



ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย

พลการศึกษาห้าประเด็นหลัก

การประชุมวิชาการประจำปีการแพทย์แผนไทย

การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. ๒๕๕๗



ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย

พลการศึกษาห้าประเด็นหลัก การประชุมวิชาการประจำปีการแพทย์แผนไทย
การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. ๒๕๕๗

ที่ปรึกษา

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์

บรรณาธิการ

นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

นายแพทย์ประพนธ์ เกตุรากาศ

คณะบรรณาธิการ

นายแพทย์วิชาญ เกิดวิชัย

เกสัชกรยุวดี พัฒนพงศ์

นางสาวรุจิรา อรรถสิทธิ์

นายวีรพงษ์ เกรียงสินยศ

นางสาวรัชนี้ จันทร์เกษ

นายสันติสุข โสภณศิริ

นางดารณี อ่อนชมจันทร์

นางสาวณีย์ กุลสมบูรณ์

นางสาวพินทุสร เหมพิสุทธิ

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

องค์การอนามัยโลก ประเทศไทย

ข้อมูลทางบรรณานุกรมหอสมุดแห่งชาติ

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ

ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย

กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์

๒๕๕๗ หน้า

๑. การแพทย์แผนไทย ๒. การแพทย์พื้นบ้านไทย ๓. การแพทย์ทางเลือก

ISBN: ๙๗๔-๔๖๕-๘๒๓-๑

จัดพิมพ์โดย

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์: ๐-๒๕๕๑-๗๘๐๔, ๐-๒๕๕๑-๒๖๐๐, ๐-๒๕๕๑-๗๘๐๖

โทรสาร: ๐-๒๕๕๑-๒๕๐๐, ๐-๒๕๕๑-๗๘๑๕

Website: <http://www.dtam.moph.go.th>

พิมพ์ครั้งแรก ธันวาคม ๒๕๕๗

จำนวน ๒,๐๐๐ เล่ม

ออกแบบ บริษัท สาริตถะ จำกัด โทร. ๐-๖๑๘-๗๙๔๔-๕

สถานที่พิมพ์ อุษาการพิมพ์



สารบัญ

ทิศทางและยุทธศาสตร์การสร้างและการจัดการองค์ความรู้

ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก

๓

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

การศึกษาลานการณและแนวพัฒนาการสนับสนุนเพื่อการสร้างกำลังคนรุ่นใหม่

ในระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก

๕๑

ยงค์ศักดิ์ ตันติปิฎก

รวงทิพย์ ตันติปิฎก

ทิศทางของการนำการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย

และการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ

๑๐๑

เปรม ชินวันทนนานนท์ และคณะ

คุณค่าและทิศทางของการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทย (ยาแผนโบราณ)

และผลิตภัณฑ์สมุนไพร

๑๕๙

สุนทร วิทยานารถไพศาล

กฎหมายการเปรียบเทียบที่เกี่ยวข้องต่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น

๑๙๗

บัณฑิต เศรษฐศิริโรตม์

เจริญ โทณะวณิก



คำนำ

เมื่อกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ตัดสินใจเป็นแกนจัดงาน “มหกรรมสมุนไพรแห่งชาติครั้งที่ ๑” ที่ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี เมื่อวันที่ ๑-๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๗ นั้น เรื่องหนึ่งที่ตั้งใจว่าจะต้องกระทำคือ จะต้องมีการประชุมวิชาการประจำปีด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นส่วนสำคัญในงานดังกล่าว ทั้งนี้เพราะเห็นว่าด้วยการส่งเสริมการพัฒนาความรู้ในแง่มุมต่างๆ อย่างเป็นระบบเท่านั้น จึงจะทำให้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยมีการพัฒนาจนเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางและยั่งยืน ในส่วนของการแพทย์ทางเลือกก็สามารถเรียนรู้และนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม

นับว่าโชคดีที่ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ อดีตรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข รับเป็นประธานคณะกรรมการวิชาการของงานนี้ นายแพทย์สุวิทย์ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทั้งด้านการบริหารและผลงานวิชาการในด้านการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นที่ยอมรับอย่างสูงทั้งในระดับชาติและนานาชาติ ช่วงที่รับงานนี้เป็นช่วงที่นอกจากภารกิจมากมายในประเทศแล้วยังมีตำแหน่งสำคัญเป็นประธานร่วมของกองทุนโลกเพื่อเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย ซึ่งประธานคือ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา ทำให้มีความจำเป็นต้องเดินทางไปปฏิบัติการกิจในต่างประเทศเนืองๆ แต่ นายแพทย์สุวิทย์ก็มีการประชุมติดตามงานที่รับทำอย่างเป็น

ระบบ และต่อเนื่อง จนงานทุกอย่างลุล่วงไปด้วยดี

การประชุมวิชาการครั้งนี้ คณะกรรมการได้ลงมติตั้งหัวข้อหลัก (Theme) ของการประชุมว่า “ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย เพื่อชาวไทยและชาวโลก” ความมุ่งหมายเพื่อแสวงหาภูมิปัญญาที่เป็นอิสระ เพื่อสุขภาพตามวิถีที่เป็นอิสระอย่างแท้จริง โดยเข้าใจว่า คำว่า “ไท” หมายถึง ความเป็นอิสระเสรี ส่วนคำว่า ไทย หมายถึง คนไทยและประเทศไทย เป็นต้น แต่เมื่อเปิดพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน เพื่อตรวจสอบความหมายในเวลาต่อมาก็ต้องประหลาดใจที่พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ฉบับแก้ไขปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๔๒ ซึ่งตีพิมพ์เผยแพร่ในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ให้ความหมายของคำทั้งสองตรงกันข้ามกับที่เข้าใจกันโดยมาก กล่าวคือ คำว่า “ไท” ให้ความหมายว่า “ผู้เป็นใหญ่” ส่วน “ไทย” ให้ความหมายความหมายหนึ่งว่า “ความมีอิสระในตัว, ความไม่เป็นทาส”

โดยที่การตรวจสอบความหมายในพจนานุกรมฯ กระทำภายหลังงานได้เดินทางไปมากแล้ว ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ และเห็นว่าไม่น่าจะจำเป็นต้องแก้ไข เพราะหัวข้อดังกล่าวไม่น่าจะทำให้เกิดความสับสนเพราะคนไทยโดยมาก มิได้เข้าใจความหมายของคำทั้งสองตามพจนานุกรมดังกล่าว

ต่อมาเมื่อพจนานุกรม ฉบับมติชน ได้พิมพ์ออกเผยแพร่พบว่าความหมายของคำทั้งสองตามพจนานุกรมฉบับนี้ เป็นไปตามความเข้าใจของคนทั่วไป กล่าวคือ ให้ความหมายหนึ่งของคำ “ไท” ว่า อิสระ ส่วน “ไทย” ให้ความหมายว่า “ชื่อประเทศหนึ่งในทวีปเอเชีย ชื่อประชากร ภาษา และตัวอักษรของประเทศไทย”

ความขัดแย้งของความหมายในพจนานุกรมทั้งสองฉบับคงต้องเป็นภาระของปราชญ์ทางภาษาไทยจะหาข้อยุติต่อไป

สำหรับการประชุมวิชาการครั้งนี้ คณะอนุกรรมการวิชาการเห็นว่า นอกเหนือจากการประกาศเชิญชวนให้นักวิชาการทั่วประเทศนำเสนอผลงานเป็นการทั่วไปในลักษณะที่ฝรั่งเรียกว่า Free Paper และการเชิญชวนนักวิชาการอย่างเฉพาะเจาะจงให้นำเสนอผลงานในลักษณะที่ฝรั่งเรียกว่า Invited paper แล้ว ควรมอบหมายให้มีคณะทำงานศึกษาประเด็นสำคัญต่างๆ ๕

ประเด็นหลัก ได้แก่

๑) ทิศทางและยุทธศาสตร์การสร้างและการจัดการองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก

๒) การศึกษาสถานการณ์และแนวพัฒนาการสนับสนุนเพื่อการสร้างกำลังคนรุ่นใหม่ในระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก

๓) ทิศทางการนำการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ

๔) คุณค่าและทิศทางการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทย (ยาแผนโบราณ) และผลิตภัณฑ์สมุนไพร

๕) กฎหมาย กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องต่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น

ต้องขอขอบคุณผู้รู้ในแขนงต่างๆ ที่รับไปศึกษาจนได้ผลงานดังปรากฏในเอกสารฉบับนี้

งานทั้ง ๕ ชิ้นนี้ มีคุณภาพและความลุ่มลึกแตกต่างกันไป เชื่อว่าผลงานเหล่านี้จะเป็นจุดตั้งต้นที่ดี ในการพัฒนาภูมิปัญญาไทย และสุขภาพวิถีไทยทั้งในด้านของการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก สืบต่อไป

เป้าหมายของการพัฒนานอกจาก “เพื่อชาวไทยและชาวโลก” ตามที่กำหนดไว้ในหัวข้อหลักแล้ว ควรมุ่งสู่เป้าหมายตามที่ ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ได้เสนอไว้ นั่นคือ

ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย “ซึ่งเป็นไปเพื่อสุขภาพ และปลดปล่อยผู้คนให้เป็นอิสระจากความเจ็บป่วย ความทุกข์ และความบีบคั้นทั้งปวง”



(นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์)

อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



บทนำ

การจัดการประชุมวิชาการประจำปีการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ ในวันที่ ๑-๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๗ ณ ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี (งานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ ระหว่าง ๑-๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๗) ถือเป็นพัฒนาการด้านวิชาการครั้งสำคัญของประเทศไทย เพราะนอกจากเป็นการเปิดพื้นที่ทางวิชาการ สำหรับการแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือกแล้วยังเป็นการวางรากฐานที่สำคัญในการพัฒนาด้านวิชาการของการแพทย์ทั้ง ๓ ระบบ

การวางรากฐานด้านวิชาการ ถือเป็นหัวใจหลักของการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือก การจัดการประชุมวิชาการประจำปีฯ จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประธานคณะกรรมการวิชาการ จึงได้กำหนดให้มีการศึกษาเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การพัฒนาการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือกของประเทศไทย โดยเชิญนักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิร่วมทำการศึกษาและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อนำเสนอในที่ประชุมวิชาการประจำปีฯ โดยที่ข้อเสนอแนะดังกล่าวจะเป็นทิศทางสำคัญของประเทศไทยในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือก

แม้ว่าระยะเวลาเตรียมการศึกษายุทธศาสตร์จะมีจำกัด แต่นักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านมีความเต็มอกเต็มใจและมุ่งมั่นในการศึกษาเพราะเห็นว่าเป็นการประชุมวิชาการที่มีความสำคัญ โดยมีการศึกษา

ยุทธศาสตร์หลัก ๕ ประเด็น คือ

๑. ทิศทางและยุทธศาสตร์การสร้างและการจัดการความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก โดยนายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ เป็นผู้ทำการศึกษา ซึ่งเป็นบทความทางวิชาการที่ลุ่มลึก ลึกซึ้งและทรงคุณค่าเป็นอย่างยิ่ง

๒. การศึกษาสถานการณ์และแนวทางการสนับสนุนเพื่อสร้างกำลังคนรุ่นใหม่ในระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก โดย เกษัชกรยงค์ดี ตันติปิฎก และ เกษัชกรหญิงรวงทิพย์ ตันติปิฎก เป็นผู้ทำการศึกษา ซึ่งได้สะท้อนให้เห็นการขาดช่วงในการสืบทอดภูมิปัญญาไทยโดยคนรุ่นต่อไป และแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

๓. ทิศทางการนำการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ ซึ่งมีนายแพทย์เปรม ชินวันทนนานนท์ และคณะเป็นผู้ทำการศึกษา ซึ่งเป็นบทความที่ได้วิเคราะห์ระบบบริการสาธารณสุขของภาครัฐอย่างละเอียด และเสนอแนวทางในการผสมผสาน ร่วมมือ หรือนำเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุข

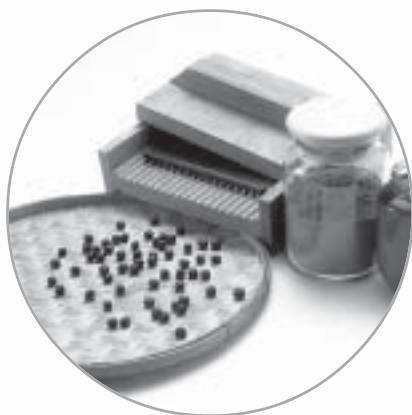
๔. คุณค่าและทิศทางการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทย (ยาแผนโบราณ) และผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์สุนทรี วิทยานารถไพศาล เป็นผู้ทำการศึกษา เป็นบทความทางวิชาการที่ได้ศึกษาสถานการณ์ด้านยาแผนโบราณของประเทศต่างๆ และนำมาเปรียบเทียบกับประเทศไทย รวมทั้งมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทย ทั้งในด้านการพึ่งตนเองของประเทศและการส่งออกที่มีคุณภาพ

๕. กฎหมาย กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องต่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น โดย นายบัณฑิต เศรษฐศิริโรตม์ และนายเจษฎ์ โทณะวณิก เป็นผู้ทำการศึกษา ซึ่งได้เสนอบทความวิชาการที่มีคุณค่าอย่างยิ่งต่อการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์แผนไทย รวมทั้งสมุนไพรของไทย มีการศึกษาถึงบทเรียนการต่อสู้ในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น ในประเทศอินเดีย มีการศึกษาถึงกฎหมายต่างๆ ที่มีผลกระทบทั้งกฎหมายในประเทศและต่างประเทศ และมีข้อเสนอแนะในการดำเนินการต่างๆ เกี่ยวกับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น

การศึกษายุทธศาสตร์หลัก ๕ ประเด็นดังกล่าว ถือเป็นจุดตั้งต้นในการนำเสนอทิศทางของประเทศไทยต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือก และในการประชุมวิชาการประจำปีแต่ละปี จะนำยุทธศาสตร์หลักทั้ง ๕ ประเด็นมาเป็นหัวข้อหลักในการประชุมเพื่อที่จะให้ยุทธศาสตร์หลักดังกล่าวเกิดผลในทางปฏิบัติ เกิดการศึกษาและดำเนินการอย่างต่อเนื่องอย่างแท้จริง

บรรณาธิการ

ธันวาคม ๒๕๔๗



ทิศทางภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไท
 แนวคิดและยุทธศาสตร์การสร้าง
 และจัดการองค์ความรู้
 การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย
 และการแพทย์ทางเลือก

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

การแพทย์นอกกระแสหลัก ๓ ระบบ คือ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก เริ่มมีสถานะอย่างเป็นทางการ ในโครงสร้างของระบบการแพทย์ไทย เมื่อมีการก่อตั้งหน่วยงานรัฐระดับกรมขึ้นเพื่อดูแลฟื้นฟู และพัฒนาการแพทย์นอกกระแสหลักดังกล่าว ซึ่งเป็นขบวนการสุขภาพที่ขับเคลื่อนมาอย่างต่อเนื่อง ตลอด ๒ ทศวรรษที่ผ่านมา

เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของการพัฒนา ควรมุ่งไปที่การสร้างระบบการแพทย์พหุลักษณะ ที่เสริมประสานกันเพื่อสุขภาพของมหาชน โดยทั้งนี้ต้องพัฒนาเติบโตขึ้นอย่างเป็นอิสระบนพื้นฐานแห่งญาณวิทยาของการแพทย์แต่ละระบบ ซึ่งไปพ้นจากกรอบจารีต ความรู้วิทยาศาสตร์แบบเก่า และการครอบงำของวิธีคิดแบบวัตถุนิยม รวมทั้งกระแสบริโภคนิยม ที่ลดทอนมิติทางภูมิปัญญาของการแพทย์พหุลักษณะเหล่านี้อลงเหลือเพียงรูปของสินค้าและบริการที่สามารถผลิตและบริโภคในระบบตลาดเท่านั้น โดยตกอยู่ในมือของทุนขนาดใหญ่ ที่มีศักยภาพในการลงทุน บริหารจัดการ พัฒนาระบบการผลิตให้ได้มาตรฐาน ตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด

เพื่อเป็นหลักประกันในการพัฒนาการแพทย์นอกกระแสหลักให้มีทิศทางและวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม จึงต้องวางเป้าหมายของการสร้างองค์ความรู้ ทั้ง ๔ ด้าน คือ

๑. การสร้างกรอบแนวคิดและวิธีวิทยา เพื่อการวิจัยและประเมินความรู้
๒. การสร้างแม่แบบของระบบงานต่างๆ ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้
๓. การทำให้เกิดความเข้าใจ และการเรียนรู้ระหว่างกันของระบบการแพทย์ต่างๆ เพื่อให้เกิดการเสริมประสานซึ่งกันและกัน
๔. การพัฒนามาตรการเชิงนโยบายทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ที่ทันต่อสถานการณ์

การสร้างและจัดการความรู้ทั้ง ๔ ด้าน ดังกล่าว จำเป็นต้องมียุทธศาสตร์ ภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทย ที่ชัดเจน ๕ ยุทธศาสตร์ คือ

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ สร้างกลไกการจัดการความรู้โดยจัดตั้งสถาบันสุขภาพวิถีไทย ดำเนินภารกิจ ๓ ด้าน คือ การสร้างความรู้ สร้างคน สร้างชุมชนวิชาการที่เข้มแข็ง

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างร่นนโยบายด้วยการประกาศ “วาระแห่งชาติการวิจัยภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทย”

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ สร้างชุมชนวิชาการทุกพื้นที่ ให้ร่วมกันทำงานเป็นชุมชนแนวปฏิบัติ

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ สร้างแผนที่ภูมิปัญญาสุขภาพไทย ในทุกชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ สร้างกลไกประมวลความรู้วิทยาศาสตร์ กระบวนทัศน์ใหม่ ด้วยการจัดตั้ง “เวทีวิทยาศาสตร์วิวัฒน์” ภายใต้การปฏิบัติการของ “คณะเมธีวิจัย” ด้านวิทยาศาสตร์กระบวนทัศน์ใหม่

อย่างไรก็ตามบทความนี้ได้เสนอให้มีท่าทีต่อแนวคิดในการกำหนด “ยุทธศาสตร์” และ “การจัดการ” ในมุมมองของภูมิปัญญาตะวันออก ที่เห็นว่ามนุษย์ไม่สามารถเป็นศูนย์การควบคุม กำหนดทุกสิ่งทุกอย่างได้ สิ่งที่มีมนุษย์พึงกระทำคือ ทำความเพียรตามหลักอิทธิบาท ๔ โดยถือว่าความเพียรเป็นสิ่งที่มีความค่าในตัวเองเพราะเป็นไปเพื่อประโยชน์ และความสุขของเพื่อนมนุษย์ทั้งหลาย

เกริ่นนำ

การก่อตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ถือเป็นการเปิดศักราชใหม่ของการพัฒนาการแพทย์ไทย เพราะไม่เพียงแต่การแพทย์แผนไทยจะกลับมามีสถานะและความชอบธรรมอีกครั้งในระบบการแพทย์ไทย นับตั้งแต่การรักษาแผนไทยถูกยกเลิกไปจากโรงพยาบาลศิริราชในปี พ.ศ. ๒๔๔๗ แต่พันธกิจของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกยังให้ความสำคัญกับการแพทย์พื้นบ้านอันเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ถูกกลืนเลือนมานาน และการแพทย์ทางเลือกซึ่งมีความพยายามที่จะแสวงหาแนวทางสุขภาพในกระบวนทัศน์ใหม่ๆ อีกด้วย ซึ่งนับเป็นครั้งแรกที่ “การแพทย์นอกกระแสหลัก” เหล่านี้มีที่ยืนอย่างเป็นทางการในระบบการแพทย์ไทย

ภารกิจการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน รวมทั้งการกลั่นกรองเลือกสรรและส่งเสริมการแพทย์ทางเลือกให้ตอบสนองต่อประโยชน์สุขของสังคมไทยในครั้งนี้จึงถือเป็นภารกิจครั้งประวัติศาสตร์และมีความหมายที่สำคัญยิ่งต่อประวัติศาสตร์ภูมิปัญญาไทย ภารกิจดังกล่าวของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกนี้มิได้เกิดขึ้นโดยบังเอิญ หากแต่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพไทยที่คลี่คลายอย่างต่อเนื่องในช่วง ๒ ทศวรรษที่ผ่านมา เป็นการคลี่คลายที่อาจถือเป็นบุพนิมิต

ของกระบวนการทัศน์สุขภาพไทยที่กำลังเปลี่ยนไปสู่พลวัตใหม่ของความหลากหลายทางการแพทย์ การทบทวนถึงกระแสการเปลี่ยนแปลงที่หมุนเนื่องของขบวนการสุขภาพนอกกระแสหลักจะช่วยให้เราเข้าใจศักยภาพและฐานรากของภารกิจทางประวัติศาสตร์ที่รออยู่ข้างหน้าได้

บุพนิมิตกระบวนการทัศน์สุขภาพไทย : พลวัตใหม่ของพหุลักษณะทางการแพทย์

สองทศวรรษที่ผ่านมาขบวนการสุขภาพนอกกระแสหลักได้ก่อตัวขึ้นเป็นปรากฏการณ์อย่างที่ไม่เคยมีมาก่อน การใช้สมุนไพร ยาไทย การนวดไทย ภูมิปัญญาพื้นบ้าน อาหารสุขภาพ ตลอดจนการตื่นตัวต่อทางเลือกสุขภาพที่ปรากฏขึ้นอย่างหลากหลาย เช่น เกษตรอินทรีย์ นิเวศวิทยาแนวเล็ก สุขภาวะทางจิตวิญญาณ และแนวคิดการตายอย่างสันติสะท้อนถึงพลวัตใหม่ของพหุลักษณะทางการแพทย์ของสังคมไทย ความเคลื่อนไหวของขบวนการสุขภาพนอกกระแสหลักที่ก่อตัวมาอย่างต่อเนื่องได้เริ่มหยั่งรากและมีฐานที่มั่นคงขึ้นตามลำดับ ปรากฏให้เห็นเป็นรูปธรรม ๓ ประการคือ

๑. การสืบสานภูมิปัญญาการแพทย์ไทย
๒. กระแสสุขภาพและการแพทย์ทางเลือก
๓. ความเข้มแข็งของการเมืองสุขภาพภาคประชาชน

การสืบสานภูมิปัญญาการแพทย์ไทย

ปี ๒๕๒๗ การสัมมนาเรื่องภูมิปัญญาชาวบ้านเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกโดยมูลนิธิหมู่บ้าน ซึ่งมี ดร.เสรี พงศ์พิศ ประธานมูลนิธิเป็นผู้ริเริ่ม คำว่า “ภูมิปัญญาชาวบ้าน” ถูกสร้างขึ้นเป็นวาทกรรมทวนกระแสภายใต้กระบวนการพัฒนากระแสหลักที่มองชาวบ้านว่าวนเวียนและดักดานอยู่ในวงจรอุบาทว์ของความง่-จน-เจ็บ แนวคิดการพัฒนาในสถานการณ์หลังสงครามเย็นนั้นแม้จะก้าวพ้นวิธีคิดเชิงสงเคราะห์มาแล้ว แต่ก็ยังเห็นชุมชนเป็นเสมือน “ภาชนะว่าง” ภารกิจของการพัฒนาแม้ไม่ใช่ “การเอาปลาไปแจก” แต่ก็ยัง

คิดว่าการพัฒนาคือการไปสอนชาวบ้านให้ตกปลาเป็น ในขณะที่กระแสภูมิปัญญาชาวบ้านเสนอว่านักพัฒนาต่างหากเล่าที่จะต้องเป็นฝ่ายไปเรียนรู้จากชาวบ้าน ไม่ใช่คิดแต่จะสอนชาวบ้าน เพราะชาวบ้านและชีวิตชุมชนนั้นสะท้อนภูมิปัญญาที่ท้องถิ่นเรียนรู้ ปรับตัว และสร้างสรรค์เป็นวิถีการดำรงอยู่ร่วมกันอย่างมีคุณภาพของมนุษย์ ชุมชน และระบบนิเวศ (เสรี ๒๕๓๖; และดู เอกวิทย์ ๒๕๔๐) ผู้ใหญ่วิบูลย์ เข้มเฉลิม พ่อมหาอยู่ สุนทรชัย พ่อชาติ มะระแสง ครูเกื้อ วงษ์บุญ ปะหรน หมัดหลี่ พ่อผาย สร้อยสระกลาง พ่อคำเดื่อง ภาษี และผู้นำด้านภูมิปัญญาอื่นๆ กลายเป็นผู้รู้หรือปราชญ์ชาวบ้านที่นักพัฒนาต้องไปเรียนรู้จากท่าน

สองทศวรรษที่แนวคิดภูมิปัญญาชาวบ้านและปราชญ์ชาวบ้านถูกสังเคราะห์ขึ้นโดยองค์กรพัฒนาเอกชนและนักคิดทวนกระแส ปัจจุบันการสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่นกลายเป็นภารกิจของรัฐ (ปรีติตา ๒๕๔๗) ภูมิปัญญาชาวบ้านและภูมิปัญญาไทยกลายเป็นส่วนหนึ่งของแผนและโครงการพัฒนาของแทบทุกหน่วยงานและถูก “ต่อยอด” เป็นสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ที่ทำรายได้ให้ชุมชน ในด้านภูมิปัญญาสุขภาพไทยนั้นได้มีการพัฒนาจากแนวคิดนามธรรมจนกลายเป็นสมุนไพรไทย ยาไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนวดไทยที่เฟื่องฟูขยายตัวไปทั่ว จนมีบริการการนวดไทยทั้งในโรงพยาบาล ในชุมชน ในโรงแรมและสปาต่างๆ รวมทั้งตามปั้มน้ำมัน และศูนย์การค้าแทบทุกแห่ง แม้ว่าภูมิปัญญาสุขภาพไทยส่วนหนึ่งจะถูกทำให้กลายเป็นสินค้า แต่ภาวะดังกล่าวก็สะท้อนความรู้สึกนึกคิดและทัศนคติของสังคมไทยที่ความเป็นท้องถิ่นและความเป็นไทยเปลี่ยนแปลงไป วิถีชุมชนไม่ใช่สิ่งมลาย ไร้สาระหรือน่ารังเกียจ แต่เป็นสิ่งที่มีคุณค่าเป็นภูมิปัญญาที่สังคมไทยต้องช่วยกันสืบสาน

กระแสสุขภาพและการแพทย์ทางเลือก

กระแสการแพทย์ทางเลือกก่อตัวขึ้นช้าๆ ในหมู่ผู้แสวงหาทางออกแก้ปัญาสุขภาพที่การแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถตอบสนองได้ ในขณะที่

ชนชั้นกลางที่มีชีวิตแปลกแยกอยู่ในเมืองและเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังและโรค
มะเร็งต่างอำนาจต้านรับการแพทย์ทางเลือกเป็นทางออกจากความตีบตัน
ของการแพทย์สมัยใหม่ (โกมาตร ๒๕๔๒; สุภาพร ๒๕๔๐; สุดาทิพย์ ๒๕๔๑)
กระแสทางเลือกก่อตัวท่ามกลางชาวบ้านที่ต้องการหาทางออกจากปัญหา
สุขภาพที่เป็นผลลัพธ์ของเศรษฐกิจและระบบการผลิตแบบอุตสาหกรรม
การเกษตร กลายเป็นความตื่นตัวต่อเกษตรชีวภาพ เกษตรปลอดสาร และ
เกษตรอินทรีย์ (วิฑูรย์ (บก.) ๒๕๓๙; ปัตพงษ์ และคณะ ๒๕๔๗) ความตื่น
ตัวต่อภัยคุกคามสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บที่มากับชีวิตที่ขาดดุลยภาพและ
ห่างเหินจากธรรมชาติทำให้กระแสสุขภาพและการแพทย์ทางเลือกได้รับการ
ตอบรับอย่างกว้างขวาง

จากน้ำผักสมุนไพร ชีวจิต ธรรมชาติบำบัด โยคะ การฝังเข็ม ซึ่ง
ดุลยภาพบำบัด สุนทรบำบัด ไชโยแพรกเตอร์ (Chiropractor) โฮมีโอพาธี
(Homeopathy) วาริบำบัด และการบำบัดทางเลือกอีกมากมายที่แพร่หลาย
อย่างกว้างขวางนี้ (ดู ปัทมาวดี ๒๕๔๑) แม้ว่าด้านหนึ่งจะสร้างความสับสน
รวมทั้งถูกทำให้กลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมบริโภคไปแล้ว แต่อีกด้าน
หนึ่งสะท้อนความตื่นตัวต่อวิถีสุขภาพและการยอมรับของสาธารณชนต่อการ
บำบัดรักษาที่หลากหลาย จนทำให้การแพทย์ทางเลือกที่เคยเป็นคู่ปรับกับ
การแพทย์กระแสหลักได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบการแพทย์ไทยที่
โรงพยาบาลหลายแห่งนำเข้ามาผสมผสานในการให้บริการสุขภาพแก่
ประชาชน สุขภาพจึงไม่ใช่สิ่งที่ผูกขาดโดยการแพทย์แบบใดแบบเดียว การ
แพทย์ทางเลือกได้ทำให้แนวคิดเรื่องสุขภาพองค์รวมกลายเป็นอุดมคติที่ผู้คน
ในสังคมแสวงหาและวงการแพทย์ยอมรับว่าสุขภาพะที่สมบูรณ์นั้น ต้อง
บูรณาการมิติต่างๆ ของสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม อาจกล่าวได้ว่า กระบวน
ทัศน์สุขภาพใหม่ได้ลงหลักปักฐานในสังคมไทยในระดับหนึ่งแล้วโดยการ
แพทย์ทางเลือกมีส่วนสำคัญในการนำเสนอวิถีคิดรูปแบบใหม่นี้

ความเข้มแข็งของการเมืองสุขภาพภาคประชาชน

ในช่วง ๒ ทศวรรษที่ผ่านมา การทวงคืนสิทธิด้านสุขภาพและการ
ต่อสู้ทางการเมืองของภาคประชาชนในการเรียกร้องความถูกต้องชอบธรรม
ในแวดวงสุขภาพคลี่คลายสำเร็จสำคัญอีกประการหนึ่ง พลังการเมืองฝ่าย
ก้าวหน้าในภาคสุขภาพได้ก่อตัวอย่างต่อเนื่องจากขบวนการสาธารณสุข
มูลฐานที่เปิดพื้นที่ให้แก่มาร่วมร่วมของภาคประชาชนอย่างกว้างขวาง จน
ถึงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ที่องค์กรรัฐและเอกชนร่วมมือกันเคลื่อนไหว
อย่างได้ผล การรณรงค์เรื่องโรคเอดส์ที่ภาคเอกชนมีบทบาทสำคัญทั้งในการ
รณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย การรวมตัวเครือข่ายผู้ติดเชื้อเพื่อฟื้นฟูชีวิตและ
ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ติดเชื้อและครอบครัว รวมทั้งการต่อสู้เพื่อการ
เข้าถึงยาของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จนเป็นความสำเร็จของงาน ด้านการควบคุม
ป้องกันโรคเอดส์ที่ยอมรับกันในระดับโลก นอกจากนั้นการเกิดขึ้นของกลุ่ม
ชมรมและองค์กรต่างๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง เครือข่ายผู้เสียหายจากการ
แพทย์ เครือข่ายหมอเมืองและหมอพื้นบ้านองค์กรด้านการคุ้มครองผู้บริโภค
ตลอดจนขบวนการแพทย์-เภสัชชนบท และองค์กรเอกชนด้านสาธารณสุขที่ลุก
ขึ้นมาตรวจสอบการคอร์รัปชันในกรณีทุจริตยา ๑,๔๐๐ ล้าน จนส่งผลให้
อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวง สาธารณสุขถูกพิพากษาจำคุกเป็นครั้งแรกใน
ประวัติศาสตร์การเมืองไทย (ดู โกมาตร ๒๕๔๖) รวมทั้งการเกิดขึ้นของ
ประชาคมสุขภาพต่างๆ ที่ร่วมกันผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเข้ม
แข็งในปัจจุบัน

ทั้งเรื่องภูมิปัญญาการแพทย์ไทย การแพทย์ทางเลือก และการเมือง
สุขภาพภาคประชาชนเป็นปรากฏการณ์ที่สะท้อนถึงการทวงคืนสุขภาพจาก
การแพทย์และการเมืองกระแสหลักที่เกิดขึ้นคู่กับความเข้มแข็งมากขึ้นของ
ระบบสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของระบบสุขภาพไทย
เพราะเช่นเดียวกับที่ระบบการเมืองไม่อาจจะมีความเข้มแข็งได้หาก
ปราศจากความเข้มแข็งของการเมืองภาค ประชาชน ระบบสุขภาพของ
สังคมไทยก็ไม่อาจเข้มแข็งได้หากปราศจากความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ

ภาคประชาชน การเคลื่อนไหวเรื่องภูมิปัญญาการแพทย์ไทย แพทย์ทางเลือก และการเมืองสุขภาพภาคประชาชนในช่วง ๒ ทศวรรษที่ผ่านมาได้วางรากฐานให้ความเข้มแข็งของระบบสุขภาพภาคประชาชนแล้ว

ฐานคิดในการมองการแพทย์นอกกระแสหลัก

การแพทย์หลากหลายระบบในสังคมนั้นดำรงอยู่ภายใต้วิถีคิดของการแพทย์กระแสหลักที่ถูกถือเป็นบรรทัดฐานทางการแพทย์ของสังคม แต่การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ซึ่งอาจเรียกรวมกันว่าเป็น “การแพทย์นอกกระแสหลัก” นั้นจำเป็นต้องเข้าใจว่าวิถีคิดที่แตกต่างหลากหลายในการแพทย์แต่ละประเภทต่างก็นิยามความหมายของสุขภาพแตกต่างกัน ใช้กระบวนการทำความเข้าใจโลกและชีวิตด้วยทัศนะที่ต่างกัน รวมทั้งนำเสนอวิธีการเพื่อบรรลุสุขภาพและการเยียวยารักษาโรคด้วยกระบวนการวิธีที่ต่างกัน บทวิเคราะห์เพื่อนำเสนอยุทธศาสตร์การพัฒนาองค์ความรู้ และการจัดการความรู้ที่วางอยู่บนฐานคิดที่สำคัญ ๒ ประการเกี่ยวกับวิถีคิดในการมองโลก มองชีวิต และสุขภาพที่แตกต่างกัน คือ

๑. สังคมทุกสังคมมีระบบการแพทย์เป็นแบบพหุลักษณะกล่าวคือ ในทุกสังคมจะมีระบบการแพทย์ดำรงอยู่มากกว่าหนึ่งระบบเสมอ ข้อนี้ถือเป็นสัจธรรมทางสังคมที่ยังไม่สามารถหาหลักฐานโต้แย้งมาหักล้างได้ (Kleinman ๑๙๘๐) เหตุที่ทุกสังคมมีระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะนี้ไม่ใช่เพียงเพราะไม่มีระบบการแพทย์ระบบใดระบบเดียวที่มีความสมบูรณ์แบบในตัวเองและสามารถตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของมนุษย์ได้อย่างบริบูรณ์เท่านั้น แต่เป็นเพราะข้อเท็จจริงในระดับปรัชญาที่ว่า “ความจริง” อันเกี่ยวโยงอยู่กับโลกและชีวิตของมนุษย์นั้นมีหลายมิติและมีความซับซ้อนเกินกว่าระบบความรู้ใดเพียงระบบเดียวจะอธิบายได้หมด ระบบความรู้แต่ละระบบสามารถนำเสนอเฉพาะส่วนหรือบางด้านของความจริงทั้งสิ้น ความจริงจึงมีอยู่ได้หลายชุดแตกต่างกันไปตามระบบทฤษฎีที่อธิบายบางส่วนของ

ความจริงนั้น พหุลักษณะทางการแพทย์แท้ที่จริงจึงดำรงอยู่บนรากฐานของพหุภาวะของความจริง (Multiple realities) นั่นเอง

๒. เมื่อความจริงในความรับรู้ของมนุษย์เป็นไปได้มากกว่ารูปแบบเดียว ความรู้ซึ่งเป็นสิ่งที่สัมพันธ์หรือขึ้นอยู่กับการนิยามความจริงจึงสามารถมีเนื้อหาและรูปแบบการแสดงออกที่หลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละจารีตความรู้ (knowledge tradition) การนิยามความจริงที่แตกต่างกันนำมาซึ่งญาณวิทยาและวิธีวิทยาที่แตกต่างกันในการเข้าถึงความรู้ ระบบการแพทย์หนึ่งๆ ย่อมมีรากฐานจากการนิยามความจริงตามจารีตความรู้แบบหนึ่งและต้องอาศัยวิธีวิทยาที่สอดคล้องสมนัยกันในการตรวจสอบความจริงและพิสูจน์ความรู้ของระบบการแพทย์นั้นๆ บทวิเคราะห์นี้ถือว่าการดำรงอยู่ของจารีตความรู้ที่หลากหลายนั้นเป็นผลดีมากกว่าที่จะเป็นผลเสีย และความรู้ที่มาจากฐานคิดที่ต่างกัมนั้นย่อมมีวิธีวิทยาในการตรวจสอบและพิสูจน์ความจริงที่ต่างกัน การใช้ความรู้และวิธีวิทยาจากฐานคิดหนึ่งในการตรวจสอบหรือตัดสินความรู้จากฐานคิดอื่นจึงเป็นไปได้อย่างจำกัด การตรวจสอบและตัดสินความรู้ในแต่ละระบบการแพทย์จึงอาจต้องอาศัยความสอดคล้องและเป็นเหตุเป็นผลในตัวเองของการแพทย์แต่ละระบบควบคู่กับผลทางการปฏิบัติจริงเป็นสำคัญ

การวิเคราะห์และนำเสนอยุทธศาสตร์การพัฒนาองค์ความรู้และการจัดการความรู้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกซึ่งระบบการแพทย์ทั้งสามนั้นแตกต่างกันทั้งในระดับวิถีคิดหรือปรัชญาทางการแพทย์ และในระดับวิธีการและแบบแผนการปฏิบัติ รวมทั้งสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์แต่ละระบบก็มีความแตกต่างกันในรายละเอียดอีกด้วย แม้ว่าการแพทย์ทั้งสามระบบนี้มีสถานะคล้ายคลึงกันในแง่ที่เป็นการแพทย์นอกกระแสหลักก็ตาม บทวิเคราะห์นี้จะเริ่มด้วยการนำเสนอภาพโดยสังเขปของการแพทย์แต่ละระบบ เพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างและลักษณะเฉพาะของการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก หลังจากนั้นจึงเป็นการวิเคราะห์ภาพรวมของสถานการณ์

การแพทย์นอกกระแสหลัก เพื่อการวางยุทธศาสตร์ภาพรวมของการสร้างและจัดการความรู้ภูมิปัญญานอกกระแสหลักเหล่านี้ เพื่อความโปร่งใสและเกื้อกูลต่อการดูแลสุขภาพและปลดปล่อยความทุกข์ของมนุษย์ทั้งหมดได้

ส่วนที่ ๑

ความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพและระบบความรู้การแพทย์ไทย

แม้ว่าในสถานะของการแพทย์นอกกระแสหลัก ระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกจะมีลักษณะร่วมในแง่ที่เป็นจารีตความรู้ที่ถูกกดทับโดยการแพทย์กระแสหลัก แต่การแพทย์นอกกระแสหลักทั้งสามระบบนั้นต่างก็มีลักษณะเฉพาะของตนและมีองค์ความรู้ที่มีรากฐานแตกต่างกันซึ่งพอจะประมวลไว้พอสังเขป ดังนี้

๑. การแพทย์พื้นบ้าน แม้จะเป็นระบบการแพทย์ที่มีความแตกต่างหลากหลายอย่างยิ่ง นับได้ตั้งแต่การแพทย์ของชาวไทยภูเขาจนถึงการแพทย์ของกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ รวมทั้งระบบการแพทย์ท้องถิ่นในแต่ละภูมิภาค เช่น การแพทย์ล้านนา (ยิ่งยง ๒๕๔๗) และการแพทย์อีสาน (เสาวภา และคณะ ๒๕๓๙) แต่การแพทย์เหล่านี้ก็มีลักษณะร่วมกันคือเป็นระบบการแพทย์ที่สัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับวิถีชีวิตของท้องถิ่น และเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมชุมชนที่ประกอบด้วยระบบวิถีคิดและแบบแผนการปฏิบัติที่ผสมผสานทั้งความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติ การบำบัดรักษาด้วยเวทย์มนตร์คาถาอาคม และสมุนไพรจากธรรมชาติ โดยมีพิธีกรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญ ซึ่งอาศัย สื่อ ภาษา และสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรม อีกทั้งความเป็นชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการรักษา โดยผสมผสานทั้งมิติทางกายภาพ ทางสังคม และทางนิเวศวิทยา (โกมาตร ๒๕๓๕; ลือชัยและรุจิรา ๒๕๓๕; เอกวิทย์ ๒๕๔๐; ชัยนิตย์และฉันทนา (บก.) ๒๕๔๐; เอกชัย ๒๕๔๗) แม้ว่าการแพทย์พื้นบ้านจะได้รับความยอมรับมากขึ้นภายใต้วาทกรรมภูมิปัญญาท้องถิ่น แต่ก็ยังเป็น

ความรู้ชายขอบที่ถูกเบียดขับและกดทับจากความรู้แบบวิทยาศาสตร์ (ธวัช ๒๕๔๖) และเป็นระบบการแพทย์ที่รัฐไม่ได้ส่งเสริม และไม่ค่อยมีบทบาทในการพัฒนาเท่าใดนักในช่วงที่ผ่านมา รวมทั้งยังมีประเด็นถกเถียงทางกฎหมายในการรองรับการแพทย์พื้นบ้านที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น ในความหลากหลายของการแพทย์พื้นบ้านที่ดำรงอยู่นั้น มีการแพทย์พื้นบ้านบางระบบที่ได้รับความยอมรับมากกว่าระบบอื่น เช่น การแพทย์ล้านนา การแพทย์อีสาน และการแพทย์พื้นบ้านในส่วนที่เป็นการนวด (รวมทั้งรูปแบบอื่นๆ เช่น การตอกเส้น การย่ำขา การดัดตน การบิดและการกด เป็นต้น) สำหรับการแพทย์ที่เป็นพิธีกรรมและเกี่ยวข้องกับอำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ (หรือเทเวะบำบัด) ได้รับความยอมรับอย่างเป็นทางการน้อย แต่มีการเรียนรู้และฟื้นฟูกันระดับหนึ่งในเครือข่ายหมอพื้นบ้าน รวมทั้งมีงานวิจัยบางชิ้นที่ชี้ว่าความนิยมในพิธีกรรมการรักษาเหล่านี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สุริยา และคณะ ม.ป.ป.)

องค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านเป็นความรู้ที่สืบทอดผ่านประสบการณ์ตรงและเรียนรู้จากการปฏิบัติเป็นหลัก ความรู้ส่วนหนึ่งเป็นการบอกเล่าสืบทอดในระบบเครือญาติหรือระหว่างผู้สนใจที่ขอรับเรียนหรือ “ต่อวิชา” จากผู้รู้ ความรู้อีกส่วนหนึ่งอาศัยการที่หมอพื้นบ้านเติบโตในวัฒนธรรมท้องถิ่นและซึมซับความรู้สึนึกคิด ศรัทธา และวิถีคิดในชุมชนเป็นพื้นฐาน และอาศัยการประจักษ์แจ้งเชิงรหัสลับและประสบการณ์เหนือธรรมชาติเป็นกระบวนการสำคัญในการเข้าถึงความรู้ต่างมิติ ความรู้และวิถีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องจึงสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับจักรวาลทัศน์ของท้องถิ่นและเป็นการเข้าใจที่อาศัยการถ่ายทอดผ่านสื่อ ภาษา สัญลักษณ์ และพิธีกรรมที่มีรากฐานทางวัฒนธรรมร่วมกันของชุมชน

๒. การแพทย์แผนไทย เป็นระบบการแพทย์ที่มีแนวคิดและทฤษฎีที่ชัดเจนและเป็นระบบมากกว่าการแพทย์พื้นบ้าน มีตำรับตำราที่ใช้อ้างอิงสืบทอดกันมาและเป็นที่ยอมรับในทางกฎหมาย อย่างไรก็ตามระบบทฤษฎีและองค์ความรู้ที่เป็นอยู่ยังขาดความเข้มแข็ง ทำให้มีจุดอ่อนที่ระบบ

การวินิจฉัยโรคและการสร้างความรู้ใหม่จากฐานทฤษฎีเดิมเป็นไปได้อย่างจำกัด เช่นเดียวกับระบบการถ่ายทอดที่แม้จะมีครูแพทย์แผนไทยและระบบการฝากตัวเป็นศิษย์ แต่ในทางปฏิบัติก็ไม่มีการเรียนรู้กันระหว่างครูกับศิษย์มากนัก ส่วนในระบบการศึกษาสมัยใหม่ที่มีการเปิดหลักสูตรการแพทย์แผนไทยมากขึ้นก็เป็นการสอนไปตามตำราและเป็นแบบฝึกหัดฝึกตัว โดยใช้หลักสูตรปริญญาตรีสาขาวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ มาผนวกกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทยและการนวด โดยวิทยาศาสตร์สมัยใหม่กับทฤษฎีการแพทย์ที่สอนก็ไม่เกี่ยวข้องกัน ซ้ำยังขัดแย้งกันในระดับญาณวิทยาและวิธีวิทยาอีกด้วย อย่างไรก็ตามความพยายามที่จะพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยของคณะกรรมการวิชาชีพและกองประกอบโรคศิลปะได้ทำให้ระบบการเรียนการสอนและตำราเรียนตลอดจนระบบการสอบขึ้นทะเบียนเป็นไปอย่างมีคุณภาพมากขึ้น ในขณะที่สถาบันการแพทย์แผนไทยก็มีบทบาทสำคัญในการสร้างกระแสความตื่นตัวและความยอมรับต่อการแพทย์แผนไทย ถึงแม้ว่ายังมีความสับสนในเรื่องบทบาทที่สถาบันควรทำเองกับบทบาทในเชิงสนับสนุนที่จะให้องค์กรอื่นๆ เป็นผู้ดำเนินการ

ความรู้ในระบบการแพทย์แผนไทยนั้นแม้จะมีการจดบันทึกเป็นตำราไว้ส่วนหนึ่ง แต่ความรู้ที่ใช้งานได้จริง (Working knowledge) ที่ฝังแฝงอยู่ในทักษะและความชำนาญของหมอไทยนั้นมีความสำคัญยิ่งกว่าความรู้ในตำราซึ่งเป็นการจดบันทึกเฉพาะหัวข้อหลักๆ ทางทฤษฎีการแพทย์เท่านั้น อย่างไรก็ตามการเรียนรู้เพื่อความเข้าใจในทางทฤษฎีของระบบการแพทย์แผนไทยนั้นส่วนหนึ่งใช้การท่องจำหลักทฤษฎี (ที่ประพันธ์ไว้เป็น “ตำราฉันทศาสตร์” เพื่อให้ง่ายแก่การจดจำ) จนขึ้นใจเป็นพื้นและอาศัยการพบเห็นอาการจากการดูแลคนไข้ และประสบการณ์จากการจดจ่อใส่ใจและสังเกตปรากฏการณ์ในการเปลี่ยน “การจำ” เป็น “ความเข้าใจ” ที่แจ่มแจ้ง มากกว่าการ “รู้จำ” ซึ่งเป็นกระบวนการที่คล้ายคลึงกับการศึกษาธรรมที่ต้องมีทั้งปริยัติ ปฏิบัติ และปฏิเวธ

๓. การแพทย์ทางเลือก เป็นการแพทย์หลากหลายระบบที่ถูกนำ

เสนอสู่สังคมไทยมีทั้งที่เป็นระบบการแพทย์ดั้งเดิมของสังคมอื่น เช่น การแพทย์จีน การแพทย์แบบอียิปต์ ไคโรแพรคเตอร์ โฮมีโอพาธี ซึ่งมีรากเหง้าทางวัฒนธรรมจากสังคมเดิม และศาสตร์การแพทย์ทางเลือกใหม่ๆ ที่อาจมีร่องรอยของการแพทย์ดั้งเดิมจากแหล่งต่างๆ บ้าง หรือเป็นแนวคิดใหม่จากการทดลอง การศึกษาวิจัยของภาคธุรกิจ หรือการผสมผสานความรู้ทางการแพทย์ที่หลากหลายจนกลายเป็นแบบแผนการปฏิบัติที่ผู้รู้ หรือ Guru ต่างๆ นำเสนอ (ดู ปัทมาวดี ๒๕๔๑) แม้ว่าผลิตภัณฑ์และบริการการแพทย์ทางเลือกส่วนหนึ่งจะมีลักษณะเป็นสินค้าที่เฟื่องฟูตามกระแสความนิยมของตลาด แต่การแพทย์ทางเลือกก็มีความสำคัญยิ่งต่อกลุ่มคนที่ดิ้นรนแสวงหาทางออกแก้ปัญหาสุขภาพที่การแพทย์สมัยใหม่หมดปัญญาเยียวยารักษาให้ (เอื้องฟ้า ๒๕๔๔) รวมทั้งยังเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพและฟื้นฟูวิถีชีวิตที่ใส่ใจต่อสุขภาพในหมู่คนชั้นกลางในเมืองอีกด้วย

ความรู้ในระบบการแพทย์ทางเลือกมีความหลากหลายจากจารีตความรู้หลายระบบทั้งจากระบบการแพทย์พื้นบ้านดั้งเดิมของสังคมอื่น เช่น โฮมีโอพาธีซึ่งเป็นที่รู้ที่มีรากฐานทางวัฒนธรรมและเป็นระบบมีระเบียบแบบแผนที่ชัดเจนระดับหนึ่ง และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจากประสบการณ์ที่ผู้คนทดลองแล้วได้ผลจนเป็นที่ยอมรับในวงสุขภาพทางเลือก ซึ่งมีการไหลเวียนเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และมักไม่มีระบบทฤษฎีที่ชัดเจนรองรับ

จะเห็นได้ว่า การแพทย์ต่างระบบนั้นมีรากฐานวิธีคิดที่แตกต่างกัน การสร้างความรู้หรือการเข้าถึงความรู้ รวมทั้งกระบวนการเรียนรู้และถ่ายทอดความรู้ในแต่ละระบบก็มีความแตกต่างกัน การสังเคราะห์แนวทางหรือยุทธศาสตร์การจัดการความรู้สำหรับจารีตความรู้ที่แตกต่างนี้ จะต้องเข้าใจถึงธรรมชาติของความรู้ที่มีอยู่หลายชนิดเป็นสำคัญ นอกเหนือจากสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องซึ่งจะกล่าวถึงในส่วนที่ ๒ ต่อไป

ส่วนที่ ๒

สถานการณ์ และศักยภาพกระบวนการขับเคลื่อน การแพทย์นอกกระแสหลัก

ในส่วนที่ ๒ นี้จะเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การเคลื่อนไหวเพื่อฟื้นฟูและพัฒนากระบวนการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกในช่วง ๒-๓ ทศวรรษที่ผ่านมา โดยจะเป็นการวิเคราะห์ภาพรวมของการแพทย์นอกกระแสหลัก เพื่อให้เห็นถึงจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและภัยคุกคามที่เป็นอยู่ของกระบวนการขับเคลื่อนการแพทย์นอกกระแสหลักเหล่านี้

จุดแข็ง

๑. ฐานการขับเคลื่อนการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกนั้นกระจายอยู่ในองค์กรต่างๆ อย่างกว้างขวางทั้งในองค์กรภาครัฐ ภาคประชาสังคม เช่น องค์กรพัฒนาเอกชน สมาคม มูลนิธิ และองค์กรชุมชนในระดับรากหญ้า โดยมีการประสานกันเป็นเครือข่ายหลวมๆ ที่เป็นอิสระต่อกัน ทำให้การขับเคลื่อนที่ผ่านมาสามารถแผ่ขยายและแทรกซึมเข้าไปในระบบและระดับต่างๆ อย่างมั่นคง แม้ว่าจะมีความพยายามที่จะรวมศูนย์อำนาจของฝ่ายการแพทย์แผนไทยในระบบราชการ แต่เครือข่ายต่างๆ ก็ยังรักษาดุลยอำนาจและความเป็นอิสระไว้ได้ ลักษณะการขับเคลื่อนที่มีฐานอยู่ทั้งในภาครัฐและภาคประชาสังคมนี้จะทำให้การพัฒนามีความยั่งยืนและต่อเนื่องในระยะยาวมากกว่าการรวมศูนย์ที่ภาครัฐซึ่งขึ้นอยู่กับความเข้าใจของผู้มีอำนาจในระบบราชการที่หมุนเวียนตำแหน่งกันแบบเก้าอี้ดนตรี ซึ่งเป็นเรื่องที่คาดเดาและคาดหวังอะไรไม่ได้มากนัก

๒. เอกลักษณะการทำงานการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกในระบบงานของราชการ ในช่วง ๒-๓ ทศวรรษที่ผ่านมาเป็นการทำงานเชิงลึกโดยกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่สนใจและมีศรัทธาที่จะทำงานด้านนี้ ริเริ่มและพัฒนางานด้วยตัวเองและเครือข่ายที่ถักทอขึ้นขึ้นเป็นหลัก มีการใช้อำนาจสั่งการหรือควบคุมบังคับไม่มากนัก ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่

เป็นผู้สมัครใจและมีใจรักในด้านนี้ ทำให้การทำงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง หากเปรียบเทียบกับงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นนโยบายกระแสหลักที่มีการเร่งรัดอัดฉีด จนกลายเป็นนโยบายภาคบังคับในช่วงทศวรรษ ๒๕๓๐ เมื่อกระแสนโยบายตกต่ำและผิดเพี้ยนไปจากอุดมคติเดิม งานสาธารณสุขมูลฐานก็ทรุดและเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว ในขณะที่หน่วยงานที่ทำงานด้านสมุนไพร การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกนั้นมีความมั่นคงและยั่งยืนกว่า ดังจะเห็นว่าแทบทุกหน่วยงานและบุคคลที่เป็นกลุ่มบุกเบิกงานด้านนี้ยังคงทำงานอยู่อย่างต่อเนื่อง และเข้มแข็งจนปัจจุบัน

๓. ฐานในภาคระบบบริการได้รับความยอมรับสูงทำให้มีการขยายตัวของงานการแพทย์แผนไทย สมุนไพร และการแพทย์ทางเลือกเข้าไปใช้ในระบบบริการมากขึ้นจาก ๕ แห่งในปี พ.ศ. ๒๕๓๐ มาเป็นกว่า ๔๐๐ แห่งในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ มีระบบการผลิตยาสมุนไพรและยาไทยขึ้นในสถานบริการทางการแพทย์หลายแห่งซึ่งสามารถทำได้อย่างถูกกฎหมาย มีการนำบุคลากรการแพทย์แผนไทย เช่น แพทย์อายุรเวท และหมอนวดไทย เข้าทำงานในระบบโรงพยาบาล (ซึ่งให้ผลดีในระดับหนึ่ง) รวมทั้งมีการนำศาสตร์สุขภาพทางเลือกเข้าผสมผสานในการให้บริการในสถานพยาบาลจำนวนมากในระยะหลัง

๔. ระบบการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกมีตัวอย่างความสำเร็จที่เกิดขึ้นทั้งจากแผนงานโครงการวิจัย การพัฒนาควบคู่กับการปฏิบัติในระบบบริการ การค้นคว้าศึกษาโดยบุคคล รวมทั้งมีการเปิดหลักสูตรการเรียนการสอนทั้งในระดับปริญญาตรี ปริญญาโท และหลักสูตรอบรมระยะสั้น ตัวอย่างความสำเร็จจากโครงการฟื้นฟูการนวดไทยของมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา (ผศ.สำลี ใจดี และเกศขจรยงศักดิ์ ตันติปัญญ) โครงการสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเองของมูลนิธิสุขภาพไทยที่รวบรวมความรู้เรื่องการใช้สมุนไพรของชาวบ้านอย่างเป็นระบบ (เภสัชกรสุพจน์ อัครพินธน์กุลและคณะ) การฟื้นฟู

องค์ความรู้การแพทย์ล้านนา (ดร.ยิ่งยง เทาประเสริฐ) การผลิตและพัฒนา ยาสมุนไพร (รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี และ รพ.อุทอง จ.สุพรรณบุรี) เครือข่ายหมอเมืองและหมอพื้นบ้านที่มีความเข้มแข็งมากขึ้น ทั้งในภาคเหนือ ภาคอีสาน ภาคกลาง และภาคใต้ การใช้ธรรมชาติบำบัด (นพ.บรรจบ ชุณหวัดดีกุล) การฝังเข็มและดุลยภาพบำบัด (พญ.ลดาวัลย์ สุวรรณกิตติ) และการผสมผสานการแพทย์ทางเลือกในระบบโรงพยาบาล (นพ.สมนึก ศิริพานทอง) เหล่านี้เป็น “ต้นแบบความสำเร็จ” (Best practice models) ในด้านต่างๆ ที่เป็นประโยชน์สำหรับการเรียนรู้และขยายผล

๕. การเกิดขึ้นของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์การแพทย์ไทยที่การแพทย์นอกกระแสหลักได้รับการยอมรับจนถึงกับมีหน่วยงานระดับกรมขึ้นมารองรับ ซึ่งมีเพียงไม่กี่ประเทศในโลกที่มีหน่วยงานระดับกรมให้การสนับสนุนและพัฒนาการแพทย์นอกกระแสหลัก แทนที่จะทำหน้าที่ควบคุม ตรวจสอบและดำเนินการตามมาตรการด้านกฎหมายเท่านั้น (WHO ๒๐๐๑)

จุดอ่อน

๑. ฐานองค์ความรู้เดิมไม่เข้มแข็ง การเข้ามาของการแพทย์ตะวันตกเพียงช่วงเวลาไม่กี่สิบปีที่ผ่านมาได้ทำให้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านต้องถอยร่นและแทบล่มสลายสะท้อนให้เห็นว่าฐานองค์ความรู้เดิมของการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านนั้นอาจอยู่ในสภาพอ่อนแอเต็มที (นิธิ ๒๕๔๕) เมื่อถูกรุกจากการแพทย์ตะวันตกจึงทรุดลงอย่างรวดเร็ว ยิ่งเมื่อต้องเผชิญกับรัฐไทยที่เร่งประเทศให้ทันสมัยตลอดช่วงที่ผ่านมา ทำให้องค์ความรู้และภูมิปัญญาไทยตกอยู่ในสภาพน่าเป็นห่วง ท่ามกลางสภาพที่หมอพื้นบ้านและแพทย์แผนไทยต่างก็ต้องดิ้นรนเอาตัวรอดภายใต้บริบทที่ความรู้พื้นบ้านและภูมิปัญญาท้องถิ่นลดความสำคัญลงอย่างต่อเนื่อง

๒. กระแสการฟื้นฟูการแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์แผนไทย รวมทั้งความตื่นตัวเรื่องการแพทย์ทางเลือกนั้นเกิดขึ้นในบริบทของเศรษฐกิจ

แบบทุนนิยมและกระแสบริโภคนิยม ทำให้การพัฒนาที่ผ่านมาให้ความสำคัญกับเทคนิค หรือผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป โดยละเลยการวางรากฐานด้านองค์ความรู้ วิธีคิด และทฤษฎี กระแสความสนใจจากภาครัฐกิจและภาคการเมืองทำให้การพัฒนามีแนวโน้มไปในทางสร้างความคิดริเริ่มเชิงธุรกิจ ทำให้เป็นข่าวสร้างภาพและค้าขาย มากกว่าที่จะเน้นการวางรากฐาน (Infrastructure) ทั้งในด้านปรัชญาวิธีคิดและระบบงานที่จะพัฒนาอย่างยั่งยืน

๓. ศักยภาพในการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ยังมีอยู่อย่างจำกัด การวิจัยส่วนใหญ่เป็นการผลิตซ้ำความรู้หรือวิธีคิดชุดเดิมๆ หัวข้อการวิจัยมักวนเวียนอยู่กับเรื่องพฤติกรรมการใช้บริการพฤติกรรมการใช้บริการ ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาหรือการวิจัยฤทธิ์หรือพิษทางเภสัชของยาบางตัว (เพ็ญภา และคณะ ๒๕๓๙) นอกเหนือจากการวิจัยสมุนไพรแล้วไม่มีการกำหนดวาระการวิจัยระดับชาติในเรื่องการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน หรือการแพทย์ทางเลือก การวิจัยจึงเป็นไปอย่างกระจัดกระจาย และแทบไม่มีการวิจัยในระดับทฤษฎีทางการแพทย์ แม้จะมีการศึกษาในลักษณะตีความทฤษฎีทางการแพทย์อยู่บ้าง แต่ก็เป็นไปแบบ “ตามใจฉัน” โดยคนคนเดียว ขาดชุมชนทางวิชาการที่ทำหน้าที่กลั่นกรอง ตรวจสอบ (หากจะมีข้อยกเว้นก็เห็นจะเป็นการสังคายนาการนวดไทยและการแพทย์ล้านนาที่มีผู้รู้หลากหลายมาร่วมชุมนุมแลกเปลี่ยนข้อคิด ความเห็น และประสบการณ์เพื่อตรวจทานองค์ความรู้และการตีความทฤษฎีต่างๆ) การตีความคัมภีร์หรือแต่งคำอธิบายโดยไม่มีการร่วมกันตรวจสอบนี้ถือว่าเป็นปัญหาการขาดธรรมาภิบาลในการจัดการความรู้

๔. ระบบการศึกษาทางการแพทย์สมัยใหม่ เป็นระบบที่มีการปรับตัวน้อยและถูกครอบงำจากกระบวนทัศน์เก่ามากที่สุด ในขณะที่ภาคปฏิบัติและหน่วยบริการมีความตื่นตัวและยอมรับการแพทย์นอกกระแสหลักโดยมีการผสมผสานในบริการลักษณะต่างๆ แต่ระบบการศึกษาส่วนใหญ่ไม่เพียงแต่ไม่สนใจที่จะศึกษา ยังมีทัศนคติที่ดูถูกการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย

และการแพทย์ทางเลือก แม้จะมีสถาบันการศึกษาบางแห่งเปิดหลักสูตรด้านนี้ขึ้น แต่ก็เป็นการดำเนินการที่ไม่ได้รับการยอมรับหรือสนับสนุนจากคณาจารย์ทางการแพทย์ส่วนใหญ่

๕. ประชาชนผู้บริโภคหรือผู้ที่ใช้การแพทย์ทางเลือกหรือการแพทย์นอกกระแสหลักเหล่านั้นมักมุ่งแสวงหาเทคนิคสำเร็จรูป หรือผลิตภัณฑ์พร้อมบริโภค ซึ่งโดยเนื้อหาแล้วเป็นการขยายตัวของวัฒนธรรมบริโภคมามากกว่าที่จะเป็นการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพที่ดีในสังคม ผู้บริโภคนี้นิยมขาดการจัดตั้งหรือรวมกลุ่มกันทำให้ขาดพลังในการติดตามตรวจสอบ และไม่สามารถเรียนรู้ระหว่างกันได้ การใช้การแพทย์ทางเลือกจึงเป็นการลองผิดลองถูกของแต่ละคน จะมีอยู่บ้างที่มีการรวมกลุ่มผู้สนใจหรือผู้ที่เผชิญปัญหาสุขภาพร่วมกัน เช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มชีวจิต หรือกลุ่มออกกำลังกายต่างๆ แต่เป็นส่วนน้อยมากเมื่อเทียบกับการเติบโตของตลาดนัดสุขภาพทางเลือกที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

๒๐

โอกาส

๑. กระแสความตื่นตัวในเรื่องสุขภาพ ภูมิปัญญาท้องถิ่น และการแสวงหาทางเลือกออกจากภาวะบีบคั้นของกระบวนทัศน์และวิธีคิดแบบเก่า ทำให้การตอบรับของสังคมที่มีต่อการแพทย์นอกกระแสหลักเป็นไปอย่างกระตือรือร้น

๒. การเกิดขึ้นของวิทยาศาสตร์ใหม่หลังการค้นพบทฤษฎีสัมพันธภาพและควอนตัมฟิสิกส์ได้เปิดพื้นที่ให้กับความรู้ที่มีรากฐานจากญาณวิทยาแบบอื่น การเติบโตขึ้นของสาขาวิชาใหม่ๆ เช่น Spiritual ecology, Science of complexity, Noetic science หรือ Science of consciousness และ Transpersonal psychology ได้ทำให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างวิทยาศาสตร์ใหม่กับภูมิปัญญาและศาสนธรรมตะวันออก ดังจะเห็นได้จากการจัดการประชุมแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างองค์ดาไลลามะกับนักวิทยาศาสตร์ชั้นนำด้านต่างๆ ที่จัดขึ้นทุก ๒ ปี มานานกว่า ๒ ทศวรรษแล้ว

๓. การตื่นตัวของชุมชนท้องถิ่นควบคู่ไปกับกระแสการกระจายอำนาจทำให้ท้องถิ่นมีอิสระมากขึ้นและสามารถริเริ่มนโยบายหลายอย่างได้ด้วยตนเอง ที่ผ่านมามีแนวโน้มความสนใจของท้องถิ่นที่ชัดเจนในเรื่องการฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่น หลายแห่งมีการจัดตั้งศูนย์บริการด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน รวมทั้งมีการพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพมากขึ้น ในอนาคตคาดว่าจะเห็นบทบาทขององค์กรท้องถิ่นในการจัดการระบบบริการทางการแพทย์มากขึ้น

๔. ความเป็นไปได้ใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นจากการสื่อสารโทรคมนาคมที่เชื่อมโยงกันอย่างรวดเร็วถึงและรวดเร็วขึ้น นอกจากจะเปิดพื้นที่ใหม่ๆ ให้กับวิธีคิดนอกกระแสหลัก ดังที่เราจะเห็นได้ว่าเรื่องศาสตร์สุขภาพทางเลือกหรือภูมิปัญญาดั้งเดิมของสังคมต่างๆ มีปรากฏในอินเทอร์เน็ตอย่างมากมาแล้ว ยังเปิดโอกาสให้เกิดการรวมตัวกันเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารของผู้บริโภคหรือกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ อีกด้วย ความรู้จากประสบการณ์ของผู้ป่วย เช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อโรคเอดส์หรือผู้ป่วยมะเร็งที่แต่ละคนประสบมา ถูกนำมาแลกเปลี่ยนกันในกระดานข่าวหรือกลุ่มข่าวสารอย่างกว้างขวาง (ดู มาลี ๒๕๔๖)

๒๑

ภัยคุกคาม

๑. การเสื่อมโทรมของระบบนิเวศที่คุกคามต่อความหลากหลายทางชีวภาพ อันเป็นแหล่งสมุนไพรและเป็นรากฐานวิถีชีวิตของชนกลุ่มต่างๆ การลดทอนความหลากหลายทางชีวภาพเกิดขึ้นควบคู่ไปกับการเสื่อมสลายของความหลากหลายทางวัฒนธรรมอันเป็นผลกระทบสำคัญของการค้าเสรีและกระบวนการครอบงำโลกของบริษัทข้ามชาติที่ทำให้ค่านิยม การบริโภค และวิถีชีวิตเป็นแบบตะวันตก

๒. บริษัทยักษ์ใหญ่ด้านเภสัชกรรมและบริษัทผู้นำทางเทคโนโลยีชีวภาพได้รุกคืบเข้ามาสืบค้นหาภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือความรู้ทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อ “ต่อยอด” (น่าจะหมายถึง “ตัดยอด”) ภูมิปัญญาเหล่านี้ไปทำการวิจัยเพื่อผลประโยชน์ทางการค้า กรณีตัวอย่างของบริษัท Novartis ที่

พยายามเข้าไปค้นคว้าวิจัยความรู้จากหมอพื้นบ้าน โดยพยายามเสนอแนวทางการให้คำตอบแทนความรู้ของหมอพื้นบ้าน การเสนอเช่นนี้เป็นการมองว่าภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านนั้นเป็นสมบัติส่วนตัวของตัวหมอ ซึ่งอาจต่างไปจากวิธีคิดเกี่ยวกับความรู้พื้นบ้านของจารีตความรู้ท้องถิ่น และอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งและการแย่งชิงผลประโยชน์ได้เช่นเดียวกับที่เกิดขึ้นกับพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒

๓. กระแสบริโภคนิยมไม่เพียงแต่ทำให้ภูมิปัญญาการแพทย์นอกกระแสหลักกลายเป็นสินค้าหรือบริการสำเร็จรูป โดยลดทอนมิติอื่นๆ ลงเหลือเพียงสิ่งที่สามารถผลิตและบริโภคในระบบตลาดเท่านั้น แต่การเกิดขึ้นอย่างมากมายของสินค้าหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆ ทำให้ภาครัฐสร้างกฎเกณฑ์ต่างๆ ขึ้นเพื่อควบคุมสินค้าหรือผลิตภัณฑ์เหล่านี้ด้วยเหตุผลสำคัญคือการคุ้มครองผู้บริโภค แต่ทว่ากฎเกณฑ์ต่างๆ เหล่านี้มักเป็นไปในลักษณะที่เอื้อให้ทุนขนาดใหญ่ที่มีศักยภาพในการลงทุนพัฒนากระบวนการผลิตให้ได้มาตรฐาน (เช่น GMP หรือ Good Manufacturing Practice) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ในขณะที่หมอพื้นบ้านหรือชาวบ้านอาจไม่สามารถปฏิบัติตามได้ และถูกห้ามหรือถูกจัดการตามกฎหมายไปในที่สุด กฎเกณฑ์ต่างๆ จึงมีแนวโน้มที่จะคุกคามต่อความรู้นอกระบบกระแสหลัก (Jagtenberg & Evans ๒๐๐๓)

๔. วิธีคิดแบบวัตถุนิยมได้ทำให้โลกทัศน์หรือจักรวาลทัศน์แบบพื้นบ้านถูกสิ้นคลอน วิทยาศาสตร์วัตถุนิยมได้ทำให้โลกและจักรวาลที่เคยเต็มไปด้วยสิ่งศักดิ์สิทธิ์ถูกละเมิดอย่างต่อเนื่องจากวิถีปฏิบัติของวิทยาศาสตร์วัตถุนิยม การทำให้โลกและธรรมชาติหมดความศักดิ์สิทธิ์ (Disenchantment of the World) (Weber ๑๙๗๑; Griffin ๑๙๙๖) เป็นกระบวนการที่บั่นทอนความชอบธรรมและการยอมรับต่อจักรวาลทัศน์แบบพื้นบ้าน และเมื่อจักรวาลเปลี่ยนไปเป็นจักรกล ระบบความรู้ท้องถิ่นที่มีจักรวาลทัศน์เป็นแกนกลางก็แทบจะดำรงอยู่อย่างมั่นคงได้ยาก (Komatra ๒๐๐๓)

สถานการณ์การเคลื่อนไหวของการแพทย์นอกระบบนี้ดำรงอยู่ภายใต้บริบทเชิงโครงสร้างที่เป็นเงื่อนไขการพัฒนา ในสถานะของระบบความรู้ นอกระบบหลักการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกต้องเผชิญกับข้อจำกัดและเงื่อนไขต่างๆ ที่วิทยาการความรู้ของการแพทย์กระแสหลักกำหนดขึ้น ในส่วนที่ ๓ จะเป็นการวิเคราะห์ให้เห็นถึงอดีตที่ฝังแฝงอยู่ในระบบวิธีคิดและระบบโครงสร้างสังคมที่เป็นอุปสรรคของการพัฒนาที่ผ่านมา

ส่วนที่ ๓

บริบทของความรู้นอกระบบหลัก :

วิทยาการสมัยใหม่ อุตสาหกรรมความรู้ กับ การแพทย์นอกระบบหลัก

วิทยาการสมัยใหม่ที่มีรากฐานจากวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์ ได้ถูกตรวจสอบและท้าทายอย่างไม่เคยมีมาก่อน ในช่วง ๓-๔ ทศวรรษที่ผ่านมา วิธีคิดแบบแยกส่วนลดส่วนและกลไกของวิทยาศาสตร์ถูกวิพากษ์ว่าเป็นที่มาของวิกฤตความล้มเหลวในการแก้ปัญหาแบบนิเวศ (Capra ๑๙๘๒) ความรุนแรง (Nandy, ed. ๑๙๘๘) ตลอดจนการเน้นความคิดแบบผู้ชายเป็นใหญ่ (Bordo ๑๙๙๖) ทำให้วิทยาการต่างๆ ขาดความละเอียดอ่อนในทางวัฒนธรรมและความเป็นมนุษย์ ข้อวิพากษ์เหล่านี้เป็นสิ่งที่มีการพูดถึงอย่างมากมากระยะหนึ่งแล้ว (ดู โกมาตร ๒๕๔๔) บทความนี้จะละไว้ในอภิปราญในรายละเอียด นอกเหนือจากที่จะกล่าวว่กระแสความตื่นตัวต่อการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนประเพณีในประเทศต่างๆ และการแพทย์ทางเลือกนั้นเป็นความพยายามที่จะแสวงหาทางออกจากข้อจำกัดวิทยาการการแพทย์สมัยใหม่ที่เริ่มปรากฏเด่นชัดว่ามีจุดอ่อนในการแก้ปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และการฟื้นฟูสุขภาพของสังคม

การที่วิธีคิดกระแสหลักมีข้อจำกัดในการจัดการปัญหา และเกิดการนำเสนอ “ทางเลือก” หรือ ทางออกใหม่ ๆ ขึ้นนั้นอาจถือเป็นเรื่องธรรมดา

วิทยาการสมัยใหม่ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ การสาธารณสุข การเกษตรกรรม สมัยใหม่ วิศวกรรมศาสตร์ หรือเศรษฐศาสตร์ได้สร้างคุณูปการมากมายต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของมนุษยชาติจนได้รับการยอมรับและกลายเป็น “กระแสหลัก” สิ่งทีุ่ดลึงเลียงไม่ได้เมื่อมีการนำเสนอความคิดที่ “ทวนกระแสหลัก” ก็คือวิทยาการสมัยใหม่ซึ่งครอบงำสังคมเป็นกระแสหลักอยู่นั้น ได้สถาปนาระบบวิธีคิดของมันขึ้นเป็นมาตรฐานและกลายเป็นความเคยชินของสังคมโดยทั่วไปอย่างไม่รู้ตัว ไม่เพียงเท่านั้นวิทยาการสมัยใหม่ยังสร้างระบบสถาบันที่ควบคุมและกำกับความถูกต้องชอบธรรมของแบบแผนการปฏิบัติในสังคมให้เป็นไปตามบรรทัดฐานของตนอีกด้วย (Foucault ๑๙๗๙)

โครงสร้าง ระบบวิธีคิด และระบบสถาบันสมัยใหม่เหล่านี้ทำหน้าที่ควบคุมกำกับการสร้าง การกระจาย และการใช้ความรู้ในสังคมสมัยใหม่ ระบบการจัดการความรู้นี้ได้พัฒนาเป็นระบบอุตสาหกรรมความรู้ (Knowledge industry) ซึ่งให้อำนาจแก่ผู้เชี่ยวชาญในการตัดสินใจและตัดสินใจและเป็นระบบที่สัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมอุตสาหกรรม (Shiva ๑๙๙๘) อุตสาหกรรมความรู้นี้เป็นระบบที่ผลิตความรู้ และควบคุมให้ความรู้ที่ถูกผลิตขึ้นเป็นไปตามแบบแผนและมาตรฐานของวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ รวมทั้งสร้างค่านิยมและวัฒนธรรมการบริโภคความรู้แบบสำเร็จรูป โดยมีฐานสำคัญที่ระบบการศึกษา ระบบการวิจัย และระบบการทดสอบเผยแพร่ของผู้เชี่ยวชาญ

วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ ซึ่งเป็นจารีตความรู้ (Knowledge tradition) อย่างหนึ่งที่เพิ่งกำเนิดขึ้นในระยะไม่ถึง ๒ ศตวรรษได้กลายเป็นกระแสหลัก (Kuhn ๑๙๗๕) และเป็นจารีตความรู้เดียวที่รัฐถือเป็นภาระหน้าที่ที่จะต้องให้การสนับสนุนด้วยการจัดหางบประมาณ สร้างระบบการศึกษาตามแบบวิธีของวิทยาการสมัยใหม่ สร้างระบบการวิจัยซึ่งต้องเป็นการวิจัยตามวิธีวิทยาของวิทยาศาสตร์สมัยใหม่เท่านั้น และสร้างระบบผู้เชี่ยวชาญเป็นกระทรวง ทบวง กรม ที่ทำหน้าที่วางแนวทางการจัดการให้แก่ส่วนรวมตามระบบความรู้และวิทยาการสมัยใหม่ การเกิดขึ้นของ “ทางเลือก” หรือวิธีคิด

นอกกระแสหลักจึงเป็นการเกิดในเงื่อนไขหรือบริบทเชิงโครงสร้างของอุตสาหกรรมความรู้ที่ถูกกำกับโดยวิธีคิดแบบกระแสหลัก

พอล ฟายเอราเบนด์ (Paul Feyerabend) นักปรัชญาวิทยาศาสตร์คนสำคัญได้ทำท้าววิธีคิดที่ถือว่าวิทยาศาสตร์เป็นจารีตความรู้เดียวที่มีสิทธิใช้เงินภาษีอากรของส่วนรวมเพื่อการวิจัยและพัฒนาความรู้ ฟายเอราเบนด์ (Feyerabend ๑๙๗๙) เสนอว่าญาณวิทยาและวิธีวิทยาอย่างอื่นๆ ก็ล้วนแต่มีส่วนช่วยให้สังคมดีขึ้นได้ ในสังคมเสรีจึงควรเปิดโอกาสให้กับจารีตความรู้อื่นๆ แต่การเปิดโอกาสให้กับภูมิความรู้อื่นๆ นั้นเป็นสิ่งที่ยากกว่าที่คิด เพราะโครงสร้างระบบอุตสาหกรรมความรู้ที่ครอบงำเป็นกระแสหลักของสังคมอยู่ไม่เพียงแต่เป็นโครงสร้างของความเคยชิน แต่ยังเป็นโครงสร้างที่สานและถักทอกันอย่างแน่นหนาระหว่างอำนาจรัฐ ระบบอุตสาหกรรม และระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม

ในสิ่งแวดล้อมของอุตสาหกรรมความรู้ดังกล่าว ความรู้จากภูมิปัญญาพื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือกที่มีโอกาสเติบโตได้นั้น จะต้องตอบสนองต่อตรรกะและวิธีคิดของระบบทุนนิยมอุตสาหกรรม ความรู้ที่จะได้รับการยอมรับและมีโอกาสส่งออกมาได้จะต้องเป็นความรู้ที่สามารถนำมาทำเป็นสินค้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นสินค้าที่สามารถผลิตเป็นจำนวนมากได้ ซึ่งหมายความว่ามีความรู้ที่สามารถจัดการให้เป็นมาตรฐานเดียวกันได้ เป็นความรู้ที่สามารถตรวจสอบและพิสูจน์ได้ด้วยวิธีการแบบวิทยาศาสตร์ และเป็นความรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มคนที่มืพลังทางการซื้อ (เช่น คนชั้นกลาง หรือผู้ซื้อในตลาดต่างประเทศ) กล่าวได้อีกนัยหนึ่ง ระบบอุตสาหกรรมความรู้ที่เป็นอยู่นั้นเป็นเงื่อนไขที่ทำให้เกิดการผลิตซ้ำความรู้ในกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์วัตถุนิยมมากกว่าที่จะเปิดโอกาสให้ความรู้ในกระบวนทัศน์ใหม่มีโอกาสเติบโตงอกงามขึ้น

กล่าวสำหรับระบบการแพทย์แล้ว ระบบวิธีคิดการแพทย์กระแสหลักซึ่งเป็นเวชศาสตร์แบบชีวภาพนั้นได้วางโครงสร้างระบบงานและสถาบันทางการแพทย์ที่มีรากฐานตามจารีตความรู้สมัยใหม่ ไม่ว่าจะเป็นระบบ

บริการทางการแพทย์ ระบบการศึกษาทางการแพทย์ ระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน ระบบควบคุมคุณภาพมาตรฐานต่างๆ ระบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย หรือระบบการเงินการคลังทางการแพทย์ ระบบต่างๆ เหล่านี้ล้วนแต่วางอยู่บนฐานคิดจารีตความรู้แบบวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ทั้งสิ้น กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ต้องเกิดขึ้นในสถานพยาบาล โดยแพทย์ที่ต้องผ่านการศึกษจากระบบโรงเรียนแพทย์และมีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทำการรักษาด้วยกระบวนการแบบวิทยาศาสตร์ที่มีมาตรฐานเดียวกัน ภายใต้ความสัมพันธ์ทางอำนาจที่แพทย์เป็นผู้รักษา ส่วนผู้ป่วยเป็นผู้ให้ความร่วมมือ และมีการตอบแทนกันด้วยค่ารักษาผ่านระบบประกันหรือจ่ายเงินเป็นค่าตอบแทน ระบบต่างๆ ที่ถูกสร้างขึ้นนี้มีฐานคติแบบอุตสาหกรรม ซึ่งทำให้การจัดระบบดูแลรักษาแบบเดียวกันเกิดขึ้นได้ภายใต้มาตรฐานร่วม

การเกิดขึ้นของการแพทย์นอกกระแสหลักจึงเป็นการเกิดภายใต้บริบทและเงื่อนไขเชิงโครงสร้างที่มีอคติอยู่ในตัว การฟื้นฟูและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกให้สามารถเติบโตบนจุดแข็งของตนเองจึงจำเป็นต้องมีความรู้เท่าทันเงื่อนไขเชิงโครงสร้างที่เป็นข้อจำกัดในการสร้าง การเข้าถึง และการใช้ประโยชน์ของความรู้ที่มีรากฐานทางญาณวิทยาที่ต่างกัน (Unschuld ๑๙๙๒; ยงค์ศักดิ์ ๒๕๔๗) การกำหนดยุทธศาสตร์การสร้างองค์ความรู้และการจัดการความรู้จึงไม่อาจทำได้โดยสนใจแต่เพียงการสังคายนาตำราหรือการถอดประสบการณ์หมอฟันบ้านเท่านั้น แต่จะต้องรู้เท่าทันและสามารถจัดการกับข้อจำกัดที่เกิดจากการครอบงำและอคติของวิธีคิดกระแสหลักอย่างน้อยใน ๓ ด้าน คือ

๑. อคติในวิธีวิทยาของการสร้างความรู้ (Methodological bias)
๒. อคติในโครงสร้างและสถาบันทางสังคม (Sociological bias)
๓. อคติในภาษาและวัฒนธรรม (Linguistic & cultural bias)

อคติในวิธีวิทยาของการสร้างความรู้

ในสังคมที่วิทยาการสมัยใหม่มีอิทธิพลครอบงำวิธีคิดของมนุษย์นั้น

วิธีการทางวิทยาศาสตร์ (Scientific method) เท่านั้นที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีวิทยาที่ถูกต้องในการแสวงหาความรู้และพิสูจน์ความจริง วิธีวิทยาแบบสมัยใหม่นี้มีลักษณะสำคัญ ๔ ประการ (ดู Kolakowski ๑๙๗๒) คือ

๑. การเน้นข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งอาศัยการรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้ง ๕ โดยใช้การชั่ง ตวง วัดเป็นเครื่องพิสูจน์ว่าสิ่งต่างๆ ดำรงอยู่จริง

๒. การเน้นลักษณะทางภาวะวิสัยในการตรวจสอบความจริง โดยถือว่าความจริงดำรงอยู่อย่างเป็นอิสระจากจิตรับรู้ของมนุษย์ ความรู้สึกนึกคิดหรือการประจักษ์แจ้งที่จำเป็นต้องตรวจวัดไม่ได้ไม่ถือว่าเป็นความจริง

๓. การเน้นการลดทอนความซับซ้อนลงเหลือองค์ประกอบส่วนย่อย และศึกษาส่วนย่อยเพื่อเข้าใจองค์รวม จึงให้ความสนใจกับกลไกละเอียดมากกว่าภาพรวม

๔. การเน้นความเที่ยงตรง แน่นนอนโดยถือว่าความจริงย่อมมีกฎเกณฑ์ที่แน่นอนและทำซ้ำได้ผลเช่นเดิมเสมอ

การทดลองทางวิทยาศาสตร์เป็นการสร้างและตรวจสอบความรู้ด้วยกฎเกณฑ์ดังกล่าว และได้กลายเป็นมาตรฐานของวิธีวิทยาของการสร้างความรู้ แต่เราอาจกล่าวได้ว่า วิธีวิทยาแบบวิทยาศาสตร์ดังกล่าวแม้จะสามารถทำให้เข้าใจปรากฏการณ์บางอย่างได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ แต่ก็ไม่สามารถเข้าถึงและอธิบายความจริงอันสลับซับซ้อนของโลกและชีวิตได้อย่างหมดจดสิ้นเชิง การเน้นการตรวจวัดได้ด้วยประสาทสัมผัสของมนุษย์ได้ทำให้องค์ความรู้ของวิทยาศาสตร์ถูกจำกัดอยู่ในขอบวงของวัตถุธรรม แต่สำหรับความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องทางจิตใจ สังคมวัฒนธรรม และจิตวิญญาณอาจต้องการญาณทัศนะที่ละเอียดอ่อนมากกว่า ตา หู จมูก ลิ้น และกายสัมผัส ในขณะที่วิทยาศาสตร์ใหม่ๆ เช่น ควอนตัมฟิสิกส์ก็ได้แสดงให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้นทุกทีว่า ความจริงที่เป็นอิสระที่ดำรงอยู่โดยไม่สัมพันธ์และสัมพันธ์กับจิตรับรู้ นั้นไม่อาจมีอยู่ได้ (Bohm ๑๙๙๑) ความแน่นอนของวิทยาศาสตร์เท่าก็เป็นเพียงผลลัพธ์ของการศึกษาในระบบง่าย ๆ ที่จำลองขึ้นและไม่ใช่ว่าสิ่งที่เป็นไปได้ในระบบที่ซับซ้อนและดำรงอยู่จริงในโลก

อย่างไรก็ตาม วิทยาการสมัยใหม่ที่กลายเป็นกระแสหลักของโลกได้ทำให้วิธีการทางวิทยาศาสตร์เป็นวิธีวิทยาแบบเดียวที่เชื่อถือได้ วิธีวิทยาในกระบวนทัศน์อื่นถูกทำให้เป็นสิ่งที่ไม่น่าเชื่อถือ และวิทยาศาสตร์เท่านั้นที่เป็นมาตรฐานในการตรวจสอบองค์ความรู้จากจารีตความรู้อื่นๆ ความรู้จากจารีตอื่นจะมีความถูกต้องน่าเชื่อถือก็ต่อเมื่อถูกนำเสนอและตีตรารับประกันด้วยวิธีการตรวจสอบแบบวิทยาศาสตร์ สมุนไพรจะเชื่อถือได้ต้องนำมาทดลองในห้องปฏิบัติการและตรวจวัดสารออกฤทธิ์ต่างๆ ได้ การนวดต้องมีผลต่อสรีรวิทยาทำให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้นหรือความตึงตัวของกล้ามเนื้อเปลี่ยนแปลง หรือการนึ่งสมาธิและการเข้าทรงจะถือว่าเข้าใจได้ก็ต้องอธิบายผ่านคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าหรือสารเคมีในสมอง อคติในทางวิธีวิทยาที่ถือว่าวิธีการทางวิทยาศาสตร์เท่านั้นที่ถูกต้องและสามารถใช้ตรวจสอบจารีตความรู้อื่นได้อย่างไร้ข้อจำกัดเป็นปัญหาสำคัญในการส่งเสริมความรู้นอกกระแสหลัก

ความรู้ที่ได้มาจากญาณทัศนะอย่างอื่น เช่น ความรู้อันเกิดจากนิมิต ญาณ หรือสมาธิปฏิบัติ หรือความรู้แฝงที่เกิดขึ้นจากการมีชีวิตรับรู้ในวัฒนธรรมหนึ่งและซึมซับความรู้สึกนึกคิดจากสังคมและชุมชนรอบข้าง ตลอดจนความรู้ที่เป็นทักษะทางศิลปะที่เกิดจากการฝึกฝนจนชำนาญโดยที่ผู้ปฏิบัติสามารถทำสิ่งนั้นได้โดยไม่ต้องอธิบายเป็นวิธีการอย่างเป็นเหตุเป็นผลได้ เหล่านี้ล้วนแต่เป็น “ความรู้” ที่มีรากฐานจากญาณวิทยาที่แตกต่างออกไป และต้องการวิธีวิทยาที่เหมาะสมในการตรวจสอบและพิสูจน์ โดยไม่ถือเอาเป็นข้อสรุปเสียตั้งแต่ต้นว่า วิธีวิทยาแบบวิทยาศาสตร์เท่านั้นที่สามารถตรวจสอบจารีตความรู้ทุกจารีตได้ (ยงศักดิ์ ๒๕๔๗)

อคติในโครงสร้างและสถาบันทางสังคม

กฎระเบียบ ระบบความสัมพันธ์ โครงสร้างระบบงาน และสถาบันทางสังคมเป็นผลผลิตของวิธีคิดที่มนุษย์ใช้จัดการกับสังคมและสิ่งแวดล้อมในระบบการแพทย์ทุกระบบนั้นนอกเหนือจากการมีทฤษฎีหรือระบบวิธีคิดที่

มีรากฐานทางปรัชญาที่แตกต่างกันแล้ว ทุกระบบการแพทย์ยังมีการสร้างระบบงานเฉพาะตามแบบฉบับของตนเอง ระบบงานทางการแพทย์เหล่านี้เกิดขึ้นจากความคิดและฐานคติเกี่ยวกับโรคและการเยียวยารักษาที่แตกต่างกัน แต่ละระบบการแพทย์จึงมีกฎเกณฑ์และกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาหรือเยียวยาความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ตั้งแต่การกำหนดว่าใครคือผู้มีอำนาจในการรักษาโรค ผู้ที่จะเป็น “แพทย์” ต้องมีคุณสมบัติอย่างไร (เช่น เป็นลูกหลานของพ่อหมอ ได้บวชเรียนและรู้วิชาคาถาอาคม มี “องค์เทพ” มาอยู่ด้วย หรือได้รับปริญญาบัตรจากสถาบันการศึกษา) ใครคือผู้ป่วย (อย่างไรที่เรียกว่าป่วย หรือมีเคราะห์กรรม) กิจกรรมการเยียวยารักษาความเจ็บป่วยจะต้องเกิดขึ้นที่ไหน ในบริบทอย่างไร (ที่บ้าน ที่โรงพยาบาล ที่ตำหนักคนทรง ในบริบทของพิธีกรรม) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รักษา อำนาจการรักษากับผู้ป่วยเป็นอย่างไร (แพทย์คือผู้มีอำนาจ คนทรงอาศัยอำนาจของเทพ หรือเป็นเพียงตัวกลางสื่อสารกับอำนาจศักดิ์สิทธิ์ได้) กฎเกณฑ์และโครงสร้างระบบความสัมพันธ์เหล่านี้ย่อมแตกต่างกันไปในแต่ละระบบการแพทย์

ในปัจจุบันที่ระบบการแพทย์สมัยใหม่เป็นการแพทย์กระแสหลัก ระบบงานของการแพทย์สมัยใหม่ได้กลายเป็นรูปแบบมาตรฐานของระบบบริการทางการแพทย์ เมื่อนึกถึงระบบงานทางการแพทย์เราจึงมักยึดเอาโรงพยาบาลเป็นต้นแบบและเมื่อจะพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือกก็มักจะนึกถึงการนำการแพทย์เหล่านี้เข้าไปใช้ในระบบโรงพยาบาล โดยลืมนึกไปว่าระบบโรงพยาบาลนั้นเป็นผลผลิตของระบบวิธีคิดหรือทฤษฎีเชื้อโรคของการแพทย์สมัยใหม่ และเป็นระบบที่มีรากฐานมาจากการบริหารจัดการสมัยใหม่ที่ใกล้เคียงกับระบบอุตสาหกรรม บทเรียนความล้มเหลวจากการนำแพทย์แผนโบราณเข้าไปให้บริการในโรงพยาบาลศิริราชเมื่อแรกตั้งนั้นสะท้อนแบบแผนการทำงานที่ขัดแย้งกันของระบบวิธีคิดที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน (ดู วิชัย ๒๕๔๕) ในขณะที่การแพทย์ตะวันตกยึดถือว่าความรู้ทางการแพทย์ต้องมีมาตรฐานเดียวกันที่แพทย์ทุกคนปฏิบัติตาม การแพทย์ไทยถือว่าการเยียวยารักษาโรคเป็นศิลปะเฉพาะตัว

ที่แพทย์แต่ละท่านสร้างสรรค์และฝึกฝนจนชำนาญ นอกจากตัวระบบบริการทางการแพทย์แล้ว ระบบสนับสนุนอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นระบบงบประมาณ ระบบควบคุมคุณภาพมาตรฐานบริการ ระบบบริหารงานหรือระบบประกันสุขภาพก็ล้วนแต่เป็นระบบที่ถูกสร้างขึ้นสำหรับระบบการแพทย์แบบกระแสหลักทั้งสิ้น การพัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกจึงต้องสนใจและเข้าใจข้อจำกัดของโครงสร้างสถาบันการแพทย์กระแสหลักที่ดำรงอยู่ก่อนด้วย

นอกจากนั้น ระบบและสถาบันทางสังคมอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นระบบการศึกษา ระบบกฎหมาย รวมทั้งระบบเศรษฐกิจก็ล้วนแต่เอื้ออำนวยต่อวิถีคิดกระแสหลัก ดังจะเห็นว่าในระบบการศึกษานั้น กำหนดให้การศึกษาบุคลากรทางการแพทย์ต้องเป็นการเรียนการสอนในสายวิทยาศาสตร์ และหลักสูตรก็จะต้องมีวิชาวิทยาศาสตร์กระแสหลักเป็นภาคบังคับ หรือระบบกฎหมายที่เป็นอยู่ก็มิได้เข้าใจจารีตความรู้อื่น “ทรัพย์สินทางปัญญา” อาจไม่ใช่สิทธิที่สามารถขึ้นทะเบียนให้กับคนใดคนหนึ่งได้ แต่เป็น “ของหน้าหนู” หรือภูมิปัญญาของส่วนรวม พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ จึงสร้างความลักลั่นและความขัดแย้งที่ยังต้องการการแก้ไขไม่น้อย ซึ่งปัญหาเช่นนี้จะยิ่งทวีความรุนแรงและซับซ้อนยิ่งขึ้นจากการคุกคามของทุนนิยมโลกและการค้าเสรีที่ดูเหมือนกฎระเบียบต่างๆ จะเป็นไปในลักษณะที่เอื้อต่อการแสวงหาประโยชน์จากทรัพยากรและความรู้ท้องถิ่นของวิชนชาติมากกว่าที่จะเกื้อกูลต่อการพัฒนาที่ยั่งยืนและพึ่งตนเองได้ของชุมชน

การสร้างความรู้ที่จะทำให้สามารถพัฒนาระบบงานของการแพทย์นอกกระแสหลักโดยไม่ถูกจำกัดโดยกฎเกณฑ์และระบบโครงสร้างที่เป็นอยู่รวมทั้งการรู้เท่าทันผลกระทบจากระบบโครงสร้างที่ดำรงอยู่ในสังคมไทยและจากระบบเศรษฐกิจทุนนิยมโลกจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

อคติในภาษาและวัฒนธรรม

ภาษาที่มนุษย์ใช้ในการสื่อความรู้ความเข้าใจนั้น มิได้เป็นเพียงตัวกลางที่ปราศจากอคติ ในทางตรงข้ามภาษาได้สถาปนาความจริงขึ้นรวมทั้งบดบังความจริงบางประการ (Bourdieu ๑๙๙๑) จารีตความรู้สมัยใหม่ใช้การสื่อผ่านภาษาเพื่อบอกความจริงเกี่ยวกับโลกแต่ก็มีความจริงเกี่ยวกับชีวิตหลายด้านที่สื่อด้วยภาษา (Verbalization) ไม่ได้ หรืออาจเรียกว่าเป็นประสบการณ์ความรู้ได้เฉพาะตน จารีตความรู้วิทยาศาสตร์เน้นความรู้ภายนอกและถือว่าความรู้เกิดจากการแยกระหว่างผู้สังเกตและสิ่งที่ถูกสังเกต ความรู้ประเภทนี้จึงสามารถทำให้เป็นภาวะวิสัย (Objectification) และอธิบายผ่านภาษาได้ ความรู้ในมิติอื่นที่ไม่สามารถแสวงหาภาษามายบรรยายได้ถูกถือเป็นความรู้ส่วนบุคคลที่ผู้อื่นเข้าไปร่วมรู้ไม่ได้จึงถูกตั้งข้อสงสัยว่าอาจไม่ใช่ “ความรู้สากล”

อคติสมัยใหม่เกี่ยวกับภาษาและความรู้ที่ถือว่าความรู้ต้องถ่ายทอดเป็นภาษาได้ ทำให้ความสนใจในการฟื้นฟูภูมิปัญญาการแพทย์ไทยให้ความสำคัญกับเอกสารหรือตำรา จึงมักแสวงหาตำราการแพทย์หรือพยายามทำการสังคายนาตำราแพทย์ รวมทั้งการเรียนการสอนก็มักอาศัยตำราโดยมิได้เข้าใจว่าความรู้ทางการแพทย์หรือความรู้ที่จะทำให้เป็นแพทย์ที่ดีนั้นอาจมีมากกว่าที่ระบุไว้ในตำรามากมายนัก คุณหมอทัฬหี ต้นสุภาพ ครูแพทย์แผนโบราณผู้รอบรู้และเป็นที่เคารพในวงการแพทย์ไทยเคยกล่าวถึงตำราหลักของการแพทย์แผนไทย คือ “ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์” ว่าเป็นแต่เพียง “ตำราสงเคราะห์” ซึ่งเทียบได้กับ “ทำเนียบ” (เช่น การจัดทำนามสงเคราะห์คือ การทำทำเนียบรายชื่อบุคคล เป็นต้น) ซึ่งไม่ได้ให้รายละเอียดอื่นๆ นอกเหนือจากการรวบรวมหัวข้อหลักๆ ไว้เป็นหมวดหมู่เท่านั้น

ที่ละเอียดอ่อนกว่าการสนใจเฉพาะตำราขึ้นมาบ้าง ก็คือการเข้าใจว่าจารีตความรู้พื้นบ้านไทยนั้น เป็นจารีตมุขปาฐะ (Oral tradition) กล่าวคือ เน้นการถ่ายทอดด้วยการบอกกล่าวมากกว่าจดบันทึกจึงมีความพยายามที่จะรวบรวมคำบอกเล่า หรือบทสัมภาษณ์หมอไทยเพื่อถอดประสบการณ์หรือ

ถอดองค์ความรู้ (เสาวภาและคณะ ๒๕๓๙) แต่กระนั้นก็ดีข้อจำกัดในเชิงภาษาก็ทำให้องค์ความรู้ที่ไม่สามารถบอกเล่าเป็นคำพูดได้ถูกกลดทอนลงไปที่สำหรับจารีตความรู้บางจารีตนั้น หัวใจสำคัญขององค์ความรู้อยู่ที่ความยิ่งใหญ่และความศักดิ์สิทธิ์ที่ไม่สามารถบอกเล่าผ่านตัวแทนได้ ในแง่หนึ่งแล้วหากความรู้เหล่านั้นเป็นสิ่งสามัญที่บอกเล่าและรู้เรื่องกันได้โดยทั่วไปก็คงไม่ใช่สิ่งที่ศักดิ์สิทธิ์ที่ต้องอาศัยการฝึกฝนและการมีภูมิจิต ภูมิปัญญาที่สูงของปราชญ์หรือผู้เปี่ยมปราชญ์ในรหัสลับแห่งชีวิตในการเข้าถึงความรู้เหล่านั้น

ภาษาก็เป็นเช่นเดียวกับระบบสัญลักษณ์อื่นๆ ที่ทำงานโดยการตัดแบ่งโลกและชีวิต (Life-world) ออกเป็นส่วนๆ เพื่อให้มนุษย์เข้าใจและสื่อสารกันได้ (Barthes ๑๙๖๗) “ความจริง” ของชิ้นส่วนย่อยๆ ถูกสร้างขึ้นพร้อมกับการมีชื่อหรือคำเรียก โดยความจริงที่ว่าดำรงอยู่นั้นอยู่บนการจัดหมวดหมู่หรือประเภทที่สัมพันธ์กับ “คำ” หรือ “ความจริง” อื่นๆ ระบบการแพทย์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบวัฒนธรรมมีวิธีการตัดแบ่งและเรียกชื่อชิ้นส่วนของโลกไม่เหมือนกัน การเข้าใจวิธีคิดหรือองค์ความรู้การแพทย์ที่แตกต่างกันจึงต้องรู้เท่าทันการทำงานของภาษาและกระบวนการเชิงวัฒนธรรมที่ก่อประกอบ (construct) หรืออุปโลกน์ความเป็นจริงขึ้น ความพยายามที่จะ “แปล” ศัพท์หรือชื่อเรียกทางการแพทย์ในระบบการแพทย์หนึ่งไปใช้ในระบบการแพทย์อื่น (เช่น “ประดง” ในระบบการแพทย์พื้นบ้าน หมายถึง โรคอะไรในระบบการแพทย์สมัยใหม่ กษัยเหมือนหรือต่างจากวัณโรคหรือมะเร็ง) จะสับสนและไร้ความหมายหากไม่สามารถเข้าใจได้ว่าภาษาและวัฒนธรรมต่างกันได้อย่างไร สร้างความจริงขึ้นมาคนละชุด (Tambiah ๑๙๙๐) ซึ่งแตกต่างกันทั้งในแง่ชิ้นส่วนย่อยที่แต่และภาษาตัดแบ่งออก รวมทั้งระบบความสัมพันธ์ การจัดหมวดหมู่ แบ่งประเภทของส่วนย่อยเหล่านั้นก็แตกต่างกันไปด้วย ในแง่นี้การฟื้นฟูการแพทย์พื้นบ้านจึงเป็นกระบวนการที่แยกไม่ออกจากการฟื้นฟูวัฒนธรรมพื้นบ้านและภาษาท้องถิ่น

ที่กล่าวมานี้เป็นการวิเคราะห์ให้เห็นถึงธรรมชาติของความรู้ต่างๆ ที่

มีรากฐานจากญาณวิทยาและวิธีวิทยาที่ต่างกัน จารีตความรู้แบบวิทยาศาสตร์สมัยใหม่จึงเป็นเพียงจารีตความรู้ประเภทหนึ่งที่จะต้องใช้อย่างระมัดระวังในการตัดสินใจความผิดถูกของความรู้ในจารีตอื่น นอกจากนั้นความรู้ยังไม่ได้ดำรงอยู่ลอยๆ แต่ทว่ามีการฝังและแฝงอยู่ในระบบโครงสร้างสถาบันทางสังคมต่างๆ และมีส่วนสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับระบบภาษาและวัฒนธรรม การสร้างและจัดการองค์ความรู้ของการแพทย์นอกกระแสหลักจึงจะต้องตระหนักถึงอคติและข้อจำกัดทั้งสามที่เกิดขึ้นจากระบบความรู้กระแสหลักที่ครอบงำสังคมไทยอยู่

ส่วนที่ ๔

ทิศทางการพัฒนา : ยุทธศาสตร์การจัดการความรู้ สู่ภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทย

จากการวิเคราะห์ลักษณะเฉพาะของการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งสถานการณ์ภาพรวมและบริบทเชิงโครงสร้างของระบบความรู้นอกกระแสหลัก ทำให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่า การแพทย์นอกกระแสเหล่านี้ดำรงอยู่เป็นส่วนหนึ่งและมีบทบาทสำคัญในระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะในสังคมไทย เป้าหมายและทิศทางการพัฒนาจึงมิใช่การควบคุมหรือกำจัดการแพทย์นอกกระแสหลักเหล่านั้นให้หมดไป แต่จะต้องเป็นไปเพื่อให้การแพทย์หลากหลายระบบนี้มีฐานความรู้ของตนเองที่เข้มแข็ง มีศักยภาพที่จะ “เสริมประสาน” และเรียนรู้ซึ่งกันและกัน อันจะส่งผลไม่เพียงแต่เพื่อพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกให้มีคุณค่ามากขึ้นเท่านั้น แต่ยังเป็นไปเพื่อให้การแพทย์สมัยใหม่เรียนรู้และปรับตัวให้สามารถร่วมมือและเชื่อมให้การแพทย์ทุกระบบมีส่วนช่วยเหลือเกื้อกูลต่อมหาชนด้วย โดยถือว่าระบบการแพทย์ที่หลากหลายนี้ควรพัฒนาให้มีความรู้ที่เข้มแข็งเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของ “ภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทย” ซึ่งเป็นไปเพื่อสุขภาพและปลดปล่อยผู้คนให้เป็นอิสระจากความเจ็บป่วย ความทุกข์ และความบีบคั้นทั้งปวง

เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของการพัฒนาจึงอยู่ที่การสร้างระบบการแพทย์พหุลักษณะที่เสริมประสานกันเพื่อสุขภาพของมหาชน ทั้งนี้โดยที่การแพทย์แต่ละระบบนั้นมีเป้าหมายเฉพาะด้านที่ควรเน้นหนักแตกต่างกันคือ

๑. **การแพทย์พื้นบ้าน** ควรเน้นการคัดเลือกและฟื้นฟูระบบการแพทย์พื้นบ้านที่มีศักยภาพเป็นบางระบบ เพื่อหาบทเรียนและพัฒนาแม่แบบการทำงาน โดยเน้นการฟื้นฟูระบบการแพทย์ควบคู่ไปกับการฟื้นฟูวิถีวัฒนธรรมและภาษาท้องถิ่นพร้อมๆ กับการปรับประยุกต์ให้สอดคล้องกับเงื่อนไขและบริบททางสังคมวัฒนธรรมและที่เปลี่ยนแปลงไป

๒. **การแพทย์แผนไทย** ควรเน้นที่การพัฒนาระบบต่างๆ ที่มีอยู่ให้มีคุณภาพมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบที่เกี่ยวข้องกับความรู้และการถ่ายทอด โดยต้องวางรากฐานด้านแนวคิดทฤษฎีและปรัชญาทางการแพทย์ที่เข้มแข็งผ่านการสร้างชุมชนวิชาการที่มีการปฏิบัติจริง ควบคู่ไปกับการสร้างมาตรฐานคุณภาพที่สูงขึ้นทั้งในระบบเวชปฏิบัติ การผลิตยา และสถานพยาบาล

๓. **การแพทย์ทางเลือก** ควรจะเน้นที่การสร้างทางเลือกการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพเชื่อถือได้เพื่อเป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ โดยการพัฒนาความรู้และแนวทางการรักษาแบบทางเลือกที่มีประสิทธิภาพสำหรับปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยที่การแพทย์สมัยใหม่ตอบสนองได้ อย่างจำกัด

ยุทธศาสตร์การสร้าง และการจัดการความรู้ภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทย

แนวคิดเรื่องการจัดการความรู้ให้ความสำคัญต่อการสร้างและการใช้ความรู้ในกระบวนการทำงาน ซึ่งนอกจากจะทำให้การทำงานได้ผลมากขึ้นและยังทำให้เกิดความรู้องกวมขึ้นจากการทำงานด้วย แนวคิดการ

จัดการความรู้นั้นถือเอาหลักการสำคัญ ๓ ประการเป็นหัวใจในการทำงาน (ดู Davenport & Prusak ๑๙๙๘; Wenger, McDermott & Snyder ๒๐๐๒)

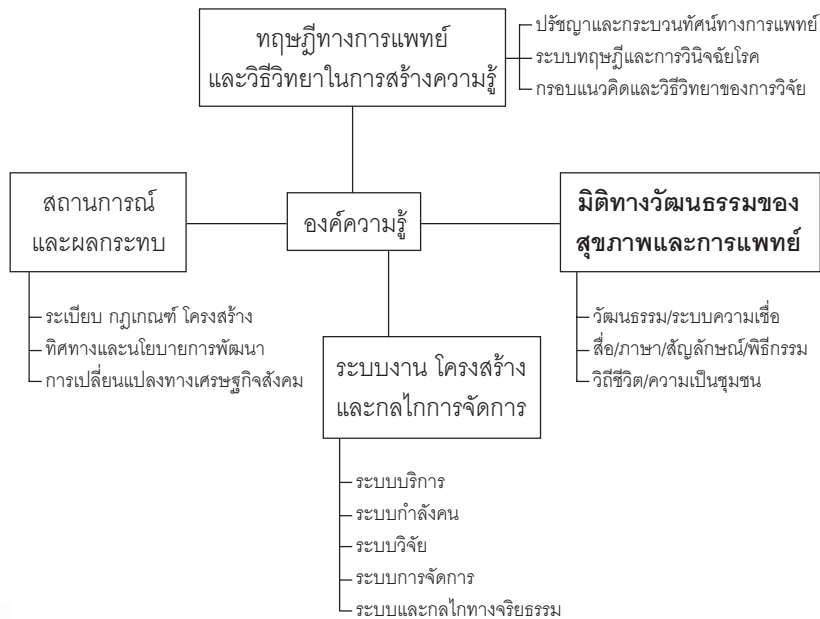
๑. ความรู้มีหลากหลายชนิด แต่ละชนิดมีธรรมชาติที่ไม่เหมือนกัน และเป็นประโยชน์แตกต่างกัน การจัดการความรู้ต้องเข้าใจธรรมชาติของความรู้หลากหลายชนิดให้ดี

๒. ความรู้ที่สำคัญ คือ ความรู้ที่ใช้ทำงานได้ (working knowledge) ซึ่งมีมากกว่าสิ่งที่พูด-อ่าน-เขียนได้ โดยอาจเป็นความรู้ที่แฝงอยู่ในระบบวัฒนธรรมหรือฝังอยู่ในตัวคนในรูปของศิลปะ ทักษะ และความชำนาญ

๓. การจัดการความรู้ คือ การทำให้การเรียนรู้เกิดขึ้นเองและถูกใช้ได้โดยง่ายด้วยการจัดระบบและกระบวนการทำงานที่ทำให้ความรู้ที่ใช้ทำงานได้ถูกสร้างขึ้น ถูกประมวล แลกเปลี่ยน และนำไปปฏิบัติได้

จากการวิเคราะห์บริบท สถานการณ์ แนวคิดและทิศทางที่กล่าวมา ทำให้พอจะประมวลยุทธศาสตร์การสร้างองค์ความรู้และการจัดการความรู้ เพื่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกได้ชัดเจนขึ้น ในการนำเสนอยุทธศาสตร์การสร้างองค์ความรู้และการจัดการความรู้นี้จะเริ่มจากการประมวลให้เห็นว่าองค์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาการแพทย์นอกกระแสหลักเหล่านี้ประกอบด้วยองค์ประกอบอะไรบ้าง (หรือเรียกว่า “แผนที่ความรู้” ที่จำเป็นสำหรับการสร้างยุทธศาสตร์) หลังจากนั้นจึงจะเป็นการเสนอยุทธศาสตร์การทำงานเพื่อสร้างองค์ความรู้และการจัดการเพื่อให้ความรู้สามารถเชื่อมโยงสู่การพัฒนา

จากการวิเคราะห์และทบทวนสถานการณ์ที่กล่าวมาแล้วเรา อาจกล่าวได้ว่าองค์ความรู้ที่มีความสำคัญต่อการสร้างระบบการแพทย์นอกกระแสหลักให้เข้มแข็งและเป็นประโยชน์เกื้อกูลต่อสังคมไทยนั้น มีมากกว่าองค์ความรู้ในเรื่องการรักษาโรคหรือประสิทธิภาพของยาสมุนไพร แต่จะต้องเป็น “ความรู้” และ “การรู้เท่าทัน” ระบบวิถีคิด กลไก และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องด้วย แผนที่ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการนำร่องการพัฒนานอกกระแสหลักจะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบอย่างน้อย ๔ ด้านของความรู้ คือ



๓๖

เป้าหมายของการสร้างองค์ความรู้

ความรู้และการรู้เท่าทันทั้ง ๔ ด้านจะเป็นหลักประกันในการพัฒนาให้มีทิศทางและวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม โดยความรู้ในแต่ละด้านนั้นจะเป็นไปเพื่อเป้าหมายที่แตกต่างกันคือ

๑. ทฤษฎีทางการแพทย์และวิธีวิทยาในการสร้างความรู้ เป้าหมายคือการพัฒนาวิธีวิทยาในการสร้างและพิสูจน์ความรู้ที่เชื่อถือได้โดยมีฐานมาจากปรัชญาและทฤษฎีทางการแพทย์ที่เข้มแข็ง การสร้างองค์ความรู้ของการแพทย์นอกกระแสหลักโดยการเอาระเบียบวิธีการศึกษาของวิทยาศาสตร์สมัยใหม่มาใช้มักก่อให้เกิดปัญหาและข้อจำกัด เช่น การหาสารสำคัญออกฤทธิ์ของยาสมุนไพรหรือยาต้มด้วยวิธีวิทยาศาสตร์มักไม่สามารถระบุตัวยาสำคัญได้ และมักหาทางออกด้วยการอธิบายว่าฤทธิ์ของยาสมุนไพรไม่ใช่เกิดจากการออกฤทธิ์ของสารสำคัญตัวเดียวโดดๆ แต่เกิดจากการ “ร่วมฤทธิ์” ของสารต่างๆ หลายชนิด แต่ก็ไม่มีการพัฒนาวิธีวิทยาที่จะแสดง

ให้เห็นได้ว่าฤทธิ์ยาจริงๆ นั้นศึกษาได้จากอะไร ใช้หลักฐานอะไรได้บ้างในการตรวจสอบ เพื่อให้เป็นระเบียบวิธีหรือวิธีวิทยาที่ยอมรับร่วมกันได้ โดยกระบวนการดังกล่าวจำเป็นต้องสร้างพื้นฐานขององค์ความรู้ด้าน (๑) ปรัชญาและกระบวนทัศน์ทางการแพทย์ (๒) ระบบทฤษฎีและการวินิจฉัยโรค และ (๓) กรอบแนวคิดและวิธีวิทยาทางการแพทย์ ซึ่งสำคัญต่อการพัฒนาในระยะยาว เพราะการพัฒนาความรู้และเทคโนโลยีใหม่ๆ จะเป็นไปได้ก็ต่อเมื่อมีรากฐานทางปรัชญาและทฤษฎีทางการแพทย์ที่เข้มแข็ง

เป้าหมายของการสร้างองค์ความรู้ด้านนี้อยู่ที่การสร้างกรอบแนวคิดและวิธีวิทยา (Theoretical & Methodological Models) เพื่อการวิจัยและประเมินความรู้

๒. ระบบงาน โครงสร้าง กลไกการจัดการ หรือ “ความรู้เชิงระบบ” การนำเอาหลักการและทฤษฎีทางการแพทย์มาแปรเป็นการปฏิบัติ จำเป็นต้องมีการสร้างระบบงานและแบบแผนการปฏิบัติที่ชัดเจน ระบบการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกควรจะมีระบบบริการทางการแพทย์ที่แตกต่างกันตามจุดแข็งของแต่ละระบบ โดยที่อาจมีบางส่วนของบริการเหล่านี้ที่สามารถผสมผสานเข้าสู่ระบบบริการการแพทย์สมัยใหม่ได้ ซึ่งก็ยังคงจำเป็นต้องมีความเข้าใจเชิงระบบเพื่อให้สามารถจัดการให้การผสมผสานมีประสิทธิภาพและสมประโยชน์ ระบบงาน โครงสร้างและกลไกที่เกี่ยวข้องยังรวมถึง กลไกด้านการเงินการคลัง ระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน ระบบการบริหารจัดการ และระบบหรือกลไกทางจริยธรรม ซึ่งควรจะเป็นระบบที่สอดคล้องกับจารีตความรู้และปรัชญาทางการแพทย์ของแต่ละระบบ

๓๗

เป้าหมายของการสร้างองค์ความรู้ในด้านนี้อยู่ที่การสร้างแม่แบบ (Best Practice Models) ของระบบงานต่างๆ ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้

๓. มิติทางวัฒนธรรมของสุขภาพและการแพทย์ ความเข้าใจในเรื่องภาษา สัญลักษณ์ และพิธีกรรมตลอดจนระบบวิธีคิด ความเชื่อ และ

แบบแผนการปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่ประกอบกันเป็นระบบการแพทย์มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความละเอียดอ่อนในการฟื้นฟูการแพทย์ให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมและการรักษาอัตลักษณ์ของระบบการแพทย์ให้คงอยู่นอกจากนั้นการประยุกต์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านให้สมสมัยนั้น ยังเกี่ยวข้องกับการประดิษฐ์สื่อ ภาษา สัญลักษณ์ และพิธีกรรมใหม่ๆ ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตร่วมสมัยอีกด้วย

เป้าหมายของการสร้างองค์ความรู้ในด้านนี้อยู่ที่การทำให้เกิดความเข้าใจและการเรียนรู้ระหว่างกัน (Mutual Understanding) ของระบบการแพทย์ต่างๆ เพื่อให้เกิดการเสริมประสานซึ่งกันและกัน (complementarity)

๔. สถานการณ์และผลกระทบ การเปลี่ยนทางเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมในระดับโลก ระดับประเทศ และระดับท้องถิ่นส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรม ความสามารถในการติดตามและประเมินผลกระทบต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นข้อตกลงทางการค้า เขตการค้าเสรี การคุ้มครองสิทธิทางปัญญา หรือข้อตกลงในพิธีสารต่างๆ ในระดับโลก รวมทั้งทิศทางการพัฒนา นโยบาย แผนงานและโครงการต่างๆ ที่อาจมีผลกระทบในด้านลบ เช่น การทำลายความหลากหลายทางชีวภาพและความหลากหลายทางวัฒนธรรม ในขณะเดียวกันก็อาจเป็นโอกาสของการพัฒนาและส่งเสริมให้การแพทย์ไทย ภูมิปัญญาไทยขยายตัวได้ด้วย

เป้าหมายของการสร้างองค์ความรู้ในด้านนี้ คือ การพัฒนามาตรการเชิงนโยบายทั้งเชิงรุกและเชิงรับที่ทันต่อสถานการณ์

ความรู้ทั้ง ๔ ด้านมีธรรมชาติที่แตกต่างกันและต้องการนักวิจัยจากหลายสาขาวิชาการมาทำงานร่วมกัน โดยที่การสร้างและจัดการความรู้บนความหลากหลายนี้จำเป็นต้องมียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน

ยุทธศาสตร์ภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทย เพื่อการสร้างและจัดการความรู้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ สร้างกลไกการจัดการความรู้ โดยจัดตั้งสถาบันสุขภาพวิถีไทย เพื่อการจัดการความรู้ภูมิปัญญาสุขภาพไทยและภูมิปัญญาสากล โดยมีภารกิจ ๓ ด้าน คือ **การสร้างความรู้ สร้างคน และสร้างชุมชนวิชาการที่เข้มแข็ง** ยุทธศาสตร์นี้สามารถดำเนินการได้ทันทีโดยจัดตั้งสถาบันขึ้นเป็นองค์กรภายใต้ความร่วมมือระหว่างกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยยึดหลักการการทำงาน ๓ ข้อ คือ

- ๑๖ ทำงานร่วมกับกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยส่งเสริมซึ่งกันและกัน เพื่อเอื้อให้เกิดวัฒนธรรมความรู้ในระบบงานที่เกี่ยวข้อง
- ๑๗ เป็นองค์กรที่ใช้การบริหารจัดการแนวใหม่ที่เป็นอิสระจากวัฒนธรรมราชการโดยให้มีความคล่องตัว ต่อเนื่อง และมีฉันทะทางวิชาการ
- ๑๘ มีระบบงานที่สามารถระดมศักยภาพและบุคลากรที่มีความสามารถเพื่อทำงานวิชาการและการจัดการความรู้แบบเต็มเวลาได้ เพราะคนที่มีความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกเกือบทั้งหมดอยู่นอกกระบวนการราชการของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างร่นนโยบายเพื่อเปิดโอกาสในการสร้างความรู้และเรียนรู้ประโยชน์จากการแพทย์นอกกระแสหลักด้วยการประกาศ “วาระแห่งชาติการวิจัยภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทย” เพื่อสร้างความชอบธรรมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการศึกษา ค้นคว้า ทดลอง และการใช้

ประโยชน์จากความรู้ที่แตกต่างไปจากการแพทย์กระแสหลักซึ่งอาจถูกมองว่าเป็นเรื่องงมงาย และ “ไม่เป็นวิทยาศาสตร์” โดยเน้นแนวทาง ๓ ข้อคือ

- ๑- วาระแห่งชาติการวิจัยภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทย ต้องครอบคลุมทั้งการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกและทำให้เป็นที่รู้จักโดยนำผลงานวิจัยที่โดดเด่นเป็นประโยชน์มานำเสนออย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความชอบธรรมให้กับความรู้นอกกระแสหลัก
- ๒- สนับสนุนการวิจัยทั้ง ๔ ด้านของแผนที่ความรู้ คือ (๑) ด้านทฤษฎีทางการแพทย์และวิถีวิทยาในการสร้างความรู้ (๒) ด้านระบบงานโครงสร้างและกลไกการจัดการ (๓) ด้านมิติทางวัฒนธรรมของสุขภาพและการแพทย์ (๔) ด้านสถานการณ์และผลกระทบ โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจน
- ๓- สร้างเวทีการแลกเปลี่ยนที่เป็นอิสระ สร้างสรรค์ และไม่ใช่กรอบความคิดที่ตายตัวเกินไปซึ่งจะทำลาย “หน่ออ่อน” ของความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ สร้างชุมชนวิชาการทั่วทุกพื้นที่ โดยการให้ความยอมรับและสนับสนุนอย่างทั่วถึงและเพียงพอต่อบุคคล กลุ่ม หรือองค์กรที่มีความมุ่งมั่นและฉันทะทางวิชาการให้ร่วมกันทำงานเป็นชุมชนแนวปฏิบัติ (community of practice) ที่มุ่งสร้างความรู้จากแบบแผนและวิถีปฏิบัติจากการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนกันอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นจิตวิญญาณของชุมชนวิชาการ ๔ ข้อ

- ๑- ความสมัครใจ คือ ร่วมมือทำงานเพราะมีใจรักในเรื่องนั้น
- ๒- มิตรภาพ คือ ร่วมกันทำงานด้วยมิตรไมตรี ไว้วางใจกัน เน้นความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการ
- ๓- ความใฝ่รู้และการทดลอง คือ กล้าแสวงหาแนวทางใหม่ๆ ในการสร้างความรู้

- ๔- ความต่อเนื่อง คือ การทำงานร่วมกันในระยะยาว เพื่อให้มีฐานความรู้และหล่อหลอมวัฒนธรรมการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนให้เกิดขึ้น

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ สร้างแผนที่ภูมิปัญญาสุขภาพไทยในทุกชุมชน ทุกชุมชนมีความรู้ที่ใช้งานได้สั่งสมไว้ทั้งในตัวบุคคลที่เป็นผู้รู้ ผู้ชำนาญการต่างๆ ในวัฒนธรรมและวิถีชีวิต และในเรื่องราวคำบอกเล่าต่างๆ การทำแผนที่ความรู้ไม่ใช่การทำรายการความรู้ ความชำนาญเพื่อรวบรวมไว้เป็นหมวดหมู่ แต่เป็นการสร้างเครือข่ายทางสังคมที่เข้าไปรับรู้ และมีความสัมพันธ์ที่ถูกต้องกับแหล่งความรู้ต่างๆ เพื่อให้ความรู้เหล่านั้นเป็นที่รู้จักและสามารถถูกเคลื่อนย้ายถ่ายเทไปเป็นประโยชน์แก่ผู้คนที่จำเป็นได้ โดยการสร้างแผนที่ความรู้ภูมิปัญญาสุขภาพไทยในชุมชนจะต้องยึดหลักการ ๓ ประการ คือ

- ๑- ความรู้มีความหมายเพราะสังคมให้คุณค่าการใช้กระบวนการชื่นชมและเห็นคุณค่า (Appreciative inquiry) ของความรู้ที่มีอยู่ในทุกบุคคล จะทำให้ความรู้เกิดขึ้นเต็มแผ่นดิน
- ๒- ความรู้จะมีประโยชน์อย่างจำกัดหากไม่มีใครรู้ว่ามีอยู่ จึงต้องสร้างเวทีความคิดและการแลกเปลี่ยนเพื่อเชื่อมโยงเครือข่ายให้เกิดการสำรวจรู้ว่าชุมชนมี “ทุนทางปัญญา” อะไร และอยู่ที่ไหนบ้าง
- ๓- ความรู้แฝงสามารถไหลเวียนในเครือข่ายทางสังคม ความรู้ที่เป็นทักษะ ความชำนาญ หรือเป็นความรู้เหนือธรรมชาติ แม้จะไม่สามารถ “ถ่ายทอดหรือบันทึก” เป็นเอกสารแต่ก็สามารถ “ถ่ายทอด” อยู่ภายในเครือข่ายทางสังคมที่ไว้วางใจและมีความสัมพันธ์ที่ดี โดยผู้ที่มีทักษะความชำนาญสามารถนำความรู้ ความสามารถของคนไปทำประโยชน์แก่เครือข่ายได้

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ สร้างกลไกประมวลองค์ความรู้วิทยาศาสตร์ กระบวนทัศน์ใหม่ เพื่อใช้ประโยชน์จากแนวคิดและผลงานวิจัยใหม่ๆ ที่กำลังมีขึ้นในสถาบันวิชาการระดับโลก ด้วยการจัดตั้ง “**เวทีวิทยาศาสตร์ วิวัฒน์**” โดยให้มี “**คณะเมธีวิจัย**” ด้านวิทยาศาสตร์กระบวนทัศน์ใหม่ เพื่อทำหน้าที่

- ๑๖ เชื่อมโยงและสร้างเครือข่ายกับสถาบันวิชาการชั้นนำระดับโลก ด้านวิทยาศาสตร์กระบวนทัศน์ใหม่ เช่น The Institute of Noetic Science (IONS; www.ions.org), Santa Fe Institute (www.santafe.org), Mind and Life Institute (www.mindandlife.org) และ Naropa University (www.naropa.edu) เป็นต้น
- ๑๗ นำเสนอแนวคิดและผลงานวิจัยใหม่ๆ ให้เป็นที่รับรู้กันอย่างทั่วถึงในชุมชนวิชาการและสนับสนุนให้เกิดการทดลองและวิจัยในหมู่นักวิจัยไทย
- ๑๘ สื่อสารกับสาธารณะถึงแนวคิดและทฤษฎีใหม่ๆ เกี่ยวกับการแพทย์และสุขภาพที่มาจากวิทยาศาสตร์กระบวนทัศน์ใหม่ ที่ให้ความหมายใหม่แก่ภูมิปัญญาและศาสนธรรมของตะวันออก

บทส่งท้าย

ในท้ายที่สุด ก่อนที่จะจบบทความนี้ มีข้อพึงพิจารณาบางประการเกี่ยวกับแนวคิดในการกำหนด “ยุทธศาสตร์” และ “การจัดการ” ความรู้ ทั้งแนวคิดเรื่อง “ยุทธศาสตร์” และ “การจัดการ” มีฐานการคิดมาจากการมองมนุษย์ในฐานะผู้กำหนดและกะเกณฑ์ให้สิ่งต่างๆ เป็นไปตามเจตจำนงของมนุษย์ ซึ่งมีรากฐานจากความคิดแบบตะวันตกที่ถือว่ามนุษย์คือศูนย์กลางและเป็นองค์ประธานของประวัติศาสตร์ วิธีคิดแบบยุทธศาสตร์และการจัดการวางอยู่บนสมมติฐานที่ว่า มนุษย์ผู้กระทำการนั้นมีอำนาจในการควบคุมเหตุปัจจัยได้ในระดับหนึ่ง จึงมีผู้กล่าวว่า เฉพาะผู้มีอำนาจเท่านั้นจึง

จะกำหนดยุทธศาสตร์ได้ สำหรับผู้คนตัวเล็กตัวน้อยที่ไร้อำนาจซึ่งกำลังต่อสู้ดิ้นรนอยู่ที่ชายขอบของสังคมแล้ว จะมีก็แต่การตอบโต้แบบเฉพาะหน้า ไร้แผน ไร้ยุทธศาสตร์ เป็นกลวิธีแบบคนจนตรอก หยิบฉวยหรือคว้าหาอะไรมาได้ก็ใช้สวนกลับตอบโต้ไปก่อน โดยแทบไม่มีเวลาที่จะวางแผนหรือกำหนดยุทธศาสตร์อะไรได้

แม้ว่าการฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอาจไม่ถึงกับสิ้นไร้ไม้ตอกเช่นนั้น แต่ก็มีข้อพึงพิจารณาเพื่อรู้เท่าทันวิธีคิดเรื่องยุทธศาสตร์และการจัดการโดยเฉพาะจากมุมมองของภูมิปัญญาตะวันออกที่มองการเกิดขึ้น ดำรงอยู่ และดับไปของสรรพสิ่งว่าเป็นไปด้วยปัจจัย หรือเป็นไปตามอิทัปปัจจยตา วิธีคิดแบบภูมิปัญญาไทยเช่นนี้อาจทำให้เราเห็นว่า ในการประกอบกิจใดๆ แม้ว่าจะจะมีความสำเร็จหรือความคาดหวัง และพึงต้องทุ่มเทให้การนั้นสำเร็จด้วยอิทธิบาท ๔ อันได้แก่ ฉันทะ วิริยะ จิตตะ และวิมังสา แต่ก็มีใช้ว่าเราจะสามารถควบคุมกำหนดให้ทุกสิ่งเป็นไปดังใจเราได้ เพราะกระแสหมุนเนื่องของเหตุปัจจัยอาจไม่ได้เป็นไปดังที่เราคาดคำนวณ หัวใจของการทำงานจึงอยู่ที่การกระทำ ความเพียร โดยถือเอาความเพียรอันเป็นมรรคที่จะนำไปสู่ผลนั้นเป็นสิ่งที่มีความค่าในตัวเอง เพราะเป็นไปเพื่อประโยชน์และความสุขของเพื่อนมนุษย์ทั้งหลาย จึงเป็นไปเพื่อการยกจิตให้สูงและเต็มความเป็นมนุษย์ให้สมบูรณ์ หากคิดเช่นนี้ได้ ยุทธศาสตร์การจัดการความรู้ก็จะเป็นส่วนหนึ่งของวิถีแห่งภูมิปัญญาไทยอย่างแท้จริง

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๓๕). ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบทไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์
ประสานงานการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย, กองแผนงานสาธารณสุข สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๔๒). ปรากฏการณ์ชีวิต บอกอะไรแก่สังคมไทย. กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๔๔). คืนสุนทรียภาพให้สุขภาพ กระบวนทัศน์สุขภาพใหม่:
จิตวิญญาณ สุนทรียภาพ และความเป็นมนุษย์. ปทุมธานี: พังพวงแก้ว ครั้งที่
๗ ประจำปี ๒๕๔๔. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สวนเงินมีมา.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๔๖). อำนาจและคอร์รัปชัน: ถอดรหัสวัฒนธรรมราชการ
สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อมรินทร์.

ชยันต์ วรรธนภูติ และฉันทนา บรรพศิริโชติ, (บรรณาธิการ). (๒๕๔๐). ระบบความรู้พื้น
บ้านปัจจุบัน: การวิจัยและพัฒนา. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่และสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธวัช มณีผ่อง. (๒๕๔๖). กระบวนกรสร้างความรู้ชายขอบในวิกฤตการณ์สุขภาพ: กรณี
ศึกษาบำบัดทรงแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิธิ เอียวศรีวงศ์. (๒๕๔๕). สถานะขององค์ความรู้ด้านประวัติศาสตร์การแพทย์และการ
สาธารณสุขไทยวาระการวิจัยและแนวทางการศึกษาในอนาคต. ใน โกมาตร จึง
เสถียรทรัพย์ และชาติชาย มุกสง, (บก). พรมแดนความรู้ ประวัติศาสตร์การแพทย์
และสาธารณสุขไทย (พิมพ์ครั้งแรก, หน้า ๑๘-๓๔). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข (สวรส.).

ปัทมาวดี กลีกรม. (๒๕๔๑). โครงการศึกษา (เบื้องต้น) เพื่อพัฒนานโยบายด้านศาสตร์
สุขภาพทางเลือกเพื่อเป้าหมายการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม. นนทบุรี: สำนัก
นโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

ปริตตา เฉลิมเผ่า กอนันทกุล. (๒๕๔๗). ชีวิตประวัติและวงศาคณาญาติของ “ภูมิปัญญา”
ในประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปีทางมานุษยวิทยา ครั้งที่
๓ เรื่องทบทวนภูมิปัญญาท้าทายความรู้, ๒๔-๒๖ มีนาคม ๒๕๔๗ ณ ศูนย์
มานุษยวิทยาสิรินธร.

ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และคณะ. (๒๕๔๗). เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือก: ขบวนการ
เคลื่อนไหวภาคประชาสังคมเพื่อการพึ่งตนเอง และความยั่งยืนของชีวิต. รายงาน
การวิจัยในแผนงานวิจัยประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. สำนักวิจัย
สังคมและสุขภาพ สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

เพ็ญภา ทวีพย์เจริญ และคณะ. (๒๕๓๙). สถานภาพและทิศทางกรวิจัยการแพทย์
แผนไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข.

มาลี สิทธิเกรียงไกร. (๒๕๔๖). ชุมชนออนไลน์กับการสร้างอัตลักษณ์ของผู้ติดเชื้อ: กรณี
ผู้ติดเชื้อเอดส์. ใน จำเริญลักษณ์ ธนะวังน้อย, (บก.). สื่อกับมานุษยวิทยา. กรุงเทพฯ:
ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.

ยงค์ดี ตันติปิฎก. (๒๕๔๗). ญาณวิทยากับการแพทย์พื้นบ้าน: มิติที่ขาดหายของการ
ศึกษาภูมิปัญญาสุขภาพไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปีทาง
มานุษยวิทยา ครั้งที่ ๓ เรื่องทบทวนภูมิปัญญาท้าทายความรู้, ๒๔-๒๖ มีนาคม
๒๕๔๗ ณ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.

ยิ่งยง เทาประเสริฐ. (๒๕๔๗). แนวทางการพัฒนาเพื่อจัดระบบองค์ความรู้การแพทย์
พื้นบ้าน. ใน รวมบทความวิชาการการแพทย์พื้นบ้านไทย (พิมพ์ครั้งแรก, หน้า
๙๙-๑๔๓). กลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และ
การแพทย์ทางเลือก. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์
ทหารผ่านศึก.

ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ. (๒๕๔๓). รายงานเบื้องต้นชุดโครงการวิจัยทางเลือกในการ
ดูแลและรักษาสุขภาพของประชาชนในสังคมไทย: ความแพร่หลาย การใช้ และ
เหตุผล. มหาวิทยาลัยมหิดล.

ลือชัย ศรีเงินยวงและรุจิราภรณ์ อรรถสิทธิ์. (๒๕๓๕). โครงการวิจัยศักยภาพหมอพื้นบ้าน
กับการสาธารณสุขมูลฐาน : ภาพรวม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์
ทหารผ่านศึก.

วิชัย โชควิวัฒน์. (๒๕๔๕). การปฏิรูประบบบริการสุขภาพครั้งสำคัญในสังคมไทยระหว่างปี
พ.ศ. ๒๕๓๑-๒๕๔๓. ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และชาติชาย มุกสง, (บก.).
พรมแดนความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข (สวรส.).

วิฑูรย์ เลี่ยนจำรูญ (บรรณาธิการ). เกษตรกรรมทางเลือก: ความหมาย ความเป็นมา และ
เทคนิควิธี. กรุงเทพฯ: เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือก.

สุดาทิพย์ เปี่ยมมิตร. (๒๕๔๑). มุมมองของชีวิตที่ผ่านพ้นโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สยาม.

สุภาพร พงศ์พฤกษ์. (๒๕๔๐). เมื่อฉันรู้ตัวว่าเป็นมะเร็ง ประสบการณ์การรักษาแนวธรรมชาติบำบัด. นครนายก: สำนักพิมพ์อาศรมวงศ์สนธิ.

สุริยา สมุทคุปดี และคณะ. (ม.ป.ป.). ทรงเจ้าเข้าผี: วาทกรรมของลัทธิผีและวิกฤตการณ์ของความทันสมัยในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.

เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ. (๒๕๓๙). การศึกษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านไทย พ่อใหญ่จารย์เคน ลาวงค์. นครปฐม: สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล.

เสรี พงศ์พิศ. (๒๕๓๖). ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการพัฒนาชนบท เล่ม ๑-๒. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง กรุ๊ป จำกัด.

เอกวิทย์ ณ ถลาง. (๒๕๔๐). ภูมิปัญญาชาวบ้านสี่ภูมิภาค: วิถีชีวิตและกระบวนการเรียนรู้ของชาวบ้านไทย. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

เอกชัย ปัญญาพัฒนานุกุล. (๒๕๔๗). ภูมิปัญญาแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ. ใน รวมบทความวิชาการการแพทย์พื้นบ้านไทย (พิมพ์ครั้งแรก, หน้า ๓๑-๗๒). กลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

เอื้องฟ้า สิงห์ทิพย์พันธุ์. (๒๕๔๔). มะเร็งกับชีวิต: ประสบการณ์ความเจ็บป่วย และกระบวนการปรับเปลี่ยนแนวคิดต่อโรคและชีวิตของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์ดุสิตบัณฑิตยสถานสาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

Barthes, Roland. (๑๙๖๗). Elements of Semiology. Translated from the French by Annette Lavers and Colin Smith. New York: Hill and Wang, ๑๙๘๐.

Bohm, David. (๑๙๘๑). Wholeness and the Implicate Order. London: Routledge & Kegan Paul.

Bordo, Susan. (๑๙๙๖). The Cartesian Masculinization of Thought. Chapter ๖ of The Flight to Objectivity: Essays on Cartesianism and Culture. Albany: State University of New York Press; ๑๙๘๗. pp. ๙๗-๑๑๘. Reprinted in Cahoone, L., ed. From

Modernism to Postmodernism: An Anthology. Cambridge, MA: Blackwell Publishers.

Bourdieu, Pierre. (๑๙๙๑). Language & Symbolic Power. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Capra, F. (๑๙๘๒). The Turning Point. New York: Simon and Schuster.

Davenport, T. and L. Prusak. (๑๙๙๘). Working Knowledge: How Organizations Manage What They Know. Boston: Harvard Business School.

Feyerabend, Paul. (๑๙๗๙). Science in a Free Society. London: Routledge.

Foucault, Michel. (๑๙๗๙). Discipline & Punish: The Birth of the Prison. New York: Vintages Book.

Griffin, DR. (๑๙๙๖). "The Reenchantment of Science." In Cahoone, L., ed. From Modernism to Postmodernism: An Anthology. Cambridge, MA: Blackwell. pp. ๖๖๕-๘๖

Jagtenberg, Tom & Sue Evans. (๒๐๐๓). "Global Herbal Medicine: A Critique." In Journal of Alternative and Complementary Medicine, ๙(๒): ๓๒๑-๓๒๙.

Kleinman, A., (๑๙๘๐). Patients and Healers in the context of Culture. Berkeley: University of California Press.

Kolakowski, L. (๑๙๗๒). Positivist Philosophy: From Hume to Vienna Circle. Harmondsworth, UK: Penguin.

Komatra Chuengsatiansup. (๒๐๐๓). "Spirituality and health: an initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment." In Journal of Environmental Impact Assessment Review. ๒๓(๒๐๐๓): ๓-๑๕.

Kuhn, Thomas S. (๑๙๗๕). The Structure of Scientific Revolutions. Chicago : The University of Chicago Press, ๑๙๗๕ (Sixth Edition).

Nandy, Ashis. Ed. (๑๙๘๘). Science, Hegemony, and Violence: A Requiem for Modernity. Delhi: Oxford University Press.

Shiva, Vandana. (๑๙๘๘). "Reductionistic Science as Epistemological Violence," in Nandy, A. Ed. Science, Hegemony, and Violence: A Requiem for Modernity. Delhi: Oxford University Press. pp. ๒๓๒-๕๖.

Tambiah, Stanley. (๑๙๙๐). Magic, Science, Religion, and the Scope of Rationality. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Unschuld, Paul. U' (១៩៩២). "Epistemological Issues and Changing Legitimation: Traditional Chinese Medicine in the Twentieth Century." In Leslie, Charles and Allan Young (Eds.), Paths to Asian Medical Knowledge. Berkeley: University of California Press. pp. ៤៤-៦១.

Weber, M. (១៩៧១). The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism. London: Allen and Unwin.

Wenger, E., R. McDermott and W.M. Snyder. (២០០២). Cultivating Community of Practice: A Guide to Managing Knowledge. Boston: Harvard Business School Press.

World Health Organization. (២០០១). Legal Status of Traditional Medicine and Complementary Alternative Medicine of Traditional Medicine and Medicine. World Health Organizations.





สถานการณ์ และแนวทางการพัฒนาการสนับสนุน เพื่อการสร้างกำลังคนรุ่นใหม่ ในระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ยงศักดิ์ ตันติปิฎก* รวงทิพย์ ตันติปิฎก**

แม้สถานการณ์ของการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก ดูเหมือนจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น แต่ก็ยังไม่มากพอที่จะช่วยให้การแพทย์ดั้งเดิมของไทยก้าวพ้นวิกฤตไปได้ การขาดแคลนกำลังคนรุ่นใหม่ที่จะสามารถสืบทอดภูมิปัญญาดั้งเดิมให้ดำรงอยู่ได้ในยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไป และการสูญเสียหมอผู้ทรงภูมิความรู้และเป็นแบบอย่างที่ดี ซึ่งมีอายุมากขึ้นและร่างกายเสื่อมถอยลงไปในทุกที ยังเป็นวิกฤตที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการทำงานเท่าที่เป็นอยู่ ทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องกำหนดยุทธศาสตร์และแนวทางการสนับสนุนหรือสร้างกำลังคนรุ่นใหม่ในระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือกกันอย่างจริงจัง

ในการวิเคราะห์เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ ผู้ศึกษามีข้อเสนอให้กำหนดเป้าประสงค์ของการพัฒนาไปสู่ระบบการแพทย์ที่พึงประสงค์ ซึ่งควรเป็นไปเพื่อ “การรักษาคน ไม่รักษาเฉพาะแต่โรค” การใช้ทรัพยากรของท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด การบ่มเพาะคนให้เป็นหมอที่มีทักษะความรู้ความ

* สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

** คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชำนาญและคุณธรรม สามารถแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึง และเท่าเทียม โดยวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน สถานการณ์ที่เป็นโอกาส และภาวะคุกคามของระบบกำลังคน เรียนรู้การสร้างกำลังคนของการแพทย์จีน ซึ่งมีประสบการณ์การพัฒนายาวนานและจริงจังซึ่งผู้ศึกษาได้เสนอยุทธศาสตร์ของการพัฒนากำลังคนรุ่นใหม่ไว้ดังนี้

๑. ยุทธศาสตร์การบ่มเพาะคนรุ่นใหม่เพื่อเป็นกำลังหลักในการสร้างความเข้มแข็งให้กับการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก บนฐานวิถีชีวิตของตัวเอง มีแนวทางการพัฒนาที่สำคัญ ได้แก่

- ๑.๑ รวบรวม ค้นหา และคัดเลือกหมอพื้นบ้าน แพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือกที่มีความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ในระดับสูงทั่วประเทศ เพื่อเป็นฐานข้อมูลทำงานสร้างคนรุ่นใหม่
- ๑.๒ จัดทำโครงการสร้างทายาทของหมอที่มีความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ โดยเน้นการสืบทอดแบบตัวต่อตัวควบคู่ไปกับการทำงานวิจัยเชิงคุณภาพ
- ๑.๓ ให้มีการทดลองวิจัยและพัฒนา รูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบใหม่ ซึ่งผสมผสานกันระหว่างการศึกษาในระบบโรงเรียนกับการเรียนรู้แบบการสืบทอดตัวต่อตัว การปฏิบัติงานภาคสนามในชุมชน โดยต้องมีมิติทางจิตวิญญาณอยู่ในกระบวนการสืบทอดและการศึกษาทุกขั้นตอน
- ๑.๔ ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการทั้งแนวรับและแนวรุก ซึ่งผสมผสานทั้งการส่งเสริม พื้นฟูสุขภาพ และการรักษาเยียวยา โดยมีสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติที่เอื้ออำนวยต่อการเป็นชุมชนของที่บ่มเพาะกำลังคนรุ่นใหม่ เป็นเครือข่ายของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การพัฒนางานวิจัย งานวิชาการ การจัดการบริการสุขภาพรูปแบบใหม่ เป็นชุมชนที่มีขยายเื้อของความสัมพันธ์ที่มีความเข้าใจ และยอมรับความรู้ความสามารถซึ่งกันและกันได้เรียนรู้แบบอย่างทางจริยธรรมที่พึงปรารถนาร่วมกันจากปฏิบัติการจริง

การทำงานตามยุทธศาสตร์นี้ ต้องพัฒนากลไกซึ่งไม่มีข้อจำกัดด้วยวัฒนธรรมการทำงานแบบราชการไทย เพื่อให้มีความคล่องตัวในการทำงานกับหมอซึ่งส่วนใหญ่อยู่นอกภาคราชการ อาจอยู่ในรูปแบบของสถาบันวิจัยซึ่งได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐ มีคณะกรรมการที่สรรหามาจากภาคประชาชน ชุมชนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม ภาควิชาการ ภาควิชาชีพ และภาคราชการในสัดส่วนที่เท่าๆ กัน มีหน้าที่ทั้งวางนโยบายและจัดหางบสนับสนุน สามารถประสานงานและสนับสนุนภาคประชาชน ภาคประชาสังคม ภาควิชาการ รวมทั้งหมอและนักวิจัยอิสระในการสร้างความรู้ โดยให้มุ่งไปที่คนและกลุ่มคนที่มีประวัติ ผลงาน และมีใจรักในการทำงานวิชาการในด้านนี้มาก่อนเป็นอันดับแรก

๒. ยุทธศาสตร์การยกระดับความรู้ความสามารถของแพทย์แผนไทย และหมอพื้นบ้านที่มีอยู่ มีแนวทางในการพัฒนาที่สำคัญ ได้แก่ จัดให้มีระบบการศึกษาต่อเนื่อง การพัฒนาความรู้ความสามารถของครู การจัดทำตำรามาตรฐาน สื่ออุปกรณ์ต่างๆ การจัดระบบเพื่อสนับสนุนการทำงานของเครือข่าย และองค์กรหมอที่มีอยู่ให้มีความเข้มแข็ง โดยใช้กลไกการพัฒนาในกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่ ได้แก่ กองการประกอบโรคศิลปะ ต้องพัฒนาขีดความสามารถและกำลังคนที่เกี่ยวข้อง องค์การวิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทย ต้องพัฒนาการทำงานให้มีความเข้มแข็งขึ้น โดยให้สามารถนำเงินค่าธรรมเนียมที่ได้จากการจัดสอบและขึ้นทะเบียนมาใช้ในการดำเนินงานของคณะกรรมการวิชาชีพ สถาบันการแพทย์แผนไทย ต้องพัฒนาการทำงานให้สามารถประสานความร่วมมือกับองค์กรแพทย์แผนไทยที่มีอยู่จำนวนมากให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสถาบันการศึกษาและกำลังคน เพิ่มการ

ทำงานในเชิงคุณภาพ ลดการทำงานที่ซ้ำซ้อนกับองค์กรภาควิชาชีพและภาคประชาสังคมลง กลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้านไทย ต้องยกระดับเป็นกอง เพื่อให้สามารถรองรับการทำงานเชิงประสานงาน สนับสนุนหมอพื้นบ้าน องค์กร และเครือข่ายในพื้นที่ต่างๆ ที่มีอยู่จำนวนมากได้

๓. ยุทธศาสตร์การผลิตกำลังคนเพื่อการใช้ประโยชน์จากการแพทย์ทางเลือก บางศาสตร์ที่ได้ผ่านการคัดกรองเบื้องต้นเกี่ยวกับประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ค่าใช้จ่าย และความสามารถในการใช้ทรัพยากรในประเทศ มีแนวทางการพัฒนาที่สำคัญ ได้แก่ การศึกษาวิจัยเชิงเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข โดยประเมินความคุ้มค่าของการนำศาสตร์ที่ประหยัด มีผลข้างเคียงน้อย เพื่อนำไปใช้ทดแทนการรักษาแผนปัจจุบันที่มีราคาแพง จัดการเรียนการสอนศาสตร์ที่ได้รับการคัดกรอง โดยทดลองใช้ในระดับชุมชน พร้อมทั้งประเมินผลด้านประสิทธิผล ความปลอดภัย และค่าใช้จ่าย ใช้กลไกการวิจัยและพัฒนาความรู้ที่ต้องสร้างขึ้นใหม่ และกลไกของรัฐ คือ กองแพทย์ทางเลือกเป็นหน่วยงานหลัก

๔. ยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ แนวทางการพัฒนาที่สำคัญ ได้แก่ ส่งเสริมให้เกิดการผลิตกำลังคนที่มีคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการโดยใช้การนวดไทยและการแพทย์ทางเลือกในคลินิกและโรงพยาบาล โดยมีขอบเขตของการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ภายใต้การควบคุมของผู้ประกอบวิชาชีพ ส่งเสริมการสร้างคนรุ่นใหม่ของชุมชนเพื่อให้บริการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้านที่มีเอกลักษณ์เฉพาะถิ่น เน้นในพื้นที่เมืองท่องเที่ยวเชิงนิเวศวัฒนธรรม เพื่อดึงดูดนักท่องเที่ยวให้มาใช้บริการในชุมชนโดยใช้กลไกในท้องถิ่นที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ซึ่งประกอบด้วย สถาบันการศึกษา องค์กรชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่

ผู้ศึกษาสรุปว่า การใช้กลไกระดับ “สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาระบบ” มาพัฒนาระบบกำลังคน จึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญ ในช่วงเวลาที่ต้องการการฟื้นฟูระบบกำลังคนของระบบการแพทย์ดั้งเดิมทั้งระบบ และต้องผลักดัน

ให้เป็น “วาระแห่งชาติ” จึงจะทำให้การฟื้นฟูระบบการแพทย์ดังกล่าวประสบความสำเร็จได้ ในขณะเดียวกันการส่งเสริม สนับสนุนให้มีการวิจัยและพัฒนาเป็นมาตรการการพัฒนาระบบที่มีประสิทธิภาพสูงสุด กลไกสำคัญจึงควรเป็นกลไกระดับสถาบันที่ทำงานเฉพาะ คือ สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบ ซึ่งต้องมีระบบการบริหารจัดการ การสนับสนุน อย่างมืออาชีพ ทำงานได้คล่องตัว และเป็นหน่วยงานอิสระที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ

บทนำ

๕๖

ในช่วง ๕-๖ ปีที่ผ่านมา ถึงแม้ดูเหมือนว่าการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือก จะได้รับความสนใจจากสาธารณสุขและหน่วยงานของรัฐเพิ่มมากขึ้น เห็นได้จากการใช้ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรในหมู่ประชาชนเพิ่มมากขึ้น มีสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนเปิดให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มมากขึ้น มีการจัดตั้งหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขที่ยกระดับขึ้นมาเป็นกรมเมื่อ ๒ ปีที่ผ่านมา แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวยังไม่มากพอที่จะช่วยทำให้ระบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยก้าวพ้นวิกฤตไปได้ เพราะความนิยมในการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เป็นการใช้ยาสมุนไพรเดี่ยวมากกว่ายาแผนไทยที่เป็นตำรับตามหลักการแพทย์แผนไทยหรือยาพื้นบ้าน การให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่ยังคงเน้นที่การนวดไทยเพื่อสุขภาพ การอบ การประคบสมุนไพร และการผลิตยาสมุนไพรที่เป็นที่นิยมไม่กี่ตำรับ การทำงานของหน่วยงานราชการในการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยก็ยังย่ำเท้าอยู่กับที่ โดยเฉพาะในด้านการสร้างความรู้และการพัฒนากำลังคน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ จึงมีใช้เครื่องบ่งชี้ว่า สังคมไทยได้ใช้ศักยภาพของภูมิปัญญาของชาติที่สั่งสมกันมาอย่างยาวนานให้สมกับที่บรรพบุรุษได้รังสรรค์ไว้ ดังนั้นเราจึงจำเป็นต้องกลับมาทบทวนกระบวนการ

ฟื้นฟูการแพทย์ทั้งสองระบบกันอย่างจริงจัง ทั้งในระดับสาธารณสุขและผู้บริหารประเทศ เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นเร่งด่วนที่ไม่อาจประวิงเวลาต่อไปได้อีกแล้ว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและเสนอแนวทางการพัฒนาการสร้างกำลังคนรุ่นใหม่ ในระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก โดยการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาระบบกำลังคน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์ การรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำเสนอผลการศึกษาในเวทีระดมสมองจากผู้ทรงคุณวุฒิ ที่เกี่ยวข้องทั้งจากภาคราชการและภาคประชาสังคม รวมทั้งนำเสนอในการประชุมวิชาการในงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติครั้งที่ ๑ เพื่อรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากนักวิชาการและผู้เข้าร่วมประชุม และนำมาปรับปรุงข้อเสนอให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

๕๗

ส่วนที่ ๑ ความสำคัญ

การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยยังไม่พ้นจากวิกฤตหากเราไม่ใช่วิทยาศาสตร์ที่ดีและขาดปฏิบัติการที่ทันท่วงที สถานการณ์ปัญหาจะยากแก่การแก้ไขยิ่งขึ้น

ดังนั้นเราจำเป็นต้องตระหนักถึงความจริง ๒ ประการ คือ ประการแรก ระบบการแพทย์ดังกล่าวมีศักยภาพ มีคุณค่าในตัวเอง และมีคุณประโยชน์ที่สมควรแก่การฟื้นฟู ซึ่งการแพทย์แผนปัจจุบันไม่อาจเข้ามาทดแทนได้ และประการที่สอง คือ ต้องยอมรับความจริงว่าสถานการณ์ของ

การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยในขณะนี้กำลังอยู่ในขั้นวิกฤตที่หากปล่อยให้เป็นเช่นนี้ต่อไป ยิ่งจะทำให้การฟื้นฟูเป็นด้วยความยากลำบาก และอาจไม่สามารถฟื้นฟูวิถีคิด คุณค่า และการปฏิบัติที่ดีงามนั้นให้กลับคืนมาได้อีกเลย การตระหนักถึงความจริงทั้งสองประการนี้จะช่วยให้เราเห็นความจำเป็นที่ต้องระดมสรรพกำลังและความคิดเพื่อกอบกู้วิกฤตให้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านกลับมามีชีวิตเพื่อยังคุณค่าที่ดีงาม ให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และวิถีชีวิตของการอยู่ร่วมกันของสังคมไทย โดยมิใช่ทำไปเพื่ออนุรักษ์ของเก่าที่มีเอกลักษณ์ไม่ให้สูญสิ้น เพื่อผลประโยชน์ทางธุรกิจและการท่องเที่ยว โดยที่ตัวภูมิปัญญาซึ่งประกอบด้วยวิถีคิดและวิถีปฏิบัติได้ตายจากชีวิตจริงของผู้คนในยุคสมัยไปแล้ว

๑. สถานการณ์ยังไม่พ้นวิกฤต จริงหรือ

วิกฤตด้านกำลังคน เป็นตัวชี้วัดที่เด่นชัดที่สุดของระบบการแพทย์ เพราะระบบการแพทย์เป็นระบบวัฒนธรรมที่ต้องอาศัยตัวหมอเป็นผู้สืบต่อแล้วถ่ายทอดไปยังคนรุ่นต่อไป

แม้จะเป็นการยากที่จะตอบคำถามให้ชัดเจนลงไปว่า มีแพทย์แผนไทยและหมอฟันบ้านที่ยังปฏิบัติการอยู่จริงจำนวนมากขึ้นหรือลดลงเพียงใด เพราะข้อมูลของทางราชการยังไม่เป็นระบบพอที่จะวิเคราะห์ให้ได้คำตอบนี้ แต่จากข้อมูลจำนวนสถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นข้อมูลที่ทันสมัยและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด พบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ มีคลินิกแพทย์แผนไทยและแผนไทยประยุกต์จำนวนทั้งสิ้น ๖๒๓ แห่ง อยู่ในกรุงเทพมหานคร ๔๑๓ แห่ง (คิดเป็นร้อยละ ๖๖) ที่เหลือกระจายอยู่ในต่างจังหวัด เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. ๒๕๔๒ มีจำนวนเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๕ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยที่สอบขึ้นทะเบียนได้นับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๗ เป็นต้นมา ร้อยละ ๕๔ เป็นตัวเลขที่เพิ่มขึ้นในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๔๒-๒๕๔๖) ดังนั้นการเปิดคลินิกแพทย์แผนไทยที่เพิ่มขึ้นในช่วงหลังปี พ.ศ. ๒๕๔๒ จึงน่าจะ

เป็นผลจากมีแพทย์แผนไทยซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนรุ่นใหม่สอบขึ้นทะเบียนได้มากขึ้น เนื่องจากในช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงเดียวกับหลังวิกฤตเศรษฐกิจที่มีการส่งเสริมการนวดเพื่อสุขภาพกันอย่างแพร่หลายโดยเฉพาะในกรุงเทพฯ และเมืองท่องเที่ยว การเปิดคลินิกแพทย์แผนไทยในช่วงหลังส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลมาจากการส่งเสริมการนวดเพื่อสุขภาพนั่นเอง อย่างไรก็ตามยังไม่มีรายงานการศึกษาว่าสถานพยาบาลส่วนใหญ่มีผู้มารับบริการมากน้อยเพียงใด และผู้ป่วยที่มาใช้บริการป่วยด้วยโรคกลุ่มใดบ้าง

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลจำนวนแพทย์แผนดั้งเดิมของประเทศอินเดีย และประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ในช่วงเวลาที่แตกต่างกันประมาณ ๔-๕ ปี ซึ่งทั้งสองประเทศ มีประชากรมากกว่าประเทศไทยประมาณ ๑๕ และ ๒๐ เท่าตามลำดับ แต่มีจำนวนแพทย์แผนดั้งเดิมมากกว่าประเทศไทยถึงหลายร้อยเท่า ดังแสดงในตารางที่ ๑ ดังนั้นจำนวนของแพทย์แผนไทยที่ให้บริการอยู่จริงจึงนับว่าน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนกับประชากรของประเทศ และ

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบจำนวนแพทย์แผนดั้งเดิมของประเทศอินเดีย จีน และไทย

ประเทศ/ แพทย์ในระบบการแพทย์ดั้งเดิม	จำนวนแพทย์ แผนดั้งเดิม (คน)/ สถานพยาบาล (แห่ง)	หมายเหตุ
๑. อินเดีย แพทย์แผนดั้งเดิม ที่ขึ้นทะเบียน (ปี ๒๕๔๔)	๔๘๖,๙๗๗ คน	(ISM&H, ๒๐๐๑) ^๑
แพทย์อายุรเวท ที่จบจากสถาบัน (ปี ๒๕๔๕)	๓๐๐,๐๐๐ คน	(Kurup, ๒๐๐๒: ๓)
แพทย์อายุรเวท ที่เรียนจากบรรพบุรุษ (ปี ๒๕๔๕)	๓๐๐,๐๐๐ คน	(Kurup, ๒๐๐๒: ๓)
๒. จีน แพทย์แผนจีน (ปี ๒๕๔๑ ประมาณ ๑๐% ของแพทย์ทุกแผน)	๒๕๕,๖๔๑ คน	(Xie, ๒๐๐๒: ๑๒๕)
แพทย์แผนผสมผสาน (ปี ๒๕๔๑)	๑๑,๐๗๗ คน	(Xie, ๒๐๐๒: ๑๒๕)

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบจำนวนแพทย์แผนดั้งเดิมของประเทศอินเดีย จีน และไทย

ประเทศ/ แพทย์ในระบบการแพทย์ดั้งเดิม	จำนวนแพทย์ แผนดั้งเดิม (คน)/ สถานพยาบาล (แห่ง)	หมายเหตุ
๓. ไทย แพทย์แผนไทยในทะเบียนที่สะสมมา ตั้งแต่ปี ๒๕๓๒-๒๕๔๖ แพทย์แผนไทยที่สอบขึ้นทะเบียนได้ ในช่วงปี ๒๕๒๗-๒๕๔๖ แพทย์แผนไทยที่สอบขึ้นทะเบียนได้ ในช่วงปี ๒๕๔๒-๒๕๔๖	๑๔,๙๑๒ คน ๒,๐๒๘ คน ๑,๐๑๙ คน	เป็นแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรม ไทย บางส่วนอาจ เป็นแพทย์แผนไทย ประยุกต์ด้วย (กอง การประกอบโรค ศิลปะ ๒๕๔๗)
แพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ขึ้นทะเบียน ตั้งแต่ปี ๒๕๒๘-๒๕๔๗	๓๑๓ คน	(กองการประกอบ โรคศิลปะ, ๒๕๔๗)
สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย ปี ๒๕๔๕ สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย ปี ๒๕๔๒ สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย ปี ๒๕๒๗	๖๒๓ แห่ง ๔๖๙ แห่ง ๗๔๙ แห่ง	(กองการประกอบ โรคศิลปะ, ๒๕๔๗) (ยงค์กิต์ ดันติปฏิภ, ๒๕๔๔) (สุวิทย์ วิบุลย์ผล- ประเสริฐ, ๒๕๓๐)

* ที่มา: www.planningcommission.nic.in/plans/planrel/fiveyr/๑๐th/volume๒/v๒_ch๒๒_๙.pdf.
Indian Systems of Medicine and Homeopathy. In Tenth Five Year Plan ๒๐๐๒-๐๗.

สัดส่วนจำนวนแพทย์แผนไทยที่ให้บริการในปัจจุบัน (เมื่อพิจารณาจากจำนวน
คลินิกการแพทย์แผนไทย) ยังน้อยกว่าตัวเลขเมื่อ ๒๐ ปีที่แล้วด้วยซ้ำไป

สถานการณ์หมอพื้นบ้านที่รวมตัวกันเป็นเครือข่ายในภาคต่างๆ เช่น
เครือข่ายหมอเมืองในภาคเหนือ สภาหมอพื้นบ้านอีสาน และเครือข่ายหมอ
พื้นบ้านภาคใต้ ยังสามารถรวบรวมสมาชิกได้เพียงบางส่วนเท่านั้น ยังมีหมอ
พื้นบ้านบางส่วนที่เก็บตัวอยู่อย่างเงียบๆ ไม่ได้กระตือรือร้นที่จะเคลื่อนไหว
เรียกร้องให้มีกฎหมายรองรับสิทธิของตัวเอง หรือเข้าร่วมกับเครือข่ายเหล่านี้
การค้นหาและศึกษาหมอพื้นบ้านกลุ่มนี้จึงต้องใช้ความพยายามอย่างจริงจัง
และทุ่มเท ตัวอย่างเช่น การศึกษาการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากการกินยา

ฆ่าหญ้าของหมอบุญคง วงศ์สายสิทธิ์ ซึ่งอยู่ที่กิ่งอำเภอเขาชัยสน จังหวัด
จันทบุรี (รัชพล กุลสรวุธ, ๒๕๔๖) การศึกษาการรักษาผู้ป่วยที่ถูกงูพิษกัด
ของหมอสมนึก จันทรประสูตร ที่วัดพรหมโลก อำเภอพรหมคีรี จังหวัด
นครศรีธรรมราช (สุวิทย์ มาประสงค์, ๒๕๔๖) เป็นต้น การศึกษาเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า
หมอพื้นบ้านเหล่านี้ล้วนมีอายุมากแล้ว ต้องการใช้วิชาความรู้เพื่อ
ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์มากกว่าการรักษาโรคเพื่อมุ่งแสวงหารายได้ให้กับ
ตนเอง

อาจกล่าวได้ว่า หมอพื้นบ้านและแพทย์แผนไทยที่มีความรู้ ความ
สามารถมีจำนวนเหลืออยู่ไม่มาก ส่วนใหญ่กำลังอยู่ในภาวะที่ร่างกายเสื่อม
ถอย ทั้งยังกำลังขาดผู้สืบทอดวิชาความรู้และแบบอย่างของการเป็นหมอ
เพราะไม่สามารถหาทายาทที่จะสืบทอดเจตนารมณ์ของตนเองต่อไปได้ ใน
ขณะที่ระบบการสืบทอดความรู้เพื่อสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ
ซึ่งอาศัยสมาคม ชมรมแพทย์แผนไทยเป็นแหล่งในการศึกษาอบรม ก็ยังม
ความอ่อนแอ เน้นการติวเพื่อสอบและขาดการฝึกภาคปฏิบัติและการ
ถ่ายทอดประสบการณ์จริง โดยที่ระบบการสอบขึ้นทะเบียนก็ยังไม่สามารถ
รองรับและประกันคุณภาพของแพทย์แผนไทยรุ่นใหม่ได้อย่างแท้จริง
ปรากฏการณ์เหล่านี้ สะท้อนให้เห็นวิกฤตที่เกิดขึ้นว่า ในขณะที่มีการขยาย
ตัวเชิงปริมาณของหมอรุ่นใหม่ แต่กลับมีปัญหามหาในเชิงคุณภาพที่ต้องเร่งแก้ไข
โดยด่วน

๒. ศักยภาพของระบบการแพทย์ดั้งเดิม มีดีจริงหรือ

การแพทย์ดั้งเดิม เป็นการแพทย์เชิงวัฒนธรรม ซึ่งมีปรากฏอยู่ใน
ทุกๆ สังคมที่มีรากฐานทางวัฒนธรรมเป็นของตนเอง ลักษณะเด่น คือ การ
มีระบบความรู้ ความเชื่อที่สอดคล้องกันระหว่างหมอผู้ให้การรักษา และ
ผู้ป่วยซึ่งเติบโตมาภายใต้ระบบวิธีคิดที่มองโลก มีระบบคุณค่า และความ
สัมพันธ์ทางสังคมแบบเดียวกัน ทำให้หมอผู้ให้การรักษา มักจะมีความเข้าใจ
ในตัวผู้ป่วย ให้ความเอาใจใส่ในความทุกข์ของผู้ป่วย ดังนั้นนอกเหนือไป

จากการหาสาเหตุของความเจ็บป่วยทางกายเท่าที่สามารถมองเห็นได้แล้ว
ยังมีการหาสาเหตุทางใจที่เป็นปัญหามาจากความสัมพันธ์ทางสังคม เช่น
ความสัมพันธ์ในครอบครัว เครือญาติ หรือแม้กระทั่งการละเมิดต่อศีลธรรม
จรรยา จารีต ประเพณี ที่มีต่อชุมชน และสิ่งแวดล้อม

การแพทย์เชิงวัฒนธรรม เป็นการแพทย์ที่มุ่ง “รักษาคคน ไม่รักษา
เฉพาะแต่โรค” ให้ความใส่ใจกับมิติทางจิตใจ โดยอาศัยพิธีกรรมเป็นเครื่อง
มือในการสร้างขวัญกำลังใจ ปลุกสำนึกและคุณธรรมของการอยู่ร่วมกันเป็น
สังคมและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมของชุมชน โดยอาศัยอำนาจเหนือธรรมชาติ
เป็นเครื่องมือในการควบคุมทางสังคมให้ชุมชนอยู่ด้วยกันอย่างปกติสุข หมอ
ประเภทนี้ซึ่งเรียกกันว่า sacred folk healers จึงได้รับการยกย่องให้เป็นผู้นำ
ด้านจิตวิญญาณของชุมชนด้วย (Helman, ๑๙๙๕, ๑๙๙๖)

นอกจากการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับอำนาจเหนือธรรมชาติแล้ว ยังมี
การแพทย์ที่พัฒนามาวิธีการรักษาโรคทางกาย ด้วยการใช้ตำรับยาที่ได้จาก
สมุนไพรชนิดต่างๆ การใช้เทคนิคการบำบัดที่ไม่ต้องใช้เครื่องมือที่ซับซ้อน
แต่ต้องการทักษะความชำนาญในการใช้มือและอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย
ซึ่งมักจะต้องเรียนรู้และสั่งสมประสบการณ์มาตั้งแต่เป็นเด็ก เช่น หมอยา
หมอด้าย หมอกระดูก หมออุ้ง และหมอนวด เป็นต้น การรักษาโรคของหมอ
พื้นบ้านที่ใช้วิธีแบบธรรมชาติซึ่งเรียกกันว่า Secular folk healers จึงมีจุดเด่น
ในการรักษาโรคของท้องถิ่นโดยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น (Helman,
๑๙๙๕, ๑๙๙๖)

หมอที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือชีวิตผู้คน ช่วยปลดปล่อยความทุกข์ของผู้ป่วย
ที่ลี้ภัยละเมิดจารีตของชุมชนจึงได้รับความเคารพนับถือจากคนในชุมชนเพราะ
การเป็นหมอพื้นบ้านต้องผ่านกระบวนการสร้างทางสังคม (social construction)
มีการคัดเลือกและอบรมบ่มเพาะโดยชุมชน เพื่อให้ได้หมอที่เป็นคนดี มี
คุณธรรม มีความอดทนต่อความยากลำบากในการเรียนรู้จดจำวิธีการรักษา
การหาตัวยา มีความภาคภูมิใจ เคารพในวิชาความรู้ของครูบาอาจารย์ที่
ตนเชื่อถือศรัทธาและถือเอาเป็นแบบอย่าง ผลดีที่เกิดขึ้นจากกระบวนการ

สร้างหมอพื้นบ้านนี้จึงยังไม่สามารถทดแทนได้ด้วยวิธีการสร้างหมอวิธีอื่นๆ
โดยเฉพาะการสร้างหมอในระบบการศึกษาที่เป็นทางการ

ส่วนที่ ๒ การวิเคราะห์เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์

เมื่อเห็นถึงความสำคัญที่จะต้องฟื้นฟูระบบการแพทย์แผนไทยและ
การแพทย์พื้นบ้านเป็นการเร่งด่วนแล้ว จะช่วยทำให้เห็นความจำเป็นที่จะ
ต้องพัฒนาระบบในการสร้างคนรุ่นใหม่ให้คุณค่าที่สังคมของการแพทย์
ดั้งเดิมสามารถสืบสานให้คงอยู่ในสังคมไทย ซึ่งต้องอาศัยการวิเคราะห์เพื่อ
กำหนดยุทธศาสตร์ของการพัฒนากำลังคนรุ่นใหม่ และต้องตอบโจทย์ที่
สำคัญ ๒ ข้อ คือ เป้าประสงค์ของระบบการแพทย์ที่พึงประสงค์ ยุทธศาสตร์
กลไกการพัฒนาหลักที่จะส่งผลต่อการพัฒนาและฟื้นฟูการแพทย์ดั้งเดิมทั้ง
ระบบควรเป็นอย่างไร

๑. การกำหนดเป้าประสงค์ของการพัฒนาไปสู่ระบบการแพทย์ ที่พึงประสงค์

ยุทธศาสตร์การสร้างกำลังคนรุ่นใหม่ควรมีเป้าประสงค์ของการ
พัฒนาไปสู่ระบบการแพทย์ที่พึงประสงค์ ซึ่งต้องมียุทธศาสตร์ประกอบดังต่อไปนี้

- ๑) เป็นการแพทย์แบบองค์รวม ที่หมอผู้ให้การรักษามุ่งเน้น “รักษาคคน ไม่รักษาเฉพาะแต่โรค” คงรูปแบบพิธีกรรม หรือการ
สนับสนุนทางสังคมในทุกรูปแบบที่เน้นการสร้างขวัญกำลังใจ
ให้กับ ผู้ป่วย (การรักษาที่แสดงความใส่ใจ การบริการด้วยใจ เป็น
เอกลักษณ์และเสน่ห์ของคนไทย)
- ๒) เป็นการแพทย์ที่ใช้ทรัพยากรของท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด
- ๓) เป็นการแพทย์ที่มีกระบวนการบ่มเพาะคนให้เป็นหมอที่มีทักษะ
ความรู้ ความชำนาญที่ก่อปรไปด้วยคุณธรรม
- ๔) เป็นระบบการแพทย์ที่สามารถใช้ประโยชน์ในด้านต่างๆ ต่อไปนี้

- สามารถแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน
- สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศลงได้
- สามารถเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจให้กับการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยมีคุณภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของตลาดทั้งในประเทศและต่างประเทศ

๒. การวิเคราะห์เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการสร้างกำลังคน
การวิเคราะห์เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการสร้างกำลังคนนี้ ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ SWOT (Strength-Weakness-Opportunity-Threat) โดยวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน ของตัวระบบการแพทย์ ระบบกำลังคน สถานการณ์ที่เป็นทั้งโอกาส ภาวะคุกคาม ประกอบกับการศึกษาบทเรียนการฟื้นฟูระบบการแพทย์ในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน

๒.๑ สถานการณ์ที่เป็นโอกาส

๑) ข้อจำกัดของการรักษาโรคด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน

ผลกระทบที่เกิดจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ได้ทำให้เกิดสถานการณ์ของโรคที่การแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถจัดการได้เป็นที่น่าพอใจ ซึ่งได้แก่ วิกฤตการณ์โรคเอดส์ที่เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๗ เป็นต้นมา ปัญหาโรคไร้เชื้อเรื้อรัง ปัญหาโรคเมะเร็ง ทำให้เกิดกระแสความตื่นตัวในการแสวงหายาสมุนไพร วิธีการรักษาแบบพื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก มาใช้ในการรักษาโรคเหล่านี้ ซึ่งเปิดโอกาสให้การแพทย์นอกระบบต่างๆ สามารถเข้ามามีบทบาทในการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนเพิ่มมากขึ้น

๒) ความต้องการบริการทางการแพทย์ที่มีมิติทางด้านจิตใจ

งานบริการทางการแพทย์ เป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะซึ่งแตกต่างจากงานบริการโดยทั่วไป ผู้รับบริการย่อม

ต้องการบริการจากผู้ให้บริการที่มีจิตใจพร้อมจะช่วยเหลือผู้อื่นด้วยความเต็มใจ แต่การให้บริการของการแพทย์แผนปัจจุบันที่ผ่านมา ได้ละเลยมิติทางด้านจิตใจ เพราะมุ่งเน้นการใช้ความรู้เทคโนโลยีที่แสดงถึงความเชี่ยวชาญเป็นหลัก (สันต์ หัตถิรัตน์, ๒๕๓๒; ประเวศ วะสี, ๒๕๓๐) ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องของความรับผิดชอบในหน้าที่ของแพทย์ภายใต้เกณฑ์มาตรฐานทางวิชาชีพกับสิทธิที่ผู้ป่วยพึงได้รับ และนำไปสู่ความสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดความหวาดระแวง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อคุณภาพในการรักษาของแพทย์ถูกนำไปผูกโยงกับค่าใช้จ่ายที่มีราคาสูงและผู้ป่วยไม่สามารถต่อรองใดๆ ได้ ซึ่งเป็นปัญหาที่ยังแก้ไม่ตกของระบบสุขภาพในปัจจุบัน สถานการณ์เช่นนี้เปิดโอกาสให้การแพทย์ดั้งเดิมที่ให้ความสำคัญกับมิติทางด้านจิตใจได้รับการต้อนรับจากประชาชนมากขึ้น

๓) การเติบโตของการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม

การเติบโตของการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม ช่วยให้เกิดความรู้สึกหวงแหน ความต้องการอนุรักษ์วัฒนธรรมและภูมิปัญญาของชาติเพื่อตอบสนองความต้องการของนักท่องเที่ยวมากขึ้น โอกาสเช่นนี้ จึงเอื้อต่อการส่งเสริมให้ชุมชนอนุรักษ์แบบแผนทางวัฒนธรรมและพิธีกรรมต่างๆ ที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของชุมชน โดยเฉพาะพิธีกรรมที่เน้นมิติทางด้านจิตใจซึ่งนับวันจะแปลกแยกจากสังคมสมัยใหม่เอาไว้ได้

๔) นโยบายรัฐบาลในการเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจให้กับบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

รัฐบาลชุดปัจจุบันมีแผนยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ๒ แผน คือ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพร เป็นแนวนโยบายที่สอดคล้องกับกระแสการเติบโตของระบบทุนนิยมที่นำมาใช้ขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ โดยการทำให้บริการทางการแพทย์ และสมุนไพรเป็นสินค้า (Commoditization of Indigenous Medicine) ซึ่งแผนยุทธศาสตร์ทั้งสองนี้น่าจะเป็นโอกาสให้มีการปฏิรูประบบกำลังคนให้เป็นไปตามแผนดังกล่าวได้

ทางหนึ่ง

๕) กฎหมายการประกอบโรคศิลปะฉบับใหม่มีเจตนารมณ์ใน การพัฒนากำลังคน

พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒^๒ กำหนดให้ต้องพัฒนามาตรฐานของสถาบันการผลิตกำลังคน ทั้งในส่วนที่เป็นสมาคม ชมรม มูลนิธิ มหาวิทยาลัย และหน่วยงานราชการ ทำให้สถาบันต่างๆ ต้องเตรียมตัวเพื่อปรับเข้าสู่มาตรฐานการเรียนการสอนแบบใหม่ ซึ่งจะช่วยแก้ไขปัญหามีอยู่เดิม เพราะครูผู้รับมอบตัวศิษย์ซึ่งแต่เดิมสามารถถ่ายทอดความรู้ได้โดยอิสระและยากต่อการตรวจสอบว่าได้จัดการถ่ายทอดความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมากน้อยเพียงใด จะถูกกำหนดให้ถ่ายทอดความรู้ในสถาบันการถ่ายทอดความรู้ที่คณะกรรมการวิชาชีพรับรองแล้วเท่านั้น ซึ่งทำให้ง่ายต่อการตรวจสอบและส่งเสริมโดยคณะกรรมการวิชาชีพฯ

๖๖

๖) มีโครงสร้างองค์กรในระบบราชการที่ชัดเจนรองรับ การพัฒนา

มีการรวบรวมหน่วยงานราชการที่ทำงานด้านการแพทย์

^๒ พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้กำหนดความรู้ในวิชาชีพของผู้ขอขึ้นทะเบียน และรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ไว้ ๓ แบบ ตามมาตรา ๓๓(๑) ดังนี้

มาตรา ๓๓(๑)(ก) “ได้รับการอบรมหรือถ่ายทอดความรู้จากผู้ประกอบโรคศิลปะซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้ในสถาบันหรือสถานพยาบาลที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยรับรองตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง และได้ผ่านการทดสอบจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยแล้ว”

มาตรา ๓๓(๑)(ข) “ได้รับการอบรมจากสถาบันการศึกษาการแพทย์แผนไทยที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยรับรอง โดยคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยอาจสอบความรู้ก่อนก็ได้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยกำหนด”

มาตรา ๓๓(๑)(ค) “เป็นผู้ที่ส่วนราชการรับรองและผ่านการประเมินตามเงื่อนไขของคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย”

แผนไทย ซึ่งได้แก่ สถาบันการแพทย์แผนไทย และหน่วยงานที่ทำงานด้านการแพทย์ทางเลือก เช่น ศูนย์ความร่วมมือการแพทย์ไทย-จีน เพื่อจัดตั้งเป็นกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ทำให้มีองค์กรรับผิดชอบหลักในการพัฒนาการแพทย์นอกระบบที่ชัดเจนขึ้น

๑.๒ สถานการณ์ที่เป็นภาวะคุกคาม

๑) กระแสการทำให้บริการทางการแพทย์และสมุนไพรเป็น สินค้าที่มีมากเกินไป

แรงผลักดันที่เกิดจากกระแสนี้ อาจมีผลกระทบในด้านลบต่อการพัฒนาและฟื้นฟูการแพทย์ เพราะการบริการด้านการแพทย์เป็นเรื่องละเอียดอ่อนและปราณีต ต้องการผู้ให้บริการที่มีใจรัก มีทักษะ และความเชี่ยวชาญเฉพาะ ซึ่งหากกลไกในการควบคุมคุณภาพบุคลากรและสินค้ามีความอ่อนแอ อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน และจะทำให้เสียชื่อเสียงของประเทศชาติได้ ตลอดจนอาจทำให้ละเลยหรือไม่เห็นความสำคัญและความเร่งด่วนของการจัดระบบองค์ความรู้ การวิจัยและพัฒนา รวมทั้งการสร้างทักษะในการวินิจฉัยรักษาในขั้นสูง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการวางรากฐานที่มั่นคงของการพัฒนาทั้งระบบในระยะยาว ตัวอย่างเช่น ในปัจจุบันครุหมอนวดไทยจำนวนมากมุ่งไปสอนการนวดเพื่อบริการส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่การพัฒนาจัดระบบองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการนวดเพื่อบำบัดโรค การฟื้นฟูอัมพฤกษ์ อัมพาต และศักยภาพด้านอื่นๆ ของการนวดไทยกลับถูกละเลยทั้งที่มีความจำเป็นต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพมากกว่า

๖๗

๒) กระแสชาตินิยมที่รุนแรงจนทำให้ปิดกั้นการเรียนรู้จาก ศาสตร์การแพทย์เชิงวัฒนธรรมอื่นๆ

การแพทย์เชิงวัฒนธรรมในแถบเอเชียมีรากฐานวิธีคิดที่คล้ายกัน โดยเฉพาะศาสตร์การแพทย์อายุรเวชของอินเดียและการแพทย์ทิเบตซึ่งมีองค์ความรู้และทฤษฎีการแพทย์ที่เป็นระบบ (เจดีย์ว ปิยะชน, ๒๕๓๗; ธีรเดช อุทัยวิทยารัตน์, ๒๕๓๘) ซึ่งมีรากฐานทางปรัชญาและวิธีคิด

จากศาสนาพุทธ ศาสนาพราหมณ์เช่นเดียวกับการแพทย์ดั้งเดิมของไทย การเรียนรู้จากการแพทย์เชิงวัฒนธรรมจากชาติอื่นๆ อาจช่วยเสริมความเข้มแข็งในทางปรัชญาวิธีคิดและทฤษฎีของการแพทย์แผนไทย แต่หากมีความคิดแบบชาตินิยมรุนแรง จะทำให้มองไม่เห็นจุดอ่อนของตนเอง ขาดการร่วมมือและเรียนรู้จากชนชาติอื่นๆ ซึ่งเท่ากับปิดโอกาสที่จะรับความรู้จากศาสตร์การแพทย์อื่นที่อาจมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับองค์ความรู้ดั้งเดิมของไทยหรือสถานการณ์ความเจ็บป่วยบางอย่าง

๓) วิธีคิดที่ไม่ยอมรับความรู้ที่ไม่เป็นวิทยาศาสตร์

วิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์ที่ต้องการตรวจสอบและพิสูจน์ความจริงด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์เท่านั้น อาจทำให้ละเลยความรู้ วิธีการรักษาหรือตำรับยาที่มีคุณประโยชน์ต่อการแก้ไขปัญหาลักษณะที่สัมพันธ์กับกาย ใจ และสังคมอีกเป็นจำนวนมาก ด้วยเหตุผลเพียงเพราะยังไม่สามารถอธิบายกลไกของการรักษาได้ด้วยความรู้แบบวิทยาศาสตร์ การไม่เข้าใจถึงมิติอื่นๆ ซึ่งวิทยาศาสตร์ยังไม่สามารถตรวจสอบพิสูจน์ยืนยันผลต่อร่างกายได้อย่างแม่นยำ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับผู้ป่วย ผลของการรักษาที่เกิดจากคุณธรรมของหมอ ผลของพิธีกรรม และผลของแรงยึดเหนี่ยวในชุมชน เป็นต้น ทำให้ผู้ที่ยึดมั่นกับวิทยาศาสตร์ยังคงไม่ยอมรับรูปแบบการรักษาเหล่านี้ จึงทำให้เสียโอกาสที่จะพัฒนาความรู้ที่มีฐานวิธีคิดที่แตกต่างจากวิทยาศาสตร์ซึ่งไม่ได้แยกร่างกายออกจากจิตใจโดยเด็ดขาดไป (ยงศักดิ์ ตันติปิฎก, ๒๕๔๗ข)

๒.๓ จุดแข็งและจุดอ่อนของระบบ

๒.๓.๑ สถาบันการผลิตกำลังคน หลักสูตรการเรียนการสอน ครูผู้สอน และระบบสนับสนุน

จุดแข็ง

- ๑) มีสถาบันการผลิตกำลังคนที่เป็นภาคประชาสังคมอยู่ทั่วประเทศ มีสมาคม ชมรม มูลนิธิ นอกภาครัฐราชการ และไม่เน้นการค้ากำไร ซึ่งมีบทบาทในการสร้างกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย

กระจายอยู่ทั่วประเทศ (ยงศักดิ์ ตันติปิฎก, ๒๕๔๔) องค์กรเหล่านี้ทำงานแบบอาสาสมัครหรือกึ่งอาสาสมัคร มีคนที่เข้ามาทำงานเป็นกรรมการสมาคมและครูสอนวิชาการแพทย์แผนไทยที่ทำงานด้วยใจรักในวิชาชีพ แม้จะสามารถทำงานได้จำกัดเท่าที่สภาพแวดล้อมจะเอื้ออำนวยให้

๒) มีเครือข่ายหมอฟันบ้านที่อาสาทำงานด้วยใจรัก

พบว่าเครือข่ายหมอฟันบ้านเริ่มต้นตัวในการดำเนินการเพื่อสืบทอดความรู้ของหมอฟันบ้านในระดับชุมชน โดยเริ่มจากการศึกษาสำรวจภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพไปพร้อมๆ กับให้คนรุ่นใหม่ที่น่าสนใจเข้าร่วมในกระบวนการศึกษาสำรวจ และมีแนวโน้มจะเกิดการสืบทอดความรู้ที่มีปฏิบัติการในชุมชนควบคู่ไปในอนาคต หากได้รับการสนับสนุนอย่างจริงจังจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เครือข่ายเหล่านี้จะเป็นกำลังหลักของกระบวนการวิจัยและพัฒนาเพื่อฟื้นฟูสืบทอดการแพทย์พื้นบ้านด้วยภูมิปัญญาของชุมชนซึ่งจะเป็นต้นแบบให้กับชุมชนอื่นๆ ได้เรียนรู้ต่อไป (ยงศักดิ์ ตันติปิฎก, ๒๕๔๗ ก)

๓) มีมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชนเริ่มเข้ามามีบทบาทในการผลิต

ปัจจุบันมีมหาวิทยาลัยอย่างน้อย ๙ แห่งที่เปิดและกำลังจะเปิดหลักสูตรเพื่อสร้างกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัย ๑ แห่งจะเปิดหลักสูตรการแพทย์แผนจีน (ขวลิต สันติกิจรุ่งเรือง, ๒๕๔๖) และวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้าน มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ จะเปิดหลักสูตรปริญญาตรีการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งได้เตรียมความพร้อมไว้ก่อนแล้วเป็นอย่างดี โดยได้ริเริ่มรวบรวมสังคายนาองค์ความรู้หมอเมือง ทั้งโดยความร่วมมือจากหมอเมืองและนักวิจัยรุ่นใหม่ (ยิ่งยง เทาประเสริฐ, ๒๕๔๖) ซึ่งทำให้ได้องค์ความรู้และตัวหมอเมืองที่สามารถทำหน้าที่เป็นครูของวิทยาลัยได้ จึงมีบทบาทเรียนของการทำงานที่เริ่มจากการมีปฏิบัติการจริงในชุมชนไปสู่การเรียนการสอนในระบบสถาบันเป็นชุดประสบการณ์ให้สถาบันอื่นๆ ได้ศึกษาเป็นแนวทาง

๔) มีหน่วยงานราชการให้ความสนใจเปิดสอนในหลักสูตร ด้านการ

แพทย์แผนไทย

มีหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขอย่างน้อย ๕ หน่วยงานหลักที่เปิดการสอนในหลักสูตรการแพทย์แผนไทย คือ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก สถาบันบรมราชชนก จัดการเรียนการสอนในหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (การแพทย์แผนไทย) เป็นหลักสูตร ๒ ปี (ผลิตมาแล้ว ๙ รุ่น) ฝึกอบรมคนที่มีความรู้แล้วและมุ่งผลิตบุคลากรป้อนให้กับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขภาคเหนือ จังหวัดพิษณุโลก จัดการเรียนการสอนในหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง การแพทย์แผนไทยสาขาเวชกรรม และสาขาเภสัชกรรม สถาบันการแพทย์แผนไทยมีหลักสูตรผลิตแพทย์แผนไทยสำหรับผู้สนใจที่จะสอบขึ้นทะเบียน หลักสูตรอบรมการนวดไทยระยะสั้น หลายหลักสูตร และหลักสูตรสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ส่วนหลักสูตรของหน่วยงานอื่นๆ เช่น ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์ และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี เป็นหลักสูตรที่จัดอบรมความรู้ให้กับกลุ่มเฉพาะมากกว่าบุคคลทั่วไป นอกจากนี้ ยังมีหน่วยงานของกรุงเทพมหานคร กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน และหน่วยงานอื่นๆ ที่สนใจจัดอบรมหลักสูตรการนวดไทยระยะสั้นเพื่อการประกอบอาชีพ

๕) มีตัวอย่างหลักสูตรการนวดไทยที่เน้นการเรียนการสอนในภาคปฏิบัติ

เนื่องจากการพัฒนาการเรียนการสอนการนวดไทยเริ่มต้นมาจากการทำงานขององค์กรภาคประชาสังคม คือ โครงการฟื้นฟูการนวดไทย ซึ่งดำเนินการโดยมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา ร่วมกับสมาคมแพทย์แผนโบราณต่างๆ ซึ่งได้พัฒนาหลักสูตรการนวดไทยในระดับต่างๆ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๙ จนสามารถเป็นฐานให้กับการอบรมการนวดไทยเพื่อสุขภาพที่เกิดขึ้นมากมายในปัจจุบัน (ยงศักดิ์ ตันติปัญญ, ๒๕๔๑)

จุดอ่อน

๑) ขาดการสนับสนุนการผลิตกำลังคนของภาคประชาสังคม

สถาบันการผลิตกำลังคนภาคประชาสังคมทำงานแบบอาสาสมัครอย่างโดดเดี่ยว ขาดการสนับสนุนในทุกรูปแบบ ทั้งด้านวิชาการและด้านงบประมาณ ไม่มีหน่วยงานใดที่รู้ข้อมูลพื้นฐานว่าขณะนี้ มีสถาบันเหล่านี้ อยู่เป็นจำนวนเท่าใด มีสถานภาพ ปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินการอย่างไร ทั้งที่เป็นกำลังสำคัญของการผลิตกำลังคนการแพทย์แผนไทย กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับสถาบันเหล่านี้ยังเน้นมาตรการในการควบคุมกำกับ แต่ไม่ได้เตรียมระบบการสนับสนุนเพื่อพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน ดูเหมือนว่ายังไม่มีหน่วยงานใดที่มีความพร้อมที่จะพัฒนามาตรฐานของสถาบันการผลิตกำลังคนภาคประชาสังคมเหล่านี้

จากประสบการณ์การทำงานร่วมกับสมาพันธ์แพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย ทำให้ทราบว่า สมาคมชมรมส่วนใหญ่ยังจัดการเรียนการสอนตามอัธยาศัย ไม่มีระบบการคัดเลือกคนเข้าศึกษา ครูส่วนใหญ่ทั้งที่สอนในนามชมรม มูลนิธิ ไม่ได้เคร่งครัดที่จะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่กองการประกอบโรคศิลปะกำหนด เช่น กำหนดให้ครูผู้รับมอบตัวศิษย์ทุกคน ต้องมีแผนการสอน ทำการสอนทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติให้ครบถ้วน เช่น ประเภทเวชกรรมไทยต้องสอนอย่างน้อย ๙๐๐ ชั่วโมง ในระยะเวลาไม่ต่ำกว่า ๓ ปี ลักษณะการสอนที่เป็นอยู่จึงคล้ายกับโรงเรียนกวดวิชา เพราะเน้นการสอนเพื่อมุ่งให้สามารถสอบขึ้นทะเบียนให้ได้เท่านั้น ส่วนใหญ่ไม่มีการเรียนการสอนในภาคปฏิบัติ และไม่มีการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ ทั้งๆ ที่เป็นส่วนที่ผู้เรียนต้องการ

๒) ขาดแคลนครูแพทย์แผนไทยผู้ทรงคุณวุฒิ

มหาวิทยาลัยและสถาบันการผลิตกำลังคนทุกระดับ ขาดแคลนครูแพทย์แผนไทยที่มีความรู้ความสามารถและทักษะในเวชปฏิบัติ การเป็นครูถ่ายทอดความรู้ จากการเข้าร่วมในการยกร่างหลักสูตรแพทย์แผนไทยของมหาวิทยาลัยต่างๆ ผู้ศึกษาพบว่ามหาวิทยาลัยส่วนใหญ่ยังต้องพึ่งครูแพทย์แผนไทยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีอยู่จำนวนจำกัด แต่ยังไม่มีการบูรณาการสร้างครูรุ่นใหม่ที่จะประกันในคุณภาพได้

๓) หลักสูตรส่วนใหญ่ยังต้องอยู่ภายใต้กรอบวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์

หลักสูตรแพทย์แผนไทยของมหาวิทยาลัยบางหลักสูตรยังอยู่ภายใต้กรอบวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์ มีการจัดการศึกษาโดยแยกวิชาต่างๆ ออกเป็นส่วนๆ รวมทั้งกำหนดให้ต้องเรียนการตรวจวินิจฉัยแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งไม่เข้ากับหลักการและวิธีการรักษาแบบแผนไทย ทำให้ไม่สามารถพัฒนาการแพทย์แผนไทย บนพื้นฐานวิธีคิดของตนเองได้ เพราะการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนปัจจุบันเป็นความรู้ที่มาจากพื้นฐานวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์ซึ่งเป็นวิธีคิดคนละชุดกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

๔) นโยบายยังสนับสนุนการผลิตกำลังคนเพื่อป้อนตลาด บริการ นวดเพื่อสุขภาพ

สถาบันการผลิตกำลังคนที่มีอยู่ส่วนใหญ่สนใจที่จะผลิตคนเพื่อตอบสนองความต้องการผู้ นวดเพื่อสุขภาพในตลาดแรงงานมากกว่าการสร้างหมอรุ่นใหม่ เพราะการดำเนินการในการรับรองหลักสูตรการนวดเพื่อสุขภาพตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข^๓ ในการอบรมผู้ นวดเพื่อสุขภาพสามารถกระทำได้ง่าย เมื่อเทียบกับการดำเนินการขอการรับรองสถาบันเพื่อถ่ายทอดความรู้สำหรับผู้ขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะตาม พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะซึ่งต้องรอกฎกระทรวง ดังปรากฏว่ามีโรงเรียน และมูลนิธิจำนวน ๓๐ แห่ง ได้รับการรับรองหลักสูตรการอบรมการนวดไทยจากคณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการกลางซึ่งได้รับการแต่งตั้งตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าวแล้ว^๔

^๓ สืบเนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนให้จัดระเบียบสถานประกอบการกิจการนวดเพื่อสุขภาพและกิจการสปาเพื่อสุขภาพโดยใช้อำนาจตาม พ.ร.บ.สถานบริการ พ.ศ. ๒๕๐๙ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานบริการ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๔๖ กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติดังกล่าวออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง “กำหนดสถานที่เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวย มาตรฐานของสถานที่บริการ ผู้ให้บริการ หลักเกณฑ์ และวิธีการตรวจสอบเพื่อการรับรองให้เป็นไปตามมาตรฐานสำหรับสถานที่เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวย” เมื่อวันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๔๗ ซึ่งประกาศฉบับนี้ได้แต่งตั้งคณะกรรมการซึ่งมีอำนาจรับรองหลักสูตรการอบรมการนวดเพื่อสุขภาพได้

๕) ความล่าช้าในการออกกฎหมายเพื่อพัฒนามาตรฐาน สถาบัน

ถึงแม้ว่าพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ จะมีบทบัญญัติตามมาตรา ๓๓(๑)(ก) ที่เอื้อให้กระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ในการรับรองสถาบันและสถานพยาบาลที่ครูผู้รับมอบตัวศิษย์ใช้เป็นสถานที่ถ่ายทอดความรู้ของการแพทย์แผนไทยได้ กฎหมายฉบับนี้แม้จะผ่านการพิจารณาของคณะอนุกรรมการวิชาชีพที่เกี่ยวข้องไปแล้ว แต่ยังต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินการตามระบบราชการซึ่งไม่สามารถกำหนดความแน่นอนชัดแจ้งได้ว่าจะมีผลบังคับใช้เมื่อใด ทำให้สภาพการจัดการเรียนการสอนยังคงมีปัญหาอุปสรรคเช่นที่เคยเป็นมาอย่างน้อยอีก ๒ ปี

๖) ความล่าช้าในการออกกฎหมายเพื่อรับรองครูนวดไทย

จากการที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยได้ดำเนินการให้มีการเพิ่มประเภทการนวดไทยในสาขาการแพทย์แผนไทย^๕ และได้ดำเนินการประเมินความรู้ผู้มีประสบการณ์เป็นครูสอนการนวดไทยรุ่นแรกเมื่อวันที่ ๔-๙ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๕ มีผู้ผ่านการประเมินจำนวน ๘๑ คน ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ในวิชาชีพตามมาตรา ๓๓ (๑)(ค) แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒^๖ และพร้อมที่จะขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการนวดไทยเป็นรุ่นแรกได้แล้ว แต่เนื่องจากกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการขอขึ้นทะเบียนยังอยู่ในขั้นตอนการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา จึงยังไม่มีกฎหมายที่จะรองรับการขึ้นทะเบียนของผู้มีประสบการณ์ด้านการนวดไทยกลุ่มนี้ได้จนถึงปัจจุบัน ทำให้ผู้มีประสบการณ์ที่เป็นครูนวดไทยยังคงไม่

^๕ สรุปจากประกาศคณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการกลาง ฉบับที่ ๕/๒๕๔๗ วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๔๗ และฉบับที่ ๖/๒๕๔๗ วันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๔๗

^๖ ผลการดำเนินการทำให้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ.๒๕๔๔) เรื่องการเพิ่มประเภทการนวดไทยในสาขาการแพทย์แผนไทย เมื่อวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๔

^๖ มติที่ประชุมคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย ครั้งที่ ๑๑-๒/๒๕๔๕ วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๔๕

สามารถจัดการเรียนการสอนเพื่อผลิตบุคลากรด้านการนวดไทยในระดับวิชาชีพที่จะสอบขึ้นทะเบียน เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะรุ่นใหม่ได้ มีผลทำให้การพัฒนาวิชาชีพเป็นไปอย่างล่าช้า

๒.๓.๒ กำลังคนที่มีอยู่ และระบบการสนับสนุน

จุดแข็ง

๑) กำลังคนที่เข้ามาใหม่ส่วนหนึ่งเป็นคนที่มีความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

แรงจูงใจที่ทำให้มีคนมาสนใจศึกษาศาสตร์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกมากขึ้น ส่วนหนึ่งเพราะต้องการนำความรู้ไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวโดยไม่ใช้ยาแผนปัจจุบัน^{๑๔}

๒) กำลังคนที่มีอยู่ส่วนหนึ่งเป็นคนที่เห็นผลของการใช้การแพทย์รักษาโรคของตนเอง

มีคนที่มีปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่คุกคามถึงชีวิตที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่รักษาหายด้วยการใช้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก แล้วพัฒนาตนเองเป็นหมอหรือผู้รู้ในศาสตร์นั้นๆ เพื่อใช้ความรู้ช่วยเหลือคนอื่นๆ ที่มีปัญหาล้ายๆ กันซึ่งเกิดผลดีในแง่ที่เป็นผู้เคยร่วมทุกข์ร่วมชะตากรรมที่คล้ายๆ กันมาก่อน (เช่น กรณีชีวิต ดุ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ๒๕๔๒)

๓) มีกลุ่มคนที่มีใจรักและศรัทธาในการทำงานฟื้นฟูอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

มีกลุ่มคนที่เป็นกำลังหลักอยู่ในมูลนิธิ ชมรม เครือข่ายหมอพื้นบ้าน หน่วยราชการ ตลอดจนครูแพทย์แผนไทยผู้อาวุโส ที่ทำงานฟื้นฟูพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

^{๑๔} สัมภาษณ์ผู้ผ่านการสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทยและการผดุงครรภ์ไทย ในภาคทฤษฎี, ๒๕๔๔

ด้วยใจรัก มีศรัทธา และเห็นความสำคัญของการแพทย์เหล่านี้ รวมทั้งมีครูแพทย์ที่เป็นแบบอย่างของชุมชนและสังคมเป็นศูนย์กลางของแรงศรัทธา เช่น ความศรัทธาที่มีต่อความเป็นหมอผู้มีจิตวิญญาณของ นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ซึ่งเข้าร่วมกิจกรรมฐานะประธานในงานไหว้ครูของโครงการฟื้นฟูการนวดไทยและสมาพันธ์แพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทยอย่างต่อเนื่องในช่วงเกือบ ๒๐ ปีที่ผ่านมา

๔) กำลังคนที่สนใจศึกษาจากผู้มีพื้นฐานการศึกษาในระดับสูงมากขึ้น

มีผู้ที่มีพื้นฐานการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปให้ความสนใจกับการศึกษาศาสตร์การแพทย์แผนไทยขึ้นกว่าเดิม เห็นได้จากสัดส่วนของผู้เข้าสอบเพื่อขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ มีผู้ผ่านการสอบภาคทฤษฎีในประเภทเภสัชกรรมเป็นผู้มีพื้นฐานการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปถึงร้อยละ ๔๓ (ยงศักดิ์ ดันติปฏิภ, ๒๕๔๔)

๕) แพทย์แผนปัจจุบันให้ความสนใจศึกษาศาสตร์การแพทย์แผนไทยและทางเลือกมากขึ้น

มีแพทย์แผนปัจจุบันให้ความสนใจเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการแพทย์ทางเลือกมากขึ้น ที่สำคัญ คือ หลักสูตรการฝังเข็มสำหรับแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งจัดโดยศูนย์ความร่วมมือการแพทย์ไทย-จีน ร่วมกับโรงพยาบาลหัวเฉียว มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยการแพทย์จีนเซี่ยงไฮ้ ใช้เวลาการอบรม ๓ เดือน โดยเริ่มจัดอบรมมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๐ จนถึงปัจจุบัน มีแพทย์ที่ผ่านการอบรมมาแล้ว ๑๑ รุ่น จำนวนทั้งสิ้น ๔๒๕ คน^{๑๕} นอกจากนี้ยังพบว่าแพทย์แผนปัจจุบันบางคนสนใจศึกษาวิชาการแพทย์

^{๑๕} สัมภาษณ์ น.พ.ชวลิต สันติกิจรุ่งเรือง, ที่ปรึกษาระดับกรม กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, ๒๕๔๗

แผนไทยและเข้าสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยซึ่งในอดีตเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ยากยิ่ง

จุดอ่อน

๑) กำลังคนที่ผลิตออกมามีจำนวนน้อยและมีปัญหาเชิงคุณภาพ

แม้จำนวนผู้ที่สามารถสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา จะมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น แต่เมื่อเทียบกับสัดส่วนประชากรก็นับว่ายังมีจำนวนน้อย และกำลังคนที่ผลิตออกมาก็ยังขาดทักษะในการประกอบวิชาชีพ เนื่องจากกระบวนการเรียนการสอนที่เป็นอยู่ ยังไม่ได้มีการฝึกฝนภาคปฏิบัติที่เพียงพอ ทำให้แพทย์แผนไทยมักถูกกล่าวเปรียบเทียบกับเป็น “หมอกระดาด” ซึ่งหมายถึงเป็นหมอที่พอจะรู้ทฤษฎี แต่ยังไม่มีการปฏิบัติ หากให้ไปรักษาคนไข้ก็ยังไม่มีความมั่นใจ^๔ เนื่องจากกระบวนการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ ยังไม่สามารถประเมินความรู้ในภาคปฏิบัติได้อย่างเต็มที่เพราะยังมีปัญหาที่มีผู้เข้าสอบจำนวนมาก มีผู้ทรงคุณวุฒิที่จะสอบความรู้ภาคปฏิบัติจำนวนจำกัด และกองการประกอบโรคศิลปะก็ยังมีกำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอที่จะจัดการกับการสอบที่มีผู้เข้าสอบเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี นอกจากนี้ การไม่มีกระบวนการบ่มเพาะทางจริยธรรมในการเรียนการสอน หรือไม่มีแบบอย่างของครูแพทย์แผนไทย หรือ หมอพื้นบ้านที่มีอุดมคติของการเป็นหมอ ทำให้ไม่สามารถรับประกันได้ว่า คนที่ผลิตออกมามีจริยธรรมเป็นอย่างไร

๒) คนที่สนใจเข้ามาส่วนหนึ่งมาจากแรงจูงใจในทางเศรษฐกิจ

แรงจูงใจในทางเศรษฐกิจมีส่วนทำให้มีคนมาสนใจศึกษา ศาสตร์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกมากขึ้น เพราะต้องการนำไปประกอบอาชีพ โดยเฉพาะการทำยาสมุนไพรขาย ซึ่งอยู่ในวิสัยที่สามารถทำได้โดยไม่ต้องลงทุนมากเท่ากับการผลิตยาแผนปัจจุบัน

^๔ สัมภาษณ์ผู้ผ่านการสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทยและการผดุงครรภ์ไทย ในภาคทฤษฎี, ๒๕๔๔

ความสนใจที่ต้องการเพียงผลิตยาขาย ได้บั่นทอนความสนใจที่จะฝึกหัดให้เป็นหมอที่มีความรู้ในการรักษาโรคได้จริง เพราะต้องชวนขายหาครูที่มีความรู้และประสบการณ์จริงซึ่งนับวันก็หาได้ยากยิ่งขึ้นทุกที

๓) ขาดระบบการสนับสนุนกำลังคนที่มีอยู่

ปัจจุบันกลไกของรัฐยังเน้นการทำงานเพื่อการควบคุมกำกับ ซึ่งเป็นการทำงานเชิงตั้งรับ ระบบทะเบียนแพทย์แผนไทย ที่มีอยู่ไม่ได้ออกแบบไว้เพื่อรองรับการนำไปใช้ในการพัฒนากำลังคนที่มีอยู่ เพราะขาดข้อมูลเกี่ยวกับพื้นฐานการศึกษา ประสบการณ์ ความชำนาญในการปฏิบัติงานทางวิชาชีพ สถานที่และสภาพการปฏิบัติงานที่เป็นอยู่ รวมทั้งยังไม่มีระบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาระบบทะเบียนให้เป็นปัจจุบัน ทำให้ไม่มีข้อมูลว่า ปัจจุบันมีผู้ประกอบโรคศิลปะที่ยังมีชีวิตเหลืออยู่เท่าใด มีผู้ที่ยังประกอบวิชาชีพอยู่จำนวนเท่าใด การขาดระบบข้อมูลแม้ในขั้นพื้นฐานที่จำเป็นเช่นนี้ ทำให้ไม่สามารถที่จะกำหนดนโยบาย แผนงาน หรือ มาตรการเพื่อสนับสนุนทั้งด้านวิชาการ การศึกษาต่อเนื่อง การติดตามด้านการปฏิบัติงาน และการควบคุมดูแลทางจริยธรรม

ปัญหาระบบข้อมูลยังปรากฏพบในกำลังด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย เพราะหมอพื้นบ้านจัดเป็นหมอประเภทที่ไม่เคยได้รับการยอมรับจากทางราชการมาช้านาน ทำให้เมื่อมีนโยบายสั่งการให้สำรวจหมอพื้นบ้านในพื้นที่ต่างๆ จึงพบปัญหาในการได้มาซึ่งข้อมูลที่ตรงกับสภาพที่เป็นจริง ดังที่พบว่า ผลการสำรวจหมอพื้นบ้านในหลายพื้นที่ ได้ผู้ที่เป็น อสม. หรือชาวบ้านที่เคยผ่านการอบรมสมุนไพรหรือการนวดไทยของทางราชการมาแล้ว หรือเป็นเพียงผู้ที่สนใจศึกษาวิชาการแพทย์แผนไทยแต่ยังไม่สอบขึ้นทะเบียนไม่ได้ เป็นต้น สภาพการณ์ดังกล่าว ทำให้ขาดข้อมูลเกี่ยวกับหมอพื้นบ้านในภาพรวมระดับประเทศเช่นเดียวกับแพทย์แผนไทย

๔) จำนวนแพทย์ที่ฝังเข็มมีน้อยและไม่สามารถปฏิบัติงานเฉพาะด้านการฝังเข็มได้เต็มที่

การปฏิบัติงานของแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝังเข็ม

ยังมีข้อจำกัด ไม่สามารถปฏิบัติงานเฉพาะด้านการฝังเข็มได้อย่างเต็มที่ แม้ว่าประชาชนจะมีความต้องการใช้บริการฝังเข็มในโรงพยาบาลของรัฐมากขึ้นก็ตาม ทั้งนี้ เพราะยังต้องปฏิบัติงานในหน้าที่ปกติ คือการเป็นแพทย์เฉพาะทางของระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน^{๑๐}

๕) บุคลากรของการแพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าสู่ระบบกฎหมาย

แพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่ (ยกเว้นแพทย์แผนจีน^{๑๑}) ยังไม่ได้รับการรับรองโดยกฎหมายการประกอบโรคศิลปะ ซึ่งมาจากหลายสาเหตุ เช่น ปัญหาความไม่พร้อมของศาสตร์นั้นๆ การพิจารณารับรองศาสตร์แต่ละศาสตร์ยังใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์เป็นเกณฑ์สำคัญ รวมทั้งยังขาดการส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่น่าสนใจกันอย่างจริงจัง เป็นต้น มีกรณีที่เป็นตัวอย่างคือ มีบุคลากรส่วนหนึ่งไปเรียนการแพทย์ทางเลือกมาจากต่างประเทศโดยใช้เงินทุนของตนเอง แต่กฎหมายในประเทศไทยยังไม่ยอมรับรองศาสตราจารย์ประเภทนั้น จึงจำเป็นต้องให้บริการโดยหลบๆ ซ่อนๆ หรือหลีกเลี่ยงกฎหมาย เมื่อกฎหมายการประกอบโรคศิลปะมีช่องทางที่เปิดสำหรับการรับรองศาสตราจารย์การแพทย์จากต่างประเทศขึ้น จึงมีความพยายามจากกลุ่มบุคลากรที่ใช้ศาสตร์บางศาสตร์ เช่น กลุ่มโคโรแพรคติกได้เสนอให้คณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะรับรองการใช้ศาสตร์ที่ตนเองจำเรียนมาจากต่างประเทศ แต่ก็พบกับปัญหาหลายประการ ทั้งด้านวิชาการที่ยังขาดการศึกษาวิจัยการใช้ศาสตร์นี้ในเมืองไทย แต่กลับมีข้อมูลที่ชี้ให้เห็นถึงผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการใช้ศาสตร์ดังกล่าวจากองค์กรและสถาบัน

^{๑๐} สัมภาษณ์ น.พ.ชวลิต สันติกิจรุ่งเรือง, อ้างแล้ว

^{๑๑} สืบเนื่องจากการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๑ (พ.ศ.๒๕๔๓) โดยอาศัยอำนาจตามมาตรา ๓๑ แห่ง พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.๒๕๔๒ รับรองบุคคลที่ใช้ศาสตร์การแพทย์แผนจีนให้สามารถทำการประกอบโรคศิลปะได้ โดยต้องผ่านอบรมและสอบความรู้จากคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะแล้ว ปัจจุบันมีผู้ได้รับหนังสือรับรองและต่ออายุหนังสือรับรองจำนวน ๒๐๒ คน

วิชาการของฝ่ายการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นต้น

๖) การผลิตคนที่ให้บริการด้วยเทคนิคของการแพทย์ทางเลือกที่เป็นไปตามกระแสความต้องการของตลาด ยังไม่สามารถตรวจสอบคุณภาพได้

ส่วนใหญ่เป็นการอบรมเทคนิคบางอย่าง เพื่อนำไปใช้ในการให้บริการ เช่น การอบรมนวดกระตุ้นฝ่าเท้า นวดน้ำมันโรมา การอบรมพลังจักรวาลซึ่งมักมีค่าใช้จ่ายสูงและไม่สามารถรับรองคุณภาพของบุคลากรได้ เพราะไม่มีการตรวจสอบทั้งหน่วยงานรัฐและการตรวจสอบตนเอง

๒.๓.๓ การสืบทอดความรู้

จุดแข็ง

กระบวนการสืบทอดความรู้แบบพื้นบ้านมีจุดแข็งอย่างน้อย ๓ ประการคือ

๑) เป็นการเรียนรู้จากปฏิบัติการจริง และมีประสบการณ์ กับโรคภัยไข้เจ็บที่เป็นจริงในท้องถิ่น

การสืบทอดความรู้ของหมอพื้นบ้าน เป็นการเรียนรู้ท่ามกลางการปฏิบัติ การเรียนรู้โรคภัยไข้เจ็บจึงเป็นโรคที่ปรากฏอยู่จริงในท้องถิ่น เช่น ภาวะเหนื่อ หมอเมืองจะต้องเรียนรู้การรักษาโรคทางโรคลม ผิดเดือน โรคสันนิบาต ฯลฯ โดยการใช้ยาพื้นบ้านของล้านนา ในภาคอีสาน หมอพื้นบ้านจะต้องเรียนรู้การใช้ยาฝนแก้ผดผื่นคัน ยาแก้ผดผื่น ยาแก้ไข้ หมายไม้ ฯลฯ ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นความเจ็บป่วยที่มีอาจอธิบายได้อย่างเหมาะสมได้ด้วยสมมุติฐานตามทฤษฎีการแพทย์ระบบอื่นๆ (ดู การรักษาพื้นบ้านใน เสรีพงศ์พิศ, ๒๕๓๖)

๒) เป็นการเรียนรู้ที่ให้ความสำคัญกับคุณธรรมของผู้รับการสืบทอด

หมอพื้นบ้านที่มีความรู้ความชำนาญจะเข้มงวดกับการรับคนมาเป็นศิษย์ ซึ่งคนภายนอกมักตีความว่า เป็นการหวงวิชา แต่การศึกษาพบว่า หมอพื้นบ้านใช้การสืบทอดแบบติดสอยห้อยตามเพื่อศึกษาอุปนิสัย

ของคนที่ได้รับสืบทอดวิชา เพื่อให้แน่ใจว่า วิชาที่ถ่ายทอดไปให้จะไม่ถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด ซึ่งแสดงให้เห็นว่า หมอพื้นบ้านให้ความสำคัญกับคุณธรรมของศิษย์มากพอๆ กับการถ่ายทอดความรู้

๓) เป็นการเรียนรู้ท่ามกลางการขัดเกลาจากชุมชน

การสืบทอดความรู้การเป็นหมอพื้นบ้านมิใช่การสืบทอดเพียงความรู้จากหมอพื้นบ้านรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่งเท่านั้น แต่หมอพื้นบ้านยังถูกสร้างโดยสังคมวัฒนธรรมและความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในชุมชนนั้นด้วย โดยชุมชนช่วยขัดเกลา สร้างเสริมและควบคุมให้เป็นหมอที่ดี หมอพื้นบ้านจึงเป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นจุดแข็งที่สำคัญยิ่ง เพราะเป็นข้อที่แตกต่างจากแพทย์แบบอื่นๆ โดยเฉพาะแพทย์แผนปัจจุบันอย่างสิ้นเชิง

จุดอ่อน

๑) องค์ความรู้ของการแพทย์แผนไทยไม่มีการจัดระบบ ทำให้เชื่อมโยงทฤษฎีและปฏิบัติไม่ได้

ในการสืบทอดความรู้ของการแพทย์แผนไทย มีปัญหาองค์ความรู้ที่ใช้ในการถ่ายทอดยังไม่สามารถจัดระบบ ขยายความ และนำมาประยุกต์ใช้กับกรณีผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบันได้มากนัก เพราะยังต้องอาศัยตำราดั้งเดิมคือแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์เป็นหลัก โดยขาดการเชื่อมโยงกับประสบการณ์จริงในคลินิก ปัญหานี้จึงโยงกลับไปสู่ปัญหาคุณภาพของครูแพทย์แผนไทยรุ่นใหม่อีกทอดหนึ่ง จนมีสภาพที่เป็นวงจรของปัญหาซึ่งผลิตซ้ำปัญหาแบบเดิมทวนทีวี่ไปเรื่อยๆ

๒) การสืบทอดแบบพื้นบ้านมีลดน้อยลง : กระบวนเพี้ยนยังเป็นเชิงรับ

การสืบทอดความรู้ของหมอพื้นบ้านที่เคยเกิดขึ้นตามธรรมชาติภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชนกำลังลดน้อยลง ซึ่งมีสาเหตุมาจาก

๖) ค่านิยมและแรงจูงใจแบบเดิมที่ต้องการช่วยเหลือผู้อื่น

ไม่สามารถจูงใจคนรุ่นใหม่ให้สนใจคนสืบทอดความรู้ได้เช่นในอดีต

๖) มีการแพทย์ระบบอื่นจากภายนอกเข้ามาทำหน้าที่แทนได้

๖) ทางราชการไม่ยอมรับความรู้การแพทย์แบบพื้นบ้าน

๖) กระบวนเพี้ยนยังเป็นเชิงรับ และด้วยความเข้มงวดในการคัดเลือกรุ่นที่จะสืบทอดความรู้ของหมอพื้นบ้านแต่ละคน เช่น ต้องสืบทอดให้เฉพาะกับลูกหลาน หรือเข้มงวดในการเลือกเฟ้นศิษย์ที่มีใจรัก ในขณะที่หาคนรุ่นใหม่ที่น่าสนใจ สืบทอดความรู้ได้ยาก

๓) ความรู้พื้นบ้านที่สามารถสนองความต้องการของคนในเมืองกำลังทำให้การสืบทอดเป็นแบบธุรกิจ

การที่คนในเมืองสนใจภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านที่เป็นของแปลกประหลาด (exotic) ทำให้การสืบทอดความรู้ของหมอพื้นบ้านบางส่วนมุ่งเน้นไปที่การสืบทอดของแปลกซึ่งเป็นที่ต้องการของคนในเมือง ดังเช่นกรณีหมอตอกเส้น ซึ่งถูกนำไปสาธิตในงานแสดงต่างๆ ทำให้คนในเมืองสนใจที่จะรับบริการ จึงมีคนรุ่นใหม่ที่ต้องการสืบทอดวิชานี้เป็นจำนวนมาก แม้จะต้องจ่ายค่าเรียนกับครูรายละหลายพันบาทก็ถือว่าเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า ทำให้ภูมิปัญญาพื้นบ้านบางอย่างถูกสืบทอดเป็นเชิงธุรกิจมากขึ้น

๓. บทเรียนจากประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน

ปัจจุบันการพัฒนาการแพทย์แผนจีนมักถูกหยิบยกมาเป็นตัวอย่างของความสำเร็จในการผสมผสานการแพทย์สมัยใหม่กับการแพทย์แผนดั้งเดิม เรามักจะได้ยินผู้คนจำนวนมากที่พูดถึงความก้าวหน้าในการผลิตแพทย์แผนจีนในระดับปริญญาที่สามารถผสมผสานความรู้ทางวิทยาศาสตร์กับความรู้แบบดั้งเดิม ซึ่งเป็นผลมาจากการฟื้นฟูนับตั้งแต่การปฏิวัติเปลี่ยนแปลงการปกครองเป็นระบอบคอมมิวนิสต์ ผู้ศึกษาเห็นว่า มีบทเรียนที่สำคัญจากจีน

ซึ่งสามารถช่วยให้เรากำหนดจังหวะก้าวของยุทธศาสตร์การฟื้นฟูและสร้างกำลังคนรุ่นใหม่ที่เหมาะสมกว่าที่เป็นอยู่ได้

๑) การฟื้นฟูที่สำเร็จเป็นผลจากการชี้นำโดยใช้อำนาจรัฐ

พลังสำคัญที่ทำให้การฟื้นฟูการแพทย์จีนประสบความสำเร็จ คือ การที่ผู้กุมอำนาจรัฐเข้ามาสนับสนุนผลักดันอย่างเต็มกำลัง ด้วยเหตุปัจจัยหลายอย่าง และที่สำคัญคือ การมีเป้าหมายที่ชัดเจนที่จะนำการแพทย์แผนจีนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในยามที่บ้านเมืองกำลังวิกฤต มีการกำหนดแนวทางการปฏิรูปโดย “ใช้ความรู้ของตะวันตกมายกระดับการแพทย์จีน” มีการจัดการกับแพทย์แผนปัจจุบันที่ต่อต้านโดยการให้วิพากษ์ตนเอง และปลูกฝังโฆษณาให้ชาวจีนภูมิใจในวัฒนธรรมของชาติ ซึ่งพัฒนาการของกระบวนการฟื้นฟูมีรายละเอียด ดังนี้

๘๒

“ก่อนหน้าการปฏิวัติโดยพรรคคอมมิวนิสต์จีน การแพทย์แผนจีนถูกทำลายจากความก้าวหน้าของการแพทย์สมัยใหม่ ปัญญาชนและนักปฏิวัติในยุคแรกๆ ต่างก็มองการแพทย์แบบดั้งเดิมเป็นการแพทย์ที่ล้าหลัง เพราะเป็นผลผลิตจากสังคมโบราณที่ยังยึดมั่นลัทธิขงจื้อ ในขณะที่ฝ่ายชาตินิยมกลับสนับสนุนให้อนุรักษ์การแพทย์จีนไว้ เมื่อเกิดสงครามกลางเมืองพรรคคอมมิวนิสต์จีนถูกปิดล้อมจากฝ่ายชาตินิยมทำให้ขาดแคลนยาซึ่งเป็นยุทธปัจจัยที่สำคัญ นักปฏิวัติจึงได้มีโอกาสใช้ประโยชน์จากยาจีนซึ่งผลิตจากสมุนไพรท้องถิ่นแทนยาสมัยใหม่ รวมทั้งการรักษาโรคที่ไม่อันตรายโดยหมอจีนในท้องถิ่น จากการประชุมที่ชายแดนรอยต่อระหว่าง ๓ มณฑลเกี่ยวกับวัฒนธรรมและการศึกษาในปี ค.ศ. ๑๙๔๔ ซึ่งเป็นช่วงที่ยังทำสงครามกับญี่ปุ่น ประธานเหมาได้ประกาศนโยบายที่จะทำให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างการแพทย์จีนกับการแพทย์สมัยใหม่ เขาเรียกร้องให้จัดระบบยกระดับการแพทย์จีนโดยใช้วิทยาศาสตร์ และใช้ประโยชน์จากหมอแผนจีนเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในภาวะที่บ้านเมืองยังเต็มไปด้วยวิกฤต (Rosenthal, ๑๙๙๑: ๖๐๐)

ปี ค.ศ. ๑๙๕๐ หนึ่งปีภายหลังการปฏิวัติที่พรรคคอมมิวนิสต์จีนสามารถครองอำนาจได้เบ็ดเสร็จ มีการจัดประชุมทางการแพทย์ระดับชาติเป็นครั้งแรกที่กรุงปักกิ่ง ซึ่งก็ตอกย้ำนโยบายที่ประธานเหมาได้ประกาศไว้ให้เป็นหนึ่งในหลัก ๔ ประการของการปฏิรูประบบสาธารณสุขของชาติ^{๑๒} (Rosenthal, ๑๙๙๑: ๕๙๙) อย่างไรก็ตาม นักวิชาการชาวตะวันตกอย่าง Croizier ได้ตั้งข้อสังเกตว่านโยบายนี้เป็นผลมาจากการขาดแคลนแพทย์และยา การที่นโยบายสนใจที่จะนำการแพทย์จีนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ เพราะเป็นการแพทย์ที่มีอยู่แล้วและพร้อมที่จะใช้ประโยชน์ หาใช่เพราะเป็นการแพทย์ที่มีคุณค่าโดยตัวมันเอง นโยบาย “สร้างความร่วมมือและปฏิรูป” มีจุดเน้นที่จะปฏิรูประบบการแพทย์แบบดั้งเดิมด้วยความรู้ของตะวันตก (Wilenski, ๑๙๗๖: ๓๒)

Croizier ได้ติดตามข้อมูลการนำนโยบายดังกล่าวไปใช้ในทางปฏิบัติ ซึ่งขั้นแรก ได้มีความพยายามล้มล้างการหวงวิชาไว้เป็นความลับและการปฏิบัติงานแบบส่วนตัว โดยให้หมอจีนต้องร่วมกันปฏิบัติงานในคลินิกที่ศูนย์สุขภาพในชนบท และจัดการอบรมความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่เป็นหลักสูตรระยะสั้นเพื่อเสริมความรู้ทางการแพทย์ให้กว้างขวางขึ้น (Rosenthal, ๑๙๙๑: ๖๐๐)

ในปี ค.ศ. ๑๙๕๔-๑๙๕๕ พรรคคอมมิวนิสต์จีนได้ออกโรงอย่างแข็งขันในการส่งเสริมการผสมผสานการแพทย์ทั้งสองระบบโดยพยายามเข้าไปควบคุมวิชาชีพแพทย์ ซึ่งทำให้เกิดการต่อสู้ทางความคิดระหว่าง “ฝ่ายแดงกับฝ่ายผู้เชี่ยวชาญ” (Red versus Expert battle) ขึ้น เพราะฝ่ายวิชาชีพแพทย์ซึ่งมีความคิดแบบคนชั้นกลางไม่ต้องการถูกชี้นำโดยอุดมการณ์ของพรรค ทำให้มีการวิพากษ์วิจารณ์แพทย์แผนตะวันตกกันอย่างกว้างขวาง ซึ่งเป็นผลทำให้แพทย์ที่มีทัศนคติแบบอนุรักษนิยม ยังเคลือบแคลงสงสัย หรือ

๘๓

^{๑๒} หลัก ๔ ประการในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ที่ประกาศโดย ประธานเหมาเจ๋อตง ในปี ค.ศ. ๑๙๕๙ คือ ๑) การแพทย์ต้องรับใช้มวลชน ๒) ป้องกันก่อนรักษา ๓) ใช้การรณรงค์กับมวลชน ๔) ผสมผสานการแพทย์แผนจีนกับการแพทย์ตะวันตก

เยาะเย้ยการแพทย์แบบดั้งเดิม ถูกนำเข้าสู่กระบวนการวิพากษ์ตนเอง (self criticism) นอกจากนี้ยังมีแรงกดดันทางการเมืองอื่นๆ ที่ให้แพทย์ต้องเข้าร่วมในการศึกษาการแพทย์จีนอย่างเป็นระบบ (Rosenthal, ๑๙๘๑: ๖๐๐)

ในช่วงเวลาดังกล่าว มีการปลูกฝังโฆษณาความภูมิใจในวัฒนธรรมดั้งเดิมเพื่อยกระดับภาพลักษณ์ของหมอจีน คลินิกในคอมมูนแบบผสมผสานผุดขึ้นเป็นจำนวนถึงสองเท่าในชนบท พรรคเรียกร้องให้หมอจีนเข้าไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแผนตะวันตก และสถาบันการวิจัยการแพทย์ที่ตั้งขึ้นในกรุงปักกิ่ง มีการก่อตั้งโรงพยาบาลและวิทยาลัยเฉพาะของการแพทย์จีนขึ้น และอนุญาตให้มีการถ่ายทอดวิชาตามแบบวิธีดั้งเดิมโดยผ่านการเรียนตัวต่อตัวกับอาจารย์ในสถาบัน Croizier ยังชี้ให้เห็นถึงความไม่กระตือรือร้นของฝ่ายการแพทย์แผนตะวันตก ซึ่งไม่ให้ความสนใจต่อหมอจีนที่เข้ามาร่วมงานในโรงพยาบาล หรือส่งผู้ป่วยที่ใกล้ตายมาให้หมอจีนรักษา (Rosenthal, ๑๙๘๑: ๖๐๐)

วารสารของสมาคมแพทย์จีนไม่มีการตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวกับการแพทย์จีน งานวิจัยทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับการแพทย์จีนไม่มีคนสนใจจะทำ ผู้บริหารงานด้านสาธารณสุขแนะนำให้วิทยาลัยการแพทย์จัดอบรมความรู้ให้กับหมอจีนแบบเฉื่อยชาและเสียไม่ได้ หมอจีนที่เข้าร่วมงานกับทางการถูกมอบหมายให้ทำหน้าที่ในสถานี่ป้องกันโรคโดยเป็นเพียงผู้ช่วยหรือเสมียน หรือไม่ก็ทำหน้าที่ปฐมพยาบาลให้กับคนงานสร้างถนนหรือขุดคลองเท่านั้น นอกจากนี้ การตั้งคลินิกคอมมูนโดยไม่ดูสภาพเศรษฐกิจของหมอซึ่งเป็นชาวนาที่ยากจน แล้วจะเกณฑ์ให้ต้องละทิ้งงานผลิตในไร่นามาทำงานในคลินิก โดยที่คลินิกก็มีกิจการที่ไม่เพียงพอ นัก นอกจากสร้างความยากลำบากให้กับตัวหมอแล้ว การรวบรวมหมอซึ่งเคยอยู่อย่างกระจัดกระจายในหมู่บ้านให้มาอยู่ร่วมกันเพื่อทำงานในคลินิกยังสร้างความแปลกแยกกับมวลชนด้วย (Wilenski, ๑๙๗๖: ๓๓) อย่างไรก็ตาม ในช่วงปี ค.ศ. ๑๙๖๐-๑๙๖๕ ซึ่งภายหลังผ่านช่วงก้าวกระโดดไปข้างหน้า (Great Leap Forward) ไปแล้ว การวิพากษ์วิจารณ์ของสังคมลดลงไป แต่รูปแบบของการ

ผสมผสานในบางแห่งเริ่มปรากฏผล (Rosenthal, ๑๙๘๑: ๖๐๐)

กล่าวได้ว่า จุดเริ่มต้นของการฟื้นฟูการแพทย์จีนมีแรงผลักดันจากนโยบายทางการเมืองของพรรคคอมมิวนิสต์จีน แม้จะถูกต่อต้านจากแพทย์แผนตะวันตก แต่ก็สามารถยืนหยัดนโยบายจนก้าวพ้นแรงต่อต้านได้ เนื่องจากผลของการใช้การแพทย์จีนสามารถแสดงศักยภาพเป็นที่ประจักษ์ในระดับคลินิก ซึ่ง Croizier ชี้ว่าแรงผลักดันทางการเมืองเป็นผลมาจาก ความรู้สึกภาคภูมิใจอย่างแรงกล้าที่ต้องการสืบทอดวัฒนธรรมเก่าแก่ของชาติอย่างสร้างสรรค์ ความนิยมของประชาชนในชนบทที่มีต่อการแพทย์ดั้งเดิม ค่าใช้จ่ายที่ต่ำโดยเฉพาะในช่วงที่เศรษฐกิจฝืดเคือง และความต้องการถ่วงดุลกับการแพทย์แผนตะวันตก (Rosenthal, ๑๙๘๑: ๖๐๐)”

๒) มาตรการทางนโยบายเป็นการทำพิสูจน์ประสิทธิภาพ ในการรักษาโรคของการแพทย์จีน

หลักการของนโยบายการปฏิรูปที่ต้องการ “ใช้ความรู้ของตะวันตกมายกระดับการแพทย์จีน” สะท้อนให้เห็นแนวคิดที่นำข้อดีของศาสตร์อื่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ มีมาตรการและแรงกดดันที่จะให้แพทย์แผนตะวันตกเข้าร่วมในการศึกษาการแพทย์จีนอย่างเป็นระบบ มาตรการนี้เปรียบเหมือนการทำพิสูจน์ประสิทธิภาพของการแพทย์จีนด้วยคำอธิบายแบบศาสตร์การแพทย์แผนตะวันตก นอกจากนี้ยังใช้มาตรการที่ทำให้มีการเผชิญหน้ากันระหว่างการแพทย์ทั้งสองศาสตร์ในโรงพยาบาลของการแพทย์ตะวันตก ซึ่งเป็นแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้แพทย์แผนตะวันตกในโรงพยาบาลยอมรับประสิทธิภาพของการแพทย์จีนของการรักษาผู้ป่วย มาตรการเหล่านี้เป็นการสร้างการยอมรับท่ามกลางการให้บริการรักษาพยาบาลที่เป็นจริง ไม่ใช่การศึกษาทดลองในห้องปฏิบัติการ หรือการทดลองทางคลินิกตามแบบแผนของตะวันตก ช่วยทำให้ย่นย่อเวลาของการสร้างความยอมรับ และเป็นบันไดสำคัญก่อนการก่อตั้งโรงพยาบาลแพทย์จีนในเวลาต่อมา

๓) ขยายการให้บริการโดยจัดตั้งโรงพยาบาลการแพทย์จีน และ สถาบันการศึกษาการแพทย์จีน

รัฐบาลจึงก่อตั้งโรงพยาบาลแพทย์จีนขึ้นเพื่อให้แพทย์จีนสามารถเริ่มการรักษาผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่รวมทั้งเป็นที่ฝึกงานของนักเรียนแพทย์จีนด้วย โรงพยาบาลแพทย์จีนได้ขยายตัวอย่างรวดเร็ว ดังแสดงในตารางที่ ๓ (Xie, ๒๐๐๒: ๑๒๐)

ความแตกต่างของโรงพยาบาลทั้ง ๒ ระบบ อยู่ที่วิธีการรักษาที่แตกต่างกัน โรงพยาบาลการแพทย์จีนมีส่วนที่ใช้เครื่องมือในการวินิจฉัยของ

ตารางที่ ๓ แสดงการเพิ่มขึ้นของโรงพยาบาลและสถาบันวิจัยการแพทย์จีนในประเทศจีนตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๕๐ เป็นต้นมา

จำนวน ค.ศ.	๑๙๕๐	๑๙๕๗	๑๙๖๓	๑๙๗๕	๑๙๘๐	๑๙๘๕	๑๙๙๐	๑๙๙๕
โรงพยาบาลการแพทย์จีน	๑๙	๒๕๗	๑๒๔	๑๖๐	๖๔๗	๑๔๑๔	๒๐๓๗	๒๓๗๑
เตียงในโรงพยาบาลการแพทย์จีน	๒๒๔	๕,๖๘๔	๙,๒๕๔	๑๓,๖๗๕	๔๙,๑๕๑	๑๐๑,๔๑๔	๑๖๐,๘๙๙	๒๐๖,๘๑๒
สถาบันวิจัยการแพทย์จีน	-	๑๖	๓๓	๒๙	๔๗	๕๔	๕๕	๖๕

การแพทย์แผนตะวันตกและการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินเข้ามาด้วย ดังนั้นโรงพยาบาลจึงมีแพทย์แผนตะวันตกทำงานอยู่ด้วยส่วนหนึ่ง (Xie, ๒๐๐๒: ๑๒๑)

สถาบันการศึกษาการแพทย์จีน ตำราการเรียนการสอน และ การสืบทอดความรู้แบบใหม่

ในปี ค.ศ. ๑๙๕๖ รัฐบาลได้ก่อตั้งวิทยาลัยการแพทย์จีนขึ้น ๔ แห่งใน ๔ ภาคของประเทศ คือ ที่ปักกิ่ง เซี่ยงไฮ้ กวางเจา และเฉิงตู ทำให้สามารถพัฒนาระบบการศึกษาขั้นสูงขึ้นได้สำเร็จ วิทยาลัยการแพทย์จีนได้ขยายตัวอย่างรวดเร็ว จาก ๕ แห่งในปี ค.ศ. ๑๙๕๗ ไปเป็น ๓๐ แห่งในปี ค.ศ. ๑๙๙๕ นักศึกษาที่รับเข้าเรียนเพิ่มจากจำนวน ๑,๒๐๑ คน ในปี ค.ศ. ๑๙๕๗ ไปเป็น ๓๙,๗๘๖ คน ในปี ค.ศ. ๑๙๙๕ ยิ่งไปกว่านั้นช่วงปลายทศวรรษ ๑๙๙๐ วิทยาลัยการแพทย์จีนบางแห่งได้ยกระดับเป็นมหาวิทยาลัยขยาย

การศึกษาเป็นหลักสูตร ๗ ปีสำหรับแพทย์จีนทั่วไป และ หลักสูตร ๕ ปี สำหรับแพทย์ฝังเข็มและแพทย์จีนด้านเวชกรรมป้องกันและฟื้นฟู บางวิทยาลัยเป็นวิทยาลัยการแพทย์ของชนชาติส่วนน้อย เช่น วิทยาลัยการแพทย์ทิเบต นอกจากนี้ยังมีโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา ๕๗ แห่งที่เปิดสอนนักศึกษาจำนวน ๒๙,๐๐๐ คน เพื่อผลิตบุคลากรด้านการแพทย์จีนไปทำงานในชนบทและบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ปี ค.ศ. ๑๙๗๘ มีการเปิดหลักสูตรระดับปริญญาโท (๓ ปี) ในระดับวิทยาลัยและมหาวิทยาลัย รวมทั้งขยายเป็นระดับปริญญาเอก (๒ ปี) เป็นขั้นสูงสุด (Xie, ๒๐๐๒: ๑๒๓-๑๒๔; WHO, ๒๐๐๑: ๑๕๑)

การเรียบเรียงตำราการเรียนการสอน เนื่องจากการแพทย์จีนมีตำราตำราและงานเขียนมากมาย^{๓๓} ตำราหลายเล่มก็ไม่เหมาะที่จะนำมาใช้ในการเรียนการสอนในยุคปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เรียบเรียงตำรามาตรฐานขึ้นมาชุดหนึ่งเพื่อใช้ในสถาบันการศึกษา ตำราที่แก้ไขล่าสุดเป็นฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๖ มีจำนวน ๓๒ เล่ม ซึ่งทำเสร็จในปี ค.ศ. ๑๙๙๔-๑๙๙๕ (Xie, ๒๐๐๒: ๑๒๔-๑๒๕)

การสืบทอดความรู้แบบใหม่ เนื่องจากการแพทย์จีนเป็นทั้งศาสตร์และศิลปะซึ่งต้องอาศัยทักษะความชำนาญ การเรียนรู้แบบดั้งเดิมจึงเป็นระบบการสืบทอดโดยการเรียนรู้ท่ามกลางการปฏิบัติจากครูแบบตัวต่อตัว (Apprenticeship) ระบบการสืบทอดแบบนี้ยังนำมาใช้กับระบบการศึกษาแบบสมัยใหม่ โดยให้นักศึกษาที่ผ่านการสอบในสถาบันการศึกษา ต้องไปเรียนกับแพทย์จีนผู้มีประสบการณ์ ในช่วงทศวรรษ ๑๙๙๐ ได้มีการใช้วิธีการสืบทอดแบบพิเศษคือการสร้างทายาทของแพทย์และเภสัชกรจีนที่มีชื่อเสียง โดยคัดเลือกแพทย์และเภสัชกรจีนซึ่งผ่านการศึกษาในระดับวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยมาแล้ว เพื่อสืบทอดทักษะและเทคนิคเฉพาะบางอย่างโดยใช้เวลา ๓ ปี (Xie, ๒๐๐๒: ๑๒๔)

^{๓๓} มีการสำรวจงานเขียนเกี่ยวกับการแพทย์จีนก่อนปี ค.ศ. ๑๙๕๙ พบว่ามีจำนวนถึง ๗,๖๖๑ ชิ้นงาน (Xie, ๒๐๐๒: ๑๒๓)

ส่วนที่ ๓ ข้อเสนอแนะ: ยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคน

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นโอกาสและเป็นภาวะคุกคาม การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนที่มีอยู่ของระบบกำลังคน จะเห็นภาพที่ค่อนข้างชัดเจนว่า กำลังสำคัญที่ผลักดันระบบการแพทย์ดั้งเดิมทั้งระบบ อยู่ที่คนกลุ่มเล็กๆ กลุ่มหนึ่ง ซึ่งกระจายอยู่ตามองค์กรภาคประชาสังคมกลุ่มต่างๆ มีการทำงานแบบกึ่งอาสาสมัคร ซึ่งทำด้วยใจรัก บุคคลเหล่านี้มีทั้งที่เป็นแพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน หรือเป็นกลุ่มคนผู้สนใจ นักวิชาการ รวมทั้งคนกลุ่มเล็กๆ ในกระทรวงสาธารณสุข ลักษณะการทำงานด้านกำลังคนอยู่ในฐานะที่ขาดแคลนการสนับสนุนในทุกด้านและทุกขั้นตอน ระบบกำลังคนจึงสะท้อนภาพของระบบที่ไม่ได้รับการพัฒนาเยียวยา กลไกที่ระดับประเทศคงอยู่มีขนาดเล็ก ทำงานเชิงรับ และเน้นการควบคุมกำกับ จึงทำให้ปัญหาที่ดูเหมือนจะเป็นที่ทราบๆ กันดียังดำรงอยู่อย่างท้าทาย ดังนี้

- ๑) การจัดการเรียนสอนขาดคุณภาพ ขาดทักษะของการฝึกปฏิบัติ
- ๒) ตำราที่ใช้ในการเรียนการสอน ยังไม่ได้รับการปรับปรุง หรือจัดระบบความรู้เพื่อให้เข้าใจง่าย และเอาไปใช้ได้เหมาะสมในทางปฏิบัติ
- ๓) ขาดแคลนครูที่มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในวิชาชีพปฏิบัติอย่างแท้จริง
- ๔) กระบวนการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ ไม่สามารถประเมินความรู้ภาคปฏิบัติได้อย่างเต็มที่ เพราะขาดผู้ทรงคุณวุฒิที่จะสอบความรู้ซึ่งมีจำนวนจำกัด
- ๕) รูปแบบการสืบทอดความรู้แบบพื้นบ้าน ซึ่งเอื้อต่อการสร้างคนให้มีความรู้คู่คุณธรรม ยังรอการศึกษาเพื่อฟื้นฟู

ข้อเสนอแนวทางการพัฒนา ๔ ยุทธศาสตร์ย่อย

ยุทธศาสตร์ที่ ๑: การบ่มเพาะคนรุ่นใหม่เพื่อเป็นกำลังหลักในการสร้างความเข้มแข็งให้กับการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก บนฐานวิถีคิดของตัวเอง

ยุทธศาสตร์นี้ ต้องการบ่มเพาะกำลังคนรุ่นใหม่ซึ่งเป็นผู้อนุรักษ์ สืบทอด พัฒนาองค์ความรู้และอุดมคติของการเป็นหมอให้สามารถดำรงอยู่ได้ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมสมัยใหม่ กำลังคนรุ่นใหม่ที่บ่มเพาะขึ้นนี้จะเป็นผู้บุกเบิกกระบวนทัศน์สุขภาพแนวใหม่ ซึ่งเน้นการรักษาคุณภาพของกาย ใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยเน้นมิติความเป็นมนุษย์ และให้ความสำคัญต่อความหลากหลายของการดูแลสุขภาพ กำลังคนรุ่นใหม่ที่บ่มเพาะนี้ มิได้สร้างขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของตลาดในสังคมบริโภคนิยม แต่ต้องการให้เป็นหมอ เป็นครู และเป็นผู้นำในการเข้าร่วมการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ โดยอาศัยศาสตร์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก เป็นเครื่องมือปฏิบัติการ

แนวทางการพัฒนา

๑) รวบรวม ค้นหา และคัดเลือกหมอพื้นบ้าน แพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือกที่มีความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ในระดับสูงทั่วทั้งประเทศ โดยเน้นการทำงานสำรวจเชิงวิจัยควบคู่ไปกับการศึกษาวิจัยเชิงลึกหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นฐานข้อมูลสำหรับการสร้างคนรุ่นใหม่

๒) ให้มีการทดลองจัดทำโครงการทายาทแพทย์แผนไทย ทายาทหมอพื้นบ้าน หรือทายาทแพทย์ทางเลือก ในลักษณะของโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการเรียนรู้ องค์ความรู้และทักษะการฝึกปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและประเด็นที่เกี่ยวข้อง โดยการคัดเลือกแพทย์ที่มีความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ในทางปฏิบัติ และคัดกรองค้นหา ทายาทที่มีคุณสมบัติเหมาะสม

สมและมีพื้นฐานการศึกษาวิชาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย หรือ เคยร่วมงานการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพที่เกี่ยวข้อง เข้าสู่ระบบการเรียนรู้ภายใต้การปฏิบัติงานจริงในชุมชนและคลินิก โดยเน้นการสืบทอดแบบตัวต่อตัว (Apprenticeship) ควบคู่ไปกับการทำงานวิจัยเชิงคุณภาพในประเด็นที่สามารถเก็บเกี่ยวขึ้นมาจากงานคลินิก

๓) ให้มีการทดลองวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบใหม่ ซึ่งผสมผสานกันระหว่างการศึกษาในระบบโรงเรียนกับการเรียนรู้แบบการสืบทอดตัวต่อตัว การปฏิบัติงานภาคสนามในชุมชน โดยต้องมีมิติทางจิตวิญญาณอยู่ในกระบวนการสืบทอดและการศึกษาทุกขั้นตอน

๔) ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการทั้งแนวรับและแนวรุก ซึ่งผสมผสานทั้งการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ และการรักษาเยียวยา โดยมีสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติที่เอื้ออำนวยต่อการเป็นชุมชนของที่บ่มเพาะกำลังคนรุ่นใหม่ เป็นเครือข่ายของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนา งานวิจัย งานวิชาการ การจัดการบริการสุขภาพรูปแบบใหม่ เป็นชุมชนที่มี แพทย์แผนไทยที่มีปฏิบัติการทางวิชาชีพ หมอพื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก และ นักวิจัยสุขภาพองค์รวมที่มีใจรักเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ จนสมาชิกในชุมชนบริการและวิชาการนี้มีขยายเืยของความสัมพันธ์ที่มีความเข้าใจ และ ยอมรับความรู้ความสามารถซึ่งกันและกัน ได้เรียนรู้แบบอย่างทางจริยธรรม ที่พึงปรารถนาาร่วมกันจากปฏิบัติการจริง ดังนั้นรูปแบบบริการนี้ จึงไม่ควร เน้นการแสวงกำไร และไม่ควรต้องถูกบีบคั้นด้วยการหาเลี้ยงตัวเองให้อยู่รอดเชิงธุรกิจ

๕) สนับสนุนให้มีการศึกษาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การผลิต และพัฒนากำลังด้านการแพทย์แผนดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือกในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ประเทศอินเดีย และประเทศอื่นๆ

๖) สนับสนุนคนรุ่นใหม่ให้ทำการศึกษาวิจัยการแพทย์ตะวันออกที่สำคัญ ได้แก่ การแพทย์แผนจีน อายุรเวท การแพทย์ทิเบต ยูนานี เพื่อผสมผสานกับองค์ความรู้ของการแพทย์แผนไทย และนำเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของ

การปฏิบัติงานและหลักสูตรการเรียนการสอนในอนาคต

กลไกการพัฒนา

พัฒนากลไกในการสร้างความรู้และบ่มเพาะคนรุ่นใหม่ ซึ่งไม่มีข้อจำกัดจากการทำงานด้วยวัฒนธรรมแบบราชการไทย เพื่อให้มีความคล่องตัวในการทำงานกับแพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน และแพทย์ทางเลือกซึ่งส่วนใหญ่อยู่นอกภาครัฐ อาจอยู่ในรูปแบบของสถาบันวิจัยที่ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐ มีคณะกรรมการที่สรรหามาจากภาคประชาชน ชุมชนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม ภาควิชาการ ภาควิชาชีพ และภาคราชการ ในสัดส่วนที่เท่าๆ กัน

กลไกนี้ควรมีหน้าที่ทั้งวางนโยบายและจัดหางบสนับสนุน สร้างความรู้และบ่มเพาะคนรุ่นใหม่ คัดเลือกคนรุ่นใหม่ที่มีคุณสมบัติเข้าร่วมในการทำงานเพื่อขับเคลื่อนกลไก สามารถประสานงานและสนับสนุนภาคประชาชน ภาคประชาสังคม ภาควิชาการ รวมทั้งหมอและนักวิจัยอิสระในการสร้างความรู้ และต้องมีศักยภาพในการสร้างความรู้ด้วยตัวเอง การทำงานสนับสนุนให้มุ่งไปที่คนและกลุ่มคนที่มีประวัติ ผลงาน และมีใจรักในการทำงานวิชาการในด้านนี้มาก่อนเป็นอันดับแรก

ยุทธศาสตร์ที่ ๒: การยกระดับความรู้ความสามารถของ แพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านที่มีอยู่

ยุทธศาสตร์นี้ ต้องการพัฒนาศาสนาการศึกษา ครู และบุคลากรซึ่งเป็นแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านที่มีอยู่ในวงกว้าง เพื่อยกระดับให้มีมาตรฐานที่สูงขึ้นกว่าเดิม

แนวทางการพัฒนา

๑) จัดให้มีระบบการศึกษาต่อเนื่อง (Continuing Education) ของ แพทย์แผนไทยที่ขึ้นทะเบียนไว้แล้ว โดยสนับสนุนให้องค์กรแพทย์แผนไทย

และสถาบันการศึกษาการแพทย์แผนไทยจัดการฝึกอบรมทางวิชาการ และริเริ่มให้มีการลงทะเบียนและเก็บข้อมูลผู้ที่เข้าสู่ระบบการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อเตรียมความพร้อมไปสู่การต่ออายุใบอนุญาตในอนาคต (Re-licensing)

๒) ดำเนินการพัฒนาความรู้ความสามารถของครูแพทย์แผนไทย ในสถาบันการถ่ายทอดความรู้ของแพทย์แผนไทย ด้วยการฝึกอบรมเข้ม จัดให้มีการฝึกงานกับครูแพทย์แผนไทยผู้ทรงคุณวุฒิ และพัฒนามาตรฐานในการควบคุมคุณภาพของครูแพทย์แผนไทยให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ดี

๓) จัดทำตำรามาตรฐานและสื่ออุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการเรียนการสอน และเผยแพร่การใช้สื่อให้เป็นประโยชน์ต่อการเรียนการสอนในสถาบันการถ่ายทอดความรู้ของแพทย์แผนไทย

๔) จัดระบบเพื่อสนับสนุนการทำงานของเครือข่ายและองค์กรหมอพื้นบ้านที่มีอยู่ให้มีความเข้มแข็งสามารถมีปฏิบัติการในระดับชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นแกนกลางในการพัฒนาความรู้ ความสามารถ และส่งเสริมคุณธรรมของหมอพื้นบ้าน

กลไกการพัฒนา

เนื่องจากลักษณะงานตามแนวทางข้างต้นมีทั้งการวิจัยและพัฒนา เช่น ต้องสร้างหลักสูตรต่อเนื่องที่สอดคล้องกับพื้นฐานของบุคลากรและความต้องการในการยกระดับ โดยต้องมีการพัฒนาและวิจัยองค์ความรู้ควบคู่กันไปในขณะเดียวกันด้วย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีกลไกที่สนับสนุนกระบวนการวิจัยความรู้ ร่วมกับการปรับปรุงกลไกในระบบราชการที่มีอยู่แล้วในด้านวิถีคิดการทำงาน โดยเน้นทำงานสนับสนุนหรือทำงานเชิงพัฒนาให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้สอดคล้องกับการขยายตัวของผู้รับบริการและการฟื้นฟูระบบกำลังคน ดังนั้นจึงควรพัฒนากลไกในกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่ต่อไปนี้อย่างเร่งด่วน

๑) กองการประกอบโรคศิลปะ ต้องพัฒนาขีดความสามารถและกำลังคนของกองการประกอบโรคศิลปะที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย การ

แพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก โดยต้องจัดสรรงบประมาณและกำลังคนเพิ่มขึ้น (ปัจจุบันมีเจ้าหน้าที่เพียง ๔ คนที่รับผิดชอบงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทย และ ๑ คนรับผิดชอบงานการแพทย์ทางเลือก)

๒) องค์การวิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทย (ปัจจุบันคือคณะกรรมการวิชาชีพฯ) ต้องพัฒนาการทำงานให้มีความเข้มแข็งขึ้น โดยแก้ไขระเบียบกระทรวงการคลังให้สามารถนำเงินค่าธรรมเนียมที่ได้จากการจัดสอบและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นเงินประมาณปีละ ๓.๕ ล้านบาท มาใช้ในการดำเนินงานของคณะกรรมการวิชาชีพ ได้โดยไม่ต้องรอเงินงบประมาณแผ่นดินที่ผ่านมาจากกองการประกอบโรคศิลปะซึ่งมีไม่เพียงพอ

๓) สถาบันการแพทย์แผนไทย ต้องพัฒนาวัฒนธรรมการทำงานให้สามารถประสานความร่วมมือกับองค์กรแพทย์แผนไทยที่มีอยู่จำนวนมากให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสถาบันการศึกษาและกำลังคน เน้นการสนับสนุนการทำงานที่มีคนทำอยู่แล้ว เลือกรทำงานในด้านที่ยังขาดคนทำ เพิ่มการทำงานในเชิงคุณภาพมากกว่าเชิงปริมาณและการประชาสัมพันธ์ ลดการทำงานที่ซ้ำซ้อนและแข่งขันกับองค์กรภาควิชาชีพ ภาคประชาสังคม

๔) กลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้านไทย ต้องยกระดับให้เป็นกองการแพทย์พื้นบ้านไทย เพื่อให้สามารถรองรับการทำงานเชิงประสานงานและสนับสนุนหมอพื้นบ้าน องค์กรและเครือข่ายหมอพื้นบ้านในพื้นที่ต่างๆ ที่มีอยู่จำนวนมากได้

ยุทธศาสตร์ที่ ๓: การผลิตกำลังคนเพื่อการใช้ประโยชน์จากการแพทย์ทางเลือก

ยุทธศาสตร์นี้ ต้องการพัฒนากำลังคนเพื่อให้มีการใช้ประโยชน์จากการแพทย์ทางเลือกบางศาสตร์ที่ได้ ผ่านการคัดกรองในเบื้องต้นเกี่ยวกับประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ค่าใช้จ่าย ความสามารถในการใช้ทรัพยากร

ในประเทศทดแทนการใช้ยาหรือเครื่องมือจากต่างประเทศ

แนวทางการพัฒนา

๑) ศึกษาวิจัยในเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (เช่น Cost-Effectiveness Analysis) เพื่อประเมินความคุ้มค่าในการนำศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่ค่อนข้างประหยัด มีผลข้างเคียงน้อย เพื่อนำไปสู่การใช้ทดแทนการรักษาแผนปัจจุบันที่มีราคาแพง

๒) ทดลองจัดการเรียนการสอนศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่ได้รับการคัดกรองแล้ว เพื่อให้มีการทดลองใช้ในระดับชุมชน ประเมินผลทั้งด้านประสิทธิผล ความปลอดภัย และค่าใช้จ่าย

กลไกการพัฒนา

ใช้กลไกการวิจัยและพัฒนาความรู้ที่ต้องสร้างขึ้นใหม่ และกลไกของรัฐ คือ กองแพทย์ทางเลือกเป็นหน่วยงานหลัก

ยุทธศาสตร์ที่ ๔: การพัฒนากำลังคนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก

ยุทธศาสตร์นี้ ต้องการพัฒนามาตรฐานของบุคลากรที่ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก ซึ่งกำลังเป็นที่นิยมอย่างแพร่หลายในสังคม

แนวทางการพัฒนา

๑) ส่งเสริมให้เกิดการผลิตกำลังคนที่มีคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การนวดไทย การแพทย์ทางเลือกในคลินิกและโรงพยาบาล โดยมีขอบเขตของการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ภายใต้การควบคุมของผู้ประกอบวิชาชีพ

๒) ส่งเสริมการสร้างคนรุ่นใหม่ของชุมชนเพื่อให้บริการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้านที่มีเอกลักษณ์เฉพาะถิ่น โดยอาจเน้นในพื้นที่เมืองท่องเที่ยวเชิงนิเวศวัฒนธรรม เพื่อดึงดูดนักท่องเที่ยวให้มาใช้บริการในชุมชน

กลไกการพัฒนา

ทดลองสร้างกลไกในท้องถิ่นที่มีคุณสมบัติเหมาะสม โดยกลไกต้องประกอบด้วย สถาบันการศึกษาในท้องถิ่น องค์กรชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ เพื่อทดลองสร้างคนของชุมชนในเมืองท่องเที่ยวเชิงนิเวศวัฒนธรรม

บทสรุปของการสร้างกำลังคนรุ่นใหม่

๑. กลไกการพัฒนาต้องได้รับการผลักดันในระดับชาติ

บทเรียนการฟื้นฟูการแพทย์จีน สะท้อนถึงการจัดการของภาครัฐที่กำหนดให้การฟื้นฟูการแพทย์จีนเป็นการปฏิรูประบบการแพทย์ของชาติ ผู้นำรัฐบาลเป็นผู้ประกาศนโยบาย มีการกำหนดเป้าหมาย และมาตรการเชิงนโยบายที่ชัดเจน และมีการปฏิบัติตามนโยบายนั้นอย่างจริงจัง จึงทำให้การแพทย์จีนฟื้นกลับขึ้นมาสร้างคุณประโยชน์ต่อสังคมมหาศาลและการยอมรับจากทั่วโลก ดังนั้นการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านจำเป็นต้องอาศัยกลไกในระดับชาติเพื่อผลักดันให้เป็น “วาระแห่งชาติ” จึงจะทำให้การฟื้นฟูประสบความสำเร็จได้ ในสถานการณ์ซึ่งภาคประชาสังคมมีความพร้อมที่จะให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ดังเช่นในขณะนี้ พลังผลักดันจากรัฐบาลจึงกลายเป็นปัจจัยสำคัญที่จะหนุนเสริมให้การพัฒนาประสบความสำเร็จได้อย่างเต็มที่

๒. การวิจัยและพัฒนาเป็นมาตรการการพัฒนาาระบบที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

การแก้ไขปัญหาต่างๆ ข้างต้นเป็นงานที่หนักและยากลำบาก หากไม่มีการแก้ไขทั้งระบบ เพราะแต่ละปัญหาสัมพันธ์กันแบบงูพันหาง และยังมีรายละเอียดของปัญหาย่อยที่สัมพันธ์โยงใยกันทั้งหมด ดังนั้นการตั้งคำถามที่สำคัญให้ตรงประเด็น และการหาคำตอบให้กับคำถามที่สำคัญๆ นั้น ต้องอาศัยกระบวนการวิจัยเพื่อสร้างความรู้ในการขึ้นำการพัฒนาในขั้นต่อไป กระบวนการวิจัยและพัฒนาเชิงระบบซึ่งต้องระดมความรู้จากศาสตร์หลายๆ ศาสตร์ร่วมกัน เช่น แพทยศาสตร์ สังคมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ การบริหารจัดการ เป็นต้น การทดลองปฏิบัติเพื่อพัฒนาระบบซึ่งต้องอาศัยกระบวนการวิจัยเป็นฐานการพัฒนา จะช่วยให้เกิดการพัฒนาคอนที่อยู่ในระบบซึ่งจะเข้าร่วมอยู่ในกระบวนการวิจัยนี้ต่อไป กลไกสำคัญ จึงควรเป็นกลไกระดับสถาบันที่ทำงานเฉพาะ เช่น สถาบันด้านการวิจัยและพัฒนาระบบ ซึ่งต้องมีระบบการบริหารจัดการ การสนับสนุนระดับสถาบันซึ่งมีลักษณะเป็นมืออาชีพ ทำงานได้คล่องตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการร่วมงานกับภาคประชาสังคม ดังนั้นจะต้องเป็นหน่วยงานอิสระซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐเท่านั้น

ดังนั้นแนวคิดเรื่องการใช้กลไกระดับ “สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาระบบ” มาพัฒนาระบบกำลังคน จึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่น่าจะทรงประสิทธิภาพที่สุด ในช่วงเวลาที่ต้องการการฟื้นฟูระบบกำลังคน และระบบการแพทย์ดั้งเดิมทั้งระบบอย่างเป็นการเร่งด่วน

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๔๒). ปรากฏการณ์ชีวิตบอกอะไรแก่สังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- เจลิยว ปิยะชน. (๒๕๓๗). อายุรเวท: ศาสตร์แห่งชีวิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ชวลิต สันติกิจรุ่งเรือง. (๒๕๔๖). การพัฒนาหลักสูตรปริญญาตรีการแพทย์แผนจีน. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, ๑(๑): ๕๓-๖๐.
- ประเวศ วะสี. (๒๕๓๐). รักษาโรคหรือรักษาคน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ธีรเดช อุทัยวิทยารัตน์. (ผู้แปล). (๒๕๓๘). สุขภาพบนวิถีดิลกภาพ เปิดประตูสู่การแพทย์วิถี. กรุงเทพฯ: ปกเกล้าการพิมพ์.
- ยงค์ดี ดันติปิฎก. (ผู้เขียนและเรียบเรียง). (๒๕๔๑). ตำราการนวดไทย เล่ม ๑. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พิมพ์ดี.
- ยงค์ดี ดันติปิฎก และคนอื่นๆ. (๒๕๔๔). การพัฒนาระบบสุขภาพวิถีไทย รายงานการสังเคราะห์องค์ความรู้สู่การปฏิรูประบบสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ยงค์ดี ดันติปิฎก. (๒๕๔๗ก). เครือข่ายหมอพื้นบ้านกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- ยงค์ดี ดันติปิฎก. (๒๕๔๗ข). ญาณวิทยากับการแพทย์พื้นบ้าน มิติที่ขาดหายของการศึกษาภูมิปัญญาสุขภาพไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปีทางมานุษยวิทยา ครั้งที่ ๓ เรื่อง ทบทวนภูมิปัญญาท้าทายความรู้, ๒๔-๒๖ มีนาคม ๒๕๔๗ ณ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.
- ยิ่งยง เทาประเสริฐ. (บรรณาธิการ). (๒๕๔๖). ตำราการแพทย์พื้นบ้านล้านนา เล่ม ๑. เชียงราย: สถาบันราชภัฏเชียงราย.
- รัชพล กุลสราวุธ. (๒๕๔๖). การศึกษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านไทย หมอบุญคง วงศ์สายสิทธิ์ การดูแลรักษาผู้ป่วยที่กินยาฆ่าหญ้า จังหวัดจันทบุรี. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุวิทย์ มาประสงค์. (๒๕๔๖). ภูมิปัญญาหมอมอ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

สุวิทย์ วิบุลยผลประเสริฐ และ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (บรรณาธิการ). (๒๕๓๐). การแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาแห่งการพึ่งตนเอง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน. เสรี พงศ์พิศ. (บรรณาธิการ). (๒๕๓๖). ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการพัฒนาชนบท เล่ม ๒. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป จำกัด.

สันต์ หัตถิรัตน์. (ผู้แปล). (๒๕๓๒). แพทย์: เทพเจ้ากาลิ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.

ภาษาอังกฤษ

Helman, Cecil G. (๑๙๙๕, ๑๙๙๖). Culture, Health and Illness: An Introduction for Health Professionals. Great Britain: Biddles Ltd.

Kurup, P.N.V.(๒๐๐๒). Ayurveda. In Traditional Medicine in Asia. In Chaudhury R. R. & Rafei U.M; (Eds.), Traditinal Medicine in Asia. (pp. ๓-๑๖). World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, New Delhi.



Rosenthal, Marilyn M. (๑๙๘๑). Political Process and the Integration of Traditional and Western Medicine in the People's Republic of China. Soc. Sci. Med. ๑๕, ๕๙๙-๖๑๓.

Wilenski, Peter. (๑๙๗๖). The Delivery of Health Services in the People's Republic of China. Ottawa: International Development Research Centre.

Xie, Zhu-fan. (๒๐๐๒). Harmonization of Traditional Medicine and Modern Medicine. In Traditional Medicine in Asia. In Chaudhury R. R. & Rafei U.M; (Eds.), Traditinal Medicine in Asia. (pp. ๑๑๕-๑๓๔). World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, New Delhi.



ทิศทางการนำการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือก เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

เปรม ชินวันทนนานนท์*

เมื่อเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ปี พ.ศ. ๒๕๔๐ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ ทรงพระราชทานแนวทางการแก้วิกฤตเศรษฐกิจด้วย “เศรษฐกิจพอเพียง” กระทรวงสาธารณสุขน้อมรับกระแสพระราชดำรัสฯ ทำแผน “สร้าง (สุขภาพ) นำซ่อม (สุขภาพ)” “ส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพพอดี” สร้างกระแส “สุขภาพวิถีไท”

ถ้าคนไทยทุกคนมีสุขภาพวิถีไท จะลดการเจ็บป่วยที่ป้องกันได้ประมาณร้อยละ ๘๐ เมื่อเวลาเจ็บป่วยเล็กน้อย ก็สามารถเก็บสมุนไพรในบ้านหรือซื้อจากเภสัชชุมชนมาต้มกิน หรือมาพอก ทา อบประคบ สูดดม และนวด ถ้ารักษาด้วยตนเองภายในครอบครัวแล้วยังไม่ดีขึ้น ก็สามารถปรึกษาหมอพื้นบ้าน หมอพระ หรือศูนย์สุขภาพชุมชน เลือกใช้บริการเองตามที่ศรัทธา เข้าถึงได้ง่าย ได้รับความพอใจ มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล

รูปแบบบริการสุขภาพที่ใกล้บ้าน และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างเหมาะสม เป็นระบบบริการสาธารณสุขที่พึ่งกันอยู่ในชุมชน ในกรณีที่เจ็บป่วยรุนแรงหรือศูนย์สุขภาพชุมชนไม่สามารถรักษาได้ จึงจะส่งตัว

* ที่ปรึกษามูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

ผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ที่มีการแพทย์ผสมผสานการแพทย์แผนไทย/ทางเลือก/แผนปัจจุบัน ถ้าโรงพยาบาลชุมชนเห็นสมควรส่งไปตรวจหรือรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษหรือแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรค ก็จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ ส่วนกรณีของโรคเฉพาะหรือการรักษาวิญญูจำเป็นต้องปรึกษาแพทย์ หรือใช้เครื่องมือเฉพาะก็จะส่งต่อไปยังโรงเรียนแพทย์ และเมื่อตรวจรักษาจนทุเลาแล้ว ก็ให้ส่งผู้ป่วยกลับตามลำดับ เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ป้องกันไม่ให้ป่วยซ้ำ พึ่งพาให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุข

ระบบบริการสุขภาพของไทยขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐบาล และการเรียนรู้ของประชาชน เป็นปัจจัยผลักดันการเปลี่ยนแปลง (Driving force) เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ และต้องการการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ บนวัฒนธรรมทางสังคมที่แตกต่างหลากหลาย

๑๐๒

เป้าหมาย (Goals)

๑. มีการจัดบริการ การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการใช้สมุนไพรในระบบบริการสุขภาพทุกระดับ
๒. มีการจัดการเรียนการสอน การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรไทย ในระบบการศึกษา และการผลิตบุคลากร
๓. มีการวิจัยและพัฒนาความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรไทย เพื่อนำมาใช้ในบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ ๑: ผลักดันให้มีบริการ การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรไทย ในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ

- ๑.๑ พัฒนาระบบบริการ การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการใช้สมุนไพรไทย ในสถานพยาบาลทุกระดับ ทั้งภาครัฐและเอกชน

- ๑.๒ ผลักดันให้มีการรวมบริการ การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรไทย ไว้ในสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติ ประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ

- ๑.๓ จัดตั้งสถานบริการเฉพาะทางชั้นสูง การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและการใช้สมุนไพรไทย

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ :ส่งเสริมการให้บริการการแพทย์พื้นบ้านไทยการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และ การใช้สมุนไพรไทย ด้วยการจัดการเชิงรุก

- ๒.๑ จัดทำโครงการนำร่องเพื่อสร้างสรรค์และส่งเสริมรูปแบบ “สุขภาพวิถีไท”
- ๒.๒ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อถือ และยอมรับในการบริการการแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการใช้สมุนไพรไทย
- ๒.๓ ผลักดันให้มีการใช้บริการ การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการใช้สมุนไพรไทย ทดแทน หรือผสมผสานกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน
- ๒.๔ เพิ่มช่องทางการกระจายบริการ การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการใช้สมุนไพรไทย ให้เข้าถึงประชาชนในประเทศ และขยายออกสู่ต่างประเทศ

๑๐๓

ยุทธศาสตร์ที่ ๓: ส่งเสริมการศึกษาด้านการแพทย์พื้นบ้านไทยการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรไทย

- ๓.๑ บรรลุความรู้เรื่อง การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรไทย ในการศึกษาพื้นฐานทุกระดับ
- ๓.๒ ส่งเสริมให้มีการเรียนการสอน สาขาวิชาการแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรไทย ในสถาบันศึกษาเพื่อผลิตบุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง
- ๓.๓ ผสมผสานวิชาการแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์

ทางเลือก และสมุนไพรไทย ในการเรียนการสอนวิชาชีพ บริการสุขภาพ
แผนปัจจุบัน

ยุทธศาสตร์ที่ ๔: ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาด้านการแพทย์พื้นบ้าน ไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และ สมุนไพร

- ๔.๑ จัดตั้งศูนย์จัดการความรู้ (Knowledge Management) ด้านการแพทย์
พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรไทย
(กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รับผิดชอบ)
- ๔.๒ ส่งเสริมการวิจัยด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การ
แพทย์ทางเลือก และสมุนไพรไทย ในสถานบริการสุขภาพ สถาบันการ
ศึกษาและผู้ผลิตสมุนไพรทุกระดับ ทั้งภาครัฐและเอกชน
- ๔.๓ พัฒนาระบบการรับรองคุณภาพบริการการแพทย์พื้นบ้านไทย การ
แพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และผลิตภัณฑ์สมุนไพร การรับรอง
ผู้ประกอบการวิชาชีพ การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา

บทนำ

คนไทยยุคโลกาภิวัตน์ นิยมบริโภคเนื้อสัตว์ ไข่ นม เนย ในปริมาณ
มาก (ตามแบบชาวตะวันตก) ซึ่งสัมพันธ์กับการสำรวจที่พบว่า การเจ็บป่วย
ของคนไทยเปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อ ตามอย่างชาว
ตะวันตก และสถิติโรคที่เป็นกันมากที่สุดขณะนี้คือ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน
โรคความดันโลหิตสูง และโรคเครียด โดยการแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถ
แก้ปัญหาได้ ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงมากขึ้นทุกปี และตัวเลขผู้ป่วย
เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นทุกปีเช่นกัน ในขณะที่แพทย์แผน
ปัจจุบันมีจำนวนไม่เพียงพอในการดูแลสุขภาพประชาชนกว่า ๖๐ ล้านคน

นอกจากนั้น ยังพบว่าระบบการแพทย์และสาธารณสุขระดับชาติ
ต้องพึ่งพาเทคโนโลยี ยาและเวชภัณฑ์จากต่างประเทศแทบทั้งสิ้น มีปัญหา
การใช้บริการสุขภาพและการบริโภคยาเกินความจำเป็น เหล่านี้สะท้อนให้
เห็นถึงความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ และความไม่สอดคล้องระหว่างเทคโนโลยีสมัย
ใหม่กับวิถีชีวิต และวัฒนธรรมของชุมชน เนื่องจากโรคภัยไข้เจ็บกว่าร้อยละ
๘๐ สามารถรักษาให้หายได้โดยไม่ต้องไปพบแพทย์ หรือกินยาแผนปัจจุบัน
และโรคต่างๆ ที่เป็นปัญหาใหญ่อยู่ในปัจจุบันเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้

การนำการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก
เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ จึงถือเป็นความจำเป็นในการแก้ปัญหาสุขภาพที่

ต้องการการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย สอดคล้องกับวิถีชีวิต การพึ่งตนเอง ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และนำไปสู่การให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมได้ครบถ้วน ท่ามกลางกระแสโลกที่มีพลวัตสูงตลอดเวลา กับความแตกต่างหลากหลายของระบบการแพทย์ จึงทำให้ต้องแสวงหาทิศทางที่เหมาะสมในการกำหนดทิศทาง และต้องการแนวทางในการดำเนินการที่ชัดเจน

ประวัติศาสตร์ สถานการณ์ และพัฒนาการในระบบบริการสุขภาพ

การแพทย์พื้นบ้านไทย

ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทย เป็นการดูแลสุขภาพในชุมชนแบบพื้นบ้านดั้งเดิม ที่มีคู่มากับประเทศไทยตั้งแต่ก่อนสมัยกรุงสุโขทัย ซึ่งมีความหลากหลายและเป็นเอกลักษณ์ที่แตกต่างกันไปแต่ละสังคม วัฒนธรรม และกลุ่มชาติพันธุ์ โดยมีความเชื่อว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยเกิดจาก ๑) สิ่งเหนือธรรมชาติ เช่น ผี (กรรม) ไสยศาสตร์ (คาถา) วิถีโคจรของดวงดาว ละเมิด ชนบทรหมเนียมประเพณี ๒) ธรรมชาติ ร่างกายเสียสมดุลตามวัย สิ่งแวดล้อม และสังคม ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง หรือหลายสาเหตุร่วมกัน หมอพื้นบ้านจึงเลือกวิธีการรักษาให้เหมาะสม และบ่อยครั้งที่ใช้วิธีการรักษาโรคหลายวิธีประกอบกัน เช่น หมอกระดูกจะใช้เผือกไม้ การจัดกระดูก ใช้น้ำมันสมุนไพร และการบีบนวด ผสมผสานกับวิธีการเป่ามนต์คาถา

๑. รูปแบบการรักษาของหมอพื้นบ้าน อาจแบ่งได้เป็น ๓ ประเภท คือ

๑.๑ รักษาโดยไม่ใช้ยาสมุนไพร ได้แก่

- การตอกเส้น
- การนวดพื้นบ้านด้วยเปลือกหอยทะเล นมไม้ ไม้หมอนน้อย กะลา

เป็นต้น

๑.๒ รักษาโดยใช้ยาสมุนไพร ได้แก่ ยาหม้อหรือยาต้ม ยาดอง ยาลูกกลอน ยาขง ยาพอก ยาฝน การอยู่ไฟ การเข้ากระโจม การอบไอน้ำ การนั่งถ่าน และการนวดน้ำมัน

จากการศึกษาของมาลา ไชยนอก (๒๕๔๔) หญิงหลังคลอดในชนบทมีการอยู่ไฟทุกราย ปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งในกรุงเทพฯ และปทุมธานี มีการให้บริการนวด การประคบสมุนไพร การเข้ากระโจม การอบไอน้ำ ในหญิงหลังคลอดและมีระบบบริการที่บ้าน

๑.๓ รักษาโดยวิธีอื่นๆ ตามความเชื่อของแต่ละท้องถิ่น ได้แก่ รำผีฟ้า สู่ขวัญ ย่ำขาง เช็ด แหก การร่ายรำโนราห์

หมอพื้นบ้านเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบการแพทย์พื้นบ้าน เป็นบุคคลที่ชุมชนยอมรับนับถือในความสามารถ และบทบาทในการรักษาโรค เพราะเหตุที่ (๑) ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่น และศรัทธาหมอพื้นบ้านซึ่งมาจากการประสบการณ์การรักษาโดยตรง หรือญาติพี่น้องรักษาโรคแล้วหายจากโรค (๒) ผู้ป่วยและหมอพื้นบ้านอยู่ในวัฒนธรรมเดียวกัน มีความเข้าใจสื่อสารด้วยภาษาเดียวกัน เป็นกันเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใกล้ชิด (๓) ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมในกระบวนการรักษาได้ เป็นการสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย ญาติ และคนในชุมชน การให้บริการเป็นแบบช่วยเหลือพึ่งพากันตามโอกาส โดยไม่ได้คำนึงถึงเรื่องราวได้เป็นเรื่องสำคัญ

โรค และอาการที่หมอพื้นบ้านรักษา จำแนกได้เป็น ๔ กลุ่ม คือ

๑. กลุ่มอาการทั่วไป ได้แก่ กระดูกหัก ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ สัตว์มีพิษกัด มีไข้ คางทูม เป็นต้น

๒. กลุ่มอาการเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ริดสีดวงทวาร มะเร็ง อัมพาต แผลเรื้อรัง ฯลฯ

๓. กลุ่มโรคพื้นบ้าน เช่น ลมผิเดื่อน ผิดสำแดง ตาน ชาง ไข้หมากไม้ ผิดจบูร เป็นต้น

๔. กลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับไสยศาสตร์ มีสาเหตุจากผี พลังอำนาจที่

มองไม่เห็น เช่น คุณไสย ฯลฯ

โรคที่หมอพื้นบ้านมีความชำนาญมาก ๓ อันดับแรก คือ หมอรักษากระดูก หมอรักษาเกี่ยวกับการคลอดและอาการผิดปกติหลังคลอด หมอรักษาอาการไข้ต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของสังคมไทย และพบว่าหมอพื้นบ้านอาชีพรักษาหมอพิธีกรรม มักเป็นกลุ่มที่รักษาได้หลายโรคหลายอาการ และมักเป็นอาการที่การแพทย์แผนปัจจุบันก็ไม่มีคำตอบที่น่าพอใจ

๒. การสืบทอดความรู้

ส่วนใหญ่การสืบทอดของหมอพื้นบ้านมาจากบรรพบุรุษ และจากการมอบตัวเป็นศิษย์หมอพื้นบ้านที่ตนศรัทธา มักจะเรียนรู้จากประสบการณ์ และฝึกฝนจนเกิดทักษะความชำนาญ การหาความรู้เพิ่มเติม ได้มาจากการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างหมอพื้นบ้านที่รู้จักกัน แนวโน้มการสืบทอดความรู้ของหมอพื้นบ้านอาจเสื่อมสภาพตามกาลเวลา ผู้สืบทอดความรู้ที่มีจำนวนน้อยลง เนื่องจาก ค่านิยม และแรงจูงใจเปลี่ยนแปลงไป ข้อจำกัดเฉพาะในการคัดเลือกผู้สืบทอดความรู้รวมทั้งความรู้และทักษะประสบการณ์ของหมอพื้นบ้านขาดความเป็นระบบ

๓. การส่งเสริมการแพทย์พื้นบ้านของภาครัฐและภาคเอกชน

๓.๑ โครงการอบรมหมอตำแยทั่วประเทศ (พ.ศ. ๒๕๑๙-๒๕๒๔) โดยกองอนามัยครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข และความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลก และองค์การสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ เน้นการอบรมด้านการดูแลก่อนคลอด การทำคลอด และการดูแลมารดาหลังคลอด เพื่อให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องตามวิธีการแพทย์แบบตะวันตก มีหมอตำแยที่ได้รับการอบรมทั้งสิ้น ๑๒,๙๖๔ คน แต่ผลจากการอบรม หมอตำแยไม่กล้าดูแลกระบวนการคลอด กลายเป็นคนพาคนไข้ไปโรงพยาบาล

๓.๒ การส่งเสริมการใช้สมุนไพรในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่

๕ และฉบับที่ ๖ (พ.ศ. ๒๕๒๕-๒๕๒๙, พ.ศ. ๒๕๓๐-๒๕๓๔) เน้นการพัฒนาให้มีประโยชน์ต่อด้านสาธารณสุขอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง โดยให้ความสนใจกับสมุนไพรเดี่ยวเพื่อส่งเสริมสุขภาพและรักษาอาการเบื้องต้น และนำมาเผยแพร่ในวงกว้าง ได้แก่ สมุนไพร ๖๖ ชนิด ที่ได้รับการส่งเสริมให้ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ตำรับยาบางขนานของหมอพื้นบ้านที่ใช้ได้ผลดี ได้แก่ ยาต้มโคคลาน ตำรับปวดทนต์ขับพยาธิ เป็นต้น

๓.๓ โครงการสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเอง สังกัดมูลนิธิโกมลคีมทอง ดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๒ (โครงการสมุนไพร ได้จดทะเบียนเป็นมูลนิธิสุขภาพไทยในปี พ.ศ. ๒๕๓๘) โดยรวบรวมและจัดระบบความรู้ของชาวบ้านอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร และเผยแพร่สู่ประชาชนในวงกว้าง รวมทั้งส่งเสริมให้มีการประสานความรู้ระหว่างการแพทย์พื้นบ้านกับการแพทย์แผนใหม่ ซึ่งมีส่วนสำคัญที่ทำให้มีการใช้สมุนไพรอย่างกว้างขวางในเวลาต่อมา โดยเฉพาะสมุนไพรเดี่ยว เช่น ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน ว่านหางจระเข้ เป็นต้น

๓.๔ การฟื้นฟูการนวดไทยและพัฒนาหมอนวดไทย โดยมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนาในปี พ.ศ. ๒๕๒๘ เพื่อเผยแพร่ความรู้การนวดไทยลดการใช้ยาแก้ปวดแผนปัจจุบัน และเพื่อเสริมศักยภาพ จริยธรรมและบทบาทของหมอนวดไทย ให้ความสำคัญที่การส่งเสริมการนวดในระดับสาธารณสุขมูลฐาน โดยเน้นการฝึกอบรม พัฒนาและผลักดันให้เป็นสาขาวิชาชีพหนึ่งในการประกอบโรคศิลปะด้วย

๓.๕ โครงการวิจัยเรื่องศักยภาพหมอพื้นบ้านกับการสาธารณสุขมูลฐาน ปี พ.ศ. ๒๕๓๔-๒๕๓๕ โดยคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก ช่วยทำให้ภาพของหมอพื้นบ้านชัดเจนขึ้น แต่ยังไม่สามารถเสนอเป็นนโยบายการพัฒนาได้ และได้ตั้งข้อสังเกตไว้ว่า การคัดเลือกและประเมินคุณค่าวิธีการรักษาแบบพื้นบ้านในเรื่องประสิทธิภาพและปลอดภัย ควรพิจารณาอย่างรอบคอบและอาศัยมุมมองหลายมิติ เนื่องจากความสำเร็จของวิถีการปฏิบัติ

แบบพื้นบ้าน มีมิติทางสังคม วัฒนธรรม และด้านจิตใจเป็นมิติสำคัญ หากพิจารณาเพียงด้านทางกายอาจไม่เพียงพอ

๓.๖ การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ ๗ (พ.ศ. ๒๕๓๕-๒๕๓๙) ระบุว่า “ให้มีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเข้ากับระบบบริการสาธารณสุขของชุมชนอย่างเหมาะสม” มีแผนงานสนับสนุนที่ชัดเจน และกระจายให้หลายหน่วยงานรับผิดชอบ เช่น สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.) สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เป็นต้น โดยอยู่ภายใต้ ๒ โครงการใหญ่ คือ

๑. การพัฒนาระบบบริการยาสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งหมายถึง ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐระดับจังหวัด อำเภอและตำบล

๒. การพัฒนางานสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในชุมชน ซึ่งหมายถึง แนวคิด ทิศทาง และรูปแบบการส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรธรรมชาติบำบัด การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านในชุมชนเขตชนบทและเขตเมือง

๓.๗ การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ ๘ (พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๔) มีการทำแผนการพัฒนาการแพทย์แผนไทยขึ้นเป็นครั้งแรก โดยมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในด้านการพัฒนาองค์ความรู้ ด้านการพัฒนาระบบข้อมูลและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ด้านการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย เช่น มีการสนับสนุนการศึกษาและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในชุมชน

๔. สถานการณ์และพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในระบบบริการสุขภาพ

ภาพรวมในปัจจุบัน การแพทย์พื้นบ้านไทยได้รับการยอมรับมากขึ้น มีการปรับตัวและผสมผสานกับภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพแบบอื่น ทั้งการแพทย์แบบตะวันตก การแพทย์จีน การแพทย์อินเดีย เป็นต้น เช่น หมอกระดูกมีการดูฟิล์มเอ็กซเรย์ การใช้ยาแก้ปวด ยาแก้อักเสบ เครื่องมือในการทำแผลสด เป็นต้น **หมอพื้นบ้านที่มีความชำนาญหลายโรคลดน้อยลง เหลือเพียงหมอพื้นบ้านชำนาญเฉพาะโรค** โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่หมอแผนปัจจุบันไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และโรคที่เกี่ยวกับจิตใจ มีลักษณะคล้ายนักจิตวิทยามากขึ้น รวมตัวกันเป็นกลุ่ม/ชมรม/สมาคมต่างๆ และช่วง ๕-๖ ปีที่ผ่านมา กลุ่มหมอพื้นบ้านก็เริ่มมีการรวมตัวกันเป็นเครือข่ายในระดับภูมิภาคจัดรูปแบบองค์กรเครือข่ายที่ชัดเจนโดยมีจุดมุ่งหมาย**เพื่อส่งเสริมและฟื้นฟูการแพทย์พื้นบ้าน และดูแลควบคุมกันเอง** เพื่อให้เกิดการยอมรับหมอพื้นบ้านมากขึ้น บางกลุ่มช่วยในการต่อรอง และเรียกร้องสิทธิของหมอพื้นบ้าน โดยมีรูปแบบหรือกิจกรรมที่ทำร่วมกัน ได้แก่ การแลกเปลี่ยนความรู้ ตำรายระหว่างหมอยา การรวมกลุ่มกันไปหาสมุนไพรในป่า เป็นต้น ตัวอย่างกลุ่ม/เครือข่าย ที่น่าสนใจ ได้แก่

๑. กลุ่มอิตัน้อย ที่บ้านสระคู อ. ลำปลายมาศ จ. บุรีรัมย์ เป็นหมอนวดพื้นบ้าน ๔ คนรวมตัวกัน รายได้จากการบริการรักษาส่วนหนึ่งสมทบเข้ากองทุน ให้ชาวบ้านได้กู้ยืมเพื่อไปทำการเกษตร เน้นให้ชุมชนพึ่งตนเอง ส่งเสริมให้มีการทำเกษตรแบบผสมผสาน

๒. กลุ่มหมอยาพื้นบ้านในเขตจังหวัดสกลนคร ทำการรักษาร่วมกัน รักษาคนไข้เรื้อรัง (เช่น มะเร็ง) วินิจฉัยโรค และคัดเลือกตัวยา ร่วมกัน รวมทั้งจัดแบ่งหน้าที่ในการไปจัดหาหา

๓. เครือข่ายหมอเมืองเชียงใหม่ เกิดการรวมตัวโดยการประสานงานของมูลนิธิพัฒนาศักยภาพชุมชน ศูนย์ประสานงานการแพทย์แผนไทยภาคเหนือ และฝ่ายพัฒนาบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

เชียงใหม่ ปัจจุบันมีกลุ่มหมอเมือง กลุ่มเกษตรกรรมสมุนไพร กลุ่มผู้แปรรูปสมุนไพร ฯลฯ

๔. สภามหาพันธ์บ้านอีสาน จัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นเครือข่ายประสานความร่วมมือของหมอพื้นบ้านอีสาน เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ มาตรฐานการรักษา และการผลักดันนโยบายกฎหมายของรัฐให้เอื้ออำนวยต่อการพัฒนา โดยเคารพความเป็นอิสระของหมอพื้นบ้าน หรือเครือข่ายในแต่ละท้องถิ่น ความแตกต่างทางวัฒนธรรมและองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้าน ตลอดจนพิทักษ์ระบบการถ่ายทอดความรู้และการบูชาครูซึ่งตั้งอยู่ภายใต้มาตรฐานแห่งคุณธรรม

๕. ชุมชนบ้านนา จ.กาฬสินธุ์ เกิดจากโครงการวิจัยการอนุรักษ์และฟื้นฟูภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพ โดยนางเสาวนีย์ สรรพเลิศ ค้นหาหมอพื้นบ้าน และรวบรวมไว้เป็นองค์ความรู้ของชุมชน เมื่อพบอุปสรรคว่าสมุนไพรได้สูญหายไปจากชุมชนจำนวนมาก จึงเกิด**โครงการเดินป่าสำรวจสมุนไพร**ในชุมชนร่วมกันระหว่างชาวบ้านและหมอพื้นบ้าน ตั้งเป็น**ป่าสมุนไพรแห่งชุมชนบ้านนา** เพื่อประโยชน์ใช้สอยร่วมกันของชาวบ้าน ร่วมกันดูแลรักษา เป็นแหล่งพืชสมุนไพรชนิดต่างๆ ของชุมชน แหล่งเรียนรู้ของเด็กๆ ในโรงเรียนบ้านนาวิทยาคม และมีการนำสมุนไพรมาปลูกในแปลงสมุนไพร

๖. โครงการวิจัยองค์ความรู้หมอเมืองล้านนา โดย ผศ.ดร.ยิ่งยง เทาประเสริฐ การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และความร่วมมือของ**หมอพื้นบ้าน**ใน ๘ จังหวัดภาคเหนือ รวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีการแพทย์พื้นบ้านล้านนา ๑,๔๐๐ เล่ม จัดระบบหมวดหมู่และผลิตเป็นตำรากลาง เป็นก้าวแรกของการพัฒนาองค์ความรู้ท้องถิ่น สู่องค์ความรู้เชิงระบบวิชาการที่ตรวจสอบได้ เพื่อความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ กฎหมายยอมรับ ที่สำคัญสามารถเรียนรู้และสืบทอดได้

นอกจากนั้น กลุ่มผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ จ.เชียงใหม่ ที่รวมตัวกันเคลื่อนไหวต่อต้านการจับกุมหมอพื้นบ้านที่ให้การรักษาพวกเขาของ

สาธารณสุขจังหวัด เป็นกระแสสำคัญที่การแสดงออกถึงพลังประชาชน และในสิทธิผู้ป่วย ที่จะดูแลสุขภาพตนเอง

หน่วยงานของรัฐอันได้แก่ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการรวมกลุ่มของหมอพื้นบ้าน โดยการจัดกิจกรรมผ่านกลุ่ม/ชมรม/เครือข่ายดังกล่าว เป็นไปในลักษณะกระจายไปตามกลุ่มต่างๆ และยังมีหน่วยงาน องค์กรต่างๆ เข้ามาสนับสนุน ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ฯลฯ โดยได้ข้อสรุปร่วมกันว่า

- อาจต้องแยกพิจารณาหมอพื้นบ้านเป็น ๒ ลักษณะที่แตกต่างกัน คือ **หมอพื้นบ้านแท้ๆ กับหมอเมืองอาชีพ** หมอพื้นบ้านแท้ๆ ควรอนุรักษ์ไว้ในสังคมไทยเช่นเดียวกับที่เมืองจีนหมอที่พัฒนามาจากพื้นบ้านแท้ๆ เขาเก็บรักษาเอาไว้ไม่ให้เขามาสอนข้างนอก ส่วนหมอพื้นบ้านอาชีพ น่าที่จะมีการส่งเสริมพัฒนาต่อไปอย่างเป็นระบบ โดยพิจารณาทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม เชื่อมโยงกับปัจจัยภายนอก และพัฒนาให้เหมาะสมกับยุคสมัยอย่างต่อเนื่องและเข้าใจ มิฉะนั้นอาจต้องสูญหายไป

เปรียบเทียบกับบริการสุขภาพในอเมริกา (Nicholas ๑๙๙๐) กล่าวว่า ลักษณะที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีแนวโน้มได้รับความสนใจมากกว่าการบริการแบบพื้นฐาน

- การส่งเสริมและพัฒนาหมอพื้นบ้านเป็นวิชาชีพ ต้องพิจารณาเรื่อง ๑) ความเป็นวิชาชีพหรือผู้เชี่ยวชาญกับการพึ่งตนเองของภาคประชาชนการอยู่ร่วมกันแบบพึ่งพากันและกัน ๒) กฎหมายกับภูมิปัญญาท้องถิ่นอยู่กันคนละฐาน ฐานของกฎหมายคือ อำนาจอธิปไตย ส่วนฐานของภูมิปัญญาท้องถิ่นคือ วัฒนธรรมและความเชื่อ ๓) โลกปัจจุบันเป็นระบบทุนนิยม ใช้

เศรษฐกิจเป็นกลไกการขับเคลื่อน แต่การแพทย์พื้นบ้านแต่
ดั้งเดิมเป็นระบบบุญนิยม เป็นเรื่องของวิถีชีวิตการอยู่ร่วมกัน

- นโยบายที่ผ่านมาอาจยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของ
ชุมชนนัก เนื่องจากระบบการแพทย์พื้นบ้าน นอกจากหมอ
พื้นบ้านแล้วยังมีองค์ประกอบอื่น ได้แก่ วิถีชีวิตของชาวบ้าน
การปฏิบัติตัว และภูมิปัญญาในการดูแลตัวเอง ซึ่งมีความ
สัมพันธ์เกี่ยวโยงกัน มองเห็นได้ยากเพราะมัน**สอดแทรกอยู่ในวิถีชีวิต** แต่ละท้องถิ่นก็มีความแตกต่างหลากหลาย ทำให้
ไม่สามารถวิเคราะห์และจัดระบบได้

แนวทางการพัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้านให้เติบโต โดยไม่เอา
ระบบใดๆ เข้าไปครอบงำไม่ว่าจะเป็นการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผน
ไทย แม้กระทั่งหน่วยงานของรัฐ จำเป็นต้องใช้หลากหลายและการมีส่วนร่วม
ร่วมของชุมชน ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและรับรองกันเอง ได้แก่ **การจัดศูนย์เรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านไทย ในทุก ๆ จังหวัด** จัดให้มีรูปแบบ
วิธีการที่หลากหลาย โดยคำนึงความเชื่อมโยงกับกลไกทางสังคมที่มีอยู่เดิม
ด้วยกระบวนการจัดการที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ขยายต่อไปเป็นเครือข่าย
เป็นพหุภาคี ขับเคลื่อนโครงการต่างๆ ตัวอย่างเครือข่ายที่โดดเด่น ได้แก่

- ในปี พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๕ **เครือข่ายสุขภาพวิถีไท** ทำเรื่อง
พระราชบัญญัติสุขภาพ และเชื่อมกันทั่วประเทศ **สมัชชา
สุขภาพจังหวัด** ในส่วนของภาคกลาง กำลังจะทำรูปแบบ
การจัดการสุขภาพองค์รวม

ภาครัฐมีความพยายามที่จะผสมผสาน การแพทย์พื้นบ้านกับระบบ
สาธารณสุขแผนใหม่มากกว่า ๒๐ ปีแล้ว โดยทดลองรูปแบบนำหมอพื้นบ้าน
เข้าไปอยู่ในโรงพยาบาล ในฐานะที่เป็นสิ่งหนึ่งของการระบบการแพทย์แผน
ปัจจุบัน พบว่ามีปัญหาได้แก่ การใช้สมุนไพร โรงพยาบาลใช้สมุนไพร
เดี่ยว ขณะที่หมอพื้นบ้านมีตำรับยาของตนเอง การอยู่กับสถานพยาบาลก็
เป็นความไม่สะดวกอีกอย่างหนึ่ง จึงได้คำตอบระดับหนึ่งว่า สถานภาพนั้น

ไม่เอื้อให้หมอพื้นบ้านแสดงบทบาทได้เต็มที่ หมอพื้นบ้านเป็นวัฒนธรรมการ
แพทย์ท้องถิ่น จึงควรเติบโตในชุมชน แต่ก็มีสถานบริการของรัฐบาล ที่
ประสบความสำเร็จในการประสานความร่วมมือและทำงานกับหมอพื้นบ้านได้
ได้แก่

- **โรงพยาบาลกาบเชิง จ.สุรินทร์** เริ่มศึกษาและพัฒนาการ
แพทย์พื้นบ้าน ตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๓๔ มีเป้าหมายให้ชุมชนมี
ศักยภาพและทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง มีการผสม
ผสานระหว่างระบบการแพทย์แบบตะวันตกและแบบพื้นบ้าน
โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล นพ. เอกชัย ปัญญาวัฒนากุล
ได้ศึกษา เก็บข้อมูลในเชิงลึก และพัฒนากิจกรรมร่วมกับ
หมอพื้นบ้าน ศึกษา แปลตำรายา ศึกษาพันธุ์สมุนไพรท้องถิ่น
ร่วมกันระหว่างหมอพื้นบ้าน นักวิชาการด้านสาธารณสุข
และอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันการศึกษา นอกจากนี้
ยังมีการนำตำรับยาสมุนไพรพื้นบ้านมารักษาผู้ป่วยในโรง
พยาบาล มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และส่งต่อผู้ป่วย
ระหว่างหมอแผนปัจจุบันและหมอพื้นบ้านด้วย
- **โรงพยาบาลพญาเม็งราย จ.เชียงราย** มีการศึกษา และ
พัฒนาหมอพื้นบ้านอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๔ มี
กิจกรรมส่งเสริมบทบาทหมอพื้นบ้าน และดูแลคุ้มครองผู้
บริโภคไม่ให้ถูกเอาเปรียบ เริ่มต้นด้วยการสำรวจหมอพื้นบ้าน
ในพื้นที่ มีการวิจัยหมอกระดูกแบบพื้นบ้าน แล้วปฏิบัติการ
ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน โดย**เปิดโอกาสให้ผู้
ป่วยเลือกรักษากระดูกหักได้ ๒ แผน** หรือรักษาทั้ง ๒ แผน
ควบคู่กันไป ทำให้ลดความขัดแย้ง พบว่าชาวบ้านพึงพอใจมาก
นอกจากนี้ยังส่งเสริมการรวมตัวของหมอพื้นบ้านให้มีบทบาท
การดูแลรักษาชาวบ้านในชุมชนร่วมกันอีกด้วย
- **โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร** เน้นการประสานความ

ร่วมมือกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง การรับซื้อสมุนไพรจากชาวบ้านในราคาสูง ทำให้ชาวบ้านพัฒนาการปลูกจนได้มาตรฐานสากล และสามารถส่งออกไปยังประเทศยุโรปได้ ถือเป็นการส่งเสริมการสร้างงานให้คนในชุมชน และมีโครงการรับฝากสมุนไพร เพื่อส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้าน และค้นหาสมุนไพรใหม่ๆ โดยให้ชาวบ้านนำสมุนไพรที่พบใหม่เข้ามาฝากให้โรงพยาบาลทำการศึกษาวิจัย และจะดำเนินการจดทะเบียนให้เมื่อจบกระบวนการแล้ว

นอกจากนั้น ยังมีสถานบริการสุขภาพรูปแบบอื่นๆ ที่มีบทบาทต่อสังคมไทย เช่น วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี ที่มุ่งดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๓๕ โดยมีจุดเริ่มต้นจากการพิจารณาความเจ็บป่วยที่จิตใจ และสังคมร่วมด้วย เนื่องจากเห็นผู้ป่วยเอดส์ใกล้ตายในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในชุมชนนั้น ปราศจากการยอมรับจากญาติ เพื่อนฝูง และสังคม

วิเคราะห์สถานการณ์ การแพทย์พื้นบ้านไทย

จุดแข็ง

๑. มีความหลากหลาย สอดคล้องกับวัฒนธรรม และความต้องการของชาวบ้าน
๒. เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีการสะสมสืบทอดมายาวนาน จึงเป็นต้นทุนทางสังคมที่สูงค่า
๓. ไม่เรียกร้องค่ารักษา ถ้ารักษาหาย แล้วแต่คนไข้จะตอบแทนบุญคุณ ยกเว้นค่าให้ว่ครุครั้งแรก ซึ่งใช้เงินน้อยมาก
๔. ความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ มีความใกล้ชิดและความเข้าใจกัน เพราะอยู่ในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมเดียวกัน
๕. มีทรัพยากรบุคคลมากมายทั่วประเทศ

จุดอ่อน

๑. วิถีคิดและคำอธิบายความเจ็บป่วย เชื่อมโยงกับวิถีชีวิตและความเชื่อท้องถิ่น มีความหลากหลาย ยากที่จะรวบรวมเป็นระบบเดียว และถ่ายทอดในวงกว้าง
๒. การถ่ายทอดความรู้ มีลักษณะเป็นการฝึกปฏิบัติ และสังเกตวิธีรักษาของครูผู้สอนตัวต่อตัว ทำให้การเผยแพร่ในวงกว้างทำได้ยาก
๓. กระบวนการวินิจฉัยและรักษา ขาดการบันทึก/เก็บข้อมูล ทำให้ยากต่อการพัฒนาต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ
๔. ทรัพยากรมีแนวโน้มลดลง/สูญหาย ได้แก่ ผู้สืบทอด แหล่งสมุนไพรธรรมชาติ เป็นต้น

โอกาส

๑. ภาพรวมของการแพทย์พื้นบ้านไทย กำลังได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และมีการรวมตัวกันในระดับประชาสังคมที่เข้มแข็งขึ้น
๒. นโยบายส่งเสริมการพึ่งตนเอง และการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น

อุปสรรค

๑. แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขแผนใหม่ ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติของหมอพื้นบ้าน ทำให้ไม่แน่ใจในประสิทธิภาพ
๒. สังคมวัตถุนิยม ทำให้บทบาทหมอพื้นบ้านในชุมชนเปลี่ยนไป อาจทำให้มีหมอพื้นบ้านอาชีพหรือพวกเร่ขายยามากขึ้น
๓. ปัจจุบันยังไม่ได้รับการรับรองทางกฎหมาย

การแพทย์แผนไทย

เชื่อกันว่าทฤษฎีการแพทย์แผนไทยมีรากฐานมาจากตำราการแพทย์อินเดีย โดยได้รับอิทธิพลผ่านทางพระพุทธศาสนา และดำรงอยู่ในสังคมไทยในฐานะการแพทย์กระแสหลัก ทั้งในวิถีชีวิตของชาวบ้านทั่วไป และในราชสำนัก ตั้งแต่สมัยสุโขทัย หลักฐานที่ปรากฏอยู่ ได้แก่ ตำราโอสถ

พระนารายณ์ที่รวบรวมจากตำรายาของหมอหลวง หมอจีน หมออินเดีย หมอฝรั่ง ในสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช ต่อมาเมื่อกรุงศรีอยุธยาเสียแก่พม่า ข้อมูลหลักฐานเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยจึงหายไปโดยมาก

สมัยกรุงรัตนโกสินทร์ ปรากฏหลักฐานเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ในสมัยรัชกาลที่ ๑ พบจารึก ตำรายาและฤๅษีดัดตนที่วัดโพธารามและเมื่อ พ.ศ. ๒๓๕๕ พบตำรายาโรงพระโสมภฏ สมัยรัชกาลที่ ๓ พบตำราลักษณะโรค ได้แก่ วิชาฤๅษีดัดตน เวชศาสตร์ เกษศาสตร์ และแผนนวด และสมัยรัชกาลที่ ๕ มีการรวบรวมคำภีร์แพทย์ เรียกว่า “เวชศาสตร์ฉบับหลวง” และ “ตำราแพทยศาสตร์สงเคราะห์” ขึ้น

สมัยรัชกาลที่ ๖ พ.ศ. ๒๔๕๔ การแพทย์แผนไทยถูกยกเลิกการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทยาลัย เพราะการเรียนวิชาการแพทย์แผนไทยไม่เข้ากับแบบฝรั่ง การแพทย์แผนไทยเริ่มหมดบทบาทจากการให้บริการในราชสำนัก ถูกจำกัดบทบาทโดยกฎหมายการแพทย์ฉบับแรก ทำให้เปลี่ยนจากการแพทย์กระแสหลัก เป็นการแพทย์กระแสรอง และไม่ได้รับการอุปถัมภ์จากภาครัฐ คงมีแต่การรวมกลุ่มกันเอง และตั้งเป็นองค์กรวิชาชีพ โดยการอุปถัมภ์จากวัดต่างๆ

ต่อมา ยกเลิก พ.ร.บ.การแพทย์ พ.ศ. ๒๔๖๖ และตรา พ.ร.บ. ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๔๗๙ การประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ มีสาขาเวชกรรม สาขาเภสัชกรรม และสาขาการผดุงครรภ์ ในปีพ.ศ. ๒๔๙๕ มีการก่อตั้งสมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย ซึ่งเป็นแบบอย่างให้มีการก่อตั้งสมาคมต่างๆ ขึ้นมาอีกหลายสมาคม อาทิเช่น สมาคมเภสัช และอายุรเวชโบราณแห่งประเทศไทย สมาคมแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพนฯ เป็นต้น

ภาครัฐและภาคประชาชน เริ่มหันกลับมาให้การสนับสนุนในช่วงสองทศวรรษกว่า ดังนี้

- โครงการสมุนไพรกับการสาธารณสุขมูลฐาน (พ.ศ. ๒๕๒๔) โดยสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข

ส่งเสริมให้เกิดกลุ่มผู้สนใจสมุนไพรในชุมชนต่างๆ หลายแห่ง

- ก่อตั้งอายุรเวทวิทยาลัย (พ.ศ. ๒๕๒๕) โดย ศ.นพ. อวย เกตุสิงห์ เพื่อผลิตแพทย์แผนโบราณรุ่นใหม่
- พ้นฟูการนวดไทย และนำไปใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐานของรัฐ เพื่อทดแทนการใช้ยาแก้ปวด (พ.ศ. ๒๕๒๘) โดยกลุ่มศึกษาปัญหาฯ มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา มูลนิธิหมอชาวบ้าน คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน ร่วมกับสมาคมแพทย์แผนโบราณต่างๆ
- โครงการทดลองใช้สมุนไพร ๕ ชนิด (ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร ชุมเห็ดเทศ พญาขอ ว่านหางจระเข้) ในโรงพยาบาลชุมชน (พ.ศ. ๒๕๒๘) โดยกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับประเทศเยอรมัน (GTZ) เป็นจุดเริ่มต้นให้มีการใช้ยาสมุนไพร และยาแผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในเวลาต่อมา
- แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ ๖ (พ.ศ. ๒๕๓๐-๒๕๓๔) กำหนดงานพัฒนาสมุนไพร ในแผนงานยาและชีววัตถุ และในงานวิจัยและพัฒนาสมุนไพร
- แก้ไข พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนโบราณ เป็นแผนโบราณและแผนโบราณประยุกต์ (พ.ศ. ๒๕๓๔)
- จัดตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทย (พ.ศ. ๒๕๓๖) ในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- พ.ศ. ๒๕๔๐ ก่อตั้งสมาคมแพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย
- แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ ๘ (พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๔): มีการผสมผสานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในระบบสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ และส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ได้แก่ ๑) งานบริการทางการแพทย์แผนไทย ๒) งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา ๓) งานพัฒนารูปแบบระบบและเทคโนโลยีสาธารณสุขมูลฐาน ๔) งานส่งเสริม

- การวิจัยและพัฒนาการผลิต และ ๕) งานวิจัยและพัฒนาสมุนไพร
- ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๔๒ ประกาศใช้ พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ ซึ่งได้เปลี่ยนชื่อการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณเป็นการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย ๔ ประเภท คือ เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การผดุงครรภ์และการนวดไทย
 - ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๔๒ ประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย
 - ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๔๔ นโยบายรัฐบาล พ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร : ปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อลดรายจ่ายโดยรวมด้านสาธารณสุขของประเทศ ในการลดค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพของประชาชน ใช้มาตรการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมทั้งส่งเสริมการพัฒนาการจัดระบบความรู้และมาตรฐานด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ และสมุนไพร เพื่อนำไปใช้ในระบบสุขภาพอย่างมีคุณภาพ และปลอดภัย รวมทั้งมีแหล่งเงินทุนสนับสนุนการผลิตยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ
 - แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๙ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๙) กำหนดแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ โดยอาศัยปรัชญา **“เศรษฐกิจพอเพียง”** ตามยุทธศาสตร์ที่ ๕ : การบริหารจัดการความรู้และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพ : ส่งเสริมการแพทย์แผนไทย โดยเร่งสร้างระบบ บริหารจัดการข้อมูล องค์ความรู้ การวิจัย และภูมิปัญญาสุขภาพรวมทั้งสื่อการเรียนรู้และวัฒนธรรมสุขภาพ เพื่อให้สามารถสร้าง ผสมผสานและพัฒนาให้เกิดระบบสุขภาพแบบพึ่งตนเอง เพื่อการสร้างเศรษฐกิจชุมชนและของประเทศ
 - นโยบายส่งเสริมการส่งออกยาสมุนไพร (พ.ศ. ๒๕๔๑) เป็นยุทธปัจจัยเพื่อเข้าสู่สงครามเศรษฐกิจยุคโลกาภิวัตน์โดยสนับสนุนการศึกษาวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารเสริมสุขภาพ

จากสมุนไพรให้ครบวงจร กำหนดยุทธวิธีนำเข้าสมุนไพรเข้าสู่ตลาดโลก และเชิญชวนให้นักท่องเที่ยวเข้ามาในประเทศไทยได้การท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ แนวนโยบายดังกล่าวมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดการนำเข้ายา และผลิตภัณฑ์สุขภาพจากต่างประเทศ เพิ่มการส่งออก และส่งเสริมการผลิตในระดับชุมชน

- นโยบายส่งเสริมการส่งออกธุรกิจนวดไทย (พ.ศ. ๒๕๔๒) เพื่อนำรายได้เข้าสู่ประเทศ เนื่องจากเป็นธุรกิจบริการที่มีศักยภาพและได้รับความนิยมจากชาวต่างประเทศ
- การบรรจุรายการยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ๒๕๔๓ มีการใช้ตามองค์ความรู้แบบดั้งเดิม ๓ รายการ และมียาจากสมุนไพรที่มีการพัฒนาซึ่งเป็นยาเดี่ยวอีก ๖ รายการ
- การออกแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเงินในการบริการการแพทย์แผนไทย (กฎกระทรวงสาธารณสุข เมษายน ๒๕๔๒) เช่น ค่าตอบแทนบุคลากรการ ออกใบเสร็จรับเงินค่ายาสมุนไพร การนวด การอบไอน้ำสมุนไพร การประคบสมุนไพร รวมทั้งสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล การจ่ายค่าเวชภัณฑ์ระหว่างสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

สถานการณ์และพัฒนากำกับการแพทย์แผนไทย ในระบบบริการสุขภาพ

ลักษณะการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย หมอผู้ให้บริการมักอาศัยบ้านของตนเองเป็นสถานที่ให้บริการ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมาได้สะดวก หมอก็จะเดินทางไปดูแลรักษาที่บ้านของผู้ป่วยเอง โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต และผู้สูงอายุ การตรวจสอบมักจะดูจากความพึงพอใจ ผลการให้บริการ และราคาที่ไม่แพงเกินไป ปัจจุบันดำเนินการโดย ๑) **องค์กรชุมชน** และใช้สถานที่ในชุมชนเป็นที่ให้บริการ เช่น ศาลาวัด โรงเรียน หรือสถานที่ส่วนกลางของชุมชน บางชุมชนความร่วมมือ

กับโรงพยาบาลชุมชน หรือสถานเอนกนัยในการให้บริการด้วย ๒) “**คลินิกการแพทย์แผนไทย**” และ “**สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย**” โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย หรือประเภทการผดุงครรภ์ไทย ๓) **ร้านขายยาแผนโบราณ** โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเภสัชกรรมไทย ซึ่งมีอยู่ ๒,๓๖๖ แห่ง (กองควบคุมยา ๒๕๕๒) ปัจจุบันยาแผนไทยสามารถจำหน่ายได้ในร้านขายยาแผนปัจจุบัน และร้านขายยาบรรจสุเสร็จ ๔) **โรงพยาบาลต่างๆ** ปัจจุบันมีโรงพยาบาลกว่า ๑๐๐ แห่ง ให้บริการการแพทย์แผนไทย โดยแบ่งตามระดับกิจกรรมเป็น ๔ ระดับ คือ

ระดับที่ ๑ ให้บริการเฉพาะยาสมุนไพร มีร้อยละ ๗๘.๖๐ ของโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ (กองสาธารณสุขภูมิภาค ๒๕๕๓)

ระดับที่ ๒ มีระดับที่ ๑ และการให้บริการ (นวด อบ ประคบ) ด้วย

ระดับที่ ๓ มีระดับที่ ๑, ๒ และมีการผลิตยาสมุนไพรพร้อมด้วย พบร้อยละ ๒๓.๖๖ ของโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ สถานเอนกนัย ๒๒ แห่ง และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ๗ แห่ง (กองสาธารณสุขภูมิภาค ๒๕๕๓)

ระดับที่ ๔ มีระดับที่ ๑, ๒, ๓ และเป็นศูนย์ฝึกอบรมด้วย มีโรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ซึ่งเป็นผู้ผลิตยาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรรายใหญ่ที่สุด โดยพัฒนากระบวนการผลิตได้ตามมาตรฐานอุตสาหกรรม (GMP) ได้รับการยอมรับจากประชาชน และมีผู้สนใจนำผลิตภัณฑ์ไปจำหน่ายทั้งในและต่างประเทศ นอกจากนี้ยังมีบริการทัวร์สุขภาพ บริการนวดอบสมุนไพร ฯลฯ

การฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยโดยภาคประชาสังคมและภาครัฐในช่วง ๒๐ กว่าปีที่ผ่านมา มีส่วนทำให้แพทย์แผนไทยกลับมามีบทบาทและเป็นที่ยอมรับอีกครั้ง โดยมีความพยายามที่จะผสมผสานเข้าในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ แต่ส่วนใหญ่ยังคงเป็นการผนวกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่ง ภาย

ใต้ระบบบริการการแพทย์แผนปัจจุบัน การผสมผสานในปัจจุบัน แบ่งได้เป็น

๑. ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้บริการที่หน่วยบริการการแพทย์แผนไทยได้โดยตรง ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ศูนย์สุขภาพชุมชนในนวม่วงโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ฯลฯ
๒. ให้บริการโดยการตรวจรักษาร่วมกัน (Integrated Medicine) เช่น โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลศิริราช
๓. ให้บริการโดยให้ผู้ป่วยผ่านการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์แผนปัจจุบันก่อน แล้วจึงใช้วิธีการรักษาโดยการแพทย์แผนไทย ได้แก่ โรงพยาบาลบางกะทุ่มพิษณุโลก ฯลฯ

เมื่อเปรียบเทียบกับแพทย์แผนจีน ซึ่งมีศาสตร์ที่เข้มแข็งเป็นที่ยอมรับทั่วโลก และนิยมใช้ในประเทศถึง ๕๐ % พบว่า มีการพัฒนาการแพทย์แผนจีนก่อนเกือบ ๕๐ ปีให้เข้มแข็ง ถึงจะนำมาผสมผสานกับการแพทย์แผนตะวันตก ลักษณะการผสมผสานในประเทศไทยที่เป็นอยู่ในขณะนี้ จึงมีแนวโน้มที่ศาสตร์การแพทย์ตะวันตกที่แข็งแกร่งกว่าจะข่มศาสตร์การแพทย์แผนไทย ซึ่งจะเป็นอุปสรรคในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยในระยะยาว ประกอบกับประเทศจีนพัฒนาระบบอยู่ในสังคมปิด ขณะที่สังคมไทยเปิดรับสื่อต่างๆ อย่างเสรี คนไทยมีความคิดเสรี ยึดหยุ่น อ่อนไหวต่อข้อมูลจากสื่อมาก การพัฒนาให้มีศักดิ์ศรีทัดเทียมกับการแพทย์ตะวันตกอาจทำได้ยากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ จะได้รับความเข้าใจ ยึดหยุ่น ยอมรับจากแพทย์กระแสหลักมากพอ อาจทำให้การแพทย์แผนไทยได้รับการพัฒนาในอีกรูปแบบหนึ่ง

ปัจจุบันทั้งที่มีกฎหมายรองรับที่เด่นชัด และเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแล้ว กับความพยายามที่จะยกระดับการแพทย์แผนไทยให้มีศักดิ์ศรีทัดเทียมกับการแพทย์ตะวันตก แต่ในทางปฏิบัติกลับพบปัญหามากกว่า แพทย์แผนไทยที่เก่งๆ มีน้อย โดยเฉพาะที่จะเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ แพทย์แผนไทยที่จบมารักษาไม่เป็น ไม่กล้ารักษา ไม่ได้รับการรองรับเข้าเป็นข้าราชการของรัฐ ไม่มีการประสานเครือข่าย ฯลฯ

โจทย์ที่สำคัญคือ ระบบวิธีคิดที่ต่างไปจากการแพทย์กระแสหลัก จะสร้างระบบงานที่แตกต่างออกไปได้อย่างไร ที่เหมาะสมและรองรับวิธีคิดสุขภาพที่ไม่แยกส่วน และใส่ใจในมิติต่างๆ ของสุขภาพด้วย รูปแบบการผสมผสานควรเป็นอย่างไร จะใช้ระบบแบบเดียวกับโรงพยาบาล ซึ่งมีระบบโครงสร้าง กลไก และกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่ตอบสนองการรักษาโรคตามทฤษฎีเชื้อโรค จึงต้องแยกผู้ป่วยออกจากสังคม มาใช้กับการแพทย์แผนไทยหรือ

อย่างไรก็ตาม ในส่วนของภาคประชาชน กระแสความนิยมการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรได้รับความนิยมอย่างกว้างขวาง และอย่างต่อเนื่อง ทั้งในลักษณะของยา อาหารเสริมสุขภาพ เครื่องสำอางสมุนไพร และอบตัวด้วยสมุนไพร รวมไปถึงเครื่องดื่มสมุนไพร โดยมีอัตราการขยายตัวไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐-๓๐ ต่อปี คาดว่ามูลค่าตลาดรวมปี พ.ศ. ๒๕๔๗ จะสูงเป็นก้าวกระโดดถึง ๔๐,๐๐๐ ล้านบาท (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, ๒๕๔๗) สอดรับกับกระแสนิยมผลิตภัณฑ์อิงธรรมชาติที่กำลังมาแรงทั่วโลก โดยเฉพาะความตื่นตัวในการใช้สมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคมีมากขึ้น (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, ๒๕๔๒) พบว่าคนกรุงเทพฯ ร้อยละ ๕๔.๙ เคยรับประทานอาหารเสริมสุขภาพจากสมุนไพร เนื่องจากต้องการรักษาสุขภาพ ต้องการให้ร่างกายแข็งแรง และป้องกันการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ กลุ่มที่ไม่เคยรับประทานถึงร้อยละ ๖๖.๗ ที่ระบุว่าอยากลองรับประทาน โดยมีเงื่อนไขว่าถ้ามีการยืนยันโดยแพทย์ และผ่านการรับรองขององค์การอาหารและยา ในปี พ.ศ. ๒๕๔๑ ศูนย์วิจัยกสิกรไทย ได้สำรวจเรื่อง “ท่านเชื่อถือในการใช้สมุนไพรรักษาโรคหรือไม่” ปรากฏว่า คนกรุงเทพฯ ร้อยละ ๕๗.๗ เคยพึ่งพาการรักษาโรคด้วยยาสมุนไพร ในจำนวนนี้มีถึงร้อยละ ๓๑.๖ ที่มีการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคเป็นประจำ โดยคนกรุงเทพฯ กลุ่มนี้ร้อยละ ๘๓.๗ เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยจะรักษาตนเองด้วยยาสมุนไพรก่อนการไปพบแพทย์ กลุ่มที่ใช้ยาสมุนไพรร้อยละ ๔๑.๘ คิดว่าประโยชน์ที่ได้รับคือ ประหยัด ร้อยละ ๓๘.๘ คิดว่าเป็นการลดการใช้ยาแผนปัจจุบัน

แต่ในขณะที่กระแสนิยมสมุนไพรไทยกำลังมาแรง ก็มีการตรวจพบความไม่ปลอดภัยบางอย่างจากผลิตภัณฑ์และบริการการแพทย์แผนไทย เช่น พบสารปนเปื้อนที่เป็นอันตราย การผสมยาแผนปัจจุบันที่เป็นอันตราย เพื่อให้ยาตำรับนั้นออกฤทธิ์ได้เร็วขึ้น การนวดแล้วทำให้อาการเจ็บป่วยมีมากขึ้น เป็นต้น

วิเคราะห์สถานการณ์ การแพทย์แผนไทย

จุดแข็ง

๑. เป็นศาสตร์ที่มีมาแต่ดั้งเดิม และเคยได้รับการยอมรับเป็นการแพทย์กระแสหลักของประเทศ
๒. ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้ง่าย การบริการไม่ซับซ้อน สามารถให้บริการเชิงรุกได้ โดยค่าใช้จ่ายถูกกว่า เช่น การให้บริการนวดตามบ้าน
๓. การรักษาส่วนใหญ่เน้นการรักษาและปรับสมดุลของร่างกายในลักษณะการสร้างเสริมสุขภาพ
๔. ผลข้างเคียงในการรักษาน้อยมาก
๕. ส่วนใหญ่ใช้ทรัพยากรวัตถุดิบในประเทศ
๖. บุคลากรมีจำนวนมาก และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

จุดอ่อน

๑. องค์ความรู้และทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ยังไม่ชัดเจนพอที่จะจัดระบบและถ่ายทอดให้มีประสิทธิภาพได้ โดยเฉพาะ การตรวจและวินิจฉัย
๒. การถ่ายทอดโดยการเรียนรู้จากตัวบุคคล มีการบันทึกและเก็บข้อมูลน้อย ทำให้การพัฒนาอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบทำได้ยาก
๓. การวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้มีน้อยมาก ทำให้การพัฒนาเกิดขึ้นน้อย โดยเฉพาะ การวิจัยทางคลินิก
๔. กระบวนการเรียนการสอน เป็นแบบท่องจำ และยังไม่ได้มีการพัฒนาตรวจสอบอย่างจริงจัง
๕. ปัญหาบุคลากร/วัตถุดิบ ในด้านปริมาณ มาตรฐาน เช่น สมุนไพรมีน้อย

ลง การนวดไทยขาดการควบคุมมาตรฐานที่ชัดเจน กระบวนการผลิตมี
สารปนเปื้อน

๖. ขาดการพัฒนาองค์ความรู้อย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง

๗. กรณีใช้ในการรักษาโรค จะใช้เวลาบำบัดนาน
โอกาส

๑. ภาวะที่ประเทศกำลังประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นการช่วยประหยัด
เงินของประเทศ และส่งเสริมการใช้ทรัพยากรภายในประเทศ

๒. รัฐมีการสนับสนุนทางกฎหมายที่ชัดเจน เอื้อต่อการพัฒนา เช่น พ.ร.บ.
คุ้มครองสิทธิและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒,
พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒

๓. นโยบายการส่งเสริมของภาครัฐ เช่น บรรจุนายสมุนไพรไว้ในบัญชียาหลัก
นโยบายส่งเสริมการส่งออกสินค้าหรือการบริการ เช่น นวดไทย เป็นต้น

๑๒๖

๔. กระแสเรียกร้องความเป็นไทย และการพึ่งตนเอง

๕. กระแสโลกที่มีแนวคิดในวิถี “คืนสู่ธรรมชาติ”

อุปสรรค

๑. การส่งเสริมเน้นด้านปริมาณ/เทคนิควิธีการ ทั้งยาสมุนไพรและการนวด
ไทย อาจก่อให้เกิดปัญหาและอุปสรรคต่อการพัฒนาในระยะยาว

๒. ปัญหาการบริหารจัดการ ได้แก่ ขาดผู้นำในการผสมผสาน ขาดการ
ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ที่มีบริหารมีสัดส่วนของภาค
เอกชนและภาคประชาชนมีน้อย ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง

๓. ขาดนโยบายที่จะให้พัฒนาอย่างเป็นอิสระ ทัดเทียมกับการแพทย์แผน
ปัจจุบัน เช่น การออกใบรับรองแพทย์เพื่อการเบิกค่ารักษาต้องกระทำ
โดยแพทย์แผนปัจจุบัน

๔. ขาดงบประมาณสนับสนุนการวิจัย

การแพทย์ทางเลือก

ศาสตร์เกี่ยวกับสุขภาพปัจจุบันทุกประเทศมีความหลากหลาย โดย
เฉพาะประเทศในทวีปเอเชียมีความหลากหลายมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับ
เป้าหมายสุขภาพแบบองค์รวมของ WHO ศาสตร์ทางเลือกมีเป้าหมายนำไป
สู่สภาวะที่ดี ทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม ทั้งนี้เพราะ

๑. ศาสตร์การแพทย์แผนดั้งเดิมทางภูมิภาคตะวันออก มีปรัชญาพื้นฐาน
ทฤษฎี การวินิจฉัย และวิธีการรักษาเป็นแบบองค์รวม ให้ความสำคัญ
กับปัจจัยทั้งทางร่างกาย จิตใจ ปัญญา และปัจจัยแวดล้อมที่สัมพันธ์กับ
มนุษย์ อย่างกลมกลืนเป็นหนึ่งเดียวกับธรรมชาติ

๒. มองสุขภาพดีว่าเกิดจากภาวะสมดุลในร่างกาย ระหว่างกายกับจิต จึงมุ่ง
เน้น การฟื้นฟูและเสริมสร้างความสมดุลให้เกิดแก่ชีวิตทั้งกาย และจิตที่
สอดคล้องกับธรรมชาติ

๓. มองร่างกายในลักษณะที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกัน และการบำบัดรักษาที่จุด
ใดจุดหนึ่งของร่างกาย สามารถมีผลสะท้อนไปยังร่างกายส่วนที่ผิดปกติ
นั้นได้ แตกต่างจากการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีทัศนะแบบแยกส่วน

๔. เน้นการใช้วิธีการแบบธรรมชาติ ให้ความสำคัญกับการปรับสมดุลของ
พลังชีวิตการกระตุ้นกลไกการเยียวยาตนเอง เช่น ฤๅษีดัดตน โยคะ ชีกง
รวมทั้งการปรับสมดุลของจิตใจ ส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันของ
ร่างกาย เช่น การทำสมาธิ

๕. สามารถเสริมซึ่งกันและกันเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพกับศาสตร์การ
ดูแลสุขภาพอื่น

๑๒๗

รูปแบบการเข้ามาสู่สังคมไทย

ตามประวัติศาสตร์ และพัฒนาการของสังคม พบหลายรูปแบบ
ดังนี้

๑. การอพยพย้ายถิ่นของชนชาติอื่น เป็นระยะเวลากว่า ๑๐๐ ปี ได้แก่ การ
ใช้ยาสมุนไพรจีน ไทเก๊ก ชีกง รวมถึงหมอมะ หมอฝางเขม โยคะ เป็นต้น

๒. องค์การศาสนา ได้เข้ามาเผยแพร่ในสังคมไทยไม่ต่ำกว่า ๕๐ ปี ได้แก่ การรักษาสุขภาพแนวธรรมชาติดำปฏิบัติ มูลนิธิบรามาสกุมารีนำหลักการราชาโยคะฝึกปฏิบัติทางจิต และอาหารมังสวิรัต กลุ่มลัทธิเต๋า และกลุ่มเจ้าแม่กวนอิมเผยแพร่อาหารเจ มูลนิธิบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ด้วยกิจกรรมทางศาสนา นำวิธีการรักษาโรคด้วยแสงโยเรเข้ามา พร้อมกับเผยแพร่ความรู้เรื่องเกษตรธรรมชาติแบบคิวเซ เป็นต้น

๓. คนไทยที่ไปใช้ชีวิตหรือศึกษาต่อต่างประเทศ ได้แก่ ศาสตราจารย์จันความรู้เรื่องการฝังเข็มจากประเทศจีน วัฒนธรรมอินเดีย แนวความคิดและการปฏิบัติตนของมหาตมคานธี ซึ่งมีรากฐานมาจากแพทย์อายุรเวท การแพทย์ฮิเบต เป็นต้น

๔. ตลาดผลิตภัณฑ์เสริมอาหารสุขภาพ ยา เครื่องมือและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ได้แก่ ศาสตร์วิตามีนบำบัด ทุยญี่แม่เหล็กไฟฟ้าชีวภาพ เป็นต้น โดยเฉพาะตลาดผลิตภัณฑ์อาหารสุขภาพ มีมูลค่าการนำเข้าจากต่างประเทศถึงร้อยละ ๗๐ ของมูลค่ารวมเกือบ ๔๐,๐๐๐ ล้านบาท (ศูนย์วิจัยกสิกร, ๒๕๔๗)

ลักษณะของการแพทย์ไทยสู่สังคมไทย

๑. สืบทอดทางวิถีชีวิต และวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ ศาสตร์การดูแลสุขภาพของจีน และอายุรเวทของอินเดีย ได้รับการสืบทอดและปฏิบัติอย่างไม่ขาดช่วง (ซึ่งแตกต่างจากองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย) เช่น การแกว่งแขน การเดิน การรำมวยจีน โยคะ ฯลฯ

๒. ผ่านสมาชิก เครือข่าย กลุ่มองค์กรจัดตั้ง มี ๔ ลักษณะ คือ

๒.๑ กลุ่มองค์กรเล็กๆ ที่เติบโตตามธรรมชาติ ได้แก่ กลุ่มองค์กรศาสนา เช่น กลุ่มราชาโยคะ กลุ่มเต๋า กลุ่มเจ้าแม่กวนอิม เป็นต้น กลุ่ม/ชมรมสนใจสุขภาพ เช่น ชมรมชีวจิต สโมสรมังสวิรัต จ.เชียงใหม่ ศูนย์แม่โคไบโอดีทิกส์และธรรมชาติบำบัด จ.ขอนแก่น เป็นต้น

๒.๒ กลุ่มองค์กรที่มีอัตราเติบโตในปริมาณมากและรวดเร็ว บาง

องค์กรมีการกำหนดเป้าหมาย และกระบวนการจัด การที่เป็นระบบ ได้แก่ มูลนิธิบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ด้วยกิจกรรมทางศาสนา (โยเร) มูลนิธิเพื่อฝึกพลังจักรวาล ศูนย์พลังกายทิพย์เพื่อสุขภาพสหพันธ์มังสวิรัตแห่งประเทศไทย และเชื่อมโยงเป็นสมาชิกของสหพันธ์มังสวิรัตโลก เป็นต้น

๒.๓ องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ เช่น มูลนิธิสุขภาพไทย มูลนิธิดูแลสุขภาพบำบัดเพื่ออายุและสุขภาพ โครงการสมุนไพรรักษาโรคตนเอง โครงการฟื้นฟูการนวดไทย มูลนิธิหมอชาวบ้าน สมาคมแพทย์จีน เป็นต้น

๒.๔ เครือข่ายขายตรง ทำให้เกิดกระแสความตื่นตัวในผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆ อย่างมาก โดยเฉพาะอาหารเสริมสุขภาพ ใช้ช่องทางจำหน่ายนี้ถึง ๘๐% ของมูลค่าตลาดรวม ซึ่งคาดว่ามูลค่าตลาดปี ๒๕๔๗ จะสูงถึง ๔๐,๐๐๐ ล้านบาท (ศูนย์วิจัยกสิกร, ๒๕๔๗)

๓. ผ่านคลินิก สถานพยาบาล และสถานบริการสุขภาพเอกชน ได้แก่

๓.๑ กลุ่มองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ ได้แก่ สถานพยาบาลหัวเฉียว แผนโบราณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น ฯลฯ

๓.๒ กลุ่มธุรกิจเอกชน ได้แก่ ศูนย์ธรรมชาติบำบัดบิลลี่ ชีวาธรรม จ.ประจวบคีรีขันธ์ โรงเรียนดนตรีบำบัด คลินิกไคโรแพรคติก และโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่ง เป็นต้น

๔. ผ่านระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ จากการศึกษาหน่วยงานกรม กองทางวิชาการในส่วนกลาง และหน่วยงานส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า กรมสุขภาพจิตมีการดำเนินงานสูงถึงร้อยละ ๙๐ และจังหวัดในภาคเหนือตอนบนมีความสนใจศาสตร์สุขภาพทางเลือกมากกว่าที่อื่น

๕. ผ่านสื่อสารมวลชน วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือ ฯลฯ ได้แก่

- น.พ. บรรจบ ชุณหสวัสดิกุล แห่งศูนย์ธรรมชาติบำบัดบิลลี่ มีชื่อเสียงจากรายการ “ทิวไร้งพิษแบบธรรมชาติ” เจ้าของคอลัมน์ “ธรรมชาติบำบัด” ในหนังสือมติชนสุดสัปดาห์ หนังสือชุดธรรมชาติบำบัดต่างๆ

กว่า ๑๐๐ เล่ม รายการธรรมชาติบำบัดทาง UBC และเว็บไซต์

- ดร.สาทิธ อินทรกำแหง เผยแพร่แนวความคิดการบริโภคอาหารในแนวชีวิต ในการรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคมะเร็ง ด้วยความเชื่อที่ว่า โรคเหล่านี้มีสาเหตุมาจากนิสัยการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง และความผันผวนของอารมณ์ โดยประยุกต์เทคนิควิธีการของศาสตร์แมคโครไบโอติกส์ น้ำคั้นเอ็นไซม์ผัก ต้มน้ำต้มธัญพืช เพื่อ เอาสาร DNA, RNA (น้ำ R.C.) การออกกำลังกาย การกดจุด การคิดเชิงบวก การฝึกสมาธิ การใช้วิตามินในปริมาณสูงเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิตของตนเอง

สถานการณ์และแนวโน้มการแพทย์ทางเลือก

ปัจจุบันกระแสความสนใจด้านศาสตร์สุขภาพทางเลือกมีการขยายตัวอย่างกว้างขวาง จากการสำรวจโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศ ในปีพ.ศ. ๒๕๔๖ มีบริการการแพทย์ทางเลือกอยู่ร้อยละ ๙.๗๙ (ฝังเข็ม นั้่งสมาธิ โภชนบำบัด นวด พลังจักรวาล ดนตรีบำบัด) ศาสตร์และเทคนิคการแพทย์ทางเลือกที่มีการดำเนินงานมากที่สุดสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ คือ การออกกำลังกายและสำหรับการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ ได้แก่ การฝังเข็ม ซึ่งเป็นที่ยอมรับและมีการดำเนินการมากที่สุดด้วย ความตื่นตัวในการแสวงหาและใช้บริการสุขภาพทางเลือกเหล่านี้ เกิดจาก

๑. ความเจ็บป่วยของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป อัตราการตายของคนจากโรคไม่ติดต่อมีแนวโน้มสูงขึ้น ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน อุบัติเหตุ รวมถึงโรคติดต่อร้ายแรง คือโรคเอดส์ ตลอดจนภาวะเครียด เป็นต้น โรคเหล่านี้การแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
๒. ข้อจำกัดของการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือการแพทย์แบบชีวภาพ ซึ่งมีแนวคิดแบบแยกส่วนพิจารณาสาเหตุเฉพาะเจาะจงที่อวัยวะที่ผิดปกติ มีรูปแบบการรักษาเป็นแบบแผนเดียวกันทุกคน ปฏิเสธการดำรงอยู่ของมิติ

ทางจิต พิสูจน์ความจริงโดยเครื่องมือวัด จึงไม่มีที่ว่างสำหรับสนใจความรู้สึกนึกคิด ซึ่งตรวจวัดไม่ได้ ขณะที่มิติด้านศาสตร์สุขภาพทางเลือกเสนอแนวคิดที่แตกต่างหลากหลาย

๓. ความตื่นตัวด้านสุขภาพ สมุนไพร และกระแสคืนสู่ธรรมชาติ เป็นทางเลือกของวิถีชีวิตสมัยใหม่

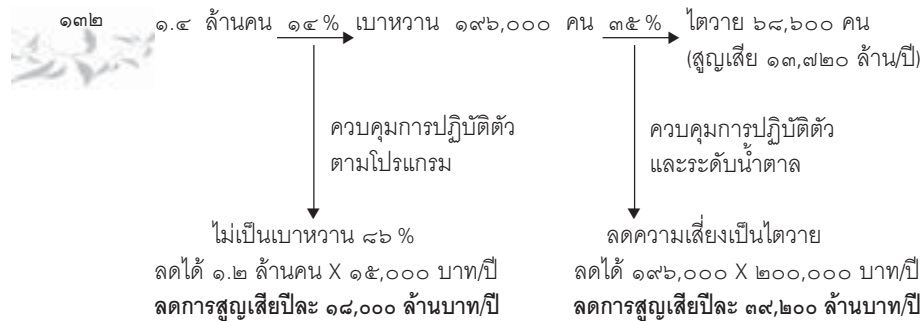
ปัจจุบันการแพทย์ทางเลือก ส่วนใหญ่ดำรงอยู่โดยแยกเป็นระบบ การให้บริการที่เป็นอิสระต่อกันในระบบบริการสุขภาพของรัฐ มีบางแห่งที่มีความพยายามที่จะผนวกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งและเคียงบ่าเคียงไหล่กับการแพทย์กระแสหลัก ภายใต้ระบบการให้บริการเดียวกัน หรือใช้ทั้ง ๒ แบบร่วมกัน บางแห่งเลือกเอาเทคนิคบางอย่าง มาใช้ร่วมในการรักษาของแพทย์กระแสหลัก ได้แก่ โครงการออกกำลังกาย โยคะเพื่อสุขภาพ ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เป็นต้น แต่ส่วนใหญ่ศาสตร์สุขภาพทางเลือกจะเติบโตอยู่โดยอิสระในภาคเอกชน โดยประชาชนเป็นผู้เลือกเอง ได้แก่

- มูลนิธิดูแลสุขภาพบำบัดเพื่ออายุและสุขภาพ (โรงพยาบาลบ้านสวน) ของ รศ.พญ. ลดาวัลย์ สุวรรณกิตติ ผู้ผสมผสานวิทยาการการแพทย์ตะวันออกและตะวันตกแบบบูรณาการ (Integrated) โดยใช้หลักดุลยศาสตร์ คือ “ความรู้ของความสุข” พิจารณาความสุขทางธรรมชาติของร่างกายมนุษย์ทุกระบบ ทั้งโครงสร้าง หน้าที่ และตำแหน่ง สอนให้คนเข้าใจ และเรียนรู้ที่จะดูแลสุขภาพตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพโดยมีกิจกรรมการบำบัดได้แก่ การบริหารร่างกาย การนวด การฝังเข็มแนวใหม่ และการปรับโครงสร้างสมดุล
- ศูนย์ธรรมชาติบำบัดบ๊ววี โดย นพ. บรรจบ ชุนทสวัสดิกุล เสนอแนวทางธรรมชาติบำบัด ได้แก่ คลินิกธรรมชาติบำบัด ศูนย์สุขภาพ ครัวสุขภาพ ร้านสินค้ากายกับใจ และโปรแกรมทัวร์ ฯลฯ เน้นการส่งเสริม การป้องกันโรค และพฤติกรรมกรรมการอยู่

ตัวอย่างการสูญเสียทางเศรษฐกิจจากโรค ซึ่งเกิดสืบเนื่องจากพฤติกรรมการกิน การอยู่
ประชากรไทย ๖๒.๔ ล้านคน (ศศิธร, ๒๕๔๓) เป็นโรคเบาหวาน ๒.๔ ล้านคน
เป็นโรคเบาหวานแฝง ๑.๔ ล้านคน

- กลุ่มเสี่ยงมีลักษณะ**
- อายุ ๔๕ ปี ขึ้นไป
 - อ้วน
 - มีพันธุกรรมเป็นโรค
 - ความดันโลหิตสูง
 - ไตรกลีเซอไรด์ > ๒๕๐ mg/dl
 - HDL-C < ๓๕ mg/dl เนื่องจากพฤติกรรมนั่งๆ นอนๆ ไม่ชอบออกกำลังกาย กินแป้งมาก

กลุ่ม C อ้วนและมีเบาหวานแฝง



วิเคราะห์สถานการณ์ การแพทย์ทางเลือก

จุดแข็ง

- เป็นทางเลือกในการรักษาโรคเรื้อรังและโรคภัยแรง
 - มีความหลากหลาย จึงตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการที่มีอำนาจการตัดสินใจมากขึ้น
 - มีปรัชญาพื้นฐาน ทฤษฎี การวินิจฉัย และวิธีการรักษาเป็นแบบองค์รวม สามารถเสริมและผสมผสานการดูแลรักษาสุขภาพร่วมกับศาสตร์อื่นได้
 - เป็นระบบบริการในเชิงรุก เช่น การส่งเสริมคุณภาพชีวิต การดูแลสุขภาพแนวอายุวัฒนะ การเสนอสินค้า/บริการแบบขายตรง เป็นต้น
 - เกิดจากกระแสผลักดันจากภาคเอกชน และความสนใจดูแลสุขภาพตัวเองของประชาชน
 - มีการขยายตัว เป็นเครือข่ายอย่างรวดเร็ว
 - มีทรัพยากรและองค์ความรู้อยู่มากมาย และมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ
- จุดอ่อน**
- ความปลอดภัยในการให้บริการด้วยวิธีนั้นๆ
 - ทฤษฎี องค์ความรู้ไม่ชัดเจนพอที่จะเผยแพร่ได้อย่างเป็นทางการ
 - ขาดหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนโดยเฉพาะในประเทศไทย
 - มีการโฆษณาเกินจริงในบางเรื่องด้วยเหตุผลทางธุรกิจ อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้บริโภคได้
 - ส่วนใหญ่ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง

โอกาส

- มาตรการการส่งเสริม สิทธิผู้ป่วยในการเลือกบริการสุขภาพ
- เทคโนโลยีการสื่อสารมีประสิทธิภาพสูง และมีเสรีภาพค่อนข้างสูง

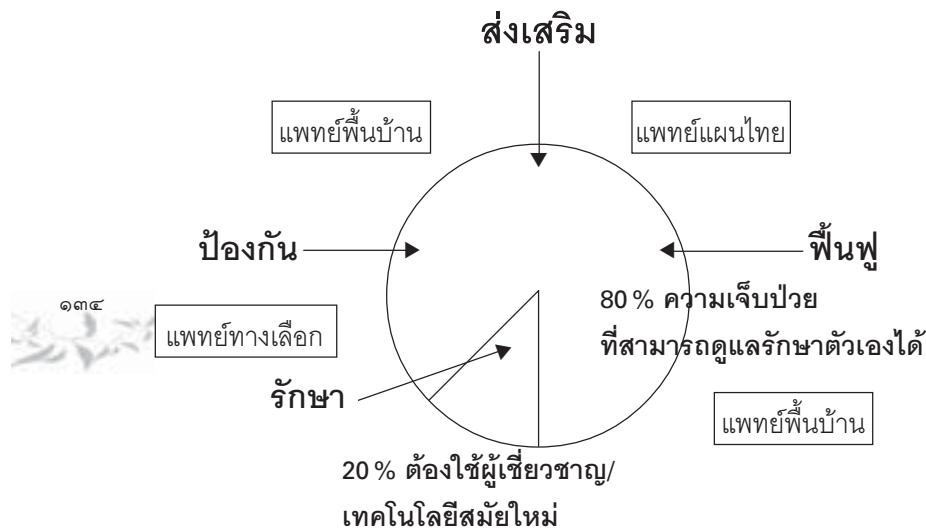
อุปสรรค

- มีเหตุผลทางธุรกิจมาเกี่ยวข้องมาก อาจทำให้การบิดเบือนข้อมูลเชิงวิชาการได้ง่าย
- ไม่มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้ข้อมูล คัดกรองข้อมูล กำหนดมาตรฐาน และ

ตรวจสอบอย่างจริงจัง

๓. การพัฒนายังอยู่ภายใต้อำนาจการตัดสินใจและบริการโดยแพทย์แผน
ปัจจุบัน ขาดการยอมรับสนับสนุนและส่งเสริมจากองค์กรของรัฐ

บทสรุปและการวิเคราะห์สถานการณ์



การบำบัดและรักษาความเจ็บป่วย

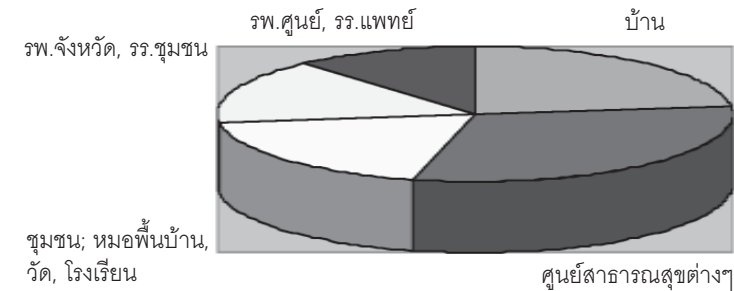
เป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นผู้ถือครองส่วนแบ่งสูงสุดในการให้บริการทางสุขภาพ ทั้งที่เป็นความเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ที่สามารถดูแลรักษาตัวเองได้ ๘๐% และการรักษาที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีระดับสูง ๒๐% แต่นอกจากไม่สามารถตอบสนองความจำเป็น และความต้องการที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชนได้ครอบคลุมแล้ว ยังมีต้นทุนค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ถ้าหากเราสามารถผลักดันวิธีการดูแลสุขภาพเชิงรุก (การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค)

และการฟื้นฟูให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เข้ามาทดแทนการแก้ปัญหาคความเจ็บป่วยรูปแบบเดิมนี้ ย่อมจะเป็นการลดการใช้บริการทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายโดยรวมของประเทศลงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแพทย์แผนไทย ที่มีคุณสมบัติโดดเด่นในด้านการส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพ การแพทย์ทางเลือกเพื่อการป้องกัน และการรักษาโรคที่ล้นหลาม และการแพทย์พื้นบ้านไทย เพื่อการดูแลสุขภาพพื้นฐาน ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพ

บ้าน ชุมชน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Primary Health Care) ควรมีการจัดเตรียมและขยายให้เพียงพอกับความจำเป็น ๘๐% ส่วนที่เหลือ ๒๐% เป็นการส่งต่อไปยังระบบการดูแลสุขภาพระดับกลาง (Secondary Health Care) อันได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และระบบการดูแลสุขภาพระดับสูง (Tertiary Health Care) ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงเรียนแพทย์ โดยศูนย์สาธารณสุขมูลฐานเป็นผู้ประสานงานกับเครือข่ายประชาชนในชุมชนโดยตรง แต่ให้บริการในรูปแบบที่แตกต่างกับหมอพื้นบ้าน

ระบบสุขภาพ



ยุทธศาสตร์และแนวทางการพัฒนา

ระบบบริการสุขภาพของไทยขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐบาล และการเรียนรู้ของประชาชน เป็นปัจจัยผลักดันการเปลี่ยนแปลง (Driving force) เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ต่างๆ

เป้าหมาย (Goals)

๑. มีการจัดบริการ การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการใช้สมุนไพรในระบบบริการสุขภาพทุกระดับ
๒. มีการจัดการเรียนการสอน การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรไทย ในระบบการศึกษา และการผลิตบุคลากร
๓. มีการวิจัยและพัฒนาความรู้ ด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรไทย เพื่อนำมาใช้ในบริการอย่างสุขภาพอย่างเหมาะสม

๑๓๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๑: ผลักดันให้มีการบริการ การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการใช้สมุนไพรไทย ในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ

๑.๑ พัฒนาระบบบริการ การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการใช้สมุนไพรไทย ในสถานพยาบาลทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชน

แนวทางการดำเนินการ :

- ๑) กำหนดมาตรฐานบริการ และสนับสนุนทรัพยากรให้มีการบริการในสถานเอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเฉพาะทางของกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลรัฐอื่นๆ
- ๒) กำหนดมาตรฐานการบริการฯ และส่งเสริมให้มีการจัดบริการในสถานพยาบาลภาคเอกชนทุกระดับ
- ๓) ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดบริการฯ โดยประชาชนในชุมชน

๔) จัดเครือข่ายบริการฯ เพื่อการส่งต่อผู้ป่วย และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

๑.๒ ผลักดันให้มีการรวมบริการ การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการใช้สมุนไพร ไว้ในสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติ ประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ

แนวทางการดำเนินงาน :

- ๑) กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก รับผิดชอบในการเจรจากับองค์กรผู้จัดการ การประกันสุขภาพ ผ่านกระทรวงสาธารณสุข ทั้งตัวรูปแบบบริการ ค่าใช้จ่าย และการติดตามประเมินผล เพื่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
- ๒) ประสานความร่วมมือกับองค์กรผู้ดูแลบริการสุขภาพ เช่น สภาสุขภาพแห่งชาติ สถาบันปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อการออกแบบระบบบริการที่สอดคล้อง

๑๓๗

๑.๓ จัดตั้งสถานบริการเฉพาะทางชั้นสูง ด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการใช้สมุนไพร

แนวทางการดำเนินการ :

- ๑) จัดตั้งโรงพยาบาล/สถาบัน ที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลการแพทย์ทางเลือก ประเภทต่างๆ เพื่อเป็นแหล่งรับผู้ป่วยส่งต่อ และให้คำปรึกษา
- ๒) จัดตั้งภาคีผู้ผลิตสมุนไพร สนับสนุนผู้ผลิตด้านการตลาด การกระจายสินค้า และการวางแผนการผลิตที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของตลาด

ยุทธศาสตร์ที่ ๒: ส่งเสริมการใช้บริการ การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการใช้สมุนไพรไทย ด้วยการจัดการเชิงรุก

๒.๑ จัดทำโครงการนำร่องเพื่อสร้างสรรค์/ส่งเสริม รูปแบบ “สุขภาพวิถีไท”

แนวทางการดำเนินการ :

- ๑) จัดตั้งหมู่บ้านตัวอย่าง “สุขภาพวิถีไท” เพื่อเป็นต้นแบบ และสถานที่ศึกษาดูงาน
- ๒) จัดให้มีสถานพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ ทั้งในระดับสถานีนอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเอกชน

๒.๒ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อถือ และยอมรับในการบริการ การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการใช้สมุนไพรไทย

แนวทางการดำเนินการ :

- ๑) จัดตั้งศูนย์ประชาสัมพันธ์ ดำเนินการเผยแพร่ความรู้ และข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อมวลชน และระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์อย่างต่อเนื่อง
- ๒) จัดให้มีศูนย์บริการความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการใช้สมุนไพรไทย ที่ประชาชนและผู้สนใจ สามารถติดต่อสอบถามได้ตลอดเวลา ในรูปแบบการสื่อสารที่หลากหลาย
- ๓) จัดประชุมวิชาการ นิทรรศการ การแสดงสินค้าและบริการ สำหรับประชาชนอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในและต่างประเทศ

๒.๓ ผลักดันให้มีการใช้บริการ การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการใช้สมุนไพรไทย ทดแทนหรือผสมผสานกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน

แนวทางการดำเนินการ :

- ๑) จัดหลักสูตรการฝึกอบรม และการศึกษาต่อเนื่อง ด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรไทย แก่ผู้ประกอบการวิชาชีพบริการ

สุขภาพปัจจุบัน

- ๒) จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติที่ผสมผสานการแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการใช้สมุนไพรไทย สำหรับโรคและปัญหาสุขภาพต่างๆ และเผยแพร่เพื่อนำไปใช้
- ๓) ประสานกับสภาวิชาชีพ เช่น แพทยสภา สภากายภาพบำบัด สภาเภสัชกรรม เพื่อผลักดันให้เกิดการยอมรับบริการฯ สร้างกลไก รับฟังเสียงสะท้อน และร่วมกันแก้ปัญหาอย่างสม่ำเสมอ

๒.๔ เพิ่มช่องทางการกระจายบริการ การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการใช้สมุนไพรไทย ให้เข้าถึงประชาชนในประเทศ และขยายออกไปสู่นอกประเทศ

แนวทางการดำเนินการ :

- ๑) พัฒนารูปแบบการให้บริการฯ ในชุมชน โดย หมอพื้นบ้าน หมอนวดไทย และผู้ประกอบการวิชาชีพในชุมชนจัดให้มีการกระจายบริการไปทั่วถึงทุกหมู่บ้าน
- ๒) ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งสถานประกอบการ ทั้งในรูปแบบเดี่ยว และเครือข่าย (Franchise) กระจายลงพื้นที่ เช่น สถานประกอบการสปา สถานประกอบการนวดไทย เป็นต้น
- ๓) เพิ่มสถานที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร ในรูปแบบต่างๆ ทั่วประเทศ และส่งเสริมสนับสนุนการส่งออกไปจำหน่ายต่างประเทศ
- ๔) สนับสนุนส่งเสริม การส่งออกผู้ประกอบการวิชาชีพบริการ การแพทย์แผนไทยไปทำงานในต่างประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ ๓: ส่งเสริมการศึกษาด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร

๓.๑ บรรลุความรู้เรื่องการแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร ในการศึกษาพื้นฐานทุกระดับ

แนวทางการดำเนินการ :

- ๑) ประสานงานกับกระทรวงศึกษาธิการ เพื่อให้มีการสอนใน

โรงเรียน และวิทยาลัยทุกระดับ ตามความเหมาะสม

๒) จัดตั้งคณะกรรมการผลิตหลักสูตร และจัดทำเอกสารเพื่อประกอบประกอบการเรียนการสอนที่มีการติดตามปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

๓.๒ ส่งเสริมให้มีการเรียนการสอน สาขาวิชาการแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสถาบันในสถานศึกษา เพื่อผลิตบุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง

แนวทางดำเนินการ :

- ๑) ส่งเสริมให้มีการเรียนการสอนในผู้ประกอบอาชีพในวิทยาลัยที่มีอยู่ หรือที่จัดตั้งขึ้นใหม่ เช่น หลักสูตร การนวดไทย เวชกรรมแผนไทย เภสัชกรรมไทย Aroma therapist Spa therapist การฝังเข็มแบบจีน เป็นต้น
- ๒) ส่งเสริมให้มีการเรียนการสอนในระดับปริญญาตรี ในมหาวิทยาลัย และพัฒนาไปสู่ระดับปริญญาโท และปริญญาเอกในอนาคต

๓.๓ ผสมผสานวิชาการแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร ในการเรียนการสอนวิชาชีพบริการสุขภาพแผนปัจจุบัน

แนวทางดำเนินการ :

- ๑) ประสานงานกับคณะกรรมการศึกษา โรงเรียนแพทย์ โรงเรียนพยาบาล คณะเภสัชศาสตร์ เพื่อให้มีการเรียนการสอนวิชาเหล่านี้ แก่นิสิตนักศึกษา หลักสูตรแผนปัจจุบัน
- ๒) จัดหาวิทยากรผู้มีความรู้ความสามารถ ไปช่วยสอนในสถาบันการศึกษาแผนปัจจุบันเหล่านี้

ยุทธศาสตร์ที่ ๔: ส่งเสริมการวิจัยที่และพัฒนาด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร

๔.๑ จัดตั้งศูนย์จัดการความรู้ Knowledge Management ด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร

แนวทางดำเนินการ :

- ๑) กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จัดตั้งศูนย์ฯ รวบรวมความรู้ ตำรา การวิจัย และข้อมูลวิชาการต่างๆ จัดเป็นหมวดหมู่ สามารถสืบค้นได้
- ๒) รวมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์
- ๓) ประสานความช่วยเหลือทางวิชาการกับต่างประเทศ

๔.๒ ส่งเสริมการวิจัยด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร ในสถานบริการสุขภาพ สถาบันการศึกษา และผู้ผลิตสมุนไพรทุกระดับ ทั้งภาครัฐและเอกชน

แนวทางดำเนินการ :

- ๑) จัดตั้งศูนย์วิจัยฯ วางแผน สนับสนุน ทั้งด้านความรู้ เงินทุน และการนำผลงานไปใช้ประโยชน์
- ๒) สร้างเครือข่ายผู้วิจัยในสถาบันภาคี ทั้งสถานบริการสุขภาพ สถาบันการศึกษา และผู้ผลิตสมุนไพร

๔.๓ พัฒนาระบบการรับรองคุณภาพบริการ การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และผลิตภัณฑ์สมุนไพร การรับรองผู้ประกอบการวิชาชีพ และการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา

แนวทางดำเนินการ :

- ๑) จัดทำมาตรฐาน กำหนดรูปแบบการประเมิน และดำเนินการประเมิน เพื่อรับรองมาตรฐาน สถานบริการเหล่านี้ ทั้งในภาครัฐและเอกชน
- ๒) ปรับปรุงระบบและกระบวนการรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์สมุนไพร ให้สะดวก รวดเร็ว และสอดคล้องกับสภาพทางสังคม
- ๓) พัฒนาระบบการรับรองผู้ประกอบการวิชาชีพฯ ให้ได้มาตรฐานคุณภาพเป็นที่ยอมรับของสังคม รวมทั้งมีกระบวนการติดตามคุณภาพ และการศึกษาต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ

- ๔) พัฒนากฎหมาย ระเบียบ และกระบวนการ การขอความ
คุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา ด้วยการจดทะเบียนสิทธิ ทั้งใน
ส่วนของบริการและผลิตภัณฑ์

บรรณานุกรม

- กันทิมา สิทธิธัญกิจ และพรทิพย์ เต็มวิเศษ. (๒๕๔๗). คู่มือประชาชนในการดูแลสุขภาพ
ด้วยการแพทย์แผนไทย. กรุงเทพฯ: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ดารณี อ่อนชมจันทร์. (๒๕๔๖). การแพทย์พื้นบ้านไทยภูมิปัญญาของแผ่นดิน ๒๕๔๖.
นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวง-
สาธารณสุข.
- ศศิธร รุ่งบรรณพันธ์. (๒๕๔๓). เอกสารบรรยายข้อมูลเกี่ยวกับเบาหวาน ๒๕๔๓. กรุงเทพฯ:
บริษัท โรช ไดแอคโนสติกส์ (ประเทศไทย) จำกัด. อัดสำเนา.
- บ้านเมืองออนไลน์. (๑๙ มิถุนายน ๒๕๔๗). ต่อดีวีดี ๒๔ หมอบ้านนาพื้นภูมิปัญญา พลิก
ป่าสมุนไพรรักษาโรค. [ออนไลน์] จาก: <http://www.banmuang.co.th/>
- ปัญญาภัทร ธาระวานิช. (๒๕๔๑). คนกรุงเทพฯกับการบริโภคอาหารเสริมสุขภาพจาก
สมุนไพรรักษาโรค. [ออนไลน์] ใน บริษัท ศูนย์วิจัยกสิกรรมไทย จำกัด.
- ปัญญาภัทร ธาระวานิช. (๒๕๔๒). พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริมสุขภาพของคน
กรุงเทพฯ. [ออนไลน์] ใน บริษัท ศูนย์วิจัยกสิกรรมไทย จำกัด.
- ปัทมาวดี กสิกรรม. สุขภาพทางเลือก. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- มาลา ไชยเอนก. (๒๕๔๔). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบ
พื้นบ้านของหญิงหลังคลอด: กรณีชุมชนชาวไทยบ้านกุดหว้า อำเภอกุฉินารายณ์
จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุศึกษา บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ยงค์ศักดิ์ ตันติปัญญ และคณะ. (๒๕๔๔). รายงานการสังเคราะห์องค์ความรู้การปฏิบัติ
ระบบสุขภาพ เรื่อง “การพัฒนาสุขภาพวิถีไทย”. นนทบุรี: สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข.
- สถานบำบัดพักฟื้นผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย วัดพระบาทน้ำพุ. (๒ สิงหาคม ๒๕๔๗).
[ออนไลน์] จาก: <http://www.aidstemple.th.org/>.
- วิชัย โชควิวัฒน์. (๒๕๔๖). นโยบายและทิศทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการ
แพทย์ทางเลือกของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์
ทหารผ่านศึก.

บรรจบ ชุณหสวัสติกุลและลลิตา ธีระสิริ. (๑๐ สิงหาคม ๒๕๔๗). การรักษาแนวธรรมชาติบำบัด. ศูนย์ธรรมชาติบำบัดบับลวี. [ออนไลน์] จาก: <http://www.balavi.com/>

ศูนย์วิจัยกสิกรรมไทย. พฤติกรรมในการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรรักษา/ ป้องกันโรค. ช่วงเวลาสำรวจ ๒๕ มกราคม-๔ มิถุนายน ๒๕๔๗.

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้านไทย. (๒๕๔๖). กระบวนการพัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้านไทย. กรุงเทพฯ : สำนักกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้านไทย. (๒๕๔๗). รวมบทความวิชาการ “การแพทย์พื้นบ้านไทย”. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กลุ่มนโยบายสาธารณสุขด้านสังคมวัฒนธรรม. (๒๕๔๓). สุขภาพทางเลือก (Alternative Health).

“Chapter ๕ : Strategy and plan of action ๒๐๐๒-๒๐๐๕”. (๒๐๐๒). In WHO Medicine Strategy ๒๐๐๒-๒๐๐๕, Switzerland : WHO Geneva, ๒๐๐๒.

National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). “Expanding Horizons of Health Care : Five -Year Strategic Plan ๒๐๐๑-๒๐๐๕”. Available from: <http://nccam.nih.gov/about/plans/fiveyear/index.htm> [Accessed ๒๐๐๔, Aug, ๑].

Nichols, J.E. ๑๙๙๐. By the Numbers: Using Demographic and Psychographics for Business Growth in the '๙๐s. ใน เก้า วงศ์ปัญญา. (๒๕๔๖). เอกสารประกอบการบรรยายประชากรศาสตร์เชิงธุรกิจ. อัดสำเนา.

สัมภาษณ์

ทวี เลหาพันธ์. ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๔๗. หัวหน้าสถานการแพทย์แผนไทย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. สัมภาษณ์.

ลดาวลัย สุวรรณกิตติ. ๑๘ สิงหาคม ๒๕๔๗. มูลนิธิสุขภาพบำบัดเพื่ออายุและสุขภาพ (โรงพยาบาลบ้านสวน). สัมภาษณ์.

เอนก ศิริโรชาชัย. ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๔๗. นักวิชาการสาธารณสุข ตัวแทนศูนย์ประสานงานแพทย์แผนไทย ภาคเหนือ จ.เชียงใหม่. สัมภาษณ์.

กรณีศึกษาจากต่างประเทศ

กรณีศึกษาการแพทย์แผนจีน

ปัจจุบันการแพทย์แผนจีนได้รับการยอมรับไปทั่วโลก โดยเฉพาะนักวิจัยชาวตะวันตกได้ให้ความสนใจอย่างกว้างขวาง เป็นที่ประจักษ์มากขึ้นเรื่อยๆ ว่า มีประสิทธิภาพสูง และสามารถรักษาอาการของโรคบางโรค ที่แพทย์แผนปัจจุบันยังไม่พบวิธีรักษาได้

ในช่วงต้นของศตวรรษที่ ๑๙ การแพทย์แบบตะวันตกได้เข้าสู่ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน พร้อมกับชาวมิชชันนารี และการค้าขายของประเทศแถบตะวันตก อิทธิพลของการแพทย์แบบตะวันตกเพิ่มขึ้นในสังคมจีน เกิดปรากฏการณ์ที่แพทย์จีนบางส่วนตีความทฤษฎีการแพทย์จีนโดยใช้คำศัพท์ของการแพทย์แบบตะวันตก มีความเชื่อมโยงความรู้ของการแพทย์ทั้ง ๒ ระบบ ในขณะเดียวกัน การแพทย์จีนถูกจำกัดบทบาทลง และยังเกิดความขัดแย้ง อีกทั้งแบ่งแยกจากการแพทย์แบบตะวันตกด้วย

ต่อมาภายหลังปี พ.ศ. ๒๕๔๙ เมื่อประเทศจีนได้รับการสถาปนาเป็นประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน รัฐบาลจีนมีนโยบายเสริมสร้าง และพัฒนาการแพทย์จีนอย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง โดยตระหนักว่า การแพทย์จีนมีปรัชญา แนวคิด และวิธีการทางแพทย์ที่มีเอกลักษณ์ ทฤษฎีการแพทย์จีนที่สำคัญ คือ ทฤษฎีหยิน-หยาง และทฤษฎีหวู่สิง หรือ Five Evolution or

Element กระบวนการวินิจฉัยโดยการตรวจสอชีพจร วิธีการใช้ยาสมุนไพร การแทงเข็ม การใช้ความร้อน

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ “รัฐบาลจีนให้ความสำคัญต่อการแพทย์จีน และการแพทย์แบบตะวันตกอย่างเท่าเทียมกัน พร้อมทั้งระดมแพทย์ ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขทั้งแผนจีน แผนตะวันตกเพื่อพัฒนา สุขภาพของชาวจีน” อีกทั้ง “ฟื้นฟู และยกระดับการแพทย์จีน และเภสัชกรรมแผนจีนสู่ระดับสูงอย่างต่อเนื่อง” สำหรับกระทรวงสาธารณสุขของรัฐบาลจีนได้ก่อตั้ง กรมการแพทย์จีน มีบทบาทในการกำหนดนโยบาย แผนงาน การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ข้อมูลข่าวสาร และพัฒนาการแพทย์จีนระดับมณฑล ในปี พ.ศ. ๒๕๒๙ กระทรวงสาธารณสุขจีนได้จัดตั้ง คณะกรรมการบริหารด้านการแพทย์จีน ที่มีบทบาทด้านนโยบาย นอกจากนี้ยังจัดตั้งสถาบันทางวิชาการด้านการแพทย์ ซึ่งมีบทบาทด้านการวิจัย

๑๔๖

พ.ศ. ๒๕๔๙ รัฐบาลจีนได้ก่อตั้งวิทยาลัยการแพทย์จีน ๔ แห่งแรก ขึ้น นับจากนั้น ก็ขยายจำนวน และพัฒนาเรื่อยมา จนกระทั่งปัจจุบัน มีวิทยาลัยการแพทย์จีน ๑๐๐ แห่ง วิทยาลัยการแพทย์ของมองโกเลีย และ คณะการแพทย์จีน ๑๑ แห่ง ที่อยู่ภายในโรงเรียนแพทย์แบบตะวันตกอีกด้วย ระยะเวลาของการศึกษา ๕ ปี จัดการให้มีการฝึกอบรมการแพทย์จีน การศึกษาการแพทย์จีนทางไปรษณีย์ มีหลักสูตรการแพทย์จีนสำหรับชาวต่างประเทศ ระดับปริญญาโท / เอก และมีสถาบันวิจัยด้านการแพทย์จีน ประมาณ ๑๗๐ แห่งทั่วประเทศ

สำหรับด้านบริการทางการแพทย์จีน โรงพยาบาลทั่วไปมีแผนกการแพทย์จีนที่ใช้บริการการแพทย์จีนเป็นการเฉพาะ ๙๕ % บุคลากรของการแพทย์จีนทั้งหมดมีจำนวน ๕๓๘, ๐๐๐ คน ส่วนมากเป็น “หมอชาวบ้าน” อยู่ในเขตชนบท ให้บริการโดยใช้ยาสมุนไพร และการแทงเข็ม รัฐบาลได้จัดสรร การสนับสนุนเพื่อพัฒนาการศึกษา การวิจัย และการบริการแพทย์จีนอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

ทิศทางและรูปแบบการผสมผสานการแพทย์จีน และการแพทย์แบบตะวันตก

เน้นถึงหลักการผสมผสาน การช่วยเหลือ การร่วมมือกัน การศึกษา และการใช้ประโยชน์ซึ่งกันและกัน หลักการนี้มีบทบาทสำคัญในการสืบทอด และการพัฒนาการแพทย์จีน กระทรวงสาธารณสุขได้จัดการให้มีหลักสูตร การแพทย์จีนหลายระดับ แพทย์แบบตะวันตกสามารถเรียนการแพทย์จีน ๒-๓ ปี ภายหลังจากจบการแพทย์แผนตะวันตก มีมหาวิทยาลัย ๓ แห่งที่มี หลักสูตรการแพทย์จีนสำหรับผู้จบการศึกษาปริญญาตรี และมีสถาบันการศึกษา ๒๙ แห่ง ที่มีหลักสูตรการแพทย์จีนแบบผสมผสานกับการแพทย์แผนตะวันตก ระดับปริญญาตรี/โท นอกจากนี้ยังมีหลักสูตรฝึกอบรมการแพทย์จีนระยะสั้น สำหรับแพทย์แผนตะวันตกอีกด้วย

การผสมผสานในระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในการปฏิบัติ การแพทย์จีนถูกใช้ในสัดส่วนค่อนข้างสูง (ร้อยละ ๔๐) ในการบริการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน และน้อยลงสำหรับโรงพยาบาล (ยกเว้นแผนกการแพทย์จีน) โรงพยาบาลทั่วไปส่วนใหญ่ใช้การแพทย์แบบตะวันตกและผนวกด้วยการใช้ยาจีน ทั้งนี้ขึ้นกับประเภทของโรค และอาจมีปรากฏการณ์ที่เหลื่อมซ้อนกันโดยที่ทดลองรักษาแผนใดแผนหนึ่งก่อน และเปลี่ยนไปรักษาแผนอื่นที่หลัง ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการบริการทางการแพทย์มี ๓ ระบบ คือ ระบบการแพทย์จีนระบบการแพทย์แบบตะวันตก ระบบการแพทย์แบบผสมผสาน

๑๔๗

การเพิ่มความสมบูรณ์และความร่วมมือกัน มุ่งหวังให้ผลการรักษาโรคมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น จากประสบการณ์ทางคลินิกพบว่า การแพทย์จีนได้ผลดีกว่าการแพทย์แบบตะวันตกสำหรับ Functional Diseases และ Senile Involutional Diseases แต่สำหรับ Refractory Diseases ตัวอย่างเช่น Chronic Atrophic Gastritis, Severe Hepatitis, Lupus Erythematosus and Dermatosclerosis etc. วิธีการแบบผสมผสานได้ผลดีกว่า นอกจากนี้ หลักการของการแพทย์จีนที่เพิ่มความต้านทานของร่างกาย และเสริมสร้างบทบาทหน้าที่ของระบบ

ภายในร่างกาย ยังสามารถใช้ประโยชน์ในการรักษาโรคมะเร็งได้ดี สามารถลดการเจริญของเซลล์มะเร็งและลดอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาแบบตะวันตก สุดท้ายการแพทย์จีนมีประสิทธิภาพในโรคเฉียบพลันบางโรคอีกด้วย การแพทย์จีนอันเป็นการดูแลสุขภาพและการแพทย์แบบธรรมชาติ จะได้รับการยอมรับมากขึ้น และพัฒนาการที่รวดเร็วของการแพทย์แบบตะวันตกจะส่งผลดีต่อการผสมผสาน ต่อความเข้าใจในทฤษฎีการแพทย์จีน การแพทย์จีนยังต้องการนำความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีของการแพทย์แบบตะวันตกมาใช้ประโยชน์เพื่อพัฒนาการผสมผสานในการรักษาโรคและปรับปรุงการรักษาโรคแบบเฉพาะบุคคลให้ได้ผลการรักษาที่ดียิ่งขึ้น

กรณีศึกษาการแพทย์ไทยเขตปกครองตนเอง สิบสองปันนา ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน

พ.ศ. ๒๕๓๔ และในปี พ.ศ. ๒๕๓๙ คณะทำงานจากโครงการเครือข่ายการใช้มิติวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพ ได้ไปศึกษาดูงานการแพทย์ไทยอีกครั้ง ซึ่งน่าจะเป็นบทเรียนสำหรับการพัฒนาการแพทย์แผนไทย

สิบสองปันนาเป็นเขตปกครองตนเองในมณฑลยูนนาน มีชนชาติไท มีพื้นที่ ๒๕,๐๐๐ ตารางกิโลเมตร ชายไทลื้อนับถือพุทธศาสนานิกายเถรวาท และมีความเชื่อดั้งเดิมในเรื่องผี ขวัญ และไสยศาสตร์ มีภาษาและอักษรเป็นของตนเอง ปัจจุบันสิบสองปันนามีคนรุ่นใหม่ซึ่งได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมจีนมากขึ้น ซึ่งมีผลกระทบต่อการสืบทอดมรดกทางวัฒนธรรมของไทลื้อเป็นอย่างมาก

รัฐบาลจีนได้มีนโยบายที่ชัดเจนในการฟื้นฟู พัฒนา และนำเอาการแพทย์พื้นบ้านของชนชาติส่วนน้อยต่างๆ โดยพิจารณา ๔ ด้านได้แก่

๑. มีการบันทึกเป็นอักษรของชนชาติตนเอง
๒. เป็นระบบทฤษฎีที่ชัดเจน
๓. มีระบบการวินิจฉัยที่ชัดเจน

๔. มีวิธีการรักษา ตำรับยาและตัวสมุนไพรที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ

ปัจจุบันรัฐบาลจีนได้รับรองและมีนโยบายฟื้นฟูพัฒนาการแพทย์ของชนชาติส่วนน้อย ๔ ชนชาติ คือ ชนชาติไท ธิเบต มองโกล และซินเกียง กำหนดนโยบายต่อการแพทย์พื้นบ้านของทั้ง ๔ ชนชาติไว้กว้างๆ เป็น ๒ ขั้นตอน คือ การสืบทอดและการพัฒนา

จากการแลกเปลี่ยนกับผู้รับผิดชอบการพัฒนาการแพทย์ไทในสิบสองปันนาที่สถาบันศึกษาวิจัยการแพทย์จีนที่นครคุนหมิง มณฑลยูนนาน และที่สถาบันการแพทย์ไทสิบสองปันนาทำให้ได้รับทราบว่า การแพทย์ไทในสิบสองปันนา มีการพัฒนาในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

การสืบเสาะ ค้นหา ขุดค้น รวบรวม องค์ความรู้และบุคลากร

๑) องค์ความรู้ มีการรวบรวมตำรายา จากโบราณ และคำบอกเล่าต่างๆ ตั้งแต่ปลายทศวรรษ ๑๙๗๐ จนถึงปัจจุบัน เฉพาะในเขตปกครองตนเองสิบสองปันนามีการรวบรวมหนังสือได้มากกว่า ๒๐๐ เล่ม และเขตปกครองตนเองเต๋อหิงรวบรวมได้ ๔๑ เล่ม

๒) บุคลากร มีการคัดเลือกหมอยาที่มีชื่อเสียงในเขตปกครองตนเองสิบสองปันนา โดยมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณา คือ เป็นหมอที่มีความรู้ทางทฤษฎี มีประสบการณ์และความชำนาญในการรักษาโรค มีความรู้ในตัวยาสมุนไพรและรู้วิธีการในการปรุงยา ตลอดจนมวลชนมีความเลื่อมใสศรัทธา หมอที่ทำหน้าที่สอนและรักษา (ในโรงพยาบาล) มี ๓-๔ คน เป็นข้าราชการของรัฐ อีกประมาณ ๓๐ คน จะเชิญมาสอนเป็นช่วงๆ สำหรับผู้เชี่ยวชาญการแพทย์ไท ในขณะนี้ไม่มีเพียงท่านเดียวคือ ขนานลา

การให้บริการในโรงพยาบาลการแพทย์ไท

พ.ศ. ๒๕๓๑ ได้มีการตั้งโรงพยาบาลการแพทย์ไทขึ้น ที่เมืองเซียงรุ่ง เป็นโรงพยาบาลขนาด ๕๐ เตียง มีบุคลากรประมาณ ๑๐๐ คน รัฐบาลให้การสนับสนุนงบประมาณ ๖๐ % ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ที่เหลือได้รับจาก

ค่ารักษาของผู้ป่วย โรงพยาบาลแห่งนี้ให้บริการการแพทย์ ๓ ระบบ คือ ระบบการแพทย์ไทย ระบบการแพทย์จีน และระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน (ใช้ในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน) แต่ให้ความสำคัญกับการบริการการแพทย์ไทยเป็นหลักมีหมอไทยเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล และมีหมอไทยจำนวน ๓๐ คน เป็นผู้ให้บริการผู้ป่วยซึ่งมีประมาณวันละ ๔๐ คน โรคที่ให้การรักษาส่วนใหญ่ได้แก่ โรคเกี่ยวกับกระดูก โรคลมผัดเดียน โรคลม การรักษาใช้ยาสมุนไพร การนวด การอบไอน้ำสมุนไพร การใช้กระบอกแก้วสุญญากาศ นอกจากนี้โรงพยาบาลแห่งนี้ยังเป็นสถาบันการศึกษาและวิจัยการแพทย์ไทยควบคู่ไปด้วย

มีการจัดการประชุมสัมมนาแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างหมอด้วยกันในระดับหมู่บ้าน อำเภอ และเขตปกครองตนเองหลายครั้ง สำหรับในระดับชาติจะจัดให้มีการประชุม

พฤศจิกายน ๒๕๓๓ ได้มีการประชุมยุทธศาสตร์การพัฒนากการแพทย์ไทยขึ้นที่เมืองเชียงรุ่งเขตปกครองตนเองสิบสองปันนา เนื้อหาที่เสนอในที่ประชุมพอสรุปได้ดังนี้

นโยบายในการพัฒนาการแพทย์ไทย

๑) จะต้องทำการสืบทอดและกู้วิกฤตที่จะเกิดขึ้น โดยนำเอาประสบการณ์ในการรักษาโรคของหมอที่มีอายุมากมาใช้

๒) ตั้งสถาบันศึกษาวิจัยการแพทย์ของชนชาติส่วนน้อย และโรงพยาบาลการแพทย์ไทยให้เข้มแข็งขึ้น

๓) นำเอาการแพทย์ไทยและการแพทย์ของชนชาติส่วนน้อย ไปให้บริการแก่ประชาชนในสถานอนามัยระดับล่างของอำเภอ

๔) บุกเบิกให้มีการเคลื่อนไหวในทางวิชาการเกี่ยวกับการแพทย์ไทย และการแพทย์ชนชาติส่วนน้อย ตลอดจนให้มีการจัดตั้งองค์กรที่เกี่ยวข้องขึ้น

๕) ให้มีการสืบทอดประสบการณ์ทางการรักษาทางคลินิกจากหมอไทย ที่มีอายุมากอย่างเอาจริงเอาจัง

๖) ให้มีการศึกษาวิจัยทางคลินิก โดยใช้ระบบความคิดทางการแพทย์ไทยเป็นพื้นฐาน

๗) ควรมีการศึกษาวิจัยตำรับยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาอย่างเอาจริงเอาจัง

๘) ควรมีการกำหนดมาตรฐานของยาและเทคนิคในการปลูกสมุนไพรตลอดจนปรับปรุงรูปแบบของยาให้ทันสมัยขึ้น

๙) ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์และเภสัชกรรมเขียนหนังสือเกี่ยวกับการแพทย์ไทยขึ้น

ตำรายาไทย หนังสือเกี่ยวกับสมุนไพรและตำรายาไทย ซึ่งได้เริ่มรวบรวมมาตั้งแต่ปลายทศวรรษ ๑๙๗๐ จนถึงต้นทศวรรษ ๑๙๘๐ มีหนังสือที่ได้รวบรวมและแปล (จากภาษาไทยเป็นภาษาจีน) และพิมพ์ทั้งสองภาษาเทียบเคียงกัน

การศึกษาทฤษฎีพื้นฐานทางด้านเวชกรรมของการแพทย์ไทย

๑) ทฤษฎีธาตุ ๔ เป็นทฤษฎีพื้นฐานที่นำไปอธิบาย สรีรวิทยา พยาธิวิทยา และการวินิจฉัยทางคลินิกที่สำคัญของแพทย์ไทย ธาตุทั้ง ๔ คือ ดิน (ปถวิ) น้ำ (อาโป) ลม (วาโย) ไฟ (เตโช) ถ้าธาตุทั้ง ๔ ภายในร่างกายขาดความสมดุลในลักษณะที่เพิ่มมากขึ้น (กำเริบ) หรือน้อยเกินไป (หย่อน) หรือธาตุทั้ง ๔ ของธรรมชาติถูกทำลาย ก็จะก่อให้เกิดโรค การรักษาเป็นการปรับธาตุทั้ง ๔ ให้เกิดความสมดุลนอกจากนี้ยังมีเนื้อหาเกี่ยวกับเบญจขันธ์ (รูป เวทนา สัญญา สังขาร วิญญาณ) ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านจิตใจที่กระทบต่อร่างกาย ทำให้ธาตุทั้ง ๔ ขาดความสมดุลก่อให้เกิดโรคได้ เป็นต้น

๒) การศึกษาเหตุแห่งโรค เหตุแห่งโรคเกิดขึ้นเนื่องจากอตุสมุฏฐาน การสมุฏฐาน ประเทศสมุฏฐาน อาหารการกิน การเปลี่ยนแปลงของเบญจขันธ์ แผลงสัตว์มีพิษกัดต่อย ของมีคมบาด หกล้ม กระแทก หักไหม้จนมากเกินไป กิจกรรมทางเพศมากเกินไป เป็นต้น

๓) การวินิจฉัยโรค มีการดม การถาม การคลำ

๔) วิธีการในการรักษา ใช้วิธีการฝนยา รมยา ยานวด กอบยา (พอก) นอนยา ทายา นึ่งยา เป็นต้น

นโยบายการศึกษาด้านสมุนไพร

- ๑) ทำการสำรวจแหล่งสมุนไพรไทย ในเขตปกครองสิบสองปันนา และ
เดอหง
- ๒) ศึกษาสมุนไพรเดี่ยว ในเชิงเภสัชศาสตร์สมัยใหม่
- ๓) ศึกษาตำรายาที่มีประสิทธิภาพในการรักษา เช่น ยาแก้ ๕ ต้น
เป็นต้น

๔) บุกเบิกเพื่อนำสมุนไพรไทยไปใช้

กลวิธีในการพัฒนาการแพทย์ไทยในอนาคต

- ๑) พัฒนาเพื่อให้การแพทย์ไทยกลายเป็นการแพทย์ที่มีระบบทฤษฎี
ที่สมบูรณ์ของตนเอง
- ๒) บูรณาการ (Integrate) ระหว่างการแพทย์ไทยกับการแพทย์จีน
- ๓) บูรณาการการแพทย์ไทยกับการแพทย์ตะวันตก
- ๔) พัฒนาการแพทย์ไทยให้มีความทันสมัย

งานที่เป็นรูปธรรมของกลวิธี คือ การศึกษาทางด้านคลินิกเป็นด้าน
หลัก โดยให้ความสนใจวิธีการในการวินิจฉัยโรคเป็นพิเศษ แล้วตั้งแผนรักษา
โรคเฉพาะขึ้น เพื่อเอื้อประโยชน์ต่อการพัฒนาของการแพทย์ไทยโดยเฉพาะ

บทเรียนจากสิบสองปันนา

ชาวไทยสิบสองปันนามีระบบการแพทย์พื้นบ้านที่เป็นของตัวเอง
แตกต่างจากระบบการแพทย์จีนแต่มีความคล้ายคลึงกับระบบการแพทย์
แผนไทย ทั้งในด้านทฤษฎี ปฏิบัติ และความเชื่อต่างๆ การแพทย์ไทยสิบสอง
ปันนาและการแพทย์แผนไทย น่าจะมาจากรากเหง้าอันเดียวกัน มีการผสม
ผสานกับการแพทย์ของชนชาติที่อยู่ใกล้เคียงความแตกต่างในบางส่วนของ
ด้านการแพทย์ทั้งสอง

รัฐบาลจีนซึ่งประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูพัฒนาการแพทย์จีนได้
มีนโยบายที่ชัดเจนในการฟื้นฟูพัฒนาการแพทย์ของชนชาติส่วนน้อยและ
ให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การแพทย์ไทยสิบสอง

ปันนาสามารถสืบทอดและฟื้นฟูให้กลับมาใช้ประโยชน์ต่อสังคมได้

ความพยายามของภาครัฐในด้านนโยบายและการปฏิบัติต่อการ
พัฒนาการแพทย์ไทยในสิบสองปันนา ยังไม่สามารถเข้าถึงตัวระบบการแพทย์
พื้นบ้านที่มีอยู่ ซึ่งต้องทำการศึกษาต่อไปในระดับลึกทั้งจากเอกสารและตัว
บุคคล

การพัฒนาการแพทย์ไทยสิบสองปันนา ในช่วงเริ่มต้น ให้ความสำคัญ
กับการสืบทอดความรู้จากหมอไทย ให้กับหมอรุ่นใหม่ในโรงพยาบาล
การแพทย์ไทย ซึ่งเป็นการพัฒนาคนในด้านคุณภาพมากกว่าปริมาณ การทำ
เช่นนี้ได้ ก็เพราะมีโรงพยาบาลการแพทย์ไทยซึ่งบริหารจัดการโดยหมอไทย
โดยที่มีแพทย์จีนและแพทย์แผนปัจจุบันเป็นฝ่ายสนับสนุนในบางกรณีเท่านั้น

การแพทย์แผนจีนในประเทศไทย

การแพทย์แผนจีนมีการใช้ในกลุ่มชาวจีนมานานแล้ว ต่อมาได้
ขยายความนิยมมาสู่คนรุ่นใหม่โดยทั่วไป ที่นิยมการใช้ยาสมุนไพรมากกว่า
การใช้ยาที่ได้จากการสังเคราะห์ และผู้ที่มองหาการแพทย์ทางเลือก ต่าง
หากจากการแพทย์แผนปัจจุบัน ปัจจุบันการแพทย์แผนจีนได้รับการยอมรับ
จากกระทรวงสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้เปิดอบรมผู้ประกอบ
วิชาชีพแพทย์แผนจีน และได้มอบใบอนุญาตแก่ผู้ผ่านการอบรมให้สามารถ
รักษาผู้ป่วยได้โดยทั่วไป เพื่อให้ประชาชนได้มั่นใจในการรับการรักษาโดย
แพทย์แผนจีนในฐานะการแพทย์ทางเลือก

กรณีศึกษาประเทศสหรัฐอเมริกา

แนวโน้มของการแสวงหาบริการสุขภาพทางเลือกของประชาชนใน
ประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ๒๕๓๓ พบว่า หนึ่งในสามของผู้ถูกสำรวจเคยใช้
การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย ๑ อย่างในการบำบัดรักษาปัญหาสุขภาพที่
ร้ายแรง โดยเฉพาะโรคเรื้อรังเพื่อยับยั้งสภาวะสุขภาพที่ถูกคุกคาม หลังจากนั้น
๗ ปี พบว่า ค่าใช้จ่ายและการใช้บริการทางการแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้นอย่าง

เห็นได้ชัดระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๓-๒๕๓๙

ต่อมา ศูนย์การแพทย์ทางเลือกแห่งชาติ (National Center for Complementary and Alternative Medicine-NCCAM) ได้ถูกริเริ่มภายใต้สถาบันสาธารณสุขแห่งชาติ (National Institute of Health-NIH) ในปี ๑๙๙๒ ซึ่งถือเป็นหนึ่งในสถาบันการวิจัยทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ชั้นนำของโลก ปี ๑๙๙๘ NCCAM ได้รับการยกฐานะให้เป็น ๑ ใน ๒๕ สถาบัน/ศูนย์ ภายใต้ NIH โดยตรง ในปีแรก NCCAM พุ่มเทการจำแนกแจกแจงจัดระบบ “ชุมชน” การแพทย์ทางเลือก และรวบรวมปัญหาอุปสรรคที่กีดขวางต่อการประเมินการดำเนินเวชปฏิบัติ ทั้งในส่วน Complementary and Alternative Medicine

จุดมุ่งหมายและภาระหน้าที่ขององค์กร NCCAM

- ๑) ประสานงาน สนับสนุน และอำนวยความสะดวกแก่หน่วยงาน หรือดำเนินการเอง ในการวิจัยที่เกี่ยวกับระบบการแพทย์ทางเลือก
- ๒) กำหนด ป่งชี้ ความเป็นศาสตร์ในระบบการแพทย์ทางเลือก สนับสนุน อำนวยความสะดวกในการประเมินผล และประเมินประสิทธิผลการรักษาของระบบการแพทย์ทางเลือก
- ๓) ให้บริการข้อมูลข่าวสารและความชัดเจนในเรื่องของการแพทย์ทางเลือก
- ๔) ให้บริการการฝึกอบรมสำหรับการวิจัยการแพทย์ทางเลือก

NCCAM ไม่ใช่หน่วยงานที่จะส่งต่อ หรือรับรองการรักษาของศาสตร์ในระบบการแพทย์ทางเลือกใดๆ หรือของบุคลากรที่ทำเวชปฏิบัติด้านการแพทย์ทางเลือก

สภาที่ปรึกษาองค์กร NCCAM ปี ๑๙๙๓ ได้กำหนดให้มี A Program Advisory Council เพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้อำนวยการของ NCCAM โดยมีที่ปรึกษาจำนวน ๑๘ คน การประชุมครั้งแรกได้เริ่มขึ้นเมื่อเดือนกันยายน ๑๙๙๔ และกำหนดให้มีการประชุมเป็นประจำปีละ ๓ ครั้ง

ประเภทของโครงการ ๖ ประเภท

- ๑) ให้การสนับสนุนงบประมาณแก่องค์กรภายนอกต่างๆ

- ๑.๑) สนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัย

- ๑.๒) จัดตั้งศูนย์วิจัยการแพทย์ทางเลือกเฉพาะสาขา

- ๒) จัดทำฐานข้อมูลการวิจัย และประเมินผล

- ๓) สร้างความกระจ่าง และเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะ

- ๔) ติดต่อประสานความร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศและบุคลากรวิชาชีพ

- ๕) พัฒนาการศึกษาวิจัยและสอบสวน

- ๖) การฝึกอบรมการวิจัย

- ๗) บทบาทอื่นๆ ได้แก่ การประสานงานอำนวยความสะดวก เช่น ทำหน้าที่จัดการประชุมร่วมกับ FDA ประสานงานให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนางานวิจัยให้แก่องค์กรด้าน Complementary and Alternative Medicine เป็นต้น

ข้อเสนอจาก NCCAM ในการพิจารณาเลือกการรักษาในระบบการแพทย์ทางเลือก

๑. เลือกวิธีการบำบัดรักษาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

- * สอบถามข้อมูลจากแพทย์หรือผู้ให้บริการ โดยตรง มีเอกสารข้อมูลอ้างอิงมาสนับสนุนวิธีการบำบัดรักษา
- * ข้อมูลที่เชื่อถือได้ ควรมาจากการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ที่ดี พิมพ์เผยแพร่
- * สำหรับข้อมูลที่ไม่ใช่ข้อมูลการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ จะถูกรวบรวมขึ้นเป็น The Readers Guide to Periodical Literature ที่มีอยู่ในห้องสมุดโดยส่วนใหญ่
- * ผู้บริโภคต้องตื่นตัวกับข้อมูลข่าวสารอยู่เสมอ โดยยังคงรวบรวมและแสวงหาข้อมูล แม้ว่าได้ตัดสินใจเลือกการรักษา และตัวผู้ให้บริการไปแล้ว
- * สอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยที่เคยผ่านการรักษามาแล้ว ควรได้ข้อมูลจากบุคคลที่มีเงื่อนไขสุขภาพที่เหมือนกันและรักษาด้วยวิธีเดียวกัน

- * การทดลองทางวิทยาศาสตร์ที่มีกลุ่มควบคุมเงื่อนไขเปรียบเทียบ จะทำให้ได้ข้อมูลที่เชื่อมั่นได้มากขึ้น
- ๒. ตรวจสอบความชำนาญของผู้ให้บริการ ทั้งในด้านพื้นฐานทางสังคม คุณสมบัติ ความสามารถ และศักยภาพ ว่าเหมาะสมกับการให้บริการ Complementary and Alternative Medicine หรือไม่
- ๓. พิจารณาด้านการให้บริการ ทั้งคุณภาพ และวิธีการรักษา โดยคำนึงถึงมาตรฐาน ความปลอดภัย และประสิทธิภาพที่ควรได้รับ
- ๔. พิจารณาราคา และความคุ้มค่า
- ๕. ปรึกษาผู้ให้บริการเอง โดยพูดคุย และซักถามรายละเอียดเอง

การศึกษาวิจัย

ปี ๑๙๙๖ สถาบัน NIH ได้งบประมาณถึง ๔๓.๗ ล้านดอลลาร์สหรัฐ สำหรับโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก มีศูนย์วิจัยการแพทย์ทางเลือกเฉพาะสาขา ๙ แห่ง

คณะผู้จัดทำ

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1. นพ.เปรม ชินวันทนนานนท์ | หัวหน้าโครงการฯ |
| 2. นายทอง สุขรัตน์ | ตัวแทนแพทย์พื้นบ้าน (หมอพื้นบ้าน) |
| 3. นพ.เอกชัย ปัญญาวัฒนากุล | ตัวแทนแพทย์พื้นบ้าน |
| 4. รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์ | ตัวแทนแพทย์พื้นบ้าน |
| 5. คุณสร้อยศรี เอี่ยมพรชัย | ตัวแทนแพทย์แผนไทย |
| 6. นพ.สมนึก ศิริพานทอง | ตัวแทนแพทย์แผนไทย |
| 7. รศ.นพ.ประวิทย์ อัครเสรินนท์ | ตัวแทนแพทย์แผนไทย |
| 8. รศ.นพ.อมร เปรมกมล | ตัวแทนแพทย์แผนไทย |
| 9. รศ.พญ.ลดาวัลย์ สุวรรณกิตติ | ตัวแทนแพทย์ทางเลือก |
| 10. นพ.บรรจบ ชุณหสวัสดิกุล | ตัวแทนแพทย์ทางเลือก |
| 11. นางสาวสลิลทิพย์ แก้วส่องใส | เลขาโครงการฯ |

แผนยุทธศาสตร์ของ NCCAM ๒๐๐๑-๒๐๐๕

เป็นแผน ๕ ปีชุดแรกที่พัฒนามาจากแผนร่างในปี ๑๙๙๔ โดยองค์การ Office of Alternative Medicine ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพประชาชนในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและรักษาโรค

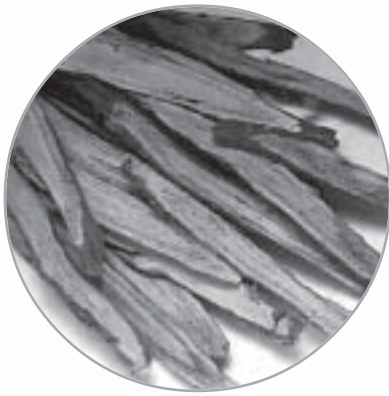
ยุทธศาสตร์ที่ ๑: ลงทุนทางการวิจัย

โดย NCCAM จะสนับสนุนและส่งเสริมการวิจัยของ CAM (Center of Alternative Medicine) เน้นที่การวิจัยทางคลินิก โดยเคารพต่อวิธีการรักษาเฉพาะบุคคลและการแพทย์ทุกระบบ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒: อบรมนักวิเคราะห์ใน CAM

ยุทธศาสตร์ที่ ๓: ขยายความช่วยเหลือ

ยุทธศาสตร์ที่ ๔: ส่งเสริมการผสมผสาน



คุณค่าและทิศทางการพัฒนา อุตสาหกรรมยาไทย (ยาแผนโบราณ) และผลิตภัณฑ์สมุนไพร

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

สุนทรี วิทยานารถไพศาล

เป็นครั้งแรกที่องค์การอนามัยโลกได้จัดทำยุทธศาสตร์การแพทย์แผนโบราณและการแพทย์ทางเลือกระหว่างปี ๒๐๐๒-๒๐๐๕ ได้วิเคราะห์มูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรในตลาดโลกซึ่งมีถึง ๖๐ พันล้านเหรียญสหรัฐ ดังนั้นประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทยเห็นโอกาสที่จะพัฒนาสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ มีการวางยุทธศาสตร์การพัฒนาทั้งผลิตภัณฑ์และอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้มีศักยภาพแข่งขันในตลาดโลก จากการศึกษาอุตสาหกรรมยาแผนโบราณใน ๔ ประเทศ คือ จีน อินเดีย ญี่ปุ่นและไทย พบว่า ประเทศจีนและประเทศอินเดียมีระบบการแพทย์แผนโบราณของตนเองและยังเป็นระบบหลักที่ใช้บริการในการรักษาสุขภาพของพลเมืองที่มีจำนวนมากที่สุดในโลกมูลค่าตลาดยาจึงมีมูลค่ามหาศาล จีนมียุทธศาสตร์ในการพัฒนาอุตสาหกรรมโดยรัฐที่ชัดเจนเน้นการสร้างการแข่งขันด้านคุณภาพมาตรฐานทันสมัยและเป็นนานาชาติเพื่อการปกป้องอุตสาหกรรมยาแผนโบราณในประเทศและเพิ่มการแข่งขันเมื่อจีนเข้าเป็นสมาชิกองค์การการค้าโลก ส่วนประเทศอินเดียมีการนำโดยผู้ผลิตเอกชนที่มีเทคโนโลยีขั้นสูงมีการนำตำรับยาแผนโบราณอายุรเวทมาแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์ใหม่ๆและส่งเสริม

๑๕๙

สรรพคุณไปตามกระแส เช่น ยาบำรุงสมอง ยาลดไขมัน ยากระตุ้นทางเพศ ยาล้างพิษ เป็นต้น ประเทศญี่ปุ่นเป็นระบบการแพทย์ Kambo ที่ประยุกต์จากแผนจีน แพทย์ในโรงพยาบาลแผนปัจจุบันสามารถสั่งจ่ายยา Kambo ได้อีกทั้งยา Kambo อยู่ในรายการบัญชีของหลักประกันสุขภาพ ภาคเอกชนเป็นตัวหลักในการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาโดยเน้นการพัฒนาคุณภาพประสิทธิภาพและความปลอดภัย ส่วนประเทศไทยประยุกต์จากการแพทย์พื้นบ้าน แพทย์แผนอินเดียและแพทย์แผนจีน รัฐมีบทบาทสำคัญในการวางยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมยาแผนไทย ในระหว่าง ปี พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๕๒ มีแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพร ๕ ปี โดยมี กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์กรประสานหลัก เน้นพัฒนาประสิทธิภาพคุณภาพ เพื่อให้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรมีศักยภาพแข่งขันในตลาดโลกและเพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์ของการเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชียด้วย อุตสาหกรรมเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่จะได้ผลการถ่ายทอดการจัดทำยุทธศาสตร์นี้ เนื่องจากอุตสาหกรรมยาแผนไทยส่วนใหญ่มีเทคโนโลยีการผลิตระดับครอบครัวหรือระดับชุมชนที่มีการแข่งขันกันสูง อีกทั้งมูลค่าตลาดผลิตภัณฑ์ยาแผนไทยมีขนาดจำกัด ดังนั้นอุตสาหกรรมยาแผนไทยจึงไม่มีศักยภาพเพียงพอที่จะวิจัยและพัฒนาเองได้ ยังต้องการการสนับสนุนเพื่อพัฒนาทั้งคุณภาพและความปลอดภัย เพื่อให้ยาแผนไทยเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาสุขภาพประชาชนไทย ด้วยการกำหนดให้มโนบายที่ให้ภาคเอกชนผู้ผลิตยาแผนไทยมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและพัฒนาการผลิตเพื่อให้บริการสาธารณสุขของประเทศ ด้วยคุณภาพประสิทธิภาพและความปลอดภัยที่เน้นการศึกษาวิจัยยาแผนไทย ด้วยการเข้าถึงยาที่มีคุณภาพ ที่ให้ปรับปรุงระบบการอนุมัติยาที่มีคุณภาพให้ถึงประชาชนโดยเร็ว และด้วยการใช้ยาแผนไทยอย่างเหมาะสม ที่ให้ผู้บริโภคตระหนักถึงการใช้อย่างสมเหตุผลและได้รับข้อมูลอย่างทั่วถึงทันกาล

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต้องมีบทบาทหลักในการผลักดันยุทธศาสตร์ฯ นี้โดยการร่วมมือกับหน่วยงานที่

เกี่ยวข้องได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา องค์การภาคเอกชน ฝ่ายผลิตและองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค จัดทำขั้นตอนการผลิตขึ้น แผนระยะสั้นให้มีการจัดทำหลักสูตรพัฒนาผู้ประกอบการและผู้ปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาการผลิตยาแผนไทยที่สอดคล้องกับสภาพการผลิตของประเทศ โดยหลักสูตรระดับต้น ระดับกลางและระดับสูง เป้าหมายเพื่อให้อุตสาหกรรมยาแผนไทยบรรลุถึงหลักปฏิบัติการผลิตที่ดีใน ๑๐ ปีข้างหน้า รวมทั้งการจัดระบบการผลิตยาสมุนไพรที่ผลิตโดยชุมชนให้ใช้ศักยภาพขององค์กรและหน่วยงานในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลชุมชน กลุ่มผู้ผลิตสมุนไพร แพทย์แผนโบราณหรือแพทย์พื้นบ้าน ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ฯลฯ เป็นเครือข่ายส่งเสริมและพัฒนาผลิตภัณฑ์ยาแผนโบราณและยาสมุนไพรชุมชนของจังหวัดให้เป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีเอกลักษณ์ของแต่ละพื้นที่ และแผนระยะยาวให้มีการจัดตั้งหน่วยงานเฉพาะเพื่อพัฒนาอุตสาหกรรมยาแผนไทยและมีสถาบันการศึกษาทำการผลิตบุคลากรเพื่อให้สามารถผลิตยาแผนโบราณได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพ

บทนำ

สถานการณ์การใช้สมุนไพรทั่วโลกมีแนวโน้มที่จะขยายตัวต่อไป โดยประเทศด้อยพัฒนาและกำลังพัฒนา ยังคงไว้ในการใช้สมุนไพรเพื่อรักษาสุขภาพตามระบบการรักษาแบบแผนดั้งเดิมหรือแบบพื้นบ้าน (Traditional medicine) ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้วมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่วนกลับสู่ธรรมชาติ หลีกเลี่ยงการใช้สารสังเคราะห์ แสงสว่างรูปแบบทางเลือกอื่นๆ เช่น Spa, Homeopathy, Chiropractic, Aromatherapy เพื่อการดูแลสุขภาพ จึงเกิดธุรกิจสุขภาพที่มีสินค้าและบริการใหม่ๆ ได้แพร่ขยายไปทั่วโลกและแพร่สู่สังคมไทยด้วย มีผลให้สมุนไพรเป็นที่ต้องการและฝ่ายต่างๆ เห็นคุณค่าขึ้น รวมทั้งสังคมไทยเริ่มให้การสนับสนุนสมุนไพร ทั้งในยาแผนไทย ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมสมุนไพร น้ำมันหอมระเหย เครื่องดื่มสมุนไพร และเครื่องสำอางสมุนไพร

ความต้องการผลิตภัณฑ์สมุนไพร

องค์การอนามัยโลกได้จัดทำยุทธศาสตร์การแพทย์แผนโบราณและการแพทย์ทางเลือก ช่วง ปี ๒๐๐๒-๒๐๐๕ เป็นครั้งแรก^๑ มีการวิเคราะห์

^๑ WHO Traditional Medicine Strategy ๒๐๐๒-๒๐๐๕ TRADITIONAL AND ALTERNATIVE MEDICINE FACTS AND FIGURES Fact sheet No ๒๗๑ June ๒๐๐๒

สถานการณ์การใช้ระบบการแพทย์แผนโบราณและการแพทย์ทางเลือก โดยมูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรในตลาดโลกมีถึง ๖๐ พันล้านเหรียญสหรัฐ รวมทั้งผลสำรวจการใช้ระบบการแพทย์ทางเลือก (Complementary and Alternative Medicine, CAM) ในสหรัฐโดย National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) เมื่อเดือน พฤษภาคม ปี ค.ศ. ๒๐๐๔ พบว่าร้อยละ ๔๓ ของประชากรผู้สูงอายุจำนวน ๓๑,๐๔๔ ในสหรัฐ ใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อรักษาตนเอง โดยผลิตภัณฑ์สมุนไพร ๕ อันดับยอดนิยมที่ใช้คือ Echinacea โสมเกาหลี ใบแป๊ะก๊วย (*Ginkgo biloba*) กระเทียมเสริมสุขภาพ (Garlic supplements) และ Glucosamine^๒ ซึ่งแสดงถึงอาหารเสริมสุขภาพกลายเป็นสิ่งจำเป็นของสังคมชาวอเมริกันมากขึ้นอันเนื่องมาจากการรณรงค์กิจกรรมเพื่อสุขภาพให้ประชาชนตระหนักสุขภาพให้มีความแข็งแรง

ร้อยละ ๖๓ ตลาดผลิตภัณฑ์สมุนไพรของโลกเป็นตลาดในกลุ่มประเทศยุโรปและอเมริกาเหนือโดยตลาดสหภาพยุโรปมูลค่า ๒๗, ๙๐๐ ล้านเหรียญสหรัฐ หรือร้อยละ ๔๕ ของมูลค่าตลาดผลิตภัณฑ์สมุนไพร ประเทศเยอรมนีและฝรั่งเศสเป็นประเทศสำคัญมีสัดส่วนในมูลค่านี้ถึงร้อยละ ๒๒ และ ๑๑ ตามลำดับ ตลาดสำคัญของลงมา คือ อังกฤษ เนเธอร์แลนด์ และอิตาลี อัตราการเจริญเติบโตของผลิตภัณฑ์เหล่านี้เพิ่มขึ้นปีละประมาณร้อยละ ๑๕-๒๐

แหล่งผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรของโลก

ประเทศเยอรมนีเป็นแหล่งผลิตและพัฒนาสมุนไพรในรูปการใช้สารสกัดผลิตเป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพรแพร่หลายไปทั่วโลก ดังเช่น ผลิตภัณฑ์ใบแป๊ะก๊วย (*Ginkgo biloba*) ของบริษัท Dr. Willmar Schwabe Pharmaceuticals เป็นต้น ซึ่งเป็นผลให้ประเทศในแถบเอเชียหลายประเทศ เช่น จีน ญี่ปุ่น อินเดีย

^๒ Barnes P, Powell-Griner E, McFann K, Nahin R. CDC Advance Data Report #๓๔๓. Complementary and alternative medicine use among adults: United States, ๒๐๐๒. May ๒๗, ๒๐๐๔. : <http://nccam.nih.gov/news/camsurvey>

อินโดนีเซีย ฯลฯ รวมทั้งประเทศไทย ที่มีวัตถุดิบจากธรรมชาติรวมทั้งมีภูมิปัญญาการแพทย์ของตนเองและมีสูตรตำรับยาสมุนไพร เห็นเป็นโอกาสที่เข้าร่วมการเป็นแหล่งผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้กับตลาดโลก โดยแต่ละประเทศมีการปรับตัวและวางยุทธศาสตร์เพื่อการแข่งขัน ซึ่งประเทศไทยได้ประกาศยุทธศาสตร์ให้ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ให้เป็นศูนย์กลางส่งออกเอเชีย นอกจากนี้บริษัทผลิตยาข้ามชาติได้สนใจวิจัยพัฒนาผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรเช่นกัน ดังเช่น บริษัท Bayer ทำการวิจัยสมุนไพรและศึกษาทางคลินิกผลิตภัณฑ์สมุนไพร Hypericum perforatum (St. John's Wort) บริษัท Aventis ชื่อกิจการบริษัท Nattermann ที่มีชื่อเสียงด้านสารสกัดและยาจากสมุนไพร

ประภพผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพในตลาดโลก

จากการศึกษาระบบกฎหมายการควบคุมดูแลผลิตภัณฑ์สมุนไพรจาก ๗๐ ประเทศทั่วโลก พบว่ามีการควบคุมแตกต่างกันไป ตั้งแต่การควบคุมด้วย ระบบการขึ้นทะเบียน ระบบการผลิต และระบบการจัดจำหน่าย เมื่อสมุนไพรกลายเป็นสินค้าสุขภาพส่งออกทั่วโลก ดังนั้น ความแตกต่างของระบบการควบคุมของแต่ละประเทศ ได้กลายเป็นปัญหาที่มีผลต่อการเมืองที่ผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลงการควบคุมผลิตภัณฑ์สมุนไพรในประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทย เพียงเพื่อสนองธุรกิจสมุนไพรซึ่งผลิตภัณฑ์สมุนไพรจัดแบ่งได้ ๔ ประเภทตามระบบการควบคุมของประเทศต่างๆ ดังนี้

๑. ผลิตภัณฑ์ยาแผนโบราณ เป็นผลิตภัณฑ์ที่มุ่งใช้ในการป้องกันและรักษาสุขภาพ เกิดขึ้นจากการใช้องค์ความรู้ที่สะสมจากอดีต ที่ถ่ายทอดความรู้สืบทอดกันมาปัจจุบัน เช่น ยาแผนจีน (Traditional Chinese Medicine, TCM) ยาแผนไทย (Thai Traditional medicine) ยาอายุรเวท (Ayurveda) ของอินเดีย และ Kampo ของญี่ปุ่น เป็นต้น ประเทศต่างๆ มีการควบคุมที่แตกต่างกันไป เช่น ไทย จีน เบลเยียม ฝรั่งเศส กรีซ ไอร์แลนด์ อิตาลี ลักเซมเบิร์ก โปรตุเกส สเปน ให้ขึ้นทะเบียนเป็นยาและขายเฉพาะร้านขายยาที่มีเภสัชกร

ควบคุมเท่านั้น ขณะที่เยอรมนี เดนมาร์ก ออสเตรีย ฟินแลนด์ เนเธอร์แลนด์ สหราชอาณาจักร สวีเดน ขายได้ตามร้านค้าทั่วไป สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาประเทศไทยโดยคณะกรรมการยาในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๔๑ ปรับปรุงหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนโบราณ ๔ กลุ่ม ตามสถานการณ์ใหม่กล่าว คือ กลุ่มยาจากสมุนไพรที่เป็นยาแผนโบราณ กลุ่มยาจากสมุนไพรที่เป็นยาแผนโบราณซึ่งมีการพัฒนารูปแบบไปจากเดิม กลุ่มยาจากสมุนไพรแผนปัจจุบัน ซึ่งมีตัวยาคือเป็นสารกึ่งสกัดและมีหลักฐานการวิจัยและพัฒนาจากกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และกลุ่มยาแผนปัจจุบันจากสมุนไพร ซึ่งมีตัวยาคือเป็นสารบริสุทธิ์ระบุโครงสร้างทางเคมี และมีหลักฐานการวิจัยและพัฒนาจากกระบวนการทางวิทยาศาสตร์

๒. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (dietary supplement) สหรัฐอเมริกา เป็นประเทศแรกที่กำหนดให้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร (herb and other botanicals) และแร่ธาตุจัดอยู่ในกลุ่มผลิตภัณฑ์อาหารที่มุ่งใช้เพื่อเสริมสุขภาพคนทั่วๆ ไปโดยมีรูปแบบคล้ายยา เช่น capsule, tablet, liquid etc. วางจำหน่ายในท้องตลาดได้ โดยไม่ต้องผ่านการขออนุมัติจาก FDA ประกาศใช้ เมื่อเดือนตุลาคม ปี ค.ศ. ๑๙๙๔ จากนั้น

ประเทศไทยได้อนุมัติและให้การรับรองในลักษณะ “ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร” เช่นกัน ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สามารถจำหน่ายได้ตามร้านค้าทั่วไป ไม่ต้องขออนุญาตเหมือนยา แต่ต้องขออนุญาตเรื่องฉลากกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เพื่อให้มีข้อมูลครบถ้วน ไม่มีการโอ้อวดสรรพคุณ ที่ให้ผู้บริโภคเข้าใจผิด และออกประกาศกระทรวงฯ (ฉบับที่ ๒๔๐) พ.ศ. ๒๕๔๗ เรื่องชาสมุนไพร เพื่อให้สามารถครอบคลุมสมุนไพรอื่นๆ นอกเหนือจากใบชา

๓. ผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อสุขภาพ (FOSHU, Functional Food) ญี่ปุ่นเป็นประเทศแรกที่ตั้งกฎเกณฑ์ให้การรับรองอาหารที่ระบุใช้พิเศษกับกลุ่มบุคคลที่ต้องการฟื้นฟู หรือการดูแลรักษาเมื่อปี ค.ศ. ๑๙๙๘ ผลิตภัณฑ์ที่จะเป็น FOSHU (Foods for Specific Health Use) ได้ ในกรณีที่ใช้เป็นอาหารที่เพิ่ม

ระบบภูมิคุ้มกันต้านทาน อาหารพื้นฟูโรค เช่น ลดระดับคอเลสเตอรอล เป็นต้น ที่สำคัญผลิตภัณฑ์เหล่านี้ต้องอยู่ในรูปของอาหาร เมื่อผ่านการรับรองจะได้สัญลักษณ์ FOSHU ซึ่งจะมีการทบทวนการรับรองนี้ทุก ๔ ปี เป็นผลิตภัณฑ์ที่สร้างมูลค่าสูงกว่าผลิตภัณฑ์อาหารปกติทั่วไป รัฐบาลแคนาดากำลังดำเนินการตาม แต่ใช้เรียกเป็นคำใหม่ว่า Functional Food ให้มีการขึ้นทะเบียนอาหารประเภทนี้ในประเทศเพื่อประโยชน์ที่จะทำการส่งออกผลิตภัณฑ์ชนิดนี้ไปสู่ตลาดโลกได้ขณะนี้อยู่ในระหว่างเปิดรับฟังจากสาธารณะ

๔. ผลิตภัณฑ์ nutraceutical ประเทศแคนาดากำหนดให้หมายถึงผลิตภัณฑ์ที่ได้จากอาหารโดยการสกัด หรือทำให้บริสุทธิ์ ผลิตภัณฑ์ในรูปแบบยา มีหลักฐานที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่า มีประโยชน์ต่อร่างกาย หรือช่วยป้องกันโรคเรื้อรัง

๕. ผลิตภัณฑ์น้ำมันหอมระเหย ปัจจุบันเป็นผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในระบบการแพทย์ทางเลือก สุนัขบำบัด (Aromatherapy) การนวด และ สปา เป็นผลิตภัณฑ์ที่สร้างรายได้ที่สำคัญ มีแนวโน้มที่น่าสนใจสำหรับการผลิตในเชิงอุตสาหกรรม

อุตสาหกรรมยาแผนจีน ประเทศจีน

ระบบการแพทย์แผนจีนและยาแผนจีน (Traditional Chinese Medicine, TCM) มีประวัติสืบทอดมาเป็นเวลายาวนานการรวบรวมตำรับมีมาตั้งแต่ช่วงสมัยราชวงศ์ฮั่นและต่อเนื่องมายังสมัยราชวงศ์ซัน ราชวงศ์ซ่งและราชวงศ์หมิง จนถึงปัจจุบันมีการทบทวนเป็นตำรายาแห่งชาติฉบับล่าสุด เมื่อปี ๑๙๙๕ มีตำรับมากถึง ๙๒๐ รายการ ทุกวันนี้ประชากรจีนจำนวน ๑,๒๘๑ ล้านคน ยังคงใช้ยาแผนจีนทั้งในระดับการพึ่งตนเองและในระบบการให้บริการการรักษาพยาบาลจากรัฐ

มูลค่าตลาดยาแผนจีน

รายงานจากสำนักข่าวซินหัว (เมื่อ เดือนตุลาคม ค.ศ. ๒๐๐๑)^๓ แสดงมูลค่าตลาดยาแผนจีนในประเทศเพิ่มสูงถึง ๔.๔ พันล้านเหรียญสหรัฐฯ เมื่อเทียบกับปี ค.ศ. ๑๙๙๐ ซึ่งตลาดยาแผนจีนมีมูลค่าต่ำกว่า ๑๒๑ ล้านเหรียญสหรัฐฯ จากการขยายตัวนี้ส่วนหนึ่งเป็นผลจากจีนเป็นตลาดส่งออกใหญ่ที่สุดจากเอเชีย ซึ่งมีรายงานการส่งออกยาแผนจีนในปี ค.ศ. ๒๐๐๒ พบว่าสมุนไพรจีนมีสัดส่วนการส่งออกถึง ร้อยละ ๖๖ ของมูลค่าส่งออกทั่วโลก

^๓ http://www.worldmarketsanalysis.com/InFocus๒๐๐๒/articles/asia_china_health.html

ประเทศที่เป็นลูกค้ารายใหญ่ได้แก่ ญี่ปุ่น ฮองกง สหรัฐอเมริกา เกาหลี และ สิงคโปร์^๔

อุตสาหกรรมยาแผนโบราณ

โรงงานยาสมุนไพรทั้งประเทศมีประมาณ ๒,๒๐๐ แห่ง มีทั้งขนาดเล็ก กลางและใหญ่ ส่วนใหญ่เป็นโรงงานขนาดเล็กกระจายอยู่ทั่วประเทศในเมือง เล็กๆ ประมาณพันโรงงานที่มีคนงาน ๓-๑๐๐ คน โรงงานขนาดกลางมีกว่า ร้อยโรง กระจายอยู่ตามเมืองใหญ่ๆ มีคนงานตั้งแต่ ๑๐๐-๒๐๐ คน โรงงาน ขนาดใหญ่มีประมาณ ๒๓ โรงงานอยู่ในเมืองหลวงของแต่ละจังหวัด มีกำลัง ผลิต ๘๐๐,๐๐๐ ต้นของวัตถุดิบ มีคนงานตั้งแต่ ๓๐๐-๕๐๐ คน รวมทั้งสิ้น มีการว่าจ้างแรงงานประมาณ ๔๖๐,๐๐๐ คน^๕ ทั้งโรงงานขนาดกลางและ ขนาดใหญ่รัฐเป็นเจ้าของทั้งหมด การผลิตยาแผนโบราณอยู่ภายใต้กำกับดูแลรัฐ โดยหน่วยงาน State Administration of TCM (SATCM) และ State Pharmaceu- tical Administration (SPAC), ทั้งสองหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข SATCM ดูแลในด้านการลงทุน เครื่องมือการผลิต สถาบันวิจัย และโรง พยาบาลแผนจีน ส่วน SPAC ดูแลในด้านการผลิตยาแผนจีนซึ่งรวมทั้งการ ขึ้นทะเบียนตำรับยา^๖

ในช่วงเวลาเพียงยี่สิบปีอุตสาหกรรมยาแผนโบราณมีการเติบโตอย่าง รวดเร็ว โดยก่อนปี ๑๙๘๐ มีเพียงโรงงานยาแห่งเมืองเซี่ยงไฮ้เท่านั้น ที่ถือ เป็นโรงงานใหญ่ที่สุดในการผลิตยาแผนโบราณ มีรายได้ปีละมากกว่า ๑.๒ ล้าน เหรียญสหรัฐ ปัจจุบันพบว่ามีโรงงานมากกว่า ๑๒๐ แห่ง ที่สามารถทำราย ได้ปีละ มากกว่า ๑๒ ล้านเหรียญสหรัฐ ใน ๑๐ แห่งของจำนวนนี้สามารถ ทำรายได้ถึงปีละ กว่า ๑๐๐ ล้านเหรียญสหรัฐ เป็นโรงงานที่มีการวิจัยและ

พัฒนาการผลิตยาแผนโบราณที่มีชื่อเสียง กระจายตัวทั่วประเทศ การเติบโตของ ยาแผนโบราณยังคงมีต่อเนื่อง มีนักธุรกิจเข้าลงทุนมูลค่า ๘๕.๓๔ ล้านดอลลาร์ สหรัฐฯ เพื่อสร้างโรงงานแห่งใหม่ ๑๙ แห่งในเมือง Haikou เมืองหลวงของ Hainan^๗ เป็นเพิ่มความแข็งแกร่งของอุตสาหกรรมในประเทศ แต่นักวิเคราะห์ ยังเห็นว่าศักยภาพที่จะแข่งขันในตลาดโลกของอุตสาหกรรมยาแผนโบราณยัง ตามหลังญี่ปุ่นและเกาหลี (ที่ผลิตยาแผนโบราณใช้วัตถุดิบจากจีนถึงร้อยละ ๗๕) อยู่มาก เนื่องจากจีนมีส่วนแบ่งตลาดยาแผนโบราณเพียงร้อยละ ๓-๗ ทั้งๆ ที่ ญี่ปุ่นมีผลิตภัณฑ์ยาสำเร็จรูปเพียง ๒๒๐ ตำรับ เมื่อเทียบกับจีนมีถึง ๕,๐๐๐ ตำรับ^๘

การนำเข้ายาแผนโบราณเข้าสู่ธุรกิจโลก ทำให้ยาจีนเผชิญปัญหาข้อกล่าว หาลหลายด้าน เช่น สรรพคุณตำรับยาแผนโบราณแต่ละตำรับรักษาโรคได้มากมาย (เพราะประกอบด้วยเครื่องยาสมุนไพรหลายชนิดไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่า เป็นเพราะสรรพคุณของสมุนไพรใด) การล่องละเมิดเกณฑ์ห้ามการใช้เครื่อง ยาจากสัตว์ป่าหายาก และพืชหายาก (เพราะเครื่องยาจีนมักมีขึ้นส่วน หนึ่งของสัตว์ป่า เช่น กระดุกเสื่อ ดีหมี นอแรด ฯลฯ) ปัจจุบันรัฐบาลจีนได้ รับเงินสนับสนุนจำนวน ๓.๗๕ ล้านดอลลาร์สหรัฐ จากกองทุนสัตว์ป่าโลก เพื่อศึกษาหาเครื่องยาสมุนไพรอื่นๆ ทดแทน^๙ อากาไม่พึงประสงค์ เช่น ตัว ยาสมุนไพร *Aristolochia manshuriensis* ทำให้ไตวาย มีผลให้สมุนไพร *Aristolochia manshuriensis* ถูกห้ามนำเข้าทั้งในสหรัฐอเมริกา และอังกฤษ^{๑๐} ตั้ง แต่ปี ค.ศ. ๒๐๐๐ รวมทั้งการพบยาแผนปัจจุบันปนปลอมในยาแผนโบราณ^{๑๑}

^๔ SDA, Ministry of Commerce of China

^๕ Mainka, S.A. and Mills, J.A. ๑๙๙๕. "Wildlife and traditional Chinese medicine-supply and demand for wildlife species." *Journal of Zoo and Wildlife Medicine* ๒๖(๒)(June): ๑๙๓-๒๐๐.

^๖ Konrad von Moltke and Frank Spaninks "Traditional Chinese medicine and species endangerment: an economic research agenda" *Working Paper No ๓๒* August ๒๐๐๐ : ๕

^๗ "More Pharmaceutical Businesses to add to S. China Island Province". *Xinhua News Agency*. ๒๗ May ๒๐๐๓. <http://www.china.org.cn/english/BAT/๖๕๕๕๕.htm>

^๘ China Economic Information Network, October ๒๐๐๑

^๙ Decreasing the Use of Endangered Species in Traditional Chinese Medicine. http://www.worldwildlife.org/trade/tcm_successes.cfm

^{๑๐} Subhuti Dharmananda, ARE ARISTOLOCHIA PLANTS DANGEROUS? : <http://www.itmonline.org/arts/aristolochia.htm>

^{๑๑} E Ernst. Adulteration of Chinese herbal medicines with synthetic drugs: a systematic review. *Journal of Internal Medicine* ๒๐๐๒ ๒๕๒: ๑๐๗-๑๑๓.

ยุทธศาสตร์การพัฒนายาแผนโบราณ

ตั้งแต่ ปี ค.ศ. ๒๐๐๐ เป็นต้นไป จีนขอเข้าเป็นสมาชิกองค์การการค้าโลก (WTO) ทำให้จีนมีการปรับตัวเพื่อเข้าสู่การแข่งขันการค้าเสรีกับตลาดโลก โดยเฉพาะการต่อสู้กับการนำเข้ายาแผนโบราณจากต่างประเทศ เช่น ญี่ปุ่น และเกาหลี ด้วยเหตุนี้กระทรวงสาธารณสุขจีนได้เริ่มดำเนินการปฏิรูปพัฒนาอุตสาหกรรมยาแผนโบราณตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๙๖ ภายใต้หลักการที่จะให้ยาแผนโบราณได้คุณภาพมาตรฐาน (standardization) ทันสมัย (modernization) และเป็นนานาชาติ (internationalization) ใช้ยุทธศาสตร์หลักเกณฑ์การปฏิบัติที่ดี ๕ ระยะ เช่น การเพาะปลูกที่ดี (GAP); จัดทำ GMP เฉพาะสำหรับอุตสาหกรรมยาส่งออก ห้องปฏิบัติการมาตรฐาน (GLP) ในเชิงใช้ ในปักกิ่ง ปฏิบัติการศึกษาวิชาลัยใหม่ในคน ใน ๕ สถาบัน และเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้กับยาแผนโบราณ มีการสนับสนุนการวิจัยทางคลินิกในตำรับยาต่างๆ โดยมีโครงการความร่วมมือกับนักวิชาการในระดับนานาชาติเพื่อให้นักวิจัยเป็นไปตามมาตรฐานของตะวันตก ผู้ประกอบการเรียนรู้ทำความเข้าใจสมุนไพรในด้านวิทยาศาสตร์เพิ่มขึ้น เรียนรู้เงื่อนไขกฎเกณฑ์สากล เพื่อปรับตัวให้เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ

ยุทธศาสตร์ที่เป็นรูปธรรมจะเห็นได้จาก จีนมีการสร้าง National science parks ขึ้นในหลายๆ เมืองที่เป็นกลไกเชื่อมโยงงานวิจัยในมหาวิทยาลัยและสถาบันวิจัยของรัฐบาลเข้ากับภาคอุตสาหกรรมยาของเอกชนอื่นๆ คาดว่าในปี ค.ศ. ๒๐๐๕ สวนอุตสาหกรรมที่ชื่อ “new medicine port” สร้างที่เมืองหางโจวในพื้นที่ ๑๖๗ ตารางกิโลเมตร มูลค่าก่อสร้าง ๖๐๒ ล้านเหรียญสหรัฐฯ จะสามารถวิจัยและพัฒนา ตำรับยาจีนใหม่ๆ เพื่อส่งออกตลาดโลก รวมทั้งโครงการความร่วมมือกับธุรกิจยาข้ามชาติฝรั่งเศส กว่า ๒๐ โครงการ ขณะนี้ผลิตภัณฑ์ยาแผนโบราณ ๓ รายการ หนึ่งในผลิตภัณฑ์นั้นคือยาสำหรับรักษามะเร็งปอด ได้ขอขึ้นทะเบียนกับองค์การอาหารและยาของสหรัฐ ยังอยู่ในขั้นตอนการตรวจสอบและประเมินประสิทธิภาพและความปลอดภัย ซึ่งอาจจะประสบความสำเร็จในการจดทะเบียนยา

อุตสาหกรรมยาอายุรเวท ประเทศอินเดีย

ประเทศอินเดียเป็นประเทศที่อุดมสมบูรณ์ด้วยพืชสมุนไพร สมุนไพรมีมากกว่า ๔๕,๐๐๐ ชนิด คิดเป็นร้อยละ ๑๒ สมุนไพรที่มีในโลก มีแพทย์อายุรเวท (Ayurveda) ที่ขึ้นทะเบียนไว้ถึง ๓๖๖,๘๑๒ คน^{๑๒} แพทย์ยูนาณี (Unani) ๒๔,๐๐๐ คน และแพทย์สิทธะ (Siddha) ๑๑,๕๐๐ คน มีตำรับยาสมุนไพรถึงกว่า ๘,๐๐๐ ตำรับ ที่ใช้มานานกว่า ๕,๐๐๐ ปี ประชากรอินเดียมีประมาณ ๑,๐๐๐ ล้านคน ส่วนใหญ่ใช้ยาสมุนไพร รวมทั้งมีการสั่งใช้ยาสมุนไพรคู่ขนานกับการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ในการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีประมาณ ๒,๘๖๐ แห่ง มีสถาบันวิจัยที่มีชื่อเสียง เช่น Central Institute of Medicinal and Aromatic Plants (CIMAP) เป็นสถาบันร่วมกับมหาวิทยาลัยทำการวิจัยและพัฒนาสูตรตำรับยาสมุนไพรครบวงจร ตั้งแต่การเพาะปลูก การเก็บเกี่ยว จนนำไปสู่การพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์

มูลค่าตลาดยาอายุรเวท

การผลิตยาอายุรเวทในอินเดียมีมูลค่าพันล้านเหรียญสหรัฐซึ่งเป็นร้อยละ ๓๐ มูลค่าการผลิตในตลาดโลก ปัจจุบันผลิตภัณฑ์ทั้งยาอายุรเวท

^{๑๒} Subhuti Dharmananda, THE AYURVEDIC MEDICINE INDUSTRY IN INDIA: <http://www.itmonline.org/arts/ayurind.htm>

และผลิตภัณฑ์ยาสิทธิบัตรเติบโตอย่างมาก โดยร้อยละ ๖๐ อยู่ในรูปแบบวัตถุดิบเพื่อส่งออกไปผลิตในโรงงานยาอายุรเวทที่ต่างประเทศ ร้อยละ ๓๐ เป็นผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปขายตรงแก่ลูกค้าและที่เหลือร้อยละ ๑๐ เป็นสารกึ่งสกัดเพื่อเป็นวัตถุดิบผลิตเป็นผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปในต่างประเทศ ตลาดส่งออกยาสมุนไพรที่สำคัญ ได้แก่ สหรัฐฯ ด้วยมูลค่า ๓๕.๗๑ ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ เยอรมนี ๘.๐๔ ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ และส่งออกรัสเซีย อังกฤษ ไต้หวัน ฮังการี และมาเลเซีย

ปัจจุบันรัฐบาลอินเดียเร่งพัฒนาปลูกพืชสมุนไพร ๓๐ ชนิด เพื่อการส่งออกโดยมุ่งหวังให้อินเดียเป็นผู้ส่งออกยาสมุนไพรรายใหญ่ของโลก มีโครงการต่างๆ เช่น สนับสนุนเงินทุน เพื่อสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพร เป็นต้น

๑๗๒

อุตสาหกรรมยาแผนโบราณ

ทั้งประเทศมีโรงงานผลิตยาอายุรเวท ๑๕,๐๐๐ โรง แต่ส่วนใหญ่เป็นโรงงานขนาดเล็ก หรือเป็นระดับร้านขายยา มีโรงงานขนาดใหญ่ เพียง ๕๐ โรง ขนาดกลาง ๒๐๐ โรง ระดับที่ใหญ่มาก ได้แก่ Dubur India Ltd., Sri Baidyanath Ayurvedic Bhawan Ltd., และ Zandu Pharmaceutical Works มูลค่าตลาดยาเพียง ๓ แห่งนี้เมื่อนำมารวมกันสามารถยึดกุมส่วนแบ่งตลาดไปถึงร้อยละ ๘๕ ของมูลค่าตลาดยาในประเทศ โรงงานที่มีชื่อเสียงเหล่านี้มีช่วงอายุการเติบโตมากกว่าร้อยปี บางแห่งขยายสาขาไปทั่วประเทศอย่างน้อย ๑๐ แห่ง ผลิตสินค้าทุกกลุ่ม ตั้งแต่ยา เครื่องสำอาง มีแรงงานมากกว่า ๑,๐๐๐ คน บางโรงงานเช่น Zandu Pharmaceutical Works Zandu^{๑๓} สามารถพัฒนาจนสกัดสารสำคัญ dopamine จากพืชสมุนไพรเพื่อพัฒนาเป็นยาใหม่ และบางโรงงานเช่น The Himalaya Drug Company^{๑๔} สามารถมีสาขาอยู่ในสหรัฐด้วย (Himalaya USA)

^{๑๓} Zandu ; <http://www.zanduayurveda.com/main.htm>

^{๑๔} Himalaya : <http://www.himalayahealthcare.com/index.htm>

ยุทธศาสตร์การพัฒนายาแผนโบราณ

เอกชนมีการร่วมมือกันในกลุ่มประเทศผลิตยาอายุรเวท ได้แก่ ประเทศอินเดีย ปากีสถาน เนปาล บังคลาเทศ ภูฏาน มัลดีฟ และศรีลังกา จัดตั้งสมาคมความร่วมมือเขตเอเชียใต้ “SAARC” (South Asia Association for Regional Cooperation) ขึ้นในปี ค.ศ. ๑๙๘๕ เพื่อเป็นการรวมกลุ่มประเทศผลิตยาอายุรเวท แต่ไม่ค่อยประสบผลสำเร็จมากนักเนื่องจากประเทศที่ร่วมมือส่วนใหญ่มีโรงงานขนาดเล็กเป็นจำนวนมากและมุ่งผลิตสินค้าให้เฉพาะตลาดในประเทศตนเอง ทั้งสรรพคุณยาและภาษาที่ใช้ระบุไม่สามารถเข้าถึงในตลาดที่มีวัฒนธรรมท้องถิ่นที่แตกต่างกัน กลุ่มธุรกิจประเทศอินเดีย จึงมองหาโอกาสใหม่วางเป้าหมายในการนำตำรับยาอายุรเวท มาวิจัยและพัฒนาโดยมุ่งค้นหาสารสำคัญจากสมุนไพรในตำรับและพัฒนาเป็นอาหารสุขภาพประเภท “nutraceuticals” เพื่อไปสู่การฟื้นฟูหรือป้องกันโรคบางชนิดที่ประชากรโลกให้ความสนใจด้านสุขภาพ (โดยไม่เกี่ยวข้องกับสรรพคุณดั้งเดิมของตำรับยาอายุรเวท) ตัวอย่างธุรกิจที่ประสบผลสำเร็จ เช่น บริษัท Sabinsa Corporation เป็นธุรกิจสัญชาติสหรัฐฯ พัฒนาสารสกัดใบเสนียด (*Adhatoda vasica* Standardized Extract) สารสกัดฟ้าทะลายโจร (*Andrographis paniculata* Standardized Extract) Guggulsterones ที่พบจากสมุนไพรมดยอบ (myrrh) (ที่ใช้ในยาอายุรเวท และสารนี้เป็นสารที่ใช้ผลิตยาลดไขมันในเลือด) บริษัท Surya Herbal ในเมืองนิวเดลี นำเอาตำรับยาอายุรเวทที่เด่นๆ พัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ในรูปแบบทันสมัย ปรับชื่อการค้าใหม่ มีทั้ง ยาเม็ด แคปซูล ใช้เป็นอาหารเสริมช่วยแก้ไขความจำเสื่อม ความเครียด ความอ่อนล้า บำรุงเพศชายและเพศหญิง ประสบผลสำเร็จถึงขั้นส่งออกไปทั่วโลก ปัจจุบันบริษัทต่างๆ อีกหลายบริษัทได้เลียนแบบโดยนำยาอายุรเวท มาปรับรูปแบบให้เป็นสูตรตำรับใหม่ใช้การวิจัยทางวิทยาศาสตร์มารองรับ รวมทั้งการปรับรูปแบบที่ทันสมัย เช่น แคปซูล และรูปแบบน้ำเชื่อม (syrups) ทิศทางและขอบข่ายที่ใช้ส่งเสริมการขายเพื่อสุขภาพนั้นค่อนข้างกว้าง เช่น ลดคอเลสเตอรอลและไขมัน ลดน้ำตาลในเลือด บำรุงระบบหัวใจและการไหลเวียนของโลหิต ผลิตภัณฑ์ที่มีความต้องการสูงได้แก่ กลุ่มสตรีวัยทอง กลุ่มที่ต้องการกระตุ้นทางเพศ ผู้

๑๗๓

ป่วยเกี่ยวกับตับ และกลุ่มที่ต้องการล้างพิษ เป็นต้น

ตัวอย่างที่ผลิตภัณฑ์ยาอายุรเวชของบริษัท Maharishi Ayurveda Products International, Inc., เป็นบริษัทที่ประสบผลสำเร็จตลาดในต่างประเทศโดยจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาอายุรเวชที่ใหญ่ที่สุดในสหรัฐฯ และส่งออกไปประเทศตะวันตกอื่นๆ ทั้งๆ ที่มีสินค้าเพียง ๒๔ รายการเนื่องจากโยคี Maharishi จะทำหน้าที่เผยแพร่และแนะนำผลิตภัณฑ์ยาในขณะการสอนทำสมาธิ

ธุรกิจยาอายุรเวชพบว่าการใช้สรรพคุณยาอายุรเวชตามหลักระบบการแพทย์อายุรเวชไม่สามารถให้ผู้บริโภคในอเมริกา ยุโรป หรือประเทศอื่นๆ เข้าใจได้ ดังนั้นวิธีการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาอายุรเวชที่ดีที่สุดคือ วิธีการเปรียบเทียบ เช่นสมุนไพรร *ashwaganda (Withania somnifera)* ตั้งชื่อว่า โสมแห่งอินเดีย เพราะช่วยให้ผู้บริโภคเข้าใจสรรพคุณที่ดีเลิศที่เทียบเท่ากับโสมจีนหรือ โสมเกาหลีซึ่งเป็นที่รู้จักกันทั่วโลกทำให้เผยแพร่ขายได้ในตลาดโลก โดยเฉพาะถ้ามีข้ออ้างเป็นยาบำรุงกำลังทางเพศและยาเพิ่มภูมิคุ้มกันยิ่งช่วยทางการตลาดทำให้ขายได้มากขึ้นเรื่อยๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับสรรพคุณในตำรับของอายุรเวช ตัวอย่าง บัวบก (*Centella asiatica*) มีการนำไปผสมกับสมุนไพรรอื่นๆ เพื่อส่งเสริมให้เป็นยาเพิ่มพลัง แต่สรรพคุณ บัวบกในอายุรเวชกลับมีสรรพคุณเป็นยาสงบระงับ เป็นต้น

สถานภาพของระบบการแพทย์อายุรเวชกำลังถูกท้าทายทั้งในด้านระบบการศึกษาและองค์ความรู้ยาอายุรเวชที่ถูกบิดเบือนไป รวมทั้งตัวพืชสมุนไพรรที่นับวันจะลดจำนวนลงและสูญพันธุ์ ทั้งยังไม่สามารถรองรับความต้องการที่เพิ่มขึ้นจากธุรกิจที่เติบโต ตัวอย่างพืช *Nardostachys (jatamansi)* เป็นสมุนไพรรที่พบในเนปาล ปัจจุบันเป็นสมุนไพรรหายาก รัฐบาลจึงกำหนดยอมให้นำมาใช้สำหรับการผลิตยาในประเทศเท่านั้น ไม่สามารถส่งออกวัตถุดิบไปผลิตนอกประเทศได้ ประมาณว่าพืชเศรษฐกิจในอินเดีย ๑๒๐ ชนิด กำลังจะสูญพันธุ์ โดย ๓๕ ชนิดเป็นสมุนไพรรที่สำคัญ^{๑๕}

^{๑๕} Subhuti Dharmananda , THE AYURVEDIC MEDICINE INDUSTRY IN INDIA Institute for Traditional Medicine, Portland, Oregon

อุตสาหกรรมยา Kampo ประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นมีระบบการแพทย์แผนโบราณที่เรียกว่า Kampo เป็นระบบที่มีรากฐานจากการแพทย์แผนจีน (Kampo มีความหมายเป็นวิธีการรักษาแบบอื่น) นำเข้ามาตั้งแต่อดีตและประยุกต์ใช้กับสังคมและวัฒนธรรมญี่ปุ่นมานานจนชาวญี่ปุ่นถือเป็นระบบของตนเอง ระบบนี้เคยเสื่อมความนิยมไปในยุคสมัย Meiji (ค.ศ. ๑๘๖๘-๑๙๑๑) โดยรัฐบาลได้ออกกฎหมายให้ใช้แต่ระบบการรักษาแบบตะวันตก มีการเรียกร้องฟื้นฟูในปี ค.ศ. ๑๙๑๐ (โดย Dr. Keijuro Wada) ทำให้ระบบนี้ได้รับการสนับสนุนต่อเนื่องจนเป็นผลสำเร็จในยุค Showa (ค.ศ. ๑๙๒๖-๑๙๘๙) และสงบเงียบอีกครั้งในช่วงสงครามโลกครั้งที่สองเป็นช่วงที่การรักษาต้องใช้การผ่าตัดและยาปฏิชีวนะที่ทันสมัย ในปี ค.ศ. ๑๙๔๕ ประเทศแพ้สงคราม ระบบการแพทย์และการใช้ยา Kampo จึงกลับมาฟื้นฟูโดยกลุ่มแพทย์แผน Kampo จำนวนหนึ่งก่อตั้งสมาคมการแพทย์แผนตะวันออกแห่งญี่ปุ่น (Japan Society for Oriental Medicine) ขึ้นปี ค.ศ. ๑๙๕๐ มีสมาชิกช่วงต้น ๙๘ คน ปัจจุบันมีถึง ๑๐,๐๐๐ คน องค์การนี้เป็นตัวหลักสำคัญที่ช่วยพัฒนาองค์ความรู้ระบบ Kampo ให้ก้าวหน้าตามลำดับจนเกิดมีการผลิตยาในระดับอุตสาหกรรมขึ้น ปี ค.ศ. ๑๙๕๐ และค.ศ. ๑๙๖๗ เป็นปีแรกที่ยา Kampo สี่รายการถูกรับให้เข้าเป็นรายการยาในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประกาศเพิ่มอีก ๘๒ รายการในปี ค.ศ. ๑๙๗๖ กระทรวง

สาธารณสุขได้รับรองตำรับยา ๒๑๐ รายการซึ่งรวมทั้ง ๘๒ รายการในรายการหลักประกันสุขภาพที่ประกาศไปก่อนหน้านี้ ให้มีการใช้ในสถานพยาบาลและแพทย์แผนปัจจุบันสามารถสั่งจ่ายยา Kampo ร่วมกับยาแผนปัจจุบันได้ ทั้งกำหนดให้เป็นยาสามัญประจำบ้าน (OTC) ด้วย ผู้ผลิตยาสามารถแจ้งจดทะเบียนได้ทันทีโดยไม่ต้องเสียเวลารอขออนุมัติทะเบียนแบบยาแผนปัจจุบัน เพราะถือว่าการใช้สูตรตำรับเหล่านี้ยาวนานพอเป็นหลักการประกันความปลอดภัย ปัจจุบันมียา Kampo ๑๔๔ รายการที่เข้าสู่บัญชีหลักประกันสุขภาพ ปัจจุบันญี่ปุ่นมีประชากรรวม ๑๒๗ ล้านคน

มูลค่าตลาดยา Kampo

มูลค่าตลาดยา Kampo เริ่มขยายตัวเพิ่มสูงขึ้นภายหลังจากยาได้เข้าอยู่ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยพบว่า จากปี ค.ศ. ๑๙๗๐-๑๙๘๐ เพิ่มขึ้นจากเดิม ๑๕ เท่าของยอดขายที่ผ่านมา ชาวญี่ปุ่นใช้ยาแผนโบราณนี้มากที่สุดในโลก^{๑๖} ประมาณว่าร้อยละ ๘๐ ของประชากร จำนวน ๑๒๗ ล้านคน ใช้ยาแผนนี้ และมูลค่าที่ได้จากผลิตภัณฑ์ยา Kampo ทั้งหมด ส่วนใหญ่จากผลิตภัณฑ์ยาที่สั่งโดยแพทย์ถึงร้อยละ ๘๕ นับเป็นถึงระดับที่สามารถทำรายได้สูงสุดถึง ๑๔๔.๙ พันล้านเยน ในปี ค.ศ. ๑๙๙๒ แต่มูลค่าตลาดเริ่มลดลงหลังจากที่มีรายงานการเกิด ตับอักเสบจากการใช้ยา ในปี ค.ศ. ๑๙๙๖ ลดลงไปถึง ๑๐๗.๖ ล้านเยนในปี ค.ศ. ๒๐๐๐ ปัจจุบัน (ค.ศ. ๒๐๐๓) ยา Kampo มีสัดส่วนตลาดยาเพียงร้อยละ ๑.๖ ของมูลค่ายาทุกประเภทซึ่งมี ๕.๕ ล้านเหรียญสหรัฐ การลดลงของตลาดยา Kampo ในช่วง ๒-๓ ปีที่ผ่านมาเกิดนอกเหนือจากสาเหตุจากรายงานผลข้างเคียงของยา Kampo แล้ว ยังมาจากรัฐบาลตัดลดงบประมาณประกันสุขภาพด้านยาลง มีผลให้โรงงานเล็กๆ หลายโรงปิดกิจการ

^{๑๖} Dr Yuji Kawaguchi, Director of WHO Kobe Centre, Traditional medicine: its contribution to human health development, Opening Speech at International Symposium on Traditional Medicine, Kobe, Japan, ๖ November ๑๙๙๙ <http://www.who.or.jp/ageing/introduction/background/ds๐๓.html>

อุตสาหกรรมยา Kampo

อุตสาหกรรมยาแผน Kampo เริ่มจากปี ค.ศ. ๑๙๒๐ โดยโรงงาน Nagakura Onzo นุกเบิกการผลิตยา Kampo โดยพัฒนาเครื่องมือเทคโนโลยีช่วยต้มกลั่นตำรับยาสมุนไพรและผลิตในรูปแกรนูล (granule) ที่เรียกว่า wakan-yaku เพื่อสะดวกในการเก็บและนำมาใช้ ถือเป็นต้นแบบเฉพาะการผลิตยาญี่ปุ่นในทุกวันนี้ มีการรวมตัวจัดตั้ง สมาคมผู้ผลิตยา Kampo ญี่ปุ่น (Japan Kampo-Medicine Manufacturers' Association)^{๑๗} มีสมาชิก ๘๑ โรงงาน (เป็นสมาชิกทั่วไป ๖๖ และสมาชิกกิตติมศักดิ์ ๑๕, ข้อมูลปี ค.ศ. ๒๐๐๑) การผลิตยาใช้วัตถุดิบเกือบทั้งหมดนำเข้าจากหลายประเทศและภูมิภาคทั่วโลก นำเข้าจากจีนและประเทศอื่นๆ ในเอเชียตะวันออกและเอเชียตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุดปริมาณถึง ๗๕% ของการนำเข้าทั้งหมด

แต่ละโรงงานมีการผลิตผลิตภัณฑ์หลายกลุ่ม ทั้งยา Kampo และผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (Dietary supplement, เป็นการผลักดันจากสหรัฐฯ ทำให้มีประเภทผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้ ในปี ค.ศ. ๑๙๙๔)

โรงงานยาที่ครองสัดส่วนตลาดในประเทศมากที่สุด คือ Tsumura & Co. เป็นส่วนที่ยึดครองตลาดยา Kampo ถึง ร้อยละ ๗๐ ซึ่งเป็นกลุ่มยาที่แพทย์สั่งใช้ (Medical Professional Use)

ในส่วนยากลุ่ม OTC นำโดยโรงงาน Kanebo และมีโรงงานที่เด่นๆ อีกหลายโรงงาน เช่น JPS, Selyaku, Kotaro,

บางโรงงานเช่น Wakunagu Pharmaceutical Co., Ltd.^{๑๘} พัฒนามาจากการก่อตั้งด้วยการร่วมมือกับชาวเยอรมัน หลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ และได้ขยายไปก่อตั้งมีสาขาที่สหรัฐฯ ในชื่อ Wakunaga of America Co., Ltd. มีผลิตภัณฑ์ประมาณ ๙๐ ชนิด ทั้งยาภายนอกและภายใน ผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่ใช้กระเทียมเป็นสารประกอบหลัก มีโสมและสมุนไพรอื่นๆ เป็นส่วน

^{๑๗} Japan Kampo-Medicine Manufacturers' Association : <http://www.nikkankyo.org>

^{๑๘} Morita Toshinobu-Manager, Department of Healthcare Research and Development Division, Wakunagu Pharmaceutical Co., Ltd.

ผสมในอัตราที่น้อยมาก ที่สำคัญบริษัทมีแหล่งผลิตกระเทียมเองภายใต้การควบคุมมาตรฐานและคุณภาพ โดยมีฟาร์มกระเทียมอยู่ที่ Hokkaido เป็นระบบผลิตแบบไร้สารพิษ ซึ่งไม่มีการใช้ปุ๋ยเคมี ยาฆ่าแมลง และยาฆ่าวัชพืช มีส่วนวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ของตนเอง

เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นคุณภาพยา Kampo รัฐบาลกำหนดให้ทุกโรงงานที่ผลิตยา Kampo ต้องดำเนินการจัดทำ GMP (Good Manufacturing Practice) และกำหนดให้ผลิตภัณฑ์ยาแต่ละรายการมีการจัดทำมาตรฐานให้ระบุสารสำคัญอย่างน้อย ๒ ตัวเป็นกำกับกับคุณภาพของผลิตภัณฑ์ยา (control chemical marker) ในเดือนสิงหาคม ปี ๑๙๙๘ ซึ่งมีการร่วมมือกับสถาบันวิชาการและโรงงานเอกชนในการพัฒนายา

ปัจจุบันผลิตภัณฑ์สมุนไพรในรูปแบบอื่นๆ เริ่มเข้ามามีอิทธิพลในวิถีชีวิตของชาวญี่ปุ่นเนื่องจากสนใจการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ประกอบกับชาวญี่ปุ่นปัจจุบันมีพลเมืองส่วนใหญ่ที่สูงอายุ อยู่จำนวนมาก **ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร** (dietary supplement) และ **ผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อสุขภาพ** (FOSHU, Functional Food) ได้เข้ามามีบทบาทมากขึ้น โรงงานผลิตยา Kampo ได้ปรับแนวทางการผลิตเข้าหาผลิตภัณฑ์กลุ่มเหล่านี้ด้วย หลังจากรัฐบาลได้มีการปรับกฎหมายเพื่อรองรับผลิตภัณฑ์เหล่านี้ รวมทั้ง มีผลิตภัณฑ์ที่กำลังนำเข้ามาประเทศในกลุ่มที่เรียกว่า **ผลิตภัณฑ์ nutraceutical** อีก ๑,๐๐๐ รายการ

ยุทธศาสตร์การพัฒนายา Kampo

เหตุการณ์การเกิดรายงานดับฉกเสบจากการใช้ยาในปี ค.ศ. ๑๙๙๖ ทำให้มีความตระหนักในด้านความปลอดภัย ทำให้ลดการสั่งใช้ยาลง สมาคมผู้ผลิต ได้วางแนวทางและยุทธศาสตร์ยา Kampo ในศตวรรษที่ ๒๑ บนหลักการ “๓E” ได้แก่ **Evidence** (หลักฐานทางวิทยาศาสตร์) **Expansion** (การขยายลูกค้าให้คนหันมาใช้ยา) และ **Education** (ให้การศึกษาทั้งแพทย์และผู้ป่วยเกี่ยวกับยา) โดยมีการร่วมมือกับกลุ่มวิชาการ สมาคมแพทย์ แผนตะวันออกแห่งญี่ปุ่น (Japan Society for Oriental Medicine) จัดทำโครงการ

EBM (evidence-based medicine)^{๑๙} ได้ออกรายงานเบื้องต้น The EBM in Kampo Treatment ในเดือน พฤศจิกายน ค.ศ. ๒๐๐๒ เสนอผลการศึกษาทางคลินิกของยา ๗๓ รายการ ผลรายงานนั้นยังรอที่จะให้นักวิจัยในสาขา Kampo โดยเฉพาะมหาวิทยาลัยต่างๆ ให้ร่วมมือนำยา Kampo จากบริษัทต่างๆ ที่ได้ GMP มาศึกษาพิสูจน์ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา และการวิจัยทางคลินิกเปรียบเทียบกับยาแผนปัจจุบัน และเปรียบเทียบในเชิงเศรษฐศาสตร์โดยเฉพาะกับกลุ่มยาที่ใช้ในผู้สูงอายุ ให้ชัดเจนตาม ICH-GCP guidelines เป็นการเพิ่มคุณค่าให้แก่ยา Kampo โดยเชื่อมั่นว่า Kampo จะสามารถพัฒนาไปในอนาคต

^{๑๙} Tetsuo Akiba, Clinical Application and Its Research of Traditional Herbal Medicine in Japan, The Keio University medical department Eastern medicine lecture and traditional medicine study group Akiba Hospital, Japan

อุตสาหกรรมยาแผนไทย ประเทศไทย

๑๘๐ ระบบการแพทย์แผนไทยเป็นระบบที่มีการผสมผสานระหว่าง
การแพทย์พื้นบ้านของไทย อายุรเวทของอินเดีย และการแพทย์แผนจีน มีสูตร
ตำรับยาในคัมภีร์แพทย์แผนโบราณต่างๆ ที่ประกอบด้วย สมุนไพรที่ได้ใน
ประเทศกว่า ๑,๐๐๐ ตำรับ ระบบการแพทย์แผนไทยเคยเป็นระบบหลักใน
การรักษาโรค ต่อเมื่อมีการตรา พ.ร.บ. การแพทย์ พระพุทธศักราช ๒๔๖๖ ที่
แบ่งการประกอบโรคศิลปะเป็นแผนโบราณและแผนปัจจุบัน การแพทย์แผน
ไทยจึงถูกกำหนดให้เป็นการแพทย์แผนโบราณจากนั้นมา ซึ่งมีผลต่อเนื่องใน
การเรียกเป็น **ยาแผนโบราณ** ใน พ.ร.บ. ยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ซึ่งหมายถึง **ยาที่
ประกอบจากสมุนไพร** สำหรับผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผน
ไทยและสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ตาม พ.ร.บ.การประกอบโรค
ศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ หรือเป็นยาที่มีอยู่ในตำรายาแผนโบราณ ตามประกาศ
ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งใน พ.ร.บ. **คุ้มครองและส่งเสริม
ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒** ด้วย

หลักเกณฑ์ในการขึ้นทะเบียนยาแผนโบราณที่แต่เดิมถูกกำหนด

^{๒๐} ตำราเวชศึกษาของพระยาพิศณุประสาทเวช, ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับหลวง เล่ม ๑
และเล่ม ๒, ตำราคัมภีร์แพทย์แผนโบราณของขุนไสยตบรรณลักษณ์ เล่ม ๑ เล่ม ๒ และเล่ม
๓, ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม ๑ เล่ม ๒ และเล่ม ๓

ด้วยกฎหมาย (พ.ร.บ. ยา พ.ศ. ๒๕๑๐) ที่ต้องอ้างอิงสรรพคุณจากตำรายา
แผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศ ๔ เล่ม^{๒๐} และมีข้อกำหนดที่ไม่สามารถนำ
เอาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมาใช้ในการผลิตได้ (ในช่วง พ.ศ. ๒๔๖๖-
๒๕๓๕) ปัจจุบันได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนตำรับยาที่พัฒนา
จากสมุนไพร^{๒๑} มากกว่าที่จะเป็นยาแผนโบราณแบบดั้งเดิมอย่างเดียว ทำให้
เกิด **ยาแผนโบราณมีการพัฒนารูปแบบไปจากเดิมได้** และเป็นยาจาก
สมุนไพรแผนปัจจุบัน ที่ใช้กระบวนการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์ หลังการ
ปรับเกณฑ์ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๑ พบว่า มี ยาแผนโบราณที่พัฒนารูปแบบ ขึ้น
ทะเบียน ๔๗๙ ตำรับ และ ยาจากสมุนไพรแผนปัจจุบัน (กลุ่ม ๓) ขึ้นทะเบียน
๑๙ ตำรับ ในระหว่างปี ๒๕๔๒ -๒๕๔๔

๑๘๑ และเมื่อมีการปรับปรุงรายการบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒
คณะกรรมการนโยบายแห่งชาติด้านยาได้มีมติบรรจุยาจากสมุนไพรไว้ใน
บัญชียาหลักแห่งชาติ ๒ กลุ่ม คือกลุ่มยาจากสมุนไพรที่มีการใช้ตามองค์
ความรู้ดั้งเดิมหรือยาแผนไทย และยาจากสมุนไพรที่มีการพัฒนา รวม ๑๓
รายการ

มูลค่าตลาดผลิตภัณฑ์สมุนไพร

ศูนย์วิจัยกสิกรไทยสำรวจ “พฤติกรรมใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร”^{๒๒}
คาดว่ามูลค่าตลาดรวมในประเทศปี ๒๕๔๗ จะสูงถึงเกือบ ๔๐,๐๐๐ ล้านบาท
เช่นเดียวกับในปี ๒๕๔๓ ศูนย์วิจัยกสิกรไทย ก็ได้ทำการศึกษาและคาดว่า
ตลาดของผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรในประเทศมีมูลค่าพุ่งสูงถึง ๓๙,๐๐๐ ล้าน
บาท^{๒๓} ซึ่งมีอัตราการขยายตัวของตลาดในลักษณะก้าวกระโดดถึงร้อยละ
๓๐ ต่อเนื่องจากปี ๒๕๔๒ ที่ผ่านมา ซึ่งสวนทางกับภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำ

^{๒๑} คณะกรรมการยาในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๔๑

^{๒๒} ศูนย์วิจัยกสิกรไทย ผลิตภัณฑ์เครื่องเทศและสมุนไพรไทย ผู้จัดการออนไลน์ ๑๒ เมษายน
๒๕๔๗

^{๒๓} ศูนย์วิจัยกสิกรไทย ยาสมุนไพรไทย อนาคตที่สดใส.....ทั้งตลาดในและตลาดนอก มองเศรษฐกิจ
ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๑๒๘๘ (๒๗ มิถุนายน ๒๕๔๖)

อันเนื่องมาจากวิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในปี ๒๕๔๐ มูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรในประเทศที่อ้างอิงนี้เป็นการรวมเอามูลค่าผลิตภัณฑ์ ยาจากสมุนไพร อาหารเสริมสุขภาพจากสมุนไพร เครื่องสำอางจากสมุนไพร และเครื่องดื่ม

ในส่วนมูลค่าตลาดที่ส่งออกเมื่อเทียบกับมูลค่าตลาดโลกจะเห็นว่า มูลค่าตลาดผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ส่งออกมีมูลค่าต่ำมาก โดยพบว่าในช่วงระหว่าง ปี ๒๕๔๓-๒๕๔๕ มูลค่าที่ส่งออกยาแผนโบราณที่ผลิตในประเทศไทยมีมูลค่าต่ำสุดประมาณ ๓๐ ล้านบาท และสูงสุดประมาณ ๓๙ ล้านบาท^{๒๔}

อุตสาหกรรมยาไทย

ปัจจุบันจำนวนโรงงานผลิตยาแผนโบราณทั่วประเทศ ที่ได้รับการอนุมัติจาก อย. จำนวนทั้งสิ้น ๘๖๑ แห่ง (ปี ๒๕๔๖) ส่วนใหญ่เป็นโรงงานขนาดเล็กเนื่องจากพบว่า ตั้งแต่ปี ๒๕๔๑-๒๕๔๖ มีการขยายตัวโรงงานถึงร้อยละ ๕๑ ส่วนใหญ่ ร้อยละ ๓๖ อยู่ในภูมิภาค มักเป็นระบบการผลิตแบบครอบครัว หรือในระดับชุมชน เป็นการผลิตตำรับยาแบบง่าย ๆ เช่น ยามอง ยาน้ำ ซึ่งไม่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์พิเศษในการผลิต เพียงแต่นำตัวยามาชั่ง ตวง ตามสูตร แล้วบด ผสมให้เข้ากันหรือต้มเคี่ยวแล้วกรอง และปรับปริมาณตามที่กำหนด วัตถุดิบที่ใช้ในการผลิตส่วนใหญ่ได้จากแหล่งผู้จำหน่ายสมุนไพรในประเทศ สมุนไพรที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นสมุนไพรไทย และส่วนน้อยเป็นสมุนไพรจากต่างประเทศ โดยเฉพาะสมุนไพรจีน มักจัดจำหน่ายภายในจังหวัดหรือบริเวณใกล้เคียง

องค์การเภสัชกรรม ถือเป็นอุตสาหกรรมของประเทศทำหน้าที่บุกเบิกการผลิตยาจากสมุนไพรรูปแบบแผนปัจจุบันออกจำหน่ายเป็นครั้งแรกผลิตภัณฑ์ที่เริ่มต้นมีหลายรายการ อาทิเช่น ขมิ้นชันแคปซูล ยาแก้ไอ มะแว้ง เจลว่านหางจระเข้ รวมทั้ง “ครีมพญาอ” ที่ได้รับการถ่ายทอดเทคโนโลยีจากผลการศึกษาวิจัยจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปัจจุบัน

องค์การเภสัชกรรมได้วิจัยและพัฒนาสมุนไพร จนได้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรออกสู่ตลาดและได้รับความนิยมมากกว่า ๑๔ รายการ

เฉพาะผู้ประกอบการอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรรายใหญ่ๆ เท่านั้นที่จะมีศักยภาพผลิตเพื่อการส่งออกนอกเหนือจากการผลิตจำหน่ายในประเทศ โดยผลิตภัณฑ์ที่ส่งออกมีทั้งที่เป็นผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป (เช่น ยาแผนโบราณ เครื่องสำอาง เครื่องดื่มชาสมุนไพร และอาหารเสริม) และที่อยู่ในรูปสารสกัดหยาบ (crude extract) ส่งออกผลิตภัณฑ์สมุนไพรไปยังประเทศสหภาพยุโรป สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น ไต้หวัน ฮองกง แอฟริกาใต้ ออสเตรเลีย เป็นต้น เงื่อนไขที่ทำให้ผู้ประกอบการอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรสามารถส่งออกได้นั้นเป็นเพราะมีการพัฒนาจัดทำมาตรฐานในการควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์สมุนไพร มาตรฐานการผลิตที่ต้องให้ได้มาตรฐาน ISO และหรือ GMP เป็นต้น รวมทั้งมีระบบการจัดจำหน่ายที่ทันสมัยโดยมีพันธมิตรความร่วมมือกับต่างประเทศและการใช้ระบบ E-commerce เป็นต้น

อุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่อยู่ในระดับนี้ มีจำนวนน้อยไม่เกิน ๑๐ โรง อาทิเช่น ห้างหุ้นส่วนจำกัดชาวละออเณล บริษัท อ้วยอันโฮสดี จำกัด บริษัท สมาพันธ์เทรดดิ้ง จำกัด บริษัท ผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย จำกัด (ธุรกิจร่วมกับองค์การเภสัชกรรม) บริษัท เมกกะโปรดัคส์ จำกัด และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัย-ภูเบศร (เป็นโรงพยาบาลรัฐที่ประสบผลสำเร็จในเชิงพาณิชย์ พัฒนาการผลิตถึงระดับอุตสาหกรรมจึงตั้งมูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัย ภูเบศรเพื่อดำเนินการตามระเบียบเกณฑ์ของ พ.ร.บ. ยา ปัจจุบันตั้งมูลนิธิบริษัท พลาณาพสมุนไพร จำกัดเป็นตัวแทนจำหน่ายสินค้า)

ยุทธศาสตร์การพัฒนายาไทย

รัฐบาลปัจจุบัน เล็งเห็นว่าสินค้าประเภทสมุนไพรและเครื่องเทศมีความนิยมมากขึ้นในตลาดโลก ประกอบกับประเทศไทยอุดมด้วยพืชสมุนไพร ดังนั้นสมุนไพรจึงเป็นเป้าหมายหนึ่งในการวางยุทธศาสตร์ในทุกส่วนที่เกี่ยวข้องซึ่งพบได้จาก

^{๒๔} กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, ๒๕๔๗

๑. แผนงานวิจัยแบบบูรณาการ ระยะปานกลาง (พ.ศ. ๒๕๔๘- ๒๕๕๐)

ให้สมุนไพรอยู่ในเป้าหมายการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาสินค้าใหม่ฯ (New Product Development)

๒. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนากอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพร ๕

ปี ระหว่าง ปี พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๒^{๒๕} มีคณะกรรมการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรซึ่งมีรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน^{๒๖} โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์กรประสานหลักในการกำหนดนโยบาย กำหนดบทบาทของหน่วยงานภาครัฐแต่ละหน่วยงานให้มีความชัดเจนเพื่อทำหน้าที่ในการดูแลการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประเทศให้เป็นระบบ ครบวงจรตั้งแต่การวิจัยสมุนไพรด้านการเกษตรเพื่อส่งเสริมการผลิตวัตถุดิบสมุนไพรที่มีคุณภาพ ด้านมาตรฐานและการควบคุมคุณภาพสมุนไพร ด้านการพัฒนาอุตสาหกรรมสมุนไพร ด้านการตลาดสมุนไพร ด้านข้อกำหนดสมุนไพร ด้านการรวบรวมและการถ่ายทอดเทคโนโลยีมีเป้าหมาย ในการเพิ่มมูลค่าการตลาดสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรในประเทศเพิ่มขึ้นโดยรวมทุกประเภทไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ต่อปี มูลค่าการส่งออกผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ต่อปี มีห้องปฏิบัติการวิจัยด้านสมุนไพรที่ได้รับการพัฒนาและการรับรองตามมาตรฐานสากล ศูนย์สัตว์ทดลองอย่างน้อย ๓ แห่งได้รับการพัฒนาตามมาตรฐานสากล มีโรงงานระดับกึ่งอุตสาหกรรม (Pilot scale) ในหน่วยงานของรัฐอย่างน้อย ๒ แห่ง ได้รับการรับรองมาตรฐาน GMP มีกลุ่มโรงงานอุตสาหกรรมสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน GMP และมีห้องปฏิบัติการมาตรฐานกลางสำหรับตรวจสอบคุณภาพสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพร มีมาตรฐานสมุนไพรในตำรามาตรฐานยาสมุนไพรไทย (Thai Herbal Pharmacopoeia) เพิ่มขึ้นจากเดิมที่มีอยู่ ๒๑ ชนิด ให้เป็นอย่างน้อย ๕๐ ชนิด และมีมาตรฐานยาสมุนไพรตำรับไม่น้อยกว่า ๑๐ ตำรับ มีเครือข่ายห้องปฏิบัติการ

^{๒๕} การประชุมคณะรัฐมนตรี วันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๔๗

^{๒๖} แต่งตั้งโดยมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๔๔

ที่ให้บริการตรวจสอบและรับรองคุณภาพวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรจำนวนไม่น้อยกว่า ๑๕ แห่ง กระจายครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ ที่สำคัญมีสมุนไพรที่มีศักยภาพสูงทางเศรษฐกิจที่ผ่านการวิจัยอย่างครบวงจรตั้งแต่วัตถุดิบจนพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ระดับอุตสาหกรรมได้อย่างน้อย ๑๒ ชนิด มีกฎหมายที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพร

๓. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพ

ของเอเชีย^{๒๗} โดยมีการกำหนดยุทธวิธีในการพัฒนาบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพการวิจัยเพื่อการพัฒนาบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพ การพัฒนาศักยภาพและคุณภาพของบุคลากร การตรวจสอบและรับรองมาตรฐานคุณภาพบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพ การพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการขั้นสูง การพัฒนาภาพลักษณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพ การส่งเสริมการใช้และการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ภายในประเทศ มีเป้าหมายในการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทย ๑๐ จังหวัดที่มีศักยภาพในการผลิตสมุนไพร การแปรรูปในลักษณะของอาหารเสริมและเครื่องสำอาง

^{๒๗} การประชุมคณะรัฐมนตรี วันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๔๗ วาระ เรื่อง แผนยุทธศาสตร์การพัฒนากอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพร

อภิปรายและข้อเสนอแนะ

วิเคราะห์เปรียบเทียบสถานการณ์และยุทธศาสตร์

แต่เดิมระบบการแพทย์แผนโบราณ (Traditional Medicine) และการแพทย์ทางเลือกต่างๆ เป็นที่พึ่งด้านสุขภาพของประชาชนในหลายประเทศของเอเชียรวมทั้งประเทศไทย การบริการและการผลิตยาสมุนไพรมุ่งเพื่อรับใช้สาธารณสุขของประเทศอย่างแท้จริง แต่สิ่งที่เกิดขึ้นในประเทศจีนและประเทศอินเดีย ซึ่งเป็นต้นแบบของระบบการแพทย์แผนโบราณที่สำคัญที่มีอายุสืบทอดมายาวนานกลับไม่พินทุกันพาเข้าสู่สนามแข่งขันในเศรษฐกิจโลก จากการศึกษาสถานการณ์อุตสาหกรรมยาทั้ง ๔ ประเทศที่ศึกษามานี้ช่วยให้เข้าใจความเหมือนและความแตกต่างในยุทธศาสตร์ของทั้ง ๔ ประเทศ (ตาราง ๑) ดังนี้

ตาราง ๑ เปรียบเทียบข้อมูลการแพทย์แผนโบราณของ จีน อินเดีย ญี่ปุ่นและไทย

ด้าน	จีน	อินเดีย	ญี่ปุ่น	ไทย
ประชากร (ล้านคน)	๑,๒๘๑	๑,๐๕๐	๑๒๗	๖๒
ภูมิปัญญา	ต้นแบบ	ต้นแบบ	ประยุกต์-จีน	ประยุกต์-อินเดีย-จีน
การนำเข้าสู่ระบบสาธารณสุข	ระบบหลักทั้งประเทศ	ระบบหลัก รพ. ๒,๘๖๐	หลักประกันสุขภาพ ๑๔๔ รายการ	บัญชียาหลักแห่งชาติ ๑๓ รายการ
มูลค่าตลาดในประเทศ/ส่งออก	๔.๘/๖๓๐ (ล้านเหรียญสหรัฐ)	๑,๐๐๐/๑๐๐ (ล้านเหรียญสหรัฐ)	๒.๒ (ล้านเหรียญสหรัฐ)	๔๐,๐๐๐/๔๐ (ล้านบาท)
จำนวนโรงงาน	๒,๒๐๐ (แห่ง)	๑๕,๐๐๐ (แห่ง)	๗๘ (แห่ง)	๘๖๐ (แห่ง)
วัตถุดิบ	พึ่งตนเอง	พึ่งตนเอง	นำเข้า	พึ่งตนเอง
ยุทธศาสตร์โดย	รัฐ	เอกชน	เอกชน-รัฐ	รัฐ

โดยพบว่า :

๑. ประเทศจีนและอินเดีย เป็นประเทศต้นแบบการแพทย์แผนโบราณ มีพลเมืองมากที่สุดในอันดับต้นๆ ในจำนวนใกล้เคียงกันรวมทั้งพลเมืองที่อพยพแผ่ขยายไปยังดินแดนอื่นๆ ทั่วโลก จึงมีผลให้ตลาดผลิตภัณฑ์ยาทั้งสองแผนมีขนาดใหญ่และแพร่ไปยังประเทศตะวันตกด้วย อีกทั้งระบบยาแผนโบราณทั้งสองประเทศเป็นระบบหลักที่ประชาชนได้รับบริการจากรัฐมูลค่าตลาดยาที่ผลิตในประเทศและส่งออกจึงมีมูลค่ามหาศาล เป็นอุตสาหกรรมที่มีทั้งความมั่งคั่งของวัตถุดิบและองค์ความรู้ของสูตรตำรับยาของชาติที่จะนำมาพัฒนาและวิจัยได้

สิ่งที่แตกต่างกันของสองประเทศคือยุทธศาสตร์และนโยบายในการพัฒนาอุตสาหกรรม จะเห็นว่ายุทธศาสตร์ของจีนเป็นการจัดวางโดยรัฐ

เนื่องจากยาแผนโบราณในประเทศจีนส่วนใหญ่ยังอยู่ภายใต้การสังกัด ดังนั้นการผลักดันเพื่อให้อุตสาหกรรมยาเพิ่มความแข็งแกร่งด้านคุณภาพมาตรฐาน ทันสมัย และเป็นนานาชาตินั้น ก็ด้วยการเตรียมเข้าสู่การเป็นสมาชิกในองค์กรการค้าโลก เพื่อให้อุตสาหกรรมยาในประเทศจะไม่ถูกโจมตีและยึดครองด้วยยาแผนจีนที่นำเข้าจากต่างประเทศ เช่นจากเกาหลี สิงคโปร์และญี่ปุ่น ที่มีรูปแบบความทันสมัยเหนือกว่า ขณะเดียวกันเป็นโอกาสที่ผลิตภัณฑ์ยาของจีนมีช่องทางออกสู่ตลาดโลกเช่นกัน ยุทธศาสตร์ของจีนเป็นการสร้างขีดความสามารถให้อุตสาหกรรมยาแผนโบราณในเชิงการปกป้องและการแผ่ขยายตลาด

อุตสาหกรรมยาแผนโบราณอินเดียเป็นการผลักดันและพัฒนาโดยภาคเอกชน ดังนั้นจึงเป็นอุตสาหกรรมที่มีระดับความแตกต่างกันอย่างมากในด้านเทคโนโลยีการผลิตและเงินทุน โรงงานผลิตยาส่วนใหญ่ของประเทศเป็นระดับพื้นฐานที่อาศัยเทคโนโลยีดั้งเดิมผลิตเพื่อประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ ขณะที่อุตสาหกรรมผลิตยาคำนวณน้อยเท่านั้นที่สามารถใช้และเข้าถึงเทคโนโลยีขั้นสูงด้วยความสัมพันธ์ทางเชื้อชาติของผู้ที่ย้ายถิ่นไปแสวงหาชีวิตที่ดีกว่าในต่างประเทศและสมองไหลกลับมาช่วยพัฒนารวมทั้งการนำหุ้นส่วนจากต่างประเทศเข้ามา จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเกื้อหนุนให้ผลิตภัณฑ์ยาแผนโบราณอายุรเวทเผยแพร่ไปในตลาดโลก ในตลาดยาสมุนไพรทั่วโลกจะเห็นผลิตภัณฑ์สมุนไพรแปรรูปใหม่ๆ ซึ่งเป็นผลงานของอุตสาหกรรมยาอินเดียที่มีรากฐานดังที่กล่าว อย่างไรก็ตามด้วยสภาพการแข่งขันสูงในเวทีการค้าส่งผลให้อุตสาหกรรมยาอินเดียใช้ยุทธศาสตร์เลือกรับปรับใช้อายุรเวทในเชิงธุรกิจ สภาพที่เห็นคือหลาย ๆ สูตรตำรับยาอายุรเวทได้กลายสภาพนำมาพัฒนาเป็นยาที่ตามกระแส เช่น ยาบำรุงสมอง ยาลดไขมัน ยากระตุ้นทางเพศ ยาล้างพิษ เป็นผลิตภัณฑ์ Nutraceuticals ฯลฯ ใช้ช่องทางการจำหน่ายที่ทันสมัยเช่น E-commerce

๒. ระบบการแพทย์แผนโบราณทั้งญี่ปุ่นและไทย เป็นระบบที่มีการบูรณาการ โดยญี่ปุ่นประยุกต์จากระบบการแพทย์แผนจีนเรียกเป็น

Kampo ส่วนประเทศไทยประยุกต์จากการแพทย์พื้นบ้าน แพทย์แผนอินเดียและแพทย์แผนจีน เรียกแพทย์แผนไทย ส่วนที่นำเอาหลักอายุรเวทมาเรียกแพทย์ไทยประยุกต์ ทั้งญี่ปุ่นและไทยมีความแตกต่างที่เห็นได้ชัดกล่าวคือประชากรญี่ปุ่นมีมากกว่าประชากรไทยสองเท่า ระบบสาธารณสุขญี่ปุ่นได้นำการแพทย์ Kampo บูรณาการเข้ากับระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์ในโรงพยาบาลสามารถสั่งจ่ายยา Kampo ให้กับผู้ป่วย มีรายการยาถึง ๑๔๘ รายการที่อยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพ จึงเป็นหลักประกันสำคัญที่ทำให้อุตสาหกรรมยาแผน Kampo มีทิศทางในการผลิตและพัฒนา ภาคเอกชนมีความเข้มแข็งพอที่จะเผชิญเหตุการณ์ ดังเช่นการเกิดเหตุการณ์รายงานอันไม่พึงประสงค์กับยาบางรายการ สมาคมผู้ประกอบการและสมาคมวิชาชีพแพทย์แผน Kampo ได้ร่วมมือกันทำยุทธศาสตร์พัฒนาคุณภาพประสิทธิภาพและความปลอดภัย

ประเทศไทยมีโรงงานอุตสาหกรรมที่ขึ้นทะเบียนกับอย. ในจำนวนที่มากกว่าญี่ปุ่น (ไทย ๘๖๑, ญี่ปุ่น ๗๘) แต่ส่วนใหญ่เป็นอุตสาหกรรมระดับครอบครัวหรือระดับชุมชน สัดส่วนโรงงานในเขตภูมิภาคเป็นสองเท่า (๕๘๒ : ๒๗๙^{๒๔}, ปี พ.ศ. ๒๕๒๖) ของในเขตกรุงเทพมหานคร ยุทธศาสตร์การพัฒนาการแพทย์แผนไทยและพัฒนาสมุนไพรตลอดทุกยุคที่ผ่านมามักเป็นบทบาทภาครัฐที่มุ่งพัฒนาเพื่อมาช่วยเสริมระบบสาธารณสุขของประเทศในการพึ่งตนเองในด้านยาและเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้จ่ายอันตรายของชุมชน ระบบการแพทย์แผนประยุกต์และการนวดไทยเป็นรูปธรรมในการเป็นทางเลือกที่เข้าไปเสริมระบบการบริการกับการแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งประเภทยาสมุนไพร ๒ กลุ่ม ๑๓ รายการที่ผ่านการประเมินและบรรจุเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติ^{๒๕} และเพื่อให้การจัดหายาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านยาเป็นจริง มอบหมายให้เภสัชกรแผน

^{๒๔} กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, ๒๕๔๗

^{๒๕} บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒ (บัญชียาจากสมุนไพร), คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ, คณะกรรมการนโยบายแห่งชาติด้านยา

ปัจจุบัน เป็นผู้ดูแลทำการผลิตยาสมุนไพรใช้ในโรงพยาบาลเพื่อบูรณาการกับการรักษาแบบแผนปัจจุบันจากการสำรวจ ในปี ๒๕๔๓ มีโรงพยาบาลของรัฐ ๘๔ แห่ง^{๓๐} ในส่วนการผลิตระดับอุตสาหกรรมรัฐเป็นผู้กำกับดูแลโรงงานที่มีการขอขึ้นทะเบียน เมื่อเทียบกับศักยภาพองค์กรเอกชนผู้ผลิตยาญี่ปุ่นแล้วพบว่าองค์กรผู้ผลิตยาในประเทศไทยยังไม่มีบทบาทที่ชัดเจน ปัญหาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรซึ่งหลักที่เกิดปัญหาต่อดับ (พ.ศ. ๒๕๔๔) และปัญหาสารหนูที่พบในผลิตภัณฑ์ยาหอม (พ.ศ. ๒๕๔๖) ก็ไม่มีการแสดงความชัดเจนจากกลุ่มผู้ผลิตเอกชนที่จะเข้ามาร่วมมือกับรัฐในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทั้งๆ ที่มีผลกระทบต่อความเชื่อมั่นศรัทธายาสมุนไพรและยาแผนโบราณเป็นอันมาก เมื่อตลาดสมุนไพรโลกได้ขยายตัวมีผลให้ยุทธศาสตร์ที่รัฐบาลจัดทำในขณะนี้ เป็นยุทธศาสตร์ที่มุ่งสู่การแข่งขันเช่นเดียวกับประเทศจีน การสนับสนุนแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย และยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพร กำหนดเป้าหมายในการพัฒนาสมุนไพรที่มีศักยภาพสูงทางเศรษฐกิจ อย่างน้อย ๑๒ ชนิด มีการพัฒนาห้องปฏิบัติการให้มีคุณภาพเพื่อวิจัยสมุนไพรและมีกองทุนนวัตกรรมที่ให้การสนับสนุน(วงเงิน ๖๔ ล้านบาท) เพื่อประสานให้วิชาการและธุรกิจเอกชน ในการพัฒนาสมุนไพร “โพล” ให้เป็นผลิตภัณฑ์เพื่อใช้ในตลาดสปา และเครื่องสำอาง รวมทั้งแสวงหาความร่วมมือกับศูนย์วิจัยจากต่างประเทศในการพัฒนาสมุนไพรแห่งชาติ สิ่งเหล่านี้ล้วนเน้นการสร้างขีดความสามารถเพื่อให้สมุนไพรเป้าหมายสามารถตอบสนองในเชิงพาณิชย์ ด้านศักยภาพพบว่า มีโรงงานเพียงส่วนน้อยประมาณ ๑๐ แห่งเท่านั้นที่สามารถปรับตัวเข้าสู่การถ่ายทอดนี้ได้ ยังมีโรงงานมากกว่าครึ่งที่รอการพัฒนาเพื่อให้ผลิตภัณฑ์มีคุณภาพและปลอดภัยต่อผู้บริโภคและนำมาบริการเพื่อการสาธารณสุขของประเทศ

^{๓๐} ระบบยาแผนโบราณและยาจากสมุนไพร, ระบบยาของประเทศไทย, พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ : องค์การอนามัยโลก, ๒๕๔๕

สถานการณ์ปัญหาอุตสาหกรรมยาไทย

ผลิตภัณฑ์ยาแผนไทยเมื่อเปรียบเทียบกับยาแผนปัจจุบัน พบว่าผู้บริโภคจำนวนมากยังไม่เชื่อมั่นในฤทธิ์ยาสรรพคุณต่างๆ ในยาแผนไทย มีจำนวนน้อยเท่านั้นที่ใช้ เชื้อมันและมันคงกับยาสมุนไพรอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นเมื่อนำมาเทียบมูลค่ากับตลาดยาแผนปัจจุบัน ตลาดยาแผนไทยมีมูลค่าเป็นเพียงร้อยละ ๔-๕ ของตลาดยาแผนปัจจุบันเท่านั้น จึงเป็นเหตุให้อุตสาหกรรมผลิตยาแผนไทยส่วนใหญ่ไม่มีแรงจูงใจที่จะทำการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์สินค้าตนเองได้ กลยุทธ์การตลาดที่มักใช้คือการสร้างผลิตภัณฑ์ให้มีหลากหลายชนิดรวมทั้งการผลิตสมุนไพรที่ตามกระแสนิยมการผลิตจำเป็นต้องขอขึ้นทะเบียนยาจาก ออย. ซึ่งปัจจุบันผลิตภัณฑ์ยาแผนโบราณที่ขึ้นทะเบียนยาแล้วมีอยู่ประมาณเกือบ ๕,๐๐๐ ตำรับจากโรงงานจำนวนประมาณ ๘๖๐ แห่ง (ที่มีการขออนุมัติจาก ออย. ตามเกณฑ์จะต้องมีเภสัชกรแผนโบราณควบคุมการผลิต) ประมาณว่ามีการรับผิดชอบเฉลี่ยผลิตภัณฑ์ละ ๖ ตำรับ โดยข้อเท็จจริงยังมีทะเบียนยาที่รอการอนุมัติทะเบียนยาจากออย. อีกจำนวนมาก ด้วยเหตุผลที่โรงงานต้องการผลิตภัณฑ์สูตรหลากหลายตำรับดังกล่าว แต่ละโรงงานอาจมีความต้องการมากกว่า ๒๐-๓๐ ตำรับรวมทั้งกระแสการใช้สมุนไพรทั่วโลกจึงมีการนำเข้าผลิตภัณฑ์สมุนไพรจากต่างประเทศที่รอการอนุมัติเช่นกัน ทำให้เกิดปัญหาอนุมัติทะเบียนล่าช้า

การแข่งขันการผลิตยาทำให้สินค้าในตลาดเป็นปัญหาดอกการควบคุมคุณภาพเช่นกัน พบมีการรายงานในด้านคุณภาพมีการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์และโลหะหนักในผลิตภัณฑ์อยู่เนืองๆ นอกจากนี้การที่ทางราชการได้เข้าไปส่งเสริมตามยุทธศาสตร์เพื่อสร้างรายได้และส่งเสริมการใช้วัตถุดิบในชุมชนให้เกิดประโยชน์ตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง ในช่วงที่เกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจในกลางปี ๒๕๔๐ หลายหน่วยงานราชการ เช่น กระทรวงเกษตร กระทรวงมหาดไทย เป็นต้น ส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนท้องถิ่นต่างๆ ทำการผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ได้แก่ อาหารสมุนไพร ยาสมุนไพร เครื่องสำอาง (แชมพูสระผมผสมสมุนไพร) มีผลทำให้เกิดอุตสาหกรรมชุมชนใน

การผลิตยาสมุนไพร ถึงแม้มีปริมาณการผลิตไม่มากนัก แต่มีแหล่งกระจาย
อยู่ทั้งในเขตกรุงเทพฯ และภูมิภาค ผู้ผลิตส่วนใหญ่จำหน่ายเองรวมทั้งรัฐเข้า
มาช่วยประชาสัมพันธ์และจัดกิจกรรมจำหน่ายทำให้ผลิตภัณฑ์ชุมชนได้รับ
การจำหน่ายซื้อง่ายไปทั่วประเทศเพราะมีราคาถูก ปัญหาที่มักพบใน
ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน คือ อ่างสรรพคุณที่เกินเลย (ตามที่กฎหมายกำหนด)
ไม่ดำเนินการขออนุญาตทะเบียนให้ถูกต้องตามกฎหมาย แหล่งผลิตและ
จำหน่ายไม่เหมาะสม ไม่มีคุณภาพความปลอดภัย อย่างไรก็ตามในปี ๒๕๔๓
จนถึงปัจจุบัน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาโดยศูนย์ประสานงาน
พัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน (ศพช.) จัดทำโครงการส่งเสริมและ
พัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนตามแนวเศรษฐกิจพอเพียงช่วย
ทำการสนับสนุนให้ชุมชนผลิตยาจากสมุนไพรให้ได้คุณภาพ เกิดศูนย์เรียนรู้
การพัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนขึ้นหลายแห่ง เป็นการบรรเทา
ปัญหาได้ส่วนหนึ่ง แต่ยังมีผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรอีกมากมายจากแหล่ง
ต่างๆ ทำการแข่งขันในตลาดสินค้าผลิตภัณฑ์ชุมชน จึงเป็นสภาพปัญหา
ที่มาจากการผลิตจากชุมชนด้วย

๑๙๒

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาแผนไทย

จากข้อมูลเบื้องต้นเพียงพอที่จะประมวลถึงทิศทางการพัฒนา
อุตสาหกรรมยาแผนไทย เพื่อให้ครอบคลุมทั้งเพื่อสนองในเชิงพาณิชย์ ขณะ
เดียวกัน การแพทย์แผนไทยและอุตสาหกรรมยาไทยต้องให้เป็นส่วนหนึ่งของการ
พัฒนาสุขภาพของประชาชน ดังนั้น ทิศทางที่รวบรวมได้ สามารถจัดเป็น
๒ ทิศทาง

๑. การเสริมสร้างขีดความสามารถ เพื่อให้สมุนไพรมีศักยภาพเพื่อ
การแข่งขันในตลาดโลก ในส่วนทิศทางนี้พบว่ารัฐบาลได้จัดทำยุทธศาสตร์
อย่างเต็มที่แล้ว

๒. การลดปัญหาและการพัฒนาคุณภาพการแพทย์แผนไทยและ
อุตสาหกรรมยาไทยเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนไทย ซึ่งเป็นทิศทางที่

สำคัญที่จำเป็นต้องมีการกำหนดเป้าหมายและกลวิธีเพื่อการพัฒนาสุขภาพ
ประชาชน และที่สำคัญในฐานะองค์กรสมาชิกขององค์การอนามัยโลก เป็นการ
สนับสนุนแนวทางที่ระบุในแผนยุทธศาสตร์การแพทย์แผนโบราณในปี ๒๐๐๒-
๒๐๐๕

ดังนั้นการวางยุทธศาสตร์อุตสาหกรรมยาแผนไทยเพื่อ สุขภาพประชาชนไทย ควรมีแนวทางดังนี้

๑. ด้านนโยบาย สนับสนุนส่งเสริมให้ภาคเอกชนผู้ประกอบการผลิตยาแผน
ไทยมีการรวมตัวเพื่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนา การวิเคราะห์ปัญหาการ
ผลิตยา มีการกำหนดและจัดสรรการผลิตให้สอดคล้องกับความต้องการทั้งผู้
บริโภคและหน่วยบริการ (โรงพยาบาล) เพื่อให้โรงงานสามารถอยู่ได้ทั้งใน
ส่วนคุณภาพและราคาที่เหมาะสม เพื่อให้ผลิตภัณฑ์ยาไทยเข้าไปในระบบ
ดูแลสุขภาพรวมทั้งเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๒. ด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัย โดยพัฒนาส่งเสริม
การศึกษาวิจัยยาแผนไทยในเชิงคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์
ที่มีการจำหน่ายในท้องตลาด ตลอดจนการส่งเสริมเพิ่มพูนความรู้ทั้งวิธีการที่
ดีในการผลิตยาและระเบียบกฎเกณฑ์ให้กับผู้ประกอบการทุกระดับ รวมทั้ง
อุตสาหกรรมชุมชน

๓. ด้านการเข้าถึงยาที่มีคุณภาพ ปรับปรุงเร่งรัดระบบการขึ้นทะเบียนให้
ยาที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพได้เข้าถึงประชาชนโดยเร็ว (ปี ๒๕๔๑ กระทรวง
สาธารณสุขมีนโยบายที่จะให้ยาแผนไทยสามารถเข้าถึงประชาชนผู้ใช้ยาได้
ง่ายมีการปรับเกณฑ์ขยายกลุ่มยาและอาการเพื่อที่จะให้ทะเบียนยาสามัญ
ประจำบ้านแผนโบราณเพิ่มจำนวนมากขึ้น สามารถจำหน่ายได้ทั่วไป
เป็นการสร้างแรงจูงใจการผลิตยาแผนโบราณ)

๔. ด้านการใช้ ยาแผนไทย อย่างเหมาะสม ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้บริโภค
ได้รับข้อมูลการใช้ยาที่มีคุณภาพและตระหนักถึงการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดย
ความร่วมมือกับองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคต่างๆ ในการช่วยสนับสนุนการใช้ยา
อย่างสมเหตุผล ขณะเดียวกันให้ความร่วมมือในการติดตามเฝ้าระวังปัญหา
ที่จะเกิดขึ้นพร้อมทั้งให้ข้อมูลต่อสาธารณชนอย่างทันการ

๑๙๓

กลวิธีในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์อุตสาหกรรมยา แผนไทยเพื่อสุขภาพประชาชน

๑. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ต้องมีบทบาทหลักในการผลักดันยุทธศาสตร์ฯ นี้โดยการร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และองค์การภาคเอกชนฝ่ายผลิตและองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค

๒. จัดทำขั้นตอนการผลักดันเป็นแผนระยะสั้นและแผนระยะยาว กล่าวคือ

แผนระยะสั้น

- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยและพัฒนาตำรับยาแผนไทยโดยให้มีข้อมูลเพียงพอเพื่อนำมาบูรณาการในการดูแลสุขภาพ โดยการขยายให้มีตำรับยาแผนไทยที่ควรให้ความสนใจ ซึ่งเป็นตำรับยาที่นิยมใช้อยู่แล้ว
- จัดระดับโรงงานยาที่มีอยู่ตามศักยภาพการผลิต แล้วเตรียมหลักสูตรในการพัฒนาการผลิตให้สอดคล้องตามความสามารถ ได้แก่ ระดับสูง ระดับกลางและระดับต้น ยกกระดับความรู้และเทคโนโลยีการผลิตให้กับผู้ประกอบการในการผลิตให้มีคุณภาพปลอดภัย โดยขอความร่วมมือจากสถาบันวิชาการในการพัฒนาหลักสูตรอย่างต่อเนื่องในระยะต้น เพื่อสร้างความสามารถในการยกระดับมาตรฐานอุตสาหกรรมยาแผนโบราณอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อเป้าหมายให้ทุกแห่งได้ GMP ใน ๑๐ ปีข้างหน้า โดยเกณฑ์ GMP ยาแผนโบราณ จำเป็นต้องศึกษาและปรับให้สอดคล้องกับกระบวนการผลิตยาแผนโบราณที่ใช้วัตถุดิบสมุนไพร
- สนับสนุนให้มีการจัดระบบการผลิตยาสมุนไพรโดยชุมชนและให้มีการรวบรวมผลิตภัณฑ์ที่มีการจัดจำหน่ายในโครงการสินค้า

OTOP ในระดับจังหวัด และประเมินศักยภาพการใช้ของชุมชนเพื่อจัดระบบการสนับสนุน โดยให้มีการกำหนดประเภทผลิตภัณฑ์สมุนไพรชุมชนที่ชุมชนสามารถผลิตได้ รวมทั้งทำการปรับปรุงกฎเกณฑ์เพื่อให้มีการผลิตที่ไม่ละเมิดกฎหมาย การสนับสนุนในชุมชนให้ใช้ศักยภาพขององค์กรและหน่วยงานในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลชุมชน กลุ่มผู้ผลิตสมุนไพร แพทย์แผนโบราณ หรือแพทย์พื้นบ้าน ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ฯลฯ ทำเป็นเครือข่ายกลุ่มส่งเสริมและพัฒนาผลิตภัณฑ์ยาแผนโบราณและยาสมุนไพรชุมชนของจังหวัด เชื่อว่าในแต่ละพื้นที่จะมีผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่เป็นเอกลักษณ์และมีคุณภาพสามารถนำมาใช้ได้อย่างจริงจัง

- ปรับปรุงช่วงเวลาการอนุมัติทะเบียนยาแผนโบราณโดยเฉพาะกลุ่มยาสามัญประจำบ้าน

แผนระยะยาว

- ให้มีหน่วยเฉพาะในการสนับสนุนอุตสาหกรรมการผลิตยาแผนไทยเป็นการเฉพาะ ภายใต้สังกัดกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในการดูแลสนับสนุนทางวิชาการและการวิจัย เพื่อให้ตำรับยาไทยมีคุณภาพและปลอดภัย มีความพร้อมที่จะผลิตเพื่อเข้าสู่บริการทางสุขภาพ
- มีสถาบันการศึกษาที่สนับสนุนการผลิตบุคลากรเพื่อให้สามารถผลิตยาแผนโบราณได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพ



กฎหมาย กฎระเบียบ ที่เกี่ยวข้องต่อการคุ้มครอง ภูมิปัญญาท้องถิ่น

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

“บัณฑิต เศรษฐศิริโรตม์ และ เจษฎา โทณะวณิก”

ภูมิปัญญาท้องถิ่น (Traditional Knowledge) เป็นองค์ความรู้ที่พัฒนา
ขึ้นในทางบริบททางกายภาพและวัฒนธรรมของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างคน
กับระบบนิเวศ มีการสืบทอดและพัฒนาปรับตัว เปลี่ยนแปลง ตามบริบท
ทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง

๑๙๗

ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์ มีความสำคัญอย่างยิ่งยวดต่อ
การดำรงชีวิตของผู้คนในชุมชน การคุ้มครองความหลากหลายทางชีวภาพ
และภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์จึงมีความสำคัญต่อประเทศกำลังพัฒนา
โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อชุมชนท้องถิ่น

ประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาการ
แพทย์แผนไทย ๒ ฉบับ คือ พ.ร.บ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์
แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ และพ.ร.บ.คุ้มครองพันธุ์พืช พ.ศ. ๒๕๔๒ นอกจากนี้
ยังมีกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พ.ร.บ.ยา พ.ศ. ๒๕๑๐ พ.ร.บ.การประกอบ
โรคศิลป์ พ.ศ. ๒๕๔๒ พ.ร.บ.สิทธิบัตร พ.ศ. ๒๕๒๒ แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ.
๒๕๓๕ และ พ.ศ. ๒๕๔๒ พ.ร.บ.ลิขสิทธิ์ พ.ศ. ๒๕๓๗ พ.ร.บ.ความลับ
ทางการค้า พ.ศ. ๒๕๔๕

นอกเหนือจากกฎหมายในประเทศไทยแล้ว ยังมีความตกลง
ระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

ได้แก่ อนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ ความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า (TRIPs) ซึ่งในขณะนี้ยังไม่มี ความตกลงระหว่างประเทศที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์เป็นการเฉพาะ มีเพียงการคุ้มครองเป็นบางแง่มุมเท่านั้น

ในประเทศอินเดีย มีประสบการณ์ในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยการป้องกันการกระทำอันเป็นโจรสลัดชีวภาพ การสร้างระบบการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ได้ผลและการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างเป็นวัฒนธรรมและเท่าเทียม

สถานการณ์ทางสากลที่มีผลกระทบต่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น ได้แก่ ความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า การเจรจาจัดทำเขตการค้าเสรี (FTA)

ดังนั้น ประเทศไทยต้องริบเร่งในการพัฒนาระบบกฎหมายเพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การปรับแก้ไขกฎหมายด้านการแพทย์ที่เป็นข้อจำกัดต่อการคุ้มครอง การปฏิเสธการขยายการคุ้มครองสิทธิ-บัตรไปยังสิ่งมีชีวิตทุกชนิด การปรับปรุงพัฒนากฎหมายเฉพาะ (sui generis) การปรับปรุงแก้ไขกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญา และกำหนดกรอบ ประเด็น และจุดยืนของประเทศไทยต่อการเจรจาจัดทำเขตการค้าเสรีไทย

บทนำ

ภูมิปัญญาท้องถิ่น (Traditional Knowledge) เป็นองค์ความรู้ที่พัฒนาขึ้นในบริบททางกายภาพ และวัฒนธรรมของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับระบบนิเวศชุดหนึ่ง มีการสืบทอดและพัฒนามาเป็นเวลานานร้อยนับพันปี มีการปรับตัว เปลี่ยนแปลง พัฒนาไปตามบริบททางเศรษฐกิจสังคมและการเมืองที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย ภูมิปัญญาท้องถิ่นก่อกำเนิดขึ้นจากเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคมและมีลักษณะเป็นองค์รวมรอบด้าน โดยมีอาจแยกส่วนต่างๆ ออกจากกันไปอย่างเด็ดขาด อย่างไรก็ตาม สามารถแบ่งแยกเพื่อการวิเคราะห์องค์ประกอบของภูมิปัญญาท้องถิ่นได้เป็น ๔ ระดับ คือ องค์ความรู้ในเรื่องอาหารและยา องค์ความรู้ในเรื่องระบบการผลิตและการจัดการทรัพยากรธรรมชาติภูมิปัญญาพื้นบ้านที่ปรากฏในรูปของความรู้ เชื้อ พิธีกรรม จารีตประเพณี วิถีปฏิบัติ และ วิถีคิด (ยศ สันตสมบัติ ๒๕๔๒) ทั้งนี้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นอาจแสดงออกได้ในหลายรูปแบบ เช่น ศิลปวัฒนธรรม งานหัตถกรรม จิตรกรรม ประติมากรรม ฯลฯ

ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์ นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตของผู้คนในชุมชน เนื่องจากประชากรกว่าร้อยละ ๘๐ ของประชากรทั่วโลก ยังคงพึ่งพาการรักษาโดยวิธีการแพทย์แบบดั้งเดิม การคุ้มครองความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์ จึงมีความสำคัญต่อประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อชุมชนท้องถิ่น

แม้ในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่า ยาที่ขายอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาประมาณ ๑ ใน ๔ ได้คิดค้นพัฒนาทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมจากพืช (RAFI ๑๙๙๔)

ในช่วงเวลาประมาณครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา มีนักวิจัยจำนวนมากทั้งจากสถาบันการศึกษาและบริษัทข้ามชาติ ได้พยายามศึกษาและนำภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์ไปใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์มากขึ้น การวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ยาสมัยใหม่โดยอาศัยฐานความรู้จากภูมิปัญญาท้องถิ่นของชุมชนเกี่ยวกับคุณสมบัติทางยาของพืชแต่ละชนิด จะเพิ่มโอกาสที่จะพัฒนาผลิตภัณฑ์ยาชนิดใหม่ขึ้นอย่างมาก และยังช่วยประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการวิจัยของบรรษัทอีกด้วย ปัญหาสำคัญที่ประเทศกำลังพัฒนากำลังเผชิญอยู่ก็คือ ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากความหลากหลายทางชีวภาพในประเทศโลกตะวันออก ไม่ว่าจะเป็นความรู้ด้านสมุนไพร การรักษาโรค ระบบการเกษตร ฯลฯ ได้ถูกบรรษัทข้ามชาติฉกฉวยนำไปจดคุ้มครองภายใต้ระบบทรัพย์สินทางปัญญา ซึ่งมุ่งคุ้มครองสิทธิของปัจเจกบุคคลในฐานะเป็นเจ้าของความรู้หรือสิ่งประดิษฐ์ อย่างไรก็ตามอย่างหนึ่งอย่างชัดเจน ภูมิปัญญาท้องถิ่นจึงถูกปรับเปลี่ยนโดยกลไกตลาดและระบบกฎหมายตะวันตก จากสมบัติของชุมชนกลายเป็นทรัพย์สินส่วนตัวอย่างไม่เป็นธรรม เช่น กรณีการจดคุ้มครองสิทธิบัตรสำหรับการใช้หมันชั้นเป็นยาสมานแผลของนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยมิสซิสซิปปี ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. ๑๙๙๕ หรือกรณีการจดสิทธิบัตรกรรมวิธีการควบคุมเชื้อราที่อยู่บนพืชโดยการใช้น้ำมันที่สกัดมาจากสะเก็ดของบริษัท W.R. Grace จำกัด แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา ทั้งสองกรณีถูกคัดค้านอย่างมากจากประเทศอินเดียเนื่องจากมีการใช้ประโยชน์ในอินเดียมานานแล้ว (ในที่สุดทั้งสองกรณีถูกเพิกถอนสิทธิบัตรเนื่องจากขาดความใหม่)

ในการศึกษานี้ จะมุ่งเน้นเฉพาะเรื่องภูมิปัญญาการแพทย์ของไทย^๑ และภูมิปัญญาที่เกี่ยวข้อง คือ เรื่องพันธุ์พืชและสมุนไพร ทั้งในด้านการ

^๑ “ภูมิปัญญาการแพทย์ของไทย” ที่ใช้ในรายงานฉบับนี้ เป็นคำทั่วไปที่มีความหมายรวมถึงการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน ถ้าเป็นการกล่าวถึงเฉพาะภูมิปัญญาการแพทย์ด้านใดด้านหนึ่งจะใช้คำที่เฉพาะเจาะจงเป็นกรณีไป

คุ้มครองและส่งเสริม “ภูมิปัญญา” และ “บุคลากร” ที่เป็นผู้อนุรักษ์ ใช้ประโยชน์และพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์ของไทย โดยศึกษาวิเคราะห์รูปแบบการคุ้มครองที่มีอยู่ในปัจจุบันทั้งภายในประเทศและต่างประเทศวิเคราะห์ถึงแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต และจัดทำเป็นข้อเสนอแนะในการพัฒนากฎหมายเพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์ของประเทศไทย

การคุ้มครองภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย ในกฎหมายไทยและความตกลงระหว่างประเทศ

ก่อนปี พ.ศ. ๒๕๔๒ ประเทศไทยไม่มีกฎหมายเฉพาะเพื่อการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์ของไทย มีกฎหมายบางฉบับที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับเรื่องภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยอยู่บ้าง แต่ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อการคุ้มครองและส่งเสริม เช่น พระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ และ พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลป์ พ.ศ. ๒๕๔๒

การพัฒนากฎหมายเฉพาะเพื่อการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์ของไทย มีสาเหตุเชื่อมโยงกับความเปลี่ยนแปลงของกติกาความตกลงระหว่างประเทศด้านทรัพยากรชีวภาพและทรัพย์สินทางปัญญาในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ประกอบกับปัญหาการฉกฉวยแย่งชิงทรัพยากรชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกิดขึ้นในประเทศต่างๆ ประเทศไทยและกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาเกิดความตื่นตัวในการพัฒนาระบบกลไก เพื่อการปกป้องคุ้มครองทรัพยากรชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องค่อนข้างมาก สำหรับประเทศไทยได้มีการจัดทำกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์ของไทย ๒ ฉบับ คือ พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ และ พระราชบัญญัติคุ้มครองพันธุ์พืช พ.ศ. ๒๕๔๒

เนื้อหาในส่วนนี้จะกล่าวถึงสาระสำคัญของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาด้านการแพทย์ ความตกลงระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง

และวิเคราะห์ถึงจุดอ่อน - จุดแข็งของความตกลงระหว่างประเทศและ
กฎหมายแต่ละฉบับ

กฎหมายภายในประเทศ

(๑) พระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

ตาม พ.ร.บ. ยา นั้นคำว่า “ยา” ได้ถูกบัญญัติไว้มาตรา ๔ ให้มี
ความหมายครอบคลุมถึงสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้

- (๑) วัตถุที่รับรองไว้ในตำรายาที่รัฐมนตรีประกาศ
 - (๒) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษา
หรือป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วยของมนุษย์หรือสัตว์
 - (๓) วัตถุที่เป็นเภสัชเคมีภัณฑ์ หรือเภสัชเคมีภัณฑ์กึ่งสำเร็จรูป หรือ
 - (๔) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับให้เกิดผลแก่สุขภาพ โครงสร้าง หรือการ
กระทำหน้าที่ใดๆ ของร่างกายมนุษย์หรือสัตว์
- ทั้งนี้ วัตถุตาม (๑) (๒) หรือ (๔) ไม่หมายความรวมถึง
- (ก) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการเกษตร หรือการอุตสาหกรรม
ตามที่รัฐมนตรีประกาศ
 - (ข) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้เป็นอาหารสำหรับมนุษย์ เครื่องกีฬา
เครื่องมือ เครื่องใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ เครื่องสำอาง หรือ
เครื่องมือ และส่วนประกอบของเครื่องมือที่ใช้ในการประกอบ
โรคศิลปะหรือวิชาชีพเวชกรรม
 - (ค) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในห้องวิทยาศาสตร์สำหรับการวิจัยการ
วิเคราะห์ หรือการชันสูตรโรคซึ่งมิได้กระทำโดยตรงต่อร่างกาย
ของมนุษย์

นอกจากนี้มาตรา ๔ ดังกล่าวยังได้แยกแยะให้ “ยาแผนโบราณ”
หมายถึง ยาที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ หรือ
การบำบัดโรคสัตว์ซึ่งอยู่ในตำรายาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศ หรือยาที่
รัฐมนตรีประกาศเป็นยาแผนโบราณ หรือยาที่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียน

ตำรับยาเป็นยาแผนโบราณ

ส่วน “ยาสมุนไพร” นั้นให้หมายถึง ยาที่ได้จากพืชชาติ สัตว์
หรือแร่ ซึ่งมีได้ผสมปรุงหรือแปรสภาพ และ “ตำรับยา” หมายถึง สูตรซึ่ง
ระบุส่วนประกอบสิ่งปรุงที่มียารวมอยู่ด้วยไม่ว่าสิ่งปรุงนั้นจะมีรูปลักษณะใด
และให้หมายความรวมถึงยาที่มีลักษณะเป็นวัตถุสำเร็จรูปทางเภสัชกรรมซึ่ง
พร้อมที่จะนำไปใช้แก่มนุษย์หรือสัตว์ได้

จากนิยามดังกล่าวเราจะเห็นว่า พ.ร.บ. ยา นั้นครอบคลุมถึงภูมิ
ปัญญาการแพทย์ของไทย ในส่วนของการทำยาไม่ว่าจะเป็นยาแผนโบราณ
หรือยาสมุนไพร รวมไปถึงตำรับยาทั้งหลาย โดยมีบริบทที่สงวน อนุรักษ์ หรือ
รักษาไว้ ซึ่งสิทธิของบุคคล หรือกลุ่มบุคคลในอันที่จะปกป้องภูมิปัญญาด้าน
ยาของตนไว้ไม่ให้ใครมาฉกฉวยเอาไปใช้อย่างไม่เป็นธรรมได้ ทั้งนี้โดยทั่วไป
แล้วผู้ที่เข้าถึงสูตรยา หรือตำรับยาอันเป็นภูมิปัญญาของไทยนั้นคงจะเป็น
บรรดาหมอพื้นบ้าน หรือหมอแผนไทยหรือแผนโบราณทั้งหลายที่เป็น
ผู้ทำการรักษา เยียวยา หรือประกอบพิธีกรรมในการให้กำลังใจ

พ.ร.บ. ยาได้นิยามถึง “การประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ” ว่า
เป็นการประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยความรู้จากตำราหรือการเรียนสืบต่อกัน
มา อันมิใช่การศึกษาตามหลักวิทยาศาสตร์ ซึ่งวิเคราะห์โดยสรุปจะเห็นว่า
เป็นการบัญญัติศัพท์เพื่อจะให้ความแตกต่างจากการประกอบโรคศิลปะ
แผนปัจจุบัน แต่การระบุว่าการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณมิใช่การศึกษา
ตามหลักวิทยาศาสตร์นั้น คงจะไม่เป็นธรรมต่อผู้ที่ใช้วิธีการรักษาดังกล่าว
เท่าไรนัก เนื่องจากวิทยาศาสตร์นั้นเป็นศาสตร์ที่มีความหมายกว้างมาก
โดยมีเงื่อนไขพื้นฐาน ๓ ประการ คือ การยึดมั่นในหลักการของเหตุ
และผล การคิดอย่างเป็นระบบ และการใช้ข้อมูลที่เป็นจริง ดังนั้นเรา
จึงไม่สามารถระบุไปชัดเจนว่าการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทุกอย่างไม่
ได้เป็นไปตามหลักวิทยาศาสตร์ การไม่นิยามคำว่า “วิทยาศาสตร์” ไว้จึง
อาจทำให้การใช้ภูมิปัญญาการแพทย์ของไทยหลายๆ อย่างถูกมองเสมือนว่า
เป็นเรื่อง ไสยเวทย์ มนต์ดำ หรือคร่ำครึไปเสียหมด ดังนั้น จึงควรที่จะสร้าง

ความเข้าใจให้ถูกต้องไว้โดยเฉพาะในกฎหมายแม่บทในเรื่องยา เช่น พ.ร.บ. ยา
นี้ เพื่อให้ภูมิปัญญาการแพทย์ของไทยเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการแพทย์ การ
พยาบาล การเภสัช ฯลฯ

ตามมาตรา ๔๖ ของ พ.ร.บ. ยานี้ได้มีข้อกำหนดห้ามมิให้ผู้ใดผลิต
ขาย หรือนำหรือส่งเข้ามาในราชอาณาจักรซึ่งยาแผนโบราณ เว้นแต่จะได้
รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต แต่บทบัญญัตินี้มาตรา ๔๗ ได้ระบุไว้ไม่ให้ใช้
บังคับกับ

(๑) การผลิตยาซึ่งผลิตโดยกระทรวง ทบวง กรม ในหน้าที่ป้องกัน หรือ
บำบัดโรค สภากาชาดไทยและองค์การเภสัชกรรม

(๒) การปรุงยาแผนโบราณตามตำรายาที่รัฐมนตรีประกาศตามมาตรา
๗๖ (๑) โดยผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ เพื่อขายเฉพาะสำหรับคนไข้
ของตนหรือขายปลีก

๒๐๔

(๓) การขายยาแผนโบราณโดยผู้อนุญาตขายยาแผนปัจจุบันผู้รับ
อนุญาตขายส่งยาแผนปัจจุบัน และผู้อนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยา
บรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ

(๔) การขายยาสมุนไพรที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือการขายยาสามัญ
ประจำบ้าน

(๕) การนำยาติดตัวเข้ามาในราชอาณาจักรซึ่งไม่เกินจำนวนที่จำเป็น
จะต้องใช้เฉพาะตัวได้สามสิบวัน และการนำหรือส่งยาเข้ามาในราชอาณาจักร
โดยกระทรวง ทบวง กรม ในหน้าที่ป้องกันหรือบำบัดโรค สภากาชาดไทย
และองค์การเภสัชกรรม

ทั้งนี้ พ.ร.บ. ยา ได้กำหนดประเภทของใบอนุญาตสำหรับยาแผน
โบราณไว้ ๓ ประเภทตามมาตรา ๔๙ ได้แก่ (๑) ใบอนุญาตผลิตยาแผน
โบราณ (๒) ใบอนุญาตขายยาแผนโบราณ และ (๓) ใบอนุญาตนำหรือ
ส่งยาแผนโบราณเข้ามาในราชอาณาจักร โดยให้ถือว่าผู้ได้รับใบอนุญาต
ตาม (๑) หรือ (๓) เป็นผู้รับใบอนุญาตตาม (๒) สำหรับยาที่ตนผลิต หรือ
นำหรือส่งเข้ามาในราชอาณาจักรนั้นด้วยแล้วแต่กรณี โดยที่มาตรา ๗๙

กำหนดให้ผู้รับอนุญาตผลิตยา หรือผู้รับอนุญาตให้นำหรือส่งยาเข้ามาใน
ราชอาณาจักร ที่ประสงค์จะผลิต หรือนำหรือส่งเข้ามาในราชอาณาจักรซึ่ง
ยาแผนโบราณ ต้องนำตำรับยานั้นมาขอขึ้นทะเบียนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่
และเมื่อได้รับใบสำคัญการขึ้นทะเบียนตำรับยาแล้วจึงจะผลิตยา หรือนำ
หรือส่งยานั้นเข้ามาในราชอาณาจักรได้ แต่ตามมาตรา ๗๙ ทวิ บทบัญญัติ
ดังกล่าวไม่ใช้บังคับกับยาสมุนไพร และยาที่เป็นเภสัชเคมีภัณฑ์ หรือ
เภสัชเคมีภัณฑ์กึ่งสำเร็จรูปซึ่งมิใช่ยาบรรจุเสร็จ

จากบทบัญญัติทั้งหลายของ พ.ร.บ. ยา จะเห็นได้ว่ามีจุดประสงค์
ในการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นสำคัญโดยผ่านมาตรการควบคุมการผลิต ขาย
นำหรือส่งยาแผนโบราณเข้ามาในราชอาณาจักร ดังนั้นจึงถือว่ามีมาตรการ
ในการควบคุมกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการนำภูมิปัญญาการแพทย์ของไทย
ในด้านยามาใช้ประโยชน์ แต่กฎหมายฉบับนี้ไม่ให้ความคุ้มครองแก่
ภูมิปัญญาการแพทย์ของไทยจากการถูกนำไปใช้อย่างไม่เป็นธรรม เนื่องจาก
การปกป้องภูมิปัญญาดังกล่าวไม่ได้เป็นจุดมุ่งประสงค์ของกฎหมายนี้ ดังนั้น
จึงต้องอาศัย หรือมีกฎหมายอื่นๆ ที่จะเข้ามารองรับวัตถุประสงค์ที่เป็นความ
ต้องการอย่างแท้จริงของการคุ้มครองในรูปแบบของภูมิปัญญาท้องถิ่น

๒๐๕

(๒) พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒

ตาม พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะฉบับล่าสุดนี้ได้มีการนิยามศัพท์
ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยไว้ในมาตรา ๔ ได้แก่ “การ
ประกอบโรคศิลปะ” ซึ่งหมายถึง การประกอบวิชาชีพที่กระทำหรือมุ่งหมาย
จะกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การ
ป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ การมดุงครรภ์ แต่ไม่รวมถึง
การประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่นตามกฎหมายว่าด้วย
การนั้นๆ ส่วน “การแพทย์แผนไทย” นั้นคือ การประกอบโรคศิลปะตาม
ความรู้หรือตำราแบบไทยที่ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา หรือตามการ
ศึกษาจากสถานศึกษาที่คณะกรรมการรับรอง

นอกจากนี้ยังได้กำหนดถึง “เวชกรรมไทย” ว่าหมายถึง การตรวจ การ

วินิจฉัย การบำบัดหรือการป้องกันโรคด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย “เภสัชกรรมไทย” หมายถึง การกระทำในการเตรียมยา การผลิตยา การประดิษฐ์ยา การเลือกสรรยา การควบคุมและการประกันคุณภาพยา การปรุงยาและการจ่ายยาตามใบสั่งยาของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย และการจัดจำหน่ายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย และยังมี “การผดุงครรภ์ไทย” ซึ่งหมายถึง การตรวจ การบำบัด การแนะนำ และการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ การป้องกันความผิดปกติในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด การทำคลอด การดูแลส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกในระยะหลังคลอด ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

คำนิยามที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาการแพทย์ของไทยอื่นๆ ได้แก่ “การแพทย์แผนไทยประยุกต์” ซึ่งหมายความว่า การประกอบโรคศิลปะตามการศึกษาจากสถานศึกษาที่คณะกรรมการรับรอง และใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อการวินิจฉัยและการบำบัดโรคตามที่กำหนดในกฎกระทรวง และ “กายภาพบำบัด” ซึ่งหมายความว่า การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับ การตรวจประเมิน การวินิจฉัยและการบำบัดความบกพร่องของร่างกายซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การแก้ไขและการฟื้นฟูความเสื่อมสภาพความพิการของร่างกายและจิตใจ ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด หรือการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่รัฐมนตรีประกาศให้เป็นเครื่องมือหรืออุปกรณ์กายภาพบำบัด

พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ กำหนดการประกอบโรคศิลปะออกเป็น ๕ สาขา โดยมีสามสาขาที่อาจจะเรียกได้ว่าเกี่ยวพันถึงภูมิปัญญาการแพทย์ของไทย ได้แก่ (๑) สาขาการแพทย์แผนไทย ซึ่งรวมถึง เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทย และการแพทย์แผนไทยประเภทอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการ (๒) สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ และ (๓) สาขากายภาพบำบัด โดยมีคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องอยู่ใกล้ชิดด้วยกัน ซึ่งคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะนั้นเป็น

คณะกรรมการในกรอบใหญ่ควบคุมเป็นการทั่วไป โดยมีคณะกรรมการวิชาชีพซึ่งแยกเป็น (๑) คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย (๒) คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ และ (๓) คณะกรรมการวิชาชีพสาขากายภาพบำบัด ซึ่งจะเป็นคณะกรรมการที่ดูแลโดยตรงในกิจกรรมต่างๆ ของวิชาชีพแต่ละสาขา

ข้อกำหนดตามมาตรา ๓๐ ของ พ.ร.บ. นี้ระบุห้ามมิให้ผู้ใดทำการประกอบโรคศิลปะ หรือกระทำด้วยประการใดๆ ให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้มีสิทธิทำการประกอบโรคศิลปะโดยมิได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต เว้นแต่ในกรณีอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- (๑) การประกอบโรคศิลปะที่กระทำต่อตนเอง
- (๒) การช่วยเหลือหรือเยียวยาผู้ป่วยตามหน้าที่ ตามกฎหมาย หรือตามธรรมจรรยา โดยมิได้รับประโยชน์ตอบแทน
- (๓) นักเรียน นักศึกษา หรือผู้รับการฝึกอบรมซึ่งทำการฝึกหัดหรืออบรมในความควบคุมของผู้ประกอบโรคศิลปะซึ่งเป็นผู้ให้การศึกษาหรือฝึกอบรม
- (๔) บุคคลซึ่งเข้ารับการอบรมหรือรับการถ่ายทอดความรู้จากผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย กระทำการประกอบโรคศิลปะในระหว่างการอบรมหรือการถ่ายทอดความรู้ในการควบคุมของผู้ประกอบโรคศิลปะผู้นั้น
- (๕) บุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด หรือสภาวิชาชีพไทยมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะหรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (๖) บุคคลซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล กระทำการประกอบโรคศิลปะในความควบคุมของผู้ประกอบโรคศิลปะ และ

(๗) การประกอบโรคศิลปะของที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญของทางราชการหรือผู้สอนในสถาบันการศึกษาซึ่งมีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะของต่างประเทศ

ทั้งนี้ผู้ที่ได้รับการยกเว้นตามมาตรา ๓๐ นี้จะต้องปฏิบัติให้สอดคล้องกับหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการวิชาชีพกำหนด หรือตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนดเพื่อให้เกิดความเป็นระเบียบเรียบร้อยในการประกอบกิจกรรม และมีการควบคุมในระดับที่พอเพียง โดยที่มาตรา ๓๑ ได้กำหนดเพิ่มเติมให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการมีอำนาจอนุญาตให้บุคคลใดทำการประกอบวิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์ หรือมุ่งหมายจะกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ และการผดุงครรภ์ โดยอาศัยศาสตร์หรือความรู้จากต่างประเทศ ซึ่งวิชาชีพดังกล่าวยังมิได้มีกฎหมายรับรองในประเทศไทย โดยให้มีการดำเนินการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

อย่างไรก็ตามผู้ที่ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในแต่ละสาขา ต้องมีความรู้ในวิชาชีพตามที่กำหนดไว้ในมาตรา ๓๓ ตัวอย่างเช่น สาขาการแพทย์แผนไทยต้อง (ก) ได้รับการอบรมหรือถ่ายทอดความรู้จากผู้ประกอบโรคศิลปะซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้ในสถาบันหรือสถานพยาบาลที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยรับรองตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง และได้ผ่านการทดสอบจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยแล้ว หรือ (ข) ได้รับการอบรมจากสถาบันการศึกษาการแพทย์แผนไทยที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยรับรอง โดยคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยอาจสอบความรู้ก่อนก็ได้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยกำหนด หรือ (ค) เป็นผู้มีส่วนราชการรับรองและผ่านการประเมินตามเงื่อนไขของคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย

เมื่อพิจารณาตามข้อกำหนดที่อ้างถึงเบื้องต้นนั้นจะเห็นได้ว่าหมอยาพื้นบ้าน หรือผู้มีความรู้ความสามารถในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยโดยไม่ได้ผ่านกระบวนการรับรองของกฎหมายย่อมไม่สามารถประกอบโรคศิลปะได้ เว้นแต่จะเป็นการปรุงยาแผนโบราณตามตำรายาที่รัฐมนตรีประกาศตามมาตรา ๗๖ (๑) ของ พ.ร.บ. ยา พ.ศ. ๒๕๑๐ โดยผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ เพื่อขายเฉพาะสำหรับคนไข้ของตน หรือขายปลีก หรือการขายยาสมุนไพรที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือการขายยาสามัญประจำบ้านตามที่อนุญาตให้ทำได้ใน พ.ร.บ. ยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ซึ่งบทบัญญัติดังกล่าวของ พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะนี้ทำให้ผู้มีความรู้ ความสามารถในการใช้ภูมิปัญญาการแพทย์ของไทยร่อยหรอลง เนื่องจากเกรงว่าการรักษาพยาบาล หรือการตรวจวินิจฉัยโรคของตนจะเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย และหมอยาพื้นบ้านส่วนใหญ่ก็อาจจะไม่มีเวลา หรือช่องทางที่จะเข้ามาสอบใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะก็เป็นได้

อย่างไรก็ตามบทบัญญัติตาม พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ ก็เป็นเช่นเดียวกับข้อกำหนดต่างๆ ของ พ.ร.บ. ยา พ.ศ. ๒๕๑๐ เนื่องจากต่างก็เป็นกฎหมายที่มุ่งควบคุมการประกอบวิชาชีพ หรือการผลิต ขาย นำหรือส่งเข้ามาซึ่งยาแผนโบราณ ดังนั้นจึงไม่สามารถที่จะให้ความคุ้มครองแก่ภูมิปัญญาการแพทย์ของไทยได้ตามเจตจำนงที่ต้องการให้มีการปกป้อง อนุรักษ์ หรือรักษาไว้ซึ่งภูมิปัญญาท้องถิ่นของไทยที่เกี่ยวกับการแพทย์ การพยาบาล การเภสัชกรรม ฯลฯ

(๓) พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒

พ.ร.บ. คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ เป็นกฎหมายที่จัดทำขึ้นในช่วงสถานการณ์ที่สังคมไทยและประชาคมโลกเกิดความตื่นตัวเรื่องปัญหาการแย่งชิงจดหมายทรัพย์สินทางปัญญาและภูมิปัญญาท้องถิ่น มีวัตถุประสงค์ที่จะคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเป็นการเฉพาะ และพยายามที่จะแก้ไขปัญหา

การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างไม่เป็นธรรม ที่เรียกกันว่า “โจรสลัดชีวภาพ”

ขอบเขตของกฎหมายนี้จะให้การคุ้มครองทั้งในส่วนที่เป็น “ภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย” ได้แก่ สูตรตำรับยา และตำราการแพทย์แผนไทย และในส่วนที่เป็นสมุนไพร ซึ่งมีการคุ้มครองทั้งในส่วนที่เป็นสมุนไพรโดยตรง และพื้นที่ที่เป็นแหล่งสมุนไพร

ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามกฎหมายนี้ ได้มีการจำแนกออกเป็น ๓ ประเภท คือ

- (๑) ตำรับยาแผนไทยของชาติหรือตำราการแพทย์แผนไทยของชาติ
- (๒) ตำรับยาแผนไทยทั่วไปหรือตำราการแพทย์แผนไทยทั่วไป
- (๓) ตำรับยาแผนไทยส่วนบุคคลหรือตำราการแพทย์แผนไทยส่วนบุคคล

๒๑๐

การกำกับดูแลคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยแต่ละประเภท มีหลักเกณฑ์ที่แตกต่างไป การนำเอาตำรับยาแผนไทยของชาติไปใช้ประโยชน์ในทางการค้าต้องขออนุญาต มีการตกลงแบ่งปันผลประโยชน์ และมีเงื่อนไขจำกัดสิทธิวิธีการและเงื่อนไขจะเป็นไปตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง

สำหรับการคุ้มครองและส่งเสริมตำรับยาหรือตำราการแพทย์แผนไทยส่วนบุคคล ใช้ระบบให้มีการจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ผู้มีสิทธิจดทะเบียนได้แก่ ผู้คิดค้น ผู้ปรับปรุง หรือผู้สืบทอดตำรับยาแผนไทยหรือตำราการแพทย์แผนไทย (มาตรา ๒๑) ผู้ที่ได้รับการจดทะเบียนเท่านั้นจะมีสิทธิในการผลิตยา และมีสิทธิในการใช้ ศึกษาวิจัย จำหน่าย ปรับปรุงหรือพัฒนาตำรับยาแผนไทยหรือภูมิปัญญาในตำราการแพทย์แผนไทยที่ได้จดทะเบียนไว้ ทั้งนี้มีข้อยกเว้นสำหรับการศึกษา ค้นคว้า ทดลองหรือวิจัยตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนด การเตรียมยาเฉพาะรายตามใบสั่งแพทย์ หรือการผลิตยาเพื่อยืมชีพแบบพื้นบ้านหรือใช้ประโยชน์ในการรักษาพยาบาลในหน่วยงานของรัฐ (มาตรา ๓๔)

ในส่วนการคุ้มครองสมุนไพร ได้จำแนกสมุนไพรออกเป็น ๓ กลุ่ม

คือ **สมุนไพรที่มีค่าต่อการศึกษาหรือวิจัย** **สมุนไพรที่มีความสำคัญทางเศรษฐกิจ** และ **สมุนไพรที่ใกล้จะสูญพันธุ์** โดยมีการควบคุมและใช้ประโยชน์ที่แตกต่างกันไปในแต่ละประเภท ทั้งนี้สมุนไพรไม่ได้มีความหมายเฉพาะพืชเท่านั้น แต่มีความหมายรวมถึง สัตว์ จุลชีพ ธาตุวัตถุ สารสกัดดั้งเดิมจากพืชหรือสัตว์ด้วย

การควบคุมการเข้าถึงสมุนไพรตามกฎหมายนี้มี ๒ วิธี คือ

(๑) ด้วยการประกาศเป็น “**สมุนไพรควบคุม**” สำหรับสมุนไพรที่มีค่าต่อการศึกษาหรือวิจัยมีความสำคัญทางเศรษฐกิจหรืออาจสูญพันธุ์ (มาตรา ๔๔) ซึ่งผลของการประกาศเป็นสมุนไพรควบคุมคือ การศึกษาวิจัยหรือส่งออกสมุนไพรควบคุม หรือจำหน่าย หรือแปรรูปสมุนไพรควบคุมเพื่อการค้าจะต้องได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาตก่อน และการศึกษาวิจัยสมุนไพรควบคุมการครอบครอง การใช้ประโยชน์ การดูแล การเก็บรักษาหรือการขนย้ายสมุนไพรควบคุมจะต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนด

๒๑๑

(๒) ด้วยการประกาศเป็น “**เขตพื้นที่คุ้มครองสมุนไพร**” ในกรณีที่ดินที่นั้นเป็นถิ่นกำเนิดของสมุนไพรซึ่งมีความหลากหลายทางชีวภาพที่อาจถูกทำลายหรืออาจได้รับผลกระทบกระเทือนจากการกระทำของมนุษย์ หรือการเข้าไปใช้ประโยชน์จากสมุนไพรมีลักษณะเป็นการเสี่ยงต่อการสูญพันธุ์หรือการลดลงของพันธุกรรม หรือทางราชการมีวัตถุประสงค์จะส่งเสริมให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการจัดการบริหาร การพัฒนา และการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรในพื้นที่นั้น โดยที่ดินที่นั้นยังไม่ได้ถูกประกาศกำหนดเป็นเขตอนุรักษ์ (มาตรา ๖๑) เมื่อได้ประกาศเป็นเขตพื้นที่คุ้มครองสมุนไพรแล้ว จะมีการออกกฎกระทรวงเพื่อกำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อการคุ้มครอง เช่น การเข้าถึงการใช้ประโยชน์ วิธีการจัดการ ฯลฯ

กฎหมายคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์ เป็นกฎหมายที่พยายามหาทางป้องกันและส่งเสริมให้การแพทย์แผนไทยดำรงอยู่และมีการพัฒนาต่อไปได้ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี รวมทั้งสร้างหลักเกณฑ์กติกาสำหรับ

การใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เพื่อป้องกันและแก้ไข ปัญหาการฉกฉวยภูมิปัญญาท้องถิ่นไปใช้ประโยชน์อย่างไม่เป็นธรรม จนถึง ปัจจุบัน ยังไม่ได้มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างแท้จริงในทางปฏิบัติเนื่องจาก อยู่ระหว่างการจัดทำกฎหมายลำดับรอง ได้แก่ กฎกระทรวง ประกาศ กระทรวง ระเบียบกระทรวง และระเบียบคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริม ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ซึ่งได้มีการยกร่างจัดทำกฎหมายลำดับรอง ที่เกี่ยวข้องไปหลายเรื่องแล้ว แต่อยู่ระหว่างขั้นตอนการพิจารณา ดังนั้น ในขณะนี้จึงยังไม่อาจวิเคราะห์ประเมินประสิทธิผลของกฎหมายฉบับนี้ได้ว่า จะสามารถป้องกันแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้มากน้อยเพียงใด อย่างไรก็ตาม สำหรับการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายในระดับจังหวัด ส่วนใหญ่ได้ เริ่มมีการดำเนินงานไปแล้วบางส่วน และจากการตอบข้อมูลในแบบสอบถามของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานด้านการ แพทย์แผนไทย ระดับจังหวัด ๗๕ จังหวัด จำนวน ๑๑๓ คน ส่วนใหญ่มี ความเห็นด้วยกับการมีกฎหมายฉบับนี้ (เพ็ญภา ททรัพย์เจริญ และคณะ ๒๕๔๖)

(๔) พระราชบัญญัติคุ้มครองพันธุ์พืช พ.ศ. ๒๕๔๒

สมุนไพรเป็นส่วนประกอบสำคัญของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เนื่องจากสมุนไพรอยู่ในกลุ่มของพันธุ์พืช พระราชบัญญัติคุ้มครองพันธุ์พืช พ.ศ. ๒๕๔๒ จึงเป็นกฎหมายที่สำคัญของไทยอีกฉบับหนึ่งที่จะมีผลต่อการ กำกับดูแลการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสมุนไพร เป็นกฎหมายที่จัดทำขึ้น ในช่วงเวลาและสถานการณ์เดียวกันกับพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริม ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

ตามกฎหมายนี้ได้จำแนกพันธุ์พืชออกเป็น ๔ ประเภท คือ พันธุ์ พืชป่า พันธุ์พืชพื้นเมืองทั่วไป พันธุ์พืชพื้นเมืองเฉพาะถิ่น และพันธุ์ พืชใหม่ การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากพันธุ์พืชแต่ละประเภทจะต้องปฏิบัติ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดไว้ตามกฎหมาย

กรณีสมุนไพร โดยส่วนใหญ่จัดอยู่ในประเภทพันธุ์พืชป่า และพันธุ์

พืชพื้นเมืองทั่วไป ทั้งนี้ อาจมีบางส่วนที่จัดอยู่เป็นพันธุ์พืชพื้นเมืองเฉพาะ ถิ่น และพันธุ์พืชใหม่ด้วย

การดูแลคุ้มครองสมุนไพรตามกฎหมายคุ้มครองพันธุ์พืชโดยส่วน ใหญ่จะอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ของการคุ้มครองพันธุ์พืชพื้นเมืองทั่วไปและพันธุ์ พืชป่า เนื่องจากลักษณะการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรของไทย เป็นการใช้ ประโยชน์จากส่วนใดส่วนหนึ่งของพืชมาสกัดทำยาหรือใช้เป็นส่วนผสมใน ตำรับยาแผนไทย โดยที่ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประโยชน์เป็นส่วนขยาย พันธุ์

เงื่อนไขการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์พันธุ์พืชพื้นเมืองทั่วไปและ พันธุ์พืชป่า คือ การเก็บ จัดหา หรือรวบรวมพันธุ์พืชหรือส่วนใดส่วนหนึ่ง ของพืช เพื่อการปรับปรุงพันธุ์ ศึกษา ทดลอง หรือวิจัยเพื่อประโยชน์ใน การการค้า จะต้องได้รับอนุญาตจากพนักงานเจ้าหน้าที่ และทำข้อตกลง แบ่งปันผลประโยชน์ โดยให้นำเงินรายได้ตามข้อตกลงแบ่งปันผลประโยชน์ ส่งเข้ากองทุนคุ้มครองพันธุ์พืช (มาตรา ๕๒) หรือถ้าเป็นการเข้าถึงที่ได้มี วัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์ในทางการค้า จะต้องปฏิบัติตามระเบียบที่คณะ กรรมการคุ้มครองพันธุ์พืชกำหนดขึ้น (มาตรา ๕๓)

การใช้ประโยชน์จากสมุนไพรที่จะอยู่ภายใต้ขอบเขตการบังคับของ กฎหมายฉบับนี้ คือ การเก็บหรือใช้สมุนไพรในลักษณะการศึกษา ทดลอง วิจัย โดยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อประโยชน์ในทางการค้า ซึ่งต้องได้ รับอนุญาตจากพนักงานเจ้าหน้าที่และทำข้อตกลงแบ่งปันผลประโยชน์ตาม มาตรา ๕๒ ถ้ามิได้มีวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์ในทางการค้า ก็จะต้อง ปฏิบัติตามระเบียบที่คณะกรรมการคุ้มครองพันธุ์พืชกำหนด สำหรับการเก็บ หรือใช้สมุนไพรของชุมชนเพื่อนำไปสกัดทำยา หรือใช้เป็นส่วนผสมในตำรับ ยาแผนไทยของชุมชนตามกรรมวิธีดั้งเดิม มิได้อยู่ภายใต้การบังคับของ กฎหมายฉบับนี้

จะเห็นได้ว่าตามกฎหมายคุ้มครองพันธุ์พืชนี้ สมุนไพรจะได้รับการ คุ้มครองดูแลทั้งในแง่การเข้าถึง การใช้ประโยชน์ และการแบ่งปันผลประโยชน์

มีการกำกับดูแลให้การเข้าถึงสมุนไพรไม่เกินไปโดยขาดการควบคุมดังเช่นในอดีต โดยเฉพาะสมุนไพรที่อยู่นอกเขตพื้นที่ป่านุรักษ์ประเภทต่างๆ และพยายามแก้ไขปัญหาระยะการแบ่งปันผลประโยชน์จากการใช้สมุนไพรอย่างไม่เป็นธรรมด้วย

(๕) กฎหมายด้านทรัพย์สินทางปัญญา

คำว่าทรัพย์สินทางปัญญานั้นแท้จริงมีความหมายที่ค่อนข้างกว้าง ทั้งนี้เราสามารถถือได้ว่าภูมิปัญญาท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นด้านการแพทย์ การเกษตร หรือหัตถกรรมก็ล้วนเป็นทรัพย์สินทางปัญญาทั้งสิ้น แต่วิธีการนิยามทรัพย์สินทางปัญญาที่เราใช้กันอยู่ในปัจจุบันนั้นเป็นแนวความคิดมาจากโลกตะวันตกที่มองสิ่งที่เป็นนวัตกรรมเป็นหลักในการพิจารณาว่าสิ่งใดเป็นทรัพย์สินทางปัญญาหรือไม่ นอกจากนั้นก็มีการกำหนดแต่เพียงบางสิ่งบางอย่างที่แม้ไม่ได้มีความเป็นนวัตกรรมอย่างชัดเจน แต่มีสถานะที่เป็นประโยชน์ต่อโลกตะวันตกก็จะได้รับความคุ้มครอง กฎหมายคุ้มครองพันธุ์พืชก็เป็นการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญารูปแบบหนึ่ง ทรัพย์สินทางปัญญาที่หยิบยกมาภายใต้หัวข้อนี้จะเป็นที่ได้รับการนิยามไว้ในความตกลงระหว่างประเทศ หรือเป็นที่ยอมรับกันเป็นสากลว่าเป็นทรัพย์สินทางปัญญา ทั้งนี้จะพิจารณาการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาแต่ละรูปแบบภายใต้กฎหมายไทยในบริบทที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเป็นหลัก

๕-(๑) พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. ๒๕๒๒ แก้ไขเพิ่มเติม

พ.ศ. ๒๕๓๕ และพ.ศ. ๒๕๔๒

สิ่งที่ได้รับการคุ้มครองภายใต้ พ.ร.บ. สิทธิบัตรคือ “การประดิษฐ์” ซึ่งหมายถึง การคิดค้นหรือคิดทำขึ้น อันเป็นผลให้ได้มาซึ่งผลิตภัณฑ์หรือกรรมวิธีใดสิ่งใหม่ หรือการกระทำใดๆ ที่ทำให้ดีขึ้นซึ่งผลิตภัณฑ์หรือกรรมวิธีโดยที่ “กรรมวิธี” นั้นหมายถึง วิธีการ กระบวนการ หรือกรรมวิธีในการผลิต หรือการเก็บรักษาให้คงสภาพหรือให้มีคุณภาพดีขึ้นหรือการปรับสภาพให้ดีขึ้นซึ่งผลิตภัณฑ์ และรวมถึงการใช้กรรมวิธีนั้นๆ ด้วย

การที่ พ.ร.บ. สิทธิบัตรให้ความคุ้มครองแก่การประดิษฐ์ ซึ่งรวมถึง

กรรมวิธีเช่นนี้ทำให้กฎหมายสิทธิบัตรมีความเกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในสองลักษณะ

(๑) การเป็นพื้นฐานสำหรับการต่อยอดเป็นการประดิษฐ์ โดยการนำเอาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยต่างๆ มาปรับปรุง เปลี่ยนแปลง หรือเพิ่มเติมเทคโนโลยีอันใดเข้าไป หรือใช้ตำรับยาแผนไทยเป็นตัวตั้งต้นแล้วเพิ่มเติมสูตรเคมีใดๆ เข้าไปก็จะทำให้ได้การประดิษฐ์อื่นๆ ขึ้นมา

(๒) การเป็นการประดิษฐ์โดยตัวมันเอง ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นได้ในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ยังไม่มีแพร่หลาย ทำให้ไม่เป็นที่รู้จัก อาจจะถูกลักลอบนำจดสิทธิบัตรได้ หรือหากเป็นกรณีของการนำไปใช้ในต่างประเทศ ก็อาจจะถูกจดสิทธิบัตรได้เนื่องจากภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยไม่ได้มีแพร่หลายในประเทศที่นำไปยื่นจดสิทธิบัตร

ทั้งนี้การที่ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย หรืองานที่ต่อยอดมาจากภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยจะได้รับการคุ้มครองภายใต้กฎหมายสิทธิบัตรได้จะต้องปรากฏว่างานนั้นผ่านเงื่อนไขอยู่ ๔ ประการ

(๑) ต้องไม่เป็นสิ่งต้องห้ามนำมาขึ้นขอจดสิทธิบัตรตามมาตรา ๙ ของ พ.ร.บ. สิทธิบัตร นั่นคือ ต้องไม่เป็น

- * จุลชีพและส่วนประกอบส่วนใดส่วนหนึ่งของจุลชีพที่มีอยู่ตามธรรมชาติ สัตว์ พืช หรือสารสกัดจากสัตว์หรือพืช
- * กฎเกณฑ์และทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์
- * ระบบข้อมูลสำหรับการทำงานของเครื่องคอมพิวเตอร์
- * วิธีการวินิจฉัย บำบัด หรือรักษาโรคมนุษย์ หรือสัตว์
- * การประดิษฐ์ที่ขัดต่อความสงบเรียบร้อย หรือศีลธรรมอันดีของนามัยหรือสวัสดิภาพของประชาชน

(๒) ต้องเป็นการประดิษฐ์ขึ้นใหม่ นั่นคือ ต้องไม่ใช่งานที่ปรากฏอยู่แล้ว

(๓) ต้องเป็นการประดิษฐ์ที่มีขั้นการประดิษฐ์สูงขึ้น นั่นคือเป็นการประดิษฐ์ที่ไม่เป็นที่ประจักษ์โดยง่ายแก่บุคคลที่มีความชำนาญ

ในระดับสามัญสำหรับงานประเภทนั้น และ

- (๔) ต้องเป็นการประดิษฐ์ที่สามารถประยุกต์ใช้ในทางอุตสาหกรรมได้ นั่นคือเป็นการประดิษฐ์ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการผลิตทางอุตสาหกรรม รวมทั้งหัตถกรรม เกษตรกรรม และพาณิชย์กรรม

หากการประดิษฐ์ที่เป็นภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย หรือเป็นผลิตผลจากภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยมีคุณสมบัติผ่านเกณฑ์ตามข้อกำหนดทั้ง ๔ ข้อดังที่กล่าวมา ก็จะเป็นการประดิษฐ์ที่อาจได้รับสิทธิบัตรได้อย่างไรก็ตาม เป็นการยากที่ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยจะได้รับการคุ้มครองภายใต้ระบบสิทธิบัตร เนื่องจากเป็นระบบกฎหมายที่มุ่งเน้นถึงสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นใหม่ ส่วนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยนั้นเป็นสิ่งที่สืบทอดกันมาหลายชั่วอายุคน ถึงแม้จะไม่เป็นที่แพร่หลายในทุกๆ รูปแบบ แต่ก็เป็นที่รู้จักกันว่ามีอยู่ ดังนั้นหากจะใช้การคุ้มครองโดยสิทธิบัตรจึงอาจจะไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีข้อจำกัดเรื่องอายุการคุ้มครองเพียง ๒๐ ปีนับแต่วันยื่นจด ซึ่งไม่เพียงพอต่อการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่มีลักษณะในการสืบทอดกันมาต่อเนื่องหลายศตวรรษ

๕-(๒) พระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. ๒๕๓๗

หากมองในมุมของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยแล้ว พ.ร.บ. ลิขสิทธิ์จะมีสาระเกี่ยวข้องกับค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะหากมองในแง่ของสูตรยา และความเป็นสมุนไพรต่างๆ ถ้ามองในแง่ของการประดิษฐ์ ซึ่งสามารถนำไปยื่นขอสิทธิบัตรได้นั้น ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยก็เลยจะไม่มีความเกี่ยวข้องกับกฎหมายลิขสิทธิ์เลย

ส่วนที่ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยจะมีส่วนสัมพันธ์กับกฎหมายลิขสิทธิ์ก็คือ ในเรื่องของการจดบันทึกทั้งหลาย เช่น คัมภีร์ใบลาน หรือบรรดาทำทางในการนวดต่างๆ ทั้งนี้การคุ้มครองภายใต้กฎหมายลิขสิทธิ์คงจะเป็นบรรดาที่เกี่ยวกับงานวรรณกรรมซึ่งหมายถึงงานนิพนธ์ที่สร้างขึ้นทุกชนิด เช่น หนังสือ จุลสาร สิ่งเขียน สิ่งพิมพ์ ปาฐกถา เทศนา คำปราศรัย

สุนทรพจน์ และยังหมายรวมไปถึงโปรแกรมคอมพิวเตอร์ด้วย

นอกจากนี้จะเป็นเรื่องของการแสดงออกทางวัฒนธรรมท้องถิ่น (Folklore) ซึ่งไม่ถือว่าเป็นภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยโดยตรง เช่น นิทานหรือเรื่องเล่า การฟ้อนรำต่างๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับความเชื่อทางด้านการแพทย์แผนไทย ก็สามารถได้รับการคุ้มครองในฐานะเป็นวรรณกรรมประเภทหนึ่งได้เช่นเดียวกัน

ข้อจำกัดของการคุ้มครองวรรณกรรมภายใต้ระบบลิขสิทธิ์ก็คือ การมีอายุการคุ้มครองตลอดอายุของผู้สร้างสรรค์บวกกับอีก ๕๐ ปีภายหลังจากที่ผู้สร้างสรรค์เสียชีวิตแล้ว ซึ่งโดยมากงานวรรณกรรมที่เกี่ยวกับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ที่ถือเป็นงานดั้งเดิมจริงๆ ไม่ได้เป็นการคัดลอกใหม่ หรือนำกลับมาเขียนซ้ำ มักจะเป็นงานที่มีอายุนับร้อยๆ ปี ดังนั้นการคุ้มครองลิขสิทธิ์ในงานเหล่านั้นก็ได้หมดลงไปแล้ว นอกจากนี้งานทางด้านการแพทย์แผนไทยยังมีจำนวนมากที่ไม่ได้จดบันทึกไว้ที่ใดเลย ดังนั้นการจะได้รับการคุ้มครองในฐานะเป็นวรรณกรรมก็ยิ่งขาดหลักฐานที่จะเป็นวัตถุแห่งสิทธิภายใต้กฎหมายลิขสิทธิ์อยู่

๕-(๓) พระราชบัญญัติความลับทางการค้า พ.ศ. ๒๕๔๕

มาตรา ๓ แห่ง พ.ร.บ. ความลับทางการค้าได้ให้นิยามของคำว่า “ความลับทางการค้า” หมายถึง ข้อมูลการค้าซึ่งยังไม่รู้จักกันโดยทั่วไปหรือยังเข้าถึงไม่ได้ในหมู่บุคคลซึ่งโดยปกติแล้วต้องเกี่ยวข้องกับข้อมูลดังกล่าว โดยเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ในเชิงพาณิชย์เนื่องจากการเป็นความลับ และเป็นข้อมูลที่ผู้ควบคุมความลับทางการค้าได้ใช้มาตรการที่เหมาะสมเพื่อรักษาไว้เป็นความลับ ทั้งนี้ “ข้อมูลการค้า” หมายความว่า สิ่งที่มีชื่อความหมายให้รู้ข้อความ เรื่องราว ข้อเท็จจริง หรือสิ่งใด ไม่ว่าการสื่อความหมายนั้นจะผ่านวิธีการใดๆ และไม่ว่าจะจัดทำไว้ในรูปใดๆ และให้หมายความรวมถึงสูตร รูปแบบ งานที่รวบรวมหรือประกอบขึ้น โปรแกรม วิธีการ เทคนิค หรือกรรมวิธีด้วย

เมื่อพิจารณาความหมายดังกล่าวของคำว่า “ข้อมูลการค้า” และ

“ความลับทางการค้า” แล้วจะเห็นว่าภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ยังไม่ได้มีการเปิดเผยออกไปสู่สาธารณะ หรือไม่เป็นที่รู้จักกันโดยทั่วไป ไม่ว่าจะจัดทำไว้ในรูปแบบใด อาจจะเป็นการบอกเล่าสืบต่อกันมาปากต่อปากก็เป็นได้ หากว่าเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ในเชิงพาณิชย์เนื่องจากการเป็นความลับนั้น และผู้ควบคุมได้ใช้มาตรการที่เหมาะสมในการรักษาข้อมูลนั้นไว้เป็นความลับ หากว่าเงื่อนไขของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยใดๆ เป็นไปโดยสอดคล้องกับนิยามของคำว่า “ความลับทางการค้า” ก็จะได้รับ ความคุ้มครองภายใต้กฎหมายดังกล่าว

ตามกฎหมายนี้ คนที่จะเป็น “เจ้าของความลับทางการค้า” จะต้องเป็น ผู้ค้นพบ คิดค้น รวบรวม หรือสร้างสรรค์ข้อมูลการค้าที่เป็นความลับทางการค้าโดยมิได้เป็นการละเมิดสิทธิใน ความลับทางการค้าของผู้อื่น หรือผู้มีสิทธิโดยชอบในผลการทดสอบหรือข้อมูลการค้าที่เป็นความลับทางการค้า และให้หมายความรวมถึงผู้รับโอนสิทธิตาม พ.ร.บ. ความลับทางการค้านี้ด้วย นอกจากนี้ยังอาจจะมี “ผู้ควบคุมความลับทางการค้า” ซึ่งหมายถึง เจ้าของความลับทางการค้า รวมถึงผู้ครอบครอง ควบคุม หรือดูแลรักษาความลับทางการค้าด้วย ดังนี้หากพิจารณาในเชิงภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย “เจ้าของความลับทางการค้า” หรือ “ผู้ควบคุมความลับทางการค้า” อาจจะเป็นหน่วยงานภาครัฐ องค์กรเอกชน ชุมชน หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งก็ได้ ซึ่ง จะเห็นว่าเป็นการนิยามที่ครอบคลุมในวงกว้างสามารถนำมาปรับใช้ได้กับ บุคคลธรรมดา และนิติบุคคลทุกรูปแบบ

เมื่อเข้าใจเงื่อนไขการเป็นความลับทางการค้าตาม พ.ร.บ. นี้แล้ว มาตรา ๕ กำหนดให้เจ้าของความลับทางการค้ามีสิทธิที่จะเปิดเผย เอาไป หรือใช้ ซึ่งความลับทางการค้านั้น หรืออนุญาตให้บุคคลอื่นเปิดเผย เอาไป หรือใช้ ซึ่งความลับทางการค้า โดยจะกำหนดเงื่อนไขอย่างไรเพื่อรักษาความลับทางการค้าดังกล่าวให้เป็นความลับต่อไปก็ได้ และมาตรา ๖ ให้การคุ้มครอง หากว่ามีผู้ใดกระทำการเปิดเผยเอาไป หรือใช้ซึ่งความลับทางการค้าโดยไม่ได้รับความยินยอมจากเจ้าของความลับทางการค้านั้น คุณลักษณะขัดต่อ

แนวทางปฏิบัติในเชิงพาณิชย์ที่สุจริตต่อกัน โดยที่ผู้ละเมิดรู้หรือมีเหตุอันควร รู้ว่าการกระทำดังกล่าวเป็นการขัดต่อแนวทางปฏิบัติเช่นนั้น ให้ถือว่าเป็นการละเมิดความลับทางการค้า รวมความจะเห็นได้ว่าเจ้าของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ถือว่าเป็นความลับทางการค้าจะมีสิทธิที่จะเปิดเผย ข้อมูลของตนไม่ว่าจะโดยสัญญา หรือโดยการบอกกล่าวรูปแบบใดๆ โดยให้ ผู้ที่ได้รับข้อมูลนั้นไปยังคงรักษาข้อมูลอันเป็นความลับทางการค้าของตนนั้นไว้เป็นความลับต่อไป และหากว่าบุคคลใดทำการเปิดเผย เอาไป หรือใช้ซึ่ง ความลับทางการค้านั้นโดยไม่ได้รับอนุญาตจากเจ้าของความลับทางการค้า ก็จะเป็นการกระทำอันละเมิดต่อผู้อื่น ดังนั้นเมื่อได้รับการคุ้มครอง ภายใต้กฎหมายความลับทางการค้า ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยก็จะได้รับ การปกป้องจากการถูกขโมย ถูกลัก ถูกจารกรรมโดยวิธีการใดๆ ก็ตาม หรือจากการถูกนำไปเปิดเผยในลักษณะที่เป็นการขัดต่อแนวทางปฏิบัติในเชิงพาณิชย์ที่สุจริตต่อกัน

หากว่าภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยได้รับการคุ้มครองไว้ภายใต้กฎหมายความลับทางการค้า ผลดีก็คือ การที่ความคุ้มครองดังกล่าวไม่มี ระยะเวลาการคุ้มครอง ตราบใดที่เจ้าของยังสามารถที่จะรักษาข้อมูลของตนไว้เป็นความลับ ยังรักษาคุณค่าในเชิงพาณิชย์ของข้อมูลนั้นไว้ได้ และยังมี มาตรการที่เหมาะสมในการรักษาข้อมูลของตนไว้ตราบนั้นอายุการคุ้มครอง ก็ยังคงมีอยู่เรื่อยไป

โดยสรุป การคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์ของไทยในปัจจุบัน โดยใช้กฎหมายเฉพาะ (sui generis system) มีอยู่ ๒ ฉบับ คือ พ.ร.บ. คุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ๒๕๔๒ และ พ.ร.บ. คุ้มครองพันธุ์พืช ๒๕๔๒ กฎหมายดังกล่าวให้ความคุ้มครองต่อภูมิปัญญาด้านการแพทย์ของไทย สิทธิเกษตรกร สิทธิชุมชน และภูมิปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ ประโยชน์จากพันธุ์พืช จนถึงขณะนี้ยังไม่เป็นที่ชัดเจนว่าประสิทธิผลในการบังคับใช้กฎหมายทั้งสองฉบับจะมีมากน้อยเพียงใด เนื่องจากยังไม่ได้มี

การบังคับใช้กฎหมายอย่างเต็มที่ สำหรับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นในด้านอื่นๆ ยังขาดกฎหมายเฉพาะอยู่อีกมาก แม้ว่าในรัฐธรรมนูญจะได้ให้การรับรองหลักการไว้แล้วตามมาตรา ๔๖ ส่วนกฎหมายด้านการแพทย์ที่เกี่ยวข้องและอาจเป็นข้อจำกัดต่อการพัฒนาและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์ของไทย ได้แก่ พ.ร.บ.ยา ๒๕๑๐ และ พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒

สำหรับกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาที่มีอยู่นั้น มีข้อจำกัดอย่างมากต่อการให้การคุ้มครองภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาในด้านอื่นๆ เนื่องมาจากเหตุผลหลายประการดังที่ได้อธิบายไว้ในหัวข้อนี้

ความตกลงระหว่างประเทศ

ในปัจจุบันยังไม่มีความตกลงระหว่างประเทศที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์ท้องถิ่นเป็นการเฉพาะ แต่มีความตกลงระหว่างประเทศบางฉบับที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการคุ้มครองเป็นบางแง่มุมเช่น อนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ ฯลฯ ความเคลื่อนไหวที่จะพัฒนาระบบการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นในระดับนานาชาติที่น่าสนใจเป็นการทำงานของคณะกรรมการระหว่างประเทศว่าด้วยทรัพย์สินทางปัญญา ทรัพยากรพันธุกรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น และศิลปะพื้นบ้านภายใต้องค์การทรัพย์สินทางปัญญาโลก ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความตระหนักของประชาคมโลกต่อความสำคัญของภูมิปัญญาท้องถิ่นและการพยายามหาแนวทางปกป้องคุ้มครอง

เนื้อหาสาระสำคัญของความตกลงแต่ละฉบับโดยสรุป มีดังนี้

(๑) อนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ

อนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ (Convention on Biological Diversity) เป็นกฎหมายระหว่างประเทศที่ได้รับการรับรองจัดตั้งขึ้นเมื่อวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๓๕ และมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๓๖ ปัจจุบันมีประเทศสมาชิกรวม ๑๘๘ ประเทศ ประเทศไทยได้ให้

สัตยาบันเข้าร่วมเป็นภาคีสมาชิกอนุสัญญาและมีผลบังคับในเดือนมกราคม ๒๕๔๗

เนื้อหาของอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์อยู่ใน ข้อ ๘ (j) โดยกำหนดเป็นหลักการให้ประเทศภาคีสมาชิก “เคารพ ปกป้อง และรักษาไว้ซึ่งความรู้ นวัตกรรม และประเพณีปฏิบัติของชุมชนพื้นเมืองและท้องถิ่นซึ่งประกอบกันเป็นวิถีชีวิตดั้งเดิม ที่มีความเกี่ยวข้องกับการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืนซึ่งความหลากหลายทางชีวภาพ และส่งเสริมให้มีการนำความรู้ นวัตกรรมและประเพณีปฏิบัติเหล่านั้นไปใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น โดยต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้ถือครองความรู้เหล่านั้น และจะต้องส่งเสริมให้มีการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ประโยชน์ของความรู้ นวัตกรรม และประเพณีปฏิบัตินั้นอย่างเป็นธรรม”

ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์นับเป็นความรู้ นวัตกรรมและประเพณีปฏิบัติของชุมชนในแนวทางที่สอดคล้องกับหลักการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์จากความหลากหลายทางชีวภาพอย่างยั่งยืน ดังนั้นภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์จึงอยู่ในขอบข่ายที่จะได้รับการคุ้มครองตามหลักการที่กำหนดไว้ในอนุสัญญาดังนี้

อย่างไรก็ตาม ข้อบัญญัติในมาตรา ๘ (j) ของอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ เป็นเพียงหลักการกว้างๆ ที่ให้ประเทศภาคีสมาชิกนำไปปฏิบัติ ไม่ได้เป็นข้อบังคับอย่างเข้มงวด และไม่ได้กำหนดวิธีการที่จะทำให้มีผลแปลงหลักการไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เป็นดุลพินิจของประเทศสมาชิกแต่ละประเทศที่จะสร้างมาตรการและกลไกทางกฎหมาย เพื่อให้การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นเกิดผลในทางปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

(๒) ความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า

ความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า (Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights : TRIPs)

หรือความตกลงทริปส์ เป็นความตกลงฉบับหนึ่งจากผลการเจรจาการค้าเสรีรอบอุรุกวัยที่สิ้นสุดลงในปี ๒๕๓๔ นับเป็นความตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับทรัพย์สินทางปัญญาที่มีความสำคัญมากที่สุดในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นความตกลงที่อยู่ภายใต้องค์การการค้าโลก ใช้บังคับกับทุกประเทศที่เป็นสมาชิกขององค์การการค้าโลก ซึ่งประเทศอุตสาหกรรมทั้งหมดและประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกองค์การนี้แล้ว

วัตถุประสงค์สำคัญของความตกลงทริปส์ คือ เพื่อส่งเสริมให้มีการคุ้มครองสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ และต้องไม่ให้มาตรการในการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาเป็นอุปสรรคต่อการค้าเสรีระหว่างประเทศ โดยกำหนดเงื่อนไขให้ประเทศสมาชิกต้องให้ความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาในรูปแบบต่างๆ ครอบคลุมถึงสิทธิบัตร ลิขสิทธิ์ และสิทธิข้างเคียง เครื่องหมายการค้า สิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ การออกแบบผังภูมิของวงจรรวม และการควบคุมการปฏิบัติที่เป็นปรักษ์ต่อการแข่งขันทางการค้า โดยได้กำหนดบรรทัดฐานเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ในการคุ้มครอง สิ่งที่ได้รับการคุ้มครอง ขอบเขตของสิทธิ การบังคับใช้สิทธิ รวมถึงกลไกการระงับข้อพิพาท ประเทศสมาชิกองค์การการค้าโลกต้องยึดถือปฏิบัติตามมาตรฐานขั้นต่ำของความตกลงฉบับนี้ อย่างไรก็ตาม ประเทศสมาชิกสามารถบัญญัติกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาให้มีระดับการคุ้มครองที่สูงกว่าความตกลงทริปส์ได้ ตราบเท่าที่ไม่ขัดแย้งต่อหลักการที่บัญญัติไว้ในความตกลงฉบับนี้ (TRIPs ข้อ ๑.๑)

เนื้อหาของความตกลงที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาด้านการแพทย์พื้นบ้าน คือ เงื่อนไขที่บัญญัติไว้ในข้อ ๒๗ เรื่องสิ่งที่ได้รับสิทธิบัตรตามบทบัญญัติดังกล่าว ประเทศสมาชิกจะต้องให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรแก่การประดิษฐ์ในทุกสาขาเทคโนโลยี โดยมีข้อยกเว้นในข้อ ๒๗.๓(b) ว่าประเทศสมาชิกอาจไม่คุ้มครองพืชและสัตว์ภายใต้ระบบสิทธิบัตร แต่ต้องให้การคุ้มครองแก่ “พันธุ์พืช” โดยอาจใช้กฎหมายสิทธิบัตร หรือระบบกฎหมายเฉพาะที่มีประสิทธิภาพ หรือโดยวิธีการคุ้มครองทั้งสองระบบ

ร่วมกัน

การใช้พันธุ์พืชสมุนไพรเป็นส่วนสำคัญในภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน การที่ความตกลง ทริปส์ให้ประเทศสมาชิกเลือกใช้ระบบกฎหมายเฉพาะ (sui generis system) มาคุ้มครองพันธุ์พืชได้ ประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ซึ่งพึ่งพาภาคเกษตรกรรมจึงสามารถบัญญัติกฎหมายคุ้มครองพันธุ์พืชที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจสังคม และขีดความสามารถทางด้านเทคโนโลยีของประเทศ มีการปรับเงื่อนไขและสิทธิการคุ้มครองให้เหมาะสมไม่เข้มงวดจนกลายเป็นปัญหากระทบต่อเกษตรกร รวมถึงให้การคุ้มครองสิทธิเกษตรกรและภูมิปัญญาท้องถิ่นได้ โดยไม่ขัดกับหลักการของความตกลงทริปส์

ประเด็นข้อสังเกตเกี่ยวกับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นภายใต้ความตกลงทริปส์ คือ ความตกลงทริปส์มุ่งให้ความคุ้มครองแก่ปัจเจกชนในงานสร้างสรรค์หรืองานประดิษฐ์ใหม่ที่มีคุณค่าในทางอุตสาหกรรมเป็นหลัก แต่สำหรับในประเด็นเรื่องการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น ความตกลงฉบับนี้ไม่ได้ให้การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นไว้โดยตรง เป็นเพียงทางเลือกที่เปิดไว้ให้ประเทศสมาชิกสามารถเลือกใช้ได้ตามที่ตนตามบทบัญญัติใน ๒๗.๓ (b) ในประเด็นการคุ้มครองพันธุ์พืชโดยระบบกฎหมายเฉพาะ ในทางกลับกันหลักเกณฑ์ภายใต้กฎหมายสิทธิบัตรที่บัญญัติไว้กลับเอื้อประโยชน์ให้มีการแสวงหาประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยมิชอบอีกด้วย เนื่องจากมิได้มีข้อกำหนดให้มีการแจ้งถึงแหล่งที่มาหรือแหล่งกำเนิดของทรัพยากรพันธุกรรมหรือภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับการประดิษฐ์ ไม่ได้มีหลักเกณฑ์บังคับเรื่องการได้รับความยินยอมล่วงหน้า (Prior Informed Consent) และการแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเป็นธรรมให้แก่รัฐหรือชุมชนในรัฐนั้น ฯลฯ

โดยสรุป แม้ว่าในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา จะมีความตื่นตัวอย่างกว้างขวางเรื่องความสำคัญของภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์และ

ภูมิปัญญาในด้านต่างๆ และมีความพยายามในการพัฒนารูปแบบและกลไก เพื่อให้มีการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรม แต่จนถึงขณะนี้ยัง
ไม่มีความตกลงระหว่างประเทศที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญา
การแพทย์ท้องถิ่นเป็นการเฉพาะ มีเพียงการคุ้มครองเป็นบางแง่มุม เท่านั้น

ความเคลื่อนไหวของการเจรจาในเวทีระหว่างประเทศต่างๆ ที่มีอยู่
โดยเฉพาะในการเจรจาเปิดเสรีการค้าพหุภาคีรอบใหม่ภายใต้องค์การการค้าโลก เป็นทั้งโอกาสและอันตรายต่อประเทศกำลังพัฒนาที่จะปรับเปลี่ยน
ระเบียบความตกลงระหว่างประเทศด้านการค้า ให้เกิดความเป็นธรรมและ
ให้การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นมากยิ่งขึ้น

กรณีศึกษาการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น ในต่างประเทศ : ประเทศอินเดีย

๒๒๔

มุมมองของประเทศอินเดียในด้านที่เกี่ยวกับการคุ้มครองภูมิ-
ปัญญาท้องถิ่นนั้นอยู่ในประเด็นเพื่อ (๑) การปกป้องการกระทำอันเป็นโจรสลัดชีวภาพ (Biopiracy) และการแสวงหาอย่างไม่เป็นธรรมซึ่งภูมิปัญญาท้องถิ่น (๒) การสร้างระบบการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ได้ผล และ (๓) การแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างเป็นธรรมและเท่าเทียมกัน ซึ่งอินเดียเห็นว่าการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นนั้นอาจก่อให้เกิดผลในสองทางคือ การปกป้องภูมิปัญญาเหล่านี้จากการถูกใช้จากบุคคลที่สามโดยไม่ได้รับการอนุญาตจากเจ้าของ และการคุ้มครองจะเป็นแรงจูงใจให้เกิดการอนุรักษ์ และรักษาไว้ซึ่งภูมิปัญญาดังกล่าวอันจะทำให้ชุมชน หรือผู้ที่เป็นเจ้าของหรือถือครองภูมิปัญญาท้องถิ่นมีความภาคภูมิใจ และมีเจตจำนงอิสระในการกำหนดสถานะของภูมิปัญญาของตน

ความพยายามในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นนั้นมีหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็น (๑) การใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่มีอยู่มาปรับใช้ (๒) การสร้างระบบเฉพาะ (sui generis system) ขึ้นมาเพื่อคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นและทรัพยากรชีวภาพ และ (๓) วิธีการเสริมอื่นๆ

เช่น การมีสัญญาระหว่างผู้ให้และผู้ใช้ หรือการทำเอกสารหรือการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานหากมีใครนำไปจดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา เช่น สิทธิบัตร เป็นต้น

ระบบที่ได้มีการใช้มาในประเทศต่างๆ ในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นมีทั้งการใช้กฎหมายประเพณี ทรัพย์สินทางปัญญา เช่น สิทธิบัตร การคุ้มครองพันธุ์พืช ลิขสิทธิ์ และการใช้แนวความคิดของกฎหมายระบบประมวลและระบบจารีตประเพณีทั้งหลาย รวมถึงนิติกรรม-สัญญา เช่น สัญญาอนุญาตให้ใช้สิทธิ (Licensing Agreement) และข้อตกลงถ่ายโอนวัตถุแห่งสิทธิ (Material Transfer Agreement-MTA) ในหลายๆ ประเทศ เช่น บราซิล คอสตาริกา เปรู ฟิลิปปินส์ กลุ่มประเทศแอนเดียน (โบลิเวีย โคลอมเบีย เอกวาดอร์ เปรู และเวเนซุเอลา) กลุ่มประเทศแอฟริกัน ต่างก็มีการเสนอระบบการคุ้มครองเฉพาะแบบ (Sui generis system of protection) ขึ้นมาให้สอดคล้องกับระบบกฎหมายภายในประเทศและภูมิปัญญาที่ตนมีอยู่ ซึ่งโดยมากบทบัญญัติที่มีการเสนอไว้ในระบบการคุ้มครองเฉพาะแบบจะประกอบไปด้วยข้อตกลงที่เกิดจากความยินยอมที่ได้มีการแจ้งล่วงหน้า (Prior Informed Consent - PIC) การแบ่งปันผลประโยชน์ (Benefit Sharing - BS) ข้อห้ามในการนำภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือทรัพยากรชีวภาพไปขอรับความคุ้มครองภายใต้ระบบทรัพย์สินทางปัญญา รวมทั้งการกำหนดให้มีขั้นตอนของการแจ้งล่วงหน้า (Initial notification) ก่อนที่จะมีการนำนวัตกรรมที่เกิดจากการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นไปขอรับความคุ้มครองด้วย

๒๒๕

ในส่วนของประเทศอินเดียนั้นได้มีภูมิหลังเกี่ยวกับการถูกฉกฉวยทรัพยากร และภูมิปัญญาท้องถิ่นไปใช้อย่างไม่เป็นธรรมอยู่หลายเรื่องด้วยกัน เช่น การจดสิทธิบัตรในคุณสมบัติการสมานแผลของฮาลดี (Haldi (Turmeric หรือขมิ้นชัน)) หรือ การจดสิทธิบัตรคุณสมบัติด้าน hypoglycemic ของคาเรลา (Kareal) รวมไปถึงการจดสิทธิบัตรในน้ำมันสะเดา (Neem oil) ซึ่งภายหลังได้ถูกเพิกถอนไปโดยสำนักงานสิทธิบัตรยุโรป แต่จากประสบการณ์การดำเนินการเพื่อให้เกิดการเพิกถอนสิทธิบัตรดังกล่าวทำให้ประเทศอินเดียต้องเสียค่า

ใช้จ่ายไปอย่างมากมาย จึงเห็นว่าการสร้างระบบการคุ้มครองที่ดีย่อมจะช่วยให้แก้ปัญหานี้ได้ มิเช่นนั้นหากว่าชุมชนต้องดำเนินการเองจะต้องเสียค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ซึ่งชุมชนแทบจะทุกแห่งในประเทศอินเดียย่อมไม่มีกำลังที่จะจ่ายได้

แนวทางในการแก้ปัญหาวิธีหนึ่งคือ ทำเอกสาร หรือการจดบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นไว้เพื่อเป็นการตรวจสอบว่าได้มีการจดทวภูมิปัญญาเหล่านั้นหรือทรัพยากรชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญานั้นๆ ไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาตจากเจ้าของหรือไม่ ซึ่งประโยชน์ขั้นแรกของการทำบันทึก หรือทำฐานข้อมูล (Database) เช่นนี้ก็คือ การใช้เป็นหลักฐานสำหรับผู้ตรวจสอบสิทธิบัตรที่จะระบุว่าสิ่งที่นำมายื่นจดสิทธิบัตรนั้นไม่ใหม่ (Non-novel) อีกทั้งยังเป็นเครื่องช่วยในอันที่จะแบ่งปันผลประโยชน์ไปยังชุมชน หรือกลุ่มบุคคลที่เป็นเจ้าของภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างแท้จริง ซึ่งหากไม่มีหลักฐานบันทึกไว้ก็จะไม่มีใครทราบว่าจะแบ่งปันผลประโยชน์ไปให้ที่ไหน อย่างไร ในอินเดียขณะนี้ได้มีการเตรียมที่จะจดบันทึกที่เรียกว่าการขึ้นทะเบียนความหลากหลายทางชีวภาพของท้องถิ่น (Community Biodiversity Registers-CBRs) เพื่อการบันทึกภูมิปัญญาท้องถิ่น นวัตกรรม และวิธีการใช้สอยเครื่องมือ รวมถึงทรัพยากรต่างๆ ของชุมชน ทั้งนี้ยังมีการทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับภูมิปัญญาการแพทย์ และยาแผนเดิมของอินเดีย ทั้งที่เป็นที่รู้จักกันแพร่หลาย และยังไม่เป็นที่รู้จักกันไว้เป็นชุดๆ โดยเรียกเป็นห้องสมุดดิจิทัลของภูมิปัญญาท้องถิ่น (Traditional Knowledge Digital Library-TKDL) ซึ่งจะเป็นฐานข้อมูลที่เข้าถึงได้ทั่วโลก

ถึงแม้ว่าการทำฐานข้อมูลภูมิปัญญาท้องถิ่นจะทำให้ทั่วโลกรับรู้ถึงการมีอยู่ของภูมิปัญญาดังกล่าว แต่การดำเนินการเช่นนี้ก็เพียงการตั้งรับ (Defensive) ไม่ใช่การคุ้มครองเชิงรุก (Offensive protection) ที่จะได้ผลอย่างแท้จริง เนื่องจากไม่มีเนื้อหาของการแบ่งปันผลประโยชน์ และการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นรวมทั้งทรัพยากรชีวภาพในรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับสิ่งเหล่านั้นโดยตัวมันเอง อีกทั้งการทำฐานข้อมูลยังต้องพึ่งพาการใช้ระบบอื่นๆ

อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น กฎหมายสิทธิบัตร ดังนั้นจึงยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างระบบการคุ้มครองเฉพาะขึ้นมาสำหรับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น

กฎหมายหลายฉบับของอินเดียพยายามที่จะผนวกบทบัญญัติที่สามารถให้ความคุ้มครองแก่ภูมิปัญญาท้องถิ่นเอาไว้ด้วย เช่น ใน พ.ร.บ. ความหลากหลายทางชีวภาพ ปี ๒๐๐๐ นั้นได้มีการกำหนดไว้ในมาตรา ๓๖ (iv) ให้มีการคุ้มครององค์ความรู้ (Knowledge) ของชุมชนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับความหลากหลายทางชีวภาพ เช่น การขึ้นทะเบียนองค์ความรู้เหล่านั้น และการพัฒนาระบบการคุ้มครองเฉพาะแบบขึ้นมา และเพื่อให้การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมทั้งทรัพยากรชีวภาพเป็นไปภายใต้การมีระบบปกป้องที่ดีมาตรา ๑๙ และ ๒๐ ของกฎหมายดังกล่าวยังได้กำหนดให้มีการขออนุญาตในการเข้าถึงภูมิปัญญาท้องถิ่น และทรัพยากรชีวภาพจากสำนักงานความหลากหลายทางชีวภาพแห่งชาติ (National Biodiversity Authority-NBA) ก่อนการเข้าถึงอีกด้วย

เมื่อสำนักงานความหลากหลายทางชีวภาพจะอนุญาตให้ผู้ใดเข้าถึงภูมิปัญญา หรือทรัพยากรชีวภาพจะต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขในการเข้าถึงซึ่งรวมถึงวิธีการในการแบ่งปันผลประโยชน์ด้วย ทั้งนี้ มาตรา ๖ ยังได้กำหนดบังคับให้บุคคลที่ต้องการจะยื่นขอความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาในนวัตกรรมที่มีพื้นฐานมาจากภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือทรัพยากรชีวภาพของอินเดียต้องมาขออนุญาตจาก NBA อีกด้วย เพื่อสอดคล้องกับข้อกำหนดนี้มาตรา ๑๔ (iv) ยังได้กำหนดหน้าที่ให้ NBA ไปคัดค้านการขอรับความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาในที่ต่างๆ ภายนอกอินเดียหากพบว่าสิ่งที่นำไปยื่นขอความคุ้มครองนั้นมีพื้นฐานมาจากภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือทรัพยากรชีวภาพของอินเดีย

เพื่อเชื่อมโยงกับกฎหมายว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ ใน พ.ร.บ. สิทธิบัตร (แก้ไขปรับปรุงครั้งที่ ๒) ปี ๑๙๙๙ ของอินเดียได้มีการกำหนดเงื่อนไขของการปฏิเสธการยื่นขอสิทธิบัตร รวมทั้งการเพิกถอนสิทธิ

บัตรไว้ว่ารวมถึงการไม่เปิดเผย (Non-disclosure) หรือการเปิดเผยอันเป็นเท็จ (Wrongful disclosure) ถึงที่มาขององค์ความรู้ (Knowledge) หรือทรัพยากรชีวภาพ และ/หรือ การคาดหมายว่าพื้นฐานของการประดิษฐ์ของตนอาจมีที่มาจาก องค์ความรู้ หรือทรัพยากรชีวภาพใดๆ ก็เป็นได้ อีกทั้งยังได้มีการกำหนด ให้การคัดค้านสามารถกระทำได้หากบุคคลใดเห็นว่าการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการประดิษฐ์ที่ยื่นขอจดสิทธิบัตร แม้ว่าภูมิปัญญาดังกล่าวจะ ไม่มีการจดบันทึกเป็นหลักฐาน หากแต่มีการถ่ายทอดสืบต่อกันมาปากต่อปากก็ถือว่าเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นได้ ทั้งนี้ต้องมีผู้แสดงให้เห็นได้ว่า ภูมิปัญญาดังกล่าวมีการใช้อยู่จริง หรือเป็นสิ่งที่มีการปฏิบัติอยู่ ไม่ได้สร้างขึ้น มาโดยไม่มีมูลความจริง

สถานการณ์และแนวโน้มการคุ้มครองภูมิปัญญา ด้านการแพทย์ในสถานการณ์สากล

การจัดทำกฎระเบียบระหว่างประเทศเพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นในรูปแบบต่างๆ กำลังมีการเจรจาจัดทำกันในหลายเวที ที่สำคัญคือ ภายใต้เวทีองค์การการค้าโลก องค์การทรัพย์สินทางปัญญาโลก รวมทั้งการเจรจาการค้าแบบทวิภาคีที่มีขึ้นอย่างมากในเวลานี้ แนวโน้มและทิศทางการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นในอนาคตขึ้นอยู่กับผลจากการเจรจาในเวทีต่างๆ เหล่านี้

ความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า

ภายใต้ข้อกำหนดตามข้อ ๒๗.๓ (b) ในความตกลงทริปส์ ที่ให้ ประเทศสมาชิกสามารถจัดทำระบบกฎหมายเฉพาะเพื่อการคุ้มครองพันธุ์พืชได้นั้น ได้มีข้อกำหนดด้วยว่าให้มีการทบทวนเนื้อหาของข้อ ๒๗.๓ (b) ภายหลังจาก ๔ ปีของการบังคับใช้ความตกลงซึ่งก็คือ นับตั้งแต่ปี ๒๕๔๒ เป็นต้นมา

ในการเจรจาทบทวนเนื้อหาความตกลง ประเทศอุตสาหกรรมโดยเฉพาะสหรัฐอเมริกาได้ผลักดันให้มีการแก้ไขข้อบัญญัติดังกล่าว โดยให้

ตัดทางเลือกในการใช้ระบบกฎหมายเฉพาะออกไป ต้องการให้ใช้ระบบสิทธิบัตรเพียงอย่างเดียวและขยายการคุ้มครองสิทธิบัตรไปยังสิ่งมีชีวิตทุกชนิดคือพืช สัตว์ จุลินทรีย์ ถ้าผลของการเจรจาเป็นไปในทิศทางที่สหรัฐอเมริกาได้พยายามผลักดันอยู่ จะสร้างผลกระทบอย่างมากต่อประเทศกำลังพัฒนา เพราะเป็นการตัดสิทธิของประเทศสมาชิกในการเลือกกำหนดระบบกฎหมายที่เหมาะสมเพื่อการคุ้มครองทรัพยากรชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม ประเทศกำลังพัฒนาได้ร่วมกันยื่นข้อเสนอให้มีการเพิ่มเติมเงื่อนไขการขอรับสิทธิบัตรให้เกิดความเป็นธรรมมากขึ้น หลักการที่สำคัญคือให้มีการแจ้งเปิดเผยที่มาของทรัพยากรพันธุกรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสิ่งประดิษฐ์ที่ยื่นขอรับสิทธิบัตร

การเจรจาจัดทำเขตการค้าเสรีและผลกระทบต่อ

การคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์ของไทย

หัวข้อการเจรจาเรื่องการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาเป็นหัวข้อการเจรจาที่สำคัญอย่างยิ่งเรื่องหนึ่งภายใต้การเจรจาจัดทำเขตการค้าเสรีแบบทวิภาคีของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเจรจากับสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้เริ่มมีการเจรจาครั้งแรกไปแล้ว ณ มลรัฐฮาวาย ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อปลายเดือนมิถุนายน ๒๕๔๗

การคุ้มครองเรื่องทรัพย์สินทางปัญญาเป็นข้อเรียกร้องที่สำคัญของสหรัฐฯ การจัดทำ FTA ของสหรัฐฯ กับประเทศต่างๆ ที่ผ่านมา เช่น สิงคโปร์ ชิลี ได้มีข้อตกลงเพื่อยกระดับการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาในระดับที่เข้มงวดและกว้างขวางขึ้นทั้งสิ้น ในการศึกษาครั้งนี้จะใช้สาระความตกลง FTA ระหว่างสหรัฐฯ กับสิงคโปร์เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์ของไทย

ผลกระทบที่จะเห็นเด่นชัดคงจะเป็นในเรื่องของสิทธิบัตรซึ่งกำหนดไว้ในข้อ ๑๖.๗ ของข้อตกลงทวิภาคีระหว่างสหรัฐฯ กับสิงคโปร์ เนื้อหาโดยรวมเป็นการให้ความคุ้มครองแก่การประดิษฐ์ต่างๆ ภายใต้ระบบสิทธิบัตรเช่น

เดียวกับที่ปรากฏในความตกลงทริปส์ แต่สิ่งที่เปลี่ยนแปลงไป และถือเป็นสาระสำคัญที่ประเทศไทยจะต้องพิจารณาโดยเฉพาะในมุมมองของการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย รวมทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่นอื่นๆ และทรัพยากรชีวภาพ รวมทั้งทรัพยากรพันธุกรรมพืชก็คือ การที่หัวข้อแรกของข้อ ๑๖.๗ นั้น ยกเลิกข้อยกเว้นตามมาตรา ๒๗.๓(b) ของความตกลง ทริปส์ไป ส่งผลให้ประเทศไทยต้องให้ความสำคัญคุ้มครองสิทธิบัตรในพืช และสัตว์ หากว่ารัฐบาลไปลงนามในข้อตกลงทวิภาคีตามแนวทางดังกล่าว

หากว่ามีการคุ้มครองสิทธิบัตรในพืชปัญหาที่จะตามมาก็คือ การวิจัยและพัฒนาของคนไทยจะทำได้ลำบากยากเย็นขึ้นเนื่องจากลำดับขั้นของพัฒนาการจะต้องใช้เทคโนโลยีที่ค่อนข้างสูงเพื่อพิสูจน์ความใหม่ ซึ่งจะไปเกี่ยวพันกับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในส่วนของพัฒนาพืชสมุนไพรซึ่งปัจจุบันประเทศไทยอาจจะยังไม่ค่อยตื่นตัวกันเท่าใดนักที่จะเริ่มพัฒนาพืชสมุนไพรให้ได้พันธุ์ใหม่ๆ หรือให้ได้พืชที่สามารถให้สารออกฤทธิ์ที่ดีขึ้นหรือปริมาณมากขึ้น หากว่าได้มีการเริ่มต้นดำเนินการในรูปแบบนี้ การมีกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาในระดับต่ำย่อมจะเป็นประโยชน์ต่อความก้าวหน้าของวงการแพทย์แผนไทยมากกว่า หากว่าต้องมีการคุ้มครองในระดับสูงเช่นสิทธิบัตร การพัฒนาของไทยอาจจะไปติดการประดิษฐ์จากต่างประเทศที่เป็นพืชพวกที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการดัดแปลงให้มีคุณสมบัติทางเคมีที่ดีกว่าพืชสมุนไพรทั่วไป ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อการประดิษฐ์เหล่านั้นได้รับการคุ้มครองโดยสิทธิบัตรการทำพืชที่เทคโนโลยีด้อยกว่าย่อมไม่ได้รับการคุ้มครอง และยิ่งไปกว่านั้นการนำพืชที่มีสิทธิบัตรคุ้มครองมาใช้ในการต่อยอดต่อไปก็อาจจะทำได้เพราะ การจะดำเนินการวิจัยเพื่อต่อยอดนั้นต้องได้รับการอนุญาตจากเจ้าของสิทธิบัตรเสียก่อน ซึ่งต่างจากการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาที่คุ้มครองในระดับต่ำที่ยอมให้มีการนำไปต่อยอดสร้างเป็นพันธุ์ใหม่ขึ้นมา

ในข้อย่อยที่ ๔ ของข้อ ๑๖.๗ นั้นได้มีการกำหนดให้การเพิกถอนสิทธิบัตรต้องกระทำบนพื้นฐานเดียวกับการปฏิเสธไม่รับจดสิทธิบัตร หรือ

โดยเหตุผลที่ว่ารายละเอียดการประดิษฐ์ไม่สมบูรณ์ การแก้ไขที่ไม่อาจอนุญาตได้ การไม่เปิดเผยรายละเอียด หรือการแอบอ้างว่าเป็นผู้ประดิษฐ์ และถ้าหากกระบวนการในการยื่นขอสิทธิบัตรนั้นมีการคัดค้านอยู่ด้วย ต้องไม่ให้มีการคัดค้านก่อนที่สิทธิบัตรจะออก

ข้อกำหนดเช่นนี้จะมีปัญหาต่อภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในกรณีที่กฎหมายสิทธิบัตรไทยไม่ได้กำหนดให้มีการเปิดเผยที่มาของการประดิษฐ์ที่ยื่นขอจดสิทธิบัตรว่ามีการใช้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย หรือสมุนไพรไทยหรือไม่ ดังนั้นหากมีการค้นพบในภายหลังว่าได้มีการใช้ภูมิปัญญาดังกล่าวก็ไม่สามารถยกเลิกเพิกถอนสิทธิบัตรได้ เนื่องจากเงื่อนไขการเปิดเผยที่มาของการประดิษฐ์ไม่ได้กำหนดในเรื่องของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย หรือสมุนไพรไทยไว้ นอกจากนี้การกำหนดให้มีกระบวนการคัดค้านภายหลังจากที่ออกสิทธิบัตรแล้วยังทำให้เจ้าของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่เห็นว่าภูมิปัญญาของตนถูกละเมิดต้องรอไปดำเนินการในชั้นศาลภายหลังจากที่หน่วยงานผู้มีอำนาจออกสิทธิบัตร ซึ่งในกรณีของประเทศไทยก็คือกรมทรัพย์สินทางปัญญาได้ออกสิทธิบัตรให้แก่ผู้ยื่นคำขอแล้ว อันจะทำให้เกิดความยุ่งยากในการคัดค้านสิทธิบัตรที่นำภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยไปใช้อย่างไม่เป็นธรรมเป็นอย่างมาก

ข้อเรียกร้องของสหรัฐฯ ให้มีการคุ้มครองสิ่งที่ไม่สามารถสัมผัสได้ โดยจักขุประสาท (invisible to the eye) เช่น เสียง กลิ่น รส ฯลฯ มาจดทะเบียนเป็นเครื่องหมายการค้า เป็นอีกหัวข้อหนึ่งที่อาจมีผลกระทบต่อการพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์ของไทย เนื่องจากในกระบวนการบำบัด รักษา หรือฟื้นฟูสุขภาพตามภูมิปัญญาการแพทย์ของไทย ได้ใช้ประสาทสัมผัสในทุกด้านมาเกี่ยวข้องทั้งรูป รส กลิ่น เสียง ถ้ามีการคุ้มครองสิ่งเหล่านี้ได้ ในแง่หนึ่งอาจเป็นประโยชน์ต่อประเทศไทย แต่เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบศักยภาพการวิจัยและพัฒนาระหว่างไทยกับสหรัฐฯ แล้ว ประเทศไทยอยู่ในฐานะที่เสียเปรียบค่อนข้างมาก

นอกจากนี้ยังมีประเด็นเรื่องของการเปิดเสรีทางด้านการบริการด้าน

การแพทย์ซึ่งจะทำให้คนสหรัฐฯ สามารถเข้ามาให้บริการทางการแพทย์แผนไทยได้ อันจะเป็นการทำให้ตลาดที่ควรจะเป็นของคนไทยถูกยึดครองโดยคนสหรัฐฯ โดยเฉพาะหากว่าภูมิปัญญานั้นเป็นของไทย แล้วคนสหรัฐฯ กลับได้รับการถ่ายทอดไปไม่ว่าจะโดยทางใดก็จะทำให้ไม่สามารถหวงกันไม่ให้คนสหรัฐฯ หรือสถานพยาบาลที่เป็นของคนสหรัฐฯ มาประกอบกิจการทางการแพทย์แผนไทยได้

หัวข้อการคุ้มครองต่างๆ ภายใต้ FTA มุ่งเน้นแต่การคุ้มครองสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับลิขสิทธิ์และทรัพย์สินอุตสาหกรรม ไม่ได้ให้ความสำคัญกับทรัพยากรพันธุกรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นอันเป็นทรัพย์สินและสมบัติสำคัญของประเทศกำลังพัฒนาอย่างประเทศไทย ดังนั้นเมื่อพิจารณาโดยรวมแล้วจึงเห็นว่าการทำ FTA กับสหรัฐฯ จะมีผลเสียต่อภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยมากกว่าผลดี

๒๓๒

หากจะมีผลดีจากการทำ FTA กับสหรัฐฯ ก็อาจจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ที่มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยต้องคิดหากลยุทธ์ และวิธีในการแข่งขันกับชาวสหรัฐฯ ซึ่งจะเข้ามาตีตลาดภูมิปัญญาการแพทย์ของไทย แต่การแข่งขันนี้ย่อมจะทำให้ยากเนื่องจากความพร้อมที่ต่างกัน อาจจะต้องรอการปรับตัวให้พร้อมอีกสักกระยะก่อนที่จะเปิดเสรีทางด้านนี้

ข้อเสนอด้านการพัฒนามาตรกฎหมาย เพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์ของไทย

แม้ว่าในปัจจุบันได้มีความตื่นตัวของสังคมทั้งภายในประเทศและระดับนานาชาติต่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นมากขึ้น แต่การพัฒนาระบบกฎหมายเพื่อการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นในรูปแบบต่างๆ ยังมีความก้าวหน้าไม่มากนักโดยเฉพาะในระดับการจัดทำเป็นกฎหมายระหว่างประเทศ

ข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบกฎหมายเพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญา

การแพทย์ของไทย มีดังนี้

๑. การปรับแก้ไขกฎหมายด้านการแพทย์ที่เป็นข้อจำกัดต่อการคุ้มครองและพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์ของไทย
๒. ปฏิเสธการขยายการคุ้มครองสิทธิบัตรมายังสิ่งมีชีวิตทุกประเภท
๓. การพัฒนาปรับปรุงระบบกฎหมายเฉพาะให้มีความเหมาะสมต่อการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์ของไทย และมีประสิทธิภาพในการบังคับใช้มากยิ่งขึ้น
๔. ปรับปรุงแก้ไขกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันให้คุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นและมีความเป็นธรรมต่อชุมชนท้องถิ่นมากยิ่งขึ้น

การดำเนินงานตามข้อเสนอดังกล่าว ไม่อาจทำเพียงในระดับภายในประเทศเท่านั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการดำเนินงานในระดับนานาชาติด้วย เพื่อให้เนื้อหาของความตกลงระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องมีความเป็นธรรม ให้การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างเหมาะสม อันจะเป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาโจรสลัดชีวภาพจากการกระทำของบริษัทข้ามชาติได้อีกทางหนึ่ง

๒๓๓

๑. การปรับแก้ไขกฎหมายด้านการแพทย์ที่เป็นข้อจำกัด ต่อการคุ้มครองและพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์ของไทย

ข้อเสนอต่อการแก้ไขปัญหาคือข้อจำกัดของกฎหมายที่มีอยู่และความไม่สอดคล้องระหว่างกฎหมายที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

การปรับปรุง พ.ร.บ. วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ พ.ร.บ. วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๒๘ และ พ.ร.บ. วิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๓๗ ให้สอดคล้องกับกลุ่มกฎหมายที่มีความมุ่งหมายในการอนุรักษ์และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์ของไทย เพื่อที่จะให้เกิดการเชื่อมประสานของการดำเนินงานการแพทย์ที่รับอิทธิพลมาจากประเทศแถบตะวันตกกับการแพทย์ของไทย ให้เกิดผลในทางปฏิบัติอย่างเต็มที่

การปรับปรุงกฎหมาย พ.ร.บ. ยา พ.ศ. ๒๕๑๐ และ พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ เพื่อให้สามารถใช้บังคับร่วมกับกฎหมายอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ พ.ร.บ. ส่งเสริมและคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้อย่างสอดคล้อง ไม่เป็นข้อจำกัดต่อการพัฒนาและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์ของไทย

การปรับปรุงนิยามคำว่า “การประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ” ใน พ.ร.บ. ยา เพื่อมิให้ภูมิปัญญาการแพทย์ของไทยทุกประเภทถูกลดคุณค่าและหมดความสำคัญไป โดยเหตุผลว่ามีใช้การศึกษาตามหลักวิทยาศาสตร์ซึ่งคาดเคลื่อนจากความเป็นจริงไปอย่างมาก

๒. ปฏิเสธการขยายการคุ้มครองสิทธิบัตรไปยังสิ่งมีชีวิตทุกชนิด จากศักยภาพและขีดความสามารถทางด้านเทคโนโลยีชีวภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ประเทศไทยไม่ควรจะบัญญัติกฎหมายเพื่อคุ้มครองผลงานการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีชีวภาพในระดับที่สูง เช่น กฎหมายสิทธิบัตร ในขณะที่เดียวกันจะต้องพัฒนาระบบและกลไกเพื่อควบคุมการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรพันธุกรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ

ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงข้อบังคับในการขยายการคุ้มครองสิทธิบัตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้ความตกลงทริปส์ จะกลายเป็นพันธกรณีของประเทศไทยที่จะต้องปรับเปลี่ยนกฎหมายภายในประเทศให้สอดคล้องกับการคุ้มครองสิทธิบัตรสิ่งมีชีวิตทุกประเภท ต้องปรับแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น กฎหมายสิทธิบัตร กฎหมายคุ้มครองพันธุ์พืช ซึ่งจะกลายเป็นข้อจำกัดและเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนากฎหมายภายในประเทศเพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นทั้งด้านการแพทย์และด้านอื่นๆ ดังนั้น จึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการจัดขึ้นอย่างหนักแน่นในการปฏิเสธการเปลี่ยนแปลงข้อบัญญัติในกฎหมายระหว่างประเทศที่นำไปสู่ขยายการคุ้มครองสิทธิบัตรในสิ่งมีชีวิต

๓. การปรับปรุงพัฒนากฎหมายเฉพาะ

ดังที่ได้ชี้ให้เห็นแล้วว่า ระบบการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาในปัจจุบันไม่อาจใช้เพื่อการรับรองและคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นได้อย่างเหมาะสมและเป็นธรรม ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนาระบบกฎหมายเฉพาะ (*sui generis system*) ที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพและเงื่อนไขของการอนุรักษ์ การใช้ประโยชน์ และการพัฒนาส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์ของไทย โดยคำนึงถึงบริบทของสภาพปัญหาทั้งในระดับประเทศและระดับโลก

หลักการสำคัญที่ควรเพิ่มเติมในกฎหมายเฉพาะ คือ การกำหนดรูปแบบสิทธิในทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่นในลักษณะ “สิทธิส่วนรวม” (Communal Property) เพื่อให้ชุมชนมีสิทธิในกำหนดระเบียบกฎเกณฑ์การดูแลจัดการภูมิปัญญาท้องถิ่นได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับจารีตประเพณีของท้องถิ่นและเป็นการจัดการร่วมกับรัฐในรูปแบบ “การจัดการเชิงซ้อน” และการส่งเสริมการพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์ ให้เกิดความก้าวหน้า สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างเหมาะสมกับสภาพทางสังคม เศรษฐกิจและเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป

กฎหมายของไทยที่เป็นกฎหมายเฉพาะด้านการคุ้มครองทรัพยากรชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นในขณะนี้ ได้แก่ พ.ร.บ. คุ้มครองพันธุ์พืช ๒๕๔๒ และ พ.ร.บ. คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ๒๕๔๒ กฎหมายอีกฉบับหนึ่งที่ควรเร่งผลักดันการบังคับใช้บังคับ คือ กฎหมายป่าชุมชน กฎหมายฉบับนี้ให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิชุมชนในการดูแลจัดการทรัพยากรชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นในป่าชุมชนที่แต่ละชุมชนดูแล เป็นกฎหมายที่รับรองสิทธิชุมชนท้องถิ่นตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๔๖ ของรัฐธรรมนูญไทย และเป็นการส่งเสริมบทบาทของชุมชนท้องถิ่นในการดูแลจัดการทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่นร่วมกับภาครัฐ อันจะเป็นการช่วยอุดช่องโหว่และแก้ไขปัญหาล้าสมัยของหน่วยงานภาครัฐในการทำหน้าที่ดังกล่าว สำหรับกฎหมายคุ้มครองพันธุ์พืชและภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

นั้น จำเป็นต้องมีการศึกษาติดตามประเมินผลสัมฤทธิ์ในการบังคับใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงพัฒนาเนื้อหาและกระบวนการบังคับใช้กฎหมายให้เกิดประสิทธิผลตามเจตนารมณ์ของกฎหมายมากยิ่งขึ้น

๔. การปรับปรุงแก้ไขกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญา

ระบบทรัพย์สินทางปัญญาที่เป็นอยู่ในปัจจุบันอาจเอื้อให้มีการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบจากภูมิปัญญาท้องถิ่น เนื่องจากเปิดโอกาสให้มีการนำเอาภูมิปัญญาท้องถิ่นมาขอรับความคุ้มครองภายใต้กฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาแม้ว่าการได้ภูมิปัญญาท้องถิ่นนั้นมาจะเป็นไปโดยมิชอบก็ตาม กลายเป็นปัญหาการละเมิดสิทธิของชุมชนท้องถิ่นดังตัวอย่างที่เกิดขึ้น เช่น กรณีการจดสิทธิบัตรหมันชันและสะเดาของอินเดีย เป็นต้น

ดังนั้นนอกเหนือจากการพัฒนากฎหมายเฉพาะเพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์ของไทยแล้ว ในอีกด้านหนึ่งจะต้องมีการพัฒนาปรับปรุงกฎหมายในส่วนกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาด้วย โดยเฉพาะในส่วนกฎหมายสิทธิบัตร โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ เพื่อสร้างความเป็นธรรมต่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น และป้องกันปัญหาการละเมิดนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาจดขอรับความคุ้มครองโดยมิชอบ

แนวทางการปรับปรุงกฎหมายสิทธิบัตรเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ดังกล่าวอาจกระทำโดยให้มีการเปิดเผย แจ้างแหล่งที่มาของทรัพยากรชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสิ่งประดิษฐ์ที่มาขอรับความคุ้มครอง ให้แสดงหลักฐานการทำข้อตกลงแบ่งปันผลประโยชน์ในกรณีที่มีการใช้ภูมิปัญญาการแพทย์ของไทยเป็นส่วนสำคัญในการสร้างสรรค์สิ่งประดิษฐ์นั้น

แนวทางดังกล่าว เป็นหลักการที่กลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและประเทศไทยได้แสดงเป็นจุดยืนในการเจรจาทบทวนความตกลงทริปส์ภายใต้องค์การการค้าโลกอยู่แล้ว แม้ว่าการเจรจาจะยังไม่ได้ข้อยุติ แต่ประเทศ

ไทยก็สามารถนำหลักการดังกล่าวมาปรับใช้กับการปรับปรุงกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาของไทยได้โดยมิได้เป็นการขัดกับหลักการของความตกลงทริปส์

กิจกรรมสำคัญที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องเร่งดำเนินการเพื่อเสริมกับข้อเสนอในข้อนี้คือ การจัดทำฐานข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์ของไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่นในด้านอื่นๆ อย่างเป็นระบบ มีการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อใช้ประโยชน์ในการติดตาม ตรวจสอบการจดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่น และใช้เป็นประโยชน์ต่อการคัดค้านการจดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาที่มิชอบ

๕. ข้อเสนอต่อการเจรจาแบบทวิภาคี เพื่อจัดทำเขตการค้าเสรีของไทย

ประเด็นหลักในเรื่องการเจรจาข้อตกลงทวิภาคีของไทย ไม่ว่าจะเป็นกับประเทศสหรัฐอเมริกา หรือประเทศอื่นๆ ในเรื่องทรัพย์สินทางปัญญานั้นเราจะต้องยึดเป็นหลักว่าพันธกรณีที่จะยอมรับได้นั้นจะต้องไม่มากไปกว่าที่ประเทศไทยมีอยู่แล้วตามความตกลงทริปส์ (No TRIPS-Plus)

ในส่วนของรายละเอียดข้อประเด็นการเจรจาที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์ของไทย มีข้อเสนอดังนี้

- ปฏิเสธไม่ร่วมเป็นภาคีอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยการคุ้มครองพันธุ์พืช (The International Convention for the Protection of New Varieties of Plants-UPOV ๑๙๙๑)
- ปฏิเสธไม่รับเงื่อนไขการยกเลิกข้อยกเว้นตามมาตรา ๒๗. ๓ (b) ของข้อตกลงทริปส์ ซึ่งจะนำไปสู่การขยายการคุ้มครองการประดิษฐ์ ที่เป็นพืชหรือสัตว์โดยระบบสิทธิบัตร
- ปฏิเสธไม่รับเงื่อนไขที่กำหนดให้มีการคัดค้านการขอสิทธิบัตรได้เฉพาะภายหลังจากได้มีการออกสิทธิบัตรแล้ว ซึ่งจะเป็นการแก้ไข ข้อกฎหมายในส่วนที่เป็นสาระสำคัญที่ไทยไม่อาจนำมาปฏิบัติได้ เนื่องจากว่าในขณะนี้การเปิดให้มีการคัดค้านการออกสิทธิบัตรได้ตั้งแต่ยังไม่มีการออกสิทธิบัตร

ให้มันเป็นกระบวนการที่เหมาะสมอยู่แล้ว ไม่เป็นการเพิ่มภาระให้กับผู้ที่เห็นว่าตนเป็นผู้มีสิทธิดีกว่า หรือผู้ยื่นขอสิทธิบัตรที่เป็นผู้ไม่สมควรได้รับสิทธิบัตร

นอกจากนี้ ควรเสนอประเด็นในเชิงรุกให้มีการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย รวมทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่นอื่นๆ และทรัพยากรพันธุกรรมกับการแสดงออกทางวัฒนธรรมท้องถิ่นของไทยด้วย เพื่อให้สิ่งที่เป็
ภูมิปัญญาของเราได้รับการคุ้มครองทั้งในประเทศไทย และสหรัฐฯ ซึ่งอาจจะมีคนนำภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยไปต่อยอด และนำมาขอรับความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาอย่างไม่เป็นธรรมจึงต้องมีการผลักดันให้ทางสหรัฐฯ ยอมรับที่จะคุ้มครองภูมิปัญญาเหล่านี้ให้แก่ประเทศไทย

บรรณานุกรม

ยศ สันตสมบัติ. (๒๕๔๒). ความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการ
พัฒนาอย่างยั่งยืน. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ และคณะ. (๒๕๔๖). ความพึงพอใจในกฎหมายพระราชบัญญัติ
คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ ต่อการเตรียม
ความพร้อมเป็นนายทะเบียนจังหวัดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๖.
นนทบุรี: สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการ
แพทย์ทางเลือก

Press Release ๓๗๘/๒๐๐๔ Geneva, March ๑๙, ๒๐๐๔ WIPO Member States Lay
Foundations for Protection of Traditional Knowledge

Protecting Traditional Knowledge-The International Dimension, By Department of Com-
merce Government of India, International Seminar on Systems of Protection of
Traditional knowledge Organized by the Department of Commerce, Government
of India in Cooperation with UNCTAD, ๓-๕ April, ๒๐๐๒, New Delhi.

Rural Foundation Foundation International (RAFI). (๑๙๙๔). Conserving Indigenous Knowl-
edge : Integrating two systems of innovation. Commissioned by the United Na-
tions Development Programme.

Peter Drahos. (๒๐๐๔). Towards an International Framework for the Protection of Tradi-
tional Group Knowledge and Practice, UNCTAD-Commonwealth Secretariat Work-
shop on Elements of National *Sui Generis* Systems for the Preservation, Protec-
tion and Promotion of Traditional Knowledge, Innovations and Practices and Op-
tions for an International Framework, Geneva, ๔-๖ February ๒๐๐๔