

**การสร้างและจัดการความรู้
เพื่อสนับสนุนการพัฒนาบริการการแพทย์นอกกระแสหลัก:
การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก**

**Managing Knowledge to Support Integration of
Unconventional Medicine in Universal Coverage Scheme in
Thailand**

**นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (EXECUTIVE SUMMARY).....	3
1. ความเป็นมา	5
2. เป้าหมายการพัฒนา: ระบบแบบบูรณาการ.....	6
3. ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน.....	7
3.1 ขยายสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติให้ครอบคลุมบริการการแพทย์ นอกกระแสหลัก.....	7
3.2 พัฒนาระบบประกันคุณภาพบริการ	11
3.3 พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย	13
3.4 พัฒนาระบบการเงินการคลัง	13
3.5 พัฒนากลไกบริหารยุทธศาสตร์.....	14
4. กลไกบริหารจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์.....	17
4.1 องค์ความรู้ที่จำเป็น.....	17
4.2 กลไกบริหารจัดการความรู้.....	18
4.3 กลไกทางการเงินสนับสนุน	19
5. สรุป	20
บรรณานุกรม	21

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)

การบูรณาการการแพทย์นอกกระแสหลัก (unconventional medicine) เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ เป็นทั้งเป้าหมายและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาการแพทย์นอกกระแสหลัก การบูรณาการดังกล่าวควรดำเนินการให้มีการใช้จุดแข็งของการแพทย์แต่ละระบบ เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ความเข้าใจความแตกต่างของฐานความคิด ปรัชญา และข้อจำกัดของการแพทย์แต่ละระบบจะเป็นพื้นฐานสำคัญในการจัดให้เกิดระบบบูรณาการที่เหมาะสมต่อไป

การบูรณาการการแพทย์นอกกระแสหลักเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการใช้กลไกทางการเงินการคลังในการบูรณาการ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนมีการใช้บริการการแพทย์นอกกระแสหลักเพิ่มขึ้น มียุทธศาสตร์ในการดำเนินงานที่สำคัญคือ

- 1) ขยายสิทธิประโยชน์ (benefit package) ของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติให้ครอบคลุมการแพทย์นอกกระแสหลัก โดยหลักเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกบริการคือ เป็นบริการที่มีกฎหมายรองรับ เป็นบริการที่มีประสิทธิผลต่อต้นทุนและมีผลการศึกษาวิจัยสนับสนุน เป็นบริการที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายมานาน และเป็นบริการที่ควรได้รับการคุ้มครองตามแนวคิดการประกันสุขภาพ มีบริการที่ควรได้รับการพิจารณาให้ครอบคลุมประกอบด้วย บริการการนวดแผนไทย ยาสมุนไพร และการฝังเข็ม
- 2) พัฒนาระบบประกันคุณภาพบริการ (quality assurance) ทั้งการประกันคุณภาพปัจจัยนำเข้าและกระบวนการให้บริการ
- 3) พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย (referral system) ระหว่างการแพทย์ระบบต่างๆ
- 4) พัฒนาระบบการเงินการคลัง (health financing system) ได้แก่ การศึกษาต้นทุนและงบประมาณที่จำเป็นต้องใช้ และการพัฒนาระบบการจ่ายเงินผู้ให้บริการและการร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ น่าจะเป็นองค์กรประสานและผลักดันยุทธศาสตร์ให้เกิดการบูรณาการการแพทย์นอกกระแสหลักได้ดีที่สุด โดยมีองค์กรต่างๆ เป็นพันธมิตรทางยุทธศาสตร์ (strategic alliance) และมีบทบาทสำคัญในแต่ละด้านแตกต่างกัน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีบทบาทหลักในการผลักดันให้เกิดการพัฒนาผู้ให้บริการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขมีบทบาทหลักในการบริหารจัดการความรู้ ทั้งการสร้างความรู้ใหม่หรือความรู้ในส่วนที่มีไม่เพียงพอ การสื่อสารเพื่อให้เกิดการใช้ความรู้ในการพัฒนานโยบาย ทั้งนี้

การบริหารจัดการความรู้ควรทำในรูปแผนงานวิจัยที่มีผู้จัดการแผนงานวิจัยปฏิบัติงานเต็มเวลา ประกอบด้วยชุดโครงการวิจัยจำนวน 4 ชุด เพื่อตอบคำถามหรือพัฒนาองค์ความรู้ที่จำเป็นคือ

- 1) ชุดโครงการวิจัยประสิทธิภาพบริการ
- 2) ชุดโครงการวิจัยพัฒนามาตรฐานบริการ
- 3) ชุดโครงการวิจัยระบบการเงินการคลัง
- 4) ชุดโครงการวิจัยพฤติกรรมบริการ

งบประมาณสำหรับแผนงานวิจัยเบื้องต้นจำนวน 100 ล้านบาท สำหรับระยะเวลาดำเนินงาน 5 ปี โดยหน่วยงานสนับสนุนงบประมาณประกอบด้วย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พร้อมกันนี้ ควรมีการพัฒนาศักยภาพและจำนวนนักวิจัยในสาขานี้เพิ่มมากขึ้น ให้เพียงพอกับความต้องการของระบบในปัจจุบัน

1. ความเป็นมา

ระบบบริการสุขภาพไทยปัจจุบันประกอบด้วยระบบการดูแลสุขภาพหลายระบบ ที่เรียกว่า “ระบบแบบพหุลักษณะ (pluralistic health care system)” โดยการแพทย์แผนปัจจุบันหรือแผนตะวันตก (modern or western medicine) มีบทบาทหลักหรือเป็นการแพทย์กระแสหลัก (conventional medicine) ขณะที่การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านที่พัฒนาขึ้นจากภูมิปัญญาท้องถิ่น และการแพทย์ทางเลือกค่อยๆ ลดบทบาทและความสำคัญลง กลายเป็น “การแพทย์นอกกระแสหลัก (unconventional medicine)”

ถึงจะนับเป็นการแพทย์นอกกระแสหลัก แต่ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกกลับพบว่า ประชาชนในประเทศกำลังพัฒนาจำนวนมากยังนิยมใช้การแพทย์นอกกระแสหลัก และความนิยมดังกล่าวแพร่หลายอย่างรวดเร็วในประเทศพัฒนาแล้ว [1] แม้กระทั่งสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นประเทศที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างมาก มีการคาดประมาณว่า ในปี พ.ศ. 2533 อย่างน้อย 1 ใน 3 ของคนอเมริกันใช้บริการการแพทย์นอกกระแสหลัก โดยมีจำนวนครั้งการใช้บริการสูงกว่าการใช้บริการจากแพทย์ที่บริการปฐมภูมิ [2] สัดส่วนดังกล่าวเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนในปี พ.ศ.2541 พบว่า ร้อยละ 42 ของชาวอเมริกันใช้บริการการแพทย์นอกกระแสหลัก [3] ประเทศอื่นๆ ที่พัฒนาแล้ว และมีผลสำรวจการใช้บริการการแพทย์นอกกระแสหลักแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การใช้บริการการแพทย์นอกกระแสหลักในประเทศพัฒนาแล้วบางประเทศ

ประเทศ	ร้อยละกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การแพทย์นอกกระแสหลัก	
	พบผู้ให้บริการ	ใช้การรักษาแบบใดแบบหนึ่ง
สหราชอาณาจักร	ร้อยละ 10.5 ในปีที่ผ่านมา	ร้อยละ 33 เคยใช้
ออสเตรเลีย	ร้อยละ 20 ในปีที่ผ่านมา	ร้อยละ 46 ในปีที่ผ่านมา
เบลเยียม	ร้อยละ 24 ในปีที่ผ่านมา	ร้อยละ 66-75 เคยใช้
ฝรั่งเศส	ไม่มีข้อมูล	ร้อยละ 49 เคยใช้
เนเธอร์แลนด์	ร้อยละ 6-7 ในปีที่ผ่านมา	ร้อยละ 18 เคยใช้
ออสเตรีย	ไม่มีข้อมูล	ร้อยละ 9.5-19.5 เคยใช้
แคนาดา	ไม่มีข้อมูล	ร้อยละ 15 ใช้ในปีที่ผ่านมา
เยอรมัน	ร้อยละ 5-12 ในปีที่ผ่านมา	ร้อยละ 20-30 เคยใช้

ที่มา คัดแปลงจาก Zollman C and Vicker A 1999. และ Ernst E 2000. (ข้อมูลจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2530-2539)

ในประเทศไทยผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ในปี พ.ศ.2544 ประชาชนจำนวน 8.9 ล้านคนหรือร้อยละ 14.2 ใช้ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณเพื่อการรักษาโรค/บำรุงร่างกาย แต่การสำรวจต่อมาในปี พ.ศ. 2547-8 กลับพบว่าประชาชนเมื่อเจ็บป่วยมีการใช้ยาแผน

โบราณและยาสมุนไพร รวมถึงการไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณเพียงร้อยละ 1.24 และ 0.67 ในปี 2547 และลดลงเป็นร้อยละ 1.18 และ 0.48 ในปี 2548 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวไม่ได้รวมการใช้ยาสมุนไพรที่ประชาชนอาจไปซื้อจากร้านยา โรงพยาบาลภาครัฐที่ปัจจุบันมีการส่งจ่ายและจำหน่ายยาสมุนไพรจำหน่ายกันมากขึ้น

แม้ว่าประชาชนจำนวนมากยังนิยมใช้การแพทย์นอกกระแสหลัก แต่ระบบการให้บริการยังเป็นลักษณะคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน มีบางประเทศเท่านั้นที่มีการบูรณาการค่อนข้างชัดเจน ได้แก่ ประเทศจีน เกาหลีใต้ และประเทศเวียดนาม [1] ระบบคู่ขนานมักทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์นอกกระแสหลัก และเป็นระบบที่มีค่าใช้จ่ายสูง [4] เนื่องจากขาดการประสานการให้บริการ และประชาชนต้องเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายการแพทย์นอกกระแสหลักเอง

2. เป้าหมายการพัฒนา: ระบบแบบบูรณาการ

เป้าหมายการพัฒนาการแพทย์นอกกระแสหลัก จึงไม่ใช่แค่การส่งเสริมให้ประชาชนหันมาใช้บริการการแพทย์นอกกระแสหลัก เนื่องจากปัจจุบันประชาชนจำนวนมากทั่วโลก (รวมทั้งคนไทย) ใช้บริการเหล่านี้อยู่แล้ว แต่เป็นการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อสร้างความมั่นใจว่า ประชาชนจะได้ใช้บริการการแพทย์นอกกระแสหลักที่ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ [5] ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การบูรณาการการแพทย์นอกกระแสหลักเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ จึงเป็นทั้งเป้าหมายและยุทธศาสตร์ในการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลก [6] เพราะจะทำให้เกิดกลไกหรือระบบบอภิบาล (governance system) การแพทย์นอกกระแสหลักขึ้น หากกลไกหรือระบบบอภิบาลดังกล่าวมีการออกแบบและบริหารจัดการอย่างเหมาะสม จะเป็นพื้นฐานเบื้องต้นสำหรับการพัฒนาในระยะยาวต่อไป ทั้งนี้ ระดับของการพัฒนาอาจแยกเป็น 2 ระดับคือ ¹

- 1) การส่งเสริมสนับสนุนให้การแพทย์นอกกระแสหลักเป็นบริการที่ถูกต้องตามกฎหมาย เป็นการรับรองฐานะของบริการการแพทย์นอกกระแสหลักในสังคมไทย เป็นการบูรณาการเบื้องต้น และเปิดพื้นที่สังคมให้กับการแพทย์นอกกระแสหลัก (หากพิจารณา

¹ องค์การอนามัยโลกแบ่งระดับของการบูรณาการเป็น 3 ระดับ คือ integrative system หมายถึง ระบบที่มีการยอมรับอย่างเป็นทางการและมีการบูรณาการในทุกระดับ มีนโยบายระดับชาติ มีการขึ้นทะเบียนผู้ให้บริการและผลิตภัณฑ์ ค่าใช้จ่ายสามารถเบิกจ่ายจากระบบประกันสุขภาพ มีระบบการศึกษาและการวิจัยรองรับ inclusive system หมายถึง ระบบที่มีการยอมรับแต่ยังไม่ได้มีการบูรณาการในทุกระดับ ค่าใช้จ่ายไม่สามารถเบิกจากระบบประกันสุขภาพได้ tolerant system หมายถึง ระบบที่อิงกับการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลัก อาจมีการแพทย์นอกกระแสหลักบางสาขาได้รับการยอมรับตามกฎหมาย

ตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก จะเป็นการบูรณาการในระดับเป็น tolerant ถึง inclusive system)

- 2) การส่งเสริมและสนับสนุนให้การแพทย์นอกกระแสหลัก บูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance System) โดยใช้กลไกทางการเงินการคลังเป็นกลไกเชื่อมโยง เป็นการบูรณาการในระดับที่องค์การอนามัยโลกเรียกว่า integrative system ผลของการบูรณาการดังกล่าว จะทำให้ระบบการเงินการคลังของการแพทย์นอกกระแสหลักเปลี่ยนแปลงไป จากการที่ประชาชนจ่ายเงินเอง (out of pocket payment) เป็นหลัก เป็นการจ่ายด้วยเงินกองทุนประกันสุขภาพ (health insurance fund)

3. ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการบูรณาการการแพทย์นอกกระแสหลักเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพนี้ จะเน้นเฉพาะการบูรณาการกับระบบประกันสุขภาพภาครัฐ หรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น เนื่องจากเป็นประเด็นที่กำลังถกเถียง มีการขับเคลื่อนในระดับนโยบายจนมีความคืบหน้าในระดับหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการขยายการดำเนินงานในโอกาสต่อไป อย่างไรก็ตาม การบูรณาการดังกล่าวจะจำกัดเฉพาะการแพทย์นอกกระแสหลักในส่วนที่สามารถปรับเข้าสู่เงื่อนไขตามแนวคิดแบบวิทยาศาสตร์ (scientific approach) ซึ่งเป็นฐานคิดของการแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น เพื่อให้การแพทย์นอกกระแสหลักสามารถรักษานานความคิด แนวปรัชญา ซึ่งเป็นที่มาและจุดแข็งของการแพทย์นอกกระแสหลักได้

3.1 ขยายสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติให้ครอบคลุมบริการการแพทย์นอกกระแสหลัก

สิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะกำหนดว่าบริการใดที่ประชาชนจะได้รับความคุ้มครองเมื่อเจ็บป่วย โดยสามารถใช้บริการได้โดยไม่มีอุปสรรคทางการเงิน (financial barrier) ทั้งนี้เพื่อสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น (horizontal equity) บริการสุขภาพในสิทธิประโยชน์เกิดขึ้นจากการจัดลำดับความสำคัญ (prioritization process) ของบริการต่างๆ โดยมีหลักเกณฑ์ที่สำคัญคือ [7] ต้องเป็นบริการที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของประเทศ มีประสิทธิผลต่อต้นทุนสูง (cost effectiveness) มีผลเสริมซึ่งกันและกัน (synergism) ขอบเขตของบริการจะมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ขึ้นกับขีดความสามารถด้านงบประมาณของประเทศ

การขยายสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมบริการการแพทย์นอกกระแสหลัก เพื่อทำให้เกิดการบูรณาการกับระบบประกันสุขภาพ มีประเด็นที่ต้องพิจารณาคือ จะใช้หลักเกณฑ์ใดในการพิจารณาคัดเลือกบริการในการแพทย์นอกกระแสหลัก หลักเกณฑ์ที่ใช้กับการแพทย์แผนปัจจุบันจะสามารถประยุกต์ใช้ได้หรือไม่ เบื้องต้นมีข้อเสนอหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกหรือจัดลำดับความสำคัญของบริการการแพทย์นอกกระแสหลักเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ดังนี้ คือ

1) เป็นบริการที่มีกฎหมายรองรับ

เนื่องจากมีความชอบธรรม (ตามกฎหมาย) ในการจัดบริการให้กับประชาชน หากพิจารณาเบื้องต้นตามหลักเกณฑ์นี้ การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่ จึงยังไม่เหมาะสมที่จะเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ เนื่องจากยังไม่มีกฎหมายรองรับชัดเจน อย่างไรก็ตาม มีผู้เสนอว่าหากพิจารณาจากการแพทย์พื้นบ้านเป็นบริการที่ชุมชนให้การยอมรับ มีพื้นฐานความเชื่อ และระบบวัฒนธรรมเช่นเดียวกับชุมชน น่าจะสามารถเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพในระดับชุมชนได้ [8] ประเด็นนี้ขึ้นกับการมองระบบประกันสุขภาพในระดับชุมชนหมายถึงอะไร หากมองว่าเป็นการจัดการด้านการเงินการคลังในระดับชุมชน (community financing) เพื่อจัดบริการสุขภาพตามความต้องการของชุมชน ก็น่าที่จะสามารถดำเนินการได้ ขณะที่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติหมายถึง ระบบเพื่อสร้างความเป็นธรรม/ความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการของคนทั้งประเทศ การประยุกต์ใช้เหตุผลดังกล่าวสำหรับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจึงน่าจะมีข้อจำกัด

2) เป็นบริการที่มีประสิทธิผลต่อต้นทุน (cost effectiveness) และมีผลการศึกษาวินิจฉัยสนับสนุน

ประสิทธิผลต่อต้นทุนของบริการสุขภาพ เป็นประเด็นที่มีความสำคัญในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เพราะบ่งชี้ผลทางบวกต่อสุขภาพของบริการเทียบกับต้นทุนที่ใช้ไป การเลือกใช้บริการที่มีประสิทธิผลต่อต้นทุนสูง ย่อมสะท้อนให้เห็นประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร

การประเมินประสิทธิผลของบริการสุขภาพ นิยมใช้การศึกษาวินิจฉัยทดลองแบบที่มีกลุ่มควบคุมที่เรียกว่า randomized controlled trial (RCT) ระดับความเชื่อมั่นจากข้อมูลเชิงประจักษ์ของผลการศึกษาระบบ RCT อาจแบ่งเป็น 6 ระดับคือ [9]

- ระดับที่ 1 มีข้อมูลเชิงประจักษ์จากการทบทวนอย่างเป็นระบบของ RCT จำนวนหนึ่งที่มีการออกแบบการวิจัยอย่างดี
- ระดับที่ 2 มีข้อมูลเชิงประจักษ์จากการศึกษา RCT อย่างน้อย 1 ครั้ง
- ระดับที่ 3 มีข้อมูลจากการศึกษาแบบทดลองที่ไม่มีการสุ่ม (without randomization)
- ระดับที่ 4 มีข้อมูลจากการศึกษาที่ไม่ใช่การทดลอง (non-experimental evidence)
- ระดับที่ 5 ข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ (expert opinion)
- ระดับที่ 6 ข้อมูลจากบุคคลทั่วไป (someone told me)

สำหรับการแพทย์นอกกระแสหลัก มี 2 ประเด็นที่ต้องพิจารณาคือ หนึ่ง จะใช้วิธีการศึกษาแบบใดในการประเมินประสิทธิผลต่อต้นทุน สามารถใช้ RCT ในการประเมินการแพทย์นอกกระแสหลักได้หรือไม่ สอง มีการศึกษาดังกล่าวมาน้อยเพียงใด มีข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงพอที่จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการนำเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพหรือไม่

อาจกล่าวได้ว่า ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการศึกษาใดที่สามารถใช้เป็นมาตรฐานในการประเมินประสิทธิผลการแพทย์นอกกระแสหลัก การใช้ RCT ในการประเมินประสิทธิผลการแพทย์นอกกระแสหลักมีข้อจำกัดหลายประการ อาทิ เช่น ใช้ฐานคิดที่อิงกับวิทยาศาสตร์สมัยใหม่เป็นหลัก ทำให้ยากต่อการประเมินบริการที่มาจากฐานคิดอื่น การแพทย์นอกกระแสหลักขาดความชัดเจนเรื่องแนวคิด ทฤษฎี สมมติฐาน ซึ่งจำเป็นสำหรับการออกแบบประเมินประสิทธิผล การออกแบบว่ากลุ่มควบคุมจะเป็นอย่างไร หากไม่รู้ว่าควบคุมปัจจัยใด การติดตามผลกระทบในระยะยาวทั้งที่จำเพาะและไม่จำเพาะ ฯลฯ [10,11] แม้จะมีข้อจำกัดดังกล่าว การวิจัยแบบ RCT กับบริการแพทย์นอกกระแสหลักเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เฉพาะในประเทศจีน พบว่ามีการศึกษา RCT ก่อนหน้าปี ค.ศ. 1997 กว่า 10,000 การวิจัย แต่ส่วนใหญ่ยังมีปัญหาคุณภาพการวิจัย [12] ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการแพทย์พื้นบ้านมีน้อยมาก [8] มีความพยายามศึกษาประสิทธิผลของการนวดแผนไทยในการลดอาการปวด [13] แต่จำนวนการศึกษาก็น้อยและมีปัญหาคุณภาพการศึกษาวิจัยเช่นกัน

ปัจจุบันการแพทย์นอกกระแสหลักที่มีการศึกษา RCT จำนวนหนึ่งสนับสนุนและอาจพิจารณาเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย การฝังเข็ม (acupuncture) [12,14] สมุนไพรบางชนิด [15,16,17] เป็นต้น

3) เป็นบริการที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายมานาน

โดยทั่วไปบริการใดๆ ที่ได้รับการยอมรับจากประชาชนและใช้กันอย่างแพร่หลายมานาน น่าจะเป็นหลักฐานหนึ่งในการยืนยันว่า บริการดังกล่าวมีประสิทธิผลและส่งผลกระทบทงบวกต่อสุขภาพของประชาชน แม้ว่าจะไม่มีการศึกษาวิจัยทางวิทยาศาสตร์หรือกฎหมายรองรับ อย่างไรก็ตาม อาจมีปัญหาในการประยุกต์ใช้หลักเกณฑ์นี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินว่าการยอมรับในระดับไหนหรือใช้กันมานานเพียงไร จึงจะพิจารณาว่าควรนำเข้าเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์

4) เป็นบริการที่ควรได้รับการคุ้มครองตามแนวคิดการประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพ เป็นเครื่องมือใช้ในการคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน โดยกระจายความเสี่ยง (risk sharing or risk pooling) ทางการเงินให้กับประชาชนจำนวนมาก การคุ้มครองส่วนใหญ่ใช้กับบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (high cost services) เนื่องจากครัวเรือนมีโอกาสล้มละลายจากค่าใช้จ่ายดังกล่าวได้ง่าย (catastrophic illness) แต่หลายประเทศ (รวมถึงประเทศไทย) ก็ใช้การประกันสุขภาพคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นทั้งหมด โดยไม่จำกัดเฉพาะบริการที่มีราคาแพง (comprehensive package) แต่วิธีการดังกล่าวก็เป็นการเพิ่มภาระทางการเงินให้กับภาครัฐ กรณีที่ใช้ภาษีเป็นแหล่งการเงินที่สำคัญ (tax based financing) หรือเพิ่มจำนวนเงินสมทบ (contribution) ที่ประชาชนจะต้องจ่ายล่วงหน้า (prepaid system) ในกรณีระบบประกันสังคม (social health insurance)

การแพทย์นอกกระแสหลักส่วนใหญ่เป็นการดูแลสุขภาพผู้ป่วยนอก และมีค่าใช้จ่ายไม่สูงมาก การคุ้มครองการเข้าถึงบริการการแพทย์นอกกระแสหลัก จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ หรือการใช้บริการดังกล่าว [18] ผลกระทบของการใช้บริการการแพทย์นอกกระแสหลักโดยเฉพาะ การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น ยังคาดหวังว่าจะช่วยลดการพึ่งพาการแพทย์แผนปัจจุบัน ช่วยลดการ สูญเสียเงินตราออกนอกประเทศ (เนื่องจากยาและเทคโนโลยีส่วนใหญ่ต้องนำเข้า) และทำให้เกิด ระบบบริการสุขภาพที่สามารถพึ่งตนเองได้ในระยะยาว (self sufficient health care system)

ประเด็นที่มีความสำคัญอีกประเด็นคือ ทำอย่างไรจึงจะทำให้การครอบคลุมการแพทย์นอก กระแสหลักโดยระบบประกันสุขภาพไม่เป็นการลดการดูแลสุขภาพตนเอง (self care) และเกิดการ ใช้บริการเกินจำเป็น (over utilization)² รวมทั้งเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและ ประชาชน ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะและจุดแข็งของการแพทย์นอกกระแสหลัก [19] กรณีของยา สมุนไพรไทยตามบัญชียาเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน จึงสมควรพิจารณาว่าควรจะนำเข้าเป็นส่วน หนึ่งของสิทธิประโยชน์หรือไม่

หลักเกณฑ์การคัดเลือกการแพทย์นอกกระแสหลัก เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ ของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติทั้ง 4 ข้อนั้น ไม่ได้เรียงตามลำดับความสำคัญและยังสัมพันธ์ เกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน หากพิจารณาจากหลักเกณฑ์ทั้งหมด มีบริการการแพทย์นอก กระแสหลักที่น่าจะพัฒนาเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติดังนี้

ตารางที่ 2 บริการการแพทย์นอกกระแสหลักที่เข้าหลักเกณฑ์การคัดเลือกเป็นสิทธิประโยชน์ของ ระบบประกันสุขภาพ

ประเภทบริการ	มีกฎหมายรองรับ	มีการศึกษาวิจัย ประสิทธิภาพ	มีการใช้อย่างแพร่หลาย	สอดคล้องหลักการประกันสุขภาพ
การนวดแผนไทย	✓	✓	✓*	±
ยาสมุนไพร	✓	✓	✓*	±
การฝังเข็ม	±	✓	✓**	±

² กรณีดังกล่าวเห็นได้ชัดกรณีกรมบัญชีกลางยอมให้ข้าราชการและผู้ใช้สิทธิร่วมสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการนวดแผนไทยได้ในอัตรา 200 บาทต่อครั้ง มีผลทำให้เกิดการเบิกจ่ายเกินความจำเป็นจำนวนมาก หลายครั้งเป็นแค่การ นวดเพื่อผ่อนคลาย จนทำให้กรมบัญชีกลางต้องปรับลดอัตราการเบิกเหลือเพียง 60 บาทต่อครั้ง เพื่อลดการ ใช้บริการเกินความจำเป็นดังกล่าว

หมายเหตุ * สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สำรวจในปี 2548 พบว่า ในหน่วยบริการ 518 แห่ง มีหน่วยบริการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยร้อยละ 83.2 มีการจ่ายยาสมุนไพรและอบสมุนไพรร้อยละ 60 ประคบสมุนไพรร้อยละ 74.2 [20]

** การฝังเข็มตามระบบการแพทย์แผนจีน ปัจจุบันสามารถได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพชั่วคราว (temporary license) ส่วนใหญ่ที่ให้บริการปัจจุบันเป็นการให้บริการโดยแพทย์แผนปัจจุบันที่ผ่านการฝึกอบรมการฝังเข็ม การสำรวจของกองการแพทย์ทางเลือกในปี 2546 พบว่า มีโรงพยาบาล 77 แห่งในทั้งหมด 81 แห่งที่ตอบแบบสำรวจมีการให้บริการฝังเข็มในโรงพยาบาล [21]

3.2 พัฒนาระบบประกันคุณภาพบริการ

ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว คุณภาพและความปลอดภัยของการแพทย์นอกกระแสหลัก เป็นประเด็นที่ประชาชนและสังคมให้ความสำคัญ แม้การพิจารณาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์จะได้คำนึงถึงประเด็นนี้ไว้แล้ว แต่ระบบที่จะพัฒนาขึ้นต้องทำให้ประชาชนเกิดความมั่นใจว่า ทุกครั้งที่ไปใช้บริการจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ

การประกันคุณภาพ (quality assurance: QA) เป็นการจัดการคุณภาพที่มีแนวคิดมุ่งเน้นที่ความสอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ล่วงหน้า เพื่อให้เกิดความสม่ำเสมอของผลการปฏิบัติงานในระดับที่เป็นที่ยอมรับ [22] การประกันคุณภาพสำหรับการแพทย์นอกกระแสหลักมีประเด็นต้องพิจารณาตั้งแต่การพัฒนามาตรฐาน ซึ่งส่วนใหญ่ยังไม่มีมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับ การดำเนินงานประกันคุณภาพจึงประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1) การประกันคุณภาพปัจจัยนำเข้า (input)

มาตรฐานปัจจัยนำเข้ามี 2 ส่วนคือ มาตรฐานสถานพยาบาลและมาตรฐานผู้ให้บริการ มาตรฐานสถานพยาบาลจะกำหนดรายละเอียดของสถานที่และอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ เพื่อให้สามารถจัดบริการที่มีคุณภาพได้ มาตรฐานผู้ให้บริการอาจพิจารณาจากประวัติการฝึกอบรม เช่น ได้รับการฝึกอบรมจากสถาบันที่มีคุณภาพหรือไม่ กรณีของผู้ประกอบโรคศิลปะตาม พรบ. ประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 จะต้องขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตด้วย โดยต้องมีความรู้ตามที่กำหนด อย่างไรก็ตาม นอกจากการแพทย์แผนปัจจุบันมีเฉพาะการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์เท่านั้น ที่สามารถเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะตาม พรบ. ประกอบโรคศิลปะได้

ปัญหาสำหรับการแพทย์นอกกระแสหลักในประเทศไทยคือ ระบบมาตรฐานดังที่ได้กล่าวมามีอยู่น้อยมาก มีการฝึกอบรมการนวดแผนไทยให้กับคนจำนวนมาก แต่ก็ไม่ได้มีการจัดทำทะเบียนผู้รับการอบรมดังกล่าว การกำหนดหลักเกณฑ์แนวทางต่างๆ ของคณะกรรมการวิชาชีพยังมีการดำเนินงานน้อยมาก

กรณีมาตรฐานสถานพยาบาล เริ่มมีการดำเนินการอย่างจริงจังเมื่อมีการจัดตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้น และมีการนำแผนกการนวดแผนไทยเข้าเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้จัดทำคู่มือมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ [23] ขึ้น ขณะที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ได้พัฒนาแบบตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า [24] ขึ้น เพื่อใช้ตรวจขึ้นทะเบียนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มาตรฐานดังกล่าวเพิ่งได้รับการพัฒนาขึ้นและยังไม่ได้มีการใช้อย่างจริงจัง ทั้งนี้คาดว่าหลังการประกาศใช้ไประยะหนึ่ง มีความจำเป็นต้องปรับปรุงให้เหมาะสมมากขึ้น

2) การประกันคุณภาพกระบวนการให้บริการ (process)

การแพทย์แผนปัจจุบันมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการให้บริการ (clinical practice guideline: CPG) เป็นมาตรฐานกระบวนการให้บริการของผู้ป่วยโรคต่างๆ แม้จะมีปัญหาการยอมรับในกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพและการปฏิบัติตาม CPG ดังกล่าว แต่ก็ถือได้ว่า การแพทย์แผนปัจจุบันมีมาตรฐานกระบวนการให้บริการระดับหนึ่ง

การแพทย์นอกกระแสหลัก ยังมีปัญหาการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการให้บริการอยู่มาก เนื่องจากแบบแผนการให้บริการมีความแตกต่างกันสำหรับผู้ให้บริการแต่ละคน หลายกรณีจึงหาข้อสรุปได้ยาก และไม่มีกลไกใดพยายามประสานให้เกิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการให้บริการอย่างจริงจัง เมื่อมีการจัดตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้น จึงเริ่มมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการให้บริการการแพทย์แผนไทยสำหรับอาการสำคัญที่พบบ่อย อาทิเช่น การนวดไทยเพื่อลดอาการปวด การนวดฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ฯลฯ เมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพมีนโยบายจะสนับสนุนการให้บริการการแพทย์แผนไทย ในระบบหลักประกันสุขภาพอย่างจริงจัง ได้สนับสนุนให้มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการให้บริการเพิ่มเติม เหตุผลในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการให้บริการนอกจากจะเป็นการประกันคุณภาพบริการแล้ว ยังใช้เพื่อป้องกันการให้บริการเกินความจำเป็น (โดยเฉพาะการนวดเพื่อการผ่อนคลาย) ด้วย

การพัฒนาการประกันคุณภาพจะเกิดขึ้นได้ จำเป็นต้องมีการพัฒนากลไกและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง องค์กรของผู้ประกอบวิชาชีพ (professional organization) จะเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้ มาตรฐานการให้บริการ รวมทั้งอาจทำหน้าที่ควบคุมมาตรฐานการประกอบวิชาชีพของผู้ให้บริการด้วย (กรณีที่มีกฎหมายรองรับ) เป็นที่น่าเสียดายว่า องค์กรของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์นอกกระแสหลัก มีเพียงคณะกรรมการวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และคณะกรรมการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งจัดตั้งขึ้นตาม พรบ.ประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 แต่เป็นคณะกรรมการฯ ที่ไม่มีบทบาทมากนัก และยังไม่ได้รับการพัฒนาให้เข้มแข็งเท่าที่ควร

หน่วยงานด้านการประกันสุขภาพส่วนใหญ่จะอ้างอิงมาตรฐานที่องค์กรวิชาชีพกำหนด แต่อาจมีกลไกควบคุมกำกับที่แตกต่างออกไป รวมทั้งอาจมีการให้รางวัลหรือลงโทษผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลที่ได้หรือไม่ได้มาตรฐานตามที่กำหนดด้วย

3.3 พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย

ด้วยข้อจำกัดของการแพทย์แต่ละระบบ ระบบที่บูรณาการการแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์นอกระบบหลัก จึงต้องเป็นระบบที่สามารถใช้จุดแข็งของการแพทย์ทุกระบบ เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด การจะพัฒนาระบบดังกล่าวขึ้นมาได้ จำเป็นต้องมีความเข้าใจจุดแข็งจุดอ่อนของการแพทย์แต่ละระบบ และความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของประชาชน มีระบบการประสานการให้บริการการแพทย์แต่ละระบบอย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ให้บริการจะเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมต่อการแพทย์ระบบต่างๆ หากผู้ให้บริการมีความรู้ความเข้าใจปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยแบบองค์รวม เข้าใจจุดแข็งและข้อจำกัดของการแพทย์ระบบต่างๆ มีข้อมูลสถานพยาบาลที่ให้บริการการแพทย์แต่ละระบบ มีระบบส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วย มีระบบการเงินการคลังสนับสนุน (เช่น สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้จากกองทุนประกันสุขภาพ) การประสานส่งต่อผู้ป่วยระหว่างระบบการแพทย์ต่างๆ จะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.4 พัฒนาระบบการเงินการคลัง

1) การศึกษาต้นทุนและงบประมาณที่จำเป็นต้องใช้

การบูรณาการการแพทย์นอกระบบหลักเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงระบบการเงินการคลังจากการที่ผู้ป่วยจ่ายเองเมื่อใช้บริการ (direct financing) เป็นการจ่ายเงินจากกองทุนประกันสุขภาพ (third party payer) และเพื่อให้สามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ กองทุนประกันสุขภาพมีความจำเป็นต้องทราบว่า แต่ละปีจะต้องใช้จ่ายเงินเป็นจำนวนเท่าไร สำหรับการให้บริการการแพทย์นอกระบบหลักของประชาชนผู้มีสิทธิ ซึ่งการประมาณจำนวนเงินที่จำเป็นต้องใช้ จะใช้ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการ (unit cost) และอัตราการใช้บริการ (utilization) ของประชาชนผู้มีสิทธิสำหรับบริการนั้นๆ

ที่ผ่านมา มีการศึกษาเรื่องต้นทุนต่อหน่วยบริการของการแพทย์นอกระบบหลักน้อยมาก ภายหลังเริ่มมีการศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนต่อหน่วยของการนวดแผนไทยบ้าง หลังมีการให้บริการกันอย่างแพร่หลาย และกรมบัญชีกลางได้เห็นชอบให้ข้าราชการและครอบครัวสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการนวดได้ แต่ผลของต้นทุนต่อหน่วยที่ได้จากการศึกษายังมีความแตกต่างกันมาก สาเหตุสำคัญมาจากมาตรฐานการให้บริการและจำนวนผู้ใช้บริการที่ต่างกัน ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการนวดไทยแบบราชสำนัก สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เท่ากับ 270 บาทต่อชั่วโมง (ไม่รวมค่าวัสดุเช่น ลูกประคบ น้ำชาสมุนไพร) โดยจำนวนนี้เป็นค่าแรง 242 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 89.6 ขณะที่คณะทำงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งใช้ข้อมูลค่าใช้จ่าย และการให้บริการนวดแผนไทยของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในการ

คำนวณ พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการนวดไทยเท่ากับ 175.67 บาทต่อชั่วโมง (รวมค่าวัสดุและงบลงทุน) โดยมีค่าใช้จ่ายส่วนที่เป็นค่าแรง 73 บาทหรือคิดเป็นร้อยละ 41.7

ข้อมูลต้นทุนยาสมุนไพรที่มีการจ่ายกันอย่างแพร่หลายก็เป็นปัญหาเช่นกัน สถานพยาบาลที่จ่ายสมุนไพรส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.2) สั่งซื้อมา (โดยร้อยละ 51.4 สั่งซื้อจากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์) มีเพียงร้อยละ 15.8 ที่ผลิตขึ้นเอง [20] ข้อมูลจากการสำรวจพบว่า ยาสมุนไพรของแต่ละสถานพยาบาลมีความแตกต่างกันในขนาด (dosage form) และราคา ทำให้มีปัญหาเรื่องการกำหนดราคามาตรฐานหรือราคากลางที่จะใช้ในการอ้างอิงเพื่อกำหนดงบประมาณ

นอกจากนั้น ระบบข้อมูลสถานพยาบาลปัจจุบันยังไม่สามารถสะท้อนการให้บริการการนวดแผนไทย และการใช้ยาสมุนไพรได้ มีเฉพาะข้อมูลการสำรวจครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่สำรวจการใช้ยาสมุนไพรนอกสถานพยาบาล ซึ่งไม่ครอบคลุมการใช้สมุนไพรทั้งหมด เมื่อไม่มีทั้งข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการและอัตราค่าบริการ ก็ไม่สามารถกำหนดงบประมาณที่จำเป็นต้องใช้ได้

โดยสรุป องค์ความรู้เรื่องต้นทุนและงบประมาณที่จำเป็นต้องใช้ในการให้บริการการแพทย์นอกกระแสหลักในสังคมไทยมีน้อยมาก และปัจจุบันยังไม่มีระบบข้อมูลที่จะสนับสนุนการศึกษาเรื่องดังกล่าวได้ดีพอ

2) การพัฒนาระบบการจ่ายเงินผู้ให้บริการ (provider payment) และการร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการ (cost sharing)

ทั้งระบบการจ่ายเงินผู้ให้บริการและการร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการ เป็นเครื่องมือทางการเงินเพื่อกระตุ้นให้มีการให้และใช้บริการอย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นบริการประเภทใดก็ตาม การที่จะสามารถออกแบบระบบดังกล่าวได้ดี จำเป็นต้องมีความเข้าใจพฤติกรรมของผู้เกี่ยวข้องและเลือกใช้อย่างเหมาะสม การที่กรมบัญชีกลางกำหนดให้ข้าราชการและครอบครัวสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการนวดได้ครั้งละ 200 บาทและมีผลทำให้เกิดการให้บริการเกินความจำเป็น เป็นกรณีตัวอย่างหนึ่งของปัญหาดังกล่าว และต้องการองค์ความรู้ที่เพียงพอในการจัดการกับปัญหา

3.5 พัฒนากลไกบริหารยุทธศาสตร์

การผลักดันให้ยุทธศาสตร์การบูรณาการการแพทย์นอกกระแสหลัก เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติประสบความสำเร็จได้ จำเป็นต้องมีกลไกการดำเนินงานที่สามารถประสานทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องผลักดันให้เกิดการพัฒนาในขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

- 1) การพัฒนาองค์ความรู้ในส่วนที่ขาดหายไป หรือมีไม่เพียงพอ
- 2) การเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจให้ผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้กำหนดนโยบาย
- 3) การสนับสนุนข้อมูล/องค์ความรู้ในการพัฒนานโยบาย
- 4) การสนับสนุนการพัฒนาผู้ให้บริการ
- 5) การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการกำกับ ติดตามและประเมินผล

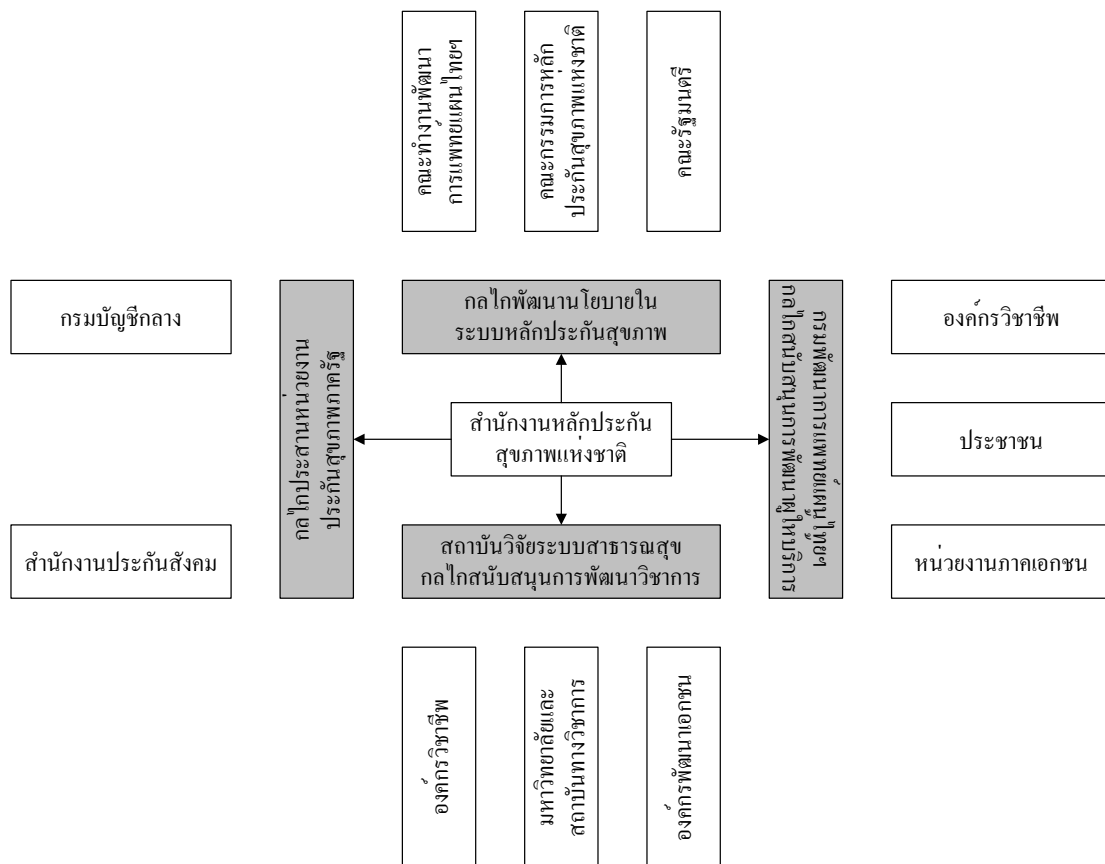
องค์กรที่เกี่ยวข้องปัจจุบันประกอบด้วย หนึ่ง องค์กรที่ทำหน้าที่บริหารกองทุนประกันสุขภาพ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง และสำนักงานประกันสังคม (สปส.) สอง องค์กรสนับสนุนการพัฒนานโยบาย ได้แก่ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยต่างๆ ที่มีการเรียนการสอน รวมถึงการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์นอกระบบหลัก และสถาบันวิจัยต่างๆ สาม องค์กรของผู้ประกอบวิชาชีพต่างๆ และสี่ องค์กรพัฒนาเอกชนที่สนับสนุนการพัฒนาระบบการแพทย์นอกระบบหลัก เช่น มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา มูลนิธิสุขภาพไทย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ น่าจะเป็นองค์กรประสานและผลักดันยุทธศาสตร์ให้เกิดการบูรณาการการแพทย์นอกระบบหลักได้ดีที่สุด ด้วยเหตุผลหลายประการ

- 1) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มีเจตนารมณ์ที่ชัดเจนในการสนับสนุนการแพทย์นอกระบบหลัก โดยกำหนดให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ เป็นส่วนหนึ่งของบริการสาธารณสุขที่ให้ความคุ้มครองแก่ประชาชน
- 2) โครงสร้างการกำหนดนโยบายคือ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก เป็นกรรมการตามกฎหมาย นอกจากนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังได้แต่งตั้งคณะทำงานขึ้นมา 1 คณะเพื่อพัฒนานโยบายให้มีการบูรณาการการแพทย์นอกระบบหลัก เข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างจริงจัง
- 3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังมีกลไกที่จะประสานการพัฒนาไปสู่กองทุนประกันสุขภาพอื่นๆ ผ่านกลไกคณะกรรมการประสานการพัฒนาความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่เป็นทีมเลขานุการ
- 4) ระบบสารสนเทศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่พัฒนาร่วมกับสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสาธารณสุข (สกส.) มีความพร้อมที่จะรองรับระบบข้อมูลการให้บริการของสถานพยาบาล ซึ่งสามารถใช้เป็นระบบข้อมูลการกำกับ ติดตาม ประเมินผลในอนาคต

ความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กับองค์กรพันธมิตร (strategic alliance) ในการผลักดันยุทธศาสตร์ให้เกิดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ สามารถแสดงได้ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 กลไกผลักดันยุทธศาสตร์ให้เกิดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ



ตามแผนภูมิที่ 1 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นองค์กรผลักดันยุทธศาสตร์ในมิติที่สำคัญๆ คือ

- ผลักดันนโยบายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผ่านกลไกทางนโยบายคือ คณะทำงานและคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผ่านคณะรัฐมนตรีกรณีที่เกินอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ
- ผลักดันนโยบายโดยรวมเรื่องการประกันสุขภาพ ผ่านคณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่าง 3 กองทุนประกันสุขภาพ
- ผลักดันให้เกิดการบริหารจัดการความรู้ (สร้างความรู้ใหม่/ความรู้ในส่วนตัว และใช้ความรู้ในการพัฒนานโยบาย/ระบบ) ผ่านกลไกสำคัญ คือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และองค์กรพันธมิตร ได้แก่ มหาวิทยาลัยและสถาบันวิชาการต่างๆ องค์กรวิชาชีพ และองค์กรพัฒนาเอกชนต่างๆ
- ผลักดันให้เกิดการพัฒนาผู้ให้บริการ โดยมีกลไกสำคัญคือ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก มีองค์กรพันธมิตร คือ องค์กรวิชาชีพ หน่วยงานภาคเอกชน และองค์กรภาคประชาชนต่างๆ

4. กลไกบริหารจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ปัญหาการขาดองค์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาการแพทย์นอกกระแสหลัก ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในประเทศไทย แม้ในประเทศที่พัฒนาแล้วและมีการให้บริการการแพทย์นอกกระแสอย่างมาก ก็พบปัญหาเช่นกัน ปัจจัยจำกัดการศึกษาวิจัยการแพทย์นอกกระแสหลักได้แก่ (25) 1) ขาดทุนการศึกษาวิจัย (ประเทศอังกฤษในปี ค.ศ. 1995 พบว่ามีการใช้เงินเพียงร้อยละ 0.08 ของงบประมาณเพื่อการวิจัยในการวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์นอกกระแสหลัก) 2) ขาดทักษะการวิจัย 3) ขาดโครงสร้างพื้นฐานด้านวิชาการ 4) จำนวนผู้ป่วยไม่เพียงพอสำหรับการศึกษาวิจัย 5) ความยุ่งยากในการทบทวนการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ (เนื่องจากคุณภาพการศึกษาวิจัย การนิยาม และมาตรฐานข้อมูล) และ 6) ปัญหาระเบียบวิธีการวิจัย

เพื่อให้ข้อเสนอมีความจำเพาะสำหรับการบริหารจัดการความรู้ จึงจำกัดเฉพาะการบริหารจัดการความรู้เพื่อให้มีการนำบริการการนวดแผนไทย ยาสมุนไพร และการฝังเข็ม เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.1 องค์ความรู้ที่จำเป็น

องค์ความรู้ที่จำเป็นและการใช้องค์ความรู้ ในการสนับสนุนยุทธศาสตร์บูรณาการระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งแนวทางการศึกษาเพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าว สามารถสรุปได้ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ประเด็นองค์ความรู้ที่จำเป็นในการสนับสนุนยุทธศาสตร์บูรณาการระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นองค์ความรู้	แนวทางการศึกษา	การใช้องค์ความรู้
<u>1. ประสิทธิภาพของบริการ</u> - การนวดแผนไทยสำหรับการเจ็บป่วยประเภทต่างๆ - ยาสมุนไพรต่างๆ	การวิจัยทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม (RCT)	การตัดสินใจนำเข้าไปในสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ
<u>2. ต้นทุนต่อหน่วยบริการ</u> - ต้นทุนต่อการนวดเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยแบบต่างๆ - ต้นทุนยาสมุนไพร - ต้นทุนการฝังเข็ม	การศึกษาต้นทุนต่อหน่วย (unit cost analysis)	เพื่อใช้ในการบริหารเงินกองทุนประกันสุขภาพ
<u>3. มาตรฐานผู้ให้บริการ บริการตามกลุ่มโรค/อาการต่างๆ และมาตรฐานสถานพยาบาล</u>	การระดมความเห็นผู้เชี่ยวชาญ (expert opinion)	เพื่อใช้ในระบบการประกันคุณภาพบริการ
<u>4. แบบแผนและพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน</u>	การสำรวจ (survey) พัฒนาระบบข้อมูลสถาน	เพื่อติดตามการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มต่างๆ

ประเด็นองค์ความรู้	แนวทางการศึกษา	การใช้องค์ความรู้
	พยาบาล (health facility information system)	และใช้คำนวณงบประมาณที่จำเป็นต้องใช้
5. พฤติกรรมการให้บริการของผู้ให้บริการ	การสำรวจ (survey) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) การสังเกต (observation)	เพื่อพัฒนาคุณภาพผู้ให้บริการ และพัฒนาระบบ จูงใจผู้ให้บริการสำหรับ บริการที่มีคุณภาพ
6. จุดแข็ง จุดด้อยของการแพทย์แต่ละระบบ	การทบทวนวรรณกรรม การระดมความเห็นผู้เชี่ยวชาญ	เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย
7. มาตรฐานการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย	การระดมความเห็นผู้เชี่ยวชาญ	เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย

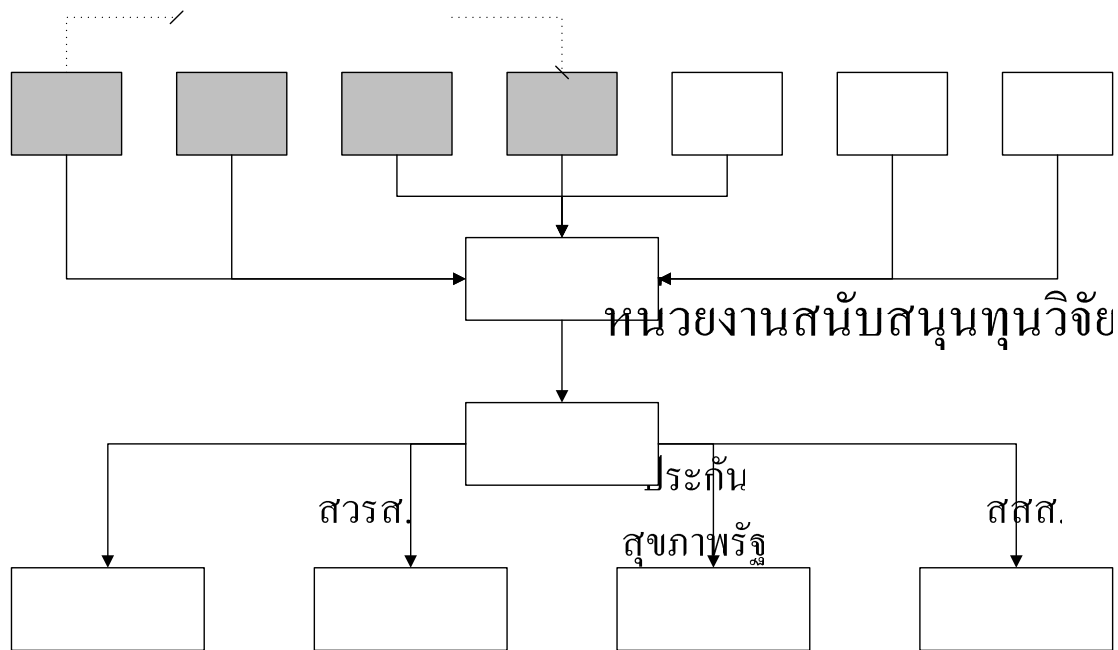
4.2 กลไกบริหารจัดการความรู้

แม้ว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะมีจุดแข็งและสามารถเป็นกลไกหลักในการผลักดันยุทธศาสตร์เพื่อให้เกิดบูรณาการของระบบบริการสุขภาพได้ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจะมีพันธกิจในการพัฒนา คຸ້ມครอง และนำภูมิปัญญาการแพทย์นอกระบบหลักไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต แต่ในเชิงการบริหารจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการผลักดันยุทธศาสตร์ดังกล่าว สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) น่าจะเป็นองค์กรที่มีความเหมาะสมมากกว่า ด้วยเหตุผลหลายประการ ได้แก่

- ความคล่องตัวในระบบบริหารจัดการของ สวรส. ทำให้สามารถระดมผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิจากสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมกระบวนการจัดการความรู้ได้ง่าย
- ความเป็นกลางและการเป็นหน่วยงานเน้นหนักทางด้านวิชาการ ทำให้ไม่เกิดปัญหาความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความคิดเห็นหลากหลาย
- ประสบการณ์การเชื่อมโยงความรู้กับกระบวนการพัฒนานโยบาย ทำให้มีความมั่นใจในกระบวนการใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ที่พัฒนามากขึ้น

การบริหารในรูปแบบงานวิจัยที่ประกอบด้วยชุดโครงการวิจัย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในประเด็นต่างๆ ที่มีความเชื่อมโยงกัน เพื่อตอบสนองแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์นอกระบบหลัก มีเป้าหมายที่ชัดเจนในแต่ละปีและเป้าหมายของแผนเมื่อครบ 3-5 ปี โดยมีผู้บริหารแผนที่เป็นนักวิชาการปฏิบัติงานเต็มเวลา เป็นวิธีบริหารจัดการเพื่อสร้างความรู้ที่มีประสิทธิภาพในปัจจุบัน การมีคณะกรรมการบริหารแผนวิจัยฯ ที่ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง ผู้ทรงคุณวุฒิสมาชิกต่างๆ จะเป็นกลไกสำคัญในการทิศทางของแผนงานวิจัยฯ แต่ที่สำคัญกว่านั้นคือ จะเป็นกลไกเชื่อมโยงความรู้ไปสู่กระบวนการพัฒนานโยบาย ภาพรวมกลไกการบริหารจัดการความรู้แสดงดังแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 กลไกบริหารจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์



ภายใต้แผนงานวิจัยนี้ จะประกอบด้วยชุดโครงการวิจัย 4 ชุด เพื่อตอบคำถามหรือพัฒนาองค์ความรู้ที่จำเป็น (ตามตารางที่ 3) คือ

- 1) ชุดโครงการวิจัยประสิทธิภาพบริการ ประกอบด้วยโครงการวิจัยในข้อ 1
- 2) ชุดโครงการวิจัยพัฒนามาตรฐานบริการ ประกอบด้วยโครงการวิจัยในข้อ 3, 6 และ 7
- 3) ชุดโครงการวิจัยระบบการเงินการคลัง ประกอบด้วยโครงการวิจัยในข้อ 2 และ 4
- 4) ชุดโครงการวิจัยพฤติกรรมบริการ ประกอบด้วยโครงการวิจัยในข้อ 4 และ 5

4.3 กลไกทางการเงินสนับสนุน

แม้ว่าสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จะมีความเหมาะสมในการบริหารจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบแบบบูรณาการ แต่แหล่งเงินเพื่อใช้ในการบริหารจัดการความรู้ไม่ควรจำกัดเฉพาะจาก สวรส. เท่านั้น หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องควรมีส่วนสนับสนุนงบประมาณสำหรับการพัฒนาความรู้ดังกล่าวด้วย เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม และพันธะสัญญา (commitment) ในการใช้องค์ความรู้ดังกล่าวในการพัฒนานโยบาย หน่วยงานสนับสนุนงบประมาณควรประกอบด้วย

- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (กรมพัฒน์) ชุดโครงการวิจัย
- หน่วยงานประกันสุขภาพ ประกอบด้วย กรมบัญชีกลาง สำนักงานพัฒนาคุณภาพบริการแห่งชาติ และสำนักงานประกันสังคม
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)

เบื้องต้นงบประมาณสำหรับแผนงานวิจัยควรมีวงเงินประมาณ 100 ล้านบาท สำหรับระยะเวลา 5 ปี การกำหนดวงเงินระยะแรกในจำนวนค่อนข้างน้อยนี้ เนื่องจากข้อจำกัดจำนวนนักวิชาการและนักวิจัยที่มีอยู่ปัจจุบัน เมื่อมีการพัฒนาศักยภาพของนักวิชาการสาขานี้ในอนาคตแล้ว มีความจำเป็นต้องเพิ่มวงเงินงบประมาณให้มากขึ้นในระยะต่อไป

5. สรุป

การบูรณาการการแพทย์นอกกระแสหลักเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ เป็นทั้งเป้าหมายและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาการแพทย์นอกกระแสหลัก การบูรณาการดังกล่าวจะต้องดำเนินการให้มีการใช้จุดแข็งของการแพทย์แต่ละระบบเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ความเข้าใจฐานความคิด ปรัชญา และข้อจำกัดของการแพทย์แต่ละระบบจึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการจัดให้เกิดระบบบูรณาการที่เหมาะสมต่อไป

การบูรณาการการแพทย์นอกกระแสหลักเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการใช้กลไกทางการเงินการคลังในการบูรณาการ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนมีการใช้บริการการแพทย์นอกกระแสหลักเพิ่มขึ้น การผลักดันให้เกิดระบบบูรณาการดังกล่าวจำเป็นต้องมีกลไกผลักดันนโยบาย และกลไกบริหารจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายดังกล่าว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นหน่วยงานที่มีความเหมาะสมในการเป็นกลไกหลักในการผลักดันนโยบาย และกลไกบริหารจัดการความรู้ตามลำดับ ทั้งนี้ควรมีแผนงานวิจัยรองรับประกอบด้วยชุดโครงการวิจัย 4 ด้านคือ ชุดโครงการวิจัยประสิทธิภาพบริการ ชุดโครงการวิจัยพัฒนามาตรฐานบริการ ชุดโครงการวิจัยระบบการเงินการคลัง และชุดโครงการวิจัยพฤติกรรมบริการ เบื้องต้นควรจัดสรรงบประมาณสำหรับแผนงานวิจัยดังกล่าวในวงเงิน 100 ล้านบาทสำหรับระยะเวลา 5 ปี โดยมีการพัฒนาศักยภาพและจำนวนนักวิจัยในสาขาดังกล่าวให้เพิ่มมากขึ้น ให้เพียงพอกับความต้องการของระบบในปัจจุบัน

บรรณานุกรม

-
1. World Health Organization. Traditional medicine. (cited 2006 August 1); Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/>
 2. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional medicine in the United States. Prevalence, cost and patterns of use. N Engl J Med 1993; 328: 246-252.
 3. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Wilkey S, Van Rompay M, Kessler RC. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. J Am Med Assoc 1998; 280: 1569-75.
 4. ศุภสิทธิ์ พรพรรณโนทัย, อัมพวรรณ ศรีวิไล. ระบบ โครงสร้าง กลไก ในการอนุรักษ์ พัฒนา และ ค้ำครองภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย: มาตรการทางการเงิน. ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ ประพนธ์ เกตุรากาศ บรรณาธิการ. ระบบ โครงสร้าง กลไก ในการอนุรักษ์ พัฒนาและค้ำครอง ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย. กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์. 2548.
 5. Vicker A, Zollman C. Complementary medicine and the patient. BMJ 1999; 319: 1486-88.
 6. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy 2002-2005. World Health Organization. Geneva: 2002.
 7. Wong H, Bitran R. Definition of a basic package of health services. In Asociados BY. Designing a benefits package. Module prepared for the flagship course on health sector reform and sustainable financing. World Bank. 1997.
 8. ยงศักดิ์ ตันติปัญญา. การพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือกในระบบสุขภาพไทย: รายงานการสังเคราะห์ องค์ความรู้สู่การปฏิรูประบบสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี. 2543.
 9. World Health Organization. Traditional and modern medicine: harmonizing the two approaches. World Health Organization, Western Pacific Region. Manila: 2000.
 10. Charlton BG. Randomized trials in alternative/complementary medicine. (cited 2006 August 1); Available From: URL: <http://www.hedweb.com/bgcharlton/randomised.html>
 11. Mason S, Tovey P, Long AF. Evaluating complementary medicine: methodological challenges of randomized controlled trials. BMJ 2002; 325: 832-34.

12. Tang JL, Zhan SY, Ernst E. Review of randomized controlled trials of traditional Chinese medicine. *BMJ* 1999; 319: 160-1.
13. ประโยชน์ บุญสินสุข, ประพจน์ เกศราภาส, รุ่งทิวา ชาญพิทยานุกุลกิจ. การใช้การนวดไทยบำบัดอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อ. มุขนิธิสารธารณสุขกับการพัฒนา. กรุงเทพฯ: 2538.
14. Canter PH, Coon JT, Ernst E. Cost effectiveness of complementary treatments in the United Kingdom: systematic review. *BMJ* 2005; 331: 880-1.
15. Ernst E. Herbal medicines put into context: Their use entails risks, but probably fewer than with synthetic drugs. *BMJ* 2003; 327: 881-2.
16. จีรเดช มโนสร้อย, อรัญญา มโนสร้อย. วิธีการพัฒนาสมุนไพรให้เป็นผลิตภัณฑ์ที่สามารถแข่งขันได้ในตลาดสากล. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี: 2549.
17. สมภพ ประธานธรรารักษ์, พร้อมจิต ศรีลัมพ์, นพมาศ สุนทรเจริญนนท์, จีรเดช อุทัยวิทยารัตน์. ระบบ โครงสร้าง กลไก ในการอนุรักษ์ พัฒนา และคุ้มครองภูมิปัญญาไท สุขภาพวิถีไท: มาตรการด้านการจัดการความรู้ วิจัย และพัฒนา. ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และประพจน์ เกศราภาส บรรณาธิการ. ระบบ โครงสร้าง กลไก ในการอนุรักษ์ พัฒนาและคุ้มครอง ภูมิปัญญาไท สุขภาพวิถีไท. กรุงเทพฯ: อุษากการพิมพ์. 2548.
18. Bodeker G. Lessons on integration from the developing world's experience. *BMJ* 2001; 322: 164-167.
19. Weil A, Rees L. Integrated medicine: imbues orthodox medicine with the values of complementary medicine. *BMJ* 2001; 322: 119-20.
20. สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน. รายงานผลการสำรวจข้อมูลการให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีงบประมาณ 2548. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: 2548.
21. มณฑิพา ทรงพานิช, ปิยะฉัตร ปาลานุสรณ์, งามเนตร เอี่ยมนาคะ, จริย สมเสร็จ, กาญจนากุล คงคาน้อย, ปัทมาวดี กสิกรรม. การสำรวจและประเมินสถานการณ์การบริการการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2546. กองการแพทย์ทางเลือก. นนทบุรี 2546.
22. อนุวัฒน์ ศุภชติกุล, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. คุณภาพในระบบสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี: 2543.
23. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. คู่มือมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ. นนทบุรี: 2547.
24. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์. 2549.
25. Vicker A, Zollman. What is complementary medicine? *BMJ* 1999; 319: 693-96.