิทธิพลจากตำรากายวิภาคของดัตช์ ซึ่งเป็นรากฐานในการนำการแพทย์ตะวันตกมาใช้ในญี่ปุ่น

ในศตวรรษที่ 18 แพทย์ญี่ปุ่นได้รวมระบบ Gosei-ha และ Koho-ha เข้าด้วยกันจนเกิดโรงเรียนแพทย์ Setchu-ha หรือ Compromise school และได้มีแพทย์บางกลุ่มในโรงเรียนที่พยายามนำเอาการแพทย์ตะวันตกมารวม แต่ก็มีปัญหา จนกระทั่งยุค Meiji มีการปรับปรุงการแพทย์ญี่ปุ่น การแพทย์ดั้งเดิมก็ถูกทำลายไป ในช่วงศตวรรษที่ 19 การแพทย์ดั้งเดิมของญี่ปุ่นตกต่ำมากเนื่องจากแพทย์ที่ใช้การแพทย์ดั้งเดิมไม่สามารถปรับตัวให้ทันกับความต้องการของยุคใหม่ และไม่ยอมรับสภาวะธรรมชาติของยุคนั้น และยาพื้นบ้านได้ถูกตัดออกจากระบบการแพทย์ญี่ปุ่นในปี ค.ศ.1895 แต่ก็ยังยอมให้ใช้เทคนิคของแคมโปได้ แต่เนื่องจากแพทย์มุ่งเรื่องฤทธิ์ทางเภสัชวิทยามากกว่าเทคนิคในการตรวจ และมุ่งศึกษาสารสำคัญของพืชแต่ละชนิด จึงให้ระบบการแพทย์ญี่ปุ่นถูกทำลาย การฝังเข็มและกดจุด (Acupuncture and moxibustion) ซึ่งเป็นวิธีการรักษาแบบหนึ่งของแคมโปก็ถูกจัดเป็นการเสริมช่วยการรักษาเท่านั้น

จนกระทั่งปลายศตวรรษที่ 19 มีการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาแคมโปและพบผลที่สำคัญ เช่น การค้นพบเอพริดีน และได้มีการศึกษาเรื่อง การฝังเข็มและกดจุดด้วยวิธีการวิทยาศาสตร์ จึงได้มีการตีพิมพ์เกี่ยวกับเรื่องแคมโปโดยใช้ศัพท์การแพทย์สมัยใหม่ และมีการพัฒนามากขึ้น มีหน่วยงานที่ศึกษาและรักษาด้วยวิธีของแคมโป ได้แก่ Toyama Medical and Pharmaceutical University, Kinki University, Kitasato Institute, Meiji Acupuncture College มีการจัดประชุมทางวิชาการเกี่ยวกับแคมโป เป็นผลทำให้การใช้ขยายมากขึ้น

Toyama เป็นเมืองที่เคยมีชื่อเสียงในเรื่องแคมโปเมดิซิน เคยมีบริษัทยาที่ใหญ่ และมีระบบการขายยาสมุนไพรที่มีลักษณะเฉพาะ พ่อค้ายาจะนำยาสมุนไพรไปส่งให้ตามบ้าน เมื่อครบ 6 เดือน ก็จะเดินทางมา และตรวจเช็คค่าใช้จ่ายไปเท่าใด และก็คิดเงิน และเดิมาทดแทนยาที่ใช้ไป ยาที่นำไปมีทั้งยาสำเร็จรูป และยาสมุนไพร พ่อค้ายาจะมีประวัติการใช้ยาของคนไข้ไว้ จึงจ่ายได้ง่าย อุปกรณ์และประวัติคนไข้มีเก็บไว้ให้ชมที่พิพิธภัณฑ์ทานากะ และระบบการจัดส่งยาตามบ้านนี้ก็ยังคงมีอยู่ในปัจจุบัน ด้วยการที่เคยเป็นศูนย์กลางของการแพทย์ญี่ปุ่นมาก่อน รัฐบาลท้องถิ่นโตยามา จึงได้พยายามที่จะรักษาและพัฒนาระบบการแพทย์ญี่ปุ่น โดยการจัดตั้งมหาวิทยาลัย Toyama Medical and Pharmaceutical University ที่มหาวิทยาลัยแห่งนี้มีคลินิกรักษาโรคโดยวิธีการแพทย์ญี่ปุ่นและการใช้สมุนไพร และจัดตั้งสถาบันวิจัย Wagan Yaku ขึ้นเพื่อศึกษาวิจัยประสิทธิภาพของยาสมุนไพรที่ใช้ในแคมโปเมดิซิน

การรักษาทางคลินิกนั้นกระทำโดยแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้วยแคมโปเมดิซินเพิ่มเติมอีก 3 ปี และส่วนใหญ่จะศึกษาต่อทางด้านเภสัชวิทยาจนได้ปริญญาเอกอีกด้วย ในการรักษาในคลินิก การตรวจใช้วิธีของระบบการแพทย์ปัจจุบัน ได้แก่ จับชีพจร วัดความดัน ตรวจเคมีเลือด เป็นต้น อาจจะใช้วิธีการจับชีพจรของแผนโบราณประกอบบ้าง ชักประวัติคนไข้อย่างละเอียด ตรวจได้ะแพทย์จะมีคอมพิวเตอร์ ข้อมูลคอมพิวเตอร์นี้จะถูกส่งไปยังแผนกเภสัชกรรม เพื่อจัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยอีกทีหนึ่ง โรคที่รักษา ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไช้ออกเสบ นอนไม่หลับ โรคทางเดินอาหาร เป็นต้น สำหรับมะเร็งนั้นใช้ยาแคมโปเพื่อลดอาการข้างเคียงของยาแผนปัจจุบัน

แผนกเภสัชกรรมจะเป็นผู้จัดเตรียมยาตามใบสั่งแพทย์ สำหรับผู้ป่วยนอกทางแผนกจะจ่ายยา ซึ่งยาและแบ่งเป็นห่อเล็กๆ สำหรับขนาดรับประทานแต่ละครั้ง โดยใช้เครื่องผสมและแบ่งขนาดอัตโนมัติ สำหรับผู้ป่วยใน ทางแผนกเภสัชกรรมจะเตรียมยาให้ด้วยยาสมุนไพร อาการบางอย่างก็จ่ายยาสำเร็จรูปที่บริษัทผลิตขึ้น ยาสมุนไพรที่ใช้ในโรงพยาบาลมีประมาณ 230 ตำรับ เป็นยาสำเร็จรูป 109 ตำรับ ยาแต่ละตำรับประกอบด้วยตัวยาดังแต่ 3-30 ชนิด

สำหรับการวิจัย มีการศึกษาวิจัยทางด้านเคมีและเภสัชวิทยา โดยวิจัยพืชในตำรับแทนที่จะทำแต่ละชนิด นับเป็นการวิจัยที่น่าจะนำไปสู่การปฏิบัติได้ง่ายกว่า ในขณะที่เดียวกันแพทย์ก็เก็บข้อมูลการรักษาในคลินิกด้วยยาสมุนไพรไปด้วย โดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์เข้าช่วยในการประเมินผล

จากการที่ได้เข้าไปสังเกตการณ์เวลาแพทย์ตรวจรักษาผู้ป่วยได้พบว่าผู้ป่วยยอมรับยานี้มาก โดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ประกอบสำคัญที่ทำให้คนสนใจมากก็คือ แพทย์แผนปัจจุบันเป็นผู้นำในการรักษา มีการผสมผสานทั้ง 2 แบบเข้าด้วยกันอย่างเหมาะสม เช่น มะเร็งจำเป็นต้องมีการผ่าตัดก็ผ่าตัด แต่ใช้ยาสมุนไพรเพื่อป้องกันการแพร่กระจาย และลดอาการข้างเคียงเนื่องจากยาแผนปัจจุบัน การวิจัยในลักษณะตำรับทำให้การพัฒนาก้าวหน้าไปเร็วขึ้น แนวทางเหล่านี้จึงน่าจะส่งเสริมให้มากขึ้นในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. Xu Tong (1987) . Combining Traditional Chinese and Modern Western Medicine. American Journal of Chinese Medicine, Supplement No 1. pp. 28-30.
2. Zhang q (1996) . Promoting health to the integration of Traditional and Modern Medicine in China. In Seminar on Culture and Health 27-31 May 1996, Chiang Rai, Thailand.
3. Ministry of Public Health (1993) . Traditional Chinese and its Integration with Western Medicine . In Medical and Health Services in China. Beijing : China.
4. นันทวรรณ บุญยประภัศร, การแพทย์พื้นบ้านญี่ปุ่น, จุลสารข้อมูลสมุนไพร, ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 กค. 2535

การแพทย์ทางเลือกอื่น : สถานการณ์ในประเทศ

1. ศาสตร์ที่พบ องค์การที่เกี่ยวข้อง และการแพร่กระจาย

1.1 ศาสตร์ในระบบการแพทย์ทางเลือกอื่นที่พบในสังคมไทย

จากการศึกษาเบื้องต้นของสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุขเมื่อ พ.ศ.2540-41 ซึ่งสำรวจศาสตร์สุขภาพทางเลือกที่ไม่นับรวมถึงการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน หรือการแพทย์ของชนกลุ่มน้อยในประเทศไทยแล้ว พบว่าศาสตร์สุขภาพทางเลือกที่เป็นองค์ความรู้จากสังคมและวัฒนธรรมอื่นที่เข้ามาสู่สังคมไทยนั้นไม่ต่ำกว่า 38 ศาสตร์/เทคนิค นอกจากนั้นอีก 35 ศาสตร์/เทคนิคที่ถูกจัดอยู่ในระบบของศาสตร์สุขภาพทางเลือกมีการดำเนินงานอยู่แล้วในระบบบริการปกติทางการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยพอจะจำแนกประเภทได้ดังต่อไปนี้

1.1.1 ศาสตร์ในกลุ่ม Traditional Medicine นอกจากการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยที่เป็นที่นิยมมากขึ้นแล้ว การแพทย์อันเป็นแบบแผนประเพณีดั้งเดิมของสังคมอื่นๆ ก็ได้รับความนิยมมากขึ้นด้วย ที่มีการสำรวจพบ ได้แก่

1) การแพทย์แผนจีน ซึ่งรวมถึงเทคนิคการตรวจวินิจฉัยแบบการจับชีพจร(脈), การดูดมดูลของหยิน-หยาง และธาตุ, Acupuncture การรักษาโรคด้วยการฝังเข็ม, Acupressure การกดจุด, Reflexology การกดจุดสะท้อนประสาท, Herbalism การใช้อาหาร และยาสมุนไพร การออกกำลังกายแบบต่างๆ เช่น T'ai chi ไทเก็ก, Chi Kong ชีกง เป็นต้น

2) การแพทย์แบบอินเดีย ได้แก่ การแพทย์อายุรเวท เทคนิคที่ได้รับความนิยมมาก คือ Yoga การปฏิบัติโยคะอาสนะ, Chakra Breathing / Chakra healing การฝึกกลมหายใจที่สัมพันธ์กับจักระ, Fasting การอดอาหารล้างพิษ นอกจากนี้ยังมีวิถีการดำเนินชีวิตแบบราชาโยคะที่เน้นความสมดุลและสอดคล้องกับธรรมชาติ

นอกจากนี้ยังพบเทคนิคในศาสตร์การแพทย์แบบตะวันออกอื่นๆ ได้แก่ เทคนิค Life Energy Test , So-Tai จากญี่ปุ่น

1.1.2 ศาสตร์ในกลุ่ม Bioelectromagnetic ซึ่งใช้หลักการการสร้างสมดุลของกระแสแม่เหล็กไฟฟ้าชีวภาพในร่างกายมนุษย์ เพื่อการรักษาโรคต่างๆ ที่พบในสังคมไทย ได้แก่ การใช้เครื่องมือ Biospectrum, Electromagnetic Field, Electrosimulator, Electro Neuro-magnetic Stimulator รวมถึง Universal Life Force Energy (พลังจักรวาล) Yore (โยเร)

1.1.3 ศาสตร์ในกลุ่ม Structural and Energetic Therapy ได้แก่ เทคนิคที่ใช้ในการบำบัดโครงสร้าง (กระดูก กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น) และพลังชีวิตให้คืนสู่สมดุล ที่พบในสังคมไทย นอกจากเทคนิคการออกกำลังกายแบบจีนและอินเดียที่กล่าวแล้วในข้อ 1.1.1 ยังได้แก่ เทคนิคธรรมชาติบำบัดตามแบบแผนตะวันตก คือ ศาสตร์ Chiropractic ที่ว่าด้วยการดัดกระดูกสันหลัง, Cranio-sacral Therapy การปรับสมดุลเนื้อเยื่อที่เชื่อมอยู่ระหว่างกระดูก Cranium และ Sacrum, Aquatic exercise การออกกำลังกายในน้ำ , Hot-cold Therapy การบำบัดด้วยความร้อน-เย็น, Hydromassage การนวดด้วยน้ำ , Hydrotherapy วารีบำบัด, Kinesiology เทคนิคที่พัฒนามาจากการฝังเข็ม เพื่อตรวจรักษาความอ่อนแอของกล้ามเนื้อ, Massage การนวดในวัฒนธรรมอื่น (ไม่ว่าจะแบบไทยและอาจผสมผสานกับการนวดไทย), Therapeutic Massage, Myofascial Release, เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ, Solar Bath การอาบพลังแสงอาทิตย์, Natural therapy ธรรมชาติบำบัดอื่นๆ

1.1.4 ศาสตร์ในกลุ่ม Diet /Nutrition /Lifestyle ที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโภชนาการ การเสริมคุณค่าอาหารและโภชนาการ ที่พบในสังคมไทย พอจะจำแนกได้เป็น

1) การส่งเสริมสุขภาพ และรักษาโรคด้วยอาหาร ได้แก่ Diet/Nutrition, Diet/Nutrition Therapy, Nutrition Supplement ซึ่งอาจมีทั้งองค์ความรู้ที่มีอยู่แล้วในระบบบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือเป็นองค์ความรู้ที่เป็นทางเลือกใหม่ๆ

2) การปรับเปลี่ยนวิถีการบริโภคแนวใหม่ ได้แก่ สูตรอาหาร Macrobiotic, Vegetarianism อาหารมังสวิรัต , Natural Foods อาหารธรรมชาติต่างๆ

3) การบำบัดรักษาโรคด้วยวิธีเฉพาะในระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ Colon Therapy การสวนล้างลำไส้, Detoxification การล้างพิษ, Fasting การอดอาหารเพื่อสุขภาพ, Vitamin Therapy or Megavitamin Therapy or Orthomolecular การบำบัดด้วยวิตามิน วิตามินปริมาณสูง และสารอาหารระดับโมเลกุล, Juice Therapy การบำบัดด้วยน้ำผัก-ผลไม้

1.1.5 ศาสตร์ในกลุ่ม Body/Mind Control ที่ให้ความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างกายกับจิต ในการส่งเสริมสุขภาพกายและจิต การบำบัดรักษาทางจิต และโรคทางกายที่สัมพันธ์กับทางจิต ที่พบในสังคมไทย พอจะจำแนกกลุ่มได้ ดังนี้

1) เทคนิคที่มีการดำเนินงานอยู่แล้วในระบบบริการปกติทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ได้แก่ Counselling การให้คำปรึกษาแนะแนว, Relaxation เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด, Psychotherapy การบำบัดทางจิตเวช

2) เทคนิคองค์ความรู้ทางเลือกใหม่ ได้แก่ Meditation การรักษาโรคด้วยสมาธิ, Aroma Therapy การบำบัดด้วยน้ำหอม, Art Therapy ศิลปะบำบัด, Music Therapy ดนตรีบำบัด, เทคนิค , Breathing Patterns เทคนิคการฝึกลมหายใจแบบต่างๆ, Dance Therapy การบำบัดด้วยการเต้นรำ, Hypnosis การสะกดจิต, Humor Therapy การบำบัดด้วยการหัวเราะ, Guided Imaginery การสร้างจินตภาพใหม่

1.1.6 ศาสตร์ในกลุ่ม Bio-Treatment ที่ใช้สารชีวภาพธรรมชาติต่างๆ ในการบำบัดรักษา และส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ Herbalism ทยาสมุนไพรไทย จีน อินเดีย , Anti-oxidising agent เช่น Ozone , Bio-oxidative medicine, Homeopathy, Urine Therapy ปัสสาวะบำบัด

1.2 องค์การที่เกี่ยวข้อง และแพร่กระจายสู่กระแสสังคมไทย

องค์ความรู้ของศาสตร์สุขภาพทางเลือกที่เข้ามาในประเทศไทยในรูปแบบต่างๆ มีการเผยแพร่ และกระจายเข้าสู่กระแสสังคมไทย ในลักษณะต่างๆ ตามประวัติศาสตร์และพัฒนาการของสังคม ตามลำดับ ดังนี้

1.2.1 สืบทอดทางวิถีชีวิต และวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ศาสตร์การดูแลสุขภาพของจีนและอายุรเวทของอินเดียได้รับการสืบทอดทางวัฒนธรรมและมีประสบการณ์การปฏิบัติที่ไม่ขาดช่วง (ซึ่งแตกต่างจากองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย) แม้จะมีการอพยพย้ายถิ่นกลุ่มชนเหล่านี้ก็ได้ถือปฏิบัติอยู่ในวิถีชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะในคนรุ่นแรกๆ จะเห็นได้ชัดในวัฒนธรรมการออกกำลังกายของชาวจีน เช่น การแกว่งแขน การเดิน การรำมวยจีน ฯลฯ ซึ่งถือปฏิบัติกันมาในกลุ่มชุมชนชาวจีนเล็กๆ ในแต่ละย่าน ซึ่งในยุคแรกๆ ยังไม่เผยแพร่มากนักเนื่องจากต้องปากกัดตีนถีบก้มหน้าก้มตาทำมาหากิน เพิ่งจะมาได้รับความนิยม และเผยแพร่สู่สาธารณะในลักษณะ “ชุมชน” และ “วัฒนธรรม” การออกกำลังกายตามสวนสาธารณะต่างๆ มากมายทั้งในกรุงเทพมหานคร และเมืองต่างๆ ในช่วง 1-2 ทศวรรษที่ผ่านมา ด้วยเหตุผลที่ชาวจีนเริ่มประสบความสำเร็จในการสร้างฐานะทางเศรษฐกิจ ได้รับ

การยอมรับให้กลายเป็นชนชั้นนำในสังคมไทย และลักษณะทางวัฒนธรรมการรวมกลุ่มของคนจีนเอง ซึ่งแตกต่างกับคนอื่นเคย (ในเชิงปริมาณด้วย) ทำให้การแพทย์อายุรเวท และการออกกำลังกายแบบโยคะไม่ได้รับการเผยแพร่อย่างแพร่หลายเท่า

1.2.2 ผ่านสมาชิก เครือข่าย กลุ่มองค์กรจัดตั้ง มี 4 ลักษณะ คือ

1) **กลุ่มองค์กรเล็กๆ ที่ขยายตัวเติบโตตามธรรมชาติ** ที่สมาชิกมีความเชื่อ และปฏิญาณ (Commitment) เข้าร่วมปฏิบัติตนตามพันธกิจของกลุ่มองค์กรนั้นๆ ได้แก่ กลุ่ม/องค์กรทางศาสนา เช่น กลุ่มราชาโยคะ กลุ่มเต๋า กลุ่มเจ้าแม่กวนอิม เครือข่ายชุมชนชาวอโศก เป็นต้น กลุ่ม/ชมรมที่มีความสนใจในการดูแลสุขภาพสุขภาพร่วมกัน (ในแนวต่างๆ) เช่น ชมรมชีวจิต, ชมรมอยู่รอยปี่ชีวิมีสุข, สโมสรมังสวิวัติ จ.เชียงใหม่, ศูนย์แม่โคโรไบโอติกส์และธรรมชาติบำบัด จ.ขอนแก่น, ชมรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม จ.ขอนแก่น, กลุ่มเอื้ออาทรสำหรับผู้ติดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์ จ.ราชบุรี, ชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพแห่งประเทศไทย เป็นต้น

2) **กลุ่มองค์กรจัดตั้งที่มีอัตราการเติบโต และการขยายตัวของสมาชิกในปริมาณมาก และรวดเร็ว** เนื่องจากเสนอสิ่งที่ตรงกับปัญหา และความต้องการของสมาชิก บางองค์กรมีการกำหนดเป้าหมาย และกระบวนการจัดตั้งที่เป็นระบบ โดยผ่านกระบวนการฝึกอบรม พบว่าในปัจจุบันมี 3 องค์กรใหญ่ที่มีสมาชิกจำนวนนับหมื่นคน ได้แก่

- 2.1) มูลนิธิบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ด้วยกิจกรรมทางศาสนา (โยเร) ซึ่งมีสมาชิกที่เป็นเกษตรกรกว่าแสนคนจากทั่วทุกจังหวัด โดยมีศูนย์โยเรที่เป็นสำนักงานเครือข่ายอยู่ทั่วประเทศ 13 แห่ง ใช้เป็นสถานที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา อบรมวิธีการรักษาโรคด้วยแสงโยเร พร้อมกับเทคนิคการทำเกษตรกรรมธรรมชาติโดยใช้เชื้อจุลินทรีย์อีเอ็ม (Effective Micro-organism)
- 2.2) มูลนิธิเพื่อฝึกพลังจักรวาล ตั้งอยู่บริเวณวัดเขมาภิรตาราม และมีเครือข่ายอยู่ในจังหวัดใหญ่ๆ เช่น เชียงใหม่ มีสมาชิกจำนวนนับหมื่นคน
- 2.3) ศูนย์พลังกายทิพย์เพื่อสุขภาพ (พลังจักรวาลสายคุณย่าเยาวเรศ นุนนาค) ถ.ประชาชื่น มีสมาชิกส่วนใหญ่ในกรุงเทพมหานครประมาณ 2 หมื่นคน
- 2.4) กลุ่มอนุตตรธรรม ส่งเสริมการปฏิบัติตนทางศาสนา"ถือศีล กินเจ"ในวิถีชีวิตประจำวัน และบำเพ็ญกิจที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น มีเครือข่ายทั่วประเทศ และจากคำบอกเล่าของแกนนำพบว่ามีสมาชิกกว่าล้านคนทั่วประเทศ แต่มักไม่เปิดเผยตนเอง

3) **เครือข่ายสมาชิกขายตรง (Direct sale)** ที่ใช้ยุทธศาสตร์การแบบเคาะประตูบ้าน เข้าถึงตัว และให้ผลกำไรสูงแก่ผู้ขายสูงภายใต้เงื่อนไขที่ต้องหาเครือข่ายสมาชิกในรูปแบบลูกโซ่จำนวนมาก ทำให้กระแสความตื่นตัวในผลิตภัณฑ์สุขภาพทางเลือกประเภทต่างๆ ได้รับความนิยมนอย่างสูงโดยเฉพาะผลิตภัณฑ์ในกลุ่ม Diet and Nutrition

ตลาดผลิตภัณฑ์อาหารและยา เครื่องมือและเวชภัณฑ์ของศาสตร์สุขภาพทางเลือกได้แก่

- 3.1) ผลิตภัณฑ์ในกลุ่ม Bioelectromagnetic ได้แก่ Biospectrum, เตียง-พื้นนอน-หมอนแม่เหล็ก, Biobeam, Magbien ฯลฯ
- 3.2) ผลิตภัณฑ์ในกลุ่ม Diet/Nutrition and Lifestyle ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมของ Sunrider, Yuan-Ban พืชผักผสมชนิดผงตราเหยิน-เบ็น, น้ำมันปลา, กระดูกอ่อนปลาฉลาม, เมล็ดอัลฟาฟ่า, เลซิทิน, ผลิตภัณฑ์ในกลุ่มวิตามินนานาชนิด ฯลฯ

3.3) ผลิตภัณฑ์ในกลุ่ม Body/Mind Control ได้แก่ ม้วนเทปเสียง แผ่นซีดี สำหรับการผ่อนคลายความเครียด ฯลฯ

3.4) ผลิตภัณฑ์ในกลุ่ม Structural and Energetic Therapies/Bodywork ได้แก่ เครื่องมือออกกำลังกายต่างๆ, เครื่องมือฝังเข็ม, เครื่องนวด, เครื่องกระตุ้น ฝ่าเท้า ฯลฯ

3.5) ผลิตภัณฑ์ในกลุ่ม Phamarchological and Biological Treatments ได้แก่ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร และยาแผนโบราณจากประเทศจีน อินเดีย หรือประเทศเพื่อนบ้านอื่นๆ, เครื่องผลิตโอโซน ฯลฯ

นอกจากรูปแบบการขายตรงสินค้าสุขภาพแล้ว ยังมีการขายตรงสำหรับสมาชิกที่เข้าร่วมการอบรมความรู้ด้านสุขภาพทางเลือกอีกด้วย

4) **องค์กรเอกชนสาธารณะประโยชน์** ส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกที่สนใจข่าวสาร แลกเปลี่ยนความรู้ และเข้าร่วมกิจกรรมที่องค์กรนั้นๆ จัดเป็นครั้งคราว เช่น มูลนิธิสุขภาพไทย, โครงการสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเอง, โครงการฟื้นฟูการนวดไทย, มูลนิธิหมอชาวบ้าน, สมาคมแพทย์จีน เป็นต้น

1.2.3 **ผ่านคลินิก สถานพยาบาล และสถานบริการสุขภาพเอกชน** ที่ดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญทั้งที่เป็นแพทย์ (Medical Doctor) และไม่ใช่แพทย์ ที่ผ่านการศึกษามาจากต่างประเทศ หรือผ่านการศึกษามาโดยผู้เชี่ยวชาญที่มาจัดตั้งสถาบันหรือศูนย์ฝึกอบรมในประเทศเป็นการเฉพาะ ซึ่งพอจะจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1) **กลุ่มองค์กรเอกชนสาธารณะประโยชน์** ได้แก่ สถานพยาบาลหัวเฉียวแผนโบราณ, ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น, มูลนิธิดูแลสุขภาพบำบัดเพื่ออายุและสุขภาพ ฯลฯ

2) **กลุ่มธุรกิจเอกชน** ได้แก่ ศูนย์ธรรมชาติบำบัดบ๊วล์, ชีวศรม จ.ประจวบคีรีขันธ์, โรงพยาบาลธนบุรีสุขสวัสดิ์ (รักษาโดยไบโอ-สเปคตรัม), ศูนย์ฟิตเนสและการออกกำลังกายต่างๆ, ศูนย์ดนตรีลีลา (ดนตรีบำบัด), คลินิกไคโรแพรคติก และโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่ง เช่น โรงพยาบาลบางปะกอก โรงพยาบาลยันฮี โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ และโรงพยาบาลวิภาวดี เป็นต้น (ภาคผนวก 2)

1.2.4 ผ่านระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ

ประวัติการนำเอาศาสตร์ในระบบการแพทย์ทางเลือกเข้ามาในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐไม่ปรากฏชัดเจนนอกจากที่รศ.พญ.ลดาวัลย์ สุวรรณกิตติ แห่งมูลนิธิดูแลสุขภาพบำบัดเพื่ออายุและสุขภาพอดีตาจารย์แพทย์ภาควิชาชีพได้บันทึกไว้เกี่ยวกับการพัฒนาการวิชาการฝังเข็มว่า ได้เริ่มต้นโครงการใน พ.ศ. 2516 ที่ภาควิชาวิชาชีพ ซึ่งในขณะนั้น ศจ.พญ.สลาด ทัพวงศ์เป็นหัวหน้าภาควิชา (หลังจากที่คณะผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข และของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชได้ไปดูงานฝังเข็มที่ประเทศจีน และญี่ปุ่น) ในลักษณะโครงการวิจัยโดยใช้ฝังเข็มเพื่อระงับการปวดในห้อยผ่าตัด สำหรับการผ่าตัด Thyroid, ฝังฝังอกเสบ, ฝังเส้น โดยใช้จุดแบบจีน ซึ่งไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรโดยเฉพาะการผ่าตัดในช่องท้อง ต่อมาจึงใช้การฝังเข็มสำหรับการระงับปวดนอกห้อยผ่าตัด ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังที่แขน ขา เข่า และหลัง และในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการภูมิแพ้ อัมพฤกษ์ อัมพาต กลับมีประสิทธิผลสูงกว่า

ดังนั้น คลินิกฝังเข็มที่ติดต่อกับรศ.นอช. 2 จึงได้เปิดเป็นทางการ ที่โรงพยาบาลศิริราช หลังจากที่มีแพทย์ในภาควิชาแพทยศาสตรบัณฑิต สนใจเข้าร่วมโครงการและไปศึกษาต่อที่สาธารณรัฐประชาชนจีน และต่อมามีการเปิดอบรมแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รุ่นละ 3 เดือน ตามแบบฉบับของจีน และเปิดเป็นบริการฝังเข็มในโรงพยาบาลบางแห่งมาจนถึงปัจจุบันนี้ และเมื่อโรงพยาบาลศิริราชเปลี่ยนผู้บริหารการบริการฝังเข็มจึงยุติไป พญ.ลดาวัลย์ สุวรรณกิตติ เองได้ลาออกมาตั้งมูลนิธิดูแลสุขภาพบำบัดฯ เมื่อ พ.ศ.2536 โดยได้พัฒนาวิชาการฝังเข็มแบบ

จึงมาเป็นการฝังเข็มแนวใหม่ และใช้หลักการดุลยภาพบำบัด โดยเน้นที่การดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวมและการพึ่งตนเองได้ของประชาชน

นอกจากนี้ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขยังได้ศึกษาลักษณะการดำเนินงานด้านสุขภาพทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งเลือกศึกษาในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข สรุปได้ว่า

- 1) ส่วนหนึ่งเป็นศาสตร์ที่มีการดำเนินงานอยู่แล้วในระบบบริการสาธารณสุข
- 2) ศาสตร์สุขภาพทางเลือกใหม่ๆ ที่มีการดำเนินงานเกิดจากความสนใจเฉพาะตัวบุคคล ที่ได้ไปศึกษาค้นคว้า และลองปฏิบัติด้วยตนเองสำหรับเทคนิคการส่งเสริมสุขภาพ ในกรณีที่เป็นศาสตร์สำหรับการรักษาพยาบาลจะได้รับการยอมรับเฉพาะจากผู้เชี่ยวชาญ
- 3) บุคลากรที่ดำเนินงานมักมีประสบการณ์และพื้นฐานในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์พื้นบ้านมาก่อน และได้ขยายความสนใจมาที่ทางเลือกอื่นๆ ในแนวธรรมชาติบำบัดซึ่งมีแนวคิดหลักเดียวกัน (ภาคผนวก 5)

1.2.5 ผ่านสื่อสารมวลชน

1) **วิทยุ โทรทัศน์** นับว่ามีอิทธิพลสูงสุดต่อกระแสความนิยมของประชาชนต่อกระบวนการดูแลสุขภาพโดยศาสตร์สุขภาพทางเลือก โดยเฉพาะในช่วง 1 – 2 ปีที่ผ่านมา กล่าวคือ

1.1) **กรณี ดร.รสสุคนธ์ พุ่มพันธ์วงศ์** เรื่องของดร.รสสุคนธ์ ได้รับการเผยแพร่ผ่านสื่อมวลชนครั้งแรก ในนิตยสารดิฉันรายปักษ์ เมื่อเดือน พฤษภาคม 2540 โดยชูประเด็นเรื่อง “การแพทย์ทางเลือก (Alternative Medicine)” ซึ่งนับว่าเป็นบุคคลแรกที่สามารถสร้างกระแสความตื่นตัวให้กับประชาชนต่อทางเลือกในการดูแลสุขภาพอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยาได้ในช่วงวิกฤติศรัทธาที่มีต่อการแพทย์แผนปัจจุบันที่ไม่สามารถแก้ปัญหาโรคเรื้อรังต่างๆ ได้ ต่อมาสื่อมวลชนทางวิทยุ และโทรทัศน์ประเภททอล์กโชว์หลายรายการได้ออกรายการสัมภาษณ์ ยิ่งทำให้กระแสการกระพือข่าวแรงมาก และเผยแพร่ไปสู่มวลชนในทุกระดับอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะสูตร “น้ำปั่นผัก” ที่ทำให้ตลาดเครื่องปั่นน้ำผลไม้ ตลอดจนผักกาดหอม คื่นช่าย มะเขือเทศ หอมใหญ่ มะนาว และน้ำผึ้ง ขายดีเป็นเทน้ำเทท่า จนต้องนำเข้าหามาจำหน่ายจำนวนมากจากต่างประเทศ ผู้ป่วยเรื้อรังหลายอาการต่างก็ไปใช้บริการคลินิกบ้านสุขภาพของดร.รสสุคนธ์จำนวนมาก คาดว่ามากกว่า 50-80 รายต่อวัน ทำให้ดร.รสสุคนธ์ไม่สามารถรองรับการปฏิบัติ การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยในแนวคิดแบบองค์รวมตามที่ตนเองเสนอปรัชญานี้ไว้ได้ ประกอบกับดร.รสสุคนธ์ได้ปฏิบัติเวชกรรมฝังเข็มซึ่งจำกัดไว้เฉพาะนายแพทย์ (M.D.) เท่านั้นที่ปฏิบัติได้ตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ ทำให้ดร.รสสุคนธ์ต้องหยุดการดำเนินกิจการไป เนื่องจากถูกรื้อเรียนจากกลุ่มที่คัดค้านในวิธีการวินิจฉัยโรคแบบ “ตาโน” หรือ การ “เคลม” ว่า “น้ำผักปั่น” สูตรเดียวสามารถรักษาโรคได้ครบจักรวาล รวมทั้งปัญหาการปฏิบัติเวชกรรมฝังเข็มที่ผิดกฎหมาย เป็นต้น

1.2) **กรณี นพ.บรรจบ ชุณหสวัติกุล** นพ.บรรจบ ผู้ดำเนินกิจการศูนย์ธรรมชาติบำบัด บั๊ววี และมีชื่อเสียงจากรายการ “ทัวร์ล้างพิษแบบธรรมชาติ” เจ้าของคอลัมน์ “ธรรมชาติบำบัด” ในหนังสือมติชนสุดสัปดาห์ และผู้ครองตลาดหนังสือชุดธรรมชาติบำบัดต่างๆ กว่า 100 เล่ม เป็นผู้กล้าหาญที่ออกมาวิพากษ์วิธีการวินิจฉัย และรักษาโรคของดร.รสสุคนธ์ ในขณะที่กระแสความนิยมมาแรงผ่านคอลัมน์ดังกล่าวมานานกว่า 2 เดือนอย่างตรงไปตรงมา เพราะเห็นว่าจะทำให้ภาพพจน์ของการแพทย์ทางเลือกเสียหาย รวมถึงสร้างความเข้าใจผิดต่อประชาชนในด้านกว้างเป็นอย่างมาก และยิ่งมาดังเปรี้ยงปร้างเมื่อ ไอทีวี ได้นำดร.รสสุคนธ์ออกมาโต้กับพ.บรรจบทางหน้าจอทีวี ยิ่งสร้างความสับสนเป็นอย่างมากให้กับประชาชนเพิ่มขึ้นอีก เพราะต่างฝ่ายต่างมีเหตุผลมาสนับสนุนข้อเสนอของตนเอง จนกระทั่งกระทรวงสาธารณสุขต้องเปิดแถลงข่าวตอบข้อข้องใจของประชาชนต่อกรณีนี้

จากกรณีดังกล่าวมีผลกระทบต่อความตื่นตัวและความเคลื่อนไหวในเรื่อง “การแพทย์ทางเลือก” ในหมู่นักวิชาการและผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขขึ้นมามีระดับหนึ่ง

1.3) กรณี ดร.สาทิส อินทรกำแหง ดร.สาทิส เผยแพร่แนวความคิด และให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคมะเร็งอย่างเจียบๆ ภายใต้มูลนิธิชีวิติต มานานกว่า 20 ปี โดยประยุกต์เทคนิควิธีการของศาสตร์ แมคโครไบโอติกส์, น้ำคั้นเอ็นไข่มุข, ดื่มน้ำดมัญญพิชเพื่อเอาสาร DNA, RNA (น้ำ R.C.), การออกกำลังกาย, การกดจุด, การคิดในเชิงบวก (Positive Thinking), การฝึกสมาธิ, การใช้วิตามินในปริมาณสูง (Megavitamin), การล้างพิษ (Detoxification) ภายใต้หลักการการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิตของตนเอง โดยที่ผู้บำบัดจะเป็นเพียงผู้ให้คำแนะนำเท่านั้น ข้อเด่นอีกประการหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยของดร.สาทิส คือกระบวนการกลุ่ม (Group support or Peer group) ที่กลุ่มผู้ป่วยจะเอื้ออาทร ให้ความช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน และผู้ป่วยเหล่านี้จะกลายเป็นอาสาสมัครที่ช่วยงานมูลนิธิอย่างต่อเนื่องด้วย

ดร.สาทิส และหนังสือชุด “ชีวิติต, ภูแน, ชีวิตเริ่มต้นเมื่อ 70, มะเร็งชีวิต” เริ่มเป็นที่แพร่หลาย พร้อมๆ กับน้ำ R.C. ชนิดที่ขายดีแบบถล่มทลาย (นับแสนเล่ม) ยิ่งกว่ากรณีของดร.รสสุคนธ์ เมื่อรายการ “เจาะใจ” ทางททบ. 5 ที่คุณดำรง พุฒตาล และคุณสัณญา คุณากร สัมภาษณ์พร้อมกับผู้ป่วยมะเร็งที่มีประสบการณ์การรักษา มะเร็งของตนเองแบบชีวิติต

รายงานในช่วงเดือนสิงหาคม 2541 พบว่า กระแสความนิยมดร.สาทิส ยังครองตลาดอยู่เป็นอันดับหนึ่ง อาจด้วยเหตุผลที่มีตลาดสินค้าัญพิชสำหรับ “น้ำอาร์.ซี” รองรับความต้องการของผู้บริโภคได้อย่างเป็นรูปธรรมและพอเพียง จนกลายเป็นธุรกิจที่ผู้ค้าได้รับผลประโยชน์จนเกินคาดในยุคเศรษฐกิจถดถอยนี้

2) หนังสือ และสื่อสิ่งตีพิมพ์ พบว่าในตลาดหนังสือ และสื่อสิ่งพิมพ์มีองค์ความรู้ด้านศาสตร์สุขภาพทางเลือกเผยแพร่อยู่จำนวนมาก ทั้งในคอลัมภ์ทางนิตยสารต่างๆ เกือบ 10 ฉบับโดยเฉพาะนิตยสารสำหรับผู้หญิง, หนังสือพ็อกเก็ตบุ๊กกว่า 10 สำนักพิมพ์ต่างๆ ที่พิมพ์ หนังสือเกี่ยวกับศาสตร์สุขภาพทางเลือกมากกว่า 50 เทคนิค

(ภาคผนวก 6)

1.3 การเชื่อมประสานกันระหว่างองค์กรต่างๆ

นอกจากองค์กรที่มีการดำเนินงานด้านสุขภาพทางเลือกต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ดังที่ได้กล่าวนี้ ยังมีการรวมตัวกันเป็นเครือข่ายระหว่างองค์กรรัฐและเอกชน หรือระหว่างองค์กรเอกชนกันเองที่มีแนวความคิดรวบยอดปรัชญาความเชื่อ หรือกิจกรรมความสนใจที่เหมือนกัน เพื่อผนึกกำลังและใช้ศักยภาพที่หลากหลายของแต่ละองค์กรร่วมกันทำกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมาย เป็นกระบวนการ และมีระบบมากขึ้น และมีทั้งการประสานงานกันเองขององค์กรเล็กๆ ในระดับท้องถิ่น และระหว่างองค์กรใหญ่ๆ ในส่วนกลาง ซึ่งพอจะจำแนกตามลักษณะการรวมตัวได้ ดังนี้

1.3.1 องค์กรเครือข่ายที่มีการรวมตัวกันอย่างเป็นทางการ มีการบริหารจัดการในรูปของคณะกรรมการที่เป็นผู้แทนมาจากองค์กรสมาชิก ได้แก่

ชื่อเครือข่าย	ชื่อองค์กรสมาชิก	วัตถุประสงค์/กิจกรรมหลัก
สหพันธ์มังสวิรัตแห่งประเทศไทย	ชมรมมังสวิรัตแห่งประเทศไทย ชมรมอาหารมังสวิรัตแห่งประเทศไทย สโมสรมังสวิรัตกรุงเทพฯ สโมสรมังสวิวัติเชียงใหม่	รณรงค์เผยแพร่การลดอาหารและผลิตภัณฑ์ที่ทำจากสัตว์โดยร่วมกันจัดงาน 1.การประชุมมังสวิวัติโลกครั้งที่ 33 จ. เชียงใหม่

ชื่อเครือข่าย	ชื่อองค์กรสมาชิก	วัตถุประสงค์/กิจกรรมหลัก
	ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น โรงเรียนนานาชาติ M.I.S.B. ชวณามธานี มูลนิธิบราห์มาสกุมารี ราชายโคะ มูลนิธิเมตตาธรรม ธรรมสถานเทียนจง NEO-HUMANIST FOUNDATION มูลนิธิสัตยาสัย พุทธสถานเต๋ออิน สมาคมสมุนไพรรากใต้ เสถียรธรรมสถาน (แม่ชีสันสนีย์ เสถียรสุต)	2.เทศกาลมังสวิรัตแห่งชาติครั้งที่ 1,2 (พ.ศ.2542,2543) 3.มหกรรมอาหารเจเพื่อสุขภาพปี 1999
ชมรมแพทย์โคโรแพรด ติกแห่งประเทศไทย	คลินิกบริการโคโรแพรดติกต่างๆ ใน ประเทศไทย	เพื่อพัฒนากลุ่มวิชาชีพแพทย์โคโรแพรดติก ในประเทศไทย ให้มีมาตรฐาน ได้รับการ ยอมรับ และสามารถประกอบโรคศิลปะได้ ถูกต้องตามกฎหมาย

1.3.2 องค์กรเครือข่ายที่มีการรวมตัวกันอย่างไม่เป็นทางการ แต่มีภาระกิจ/กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
สม่ำเสมอ ได้แก่

ชื่อเครือข่าย	องค์กรสมาชิก	วัตถุประสงค์/กิจกรรมหลัก
คณะกรรมการแพทย์ วิถีไทยปัจจุบัน	ผู้แทนจากภาครัฐและเอกชน คือ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (ศูนย์ ประสานงานการแพทย์ทางเลือก-ชื่อชั่วคราว, ศูนย์ความร่วมมือการแพทย์ไทย- จีน, สถาบันการแพทย์แผนไทย) กองการประกอบโรคศิลปะ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุข มูลฐาน มูลนิธิดูแลสุขภาพบำบัดเพื่ออายุและสุขภาพ ศูนย์ธรรมชาติบำบัดบ๊บลี ชมรมอยู่ร้อยปีชีวิมีความสุข มูลนิธิสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น	วิสัยทัศน์ & ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน 1.“สร้างสุขภาพ” บนรากฐานภูมิปัญญาไทย ให้เป็นวิถีทางวัฒนธรรมสุขภาพ 2.เป็นกระบวนการดูแลสุขภาพแบบ องค์รวม 3.เลือกรับปรับใช้ศาสตร์ที่มีมาตรฐาน ปลอดภัย และประหยัด โดยการพัฒนาวิชาการแบบ ประยุกต์สำหรับคนไทย 4.นำไปสู่การพึ่งตนเองได้ และให้เป็นการ พัฒนาแบบยั่งยืน 5.Non-discrimination approach (complement ไม่ใช่ competitive) 6.เป็นองค์กรอิสระ ที่ประสานเครือข่ายความ ร่วมมือ และการดำเนินงานระหว่างองค์กร สมาชิก ทั้งภาครัฐ และเอกชน ในลักษณะไม่ แสวงผลกำไร และมุ่งที่สาธารณะประโยชน์ ของประชาชนส่วนใหญ่

ชื่อเครือข่าย	องค์กรสมาชิก	วัตถุประสงค์/กิจกรรมหลัก
	โดยมี ศูนย์ประสานงานการแพทย์ทางเลือก เป็นฝ่ายเลขานุการ	7.ส่งเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายประชาคมสุขภาพ “การแพทย์วิถีไทยปัจจุบัน”

1.3.3 การรวมตัวเพื่อกิจกรรมเฉพาะกิจ ในกลุ่มองค์กรที่มีความสนใจในแนวความคิด หรือกิจกรรมร่วมกันเป็นครั้งคราว ส่วนใหญ่ได้แก่ การจัดประชุม สัมมนา จัดรณรงค์/สัปดาห์สุขภาพ

การเคลื่อนไหวเพื่อผู้บริโภคเป็นภาระกิจใหม่ที่องค์กรด้านสุขภาพทางเลือกได้ประสานงานสร้างพันธมิตรกับเครือข่ายองค์กรอื่นๆ เช่น กรณีที่ชมรมอยู่ร้อยปี-ชีวีเป็นสุข สโมสรมังสวิรัติกองเทพฯ ชมรมอาหารมังสวิรัติแห่งประเทศไทย ร่วมกับสหพันธ์องค์กรผู้บริโภค ได้ทำหนังสือถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ข้อเสนอการคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อป้องกันไวดวาย โดยขอให้หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้ร่วมหาทางแก้ปัญหา 7 ข้อ อาทิ เช่น

- ขอให้กระทรวงสาธารณสุขและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จัดให้มีการวิจัยทางระบาดวิทยาเพื่อให้ทราบสาเหตุหลักของโรคไวดวายที่ชัดเจน
- ขอให้กรมส่งเสริมการเกษตรและกรมประมง กระทรวงเกษตรฯ สั่งระงับการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดเตตราซัยคลินในฟาร์มเกษตรทุกชนิด
- ฯลฯ

2. นโยบาย ทิศทาง ยุทธศาสตร์การพัฒนา

2.1 แผนพัฒนาการสาธารณสุข

ในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ได้กำหนดให้มีกรอบงาน “งานบริการทางการแพทย์แผนไทยและแนวอื่น” ภายใต้ “แผนงานรองบริการสาธารณสุขเฉพาะ” ใน “แผนงานบริการสาธารณสุข” โดยกิจกรรมหลักยังเน้นที่การพัฒนาการแพทย์แผนไทย แต่เปิดช่อง “แนวอื่น” ไว้โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อนำมาประยุกต์ใช้สำหรับสังคมไทย

โครงการ/กิจกรรมหลักที่กำหนดไว้ในแผนที่เกี่ยวข้อง คือ

- 1) การทบทวนการแพทย์พื้นบ้านนานาชาติเพื่อการประยุกต์ใช้
- 2) โครงการศึกษาและร่วมมือพัฒนาการแพทย์แผนโบราณระหว่างประเทศไทยและประเทศจีน
- 3) โครงการศึกษาดูงานการแพทย์ทางเลือกในต่างประเทศ/โครงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การแพทย์พื้นบ้านในประเทศทั่วโลก

2.2 ความเคลื่อนไหวระดับนโยบายในกระทรวงสาธารณสุข

มีการเคลื่อนไหวในกระทรวงสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ และรองรับกระแสความเคลื่อนไหวของภาคประชาชน และเอกชน ที่เติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว ในช่วงปี พ.ศ. 2540 – 2543 ดังนี้

2.2.1 สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข โดย ส่วนนโยบายสาธารณสุข ได้ทำโครงการศึกษา(เบื้องต้น)เพื่อพัฒนานโยบายด้านศาสตร์สุขภาพทางเลือกเพื่อเป้าหมายการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (พ.ศ.2540-2541)

2.2.2 กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 612/2541 ลงวันที่ 12 มิถุนายน 2541 และคำสั่งเพิ่มเติม เดือนกรกฎาคม 2541 เรื่อง แต่งตั้ง “คณะกรรมการบริหารโครงการพัฒนาระบบการแพทย์ทางเลือก” โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ และผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย เป็นกรรมการและเลขานุการ โดยได้มีการประชุม 1 ครั้ง เมื่อปี 2541 และ จัดการสัมมนาระหว่างประเทศ “The Second

International Seminar on Regional Cooperation of Traditional and Alternative Medicine Development in the Mekhong-Asian-Indian Ocean (MAI) Region” ในหัวข้อ “Traditional and Alternative Medicine for Elderly” เมื่อ 30 สิงหาคม – 2 กันยายน 2542 ที่กรุงเทพฯ

2.2.3 คณะกรรมการความร่วมมือด้านสาธารณสุขไทย-จีน เกิดขึ้นตามข้อ 4 แห่งบันทึกความเข้าใจระหว่างกระทรวงสาธารณสุขไทย-จีน ว่าด้วยความร่วมมือด้านสาธารณสุข การแพทย์ และเภสัชกรรม พ.ศ. 2540 ซึ่งกำหนดให้มีการประชุมคณะกรรมการปีละ 1 ครั้ง เพื่อทบทวนความร่วมมือที่ผ่านมา และจัดทำโครงการ/กิจกรรมความร่วมมือสำหรับปีใหม่ โดยมีเป้าหมายว่า การประยุกต์การแพทย์แผนไทย การแพทย์จีน และการแพทย์แผนปัจจุบัน จะสร้างระบบการแพทย์แบบผสมผสานให้ประชาชนไทยและจีนมีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์อย่างทั่วถึง โดยในปี 2542 คณะกรรมการฯ มีมติอนุมัติโครงการความร่วมมือ 5 เรื่อง คือ

- 1) การวิจัยสมุนไพรรักษามะเร็ง
- 2) การวิจัยสมุนไพรรักษาเอดส์
- 3) การวิจัยสมุนไพรรักษาโรคมาลาเรีย
- 4) การวิจัยสมุนไพรถอนพิษยาเสพติด
- 5) การพัฒนาเวชศาสตร์การกีฬา

ในการประชุมคณะกรรมการฯ ปี 2543 (1 กรกฎาคม) มีมติสำคัญ ดังนี้

- 1) ให้จัดตั้งศูนย์การแพทย์ ไทย-จีน ในประเทศไทยให้เป็นศูนย์ที่เป็นเลิศในการฝึกอบรม วิจัย และบริการในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยการสนับสนุนของฝ่ายจีน ทั้งนี้ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขไทยและจีน ได้ลงนามในข้อตกลงดังกล่าวแล้วในวันที่ 3 กรกฎาคม 2543
- 2) ให้ฝ่ายจีนให้การสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย
- 3) ในการประชุมองค์การอนามัยโลกปี 2544 ประเทศไทยและจีนควรร่วมกันเสนอให้มี วันการแพทย์พื้นบ้านโลก
- 4) ให้มีการประชุมวิชาการนานาชาติ เรื่องการแพทย์ผสมผสาน (ในปี 2543 จัดที่มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เมื่อ 2-3 กรกฎาคม และในปี 2544 จะจัดในประเทศจีน)

ทั้งนี้ ในความร่วมมือทางการแพทย์ระหว่าง ไทย-จีน กิจกรรมที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน และจัดติดต่อกันปีละ 1 รุ่น มาตั้งแต่ พ.ศ.2540 คือ โครงการฝึกอบรมแพทย์แผนปัจจุบันในประเทศไทย ในหลักสูตรการฝังเข็ม 3 เดือน ซึ่งจัดโดยกระทรวงสาธารณสุขไทยมูลนิธิปอเต็กตึ๊ง มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้ พบว่าหลักสูตรนี้ได้รับความนิยมจากแพทย์แผนปัจจุบันเป็นอย่างมาก โดยมีผู้ขอสมัครเข้าอบรมรุ่นละไม่ต่ำกว่า 400 คน ซึ่งแต่ละรุ่นรับได้เพียง 40 คน (ในปี 2543 เปิดเป็นรุ่นที่ 5)

อนึ่ง กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์ ได้ผลักดันให้มี ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2543) เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2543 เรื่อง การอนุญาตให้บุคคลทำการประกอบโรคศิลปะ โดยอาศัย ศาสตร์การแพทย์แผนจีน เพื่อเป็นการส่งเสริมการพัฒนามาตรฐานการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย และรับรองบุคคลที่สำเร็จการศึกษาการแพทย์แผนจีนในระดับอุดมศึกษา หรือมีความรู้ประสบการณ์ในการแพทย์แผนจีน ให้ได้

รับหนังสืออนุญาตการประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนจีน โดยอาศัยความในมาตรา 31 แห่งพ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542

2.2.4 กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกคำสั่งที่ 1091/2541 ลงวันที่ 14 ตุลาคม 2541 เรื่อง แต่งตั้ง “คณะกรรมการพัฒนาการแพทย์ทางเลือกแบบผสมผสานเพื่อการดูแลสุขภาพ” โดยมีผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์จักรกฤษณ์ ภูมิสวัสดิ์) เป็นประธาน และ ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ เป็นเลขานุการ

ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ 2543 มีแนวโน้มของการจัดตั้งศูนย์ประสานงานการแพทย์ทางเลือก (หรืออาจใช้ชื่ออื่นตามความเหมาะสม) เพื่อรองรับการพัฒนาการแพทย์ทางเลือกสำหรับสังคมไทยในอนาคต และได้จัดตั้งสถานพยาบาล 2 ของกระทรวงสาธารณสุข (ภายใต้การดูแลของนพ.ขวลิต สันติกิจรุ่งเรือง-ผู้อำนวยการศูนย์ความร่วมมือไทย-จีน และผู้อำนวยการสถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข) เพื่อให้บริการด้านการแพทย์จีน การแพทย์แผนไทยประยุกต์ ตลอดจนให้การอบรมความรู้ด้านศาสตร์สุขภาพทางเลือกสาขาต่างๆ อาทิ เช่น การดูแลสุขภาพของครัวเรือนตามแนวทางชีวิต พลังกายทิพย์(พลังจักรวาล) การนวดฝ่าเท้า (Reflexology) เป็นต้น

2.2.5 กรมควบคุมโรคติดต่อ ได้ออกคำสั่งที่ 1247/2541 ลงวันที่ 3 ธันวาคม 2541 เรื่อง แต่งตั้ง “คณะทำงานพัฒนาทางเลือกอื่นเพื่อการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์” โดยมีอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อเป็นประธาน หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยการให้บริการทางการแพทย์ และหัวหน้ากลุ่มงานวิจัยการให้บริการทางสังคมเป็นเลขานุการ

ต่อมาในปี 2542 เพื่อขยายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกคำสั่งที่ 1026/2542 ลงวันที่ 19 ตุลาคม 2542 เรื่อง แต่งตั้ง “คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพทางเลือกสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์” และคณะทำงานภายใต้คณะกรรมการฯ 2 คณะ คือ

- 1) คณะทำงานพัฒนาแนวทางการวิจัยการดูแลสุขภาพทางเลือก สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์
- 2) คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของครัวเรือน(ทางเลือก) สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน

ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ 2543 กรมควบคุมโรคติดต่อ โดยกองโรคเอดส์ได้อนุมัติโครงการวิจัยการดูแลสุขภาพทางเลือก สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ แล้ว 24 โครงการ ในวงเงินงบประมาณ 2.3 ล้านบาท และอยู่ในระหว่างการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยให้สามารถใช้ตัวชี้วัดและเลือกกระเปาะวิธีการวิจัยที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาในระบบศาสตร์สุขภาพทางเลือก

2.2.6 การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข โดยสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความสนใจในศาสตร์สุขภาพทางเลือกในฐานะที่เข้ามามีบทบาทในสังคมไทยในรูปแบบต่างๆ ในอัตราเพิ่มที่สูง โดยเปิดโอกาสให้มีเวทีการสัมมนา “การแพทย์ผสมผสานและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ” ในการประชุมวิชาการการปฏิรูประบบสุขภาพไทย วันที่ 14 ธันวาคม 2542 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค โดยมีข้อเสนอจากที่ประชุมการสัมมนาต่อการพัฒนาระบบการแพทย์แบบผสมผสานเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่น่าสนใจหลายประการ (ภาคผนวก 7)

2.2.7 สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ยังได้ให้การสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายองค์กรด้านการแพทย์ทางเลือก “เครือข่ายการแพทย์วิถีไทยปัจจุบัน” เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการแพทย์ทางเลือก โดยมีกิจกรรมหลัก คือ

- 1) การประชุมสัมมนาเครือข่ายฯ ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น มวกเหล็ก เมื่อวันที่ 30 เมษายน – 2 พฤษภาคม 2543 ซึ่งได้มีการประกาศวิสัยทัศน์ของเครือข่ายฯ ขึ้น (ภาคผนวก 8)
- 2) การสัมมนาวิชาการศาสตร์องค์ความรู้ การแพทย์ทางเลือกสาขาต่างๆ
- 3) การจัดทำทำเนียบองค์กร และข้อมูลข่าวสารเผยแพร่

2.2.8 ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้เสนอยุทธศาสตร์การพัฒนากระบวนการแพทย์ทางเลือกในที่ประชุมการประชุมสัมมนาเครือข่ายการแพทย์วิถีไทยปัจจุบัน ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น มวกเหล็ก เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2543 ซึ่งมีสาระที่น่าสนใจหลายประการ (ภาคผนวก 9)

3. การผลิตและพัฒนากำลังคน

การผลิตและพัฒนากำลังคนเพื่อรองรับการขยายตัวของการแพทย์ทางเลือกยังถือว่าอยู่ในอัตราการขยายกำลังคนที่ต่ำ เนื่องจากยังขาดการรองรับทางกฎหมายของการประกอบโรคศิลปะ ซึ่งที่ผ่านมาต้องอาศัยผู้ประกอบการโรคศิลปะแผนปัจจุบัน และแพทย์แผนไทยเป็นผู้ดำเนินการ

อย่างไรก็ตามได้มีจุดเริ่มต้นที่เกิดขึ้น กล่าวคือ

3.1 การผลิตบุคลากร ยังไม่มีการผลิตบุคลากรด้านการแพทย์ทางเลือกอื่นโดยตรงโดยเฉพาะ แต่ในบางมหาวิทยาลัยได้ริเริ่มบรรจุหลักสูตรด้านการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ในระดับต่างๆ กัน เช่น

มหาวิทยาลัย	ผู้รับผิดชอบ	หลักสูตร	ชื่อวิชา	หน่วยกิต
รังสิต	กลุ่มคณะแพทยศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ	วิทยาศาสตร์บัณฑิตสาขาเวชศาสตร์ธรรมชาติ	Naturopatic medicine	162
มหาสารคาม	คณะเภสัชศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ	วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์(พ.ศ.2543)	การแพทย์แผนทางเลือก1, 2	6

3.2 การพัฒนาบุคลากร

3.2.1 การดำเนินการโดยภาครัฐ ในปัจจุบันมีการจัดการอบรมระหว่างประจำการให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งมีทั้งหลักสูตรด้านการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ โดยตรง และแทรกอยู่ในหลักสูตรการแพทย์แผนไทย ดังนี้

หน่วยงาน	หลักสูตร	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	หมายเหตุ
ศูนย์ความร่วมมือการแพทย์ไทย-จีน	การฝังเข็ม ตั้งแต่ 2540 ปีละ 1 รุ่นๆ ละ 30 คน	แพทย์แผนปัจจุบัน ในรพ.ของรัฐและเอกชน	3 เดือน	ร่วมกับ รพ.หัวเฉียว(มูลนิธิปอเต็กตึ๊ง), ม.มหิดล, มหาวิทยาลัยการแพทย์จีนเชียงใหม่

หน่วยงาน	หลักสูตร	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	หมายเหตุ
สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน	การดูแลสุขภาพแบบธรรมชาติ เช่น ธรรมชาติดินบำบัด ดนตรีบำบัด	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล	3-5 วัน	เชิญวิทยากรผู้เชี่ยวชาญศาสตร์ต่างๆ จากภาคเอกชน
สถาบันการแพทย์แผนไทย	การแพทย์แผนไทย	ครูฝึกระดับจังหวัดจากสสจ./รพ./สสอ./สอ.	10 วัน	แพทยศาสตร์ด้านทางเลือกอื่นๆ
สถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข	1.พลังงานกายทิพย์ 2.ชีวจิต 3.ศาสตร์แห่งการตอบสนอง (Reflexology)	ข้าราชการ และลูกจ้างของกระทรวงสาธารณสุขที่สนใจและสมัครใจ	1. 4 วัน 2. ทุกวันอาทิตย์ 1/2 วัน 3. 5 วัน	

3.2.2 การดำเนินการโดยภาคเอกชน

- 1) มีการดำเนินการทั้งโดยองค์กรวิชาชีพ สมาคม/มูลนิธิ/องค์กรเอกชนที่สนใจหรือดำเนินการด้านศาสตร์สุขภาพทางเลือก
- 2) โดยส่วนใหญ่เป็นการอบรมระยะสั้น 1-7 วัน และเปิดให้ความรู้แก่ประชาชนผู้สนใจทั่วไป ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นลักษณะการอบรมเชิงปฏิบัติการ ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้ เช่น การอบรมการฝึกโยคะ การอบรมพลังงานกายทิพย์ การอบรมการนวดฝ่าเท้า หรือมีลักษณะการเข้าค่ายสุขภาพ เช่น ค่ายชีวจิต ของชมรมชีวจิต, ทัวร์ล้างพิษเพื่อสุขภาพ ของศูนย์ธรรมชาติบำบัดบ๊ววี
- 3) หากเจ้าหน้าที่ของรัฐเข้ารับการอบรม ซึ่งมักจะเป็นความสนใจส่วนตัว จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการอบรมเอง

4. การศึกษาวิจัยและพัฒนา

ที่ผ่านมาการศึกษาวิจัยและพัฒนาศาสตร์ในระบบการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ยังมีน้อยมาก เนื่องจากยังเป็นเรื่องใหม่สำหรับสังคมไทย และในระบบบริการสาธารณสุขของภาครัฐซึ่งเป็นหน่วยงานวิชาการที่มีแผนงานและงบประมาณในการสนับสนุนการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ

การศึกษาวิจัยที่ปรากฏจึงเป็นงานศึกษาชิ้นเล็กๆ ที่เป็นส่วนหนึ่งของนักวิชาการ เป็นงานศึกษาของนักศึกษาปริญญาโท และปริญญาเอก ในช่วงที่กระแสชีวจิตกำลังได้รับความนิยม หรือเป็นเพียงการประเมินประสิทธิภาพของการบริการของผู้ให้บริการ

งานการศึกษาในระดับนโยบาย ที่ปรากฏ คือ

1.โครงการศึกษา(เบื้องต้น)เพื่อพัฒนานโยบายด้านศาสตร์สุขภาพทางเลือกเพื่อเป้าหมายการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (พ.ศ.2540-41) โดยส่วนนโยบายสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

2. ชุดงานวิจัยที่สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่อง “ทางเลือกในการดูแลสุขภาพของประชาชน” (พ.ศ.2542-43) โดย ผศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ ประกอบด้วยโครงการวิจัยย่อย 3 เรื่อง คือ

1.1 รูปแบบและบทบาทของการดูแลสุขภาพแบบการแพทย์ทางเลือกในสังคมไทย

1.2 ผลิตภัณฑ์เพื่อการดูแลสุขภาพแบบการแพทย์ทางเลือก รูปแบบ และพฤติกรรมการใช้

1.3 การดูแลสุขภาพสุขภาพด้วยการแพทย์ทางเลือกของคนไทย สถานการณ์ และปัจจัยกำหนด

3. งานวิจัยที่สนับสนุนโดย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ เรื่อง “โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการพึ่งตนเองด้านสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน” (พ.ศ.2543) โดย นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ โดยเลือกกรณีศึกษาชุมชนการแพทย์ทางเลือก คือ

3.1 ชุมชน “ศูนย์พลังกายทิพย์”

3.2 ชุมชน “โยเร”

งานศึกษาทางด้านองค์ความรู้ของศาสตร์ ที่ปรากฏ คือ

1. โครงการศึกษาการดูแลสุขภาพทางเลือก สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ภายใต้โครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพทางเลือก สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2543 (กำลังอยู่ในระหว่างการปรับปรุงโครงร่างการศึกษา และพัฒนาศักยภาพของนักวิจัย) โดยมีโครงการที่ได้รับอนุมัติงบประมาณ 24 โครงการ วงเงิน 2.3 ล้านบาท โดย กำหนดประเภทการศึกษาคือการดูแลสุขภาพทางเลือก เป็น 5 ประเภท คือ

- (1) ด้านโภชนาการ
- (2) ด้านการออกกำลังกาย/การปรับโครงสร้างร่างกาย
- (3) ด้านการบริหารจิต
- (4) ด้านสมุนไพร การแพทย์พื้นบ้าน และอื่นๆ
- (5) ด้านสุขภาพองค์รวม

5. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

5.1. พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542

5.1.1 ช่องทางการรับรองศาสตร์การแพทย์ทางเลือก

พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ได้เปิดโอกาสให้ศาสตร์การแพทย์อื่นที่ยื่นออกเหนือจากระบบการแพทย์แผนปัจจุบันมีช่องทางที่จะเติบโตและมีบทบาทเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้โดยถูกต้องตามกฎหมาย โดยช่องทางดังกล่าวมี 2 ช่องทาง ดังนี้

- 1) การให้อำนาจ**รัฐมนตรี**โดยคำแนะนำของคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะในการ**รับรองบุคคล**ที่ใช้ศาสตร์จากต่างประเทศเพื่อประกอบโรคศิลปะได้ โดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 31 ดังนี้

“มาตรา 31 กำหนดให้**รัฐมนตรี**โดยคำแนะนำของคณะกรรมการ มีอำนาจให้บุคคลใดทำการประกอบวิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์ หรือมุ่งหมายจะกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ และการผดุงครรภ์ โดยอาศัย**ศาสตร์และความรู้**จากต่างประเทศ ซึ่งวิชาชีพดังกล่าวยังมิได้มีกฎหมายรับรองในประเทศไทย ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่**รัฐมนตรีประกาศกำหนด**”

- 2) การให้อำนาจแก่**คณะรัฐมนตรี**ในการประกาศพระราชกฤษฎีกา**รับรองเป็นสาขาแห่งการประกอบโรคศิลปะ**ได้ โดยอาศัยตามมาตรา 5 (5)

5.1.2 กลไกการรับรองศาสตร์การแพทย์ทางเลือก

ในกรณีที่มีผู้ต้องการเสนอให้มีการรับรองศาสตร์การแพทย์ทางเลือกศาสตร์ใดศาสตร์หนึ่ง จะต้องเริ่มด้วยการเสนอเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ ซึ่งคณะกรรมการอาจมีมติให้แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาและเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการว่าสมควรรับรองศาสตร์นั้นหรือไม่ หากคณะกรรมการพิจารณาเห็นชอบให้รับรองศาสตร์นั้นๆ อาจดำเนินการได้ใน 2 ลักษณะคือ

- 1) เสนอคำแนะนำแก่รัฐมนตรีเพื่อประกาศรับรองบุคคลที่ใช้ศาสตร์การแพทย์ทางเลือกจากต่างประเทศ โดยใช้อำนาจตามมาตรา 31
- 2) เสนอคำแนะนำแก่รัฐมนตรีเพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรีให้ออกพระราชกฤษฎีการับรองศาสตร์การแพทย์ทางเลือกนั้นเป็นสาขาหนึ่งของการประกอบโรคศิลปะ โดยใช้อำนาจตามมาตรา 5(5)

5.1.3 กลไกการพัฒนาวิชาชีพที่ได้รับการรับรองเป็นสาขาของการประกอบโรคศิลปะ

ในกรณีที่หากมีการรับรองให้ศาสตร์การแพทย์ทางเลือกศาสตร์ใดเป็นสาขาหนึ่งของการประกอบโรคศิลปะตามมาตรา 5(5) คณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะจะต้องดำเนินการให้มีการขึ้นทะเบียนและรับอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขานั้น และดำเนินการให้มีคณะกรรมการวิชาชีพในสาขานั้นด้วย โดยมีข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องดังนี้

- 1) ความรู้ในวิชาชีพของผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะของศาสตร์ในระบบการแพทย์ทางเลือกจะเข้าข่ายตาม มาตรา 33 (5) ที่กำหนดให้ “สาขาอื่นตามพระราชกฤษฎีกาที่ออกตามมาตรา 5 (5) ต้องมีความรู้ตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกานั้น”
- 2) กำหนดให้มีผู้แทนจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาอื่น(แต่ละวิชาชีพ)ตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกา 2 คน เป็นกรรมการในคณะกรรมการประกอบโรคศิลปะ ตาม มาตรา 8 (1)
- 3) องค์ประกอบ อำนาจและหน้าที่ และการดำเนินงานของคณะกรรมการวิชาชีพสาขาอื่นตามมาตรา 14(5) รวมทั้งคุณสมบัติของกรรมการวิชาชีพอื่นดังกล่าว ให้เป็นไปตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกาที่ออกตามมาตรา 5(5)
- 4) ตามมาตรา 23 คณะกรรมการวิชาชีพแต่ละสาขา มีอำนาจและหน้าที่ ดังต่อไปนี้
 - (1) รับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ขอเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขานั้นๆ
 - (2) เพิกถอนใบอนุญาตกรณีผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขานั้นขาดคุณสมบัติ
 - (3) เสนอความเห็นต่อคณะกรรมการเพื่อใช้อำนาจตามมาตรา 13(2)
 - (4) ใช้อำนาจตามมาตรา 44 ในกรณีที่ผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขานั้นประพฤติผิดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ
 - (5) ให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำแก่สถานศึกษาเกี่ยวกับหลักสูตรการศึกษาการประกอบโรคศิลปะในสาขานั้น

- (6) แจ้างหรือโฆษณาข่าวสารด้วยวิธีใดๆ ตามที่เห็นสมควร เพื่อมิให้ประชาชนหลงเข้าใจผิดซึ่งอาจเป็นอันตรายเนื่องจากการประกอบโรคศิลปะในสาขานั้น
- (7) ส่งเสริม พัฒนา และกำหนดมาตรฐานการประกอบโรคศิลปะในสาขานั้น
- (8) ออกหนังสือรับรองความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในการประกอบโรคศิลปะในสาขานั้น
- (9) พิจารณาและเสนอชื่อผู้แทนคณะกรรมการวิชาชีพในสาขานั้นเป็นกรรมการการประกอบโรคศิลปะ
- (10) แต่งตั้งคณะกรรมการวิชาชีพเพื่อกระทำการใดๆ อันอยู่ในอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพในสาขานั้น
- (11) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดไว้ให้เป็นอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพในสาขานั้น
- (12) พิจารณาหรือดำเนินการในเรื่องอื่นตามที่รัฐมนตรีหรือคณะกรรมการมอบหมาย

5.1.4 กรณีการรับรองศาสตรการแพทย์แผนจีน

เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2543 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ลงนามในประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2543) เรื่อง การอนุญาตให้บุคคลทำการประกอบโรคศิลปะ โดยอาศัยศาสตรการแพทย์แผนจีน ด้วยเหตุผลที่ว่าในปัจจุบันการแพทย์แผนจีนซึ่งเป็นศาสตรการแพทย์ที่ยังไม่ได้กำหนดตามกฎหมายให้เป็นการแพทย์ทางเลือกหนึ่งที่ได้รับการรับรองให้ประกอบโรคศิลปะในหลายประเทศ และสามารถอำนวยความสะดวกให้ประชาชนได้มีทางเลือกในการรับบริการที่มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามมาตรา 31 แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยคำแนะนำของคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ จึงออกประกาศรับรองการแพทย์แผนจีนเป็นสาขาหนึ่งของการประกอบโรคศิลปะ โดยการขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต การออกใบอนุญาต เงื่อนไขในการประกอบโรคศิลปะ และการควบคุมการประกอบโรคศิลปะในสาขาการแพทย์แผนจีน มีดังนี้

ข้อ 1 การแพทย์แผนจีน หมายความว่า การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจ การวินิจฉัย การบำบัดโรค การป้องกันโรคหรือการฟื้นฟูสภาพของร่างกาย ตามศาสตร์และความรู้แบบแพทย์แผนจีนที่ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา หรือตามการศึกษาจากสถาบันการศึกษาในระดับอุดมศึกษาในหลักสูตรไม่ต่ำกว่าห้าปีของประเทศนั้น และคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะให้การรับรอง

ข้อ 2 คุณสมบัติของบุคคลที่จะขอใบอนุญาตขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยศาสตรการแพทย์แผนจีน คือ

2.1 เป็นบุคคลที่มีสัญชาติไทย หรือสัญชาติอื่นที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในประเทศไทยไม่น้อยกว่าสามปี และได้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนจีนจากสถาบันการศึกษาในหลักสูตรไม่ต่ำกว่า 5 ปีของประเทศนั้น และต้องได้รับอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะใน

ประเทศที่สำเร็จการศึกษา และได้ผ่านการประเมินความรู้และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพจากคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะแล้ว

2.2 เป็นผู้เชี่ยวชาญการแพทย์แผนจีนที่กระทรวงสาธารณสุขเชิญเป็นที่ปรึกษา

ข้อ 3 การขออนุญาตขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน ให้ยื่นคำขอตามแบบที่กำหนดที่กองการประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะดังกล่าวให้มีระยะเวลาสองปี และสามารถต่ออายุได้ครั้งละไม่เกินสองปี

ข้อ 4 บุคคลที่ได้รับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีนตามข้อ 2.2 จะต้องปฏิบัติงานในสถานพยาบาล และปฏิบัติตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะกำหนด

ข้อ 5 บุคคลที่ได้รับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีนจะต้องทำการประกอบโรคศิลปะตามมาตรา 37 และต้องรักษาจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพตามมาตรา 38 โดยอนุโลม

ข้อ 6 ให้คณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อปฏิบัติการตามประกาศนี้

ข้อ 7 หากมีปัญหาการปฏิบัติตามประกาศนี้ ให้ประธานคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะเป็นผู้วินิจฉัย

ข้อ 8 ให้นำบุคคลที่มีสัญชาติไทย หรือสัญชาติอื่นที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในประเทศไทยไม่น้อยกว่าสามปี และได้ศึกษาการแพทย์แผนจีนสืบต่อกันมาจากบรรพบุรุษหรือมีประสบการณ์ในการประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยศาสตร์การแพทย์แผนจีนอย่างยาวนาน ให้มายื่นคำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตตามข้อ 3 โดยจะต้องปฏิบัติตามที่คณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะกำหนด

การยื่นขอตามความในวรรคก่อนให้กระทำภายในเวลาเก้าสิบวันนับแต่วันที่ประกาศฉบับนี้ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว หากพ้นกำหนดเวลาดังกล่าว ให้ถือว่าบุคคลนั้นไม่มีสิทธิยื่นคำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะตลอดไป

ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว เมื่อวันที่ 5 กันยายน 2543 ขณะนี้คณะกรรมการที่รับผิดชอบได้ออกประกาศรับสมัครบุคคลที่มีคุณสมบัติดังกล่าวเพื่อดำเนินการอบรมและสอบความรู้ตามขั้นตอนต่อไปแล้ว

อย่างไรก็ตาม ประกาศฉบับนี้ได้ถูกวิพากษ์วิจารณ์และท้วงติงว่า อาจไม่ถูกต้อง เพราะการออกประกาศโดยใช้อำนาจตามมาตรา 31 รับรองให้ศาสตร์การแพทย์แผนจีนเป็นการประกอบโรคศิลปะสาขานั้น ผิดเจตนารมณ์และบทบัญญัติตามมาตรา 31 ซึ่งมาตรานี้ต้องการให้รับรองบุคคลที่ใช้ศาสตร์และความรู้จากต่างประเทศ มิใช่รับรองให้เป็นสาขาหนึ่งของการประกอบโรคศิลปะ หากต้องการจะรับรองว่าศาสตร์ใดเป็นสาขาหนึ่งของการประกอบโรคศิลปะ ต้องใช้อำนาจตามมาตรา 5(5) เท่านั้น

การแพทย์ทางเลือกอื่น

: กรณีศึกษาจากต่างประเทศ

1. กรณีศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา

1.1 แนวโน้มของการแสวงหาบริการสุขภาพทางเลือกของประชาชน

จากเอกสารการประชุม The Harvard CME Seminar on "Alternative medicine : Implications for Clinical Practice" เมื่อวันที่ 28 - 31 มีนาคม พ.ศ. 2538 ได้รายงานการสำรวจแบบ Census ในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 2533 พบว่า หนึ่งในสามของผู้ถูกสำรวจเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 อย่างในการบำบัดรักษาปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรง โดยเฉพาะโรคเรื้อรังเพื่อยับยั้งภาวะสุขภาพที่ถูกคุกคาม หรือประมาณ 425 ล้านครั้ง โดยคิดเป็นค่าใช้จ่ายสูงถึง 10.3 พันล้านเหรียญสหรัฐ ซึ่งเป็นตัวเลขที่ใกล้เคียงกับ 12.8 พันล้านเหรียญที่ประชาชนต้องจ่ายเองสำหรับการรักษาพยาบาลในสถานบริการแผนปัจจุบัน

หลังจากนั้น 7 ปี มีการสำรวจแนวโน้มการใช้บริการการแพทย์ทางเลือกในสหรัฐอเมริกา (พ.ศ.2533 – 2539) อีกครั้งหนึ่ง โดยรายงานในเอกสาร Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990 -1997 : Results of a Follow-up National Survey ที่นำทีมโดย David M. Eisenberg, MD. และคณะ พบว่า ค่าใช้จ่ายและการใช้บริการทางการแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดระหว่างปี พ.ศ. 2533-2539 อันเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนการแสวงหาการบำบัดรักษาในระบบการแพทย์ทางเลือกของประชาชน มากกว่าการเพิ่มขึ้นของจำนวนครั้งของการไปใช้บริการของผู้ป่วย และสรุปผลการศึกษา ดังนี้

1. กลุ่มประชากรที่ศึกษาที่มีการใช้บริการการแพทย์ทางเลือกในการบำบัดรักษาอย่างน้อย 1 ใน 16 ประเภทในช่วงปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นจาก 33.8 % ในปีพ.ศ.2533 เป็น 42.1% ในปีพ.ศ. 2539 (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.001$)
2. ประเภทของบริการที่เพิ่มสูงที่สุดคือ การใช้ยาสมุนไพร (Herbal medicine), การนวด (Massage), การใช้วิตามินในการบำบัดรักษาในปริมาณที่สูง (Megavitamin), กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self-help groups), สูตรตำรับพื้นบ้าน (Folk remedies), การใช้พลังในการเยียวยา (Energy healing) โฮมิโอพาตี (Homeopathy)
3. โอกาสที่น่าจะเป็นไปได้ของผู้ใช้บริการไปพบผู้ให้บริการเวชปฏิบัติทางการแพทย์ทางเลือกเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นจาก 36.3% เป็น 46.3 % (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p=.002$)
4. ไม่มีความแตกต่างในช่วงการสำรวจทั้ง 2 ช่วง ที่บริการการแพทย์ทางเลือกถูกเลือกใช้สำหรับการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยเรื้อรังมากที่สุด ซึ่งรวมถึงปัญหาการปวดหลัง, ความกระวนกระวาย, ความเครียด และอาการปวดศีรษะ
5. มีความเปลี่ยนแปลงลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ทางเลือกระหว่างการสำรวจทั้ง 2 ช่วง คือ 39.8% และ 38.5% ในปี พ.ศ.2533 และ 2539 ตามลำดับ
6. ค่าใช้จ่ายที่ประชาชนต้องควักกระเป๋าจ่ายเองสำหรับบริการการแพทย์ทางเลือกเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.36$) 64.0% ในปี พ.ศ.2533 เป็น 58.3% ในปี พ.ศ.2539

7. การสำรวจข้อมูลและความคิดเห็นของประชากรอเมริกันพิเศษเพิ่มเติมพบว่า จำนวนครั้งทั้งหมดของการไปพบผู้ให้บริการเวชปฏิบัติทางการแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น 47.3% หรือจำนวน 427 ล้านครั้งในปีพ.ศ. 2533 เป็นจำนวน 629 ล้านครั้งในปีพ.ศ. 2539 ซึ่งมากกว่าจำนวนครั้งทั้งหมดที่ประชาชนอเมริกันได้ไปพบแพทย์ระดับปฐมภูมิ (Primary care physicians)
8. ในปี พ.ศ.2539 พบว่าประชากรผู้ใหญ่ประมาณ 15 ล้านคนได้รับใบสั่งยาสำหรับการรักษาด้วยสูตรยาสมุนไพร และ/หรือวิตามินในปริมาณที่สูง (หรือ 18.4% ของผู้ใช้ยาทั้งหมด)
9. ประมาณการค่าใช้จ่ายที่จ่ายให้กับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชปฏิบัติทางการแพทย์ทางเลือก เพิ่มขึ้น 45.2 % ระหว่างปี พ.ศ.2533 – 2539 หรือประมาณ 21.2 พันล้านเหรียญสหรัฐในปี พ.ศ.2539 ซึ่งในจำนวนนี้ประชาชนต้องควักกระเป๋าจ่ายเองถึงจำนวน 12.2 พันล้านเหรียญสหรัฐ และเกินกว่าจำนวนเงินที่ประชาชนต้องควักกระเป๋าจ่ายเองสำหรับการใช้บริการในโรงพยาบาลในระบบการแพทย์กระแสหลักทั้งหมดทั่วประเทศสหรัฐ

1.2 นโยบาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์การพัฒนา

1.2.1 องค์กระบวนนโยบาย : ศูนย์การแพทย์ทางเลือกแห่งชาติ ภายใต้สถาบันสาธารณสุขแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา

ประวัติความเป็นมา (History)

National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) หรือเดิมมีฐานะเป็น Office of Alternative Medicine (OAM) ได้ถูกริเริ่มผ่านรัฐสภา (Congressional mandate) ภายใต้พระราชบัญญัติของสถาบันสาธารณสุขแห่งชาติ (National Institutes of Health Appropriations Bill) ปี 1992 ซึ่งสถาบัน NIH (National Institutes of Health) ถือว่าเป็นหนึ่งในสถาบันการวิจัยทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ชั้นนำของโลก (Biomedical Research Institutes)

NCCAM หรือ OAM เดิมเป็นองค์กรอยู่ภายใต้ Associate Director for Disease Prevention ซึ่งเป็นหน่วยงานภายในของ Office of the Director, National Institutes of Health ในปี ค.ศ. 1998 NCCAM ได้รับการยกฐานะให้เป็น 1 ใน 25 สถาบัน/ศูนย์ (Institutes/Centers) ภายใต้ NIH โดยตรง (ภายใต้กฎหมาย Congressional Mandate under provisions of the Omnibus Appropriations Bill (P.L. 105-277, 11 Stat. 2681))

การดำเนินงานของ NCCAM ในปีแรกได้ทุ่มเทให้กับการจำแนกแจกแจงจัดระบบ "ชุมชน" การแพทย์ทางเลือกและรวบรวมปัญหาอุปสรรคที่กีดขวางต่อการประเมินการดำเนินเวชปฏิบัติทั้งในส่วน Complementary and Alternative Medicine ดังนั้น ในเดือนมิถุนายน 1992 ที่ประชุม Ad hoc Advisory Panel ได้มีมติให้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการที่ Chantilly รัฐ Virginia ในเดือนกันยายน ปีเดียวกัน เพื่อหาข้อสรุปดังกล่าวเพื่อสนับสนุน NIH ในการจัดทำโปรแกรมการสนับสนุนงานวิจัยสำหรับ NCCAM ซึ่งผลการประชุมได้ข้อสรุปในการจัดกลุ่มเวชปฏิบัติของ Complementary and Alternative medicine (CAM) ไว้กว้างๆ ได้ 7 กลุ่ม ดังนี้

- 1) Alternative systems of practice
- 2) Bio-electro magnetics applications
- 3) Diet/nutrition/lifestyle changes
- 4) Herbal Medicine
- 5) Manual Healing Methods

6) Mind/body interventions

7) Pharmacological and biological treatments

คณะทำงาน 10 ชุดได้ถูกจัดตั้งขึ้นในการประชุมนี้ เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรมและหัวข้อการศึกษาวิจัยที่เหมาะสมสำหรับ NCCAM รวมทั้งข้อเสนอสำหรับระเบียบวิธีการวิจัย กระบวนการกลุ่มในการทบทวนวรรณกรรม (the peer-review process) การหาความต้องการในการฝึกอบรมและกระบวนการวิจัย และกิจกรรมการเผยแพร่

Ad hoc Advisory Panel ได้ประชุมกันอีกครั้งในเดือน เมษายน และกรกฎาคม 1993 เพื่ออภิปรายในรายละเอียดของข้อเสนอแนะดังกล่าวและได้ตีพิมพ์รายงานสถานะภาพของ Complementary and Alternative Medicine ในสหรัฐอเมริกา ออกมาเผยแพร่ในเดือนธันวาคม 1994 ภายใต้ชื่อ Alternative medicine : Expanding Medical Horizons (หนา 428 หน้า ราคา US\$ 25 มีจำหน่ายในร้านหนังสือของรัฐบาลทั่วไป)

จุดมุ่งหมายและภาระหน้าที่ขององค์กร (Purpose and Mission)

Congressional mandate ได้กำหนดจุดมุ่งหมายในการจัดตั้ง NCCAM เพื่อ

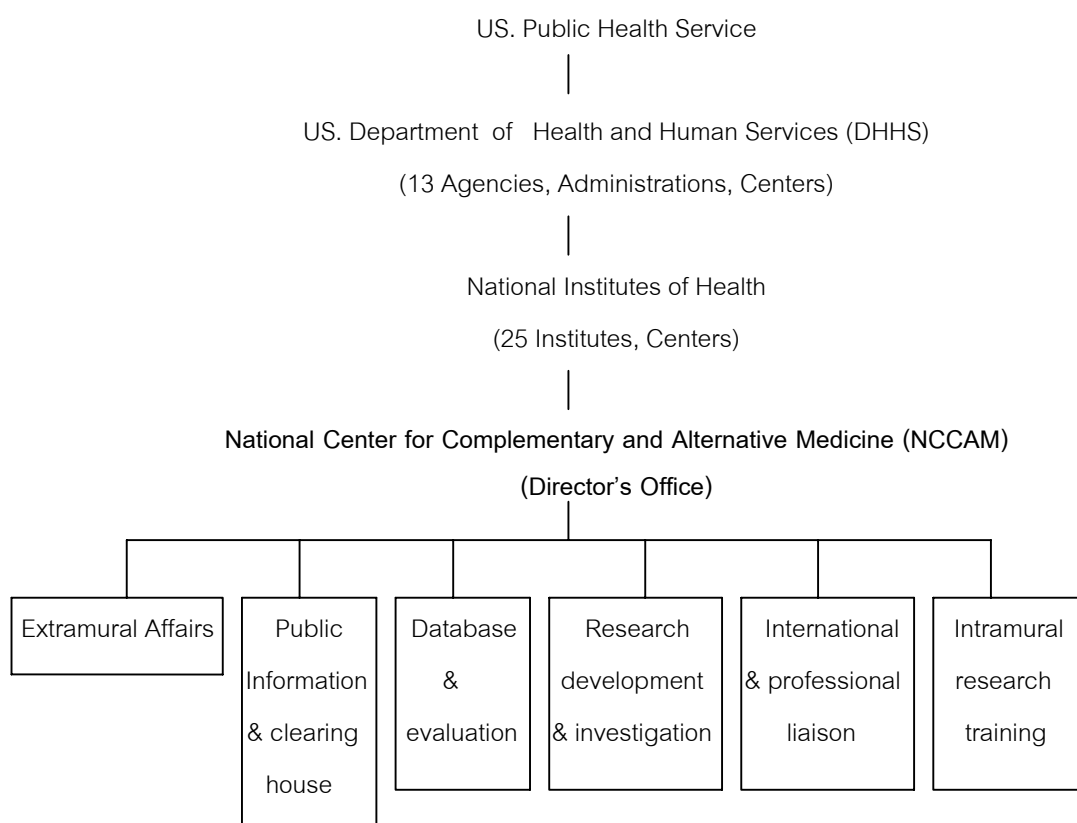
- 1) ประสานงาน สนับสนุน และอำนวยความสะดวกแก่หน่วยงาน หรือดำเนินการเอง ในการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ทางเลือก
- 2) กำหนด บ่งชี้ ความเป็นศาสตร์ในระบบการแพทย์ทางเลือก และสนับสนุน อำนาจความสะดวกในการประเมินผล และประเมินประสิทธิภาพการรักษาของระบบการแพทย์ทางเลือก
- 3) ให้บริการข้อมูลข่าวสารและความชัดเจนในเรื่องของการแพทย์ทางเลือก
- 4) ให้บริการการฝึกอบรมสำหรับการวิจัยการแพทย์ทางเลือก

NCCAM ไม่ใช่หน่วยงานที่จะส่งต่อ หรือรับรองการรักษาของศาสตร์ในระบบการแพทย์ทางเลือกใดๆ หรือของบุคลากรที่ทำเวชปฏิบัติด้านการแพทย์ทางเลือก

สภาที่ปรึกษาองค์กร NCCAM (Complementary and Alternative Medicine Program Advisory Council Charter)

พระราชบัญญัติ The NIH Revitalization Act of 1993 ได้กำหนดให้มี A Program Advisory Council เพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้อำนวยการของ NCCAM โดย The Secretary of DHHS ได้เห็นชอบต่อกฎบัตรที่กำหนดให้มีสภาที่ปรึกษานี้ขึ้นในเดือนพฤศจิกายน 1993 และสภาที่ปรึกษาจำนวน 18 คนได้ถูกคัดเลือกและแต่งตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการในช่วงฤดูร้อนของปี 1994 โดย DHHS Secretary การประชุมครั้งแรกได้เริ่มขึ้นเมื่อเดือนกันยายน 1994 และกำหนดให้มีการประชุมเป็นประจำปีละ 3 ครั้ง

โครงสร้างการบริหารจัดการ (Organization Structure)



งบประมาณประจำปี (Fiscal Year Budget)

NCCAM ได้รับการสนับสนุนงบประมาณแผ่นดินในลักษณะแนวโน้มที่สูงขึ้นทุกปี ดังนี้

ปีงบประมาณ	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
(ล้าน US\$)	\$2M	\$3.5M	\$3.5M	\$5.4M	\$7.4M	\$12M	\$ 20M	\$ 50M

ประเภทของโครงการ (NCCAM Program Areas)

NCCAM ประกอบด้วยโครงการ 6 ประเภทตามบทบาทภาระหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1) ให้การสนับสนุนงบประมาณแก่องค์กรภายนอกต่างๆ (Extramural Affairs - grants)

1.1) สนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัย (Sponsored Research) โดยเริ่มให้การสนับสนุนครั้งแรกภายใต้ RFA (Request for Applications) ในปี 1993 โครงการละ US\$ 30,000 สำหรับโครงการนำร่องในการค้นคว้าหาประเด็นการวิจัยสำหรับในอนาคต โดย RFA ยินยอมให้ผู้เสนอขอทุนไม่จำเป็นต้องมีสถาบันวิทยาศาสตร์การแพทย์รองรับก็ได้

NCCAM กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือช่วยเหลือกัน ระหว่างนักวิจัยหลักทางด้าน Orthodox กับบุคลากรด้านการแพทย์ทางเลือก (Collaboration between orthodox research investigators and alternative practitioners) จนทำให้มีผู้เสนอโครงการมากกว่า 800 โครงการ ในจำนวนนี้ 452 โครงการได้รับการพิจารณาพบพบ ถือได้ว่าได้รับการตอบสนองมากสำหรับการขอ RFA ในประวัติศาสตร์ของ NIH และ 30 โครงการได้รับการสนับสนุนงบประมาณในเดือนกันยายน 1993 และอีก 12

โครงการในเดือนกันยายน 1994 ซึ่ง NCCAM ถือว่าโครงการทั้ง 42 โครงการนี้ค่อนข้างสมบูรณ์มาก และจะเป็นประโยชน์ต่อ NCCAM ที่จะได้ข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการวิจัยในระดับลึกต่อไป

NCCAM ยังคงให้การสนับสนุนโครงการวิจัยร่วม (Co-fund research grants) ระหว่าง Complementary and Alternative Medicine โดยผ่านกระบวนการ NIH peer review process

1.2) **จัดตั้งศูนย์วิจัยการแพทย์ทางเลือกเฉพาะสาขา** (Alternative Medicine Specialty Research Center Grants) 9 แห่ง สำหรับงานวิจัยทางด้าน Complementary and Alternative Medicine ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขเฉพาะอย่าง โดยดำเนินงานในรูปแบบมูลนิธิ ศูนย์วิจัยฯ นี้จะ กำหนดลำดับความสำคัญของประเด็นการวิจัย ให้การสนับสนุนเทคโนโลยีการวิจัย พัฒนากลไก พัฒนาการวิจัย และดำเนินการวิจัยร่วมกับองค์กรอื่นๆ

ศูนย์วิจัยฯ แต่ละแห่งจะได้รับงบประมาณประมาณ US\$ 850,000 ในเวลา 3 ปี

2) **จัดทำฐานข้อมูลการวิจัย และประเมินผล (Research Database and Evaluation)**

2.1) **Research Database Program** จัดทำโปรแกรมโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการจำแนกแยกแยะ และจัดระบบข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ของ Complementary and Alternative Medicine เพื่อใช้เป็น แหล่งค้นคว้าข้อมูลสำหรับนักวิทยาศาสตร์ นักวิจัย นักเวชปฏิบัติการแพทย์ทางเลือก และสาธารณะ ชนทั่วไป ในขณะนี้ NCCAM มีข้อมูลกว่า 100,000 ชิ้นที่เกี่ยวข้อง

2.2) **The Evaluation Program** พัฒนากลวิธีการประเมินผลเฉพาะเพื่อประยุกต์ใช้ในการประเมิน ค่าของเอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ Complementary and Alternative Medicine ในทางวิทยาศาสตร์โดยกระบวนการที่เรียกว่า Systematic reviews และ Meta-analysis

3) **เป็นหน่วยงานสร้างความกระจ่าง และเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะ (NCCAM Clearinghouse and Media Relations)** NCCAM Clearinghouse ตั้งอยู่ที่เมือง Silver Spring รัฐ Maryland ทำหน้าที่ เผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะชน สื่อมวลชน และบุคลากรสาธารณสุขเพื่อสร้างความตระหนักและให้ความรู้ และการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยทางด้าน Complementary and Alternative Medicine โดยการให้บริการเอกสาร ชุดข้อมูลและข้อเท็จจริง ตลอดจนบริการตอบคำถามทางโทรศัพท์แบบโทรฟรี ข้อมูลดังกล่าวยกเว้นที่เกี่ยวกับการแนะนำบุคลากรที่ทำเวชปฏิบัติทางด้านนี้ ส่วนการประชาสัมพันธ์จะอำนวยความสะดวกในการติดตามค้นหา ให้ข้อมูลที่ถูกต้องรอบด้านในเรื่องราวกรณีที่เกิดขึ้นข่าวทางสื่อมวลชน รวมถึงแถลงข่าวสารความเคลื่อนไหว และกิจกรรมของ NCCAM เป็นระยะๆ

NCCAM Clearinghouse รายงานว่า ในแต่ละเดือนต้องตอบคำถามให้ข้อเท็จจริงแก่สาธารณชน ประมาณ 1,300 เรื่องต่อเดือน และให้ข้อมูลแก่สื่อมวลชนประมาณ 125 เรื่องต่อเดือน และร้อยละ 57 ของข้อมูลที่ขอมาเป็นปัญหาเกี่ยวกับโรคมะเร็งเป็นหลัก (ค.ศ.1997)

4) **ติดต่อประสานความร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศและบุคลากรวิชาชีพ (International and Professional Liaison)** ให้ความร่วมมือ สนับสนุน และอำนวยความสะดวกในด้านการศึกษา และการวิจัยแก่องค์กรที่เกี่ยวข้องทั่วโลก และสมาคมวิชาชีพต่างๆ ทั่วประเทศสหรัฐอเมริกา

NCCAM ได้รับมอบหมายให้อยู่ในฐานะ World Health Organization Collaborating Center in Traditional medicine และถือว่าเป็น 1 ใน 19 ของ Research Centers ทั่วโลกที่ Active และมีบทบาท ทางด้าน Traditional Complementary and Alternative Medicine

5) **พัฒนาการศึกษาวิจัยและการสอบสวน (Research Development and Investigation)** โครงการพัฒนาการศึกษาวิจัยและการสอบสวนนี้จะทำหน้าที่คัดกรอง จัดอันดับความสำคัญ และให้การสนับสนุนทางวิชาการ การพัฒนาวิชาการระเบียบวิธีวิจัย การสร้างเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ ตลอดจนถึงการสนับสนุนนักวิจัยของหน่วยงานทั้งในประเทศและนานาชาติที่มีฉันทะ และพันธะสัญญา ร่วม เพื่อส่งโครงสร้าง และทำการศึกษาวิจัยทางด้าน Complementary and Alternative Medicine

6) **การฝึกอบรมการวิจัย (Intramural Research Training)** มีการก่อตั้งมูลนิธิที่ NIH สำหรับส่งเสริมให้นักวิทยาศาสตร์ทำการวิจัยพื้นฐาน และการวิจัยคลินิกที่เกี่ยวข้องกับ Complementary and Alternative Medicine โดยจัดโปรแกรมการฝึกอบรมหลังปริญญาเอกให้ 3-5 ปี โดยในระยะเริ่มแรกโครงการนี้ยังจำกัดเฉพาะแพทย์ที่ได้รับวุฒิปดปรในประเทศอเมริกาเอง หรือผู้จบการศึกษาปริญญาเอก

7) **กิจกรรมอื่นๆ (Other NCCAM Activities)** บทบาทหน้าที่หลักอื่นๆ ของ NCCAM คือ การประสานงานอำนวยความสะดวก และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อการประเมินผลรูปแบบวิธีการรักษาแบบทางเลือกต่างๆ ผ่านสถาบันศูนย์วิจัย และแผนกต่างๆ ที่มีอยู่ใน NIH ที่มีความสนใจร่วมกัน โดยจัดตั้งเป็นเครือข่ายประสานงานระหว่างกัน รวมถึงการประสานงานกับองค์กรของรัฐอื่นๆ คือ

7.1) Agency for Health Care Policy and Research

7.2) Department of Defence

7.3) Food and Drug Administration

7.4) Health Care Financing Administration Agency

7.5) Centers for Disease Control and Prevention

โดย NCCAM จะทำหน้าที่จัดการประชุมเป็นประจำร่วมกับ FDA (Food and Drug Administration) เพื่อทบทวนและประเมินกฎ ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ทางเลือก เช่น สำหรับการฝังเข็ม สมุนไพร และสูตรตำรับยา Homeopathy

นอกจากนี้ NCCAM ยังทำหน้าที่ประสานงาน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนและพัฒนางานวิจัยให้แก่องค์กรทางด้าน Complementary and Alternative Medicine อีกด้วย

1.2.2 คำสั่งพิเศษจากทำเนียบขาว (Executive order: white house commission on complementary and alternative medicine policy)

ประธานาธิบดีแห่งสหรัฐอเมริกา มีคำสั่งพิเศษลงวันที่ 8 มีนาคม 2543 เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการการนโยบาย the White House on Complementary and Alternative Medicine Policy ดังนี้

ข้อที่ 1 **การแต่งตั้ง** คณะกรรมการการนโยบายประกอบด้วยสมาชิกไม่เกิน 15 ท่าน โดยความเห็นชอบของประธานาธิบดี คัดจากตัวแทนผู้ให้บริการทาง Complementary and Alternative Medicine ที่มีความรู้ความสามารถในสาขาต่างๆ โดยประธานาธิบดีจะเป็นผู้ลงนามคำสั่งแต่งตั้งประธาน และเลขานุการของ Department of Health and Human Service จะทำหน้าที่เป็น Executive Director ของคณะกรรมการ

ข้อที่ 2 **หน้าที่** คณะกรรมการการ โดยผ่านเลขานุการ จะต้องจัดทำรายงาน ข้อเสนอแนะต่อนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวกับกฎหมายและการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดหลักประกันและประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนอเมริกันที่จะได้รับจาก Complementary and Alternative Medicine ในด้านต่อไปนี้

- (1) การจัดการศึกษาและการฝึกอบรมแก่ผู้ให้บริการเวชปฏิบัติด้าน Complementary and Alternative Medicine
- (2) การประสานการศึกษาวิจัยเพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้ด้านการบริการและผลิตภัณฑ์ของ Complementary and Alternative Medicine
- (3) การจัดบริการข้อมูลข่าวสารด้าน Complementary and Alternative Medicine ที่เที่ยงตรงและเป็นประโยชน์ต่อนักวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความพร้อมและความสะดวกต่อการเข้าถึง และง่ายต่อความเข้าใจต่อสาธารณชนทั่วไป
- (4) แนวทางในการเข้าถึงข้อมูล และการเผยแพร่ส่งต่อข้อมูลด้าน Complementary and Alternative Medicine

ข้อที่ 3 การบริหารจัดการ

- (1) ตามขอบเขตข้ออนุญาตทางกฎหมาย ผู้บริหารองค์กรและหน่วยงานต่างๆ จะต้องให้บริการแก่กรรมการตามที่ถูกร้องขอ อันได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร และความร่วมมือช่วยเหลือเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามหน้าที่ของกรรมการ
- (2) กรรมการแต่ละท่านจะได้รับค่าตอบแทนทดแทนในอัตราในระดับ 1V ของ Executive Schedule ในแต่ละวันที่มาปฏิบัติงานในฐานะกรรมการ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และ per diem in lieu of subsistence
- (3) Department of Health and Human Service จะต้องให้การสนับสนุนคณะกรรมการในด้าน งบประมาณ การบริการ อำนาจความสะดวกในระบบการบริหารจัดการต่างๆ เช่น คณะทำงาน เครื่องมืออุปกรณ์ หรืออื่นๆ ที่จะเอื้อต่อการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการ
- (4) คณะกรรมการมีวาระ 2 ปี นับตั้งแต่วันแต่งตั้ง เว้นแต่ประธานาธิบดีจะขอยืดเวลาให้

1.3 การศึกษาวิจัย

1.3.1 ลักษณะงานวิจัย ที่สนับสนุนโดย NCCAM

CRISP searches of all ICD's portfolios เปิดเผยว่า ในปีงบประมาณ 1996 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ Complementary and Alternative Medicine ของสถาบัน NIH ได้ใช้งบประมาณถึง \$43.7 ล้านเหรียญสหรัฐ สำหรับ 140 โครงการ ใน 16 กลุ่ม ดังนี้

1) Diet, Nutritional Supplements and Herbalism	ร้อยละ	45	ของงบประมาณ
2) Mind/Body Medicine	“	25	“
3) Lifestyle and Disease Prevention	“	11	“
4) Manipulative Medicine and Massage	“	4	“
5) Alternative Medical Systems	“	4	“
6) Other Areas	“	1	“

1.3.2 ศูนย์วิจัยการแพทย์ทางเลือกเฉพาะสาขา (Alternative Medicine Specialty Research Center

Grants) 9 แห่ง คือ

1. Center for Addiction and Alternative Medicine Research (CAAMR)
Minneapolis Medical Research Foundation
Minneapolis, MN
Specialty: **Addictions**
2. Center for CAM Research in Aging
Columbia University
New York, NY
Specialty: **Aging and Women's Health**
3. Center for Alternative Medicine Research on Arthritis
University of Maryland School of Medicine
Baltimore, MD
Specialty: **Arthritis**
4. CAM Research Center for Cardiovascular Diseases
University of Michigan Taubman Health Care Center
Ann Arbor, MI
Specialty: **Cardiovascular Diseases**
5. Center for Natural Medicine and Prevention
Maharishi University of Management
Fairfield, IA
Specialty : **Cardiovascular Disease
and Aging in African Americans**
6. Consortial Center for Chiropractic Research
Palmer Center for Chiropractic Research
Davenport, IA
Specialty: **Chiropractic**
7. Oregon Center for CAM Research in Craniofacial Disorders
Kaiser Foundation Hospitals
Portland, OR
Specialty: **Craniofacial Disorders**
8. Oregon Center for CAM in Neurological Disorders
Oregon Health Sciences University
Portland, OR
Specialty: **Neurological Disorders**
9. Pediatric Center for Complementary and Alternative Medicine
University of Arizona Health Sciences Center
Tucson, AZ

1.4 การคุ้มครองผู้บริโภคและผู้รับบริการ

1.4.1 ข้อเสนอจาก NCCAM ในการพิจารณาเลือกการรักษาในระบบการแพทย์ทางเลือก (Considering Alternative Therapies)

การตัดสินใจเลือกใช้บริการการรักษาแบบ Complementary and Alternative Medicine เป็นเรื่องสำคัญที่ควรพิจารณา NCCAM ได้เสนอหลักการพิจารณา และแนวทางในการปฏิบัติสำหรับประชาชนในประเทศอเมริกา ไว้ดังนี้

- 1) **เลือกวิธีการบำบัดรักษาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ** (Access the Safety and Effectiveness of Therapy) ด้วยเหตุที่ความพร้อมด้านข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับ Complementary and Alternative Medicine จะน้อยกว่าระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน และการวิจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่งจะเริ่มตื่นตัวและเพิ่มมากขึ้น NCCAM จึงมีข้อเสนอ คือ

- 1.1) ให้สอบถามข้อมูลจากแพทย์หรือผู้ให้บริการด้าน Complementary and Alternative Medicine โดยตรง ซึ่งผู้ให้บริการมักมีเอกสารข้อมูลอ้างอิงมาสนับสนุนวิธีการบำบัดรักษา

- 1.2) ข้อมูลที่เชื่อถือได้ควรมาจากการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ซึ่งสามารถค้นหาได้ตามห้องสมุดสาธารณะ ห้องสมุดของมหาวิทยาลัย, ห้องสมุดทางการแพทย์, บริการข้อมูลระบบคอมพิวเตอร์ตามสาย (Online computer services), U.S.National Library of Medicine(NLM) at the National Institutes of Health (NIH)

ในกรณีที่ผู้ใช้บริการของห้องสมุด NLM ให้ติดต่อ NCCAM Clearing House เพื่อขอเอกสารข้อมูล Alternative Medicine Research Using MEDLINE

- 1.3) สำหรับข้อมูลที่ไม่ใช่ข้อมูลการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ปรากฏอยู่ทั่วไปในบทความทางสุขภาพตามหน้าหนังสือพิมพ์ หนังสือพ็อกเก็ตบุ๊ก นิตยสาร วารสาร ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ส่วนหนึ่งได้ถูกรวบรวมขึ้นจาก The Reader's Guide to Periodical Literature ที่มีอยู่ในห้องสมุดโดยส่วนใหญ่ ในส่วนบทความที่ตีพิมพ์ใน Health science Journals ต่างๆ ทั่วประเทศกว่า 3,000 เล่ม (ดูจาก Index Medicus) ก็ค้นคว้าได้จากห้องสมุดของมหาวิทยาลัย และห้องสมุดสาธารณะทั่วไปบางแห่ง

- 1.4) ทำตนให้เป็น "ผู้บริโภค" ที่มีความตื่นตัวในเรื่องข้อมูลข่าวสารอยู่เสมอ โดยยังคงรวบรวมแสวงหาข้อมูลแม้ว่าได้ตัดสินใจเลือกการรักษาและตัวผู้ให้บริการไปแล้ว ชักถามผู้ให้บริการถึงงานวิจัยใหม่ๆ ช้อได้เปรียบ หรือข้อจำกัดของวิธีการรักษานั้นๆ ความเสี่ยงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ ผลดีของการรักษาที่คาดว่าจะเกิด ระยะเวลาการรักษาที่คาดหวังได้

- 1.5) พุดคุยสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยที่เคยผ่านการรักษามาแล้ว ทั้งบุคคลที่เพิ่งรักษาและที่รักษามานานแล้ว ถ้าเป็นไปได้ควรได้ข้อมูลจากบุคคลที่มีเงื่อนไขสุขภาพที่เหมือนกัน และรักษาด้วยวิธีเดียวกัน

1.6) ให้ตระหนักว่าการประเมินความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการรักษาไม่สามารถประเมิน หรือสรุปได้จากประสบการณ์ของบุคคลเพียงคนเดียว การทดลองทางวิทยาศาสตร์ที่มีกลุ่มควบคุมเงื่อนไขเปรียบเทียบจะทำให้ได้ข้อมูลที่เชื่อมั่นได้มากขึ้น

2) **ตรวจสอบความชำนาญของผู้ให้บริการ** (Examine the Practitioner's Expertise) ผู้บริโภคควรให้ความสนใจกับผู้ให้บริการไม่ว่าจะเป็นแพทย์ หรือไม่ก็ตาม ทั้งในด้านพื้นฐานทางสังคม, คุณสมบัตินี้, ความสามารถ และศักยภาพ ว่าเหมาะสมกับการให้บริการ Complementary and Alternative Medicine หรือไม่ ดังนี้

2.1) ติดต่อกับหน่วยงานท้องถิ่น หรือหน่วยงานระดับรัฐที่ทำหน้าที่ดูแลควบคุมการประกอบโรคศิลปะของผู้ให้บริการ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันโดยทั่วไปบริการสุขภาพทางเลือกต่างๆ ยังไม่ได้รับการรับรองทางกฎหมายเหมือนกับในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ก็มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นทั้งในการอนุญาตให้มีใบประกอบโรคศิลปะ, การรับรองคุณภาพมาตรฐาน และการมีกฎหมายรองรับ

คณะกรรมการด้านการแพทย์ หรือการสาธารณสุขอื่นๆ ของหน่วยงานระดับรัฐหรือหน่วยงานท้องถิ่น หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคจะให้บริการข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้บริการด้านการแพทย์ทางเลือกที่ผู้บริโภคสามารถตรวจสอบรายละเอียดเฉพาะรายได้ เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ให้บริการคนนั้นๆ มีศักยภาพ และให้บริการที่มีคุณภาพที่ดีได้ โดยข้อมูลจะแสดงทั้งใบอนุญาตการประกอบโรคศิลปะ, วุฒิการศึกษา, การรับรองคุณสมบัติอื่นๆ หรือแม้กระทั่งการร้องเรียนผู้ประกอบการนั้นๆ ที่เคยเกิดขึ้น

บริการ Complementary and Alternative Medicine เกือบทุกสาขามีสมาคมวิชาชีพระดับประเทศในสาขานั้นๆ รองรับอยู่ องค์กรเหล่านี้ไม่ได้ทำหน้าที่ควบคุม หรือมีอำนาจทางกฎหมายโดยตรง แต่ให้การส่งเสริมบทบาทการบริการของสมาชิกองค์กร โดยจะช่วยเหลือ ให้ข้อมูลขององค์กรทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง หรือส่งต่อไปรับบริการกับผู้ให้บริการที่มีคุณภาพ ในแต่ละรัฐ หรือท้องถิ่น ในเขตที่ผู้บริโภคบริการสุขภาพนั้นๆ ต้องการ

2.2) พูดคุยกับผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในการใช้บริการสาขานี้ ทั้งจากผู้รับบริการและตัวแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่นที่เคยสัมผัสหรือเกี่ยวข้อง เพื่อหาระดับความเชื่อมั่นและความสามารถ รวมถึงการร้องเรียน ความไม่พอใจที่เกิดขึ้นโดยผู้ให้บริการ

2.3) พูดคุยกับตัวผู้ให้บริการเองโดยตรง เพื่อสอบถามวุฒิการศึกษา, การฝึกอบรมเพิ่มเติม, วุฒิบัตร - ใบประกอบโรคศิลปะ ทั้งการแพทย์ทางเลือก และการแพทย์แผนปัจจุบัน (ถ้ามี), วิธีการรักษา และดูแลผู้ป่วย, ค้นหาความใจกว้าง เปิดเผย เปิดใจสื่อสารกับผู้ป่วยเกี่ยวกับองค์ความรู้ทั้งด้านเทคนิควิธีการ, ผลข้างเคียงต่อร่างกายที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมถึงปัญหาที่ไม่คาดคิดอื่นๆ

เมื่อผู้บริโภคต้องการที่จะเลือกผู้ให้บริการในสาขาสุขภาพทางเลือก ผู้บริโภคมักจะค้นหาคนที่มีความรู้รอบด้านหลายๆ สาขา คนที่สามารถพูดคุย ชักถามปัญหาได้

ง่ายและสะดวกใจ และถึงแม้ว่าท่านตัดสินใจเลือกผู้ให้บริการแล้ว กระบวนการศึกษา แลกเปลี่ยนพูดคุยระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการยังคงดำเนินต่อไป

- 3) **พิจารณาด้านการให้บริการ** (Consider the Service Delivery) คุณภาพของการบริการ และวิธีการรักษาที่ไม่ว่าในเงื่อนไขโดยย่อมีความสำคัญทั้งสิ้น แต่อย่างไรก็ยังไม่สำคัญมากเท่ากับความมาตรฐาน ความปลอดภัย และประสิทธิภาพที่ผู้รับบริการควรได้รับ

ผู้รับบริการควรไปเยี่ยมที่สำนักงาน คลินิก หรือโรงพยาบาลที่ให้บริการ เพื่อสอบถามความคาดหวังที่ผู้ป่วยจะได้เห็นความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นในเวลาหนึ่งวัน หรือหนึ่งสัปดาห์ และผู้ให้บริการจะต้องใช้เวลากับผู้ป่วยนานเท่าใด ตลอดจนดูสภาพสิ่งแวดล้อม เครื่องมือ และบริการอื่นๆ ของสถานบริการนั้นๆ และมีอีกหลายๆ คำถามที่จะเกี่ยวกับคุณภาพของการบริการ เช่น ราคาค่าบริการคุ้มค่ากับบริการที่ให้หรือไม่ บริการต่างๆ สามารถกระทำได้ในสถานที่เดียวหรือไม่ หรือต้องส่งต่อ/เดินทางไปใช้บริการทางเทคนิคอื่น ในที่อื่นๆ อีกด้วย

นอกจากนี้ผู้รับบริการควรติดต่อหน่วยงาน หรือคณะกรรมการควบคุมกฎหมาย สถานพยาบาล หรือองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคบริการสาธารณสุข รวมทั้งพูดคุยกับผู้เคยใช้บริการจากสถานบริการดังกล่าวมาแล้ว เพื่อสอบถามรายละเอียดข้อมูลเพิ่มเติม

- 4) **พิจารณาราคา** (Consider the Cost) ราคาค่าบริการก็เป็นเรื่องสำคัญอีกประการหนึ่งที่ควรพิจารณาเพราะว่าในปัจจุบันผู้ใช้บริการ Complementary and Alternative Medicine หลายๆ ประเภทยังต้องจ่ายเองโดยตรง ไม่สามารถเบิกกลับคืนจากระบบประกันสุขภาพได้ ดังนั้นผู้รับบริการจึงควรสอบถามผู้ให้บริการหรือบริษัทประกันสุขภาพก่อนว่ามีบริการประเภทใดบ้างที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ
- 5) **ปรึกษาผู้ให้บริการเอง** (Consult Your Health Care Provider) สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ การได้พูดคุย ชักถามรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการรักษาจากผู้ที่จะเป็นผู้ให้บริการเราโดยตรง

1.5 การพัฒนาวิชาชีพและมาตรฐานบริการ

ในปัจจุบันมีการรวมกลุ่มองค์กรวิชาชีพทางการแพทย์ทางเลือกในสาขาต่างๆ อาทิ เช่น

American Academy of Medical Acupuncture
American Association of Alternative Healers
American Association of Colleges of Osteopathic Medicine
American Association of Naturopathic Physicians
American Chiropractic Association
American Holistic Health Association
American Holistic Medical Association
American Holistic Nurses' Association
American Natural Hygiene Society
American Naturopathic Medical Association
American Osteopathic Association

American Osteopathic Healthcare Association

หรือเป็นการรวมกลุ่มวิชาชีพในระดับรัฐ เช่น

Pennsylvania Society for Behavioral Medicine and Biofeedback

Washington State Chiropractic Association

1.6 หลักสูตรการเรียนการสอน (Alternative Medical Courses) ในโรงเรียนแพทย์ของสหรัฐอเมริกา

โรงเรียนแพทย์ 27 แห่งในสหรัฐได้บรรจุหลักสูตรวิชาการแพทย์ทางเลือก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้นักเรียนแพทย์มีความรู้ และทักษะในการให้คำปรึกษาแก่คนไข้ที่ใช้หรือต้องการใช้บริการในระบบการแพทย์ทางเลือก ดังนี้

U.S Medical Schools	Alternative Medical Courses
Boston University School of Medicine	Public health perspectives on alternative health care
Case Western Reserve University School of Medicine	Chinese QiGong I, II
Columbia University College of Physicians and Surgeons	Survey in alternative/complementary medicine
City University of N.Y. Medical School	Culture, health and illness
Emory University School of Medicine	Complementary medical practices
Georgetown University School of Medicine	The program of Mind-Body studies
Harvard Medical School	Alternative medicine: implications for clinical practice and research Medical hypnosis and behavioral therapy
Indiana University School of Medicine	Complementary medicine, developing new health paradigms
John Hopkins School of Medicine	The philosophy and practice of healing
Medical College of Pennsylvania	Medicine and folklore I, II
Mount Sinai School of Medicine	Survey course in alternative medicine The power of subtle body: innovative Qigong Mind-body techniques and healing Hypnotherapy Introduction to Biofeedback techniques and medical practice Preparation for certification in Biofeedback Science of Yoga
Penn State college of Medicine	Folk and alternative health systems
Southern Illinois University School of Medicine	Chinese Acupuncture
Stanford University School of Medicine	Alternative medicine: a scientific perspective

U.S Medical Schools	Alternative Medical Courses
Tufts University School of Medicine	Survey course in alternative medicine
Uniformed Services University of the Health Sciences	Alternative medicine seminar series
University of Arizona School of Medicine	Alternative medicine
University of California, Los Angeles School of Medicine	Psychoneuroimmunology Medical acupuncture for physicians Introduction to complementary medicine Integrative East West medicine
University of California, San Francisco School of Medicine	The healer's art Introduction to Homeopathic medicine Complementary ways of healing
University of Cincinnati School of Medicine	Alternative approaches to medical treatment
University of Louisville School of Medicine	Alternative and paranormal health claims
University of Maryland School of Medicine	Introduction to Complementary (Alternative) Medicine
University of Miami School of Medicine	Art and Science of Acupuncture
University of Virginia School of Medicine	Healing options: complementary medicine for Physicians of the future
Wayne State School of Medicine	Introduction to alternative medicine
Yale School of Medicine	Alternative medicine in historical perspectives

2.กรณีศึกษาในทวีปยุโรป

2.1 คำให้ความหมาย และคำจำกัดความในทวีปยุโรป

2.1.1 Non-conventional medicine

1) แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสหราชอาณาจักร ได้ให้ความหมายว่า เป็นระบบการแพทย์ที่เสริมเพิ่มเติมจากการแพทย์ตะวันตก และไม่ได้สอนในโรงเรียนแพทย์ จัดได้เป็นกลุ่ม ดังนี้

- 1.1) ศาสตร์การรักษาทางกายภาพ Physical therapies ได้แก่ การแพทย์ osteopathy
- 1.2) ศาสตร์การรักษาทางจิต Psychological therapies ได้แก่ การสะกดจิต hypnotherapy
- 1.3) ศาสตร์การรักษาแบบ Paranormal therapies ได้แก่ การเยียวยาต่างๆ healing

2) องค์การอนามัยโลก WHO ให้ความหมายว่าเป็นทุกรูปแบบการการให้บริการสุขภาพ ที่โดยปกติแล้วจะอยู่นอกระบบการรักษาแบบเป็นทางการในภาครัฐ ซึ่งรวมหมายถึง

- 2.1) ระบบการแพทย์แผนดั้งเดิม Formalized traditional systems of medicine ได้แก่ Ayurvedic, traditional Chinese
- 2.2) บุคลากร Traditional healers and medicine-men

2.3) เทคนิคการรักษา Biofeedback, chiropractic, naturopathy osteopathy, homeopathy, Christian science

2.1.2 Alternative VS complementary therapies

1) **การรักษาแบบเสริม Complementary therapies** หมายถึง ระบบการรักษาที่สามารถจัดให้เป็นบริการเพิ่มเติม เสริมควบคู่ไปพร้อมๆ กับการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ได้แก่

- 1.1) การรักษาตนเอง self-help therapies เช่น yoga
- 1.2) re-educational therapies เช่น Alexander Technique
- 1.3) relatively non-invasive therapies เช่น healing and massage
- 1.4) all interventional therapies เช่น acupuncture, osteopathy and chiropractic

ผู้ประกอบการวิชาชีพ เช่น osteopaths หรือ chiropractors สามารถให้การรักษาโรคในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ไปพร้อมๆ กับที่ผู้ป่วยได้รับการสั่งยาจากแพทย์แผนปัจจุบันในการรักษาโรคดังกล่าวได้ ทั้งนี้ osteopaths และ chiropractors มีหลักสูตรการศึกษาพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ใกล้เคียงกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ทำให้สามารถสื่อสารและเข้าใจกันได้แบบ “พูดภาษาเดียวกัน”

ในขณะเดียวกัน หลักสูตรวิชาทางด้าน non-conventional therapies เหล่านี้ ได้ถูกบรรจุในการเรียนการสอนของนักศึกษาแพทย์เช่นเดียวกัน

2) **การรักษาด้วยแบบแผนทางเลือก Alternative therapies** เป็นวิธีการรักษาแบบ กระทำแทนที่ วิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบัน เช่น การใช้ยาจากสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน

2.1.3 Medicine and non-conventional therapies

- 1) การแพทย์กระแสหลักเป็นระบบการรักษาที่กระทำโดยผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาแพทยศาสตร์ที่ขึ้นทะเบียนกับ General Medical Council เท่านั้น ตามกฎหมาย Medical Act ค.ศ. 1858
- 2) การรักษาแบบ non-conventional therapies เป็นระบบการแพทย์ หรือการดูแลสุขภาพที่ไม่ได้จัดบริการโดยผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์แผนปัจจุบันสาขาต่างๆ รวมถึงไม่มีสอนในหลักสูตรการเรียนการสอนในวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข

2.2 แนวโน้มของการแสวงหาบริการสุขภาพทางเลือกของประชาชน

กระแสความนิยมเริ่มในราว 1960s ในกลุ่มคนหนุ่มสาวที่แสวงหาทางเลือกใหม่ๆ สำหรับวิถีการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะในเรื่องของ “ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม” เหตุผลหลักที่ non-conventional therapies ได้รับความสนใจอย่างเป็นทางการคือ กระแสความตื่นตัวของผู้ป่วยที่แสวงหาทางเลือกอื่นๆ ในการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยที่ Council of Europe ได้ออกมาแถลงว่า “เป็นไปได้ที่จะพิจารณาว่าปรากฏการณ์นี้เป็นเพียงเรื่องเล็กๆ ในระบบการแพทย์ แต่ได้สะท้อนความต้องการของสาธารณชนอย่างแท้จริง ซึ่งต้องการการค้นหาคำหมายและการวิเคราะห์” นอกจากนี้ยังเป็นเรื่องผลประโยชน์ในตลาดการค้าผลิตภัณฑ์สุขภาพทางเลือกต่างๆ อันได้แก่ ผลิตภัณฑ์ธรรมชาติต่างๆ อาหารเสริม วิตามิน โสมิโอฟาที่ และสมุนไพร

The Under-Secretary of Health แห่งสหราชอาณาจักร ให้ข้อมูลต่อรัฐสภาในปี 1987 ว่า non-conventional medicine มีไม่น้อยกว่า 160 ศาสตร์ และเทคนิคของศาสตร์

จากการสำรวจประชากรของประเทศต่างๆ ในทวีปยุโรป และออสเตรเลีย ได้แสดงให้เห็นว่าปัจจุบันการแพทย์ทางเลือกเป็นที่นิยมอย่างกว้างขวางในประเทศอุตสาหกรรม ร้อยละของประชากรที่เลือกใช้บริการการแพทย์ทางเลือกในช่วง ปีที่ผ่านมา ประมาณการได้ ดังนี้

- ประเทศเดนมาร์ก	ร้อยละ 10	(ปี 2530)
- ประเทศฟินแลนด์	ร้อยละ 33	(ปี 2525)
- ประเทศออสเตรเลีย	ร้อยละ 49	(ปี 2536)

(ความแตกต่างของอัตราการใช้บริการบำบัดรักษาทางการแพทย์ทางเลือกเป็นช่วงกว้างแบบนี้ อธิบายได้ส่วนหนึ่งจากความแตกต่างในการกำหนดคำจำกัดความ และการคัดเลือกการบำบัดรักษาแบบทางเลือกที่ถูกประเมินที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ)

และจากการสำรวจโพลความคิดเห็นสาธารณะ และการสำรวจของสมาคมผู้บริโภคแสดงให้เห็นอัตราความชุกชุมของการใช้บริการการแพทย์ทางเลือกที่สูงในกลุ่มประเทศในทวีปยุโรป และสหราชอาณาจักร กล่าวคือ ประมาณร้อยละระหว่าง 25-75 ของประชากรประเทศอังกฤษ ฝรั่งเศส เยอรมัน และเนเธอร์แลนด์ ที่หันมานิยมรับบริการในระบบการแพทย์ทางเลือก โดยที่ในประเทศอังกฤษและเยอรมันประชาชนสามารถเบิกคืนค่าบริการโฮมิโอพาตีได้จากระบบประกันสุขภาพโดยระบบสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Service) และจากบริษัทเอกชน ตามลำดับ

2.3 ทิศทางการพัฒนา

สนธิสัญญา The Maastricht Treaty on Political Union ร่วมระหว่างรัฐบาลต่างในเครือสหภาพยุโรป เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 1992 ซึ่งแก้ไขสนธิสัญญาเก่าและขยายอำนาจของสหภาพยุโรป ได้กำหนดนโยบายด้านการสาธารณสุขไว้ในมาตราที่ 129 ไว้ว่า “สหภาพยุโรปจะให้การสนับสนุนการปกป้องสุขภาพของประชาชนอย่างถึงที่สุด โดยการกระตุ้นการประสานความร่วมมือระหว่างนานาประเทศสมาชิก และหากจำเป็นจะให้การยืมงบประมาณช่วยเหลือเพื่อกิจการดังกล่าว” ถึงแม้ว่าสนธิสัญญาดังกล่าวจะไม่ได้ระบุข้อความที่ชัดเจนเกี่ยวกับ non-conventional therapies แต่คณะกรรมการสาธารณสุข สามารถมีบทบาทในการติดตามเฝ้าระวังกิจการของ non-conventional therapies ในประเทศสมาชิกต่างๆ ได้ โดยการรวบรวมข้อมูลความเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงทางด้านกฎ ระเบียบ และโครงการริเริ่มใหม่ๆ เช่น การพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานของระบบการรักษาที่หลากหลาย

หนึ่งในโครงการพัฒนา ที่มีศักยภาพที่จะยกระดับข้อมูลการเปรียบเทียบการรักษาแบบ non-conventional therapies ต่างๆ ในประเทศยุโรป คือ โครงการ “Unconventional Medicine” ของ Council of Science and Technology (COST) ซึ่งเป็นองค์กรที่อยู่ภายใต้ the general secretariat of the Council of the European Communities ตั้งอยู่ที่กรุง Brussels ประเทศเบลเยียม โครงการนี้เป็นโครงการห้าปีที่ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับ non-conventional therapies ทั้งทางด้านการแพทย์, สังคม, วัฒนธรรม, จิตวิทยา, กฎหมาย และเศรษฐกิจ

ช่วงแรกของการวิจัยจะเน้นทางด้านการแพทย์ โดยมีเป้าหมาย คือ

- 1) อำนวยความสะดวกต่อกิจกรรมการวิจัยที่จะบรรลุผลที่ดี โดยการช่วยตรวจสอบ ประสานงาน หรือจัดตั้งระบบข้อมูลพื้นฐาน
- 2) วิพากษ์ข้อมูลการวิจัยที่มีอยู่ทั้งในระดับเตรียมคลินิก และการวิจัยคลินิก
- 3) พัฒนาและประเมินกระบวนการวิจัยและให้บริการให้คำปรึกษาแก่นักวิจัยในพื้นที่
- 4) จัดทำโครงการวิจัยทางคลินิกเพื่อศึกษา effects, clinical efficacy and safety of non-conventional therapies
- 5) ตรวจสอบหลักการการทำงานที่กล่าวอ้างว่าเป็นรูปแบบของ non-conventional therapies

ถึงแม้ว่าโครงการยังขาดความชัดเจนในภาคปฏิบัติในการบริหารจัดการ แต่ก็ถือว่าโครงการนี้เป็นจุดเริ่มต้นที่ดีที่จะส่งเสริมการประสานความร่วมมือและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันในกลุ่มนานาชาติของทวีปยุโรป

2.4 ข้อกำหนดทางกฎหมาย และกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง

กระแสด้านความนิยมของประชาชนอย่างต่อเนื่อง และการขยายตัวของตลาดผลิตภัณฑ์นี้ มีผลทำให้ประเทศต่างๆ ในยุโรปต้องทบทวนนโยบายของตนเอง และออกกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.4.1 ประเทศเนเธอร์แลนด์ แม้ว่ากฎหมายจะควบคุมให้การรักษาระทำได้เฉพาะผู้มีใบประกอบโรคศิลปะทางการแพทย์อย่างเข้มงวดก็ตาม แต่แรงกดดันจากสาธารณะที่ยอมรับการรักษาด้วย non-conventional therapies อื่นๆ จากผู้กระทำเวชปฏิบัติที่ไม่ใช่แพทย์แต่มีคุณภาพ ทำให้ผู้มีอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต้องทบทวนกฎหมายที่ดำรงอยู่ The Royal Dutch Medical Association (KNMG) ได้ริเริ่มจัดเวทีการแลกเปลี่ยน และถกเถียงหาข้อสรุประหว่างผู้กระทำเวชปฏิบัติแผนต่างๆ ทั้งนี้ the National Council for Health Care และ the Council for Health เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดทำรายงาน

พระราชบัญญัติใหม่ที่รองรับผู้ประกอบวิชาชีพทางเวชปฏิบัติฉบับใหม่ (ได้ผ่านสภาล่างเมื่อมิถุนายน 1992 และกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาของสภานิติบัญญัติ และคาดว่าจะสามารถประกาศใช้ได้ในปี 1994/5) ได้เปลี่ยนแปลงกฎหมายฉบับเก่าอย่างถอนรากถอนโคน ที่ให้การคุ้มครองผู้ประกอบวิชาชีพทางเวชปฏิบัติแผนอื่นๆ ที่มีคุณสมบัติเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านนั้นๆ และให้โอกาสแก่ผู้ป่วยที่จะมีสิทธิในการเลือกใช้บริการที่หลากหลาย ทั้งนี้ยกเว้นเวชปฏิบัติที่ไม่มีคุณภาพที่จะทำให้เกิดความเสี่ยงและอันตรายต่อผู้ป่วย และผู้ประกอบวิชาชีพที่ไม่มีคุณสมบัติเฉพาะ (เช่น การศึกษา และฝึกอบรมเฉพาะทาง) ในการกระทำเวชปฏิบัติในด้านต่อไปนี้

- 1) penetration of human tissue by incision
- 2) treatment involving obstetrics
- 3) catheterization and endoscopy
- 4) the giving of injections and the puncturing of human skin
- 5) the administration of anaesthetics
- 6) the use of radioactive materials, radiation in treatment
- 7) the use of electrical cardiography and defibrillators
- 8) the administration of electro-convulsive therapy
- 9) in-vitro fertilization and other interventional fertility treatments
- 10) shattering of renal or ureteric stones

ด้วยเหตุที่รัฐบาลจะให้ความคุ้มครองแก่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชปฏิบัติแผนต่างๆ ตามกฎหมายจึงกำหนดให้มีมาตรฐานคุณภาพการบริการไว้ พร้อมกับกำหนดเงื่อนไขเวลาของใบอนุญาตที่ผู้ปฏิบัติต้องฟื้นฟู และพัฒนาองค์ความรู้ของตนสม่ำเสมอเพื่อต่อใบอนุญาตตามเวลาที่กำหนด และให้สภาวิชาชีพเป็นผู้ควบคุมดูแลผู้ประกอบโรคศิลปะในวิชาชีพของตนเอง

รัฐบาลเนเธอร์แลนด์ได้กำหนดนโยบายที่จะส่งเสริม non-conventional therapies ผ่าน the State Committee on Alternative Medicine ดังนี้

- 1) การจัดตั้งศูนย์เอกสารและข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้บริการการค้นหาค้นหาผู้กระทำเวชปฏิบัติทางเลือกที่ไว้วางใจได้

- 2) จัดตั้งกองทุนด้วยงบประมาณ 1 ล้านกิลเดอร์ หรือประมาณ 3 แสนปอนด์ ต่อปี เพื่อสนับสนุนการศึกษาประสิทธิภาพของ non-conventional therapies
- 3) การสร้างหลักสูตรที่เหมาะสมเสนอให้แก่สถาบันการศึกษา และมหาวิทยาลัย
- 4) จัดตั้งองค์กรที่จะทำหน้าที่ประสานความเข้าใจระหว่าง แพทย์แผนปัจจุบัน กับ non-conventional therapists
- 5) การค้นหาความเป็นไปได้ในการสร้างมาตรฐานคุณภาพและความไว้วางใจของผู้กระทำเวชปฏิบัติ non-conventional therapies
- 6) การจัดตั้ง a permanent Advisory Board on non-conventional therapies เพื่อทำหน้าที่เป็นองค์การประสานงานภายใต้ the National Council of Health Care
- 7) การวางหลักเกณฑ์ระเบียบวิธีการศึกษาวิจัยที่ยอมรับได้

ทั้งนี้ ตามคำเรียกร้องของรัฐบาลเนเธอร์แลนด์ จึงมีการเร่งจัดทำโครงการศึกษาประสิทธิภาพการใช้ประโยชน์จาก non-conventional therapies

2.4.2 ประเทศเยอรมัน ผู้กระทำเวชปฏิบัติสาขาต่างๆ "Heilpraktiker (health practitioners)" ซึ่งอยู่ภายใต้กฎหมาย the Natural Therapy Act 1939 จะได้รับใบประกอบโรคศิลปะจากรัฐในการรักษาผู้ป่วยโดยสามารถใช้ non-conventional therapies ที่หลากหลาย ได้แก่ homeopathy, acupuncture, naturopathy, hydrotherapy และการบำบัดด้วยมือ manipulation และการกระทำเวชปฏิบัติดังกล่าวโดยไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ Heilpraktiker และ medical practitioner ถือว่าเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย ในปัจจุบันโรงเรียนแพทย์ในเยอรมันมีการทดสอบความรู้ทางด้าน non-conventional therapies ด้วย

2.4.3 ประเทศในกลุ่มสแกนดิเนเวีย มีทิศทางคล้ายประเทศเยอรมัน ในการยอมรับการกระทำเวชปฏิบัติด้าน ที่ถูกกฎหมายมากขึ้น เช่น

1) **เดนมาร์ก** non-conventional therapists สามารถให้การรักษาได้โดยถูกกฎหมาย ถึงแม้ว่า กฎหมาย the Medical Act จะกำหนดขอบเขตในการกระทำเวชปฏิบัติที่ต้องมีคุณสมบัติทางการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น ในการรักษาโรคติดเชื้อ, การผ่าตัด และการส่งยา และกำหนดบทลงโทษสำหรับการรักษาที่ทำอันตรายต่อผู้ป่วย

2) **สวีเดน** บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจะต้องขึ้นทะเบียนกับ the National Board of Health and Welfare และอยู่ภายใต้ the Supervision of Health and Medical Personnel Act ทั้งนี้ประเทศสวีเดนยอมรับมาตรฐานการรักษาของ Chiropractic ตั้งแต่ปี ค.ศ.1989 รวมถึงการอนุญาตให้สามารถให้บริการทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพด้านต่างๆ ถึงแม้ว่า โรคมะเร็ง เบาหวาน การติดเชื้อ ลมบ้าหมู และการดูแลการตั้งครรภ์เป็นเรื่องที่ถูกห้ามกระทำตามกฎหมาย ผู้กระทำเวชปฏิบัติที่ไม่ใช่แพทย์ไม่ได้รับอนุญาตให้รักษาผู้ป่วยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 8 ปี

3) **นอร์เวย์** ตามกฎหมาย the Medical Act 1936 อนุญาตให้บุคคลใดๆ ให้การรักษาผู้ป่วยได้ยกเว้นในโรค มะเร็ง วัณโรค โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

หมายเหตุ ในเดนมาร์กและนอร์เวย์ กำหนดให้เฉพาะแพทย์และทันตแพทย์เท่านั้นที่สามารถให้การรักษาโดยวิธีการฝังเข็มได้ ในขณะที่นอร์เวย์มอบหน้าที่นี้ให้บุคลากรอื่นๆ สามารถกระทำได้

2.4.4 ฟินแลนด์ กฎหมายในฟินแลนด์ไม่อนุญาตให้ผู้มิใช่แพทย์กระทำเวชปฏิบัติแบบ non-conventional therapies ได้เลย ทั้งๆ ที่ได้รับการยอมรับจากประชาชนเป็นอย่างมาก แต่ต้องถูกดำเนินการโดยผู้มีอำนาจจัดการ The Ministry of Health and Social Affairs ได้เห็นความสำคัญและบทบาทของ non-conventional therapies ต่อระบบ

บริการสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นในปี 1975 การฝังเข็มจึงได้รับการยอมรับให้กระทำโดยแพทย์แผนปัจจุบัน และถูกบรรจุอยู่ในหลักสูตรของโรงเรียนแพทย์ด้วย

2.4.5 สหราชอาณาจักร กฎหมายให้เสรีภาพแก่บุคลากรที่มีใช้แพทย์แผนปัจจุบันกระทำเวชปฏิบัติแบบ non-conventional therapies ได้อย่างเสรี ไม่ว่าจะมีความรู้ และทักษะจากการอบรมในระดับใด อย่างไรก็ตามการรักษาเหล่านี้ก็ไม่ได้เป็นบริการประจำในระบบบริการสุขภาพของรัฐ ซึ่ง The Secretary of State for Health มีบทบาทหน้าที่ตามพระราชบัญญัติ ในการให้บริการแบบผสมผสานภายใต้ National Health Service Act ในปี 1977 รวมถึงความรับผิดชอบในการปกป้องเรื่องสุขภาพของประชาชนชาติ ตามกฎหมาย บริการการรักษาทางการแพทย์ทั้งหมดภายใต้ the National Health Service จะต้องกระทำโดยแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น

อย่างไรก็ตามผู้กระทำเวชปฏิบัติแบบ non-conventional therapies จะถูกห้ามไม่ให้มีการโฆษณาการรักษา หรือโฆษณาสูตรตำรับยา สำหรับการรักษาโรคดังนี้ คือ มะเร็ง วัณโรค เบาหวาน ลมบ้าหมู และถูกห้ามขาดสำหรับการรักษาสำหรับผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างๆ นอกจากนี้ยังมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ให้ความคุ้มครองผู้บริโภคที่ต้องใช้บริการของ non-conventional therapies แบบเสรีนี้ เช่น Consumer Protection Act 1987, the tortious-based common law of negligence “duty of care to the patient”, European Directive on Product Liability สำหรับ homeopathic and herbal products, Control of Substances Hazardous to Health Regulations 1988 และ Supply of Goods and Services Act 1982

ในปี 1992 ยังไม่มีสภาวิชาชีพด้าน non-conventional therapies ที่จะช่วยควบคุมดูแลมาตรฐานบริการ เมื่อเปรียบเทียบกับองค์กรวิชาชีพของแพทย์ พยาบาล หรือผดุงครรภ์

2.4.6 ฝรั่งเศส เบลเยียม และอิตาลี มีความแตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับสหราชอาณาจักรที่การกระทำเวชปฏิบัติด้าน non-conventional therapies ที่มีได้กระทำโดยผู้มีใบประกอบโรคศิลปะทางการแพทย์ ถือว่าเป็นการผิดกฎหมาย

ในประเทศฝรั่งเศส ถึงแม้ว่า บริการ osteopathy จะผิดกฎหมาย แต่การเรียนการสอนศาสตร์นี้ได้รับการยอมรับทางกฎหมาย และมีการขยายตัวของสถาบันฝึกอบรมอย่างรวดเร็ว

ในประเทศฝรั่งเศสและเบลเยียม แพทย์แผนปัจจุบันให้การรักษาโดยวิธีการแบบ non-conventional therapies จำนวนมาก เช่น ในฝรั่งเศสแพทย์กว่า 10,000 คนที่จ่ายยา homeopathy เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนแพทย์ไม่กี่ร้อยคนที่กระทำเช่นนี้ในสหราชอาณาจักร

การแพทย์ทางเลือกอื่น

: บทสรุป และวิเคราะห์

การแพทย์ทางเลือก กำลังได้รับความสนใจเพิ่มสูงขึ้นในภูมิภาคต่างๆ ทั่วโลก และในสังคมไทย ทั้งจากสาธารณชน สื่อมวลชน และองค์กรของรัฐ ในการสำรวจข้อมูลพื้นฐาน เกี่ยวกับความชุกชุม และแบบแผนของการใช้บริการ ได้แสดงให้เห็นถึงสถานะการดำรงอยู่จริงในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ ที่กำลังเติบโตขยายตัวของ การให้บริการ

ระบบการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ระบบการแพทย์พื้นบ้าน หรือการแพทย์แผนดั้งเดิมของประเทศ ทั้งในสังคมไทยเอง และในภูมิภาคอื่นๆ ทั่วโลก มีลักษณะเด่นร่วมกัน ดังนี้

1. มีจุดกำเนิด และเกิดกระแสการผลักดันจากระดับล่าง (Bottom up) ผู้ระดับบน ซึ่งต่างจาก โครงการสุขภาพอื่นๆ ที่มีลักษณะ Top down กล่าวคือ มีจุดกำเนิดและเติบโตในระบบบริการสุขภาพของภาคเอกชน และการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน มากกว่า ในระบบบริการของภาครัฐ
2. มีลักษณะการขยายตัวเป็นเครือข่ายในแนวนอน (Horizontal) มากกว่าในแนวตั้ง (Vertical)
3. สื่อมวลชน มีบทบาทในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในด้านกว้าง และก่อกระแสความนิยมสูงมาก
4. ยังมีข้อมูลหรือรายงานการศึกษาวิจัยสนับสนุนน้อยมาก ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ หรือคำอธิบายเกี่ยวกับกลไกในการบำบัดรักษาของแต่ละศาสตร์ ทำให้การนำเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ ที่มีระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นกระแสหลัก เป็นไปได้ยาก และเชื่องช้า
5. มีการทบทวน เปลี่ยนแปลงกฎหมายการประกอบโรคศิลปะ การรวมกลุ่มองค์กรวิชาชีพ และการจัดหลักสูตรการเรียนการสอน เพื่อรองรับกระแสความตื่นตัวของภาคประชาชน และความเป็นจริงของการเติบโตของการแพทย์ทางเลือกในระบบสุขภาพ โดยจังหวะก้าวแรกสำหรับระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ จะยังคงอยู่ในอำนาจการตัดสินใจ และการจัดบริการโดยแพทย์แผนปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. หน่วยที่ 12 การเจ็บไข้ได้ป่วย : การผสมผสานแนวคิดเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยในสังคมปัจจุบัน, เอกสารการสอนชุดวิชา แนวคิดไทย, สาขาวิชาศิลปศาสตร์, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2533 : 623-624.
2. เฉลียว ปิยะชน. อายุรเวท : ศาสตร์แห่งชีวิต, หนังสือวิชาการสถาบันการแพทย์แผนไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2537
3. ประเวศ วะสี. สุขภาพองค์รวม. ใน : พระไพศาล วิสาโล บรรณาธิการ. องค์รวมแห่งสุขภาพ : ทัศนะใหม่เพื่อคุณภาพแห่งชีวิตและการบำบัดรักษา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2536 : 60.
4. ปัทมาวดี กลสิกรรม, โครงการศึกษาเพื่อพัฒนานโยบายด้านศาสตร์สุขภาพทางเลือกเพื่อเป้าหมายการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (พ.ศ.2540-2541), เอกสารเผยแพร่, 2541
5. พระไพศาล วิสาโล, แนวทางการพัฒนาสุขภาพองค์รวมในสังคมไทย. ใน : พระไพศาล วิสาโล บรรณาธิการ. องค์รวมแห่งสุขภาพ : ทัศนะใหม่เพื่อคุณภาพแห่งชีวิตและการบำบัดรักษา, กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2536 : 33-49
6. พระไพศาล วิสาโล, สมควร ใฝ่งามดี, แลชอบฟ้าเขียว : ทางเลือกสำหรับอนาคตที่กำลังปรากฏเป็นจริง. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2533 : 33-34, 85.
7. รุจิณาท อรรถสิขัฐ , แนวคิดและหลักการพื้นฐานของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เอกสารประกอบการสัมมนา “การดูแลสุขภาพแบบธรรมชาติ” โดยสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน เมื่อ พ.ศ.2540 ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น จ.สระบุรี .
8. ลดาวัลย์ สุวรรณกิตติ. ดุลยภาพบำบัด (Equilibropathy), เอกสารเผยแพร่, 2540.
9. สุวิทย์ ปรัชญาปารมิตา, การแพทย์นอกระบบ : 177 ทางเลือกไปสู่สุขภาพ, กรุงเทพฯ : สำนัก พิมพ์สาระ, 2541.
10. สุเกียรติ อาชานานภาพ, ทัศนะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เอกสารประกอบการสัมมนาเครือข่ายการดูแลสุขภาพพื้นบ้านนานาชาติ : วัฒนธรรมกับสุขภาพ เมื่อวันที่ 11-14 กันยายน 2539 ณ โรงแรมกรีนสอร์ท จ.เชียงราย
11. Altenberg H E, Holistic Medicine : A Meeting of East and West, [Online]. Available : <http://www.amazon.com/exec/obidos/ts/book-contents>
12. British Medical Association, Complementary Medicine : New Approaches to Good Practice, Oxford University Press, 1993
13. Canadian Holistic Medical Association, What is Holistic Health?, [Online], Available : <http://www.holisticmed.com/whatis.htm>, 1998.
14. Office of Complementary and Alternative Medicine, What is OCAM?, [Online]. Available : <http://www.Altermed.od.nih.gov/oam/site-index.html>
15. Otsuka K., Japan Holistic Medical Society, Holistic Medicine, Distributed paper.
16. Singholka A., Alternative Medicine Systems, Distributed paper, 1997

17. Unknown, Alternative/Complementary Medicine, [Online]. Document taken from Lecture Material given at Harvard CME Seminar on 'Alternative Medicine : Implications for Clinical Practice" March 28-31, 1995. Available : [http //www.vtmednet.org/im/ gen/altern.html](http://www.vtmednet.org/im/gen/altern.html), 1995.
18. Unknown, Glossary, [Online]. Available : [http: //www.halcyon.com/waterway/ glossary .htm](http://www.halcyon.com/waterway/glossary.htm)
19. Walter S., What is holistic health? Encyclopedia of Body Mind Disciplines, American Holistic Health Association, 1997.

สถานการณ์อื่นๆ

: สถานการณ์การพัฒนาสมุนไพรในประเทศ

สมุนไพร เป็นทรัพยากรธรรมชาติอันมีค่ายิ่ง และวัฒนธรรมทางการแพทย์ของไทยมีภูมิปัญญาที่สะสมสืบทอดการใช้พืชพันธุ์จากแหล่งธรรมชาติ มาใช้เป็นยารักษาโรคนานหลายชั่วอายุคน พืชสมุนไพรถูกทอดทิ้งจากภาครัฐมานานกว่า 100 ปี จนกระทั่งแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520 – 2524) เป็นต้นมา รัฐบาลไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดนโยบายการพัฒนาสมุนไพร เพื่อให้ประโยชน์ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ใช้ในอุตสาหกรรมยาแผนโบราณและยาแผนปัจจุบัน เป็นยุทธปัจจัย และเพื่อการส่งออก จนกระทั่งถึงปัจจุบันที่รัฐมีนโยบายให้พัฒนาและส่งเสริมการใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สนับสนุนการวิจัยและพัฒนา เพื่อการพัฒนาสาธารณสุขบนพื้นฐานของการพึ่งตนเองให้มากขึ้นในระยะยาว หน่วยงานต่าง ๆ อาทิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา องค์การเภสัชกรรม สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ สังกัดกระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม ทบวงมหาวิทยาลัย และภาคเอกชน วางแผนงบประมาณและกำหนดแนวทาง รวมทั้งการประสานแผน เพื่อให้การวิจัยและพัฒนาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ นำมาใช้เป็นยา ให้สามารถลดการนำเข้าวัตถุดิบและยาจากต่างประเทศ ตลอดจนสามารถผลิตเป็นอุตสาหกรรมส่งออกได้ในที่สุด

การพัฒนาสมุนไพรในประเทศไทย นับแต่การกำหนดเป็นนโยบายของรัฐ มีพัฒนาการที่น่าสนใจ 5 ด้าน ดังนี้คือ

1. ด้านการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในชุมชน

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ถือได้ว่าเป็นหน่วยงานตั้งต้นที่นำสมุนไพรมาพัฒนาเพื่อการใช้ประโยชน์ในระดับชุมชน มีการปรับโครงสร้างองค์กรโดยการจัดตั้งฝ่ายงานหนึ่งขึ้นมารับผิดชอบโดยตรง ชื่อ งานสมุนไพรและเวชกรรมแผนโบราณ และต่อมาปรับเปลี่ยนเป็นฝ่ายสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในชุมชน ช่วงปลายแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2528) องค์กรยูนิเซฟให้ทุนสนับสนุนการดำเนินงานโครงการสมุนไพรกับการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้เกิดการปลูกและการใช้สมุนไพรในชุมชน มีจำนวนสมุนไพรที่ประกาศใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 66 ชนิด และทำให้ได้บทเรียนและโครงการดำเนินสืบเนื่องมาจนกระทั่งได้รับงบประมาณแผ่นดินในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530 – 2534)

โครงการที่เกิดขึ้นเพื่อส่งเสริมการใช้สมุนไพรในชุมชนคือ (1) ส่งเสริมการปลูกสมุนไพร (2) ส่งเสริมการใช้ในชุมชน (3) สนับสนุนการใช้ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (4) อบรมความรู้ให้กับบุคลากรสาธารณสุข (5) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ (6) ส่งเสริมการรวบรวมองค์ความรู้

พัฒนาการของงานสมุนไพรในชุมชน สะท้อนบทเรียนการทำงานพัฒนาในระยะต่อมาคือ (1) วัตถุดิบสมุนไพรเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องการการอนุรักษ์และศึกษารวบรวม (2) การส่งเสริมให้ประชาชนใช้สมุนไพรทำให้เกิดการรวมตัวเป็นกลุ่มของบุคคลผู้สนใจสมุนไพร เพื่อร่วมกันศึกษาแลกเปลี่ยนและฟื้นฟูอนุรักษ์พืชพันธุ์ ตำรา และการใช้ประโยชน์ (3) การพัฒนาการใช้สมุนไพรนั้นดำเนินการเพียงในชุมชนไม่ได้ จำเป็นต้องพัฒนาการใช้ในสถานบริการ

สาธารณสุขควบคุมไปด้วย (4) การพัฒนาสมุนไพรนำไปสู่การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการอนุรักษ์ธรรมชาติ

ในระบายนั้นต้องถือว่าการดำเนินงานพัฒนาขององค์กรเอกชน มีส่วนสำคัญที่ทำให้กระแสการฟื้นฟูการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรในชุมชนมีรูปธรรมชัดเจนมากขึ้น องค์กรที่รู้จักกันดีขณะนั้นคือ โครงการสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเอง จัดตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ.2522 ปัจจุบันขยายแนวคิดไปในเรื่องการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และทำการตลาดเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรและอาหารปลอดภัย

ในแผนพัฒนา ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535 – 2539) หน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นมาคือสถาบันการแพทย์แผนไทย สังกัดกรมการแพทย์ ในปี พ.ศ.2536 เป็นองค์กรที่มีบทบาทสนับสนุนและได้จัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนกิจกรรมสมุนไพรในชุมชน ทั้งลักษณะพื้นที่ต่อเนื่องและการขยายพื้นที่ที่ดำเนินการในช่วง ปี พ.ศ.2537 – 2539 รวม 163 โครงการ เป็นจำนวนเงิน 4,597,603 บาท ปัจจุบันสถาบันการแพทย์แผนไทยจึงเป็นหน่วยงานหลักของการสนับสนุนโครงการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในชุมชน สำหรับสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานปรับเปลี่ยนให้เรื่องสมุนไพร เป็นเพียงส่วนหนึ่งของงานพัฒนาการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมของชุมชน พร้อมลดบทบาทการสนับสนุนลงในปัจจุบัน

ตามแนวพระราชดำริเรื่อง เศรษฐกิจพอเพียง รัฐบาลปัจจุบันสนับสนุนให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ดำเนินงานโครงการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง เป็นโครงการต่อเนื่อง 3 ปี (พ.ศ.2543 – 2545) เพื่อให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผลิตในชุมชน ทั้งอาหาร ยา และเครื่องสำอาง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และปลอดภัยต่อผู้บริโภค ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือลักษณะพหุภาคี

2. ด้านการวิจัยและพัฒนา

พบว่า ในระยะแรกคือ ช่วงแผนพัฒนา ฉบับที่ 4 ยังไม่ได้มีการบรรจุเรื่องการพัฒนาสมุนไพรไว้ในแผนงานและโครงการของชาติ เนื่องจากเป็นระยะศึกษาและพัฒนานโยบายเท่านั้น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพียงแต่กำหนดกิจกรรมไว้ในแผน เป็นเรื่องการศึกษาคุณและโทษของสมุนไพร 1,500 ตัวอย่าง และปลูกต้นชิงโค่นา เพื่อสกัดควินิน 150,000 ต้น เพื่อให้สามารถสกัดควินินทดแทนการนำเข้าได้ ต่อมาในแผนพัฒนา ฉบับที่ 5 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เน้นการวิจัยและพัฒนาสมุนไพรเพื่อนำมาทดแทนยาแผนปัจจุบัน แม้จะมีการบรรจุเรื่องสมุนไพรไว้ แต่ไม่มีโครงการใดที่ได้รับงบประมาณเช่นเดิม มีเพียงกำหนดแฝงไว้ในโครงการวิจัยยา

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีบทบาทสำคัญด้านการวิจัยและพัฒนา มีโครงสร้างระดับกองที่ทำงานพัฒนาสมุนไพรโดยตรงคือ กองวิจัยและพัฒนาสมุนไพร เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ศึกษาวิจัยสมุนไพร และสารสังเคราะห์เลียนแบบธรรมชาติ เพื่อนำมาใช้เป็นยา รวบรวมพันธุ์พืชสมุนไพรเพื่อศึกษา ขยายพันธุ์ และบริการเผยแพร่พันธุ์ รวมทั้งให้บริการข้อมูลและความรู้ทางวิชาการแก่ผู้สนใจทั่วไป และปัจจุบันมีสถาบันวิจัยสมุนไพรเพิ่มขึ้นมาเพื่อทำงานในระดับลึก

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ทำการศึกษาวิจัยพืชสมุนไพรเพื่อเป็นยาแบบครบวงจร มีจำนวน 4 ชนิดคือ ญี่หวัดแมว ฟ้ายะลวยโจร พญาขอ และปวกหาด นอก

จากนี้ยังได้จัดทำตำรามาตรฐานยาสมุนไพรเล่มแรก ถือว่าเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนมาก และสถาบันการแพทย์แผนไทย เป็นอีกแหล่งหนึ่งของการสนับสนุนงบประมาณการศึกษาวิจัยที่สำคัญในขณะนั้น

ปัจจุบันกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีบทบาทภายใต้แผนงานรองพัฒนาคุณภาพและเทคโนโลยีด้านสาธารณสุข สาขางานวิจัยและพัฒนาสมุนไพร กำหนดแผนงานช่วง พ.ศ.2541 – 2544 ทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาสมุนไพรเป็นยา อาหารเสริมสุขภาพ เครื่องสำอาง พัฒนาเทคนิคการผลิตผลิตภัณฑ์ให้อยู่ในระดับอุตสาหกรรม พัฒนาตำรับยาจากสมุนไพร ทดลองสมุนไพรทางคลินิก ศึกษาวิจัยเพื่อนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้ในการขยายและปรับปรุงพันธุ์พืช พัฒนายาสำหรับผู้ป่วยเอดส์ และศึกษาวิจัยด้านข้อมูลเพื่อทำฐานข้อมูลสมุนไพร

รัฐมนตรีคนปัจจุบัน นายกร ทักษะรังสี สนับสนุนให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ร่วมมือกับคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการจัดตั้งศูนย์เทคโนโลยีชีวภาพด้านการแพทย์และสาธารณสุข เมื่อวันที่ 18 เมษายน 2543 เป็นนโยบายเชิงรุกที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการวิจัยและพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีชีวภาพ โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เครื่องสำอาง วัคซีน ชุดทดสอบทางห้องปฏิบัติการ ถือเป็น การเพิ่มขีดความสามารถด้านการวิจัยและพัฒนา ให้สามารถตอบสนองต่อสังคมและทันต่อสถานการณ์

หน่วยงานในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยหลายแห่ง โดยเฉพาะคณะเภสัชศาสตร์ ซึ่งมีภาควิชาเภสัชพฤกษศาสตร์และเภสัชเวท เป็นอีกแหล่งที่ผลิตงานวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรออกมาอย่างสม่ำเสมอ ในจำนวนนี้ มีศูนย์ข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีส่วนทำให้ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสมุนไพรมีความก้าวหน้าขึ้น อยู่ด้วย

3. ด้านการพัฒนาในระดับอุตสาหกรรม

องค์การเภสัชกรรม มีบทบาทในการพัฒนาสมุนไพรเพื่อทดแทนการนำเข้า และทดแทนตัวยาสสมุนไพรจากต่างประเทศ โดยการนำสมุนไพรที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เพียงพอและมีสรรพคุณเป็นที่ต้องการมาใช้ประโยชน์ภายในประเทศ เพื่อตอบสนองนโยบายการพัฒนาสมุนไพรของรัฐ ได้จัดตั้งสถาบันวิจัยและพัฒนาขึ้นในแผนพัฒนาองค์การเภสัชกรรม ฉบับที่ 7 ภายใต้แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 เมื่อวันที่ 3 เมษายน พ.ศ.2535 สถาบันวิจัยและพัฒนาขององค์การเภสัชกรรมมีบทบาททั้งการวิจัยพื้นฐาน การวิจัยประยุกต์ และการวิจัยพัฒนาระดับกึ่งอุตสาหกรรม อยู่ในงานวิจัยมาตรฐานสมุนไพร

ปัจจุบันมีงานวิจัยและพัฒนาสมุนไพรที่กำลังดำเนินการ คือ

1. งานวิจัยและพัฒนาตำรับยาใหม่
2. งานวิจัยและพัฒนาสมุนไพร ได้แก่ การเตรียมสารสกัดจากสมุนไพรเพื่อนำมาเตรียมเป็นยาสำเร็จรูป และการสกัดสารบริสุทธิ์จากสมุนไพร เพื่อนำมาเป็นสารมาตรฐานในการควบคุมคุณภาพของวัตถุดิบสมุนไพร ตลอดจนยาสำเร็จรูปจากสมุนไพร
3. งานวิจัยด้านเภสัชวิทยา พิษวิทยา และคลินิกของสมุนไพร สารสกัดจากสมุนไพรและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร
4. การพัฒนาวิธีวิเคราะห์ วัตถุดิบตัวยา ยาสำเร็จรูป ตลอดจนสมุนไพร
5. งานวิจัยอุตสาหกรรมเทคโนโลยีชีวภาพ ได้แก่ การขยายพันธุ์สมุนไพร การเพาะเลี้ยงเนื้อเยื่อสมุนไพร เป็นต้น

6. งานพัฒนานกไกในการประสานงานในระบบเครือข่ายการวิจัย

นอกจากนี้ ยังมีงานการให้บริการแก่ภาครัฐและเอกชน โดยคิดค่าบริการตามความเหมาะสมในเรื่องการพัฒนาสูตรตำรับ การพัฒนาวิธีวิเคราะห์ ผลิตสารมาตรฐานจากสมุนไพรเพื่อจำหน่าย ผลิตต้นไม้อาก tissue culture ผลิตวัตถุดิบจากสมุนไพรจำหน่าย

ปัจจุบันองค์การเภสัชกรรมได้ผลิตยาจากสมุนไพรออกจำหน่าย เป็นจำนวน 10 ผลิตภัณฑ์ ประกอบด้วย ยาแก้ไอมะแว้ง ขมิ้นชันแคปซูล ฟ้าทะลายโจรแคปซูล ยาระบายมะขามแขก กระเทียมสกัด ยาขงมะขามแขก ยาภายนอก 4 ผลิตภัณฑ์ ได้แก่ ครีมโพลีซัล ครีมนพฺยาโย เจลว่นทางจระเข้ และโลชั่นกันยุงตะไคร้หอม

เป้าหมายการผลิตขององค์การเภสัชกรรม ต้องประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สนับสนุนให้เกษตรกรปลูกและพัฒนาคุณภาพวัตถุดิบ เป็นต้น และเพื่อให้มีประสิทธิภาพทางการผลิต แนวทางการแปรรูปเป็นบริษัทร่วมทุนจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพทางการบริหารให้คล่องตัว และแข่งขันในตลาดได้ นอกจากนี้้องค์การเภสัชกรรมได้เปิดตลาดด้านผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ เช่น อาหารเสริมสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงในการลงทุน

4. การผลิตและการใช้ในระบบบริการสาธารณสุข

กล่าวได้ว่า โครงการสมุนไพรกับการสาธารณสุขมูลฐาน โดยความช่วยเหลือของประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน (GTZ) พ.ศ.2528 – 2531 คือจุดเริ่มต้นของงานพัฒนาการผลิตและใช้ยา รวมทั้งมีการศึกษาการใช้สมุนไพรเดี่ยว 5 ชนิด เพื่อให้เกิดการวิจัยการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลของรัฐ ดำเนินการในโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง ผลจากโครงการดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งได้ศึกษาและสรุปประสบการณ์ และนำไปพัฒนาและส่งเสริมการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข จากนั้นจึงเกิดการขยายตัวของสถานบริการสาธารณสุขที่มีการผลิตและใช้สมุนไพร

ในส่วนของการผลิตยาสมุนไพรในสถานพยาบาลนั้น มีการดำเนินการอยู่ใน 2 ระดับคือ โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย โดยมีอัตราส่วนเพิ่มขึ้นตลอด แม้จะไม่มากนักเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนสถานพยาบาลที่ให้บริการการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้่าจะเป็นเพราะการผลิตยาสมุนไพรนั้นขึ้นกับความพร้อม คือจะต้องมีบุคลากรที่สนใจและมีความรู้ในการปรุงยาสมุนไพร ไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่อายุรเวทและเภสัชกร รวมทั้งต้องมีประมาณการลงทุนและการวางแผน

แหล่งของงบประมาณการดำเนินงานเพื่อการผลิตยาสมุนไพร ได้แก่ สถาบันการแพทย์แผนไทย สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน บางหน่วยงานใช้เงินบำรุงและเงินรายได้ของส่วนราชการเอง การรวบรวมเงินจากชาวบ้าน นอกจากนี้ยังมีองค์กรเอกชน เช่น มูลนิธิ ห้างร้าน องค์กรต่างประเทศ ที่ให้ความช่วยเหลือแก่ประเทศกำลังพัฒนา เป็นต้น สำหรับกองโรงพยาบาลภูมิภาค และกองสาธารณสุขภูมิภาค ยังคงไม่มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนงานด้านนี้ จนกระทั่งในปี 2540 กองสาธารณสุขภูมิภาคได้จัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนทรัพยากรให้แก่สถานบริการสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการผลิตยาในสถานบริการ

การสำรวจข้อมูลโดยกองสาธารณสุขภูมิภาค เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2543 พบโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 279 แห่ง ที่มีการใช้ยาสมุนไพรจากโรงพยาบาลชุมชน 335 แห่ง ที่ดำเนินงานบริการการแพทย์แผนไทย สถานีอนามัยที่มีการใช้ยาสมุนไพรจำนวน 1,015 แห่ง จากจำนวนสถานีอนามัยที่มีการดำเนินการบริการการแพทย์แผนไทย จำนวน 1,201

แห่ง สำหรับโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปมีเพียง 5 ถึง 7 แห่ง ที่ดำเนินการผลิตยาสมุนไพร และมี 13 แห่งที่มีการนำยาที่ผลิตจากสมุนไพรมาจำหน่าย มีเพียงแห่งเดียวที่มีการผลิตและจำหน่ายจำนวนมาก สำหรับจำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่มีการผลิตยาสมุนไพร รวมทั้งชนิดเดียวและตำรับ มีจำนวน 84 แห่ง และสถานอนามัยที่ทำการผลิตสมุนไพรลูกประคบ มีจำนวน 22 แห่ง

สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ จัดทำโครงการพัฒนายาไทยครบวงจรขึ้นภายใต้แผนงานโครงการของปีงบประมาณ 2544 – 2548 ในวงเงินประมาณ 550 ล้านบาท เพื่อการรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร ศึกษาวิจัยและพัฒนาจากสมุนไพรอย่างเป็นระบบ ส่งเสริมการปลูกเพื่อเป็นวัตถุดิบ การผลิตให้ได้ตามวิธีการผลิตที่ดี การนำไปใช้ให้เป็นทางเลือกหนึ่งในระบบบริการสุขภาพ โดยในปี 2544 จะมีศูนย์พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรครบทุกจังหวัด เป็นยุทธศาสตร์ที่ต้องประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ อีกมาก

การสนับสนุนให้เกิดการใช้สมุนไพรในการบำบัดโรค และส่งเสริมสุขภาพของประชาชนให้กว้างขวางอีกอย่างหนึ่ง คือ ดำเนินการบรรจุยาสมุนไพรเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติ (พ.ศ.2542) ตามข้อเสนอของคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา เพื่อให้บัญชียาหลักครอบคลุมยาที่จำเป็นสำหรับบริการสุขภาพของประเทศ ยาสมุนไพรตามประกาศ มี 13 รายการ มีผลบังคับใช้ตามกฎหมาย ตั้งแต่วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2543

การผลิตและการใช้สมุนไพร ถือเป็นรูปธรรมที่สำคัญของการพัฒนาสมุนไพรในประเทศ แม้สถานการณ์ด้านนโยบายและการสนับสนุนตามแผนงานโครงการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ชัดเจนขึ้น แต่ขอบเขตพัฒนายังต้องจำกัดอยู่เฉพาะการพัฒนาสมุนไพรเดี่ยว กระแสการพัฒนาในรอบ 2 ทศวรรษ จึงดีขึ้นเพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนสมุนไพร และตำรับยาแผนโบราณที่เป็นภูมิปัญญาของคนไทยที่ดำรงสืบทอดมานับแต่อดีต

5. ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

มาตรการการคุ้มครองผู้บริโภค อยู่ในความดูแลรับผิดชอบของ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) หน่วยงานระดับกองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับยาแผนโบราณโดยตรง คือ กองควบคุมยา และกองสารวัตร มีอำนาจหน้าที่ในการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการผลิต การนำเข้าหรือส่งเข้ามาในราชอาณาจักร การจำหน่ายซึ่งอาหาร ยา เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย ที่มีองค์ประกอบจากสมุนไพร ขั้นตอนการดำเนินการเริ่มตั้งแต่ การพิจารณาอนุญาต การประกอบการและสถานที่ผลิตยาแผนโบราณ การขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนโบราณ และยาสมุนไพร รวมทั้งผลิตภัณฑ์อาหารเสริมสุขภาพ และการติดตามตรวจสอบให้ผู้ผลิตและผู้ผลิตภัณฑ์ เป็นไปตามกฎหมายและมีความปลอดภัย

ในปี 2543 – 2545 นี้ ตามที่กล่าวมาแล้ว สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นผู้มีบทบาทสนับสนุนการผลิตและพัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์สมุนไพรในชุมชน ตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง มีการจัดทำตำราเผยแพร่ความรู้ที่ถูกต้องให้กับผู้ผลิตในระดับชุมชนและครอบครัว ให้สามารถใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการผลิตยาสมุนไพร เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการบริโภค นับเป็นบทบาทเสริมการคุ้มครองผู้บริโภคและเพิ่มความเข้มแข็งให้กับชุมชนได้ก็ทางหนึ่ง

สถานการณ์อื่นๆ

: สถานการณ์และปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภค ที่เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก

การส่งเสริมการแพทย์แผนไทยและการฟื้นฟูของการแพทย์ทางเลือกอื่นในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ทำให้ประชาชนนิยมใช้บริการและผลิตภัณฑ์ของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่นมากขึ้น แต่เนื่องจากยังมีปัญหาความไม่พร้อมหลายประการ ประกอบกับมีผู้ต้องการตรวจผลประโยชน์เฉพาะหน้า จึงเกิดการเอาเปรียบ หลอกลวงผู้บริโภคเกิดขึ้นตามมา แม้เมื่อเทียบกับบริการและยาแผนปัจจุบันแล้ว อาจมีไม่มากเท่า แต่สถานการณ์เช่นนี้ เป็นจุดเปราะบางที่อาจจะทำให้ประชาชนเสื่อมศรัทธาต่อการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่นได้ในเวลาอันรวดเร็ว ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของผู้บริโภค องค์การคุ้มครองผู้บริโภคทั้งรัฐและเอกชน องค์กรวิชาชีพต่างๆ ที่จะต้องเร่งรีบดำเนินการสร้างมาตรฐานการบริการ ดำเนินการเพื่อให้มีการลงทะเบียนทางจรรยาบรรณ ทางแพ่ง หรือทางอาญาแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ดำเนินการนั้นๆ โดยเร่งด่วน พร้อมๆ กับการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพตามแนวสุขภาพองค์รวม และสร้างความรู้เท่าทันต่อกระแสการโฆษณาชวนเชื่อต่างๆ ที่จะหลั่งไหลมาอย่างมากมายในสังคมข้อมูลข่าวสาร

ลักษณะของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์ทางเลือก มีดังต่อไปนี้

1.ปัญหาด้านการให้บริการ

1.1 ปัญหาด้านคุณภาพ มาตรฐาน

เนื่องจากศาสตร์การแพทย์ทางเลือกอื่นหลายศาสตร์เป็นศาสตร์ที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่ในสังคมไทย หรือเป็นศาสตร์ที่ไม่แพร่หลายกว้างขวางมากนัก จึงยังขาดการพัฒนาคุณภาพของการให้บริการ ไม่มีการกำหนดมาตรฐานของการรักษาพยาบาล จึงเป็นภาระของผู้บริโภคที่จะต้องเลือกบริการเอง โดยผู้บริโภคอาจได้รับข้อมูลหรือการแนะนำจากญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง หรือคนใกล้ชิดเท่านั้น ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจที่ถูกต้อง

นอกจากนี้ยังพบว่า มีแพทย์แผนปัจจุบันที่ให้บริการโดยใช้ศาสตร์การแพทย์ทางเลือก ซึ่งผู้ให้บริการอาจได้รับการอบรมระยะสั้นหรือมีความรู้ซึ่งไม่เพียงพอที่จะให้บริการที่มีคุณภาพได้ และยังเป็นปัญหว่าแพทย์ผู้นั้นอาจปฏิบัติวิชาชีพเวชกรรมในลักษณะที่ด้อยกว่ามาตรฐานที่แพทยสมาคมกำหนดไว้ก็ได้

1.2 ปัญหาด้านความปลอดภัย

ในกรณีที่เกิดปัญหามันอันตรายหรือผลเสียจากการบริการด้านการแพทย์ทางเลือกเกิดขึ้น อาจไม่มีการดำเนินการใดๆ ทั้งสิ้นกับผู้ให้บริการ เพราะประชาชนบางส่วนยังคิดว่า เป็นกรรมของตนเองที่เลือกไปรักษากับผู้ให้บริการนั้น หรือไม่ต้องการยุ่งยากที่ต้องเป็นคดีเป็นความกัน หรืออาจมีการเรียกร้องชดเชยค่าเสียหายจนเป็นที่พอใจ แต่ปัญหาดังกล่าวอาจเกิดขึ้นกับผู้บริโภครายอื่นต่อไปได้อีก

1.3 ปัญหาด้านราคา

การรับบริการจากการแพทย์ทางเลือกอื่นโดยเฉพาะศาสตร์ที่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ และต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญที่ต้องเรียนมาจากต่างประเทศและต้องให้บริการในสถานพยาบาลภาคเอกชน มักมีราคาสูง เมื่อเปรียบเทียบกับบริการด้วยวิธีการอื่นที่ให้ผลได้เหมือนกัน นอกจากนี้ยังพบว่าอาจไม่มีการแจ้งอัตราค่ารักษาพยาบาลก่อนการตัดสินใจใช้บริการ ซึ่งเป็นการเอาเปรียบผู้บริโภคได้เช่นกัน

2.ปัญหาด้านผลิตภัณฑ์

2.1 ปัญหาการใช้วัตถุดิบสมุนไพร

เป็นปัญหาที่มักพบในยาที่มีได้ขึ้นทะเบียนตำรับยา มักระบุสรรพคุณในลักษณะไอ้จ๋อด ซึ่งผู้บริโภคไม่มีหลักประกันอะไรที่จะยืนยันได้ว่า ยานั้นมีสรรพคุณตามที่อวดอ้าง เช่น ยาสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ใช้วิธีการขายตรง ซึ่งระบุว่า บำรุงสมอง กำจัดพิษ ทำให้หนักเข่าขึ้น แก้เพศเสื่อม รักษาโรคมะเร็ง เบาหวาน ฯลฯ

2.2 ปัญหาด้านคุณภาพของผลิตภัณฑ์

ปัญหาที่พบบ่อยได้แก่

-คุณภาพทางกายภาพที่ไม่ได้มาตรฐาน

เช่น การศึกษาคุณภาพด้านกายภาพของยาเม็ดแผนโบราณในประเทศไทย โดยอาทร รั้วไพบุลย์และคณะ (ปี 2536) พบว่ายาเม็ด 141 ตัวอย่าง ทดสอบการเปื่อยเบนน้ำหนักเม็ดโดยใช้เกณฑ์ของ USPXX ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 32.6 และทดสอบการแตกตัวโดยใช้เกณฑ์ของ USPXX ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 27.0 และผ่านเกณฑ์ทั้งการแตกตัวและการเปื่อยเบนน้ำหนักตามเกณฑ์ USPXX เพียงร้อยละ 17.7

อย่างไรก็ตาม การแตกตัวและเปื่อยเบนน้ำหนักดังกล่าวเป็นเกณฑ์เดียวกับยาแผนปัจจุบัน ซึ่งต้องการความแน่นอนของขนาดยามากกว่ายาแผนโบราณ

-การปนปลอมยาแผนปัจจุบัน

จากการศึกษาของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปี 2531-2533 และ 2534-2536 พบว่า ยาแผนโบราณที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยา มีการปนปลอมยาแผนปัจจุบัน 24.4 และ 28.7% ในขณะที่ยาแผนโบราณที่ขึ้นทะเบียนตำรับยา มีการปนปลอมยาแผนปัจจุบัน 0.5 และ 0.3% โดยตัวอย่างที่พบมักเป็นยาเดี่ยว รอยดัก ตัวยาอื่นๆ ได้แก่ ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ยาขยายหลอดลม ยาแก้แพ้

-การปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์

จากการศึกษาของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปี 2531-2533 พบว่า ยาแผนโบราณที่พบเชื้อจุลินทรีย์เกินมาตรฐาน 36.7 % ปี 2534-2536 พบว่า ยาแผนโบราณที่พบเชื้อจุลินทรีย์เกินมาตรฐาน 24.1 %

มีข้อสังเกตว่า การปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ที่ตรวจพบเกินมาตรฐานดังกล่าว ยังเป็นช่วงเวลาก่อนที่จะอนุญาตให้ใช้วัตถุดิบเสียในยาแผนโบราณได้

2.3 ปัญหาความไม่ปลอดภัยของผลิตภัณฑ์

แม้ว่ายาสมุนไพรและยาแผนโบราณส่วนใหญ่จะมีอันตรายน้อยกว่ายาแผนปัจจุบัน แต่ก็พบว่ามีปัญหาเกิดผลเสียจากการใช้ยาขึ้นแล้วมีการรายงานเข้าสู่คณะอนุกรรมการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการควบคุมอันตรายในการใช้ยา เมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2543 โดยทางโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แจ้งว่าพบผู้ป่วยซึ่งมีอาการและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเข้าได้กับตับอักเสบเฉียบพลัน จากการสืบค้นหาสาเหตุพบว่า เกิดจากการรับประทานยาสมุนไพรชื่อเหล็กเม็ด ซึ่งแม้อาการดังกล่าวยังไม่สามารถยืนยันได้อย่างชัดเจนว่า ยาสมุนไพรชื่อเหล็กเป็นสาเหตุของการเกิดตับอักเสบ แต่ในเบื้องต้นควรมีคำเตือนให้ระวังการใช้และประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบ เพื่อช่วยกันเฝ้าระวังความปลอดภัย รวมทั้งขอความร่วมมือศูนย์ติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์เฝ้าระวังยาสมุนไพรทุกชนิดอย่างใกล้ชิดทุกรายที่มีการใช้

3. ปัญหาเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารของผู้บริโภค

ผู้บริโภคในเมืองซึ่งมีความตื่นตัวต่อกระแสการแพทย์ทางเลือกมากกว่าในชนบท เป็นผู้บริโภคที่อยู่ภายใต้การแพร่หลายของข้อมูลข่าวสารที่มีทั้งข้อมูลที่เป็นจริง ข้อมูลที่เป็นจริงเพียงด้านเดียว และข้อมูลที่หลอกลวง โดยมีสื่อสารมวลชนและระบบข้อมูลข่าวสารทางอินเทอร์เน็ตเป็นสื่อในการป้อนข้อมูลที่ล้าคัญ

พบว่าเมื่อมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์บางอย่างทางสื่อสารมวลชน บางครั้งมีกระแสตอบรับจากผู้บริโภคค่อนข้างสูง ปรากฏการณ์ดังกล่าวเห็นชัดมากในร้านยา บางช่วงจะมีผู้บริโภคเรียกหาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพบางอย่างมากเป็นพิเศษ เมื่อเภสัชกรสอบถาม ก็ได้ข้อมูลตรงกันว่า ได้ข้อมูลมาจากรายการโทรทัศน์บางรายการ เป็นต้น

ยังพบอีกว่า รายการโทรทัศน์หลายรายการ โดยเฉพาะรายการที่เกี่ยวกับสุขภาพ ความงาม ผู้หญิง มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพแอบแฝงอยู่ โดยพิธีกรและวิทยากรจะเป็นผู้เล่าประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของตนเองหรือประสบการณ์ที่ได้รับทราบมาอีกทอดหนึ่ง และโยงเข้าหาผลิตภัณฑ์ที่เป็นผู้อุปถัมภ์รายการในที่สุด โดยที่วิทยากรจะพยายามอธิบายข้อมูลทางวิชาการสนับสนุนประกอบ ซึ่งการกระทำดังกล่าวอาจถือว่าเข้าข่ายการโฆษณาโดยไม่ได้รับอนุญาต

ปัจจุบันในเครือข่ายของอินเทอร์เน็ต พบว่ามีเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเลือกหลายเว็บไซต์ ส่วนใหญ่มักมีการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยระบุสรรพคุณที่เกินขอบเขต และอาจพบว่าเป็นผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับ อย. ด้วย มีการระบุการสั่งซื้อและราคาผลิตภัณฑ์ไว้ด้วย ยังไม่มีการศึกษาว่า ช่องทางโฆษณาและขายยารวทั้งผลิตภัณฑ์สุขภาพดังกล่าวเป็นที่นิยมแพร่หลายมากน้อยเพียงใด

4.ปัญหาบทบาทของหน่วยงานคุ้มครองผู้บริโภค

หน่วยงานรัฐที่ทำหน้าที่ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์ทางเลือกที่สำคัญคือ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ซึ่งดูแลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆ กองการประกอบโรคศิลปะ ดูแลด้านการให้บริการของสถานพยาบาลภาคเอกชนและดูแลการประกอบวิชาชีพที่เข้าข่ายการประกอบโรคศิลปะ

มีองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคภาคเอกชนที่สนใจในเรื่องสุขภาพ และสนใจเรื่องการแพทย์ทางเลือกอยู่ด้วย เช่น กลุ่มศึกษาปัญหา มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา มูลนิธิสุขภาพไทย เป็นต้น

แต่เนื่องจากศาสตร์การแพทย์ทางเลือกบางศาสตร์มีความแตกต่างกับความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบัน และบางอย่างยังไม่สามารถตรวจสอบและรับรองได้ด้วยความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ จึงทำให้มีความยากลำบากต่อองค์กรต่างๆดังกล่าวในการตรวจสอบว่าเรื่อนั้นเข้าข่ายไอ้อวด หลอกลวง หรือเอาวัดเอาเปรียบผู้บริโภคหรือไม่ บางครั้งแม้จะมีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะสรุปว่า การบำบัดหรือผลิตภัณฑ์นั้นมีสรรพคุณจริงตามที่อ้างหรือไม่ แต่กลับระบุว่า เข้าข่ายไอ้อวด หลอกลวง ดังนี้ เป็นต้น

ในบางครั้งกระทรวงสาธารณสุขเองก็มีนโยบายที่จะส่งเสริมการใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทยให้กว้างขวางและแพร่หลายยิ่งขึ้น แต่พบว่าผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมสามารถหลุดรอดเข้ามาพัวพันกับการส่งเสริมเผยแพร่ของกระทรวงเอง โดยที่หน่วยงานซึ่งทำหน้าที่ควบคุมดูแลอย่าง อย. ก็ไม่ได้ดำเนินการตามกฎหมายแต่อย่างใด

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

1. การพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือก ภายใต้ระบบสุขภาพของประเทศไทย

จากสถานการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกอื่นตามที่กล่าวมานั้น สามารถสังเคราะห์ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือกได้ ดังนี้

1. แนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือก

ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการแพทย์ต่างๆ ในสังคมนั้นจำเป็นต้องมีแนวคิดที่ชัดเจนในการพัฒนา ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดยุทธศาสตร์และแนวทางการพัฒนาที่เหมาะสม แนวคิดในการพัฒนาระบบสุขภาพและการแพทย์แบบต่างๆ ภายใต้ระบบสุขภาพของประเทศไทยที่สำคัญมีดังนี้

1.1 การเกิดขึ้นและดำรงอยู่ของระบบสุขภาพทางเลือกเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่ต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับท่าทีที่มุ่งสร้างความเข้าใจ ซึ่งจะทำให้มองเห็นความจริงว่า

1.1.1 มีความหลากหลายของระบบสุขภาพและการแพทย์ในสังคม ซึ่งหากรู้จักเลือกรับ ปรับใช้ จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชน

จากการศึกษาทางสังคมศาสตร์ และมานุษยวิทยาทางการแพทย์ในสังคมต่างๆ ทั่วโลกได้มีข้อสรุปว่า ระบบการแพทย์ทางเลือกและศาสตร์สุขภาพทางเลือกต่างๆ จะดำรงอยู่ในสังคมในลักษณะที่เรียกว่า “ระบบการแพทย์พหุลักษณะ” (Pluralism of Medical System) แนวคิดนี้อธิบายปรากฏการณ์พหุลักษณะทางการแพทย์ว่า

ไม่มีระบบการแพทย์ระบบใดระบบเดียวที่สามารถตอบสนองความพึงพอใจ และมีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชน หรือปัญหาความทุกข์ยากอันเกิดจากความเจ็บป่วยทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม เศรษฐกิจ โดยมีราคาไม่แพง สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น และสามารถตอบสนองได้ทุกด้าน

เพราะฉะนั้นการดำรงอยู่ของความหลากหลายในระบบการแพทย์ จึงเป็นข้อเท็จจริงทางสังคม และเป็นไปไม่ได้ที่จะกวาดล้างระบบการแพทย์ทางเลือก หรือระบบการแพทย์ที่แตกต่างออกไปจากการแพทย์กระแสหลักซึ่งมีการประพฤติปฏิบัติอยู่ในหมู่ประชาชนให้หมดสิ้นไปจากสังคม

1.1.2 มีทรัพยากรทางสาธารณสุขอย่างอุดมในระบบสุขภาพและการแพทย์ทางเลือก ซึ่ง ควรเสริมสร้าง

ระบบสุขภาพและการแพทย์ทางเลือกที่ดำรงอยู่ นอกจากจะเป็นไปไม่ได้ในการกวาดล้างแล้ว ยังมีข้อคิดที่มองว่าระบบสุขภาพและการแพทย์ทางเลือกที่หลากหลายและดำรงอยู่นั้น แท้ที่จริงแล้วจะเป็นทรัพยากรทางสาธารณสุข (Health Resources) ที่จะสามารถระดมมาเพื่อพัฒนาการสาธารณสุขหรือสุขภาพอนามัยของประชาชนได้ ดังนั้น เราควรนำมาใช้ใน “การเสริมสร้าง” มากกว่า “คิดจะทำลาย”

1.1.3 การเคลื่อนไหวของภาคประชาชนแสดงถึงศักยภาพและความต้องการที่จะพึ่งตนเอง ด้านสุขภาพ

การที่ประชาชนมีความตื่นตัวลุกขึ้นมาเคลื่อนไหว เพื่อแสวงหาทางเลือกเกี่ยวกับสุขภาพด้วยตนเอง แทนที่จะรอให้สถาบันทางการแพทย์เป็นผู้กำหนดกะเกณฑ์ให้ทำ น่าจะเป็นนิมิตหมายที่ดี น่าจะ

ถือว่าการเคลื่อนไหวทางสังคมที่สอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพองค์รวม โดยเฉพาะในเรื่องการพึ่งตนเอง การดูแลสุขภาพตนเองในระดับสาธารณสุขมูลฐาน การส่งเสริมสุขภาพ หรือการเคลื่อนไหวของประชาสังคม โดยที่รัฐจะทำหน้าที่ในการหนุนเสริม หรืออำนวยความสะดวกให้เท่านั้น

1.2 ความสอดคล้องระหว่างศาสตร์สุขภาพทางเลือกกับสุขภาพองค์รวม จะมีส่วนทำให้สามารถพัฒนาศาสตร์สุขภาพทางเลือกเพื่อเป้าหมายสุขภาพดี ทั้งด้านกาย จิต จิตวิญญาณ และสังคมได้ครบถ้วน ทั้งนี้เพราะ

1.2.1 ศาสตร์สุขภาพทางเลือกบางศาสตร์มีหลักการและวิธีการที่เป็นองค์รวม

ศาสตร์สุขภาพทางเลือก โดยเฉพาะศาสตร์การแพทย์แผนดั้งเดิมทางภูมิภาคตะวันออก อันได้แก่ การแพทย์แผนไทย การแพทย์อายุรเวท การแพทย์แผนจีน การแพทย์ทิเบต และลัทธิปรัชญาพื้นฐาน ทฤษฎี การวินิจฉัย และวิธีการรักษาเป็นแบบองค์รวม กล่าวคือ ได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และปัจจัยแวดล้อมที่สัมพันธ์กับมนุษย์

ตัวอย่างเช่น การแพทย์อายุรเวทของอินเดีย ที่ให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ว่ามาจากรากศัพท์ “สวัสตะ” หมายถึงผู้ตั้งอยู่กับตนเอง (สวะ=ตัวเอง สตะ=ตั้งอยู่) ทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ หรือมีความอึดอ้อมอยู่ในตัวเอง หรือ ภาวะที่บุคคลมีจิตสำนึกตัวทั่วพร้อม มีภาวะจิต และกายประสานกลมกลืนกันอย่างดี ก่อให้เกิดความสงบ หรือความสุข เป็นภาวะที่กาย และจิตดำเนินไปอย่างกลมกลืนเป็นหนึ่งเดียวกับธรรมชาติ

1.2.2 ศาสตร์สุขภาพทางเลือกบางศาสตร์มองร่างกายในลักษณะที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกัน เช่น

- ทฤษฎีเส้นประธานของการนวดไทย อธิบายว่า เส้นประธานทั้งสิบมีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับส่วนต่างๆ ของร่างกาย และมีจุดสิ้นสุดที่อวัยวะรับรู้ความรู้สึกต่างๆ
- ทฤษฎีการแพทย์จีน อธิบายว่า ไบ๋หู มีความสัมพันธ์กับส่วนต่างๆ ของร่างกาย และเส้นลมปราณ (Meridian) เป็นโครงสร้างที่เชื่อมโยงอวัยวะภายใน แขนขา และทุกส่วนของร่างกายเข้าด้วยกัน
- Reflexology (ศาสตร์แห่งการตอบสนอง) อธิบายว่า ฝ่ามือ ฝ่าเท้า มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งต่างๆ บนร่างกาย
- Iridology (การวินิจฉัยโรคผ่านม่านตา) อธิบายว่า บริเวณต่างๆ ของม่านตามีความสัมพันธ์กับส่วนต่างๆ ของร่างกาย

แม้ความสัมพันธ์ดังกล่าวยังไม่สามารถอธิบายได้ด้วยความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งมีทศนะแบบแยกส่วน แต่การแพทย์ทางเลือกได้นำเอาความรู้ดังกล่าวไปใช้ในการบำบัดรักษา โดยกระทำการรักษาที่จุดใดจุดหนึ่งของร่างกาย แล้วต้องการให้มีผลสะท้อนไปยังร่างกายส่วนที่ผิดปกตินั้นได้

1.2.3 ศาสตร์สุขภาพทางเลือกบางศาสตร์มองสุขภาพดีว่าเกิดจากภาวะสมดุล

เช่น การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ตะวันออกอื่นๆ ถือว่าสุขภาพของคนเราจะดีขึ้นได้ต่อเมื่อมีภาวะสมดุลในร่างกาย และระหว่างกายกับจิต ความเจ็บป่วยที่แท้จริงเป็นผลจากการเสียสมดุลของร่างกายทั้งระบบ โดยจะปรากฏอาการออกมาที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ความตึงเครียดในจิตใจ ตลอดจนชีวิตที่ขาดสมดุลระหว่างกายกับใจ ก็สามารถส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยได้

ดังเช่น โรคกระเพาะอาหารและโรคหัวใจ หรือแม้แต่โรคติดเชื้อเอง ก็เป็นผลมาจากความอ่อนแอของร่างกายโดยรวม เป็นเหตุให้ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ เปิดช่องให้เชื้อโรคลุกลามได้ การดูแลรักษาจึงมุ่งเน้นการฟื้นฟูและเสริมสร้างความสมดุลให้เกิดแก่ชีวิตทั้งกายและจิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติ โดยปรับการกินอาหารให้สอดคล้องกับธรรมชาติของมนุษย์และเสริมสร้างคุณภาพให้กับร่างกาย

1.2.4 ศาสตร์สุขภาพทางเลือกบางศาสตร์เน้นการใช้วิถีการแบบธรรมชาติ

ถึงแม้ว่าศาสตร์สุขภาพทางเลือกบางศาสตร์จะเป็นเพียงเทคนิคเฉพาะ แต่ก็มีรากฐานมาจากศาสตร์การแพทย์ตะวันออก การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ชนชาติในภูมิภาคต่างๆ ทั่วโลก เทคนิคส่วนใหญ่จะเน้นวิถีการแบบธรรมชาติ เช่น การใช้สูตรอาหารธรรมชาติต่างๆ การนวด วารีบำบัด ฯลฯ หลายเทคนิคให้ความสำคัญกับการปรับสมดุลของพลังชีวิต การกระตุ้นกลไกการเยียวยาตนเอง เช่น ฤาษีดัดตน โยคะ ชีกง การใช้สมุนไพร การกระตุ้นพลังแม่เหล็กไฟฟ้าชีวภาพในร่างกาย รวมทั้งการให้ความสำคัญกับการปรับสมดุลของจิตใจ ส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เช่น การทำสมาธิ เทคนิคการควบคุมจิต/กายต่างๆ เป็นต้น

1.2.5 ศาสตร์สุขภาพทางเลือกสามารถเสริมซึ่งกันและกันเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพได้

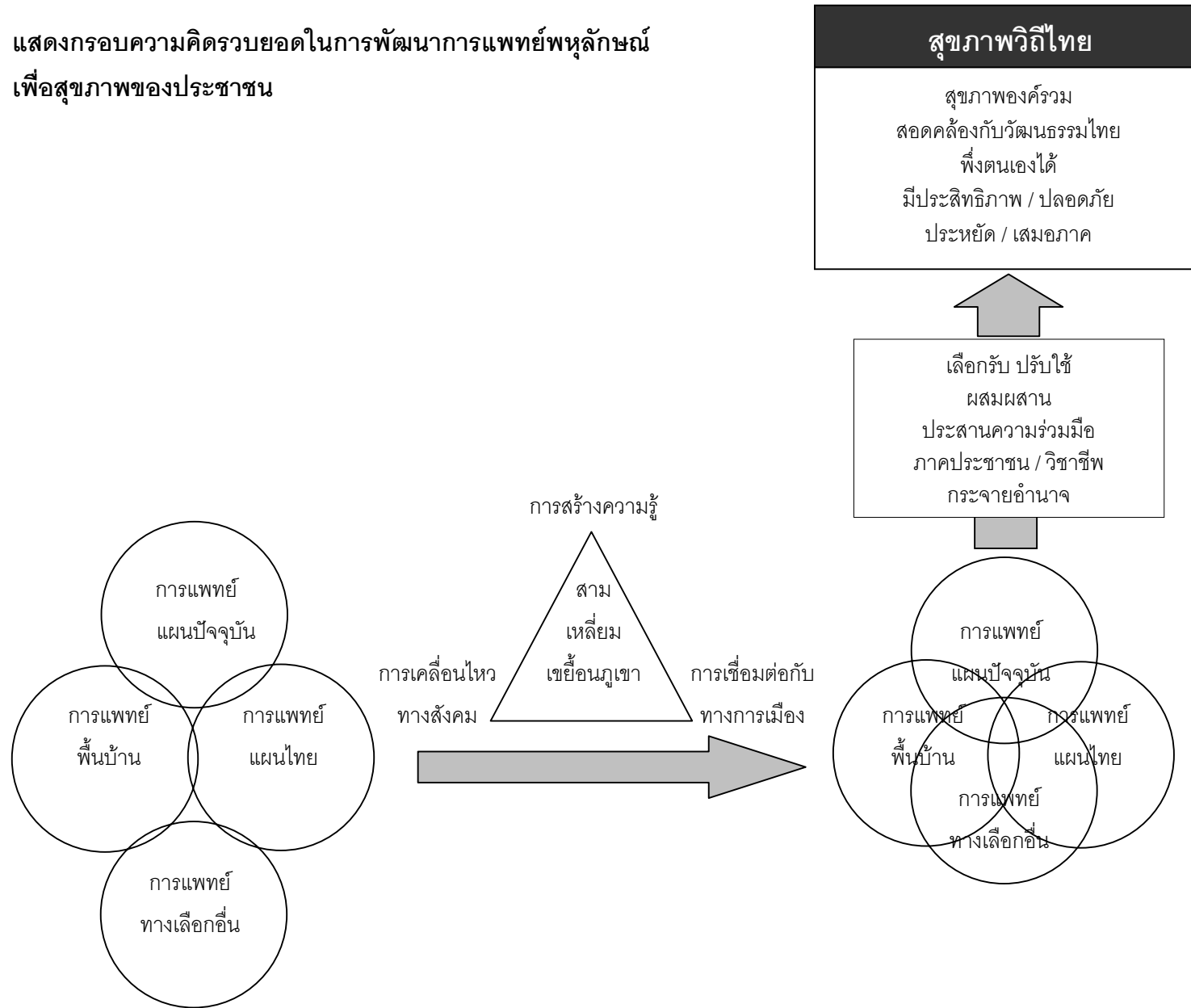
เทคนิคการดูแลสุขภาพหรือบำบัดด้วยศาสตร์สุขภาพทางเลือกและศาสตร์การแพทย์ทางเลือกต่างๆ แม้จะมีจุดเน้นที่แตกต่างกัน แต่ก็ล้วนหนุนเสริมซึ่งกันและกัน ผู้บำบัดที่เข้าใจต่อหลักการสุขภาพองค์รวม จึงมักแนะนำให้ผู้ป่วยผสมผสานการดูแลสุขภาพอื่นๆ ร่วมด้วย จึงจะทำให้การบำบัดของตนจะได้ผลอย่างแท้จริง ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแบบแผนการกินอาหาร ออกกำลังกาย ให้มากขึ้น หรือปฏิบัติสมาธิเป็นประจำ หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว สมดุลของธาตุ หรือพลังที่เคยไหลเวียนด้วยดีก็อาจถูกสกัดอีกครั้งหนึ่ง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ และสภาพแวดล้อมจะหนุนเสริมร่างกายให้สามารถปรับสู่ความสมดุลได้เร็วขึ้น และยั่งยืน

2. ยุทธศาสตร์ในการพัฒนา

จากแนวคิดต่างๆ ดังที่กล่าวมา สามารถนำมากำหนดเป็นยุทธศาสตร์ในการพัฒนาให้เกิด “สุขภาพวิถีไทย” ดังต่อไปนี้

- 2.1 พัฒนาและผสมผสานระบบสุขภาพและการแพทย์ที่มีความหลากหลายให้นำไปสู่เป้าหมาย “สุขภาพวิถีไทย” ซึ่งเป็นสุขภาพองค์รวมที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย พึ่งตนเองได้ มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ประหยัด มีความเท่าเทียม โดยอาศัยการสร้างความรู้ การขับเคลื่อนของประชาคมสุขภาพ ในการสร้างกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม และการเชื่อมต่อกับทางการเมือง (ภาพที่ 1)
- 2.2 พัฒนาระบบการแพทย์ทางเลือกบนพื้นฐานที่เป็นระบบการให้บริการที่เป็นอิสระจากระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อสร้างความเข้มแข็งของศาสตร์การแพทย์ทางเลือกซึ่งมีบริบทที่ต่างจากการแพทย์แผนปัจจุบัน พร้อมๆ กับการเลือกศาสตร์การแพทย์ทางเลือกบางส่วนผนวกเข้าไปในระบบบริการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน
- 2.3 เสริมศักยภาพของผู้บริโภคให้รู้จักการเลือกผสมผสานการใช้บริการที่มีอย่างหลากหลายเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ภาพที่ 1 แสดงกรอบความคิดรวบยอดในการพัฒนาการแพทย์พหุลักษณะ
เพื่อสุขภาพของประชาชน



3.แนวทางการพัฒนา

การที่จะดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว จะต้อง

3.1 ทำให้ “สังคมมีทัศนะสุภาพแบบองค์รวม” เพราะ “สุขภาพของคนในสังคมจะเป็นแบบเดียวกับระบบของสังคมที่เป็นอยู่” โดย

3.1.1 สร้างสัมมาทิฐิในเรื่องสุขภาพ ให้เกิดเป็นกระแสของสังคม ภายใต้ปรัชญาและหลักการพื้นฐานของสุขภาพแบบองค์รวม

3.1.2 ประชาคมสุขภาพทางเลือกร่วมกับประชาคมอื่นๆและสื่อสารมวลชนดำเนินกิจกรรมเพื่อให้เกิดกระแสความเคลื่อนไหวทางสังคม ความตื่นตัวของประชาชนในด้านสุขภาพทางเลือก เสริมขบวนการเรียนรู้ของประชาชน ปลุกฝังสำนึกที่ถือว่าเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องที่ประชาชนควรรับผิดชอบด้วยตนเองและเป็นสิทธิที่พึงได้จากระบบบริการสุขภาพ

3.2 สนับสนุนความเข้มแข็งของประชาคมสุขภาพทางเลือก โดย

3.2.1 ส่งเสริมประชาคมสุขภาพทางเลือกที่หลากหลาย ให้เกิดประสบการณ์ตรงในการใช้ประโยชน์จากการแพทย์ทางเลือก และมีส่วนร่วมในการสรุปบทเรียน คัดกรอง และพัฒนาศาสตร์สุขภาพทางเลือกต่างๆ ด้วยกระบวนการกลุ่มของตนเอง

3.2.2 สนับสนุนให้ชุมชนท้องถิ่นสามารถใช้ประโยชน์จากการแพทย์พื้นบ้านได้มากขึ้น ซึ่งนอกจากเกิดผลดีในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพแล้ว ยังเป็นการฟื้นฟูจารีตประเพณี อนุรักษ์วัฒนธรรมท้องถิ่นซึ่งส่งผลต่อความเชื่อมั่นในภูมิปัญญาท้องถิ่นและเสริมเน้นรากฐานทางวัฒนธรรมของชุมชนให้เข้มแข็งขึ้นด้วย

3.2.3 สนับสนุนการประสานเชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างประชาคมต่างๆ ทั้งภาคประชาชน สถาบันในชุมชน (วัด/พระ โรงเรียน ศูนย์สุขภาพของชุมชน) สถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ สถาบันการศึกษาในท้องถิ่น ฯลฯ เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนางานองค์ความรู้ และอื่นๆ

3.3 สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศาสตร์การแพทย์ทางเลือกโดยอิสระเพื่อสร้างความเข้มแข็ง โดย

3.3.1 คัดเลือก/กลั่นกรองศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่มีศักยภาพและสอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพองค์รวมให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ

3.3.2 พัฒนางานองค์ความรู้และการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ของศาสตร์ทางเลือกให้เหมาะสมกับสังคมไทย

3.3.3 ส่งเสริมพัฒนางานองค์ความรู้ของศาสตร์การแพทย์ทางเลือกต่างๆให้เข้มแข็ง เพื่อพัฒนามาตรฐานวิชาชีพ วิชาการ การให้บริการ

3.3.4 พัฒนาระบบการให้บริการ

3.3.5 พัฒนาระบบการเรียนการสอน

3.3.6 พัฒนาเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของประเทศ

3.4 สนับสนุนให้องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคมีความเข้มแข็ง เข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจสอบ และให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน

3.5 กำหนดมาตรการ กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ หรือกฎหมายที่เหมาะสม เพื่อคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคทั้งด้านผลิตภัณฑ์ และบริการสุขภาพจากศาสตร์สุขภาพทางเลือกซึ่งดำเนินงานโดยภาคธุรกิจเอกชน ที่อาจแสวงหาผลประโยชน์จากประชาชน และในทางตรงกันข้าม ควรแก้ไข พัฒนา กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ หรือ กฎหมายให้เหมาะสมและเอื้ออำนวยต่อการพัฒนาศาสตร์สุขภาพทางเลือกด้วย

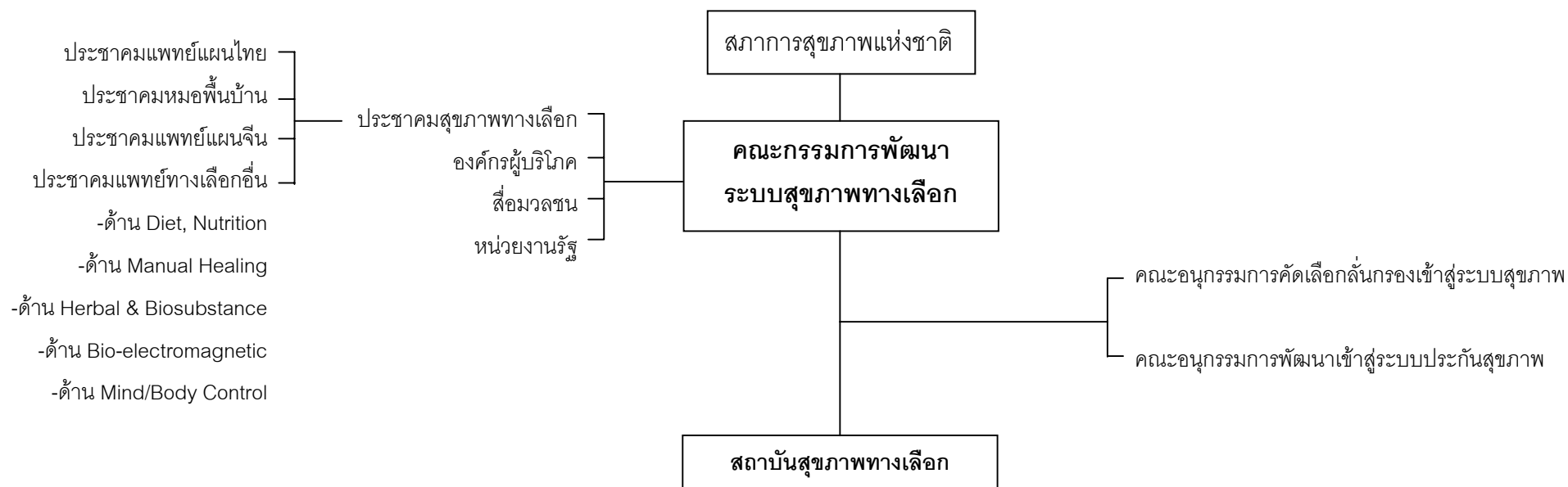
3.6 สถาบันทางวิชาการด้านสุขภาพของกระทรวง ทบวงมหาวิทยาลัยควรเข้ามามีส่วนร่วมในการ

- 3.6.1 ติดตามความก้าวหน้าในองค์ความรู้ใหม่ๆ ของศาสตร์สุขภาพทางเลือก
- 3.6.2 ทำการศึกษา คัดกรอง เพื่อแยกแยะศาสตร์ที่สามารถส่งเสริมให้มีการใช้ประโยชน์ หรือรอการศึกษาวิจัย หรือควรพัฒนามาตรฐานทางวิชาการ
- 3.6.3 ผูกอบรม พัฒนาศักยภาพทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้สามารถนำศาสตร์การแพทย์ทางเลือกเสริม (Complementary) ในกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพ
- 3.6.4 จัดการเรียนการสอนศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่มีความเข้มแข็งและมีความพร้อม เพื่อยกระดับมาตรฐานทางวิชาชีพและวิชาการ
- 3.6.5 ตอบคำถาม และให้ความกระจ่างชัดแก่ประชาชน ด้วยทักษะและเครื่องมือประเมินที่ยุติธรรมต่อองค์ความรู้ของศาสตร์ในแนวที่แตกต่างจากวิทยาศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบัน

4. องค์การบริหารเพื่อพัฒนาศาสตร์การแพทย์ทางเลือก

- 4.1 จัดตั้ง “สภากาสุขภาพแห่งชาติ” (ภาพที่ 2) ขึ้น เพื่อกำหนดนโยบาย ทิศทาง ให้การสนับสนุนทรัพยากร และประเมินผล ในงานปฏิรูประบบสุขภาพ และกำหนดให้มี “คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือก” อยู่ภายใต้สภากาสุขภาพแห่งชาติดังกล่าว
- 4.2 จัดตั้ง “สถาบันสุขภาพทางเลือก” เพื่อเป้าหมายสุขภาพแบบองค์รวม โดยมีภาระหน้าที่ ดังนี้
 - (1) เป็นศูนย์กลางข้อมูลข่าวสารองค์ความรู้ และแหล่งทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง สำหรับการศึกษา ค้นคว้า และเผยแพร่ ตลอดจนทำหน้าที่เป็น Clearing House ในด้านศาสตร์สุขภาพทางเลือกด้วย
 - (2) เป็นหน่วยงานสนับสนุนการวิจัยในองค์ความรู้ รูปแบบ และกระบวนการใช้ประโยชน์จากศาสตร์สุขภาพทางเลือก เพื่อการส่งเสริม ควบคุม และตรวจสอบคุณภาพมาตรฐาน
 - (3) เป็นหน่วยงานสนับสนุนการจัดการศึกษาและฝึกอบรมทักษะใหม่ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และองค์ความรู้ด้านศาสตร์สุขภาพทางเลือก
 - (4) เป็นหน่วยงานสนับสนุนการพัฒนามาตรฐานทางวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ องค์การเครือข่ายที่ดำเนินงานด้านสุขภาพองค์รวมและสุขภาพทางเลือก ทั้งที่เป็นองค์กรภาครัฐ และเอกชน ให้มีประสิทธิภาพ ขยายตัว และมีบทบาทในการเคลื่อนไหวทางด้านสุขภาพและสังคม (social mobilization)
 - (5) เป็นหน่วยงานซึ่งทำงานรณรงค์และเลขานุการให้กับ “คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือก”
- 4.3 “สถาบันสุขภาพทางเลือก” อาจมีที่มาได้ 2 ลักษณะ คือ
 - (1) เป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นใหม่ โดยให้เป็นองค์กรอิสระอยู่ภายใต้การบริหารงานโดย “คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือก” ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากองค์กรภาคีต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาชีพ และภาคประชาชน และมีความเป็นอิสระทางวิชาการ ไม่ถูกกำหนด หรือจำกัดการสนับสนุนการพัฒนาย่างไม่ชอบด้วยเหตุผล โดยระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือศาสตร์การแพทย์ทางเลือกสาขาใดสาขาหนึ่ง
 - (2) พัฒนามาจากหน่วยงานราชการที่มีอยู่แล้ว (เช่น สถาบันการแพทย์แผนไทย, ศูนย์ความร่วมมือการแพทย์ไทย-จีน)

ภาพที่ 2 แสดงโครงสร้างองค์กรบริหารเพื่อพัฒนาศาสตร์การแพทย์ทางเลือก



ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

2. การผสมผสานระบบการแพทย์แบบต่างๆ ภายใต้ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

การที่จะผสมผสานระบบการแพทย์แบบต่างๆภายใต้ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุดนั้น จำเป็นต้องเข้าใจลักษณะการดำรงอยู่ของระบบบริการการแพทย์ทางเลือกในสังคมไทย ซึ่งสามารถมีได้ใน 3 แบบใหญ่ๆ ดังนี้

1. ดำรงอยู่ร่วมกันกับการแพทย์กระแสหลักภายใต้ระบบการให้บริการเดียวกัน

1.1 ดำรงอยู่ในลักษณะถูกผนวกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่ง

การดำรงอยู่ในลักษณะนี้เป็นการดำรงอยู่ที่พบในระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐในปัจจุบัน ซึ่งแพทย์แผนปัจจุบันยังคงเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจที่จะยอมรับหรือไม่ยอมรับระบบการแพทย์อื่น และเป็นผู้มีอำนาจกำหนดขอบเขตของการให้บริการของระบบการแพทย์อื่นๆ ด้วย

ข้อดีของการดำรงอยู่ในลักษณะนี้คือ ทำให้ศาสตร์การแพทย์ทางเลือกเป็นที่ยอมรับของสังคมได้ง่ายขึ้น แต่อาจทำให้การเติบโตของระบบการแพทย์ทางเลือกถูกจำกัดด้วยการบริหารงานที่ยึดติดกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบันมากเกินไป

1.2 ดำรงอยู่ในลักษณะเคียงบ่าเคียงไหล่

การดำรงอยู่ในลักษณะนี้เป็นสิ่งที่พึงปรารถนา เพราะอำนาจในการตัดสินใจที่จะเลือกใช้บริการระบบใดอยู่ที่ประชาชน โดยที่แพทย์ทั้งสองระบบสามารถปรึกษาแลกเปลี่ยนและหนุนเสริมกระบวนการบำบัดรักษาได้โดยเท่าเทียมกัน แต่การดำรงอยู่ในลักษณะนี้ยังไม่สามารถเกิดขึ้นได้ในระบบบริการสาธารณสุขของภาครัฐในปัจจุบัน

2. ดำรงอยู่โดยแยกเป็นระบบการให้บริการที่เป็นอิสระต่อกัน

การดำรงอยู่ในลักษณะนี้เป็นการดำรงอยู่ของการให้บริการที่มีระบบการให้บริการของฝ่ายการแพทย์ทางเลือกแยกอยู่ต่างหาก มีอำนาจในการตัดสินใจที่จะให้บริการได้โดยไม่ต้องผ่านแพทย์แผนปัจจุบัน (แต่ยังอยู่ภายใต้ระบบสุขภาพของประเทศไทย)

ข้อดีของการดำรงอยู่ในลักษณะนี้คือ เปิดโอกาสให้ระบบการแพทย์ทางเลือกต่างๆ ได้พัฒนาศาสตร์ของตนเองให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น และให้ประชาชนเป็นผู้เลือกบริการในลักษณะผสมผสานเอง แต่ต้องระมัดระวังการไม่ประสานร่วมมือกันระหว่างศาสตร์ต่างๆ รวมทั้งต้องมีกลไกของประชาคมที่มีความเข้มแข็งในการตรวจสอบและประเมินศาสตร์เหล่านี้ด้วย

3. ใช้ทั้ง 2 แบบร่วมกัน

ข้อเสนอในการผสมผสานระบบบริการการแพทย์ทางเลือกในระบบสุขภาพของประเทศไทย

1. การผสมผสานควรทำให้ระบบการแพทย์ทางเลือกดำรงอยู่ในสังคมไทยในลักษณะที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยเพื่อการพึ่งตนเอง และเอื้อต่อการพัฒนาศาสตร์การแพทย์ทางเลือกเองด้วย ซึ่งการพัฒนาการ

แพทย์ทางเลือกไม่ควรมุ่งหมายผสมผสานการแพทย์ทางเลือกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน โดย
ละเลยการพัฒนากระบวนการแพทย์ทางเลือกให้มีความเข้มแข็งขึ้น

2. เนื่องจากการผสมผสานการให้บริการแบบเคียงบ่าเคียงไหล่จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อระบบการแพทย์ทางเลือก
มีความเข้มแข็งมากขึ้น ดังนั้นการพัฒนาศาสตร์การแพทย์ทางเลือกในด้านการให้บริการ จึงควรเริ่มด้วยการสนับสนุนให้
มีบริการของการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการคัดเลือกลั่นกรองแล้วอย่างเป็นอิสระ โดยมีประชาชนสุขภาพทางเลือกเป็น
ฝ่ายตรวจสอบและติดตามดูแล ฝ่ายการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นผู้สนับสนุน (แทนที่จะควบคุมหรือจำกัดขอบเขตโดยใช้
การแพทย์แผนปัจจุบันมาตัดสินแต่เพียงฝ่ายเดียว)

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา
3. การคัดเลือก/กลั่นกรองการแพทย์ทางเลือก
ให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ

1. แนวคิดในการคัดเลือกกลั่นกรอง

1.1 ศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านที่ได้ผ่านการคัดเลือกและกลั่นกรองทางสังคม โดยมีประสบการณ์การใช้อย่างยาวนาน จนแทรกตัวอยู่ในระบบวัฒนธรรมของสังคมไทยแล้ว ควรได้รับการคัดเลือกเข้ามาอยู่ในระบบสุขภาพของประเทศก่อนศาสตร์อื่นๆ แล้วให้มีการติดตามประเมินผลการใช้ศาสตร์นั้นๆ ตามมา

1.2 ศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่เป็นศาสตร์จากต่างประเทศ ซึ่งไม่มีการใช้ในประเทศไทย ควรมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาว่า สมควรรับเข้ามา หรือนำมาประยุกต์ เลือกรับ และปรับใช้ให้เหมาะสมกับสังคมไทยหรือไม่ และสามารถนำเทคนิคของศาสตร์นั้นเข้ามาผสมผสานในระบบการแพทย์ที่มีอยู่แล้วได้หรือไม่ อย่างไร

1.3 กลุ่มวิชาชีพที่ต้องการนำเสนอศาสตร์การแพทย์ทางเลือก ควรเน้นการนำเสนอด้วยข้อมูลทางวิชาการถึงประโยชน์และประสิทธิภาพของศาสตร์นั้นภายใต้บริบทของสังคมไทย และควรหลีกเลี่ยงประเด็นที่ทำลายหรือสร้างความขัดแย้งกับฝ่ายการแพทย์แผนปัจจุบันเอาไว้ก่อน

1.4 การพิจารณาคัดเลือก ควรพิจารณาบนพื้นฐานของความพยายามทำความเข้าใจศาสตร์นั้นๆ การให้ความเคารพซึ่งกันและกัน โดยไม่รีบด่วนสรุปด้วยความคิดที่ยึดบนพื้นฐานความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์แต่เพียงมิติเดียว

2. หลักเกณฑ์ในการคัดเลือก/กลั่นกรอง

การพิจารณาคัดเลือก/กลั่นกรองระบบการแพทย์ทางเลือกเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศไทย ควรมีหลักเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

- 2.1 ผ่านประสบการณ์การปฏิบัติจริงจากกลุ่มประชาคมสุขภาพที่หลากหลาย ในช่วงระยะที่ยาวนานพอสมควร
- 2.2 มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพโดยมีความปลอดภัยและสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมให้ประชาชนปฏิบัติได้
- 2.3 มีบทบาทในการจัดการกับปัญหาสาธารณสุขของประเทศที่ยังมีข้อจำกัดในการรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบันแต่เพียงอย่างเดียว เช่น เอดส์ มะเร็ง โรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคทางจิต
- 2.4 มีรากฐานทฤษฎีหรือที่มาขององค์ความรู้ที่ชัดเจน สามารถอธิบายและทำความเข้าใจได้
 - 2.4.1 ในกรณีที่เป็นการแพทย์แผนดั้งเดิม ต้องมีการสืบทอดประสบการณ์การปฏิบัติ/การใช้จริงในระดับกว้างจนถึงปัจจุบันโดยไม่ขาดช่วง
 - 2.4.2 ในกรณีที่เป็นการแพทย์ที่นำเข้าจากต่างประเทศ ต้องมีผู้เชี่ยวชาญในองค์ความรู้ของศาสตร์/เทคนิคนั้นๆ อย่างแท้จริงภายในประเทศ สามารถตรวจสอบคุณภาพได้ และมีการควบคุมทางสังคมในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง
 - 2.4.3 มีข้อมูลทางวิชาการ หรืองานวิจัย (จากในประเทศ หรือต่างประเทศ) สนับสนุนว่าปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และไม่มีผลข้างเคียง
- 2.5 สามารถประยุกต์ หรือทดแทนได้ด้วยทรัพยากรท้องถิ่น หรือทรัพยากรภายในประเทศ จนไม่ทำให้เกิดการสูญเสียการพึ่งตนเองในทุกระดับ

- 2.6 ประหยัดค่าใช้จ่าย ประชาชนสามารถเรียนรู้ และพึ่งตนเองได้ ในกรณีที่ต้องพึ่งนักเวชปฏิบัติ ต้องมีราคาไม่แพง และเอาเปรียบผู้บริโภคจนเกินไป

3.วิธีการคัดเลือก/กลั่นกรอง

- 3.1 มีกลไกในการคัดเลือก/กลั่นกรองที่มีลักษณะประชาคม ซึ่งประกอบด้วย ผู้แทนภาครัฐ กลุ่มวิชาชีพ (ที่เกี่ยวข้อง) นักวิชาการ และองค์กรผู้บริโภค โดยจัดตั้งเป็น "คณะอนุกรรมการพิจารณากลั่นกรอง ศาสตร์การแพทย์ทางเลือก" อยู่ภายใต้ "คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือก"
- 3.2 ให้พิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนด ในกรณีที่ผ่านมาเกณฑ์การพิจารณา ให้พิจารณาการเข้าสู่ระบบสุขภาพเป็น 2 ลักษณะ คือ
- (1) ให้เข้าสู่ระบบสุขภาพได้เลย
 - (2) ให้มีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม โดยเปิดโอกาสให้มีการทดลองปฏิบัติการใช้ศาสตร์นั้นๆ ภายใต้เงื่อนไขของการติดตามและประเมินผลโดยกลไกของประชาคม หากผลการประเมินเป็นที่พอใจ จึงให้เข้าสู่ระบบสุขภาพได้
- 3.3 ในกรณีที่ศาสตร์การแพทย์ทางเลือกนั้น เป็นการแพทย์ที่ต้องมีผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้บำบัดโรค ให้คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือกนำเสนอเรื่องเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะเพื่อเสนอต่อรัฐมนตรีให้เสนอพระราชกฤษฎีกาเพิ่มศาสตร์นั้นเป็นสาขาหนึ่งของการประกอบโรคศิลปะต่อไป

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

4. บทบาทของระบบการแพทย์ทางเลือก ในระบบประกันสุขภาพ

1.แนวคิด

1.1 การเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของการแพทย์ทางเลือก เป็นเครื่องแสดงถึงการยอมรับของรัฐต่อบทบาทของระบบการแพทย์ทางเลือกในระบบสุขภาพที่เป็นรูปธรรม และเป็นเครื่องแสดงเจตนาของรัฐที่ชัดเจนว่าต้องการสนับสนุนการแพทย์ทางเลือกอย่างแท้จริง

1.2 การเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของการแพทย์ทางเลือก มักเริ่มต้นโดยประชาชนซึ่งเป็นผู้ใช้บริการการแพทย์ทางเลือกเป็นผู้แสดงออกถึงความต้องการดังกล่าว และรัฐก็มีกลไกในการตอบสนองความต้องการนั้น

1.3 การพิจารณารายละเอียดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพในระบบการแพทย์ทางเลือก ต้องพิจารณาในบริบทที่แตกต่างจากการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยเฉพาะการแพทย์ทางเลือกที่เน้นในด้านการเสริมสร้างสุขภาพ

1.4 ศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่ได้รับการคัดเลือก/กลั่นกรองให้เข้าสู่ระบบสุขภาพของประเทศ และได้พัฒนามาตรฐานการให้บริการจนเป็นที่ยอมรับแล้ว สมควรได้รับการพิจารณาเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ โดยมีกลไกในการพิจารณาในเรื่องนี้

1.5 องค์ความรู้ชีพของการแพทย์ทางเลือกในฐานะองค์ความรู้ที่มีหน้าที่ในการส่งเสริมและพัฒนามาตรฐานในการประกอบวิชาชีพ ควรมีบทบาทในการเข้าไปกำหนดลักษณะของการให้บริการที่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้จากระบบประกันสุขภาพ

2.แนวทางการพัฒนา

2.1 พัฒนากลไกที่จะพัฒนาการแพทย์ทางเลือกให้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของประเทศ โดยมีองค์ประกอบขององค์ความรู้ชีพและองค์กรผู้บริโภคร่วมอยู่ด้วย โดยจัดตั้งเป็น "คณะกรรมการพัฒนาศาสตร์การแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ" อยู่ภายใต้ "คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือก"

2.2 พัฒนาแก้ไขกฎระเบียบที่ยังไม่เอื้อให้การให้บริการการแพทย์ทางเลือกสามารถเบิกจ่ายจากระบบประกันสุขภาพได้

2.3 พัฒนาและคัดเลือกสถานพยาบาลการแพทย์ทางเลือกให้เข้าไปเป็นสถานพยาบาลในเครือข่ายประกันสังคมและระบบประกันสุขภาพอื่น

2.4 ระบุให้ "การดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวให้แข็งแรงและป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย เป็นหน้าที่ของทุกคน" ควรมีระบบตรวจสอบสุขภาพก่อนเข้าระบบประกันสุขภาพ โดยให้บุคคลที่มีพฤติกรรมสุขภาพดีได้รับการลดหย่อนเบี้ยประกันสุขภาพ และผู้ไม่ดูแลสุขภาพต้องจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มขึ้น

2.5 การเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ควรสามารถเบิกจ่ายได้ ซึ่งน่าจะดีกว่าการปล่อยให้เจ็บป่วยแล้วเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล เพราะการลงทุนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เป็นการลงทุนที่ใช้เงินน้อยกว่าการบำบัดรักษา

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา
5. การพัฒนาองค์วิชาชีพ
มาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานการให้บริการ

1.แนวคิด

1.1 การพัฒนาองค์วิชาชีพต่างๆให้มีบทบาทในการพัฒนาวิชาชีพของศาสตร์การแพทย์ทางเลือกต่างๆ จำเป็นต้องเรียนรู้ข้อบกพร่องและปัญหาขององค์วิชาชีพต่างๆที่มีอยู่ เพื่อมิให้องค์วิชาชีพกลายเป็นองค์กรปกป้องผลประโยชน์ของวิชาชีพมากกว่าที่จะทำงานเพื่อเป้าหมายสุขภาพของสังคม

1.2 องค์วิชาชีพควรมีองค์ประกอบของผู้ประกอบวิชาชีพที่มาจากการอาสาและผ่านการเลือกตั้งโดยสมาชิกของวิชาชีพให้มากที่สุด เพราะจะได้แสดงบทบาทในฐานะตัวแทนของวิชาชีพนั้นๆโดยชอบธรรม

1.3 องค์วิชาชีพจำเป็นต้องมีผู้ทรงคุณวุฒิที่มีองค์ประกอบของนักวิชาการอิสระและตัวแทนผู้บริโภคเข้าไปมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างความเข้มแข็งในด้านต่างๆ มากกว่าที่จะเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นเพียงตัวแทนของฝ่ายราชการหรือฝ่ายการเมือง หรือเป็นผู้แทนโดยตำแหน่งจากหน่วยงานรัฐที่มักไม่มีส่วนร่วมและเข้าประชุมในฐานะตัวแทนที่ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจอย่างแท้จริง

1.4 องค์วิชาชีพควรเป็นแหล่งของการระดมทรัพยากรบุคคลในวิชาชีพ สร้างการมีส่วนร่วมของคนในวิชาชีพในการพัฒนามาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานการให้บริการ

1.5 องค์วิชาชีพของศาสตร์การแพทย์ทางเลือกต่างๆ จำเป็นต้องประสานงานกันอย่างใกล้ชิดเพื่อสร้างภาคีความร่วมมือในอันที่จะร่วมกันพัฒนาสุขภาพของประชาชน

1.6 เพื่อไม่ให้ระบบราชการกลายเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานขององค์วิชาชีพตามแนวคิดนี้ จำเป็นต้องทำให้องค์วิชาชีพไม่อยู่ใต้อาณัติและผูกติดไว้กับการดำเนินงานและงบประมาณของหน่วยราชการ

1.7 การพัฒนามาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย มาตรฐานวิชาการ มาตรฐานการเรียนการสอน มาตรฐานการให้บริการ ต้องอาศัยการทำงานที่เชื่อมโยงกันระหว่าง สถาบันการศึกษา สถานพยาบาล และองค์วิชาชีพ

2.แนวทางการพัฒนา

2.1 สนับสนุนให้องค์วิชาชีพของการแพทย์ทางเลือกพัฒนาเป็นสภาวิชาชีพและผู้แทนจากแต่ละสภาวิชาชีพเข้าไปเป็นกรรมการอยู่ในคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือก

2.2 ให้การสนับสนุนงบประมาณ/คน/สถานที่ สำหรับการดำเนินกิจกรรมขององค์วิชาชีพ โดยมีกลไกพิเศษที่ไม่ใช่ระบบราชการตามปกติ

2.3 ให้การสนับสนุน “โรงพยาบาลของศาสตร์การแพทย์ทางเลือก” เช่น โรงพยาบาลแพทย์แผนไทย ซึ่งบริหารงานในลักษณะพหุภาคี และไม่อยู่ในระบบราชการ

2.4 สนับสนุนสถาบันการศึกษาของศาสตร์การแพทย์ทางเลือก โดยเสริมขีดความสามารถด้านการเรียนการสอน ด้านวิชาการและการวิจัย เพื่อให้สามารถพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐานวิชาชีพให้เข้มแข็งขึ้น

2.6 ส่งเสริมให้มีการวิจัยเพื่อการใช้ประโยชน์จากการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสุขภาพของรัฐในลักษณะของการวิจัยระบบสุขภาพ (Health system research) เพื่อพัฒนาระบบงานบริการ

1. แนวคิด

1.1 การพัฒนาบทบาทขององค์กรคุ้มครองผู้บริโภคให้เข้าไปมีส่วนในการสะท้อนปัญหาและผลกระทบที่ผู้บริโภคได้รับจากการบริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ จะมีส่วนช่วยปรับกระบวนการควบคุมและตรวจสอบขององค์กรภาครัฐและองค์กรวิชาชีพให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น

1.2 การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพที่ถูกต้องแก่ประชาชนเพียงประการเดียวยังไม่เพียงพอในการคุ้มครองผู้บริโภคจากการถูกเอาเปรียบและหลอกลวงได้ ต้องเสริมด้วยการสนับสนุนให้องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคได้แสดงบทบาทในฐานะตัวแทนของผู้บริโภคในการเรียกร้องให้ชดเชยค่าเสียหายที่เกิดขึ้นนั้นด้วย

1.3 ประชาคมสุขภาพที่มีอยู่หลากหลายและมากมายซึ่งเป็นพลังในการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่สำคัญ แม้จะมีข้อจำกัดที่มีหน้าที่ในการคุ้มครองผู้บริโภคโดยตรง แต่ก็มีส่วนสำคัญในการดูแลสอดส่องการละเมิดสิทธิผู้บริโภค ดังนั้นจึงควรพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือระหว่างองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคกับประชาคมสุขภาพดังกล่าวขึ้น

1.4 ในสถานการณ์ที่มีความสับสนในข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่ออกสู่สาธารณชน รัฐควรมีท่าทีในการศึกษาหาข้อเท็จจริง ในลักษณะต้องการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น มากกว่าการตัดสินความถูกต้อง โดยใช้ความรู้ ความเข้าใจเท่าที่มีอยู่อย่างจำกัด และนำเสนอข้อเท็จจริงทั้งหมดต่อสาธารณะ และอาจมีกลไก วิธีการศึกษาในระยะยาวเพื่อสร้างความชัดเจนต่อสาธารณะในภายหลัง

2. แนวทางการพัฒนา

2.1 กำหนดให้มีผู้แทนจากองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคเข้าไปเป็นกรรมการโดยตำแหน่งในคณะกรรมการชุดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งเป็นกรรมการในคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพทางเลือก และ สภาวิชาชีพทุกวิชาชีพด้วย

2.2 สนับสนุนด้านงบประมาณแก่องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อให้พัฒนาขีดความสามารถในการร่วมมือและประสานงานกับองค์กรอื่นๆ ได้กว้างขวางขึ้น

2.3 จัดสรรสื่อทั้งที่เป็นคลื่นวิทยุและโทรทัศน์ในเวลา prime time ให้แก่การเผยแพร่ความรู้ทางด้านสุขภาพ และเป็นเวทีในการเรียนรู้ประสบการณ์ในการถูกละเมิดสิทธิของผู้บริโภค ขณะเดียวกันก็ต้องปรับปรุงองค์ความรู้ทางสุขภาพที่มีอยู่เดิมให้ทันสมัย ถูกต้อง และหลากหลาย และควรสื่อความหมายด้วยวิธีการที่ดึงดูดใจ

2.4 สนับสนุนเครือข่ายความร่วมมือระหว่างองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคกับประชาคมสุขภาพอื่นๆ ให้มีความเข้มแข็ง และสามารถทำให้เกิดพลังของผู้บริโภคที่จะปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคม เช่น การร่วมมือกันไม่บริโภคอาหารบางอย่างที่มีแนวโน้มเป็นพิษเป็นภัยกับผู้บริโภค เป็นต้น

เปรียบเทียบแนวทางในการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกอื่น

1. ในภาคประชาชน (Popular Sector)

	สุขภาพวิถีพื้นบ้าน	สุขภาพวิถีไทย	สุขภาพทางเลือกอื่น
1. ลักษณะการดูแลสุขภาพตนเอง	เน้นที่การสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาเบื้องต้น และการฟื้นฟู ด้วยตนเอง ภายในครอบครัว และชุมชน		
2. เทคนิคของศาสตร์	1.ปรับสมดุลธาตุ – พฤติกรรมสุขภาพ, ผักพื้นบ้าน, ยาสมุนไพร 2.ปรับสมดุลโครงสร้าง - การนวด-อบ-ประคบ 3.ปรับสมดุลจิตวิญญาณ – สมาธิ, พิธีกรรมพื้นบ้าน	1.ปรับสมดุลธาตุ – อาหาร/ยาจากสมุนไพร 2.ปรับสมดุลโครงสร้าง – การดัดตน, การนวด-อบ-ประคบ 3.ปรับสมดุลจิตวิญญาณ – สมาธิ, การปฏิบัติธรรม	1.อาหารและพฤติกรรม – ชีวจิต, มังสวิรัติ, อาหารสูตรธรรมชาติต่างๆ , น้ำปั่นผัก-ผลไม้ 2. พลังแม่เหล็กไฟฟ้าชีวภาพ – พลังจักรวาล, โยเร 3. การปรับโครงสร้างและพลังชีวิต – ออกกำลังกาย (โยคะ ชีงกง ไทเก๊ก ดุลยภาพบำบัด), กดจุด, นวด-อบชาวนา 4.กาย-จิต – ศิลปบำบัด, ดนตรีบำบัด, เต้นรำบำบัด, สมาธิ, จินตภาพบำบัด, เทคนิคการผ่อนคลาย, การฝึกจังหวะหายใจ, บำบัดด้วยกลิ่นหอม 5.สารชีวภาพ – สมุนไพรจีน-อินเดีย-อื่นๆ, ผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ
3.หลักการคัดกรองเฉพาะ	มีประสบการณ์การใช้ในชุมชน / ท้องถิ่น	ตามตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์และเภสัชกรรมแผนไทย	1.มีงานวิจัยในต่างประเทศรองรับ 2.มีประสบการณ์การใช้ในสังคมไทยโดยกลุ่มผู้สนใจ
4.กลไกการคัดกรอง	คัดกรองโดยชุมชนและประชาคมท้องถิ่น	คัดกรองโดยคณะกรรมการวิชาชีพและ/หรือประชาคมท้องถิ่น	คัดกรองโดยประชาคมของแต่ละกลุ่มศาสตร์

	สุขภาพวิถีพื้นบ้าน	สุขภาพวิถีไทย	สุขภาพทางเลือกอื่น
5.การพัฒนาเครือข่าย องค์กร ประชาชน	1. เสริมสร้างความเข้มแข็งประชาคม (กลุ่ม ชุมชน ฯลฯ) เพื่อร่วมกันกิจกรรมเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต เช่น กลุ่มออกกำลังกาย, ชมรมจักรยาน, กลุ่มมั่งสรวิต 2. ส่งเสริมชุมชนท้องถิ่นให้สืบสานความรู้ และเผยแพร่แก่ประชาชนในท้องถิ่น 3. ส่งเสริมการเรียนรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นรูปแบบต่างๆ 4. จัดให้มีหลักสูตรในโรงเรียนท้องถิ่น	2.ฝึกอบรมแก่ประชาชนเพื่อการพึ่งตนเอง 3. จัดสรรคลื่น เผยแพร่ทางสื่อมวลชน 4. จัดให้มีหลักสูตรความรู้และเสริมทักษะการปฏิบัติในโรงเรียน และสถาบันการศึกษา	2. ส่งเสริมประชาคมสุขภาพทางเลือกต่างๆ ให้เผยแพร่ฝึกอบรมแก่ประชาชน 3. สร้างเวทีการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ จัดกิจกรรมรณรงค์ต่างๆ
6. การวิจัยพัฒนาองค์ความรู้	รวบรวมสังเคราะห์/สังคายนาภูมิปัญญาโดยประชาคมท้องถิ่น	รวบรวมสังเคราะห์/สังคายนาสุขภาพวิถีไทยโดยนักวิชาการสาขาต่างๆ	ศึกษาวิจัยศาสตร์ต่างๆ ในคนไทย และบริบทสังคมไทย
7. การคุ้มครองผู้บริโภค	จัดการโดยประชาคมท้องถิ่น	จัดการโดยองค์กรผู้บริโภค ให้ความรู้ ความเข้าใจกับประชาชนให้สามารถแยกแยะประเด็นให้ชัดเจน (องค์ความรู้ของศาสตร์ / ประสิทธิภาพ / ความปลอดภัย / ราคา)	

เปรียบเทียบแนวทางในการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกอื่น

2. ในระดับวิชาชีพ (Professional Sector)

	การแพทย์พื้นบ้าน	การแพทย์แผนไทย	การแพทย์ทางเลือกอื่น
1.ลักษณะบริการ	1.บริการโดยหมอพื้นบ้านในการดูแลควบคุมของชุมชนท้องถิ่น 2.บริการโดยการจัดการของชุมชนท้องถิ่น 3.ผนวกเป็นส่วนหนึ่งในสถานบริการของท้องถิ่น เช่น ศสมช. ฯลฯ	1.อยู่ภายใต้ระบบการให้บริการแผนปัจจุบัน โดย 1.1 ผนวกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่ง 1.2 เคียงบ่าเคียงไหล่ 2.บริการในสถานบริการการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ทางเลือกอื่นเพียงระบบเดียว	
3.หลักการคัดกรองเฉพาะ	ผ่านประสบการณ์การใช้กับโรคท้องถิ่น	1.มีหลักฐานในคัมภีร์ตำราการแพทย์แผนไทยรับรอง 2.ผ่านประสบการณ์การใช้ของแพทย์แผนไทย	1.มีงานวิจัยในต่างประเทศ หรือในประเทศไทยรองรับ 2.มีนักวิชาชีพอยู่ในประเทศไทย มีการควบคุมทางสังคมโดยกลุ่มนักวิชาชีพด้วยตนเอง
4.กลไกการคัดกรอง 3 ระดับ			
4.1 ระดับท้องถิ่น	คัดกรองโดย ชุมชนและประชาคมท้องถิ่น		
4.2 ระดับวิชาชีพ	คัดกรองโดย กลุ่ม/ชมรม/เครือข่ายหมอพื้นบ้าน	คัดกรองโดยคณะกรรมการวิชาชีพ /สภาวิชาชีพ	คัดกรองโดยประชาคมของแต่ละกลุ่มศาสตร์
4.3 ระดับชาติ	คัดกรองโดยคณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการนโยบายสุขภาพทางเลือก		
5. การวิจัยพัฒนาองค์ความรู้	1. รวบรวมสังเคราะห์/สังคายนาองค์ความรู้ท้องถิ่น โดยประชาคมท้องถิ่น 2. นักวิชาการสังเคราะห์/สังคายนา/พัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ท้องถิ่นให้เป็นองค์ความรู้ของชาติ	1.ศึกษาวิจัยทฤษฎีการแพทย์แผนไทยและการประยุกต์ใช้โดยนักวิชาการร่วมกับแพทย์แผนไทยผู้มีประสบการณ์ 2.ศึกษาวิจัยและพัฒนายาไทยตำรับ	ศึกษาวิจัยในบริบทสังคมไทย โดยเฉพาะการวิจัยคลินิก

	การแพทย์พื้นบ้าน	การแพทย์แผนไทย	การแพทย์ทางเลือกอื่น
6. การพัฒนาองค์กรวิชาชีพ	สร้าง/เสริมความเข้มแข็ง การรวมตัว และขยายเครือข่ายของหมอพื้นบ้าน ประเภทต่างๆ และในระดับต่างๆ	สนับสนุนการรวมตัวของสมาคมและเครือข่ายองค์กรแพทย์แผนไทย และการก่อตั้งสภาวิชาชีพ	สร้างเวทีเครือข่ายในแต่ละกลุ่มศาสตร์ และระหว่างศาสตร์
7. การพัฒนากำลังคน	1.ส่งเสริมการเรียนรู้สืบทอดภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน ทั้งในระบบและนอกระบบโรงเรียน 2.จัดให้มีหลักสูตรในโรงเรียนท้องถิ่น 3.พัฒนาศักยภาพหมอพื้นบ้านในรูปแบบการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้องค์ความรู้แบบองค์รวม	พัฒนาเพื่อใช้ประโยชน์จากบุคลากรแพทย์แผนไทยที่มีอยู่จำนวนมาก โดยจัดการศึกษาอบรมต่อเนื่อง	สร้างเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
		พัฒนาระบบการเรียนการสอนและการฝึกภาคปฏิบัติ โดยสนับสนุนสถานศึกษาและสถานบริการการแพทย์แผนไทย	
		จัดหลักสูตรเฉพาะสำหรับบุคลากรแผนปัจจุบันและผสมผสานเข้าไปในหลักสูตรการผลิตบุคลากรแผนปัจจุบัน	
8.การคุ้มครองผู้บริโภค	จัดการโดยประชาคมท้องถิ่น	จัดการโดยองค์กรวิชาชีพและองค์กรผู้บริโภค โดยให้ความรู้ ทำความเข้าใจกับประชาชนต้องแยกแยะประเด็นให้ชัดเจน (องค์ความรู้ของศาสตร์ / ประสิทธิภาพ / ความปลอดภัย / ราคา)	
9.การประกันสุขภาพ	สร้างหลักเกณฑ์ ระบบคัดกรอง / เบิกจ่าย / ควบคุม โดยประชาคมท้องถิ่น หรือคณะกรรมการพัฒนาสาธารณสุขท้องถิ่น (ระดับอำเภอ หรือจังหวัด)	ควรเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ และคัดเลือกสถานบริการที่ได้มาตรฐาน	คัดกรอง พัฒนามาตรฐานบริการเพื่อพิจารณาเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ

ข้อเสนอแนะบัญญัติ
ในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

1. ศักยภาพของระบบสุขภาพและการแพทย์ทุกระบบที่มีอยู่ในสังคมไทย โดยเฉพาะการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อผสมผสานให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชน
2. รัฐต้องกระจายอำนาจในการดูแลสุขภาพของประชาชนให้แก่ชุมชนท้องถิ่น เพื่อให้สามารถเลือกรับและปรับใช้ระบบสุขภาพและการแพทย์ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับแต่ละท้องถิ่นได้
3. ประชาชนมีสิทธิที่จะเลือกรับบริการได้ตามปรารถนา ไม่ว่าจะเป็นการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน หรือการแพทย์ทางเลือกอื่นที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัย โดยต้องมีลักษณะของการเข้าถึงได้แบบเสมอภาค มีความยุติธรรมและราคาสมเหตุสมผล
4. ชุมชนท้องถิ่นมีสิทธิในการอนุรักษ์หรือฟื้นฟูภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านของท้องถิ่น รวมทั้งสามารถมีส่วนร่วมในการจัดการ พัฒนา และใช้ประโยชน์จากการแพทย์พื้นบ้านและสมุนไพรได้อย่างยั่งยืน
5. ประชาชนมีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลเมื่อใช้บริการจากการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่นที่ได้รับการคัดกรองเข้าสู่ระบบสุขภาพของชาติ และได้พัฒนามาตรฐานการให้บริการจนเป็นที่เชื่อถือแล้ว
6. รัฐต้องกำหนดให้มี “คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือก” อยู่ภายใต้ “สภากาสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งเป็นองค์กรอิสระเพื่อกำหนดนโยบาย ทิศทาง กลไก โครงสร้าง แผนงาน และทรัพยากร ในการพัฒนาการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบสุขภาพของชาติ
7. รัฐต้องสนับสนุนให้มี “สภากาสุขภาพการแพทย์แผนไทย” และ “ประชาคมหมอพื้นบ้าน” รวมทั้ง “ประชาคมสุขภาพทางเลือก” ต่างๆ เพื่อให้มีบทบาทในการสรุปทบทวน คัดกรอง และพัฒนาศาสตร์สุขภาพทางเลือกต่างๆ ส่งเสริมจรรยาบรรณและคุ้มครองผู้บริโภค ตลอดจนสนับสนุนการประสานเชื่อมโยงระหว่างประชาคมต่างๆ เหล่านี้
8. รัฐต้องมีกลไกภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือกเพื่อทำหน้าที่ในการคัดเลือก กลั่นกรอง และส่งเสริมมาตรฐานการให้บริการของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่น เพื่อให้สามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของประเทศได้
9. รัฐต้องให้การสนับสนุนการถ่ายทอด การเรียนรู้ การพัฒนาวิชาการ การศึกษาวิจัยการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกอื่นที่เข้าสู่ระบบสุขภาพของชาติ เพื่อให้สามารถพัฒนาศาสตร์และศิลป์ของตนได้โดยอิสระ
10. รัฐต้องจัดสรรสื่อทั้งที่เป็นคลื่นวิทยุและโทรทัศน์เพื่อการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพทางเลือกและเป็นเวทีในการเรียนรู้ประสบการณ์ของผู้บริโภค
11. รัฐต้องจัดให้มีบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยสนับสนุนให้ประชาคมสุขภาพทางเลือกต่างๆ มีบทบาทในฐานะผู้ดำเนินการในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้

เครือข่ายหมอมืองเชียงใหม่

จุดมุ่งหมาย

1. เพื่อประสานงานระหว่างกลุ่มหมอมืองในจังหวัดเชียงใหม่ กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชนทั้งในและต่างประเทศ
2. เพื่อสนับสนุนให้หมอมืองในเชียงใหม่ ได้พัฒนาศักยภาพของตนเองและมีบทบาทในการจรรโลงภูมิปัญญาหมอมืองในชุมชนของตนเอง
3. เพื่ออนุรักษ์และพัฒนาองค์ความรู้หมอมืองล้านนา ให้คงอยู่ในสังคมชาวเชียงใหม่ตลอดไป

คณะกรรมการ

คณะกรรมการเครือข่ายหมอมืองเชียงใหม่ มีจำนวน 33 คน และมีที่ปรึกษา 7 คน ดำรงตำแหน่งสมัยละ 2 ปี โดยคณะกรรมการได้วางแผนงานแม่บท โครงการ 5 ปี เพื่อพัฒนาเครือข่ายหมอมืองเชียงใหม่ คณะกรรมการฯ จึงใช้รหัสโครงการว่า “หมอมืองกู้ชาติ” เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2541 ถึง 30 กันยายน 2546 ซึ่งเป็นที่มาของโครงการหมอมืองกู้ชาติ โครงการที่ประกอบในแผนแม่บทจะค่อยๆ ท่อยอดดำเนินการตามศักยภาพ และความพร้อมขององค์กรสมาชิกเครือข่ายฯ โดยมีเป้าหมายสุดท้ายคือให้มี “สมาพันธ์หมอมือพื้นบ้านแห่งประเทศไทย” ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนของเครือข่ายหมอมือพื้นบ้านจากจังหวัดต่างๆ

กิจกรรม

สำหรับโครงการในปัจจุบันของเครือข่ายหมอมือง เชียงใหม่ ประกอบด้วย

1. สำนักงานเครือข่าย
2. การประชุม
3. การประชาสัมพันธ์
4. การฝึกอบรม
5. ประสานงานการตลาด
6. คาราวานหมอมือง
7. เดินป่า ศึกษาสมุนไพร
8. ทักษะศึกษา
9. ขยายแนวร่วมหมอมืองกู้ชาติ
10. รณรงค์หาทุนดำเนินงาน
11. ทำเนียบหมอมือง
12. มาตรฐานผลิตภัณฑ์และบริการ
13. จัดทะเบียนมูลนิธิเครือข่ายหมอมือง
14. สวนยาประจำบ้าน
15. ศูนย์สมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเอง
16. ศึกษา อนุรักษ์ และจัดระบบป่าสมุนไพร

17. สังคายนายาเมือง
18. ยกระดับบริการหมอเมือง

สหามอพื้นบ้านอีสาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประสานความร่วมมือของหมอพื้นบ้านในภาคอีสาน
2. เพื่อพัฒนามาตรฐานการรักษาแบบพื้นบ้าน และการใช้ประโยชน์ทรัพยากรชีวภาพอย่างยั่งยืน
3. เพื่อพัฒนานโยบายและกฎหมายของรัฐให้เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาการรักษาแบบพื้นบ้านภายใต้วัฒนธรรมและจารีตประเพณีของท้องถิ่น

4. เพื่อแลกเปลี่ยน พัฒนาและสืบทอดองค์ความรู้การรักษาแบบพื้นบ้าน

สมาชิก

ประกอบด้วยหมอพื้นบ้านซึ่งหมายถึง ผู้ซึ่งสืบทอดภูมิปัญญาจากบรรพบุรุษหรือพัฒนาความรู้ขึ้นด้วยตนเอง และมีความรู้ความสามารถในการบำบัดรักษา ป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพของผู้คน

หมอพื้นบ้านในวรรค 1 ต้องมีคุณสมบัติพื้นฐาน 10 ประการดังนี้

1. มีความเมตตากรุณา เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้รับการรักษา
2. รู้จักคุณครูอาจารย์และไม่ประมาทของรักษา
3. มีความประพฤติดี ตั้งอยู่ในคุณธรรม และปฏิบัติตามข้อกำหนดของครู
4. ไม่กลั่นแกล้ง โกหก หรือกระทำการโฆษณาสรรพคุณการรักษาเกินความจริง
5. ตัวยามีสรรพคุณที่ดี ได้มาตรฐาน และหรือวิชาที่ใช้รักษาสามารถรักษาโรคให้หายได้
6. มีความสามารถในการวินิจฉัยโรค ได้อย่างถูกต้อง ทำการรักษาอย่างรอบคอบ และติดตามผลหลังให้การ

รักษา

7. ไม่เปิดเผยความลับซึ่งจะนำไปสู่การสร้างความเสี่ยงของผู้รับการรักษา
8. เป็นผู้ที่ตระหนักต่อการสืบทอดการรักษาแบบพื้นบ้าน
9. ไม่ประกอบอาชีพทุจริตหรือผิดศีลธรรม
10. เป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับจากชุมชน

สหามอพื้นบ้านอีสานประกอบด้วยสมาชิกสามัญและวิสามัญ

สมาชิกสามัญและวิสามัญมีสิทธิและหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. สิทธิร่วมกิจกรรมของสหามอพื้นบ้านอีสาน
2. สิทธิเข้าร่วมในการแลกเปลี่ยนและแบ่งปันองค์ความรู้ร่วมกับสมาชิกของสหามอพื้นบ้านอีสาน
3. สิทธิที่จะได้รับการสนับสนุนจากสหามอพื้นบ้านอีสานตามแผนงานและกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง
4. หน้าที่ร่วมหรือสนับสนุนการดำเนินงานของสหามอพื้นบ้านอีสาน

5. หน้าที่ช่วยเหลือสมาชิกสหภาพหมู่บ้านอีสานหรือหมู่บ้านอื่นที่ไม่ใช่สมาชิกของสหภาพหมู่บ้านอีสาน

คณะกรรมการ

คณะกรรมการสหภาพหมู่บ้านอีสานต้องเป็นสมาชิกของสหภาพหมู่บ้านภาคอีสาน โดยการเลือกตั้งในที่ประชุมใหญ่ของหมู่บ้านและให้มีจำนวนตามที่สมาชิกหมู่บ้านเห็นสมควร และมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 2 ปี

กิจกรรม

1. การพัฒนาองค์ความรู้ และภูมิปัญญาหมู่บ้าน

- 1) มีการรวมกลุ่มของหมู่บ้าน และเรียนรู้เป็นเครือข่ายภาค
- 2) ศึกษารวบรวมตำรับยา ตำรายา และวิธีการรักษาแบบพื้นบ้าน
- 3) สร้างมาตรฐานหมู่บ้านอีสาน
- 4) การคุ้มครอง และการอนุรักษ์สมุนไพร

2. การผลักดันในระดับนโยบายรัฐ : เพื่อการแก้ไขปัญหาในระดับโครงสร้าง

- 1) แนวทางและแผนงานพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน
- 2) แนวทางการคัดค้าน พ.ร.บ.ยา

ข้อเสนอแนะ

- 1) กำหนดแนวทางที่ชัดเจน เพื่อการคุ้มครองผลประโยชน์ของกลุ่มหมู่บ้าน
- 2) ระบุอำนาจหน้าที่ของรัฐให้ชัดว่ามีอะไรบ้าง
- 3) ควรร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองหมู่บ้าน
- 4) ให้มีกลไก องค์การหมู่บ้านทั้งระดับจังหวัด เครือข่ายในการควบคุม / คุ้มครองหมู่บ้าน , ภูมิความรู้ของหมู่บ้าน
- 5) ยกเว้นบทบาทของสหภาพหมู่บ้าน

**รายชื่อพระสงฆ์ที่มีบทบาทในการสงเคราะห์ผู้ป่วย
โดยใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน**

ตารางแสดงวัดและพระสงฆ์ที่มีบทบาทในการสงเคราะห์ผู้ป่วยโดยใช้ยาสมุนไพรและการแพทย์แผนไทย จนเป็นที่ยอมรับและเป็นแบบอย่างให้แก่พระสงฆ์และฆราวาสโดยทั่วไป

วัด	พระสงฆ์	ลักษณะงาน
1. วัดหนองหญ้า nang อ.เมือง จ.อุทัยธานี	พระครูอุภากรพัฒนกิจ	ใช้ยาไทย การนวดไทย การอบสมุนไพร คาถาอาคม สงเคราะห์ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาตและอื่นๆ
2. วัดยุคลราษฎร์สามัคคี อ.พานทอง จ.ชลบุรี	พระครูวรเวทวิศาล	ใช้ยาไทย การนวดไทย การอบสมุนไพร สงเคราะห์ผู้ป่วยกระดูกหัก อัมพฤกษ์ อัมพาต และอื่นๆ
3. วัดท่าราบ อ.บางแพ จ.ราชบุรี	พระครูวิทิศรวธ	ใช้ยาสมุนไพร เขียนบทความเผยแพร่เรื่องการ ใช้สมุนไพร อบรมวิชาการแพทย์แผนไทย
4. สำนักสงฆ์โคกกะเพา อ.เมือง จ.สุรินทร์	พระครูสมุห์เมื่อก ชันทาวุฒิโธ	ใช้ยาสมุนไพร น้ำมันตรี คาถา
5. วัดท่าลาด อ.กุดชุม จ.ยโสธร	พระครูสุภาจารวัฒน์	ใช้ยาสมุนไพร ส่งเสริมการปลูกและผลิตยา สมุนไพรของชุมชน
6. วัดไม้เสียบ อ.ชะอวด จ. นครศรีธรรมราช	พระครูใบฎีกาพร้อม ฐิตตจิตโต	ใช้ยาสมุนไพรบำบัดผู้ติดยาเสพติด
7. วัดปลักไม้ลาย อ.กำแพงแสน จ.นครปฐม	พระครูสังฆวิชัยสมนึก นาโถ	ใช้ยาสมุนไพร เป็นแหล่งศึกษาสมุนไพร

รายชื่อ โรงเรียน มูลนิธิ สมาคม ชมรมด้านการแพทย์แผนไทย

1. โรงเรียนแพทย์แผนไทย เป็นโรงเรียนที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่
 - 1) โรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพน
 - 2) โรงเรียนเวช-เภสัชกรรมศาสตร์แผนไทย จ.อุบลราชธานี
 - 3) โรงเรียนเวชศาสตร์แผนไทย จ.สงขลา
 - 4) โรงเรียนนวดแผนไทย จ.ชุมพร
 - 5) โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแผนไทย
2. สมาคมแพทย์แผนไทย เป็นแหล่งที่มีการเรียนการสอนและบริการแพทย์แผนไทยให้แก่สมาชิกและผู้สนใจ ได้แก่
 - 1) สมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย
 - 2) สมาคมเภสัชและอายุรเวชโบราณแห่งประเทศไทย
 - 3) สมาคมแพทย์แผนโบราณวัดมหาธาตุ
 - 4) สมาคมผู้ประกอบการโรคศิลปะแผนโบราณ จ.เชียงใหม่
 - 5) สมาคมแพทย์เภสัชกรรมไทยโบราณ ท่าพระจันทร์
 - 6) สมาคมแพทย์แผนไทย จ.ตรัง
 - 7) สมาคมแพทย์แผนไทย จ.ปัตตานี
 - 8) สมาคมแพทย์แผนโบราณ จ.ยะลา
 - 9) สมาคมแพทย์แผนไทย จ.พัทลุง
 - 10) สมาคมแพทย์แผนไทย จ.สตูล
 - 11) สมาคมส่งเสริมการแพทย์แผนไทย จ.ประจวบคีรีขันธ์
 - 12) สมาคมแพทย์แผนไทย จ.นครศรีธรรมราช
 - 13) สมาคมหมอพื้นบ้านล้านนาหางดง จ.เชียงใหม่
 - 14) สมาคมแพทย์จีนแห่งประเทศไทย
 - 15) สมาคมส่งเสริมอนุรักษ์วิชาชีพการนวดแผนไทย วัดอาวุธฯ
 - 16) สมาคมสหพันธ์โหรและเภสัชกรรมแผนโบราณ วัดเอี่ยมวรนุช
 - 17) สมาคมผู้ประกอบการโรคศิลปะแผนโบราณ อ.พนัสนิคม จ.ชลบุรี
 - 18) สมาคมแพทย์แผนโบราณส่วนภูมิภาค จ.อุดรดิตถ์
 - 19) สมาคมค้นคว้าสรรพคุณสมุนไพรแผนโบราณ
3. มูลนิธิ ซึ่งทำงานเกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย ได้แก่
 - 1) มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา
 - 2) มูลนิธิพัฒนาการแพทย์แผนไทย
 - 3) มูลนิธิสุขภาพไทย
 - 4) มูลนิธิส่งเสริมฟื้นฟูการแพทย์ไทยเดิม
 - 5) มูลนิธิหมอชีวกโกมารภัจจ์
 - 6) มูลนิธิในโครงการตามพระราชดำริสวนป่าสมุนไพร
 - 7) มูลนิธิการแพทย์แผนไทยจังหวัดสุรินทร์

8) มุลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา

9) มุลนิธิธรรมานามัย

ง. ชมรมและศูนย์แพทย์แผนไทย เป็นองค์กรภาคประชาชนที่ก่อตั้งขึ้นโดยไม่ได้ขออนุญาตเป็นนิติบุคคล แต่ก็มีบทบาทในการจัดให้มีการเรียนการสอนและบริการแพทย์แผนไทยด้วยเช่นกัน ได้แก่

- 1) ชมรมพัฒนาการสาธารณสุขแบบแผนไทย
- 2) ชมรมแพทย์แผนไทย วัดท่าราบ จ.ราชบุรี
- 3) ชมรมการแพทย์แผนไทย จ.กาญจนบุรี
- 4) ชมรมแพทย์แผนไทย จ.สมุทรสงคราม
- 5) ชมรมสมุนไพร วัดชีป่าสิตาราม จ.ลพบุรี
- 6) ชมรมแพทย์แผนโบราณ จ.ตราด
- 7) ชมรมแพทย์แผนไทย จ.จันทบุรี
- 8) ชมรมแพทย์แผนไทยเพชรบุรี-ประจวบคีรีขันธ์
- 9) ชมรมแพทย์แผนไทยเวียงโกศัย จ.แพร่
- 10) ชมรมหมอพื้นบ้านหริภุญชัย
- 11) ชมรมรักษาสุมไพรลำปาง
- 12) ชมรมอนุรักษ์สมุนไพรและต้นไม้อา จ.ลำพูน
- 13) ชมรมแพทย์แผนไทย จ.สุโขทัย
- 14) ชมรมแพทย์แผนไทยสวรรณโลก
- 15) ชมรมแพทย์แผนไทย อ.พิชัย จ.อุตรดิตถ์
- 16) ชมรมแพทย์แผนไทย จ.พิจิตร
- 17) ชมรมผู้สนใจสมุนไพรอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จ.พิจิตร
- 18) ชมรมผู้สนใจสมุนไพรอำเภอโพทะเล จ.พิจิตร
- 19) ชมรมแพทย์แผนไทย จ.พิษณุโลก
- 20) ชมรมแพทย์แผนไทย อุตรธานี
- 21) ศูนย์ศึกษาการแพทย์แผนไทย จ.ขอนแก่น
- 22) ศูนย์สมุนไพร "ตะบัลไพร" จ.สุรินทร์
- 23) ศูนย์อินแปง อ.กุดบาก จ.สกลนคร
- 24) ชมรมแพทย์แผนไทย จงสุราษฎร์ธานี
- 25) ศูนย์แพทย์ไทย วัดศาลามีชัย จ.นครศรีธรรมราช
- 26) ชมรมแพทย์แผนไทยหาดใหญ่
- 27) ศูนย์ส่งเสริมสมุนไพรและยาแผนโบราณ จ.ยะลา
- 28) ชมรมแพทย์แผนไทย จ.ภูเก็ต
- 29) ชมรมแพทย์แผนไทยจังหวัดกระบี่
- 30) ชมรมแพทย์แผนไทยจังหวัดนราธิวาส
- 31) ศูนย์ศึกษาพัฒนาการนวดไทย(ภูเก็ต)

สมาพันธ์แพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย

ความเป็นมา

สมาพันธ์แพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทยพัฒนาขึ้นมาจากเครือข่ายความร่วมมือในการเรียกร้องให้มีการแก้ไขกฎหมายซึ่งไม่เอื้อต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะเมื่อมีการประชุมฝ่ายการแพทย์แผนไทย เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2536 เพื่อพิจารณาข้อเสนอแปรญัตติร่างพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.... และได้ส่งผู้แทนเข้าชี้แจงต่อคณะกรรมการการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร เพื่อเสนอข้อคิดเห็น เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2536

การประชุมก่อตั้งสมาพันธ์แพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย ดำเนินการเมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2536 โดยมีองค์กรสมาชิกที่ร่วมกันก่อตั้งเริ่มแรกจำนวน 22 องค์กร มีมติเลือกตั้งคณะกรรมการสมาพันธ์ ชุดก่อตั้ง เพื่อจัดทำข้อตกลงของสมาพันธ์ฯ สรรพหองค์การสมาชิกเพิ่มเติม เตรียมการประชุมสัมมนาแพทย์แผนไทยระดับชาติ ร่วมกับคณะกรรมการการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร หลังจากนั้นสมาพันธ์ฯ ได้มีการประชุมคณะกรรมการและดำเนินกิจกรรมต่างๆ ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

วัตถุประสงค์

1. เป็นศูนย์กลางการประสานงานขององค์กรแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านทั่วประเทศ
2. ประสาน ฟันฟู และพัฒนาการแพทย์แผนไทยทุกระดับ เพื่อให้มีการนำมาใช้ ส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด
3. เสนอแนะนโยบายในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน และการสาธารณสุขต่อรัฐบาลและผู้เกี่ยวข้อง
4. เป็นศูนย์กลางการประสานงานกับองค์กรอื่นๆ ที่มีวัตถุประสงค์สอดคล้องกันทั้งในและต่างประเทศ

กิจกรรม 2536-2542

ด้านนโยบายและกฎหมาย

1. ร่วมกับคณะกรรมการการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร จัดการสัมมนาฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย เมื่อวันที่ 26 พฤศจิกายน 2536 ณ อาคารรัฐสภา 2 เพื่อระดมความเห็นต่อการแก้ไขร่างพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ
2. เข้าร่วมเป็นคณะทำงานพิจารณาร่างพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะของคณะกรรมการการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร พ.ศ.2536-2537
3. ร่วมจัดการสัมมนากฎหมายเพื่อสนับสนุนการพัฒนาไทยและยาสมุนไพร พ.ศ.2538
4. จัดทำข้อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุขในการประชุมจัดทำแผนพัฒนาการแพทย์แผนไทยในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ.2539
5. จัดประชุมระดมความคิดเห็นและทำข้อเสนอต่อสภาร่างรัฐธรรมนูญ เพื่อประมวลสภาพปัญหาและแนวทางแก้ไขจากกลุ่มวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2540
6. จัดทำข้อเสนอเพื่อปรับปรุงรายการยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ ต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะประธานคณะกรรมการยา พ.ศ.2541
7. ร่วมจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ต่อคณะกรรมการวิสามัญฯ วุฒิสภา พ.ศ.2542

8. จัดทำข้อเสนอเพื่อปรับปรุงร่างพระราชบัญญัติยา ต่อบริษัทว่าด้วยการกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2542

ด้านการเสริมศักยภาพและเครือข่ายแพทย์แผนไทย

1. จัดการประชุมสัญจร ไปยังภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีองค์กรสมาชิกในท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพจัดการประชุม

2. ร่วมจัดพิธีไหว้ครูแพทย์แผนไทย ต่อเนื่องทุกปี

3. ร่วมจัดการทอดผ้าป่าสามัคคีสร้างสวนสมุนไพร วัดหนองหญ้าขาว จ.อุทัยธานี พ.ศ.2539

4. จัดสัมมนาเครือข่ายหมอพื้นบ้านและแพทย์แผนไทย ณ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน จ. นครสวรรค์ พ.ศ.2539

5. ส่งข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทยไปยังองค์กรสมาชิกอย่างต่อเนื่อง

รายชื่อองค์กรสมาชิกสมาชิก

1.สมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย

8 ถ.ปรีณายก เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200 โทร.281-2398

2.สมาคมเภสัชและอายุรเวชโบราณแห่งประเทศไทย

144 ซ.นครคีรีจ 3 ถ.รามอินทรา 39 แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพฯ 10220 โทร.5210769

3.ศูนย์แพทย์ไทย จังหวัดนครศรีธรรมราช

วัดศาลามีชัย ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 80000 โทร.(075)345-186

4.สมาคมเภสัชและอายุรเวชแผนโบราณจังหวัดสงขลา

วัดเลียบ ถ.สงขลาบุรี ต.บ่อทราย อ.เมือง จ.สงขลา 90000

5.สมาคมแพทย์แผนโบราณวัดชุมพรวังสวรรค์ จังหวัดชุมพร

200 ม.5 ต.นาทุ่ง อ.เมือง จ.ชุมพร 86000

6.สมาคมแพทย์แผนไทยจังหวัดอุบลราชธานี

369-371 ถ.สรรพสิทธิ์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000 โทร.(045)254-746

7.สมาคมแพทย์แผนโบราณส่วนภูมิภาค

295/3 ม.3 ถ.พิชัย 2 ต.ในเมือง อ.พิชัย จ.อุตรดิตถ์ 53120 โทร.(055)421-288

8.ชมรมพัฒนาการสาธารณสุขแบบแผนไทย

9 ถ.มหาราช แขวงพระบรมมหาราชวัง เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200 โทร.225-4273

9.สมาคมอนุรักษ์ศิลปการนวดไทย

506-520 ซ.สุขุมวิท 22 ถ.สุขุมวิท แขวงคลองตัน เขตคลองเตย กรุงเทพฯ โทร.260-6160-7

10.กลุ่มศึกษาพัฒนาการนวดไทย

38/28 ม.2 ซ.ติวานนท์ 1 ถ.พัฒนาการ แขวงบางหว้า เขตภาษีเจริญ กรุงเทพฯ 10160 โทร.4571578

11.ชมรมแพทย์แผนไทยจังหวัดภูเก็ต

85 ถ.กระบี่ ต.ตลาดเหนือ อ.เมือง จ.ภูเก็ต 83000

12.วัดหนองหญ้าขาว

68 ม.5 ต.หนองไผ่แบน อ.เมือง จ.อุทัยธานี 61000 โทร 056-513501

13.กลุ่มศึกษาปัญญา

11/156 ม.9 ซ.ก้าวหน้า 2 ถ.เจริญสนิทวงศ์ 13 เขตภาษีเจริญ กรุงเทพฯ 10160 โทร.410-2382-3

- 14.มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา
11/156 ม.9 ซ.ก้าวหน้า 2 ถ.เจริญสนิทวงศ์ 13 เขตภาษีเจริญ กรุงเทพฯ 10160
โทร.410-2382-3 โทรสาร 4106271
- 15.มูลนิธิพัฒนาการแพทย์แผนไทย
11/156 ม.9 ซ.ก้าวหน้า 2 ถ.เจริญสนิทวงศ์ 13 เขตภาษีเจริญ กรุงเทพฯ 10160
โทร.410-2382-3 โทรสาร 4106271
- 16.มูลนิธิหมอชาวบ้าน
76/6 ซ.ประดิพัทธ์ 10 ถ.ประดิพัทธ์ แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400
โทร.278-0481, 271-1886
- 17.คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน (คปอส.)
211/2 ซ.ธนาคารอาคารสงเคราะห์ 3 ถ.งามวงศ์วาน อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทร. โทรสาร 952-5060-2
- 18.สมาคมแพทย์แผนโบราณจังหวัดยะลา
136 ม.1 ถ.เพชรเกษม ต.หน้าถ้ำ อ.เมือง จ.ยะลา 95000 โทร.(073)213-705
- 19.ศูนย์ส่งเสริมสมุนไพรและยาแผนโบราณ จังหวัดยะลา
52 ซ.4 ถ.ธนวิถี ต.สะเตง อ.เมือง จ.ยะลา 95000 โทร.(073)221-435
- 20.สมาคมส่งเสริมอนุรักษ์วิชาชีพการนวดแผนไทย
436 ซ.วัดอาวุธวิกสิตาราม ถ.เจริญสนิทวงศ์ 72 เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700 โทร.433-8616
- 21.ชมรมผู้สนใจสมุนไพรอำเภอโพธิ์ประทับช้าง
สถานีอนามัยตำบลเนินสว่าง ม.1 ต.เนินสว่าง อ.โพธิ์ประทับช้าง จ.พิจิตร 66190
- 22.ชมรมผู้สนใจสมุนไพรอำเภอโพทะเล
ม.2 ต.ทำนน้ำ อ.โพทะเล จ.พิจิตร 66130 โทร.01-5250167
- 23.โครงการฟื้นฟูศูนย์การแพทย์แผนไทย
โรงพยาบาลกุดชุม 14 ต.กุดชุม อ.กุดชุม จ.ยโสธร 35140 โทร.(045)789090
- 24.ชมรมแพทย์แผนไทยจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
วัดถ้ำเขาน้อย ม.3 ต.กำเนิดนพคุณ อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์ 77140
- 25.สมาคมแพทย์แผนไทยจังหวัดตรัง
361/25 ม.5 ซ.วิศาล ถ.กันตัง ต.บางรัก อ.เมือง จ.ตรัง 92000 โทร.(075)212400
- 26.ชมรมแพทย์แผนไทยกัลยาณวิสุทธิ์
23/12 วัดดอน ถ.เจริญกรุง 57 แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทร.2123451

การศึกษาองค์กรที่ให้บริการด้านศาสตร์การแพทย์ทางเลือก

โดย สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

1.การศึกษาองค์กรเอกชนและองค์กรสาธารณประโยชน์

จากการศึกษาของสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2541 โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังองค์กรเอกชน ทั้งที่เป็นองค์กรสาธารณะประโยชน์ และสถานบริการ ที่คาดว่าจะมีการดำเนินงานด้านศาสตร์สุขภาพทางเลือก ทั้งที่เป็นองค์กรทางวิชาการ องค์กรสนับสนุน และให้บริการ จำนวนทั้งสิ้น 34 องค์กร ประมวลลักษณะการดำเนินงานขององค์กรเอกชน คือ

- เป็นคลินิกบริการ เป็นหลัก 15 แห่ง พบว่า ส่วนใหญ่มีความหลากหลายของเทคนิค ทางเลือกต่างๆ และมีลักษณะการให้บริการแบบองค์รวมมากกว่าบริการของภาครัฐ (ซึ่งแบ่งโครงสร้างบริการแยกส่วน โดยเฉพาะในระดับบริการขั้นตติยภูมิ)
 - เป็นองค์กรสนับสนุนทางวิชาการ โดยการอบรม และเผยแพร่ความรู้ เป็นหลัก 15 แห่ง ซึ่งจะมีลักษณะความเชี่ยวชาญเฉพาะเทคนิคของแต่ละศาสตร์
 - เป็นองค์กรที่เสนอปรัชญาแนวคิด และองค์ความรู้เฉพาะของศาสตร์สุขภาพทางเลือก 4 แห่ง
 - เป็นองค์กรที่ผลิตองค์ความรู้เผยแพร่ทางหนังสือ
- ดังรายละเอียด ดังนี้

หน่วยงาน	ศาสตร์สุขภาพทางเลือกที่ดำเนินงาน
1.สมาคมแพทย์จีน (การแพทย์แผนจีน)	TCM
2.สมาคมแพทย์จีนในประเทศไทย	TCM - Acupressure, Herbalism
3.สถานพยาบาลหัวเฉียวแผนโบราณ (การแพทย์แผนจีน)	TCM - Acupuncture, Herbalism, Massage, Natural food and products
5.คลินิกบ้านสุขภาพ (การแพทย์แผนจีน ฯลฯ)	Acupuncture, Bio-spectrum, Juice therapy, Diet and Nutritional supplements, Herbalism, Ozone - Oxidising Agents
6.สามหลวงคลินิก (การแพทย์แผนจีน-แผนปัจจุบัน)	Acupuncture, Diet and Nutritional supplements, Herbalism
7.กลุ่มผู้ให้บริการกดจุดสะท้อนประสาท	Reflexology
8.ศูนย์ธรรมชาติบำบัดบ๊วดี (ธรรมชาติบำบัด)	Acupuncture, Qi gong, Colon therapy, Detoxification, Diet and nutritional supplements, Exercise, Fasting, Hydrotherapy, Hypnosis, Music therapy, Juice therapy, Massage, Meditation, Natural food and products, Relaxtion, Solar bath, Tai chi chuan

หน่วยงาน	ศาสตร์สุขภาพทางเลือกที่ดำเนินงาน
9.ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น (ธรรมชาติบำบัด)	Vegetarianism, Exercise, Hot-cold therapy, Natural therapy, Prayer, Relaxation
10.มูลนิธิดูแลสุขภาพบำบัดเพื่ออายุและสุขภาพ (ดูแลสุขภาพบำบัด)	Equilibriopathy - Acupuncture, exercise, meditation
11.รพ.ธนบุรีสุขภาพวิถี (ไบโอ-สเปกตรัม)	Bio-spectrum
12.มูลนิธิชีวจิต (แมคโครไบโอติกส์)	Colon therapy, Counseling, Detoxi-fication, Exercise, Juice therapy, Lifestyle change, Macro biotics, Meditation, Natural food, Nutrition supplement, Positive thinking, (Mega)vitamin therapy
13.ชมรมไทยแมคโครไบโอติกส์	Macrobiotics
14.ชมรมเวจกรุงเทพ (VEG Bangkok)	Vegetarianism
15.สโมสรมังสวิรัติเชียงใหม่	Vegetarianism
16.มูลนิธิปารามาธุการี (ราชาโยคะ)	Meditation, Vegetarian
17.ชมรมสุขภาพเชียงใหม่และอายุรเวท	Ayurvedic - Breathing, Detoxi-fication, Diet and Nutritional therapy, Fasting, Meditation, Yoga
18.คณะสังคมผาสก เพื่อความผาสกของสังคม (โยคะ)	Yoga
19.กลุ่มเอื้ออาทร (ผู้ป่วย-ผู้ติดเชื้อเอชไอวี - โยคะ)	Yoga
20.ศูนย์โยคะสถาน (โยคะ)	Yoga
21.มูลนิธิบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ด้วยกิจกรรมศาสนา	Yore
22.ศูนย์วิจัยโยเร เอ็มไอเอ (โยเร)	Yore
23.มูลนิธิเพื่อฝึกพลังจักรวาล (พลังจักรวาล)	Universal Life Force
24.กลุ่มอำนาจสะกดจิต/พลังจิตได้สำนึก	Positive thinking
25.คลินิกไครโอแพรคติก (Chiropractic)	Chiropractic
26.ศูนย์ดนตรีลิตา (ดนตรีบำบัด)	Music therapy, Meditation
27.กลุ่มนีโอ-ฮิวแมนนิสต์ , จินตภาพบำบัด	Guided Imagery, Vegetarian
28.เครือข่ายชุมชนชาวอโศก (ประสบการณ์การใช้ศาสตร์สุขภาพทางเลือกสาขาต่างๆ)	Vegetarian, Vitamin therapy, Juice therapy, Macrobiotics, Meditation, Yore, Universal life force, Magnetic therapy, Yoga, Bio-spectrum, Bio-beam, Palm healing, Detoxification
29.ศูนย์แมคโครไบโอติกส์และธรรมชาติบำบัด ขอนแก่น	Macrobiotics, Meditation
30.ชมรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม จ.ขอนแก่น (ศาสตร์ญี่ปุ่น เวียดนาม ลาว)	Counseling, Diet and Nutrition therapy, Herbalism, Juice therapy, Hot-cold therapy, Life Energy Test (LET), massage, Meditation,

หน่วยงาน	ศาสตร์สุขภาพทางเลือกที่ดำเนินงาน
	Natural food and products, Nutrition healing, So-Tai (Japanese), Urine therapy,
31.มูลนิธิโกลคิมทอง	สนับสนุนหนังสือเผยแพร่แนวคิดด้านสุขภาพทางเลือกและสุขภาพองค์รวม
32.มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา/มูลนิธิพัฒนาการแพทย์แผนไทย	สนับสนุนหนังสือเผยแพร่แนวคิดด้านสุขภาพทางเลือกและสุขภาพองค์รวม
33.มูลนิธิสุขภาพไทย / โครงการสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเอง	สนับสนุนหนังสือเผยแพร่แนวคิดด้านสุขภาพทางเลือกและองค์รวม
34.มูลนิธิหมอชาวบ้าน	สนับสนุนหนังสือเผยแพร่แนวคิดด้านสุขภาพทางเลือกและสุขภาพองค์รวม

หมายเหตุ 1. ถึงแม้ว่าองค์กรเอกชนบางแห่งไม่ได้ส่งแบบสอบถามตอบกลับ แต่ผู้ประมวลผลรวบรวมบทบาทขององค์กรจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องด้วย

2. อาจมีองค์กรอื่นๆ ที่ผู้สอบถามไม่รู้จัก และไม่ได้ส่งแบบสอบถามไปด้วย

2.การศึกษาองค์กรภาครัฐ

พบว่า ลักษณะการดำเนินงานด้านสุขภาพทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งเลือกศึกษาในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข สรุปได้คือ

1. ส่วนหนึ่งเป็นศาสตร์ที่มีการดำเนินงานอยู่แล้วในระบบบริการสาธารณสุข
2. ศาสตร์สุขภาพทางเลือกใหม่ๆ ที่มีการดำเนินงานเกิดจากความสนใจเฉพาะตัวบุคคล ที่ได้ไปศึกษาค้นคว้า และลองปฏิบัติด้วยตนเองสำหรับเทคนิคการส่งเสริมสุขภาพ ในกรณีที่เป็นศาสตร์สำหรับการรักษาพยาบาลจะได้รับการยอมรับเฉพาะจากผู้เชี่ยวชาญ

3. บุคลากรที่ดำเนินงานมักมีประสบการณ์และพื้นฐานในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์พื้นบ้านมาก่อน และได้ขยายความสนใจมาที่ทางเลือกอื่นๆ ในแนวธรรมชาติบำบัดซึ่งมีแนวคิดหลักเดียวกัน

จากการศึกษาหน่วยงานกรม กองทางวิชาการในส่วนกลาง และหน่วยงานส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขที่คาดว่าจะเกี่ยวข้อง จำนวน 253 หน่วยงาน พบว่า

หน่วยงาน	# ที่ส่งไป	# ที่ตอบกลับ	% ที่ตอบกลับ	# ดำเนินงาน	% ดำเนินงาน
รวมทั้งหมด	253	133	52.57	59	44.36
กรมการแพทย์	34	13	38.23	9	69.23
กรมควบคุมโรคติดต่อ	15	9	66.67	5	55.56
กรมสุขภาพจิต	19	10	52.63	9	90.00
กรมอนามัย	16	12	75.00	7	58.33
สสจ.	76	36	47.37	16	44.44
รพศ./รพท.	93	53	56.99	13	24.53

ข้อสังเกตที่ได้จากการศึกษาในหน่วยงานแต่ละกรม คือ

1. กรมสุขภาพจิต มีร้อยละของการดำเนินงานสูงมาก (ร้อยละ 90.0) เนื่องจาก เทคนิคของศาสตร์สุขภาพทางเลือกจะรวมถึง การดำเนินงานด้านการผ่อนคลายความเครียด (Relaxation) และการแนะแนว (Counseling) ซึ่งเป็นการดำเนินงานที่มีอยู่แล้วในระบบบริการสาธารณสุข ส่วนการดำเนินงานในกลุ่มเทคนิคทางเลือกใหม่ๆ ด้าน Mind/Body Control ยังมีน้อย และที่มีอยู่เป็นการดำเนินงานที่เกิดจากความสนใจเฉพาะของบุคลากรของหน่วยงาน กิจกรรมบางอย่างต้องหยุดดำเนินงานไปเพราะบุคลากรย้ายหน่วยงาน

2. กรมการแพทย์ จะมีการดำเนินงานด้านศาสตร์สุขภาพทางเลือกมากในหน่วยงานที่ให้บริการในการแก้ปัญหาโรคเรื้อรัง และโรคที่สัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกับภาวะจิตใจโดยส่วนใหญ่ และหน่วยงานที่เป็นสถาบันทางวิชาการทางการแพทย์ระดับสูงยังให้ความสนใจในการตอบกลับน้อย และคาดว่าจะยังไม่มี ความสนใจในการศึกษาค้นคว้าองค์ความรู้ด้านนี้

3. กรมควบคุมโรคติดต่อ หน่วยงานที่ให้ความสนใจในศาสตร์สุขภาพทางเลือกจะเป็นหน่วยงานในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และเป็นทางเลือกสำหรับการให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

4. กรมอนามัย มีการดำเนินงานด้าน Diet, Nutrition, Exercise, Lifestyle Change เป็นหลักแต่เนื่องจากเป็นองค์ความรู้ และมีเทคนิคที่กว้างหลากหลาย การดำเนินงานของหน่วยงานที่ตอบมาอาจหมายถึงองค์ความรู้ และเทคนิคเดิมที่มีอยู่แล้วในระบบบริการสาธารณสุขของไทย อย่างไรก็ตามยังได้เห็นเทคนิคทางเลือกใหม่อื่นๆ ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ภูมิภาคเป็นส่วนใหญ่

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พบว่า จังหวัดในภาคเหนือตอนบนมีความสนใจด้านศาสตร์สุขภาพทางเลือกมากกว่าที่อื่น อาจเนื่องจากปัญหาการระบาดของโรคเอดส์ ทำให้บุคลากรสาธารณสุขในความสนใจในการแสวงหาทางเลือกอื่นๆ ในการแก้ปัญหาโรคเอดส์

6. โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ส่วนใหญ่ดำเนินงานโดยกลุ่มงานกายภาพบำบัด และกลุ่มงานจิตเวช ซึ่งมีลักษณะงานเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งมีเทคนิคของศาสตร์สุขภาพทางเลือกต่างๆ เป็นทางเลือกได้ ส่วนการดำเนินงานด้านการฝังเข็มส่วนใหญ่ จะดำเนินงานโดยแพทย์ในหลักสูตรดูดยาบำบัดของ พญ.ดลวาลย์ สุวรรณกิตติ คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล (ปัจจุบันลาออกแล้ว)

จากการประมวลผลในภาพรวม และเปรียบเทียบการดำเนินงานด้านศาสตร์สุขภาพทางเลือกของหน่วยงานภาครัฐ (กระทรวงสาธารณสุข) และองค์กรเอกชน พบว่า

1. กลุ่มศาสตร์/เทคนิคที่ได้รับความสนใจดำเนินงานมากที่สุดคือ กลุ่ม Mind/Body Control รองลงมาคือ Diet/Nutrition and Lifestyle และ Structural Therapy ส่วน Bio-Treatment และ Bio-electromagnetic ยังได้รับความสนใจน้อย

2. ศาสตร์/เทคนิคที่มีการดำเนินงานมากที่สุด คือ General Exercise สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ และ Acupuncture สำหรับการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ คือ นอกจากนี้ เป็น Meditation, Counseling รองลงมาคือ Relaxation และ เทคนิคด้านอาหารและโภชนาการ (Nutrition Supplement, Diet/Nutrition Natural Food) นอกนั้นเป็น Massage และ Herbalism (ซึ่งยังเป็นจุดอ่อนของการตอบแบบสอบถาม เนื่องจากอาจเป็นศาสตร์ของการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์แผนประเพณีอื่นๆ ได้)

3.หากไม่นับรวมถึงศาสตร์/เทคนิคที่มีการดำเนินงานอยู่แล้วในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย พบว่า Acupuncture เป็นศาสตร์ที่ได้รับการยอมรับและมีการดำเนินการมากที่สุด รองลงมา คือ Music Therapy, Yoga และ Traditional Chinese Medicine, Universal Life Force, Detoxification, Juice Therapy และ Chi Kong ตามลำดับ

4.หากจำแนกตามประเภทของหน่วยงานพบว่าภาคเอกชนมีความสนใจและมีการดำเนินงานในศาสตร์/เทคนิคสุขภาพทางเลือกที่หลากหลายกว่าหน่วยงานภาครัฐของกระทรวงสาธารณสุขแต่ละกรม

3 ลักษณะของการบริการและกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ

พบว่าลักษณะของการบริการและกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ พอสรุปได้ ดังนี้

1. ศาสตร์ในกลุ่ม Traditional Medicine ส่วนใหญ่ถูกนำมาใช้ทั้งในการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ ในกลุ่มประชาชน และกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป

2. ศาสตร์ในกลุ่ม Bioelectromagnetic ส่วนใหญ่ถูกนำมาใช้ในการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป มากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ

3. ศาสตร์ในกลุ่ม Structural Therapy ส่วนใหญ่ถูกนำมาใช้ในการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป มากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ

4. ศาสตร์ในกลุ่ม Diet/Nutrition/Lifestyle ส่วนใหญ่ถูกนำมาใช้ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ ในกลุ่มประชาชนทั่วไป และกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ตลอดจนผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

5. ศาสตร์ในกลุ่ม Body/Mind Control ส่วนใหญ่ถูกนำมาใช้ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ ในกลุ่มประชาชนทั่วไป และกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคทางจิต รวมถึงโรคที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพด้วย เช่น ผู้ป่วยที่ติดยาและสารเสพติด บุหรี่ และโรคไม่ติดต่อต่างๆ ตลอดจนผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เช่นเดียวกัน

6. ศาสตร์ในกลุ่ม Bio-treatment ส่วนใหญ่ถูกนำมาใช้ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป

7.ในภาพรวมศาสตร์สุขภาพทางเลือกที่ถูกนำมาใช้ในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยส่วนใหญ่ คือ เทคนิคในกลุ่ม Mind/Body Control, Diet/nutrition and lifestyle และ Structural therapy ตามลำดับ

8.เทคนิคเฉพาะของศาสตร์สุขภาพทางเลือกที่ได้รับความนิยมและถูกเลือกมาใช้มากในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ประเมินใน 3 อันดับ ดังนี้

อันดับที่ 1 Massage, Exercise, Juice therapy*, Meditation*, Relaxation, Yoga*

อันดับที่ 2 Fasting*, Lifestyle change, Natural food, Breathing pattern*, Counselling, Music therapy*, Herbalism

อันดับที่ 3 Acupuncture*, Colon therapy*, Detoxification*, Nutritional therapy, Nutrition supplements, Macrobiotics*, Guide imagery*

หมายเหตุ 1. * หมายถึง ศาสตร์สุขภาพทางเลือกที่ยังเป็นเรื่องใหม่สำหรับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ

2. ในแต่ละอันดับมีหลายศาสตร์ หมายถึง คะแนนที่เท่ากัน

สื่อสิ่งพิมพ์ที่เผยแพร่ศาสตร์การแพทย์ทางเลือก

1. นิตยสาร

- คอลัมน์ “ฉลาดบริโภค” โดย ดร.วินัย ดะลันห์ในหนังสือเนชั่นสุดสัปดาห์
- คอลัมน์ “สุขภาพกับการแพทย์นอกระบบ” โดยสุวิทย์ ปรัชญาปารมิตา ในนิตยสารเปรียวรายปักษ์
- คอลัมน์สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญหรือประชาชนที่มีประสบการณ์ด้านศาสตร์สุขภาพทางเลือก ในนิตยสารผู้หญิงต่างๆ เช่น ดิฉัน แพรว เปรียว ฯลฯ

2. หนังสือพ็อกเก็ตบุ๊ก

- สำนักพิมพ์สุขภาพใจ ได้แก่ आयurved-วิถีสุขภาพตามธรรมชาติ, กายบริหารบำบัดด้วยวิธีแกว่งแขน
- สำนักพิมพ์ Cyber Book Network Publishing Group ได้แก่ โยคะ, Reiki
- สำนักพิมพ์วิษัฒมรินทร์พรินท์ติ้งจำกัด ได้แก่ หนังสือชุดของดร.สาทิส อินทรวงศ์ เช่น ชีวิต, ภูแน, มะเร็งแห่งชีวิต, ชีวิตเริ่มต้นเมื่อ 70
- สำนักพิมพ์มูลนิธิโกลด์คิมทอง ได้แก่ ญะแสงสุขภาพ (โดยคานธี) องค์รวมแห่งสุขภาพ : ทศนะใหม่เพื่อคุณภาพแห่งชีวิตและการบำบัดรักษา, กินเพื่อสุขภาพแบบเซน, อาหารต้านมะเร็ง : ศาสตร์และศิลป์แห่งการรักษาโรคมะเร็งใหม่, มิติใหม่แห่งความเข้าใจชีวิตและสุขภาพ, คู่มือปรุงอาหารแมคโครไบโอติกส์, ประทีปแห่งโยคะ : คู่มือปฏิบัติด้วยตนเอง
- สำนักพิมพ์บ้านเพลง ได้แก่ ลมหายใจ...ดนตรี...ชีวิต : การฝึกดนตรีเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต
- สำนักพิมพ์มูลนิธิหมอชาวบ้าน ได้แก่ ฤทธิการแพทย์จีน
- สำนักพิมพ์รวมธรรมชน ได้แก่ หนังสือชุดธรรมชาติบำบัดและรักษาตนเองต่างๆ ของนพ.บรรจบ ชุณหสวัณกุล - พญ.ลลิตา ธีระสิริ และคณะ เช่น ล้างพิษ, วาริบำบัด, โยคะรักษาโรค, พลังจิต พิชิตโรค นวดสัมผัสตำรับสวีเดน แมคโครไบโอติกส์กับสุขภาพ ฯลฯ
- สำนักพิมพ์เรือนบุญ ได้แก่ พลังจักรวาลรักษาโรค, พลังจักรวาลฝึกอย่างไรให้ได้ผล, พลังแห่งสติและจิตบำบัด, พลังใจก่อนให้กำเนิด (Meditation and Positive Thoughts for Pregnancy), พลังคริสตัลและอัญมณี, พลังจิตกับการบำบัดรักษา, พลังจิตได้สำนึก, พลังสะกดจิตตนเอง (Self Hypnotism)
- สำนักพิมพ์สาระ ได้แก่ หลักแมคโครไบโอติกส์, แมคโครไบโอติกส์ : รักษาโรคด้วยธรรมชาติ, การแพทย์นอกระบบ : 177 ทางเลือกไปสู่สุขภาพ
- สำนักพิมพ์อิน-หยาง ได้แก่ ย้อนรอยการแพทย์จีน
- สำนักพิมพ์อินทรี ได้แก่ พลังพระมิด
- สำนักพิมพ์เรจิน่า ได้แก่ โยคะกับการตั้งครรภ์
- สำนักพิมพ์ดอกหญ้า ได้แก่ เต๋า..พลังอำนาจเพื่อสุขภาพ
- ปาปรัส พับลิเคชั่น ได้แก่ วิถีสุขภาพโดยแม่เหล็กสลับขั้ว
- ที.พี.พรินท์ ได้แก่ ไบโอสเปคตรัม : เครื่องมือแพทย์ที่ให้กำเนิดคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า สำหรับการรักษาโรคทางกายภาพ และการดูแลรักษาตนเอง, หนังสือชุดของ ดร.เกียรติวรรณ อมาตยกุล ได้แก่ กินอย่างแชมป์, อาหารสู่ชีวิตใหม่ (มังสะวิวัติ)
- โครงการสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเอง ได้แก่ สุขภาพบนวิถีแห่งดุลยภาพ : เปิดประตูสู่การแพทย์ไทย

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนากระบวนการแพทย์แบบผสมผสาน เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ

การสัมมนา “การแพทย์แบบผสมผสานและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ”

ในการประชุมวิชาการการปฏิรูประบบสุขภาพไทย

วันที่ 14 ธันวาคม 2542 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค

1. ต้องเริ่มพัฒนาจากปรัชญาก่อนเทคนิค แม้ว่าศาสตร์การแพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่จะมีปรัชญาแบบองค์รวม และมีเทคนิคในลักษณะ “non-invasive treatment” แต่การพัฒนาต้องเริ่มจากการมองสุขภาพแบบองค์รวม (ความเข้าใจแบบองค์รวมต่อเหตุปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรค ทักษะที่ถูกต้องต่อการมีสุขภาพที่ดี และการดูแลสุขภาพแบบ “สร้างสุขภาพ” มากกว่า “ซ่อมสุขภาพ”) จะนำไปสู่กระบวนการผสมผสานข้อดีของแต่ละเทคนิค/ศาสตร์ ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งจะนำไปสู่สุขภาพที่ดีของบุคคล

การมุ่งพัฒนาแต่ละเทคนิค/ศาสตร์การแพทย์ทางเลือกโดยความเชี่ยวชาญของเฉพาะกลุ่มวิชาชีพจะกลายเป็นการแข่งขันเพื่อความเป็นเจ้าสำนัก และสร้างระบบการพึ่งพาให้แก่ประชาชน รวมถึงการแสวงผลประโยชน์ทางการตลาดของผลิตภัณฑ์และบริการ

อย่างไรก็ตามเราสามารถอาศัยกระแสความตื่นตัวในศาสตร์การแพทย์ทางเลือกต่างๆ ในสถานการณ์นี้ นำไปสู่การเคลื่อนไหวในการสร้างทักษะต่อสุขภาพแบบองค์รวมให้แก่ประชาชนได้

2. สร้างภาคีความร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐ และเอกชนที่เกี่ยวข้อง ที่หลากหลายในการพัฒนา ในรูปของคณะกรรมการประสานงานเพื่อ

2.1 กำหนดนโยบาย ทิศทางการพัฒนา และแนวปฏิบัติด้านต่างๆ ที่เหมาะสม

2.2 คัดกรอง เพื่อให้ได้ศาสตร์/เทคนิคที่ปลอดภัย ประหยัด มีประสิทธิภาพ และทำให้เกิดการพึ่งตนเองได้ในทุกระดับ

2.3 สนับสนุนการพัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้

3. สร้างงานวิจัยรองรับการพัฒนา เทคนิค/ศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่นำเข้าจากต่างประเทศ ต้องพัฒนา หรือประยุกต์องค์ความรู้ให้เหมาะกับเงื่อนไขด้านต่างๆ ในสังคมไทยเอง (ไม่ควรใช้ข้อมูลประสบการณ์การใช้หรือการศึกษาวิจัยจากต่างประเทศ ซึ่งมีสภาวะ สภาพการณ์ และเงื่อนไขที่แตกต่างกับคนไทยและสังคมไทย มาเป็นข้อมูลอ้างอิงโดยตรง) ภายใต้การศึกษาหรือวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยศักยภาพ ความร่วมมือ และการสนับสนุนจากภาครัฐ โดยเสนอให้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการภายใต้ระบบ หรือทรัพยากรที่มีอยู่แล้วในระบบบริการสาธารณสุขของภาครัฐ ร่วมกับนักวิชาชีพจากภาคเอกชน หรือให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยแก่ภาคเอกชน โดยความร่วมมือจากนักวิชาการของภาครัฐ เพื่อให้เกิดการยอมรับ และเกิดความเชื่อมโยงในการใช้ประโยชน์ในระดับกว้าง

ทั้งนี้ รวมถึงการศึกษาวิจัยเพื่อหาความชัดเจนสำหรับการจัดระบบการจัดการ และการพัฒนาที่เหมาะสมของการแพทย์ทางเลือกในสังคมไทย โดยกลุ่มฯ มีข้อเสนอทางเลือกสำหรับการดำรงอยู่ในระบบการจัดบริการสาธารณสุขใน 2 ลักษณะ ซึ่งต้องการการศึกษาหาข้อดี ข้อจำกัดของแต่ละระบบ กล่าวคือ

3.1 การพัฒนาแบบผสมผสานกับระบบบริการที่มีอยู่ในปัจจุบัน เช่น การฝังเข็มในคลินิกบริการการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือในงานกายภาพบำบัด ฯลฯ

3.2 การพัฒนาแบบคู่ขนานในแต่ละระบบของศาสตร์เอง (ที่เป็นองค์รวมครบวงจร)

4. ทบทวนกฎหมาย กฎ ระเบียบ เพื่อรองรับการพัฒนาที่เหมาะสม แม้ว่าในปัจจุบัน พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 จะเปิดช่องทางให้เกิดการพัฒนาในสาขาวิชาชีพด้านการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ในประเทศไทย แต่ก็ยังมีข้อบ่งชี้ข้อยกเว้นในรายละเอียดข้อปฏิบัติ เช่น ข้อจำกัดของการประกอบวิชาชีพข้ามสาขา หรืออื่นๆ จึงเป็นเรื่องที่ต้องมีการทบทวน วิเคราะห์ จัดทำข้อเสนอที่เหมาะสม หรือ ศึกษาประสบการณ์จากต่างประเทศ เพื่อหาข้อดี ข้อจำกัด ที่หลากหลาย แล้วนำมาพิจารณาหาความเหมาะสมจากฝ่ายที่มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งในส่วนนักวิชาชีพและผู้บริโภค เพื่อให้เกิดผลในทางสนับสนุน หรือลดอุปสรรคต่อการพัฒนาให้มากที่สุด

5. ปรับหลักสูตรการเรียนการสอนและการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแผนปัจจุบัน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจต่อทัศนคติการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และศาสตร์สุขภาพทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทย โดยบรรจุเข้าไปในหลักสูตรของโรงเรียน และสถาบันการศึกษาระดับต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรระหว่างประจำการสาขาต่างๆ ซึ่งควรจะมีใจกว้างที่จะเรียนรู้ และมีส่วนร่วมในการคัดกรองการนำเข้าสู่การบริการที่เหมาะสมสอดคล้อง ภายในท้องถิ่นของตนเองด้วย

6. ยังไม่มีข้อสรุปในการใช้คำเรียกคำที่เกี่ยวข้องต่างๆ คือ “การแพทย์ทางเลือก” “การแพทย์ผสมผสาน” “การแพทย์นอกระบบ” “การแพทย์แผนธรรมชาติ” “การแพทย์องค์รวม” ฯลฯ เพราะมีข้อดี ข้อจำกัดของการสื่อสารความเข้าใจในแต่ละสถานะการณ์ เงื่อนไขเวลา ฯลฯ ที่แตกต่างกัน

7. การแพทย์ทางเลือกจะมีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพในเรื่องอะไร และอย่างไรบ้าง

7.1 ปรับระบบการประกันสุขภาพ เพื่อให้กองทุนต่างๆ ภายใต้อำนาจ พ.ร.บ.ประกันสังคมสามารถเบิกจ่ายให้กับผู้ใช้วิธีการรักษาแบบแพทย์แผนไทย หรือศาสตร์การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ที่ผ่านการคัดกรองแล้ว

7.2 เสนอกระบวนการทัศน์ใหม่ ในแนวคิดแบบองค์รวมให้กับระบบการแพทย์แผนปัจจุบันที่ยังมีข้อจำกัดเพื่อให้ปรับไปสู่ดุลยภาพใหม่

ทั้งนี้โดยการรวมตัวกันเป็นเครือข่ายประชาคมสุขภาพทางเลือก

ข้อเสนอดังกล่าวนี้อย่างยิ่งต้องการการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างเปิดกว้าง หลายแง่มุม ในอีกหลายเวที โดยมุ่งเป้าไปที่การมีภาวะสุขภาพดี และความชอบธรรมสำหรับประชาชน โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับสังคมไทย

วิสัยทัศน์ของเครือข่ายการแพทย์วิถีไทยปัจจุบัน

การประชุมสัมมนาเครือข่ายการแพทย์วิถีไทยปัจจุบัน

ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น มวกเหล็ก

วันที่ 30 เมษายน – 2 พฤษภาคม 2543

“การแพทย์วิถีไทยปัจจุบัน” เป็นองค์รวมทางสุขภาพที่ประมวลขึ้นมาจากความคิดจิตสำนึกแห่งภูมิปัญญาไทย ผ่านประสบการณ์ที่เป็นจริงของบรรพชนในการดูแลตนเองและผู้คนรอบข้างแต่อดีตกาล ตกทอดมาถึงผู้คนชาวไทยร่วมสมัยในปัจจุบัน ซึ่งหมายถึงการแพทย์แผนไทยเดิมทั้งหมด ผสานเข้ากับภูมิปัญญาพื้นถิ่นของชนชาติต่างๆ ที่มาสู่สังคมไทย ในรูปการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เพราะฉะนั้นจะไม่ได้พัฒนาศาสตร์การแพทย์ทางเลือกโดดๆ แต่จะเป็นการเลือกรับปรับใช้ภูมิปัญญาเหล่านั้นด้วยความเคารพในความรู้ดั้งเดิม โดยคัดสรรเฉพาะส่วนที่มีหลักการ สมเหตุผล และสอดคล้องกับการนำมาปฏิบัติในประชาคมไทย ทั้งนี้ได้โดยเน้นการพึ่งพาตนเอง และเกื้อกูลซึ่งกันและกันในระหว่างสมาชิกร่วมสังคม ทั้งประหยัดเท่าที่จะเป็นไปได้ ขณะเดียวกันก็เป็นผลงานวิชาการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่มีกระบวนการตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างเป็นระบบ โดยการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างเหมาะสม และไม่สิ้นเปลือง และมีเป้าหมายทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพทั้งในด้านร่างกาย และจิตวิญญาณ ในส่วนการรักษาโรค ไม่เพียงแต่ให้คุณค่าแก่การรักษาให้หายจากโรคนั้น ๆ ยังคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้รับการรักษาดลอดจนครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อมอีกด้วย”

ปาฐกถาเรื่อง
ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์ทางเลือก

โดย ศ.นพ.ประเวศ วะสี

การประชุมสัมมนาเครือข่ายการแพทย์วิถีไทยปัจจุบัน

ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น มวกเหล็ก

วันที่ 1 พฤษภาคม 2543

ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์ทางเลือก

1. สร้างคุณค่า และสัมมาทฐิ ทำให้เกิดพลัง พลังมาจากคุณค่า ไม่ใช่เป็นเพียงเทคนิค(ของศาสตร์) จะเกิดกระแสสังคม เกิดงบประมาณ โดย

- 1.) ให้มีกลุ่มหนึ่งทำเรื่องนี้โดยเฉพาะ
 - จะสื่อกับสังคมอย่างไร ว่าเรื่องนี้มันมีคุณค่า
 - จะสื่อวิธีไหนบ้าง เช่น เอกสาร วิทยุ โทรทัศน์ วีดีโอ จัดประชุม
- 2.) สร้างสัญลักษณ์ ที่สวຍ แปลกใหม่ คนอยากดู สะดุดใจว่ามีความหมายอะไร เกี่ยวกับสุขภาพองค์รวมอย่างไร เป็นการกระตุ้นคนให้คิดไปในทางที่ถูกต้อง
- 3.) กลุ่มคนที่คิดเรื่องนี้ต้องชำนาญ ต้องมีความรู้ทั้งหมด และคิดสื่อเก่ง
- 4.) สื่อโดยการพูดอย่าให้พลาด พูดให้พอดี อย่าไป over claim คนจะไม่เชื่อ ต้องพูดด้วยความเมตตา ไม่ aggressive คนจะไม่ยอมรับ ต้องปรับท่าที ตรงนี้สำคัญ

2. สร้างภาคีความร่วมมือ เชื่อมโยงกันระหว่างกลุ่มคนทำงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นกลุ่ม องค์กร ชมรมมูลนิธิ สมาคม สถาบัน ฯลฯ แต่ละองค์กรจะมีศักยภาพที่หลากหลายแตกต่างกัน มีกันคนละอย่างมารวมกันจะเกิด

- 1.) พลังที่จะช่วยกันทำงานเรื่องต่างๆ
- 2.) ททรัพยากรที่ออกเงยออกมา
- 3.) เป็นกำลังใจต่อกัน
- 4.) เรียนรู้จากกันและกัน

การเป็นภาคีกันไม่ใช่แค่การลงทะเบียน ต้องมีกิจกรรมร่วมกัน โดย

- 1) มีการพบปะกัน เป็นกิจกรรมที่สำคัญ ไม่น่าจะห่างนานเกินกว่า ๑ เดือน เพราะนานไปจะจืดจางกัน นำเอาเรื่อง ใครทำอะไร ใครคิดอะไร จะต้องทำอะไรอีก มาปรึกษาหารือกัน จะช่วยกระชับภาคี
- 2) มีเอกสาร หรือการสื่อสารที่จะติดต่อถึงกัน เช่น อินเทอร์เน็ต
- 3) ภาคีจะเคลื่อนงานไปเรื่อยๆ โดยจะแบ่งงานกันทำให้ครบทุกอย่าง

3. ประชาคมสุขภาพ เป็น “ชุมชน” สุขภาพที่รวมตัวกันสนใจเรื่องสุขภาพ และพยายามจะเคลื่อนไหวส่งเสริมให้เกิดขึ้นทั่วไปทุกจังหวัด ทุกอำเภอ ศูนย์กลางไม่ควรอยู่ที่โรงพยาบาลเพราะจะเน้นเรื่องเทคนิค เรื่องหมอ เรื่องยา ซึ่งมีคนจำนวนน้อยเท่านั้นที่รู้เทคนิค ทำให้คนจำนวนน้อยจะมีส่วนร่วม ควรจะมีคนทั่วไปที่เคลื่อนไหว

สนใจเรื่องสุขภาพในด้านต่างๆ ทั้งเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การทำความดี ความเป็นชุมชน ช่วยเหลือกัน สิ่งเหล่านี้จะช่วยเปลี่ยนแปลงโลก เพราะได้เปลี่ยนวิธีคิด แทนที่จะไปคิดเรื่องเงินทอง ถ้าไรชาตุน จะเป็นการคิดถึงเรื่องสุขภาพของตัวเอง ของเพื่อนมนุษย์ เรื่องความพอดี โลกทุกวันนี้เคลื่อนด้วยโลกาภิวัตน์และ ถูกทำให้เป็นอารยธรรมเดียวทั่วโลก ในแบบวัตถุนิยม บริโภคนิยม ทุนนิยม เงินเป็นใหญ่ เงินกว่า ๙๐ เปอร์เซ็นต์ ที่เคลื่อนไหวในโลกขณะนี้ ไม่ได้ทำหน้าที่แม้แต่ทางเศรษฐกิจ จะทำเฉพาะเรื่องเก็งกำไรและไปทำลาย ระบบต่างๆ โลกจึงต้องการการเปลี่ยนแปลง

การเคลื่อนไหวของประชาคมสุขภาพจะเป็นการปฏิวัติเงียบ เป็น invisible revolution เปลี่ยนวิธีคิด เปลี่ยนคุณค่าใหม่ เคลื่อนไหวไปทั่ว ขยายไปเรื่อยๆ จนเต็มพื้นที่ทางสังคม โดย diversified ในรูปแบบต่างๆ เพราะ คนมีจิตต่างกัน มีความหลากหลาย

4. **วัดและพระ** ไม่ว่าศาสนาใด จะเกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพราะด้านหนึ่งทำงานทางสังคม อีกด้านหนึ่ง ทางจิตวิญญาณ (spiritual development) ซึ่งสำคัญ

นิยามของคำว่าสุขภาพ ที่ว่า Health is complete physical mental social and spiritual well-being หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ซึ่งการแพทย์แผนปัจจุบันไม่ค่อยสนใจด้านจิตวิญญาณซึ่งสำคัญ เพราะทางจิตวิญญาณเป็นมิติแห่งความเป็นมนุษย์ ความไม่เห็นแก่ตัว การทำเพื่อคนอื่น เพื่อส่วนรวม ทำให้เกิดความสุข เป็นความปิติ เหมือนมีความรู้สึกอันเป็นทิพย์เกิดขึ้น ที่เรียกว่า spiritual experience

พัฒนาการทางจิตวิญญาณจะสวนทางกับความเห็นแก่ตัว ความเห็นแก่ตัวมาก จิตวิญญาณต่ำ ความเห็นแก่ตัวน้อย จิตวิญญาณสูง มี endorphin หลั่งออกมาทำให้เกิดสุขภาวะ มั่นมียืนต์ แปลว่าธรรมชาติมนุษย์ มั่นขาดความดีไม่ได้ ถ้าขาดจะขาดความสมบูรณ์ เพราะฉะนั้นมนุษย์ทุกหนทุกแห่งธรรมชาติมันเกิดศาสนาขึ้นทั้งนั้น เพราะเป็นธรรมชาติที่มีอยู่ในตัว และศาสนาก็ต่าง ๆ กันไปตามวัฒนธรรม จะขาดไม่ได้

วิทยาศาสตร์เป็นวิชาที่มหัศจรรย์ แต่เป็นวิชาความรู้ที่ขาดความสมบูรณ์ เพราะจะเกี่ยวข้องกับสิ่งที่ซึ่งดวงวัดที่แม่นยำ วัดซ้ำอีกต้องได้อย่างเดิม แต่ว่าของธรรมชาติในโลก มีทั้งที่วัดได้แม่นยำ และวัดไม่ได้แม่นยำ เช่น จิตใจ จิตวิญญาณ จะวัดไม่ได้แม่นยำ สอดคล้องกับหลักความเป็นอนิจจัง ธรรมชาติ สรรพสิ่งทั้งหลายมีความเป็นอนิจจัง แต่วิทยาศาสตร์ว่าจะต้องวัดได้แม่นยำ เพราะฉะนั้นวิทยาศาสตร์จึงไปเกี่ยวกับเรื่องบางส่วนเท่านั้น เพราะฉะนั้นถ้ายึดหลักอย่างนั้น โลกก็เอียงเป็นวัตถุนิยมมาเรื่อย และทิ้งมิติทางจิตวิญญาณอย่างน่าเสียดาย เพราะเป็นมิติที่มีความเป็นมนุษย์

วัดและพระเป็นศูนย์กลางของชุมชน ทั้งทางการศึกษา เรื่องสุขภาพ ทางจิตวิญญาณต่างๆ จึงเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้าง น่าจะต้องมีใครทำยุทธศาสตร์นี้ เพราะว่าเป็นทรัพยากรที่มากมาย

5. **โรงเรียนการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย** ต้องพัฒนาให้เป็นระบบ เพราะถูกทอดทิ้งมานาน ต้องสนใจว่าขาดตกบกพร่องอย่างไร และจะส่งเสริมอย่างไร

6. **ศูนย์การแพทย์แผนไทยในชุมชน** ขณะนี้มีตัวอย่างของจริง และเป็นรูปแบบที่สามารถทำได้ทั่วประเทศ โดยไม่ต้องอาศัยงบประมาณแผ่นดิน อย่าไปเอานักวิชาชีพไปทำแบบราชการ เพราะไม่มีงบประมาณ ให้เกษตรกรรมฝึกให้เป็น ไม่ต้องห่วงเรื่องเงินเดือน ได้เท่าไรเป็น additional income เพราะมีรายได้จากการเกษตรอยู่แล้ว ให้ทำ 3 อย่าง คือ

1.) **นวดแผนไทย** มีการสัมผัสและการพูดคุย ได้รับความเห็นอกเห็นกัน

2.) ประคบด้วยสมุนไพร แก้วปวดข้อ ปวดหลัง ปวดต่างๆ ทดแทนการไปซื้อยาแผนปัจจุบันซึ่งมีฤทธิ์ ช่างเคียง

3.) ขยายสมุนไพร ที่พิสูจน์แล้วว่าได้ผลดีสัก 20-30 อย่าง

7. **ส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน** ให้เป็นทางเลือกที่จะทำ แต่ควรมีการวิจัยระบบ (Health system research) ควบคู่ไปด้วย

8. **สร้างความร่วมมือให้เกิดการวิจัยและพัฒนาในมหาวิทยาลัย** ซึ่งมักเกิดปัญหาอุปสรรคที่ต้องไปต่อสู้กับแผนปัจจุบันที่ยังไม่เข้าใจ ดังนั้นภาคีควรเข้าไปช่วย ถ้ามหาวิทยาลัยไหนอยากทำ และมีภาคีเข้าไปร่วมจะง่ายขึ้นมาก เช่นที่ ศรีนครินทร์วิโรฒตั้ง คณะสหเวชศาสตร์ ที่รวมเรื่องแผนไทย แผนจีน ผังเข็ม และอื่นๆ สถาบันวิจัยและพัฒนาในมหาวิทยาลัยจะมีส่วนช่วยสร้างคุณค่าขึ้นด้วย จึงสัมพันธ์กัน ผมไม่ได้ขีดเส้นโยงไว้

9. **พัฒนาระบบความรู้ และข้อมูลข่าวสาร** สำหรับนำไปใช้สร้างคุณค่าสัมมาทิสในสังคม และการบริการ ในปัจจุบันมีหลายองค์กร และมีปัญหาความสัมพันธ์เชื่อมโยง เพราะแต่ละองค์กรยังมีอัตตา ตัวตนสูง

การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารต้องเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ และเครือข่าย อาจจะไม่ต้องเป็นศูนย์เดียวเป็นทั้งระบบให้มีความรู้(ถ้าเป็นไปได้เป็นความรู้หมดทั้งโลก) รวบรวมข้อมูลที่มีอยู่แล้ว และรวมทั้งการวิจัยที่สร้างขึ้นใหม่ ประสบการณ์ที่มีก็สนับสนุนการนำไปใช้ จุดสำคัญ คือ ให้มีการรู้ถึงกันหมด จึงจะเชื่อมโยงกันได้ดี

10. **ระบบมาตรฐานและการประเมิน**

11. **ระบบกฎหมาย** เพื่อพิจารณากฎหมายที่เกี่ยวข้อง ปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อการพัฒนา รวมถึงการกำหนดบทที่เกี่ยวข้องในกฎหมายใหม่

12. **องค์การนโยบาย** ทำหน้าที่ดูเรื่องทั้งหมดให้มันเกิดขึ้น การดำเนินงานในแต่ละจุดย่อยๆ ต้องเชื่อมโยงไปสู่นโยบาย เพราะนโยบายจะช่วยให้งานเกิดได้ในที่อื่นทั่วไป ต้องทำงานเรื่อง

- 1.) ทิศทาง โดนประสานงานกับองค์กรต่างๆ ให้มาร่วมกันกำหนดทิศทาง
- 2.) หาทรัพยากรมาสนับสนุนการดำเนินงาน
- 3.) ประเมินประสิทธิผล

เรื่องการแพทย์แผนไทย ควรจะเป็นสภากาพย์แพทย์แผนไทย และควรเป็นองค์การนโยบายอยู่ในสภาสุขภาพแห่งชาติหรือไม่ ควรพิจารณา สภานโยบายนี้ต้องมีทรัพยากร และกำหนดการใช้ทรัพยากรได้

ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการทำงานร่วมกัน คือ ความสัมพันธ์ในวัฒนธรรมไทย เป็นแบบแนวดิ่ง ต้องสร้างความสัมพันธ์ในแนวนอนเป็นเครือข่าย ใช้เทคนิค AIC เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ให้คนรักกัน รักกันแล้วอยากทำอะไรดี ๆ ทั้งองค์กรเลยเกิดพลังงานมหาศาลเกิดขึ้น คนจะมีความสุขมาก

เรื่องของนโยบาย ควรเน้นคุณค่าทางด้านสิทธิทางสังคม พยายามสร้างเครือข่ายองค์กรภาคีให้ชัดเจน โดยพยายามให้เกิดคุณค่าทางสังคมที่จะเปิดแนวคิด หรือเปิดช่องทางที่เขาเข้ามาอย่างเป็นระบบมากขึ้น มีทางเดินเข้ามาเชื่อมโยงเพื่อนำไปสู่การดูแลสุขภาพของไทย

การจะเขี่ยขึ้นเป็นเรื่องยาก ต้องมีโครงสร้างเป็นสามเหลี่ยม เรียกว่า สามเหลี่ยมเขี่ยขึ้นกฎเขา คือ

- 1.) หนึ่งมีการทำงานวิชาการ สร้างความรู้
- 2.) มีการเชื่อมการเคลื่อนไหวทางสังคม social mobilization
- 3.) เชื่อมกับอำนาจรัฐ เพราะอำนาจรัฐดูแลทรัพยากร: ข้าราชการ สื่อ งบประมาณ กฎหมาย เพราะในการพัฒนาจำเป็นต้องแก้กฎหมาย สร้างกฎหมายใหม่

ความสำเร็จต้องการวิธีคิดที่ถูกต้อง ซึ่งวิธีคิดต่างๆ ในโลกนี้มี 3 แบบ คือ

วิธีคิดเชิงอำนาจ วิธีคิดแบบนี้จะได้ผลน้อยลง เป็นที่รู้จักทั่วโลก ที่กล่าวกันว่า Power is less and less effective

วิธีแบบชาวดำ เราดี มันไม่ดี แยกกันมันก็ไม่มีพลัง ใช้ได้ในบางเรื่องในอดีต

วิธีคิดแบบเชื่อมโยง เป็นโครงสร้างใหม่ ในโครงสร้างนั้น มีขาว มีดำมั่ง มีดำง มีจุด มีลาย แต่พอเชื่อมโยงกันทำงาน จะเกิดคุณสมบัติใหม่ เหมือนน้ำ น้ำเป็น H_2O ไฮโดรเจน 2 อะตอม ออกซิเจน 1 อะตอม แต่เวลาคุณสมบัติความเป็นน้ำ คุณสมบัติใหม่ไม่ใช่คุณสมบัติของไฮโดรเจนไม่ใช่คุณสมบัติของออกซิเจน

ถ้าทำเรื่องนี้(การแพทย์วิถีไทยปัจจุบัน) ซึ่งเป็นเรื่องยากๆ แล้วก็เชื่อมโยงกัน เชื่อมโยงทั้งราชการ ไม่ใช่ราชการ อย่างเวลาเราเคลื่อนไหวเรื่องประชาสังคม เราบอกความหมายของเราไม่เหมือนของฝรั่ง ของฝรั่งคิดแบบแยกส่วน ฝรั่งบอกประชาสังคมคือเอ็นจีโอ ภาครัฐไม่เกี่ยว ของเราบอกเกี่ยว ขอเราคิดแบบเชื่อมโยง แบบโครงสร้างที่สาม