

รายงานการสาธารณสุขไทย
ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน
และการแพทย์ทางเลือก
๒๕๕๒-๒๕๕๓





รายงานการสาธารณสุขไทย

ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก



สำนักวิชาการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

รายงานการสาธารณสุขไทย ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

บรรณาธิการ	นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์ประพจน์ เกตุราภาค
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นางสาวรัชนี จันทร์เกษ ดร.วิชัย จันทร์กิติวิวัฒน์
จัดทำโดย	สำนักวิชาการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข Website: http://www.dtamsc.com http://www.dtam.moph.go.th

ข้อมูลทางบรรณานุกรม หอสมุดแห่งชาติ
สำนักวิชาการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
รายงานการสาธารณสุขไทยด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก
กรุงเทพฯ:
456 หน้า
1. การแพทย์แผนไทย 2. การแพทย์พื้นบ้าน 3. การแพทย์ทางเลือก
ISBN : 978-616-11-0404-7

ประสานงาน	นางสาวจิราพร แซ่เตียว นางสาวรัชชัช จุฑามณี นายบรรณรักษ์ สมองคุณ
ออกแบบ	นางสาวชนิสรา นานอม
จัดพิมพ์โดย	สำนักวิชาการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
พิมพ์ครั้งที่ 1	สิงหาคม 2553 จำนวน 400 เล่ม
พิมพ์ที่	สำนักงานกิจกรรมโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

คำนำ

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดย สำนักวิชาการ ได้ดำเนินการจัดทำ รายงานการสาธารณสุขไทย ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก (Thai Traditional and Alternative Health Profile) นับเป็นรายงานการสาธารณสุขไทยด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกฉบับแรก ซึ่งได้ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้เชี่ยวชาญและผู้แทนหน่วยงานที่รับผิดชอบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้รายงานดังกล่าวเป็นประโยชน์ในการเป็นข้อมูลกำหนดนโยบาย และทิศทางของการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

การจัดทำรายงานการสาธารณสุขไทย ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๓ นี้ มีเรื่องเด่นที่มีความสำคัญรวม ๙ เรื่อง คือ

๑. ประวัติศาสตร์การพัฒนารูปแบบการแพทย์แผนไทย
๒. นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทย
๓. ระบบบริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก
๔. สถานการณ์ยาแผนไทย
๕. ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน
๖. สถานการณ์การขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
๗. การคุ้มครองภูมิปัญญาด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย
๘. สถานภาพงานวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก
๙. ทิศทางการพัฒนารูปแบบการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ และหน่วยงานที่รับผิดชอบที่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาเนื้อหาความรู้และข้อมูลจนเป็นรายงานการสาธารณสุขไทย ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกฉบับนี้ และหวังว่าจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานและการอ้างอิงทางวิชาการในระดับชาติและนานาชาติต่อไป

(แพทย์หญิงวิลาวัณย์ จิงประเสริฐ)

อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

รายนามผู้จัดทำเฉพาะบท

- บทที่ ๑ ประวัติศาสตร์การพัฒนารูปแบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย
โดย อาจารย์สันติสุข โสภณศิริ มุลนิธิสุขภาพไทย
- บทที่ ๒ นโยบายและยุทธศาสตร์ชาติ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก
โดย ประพจน์ เกตุธรรมากร รุจิรา ทวีรัตน์ วิชัย จันทร์กิติวัฒนา
กรมพัฒนารูปแบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
- บทที่ ๓ ระบบบริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก
โดย พินทุสร เหมพิสุทธิ
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
- บทที่ ๔ สถานการณ์ยาแผนไทย
โดย รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์, รศ.ดร.สุรตนา อำนวยผล
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รัชนี จันทร์เกษ
กรมพัฒนารูปแบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
- บทที่ ๕ ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน
- ๕.๑ ตำรับตำราการแพทย์แผนไทย
โดย พิมพ์พรรณ ไพบูลย์หวังเจริญ
สำนักหอสมุดแห่งชาติ กรมศิลปากร กระทรวงวัฒนธรรม
- ๕.๒ ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านภาคเหนือ
โดย ผศ.ดร.ยิ่งยง เทาประเสริฐ และ ดร.กัญยานุช เทาประเสริฐ
วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก
มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
- ๕.๓ ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านภาคอีสาน
โดย ดร.อุษา กลิ่นหอม
คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

๕.๔ ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านภาคกลาง

โดย สุชน พรบัณฑิตยัปัทมา, เสาวณีย์ กุลสมบุรณ์ และคณะ
สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๕.๕ ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านภาคใต้

โดย ดร.เลิศชาย ศิริชัย
สำนักวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

๕.๖ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับระบบสุขภาพภาคประชาชน

โดย วีรพงษ์ เกรียงสินยศ, อรุณช มะลิลิน
มูลนิธิสุขภาพไทย
ปารณัฐ สุขสุทธิ
สำนักวิจัยและสังคม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บทที่ ๖ สถานการณ์การขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

โดย ประพจน์ เกตุธำมาศ
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
วีรพงษ์ เกรียงสินยศ มูลนิธิสุขภาพไทย

บทที่ ๗ การคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพร โดย บัณฑูร เศรษฐศิโรตม์ สถาบันธรรมรัฐเพื่อการพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม ประพจน์ เกตุธำมาศ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

บทที่ ๘ สถานการณ์งานวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก โดย รัชณี จันทร์เกษ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ปารณัฐ สุขสุทธิ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

บทที่ ๙ ทิศทางการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์แผนไทย โดย นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ประธานคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	(๓)
รายนามผู้จัดทำเฉพาะบท	(๔)
สารบัญตาราง	(๙)
สารบัญภาพ	(๑๓)
บทที่ ๑ ประวัติศาสตร์การพัฒนากการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย	๑
๑.๑ บทนำ	๑
๑.๒ พัฒนาการการแพทย์แผนไทยในแต่ละกาลสมัย	๔
๑.๓ การแพทย์แผนไทยได้มีการพัฒนามาตามลำดับ	๙
๑.๔ การพัฒนากการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ในช่วงนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน	๕๙
บทที่ ๒ นโยบายและยุทธศาสตร์ชาติ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก	๖๓
๒.๑ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	๖๓
๒.๒ แผนพัฒนาการสาธารณสุข	๓๐
๒.๓ แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔	๘๒
๒.๔ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐	๙๐
บทที่ ๓ ระบบบริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก	๑๐๑
๓.๑ กำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยฯ	๑๐๒
๓.๒ สถานบริการด้านการแพทย์แผนไทยฯ	๑๑๕
๓.๓ งบประมาณด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ในระบบสุขภาพ	๑๕๓

	หน้า
บทที่ ๔ สถานการณ์ยาแผนไทย	๑๖๓
๔.๑ สถานการณ์การค้าเลือกยา	๑๖๓
๔.๒ สถานการณ์การจัดหาและการผลิตยา	๑๓/๐
๔.๓ สถานการณ์การกระจายยาแผนไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพร	๑๓/๙
๔.๔ สถานการณ์การใช้ยาแผนไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรอย่างเหมาะสม	๑๘๒
บทที่ ๕ ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน	๑๙๙
๕.๑ ดำริบดำรารการแพทย์แผนไทย	๒๐๐
๕.๒ ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านภาคเหนือ	๒๒๖
๕.๓ ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านภาคอีสาน	๒๔๐
๕.๔ ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านภาคกลาง	๒๕๕
๕.๕ ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านภาคใต้	๒๖๔
๕.๖ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับระบบสุขภาพภาคประชาชน	๒๘๙
บทที่ ๖ สถานการณ์การขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	๓๑๕
บทที่ ๗ การคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพร	๓๒๓
๗.๑ สถานการณ์ด้านกฎหมายในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น	๓๒๔
๗.๒ การทบทวนสถานการณ์และความเปลี่ยนแปลง ที่มีผลต่อการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย	๓๓๒
๗.๓ การดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค ความก้าวหน้าในการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย	๓๕๒
๗.๔ ความก้าวหน้าการเจรจาคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นในเวทีระหว่างประเทศ	๓๖๒
๗.๕ สถานการณ์การคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๒	๓๖๔

หน้า

บทที่ ๔ สถานการณ์งานวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก	๓๓/๓/
๔.๑ บทนำ	๓๓/๓/
๔.๒ สถานการณ์การวิจัย ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์แผนไทย	๓๓/๔
๔.๓ การวิจัยเชิงระบบเพื่อขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ชาติ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก	๔๑๑
บทที่ ๕ ทิศทางการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์แผนไทย	๔๑๙
คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำรายงานการสาธารณสุขไทย ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก (Thai Traditional and Alternative Health Profile)	๔๒๓
บรรณานุกรม	๔๒๖

สารบัญตาราง

บทที่ ๓		หน้า
ตาราง ๓.๑	ข้อมูลสถาบันการผลิตและหลักสูตรด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนไทยประยุกต์	๑๐๒
ตาราง ๓.๒	จำนวนผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ ปี พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๑	๑๐๓/
ตาราง ๓.๓	จำนวนผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย ปี ๒๕๔๓-๒๕๕๐	๑๐๔
ตาราง ๓.๔	จำนวนผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐ	๑๑๔
ตาราง ๓.๕	จำนวนและร้อยละของสถานบริการการแพทย์แผนไทยที่ผ่านการประเมินมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒	๑๑๖
ตาราง ๓.๖	จำนวนและร้อยละสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ปี ๒๕๕๐ จำแนกตามประเภทการให้บริการ	๑๑๗/
ตาราง ๓.๗	จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ปี ๒๕๕๐ จำแนกตามประเภทวิชาชีพ	๑๑๙/
ตาราง ๓.๘	เปรียบเทียบร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและ/หรือการแพทย์ทางเลือก กับจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาและฟื้นฟูสภาพทั้งหมด ในสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒	๑๒๑
ตาราง ๓.๙	จำนวนและร้อยละผู้รับบริการการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ปี ๒๕๕๐ จำแนกตามประเภทบริการ	๑๒๖
ตาราง ๓.๑๐	เปรียบเทียบร้อยละของมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพร กับมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด ในสถานบริการสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒	๑๒๘
ตาราง ๓.๑๑	จำนวนสถานพยาบาลประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ภาคเอกชน ปี ๒๕๔๙, ๒๕๕๐	๑๓๓

หน้า

ตาราง ๓.๑๒	สถิติใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแผนโบราณทั่วราชอาณาจักร ประจำปี ๒๕๕๒	๑๓๔
ตาราง ๓.๑๓	สถิติใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแผนโบราณ รายจังหวัด ประจำปี ๒๕๕๒	๑๓๖
ตาราง ๓.๑๔	จำนวนสถานบริการด้านสุขภาพภาครัฐที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ แยกตามระดับสถานบริการ รายการ รายเขต รายจังหวัด	๑๔๐
ตาราง ๓.๑๕	จำนวนและร้อยละสถานบริการการแพทย์แผนไทย สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ขอรับเงินชดเชยบริการ การแพทย์แผนไทย จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒	๑๔๔
ตาราง ๓.๑๖	จำนวนเงินที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนเพื่อชดเชยหน่วยบริการการแพทย์แผนไทย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ รายเขต	๑๔๕
ตาราง ๓.๑๗	งบประมาณภาครัฐด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ปี พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๓	๑๕๓

บทที่ ๔

ตาราง ๔.๑	สถิติจำนวนการขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนโบราณในแต่ละปี ตั้งแต่ปี ๒๕๒๖-๒๕๕๒	๑๖๔
ตาราง ๔.๒	สถิติจำนวนการขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนโบราณ แบ่งตามรูปแบบยา ปี ๒๕๔๒	๑๖๕
ตาราง ๔.๓	จำนวนสถานที่ขาย ผลิต และสถานที่นำหรือส่งยาแผนโบราณ เข้ามาในราชอาณาจักร ระหว่างปี ๒๕๓๙-๒๕๕๒	๑๓/๑
ตาราง ๔.๔	มูลค่าการผลิตและการนำส่งยาเข้าๆ สำหรับยาแผนโบราณ ตั้งแต่ปี ๒๕๓๐-๒๕๕๑	๑๓/๒
ตาราง ๔.๕	หน่วยงานต่างๆ ที่ส่งตัวอย่างเข้าร่วมการตรวจคุณภาพสมุนไพรไทย ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๕-๒๕๕๐	๑๓/๖
ตาราง ๔.๖	ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพสมุนไพรไทย จำแนกตามปีงบประมาณ	๑๓/๓/

หน้า

ตาราง ๔.๓	ประเภทการบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข ภาครัฐ ๒,๕๒๑ แห่ง จำแนกรายภาค	๑๘๐
ตาราง ๔.๔	การกระจายการบริการการใช้ยาแผนไทยและยาสมุนไพร ในระบบข้อมูล ๑๘ แห่งของสถานีอนามัย ๑,๖๕๑ แห่ง จำแนกรายภาค	๑๘๑
ตาราง ๔.๕	รายการการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ๒,๕๒๑ แห่ง ปีงบประมาณ ๒๕๔๙ จำแนกตามแหล่งที่มา	๑๘๓
ตาราง ๔.๑๐	มูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ๒,๕๒๑ แห่ง ปีงบประมาณ ๒๕๔๙ จำแนกตามแหล่งที่มา	๑๘๓
ตาราง ๔.๑๑	มูลค่าการใช้ยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรในนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ของสถานีอนามัย ๑,๖๕๑ แห่ง จำแนกรายภาค	๑๘๖
ตาราง ๔.๑๒	ตารางเปรียบเทียบมูลค่าการใช้ยาในนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ของสถานบริการภาครัฐ ตอบแบบสอบถามระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์-กันยายน ๒๕๕๐ และสถานีอนามัย (เพิ่มข้อมูลมาตรฐาน ๑๘ แห่ง ระหว่าง ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑- ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๒)	๑๘๘
ตาราง ๔.๑๓	รายการยาจากสมุนไพรในบัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. ๒๕๔๙ ที่ใช้ในสถานบริการภาครัฐในส่วนภูมิภาค จำนวน ๓๑๘ แห่ง จำแนกตามรายการยาจากสมุนไพร	๑๘๙
ตาราง ๔.๑๔	รายการยาจากสมุนไพรนอกบัญชียาหลักฯ ๒๕ อันดับแรกที่ใช้ใน สถานบริการภาครัฐในส่วนภูมิภาค จำนวน ๓๑๘ แห่ง จำแนกตามรายการยาจากสมุนไพร	๑๙๐
ตาราง ๔.๑๕	รายการยาสมุนไพรเดี่ยวที่เป็นยานอกบัญชียาหลักฯ ที่ใช้ในสถานบริการภาครัฐในส่วนภูมิภาค จำนวน ๓๑๘ แห่ง จำแนกตามรายการยาสมุนไพรเดี่ยวฯ	๑๙๑
ตาราง ๔.๑๖	รายการยาดำรับนอกบัญชียาหลักฯ ที่ใช้ในสถานบริการภาครัฐ ในส่วนภูมิภาค จำนวน ๓๑๘ แห่ง จำแนกตามรายการยาดำรับฯ	๑๙๓
ตาราง ๔.๑๗	จำนวนผู้ป่วยที่มีการติดตามและเกิดอาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยาสมุนไพร	๑๙๖

บทที่ ๕

ตาราง ๕.๑	ประเภทหมอพื้นบ้าน จำแนกตามพื้นที่ภาค/จังหวัด ของแผนงานพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเอง ของชุมชน ในปี ๒๕๕๐-๒๕๕๑	๒๔๙
ตาราง ๕.๒	แสดงผลการสำรวจสมุนไพรรักษาโรคและการอนุรักษ์และ ประโยชน์ใช้สอยของชุมชน	๓๐๓

บทที่ ๘

ตาราง ๘.๑	การจำแนกจำนวน ประเภทและสัดส่วน ของงานวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ	๓๔๓
ตาราง ๘.๒	งานวิจัยแพทย์แผนไทยจากงานประจำ ของแผนงานพัฒนาเครือข่ายวิจัย สวรส.	๔๐๐
ตาราง ๘.๓	ภาพรวมงบประมาณที่หน่วยงานได้รับจัดสรร ปีงบประมาณ ๒๕๔๓-๒๕๕๓	๔๐๕
ตาราง ๘.๔	จำนวนงานวิจัยฉบับเต็มและบทคัดย่อ ในวารสารกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปี ๒๕๔๓-๒๕๕๒	๔๐๗

สารบัญภาพ

บทที่ ๓		หน้า
ภาพ ๓.๑	จำนวนนักศึกษาที่รับและจบการศึกษาหลักสูตร การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ระหว่างปี ๒๕๔๑-๒๕๕๐	๑๐๕
ภาพ ๓.๒	จำนวนผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ ปี พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๑	๑๐๗
ภาพ ๓.๓	จำนวนผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย ปี ๒๕๔๗-๒๕๕๐ รายงานภาค	๑๑๓
ภาพ ๓.๔	เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของสถานบริการการแพทย์แผนไทย ที่ผ่านการประเมินมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒	๑๑๖
ภาพ ๓.๕	จำนวนและร้อยละสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ (๒,๕๒๑ แห่ง) ปี ๒๕๕๐ จำแนกตามประเภทการให้บริการ	๑๑๘
ภาพ ๓.๖	จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ปี ๒๕๕๐ จำแนกตามประเภทวิชาชีพ	๑๑๙
ภาพ ๓.๗	เปรียบเทียบร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการ รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและ/หรือ การแพทย์ทางเลือก กับ จำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการรักษาและฟื้นฟู สภาพทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ รายงานภาค	๑๒๕
ภาพ ๓.๘	จำนวนและร้อยละผู้รับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ สาธารณสุขภาครัฐ ปี ๒๕๕๐ จำแนกตามประเภทบริการ	๑๒๗
ภาพ ๓.๙	เปรียบเทียบร้อยละของมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพร กับ มูลค่าการใช้ยาทั้งหมด ในสถานบริการสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ รายงานภาค	๑๓๒
ภาพ ๓.๑๐	เปรียบเทียบจำนวนเงินการจัดสรรงบประมาณที่ สปสช. สนับสนุนเพื่อ ชดเชยหน่วยบริการการแพทย์แผนไทย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ รายงานเขต	๑๔๖

บทที่ ๔

ภาพ ๔.๑	มูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรจำแนกตามจังหวัดที่มีการใช้สูง โดยพิจารณาจากมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรมากที่สุดอย่างเดียว	๑๘๔
ภาพ ๔.๒	มูลค่าการใช้ยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ของสถานีอนามัย ๑,๖๕๑ แห่ง	๑๘๕
ภาพ ๔.๓	มูลค่าการใช้ยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ของสถานีอนามัย ๑,๖๕๑ แห่ง จำแนกรายภาค	๑๘๖
ภาพ ๔.๔	มูลค่าการใช้ยาแผนไทยและยาจากสมุนไพร จำแนกตามจังหวัดที่มีการใช้มาก	๑๘๗/

บทที่ ๕

ภาพ ๕.๑	ระบบการดูแลสุขภาพของคนอีสานและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	๒๔๔
ภาพ ๕.๒	แนวคิดที่ใช้ในการจัดทำตำรายาพื้นเมืองอีสาน	๒๔๕
ภาพ ๕.๓	แผนภูมิการจัดทำตำรายาที่มีการบันทึกบนใบลาน	๒๔๘
ภาพ ๕.๔	ความสัมพันธ์ของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน กับการพัฒนาการใช้ประโยชน์	๒๖๒
ภาพ ๕.๕	โครงสร้างระบบการดูแลสุขภาพชุมชนอีสาน	๒๙๓/

บทที่



ประวัติศาสตร์การพัฒนา การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย

๑.๑ บทนำ

ในสังคมของทุกชาติทุกภาษา ย่อมมีกระบวนการเรียนรู้ การสั่งสมประสบการณ์
ของมนุษย์ จนตกผลึกกลายเป็นศิลปวิทยาการ ศีลธรรม กฎหมาย ความเชื่อ
ขนบธรรมเนียม จารีตประเพณี ซึ่งมีการปลูกฝังถ่ายทอดจากสังคมยุคหนึ่งไปสู่สังคมอีก
ยุคหนึ่งอย่างไม่ขาดสาย หล่อหลอมเป็นวิถีชีวิตหรือแบบแผนของการดำรงชีวิตที่สังคม
ยึดถือร่วมกัน จนกลายเป็นเอกลักษณ์ของสังคมนั้นซึ่งเรียกว่า **วัฒนธรรม**

วัฒนธรรมดั้งเดิมใดที่มีการพัฒนาคลีคลายขยายตัวมาโดยลำดับจนมีความเจริญ
งอกงามทั้งทางด้านวัตถุ จิตใจ และปัญญาเติบโตเบ่งบานอย่างเต็มที่ถึงขั้นที่เรียกว่า
อารยธรรม

สังคมไทยเป็นสังคมที่อุดมด้วยวัฒนธรรมที่หลากหลาย มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว และมีวัฒนธรรมที่เจริญถึงขั้นเป็นอารยธรรม ที่เรียกว่าวิถีไทย อันประกอบด้วย วัฒนธรรมประเพณีอันเนื่องด้วย ศาสนา ความเชื่อพื้นบ้าน สถาปัตยกรรม นาฏดุริยางค์ การแต่งกาย อุปนิสัยประจำชาติ เป็นต้น

ความเจริญที่เรียกว่าอารยธรรมถือกำเนิดขึ้นได้ เมื่อมนุษย์สามารถตั้งหลักแหล่ง อย่างมั่นคง ในสิ่งแวดล้อมที่สุขสบาย ปลอดภัย อุดมสมบูรณ์ด้วยปัจจัยพื้นฐาน ๔ ประการของชีวิตคือ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค

โดยนัยแห่งการแสวงหาความมั่นคงในปัจจัย ๔ นี้เอง การแพทย์แผนโบราณในสังคมไทยจึงถือกำเนิดขึ้นมาจากความพยายามในการศึกษาเรียนรู้และพัฒนาด้านการบูรณารักษาโรคและศิลปศาสตร์ด้านการดูแลสุขภาพสภาพ โดยเฉพาะในกรณีของการแพทย์แผนโบราณที่วิวัฒนาการมาเป็นการแพทย์แผนไทยในปัจจุบัน มีสายสัมพันธ์เชื่อมโยงกับอารยธรรมอันเก่าแก่ของพุทธศาสนา รวมทั้งศาสนาพราหมณ์มายาวนานกว่า ๒,๐๐๐ ปี โดยยังไม่นับว่าการดูแลสุขภาพที่เกิดจากประสบการณ์การลองผิดลองถูกในวัฒนธรรมท้องถิ่นของแต่ละภูมิภาคที่เรียกว่า การแพทย์พื้นบ้านนั้น มีวิวัฒนาการมายาวนานก่อนที่ความเชื่อทางศาสนากระแสหลัก จะเข้ามาสู่สังคมไทยเสียอีก

การแพทย์แผนโบราณของไทยมิใช่เป็นตำราตำรา คัมภีร์ หรือความรู้ในการดูแลรักษาโรคภัยไข้เจ็บที่พ้นสมัยไปแล้ว แต่ในความเป็นจริงนั้นการแพทย์แผนโบราณเป็นประเพณีชีวิตของชาวไทยที่อยู่ในวัฏจักรแห่งสามัญลักษณ์ของการเกิด แก่ เจ็บ ตาย มาหลายยุคหลายสมัยกระทั่งปัจจุบัน จนอาจกล่าวได้ว่า แพทย์แผนโบราณของไทยเป็นวัฒนธรรมเก่าแก่ที่ยังมีความหมายต่อโลกปัจจุบันและเป็นส่วนสำคัญของอารยธรรมไทยด้วย

ความเจ็บป่วยและความตายเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ในทุกสังคม ตลอดมาทุกยุคทุกสมัย แม้จะเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับปัจเจกชน แต่ปัญหานี้ก็ยิ่งใหญ่จนทำให้ครอบครัว ชุมชนและสังคมทั้งมวลต้องเข้ามามีส่วนร่วมรับรู้และช่วยกันแก้ปัญหา ทั้งนี้เพราะการเจ็บป่วยและความตายของคนในแต่ละสังคมหากเกินกว่าสมดุล ถือว่าเป็นภัยคุกคามใหญ่หลวงที่อาจนำไปสู่การล่มสลายของสังคมนั้นๆ ได้ มนุษย์เราได้พยายามที่จะเอาชนะความเจ็บป่วยและความตายมาโดยตลอด ด้วยการสั่งสมประสบการณ์ ความเชื่อ พัฒนาเป็นความรู้ถ่ายทอดสั่งสมกันมาในแต่ละรุ่น เพื่อใช้ป้องกันและจัดการกับปัญหานี้ ทุกสังคมจึงต้องพัฒนาระบบหรือสถาบันที่เป็นแหล่งสะสมองค์ความรู้ในการรักษาโรคไว้เพื่อแก้ปัญหาให้กับคนในสังคมของตน

อย่างไรก็ตาม ความรู้ในการดูแลสุขภาพสุขภาพมิได้แยกขาดออกจากบริบททางสังคม ดังนั้นวัฒนธรรมความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาควบคู่กับพลวัตการเปลี่ยนแปลงของสังคมแต่ละแห่ง วัฒนธรรมสุขภาพของแต่ละสังคมในยุคโบราณ จึงมีความแตกต่างหลากหลายไปตามความเชื่อพื้นฐานและสภาพสิ่งแวดล้อมภายในสังคมนั้นๆ มิได้เป็นระบบมาตรฐานเดียวอย่างเช่นระบบการแพทย์แผนปัจจุบันที่วางพื้นฐานอยู่บนองค์ความรู้แบบวิทยาศาสตร์การแพทย์ชีวภาพเหมือนกันหมดทั้งโลก

แม้ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันจะเป็นระบบการแพทย์กระแสหลักของโลก แต่องค์การอนามัยโลก (WHO) ก็ได้มีประกาศตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๑ ว่าการที่จะรณรงค์ขับเคลื่อนให้ประชาชนทั่วทั้งโลกมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ค.ศ. ๒๐๐๐ (พ.ศ. ๒๕๔๓) นั้น การแพทย์แผนปัจจุบันระบบเดียวย่อมไม่สามารถผลักดันได้สำเร็จ จำเป็นต้องมีการแพทย์หลายระบบหรือที่เรียกว่า การแพทย์พหุลักษณะเข้ามามีส่วนร่วมด้วย

กล่าวเฉพาะในสังคมไทย ซึ่งเป็นสังคมที่มีลักษณะวัฒนธรรมแบบผสมผสาน (Heterogeneous Culture) ซึ่งเปิดกว้างยอมรับความหลากหลายทางวัฒนธรรมทั้งที่มีอยู่แล้วภายในสังคมและที่นำเข้ามาจากภายนอกเช่นกัน แบบแผนการดูแลสุขภาพสุขภาพในสังคมไทย มีลักษณะผสมผสานหรือเป็นการแพทย์แบบพหุลักษณะทั้งอย่างไม่เป็นทางการและเป็นทางการมาก่อนที่องค์การอนามัยโลกประกาศรับรองเสียอีก

ปัจจุบันระบบการดูแลสุขภาพสุขภาพของประเทศไทย มีลักษณะเป็นการแพทย์แบบพหุลักษณะ โดยกฎหมายบัญญัติและโดยวัฒนธรรมที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาเป็นเวลายาวนาน การศึกษาประวัติวิวัฒนาการการแพทย์แผนโบราณทั้งที่เป็นการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน รวมทั้งการแพทย์ทางเลือก จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพระบบบริการทางการแพทย์แบบบูรณาการ เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์ความรู้การแพทย์พหุลักษณะที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพียงพอในการบำบัดรักษา บำรุง และส่งเสริมสุขภาพในสังคมไทยซึ่งมีปัญหาสุขภาพที่ทวีความซับซ้อนยิ่งขึ้นทุกที จนแบบแผนการแพทย์ระบบเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างทั่วถึง

ดังนั้นทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยจึงต้องเป็นไปในแนวทางส่งเสริมและสนับสนุนให้ระบบการแพทย์มีความหลากหลายมากกว่าระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อและวัฒนธรรมของชุมชนท้องถิ่นในแต่ละภูมิภาค จนประเทศไทยสามารถมีระบบสุขภาพที่พึ่งตนเองได้ ทั้งในระดับปัจเจกชน ชุมชนและในระดับประเทศ

อย่างไรก็ตามการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มีความแตกต่างกันทั้งในระดับวิวัฒนาการความเป็นมา ระดับปรัชญาการแพทย์และ ญาณวิทยา รวมทั้งระดับวิธีวิทยาและแบบแผนการปฏิบัติ

๑.๒ พัฒนาการการแพทย์แผนไทยในแต่ละกาลสมัย

แหล่งกำเนิดและความเป็นมาของทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทยเป็นระบบการแพทย์แผนโบราณหรือการแพทย์แบบดั้งเดิมที่มี แนวคิดและทฤษฎีชัดเจน มีคัมภีร์ ตำรับตำราที่ใช้อ้างอิงและมีแบบแผนการปฏิบัติที่ ถ่ายทอดสืบต่อกันมาช้านาน เป็นที่ยอมรับอย่างเป็นทางการในระดับราชสำนักหรือใน ระดับราชการจนกล่าวได้ว่า เป็นการแพทย์ของหลวง

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่า การแพทย์แผนไทยมีต้นกำเนิดจากอารยธรรมอินเดีย โบราณในสายของพระพุทธศาสนา แต่เดิมมีความเข้าใจกันว่า การแพทย์แผนไทย มีราก กำเนิดจากการแพทย์อายุรเวทอันเป็นศาสตร์การแพทย์ของฮินดู ซึ่งดำรงอยู่ก่อนพุทธกาล อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ **เค็นเนธ จี. ซิสค์ (Kenneth G. Zysk)** พบว่าการแพทย์ อายุรเวทของฮินดูในยุคแรกนั้น เป็นเรื่องของจารีตการบำบัดรักษาแบบไสยศาสตร์- ศาสนา (Magico-Religious Healing Tradition) ที่มาจาก**คัมภีร์พระเวท (Veda)** ซึ่ง ประกอบด้วยข้อมูลอ้างอิงเกี่ยวกับการรักษาโรคเป็นจำนวนมาก ส่วนที่เก่าแก่ที่สุดคือ **คัมภีร์ฤคเวท (Rgveda)** ประมาณ ๓๐๐ ปีก่อนพุทธกาล และต่อมาไม่นานจึงปรากฏ **คัมภีร์อาถรรพเวท (Atharvaveda)** ซึ่งเนื้อหาส่วนใหญ่ของทั้ง ๒ คัมภีร์จะกล่าวถึง โรคภัยไข้เจ็บที่เกิดจากอำนาจของภูตผีปีศาจ และมีบทสวดสรรเสริญเทพเจ้าที่ช่วยในการ เยียวยาปัดเป่าโรค

ดังนั้นการแพทย์แบบพระเวทยุคต้น จึงเป็นระบบการบำบัดรักษาที่มีรากฐานมา จากไสยศาสตร์โดยมีความเชื่อว่า โรคเกิดจากพลังของภูตผีปีศาจ หรือพลังความชั่วร้าย จู่โจมเข้าไปในร่างกายของเหยื่อจนทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางร่างกาย บางครั้งการถูก กระทำให้เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บพิการ ถูกอธิบายว่าเกิดจากการฝ่าฝืนข้อห้ามบางอย่าง หรือเกิดจากการสาปแช่งจากพระเจ้าหรือถูกพอมดหมอผีกระทำ

การแพทย์อายุรเวทของฮินดูที่เป็นการแพทย์แบบพระเวท หรือการแพทย์แบบ ไสยศาสตร์-ศาสนา ได้เปลี่ยนผ่านมาสู่กระบวนการบวชณ์ทาง**การแพทย์แบบประจักษ์นิยม และเหตุผล (Empirico-Rational Healing Tradition)** ซึ่งพัฒนาขึ้นมาจากระบบการแพทย์ ในพุทธอาราม (Medicine in Buddhist Monastery) หรืออีกนัยหนึ่งคือ ระบบการแพทย์ ที่พัฒนามาจากปรัชญาคำสอนของพุทธศาสนานั้นเอง

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า แม้การแพทย์แผนไทยจะได้รับอิทธิพลมาจากวัฒนธรรมการแพทย์ของอินเดีย แต่ก็เป็นารแพทย์อินเดียที่ถ่ายทอดมาในสายของพระพุทธศาสนาเป็นหลัก

กล่าวได้ว่าพุทธศาสนาเป็นแกนกลางของการแพทย์แผนไทยด้วยมีหลักพุทธธรรมและพระสูตรหลายพระสูตรที่กลายเป็นที่มาแห่งคัมภีร์การแพทย์แผนไทย ยกตัวอย่างเช่น

ว่าด้วยกำเนิดและความเป็นมาของมนุษย์

มหาตณาสังขยสูตร กล่าวถึงเหตุปัจจัยที่ก่อให้เกิดการตั้งครรภ์ว่า

“ดูกรภิกษุทั้งหลาย เพราะความประชุมพร้อมแห่งปัจจัย ๓ ประการ ความเกิดแห่งทารกก็มีในสัตว์โลกแห่งนี้ มารดาบิดาอยู่ร่วมกัน แต่มารดายังไม่มีระดู และทารกที่จะมาเกิดยังไม่ปรากฏ ความเกิดแห่งทารกก็ยังไม่มาก่อน ในสัตว์โลกนี้ มารดาบิดาอยู่ร่วมกัน มารดามีระดู แต่ทารกที่จะมาเกิดยังไม่ปรากฏ ความเกิดแห่งทารกก็ยังไม่มาก่อน ดูกรภิกษุทั้งหลาย เมื่อใดมารดาบิดาอยู่ร่วมกันด้วย มารดามีระดูด้วย ทารกที่จะมาเกิดก็ปรากฏด้วย เพราะความประชุมพร้อมแห่งปัจจัย ๓ ประการอย่างนี้ ความเกิดแห่งทารกจึงมี

ดูกรภิกษุทั้งหลาย มารดาอย่าอมรักษาทารกนั้นด้วยท้องเก้าเดือนบ้าง สิบเดือนบ้าง เมื่อล่วงไปเก้าเดือนหรือสิบเดือน มารดาก็คลอดทารกผู้เป็นภาระหนักนั้น ด้วยความเลื่องชีวิตมาก และเลี้ยงทารกผู้เป็นภาระหนักนั้นซึ่งเกิดแล้ว ด้วยโลหิตของตน ด้วยความเลื่องชีวิตมาก” (มัชฌิมนิกาย มูลปัณณาสก)

ยักขสังยุตตินทก สูตรที่ ๑ กล่าวถึงอินทรียักษ์ได้เข้าเฝ้าพระพุทธเจ้า กราบพูลถามว่า รูปร่างกายของมนุษย์ ก่อตัวขึ้นมาได้อย่างไร

“ท่านผู้รู้ทั้งหลายกล่าวว่า รูปหาใช้ชีพไม่ สัตว์นี้จะประสมร่างกายนี้ได้อย่างไรหนอ กระดูกและก้อนเนื้อจะมาแต่ไหน สัตว์นี้จะติดอยู่ในครรภ์ได้อย่างไร”

พระพุทธองค์ทรงวิสัชนาตอบจุฉาข้อนี้ว่า

“รูปนี้เป็นกลละก่อน จากกลละเป็น อัพพุทะ จากอัพพุทะเกิดเป็น เปสิ จากเปสิเกิดเป็นขณะ จากขณะเกิดเป็น ๕ ปุ่ม (ปัญจสาขา) ต่อจากนั้น มี ผม ขน และ เล็บ เป็นต้น เกิดขึ้น มารดาของสัตว์ในครรภ์บริโภค ข้าว น้ำ โภชนาการอย่างใด สัตว์อยู่ในครรภ์มารดา ก็ยังอัธภาพให้เป็นด้วยอาหารอย่างนั้น ในครรภ์นั้น” (สังยุตตนิกาย สคาถวรรค)

พัฒนาของทารกในครรภ์สัปดาห์แรกเป็น**กลละ** หมายถึง หยาดน้ำใสที่เล็กมาก อุปมาเท่ากับน้ำมันที่เหลืติดอยู่ที่ขนจามรีเส้นหนึ่ง หลังจากที้นำขนนี้ไปจุ่มน้ำมันงาแล้ว สลัดเจ็ดครั้ง สัปดาห์ที่สองเป็น **อัพพุทะ** คือ เป็นน้ำข้น สัปดาห์ที่สามเป็น**เปลิ** คือ เป็นชิ้นเนื้อ สัปดาห์ที่สี่พัฒนา เป็น**ขณะ** คือ ก้อนเนื้อ สัปดาห์ที่ห้า จะมีส่วนที่งอกออกมาเป็นปม หัวปม หรือ **ปัญจสาขา** คือ ศีรษะ ๑ แขน ๒ ขา ๒ ต่อจากนั้นจึงมีผม ขน เล็บ ฯลฯ ซึ่งค่อยๆ พัฒนามาเป็น องค์าพยพที่สมบูรณ์ จนครบกำหนดคลอด

อัครัญสูตร

พระสูตรดังกล่าวเป็นต้นกำเนิดของ **พระคัมภีร์ปฐมจินดา** ซึ่งถือว่าเป็นพระคัมภีร์สำคัญ ของวิชาแพทย์แผนไทยว่าด้วย ครรภ์กำเนิด การดูแลหญิงมีครรภ์และทารกก่อนคลอด และหลังคลอด

ว่าด้วยองค์ประกอบของชีวิต

พุทธธรรมมองเห็นสิ่งทั้งหลายในรูปของกระแสที่ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ อันสัมพันธ์เนื่องอาศัยกัน หรือมาประชุมกันเข้า ตัวตนแท้ๆ ของสิ่งทั้งหลายไม่มี แต่อยู่ในรูปของ **เบญจขันธ์** หรือ **ขันธ์ ๕** หมายถึง กองแห่งรูปธรรมและนามธรรม ๕ หมวดที่ประชุมกันเข้าเป็นหน่วยรวม ซึ่งบัญญัติ เรียกว่า สัตว์ บุคคล ตัวตน เรา เขา เป็นต้น หรือ ขันธ์ ยังหมายถึง ส่วนประกอบ ๕ อย่าง ที่รวมเข้าเป็นชีวิตได้แก่

๑. **รูป** ได้แก่ ส่วนประกอบฝ่ายรูปธรรมทั้งหมด ร่างกาย และพฤติกรรมทั้งหมดของร่างกาย หรือสสารพลังงานฝ่ายวัตถุ พร้อมทั้งสมบัติและพฤติกรรมต่างๆ ของสสารพลังงานเหล่านั้น
๒. **เวทนา** ได้แก่ ความรู้สึกสุข ทุกข์ หรือเฉยๆ ซึ่งเกิดจากผัสสะทางประสาททั้ง ๕ และทางใจ
๓. **สัญญา** ได้แก่ ความกำหนดได้ หมายรู้และจดจำ สิ่งต่างๆ ได้
๔. **สังขาร** ได้แก่ องค์ประกอบหรือคุณสมบัติต่างๆ ของจิต มีเจตนา เป็นตัวนำ ซึ่งปรุงแต่งจิตให้ดี หรือชั่ว หรือเป็นกลาง ปรุงแต่งความนึกคิดในใจ และการแสดงออกทางกาย วาจา ให้เป็นไปต่างๆ เป็นที่มาของกรรม หรือเรียกว่า เครื่องปรุงของจิต เครื่องปรุงของความคิด และเครื่องปรุงของกรรม
๕. **วิญญาน** ได้แก่ ความรู้แจ้งอารมณ์ทางประสาททั้ง ๕ และทางใจ คือการเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรู้รส การรู้สัมผัสทางกาย และความรู้อารมณ์ทางใจ

ชั้น ๕ นี้ ย่อลงมาเป็น ๒ คือ นาม และรูป รูปชั้นจัดเป็นฝ่ายรูป ส่วนอีก ๔ ชั้นที่เหลือเป็นฝ่ายนาม ใน**พระไตรปิฎก**มีคำอธิบายถึงรูปชั้นและลักษณะของธาตุหลักทั้ง ๔ ไว้ดังนี้ “ดูกรท่านผู้มีอายุทั้งหลาย ก็อุปทานชั้น คือ รูปเป็นไฉน คือ **มหาภูตรูป ๔** และรูปที่อาศัยมหาภูตรูป ๔ ดูกรท่านผู้มีอายุทั้งหลาย ก็มหาภูตรูป ๔ เป็นไฉน คือ ปฐวีธาตุ อาโปธาตุ เตโชธาตุ วาโยธาตุ” (**มัชฌิมนิกาย มูลปิณณาสก**)

ยิ่งไปกว่านั้นใน**มัชฌิมนิกาย อุปริปัณณาสก** ยังได้กล่าวถึง ธาตุดิน น้ำ ไฟ ลม ไว้โดยละเอียดดังนี้

๑. ปฐวีธาตุ คือธาตุดิน ๑๙ ประการ

“ดูกรภิกษุ ก็ปฐวีธาตุเป็นไฉน คือ ปฐวีธาตุภายในก็มี ภายนอกก็มี ก็ปฐวีธาตุภายในเป็นไฉน ได้แก่ สิ่งที่แค้นแข็งกำหนดได้ มีในตน อาศัยตน คือ ขน ผม เล็บ ฟัน หนัง เนื้อ เอ็น กระดูก เยื่อในกระดูก ม้าม หัวใจ ตับ พังผืด ไต ปอด ไล่ใหญ่ ไล่ย่อย อาหารใหม่ อาหารเก่า หรือแม้สิ่งอื่นไม่ว่าชนิดใดๆ ที่แค้นแข็ง กำหนดได้ มีในตน อาศัยตน นี้เรียกว่า ปฐวีธาตุภายใน ก็ปฐวีธาตุทั้งภายในและภายนอกนี้แล เป็นปฐวีธาตุทั้งนั้น พึงเห็นปฐวีธาตุนั้นด้วยปัญญาชอบ ตามความเป็นจริงอย่างนี้ว่า นั่นไม่ใช่ของเรา ไม่ใช่เรา ไม่ใช่อัตตาของเรา ครั้นเห็นแล้วอาจจะเบื่อหน่ายปฐวีธาตุ และจะให้จิตคลายกำหนดปฐวีธาตุได้”

๒. อาโปธาตุ คือธาตุน้ำ ๑๒ ประการ

“ดูกรภิกษุ ก็อาโปธาตุเป็นไฉน คืออาโปธาตุภายในก็มี ภายนอกก็มี ก็อาโปธาตุภายในเป็นไฉน ได้แก่ สิ่งที่เอิบอาบซึมซาบไป กำหนดได้มีในตน อาศัยตน คือ ดี เสลด น้ำเหลือง เลือด เหงื่อ มันทัน น้ำตา เพลวมน น้ำลาย น้ำมูก ไขข้อ มูตร หรือแม้สิ่งอื่นไม่ว่าชนิดใดๆ ที่เอิบอาบ ซึมซาบไป กำหนดได้ มีในตน อาศัยตนนี้เรียกว่า อาโปธาตุภายใน ก็อาโปธาตุทั้งภายในและภายนอกนี้แล เป็นอาโปธาตุทั้งสิ้น พึงเห็นอาโปธาตุด้วยปัญญาชอบตามความเป็นจริงอย่างนี้ว่า นั่นไม่ใช่ของเรา ไม่ใช่เรา ไม่ใช่อัตตาของเรา ครั้นเห็นแล้วจะเบื่อหน่ายอาโปธาตุ และจะให้จิตคลายกำหนดอาโปธาตุได้”

เนื่องจากธาตุดินและธาตุน้ำ เป็นรูปธรรมที่แลเห็นได้ง่าย ชาวพุทธจึงกำหนดธาตุดินทั้ง ๑๙ (ภายหลังเติมมัตถเก มัตถลุงค์ คือ มันทสมอง รวมเป็น ๒๐) และธาตุน้ำ ๑๒ รวมเป็น ๓๒ เรียกว่า **อาการ ๓๒** หรือ**ทวัตติงสการ** (มาจากทวัตติงส คือ ๓๒ + อาการ) ดังปรากฏในบทสวดมนต์ทำวัตรของชาวพุทธ ชื่อว่า **ทวัตติงสการปาฐะ**

๓. เตโชธาตุ คือธาตุไฟ ๔ ประการ

“ดูกรภิกษุ ก็เตโชธาตุเป็นโชน คือเตโชธาตุภายในก็มี ภายนอกก็มี ก็เตโชธาตุภายในเป็นโชน ได้แก่ สิ่งที่อบอุ่น ถึงความร่ำร้อน กำหนดได้มีในตน อาศัยตน คือ ธาตุที่เป็นเครื่องยังกายให้อบอุ่น ยังกายให้ทรุดโทรม ยังกายให้กระวนกระวาย และธาตุที่เป็นเหตุให้ของที่กิน ที่ดื่ม ที่เคี้ยว ที่ลิ้มแล้ว ถึงความย่อยไปด้วยดี หรือแม้สิ่งอื่นไม่ว่าชนิดใดๆ ที่อบอุ่น ถึงความร่ำร้อน กำหนดได้ มีในตน อาศัยตนนี้เรียกว่าเตโชธาตุภายใน ก็เตโชธาตุทั้งภายในและภายนอกนี้แล เป็นเตโชธาตุทั้งสิ้น พึงเห็นเตโชธาตุนั้นด้วยปัญญาชอบตามความเป็นจริงอย่างนี้ว่า นั่นไม่ใช่ของเรา ไม่ใช่เรา ไม่ใช่อัตตาของเรา ครั้นเห็นแล้ว จะเบื่อหน่ายเตโชธาตุ และจะให้จิตคลายกำหนดเตโชธาตุได้”

๔. วาโยธาตุ คือธาตุลม ๖ ประการ

“ดูกรภิกษุ ก็วาโยธาตุเป็นโชน คือวาโยธาตุภายในก็มี ภายนอกก็มี ก็วาโยธาตุภายในเป็นโชน ได้แก่สิ่งที่พัดผันไป กำหนดได้ มีในตน อาศัยตน คือลมพัดขึ้น เบื้องบน ลมพัดลงเบื้องต่ำ ลมในท้อง ลมในลำไส้ ลมแล่นไปตามอวัยวะน้อยใหญ่ ลมหายใจออก ลมหายใจเข้า หรือแม้สิ่งอื่นไม่ว่าชนิดใดๆ ที่พัดผันไป กำหนดได้ มีในตน อาศัยตนนี้เรียกว่า วาโยธาตุภายใน ก็วาโยธาตุทั้งภายในและภายนอกนี้แล เป็นวาโยธาตุทั้งสิ้น พึงเห็นวาโยธาตุนั้นด้วยปัญญาชอบตามความเป็นจริงอย่างนี้ว่า นั่นไม่ใช่ของเรา ไม่ใช่เรา ไม่ใช่อัตตา ของเรา ครั้นเห็นแล้ว จะเบื่อหน่ายวาโยธาตุ และจะให้จิตคลายกำหนดวาโยธาตุได้”

เรื่องชั้น ๕ และธาตุ ๔ ของพุทธศาสนาดังกล่าว ได้กลายเป็นต้นธารของ ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ดังที่ปรากฏในหลายคัมภีร์ ที่สำคัญได้แก่ **พระคัมภีร์ สมุฏฐานวินิจฉัย คัมภีร์ฉันทศาสตร์ พระคัมภีร์โรคนิทาน พระคัมภีร์ธาตุวิภังค์ พระคัมภีร์ธาตุวิवरณ์ และพระคัมภีร์ธาตุบรรจบ** เป็นต้น

ประเด็นสำคัญที่แฝงอยู่ในทฤษฎีชั้น ๕ และธาตุ ๔ ของพระพุทธศาสนาก็คือ เรื่องท่าทีที่ไม่เข้าไปติดยึดด้วยอุปทาน หากให้พิจารณาตามหลักแห่ง**ไตรลักษณ์** หรือ **สามัญลักษณ์ะ** ซึ่งเป็นลักษณะตามธรรมชาติของสรรพสิ่งในโลก ไม่ว่าพระพุทธรูปเจ้าจะทรง สอนเรื่องนี้หรือไม่ก็ตาม สามัญลักษณ์ะได้แก่ **อนิจจตา** ความเป็นของไม่เที่ยง **ทุกขตา** ความเป็นทุกข์กาย ทุกข์ใจ **ภาวะที่ทนได้ยาก อนัตตา** ความเป็นของไม่ใช่ตน

๑.๓ การแพทย์แผนไทยได้มีการพัฒนามาตามลำดับ ดังนี้

ความเป็นมาของการแพทย์แผนไทยในยุคอินเดียบอราม

ในสมัยพุทธกาล

กำเนิดการแพทย์แผนไทยเริ่มจากบทบาทของพระภิกษุในฐานะผู้เยียวยา ในระยะแรกจะจำกัดอยู่ในขอบเขตของการดูแลพระภิกษุด้วยกัน เรื่องราวตอนหนึ่งใน **คัมภีร์มหาวรรค** เชื่อมโยงให้เห็นว่าบทบาทหน้าที่ดังกล่าวได้กลายมาเป็นโรงพยาบาลของสงฆ์ กล่าวคือ ภิกษุรูปหนึ่งอาพาธด้วยอาการไม่สบายในท้อง นอนจมกองมูลตรอกกองคู ความที่ท่านไม่เป็นประโยชน์แก่สงฆ์ ในสภาพเช่นนี้จึงไม่มีผู้ใดคอยอุปัฏฐากท่าน เมื่อพระพุทธรูปทรงทราบจึงเสด็จมาดูแลภิกษุที่อาพาธ และในภายหลังได้ทรงกำหนดวินัยว่าด้วยการพยาบาลภิกษุผู้อาพาธ โดยมีพุทธดำรัสที่มีความสำคัญต่อจริยธรรมการแพทย์แผนไทยดังนี้

“ดูกรภิกษุทั้งหลาย พวกเธอไม่มีมารดาหรือบิดาคอยพยาบาล ภิกษุทั้งหลาย หากพวกเธอไม่พยาบาลซึ่งกันและกัน ผู้ใดเล่าจักพยาบาลเธอ ดูกรภิกษุทั้งหลาย ผู้ใดจักพยาบาลเรา ผู้นั้นพึงพยาบาลภิกษุผู้อาพาธเถิด”

การพยาบาลภิกษุผู้อาพาธจึงถือว่าเป็นการอุปการะที่ยิ่งใหญ่ สถาบันของหมอพระ ซึ่งใช้หลักการแพทย์ที่ได้รับการจัดระบบภายใต้พระวินัยของพุทธอาราม จึงวิวัฒนาการไปพร้อมกับระบบการแพทย์เพื่อจุดมุ่งหมายในการให้การดูแลทางการแพทย์แก่ผู้ที่เจ็บป่วยในหมู่สงฆ์ ใน **คัมภีร์มหาวรรคของวินัยปิฎก** ยังได้กล่าวถึงคุณสมบัติของภิกษุผู้มีความสามารถในการรักษาพยาบาลหรือ คิลานุปัฏฐาก ว่า

“เป็นผู้ที่มีความสามารถประกอบยา รู้จักสิ่งที่มีประโยชน์และสิ่งไม่มีประโยชน์ จัดหาสิ่งที่มีประโยชน์ให้และไม่นำของที่ไม่เป็นประโยชน์ไปให้ พยาบาลภิกษุอาพาธด้วยจิตเมตตา ไม่เห็นแก่อาภิส ไม่รังเกียจที่จะนำอุจจาระ ปัสสาวะ น้ำลาย หรือสิ่งที่อาเจียนออกไปทิ้ง และมีความสามารถทำให้ภิกษุที่อาพาธมีความยินดีเบิกบาน สดชื่น และปิติอยู่เนืองๆ ด้วยธรรม”

ในวินัยปิฎกมีการกล่าวถึง “ศาลาผู้ป่วย” (**คิลานศาลา**) ซึ่งตั้งอยู่ ณ ศาลาจั้วแหลม (กุฎาคารศาลา) ในป่ามหาวัน ใกล้เมืองเวสาลี ซึ่งชี้ให้เห็นว่ามีอาคารในวัดที่แยกออกมาต่างหาก เพื่อดูแลภิกษุและภิกษุณีที่อาพาธในสมัยพุทธกาล ดังภายหลังมี

หลักฐาน ยืนยันจาก**จารึกนาคราชุณีโกณฑะ** ซึ่งอยู่ในราวพุทธศตวรรษที่ ๘ บ่งชี้ว่า
สุศาลาสำหรับดูแลผู้ป่วยและผู้พักฟื้นเป็นส่วนหนึ่งของพุทธอาราม ดังข้อความในจารึกนี้
ว่า “ในวิหารหลักของพระอารามอันวิจิตรงดงาม เป็นที่พำนักของผู้ทุเลาจากไข้”

ในสมัยพุทธกาล ผู้ทำหน้าที่แพทย์ดูแลรักษา และรักษาผู้ป่วยก็คือภิกษุและ
ภิกษุณีนั่นเอง แต่ก็มีแพทย์ผู้เป็นคฤหัสถ์ที่ทำหน้าที่ถวายการรักษาพระภิกษุสงฆ์ใน
พระอารามโดยไม่มีค่าตอบแทนได้แก่ **หมอชีวกโกมารภัจจ์** และ**หมออากาศโคตตะ**
แห่งกรุงราชคฤห์ แพทย์คฤหัสถ์ที่มีชื่อเสียงที่สุดในสมัยพุทธกาลคือ หมอชีวกโกมารภัจจ์
ผู้เป็นแพทย์ประจำพระองค์ของพระพุทธเจ้าและภิกษุรูปอื่น ทั้งยังถวายปามะม่วงของตน
ในกรุงราชคฤห์ เพื่อใช้เป็นวัดชื่อว่า **“ชีวการาม”**

กล่าวกันว่าการให้การรักษาโดยไม่คิดค่าตอบแทนแก่พระภิกษุสงฆ์ของหมอชีวก
ทำให้มีผู้มาพบเป็นจำนวนมาก เพื่อมุ่งหวังจะได้รับการบริการบำบัดรักษาแบบให้เปล่า
ชื่อเสียงของหมอชีวกเป็นที่เลื่องลือออกไปอย่างกว้างขวาง

เรื่องราวการบำบัดรักษาของหมอชีวกนั้น แสดงให้เห็นถึงการผสมผสานกระบวนทัศน์
สองแบบในการเยียวยารักษา กล่าวคือ การแพทย์เชิงประจักษ์-เหตุผลของพุทธศาสนา
และการแพทย์แบบไสยศาสตร์-ศาสนา ซึ่งปรากฏอยู่ในคัมภีร์พุทธศาสนาของอินเดียซึ่ง
ถูกแปลจากภาษาบาลีและสันสกฤตเป็นภาษาต่างๆ ที่สำคัญได้แก่ภาษาจีน ภาษาทิเบต
ภาษาคอตันิส (Khotanese) ซึ่งเป็นภาษาอิหร่านตอนกลาง แสดงให้เห็นขอบเขตของ
เวชปฏิบัติที่ชาวพุทธถ่ายทอดองค์ความรู้การแพทย์โดยการเผยแพร่พุทธศาสนาจากอินเดีย
ไปผสมผสานกับวัฒนธรรมของแต่ละประเทศทั้งในภูมิภาคเอเชียใต้ เอเชียกลาง เอเชีย
ตะวันออก และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ในราวพุทธศตวรรษที่ ๓ มีหลักฐานว่าหมอพระและพุทธอารามมีการขยายการ
ดูแลทางการแพทย์ออกไปสู่สาธารณชนนอกเหนือไปจากการดูแลรักษาเฉพาะหมู่สงฆ์
เท่านั้น

ศิลาจารึก หลักที่ ๒ ของพระเจ้าอโศกมหาราช (ราว พ.ศ. ๒๓๗๔-๓๑๒) ปร
กาศว่ามีการให้การรักษายาบาลแก่นุชย์และสัตว์ทั่วทุกหนทุกแห่งในราชอาณาจักร
ที่ใดที่ไม่มียาสมุนไพร รากไม้และผลไม้ก็ให้นำเข้าและเพาะปลูกขึ้นมา ให้ทำการขุดบ่อน้ำ
และปลูกต้นสมุนไพรตามทางเดิน

ศิลาจารึกนี้ได้แสดงให้เห็นว่าบทบาทของหมอพระในการขยายความช่วยเหลือทาง
การแพทย์ไปสู่สาธารณะนั้นเกิดขึ้นพร้อมกับการแผ่ขยายของพุทธศาสนาในรัชสมัยของ
พระเจ้าอโศกมหาราช การขยายตัวของพุทธศาสนาและวัดวาอารามจากปาฏลีบุตร

นครหลวงของแคว้นมคธ ซึ่งอยู่ทางตะวันออกเฉียงเหนือของอินเดีย โดยทั่วไปจะอยู่ตามรายเส้นทางการค้าในเวลานั้น พุทธอารามได้รับการประดิษฐานใกล้กับแหล่งการค้าขาย โดยได้รับปัจจัยส่วนใหญ่จากพ่อค้าที่ร่ำรวย ซึ่งพบว่าวัดเป็นสถานพักฟื้นของผู้ป่วยและเป็นสถานที่พักผ่อน พื้นฟูสุขภาพให้หายจากความเหน็ดเหนื่อยอ่อนล้าในระหว่างการเดินทางอันยาวไกล เพื่อข้ามผืนแผ่นดินอันกว้างใหญ่ไพศาล

บทบาทของพุทธอารามจึงมิใช่เป็นสถานปฏิบัติธรรมและเผยแพร่คำสอนเพียงอย่างเดียว แต่ยังเป็นศูนย์ให้บริการทางการแพทย์และเครื่องอำนวยความสะดวกเพื่อให้ผู้เดินทางได้พักผ่อนและพักรักษาตัว ปรากฏว่าบทบาทดังกล่าวของพุทธอารามประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี เนื่องจากคณะสงฆ์และการประดิษฐานอารามมีการเติบโตและขยายตัวออกไปอย่างกว้างขวางทั้งในอินเดียและนอกถิ่นอินเดีย

ภายหลังการสังคายนาพุทธศาสนาในสมัยพระเจ้าอโศกมหาราช พระองค์ทรงส่งพระสมณทูตออกเผยแผ่พระพุทธศาสนานิกายเถรวาทไปยังที่ต่างๆ ๙ สาย สายหนึ่งมี **พระโสณะและพระอุตตระ** เป็นพระมหาเถระไปยังดินแดนสุวรรณภูมิ ซึ่งสันนิษฐานว่าเป็นบริเวณที่เป็นเมืองนครปฐมในปัจจุบัน การแพทย์แบบพุทธจากอินเดียจึงเริ่มเข้าสู่ดินแดนสุวรรณภูมิโดยการนำเข้ามาของพระภิกษุในพระพุทธศาสนา ซึ่งส่วนหนึ่งมีความรู้ด้านการแพทย์เป็นอย่างดี

ในพุทธศตวรรษที่ ๑๐ หลวงจินฟาเหียน นักบวชผู้จาริกแสวงบุญไปอินเดียได้บันทึกว่า ณ เมืองปาฏลีบุตร วัดจะจัดตั้งอาคารบริจาตทานและยาซึ่งคนผู้ยากไร้คนพิการทุพพลภาพและคนเจ็บป่วย สามารถเข้าพักพิงและได้รับการช่วยเหลือทุกอย่าง มีแพทย์ตรวจโรคให้ พวกเขาเหล่านี้จะได้รับอาหาร ยาสมุนไพร และยาต้มที่จำเป็น และได้รับความสะดวกสบายในการรักษาพยาบาล จนกระทั่งหายดีแล้วจึงออกไป

อาคารพยาบาลดังกล่าวคือ**อารคยวิหารของพุทธอาราม**ในนครปาฏลีบุตร ตัวอาคารก่อด้วยอิฐเผา มีรอยจารึกว่า **ศรีอารคยวิหารภิกษุสังฆสย** แปลว่า “ภายใน อารคยวิหารซึ่งเป็นมงคลของสงฆ์”

นอกจากนี้ ณ พุทธสถานในประเทศเนปาลใกล้กรุงกาฐมาณฑุ มีจารึกอายุราวพุทธศตวรรษที่ ๑๒ กล่าวถึง การพระราชทานที่ดินของกษัตริย์เพื่อใช้เป็นที่ตั้งของอารคยศาลา และที่วัดในเมืองสารนาถใกล้กรุงพาราณสี ได้มีการขุดพบ โกร่ง และลูกโกร่ง สำหรับบดยา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการใช้อาคารของวัดในอินเดียเป็นสถานพยาบาลและรักษาผู้ป่วยในพุทธศตวรรษที่ ๑๔-๑๕

อิทธิพลของการแพทย์เชิงประจักษ์นิยม-เหตุผลของพุทธศาสนาและการแพทย์แบบไสยศาสตร์-ศาสนาของฮินดู ในยุคพระเวทตอนต้นได้แพร่มายังดินแดนสุวรรณภูมิ แล้วก่อรูปเป็นการแพทย์ในราชสำนักหรือการแพทย์ของหลวงของประเทศไทยนับตั้งแต่ยุคกรุงสุโขทัย ซึ่งต่อมาคือการแพทย์แผนไทยในปัจจุบัน ร่องรอยของอิทธิพลดังกล่าวยังปรากฏอย่างชัดเจนในปฐมบทของ**คัมภีร์ฉันทศาสตร์**ซึ่งเป็นคัมภีร์ประธานของแพทย์แผนไทยเพราะเป็นคัมภีร์ที่ว่าด้วยศาสตร์แห่งความรักในผู้ป่วยและรักในความรู้ทางแพทย์ ดังที่กล่าวไว้ในบทไหว้ครูและจริยธรรมของผู้เป็นแพทย์

ในบทไหว้ครูนั้น ผู้เป็นแพทย์แผนไทยต้องบูชาพระรัตนตรัยของพุทธศาสนาเป็นอันดับแรกต่อไปก็ไหว้พระฤๅษีทั้ง ๔ องค์ซึ่งคาบเกี่ยวระหว่างนักพรตอิสระกับนักบวชฮินดู ผู้เป็นต้นกำเนิดของคัมภีร์แพทย์แผนไทยบางคัมภีร์ เช่น คัมภีร์ตักกศิลา วิชาฤๅษี ตัดตน และความรู้สมุนไพรดั้งเดิม เช่น สมุนไพรในตำรับเบญจกูล เป็นต้น ลำดับต่อมาจึงไหว้เทพดาชั้นสูงของฮินดู ได้แก่ พระอิศวรและพระพรหม ซึ่งเชื่อกันว่าเป็นผู้ประทานวามยาแกโลก ลำดับต่อมาจึงไหว้ครูโกमारภักจผู้เป็นบรมครูแพทย์แผนไทย และสุดท้ายจึงไหว้ครูผู้สั่งสอนศิษย์ในปัจจุบัน

ที่สำคัญคือจุดหมายสูงสุดของการเป็นแพทย์แผนไทยคือ **“ล่งลงนิพพานดลสำเร็จกิจประสิทธิพร”** อันเป็นคุณธรรมที่เป็นเป้าหมายสูงสุดในพุทธศาสนา

อย่างไรก็ตามแม้จรรยาแพทย์ส่วนใหญ่ในคัมภีร์ฉันทศาสตร์จะเป็นจริยธรรมของพุทธศาสนาอย่างชัดเจน เช่น กล่าวถึงศีลแปด ศีลห้า หิริโอตตปปะ อคติ ๔ นิรวรณ ๕ ความเมตตากรุณา เชื่อในกฎแห่งกรรม เป็นต้น แต่คัมภีร์นี้ยังให้ความสำคัญกับไสยรักษหรือไสยบำบัดด้วย ดังได้กล่าวว่า **“เป็นแพทย์ไม่รู้ในคัมภีร์ไสย ท่านบรรจงรู้แต่ยามาอาองค์ รักษาใช้ไม่เข็ดขาม”**

คำว่าคัมภีร์ไสยในที่นี้ย่อมหมายถึงคัมภีร์อาถรรพเวทของฮินดูในยุคพระเวทตอนต้น ซึ่งยังแทรกอยู่ในคัมภีร์แพทย์แผนไทยหลายคัมภีร์

อนึ่งเรื่องของไสยรักษหรือไสยบำบัดและความรู้เชิงประจักษ์-เหตุผลในการแพทย์แผนไทยมีมิติแตกต่างไปจากการแพทย์พื้นบ้าน กล่าวคือการแพทย์แผนไทยเป็นระบบการแพทย์ที่มีแหล่งกำเนิดจากวัฒนธรรมการแพทย์อินเดียโบราณทั้งสายพุทธศาสนาและฮินดู แต่การแพทย์พื้นบ้านเป็นระบบการแพทย์ที่สัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความเชื่อผีสาเทวดาประจำถิ่นและวิถีชีวิตของชุมชน กลุ่มชาติพันธุ์และเป็นส่วนที่แนบสนิทกับวัฒนธรรมชุมชนที่มีลักษณะเฉพาะของตนเองในแต่ละท้องถิ่นและชาติพันธุ์ ซึ่งประกอบด้วยระบบวิธีคิดและแบบแผนการปฏิบัติที่ผสมผสานทั้งความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติของท้องถิ่น การบำบัดรักษาด้วยเวทมนตร์ คาถาอาคม ซึ่งเป็นมิติที่แตกต่างไปจากอำนาจเหนือ

ธรรมชาติตามคติเทพปกรณัมของชาวพุทธและฮินดู แม้การใช้ยาสมุนไพรก็นิยมใช้สมุนไพรจากป่าเขาท้องทุ่งในละแวกท้องถิ่น โดยมีพิธีกรรมบวงสรวงผีประจำบ้านประจำถิ่น เป็นองค์ประกอบสำคัญซึ่งอาศัยสื่อภาษาและสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรม และความ เป็นชุมชนเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการรักษา

ยิ่งไปกว่านั้น องค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านเป็นความรู้ที่สืบทอดผ่านประสบการณ์ตรงและเรียนรู้จากการปฏิบัติเป็นหลัก หมอพื้นบ้านเติบโตในวัฒนธรรมท้องถิ่นที่ซึมซับความรู้สึกนึกคิด ศรัทธา และวิถีคิดในชุมชนเป็นพื้นฐานและอาศัยการประจักษ์แจ้งเชิงรหัสยะและประสบการณ์เหนือธรรมชาติเป็นกระบวนการสำคัญในการเข้าถึงความรู้ต่างมิติ ความรู้และวิถีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องจึงสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับจักรวาลทัศน์ของท้องถิ่น และเป็นความเข้าใจที่อาศัยการถ่ายทอดผ่านสื่อ ภาษา สัญลักษณ์ และพิธีกรรมที่มีรากฐานทางวัฒนธรรมร่วมกันของชุมชน ซึ่งกระบวนการทัศน์ ญาณวิทยา และวิถีวิทยาของการแพทย์พื้นบ้านดังกล่าว แตกต่างจากการแพทย์แผนไทยซึ่งมีลักษณะเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและเฉพาะทาง ใช้องค์ความรู้ที่ซับซ้อน ทั้งระบบภาษาสัญลักษณ์ ที่ส่งผ่านมาจากอารยธรรมอินเดียโบราณ ซึ่งมีทั้งมิติที่สามารถผสมผสานและไม่สามารถกลมกลืนกับวัฒนธรรมการแพทย์พื้นบ้านในแต่ละท้องถิ่น

ยุคก่อนกรุงสุโขทัย

ในช่วงพุทธศตวรรษที่ ๖-๑๑ ในพงศาวดารจีนปรากฏชื่อ **อาณาจักรพูนัน** ซึ่งเป็นอาณาจักรที่ได้แผ่ขยายมาถึงลุ่มน้ำเจ้าพระยา ดินแดนในภาคอีสานและภาคใต้ แม้ว่าศูนย์กลางของอาณาจักรโบราณนี้ยังคงเป็นข้อถกเถียงกันอยู่ว่า อยู่ ณ ที่ใด เช่นเดียวกับข้อถกเถียงที่ว่าผู้ปกครองพูนันคนแรกเป็นคนมาจากอินเดียหรือคนท้องถิ่น แต่ก็พบว่าอารยธรรมอินเดียได้แพร่เข้ามาในดินแดนแถบนี้แล้วโดยเฉพาะศาสนาพราหมณ์

ในช่วงพุทธศตวรรษที่ ๑๒ **วัฒนธรรมทวารวดี**ได้รุ่งเรืองอยู่ในลุ่มน้ำท่าจีนและแม่กลองในเขตภาคกลาง (นครปฐม อุทุมพร คุบัวในจังหวัดราชบุรี) และเสื่อมสลายลงในพุทธศตวรรษที่ ๑๓ อันเป็นเวลาที่พักพิงจากกัมพูชาได้แผ่อารยธรรมเข้ามา โดยที่ทวารวดีได้ติดต่อสัมพันธ์กับบ้านเมืองน้อยใหญ่ใกล้เคียงต่างๆ เช่น ละโว้ ศรีเทพ ศรีมโหสถ จนถึงน่านเจ้า รัฐทวารวดีได้รับการแพร่เข้ามาของอารยธรรมอินเดียและเลือกรับ ปรับ แปลความหมายให้เข้ากับเอกลักษณ์ของท้องถิ่น จนเกิดลักษณะเฉพาะของศิลปวัฒนธรรมทวารวดีสืบเนื่องในพระพุทธศาสนา และได้กลายเป็นแกนหลักของบ้านเมืองสมัยนั้นแม้ว่าจะมีหลักฐานทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับการแพทย์อยู่ค่อนข้างน้อย เช่น พบหินบดยาในสมัยทวารวดีที่เมืองอุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี และเมืองศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี เป็นต้น

สมัยเชียงแสนตอนต้นหรือสมัยโยนกนาคนันท์ ประมาณ พ.ศ. ๑๓๐๐ ในรัชสมัยพระเจ้าสิงหนวัติซึ่งเป็นราชบุตรของพระเจ้ากาลหงส์ แห่งอาณาจักรน่านเจ้า (มณฑลยูนนานประเทศจีน) การแพทย์ของไทยนอกจากจะมีตำราเดิมแบบพื้นบ้านไทยแท้ซึ่งประกอบด้วยความรู้ดั้งเดิมของชนท้องถิ่นรวมทั้งสมุนไพรและไสยศาสตร์แล้ว ยังได้ความรู้ผสมผสานมาจากการแพทย์ของอินเดียซึ่งขยายเข้ามาสมัยอาณาจักรลาวประมาณ พ.ศ. ๖๐๐ โดยเข้ามาพร้อมกับพุทธศาสนา หลักฐานที่ทำให้เชื่อว่าการแพทย์แผนไทยมีรากฐานมาจากการแพทย์ของอินเดีย ได้แก่ คัมภีร์แพทย์ของไทยมักจะมีคำกล่าวสรรเสริญท่านชีวกโกมารภัจจ์ ในฐานะครูแพทย์และในตำราแพทย์ส่วนใหญ่จะอ้างชื่อท่านชีวกโกมารภัจจ์เป็นผู้เรียบเรียง นอกจากนี้คำศัพท์ในคัมภีร์แพทย์ยังปรากฏภาษาบาลีซึ่งเป็นภาษาหลักในพระไตรปิฎกและมีบทสวดทางพุทธศาสนาเป็นจำนวนมากด้วย

ในยุคนี้องค์ได้ปรากฏอิทธิพลทางการแพทย์จากจีนซึ่งถือได้ว่าเป็นการแพทย์ทางเลือกดังจะเห็นได้ว่า ตำรับยาบำรุงหัวใจและยาอายุวัฒนะที่แพทย์ไทยนำมาผสมก็ประกอบด้วยเครื่องยาที่หมอจีนนิยมใช้ ได้แก่ โกงสุตต่างๆ กฤษณา กะลำพัก อบเชย ชะเอมเทศ เกสรทั้งเจ็ด อำพันทองเหล่านี้ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการใช้แร่ธาตุรักษาโรค เช่น พรอท สารหนู และเหล็ก ส่วนที่ได้มาจากสัตว์ เช่น เขากวาง เลือดแรด กระดุก งูน้ำดี พร้อมทั้งพฤกษชาติที่มีคุณค่าทางยาแต่ในด้านการวินิจฉัยโรคนั้น การแพทย์แผนไทยได้รับการผสมผสานกับการแพทย์แผนจีนน้อยมากโดยพิจารณาจากวิธีการวินิจฉัยโรคที่แตกต่างกัน คือ ในการตรวจคนไข้แพทย์จีนสมัยก่อนให้ความสำคัญกับการจับชีพจรและทฤษฎีหยิน-หยาง ในขณะที่ไทยให้ความสำคัญกับธาตุสมุฏฐานและอาการป่วยที่ปรากฏมากที่สุด การเดินของชีพจรเป็นเพียงส่วนประกอบที่จะนำมาวินิจฉัยเท่านั้น การตรวจโรคของแพทย์แผนไทยยังมีการซักประวัติโรคที่เคยเป็นมาก่อน อายุของคนไข้ เวลาที่เริ่มป่วย ตรวจความร้อนโดยแตะตัวคนไข้หรืออังวัดความร้อนที่หน้าผาก ตรวจลิ้น ตรวจเปลือกตาด้านในและดูผิวพรรณแล้วจึงทำนายโรค

สมัยพระนางจามเทวี (พ.ศ. ๑๒๐๔-๑๒๑๑) จากตำนานพระธาตุลำปางหลวงกล่าวว่า ฤๅษีวาสุเทพกับ สุกกทันตฤๅษีได้สร้างนครหริภุญชัย (คือจังหวัดลำพูนในปัจจุบัน) ขึ้น แล้วเห็นพ้องต้องกันว่าผู้ชายจะครองนครหริภุญชัยได้ไม่นาน ควรให้ผู้หญิงมาครอง จึงได้พร้อมใจกันอัญเชิญพระนางจามเทวี (พระธิดาของเจ้าผู้ครองนครละโว้ปุระหรือจังหวัดลพบุรีในปัจจุบัน) จากเมืองละโว้ให้มาครองนครหริภุญชัยในราว พ.ศ. ๑๒๐๔ พระนางจามเทวีได้ขอพระราชทานสิ่งที่เป็นมงคลจากพระราชบิดาไปด้วย เพื่อนำไปประกอบกิจให้เป็นประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกราชสำนัก ดังนี้

(๑) พระมหาเถรที่ทรงปฏิญญาประมาณ	๕๐๐ องค์
(๒) หมู่ปะขาวทั้งหลายที่ตั้งอยู่ในเบญจศีล	๕๐๐ คน
(๓) บัณฑิต	๕๐๐ คน
(๔) หมู่ช่างสลัก	๕๐๐ คน
(๕) ช่างแก้วแหวน	๕๐๐ คน
(๖) พ่อเลี้ยง	๕๐๐ คน
(๗) แม่เลี้ยง	๕๐๐ คน
(๘) หม่อมอโหร	๕๐๐ คน
(๙) หมอยา	๕๐๐ คน
(๑๐) ช่างเงิน	๕๐๐ คน
(๑๑) ช่างทอง	๕๐๐ คน
(๑๒) ช่างเหล็ก	๕๐๐ คน
(๑๓) ช่างเขียน	๕๐๐ คน
(๑๔) หมู่ช่างทั้งหลายต่างๆ	๕๐๐ คน
(๑๕) หมู่พ่อเวียงทั้งหลาย	๕๐๐ คน

(คนทำงานฝ่ายการก่อสร้าง)

แสดงว่าหมอยาเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญมากกลุ่มหนึ่งในสังคมยุคโบราณ

สมัยพระเจ้าชัยวรมันที่ ๗ (พ.ศ. ๑๓๒๔-๑๓๖๒)

เป็นกษัตริย์ของขอมที่ได้ปราบดาภิเษกเป็นพระเจ้าแผ่นดินเมื่อ พ.ศ. ๑๓๒๔ ภายหลังจากปราบขบถในนครธมและกอบกู้บ้านเมืองได้สำเร็จ พระองค์ต้องใช้เวลาถึง ๑๐ ปี ในการปฏิสังขรณ์ซ่อมแซมบ้านเมืองและสร้างถาวรวัตถุขึ้นใหม่ ตามจารึกหลักพระขรรค์ไชยศรีบทที่ ๑๒๓ ระบุไว้ว่า ได้โปรดให้สร้างถนน ๑๓ สาย บ้านซึ่งมีไฟ (ซึ่งน่าจะหมายถึงที่พักสำหรับคนเดินทาง) จำนวน ๑๒๑ แห่ง และโรงพยาบาล หรือที่ปรากฏในจารึกว่า **อาโรคยศาลา** จำนวน ๑๐๒ แห่ง กระจายอยู่ทั่วราชอาณาจักรในราวพุทธศตวรรษที่ ๑๘ หรือเมื่อประมาณ ๔๐๐ กว่าปีมาแล้ว อาโรคยศาลา นี้สันนิษฐานว่าสร้างด้วยไม้ส่วนใหญ่จึงหักพังสูญหายไป คงเหลือแต่วิหารหรือศาสนสถานของโรงพยาบาลและศิลาจารึกที่สร้างด้วยอิฐหิน หรือศิลาแลงไว้เป็นหลักฐานเท่านั้น ศิลาจารึกที่พบในบริเวณโรงพยาบาลที่เรียกว่า **ศิลาจารึกโรงพยาบาล** ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีทั้งหมด ๖ แห่ง คือ

๑. จารึกจากปราสาทตาเมียนโตจ
๒. จารึกปราสาท อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์
๓. จารึกจากด่านประคำ อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์
๔. จารึกพิมาย จังหวัดนครราชสีมา
๕. จารึกวัดกู่ บ้านหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์
๖. จารึกจากกู่แก้ว อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นจารึกเกี่ยวกับพระเจ้าชัยวรมันที่ ๓ พบล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๙

ศิลาจารึกดังกล่าวมีข้อความเหมือนกันเกือบทั้งหมด คือ กล่าวสรรเสริญพระพุทธเจ้า กษัตริย์และการจัดระเบียบแบบแผนของสถานพยาบาล นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึงการเบิกจ่ายอาหารและยาจากท้องพระคลังหลวง รวมทั้งได้ระบุชื่อยา ชื่อสมุนไพร ตลอดจนจำนวนของแต่ละสิ่งไว้ในจารึก ซึ่งอาจสรุปสาระสำคัญของข้อมูลเกี่ยวกับคติความเชื่อและการจัดแบบแผนของอารยศาลาได้ ๔ ประการ คือ

๑. การบูชาพระโพธิสัตว์ในพุทธศาสนาเถรวาทมหานิกาย รวมทั้ง **พระโฆษชยคุรุไวฑูรยประภา (พระพุทธเจ้าปางหมอยา)**
๒. ความสนพระทัยของพระเจ้าชัยวรมันที่ ๓ ในความทุกข์อันเกิดจากโรคภัยของประชาชน จึงทรงให้สร้างอารยศาลา เพื่อใช้เป็นที่พักพยาบาลตามท้องถื่น
๓. จำนวนเจ้าหน้าที่และวัสดุสิ่งของที่ต้องใช้ในแต่ละวันในอารยศาลา
๔. กำหนดให้อารยศาลาเป็นที่ประกอบกิจพิธีทางศาสนา

จากแนวความคิดและการศึกษาของศาสตราจารย์ ยอร์ช เซเดส์ ทำให้ทราบว่าคนไข้ที่เข้ารับการรักษาตัวที่อารยศาลาจะเข้าพักในสถานพยาบาลซึ่งเป็นอาคารที่สร้างด้วยไม้ แต่ปัจจุบันได้ผุพังไปหมดแล้ว ผู้ป่วยจะไม่พักอาศัยอยู่ในอาคารที่สร้างด้วยหินหรือศิลาแลง เนื่องจากอาคารที่สร้างด้วยหินหรือศิลาแลงนั้นจะสงวนไว้สำหรับพระผู้เป็นเจ้า (เป็นที่ประดิษฐานรูปเคารพ) เท่านั้น แม้แต่พระมหากษัตริย์ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญสูงสุดก็ยังทรงประทับอยู่ในพระราชมณเฑียรที่ทำด้วยไม้ หลักศิลาจารึกโรงพยาบาลที่พบ ณ ปราสาทตาเมียนโตจ จังหวัดสุรินทร์ หรือปรางค์กู่ที่เมืองชัยภูมิ ปราสาทพนมวัน ที่เมืองนครบุรี และที่ด่านประคำจังหวัดนครราชสีมา (ดังปรากฏอยู่ในหอขรรณ) ข้อความในจารึกได้กล่าวสรรเสริญพระเกียรติยศของพระเจ้าชัยวรมันที่ได้จัดสร้างโรงพยาบาลรักษาคนไข้ รวมถึงสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาโรค นอกจากนี้ยัง

ได้กล่าวถึงการบริหารงานในโรงพยาบาลจำนวน ๑๐๒ โรง และในพระแท่นของโรงพยาบาลต่างๆ มีพระพุทธรูปประดิษฐานอยู่ ๓/๙๔ องค์ จำนวนข้าราชการที่เอามาเลี้ยงคนไข้ในโรงพยาบาลมีจำนวนปีละ ๑๑๓,๒๐๐ ขาริกา (ขาริกาเป็นมาตราส่วนที่ใช้กันในพุทธศักราช ๑๓๒๔ ณ บริเวณแหลมทองซึ่งมีอัตราดังนี้ ๒ ปะณะ เป็นมาษ, ๔ ปะณะ เป็นกุกุวะ, ๔ กุกุวะ เป็นปรสฤ, ๑๖ ปรสฤ เป็นโทรณะ, ๔ โทรณะ เป็นขาริกา, ๑๑ ปะละ เป็น ๑ ดุลา คือ ๑ ดุลกัญญ์เท่ากับ ๑ ชั่ง) จำนวนชาวนาที่ทำนาเพื่อส่งข้าวให้โรงพยาบาลทั้งหญิงและชายมีอยู่ ๘๑,๖๔๐ คน และจำนวนหมู่บ้านของชาวนา ๘๓๘ หมู่บ้าน

การบริหารงานในโรงพยาบาล ประกอบด้วยฝ่ายต่างๆ ดังนี้

- ❖ ผู้ดูแล ๔ คน (เป็นแพทย์ ๒ คนโดยมีบุรุษ ๑ คน และสตรี ๑ คนเป็นผู้ให้สถิติ)
- ❖ ผู้ดูแลทรัพย์สิน จ่ายยา รับข้าวเปลือกและฟืน ใช้บุรุษ ๒ คน
- ❖ ผู้หุงต้ม ทำความสะอาด จ่ายน้ำ หาดอกไม้และหญ้าบูชาญ ใช้บุรุษ ๒ คน
- ❖ ผู้จัดพลีทาน ทำบัตร จ่ายบัตรสลากและหาฟืนเพื่อต้มยา ใช้บุรุษ ๒ คน
- ❖ ผู้ดูแลโรงพยาบาลและส่งยาให้แก่แพทย์เป็นบุรุษ ๑๔ คน
- ❖ ผู้ไม่หรือบดยาที่สันดาปด้วยน้ำเป็นสตรี ๖ คน
- ❖ ผู้ทำหน้าที่ตำข้าวเปลือก ๒ คน
- ❖ ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในจารีกสุรินทร์ ๒ ระบุจำนวน ๙๔ คน

ส่วนการจัดระบบด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและการจัดหาพยาบาลบริการยังไม่เพียงพอ อำนาจเหนือธรรมชาติ เวทมนตร์และความเชื่อความศรัทธาทางศาสนาจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการรักษาพยาบาลด้วย ซึ่งจะเห็นได้จากการสร้างพระโขนงชัยคุรุไวฑูรยประภา ซึ่งหมายถึงว่า เป็นครูแห่งโอสถทั้งหลาย มีรัศมีประดุจดั่งไฟฑูรย์สีน้ำเงินเป็นที่เคารพแห่งมนุษย์ทั้งหลายในสมัยนั้น มีอานุภาพในการรักษาโรคภัยไข้เจ็บ มักทำเป็นรูปพระพุทธรูปทรงเครื่องปางนาครคปรก แม้ว่าบางรูปจะไม่ปรากฏพางนาครแต่ยังคงมีขนาดหางนาคร แตกต่างจากพระพุทธรูปปางนาครคปรกก็คือ ภายในพระหัตถ์ที่ประสานกันเหนือเพลามีวัตถุรูปกรวยอยู่ภายใน วัตถุนี้สันนิษฐานไว้ต่างๆ กัน เช่น

- ❖ อาจเป็นยาหรือดอกไม้อหรือวัชระ
- ❖ น่าจะเป็นผลสมอซึ่งเป็นสมุนไพรที่ใช้ทำยารักษาโรคภัยต่างๆ และหากคิดว่าเป็นหมอนน้ำมนต์ก็น่าจะหมายถึงภาชนะหรือผอบใส่โอสถไว้สำหรับรักษา

ผู้เจ็บป่วยนั่นเอง เชื่อกันว่าการสร้างพระโภชชยคุรุไวฑูรยประภาไว้ประจำโรงพยาบาลก็เพื่อให้บารมีของพระองค์แผ่เมตตาต่อคนไข้ในอารคยศาลา จนไม่อาจกล่าวได้ว่าระหว่างการรักษาพยาบาลและศรัทธา นั้น ส่วนไหนจะสำคัญมากกว่ากัน แต่สิ่งที่น่าสนใจ คือ ครูผู้รักษาจะต้องมีคุณธรรม ซึ่งในปัจจุบันแนวความคิดนี้ยังคงมีอยู่ อาจสรุปได้ว่า องค์ประกอบในการรักษาจะประกอบด้วยยาหรือสมุนไพร ด้วยศรัทธาและความเคารพนับถือในคุณธรรมของครูและด้วยบารมีของพระโภชชยคุรุไวฑูรยประภา

หลักฐานเกี่ยวกับ **พระโภชชยคุรุไวฑูรยประภา** ที่ประดิษฐานในอารคยศาลา มีปรากฏในศิลาจารึกปราสาทของพระเจ้าชัยวรมันที่ ๗ ซึ่งพบในจังหวัดสุรินทร์ ดังนี้

“โรคทางร่างกายของปวงชนนี้เป็นโรคทางจิตที่เจ็บปวดยิ่ง เพราะความทุกข์ของราษฎร แม้มิใช่ความทุกข์ของพระองค์ แต่เป็นความทุกข์ของเจ้าเมือง พระองค์พร้อมด้วยแพทย์ทั้งหลาย ผู้แก้วักلاءและคงแก่เรียนในอายุรเวทและอัสตรเวท ได้ฆ่าศัตรู คือโรคของประชาชนด้วยอาวุธคือเภัช เมื่อพระองค์ได้ชำระโทษของประชาชนทั้งปวงโดยรอบแล้ว ได้ชำระโทษแห่งโรคทั้งหลาย พระองค์ได้สร้างโรงพยาบาล และรูปพระโพธิสัตว์โภชชยสุตพร้อมด้วยรูปพระชินรสทั้งสองโดยรอบเพื่อความสงบแห่งโรคของประชาชนต่อไป พระองค์ได้สร้างโรงพยาบาลหลังนี้ และพระรูปพระโพธิสัตว์โภชชยสุตพร้อมด้วยวิหารของพระสุต ด้วยดวงจันทร์ คือ พระฤทัยในท้องฟ้า คือ พระวรกายอันละเอียดอ่อน พระองค์ได้สร้างรูปจำลองของพระไวโรจนชินเจ้าที่ขึ้นต้นด้วยสุริยะและจันทร์อันงดงามนี้ให้เป็นผู้ทำลายโรคแห่งประชาชน ผู้มีโรคทั้งหลายในที่นี้”

อย่างไรก็ตาม ในศิลาจารึกไม่ได้กล่าวว่า ในโรงพยาบาล ๑๐๒ โรงนั้นได้รับยารักษาโรคและสิ่งของต่างๆ มาจากไหน กล่าวแต่เพียงบัญชีเครื่องยาและสิ่งของในปีหนึ่งๆ เท่านั้น แต่เข้าใจว่าได้มาจากการชำระภาษีของประชาชน ส่วนสิ่งของที่หายากไม่มีในท้องที่ จะจัดส่งมาจากท้องพระคลังในเมืองหลวงโดยตรง ดังจารึกของพระเจ้าชัยวรมันที่ ๗ หลายแห่งได้กล่าวถึงการแต่งตั้งผู้ปกครองและจัดเก็บภาษีในแต่ละท้องที่ โดยภาษีที่ต้องชำระในสมัยก่อนส่วนใหญ่จะชำระเป็นสิ่งของประเภททรัพยากรตามธรรมชาติและผลิตผลตามธรรมชาติที่ได้จากป่า อารคยศาลาในแต่ละวันเฉพาะที่ได้รับจากท้องพระคลังของกษัตริย์โดยจะส่งมาปีละ ๓ ครั้ง คือ วันเพ็ญเดือน ๕ วันสารทและวันที่พระอาทิตย์เบนไปทางทิศใต้ มีหลายชนิด เช่น สมอ ๕๐ ผล ขมิ้น ๒ หัว น้ำผึ้ง ๓

กุชชระ น้ำอ้อยเหลว ๓ กุชชระ น้ำส้ม น้ำพุทรา ๑ ประสละ รกฟ้าขาว ๑ ประสละกันทง หัวลาย ชันสงย เปลือกเทพธำโร ของทั้งสี่สิ่ง สิ่งละ ๑ ประสละครึ่ง เป็นต้น นอกจากนี้ จาริกโรงพยาบาลได้กล่าวถึงชื่อพืชและผลิตผลของพืชผลหลายชนิด ซึ่งอาจใช้ในการรักษา ได้แก่ ผลตำลึง กฤษณา ข้าวบาร์เลย์ ดีปสี บุนนาค ผลจันทน์เทศ ผลกระวาน เล็ก ชิงแห้ง พริกไทย ผักทอดยอด อบเชย หนุ้ากระดังงา กระเทียม พริกชี้หนู พุทรา ข้าวสาร ถั่ว การบูร เมล็ดธำนิ ถั่วฝักยาว ยางสน มิตรเทวะ ทารวเจท ดอกไม้ เป็นต้น สมุนไพรเหล่านี้นำมาเพื่อบูชาญ และส่วนที่เหลือจะบริจาคให้คนไข้ ชื่อสมุนไพรที่ปรากฏในจารึกคงไม่ใช่สมุนไพรทั้งหมดที่ใช้ในอาโรคยศาลา ส่วนหนึ่งของสมุนไพรคงได้จากการเก็บหาดังปรากฏในจารึกที่ว่า ผู้มอบ...บุรุษคนหนึ่งเป็นผู้ดูแลทรัพย์... เป็นผู้หาข้าวเปลือกยาและพิน แสดงให้เห็นว่านอกจากเบิกจากท้องพระคลังแล้ว ยาส่วนหนึ่งยังต้องเก็บหามาใช้ จึงไม่สามารถบอกได้ว่า อาโรคยศาลาในอดีตใช้สมุนไพรใดรักษาโรคให้คนไข้ เนื่องจากข้อมูลที่กล่าวไว้ในจารึกจะเป็นเครื่องบูชาเป็นส่วนใหญ่ รายชื่อสมุนไพรที่ปรากฏอยู่เป็นสมุนไพรเฉพาะที่กษัตริย์พระราชทานให้ประชาชน

สมุนไพรใดที่หายากต้องสั่งเข้ามาจากต่างประเทศ หรือเป็นสมุนไพรที่มีเฉพาะฤดูกาลจึงต้องเก็บไว้ในท้องพระคลัง เมื่อจำเป็นต้องใช้สมุนไพรที่ไม่อาจเก็บหาได้ง่ายจะเบิกจากท้องพระคลัง ซึ่งจะเห็นได้ว่าสมุนไพรที่ปรากฏอยู่ในจารึกเป็นสมุนไพรที่นิยมใช้กันทั่วโลก ในสมัยนั้นและบางชนิดเป็นของต่างประเทศ เช่น จันทน์เทศ (Nutmeg) ซึ่งเป็นพืชพื้นเมืองแถบเกาะโมลุกกะ ใช้เป็นยากระตุ้นหรือยาขับลม สมุนไพรบางชนิดเป็นเครื่องเทศที่ใช้ประกอบอาหารได้ทั่วไปไม่ต้องเก็บไว้ในท้องพระคลัง จึงไม่มีชื่อระบุไว้ในจารึกทำให้ไม่สามารถรู้ว่าสมุนไพรทุกชนิดที่ใช้ในอาโรคยศาลามีอะไรบ้าง แต่จากศิลาจารึกที่ปราสาทพระขรรค์ไชยศรีบที่ ๑๒๓ ทำให้เข้าใจว่าน่าจะมีการผสมผสานในเรื่องการใช้ยาสมุนไพรจากประสบการณ์ของบรรพบุรุษในแต่ละท้องถิ่น และลักษณะการแพทย์แบบนี้จะไม่ถ่ายทอดกันอย่างเปิดเผยเป็นลายลักษณ์อักษร เนื่องจากตำรายามักเป็นที่หวงแหนไม่ถ่ายทอดกันง่าย หากไม่ได้ทำพิธีเรียนต่อครูย่อมถือว่าผิดครู

ถึงแม้ว่าพระเจ้าชัยวรมันที่ ๗ จะได้ทรงลงท้ายคำขวัญในการสร้างโรงพยาบาลเมื่อพุทธศักราช ๑๓๒๙ มีว่า “โอ้ ท่านทั้งหลายซึ่งจะเป็นตัวแทนข้าพเจ้าในวันหน้า ขอให้จารึกไว้ในใจว่าการทำบุญกุศลทั้งสิ้นซึ่งข้าพเจ้าได้อุตส่าห์ทำมาจนบัดนี้นั้น ขอท่านอย่าได้ละทิ้งเฉยเสียเป็นอันขาด จงตั้งใจอุตส่าห์ดูแลปกป้องรักษาไว้ให้ดี ด้วยว่าการกุศลต่างๆ เหล่านี้ก็จะได้แก่ตัวท่านเหมือนกัน ดังมีท่านนักปราชญ์ที่ได้กล่าวไว้ว่าผู้ใดที่ดีที่อุตส่าห์ดูแลรักษาการบุญกุศลเหล่านี้ก็จะได้รับกุศลส่วนใหญ่อส่วนหนึ่งจากผู้ซึ่งได้ทำไว้แต่แรกมา” แต่เมื่อพระองค์สิ้นพระชนม์แล้ว (พ.ศ. ๑๓๖๒ พระชนมายุได้ ๙๔ พรรษา)

อาณาจักรขอมก็เริ่มเสื่อมลงไปพร้อมกับที่ไทยเรืองอำนาจขึ้น กษัตริย์องค์ต่อมานับถือศาสนาพราหมณ์มีความเห็นไม่ลงรอยกับพระเจ้าชัยวรมันที่ ๗ อาโรคยศาลาจึงขาดคนทำนุบำรุง ค่อยๆ หดโทรมลงและล้มเลิกไป อาคารส่วนที่เป็นไม้ก็ผุพังเหลือเพียงศิลปกรรมและสถาปัตยกรรมที่เป็นหินหรือศิลาแลงปรากฏให้เห็นอย่างเช่นทุกวันนี้

การที่อาโรคยศาลาหรือโรงพยาบาลซึ่งพระเจ้าชัยวรมันที่ ๗ ได้ทรงสร้างไว้ถึง ๑๐๒ แห่งไม่ปรากฏหรือมีผู้สืบสานต่อให้เห็นหลงเหลือเป็นโรงพยาบาล สันนิษฐานว่าเป็นผลเนื่องมาจากอิทธิพลทางศาสนา เพราะในครั้งนั้นนอกเหนือจากพระเจ้าชัยวรมันที่ ๗ ที่เลื่อมใสในพระพุทธศาสนานิกายมหายาน กษัตริย์พระองค์อื่นที่ปกครองอาณาจักรขอมเท่าที่ปรากฏล้วนนับถือศาสนาพราหมณ์ เมื่อพระเจ้าชัยวรมันที่ ๗ ลี้ภัยอำนาจ จึงมีผู้พยายามที่จะล้มล้างทำลายหรือไม่สนับสนุนสิ่งที่พระเจ้าชัยวรมันสร้างขึ้น เป็นเหตุให้ผู้ที่นับถือศาสนาพุทธนิกายมหายานต้องหลบหลีกสถานที่ปฏิบัติกิจทางศาสนาใหม่ ในขณะที่เดียวกันอาโรคยศาลาเมื่อขาดคนทำนุบำรุงจึงต้องล้มเลิกไปในที่สุด

ยุคกรุงสุโขทัย (พ.ศ. ๑๙๖๓-๑๙๘๑)

จากหลักฐานทางประวัติศาสตร์ ไม่พบข้อมูลเกี่ยวกับระบบการแพทย์ในสมัยนี้เลย แต่เชื่อว่าต้องมีระบบการแพทย์ที่มีการใช้ยาสมุนไพร โดยนำมาต้มหรือพอกหรือบดให้ละเอียดเพื่อรับประทาน เพราะมีการค้นพบหินบดยาสมัยทวารวดี ซึ่งเป็นยุคก่อนสุโขทัย ดังนั้นในยุคสุโขทัยก็คงมีการบดยาใช้เช่นเดียวกัน รวมถึงรูปจารึกที่เกี่ยวกับการนวดซึ่งพบอยู่ในเขตอำเภอศรีมาศ จังหวัดสุโขทัย

ในยุคนั้นมีความเชื่อว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากการกระทำของภูตผีปีศาจ จึงมีพิธีแสดงความนับนอบดังข้อความตอนหนึ่งในหนังสือไตรภูมิพระร่วงของพระยาสิทธิโวว่า **“ผีแลว่าผู้ใดไปไหว้นบคารพบูชาแก่กัณจกรแก้วนั้นด้วยข้าวตอกดอกไม้มัน แลกจกรนั้นเทียรย้อมบำบัดเสียซึ่งความไข้เจ็บ”** นอกจากนี้ในบริเวณเมืองเก่าสุโขทัยและที่เตาเผาขามพบตุ๊กตาเสียบาลเป็นจำนวนมาก เป็นตุ๊กตาแบบแม่อุ้มลูก พ่ออุ้มลูก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในสมัยสุโขทัยคงจะมีปัญหาเรื่องโรคเด็กและการคลอดบุตรแล้วลูกตายหรือตายทั้งแม่และลูก เพราะพิธีเสียบาลเป็นพิธีที่ทำขึ้นเมื่อเด็กแรกเกิดไม่สบายโดยเชื่อว่าเป็นการกระทำของผี ความเชื่อและพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกระทำของผีดังกล่าวเป็นพื้นฐานของการแพทย์พื้นบ้านที่ปรากฏอยู่ในวรรณกรรมทางพุทธศาสนา

อย่างไรก็ตามในยุคกรุงสุโขทัย ก็ยังมีหลักฐานเกี่ยวกับชื่อของโรคภัยไข้เจ็บในสมัยนั้น ดังมีข้อความตอนหนึ่งในไตรภูมิพระร่วงว่า

“หิดและเรื้อน เกื้อน และหูด แลเปา เป็นต่อม เป็นเตา เป็นง่อย เป็นเพลีย ตาฟู หูหนวก เป็นกระจอกงอกง่อย เปื่อยเนื้อ เมื่อยตน ท้องขึ้น ท้องพอง ท้องไส้ปวดหัว มัวตา ไข้เจ็บ เหน็ดเหนื่อย วิจารณ์นี้ ไซ้รับห่อนจะบังเกิดแก่ชาวอุตรกุกกักคาบหนึ่งเลย”

ยุคกรุงศรีอยุธยา (พ.ศ. ๑๘๙๓-๒๓๑๐)

การแพทย์แผนไทยในประเทศไทยเท่าที่เริ่มมีเอกสารพอจะค้นคว้าได้อย่างเป็นหลักเป็นฐานคือ ในยุคกรุงศรีอยุธยา ส่วนในยุคกรุงสุโขทัยหรือก่อนหน้านั้นไม่มีหลักฐานที่แน่นอน มีแต่เพียงข้อสันนิษฐานจากหลักฐานแวดล้อมทางประวัติศาสตร์ ในยุคกรุงศรีอยุธยามีหลักฐานทางประวัติศาสตร์ที่กล่าวถึงการแพทย์แผนไทยไว้บางรัชกาล ซึ่งจะได้กล่าวตามลำดับต่อไปนี้

สมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ (พ.ศ. ๑๙๙๑-๒๐๓๑)

เรื่องราวเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยยุคกรุงศรีอยุธยามีหลักฐานปรากฏเป็นครั้งแรกในทำเนียบศักดินาข้าราชการฝ่ายพลเรือน (พระไอยการ ตำแหน่งนาพลเรือน) ในสมัยสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ ซึ่งตราขึ้นในปี พ.ศ. ๑๙๙๘ ซึ่งใช้สืบมาจนกระทั่งยุคต้นกรุงรัตนโกสินทร์ กล่าวคือ มีข้าราชการในกรมแพทยา กรมแพทยาโรงพระโสมภรณ์ กรมหมอยา กรมหมอนวด กรมหมอยาตา กรมหมอรรณโรค

๑. กรมแพทยา

พระศรีมหาสมุทรราชแพทยาธิบดีศรีธรรมาธิบดี เจ้ากรมแพทยาหน้า	นา	๑๖๐๐
ขุนราชแพทยา	ปลัดทูลฉลอง	นา ๖๐๐
ขุนพรหมกวี	ปลัดนั่งศาล	นา ๔๐๐
พระศรีศักราชแพทยาธิบดีศรีธรรมาธิบดี เจ้ากรมแพทยาหลัง	นา	๑๖๐๐
ขุนรตะแพทย์	ปลัดทูลฉลอง	นา ๖๐๐
ขุนศรีกวี	ปลัดนั่งศาล	นา ๔๐๐
พันในกรม		นาคละ ๑๐๐

๒. กรมแพทยาโรงพระโสมภรณ์

ออกญาแพทยาพงษาวิสสุทธาธิบดีอะไภยพิริยบรากรมภาหุ		
จางวางแพทยาโรงพระโสมภรณ์	นา	๒๐๐๐

๓. กรมหมอยา

ออกพระทิพจักร	เจ้ากรมหมอยาขวา	นา	๑๔๐๐
ออกพระสิทธิสาร	เจ้ากรมหมอยาซ้าย	นา	๑๔๐๐
หลวงราชนิทาน	ปลัดทิพจักรขวา	นาคนละ	๘๐๐
หลวงราชพรหมา	ปลัดทิพจักรซ้าย	นาคนละ	๘๐๐
หลวงสิทธิพรหมา	ปลัดสิทธิสารขวา	นาคนละ	๘๐๐
หลวงเทวพรหมา	ปลัดสิทธิสารซ้าย	นาคนละ	๘๐๐
ขุนในกรมหมอยา		นาคนละ	๔๐๐
หมื่นในกรมหมอยา		นาคนละ	๒๐๐
พันในกรมหมอยา		นาคนละ	๑๐๐
ขุนทิพโอสถ ขุนประเสริฐโอสถ พนักงานเครื่องต้น		นาคนละ	๖๐๐
หมื่นทิพโอสถ หมื่นเทพโอสถ หัวหมื่นเครื่องต้น		นาคนละ	๔๐๐
พันพนักงานเครื่องต้น		นาคนละ	๓๐๐

๔. กรมหมอกุมาร ขึ้นต่อหลวงราชนิทาน

ขุนกุมารประสิทธิ		นาคนละ	๔๐๐
ขุนกุมารเพชร		นาคนละ	๔๐๐
ขุนกุมารประเสริฐ		นาคนละ	๔๐๐
ขุนกุมารแพทย์		นาคนละ	๔๐๐
พันโรควินาศ		นาคนละ	๒๐๐
พันชาตประลัย		นาคนละ	๒๐๐
พันโรคประลัย		นาคนละ	๒๐๐
พันไกรโอสถ		นาคนละ	๒๐๐

๕. กรมหมอนวด

หลวงราชรักษา	เจ้ากรมหมอนวดขวา	นาคนละ	๑๖๐๐
หลวงราโช	เจ้ากรมหมอนวดซ้าย	นาคนละ	๑๖๐๐
ขุนรักตือองค์	ปลัดกรมขวา	นาคนละ	๘๐๐
ขุนองครักษา	ปลัดกรมซ้าย	นาคนละ	๘๐๐
หมื่นแก้ววรเลือก		นาคนละ	๖๐๐
หมื่นวาโยวาท		นาคนละ	๖๐๐
หมื่นวาโยไชย		นาคนละ	๖๐๐
หมื่นวาโยนาศ		นาคนละ	๖๐๐

ขุนในกรม		นาคละ	๔๐๐
หมื่นในกรม		นาคละ	๒๐๐
พันในกรม		นาคละ	๑๐๐
พันหมอ		นาคละ	๑๐๐
นายพะโรง		นาคละ	๘๐
๖. กรมหมอยาตา			
ขุนราชเนตร	เจ้ากรมหมอยาตาขวา	นา	๘๐๐
ขุนทิพเนตร	เจ้ากรมหมอยาตาซ้าย	นา	๘๐๐
ขุนในกรม		นาคละ	๔๐๐
หมื่นในกรม		นาคละ	๒๐๐
พันในกรม		นา	๑๐๐
๗. กรมหมอวรรณโรค			
หลวงสิทธิแพทย	เจ้ากรมหมอวรรณโรค	นา	๘๐๐
ขุนมหาแพทย	ปลัดกรมขวา	นาคละ	๖๐๐
ขุนสาระแพทย	ปลัดกรมซ้าย	นาคละ	๖๐๐
ขุนไชยแพทย		นา	๔๐๐
ขุนในกรม		นาคละ	๔๐๐
หมื่นในกรม		นาคละ	๒๐๐
พันในกรม		นาคละ	๑๐๐

สมัยพระรามาธิบดีที่ ๒ (พ.ศ. ๒๐๓๔-๒๐๓๖)

ฝรั่งชาติแรกคือ โปรตุเกส เข้ามาตั้งถิ่นฐานเป็นปึกแผ่นในกรุงศรีอยุธยาหลายร้อยคน เชื่อว่าคงจะมีแพทย์มาด้วย กล่าวกันว่า ตำรับยาของแพทย์โปรตุเกสที่ตกทอดมาถึงปัจจุบันคือ ตำรับยาชี้ผึ้งใส่บาดแผลบางชนิด

สมัยพระไชยราชาธิราช (พ.ศ. ๒๐๓๗-๒๐๔๙)

ทรงพระราชทานที่ดินเป็นบำเหน็จความดีความชอบแก่ชาวโปรตุเกสจำนวน ๑๒๐ คน ที่ได้เข้าร่วมรบในสงครามเมืองเชียงกรานจนได้รับชัยชนะ จึงทรงให้สร้างนิคมเฉพาะพร้อมสร้างโบสถ์ให้ด้วย เชื่อว่าคงจะต้องมีแพทย์หรือผู้มีความรู้ทางการแพทย์เข้ามาด้วย ดังนั้น น่าจะเป็นความจริงว่า ชาวโปรตุเกสเป็นพวกแรกที่นำเอาการแพทย์แบบตะวันตกเข้ามาในไทย ชาวโปรตุเกสได้นำศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิกเข้ามาเผยแพร่

แก่ชาวไทยและเข้าใจว่าได้รับพระบรมราชานุญาตให้ทำการเผยแพร่ได้โดยสะดวก แต่เนื่องจากความเข้าใจในเรื่องภาษายังมีไม่พอ ทำให้การเผยแพร่ไม่ค่อยได้ผล

สมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช (พ.ศ. ๒๑๙๙-๒๒๓๑)

พ่อค้าชาวโปรตุเกสได้นำการแพทย์แบบตะวันตกเข้ามาเผยแพร่เป็นครั้งแรกและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยใน พ.ศ. ๒๒๐๕ เริ่มมีการติดต่อกับฝรั่งเศสสมัยพระเจ้าหลุยส์ที่ ๑๔ โดยมีมองสิเออร์ ลังแบร์ต เดอ ลามอตต์ พร้อมด้วยคณะมิชชันนารีผู้ช่วยสองคนเข้ามาทางเมืองตะนาวศรี ซึ่งสมัยนั้นเป็นเขตชั้นหิมาลัยของไทย ปรากฏหลักฐานว่าฝรั่งเศสได้ตั้งโรงพยาบาลขึ้นที่กรุงศรีอยุธยา (ยังสืบไม่ได้ว่าตั้งอยู่ ณ ที่ใด และไม่สามารถสันนิษฐานได้ว่าเป็นโรงพยาบาลเดียวกับโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา) ตามที่ปรากฏในรายงานของมิสซังฝรั่งเศส พ.ศ. ๒๒๒๒ ว่าโรงพยาบาลอยุธยามีคนไข้ประจำ ๕๐-๙๐ คน และคนไข้ไปมาวันละ ๒๐๐-๓๐๐ คน

การแพทย์แผนตะวันตก จึงเป็นการแพทย์ทางเลือกที่เป็นคู่แข่งสำคัญของการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นการแพทย์กระแสหลักในยุคนั้น โดยที่ก่อนหน้านี้การแพทย์แผนจีนเป็นการแพทย์ทางเลือกในสังคมไทยมาตั้งแต่ยุคกรุงสุโขทัย

โรงพยาบาลฝรั่งในขณะนั้นจึงได้อาศัยใช้เป็นที่บำบัดทุกข์บำรุงสุขแก่ปวงชนชาวไทยทั้งหลาย การนี้อาจมีผลผลักดันให้เกิดความรู้สึกว่าการแพทย์แผนไทยกำลังถูกท้าทาย บรรดาหมอหลวงจึงได้ร่วมกันรวบรวมตำรายาต่างๆ ขึ้นเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์การแพทย์ไทย เรียกว่า ตำราพระโอสถพระนารายณ์ แพทย์ฝรั่งเศสซึ่งเข้ามารับใช้ในราชสำนักและเป็นที่ไว้วางพระราชหฤทัย ได้ประกอบพระโอสถถวายสมเด็จพระนารายณ์มหาราช และได้มีโอกาสบันทึกตำรายาที่นำมาจากยุโรปในตำราพระโอสถพระนารายณ์นี้ด้วย ซึ่งตำราเหล่านี้ยังตกทอดมาถึงทุกวันนี้ ตำราพระโอสถพระนารายณ์นี้ ค้นพบในสมัยรัตนโกสินทร์ มีตำราพระโอสถหลายขนานที่ปรากฏชื่อหมอหลวงและวันคืนที่ตั้งพระโอสถนั้นจดไว้ชัดเจนว่าอยู่ระหว่าง พ.ศ. ๒๒๐๒-๒๒๐๔ ซึ่งตรงกับรัชกาลสมเด็จพระนารายณ์มหาราช

แพทย์ปฐยาที่มีชื่อปรากฏในตำราพระโอสถพระนารายณ์ มีทั้งหมด ๙ คนที่ เป็นผู้ประกอบยาขึ้นทูลเกล้าฯ ถวายสมเด็จพระนารายณ์มหาราช แพทย์ผู้ประกอบยาทั้ง ๙ คนดังกล่าว เป็นหมอหลวง ๗ คน และหมอเชลยศักดิ์ ๒ คน หมอหลวงเป็นหมอไทย ๔ คน คือออกพระแพทย์พงษา ออกพระสิทธิสาร ออกขุนประสิทธิโอสถ ออกขุนทิพจักร เป็นหมอจีน ๑ คนคือ ขุนประสิทธิโอสถจีน เป็นหมอแขก ๑ คนคือ ออกพระสิทธิสารพราหมณ์เทศและเป็นหมอฝรั่ง ๑ คนคือพระแพทย์โอสถฝรั่ง

ส่วนหมอเคลยศักดีไทยชื่อนายเพชรปัญญา และหมอเคลยศักดีฝรั่งชื่อนายเมลิ
ข้อสังเกตคือ แพทย์ที่ได้บรรดาศักดิ์ เป็นหมอหลวงสมัยสมเด็จพระนารายณ์
มหาราช ไม่ได้มีเฉพาะหมอไทย แต่มีหมอทางเลือกต่างชาติที่เป็นหมอจีนและหมอฝรั่ง
ด้วย

ในตำรับยาของหมอจีนนั้นมีการใช้ยาจีนคือ ยิงสม (หรือในภาษาอังกฤษ คือ
Ginseng) ซึ่งก็คือโสมในตำรับยาของพระกำลังเป็นครั้งแรก และในตำรับยาของหมอหลวง
ฝรั่ง ก็มีการใช้ดินประสิวหรือเกลือโพแทสเซียมไนเตรด (*Potassium Nitrate*) ซึ่งฝรั่งรู้จัก
ใช้เป็นยาขับปัสสาวะมาแต่โบราณ ปรากฏว่ามีสรรพคุณดีเป็นที่โปรดปรานถึงกับได้รับ
พระราชทานเงินถึง ๑ ชั่ง บรรพบุรุษหมอไทยเห็นว่าดินประสิวเป็นธาตุวัตถุที่มีฤทธิ์ขับ
ปัสสาวะดีจึงได้นำมาประกอบยาไทยใช้อยู่จนปัจจุบันนี้

ส่วนตำรับยาซึ่งรักษาบาดแผลของหมอเคลยศักดีฝรั่งชื่อเมลิสนั้น สมเด็จพระเจ้า-
บรมวงศ์เธอกรมพระยาดำรงราชานุภาพได้ทรงตั้งข้อสังเกตไว้ว่า “...ประหลาดที่มีตำรา
หมอฝรั่งนี้พวกกุฎีจีนยังใช้รักษากันมาจนตราบนานเท่าทุกวันนี้...” ในตำรับยานานนี้ใช้
เครื่องยาเทศอย่างหนึ่ง ชื่อว่า “มาตะเกี” ซึ่งเป็นเครื่องยาที่ไม่เคยปรากฏในตำรับยาไทย
อื่นๆ เลย มาตะเกี (*mastagi*) หรือมาสดิก (*mastic*) เป็นยางไม้ประเภทชันน้ำมันที่ได้จาก
พืชที่มีชื่อพฤกษศาสตร์ว่า *Pistacia lentiscus* L. ซึ่งขึ้นในบริเวณรอบทะเล
เมดิเตอร์เรเนียน ประโยชน์ของมาตะเกีในทางทันตกรรมใช้ในการอุดฟันชั่วคราว ใช้ทำ
หมากฝรั่ง ทำพลาสติก ใช้เคลือบเมล็ดยาให้แตกตัวในลำไส้ เป็นต้น

ตำราพระโสมถังกล่าว ได้รวบรวมเข้าเป็นคัมภีร์เมื่อเวลาล่วงไปแล้วถึงสมัย
พระเพทราชา เนื้อความปรากฏในยาขนานหนึ่งว่าหมอฝรั่งได้ประกอบถวายสมเด็จ
พระพุทธเจ้าหลวงนิพนธ์ท้ายสระ คือ สมเด็จพระเพทราชา ลักษณะการแพทย์ไทยใน
สมัยกรุงศรีอยุธยา ก็คือ การแพทย์ที่คนไทยได้ใช้มาในสมัยสุโขทัยแล้วนั่นเอง เพราะการ
แพทย์เป็นเรื่องของประเพณีวัฒนธรรมซึ่งมีการถ่ายทอดต่อเนื่องกันอยู่เสมอ ความรู้ใน
ด้านรักษาพยาบาลได้ยึดถือตามตำราที่บรรพบุรุษได้สะสมและถ่ายทอดมา และถือว่า
คัมภีร์แพทย์เป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์จึงไม่คิดดัดแปลงแก้ไข ดังนั้น วิธีการป้องกันและบำบัดโรค
จึงคงเป็นไปในรูปเดิม ถึงแม้ว่า จะมีชาวต่างประเทศนำวิชาการแพทย์ตะวันตกเข้ามา
เผยแพร่ แต่ก็ไม่มีอิทธิพลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิธีการรักษาของไทยแต่อย่างใด
นอกจากนำตำรับยาฝรั่งมาใช้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะชาวต่างประเทศเข้ามาติดต่อกับไทย
ไม่นานพอที่จะวางรากฐานการแพทย์แผนตะวันตกในสมัยนั้นได้ และพระมหากษัตริย์
ไม่สนับสนุนเนื่องจากขัดกับธรรมเนียมไทย ตำราพระโสมถังพระนารายณ์ ได้พิมพ์ครั้งแรก
เมื่อ พ.ศ. ๒๔๖๐ โดยสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ โปรดฯ ให้พิมพ์ในงาน
พระราชทานเพลิงศพพระยาแพทยวงษา (นาก โรจนแพทย์)

มองสิเออร์ เดอ ลาลูแบร์ เอกอัครราชทูตของพระเจ้าหลุยส์ที่ ๑๔ แห่งประเทศฝรั่งเศสเข้ามาในกรุงสยามระหว่าง พ.ศ. ๒๒๓๐-๒๒๓๑ ลาลูแบร์ ได้เขียนจดหมายเหตุนั้นพระราชพงศาวดารสยามครั้งกรุงศรีอยุธยาในแผ่นดินสมเด็จพระนารายณ์มหาราช ตอนหนึ่งได้กล่าววิจารณ์การแพทย์แผนไทยในสมัยอยุธยาว่า

“โอสถจะทรงคุณสมนามว่าเป็นวิทยาศาสตร์ไม่ได้ ในกรุงสยามแพทย์หลวงตัวเองของพระมหากษัตริย์สยามก็เป็นจีนแสบเจ๊กมากกว่าหมอสยามและหมอมอญชาวพะโค และในสองหรือสามปีมานี้ พระองค์ได้โปรดครูสอนศาสนาคริสต์ฝรั่งเศสฝ่ายคฤหิ์สตร์ผู้หนึ่ง ชื่อมองสิเออร์ปุมาด์ ให้เข้ารับราชการฉลองพระเดชพระคุณในกรมหมอหลวง ด้วยทรงไว้วางพระราชหฤทัยหมอฟรังผู้นี้มากกว่า หมอหลวงทั้งปวงหมด หมอหลวงอื่นๆ ต้องรายงานพระอาการพระพุทเจ้าอยู่หัว ยามทรงพระประชวร ทุกเวลาต่อหมอฟรังผู้นั้น และต้องรับพระโอสถที่หมอฟรังนั้นได้ปรุงขึ้นสำหรับถวายนั้นจากมือหมอฟรัง ไปตั้งถวาย”

“ข้อเขลาสำคัญของหมอสยามนั้นก็ไม่ว่าเครื่องในร่างกายตัวมนุษย์นั้นมิอะไร เป็นอย่างไร สำหรับอะไรบ้าง จำเป็นต้องพึงฝรั่ง ไม่ใช่แต่บอกยา ทั้งบอกสมุฏฐานภูตรูปให้ด้วย บรรดาความยากลำบากที่จะตัดผ่าเครื่องในกายตัวคนใช้ทั้งปวง แม้แต่การง่าย ๆ จะห้ามเลือดก็ไม่ถนัด วิชาผ่าตัดนั้นหมอสยาม ไม่หือเสียเลยทีเดียว”

“หมอสยามไม่พึงพยายามที่จะทราบรสของยาอย่างไหนบำบัดโรคอย่างไหนได้ หลับตาถือแต่ตามตำรับที่ได้เรียนมาจากบิดามารดาครูบาอาจารย์ และในตำรานั้นหมอชั้นใหม่ก็คงดื้อใช้ ไม่แก้ไข อย่างใดเลย หมอสยามไม่พักพะวงตรวจสมุฏฐานโรค ว่าอะไรเป็นตัวยาคัญที่ก่อให้เกิดโรคที่ป่วยนั้น วางยาไปตามตำราตามบุญตามกรรม แม้กระนั้นก็ยังไม่วายที่จะรักษาให้หายได้โดยมาก....บรรดาที่จะรักษาให้หายได้โดยยาก.... หมอสยามก็ไม่เว้นที่จะโทษว่าเป็นเพราะถูกคุณไสยกระทำย่ำยีหรือฤทธิ์ผีสิงบรรดาสุตวิสัยมนุษย์จะต่อสู้ได้”

กล่าวโดยสรุปลาลูแบร์ ได้ให้ภาพของโรคภัยไข้เจ็บ และวิธีการรักษาในสมัยนั้นไว้ว่า “เรื่องโรคพาธของชาวสยามในกรุงศรีอยุธยามีตั้งแต่โรคป่วง โรคบิด ใช้กำเดา ใช้หวัด ใช้จับสัน โรคพิษบาดทะยัก โรคจับลม โรคอัมพาต โรคคุดทะราด เข้าข้อ ผิด่างๆ เป็นปรวดพิษ แผลเปื่อยพัง โรคโลหิตไหลทางเหงือกไม่ค่อยพบ

โรคไข้เรื้อรังกัดถึงไม่ค่อยเห็น แต่คนเสียชีวิตมีชุก การถูกกระทำยาเย็บเชิงกฤติคุณ ความประพฤติกเลาะกพาให้เกิดกาโรคในกรุงสยามก็ดกไม่หยอก หนึ่งในกรุงสยามก็มีโรคติดต่อกัน แต่หาใช้หาการฟโรคอย่างทวียุโรปไม่ ตัวโรคหาของกรุงสยามก็คือไข้ทรพิษ อหิวาตกโรค...” อีกตอนหนึ่งว่า “หมอสยามไม่เข้าใจเครื่องในในร่างกาย และไม่รู้จักผ่าตัด..” และ “หมอสยามมียาแต่ตามตำรา หมอสยามไม่ฟังพยายามทราบยาอย่างไหนบำบัดโรคได้ หลับตาถือแต่ตำรับที่ได้เรียนมาจากบิดา มารดา และครูบาอาจารย์ และในตำรานั้น หมอชั้นใหม่ก็คงดื้อใช้ไม่แก้ไขอย่างใด หมอสยามไม่พะวัภพะวงตรวจสมุฐานโรคว่าอะไรเป็นตัสำคัญที่ส่อให้เกิดโรค วางยาไปตามตำราตามบุญตามกรรม แม้กระนั้นก็ยังไม่วายที่จะรักษาให้หายได้มาก หมอสยามเว้นที่จะโทษว่าเป็นเพราะถูกคุณกระทำยาเย็บหรือฤทธิ์ผีสง”

ลาลู้แบร์กล่าวถึงหมอนวดว่า “ชอบขยำบิปปไปทั่วตัว เมื่อใครป่วยไข้ลงในกรุงสยาม บางทีก็ขึ้นเดินเอาเท้าเหยียบบนกายคนไข้ แม้ในสตรีก็พอใจให้เด็กเหยียบที่หลังเพื่อให้คลอดบุตรง่าย”

ลาลู้แบร์ยังกล่าวถึง “อาหารของคนไข้ว่า คนไข้สยามมักบำรุงตัวชั่วช้าวอดมอย่างเตียวเท่านั้น เนื้อสัตว์ แม้แต่ซูปถือเป็นของแสลง เมื่อคนไข้ทุเลา พอจะกินอาหารแข็งๆ ได้บ้างก็ให้กินแต่เนื้อหมู ถือว่าไม่สู้แสลงดีกวาเนื้อสัตว์อย่างอื่นหมด”

ลาลู้แบร์กล่าวถึงประเภทหมอสยามว่า เมื่อลาลู้แบร์ป่วย “สมเด็จพระมหากษัตริย์สยามโปรดพระราชทานให้หมอหลวงทั้งกรมมาตรวจรักษา มีหมอสยาม หมอรามัญและจีนแสด ผลัดกันทยอยมาตรวจชีพจรอยู่ชานาน แล้วลงเนื้อเห็นว่าป็นไข้กำเดาเล็กน้อยและท้องเสีย...”

ในสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราชพบบันทึกว่า มีระบบการจัดหาษาที่ชัดเจนสำหรับราษฎรโดยมีแหล่งจำหน่ายยาและสมุนไพรหลายแห่งทั้งในและนอกกำแพงเมือง ในส่วนราชการและราชสำนักมีโรงพระโอสถอยู่ในพระราชวังด้วย

แต่เมื่อสิ้นรัชกาลสมเด็จพระนารายณ์มหาราชใน พ.ศ. ๒๒๓๑ เกิดการผันผวนทางการเมืองจากการกระทำของขุนหลวงสรศักดิ์และสมเด็จพระเพทราชาซึ่งขึ้นครองราชสมบัติแทน ชาวฝรั่งเศสถูกขับไล่ออกจากกรุงศรีอยุธยา เนื่องจากทรงไม่ไว้วางใจพวกฝรั่งเศส ทำให้การแพทย์แผนตะวันตกเสื่อมสูญไปด้วย

ใน คำให้การขุนหลวงวัดประดู่ทรงธรรม กล่าวไว้ว่าปลายสมัยอยุธยา บนตัวเกาะกรุงศรีอยุธยามีร้านขายเครื่องสมุนไพรให้แก่ชาวบ้านทั่วไป โดยระบุว่าที่ถนนป่ายา มีร้านขายเครื่องเทศ เครื่องไทยครบสรรพคุณยาทุกสิ่ง ชื่อตลาดป่ายา “และยังได้

กล่าวถึงโรงทำยาหลวงซึ่งเรียกว่า โรงพระโสมถ ไม่น้อยกว่า ๒ โรงว่า นอกประตูไชยยนต์นี้ มีโรงพระโสมถ ๑ และมีโรงพระโสมถตั้งอยู่หน้าสวนองุ่น” (สวนองุ่นตั้งอยู่ท้ายสระใหญ่อันเป็นที่ตั้งของพระที่นั่งบรรยงศรีรัตนาศน์) โรงพระโสมถหลวงนี้นอกจากจะปรุงยาใช้ในพระราชวังแล้ว ยังเตรียมยาสำหรับใช้ในกองทัพเมื่อออกไปทำสงครามด้วย

จากหลักฐานดังกล่าวข้างต้น สามารถให้ภาพของระบบการแพทย์ในสมัยกรุงศรีอยุธยาได้เป็นอย่างดีว่า ส่วนใหญ่คนไทยนิยมการรักษาแบบการแพทย์แผนไทย มีร้านขายเครื่องสมุนไพรทั้งไทยและจีนอยู่ทั้งภายในและภายนอกกำแพงพระนคร

ยุคกรุงธนบุรี (พ.ศ. ๒๓๑๑-๒๓๒๕)

พ.ศ. ๒๓๑๒ เมื่อสมเด็จพระเจ้ากรุงธนบุรีทรงสถาปนาเมืองธนบุรีเป็นนครหลวง ทรงกำหนดเขตเมืองหลวงทั้งสองฝั่งให้แม่น้ำเจ้าพระยาอยู่ในเขตกลางเมืองหลวง วัดโพธาราม ตั้งอยู่บนฝั่งตะวันออกของแม่น้ำเจ้าพระยาจึงอยู่ในเขตพระมหานคร และได้ถูกยกขึ้นเป็นพระอารามหลวงมีพระราชอาณัติครองตั้งแต่นั้นมา สันนิษฐานว่า อาจเนื่องมาจากเป็นช่วงที่กำลังกอบกู้เอกราช บัณฑิตก็ความรู้ทางการแพทย์จึงถูกละเลยไป ไม่ปรากฏหลักฐานให้เห็นชัดเจน การที่กรุงศรีอยุธยาถูกพม่าเผาเป็นเหตุให้ตำรับตำราต่างๆ โดยเฉพาะทางการแพทย์ที่เก็บรักษาไว้ถูกทำลายเสียหายเพราะถูกไฟเผาหรือกระจัดกระจายขาดหายไป ประกอบกับในสงครามย่อมมีผู้คนล้มตายซึ่งเข้าใจว่าคงจะมีแพทย์ทั้งที่เป็นหมอหลวง หมอราษฎร์รวมอยู่ด้วย แต่เชื่อว่าความรู้ทางการแพทย์ยังคงมีใช้กันอยู่โดยเฉพาะใช้ในการดูแลผู้บาดเจ็บจากสงคราม

อย่างไรก็ตามในสมัยรัชกาลนี้มีเจ้านายชั้นสูง ๒ พระองค์ผู้มีความเชี่ยวชาญทางการแพทย์แผนไทยคือ สมเด็จพระเจ้าฟ้าชายทัศพงศ์และสมเด็จพระเจ้าฟ้าชายทัศไภยพระราชโอรสในพระบาทสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช และยังได้รับราชการต่อมาในราชสำนักพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช ก่อนที่จะทรงถูกสำเร็จโทษในสมัยรัชกาลที่ ๒

ยุคกรุงรัตนโกสินทร์ (พ.ศ. ๒๓๒๕-ปัจจุบัน)

การแพทย์แผนไทยในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ แบบแผนการรักษาได้รับการถ่ายทอดความรู้มาจากยุคกรุงศรีอยุธยาโดยผ่านทางตำรายาและคัมภีร์แพทย์ต่างๆ ซึ่งส่วนหนึ่งได้รับการสืบทอดมาจากแพทย์รุ่นก่อน และอีกส่วนหนึ่งได้มีการรวบรวมคัดลอกขึ้นมาใหม่ใน

สมัยรัตนโกสินทร์ โดยการเรียกประชุมแพทย์และผู้มีความรู้นำตำรายาและคัมภีร์แพทย์ที่มีอยู่ตามวัด บ้านเรือนราษฎร และที่เป็นสมบัติของแพทย์ นำมาตรวจทาน แก้ไขเรียบเรียงขึ้นใหม่โดยเลือกเอาแต่ตำรายาที่เห็นว่าดีและเชื่อถือได้มาคัดลอกเก็บไว้ใช้เป็นตำราในกรมหมอมหาลวง ซึ่งต่อมาตำราเหล่านี้ได้เป็นที่แพร่หลายโดยทั่วไป

ตำรายาและวิชาการแพทย์ที่ได้มีการบันทึกเป็นวิธีหนึ่งซึ่งแพทย์ใช้ในการถ่ายทอดความรู้ให้แก่บุตรหลานของตนและคนทั่วไป ในการบันทึกความรู้นี้มีทั้งที่แพทย์เป็นผู้บันทึกรวบรวมความรู้ต่างๆ ขึ้นไว้ใช้สำหรับเป็นบันทึกช่วยจำสำหรับตนเองเพราะการศึกษาวิชาแพทย์นั้นต้องเรียนรู้ทั้งในเรื่องสมุฏฐานการเกิดโรค รวมทั้งคุณสมบัติของสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาโรค แล้วยังต้องเรียนรู้การปรุงยา และการรักษาคนไข้ซึ่งมีรายละเอียดมากเกินกว่าที่จะจดจำได้ทั้งหมด จึงต้องมีการบันทึกความรู้ต่างๆ ไว้ใช้สำหรับเป็นคู่มือของแพทย์เอง เมื่อใช้นานไปก็กลายเป็นตำรา ซึ่งแพทย์รุ่นหลังและคนทั่วไปนำมาคัดลอกเก็บไว้ใช้สืบทอดกันมาเรื่อยๆ ทำให้ความรู้ทางการแพทย์ไทยสามารถถ่ายทอดความรู้ไปยังคนรุ่นต่อไปได้

ผู้ที่มีส่วนสำคัญในการนี้นอกจากเป็นผู้มีความรู้และแพทย์ทั้งหลายแล้ว พระเจ้าแผ่นดินก็ทรงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญด้วยเช่นกัน ซึ่งจะได้กล่าวรายละเอียดในแต่ละรัชกาลตามลำดับ ดังนี้

สมัยรัชกาลที่ ๑ (พ.ศ. ๒๓๒๕-๒๓๕๒)

เมื่อพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลก ผู้ทรงเป็นพระปฐมบรมราชวงศ์จักรีปราบดาภิเษกขึ้นเสวยราชสมบัติ ย้ายพระมหามณเฑียรมาตั้ง ณ ฝั่งตะวันออกฝั่งเดียว และสร้างพระบรมมหาราชวังขึ้นใหม่ และได้ทรงปฏิสังขรณ์วัดโบราณชื่อวัดโพธาราม หรือวัดโพธิ์ ขึ้นเป็นพระอารามหลวงให้ชื่อว่า วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม มีผู้สันนิษฐานว่าวัดโพธารามนี้ได้สร้างขึ้นในระหว่าง พ.ศ. ๒๒๓๑-๒๒๔๖ ในรัชสมัยสมเด็จพระเพทราชา ไม่ปรากฏผู้สร้างแน่ชัดแต่เป็นวัดที่ราษฎรสร้างขึ้น อยู่ที่ตำบลบางกอก ปากแม่น้ำเจ้าพระยาเมืองธนบุรี วัดนี้ผิดไปจากวัดอื่นๆ คือ แบ่งเป็น ๒ ภาค เป็นพุทธาวาสหนึ่ง และสังฆาวาสอีกหนึ่ง นับได้ว่าเป็นจุดเริ่มวิวัฒนาการของการแพทย์แผนไทย เนื่องจากในรัชสมัยนี้ได้โปรดฯ ให้รวบรวมจารึกตำรายาและฤๅษีคัตตนไว้ตามศาลาราย สำหรับการจดหาของราชการมีการจัดตั้งกรมหมอโรงพระโสมภคคล้ายกับในสมัยอยุธยาผู้ที่รับราชการเรียกว่าหมอมหาลวง ส่วนหมอที่รักษาราษฎรทั่วไปเรียกว่าหมอราษฎรหรือหมอเฉลยศักดิ์

รูปแบบของการถ่ายทอดความรู้ในอดีตนั้น เน้นความสัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างครูกับลูกศิษย์ จนกระทั่งรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกทรงโปรดเกล้าฯ ให้ปฏิสังขรณ์วัดโพธิ์เพื่อให้เป็นสถานที่เผยแพร่ความรู้และเป็นประโยชน์แก่ไพร่ฟ้าประชาชน การถ่ายทอดความรู้ทางการแพทย์จึงเปลี่ยนรูปแบบไปสู่สาธารณชนมากขึ้น เพราะที่วัดโพธิ์ประกอบไปด้วยแผ่นศิลาที่จารึกสรรพศิลปวิทยาทั้งปวง สามารถเรียนได้จากศิลาจารึกนั้นเป็นต้นว่า โบราณคดี วรรณคดี กาพย์ โคลง ฉันท์ ช่างพระพุทธรูป ช่างปั้น ช่างแกะสลัก ช่างเขียน ช่างก่อสร้าง มีรูปหมอนวด ตำราแผนหมอนวดบอกทางที่อยู่ของเส้นและภาพประกอบมากมาย หมวดยบริหารกายมีจารึกคำโคลงฤๅษีตัดตนมีรูปปั้นประกอบ หรือหมอยา มีศิลาจารึกบอกสมุฏฐานของโรค วิธีรักษาโรคยาเด็กและยาผู้ใหญ่อย่างพร้อมมูล ตลอดจนต้นไม้ยาสมุนไพรใช้ปรุ้งยาที่หายากไม่ค่อยมีผู้รู้จักก็นำมาปลูกให้เป็นอันมาก ตำรายามีคำอธิบายบอกวิธีรักษาไว้ครบถ้วน

มีข้อสังเกตว่ารูปปั้นฤๅษีตัดตนที่รัชกาลที่ ๑ ทรงพระราชทานไว้ ณ วัดพระเชตุพนฯ นั้น มีต้นเค้ามาจากไหน สมเด็จพระยาตากษัตริย์ราชานุภาพทรงอธิบายเรื่องนี้ว่า ทรงเคยเห็นรูปปั้นฤๅษีบำเพ็ญตบะในพิพิธภัณฑสถานของเมืองชัยปุระ ประเทศอินเดีย ทำท่าต่างๆ เหมือนอย่างรูปฤๅษีตัดตนในวัดพระเชตุพนฯ เพียงแต่มีขนาดย่อมกว่าของไทย

จึงสันนิษฐานได้ว่า ท่าฤๅษีตัดตนของไทยนั้นได้ต้นแบบมาจากฤๅษีในยุคอินเดียโบราณ แต่มีวัตถุประสงค์ต่างกันกล่าวคือ ท่าฤๅษีตัดตนของฤๅษีอินเดีย นั้น เป็นแบบท่าต่างๆ ที่พวกดาบสใช้ตัดตน หลังจากอยู่ในอาสนโยคะท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานานในการบำเพ็ญตบะเพื่อบรรลุโมกษธรรม แต่ท่าฤๅษีตัดตนของไทยนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้โรคเมื่อยที่จารึกไว้ใน “โคลงฤๅษีตัดตน” สมัยรัชกาลที่ ๓

อนึ่ง วิชาฤๅษีตัดตนและรูปปั้นฤๅษีตัดตนนั้นคงมิใช่เพิ่งเริ่มมีขึ้นในประเทศไทยในสมัยรัชกาลที่ ๑ แห่งกรุงรัตนโกสินทร์อย่างแน่นอน เพราะอย่างน้อยที่สุดก็น่าจะมีปรากฏแล้วตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยาตอนปลาย ซึ่งเป็นช่วงต่อกับยุครัตนโกสินทร์ตอนต้น เพียงแต่จารึกและรูปปั้นฤๅษีตัดตนอาจถูกทำลายไปไม่เหลือหลักฐานในคราวเสียกรุงศรีอยุธยาครั้งที่ ๒ แต่แพทย์แผนไทยและช่างปั้นยังคงสามารถถ่ายทอดวิชาฤๅษีตัดตนจากสมัยกรุงศรีอยุธยามาสู่สมัยกรุงรัตนโกสินทร์ตอนต้นได้

สมัยรัชกาลที่ ๒ (พ.ศ. ๒๓๕๑-๒๓๖๗)

เป็นรัชสมัยแห่งการฟื้นฟูเรื่องการแพทย์เพราะพระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัยทรงเห็นว่า คัมภีร์แพทย์ ณ โรงพระโสมภพ สมัยกรุงศรีอยุธยาหายไปจึงทรง

ค้นคว้าตำราจากที่ต่างๆ เพราะทรงวิตกว่าตำราและคัมภีร์แพทย์ต่างๆ จะเสื่อมสูญ ดังนั้นในปีวอก จัตวาศก จุลศักราช ๑๑๗๔ พ.ศ. ๒๓๕๖ ทรงมีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้เหล่าผู้เชี่ยวชาญลักษณะโรค และสรรพคุณยารวมทั้งผู้ที่มีตำรายาดีๆ นำเข้ามาทูลเกล้าฯ ถวายและทรงโปรดฯ ให้พระพงศนรินทรราชินิกุล พระโอรสในสมเด็จพระเจ้ากรุงธนบุรี ซึ่งเป็นหมอหลวงสืบถามและเลือกสรรตำรายาดีจัดเป็นตำราหลวงสำหรับโรงพระโสมภพ ตำรายานี้มีชื่อว่า **ตำรายาโรงพระโสมภพครั้งรัชกาลที่ ๒** ตำรายานี้พิมพ์ครั้งแรกตรงกับปีมะโรง พ.ศ. ๒๔๕๙ โดยสมเด็จพระมหาสมณเจ้ากรมพระยาวชิรญาณวโรรสโปรดให้พิมพ์ ส่วนการพิมพ์ครั้งต่อๆ มาไม่ปรากฏหลักฐานชัดเจน

นอกจากนี้ ในสมัยรัชกาลที่ ๒ เมื่อครั้งพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ ๓ ขณะทรงพระอิสริยยศ เป็นพระเจ้าลูกยาเธอกรมหมื่นเจษฎาบดินทร์ ได้ทรงปฏิสังขรณ์วัดจอมทอง แล้วถวายเป็นพระอารามหลวง ได้รับพระราชทานนามว่า วัดราชโอรสาราม ในการปฏิสังขรณ์นี้ทรงให้จารึกตำรายา ตำราหมอนวด รูปปั้นฤๅษีดัดตนไว้ในกำแพงแก้วของพระวิหารและพระอุโบสถด้วย

พ.ศ. ๒๓๕๙ มีพระราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ตรากฎหมายชื่อว่า **กฎหมายพนักงานพระโสมภพ** จากกฎหมายฉบับนี้จะเห็นว่ารัชกาลที่ ๒ ทรงให้ความสำคัญกับการปรุงยามากโดยจัดเป็นศิลปะและศาสตร์ชั้นสูง ผู้ที่ได้รับความไว้วางพระราชหฤทัยในตำแหน่งเจ้าพนักงานพระโสมภพ ซึ่งมีหน้าที่ปรุงยา ต้องมีทั้งความซื่อสัตย์ ความละเอียดถี่ถ้วนและต้องปรุงยาสม่ำเสมอ เป็นหน้าที่ที่ต้องมีความรับผิดชอบสูง ดังนั้นการศึกษาเพื่อเข้ารับราชการเป็นพนักงานพระโสมภพจึงน่าที่จะจำกัดอยู่ในวงศ์ตระกูลที่สืบเป็นมรดกตกทอดกันมาเท่านั้น ในด้านการดูแลรักษาสุขภาพสมัยรัชกาลที่ ๒ ได้มีการแยกแพทย์ไทยเป็น ๒ ประเภท คือหมอหลวงและหมอเชลยศักดิ์ การถ่ายทอดวิชาแพทย์ก็เช่นเดียวกันที่ต้องศึกษากันในตระกูลหรือในบางกรณีการถ่ายทอดความรู้ทางการแพทย์ก็เกิดจากเคยเป็นลูกมือ (ศิษย์) ของหมออื่นมาเป็นเวลาหลายปีจนมีความคุ้นเคยเพราะเห็นการรักษาพยาบาลมามาก ส่วนอีกประเภทหนึ่งจะเริ่มศึกษาจากตำราแพทย์ด้วยตนเอง ทำความเข้าใจและทดลองตามตำราใช้รักษาตนเองก่อนจึงรับรักษาคนอื่นฯ ซึ่งหมอประเภทนี้จะมีความชำนาญและได้รับความเชื่อถือมาก เช่น ระยะเวลากรุงศรีอยุธยาครั้งที่ ๒ หลังเกิดภาวะขาดแคลนหมอ บุตรและภรรยาของพระยาวิชัยาธิบดี (กลุ่ม) อดีตเจ้าเมืองจันทบูร ในสมัยรัชกาลที่ ๒ ป่วยหาหมอรักษาไม่ได้ท่านจึงต้องศึกษาวิชาแพทย์ด้วยตนเอง เป็นต้น

วิธีการถ่ายทอดวิชาแพทย์เริ่มจากให้รู้จักต้นไม้ใบยาและสรรพคุณสมุนไพรก่อนแล้วจึงศึกษาพระคัมภีร์แพทย์ หลังจากนั้นจึงฝึกหัดดูอาการใช้กับครูเพื่อแนะนำเทียบ

อาการจนคุ้นเคยจึงออกรักษาตามลำพัง ในการเรียนไม่มีกำหนดเวลาที่แน่นอน ไม่มีการวัดผลที่เป็นมาตรฐาน และไม่มีประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายใดๆ ที่แสดงให้เห็นว่าสำเร็จการศึกษาหรือรับรองความสามารถ แต่ในกลุ่มหมอหลวง สิ่งที่จะใช้วัดความสามารถของหมอคือ บรรดาศักดิ์ที่ได้รับพระราชทานเช่น พระยา พระ หลวง ขุน เป็นต้น

หมอหลวงและหมอเชลยศักดิ์ มีความแตกต่างกัน ดังนี้

หมอหลวง คือ หมอที่เชื้อวชาญเป็นพิเศษ รับราชการสังกัดอยู่ในกรมราชแพทย์ จึงเป็นข้าราชการที่มีศักดินา ได้รับพระราชทานเบี้ยหวัดเงินปีทำหน้าที่รักษาพระมหากษัตริย์ พระบรมวงศานุวงศ์ บุคคลต่างๆ ในราชสำนักและรักษาตามพระบรมราชโองการของพระมหากษัตริย์ การศึกษาของหมอหลวงจะเป็นระบบและน่าเชื่อถือ เพราะผู้ที่เข้ารับราชการเป็นหมอหลวงนั้นต้องได้รับการฝึกฝนตั้งแต่เด็กๆ ให้คุ้นเคยกับการรักษาพยาบาลแล้วจะได้เลื่อนขั้นเป็นผู้ช่วยแพทย์ติดตามหมอหลวงไปทำการรักษาจนมีความชำนาญในการตรวจ ผสมยา เมื่อโตขึ้นก็มีความรู้ พร้อมที่จะเข้ารับราชการได้ เมื่อมีตำแหน่งว่างในกรมหมอหลวงก็จะได้รับการบรรจุเข้าทำงานทันที หมอหลวงจะได้รับสิทธิพิเศษเหนือกว่าหมอเชลยศักดิ์หลายอย่าง เช่น สามารถเก็บสมุนไพรมตามบ้านราษฎรหรือในที่ใดๆ ก็ได้โดยมี กระบองแดง เป็นสัญลักษณ์แสดง ถ้าสมุนไพรมชนิดใดขาดแคลนและหมอหลวงไม่สามารถหาได้ในบริเวณเมืองหลวงก็จะมีสารตราในนามเจ้าพระยาจักรีออกไปยังหัวเมืองให้เก็บสมุนไพรมต่างๆ มาส่งวังพระโสมภพในด้านรายได้ของหมอหลวงมักจะได้รับเงินเป็นจำนวนมากจากการไปรักษาเจ้านายหรือข้าราชการตามพระบรมราชโองการ ถึงแม้ว่าโดยธรรมเนียมประเพณีแล้ว หมอหลวงที่พระมหากษัตริย์พระราชทานไปรักษานั้นจะไม่คิดค่ารักษาพยาบาล แต่คนไข้ก็มักจะจ่ายให้หมอเป็นการแสดงความขอบคุณเสมอ

หมอเชลยศักดิ์ (หมอราษฎร) คือหมอที่ไม่ได้รับราชการ ประกอบอาชีพอิสระ ฝึกฝนเล่าเรียนจากบรรพบุรุษที่เป็นหมออยู่ก่อน หรือศึกษาจากตำราแล้วทดลองฝึกหัดจนมีความชำนาญ โดยส่วนใหญ่แล้วจะใช้ทฤษฎีแพทย์แผนไทยเช่นเดียวกับหมอหลวง หมอเชลยศักดิ์ส่วนใหญ่จะเป็นหมอที่มีชื่อเสียงและมีลูกศิษย์มากทั้งฆราวาสและพระสงฆ์ โดยทั่วไปหมอเชลยศักดิ์มักจะเป็นผู้ชาย (ยกเว้นหมอดำแย้มที่มักจะเป็นหญิงสูงอายุ) ทำหน้าที่ทั้งหมอและหมอยา กล่าวคือ เมื่อตรวจไข้และวินิจฉัยโรคแล้วหมอคนเดียวกันนี้จะทำการปรุงยารักษาด้วย โดยหมอจะมีล่วมยา ๑ ใบ ภายในบรรจุของยาสมุนไพรมชนิดต่างๆ เมื่อตกลงจะรักษาคอนใช้รายใดก็ให้เจ้าของไข้ตั้งขวัญข้าวซึ่งประกอบไปด้วยข้าวสาร กล้วย

หมากพลูและเงินติดเทียนหกลสลึง สิ่งเหล่านี้เรียกว่า ค่าขวัญข้าว ใช้สำหรับเป็นค่าบูชาครูแพทย์ (ชีวกโกมารภัจจ์) หมออาจจะให้เจ้าของไข้เก็บเครื่องยาสมุนไพร ส่วนเครื่องเทศ หมอเรียกเงินซื้อบ้าง ถ้าไข้ไม่สำคัญ คนไข้หายเร็ว เจ้าของไข้ก็ส่งขวัญข้าวทั้งหมดให้หมอและให้ค่ายาอีก ๓ บาท แต่ถ้าหมอรักษาไม่หาย หมอจะไม่ได้อะไรเลย ไม่ว่าจะลงทุนไปแล้วเท่าไรก็ตาม ในรายที่คนไข้มีฐานะดี ผู้เป็นเจ้าของไข้เกรงว่าหมอจะทำการตรวจรักษาไม่เต็มที่ ก็จะตั้งรางวัลไว้สูง หากหมอคนใดรักษาหายได้ก็จะได้รับรางวัลที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ในกรณีที่หมอมือชือเสียง บางครั้งอาจมีการเรียกเก็บเงินก่อนทำการรักษาพยาบาล เรียกว่า ค่าเปิดล่วมยา หมอเฉลยศักดิ์มีรายได้จากค่าตอบแทนในการรักษาพยาบาลเท่านั้น ซึ่งแตกต่างกันไปแล้วแต่แต่ละท้องถิ่นและไม่แน่นอนไปว่าจะได้เงิน ในกฎหมายสมัยก่อน บัญญัติให้หมอสามารถเรียกสิ่งอื่นเป็นค่ารักษาได้นอกจากเงิน ในกรณีที่คนไข้ไม่มีเงิน ดังนั้น รายได้ของหมอเฉลยศักดิ์จึงไม่แน่นอน มักจะประกอบอาชีพอื่นไปด้วย

หมอเฉลยศักดิ์นี้มีโอกาสเลื่อนเป็นหมอหลวงได้ในกรณีที่แสดงความสามารถเป็นที่พอพระราชหฤทัย พระมหากษัตริย์ก็จะโปรดฯ ให้เข้ารับราชการในกรมหมอหลวงหรือมีโอกาสเข้ารับราชการเป็นหมอประจำเมือง ในกรมหมอหลวงของเมืองใหญ่ๆ เช่น เมืองนครศรีธรรมราช เป็นต้น หมอเฉลยศักดิ์มีทั้งที่เป็นฆราวาสและพระสงฆ์

สมัยรัชกาลที่ ๓ (พ.ศ. ๒๓๖๓-๒๓๙๔)

การแพทย์แผนตะวันตกเข้ามามีอิทธิพลต่อวิถีสุขภาพของราษฎรสยามทั่วไปก็เมื่อเข้าสู่ต้นรัชกาลที่ ๓ แห่งกรุงรัตนโกสินทร์แล้ว

บุคคลผู้ได้ชื่อว่ามียุทธศาสตร์สำคัญที่สุดในการบุกเบิกการแพทย์และการสาธารณสุขแผนตะวันตกขึ้นในสยาม คือ **นายแพทย์แดน บีช บรัดเลย์ (Dan Beach Bradley)** หรือชาวบ้านเรียกว่า “หมอปลัดเล” มีชนชั้นนารีชาวอเมริกันคณะเพรสไบทีเรียน (Presbyterian Church) ซึ่งเป็นสำนักหนึ่งของนิกายโปรเตสแตนต์

งานทางด้านการแพทย์ที่หมอบรัดเลย์ได้ริเริ่มขึ้นในปีแรกที่เข้ามาถึงกรุงเทพฯ เมื่อ พ.ศ. ๒๓๙๔ คือเปิด**โอสถศาลา (Health Center)** ขึ้น แถวตลาดสำเพ็ง ใกล้วัดเกาะ ซึ่งเป็นแหล่งชุมชนแออัด ชุกชุมด้วยโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ข้อความตอนหนึ่งในจดหมายเหตุของหมอบรัดเลย์ได้บันทึกไว้ว่า “มีคนป่วยมาหาพวกมิชชันนารีเป็นอันมาก ถึงกับที่อยู่แน่นไปหมด ตั้งแต่เช้าจนเย็น พวกคนป่วยที่มาเหล่านี้ล้วนแต่เป็นคนที่มีความอดอยากการมาทั้งนั้น จึงมาขอรับการรักษา”

กล่าวได้ว่า การแพทย์แผนตะวันตกได้เริ่มหยั่งรากในสังคมไทยครั้งนั้นเอง ดังนั้นทีกของมิชชันนารีอีกตอนหนึ่งที่เขียนขึ้นหลังจากปฏิบัติงานได้ ๓ ปีว่า “แผนยาในแผนกนี้ได้ทำประโยชน์มากที่สุด กล่าวคือ ได้รักษาคนไข้ทั้งชั้นสูง ชั้นกลาง ชั้นต่ำ เกินกว่า ๓,๘๐๐ คน นับว่าได้ทำการช่วยเหลือคนทุกส่วนของประเทศ และได้ทำให้เกิดวิชาหมอย่างใหม่ขึ้นในประเทศสยามด้วย” และ “แผนกยา” ของมิชชันนารีได้จ่ายยาที่ทันสมัยที่สุดในยุคนั้น นั่นคือ ยาควินิน ซัลเฟต ซึ่งนำมาใช้รักษามาลาเรียในประเทศไทย หลังจากที่มีการสกัดควินินขึ้นใช้ครั้งแรกในโลกเพียง ๑๕ ปี

บทบาทที่สำคัญยิ่งกว่านั้นคือหมอบรัดเลย์ได้ริเริ่มงานป้องกันโรคติดต่อขึ้นครั้งแรกในประวัติการสาธารณสุขของประเทศไทย กล่าวคือ ท่านผู้นี้ได้นำวิธีการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษเข้ามาเผยแพร่ในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๓๓๗/๓ หลังจากที่ได้เอดเวิร์ด เจนเนอร์ (Edward Jenner) นายแพทย์ชาวอังกฤษได้ค้นพบวิธีปลูกฝีแล้วราว ๔๐ ปี (พ.ศ. ๒๓๓๙) และเมื่อเกิดไข้ทรพิษระบาดครั้งใหญ่ขึ้นในสยามและทั่วโลกเมื่อปลายปี พ.ศ. ๒๓๔๑ พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงมีรับสั่งให้หมอหลวงทั้งปวงไปหัดปลูกทรพิษจากหมอบรัดเลย์ เพื่อจะได้ออกไปปลูกให้ราษฎรทั่วไปทั้งภายในพระนครและตามหัวเมืองต่างๆ ปรากฏว่าสามารถช่วยชีวิตราษฎรไว้ได้เป็นอันมาก

ความจริงวิธีการป้องกันไข้ทรพิษที่หมอบรัดเลย์นำเข้ามานั้นได้กระทำ ๒ วิธีคือ ๑. วิธีปลูกฝี (Vaccination) หมายถึง การใช้พันธุ์หนองฝีโค (Vaccine Virus) ปลูกลงในผิวหนังของมนุษย์ ๒. วิธีปลูกทรพิษ (Inoculation) หมายถึง การนำเอาหนองจากผู้ป่วยด้วยไข้ทรพิษ (Variola Virus) ไปปลูกลงในผิวหนังของผู้อื่น วิธีหลังเป็นวิธีที่เสี่ยงอันตราย แต่เนื่องจากในคราวที่ไข้ทรพิษระบาดนั้น พันธุ์หนองฝีโคที่ส่งเข้ามาจากสหรัฐอเมริกาไม่เพียงพอ หมอบรัดเลย์และหมอหลวงไทยจึงต้องใช้วิธีปลูกทรพิษแทน ภายหลังรัฐบาลสยามได้ออกกฎหมายห้ามมิให้ผู้ใดทำการปลูกทรพิษเป็นอันขาด ตามพระราชบัญญัติจัดการป้องกันไข้ทรพิษ พ.ศ. ๒๔๖๘ มาตรา ๑๔ ยิ่งไปกว่านั้นรัชกาลที่ ๓ ยังทรงโปรดให้พิมพ์หมายประกาศเป็นใบปลิว ๑๐,๐๐๐ ฉบับแจกจ่ายชักชวนชาวพระนครให้ปลูกฝี กล่าวได้ว่าใบปลิวโฆษณาป้องกันโรคระบาดฉบับนี้เองเป็นสิ่งพิมพ์ฉบับแรกในประวัติศาสตร์การพิมพ์ของรัฐบาลไทย

รัชกาลที่ ๓ ทรงให้ปฏิสังขรณ์วัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามอีกครั้งเมื่อวันพุธ เดือน ๑๐ แรม ๑๐ ค่ำ ปีมะโรง พ.ศ. ๒๓๓๕ เพื่อเป็นการสนองพระเดชพระคุณ เชิดชูพระเกียรติสมเด็จพระโอยกาธิราช (รัชกาลที่ ๑) ให้ยืนยงคงอยู่ชั่วกาลนาน นอกจากนี้ยังมีพระราชประสงค์ที่จะรวบรวมบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในด้านต่างๆ มารวมกันเพื่อถ่ายทอดวิชาความรู้ไว้ให้อนุชนรุ่นหลัง และที่สำคัญ คือ มีพระราชประสงค์

จะฟื้นฟูทางด้านจริยธรรมของประชาชนและเป็นแหล่งรวบรวมความรู้ต่างๆ ของไทย การบูรณปฏิสังขรณ์ครั้งนี้ห่างจากครั้งแรกประมาณ ๔๐ ปี ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้รวบรวมเลือกสรรตำราตำราต่างๆ ซึ่งสมควรจะเล่าเรียนเป็นชั้นวิสามัญศึกษามาตรวจตราแก้ไขใช้ของเดิมบ้างหรือประชุมผู้รู้หลักในวิชานั้นๆ ให้แต่งขึ้นใหม่บ้าง แล้วโปรดฯ ให้จารึกแผ่นศิลาประดับไว้ในบริเวณวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม มีรูปเขียนและรูปปั้นประกอบตำรานั้นๆ เพื่อคนทั้งหลายไม่เลือกว่าตระกูลชั้นใดๆ มีใจรักวิชาอย่างใดก็สามารถเล่าเรียนได้จากศิลาจารึกที่วัดพระเชตุพนฯ

การศึกษาวิชาแพทย์แผนไทยนั้น ถ้าไม่ใช่ผู้ที่อยู่ในตระกูลของแพทย์ หากต้องการศึกษาหาความรู้ทางด้านนี้ก็ต้องเป็นผู้ที่มีความมานะอดทนเป็นอย่างมาก เนื่องจากคนไทยไม่นิยมถ่ายทอดความรู้ให้ผู้อื่นที่ไม่ใช่ลูกหลานในตระกูลของตน ดังนั้นการฝากตัวเป็นศิษย์จึงมิใช่เรื่องง่าย ต้องผ่านขั้นตอนต่างๆ มากมายกว่าที่ครูแพทย์จะยอมรับเป็นศิษย์และถ่ายทอดวิชาความรู้ให้ การศึกษาวิชาแพทย์มิใช่ของง่าย ต้องอาศัยความมานะบากบั่น อดทน และพากเพียร เป็นเวลาแรมปี เพื่อจะได้จดจำคำสั่งสอนของอาจารย์ชนิดต่อปากต่อคำมาท่องจำให้ขึ้นใจ ผู้ที่ทำตัวใกล้ชิดกับบิดา ผู้เป็นอาจารย์หรือลูกศิษย์ที่มาสมัครเรียนจะต้องคอยสนใจปรนนิบัติและคอยติดตามถามไถ่เวลาที่ท่านออกไปรักษาคนไข้นอกสถานที่ต้องคอยติดตามหลังอยู่เสมอมิได้ขาด เพื่อที่จะได้เรียนรู้ถึงตั้งแต่แรกเกิดโรค รู้จักชื่อโรคที่เกิดขึ้น รู้จักยาสำหรับบำบัดโรค รู้ว่ายาใดควรจะแก้โรคอย่างไร อันนี้เป็นกิจที่จะต้องเรียนรู้ให้แม่นยำ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่านโยบาย การตั้งตำรายาและฤๅษีคัดตนขึ้นไว้เป็นทานของพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกและพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวนั้นเป็นคุณูปการอย่างใหญ่หลวงที่ทำให้การถ่ายทอดความรู้ทางด้านการแพทย์แผนไทยมิได้หยุดยั้งเพียงในรัชสมัยของทั้งสองพระองค์เท่านั้น หากยังสืบสานมาจนกระทั่งทุกวันนี้ก็ด้วยวิธีการที่พระองค์ท่านทรงโปรดฯ ให้บันทึกความรู้ต่างๆ เหล่านี้ไว้บนแผ่นศิลา เพราะไม่เพียงแต่จะทำให้องค์ความรู้ต่างๆ ที่ถูกบันทึกลงไปได้เผยแพร่แก่ประชาชนโดยทั่วถึงแล้วแผ่นศิลาจารึกเหล่านั้นยังเปรียบเสมือนเป็นบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งเท่ากับเป็นการอนุรักษ์วิชาความรู้ทางด้านการแพทย์แผนไทยไว้ และในขณะเดียวกันก็เป็นการเผยแพร่ความรู้เหล่านั้นออกไปด้วยเนื่องจากศิลาจารึกเหล่านี้เป็นวัสดุที่เสื่อมสลายได้ยาก ดังนั้นองค์ความรู้ส่วนใหญ่ที่ได้ถูกบันทึกไว้เป็นเวลากว่าสองร้อยปีมานี้ จึงยังสามารถตกทอดมาถึงในสมัยปัจจุบัน แม้ว่าในช่วงที่ผ่านมาความสนใจที่จะศึกษาวิชาการด้านการแพทย์แผนไทยจะได้ชะงักงันไปช่วงหนึ่งก็ตาม

ตำรายาฉลากจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) ที่รัชกาลที่ ๓ โปรดเกล้าฯ ให้จารึกไว้เมื่อ พ.ศ. ๒๓๗๕ [และในปี พ.ศ. ๒๕๐๕ สมเด็จพระวันรัต (ปุ่น ปุณณสิริ) ได้ขอให้โรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพนฯ จัดพิมพ์ไว้เพื่อรักษาต้นฉบับเดิมมิให้สูญหาย] เนื้อหาของตำรายาจะกล่าวถึงอาการของโรคก่อน มีการแก้ด้วยวิธีไสยศาสตร์และมียาแก้ซึ่งมักมีหลายขนานสำหรับใช้เป็นลำดับรองลงมาเมื่อยาขนานแรกๆ ไม่ได้ผล ยาแต่ละขนานประกอบด้วยยาสมุนไพรทั้งพืชวัตถุ สัตว์วัตถุหลายชนิดตั้งแต่ ๑๐ กว่าชนิดขึ้นไปจนถึง ๕๐ ชนิด แต่ไม่กล่าวถึงสรรพคุณของยาสมุนไพรแต่ละชนิดเดี่ยวๆ

รัชกาลที่ ๓ ทรงโปรดเกล้าฯ ให้สืบเสาะหาตำรายาที่ศักดิ์สิทธิ์ ตำราลักษณะโรคทั้งปวงตามพระราชอาณัติ ข้าราชการ ตลอดจนราษฎรมาจารึกในแผ่นศิลา โดยผู้ถวายตำรายาต้องสาบานว่า ยาขนานนั้นตนได้มามีสรรพคุณดี แล้วให้พระยาบำเรอราชแพทย์ตรวจอีกทีก่อนนำไปจารึก

กล่าวได้ว่า วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม เป็นเสมือนมหาวิทยาลัยเปิดทางด้านการแพทย์แผนไทยแห่งแรกของประเทศไทย โดยประสงค์ให้ความรู้วิชาแพทย์แผนไทยเผยแพร่สู่สาธารณชนในวงกว้าง

จารึกวัดโพธิ์แบ่งเป็น ๔ หมวดใหญ่ๆ ดังนี้ คือ

วิชาฤกษ์ดีดัดตน เวชศาสตร์ เกษศาสตร์ และแผนนวด เฉพาะวิชาฤกษ์ดีดัดตนโปรดเกล้าฯ ให้ช่างหล่อรูปปั้นขึ้นด้วยสังกะสีผสมดีบุก นอกจากนี้พระองค์ยังโปรดฯ พระราชทานพระราชนิพนธ์คำโคลงฤกษ์ดีดัดตน ๔ บท และยังให้ข้าราชการและพระเถระแต่งโคลงฤกษ์ดีดัดตนกำกับทุกรูปรวมทั้งสิ้น ๔๐ ท้า เสร็จสิ้นในปี พ.ศ. ๒๓๗๙ และต่อมาโปรดเกล้าฯ ให้คัดลอกทำฤกษ์ดีดัดตนลงสมุดไทย เมื่อ พ.ศ. ๒๓๘๑

แม่กองในการปฏิสังขรณ์วัดพระเชตุพนฯ คือพระยาศรีพิพัฒน์กับพระยาเพ็ชร-พิไชยโดยมีกรมหมื่นนุชิตชิโนรสเป็นผู้ควบคุมในด้านการจารึก รายละเอียดเกี่ยวกับผู้แต่งจารึกวัดพระเชตุพนฯ ด้านการแพทย์เฉพาะที่ระบุไว้ในจารึกจดหมายเหตุเรื่องการปฏิสังขรณ์วัดพระเชตุพนฯ มีผู้แต่งทั้งหมด ๓๗ ท่าน ซึ่งขอกล่าวเพียง ๓ ท่านคือ

๑. พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว: โคลงฤกษ์ดีดัดตน (๑) ดัดตนแก้ขี้เกียจ (๒) ดัดตนแก้เอวขัดขัดขา (๓) ดัดตนแก้ลมในอกในเอว (๔) ดัดตนแก้ขัดเอว (๕) ดัดตนแก้ลมปวดศีรษะ

๒. กรมหมื่นนุชิตชิโนรส: โคลงฤกษ์ตัดตน (๑) ตัดตนแก้ซ้นเท้า (๒) ตัดตนแก้ปวดท้อง แก้ซ้อเท้า (๓) ตัดตนแก้เสมหะในลำคอ ตัดตนแก้ลมในแขน (๔) ตัดตนแก้ลมในอก (๕) ตัดตนแก้ไหล่แก้ท้อง แก้อก (๖) ตัดตนแก้ลมเวียนศีรษะ
๓. กรมหมื่นไกรสรวิชิต: โคลงภาพฤกษ์ตัดตน (๑) ตัดตนดำรงกายอายุยืน (๒) ตัดตนแก้ขา

ความรู้ทางด้านการแพทย์แผนไทยที่จารึกไว้ในวัดพระเชตุพนฯ

สาขาความรู้	สื่อความรู้	แหล่งความรู้
ด้านการแพทย์ สาขาทานาามัย กายภาพบำบัด		
❖ รูปฤกษ์ตัดตน ๘๒ รูป	รูปหล่อด้วยสังกะสีผสมดีบุก	เจดีย์ศาลารายทุกหลัง
❖ โคลงฤกษ์ตัดตน	ศิลาจารึก	ผนังศาลารายรอบวัด
❖ รูปคนแสดงแผนนวด ๖๐ รูป	ภาพเขียน	ศาลาหน้ามหาเจดีย์หลังเหนือ
สาขาเภสัชศาสตร์		
❖ พันธุ์ไม้และสรรพคุณยาต่างๆ	พันธุ์ไม้สมุนไพร	ปลูกรายทั่วๆ ไปตามประตูและกำแพงวัด
❖ ตำรายาและส่วนผสมสำหรับรักษาโรคต่างๆ	ศิลาจารึก	ศาลาหน้ามหาเจดีย์ ทั้งหลังเหนือและหลังใต้
สาขาการแพทย์		
❖ อาการใช้และตำรายาในการรักษา	ศิลาจารึก	ศาลาหน้ามหาเจดีย์ ทั้งหลังเหนือและหลังใต้

การจารึกตำรายาบนแผ่นศิลานี้ มิใช่มีแต่ที่วัดพระเชตุพนฯ เท่านั้น แต่ยังมีจารึกตำรายาไว้ในลักษณะเดียวกันนี้ที่วัดราชโอรสด้วย แต่มีจำนวนน้อยกว่า เพราะจารึกตำรายาของวัดราชโอรสนั้นทำขึ้นตั้งแต่สมัยที่พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าฯ ยังดำรงพระยศเป็นพระเจ้าลูกยาเธอ กรมหมื่นเจษฎาบดินทร์ (พ.ศ. ๒๓๖๔) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสนพระทัยในด้านการแพทย์ของพระองค์ที่ทรงโปรดเกล้าฯ ให้จารึกตำรายาไทยบนแผ่นหินอ่อนรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้ากว้าง ๓๐ เซนติเมตร ในแผ่นศิลาที่มีทั้งรูปกลมและรูปไข่ประดับบนกำแพงพระวิหารพุทธไสยาสน์ และที่ศาลารายเล็กปลูกติดกับกำแพงแก้วหน้า

พระอุโบสถมีตำรายาต่างๆ รวบรวมไว้นานเพื่อเป็นวิทยาทานแก่พสกนิกรที่จะได้นำไปใช้ประโยชน์ในการรักษาและเป็นการอนุรักษ์ตำรายาไทยมิให้สูญสิ้นไป

บุคคลที่มีความสำคัญต่อการแพทย์แผนไทยคือ พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมหลวงวงษาธิราชสนิท ทรงเข้ารับราชการกำกับกรมหมอย ในรัชกาลที่ ๓ และทรงได้รับการสถาปนาขึ้นเป็นกรมหมื่นวงษานิติ ทรงแต่งตำราสรรพคุณยาสมุนไพรไทย จำนวน ๑๑๖ ชนิด ซึ่งเป็นตำราสมุนไพรเล่มแรกของไทยที่เขียนแบบเอกสารทางวิชาการ แจกแจงและวิเคราะห์ส่วนต่างๆ ของพืชสมุนไพรแต่ละชนิด ทรงเป็นแพทย์ไทยพระองค์แรกที่ได้รับประกาศนียบัตรถวายเป็นพระเกียรติจากสถาบันการแพทย์ของยุโรปและได้รับเชิญให้เป็นสมาชิกของสถาบันการแพทย์แห่งนิวยอร์ก อีกทั้งยังทรงจารึกคำประพันธ์บรรยายถึงการบำบัดโรคด้วยสมุนไพรและการออกกำลังกายที่เรียกว่า ฤๅษีดัดตน ๒ ท่า ในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามหรือวัดโพธิ์

ใน พ.ศ. ๒๕๕๑ องค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) ได้ประกาศยกย่องพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมหลวงวงษาธิราชสนิท ให้เป็นบุคคลสำคัญของโลก ในวาระครบรอบ ๒๐๐ ปี วันคล้ายวันประสูติ ในสาขาปราชญ์และกวี

สมัยรัชกาลที่ ๔ (พ.ศ. ๒๓๙๔-๒๔๑๑)

ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ ๔ ในยุคที่ประเทศชาติได้เริ่มเปลี่ยนแปลงปรับปรุงเข้าสู่ยุคใหม่อย่างกว้างขวาง โดยหันมามุ่งพัฒนาตามอย่างวัฒนธรรมตะวันตก เป็นยุคแห่งการเปิดประเทศ เปิดประตูการค้าครั้งใหญ่ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ คาดว่าการแพทย์ตะวันตกที่เริ่มเข้ามาในปลายสมัยรัชกาลที่ ๓ ได้รับการสนับสนุนในรัชกาลที่ ๔ นี้ เช่น ในด้านการสุติกรรมแบบตะวันตก แต่ไม่สามารถชักจูงให้ราษฎรเปลี่ยนความนิยมได้ เพราะการรักษาพยาบาลแผนไทยเป็นจารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่สืบเนื่องกันมาจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตคนไทย

ในสมัยรัชกาลที่ ๔ นี้เองได้มีชาวต่างประเทศผู้มีบทบาทสำคัญในทางการแพทย์แผนใหม่อีกท่านหนึ่ง คือ **นายแพทย์แซมมวล เรย์โนลด์ เฮาส์** (Samuel Reynolds House) หรือที่คนไทยรู้จักในชื่อ “หมอเหา” ในด้านการบำบัดรักษาโรค หมอเฮาส์ได้เปิดโอสถศาลาขึ้น ณ ที่ทำการเดิมของหมอบรัดเลย์ ในช่วงระยะเวลา ๑๔ เดือนแรกได้มีผู้ป่วยมารับการรักษากว่า ๓,๐๐๐ ราย และเขายังเป็นศัลยแพทย์ที่ใช้อีเธอร์ในการผ่าตัดเป็นครั้งแรกในประเทศไทย หรืออาจเป็นครั้งแรกของทวีปเอเชีย (หลังจากที่ได้เริ่มมีการใช้อีเธอร์ในทางศัลยกรรมเกิดขึ้นในวงการแพทย์ของโลกเพียง ๒ ปีเท่านั้น)

ในด้านการป้องกันโรคติดต่อ หมอเฮาส์ได้มีบทบาทสำคัญในการควบคุม อหิวาตกโรค ซึ่งระบาดครั้งใหญ่เมื่อ พ.ศ. ๒๓๙๒ (ตรงกับกาฬโรคระบาดทั่วโลกครั้งที่ ๒) มีคนตายทั้งในกรุงเทพฯ และหัวเมืองใกล้เคียงไม่น้อยกว่า ๔๐,๐๐๐ คน ภายหลัง หมอเฮาส์ได้เขียนรายงานพิมพ์เผยแพร่ในสหรัฐอเมริกาฉบับหนึ่ง (พ.ศ. ๒๔๐๘) เกี่ยวกับการบำบัดผู้ป่วยอหิวาตกโรคในสมัยนั้น สรุปว่า การใช้ทิงเจอร์การบูรผสมน้ำให้ผู้ป่วย ดื่มน้อยๆ นั้นได้ผลดีมาก และผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดวิธีนี้ ไม่มีใครตายเลย

ต่อมากิจการแพทย์แผนตะวันตกของพวกมิชชันนารีคณะเพรสไบทีเรียนก็ขยายตัว ออกสู่ภูมิภาคโดยสาขาแรกเริ่มขึ้นที่จังหวัดเพชรบุรี ในปี พ.ศ. ๒๔๐๔ นำโดย **ศาสตราจารย์เอส.จี. แมคฟาร์แลนด์** (S.G. McFarland) จนที่สุดสามารถก่อตั้ง โรงพยาบาลได้สำเร็จ นับว่าเป็นโรงพยาบาลแผนตะวันตกแห่งแรกในประเทศไทย (เปิดทำการก่อนโรงพยาบาลศิริราช ๘ ปี)

การแพทย์และการสาธารณสุขภูมิภาคของพวกมิชชันนารีที่สำคัญอีกแห่งคือ ที่ จังหวัดเชียงใหม่ นำโดย **ศาสตราจารย์แดเนียล แมคกิลวารี** (Daniel McGilvary) ลูกเขย ของหมอบรัดเลย์ ศาสตราจารย์ผู้นี้แม้มิใช่แพทย์อาชีพแต่ก็ได้วางรากฐานการแพทย์ของ มิชชันนารีขึ้นที่จังหวัดเชียงใหม่ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๑๐ จนพัฒนามาเป็น **โรงพยาบาล แมคคอร์มิค** ที่สำคัญเขาได้ริเริ่มงานควบคุมไข้มาลาเรียทางภาคเหนือได้ก่อนที่จะมีการ ค้นพบทางวิชาการเกี่ยวกับการแพร่เชื้อของมาลาเรีย เกือบ ๓๐ ปี

ในสมัยดังกล่าวนี้ ถึงแม้ว่าพระมหากษัตริย์ พระบรมวงศานุวงศ์และขุนนางชั้น ผู้ใหญ่จะนิยมการแพทย์ตะวันตก แต่สำหรับราษฎรโดยทั่วไปแล้วยังนิยมใช้การแพทย์ แผนไทยในการรักษาความเจ็บไข้ได้ป่วยอยู่

พบหลักฐานทางเอกสารในสมัยรัชกาลที่ ๔ ว่ามีข้าราชการในฝ่ายพระราชวังบวรสถานมงคลของพระบาทสมเด็จพระปิ่นเกล้าเจ้าอยู่หัว หรือ ข้าราชการฝ่ายวังหน้า ที่ เกี่ยวกับการแพทย์ ได้แก่ ข้าราชการในกรมหมอ กรมหมอยา กรมหมอนวด กรมหมอกุมาร กรมหมอยาตา หมอฝรั่ง ดังนี้

๑. กรมหมอ

พระยาประเสริฐสุศาสตร์ธำรง	จางวาง
พระยาประสิทธิวิทยา	จางวาง
พระศรีมโหสถ	เจ้ากรมแพทยาหน้า
พระศรีศักดิ์ราช	เจ้ากรมแพทยาหลัง
หลวงรัตนแพทยา	ปลัดจางวาง
หลวงประเทศแพทยา	ปลัดจางวาง
หลวงจินดาโอสถ	เจ้ากรม

๒. กรมหมอยาชายขวา

หลวงทิพรักษา	เจ้ากรม
หลวงวิเศษโอสถ	เจ้ากรม
ขุนราชโอสถ	ปลัดกรม
ขุนประเสริฐโอสถ	ปลัดกรม
ขุนเทวโอสถ	ปลัดกรม
ขุนเทพโอสถ	ปลัดกรม
ขุนอุดมโอสถ	ปลัดกรม
ขุนมณีโอสถ	ปลัดกรม

๓. กรมหมอนวด

พระวรวงศรัทธา	จางวาง
หลวงสัมพาหแพทย์	ปลัดจางวาง
หลวงสัมพาหภักดี	ปลัดจางวาง
หลวงประสาทวิจิตร	เจ้ากรมซ้าย
หลวงประสิทธิหัตถา	เจ้ากรมขวา
ขุนวาตาพินาศ	ปลัดกรมขวา
ขุนศรีสัมพาห	ปลัดกรมซ้าย

๔. กรมหมอกุมาร

พระกุมารานุรักษ์	จางวาง
หลวงสิทธิกุมาร	เจ้ากรม

๕. กรมหมอยาตา

ขุนประสาทโนยเนตร	เจ้ากรม
ขุนวิเศษโนยนา	เจ้ากรม
หมื่นแผ้วโนยนา	ปลัดกรมขวา
หมื่นเทวภิเนตร	ปลัดกรมซ้าย

๖. หมอฝรั่งซ้ายขวา

ขุนชำนาญระบพิตร	เจ้ากรมขวา
ขุนสนธิเวทยา	เจ้ากรมซ้าย
หมื่นเมทธีวิทยา	ปลัดกรมขวา
หมื่นชำนาญเมทธีวิทยา	ปลัดกรมซ้าย

จะเห็นได้ว่า ในรัชกาลที่ ๔ เริ่มมีการตั้งหมอฟรังเป็นหมอหลวงในราชสำนักมีบรรดาศักดิ์อย่างเป็นทางการเหมือนสมัยกรุงศรีอยุธยาอีกครั้ง

สมัยรัชกาลที่ ๕ (พ.ศ. ๒๔๑๑-๒๔๕๓)

พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ ๕ ทรงเห็นว่าบรรดาคัมภีร์แพทย์แผนโบราณและตำรายาพื้นบ้านของไทย ซึ่งได้ศึกษาเล่าเรียนคัดลอกต่อกันมาด้วยความเพียรพยายามในหมู่แพทย์และผู้สนใจ มีคุณประโยชน์อย่างยิ่ง แต่ต้นฉบับตำราและพระตำราหลวงที่ได้สร้างขึ้นและได้ใช้สืบทอดกันมายาวนานนั้นสูญหายไปบ้าง พระองค์ทรงเห็นความจำเป็นที่จะต้องทำนุบำรุงพระคัมภีร์แพทย์ให้ปรากฏไว้เป็นหลักฐานและเผยแพร่ต่อไปในภายภาคหน้า ในพุทธศักราช ๒๔๑๓ หลังจากเสด็จขึ้นครองราชสมบัติเพียง ๒ ปีได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ประชุมคณะแพทย์หลวง จัดหารวบรวมคัมภีร์แพทย์ในที่ต่างๆ มาตรวจสอบชำระให้ตรงกันกับฉบับดั้งเดิม ในการนี้ได้ทรงแต่งตั้งคณะกรรมการแพทย์หลวงขึ้นมาชุดหนึ่ง ประกอบด้วย **“พระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมหมื่นภูเบศร์ราชูปถัมภ์”** จางวางแพทย์ ร่วมกับ **“พระยาอมรศาสตร์ประสิทธิ์ศิลป์ หลวงกุมารเวช หลวงกุมารแพทย์ ขุนกุมารประเสริฐ ขุนกุมารประสิทธิ์”** และ **“ขุนเทพกุมาร”** เป็นต้น ให้ช่วยกันตรวจสอบชำระคัมภีร์แพทย์ทั้งหมดให้ถูกต้องมีหลักฐานจดบันทึกไว้ในหอหลวง เพื่อให้ใช้บำบัดโรคภัยไข้เจ็บแก่มหาชน คณะกรรมการชุดนี้ได้ตรวจสอบชำระ เห็นถูกต้องแล้วจึงส่งมอบให้กรมพระอาลักษณ์ ในการนี้ **“พระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมหมื่นอักษรสาสนโสภณ”** จางวางกรมพระอาลักษณ์ **“หลวงสารประเสริฐ”** และ **“ขุนนิมิตรอักษร”** ชำระตรวจอักษรถูกต้องแล้วจัดกรมหมื่นกรมราชบัณฑิตเขียนอักษรขอมเส้นทอง กรมพระอาลักษณ์ชูปอักษรไทยเส้นหรรดาล นำขึ้นทูลเกล้าฯ ถวายเพื่อเป็นส่วนพระราชกุศล เป็นที่เฉลิมพระเกียรติยศและเป็นสมบัติของแผ่นดินสืบไป

คัมภีร์ที่ชำระแล้วเหล่านี้รวมเรียกว่า **“เวชศาสตร์ฉบับหลวง”** ซึ่งเป็นที่มาของตำรา**แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์** ที่เป็นตำราหลักในการศึกษาเล่าเรียนของแผนไทยในยุคต่อมากระทั่งถึงปัจจุบัน

ความเป็นมาดังกล่าว สะท้อนให้เห็นพระราชวิจาร์ณญาณอันสุขุมคัมภีร์ภาพของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ผู้เป็น **“สมเด็จพระปิยมหาราช”** ของพสกนิกรชาวไทย พระองค์ทรงเห็นคุณค่าของภูมิปัญญาดั้งเดิมอันเป็นมรดกทางวัฒนธรรม มรดกล้ำค่าด้านเวชกรรมและเภสัชกรรมส่วนนี้มีที่มาจากหลายกระแสสังคม สืบทอดผ่านมาหลายยุคหลายสมัย จนกระทั่งตกผลึกเป็นภูมิปัญญาไทยและเป็นมรดก

ทางวัฒนธรรมของชาติ นอกจากนี้ ยังมีหลักฐานเอกสารแสดงให้เห็นว่าพระองค์ทรงห่วงใยว่าวิชาการด้านนี้จะสูญสิ้น หากชนรุ่นหลังไม่เข้าใจถึงคุณค่าและหันไปรับอิทธิพลการแพทย์แผนตะวันตกแต่อย่างเดียว กระแสพระราชดำริว่าด้วยเรื่อง “หมอไทยและยาไทย” ปรากฏในพระราชหัตถเลขาถึงสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมพระยาดำรงราชานุภาพ ลงวันที่ ๑๘ พฤศจิกายน รัตนโกสินทรศก ๑๐๙ พ.ศ. ๒๔๓๓ ข้อความว่า

“.....ขอเตือนว่า หมอฝรั่งนั้นดีจริง แต่ควรให้ยาไทยสูญหายไป หมอไทยจะควรไม่ให้มีต่อไปภายหน้าหาควรจะมีไว้บ้าง ถ้าว่าส่วนตัวฉันเองยังสหมักินยาไทยและยังวางใจ หยาอุ้มใจในหมอไทยมาก ถ้าหมอไทยจะรักษาอย่างฝรั่งหมด ดูเยือกเย็นเหมือนเหินอื่น ไม่เหมือนพระเหินสงฆ์เลยเหมือนกัน แต่ตัวฉันก็อายุมากแล้ว เหินจะไม่ได้เข้าไปจนหมอไทยหมดดอก คนภายหน้าจะพอใจอย่างฝรั่งทั่วกันไป จะไม่เดือดร้อนเช่นฉันดอกกระมัง เปนแต่ลองเตือนดู ตามหัวเก่าๆ ที่หนึ่งเท่านั้น.....”

แต่เดิมมา ตำรายาและคัมภีร์แพทย์แผนโบราณของไทย ส่วนใหญ่จารเป็นอักขระขอม ภาษาบาลีและภาษาไทย ใช้อ่านและจดจำกันเช่นเดียวกับคัมภีร์เทศน์ธรรมะต่างๆ ในใบลาน สำหรับในราชสำนักสยามแต่โบราณนั้น ขึ้นชื่อว่า “พระคัมภีร์แพทย์” หรือ “พระตำราหลวง” ก็คือตำราแพทย์ของราชสำนักนั่นเอง พระตำราหลวงเหล่านี้ถือเป็นของศักดิ์สิทธิ์ เจ้านายส่วนใหญ่อีกเป็นแพทย์ พระมหากษัตริย์ไทยจึงทรงมีพระคลังยาและคลังพระตำรา มีชื่อเรียกว่า “คลังพระตำราข้างพระที่” เป็นแหล่งศึกษาค้นคว้าระดับราชสำนักหรือใช้กันในหมู่แพทย์หลวงโดยมาก เข้าใจว่าเป็นเช่นนี้มาตั้งแต่สมัยกรุงอยุธยาสืบเนื่องมาถึงสมัยกรุงรัตนโกสินทร์

นับว่าสมัยรัชกาลที่ ๕ เป็นสมัยที่มีการอัญเชิญประวัติคัมภีร์แพทย์ อันเป็นตำรายาหลายสมัยที่ใช้ต่อกันมาและอยู่กระจัดกระจายตามที่ต่างๆ มารวมกัน มีการตรวจสอบให้ตรงกับของดั้งเดิมและมีหลักฐานจดบันทึกไว้ในหอพระสมุดหลวง พระคัมภีร์แพทย์ของอาจารย์แต่ละท่านมักกล่าวถึงอาการของโรค วิธีรักษา ตำรายาที่จะต้องใช้และสรรพคุณยาไว้พร้อมมูล แม้จะมีการกล่าวซ้ำกันบ้างแต่ก็คนละทัศนะซึ่งก็มีจุดมุ่งหมายปลายทางเดียวกัน เช่น พระคัมภีร์ประถมจินดากล่าวถึงการปฏิสนธิของทารก การเกิดโลหิตระดูสตรี กำเนิดโรคกุมารและยารักษา พระคัมภีร์ตักกคิลากล่าวถึงบรรดาไข้พิษทั้งปวง พระคัมภีร์กษัยกล่าวถึงโรคกษัย ๒๖ ประการ เป็นต้น นอกจากนี้**พระองค์เจ้าสายสนิทวงศ์** ซึ่งทรงเป็นหมอหลวงและยังทรงกำกับกรมหมอหลวง ทรงเอาพระทัยใส่ใน

เรื่องเสาะแสวงหาตำรายาดีอยู่เสมอทั้งยาไทยและยาฝรั่ง ได้คัดเลือกตำรายาที่ว่าดีรวมไว้เรียกว่า **ตำรายาพระองค์เจ้าสายสนธิวงศ์**

ในรัชสมัยนี้วิชาแพทย์แผนไทย ได้รับการฟื้นฟูและสนับสนุนอย่างเต็มที่ มีการสอนและฝึกหัดวิชาแพทย์แผนไทยใน**สำนักกรมแพทย์พระราชวังบวรสถานมงคล** (กรมพระราชวังบวรวิชัยชาญ) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นโรงเรียนแพทย์ที่เกิดขึ้นก่อนโรงเรียนแพทยากรในโรงพยาบาลศิริราชเสียอีก ถึงแม้ว่ายุคนี้จะได้รับอิทธิพลจากการแพทย์ตะวันตกมากขึ้นทุกที แต่คนไทยก็ยังนิยมหมอไทยและกลัวหมอฝรั่ง แม้ว่าในเวลาต่อมาจะมีการสร้างโรงพยาบาลศิริราช ขึ้นในปี พ.ศ. ๒๔๓๐ สำหรับรักษาประชาชนทั่วไป แต่ก็ต้องออกอุบายรวมทั้งแจกจ่ายเงินทองและสิ่งของเพื่อชักชวนให้ไปโรงพยาบาล หลังจากโรงพยาบาลศิริราชได้จัดตั้งขึ้นเป็นเวลา ๒ ปี เกิดปัญหาเนื่องจากขาดแคลนผู้ที่จะทำหน้าที่แพทย์ ดังนั้นในปี พ.ศ. ๒๔๓๒ พระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมพระยาดำรงราชานุภาพจึงทรงตั้งโรงเรียนฝึกหัดแพทย์ขึ้น (ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๔๔๓ ได้ยกขึ้นเป็นโรงเรียนราชแพทยาลัย) หลักสูตรการเรียนมีกำหนด ๓ ปี ระยะเวลาการเรียนและการบริการมีทั้งแพทย์ฝรั่งซึ่งให้การรักษายาตามแบบอย่างตะวันตกและแพทย์ไทยที่ใช้ยาไทยรักษาโรคโดยให้การรักษาควบคู่กันไปตามความสมัครใจของผู้ป่วยที่จะเลือกใช้บริการได้ตามใจชอบ เหตุผลที่เอาการแพทย์ไทยมารวมด้วยนั้น กล่าวว่าเป็นเพราะแพทย์ตะวันตกหายากจึงเอาแพทย์ไทยมาประจำที่โรงพยาบาลด้วย เมื่อเปิดโรงเรียนแพทย์ขึ้นจึงมีการเปิดสอนการแพทย์ทั้ง ๒ แผนควบคู่กันไป

หมอไทยในโรงพยาบาลศิริราช

โรงพยาบาลศิริราชซึ่งเป็นสัญลักษณ์แห่งการปฏิรูปการสาธารณสุขของประเทศ ตามแบบการแพทย์แผนตะวันตก สร้างเสร็จในปี พ.ศ. ๒๔๓๑ ในระยะแรกโปรดเกล้าฯ ให้สมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอพระองค์เจ้าศรีเสาวภาคย์ เป็นอธิบดีกรมพยาบาล รับผิดชอบในการจัดการภายในโรงพยาบาล สมเด็จพระยาดำรงราชานุภาพซึ่งรับผิดชอบงานด้านก่อสร้าง ได้เขียนไว้ใน**หนังสือนิทานโบราณคดี**เกี่ยวกับการหาหมอมาประจำโรงพยาบาลโดยสมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอพระองค์เจ้าศรีเสาวภาคย์ว่า

“พระองค์ได้เที่ยวตรัสชวนหมอหลวง ปรากฏว่า เธอว่าหมอถือตัวกันเป็นต่างพวก ใช้วิธีรักษาและยาที่รักษาโรคร่วมกันแต่ในพวกของตน ซึ่งมักเป็นลูกตัวหรือลูกเขยหรือเป็นศิษย์ของหมอที่เป็นตัวครู ต่างพวกต่างรังเกียจกัน ดูราวกับเป็นพวกอื่นว่าไม่เป็นหมอไปเสียทั้งนั้น จันเคยทูลถามว่า ถ้าเช่นนั้น เอาตำราหมอ

ของหลวงใช้เป็นหลักสำหรับโรงพยาบาลไม่ได้หรือ เธอตรัสว่า ได้ลองถามดูแล้วต่างคนต่างก็บอกว่าตำราหลวงใช้เป็นหลักไม่ได้จริง เมื่อครั้งพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวโปรดฯ ให้ประชุมหมอหลวงแต่งตำราที่จารึก ณ วัดพระเชตุพนฯ หมอหลวงต่างคนก็ปิดพรางตำรายาดีของตนเสีย ไม่ได้ไปลงในตำราหลวง คงมีแต่ตำราที่แต่งไว้แต่ยาอย่างบรมโบราณ อันใครๆ ก็รู้ด้วยกันหมด แต่วิธีรักษาและยาที่ใช้ในปัจจุบันหาไม่”

เมื่อไม่สามารถจะให้หมอร่วมมือกันได้เช่นนั้น พระองค์เจ้าศรีเสาวภาคย์จึงหาหมอที่มีชื่อเสียงคนหนึ่งมาเป็นนายแพทย์ใหญ่ ส่วนแพทย์รองนั้นก็ให้นายแพทย์ใหญ่หาอาจเป็นลูกหลานหรือศิษย์ก็ได้ ในที่สุดพระองค์เจ้าศรีเสาวภาคย์จึงเชิญพระประสิทธิ์วิฑูยา (หมอหนู ซึ่งต่อมาเป็นพระยาประเสริฐสุศาสตร์ธำรง) มาเป็นแพทย์ใหญ่ประจำโรงพยาบาล ส่วนแพทย์รองนั้นได้ศิษย์ชื่อว่า หมอคง และหมอนิม (ต่อมาหมอคงได้เป็นพระยาพิศณุประสาทเวช ส่วนหมอนิมได้เป็นพระยาประเสริฐสุศาสตร์ธำรง)

การให้บริการในโรงพยาบาลศิริราชในปีแรกจึงมีแต่หมอฝ่ายไทยเท่านั้น จนกระทั่งเมื่อพระองค์เจ้าศรีเสาวภาคย์ประวรและทรงประทับรักษาพระองค์ที่โรงพยาบาลจนสิ้นพระชนม์เมื่อปี พ.ศ. ๒๔๓๒ จึงโปรดเกล้าฯ ให้พระไตรโกษาเป็นอธิบดีกรมพยาบาลแทน พร้อมกับแต่งตั้งแพทย์ใหญ่ฝ่ายฝรั่ง คือหมอ ที. เอช. เฮาส์ โดยมีหมอปิเตอร์ กาแวน ซึ่งเป็นแพทย์ประจำราชสำนักวังหลวงเป็นที่ปรึกษา โดยพระประสิทธิ์วิฑูยา (หนู) เป็นแพทย์ใหญ่ฝ่ายไทย หลังตั้งโรงพยาบาลศิริราชแล้ว กรมพยาบาลได้ตั้งโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอีกหลายแห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลริมป้อมมหาไชย โรงพยาบาลคนเสียจริต โรงพยาบาลบางรัก โรงพยาบาลเทพศิรินทร์ราชวาส นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลที่สร้างโดยเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลเลี้ยงเด็ก โรงพยาบาลสภาอุณาโลมแดง ซึ่งเกี่ยวข้องกับกรมพยาบาลด้วย

มีหลักฐานระบุว่าหมอไทยที่อยู่ประจำโรงพยาบาลต่างๆ ในขณะนั้น เป็นหมอจากกรมแพทย์สำนักพระราชวังบวรสถานมงคล (วังหน้า) ทั้งสิ้น ได้แก่ หมอท้วม หมอนิม หมอพุท การให้บริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเหล่านี้ อนุญาตให้ผู้ป่วยเลือกใช้บริการตามใจชอบว่าจะใช้หมอไทยหรือหมอฝรั่ง ยาที่ใช้มีทั้งยาไทยและยาฝรั่ง สำหรับยาไทย ถ้าเป็นยาผง จะซื้อเครื่องยามาปรุงที่โรงพยาบาลศิริราช แล้วแจกจ่ายไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ ส่วนยาต้มให้แต่ละโรงพยาบาลปรุงขึ้นเอง

หมอไทยในโรงเรียนแพทย์

การที่หาหมอไทยมาอยู่ประจำโรงพยาบาลต่างๆ ได้ยากนี้เอง เป็นเหตุให้กรมหมื่นดำรงราชานุภาพ (พระยศในขณะนั้น) ทรงปรึกษากับ หมอปีเตอร์ กาแวน หมอฝรั่งประจำราชสำนักวังหลวงและพระองค์เจ้าศรีเสาวภาคย์ กรมการทั้งสามท่านเห็นควรให้ตั้งโรงเรียนฝึกหัดแพทย์เพื่อเข้าทำงานในโรงพยาบาลต่างๆ แทนหมอไทย โดยจะจัดให้มีการสอนวิชาแพทย์อย่างฝรั่งขึ้น และอาศัยตึกของโรงพยาบาลศิริราชเป็นตึกเรียนไปก่อน ส่วนอาจารย์สอน อาจให้กระทรวงธรรมการจ้างหมอ **ที. เฮวาร์ด เฮล์** (T. Heyward Hays) แพทย์คณะมิชชันนารีมาเป็นอาจารย์สอน โรงเรียนแพทยากรเปิดประกาศรับสมัครนักเรียนเข้าฝึกหัดวิชาแพทย์แผนปัจจุบันในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๔๓๒ เริ่มเปิดสอนในวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๔๓๓ การสอนในช่วงแรกในชั้นปีที่ ๑ และ ๒ มีเฉพาะวิชาการแพทย์แผนตะวันตก พอถึงชั้นปีที่ ๓ (พ.ศ. ๒๔๓๕) จึงเพิ่มวิชาการแพทย์ไทยโดยกรมพยาบาลได้จัดหม่อมเจ้าเจียก ทินกร เจ้ากรมแพทย์สำนักพระราชวังหลวงเป็นอาจารย์สอน

เกี่ยวกับการสอนวิชาแพทย์ไทยเพิ่มเข้าไปในั้น เกิดเนื่องจากพระราชหัตถเลขา (พ.ศ. ๒๔๓๓) ดังกล่าวแล้วว่าที่พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ มีถึงกรมหมื่นดำรงราชานุภาพ เมื่อคราวที่กรมหมื่นดำรงราชานุภาพมีหนังสือกราบบังคมทูลถึงการรับสมัครนักเรียนแพทย์ซึ่งต้องทำสัญญารับทุนกับกรมพยาบาลและขอพระราชทานตั้งเงินเดือนนักเรียนและค่าใช้สอยเบ็ดเตล็ด

พระราชหัตถเลขาดังกล่าว ทำให้มีการบรรจุวิชาแพทย์ไทยลงในหลักสูตรแพทย์ ดังจดหมายกราบบังคมทูลของกรมหมื่นดำรงราชานุภาพ ความตอนหนึ่งว่า

“จะให้ฝึกสอนทั้งวิธีฝรั่งและยาไทย เลือกแต่ที่ดีทั้ง ๒ ฝ่าย มาประสมกัน คือ การฝึกสอนให้นักเรียนรู้ลักษณะร่างกาย การฝึกสอนรักษาผ่าตัดและเย็บบาดแผล วิธีมดุงครรภ์ และการแยกธาตุตรวจสรรพยา โดยวิชาเคมีศตริ เป็นต้น วิชาฝรั่งเหล่านี้คิดด้วยเกล้าว่าฯ จะฝึกสอน ส่วนวิธีไทย คือสรรพยาและวิธีพยาบาล เป็นต้น ก็ให้ฝึกสอน และคิดบำรุงให้เจริญขึ้นเต็มกำลัง” ต่อมาทางโรงเรียนแพทยากรได้รับพระราชทานโรงตมพื้นของหลวงที่คลองบางกอกน้อย เพื่อจัดตั้งเป็นโรงเรียนแพทย์ขึ้นในที่แห่งใหม่ เมื่อก่อสร้างโรงเรียนเสร็จในปี พ.ศ. ๒๔๔๓ โปรดเกล้าฯ พระราชทานนามโรงเรียนแพทย์ว่า **โรงเรียนราชแพทยาลัย**

ตลอดระยะเวลา นับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๔๓๖ จนถึง พ.ศ. ๒๔๕๘ วิชาแพทย์ไทย ยังคงปรากฏอยู่ในหลักสูตรการเรียนการสอนของโรงเรียนแพทย์ ในระยะแรกนอกจาก หม่อมเจ้าเจียก ทินกรแล้ว ยังปรากฏครูผู้สอนอีกหลายคน ได้แก่ หม่อมเจ้าปราณี ทินกร หม่อมเจ้าพูลสวัสดิ์ หม่อมเจ้าปานขุนพิณิจ หลวงวิมเนตร์ โดยเอาตำราหลวงใน หอสมุดวชิรญาณมาสอน ต่อมาหม่อมเจ้าปราณีได้เรียบเรียงตำราขึ้นใหม่ให้อ่านเข้าใจได้ ง่ายขึ้น มีตำราธาตุวินิจัย สมุฏฐานวินิจัย ธาตุอภิญญาณ อสุรินทญาณธาตุ ประถมจินดา โรคและยาต่างๆ ต่อมาปี พ.ศ. ๒๔๕๑ มีพระยาพิศณุประสาทเวช (คง ถาวรเวช) เป็นอาจารย์ และขุนพิณิจไวยาการ เป็นผู้ช่วย

การผลิตยาตำราหลวง พ.ศ. ๒๔๔๔ ได้มีการผลิตยาตำราหลวงเป็นครั้งแรก ๘ ขนานคือ ยาแก้ไอ (ควินิน) ยาถ่าย ยาแก้ท้องอืด ยาแก้โรคไส้เดือน ยาแก้โรคบิด ยาบำรุงโลหิต ยาแก้คุดทะราดและเข้าข้อ และยาแก้จุกเสียด (โซดาไมท์)

มีการพิมพ์ตำราแพทย์สำหรับใช้ในโรงเรียนเล่มแรก ชื่อ **แพทย์ศาสตร์ สงเคราะห์** ขึ้นในปี พ.ศ. ๒๔๓๒ พิมพ์เป็นตอนๆ แบ่งออกเป็นภาคเนื้อหา มีทั้งการ แพทย์แผนไทยและตะวันตก ตำราชุดนี้พิมพ์ออกมาได้เพียง ๓ เล่มเท่านั้น

ปี พ.ศ. ๒๔๔๔ เจ้าพนักงานกรมพยาบาลของกระทรวงธรรมการดำริว่า โรงเรียนราชแพทยาลัยตั้งมาได้ ๑๒ ปีแล้ว แต่ยังไม่มีหลักตำราสาธารณสุขประโยชน์ แก่แพทย์และมหาชนทั้งหลายที่จะระวังรักษาร่างกาย เพราะฉะนั้นจึงได้รวบรวม พระคัมภีร์แพทย์แผนไทยทั้งปวงและตำราแพทย์ฝรั่งบรรดาที่สอนอยู่ในโรงเรียน เป็นต้นว่า พระตำราหลวงที่ตรวจสอบแล้วเช่นที่กล่าวถึงพระคัมภีร์ประถมจินดา ธาตุอภิญญาณ ธาตุบรรจบ ฯลฯ กับทั้งตำราตรวจโรคและรักษาใช้ต่างๆ ที่แพทย์โรงพยาบาลได้ เรียบเรียงขึ้นใหม่โดยได้พบปะและตรวจรักษาพยาบาลมาแล้วหรือที่กำลังทำการรักษาอยู่ รวมข้อความโดยละเอียดออกพิมพ์ให้ชื่อว่า **ตำราแพทย์ศาสตร์** พิมพ์เป็นเล่มต่างๆ ต่อจากตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ที่เลิกพิมพ์ไป

หลังจากมีการจัดตั้ง **เวชศาสตร์สโมสร** ขึ้น กระทรวงศึกษาธิการได้ร่วมกันจัด พิมพ์ตำราแพทย์ขึ้นอีกใน พ.ศ. ๒๔๔๓ ให้ชื่อว่า **ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์** ตามฉบับแรกแต่เนื้อหา กล่าวถึงวิธีและตำรับยาของแพทย์ตะวันตกเกือบทั้งหมด มียาไทย แทรกอยู่บ้างก็เพราะหายาฝรั่งแทนไม่ได้เท่านั้น ผู้จัดการพิมพ์คือ ร.อ.ดำรงแพทย์คุณ ออกเป็นรายเดือน ปีละ ๑๒ เล่ม พิมพ์ออกมาได้เพียง ๔ เล่มก็ล้มเลิกไปเพราะ ทุนหมด และยกไปพิมพ์รวมอยู่ในจดหมายเหตุของหนังสือพิมพ์วิทยาวิจารณ์ เป็นอันว่า พระคัมภีร์แพทย์และตำรายาไทยในนามของแพทย์ศาสตร์ ต้องล้มลุกคลุกคลานมาโดย ตลอดแม้ว่าตำราเรียนที่พิมพ์ขึ้นใหม่ก็เป็นตำรายาเทศไปหมด รวมทั้งวิชาเภสัชพืชสมุนไพร ของนักเรียนแพทย์แผนปัจจุบันก็ไม่เห็นมีตำราสมุนไพรของไทยด้วย

๑ มีนาคม ๒๔๕๐ มีการพิมพ์ตำราออกมา ๒ เล่ม คือตำราเวชศาสตร์
วรรณนา ซึ่งกล่าวถึงคัมภีร์แพทย์ไทยต่างๆ และ ตำราแพทย์ศาสตร์สังเคราะห์ ฉบับ
หลวง ๒ เล่ม ประกอบด้วยคัมภีร์แพทย์ไทยแท้ๆ ๑๐ คัมภีร์ ถือเป็นตำราแห่งชาติ
ฉบับแรก

เล่ม ๑ กล่าวถึงพระคัมภีร์ต่างๆ เช่น พระคัมภีร์นันทศาสตร์ พระคัมภีร์
ประถมจินดา พระคัมภีร์ธาตุวิภังค์ ซึ่งตำรานี้ระบุถึงสาเหตุแห่งการ
เกิดโรค อาการของโรค การรักษาและสมุนไพรที่ใช้ เช่น ถ้า
หญิงคลอดบุตรและรกขาดอยู่ในครรภ์ให้เอายอดฝ้ายแดง ๗ ยอด
พริกไทย ๗ เม็ด ขิง ๗ ชื้น กระเทียม ๗ กลีบ บดด้วยสุรากิน
เป็นยาสะเดาะรก ในตอนท้ายเล่มมีคัมภีร์สรรพคุณกล่าวถึงพฤกษชาติ
และว่านยาอันมีประโยชน์แต่ละชนิดไปและส่วนต่างๆ ของพืชใช้
ประโยชน์อะไรบ้าง เช่น พริกไทยใช้ใบ เมล็ด ดอก และเครือมี
สรรพคุณต่างกันไป นอกจากนี้ยังกล่าวถึงพิภคยา ได้แก่ เบญจกูล
ตรีผลา ตรีภูฏก ตรีสาร ฯลฯ ว่าประกอบด้วยตัวยาอะไรบ้าง ตลอดจน
สรรพคุณ กล่าวถึงสรรพคุณของโกฐทั้งหลาย เทียนทั้งหลาย ฯลฯ
คล้ายตำราสรรพคุณยาของกรมหลวงวงษาธิราชสนิท

เล่มที่ ๒ มีพระคัมภีร์สมุฏฐานวินิจฉัยและมียาเป็นหมู่ๆ มีชื่อต่างๆ ซึ่งประกอบ
ด้วยตัวยาหลากชนิดและสรรพคุณของยาหมื่นนั้นๆ เช่น ยาปารสุกาทิ
คณะ มีตัวยาซึ่งเอาแต่ผล ๘ สิ่งใช้แก้ลมให้ชื่นใจ ให้เจริญอาหาร
แก้กระหายน้ำ แก้โทษปัสสาวะ มีพระคัมภีร์มหาโชติรัตน์กล่าวถึงยาชื่อ
ต่างๆ และยาแก้อาการต่างๆ เช่น ยากำลังราชสีห์ มีคัมภีร์ชวดาร
กล่าวถึงยาชื่อต่างๆ เช่น ยาชื่อเขี้ยวประทานพิษมีตัวยาถึง ๘๐ สิ่ง
ใช้แก้ลมต่างๆ นอกจากนี้ยังมีคัมภีร์อื่นๆ อีกหลายคัมภีร์ บางคัมภีร์
กล่าวว่าเป็นของพระอาจารย์โกมารภักดิ์ ลักษณะของคัมภีร์เหล่านี้ก็
เหมือนๆ กันกับคัมภีร์ที่กล่าวไปแล้วคือมีลักษณะโรคและบอกยาที่ใช้
รักษาหลายขนาน

ตำราเวชศาสตร์วรรณนา เรียบเรียงโดย พระยาประเสริฐสุตศาสตร์ธำรง
(หมอหนู) เพื่อใช้สอนแก่นักเรียนแพทย์ ตำราเล่มนี้กล่าวถึงพระคัมภีร์
นันทศาสตร์ ตักกคิลลา ธาตุวิภังค์ ธาตุวิวรรณ์ สมุฏฐานวินิจฉัย
จรรณสังคหะ ชวดาร ทูลาวสา ประถมจินดา มหาโชติรัตน์ กระษัย
อภัยสันดา อติสาร มัญชุสวาวีเชียร มรณะญาณสูตร มุขโรค ฯลฯ

พระตำราเวชศาสตร์วรรณานี้ต่อมาคุณลุ่ม วรกิจพิศาล ผู้เป็นบุตร ได้นำออกมาพิมพ์จำหน่ายเมื่อวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๔๕๐ ส่วนตำราของหมออื่นๆอีกหลายท่านได้เรียบเรียงไว้ใช้เป็นตำราสอน ไม่ได้พิมพ์ออกจำหน่ายแพร่หลายจึงเป็นการยากที่จะค้นหา

ต่อมา พ.ศ. ๒๔๕๑ พระยาพิษณุประสาทเวช (หมอดอง) เห็นว่าตำราเหล่านี้ยากแก่ผู้ศึกษา จึงพิมพ์ขึ้นใหม่โดยคัดที่จำเป็นและเขียนให้เข้าใจง่ายขึ้นชื่อว่า **ตำราแพทย์ศาสตร์สังเขปหรือเวชศึกษา** มี ๓ เล่ม กล่าวถึงตำรับยาที่มีชื่อหลายขนาน เช่น ยากำลังราชสีห์ ยาจันทร์ลีลา ยาหอมอินทจักร ยาธาตุบรรจบ ยาหอมนวโกฐ ฯลฯ ทั้ง ๕ ตำรับนี้เป็นยาไทยที่โอสถศาลารัฐบาล (ก่อนสงครามโลกครั้งที่ ๒) ได้ผลิตจำหน่าย ๑๐ ขนานยาที่มีชื่อขนานอื่นๆ ในตำราแพทย์ศาสตร์สังเขปทั้ง ๓ เล่มซึ่งในปัจจุบันยังเป็นที่นิยมใช้บ่อยๆ ได้แก่ ยาประสะกานพลู ยาเขียวหอม ยาเขียวเบญจขันธ์ ยาอำมฤตวาที ยามหานิลแท่งทอง ตำราแพทย์ศาสตร์สังเขปนี้ประกาศใช้เป็นตำราหลวง จึงนับรวมตำราหลวงทั้งหมดมี ๕ เล่ม ได้แก่ **ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ฉบับหลวง ๒ เล่ม** และ**ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ (ฉบับหลวง)** และ**ตำราแพทย์ศาสตร์สังเขป ๓ เล่ม** ซึ่งแพทย์ เกษักรแผนโบราณมีสิทธิ์ใช้ตำรับยาในตำราเล่มเหล่านี้ปรุ้งยาได้อย่างสาธารณะ

นอกจากนี้**ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ฉบับหลวง** และ**ตำราเวชศึกษา** ยังคงเป็นตำราหลักที่ใช้ในการเรียนการสอนของแพทย์แผนไทยมาจนกระทั่งทุกวันนี้

สำหรับระบบการบริหารจัดการ ซึ่งมีกรมพระโอสถเป็นหน่วยงานรับผิดชอบ เริ่มมาแต่สมัยรัชกาลที่ ๑ ได้มีการเปลี่ยนแปลงโดยจัดตั้งกรมพยาบาลสังกัดกระทรวงธรรมการขึ้นเมื่อ พ.ศ. ๒๔๓๑ มีหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ป่วย ปกป้องกันไข้ทรพิษ จัดตั้งดูแลโรงพยาบาล ซึ่งรวมทั้งโรงพยาบาลศิริราชด้วย และจัดการฝึกหัดนักเรียนแพทย์ในโรงเรียนแพทยากร

พ.ศ. ๒๔๓๔ ได้มีการเปิดร้านขายยาในสังกัดกรมพยาบาลขึ้นเรียกว่า **โอสถศาลา** มีอยู่ ๒ แห่ง โอสถศาลาแห่งแรกได้ซื้อกิจการจากหมอมิชชันนารี จำหน่ายเฉพาะยาฝรั่ง แห่งที่ ๒ จำหน่ายเฉพาะยาไทย นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เป็นคลังยาของราชการด้วย ต่อมาได้ขยายโอสถศาลาไปยังหัวเมืองต่างๆ เป็นทั้งที่จำหน่ายยาและที่ทำการของแพทย์ด้วย

พ.ศ. ๒๔๔๕ ได้เริ่มดำเนินการโอสถศาลาใหม่อีกแห่งหนึ่ง เรียกว่า **โอสถศาลาของรัฐบาล** โดยจ้างเภสัชกรชาวเยอรมันเป็นผู้ดำเนินการผลิตและจำหน่ายแก่หน่วยงานราชการต่างๆ และในปีเดียวกันได้จัดตั้ง **โอสถสภา** ทำหน้าที่ผลิตยาเพื่อจำหน่ายให้ราษฎรโดยเฉพาะอย่างยิ่งตามชนบทที่อยู่ห่างไกล ให้มียาราคาถูกใช้จนกระทั่ง พ.ศ. ๒๔๔๙ จึงยุบกิจการโอสถสภาไปรวมกับโอสถศาลาของรัฐบาล ในระยะแรกของโอสถสภาซึ่งเป็นยาฝรั่งไม่เป็นที่นิยมของราษฎรจึงมีการผลิตยาไทยด้วยเป็นจำนวน ๑๐ ชนิด ได้แก่

- | | |
|----------------------|-------------------|
| ๑. ยาหอมอินทจักร | ๖. ยาอุทัย |
| ๒. ยาหอมนวโกฐ | ๗. ยาสุขไสยาสน์ |
| ๓. ยาเทพจิตรากรมย์ | ๘. ยาปฎิธาดูปิการ |
| ๔. ยานารายณ์ถนอมจักร | ๙. ยาจันทร์ลีลา |
| ๕. ยากำลักราชสีห์ | ๑๐. ยาธาตุบรรจบ |

ในด้านการรักษาพยาบาลและป้องกันโรคระบาดในรัชกาลที่ ๕ นี้ได้มีการปรับปรุงและประกาศเป็นนโยบายหลักตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๔๙ เป็นต้นมา เมื่อครั้งเริ่มมีการก่อตั้งโรงพยาบาลนั้นได้อนุญาตให้คนไข้เลือกวิธีรักษาพยาบาลได้ตามใจชอบว่าจะใช้แผนไทยหรือตะวันตก ดังนั้นยาที่ใช้ในโรงพยาบาลจึงมีทั้งยาไทยและยาฝรั่ง ยาไทยที่ใช้มียาผงซึ่งจะซื้อเป็นเครื่องยามาประกอบเองที่โรงพยาบาลศิริราช แล้วแจกจ่ายไปตามโรงพยาบาลอื่นๆ ของกรมพยาบาล ถ้าเป็นยาต้มก็ให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งทำขึ้นใช้เอง ยาต้มที่ใช้เป็นหลักมี ๙ หม้อ คือ

- หม้อที่ ๑ แก้วไตต่างๆ
- หม้อที่ ๒ ยาหอมสำหรับแก้ลมต่างๆ เจริญอาหาร บำรุงโลหิต
- หม้อที่ ๓ แก้กษัย แก้กเลื่อนผก
- หม้อที่ ๔ แก้กิด อุจจาระกระปริดกระปรอย มีกลิ่นเน่า
- หม้อที่ ๕ แก้ก้องขึ้นท้องเฟ้อ ปวดท้อง เป็นยาธาตุและเจริญอาหาร
- หม้อที่ ๖ ยาแก้วัณโรค แก้กวัณโรค ไอ เหนื่อยหอบ แก้อ่อนเพลีย
- หม้อที่ ๗ แก้วเข้าข้อ แก้วเข้าข้อหนองใน แก้ววมโป แผลเป็นผ้าและน้ำเหลือง
- หม้อที่ ๘ แก้วริดสีดวง
- หม้อที่ ๙ แก้วตาเหลือง แก้วเพื่อเสมหะ แก้วเหนื่อยหอบ เจริญอาหาร และบำรุงธาตุ

ยาทั้ง ๙ หม้อนี้ไม่อาจสืบทอดยวาทว่าประกอบด้วยอะไรบ้าง

โรงพยาบาลต่างๆ นอกเหนือจากโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลบางรักจะใช้วิธีการรักษาแบบแผนไทยแต่อย่างเดียว

พ.ศ. ๒๔๕๑ ได้มีการปรับปรุงระบบการป้องกันและรักษาโรคให้กรมพลำกังค์ (กรมการปกครองในปัจจุบัน) กระทรวงมหาดไทยเป็นผู้รับผิดชอบโอสถศาลารัฐบาลและการฝึกหัด กรมพยาบาลถูกโอนไปสังกัดกระทรวงธรรมการทำหน้าที่ด้านการศึกษา ต่อมาได้มีการตั้งกรมพยาบาลในกระทรวงมหาดไทยด้วย

ในสมัยรัชกาลที่ ๕ มีการนำพืชสมุนไพรบางชนิดจากต่างประเทศเข้ามาเมืองไทยเป็นครั้งแรก เช่น ต้นยูคาลิปตัส กล่าวคือ เมื่อครั้งสมเด็จพระพุทธเจ้าหลวงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้สร้างทางรถไฟสายนครราชสีมาซึ่งต้องตัดผ่านดงพญาไฟ คนงานเกิดไข้ป่าล้มตายมาก แพทย์ฝรั่งกราบทูลแนะวิธีป้องกันให้แก่พระวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าสายสนิทวงศ์ว่า ให้ปลูกต้นยูคาลิปตัส ๒ ข้างทางรถไฟลึกเข้าไปในป่าตลอดแนวทางรถไฟในบริเวณดงพญาไฟ กลิ่นใบยูคาลิปตัสจะได้ระเหยเข้าไปในดงที่อัปชื้น อาจระงับเชื้อโรคมาเลเรียได้ เป็นต้น

ส่วนในเรื่องพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลนั้นยังไม่มีประกาศใช้โดยตรง เป็นเพียงการผ่อนปรนไปตามความพอใจของประชาชนเท่านั้น เพราะประชาชนยังกลัวและไม่ยอมรับการแพทย์แผนตะวันตกซึ่งเป็นการแพทย์ทางเลือกในยุคนั้น แต่ก็นับได้ว่า ในรัชกาลนี้เป็นจุดเริ่มต้นในการเปลี่ยนแปลงด้านการแพทย์แผนไทยที่ใช้กันมาช้านาน จากที่เคยยึดถือตำราหรือความรู้ที่ถ่ายทอดมาจากครูแพทย์หลายสำนักหันมายึดถือตำราส่วนกลางที่มีการชำระปรับปรุงจนเป็นมาตรฐานแล้ว

สมัยรัชกาลที่ ๖ (พ.ศ. ๒๔๕๓-๒๔๖๘)

ภายหลังจากที่พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวเสด็จสวรรคต เกิดการเปลี่ยนแปลงในโรงเรียนราชแพทยาลัย โดย**พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมหมื่นไชยนาทนเรนทร** ซึ่งเดินทางกลับจากประเทศเยอรมันหลังจบการศึกษาด้านกฎหมายและการศึกษา มารับราชการในกระทรวงศึกษาธิการและเป็นผู้ตรวจการโรงเรียนราชแพทยาลัยในปี พ.ศ. ๒๔๕๖ ได้รับพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ จากพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว มาดำรงตำแหน่งผู้บัญชาการในโรงเรียนราชแพทยาลัย ในปี พ.ศ. ๒๔๕๘ พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมหมื่นไชยนาทนเรนทรได้ทรงแก้ไขปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาแพทย์โดยยกเลิกการเรียนวิชาการแพทย์ไทยโดยให้เหตุผลว่า

“...การสอนวิชาแพทย์แผนโบราณคือการสอนให้รู้จักใช้ยาไทย ด้วยนั้น เหตุที่ได้อ้างไว้นั้น ฟังดูแยบคาย แต่ความจริงไม่ได้ประโยชน์อย่างใดเลย การสอนวิชาการแพทย์ตามแบบไทยนั้นไม่เข้ากับแบบฝรั่ง ทำให้นักเรียนมีนั่งและเสียเวลา ไปเปล่าๆ ส่วนยานั้น ยาฝรั่งเขาทำอย่างประณีตตามตำรา ส่วนยาไทยนั้นเป็นยา ส่วนตัวของแพทย์ผู้ใช้นั่นเอง โดยมากมีการปิดบังหวงตำราแข่งขันกัน เครื่องยา เป็นสมุนไพรก็ต่างกัน ถ้าเป็นผู้เชี่ยวชาญในทางนั้นก็มักจะไปทางไหน และแท้หรือ ไม่ ดีหรือไม่ดี ก็เหลือที่คนไม่ชำนาญจะรู้ได้ ร้านขายยาที่มีน้อยลงทุกที จนเกือบ จะไม่มีเลย ที่ใช้กันอยู่ก็เป็นยาสวนตัวที่เรียกว่ายากลางบ้าน ซึ่งมีไม่กี่ขนานเพราะ ฉะนั้นการที่จะให้แพทย์ที่ได้เรียนไปจากโรงเรียนแพทย์ออกไปหาสมุนไพรเองนั้น ข้าพเจ้าเห็นว่าทำไม่ได้ ด้วยเหตุนี้ ข้าพเจ้าจึงเห็นว่าการสอนวิชาแพทย์แผนโบราณ ในโรงเรียนแพทย์นี้เป็นการเสียเปล่า ป่วยการเปล่า เอาเวลามาเพิ่มใช้ในการเรียน วิชาแพทย์แผนปัจจุบันดีกว่า ทั้งนักเรียนก็ไม่ต้องกังวลในเรื่องยาไทย จึงได้เลิกการ สอนวิชาแพทย์อย่างไทยเสียทีเดียว”

ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุต แสงวีเชียร ได้วิเคราะห์ถึงสาเหตุของจุดจบ การแพทย์แผนไทยไว้ว่า เป็นเพราะแพทย์ไทยต่างเกี่ยงกันไม่ยอมมาทำงานในโรงพยาบาล เนื่องจากการใช้ยาไม่เหมือนกันและการปฏิบัติไม่ลงรอยเดียวกัน ไม่มีหลักสูตรและวิธีการ ปฏิบัติรักษาแน่นอนจริงจัง การเรียนต้องท่องจำอย่างตายตัว ขาดความประทับใจและ นำเบื่อ ตำราก็มีจำกัดอยู่เฉพาะตำราหลวง การสอนปฏิบัติมีบันทึกแต่เพียงอย่างเดียว คือ วิธีให้ยาโดยไม่ปรากฏมีวิธีปฏิบัติ ซึ่งผิดกับการแพทย์แผนตะวันตกที่ถือการตรวจและ วินิจฉัยเป็นสำคัญก่อน

พ.ศ. ๒๔๕๕ กระทรวงมหาดไทยแยกงานสาธารณสุขออกจากกรมพลำภังค์ มาอยู่กับกรมพยาบาลซึ่งตั้งขึ้นใหม่

พ.ศ. ๒๔๕๙ ได้มีการปรับปรุงและขยายงานกรมพยาบาล กระทรวงมหาดไทย เป็นกรมประชาภิบาล งานของโสตศาลาฐบาลขึ้นอยู่กับกองเวชวัตถุในกรมนี้ พ.ศ. ๒๔๖๑ ได้รวบรวมงานสาธารณสุขทั้งหมดไว้ด้วยกันแล้วเปลี่ยนชื่อกรมประชาภิบาลเป็น กรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย โสตศาลาฐบาลได้รับการยกฐานะเป็นกอง โสตศาลาฐบาล

นอกจากนี้ได้ยกเลิกการสอนวิชายาไทยในหลักสูตรแพทย์ปริญญาในปี พ.ศ. ๒๔๖๑ หลังจากที่มีการสอนได้เพียง ๕ ปี นับแต่เริ่มมีการสอนหลักสูตรแพทย์ปริญญา นับแต่นั้นมาการแพทย์แผนไทยก็ถูกทอดทิ้งจากนักวิชาการสมัยใหม่ ซึ่งให้การสนับสนุน

การแพทย์แผนตะวันตกก่อนสอดคล้องกับหลักการวิทยาศาสตร์ ประกอบกับถูกปิดกั้นด้วยพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ ที่ออกในปี พ.ศ. ๒๔๖๖

กล่าวคือ ในปี พ.ศ. ๒๔๖๖ พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าฯ โปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติการแพทย์ โดยมีพระราชโองการว่า

“โดยที่การประกอบโรคศิลปะย่อมมีอิทธิพลอันสำคัญแก่สวัสดิภาพของประชาชน โดย ณ กาลบัดนี้ในกรุงสยามยังไม่มีระเบียบบังคับควบคุมการประกอบกิจเช่นนี้ ปลอ่ยให้มหาชนปราศจากความคุ้มครองจากอันตราย อันเกิดแต่การประกอบแห่งผู้ไร้ความรู้ และมีได้ฝึกหัด ทรงพระราชดำริเห็นสมควรควบคุม วางระเบียบบังคับ และเลื่อนฐานะแห่งการประกอบโรคศิลปะให้สูงยิ่งขึ้น”

การยกร่างพระราชบัญญัตินี้ว่าเป็นกฎหมายฉบับแรกของประเทศไทย ที่ต้องการจดทะเบียนและควบคุมผู้ประกอบการวิชาชีพเกี่ยวกับการแพทย์นี้และถือว่าเป็นกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคทางการแพทย์ฉบับแรกด้วย ซึ่งเกิดจากการริเริ่มของกรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย โดยมีการมอบหมายให้นายแพทย์ชาวต่างประเทศ ๒ นายคือ นายแพทย์ เอ็ม. คาร์ธิว (M. Carthew) และนายแพทย์ ไอ.เอเยอร์ (I. Ayer) เป็นผู้ยกร่างพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๔๖๖ มีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย ดังนี้

มาตรา ๓ ซึ่งนิยามคำว่า โรคศิลปะ ซึ่งหมายความว่า การบำบัดโรคทางยา และผ่าตัด รวมทั้งการผดุงครรภ์ การช่างฟัน การสัตวแพทย์ การปรุงยา การพยาบาล การนวด หรือการรักษาคนบาดเจ็บป่วยใช้โดยประการใด

มาตรา ๑๐ ซึ่งระบุว่า ห้ามมิให้ผู้ใดประกอบโรคศิลปะหรือประกาศตนโดยวิธีใดว่าพร้อมที่จะประกอบวิชาชีพประเภทหนึ่งประเภทใด ซึ่งระบุว่าเป็นโรคศิลปะ และห้ามมิให้ผู้ใดรักษาคนบาดเจ็บป่วยใช้เพื่อแสวงผลประโยชน์ หรือสินจ้าง โดยทางตรงสำหรับตนหรือผู้อื่น นอกจากและจนกระทั่ง

- ก. ผู้นั้นจะได้ยื่นคำร้องขอทำการนั้นต่อสภาการแพทย์ และได้ขึ้นทะเบียนและรับอนุญาตตามพระราชบัญญัตินี้แล้ว และนอกจากนี้
- ข. ผู้นั้นได้ยื่นใบสำคัญขึ้นทะเบียนให้ลงบัญชีตราสินไว้ และได้รับมอบใบสำคัญการลงบัญชีตราสินตามความในกฎเสนาบดีแล้วด้วย แต่ให้พึงเข้าใจว่าข้าราชการซึ่งมีตำแหน่งราชการประจำ รับพระราชทานเงินเดือนในรัฐบาลอยู่แล้วนั้นไม่ต้องไปลงบัญชีตราสินดังระบุไว้ในมาตรา ๑๐ วรรค ข. นี้

มาตรา ๑๖ ให้มีกฎเสนาบดีระบุและกำหนดลำดับชั้นต่างๆ ซึ่งจะได้บรรจุบรรดาผู้ที่ประกอบวิชาชีพต่างๆ ดังกล่าวแล้วในพระราชบัญญัตินี้เข้าไว้ เพื่อประโยชน์แก่การขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาต และให้ระบุลักษณะและเขตจำกัด ซึ่งบุคคลที่ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตตามลำดับชั้นต่างๆ แล้วนั้น จะประกอบวิชาชีพของตนได้เพียงใดด้วย

สมัยรัชกาลที่ ๗ (พ.ศ. ๒๔๖๘-๒๔๗๗)

สมัยรัชกาลที่ ๗ หลังจากได้มีการยกเลิกการสอนวิชาแพทย์แผนไทยในโรงเรียนราชแพทยาลัยและมีการออกพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๔๖๖ เพื่อควบคุมการประกอบโรคศิลปะ เป็นเหตุให้การแพทย์แผนไทยตกต่ำและเสื่อมโทรมลง ทั้งยังมีผลต่อการพัฒนาการใช้สมุนไพรในรูปแบบยาไทยทำให้ไม่ได้รับความนิยมแพร่หลายเหมือนแต่ก่อน รวมทั้งการออกพระราชบัญญัติการแพทย์ดังกล่าวได้กำหนดลำดับชั้นต่างๆ ของผู้ประกอบโรคศิลปะ ประกอบกับอีก ๖ ปีต่อมา คือ ใน พ.ศ. ๒๔๗๒ จึงได้ออกกฎเสนาบดีแบ่งการประกอบโรคศิลปะเป็นแผนปัจจุบันและแผนโบราณซึ่งกำหนดว่า

- (ก) ประเภทแผนปัจจุบัน คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะโดยความรู้จากตำราอันเป็นหลักวิชาโดยสากลนิยม ซึ่งดำเนินและจำเริญขึ้น โดยอาศัยการศึกษาตรวจค้นและทดลองของผู้รู้ในทางวิทยาศาสตร์ทั่วโลก
- (ข) ประเภทแผนโบราณ คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยความสังเกตความชำนาญ อันได้บอกเล่าสืบต่อกันมาเป็นที่ตั้งหรืออาศัยตำราอันมีมาแต่โบราณมิได้ดำเนินไปในทางวิทยาศาสตร์ ทั้งยังจำแนกสาขาเป็นสาขาบำบัดโรคทางยา สาขาการปรุงหรือจำหน่ายยา สาขาหมอดำแย และสาขาหมอนวด

การให้นิยามการแพทย์แผนไทย เป็นการแพทย์แผนโบราณดังกล่าวเป็นการปิดกั้นการพัฒนาของแพทย์แผนไทยมาโดยตลอด แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีการผลิตยาแผนไทยโดยกองโอสถศาลารัฐบาล ๑๐ ขนานอย่างต่อเนื่องจนถึง พ.ศ. ๒๔๘๔ จึงเลิกผลิตนับเป็นการยุติบทบาทการแพทย์แผนไทยซึ่งให้บริการโดยรัฐอย่างสิ้นเชิง

จากกฎเสนาบดีดังกล่าว ทำให้การขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการศิลปะแผนโบราณเกิดขึ้นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ ปรากฏหลักฐานจากสถิติผู้ประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๔๗๗ พบว่า มีผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ สาขาบำบัดโรคทางยา ชั้น ๑ จำนวน ๔๔ คน สาขาบำบัดโรคทางยา ชั้น ๒ จำนวน ๓,๖๒๙ คน สาขาการปรุงยาหรือจำหน่ายยา จำนวน ๑,๐๒๐ คน สาขาหมอดำแย จำนวน ๔๙๔ คน สาขาหมอนวด จำนวน ๒๙๕ คน รวมทั้งสิ้น ๕,๔๘๒ คน

ต่อมาได้มีการตรา พ.ร.บ. ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พุทธศักราช ๒๔๗๙ โดยยกเลิก พ.ร.บ.การแพทย์ พ.ศ. ๒๔๖๖ กฎหมายฉบับนี้ยังคงแบ่งการประกอบโรคศิลปะเป็นแผนปัจจุบันและแผนโบราณ โดยการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณมีเพียงสาขาเวชกรรม สาขาเภสัชกรรม และสาขาดุคงครุกรรม ไม่มีสาขาการนวดดังเช่นกฎหมายเดิม

ในปี พ.ศ. ๒๔๗๕ ซึ่งเป็นปีเดียวกับปีที่มีการเปลี่ยนแปลงการปกครอง มีกฎหมายห้ามการชุมนุมของกลุ่มบุคคลตั้งแต่ ๕ คนขึ้นไป ทำให้หมอไทยที่เคยจัดประชุมพบปะอยู่อย่างสม่ำเสมอก่อนหน้านี้ต้องก่อตั้ง “สมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย” ขึ้น เพื่อเป็นสถานที่พบปะแลกเปลี่ยนความรู้กันในหมู่สมาชิก นับว่าเป็นสมาคมของแพทย์แผนไทยแห่งแรกในประเทศไทย มีหมอใหญ่ สีตวาทีน เป็นนายกสมาคมฯ คนแรก ในระยะแรกใช้สถานที่ตั้งอยู่ที่บ้านดอกไม้ ข้างวัดสระเกศ ภายหลังย้ายไปที่บ้านหมอใหญ่ที่ถนนวรจักร ถนนอนุสาวรีย์ และวัดเทพธิดาราม ตามลำดับ ภายหลังได้ย้ายไปอยู่ที่วัดปรินายกจนถึงทุกวันนี้ กิจกรรมหลักของสมาคมคือการจัดให้มีการสอนวิชาเวชกรรมแผนโบราณ เภสัชกรรมแผนโบราณ และการนวดแผนโบราณขึ้นเพื่อสอบเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

การเกิดขึ้นของสมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทยได้เป็นแบบอย่างให้มีการก่อตั้งสมาคมต่างๆ ขึ้นมาอีกหลายสมาคม ซึ่งทุกสมาคมได้มีบทบาทในฐานะที่มี การอนุรักษ์วิชาการแพทย์แผนไทย เป็นสถานที่ให้บริการการแพทย์แผนไทยแก่ประชาชน รวมทั้งเป็นที่พบปะและทำกิจกรรมต่างๆ ของแพทย์แผนไทยมาโดยตลอด

สมัยรัชกาลที่ ๘ (พ.ศ. ๒๔๗๗-๒๔๘๙)

มีการตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นในปี พ.ศ. ๒๔๘๕ ซึ่งมีนโยบายเกี่ยวกับสมุนไพรว่า จะจัดให้มีการตรวจค้นหาความรู้ในเรื่องสรรพคุณยาสมุนไพรและยาอื่นๆ ในประเทศเพื่อนำมาดัดแปลงเป็นยาแผนตะวันตกและขยายการทำยาให้มากขึ้น และมีปริมาณมากขึ้น

ในระหว่างปี พ.ศ. ๒๔๘๕-๒๔๘๖ สงครามโลกครั้งที่ ๒ ลุกุลามเข้ามาในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ทำให้เกิดภาวะขาดแคลนยา ขณะนั้น ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อวย เกตุสิงห์ ได้ทำการวิจัยสมุนไพรที่ใช้รักษาบิดและไข้มาลาเรียที่โรงพยาบาลสัตหีบ หลังสงครามโลกสงบลงยังคงมีปัญหาขาดแคลนยาตะวันตก รัฐบาลจึงมีนโยบายให้โรงงานเภสัชกรรมนำสมุนไพรมาผลิตเป็นยารักษาโรค ซึ่งถือเป็นความพยายามที่จะทำการผลิตยาแผนตะวันตกจากสมุนไพร โดยมีศาสตราจารย์ชาวเยอรมันชื่อ

ดร.ชาร์เลอรั ผู้เชี่ยวชาญสมุนไพรของบริษัทเบเยอร์ ประเทศเยอรมนี เข้ามาทำการวิจัยสมุนไพรไทยเพื่อผลิตเป็นยารักษาโรคและสร้างสวนสมุนไพรที่ตำบลบ้านอ่าง อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี รวมทั้งได้รวบรวมสรรพคุณของยาไทยซึ่งได้จัดทำการศึกษาแล้วเกือบ ๔๐๐ ชนิดจัดพิมพ์เป็น ๒ ภาษาอย่างสมบูรณ์

พ.ศ. ๒๔๘๑ มีโครงการทดลองปลูกต้นชินโคนา เพื่อสกัดควินินที่จังหวัดเชียงใหม่ นับเป็นความพยายามที่จะทำการผลิตยาแผนตะวันตกจากสมุนไพร แต่ก็ต้องล้มเลิกไปในภายหลังเพราะถูกประเมินว่าไม่คุ้มค่าการลงทุน

เมื่อภาวะขาดแคลนยาแผนปัจจุบันลดลง ความสนใจในการศึกษาวิจัยสมุนไพรก็ลดลงไปด้วย มีการศึกษาวิจัยกันบ้างในบางหน่วยงาน และมีชาวต่างชาติโดยเฉพาะยุโรปและอเมริกาได้สนใจเข้ามาศึกษา เก็บตัวอย่างสมุนไพรและก๊วนซื้อคัมภีร์โบราณ ตำรับตำราต่างๆ นำกลับไปทำวิจัยเป็นจำนวนมาก

สมัยรัชกาลที่ ๙ (พ.ศ. ๒๔๘๙-ปัจจุบัน)

เมื่อปี พ.ศ. ๒๔๙๔ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช เสด็จฯ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) ในครั้งนั้นพระองค์ทรงมีพระราชปรารภว่า วัดโพธิ์เป็นแหล่งรวมตำราแพทย์แผนไทยอยู่แล้ว เหตุใดจึงไม่จัดให้มีโรงเรียนสอนการแพทย์แผนไทยในวิชาเวชกรรม ผดุงครรภ์ หัตถเวช และเภสัชกรรม ทำให้คณะกรรมการวัดพร้อมด้วยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการแพทย์แผนไทยที่ยังหลงเหลืออยู่ได้สนองพระราชปรารภ และได้จัดตั้งหลักสูตรโรงเรียนแพทย์แผนไทยขึ้นในนาม “โรงเรียนแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย” เปิดสอนครั้งแรกที่วัดโพธิ์ โดยแบ่งออกเป็นหลักสูตรคือ เวชกรรม เภสัชกรรม และหัตถเวช ต่อมาความรู้ได้แผ่ขยายตัวออกไปทั่วประเทศ

สมัยรัชกาลที่ ๙ หลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ ได้มีการขยายงานการรักษาพยาบาลในส่วนภูมิภาคอย่างเต็มที่ เมื่อแรกตั้งกระทรวงสาธารณสุขมีโรงพยาบาลเพียง ๑๔ จังหวัด (พ.ศ. ๒๔๘๕) จาก พ.ศ. ๒๔๙๒-๒๔๙๙ ระยะเวลาเพียง ๗ ปี ได้มีโรงพยาบาลครบทั้ง ๗๑ จังหวัด โรคติดต่อที่สำคัญได้รับการควบคุมและป้องกันอย่างรัดกุมเพิ่มขึ้นจนโรคคุดทะราดหมดไปในที่สุด ใช้มาลาเรียลดความรุนแรงลง และไม่มีผู้ป่วยด้วยกาฬโรคและไข้ทรพิษอีกเลย

ในสมัยนี้มีตำรายาไทยที่ได้จัดพิมพ์ขึ้นตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ ๕ เป็นต้นมาอยู่มากแต่ส่วนใหญ่ได้คัดลอกมาจากตำราเก่าๆ ซึ่งรวมคัมภีร์แพทย์ไว้เกือบสมบูรณ์ เมื่อมีผู้เห็นคุณประโยชน์จึงนิยมพิมพ์แจกเป็นที่ระลึกในบางโอกาส เช่น

- ❖ **ตำราสรรพคุณยาของกรมหลวงวงษาธิราชสนิท** ต้นฉบับเดิมอยู่ในหอสมุดแห่งชาติ มีลักษณะเป็นสมุดไทยดำ เขียนด้วยดินสอขาว มี ๒ เล่ม สภาพค่อนข้างชำรุด มีเนื้อหาแสดงถึงสรรพคุณของสมุนไพรต่างๆ ปัจจุบันมีผู้นำมาพิมพ์เผยแพร่หลายครั้ง
- ❖ **ตำรายาพิเศษ** ของพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมสมเด็จพระปวงเรศวริยาลงกรณ์ ทรงรวบรวมและนิพนธ์ไว้ ซึ่งเคยมีผู้นำมาพิมพ์แล้วเมื่อ พ.ศ. ๒๔๕๓ (ร.ศ.๑๒๙) กล่าวถึงยาต่างๆ ไป และยาอายุวัฒนะ
- ❖ **หนังสือวิชาแพทย์แผนกยาไทย** เรียบเรียงโดย นายพันโทหม่อมเจ้ากำพลสิทธิ์ ผู้ช่วยกรมแพทย์ในปี พ.ศ. ๒๔๕๐ (ร.ศ.๑๒๖) ซึ่งอธิบายอาการโรคโดยย่อและรสของยาที่เหมาะสมกับโรค และกล่าวถึงน้ำกระสายยา
- ❖ **ตำราโรคนิทานคำฉันท์ พระยาวิชาภิบาล (กล่อม)** เรียบเรียงและนายพันโท หม่อมเจ้ากำพลสิทธิ์ทรงรวบรวมขึ้นเป็นฉบับใบลานไว้ได้โดยสมบูรณ์ ทรงตรวจแก้และนิพนธ์แต่งเติมเนื้อความแล้วพิมพ์ไว้เมื่อปี ๒๔๕๖ แม้จะอ่านง่ายแต่เข้าใจยาก ลักษณะตำราก็คล้ายกับที่กล่าวมาข้างต้น คือมีลักษณะโรคและยาที่ใช้เช่นเดียวกัน
- ❖ **ตำราแพทย์สำหรับบ้าน** พ.ศ. ๒๔๖๔ โดยนายรอด บุตรี ได้คัดเลือกจากคัมภีร์แพทย์แต่ไม่บอกว่าจากที่ใดมาพิมพ์แจกในงานทำศพท่านขุนสุพรรณรัตน์ การคัดเลือกก็มักคัดที่ว่าดี เช่น ยาฆ่าแห่งทอง ยาหอม ฯลฯ
- ❖ **ตำรายาพญามาถลง** ของพระยาเกษตรหิรัญรักษ์ พ.ศ. ๒๔๖๔ เป็นตำราสั้นๆ แต่มีสิ่งที่น่าสนใจประการหนึ่งคือ มีตำรายาแก้โรคภาคและสุนัขบ้ากัด ซึ่งได้อธิบายอาการโรคภาคไว้ว่าเป็นโรคร้ายแรงตายได้ภายใน ๑๒ ชั่วโมงถึง ๓ วัน ยาแก้โรคภาค ใช้เปลือกต้นสมอพิเภกตัวเมียชนิดที่ถูกสุราไม่ดำเอามาตากแห้งทำผงรับประทานหรือทา ส่วนยาแก้สุนัขบ้ากัดใช้ทองคำเปลวและน้ำมะนาว ตำรับยาดังกล่าว ยังไม่ได้มีการศึกษาวิจัยว่าได้ผลตามสรรพคุณดังที่กล่าวอ้างหรือไม่
- ❖ **หนังสือตำรายาไทย** พิมพ์ พ.ศ. ๒๔๗๓ ได้คัดเลือกตำรับยาต่างๆ รวม ๕๓ ขนานมาลงไว้ เช่น ยากำลังราชสีห์ ยาธาตุบรรจบ และอื่นๆ
ยาตำรับที่มีชื่อเดียวกัน เช่น ยากำลังราชสีห์ที่ปรากฏในตำรายาเล่มต่างๆ เมื่อเปรียบเทียบตัวยาในตำราพบว่าแตกต่างกันบ้าง จะเป็นเพราะมีการปรับปรุงตำรับยาโดยตัดทอนตัวยาที่ไม่จำเป็นหรือตัวยาที่หายากออก หรือจะเป็นเพราะการคัดลอกต่อๆ กันมาอาจคลาดเคลื่อน

- ❖ **หนังสือสุภายัตวิจิตรยั้ง และตำรายาประจำบ้าน** ที่พระอู่ดตมมมงคลชัย มังคโลพิมพ์เป็นที่ระลึกในการเลื่อนสมณศักดิ์ พ.ศ. ๒๔๗๔ ก็นำตำรายาอายุวัฒนะของพระมหาสมณเจ้าสมเด็จพระบรมวงศ์เธอกรมพระยาปวเรศวริยาลงกรณ์ ซึ่งได้นำมาฉันทเองแล้วได้ผลดีจึงนำมาพิมพ์ไว้
 - ❖ **ตำนานและสรรพคุณของพืชบางอย่าง** ผู้เรียบเรียงคือท่านเจ้าคุณสนิทศักดิ์สนิทวงศ์ พ.ศ. ๒๔๘๑ เป็นตำราที่รวบรวมยาเกร็ดที่ที่น่าสนใจ โดยพลิกแพลงใช้เองแล้วได้ผล อาศัยที่เป็นหลานตาของพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมหลวงวงษาธิราชสนิทและพระวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าสายสนิทวงศ์จึงได้รับการถ่ายทอดโดยการบอกเล่าให้ทราบถึงสรรพคุณและตำนานของพืชบางชนิด เช่น เรื่องที่กรมหลวงวงษาธิราชสนิทซึ่งเป็นแพทย์ประจำพระองค์ในรัชกาลที่ ๔ เป็นผู้ใช้เปลือกชินโคนาก่อนผู้อื่น ในสยามในสมัยนั้นมียาฝรั่งควินินใช้อยู่ แต่คนไทยไม่นิยมยาฝรั่ง แพทย์ชาวต่างประเทศจึงทูลแนะนำให้สั่งเปลือกชินโคนามาบัดเป็นผงแล้วก็ใช้เหมือนยาไทย จึงนับว่าเปลือกชินโคนาเข้ามาสู่ประเทศสยามเป็นครั้งแรกเมื่อสมัยรัชกาลที่ ๔ และมีตำนานว่าต้นยูคาลิปตัสและน้ำมันระกำเข้ามาแพร่หลายในประเทศสยามเมื่อสมัยรัชกาลที่ ๕ การใช้ผักโขมจีนรักษาโรคเบาหวานของพระวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าสายสนิทวงศ์ตามคำแนะนำของจีนผู้หนึ่งโดยปรุงเป็นอาหารรับประทานก็ได้ผลดี ส่วนสรรพคุณของพืชบางชนิดนั้น เช่น การใช้เนื้อในของว่านหางจระเข้ต้มน้ำตาลกรวดกินแทนรังนก ทำให้ชุ่มชื้นและมีกำลังดีกว่ารังนก ใช้ถั่วลิสงเป็นยาแก้ไอจากหวัดธรรมดาและแก้พิษกลอย เป็นต้น
 - ❖ **ตำรายาไทย** เป็นอีกเล่มหนึ่งที่พิมพ์อุทิศในงานฌาปนกิจศพหมื่นชำนาญ แพทยา (พลอย แพทยานนท์ คุณตาของนายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ อดีตรัฐมนตรีและปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ในปี พ.ศ. ๒๔๘๒ ได้คัดเลือกยาจากตำรายาเป็นจำนวนมากมาลงไว้เช่น ยาเขียวหอม ยาอินทจักร (บางเล่มเขียนอินทจักร บางเล่มเขียนอินทจักร) ยาสุขไสยาศน์ ยาแก้ไข้ ยาแก้มูกเลือด ยาดอง และอื่นๆ
- ในปี พ.ศ. ๒๔๙๒ ศาสตราจารย์ นายแพทย์สำราญ วงศ์พำ ได้รวบรวมคัดลอกตำรายาจากจารึกบนแผ่นหินอ่อน ตามผนังศาลารายของวัดราชโอรส เว้นบางแผ่นที่ชำรุดหรือเลอะเลือนจนไม่สามารถจะอ่านได้ รวมคัดลอกไว้จำนวน ๕๕ เล่ม เรียกว่า**ตำรายาจารึกวัดราชโอรส** เนื้อหาในเล่มกล่าวถึง ลักษณะโรคและบอกยาแก้ซึ่งมีหลายขนานให้เลือกใช้

บางขนานมีชื่อตำรับ เช่น ยาสังข์รัศมี ยาสมุทรเกลื่อน ฯลฯ ยาแต่ละขนานตัวยาดั้งแต่ ๔ อย่างถึงกว่า ๔๐ อย่าง บางขนานบอกปริมาณไว้ด้วยและบอกวิธีปรุง วิธีใช้ไว้ทุกขนาน

❖ **หนังสือบทความบางเรื่องเกี่ยวกับสมุนไพร**ของท่านศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ เป็นเรื่องเกี่ยวกับยากลางบ้านที่ท่านเคยใช้เองและใช้ได้ผลดี โดยแบ่งตามอาการของโรคมี ๔๓ ข้อรวมมียา ๑๑๔ ขนาน มีบางขนานที่ผู้อื่นบอกให้ซึ่งเชื่อถือได้ เกือบทุกขนานเป็นตัวยาดเดี่ยวๆ ได้แก่อยาแก้เจ็บคอ ให้ใช้หญ้าวงช้างหรือโพล หรือเกลือหรือกำยาน นอกจากความน่าที่ที่น่าสนใจแล้วยังมีคำเตือนเรื่องอันตรายจากการใช้ยาไทยไว้ด้วยโดยนายแพทย์กรุงไกร เจนพาณิชย์ ได้คัดลอกหรือเพิ่มเติมรวมเป็น ๔๙ ขนาน พิมพ์เมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๒

❖ **ตำรายากลางบ้าน** รวบรวมโดยพระเทพวิมลโมลี ท่านได้เชิญชวนให้พระสงฆ์และประชาชนบริจาคตำรายากลางบ้านที่มีสรรพคุณชัด ซึ่งทุกขนานมีนามเจ้าของยากำกับไว้และรับรองสรรพคุณด้วยความมั่นใจ เพราะเคยใช้กับตนเองหรือใช้รักษาได้ผลดีมาแล้ว พร้อมทั้งบอกข้อแนะนำในการใช้ (ลักษณะการรวบรวมเช่นนี้เหมือนเมื่อครั้งรัชกาลที่ ๓ และรัชกาลที่ ๕ ที่โปรดฯ ให้รวบรวมพระคัมภีร์) ตำรายากลางบ้านนี้ พิมพ์ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๔ มี ๒๔๔ ขนาน พิมพ์ครั้งที่ ๒ มี ๒๙๙ ขนาน โดยได้รวบรวมยาหลายๆขนานที่บำบัดโรคเดียวกันไว้ด้วยกัน เช่น ยาแก้โรคบิดมี ๘ ขนาน ยาแก้ไข้หัดมี ๑ ขนาน ยาแก้ไข้มาลาเรียมี ๑ ขนาน ฯลฯ การที่มีหลายขนานเพื่อให้เลือกใช้ได้เหมาะสมกับท้องถิ่น ในตอนท้ายเล่มมีนามานุกรรมสมุนไพร (ตำรายากลางบ้าน) โดยบอกชื่อพืชที่ใช้เรียกกันทั้ง ๔ ภาคของประเทศ

พ.ศ. ๒๕๔๕ มีการก่อตั้งสมาคมเภสัชกรรมไทยโบราณแห่งประเทศไทย มีสำนักงานตั้งอยู่ที่ร้านไทยวัฒนาอิสกร (ข้างโรงไฟฟ้าวัดเสียบ) มีหมอแดง ต้นเวชกุล เป็นนายกสมาคมคนแรก ต่อมาปี พ.ศ. ๒๕๐๓ ได้ย้ายมาอยู่ที่วัดสามพระยา ปี พ.ศ. ๒๕๐๔ ชุนโสภิตบรรณรักษ์ (อำพัน กิตติขจร) ได้รับเลือกเป็นนายกสมาคม โดยมีนางสายสนม กิตติขจร เป็นอุปนายกสมาคมและเป็นผู้บริหารงานแทนปี พ.ศ. ๒๕๐๕ ได้เปลี่ยนชื่อสมาคมเป็น “สมาคมเภสัชและอายุรเวชโบราณแห่งประเทศไทย”

หลังจากนั้นมีหมออีกหลายคนผลัดเปลี่ยนกันเป็นนายกสมาคม ปัจจุบันสมาคมนี้ได้ย้ายสำนักงานออกจากวัดสามพระยาแล้ว

พ.ศ. ๒๕๐๐ มีการก่อตั้ง “สมาคมแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพน” ในระยะแรกมีการเรียนการสอนเฉพาะวิชาเวชกรรมแผนโบราณและเภสัชกรรมแผนโบราณ เท่านั้น ต่อมาเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๐๔ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพระราชดำริไปในงานประกวดกวีที่วัดพระเชตุพนฯ เสด็จผ่านหน้าโรงเรียนแพทย์แผนโบราณ คณะอาจารย์ได้นำตำราแพทย์แผนโบราณของโรงเรียนทูลเกล้าฯ ถวาย ทรงรับสั่งถามถึงวิชาหมอนวด ปี พ.ศ. ๒๕๐๖ จึงได้มีการสอนและให้บริการนวดแผนโบราณ

พ.ศ. ๒๕๐๕ มีการก่อตั้ง “สถานพยาบาลบรรเทาทุกข์โบราณภาคเหนือ” ขึ้นที่จังหวัดเชียงใหม่ โดยนายสินทร ไชยฉกรรจ์ ปัจจุบันได้พัฒนาเปลี่ยนชื่อเป็นสมาคมผู้ประกอบการโรคศิลปะแผนโบราณภาคเหนือและโรงเรียนแพทย์แผนไทยชีวภิรมย์โกมารภัจจ์

พ.ศ. ๒๕๑๕ มีการก่อตั้ง “สมาคมแพทย์แผนโบราณ จังหวัดชุมพร” ณ วัดชุมพรพริ้งสรรค์ โดยมีอาจารย์เสริญ สมบุญ เป็นนายกสมาคม ปัจจุบันได้เปลี่ยนชื่อเป็น สมาคมแพทย์ไทย จังหวัดชุมพร

พ.ศ. ๒๕๑๕ มีการก่อตั้ง “สมาคมแพทย์แผนโบราณวัดมหาธาตุ” โดยหลวงบุเรศบำรุงการ หมอประเสริฐ พราหมณี และ ร้อยโทเศก ศรีลัมพ์ (ทั้งสามท่านเดิมเป็นอาจารย์สอนที่วัดโพธิ์) นอกจากนี้ยังมีการก่อตั้ง “สมาคมแพทย์เภสัชกรรมไทยโบราณ” ที่ทำพระจันทร์ด้วย

พ.ศ. ๒๕๑๖ มีการก่อตั้ง “สมาคมเภสัชและอายุรเวชแผนโบราณ จังหวัดสงขลา” ที่วัดเลียบ อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

๑.๕ การพัฒนารูปแบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน

และการแพทย์ทางเลือกในช่วงนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน

หลังจากที่องค์การอนามัยโลก ได้จัดการประชุมเพื่อกำหนดนโยบายและวางแผนในการส่งเสริมและพัฒนารูปแบบการแพทย์พื้นบ้านในปี พ.ศ. ๒๕๒๐ โดยการสนับสนุนของมูลนิธิเอเซีย ได้มีการจัดสัมมนาทางวิชาการของนักวิชาการ แพทย์แผนปัจจุบัน แผนโบราณ พร้อมคู่มือการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร : สมุนไพรใกล้ตัว โดย รองศาสตราจารย์สมพร ภูติยานันต์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้จัดอบรมทางวิชาการการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน การใช้สมุนไพร และหมอพื้นบ้าน

ล้านนาไทย เมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๐ จำนวน ๒ รุ่น และเมื่อ ๒๐-๒๙ ก.ย. ๒๕๒๒, ๒๔ เม.ย. - ๓ พ.ค. ๒๕๒๓ และ ๒๙ พ.ค. - ๓ มิ.ย. ๒๕๒๓ ร่วมกับสมาคม สงเคราะห์ครอบครัวเชียงใหม่ สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ และโครงการลำปาง กระทรวงสาธารณสุข ส่วนคู่มือการใช้สมุนไพร โดย รองศาสตราจารย์เพียร เหมือนวงษ์ญาติ กล่าวถึงสมุนไพรที่ใช้รักษาโรคพื้นๆ ๕๓ ข้อ รวม ๓๔๘ ขนาน มีหลายขนานที่เป็นพืชชนิดเดียวกัน ได้บอกชื่ออื่นๆ ของพืช ส่วนที่ใช้ ขนาดและวิธีใช้แต่ไม่มีชื่อวิทยาศาสตร์ พิมพ์ในปี พ.ศ. ๒๕๒๔

ในปี พ.ศ. ๒๕๒๑ องค์การอนามัยโลกได้ออกคำแถลงการณ์แห่งอัลมา อตา ว่าด้วยการสาธารณสุขมูลฐาน โดยพยายามผลักดันให้ประเทศสมาชิกเน้นการรักษา แบบพื้นบ้านและสมุนไพรเข้าเป็นส่วนหนึ่งของโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นผลให้ รัฐบาลไทยหันกลับมาสนใจศึกษาและพัฒนาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรมากขึ้น ในปี พ.ศ. ๒๕๒๒ มีการเริ่มนโยบายสาธารณสุขมูลฐานอย่างเป็นทางการโดยเพิ่ม โครงการสาธารณสุขมูลฐานเข้าในแผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๒๐-๒๕๒๕) และให้มีการควบคุม นโยบายในรูปคณะกรรมการชื้อคณะกรรมการพัฒนาการใช้สมุนไพรแห่งชาติ ปัจจุบันใช้ ชื้อ คณะกรรมการสมุนไพรแห่งชาติ

นอกจากนี้ มหาวิทยาลัยมหิดลได้จัดสัมมนาเรื่องการแพทย์แผนโบราณเมื่อวันที่ ๑-๓ ตุลาคม ๒๕๒๒ มีข้อสรุปว่าให้มีการส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรม แผนไทยโดยตั้งองค์กรที่ชัดเจนรับผิดชอบให้มีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์แผนตะวันตก และส่งเสริมให้มีการใช้ยาแผนไทยให้มากขึ้น

ในช่วง พ.ศ. ๒๕๒๓-๒๕๒๔ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติได้มอบหมายให้คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ศึกษาแนวทางการ พัฒนาสมุนไพรเพื่อกำหนดนโยบายการพัฒนาสมุนไพร ผลการศึกษาสรุปได้ ๔ แนวทาง คือ

๑. การพัฒนาสมุนไพรเพื่อใช้ในด้านสาธารณสุขมูลฐาน
๒. การพัฒนาสมุนไพรเพื่อใช้ในอุตสาหกรรมยาแผนโบราณและยาแผนปัจจุบัน
๓. การพัฒนาสมุนไพรเพื่อเป็นยู่ทอปัจจัย
๔. การพัฒนาสมุนไพรเพื่อการส่งออก

พ.ศ. ๒๕๒๔ รัฐบาลได้กำหนดนโยบายแห่งชาติด้านยาขึ้น มีส่วนเกี่ยวข้องกับสมุนไพรคือ

จัดให้มีการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุดิบที่จำเป็นสำหรับอุตสาหกรรมการผลิตยาที่มีอยู่ภายในประเทศตลอดจนดำเนินการศึกษา และพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการพัฒนาอุตสาหกรรมการผลิตยาในปริมาณมาก โดยใช้ทรัพยากรภายในประเทศที่มีอยู่ดังกล่าวเพื่อให้ประเทศไทยสามารถพึ่งตนเองได้

ดำเนินการค้นคว้าอย่างจริงจัง ในอันที่จะให้ทราบถึงศักยภาพทางด้านการบำบัดรักษาโรคของยาแผนไทย เพื่อนำไปใช้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะสำหรับโครงการสาธารณสุขมูลฐาน นอกจากนี้ยังมีการตั้งหน่วยงานชื่อ **สมุนไพรและเวชกรรมแผนโบราณ** ในสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานทำหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนหน่วยงานระดับปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข ในการดำเนินงานสมุนไพรและการแพทย์ในการสาธารณสุขมูลฐานด้วย ภายหลังได้ปรับปรุงเป็น **ฝ่ายสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในชุมชน**

ปี พ.ศ. ๒๕๒๕ มีการเปลี่ยนแปลงในวงการแพทย์แผนไทยอย่างมาก เมื่อศาสตราจารย์ นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ก่อตั้ง **มูลนิธิส่งเสริมฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยเดิม** โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับวิชาการแพทย์ไทยเดิม ส่งเสริมปรับปรุงการศึกษาและการปฏิบัติวิชาแพทย์ไทยเดิมให้มีมาตรฐานสูงขึ้น ส่งเสริมการวิจัยและการใช้สมุนไพรเพื่อสุขภาพของประชาชนโดยร่วมมือกับองค์กรการกุศลเพื่อสาธารณประโยชน์ มูลนิธิฯ ยังได้ก่อตั้ง **อายุรเวทวิทยาลัย (ชีวโกมารภัจจ์)** เพื่อรับบุคคลที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยม ๖ เข้าศึกษาวิชาวิทยาศาสตร์พื้นฐานแล้วต่อด้วยการแพทย์แผนไทยใช้เวลา ๓ ปี เพื่อเป็นแพทย์อายุรเวท มีคุณสมบัติเทียบเท่าอนุปริญญา มีความรู้ ความสามารถให้การรักษาแบบแผนไทยและแผนตะวันตกเบื้องต้น สามารถสื่อสาร รับและส่งต่อผู้ป่วยกับแพทย์แผนตะวันตกได้

ดังนั้น การถ่ายทอดความรู้ในอายุรเวทวิทยาลัยจะเป็นในรูปครูกับศิษย์ การเรียนการสอนจะกระทำในห้องเรียน มีสื่อการสอนเป็นส่วนประกอบเพื่อความเข้าใจยิ่งขึ้น การคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาแล้วเรียนจะใช้การสอบและสัมภาษณ์ซึ่งผิดกับการถ่ายทอดความรู้ในอดีตที่ครูจะเลือกสอนศิษย์ที่มีความสามารถรับใช้ติดตามใกล้ชิดหรือศิษย์ที่ครูพอใจ รวมทั้งตัวศิษย์เองต้องมีความสามารถในการสังเกต จดจำ คือต้องช่วยตัวเองมากขึ้น ในแง่ของการเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์

นอกจากนี้ในส่วนของภาคประชาชนได้มีจัดตั้ง**โครงการฟื้นฟูการนวดไทย**ในปี พ.ศ. ๒๕๒๔ โดยมีองค์การพัฒนาเอกชน ได้แก่ มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา มูลนิธิหมอชาวบ้าน คณะกรรมการประสานงานองค์กรพัฒนาเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน ร่วมกับสมาคมแพทย์แผนโบราณต่างๆ และต่อมาได้ร่วมกันก่อตั้ง**สมาพันธ์แพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย** ในปี พ.ศ. ๒๕๓๖ มีองค์กรสมาชิกกว่า ๒๐ องค์กร ซึ่งเครือข่ายเหล่านี้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการฟื้นฟูและพัฒนาการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดไทยให้เป็นที่ยอมรับและเป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวางทั้งในระดับประเทศและระดับโลก

ช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๒๕-๒๕๒๙) กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการทดลองส่งเสริมการใช้สมุนไพร โดยการสนับสนุนขององค์การยูนิเซฟ ดำเนินการในปี พ.ศ. ๒๕๒๗-๒๕๒๘ ในพื้นที่ ๒๕ จังหวัด จังหวัดละ ๑ อำเภอรวม ๑,๐๐๐ หมู่บ้าน มีกิจกรรมด้านการให้ทุนวิจัย การกระจายพันธุ์สมุนไพร การผลิตยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ การสนับสนุนการจัดทำระบบข้อมูลสมุนไพร การเผยแพร่ความรู้และส่งเสริมให้เกิดการใช้สมุนไพร ซึ่งโครงการได้พิจารณาความเหมาะสมไว้จำนวน ๖๖ ชนิด

ในช่วงปลายแผนฯ ๕ คือ พ.ศ. ๒๕๒๘ ได้มีการดำเนินการโครงการทดลองอีกโครงการหนึ่งคือ **โครงการสมุนไพรกับการสาธารณสุขมูลฐาน** โดยการสนับสนุนจากประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน (โครงการสมุนไพร GTZ) โครงการนี้ดำเนินการต่อเนื่องถึง พ.ศ. ๒๕๓๑ โดยปรับจากงานโครงการของยูนิเซฟ และการดำเนินงานของโรงพยาบาลวังน้ำเย็นจังหวัดปราจีนบุรี โครงการนี้มีพื้นที่ปฏิบัติการลดลงเหลือเพียง ๕ อำเภอ และมีรายละเอียดทางวิชาการมากขึ้น เน้นการวิจัยทางคลินิก และ การใช้สมุนไพรในคลินิกของโรงพยาบาลจำนวน ๕ ชนิด คือขมิ้นชัน ฟ้าทะลายใจ ชุมเห็ดเทศ พญาขอ และว่านหางจระเข้ ให้โรงพยาบาลพยายามพึ่งตนเองโดยการปลูกสมุนไพรและผลิตยาจากสมุนไพร ๕ ชนิดดังกล่าว นอกจากนี้ยังสนับสนุนงบประมาณในการจ้างแพทย์อายุรเวทไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเป้าหมายด้วย นับว่าก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านการใช้สมุนไพรและการผสมผสานแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐเป็นอย่างมาก

ช่วงแผนฯ ๖ (พ.ศ. ๒๕๓๐-๒๕๓๔) มีการพัฒนาด้านการใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทยมากยิ่งขึ้น ได้บรรจุงานด้านการพัฒนาการใช้สมุนไพรไว้ในแผนฯ ๖ ในชื่อ **โครงการพัฒนาสมุนไพรเพื่อใช้เป็นยา** โดยกำหนดเป้าหมายสมุนไพร ๕ ชนิดตาม

โครงการสมุนไพร GTZ โดยให้มีการผลิตเชิงอุตสาหกรรมและใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันบางส่วน

ใน พ.ศ. ๒๕๓๐ ด้านการแพทย์แผนไทยมีการแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะเพื่อรองรับแพทย์อายุรเวท โดยแบ่งการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณออกเป็น ๒ ประเภท คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไปและผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณประยุกต์ (คือแพทย์อายุรเวท) ในปีเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขเริ่มดำเนินการโครงการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย มีการจัดพิมพ์ข้อเสนอจากการระดมความคิดเห็นในการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยออกมาเป็นหนังสือชื่อ **การแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาแห่งการพึ่งตนเอง** เป็นข้อมูลและแนวทางการพัฒนาในระยะต่อมา

พ.ศ. ๒๕๓๒ กระทรวงสาธารณสุขโดยมติเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี ได้จัดตั้ง **“ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบการแพทย์และเภสัชกรรมไทย”** สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อทำหน้าที่วางนโยบายและแนวทางเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย เชื้ออำนาจ ประสานงาน และให้การสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานและสถาบันต่างๆ ให้เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม ศูนย์ประสานงานฯ ที่เกิดขึ้นนี้ได้เริ่มวางรากฐานการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยโดยการประสานความร่วมมือจากฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชน และฝ่ายวิชาชีพ

ซึ่งต่อมาศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบการแพทย์และเภสัชกรรมไทยได้รับการก่อตั้งเป็น **“สถาบันการแพทย์แผนไทย”** สังกัดกรมการแพทย์ในปี พ.ศ. ๒๕๓๖ เพื่อเป็นหน่วยงานการพัฒนา ประสานงาน สนับสนุน และสร้างความร่วมมือด้านการแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุข โดยโอนบทบาทหน้าที่และเจ้าหน้าที่ของศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทยมาไว้ในสังกัดใหม่ ในปีเดียวกันกับการก่อตั้ง **“สมาคมแพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย”** โดยมูลนิธิ สมาคม ชมรมด้านการแพทย์แผนไทย ๒๔ องค์กร สมาพันธ์ได้เรียกร้องให้มีการแก้ไขร่างพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะซึ่งอยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการสาธารณสุข สถาปนาผู้แทนราษฎร โดยเสนอเปลี่ยนคำว่า **“แผนโบราณ”** เป็น **“แผนไทย”** และแก้ไขนิยามของการประกอบโรคศิลปะแผนไทยให้สามารถนำความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์มาใช้ประกอบได้ รวมทั้งเสนอให้เพิ่มสาขาการนวดไทยในการประกอบโรคศิลปะแผนไทย นับเป็นครั้งแรกที่เกิดการรวมตัวของฝ่ายวิชาชีพการแพทย์แผนไทยในระดับประเทศและมีการเคลื่อนไหวเรียกร้องให้มีการปรับเปลี่ยนแก้ไขกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาสมุนไพร การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ได้มีการดำเนินต่อเนื่องมาจนถึงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๓/ (พ.ศ. ๒๕๓๕-๒๕๓๙) โดยปรากฏอยู่ในกลวิธีในการพัฒนาการสาธารณสุขอย่างชัดเจน กล่าวคือ

สนับสนุนและส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยทางเลือกในส่วนที่สามารถดำเนินการโดยประชาชน เช่น การแพทย์พื้นบ้าน การใช้สมุนไพรและอื่นๆ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้เป็นไปอย่างถูกต้อง และเป็นระบบ สามารถประสานกับทางเลือกของการดูแลสุขภาพแผนตะวันตกได้

ต่อมาได้มีการประกาศใช้ พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ เมื่อวันที่ ๑๙ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๒ ซึ่งได้แก้ไขสาระสำคัญหลายประการที่เอื้อต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทยมากขึ้น เช่น เปลี่ยนชื่อการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณเป็นการแพทย์แผนไทย และไม่มีนิยามในลักษณะที่ขัดขวางการพัฒนาอีกต่อไป มีบทบัญญัติระบุประเภทของสาขาการแพทย์แผนไทย ได้แก่ เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทย และประเภทอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด และทำให้มีการเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยขึ้นเป็นครั้งแรก ซึ่ง “คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย” ถือว่าเป็นองค์กรวิชาชีพซึ่งมีกรรมมาจากการแต่งตั้งและเลือกตั้ง ทำหน้าที่คล้ายสภาวิชาชีพ

๒๓/ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๔๓ มีการบังคับใช้ พ.ร.บ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ กฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดให้สถาบันการแพทย์แผนไทยเป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ดำเนินการต่างๆ เกี่ยวกับการคุ้มครองและส่งเสริมการศึกษาดุริยธรรม การศึกษาวิจัย และพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร และรับผิดชอบในงานธุรการและงานวิชาการของคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การตรา พ.ร.บ.ฉบับนี้ถือเป็นครั้งแรกที่จะมีการจดทะเบียนสิทธิในตำรับยา และตำราการแพทย์แผนไทยและมีการกำหนดให้มีตำรับยาแผนไทยของชาติ

พ.ศ. ๒๕๔๕ มีพระราชกฤษฎีกาประกาศตั้ง “กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก” เพื่อเป็นหน่วยงานในการดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือกอื่น โดยให้มีการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนา ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี

พัฒนาคุณภาพมาตรฐาน ส่งเสริมและสนับสนุนการบริหารระบบบริการสุขภาพ เสนอแนะเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น

นอกจากนี้ยังมีอำนาจหน้าที่รวบรวม อนุรักษ์ และคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทยและสมุนไพร มีเป้าหมายที่สำคัญคือ พัฒนา “สถานบริการสุขภาพของรัฐและเอกชน ชุมชนและประชาชน มีการดูแลสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างเหมาะสม เพื่อการพัฒนาสุขภาพอย่างยั่งยืน และเพื่อการพึ่งตนเองของประชาชนและของประเทศ” โดยกำหนดวิสัยทัศน์ในการมุ่งมั่นพัฒนาและบูรณาการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกให้มีบทบาทสำคัญในการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ในท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองของโลกยุคศตวรรษที่ ๒๑

๒

บทที่

นโยบายและยุทธศาสตร์ชาติ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

นโยบายและยุทธศาสตร์ชาติ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน เริ่มต้นในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๒๕-๒๕๒๙) โดยกำหนดให้มีการส่งเสริมให้มีการใช้ยาสมุนไพรที่เหมาะสม ทั้งนี้เนื่องมาจากนโยบาย การสาธารณสุขมูลฐาน ขององค์การอนามัยโลก ในคำประกาศอัลมา อตา พ.ศ. ๒๕๒๑ (Alma-Ata Declaration ค.ศ. ๑๙๗๘)

๒.๑ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ประเทศไทยจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๐๔-๒๕๐๙) ระยะเวลา ๖ ปี และต่อมาตั้งแต่แผนที่สองเป็นต้นมาได้กำหนดระยะเวลาของแต่ละแผนเป็น ๕ ปี

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑-๔ ไม่ได้มีการกำหนดแผนการพัฒนาแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน จนกระทั่งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๒๕-๒๕๒๙) จึงได้มีการกำหนดให้มี **การพัฒนายาสมุนไพร** อยู่ในกลวิธีและ มาตรการดำเนินงานของการสาธารณสุขมูลฐาน ๘ ประการ เกี่ยวกับการจัดหายาที่ จำเป็นไว้ในหมู่บ้าน ดังนี้

“ส่งเสริมให้มีการใช้ยาสมุนไพรที่เหมาะสม เพราะมีราคาถูกหรือสามารถจัดหาได้ โดยไม่เสียเงิน มีประสิทธิภาพและได้มีการยอมรับอยู่แล้วจากตัวประชาชนในชนบทเอง ตลอดจนสามารถแก้ปัญหาโรคง่าย ๆ ได้ด้วย ทั้งนี้ให้ดำเนินการดังนี้

- ❖ คัดเลือกชนิดของสมุนไพรต่างๆ ที่มีคุณภาพดี ไม่มีพิษภัย
- ❖ ดำเนินการแพร่พันธุ์ จัดหา ผลิตเป็นยาสมุนไพร
- ❖ ส่งเสริมความรู้ด้านการใช้ยาสมุนไพรแก่ประชาชน โดยใช้อาสาสมัคร”

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๖ (พ.ศ. ๒๕๓๐-๒๕๓๔) ได้ กำหนดให้มี

“**แผนงานส่งเสริมสุขภาพ** โดยมีมาตรการสาธารณสุขมูลฐาน ให้สนับสนุน การวิจัยและพัฒนาการผลิตยา การจัดหายา การกระจายยาและการใช้ยาให้เป็นไปตาม บัญชียาหลักแห่งชาติ โดยเฉพาะการวิจัยและพัฒนาสมุนไพรเพื่อใช้ในการสาธารณสุข มูลฐาน อุตสาหกรรมยาแผนโบราณและแผนปัจจุบัน ตลอดจนเพื่อการส่งออก”

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๗ (พ.ศ. ๒๕๓๕-๒๕๓๙) ได้ กำหนดให้มี **แนวทางและมาตรการการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การศึกษาและ สาธารณสุข** โดยมีการ **พัฒนาสุขภาพและพละนาถัย** ดังนี้

“พัฒนาภูมิปัญญาทางด้านการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน เช่น แพทย์แผนไทย สมุนไพรและการนวด ประสานเข้ากับระบบบริการการแพทย์แผนปัจจุบัน”

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๘ (พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๔) นับ เป็นจุดเปลี่ยนทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย เนื่องจากการ พัฒนาที่ผ่านมา แม้จะมีความเจริญเติบโตก้าวหน้าทางเศรษฐกิจแต่กลับพบว่า มีปัญหา ทางด้านสังคมมากโดยเฉพาะปัญหาทางด้านจริยธรรม อาชญากรรม ยาเสพติด ฯลฯ ทำให้มีการเปลี่ยนทิศทางการพัฒนาของประเทศไทย โดยเน้นคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา และได้มีการกำหนดให้มี

“การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข โดยการเพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพ และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ดังนี้

สนับสนุนการพัฒนาแพทย์แผนไทยให้สามารถผสมผสานในระบบสาธารณสุข โดยการพัฒนาองค์ความรู้และการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการปรับปรุง คุณภาพมาตรฐานของบุคลากรและสถานบริการแพทย์แผนไทยเพื่อให้เป็นที่ยอมรับ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๙ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๙) ได้อัญเชิญ **ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง** มาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาและ บริหารประเทศ ควบคู่ไปกับกระบวนการพัฒนาแบบบูรณาการเป็นองค์รวมที่มี **“คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา”** ต่อเนื่องจากแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๘ เน้นการพัฒนา ที่ยั่งยืนและการอยู่ดีมีสุขของคนไทย และได้กำหนดให้มี

“ยุทธศาสตร์การพัฒนาค้นให้มีคุณภาพและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง โดยมี การปฏิรูประบบสุขภาพ ดังนี้

พัฒนาแพทย์ทางเลือก แพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยให้ได้มาตรฐานทาง การแพทย์ รวมทั้งให้มีการฝึกอบรมถ่ายทอดความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุข”

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔) ยังคงอัญเชิญ **“ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง”** มาเป็นแนวปฏิบัติในการพัฒนาแบบ บูรณาการเป็นองค์รวมที่มี **“คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา”** ต่อเนื่องจากแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๘ และแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๙ และให้ความสำคัญต่อการรวมพลังสังคมจาก ทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วมดำเนินการในทุกขั้นตอนของแผนฯ พร้อมทั้งสร้างเครือข่าย การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาลู่การปฏิบัติ รวมทั้งการติดตามตรวจสอบผลการ ดำเนินงานตามแผนอย่างต่อเนื่อง แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๐ ได้กำหนดให้มี

“ยุทธศาสตร์การพัฒนาคูณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและ การเรียนรู้ และกำหนดให้มีแนวทางการพัฒนาเพื่อการเสริมสร้างสุขภาวะคนไทยให้ มีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่ โดย

พัฒนาการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แผนไทย ที่มุ่งการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและสร้างสรรค์มูลค่าทางเศรษฐกิจ จัดการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาที่เกิดจากการวิจัยและพัฒนา และพัฒนาบุคลากรที่สามารถผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กับการแพทย์สมัยใหม่”

๒.๒ แผนพัฒนาการสาธารณสุข

คณะกรรมการบริหารสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการวางแผนพัฒนาสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๑๓ โดยมีนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ในฐานะรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน เพื่อให้พิจารณาแนวนโยบาย และมาตรการต่างๆ เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขจัดทำแผนงานและโครงการพัฒนาการสาธารณสุข เพื่อบรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๒๐-๒๕๒๔) ซึ่งนับเป็นแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับแรกของประเทศ

ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๔ ไม่ได้มีการกำหนดแผนการพัฒนาเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน แต่จากนโยบายการสาธารณสุขมูลฐาน ขององค์การอนามัยโลก ในคำประกาศอัลมาอตา พ.ศ. ๒๕๒๑ (Alma-Ata Declaration ค.ศ. ๑๙๗๘) ซึ่งประเทศไทยได้ประกาศให้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นนโยบายหลักของการสาธารณสุขไทยในปี ๒๕๒๓ ทำให้มีการนำนโยบายการสาธารณสุขมูลฐานมาปฏิบัติอย่างกว้างขวาง มีการปรับแผนและงบประมาณเพื่อสนับสนุนนโยบายดังกล่าว ในปี ๒๕๒๔ กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานได้จัดทำโครงการสมุนไพรรักกับการสาธารณสุขมูลฐาน โดยความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟ ทำให้เกิดการตื่นตัวต่อการใช้สมุนไพรรักษาอย่างแพร่หลาย

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๒๕-๒๕๒๙) มี นายแพทย์อมร นนทสูต ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานคณะอนุกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข ได้กำหนดให้มี

โครงการวิจัยยาและสมุนไพรรัก ซึ่งอยู่ในส่วนความรับผิดชอบของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาทางนำสมุนไพรรัก ซึ่งเป็นทรัพยากรของประเทศมาใช้ประโยชน์ในการรักษาโรคอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย รวมทั้งมีงานสนับสนุนแผนงานสาธารณสุขมูลฐาน ส่วนแผนงานสาธารณสุขมูลฐานนั้นไม่ได้กำหนดให้

มีงานด้านสมุนไพรโดยตรง แต่กำหนดให้หน่วยงานหรือโครงการที่ส่งเสริมงานการสาธารณสุขมูลฐานมีส่วนร่วมในการที่จะให้บริการแก่ประชาชนในหมู่บ้าน ได้แก่ งานโภชนาการ งานอนามัยครอบครัว **ส่งเสริมยาแผนโบราณ และยาสมุนไพร** เป็นต้น

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๖ (พ.ศ. ๒๕๓๐-๒๕๓๕) มี นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานคณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข โดยได้กำหนดงานที่เกี่ยวข้องไว้ใน ๒ แผนงาน และ ๑ โครงการ คือ

แผนงานสาธารณสุขมูลฐานซึ่งได้กำหนดให้มี

“การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนยาและสนับสนุนการใช้สมุนไพร โดยส่งเสริมการจัดตั้งสวนสาธิตสมุนไพรในศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ๔ แห่ง และในโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย วัด และโรงเรียน จำนวน ๑๔๔ แห่งและส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มผู้สนใจสมุนไพร เพื่องานสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน ๘๑ กลุ่ม”

แผนงานยาและชีววัตถุ กำหนดให้มี

“งานวิจัยและพัฒนาสมุนไพรเพื่อใช้ประโยชน์สำหรับงานสาธารณสุขมูลฐาน อุตสาหกรรมการผลิตยา การส่งออก”

โครงการพัฒนาสมุนไพรเพื่อใช้เป็นยา ซึ่งกำหนดเป้าหมาย “ให้คัดเลือกสมุนไพรไม่น้อยกว่า ๕ ชนิด คือ พืชหายาก ไขมันชั้น ว่างหางจระเข้ เกล็ดพังพอน ชุมเห็ดเทศ มาพัฒนาอย่างจริงจัง”

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๗ (พ.ศ. ๒๕๓๕-๒๕๓๙) มี นายแพทย์อุทัย สุตสุข ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานคณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข โดยได้กำหนดให้มี

แนวทางการพัฒนาสาธารณสุข ๔ ประการ ดังนี้

- ๑) ความครอบคลุมและความเป็นธรรม
- ๒) การพัฒนาที่มีบูรณาการ
- ๓) ความสอดคล้องกับพื้นที่
- ๔) การพึ่งตนเองของประชาชนและชุมชน เน้นการส่งเสริมให้ประชาชนและสังคมเข้ามามีส่วนร่วม และรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขไปพร้อมๆ กันกับความเปลี่ยนแปลงทางสังคมบนรากฐานของศักยภาพการพึ่งตนเองที่ประชาชนและชุมชนนั้นๆ มีอยู่ เช่น การรักษาพื้นบ้าน การใช้สมุนไพร ฯลฯ

กลวิธีในการดำเนินการมีดังนี้

๑. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

- ๑.๑ สนับสนุนและส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยทางเลือกในส่วนที่สามารถดำเนินการโดยประชาชน เช่น การแพทย์พื้นบ้าน การใช้สมุนไพร และอื่นๆ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้เป็นไปอย่างถูกต้องและเป็นระบบ สามารถประสานกับทางเลือกของการดูแลสุขภาพแผนปัจจุบันได้

๒. การพัฒนาและส่งเสริมการใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางด้านสาธารณสุข มีดังนี้

- ๒.๑ สนับสนุนการพัฒนาเทคโนโลยีพื้นบ้าน อันได้แก่การแพทย์และเภสัชกรรมไทย การนวดไทย สมุนไพรและเทคโนโลยีพื้นบ้านอื่นๆ ให้แพร่หลายมากขึ้นและประสานการใช้ร่วมกับเทคโนโลยีปัจจุบันในการบริการสาธารณสุข
- ๒.๒ ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาในด้านวิทยาศาสตร์ เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และรักษาโรค
- ๒.๓ ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาสมุนไพร เป็นยาแผนปัจจุบันและผลิตภัณฑ์อื่นๆ จากสมุนไพร เพื่อนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์โดยตรงต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน ทั้งในสถานบริการของรัฐ การสาธารณสุขมูลฐาน และเพื่อการส่งออก จัดให้มีศูนย์ประสานงานทำหน้าที่เป็นเลขานุการของคณะกรรมการสมุนไพรแห่งชาติ
- ๒.๔ แสวงหาความร่วมมือจากภาคเอกชน ทั้งในและต่างประเทศในการผลิตวัตถุดิบที่ใช้ในอุตสาหกรรมยาจากวัตถุดิบภายในประเทศ เพื่อทดแทนการนำเข้าจากต่างประเทศ

๓. การปรับปรุงบทบัญญัติแห่งกฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ให้เอื้อต่อการพัฒนาสาธารณสุข โดย พิจารณาและพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการใช้สมุนไพรเป็นยา การคุ้มครองผู้บริโภค การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

โครงการทศวรรษพัฒนาการแพทย์แผนไทย^๑ นับเป็นการเริ่มพัฒนาการแพทย์แผนไทย ส่งผลให้เกิดการยอมรับและสนับสนุนการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย การใช้สมุนไพร เข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพของไทยอย่างเป็นทางการ

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ (พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๔) มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุขได้กำหนดให้มี

“ยุทธศาสตร์การเพิ่มประสิทธิภาพและความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข โดยมียุทธวิธีสนับสนุนการพัฒนาเภสัชกรรมและการแพทย์แผนไทยอย่างจริงจัง โดยสนับสนุนงบประมาณปีละไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒ ของงบประมาณด้านสุขภาพ

และกำหนดให้มีงานบริการการแพทย์แผนไทยและแนวอื่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนางานวิชาการและการบริการด้านการแพทย์แผนไทย ให้มีคุณภาพ และประสิทธิภาพเท่าเทียมมาตรฐานสากล มุ่งสู่การพึ่งตนเอง และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

กิจกรรมหลัก

๑. พัฒนาองค์ความรู้และบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย โดยทบทวนสังคายนา จัดทำตำราแพทย์แผนไทย ตลอดจนสนับสนุนการวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยแก่หน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน
๒. พัฒนาข้อมูลข่าวสารและการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ด้านการแพทย์แผนไทย โดยการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารการแพทย์แผนไทยในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และเครือข่าย
๓. พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ โดยการจัดตั้งคลินิกแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด และให้มีการบริการผสมผสานแพทย์แผนไทยในคลินิกผู้สูงอายุ

^๑ พ.ศ. ๒๕๓๕ รัฐบาล (นายชวน หลีกภัย) ได้แสดงเจตจำนง “ให้มีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร เข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขชุมชนอย่างเหมาะสม” จึงมีการจัดทำโครงการทศวรรษพัฒนาการแพทย์แผนไทย และจัดตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทย สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่พัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยให้ได้มาตรฐานทัดเทียมนานาชาติ และที่สำคัญคือการอนุรักษ์ไว้ซึ่งมรดกของชาติ นับเป็นจุดเริ่มต้นการยอมรับอย่างเป็นทางการ และสนับสนุนการรักษาแบบแผนไทย การใช้ยาสมุนไพร การอบรมแพทย์แผนไทย อันเป็นทางเลือกของประชาชนในระบบสุขภาพของไทย

๔. พัฒนาระบบบริหารจัดการการแพทย์แผนไทย โดยการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานสถานพยาบาลและบุคลากร
๕. สร้างเครือข่ายประสานความร่วมมือการพัฒนาการแพทย์แผนไทยทั้งภาครัฐและภาคเอกชน พัฒนาเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานสถานพยาบาลและบุคลากร และแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
๖. พัฒนาเวชภัณฑ์และระบบอุตสาหกรรมยาไทย โดยทบทวนและพัฒนาสูตรตำรับยาแผนโบราณ สูตรยาสามัญประจำบ้าน และพัฒนายาไทยแบบครบวงจร โดยการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง จัดทำทำเนียบตำราการแพทย์แผนไทย ตลอดจนสนับสนุนพัฒนาพืชผักสมุนไพร และการอนุรักษ์และประยุกต์ใช้ความหลากหลายทางชีวภาพ”

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ (เป็นครั้งแรกที่เปลี่ยนชื่อเป็นแผนพัฒนาสุขภาพ) ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๙ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๙) มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานคณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ โดยได้กำหนดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ให้เป็นระบบสุขภาพเชิงรุกที่มุ่งการสร้างเสริมสุขภาพดีของประชาชน ควบคู่กับการมีหลักประกันที่อุ้มชูในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เอื้ออาหารและมีคุณภาพเมื่อยามจำเป็น โดยสังคมทุกส่วนและทุกระดับ มีศักยภาพและมีส่วนร่วมในการสร้างและจัดการระบบสุขภาพตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยมีการเรียนรู้และใช้ประโยชน์อย่างรู้เท่าทัน ทั้งจากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทย เพื่อให้สังคมไทยดำรงอยู่อย่าง พึ่งตนเองได้และมีสุขภาพะในสังคมโลกที่มีสภาพการเชื่อมโยงและมีอิทธิพลต่อกันอย่างกว้างขวาง

การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เริ่มถูกกำหนดในภาพลักษณ์ระบบสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ โดยมีความเชื่อมโยงเพื่อความเข้มแข็งและมีคุณภาพของระบบสุขภาพ ดังนี้

ด้วยกระแสสุขภาพกำลังตื่นตัวกับการใช้สมุนไพรเพื่อเป็นยา อาหาร เครื่องสำอาง เป็นผลให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ในรูปแบบของการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพหรือการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ด้วยการแพทย์แผนไทย คือ สปาไทย การนวดไทย ที่มีเอกลักษณ์ของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย จึงมีนโยบายการพัฒนาประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๕๑) กำหนดวิสัยทัศน์ของการพัฒนาธุรกิจผลิตภัณธ์สุขภาพและสมุนไพรไทย: สมุนไพรไทยสู่สากล (Thai Herbs for Global Health) จึงเป็นช่วงที่สังคมไทยเริ่มต้นตัวในการพัฒนาและใช้ประโยชน์จากทุน

ทางสังคม และมีการพัฒนาสมุนไพรที่มีคุณภาพมาตรฐานสามารถผลักดันในการแข่งขันของประเทศสูงขึ้น ส่งผลให้การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทยเป็นต้นมา”

ภาพลักษณ์ระบบสุขภาพไทย



ที่มา: คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๙

และได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพ โดยให้มีการสนับสนุนการพัฒนา ศักยภาพทางปัญญาของระบบสุขภาพ โดยเน้นการแพทย์แผนไทย สมุนไพร และการแพทย์ทางเลือก ทั้งจากภูมิปัญญาไทยและสากล

- (๑) จัดสรรงบประมาณไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑.๐ ของงบประมาณด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ โดยมีกลไกการบริหารที่เป็น อิสระและคล่องตัว (องค์การมหาชนในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข) ใช้การจัดการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้สถาบันวิชาการทุกแห่งมุ่งวิจัยเพื่อ แก้ปัญหาที่มีลำดับความสำคัญสูง
- (๒) มีการจัดตั้งสถาบันวิจัยสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยเป็นองค์การมหาชน โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๐.๕ ของงบประมาณ ของรัฐด้านสุขภาพ
- (๓) สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชนมีการใช้ยาสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน ถูกต้องตามกฎหมายและเป็นไปตามหลักวิชาการอย่างประหยัด คำนึงค่าใน การให้บริการ โดยในระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนมี การใช้ยาสมุนไพรไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓ และ ๕ ของมูลค่าการใช้ยาใน โรงพยาบาลตามลำดับ

และกำหนดให้มีการส่งเสริมการนำภูมิปัญญาและองค์ความรู้ทุกด้าน โดยเฉพาะ การแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาท้องถิ่นและความเข้าใจทางจิตสังคมมาใช้ในการจัดระบบ บริการสุขภาพอย่างครบวงจร

และให้มีการยกระดับภูมิปัญญาไทยให้มีสถานะและใช้ประโยชน์ได้ทัดเทียมกับ ภูมิปัญญาสากล โดยการสร้างระบบการวิจัยและพัฒนาภูมิปัญญาไทยให้เข้มแข็งและ ผลสมผสานเข้าสู่ระบบการศึกษาและระบบบริการสาธารณสุขในทุกระดับ

- (๑) ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาการแพทย์แผนไทย สมุนไพรและภูมิปัญญา ท้องถิ่นด้านสุขภาพให้มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับ สามารถใช้ประโยชน์ทั้งใน ระบบบริการสุขภาพและในระดับการดูแลสุขภาพตนเอง และให้สามารถ คำนึงสิทธิทางปัญญาของไทยได้
- (๒) ส่งเสริมให้มีการพัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และภูมิปัญญาไทยด้าน สุขภาพในระบบการศึกษาทุกระดับและในชุมชน

- (๓) สนับสนุนการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในการผลิตผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีสุขภาพ ทั้งด้านอาหาร ยา เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข และบริการสุขภาพ เพื่อสร้างเศรษฐกิจชุมชนและประเทศให้เข้มแข็ง โดยผลิตผลจากภูมิปัญญาด้านสุขภาพมีใช้อย่างเพียงพอในประเทศ สามารถทดแทนการนำเข้าและได้มาตรฐานสากลเพื่อส่งออกไปต่างประเทศได้

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔) มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานคณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ได้น้อมนำ**ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพ** และกำหนด**วิสัยทัศน์ระบบสุขภาพไทย** ว่า “มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อสร้างให้สุขภาพดี บริการดี สังคมดี ชีวิตมีความสุขอย่างพอเพียง”

พันธกิจ

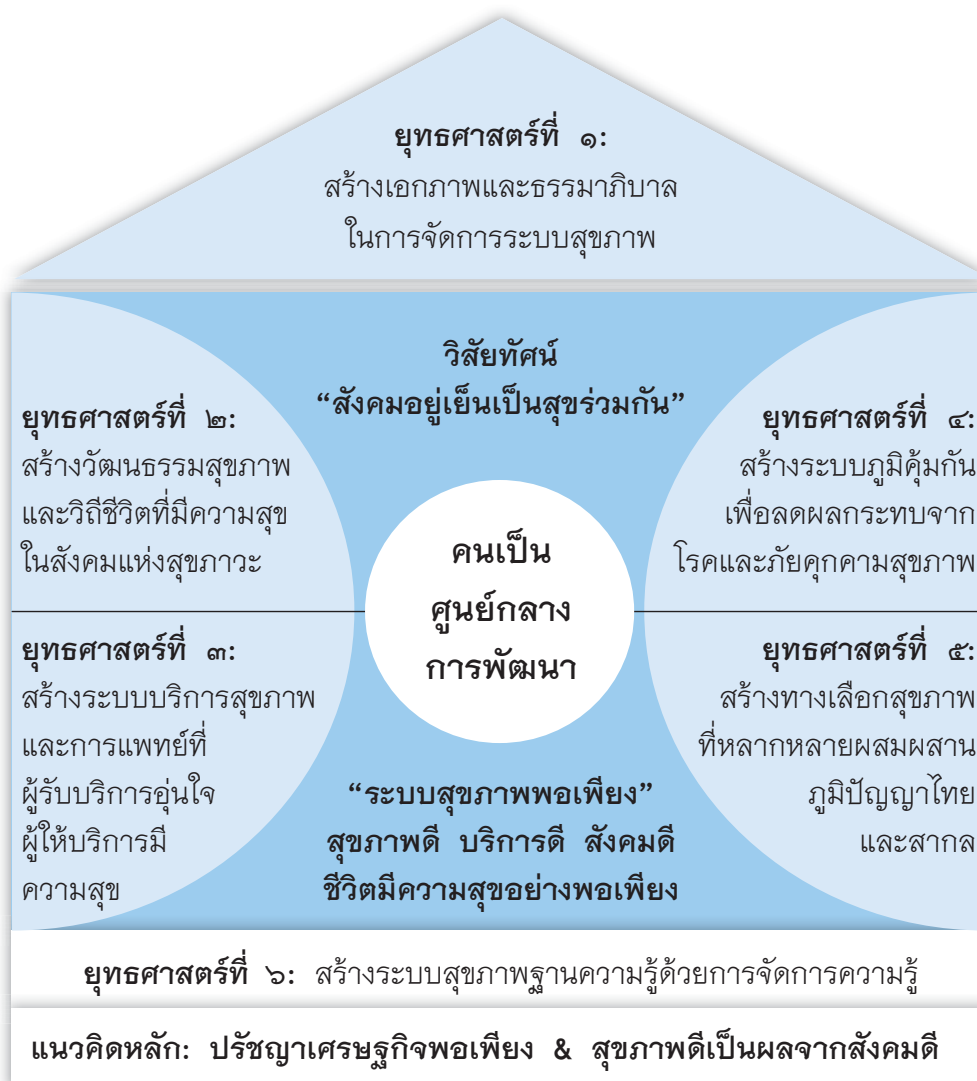
สร้างเอกภาพทางความคิด สร้างจิตสำนึกสุขภาพใหม่
สร้างระบบจัดการที่โปร่งใส สร้างกลไกการมีส่วนร่วมในการพัฒนา

เป้าหมายหลักการพัฒนา “ทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากลอย่างรู้เท่าทันและพึ่งตนเองได้”

ยุทธศาสตร์ “การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล” เน้นการพัฒนาศักยภาพเพื่อการพึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพ ด้วยการส่งเสริมสมุนไพร การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความปลอดภัย

กรอบความสัมพันธ์ระหว่างยุทธศาสตร์

กรอบความสัมพันธ์ของแนวคิด วิสัยทัศน์ และยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาประเทศ



ที่มา: คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔

ยุทธศาสตร์การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล

เน้นการพัฒนาศักยภาพเพื่อการพึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพด้วยการส่งเสริมสมุนไพร การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความปลอดภัย

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์

๑. บูรณาการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ โดยเป็นส่วนหนึ่งในระบบประกันสุขภาพ
๒. พัฒนารักษา ยาสมุนไพร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และวิธีการดูแลสุขภาพจากภูมิปัญญาไทยให้ปลอดภัย มีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับและได้รับการอนุรักษ์และคุ้มครองอย่างเป็นระบบ
๓. พัฒนาสถาบันการศึกษา ระบบการศึกษา ระบบการเรียนรู้และการจัดการความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกให้มีมาตรฐาน
๔. เร่งรัดส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการแก้ปัญหาสุขภาพของประเทศให้สามารถพึ่งตนเองในด้านยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์และการรักษาโรคได้มากขึ้น
๕. ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมด้วยการพัฒนาระบบการประเมินเทคโนโลยีและการวางแผนทรัพยากรทางการแพทย์ (Health Facility Planning)

เป้าหมาย

๑. การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกได้รับการพัฒนาและสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาสังคม อย่างจริงจังและต่อเนื่อง
๒. โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนมีการใช้ยาสมุนไพรไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕ และ ๑๐ ของมูลค่าการใช้ยาในโรงพยาบาลตามลำดับ
๓. การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพในระบบประกันสุขภาพ

๔. ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และวิธีการดูแลสุขภาพจากภูมิปัญญาไทยที่ปลอดภัย มีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับและได้รับการอนุรักษ์และคุ้มครองอย่างเป็นระบบ
๕. มีการจัดตั้งและพัฒนาสถาบันการศึกษา สถาบันด้านการจัดการความรู้ ภูมิปัญญาไทย เพื่อผลิตพัฒนากำลังคน การวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

กลวิธีและมาตรการ

๑. เร่งรัดการพัฒนาสมุนไพรให้สามารถใช้ได้อย่างได้ผลและพอเพียง ทั้งในระดับ ครอบครัว ชุมชน และระดับประเทศ เพื่อการพึ่งตนเองได้
 - ๑.๑ ส่งเสริมการใช้สมุนไพรที่มีอยู่ในท้องถิ่นและยาสมุนไพรสำเร็จรูป ให้สามารถแก้ปัญหาค่าความเจ็บป่วยที่พบบ่อยในระดับครอบครัวและชุมชน
 - ๑.๒ สนับสนุนให้สถานพยาบาลมีการใช้ยาสมุนไพรที่ได้มาตรฐานถูกต้องตามกฎหมายและเป็นไปตามหลักวิชาการอย่างประหยัดคุ้มค่าในการให้บริการ
๒. ส่งเสริมการบูรณาการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - ๒.๑ ส่งคายนาดำรบัญยาแผนไทย และรวบรวมตำราแพทย์พื้นบ้านในภูมิภาคต่างๆ ร่วมกับหน่วยงาน องค์กรและสถาบันการศึกษา
 - ๒.๒ จัดให้มีระบบงบประมาณเฉพาะที่ชัดเจนในการบริหารจัดการ เพื่อการส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน ให้มีมาตรฐานเป็นทางเลือกของบริการสาธารณสุขและระบบสุขภาพชุมชนอย่างจริงจัง
 - ๒.๓ พัฒนาระบบประกันคุณภาพบริการการแพทย์แผนไทย เพื่อให้ประชาชนเกิดความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการและการใช้บริการอย่างเหมาะสม
 - ๒.๔ เพื่อสนับสนุนการฟื้นฟูภูมิปัญญาไทยด้านการแพทย์แผนไทย การกลั่นกรองเลือกสรร และส่งเสริมทางเลือกด้านบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของสังคมไทย รวมทั้งการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน
 - ๒.๕ พัฒนาและปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย (Clinical Practice Guideline-CPG) ตามเกณฑ์มาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการควบคุมกำกับคุณภาพการบริการการแพทย์แผนไทย และการกำหนดหลักเกณฑ์การอนุญาตใช้การแพทย์ทางเลือกที่ทำการส่งเสริมโดยรัฐ

- ๒.๖ ส่งเสริมให้โรงพยาบาล สถานพยาบาลมีการจัดบริการสุขภาพด้วยภูมิปัญญาไทยที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน โดยผสมผสานการให้บริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก
- ๒.๗ ดำเนินการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการการส่งเสริมคุณภาพโดยใช้แนวทางเวชปฏิบัติ รวมทั้งเรื่องระบบรายงานและการควบคุมกำกับคุณภาพ เพื่อให้การบริการเป็นไปตามขอบเขตสิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้อย่างเหมาะสม
๓. ส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น และระบบสุขภาพชุมชนให้มีศักยภาพในการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง โดยสร้างศูนย์การเรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก สร้างสวนสมุนไพรและไม้หอม สร้างศูนย์บำบัดผู้ป่วยเรื้อรังสำหรับชุมชน และรณรงค์ให้ประชาชนบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ
๔. สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ทางเลือกสุขภาพ ให้มีความหลากหลาย ผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนองค์ความรู้กับต่างประเทศที่มีความชำนาญ เช่น จีน อินเดีย ตลอดจนการคุ้มครองภูมิปัญญาและสร้างกลุ่มเครือข่าย
๕. สร้างระบบการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ควบคู่ไปกับการวางแผนการใช้ประโยชน์ที่รู้จักประมาณอย่างมีเหตุผลตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง
๖. สร้างทางเลือกที่หลากหลายในการเยียวยารักษาโรค เพื่อลดการใช้ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ฟุ่มเฟือยและมีราคาแพง ด้วยการส่งเสริมการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของประชาชนด้วยสมุนไพร การรับประทานอาหารสุขภาพที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ส่งเสริมการออกกำลังกาย และการพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพ
๗. พัฒนาระบบการศึกษา หลักสูตรการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกที่มีมาตรฐาน และจัดระบบฐานข้อมูล ระบบสารสนเทศที่รวบรวมองค์ความรู้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายภาคีอย่างเป็นระบบ
๘. ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างกลไกทางกฎหมาย เพื่อการคุ้มครองและเฝ้าระวังการละเมิดภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรของชาติไทย

๒.๓ แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท

พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔

แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔ ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๐ นับเป็นแผนแม่บทฉบับแรกของประเทศไทยที่ใช้กำหนดทิศทางการดำเนินการเพื่อพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท อันครอบคลุมทั้งบริบทของการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก จัดทำขึ้นโดยคณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท โดยมีผู้แทนจากหน่วยงานและองค์กรภาคีต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชน และชุมชน มีกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่มีบทบาทสำคัญในการทำงานด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย พร้อมทั้งรับฟังความคิดเห็น และข้อเสนอแนะจากผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ ตั้งแต่หมอพื้นบ้าน หมอแผนไทย บุคลากรสาธารณสุข นักวิชาการผู้บริหารและผู้ทรงคุณวุฒิ

บทสรุปแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ

ภูมิปัญญาไทย^๒ สุขภาพวิถีไท^๓ เป็นวิถีทางสำคัญของระบบสุขภาพของประเทศไทย ในการปรับเปลี่ยนจากระบบบริการทางการแพทย์ที่เป็นแบบแผนเดียว อันได้แก่การแพทย์แผนปัจจุบันมาเป็นการแพทย์พหุลักษณะ หรือหลากหลายระบบ

การแพทย์แผนปัจจุบันแม้ว่าจะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีแต่ก็มีผลกระทบต่อรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศ ทั้งนี้เพราะการแพทย์แผนปัจจุบันต้องใช้องค์ความรู้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ซึ่งมีราคาสูงและนำเข้าจากต่างประเทศ นอกจากนี้การแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในการรักษาโรคเรื้อรัง โรคเมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคที่ต้องใช้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเวลายาวนานโดยเฉพาะในกลุ่มผู้พิการและผู้สูงอายุ รวมทั้งไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นที่มีวัฒนธรรม ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งแตกต่างไปจากวัฒนธรรมทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

^๒ ภูมิปัญญาไทย หมายถึง องค์ความรู้ เทคโนโลยี การปฏิบัติ (Practice) และความหลากหลายทางชีวภาพที่มีอยู่ในประเทศไทยซึ่งครอบคลุมทั้งบริบทของการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก

^๓ สุขภาพวิถีไท หมายถึง วิถีทางซึ่งเป็นไปเพื่อสุขภาพและปลดปล่อยผู้คนให้เป็นอิสระจากความเจ็บป่วย ความทุกข์ และความบีบคั้นทั้งปวง

ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ประกอบด้วยระบบการแพทย์หลัก ๓ ระบบ ได้แก่ **การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก** ซึ่งจะตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในส่วนที่เป็นข้อจำกัดของการแพทย์แผนปัจจุบันดังที่ได้กล่าวมา โดยเฉพาะในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และประเทศ ทั้งนี้เป็นเพราะภูมิปัญญาที่มีอยู่ดั้งเดิมในสังคมไทย และมีบุคลากรด้านการแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์แผนไทยจำนวนมากกระจายอยู่ทั่วประเทศ การพึ่งตนเองด้านสุขภาพเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจระดับฐานรากและระดับประเทศให้เข้มแข็ง ทำให้ชุมชนและสังคมไทยเป็นสังคมแห่งภูมิปัญญา อันเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด

นอกจากนี้ สมุนไพรและการนวดไทย ยังเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการที่เป็นความต้องการทั้งในและต่างประเทศ มีมูลค่าการบริโภคสูงและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การพัฒนาสมุนไพรและการนวดไทย จึงเป็นการพัฒนาศักยภาพของประเทศไทยในการพึ่งตนเองทั้งในด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจ

การพัฒนา **ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย** จำเป็นต้องมีแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเพื่อกำหนดทิศทางและบทบาทของการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ในระบบสุขภาพของประเทศ และต้องมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการดำเนินการ

เป้าหมายในช่วง ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔)

๑. เป้าหมายการพัฒนาเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพของประเทศ

- ๑.๑ มีระบบการจัดการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ที่เข้มแข็งภายใน ๓ ปี
- ๑.๒ มีระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีมาตรฐาน และคุณภาพทัดเทียมกับระบบบริการการแพทย์แผนปัจจุบัน ภายใน ๕ ปี
- ๑.๓ มีระบบสุขภาพภาคประชาชนที่เข้มแข็ง โดยใช้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพของชุมชนท้องถิ่น ภายใน ๕ ปี
- ๑.๔ มีแผนแม่บทการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก อย่างมีประสิทธิภาพ และเพียงพอกับความต้องการภายใน ๕ ปี

๒. เป้าหมายการพัฒนาเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

- ๒.๑ มีการจัดการความรู้ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ในทุกระดับตั้งแต่ระดับชุมชนท้องถิ่น จนถึงระดับประเทศ ภายใน ๕ ปี
- ๒.๒ ยาไทยและยาสมุนไพรตั้งแต่การผลิตระดับชุมชน สถานบริการสาธารณสุข และโรงงานผลิตยาไทย มีคุณภาพและมาตรฐาน ภายใน ๕ ปี
- ๒.๓ มีการเพิ่มมูลค่า/ปริมาณ การใช้ยาไทยและยาสมุนไพรอย่างน้อย ร้อยละ ๒๕ ภายใน ๕ ปี
- ๒.๔ มีระบบและกลไกที่เข้มแข็งในการคุ้มครองภูมิปัญญาไทยด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และสมุนไพร ภายใน ๕ ปี

แผนยุทธศาสตร์ชาติ มีทั้งหมด ๕ ยุทธศาสตร์ เชื่อมโยงซึ่งกันและกัน ดังนี้

ยุทธศาสตร์ ๑ การสร้างและจัดการความรู้ ด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

วัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง และเกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อใช้ประโยชน์ระหว่างนักวิชาการ นักวิจัย ผู้บริหาร บุคลากรด้านสาธารณสุข นักวิชาชีพ หมอพื้นบ้าน หมอแผนไทยและประชาชนผู้รับบริการ โดยมีมาตรการและแนวทาง ดังนี้

๑. การพัฒนาระบบและกลไกการสร้างและจัดการความรู้ของประเทศในด้าน การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก
๒. การสร้างองค์ความรู้ โดยการจัดการการวิจัย เพื่อให้เกิดการวิจัยและพัฒนาแบบบูรณาการ ตั้งแต่การกำหนดนโยบายและทิศทางการวิจัย การมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ จนถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์
๓. การจัดการความรู้ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในส่วนที่เป็นความรู้ที่ปรากฏ (explicit knowledge) และความรู้แฝง (tacit knowledge) ทั้งนี้เพราะภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่อยู่ในตัวหมอมากกว่าในตำรา

ยุทธศาสตร์ ๒ การพัฒนาระบบสุขภาพ การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย

และการแพทย์ทางเลือก

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ระบบบริการการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ในส่วนที่เป็นระบบสุขภาพภาคประชาชนมีความเข้มแข็ง เป็นที่พึ่งของชุมชนท้องถิ่นและประชาชน ในการดูแลสุขภาพ สามารถเชื่อมโยง ประสาน ผลสมผสานกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ เพื่อให้เกิดบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ในส่วนที่เป็นระบบบริการภาครัฐ และเอกชน มีมาตรฐาน โดยมีมาตรการและแนวทาง ดังนี้

๑. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ ด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก การกระจายตัวของการดูแล/การบริการและบุคลากร เพื่อให้เห็นความเสมอภาคและโอกาสของประชาชนในการเข้าถึงการบริการ รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลในการจัดทำแผนแม่บทการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ของประเทศ
๒. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพภาคประชาชนในการใช้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน เพื่อดูแลสุขภาพของชุมชนท้องถิ่น เพื่อให้ชุมชนท้องถิ่นพึ่งตนเองด้านสุขภาพโดยใช้การแพทย์พื้นบ้าน และมีบทบาทในการจัดการด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยประสาน เชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ
๓. การส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย เพื่อให้ประชาชนใช้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลสุขภาพและบำบัดรักษาโรค ทั้งในระบบสุขภาพของชุมชน ระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐ และภาคเอกชน
๔. การพัฒนามาตรฐานการบริการ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก เพื่อให้การบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและภาคเอกชนมีคุณภาพและมาตรฐาน ทำให้ประชาชนผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่น และใช้ดูแลสุขภาพและบำบัดรักษาเช่นเดียวกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

ยุทธศาสตร์ ๓ การพัฒนากำลังคน ด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย

และการแพทย์ทางเลือก

วัตถุประสงค์ เพื่อให้รู้สถานการณ์กำลังคนด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งรู้ศักยภาพความรู้ความสามารถของกำลังคนในด้านนี้ เพื่อกำหนดทิศทางในการผลิตและพัฒนากำลังคนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถ และมีปริมาณอย่างเพียงพอกับความต้องการ โดยมีมาตรการและแนวทาง ดังนี้

๑. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลกำลังคนของประเทศ ด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ทั้งในด้านปริมาณ การกระจาย กำลังคน และระดับความรู้ความสามารถ
๒. การพัฒนาระบบและกลไกในการพัฒนากำลังคน โดยมีแผนแม่บท การพัฒนากำลังคนระดับชาติ และมีกลไกที่กำหนดทิศทาง และกำกับดูแล การพัฒนากำลังคนของประเทศ
๓. การพัฒนามาตรฐานและคุณภาพการผลิตกำลังคน โดยการพัฒนา มาตรฐานและคุณภาพของหลักสูตรครู และสถาบันการผลิตกำลังคนทุกระดับ
๔. การจัดการกำลังคน โดยมีการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ การพัฒนา ศักยภาพสภาวิชาชีพ รวมทั้งองค์การของท้องถิ่นและชุมชนในการควบคุมกำกับ การจัดการกำลังคน

ยุทธศาสตร์ ๔ การพัฒนายาไทยและยาสมุนไพร

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ยาไทยและยาสมุนไพรมีมาตรฐาน ตั้งแต่การผลิตระดับชุมชน ระดับสถานบริการสาธารณสุข และระดับโรงงานผลิตยา มีการศึกษาและวิจัยเป็นที่ ยอมรับและบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มมากขึ้น โดยมีมาตรการและแนวทาง ดังนี้

๑. การพัฒนานโยบายระดับชาติ เพื่อส่งเสริมศักยภาพการผลิตยาไทยและ ยาสมุนไพรทุกระดับให้มีคุณภาพ และมาตรฐาน มีนโยบายและมาตรการ ในการส่งเสริมให้บรรจุยาไทยและยาสมุนไพร ในบัญชียาหลักเพิ่มมากขึ้น
๒. การส่งเสริมคุณภาพ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความปลอดภัย ของยาไทยและยาสมุนไพร โดยการส่งเสริมให้มีการวิจัยและพัฒนา การจัดทำตำรับยาไทยและยาสมุนไพรแห่งชาติ เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะผู้ให้บริการและประชาชนผู้รับบริการเกิดความมั่นใจและใช้ยาไทย และยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน

๓. การส่งเสริมการเข้าถึงยาไทยและยาสมุนไพรที่มีคุณภาพและใช้อย่างถูกต้อง โดยการส่งเสริมให้มีร้านยาไทยคุณภาพที่เป็นแบบอย่าง การกระจายของร้านยาไทยทั่วประเทศ รวมทั้งกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสถานบริการสุขภาพ ผู้ผลิตยาไทยและยาสมุนไพร

ยุทธศาสตร์ ๕ การคุ้มครองภูมิปัญญาไทย^๔ ด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย

วัตถุประสงค์ เพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และสมุนไพรให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนไทยและมวลมนุษยชาติ ไม่ตกเป็นผลประโยชน์ของคนบางกลุ่ม หรือคนใดคนหนึ่ง หรือเกิดความไม่เป็นธรรมในการใช้ประโยชน์ การคุ้มครองภูมิปัญญาไทยต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม และต้องพัฒนากลไกทางด้านกฎหมาย รวมทั้งความร่วมมือในระดับภูมิภาค มีมาตรการและแนวทางดังนี้

๑. การสร้างความเข้าใจและความรู้เท่าทันเกี่ยวกับการคุ้มครองภูมิปัญญาไทยแก่สังคม เพื่อให้ประชาชนไทยได้ตระหนักถึงความสำคัญและบทบาทหน้าที่ในการร่วมกันคุ้มครอง
๒. การสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น ในการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย โดยเฉพาะเครือข่ายหมอพื้นบ้าน ที่จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในการคุ้มครอง
๓. การปรับปรุงและพัฒนากลไกในการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย โดยเฉพาะกลไกด้านกฎหมาย กลไกความร่วมมือภายในประเทศ และในระดับภูมิภาค
๔. การสร้างบทบาทเชิงรุกของไทยในเวทีเจรจาระหว่างประเทศที่เกี่ยวกับการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย เพื่อให้คณะผู้แทนของไทยมีศักยภาพและความรู้ในการเจรจาในเวทีการเจรจาระหว่างประเทศที่เกี่ยวกับภูมิปัญญาไทย เช่น ในเวทีเจรจาการค้าโลก (WTO) องค์การทรัพย์สินทางปัญญาโลก (WIPO) และอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ (CBD)

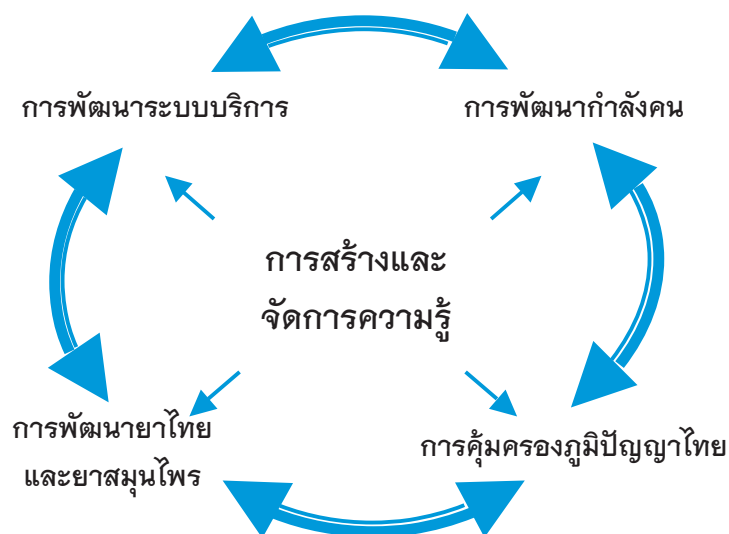
^๔ ภูมิปัญญาไทยในที่นี้หมายถึง ภูมิปัญญาด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และสมุนไพรไทย

สรุปแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท

๔ วัตถุประสงค์	๘ เป้าหมาย	
❖ การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก เป็นระบบหลักของระบบสุขภาพของประเทศ ❖ ระบบสุขภาพของประเทศพึ่งตนเองได้ ❖ ชุมชนท้องถิ่น สังคมไทยมีศักยภาพในการอนุรักษ์ พัฒนา และคุ้มครองภูมิปัญญาไทย ❖ เพิ่มมูลค่าการใช้ยาไทยและยาสมุนไพร	ระบบสุขภาพ ❖ ระบบการจัดการการวิจัยใน ๓ ปี ❖ ระบบบริการที่มีมาตรฐานใน ๕ ปี ❖ ระบบสุขภาพภาคประชาชนที่เข้มแข็งใน ๕ ปี ❖ แผนแม่บทการพัฒนากำลังคนใน ๕ ปี	การพึ่งตนเอง ❖ การจัดการความรู้ใน ๕ ปี ❖ ยาไทย ยาสมุนไพร มีคุณภาพ/มาตรฐานใน ๕ ปี ❖ อุตสาหกรรมยาไทย ยาสมุนไพร มีมาตรฐานใน ๓-๕ ปี ❖ ระบบและกลไกการคุ้มครองภูมิปัญญาใน ๕ ปี



๕. ยุทธศาสตร์/๑๘ มาตรการ



งบประมาณ

ยุทธศาสตร์	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)					รวม (ล้านบาท)
		๒๕๕๐	๒๕๕๑	๒๕๕๒	๒๕๕๓	๒๕๕๔	
๑. การสร้างและจัดการความรู้	❖ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ❖ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๑๐๐	๑๒๐	๑๕๐	๑๘๐	๒๐๐	๗๕๐
๒. การพัฒนาระบบสุขภาพ	❖ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ❖ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ❖ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ❖ สถาบันการศึกษาและเครือข่ายภาคีด้านสุขภาพ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๕๐๐
๓. การพัฒนากำลังคน	❖ สถาบันพระบรมราชชนก ❖ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ❖ สถาบันการศึกษาที่จัดการศึกษาแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์ ❖ เครือข่ายหมอพื้นบ้าน	๘๓	๙๕	๖๙	๖๙	๖๙	๓๖๙
๔. การพัฒนายาไทยและยาสมุนไพร	❖ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ❖ องค์การเภสัชกรรม ❖ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ❖ คณะเภสัชศาสตร์ ❖ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๖๕	๖๕	๖๕	๖๕	๖๕	๓๒๕
๕. การคุ้มครองภูมิปัญญาไทย	❖ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ❖ กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ ❖ กรมทรัพย์สินทางปัญญา	๕๐	๓๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๔๒๐
รวมงบประมาณทั้งหมด		๔๐๒	๔๓๐	๔๘๔	๕๑๔	๕๓๔	๒,๓๖๔

๒.๔ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

ได้กำหนดให้มีการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพขึ้น และให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นประจำอย่างน้อยปีละครั้ง ซึ่งมีส่วนในการกำหนดนโยบายและแนวทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก โดยการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง

๖ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๒

อนุสนธิจากการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา องค์การภาคี เครือข่าย และสมาชิกที่ร่วมในกระบวนการขับเคลื่อนเห็นพ้องต้องกันว่า เพื่อให้การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ มีทิศทางที่ถูกต้องชัดเจนและมีพลัง สามารถปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ ให้บรรลุเป้าหมายแห่งสุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติ โดยประชาชนทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง จำเป็นต้องมีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นเจตจำนงและพันธะร่วมกันของสังคม และเพื่อให้ทุกภาคส่วนใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ

ต่อมาในกระบวนการบัญญัติเป็นกฎหมาย สภานิติบัญญัติแห่งชาติได้เห็นชอบให้กำหนดหลักการ โครงสร้างและเนื้อหาหลักของธรรมนูญไว้ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดยให้มีการจัดทำและทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นระยะๆ อย่างน้อยทุกห้าปี เพื่อให้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มีความเป็นพลวัต สามารถแก้ปัญหาและพัฒนาาระบบสุขภาพของประเทศได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

เพื่ออนุวัติตาม มาตรา ๔๖ และมาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ โดยกำหนดหลักการมีส่วนร่วม การเปิดช่องทางรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน ใช้ข้อมูลวิชาการและการจัดการความรู้เป็นฐานสำคัญเพื่อให้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ สะท้อนเจตนารมณ์และเป็นพันธะร่วมกันของสังคม ให้สังคมสามารถนำไปใช้เป็นฐานอ้างอิง ในการกำหนดทิศทางและเป้าหมายของระบบสุขภาพในอนาคต ทั้งนี้ ภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่สามารถจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่ของตน โดยต้องไม่ขัดหรือแย้งกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และคณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาตินี้แล้วในการประชุมเมื่อวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๒ และรายงานต่อสภาผู้แทนราษฎรและ

วุฒิสภาเพื่อทราบและประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วเมื่อวันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๕๒ และรายงานต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบและประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วเมื่อวันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๕๒ เพื่อให้หน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ธรรมนูญนี้เรียกว่า “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒”

ข้อ ๒ ธรรมนูญนี้ให้มีผลตามมาตรา ๔๘ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ หมวด ๓

การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

หลักการ

ข้อ ๕๓ การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ควรอยู่บนพื้นฐานหลักการดังต่อไปนี้

- (๑) มีความสอดคล้องกับวิถีชุมชน วัฒนธรรม จารีตประเพณี ความเชื่อและศาสนา และนำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ
- (๒) ให้การส่งเสริมการแพทย์ทุกระบบอย่างเท่าเทียมกัน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ
- (๓) ให้ประชาชนมีสิทธิในการเลือกใช้และเข้าถึงการแพทย์ระบบต่างๆ อย่างเท่าเทียม เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว มีความรู้เท่าทันและได้รับการคุ้มครองในฐานะผู้บริโภค โดยมีระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นกลาง และเข้าถึงได้
- (๔) ใช้ปัญญา ความรู้ ความมีเหตุผล ในการพัฒนาวิชาการและองค์ความรู้จากฐานเดิมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด คุ่มค่า มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย

เป้าหมาย

- ข้อ ๕๔ ชุมชนและชุมชนท้องถิ่นตระหนักถึงคุณค่าและมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม สนับสนุนการใช้ และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เพื่อการดูแลสุขภาพของชุมชนและชุมชนท้องถิ่นอย่างเหมาะสม
- ข้อ ๕๕ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้มีกลไกและทรัพยากรที่เพียงพอต่อการใช้ และการพัฒนาอย่างเป็นระบบและเป็นองค์รวม ได้แก่ การสร้างและจัดการความรู้ การสร้างและพัฒนาระบบสุขภาพ ระบบบริการ สาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุข ระบบยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพร โดยมีระบบ กลไก และจัดงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอ สำหรับโรงพยาบาลแพทย์แผนไทย และการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย
- ข้อ ๕๖ มีรายการยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างพอเพียง อย่างน้อย ร้อยละ ๑๐ ของรายการยาทั้งหมดและได้รับการส่งเสริมและใช้ในระบบบริการสาธารณสุขเพื่อการพึ่งตนเองด้านยาของประเทศ
- ข้อ ๕๗ มีระบบและกลไกที่เข้มแข็งในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน ในระดับชุมชน ระดับประเทศและระดับภูมิภาค
- ข้อ ๕๘ มีระบบและกลไกที่เข้มแข็ง มีฐานวิชาการที่เข้มแข็ง อิสระและเป็นกลาง ในการคัดกรอง ส่งเสริมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ที่มีประสิทธิผล ประหยัด คุ่มค่า และปลอดภัย เพื่อประโยชน์สูงสุดในการดูแลสุขภาพของประชาชน
- ข้อ ๕๙ มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ อย่างพอเพียง เพื่อการสร้างและจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ ในการศึกษาวิจัย การผลิตและพัฒนาบุคลากร และการพัฒนาตำรา
- ข้อ ๖๐ มีโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย เพื่อเป็นต้นแบบที่มีมาตรฐาน ในการบริการ การศึกษาวิจัย และการฝึกอบรมบุคลากร อย่างน้อยภาคละ ๑ แห่ง

มาตรการ

ข้อ ๖๑ ให้คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและคณะรัฐมนตรีในการขับเคลื่อน ผลักดัน การดำเนินงาน ติดตาม กำกับ ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย และจัดทำรายงานและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวกับการขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเพื่อนำเสนอขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เพื่อให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการให้บรรลุผล

ข้อ ๖๒ ให้รัฐสร้างเสริมความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนและชุมชนท้องถิ่น ในการฟื้นฟู สืบสานและใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ และการประยุกต์และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ให้สอดคล้องกับบริบททางด้านสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งส่งเสริม สนับสนุนให้ชุมชน ชุมชนท้องถิ่นและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดการภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในระดับชุมชน

ข้อ ๖๓ ให้รัฐสร้างเสริมความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันวิชาการในท้องถิ่นในการส่งเสริม สนับสนุน การใช้ และการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน โดยการสนับสนุน และเสริมสร้างสถานภาพของหมอพื้นบ้าน การพัฒนาศักยภาพหมอพื้นบ้านในชุมชน การสนับสนุนการสืบทอดสู่หมอพื้นบ้านรุ่นใหม่โดยส่งเสริมให้เยาวชนรุ่นใหม่เห็นคุณค่าของหมอพื้นบ้าน และรักษาแบบแผนการสืบทอดที่เป็นของชุมชน การพัฒนาระบบการจัดการความรู้ ทั้งในตำราและตัวหมอพื้นบ้าน การส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้าน เพื่อเป็นการต่อยอดองค์ความรู้เดิมและนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างเหมาะสม

ให้หน่วยงานของรัฐ และชุมชนสร้างเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายหมอพื้นบ้าน สนับสนุนการเชื่อมโยงของเครือข่ายทั้งในระดับชุมชน ภูมิภาค และระดับประเทศ ด้วยกระบวนการการมีส่วนร่วม และการประสานงานในแนวราบ

ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องพัฒนามาตรการด้านกฎหมายและ
มาตรการด้านอื่นๆ เพื่อรองรับสถานภาพของหมอพื้นบ้าน

ข้อ ๖๔ ให้รัฐส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ให้มี
คุณภาพและมาตรฐาน โดยดำเนินการดังต่อไปนี้

หน่วยงานของรัฐ สถาบันการผลิตและสถาบันวิชาการร่วมกัน
พัฒนาระบบการศึกษาวิจัยและพัฒนาศาสตร์การแพทย์แผนไทย ตั้งแต่
ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับร่างกายและการทำงานของมนุษย์ กระบวนการ
เกิดโรค สาเหตุของโรค วิธีการวินิจฉัยโรค วิธีการเตรียมยา วิธีการ
บำบัดรักษาโรค ระบบการสร้างทีมงานการดูแลรักษาผู้ป่วย ระบบ
ใบสั่งยา ระบบเวชระเบียน ระบบการแก้ไขความผิดพลาดในการดูแล
รักษา ระบบการพัฒนาวิชาการ ทั้งการประชุมวิชาการและวารสาร
วิชาการ ตลอดจนการสร้างและพัฒนามาตรฐานเวชปฏิบัติ ตำราและ
คู่มือ

คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้คณะ
กรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการ
การพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย

หน่วยงานของรัฐ สถาบันการผลิต และสถาบันวิชาการร่วมกัน
พัฒนาระบบกำลังคน โดยกำหนดให้มีโครงสร้างและกรอบอัตรา
กำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย การพัฒนามาตรฐานการผลิตกำลังคน
ด้านการแพทย์แผนไทย ทั้งในแบบครูรับมอบตัวศิษย์ และการศึกษาใน
สถาบันการศึกษา การจัดตั้งเครือข่ายสถาบันการผลิตบุคลากรด้าน
การแพทย์แผนไทย การพัฒนาความรู้ให้กับบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
การพัฒนาบุคลากรผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ
สาธารณสุขภาครัฐให้เป็นผู้มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์
แผนไทยและสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

ให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย เพื่อเป็นต้นแบบที่
มีมาตรฐาน ในการบริการ การศึกษาวิจัย และการฝึกอบรมบุคลากร
ตามเป้าหมายในข้อ ๖๐

ข้อ ๖๕ ให้รัฐ หน่วยงานของรัฐ และภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องส่งเสริมและ
สนับสนุนการใช้ยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพร ในบัญชียาหลัก
แห่งชาติและในเภสัชตำรับของโรงพยาบาล

ให้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ผลักดันการนำยาไทย และยาพัฒนาจากสมุนไพรบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มขึ้น เพื่อให้พอเพียงแก่การดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน

ให้หน่วยงานของรัฐ และภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องส่งเสริมศักยภาพของโรงพยาบาลและชุมชน ในการผลิตและใช้ยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพร

ข้อ ๖๖ ให้หน่วยงานของรัฐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนท้องถิ่นร่วมกันสร้าง ระบบและกลไกในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านให้มีความเข้มแข็ง มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับชุมชน ระดับประเทศและระดับภูมิภาค โดยการสร้างความเข้าใจและความรู้เท่าทันให้กับสังคมไทย การเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของรัฐและชุมชนท้องถิ่นในการคุ้มครองภูมิปัญญา การพัฒนาระบบและกลไกทางกฎหมาย และการสร้างบทบาทเชิงรุกของไทยในเวทีการเจรจาระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญา

ให้คณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กำหนดทิศทางและแผนงานที่ชัดเจนในการบริหารกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยโดยยึดหลักธรรมาภิบาล มีกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างระบบและกลไกในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านที่เข้มแข็ง มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับชุมชน ระดับประเทศ และระดับภูมิภาค จัดสรรเงินกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเพื่อสนับสนุนหน่วยงานทั้งภาครัฐ ชุมชนท้องถิ่น และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการสร้างความเข้มแข็งของระบบและกลไกในการคุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านอย่างเหมาะสม

ข้อ ๖๗ ให้รัฐส่งเสริม สนับสนุน การใช้ และการพัฒนาการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ที่มีประสิทธิผล ประหยัด คุ่มค่า และปลอดภัย เพื่อการดูแลสุขภาพ โดยดำเนินการ ดังนี้

จัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติที่เป็นอิสระ และมีฐานวิชาการที่เข้มแข็ง เพื่อทำหน้าที่ในการคัดกรองศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่มีประสิทธิผล ประหยัด คุ่มค่า และปลอดภัย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลสุขภาพของประชาชนและเป็นกลไกในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

จัดตั้งเครือข่ายวิชาการด้านการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ในระดับชุมชน และประเทศ และสนับสนุนการจัดตั้งเครือข่ายวิชาการดังกล่าวในระดับภูมิภาคเพื่อส่งเสริม สนับสนุน การใช้การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ที่มีประสิทธิผล ประหยัด คุ่มค่า ปลอดภัย และส่งเสริมการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

❖ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จัดขึ้นอย่างน้อยปีละครั้ง ในครั้งที่ ๒ มติ ๗ เรื่อง

การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศ คู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่สอง พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้พิจารณารายงานเรื่องการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน^๕

รับทราบ ถึงแนวคิดดังกล่าวว่าหมายถึง การพัฒนาระดับการบริหารจัดการทั้งด้านงบประมาณ การจัดสรรทรัพยากร การผลิตและจัดสรรอัตราากำลังคน การจัดการระบบยาและระบบบริการให้สามารถดำเนินการคู่ขนานหรือบูรณาการเข้ากับระบบการแพทย์แผนปัจจุบันได้ ส่งผลให้เกิดการใช้บริการในระบบสุขภาพอย่างกว้างขวาง โดยที่ประชาชนสามารถเข้าถึงการแพทย์ทุกระบบได้อย่างเท่าเทียมกัน

ตระหนัก ถึงมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ ๑.๒ การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ข้อ ๔.๑ (ส่งเสริมให้มีการผลิตยาจำเป็น วัตถุุดิบทางยาและสมุนไพร)

ชื่นชมและยอมรับ ในศักยภาพและบทบาทในปัจจุบันของการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ซึ่งหากได้รับการหนุนเสริมและพัฒนาคุณภาพมาตรฐานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง จะแสดงบทบาทตามศักยภาพได้มากขึ้น

^๕ เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒/หลัก ๖

รับทราบและยินดี ต่อการขับเคลื่อนให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ ตามเป้าหมายในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ทั้งมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กังวลและห่วงใย ต่อจำนวนที่เพิ่มขึ้นของผู้ประกอบโรคศิลปะแผนไทยสาขาต่างๆ แต่ยังไม่มีการอบรมอัตรากำลังรองรับในภาครัฐ ขณะเดียวกันการผลิตบุคลากรด้านนี้ยังต้องการการพัฒนาอีกมาก อีกทั้งยังมีข้อจำกัดด้านกฎหมายที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาให้เหมาะสมกับยุคสมัยอยู่หลายประการ

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ และกองการประกอบโรคศิลปะ เป็นกลไกหลักร่วมกับหน่วยงาน ภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาควิชาการและภาคประชาสังคม ในการดำเนินงานให้สอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ หมวด ๓ ดังต่อไปนี้
 - ๑.๑ กำหนดให้มีกลไกระดับจังหวัด ที่ประกอบด้วย หมอพื้นบ้าน แพทย์แผนไทย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคม ทำหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุนบทบาทและพัฒนาศักยภาพของหมอพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนนั้นๆ
 - ๑.๒ ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ ร่วมกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคม ดำเนินการ
 - ๑.๒.๑ ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มเครือข่ายของหมอพื้นบ้าน เป็นสภาการแพทย์พื้นบ้าน เพื่อสนับสนุนและสร้างเสริมสถานภาพของหมอพื้นบ้าน รวมทั้งเพื่อเป็นเวทีและกลไกในการเสาะหา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ของหมอพื้นบ้านและพัฒนาศักยภาพให้เป็นที่ยอมรับและสานต่อองค์ความรู้ภูมิปัญญาของบรรพชนให้ดำรงอยู่ในชุมชน ในลักษณะสร้างเสริมสุขภาพวิถีไท ส่งเสริมการดำเนินชีวิตของคนไทยอย่างมีฐานรากหลากหลาย ให้นำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพแบบพึ่งตนเองและระบบการคุ้มครองผู้ป่วยและผู้บริโภค

- ๑.๒.๒ ส่งเสริมให้จัดทำแผนพัฒนาและส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก และจัดสรรงบประมาณประจำปี โดยการมีส่วนร่วมและริเริ่มของชุมชน
- ๑.๓ ส่งเสริมการรวมกลุ่มเครือข่ายของแพทย์แผนไทย ได้แก่ผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขากาพย์แพทย์แผนไทย และสาขากาพย์แพทย์แผนไทยประยุกต์ เพื่อดำเนินการศึกษาค้นคว้าความเป็นไปได้ในการก่อตั้งเป็นสภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทยโดยทำหน้าที่ในการส่งเสริม ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งนี้ให้มีกรอบเวลาในการศึกษาภายใน ๒ ปี อนึ่งสภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทยควรมีองค์ประกอบจากผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แทนจากเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค ในสัดส่วนที่เหมาะสม
- ๑.๔ สนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการดังต่อไปนี้
 - ๑.๔.๑ เร่งรัดการจัดตั้งกลไกศึกษาความเป็นไปได้ในการตรากฎหมายว่าด้วยยาไทย และยาจากสมุนไพรไทย เพื่อการส่งเสริมการใช้ยาไทยและสมุนไพรของประเทศ โดยเป็นการศึกษาแบบมีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
 - ๑.๔.๒ จัดทำแผนปฏิบัติการพร้อมจัดสรรงบประมาณเพื่อการพัฒนาตำรับยา ผลิตภัณฑ์ยาไทยและยาจากสมุนไพร โดยพัฒนาตำรับยาระดับชาติ จำนวนอย่างน้อย ๑๐๐ ตำรับ ภายใน ๓ ปี
 - ๑.๔.๓ ประสานกับคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เพื่อให้พิจารณาทบทวน ปรับปรุงองค์ประกอบของคณะกรรมการและกระบวนการพิจารณาบรรจุยาไทยและยาจากสมุนไพรเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติตามบริบทของการแพทย์แผนไทยอย่างน้อย ๒๐ รายการใน ๓ ปี
 - ๑.๔.๔ เร่งรัดให้มีการจัดระบบบริการด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย ควบคุมการแพทย์แผนปัจจุบัน ในหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบบริการและการส่งต่อที่เหมาะสมและให้สามารถเข้าสู่หลักประกันสุขภาพ ได้แก่ กองทุนประกัน

สังคม กองทุนสวัสดิการข้าราชการ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุนอื่นๆ เพื่อจะเป็นการบริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกระดับ

- ๑.๔.๕ ประสานกับคณะกรรมการเร่งรัดการดำเนินการตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดการให้เกิดระบบสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีการจัดระบบบริการด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย ควบคุมการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบการส่งต่อที่เหมาะสม
- ๑.๔.๖ ขอให้รัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนหลัก ในการดำเนินการจัดทำแผนการจัดตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนไทย ต้นแบบใน ๔ ภูมิภาค อย่างน้อยภาคละ ๑ แห่ง เพื่อเป็นรากฐานหลักในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน ให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยเปิดโอกาสให้ภาคีหลัก เช่น เครือข่ายแพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน พระสงฆ์และเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านการแพทย์แผนไทยเข้าร่วมวางแผนอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้โดยคำนึงถึงความสะดวกคล้อยกับวัฒนธรรมและระบบนิเวศของชุมชน
- ๑.๔.๗ ขอให้กองการประกอบโรคศิลปะ และคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย
 - ๑) เร่งเผยแพร่งกฎหมาย เกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย และระเบียบที่เกี่ยวข้องกับระบบการเรียนการสอน แบบรับมอบตัวศิษย์ รวมทั้งการสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยทุกประเภท ให้รู้ทั่วกัน เพื่อสร้างความเข้าใจต่อสาธารณชนและนักเรียน ผู้สนใจเข้าศึกษา และร่วมกันพัฒนาการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย
 - ๒) ปรับเกณฑ์การสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยทุกประเภท ให้สอดคล้องกับภูมิปัญญาและความหลากหลายของความเชี่ยวชาญ

๒. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้า
ต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔
มติดังกล่าวได้นำเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแล้วเมื่อวันที่ ๒๘
ธันวาคม ๒๕๕๒ และเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓

บทที่

๓

ระบบบริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

ในบทนี้ จะนำเสนอรายละเอียดระบบบริการด้านการแพทย์แผนไทย ทั้งในส่วนภาครัฐและเอกชน ที่มีการรวบรวมจากฐานข้อมูลที่กระจายอยู่หลายแหล่งร่วมกัน เพื่อให้เห็นภาพรวมระดับประเทศ โดยจะมีการนำเสนอตามหัวข้อ ดังต่อไปนี้

๓.๑ กำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยฯ

- ๑.๑ การผลิต
- ๑.๒ การกระจายกำลังคน
- ๑.๓ การสูญเสียกำลังคน

๓.๒ สถานบริการด้านการแพทย์แผนไทยฯ

- ๒.๑ สถานบริการสุขภาพภาครัฐ
- ๒.๒ สถานบริการสุขภาพภาคเอกชน
- ๒.๓ การกระจายสถานบริการด้านการแพทย์แผนไทย
- ๒.๔ มาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย

๓.๓ งบประมาณด้านการแพทย์แผนไทยฯ ในระบบสุขภาพ

๓.๑ กำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยฯ

๑.๑ การผลิต

จากกระแสความต้องการการบริการด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกมากขึ้น ทำให้มีความต้องการบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกมากยิ่งขึ้น สถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชนเริ่มเปิดหลักสูตรการเรียนการสอนระดับบัณฑิตศึกษาหรือปริญญาตรี รวมทั้งหลักสูตรการอบรมระยะสั้น ได้แก่ การนวดแผนไทย การจัดการธุรกิจสปา ฯลฯ กันมากขึ้น

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ มีสถาบันการศึกษาที่เปิดสอนหลักสูตรการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนไทยประยุกต์ รวมทั้งสิ้น ๑๘ สถาบัน ๒๐ หลักสูตร

การผลิตจากสถาบันการผลิตทั้งหมด ยกเว้นโรงเรียนอายุรเวท เปิดรับนักศึกษา ในช่วงปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐ ได้ผลิตบุคลากรออกไปปฏิบัติงานแล้วทั้งสิ้น ๑,๙๘๓ คน และอยู่ระหว่างการศึกษาคำนวณ ๓,๑๓/๙ คน นอกจากนี้ พบว่า มีสถาบัน ๓ แห่ง หยุดรับนักศึกษาแล้ว รายละเอียดตามตาราง ๓.๑

ตาราง ๓.๑ ข้อมูลสถาบันการผลิตและหลักสูตรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์

สถาบัน	ระยะเวลา การเรียน การสอน	ปี พ.ศ. ที่เริ่มเปิด	นักศึกษา จบทั้งสิ้น	กำลังศึกษา อยู่ทั้งสิ้น	สถานภาพของ หลักสูตร
๑. วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก (สถาบันพระบรมราชชนก)					
๑.๑ ประกาศนียบัตรการแพทย์แผนไทย (อายุรเวท)	๒	๒๕๓๓/	๓๓๖	๐	หยุดรับนักศึกษา ตั้งแต่ปี ๒๕๔๔
๑.๒ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง การแพทย์แผนไทยประยุกต์	๓	๒๕๔๙	๐	๕๐	หยุดรับนักศึกษา ตั้งแต่ปี ๒๕๕๐
๒. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.อุบลราชธานี (สถาบันพระบรมราชชนก)					
๒.๑ ประกาศนียบัตรการแพทย์แผนไทย (อายุรเวท)	๒	๒๕๔๔	๒๘๒	๐	หยุดรับนักศึกษา ตั้งแต่ปี ๒๕๕๐
๒.๒ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง การแพทย์แผนไทยประยุกต์	อยู่ระหว่างการปรับหลักสูตร				

ตาราง ๓.๑ (ต่อ)

สถาบัน	ระยะเวลา การเรียน การสอน	ปี พ.ศ. ที่เริ่มเปิด	นักศึกษา จบทั้งสิ้น	กำลังศึกษา อยู่ทั้งสิ้น	สถานภาพของ หลักสูตร
๓. วิทยาลัยการแพทย์แผนไทย ม.เทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี					
๓.๑ ประกาศนียบัตรวิทยาศาสตร์สุขภาพ (การแพทย์แผนไทยประยุกต์)	๓	๒๕๔๒	๑๙๓	๐	หยุดรับนักศึกษา ตั้งแต่ปี ๒๕๔๓/
๓.๒ วิทยาศาสตรบัณฑิตสาขาการแพทย์ แผนไทยประยุกต์ (ต่อเนื่อง)	๒	๒๕๔๓/	๖๓/	๓๑๒	หยุดรับนักศึกษา ตั้งแต่ปี ๒๕๕๐
๓.๓ วิทยาศาสตรบัณฑิตสาขาการแพทย์ แผนไทยประยุกต์	๔	๒๕๔๓/	๒๙	๑๐๘	หยุดรับนักศึกษา ตั้งแต่ปี ๒๕๕๐
๓.๔ การแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์	๔	๒๕๕๐	๐	๖๔	
๔. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล					
๔.๑ การแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต	๔	๒๕๔๖	๕๒	๑๓/๕	
๔.๒ การแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต (ต่อเนื่อง)	๒	๒๕๔๘	๕๘	๒๑	
๕. คณะแพทยศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์					
๕.๑ วิทยาศาสตรบัณฑิตสาขาวิชา การแพทย์แผนไทยประยุกต์	๔	๒๕๔๘	๐	๖๒	
๖. คณะแพทยศาสตร์ ม.มหาสารคาม					
๖.๑ วิทยาศาสตรบัณฑิตสาขาวิชา การแพทย์แผนไทยประยุกต์	๔	๒๕๔๙	๐	๑๖๐	
๖.๒ วิทยาศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์	๒	๒๕๔๕	๒๐๓	๒๓	หยุดรับนักศึกษา ตั้งแต่ปี ๒๕๕๐
๗. คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ ม.สุโขทัยธรรมาธิราช					
๗.๑ การแพทย์แผนไทยบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตรสุขภาพ	๒	๒๕๔๖	๒๙	NA	
๘. สำนักวิชาการวิทยาศาสตร์สุขภาพ สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ม.แม่ฟ้าหลวง					
๘.๑ การแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์	๔	๒๕๔๘	๐	๒๐๕	
๙. มหาวิทยาลัยรังสิต					
๙.๑ วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาการแพทย์แผนตะวันออก	๔	๒๕๔๖	๘๙	๔๘๐	

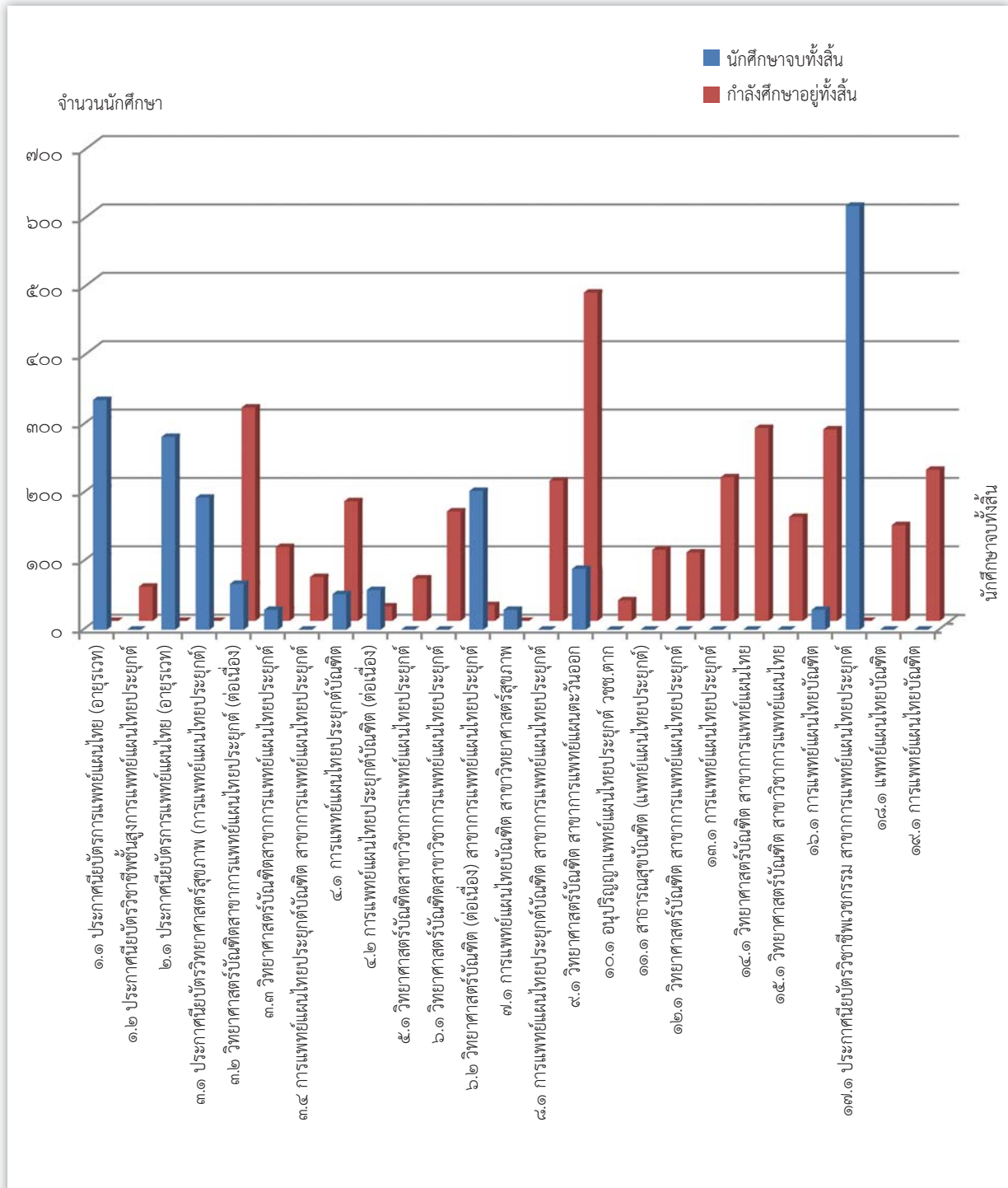
ตาราง ๓.๑ (ต่อ)

สถาบัน	ระยะเวลา การเรียน การสอน	ปี พ.ศ. ที่เริ่มเปิด	นักศึกษา จบทั้งสิ้น	กำลังศึกษา อยู่ทั้งสิ้น	สถานภาพของ หลักสูตร
๑๐. วิทยาลัยชุมชนตากร่วมกับโรงพยาบาลบ้านตาก					
๑๐.๑ อนุปริญญาแพทย์แผนไทยประยุกต์ วชช.ตาก	๒.๕	๒๕๔๙	๐	๓๐	
๑๑. คณะสาธารณสุข ม.นเรศวร					
๑๑.๑ สาธารณสุขบัณฑิต (แพทย์แผนไทยประยุกต์)	๔	๒๕๔๘	๐	๑๐๔	
๑๒. วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร ม.บูรพา					
๑๒.๑ วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์	๔	๒๕๔๙	๐	๑๐๐	
๑๓. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา					
๑๓.๑ การแพทย์แผนไทยประยุกต์	๔	๒๕๔๘	๐	๒๑๐	
๑๔. มหาวิทยาลัยรามคำแหง					
๑๔.๑ วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาการแพทย์แผนไทย	๔	๒๕๔๓	๐	๒๘๒	
๑๕. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์					
๑๕.๑ วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย	๔	๒๕๔๘	๐	๑๕๒	
๑๖. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย					
๑๖.๑ การแพทย์แผนไทยบัณฑิต	๔	๒๕๔๖	๒๙	๒๘๐	
๑๗. โรงเรียนอายุรเวท					โอนมาที่ ศิริราชพยาบาล ตั้งแต่ปี ๒๕๔๖
๑๗.๑ ประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรม สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์	๓	๒๕๒๕	๖๒๐	๐	
๑๘. วิทยาลัยแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ม.ราชภัฏอุบลราชธานี					
๑๘.๑ แพทย์แผนไทยบัณฑิต	๔	๒๕๕๐	๐	๑๔๐	
๑๙. คณะทรัพยากรธรรมชาติ ม.เทคโนโลยีราชมงคลอีสาน					
๑๙.๑ การแพทย์แผนไทยบัณฑิต	๔	๒๕๕๐	๐	๒๒๑	
รวม			๑,๙๘๓	๓,๑๓/๙	

ที่มา: ข้อมูลจากการสำรวจจากสถาบันการศึกษา ณ เดือนสิงหาคม ๒๕๕๐ ใน ชีณกร โนรี. การศึกษาการวางแผนความต้องการผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยของสถานบริการภาครัฐในทศวรรษหน้า (ปี ๒๕๕๑-๒๕๖๐)

หมายเหตุ: ตัวเอน หมายถึง สถาบันที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยและแผนไทยประยุกต์

ภาพ ๓.๑ จำนวนนักศึกษาที่รับและจบการศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ระหว่างปี ๒๕๔๑-๒๕๕๐



จากข้อมูลสถาบันและหลักสูตรการเรียนการสอนด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในตารางที่กล่าวมา จะเห็นว่า มีหลักสูตร เนื้อหา การเรียนการสอนที่หลากหลาย และพบว่า หลายสถาบันการศึกษาที่เปิดรับนักศึกษาในปัจจุบันยังไม่ได้มีการรับรองจากคณะกรรมการวิชาชีพ เป็นผลให้บัณฑิตที่จบออกมาไม่สามารถสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์แผนไทยประยุกต์ได้ จากข้อมูลปี ๒๕๕๓ มีเพียง ๑๓ สถาบัน เป็นสถาบันการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทย ๕ แห่ง และด้านการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ๘ แห่ง ที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยและแผนไทยประยุกต์ ดังแสดงเป็นตัวอย่างรายละเอียดตามตาราง ๓.๑

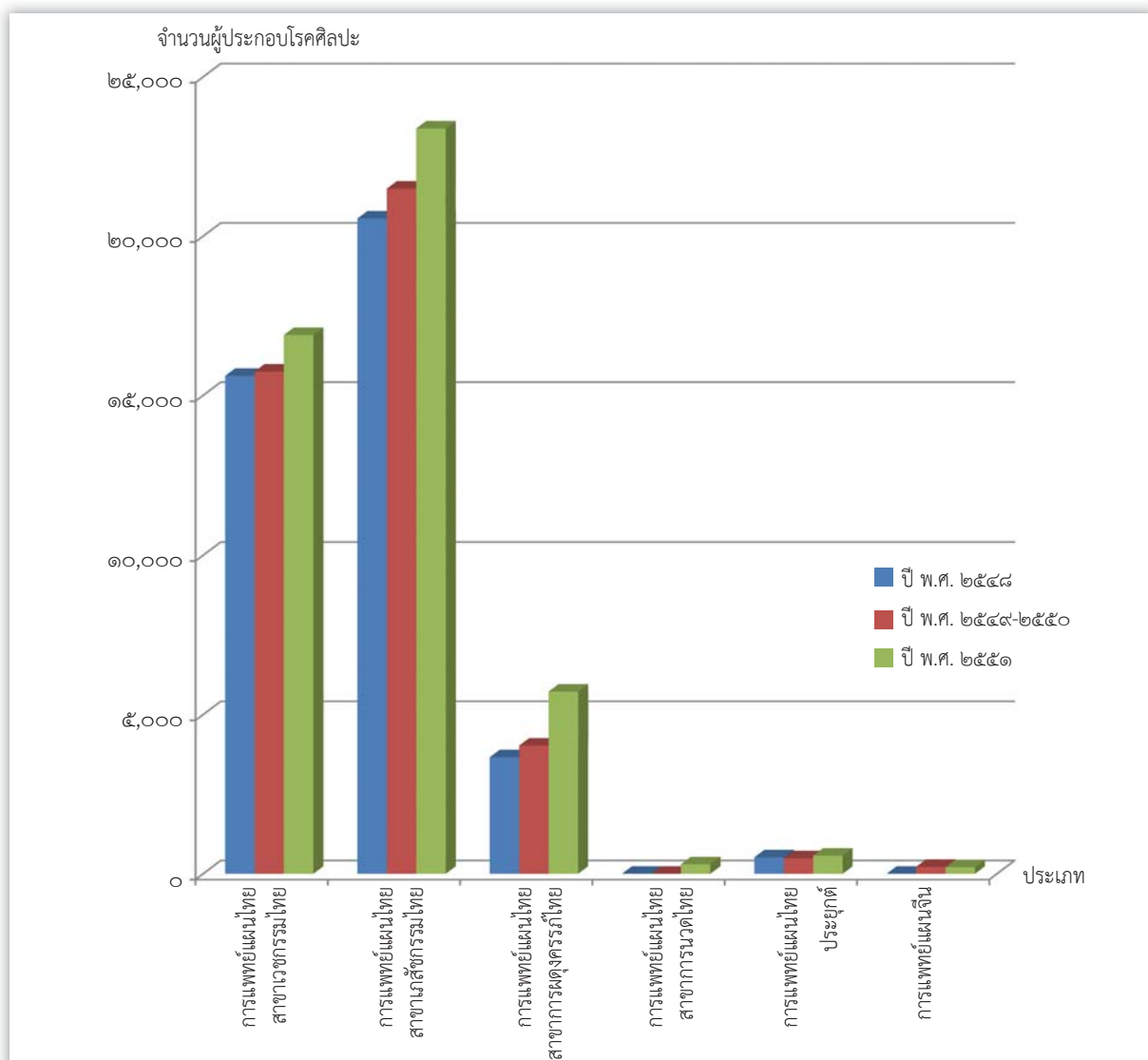
จากข้อมูลของการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พบมีผู้ประกอบโรคศิลปะที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ ตั้งแต่ปี ๒๕๔๘-๒๕๕๑ สาขาการแพทย์แผนไทย (ประกอบด้วย สาขาเวชกรรมไทย สาขาเภสัชกรรมไทย สาขาการผดุงครรภ์ไทย และสาขาการนวดไทย) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี ๒๕๔๘ จำนวน ๓๙,๘๒๖ คน เป็น ๔๖,๒๙๐ คน ในปี ๒๕๕๑ เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ ๑๖ ในสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ เพิ่มขึ้นจาก ๕๑๖ คน ในปี ๒๕๔๘ เป็นจำนวน ๕๖๘ คน ในปี ๒๕๕๑ เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ ๑๐ ในขณะที่การแพทย์แผนจีน มีจำนวนค่อนข้างคงที่ รายละเอียดตามตาราง ๓.๒

ตาราง ๓.๒ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ ปี พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๑

ประเภท	๒๕๔๘	๒๕๔๙-๒๕๕๐	๒๕๕๑
การแพทย์แผนไทย	๓๙,๘๒๖	๔๑,๒๖๑	๔๖,๒๙๐
✿ สาขาเวชกรรมไทย	๑๕,๖๑๒	๑๕,๙๔๕	๑๖,๘๙๔
✿ สาขาเภสัชกรรมไทย	๒๐,๕๕๓	๒๑,๔๙๑	๒๓,๓๓๙
✿ สาขาการผดุงครรภ์ไทย	๓,๖๖๑	๔,๐๒๕	๕,๙๒๑
✿ สาขาการนวดไทย	NA	NA	๒๙๖
การแพทย์แผนไทยประยุกต์	๕๑๖	๔๘๓	๕๖๘
การแพทย์แผนจีน	NA	๒๑๕	๒๐๔

ที่มา: กองประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ๒๕๔๘-๒๕๕๑

ภาพ ๓.๒ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ ปี พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๑



๑.๒ การกระจายกำลังคน

จากการสำรวจข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขประจำปีของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๕๐ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นจาก ๑,๑๓/๙ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เป็น จำนวน ๑,๓๕๓/๙ คน ในปี ๒๕๔๔ และลดลงเป็นจำนวน ๑,๕๓๖ คน ในปี ๒๕๕๐ สาเหตุที่ข้อมูลลดลงเนื่องจากพบว่า ในปี ๒๕๔๔ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล มีการเปิดบริการการแพทย์แผนไทย และต่อมาในปี ๒๕๕๐ ไม่มีการรายงานจากหน่วยงานนี้

เมื่อพิจารณารายภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยสูงที่สุด รองลงมาเป็นภาคกลาง ภาคเหนือ และต่ำที่สุด เป็นภาคใต้

เมื่อพิจารณารายเขต พบว่า ในปี ๒๕๕๐ เขต ๑๓ (นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ ชัยภูมิ) มีจำนวนผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย สูงสุด จำนวน ๑๙๕ คน และต่ำสุดในเขต ๑๓ (ภูเก็ต กระบี่ พังงา) จำนวน ๑๙ คน ซึ่งจะเห็นว่า อาจมีการรายงานข้อมูลต่ำในการให้บริการภาคเอกชนได้

รายละเอียดตามตาราง ๓.๓

ตาราง ๓.๓ จำนวนผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย ปี ๒๕๔๓-๒๕๕๐

จังหวัด	๒๕๔๓/	๒๕๔๔	๒๕๔๕	๒๕๕๐	เรียงลำดับจากมากไปน้อย
กรุงเทพมหานคร	๑๓/	๔๓/	๑๔๖	๖๘	
ภาคเหนือ	๒๔๖	๒๖๖	๓๑๑	๒๙๙	
เขต ๑	๑๐๓/	๑๒๓	๑๔๓	๑๓๓/	๔
เชียงใหม่	๓๐	๓๘	๔๐	๔๓	๑
แพร่	๑๘	๑๓/	๑๙	๒๒	๒
เชียงราย	๑๘	๒๒	๒๕	๑๙	๓
ลำพูน	๑๐	๙	๑๒	๑๓	๔
ลำปาง	๔	๑๓	๑๕	๑๓	๕
แม่ฮ่องสอน	๙	๓/	๑๐	๑๒	๖
น่าน	๑๐	๘	๑๑	๙	๗/
พะเยา	๘	๙	๑๑	๖	๘

ตาราง ๓.๓ (ต่อ)

จังหวัด	๒๕๔๗	๒๕๔๘	๒๕๔๙	๒๕๕๐	เรียงลำดับจาก มากไปน้อย
เขต ๒	๓/๐	๙/๑	๑๐๓	๙/๕	๕
ตาก	๑๓	๒๓/	๒๕	๒๕	๑
พิษณุโลก	๑๖	๒๓	๒๖	๒๐	๒
อุตรดิตถ์	๑๒	๑๙	๒๑	๑๙	๓
สุโขทัย	๒๐	๘	๑๕	๑๓/	๔
เพชรบูรณ์	๙	๑๔	๑๖	๑๓	๕
เขต ๓	๖๙	๕๒	๖๕	๖๘	๑๐
นครสวรรค์	๒๕	๒๐	๒๕	๒๓/	๑
พิจิตร	๑๙	๑๑	๑๓	๒๐	๒
อุทัยธานี	๑๓/	๘	๑๒	๑๕	๓
กำแพงเพชร	๘	๑๓	๑๕	๖	๔
ภาคกลาง	๒๓/๔	๔๕๓	๔๙/๑	๔๕๐	
เขต ๔	๔๔	๓/๓/	๘๓	๓/๕	๙
นนทบุรี	๑๒	๔๕	๔๓/	๔๕	๑
ปทุมธานี	๑๓	๑๑	๑๕	๑๔	๒
พระนครศรีอยุธยา	๖	๑๐	๙	๘	๓
อ่างทอง	๑๓	๑๑	๑๒	๘	๔
เขต ๕	๓๒	๓๑	๓๖	๕๓/	๑๑
สระบุรี	๑๐	๑๓	๑๔	๓๕	๑
ลพบุรี	๔	๘	๙	๙	๒
ชัยนาท	๓/	๕	๕	๓/	๓
สิงห์บุรี	๑๑	๕	๘	๖	๔
เขต ๖	๔๑	๖๑	๖๖	๓/๙	๓/
สุพรรณบุรี	๑๒	๑๘	๒๐	๓๑	๑
กาญจนบุรี	๓/	๑๕	๑๓	๑๙	๒
นครปฐม	๘	๒๑	๑๙	๑๓/	๓
ราชบุรี	๑๔	๓/	๑๔	๑๒	๔

ตาราง ๓.๓ (ต่อ)

จังหวัด	๒๕๔๗	๒๕๔๘	๒๕๔๙	๒๕๕๐	เรียงลำดับจากมากไปน้อย
เขต ๓	๕๕	๑๐๒	๑๑๒	๕๒	๑๓
เพชรบุรี	๑๒	๑๖	๑๘	๑๓	๑
สมุทรสาคร	๕	๑๙	๒๑	๑๕	๒
ประจวบคีรีขันธ์	๓๑	๖๐	๖๒	๑๓	๓
สมุทรสงคราม	๘	๓	๑๑	๓	๔
เขต ๔	๖๓	๑๑๔	๑๒๓	๑๓๘	๓
สระแก้ว	๑๘	๖๑	๖๕	๕๓	๑
ปราจีนบุรี	๑๙	๑๕	๑๖	๔๖	๒
ฉะเชิงเทรา	๑๓	๒๐	๒๒	๒๒	๓
สมุทรปราการ	๙	๑๑	๑๓	๑๐	๔
นครนายก	๘	๓	๓	๓	๕
เขต ๕	๓๕	๖๘	๓/๑	๔๙	๑๔
ชลบุรี	๒๐	๔๑	๔๓	๒๕	๑
ระยอง	๙	๑๖	๑๕	๑๑	๒
จันทบุรี	๕	๖	๘	๘	๓
ตราด	๑	๕	๕	๕	๔
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	๕๐๒	๖๑๐	๖๓๕	๕๘๑	
เขต ๑๐	๕๐	๖๕	๓/๔	๘๖	๖
หนองคาย	๑๓	๑๖	๑๙	๒๙	๑
อุดรธานี	๑๘	๒๓	๒๙	๒๕	๒
หนองบัวลำภู	๑๒	๑๖	๑๘	๒๒	๓
เลย	๓	๖	๘	๑๐	๔
เขต ๑๑	๔๖	๕๓	๖๓	๕๔	๑๒
กาฬสินธุ์	๙	๒๑	๒๓	๒๖	๑
สกลนคร	๑๕	๑๓	๑๖	๑๑	๒
นครพนม	๑๓	๘	๑๑	๙	๓
มุกดาหาร	๙	๑๕	๑๓	๘	๔

ตาราง ๓.๓ (ต่อ)

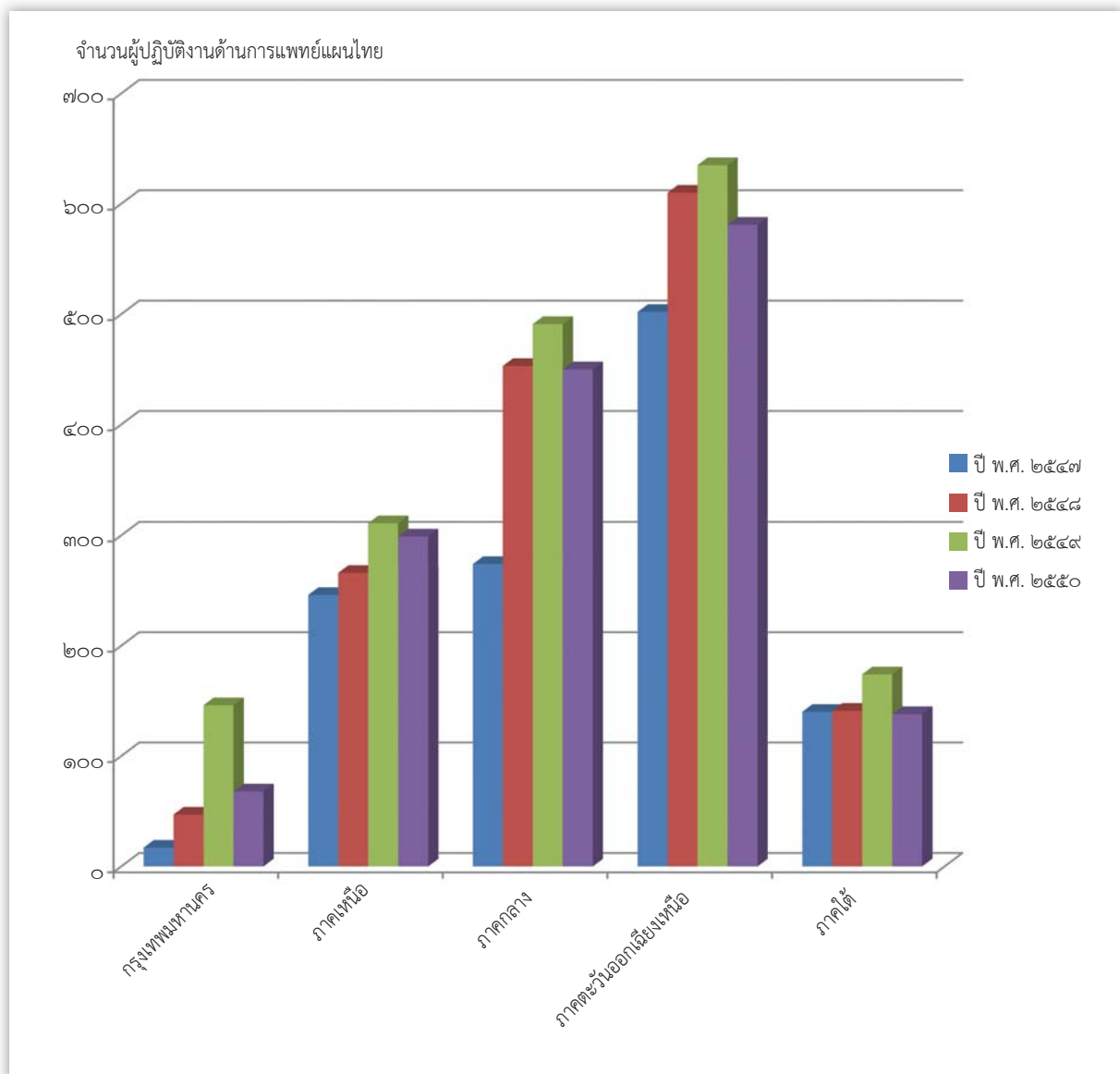
จังหวัด	๒๕๔๓	๒๕๔๔	๒๕๔๕	๒๕๕๐	เรียงลำดับจาก มากไปน้อย
เขต ๑๒	๙๐	๙๕	๑๐๑	๓/๓	๘
ขอนแก่น	๕๒	๕๓	๕๑	๓๒	๑
ร้อยเอ็ด	๒๓	๓๖	๓๕	๓๐	๒
มหาสารคาม	๑๑	๑๕	๑๕	๑๕	๓
เขต ๑๓	๑๖๖	๒๔๕	๒๓๖	๑๙๕	๑
บุรีรัมย์	๖๑	๘๕	๘๓	๘๑	๑
นครราชสีมา	๘๒	๙๑	๘๑	๕๒	๒
สุรินทร์	๑๔	๕๖	๕๓	๕๑	๓
ชัยภูมิ	๙	๑๓	๑๕	๑๑	๔
เขต ๑๔	๑๕๐	๑๔๙	๑๖๑	๑๖๙	๒
อุบลราชธานี	๘๒	๓/๔	๓๖	๖๑	๑
ศรีสะเกษ	๒๕	๓๘	๓๓	๕๒	๒
อำนาจเจริญ	๒๘	๑๙	๓๑	๓๙	๓
ยโสธร	๑๕	๑๘	๒๑	๑๓	๔
ภาคใต้	๑๔๐	๑๔๑	๑๓/๔	๑๓๘	
เขต ๑๕	๒๒	๒๓	๒๓	๒๒	๑๓
สุราษฎร์ธานี	๑๕	๑๐	๑๔	๑๔	๑
ชุมพร	๖	๓	๓	๖	๒
ระนอง	๑	๖	๖	๒	๓
เขต ๑๖	๔๓	๔๕	๕๕	๔๓	๑๕
นครศรีธรรมราช	๒๑	๑๘	๒๓	๒๐	๑
ตรัง	๘	๑๓	๑๖	๑๕	๒
พัทลุง	๑๘	๑๐	๑๖	๘	๓
เขต ๑๗	๒๒	๒๔	๒๖	๑๙	๑๙
ภูเก็ต	๑๓	๓	๑๑	๙	๑
พังงา	๒	๑๒	๑๐	๓	๒
กระบี่	๓	๕	๕	๓	๓

ตาราง ๓.๓ (ต่อ)

จังหวัด	๒๕๔๗	๒๕๔๘	๒๕๔๙	๒๕๕๐	เรียงลำดับจากมากไปน้อย
เขต ๑๘	๓๓	๒๓	๓๗	๓๔	๑๖
ปัตตานี	๙	๘	๑๐	๑๖	๑
ยะลา	๑๕	๑๑	๑๖	๙	๒
นราธิวาส	๙	๘	๑๑	๙	๓
เขต ๑๙	๑๖	๒๒	๒๙	๒๐	๑๘
สงขลา	๙	๑๔	๑๘	๑๓	๑
สตูล	๗	๘	๑๑	๗	๒
รวมทั้งประเทศ	๑,๑๗๙	๑,๕๑๓	๑,๗๕๓	๑,๕๓๖	

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ๒๕๕๒ จากการสำรวจทรัพยากรประจำปี ๒๕๔๗-๒๕๕๐ ทั้งสถานบริการภาครัฐและเอกชน (ใช้ข้อมูลปี ๒๕๕๐)

ภาพ ๓.๓ จำนวนผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย ปี ๒๕๔๓-๒๕๕๐ รายภาค



จากการสำรวจข้อมูลผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐ เมื่อมิถุนายน ๒๕๕๐ ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พบว่า มีผู้ให้บริการทั้งสิ้น ๓,๕๒๙ คน โดยส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในระดับสถานีนามัย จำนวน ๒,๒๒๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๓ รองลงมาปฏิบัติงานสถานบริการระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ร้อยละ ๒๘.๑๑ และ ๘.๘๑ ตามลำดับ

แต่เมื่อพิจารณาผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ มีเพียง ๒๖๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๔ เทียบกับผู้ปฏิบัติการทั้งหมด และพบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในระดับโรงพยาบาลชุมชน อัตราส่วนระหว่างผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ ต่อผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ได้ใบประกอบโรคศิลปะ เท่ากับ ๑: ๑๒.๕

เมื่อพิจารณาในประเด็นคุณภาพมาตรฐานของผู้รับบริการ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานในระดับโรงพยาบาลชุมชน ได้รับใบประกอบโรคศิลปะในสัดส่วนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๓/๓ รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ร้อยละ ๑๐.๙๓ และต่ำสุด ได้แก่อสถานอนามัย ร้อยละ ๒.๓/๔

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาอัตราของผู้ปฏิบัติงานต่อสถานพยาบาล พบว่าแม้ในระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ดูเหมือนว่ามีจำนวนผู้ปฏิบัติงานจำนวนน้อย แต่เมื่อเทียบกับจำนวนสถานบริการทั้งสองระดับที่มีจำนวน ๓/๓๔ แห่ง และ ๙๔ แห่ง ตามลำดับ จะมีจำนวนผู้ปฏิบัติงานเฉลี่ย ๑.๓๕ คน และ ๓.๓ คน ต่อแห่ง ตามลำดับ ในขณะที่สถานอนามัยที่มีจำนวนทั้งสิ้น ๙,๓๖๔ แห่ง มีจำนวนผู้ปฏิบัติงานเฉลี่ยเท่ากับ ๐.๒๓ คนต่อหนึ่ง รายละเอียดตามตาราง ๓.๔

ตาราง ๓.๔ จำนวนผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐ

ระดับบริการ	จำนวนผู้ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ			จบจากสถาบัน การผลิต (๒-๔ ปี) แต่ยังไม่ได้ ใบประกอบ วิชาชีพ (๔)	ผู้ที่จบการ ฝึกอบรมอื่นๆ (๕)	รวม		ร้อยละของ จำนวน บุคลากรที่ได้ มาตรฐาน (๓/๖)×๑๐๐
	แพทย์ แผนไทย ประยุกต์ (๑)	แพทย์ แผนไทย (๒)	รวม (๓)			คน (๖)	ร้อยละ (๗)	
สอ./PCU	๐	๖๑	๖๑	๓/	๒,๑๕๘	๒,๒๒๖	๖๓.๐๘	๒.๓/๔
รพช.	๒๓	๑๔๓	๑๖๖	๒๐๑	๖๒๕	๙๙๒	๒๘.๑๑	๑๖.๓/๓
รพท./รพศ.	๘	๒๖	๓๔	๑๙	๒๕๘	๓๑๑	๘.๘๑	๑๐.๙๓
รวม	๓๑	๒๓๐	๒๖๑	๒๒๓/	๓,๐๔๑	๓,๕๒๙	๑๐๐	๓.๓๙

ที่มา: ฐานข้อมูลกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ใน ชีณกร โนรี. การศึกษาการวางแผนความต้องการผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยของสถานบริการภาครัฐในทศวรรษหน้า (ปี ๒๕๕๑-๒๕๖๐)

จากข้อค้นพบดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ภาครัฐยังมีช่องว่างในการพัฒนาบุคลากรกลุ่มนี้อีกมาก เห็นควรให้มีการเร่งรัดการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์อย่างจริงจัง นอกจากนี้ การจัดระบบการดูแลกำกับผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยฯ ภายใต้การดูแลของผู้ประกอบโรคศิลปะฯ เป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการ ประกอบกับ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในฐานะผู้รับผิดชอบหลักทางด้านจัดการเพื่อพัฒนาบริการด้านการแพทย์แผนไทย ควรต้องพัฒนามาตรฐานของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ

๑.๓ การสูญเสียกำลังคน ไม่มีข้อมูล

๓.๒ สถานบริการด้านการแพทย์แผนไทยฯ

๒.๑ สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ

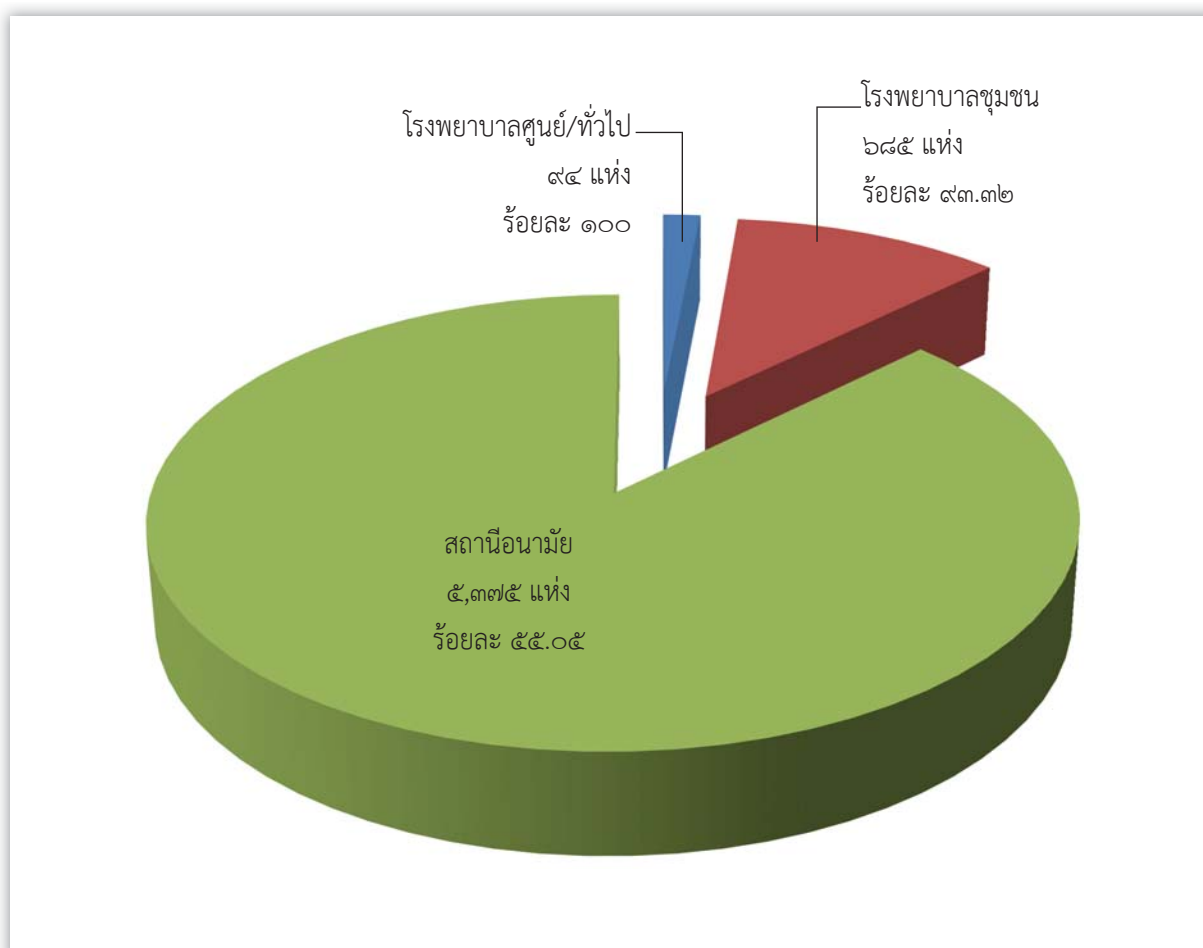
สถานบริการการแพทย์แผนไทยของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านการประเมินมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทย ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ จำนวนทั้งสิ้น ๖,๑๕๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๑๐ โดยหน่วยบริการระดับใหญ่ที่สุดได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป สามารถผ่านการประเมินได้ทุกแห่ง ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชน ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ สูงถึงร้อยละ ๙๓.๓๒ และสถานีนอนมัย ผ่านการประเมินในอัตราต่ำสุด คือร้อยละ ๕๕.๐๕ เทียบกับจำนวนสถานีนอนมัยทั้งประเทศ จะเห็นได้ว่า ยังมีโอกาสในการพัฒนามาตรฐานบริการการแพทย์แผนไทยในระดับสถานีนอนมัย โดยผ่านโครงการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาลต่อไป รายละเอียดตามตาราง ๓.๕

ตาราง ๓.๕ จำนวนและร้อยละของสถานบริการการแพทย์แผนไทยที่ผ่านการประเมินมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒

ระดับสถานบริการ	จำนวนทั้งหมด (แห่ง)	จำนวนที่ผ่าน การประเมินฯ (แห่ง)	ร้อยละที่ผ่าน การประเมิน
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	๙๔	๙๔	๑๐๐
โรงพยาบาลชุมชน	๓/๓๔	๖๘๕	๙๓.๓๒
สถานเอนามัย	๙,๓๖๔	๕,๓๓๕	๕๕.๐๕
รวม	๑๐,๕๙๒	๖,๑๕๔	๕๘.๑๐

ที่มา: สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, พฤศจิกายน ๒๕๕๒

ภาพ ๓.๕ เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของสถานบริการการแพทย์แผนไทยที่ผ่านการประเมินมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒



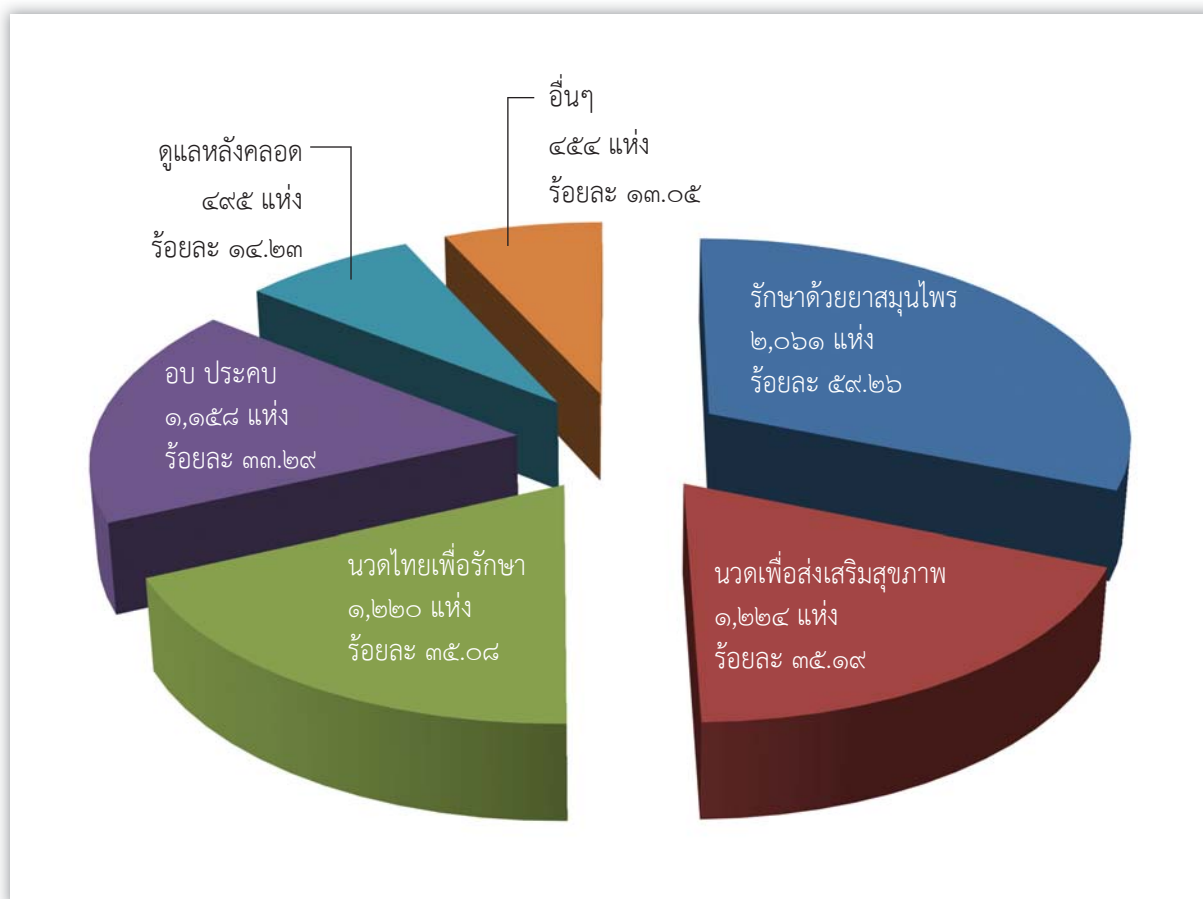
รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๒ พบว่า ร้อยละ ๕๙.๒๖ เป็นการให้บริการรักษาด้วยยาสมุนไพร การให้บริการนวดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ ๓๕.๑๙ และการให้บริการนวดเพื่อการรักษา ร้อยละ ๓๕.๐๘ จะเห็นได้ว่า หากรวมจำนวนนับของสถานบริการที่ให้บริการนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ นวดเพื่อการรักษา และบริการอบประคบ จำนวนรวมทั้งสิ้น ๒,๕๒๑ แห่ง รายละเอียดตามตาราง ๓.๖

ตาราง ๓.๖ จำนวนและร้อยละสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ปี ๒๕๕๐ จำแนกตามประเภทการให้บริการ

ประเภทการให้บริการ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
๑. รักษาด้วยยาสมุนไพร	๒,๐๖๑	๕๙.๒๖
๒. นวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	๑,๒๒๔	๓๕.๑๙
๓. นวดไทยเพื่อรักษา	๑,๒๒๐	๓๕.๐๘
๔. อบ ประคบ	๑,๑๕๘	๓๓.๒๙
๕. ตู้อบล้างคลอ	๔๙๕	๑๔.๒๓
๖. อื่นๆ	๔๕๔	๑๓.๐๕

ที่มา: รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๒, หน้า ๓๑

ภาพ ๓.๕ จำนวนและร้อยละสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ (๒,๕๒๑ แห่ง) ปี ๒๕๕๐ จำแนกตามประเภทการให้บริการ



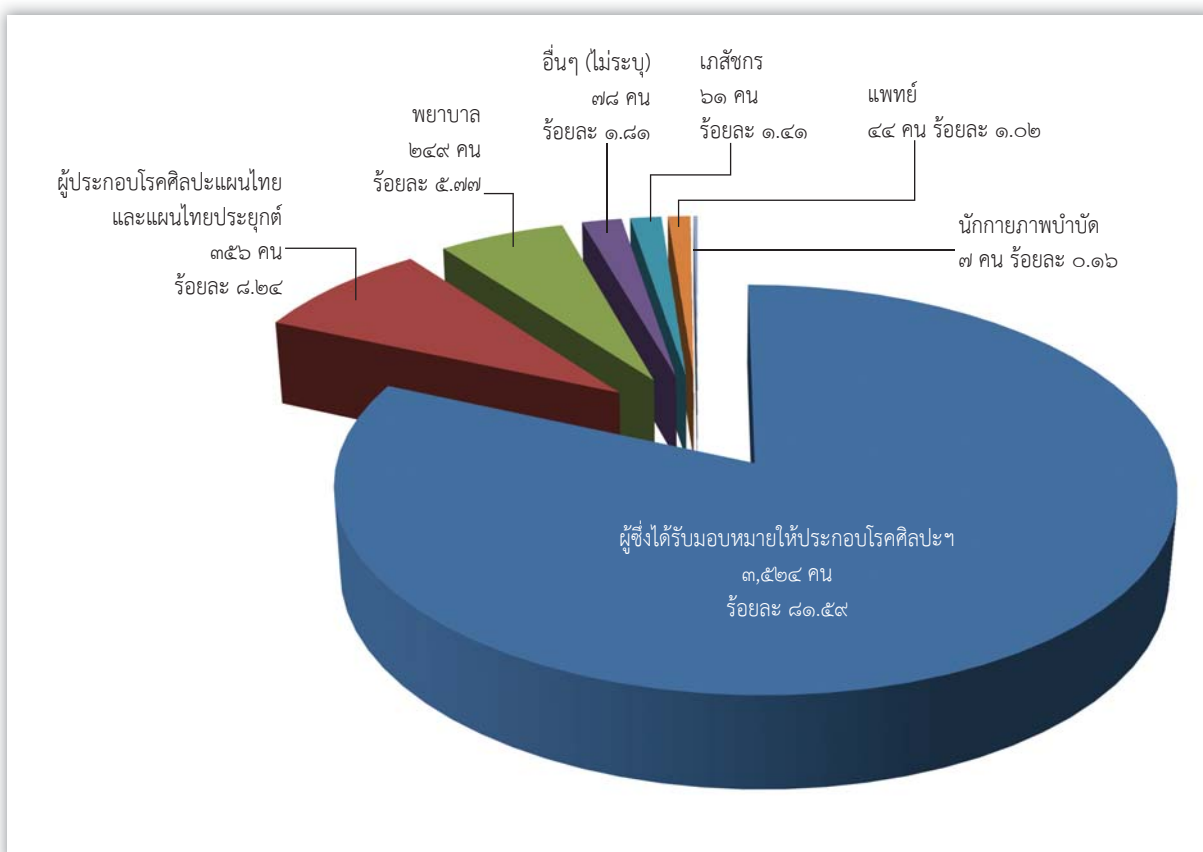
จากการสำรวจข้อมูลในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-กันยายน ๒๕๕๐ ในรายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทยฯ พบว่าประเภทวิชาชีพของผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย ร้อยละ ๔๑.๕๙ เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะ มีเพียงร้อยละ ๔.๒๔ เท่านั้น ที่เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนไทยและแผนไทยประยุกต์ ร้อยละ ๕.๓๗ เป็นกลุ่มพยาบาล ที่เหลือประมาณร้อยละ ๔.๔ เป็นกลุ่มนักรักษากายภาพบำบัด แพทย์ เภสัชกร และอื่นๆ รายละเอียดตามตาราง ๓.๓/

ตาราง ๓.๗ จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ปี ๒๕๕๐ จำแนกตามประเภทวิชาชีพ

ประเภทวิชาชีพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
๑. ผู้ซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะฯ	๓,๕๒๔	๘๑.๕๙
๒. ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนไทยและแผนไทยประยุกต์	๓๕๖	๘.๒๔
๓. พยาบาล	๒๔๙	๕.๗๗
๔. อื่นๆ (ไม่ระบุ)	๓๗	๑.๘๑
๕. เภสัชกร	๖๑	๑.๔๑
๖. แพทย์	๔๔	๑.๐๒
๗. นักกายภาพบำบัด	๗	๐.๑๖
รวม	๔,๓๑๙	๑๐๐

ที่มา: รายงานสถานการณ์ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๒, หน้า ๓๓/

ภาพ ๓.๖ จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ปี ๒๕๕๐ จำแนกตามประเภทวิชาชีพ



จำนวนผู้รับบริการในสถานบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ จากรายงานของแต่ละจังหวัดผ่านระดับ e-inspection ของสำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ณ เดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๒ พบว่า มีผู้รับบริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและ/หรือการแพทย์ทางเลือก จำนวนทั้งสิ้น ๑๒,๔๔๔,๖๘๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๐๒ เทียบกับจำนวนผู้มารับบริการทั้งหมด

เมื่อพิจารณาการมารับบริการรายภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีผู้มารับบริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและ/หรือการแพทย์ทางเลือก จำนวนทั้งสิ้น ๔,๓๓๓,๓๓๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๙๓ เทียบกับจำนวนผู้มารับบริการทั้งหมด รองลงมาเป็นภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้ ร้อยละ ๑๐.๘๐, ๖.๕๕, และ ๕.๔๘ ตามลำดับ

เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า จังหวัดอุดรธานี มีอัตราการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและ/หรือการแพทย์ทางเลือก จำนวนทั้งสิ้น ๙๑๐,๐๐๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๒๕ รองลงมาคือจังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ ๒๘.๕๒ และพบว่าจังหวัดที่มีอัตราการรับบริการต่ำสุด ได้แก่ จังหวัดน่าน ร้อยละ ๒.๓/๕ รายละเอียดตามตาราง ๓.๘

ตาราง ๓.๘ เปรียบเทียบร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและ/หรือการแพทย์ทางเลือก กับจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาและฟื้นฟูสภาพทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒

จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ในสถานบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข		ร้อยละ
	ด้วยการแพทย์แผนไทยและ/ หรือการแพทย์ทางเลือก (๑)	ทั้งหมด (๒)	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	๔,๓๓๓,๓๓๘	๓๖,๖๕๐,๙๖๓	๑๒.๙๓
ภาคกลาง	๔,๓๙๖,๘๓๕	๔๔,๔๑๓,๘๑๓	๑๐.๘๐
ภาคใต้	๑,๐๙๖,๑๒๑	๑๕,๔๐๓,๒๕๕	๗.๑๑
ภาคเหนือ	๑,๘๑๔,๓๕๒	๒๓,๖๙๒,๕๑๙	๖.๕๕
๑. เขต ๑๐	๑,๓๐๕,๒๒๔	๓,๐๑๘,๘๘๐	๑๘.๖๐
๑. อุตรดิตถ์	๙๑๐,๐๐๓	๒,๓๓๖,๙๐๓	๓๘.๒๕
๒. หนองบัวลำภู	๒๔,๖๐๐	๘๖,๒๕๓	๒๘.๕๒
๓. หนองคาย	๒๓๙,๓/๑๙	๒,๒๙๐,๙๐๑	๑๐.๔๖
๔. เลย	๑๓๐,๙๐๒	๑,๙๐๔,๘๑๙	๖.๘๓
๒. เขต ๑๔	๑,๑๘๒,๘๙๖	๘,๕๕๓,๐๔๓	๑๓.๙๙
๑. อำนาจเจริญ	๙๖,๓/๐๒	๕๔๐,๔๓๙	๑๗.๘๙
๒. อุบลราชธานี	๔๕๓,๔๓/๔	๒,๘๒๓,๓๐๙	๑๖.๐๖
๓. ยโสธร	๒๔๙,๓๘๘	๑,๖๔๐,๓๓๒	๑๕.๒๐
๔. ศรีสะเกษ	๓๘๓,๓๓๒	๓,๔๕๒,๙๖๓	๑๑.๑๐
๓. เขต ๙	๘๘๒,๙๖๘	๓,๒๐๓,๓/๐	๑๒.๒๖
๑. จันทบุรี	๒๓/๓,๑๖๓	๑,๘๓๙,๐๓/๒	๑๔.๘๕
๒. ชลบุรี	๓๕๘,๓๒๙	๒,๙๒๘,๖๖๐	๑๒.๒๔
๓. ระยอง	๒๑๐,๒๘๔	๑,๘๘๕,๔๓๑	๑๑.๑๕
๔. ตรัง	๔๑,๑๘๘	๕๕๐,๖๐๓	๗.๔๘
๔. เขต ๘	๘๕๖,๔๓/๕	๓,๑๓๘,๘๐๘	๑๑.๘๖
๕. ฉะเชิงเทรา	๑๙๕,๓/๖	๒,๒๒๑,๓๘๘	๘.๘๑
๑. นครนายก	๑๓๑,๑๖๖	๘๐๙,๙๒๕	๑๖.๑๙
๒. ปราจีนบุรี	๑๙๓,๙๙๘	๑,๔๔๓,๕๘๘	๑๓.๓/๒
๓. สมุทรปราการ	๒๐๓,๔๕๖	๑,๕๓๓,๑๑๙	๑๓.๕๐
๔. สระแก้ว	๑๑๔,๐๘๙	๑,๑๒๖,๓/๘๘	๑๐.๑๓

ตาราง ๓.๘ (ต่อ)

จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ในสถานบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข		ร้อยละ
	ด้วยการแพทย์แผนไทยและ/ หรือการแพทย์ทางเลือก (๑)	ทั้งหมด (๒)	
๕. เขต ๖	๑,๒๒๓,๔๕๔	๑๐,๓๕๘,๔๖๕	๑๑.๕๕
๑. นครปฐม	๓๓๓,๖๘๙	๒,๘๐๖,๓๘๐	๑๓.๕๖
๒. ราชบุรี	๓๓๑,๓๑๘	๒,๖๙๔,๒๕๓	๑๒.๓๐
๓. กาญจนบุรี	๒๕๙,๓๕๓	๒,๒๓๒,๖๓๓	๑๑.๕๑
๔. สุพรรณบุรี	๒๕๙,๐๙๐	๒,๕๘๔,๓๕๑	๑๐.๐๒
๖. เขต ๗	๓๕๑,๓๑๒	๖,๘๔๘,๒๒๑	๑๐.๙๓
๑. สมุทรสงคราม	๑๓/๑,๐๔๙	๑,๔๓๑,๓๐๐	๑๑.๙๕
๒. เพชรบุรี	๑๙๓,๘๓๙	๑,๖๕๓,๐๒๐	๑๑.๙๔
๓. ประจวบคีรีขันธ์	๑๙๓,๒๑๙	๑,๓๙๓,๑๘๓	๑๐.๙๓
๔. สมุทรสาคร	๑๘๕,๒๐๕	๑,๙๖๒,๓/๑๘	๙.๔๔
๗. เขต ๑๒	๓๘๒,๓๖๑	๓,๕๑๓,๓/๔๘	๑๐.๘๓
๑. มหาสารคาม	๒๑๑,๘๕๓	๑,๙๐๑,๓/๑๒	๑๑.๑๔
๒. ขอนแก่น	๓๕,๓๒๙	๓๑๘,๓๐๕	๑๑.๑๐
๓. ร้อยเอ็ด	๑๓๕,๑๓/๙	๑,๒๙๓,๓/๓๑	๑๐.๔๒
๘. เขต ๑๓	๑,๓๓๑,๓๕๓	๑๒,๓๓๙,๒๙๐	๑๐.๓/๙
๑. สุรินทร์	๔๐๑,๘๙๔	๓,๒๒๑,๐๕๓	๑๒.๔๘
๒. บุรีรัมย์	๒๘๓,๐๓๑	๒,๒๓/๐,๑๒๕	๑๒.๔๓
๓. นครราชสีมา	๖๓๑,๒๘๔	๖,๖๕๓,๑๐๓	๙.๔๙
๔. ชัยภูมิ	๑๕,๑๔๘	๑๙๕,๐๐๕	๓.๓/๓
๙. เขต ๕	๖๘๑,๕๓๕	๖,๓๓๒,๕๔๓	๑๐.๓๖
๑. ลพบุรี	๓๑๓,๑๐๘	๒,๒๐๓,๒๕๘	๑๔.๑๙
๒. สิงห์บุรี	๙๙,๓/๓๓	๘๒๑,๓๓/๐	๑๒.๑๔
๓. สระบุรี	๑๘๓,๙๒๖	๑,๙๐๖,๘๐๖	๙.๖๕
๔. ชัยนาท	๘๔,๓๖๔	๑,๓๙๓,๑๐๙	๖.๐๓
๑๐. เขต ๑๖	๓๘๓,๕๖๑	๓,๓/๐๐,๓๓/๙	๑๐.๔๓
๓. นครศรีธรรมราช	๕๓,๓๓/๘	๑,๑๖๐,๕๐๖	๕.๙๔
๑. พัทลุง	๒๓๘,๕๒๓	๑,๖๙๕,๔๓๒	๑๔.๐๓
๒. ตรัง	๙๑,๖๕๖	๘๔๔,๔๔๑	๑๐.๘๕

ตาราง ๓.๘ (ต่อ)

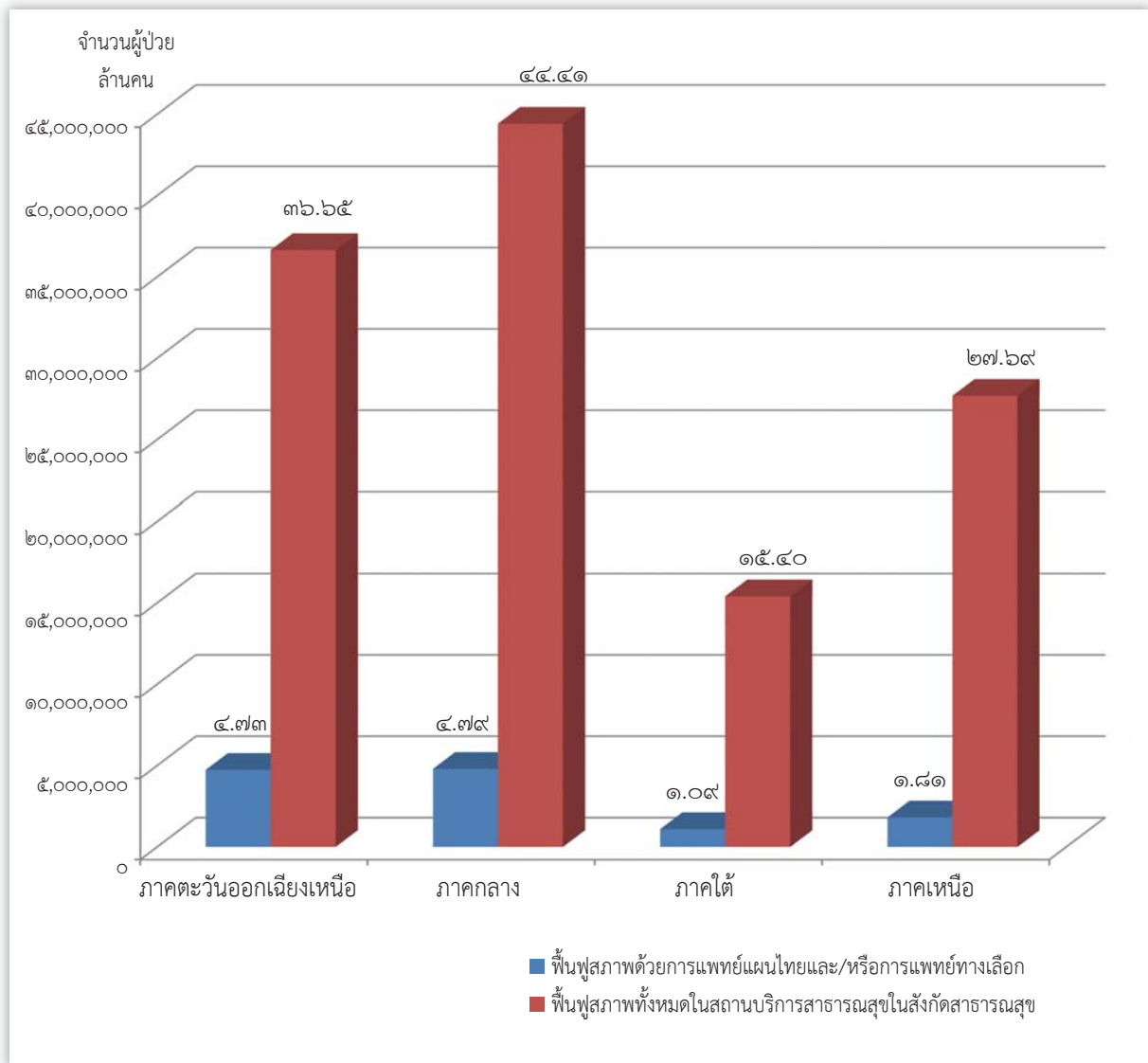
จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ในสถานบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข		ร้อยละ
	ด้วยการแพทย์แผนไทยและ/ หรือการแพทย์ทางเลือก (๑)	ทั้งหมด (๒)	
๑๑. เขต ๑๑	๕๓๕,๕๐๐	๕,๓๑๘,๐๐๖	๑๐.๐๓/
๑. สกลนคร	๓๐๐,๐๒๙	๒,๓๓๙,๖๓๒	๑๒.๘๒
๒. นครพนม	๘๐,๘๒๐	๙๑๖,๙๒๒	๘.๘๑
๓. กาฬสินธุ์	๘๕,๙๕๓	๑,๐๒๓,๒๕๓	๘.๔๐
๔. มุกดาหาร	๖๘,๖๙๘	๑,๐๓๘,๑๕๙	๖.๖๒
๑๒. เขต ๒	๕๒๓,๓๐๕	๖,๓๔๓,๓๓๙	๘.๒๕
๑. ตาก	๑๑,๓๑๓	๓/๕,๐๘๑	๑๕.๐๓
๒. พิษณุโลก	๑๒๕,๓๒๒	๙๓๕,๖๔๓	๑๓.๔๔
๓. สุโขทัย	๑๔๓,๓๕๔	๑,๖๕๙,๒๓๐	๘.๘๘
๔. อุตรดิตถ์	๑๑๕,๑๖๙	๑,๔๓/๓,๓๘๓	๓.๘๐
๕. เพชรบูรณ์	๑๒๓,๓/๔๓	๒,๑๙๖,๐๓๘	๕.๖๓
๑๓. เขต ๑๔	๑๕๘,๑๓๖	๑,๙๕๒,๓/๕๕	๘.๑๐
๑. ปัตตานี	๔๙,๓๖๑	๕๓๑,๓๖๘	๙.๓๖
๒. ยะลา	๙๕,๒๘๖	๑,๒๑๒,๓/๓/๐	๓.๘๖
๓. นราธิวาส	๑๓,๐๘๙	๒๐๘,๒๑๓	๖.๒๙
๑๔. เขต ๑๕	๑๕๕,๖๓๑	๒,๑๒๑,๙๙๖	๓.๒๙
๑. พังงา	๔๒,๑๕๓	๔๑๑,๓/๘๓	๑๐.๒๔
๒. กระบี่	๓/๑,๐๒๙	๘๕๖,๓๖๘	๘.๓๙
๓. ภูเก็ต	๔๑,๔๔๕	๘๖๓,๔๔๑	๔.๘๐
๑๕. เขต ๓	๔๒๙,๐๖๔	๖,๒๕๕,๖๐๖	๖.๘๖
๑. อุทัยธานี	๒๓๓,๔๘๖	๑,๓/๙๐,๘๘๑	๑๓.๐๔
๒. กำแพงเพชร	๔๖,๖๑๓	๘๓๐,๕๓๒	๕.๖๑
๓. นครสวรรค์	๓/๙,๒๖๑	๑,๓๖๓,๙๖๓	๔.๔๘
๔. พิจิตร	๖๙,๓/๐๐	๑,๘๖๖,๑๙๐	๓.๓/๓
๑๖. เขต ๔	๔๐๓,๑๓๑	๖,๕๓๖,๐๐๖	๖.๒๓
๑. นนทบุรี	๑๕๕,๔๘๑	๑,๔๓/๓,๑๔๓	๑๐.๔๙
๒. อ่างทอง	๖๙,๔๘๑	๑,๑๓/๔,๓๖๔	๕.๙๒
๓. ปทุมธานี	๖๙,๐๘๑	๑,๔๕๖,๙๕๓	๔.๓/๔
๔. พระนครศรีอยุธยา	๑๑๕,๐๘๘	๒,๔๓๑,๕๕๖	๔.๖๙

ตาราง ๓.๘ (ต่อ)

จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ในสถานบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข		ร้อยละ
	ด้วยการแพทย์แผนไทยและ/ หรือการแพทย์ทางเลือก (๑)	ทั้งหมด (๒)	
๑๓. เขต ๑	๘๖๑,๙๘๓	๑๕,๐๙๓,๕๓๔	๕.๓/๑
๑. พะเยา	๑๒๒,๐๕๕	๑,๖๘๖,๔๖๐	๓.๒๔
๒. ลำพูน	๓/๓,๙๘๑	๑,๐๓/๓,๕๓/๘	๖.๘๙
๓. เชียงราย	๒๖๑,๕๔๑	๓,๘๓/๐,๐๐๓	๖.๓๖
๔. ลำปาง	๑๖๓,๑๘๓/	๒,๕๓๕,๕๓๘	๖.๕๙
๕.แพร่	๖๘,๒๕๒	๑,๓๖๓,๑๖๓/	๔.๙๙
๖. เชียงใหม่	๘๐,๒๓/๔	๑,๓/๔๓,๓/๓/๔	๔.๖๐
๗. แม่ฮ่องสอน	๓๕,๑๓/๓/	๘๓/๒,๓/๕๕	๔.๐๓
๘. น่าน	๕๓,๕๑๖	๑,๙๔๔,๓๕๙	๒.๓/๕
๑๔. เขต ๑๕	๒๑๙,๓๐๓	๔,๐๐๕,๑๓๖	๕.๔๘
๑. ระนอง	๔๙,๖๒๙	๖๒๖,๓๑๔	๓.๙๒
๒. สุราษฎร์ธานี	๑๐๖,๙๙๓/	๑,๙๔๔,๒๓๔	๕.๕๐
๓. ชุมพร	๖๒,๖๓/๓/	๑,๔๓๔,๕๘๘	๔.๓๓/
๑๕. เขต ๑๖	๑๓๖,๔๙๐	๓,๖๒๖,๙๘๙	๔.๘๓/
๑. สตูล	๓๑,๓๖๙	๕๕๙,๒๙๓	๕.๖๘
๒. สงขลา	๑๔๔,๓/๒๑	๓,๐๖๓,๖๙๖	๔.๓/๒
รวมทั้งประเทศ	๑๒,๔๔๔,๖๘๖	๑๒๔,๑๖๘,๕๕๔	๑๐.๐๒

ที่มา: สำนักตรวจและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุข (ผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด e-inspection report ณ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๒, http://203.157.7.23/inspec2/kpi_report_all.php?pro_code=12&select_zone=0)

ภาพ ๓.๗ เปรียบเทียบร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและ/หรือการแพทย์ทางเลือก กับ จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาและฟื้นฟูสภาพทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ รายภาค



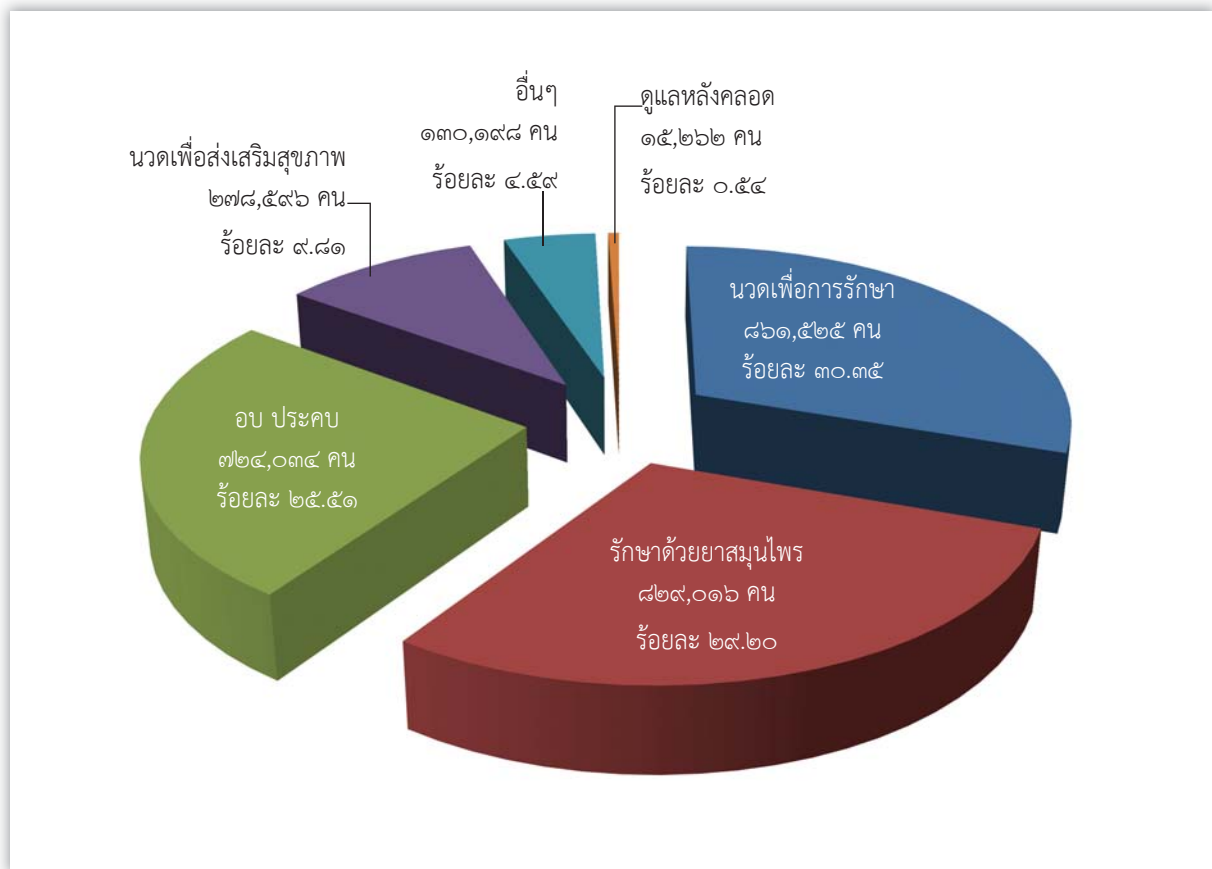
เมื่อพิจารณาจำนวนและร้อยละของผู้รับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จำนวนแนกตามประเภทบริการ จากการสำรวจในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-กันยายน ๒๕๕๐ จำนวนแบบสอบถามที่ตอบกลับ จำนวน ๓,๗๔๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๖๕ (จากแบบสอบถามที่ส่งไปจำนวนทั้งสิ้น ๑๐,๖๕๓ แห่ง ๗๕ จังหวัด) พบว่า มีผู้มารับบริการนวดเพื่อการรักษา จำนวน ๘๖๑,๕๒๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๓๕ รองลงมาเป็นผู้มารับบริการรักษาด้วยยาสมุนไพร จำนวน ๘๒๙,๐๑๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๒๐ และอบ ประคบ, นวดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และดูแลหลังคลอด ร้อยละ ๒๕.๕๑, ๙.๘๑ และ ๐.๕๔ ตามลำดับ รายละเอียดตามตาราง ๓.๙

ตาราง ๓.๙ จำนวนและร้อยละผู้รับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ปี ๒๕๕๐ จำแนกตามประเภทบริการ

ประเภทบริการ	จำนวนผู้รับบริการ	ร้อยละ
๑. นวดเพื่อการรักษา	๘๖๑,๕๒๕	๓๐.๓๕
๒. รักษาด้วยยาสมุนไพร	๘๒๙,๐๑๖	๒๙.๒๐
๓. อบ ประคบ	๓๒๔,๐๓๔	๒๕.๕๑
๔. นวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	๒๓๘,๕๙๖	๙.๘๑
๕. อื่นๆ	๑๓๐,๑๙๘	๔.๕๙
๖. ดูแลหลังคลอด	๑๕,๒๖๒	๐.๕๔
รวม	๒,๘๓๘,๖๓๑	๑๐๐.๐๐

ที่มา: รายงานสถานการณ์ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๒
หน้า ๒๓, ๓๒

ภาพ ๓.๘ จำนวนและร้อยละผู้รับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขสุภาพะรัฐ ปี ๒๕๕๐ จำแนกตามประเภทบริการ



จากรายงานของสถานบริการทั่วประเทศสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จากระบบ e-inspection ของสำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พุทธศักราช ๒๕๕๒ พบว่า ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการใช้ยาจากสมุนไพรจำนวนทั้งสิ้น ๓๙๑,๐๕๔,๒๒๐ บาท คิดเป็นร้อยละ ๑.๘๑ ของมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด

เมื่อพิจารณารายภาค พบว่า สถานบริการในภาคเหนือ มีการใช้ยาสมุนไพรสูงสุด มีมูลค่าทั้งสิ้น ๑๐๘,๖๕๖,๕๐๕ บาท คิดเป็นร้อยละ ๒.๔๓ เมื่อเทียบกับมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด รองลงมาเป็น ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ร้อยละ ๑.๘๑, ๑.๖๐ และร้อยละ ๑.๓๐ ตามลำดับ

มูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรรายเขต พบว่า เขต ๓ (นครสวรรค์, อุทัยธานี, กำแพงเพชร, พิจิตร) มีการใช้ยาจากสมุนไพรสูงสุดร้อยละ ๕.๔๓ เทียบกับมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด รองลงมาได้แก่ เขต ๘ (ฉะเชิงเทรา, สมุทรปราการ, ปราจีนบุรี, นครนายก และ สระแก้ว) ร้อยละ ๓.๓/๙ ส่วนเขตที่มีการใช้ยาจากสมุนไพรต่ำสุดได้แก่ เขต ๑๙ (สงขลา และสตูล) ร้อยละ ๐.๘๐ เทียบกับมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด

เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรสูงสุดได้แก่ จังหวัดอุทัยธานี ร้อยละ ๑๘.๓๙ รองลงมาได้แก่จังหวัดนครนายก ร้อยละ ๙.๓๐ และจังหวัดตาก ร้อยละ ๕.๙๒ ในส่วนจังหวัดที่มีมูลค่าการใช้สมุนไพรต่ำสุดได้แก่ จังหวัดอุดรธานี ร้อยละ ๐.๑๗ จังหวัดชัยภูมิ ร้อยละ ๐.๓๑ เทียบกับมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด เป็นที่น่าสังเกตว่า จังหวัดอุดรธานีมีรายงานผู้มารับบริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทย/การแพทย์ทางเลือกสูงสุด ในขณะที่เป็นจังหวัดที่มีการใช้ยาสมุนไพรในมูลค่าต่ำสุดเทียบกับการใช้ยาทั้งหมดของจังหวัด

ตาราง ๓.๑๐ เปรียบเทียบร้อยละของมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพร กับ มูลค่าการใช้ยาทั้งหมด ในสถานบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒

จังหวัด	มูลค่าการใช้ยาในสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (บาท)		ร้อยละ
	การใช้ยาจากสมุนไพร (๑)	การใช้ยาทั้งหมด (๒)	
๑. ภาคเหนือ	๑๐๘,๖๕๖,๕๐๕	๔,๔๓/๓,๖๙๙,๑๖๔	๒.๔๓
๒. ภาคกลาง	๑๖๐,๓๘๓,๘๘๘	๘,๘๙๓,๕๓๘,๔๒๓/	๑.๘๑
๓. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	๘๒,๒๕๓,๘๒๓/	๕,๑๕๓,๙๙๓/๖๔๓/	๑.๖๐
๔. ภาคใต้	๓๙,๓๖๐,๐๐๐	๓,๐๓๔,๔๓/๓,๘๓/๐	๑.๓๐
๑. เขต ๓	๕๐,๘๒๓,๔๓/๕	๙๓๖,๖๐๒,๑๑๔	๕.๔๓
๑. อุทัยธานี	๓๘,๓/๙๖,๑๔๘	๒๑๐,๙๘๒,๙๓๓/	๑๘.๓๙
๒. พิจิตร	๔,๑๕๒,๓/๔๕	๑๓/๕,๑๔๙,๐๒๑	๒.๓๓/
๓. กำแพงเพชร	๒,๘๐๒,๑๒๓/	๑๓/๙,๖๕๒,๓๖๑	๑.๕๖
๔. นครสวรรค์	๕,๐๓/๒,๔๕๕	๓๓/๐,๘๑๓,๓/๙๕	๑.๓๓/
๒. เขต ๘	๓๓/๒๒๕,๘๙๑	๙๘๒,๓๕๕,๐๙๙	๓.๓/๙
๑. นครนายก	๑๕,๒๒๓,๓/๕๐	๑๖๓,๓/๒๓,๐๒๖	๙.๓๐
๒. สมุทรปราการ	๓/๒๓/๔,๐๕๙	๑๔๒,๓๘๖,๖๓๓	๕.๑๑
๓. ปราจีนบุรี	๘,๘๐๙,๐๓๓/	๑๙๐,๔๓/๖,๔๔๐	๔.๖๒
๔. สระแก้ว	๓,๘๐๓/๖๙๓	๑๔๒,๑๐๘,๘๘๔	๒.๖๘

ตาราง ๓.๑๐ (ต่อ)

จังหวัด	มูลค่าการใช้จ่ายในสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (บาท)		ร้อยละ
	การใช้จ่ายจากสมุนไพรร (๑)	การใช้จ่ายทั้งหมด (๒)	
๕. ฉะเชิงเทรา	๒,๑๐๓,๓๕๒	๓๔๓,๖๖๐,๑๑๖	๐.๖๑
๓. เขต ๙	๔๓,๔๘๕,๑๘๘	๑,๘๓๕,๙๗๓,๕๖๓	๒.๓๓
๑. ชลบุรี	๓๓,๒๙๕,๐๘๑	๙๘๑,๐๑๗,๖๒๕	๓.๓๙
๒. ระยอง	๕,๓๙๔,๕๒๔	๓๕๗,๕๖๔,๓๒๓	๑.๕๑
๓. ตราด	๑,๑๔๙,๓๒๔	๘๕,๓๖๕,๕๖๒	๑.๓๕
๔. จันทบุรี	๓,๖๔๖,๒๕๙	๔๑๒,๐๓๐,๐๕๓	๐.๘๘
๔. เขต ๑๑	๑๘,๓๔๓,๖๑๕	๓/๘๓,๖๘๐,๐๖๗	๒.๓๔
๑. นครพนม	๔,๓/๙๗,๐๒๒	๑๓๑,๒๙๔,๐๘๒	๓.๖๕
๒. มุกดาหาร	๒,๙๗๘,๘๘๖	๑๑๔,๙๑๒,๙๐๖	๒.๕๙
๓. สกลนคร	๗,๑๑๙,๑๒๔	๓๒๐,๙๖๐,๘๖๙	๒.๒๒
๔. กาฬสินธุ์	๓,๔๔๘,๕๘๓	๒๑๖,๕๑๒,๒๑๐	๑.๕๙
๕. เขต ๒	๓๒,๔๖๖,๖๓๗	๑,๔๕๐,๔๖๑,๓๒๕	๒.๒๔
๑. ตาก	๓๖๒,๕๖๒	๖,๑๒๔,๐๗๐	๕.๙๒
๒. พิษณุโลก	๑๕,๓๑๕,๖๑๑	๓๘๐,๘๐๐,๙๑๐	๔.๐๒
๓. เพชรบูรณ์	๗,๒๒๗,๒๖๒	๓๙๓,๕๕๘,๒๘๑	๑.๘๔
๔. อุตรดิตถ์	๖,๕๗๓,๓๑๔	๔๐๗,๓๔๒,๑๕๗	๑.๖๑
๕. สุโขทัย	๒,๙๘๗,๘๘๘	๒๖๒,๖๓๖,๓๐๗	๑.๑๔
๖. เขต ๑๓	๒๐,๓๒๔,๒๙๗	๙๙๐,๒๔๑,๕๖๔	๒.๐๙
๑. บุรีรัมย์	๑๑,๘๔๙,๖๓๒	๒๓๖,๖๙๙,๕๐๐	๔.๒๘
๒. นครราชสีมา	๒,๖๘๐,๑๓๑	๑๐๐,๑๐๖,๓๒๙	๒.๖๘
๓. สุรินทร์	๖,๐๙๖,๗๘๐	๕๘๒,๓๙๒,๑๕๐	๑.๐๕
๔. ชัยภูมิ	๙๗,๗/๑๔	๓๑,๐๕๓,๑๘๕	๐.๓๑
๓. เขต ๑๕	๑๕,๒๓๑,๐๓๒	๘๘๘,๔๑๘,๙๒๕	๑.๗/๑
๑. ระนอง	๑,๔๙๙,๙๐๓	๓/๔,๒๒๕,๐๒๘	๒.๐๒
๒. สุราษฎร์ธานี	๙,๓๖๗,๓๘๓	๕๔๔,๓๘๘,๑๑๘	๑.๓๒
๓. ชุมพร	๔,๓๖๓,๗๔๖	๒๖๙,๘๐๕,๗๗๙	๑.๖๒
๘. เขต ๖	๓๘,๓๒๔,๖๓๖	๒,๓๕๓,๔๙๓,๒๗๕	๑.๖๓
๑. สุพรรณบุรี	๑๓,๓๒๔,๔๔๖	๕๙๗,๔๑๒,๐๓๒	๒.๒๓
๒. นครปฐม	๑๒,๑๐๐,๓๐๖	๖๔๓,๕๖๐,๓๙๐	๑.๘๘

ตาราง ๓.๑๐ (ต่อ)

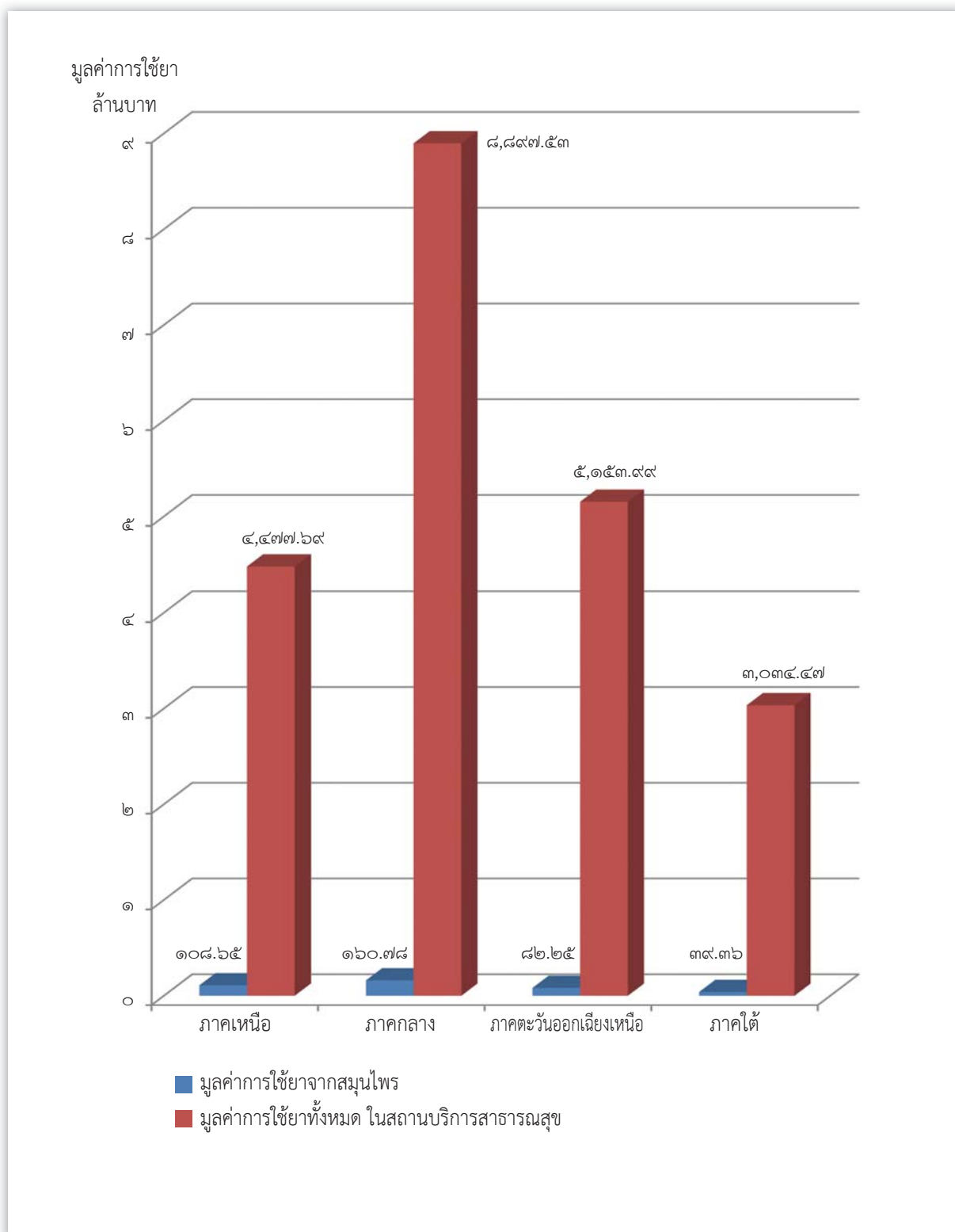
จังหวัด	มูลค่าการใช้จ่ายในสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (บาท)		ร้อยละ
	การใช้จ่ายจากสมุนไพรม (๑)	การใช้จ่ายทั้งหมด (๒)	
๓. กาญจนบุรี	๕,๔๔๓,๔๓/๒	๔๓๑,๕๓๐,๕๕๑	๑.๒๖
๔. ราชบุรี	๓,๔๕๖,๔๑๒	๖๘๑,๐๙๐,๒๖๒	๑.๐๙
๙. เขต ๑๔	๒๑,๙๓๖,๘๓/๐	๑,๔๒๙,๘๕๘,๔๑๙	๑.๕๓
๑. ศรีสะเกษ	๑๑,๑๘๖,๓/๒๘	๓๐๙,๐๖๒,๖๘๘	๓.๖๒
๒. ยานาจเจริญ	๑,๒๖๘,๙๓/๖	๖๔,๘๑๑,๕๓๙	๑.๙๖
๓. ยโสธร	๑,๙๕๑,๕๘๙	๑๒๓,๑๖๘,๔๓๔	๑.๕๘
๔. อุบลราชธานี	๓,๕๒๙,๕๓/๓	๙๓๒,๘๑๕,๓/๕	๐.๘๑
๑๐. เขต ๑๓	๕,๑๕๕,๓/๒๕	๓๕๓,๒๓๐,๖๙๖	๑.๔๖
๑. พังงา	๙๖๔,๒๙๑	๖๓,๕๑๐,๓๙๓	๑.๕๒
๒. กระบี่	๓,๒๑๕,๓/๖๐	๓๙,๐๓๒,๘๒๔	๘.๒๓
๓. ภูเก็ต	๙๓/๕,๖๓/๔	๒๕๐,๖๔๓,๔๓/๙	๐.๓๙
๑๑. เขต ๕	๒๐,๔๔๔,๘๓/๓	๑,๔๖๖,๔๙๐,๒๓๓	๑.๓๙
๑. ลพบุรี	๖,๐๙๓,๒๔๔	๓๒๖,๔๙๓,๓๕๙	๑.๘๓
๒. สิงห์บุรี	๔,๐๖๔,๔๓๙	๒๒๓,๔๓/๐,๕๖๑	๑.๘๒
๓. ชัยนาท	๒,๓๕๙,๐๘๐	๑๓๓,๕๑๕,๑๔๑	๑.๓๓
๔. สระบุรี	๓,๙๒๘,๑๑๐	๓/๘๓,๐๑๑,๑๓/๖	๑.๐๑
๑๒. เขต ๑๖	๓,๔๘๙,๔๓/๙	๕๔๒,๙๙๙,๑๐๙	๑.๓๘
๑. ตรัง	๑,๓/๓/๔,๔๙๙	๖๔,๓/๕๒,๘๖๙	๒.๓/๔
๒. นครศรีธรรมราช	๓,๐๔๘,๖๓/๒	๒๒๘,๒๕๐,๔๐๕	๑.๓๔
๓. พัทลุง	๒,๖๖๖,๓๐๘	๒๔๙,๙๙๕,๘๓๕	๑.๐๓
๑๓. เขต ๑๘	๕,๑๒๑,๔๓/๐	๔๕๒,๕๓/๙,๐๔๙	๑.๑๓
๑. นราธิวาส	๒,๓๖๕,๑๕๖	๑๓,๙๓๓,๒๙๑	๑๖.๙๓
๒. ปัตตานี	๑,๘๘๔,๐๕๑	๑๑๑,๑๕๓,๓๐๓	๑.๖๙
๓. ยะลา	๘๓/๒,๒๖๓	๓๒๓,๔๘๔,๔๕๑	๐.๒๓
๑๔. เขต ๑	๒๕,๓๖๖,๓๙๓	๒,๐๙๐,๖๓๕,๓๒๕	๑.๒๑
๑. แม่ฮ่องสอน	๑,๘๙๕,๖๕๔	๘๖,๐๓/๐,๕๘๒	๒.๒๐
๒. เชียงราย	๘,๔๘๔,๙๐๕	๔๘๕,๓๑๙,๘๐๐	๑.๓/๕
๓. เชียงใหม่	๔,๐๓๖,๓๒๕	๓๒๘,๒๙๕,๐๘๓	๑.๒๔
๔. น่าน	๑,๘๖๔,๘๖๖	๑๔๙,๙๙๕,๐๐๙	๑.๒๔

ตาราง ๓.๑๐ (ต่อ)

จังหวัด	มูลค่าการใช้ยาในสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (บาท)		ร้อยละ
	การใช้ยาจากสมุนไพร (๑)	การใช้ยาทั้งหมด (๒)	
๕. ลำพูน	๑,๕๐๓,๕๓๒	๑๓๓,๑๓๙,๕๓๘	๑.๑๓
๖. แพร่	๒,๖๓๗,๓๐๒	๒๔๗,๔๑๒,๓๙๔	๑.๐๓
๗. ลำปาง	๔,๐๕๓,๐๐๓	๔๕๑,๑๐๗,๖๓๗	๐.๙๐
๘. พะเยา	๘๕๐,๗๔๖	๒๐๙,๓๑๖,๓๓๘	๐.๔๑
๑๕. เขต ๑๐	๑๕,๕๙๘,๙๒๗	๑,๒๙๕,๑๖๘,๘๕๙	๑.๒๐
๑. หนองคาย	๘,๘๓๕,๘๕๐	๓๖๘,๗๘๘,๙๖๔	๒.๔๐
๒. หนองบัวลำภู	๑,๑๒๙,๔๔๖	๖๘,๔๓๘,๐๘๕	๑.๖๕
๓. เลย	๔,๖๕๔,๘๕๕	๒๘๕,๓๓๑,๒๑๔	๑.๖๓
๔. อุตรดิตถ์	๙๓๘,๗๓๖	๕๓๒,๕๓๐,๕๙๖	๐.๑๗
๑๖. เขต ๔	๑๑,๖๘๓,๓๑๖	๑,๒๑๒,๗๖๑,๙๕๔	๐.๙๖
๑. ย่างทอง	๓,๕๓๖,๕๘๘	๑๙๔,๓๕๒,๙๓๔	๑.๘๔
๒. พระนครศรีอยุธยา	๓,๓๑๕,๔๑๑	๒๘๙,๒๒๑,๕๘๙	๑.๑๕
๓. ปทุมธานี	๒,๐๖๙,๙๐๘	๒๖๖,๘๕๐,๔๘๑	๐.๗๘
๔. นนทบุรี	๒,๓๒๑,๔๐๙	๔๖๒,๓๓๖,๙๑๐	๐.๕๙
๑๗. เขต ๓	๙,๖๑๙,๙๘๔	๑,๐๔๖,๔๖๐,๒๙๙	๐.๙๒
๑. สมุทรสงคราม	๒,๓๓๒,๑๕๗	๑๖๓,๒๓๐,๗๑๖	๑.๖๗
๒. ประจวบคีรีขันธ์	๒,๘๑๕,๘๔๖	๒๔๐,๙๑๙,๖๘๑	๑.๑๗
๓. เพชรบุรี	๒,๓๒๓,๖๖๘	๒๓๓,๘๑๔,๘๔๐	๑.๑๕
๔. สมุทรสาคร	๑,๓๔๘,๓๑๓	๔๐๔,๔๙๕,๐๖๒	๐.๓๓
๑๘. เขต ๑๒	๕,๖๕๐,๑๑๘	๖๕๕,๐๔๘,๗๓๘	๐.๘๖
๑. ร้อยเอ็ด	๒,๑๓๒,๗๑๗	๑๖๕,๓๔๑,๓๒๕	๑.๓๑
๒. มหาสารคาม	๓,๐๖๔,๐๗๓	๔๑๕,๔๘๘,๒๐๐	๐.๗๔
๓. ขอนแก่น	๔๑๓,๓๒๘	๓๔,๒๑๙,๒๑๓	๐.๕๖
๑๙. เขต ๑๙	๖,๓๖๒,๒๙๔	๗๙๗,๒๕๐,๐๙๑	๐.๘๐
๑. สตูล	๒,๒๑๗,๖๘๕	๘๙,๙๓๑,๒๒๘	๒.๔๖
๒. สงขลา	๔,๑๔๔,๖๐๙	๓๐๗,๒๓๘,๘๖๓	๐.๕๙
รวมทั้งประเทศ	๓๙๑,๐๕๔,๒๒๐	๒๑,๕๖๓,๗๑๓,๑๐๘	๑.๘๑

ที่มา: สำนักตรวจและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุข (ผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด e-inspection report ณ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๒, http://203.157.7.23/inspec2/kpi_report_all.php?pro_code=12&select_zone=0)

ภาพ ๓.๙ เปรียบเทียบร้อยละของมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพร กับ มูลค่าการใช้ยาทั้งหมด ในสถานบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒
รายภาค



๒.๒ สถานพยาบาลภาคเอกชน

ในภาคเอกชนมีการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ อยู่บ้าง จากรายงานข้อมูลสถานพยาบาลประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ภาคเอกชน ปี ๒๕๕๙ ในส่วนภูมิภาคมีสถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย จำนวน ๘๓ แห่ง และสถานพยาบาลการแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน ๒ แห่ง ในขณะที่ในปี ๒๕๕๐ พบว่าในเขต กรุงเทพมหานคร มีสถานพยาบาลการแพทย์แผนไทยจำนวน ๓๑๖ แห่ง และสถานพยาบาลการแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน ๒๘ แห่ง จะเห็นได้ว่ามีสถานพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์อยู่ในเขต กรุงเทพมหานคร มากกว่าในส่วนภูมิภาคอย่างชัดเจน และพบว่าสถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย มากกว่าสถานพยาบาลการแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ชัดเจนเช่นกัน

ตาราง ๓.๑๑ จำนวนสถานพยาบาลประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ภาคเอกชน ปี ๒๕๕๙, ๒๕๕๐

ประเภท	กรุงเทพฯ (ข้อมูลปี ๒๕๕๐)	ภูมิภาค (ข้อมูลปี ๒๕๕๙)	รวม
๑. การแพทย์แผนไทย	๓๑๖	๘๓	๔๐๓
๒. การแพทย์แผนไทยประยุกต์	๒๘	๒	๓๐
รวม	๓๔๔	๘๕	๔๓๓

ที่มา: กองประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ๒๕๕๐

เมื่อพิจารณาสถานบริการการแพทย์แผนไทยในภาคเอกชนอีกรูปแบบหนึ่ง ได้แก่ การประกอบธุรกิจยาแผนโบราณ จากรายงานข้อมูลของกองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ณ กันยายน ๒๕๕๒ พบว่า มีสถานประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแผนโบราณทั่วประเทศ จำนวนทั้งสิ้น ๓,๑๔๐ แห่ง แบ่งเป็น สถานที่ขายยาแผนโบราณ ๒,๐๒๐ แห่ง สถานที่ผลิตยาแผนโบราณ ๙๓/๓ แห่ง และสถานที่นำหรือส่งยาเข้ามาในราชอาณาจักร จำนวน ๘๗ แห่ง

เมื่อพิจารณาการกระจายการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแผนโบราณในเขตกรุงเทพมหานครและภูมิภาค พบว่า สถานที่ขายยาแผนโบราณ กระจายอยู่ในส่วนภูมิภาคมากกว่ากรุงเทพมหานคร นั่นคือ อยู่ในส่วนภูมิภาคจำนวน ๑,๖๑๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๙.๙๕ ของจำนวนสถานที่ขายยาแผนโบราณทั่วประเทศ เช่นเดียวกับสถานที่ผลิตยาแผนโบราณ กระจายอยู่ในส่วนภูมิภาค จำนวน ๖๘๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖๙.๘๙ เทียบกับสถานที่ผลิตยาแผนโบราณทั่วประเทศ ในทางกลับกัน พบมีผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบธุรกิจนำเข้าหรือสั่งยาเข้ามาในราชอาณาจักร อยู่ในกรุงเทพมหานคร มากกว่าในส่วนภูมิภาค คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๕๖

เมื่อพิจารณาภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่สถานประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแผนโบราณที่ได้รับใบอนุญาตอยู่ในส่วนภูมิภาคคิดเป็นร้อยละ ๓/๓.๐๒ และพบว่า เป็นประเภทสถานที่ขายยาแผนโบราณ สูงถึงร้อยละ ๖๓.๕๒ จะเห็นได้ว่า ยาแผนโบราณยังได้รับความนิยมจากประชาชนทั่วประเทศอยู่อย่างต่อเนื่อง รายละเอียดตามตาราง ๓.๑๒

ตาราง ๓.๑๒ สถิติใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแผนโบราณทั่วราชอาณาจักร ประจำปี ๒๕๕๒

ประเภท	กรุงเทพมหานคร	ภูมิภาค	รวม	ร้อยละ
๑. สถานที่ขายยาแผนโบราณ	๔๐๕	๑,๖๑๕	๒,๐๒๐	๖๓.๕๒
๒. สถานที่ผลิตยาแผนโบราณ	๒๙๓	๖๘๐	๙๗๓	๓๐.๖๐
๓. สถานที่นำเข้าหรือสั่งยาเข้ามาในราชอาณาจักร	๑๖๐	๒๓/	๑๘๓/	๕.๘๘
รวม	๘๕๘	๒,๓๒๒	๓,๑๘๐	๑๐๐.๐๐
ร้อยละ	๒๖.๙๘	๓/๓.๐๒	๑๐๐.๐๐	

ที่มา: กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ข้อมูล ณ กันยายน ๒๕๕๒

เมื่อพิจารณาละเอียดรายจังหวัด/กรุงเทพมหานคร จำนวนผู้ได้รับอนุญาตเปิดร้านขายยาแผนโบราณสูงสุด ในส่วนภูมิภาค พบว่า จังหวัดนครสวรรค์ มีผู้ได้รับอนุญาตเปิดขายยาแผนโบราณ สูงสุด จำนวน ๘๙ แห่ง รองลงมาได้แก่ จังหวัดนครปฐม จำนวน ๗๒ แห่ง กำแพงเพชร ๖๒ แห่ง และจังหวัดอุดรธานีและอุบลราชธานี จำนวน ๕๓ แห่งเท่ากัน ในขณะที่จังหวัดที่มีสถานขายยาแผนโบราณน้อยที่สุด ได้แก่ จังหวัดตาก น่าน ระนอง มีเพียงจังหวัดละ ๑ แห่งเท่านั้น

เมื่อพิจารณาแหล่งผลิตยาแผนโบราณที่ได้รับอนุญาต พบว่า กรุงเทพมหานคร มีจำนวนสูงสุด จำนวน ๒๙๓ แห่ง ในส่วนภูมิภาค พบว่า จังหวัดที่ได้รับใบอนุญาตผลิตยาแผนโบราณมากที่สุด ได้แก่ จังหวัดนครปฐม ๕๗ แห่ง รองลงมาได้แก่นนทบุรี ๔๓ แห่ง และนครสวรรค์ ๒๗ แห่ง ในขณะที่มีจำนวน ๗ จังหวัด ที่ไม่มีสถานที่ผลิตยาแผนโบราณเลย และมี ๙ จังหวัดที่มีสถานผลิตยาแผนโบราณเพียงจังหวัดละ ๑ แห่ง ได้แก่ จังหวัดตรัง ประจวบคีรีขันธ์ ศรีสะเกษ หนองบัวลำภู อำนาจเจริญ พะเยา พัทลุง มหาสารคาม สระแก้ว

ในส่วนผู้ได้รับใบอนุญาตนำเข้าหรือสั่งยาแผนโบราณ มีเพียงในกรุงเทพมหานคร และในส่วนภูมิภาคเพียง ๑๑ จังหวัดเท่านั้นที่ดำเนินการดังกล่าว รายละเอียดตามตาราง ๓.๑๓

ตาราง ๓.๑๓ สถิติใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแผนโบราณ รายจังหวัด ประจำปี ๒๕๕๒

ลำดับ	จังหวัด	ขายยา แผนโบราณ	ผลิตยา แผนโบราณ	นำหรือส่งยา แผนโบราณ	รวม	อันดับที่
๑	กรุงเทพมหานคร	๔๐๕	๒๙๓	๑๖๐	๘๕๘	๑
๒	กระบี่	๑๐	-	-	๑๐	๖๓
๓	กาญจนบุรี	๑๕	๘	-	๒๓	๓๖
๔	กาฬสินธุ์	๑๓	๒	๑	๒๐	๔๐
๕	กำแพงเพชร	๕๓	๕	-	๕๘	๑๖
๖	ขอนแก่น	๔๘	๒๕	-	๗๓	๘
๗	จันทบุรี	๑๔	๙	-	๒๓	๓๗
๘	ฉะเชิงเทรา	๒๙	๑๙	-	๔๘	๒๑
๙	ชลบุรี	๕๓	๒๔	๑	๗๘	๕
๑๐	ชัยนาท	๓๑	๘	-	๓๙	๒๕
๑๑	ชัยภูมิ	๒๐	๔	-	๒๔	๓๔
๑๒	ชุมพร	๑๐	๔	-	๑๔	๕๐
๑๓	เชียงราย	๑๒	๙	-	๒๑	๓๖
๑๔	เชียงใหม่	๓๓	๓๒	๑	๖๖	๑๑
๑๕	ตรัง	๑๔	๑	-	๑๕	๔๗
๑๖	ตราด	๔	๒๑	-	๒๕	๓๑
๑๗	ตาก	๑	-	-	๑	๗๕
๑๘	นครนายก	๖	๖	-	๑๒	๕๗
๑๙	นครปฐม	๘๑	๕๓	๕	๑๔๓	๒
๒๐	นครพนม	๙	-	-	๙	๖๘
๒๑	นครราชสีมา	๔๐	๑๖	-	๕๖	๑๗
๒๒	นครศรีธรรมราช	๔๑	๒๐	-	๖๑	๑๓
๒๓	นครสวรรค์	๘๔	๒๓	-	๑๑๑	๓
๒๔	นนทบุรี	๓๑	๔๓	๒	๗๖	๖
๒๕	นราธิวาส	๓	-	-	๓	๗๓
๒๖	น่าน	๑	๓	-	๔	๗๒
๒๗	บุรีรัมย์	๙	๕	-	๑๔	๕๑
๒๘	ปทุมธานี	๑๕	๒๔	๑	๔๐	๒๔
๒๙	ประจวบคีรีขันธ์	๑๒	๑	-	๑๓	๕๔

ตาราง ๓.๑๓ (ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	ขายยา แผนโบราณ	ผลิตยา แผนโบราณ	นำหรือส่งยา แผนโบราณ	รวม	อันดับที่
๓๐	ปราจีนบุรี	๑๑	๔	-	๑๕	๔๘
๓๑	ปัตตานี	๓/	๓	๒	๑๒	๕๘
๓๒	พระนครศรีอยุธยา	๑๕	๒๐	๒	๓๗/	๒๓/
๓๓	พะเยา	๕	๑	-	๕	๓/๑
๓๔	พังงา	๙	๓	-	๑๒	๕๙
๓๕	พัทลุง	๑๒	๑	-	๑๓	๕๕
๓๖	พิจิตร	๓๘	๙	-	๔๗/	๒๒
๓๗/	พิษณุโลก	๑๙	๕	-	๒๔	๓๕
๓๘	เพชรบุรี	๑๓	๑๒	-	๒๕	๓๒
๓๙	เพชรบูรณ์	๑๕	๑๒	-	๒๖	๓๐
๔๐	แพร่	๕	๑๐	-	๑๔	๕๒
๔๑	ภูเก็ต	๙	๑	-	๑๐	๖๔
๔๒	มหาสารคาม	๑๕	๖	-	๒๐	๔๑
๔๓	มุกดาหาร	๕	๒	-	๗/	๓/๐
๔๔	แม่ฮ่องสอน	-	-	-	๐	๓/๖
๔๕	ยโสธร	๒๑	๖	-	๒๗/	๒๙
๔๖	ยะลา	๘	๓	-	๑๑	๖๒
๔๗/	ร้อยเอ็ด	๔๑	๑๐	-	๕๑	๑๘
๔๘	ระนอง	๒	-	-	๒	๓/๔
๔๙	ระยอง	๑๘	๔	-	๒๒	๓๘
๕๐	ราชบุรี	๓๐	๒๐	-	๕๐	๑๙
๕๑	ลพบุรี	๓๒	๖	-	๓๘	๒๖
๕๒	ลำปาง	๖	๑๙	-	๒๕	๓๓
๕๓	ลำพูน	-	๑๐	-	๑๐	๖๕
๕๔	เลย	๑๕	๒	-	๑๗/	๔๓
๕๕	ศรีสะเกษ	๙	๑	-	๑๐	๖๖
๕๖	สกลนคร	๖๓	๘	-	๗/๑	๙
๕๗/	สงขลา	๖๗/	๑๐	๕	๘๒	๔
๕๘	สตูล	๑๐	-	-	๑๐	๖๗/

ตาราง ๓.๑๓ (ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	ขายยา แผนโบราณ	ผลิตยา แผนโบราณ	นำหรือส่งยา แผนโบราณ	รวม	อันดับที่
๕๙	สมุทรปราการ	๔๒	๒๖	๖	๗๔	๗
๖๐	สมุทรสงคราม	๖	๓	-	๑๓	๕๖
๖๑	สมุทรสาคร	๑๑	๓	-	๑๔	๔๒
๖๒	สระบุรี	๑๓	๑	-	๑๔	๕๓
๖๓	สระแก้ว	๒๑	๑๐	-	๓๑	๒๘
๖๔	สิงห์บุรี	๑๓	๔	-	๒๑	๓๙
๖๕	สุโขทัย	๓	๕	-	๑๒	๖๐
๖๖	สุพรรณบุรี	๕๐	๑๖	-	๖๖	๑๒
๖๗	สุราษฎร์ธานี	๔๑	๕	-	๔๖	๒๓
๖๘	สุรินทร์	๖	๒	-	๘	๖๙
๖๙	หนองคาย	๔๖	๓	๑	๕๐	๒๐
๗๐	หนองบัวลำภู	๑๑	๑	-	๑๒	๖๑
๗๑	อ่างทอง	๑๒	๕	-	๑๗	๔๔
๗๒	อำนาจเจริญ	๑๕	๑	-	๑๖	๔๕
๗๓	อุดรธานี	๕๓	๘	-	๖๑	๑๔
๗๔	อุตรดิตถ์	๑๐	๕	-	๑๕	๔๙
๗๕	อุทัยธานี	๙	๓	-	๑๖	๔๖
๗๖	อุบลราชธานี	๕๓	๖	-	๕๙	๑๕
รวมภูมิภาค		๑,๖๑๕	๖๘๐	๒๓	๒,๓๒๒	
รวมทั่วประเทศ		๒,๐๒๐	๙๗๓	๑๔๓	๓,๑๔๐	

ที่มา: กองควบคุมยา ข้อมูล ณ กันยายน ๒๕๕๒

๒.๓ การกระจายสถานบริการด้านการแพทย์แผนไทย

ตามทีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีระบบการสนับสนุนงบประมาณเพื่อชดเชยบริการด้านการแพทย์แผนไทยด้านการนวดไทย และจัดระบบการรายงานข้อมูลบริการการแพทย์แผนไทยที่หน่วยบริการได้จัดบริการประชาชน ตั้งแต่ปี ๒๕๕๐ พบว่า มีสถานบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่ขอรับเงินชดเชยบริการจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวนทั้งสิ้น ๑,๖๓๓ แห่ง เป็นบริการระดับสถานีอนามัย จำนวน ๙๑๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕๖.๑๕ ของจำนวนที่ขอรับเงินชดเชย รองลงมาได้แก่ระดับโรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๖๓๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๖๔ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๕๙ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓.๖๑ โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน ๑๖ แห่ง ๐.๙๘ และต่ำสุด ได้แก่หน่วยงานอื่นๆ ได้แก่ โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์สาธารณสุขชุมชน สสช. จำนวน ๑๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๐.๖๑

เมื่อพิจารณาข้อมูลทีหน่วยบริการด้านการแพทย์แผนไทยได้รายงานกลับมาสามารถสรุปจำนวน และการกระจายสถานบริการการแพทย์แผนไทย ที่ได้รับเงินสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภูมิภาค ราชเขต ราชจังหวัด ได้ดังนี้

ระดับสถานีอนามัย มีเพียง ๙๑๓ แห่ง ที่ขอรับเงินชดเชยบริการด้านการแพทย์แผนไทย จำแนกเป็น ภาคเหนือจำนวน ๑๓๐ แห่ง ภาคกลาง ๑๓๑ แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๖๒๙ แห่ง และภาคใต้ ๒๑ แห่ง จะเห็นได้ว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนสถานีอนามัยที่ให้บริการและรับเงินชดเชยบริการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๖๘.๕๙ รองลงมาเป็นภาคกลาง ภาคเหนือ และต่ำสุดได้แก่ภาคใต้ คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๒๙, ๑๔.๑๘ และ ๒.๒๙ ตามลำดับ

ระดับโรงพยาบาลชุมชน ที่ให้บริการการแพทย์แผนไทยและขอรับเงินชดเชยจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๖๓๑ แห่ง จำแนกเป็น ภาคเหนือจำนวน ๑๕๒ แห่ง ภาคกลาง ๑๓๖ แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๒๔๓ แห่ง และภาคใต้ ๑๐๐ แห่ง จะเห็นได้ว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังมีจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ ๓๘.๕๑ รองลงมาเป็นภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๐๙ และต่ำสุดยังคงเป็นภาคใต้ คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๘๕

ระดับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป มีจำนวนรวม ๓๕ แห่ง จากจำนวนโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งสิ้น ๙๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๙.๓๙ ในส่วนการกระจายพบว่า ภาคเหนือมีจำนวน ๑๙ แห่ง ภาคกลาง ๒๔ แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๑๘ แห่ง และภาคใต้ ๑๔ แห่ง

ตาราง ๓.๑๔ จำนวนสถานบริการด้านสุขภาพภาครัฐที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ แยกตามระดับสถานบริการ รายภาค รายเขต รายจังหวัด

เขต	จังหวัด	สอ	รพช	รพท.	รพศ.	อื่นๆ	รวม
ภาคเหนือ		๑๓๐	๑๕๒	๑๕	๔	๖	๓๐๗
๑	เชียงราย	๔๐	๑๕	-	๑	๑	๕๗
	เชียงใหม่	๑๒	๒๐	๑	-	๑	๓๔
	น่าน	๔๒	๑๓	๑	-	๒	๕๘
	พะเยา	-	๕	๒	-	-	๗
	แพร่	๕	๓	๑	-	-	๑๓
	แม่ฮ่องสอน	-	๔	๑	-	-	๕
	ลำปาง	๑๒	๑๑	-	๑	-	๒๔
	ลำพูน	๔	๖	๑	-	-	๑๑
รวม เขต ๑		๑๑๕	๘๑	๓	๒	๔	๒๐๕
๒	ตาก	-	๖	๒	-	-	๘
	พิษณุโลก	-	๓	-	-	-	๓
	เพชรบูรณ์	๓	๙	๑	-	-	๑๓
	สุโขทัย	-	๓	๒	-	-	๕
	อุตรดิตถ์	-	๘	-	๑	-	๙
รวม เขต ๒		๓	๓๓	๕	๑	-	๔๒
๓	กำแพงเพชร	-	๙	๑	-	-	๑๐
	นครสวรรค์	๑	๑๑	-	๑	๒	๑๕
	พิจิตร	๑๑	๘	๑	-	-	๒๐
	อุทัยธานี	-	๖	๑	-	-	๗
รวม เขต ๓		๑๒	๓๕	๓	๑	๒	๕๓

ตาราง ๓.๑๔ (ต่อ)

เขต	จังหวัด	สอ	รพช	รพท.	รพศ.	อื่นๆ	รวม
ภาคกลาง		๑๓๑	๑๓๖	๒๐	๔	๓	๒๙๔
๔	นนทบุรี	-	๒	๑	-	-	๓
	ปทุมธานี	-	๔	๑	-	๑	๖
	พระนครศรีอยุธยา	๔	๑๒	-	๑	-	๑๗
	อ่างทอง	๑๓	๖	๑	-	-	๒๐
รวม เขต ๔		๑๗	๒๔	๓	๑	๑	๔๖
๕	ชัยนาท	๕	๔	๑	-	-	๑๐
	ลพบุรี	๑๒	๖	๒	-	-	๒๐
	สระบุรี	๕	๓	๑	-	-	๑๓
	สิงห์บุรี	๒	๓	๒	-	-	๗
รวม เขต ๕		๒๔	๒๐	๖	-	-	๕๐
๖	กาญจนบุรี	-	๑๑	๑	-	-	๑๒
	นครปฐม	๒	๖	-	-	-	๘
	ราชบุรี	-	๔	๒	-	๑	๗
	สุพรรณบุรี	๑๔	๖	๑	-	-	๒๑
รวม เขต ๖		๒๐	๒๓	๔	-	๑	๔๘
๗	ประจวบคีรีขันธ์	๓	๖	๑	-	-	๑๐
	เพชรบุรี	๑๒	๓	๑	-	-	๒๐
	สมุทรสงคราม	-	๒	๑	-	-	๓
	สมุทรสาคร	-	๑	๑	-	-	๒
รวม เขต ๗		๑๕	๑๖	๔	-	-	๓๕
๘	ฉะเชิงเทรา	-	๙	๑	-	-	๑๐
	นครนายก	-	๓	-	-	-	๓
	ปราจีนบุรี	๑๔	๔	-	๑	-	๒๓
	สมุทรปราการ	๕	๓	-	-	๑	๙
	สระแก้ว	๓๒	๖	๑	-	-	๓๙
รวม เขต ๘		๕๕	๒๕	๒	๑	๑	๘๔

ตาราง ๓.๑๔ (ต่อ)

เขต	จังหวัด	สอ	รพช	รพท.	รพศ.	อื่นๆ	รวม
๙	จันทบุรี	-	๕	-	-	-	๕
	ชลบุรี	-	๙	-	๑	-	๑๐
	ตราด	-	๕	๑	-	-	๕
	ระยอง	-	๖	-	๑	-	๗
รวม เขต ๙		-	๒๕	๑	๒	-	๒๗
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		๖๒๙	๒๔๓	๑๔	๔	๑	๘๙๒
๑๐	เลย	๔๒	๑๐	๑	-	-	๕๓
	หนองคาย	๑	๑๓	๑	-	-	๑๕
	หนองบัวลำภู	๒๒	๕	๑	-	-	๒๘
	อุดรธานี	๔๗	๑๕	-	๑	-	๖๓
รวม เขต ๑๐		๑๑๒	๔๓	๓	๑	-	๑๕๙
๑๑	กาฬสินธุ์	๑๖	๘	๑	-	-	๒๕
	นครพนม	๑	๑๐	๑	-	-	๑๒
	มุกดาหาร	๒๗	๖	๑	-	-	๓๔
	สกลนคร	-	๑๖	๑	-	-	๑๗
รวม เขต ๑๑		๔๔	๔๐	๔	-	-	๘๘
๑๒		๓๔	๑๖	๑	-	-	๕๑
	มหาสารคาม	๖	๑๐	๑	-	-	๑๗
	ร้อยเอ็ด	๑๖๓	๑๕	๑	-	๑	๑๘๐
รวม เขต ๑๒		๒๐๓	๔๑	๓	-	๑	๒๔๘
๑๓	ชัยภูมิ	๘	๑๔	๑	-	-	๒๓
	นครราชสีมา	๖๖	๒๖	-	๑	-	๙๓
	บุรีรัมย์	๑๘	๒๐	-	๑	-	๓๙
	สุรินทร์	๓๐	๑๓	-	-	-	๔๓
รวม เขต ๑๓		๑๒๒	๗๓	๑	๒	-	๑๙๘
๑๔	ยโสธร	๙	๘	๑	-	-	๑๘
	ศรีสะเกษ	๑๒๘	๑๘	๑	-	-	๑๔๗
	อำนาจเจริญ	๖	๖	๑	-	-	๑๓
	อุบลราชธานี	๕	๑๔	๑	-	๒๐	
รวม เขต ๑๔		๑๔๘	๔๖	๓	๑	-	๑๙๘

ตาราง ๓.๑๔ (ต่อ)

เขต	จังหวัด	สอ	รพช	รพท.	รพศ.	อื่นๆ	รวม
ภาคใต้		๒๗	๑๐๐	๑๐	๔	-	๑๔๑
๑๕	ชุมพร	๔	๖	๑	-	-	๑๑
	ระนอง	๑	๔	-	-	-	๕
	สุราษฎร์ธานี	๘	๑๒	๑	๑	-	๒๒
รวม เขต ๑๕		๑๓	๒๒	๒	๑	-	๓๘
๑๖	ตรัง	-	๓	-	๑	-	๔
	นครศรีธรรมราช	-	๑๑	-	๑	-	๑๒
	พัทลุง	๓	๙	๑	-	-	๑๓
รวม เขต ๑๖		๓	๒๓	๑	๒	-	๓๓
๑๗	กระบี่	๑	๕	-	-	-	๖
	พังงา	-	๕	๑	-	-	๖
	ภูเก็ต	๓	๒	๑	-	-	๖
รวม เขต ๑๗		๔	๑๒	๒	-	-	๑๘
๑๘	นราธิวาส	๑	๖	๒	-	-	๙
	ปัตตานี	-	๑๐	๑	-	-	๑๑
	ยะลา	-	๕	-	๑	-	๖
รวม เขต ๑๘		๑	๒๑	๓	๑	-	๒๖
	สงขลา	๖	๑๓	๑	-	-	๒๐
	สตูล	-	๕	๑	-	-	๖
รวม เขต ๑๙		๖	๑๙	๒	-	-	๒๖
รวม ทั่วประเทศ		๙๑๗	๖๓๑	๕๙	๑๖	๑๐	๑,๖๓๓

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๒

หมายเหตุ: อื่นๆ หมายถึง โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพชุมชน สสช.

เมื่อนำจำนวนสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมาพิจารณาเปรียบเทียบกับจำนวนสถานบริการทั้งหมดแยกตามระดับของสถานบริการ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัย แสดงตามตาราง ๓.๑๕ จะเห็นได้ว่า หน่วยบริการการแพทย์แผนไทยที่มีสัดส่วนสูงที่สุดที่มีการให้รายงานและขอรับเงินชดเชยบริการจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ ระดับโรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๖๓๑ แห่ง จากจำนวนโรงพยาบาลชุมชนทั้งสิ้น ๗/๓๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๙๗ รองลงมาได้แก่ ระดับโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไป จำนวน ๓/๕ แห่ง จากจำนวนโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไปทั้งสิ้น ๙๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓/๙.๓๗ ต่ำสุดได้แก่ ระดับสถานอนามัย จำนวน ๙๑๗ แห่ง จากจำนวนสถานอนามัยทั้งสิ้นจำนวน ๙,๓๖๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙.๓๙ เท่านั้น รายละเอียดตามตาราง ๓.๑๕

ตาราง ๓.๑๕ จำนวนและร้อยละสถานบริการการแพทย์แผนไทยสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ขอรับเงินชดเชยบริการการแพทย์แผนไทย จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒

ระดับสถานบริการ	จำนวนทั้งหมด (แห่ง)	จำนวนที่รายงานขอรับเงินชดเชยบริการ	ร้อยละ
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	๙๔	๓/๕	๓/๙.๓๗
โรงพยาบาลชุมชน	๗/๓๔	๖๓๑	๘๕.๙๗
สถานอนามัย	๙,๓๖๔	๙๑๗	๙.๓๙
รวม	๑๐,๕๙๒	๑,๖๒๓	๑๕.๓๒

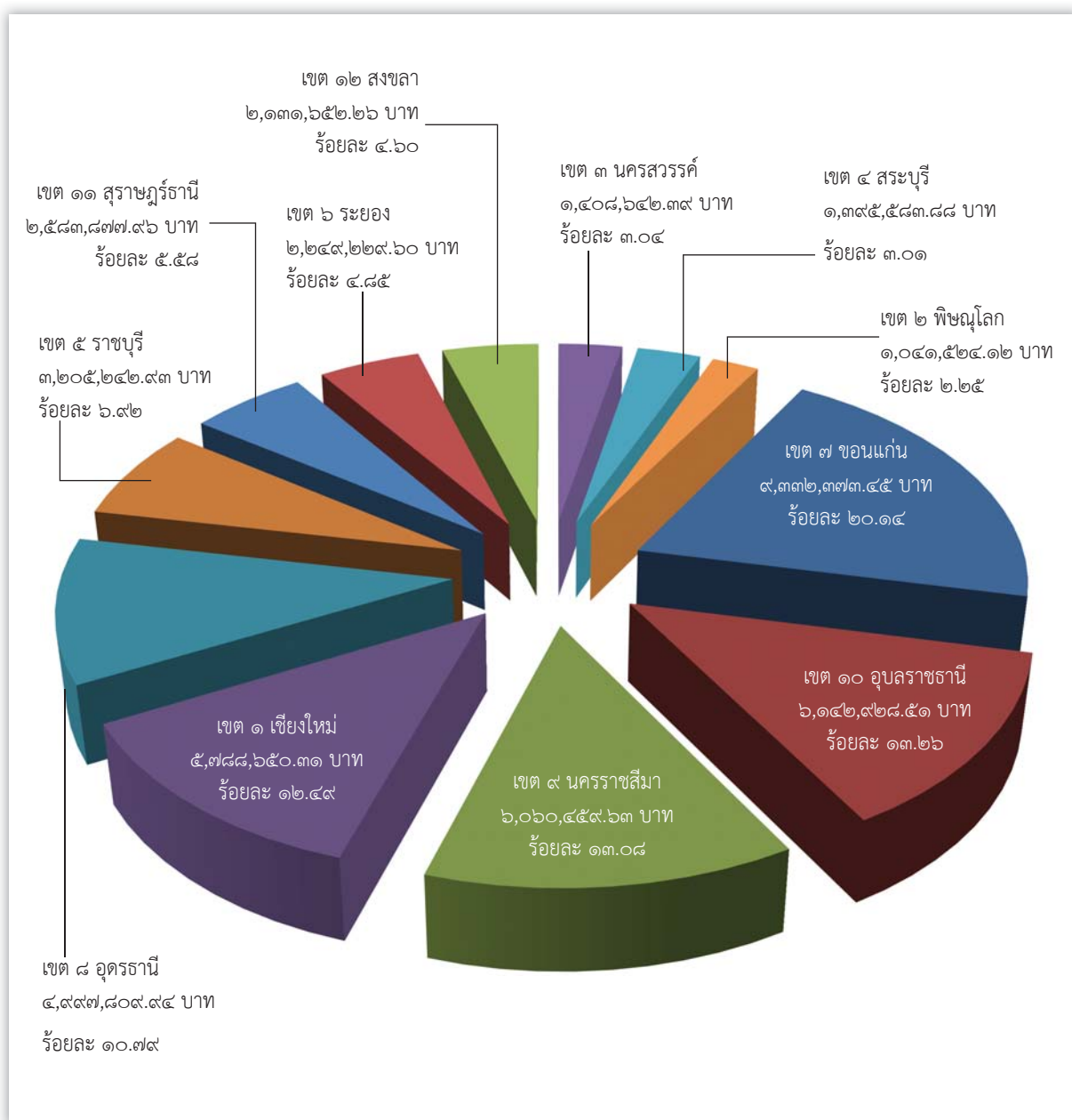
นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาจำนวนเงินที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนเพื่อชดเชยหน่วยบริการการแพทย์แผนไทย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ จำนวนเงินทั้งสิ้น ๔๖,๓๓๓,๙๗๔.๙๖ บาท พบว่า เขต ๗ ได้รับสนับสนุนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๑๔ รองลงมาเป็นเขต ๑๐ และเขต ๙ คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๒๖ และร้อยละ ๑๓.๐๘ ตามลำดับ โดยเขตที่ได้รับการสนับสนุนต่ำสุด ได้แก่ เขต ๒ และเขต ๔ คิดเป็นร้อยละ ๒.๒๕ และร้อยละ ๓.๐๑ ตามลำดับ รายละเอียดตามตาราง ๓.๑๖ และภาพ ๓.๑๐ ซึ่งการที่แต่ละเขตได้รับการจัดสรรในวงเงินที่แตกต่างกัน ขึ้นกับการรับรู้ของเจ้าหน้าที่ รวมทั้งการรายงานผลงานส่งกลับให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเบิกเงินดังกล่าว หากหน่วยงานไม่มีการจัดทำรายงาน จะไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ

ตาราง ๓.๑๖ จำนวนเงินที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนเพื่อชดเชยหน่วยบริการ
การแพทย์แผนไทย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ รายเขต

ลำดับ	เขต	จำนวนเงิน	ร้อยละ
๑	เขต ๓/ ขอนแก่น	๙,๓๓๒,๓๓/๓.๔๕	๒๐.๑๔
๒	เขต ๑๐ อุบลราชธานี	๖,๑๔๒,๙๒๘.๕๑	๑๓.๒๖
๓	เขต ๙ นครราชสีมา	๖,๐๖๐,๔๕๙.๖๓	๑๓.๐๘
๔	เขต ๑ เชียงใหม่	๕,๓๘๘,๖๕๐.๓๑	๑๒.๔๙
๕	เขต ๘ อุตรดิตถ์	๔,๙๙๓,๘๐๙.๙๔	๑๐.๓๙
๖	เขต ๕ ราชบุรี	๓,๒๐๕,๒๔๒.๙๓	๖.๙๒
๗	เขต ๑๑ สุราษฎร์ธานี	๒,๕๘๓,๘๓/๓.๙๖	๕.๕๘
๘	เขต ๖ ระยอง	๒,๒๔๙,๒๒๙.๖๐	๔.๘๕
๙	เขต ๑๒ สงขลา	๒,๑๓๑,๖๕๒.๒๖	๔.๖๐
๑๐	เขต ๓ นครสวรรค์	๑,๔๐๘,๖๔๒.๓๙	๓.๐๔
๑๑	เขต ๔ สระบุรี	๑,๓๙๕,๕๕๓.๘๘	๓.๐๑
๑๒	เขต ๒ พิษณุโลก	๑,๐๔๑,๕๒๔.๑๒	๒.๒๕
Grand Total	Grand Total	๔๖,๓๓๓,๙๓/๔.๙๖	๑๐๐.๐๐

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๓

ภาพ ๓.๑๐ เปรียบเทียบจำนวนเงินการจัดสรรงบประมาณที่ สปสช.สนับสนุนเพื่อชดเชยหน่วยบริการการแพทย์แผนไทย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ รายเขต



๒.๔ มาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพไทย กองประกอบโรคศิลปะ ได้มอบหมายให้ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กำหนดมาตรฐานงานบริการ การแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ประกอบด้วย ๕ ด้าน ได้แก่

๑. สถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม
๒. บุคลากร
๓. การปฏิบัติงาน
๔. การควบคุมคุณภาพ
๕. การจัดการบริการ

การจัดทำมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ แบ่งออกเป็น ๒ ระดับ ได้แก่

๑. มาตรฐานในระดับโรงพยาบาล
๒. มาตรฐานในสถานเอนามัย

สำหรับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐอื่นๆ ให้ใช้มาตรฐานงานบริการการ แพทย์แผนไทย ดังนี้

๑. มหาวิทยาลัยที่ผลิตนักศึกษาด้านการแพทย์แผนไทย ใช้มาตรฐานงานบริการ การแพทย์แผนไทยระดับโรงพยาบาล
๒. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐอื่นๆ ให้พิจารณาจากลักษณะของการจัด บริการการแพทย์แผนไทย ถ้ามีการจัดบริการใกล้เคียงกับโรงพยาบาลให้ใช้ มาตรฐานระดับโรงพยาบาล และถ้าจัดบริการใกล้เคียงกับสถานเอนามัย ให้ ใช้มาตรฐานระดับสถานเอนามัย

มาตรฐานบริการการแพทย์แผนไทยระดับโรงพยาบาลและสถานเอนามัยมีส่วน เหมือนและส่วนต่างกันดังนี้

- ❖ **ส่วนที่เหมือนกัน** ได้แก่ ด้านสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้และสิ่งแวดล้อม ด้านการปฏิบัติงาน และด้านการควบคุมกำกับคุณภาพ
- ❖ **ส่วนที่แตกต่างกัน** ได้แก่
 - ❖ **ด้านบุคลากร** แตกต่างกันที่ ผู้ที่ทำหน้าที่ซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรค และสั่งการรักษา และผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย เนื่องจากในระดับสถานเอนามัยไม่มีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์ แผนปัจจุบัน) ยกเว้นบางสถานเอนามัยเท่านั้นที่มีแพทย์มาออกตรวจเป็น ครั้งคราว

- ❖ **ด้านการจัดบริการ** แตกต่างกันเฉพาะประเด็นการจัดบริการการแพทย์แผนไทยเพื่อการรักษาโรคเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร และการให้บริการนวดเพื่อการบำบัดรักษา

ผู้สนใจรายละเอียด สามารถสืบค้นได้จากเอกสารมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ พุทธศักราช ๒๕๕๑ สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

การประเมินมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทย

แนวทางการประเมินมาตรฐาน

หน่วยงานระดับจังหวัดดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐ ซึ่งองค์ประกอบและจำนวนของคณะกรรมการ ตลอดจนวิธีการประเมิน ให้จังหวัดเป็นผู้กำหนดได้เองตามความเหมาะสม โดยมีการประเมิน ๒ ปีต่อครั้ง ถ้าหากจังหวัดใดต้องการประเมินทุกปีก็ให้สามารถดำเนินการได้ เมื่อประเมินเรียบร้อยแล้ว จังหวัดรวบรวมรายชื่อสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ได้มาตรฐานส่งไปยังสถาบันการแพทย์แผนไทย

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ มีสถานบริการด้านการแพทย์แผนไทยสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินมาตรฐาน จำนวนทั้งสิ้น ๖,๑๕๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๑๐ โดยหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ทุกแห่ง (๙๔ แห่ง) ผ่านการประเมินทุกแห่ง โรงพยาบาลผ่านการประเมินร้อยละ ๙๓.๓๒ (จำนวนทั้งหมด ๓/๓๔ แห่ง ผ่านการประเมิน ๖๔๕ แห่ง) และสถานิอนามัย ผ่านการประเมินร้อยละ ๕๕.๐๕

นอกจากกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจะกำหนดมาตรฐานระบบบริการการแพทย์แผนไทยแล้ว เพื่อให้ผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยมีมาตรฐาน คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย ได้จัดทำกฎกระทรวงและระเบียบว่าด้วยการอบรมหรือถ่ายทอดความรู้ การทดสอบความรู้ และการรับรองสถาบันหรือสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๐ สำหรับผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยตามมาตรา ๓๓(๑)(ก) และ (ข) ด้วย

มาตรฐานวิชาชีพผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย

คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยมีมติให้กำหนดมาตรฐานวิชาชีพผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย เมื่อคราวประชุมครั้งที่ ๒๐-๖/๒๕๕๑ วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๑ ไว้ดังนี้

“การประกอบวิชาชีพทุกสาขาในปัจจุบันต้องการมาตรฐานวิชาชีพเป็นอย่างยิ่ง เพื่อเป็นบรรทัดฐานให้เกิดความเสมอภาค เท่าเทียมกันในการคุ้มครองสวัสดิภาพของประชาชนผู้รับบริการ ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ได้แก่ เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทย และการนวดไทย ก็เช่นกัน จำต้องมีมาตรฐานวิชาชีพ อันประกอบด้วย การมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิตใจ ทางปัญญา และทางสังคม มีความรู้ ความสามารถ ความรับผิดชอบและทักษะทางวิชาชีพเพียงพอ มีคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ และมีเจตคติที่ดี อุทิศตัวประกอบโรคศิลปะตามปรัชญาแห่งวิชาชีพการแพทย์แผนไทย คือ ยึดถือสวัสดิภาพและสุขภาพของผู้ป่วยและสาธารณชนเป็นอันดับแรก โดยประกอบโรคศิลปะเพื่อบำบัดโรค รักษาผู้ป่วย ด้วยการแพทย์แผนไทยเพื่อคุ้มครองสวัสดิภาพของประชาชนและผู้ป่วยอย่างถึงพร้อมด้วยจริยธรรมแห่งวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

นอกจากนี้ ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยจะต้องมีความรู้ความเข้าใจสภาพสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม นโยบายสาธารณสุข จะต้องใฝ่รู้ เพื่อพัฒนาวิชาชีพการแพทย์แผนไทย มีความสามารถและทัศนคติที่ดีในการประสานร่วมมือ ติดต่อสื่อสารกับประชาชน เผยแพร่ถ่ายทอดความรู้ทางวิชาชีพการแพทย์แผนไทย เข้าใจ และรับผิดชอบต่อกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยและกฎหมายทั่วไปในฐานะพลเมืองที่ดี”

สถาบันที่ได้รับการรับรองในการจัดอบรมตามหลักสูตรวิชาชีพการนวดไทย (๔๐๐ ชั่วโมง)

คณะอนุกรรมการวิชาชีพด้านการนวดไทยได้พิจารณารับรองสถาบันจำนวน ๑๓ แห่ง ดังนี้

๑. สมาคมวิชาชีพการนวดไทย อาคารเรือนพระยาพิศณุประสาทเวช
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข
๒. สมาคมแพทย์แผนไทย จังหวัดชุมพร
๓. โรงเรียนพิศิษฐเวชกรรมไทย กรุงเทพมหานคร

๕. โรงเรียนนวดแผนไทยโบราณเซตวัน กรุงเทพมหานคร
๕. โรงเรียนเพ็ญแขแพทย์แผนไทย จังหวัดปทุมธานี
๖. คลินิกประสาทยุทธศาสตร์ไทย จังหวัดลพบุรี
๗. คลินิกแพทย์แผนไทย ภาชีเจริญ กรุงเทพมหานคร
๘. บ้านสวนสหคลินิก กรุงเทพมหานคร
๙. คลินิกหมอนอากาศแพทย์แผนไทย จังหวัดนนทบุรี
๑๐. คลินิกแพทย์แผนไทย จังหวัดระยอง
๑๑. คลินิกแพทย์แผนไทยเตาปูน
๑๒. ศูนย์สาธารณสุข นครศรีธรรมราช
๑๓. โรงเรียนแพทย์แผนไทย ชีวโกมารภัทร

(มติคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยครั้งที่ ๒๐-๖/๒๕๕๑ วันที่

๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๑ และครั้งที่ ๑-๑/๒๕๕๒ วันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๕๒)

สถาบันที่ได้รับการรับรองตามหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๓๓๐ ชั่วโมง

คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยมีมติรับรองสถาบัน รวมจำนวน ๔๙ แห่ง ดังนี้

๑. สมาคมแพทย์แผนไทย จังหวัดชุมพร
๒. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
๓. โรงเรียนพิศิษฐเวชกรรมไทย กรุงเทพมหานคร
๔. โรงเรียนแพทย์แผนไทยชีวโกมารภัจจ์ จังหวัดเชียงใหม่
๕. โรงเรียนเพ็ญแขแพทย์แผนไทย จังหวัดปทุมธานี
๖. คลินิกประสาทแผนไทย จังหวัดลพบุรี
๗. คลินิกแพทย์แผนไทยภาชีเจริญ กรุงเทพมหานคร
๘. บ้านสวนสหคลินิก กรุงเทพมหานคร
๙. คลินิกแพทย์แผนไทยเตาปูน กรุงเทพมหานคร
๑๐. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
๑๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

(ลำดับที่ ๑-๑๑ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย ครั้งที่ ๒๐-๐๖-๒๕๕๑ วันที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๑)

๑๒. คลินิกและโรงเรียนการแพทย์แผนไทยจันทน์ จังหวัดเชียงราย
๑๓. โรงเรียนลานนวดแผนไทย จังหวัดเชียงใหม่

๑๔. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแพทย์แผนไทย (วัดใหม่บ้านดอน)
จังหวัดนครราชสีมา
 ๑๕. ศูนย์ฝึกอบรมเวชศาสตร์ดีคลินิก การแพทย์แผนไทย กรุงเทพมหานคร
 ๑๖. คลินิกการแพทย์แผนไทยหมอลัดดา จังหวัดนครสวรรค์
 ๑๗. โรงเรียนนวดแผนไทยภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต
 ๑๘. ศูนย์ส่งเสริมอาชีพคนตาบอด ยานนาวา กรุงเทพมหานคร
 ๑๙. โรงเรียนอาชีวบุญเรืองหัตถศาสตร์และสปา จังหวัดสุราษฎร์ธานี
 ๒๐. โรงเรียนส่งเสริมภูมิปัญญาไทย อุตรธานี
 ๒๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
 ๒๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก
 ๒๓. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
 ๒๔. โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี
 ๒๕. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมุกดาหาร
 ๒๖. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
 ๒๗. โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
 ๒๘. โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี
 ๒๙. มูลนิธิแพทย์แผนไทยพัฒนา จังหวัดนนทบุรี
 ๓๐. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
 ๓๑. วิทยาลัยการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
จ.ปทุมธานี
 ๓๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
 ๓๓. โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี
 ๓๔. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำปาง
 ๓๕. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
 ๓๖. ศูนย์ศึกษาและส่งเสริมสุขภาพแพทย์แผนไทย จังหวัดลพบุรี
 ๓๗. โอภาสคลินิกการแพทย์แผนไทย จังหวัดสุรินทร์
- (ลำดับที่ ๑๒-๓๗/ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย ครั้งที่ ๒-๒/๒๕๕๒ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๕๒)
๓๘. โรงเรียนอาชีวบุญเรืองหัตถศาสตร์และสปา จังหวัดสุราษฎร์ธานี
 ๓๙. โรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี
 ๔๐. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

๔๑. โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี
๔๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
๔๓. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา
๔๔. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
๔๕. โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม
๔๖. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ
๔๗. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี
๔๘. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
๔๙. โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง

(ลำดับที่ ๓๘-๔๙ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย ครั้งที่ ๙-๙/๒๕๕๒ วันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๕๒)

ในส่วนหน่วยงานที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการกลางสำนักส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ไม่ใช้การประกอบโรคศิลปะ เป็นเพียงการประเมินมาตรฐานสถานประกอบการที่ให้บริการนวด พบมีจำนวนมาก ผู้สนใจสามารถสืบค้นรายละเอียดได้จากเอกสารมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ พุทธศักราช ๒๕๕๑ สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

๓.๓ งบประมาณด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ในระบบสุขภาพ

ตาราง ๓.๑๓/ งบประมาณภาครัฐด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ปี พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๓

หน่วย: ล้านบาท

ปี งบประมาณ	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย	กองทุนสปสช.	สสส.	รวม
๒๕๕๕	๐	๓๙.๐๙๖๙	NA	๐	๐	๐	๓๙.๐๙๖๙
๒๕๕๖	๐	๓/๕.๔๐๒๙	NA	๐	๐	๐	๓/๕.๔๐๒๙
๒๕๕๗	๑๒๐.๑๓๓	๐	NA	๐	๐	๐	๑๒๐.๑๓๓
๒๕๕๘	๑๑๒.๙๖๙	๐	NA	๑๐.๐	๐	๐	๑๒๒.๙๖๙
๒๕๕๙	๑๑๓.๑๔๐	๕.๓๖๕	๑๘.๑	๒๐.๐	๐	๐	๑๕๖.๖๐๕
๒๕๕๐	๑๓๔.๑๑๐	๓๐.๔๖๕	๓๖.๓๔๘๙	๔๐.๐	๒๘.๒	๑๐.๐	๓๑๙.๑๒๓๙
๒๕๕๑	๑๕๑.๖๓๐	๔๑.๑	๘๘.๕๖๓๔	๘๐.๐	๔๖.๔๖๖	๑๐.๐	๔๑๗.๓๖๙๔
๒๕๕๒	๓๖๘.๘๓/๐๒	๖.๓/๕	๓/๒.๔๖๔๖	๑๕๐.๐	๔๓.๐๒๖	๑๐.๐	๖๕๕.๑๑๐๘
๒๕๕๓	๑๓/๓.๓๓๔๕	๐	NA	๑๓๐.๐	๙๔	NA	๓๙๓.๓๓๔๕
รวม	๑,๑๓๔.๑๘๖๓	๑๙๘.๕๓/๙๘	๒๕๕.๔๓๖๙	๔๓๐	๒๑๕.๖๙๒	๓๐.๐	๒,๓๐๓.๙๓๕๔
ร้อยละ	๕๐.๙๓	๘.๖๒	๑๑.๐๙	๑๘.๖๖	๙.๓๖	๑.๓๐	๑๐๐

- ที่มา: ๑. เอกสาร พ.ร.บ.งบประมาณประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๓
๒. ชาสีมาศ ต้นสุขเทพวิรวงศ์ “การสนับสนุนและจัดสรรงบประมาณพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยสำหรับกลุ่มผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ (UC) โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี ๒๕๕๐-๒๕๕๒”
๓. สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๓ (การจัดสรรโครงการ ๓ ปี ๒๕๕๐-๒๕๕๒ จึงได้เฉลี่ยปีละ ๑๐ ล้านบาท ในส่วนปี พ.ศ. ๒๕๕๓ อยู่ระหว่างการพิจารณาโครงการ ยังไม่ได้จัดสรร)

สถานการณ์ภาพรวม

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ กระทรวงสาธารณสุข โดยมติความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีได้จัดตั้งศูนย์ประสานงานการแพทย์และเภสัชกรรมไทย เพื่อเป็นองค์กรประสานงานการพัฒนาการแพทย์แผนไทย สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ด้วยความจำกัดของขนาดและโครงสร้างขององค์กรและความจำกัดด้านงบประมาณ ทำให้องค์กรมีอาจารย์รับการพัฒนารแพทย์แผนไทยอย่างเต็มที่ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทยเป็นหน่วยงานระดับกองในสังกัดกรมการแพทย์ ตั้งแต่วันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๓๖ เพื่อเป็นศูนย์กลางการพัฒนา การประสานงาน การสนับสนุน และความร่วมมือด้านการแพทย์แผนไทย

ต่อมาในปี ๒๕๔๒ พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยได้มีการประกาศใช้เมื่อวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๔๒ และในมาตรา ๑๒ ของพระราชบัญญัตินี้ได้กล่าวได้ระบุให้มีสถาบันการแพทย์แผนไทย ในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยให้มีอำนาจหน้าที่ดำเนินการต่างๆ เกี่ยวกับการคุ้มครองและส่งเสริมการศึกษา อบรม การศึกษาวิจัย และพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ทำให้งานด้านการแพทย์แผนไทยกลับมาเป็นบทบาทภารกิจของสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอีกครั้งหนึ่ง

ในปี ๒๕๔๕ มีการปฏิรูปโครงสร้างบทบาทภารกิจ อัตรากำลังของกระทรวงสาธารณสุข โครงสร้างด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้มีการปรับปรุงด้วย โดยโอนหน่วยงานสถาบันการแพทย์แผนไทย ศูนย์ความร่วมมือการแพทย์แผนไทย-จีน และศูนย์ประสานงานการแพทย์ทางเลือก มาสังกัด กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ตั้งขึ้นใหม่ ตาม พ.ร.บ.ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๔๕ และ พ.ร.บ.ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. ๒๕๔๕ ณ วันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๔๕ และกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข (วันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๔๕) นับแต่นั้นมา กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจึงเป็นหน่วยงานหลักของกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินการรวมทั้งจัดตั้งคำของบประมาณด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นต้นมา

ตามที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า พัฒนาการหน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก มีความสอดคล้องกับข้อมูลการจัดสรรงบประมาณภาครัฐอย่างเห็นได้ชัด นั่นคือ ช่วงแรกในปี ๒๕๔๕-๒๕๔๖ มีแต่สำนักงาน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลเพื่อการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทย ต่อมา เมื่อมีการก่อตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกเพื่อเป็นหลักในเรื่องนี้ รัฐบาลก็ได้จัดสรรงบประมาณส่วนใหญ่ให้กับกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นหลัก ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๗ เป็นต้นมา และในปีถัดมา คือในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๘ เริ่มได้รับการจัดสรรงบประมาณสำหรับกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม งบประมาณส่วนใหญ่นั้นเป็นงบประมาณเพื่อการพัฒนางานวิชาการ การฝึกอบรม การพัฒนามาตรฐานการบริการ เนื่องจากกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีบทบาทภารกิจเป็นหน่วยงานวิชาการ นอกจากนี้งบประมาณส่วนหนึ่งต้องจัดสรรเพื่อการพัฒนาการแพทย์แผนจีนและการแพทย์ทางเลือกด้วย ในขณะที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งเป็นหน่วยงานพัฒนา วิจัย คุณภาพมาตรฐานผลิตภัณฑ์ ได้เริ่มมีบทบาทชัดเจนในการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพร และมีการกำหนดผลผลิต กิจกรรม และตัวชี้วัด ใน พ.ร.บ.งบประมาณที่ชัดเจน

อย่างไรก็ตาม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะที่มีบทบาทในการดำเนินงานด้านสุขภาพในส่วนภูมิภาค จะได้รับการจัดสรรงบประมาณในการพัฒนาระบบบริการจัดการด้านสุขภาพส่วนภูมิภาค โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ในช่วงแรกของการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ต่อมาในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๐ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เริ่มมีนโยบายในการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวเพื่อการพัฒนางานบริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการเช่นกัน และได้รับต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

จากตาราง ๓.๑๗ พบว่าในระยะเวลา ๙ ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๓ รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณเพื่อการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกว่า ๒,๒๗๓.๙๙๕๔ ล้านบาท และมีแนวโน้มเพิ่มสูงมากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีสถาบันการศึกษาอีกหลายแห่งที่มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการลงทุนด้านการผลิตบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมทั้ง ยังมีบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอีกจำนวนมากที่ดำเนินการโดยภาคเอกชน ได้แก่ บริการนวด สปา การแพทย์ทางเลือกที่หลากหลาย เป็นต้น

รายละเอียดงบประมาณที่แต่ละหน่วยงานได้รับการจัดสรรงบประมาณภาครัฐประมวลได้รายหน่วยงาน ดังนี้

๓.๑ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ก่อตั้ง มาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๕ มีบทบาทภารกิจหลักในการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ซึ่งได้รับการจัดสรรงบประมาณตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๗ เป็นต้นมา

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินการตามภารกิจ จำนวน ๑๒๐.๑๓๓ ล้านบาท ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๗ และได้รับการจัดสรรลดลงเหลือ ๑๑๒.๙๖๙ ล้านบาท ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๘ ในขณะที่ได้รับจัดสรรเพิ่มในกองทุนพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เป็นปีแรก จำนวน ๑๐ ล้านบาท หลังจากนั้น กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นมาตลอด จำนวน ๑๑๓.๑๔๐, ๑๓๔.๑๑๐, ๑๕๑.๖๓๐, ๓๖๘.๘๗/๐๒ และ ๑๓/๓.๓๓๔๕ ล้านบาท ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๓ ตามลำดับ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้รับการจัดสรรงบประมาณในวงเงินที่สูงเนื่องจากได้รับการจัดสรรงบลงทุนเพื่อการก่อสร้างอาคารที่ทำงานกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก อย่างไรก็ตาม พบว่า งบประมาณในส่วนงบดำเนินงานของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกลดลงจากปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ กว่าครึ่งหนึ่ง นั่นคือ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้รับจัดสรรงบดำเนินงาน จำนวน ๑๓๓ ล้านบาท และได้รับการจัดสรรงบดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๓ จำนวน ๖๕ ล้านบาท เท่านั้น ในขณะเดียวกัน งบประมาณในส่วนกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยก็ลดลงเช่นกัน นั่นคือ ลดลงจากปีงบประมาณ ๒๕๕๒ ที่ได้รับจำนวน ๑๕๐ ล้านบาท และได้รับจัดสรรในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๓ จำนวน ๑๓๐ ล้านบาทเท่านั้น

๓.๒ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจในการดำเนินการบริหารและ บริการโดยหน่วยบริหารและบริการที่กระจายอยู่ทุกจังหวัดทั่วประเทศ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนงบประมาณในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๖ หลังจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้น และนับตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๗ เป็นต้นมา ได้จัดสรรงบประมาณให้กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพื่อดำเนินการภารกิจการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์

ทางเลือกตั้งแต่นั้นมา ต่อมาเมื่อมีนโยบายให้การดำเนินงานบริหารจัดการและบริการในส่วนภูมิภาคให้มีการตั้งงบประมาณไว้ที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงได้เริ่มมีการจัดสรรงบประมาณให้กับสำนักงานปลัดกระทรวงอีกครั้งตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๙ จนถึงปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ และพบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๓ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพื่อการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๖ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับจัดสรรงบประมาณจำนวน ๓๙.๐๙๖๙ ล้านบาท และ ๗๕.๔๐๒๗ ล้านบาท ตามลำดับ บรรลุในงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผลผลิต ส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์แผนไทย กิจกรรม การรวม พัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้, การพัฒนาบุคลากร, การจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย, และการคุ้มครองสิทธิบัตรและภูมิปัญญา

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๙ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับจัดสรรงบประมาณจำนวน ๕.๗๖๕ ล้านบาท ในผลผลิต องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร ได้รับการพัฒนาและถ่ายทอดสู่ชุมชน กิจกรรม ถ่ายทอดองค์ความรู้และสร้างกระแสการใช้ขององค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย ซึ่งได้จัดสรรให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่กำหนด จำนวน ๒๕ แห่ง

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๐ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับจัดสรรงบประมาณจำนวน ๓๐.๑๖๕ ล้านบาท เพื่อดำเนินงานในผลผลิตองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร ได้รับการพัฒนาและถ่ายทอดสู่ชุมชน กิจกรรม ถ่ายทอดองค์ความรู้และสร้างกระแสการใช้ขององค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย จำนวน ๕.๗๖๕ ล้านบาท และกิจกรรมพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพร เพื่อดำเนินการสร้างอาคารต้นแบบเครื่องต้มอาหารและยาสมุนไพร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน ๒๔.๗ ล้านบาท

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๑ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับจัดสรรงบประมาณ จำนวน ๔๑.๑ ล้านบาท ในผลผลิต องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร ได้รับการพัฒนาและถ่ายทอดสู่ชุมชน กิจกรรม ถ่ายทอดองค์ความรู้และสร้างกระแสการใช้ขององค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย จำนวน ๗.๕ ล้านบาท และกิจกรรมพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพร เพื่อดำเนินการสร้างอาคารต้นแบบเครื่องต้มอาหารและยาสมุนไพร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน ๓๓.๖ ล้านบาท

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับจัดสรรงบประมาณ จำนวน ๔๑.๑ ล้านบาท ในผลผลิต องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร ได้รับการพัฒนาและถ่ายทอดสู่ชุมชน กิจกรรม ถ่ายทอดองค์ความรู้และสร้างกระแสการใช้องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย จำนวน ๖.๓๕ ล้านบาท

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๓ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพื่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๓.๓ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีภารกิจที่เกี่ยวข้องกับงานการแพทย์แผนไทยในเรื่อง การพัฒนาองค์ความรู้และผลิตภัณฑ์จากการวิจัยและพัฒนา การศึกษาวิจัยด้านสมุนไพรครบวงจร พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานผลิตภัณฑ์

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๘ ไม่มีแผนงบประมาณชัดเจนในเรื่อง การพัฒนางานสมุนไพร ซึ่งเริ่มมีผลผลิต กิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานสมุนไพรตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๒ และพบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๓ ไม่มีผลผลิต กิจกรรม แยกชัดเจน ซึ่งอาจรวมอยู่ในผลผลิต กิจกรรม รวมกับงานวิจัยพัฒนาด้านอื่นๆ ไม่สามารถแยกงบประมาณออกมาได้

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๙ บรรจุใน ๑) แผนงบประมาณปรับโครงสร้างการ ท้องเที่ยว การบริการและการค้า ผลผลิต ผลิตภัณฑ์มีคุณภาพมาตรฐาน กิจกรรม องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกที่มีการ วิจัย พัฒนา และประยุกต์ใช้ ๒) แผนงบประมาณด้านวิจัย กิจกรรม ตรวจวิเคราะห์ สมุนไพร ๓) แผนงบประมาณการจัดความยากจน กิจกรรม ตรวจวิเคราะห์สมุนไพร และไวน์ไทย

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้รับการจัดสรรงบประมาณเกี่ยวกับงานด้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวนทั้งสิ้น ๓๖.๓๔๘๙ ล้านบาท บรรจุ ในแผนงบประมาณปรับโครงสร้างการท้องเที่ยว การบริการและการค้า ผลผลิต องค์ความรู้และผลิตภัณฑ์จากการวิจัยและพัฒนา กิจกรรม ศึกษาวิจัยด้านสมุนไพร ครบวงจร จำนวน ๖๕.๕๘๐๙ ล้านบาท และผลผลิต สมุนไพรมีคุณภาพและ ความปลอดภัย กิจกรรม พัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยสมุนไพร จำนวน ๑๐.๓๖๘ ล้านบาท

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้รับจัดสรรงบประมาณจำนวน ๘๘.๕๖๓๔ ล้านบาท บรรลุอยู่ในผลผลิต องค์ความรู้และผลิตภัณฑ์จากการวิจัยและพัฒนา กิจกรรมศึกษาวิจัยด้านสมุนไพรครบวงจร

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้รับจัดสรรงบประมาณจำนวน ๓๒.๔๖๔๖ ล้านบาท บรรลุในผลผลิต องค์ความรู้และผลิตภัณฑ์จากการวิจัยและพัฒนา กิจกรรมศึกษาวิจัยด้านสมุนไพร

๓.๔ กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้ดำเนินการขอรับการ จัดสรรงบประมาณในลักษณะของกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตั้งแต่ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๘ จำนวนเงิน ๑๐ ล้านบาท และเพิ่มขึ้นเป็น ๒๐, ๔๐, ๘๐, ๑๕๐ และ ๑๓๐ ล้านบาท ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๙, ๒๕๕๐, ๒๕๕๑, ๒๕๕๒ และ ๒๕๕๓ ตามลำดับ

กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตั้งขึ้นในกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อเป็นทุนหมุนเวียนสำหรับใช้จ่ายเกี่ยวกับการดำเนินงานที่ เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย บริหารจัดการโดย คณะอนุกรรมการกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย จำนวน ๑๗ ท่าน ประกอบ ด้วยอนุกรรมการโดยตำแหน่ง ๑๑ ท่าน และอนุกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่ปลัดกระทรวง แต่งตั้งจำนวน ๖ ท่าน มีอำนาจหน้าที่สำคัญได้แก่ การกำหนดนโยบาย ระเบียบ ปฏิบัติ ตรวจสอบและประเมินผล พิจารณานุมัติคำขอและจัดสรรเงินกองทุน โดย ความเห็นชอบของคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

ขอบเขตกิจกรรมที่กองทุนให้การสนับสนุน ได้แก่ การสำรวจ รวบรวม ศึกษา และวิจัยองค์ความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การเพาะปลูก ผลิต แปรรูปหรือ ขยายพันธุ์พืชสมุนไพร การโฆษณา ประชาสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองและ ส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและ องค์การเอกชนพัฒนาการแพทย์แผนไทย การอนุรักษ์สมุนไพรและการใช้ประโยชน์ สมุนไพรอย่างยั่งยืน การบริหารและการดำเนินงานตามแผนจัดการเพื่อคุ้มครอง สมุนไพร การบริหารจัดการกองทุนและการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองและ ส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

๓.๕ กองทุนพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยสำหรับกลุ่มผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ (UC)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เริ่มจัดสรรงบประมาณเพื่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับการจัดบริการแพทย์แผนไทยนับตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๐ สอดคล้องกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มาตรา ๓ กำหนดให้ “... บริการสาธารณสุข ครอบคลุมถึงการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ...”

วัตถุประสงค์ของการบริหารจัดการงบกองทุนพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยสำหรับกลุ่มประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ ๑) เพื่อสนับสนุนและพัฒนากิจการแพทย์แผนไทยให้เป็นบริการสุขภาพทางเลือกที่มีคุณภาพ ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐาน ๒) เพื่อสนับสนุนและพัฒนาให้การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก สามารถเชื่อมโยงควบคู่ไปกับบริการแพทย์แผนปัจจุบันได้อย่างเหมาะสมในแต่ละบริบท ๓) เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่มีความยั่งยืน มีส่วนร่วม และสามารถพึ่งตนเองได้ในระยะยาว

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๐ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้อนุมัติกรอบแนวทางการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้เป็นเงินสมทบเพื่อชดเชยบริการการแพทย์แผนไทย โดยเริ่มสนับสนุนงบประมาณสมทบค่าบริการ วงเงิน ๒๔.๒ ล้านบาท (มติประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ ครั้งที่ ๓/๒๕๕๐ วันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๕๐) ซึ่งเป็นการสนับสนุนงบประมาณในช่วงปลายปีงบประมาณ ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน จึงมีมติให้นำวงเงินดังกล่าวไปใช้พร้อมกับการบริหารงบประมาณประจำปีถัดไป

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๑ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวสมทบการบริการแพทย์แผนไทยในอัตรา ๑ บาทต่อหัวประชากร ๔๖.๔๖๖ ล้านบาท เป็นเงินทั้งสิ้น ๔๖.๔๖๖ ล้านบาท ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙(๔)/๒๕๕๐ วันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๕๐ โดยกำหนดให้กลุ่มกองทุนพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยเป็นหน่วยบริหารจัดการและพัฒนาระบบบริการภายใต้การชี้แนะของอนุกรรมการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดสรรงบประมาณจ่าย ๑ บาทต่อหัวประชากร เพื่อสมทบการบริการแพทย์แผนไทยต่อเนื่องเป็นปีที่สาม ได้รับงบประมาณจำนวน ๔๗.๐๒๖ ล้านบาท ตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิ

หลักประกันสุขภาพ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙/๒๕๕๑ วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๑

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๑ เป็นการสนับสนุนให้มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยเพื่อการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งครอบคลุมบริการ นวด อบ และประคบสมุนไพร โดยในสองปีแรกของการสนับสนุนดังกล่าวเป็นไปในลักษณะเพื่อการจ่ายชดเชยค่าบริการรักษาและฟื้นฟู นวด อบ ประคบ ที่เป็นไปตามความเห็นและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการแพทย์แผนไทยที่ระบุว่า ต้นทุนที่แท้จริงของบริการสาธารณสุขในส่วนผู้ป่วยนอก ได้รวมบริการการแพทย์แผนไทยไว้แล้ว ดังนั้นการสนับสนุนแบบสมทบในอัตรา ๑ บาทต่อหัวประชากรนี้ เพื่อกระตุ้นบริการและสร้างแรงจูงใจในการบริการ และการบริหารจัดการข้อมูลบริการผ่านระบบสารสนเทศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้น จึงได้จัดสรรให้เฉพาะหน่วยบริการที่มีการให้บริการการแพทย์แผนไทยและจัดส่งข้อมูลบริการแพทย์แผนไทย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพได้พัฒนาระบบการจ่ายเงินงบประมาณเพื่อสนับสนุนหน่วยบริการ ตามลำดับช่วงเวลา ดังนี้

- ❖ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๑ จัดสรรโอนเงินตรงไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง เพื่อเป็นทุนประเดิมก่อนเริ่มระบบและให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีหน้าที่จัดสรรต่อให้แก่หน่วยบริการและสถานีอนามัยทุกแห่งที่ร่วมจัดบริการ นวด อบ ประคบ ตามสภาพและบริบทของพื้นที่
- ❖ ปีงบประมาณ ๒๕๕๑ เป็นการจัดสรรเพิ่มเติมแบบ on top โดยโอนเงินตรงให้แก่สถานบริการทุกแห่งที่มีการส่งข้อมูลการให้บริการและมีบริการสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ ในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อบริการ เฉพาะส่วนที่เกินค่าเฉลี่ย
- ❖ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้จัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการจัดบริการและชดเชยต้นทุนบางส่วนเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการทุกแห่งที่ส่งข้อมูลบริการนวด อบ ประคบ โดยจ่ายในอัตราคงที่ ๕๐ บาทต่อครั้ง ในระยะเวลา ๓ ไตรมาส และจ่ายส่วนที่เหลือเฉลี่ยเพิ่มเติมให้ทุกแห่งในไตรมาสสุดท้าย ซึ่งประมาณการได้ว่าในปีงบประมาณ ๒๕๕๒ หน่วยบริการที่จัดบริการแพทย์แผนไทยทุกแห่งจะได้รับเงินสนับสนุนการบริการในอัตราเฉลี่ยประมาณ ๙๐-๑๐๐ บาทต่อครั้ง

- ❖ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๓ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เห็นชอบกรอบการบริหารงบประมาณจ่ายรายหัวให้สนับสนุนการจัดบริการ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มเป็น ๒ บาทต่อหัวประชากร วงเงินรวมประมาณ ๙๔ ล้านบาท มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติครั้งที่ ๓/๒๕๕๒ วันที่ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๕๒ งบประมาณดังกล่าวจะทำให้การชดเชยต้นทุนบริการเป็นไปอย่างสมเหตุสมผล ช่วยกระตุ้น บริการได้มากขึ้น
- ❖ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๔ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ ตั้งเป้าหมายจัดสรรงบประมาณเพื่อการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทย จำนวน ๖ บาทต่อประชากร ซึ่งคาดว่าจะสถานพยาบาลทั่วประเทศจะ สามารถขยายการให้บริการได้ครอบคลุมในเรื่องบริการการแพทย์แผนไทย มากขึ้นทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ

บทที่



สถานการณ์ยาแผนไทย

บทความนี้จะนำเสนอสถานการณ์ของระบบยาแผนไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรใน ๔ ประเด็น ได้แก่ สถานการณ์การคัดเลือกยา สถานการณ์การจัดหาและการผลิตยา สถานการณ์การกระจายยา และสถานการณ์การส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม ในระบบสุขภาพของประเทศไทย

๔.๑ สถานการณ์การคัดเลือกยา

๑.๑ การขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนไทยและยาจากสมุนไพร

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายที่จะให้ประชาชนเข้าถึงยาแผนไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรได้ง่าย โดยการปรับเกณฑ์ขยายกลุ่มยาและอาการ เพื่อที่จะให้ทะเบียนยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณเพิ่มมากขึ้น สามารถจำหน่ายได้ทั่วไป

จากข้อมูลการขึ้นทะเบียนตำรับยาของยาแผนโบราณ ตั้งแต่ ปี ๒๕๒๖-๒๕๕๒ มีมากถึง ๑๒,๐๒๕ ตำรับ (ตาราง ๔.๑) และเมื่อพิจารณาตามรูปแบบยา ส่วนใหญ่

เป็นยาเม็ดและยาผง (ตาราง ๔.๒) แต่ไม่สามารถหาข้อมูลจำแนกตามหมวดยาในการรักษา จึงไม่สามารถระบุได้ว่า มียาที่ขึ้นทะเบียนครอบคลุมในการรักษาโรคอย่างไร ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมีหลักการที่แตกต่างจากแผนปัจจุบัน รวมทั้งการระบุข้อบ่งใช้ และยังไม่มีการจัดระบบการแบ่งหมวดหมู่ไว้

ตาราง ๔.๑ สถิติจำนวนการขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนโบราณในแต่ละปี ตั้งแต่ปี ๒๕๒๖-๒๕๕๒

ปีที่อนุมัติทะเบียน	สำหรับมนุษย์		สำหรับสัตว์		รวมทั้งหมด
	ผลิต	นำเข้า	ผลิต	นำเข้า	
๒๕๒๖	๙๓	๖	๖	๐	๑๐๕
๒๕๒๗	๒๕๒	๑๘	๑	๐	๒๗๑
๒๕๒๘	๓๔๐	๓/๒	๘	๐	๔๒๐
๒๕๒๙	๓/๐๐	๑๑๘	๒๒	๐	๘๔๐
๒๕๓๐	๔๐๓	๑๐๓	๕	๐	๕๑๑
๒๕๓๑	๒๘๔	๕๔	๓/	๐	๓๔๕
๒๕๓๒	๒๐๓/	๔๒	๙	๐	๒๕๘
๒๕๓๓	๙๖	๑๑	๒	๐	๑๐๙
๒๕๓๔	๑๒๕	๑๓/	๐	๐	๑๔๒
๒๕๓๕	๘๘	๖	๓/	๐	๑๐๑
๒๕๓๖	๙๓/	๔	๔	๐	๑๐๕
๒๕๓๗	๑๒๓/	๓๖	๓	๐	๑๖๖
๒๕๓๘	๑๖๓/	๒๒	๐	๐	๑๘๙
๒๕๓๙	๒๒๒	๓๘	๐	๐	๒๖๐
๒๕๔๐	๑๘๖	๕	๒	๐	๑๙๓
๒๕๔๑	๔๕๓/	๒๓/	๐	๐	๔๘๔
๒๕๔๒	๓๖๔	๑๓/	๑	๐	๓๘๒
๒๕๔๓	๓๙๖	๑๓	๑	๐	๔๑๐
๒๕๔๔	๖๑๖	๑๘	๓	๐	๖๓๓/
๒๕๔๕	๙๑๘	๔๒	๒	๐	๙๖๒
๒๕๔๖	๘๕๐	๒๘	๔	๖	๘๘๘

ตาราง ๔.๑ (ต่อ)

ปีที่ยื่นขออนุญาตทะเบียน	สำหรับมนุษย์		สำหรับสัตว์		รวมทั้งหมด
	ผลิต	นำเข้า	ผลิต	นำเข้า	
๒๕๔๓/	๑,๒๑๘	๒๙	๑๔	๐	๑,๒๖๑
๒๕๔๔	๘๑๘	๓๘	๕	๐	๘๖๑
๒๕๔๕	๘๐๑	๒๕	๖	๐	๘๓๒
๒๕๔๖	๕๒๑	๓๔	๓	๐	๕๕๘
๒๕๔๗	๕๙๓/	๒๓/	๑	๐	๖๒๕
๒๕๔๘ * (เม.ย.)	๑๐๔	๖	๐	๐	๑๑๐
รวม	๑๑,๐๔๓/	๘๕๖	๑๑๖	๖	๑๒,๐๒๕

* จำนวนทะเบียนตำรับยา หมายถึง จำนวนทะเบียนที่ยังมีผลตามกฎหมาย จึงเป็นจำนวนทะเบียนยาที่ไม่รวมจำนวนทะเบียนที่ยกเลิกหรือเพิกถอนด้วยสาเหตุต่างๆ แล้ว

ที่มา: กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ตาราง ๔.๒ สถิติจำนวนการขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนโบราณ แบ่งตามรูปแบบยา ปี ๒๕๔๒

รูปแบบยา (dosage forms)	ตำรับยาผลิต ในประเทศ	ตำรับยา แบ่งบรรจุ	ตำรับยานำ หรือ สั่งเข้ามาจาก ต่างประเทศ	จำนวนตำรับ รวม (sum)
ยาผง (Powder)	๑,๕๙๓	๑	๑๓๑	๑,๗๒๕
ยาเม็ด (Tablet)	๑,๕๙๓	๐	๔๔๔	๒,๐๓๗
ยาแคปซูล (Capsule)	๓๓๙	๐	๕๙	๓๙๘
ยาน้ำ (Liquid)	๘๒๐	๐	๖๔	๘๘๔
ยาขี้ผึ้งหรือครีม (Ointment, Cream)	๓/๐	๐	๑	๓/๑
ยาปราศจากเชื้อ (Sterile Products)	๐	๐	๐	๐
ยาอื่นๆ (Miscellaneous)	๑๖๘	๐	๑๔	๑๘๒
ยาชีววัตถุ (Biological Products)	๐	๐	๐	๐
ยาสกัด (Extract)	๐	๐	๑	๑
เภสัชเคมีภัณฑ์ (Raw material)	๐	๐	๐	๐

ที่มา: กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (ข้อมูล ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๒)

๑.๒ การจัดทำบัญชียาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

การจัดทำบัญชียาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ เริ่มต้นครั้งแรกปี พ.ศ. ๒๕๔๒ โดย คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ เห็นว่าควรมีการจัดทำบัญชียาจากสมุนไพรทั้งยาตำรับดั้งเดิมและยาที่มีการพัฒนา เข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อส่งเสริมการพึ่งตนเองด้านยา และสนับสนุนการแพทย์แผนไทยให้เป็นที่ยอมรับมากขึ้น เป็นการยกระดับมาตรฐานของยาสมุนไพรไทยควบคู่กับการกระตุ้นให้เกิดการวิจัยและพัฒนา จึงได้แต่งตั้ง คณะทำงานคัดเลือกรายการยาจากสมุนไพรบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ ประกอบด้วย คณะจารย์ แพทย์ เภสัชกร และนักเภสัชวิทยาจำนวน ๒๒ คน ทำหน้าที่จัดทำแนวคิด หลักการและเกณฑ์ในการคัดเลือกรายการยาจากสมุนไพรบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ คัดเลือกรายการยาและจัดทำรายละเอียดของยาที่ได้รับการคัดเลือก

๑.๓ เกณฑ์ในการคัดเลือกยาจากสมุนไพร

- ๑) ต้องเป็นยาจากสมุนไพร ที่มีมาตรฐาน ปลอดภัย และมีสรรพคุณชัดเจน มีการระบุ องค์ประกอบของสูตรตำรับตามสัดส่วนที่กำหนด มีส่วนประกอบหลักเป็นวัตถุดิบที่ผลิตในประเทศ และได้รับอนุมัติทะเบียนตำรับยาจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (เว้นแต่เป็นยาที่ได้รับการยกเว้นตามข้อกำหนดในพระราชบัญญัติยา หรือควบคุม กำกับโดยกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง)
- ๒) เป็นยาที่มีการผลิตตามมาตรฐาน หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการผลิตยาจากสมุนไพร (GMP) หรือตามข้อกำหนดของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และมีการควบคุมคุณภาพ (Quality control) เช่น การวิเคราะห์หาการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ โลหะหนัก การผันแปรของน้ำหนักยา (Weight variation) เวลาการกระจายตัว (Disintegration time) และต้องมีการระบุทั้งวันผลิตและวันสิ้นอายุของยานั้น เป็นต้น
- ๓) สมุนไพรที่มีมาตรฐานตามข้อกำหนดมาตรฐานของวัตถุดิบและของตำรับตามเกณฑ์ที่กำหนดในตำรายาของประเทศไทย (Thai Pharmacopoeia, TP) และ/หรือตำรามาตรฐานยาสมุนไพรไทย (Thai Herbal Pharmacopoeia, THP) หรือตำรายาที่รัฐมนตรีประกาศ/หรือเทียบเท่า หรือมีการคัดเลือกวัตถุดิบสมุนไพรที่เป็นไปตามองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องมีกลไกและวิธีการในการพัฒนาให้ยาที่ผลิตจากสมุนไพรนั้นมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน

- ๔) กรณีมีการพัฒนารูปแบบยาให้สะดวกต่อการใช้ (เช่น ยาเม็ด แคปซูล) กรรมวิธีผลิต ขอบ่งใช้จะต้องมีหลักฐานประวัติการใช้ยาตามสูตรตำรับดั้งเดิม มีหลักฐานข้อมูลการพัฒนารูปแบบ เพื่อยืนยันสรรพคุณ ความคงตัวของยา มีการศึกษาพิษเฉียบพลัน (acute toxicity study) พิษกึ่งเรื้อรัง (subchronic toxicity study) หรือพิษเรื้อรัง (chronic toxicity study) ที่เหมาะสมตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก มีการศึกษาวิจัยทางคลินิกประกอบ
- ๕) ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ซึ่งมีเกณฑ์การพิจารณาแตกต่างกันกล่าวคือ

๑.๔ เกณฑ์ในการคัดเลือกยาแผนไทยหรือยาแผนโบราณ

ยาแผนไทย หรือยาแผนโบราณ ที่มีการใช้ตามองค์ความรู้ดั้งเดิม หรือตามตำรายาแผนไทย และยาแผนไทยประยุกต์ ใช้หลักการของการแพทย์แผนไทยและเภสัชกรรมไทยเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกดังนี้

- ๑) เป็นยาที่มีการใช้ในมนุษย์อย่างแพร่หลายมาตั้งแต่ดั้งเดิม มีประสิทธิผลตามสรรพคุณที่ระบุใน ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ ตำรายาและตำราเกี่ยวกับสมุนไพรของไทยหรือต่างประเทศที่รัฐมนตรีประกาศ
- ๒) ต้องแสดงข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัย เช่น ข้อห้ามใช้ ข้อควรระวัง อาการข้างเคียงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา เป็นต้น ทั้งนี้โดยพิจารณาจากตำราและองค์ความรู้เดิมทางการแพทย์แผนไทย ประสบการณ์การใช้ยา และหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่แสดงถึงความปลอดภัยหรือพิษของตัวยาซึ่งเป็นองค์ประกอบในสูตรตำรับ

๑.๕ เกณฑ์ในการคัดเลือกยาพัฒนาจากสมุนไพร (ในรูปแบบสมัยใหม่)

ยาพัฒนาจากสมุนไพร (ในรูปแบบสมัยใหม่) ได้แก่ ยาจากสมุนไพรแผนปัจจุบัน (ทั้งตำรับยาเดี่ยว และยาผสม) มีเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกเพิ่ม ดังนี้

- ๑) เป็นยาจากสมุนไพรที่มีประสิทธิผลตามสรรพคุณที่ระบุในตำรายา หรือเภสัชตำรับทั้งของไทยและต่างประเทศ หรือมีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนอย่างเพียงพอ
- ๒) ต้องมีหลักฐานยืนยันความปลอดภัยในการใช้ในมนุษย์ หรือมีข้อมูลการใช้ในผู้ป่วยชาวไทยไม่ต่ำกว่า ๑,๐๐๐ ราย

- ๓) การใช้ยากลุ่มนี้ สถานพยาบาลต้องจัดให้มีระบบติดตามเพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยเกี่ยวกับการใช้ในผู้ป่วย เพื่อติดตามอาการไม่พึงประสงค์ อนึ่ง หากมีปัญหาเกิดขึ้นให้ติดตามอย่างใกล้ชิดและรายงานให้คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติทราบโดยด่วน เพื่อดำเนินการตามสมควรต่อไป

ยาแผนไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรในบัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. ๒๕๕๙ มีจำนวน ๑๙ รายการ ซึ่งเป็นทั้งปัจจัยบวกและลบสำหรับการใช้ยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรของประเทศ เนื่องจากการคัดกรองยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรเข้าบรรจุไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาตินั้นทำบนพื้นฐานวิชาการ มีการพิจารณากันอย่างรอบคอบ มีทั้งยาจากสมุนไพรที่ใช้ตามองค์ความรู้ดั้งเดิมและยาพัฒนาจากสมุนไพรที่ใช้แก้โรคและอาการที่พบได้บ่อย แต่รายการยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรที่มีอยู่นั้นมิได้ครอบคลุมรายการยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรที่สถานบริการสุขภาพใช้อยู่จริง เห็นได้จากการสำรวจของศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ สำนักวิชาการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกปี ๒๕๕๙ พบว่ามีรายการยาจากสมุนไพรที่ใช้ในโรงพยาบาล จำนวน ๓๑ รายการที่ล้วนอยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น รางจืด บอระเพ็ด บัวบก หญ้าดอกขาว ลูกใต้ใบ เป็นต้น แสดงให้เห็นว่ารายการยาจากสมุนไพรที่มีอยู่นั้นยังมีน้อยเกินไป ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ให้บริการและประชาชน ดังนั้นจึงควรมีมาตรการที่จะส่งเสริมให้ยาแผนไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรที่มีศักยภาพเหล่านี้ ได้บรรจุเข้าไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยมีแนวทาง ดังนี้

- ๑) สำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูลยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรที่ใช้มากในสถานบริการสุขภาพหรือร้านขายยา เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการวิจัย หรือรวบรวมข้อมูลการใช้ยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรให้เพียงพอในการผลักดันเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ
- ๒) สร้างเครือข่ายโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลการใช้ยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรในรายการที่ควรส่งเสริมหรือผลักดัน เพื่อให้มีข้อมูลการใช้ยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรมากเพียงพอ ให้เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติในระยะเวลาอันรวดเร็ว
- ๓) มีนโยบายการดำเนินการวิจัยอย่างเป็นระบบและครบวงจร เช่น การศึกษาวิจัยยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรเพื่อมุ่งทดแทนยาแผนปัจจุบัน หรือให้ครอบคลุมโรคพื้นฐานที่พบได้บ่อยในประเทศไทย และเชื่อมโยงไปสู่การเพิ่มรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

- ๔) การสำรวจพฤติกรรมการใช้ยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรของประชาชน และพฤติกรรมการให้บริการของผู้ให้บริการ การสั่งใช้ยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรของแพทย์ นำมาวิเคราะห์เพื่อส่งเสริมการใช้สมุนไพร
- ๕) ส่งเสริมบทบาทแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์ในสถานบริการสุขภาพให้มากขึ้น เพราะเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจในการสั่งใช้ยาแผนไทยหรือยาสมุนไพรเป็นอย่างดี
- ๖) การคัดเลือกรายการยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยพิจารณาจากผู้ผลิตที่ดำเนินการในสังคมไทยมานานกว่า ๖๐-๗๐ ปี จะพบว่าตำรับยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรที่ได้รับการขึ้นทะเบียนยาหลายตำรับและได้รับความนิยม มีการใช้อย่างต่อเนื่องและยาวนาน เป็นการเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ซึ่งจะช่วยหนุนเสริมการใช้ยาได้ หากเกรงว่าจะเป็นการเอื้อประโยชน์ให้ภาคธุรกิจรายใดเฉพาะอาจพิจารณาเป็นรายตำรับหรือยาแผนไทยกลุ่มนั้นๆ แล้วดูว่ามีตำรับยาใดบ้างที่มีสรรพคุณเหมือนกันที่พอนำมาทดแทนกันได้ เช่น ตำรับยาหอม ยาแก้ไอ หรืออาจมีการกำหนดราคากลางของตำรับยาจากสมุนไพรชนิดนั้น

๑.๖ บัญชียาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘

ประกอบด้วยยา ๒ กลุ่ม ได้แก่

๑) บัญชียาจากสมุนไพรที่มีการใช้ตามองค์ความรู้ดั้งเดิม

- ๑.๑ ยารักษากลุ่มอาการทางระบบไหลเวียนโลหิต (แก้ลม) ได้แก่ ยาหอมเทพจิตร และยาหอมนวโกฐ
- ๑.๒ ยารักษากลุ่มอาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ยาถ่ายดีเกลือฝรั่ง ยาธาตุบรรจบ ยาประสะกานพลู ยาเหลิ้งปิดสมุทร
- ๑.๓ ยารักษากลุ่มอาการทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ได้แก่ ยาประสะไพล
- ๑.๔ ยาแก้ไอ ได้แก่ ยาแก้ไอห้าราก ยาเขียวหอม ยาจันทร์ลีลา
- ๑.๕ ยาแก้ไอและขับเสมหะ ได้แก่ ยาประสะมะแว้ง

๒) บัญชียาพัฒนาจากสมุนไพร

- ๒.๑ ยารักษากลุ่มอาการของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ขมิ้นชัน ขิง ชุมเห็ดเทศ ฟ้าทะลายโจร
- ๒.๒ ยารักษากลุ่มอาการของระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ฟ้าทะลายโจร
- ๒.๓ ยารักษากลุ่มอาการของระบบผิวหนัง ได้แก่ บัวบก พญาขอ
- ๒.๔ ยาใช้ภายนอกสำหรับบรรเทาอาการปวดและอักเสบ ได้แก่ ฟริก ไพล

๔.๒ สถานการณ์การจัดหาและการผลิตยา

การจัดหายามีทั้งยาที่ผลิตในประเทศและนำเข้า ยุทธศาสตร์ชาตินั้นการผลิตในประเทศ เพื่อการพึ่งพิงตนเอง ลดการนำเข้าทั้งยาแผนปัจจุบันและยาสมุนไพร

อุตสาหกรรมยาแผนไทย หมายถึง อุตสาหกรรมที่ผลิตยาแผนโบราณที่เป็นตำรายาดั้งเดิม หรือยาจากสมุนไพรแผนโบราณที่ได้มีการพัฒนารูปแบบ เช่น การดกเม็ด การบรรจุแคปซูล

อุตสาหกรรมยาสมุนไพร หมายถึง อุตสาหกรรมที่ผลิตยาจากสมุนไพรแผนปัจจุบัน ที่ใช้กระบวนการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งก็มักจะผลิตในรูปยาจากสมุนไพรเดี่ยว เช่น ขมิ้นชัน พ้าทะลายโจร เป็นต้น

๒.๑ ปริมาณและมูลค่าการผลิต

การผลิตประกอบด้วยหน่วยผลิตตั้งแต่หน่วยงานภาครัฐที่ประกอบด้วย **องค์การเภสัชกรรม** ที่มีการผลิตยาแผนไทยและยาจากสมุนไพร **โรงพยาบาลของรัฐ** ที่มีการผลิตยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรด้วยเช่นกัน มีตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป กว่า ๒๐ แห่งทั่วประเทศที่มีการผลิตยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรเพื่อใช้ในสถานพยาบาลของตน ซึ่งยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรส่วนใหญ่เป็นยาสมุนไพรเดี่ยว เช่น ขมิ้นชัน พ้าทะลายโจร มะขามแขก เถาวัลย์เปรียง เป็นต้น การผลิตยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรในรูปแบบตำรับยังมีน้อยมากและเป็นตำรับที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ สำหรับ**สถานที่ผลิตโดยภาคเอกชน**ทั่วประเทศ จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พบว่า มีผู้ที่ได้รับอนุญาตผลิตยาแผนโบราณในปี ๒๕๕๒ จำนวน ๑,๙๘๖ แห่ง มีการลดลงเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับปี ๒๕๕๓ ซึ่งก็เป็นสถานที่ผลิตในระดับครอบครัวไปจนถึงระดับโรงงานอุตสาหกรรม มีมูลค่าการผลิตยาแผนโบราณในปี ๒๕๕๑ จำนวน ๒,๕๔๓.๓ ล้านบาท ดังตาราง ๔.๓ และตาราง ๔.๔

ตาราง ๔.๓ จำนวนสถานที่ขาย ผลิต และสถานที่นำหรือส่งยาแผนโบราณเข้ามาในราชอาณาจักร
ระหว่างปี ๒๕๓๙-๒๕๕๒

ปี พ.ศ.	ประเภทสถานที่					
	ขายยาแผนโบราณ		ผลิตยาแผนโบราณ		นำหรือส่งยาแผนโบราณ เข้ามาในราชอาณาจักร	
	กรุงเทพฯ	ภูมิภาค	กรุงเทพฯ	ภูมิภาค	กรุงเทพฯ	ภูมิภาค
๒๕๓๙	๓๙๕	๑,๘๖๐	๒๔๐	๓๙๖	๑๐๑	๔
๒๕๔๐	๓๓๐	๑,๙๑๓	๒๑๑	๔๐๕	๑๑๖	๓
๒๕๔๑	๓๙๘	๑,๙๙๒	๒๓๖	๓๙๐	๑๒๒	๑๐
๒๕๔๒	๔๑๑	๑,๖๐๐	๒๓๓	๔๕๑	๑๔๔	๓
๒๕๔๓	๔๑๑	๑,๖๐๐	๒๓๓	๔๕๑	๑๔๔	๓
๒๕๔๔	๔๐๙	๑,๕๕๑	๒๘๕	๔๓๙	๑๔๙	๖
๒๕๔๕	๔๑๒	๑,๕๕๑	๒๘๓	๕๙๓	๑๖๘	๑๒
๒๕๔๖	๔๒๐	๑,๖๘๖	๒๓๙	๕๘๒	๑๓๐	๑๔
๒๕๔๗	๔๐๑	๑,๖๔๑	๒๙๔	๖๑๘	๑๕๙	๑๔
๒๕๔๘	๔๐๐	๑,๖๙๖	๒๘๔	๕๙๕	๑๕๕	๑๓
๒๕๔๙	๔๐๖	๑,๖๙๖	๒๘๖	๕๙๕	๑๖๔	๑๓
๒๕๕๐	๔๑๘	๑,๖๙๖	๒๙๓	๓/๑๙	๑๖๑	๒๒
๒๕๕๑	๔๐๕	๑,๖๙๖	๒๙๒	๓/๒๑	๑๖๓	๒๘
๒๕๕๒	๔๐๐	๑,๕๘๖	๒๘๓	๓/๑๔	๑๕๓	๒๔

ที่มา: กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ตาราง ๔.๔ มูลค่าการผลิตและการนำส่งยาเข้าๆ สำหรับยาแผนโบราณ ตั้งแต่ปี ๒๕๓๐-๒๕๕๑

ปี พ.ศ.	การผลิตยาแผนโบราณ (ล้านบาท)			การนำเข้ายาแผนโบราณ (ล้านบาท)			รวมทั้งสิ้น (ล้านบาท)
	สำหรับมนุษย์	สำหรับสัตว์	รวม	สำหรับมนุษย์	สำหรับสัตว์	รวม	
๒๕๓๐	๒๐๓.๙๑๔	๐.๕๓๘	๒๐๔.๔๕๒	๔๕.๕๖๙	๐	๔๕.๕๖๙	๒๕๐.๐๒๑
๒๕๓๑	๒๔๒.๓๒๒	๐.๓/๙	๒๔๒.๕๑๒	๓/๕.๕๕๖	๐	๓/๕.๕๕๖	๒๔๖.๐๖๘
๒๕๓๒	๒๖๙.๔๔	๐.๖๓๔	๒๗๐.๐๗๔	๕๓.๐๖	๐	๕๓.๐๖	๓๒๓.๑๓๔
๒๕๓๓	๒๙๔.๔	๐.๒๐๑	๒๙๔.๖๐๑	๘๐.๐๕๖	๐	๘๐.๐๕๖	๓๗๔.๖๕๗
๒๕๓๔	๒๒๒.๕๐๒	๐.๒๑๓	๒๒๒.๗๑๕	๘๔.๑๕๒	๐	๘๔.๑๕๒	๓๐๖.๘๖๗
๒๕๓๕	๒๖๓.๓๙๓	๑.๔๓๖	๒๖๔.๘๒๙	๙๐.๒๒๒	๐	๙๐.๒๒๒	๓๕๕.๐๕๑
๒๕๓๖	๒๘๕.๐๓๘	๐.๙๖๖	๒๘๖.๐๐๔	๑๑๑.๑๐๓	๐	๑๑๑.๑๐๓	๓๙๗.๑๐๗
๒๕๓๗	๔๑๔.๘๖๒	๑.๕๐๓	๔๑๖.๓๖๕	๑๐๑.๓๘๓	๐	๑๐๑.๓๘๓	๕๑๗.๗๔๘
๒๕๓๘	๓๐๓.๕๔๘	๐.๙๓๓	๓๐๔.๔๘๑	๑๓๓.๖๓๓	๐	๑๓๓.๖๓๓	๔๓๘.๑๑๔
๒๕๓๙	๓๑๘.๒๐๕	๑.๐๘๔	๓๑๙.๒๘๙	๑๓๙.๖๓๓	๐	๑๓๙.๖๓๓	๔๕๘.๙๒๒
๒๕๔๐	๒๕๑.๘๐๘	๐.๓๘๘	๒๕๒.๑๙๖	๑๓๓/๕.๔๑๙	๐	๑๓๓/๕.๔๑๙	๔๘๕.๖๑๕
๒๕๔๑	๔๘๔.๙๙๘	๐.๓/๓๑	๔๘๕.๓๒๙	๑๐๐.๒๕๓	๐	๑๐๐.๒๕๓	๕๘๕.๕๘๒
๒๕๔๒	๕๕๘.๒๖๖	๒.๐๓/๑	๕๕๙.๓๐๗	๑๑๔.๐๒	๐	๑๑๔.๐๒	๖๗๓.๓๒๗
๒๕๔๓	๖๓๕.๓๓๓	๑.๓๔	๖๓๖.๖๗๖	๑๒๔.๕๘๓	๐	๑๒๔.๕๘๓	๗๖๑.๒๖๐
๒๕๔๔	๓/๓๖.๙๐๖	๑.๖๐๙	๓/๓๗.๕๑๕	๑๔๖.๕๘๔	๐	๑๔๖.๕๘๔	๘๘๔.๐๙๙
๒๕๔๕	๘๖๘.๘๘๓	๑.๔๙๕	๘๗๐.๓๗๘	๑๖๓.๕๓๓	๐	๑๖๓.๕๓๓	๑,๐๓๓.๙๑๕
๒๕๔๖	๑,๒๐๓.๓๙๐	๑.๓/๐๕	๑,๒๐๕.๐๙๖	๒๐๒.๓/๐๐	๐.๐๐๘	๒๐๒.๓/๐๐	๑,๔๐๗.๔๐๓
๒๕๔๗	๑,๓๘๘.๖๖๙	๓.๓๓๖	๑,๓๙๒.๐๖๖	๑๙๙.๒๘๖	๐.๑๐๖	๑๙๙.๓๙๒	๑,๕๙๑.๔๕๘
๒๕๔๘	๑,๔๘๔.๘๓๘	๒.๘๐๒	๑,๔๘๗.๖๔๑	๓๙๔.๑๐๑	๐	๓๙๔.๑๐๑	๑,๘๘๑.๗๔๒
๒๕๔๙	๒,๑๙๓.๒๖	๓.๔๓๒	๒,๒๐๐.๖๙๒	๒๔๔.๒๕๑	๐.๐๙๓	๒๔๔.๓๔๔	๒,๔๔๕.๐๓๖
๒๕๕๐	๒,๑๘๓.๓/๓	๔.๓๙	๒,๑๘๘.๖๙	๒๓/๐.๔๘	๐.๐๐๐	๒๓/๐.๔๘	๒,๔๑๒.๖๐๐
๒๕๕๑*	๒,๕๔๓.๑๕	๔.๑๕	๒,๕๔๗.๓๐	๓๓๐.๖๒	๐.๐๐๐	๓๓๐.๖๒	๒,๘๗๗.๙๒๐

* ข้อมูลปี ๒๕๕๑ อาจมีการเปลี่ยนแปลง

ที่มา: กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๒.๒ คุณภาพและมาตรฐานของยาแผนไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพร

มีการกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาจากสมุนไพร (Good Manufacturing Practice; GMP) ขึ้นใช้เมื่อปี ๒๕๔๓ เป็นข้อกำหนดที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้พัฒนากระบวนการผลิต สร้างความมั่นใจให้กับกระบวนการผลิตในระดับอุตสาหกรรมว่าจะสามารถผลิตสินค้าให้เป็นไปตามมาตรฐาน ลดความผิดพลาดที่อาจเกิดในกระบวนการผลิต หรือหากเกิดข้อผิดพลาดขึ้นก็สามารถตรวจสอบและแก้ไขได้อย่างรวดเร็ว พบว่ามีโรงงานเพียง ๒๕ โรง เท่านั้น ที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน GMP (ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข) จากโรงงานผลิตยาแผนโบราณทั้งสิ้น ๙๘๘ โรง ทั่วประเทศ คิดเป็นร้อยละ ๒.๕

แต่ข้อมูลจากการทำ SWOT analysis ของอุตสาหกรรมยาแผนไทยและยาสมุนไพรโดย รศ.ดร.นพมาศ สุนทรเจริญนนท์ และคณะ คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี ๒๕๕๙ **GMP เป็นภาวะคุกคามภาคอุตสาหกรรมการผลิตยาแผนไทยและยาสมุนไพร** กล่าวคือ โรงงานส่วนใหญ่ในภาคการผลิตเป็นโรงงานขนาดเล็กที่ใช้วิธีการบริหารแบบครอบครัว เครื่องจักรล้าสมัย ไม่มีศักยภาพในการวิจัยและพัฒนา ไม่มีงบประมาณลงทุนพัฒนาโรงงาน ขาดความรู้ความเข้าใจและไม่เห็นความสำคัญของ GMP เน้นนอนว่าผลิตย่อมไม่สามารถพัฒนาไปสู่มาตรฐาน GMP ได้ ประกอบกับการที่ไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงในการส่งเสริมพัฒนาอุตสาหกรรมยาแผนไทย ทำให้ขาดแรงจูงใจในการพัฒนาไปสู่มาตรฐานเดียวกันได้

ในการสร้างและจัดการองค์ความรู้เพื่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาแผนไทยและยาสมุนไพร อาจต้องมีการจัดการตามศักยภาพของอุตสาหกรรม ดังนี้

อุตสาหกรรมยาที่ได้รับ GMP สมุนไพร

จัดเป็นโรงงานที่มีมาตรฐานการผลิตที่ดีแล้ว จะต้องมีการพัฒนาต่อยอดไปสู่การได้ GLP ด้วย คือ ผลิตภัณฑ์ที่ได้มีลักษณะทางกายภาพที่ดี มีการควบคุมคุณภาพวัตถุดิบเรื่องความสะอาดและปริมาณสารสำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้เรื่องวัตถุดิบอย่างเป็นระบบ ไม่ว่าจะเป็นมาตรฐานของ GAP (Good Agricultural Practice), GACP (Good Agricultural and Collection Practices) หรือ มาตรฐานเกษตรอินทรีย์ในที่สุด สุดท้ายที่ควรพัฒนาคือ หลักปฏิบัติที่ดีในการทดลองทางคลินิก (Good Clinical Practice; GCP) เพื่อเป็นการพิสูจน์ความปลอดภัยและประสิทธิผลการใช้ยาในคน

อุตสาหกรรมยาที่ยังไม่ได้รับ GMP สมุนไพร แต่มีศักยภาพที่จะพัฒนาได้สูง

จากข้อมูลการศึกษาเมื่อปี ๒๕๔๙ พบว่ามีอยู่ประมาณร้อยละ ๑-๒ ซึ่งเป็นโรงงานขนาดกลางถึงขนาดใหญ่ เป็นโรงงานแบบเก่าที่มีการต่อเติมจากของเดิม การบริหารจัดการให้เป็นไปตามมาตรฐาน GMP จึงทำได้ยาก ต้องใช้งบประมาณสูง และขาดความรู้ความเข้าใจ ซึ่งหน่วยงานภาครัฐจะต้องเข้าไปมีบทบาทในการจัดกระบวนการความรู้ ภาครัฐต้องพัฒนากลุ่มนักวิชาการที่เลี้ยง ซึ่งทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้ประกอบการ อาจประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ โรงงานที่มีประสบการณ์ในการทำ GMP มาก่อน วิศวกรที่มีความรู้เรื่องเครื่องจักรกลผลิตยาสมุนไพร เป็นต้น

อุตสาหกรรมยาที่ยังไม่ได้รับ GMP สมุนไพร และมีศักยภาพที่จะพัฒนาได้ต่ำ

จะเป็นอุตสาหกรรมขนาดเล็ก มีการผลิตแบบครัวเรือน การทำให้ได้มาตรฐาน GMP สมุนไพร เป็นไปได้อย่างยาก ใช้เงินลงทุนสูง เป็นโรงงานที่โตมาจากธุรกิจครอบครัว มีการสืบทอดกันมายาวนาน มีสูตรตำรับยาที่มีการพิสูจน์การใช้มายาวนาน ถ้ารัฐประกาศบังคับใช้ GMP สมุนไพร ก็จะเป็นการทำลายระบบการผลิตแบบเก่านี้ สูตรตำรับยาบางอย่างอาจสูญหายไปได้ แนวทางการจัดการอาจทำได้โดยจ้างโรงงานที่ได้ GMP สมุนไพรแล้ว หรือโรงพยาบาลที่มีการผลิตยาสมุนไพรดำเนินการผลิตตำรับยาสูตรเหล่านั้น โดยมีการจัดการความรู้ร่วมกัน ทั้งในด้านกระบวนการผลิตและการจัดการวัตถุดิบ ขณะเดียวกันก็ควรฝึกอบรมที่เข้ามาพัฒนา จัดการความรู้เพื่อพัฒนาสู่ระบบมาตรฐาน GMP สมุนไพรต่อไป

สำหรับกลุ่มที่พัฒนามาตรฐานการผลิตไม่ได้ ก็จำเป็นต้องจำกัดการจำหน่ายให้อยู่ในชุมชน หรือใช้ในท้องถิ่นของตน เนื่องจากไม่ต้องผลิตมาก แต่ผลิตใช้ในเวลาสั้นๆ เพื่อสนองความต้องการของชุมชนเท่านั้น ปัญหาที่จะน้อยลง

๒.๓ สถานการณ์วัตถุดิบสมุนไพรของประเทศไทย

๒.๓.๑ แหล่งวัตถุดิบ

๑) วัตถุดิบที่ได้จากการปลูก

มีกลุ่มผู้ปลูกในลักษณะต่างๆ ดังนี้

- ✱ กลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรส่งโรงพยาบาล เช่น กลุ่มสมุนไพรเกษตรอินทรีย์บ้านดงบัง ที่ปลูกส่งโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และกลุ่มสมุนไพรที่ปลูกส่งโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี และโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก เป็นต้น

- ❖ กลุ่มผู้ปลูกเพื่อแปรรูปเองและจำหน่ายแก่ผู้ต้องการทั่วไปที่เกิดจากการรวมกลุ่มกันของเกษตรกรเป็นศูนย์จำหน่าย และเคยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำนวน ๒๔ แห่ง ทั่วประเทศ
- ❖ กลุ่มผู้ปลูกเพื่อแปรรูปเองและจำหน่ายแก่ผู้ต้องการทั่วไป มีทั้งที่เป็นรายย่อยและรวมกลุ่มกันเพื่อจำหน่าย เกษตรกรมักขาดความรู้ด้านการจัดการเพื่อให้ได้คุณภาพวัตถุดิบที่ดีและสม่ำเสมอ

๒) สมุนไพรที่ได้จากแหล่งธรรมชาติ

มีสมุนไพรหลายชนิดในตำรับยาแผนโบราณที่ต้องเก็บจากป่าธรรมชาติ เช่น เปลือกอบเชย กำลังเสือโคร่ง มะขามป้อม สมอไทย และกระวาน เป็นต้น แต่ยังไม่มีการจัดการที่ดี ไม่มีการปลูกหรือขยายพันธุ์ทดแทน ทำให้สมุนไพรในธรรมชาติมีลดน้อยลง ขาดแคลน และอาจสูญพันธุ์ได้ในอนาคต

๓) สมุนไพรที่ได้จากการนำเข้า

การนำเข้าสมุนไพรในปัจจุบันยังค่อนข้างสูง เนื่องจากสมุนไพรบางชนิดไม่ใช่พืชท้องถิ่นของไทย เช่น โกฐต่างๆ เทียนต่างๆ หรือสมุนไพรบางชนิดไม่ทราบแหล่งปลูกและแหล่งซื้อ การนำเข้าสะดวกกว่า มีพ่อค้าคนกลางจัดการ หรือมีราคาต่ำกว่าที่ซื้อในประเทศ ดังนั้นหากมีการจัดการวัตถุดิบที่ดี มีการวางแผนการปลูกก็อาจลดการนำเข้าได้

๒.๓.๒ คุณภาพมาตรฐานของวัตถุดิบ

วัตถุดิบสมุนไพรถือเป็นหัวใจสำคัญอันหนึ่ง ที่จะทำให้ผลิตภัณฑ์ยาแผนไทย และยาพัฒนาจากสมุนไพร มีคุณภาพนอกเหนือไปจากมาตรฐานการผลิตที่ดี เพราะหากการจัดการวัตถุดิบไม่ดี ไม่มีการควบคุมคุณภาพการปลูก การเก็บเกี่ยว มีการปนเปื้อน เชื้อจุลินทรีย์ โลหะหนัก ย่อมสะท้อนถึงผลิตภัณฑ์สุดท้าย ที่ถึงแม้จะผลิตด้วยมาตรฐาน GMP แต่ก็ยังมีคุณภาพที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ดังเช่น ข้อมูลโครงการคุณภาพสมุนไพรไทย ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาและยกระดับคุณภาพยาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรไทยให้ได้มาตรฐาน โดยการตรวจรับรองคุณภาพของวัตถุดิบสมุนไพร และผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๕-๒๕๕๐ ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพทางเคมี การปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ การปนเปื้อนสารหนูและโลหะหนัก รวมทั้งการปนเปื้อนสารพิษตกค้างจากยาฆ่าแมลง ตามมาตรฐาน Thai Herbal Pharmacopoeia และ Thai Pharmacopoeia และข้อกำหนดมาตรฐานอื่นที่เป็นที่ยอมรับ มีภาคการผลิตในระดับต่างๆ ส่งตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ ดังตาราง ๔.๕

ตาราง ๔.๕ หน่วยงานต่างๆ ที่ส่งตัวอย่างเข้าร่วมการตรวจคุณภาพสมุนไพรไทย ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๕-๒๕๕๐

หน่วยงาน	ปี ๒๕๔๕	ปี ๒๕๔๖	ปี ๒๕๔๗	ปี ๒๕๔๘	ปี ๒๕๔๙	ปี ๒๕๕๐
โรงพยาบาล	๒๓	๓๒	๕๙	๓๕	๕๘	๔๘
หน่วยงานรัฐอื่น	๓	๓	๒	๓	๔	๒
เกษตรกร	๑๒	๘	-	๓	๘	๒
สหกรณ์	๓	-	๑	๑	-	-
ชุมชน	๖	๑	๑	๒	๑	๓
ภาคเอกชน	๓	๖	๑	๘	๕	๒
ศูนย์วัดดุติบ	๑	๒	๑	๒	๒	๑
ศูนย์การศึกษา	๑	๑	-	๑	๒	๑
ชมรมต่างๆ	๔	-	-	-	-	-
รวม	๖๔	๕๓	๖๕	๕๕	๘๐	๕๙

ที่มา: ข้อมูลจากเอกสารคุณภาพสมุนไพรและผลิตภัณฑ์ ในโครงการคุณภาพสมุนไพรไทย (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๐) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ตลอดระยะเวลาการดำเนินการ ๖ ปี มีหน่วยงานสนใจเข้าร่วมโครงการเพื่อขอตรวจรับรองคุณภาพจำนวนทั้งสิ้น ๑,๖๐๒ ตัวอย่าง แบ่งเป็นวัตถุดิบสมุนไพรทั้งแบบสมุนไพรสด/แห้ง และผง จำนวน ๑,๐๑๘ ตัวอย่าง ผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพร ๕๘๔ ตัวอย่าง ผ่านเกณฑ์ตามมาตรฐาน จำนวน ๓๘๐ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๗/๒ รายละเอียดดังตาราง ๔.๖

ตาราง ๔.๖ ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพสมุนไพรไทย จำแนกตามปีงบประมาณ

ปีงบประมาณ	จำนวนตัวอย่าง		ชนิดสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์ที่ตรวจสอบ
	ตรวจวิเคราะห์	ผ่านเกณฑ์	
๒๕๔๕	๒๐๒	๔๘ ตัวอย่าง ๒๙ แห่ง	ขมิ้นชัน ชุมเห็ดเทศ ฟ้าทะลายโจร โพล
๒๕๔๖	๒๔๓	๒๐ ตัวอย่าง ๑๒ แห่ง	ขมิ้นชัน ชุมเห็ดเทศ ฟ้าทะลายโจร โพล มะขามป้อม สมอไทย
๒๕๔๗	๒๓/๕	๖๓ ตัวอย่าง ๓๓ แห่ง	ขมิ้นชัน ชุมเห็ดเทศ ฟ้าทะลายโจร โพล มะขามป้อม สมอไทย ดีปลี พริกไทย บัวบก
๒๕๔๘	๒๐๕	๑๐๒ ตัวอย่าง ๓๕ แห่ง	ขมิ้นชัน ชุมเห็ดเทศ ฟ้าทะลายโจร โพล มะขามป้อม สมอไทย ดีปลี พริกไทย บัวบก มะกรูด
๒๕๔๙	๓๕๑	๘๔ ตัวอย่าง ๔๗ แห่ง	ขมิ้นชัน ชุมเห็ดเทศ ฟ้าทะลายโจร โพล มะขามป้อม สมอไทย ดีปลี พริกไทย บัวบก มะกรูด
๒๕๕๐	๓๓๖	๖๓ ตัวอย่าง ๒๕ แห่ง	ขมิ้นชัน ชุมเห็ดเทศ ฟ้าทะลายโจร โพล มะขามป้อม สมอไทย ดีปลี พริกไทย บัวบก มะกรูด บัญจพันธ์ หญ้าหนวดแมว เถาวัลย์เปรียง บอระเพ็ด
รวม	๑,๖๐๒	๓๘๐	

ที่มา: ข้อมูลจากเอกสารคุณภาพสมุนไพรและผลิตภัณฑ์ ในโครงการคุณภาพสมุนไพรไทย (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๐)
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ผลการตรวจสอบจำแนกตามกลุ่มประเภทตัวอย่างที่ส่งเข้ารับการตรวจรับรอง
คุณภาพในแต่ละปีที่ผ่านมาผ่านเกณฑ์ตามกำหนดพบว่า

❖ กลุ่มวัตถุดิบสมุนไพร	๑๓๔ ตัวอย่าง		
ผ่านเกณฑ์	๓๓/ ตัวอย่าง	ร้อยละ	๒๓.๖๑
❖ กลุ่มผงสมุนไพร	๘๘๔ ตัวอย่าง		
ผ่านเกณฑ์	๒๐๓/ ตัวอย่าง	ร้อยละ	๒๓.๔๒
❖ กลุ่มยาแคปซูล	๔๓/๔ ตัวอย่าง		
ผ่านเกณฑ์	๑๑๒ ตัวอย่าง	ร้อยละ	๒๓.๖๓
❖ กลุ่มชาชงสมุนไพร	๑๑๐ ตัวอย่าง		
ผ่านเกณฑ์	๒๔ ตัวอย่าง	ร้อยละ	๒๑.๘๒

ในกลุ่มวัตถุดิบสมุนไพรและผลิตภัณฑ์ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ส่วนมากเกิดจากปัญหา ๒ ประการ *ประการแรก* คือ **ปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์เกินเกณฑ์มาตรฐาน** อาจเกิดจาก ขั้นตอนการเตรียมวัตถุดิบ ตั้งแต่กระบวนการคัดเลือก การล้างทำความสะอาดไม่ทั่วถึง กระบวนการทำให้แห้ง การเก็บรักษาที่ไม่เหมาะสม รวมไปถึงความสะอาดของภาชนะที่เก็บและสถานที่เก็บไม่ดีพอ และ *ประการที่สอง* คือ **มีปริมาณสารสำคัญต่ำกว่ามาตรฐาน** ทำให้ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการใช้ยาไม่ดี

เมื่อพิจารณาสถานการณ์คุณภาพของยาแผนโบราณ มีรายงานของ *บังอร ศรีพานิชกุลชัย และคณะ (๒๕๕๐)* ศึกษาการวิจัยการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรค และโลหะหนักของยาแผนโบราณที่ผลิตใน ๕ อำเภอ ของจังหวัดขอนแก่น ได้ตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างยาแผนโบราณในกลุ่มยารักษา ยาลดไข้ ยาแก้ปวด และยาเม็ด จำนวน ๖๔ ตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีการปนเปื้อนของโลหะหนัก ได้แก่ สารหนูและแคดเมียม ในตัวอย่างสมุนไพร แต่ยังคงอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานของ Thai Herbal Pharmacopoeia ส่วนการปนเปื้อนของตะกั่วนั้น ในกลุ่มยาแก้ปวดและยาเม็ดเกินมาตรฐานที่กำหนดถึงร้อยละ ๔๕.๗ และร้อยละ ๗๐ ตามลำดับ พบการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรคในตัวอย่างที่วิเคราะห์ โดยเฉพาะกลุ่มยารักษาที่มีการปนเปื้อนคิดเป็นร้อยละ ๗.๔ ปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศเกินกว่ามาตรฐานร้อยละ ๑๐.๓ แสดงให้เห็นว่า การปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในยาแผนโบราณของจังหวัดขอนแก่น เป็นปัญหาที่ควรได้รับการพัฒนาเช่นเดียวกับยาจากสมุนไพรผลิตจากส่วนอื่นของประเทศ

จากสถานการณ์ข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า วัตถุดิบสมุนไพรของประเทศขาดการจัดการ ขาดนโยบายที่ชัดเจนจากภาครัฐทำให้การดำเนินงานไร้ทิศทาง แนวทางที่จะช่วยลดปัญหาและยกระดับคุณภาพสมุนไพรให้ดีขึ้น จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการควบคุมคุณภาพ ตั้งแต่กระบวนการปลูก การเก็บเกี่ยวและการผลิต โดยแนวทางดำเนินการทำได้หลายแนวทางคือ

แนวทางขององค์การอนามัยโลก เกี่ยวกับ**หลักปฏิบัติที่ดีทางเกษตร ในการเพาะปลูกและการเก็บเกี่ยวสำหรับพืชสมุนไพร** (WHO guidelines on Good Agricultural and Collection Practices (GACP) for medicinal plants) ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์ที่รวมถึงกระบวนการหลังการเก็บเกี่ยวด้วย แต่เกณฑ์ที่ใช้นี้ยังยอมรับให้มีการใช้สารเคมีทางการเกษตร ยาฆ่าศัตรูพืช และวัชพืชได้ ซึ่งการนำเกณฑ์นี้มาใช้สำหรับพืชที่เป็นต้นทางการผลิตยาแผนไทยและยาสมุนไพร สำหรับผู้บริโภคจะต้องคำนึงถึงการสะสมในร่างกาย ก่อให้เกิดโทษต่อมนุษย์ และยังกระทบต่อระบบนิเวศได้

อีกแนวทางหนึ่งเป็นแนวทางการเกษตรที่ปฏิเสธการใช้สารเคมีโดยสิ้นเชิง คือ **ระบบเกษตรอินทรีย์** โดยมีหลักเกณฑ์ในการเพาะปลูก เก็บเกี่ยว คล้ายคลึงกับระบบ GAP แต่จะไม่มีการใช้สารเคมีใดๆ ในการเพาะปลูก ซึ่งก็เป็นผลดีต่อทั้งผู้บริโภคและผู้ปลูก รวมทั้งไม่ส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศและสิ่งแวดล้อม เกิดการสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับสมุนไพรได้ เพราะจากข้อมูลกลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรเกษตรอินทรีย์บ้านดงบัง จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า สมุนไพรเกษตรอินทรีย์มีราคาขายส่งดีกว่าสมุนไพรทั่วไปประมาณร้อยละ ๓๐-๔๐ แต่ในปัจจุบันมีผู้ผลิตสมุนไพรแบบเกษตรอินทรีย์น้อยมาก จากข้อมูลของสำนักงานมาตรฐานเกษตรอินทรีย์ ณ เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๕๑ มีกลุ่มผู้ผลิต ผู้ประกอบการที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรได้รับการรับรองมาตรฐานเกษตรอินทรีย์จากสำนักงานมาตรฐานเกษตรอินทรีย์ (มกท.) เพียง ๒ ราย ได้แก่ มูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร (จำนวน ๒๘๕ ไร่) และ บริษัทเขาค้อทะเลภู (จำนวน ๑๙๓.๕ ไร่)

๔.๓ สถานการณ์การกระจายยาแผนไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพร

ช่องทางการกระจายยาจากสมุนไพรจากผู้ผลิตไปสู่ผู้บริโภค อาจแบ่งได้ ดังนี้

๓.๑ ผ่านร้านจำหน่ายยาทั้งแผนโบราณและแผนปัจจุบันที่ต้องมีผู้ประกอบวิชาชีพ

จากข้อมูลของกองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สถิติใบอนุญาตจำหน่ายยาแผนโบราณทั่วประเทศในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ มีจำนวน ๑,๙๘๖ ใบ และร้านขายยาแผนปัจจุบัน ๘,๘๒๒ ใบ

๓.๒ ผ่านสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย

ทั้งในระดับโรงพยาบาลและสถานอนามัยที่มีบริการรักษาด้วยสมุนไพรของสถานบริการสาธารณสุขที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ มีจำนวนถึง ๒,๐๕๘ แห่ง พบว่าสถานบริการทุกภาคนิยมให้การรักษาด้วยยาสมุนไพร ซึ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หรือภาคอีสาน มีการให้บริการรักษาด้วยยาสมุนไพรสูงสุด รองลงมาเป็นภาคกลาง และภาคเหนือ ตามลำดับ (ตาราง ๔.๓) ซึ่งบางแห่งเป็นสถานบริการที่มีการผลิตยาเพื่อใช้ในหน่วยงาน และผลิตเพื่อจำหน่ายให้กับสถานพยาบาลอื่น

ตาราง ๔.๗ ประเภทการบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ๒,๕๒๑ แห่ง
จำแนกรายภาค

ประเภทการบริการ	ภูมิภาค (แห่ง)				รวม
	เหนือ	อีสาน	กลาง	ใต้	
รักษาด้วยยาสมุนไพร	๕๒๔	๓/๒๙	๕๔๙	๒๕๖	๒,๐๕๘
นวดไทยเพื่อรักษา	๒๓/๙	๕๑๓	๒๓/๑	๑๕๔	๑,๒๑๓
นวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	๒๖๒	๕๓/๔	๒๓๕	๑๕๐	๑,๒๒๑
ดูแลหลังคลอด	๑๒๐	๒๐๖	๑๐๓	๖๒	๔๙๕
อบ ประคบ	๒๔๓	๕๑๔	๒๔๕	๑๑๖	๑,๑๕๘
อื่นๆ	๑๓๓	๑๕๒	๙๓	๖๙	๔๕๑

หมายเหตุ: สถานบริการหนึ่งแห่ง มีประเภทการบริการมากกว่าหนึ่งประเภท

แหล่งข้อมูล:ฐานข้อมูลการบริการและกำลังคนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ
ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ สำนักวิชาการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
(<http://www.dtamsc.com>)

ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ สำนักวิชาการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้วิเคราะห์ภาพรวมสถานการณ์การใช้ยาสมุนไพรในระดับสถานีอนามัยจากฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล (Individual Medical Record) ของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ในรูปแบบของแฟ้มข้อมูลมาตรฐาน ๑๘ แฟ้ม (ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑-๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๒) จากสำนันโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีข้อมูลจำนวน ๒๓/๘,๕๓/๑ รายการ

พบว่า การกระจายการบริการการแพทย์แผนไทยและยาสมุนไพรในระบบข้อมูล ๑๘ แฟ้มของสถานีอนามัยและหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วประเทศ จำนวน ๙,๓๖๓ แห่ง พบว่า มีข้อมูลการใช้ยาแผนไทยและยาจากสมุนไพร ๑,๖๕๑ แห่ง (ร้อยละ ๑๖.๙๑) โดยกระจายอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด (ร้อยละ ๓๐.๒๕) รองลงมาเป็นภาคกลาง (ร้อยละ ๑๑.๓๐) ภาคเหนือ (ร้อยละ ๙.๓๘) และน้อยที่สุดที่ภาคใต้ (ร้อยละ ๖.๘๙)

จำนวนผู้รับบริการฯ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้รับบริการสูงสุด (ร้อยละ ๖๔.๙๓) รองลงมาเป็นภาคกลาง (ร้อยละ ๒๓.๓๐) ภาคเหนือ (ร้อยละ ๘.๓๒) และภาคใต้ต่ำสุด (ร้อยละ ๓.๐๕) ส่วนอัตราส่วนผู้รับบริการที่ใช้ยาสมุนไพรต่อสถานบริการพบว่า ภาคกลางสูงสุด มีอัตราส่วน ๒๒๖.๘๓ รายต่อแห่ง ในขณะที่ภาคใต้น้อยที่สุดในอัตราส่วน ๘๑.๑๕ รายต่อแห่ง (ตาราง ๔.๘)

ตาราง ๔.๘ การกระจายการบริการการใช้ยาแผนไทยและยาสมุนไพรในระบบข้อมูล ๑๘ แห่งของสถานีอนามัย ๑,๖๕๑ แห่ง จำแนกรายภาค

ภูมิภาค	จำนวน สอ. (ร้อยละ)	จำนวน สอ. ที่รอกข้อมูล (ร้อยละของภาค)	จำนวนผู้รับบริการ (ราย)	อัตราส่วน ผู้รับบริการ: สถานบริการ
เหนือ	๒,๒๒๙ (๒๒.๘๓)	๒๐๙ (๙.๓๘)	๒๓,๐๑๓ (๘.๓๒)	๑๑๐.๑๓
อีสาน	๓,๔๖๘ (๓๕.๕๒)	๑,๐๔๙ (๓๐.๒๕)	๑๓,๙๖๒ (๖๔.๙๓)	๑๓/๑.๒๒
กลาง	๒,๕๕๓ (๒๖.๑๙)	๒๘๙ (๑๑.๓๐)	๖๕,๕๖๕ (๒๓.๓๐)	๒๒๖.๘๓
ใต้	๑,๕๐๙ (๑๕.๔๖)	๑๐๔ (๖.๘๙)	๘,๔๔๐ (๓.๐๕)	๘๑.๑๕
รวม	๙,๗๖๓ (๑๐๐.๐๐)	๑,๖๕๑ (๑๖.๙๑)	๒๓๖,๖๓๔ (๑๐๐.๐๐)	๑๖๓.๕๖

แหล่งข้อมูล: ฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลของประชาชนในพื้นที่ (แฟ้มข้อมูลมาตรฐาน ๑๘ แฟ้ม) (ณ ๑ ต.ค. ๕๑-๓๐ มิ.ย. ๕๒) สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓.๓ ผ่านสถานบริการการแพทย์แผนไทยภาคเอกชน

ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกแพทย์แผนไทย

๓.๔ ผ่านร้านจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ หรือ บริษัทที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ

ที่พบเห็นได้ทั่วไปในห้างสรรพสินค้าต่างๆ เป็นรูปแบบการกระจายยาที่ไม่ถูกต้องนัก เพราะมิได้มีการขออนุญาตสถานที่จำหน่ายยาแผนโบราณ และมิได้เป็นผู้รับอนุญาตขายยาแผนโบราณที่ถูกต้องตามกฎหมายยา แต่การจำหน่ายลักษณะนี้ ก็สามารถพบเห็นได้ทั่วไป โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร โดยในร้านจะจำหน่ายทั้งยาแผนโบราณ อาหารเสริม ยาจากสมุนไพร เพราะมีความสะดวกและใกล้ชิดกับผู้บริโภค

๓.๕ รูปแบบอื่นๆ

เช่น ผ่านระบบ E-commerce ระบบขายตรง งานแสดงสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งมักเป็นกลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากสมุนไพร หรือกลุ่มสินค้าที่ผลิตโดยสหกรณ์ หรือชุมชน

๔.๔ สถานการณ์การใช้ยาแผนไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรอย่างเหมาะสม

ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ สำนักวิชาการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้ศึกษาสถานการณ์การใช้ยาสมุนไพร ดังนี้

๔.๑ สถานการณ์การใช้ยาแผนไทยและยาสมุนไพร

๔.๑.๑ ข้อมูลจากแบบสอบถามที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐตอบกลับมายัง กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๕๑)

จำนวนรายการการใช้ยาสมุนไพรในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติในสถานบริการของรัฐ ๒,๕๒๑ แห่ง ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-กันยายน ๒๕๕๐ (๖ เดือน) พบว่ามีปริมาณหรือรายการการใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติมากที่สุดร้อยละ ๓๙.๓๑ ซึ่งแหล่งที่มาของยาที่พบมากที่สุดจะใช้วิธีการจัดซื้อจากหน่วยงานที่มีการผลิต รองลงมาผลิตเอง ยกเว้นในบางรายการที่เมื่อผลิตไม่เพียงพอก็ต้องจัดซื้อไว้เพิ่มเติม (ตาราง ๔.๙) เมื่อพิจารณาจากมูลค่าการใช้ พบว่า มีมูลค่าการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติร้อยละ ๔๓.๑๙ และนอกบัญชียาหลักแห่งชาติร้อยละ ๕๖.๘๑ (ตาราง ๔.๑๐)

ตาราง ๔.๙ รายการการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ๒,๕๒๑ แห่ง
ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จำแนกตามแหล่งที่มา

ใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	รวม จน.รายการ (ร้อยละ)	แหล่งที่มา :		
		ผลิตเอง	จัดซื้อ	ผลิตเองและจัดซื้อ
ในบัญชียาหลักแห่งชาติ	๑๖,๑๒๓ (๓/๙.๓/๑)	๑,๑๐๑	๑๔,๓/๑๔	๓๐๔
นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	๔,๑๐๔ (๒๐.๒๙)	๘๐๓	๒,๓/๓/๘	๕๑๙
รวม	๒๐,๒๒๗ (๑๐๐.๐๐)	๑,๙๐๔	๑๓,๕๙๖	๘๒๓

หมายเหตุ: สถานบริการหนึ่งแห่งสามารถผลิตเองหรือจัดซื้อได้มากกว่า ๑ รายการ

แหล่งข้อมูล: ฐานข้อมูลการบริการและกำลังคนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ
ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ สำนักวิชาการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
(<http://www.dtamsc.com>)

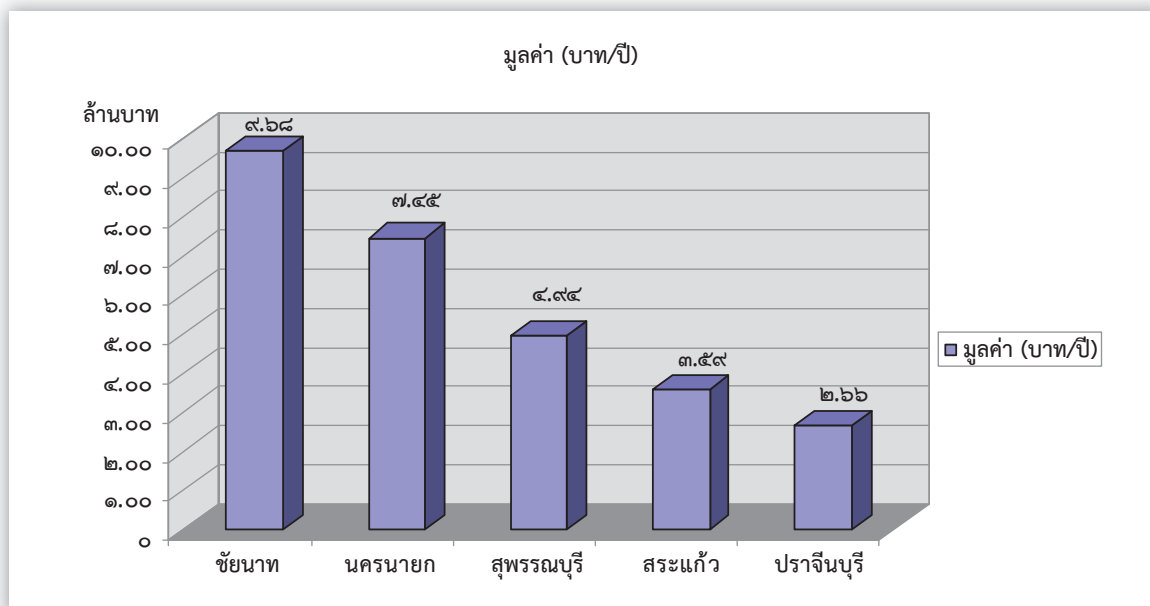
ตาราง ๔.๑๐ มูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ๒,๕๒๑ แห่ง
ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จำแนกตามแหล่งที่มา

ใน/นอกบัญชียาหลัก แห่งชาติ	รวม: (บาท/ปี) (ร้อยละ)	แหล่งที่มา: (บาท/ปี)		
		ผลิตเอง	จัดซื้อ	ผลิตเองและจัดซื้อ
ในบัญชียาหลักแห่งชาติ	๓๙,๔๒๓,๖๓๒.๒๔ (๔๓.๑๙)	๓,๙๘๖,๙๔๕.๘๔	๒๘,๘๔๓,๓/๘๙.๓๑	๒,๕๙๒,๘๙๓.๐๙
นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	๔๔,๑๑๓,๓/๔๕.๘๓ (๕๒.๘๑)	๒๔,๕๓๘,๔๓/๙.๔๖	๑๓,๒๔๒,๖๓/๓.๓๒	๖,๓๓๖,๕๘๙.๐๙
รวม	๘๓,๕๔๕,๓๓/๘.๑๑ (๑๐๐.๐๐)	๓๒,๕๒๕,๔๒๕.๓๐	๔๒,๐๙๐,๔๖๖.๖๓	๘,๙๒๙,๔๘๖.๑๘

หมายเหตุ: สถานบริการหนึ่งแห่งสามารถผลิตเองหรือจัดซื้อได้มากกว่า ๑ รายการ

แหล่งข้อมูล: ฐานข้อมูลการบริการและกำลังคนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ
ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ สำนักวิชาการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
(<http://www.dtamsc.com>)

ภาพ ๔.๑ มูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรจำแนกตามจังหวัดที่มีการใช้สูง โดยพิจารณาจากมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรมากที่สุดอย่างเดียว

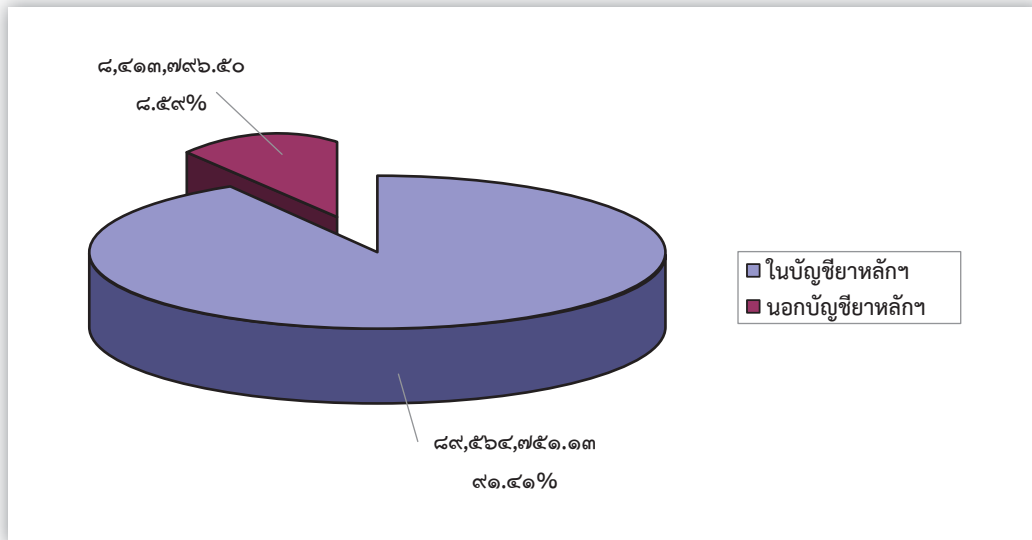


หมายเหตุ: สถานบริการหนึ่งแห่งสามารถผลิตเองหรือจัดซื้อได้มากกว่า ๑ รายการ

แหล่งข้อมูล:ฐานข้อมูลการบริการและกำลังคนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ สำนักวิชาการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (<http://www.dtamsc.com>)

๔.๑.๒ จากฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล (Individual Medical Record) ของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยในรูปแบบของแฟ้มข้อมูลมาตรฐาน ๑๘ แฟ้ม (ระหว่าง ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑-๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๒) จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข การวิเคราะห์ข้อมูลมูลค่ารวมการใช้ยาแผนไทยและยาสมุนไพรใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (ล้านบาท) พบว่า มูลค่าการใช้ยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักมีมากถึง ๘๙.๕๖ ล้านบาท หรือร้อยละ ๙๑.๔๑ และมูลค่าการใช้ยาแผนไทยฯ นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ มีมูลค่า ๘.๔๑ ล้านบาท หรือร้อยละ ๘.๕๙ (ภาพ ๔.๒) หรือมีอัตราส่วนการใช้ยาในต่อนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ประมาณ ๑๑:๑

ภาพ ๔.๒ มูลค่าการใช้ยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติของสถานีนามัย ๑,๖๕๑ แห่ง



แหล่งข้อมูล:ฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลของประชาชนในพื้นที่ (แฟ้มข้อมูลมาตรฐาน ๑๘ แฟ้ม) (ณ ๑ ต.ค. ๕๑-๓๐ มิ.ย. ๕๒) สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

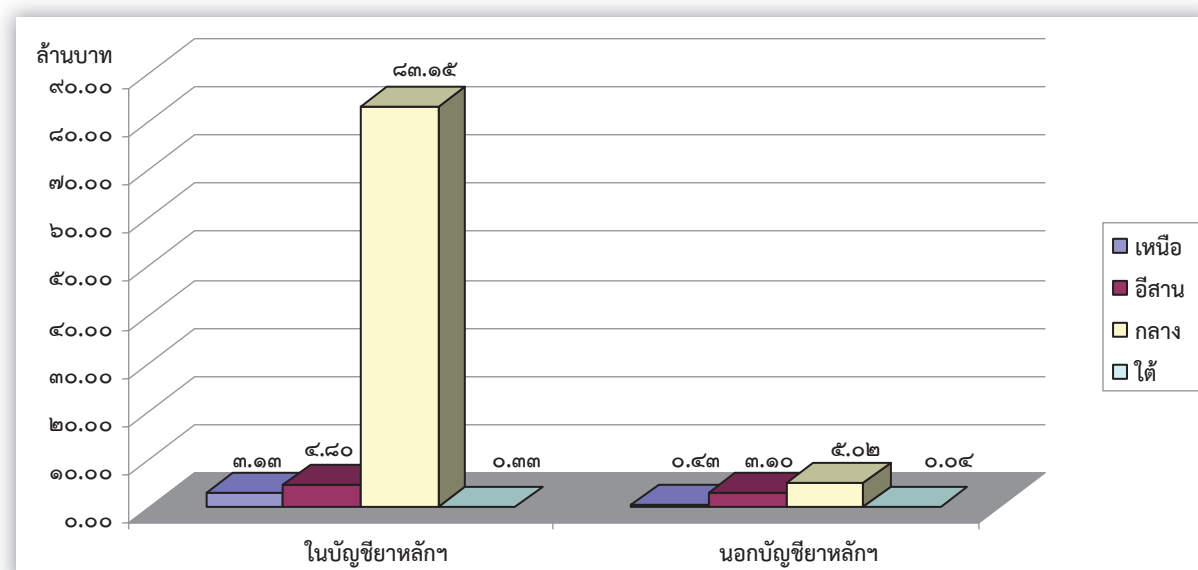
เมื่อนำมูลค่าการใช้ยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติของสถานีนามัย มาจำแนกรายภาค พบว่า ภาคกลางมีมูลค่าการใช้ยาแผนไทยฯ สูงสุดทั้ง ๒ ส่วน ๘๖.๓๙ ล้านบาท หรือร้อยละ ๘๘.๑๘ ของมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด โดยแยกเป็น ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ๘๑.๔๓ ล้านบาท (ร้อยละ ๘๓.๑๕) และยาแผนไทยนอกบัญชียาหลักฯ ๔.๙๖ ล้านบาท (ร้อยละ ๕.๐๒) รองลงมาเป็นภาคอีสาน รวมมูลค่าการใช้ยาทั้ง ๒ ส่วน ๓.๓๔ ล้านบาท (ร้อยละ ๓.๙๐) (ตาราง ๔.๑๑)

ตาราง ๔.๑๑ มูลค่าการใช้ยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติของสถานีนอนำมัย ๑,๖๕๑ แห่ง จำแนกรายภาค

ภูมิภาค (แห่ง)	มูลค่าในบัญชียาฯ ล้านบาท (ร้อยละ)	มูลค่านอกบัญชียาฯ ล้านบาท (ร้อยละ)	รวม
เหนือ	๓,๐๖๓,๓/๔๐.๓/๐ (๓.๑๓)	๔๑๖,๕๒๑.๖๘ (๐.๔๓)	๓,๔๘๐,๒๖๒.๓๘ (๓.๕๕)
อีสาน	๔,๓/๐๔,๔๖๓.๒๑ (๔.๘๐)	๓,๐๓๓,๑๙๐.๑๑ (๓.๑๐)	๗,๓/๔๑,๖๕๓.๓๒ (๗.๙๐)
กลาง	๘๑,๔๓/๓,๑๔๖.๒๖ (๘๓.๑๕)	๔,๙๒๒,๒๑๘.๑๖ (๕.๐๒)	๘๖,๓๕๕,๓๖๔.๔๒ (๘๘.๑๘)
ใต้	๓๒๓,๓๙๖.๙๖ (๐.๓๓)	๓๓,๘๖๖.๕๕ (๐.๐๔)	๓๖๑,๒๖๓.๕๑ (๐.๓๗)
รวม	๘๙,๕๖๔,๓/๕๑.๑๓ (๙๑.๔๑)	๘,๔๑๓,๓/๙๖.๕๐ (๘.๕๙)	๙๗,๙๗๘,๕๔๓.๖๓ (๑๐๐.๐๐)

แหล่งข้อมูล:ฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลของประชาชนในพื้นที่ (แฟ้มข้อมูลมาตรฐาน ๑๘ แฟ้ม) (ณ ๑ ต.ค. ๕๑-๓๐ มิ.ย. ๕๒) สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

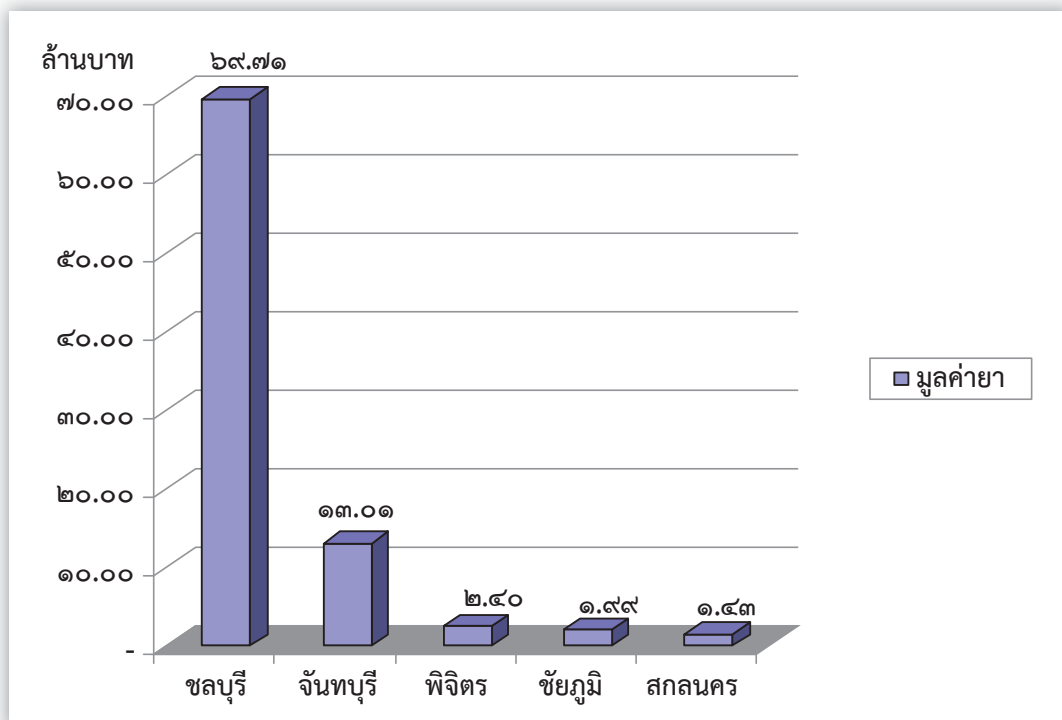
ภาพ ๔.๓ มูลค่าการใช้ยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติของสถานีนอนำมัย ๑,๖๕๑ แห่ง จำแนกรายภาค



แหล่งข้อมูล:ฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลของประชาชนในพื้นที่ (แฟ้มข้อมูลมาตรฐาน ๑๘ แฟ้ม) (ณ ๑ ต.ค. ๕๑-๓๐ มิ.ย. ๕๒) สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

มูลค่าการใช้ยาแผนไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรทั้งใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติในระดับจังหวัด ๕ จังหวัดที่มีการใช้สูงสุด พบว่า จังหวัดชลบุรีมีมูลค่าการใช้ยาแผนไทยฯ มากที่สุด ๖๙.๗๑ ล้านบาทของมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด รองลงมาเป็นจังหวัดจันทบุรี ๑๓.๐๑ ล้านบาท พิจิตร ๒.๔๐ ล้านบาท ชัยภูมิ ๑.๙๙ ล้านบาท และสกลนคร ๑.๔๓ ล้านบาทของมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด ตามลำดับ (ภาพ ๔.๔)

ภาพ ๔.๔ มูลค่าการใช้ยาแผนไทยและยาจากสมุนไพร จำแนกตามจังหวัดที่มีการใช้มาก



แหล่งข้อมูล:ฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลของประชาชนในพื้นที่ (แฟ้มข้อมูลมาตรฐาน ๑๘ แฟ้ม) (ณ ๑ ต.ค. ๕๑-๓๐ มิ.ย. ๕๒) สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จากการศึกษาทั้งสองนี้ มูลค่าการใช้ยาใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติค่อนข้างแตกต่างกัน สรุปได้ดังตาราง ๔.๑๒ โดยการใช้ยาสมุนไพรในสถานอนามัยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ ๙๑.๔ เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ทั้งนี้จะเห็นได้ในสถานบริการของรัฐ มูลค่าการใช้ยานอกบัญชียาหลักชาตินั้นสูงกว่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติเล็กน้อย อาจเป็นไปได้ว่ายาแผนไทยและยาจากสมุนไพรที่นิยมใช้ในบัญชียาหลักชาตินั้นมีเพียง ๑๒ รายการ (ตาราง ๔.๑๓) ซึ่งมีได้ครอบคลุมกลุ่มอาการของโรค สอดคล้องกับข้อมูลจากโครงการบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าในระบบบริการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน ปี ๒๕๔๙ สำรวจการใช้ยาของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐส่วนภูมิภาค จำนวน ๓๑๘ แห่ง พบว่ามียานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ๒๕ อันดับแรก (ตาราง ๔.๑๔) และยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรนอกบัญชียาหลักที่ใช้อยู่จำนวน ๖๕ ตำรับ (ตาราง ๔.๑๕, ตาราง ๔.๑๖) ซึ่งมากกว่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ จำนวน ๕๓ รายการ และสถานบริการหลายแห่งจัดหายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (บางแห่งผลิตเองและจำหน่ายให้สถานบริการอื่น) มาให้บริการสำหรับผู้รับบริการที่ต้องการและมีความพร้อมที่จะจ่ายค่ายาจากสมุนไพรด้วยตนเอง

ส่วนมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานอนามัย ส่วนใหญ่จะเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๔๑

ตาราง ๔.๑๒ ตารางเปรียบเทียบมูลค่าการใช้ยาใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติของสถานบริการภาครัฐ ตอบแบบสอบถามระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-กันยายน ๒๕๕๐ และสถานอนามัย (เพิ่มข้อมูลมาตรฐาน ๑๘ เพิ่ม ระหว่าง ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑-๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๒)

การใช้ยาสมุนไพร	สถานบริการภาครัฐ ล้านบาท/ปี (ร้อยละ)	สถานอนามัย ล้านบาท/๙ เดือน (ร้อยละ)
ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	๓๙.๔๓ (๔๗.๑๙)	๘๙.๕๖ (๙๑.๔๑)
ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	๔๔.๑๑ (๕๒.๘๑)	๘.๔๑ (๘.๕๙)

ตาราง ๔.๑๓ รายการยาจากสมุนไพรในบัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. ๒๕๕๙ ที่ใช้ในสถานบริการภาครัฐในส่วนภูมิภาค จำนวน ๓๑๘ แห่ง จำแนกตามรายการยาจากสมุนไพร

รายการยาจากสมุนไพร ในบัญชียาจากสมุนไพร	รวม (ร้อยละ)	แหล่งที่มา :				
		ผลิตเอง	รพ.รัฐ	องค์การ เภสัชฯ	รง.เอกชน	อื่นๆ
ยาสมุนไพรเดี่ยว						
๑. ขมิ้นชัน ^๑ (แคปซูล)*	๒๑๒ (๖๓.๓/)	๓๘	๓/๓	๘๑	๑๐	๑๐
๒. ฟ้าทะลายโจร ^๒	๑๙๒ (๕๓.๓/)	๓๖	๖๔	๓/๐	๑๔	๘
๓. ไพล ^๓ (GPO: ไพลจีจีซาล)**	๑๙๑ (๕๓.๔)	๓/๑	๔๘	๕๓	๑๒	๓/
๔. พญาขอ ^๔	๑๓/๙ (๕๓.๘)	๔๒	๖๓/	๕๓	๙	๘
๕. ชุมเห็ดเทศ	๔๓/ (๑๔.๑)	๑๐	๒๑	๘	๔	๔
๖. ชิง ^๕	๑๕ (๔.๕)	๒	๖	-	๒	๕
๓. พริก ^๖	๑๔ (๔.๒)	๑	๒	๕	๖	-
ยาสมุนไพรตำรับ						
๘. ยาประสมมะแว้ง ^๗ (GPO: ยาอมมะแว้ง)	๑๕๑ (๔๕.๓)	๒	๑๐	๑๑๘	๑๖	๕
๙. ยาประสมไพล	๒๔ (๓.๒)	๕	๑๒	-	๓/	-
๑๐. ยาหอมเทพจิตร	๑๙ (๕.๓/)	๕	๙	-	๓	๒
๑๑. ยาหอมนวโกฐ	๑๑ (๓.๓)	๓	๖	๒	-	-
๑๒. ยาจันทร์ลีลา	๙ (๒.๓/)	๓	๕	-	๑	-

หมายเหตุ: มีการใช้ยาสมุนไพรที่เป็นยาแผนปัจจุบันในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ ๑ รายการ คือ มะขามแขก^๘ ๓๙ (๑๑.๓) แห่ง (ผลิตเอง ๖ แห่ง, โรงพยาบาลรัฐ ๙ แห่ง, องค์การฯ ๖ แห่ง, โรงงานเอกชน ๑๕ แห่ง, อื่นๆ ๓ แห่ง)

ที่มา: การบูรณาการการแพทย์แผนไทย สถานการณ์การให้บริการการแพทย์แผนไทย, ๒๕๕๑: หน้า ๓/๓-๓/๔.

^๑ รูปแบบยาแคปซูล* ทั้งหมด

* เป็นรูปแบบยาที่กำหนดไว้ในบัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. ๒๕๕๙ ส่วนรูปแบบอื่นๆ นำมารวมไว้ด้วยเพราะเป็นยาที่โรงพยาบาลผลิตเองหรือซื้อจากโรงพยาบาลรัฐ

^๒ รูปแบบยาแคปซูล* ๑๘๘ แห่ง, เม็ด ๔ แห่ง

^๓ รูปแบบยาเป็นครีม* ๓/๔ แห่ง, น้ำมัน ๕๒ แห่ง, ยาหม่อง ๕๒ แห่ง, ขี้ผึ้ง ๑๓ แห่ง

^๔ รูปแบบยาเป็นครีม* ๓/๓ แห่ง, กลีเซอร์รีน ๔๓ แห่ง, ทิงเจอร์ ๒๖ แห่ง, ยาหม่อง ๒๓ แห่ง, คาลาไมน์ ๑๑ แห่ง, แคปซูล ๒ แห่ง และ โลชั่น ๑ แห่ง

^๕ รูปแบบยาเป็นชา

^๖ รูปแบบยาเป็นเจล**

^๗ รูปแบบยาเป็นเม็ด ๑๔๓/ แห่ง, น้ำเชื่อม ๔ แห่ง

^๘ มะขามแขก (senna) คือ ยาจากสมุนไพร เป็นยาแผนปัจจุบันในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ (ฉบับที่ ๔)

ตาราง ๔.๑๔ รายการยาจากสมุนไพรนอกบัญชียาหลักฯ ๒๕ อันดับแรกที่ใช้ในสถานบริการภาครัฐ
ในส่วนภูมิภาค จำนวน ๓๑๘ แห่ง จำแนกตามรายการยาจากสมุนไพร

รายการยาจากสมุนไพร นอกบัญชียาหลักฯ	รวม	แหล่งที่มา :				
		ผลิตเอง	รพ.รัฐ	องค์การ เภสัชฯ	รง.เอกชน	อื่นๆ
๑. เพชรสังฆาต	๑๑๓	๒๘	๕๙	๕	๑๓	๘
๒. ลูกประคบ [⊗]	๙๖	๖๓	๑๘	๒	๑	๑๒
๓. บอระเพ็ด	๖๕	๒๑	๓๑	-	๘	๕
๔. สมุนไพร อบตัว [⊗]	๕๑	๒๙	๑๒	-	๒	๘
๕. เจลว่านหางจระเข้	๕๐	๓	๒	๔๒	๒	๑
๖. เถาวัลย์เปรียง (แคปซูล)	๔๘	๑๑	๒๘	-	๓/	๒
๗. ชาคำฝอย	๔๘	๑๓	๒๓/	-	๔	๔
๘. หนุ้าหนวดแมว	๔๔	๑๒	๑๙	๓	๕	๕
๙. ยาสหัสธารา [⊗]	๔๒	๕	๒๘	-	๖	๓
๑๐. ชารางจืด	๔๑	๑๒	๑๙	-	๘	๒
๑๑. กระเทียมสกัด	๓๓/	๓	๖	๑๓	๑๓	๒
๑๒. มะระขี้นก	๓๓/	๙	๑๓/	-	๘	๓
๑๓. พิมเสนน้ำ	๓๔	๓๐	๔	-	-	-
๑๔. ยาริดสีดวงทวาร [⊗]	๒๖	๕	๑๖	-	๔	๑
๑๕. ส้มแขก	๒๒	๙	๙	-	๓	๑
๑๖. พริกไทย	๒๐	๙	๕	-	๕	๑
๑๗. หนุ้าดอกขาว	๒๐	๔	๑๓	-	-	๓
๑๘. ยาลดความอ้วน [⊗]	๒๐	๔	๑๑	๓	๑	๑
๑๙. โลชั่นตะไคร้หอม	๑๙	๕	๒	๑๐	๑	๑
๒๐. ยาธาตุบดเซย	๑๘	๙	๘	-	-	๑
๒๑. ยาอมสมุนไพรบ้วน	๑๘	๑	๖	๕	๖	๑
๒๒. ยารณีสันทฆาต [⊗]	๑๖	๓	๙	-	๔	-
๒๓. ชากระเจี๊ยบ	๑๖	๓	๙	-	๓	๑
๒๔. ชาหนุ้าปากกึ่ง	๑๖	๓	๙	-	๒	๒
๒๕. ว่านชักมดลูก	๑๕	๓/	๕	-	๓	-

⊗ เป็นยาดำรับ นอกนั้นเป็นยาสมุนไพรเดี่ยว

ที่มา: การบูรณาการการแพทย์แผนไทย สถานการณ์การให้บริการการแพทย์แผนไทย, ๒๕๕๑: หน้า ๓/๙-๘๐.

ตาราง ๔.๑๕ รายการยาสมุนไพรเดี่ยวที่เป็นยานอกบัญชียาหลักๆ ที่ใช้ในสถานบริการภาครัฐในส่วนภูมิภาค จำนวน ๓๑๘ แห่ง จำแนกตามรายการยาสมุนไพรเดี่ยวๆ

รายการยาสมุนไพรเดี่ยว ^๑ ที่เป็นยานอกบัญชียาหลักๆ	รวม	แหล่งที่มา :				
		ผลิตเอง	รพ.รัฐฯ	องค์การเภสัชฯ	รง.เอกชน	อื่นๆ
๑. เพชรสังฆาต	๑๑๓	๒๘	๕๙	๕	๑๓	๘
๒. บอระเพ็ด	๖๕	๒๑	๓๑	-	๘	๕
๓. เจลว่านหางจระเข้	๕๐	๓	๒	๔๒	๒	๑
๔. แคปซูลเถาวัลย์เปรียง	๔๘	๑๑	๒๘	-	๓/	๒
๕. ซาคำฝอย	๔๘	๑๓	๒๓/	-	๔	๔
๖. หญ้าหนวดแมว	๔๔	๑๒	๑๙	๓	๕	๕
๗. ชารางจืด	๔๑	๑๒	๑๙	-	๘	๒
๘. กระเทียมสกัด	๓๓/	๓	๖	๑๓	๑๓	๒
๙. มะระขี้นก	๓๓/	๙	๑๓/	-	๘	๓
๑๐. ส้มแขก	๒๒	๙	๙	-	๓	๑
๑๑. พริกไทย	๒๐	๙	๕	-	๕	๑
๑๒. หญ้าดอกขาว	๒๐	๔	๑๓	-	-	๓
๑๓. โลชั่นตะไคร้หอม	๑๙	๕	๒	๑๐	๑	๑
๑๔. ชากะเจี๊ยะ	๑๖	๓	๙	-	๓	๑
๑๕. ซาหญ้าปักกิ่ง	๑๖	๓	๙	-	๒	๒
๑๖. ว่านชักมดลูก	๑๕	๓/	๕	-	๓	-
๑๗. กระชายดำ	๑๔	๖	๕	-	๑	๒
๑๘. ยาแก้ไอมะขามป้อม	๑๓	๑	๙	-	๓	-
๑๙. ขี้เหล็ก	๑๐	๓	๕	-	๒	-
๒๐. ยาอมสมุนไพรกานพลู	๑๐	๑	๓/	-	๒	-
๒๑. ซาตะไคร้	๘	๓	๔	-	-	๑
๒๒. ซาใบเตย	๓/	๕	๒	-	-	-
๒๓. ยาอมมะนาว	๓/	๑	๑	-	๕	-

^๑ ยาสมุนไพรเดี่ยว หมายถึง ยาที่พัฒนาจากสมุนไพรที่มีตัวยาสำคัญ (active ingredient) เพียงชนิดเดียว ส่วนยาตำรับ หมายถึง ยาสมุนไพรที่มีตัวยาสำคัญ (active ingredients) หลายชนิดประกอบกัน

ตาราง ๔.๑๕ (ต่อ)

รายการยาสมุนไพรเดี่ยว ^๕ ที่เป็นยานอกบัญชียาหลักฯ	รวม	แหล่งที่มา :				
		ผลิตเอง	รพ.รัฐฯ	องค์การ เภสัชฯ	รง.เอกชน	อื่นๆ
๒๔. แก้ลมแก้พิษ	๕	๓	๑	-	-	๑
๒๕. ท้องพันชั่งทิงเจอร์	๕	๒	๓	-	-	-
๒๖. ผาง	๕	-	๓	-	-	๒
๒๗. หญ้าลูกใต้ใบ	๕	-	๑	-	๓	๑
๒๘. เถาเอ็นอ่อน	๔	-	-	-	๓	๑
๒๙. เจลพญู	๒	๑	-	๑	-	-
๓๐. กวาวเครือแดง	๒	-	-	-	๑	๑
๓๑. ครีมพญู	๒	๑	๑	-	-	-
๓๒. หนุมานประสานกาย	๒	๑	-	-	-	๑
๓๓. เจลข่า	๑	๑	-	-	-	-
๓๔. สลัดน้ำทะเลลาย	๑	-	-	-	-	๑
๓๕. กำแพง ๗ ชั้น	๑	-	-	-	-	๑
๓๖. กำลังเสือโคร่ง	๑	-	-	-	-	๑
๓๗. คาราโม้นพญู	๑	๑	-	-	-	-
๓๘. ม้ากระเทียมโรง	๑	-	-	-	-	๑
๓๙. อินทนิลน้ำ	๑	๑	-	-	-	-

ที่มา: การบูรณาการการแพทย์แผนไทย สถานการณ์การให้บริการการแพทย์แผนไทย, ๒๕๕๑: หน้า ๓๕-๓๖.

ตาราง ๔.๑๖ รายการยาตำรับนอกบัญชียาหลักๆ ที่ใช้ในสถานบริการภาครัฐในส่วนภูมิภาค จำนวน ๓๑๘ แห่ง จำแนกตามรายการยาตำรับฯ

รายการยาตำรับ ที่เป็นยานอกบัญชียาหลักๆ	รวม	แหล่งที่มา :				
		ผลิตเอง	รพ.รัฐฯ	องค์การ เภสัชฯ	รง.เอกชน	อื่นๆ
๑. ลูกประคบ	๙๖	๖๓	๑๘	๒	๑	๑๒
๒. สมุนไพรรอบตัว	๕๑	๒๙	๑๒	-	๒	๘
๓. ยาสหัสธารา	๔๒	๕	๒๘	-	๖	๓
๔. พิมเสนน้ำ	๓๔	๓๐	๔	-	-	-
๕. ยาริดสีดวงทวาร	๒๖	๕	๑๖	-	๔	๑
๖. ยาลดความอ้วน	๒๐	๔	๑๑	๓	๑	๑
๗. ยาธาตุอุบะ	๑๘	๙	๘	-	-	๑
๘. ยาอมสมุนไพรรบวัย	๑๘	๑	๖	๔	๖	๑
๙. ยาธรณีสังฆฆาต	๑๖	๓	๙	-	๔	-
๑๐. เหยือกปลาหมอ+พริกไทย	๑๔	๔	๕	-	๔	๑
๑๑. ยาแก้ไอ	๑๓	๔	๕	-	๒	๒
๑๒. ยาอายุวัฒนะ	๑๑	๔	๗	-	-	-
๑๓. ยาหม่องน้ำ	๑๑	๘	๒	-	-	๑
๑๔. ยาอมสมุนไพรรากพลู	๑๐	๑	๗	-	๒	-
๑๕. แชมพูสมุนไพรร	๗	๒	๓	-	๒	-
๑๖. น้ำมันเหลือง	๖	๔	๑	-	๑	-
๑๗. น้ำยาบ้วนปากฝรั่ง	๔	๒	-	๒	-	-
๑๘. ยาเบาหวาน	๔	๒	๑	-	-	๑
๑๙. มหาหิงค์	๓	-	-	-	๓	-
๒๐. ยาบำรุงน้ำนม	๓	๒	๑	-	-	-
๒๑. ยาอมรสลิ้ม	๒	-	-	-	๑	๑
๒๒. ยาตรีผลา	๒	๒	-	-	-	-
๒๓. สเปรย์ชะเอม	๑	๑	-	-	-	-
๒๔. โอสถทิพย์	๑	๑	-	-	-	-
๒๕. ยากวาดล้นขาวละออ	๑	-	-	-	๑	-
๒๖. น้ำมันเขียว	๑	๑	-	-	-	-

ที่มา: การบูรณาการการแพทย์แผนไทย สถานการณ์การให้บริการการแพทย์แผนไทย, ๒๕๕๑: หน้า ๗๗-๗๘.

๔.๒ การติดตามเพื่อเฝ้าระวังคุณภาพและความปลอดภัยในการใช้ยาจากสมุนไพร

สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในฐานะที่เป็นหน่วยงานหลักของกระทรวงสาธารณสุขในการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร ได้จัดทำโครงการเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาจากสมุนไพรโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านความปลอดภัย มีการติดตามเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจากสมุนไพรเดี่ยวและยาตำรับที่มีการสั่งใช้มาก ๑๑ รายการ ได้แก่ เพชรสังฆาต เถาวัลย์เปรียง มะระขี้นก ครีမ်บัวบก แคปซูลบัวบก รางจืด หญ้าหนวดแมว ยาสหัสธารา ยาธาตุบดเชย ยาริดสีดวงทวาร และยาบำรุงโลหิต โดยมีเภสัชกรหญิง ดร.อัญชลี จูฑะพุทธิ เป็นผู้วิจัยหลัก ทำงานวิจัยร่วมกับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ๑๐ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก โรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ โรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร โรงพยาบาลท่าแซะ จังหวัดชุมพร และโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง โดยมีวัตถุประสงค์หลัก ๓ ประการ

๑. เพื่อศึกษาลักษณะของอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาจากสมุนไพร ๑๑ รายการ ได้แก่ เพชรสังฆาต เถาวัลย์เปรียง มะระขี้นก ครีမ်บัวบก แคปซูลบัวบก รางจืด หญ้าหนวดแมว ยาสหัสธารา ยาธาตุบดเชย ยาริดสีดวงทวาร และยาบำรุงโลหิต เช่น เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับระบบย่อยอาหาร (เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง มวนท้อง เป็นต้น) หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่แสดงออกทางผิวหนัง (เช่น เกิดผื่นแดง ลมพิษ เป็นต้น) หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่นๆ
๒. เพื่อศึกษาอัตราการเกิด (หรือความถี่) ของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจากสมุนไพรว่า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มีโอกาสดังกล่าวเกิดขึ้นได้มากน้อยหรือบ่อยเพียงใด
๓. เพื่อนำเสนอข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเหล่านี้ต่อคณะทำงานคัดเลือกยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อประกอบการพิจารณาในการบรรจุยาจากสมุนไพรเหล่านี้เข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติต่อไป

นอกจากนี้ยังมีวัตถุประสงค์รองเพื่อสำรวจประสิทธิผลเบื้องต้นของยาจากสมุนไพรและความพอใจของผู้ป่วยต่อยาจากสมุนไพรอีกด้วย

ข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลเบื้องต้นด้านความปลอดภัยประกอบในการเสนอให้บรรจุยาจากสมุนไพรดังกล่าวเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติ และช่วยสร้างความมั่นใจแก่ประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ในการเลือกใช้หรือสั่งใช้ยาจากสมุนไพร ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพด้วยยาจากทรัพยากรสมุนไพรของประเทศและจากภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเพื่อทดแทนการใช้ยาแผนปัจจุบันที่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ

การเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้ยาจากสมุนไพร ในโครงการเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้ยาจากสมุนไพรของผู้มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เพื่อเสนอเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ มีวัตถุประสงค์ ๑) เพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสมุนไพร (Adverse Drug Reaction; ADR) ซึ่ง ADR จะหมายถึงความรวมถึงการแพ้ยา (Drug allergy) และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (Side effect) ด้วย และ ๒) เพื่อได้ข้อมูลความปลอดภัยในการใช้ยาสมุนไพร เพื่อนำเสนอเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ

ผลการประเมินอาการอันไม่พึงประสงค์เบื้องต้นที่พบในการร่วมโครงการของ โรงพยาบาลบางกระทุ่ม พิษณุโลก โรงพยาบาลอุ้มทอง สุพรรณบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปราจีนบุรี และโรงพยาบาลพล ขอนแก่น โรงพยาบาลทั้ง ๔ แห่ง พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ของยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมากที่สุด คือ เพชรสังฆาต ๖๘๒ ราย มะระขี้นก ๖๒๙ ราย สหสธารา ๕๓๘ ราย และเถาวัลย์เปรียง ๔๖๘ ราย ตามลำดับ ซึ่งยาสมุนไพรที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ สหสธารา เพชรสังฆาต มะระขี้นก เถาวัลย์เปรียง บัวบก (ตาราง ๔.๑๓)

การติดตามอาการไม่พึงประสงค์ของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ ขมิ้นชัน ชิมเห็ดเทศ ฟ้าทะลายโจร บัวบก ไพล พริก และพญายอ ซึ่งพบอาการไม่พึงประสงค์ของครีมบัวบก ๑ ราย (ตาราง ๔.๑๓)

การประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสมุนไพรที่ก่อให้เกิดอาการข้างเคียงอาการผิดปกติที่พบจากการศึกษา ได้แก่

เพชรสังฆาต อาจเกิดอาการแสบมวนท้อง จุกแน่นหน้าอก คลื่นไส้ ใจสั่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ

มะระขี้นก อาจเกิดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ ท้องเดิน ท้องผูก ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ปากลิ้นชา

เถาวัลย์เปรียง อาจเกิดอาการปวดหัว ปากคอแห้ง ท้องอืด ท้องผูก

สหัชธารา อาจเกิดอาการปากแห้ง คอแห้ง แผลร้อนใน ร้อนตามลำตัว
เบื่ออาหารท้องเสีย/สลับท้อง ฝืนแดง/มีตุ่มคัน เวียนศีรษะ ง่วงนอน นอนไม่หลับ

ตาราง ๔.๑๓ จำนวนผู้ป่วยที่มีการติดตามและเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสมุนไพร

รายการยาจากสมุนไพร	จำนวนผู้ป่วย (จำนวนราย)	จำนวนผู้ป่วย ADR (ราย/ร้อยละ)
นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ		
๑. เพชรสังฆาต (แคปซูล)	๖๘๒	๑๙/๒.๓/๙
๒. เถาวัลย์เปรียง (แคปซูล)	๔๖๘	๑๔/๒.๙๙
๓. มะระขี้นก (แคปซูล)	๖๒๙	๑๔/๒.๒๓
๔. สหัชธารา (แคปซูล)	๕๓/๘	๓๘/๖.๕๓/
๕. ครีมน้ำมัน	๑๒๙	๐
๖. รวงจืด (แคปซูล)	๑๒๐	๐
๗. หญ้าหนวดแมว (ยาชง)	๕๐	๐
๘. ยาราดูบเซย	๑๕๐	๐
๙. บัวบก (แคปซูล)	๓๑๐	๑๘/๑๐.๐๐
๑๐. ชารวงจืด	๕๐	๐
๑๑. ชาชงหญ้าหนวดแมว	๑๐๐	๐
ในบัญชียาหลักแห่งชาติ		
๑๒. ขมิ้นชัน (แคปซูล)	๓๐๐	๐
๑๓. ชิง (แคปซูล)	๑๕๐	๐
๑๔. พื้ทะลายโจร (แคปซูล)	๒๘๐	๐
๑๕. ยาชงชุมเห็ดเทศ	๑๑๐	๐
๑๖. บัวบกครีม	๑๐๐	๑/๐.๙๑
๑๗. ไฟล	๑๒๐	๐
๑๘. พญายอ	๒๒๐	๐

ที่มา: การจัดการความรู้ยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน, ๒๕๕๒ : หน้า ๘๙-๑๐๘.

จะเห็นได้ว่าผลการศึกษา พบอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาจากสมุนไพรไม่รุนแรง ส่วนใหญ่เป็นอาการที่มีในมอนอกราฟ (Monograph) ของสมุนไพรแต่ละชนิดอยู่แล้ว และมีการปรับวิธีการได้รับยา หรือปรับปรุงรูปแบบของยาให้เหมาะสม นอกจากนี้ปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาจากสมุนไพรที่พบบ่อย อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน อาจเกิดอันตรกิริยาต่อกัน (interaction) ระหว่างยาแผนปัจจุบันและยาจากสมุนไพร (drug-herb interaction) อาการที่เกิดขึ้นก็ไม่แน่ใจว่าเป็นอาการจากยาแผนปัจจุบัน ยาจากสมุนไพรที่ได้รับ อย่างไรก็ดีอย่างหนึ่ง หรือเกิดจากปฏิกิริยาต่อกันของยาทั้งสอง

อาการไม่พึงประสงค์ของบัวบกที่ผิว หรือจากการใช้ยาสมุนไพรอาการอื่นที่ไม่รุนแรง พบว่ามีข้อจำกัด คือ การรายงานเป็นแบบสมัครใจของผู้บริโภค (Consumer report) ทำให้ข้อมูลที่ได้ยังไม่สมบูรณ์

บทที่



กฎหมายการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน

๕.๑ ตำรับตำราการแพทย์แผนไทย

๕.๒ กฎมปฏญการแพทย์พื้นบ้านภาคเหนือ

๕.๓ กฎมปฏญการแพทย์พื้นบ้านภาคอีสาน

๕.๔ กฎมปฏญการแพทย์พื้นบ้านภาคกลาง

๕.๕ กฎมปฏญการแพทย์พื้นบ้านภาคใต้

๕.๖ กฎมปฏญท่งถิ่นด้านสุขภาพกับระบบสุขภาพภาคประชาชน



ตำรับตำราการแพทย์แผนไทย

ตำรับตำราการแพทย์แผนไทยเป็นวิทยาการแขนงหนึ่งที่ใช้ในการดูแลสุขภาพ
สุขภาพของผู้คนในสังคมไทย ซึ่งบรรพชนศึกษาเรียนรู้จากธรรมชาติรอบตัว รวมทั้ง
รับอิทธิพลจากชาติที่มีวัฒนธรรมสูงกว่า เช่น อินเดีย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข
ให้เหมาะสมกับสภาพสังคมของไทย จนเกิดเป็นภูมิปัญญาของสังคมแล้วนำมาถ่ายทอด
สู่ชนรุ่นด้วยวิธีมุขปาฐะในเบื้องต้นจนกลายเป็นทักษะ ต่อมาเมื่อสังคมมีความเจริญ
ก้าวหน้า มีตัวอักษรใช้สำหรับสื่อสารเรื่องราวต่างๆ ได้ และสามารถผลิตวัสดุรองรับ
การจดบันทึกได้ดียิ่งขึ้น ก็นำภูมิความรู้เหล่านั้นมาจดบันทึกไว้ในวัสดุรองรับที่สังคมผลิต
ขึ้นได้ในเวลานั้นๆ จนกลายเป็นวรรณกรรมลายลักษณ์ เมื่อวันเวลาล่วงเลยผ่านไปเป็น
ร้อยเป็นพันปี วิทยาการของบ้านเมืองเจริญก้าวหน้าขึ้น รวมทั้งสภาพสังคมเปลี่ยนแปลง
ไป ทำให้สังคมมีการผลิตวัสดุรองรับการจดบันทึกเรื่องราวอย่างใหม่ขึ้นใช้แทนวัสดุ
แบบเดิม วัสดุที่ใช้จดบันทึกเรื่องราวในอดีตจึงได้รับการขนานนามในปัจจุบันว่า
เอกสารโบราณ

เอกสารโบราณที่ใช้บันทึกตำราการแพทย์แผนไทย

เอกสารโบราณที่ใช้บันทึกตำราการแพทย์ของสังคมในพื้นที่ประเทศไทย ปรากฏ
หลักฐานมาก่อนสมัยสุโขทัย ตั้งแต่พุทธศตวรรษที่ ๑๔ สามารถจัดแบ่งเป็นกลุ่มตาม
ลักษณะวัสดุได้ ๓ ประเภท คือ จารึก หนังสือสมุดไทย และคัมภีร์ใบลาน



๑. จารึก

คือ เอกสารที่มีรูปรอยอักษรซึ่งสำเร็จด้วยกรรมวิธีจารึก ปรากฏเป็นร่องลึกลงไปบนเนื้อวัตถุต่างๆ ที่เป็นธรรมชาติ มีความคงทน ถาวรและแข็งแรง สามารถมีอายุอยู่ได้ยืนนาน เช่น จารึกบนผนังถ้ำ ศิลารจารึก จารึกแผ่นไม้ จารึกฐานพระพุทธรูป จารึกกรอบประติมากรรมหินต่างๆ ตลอดจนนำวัสดุมีค่ามาตีแผ่ให้เป็นแผ่น มีลักษณะรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้าเหมือนใบลาน แล้วเรียกชื่อตามวัสดุว่า **จารึกลานทอง จารึกลานเงิน หรือจารึกลานทองแดง** เป็นต้น จารึกแต่ละชิ้นต่างก็มีหน้าที่และความสำคัญ กล่าวคือ ตัวอักษรที่ใช้ถ่ายทอดภาษาเพื่อการสื่อสารในจารึก บอกให้เราทราบว่า จารึกแต่ละหลักทำหน้าที่เป็นบันทึกประกาศเกียรติคุณหรือเผยแพร่หลักธรรมความรู้ของสังคม โดยจารึกบางหลักอาจบอกวัตถุประสงค์ของผู้สร้างจารึก ทำให้เราสามารถศึกษาประวัติศาสตร์จากจารึกแต่ละชิ้นได้จากอักษร ภาษา และเนื้อหาสาระ ซึ่งสามารถสะท้อนภาพของกลุ่มชนในสังคม ประวัติศาสตร์ อารยธรรม ศิลปวัฒนธรรม ตลอดจนลัทธิความเชื่อและขนบธรรมเนียมประเพณีในการดำรงชีวิตของคนในสังคมได้ แม้จารึกบางหลักจะมีบันทึกเพียงเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพียงเรื่องเดียว โดยไม่ได้บอกนามผู้สร้างและผู้จารึก แต่จารึกนั้นก็สามารถสะท้อนประวัติศาสตร์ด้านอักษร ภาษา คติความเชื่อ และภูมิรู้ของแต่ละสังคมได้อยู่ดี



จารึกด่านประคำ



ปราสาทหินพิมาย

จารึกที่บันทึกตำราการแพทย์แผนไทย

บริเวณพื้นที่ประเทศไทยพบจารึกที่บันทึกหลักฐานเกี่ยวกับตำราตำรายาตามปราสาทหินที่ทำหน้าที่เป็นอาโรคยศาลา หรือสถานพยาบาลของสังคมตั้งแต่พุทธศตวรรษที่ ๑๔ ซึ่งเป็นความเจริญของอาณาจักรขอมที่แผ่อิทธิพลทางการเมืองและวัฒนธรรมมาครอบคลุมดินแดนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ตอนบนของประเทศไทยในสมัยพระเจ้าชัยวรมันที่ ๗ ได้มีการสร้างอาโรคยศาลา หรือสถานพยาบาล กระจายทั่วพระราชอาณาจักร จำนวน ๑๐๒ แห่ง เพื่อพระราชทานเป็นการกุศลแก่ประชาชนทั่วไป พร้อมกับการสร้างอาโรคยศาลาแต่ละแห่ง ได้มีการสร้างจารึกควบคุมไว้ด้วย ปัจจุบันพบจารึกอาโรคยศาลา ในบริเวณประเทศไทยแล้วจำนวนประมาณ ๑๐ หลัก เรียกชื่อตามแหล่งที่พบว่า จารึกปราสาท จารึกด่านประคำ จารึกพิมาย และจารึกกุโพนระฆัง เป็นต้น จารึกเหล่านี้มักทำเป็นทรงกระโจมหรือทรงยอ มีจารึกข้อความ ๔ ด้าน มีเนื้อหาว่าด้วยการประกาศเกียรติคุณในพระเจ้าชัยวรมันที่ ๗ ที่ทรงสร้างอาโรคยศาลาและพระโพธิสัตว์ไภษัชยสุต พร้อมด้วยรูปพระชินอรหันต์ทั้งสอง ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณด้านการรักษาผู้เจ็บป่วย พร้อมทั้งบอกการบริหารจัดการอาโรคยศาลาแต่ละแห่งอย่างมีระบบตามสภาพของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง ซึ่งมีขนาดเล็กใหญ่ไม่เท่ากัน ดังนั้นจึงมีจำนวนแพทย์และเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลแต่ละแห่งไม่เท่ากัน รวมทั้งการพระราชทานวัตถุสิ่งของ เสนียงอาหาร ตลอดจนเครื่องมือยา

สมุนไพรมิใช่เท่านั้น จารึกที่อาโรคยศาลาบันทึกข้อความด้วยอักษรขอมโบราณ ภาษาสันสกฤต และภาษาเขมร เมื่อแปลเนื้อหาในจารึกดังกล่าวแล้ว ปรากฏเนื้อความที่น่าสนใจในด้านที่ ๒-๓ ดังข้อความจารึกปราสาท^๑ พบที่ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ที่มีเนื้อหาสมบูรณ์ไม่ชำรุดเลือนหาย กล่าวว่

ด้านที่ ๒

- โคลกที่ ๑** โรคทางร่างกายของปวงชนนี้ เป็นโรคทางจิตใจที่เจ็บปวดยิ่ง เพราะความทุกข์ของราษฎร แม้มิใช่ความทุกข์ของพระองค์ แต่เป็นความทุกข์ของเจ้าเมือง
- โคลกที่ ๒** พระองค์พร้อมด้วยแพทย์ทั้งหลาย ผู้แก้ลั้วกล้า และคงแก่เรียน ในอายุรเวท และอัสตรเวท ได้ผ่าตัดรู้ คือโรคของประชาชน ด้วยอาวุธ คือ เกษัษ
- โคลกที่ ๓** เมื่อพระองค์ได้ชำระโทษของประชาชนทั้งปวงโดยรอบแล้ว ได้ชำระโทษแห่งโรคทั้งหลาย เพราะโทษแห่งยุค
- โคลกที่ ๔** พระองค์ได้สร้างโรงพยาบาล และรูปพระโพธิสัตว์ไภษัชยสุต พร้อมด้วยรูปพระชินีรศทั้งสองโดยรอบ เพื่อความสงบแห่งโรคของประชาชนตลอดไป
- โคลกที่ ๕** พระองค์ได้สร้างโรงพยาบาลหลังนี้ และรูปพระโพธิสัตว์ไภษัชยสุต พร้อมด้วยวิหารของพระสุตด้วยดวงจันทร์ คือ พระหฤทัยในท้องฟ้า คือ พระวรกายอันละเอียดอ่อน
- โคลกที่ ๖** พระองค์ได้สร้างรูปจำลองของพระไวโรจนชินเจ้าที่ขึ้นต้นด้วยสุริยะและจันทร์อันงดงามนี้ ให้เป็นผู้นำลายโรคแห่งประชาชนผู้มีโรคทั้งหลายในที่นี้
- โคลกที่ ๗** เพื่อการรักษาพยาบาลในที่นี้ จึงให้มีผู้ดูแลสี่คน แพทย์สองคน บรรดาคนที่สามคือจะเป็นบุรุษคนที่หนึ่ง หรือสตรีสองคน เป็นผู้ให้สถิติ

^๑ จารึกในประเทศไทย เล่ม ๔ อักษรขอมพุทธศตวรรษที่ ๑๗-๑๘. หอสมุดแห่งชาติ กรมศิลปากร พิมพ์เผยแพร่ พุทธศักราช ๒๕๒๙, หน้า ๒๔๑-๒๔๒.

- โคลกที่ ๘ ผู้มอบโรงพยาบาลหลังนี้ ได้แต่งตั้งให้บุรุษสองคนเป็นผู้ดูแลรักษาทรัพย์เป็นผู้จ่ายยา เป็นผู้รับข้าวเปลือกและฟืน
- โคลกที่ ๙ ส่วนบุรุษสองคนเป็นผู้หุงต้ม เป็นผู้ดูแลรักษาและจ่ายน้ำ ในที่นี้ เป็นผู้หาดอกไม้และหญ้าบูชาญาณ และเป็นผู้ทำความสะอาดเทวสถาน
- โคลกที่ ๑๐ บุรุษสองคนเป็นผู้จัดพลีทาน เป็นผู้ทำบัตร และจ่ายบัตรสลาก และเป็นผู้หาฟืนเพื่อต้มยา
- โคลกที่ ๑๑ บุรุษทั้งสิบสี่คน เป็นผู้ดูแลรักษาโรงพยาบาล และเป็นผู้ส่งยาแก่แพทย์ จึงรวมเป็นยี่สิบสองคน
- โคลกที่ ๑๒ บรรดาบุคคลเหล่านั้นกับบุรุษคนหนึ่งและสตรีคนหนึ่ง แต่ละคน เป็นผู้ให้สถิติ ส่วนสตรีอีกหกคนเป็นผู้โม่เภสัช ที่สันดาบด้วยน้ำ

ด้านที่ ๓

- โคลกที่ ๑ ส่วนสตรีสองคนเป็นผู้ตำข้าว รวมสตรีเหล่านั้นเป็นแปดคน บรรดาสตรีเหล่านั้นเป็นผู้ให้สถิติ แต่ละวันใช้สตรีสองคน
- โคลกที่ ๒ ส่วนบุรุษธุรการนั้นรวมกันได้สามสิบสองคน รวมคนทั้งหมดเป็นเก้าสิบแปดคน ซึ่งเป็นผู้เสมอด้วยผู้ให้สถิติ
- โคลกที่ ๓ ข้าวสารสำหรับเป็นเครื่องบูชาเทวรูป วันละหนึ่งโถระทุกวัน เครื่องพลีทานที่เหลือ ฟึ่งให้แก่ผู้มีโรคทุกวัน
- โคลกที่ ๔ ทุกปี สิ่งนี้ควรถือว่าเอามาจากคลังของพระราชาสยามเวลา แต่ละอย่างควรให้ในวันเพ็ญ เดือนจัตรา และในพิธีศราท ในกาลที่พระอาทิตย์คล้อยไปทางทิศเหนือ
- โคลกที่ ๕ เครื่องนุ่งห่มที่มีชายเป็นสีแดงหนึ่งผืน ผ้าสีขาวหกผืน อาหารโคสองปละ เทียนไขห้าปละ และกฤษณากี่เท่ากัน เป็นสิ่งที่ควรให้ทุกวัน
- โคลกที่ ๖ เทียนซีผึ้งอีก ๓ ปละ (คือ หนึ่งปละ ห้าปละ และหนึ่งปละ) น้ำผึ้งสี่ปรัสสะ และน้ำมันสามปรัสสะ เป็นสิ่งที่ควรให้ทุกวัน
- โคลกที่ ๗ เนยใสหนึ่งปรัสสะ กล้วยที่ทำให้ร้อนด้วยพริกผงและบุณนาคก็เท่ากันแต่ละอย่างหนักสองบาท และจันทน์เทศสามผล

- โคลกที่ ๘ มหาหิงคุ์ เกลือ ผลกระวานเล็ก และกำยาน แต่ละอย่างหนัก
หนึ่งบาท ห้า _ _ _ _ _ น้ำตาลกรวดสองปละ
- โคลกที่ ๙ แต่ละอย่างมีสัตรีที่ชื่อว่า เหลือบนับให้ได้ห้าตัว ไม้จันทน์
ยางสนชั้นและเมล็ดธัญี ดอกไม้หนึ่งร้อยดอก รวบรวมให้ได้หนึ่ง
ปละ
- โคลกที่ ๑๐ _ _ _ _ _ พริกไทย _ _ _ _ _ แต่ละอย่างสองปรัสสะ
และผักทอดยอดสองสรปะ
- โคลกที่ ๑๑ อบเชยหนึ่งกำมือครึ่ง ส่วนใบไม้กำหนดให้มี สี่สิบใบ ทารวเจ
สอง แต่ละอย่างให้หนักหนึ่งปละครึ่ง
- โคลกที่ ๑๒ น้ำกระเทียมและเปลือกของมัน ตามที่กำหนดไว้ มิตรเทวะ^๒
กำหนดไว้หนึ่งบาทกับหนึ่งปละ

นอกจากจารึกอาโรคยศาลาแล้ว ไม่พบหลักฐานการจารึกตำรายาหรือตำราการ
แพทย์ในศิลาจารึกอีก จนกระทั่งสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ รัชกาลที่ ๒ ปรากฏการจารึก
ตำรายาเพื่อเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนที่ **วัดราชโอรสารามราชวรวิหาร** โดยสมเด็จพระเจ้า
ลูกยาเธอ กรมหมื่นเจษฎาบดินทร์ฯ ตามคำบอกเล่าของผู้สูงอายุเชื่อว่าแต่เดิมมี
มากกว่า ๑๐๐ แผ่น ปัจจุบันเหลือติดประดับผนังระเบียงพระวิหารอยู่เพียง ๕๐ แผ่น
เท่านั้น^๓

ต่อมาเมื่อสมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอ กรมหมื่นเจษฎาบดินทร์ฯ ได้ขึ้นครองราชย์
เป็นพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวแล้ว ได้โปรดให้บูรณะปฏิสังขรณ์วัดโพธิ์จน
แล้วเสร็จ โดยข้าราชการบริพารได้พร้อมใจกันดูแลรับผิดชอบปฏิบัติหน้าที่ด้านต่างๆ โดย
เฉพาะหมอยาชื่อ พระยาบำเรอราช ได้มีบัญชาให้พนักงานหาตำรายาดีมาตรวจชำระ
แล้วจารึกไว้เป็นทานแก่ประชาชน ดังความ

^๒ ไม่ทราบความหมายภาษาไทย จึงขอแปลทับศัพท์ ตามรูปศัพท์ มิตรเทวะ แปลว่า เทวดา ผู้เป็นมิตร แต่ในที่นี้
น่าจะเป็นชื่อเครื่องยาโบราณ จึงไม่ทราบความหมาย

^๓ จารึกตำรายาวัดราชโอรสารามราชวรวิหาร. กรมศิลปากรจัดพิมพ์เผยแพร่ พ.ศ. ๒๕๔๕, หน้า ๑๘.



จาริกตำรายา ซึ่งติดอยู่บนผนังระเบียงพระวิหารพระพุทธไสยาสน์
ในวัดราชโอรสารามราชวรวิหาร



แผ่นศิลาจาริกตำรายา
วัดราชโอรสารามราชวรวิหาร

“พระบำเรอราชผู้
รู้รอบรู้รักษา
บรรหารพนักงานหา
จำหลักลักษณผาพื้น

แพทยา ยิ่งฤา
โรคพื้น
โอสถ ประสิทธิ์เอย
แผ่นไว้ทานหลัง”^๔

นอกจากนั้นความในโคลงด้นปฏิสังขรณ์วัดพระเชตุพนนี้ ยังได้แสดงเนื้อหาความรู้ทั้งหลายที่จารึกไว้รอบฝาผนัง โดยเฉพาะเรื่องตำรับตำรายาแผนไทย ประกอบด้วยเรื่องต่างๆ ดังนี้

“ — — —
แผนนวดนักรูปหก
ทวาทศทรมิชยก
สิ่วพรรณนโรครู้

สิบผู้
อย่างยักษ์ ยลพ่อ
ยอดขึ้นเดียวแสดงฯ

^๔ ปรมาณูชิตชินโนรส, สมเด็จพระมหาสมณเจ้า กรมพระยา, โคลงด้นปฏิสังขรณ์วัดพระเชตุพน, กองทุนสมเด็จพระสังฆราช ๑๗ พิมพ์ประกาศเกียรติคุณในงานฯ ๒๐๐ ปี สมเด็จพระ กรมพระปรมาณูชิตชินโนรส” ๑๑ ธันวาคม ๒๕๓๓ งานวันอดีตเจ้าอาวาสวัดพระเชตุพน ๗ ธันวาคม ๒๕๓๓, หน้า ๙๗.



“จารึกวัดโพธิ์” แผ่นศิลาจารึกตำรายา
วัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามราชวรมหาวิหาร



วัดโพธิ์

ผีประชุมรูปหนึ่งนั้น แบบรูปชัลดูกนับ วิธีที่บังคับ จากฤคพาแผ่นไว้ — — — อีกรูปแม่ชีอรจ กุมารก็มีหมด สิ่งละสิบสี่ให้ สิบสองละบองบอกเปื่อง แสดงรูปเรียกราหุ — — —	แนะนำ หนึ่งใช้ ขานเรื่อง อ่านแล้วทุกอันฯ เราไว้ หมายโรค แพทย์รู้ดูแผนฯ แบบครู ทั่วทั้ง
---	--

ต่อจากรัชกาลพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวแล้ว ไม่ปรากฏหลักฐาน
การจารึกตำรับตำรายาในแผ่นศิลาจารึกอีกเลย

^๕ เรื่องเดิม, หน้า ๓๖-๓๗.

๒. หนังสือสมุดไทย

คือ เอกสารโบราณที่บันทึกข้อมูลความรู้บนกระดาษแบบไทยที่ทำมาจากเยื่อเปลือกไม้ เช่น เปลือกต้นข่อยหรือปอสา ผ่านกรรมวิธีตีและหมักหลายขั้นตอนจนสามารถหล่อเป็นแผ่นกระดาษยาวติดต่อกัน แล้วนำมาพับกลับไปกลับมาให้เป็นเล่มสี่เหลี่ยมผืนผ้าหนาหรือบางก็ได้ตามความประสงค์ของผู้ใช้ โดยไม่ต้องใช้วิธีการเย็บเหมือนปัจจุบัน หนังสือสมุดไทยส่วนใหญ่มีขนาดกว้าง ๑๐-๑๕ เซนติเมตร ยาว ๓๐-๔๐ เซนติเมตร

สมุดไทยมี ๒ สี คือ สีดำกับสีขาว **สมุดไทยสีขาว** เป็นสีธรรมชาติของเปลือกไม้ ส่วน**สมุดไทยสีดำ** เกิดจากการลบสมุดด้วยเขม่าผสมแป้งเปียกตากจนแห้งสนิท ทั้งสมุดไทยขาวและสมุดไทยดำ สามารถนำมาเป็นวัสดุรองรับการเขียน หรือชุบ^๖ ลายลักษณ์อักษรได้ทั้งด้านหน้า ซึ่งมีคำเรียกเฉพาะปรากฏในต้นฉบับว่า **“หน้าตัน”** และด้านหลังของเล่มสมุด ซึ่งมีคำเรียกว่า **“หน้าปลาย”** ชาวบ้านทั่วไปมักเรียกสมุดไทยว่า **“สมุดข่อย”** เพราะทำมาจากเปลือกของต้นข่อย ส่วนภาคใต้มักเรียกสมุดไทยเป็นคำสั้นๆ ตามสีของสมุดว่า **“budดำ budขาว”** ส่วนภาคเหนือมักเรียกว่า **“พับสา”** เนื่องจากวัสดุที่นำมาใช้ทำสมุดมาจากพันธุ์ไม้ที่มีมากในท้องถิ่นนั้น คือ ต้นปอสา ซึ่งสามารถนำมาหล่อเป็นกระดาษแล้วนำมาพับกลับไปมาให้เป็นเล่มสมุดได้เช่นกัน

การใช้ประโยชน์จากหนังสือสมุดไทยเพื่อรองรับการจดบันทึกสาระเรื่องราวต่างๆ ของบรรพชน ทำให้สามารถจำแนกลักษณะของหนังสือสมุดไทยได้ ๒ สถานภาพ คือ เป็นหนังสือสมุดไทยฉบับหลวงและหนังสือสมุดไทยฉบับราษฎร์ หรือฉบับเชลยศักดิ์

หนังสือสมุดไทยฉบับหลวง

เป็นหนังสือที่พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้เจ้าหน้าที่กรมอาลักษณ์ราชบัณฑิตชุบเส้นตัวอักษรและตรวจทานหลายครั้งจนถูกต้องดีแล้ว ลักษณะของต้นฉบับหนังสือสมุดไทยที่เป็นฉบับหลวงมักมีลักษณะใกล้เคียงกัน ดังนี้คือ

๑. มีบานแพนบกบอกวัน เดือน ปี ที่ชุบเส้นตัวอักษร มีรายชื่ออาลักษณ์ผู้ชุบเส้นตัวอักษรและผู้ตรวจทานหนังสือเล่มนั้น ซึ่งเป็นรายละเอียดบอกประวัติความเป็นมาและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับหนังสือเล่มนั้น เช่น

^๖ การเขียนตัวอักษรด้วยการใช้ปากกาชุบ (จุ่ม) ลงไปในน้ำหมึก แล้วเขียนให้มีเส้นหนาและบางสลับกันในอักษรแต่ละตัว



หนังสือสมุดไทยที่บันทึกตำรายา
ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ ๕

“๑ ศุภมัศดุ ลุคักราช ๑๒๓๒... ข้าพระพุทธเจ้าพระเจ้าราชวรวงษ์เธอ กรมหมื่นอักษรสาสนโสภณ แลหลวงสารประเสริฐ นายขันเปรี๊ญ ได้ชำระตรวจตัวอักษรถูกต้องแล้ว จัดขุนหมื่นราชบัณฑิตย เขียนอักษร ขอมเส้นทอง หมื่นนิพนธ์ไพเราะ ขุนอักษรไทยเส้นหรดาล ทูลเกล้าฯ ถวาย ข้าพระพุทธเจ้าขุนปฏิภาณพิจิตร ขุนสุวรรณอักษร ได้สอบทาน ถูกต้องตามฉบับ ฯ

๑ พระคำภีร์กระไสย เล่ม ๑ โดยสังเขป ฯ ๑๓^๗

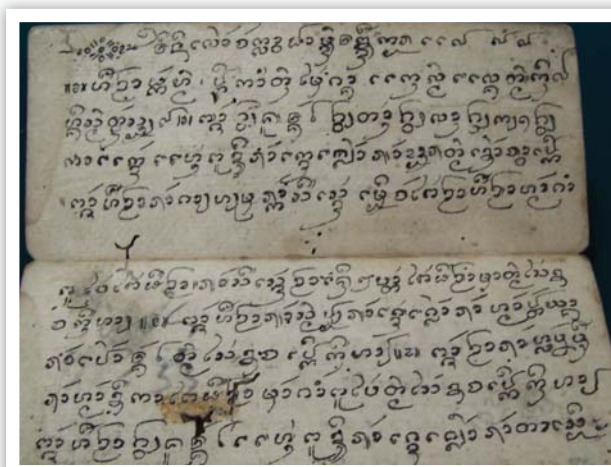
๒. เส้นตัวอักษรที่ปรากฏมักเป็นเส้นที่คมชัด เช่น เส้นหรดาล หรือเส้นทอง แต่หนังสือบางเล่ม เช่น ตำราพิไชยสงครามฉบับรัชกาลที่ ๑ ขุดเส้นตัวอักษรข้อความบานแพนกด้วยเส้นหรดาล ส่วนเนื้อเรื่องใช้เส้นทอง

^๗ ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ ๕ เล่ม ๑, คณะกรรมการฝ่ายประมวลเอกสารและจดหมายเหตุใน คณะอำนวยการจัดงานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ จัดพิมพ์เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคล เฉลิมพระชนมพรรษา ๖ รอบ ๕ ธันวาคม ๒๕๔๒, หน้า ๑๑.

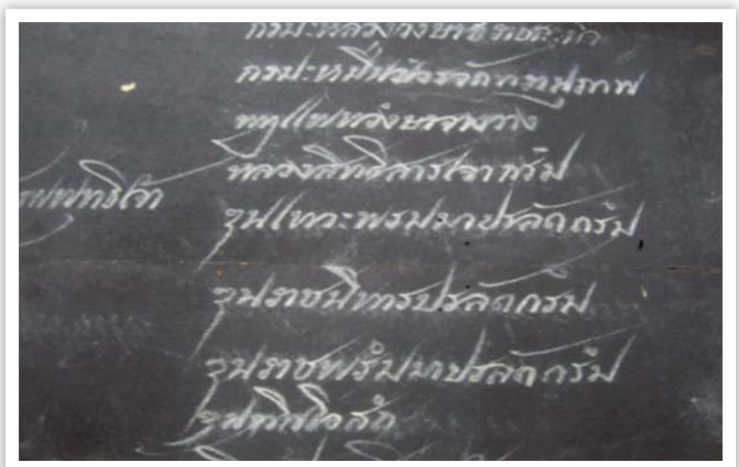
๓. การบันทึกข้อความในหนังสือสมุดไทย มักจะเขียนหน้าละ ๔ บรรทัดเท่านั้น ด้วยลายมือที่ชัดเจน อ่านง่าย สวยงาม มีช่องไฟสม่ำเสมอ ตามแบบแผนมาตรฐานลายมือของกรมอาลักษณ์
๔. หนังสือบางชุดอาจมีการประทับตราสำคัญไว้เป็นหลักฐานเพื่อยืนยันว่าเป็นฉบับหลวงที่ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้สร้างขึ้น เช่น กฎหมายตราสามดวง ต้องมีตราราชสีห์ คชสีห์ และบัวแก้ว ประทับไว้ในเล่ม และมีข้อความในประวัติความเป็นมาของหนังสือเล่มนี้ แจกให้ผู้ใช้ทราบโดยทั่วกัน
๕. มักจดบันทึกเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพียงเรื่องเดียวเท่านั้น

หนังสือสมุดไทยฉบับราชฎหรือฉบับเชลยศักดิ์

คือหนังสือสมุดไทยที่เป็นสมบัติของข้าราชการหรือราษฎรทั่วไป ใช้จดบันทึกเรื่องราวต่างๆ ที่ใช้ในชีวิตประจำวันทั่วไปอย่างคัมภีร์ค่าของสมุดไทยที่สุด เพราะเป็นวัสดุที่หายาก ทำได้ยาก จึงมีราคาแพง ดังนั้นจึงมีลักษณะการจดบันทึกที่แตกต่างจากฉบับหลวงอย่างสิ้นเชิง กล่าวคือ ลายมือส่วนใหญ่ไม่สวย ขนาดตัวอักษรก็ไม่สม่ำเสมอ เขียนตัวอักษรหน้าละมากกว่า ๔ บรรทัด อาจมากถึงหน้าละ ๖-๑๑ บรรทัดก็ได้ นอกจากนั้นวัสดุที่นำมาเขียนเส้นตัวอักษรมักใช้วัสดุที่หาง่าย เช่น หากเป็นหนังสือสมุดไทยชาวก็ใช้เส้นดินสอดำ หรือเส้นหมึก หนังสือสมุดไทยดำก็ใช้เส้นดินสอ (สอ เป็นภาษาเขมร แปลว่า ขาว ดังนั้น ดินสอ จึงแปลว่า ดินที่มีสีขาว) เป็นต้น และมีเนื้อหาสาระมากหลายเรื่อง ส่วนใหญ่เป็นวิชาที่สามารถใช้ในครอบครัวได้ เช่น ตำรา



หนังสือสมุดไทยขาว เส้นหมึก อักษรธรรมล้านนา



หนังสือสมุดไทยดำ เส้นดินสอ อักษรไทย

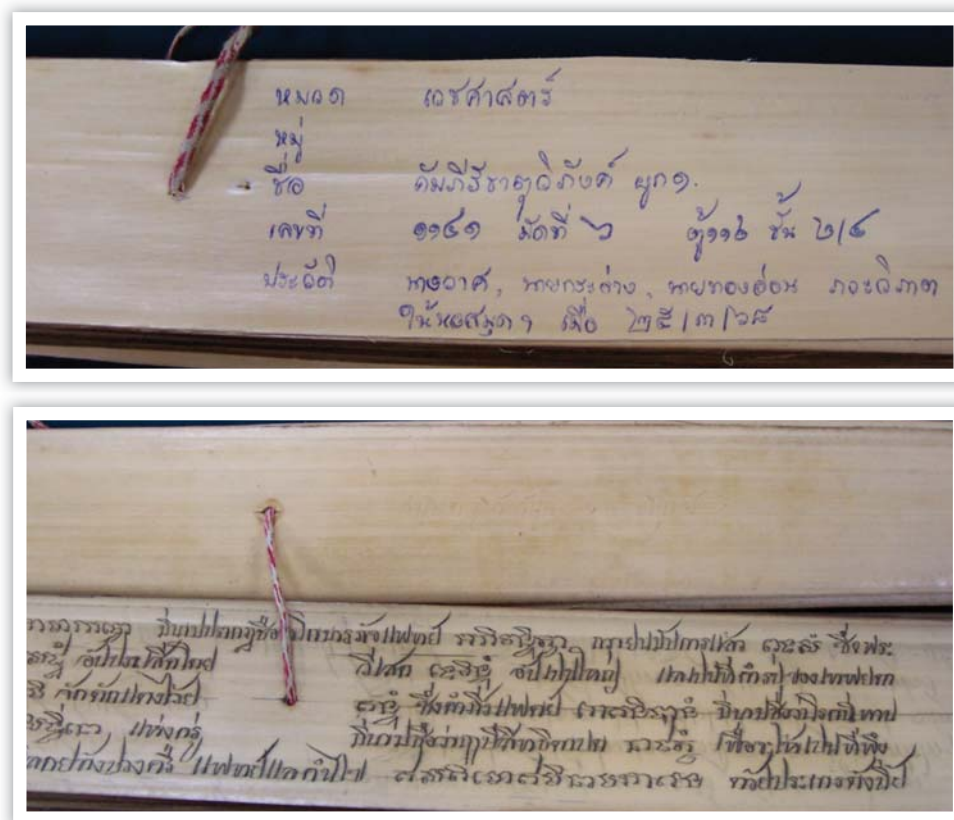
เวชศาสตร์ โสยศาสตร์ โหราศาสตร์ ตลอดจนจดหมายเหตุการณ์สำคัญในครอบครัวไว้เป็นหลักฐาน เช่น วันเกิดของบุตรธิดา หรือเกิดเหตุการณ์สำคัญทางธรรมชาติ นอกจากนั้น ยังอาจจดบันทึกเรื่องที่เป็นความชอบส่วนตัวก็ได้

เนื้อหาของตำรับตำรายาที่บันทึกในหนังสือสมุดไทย

ตำรับตำรายาการแพทย์แผนไทยที่บันทึกไว้ในหนังสือสมุดไทยของหอสมุดแห่งชาติส่วนใหญ่เป็นตำรายาเถร็ด และตำรายาต่างๆ ทั้งที่เป็นตำรายาเฉพาะโรค เช่น ตำรายาแก้ไข้ ตำรายาแก้ลมท้อง ตำรายาแก้โรคมะเร็ง ตำรายาแก้ฝีในท้อง ตำรายาแก้สารพัดโรคหาย ตำรายาตามีต่างๆ ตำรายาแก้ซาง ตำรายาธาตุทั้ง ๔ ตำรายาแก้ฝี เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีตำรายาที่เป็นสูตรเฉพาะของบุคคลต่างๆ โดยไม่ได้บอกสรรพคุณของยา เช่น ตำรายาขลุ่ยตา วัดเชิงเลน ตำรายาพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมสมเด็จพระปรมานุชิตชิโนรส ตำรายาเถร็ดของสมเด็จพระเจ้าเชษฐาธิราช เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี เป็นต้น รวมทั้งอาจเป็นตำรับตำรายาที่ไม่ใช่ของไทย เช่น พระสมุดตำรายาจีน ตำรายาฝรั่งต่างๆ

อย่างไรก็ตามตำรับตำรายาการแพทย์แผนไทยที่บันทึกลงบนหนังสือสมุดไทยมีทั้งที่เป็นตำรายาฉบับหลวง ซึ่งมีการตรวจชำระเนื้อความจนถูกต้องดีแล้ว และตำรับตำรายาที่คัดลอกสืบต่อกันมา ดังปรากฏบนหน้าปกหนังสือสมุดไทยว่า ตำรายาในวัดโพธิ์ รวมทั้งตำรับตำรายาฉบับเชลยศักดิ์ต่างๆ แบ่งเป็น ตำรายาบำรุงธาตุ หรือยาอายุวัฒนะ ซึ่งอาจมีการตั้งชื่อตำรับตำรายานั้นให้มีความศักดิ์สิทธิ์ ด้วยอักขระวิธีโบราณ เช่น พระตำราจักรพระณะร้ายชุ่มนุแบ่งภาค ตำราพระโอสถ ๑๒ ราศี ตำราราชสาก คัมภีร์จักรทิพย์ แพทย์ศาสตร์สอนด้วยขันธโลก เป็นต้น

นอกจากนั้นยังมีตำรับตำราการแพทย์ที่ประพันธ์เนื้อหาด้วยสำนวนร้อยกรอง เช่น สมุดตำรายากลอนร้ายลิลิต กลอนลำนำ ๑๖ สำนวนจันทบูรกลอน เล่ม ๑ ตำราขาคำกลอน คัมภีร์ทงติสัมพัธคำกลอน คัมภีร์ปฐมธาตุคำกลอน เป็นต้น รวมทั้งอาจมีเนื้อหาที่ให้ความรู้เฉพาะทาง เช่น ลักษณะพฤกษชาติและว่านยาอันมีคุณตำราหุงน้ำมันว่านยา ตำราสรรพคุณพรรณยา และตำราดูลายมือเด็กที่จะเกิดโรค ฯลฯ



๓. คัมภีร์ใบลาน

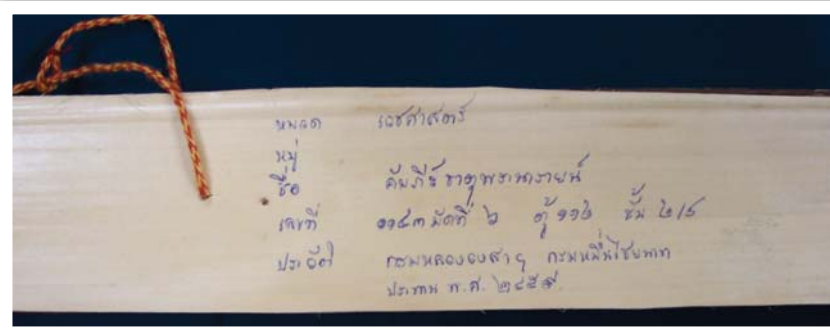
คือ หนังสือที่ใช้ใบของต้นลานที่ผ่านกรรมวิธีการเตรียมใบลานหลายขั้นตอนเพื่อนำมาใช้เป็นวัสดุรองรับการบันทึกข้อความด้วยการใช้เหล็กแหลมที่เรียกว่า **เหล็กจาร** จารเส้นตัวอักษรได้ทั้ง ๒ ด้าน ด้านละ ๔-๕ บรรทัด แล้วใช้เขม่าไฟผสมน้ำมันยางลบ^๔ หน้าลาน เพื่อให้เห็นเส้นตัวอักษรชัดเจนเด่นชัด เมื่อนำใบลานแต่ละใบมารวมกันให้เป็นหนังสือ ต้องร้อยด้วยเชือกที่เรียกว่า **สายสนอง** หรือ **สายสนอง**^๕ เข้าในรูทางด้านซ้ายที่เจาะไว้ตั้งแต่ขั้นการเตรียมใบลาน เรียกว่า **ร้อยหู** เพื่อรวมเป็นผูก คัมภีร์ใบลานจึงมีลักษณะนามว่า **ผูก** ตามลักษณะการร้อยสายสนองเข้าด้วยกันนี้เอง

คัมภีร์ใบลาน ๑ คัมภีร์ อาจมีจำนวนใบลานได้ตั้งแต่ ๑ ผูก จนถึง ๒๐-๓๐ ผูกก็ได้ ตามความสั้นยาวของเนื้อหา คัมภีร์จึงอาจหมายถึง ๑ เรื่องก็ได้ โดยปกติคัมภีร์ใบลานทางพุทธศาสนา ๑ ผูก จะมีจำนวนใบลาน ๒๔ ใบ เท่านั้น ยกเว้นผูกสุดท้ายอาจมีมากกว่า ๒๔ ลานได้ แต่จะต้องเรียกว่า ๑ ผูก กับบอกจำนวนลานที่เหลือ เช่น คัมภีร์ใบลาน ๓๐ ใบ เรียกว่า ๑ ผูก ๖ ลาน เป็นต้น

^๔ หมายถึง ลูบ หรือ ทา แล้วเช็ดขจัดให้สะอาด

^๕ ศัพท์ในภาษาถิ่นล้านนา

การเรียงลำดับหน้าลาน มักใช้อักษรชนิดเดียวกับตัวอักษรที่ใช้จารเนื้อหาในเรื่อง จารบอกลำดับหน้าลานไว้ที่บริเวณกึ่งกลางริมซ้าย ด้านหลังของใบลานแต่ละใบ เพียงแห่งเดียวเท่านั้น และเรียกเลขบอกหน้าลานว่า **อังกา** ตามธรรมเนียมของใบลาน ทางพุทธศาสนา ซึ่งอังกา คือ การลำดับหน้าลานด้วยการใช้ตัวอักษรที่เป็นพยัญชนะ ผสมสระในภาษาบาลี ๑๒ ตัว เมื่อจบแล้วขึ้นพยัญชนะตัวใหม่ ผสมสระในภาษาบาลี อีก ๑๒ ตัวเหมือนเดิม ดังนั้น ๑ ผูก ก็จะมีพยัญชนะ ๒ ตัว ตามลำดับ นอกจากนั้น บางคัมภีร์อาจมีไม้เนื้อแข็งขนาดยาวเท่าใบลาน เรียกว่า **ไม้ประทับ** เพื่อรักษารูปทรง ของใบลาน โดยมัดยึดรวมกันไว้ก่อนห่อด้วยผ้าห่อคัมภีร์ที่รอบนอกอีกชั้นหนึ่ง เพื่อกัน ฝุ่นละออง แสงแดด และแมลง นอกผ้าห่อคัมภีร์อาจเสียบฉลากคัมภีร์หรือป้ายบอกชื่อ ไว้ด้วย คัมภีร์ใบลานที่ใช้บันทึกเรื่องราวอื่นๆ ที่ไม่ใช่เรื่องทางศาสนา มักมีขนาดสั้นกว่า ลานทางศาสนา เรียกว่า **ลานก้อม**^{๑๑}



^{๑๑} ก้อม เป็นภาษาถิ่นล้านนา แปลว่า สั้น, ย่อย, น้อย

คัมภีร์ใบลานที่บันทึกตำรายาของหอสมุดแห่งชาติฉบับที่ได้รับความนิยมมากที่สุด คือ **ก่าภีธาตุพระณะราย**^{๑๑} หรือที่รู้จักกันทั่วไปในฉบับพิมพ์ว่า ตำราพระโอสถพระนารายณ์ ซึ่งสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมพระยาดำรงราชานุภาพ สภานายกหอพระสมุดวชิรญาณสำหรับพระนคร ทรงอธิบายไว้ในคำนำหนังสือที่พิมพ์แจกในงานปลงศพ นายปั้น ฉายสุวรรณ เมื่อ พ.ศ. ๒๔๖๖ ว่า “มีตำราพระโอสถซึ่งหมอหลวงได้ประกอบถวายสมเด็จพระนารายณ์มหาราชหลายขนาน ปรากฏชื่อหมอแล้ววันคืนที่ได้ตั้งพระโอสถนั้นๆ จดไว้ชัดเจน อยู่ในระหว่างปีกุน จุลศักราช ๑๐๒๑ (พ.ศ. ๒๒๐๒) จนถึงปีฉลู จุลศักราช ๑๐๒๓ (พ.ศ. ๒๒๐๔) คือระหว่างปีที่ ๓ จนถึงปีที่ ๕ ในรัชกาลสมเด็จพระนารายณ์มหาราช”^{๑๒} สรุปความว่า เมื่อสภานายกหอพระสมุดวชิรญาณสำหรับพระนคร คัดเลือกเรื่องที่เห็นว่าดีแล้วก็ทรงตั้งชื่อหนังสือให้สื่อสาระในเรื่องเพื่อความน่าสนใจด้วย นอกจากนั้นยังมีคัมภีร์ใบลานที่บันทึกตำราเกี่ยวกับโรคและยารักษาโรคต่างๆ เช่น ตำราต่อ ตำราชาว คัมภีร์กระษัย ใช้สันนิบาต ตำราปวง ตำราฝีและตำรายาแก้โรคต่างๆ ทั้งที่ใช้อักษรไทย ภาษาไทย และอักษรไทยถิ่น ภาษาไทยถิ่น เช่น อักษรธรรมล้านนา อักษรธรรมอีสาน อักษรไทยน้อย และอักษรไทยขึ้น เป็นต้น รวมทั้งยังมีอักษรและภาษาของชนกลุ่มต่างๆ เช่น อักษรมอญ ภาษามอญ อักษรพม่า ภาษาพม่า เป็นต้น

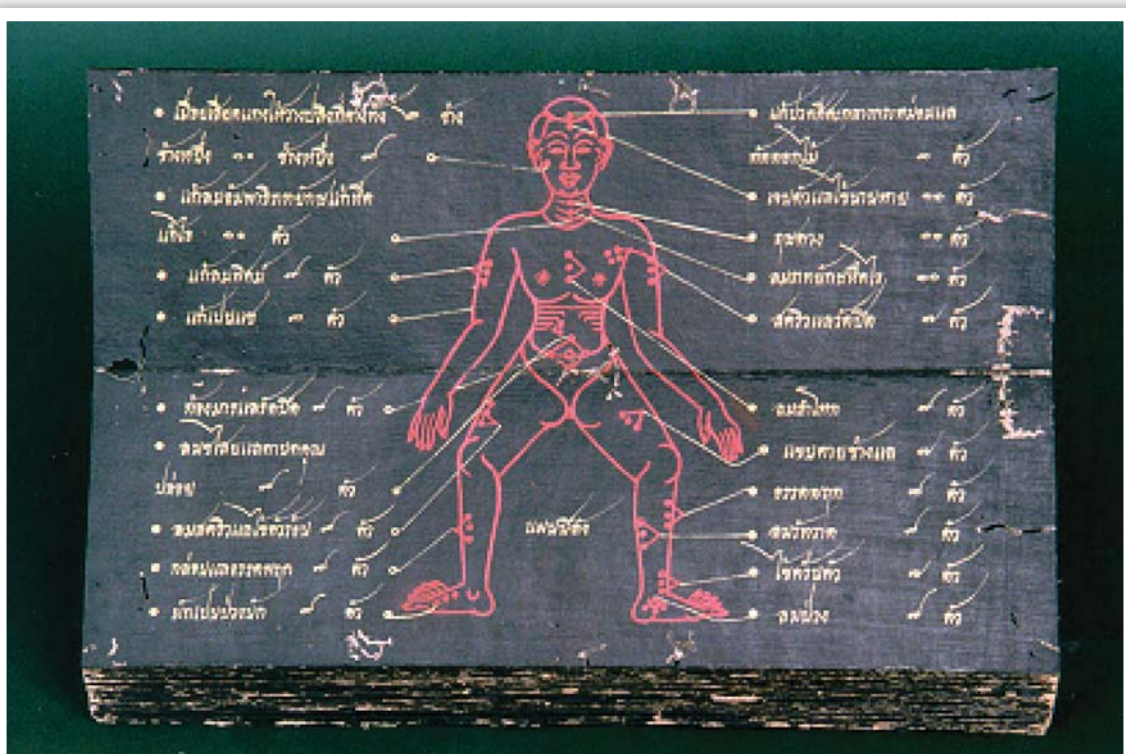
กล่าวได้ว่า ตำรับตำรายาที่เป็นแผนไทย ภาษาไทย รวมทั้งภาษาถิ่น ปรากฏหลักฐานชัดเจนในสังคมไทยตั้งแต่สมัยอยุธยาสืบมาจนปัจจุบัน ซึ่งตำรับตำราการแพทย์แผนไทยหลายฉบับอาจมีเนื้อหาใกล้เคียงกัน หรือซ้ำกันก็ได้ เนื่องจากการคัดลอกตำรายาดีของหมอที่ตนเองนับถือไว้ หรือคัดลอกมาจากแหล่งข้อมูลความรู้เปิด เช่น วัดราชโอรสารามฯ หรือวัดพระเชตุพนฯ ก็ได้ นอกจากนั้นอาจเป็นตำรับตำรายาที่เกิดจากภูมิรู้ของหมอสมุนไพรแผนโบราณที่ได้สั่งสมประสบการณ์คิดสูตรยารักษาต่างๆ ขึ้นใช้รักษาโรคแล้วเห็นผลดีจึงจดบันทึกไว้จึงมีเคล็ดวิชาที่เป็นขั้นตอนสำคัญในการปรุงยาสมุนไพรที่มีคุณภาพให้สามารถใช้ได้ผลจริงเช่นเดียวกับวิชาชีพอื่นๆ ของสังคมไทยในอดีตที่ต้องเรียนรู้สืบทอดด้วยการฝึกฝนอย่างจริงจังจึงจะสัมฤทธิ์ผล

^{๑๑} “ก่าภีธาตุพระณะราย”, หอสมุดแห่งชาติ, หนังสือใบลาน ๑ ผูก, อักษรไทย, ภาษาไทย, เส้นจาร, ฉบับลานดิบ, เลขที่ ๑๑๔๓, หมวดเวชศาสตร์, หน้าปก.

^{๑๒} สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาดำรงราชานุภาพ, “คำนำ”, ตำราพระโอสถพระนารายณ์, พิมพ์ครั้งที่ ๓ ในงานปลงศพ นายปั้น ฉายสุวรรณ เมื่อปีกุน พ.ศ. ๒๔๖๖, หน้า (๑)-(๒).

ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวงรัชกาลที่ ๕

ตำราเวชศาสตร์ที่จัดเก็บรักษาและให้บริการอยู่ ณ หอสมุดแห่งชาติ นับว่าเป็นแหล่งรวบรวมตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวงที่มีจำนวนมากที่สุดในประเทศไทย เพราะหอสมุดแห่งชาติเป็นหน่วยงานที่มีพัฒนาการมาจากหอพระสมุดหลวงสำหรับแผ่นดินที่ทรงก่อตั้งขึ้นโดยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว เมื่อ พ.ศ. ๒๔๔๘ เพื่อสร้างโอกาสให้พลกนิกรไทยทั่วไปมีแหล่งเรียนรู้เพื่อการศึกษาค้นคว้าวิชาการ และด้วยเหตุปัจจัยหลักเพื่อทรงระลึกถึงพระมหากรุณาธิคุณในพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวพระบรมราชชนก เนื่องในโอกาสครบรอบ ๑๐๐ ปี วันพระบรมราชสมภพ พระราชโอรส และพระราชธิดาในพระองค์ จึงทรงร่วมกันสร้างหอพระสมุดวชิรญาณสำหรับพระนครขึ้นในพระบรมมหาราชวัง โดยรวมคัมภีร์และหนังสือจากหอพระสมุดวชิรญาณ หอพระพุทธศาสนาสังคหะ และหอพระมณเฑียรธรรมเข้าด้วยกัน จนเป็นหอพระสมุดหลวงสำหรับพระนครสืบต่อมาจนเป็นหอสมุดแห่งชาติในปัจจุบัน ระหว่างที่เริ่มก่อตั้งหอพระสมุดวชิรญาณสำหรับพระนครนั้น สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ



ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ ๕
คัมภีร์แผนนวด แสดงจุดต่างๆ ในร่างกาย

กรมพระยาดำรงราชานุภาพทรงดำริว่า **หนังสือและตำรับตำราที่เป็นมรดกภูมิปัญญาของชาติยังมิกระจัดกระจายอยู่ทั่วไปทุกภูมิภาคของประเทศ หากทิ้งไว้ไม่เก็บรวบรวมนำมารักษาไว้ ก็จะชำรุดสูญหายไปจนหมดได้** ดังนั้นหอพระสมุดฯ จึงออกสำรวจและเชิญชวนผู้มีตำรับตำราทั่วไปให้นำเอกสารโบราณมาขายหรือมอบให้หอพระสมุดฯ ก็ได้ จนสามารถรวบรวมหนังสือดีๆ ได้เป็นจำนวนมาก นอกจากนั้นหน่วยงานต่างๆ ที่มีเอกสารโบราณอยู่ในครอบครองก็ได้ให้นำเอกสารโบราณเหล่านั้นมามอบให้หอพระสมุดฯ ดูแลรักษาเพื่อให้บริการและเผยแพร่ความรู้สู่สังคมไทยได้แพร่หลายยิ่งขึ้นด้วย

ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวงที่เก็บรักษาอยู่ ณ หอสมุดแห่งชาติ เป็นฉบับที่ตรวจสอบชำระให้ถูกต้องในรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ด้วยทรงมีพระราชดำริว่า **คัมภีร์แพทย์ของไทยที่ได้บันทึกความรู้อันมีคุณประโยชน์แก่แผ่นดินและใช้ศึกษาสืบต่อกันมานั้น เริ่มสูญหายและมีเนื้อหาคลาดเคลื่อนไปมากแล้ว** จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้พระเจ้าราชวรวงษ์เธอ กรมหมื่นภูบดีราชหฤทัย^{๑๓} จางวางกรมแพทย์ เป็นแม่กองจัดหารรวบรวม ชำระสอบสวนตำรับคัมภีร์แพทย์ที่ใช้กันอยู่ในขณะนั้นให้ถูกต้องดีแล้ว จึงส่งมอบให้พระเจ้าราชวรวงษ์เธอ กรมหมื่นอักษรสาสนโสภณ^{๑๔} จางวางกรมอาลักษณ์ กรมอักษรพิมพ์การ จัดสร้างขึ้นใหม่เป็นคัมภีร์แพทย์สำหรับแผ่นดินสืบต่อไป เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลเฉลิมพระเกียรติในพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว เมื่อ พ.ศ. ๒๔๑๓ ดังความในบานแพนกตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวงรัชกาลที่ ๕ แต่ละเล่ม กล่าวว่า

^{๑๓} เป็นพระราชโอรสในพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว และเจ้าจอมมารดาแก้ว พระนามเดิม พระองค์เจ้าชายอมฤตย์ ประสูติเมื่อวันเสาร์ที่ ๕ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๓๖๙ รัชกาลที่ ๔ ทรงสถาปนาเป็นกรมหมื่นภูบดีราชหฤทัย โปรดให้ทรงกำกับกรมอักษรพิมพ์การถึงรัชกาลที่ ๕ โปรดให้กำกับกรมหมอนวดหมอยา ล้นพระชนม์ในรัชกาลที่ ๕ เมื่อวันที่ ๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๔๑๓ พระชันษา ๔๔ ปี

^{๑๔} พระราชโอรสในพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ ๓ และเจ้าจอมมารดาคล้าย พระนามเดิม พระองค์เจ้าชายสิงหราช ประสูติเมื่อวันอาทิตย์ที่ ๑๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๓๖๙ รัชกาลที่ ๔ ทรงสถาปนาเป็นกรมหมื่นอักษรสาสนโสภณ โปรดให้ทรงกำกับกรมพระอาลักษณ์ ถึงรัชกาลที่ ๕ เลื่อนเป็นกรมขุนบดินทรไพศาลโสภณโปรดให้ทรงกำกับกรมอักษรพิมพ์การและกำกับศาลรับส่งชำระความราชตระกูลเลื่อนเป็นกรมหลวงบดินทรไพศาลทิศชนมเชษฐาประยูร ล้นพระชนม์เมื่อวันอาทิตย์ที่ ๕ กรกฎาคม ๒๔๔๖ พระชันษา ๗๗ ปี

“ศุภมัสดุ จุลศักราช ๑๒๓๒ อัฐมาสัมพัจฉรภินิวกะมาศศุกรีปัช จตุตถดิถี ครุวารบริจเฑทกาลกำหนดพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาจุฬาลงกรณ์ บดินทรเทพยมหามงกุฎบุรุษรัตนราชรวิวงษวรุตมพงษบริพัตรขัตติยราชินิกโรดม จาตุรันตบรมมหาจักรพรรดิราชสังกาศบรมธรรมิกมหาราชราชธิราชบรมนารถบพิตรพระเจ้าอยู่หัวเสด็จเถลิงถวัลยราชบรมราชาภิเษก ผ่านพิภพกรุงเทพมหานครอมรรัตนโกสินทรมหินทรายุทธยา มหาดิลกภพนพรัตน์ราชธานีบุรีรมย์ อุดมราชนิเวศมหาสุฐานเสด็จออก ณ พระที่นั่งอมรินทรวินิจฉัยมโหฬารวิमानโดยสุฐานอุตราภิมุข พร้อมด้วยพระบรมราชวงษานุวงษแลข้าทูลของธุลีพระบาทผู้ใหญ่ ผู้น้อย เฝ้าเฝ้าเฝ้าบาทงกษมาศ จึงพระบาทสมเด็จพระบรมนารถบพิตรพระเจ้าอยู่หัว มีพระบรมราชโองการमारพระบัณฑูรสุรสิงหนาทดำรงสั้ง พระเจ้าราชวรวงษเธอกรมหมื่นภูบดีราชหฤทัยจางวางกรมแพทยา พระเจ้าราชวรวงษเธอกรมหมื่นอักษรสาสนโสภณ จางวางกรมอาลักษณ์ กรมอักษรพิมพ์ว่า สำหรับคัมภีร์แพทย์สำหรับรักษาโรคต่างๆ เป็นคุณเป็นประโยชน์แก่ชนเป็นอันมาก แลสำหรับแพทย์ซึ่งสร้างขึ้นไว้ใช้สอยสืบกันมานั้นสูญหายไปเสียบ้าง ที่ยังมีอยู่ก็วิปลาตคลาดเคลื่อนไปบ้างให้กรมหมื่นภูบดีราชหฤทัยจัดหารวบรวมฉบับคัมภีร์แพทย์ทั้งสิ้น มาชำระสอบสวนให้ถูกต้องแล้วส่งมาให้กรมหมื่นอักษรสาสนโสภณสร้างขึ้นไว้เพื่อเป็นส่วนพระราชกุศลเป็นที่เฉลิมพระเกียรติยศแลสำหรับแผ่นดินสืบไป”^๔

นอกจากนั้นในบานแพนทของแต่ละคัมภีร์ยังมีรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและหมอเฉพาะทางที่ร่วมตรวจสอบชำระคัมภีร์แต่ละเรื่องด้วย ดังบานแพนทพระคัมภีร์กระสาย เล่ม ๑ ความว่า

^๔ จากคัมภีร์กระสาย เล่ม ๑ ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวงรัชกาลที่ ๕ เลขที่ ๑๐๐๐ หน้าต้นที่ ๑-๔. ทั้งนี้ตำราบางเล่มบานแพนทของเรื่องระบุจุลศักราช ๑๒๓๓ ซึ่งตรงกับ พ.ศ. ๒๔๑๔ แสดงว่าต้นฉบับตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวงต้องใช้เวลาในการรวบรวมตัวอักษรต่อเนื่องกันถึง ๒ ปี

“ข้าพระพุทธเจ้าพระเจ้าราชวรวงษ์เธอ กรมหมื่นภูบดี
ราชหฤทัย พระยาอมรสาตรประสิทธิศิลป์พระทิพจักขุญาณ
หลวงสิทธิสาร ขุนราชแพทย์ ได้ชำระตรวจคำภีร์กระไสย ฎีกถ้วน
ดีแล้ว ส่งมอบมาในกรมอาลักษณ์...”^{๑๖}

จะเห็นได้ว่า นอกจากจะมีพระนามแก้กองเป็นแม่กอง คือ พระเจ้าราชวรวงษ์เธอ กรมหมื่นภูบดีราชหฤทัยแล้ว ยังมีคณะทำงานร่วมในแต่ละคัมภีร์อีก ๒-๖ คน คือ พระยาอมรสาตรประสิทธิศิลป์ พระทิพจักขุญาณ หลวงกุมารเพชร หลวงกุมารแพทย์ หลวงสิทธิสาร ขุนกุมารประสิทธิ ขุนกุมารประเสริฐ ขุนเทพกุมาร ขุนราชแพทย์ ขุนราชวโรสถ ขุนสิทธิแพทย์ ขุนสิทธิพรหมมา มีตัวอย่างที่ปรากฏในภาพแผนกของ แต่ละคัมภีร์ ดังนี้

คัมภีร์ประถมจินดา มีพระยาอมรสาตรประสิทธิศิลป์ หลวงกุมารเพชร หลวงกุมารแพทย์ ขุนกุมารประเสริฐ ขุนกุมารประสิทธิ และขุนเทพกุมาร

พระตำรับแผนฝีดาษ มีพระยาอมรสาตรประสิทธิศิลป์ และขุนสิทธิแพทย์

คัมภีร์มหาไชติรัต มีพระยาอมรสาตรประสิทธิศิลป์ พระทิพจักขุญาณ และ ขุนราชแพทย์

คัมภีร์โรคนิทาน มีพระยาอมรสาตรประสิทธิศิลป์ พระทิพจักขุญาณ ขุนราชวโรสถ และขุนสิทธิ-พรหมมา

คัมภีร์ธาตุวิภังค์ มีพระยาอมรสาตรประสิทธิศิลป์ พระทิพจักขุญาณ ขุนกุมารประสิทธิ และขุนราชวโรสถ เป็นต้น

อย่างไรก็ตามหากชำระเนื้อหาถูกต้องดีแล้ว แต่การคัดลอกที่ไม่มีการตรวจทาน อาจมีข้อผิดพลาดที่เป็นปัญหาได้ ดังนั้นจึงปรากฏรายชื่อเจ้าหน้าที่ของกรมอาลักษณ์ เป็นผู้ตรวจทานข้อความที่ชำระแล้วก่อนส่งให้เจ้าหน้าที่ชุบเส้นตัวอักษร และตรวจสอบ ทานภายหลังจากชุบเส้นตัวอักษรคัมภีร์ละ ๒ คน เสมอ ดังนี้

^{๑๖} เรื่องเดิม, หน้า ๕-๖.

๑. ปฏิบัติหน้าที่ตรวจความถูกต้องของข้อความที่ตรวจชำระแล้วแต่ละคัมภีร์

๒-๓ คน รวมมีรายชื่อทั้งสิ้น ๘ คน ดังนี้

ขุนปฏิภาณพิจิตร	ขุนสุวรรณอักษร
ขุนทิพกระวี	ขุนนิมิตรอักษร
ขุนสารประเสริฐ	ขุนมหาสิทธิโวหาร
นายขันเปรียญ	หลวงสารประเสริฐ

๒. ปฏิบัติหน้าที่ชุบเส้นตัวอักษรแต่ละคัมภีร์ ๑-๒ คน รวมมีรายชื่อ ๔ คน ดังนี้

หมื่นนิพนธ์ไพเราะ	ขุนหมื่นราชบัณฑิตย์
ขุนหมื่นอาลักษณ์	ขุนนิมิตรอักษร

๓. ปฏิบัติหน้าที่สอบทานความถูกต้องหลังชุบตัวอักษรแล้ว คัมภีร์ละ ๒ คน รวมมีรายชื่อ ๓ คน ดังนี้ คือ ขุนปฏิภาณพิจิตร ขุนสุวรรณอักษร และหมื่นนิพนธ์ไพเราะ

กล่าวได้ว่าเจ้าหน้าที่กรมอาลักษณ์ต่างมีหน้าที่คนละอย่างน้อย ๓ ขั้นตอน เพื่อช่วยกันตรวจทานความถูกต้องของคัมภีร์เวชศาสตร์ฉบับหลวงรัชกาลที่ ๕ ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ที่สุด

ต้นฉบับตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวงรัชกาลที่ ๕ เป็นหนังสือสมุดไทยคำ หอสมุดแห่งชาติได้รับมาจากห้องสมุดกรมศึกษาธิการเมื่อ พ.ศ. ๒๔๘๐ มีจำนวนเพียง ๕๑ เล่ม เท่านั้น และยังเป็นคัมภีร์ที่มีชื่อเรื่องเดียวกัน เนื้อความซ้ำกันอยู่หลายฉบับ นอกจากนั้นบางคัมภีร์ยังมีเนื้อหาไม่ครบสมบูรณ์เพราะขาดเล่มแรก หรือเล่มจบ รวมทั้งบางฉบับก็ยังจัดทำไม่แล้วเสร็จ เช่น ยังไม่ได้เขียนคาถาอักษรขอม ภาษาบาลี หรือยังไม่ได้เขียนบานแพนกว่าเรื่อง เป็นต้น

ต้นฉบับตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง เขียนข้อความคาถาภาษาบาลี อักษรขอม ด้วยเส้นทอง^{๑๑๗} และเขียนข้อความภาษาไทย อักษรไทย ด้วยเส้นหรรดาล^{๑๑๘} หน้าละ ๔ บรรทัด บางเล่มมีการใช้เส้นชาดเขียนโครงร่างมนุษย์และใช้เส้นดินสอเขียนแทรกอยู่ตาม ที่ต่างๆ สันนิษฐานว่า น่าจะเขียนเพิ่มเติมภายหลังที่ได้ใช้ตำรานั้นมาศึกษาค้นคว้าหรือ ทดลองใช้แล้ว การลำดับเลขที่เอกสารของหอสมุดแห่งชาตินั้น มิได้ขึ้นอยู่กับลำดับของ เนื้อหาตามตำรับตำราการแพทย์แผนไทย แต่เกิดจากจำนวนเอกสารที่มีอยู่เดิมก่อน เมื่อได้เพิ่มเติมมาภายหลังจึงลงทะเบียนเป็นลำดับต่อไป โดยพยายามจัดเรียงลำดับ เอกสารที่มีชื่อเรื่องเดียวกันตามลำดับเล่มไว้ต่อเนื่องกัน

ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวงรัชกาลที่ ๕ จำนวน ๕๑ เล่ม มีชื่อเรื่องทั้งสิ้น ๑๖ ชื่อเรื่อง ดังนี้

๑. คัมภีร์กระไลย มีเล่ม ๑ และเล่ม ๒
๒. คัมภีร์ชวดาล มีเฉพาะเล่ม ๑
๓. คัมภีร์ตักกะลีลา มีเล่ม ๑ และเล่ม ๒
๔. คัมภีร์แผนนวด มีเล่ม ๑ และเล่ม ๒
๕. คัมภีร์ธาตุวิงศ์ มีเล่ม ๑ และเล่ม ๒
๖. คัมภีร์ประถมจินดา มีเล่ม ๑ เล่ม ๓ ถึงเล่ม ๑๒ จำนวน ๒ ชุด
๗. พระตำหรับแผนผิวดาด เล่ม ๑ ถึงเล่ม ๓ จำนวน ๒ ชุด
๘. คัมภีร์มรณญาณสูตร เล่ม ๑ และเล่ม ๒ จำนวน ๒ ชุด
๙. คัมภีร์มหาโชตวรรต เล่ม ๒ และเล่ม ๓
๑๐. คัมภีร์มูจนาปักขันทิกา เล่ม ๑ จบบริบูรณ์
๑๑. คัมภีร์โรคนิทาน เล่ม ๑ จบบริบูรณ์และเล่ม ๑
๑๒. คัมภีร์สมุธานวินิจัย เล่ม ๑ ถึงเล่ม ๒
๑๓. คัมภีร์สรรพลักษณะสรรพคุณ มีเล่ม ๒ และเล่ม ๓
๑๔. คัมภีร์อภัยสันดา เล่ม ๑ จำนวน ๒ ชุด
๑๕. คัมภีร์อุทรโรค เล่ม ๑ จบบริบูรณ์

^{๑๑๗} วิธีชุบตัวอักษรด้วยเส้นทอง ต้องเริ่มเขียนตัวอักษรด้วยกาวยางไม้ก่อน แล้วจึงใช้ทองคำเปลวปิดทับรอยกาว จึงจะได้เส้นตัวอักษรที่มีความวาวของทองคำเปลว หากผสมทองคำเปลวในกาวยางไม้ นอกจากจะเขียนไม่ติดแล้ว ทองคำเปลวจะไม่แวววาวด้วย

^{๑๑๘} เส้นตัวอักษรสีเหลืองได้มาจากส่วนผสมของยางไม้ชนิดหนึ่งมีสีเหลืองอมเขียว เรียกว่า รง ผสมกับแร่หรรดาล กลีบทองบดให้ละเอียดโดยมียางมะขวิดเป็นส่วนผสมที่ทำให้เส้นตัวหนังสือติดทนทานและเส้นไม่ขาด

จากจำนวนรายชื่อเอกสารที่กล่าวถึงข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การสร้างตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง เมื่อ พ.ศ. ๒๔๑๓ (ค.ศ. ๑๘๗๐) นั้น คงจะสร้างมากกว่า ๑ ชุด เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐานทางวิชาการที่ถูกต้องของสังคมไทย สันนิษฐานว่าในกรมแพทยานาจะมี ๑ ชุด หอหลวงในพระบรมมหาราชวังอีก ๑ ชุด และในโรงพยาบาลศิริราชอีก ๑ ชุด เป็นอย่างน้อย หอสมุดแห่งชาติจึงมีฉบับซ้ำถึง ๒ ชุด ซึ่งเป็นชุดฉบับหลวง ไม่ใช่ฉบับที่เกิดจากการคัดลอกเพราะมีระเบียบวิธีการบันทึกข้อความด้วยรูปแบบและลายมืออย่างเดียวกันนั่นเอง

การจัดพิมพ์เผยแพร่ตำรับตำรายาไทย

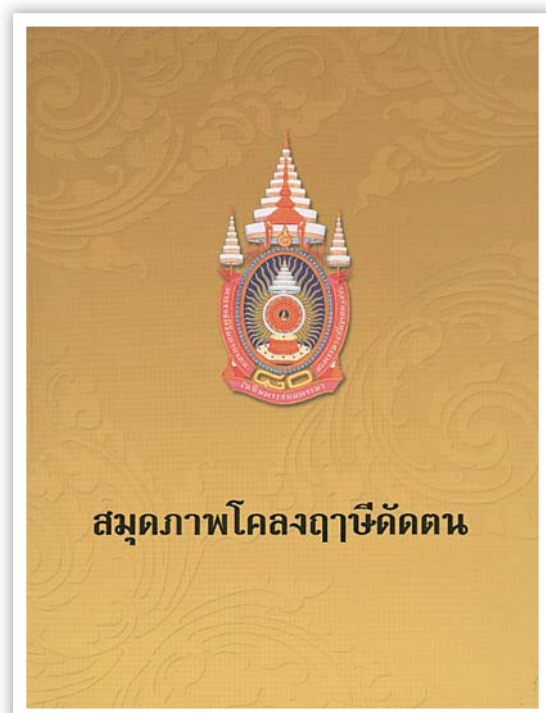
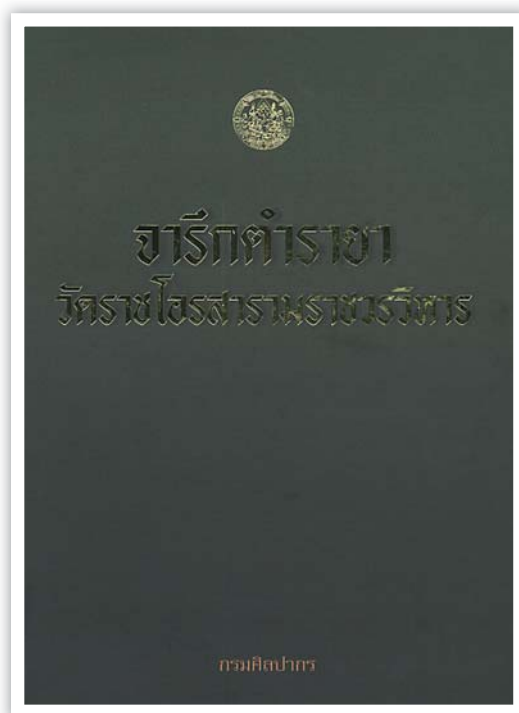
ดังได้กล่าวแล้วว่า ตำรับตำราการแพทย์แผนไทยมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานมายาวนานแล้ว รวมทั้งสังคมไทยก็ให้ความสำคัญ จึงมีการนำมาจัดพิมพ์เผยแพร่กันอย่างกว้างขวาง ตำรับตำราการแพทย์แผนไทยบางเรื่องมีการนำมาจัดพิมพ์มากกว่า ๑๐ ครั้งจนถึงปัจจุบัน การจัดพิมพ์เผยแพร่ตำรับตำราการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่เนื้อหามาจากต้นฉบับเอกสารโบราณของไทยที่บรรพชนบันทึกไว้ตั้งแต่ปลายรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวเป็นต้นมา ซึ่งสามารถจำแนกวิธีการจัดพิมพ์ได้ ๓ ลักษณะ คือ

๑. จัดพิมพ์เนื้อหาด้วยการถอดความจากเอกสารโบราณ โดยพระดำริของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาดำรงราชานุภาพ สถานายหอพระสมุดวชิรญาณสำหรับพระนคร ทรงเห็นว่า **หากหอพระสมุดฯ มีหนังสือดีเป็นจำนวนมาก เมื่อเก็บรักษาไว้เพียงอย่างเดียวจะไม่เกิดประโยชน์แก่ปวงชน** จึงทรงคัดเลือกหนังสือดีมีคุณค่า เช่น คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์ ซึ่งเป็นต้นฉบับหนังสือโบราณสมัยอยุธยา มาจัดพิมพ์เผยแพร่ความรู้แก่ปวงชน แต่ต้นฉบับเป็นหนังสือสมัยอยุธยา ดังนั้นวิธีการบันทึกเนื้อหาจึงมีความแตกต่างจากปัจจุบันมาก เพราะยังไม่มีพจนานุกรมเป็นแนวเทียบในการเขียนคำแต่ละคำให้ถูกต้องตรงกัน เมื่อจัดพิมพ์จึงต้องทำเป็นคำอ่านปัจจุบันให้ผู้สนใจสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ด้วยการพิจารณาและตีความโดยเจ้าหน้าที่ของหอพระสมุดฯ ในสมัยนั้น โดยยังไม่มีการทำคำอธิบายศัพท์อำนวยความสะดวกแก่ผู้อ่านทั่วไปด้วย เพราะอาจเป็นถ้อยคำร่วมสมัยที่ยังสามารถเข้าใจความหมายได้ง่าย และสมเด็จพระกรมพระยาดำรงราชานุภาพจะทรงเขียนคำนำอธิบายที่มาของหนังสือเล่มนั้นไว้เป็นเบื้องต้น ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๖๐ และได้มีการนำมาจัดพิมพ์ซ้ำอีกหลายครั้ง จนมีการนำมาจัดทำคำอธิบายในสมัยปัจจุบัน เมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๘

นอกจากนั้นยังมีตำรับตำราการแพทย์แผนไทยจากเอกสารโบราณทั้งประเภทจารึก หนังสือสมุดไทย และคัมภีร์ใบลานที่ได้รับความสนใจนำมาจัดพิมพ์เผยแพร่เช่นเดียวกับตำราพระโอสถพระนารายณ์ เช่น จารึกตำรายาวัตราชโอรสฯ จารึกตำรายาวัตรพระเชตุพนฯ ตำรายาพระองค์เจ้าสายสนิทวงศ์ จารึกวัตรพระเชตุพน ตอน โคลงฤๅษีตัดตน และตำราพระโอสถครั้งรัชกาลที่ ๒ เป็นต้น

๒. พิมพ์ภาพต้นฉบับตำรับตำรายาจากเอกสารโบราณควบคู่กับคำอ่าน

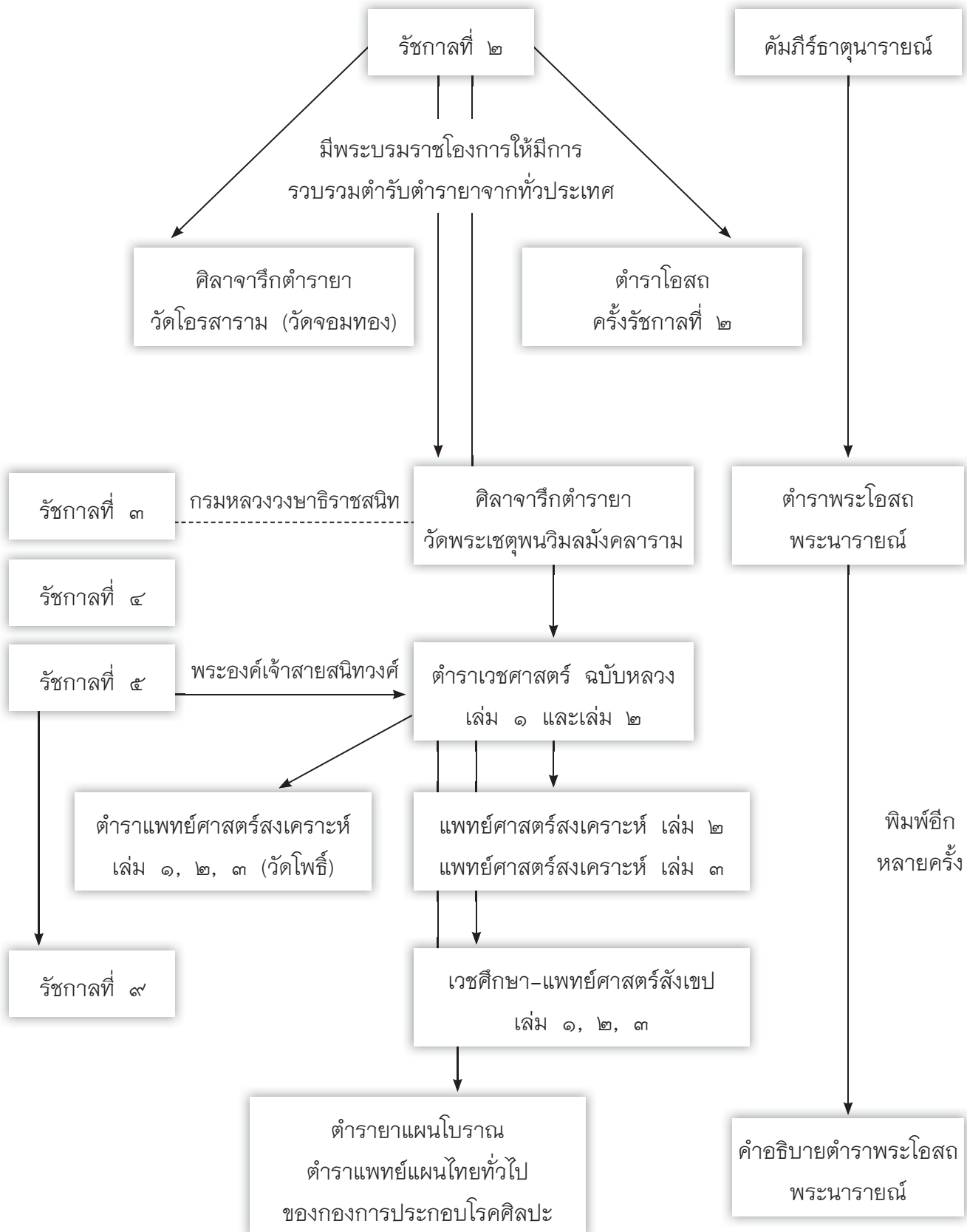
ปัจจุบัน หอสมุดแห่งชาติ กรมศิลปากร ได้นำตำรับตำรายาการแพทย์แผนไทยมาจัดพิมพ์เผยแพร่ความรู้แก่นุชนด้วยการพิมพ์ภาพต้นฉบับจากเอกสารโบราณ ซึ่งสะท้อนสภาพต้นฉบับ ลักษณะตัวอักษร และภาษาที่ใช้ในสมัยนั้น พร้อมจัดทำคำอ่านปัจจุบันเพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สนใจที่ไม่สามารถอ่านตัวอักษรและภาษาโบราณได้ จะได้มีความเข้าใจในเนื้อหาสาระได้ง่ายยิ่งขึ้น หากมีข้อขัดข้องใจว่า การอ่านถอดความมานั้นไม่ถูกต้องหรือคลาดเคลื่อนก็สามารถสอบถามกับต้นฉบับที่จัดพิมพ์ควบคู่กันได้ด้วย นับเป็นวิธีการอนุรักษ์ต้นฉบับตำรับตำรายาแผนไทยให้คงอยู่และสืบทอดต่อไปได้อีกยาวนาน หนังสือที่หอสมุดแห่งชาติ กรมศิลปากร จัดพิมพ์ในลักษณะดังกล่าว ได้แก่ ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ ๕ เล่ม ๑-๒ สมุดภาพโคลงฤๅษีตัดตน และจารึกตำรายาวัตราชโอรสรามวรวิหาร



๓. จัดพิมพ์เป็นตำราที่เรียบเรียงขึ้นใหม่ การจัดพิมพ์เผยแพร่ตำราวิชา การแพทย์แผนไทยลักษณะนี้ เกิดจากการอ่านศึกษาตำราที่ปรากฏใน เอกสารโบราณแต่ละเล่ม แล้วนำมาประมวลกับความรู้ที่เป็นทักษะสืบทอด มาจากสายตระกูล แล้วปรับปรุงจัดทำให้เป็นบทเรียนใหม่ที่มีเนื้อหา ครอบคลุมองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย ทั้งในด้านเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย นวดไทย ผดุงครรภ์ไทย และการแพทย์พื้นบ้าน เป็นต้น แล้ว นำมาใช้เป็นตำราเรียนวิชาการแพทย์แผนไทยสืบทอดต่อมาจนถึงปัจจุบัน ตำราเหล่านี้ได้แก่ **ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เรียบเรียงโดยพระยา พิศณุประสาทเวช คัมภีร์แพทย์แผนโบราณ เรียบเรียงโดย ขุน โสภิตบรรณลักษณ์ เวชศึกษา เรียบเรียงโดยพระยาพิศณุประสาทเวช ตำราเวชศึกษา และตำราประมวลหลักเภสัชกรรม โรงเรียนแพทย์ แผนโบราณวัดพระเชตุพนฯ และตำราเวชศาสตร์วรรณนา** เป็นต้น ซึ่ง หากวิเคราะห์เนื้อหาของตำราการแพทย์แผนไทยที่เรียบเรียงขึ้นใหม่จะเห็นได้ ว่า ส่วนใหญ่ก็มีเนื้อหาเช่นเดียวกับตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวงรัชกาลที่ ๕ ของหอสมุดแห่งชาติฉบับหนังสือสมุดไทย (แต่หอสมุดแห่งชาติยังนำมาจัด พิมพ์ไม่ครบจำนวนเพราะมีงบประมาณจำกัด) ข้อแตกต่างของตำราที่ เรียบเรียงขึ้นใหม่กับต้นฉบับเอกสารโบราณก็คือ การจัดเรียงลำดับเนื้อหา วิชาให้สอดคล้องสืบเนื่องกัน โดยเริ่มศึกษาจากความรู้พื้นฐานก่อนพัฒนา ความรู้ไปสู่ระดับที่สูงขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ผู้เรียนมีภูมิรู้ที่เป็นลำดับและมีความรู้ และความเข้าใจยิ่งขึ้น ซึ่งต้นฉบับตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวงรัชกาลที่ ๕ มิได้มีการลำดับเนื้อหาให้เห็นเด่นชัดว่า ต้องอ่านศึกษาเรื่องใดก่อนหลัง แต่มักลำดับเฉพาะเล่มที่มีชื่อเรื่องเดียวกันเป็นเล่ม ๑ เล่ม ๒ เท่านั้น เช่นเดียวกับกฎหมายตราสามดวงที่ตราขึ้นในรัชกาลพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช ก็มีลักษณะจบในฉบับแต่ละโยยการ เหมือนกันโดยไม่ได้บอกลำดับว่าจะต้องอ่านศึกษาเรื่องใดก่อน แต่นักวิชา การปัจจุบันได้พยายามจัดเรียงลำดับให้สอดคล้องสืบเนื่องต่อกันได้แล้ว สันนิษฐานว่าความรู้จากตำราโบราณแต่ละชุดแต่ละตอน ต่างก็มีความ สำคัญในตอน สามารถนำไปเป็นพื้นฐานต่อการนำไปใช้เพื่อพัฒนาทักษะของ ผู้อ่านให้เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้น โดยไม่มีข้อจำกัด

กล่าวได้ว่า ตำรับตำราการแพทย์แผนไทยที่ถ่ายทอดแพร่หลายสู่สังคมไทย เป็นภูมิความรู้ที่ผ่านกาลเวลามายาวนาน และยังใช้ได้ผลดี หากมีภูมิความรู้ที่ถูกต้อง มีความเข้าใจในอาการของโรค วิธีการรักษา ตำรายาที่จะต้องใช้และสรรพคุณของยาสมุนไพรแต่ละชนิดอย่างพร้อมมูล ตลอดจนมีความรู้และเข้าใจในรากฐานวัฒนธรรมไทยอย่างแท้จริงก็จะสามารถเข้าถึงตำรับตำราการแพทย์แผนไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพพร้อมเป็นผู้สืบทอดมรดกภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยให้คงอยู่คู่สังคมไทยสืบไป

ผังสาแหรก เพื่อหาความเชื่อมโยงของตำรับยาแผนไทย หรือตำราการแพทย์แผนไทยแต่ละเล่ม



ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านภาคเหนือ^๑

วัฒนธรรมสุขภาพของคนภาคเหนือที่สั่งสมสืบทอดมาช้านาน ยังอยู่บนพื้นฐานความเชื่อดั้งเดิมในการนับถือผีผสมผสานกับความเชื่อของศาสนาพราหมณ์และพุทธ ส่งผลต่อการอธิบายสาเหตุการเกิดโรคหรืออาการไม่สบายที่เชื่อว่าเกิดจากมนุษย์ทำ อมนุษย์ทำ ธาตุภายใน สิ่งแวดล้อมภายนอก และวิบากกรรมอันนำไปสู่กระบวนการ ป้องกันและดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของชาวเหนือ ที่ล้วนเป็นการมอง และแก้ไข ปัญหาสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม จนกระทั่งกลายเป็นฐานคิดสำคัญของภูมิปัญญา การแพทย์พื้นบ้านภาคเหนือ

การแพทย์พื้นบ้านภาคเหนือเป็นระบบการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญต่อการดูแล รักษาสุขภาพของคนในสังคมวัฒนธรรมภาคเหนือ ที่เน้นให้ความสำคัญกับสุขภาพของ ผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจควบคู่กันบนพื้นฐานความเชื่อที่ว่า “ส่วนของร่างกายกับ ส่วนของจิตใจมีความสัมพันธ์กัน เมื่อส่วนใดส่วนหนึ่ง เกิดความเจ็บป่วยย่อมส่ง ผลกระทบซึ่งกันและกัน” กล่าวคือ หากร่างกายเจ็บป่วยก็ย่อมส่งผลกระทบให้จิตใจ เจ็บป่วยตามมา ซึ่งแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพจำเป็นต้องรักษาทั้งร่างกายและ จิตใจควบคู่กัน ดังนั้น มุมมองเรื่องการดูแลสุขภาพของชาวเหนือจึงมิได้มอง สุขภาพในเชิงของอาการเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่เป็นการมองจากมุมมอง “สุขภาพดี” ตลอดช่วงชีวิตตั้งแต่เกิดจนกระทั่งสิ้นอายุขัย โดยมุ่งทำให้ชีวิตเกิดความสุข สมดุลของร่างกายและจิตใจ โดยใช้หลักการบำรุงหรือเสริมสร้างส่วนขาดมากกว่า การแก้ไขปัญหาที่เกิดเพียงจุดเดียว โดยมีหมอพื้นบ้านทำหน้าที่จัดการปัญหาสุขภาพ

^๑ ภาคเหนือ แบ่งเป็นภาคเหนือตอนบนหรือ “ล้านนา” ๘ จังหวัด ได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่ พะเยา ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน แม่ฮ่องสอน และภาคเหนือตอนล่าง ๘ จังหวัด ได้แก่ เพชรบูรณ์ พิษณุโลก พิจิตร นครสวรรค์ สุโขทัย อุตรดิตถ์ ตาก กำแพงเพชร

ด้วยภูมิปัญญาที่สั่งสมจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของบรรพบุรุษ^๒ที่ได้รับการสืบทอดต่อกันมา

บริบททางสังคมวัฒนธรรมภาคเหนือในอดีต **“หมอ”** เป็นคำที่ชาวบ้านใช้เรียกบุคคลใดบุคคลหนึ่งในชุมชนที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลรักษาคนเจ็บไข้ได้ป่วยให้หายมาแล้วจำนวนหนึ่ง โดยเป็นผู้ที่มีความประพจน์ที่ถูกต้องของคลองธรรมและจารีตประเพณีของชุมชน ก่อให้เกิดความศรัทธาในตัวบุคคล ซึ่งมักเรียกประเภทหมอมตามความชำนาญในการรักษา เช่น หมอยา หมอย่ำขาง หมอกระดูก เป็นต้น หมอพื้นบ้านส่วนมากได้รับการถ่ายทอดวิชาและเคล็ดลับต่างๆ จากคนภายในตระกูลเดียวกัน โดยผู้ที่ถ่ายทอดจะคัดเลือกศิษย์ด้วยตนเองอย่างระมัดระวัง ผู้ที่เหมาะสมที่สุดเท่านั้นที่จะได้รับการถ่ายทอดวิชาความรู้ สมัยก่อนการเรียนการสอนส่วนใหญ่เน้นการใช้วิธีสังเกตและจดจำ ศิษย์ต้องมีความมานะพยายามและพากเพียรเป็นอย่างมาก จึงจะได้วิชาความรู้ไว้กับตนเอง ต่อมาเมื่อมีการประดิษฐ์อักษรขึ้นมาใช้ เริ่มมีการบันทึกสิ่งต่างๆ รวมทั้งความรู้ที่ได้จากการสั่งสมประสบการณ์ด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีลักษณะลงมือปฏิบัติถูกไว้เป็นลายลักษณ์อักษรลงในวัตถุที่คิดว่าเหมาะสมตามแต่ละสมัย เช่น การจารึกลงในใบลานที่นำมาเรียงกันและเย็บผูกเป็นเล่มเรียกว่า **“ปื๊บลาน”** หรือถ้าทำจากกระดาษสา ก็เรียกว่า **“ปื๊บสา”** บางครั้งก็จารึกลงในแผ่นไม้ แผ่นหิน หรือตามผนังถ้ำต่างๆ โดยเรียกสิ่งเหล่านั้นว่า **“คัมภีร์หรือตำรา”** ซึ่งเป็นแหล่งความรู้ที่สำคัญของหมอพื้นบ้าน ดังนั้นคำว่า **“หมอ”** นอกจากชื่อเรียกบุคคลแล้ว ยังแฝงไว้ด้วยสถานะและบทบาทที่ได้จากความเคารพนับถือ ความศรัทธา การยกย่องและยอมรับที่ชุมชนได้มอบให้กับบุคคลที่มีความเหมาะสมนั่นเอง

สถานการณ์การแพทย์พื้นบ้านภาคเหนือจะนำเสนอการประมวลเหตุการณ์ความเคลื่อนไหวด้านการแพทย์พื้นบ้านภาคเหนือจากอดีตถึงปัจจุบัน และยกตัวอย่างของการจัดการความรู้การแพทย์พื้นบ้านภาคเหนือตอนบน ซึ่งรวมถึงการขยายผลการวิจัยและพัฒนา โดยมีปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสถานการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้านภาคเหนือ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงกระแสสังคมและเศรษฐกิจโลก นโยบายของรัฐบาลและผู้นำประเทศ วิกฤตการณ์สุขภาพ รวมทั้งกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม ทั้งภาคประชาชน ภาคเอกชน และภาคราชการ

^๒ อ้างจาก ยิ่งยง เทาประเสริฐ (บรรณาธิการ). วิธีการดูแลสุขภาพในระบอบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา. เชียงใหม่: วณิดา เพรส, ๒๕๔๖.

สถานการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้านภาคเหนือจากอดีตถึงปัจจุบัน

สถานการณ์ความเคลื่อนไหวด้านการแพทย์พื้นบ้านภาคเหนือได้รับผลกระทบเช่นเดียวกับสถานการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้านของประเทศไทยโดยรวม ซึ่งมีลำดับพัฒนาการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

ยุคที่การแพทย์พื้นบ้านมีความรุ่งเรือง

เป็นช่วงก่อนที่ระบบสาธารณสุขปัจจุบันจะเข้ามามีบทบาทในประเทศไทย ระบบการแพทย์ในสังคมไทยมีลักษณะเป็นการแพทย์ภาคประชาชน ซึ่งจำแนกได้ ๒ ลักษณะคือ การพึ่งพาตนเองและการพึ่งพาผู้มีความรู้ความสามารถด้านการรักษาในชุมชน เช่น หมอพื้นบ้าน พระ เป็นต้น เนื่องจากคนส่วนใหญ่ได้รับการสั่งสอนหรือบอกกล่าวถึงแนวทางการดูแลสุขภาพของตนเองจากคนภายในครอบครัวหรือชุมชน ทำให้ประชาชนมีพื้นฐานความรู้ด้านสุขภาพและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะหากมีโรคภัยไข้เจ็บที่ไม่รุนแรงนัก ก็รู้จักใช้สมุนไพรใกล้ตัวให้เป็นประโยชน์ได้ ภายใต้แนวปฏิบัติด้านการอยู่การกินที่เหมาะสมตามความเชื่อของคนในสังคม แต่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางร่างกายหรือจิตใจที่ซับซ้อนเกินกว่าจะช่วยเหลือตัวเองได้ก็จะพึ่งพาผู้รู้ในชุมชน โดยเฉพาะหมอพื้นบ้าน ซึ่งมีความรู้และความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพมากกว่า จึงถือว่าเป็นยุคที่หมอพื้นบ้านมีบทบาทสำคัญในการเป็นที่พึ่งพาดูแลสุขภาพของประชาชน ภายใต้ระบบอุปถัมภ์ พึ่งพาอาศัย เกื้อกูลซึ่งกันและกันตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมของคนภาคเหนือ

ยุคที่การแพทย์พื้นบ้านเริ่มเสื่อม

เป็นช่วงที่ระบบสาธารณสุขปัจจุบันเข้ามามีบทบาทในระบบสุขภาพของประเทศ ทำให้การแพทย์พื้นบ้านถูกลดความสำคัญ กระทั่งถูกละเลยและไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม กลายเป็นสิ่งมลายและไม่น่าเชื่อถือ อย่างไรก็ตาม กว่าที่ประชาชนส่วนใหญ่จะเปลี่ยนแปลงค่านิยมจากการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิมมาสู่การดูแลสุขภาพแบบแผนปัจจุบันหรือการเลือกรักษากับหมอพื้นบ้านมากกว่าหมอฝรั่ง ต้องใช้ระยะเวลากว่า ๔๐ ปี ประชาชนส่วนใหญ่ได้เปลี่ยนค่านิยมในการดูแลสุขภาพมาพึ่งพาระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน หวังพึ่งพาการบำบัดรักษาจากหมอในระบบบริการ

สาธารณสุขมากกว่าการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ทั้งผู้ป่วยทางกาย ผู้ป่วยทางจิต และผู้ที่อยู่ในภาวะพิเศษ เช่น หญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด^๓ ประกอบกับวิกฤตการณ์ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากเชื้อโรคและพยาธิสภาพซึ่งมีลักษณะเป็นโรคเฉียบพลัน โรคติดต่อร้ายแรง และโรคระบาดที่สำคัญ คือ ไข้ทรพิษ อหิวาตกโรค ฝีดาษ และกาฬโรค ที่จำเป็นต้องพึ่งพากระบวนการแพทย์แผนปัจจุบันในการตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชน

นอกจากนี้ ยังมีเหตุการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้านของไทย คือ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้มีการประกาศใช้ **พระราชบัญญัติการแพทย์ เพื่อควบคุมการประกอบโรคศิลปะ**^๔ แม้ว่าจะเกิดความชัดเจนในการประกอบวิชาชีพและเป็นการช่วยคุ้มครองความปลอดภัยของผู้มารับบริการรักษาสุขภาพ แต่การดำเนินงานนโยบายดังกล่าวกลับส่งผลกระทบโดยตรงต่อสถานะและบทบาทของหมอพื้นบ้านทั่วประเทศ รวมทั้งหมอพื้นบ้านภาคเหนือที่มีสิทธิในการประกอบวิชาชีพตามกฎหมาย^๕ ซึ่งทางราชการตีตราว่า “หมอเถื่อน” โดยมีแนวปฏิบัติในการตรวจจับผู้มิได้มีสิทธิประกอบวิชาชีพตามกฎหมาย ส่งผลต่อการรับรู้และความเชื่อถือของคนในสังคม ทำให้หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ละทิ้งสถานะและบทบาทในการเป็นหมอพื้นบ้านไปประกอบอาชีพอื่น และยังคงลบเลือนร่องรอย โดยการทำลายหลักฐานความรู้ในพืชสมุนไพรและโบราณด้วยการเผาทำลายหรือขายให้แก่ชาวต่างชาติที่สนใจศึกษา แม้กระทั่งปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ได้มีการสำรวจหมอพื้นบ้านในเขตภาคเหนือตอนบนก็ยังพบร่องรอยดังกล่าวจากอาการหวาดระแวงของหมอพื้นบ้านหลายคน^๖ จึงนับว่าช่วงเวลาดังกล่าวเป็นยุคมืดของหมอพื้นบ้าน ขณะที่เป็โอกาสของการแพทย์และการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน

^๓ ดูข้อมูลกรณีศึกษาเพิ่มเติมได้จาก ยิ่งยง เทาประเสริฐและธรา อ่อนชมจันทร์ (บรรณาธิการ). ศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพ กรณีศึกษา: การรักษากระดูกหักของ”หมอเมือง” และการดูแลครรภ์ของชาวอาข่า จังหวัดเชียงราย. เชียงราย: สถาบันราชภัฏเชียงราย, ๒๕๓๗.

^๔ อ้างจาก สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). การสาธารณสุขไทย พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๕๗. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, ๒๕๕๘.

^๕ ยกเว้นหมอพื้นบ้านจำนวนหนึ่งที่มิใช่ประกอบโรคศิลปะ สาขากาพย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย หรือ ผดุงครรภ์ไทย ทำให้หมอพื้นบ้านสามารถดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้ตามสิทธิทางกฎหมาย แต่ในทางปฏิบัติหมอพื้นบ้านเหล่านี้ก็ยังนิยมใช้ภูมิปัญญาด้านการแพทย์พื้นบ้านภาคเหนือ โดยเฉพาะตำรายาสมุนไพรพื้นบ้านที่ใช้รักษากันมาตามประเพณีสืบทอดต่อกันมา

^๖ อ้างจาก กันยานุช เทาประเสริฐ. “เส้นทางกรขับเคลื่อนงานวิจัยด้านการแพทย์พื้นบ้านล้านนา จากอดีตปัจจุบัน สู่อนาคต,” ใน กว่าจะเป็น...การแพทย์พื้นบ้านล้านนา, หน้า ๓๙. เชียงใหม่: วนิตการพิมพ์, ๒๕๕๐.

แต่อย่างไรก็ตาม ท่ามกลางสถานการณ์ดังกล่าว แม้จะถูกจำกัดสถานะและบทบาททางกฎหมาย แต่หมอพื้นบ้านบางส่วนที่มีจิตวิญญาณของความเป็นหมออย่างแท้จริง ก็ยังสามารถคงสถานะและบทบาททางสังคมในการเป็นที่พึ่งพาด้านสุขภาพของชาวบ้านไว้ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยศ สันตสมบัติ (๒๕๔๒: ๑๑๐-๑๑๑) ที่พบว่า ท่ามกลางกระแสของการเปลี่ยนแปลงที่ถาโถมเข้าสู่สังคมไทยอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพื้นบ้านยังสามารถดำรงสถานภาพความมีตัวตน ปรับประยุกต์เทคนิควิธีในการรักษา มีการผลิตซ้ำและผลิตใหม่ของความเชื่อและพิธีกรรมไปตามกระแส การปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ทางสังคมในรูปแบบต่างๆ เช่นเดียวกับรายงานวิจัยของ ลือชัย ศรีเงินยวง และรุจิราภรณ์ อรรถสิขจุ (บรรณาธิการ, ๒๕๓๕: ๖๕-๘๐) พบว่า แม้บทบาทด้านการรักษาของหมอพื้นบ้านจะมีแนวโน้มลดลง แต่มีได้ลดลงทุกด้าน หมอพื้นบ้านที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านกลับมีผู้ป่วยที่มารับการรักษามากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยงศักดิ์ ตันติปิฎก และคนอื่นๆ (๒๕๔๔: ๑๕-๑๖) พบว่า หมอพื้นบ้านมีบทบาทการดูแลรักษาความเจ็บป่วยให้กับชาวบ้านในชุมชน หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จะให้บริการและช่วยเหลือชาวบ้านในลักษณะปัจเจกชนตามความสามารถและความชำนาญเฉพาะบุคคล มีลักษณะการให้บริการแบบช่วยเหลือกันหรือช่วยกันตามโอกาส โดยมีได้มีเรื่องราวได้เป็นสำคัญ หมอพื้นบ้านบางคนที่มีชื่อเสียงและมีความสามารถในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือโรคที่การแพทย์แผนปัจจุบันรักษาไม่หาย อาจให้บริการต่อเนื่องและมีรายได้ในลักษณะอาชีพเสริม โดยอาจมีคนนอกชุมชนเดินทางมารักษาที่บ้านหรืออาจถูกเชิญไปรักษาที่บ้านของผู้ป่วย หมอพื้นบ้านที่มีการรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีคุณธรรม คนในชุมชนจะยอมรับนับถือและมีสถานภาพทางสังคมค่อนข้างดี เมื่อชาวบ้านเจ็บป่วยหรือมีปัญหาชีวิตจะนึกถึงหมอพื้นบ้าน จะไปปรึกษาและขอรับการปรึกษา ทั้งยังเล้าถึงความสามารถของหมอพื้นบ้านให้ผู้อื่นฟังต่อกันไปอีกด้วย

นอกจากนี้ หมอพื้นบ้านยังมีการปรับตัวโดยการสร้างคำอธิบายและตีความกับปรากฏการณ์ของโรคใหม่ที่เกิดขึ้น และมีการประยุกต์ใช้เทคนิคหรือวิธีการของการแพทย์สมัยใหม่มาใช้ในการรักษา ดังเช่นงานวิจัยของบุษยมาส สิ้นธุประมา และเจนศิริ จันทรศิริ (๒๕๓๘: ๑๑๕) เรื่อง การดำรงอยู่และการปรับตัวของการแพทย์พื้นบ้านในเขตเมืองเชียงใหม่ พบว่า หมอพื้นบ้านยังคงได้รับการเคารพยกย่องและมีสถานภาพทางสังคมค่อนข้างสูง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคุณสมบัติและความสามารถของหมอพื้นบ้าน ในขณะที่เดียวกันหมอพื้นบ้านก็มีการปรับบทบาทด้านการรักษา โดยหันไปให้ความสำคัญกับอาการเจ็บป่วยที่การแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถอธิบายหรือรักษา

ไม่ได้ผล ซึ่งรายงานวิจัยเรื่อง ศักยภาพหมอพื้นบ้านกับการสาธารณสุขมูลฐาน: กรณีศึกษาจังหวัดเชียงราย โดย ธารา อ่อนชมจันทร์ และคนอื่นๆ (๒๕๓๕) สรุปว่า หมอพื้นบ้านภาคเหนือส่วนใหญ่ใช้วิธีการรักษาหลายอย่างร่วมกันและสามารถรักษาผู้ป่วยโรคต่างๆ ซึ่งกลุ่มโรคบางชนิด การแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่มีคำอธิบายที่ชัดเจน รักษาไม่ได้หรือรักษาได้ยาก ใช้เวลานาน เช่น โป่ง อัมพาต ดีซ่าน ลมผิวดือ่น เป็นต้น หากได้มีการติดตามผู้ป่วยในระยะเวลานานพอสมควร อาจทำให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ จากผลการวิจัยดังกล่าวยังพบว่า หมอพื้นบ้านภาคเหนือยังมีบทบาทในชุมชน ๓ ด้าน คือ

- (๑) เป็นส่วนหนึ่งของสังคม เนื่องจากหมอพื้นบ้านเป็นชาวบ้านที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเป็นส่วนหนึ่งของระบบการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันในสังคมชนบท จุดนี้เป็นศักยภาพที่เด่นของหมอพื้นบ้าน ซึ่งแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขแผนปัจจุบันไม่อาจทดแทนในส่วนนี้ได้
- (๒) เป็นทางเลือกในการรักษาของชาวบ้าน ซึ่งเป็นจุดที่บุคลากรสาธารณสุขแผนปัจจุบันให้ความสนใจมาก
- (๓) เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมพื้นบ้านซึ่งสามารถช่วยแก้ไขปัญหาคาความขัดแย้งทางสังคมหรือปัญหาจิตใจได้อย่างสอดคล้องกับวัฒนธรรมความเชื่อของชุมชนนั้น

ในภาพรวมอาจกล่าวได้ว่า หมอพื้นบ้านมีบทบาทการดูแลรักษาผู้ป่วยในชุมชนแบบหลายมิติ มีการรักษาและดูแลทางกาย ทางจิตใจและจิตวิญญาณประกอบกันไป ซึ่งเมื่อก้าวถึงบทบาทการรักษาของหมอพื้นบ้าน การศึกษาหลายเรื่องแสดงให้เห็นว่า หมอพื้นบ้านมีการปรับตัวและปรับบทบาทในการรักษาตลอดเวลา แม้ว่าในภาพรวมหมอพื้นบ้านมีบทบาทการดูแลรักษาแบบพื้นบ้านน้อยลง แต่มิได้ลดลงอย่างสม่ำเสมอเหมือนกันทั้งหมด สังเกตได้ว่า หมอพื้นบ้านยังคงมีบทบาทรักษาชาวบ้านในบริบททางวัฒนธรรมเดียวกัน

ยุคฟื้นฟูการแพทย์พื้นบ้าน

ช่วงสงครามโลกครั้งที่ ๒ เกิดวิกฤติขาดแคลนยาแผนปัจจุบัน ทำให้มีความพยายามในการใช้สมุนไพรมาเป็นยารักษาโรค แต่เมื่อหมดปัญหาการขาดแคลนยาสมุนไพรก็ไม่ได้รับการสนใจ ต่อมาเกิดวิกฤตการณ์สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจิตใจ และสังคมวัฒนธรรมซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง อាកพรทางจิตเวชต่างๆ โดยเฉพาะการปะทุของวิกฤตการณ์เอดส์ในภาคเหนือตอนบนที่ค่อนข้างรุนแรงระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๑-๒๕๓๗^๗ เป็นบทเรียนสำคัญที่สะท้อนถึงพลังสำคัญของมิติทางสังคมวัฒนธรรมและทำให้สังคมไทยทุกภาคส่วนหันกลับมาให้ความสำคัญกับศักยภาพภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะการพึ่งพาสมุนไพรและจิตบำบัดแบบพื้นบ้าน

ภายใต้สถานการณ์ดังกล่าว พบว่ามีการขับเคลื่อนของกลุ่มต่างๆ ทุกภาคส่วนซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ

- (๑) **กลุ่มขับเคลื่อนที่เน้นการพัฒนา** โดยมีเครือข่ายหมอพื้นบ้านภาคเหนือตอนบนทั้งระดับอำเภอและระดับจังหวัดเป็นแกนนำ ซึ่งมีการกำกับดูแลจากพี่เลี้ยงทั้งองค์กรพัฒนาเอกชนที่ได้รับการสนับสนุนทุนจากแหล่งทุนในประเทศหรือต่างประเทศอีกต่อหนึ่งในรูปแบบโครงการ มูลนิธิ ชมรม สมาคม ศูนย์ เครือข่ายต่างๆ อาทิ ศูนย์อำนวยการด้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน (ศอณบ.) โครงการพัฒนาเครือข่ายเอดส์ภาคเหนือ ซึ่งประสานงานกับเครือข่าย สมาคม หรือชมรมหมอพื้นบ้านในแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุขทั้งระดับปฏิบัติและระดับนโยบาย อาทิ สภาวัฒนธรรมจังหวัด ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สถานีอนามัย โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น

^๗ อ้างจาก ยิ่งยง เทาประเสริฐ และคนอื่นๆ. รายงานวิจัย เรื่อง การสังเคราะห์องค์ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการเรียนรู้และการปรับตัวในการแก้ไขปัญหาเอดส์ของชุมชนในจังหวัดเชียงราย: บทเรียนและประสบการณ์แก้ไขปัญหาเอดส์ของภาคเหนือตอนบน. เชียงราย: ศูนย์วิจัยและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน (ศวพบ.) สถาบันราชภัฏเชียงราย. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, ๒๕๔๒.

(๒) กลุ่มขับเคลื่อนที่เน้นการศึกษาวิจัย ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลจากสถาบันวิชาการหรือสถาบันการศึกษาต่างๆ ทั้งส่วนท้องถิ่น ส่วนภูมิภาค และส่วนกลาง

ในช่วง ๒ ทศวรรษที่ผ่านมา ประเด็นการแพทย์พื้นบ้านภาคเหนือ^๙ ได้รับความสนใจจากนักวิจัยและนักวิชาการ ๒ กลุ่มหลัก ได้แก่ ๑) กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ และ ๒) กลุ่มสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์ โดยการศึกษาในช่วงแรกเน้นการศึกษาวิจัยเพื่อทำความเข้าใจภูมิปัญญาพื้นบ้านภาคเหนือตามพื้นฐานความรู้ ความเชี่ยวชาญ และความสนใจเฉพาะประเด็นของผู้ศึกษาวิจัย เช่น ชาติพันธุ์ สมุนไพร เป็นต้น แต่ในช่วงหลังได้มีการเจาะศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านภาคเหนือทั้งตอนบนหรือล้านนาและตอนล่าง กระทั่งขยายผลสู่การแพทย์ชนเผ่าต่างๆ โดยการดำเนินโครงการศึกษาวิจัยและพัฒนาของกลุ่มต่างๆ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า งานพัฒนาด้านการแพทย์พื้นบ้านถูกขับเคลื่อนจากหน่วยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในรูปแบบของการศึกษาวิจัยและพัฒนา ซึ่งเป็นโอกาสให้การแพทย์พื้นบ้านเริ่มพลิกฟื้นบทบาทขึ้นมาอีกครั้ง แต่อย่างไรก็ตาม การเคลื่อนไหวของกลุ่มต่างๆ นั้นมีเจตนาที่ต้องการบรรลุผลสัมฤทธิ์แตกต่างกันไป ดังนั้นจึงมีลักษณะที่เป็นการเคลื่อนไหวแบบหลากหลาย เกิดการทับซ้อนของกิจกรรมในพื้นที่และกลุ่มหมอพื้นบ้านเดียวกัน อาทิ ภาคชุมชนมีการรวมกลุ่มลักษณะเครือข่ายหมอพื้นบ้านภายใต้การสนับสนุนจากกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน เพื่อเรียกร้องให้ชุมชนมีสิทธิในการรับรองสถานภาพของหมอพื้นบ้าน หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขที่เร่งดำเนินการตามนโยบายสำรวจและขึ้นทะเบียนหมอพื้นบ้าน โดยมีได้ตรวจสอบสถานะและศักยภาพของหมอพื้นบ้านอย่างชัดเจน การที่รัฐบาลเริ่มหันกลับมามองเห็นคุณค่าของภูมิปัญญาการแพทย์ของไทยและพยายามให้การสนับสนุน กระทั่งก่อตั้งหน่วยงานเฉพาะ เพื่อฟื้นฟูและพัฒนาการแพทย์แผนไทย รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนหมอพื้นบ้าน แต่ยังคงขาดความเข้าใจความแตกต่างของการแพทย์พื้นบ้านแต่ละภูมิภาค ซึ่งมีความแตกต่างทางด้านทฤษฎีโรคและกระบวนการรักษา^{๑๐}

^๙ อยู่ระหว่างมิติสุขภาพและมิติสังคมวัฒนธรรม โดยเชื่อมโยงกับนโยบายชาติในการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน

^{๑๐} จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ เมื่อวันที่ ๑๘-๑๙ สิงหาคม ๒๕๔๓ โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านสังคมศาสตร์การแพทย์และการแพทย์พื้นบ้าน ได้แก่ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ดร.อานันท์ กาญจนพันธ์ เกษัชกรยงค์ดี ดันติปฏิภ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยิ่งยง เทาประเสริฐ มาร่วมกันวิพากษ์ ซึ่งโดยภาพรวมนั้น ทุกท่านมีความเห็นตรงกันว่า องค์ความรู้หมอเมืองมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างไปจากแพทย์แผนไทย ทั้งทางด้านทฤษฎีในการอธิบายสิ่งต่างๆ และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง วิธีการรักษาต่างๆ มีลักษณะเด่น สมควรแก่การศึกษาสืบค้นหารายละเอียดต่อไป (ศูนย์วิจัยและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน สถาบันราชภัฏเชียงใหม่, ๒๕๔๓: ๑๒๐-๑๒๑)

การสังคายนาองค์ความรู้หมอเมือง

เพื่อพัฒนาระบบและตำราอ้างอิงของการแพทย์พื้นบ้านล้านนา

วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏ เชียงรายเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนงานวิจัยการแพทย์พื้นบ้านภาคเหนือตอนบน โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยกลุ่มหมอพื้นบ้านภาคเหนือ ตอนบนหรือล้านนา ที่เรียกว่า “หมอเมือง” ทำการสังคายนาองค์ความรู้หมอเมือง เพื่อพัฒนาระบบและตำราอ้างอิงของการแพทย์พื้นบ้านล้านนา เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๒ โดยระดมหมอเมืองหลายจังหวัดภาคเหนือตอนบน ที่มีความรู้จริงและมีนักวิชาการมา ช่วยสังเคราะห์โครงสร้างทฤษฎีการแพทย์พื้นบ้านล้านนา อันประกอบด้วย **ปรัชญา แนวคิด ทฤษฎีที่อธิบายถึงสมุฏฐานโรค การตรวจวินิจฉัย และกระบวนการ ป้องกันและดูแลสุขภาพ**ทั้งด้านกายบำบัด พิธีกรรมบำบัด สมุนไพรบำบัด อาหารบำบัด และการประพฤติปฏิบัติที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ โดยพัฒนาองค์ความรู้ หมอเมืองให้เป็นตำราอ้างอิงกลางของระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา และจัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้เกิดเครือข่ายหมอเมือง ๘ จังหวัดภาคเหนือตอนบน เพื่อร่วมกัน ตรวจสอบองค์ความรู้ที่จัดทำขึ้น

กระบวนการสังคายนากระบวนการแพทย์พื้นบ้านล้านนาก่อให้เกิดการขับเคลื่อน ทางสังคมอย่างมากมาย สร้างความตื่นตัวในหมู่หมอพื้นบ้านของแต่ละภูมิภาค รวมไปถึง หมอชนเผ่าที่ได้มีโอกาสมาร่วมเรียนรู้ กระทั่งเกิดเวทีเรียนรู้ระบบการดูแลสุขภาพ สุขภาพของชนเผ่าต่างๆ ทั้งม้ง เมี่ยน อาข่า ลาหู่ ลีซู ปะหล่อง ปกาเกอญอ ชมุ ละว้า และไทยใหญ่ ซึ่งสนใจศึกษาและฟื้นฟูการใช้ภูมิปัญญาและสมุนไพรท้องถิ่นเพื่อ สร้างเสริมสุขภาพของชนเผ่าตน

ต่อมา สกว. ร่วมกับ สสส. สนับสนุนให้วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านฯ ทำการ วิจัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ชนเผ่าภาคเหนือ เป็นระยะเวลา ๓ ปี (ปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๕) โดยได้ทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบการแพทย์และสมุนไพรชนเผ่า นาร่อง ๕ ชนเผ่า ได้แก่ อาข่า ไทยใหญ่ ม้ง เมี่ยน และลาหู่

ทั้งนี้ พบปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนการแพทย์ชนเผ่าคือ ความเข้ม แข็งของกลุ่มชาติพันธุ์ ทั้งผู้นำและสมาชิก ทำให้การพัฒนา มีความแตกต่างอย่างชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มที่สามารถขับเคลื่อนได้ค่อนข้างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ได้แก่ อาข่า และไทยใหญ่ ซึ่งสามารถดำเนินการขยายผลได้อย่างเต็มศักยภาพตามเป้าหมายที่วางไว้

เหตุการณ์และความเคลื่อนไหวด้านการแพทย์พื้นบ้านภาคเหนือ โดยเฉพาะการแพทย์พื้นบ้านภาคเหนือตอนบน เป็นมูลเหตุสำคัญหนึ่งที่มีส่วนในการผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเน้นความสำคัญของบทบาทการดูแลรักษาสุขภาพและการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ทั้งการพึ่งพาตนเอง รวมถึงครอบครัวและเครือญาติ และการพึ่งพาศักยภาพชุมชน โดยเฉพาะหมอพื้นบ้าน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาสุขภาพประชาชน

ระบบและตำราอ้างอิงของการแพทย์พื้นบ้านล้านนา จากชุดโครงการวิจัยองค์ความรู้หมอเมือง และชุดโครงการวิจัย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ชนเผ่าภาคเหนือ

๑. ตำราอ้างอิงกลางของการแพทย์พื้นบ้านล้านนา

เป็นการต่อยอดเนื้อหาสาระจาก “วิธีการดูแลรักษาสุขภาพในระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา” โดยแบ่งตำราออกเป็น ๔ เล่ม ตามสาระสำคัญ ได้แก่

ตำราเล่มที่ ๑ ครอบคลุมเนื้อหาสาระในด้านแนวคิด ทฤษฎี ความเชื่อและจักรวาลวิทยาของชาวล้านนาที่อธิบายเกี่ยวกับวิถีชีวิต ความเป็นตัวตนและการกำเนิดของมนุษย์ทั้งร่างกายและจิตใจ อันเป็นเหตุแห่งสุขภาพและที่มาของการเจ็บไข้ได้ป่วย ตลอดจนภาพรวมของระบบการแพทย์พื้นบ้านของล้านนาทั้งระบบ ตั้งแต่การตรวจวินิจฉัยโรค การจัดระบบโรค และวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมทั้งกระบวนการสร้างเสริมป้องกัน และดูแลรักษาสุขภาพทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ตำราเล่มที่ ๒ ครอบคลุมเนื้อหาสาระเกี่ยวกับกระบวนการสร้างเสริม ป้องกัน และดูแลรักษาสุขภาพด้วยการบำบัดรักษาทางกายหรือกายบำบัด ระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนามีวิธีการดูแลสุขภาพและการรักษาผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดเมื่อยทางโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ตลอดจนอาการเจ็บป่วยทางการเคลื่อนไหว เช่น กระดูกหัก อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือความผิดปกติของอวัยวะส่วนต่างๆ ซึ่งมักจะใช้เป็นวิธีการรักษาร่วมกับกระบวนการอื่นๆ ทั้งทางยาสมุนไพร อาหาร และพิธีกรรม เป็นต้น แต่เนื่องจากวิธีการดูแลรักษาสุขภาพด้วยกายบำบัดมีเป็นจำนวนมากและองค์ความรู้หลายวิธีก็หาผู้รู้และผู้มีประสบการณ์ได้ยาก รวมทั้ง

หลายเรื่องก็ไม่ร่วมสมัย จึงขาดรายละเอียดและขาดการตรวจสอบในบางวิธี จึงควรนำไปใช้อย่างระมัดระวัง และควรมีการศึกษาวิจัยเจาะลึกเพิ่มเติมต่อไป

ตำราเล่มที่ ๓ ครอบคลุมเนื้อหาสาระเกี่ยวกับกระบวนการสร้างเสริม ป้องกัน และดูแลรักษาสุขภาพ ด้วยอาหารและสมุนไพร ซึ่งนอกจากองค์ความรู้และตำรับอาหารและยาสมุนไพรที่จะนำไปสร้างเสริม ป้องกัน และดูแลรักษาสุขภาพแล้ว ยังรวมถึงระบบข้อมูลอาหารและสมุนไพรท้องถิ่นของล้านนา ซึ่งมีเป็นจำนวนมากที่ได้ผ่านการตรวจสอบและเทียบเคียงให้เป็นบรรทัดฐานเดียวกัน ทั้งในเรื่องชื่อและสรรพคุณหรือการใช้ประโยชน์ จนเป็นที่ตกลงยอมรับร่วมกันของหมอเมืองผู้ทรงความรู้จากจังหวัดต่างๆ ในล้านนาประมาณ ๔๕๐ ชนิด นอกจากนั้นยังรวมไปถึงการตรวจสอบและการตกลงร่วมกันในเรื่องเภสัชวิทยาและเภสัชกรรม หรือการปรุงยาของหมอเมืองให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยนำประสบการณ์ตรงของหมอยาปัจจุบันเปรียบเทียบและตรวจทานกับข้อมูลที่ปริวรรตจากใบลานและปืสบาโบราณประมาณ ๑,๔๐๐ ฉบับ ได้พบตำรับยาโบราณไม่น้อยกว่า ๗๐๐ ตำรับ ทำให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับหลักเภสัชกรรมและการปรุงยาของการแพทย์พื้นบ้านล้านนา ที่มีความถูกต้องสมบูรณ์ไม่แพ้ระบบการแพทย์อื่นๆ แต่ในเรื่องผลสัมฤทธิ์ของการนำตำรับยาไปทดลองใช้ในชั้นข้อมูลเชิงประจักษ์ ยังจำเป็นต้องศึกษาวิจัยเจาะลึกต่อไปอีกมาก

ตำราเล่มที่ ๔ ครอบคลุมเนื้อหาสาระเกี่ยวกับกระบวนการสร้างเสริม ป้องกัน และดูแลรักษาสุขภาพด้วยพิธีกรรมต่างๆ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นพิธีกรรมบำบัด หรือเทียบเคียงได้กับจิตเวชหรือการบำบัดทางสุขภาพจิต ซึ่งเป็นกระบวนการสร้างเสริม ป้องกัน และดูแลรักษาสุขภาพที่อยู่ในขั้นตอนลำดับแรกๆ คือเมื่อไม่สบาย อาจจะป่วยทางจิตใจหรือทางกายก็แล้วแต่ หมอเมืองมักจะเริ่มด้วยการตรวจสอบทางจิต/ขวัญ ก่อนที่จะไปตรวจสอบทางธาตุ/ร่างกาย ด้วยการดูมือและคำนวณเคราะห์กรรมตามอายุขัย หากพบอาการผิดปกติก็จะทำพิธีกรรมเพื่อบำบัดแก้ไขหรือบรรเทาผ่อนหนักเป็นเบา เช่น ถ้าหนักก็จะสงเคราะห์ เพื่อขจัดปัดเป่า แล้วจึงผ่อนเบาด้วยการสร้างขวัญกำลังใจ สู่ขวัญ สืบชะตา แล้ว

ส่งเสริมให้สร้างภูมิคุ้มกันด้วยการทำสมาธิ ปฏิบัติธรรม รวมทั้งปฏิบัติ
ตนในวิถีชีวิตให้เป็นสิริมงคลและสงบอยู่เย็น

ระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนาคือเรื่องจิตใจเป็นสำคัญ สังเกตได้ว่าพิธีกรรม
บำบัดมักแทรกอยู่ในกระบวนการสร้างเสริม ป้องกัน และดูแลสุขภาพสุขภาพแทบทุก
เรื่อง เช่น การบำบัดรักษาทางกาย การบำบัดรักษาด้วยอาหาร และการบำบัดรักษา
ด้วยสมุนไพรจะมีคาถากำกับและพิธีกรรมร่วมด้วยเสมอ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า
เป็นการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างกลมกลืน แต่เพื่อ
ให้สะดวกต่อการศึกษา ง่ายต่อการสื่อสารและทำความเข้าใจ จึงได้ขมวดองค์ความรู้ที่มี
ลักษณะใกล้เคียงกันออกเป็นกลุ่มๆ โดยแต่ละกลุ่มจะแยกเขียนเป็นตำรากลุ่มละเล่ม
ดังนั้น จึงต้องคำนึงถึงเจตนาของความเป็นองค์รวมอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะการดูแล
รักษาจะเน้นให้เกิดผลควบคู่กันทั้งทางใจและกาย จึงปรากฏว่า ตำรับยาบางอย่าง
ถ้าปราศจากความเชื่อและความศรัทธาก็อาจจะไม่เห็นผล หรือให้ผลทางจิตใจ
(Psychological effect) มากกว่าหรือผสมผสานกับการให้ผลทางยา (Chemical effect)

๒. ตำราฝึกอบรมการแพทย์พื้นบ้านล้านนา

องค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านล้านนาสำหรับหมอพื้นบ้านรุ่นใหม่และบุคคลทั่วไป
มีจำนวน ๓ เล่ม ในรูปแบบตำราฝึกอบรมหมอพื้นบ้านแต่ละสาขา ได้แก่

ตำราการแพทย์พื้นบ้านล้านนา สาขาหมอพิธีกรรมบำบัด

ตำราการแพทย์พื้นบ้านล้านนา สาขาหมอยา

ตำราการแพทย์พื้นบ้านล้านนา สาขาหมอกายบำบัด

โดยแต่ละเล่มประกอบด้วยเนื้อหา ๒ ส่วน คือ

ส่วนแรก เกี่ยวข้องกับภาพรวมของการแพทย์พื้นบ้านล้านนา ซึ่งเป็นเนื้อหา
ของตำราอ้างอิงกลางเล่มที่ ๑ ที่เกี่ยวกับสมุฏฐานโรค กลุ่มโรค
การวินิจฉัย และกระบวนการดูแลสุขภาพสุขภาพแบบพื้นบ้านโดยรวม

ส่วนที่สอง เกี่ยวกับเนื้อหาเฉพาะของการแพทย์พื้นบ้านล้านนาแต่ละสาขา
ที่ผ่านการคัดสรรสาระสำคัญ มีความชัดเจน และสามารถนำไปใช้
ประโยชน์ได้จริง

๓. ตำราอ้างอิงกลางของการแพทย์ชนเผ่า

ได้แก่ อ่าซ่า ไทยใหญ่ ม้ง เมี่ยน และลาหู่ จำนวน ๕ เล่ม ซึ่งแต่ละเล่มแบ่งเนื้อหาสาระออกเป็น ๒ ส่วน ได้แก่

ส่วนแรก เป็นส่วนที่เกี่ยวกับองค์ความรู้การดูแลรักษาสุขภาพของชนเผ่าหรือส่วนที่เป็นการแพทย์ชนเผ่า เริ่มตั้งแต่ประวัติความเป็นมาของชนเผ่า แนวความคิด ความเชื่อและจักรวาลวิทยาของชนเผ่าเกี่ยวกับการเกิดการตายของมนุษย์ เหตุแห่งการเจ็บป่วย อาการและระบบโรค การตรวจวินิจฉัย ตลอดจนการเฝ้าระวังรักษาและการส่งเสริมป้องกันดูแลการปฏิบัติตน ซึ่งแบ่งตามการรักษาได้ ๓ ประเภท คือ รักษาโดยการบำบัดทางจิตใจด้วยพิธีกรรม รักษาโดยการบำบัด ทางกาย และรักษาโดยการบำบัดด้วยยาสมุนไพร จึงแบ่งหมอบเป็น ๓ ประเภทตามแนวทางการรักษา นั่นคือ หมอยา หมอ กายบำบัด และหมอพิธีกรรมบำบัด ซึ่งในโครงการวิจัยยังได้ฟื้นฟู บทบาทของหมอและฟื้นฟูวิธีการรักษาสุขภาพของการแพทย์ชนเผ่า ทั้งในชุมชนและในสถานีนอนามัย รวมทั้งการสืบทอดให้คนรุ่นใหม่ และจัดทำเป็นหลักสูตรท้องถิ่นสอนกันในโรงเรียนและใน มหาวิทยาลัย

ส่วนที่สอง เป็นส่วนขององค์ความรู้ที่เกี่ยวกับสมุนไพรของชนเผ่า ซึ่งระบุชื่อท้องถิ่น รูปลักษณะ สรรพคุณ และส่วนที่ใช้ประโยชน์ นอกจากนี้ได้รวบรวมความรู้เกี่ยวกับพืชสมุนไพรทั้งหมดที่หมอรู้จักและใช้เป็นยา แล้ว ยังได้สำรวจแหล่งสมุนไพรและพัฒนาเป็นศูนย์ขยายพันธุ์พืชสมุนไพรของชุมชน เพื่อนำพันธุ์พืชสมุนไพรที่ตลาดต้องการไปปลูกเสริมในพื้นที่ป่าชุมชนและปลูกตามหัวไร่ปลายนา หรือผลิตวัตถุดิบสมุนไพรเพื่อสร้างรายได้ รวมไปถึงการแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพและยาสมุนไพร

บทสรุป

จากการประมวลภาพรวมของสถานการณ์ความเคลื่อนไหวและพัฒนาการของการแพทย์พื้นบ้านภาคเหนือตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะในส่วนของการแพทย์พื้นบ้านล้านนาและการแพทย์ชนเผ่า ได้พิสูจน์ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า トラบที่การแพทย์พื้นบ้านยังคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่และเป็นที่พึ่งของชาวบ้านได้ ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านจะยังคงอยู่คู่เป็นเงาตามตัวกับชาวบ้าน และชุมชนเสมอ ตั้งแต่โบราณกาลจวบจนปัจจุบันและยืนหยัดสืบเนื่องต่อไปในอนาคต สังคมใดก็ตามไม่สามารถปฏิเสธการดำรงคงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้านอันเป็นการแพทย์ภาคประชาชน (Popular Sector) จึงขึ้นอยู่กับว่าสังคมนั้นจะฉลาดหลักแหลมพอที่จะหยิบยกขึ้นมาพัฒนาให้ร่วมสมัยเกิดประโยชน์สูงสุดและเป็นทางเลือกแก่สังคมนั้นอย่างไร ตัวอย่างการแพทย์จีน หรืออินเดีย ได้พิสูจน์ให้สังคมโลกประจักษ์ว่า การแพทย์พื้นบ้านก็สามารถพัฒนาให้เป็นระบบการแพทย์แห่งชาติที่ผสมผสานกับการแพทย์สมัยใหม่ได้ ซึ่งประเทศไทยก็กำลังเจริญรอยในแนวทางเดียวกัน หวังว่าอนาคตคนไทยคงได้มีโอกาสเหมือนคนจีนและคนอินเดีย

ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านอีสาน

การอยู่รอด (Survival) ถือว่าเป็นหน้าที่หลักของสิ่งมีชีวิต มนุษย์ก็เป็นเช่นเดียวกันกับสิ่งมีชีวิตทั้งหลาย ที่ต้องมีการต่อสู้ดิ้นรนเพื่อให้เผ่าพันธุ์ดำรงอยู่ การพัฒนาทักษะเพื่อให้ร่างกายเป็นปกติสุข สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในสิ่งแวดล้อมที่มีขีดจำกัด จึงเป็นบ่อเกิดแห่งองค์ความรู้ที่สมัยปัจจุบันเรียกว่า “การแพทย์พื้นบ้าน” ดังนั้นการแพทย์พื้นบ้านจึงเป็นสิ่งที่เกิดมาควบคู่กับชุมชน

ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในประเทศไทยไม่ว่าจะเป็นชุมชนเล็กหรือชุมชนใหญ่ มีรากมาจาก ๒ แหล่ง คือ

- ๑) องค์ความรู้ที่เกิดจากภายในชุมชน
- ๒) องค์ความรู้ที่เกิดจากภายนอกชุมชน เช่น การแพทย์จากอินเดียหรือการแพทย์จากจีน เป็นต้น

สังคมและวัฒนธรรมอีสาน

สุจิตต์ วงษ์เทศ (๒๕๔๙) กล่าวไว้ว่า “คนอีสาน” หรือ “ชาวอีสาน” หมายถึงคนที่อาศัยอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของไทยที่มีกรุงเทพฯ เป็นศูนย์กลาง พื้นที่ภาคอีสาน ในอดีตจึงหมายถึงพื้นที่ทั้งสองฝั่งของแม่น้ำโขง ประกอบด้วยผู้คนหลากหลายชาติพันธุ์ที่มีความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรมมาไม่น้อยกว่า ๕,๐๐๐ ปี โดยเริ่มจากคน ๒ กลุ่ม คือ **กลุ่มคนที่อยู่บนที่สูง** และ**กลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในที่ลุ่ม** ต่อมามีกลุ่มคนอพยพมาจากฝั่งซ้ายของแม่น้ำโขงมาอาศัยในเขตฝั่งขวามากขึ้น เนื่องจากการคมนาคมในสมัยนั้นมีความยากลำบาก การพัฒนาทางสังคมและวัฒนธรรมจึงมีความเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละกลุ่ม เช่น ภาษาหรือประเพณีต่างๆ สามารถจำแนกออกเป็นชนเผ่าต่างๆ ได้ไม่น้อยกว่า ๑๘ ชนเผ่า (อุษา กลิ่นหอม

และคณะ ๒๕๔๘ ก) ได้แก่ ผู้ไท แสกก โซ่ โย้ย ญ้อ กะเลิง เขมร ญอ (ส่วย) เยอ ชาวบน บรู พวน ไทยดำ ลาว ยวน นครไท มอญและไทยโคราช แต่ในปัจจุบัน การคมนาคมและการสื่อสารมีการพัฒนามากขึ้น ทำให้การเคลื่อนของคนและการรับรู้ข่าวสารเป็นไปอย่างรวดเร็ว สังคมและวัฒนธรรมของแต่ละชนเผ่าจึงถูกกลืนผสมผสานกันจนเกือบจะเป็นเนื้อเดียวกัน ยกเว้นในบางกลุ่ม เช่น ชนเผ่าแสก ที่บ้านบะหว้า ตำบลท่าเรือ อำเภอท่าเรือ จังหวัดนครพนม ชาวบนที่บ้านน้ำลาด ตำบลนาายางหลัก อำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ หรือกลุ่มผู้ไทในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์และมุกดาหาร ที่ยังคงรักษาภาษา และวัฒนธรรมประเพณีของชนเผ่าไว้อย่างมั่นคง การดำรงความเป็นชนเผ่านี้ยังสะท้อนให้เห็นได้จากวิถีความเป็นอยู่ การกินและการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งแต่ละชนเผ่ามีเอกลักษณ์ของตนเอง

การดำรงชีวิตที่แบ่งออกเป็นชนเผ่าและอาศัยอยู่ในระบบภูมิโนเวศที่แตกต่างกัน ทำให้วิถีชีวิตในการใช้พืชและสัตว์เป็นอาหาร หรือการดูแลสุขภาพของแต่ละชนเผ่ามีความหลากหลายไปตามระบบนิเวศ

ภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพ

การกินอาหารของชาวอีสานถือว่าเป็นวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพ เป็นการกินอยู่เพื่อป้องกันและรักษาโรค (อุษา กลิ่นหอม และคณะ ๒๕๔๘ ข) ตัวอย่างเช่น ในฤดูแล้ง นิยมกินอาหารที่มีรสเปรี้ยวผสมรสเผ็ด เช่น ตำเปี๊ยะกลาง โดยนำเปี๊ยะกลางมาชุบเอาเนื้ออ่อนด้านในของเปี๊ยะ จะได้เยื่อเยื่อที่คล้ายแตงกวาสับ นำมาตำกับมดแดง รสเปรี้ยวจากมดแดงทำให้ร่างกายสดชื่น ต่อต้านอากาศที่ร้อนอบอ้าวในขณะที่ที่รสเผ็ดของเปี๊ยะกลางช่วยไม่ให้ท้องเสีย เป็นต้น

วงศ์สถิต นั้วกุล และคณะ (๒๕๔๓) ได้กล่าวไว้ว่า สมุนไพรบางชนิดที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายในภาคอีสาน แต่ไม่ปรากฏในตำรายาไทยภาคกลาง เช่น ยาหัวข้อย หรือหัวค้อนกระแต ที่มีชื่อทางภาคกลางว่า ละครโคก มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Premanan Coll. et Hemsl.* หรือการใช้น้ำแช่ไล่เดือเป็นน้ำกระสายยา เป็นต้น สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า คนอีสานมีภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพของตนเอง

โบราณสถานต่างๆ ที่ปรากฏในภาคอีสานเป็นหลักฐานทางประวัติศาสตร์อย่างดีที่ทำให้ทราบว่า การดูแลสุขภาพของคนในแถบดินแดนอีสานได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมอินเดียในช่วง พ.ศ. ๑๒๐๐-๑๖๐๐ ต่อมาขอมได้เข้ามาปกครองในดินแดนแถบนี้ ในช่วง พ.ศ. ๑๖๐๐-๑๘๐๐ การแผ่อำนาจของขอมเข้ามาในดินแดนแถบอีสาน

ได้นำระบบการรักษาพยาบาลที่เป็นระบบที่ต่างจากคนพื้นเมือง เข้ามาด้วย อันได้แก่ การสร้าง **อาโรคยศาลาควบคู่ไปกับศาสนสถาน** เช่น ปราสาทกู๋ บ้านเขวา จังหวัดมหาสารคาม จากการสำรวจตามอาโรคยศาลาในเกือบทุกที่ พบไม้ที่ภาษาถิ่นเรียกว่า **“ซายลู่”** มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Capparis siamensis* Kurz เป็นไม้ยืนต้นขนาดเล็ก ซึ่งมีการใช้ในตำรับยาอีสานหลายตำรับ เช่น ตำรับยารักษา “ไข้หมากไม้” “ไข้ออกปาดำ ปานแดง” หรือ “แก้ไข้พิษหมากไม้” เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าการแพทย์พื้นบ้านอีสานไม่ได้ใช้ทฤษฎีธาตุทั้งสี่ในการวินิจฉัยโรคเหมือนของทางภาคกลางหรือหลักของการแพทย์แผนไทย โรคต่างๆ ที่ปรากฏในคนอีสานมีชื่อเรียกเฉพาะของตนเอง มีการจัดจำแนกอาการต่างๆ ของโรคไว้อย่างชัดเจน เช่น ไข้หมากไม้ หมักมัน ล่องแก้ว โรควัด ปะดง กะบูน สาระบาดหรือพาก เป็นต้น (อุษา กลิ่นหอม ๒๕๕๒)

สมุนไพรบางชนิดที่ไม่อาจหาได้ในท้องถิ่นของไทยหรือหาได้ยาก อาจมีการประยุกต์เอาสมุนไพรที่มีอยู่ในพื้นที่ใช้ เช่น จันทน์แดง ในตำรับดั้งเดิมของอินเดีย เมื่อกล่าวถึงจันทน์แดงหมายถึงไม้ยืนต้นที่อยู่ในกลุ่มเดียวกับประดู่ (*Pterocarpus santalinus* L.) หรือเลื้อดมังกร (*Dracaena cochinchinensis* *Dracaena cambodiana*) ของจีน แต่ไม้เหล่านี้ไม่มีในประเทศไทย จึงมีการประยุกต์นำเอาเชื้อราสีแดงที่ขึ้นอยู่กับไม้จันทน์ผาซึ่งมีอยู่มากในบริเวณนี้มาใช้แทน ซึ่งจากการตรวจสอบสรรพคุณและการใช้ประโยชน์ทางยามีลักษณะที่ค่อนข้างคล้ายกัน (<http://herbclubs.blogspot.com/> และ http://www.natureproducts.net/Medicine/Dai_medicine/dragon_blood.html)

ไข้หมากไม้

ไข้หมากไม้ เป็นอาการไข้ที่พบบ่อยในช่วงที่มีการเปลี่ยนฤดูกาล จากเอกสารโบราณตามวัดต่างๆ และปรีชา พิณทอง (๒๕๓๖) ได้จัดจำแนกไข้หมากไม้ไว้เป็น ๔๖ อาการ ดังตัวอย่าง เช่น

- ❖ ไข้ออกเหือดไฟ เป็นไข้ที่มีอาการปวดหลัง ปวดเอว มีอาการออกร้อนตามตัว
- ❖ ไข้เหือดจม เป็นไข้ที่มีอาการไม่ร้อนร่นและไม่กระหายน้ำ ยังอยากกินข้าวกินน้ำอยู่ มีอาการซึม
- ❖ ไข้อกแสด แสด เป็นไข้ที่มีอาการเจ็บเนื้อเจ็บตัว เหมือนถูกคนตบตี
- ❖ ไข้อกเงาฟัก มีอาการไข้ แต่ร่างกายเย็น
- ❖ ไข้เสียดไฟ เป็นไข้ที่มีอาการไม่เสมอกัน ตั้งแต่อกขึ้นไปหัวมีอาการร้อนมาก ตั้งแต่เอวลงไปหาปลายเท้ามีอาการร้อนพอประมาณ ร่างกายมีสีแดง

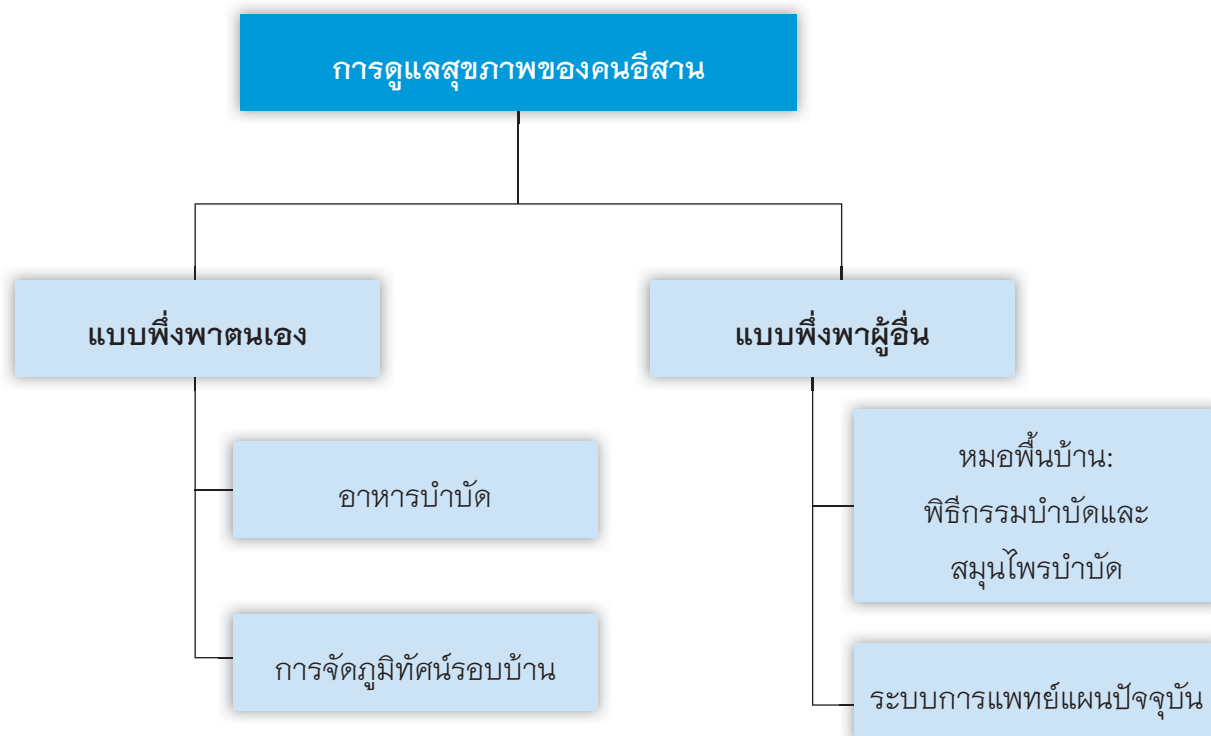
นอกจากนี้ในแต่ละชนเผ่ายังมีเอกลักษณ์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น ไทยดำนิยมปลูกว่านผีหน่าย ซึ่งเป็นพืชในกลุ่มวงศ์ขิงไว้หน้าบ้าน น้ำมันหอมระเหยจากเหง้าของพืชชนิดนี้จะช่วยไล่หนูและแมลงต่างๆ ไม่ให้เข้าไปในบ้านได้เป็นอย่างดี หรือการเป็นลมพิษซึ่งภาษาอีสานเรียกว่า “มุนมาน” ที่แต่ละชุมชนมีภูมิปัญญาในการดูแลรักษาด้วยตนเอง เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ลาวใช้ต้นเล็บเงือก (*Tephrosia purpurea* Pers. Mill.) ต้มอาบ ส่วนกลุ่มชาติพันธุ์เขมร ใช้ใบหนาด (*Blumea balsamifera* (L.) DC. ผสมใบส้มป่อย (*Acacia concinna* (Willd.) DC.) ต้มอาบ ส่วนกลุ่มชาติพันธุ์ผู้ไทใช้ไมยราบ (*Mimosa pudica* L.) มาต้มอาบ ในขณะที่ภาคกลางใช้ใบพลูตำผสมเหล้าขาวทาบริเวณที่คัน เป็นต้น

การดูแลสุขภาพของชนอีสานมีลักษณะเป็นแบบบูรณาการ แต่หลักการใหญ่ เป็นเรื่องของการอยู่ให้สอดคล้องกับธรรมชาติ ดังสุภาษิตที่ว่า “เฮ็ดอยู่เฮ็ดกิน” หรือ “กินข้าวเป็นหลัก กินผักเป็นยา กินปลาเป็นอาหาร” ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคนอีสานให้ความสำคัญกับการกินเพื่อให้มีกำลังในการทำงานและเพื่อให้มีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่ได้คำนึงถึงรูปลักษณ์ของอาหาร การดูแลสุขภาพของคนอีสานจึงให้ความสำคัญต่อการกินอยู่ให้สอดคล้องกับฤดูกาลที่เปลี่ยนไป เพื่อปรับสมดุลภายในให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมภายนอก การดูแลสุขภาพจึงเป็นไปในลักษณะที่เป็นการพึ่งตนเองก่อน เมื่อไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จึงหันไปพึ่งหมอยาภายในชุมชน หรือนอกชุมชน แนวปฏิบัติเช่นนี้ยังพบเห็นได้ในชุมชนชนบททั่วไป ดังนั้นกรอบในการดูแลสุขภาพจึงประกอบด้วยเรื่องของอาหาร การจัดภูมิทัศน์รอบบ้าน การบำบัดทางจิต ช้อดะล่า (ช้อห้าม) ต่างๆ ที่จะทำให้อาการเป็นปกติ สามารถจำแนกการดูแลสุขภาพของคนอีสานได้เป็น ๒ ส่วน คือการดูแลแบบพึ่งพาตนเองและการพึ่งพาผู้อื่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพึ่งพาตนเองประกอบด้วย อาหารและการจัดภูมิทัศน์รอบบ้าน ซึ่งความรู้ทางด้านนี้เป็นการสืบทอดภายในครอบครัว จากรุ่นสู่รุ่น ส่วนการพึ่งพาผู้อื่นได้แก่ การรักษากับหมอพื้นบ้าน ซึ่งมีทั้งการใช้สมุนไพรและพิธีกรรมบำบัด และสถานพยาบาลของรัฐ ตามแผนภาพในภาพ ๕.๑

ตำราและตำรายาอีสาน

เนื่องจากสังคมอีสานเป็นสังคมแบบมุขปาฐะ การถ่ายทอดองค์ความรู้จึงเป็นแบบบอกเล่ามากกว่าการจดบันทึก รัชช ปุณโณทก (๒๕๔๕) ได้รายงานไว้ในอดีต

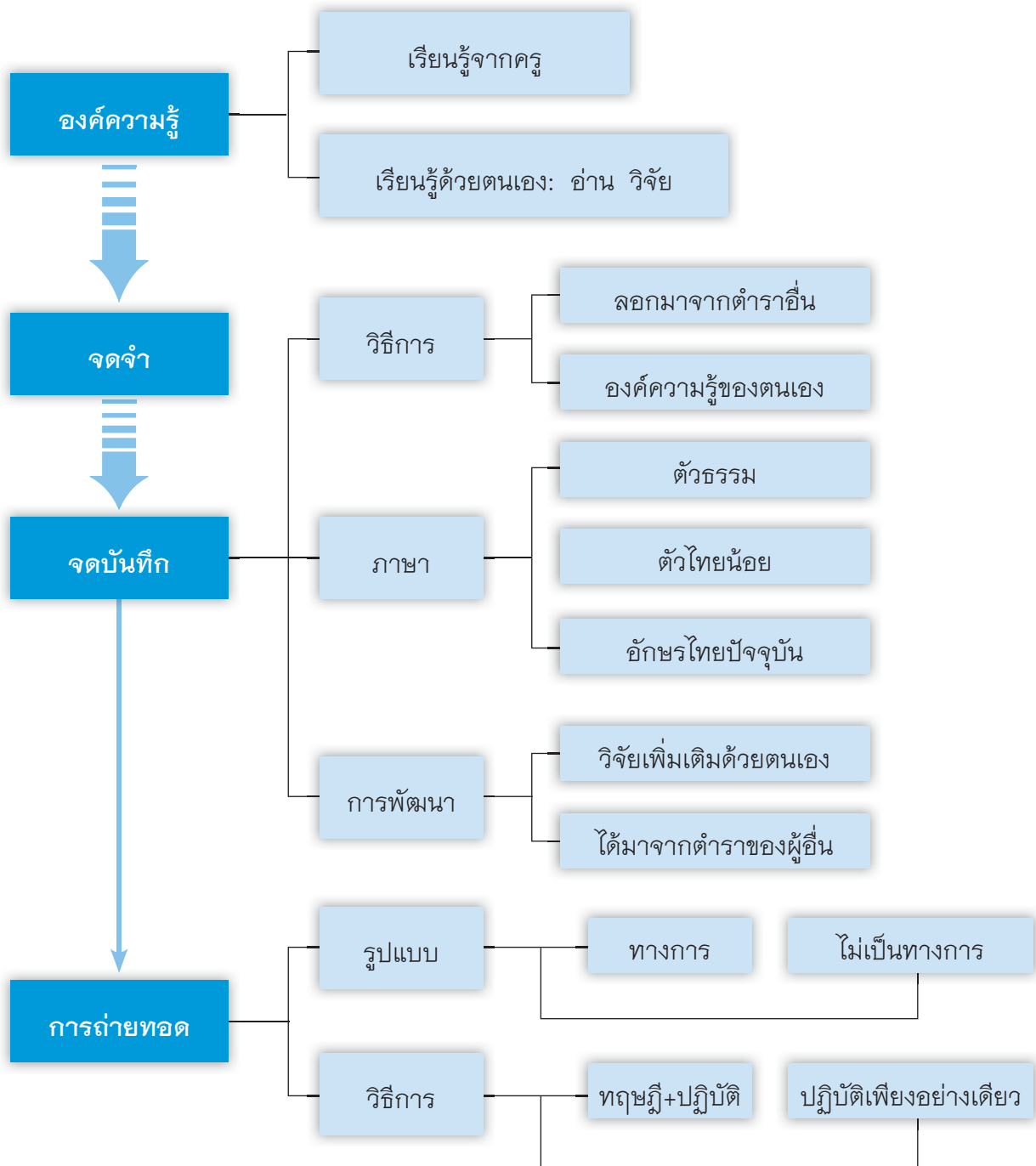
ภาพ ๕.๑ ระบบการดูแลสุขภาพของคนอีสานและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง



ดินแดนในแถบอีสานและลาวเริ่มมีการใช้อักษรเขียนเป็นภาษาอีสานหรือภาษาไทย-ลาว เมื่อสมัยพุทธศตวรรษที่ ๒๑ ถึงแม้ว่าในอดีตคนอีสานจะมีอักษรที่ใช้ในการบันทึกข้อมูล แต่การจดบันทึกองค์ความรู้ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในชุมชนของพระสงฆ์มากกว่าร้อยละ ๙๐ เนื่องจากการเรียนการสอนโดยใช้ตัวหนังสือมีปรากฏเฉพาะภายในวัดเท่านั้น การบันทึกอักษรในอดีต เป็นการบันทึกโดยใช้อักษรธรรม และอักษรไทยน้อย วัสดุที่ใช้ในการบันทึกคือใบลาน

การจดบันทึกเพื่อจัดทำตำราทั้งหลายต้องเริ่มจากการเรียนรู้ การเรียนรู้อาจเกิดได้หลายช่องทาง เช่น การเรียนรู้จากผู้รู้หรือครู การเรียนรู้ด้วยตนเองไม่ว่าจะเป็นการอ่านจากตำราหรือการทดลองเรียนรู้ด้วยตนเอง เมื่อนำผลจากการเรียนมาวิเคราะห์ สังเคราะห์จนกลายเป็นองค์ความรู้ สามารถนำไปสู่การจดบันทึกหรือการจัดทำตำราทั้งเพื่อการใช้ประโยชน์ในอนาคตของผู้จดบันทึกเอง หรือเพื่อการสืบทอดองค์ความรู้เหล่านั้น การจดบันทึกสามารถทำได้หลากหลายรูปแบบ เช่น บันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ภาพวาด เป็นต้น ดังแผนภาพในภาพ ๕.๒

ภาพ ๕.๒ แนวคิดที่ใช้ในการจัดทำตำรายาพื้นเมืองอีสาน



กลุ่มคนที่เข้ามาอยู่ในภาคอีสานที่มีรากฐานทางด้านวัฒนธรรมและภาษาแตกต่างกัน แบ่งออกได้เป็น ๒ กลุ่มใหญ่ คือ **กลุ่มชาติพันธุ์เขมรและกลุ่มชาติพันธุ์ลาว**

กลุ่มชาติพันธุ์เขมรอยู่ทางตอนล่างของภาคอีสานหรือที่เรียกว่า “อีสานใต้” ประกอบด้วย จังหวัดสุรินทร์ ศรีสะเกษและบุรีรัมย์ เป็นกลุ่มชนที่มีรากฐานเช่นเดียวกับกลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในประเทศกัมพูชาในปัจจุบัน คนกลุ่มนี้ใช้ภาษาเขมร ซึ่งมีทั้งภาษาพูดและภาษาเขียน การจดบันทึกตำราของของกลุ่มชาติพันธุ์เขมรที่พบในประเทศไทยเป็นการบันทึก**กลองบนศิลา** ในราว พ.ศ. ๑๓๒๐-๑๓๖๐ ซึ่งสร้างขึ้นในสมัยพระเจ้าชัยวรมันที่ ๗ จำนวน ๕ หลัก (ศิริ ผาสุก มปป.) คือ

๑. ศิลาจารึกปราสาทตาเหมือนใต้จ จังหวัดสุรินทร์
๒. ศิลาจารึกสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์
๓. ศิลาจารึกปราสาท จังหวัดสุรินทร์
๔. ศิลาจารึกด่านประคำ จังหวัดบุรีรัมย์
๕. ศิลาจารึกพิมาย จังหวัดนครราชสีมา

ศิลาจารึกทั้ง ๕ หลัก มีหลักการในการบันทึกเป็นรูปแบบเดียวกัน ประกอบด้วยคำบรรยายที่เป็นรายละเอียดของแต่ละพื้นที่ เช่น จำนวนบุคคลกร ศิลาที่ทำการบันทึกแบ่งออกเป็น ๔ ด้าน

- ด้านที่ ๑ เป็นคำประกาศในการจัดตั้งโรงพยาบาล
- ด้านที่ ๒ บรรยายถึงประวัติการจัดตั้งโรงพยาบาลในแต่ละพื้นที่
- ด้านที่ ๓ บรรยายการจัดพิธีกรรม เครื่องพลีทานรวมทั้งตำรับยา
- ด้านที่ ๔ เป็นบทสวดสรรเสริญพระเจ้าแผ่นดินและพระพุทธเจ้า

ในส่วนของกลุ่มชาติพันธุ์ลาว ในอดีตนอกจากจะมีภาษาพูดเป็นของตนเองแล้วยังมีภาษาเขียน ที่เรียกว่า**อักษรธรรมและอักษรไทยน้อย** การบันทึกเรื่องราวต่างๆ เป็นอักษรธรรมและอักษรไทยน้อย จะมีความแตกต่างกับการบันทึกในระบบทั่วไป คือ ไม่มีการบันทึกในเชิงพรรณนา หรือประวัติศาสตร์ของท้องถิ่น การบันทึกบนใบลานด้วยอักษรธรรมและอักษรไทยน้อยส่วนใหญ่ทำใน ๒ ลักษณะ คือ

๑. การบันทึกบนใบลานขนาดยาวประมาณ ๕๐ เซนติเมตร เป็นการบันทึกหรือคัดลอกพระไตรปิฎก เพื่อเป็นพุทธบูชา ทั้งหมดเป็นการใช้อักษรธรรมในการบันทึก เนื่องจากถือว่าเป็นของสูง

๒. การบันทึกลงในใบลานขนาดสั้นความยาวประมาณ ๒๐ เซนติเมตร มีชื่อเรียกในท้องถิ่นว่า “หนังสือก้อม” หรือ “หนังสือคองใช้” (เอกวิทย์ ณ ถลาง ๒๕๔๔) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการบันทึกกรอบแนวปฏิบัติและสาระสำคัญในการดำรงชีวิต หนังสือก้อมยังจัดเป็นของศักดิ์สิทธิ์ ต้องเก็บไว้บนหิ้งบูชา การบันทึกหนังสือก้อมมีการใช้ทั้งอักษรธรรมและอักษรไทยน้อย (สุภณ สมจิตศรีปัญญา ๒๕๓๖) ได้จัดจำแนกหนังสือก้อมไว้เป็น ๘ ประเภท ซึ่งได้นำมาปรับใหม่บางส่วน ดังนี้

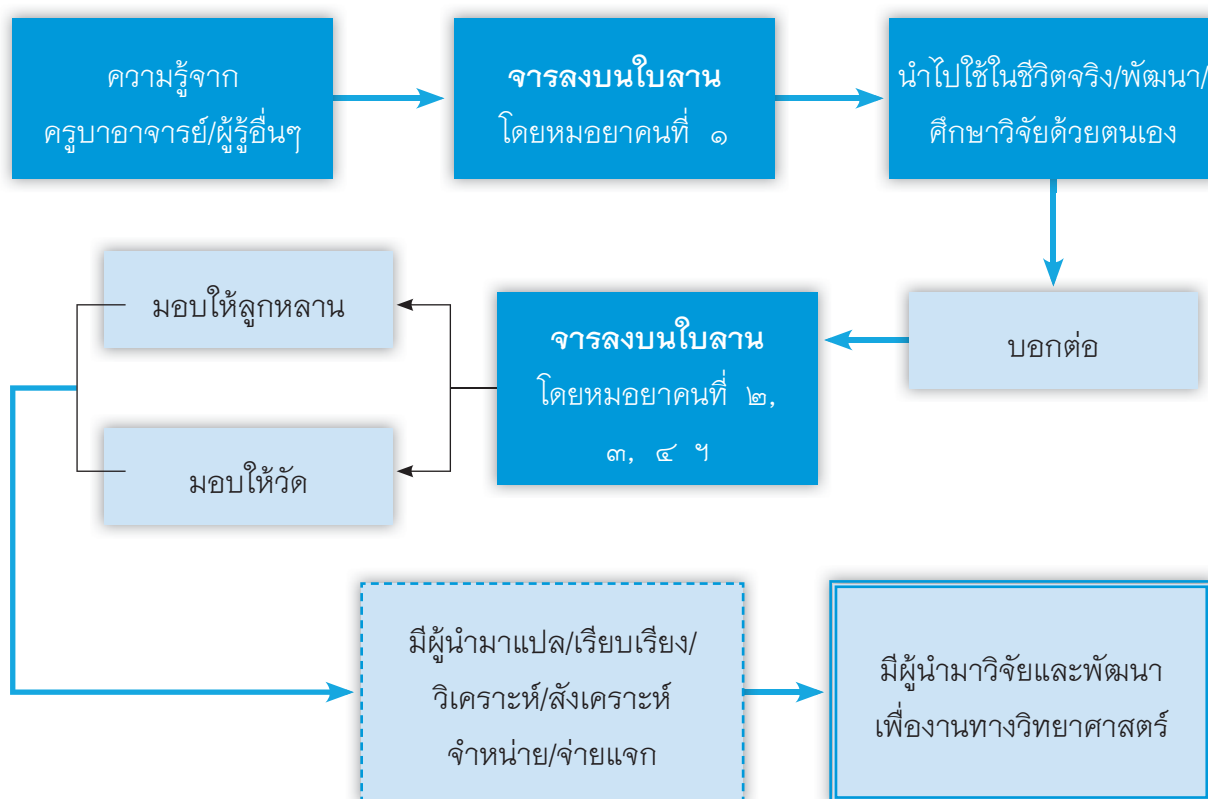
๑. จาริตประเพณี เช่น ฮีตสิบสอง คองสิบสี่ ฮีตค้ำคองเขย ฯลฯ
๒. วัชรีความเชื่อและพิธีกรรม เช่น คาถา บทสวด ทำขวัญ สะเดาะเคราะห์ การแทกโลก ขึ้นบ้านใหม่ ฯลฯ
๓. การปกครอง เช่น กฎหมาย คำสอน แนวปฏิบัติในสังคม ฯลฯ
๔. การเกษตร (เดิมใช้ว่า “เศรษฐกิจ”) เช่น การปลูกข้าว แรกไร่แรกนา ฟ้าไขประตุน้ำ ลู่วัวข้าว ลู่วัวควาย ฯลฯ
๕. การรักษาโรค ตำรายา คาถาเสกเป่า ฯลฯ
๖. บทกวี คำสอน ต่างๆ (เดิมใช้ว่า “ความรัก”) เช่น ผญา คำสารรัก สิบปสุญ สุตที่คิดสุดที่อ่าว กลอนเทศนา ฯลฯ
๗. นิทาน เช่น เวสสันดรคำกลอน จำปาสีตัน กำพรว้าฝิ่นน้อย ฯลฯ
๘. วิทยาการอื่นๆ เช่น เลขคณิต สูตรลูกคิด ฯลฯ

การบันทึกบนใบลานนี้มีหลักการนับหน้าคือ ๑ ผูก มี ๑๒ ใบ มีพื้นที่ในการบันทึก ๒๔ หน้า แต่ในการบันทึกตำรายาไม่มีการจำกัดจำนวน ดังจะเห็นได้จากใบลานตำรายาที่โครงการอนุรักษ์ใบลาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (วิณา วิสเพ็ญ และคณะ ๒๕๔๔) ได้ทำการรวบรวมไว้ แต่ละฉบับมีจำนวนหน้าไม่เท่ากัน เช่น ตำรายาวัตมงคลเทพประสิทธิ์ บ้านโนนสัง ตำบลหนองบอน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ฉบับที่ ๑ มี ๑๓ ลาน จำนวน ๒๖ หน้า บันทึกด้วยอักษรธรรม ส่วนตำรายาของวัดอัมพนาราม บ้านหนองโก ตำบลแพ่ง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ฉบับที่ ๒ มี ๒๑ ลาน ๔๑ หน้า บันทึกด้วยอักษรไทยน้อย เป็นต้น

การบันทึกหรือการจารอักษรลงบนใบลาน ถือได้ว่าเป็นการปฏิบัติเพื่อเป็นพุทธบูชา จึงมีความเชื่อว่าการบันทึกเกี่ยวกับตำรับยาบนใบลานน่าจะมีลักษณะทำนองเดียวกัน โดยเป็นการลอกต่อๆ กันมาเช่นเดียวกับเรื่องราวในพระไตรปิฎก

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการบันทึกตำรายาส่วนใหญ่เกิดในวัด สำหรับตำรายาที่อยู่นอกวัดหรือที่เป็นตำรายาส่วนบุคคลส่วนใหญ่จาร (เขียน) โดยคนที่เคยบวชเรียนมาก่อน เมื่อลาสิกขาบทออกมามีครอบครัวและได้มีโอกาสใช้ความรู้ทางด้านสมุนไพรหรือได้รับความรู้จากผู้อื่นมาก็จะทำการบันทึกไว้เป็นส่วนตัว การบันทึกหรือการจัดทำตำรายาพื้นบ้านอีสานจึงสรุปได้ตามแผนภาพ ๕.๓

ภาพ ๕.๓ แผนภูมิการจัดทำตำรายาที่มีการบันทึกบนใบลาน



ตำราและตำรับยาที่มหาวิทยาลัยมหาสารคาม รวบรวมไว้มี	๑๖๓	ผูก
ตำราและตำรับยาที่มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม รวบรวมไว้มี	๑๐๐	ผูก
ตำราและตำรับยาที่มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร รวบรวมไว้มีมากกว่า	๕๐	ผูก
ตำราและตำรับยาที่มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี รวบรวมไว้มี	๑๕๐	ผูก
ตำราและตำรับยาที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดร รวบรวมไว้มี	๕๕	ผูก

สมุฏฐานวินิจฉัยและการรักษาของระบบการแพทย์อีสาน

แม้ว่าหลักการแพทย์พื้นบ้านอีสานไม่ได้อยู่บนฐานของการวินิจฉัยในเรื่องของธาตุทั้ง ๔ แต่หมอพื้นบ้านอีสานในอดีตส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการบวชเรียนมาก่อนหรือยังดำรงสถานภาพเป็นภิกษุ ดังนั้นจึงมีความรู้ที่ได้จากการศึกษาพระไตรปิฎกในหมวดธาตุคาถา ทำให้มีพื้นฐานความรู้เช่นเดียวกับแพทย์แผนไทยว่าโรคต่างๆ เกิดจากความไม่สมดุลของธาตุในร่างกาย สุขภาพที่ดีเกิดจากความสมดุลของธาตุในร่างกายทั้งที่เป็นรูปธรรมและอรูปธรรม เมื่อไม่สมดุลกันจะส่งผลเสียต่อร่างกายทำให้เกิดโรคร้ายขึ้น ในส่วนของรูปธรรม ได้แก่ ธาตุทั้งสี่ คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ

๑. จำพวกที่เป็นของแข็ง จัดเป็นธาตุดิน ได้แก่ ผม ขน เล็บ ฟัน หนัง เนื้อ เอ็น กระดูก เยื่อในกระดูก เป็นต้น
๒. จำพวกที่อ่อนไหว ไหลไปมา จัดเป็นธาตุน้ำ
๓. จำพวกที่พัดปลิวไปมา จัดเป็นธาตุลม ได้แก่ ลมพัดขึ้นเบื้องบน ลมพัดลงเบื้องล่าง ลมในท้อง ลมในไส้ ลมพัดไปพัดมา ลมหายใจ เหล่านี้เรียกว่าธาตุลม
๔. จำพวกที่ทำให้อบอุ่น จัดเป็นธาตุไฟ ได้แก่ ไฟที่ให้อบอุ่น ไฟที่ให้ทรุตรไหม ไฟที่ให้กระวนกระวาย ไฟที่เผาผลาญอาหารให้ย่อยเหล่านี้เรียกว่าธาตุไฟ รวมดิน น้ำ ลม ไฟ ทั้งสี่เป็นรูปธรรม มองเห็นด้วยตา

ส่วน**อรูปธรรม** คือสิ่งที่มองเห็นด้วยตาเปล่าไม่ได้อีก ๔ อย่าง คือ เวทนา สัญญา สังขาร และวิญญาณ เมื่อรูปธรรมคือ ธาตุทั้งสี่และอรูปธรรมคือเวทนา สัญญา สังขารและวิญญาณมารวมกันเข้า จึงสมมุติให้เป็นคน ในระบบการดูแลสุขภาพแบบตะวันออก จึงมีการวินิจฉัยสุขภาพทั้งในส่วนของรูปธรรมและอรูปธรรมไปพร้อมๆ กัน ถ้าส่วนใดส่วนหนึ่งผิดปกติไปย่อมหมายความว่าร่างกายไม่ปกติด้วย ดังนั้นการรักษาจึงต้องประกอบด้วยวิธีการ ๒ ส่วน คือการ**รักษาส่วนที่เป็นอรูปธรรม โดยใช้พิธีกรรมต่างๆ และการรักษาทางกายโดยใช้สมุนไพรเป็นหลัก**

อุษา กลิ่นหอม และคณะ (๒๕๕๒) ได้รายงานไว้ว่า เมื่อร่างกายเกิดความเจ็บป่วย ไม่สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ทำให้ต้องไปพึ่งหมอยาพื้นบ้าน แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา มีความเข้าใจว่าการรักษาของหมอยาพื้นบ้านไม่มีระบบการรักษาที่เป็นระบบแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากการแพทย์พื้นบ้านอีสานไม่มีการจดบันทึกไว้ว่า โรคแต่ละอย่างมีอาการอย่างไร ไม่สามารถวินิจฉัยได้ว่า ถ้ามีอาการเช่นนี้จะเป็นโรคอะไร แต่จากการศึกษามาตั้งแต่ปี ๒๕๔๙-๒๕๕๑ พบว่าหมอยาพื้นบ้านอีสานมีการจดจำแนกรโรค/อาการต่างๆ ไว้ถึง ๑๕๒ โรค/อาการ ซึ่งสามารถแจกแจงได้ว่าสาเหตุของการเกิดโรคและอาการเป็นอย่างไร

การรักษาด้วยสมุนไพรในบางโรค/บางตำรับต้องมีพิธีกรรมร่วมด้วย ได้แก่ คาถากำกับยา และวัน/เวลาที่เหมาะสมในการเก็บยา จากการศึกษาอุษา กลิ่นหอม (๒๕๕๒) กล่าวไว้ว่า คาถากำกับยามีขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ ๒ ประการ คือ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างกำลังใจและความเชื่อมั่นในตัวยาที่ใช้ในการรักษา และใช้เป็นเครื่องมือในการกำหนดขนาดของยา ส่วนวันและเวลาที่เหมาะสมในการเก็บยาเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับอุณหภูมิจานและอิทธิพลของดวงดาวที่มีต่อน้ำและสารเคมีที่มีอยู่ในสมุนไพร ส่วนพิธีกรรมที่ใช้ในการรักษาส่วนที่เป็นอรูปธรรมมีค่อนข้างหลากหลาย บางพิธีกรรมมีความคล้ายคลึงกันแต่มีชื่อเรียกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าเป็นชนชาติกลุ่มใด เช่น การรักษาโรคที่ไม่อาจวินิจฉัยได้ว่าเกิดจากสาเหตุใด นิยมใช้การรักษาแบบที่เรียกว่า ดนตรีบำบัด ซึ่งถ้าเป็นชนเผ่าผู้ไทเรียกว่า เหยา แต่ลาวเรียกว่า ผีฟ้า หรือกลุ่มชนเขมรเรียกว่า โฉลมะมั่วด เป็นต้น

ประเภทหมอฟันบ้าน

จากการศึกษาของพิศ แสนศักดิ์และวิวัฒน์ ศรีวิชา (๒๕๕๐) มีการจัดจำแนกหมอฟันบ้านออกเป็น ๒ ประเภท คือ

๑. หมอฟันบ้านที่รักษาอาการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงของฤดูกาล ดวงดาว ผิดฮีตคอง ผิดผี ผิดกรรม และ สิ่งเหนือธรรมชาติ ได้แก่ หมอมนต์หรือหมอน้ำมนต์หรือหมอเป่า หมอพราหมณ์ หมอสสูตร (หรือหมอขวัญ) หมอธรรม หมอสะเดาะเคราะห์ หมอลำผีฟ้า หมอลำทรง หมอล่อง (หมอดตรวจอาการผิดปกติโดยใช้การกำหนดจิต) หมอดำรา
๒. หมอฟันบ้านที่รักษาอาการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องและอุบัติเหตุ ได้แก่ หมอสมุนไพร หมอน้ำมัน หมอเหยา หมอลำล่อง หมอดำแย หมอลักน้ำมัน หมอรักษากระดูก หมอเส้น (หมอนวด) หมอลูกกลาย

วิธีการตรวจและวินิจฉัยโรค

โดยทั่วไปมีดังนี้

๑. ตรวจดูที่ตาว่ามีอะไรผิดปกติหรือไม่ เพราะโรคบางอย่างแสดงออกมาทางตา เช่น โรคต้อหินและต้อ เป็นต้น
๒. ตรวจดูลิ้นว่าเป็นฝ้า เป็นตุ่มหรือผิดปกติอย่างไรหรือไม่ เพราะโรคบางอย่างแสดงออกมาทางลิ้น
๓. คลำดูอุณหภูมิที่ร่างกายว่าปกติหรือผิดปกติหรือไม่
๔. เคาะและฟังเสียงดูที่ท้อง มีสภาพผิดปกติหรือไม่
๕. จับดูชีพจรว่าเต้นผิดปกติหรือไม่
๖. สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการปกติและผิดปกติภายในตัวคนป่วย เช่น การกิน การขับถ่าย ความเมื่อยล้าและสภาพจิตใจ เป็นอย่างไรด้วย
๗. เอามืออังดูที่ลมหายใจว่า ร้อนหรือเย็น ผิดปกติหรือไม่
๘. เป่าควันยาสูบใกล้ๆ จมูกของคนป่วย แล้วถามว่าได้กลิ่นควันยาสูบเป็นกลิ่นอะไร
๙. ดูตุ่มหรือผื่นตามร่างกายว่ามีหรือไม่

๑๐. สังเกตผู้ป่วยว่า นอนไม่หลับ หรือนอนหลับซึ่มจม (นิ่ง) อยู่อย่างเดียว ไม่ยอมตื่นหรือแม้ตื่นแต่ซึ่มง่วงไม่เบยเบิก (เบิกบาน)

๑๑. ในกรณีที่สงสัยวินิจฉัยไม่ได้ หมอว่าอาการไข้มันหลบข้างใน จะไม่มีใครดูออก หมอจะมียาทั้งไข้ (คือยาที่ฝนให้กินแล้วคนเป็นโรคอะไรก็จะแสดงออกมาให้เห็น แม้ผีทำก็แสดงออกมาให้รู้) แล้วหมอก็จะรู้จักโรคและรักษาได้ถูกต้อง ยาทั้งไข่นั้นมีดังนี้

❖ แสนทำทาน (*Grammatophyllum speciosum* Blume)

❖ แสนจงอาง (*Strychnos rupicola* Pierre ex Dop.)

❖ แสนปลากั้ง (*Homalomena* sp.)

❖ ย่านางแดง (*Bauhinia strychnifolia* Craib)

ฝนให้กิน อาการไข้หลบในที่ไม่รู้ว่าเป็นไข้อะไร ก็แสดงออกมาให้เห็น (ตำรับของพ่อใหญ่ทองดี พงษ์สุทธิ)

กะล่ำ (ข้อห้าม)

การดูแลสุขภาพของคนอีสานนอกจากจะมีขั้นตอนดังที่กล่าวมาแล้ว ยังมีข้อเคล่ำหรือข้อห้ามต่างๆ ในการปฏิบัติ เพื่อหลีกเลี่ยงต่อภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหรืออาการขึ้นรุนแรง เคล่ำเป็นภาษาถิ่นอีสานหมายถึงข้อห้ามต่างๆ เคล่ำที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีหลายด้าน เช่น เคล่ำเกี่ยวกับโรค หมายถึงถ้าเป็นโรคใดโรคหนึ่งจะรับประทานของบางอย่างไม่ได้ (กล่องตัวอย่าง ๑) หรือไม่ให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ต้องห้าม หรือข้อเคล่ำในการสร้างสิ่งแวดล้อมรอบบ้าน ถ้าไม่ปฏิบัติตามข้อเคล่ำจะทำให้ไม่สบายได้ ดังตัวอย่างในกล่องตัวอย่าง ๒

ตัวอย่าง ๑

๑. ผู้หญิงที่คลอดลูกใหม่ๆ ห้ามรับประทานข้าวก่ำ (ข้าวเหนียวดำ) และควายค้อน (ควายเผือก)
๒. แม่มาสอนยากินเทา (ผู้หญิงมีท้องห้ามกินเทา *Spirogyra* sp.)
๓. เด็กห้ามรับประทานไข่เป็ดจะทำให้เป็นซาง (ตัวรุม มีซีสตา มีน้ำมูก)
๔. คนแก่ห้ามกินกล้วยล้มที่สุกหรืออมจัด เพราะจะทำให้ท้องอืด
๕. คนเป็นบาด (แผล) ห้ามกินปลาแดกดิบ
๖. ห้ามกินหมากลิ้นฟ้าคู่กับดักแด้ใหม่ จะทำให้เป็นพิษตายทันที
๗. ห้ามกินเนื้อกระต่ายกับผักแพว (*Polygonum odoratum* Lour.) เพราะจะทำให้เกิดพิษตายได้

ตัวอย่าง ๒

๑. ห้ามปลูกแคนาใกล้บ้าน เพราะมีละอองเกสรมาก อาจทำให้เกิดการแพ้ได้
๒. ห้ามเข้าใกล้ดอกเครือเขาภาค (*Mucuna* sp.) และดอกมันอีลุ่มบุ่มเป้า (*Dioscorea bulbifera* L.) เพราะจะทำให้เป็นหวัด ดอกไม้ทั้งสองชนิดนี้มีละอองเกสรที่ทำให้แพ้ได้ง่าย

จากการศึกษาของอุษา กลิ่นหอม (๒๕๕๒) พบว่าองค์ความรู้ที่ปรากฏในตำรายาบางส่วนได้สูญหายไปจากการรับรู้ของการแพทย์พื้นบ้านอีสานที่ได้มีการปฏิบัติกันอยู่ในปัจจุบัน เช่น อาการต่างๆ ของไข้หามกไม้ ที่หมอพื้นบ้านไม่ได้ให้ความสำคัญต่ออาการย่อยต่างๆ ที่เกิดตามมา เช่น การออกเหือดจม การออกตุ่มแบบต่างๆ องค์ความรู้เหล่านี้ยังคงปรากฏในตำรายาแต่ไม่ได้นำมาใช้ในการวินิจฉัยโรคของหมอพื้นบ้านในปัจจุบัน การรวบรวมตำรา การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ปรากฏในตำรายาจึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วน เพื่อให้เกิดการฟื้นฟู และปกป้ององค์ความรู้เหล่านี้ต่อไป

สรุปได้ว่าการดูแลสุขภาพตามภูมิปัญญาพื้นบ้านอีสานเป็นการดูแลสุขภาพจิตใจ พร้อมไปกับการรักษาทางกาย การที่ร่างกายมีจิตใจที่ดี ทำให้ร่างกายสามารถฟื้นฟูตนเองได้ในระดับหนึ่ง เมื่อได้รับสมุนไพรเข้าไปเยียวยาในส่วนที่ผิดปกติ สามารถทำให้การรักษามีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น แต่จากการที่กระบวนการเหล่านี้ขาดความต่อเนื่องในการถ่ายทอด การดูแลรักษาตามภูมิปัญญาอีสานจึงเหลืออยู่เพียงโรคเรื้อรังที่องค์ความรู้ของแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถดูแลรักษาได้

ระบบการดูแลสุขภาพที่ปรับเปลี่ยนไป

ในช่วงปี ๒๕๔๐ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการส่งเสริมให้มีการฟื้นฟูระบบการแพทย์แผนไทย กระแสของการแพทย์แผนไทยได้กระจายออกไปเป็นวงกว้าง โดยการส่งเสริมให้มีการเรียนการสอนและการสอบเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ทำให้เกิดการประยุกต์องค์ความรู้ของพื้นบ้านกับการแพทย์แผนไทย ดังจะเห็นว่าในบางพื้นที่หมอฟันบ้านได้มีการนำเอาความรู้เกี่ยวกับธาตุเข้ามาประยุกต์ในการวินิจฉัยโรคด้วย นอกจากนี้สถาบันการอุดมศึกษายังได้นำเอาองค์ความรู้ของแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยผสมผสานเข้ามาสอนในระดับอุดมศึกษา จึงทำให้ระบบการแพทย์พื้นบ้านดั้งเดิมมีการพัฒนาไปในบางพื้นที่ เช่น อนามัยบางแห่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลต่างๆ เช่น โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร โรงพยาบาลแกดำ จังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ได้มีการยอมรับการรักษาแบบพื้นบ้านในบางอาการ ได้แก่ ไข้หามกไม้ แมงมุมกัด หรือการบำบัดด้วยพิธีกรรมเหยา ในบางพื้นที่มีการดูแลสุขภาพชุมชนโดยองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเข้ามาร่วมดำเนินการกับหมอฟันบ้าน ได้แก่ การจัดสถานที่ให้หมอฟันบ้านมาให้บริการดูแลสุขภาพของบุคลากรในชุมชน เช่น การดำเนินงานของ อบต.หนองแสง อำเภอกำแพง จังหวัดมหาสารคาม หรือ อบต. ต่างๆ ที่จังหวัดอุดรธานี เป็นต้น สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าเริ่มมีการผสมผสานทั้งองค์ความรู้ และมีการสร้างระบบการดูแลโดยใช้ศักยภาพของหมอฟันบ้านที่มีอยู่ในชุมชน ทำให้หมอฟันบ้านมีความมั่นใจในการถ่ายทอดองค์ความรู้ที่ฝังแน่นอยู่ในตัวบุคคลออกมาให้กับคนรุ่นใหม่

ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านภาคกลาง

บทนำ

การดำรงอยู่ของภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีความหลากหลาย มีการเปลี่ยนแปลงไปตามกระแสการพัฒนาการของสังคม ภูมิปัญญาท้องถิ่น มีการก่อรูปสัมพันธ์อย่างเป็นหนึ่งเดียวกับชาติพันธุ์ ภาษา วัฒนธรรม วิถีชีวิต และโลกทัศน์ หรือวิธีการให้ความสำคัญ ให้ความหมายกับสิ่งต่างๆ รอบตัวที่แตกต่างหลากหลาย

ความหลากหลายของกลุ่มชาติพันธุ์: ความหลากหลายภูมิปัญญา

ภาคกลางเป็นภาคที่มีความซับซ้อนหลากหลายของกลุ่มภาษาและชาติพันธุ์แห่งหนึ่งของประเทศไทย พื้นที่ ๒๗ จังหวัดภาคกลางส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มแม่น้ำที่อุดมสมบูรณ์ เป็นแหล่งอารยธรรมมาช้านาน เป็นศูนย์กลางอำนาจทางการเมืองและเศรษฐกิจที่สำคัญแห่งหนึ่งของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้สืบต่อมานาน มีชาติพันธุ์และกลุ่มภาษาต่างๆ ถึง ๒๕ กลุ่ม ซึ่งศึกษาโดย สุวิไล เปรมศรีรัตน์ และคณะ (๒๕๔๓)

ภาคกลางแบ่งออกได้เป็นภาคกลางตะวันออก ภาคกลางตะวันตก และบริเวณใจกลางของภาค ภาคกลางตะวันออก ประกอบไปด้วยจังหวัด สระแก้ว ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี และตราด ภาษาและชาติพันธุ์ในเขตนี้จะมี ความคล้ายคลึงและต่อเนื่องจากเขตอีสานใต้และกัมพูชา ได้แก่ ภาษาเขมรถิ่นไทย กูย/กวย ไทยโคราช รวมทั้งของ กะชอง ชัมเร ลาวอีสาน ญ้อ ที่อพยพมาจากเขตอีสานเหนือ เป็นต้น บริเวณภาคกลางตะวันตกเป็นบริเวณที่ติดต่อกับชายแดนประเทศพม่า และภาคใต้ของประเทศไทย ประกอบด้วยจังหวัดกาญจนบุรี ราชบุรี สุพรรณบุรี นครปฐม ลพบุรี เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ ในเขตนี้จะมีภาษาและชาติพันธุ์กลุ่ม

ต่างๆ ที่ต่อเนื่องกับประเทศพม่า ได้แก่ พม่า กะเหรี่ยง มอญ ละว้า (ก๋อง) เป็นต้น เขตจังหวัดใจกลางของภาค อัญญา สิงห์บุรี อ่างทอง ปทุมธานี นนทบุรี นครนายก สมุทรปราการ สมุทรสาคร และสมุทรสงคราม รวมทั้งนครสวรรค์ และชัยนาท จะมีกลุ่มลาวต่างๆ เป็นจำนวนมาก ส่วนมากมีบรรพบุรุษเป็นผู้ที่ถูกกวาดต้อนมาจากลาว ในยุคต้นรัตนโกสินทร์ รวมทั้งภาษาอื่นๆ เช่น ไทยยวน ซึ่งอพยพมาจากเชียงใหม่ เป็นต้น โดยเฉพาะเขตกรุงเทพมหานครจะเป็นศูนย์รวมของชาติพันธุ์ทุกภาษา อย่างไรก็ตาม กลุ่มชาติพันธุ์ภาษาต่างๆ ในภาคกลางแม้จะมีภาษาและวัฒนธรรมเป็นของตนเอง แต่ก็ได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมและภาษาไทยภาคกลางเป็นอย่างมาก ส่วนมากนับถือพุทธศาสนาและพูดภาษาไทยกลางได้ นอกเหนือจากภาษาประจำกลุ่มของตน ในปัจจุบันเป็นที่น่าสังเกตว่ามีเพียงผู้สูงอายุเท่านั้นที่ยังคงมีการใช้ภาษาและวัฒนธรรมดั้งเดิมประจำกลุ่ม

ดังนั้น ความหลากหลายของชาติพันธุ์ดังกล่าวของชุมชนดั้งเดิม ทำให้เรามีความเข้าใจมากขึ้นว่าทำไมชุมชนภาคกลางหรือกระทั่งชุมชนในเมืองใหญ่ หรือ กรุงเทพมหานคร ยังคงพบว่า มีการรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้านดำรงอยู่ แม้ว่าจะเป็นพื้นที่ที่มีความทันสมัยด้านวัตถุและใกล้ศูนย์กลางอำนาจทางการเมือง และการแพทย์ที่ทันสมัย

การแพทย์พื้นบ้านภาคกลาง: พลวัตของภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพ

การแพทย์พื้นบ้าน (Indigenous Medicine) ความหมายตามธรรมเนียมว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ว่า “การดูแลสุขภาพโดยอาศัยความรู้ที่ได้สั่งสมถ่ายทอด และพัฒนาสืบต่อกันมาซึ่งมีลักษณะเฉพาะที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม จารีต ประเพณี และทรัพยากรของชุมชนท้องถิ่น และเป็นที่ยอมรับของชุมชนท้องถิ่นนั้น”

การแพทย์พื้นบ้านภาคกลางมีการจัดระบบ ระเบียบ บันทึกรักษาโรค ตำราการรักษาโรค พบว่าการแพทย์พื้นบ้านของชาติพันธุ์ต่างๆ ดำรงอยู่และยังคงมีบทบาทการดูแลสุขภาพในภาคประชาชน

สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพภาคกลาง

สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านภาคกลางที่เป็นที่รู้จักและมีความสำคัญ มีดังนี้

๑. การเคลื่อนไหวด้านวิชาการและงานวิจัย

ภูมิปัญญาพื้นบ้าน กรณีศึกษาอาหารพื้นบ้านไทยภาคกลาง ศึกษาโดยพณีย์พันธุ์ ฉัตรอำไพวงศ์ และคณะ(๒๕๔๔) พบว่า ชาวบ้านตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารพื้นบ้านตามระบบนิเวศวัฒนธรรม หรือตามแหล่งอาหารที่อยู่ในธรรมชาติ ชาวบ้านรุ่นเก่าสามารถทำอาหารและรู้จักอาหารพื้นบ้านมากกว่าคนรุ่นใหม่ อาหารพื้นบ้านขาดการสืบทอดสู่เยาวชน จึงเห็นสมควรรณรงค์ส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักในคุณค่าของอาหารพื้นบ้าน และควรให้มีการอนุรักษ์และฟื้นฟูเอาไว้ เพราะยังเป็นการช่วยอนุรักษ์พืชพันธุ์ผักพื้นบ้านและสมุนไพรไทยไว้ได้

ตำรายาไทยหลวงปู่ศุข วัดปากคลองมะขามเฒ่า จังหวัดชัยนาท ศึกษาโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทร่วมกับสำนักงานการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พบว่า มีผู้สืบทอดตำรายา ๑๐ สาย (ผู้สืบทอดตำรา) และเก็บข้อมูลจากผู้เก็บตำรายา ๓ สาย (ผู้สืบทอดตำรา) ประกอบด้วย ตำราว่าด้วยจุดต่างๆ ที่ใช้ในการรักษาโรค ตำราสมุนไพรรักษาโรค การปรุงยาสมุนไพร (ยาเลือด ยาลม ยาสตรี ยาทาง ยาอายุวัฒนะ ยารักษามือตาย เส้นตาย ยาประดง) ตำราว่าด้วยธาตุหย่อนกำเริบ

การรักษาอาการพิษจากยาฆ่าหญ้าพาราควอต ของหมอบุญคง วงศ์สายสิน จังหวัดจันทบุรี ศึกษาโดย รัชพล กุลสรารุช และปฐยาวิดี แฉงเชื้อ (๒๕๔๓) ศึกษาการตรวจวินิจฉัย และการรักษาโรคด้วยสมุนไพรกว่า ๓๐ ชนิด และตัวอย่างผู้ป่วย ๔ ราย

การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งของหมอบุญคง วงศ์สายสิน จังหวัดจันทบุรี ศึกษาโดย ปฐยาวิดี แฉงเชื้อ และคณะ (๒๕๔๓) ศึกษาการวินิจฉัยโรคและการรักษาโรคมะเร็ง ๔ ขั้นตอน คือ การถอนพิษ การใช้ยารักษาโรคมะเร็ง การใช้ยาเจริญอาหาร และการให้ยาบำรุงร่างกาย และศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ๑๐ ราย

การทดลองฤทธิ์ก่อกลายพันธุ์ของสารสกัดจากพืชสมุนไพรพื้นบ้าน
ในตำรับยารักษาโรคมะเร็ง ๒๓ ชนิด ในจังหวัดกาญจนบุรีและสุพรรณบุรี
ศึกษาโดย พร้อมจิต ศรลัมพ์ และคณะ (๒๕๔๔-๒๕๔๗)

กระบวนการถ่ายทอดความรู้ของหมอกระดูกพื้นบ้าน กรณีศึกษาวัด
ยุคลราษฎร์สาคคี อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี ศึกษาโดย นภัสรพี ยมนา
(๒๕๔๕) พบว่ากระบวนการถ่ายทอดความรู้ของหมอกระดูกพื้นบ้านวัดยุคลราษฎร์
สาคคี มี ๓ ขั้นตอน คือ การเป็นผู้ติดตาม การเป็นผู้ปฏิบัติ และการเป็นผู้ชำนาญ
แต่ละขั้นตอนไม่สามารถกำหนดระยะเวลาได้ ความชำนาญขึ้นอยู่กับประสบการณ์
การรักษาผู้ป่วย หมอกระดูกพื้นบ้านจะถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้อื่นได้ต้องมีประสบการณ์
รักษาผู้ป่วย ๓ ปีเต็ม และต้องผ่านพิธีไหว้ครูอย่างน้อย ๑ ครั้ง

ความหลากหลายของสมุนไพรภาคกลาง ศึกษาโดย เพ็ญภา
ทรัพย์เจริญ (๒๕๔๐) ผลการศึกษาพบว่า ในพื้นที่ป่าอุทยานทั้ง ๔ แห่ง มีพันธุ์พืช
สมุนไพรทั้งสิ้น ๙๗/๓ ชนิด โดยแบ่งเขตจังหวัดกาญจนบุรีได้ ๒๘๖ ชนิด และ
เขตจังหวัดระยองและจันทบุรี ๖๘๗ ชนิด

ความสัมพันธ์ของหมอสมุนไพรกับความหลากหลายทางชีวภาพด้าน
สมุนไพรในจังหวัดกาญจนบุรี ศึกษาโดย อุดลย์ วุฒิจูรีพันธุ์ (๒๕๔๔) พบว่า
หมอสมุนไพรให้ความหมายคุณค่าของพืชสมุนไพรและความหลากหลายทางชีวภาพ
ผ่านองค์ความรู้ ๓ ลักษณะ คือ ๑) ความรู้ด้านคุณสมบัติและสรรพคุณของพืช
สมุนไพร ๒) ความรู้ด้านการเก็บและการใช้ทรัพยากรพืชสมุนไพรอย่างยั่งยืน
๓) ความรู้ด้านการจัดการทรัพยากรสมุนไพรที่เชื่อมโยงกับการจัดการระบบนิเวศ

ภูมิปัญญาพื้นบ้าน: ศักยภาพชุมชนชาวไทยในการคุ้มครองและใช้
ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ (๒๕๕๒) เป็นงานวิจัยปฏิบัติการเพื่อท้องถิ่น
(Community-based Action Research) ที่ชุมชนชาวไทย ภาติเครือข่ายท้องถิ่นตำบล
ชาวไทยร่วมกับสำนักงานแพทย์พื้นบ้านไทย ได้ดำเนินการรวบรวมหมอพื้นบ้าน ผู้รู้
ท้องถิ่นด้านยาและอาหารพื้นบ้าน ๕๐ คน สตรีตำรับยา ๗/๗ ตำรับ กลุ่มอาการ
๕๒ กลุ่มอาการ สมุนไพรพื้นบ้านที่หมอพื้นบ้านใช้ ๒๖๕ ชนิด และจัดทำศูนย์เรียนรู้
สมุนไพรพื้นบ้านที่เขาสกไทย อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี

บทบาทของพระสงฆ์กับการรักษาสุขภาพ กรณีศึกษาพระครูจันทคุณวัฒน์
วัดน้ำวน ตำบลบางมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ศึกษาโดย พระมหาธณ
นันทวิสาร (๒๕๔๐) พบว่า หมอพระให้การรักษาผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกหมู่บ้าน
วัดเป็นสถานที่ฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมารักษา คือ

ประสิทธิภาพของยาสมุนไพร และวิธีการรักษาโรคที่ใช้แบบพหุศาสตร์แบบพื้นบ้าน หมอพระกับชุมชนมีความสัมพันธ์และส่งเสริมสนับสนุนกันและกัน ชาวบ้านให้การยอมรับหมอพระ

๒. การเคลื่อนไหวด้านการเรียนการสอนและบริการ โดยสถานบริการสุขภาพ ที่ฝึกหัดแพทย์แผนไทย การจัดสอนวิชาการแพทย์พื้นบ้าน การวิจัย การสร้าง กระบวนการเรียนรู้ระหว่างนักศึกษา กับหมอพื้นบ้าน วิทยาลัยการแพทย์แผนไทย อภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดประจักษ์บุรี สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ศิริราชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะการแพทย์ แผนตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิต โรงพยาบาลพระปกเกล้าและเครือข่ายบริการ **สุขภาพจันทบุรี** ได้มีการจัดการเรียนการสอน นักศึกษาแพทย์แผนไทยควบคู่ไปกับการเรียนรู้ จากหมอพื้นบ้านทั้งทางด้านเก็บรวบรวมองค์ความรู้ และการปฏิบัติการทางคลินิกที่โรงพยาบาลและบูรณาการการประเมินผลการรักษาของหมอพื้นบ้าน ด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่นการรักษาภาวะตับแข็ง การรักษาสะเก็ดเงิน การรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยยาตำรับยาไทยของหมอพื้นบ้าน และมีการจัดบริการ เคลื่อนที่ไปยังเครือข่ายบริการสุขภาพ ให้บริการสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน ถือว่า เป็นนวัตกรรมด้านการบริการ การสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของบุคลากรด้าน สุขภาพ

๓. การเคลื่อนไหวด้านการปฏิรูประบบสุขภาพ เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ ระบบสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรที่มีบทบาทในการส่งเสริมการวิจัยและ การปฏิบัติการในสังคมที่มีผลต่อการก่อรูปโครงการปฏิบัติการและการวิจัยด้าน ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย/วิจัยเพื่อท้องถิ่น (สกว.)

การปฏิรูปให้มีองค์กรดังกล่าว เป็นปัจจัยเสริมการพัฒนาในด้านการกระจาย อำนาจ ด้านการจัดสุขภาพท้องถิ่น การส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติการโครงการด้าน ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในภูมิภาคอย่างกว้างขวาง การมีความริเริ่มต่อการพัฒนา วิถีวิทยาในการทำงานที่สอดคล้องกับองค์ความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน เช่น การวิจัยเพื่อท้องถิ่น ที่เป็นผลดีต่อการรวบรวมจัดระบบองค์ความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์ พื้นบ้าน

๔. การใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพและการแพทย์พื้นบ้าน

ภาคประชาชน ข้อมูลหมอฟันบ้านจากสำนักนายทะเบียนกลาง สำนักคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และสมุนไพรรณ วันที่ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๕๓ พบว่ามีหมอฟันบ้าน จำนวน ๕,๒๐๐ คนในภาคกลาง ซึ่งควรจะได้รับการส่งเสริมให้มีบทบาทในการดูแลสุขภาพด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอันเป็นการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนแบบยั่งยืนและชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้บนพื้นฐานแนวคิดสุขภาพแบบพอเพียง

สถานะองค์ความรู้และศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ/การแพทย์พื้นบ้าน

องค์ความรู้และภูมิปัญญาพื้นบ้าน เป็นรากฐานที่สำคัญที่มีการเรียนรู้ สืบทอดสะสมประสบการณ์การดูแลสุขภาพในชุมชน กลุ่มชาติพันธุ์ มาอย่างต่อเนื่องจนสามารถก่อรูปเป็นแบบแผนชีวิตวัฒนธรรม ที่มีความเฉพาะแต่ละท้องถิ่น และระบบนิเวศที่ชุมชน

สถานะองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน ผลจากการศึกษาของ เสาวณีย์กุลสมบุรณ์ รุจิณาท อรรถสิทธิ์ และคณะ พบว่าองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านจัดกลุ่มหมวดหลักได้ ๒ กลุ่ม คือ

๑. **ภูมิปัญญาสุขภาพพื้นบ้าน** ประกอบด้วย ภูมิปัญญาด้านอาหารธรรมชาติ/อาหารพื้นบ้าน การใช้ยาสมุนไพรของประชาชน การดูแลสุขภาพหญิงมีครรภ์และหลังคลอด

๒. **ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน** ประกอบด้วย การแพทย์พื้นบ้านแบบประสบการณ์ เช่น การรวบรวมตำรา ตำรับยา การนวดพื้นบ้าน พิษสมุนไพรท้องถิ่น หมอสมุนไพรพื้นบ้าน การแพทย์พื้นบ้านชาติพันธุ์ และการแพทย์พื้นบ้านแบบพิธีกรรม/ศาสนาธรรม เช่น หมอพิธีกรรม หมอสูชัญญ

ภูมิปัญญาสุขภาพแบบพื้นบ้านและการแพทย์พื้นบ้านมีศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพ ๓ ด้าน คือ

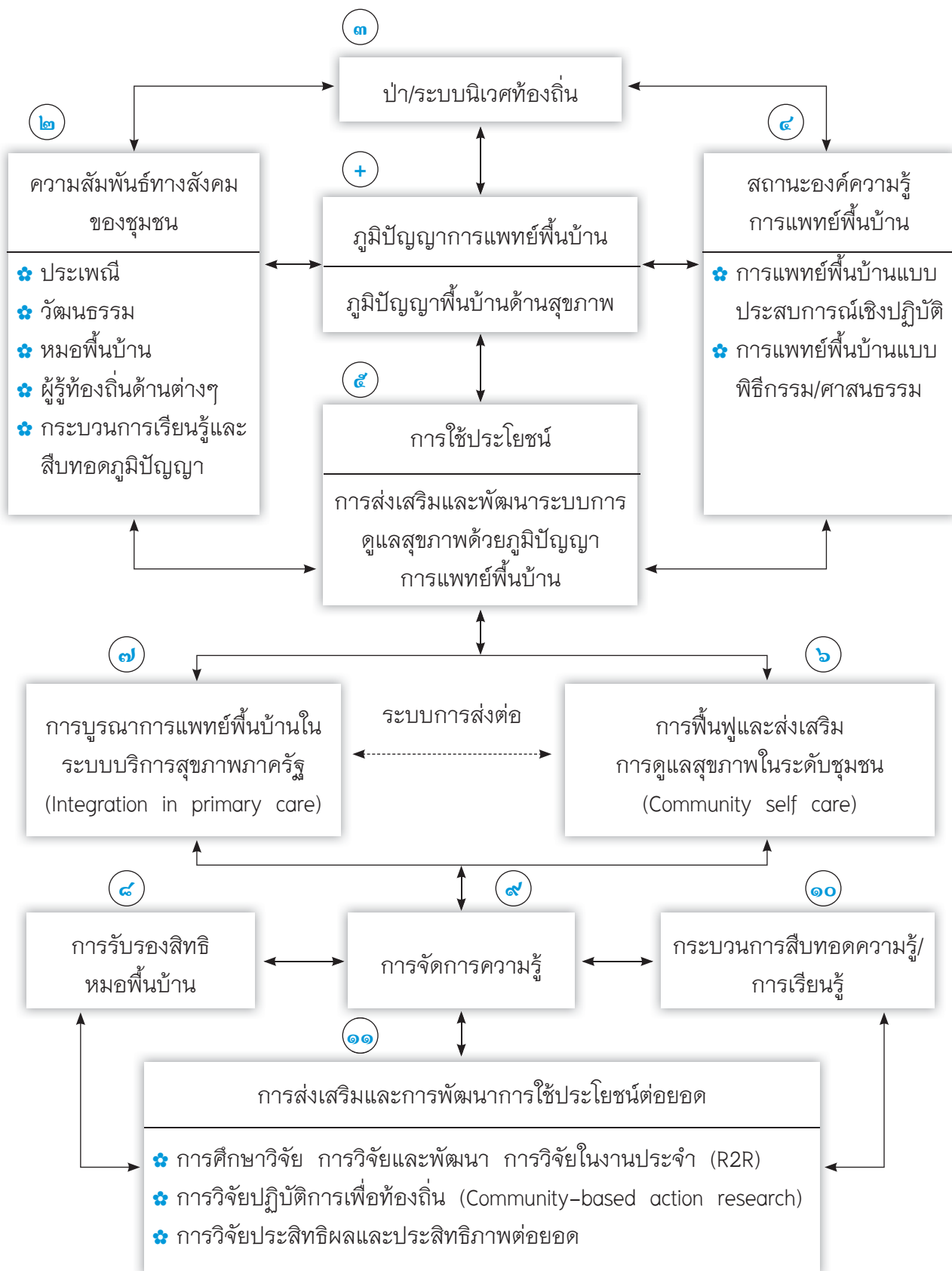
๑. การดูแลสุขภาพตนเองยามปกติ (Indigenous system of health/wellness) โดยเฉพาะภูมิปัญญาด้านอาหารธรรมชาติ/อาหารพื้นบ้าน การใช้สมุนไพรสำหรับ อายุวัฒนะ (ยาบำรุง) จากพืชสมุนไพรผักพื้นบ้านอาหารท้องถิ่น

๒. การรักษาสุขภาพและความเจ็บป่วยด้วยตนเอง (Indigenous self-care) โดยเฉพาะการใช้ยาสมุนไพรของประชาชนในการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยในครอบครัว เช่น ใช้ยาสมุนไพรตำรักษาอาการปวดหลัง ปวดเมื่อย รักษาอาการร้อนในการดูแลสตรีมีครรภ์และหลังคลอด

๓. การแพทย์พื้นบ้าน (Indigenous Medicine) เป็นการดูแลสุขภาพในยามเจ็บป่วยที่ต้องพึ่งพาหมอพื้นบ้านผู้มีประสบการณ์ในชุมชน เช่น หมอยาสมุนไพร หมอนวด และหมอพิธีกรรม เป็นต้น

จากแผนภาพความสัมพันธ์ของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านกับการพัฒนาการใช้ประโยชน์ ได้แสดงให้เห็นว่า เรามีอาจศึกษาและคัดเลือกเพื่อส่งเสริม และนำไปใช้ประโยชน์เฉพาะเทคนิควิธีการของการรักษาของการแพทย์พื้นบ้านเท่านั้น ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านจะสามารถนำไปสู่การพัฒนาเพื่อใช้ประโยชน์นั้น จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูและพัฒนาอย่างเป็นระบบด้วยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ (๑) ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน (๒) ความสัมพันธ์ทางสังคมของชุมชน (๓) ปาและระบบนิเวศของท้องถิ่น (๔) สถานะองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน (๕) การใช้ประโยชน์โดยการส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ทั้งในระดับชุมชนและการบูรณาการในระบบบริการสุขภาพภาครัฐ รวมถึงการส่งเสริมและพัฒนาการใช้ประโยชน์ต่อยอด (๑๑) ทั้งนี้การใช้ประโยชน์จะเกิดขึ้นได้อย่างเป็นระบบและยั่งยืน ต้องอาศัยกระบวนการปฏิบัติการ ๓ เรื่องที่สำคัญ คือ (๙) การจัดการความรู้ (๑๐) การรับรองสิทธิหมอพื้นบ้าน และ (๑๑) กระบวนการสืบทอดความรู้และการสร้างกระบวนการเรียนรู้

ภาพ ๕.๔ ความสัมพันธ์ของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านกับการพัฒนาการใช้ประโยชน์



แนวทางการส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน

๑. การศึกษารวบรวมและจัดการองค์ความรู้ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านสำหรับประเมินและรับรองความรู้ ความสามารถตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ มาตรา ๓๓(๑)(ค)
๒. ส่งเสริมและผสมผสานการแพทย์พื้นบ้านเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพโดยเน้นคัดเลือกและฟื้นฟูการแพทย์พื้นบ้านที่มีศักยภาพบางประเภท หรือบางระบบ เพื่อหาบทเรียนและเป็นแม่แบบการทำงาน
๓. ส่งเสริมและพัฒนาเครือข่าย/องค์กร และกลุ่มของหมอพื้นบ้านให้รวมพลังในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพให้มีคุณภาพเป็นที่ประจักษ์ โดยอาศัยการสร้างความรู้จากการปฏิบัติจริง และรวบรวมควบคุมจริยธรรมกันเอง
๔. พัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้านเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ อาจจะทำระบบสวัสดิการสุขภาพแบบพื้นบ้าน และเบิกจ่ายในระบบสวัสดิการสุขภาพของชุมชน
๕. ส่งเสริมให้ชุมชนก่อรูป กลไก การคุ้มครองผู้บริโภคสำหรับการบริการรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้าน
๖. ส่งเสริมและหาแนวทางในการประเมินผล และรับรองสิทธิหมอพื้นบ้านด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีในท้องถิ่น

สรุป

การแพทย์พื้นบ้านภาคกลาง มีการดำรงอยู่ท่ามกลางพื้นที่ที่อยู่ในภูมิภาคที่ใกล้เมือง อันมีการพัฒนาไปสู่ความเจริญด้านวัตถุ รวมทั้งระบบการแพทย์แผนปัจจุบันที่ทันสมัย อันยืนยันได้จากสถานการณ์การวิจัยและปรากฏการณ์ที่เป็นปฏิบัติการทางสังคมที่ได้กล่าวไว้แล้ว แม้ว่าโดยธรรมชาติของภูมิปัญญาท้องถิ่นจะมีการปรับตัวกับสถานการณ์อยู่ตลอดเวลาก็ตาม แต่รากเหง้าแห่งปรัชญาที่อิงอยู่บนแนวคิดสุขภาพที่เป็นองค์รวม ต้องมีความเชื่อมโยงกับสรรพสิ่ง อย่างมีบริบทเฉพาะ ดังนั้น การพัฒนาและส่งเสริมเพื่อการใช้ประโยชน์นั้น ต้องอาศัยทัศนะแนวคิดแบบองค์รวม มองความสัมพันธภาพพัฒนาทั้งระบบที่เกี่ยวข้องกัน จึงจะสามารถนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนได้

ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านภาคใต้

การนำเสนอสถานการณ์การแพทย์พื้นบ้านของภาคใต้ไม่สามารถนำเสนอรายละเอียดได้ทั้งหมด เพราะระบบการแพทย์มีความซับซ้อน และมีองค์ประกอบต่างๆ มากมาย ในขณะที่พื้นที่ภาคใต้นั้นกว้างขวาง แม้ว่าจะมีลักษณะแตกต่างจากภาคอื่นก็ตาม การนำเสนอสถานการณ์ของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านภาคใต้จะนำเสนอสถานการณ์บางแง่มุมเท่านั้น

การเกิดขึ้นและการสืบทอดหมอพื้นบ้าน

พื้นที่ภาคใต้ที่สัมพันธ์กับการเกิดขึ้นของหมอพื้นบ้าน สามารถแบ่งออกเป็น ๒ ส่วนกว้างๆ คือ

ส่วนที่หนึ่ง ได้แก่ จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่คนส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม คือจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สตูล และบางอำเภอของจังหวัดสงขลา ศาสนาอิสลามมีกำหนดเรื่องการดูแลสุขภาพไว้ในพระคัมภีร์ ทำให้มีอิทธิพลต่อการคิดและกระบวนการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ใน ๓ จังหวัดคือ ปัตตานี ยะลา นราธิวาส เป็นพื้นที่ที่คนส่วนใหญ่อยู่วัฒนธรรมมุสลิมมลายู ใช้ภาษามลายู ท้องถิ่นในการสื่อสาร รวมทั้งเป็นพื้นที่ที่มีความขัดแย้งระหว่างคนในท้องถิ่นกับรัฐอย่างต่อเนื่อง สภาพเช่นนี้ยิ่งก่อให้เกิดลักษณะพิเศษในการสร้างสรรค์ภูมิปัญญาสำหรับการดูแลสุขภาพสุขภาพของคนในท้องถิ่น

ส่วนที่สอง ได้แก่ พื้นที่ภาคใต้ทั่วไป ซึ่งมีวัฒนธรรมใกล้เคียงกัน และถ่ายทอดความรู้ไปมาได้อย่างทั่วถึง

พื้นที่ภาคใต้ทั่วไป

หมอพื้นบ้านในพื้นที่ภาคใต้ทั่วไปถือกำเนิดขึ้นมาไม่ต่างจากหมอพื้นบ้านในภาคอื่นๆ แบ่งได้เป็นสองกลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

๑) หมอพื้นบ้านที่ศึกษาจากวัด

ในภาคใต้มีวัดกระจายอยู่ทั่วไป และมีวัดจำนวนมากที่เป็นสถานเรียนรู้เรื่องการแพทย์พื้นบ้าน จะมีอยู่ในทุกจังหวัด และกระจายอยู่เป็นระยะ บางวัดที่มีชื่อเสียงในเรื่องนี้มากกว่าวัดอื่นๆ จะสร้างลูกศิษย์ที่เป็นหมอพื้นบ้านกระจายอยู่ทั่วไป วัดที่มีชื่อเสียงเห็นจะไม่มีวัดใดเกิน **วัดเขาอ้อ** จังหวัดพัทลุง เพราะนอกจากวัดนี้จะเป็นที่รู้จักกันดีแล้ว หมอพื้นบ้านที่เป็นลูกศิษย์จากวัดเขาอ้อกระจายอยู่ทั่วไปในทุกจังหวัดของภาคใต้

วัดเขาอ้อเป็นวัดเก่าแก่ก่อตั้งตั้งแต่ปี พ.ศ. ๑๖๕๑ ปัจจุบันอยู่ในพื้นที่ตำบลมะกอกเหนือ อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง วัดแห่งนี้มีชื่อเสียงในด้านการสอนวิชาไสยศาสตร์ เวทมนตร์ และคาถาอาคมต่างๆ ปัจจุบันคนทั่วไปมักรู้จักวัดเขาอ้อในแง่มุมนี้ แต่ที่จริงวัดเขาอ้อยยังมีตำราความรู้เกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านที่ทรงคุณค่าและถ่ายทอดให้ลูกศิษย์มาอย่างต่อเนื่อง ตำราความรู้เรื่องการแพทย์พื้นบ้านของวัดเขาอ้อนั้นก็เน้นด้านสมุนไพรซึ่งมีหลายตำรับ และรักษาโรคได้ทุกรโรค แต่ว่าที่ดังที่สุดก็คือการทำให้เกิดความคงกระพันชาตรี ซึ่งก็ใช้สมุนไพรประกอบกับคาถา โดยมีวิธีการที่รู้จักกันดี คือการแช่น้ำว่าน การกินว่าน “การกินเหี่ยวกินมัน” (จากการหุงข้าวเหนียวดำและการเสกน้ำมันงา) ซึ่งในกระบวนการต่างๆ ดังกล่าวมีการใช้สมุนไพรนับร้อยชนิด โดยผู้ที่มาเรียนที่วัดเขาอ้อนั้นสามารถเลือกเรียนได้ตามความสนใจ และเรียนได้มากน้อยแตกต่างกันไป ผู้ที่สนใจสามารถเรียนรู้ได้ทั้งการไปเรียนที่วัดโดยตรง และเรียนจากตำราที่วัดเขาอ้อบันทึกไว้

การสืบทอดความรู้จากวัดเขาอ้อไม่ได้มีเพียงการสืบทอดในลักษณะของปัจเจกบุคคลเท่านั้น แต่ยังพบว่ามีวัดที่สืบทอดวิชาความรู้ของวัดเขาอ้อจนกลายเป็นตัวแทนความรู้และการอบรมสั่งสอนด้านการแพทย์พื้นบ้านตำราวัดเขาอ้อ ที่รู้จักกันดีได้แก่ **วัดบ้านสวน** อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง นอกจากนี้วัดต่างๆ ที่มีชื่อเสียงด้านการแพทย์พื้นบ้านต่างก็ยอมรับคุณูปการของวัดเขาอ้อที่มีต่อการแพทย์พื้นบ้านภาคใต้ เช่น วัดเขาแดงออก วัดประจิมทิศาราม (วัดเจ็นตก) เป็นต้น

นอกจากวัดจะมีบทบาทโดยตรงในการสร้างหมอฟันบ้านดังกล่าวมาแล้ว ยังพบว่าวัดยังมีส่วนสำคัญให้ผู้ที่บวชเป็นพระได้ตื่นตัวต้องการหาความรู้เรื่องการแพทย์พื้นบ้าน กล่าวคือการเป็นพระสมัยก่อนมักมีผู้มาขอให้ช่วยเหลือรักษาความเจ็บไข้ได้ป่วย เนื่องจากยังไม่มีบริการสาธารณสุขอื่นใดให้พึ่งพิง การบวชพระสมัยนั้นคุณธรรมสำคัญคือการได้ช่วยเหลือชาวบ้าน การมีความรู้เรื่องการแพทย์อยู่บ้างจะทำให้พระภิกษุสามารถช่วยเหลือชาวบ้านได้มาก จึงมีพระภิกษุจำนวนไม่น้อยที่พยายามหาความรู้ด้วยตนเอง หรือพอมีความรู้เดิมอยู่บ้างก็พยายามหาเพิ่มเติมให้ถึงขั้นพอดูแลรักษาสุขภาพของชาวบ้านได้ พระภิกษุเหล่านี้เมื่อยังคงสมณเพศต่อก็สามารถใช้ความรู้ช่วยเหลือประชาชนได้มาก เมื่อสึกออกมาเป็นฆราวาสก็นำความรู้และประสบการณ์ดังกล่าวออกมาดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนต่อไป

หมอแก้ว มีพวงมาก (ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช หากอยู่ถึงปัจจุบันอายุประมาณ ๙๑ ปี) เป็นหมอสุนัขไพรที่คนรู้จักและยอมรับกันทั่วไป แม้หมอแก้วจะมีพ่อและลุงเป็นหมอฟันบ้านมาก่อน (พ่อและลุงเรียนมาจากปู่) และได้มีโอกาสเรียนรู้จากการสังเกต จากการช่วยพ่อและลุงเก็บตัวยา จากการตามพ่อไปรักษาโรค จากการแนะของพ่อและลุงถึงตัวยาต่างๆ บ้าง แต่แกก็ยังไม่เคยคิดจะเป็นหมอ และพ่อของแกก็ไม่ได้ตั้งใจหรือบังคับให้แกเป็นหมอ แกจึงใช้ชีวิตตามปกติจนกระทั่งได้มาบวชและเรียนนักธรรม ความคิดของพระภิกษุในสมัยก่อนก็คืออยากจะมีบทบาทในการช่วยเหลือชาวบ้าน ประกอบกับได้เห็นคนเจ็บป่วยอยู่เนืองๆ จึงคิดว่าน่าจะใช้วิชาแพทย์ช่วยเหลือชาวบ้าน หมอแก้วจึงเริ่มทบทวนความรู้ที่ได้มาจากพ่อและลุง และได้ซื้อตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์มาศึกษาเพิ่มเติม ชีวิตความเป็นหมอแก้วจึงเริ่มมาจากการเป็นพระในครั้งนั้น

หมอเล็ก ธนแก่น (บ้านเดิมอยู่ที่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ต่อมาไปเปิดร้านขายยาอยู่ที่ ตำบลเปาะเล้ง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ปัจจุบันอายุ ๘๓ ปี) เริ่มเกี่ยวข้องกับหมอฟันบ้านครั้งแรกเมื่อตอนบวชเป็นพระ (อายุ ๒๑ ปี) อยู่ที่นครศรีธรรมราช (มีนาเป็นหมอฟันบ้าน แต่หมอเล็กก็ไม่ได้ศึกษาอะไรจากนา) เนื่องจาก “มีคนเป็นไข้ เป็นโรคดีซ่าน ตัวเหลือง ตาเหลือง เยี่ยวเหลือง” และชาวบ้านเมื่อไม่มีที่พึ่งก็มักจะไปที่วัด ขณะที่วัดก็ไม่มีใครเป็นหมอที่จะช่วยเหลือได้ หมอเล็กซึ่งเป็นพระอยู่จึงอยากจะช่วยเหลือชาวบ้าน จึงไปซื้อตำรายามาแล้วลองต้มยาให้ชาวบ้านกิน ปรากฏว่าได้ผล จึงพยายามศึกษาตำรายาช่วยเหลือชาวบ้านมาแต่บัดนั้น

พระครูอุทฺตมธรรมสาร หรือพ่อท่านปอง (มรณภาพเมื่อปี ๒๕๓๔) แห่งวัดพรหมโลก อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช สามารถค้นคว้าตัวยาสมุนไพรหลายชนิดรักษาพิษงูต่างๆ ได้ผลดีเยี่ยมจนเป็นที่รู้จักกันทั่วไป จุดเริ่มแรกที่ทำให้ท่านค้นคว้าเรื่องสมุนไพรรักษาพิษงูชนิดต่างๆ ก็คือความเป็นพระที่ต้องหาทางช่วยเหลือผู้เดือดร้อน เมื่อในเขตที่ท่านจำพรรษาอยู่เป็นเขตป่าที่มีงูพิษชุกชุมมากมายหลายชนิด ชาวบ้านถูกงูกัดอยู่เนืองๆ เสียชีวิตไปก็มาก จะไปโรงพยาบาลก็ยาก และบ่อยครั้งโรงพยาบาลก็รักษาไม่ได้ผล ความเป็นพระภิกษุที่ต้องช่วยเหลือชาวบ้านของท่านจึงออกมาที่การพยายามค้นคว้าทดลองในเรื่องสมุนไพรเพื่อรักษาพิษงูดังกล่าว ในขณะเดียวกันก็จะปฏิเสธไม่ได้ว่าจากการเป็นพระภิกษุ และตั้งสถานรักษายู่ในวัด มีผลทำให้ความเชื่อถือและศรัทธาในความเป็น “หมอ” ของพระภิกษุมากขึ้น

๒) หมอพื้นบ้านที่สืบทอดความรู้จากบรรพบุรุษ

หมอพื้นบ้านกลุ่มที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษเป็นการสืบทอดตามจารีตเดิมของท้องถิ่น คือตระกูลที่เป็นหมอจะต้องมีบุตรหลานสืบทอดการเป็นหมอ โดยมีทั้งส่วนที่สืบทอดโดยเต็มใจ และส่วนที่สืบทอดโดยไม่เต็มใจ ส่วนที่สืบทอดโดยเต็มใจคือลูกหลานได้เรียนวิชาโดยตรงมาจากพ่อ ปู่ ตา หรือญาติสนิท การเรียนรู้ดังกล่าวก็คือการไปช่วยเป็นลูกมือ และค่อยๆ สะสมความรู้และความชำนาญเป็นลำดับ

หมอสมนึก (เสียชีวิตเมื่อปี ๒๕๕๑) หมอผู้มีชื่อเสียงแห่งวัดพรหมโลก อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช สามารถรักษาพิษงูได้ทุกประเภท โดยใช้สมุนไพรหลายชนิด ด้วยกรรมวิธีรักษาหลายแบบ เช่น การกินยาต้ม การพอกยา การเอาแผลแช่ยา การโกนหัวแล้วเอายาโปะหัว ท่านเรียนรู้เรื่องการรักษาพิษงูมาจากพระครูอุทฺตมธรรมสารหรือพ่อท่านปอง ซึ่งเป็นพี่ชายของท่าน โดยการเรียนรู้ดังกล่าวก็คือการมาช่วยพ่อท่านปองรักษาผู้ถูกงูกัดมาแต่ต้น เมื่อพ่อท่านปองมรณภาพหมอสมนึกก็รับงานการรักษาผู้ถูกพิษงูต่อเนื่องมา

หมอแดง หรือหมอพะยอม (ปัจจุบันอายุ ๕๔ ปี) อยู่หมู่ที่ ๔ ตำบลกระทุง อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นหมอที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษาโรคของเด็กอย่างมาก คือโรคซางและโรคตาล ยาก็ใช้ประกอบยด้วยสมุนไพรกว่า ๕๐ ชนิด จึงมีประสิทธิภาพมาก ความรู้ของหมอแดงได้รับการถ่ายทอดมาจากพ่อตา ซึ่งเป็นหมอรักษาโรคเด็กมาก่อน ในปัจจุบันหมอแดงก็ยังเป็นหมอรักษาโรสดังกล่าวอยู่ และมีคนไข้มารักษาด้วยมาก

ส่วนที่ไม่เต็มใจเป็นหมอมหาหมายถึงว่าไม่มีลูกหลานคนใดสืบทอดความรู้ต่อ เนื่องจาก
การเป็นหมอพื้นบ้านนั้นเหนื่อยยากในขณะที่ไม่มีรายได้พอที่จะเลี้ยงตัวเองและครอบครัว ดังนั้น
จึงมีทายาทของบางตระกูลที่ไม่ต้องการสืบทอดบทบาทของการเป็นหมอ

ยายสุ่น บักรวด (ตำบลยางค้อม อำเภอฟิปปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ถ้าถึง
ปัจจุบันจะมีอายุ ๙๖ ปี) เป็นหมอดำแยที่มีฝีมือ ทำคลอดมามากมาย แต่การเริ่มต้นเป็น
หมอดำแยนั้นแกไม่ยอมเป็น “ไม่สนใจ ไม่อยากเอาเพราะว่ามันยุ่ง...ทำงานไม่ได้ วันนี้จะ
ค่านา ไปทำคลอดเสียแล้ว ...แล้วยังต้องไปเหยียบไปนวดให้เขาเล่า คนหนึ่งก็ ๕ วัน”
และโดยลักษณะส่วนตัวแกก็บอกว่าไม่เหมาะที่จะเป็นหมอดำแย เพราะแกเป็นคนตาขาว
กลัวผี หมอดำแยต้องไปทำคลอดมืดๆ ค่ำๆ อยู่เป็นประจำ แต่ที่แกต้องรับเป็นหมอดำแยก็
เพราะบรรพบุรุษรุ่นก่อนแกที่เป็นหมอดำแยก็คือ “ย่า” อายุ ๑๐๑ ปี แล้วยังไม่ตาย ทั้ง
ที่นอนป่วยหนักมานานแล้ว และน่าจะสิ้นอายุขัยแล้ว ที่ยังตายไม่ได้ก็เพราะยังไม่มีใครมารับครู
หมอของแก เมื่อยายสุ่นเห็นย่าทรมาณมากก็สงสารจึงจับมือย่าแล้วบอกว่า “มาด้าฉวยมือพัน
นี้แหละ มาด้าไปอยู่กับฉัน ฉันทำให้เหมือนย่า บอกเขาพันนั้นแหละ ทำเหมือนย่าเลย
ไม่เอาเปรียบเอาเชิงใคร” จากที่ย่านอนป่วยอยู่ประมาณ ๒ เดือน ไม่กินข้าวกินน้ำ พอยาย
สุ่นกล่าวขอรับครูหมอ ย่าก็พูดขอข้าวกิน พอกินได้ ๓ คำ ก็สิ้นใจ ยายสุ่นจึงเชื่อสนิทใจว่า
ครูหมอมีจริง ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วก็ไม่เคยมีความรู้ในการทำคลอด ไม่เคยเรียนจากย่า
และไม่เคยไปช่วยใครทำคลอด “แต่แรกตลาด ใครเจ็บพุ่งตรงไหนไม่ใช้ฉันไป” แต่เมื่อมีคนตาม
แกไปทำคลอดท้องแรก แกก็ทำได้คล่องแคล่ว สิ่งที่แกบอกก็คือ “ทำเหมือนอะไรสิ่งพันนั้น”
ซึ่งก็แกเชื่อว่าเป็นครูหมอเป็นคนสิงร่างแกให้ทำคลอดได้ และต่อมาแกก็ได้คาถา “หมาบไฟ”
(หมาบคือกำราบ) คือคาถาช่วยให้มารดาอยู่ไฟโดยไม่ร้อน จากที่ครูหมอมายบอกขณะที่แก
นอนหลับ

ความเชื่อเรื่องครูหมอ มีอยู่ทั่วไปในวัฒนธรรมของการแพทย์พื้นบ้าน
ภาคใต้ คือ เชื่อว่าบรรพบุรุษที่เป็นหมอก่อนจะเสียชีวิตจะต้องหาทายาท
สืบทอดความเป็นหมอ และเมื่อมีทายาทเป็นหมอแล้วบรรพบุรุษที่เคยเป็น
หมอและเสียชีวิตไปแล้วจะคอยช่วยเหลือในการรักษา ซึ่งความเชื่อเรื่องนี้
อาจอธิบายเหตุผลไปได้หลายทาง

พื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

จังหวัดชายแดนภาคใต้มีเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้การดูแลสุขภาพสุขภาพแบบพื้นบ้านแตกต่างไปจากภาคใต้ทั่วไป ประการแรกคือ **การนับถือศาสนาอิสลาม** ในคัมภีร์อัลกุรอานได้มีบทบัญญัติว่าด้วยการดูแลสุขภาพไว้หลายลักษณะ รวมทั้งชาวบ้านเชื่อว่าชีวิตขึ้นอยู่กับพระประสงค์ของพระเจ้า ดังนั้นหมอพื้นบ้านจึงอาจเกิดขึ้นได้โดยไม่ต้องเรียนรู้ฝึกฝน แต่เกิดจากพระประสงค์ของพระเจ้า ประการที่สองคือ ชาวบ้านส่วนใหญ่พูดภาษามลายูท้องถิ่น โดยเฉพาะในเขตจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส ทำให้ชาวบ้านไม่สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านที่ถ่ายทอดผ่านภาษาไทยได้ ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านที่แพร่หลายอยู่ในพื้นที่อื่นของภาคใต้จึงเข้าไปมีอิทธิพลต่อพื้นที่ชายแดนน้อย แต่ในระยะหลังคนในท้องถิ่นเรียนภาษาไทยมากขึ้น การแพร่หลายของการแพทย์พื้นบ้านจากพื้นที่อื่นก็มีมากขึ้น

๑. การเป็นหมอพื้นบ้านจากพระประสงค์ของพระเจ้า

ความเชื่อสำคัญของชาวมุสลิมคือ ชีวิตเกิดมาจากการประทานของพระเจ้า และชีวิตจะเป็นอย่างไรล้วนเป็นไปตามพระประสงค์ของพระเจ้า คำสั่งสอนของพระเจ้าจะปรากฏอยู่ในคัมภีร์อัลกุรอาน และในคำสอนของพระศาสดา ดังนั้นจึงพบได้ทั่วไปในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ว่ามีหมอพื้นบ้านเกิดขึ้นจากอิทธิพลของพระเจ้าและอัลกุรอาน

คัมภีร์อัลกุรอานได้กล่าวถึงเรื่องราวของชีวิตมนุษย์และสัตว์โลกต่างๆ ไว้มาก ดังนั้นจึงมีบางส่วนที่หมอพื้นบ้านสามารถนำหลักการที่กำหนดไว้มาใช้ได้ เช่น ในเรื่องเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดนั้น จะปรากฏคำสอนในอัลกุรอานไว้หลายเรื่อง เช่น ห้ามร่วมเพศขณะมีประจำเดือนและหลังคลอด ๑๐๐ วัน ห้ามทำแท้ง งดการถือศีลขณะตั้งครรภ์ ในขณะที่คลอดต้องให้อยู่ในสถานที่ที่เป็นส่วนตัวและสำรวม ให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเวลา ๒ ปีครึ่ง เป็นต้น

อย่างไรก็ตามอัลกุรอานไม่มีการบัญญัติหลักการแพทย์ไว้โดยตรง เพียงแต่กล่าวสอดแทรกไว้ในการกล่าวถึงชีวิตช่วงต่างๆ ดังนั้นจึงไม่มีหมอพื้นบ้านที่เป็นหมอได้เพราะเรียนมาจากอัลกุรอาน แต่อาจนำบางส่วนของอัลกุรอานไปประกอบ เช่น โต๊ะบีแดหรือหมอตำแยก็ใช้ความรู้ส่วนใหญ่ที่สืบทอดต่อเนื่องมาจากบรรพบุรุษ ไม่ใช่ความรู้จากอัลกุรอาน

นางรอกีเฝ้าะ หะเต็ง (ตำบลวังพญา อำเภอรามัน จังหวัดยะลา ปัจจุบันอายุ ๕๐ ปี) รู้วิชาการรักษาพิษงูมาจากการเข้าฝัน โดยผู้ที่มาเข้าฝันคือ “ฝันว่ามีผู้ชายคนหนึ่ง มาบอกเรื่องนี้ว่าบ้านอยู่บนภูเขา” สิ่งที่เขาคนดังกล่าวบอกก็คือ “ให้เปิดหนังสืออัลกุรอาน อยู่หน้านั้น วรรคที่เท่านั้น ให้เรียนตรงนั้น” และบอกว่าให้รักษาคนที่ถูกงูกัดโดยทองคำ ดังกล่าว ๓ จบ แล้วก็เป่า จากนั้นก็ใช้คาถาบทเดียวกันทำน้ำมันดีให้คนไข้ดื่มด้วย แต่การทำ น้ำมันดังกล่าวก็มีความซับซ้อนกว่าปกติ เพราะสิ่งที่เขาที่เข้ามาเข้าฝันบอกในการทำน้ำมันนั้น บอกสัญลักษณ์บางอย่างที่ต้องเขียนลงในน้ำมัน แต่เมื่อมาเขียนสัญลักษณ์ก็เขียนไม่ได้ ต้องใช้ข้าวสารเป็นที่รองรับการเขียนสัญลักษณ์ดังกล่าว (เป็นรูปคล้ายภาษาโบราณ) ขณะที่ คาถา จากนั้นก็เอาน้ำใส่ กลายเป็นน้ำมัน จึงเรียกว่า “น้ำมันข้าวสาร” นางรอกีเฝ้าะใช้ คาถาบทเดียวกันนี้รักษาพิษงูได้ทุกชนิด

บางกรณีพระเจ้าอาจมาเข้าฝันโดยตรงและบอกด้วยยากับวิธีรักษาโรคโดยไม่ต้อง อ้างถึงอัลกุรอาน เช่น นายสือมิ สือนามิ (อำเภอยะลา จังหวัดยะลา) แต่เดิมเป็น หมอไสยศาสตร์ ต่อมาฝันว่าพระเจ้ามาบอกด้วยยาเพื่อให้นำไปรักษาเพื่อนมนุษย์ นายสือมิจึงใช้ ด้วยดังกล่าวดังซึ่งเป็นตำรับประกอบด้วยสมุนไพร ๒๑ ชนิด รักษาโรคแบบครอบจักรวาล คือ ใครเป็นอะไรก็ให้กินยาตำรับนี้เหมือนกัน

นอกจากนี้ยังพบว่ามีหมอพื้นบ้านที่ได้รับอิทธิพลมาจากอัลกุรอานใน ลักษณะที่เนื่องมาจากอำนาจของพระเจ้า ซึ่งมักจะได้แก่ผู้ที่พระเจ้ามอบหมาย ให้ดูแลรักษาชีวิตมนุษย์มาเข้าฝัน บอกว่าให้นำคาถาในอัลกุรอานมาใช้รักษาโรค

การเป็นหมอโดยการเข้าฝันของอำนาจศักดิ์สิทธิ์นี้จะปรากฏทั่วไป ในชุมชนมุสลิม หลายกรณีพบว่ามีความคล้ายกับชุมชนพุทธที่อ้างถึง ครูหมอหรือผีบรรพบุรุษ คือเจ้าตัวที่เป็นหมอไม่อยากสืบทอดความเป็นหมอ จากบรรพบุรุษ แต่ในที่สุดก็จำเป็นต้องเป็น เพราะมีสิ่งศักดิ์สิทธิ์มาเข้าฝันให้เป็น โดยผู้ที่มาเข้าฝันนี้ ตัวหมอจะเชื่อว่าเป็นผู้ที่พระเจ้ามอบหมาย

“มีคนแต่งชุดขาวมาเรียกผม แกมาปลุกผม มาจุดที่ขา ฝันนี้เหมือนกับจริงเลย มาปลุกแล้วก็สละมาก่อนบอกว่ามึงอยู่ไม่ได้แล้ว ต้องช่วยคนแล้ว เขาบอกเป็นภาษายาวี ...พอคืนที่สองก็มาอีก บอกช่วยได้แล้ว ตื่นได้แล้ว หนาวเดรานี้ขาว...คืนที่สามมาอีก บอกสุดท้ายแล้วนะ ถ้าเอาก็ก้อ ถ้ามึงไม่สนใจจะลงโทษ แกบอกเลยนะจะลงโทษผม”

๒. การเป็นหมอพื้นบ้านจากการเรียนรู้

นอกจากจะพบการเป็นหมอมว่ามาจากความเชื่อในอำนาจของพระเจ้า และความรู้ในอัลกุรอานแล้ว ยังพบว่ามีหมอพื้นบ้านที่เรียนรู้มาจากแหล่งอื่น ด้วยเหมือนกัน การเรียนรู้ที่สำคัญก็คือการเรียนรู้จากบรรพบุรุษคล้าย กับพื้นที่อื่นๆ ซึ่งการเรียนรู้ดังกล่าวจะพบได้ทั้งในส่วนการเรียนคาถา จาก ความเชื่อเรื่องผีที่สืบทอดมาแต่สังคมดั้งเดิมพบได้มากในโต๊ะบิแด (หมอดำแย) ซึ่งใช้คาถาดั้งเดิมประกอบในการทำคลอดมาก นอกจากนี้ยังพบ หมอไสยศาสตร์ที่ใช้ความเชื่อดั้งเดิมในการรักษาเป็นสำคัญ บางคนใช้ คาถาจากอัลกุรอานประกอบกับคาถาดั้งเดิม บางคนใช้คาถาดั้งเดิมล้วนๆ

นายดอเลาะ จือเนาะ (ตำบลบาโงยซิแน อำเภอยะหา จังหวัดยะลา) หมอไสยศาสตร์ ที่ “รักษาโรคทั่วไป ใครเจ็บไข้อะไรก็ตาม” แต่ที่ถนัดคือโรคประเภท “ถูกของ ถูกตายาย ถูกอุบาทว์” วิธีรักษาของนายดอเลาะ ก็คือการทำพิธีไล่ของ ไล่ตายาย หรือไล่อุบาทว์ โดยจะตั้งพานทำพิธี ในพานประกอบด้วยผ้า ด้ายดิบ ๗ สี และเทียน ๗ เล่ม ของเหล่านี้ ฝ่ายคนไข้ต้องเป็นคนจัด พานดังกล่าวเป็นของสำหรับเชิญครูหมอลงมาช่วยรักษา (นายดอเลาะ จือเนาะบอกว่าเชิญตายายของพ่อลงมาช่วยรักษา ซึ่งก็มีความหมายเดียวกับ ครูหมอนั่นเอง พ่อของนายดอเลาะ จือเนาะก็เป็นหมอไสยศาสตร์เช่นเดียวกัน) ซึ่งจะเป็น การใช้คาถาขับไล่ของ หรือตายาย หรือ อุบาทว์ที่อยู่ในตัวคนไข้ โดยนายดอเลาะ จือเนาะ บอกว่าคาถาดังกล่าวเป็นคาถาของครูหมอมที่เข้ามาหาตรง ตัวแกไม่รู้ว่าเป็นคาถาอะไร และ ท่องไม่ได้

การอธิบายเรื่องโรคว่า เป็นเพราะคนไข้ถูกของ ถูกตายาย หรือถูกอุบาทว์ และการรักษาโดยการเชิญตายายของพ่อเข้าทรงนั้นก็มีความเชื่อที่เหมือนกับที่ปรากฏ ในสังคมพุทธ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทั้งสาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษาดังกล่าวเป็น ความเชื่อในอำนาจของผีที่สืบทอดมาแต่เดิม

การเรียนรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคด้วยสมุนไพรก็มีอยู่บ้างเหมือนกัน แต่ว่าพบ ไม่มากนัก และเป็นการใช้สมุนไพรที่ไม่ซับซ้อน รวมทั้งเป็นการใช้ประกอบคาถาจาก พระคัมภีร์หรือไม่ก็คาถาที่สืบทอดมาแต่ดั้งเดิม เช่น นายนาแซ โต๊ะดียอ (ตำบลยะลา อำเภอมือ จังหวัดยะลา) เป็นหมอที่รักษาพิษงูได้ทุกชนิด โดยใช้คาถาจากอัลกุรอาน ประกอบกับสมุนไพร ๔ ชนิด โดยเมื่อคนไข้มาหา ก็จะเริ่มต้นด้วยการใช้คาถาเรียกพิษ

ซึ่งจะท่องเที่ยวไปวนมาจนพิษออกมาหมดหรือออกมาจนทำให้คนไข้หายปวด จากนั้นก็พอกยา โดยนำสมุนไพรมาฝนผสมกัน

ในระยะหลังมีคนรุ่นใหม่พูด เขียน อ่านภาษาไทยได้มากขึ้น และทางราชการพยายามเผยแพร่หลักการแพทย์พื้นบ้านสู่คนกลุ่มนี้โดยการเปิดอบรมในที่ต่างๆ โดยเฉพาะในระบบของการศึกษานอกโรงเรียน พบว่ามีชาวมุสลิมสนใจศึกษากันมาก โดยมีทั้งผู้ที่ไม่เคยเป็นหมอมาก่อนและผู้ที่เป็นหมออยู่ก่อนออกมาศึกษาเพิ่มเติม ทำให้เกิดหมอพื้นบ้านที่ใช้สมุนไพรในการรักษาเพิ่มขึ้นมากด้วยวิธีนี้ ดังการสำรวจจำนวนหมอมุสลิมในปัจจุบันในปัตตานี นราธิวาส และยะลา พบว่ามีจำนวนมากพอสมควร และเพิ่มขึ้นกว่าสมัยก่อนอย่างมาก แต่หมอพื้นบ้านที่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรมากขึ้น ดังกล่าวก็ยังคงใช้ร่วมกับคาถาที่ตนใช้อยู่แต่เดิม ทั้งที่เป็นความเชื่อเดิมและที่มาจากอัลกุรอาน และหากไม่เคยเป็นหมอมาก่อนและพอใช้ความรู้ที่ได้รับการฝึกอบรมไปช่วยรักษาสุขภาพให้แก่ชาวบ้านได้ มักจะต้องหาคาถาจากอัลกุรอานมาประกอบ เพื่อรักษาอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของการเป็นหมอในสังคมของตน

ความหลากหลายของลักษณะทางกายภาพกับการแพทย์พื้นบ้านภาคใต้

นอกจากภาคใต้จะมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม อันทำให้มีความแตกต่างกันของความรู้และวิธีการดูแลสุขภาพดังที่ยกตัวอย่างมาแล้วข้างต้น ภาคใต้ยังมีความหลากหลายของลักษณะทางกายภาพที่นำไปสู่ความแตกต่างกันของความรู้และวิธีการดูแลสุขภาพเช่นกัน โดยพื้นที่ภาคใต้มีลักษณะเป็นแหลมยื่นไปในทะเล มีทิวเขาเป็นแกนทอดตัวไปตามแนวแผ่นดินจากเหนือไปได้ ทำให้ภาคใต้มีทั้งเขตเขาควน เขตพื้นที่ทำนา และเขตชายฝั่งทะเล ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความแตกต่างของพืชสมุนไพรที่หมอพื้นบ้านนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของชาวบ้าน ทำให้เกิดตำรายาแตกต่างกันไป ดังตัวอย่างต่อไปนี้

๑. เขตเขาควน

ป่าภาคใต้มีลักษณะเป็นป่าดิบชื้น มีพรรณไม้หลายชั้นอายุ หลากชนิด พันธุ์ขึ้นปะปนกัน ทำให้เป็นเขตพื้นที่ที่มีสมุนไพรอุดมสมบูรณ์มาก จากการรวบรวมสมุนไพรพื้นบ้านในเขตเขาควนที่หมอพื้นบ้านเก็บและใช้อยู่ พบว่ามีการเก็บสมุนไพรจากเขตป่าเขาดังกล่าวไม่ต่ำกว่า ๑๕๐ ชนิด เช่น ตำเสา กงเขมา จุมพระ ดังงา ลูกหวาน พวมพร้าว กาหลาดัน กำยาน ตานเหลือง ผ้าร่ายห่อทอง ชายปลวก ขี้พริ้วไฟ ไข่น้ำ คนทีดำ ฯลฯ

ปัจจุบันป่าในเขตเขาภาคใต้ถูกบุกรุกมากจากการขยายตัวของ การปลูกพืชเชิงพาณิชย์ เช่น ยางพารา กาแฟ ไม้ผล แต่พื้นที่ป่าก็ยังคงเหลืออยู่ มากพอสมควร และมีพื้นที่ที่รัฐประกาศเป็นป่าอนุรักษ์อยู่หลายแห่ง แต่ถ้าหากการบุกรุกป่ายังมีอยู่ต่อไปอย่างที่เป็นอยู่ ก็จะมีผลกระทบโดยตรงต่อ ความอุดมสมบูรณ์ของพืชสมุนไพร

๒. เขตพื้นที่ราบ

ในภาคใต้มีพื้นที่อยู่มากพอสมควรที่เป็นพื้นที่ราบเหมาะสำหรับทำนา ในพื้นที่ดังกล่าวนี้จะมีป่าพรุเป็นพื้นที่ชุ่มน้ำสำคัญ เป็นแหล่งน้ำและแหล่งเก็บ ความชุ่มชื้นไว้สำหรับพื้นที่ทำนา มีป่าสาครขึ้นอยู่ตามริมคลองเล็กๆ ตาม ห้วย หนอง และมาบต่างๆ ในป่าพรุและป่าสาครจะมีพืชผักต่างๆ ขึ้นมาก นอกจากนั้นตามห้วยหนองคลองบึง ตามหัวไร่ปลายนา ก็มีพืชผักขึ้นมาก เช่นกัน พืชผักเหล่านี้ชาวบ้านจะเก็บไปทำอาหาร สมุนไพรในเขตพื้นที่ราบ ส่วนใหญ่จึงมีลักษณะที่เรียกว่า “อาหารเป็นยา”

มีตัวอย่างในการอธิบายเรื่องอาหารเป็นยาไว้หลายตัวอย่างเช่น ในฤดู ร้อนจะมีพืชผักที่เหมาะสมแก่การทำแกงเลียง โดยผักที่ใช้ทำแกงเลียงจะเป็น ผักที่มีรสเย็น ทำให้ช่วยปรับธาตุในร่างกายให้สมดุล ในฤดูฝนมักจะมีอาหาร ที่ปรุงให้เกิดรสร้อน เช่น แกงคั่ว น้ำพริก เป็นต้น

จากการสำรวจพืชผักที่เป็นสมุนไพรที่ขึ้นอยู่ในเขตพื้นที่ราบ พบว่า มีมากมายหลายชนิดเช่นกัน และไม่น้อยกว่าเขตเขาควน แต่อาจต่างชนิด กันไป โดยพบว่าสมุนไพรในเขตพื้นที่ราบภาคใต้มีไม่ต่ำกว่า ๑๔๔ ชนิด เช่น ก้างปลาแดง กุ่มน้ำ ท่อมขี้หมู ผักกูด ผักหนาม น้อยหน่า เช็ด หมอน ขี้หมื่นอ้อย คล้า ฯลฯ

ในปัจจุบันทั้งป่าพรุ ป่าสาคร ป่าละเมาะ ป่าอื่นๆ ในพื้นที่ราบ และ ห้วยหนองคลองบึง ถูกทำลายไปเป็นจำนวนมาก และยังถูกทำลายต่อเนื่อง ทุกวัน จากการบุกรุกโค่นล้มและถมที่เพื่อการปลูกพืชเชิงพาณิชย์ โดยเฉพาะ การขยายพื้นที่ปลูกปาล์ม ซึ่งได้รับการกระตุ้นและสนับสนุนจากรัฐอย่าง เข้มข้น แม้แต่การปลูกยางพาราในปัจจุบันก็ขยายลงมาในพื้นที่ราบเช่นกัน ทำให้น่าวิตกว่าถ้าอัตราในการทำลายนิเวศในพื้นที่ราบยังคงเป็นอยู่ดังเช่น ทุกวันนี้ พืชสมุนไพรที่พบในเขตนี้ก็จะสูญหายไปเป็นจำนวนมากเช่นกัน

๓. เขตชายฝั่งทะเล

พื้นที่ในเขตชายฝั่งทะเลมีป่าชายเลนเป็นแหล่งสำคัญของความอุดมสมบูรณ์ของพรรณพืช โดยพืชที่จะขึ้นได้ในเขตนี้จะต้องเป็นพืชที่เติบโตได้ดีในน้ำเค็มและน้ำกร่อย ไม่สามารถเติบโตได้ในพื้นที่ที่ทกล้างถึงแล้วทั้ง ๒ ลักษณะข้างต้น ทำให้สมุนไพรที่ค้นพบได้ในพื้นที่นี้จะแตกต่างกว่าใน ๒ พื้นที่ดังกล่าว

ระบบนิเวศของป่าชายเลนมีความซับซ้อนและมีความหลากหลายทางชีวภาพสูงเช่นกัน ป่าชายเลนจึงลักษณะของการเป็น “ป่ายา” เช่นเดียวกับป่าอื่นๆ เช่นมีการรวบรวมพืชสมุนไพรในป่าชายเลนในจังหวัดตรังได้ถึง ๕๓/ ชนิด

นอกจากในป่าชายเลนแล้วยังพบสมุนไพรอีกหลายที่ เช่นพบว่า สหายรายในทะเลบางชนิดที่หมอพื้นบ้านนำไปใช้ปรุงยาได้ เช่น สหายราย “ลำพันหางหมู” ที่หมอพื้นบ้านนำไปใช้ประกอบยาโรคหัวใจและยาแก้ลมในชายฝั่งอันดามันแถบจังหวัดสตูล กระบี่ ตรัง พังงา พบว่าเป็นแหล่งแพร่กระจายของเพชรหึง และสับเลียด

ตัวอย่างพืชสมุนไพรที่มีอยู่ในเขตนี้ เช่น พังกา หัวว่าว จิก ขลุ สداب ร้างสาบกา ตาเลื้อยเถา กระเพราะปลา เสม็ด แหม สับเลียด ผักเบี้ยเล ผักบั้งเล ลำเพ็ง ฯลฯ

ที่ผ่านมาป่าชายเลน และทะเล ถูกทำลายความอุดมสมบูรณ์ตลอดเวลา ทำให้พืชสมุนไพรลดหายไปทั้งชนิด และปริมาณ เช่นเดียวกับในพื้นที่อื่น

ตำราการแพทย์พื้นบ้านภาคใต้

ในภาคใต้มีการบันทึกเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสุขภาพ และตำรายารักษาอาการโรคภัยไข้เจ็บไว้แต่อดีต โดยแต่เดิมจะบันทึกหรือจารไว้ในหนังสือใบลานเป็นหลัก ทั้งใบลานดำและใบลานขาว แต่ส่วนใหญ่จะจารไว้ในใบลานขาว มีบ้างที่จารไว้ในใบลาน

หนังสือใบลานคือหนังสือที่ทำด้วยกระดาษย่านปริหานา ซึ่งพับเป็นชั้นๆ ภาคกลางเรียกหนังสือชนิดนี้ว่า “สมุดไทย” หรือ “สมุดข่อย” ใบลานคือหนังสือใบลานที่พื้นกระดาษเป็นสีดำแล้วจารเป็นตัวหนังสือสีขาว ส่วนใบลานขาวคือหนังสือใบลานที่พื้นกระดาษเป็นสีขาวแล้วจารเป็นตัวหนังสือสีดำ

ในการจารดั่งกล่าวนี้นี้แต่เดิมจะใช้ตัวอักษรขอม ซึ่งเป็นตัวอักษรที่ใช้เขียนภาษาบาลีที่สอนกันอยู่ในวัด ผู้ที่จารตำรายาด้วยตัวอักษรขอมดั่งกล่าวจึงได้แก่พระภิกษุ หรือผู้ที่ผ่านการศึกษาเล่าเรียนมาจากวัด การจารหรือการเขียนด้วยตัวอักษรขอมดั่งกล่าวจะเขียนเป็นคำไทยท้องถิ่น เลยเรียกการเขียนภาษาลักษณะนี้ว่า **ขอมไทย** ต่อมาในระยะหลังจึงนิยมใช้ตัวอักษรไทยแทน แต่ก็ในช่วงสั้นๆ เพราะความก้าวหน้าของการพิมพ์ได้ขยายตัวเข้ามาแทนที่

การบันทึกตำราการแพทย์พื้นบ้านลงในหนังสือสมุดและใบลานนี้มีอยู่อย่างแพร่หลายในภาคใต้ เนื่องจากการดูแลรักษาสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญ การบันทึกตำราดั่งกล่าวทำให้การเรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านเป็นไปอย่างกว้างขวางมากขึ้น อีกทั้งการรักษาโรคภัยไข้เจ็บและการคัดลอกตำรายาของสำนักหรือของหมอที่มีชื่อเสียงไปเผยแพร่ เท่ากับเป็นการทำกุศลให้แก่เพื่อนมนุษย์ ดังจะเห็นว่าในระยะหลังแม้จะมีการพิมพ์หนังสือแล้ว เจ้าภาพที่จัดงานศพหรืองานบุญต่างๆ เช่น งานทอดกฐิน ทอดผ้าป่า ก็นิยมพิมพ์หนังสือตำรายาแจก หรือไม่ก็ไปซื้อหนังสือตำรายาจากวัดหรือของหมอมที่มีชื่อเสียงและพิมพ์หนังสือไว้จำนวนมาก เพื่อนำมาแจกญาติมิตรที่มาร่วมงาน แม้แต่วัดเมื่อจัดงานบุญต่างๆ เช่น งานฝังลูกนิมิต ก็มักจะพิมพ์หนังสือตำรายาแจกเช่นกัน

ในยุคที่ยังจารหนังสือสมุดและใบลานด้วยตัวหนังสือขอม ผู้ที่จารจะต้องเป็นผู้มีความรู้ คือพระสงฆ์ หรือผู้ที่เรียนมาจากวัด การจารสมัยนั้นลูกศิษย์ของสำนักต่างๆ อาจจารตำราที่ตนเรียนไว้ หรือผู้ที่สนใจอาจจะไปขอลอกตำรายาต่างๆ มาใช้ประโยชน์หรือเผยแพร่ ซึ่งจะลอกมามากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความสนใจ ดังนั้นตำรายาที่แพร่หลายอยู่จะมีทั้งเป็นตำราทั้งหมดของสำนักใดสำนักหนึ่ง หรือของหมอตระกูลใดตระกูลหนึ่ง หรืออาจจะเป็นตำราเพียงบางส่วนที่ถูกคัดลอกมา และบางครั้งก็อาจเป็นตำราที่รวบรวมมาจากหลายสำนักตามความสนใจของคนคัดลอก

ตำราการแพทย์พื้นบ้านในส่วนที่จารหรือเขียนด้วยตัวอักษรขอมนี้ยังคงตกทอดมาถึงปัจจุบัน บางส่วนก็ชำรุดเสียหาย บางส่วนสถาบันทางวิชาการนำไปรวบรวมเก็บรักษาไว้และหาทางปริวรรตออกมาเป็นภาษาไทยปัจจุบัน แต่ก็ยังทำได้ไม่มากนัก สถาบันทางวิชาการที่รวบรวมตำราดั่งกล่าวไว้มาก ได้แก่ สถาบันทักษิณคดีศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต ศูนย์วัฒนธรรมจังหวัดพัทลุง เป็นต้น และยังมีหลงเหลืออยู่ตามวัดและตามบ้านต่างๆ ที่ยังไม่ได้นำมาศึกษาอีกมาก

การจารตารายาลงในหนังสือбудและใบลานด้วยตัวอักษรขอมดำเนินต่อเนื่องมาจนถึงช่วงปลายรัชกาลที่ ๔ ต่อรัชกาลที่ ๕ พัฒนาการการพิมพ์หนังสือขยายตัวมากขึ้น และขยายตัวลงมายังภาคใต้หลังจากที่เกิดขึ้นในกรุงเทพฯ ไม่นาน ประกอบกับการศึกษาตามแบบกรุงเทพฯ ได้ขยายตัวลงมาในภาคใต้มากขึ้น จึงมีผู้รู้หนังสือไทยมากขึ้น ทำให้มีการนำตำราการแพทย์ที่เคยเขียนด้วยตัวหนังสือขอมมาถอดความเป็นภาษาไทย และพิมพ์จำหน่าย โดยการถอดความเป็นภาษาไทยนี้มีทั้งที่ถอดเป็นสำเนียงท้องถิ่น และที่ถอดเป็นสำเนียงภาษาภาคกลาง

การคัดลอกตำราการแพทย์พื้นบ้านออกมาเป็นตัวหนังสือไทยเพื่อจัดพิมพ์จำหน่ายนี้ มีทั้งคัดลอกตำราการแพทย์ของสำนักใดสำนักหนึ่งหรือของหมอคนใดคนหนึ่ง มาโดยเฉพาะ การคัดลอกมาเพียงบางส่วน และการคัดลอกจากหลายๆ ตำรามาประกอบกัน ความนิยมของประชาชนในการซื้อหาตำรายามาไว้ที่บ้านมีมากพอสมควร เพราะสมัยนั้นยังไม่มีโรงพยาบาลสมัยใหม่ ดังจะเห็นว่าแม้งานวัดต่างๆ ยังมีผู้ไปตั้งแผงขายหนังสือ และหนังสือประเภทหนึ่งที่ขายดีคือตำราแพทย์พื้นบ้าน สมัยนั้นการคัดลอกตำรายามาจัดพิมพ์เป็นไปอย่างแพร่หลาย โดยเจ้าของตำรายาเดิมก็ไม่หวงเมื่อมีผู้มาขอคัดลอก เพียงแต่ขอให้บอกด้วยว่าคัดลอกมาจากตำรายาของใครหรือของสำนักใด รวมทั้งผู้ที่ไม่เคยบันทึกตำรายาของตนไว้ในยุคนี้ก็มีการบันทึกเพิ่มเติมเพื่อการพิมพ์เผยแพร่ด้วย

ในยุคที่การพิมพ์แพร่หลายนี้ การเขียนในหนังสือбудและใบลานก็เสื่อมความนิยมลง แต่ในช่วงท้ายๆ ก็มีการเปลี่ยนเป็นการเขียนด้วยตัวอักษรไทย

ในภาคใต้การบันทึกตำรายาในสมัยก่อนมีลักษณะเฉพาะประการหนึ่งคือหมอพื้นบ้านบางคนหรือบางสำนักจะซ่อนปริศนาในตำรายาของตนบางส่วนไว้ เพื่อไม่ให้ใครเรียนรู้ได้โดยง่าย อย่างน้อยก็ต้องเรียนรู้กับเจ้าของตำรายาหรือกับลูกศิษย์ลูกหา ส่วนที่ซ่อนไว้ก็คือชื่อสมุนไพร โดยจะไม่บอกชื่อสมุนไพรที่ชาวบ้านรู้จักกันทั่วไป แต่จะแต่งชื่อบางชื่อใช้เรียกแทน โดยในตำรายาจะใช้ชื่อที่เรียกแทนนี้ไม่ใช่ชื่อที่ชาวบ้านรู้จัก ชื่อที่แต่งไว้เรียกแทนนี้หมอพื้นบ้านจะเรียกกันว่าคำอรรถ เช่น

หัวร้อยรู	ใช้คำอรรถว่า กระเช้าฝีมด
หญ้าวงช้าง	ใช้คำอรรถว่า กินน้ำกับบอ
รากกระเทียม	ใช้คำอรรถว่า หมอยนางชี
หญ้าปราบดิน	ใช้คำอรรถว่า โดไม่รู้ล้ม
บานไม่รู้โรย	ใช้คำอรรถว่า ดอกสามเดือน

อย่างไรก็ตามจะพบว่าการแต่งคำอรรถขึ้นใช้เรียกชื่อสมุนไพรแทนชื่อสามัญนั้น เจ้าของตำรายาก็ไม่ได้แต่งแบบนึกชื่ออะไรขึ้นมาก็ได้ แต่จะใช้คุณลักษณะของสมุนไพรนั้นเองในการคิดหาชื่อเรียกแทน เช่น เรียกหัวหมู ว่า ไช้ใต้ดิน ก็เนื่องจากหัวหัวหมูอยู่ใต้ดิน เรียกรากกระเทียม ว่า หมอยนางชี เพราะรากกระเทียมมีลักษณะเป็นเส้นฝอย เป็นต้น

ในการนำตำราการแพทย์พื้นบ้านออกพิมพ์เผยแพร่มีทั้งรายที่ยังคงคำอรรถไว้ และรายที่เปลี่ยนคำอรรถมาเป็นคำพื้นบ้านที่ชาวบ้านรู้จักกันดีแล้ว

ในตำราการแพทย์ทั้งที่จารในหนังสือใบลาน และทั้งที่พิมพ์เผยแพร่แล้ว จะมีลักษณะคล้ายกัน คือ เริ่มต้นด้วยการบอกชื่อโรค จากนั้นก็บอกอาการ แล้วก็จะบอกถึงตัวยาและการใช้ตัวยาดังกล่าว

ในยุคที่มีการพิมพ์ แพร่หลาย และมีความสนใจในตำราการแพทย์พื้นบ้านมาก ดังกล่าว ก็มีการส่งตำราแพทย์พื้นบ้านที่จัดพิมพ์ในกรุงเทพฯ มาขายในภาคใต้ด้วย ตำราที่เป็นที่รู้จักกันดี คือ ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ ทำให้หมอพื้นบ้านได้ศึกษาจากตำราดังกล่าวเพิ่มเติม ทำให้วิชาความรู้ของหมอพื้นบ้านกว้างขวางขึ้น

ในปัจจุบันยังมีตำราการแพทย์พื้นบ้านเหลืออยู่อีกมาก ซึ่งมีทั้งที่เก็บอยู่ที่วัดที่บ้านหมอพื้นบ้าน หรือที่บ้านชาวบ้านบางส่วน แต่จะมีมากในสถาบันทางวิชาการที่ไปขอตำราจากที่ต่างๆ มารวบรวมไว้ และตำราดังกล่าวมีทั้งที่บันทึกเป็นตัวอักษรขอม และที่เป็นภาษาไทยกลางแล้ว

โรคปัสสาวะพิการ (มุตตะ)

มูลเหตุที่ทำให้น้ำปัสสาวะพิการ ปัสสาวะอาจจะมิได้พิการ หรือท่อปัสสาวะพิการ หรือมีนิ่วในท่อปัสสาวะหรือในไต ต่อมลูกหมากไม่ดี ท่างท่อปัสสาวะไม่ดี หรืออาจจะมาจากโรคเกี่ยวกับปัสสาวะโดยตรง เช่น มุตกิด มุตฆาต ทุรวสา

อาการที่คนป่วยได้รับ ให้เจ็บปวดท่อปัสสาวะ ปัสสาวะติดขัด ปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะออกมาเป็นสีต่างๆ ออกเป็นเลือดสดๆ เจ็บหน้าท้อง เป็นต้น

การดูแลรักษา การรักษาจะต้องพิจารณาดูว่าเกิดจากอะไร แล้วใช้ยาตามความเหมาะสมที่เกิดขึ้น ตัวอย่างยาปัสสาวะติดขัด เช่น

๑. เอาสะค้าน มะตูมอ่อน แฝกหอม จันทน์ทั้ง ๒ สมอทั้ง ๓ ลูกผักชี โคกกระสุน หัวแห้วหมู หนักสิ่งละ ๑ บาท รากชะพลู หนัก ๒ บาท เจตมูลเพลิงหนัก ๓ บาท ดีปลีหนัก ๔ บาท ชิงแห้งหนัก ๕ บาท ยาข้าวเย็นหนัก ๑๐ บาท อ้อยแดง ๓ ปล้อง ต้มน้ำรับประทานโดยต้ม ๓ เอา ๑ รับประทานครั้งละ ๓-๔ ช้อนโต๊ะ วันละ ๓ ครั้ง
๒. เอาใบมะขามกำมือ ใบส้มป่อยกำมือ ใบมะนาว ๙ ใบ หัวหอม ๓ หัว สารส้ม ๑ สลึง ดินประสิวขาว ๑ สลึง น้ำอ้อยยบหนัก ๑๐ บาท ต้ม ๓ เอา ๒ รับประทานครั้งละ ๒ ช้อนโต๊ะ ๓ เวลา ก่อนอาหาร
๓. แก้มุตกิดระดูขาว เอาใบมะกา ขาดตาแดง ใบมะนาว เกลือสินเธาว์ หัวหอม ใบส้มป่อยดินประสิว ใบมะขามไทย ใบมะขามแขก ใบส้มเลี้ยว หนักอย่างละ ๑ บาท สารส้มหนัก ๒ บาท รากยับเยียวหนัก ๔ บาท ข้าวเย็นเหนือ-ใต้หนัก ๒๐ บาท ต้มเคี้ยว เหลือครึ่งเดียว รับประทานครั้งละ ๓ ช้อนดาว วันละ ๓ ครั้ง ก่อนอาหาร ฯลฯ

หมอฟันบ้านภาคใต้ในปัจจุบัน

แต่เดิมหมอฟันบ้านในภาคใต้จะมีอยู่ทั่วไป หมู่บ้านหนึ่งอาจมีหมอฟันบ้านหลายคนทำหน้าที่แตกต่างกันไป เท่าที่มีการรวบรวมข้อมูลพบว่า ในอดีตนั้นมีหมอฟันหลายประเภท ได้แก่ หมอสมุนไพร หมอนวด/จับเส้น หมอกระดูก หมอโรคเลือดสตรี หมอตำแย หมอโรคผิวหนัง หมอเด็ก หมออัมพาต/อัมพฤกษ์ หมอโรคจิตสติวง หมองู หมอตา หมอยาแก้พิษยาและหมอไสยศาสตร์ ทั้งนี้หมอคนหนึ่งอาจจะเป็นหมอได้มากกว่าหนึ่งประเภท

จากการศึกษาหมอฟันบ้านภาคใต้ในปัจจุบันพบว่า ยังคงมีหมอประเภทต่างๆ ดังกล่าวหลงเหลืออยู่อย่างครบถ้วน แต่บางประเภทเหลือน้อยกว่าในสมัยก่อนมาก และหลายประเภทเหลือเพียงหมอสูงอายุ ยังไม่มีใครสืบทอดต่อ การที่พื้นที่ใดจะมีหมอประเภทใดมากนั้น ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขสำคัญ ๒ ประการ คือ **ประการแรก** พื้นที่นั้นๆ มีผู้ป่วยมาก อันเนื่องมาจากลักษณะเฉพาะของพื้นที่ เช่น ในพื้นที่เชิงเขาที่สูงมาก ก็จะมีหมอกระจายอยู่ทั่วไป **ประการที่สอง** ขึ้นกับลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรมที่ผู้ป่วยไม่ชอบไปรักษาตัวในโรงพยาบาลเช่นเดียวกับคนในวัฒนธรรมอื่นๆ ที่เห็นได้ชัดเจนได้แก่ ใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือปัตตานี ยะลา นราธิวาส คนส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิมมลายู ทำให้ผู้ป่วยบางประเภทไม่สะดวกที่จะไปใช้บริการที่โรงพยาบาล เช่น การคลอดลูก มีความเชื่อทางศาสนาหลายอย่างประกอบอยู่ อาทิ ผู้หญิงไม่ควรให้ผู้ชายที่ไม่ใช่สามีถูกต้องตัว ผู้ใหญ่จะต้องขอพรจากพระเจ้าให้แก่เด็กที่เกิดใหม่ ลักษณะเช่นนี้ทำให้ญาติพี่น้องจำนวนไม่น้อยชอบที่จะให้ผู้หญิงคลอดกับหมอตำแย (โต๊ะบีแค) ที่บ้าน จึงพบว่า ใน ๓ จังหวัดดังกล่าวมีหมอตำแยกระจายอยู่ทั่วไป และการที่พื้นที่นี้มีความขัดแย้งมาอย่างยาวนานระหว่างรัฐกับคนในท้องถิ่น ทำให้ชาวบ้านบางกลุ่มไม่อยากเข้ามาเกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลหากยังมีทางเลือกอื่นๆ เช่น ในเขต ๓ จังหวัดมีวัยรุ่นอยู่ในชุมชนมาก วัยรุ่นดังกล่าวมักจะมีอุบัติเหตุเกี่ยวกับรถจักรยานยนต์จนถึงขั้นแขนหรือขาหักอยู่บ่อยๆ แต่วัยรุ่นเหล่านี้ส่วนใหญ่จะรักษากระดูกหักกับหมอฟันบ้าน บางแห่งหมอฟันบ้านสร้างเรือนพักไว้ให้คนไข้เหล่านี้พำนักระหว่างรักษา

อย่างไรก็ตามก็มีหมอฟันบ้านบางประเภทที่สามารถดำรงอยู่ได้โดยไม่ต้องอาศัยเงื่อนไขดังกล่าว แต่อาศัยพื้นที่ใหม่อันเนื่องมาจากปัญหาของระบบการพัฒนาสมัยใหม่เอง ดังจะเห็นได้จากหมอสมุนไพร และหมอนวด ซึ่งแต่เดิมก็เหลือพื้นที่ทางสังคมน้อยเช่นกัน แต่ในวิกฤติอันเนื่องมาจากการพัฒนาสมัยใหม่และการแพทย์สมัยใหม่ ทำให้การดูแลสุขภาพสุขภาพสมัยใหม่ถูกตั้งคำถามในหลายเรื่อง เช่น

การรักษาสุขภาพแบบแยกส่วน ความไม่สามารถรักษาโรคภัยไข้เจ็บได้ในหลายโรค ในขณะที่ตัวกันทางรัฐเองก็ประสบปัญหาของการเปลี่ยนแปลงงบประมาณอย่างมากในการดูแลรักษาสุขภาพประชาชน แต่ก็ไม่สามารถดูแลประชาชนได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพเพียงพอ จึงเกิดการเคลื่อนไหวที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสุขภาพของพวกเขาเอง การดูแลรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้านจึงมีพื้นที่มากขึ้น แต่ว่าก็เฉพาะบางอย่างเท่านั้น เพราะการดูแลรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้านหลายแบบถูกมองจากทางราชการว่าเป็นการดูแลรักษาสุขภาพที่ไม่ปลอดภัยแก่ชีวิต เช่น การทำคลอดโดยหมอตำแย^๑ ถูกอธิบายว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่ออัตราการตายของแม่และเด็ก และทางราชการพยายามที่จะยุติบทบาทการทำคลอดของหมอตำแย

ส่วนหมอพื้นบ้านประเภทอื่นๆ แม้จะไม่ได้รับการขัดขวางจากทางราชการแต่ก็ไม่ได้ได้รับการสนับสนุน และบางครั้งทางราชการก็พยายามอ้างกฎหมายเข้าไปควบคุม ดังนั้นจึงปรากฏอยู่เป็นระยะว่า หากผู้บริหารงานสาธารณสุขในพื้นที่ต่างๆ ปรับเปลี่ยนความคิดได้น้อย ก็มักจะขัดแย้งกับการรักษาแบบพื้นบ้าน เช่น พยายามห้ามหมอพื้นบ้านรักษาคนไข้

มักกล่าวกันว่า ปัจจุบันไม่ค่อยมีทายาทสืบทอดวิชาจากหมอพื้นบ้าน การกล่าวเช่นนี้มีส่วนถูกต้องสำหรับหมอพื้นบ้านที่สืบทอดมาตามจารีต เพราะไม่มีลูกหลานต้องการสืบทอดเนื่องจากไม่มีรายได้พอแก่การยังชีพ แต่ก็มีหมอพื้นบ้านที่สืบทอดตามจารีตบางลักษณะที่ยังพอสืบทอดต่อได้ ได้แก่หมอพื้นบ้านที่เปิดสำนักบริการอยู่ที่วัด หรือสำนักหมอพื้นบ้านที่เป็นวัด เพราะอย่างน้อยก็มีพระในวัดที่สืบทอดการเป็นหมอ และวัดมีความพร้อมที่จะแบกรับภาระด้านนี้ เนื่องจากวัดเป็นสถาบันทางสังคมที่สังคมสนับสนุนให้อยู่รอดได้อยู่แล้ว ในภาคใต้มีวัดหลายแห่งที่ดำเนินการในเรื่องนี้ เช่น **วัดธาราวดี** หรือวัดบางจาก อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นสำนักรักษาโรคกระดูกที่มีชื่อเสียง บนศาลาวัดจะมีคนไข้กระดูกหักมานอนรักษาตัวอยู่เป็นจำนวนมาก **วัดพรหมโลก** อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นสำนักรักษาพิษงูที่มีชื่อเสียง จนสภาพอากาศไทยมาสร้างอาคารที่พักผู้ป่วยให้ **วัดประจิมทิศาราม** หรือวัดเจ็นตก ตำบลตำนาน อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง เป็นวัดที่

^๑ ภาคใต้ทั่วไปเรียกหมอตำแยว่า “หมอแม่ทาน” ใน ๓ จังหวัดชายแดนคือ ปัตตานี ยะลา นราธิวาส ใช้คำจากภาษามลายูท้องถิ่น คือ “โตะปีแด” ในจังหวัดสตูลและบางอำเภอชายแดนของจังหวัดสงขลาเรียกว่า “โตะปีตัน”

มีชื่อเสียงในการรักษาโรคกระดูก และบริการรักษาโรคให้ชาวบ้านมาโดยตลอด มีสูตรน้ำมันที่มีชื่อเสียงที่เรียกว่า “**น้ำมันเอ็นพ้อท่านเมฆ**” วัดเหล่านี้เมื่อพระภิกษุผู้ริเริ่มและมีความรู้ในการรักษาโรคถึงแก่กรรมภาพไปก็จะมีลูกศิษย์พยายามสืบทอดความรู้และภารกิจต่อ แม้ว่าหลายแห่งจะเลือนหายไป แต่ก็ยังพอมีบางแห่งที่สืบทอดได้ดังที่ยกตัวอย่างมา

กล่าวโดยสรุปก็คือ ในพื้นที่ภาคใต้ยังคงมีหมอพื้นบ้านกระจายอยู่ทั่วไป หมอประเภทใดมีคนต้องการใช้บริการน้อยก็มีน้อย หากมีผู้ใช้บริการมากก็มีหมอประเภทนั้นมาก จากการสำรวจบางจังหวัดเพื่อพิจารณาการมีอยู่ของหมอพื้นบ้านในพื้นที่ต่างๆ โดยพิจารณาถึงหมอสมนไพร หมอนวด/จับเส้น หมอกระดูก หมอโรคเลือดสตรี หมอตำแย หมอโรคผิวหนัง หมอเด็ก หมออัมพาต/อัมพฤกษ์ หมอโรคจิตสติดวง หมออุ้มหมอกตา หมอยาแก้พิษยา พบข้อสรุปดังนี้

จังหวัดนครศรีธรรมราช หมอพื้นบ้านที่มีค่อนข้างมาก ได้แก่ หมอสมนไพร หมอนวด ที่พอมืออยู่ได้แก่หมอกระดูก หมอโรคเลือดสตรี นอกนั้นมีอยู่บ้างเล็กน้อย

จังหวัดสุราษฎร์ธานี หมอพื้นบ้านที่มีค่อนข้างมาก ได้แก่ หมอสมนไพร หมอนวด ที่พอมืออยู่ได้แก่หมอกระดูก หมอโรคเลือดสตรี หมอโรคผิวหนัง หมออุ้ม นอกนั้นมีอยู่บ้างเล็กน้อย

จังหวัดชุมพรมีหมอสมนไพร หมอนวด อยู่ในระดับมาก มีหมอกระดูก หมอโรคเลือดสตรี และหมออุ้ม ค่อนข้างมาก นอกนั้นมีเพียงเล็กน้อย

จังหวัดพังงามีหมอสมนไพรและหมอนวดอยู่ในระดับมาก มีหมอโรคเลือดสตรี ค่อนข้างมาก

เป็นที่น่าสังเกตว่าในทุกจังหวัดที่ยกตัวอย่างมาจะมีหมอตําแยอยู่พอสมควร แต่เป็นหมอตําแยสูงอายุที่ปัจจุบันไม่ได้ทำคลอดแล้ว แต่ยังทำหน้าที่ด้านการนวดอยู่บ้าง ปัจจุบันไม่มีผู้สืบทอดแล้ว

ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เช่น จังหวัดปัตตานี พบว่ามีหมอตําแยหรือที่เรียกเป็นภาษาท้องถิ่นว่า**โต๊ะปีแด**อยู่ในระดับมาก แต่มีบางรายและบางพื้นที่เท่านั้นที่ยังทำคลอดอยู่ ทุกรายยังมีบทบาทในการรับฝากครรภ์และนวดให้แก่ผู้ตั้งครรภ์ หมอที่มีค่อนข้างมากได้แก่หมอสมนไพร หมอกระดูก และหมอโรคเลือดสตรี ที่พอมืออยู่บ้างคือ หมออัมพฤกษ์ อัมพาต

นอกจากนี้หากนับรวมหมอไสยศาสตร์ไว้ด้วย ก็พบว่ามีการกระจายอยู่ทั่วไปทุกพื้นที่ ทั้งนี้เพราะหมอไสยศาสตร์มีหน้าที่สำคัญในการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อของคน ซึ่งย่อมมีอยู่ทุกพื้นที่ จึงไม่อาจสรุปได้ว่า มีผู้พึ่งพาหมอไสยศาสตร์มากในการดูแลสุขภาพ

ความสำคัญของหมอพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพประชาชน

จากการศึกษาข้อมูลในพื้นที่ต่างๆ ในภาคใต้พบว่ายังมีผู้ใช้บริการหมอพื้นบ้าน มากพอสมควรในทุกพื้นที่ แต่ด้วยเหตุผลที่ต่างกัน โดยสามารถสรุปได้เป็น ๒ แบบแผน คือไปเพราะไม่มีทางเลือก และไปเพราะเห็นว่าเป็นทางเลือกอย่างหนึ่ง

๑. การเลือกเพราะไม่มีทางเลือก

แบบแผนแรกพบว่าคนไข้ยังเข้าไปใช้บริการของหมอพื้นบ้านเพราะ ไม่มีทางเลือก คือไปรักษาตัวกับการแพทย์แผนใหม่จนเต็มที่แล้ว แต่ไม่หาย จากอาการเจ็บป่วย ซึ่งมีทั้งเป็นโรคที่รักษาไม่ได้แล้ว เช่น เอดส์ มะเร็ง ขั้นสุดท้าย โรคเรื้อรังรักษาให้หายขาดไม่ได้ เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต รวมทั้งโรคที่โรงพยาบาลเองก็วินิจฉัยว่าเป็นอะไรได้ไม่ชัดเจน แต่รักษาไปเรื่อยๆ อาการของคนไข้ก็ไม่ได้ดีขึ้น คนไข้จึงไม่มีทางเลือกอย่างอื่นอีกนอกจาก การเข้าไปลองรักษากับหมอพื้นบ้าน

คนไข้กลุ่มนี้แต่เดิมจะไม่นึกถึงหมอพื้นบ้านหรือนึกถึงก็ให้ความสำคัญ น้อยกว่าการแพทย์แผนใหม่มาก เมื่อเจ็บป่วยจึงมุ่งไปที่การแพทย์แผนใหม่ ทันที และส่วนใหญ่จะตระเวนรักษาในโรงพยาบาลต่างๆ หลายแห่ง ซึ่งมัก จะมีเส้นทางเริ่มต้นจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน จากนั้นก็ไปที่โรงพยาบาล ประจำจังหวัดหรือโรงพยาบาลในจังหวัดใกล้เคียงที่ได้รับการยอมรับ ถ้า ไม่หายอีกความหวังก็จะอยู่ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ซึ่งเป็นโรงพยาบาล ที่ทันสมัยที่สุดในภาคใต้ ถ้าไม่หายคนที่พอมีเงินก็พยายามเข้าไปรักษาตัวต่อ ในกรุงเทพฯ ในระหว่างเส้นทางดังกล่าวนี้ คนไข้บางคนอาจจะสิ้นหวังกับ โรงพยาบาลเร็วกว่าคนอื่นฯ ซึ่งขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของคนไข้แต่ละคน เช่น อาการหนักเบาของโรค ฐานะของครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม

ถ้าเปรียบเทียบภาพรวมระหว่างชุมชนพุทธกับมุสลิม ผู้มีระดับการศึกษาสูงกับผู้มีระดับการศึกษาต่ำ ผู้มีประสบการณ์ในการติดต่อกับเมืองกับผู้ไม่มีประสบการณ์หรือมีประสบการณ์น้อย พบว่าคนในชุมชนพุทธ คนที่มีระดับการศึกษาสูง คนที่มีประสบการณ์ในการติดต่อกับเมือง จะเลือกการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของตนด้วยวิธีนี้มากกว่า ซึ่งก็แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงอิทธิพลของการพัฒนาแบบใหม่ที่กระตุ้นให้คนเชื่อถือระบบการแพทย์แผนใหม่ และให้ความสำคัญต่อระบบการแพทย์พื้นบ้านน้อย

๒. การเลือกอย่างเป็นทางเลือก

คนใช้ส่วนหนึ่งตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงและความเจ็บป่วยในลักษณะที่เห็นว่าระบบการแพทย์พื้นบ้านเป็นทางเลือกอย่างหนึ่ง คนใช้กลุ่มนี้มองว่าระบบการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านและระบบการดูแลสุขภาพสุขภาพแผนใหม่ว่า ต่างก็มีลักษณะเฉพาะและข้อเด่นเป็นของตัวเอง คนใช้สามารถเลือกตามความเหมาะสม โดยจุดเด่นดังกล่าวจะได้รับพิจารณาทั้งมิติเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการรักษาโรคและมิติทางสังคม

กลุ่มคนที่มองระบบการแพทย์พื้นบ้านเป็นทางเลือกอย่างหนึ่งนั้น (ระบบการแพทย์แผนใหม่ก็เป็นทางเลือกอีกอย่างหนึ่ง)

ประการแรก มองว่าระบบการแพทย์แบบพื้นบ้านสามารถรักษาโรคบางอย่างได้ดีกว่าโรงพยาบาล ซึ่งข้อตกลงใจนี้ได้จากประสบการณ์ ทั้งประสบการณ์ตรงของตน คือเห็นจากเพื่อนบ้านหรือญาติมิตร และได้ฟังจากคนอื่นที่มีประสบการณ์ตรง โรคดังกล่าวเช่น โรคซางและโรคตาลของเด็ก โรคเลือดสตรี โรคลม โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคกระดูก ในขณะที่เดียวกันก็เห็นว่าโรงพยาบาลรักษาโรคบางอย่างได้ดีกว่าแพทย์พื้นบ้าน เช่นโรคที่ต้องผ่าตัด โรคที่มีบาดแผลมากๆ โรคที่เกิดจากเชื้อโรค นอกจากนี้ในการเจ็บป่วยคราวเดียวกันนั้น คนใช้อาจจะใช้ทั้งการรักษาแบบพื้นบ้านและแบบสมัยใหม่ประกอบกัน เช่น ผู้ตั้งครุฑฟากทองกับทางโรงพยาบาลแต่คลอดกับหมอตำแย หรือคลอดที่โรงพยาบาลแต่ก่อนคลอดให้หมอตำแยมาแต่งท้องให้ก่อน หรือบางคนคลอดที่โรงพยาบาลแต่กลับไปอยู่ไฟที่บ้าน เป็นต้น

ประการที่สอง มองระบบการแพทย์พื้นบ้านว่าให้ความสำคัญแก่คนไข้ และญาติมิตร ซึ่งเป็นมิติทางสังคม เช่น การเปิดโอกาสให้เครือข่ายสังคมมีส่วนร่วม การปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาได้ การไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ฯลฯ

การใช้ระบบการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านเป็นทางเลือกดังกล่าวจะปรากฏใน ๓ ลักษณะ **ลักษณะแรก** เลือกว่าโรคอะไรควรรักษากับหมอพื้นบ้านหรือแพทย์สมัยใหม่ **ลักษณะที่สอง** เลือกว่าช่วงไหนควรจะเปลี่ยนการรักษาระหว่างแบบพื้นบ้านกับแบบแผนใหม่ **ลักษณะที่สาม** เลือกที่จะรักษาหลายๆ แบบไปพร้อมๆ กัน

การมองว่าการแพทย์พื้นบ้านเป็นทางเลือกอย่างหนึ่งยังรวมถึงกรณีที่คนไข้ไม่พอใจการรักษาและท่าทีของระบบการแพทย์แผนใหม่ จึงเลือกไปรักษากับหมอพื้นบ้านแทน โดยที่ในความเป็นจริงความเจ็บป่วยนั้นโรงพยาบาลสามารถรักษาได้ เช่น คนไข้ไม่พอใจความไม่เอาใจใส่ของแพทย์พยาบาล คนไข้กลัวการผ่าตัด เป็นต้น

อย่างไรก็ตามถึงแม้คนกลุ่มนี้จะมองว่าระบบการแพทย์พื้นบ้านมีดีของตัวเอง และเป็นทางเลือกอย่างหนึ่งของตน แต่จะพบว่านับวันขอบเขตของความมีดีของตัวเองนั้น จะไปเพิ่มให้แก่ระบบการแพทย์แผนใหม่มากขึ้นเป็นลำดับ เนื่องจากอิทธิพลของวาทกรรมการแพทย์แผนใหม่เข้าถึงหมู่บ้านต่างๆ มากขึ้น และเนื่องจากการเกิดโรคใหม่ๆ ขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งหมอพื้นบ้านไม่เคยรักษาหรือรู้จัก เช่น มะเร็ง ไวรัสลงตับ จนกระทั่งถึงเอดส์ ในขณะที่การแพทย์แผนใหม่เป็นผู้พูดถึงโรคพวกนี้โดยตรง และเมื่อแพทย์แผนใหม่หลายคนได้เข้ามาสนใจการแพทย์พื้นบ้านในลักษณะของการศึกษาสมุนไพรเพื่อให้ชาวบ้านสามารถใช้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น แนวโน้มที่คนจะเห็นว่าการแพทย์พื้นบ้านมีไว้เพื่อรักษาโรคง่ายๆ นับวันจะมีมากขึ้น (ซึ่งคนที่คิดอย่างนี้จะกลับมาหาหมอพื้นบ้านอีกครั้งก็ต่อเมื่อไม่มีทางเลือกอื่นแล้ว) หรือกล่าวง่ายๆ ก็คือการตระหนักของคนไข้ว่า ระบบการแพทย์พื้นบ้านมีลักษณะเด่นของตัวเองที่สามารถใช้เป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับการดูแลสุขภาพสุขภาพจะค่อยๆ ลดลง ยิ่งวาทกรรมของการแพทย์แผนใหม่ที่จะเน้นให้ชาวบ้านสามารถใช้สมุนไพรดูแลสุขภาพเบื้องต้นก่อนจะไปถึงมือแพทย์ (แผนใหม่) ก็ยิ่งทำให้การแพทย์พื้นบ้านดูอ่อนด้อยมีสถานะเป็นเพียงส่วนที่แล้วแต่การแพทย์แผนใหม่จะจัดพื้นที่ให้อยู่ตรงไหน

บทสรุปเพื่อเริ่มต้น

ไม่ว่าสังคมจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร หมอพื้นบ้านก็ยังคงอยู่ แต่ทำไมอาจคงอยู่ได้แบบเดิม ต้องปรับตัวและตอบสนองการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางต่างๆ ที่แตกต่างกันไปมากมาย ดังนั้นประเด็นในการอภิปรายเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านหรือหมอพื้นบ้านจึงไม่ใช่ประเด็นของการกลัวว่าความรู้ของการแพทย์แบบพื้นบ้านหรือหมอพื้นบ้านจะหมดไป แต่น่าจะอยู่ที่ประเด็นจะทำอย่างไรให้หมอพื้นบ้านมีศักยภาพในการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมที่สุด ซึ่งมีประเด็นถกเถียงกันในเบื้องต้นดังนี้

๑. ต้องเข้าใจความหลากหลายของระบบการแพทย์พื้นบ้านและหมอพื้นบ้าน ความหลากหลายดังกล่าวมีผลมาจากวัฒนธรรม และระบบนิเวศ ความหลากหลายทางวัฒนธรรมทำให้เกิดความรู้ และการดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้านที่แตกต่างกันไป การพยายามทำให้ระบบการแพทย์เป็นแบบเดียวกันหรืออธิบายได้ด้วยหลักการเดียวกัน จะนำไปสู่การลดทอนศักยภาพของการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ต่างๆ และก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรของประเทศเพื่อสนับสนุนการดำรงอยู่ และการพัฒนาระบบการแพทย์ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความรู้ต่างกัน
๒. ศักยภาพของระบบการแพทย์พื้นบ้านสัมพันธ์กับระบบนิเวศของแต่ละพื้นที่ ดังจะเห็นว่าหมอพื้นบ้านสามารถแสวงหาสมุนไพรจากพรรณไม้ที่ต่างกันในระบบนิเวศที่ต่างกันมาใช้รักษาโรคต่างๆ ที่คล้ายกันได้ ความรู้ของระบบการแพทย์พื้นบ้านจึงอิงอยู่กับระบบนิเวศของแต่ละพื้นที่มาก การไม่สนใจการคงอยู่ของป่าในระบบนิเวศต่างๆ และพอใจกับการพัฒนาในลักษณะของการสั่งซื้อสมุนไพรจากตลาดในกรุงเทพฯ ไปใช้ในท้องถิ่นต่างๆ ก็เท่ากับลดความหลากหลายของระบบความรู้ และศักยภาพในการพึ่งตนเองของท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ นอกจากนี่ยังเป็นการดึงการดูแลสุขภาพของชาวบ้านออกมาต่างหาก ไม่สัมพันธ์กับชีวิตส่วนอื่น ทำให้มองเรื่องระบบนิเวศ อาหาร และเรื่องการดูแลสุขภาพแยกออกจากกัน

๓. ปัญหาเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพด้วยระบบความรู้และความเชื่อที่ต่างกัน ล้วนเป็นความสัมพันธ์ทางอำนาจ ซึ่งง่ายต่อการใช้อคติต่อระบบความรู้และความเชื่ออื่นที่แตกต่างจากตน โดยเฉพาะจากระบบที่มีอำนาจมากกว่าอย่างระบบของรัฐ ซึ่งจะนำไปสู่ความขัดแย้งและการครอบงำมากกว่าการสร้างสรรค์ ดังนั้นในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสมจึงควรเปิดพื้นที่ให้ระบบความรู้และความเชื่อต่างๆ ได้มีพื้นที่ของการพัฒนาและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียม ในที่นี้ย่อมรวมถึงรัฐควรกระจายงบประมาณและสนับสนุนให้เกิดช่องทางที่จะทำให้ระบบการแพทย์ต่างๆ ได้สืบทอดตัวเองและสามารถเลือกสรรความรู้จากระบบอื่นๆ มาเสริมความเข้มแข็งให้แก่ระบบของตนเอง
๔. ระบบการดูแลรักษาสุขภาพของแต่ละสังคมเกิดจากการสั่งสมและการสืบทอดภูมิปัญญามายาวนาน แต่ที่ผ่านมามีปัญหาดังกล่าวถูกกดทับจากระบบความรู้สมัยใหม่จนกลายเป็นสิ่งไร้ค่า แต่เราก็ยังไม่สูญหายไปเสียทีเดียว ยังคงหลงเหลืออยู่พอสมควรในรูปของตำรับตำรา ในความทรงจำของผู้สูงอายุ ทั้งหมดพื้นบ้านและคนทั่วไป ดังนั้นการสนับสนุนการแพทย์พื้นบ้านจะต้องสนับสนุนให้มีการค้นคว้าวิจัยความรู้ของท้องถิ่นต่างๆ อย่างกว้างขวาง เพื่อให้ทำให้ท้องถิ่นได้รู้ว่าตนมีดีอะไร และสามารถจะนำมาใช้ประโยชน์ในสมัยปัจจุบันได้อย่างไร โดยการค้นคว้าวิจัยดังกล่าวควรจะต้องทำในลักษณะที่เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง
๕. การสนับสนุนให้มีระบบความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพหลายแบบและมีบทบาทอยู่ในพื้นที่ทางสังคมเดียวกัน จะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของการคิดว่าประชาชนมีสิทธิ์และมีความสามารถในการเลือกที่จะใช้บริการจากความรู้ อะไร อย่างไร ที่สอดคล้องกับปัญหาของตนเอง การคิดว่าจะต้องจัดประสบการณ์แบบตายตัวหรือแบบเดียวให้ผู้คนได้ยึดถือ นอกจากไม่สามารถแก้ปัญหสุขภาพของคนและสังคมได้อย่างซับซ้อนได้แล้ว ในระยะยาวยังจะทำให้สังคมมีความอ่อนแอในด้านความรู้ที่จะเผชิญกับปัญหาใหม่ๆ ที่จะเกิดขึ้นอย่างซับซ้อนตลอดเวลา ดังในปัจจุบันก็จะเห็นปัญหาดังกล่าวนี้ อย่างชัดเจน

ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับระบบสุขภาพภาคประชาชน

วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มและชาติพันธุ์ที่หลากหลายในสังคมไทย มีความรู้ ความเชื่อ และแนวทางการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพจิตและสุขภาพแบบองค์รวม คำนึงถึงความสมดุลและการใช้ประโยชน์จากทุนทางสังคม และฐานทรัพยากรของ สังคมอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพยังมีอัตลักษณ์เฉพาะ วัฒนธรรม มีการสืบทอด เรียนรู้และปรับตัวผ่านประสบการณ์ตรง อีกทั้งผสมผสาน กับระบบการแพทย์อื่นอย่างต่อเนื่อง สามารถจำแนกเป็น ๒ ลักษณะ คือ

- (๑) ภูมิปัญญาด้านสุขภาพ เกี่ยวกับสุขภาพในวิถีชีวิตประจำวัน ก่อให้เกิดการ พึ่งตนเองด้านสุขภาพในครอบครัวและเครือญาติ ตัวอย่างเช่น ด้านอาหาร พื้นบ้าน การใช้ยาสมุนไพรและยาบำรุงร่างกายในบ้าน การฝึกสมาธิ การดูแลสุขภาพเด็กและหญิงหลังคลอด เป็นต้น
- (๒) ภูมิปัญญาด้านการแพทย์พื้นบ้าน เกี่ยวกับการรักษาโรคของท้องถิ่น ที่ เรียนรู้ สะสม สืบทอดและใช้ประโยชน์ในท้องถิ่น ผสมผสานกับความเชื่อ ทางศาสนา และอำนาจเหนือธรรมชาติ โดยมีหมอพื้นบ้านมีบทบาทสำคัญ ในการช่วยเหลือและรักษาโรค ก่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพและดูแลสุขภาพ โรคในชุมชน ทำให้ชุมชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

เครือข่ายหมอพื้นบ้านใน ๔ ภูมิภาค ได้ร่วมกันทำงานเพื่อขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๕ โดยเข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพและได้พัฒนามาเป็นเครือข่ายที่มีทิศทางและเป้าหมายชัดเจน โดยมีการกำหนดยุทธศาสตร์และพัฒนาโครงการร่วมกันและได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๙ และพัฒนาเป็นแผนงานพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเพื่อพึ่งตนเองของชุมชน ดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๒ เคยให้ความสำคัญกับการแพทย์พื้นบ้านไทยในฐานะที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงสภาพสังคม ปัจจุบันพบว่าระบบสุขภาพภาคประชาชนมีหมอพื้นบ้าน รวมถึงผู้รู้ในชุมชนจำนวนมาก เป็นบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการรักษา ฟื้นฟู และช่วยพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน พบการทำงานเป็นเครือข่ายที่เป็นพลังหนุนให้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพตอบสนองต่อบริบทใหม่ในสังคมไทย

ในการดำเนินงานส่งเสริมและพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน ได้ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ๔ ด้าน คือ ๑. การสร้างและจัดการความรู้ ๒. การอนุรักษ์และเสริมสร้างฐานทรัพยากร ๓. การเสริมสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ และ ๔. การพัฒนารูปแบบการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพโดยหมอพื้นบ้าน เพื่อให้เกิดทิศทางในการสร้างและส่งเสริมเป็นระบบสุขภาพของชุมชนท้องถิ่น

๑. การสร้างและจัดการความรู้

๑.๑ การสำรวจและจัดทำทำเนียบหมอพื้นบ้าน

การสำรวจศักยภาพและความชำนาญของการดูแลรักษาความเจ็บป่วยที่สะสมไว้กับตัวหมอพื้นบ้าน (ตาราง ๕.๑) ข้อมูลการจัดการความรู้เป็นงานเชิงรุกเพื่อให้เห็นการกระจายตัวและประเภทของหมอพื้นบ้าน นำมาซึ่งการจัดกลุ่มหมอ เพื่อการพัฒนาศักยภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การทำทำเนียบหมอพื้นบ้านยังช่วยให้เกิดนวัตกรรมเกี่ยวกับการรับรองหมอพื้นบ้านในชุมชน เมื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตำบลวังแสง จังหวัดมหาสารคาม นำข้อมูลที่ผ่านการสำรวจจกลั่นกรองแล้ว สร้างระบบของชุมชนโดยออกใบประกาศรับรองหมอพื้นบ้านในตำบลของตนเอง เพื่อให้คนในชุมชนรับรู้และเกิดการส่งเสริมให้หมอพื้นบ้านได้แสดงศักยภาพและช่วยให้หมอพื้นบ้านมีบทบาทดูแลสุขภาพในชุมชนมากยิ่งขึ้น

การจัดการความรู้เป็นจุดเริ่มต้นการแสดงความยอมรับในตัวหมอพื้นบ้าน พบหมอพื้นบ้านจำนวน ๑,๒๒๓ คน ในพื้นที่ ๙๑ ตำบล ๒๑ จังหวัด ซึ่งยังคงมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพและถ่ายทอดความรู้ให้กับชุมชน

ตาราง ๕.๑ ประเภทหมอพื้นบ้าน จำแนกตามพื้นที่ภาค/จังหวัด ของแผนงานพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองของชุมชน ในปี ๒๕๕๐-๒๕๕๑

ภาค/จังหวัด	พื้นที่	ประเภทหมอพื้นบ้าน										รวม
		หมอยาสมุนไพร	หมอเป่า	หมอนวด	หมอตำแย	หมอยาฝน	หมอบำบัดพิษ	หมอกระดูก	หมอบำบัดพิษงู	หมอพิธีกรรม	อื่นๆ	
เหนือ												
เชียงราย	ตำบลโรงช้าง อำเภอป่าแดด	๘	๘	๓	๑					๑	๘	๒๙
แม่ฮ่องสอน	ตำบลบ้านกาต อำเภอแม่สะเรียง	๓		๑๑						๓		๒๑
	ตำบลแม่ต๋อง อำเภอแม่สะเรียง	๓	๑	๑	๒					๖		๑๓
	ตำบลแม่ยวม อำเภอแม่สะเรียง	๑๔	๑	๒๒	๑					๓๕		๓/๓
	ตำบลแม่สะเรียง	๓		๒๒	๑					๖		๓๒
เชียงใหม่	ตำบลหนองตอง อำเภอหางดง	๔		๘		๒						๑๔
	ตำบลสบแม่ข่า อำเภอหางดง	๑	๑			๑						๓
	ตำบลออนกลาง อำเภอแม่ออน	๑	๑			๑	๑			๑		๕
	ตำบลออนใต้ อำเภอสันกำแพง	๑	๑	๑								๓
	ตำบลสันปูเลย อำเภอฝาง	๑		๑								๒
	ตำบลท่ากว้าง อำเภอสารภี	๓										๓
	ตำบลหนองควาย อำเภอหางดง	๑		๒								๓๓
พะเยา	ตำบลจิม อำเภอปง	๑๑				๒				๓		๑๖
	ตำบลต๋น อำเภอเมือง	๔		๙						๒		๑๕

ตาราง ๕.๑ (ต่อ)

ภาค/จังหวัด	พื้นที่	ประเภทหมอพื้นบ้าน										รวม
		หมอยาสมุนไพร	หมอเป่า	หมอนวด	หมอตำแย	หมอยาฝน	หมอบำบัดพิษ	หมอกระดูก	หมอบำบัดพิษงู	หมอพิธีกรรม	อื่นๆ	
	ตำบลแม่ลูก อำเภอแม่ใจ	๖		๖								๑๒
น่าน	ตำบลถ้ำทอง อำเภอเมือง	๘	๑	๖	๑			๑		๓		๒๔
	ตำบลละเนี่ยน อำเภอเมือง	๑									๑	๒
	ตำบลศิลาเพชร อำเภอบัว	๑๓	๑	๑๐						๓๕		๖๓
	ตำบลตุ้ใต้ อำเภอเมือง	๙	๒๒					๓		๑๕	๑๐	๖๓
ลำปาง	ตำบลนาแก้ว อำเภอเกาะคา	๓	๔	๒				๓	๒		๖	๒๔
	ตำบลวังพร้าว อำเภอเกาะคา	๑										๑
	ตำบลไหล่หิน อำเภอเกาะคา	๓										๓
	ตำบลนาแสง อำเภอเกาะคา	๑			๑				๑			๓
	ตำบลแม่กว๊ะ อำเภอสบปราบ										๑	๑
	ตำบลใหม่พัฒนา อำเภอเกาะคา	๑		๑								๒
	ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอเกาะคา			๑	๑							๒
แพร่	ตำบลห้วยอ้อ อำเภอลอง	๑		๑								๒
	ตำบลปางป่าหวาย อำเภอเด่นชัย	๒						๑				๓
	ตำบลห้วยไร่ อำเภอเด่นชัย	๑										๑
	ตำบลทุ่งศรี อำเภอร้องกวาง	๔									๒	๖

ตาราง ๕.๑ (ต่อ)

ภาค/จังหวัด	พื้นที่	ประเภทหมอฟันบ้าน										รวม
		หมอยาสมุนไพร	หมอเป่า	หมอนวด	หมอตำแย	หมอยาฝน	หมอบำบัดพิษ	หมอกระดูก	หมอบำบัดพิษงู	หมอพิธีกรรม	อื่นๆ	
	ตำบลบ้านเวียง อำเภอร้องกวาง	๑										๑
	ตำบลห้วยโรง อำเภอร้องกวาง	๑										๑
	ตำบลวังชัน อำเภอมัญจาคีรี			๑	๑						๑	๓
	ตำบลทุ่งแล้ง อำเภอหนอง	๑		๑								๒
	ตำบลแม่พุง อำเภอวังชัน	๓										๓
	รวม	๑๓๔	๔๑	๑๐๙	๙	๖	๑	๑๒	๓	๑๑๔	๒๙	๔๕๔
อีสาน												
สกลนคร	เครือข่ายหมอฟันบ้าน จ.สกลนคร	๒๒	๔	๓		๑๐		๔	๖	๒	๓	๖๖
อุดรธานี	ตำบลนาคำ อำเภอนานาด	๑๑	๔	๑	๒							๒๒
	ตำบลนาโหม อำเภอนานาด	๔	๔		๒							๑๔
	ตำบลบ้านจันทร์ อำเภอนานาด	๒๕	๑๖	๒	๓							๔๖
	ตำบลบ้านม่วง อำเภอนานาด	๒๕	๖		๒							๓๓
	ตำบลวังทอง อำเภอนานาด	๑๙	๔									๒๓
วังแสง	ตำบลวังแสง อำเภอแกดำ	๑๔				๓	๙	๒๐		๑๐		๕๖
เขียงเหียน	ตำบลเขวาส อำเภอเมือง	๔		๑						๓		๘
กันทรวิชัย	ตำบลศรีสุข อำเภอกันทรวิชัย	๕		๑								๖
สุรินทร์	ตำบลฤๅษี อำเภอเมือง	๒	๒	๑	๒					๒		๙

ตาราง ๕.๑ (ต่อ)

ภาค/จังหวัด	พื้นที่	ประเภทหมอพื้นบ้าน										รวม
		หมอยาสมุนไพร	หมอเป่า	หมอนวด	หมอตำแย	หมอยาฝน	หมอบำบัดพิษ	หมอกระดูก	หมอบำบัดพิษงู	หมอพิธีกรรม	อื่นๆ	
	ตำบลตาเบา อำเภอปราสาท	๘		๘	๑			๓		๒	๑	๒๓
	ตำบลเขวาสินรินทร์ กิ่งเขวาส	๒	๑	๓	๑					๒		๙
	ตำบลตระแสง อำเภอเมือง	๓										๓
อุบลราชธานี	อำเภอศรีเมืองใหม่	๒๐	๑๐	๘	๒				๓	๔	๑๒	๕๙
ศรีสะเกษ	ตำบลกันทรลักษณ์ อำเภอขุขันธ์	๕	๔	๒	๒						๔	๑๓
ชัยภูมิ	ตำบลห้วยยายจิ๋ว อำเภอเทพสถิต	๙	๑	๓	๑	๑		๑	๑	๑	๕	๒๓
	ตำบลนาแยงกัลก อำเภอเทพสถิต	๔		๓								๗
กาฬสินธุ์							๑๘			๓๙	๔๓	๑๐๐
รวม		๑๘๖	๓๒	๔๐	๑๘	๑๔	๒๓	๒๔	๑๐	๖๕	๓๒	๕๓๒
กลาง												
อุทัยธานี	ตำบลบ้านไร่ อำเภอเทพสถิต	๑										๑
	ตำบลโป่งนก อำเภอเทพสถิต	๒	๒	๑	๒			๑		๓	๑	๑๒
	ตำบลวังตะเฒ่า อำเภอหนองบัวระเหว	๔	๑	๑				๒		๕	๒	๑๕
	ตำบลห้วยเยื่อ อำเภอหนองบัวระเหว	๕	๑						๑	๕		๑๒
	ตำบลวะตะแบก อำเภอเทพสถิต	๙	๑	๖	๑			๓			๑	๒๑
อ่างทอง	ตำบลไชโย อำเภอไชโย	๒		๕	๓							๑๐
	ตำบลมงคลธรรมนิมิต อำเภอสว่าง	๑		๑	๑							๓
	ตำบลรามะลัก อำเภอโพธิ์ทอง	๑		๑	๑					๑		๔

ตาราง ๕.๑ (ต่อ)

ภาค/จังหวัด	พื้นที่	ประเภทหมอฟันบ้าน										รวม
		หมอ สมุนไพร	หมอ เป่า	หมอ นวด	หมอ ตำแย	หมอ ยาฝน	หมอ บำบัดพิษ	หมอ กระดูก	หมอ บำบัด พิษงู	หมอ พิธีกรรม	อื่นๆ	
	ตำบลโพสะ อำเภอเมือง	๑	๑									๒
อยุธยา	ตำบลเชียงรากน้อย อำเภอบางปะอิน	๓	๑	๒								๖
	ตำบลหนองน้ำส้ม อำเภอดุสิต	๒	๑	๒				๑				๖
	ตำบลบางโคนม อำเภอเสนา			๑								๑
	ตำบลไผ่ลิง อำเภอเมือง	๒		๒								๔
	ตำบลคลองสระบัว อำเภอเมือง			๑								๑
	ตำบลในเมือง อำเภอเมือง	๒		๓						๑		๖
	ตำบลบางซ้าย อำเภอบางซ้าย	๒		๒						๑		๕
	ตำบลบางปะหัน อำเภอบางปะหัน	๒	๑	๑						๑		๕
	ตำบลพะยอม อำเภอรุ่งน้อย	๑		๑								๒
อุทัยธานี	ตำบลบ้านไร่ อำเภอบ้านไร่	๕	๒			๓		๒		๒		๑๔
	ตำบลทัพหลวง อำเภอบ้านไร่	๑										๑
ฉะเชิงเทรา	ตำบลแก่นมะกรูด อำเภอบ้านไร่	๓				๑						๔
	ตำบลสนา อำเภอบ้านไร่	๑			๑			๑				๓
	ตำบลท่าตะเกียบ อำเภوتاตะเกียบ	๑๐	๑					๑			๒	๑๔
	ตำบลท่ากระดาน อำเภอสนมชัยเขต	๒	๑	๑					๑			๕
	รวม	๖๒	๑๓	๓๑	๙	๔	๐	๑๑	๒	๑๙	๖	๑๕๓

ตาราง ๕.๑ (ต่อ)

ภาค/จังหวัด	พื้นที่	ประเภทหมอพื้นบ้าน										รวม
		หมอยาสมุนไพร	หมอเป่า	หมอนวด	หมอตำแย	หมอยาฝน	หมอบำบัดพิษ	หมอกระดูก	หมอบำบัดพิษงู	หมอพิธีกรรม	อื่นๆ	
ใต้												
พัทลุง	ตำบลตำนาน อำเภอเมือง	๙	๒	๓	๒			๓	๒	๙	๖	๔๐
	ตำบลพนางตุง อำเภอควนขนุน				๑						๓	๔
นครศรีธรรมราช	ตำบลเชียรเขา อำเภอเฉลิมพระเกียรติ	๒		๑								๓
	ตำบลนาหวาง อำเภอนบพิตำ	๑								๑		๒
กระบี่	ตำบลคลองท่อมเหนือ อำเภอคลองท่อม	๓										๓
สงขลา	อำเภอรัตภูมิ	๔		๑								๕
พังงา	ตำบลท่าอยู่ อำเภอตะกั่วทุ่ง			๒								๒
	ตำบลท้ายเหมือง อำเภอท้ายเหมือง			๒								๒
	อำเภอเกาะยาว	๑		๔								๙
ปัตตานี	อำเภอสายบุรี	๒									๔	๖
รวม		๒๒	๒	๒๑	๓	๐	๐	๓	๒	๑๐	๑๓	๓๖
รวมทั้งสิ้น		๔๐๔	๑๒๔	๒๐๑	๓๙	๒๔	๒๔	๕๔	๑๓	๒๐๔	๑๒๐	๑,๒๒๓

๑.๒ การพัฒนาองค์ความรู้ การดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ

ความรู้แบ่งออกได้เป็น ๒ ประเภท คือ ๑. ความรู้ที่อยู่ในตัวหมอ หรือความรู้ซ่อนเร้น (Tacit Knowledge) เป็นประสบการณ์ที่สั่งสมมายาวนาน เป็นภูมิปัญญาที่อยู่ในตัวคน และ ๒. ความรู้ที่อยู่ในตำรา คัมภีร์ ใบลาน หรือในเอกสารต่างๆ ในทางวิชาการ หรือ ความรู้เด่นชัด (Explicit Knowledge)

จำแนกออกได้ เป็นชุดความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และความรู้เพื่อการบำบัดรักษาโรคและอาการต่างๆ ได้แก่

๑.๒.๑ ชุดความรู้พื้นบ้านในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพ

(๑) **ตำรับอาหารกะเลิง** ซึ่งมีเนื้อหาว่าด้วยอาหารการกินตามฤดูกาลของคนในแถบเทือกเขาภูพาน จ.สกลนคร รวมถึงความรู้เกี่ยวกับวิธีการเก็บพืชพันธุ์ การปรุงและการบริโภค อาหารกะเลิงเป็นอาหารบำรุงสุขภาพของทุกกลุ่มวัย การเก็บข้อมูลอาหารยังพบคำบอกเล่าว่า การกินอาหารพื้นเมืองเช่นนี้ช่วยให้ชาวกะเลิงอายุยืนและแข็งแรง

ชุดความรู้เก็บรวบรวมจากกลุ่มชาติพันธุ์กะเลิง บ้านบัว บ้านกุดแฮด บ้านนาม่อง อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร โดยนายยงยุทธ ตรีนุชกร (เครือข่ายอินแปลง)

(๒) **ตำรับอาหารชาวบน** เนื้อหาว่าด้วยภูมิปัญญาอาหารตามฤดูกาลที่มีความสัมพันธ์กับธรรมชาติของชาวบนหรือญักรู ที่เป็นชนกลุ่มน้อยกลุ่มหนึ่งอาศัยบริเวณเทือกเขาเพชรบูรณ์ เขต จังหวัดชัยภูมิ คนกลุ่มนี้อยู่บนภูเขา คนอยู่พื้นราบจึงเรียกคนกลุ่มนี้ว่า “ชาวบนหรือคนดง” ความรู้ที่ได้สะท้อนให้เห็นว่าอาหารท้องถิ่นชาวบนเป็นอาหารจากป่าธรรมชาติ วิธีเก็บหามาปรุงจะมีลักษณะง่ายๆ แต่ผู้เฒ่าแม่แก่ที่กินอาหารพื้นถิ่นมาตลอดมักจะมีสุขภาพดี ทำให้อายุยืน

ชุดความรู้เก็บรวบรวมจากกลุ่มชาติพันธุ์ชาวบน บ้านน้ำลาด อำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ โดยเครือข่ายเกษตรนิเวศน์เทพนิมิต จังหวัดชัยภูมิ

- (๓) **ข้าวเป็นยา** วิธีการผลิตข้าว มีประเพณีพิธีกรรมให้ข้าวเป็นสัญลักษณ์ความอยู่ดีมีสุขของ ชาวนอกจากเป็นอาหารหลักที่รับประทานอยู่ทุกวันแล้ว ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านยังนำข้าวมาทำยาเพื่อดูแลสุขภาพอีกด้วย

ชุดความรู้นี้เก็บรวบรวมจากเครือข่ายหมอพื้นบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี

- (๔) **การดูแลแม่หลังคลอดจนเฝ้ากระเหยิง** ซึ่งมีเนื้อหาวาดด้วย วิธีการกิน ข้อห้าม คำสอน เพื่อความปลอดภัยและสุขภาพดีของทั้งแม่และเด็ก ซึ่งเป็นการฟื้นฟูวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพซึ่งเคยมีแบบแผนการปฏิบัติที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ แลมิติความสัมพันธ์ที่ดีในชุมชน

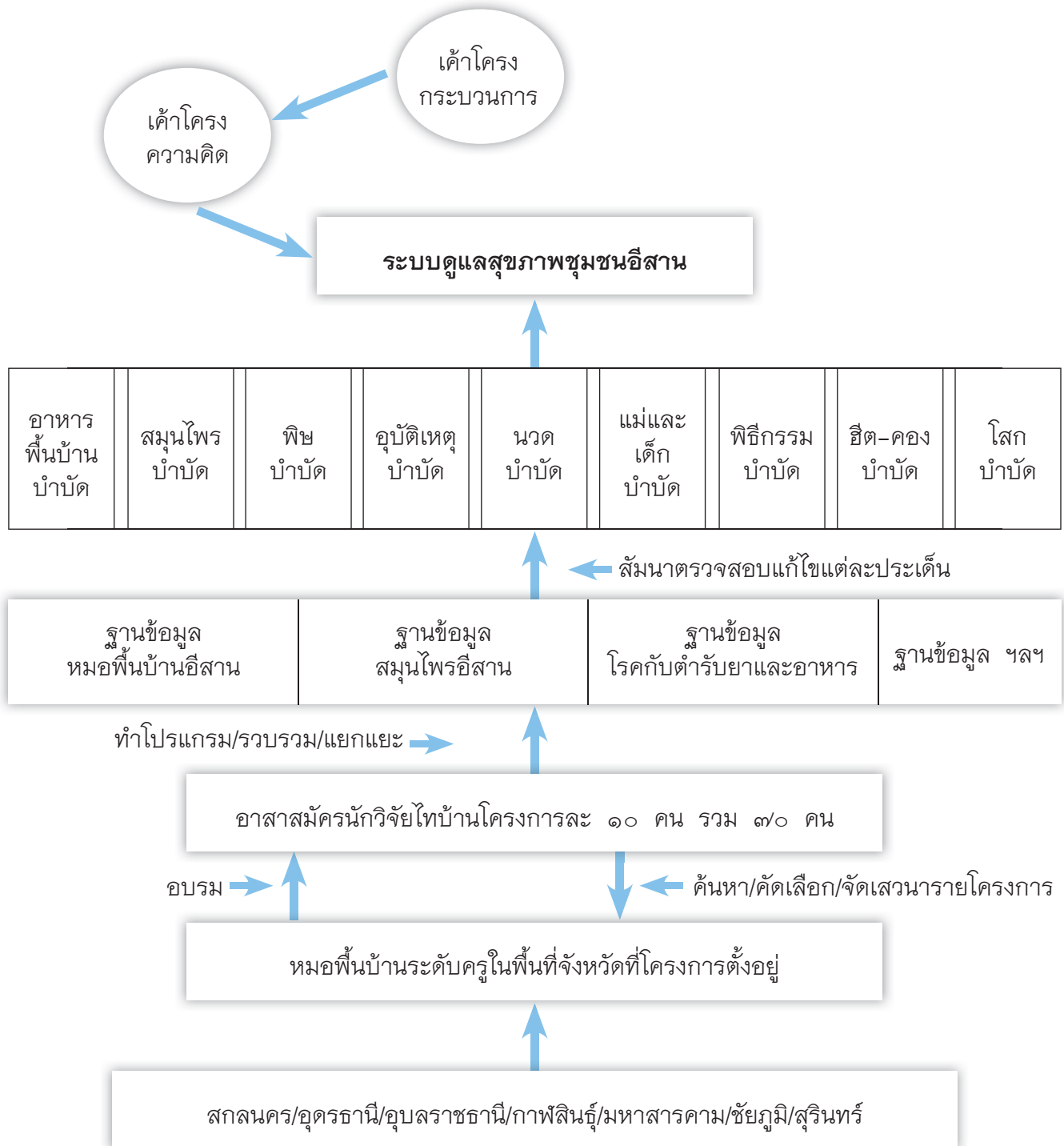
ชุดความรู้นี้เก็บรวบรวมจากชาวกระเหยิง บ้านแม่พุงหลวง ตำบลแม่พุง อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่

- (๕) **การอยู่ไฟหลังคลอดตามวิถีวัฒนธรรมล้านนา** กล่าวถึง ภูมิปัญญาการดูแล แม่มาน(หญิงตั้งครรภ์) และแม่กำเดือน (หญิงหลังคลอด) รวมถึงความรู้ในการดูแลทารกแรกเกิด วัฒนธรรมการดูแลเช่นนี้ผสมผสานทั้งการใช้ยาสมุนไพร พิธีกรรม ความเชื่อ ซึ่งต่างมีเป้าหมายเดียวกันคือช่วยให้แม่และเด็ก ตลอดจนสามีและคนในครอบครัว คนในชุมชนมีสุขภาพาร่วมกัน

ชุดความรู้นี้เก็บรวบรวมจากเครือข่ายหมอเมือง (หมอพื้นบ้าน) จังหวัดลำปาง พะเยา

- (๖) **ภูมิปัญญาพื้นบ้านอีสานเพื่อการพึ่งตนเอง** เป็นการรวบรวมความรู้ทั้งการดูแลสุขภาพเสริมสุขภาพและการบำบัดรักษาตามภูมิปัญญาของชาวอีสาน ประกอบไปด้วยความรู้เรื่อง อาหาร การดูแลแม่และเด็ก สมุนไพร นวด พิธีกรรม สีด คอง ประเพณี โสกและพิษบำบัด ชุดความรู้นี้มีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากเป็นครั้งแรกที่ได้จัดระบบและโครงสร้างการดูแลสุขภาพแบบอีสานขึ้น และใช้เป็นแนวทางในการศึกษา พัฒนา และจัดการความรู้ตามแนวโครงสร้างนี้ได้อย่างต่อเนื่อง (ภาพ ๕.๕)

ภาพ ๕.๕ โครงสร้างระบบการดูแลสุขภาพชุมชนอีสาน



ชุดความรู้เก็บรวบรวมจากเครือข่ายหมอพื้นบ้าน ๗ จังหวัดภาคอีสาน คือ สกลนคร อุตรธานี มหาสารคาม กาฬสินธุ์ สุรินทร์ อุบลราชธานี ชัยภูมิ โดยเครือข่ายสุขภาพวิถีไทอีสาน

- (๗) การดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้านจังหวัดอ่างทอง เนื้อหาประกอบด้วยแนวคิด และวิธีการต่างๆ ที่ถ่ายทอดมาจากภูมิปัญญาหมอดำแย จังหวัดอ่างทอง ซึ่งมีลักษณะที่แสดงให้เห็นแนวทางปฏิบัติที่คล้ายคลึงกันของภูมิปัญญาเรื่องนี้ในเขตภาคกลาง และมีอิทธิพลสู่แนวทางปฏิบัติทั่วไปที่สถานพยาบาลของรัฐให้การสนับสนุนการอยู่ไฟหลังคลอด กล่าวคือ วิธีการอยู่ไฟ มักจะประกอบด้วย นวด อบ ประคบ นึ่งถ่าน นึ่งท้องและพอก

ชุดความรู้เก็บรวบรวมจากเครือข่ายหมอพื้นบ้านและแพทย์แผนไทยจังหวัดอ่างทอง

- (๘) โสภกอีสาน (โณลกอีสาน) คือ เนื้อหาเกี่ยวกับศาสตร์การดำรงชีวิตที่มีการจัดสมดุลกับสภาพแวดล้อม โดยการคาดค่านวณลักษณะที่ตั้งบ้านเรือน การเลือกอุปกรณ์ในการประกอบอาชีพ สร้างเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ หากชาวอีสานใช้หลักโสภกอีสานแล้วจะช่วยให้เกิดความสุขสงบในชีวิตและชุมชน

ชุดความรู้เก็บรวบรวมจากผู้รู้ในจังหวัดมหาสารคาม โดยเครือข่ายสุขภาพวิถีไทอีสาน และมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

๑.๒.๒ ชุดความรู้พื้นบ้านในการบำบัดรักษา

- (๑) **การกวาดยาเด็กเล็ก** เป็นการเก็บรวบรวมความรู้ตามภูมิปัญญาที่ปรากฏในตำราพระโอสถนารายณ์ และการสัมภาษณ์หมอยาแผนโบราณที่ได้รับมรดกความรู้จากพ่อที่เป็นหมอยาเด็กที่มีความรู้มาก การกวาดยาเด็ก ใช้รักษาอาการซางและละอองไข้ ไอ มีเสมหะ และรักษาอาการที่ไม่ทราบสาเหตุชัดเจน เช่น ปักซี่ ที่อาจเกิดจากเด็กตกใจกลัว ร้องไห้ ไม่ดูดนม ซึ่งการกวาดยาเด็กมักทำร่วมกับผูกข้อมือเรียกขวัญเด็กด้วย

ชุดความรู้นี้ศึกษาจากหมอกวาดยาเด็ก ผู้สืบทอดจากบรรพบุรุษ เป็นตระกูลเก่าแก่ ตั้งอยู่เขตเจริญกรุง กรุงเทพฯ โดยเครือข่ายแพทย์แผนไทยประยุกต์

- (๒) **ตำรับยาพื้นบ้าน อำเภอมะเริ่ง** คือ การรวบรวมภูมิปัญญาหมอฟื้นบ้านที่ยังถ่ายทอดไว้ดูแลลูกหลานและคนในหมู่บ้าน

ชุดความรู้นี้เก็บรวบรวมจากหมอฟื้นบ้านอำเภอมะเริ่ง จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยเครือข่ายพัฒนาสุขภาพล้านนาจังหวัดแม่ฮ่องสอน

- (๓) **ตำรับยาพ่อหลวงแสนจอมศิริ** เป็นภูมิปัญญาที่บันทึกไว้ในปี่สาของพ่อหลวงแสน ถูกลำมาอ่านและแปลจากภาษาล้านนาเป็นไทย พบความรู้เรื่องยาสมุนไพร พิธีกรรม โนลกบ้านและคาถาป้องกันภัยอันตรายต่างๆ

แปลโดยกลุ่มหมอฟื้นบ้านและลูกหลานพ่อหลวงแสนในอำเภอกะเคา จังหวัดลำปาง

- (๔) **การรักษาพิษ (ปีย)** กลุ่มชาติพันธุ์ไทย-เขมร มีการสะสมความรู้เรื่องปีย(พิษ) ที่เชื่อว่ามีสาเหตุจากเลือดหรือลม กระทำให้ร่างกายเสียสมดุล และพิษอาจเกิดจากเวทย์มนต์คาถา ของขลัง หรือถูกคุณไสย และสาเหตุที่รับพิษสู่ร่างกายยังรวมถึงพิษจากสัตว์มีพิษด้วย กลุ่มชาติพันธุ์นี้ได้สะสมความรู้ในการบำบัดแก้ไขผู้ที่ได้รับพิษ

ชุดความรู้เก็บรวบรวมจากหมอพื้นบ้านในจังหวัดสุรินทร์ โดย
เครือข่ายสุขภาพวิถีไทอีสาน

- (๕) **ตำรับสมุนไพรพื้นบ้านหมोजันดี เข้มเฉลิม** เป็นหนังสือที่
รวบรวมความรู้การรักษาชาวบ้านด้วยการใช้ตำรับยาสมุนไพรของพ่อ
หมोजันดี เข้มเฉลิม แพทย์ตำบลอำเภอพนมสารคาม จังหวัด
ฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นบิดาของผู้ใหญ่วิบูลย์ เข้มเฉลิม นอกจากตำรับ
ยา ยังได้รวบรวมการบวมนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และฟื้นฟูความ
สัมพันธ์ของผู้คนในเขตป่าชุมชนรอบๆ ป่าตะวันออก เพื่อสร้างวิถี
การพึ่งตนเองและฟื้นฟูฐานทรัพยากรด้วย

ชุดความรู้นี้รวบรวมจากตำรับสมุนไพรพื้นบ้านหมोजันดี
เข้มเฉลิม โดยเครือข่ายป่าตะวันออก จังหวัดฉะเชิงเทรา

- (๖) **ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านจังหวัดพระนครศรีอยุธยา** เนื้อหาเกิด
จากการจัดการความรู้ โดยกระบวนการแลกเปลี่ยนและใช้ประโยชน์
การดูแลสุขภาพตนเองใน ๔ กลุ่มอาการคือ กลุ่มอาการของระบบ
ไหลเวียนโลหิต (แก้ลม) กลุ่มอาการของระบบทางเดินอาหาร กลุ่ม
ยาแก้ไข้และกลุ่มอาการของระบบผิวหนัง ซึ่งสอดคล้องกับการ
สนับสนุนการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ

ชุดความรู้รวบรวมจาก ชมรมแพทย์แผนไทยวัดหน้าพระเมรุ
และกลุ่มหมอพื้นบ้าน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

- (๗) **ความรู้เรื่องเพดเลือด** เป็นอาการเจ็บป่วยจากโลหิต (เลือด)
พิการเกิดโทษกับสุขภาพได้ทั้งของผู้ชายและผู้หญิง ซึ่งคนในชุมชน
เจ็บป่วยจากอาการนี้มาก ภูมิปัญญาหมอบ้านแก้ไข้ด้วยยาสมุนไพร
และงดอาหารแสลงของ

ชุดความรู้รวบรวมจากกลุ่มหมอพื้นบ้านตำบลดำนาน อำเภอ
เมือง จังหวัดพัทลุง

- (๘) **การนวดขัดเส้น** การนวดพื้นบ้านของชาวเกะยาว เพื่อบำบัดอาการปวด เคล็ด ชัดยอก และอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและเส้น เนื่องจากการทำประมงซึ่งต้องใช้แรงมาก
- ชุดความรู้รวบรวมจากกลุ่มหมอพื้นบ้าน อำเภอกะยาว จังหวัดพังงา

๒. การอนุรักษ์และสร้างเสริมฐานทรัพยากรชุมชนอย่างยั่งยืน

ระบบสุขภาพชุมชนไม่สามารถแยกขาดจากฐานทรัพยากรธรรมชาติ อันหมายถึง สมุนไพร พืชพันธุ์ธัญญาหาร เพราะฐานทรัพยากรเป็นรากฐานของอาหาร ยาสมุนไพร ที่อยู่อาศัย แม้แต่สารควบคุมแมลงศัตรูพืชที่เป็นมิตรต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อม ต่างต้องใช้พืชสมุนไพรแทนที่สารเคมีอันตราย ดังนั้นฐานทรัพยากรจึงมีความสำคัญยิ่งต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และมีนัยยะต่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของแต่ละชุมชนท้องถิ่น ดังนี้

หนึ่ง สมุนไพรควรมาจากแหล่งทรัพยากรตามธรรมชาติเป็นหลัก แม้จะมีการนำมาเพาะปลูกตามรอบบ้าน สวน ทุ่งนา ป่าชุมชนและแปลงเพาะพันธุ์ แต่ควรอนุรักษ์และส่งเสริมให้ป่าธรรมชาติมีความความยั่งยืน

สอง ความหลากหลายทางชีวภาพเป็นฐานทรัพยากรธรรมชาติ ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งยวด ดังนั้นในการทำงานส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ จึงไม่ควรละเลยในการรักษาและส่งเสริมให้เกิดความหลากหลายทางชีวภาพ ปฏิบัติการเช่นนี้นอกจากพื้นที่ดำเนินการของเครือข่ายหมอพื้นบ้านแล้ว ให้ดูการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคม และการพัฒนาระบบกฎหมายเพื่อคุ้มครองทรัพยากรชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นของประเทศ (วิฑูรย์ ๒๕๕๑)

สาม ทุกพื้นที่ต้องให้ความสำคัญกับป่าธรรมชาติหรือป่า ซึ่งเป็นภูมิทัศน์วัฒนธรรม ที่ดำรงอยู่ได้ด้วยการสั่งสมความรู้และภูมิปัญญา ที่มีตั้งแต่การใช้ประโยชน์อนุรักษ์ พัฒนาและบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน ยศ (๒๕๔๒: ๒๐-๒๓) อาจกล่าวได้ว่าหมอพื้นบ้านหรือปราชญ์ในชุมชนต่างเติบโตเรียนรู้มาจาก คลังแห่งปัญญาหรือป่าธรรมชาติ เนื่องจากหมอพื้นบ้านจะขาดวัตถุดิบหรือแหล่งยาจากป่าไม่ได้เลย รวมถึงการบำรุง ป้องกันโรคต่างๆ ต้องอาศัยอาหารการกินจากป่าธรรมชาติเช่นกัน

ดังนั้นภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน จึงเป็นองค์ความรู้ที่พัฒนาขึ้นในบริบททางกายภาพและวัฒนธรรมที่มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับระบบนิเวศหนึ่งๆ หากขาดฐานทรัพยากรทางธรรมชาติที่มีความหลากหลายทางชีวภาพและมีความแตกต่างทางภูมิทัศน์ วัฒนธรรมแล้ว จะเป็นการยากลำบากอย่างยิ่งในการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพให้กับชุมชนได้อย่างยั่งยืน การอนุรักษ์และใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรในแต่ละท้องถิ่น จึงต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันกับหมอพื้นบ้านหรือผู้ ตลอดจนผู้นำในท้องถิ่น และเยาวชนคนรุ่นใหม่ ทำการสำรวจพืชพันธุ์ไม้สมุนไพร เก็บตัวอย่างมาแลกเปลี่ยนความรู้ จัดทำแผนที่ชื่อต้นไม้และสรรพคุณ และดำเนินงานหรือสร้างกิจกรรมเดินป่าศึกษาาระบบนิเวศและพรรณไม้ สิ่งเหล่านี้ได้พิสูจน์ผ่านการทำงานในแผนงานว่า เป็นเครื่องมือหรือแนวทางที่ดีในการอนุรักษ์ พื้นฟู และนำทรัพยากรมาใช้ประโยชน์

ยุทธศาสตร์การอนุรักษ์และสร้างเสริมฐานทรัพยากรอย่างยั่งยืน จึงมีความสำคัญมาก ตามที่โครงการต่างๆ เห็นความสำคัญ แล้วค่อยริเริ่มสำรวจแหล่งทรัพยากรในท้องถิ่นทั้งที่มีอยู่ในท้องถิ่นและหาจากแหล่งอื่น เพื่อมาสร้างฐานการพึ่งตนเองต่อไป ดังตาราง ๕.๒

ตาราง ๕.๒ แสดงผลการสำรวจสมุนไพรเพื่อการอนุรักษ์และประโยชน์ใช้สอยของชุมชน

เครือข่าย	สมุนไพร ชนิดใกล้สูญพันธุ์	สมุนไพร ชนิดที่ปลูกเพิ่ม	สมุนไพร ชนิดขยายพันธุ์แจกจ่าย
หมอพื้นบ้าน จังหวัดลำปาง	ปันสะเมา (สุรพาคำพินาศ) ตึงเครือดำ ดอกตึง โป่งตดหมา หนาดคำ	-	เมล็ดฝางเส้น เล้งจ้อน กองแกบเครือแดง คนทา (ไม้จี้) ดิกเดียม ค้อนกอง
ศูนย์การเรียนรู้ หมอพื้นบ้านบ้านทุ่งแล้ง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน	ครอบตลับ (กล่องข้าวหลวง) เจตมูลเพลิง (ปิดปิวแดง) ตะโกนา (มะโก) มะเกลือ (ผีเผา) มะหาด (หาด) สเปาลม	โพล ขมิ้นครอบตลับ กระชาย กระเพาะดำ เหงือกปลาหมอ คนทีสอ ผักกาดน้ำ ผักเสี้ยน หนุมาน ประสานกาย สะพานไก่ เปราะหอม	สะเปาลม โพล ขมิ้น มะกรูด ตะไคร้ ข่า
หมอพื้นบ้าน จังหวัดแพร่	เห่ง (ว่านสาหลง) ผักนางดีด (หายไป) ผักเสี้ยนผี ส้มสะพานควาย ตุ๊กไก่ขาว ตุ๊กไก่ดำ	โพล ส้มสะพานควาย ห้วยข้าวเย็น ย่านางแดง กวาวเครือดำ กวาวเครือแดง กรรณิการ์ เห่ง ฝาง ตุ๊กไก่ดำ ตุ๊กไก่ขาว ว่านทรหด	ฝางเสน ส้มสะพานควาย ห้วยข้าวเย็นเหื่อ กวาวเครือดำ กวาวเครือขาว ดอกตึง เป็ล้าน้อย ว่านสาหลง อบเชย หอมไถล กอมขม กาสามปึก ส้มป่อยหวาน ปอธง
หมอพื้นบ้านตำบลคูใต้ อำเภอเมือง จังหวัดน่าน	กวาวเครือแดง กวาวเครือดำ กวาวเครือขาว จะค่านแดง จันทร์แดง จันทร์ขาว ส้มสะพาย กวางหิแจะ (กวางหิเปี้ยะ)	ส้มสะพายควาย เจตมูลเพลิง (ปิดปิวแดง) เครือรางแดง มะเขือแจ้เครือ ดีปลี ไพร มะคำดีควาย ขี้เหล็ก เหงือกปลาหมอ ตะไคร้หอม ชิงหุ้ม ก้างปลาเต็ด	โพล เจตมูลเพลิง ดีปลี เหงือกปลาหมอ ตะไคร้หอม ผักตด
หมอกลุ่มกว๊าน (เครือข่ายหมอเมือง จังหวัดพะเยา)	ตึงเครือดำ เป็ล้าเลือด ปลาไหลเผือก รางเย็น สุรปิดคำ บังคะอุย	รางจืด โพล ขมิ้นเครือ ฟ้าทะลายโจร เอื้องหมายนา เชียงูช้าง เชียงูม้า ตมเผ่าลิมไม้	แห่นหอม หรือว่านสาหลง ระหุ่งแดง ปลาไหลเผือก อ้อยดำ อ้อยจืด ชะเอมต้น ตึงเครือดำ ง้วนตากหงาย เถาว์ลย์เปรียง เถาเอนอ่อน ปัญญาจันทร์ (เจียวกู่หลาน)

ตาราง ๕.๒ (ต่อ)

เครื่องข่าย	สมุนไพร ชนิดใกล้สูญพันธุ์	สมุนไพร ชนิดที่ปลูกเพิ่ม	สมุนไพร ชนิดขยายพันธุ์แจกจ่าย
รักษ่ม่อนยาป่าแดด จังหวัดเชียงราย	เครือหนำแน่ (รางจืด) ฮ้อสพายควาย กำลังเลื้อยไคร่ง เกียงหัวม้า เครือก้องแกบ เครือข้าวหมวก หญ้าข้าวจี วานสารพิษ หญ้าป่าชำหมอง วานชักมดลูก ผางเสน หญ้าน้ำหมึก หลับมีนหลวง ผีเสื้อน้อย สารข้าวตอก สารข้าวหนึ่ง หญ้ารากเหลือง เกียงหัวม้า หญ้าปกต่อ ผักหนองน้ำ ค้างคาวดำ วานตะเซ็บ บอระเพชรพุงช้าง (สับเลื้อย) ผักปุย่า พันงูขาว มูกนึ่ง เม้าควาย เครือก้องเกลบ เครือออน หลวง เครือเดา กาฝากต่างๆ	เครือหนำแน่ (รางจืด) ฮ้อ สพายควาย กำลังเลื้อยไคร่ง เกียงหัวม้า รางแดง ดอก บุญนาศ ดอกสาระถี ม้า กระต๊อบโรง หญ้าป่าชำหมอง มะเขือแจ้เครือ ผางเสน กวาว เครือขาว,แดง, ดำ ฮ้อยแสน สวน ขมิ้นเครือ วานชักมดลูก ติงูว่า เหมือดคน เป้าเลือด เถาวัลย์เปรียง ข้าวเย็นเหนือ ข้าวเย็นใต้ กาฝากชนิดต่างๆ	-
ชมรมเกษตร นิเวศน์เทพนิมิต จังหวัดชัยภูมิ	ทองกราวเครือ สะค้าน พญามือเหล็ก ห้วยาข้าวเย็นเหนือ ม้ากระต๊อบโรง สับเลื้อยเทา ต้นค้างคาว	ฟ้าทะลายโจร เสดดพังพอน ทองพันชั่ง ขมิ้น วานใจเหลือ เพชรสังฆาต บอระเพชร วานงู วานไพร ขมิ้นฮ้อย หัวโพล วานชักมดลูก วานนางคำ วานมหาเมฆ	วานใจเหลือ เสดดพังพอน ขมิ้น รางจืด มหาเมฆ วานงู วานไพร

ตาราง ๕.๒ (ต่อ)

เครื่องข่าย	สมุนไพร ชนิดใกล้สูญพันธุ์	สมุนไพร ชนิดที่ปลูกเพิ่ม	สมุนไพร ชนิดขยายพันธุ์แจกจ่าย
ชมรมหมอฟันบ้านสืบสาน ภูมิปัญญาท้องถิ่น จังหวัดอุดรธานี	ข้าวเย็น ข้าวเย็นใต้ เจตมูลเพลิง	เสลดพังพอนตัวเมีย เหงือกปลาหมอ	ชิงโคตัน โลดทะนงแดง พังคิ ดากวาง ตาไก่ หญ้าหนวดแมว เสลดพังพอน เหงือกปลาหมอ ตีปลาต่อ สามพันง่า หว่านม้า หว่านชกมดลูก มะเขือบ้า ฟ้าทะลายโจร เล็บครุฑ กลิ้งกลางดง ดอกใส ชุมเห็ดเทศ เหินควาง
หมอฟันบ้าน จังหวัดสกลนคร	หัวร้อยรู ข้าวเย็นเหนือ รังร้อน (ไม้ไฟ) ประดงเลือด อบเชยญวน	-	-
ชมรมหมอฟันบ้าน จังหวัด อุบลราชธานี	ตะไคร้ต้น ฟนแสนห้า ข้าต้น จวงหอม จี๋ดำ ประดงทุกชนิด ประดงเหลือง ตาไก่ (กำแพงเจ็ดชั้น) ดากวาง แก่นจำปา ดอกใส ดอกขาว กำแพงเก้าชั้น	-	ชันทองพญาบาท กำแพงเจ็ดชั้น กำแพงเก้าชั้น ตานกกลด ลีวหม่อน แดง ฮาด ขี้หัดแดง ปืบ กระถิน
ศูนย์สมุนไพรตะบิลไพร จังหวัดสุรินทร์	ลำพูขาว ตับเต่าตัน แสลง ไม้ไฟ	ตับเต่าตัน อบเชย	พญายา
หมอฟันบ้าน ตำบลกันทรารมณ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ	บังคิ มาโรยกุล	แสลงพันเครือ ประดงเลือด เชอเพลิง	-
เครื่องข่ายป่าตะวันออก จังหวัดฉะเชิงเทรา	ชันสน จันทน์แดง	ยางบง จันทนา จันทน์เทศ พริกไทย ตีปสี เทพธำโร ว่านเปราะหอม ขมิ้นชัน ขมิ้นอ้อย ฟ้าล กฤษณา ตะเคียนยางนา	-

ตาราง ๕.๒ (ต่อ)

เครือข่าย	สมุนไพร ชนิดใกล้สูญพันธุ์	สมุนไพร ชนิดที่ปลูกเพิ่ม	สมุนไพร ชนิดขยายพันธุ์แจกจ่าย
หมอพื้นบ้าน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	ตะโกน มะกา	-	-
หมอพื้นบ้าน จังหวัดอ่างทอง	ตะโกนา ใบหนาด	ข้า ตะไคร้ ไพล ขมิ้น พลับพลึง ใบหนาด ใบระหง ว่านชักมดลูก มะกรูด มะรุม ว่านหางจระเข้	-
อุทยานการเรียนรู้สุมาตรา จังหวัดอุทัยธานี	เครือยางเหลือง อุ่มลูกคูหน้ เทพทาร์ ตุ่มตาแดง ฮ้อ สะพายควาย บัวสันโตษ พญาทำสะเอว อัดคืทวาร	ว่านนางคำ ว่านเอ็นเหลือง ว่านม้าฮ้อ	เสน่สาวหลง อบเชยไทย
หมอบ้านพื้นบ้านภาคใต้ จังหวัดพัทลุง	นูด (ชลุต) เรียนเทศ สะบ้า หลุมนก (กำแพงเจ็ดชั้น) หัวร้อยรู (กระเช้าผีมด) โหลเผือก ไม้ค้อนตีหมา ย่านเอ็นม้า ต้นตายปลายเป็น ท้าวยายปลวก (พญามือเหล็ก) ต้นไข่น้ำ กล้วยมุดลั้ง ตะขบดง เพกา ต้นมิหลา	เหมรดอกขาว (มั่งเร) เข็มขาว เรียนเทศ เจตมูลเพลิงดอกแดง มะแว้งเครือ เท้ายายม่อม ต้นมิหลา ตาหมัด ทองพันชั่ง หัวโพล เสดดพังพอน	ว่านสาวหลง หญ้าเนวดแมว เสลดพังพอนตัวผู้ ว่านขุนแผน

๓. การเสริมสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ และการแพทย์พื้นบ้าน

การรวมตัวจากกลุ่มจนกลายเป็นเครือข่ายของหมอพื้นบ้านและหน่วยงาน/องค์กรที่เห็นคุณค่าของภูมิปัญญาท้องถิ่นและหมอพื้นบ้าน เป็นทิศทางของงานพัฒนาชนบทที่องค์กรพัฒนาเอกชนได้นำมาเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนงานในพื้นที่หลักคิดที่สำคัญคือ ชาวบ้านมีภูมิปัญญาที่มีคุณค่า และการมีส่วนร่วมทำงานเป็นเครือข่ายจะช่วยให้ชุมชนของตนเองสามารถพึ่งตนเองได้ ยงค์ศักดิ์ (๒๕๔๘) แสดงให้เห็นถึงขบวนการทางสังคมของหมอพื้นบ้านที่ถูกกดทับไว้ จนกระทั่งวิกฤตเอดส์กระตุ้นให้จิตสำนึกของหมอพื้นบ้านที่มีอยู่แล้วแสดงตัวออกมา แล้วก็ได้รับความร่วมมือจากองค์กรทางสังคม ทำให้เกิดหมอยาพื้นบ้านทางภาคเหนือ ซึ่งทำให้สามารถเป็นที่พึ่งพิงของผู้ป่วย และพัฒนาการสู่การสร้างระบบการดูแลสุขภาพภาคประชาชนต่อมา

หากประมวลสรุปจากการดำเนินงานของแผนงานนี้ พบว่าหัวใจสำคัญของคนในเครือข่ายคือการมีจิตอาสาหรือจิตสาธารณะ ที่ปรารถนาช่วยเหลือให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บไข้ รวมถึงต้องการให้ชุมชนท้องถิ่นของตนมีความรู้ในการดูแลป้องกันตนเองหรือสร้างเสริมให้มีสุขภาพดี จากการมีอาหารสมุนไพรในหมู่บ้านตนเอง มีป่าไม้ร่มรื่น เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าในเครือข่ายต่างๆ ได้ทำงานประสานงานและโยกโยกกันนั้น มีจุดร่วมตรงกันที่สร้างพลังในการขับเคลื่อนอย่างดี ได้แก่

- ๑) มีเป้าหมายร่วมกัน คือ การฟื้นฟูและสร้างความรู้จากภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สะสมสืบทอด เพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ แม้จะยังอยู่ในกระบวนการพัฒนารูปธรรมที่แตกต่างหลากหลาย แต่เป้าหมายเชิงอุดมการณ์ร่วมกันนี้เป็นเป้าหมายทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม แม้ว่าเป้าหมายนี้มีอุปสรรคมากมาย เพราะต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานองค์กรของรัฐ และ อปท. เพื่อพัฒนาสู่ ระบบและกลไกของท้องถิ่นตนเอง ดังเช่นที่เครือข่ายภูมิปัญญาไทอีสาน โดยนายยงยุทธ ตรีสุขกร ที่ได้พัฒนาเครือข่ายอินแปงจนเกิดรูปธรรมของการพึ่งตนเองของชุมชน แม้ว่าจะยังไม่สมบูรณ์ แต่ก็ยังเป็นแบบอย่างและแรงบันดาลใจให้กับการทำงานในชุมชนที่ต้องการนำเอาภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้เพื่อพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และช่วยสร้างเศรษฐกิจชุมชนด้วย

๒) ใช้พลังทางวัฒนธรรมท้องถิ่น ในการทำงานกับเครือข่ายหมอชาวบ้านพบว่า นอกจากความรู้ที่มีอย่างหลากหลาย พืชพันธุ์ที่มีมากมายแล้วนั้น ในมิติเชิงวัฒนธรรมทั้งถิ่นอีสานที่มีทั้ง อีสาน-ลาว อีสาน-เขมร วัฒนธรรมล้านนาของภาคเหนือ วัฒนธรรมชาวใต้ ภาคกลาง ยังพบ วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของชาติพันธุ์ต่างๆ ความหลากหลายของ วัฒนธรรมและองค์ความรู้ต่างๆ นั้น กลายเป็นพลังให้เครือข่ายได้เรียนรู้ และเสริมศักยภาพของกันและกัน โดยนำเอาความรู้ที่ต่างหรือคล้ายกัน นำไปประยุกต์ใช้ในท้องถิ่นตนเอง ช่วยให้เกิดการพัฒนาให้ร่วมสมัย นอกจากนี้ในความแตกต่างทางวัฒนธรรม แต่เมื่อกระบวนการทำงานแบบ เครือข่ายได้พัฒนาขึ้น ได้สร้างให้เกิดความไว้วางใจ แบ่งปัน และสนับสนุน ซึ่งกันและกัน ดังกรณี ที่เกิดการแลกเปลี่ยนพันธุ์ไม้หายากหรือช่วยเพาะ พันธุ์ที่ขาดแคลนและส่งให้ไปเพาะปลูกในชุมชนต่างๆ

๔. การพัฒนารูปแบบการใช้ประโยชน์การแพทย์พื้นบ้านในชุมชน

เป้าหมายสำคัญที่สุดของการพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในชุมชนคือ การเกิดรูปธรรมการใช้ประโยชน์ด้านความรู้ ทรัพยากรยาและอาหาร รวมถึงบุคคลผู้รู้ ที่สะสมประสบการณ์และความชำนาญจนชาวบ้านเรียกว่าเป็นหมอพื้นบ้าน หากการ ขยับเคลื่อนโครงการผ่านยุทธศาสตร์การจัดการความรู้ ทรัพยากร เครือข่าย ผลลัพธ์ที่ ชุมชนและสังคมต้องการเห็นร่วมกันคือ รูปแบบการใช้ประโยชน์ที่ปรากฏและชุมชนมี ส่วนร่วมภาคีคิดค้น พัฒนาและใช้ประโยชน์ โดยเฉพาะเป็นประโยชน์ต่อการบำบัดรักษา ความเจ็บป่วย ลดภาระค่าใช้จ่ายในครัวเรือนต่อค่ารักษาพยาบาล และลดความเรื้อรัง และรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบ่อยๆ ซึ่งอาจหมายรวมถึงการสร้าง เสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ด้วย

ตัวอย่างรูปแบบการบริการของหมอพื้นบ้าน

๔.๑ รูปแบบบ้านหมอพื้นบ้าน

บ้านหมอเป็นรูปแบบดั้งเดิมที่ยังคงอยู่ในชุมชน แม้หน่วยบริการของรัฐจะเจริญก้าวหน้าไปเพียงใด แต่รากฐานวัฒนธรรมดั้งเดิมในท้องถิ่นยังคงหลงเหลือรองรับความต้องการของคนในชุมชนอยู่ กรณี นายประเสริฐ ภูมิสิงห์ เกิดวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๔๘๘ อาศัยอยู่ ๑๖๑/๑ หมู่ ๑๕ ตำบลนาคำ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี อาชีพหลักทำนา แต่มีวิชาความรู้เป็นหมอพื้นบ้าน ปัจจุบันรับตำแหน่งเป็นประธานชมรมหมอพื้นบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี

หมอประเสริฐมีความชำนาญรักษาโรค ๑. โรคเก๊าท์ ๒. โรคริดสีดวงทวาร และลำไส้ ๓. โรคกระเพาะอาหาร ๔. โรคตกขาว ๕. โรคห้อย ๖. โรคมะเร็ง ๗. ขั้วปัสสาวะ หมอประเสริฐได้รับการถ่ายทอดความรู้จาก พ่อตาเลี่ยม พ่อตาสอน และพ่อถวิล พ่อเลี่ยม พ่อสุบิน เป็นครู ๕ คนที่หมอประเสริฐเคารพ เริ่มทำการรักษาเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๐๔ ตอนอายุ ๑๗ ปี ด้วยแรงจูงใจในการเป็นหมอและหมอพิธีกรรมต่างๆ เพราะเห็นพ่อตาเลี่ยมรักษาคณป่วย และหมอที่รักษาภรรยาตนเอง จึงสนใจอยากเป็นหมอบ้างเพื่อช่วยดูแลตนเองและครอบครัว

ตำรับยาที่ใช้ประจำมีจำนวน ๖ ตำรับคือ ๑. โรคเก๊าท์ ๒. โรคริดสีดวงทวาร และลำไส้ ๓. โรคกระเพาะอาหาร ๔. โรคตกขาว ๕. โรคห้อย ๖. โรคมะเร็ง ตำรับยาดังกล่าวมาจากครูบาอาจารย์ที่ถ่ายทอดความรู้ และอ่านตำราประกอบสมุนไพรที่ใช้บ่อยและใกล้สูญพันธุ์ ได้แก่ ต้นประดงเลือด ตะไคร้ต้น ผนแสนห้า ขาดัน จันทอม จวงหอม จั้วดำ แห้งยาหาได้จากที่ใด จากหัวไร่ปลายนา จากห้วย จากสวนที่ปลูกไว้ในบ้าน และภูเขาต่างๆ คนป่วยที่มารักษาคอนเดือนจำนวน ๒๐ คน คนป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพ ทำนา ทำสวน พ่อค้าและราชการก็มีบ้าง คนป่วยที่มารักษามากที่สุด ดังนี้ ๑. โรคเก๊าท์ ๒. โรคริดสีดวงทวาร ๓.โรคตกขาว ๔. โรคกระเพาะอาหาร ๕. โรคมะเร็ง ๖.โรคฝีลิง มีผู้สืบทอดความรู้จำนวน ๓ คน มีความสัมพันธ์คือไปหาสมุนไพร และเคยจัดยาาร่วมกัน

๔.๒ รูปแบบวัด กรณีศูนย์สุขภาพวัดอมรินทราราม อำเภอปรางสาท จังหวัดสุรินทร์

ศูนย์สุขภาพวัดอมรินทราราม ก่อตั้งเมื่อปี ๒๕๔๓ มีพระครูโสภณบุญญกิจ เจ้าอาวาสวัดอมรินทรารามเป็นหลัก ท่านเห็นความสำคัญขององค์ความรู้ภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านและตระหนักในปัญหาสุขภาพความเจ็บป่วยของชุมชนที่ขาดการพึ่งพาตนเอง จึงร่วมมือกันกับชุมชนและศูนย์สมุนไพรตะแบกไฟโร ตั้งเป็นศูนย์สุขภาพวัดอมรินทรารามที่เน้นการให้บริการสุขภาพแบบพื้นบ้าน

การดำเนินงานในช่วงแรกมีกลุ่มหมอนวดที่ทางศูนย์สมุนไพรตะแบกไฟโรอบรมให้กับผู้ที่สนใจเรียนนวดเพราะคนในครอบครัวเจ็บป่วย เช่น มีพี่ชายเป็นอัมพาตจากประสบอุบัติเหตุรถชน และสามีทำงานหนัก เจ็บป่วยด้วยอาการปวดกล้ามเนื้อเป็นประจำ กลุ่มนี้มีใจรักเป็นผู้ฝึกทำการนวดกับผู้ป่วยจริงจนเกิดความชำนาญ กลุ่มศึกษาดูงานและเรียนรู้เพิ่มเติม เช่น ศึกษาดูงานที่ศูนย์สุขภาพวัดท่าลาด อำเภอภูเพียง จังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นองค์กรชุมชนที่ดำเนินกิจกรรมด้านนี้มาเป็นระยะเวลานาน โดยชุมชนบริหารจัดการกันเองและได้รับการอบรมจากมูลนิธิส่งเสริมฟื้นฟูการแพทย์ไทยเดิมๆ โดยอายุรเวทวิทยาลัยทำการฝึกอบรมเสริมทักษะ และเทคนิคการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอัมพาตที่บ้านและการนวดรักษากลุ่มอาการต่างๆ ยิ่งทำให้กลุ่มมีความรู้ ความมั่นใจมากขึ้น กลุ่มหมอนวดนี้ทำเป็นบทบาทหลักในการดำเนินกิจกรรมในศูนย์ฯ

ต่อมากลุ่มนวดได้เรียนรู้ด้านตัวยาตำรับยาที่ต้องให้ความรู้ร่วมกับการนวดสมุนไพรรักษากลุ่มอาการที่พบบ่อยในท้องถิ่นจากหมอพื้นบ้านในชุมชน คือ พ่อพนอด วัดเวียงและพ่อทุม มีบุตรดี โดยศึกษาตัวยาในชุมชน ทั้งตำบลดตาเบาและชุมชนใกล้เคียง

กลุ่มสามารถพัฒนาตนเอง จนเป็นที่รู้จักด้านการเป็นผู้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและการดูแลสุขภาพชุมชน ทั้งเป็นผู้รู้ที่สามารถถ่ายทอดให้คนที่อยากเรียนรู้ในชุมชน เช่น ญาติสนิทเพื่อนบ้าน และคนในครอบครัว ประกอบกับในชุมชนเองก็มีผู้รู้ด้านการนวดจับตะไช (นวดพื้นบ้าน) หลายท่าน ซึ่งมีความรู้ด้านแนวเส้นและแก้อาการเป็นอย่างดี เช่น นวดยามดลูก นวดรักษาสะบักจุม ทำให้กลุ่มมีโอกาสเรียนรู้เพิ่มพูนทักษะไปในตัวและแก้ปัญหากลุ่มอาการเจ็บป่วยได้จริง ก็เกิดการบอกต่อเป็นที่รู้จักทั้งในระดับอำเภอ และจังหวัด

กิจกรรมภายในศูนย์สุขภาพวัดอมรินทราราม

๑. ให้บริการสุขภาพด้านนวดไทย นวดพื้นบ้าน อบ-ประคบสมุนไพร และ
ตัวยา ตำรับยาพื้นบ้านทุกวันเวลา ๐๘.๐๐-๑๗.๐๐ น.
๒. เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างหมอนวดรุ่นพี่กับรุ่นน้องและเรื่องตัวยา
ตำรับยาจากหมอพื้นบ้าน
๓. กิจกรรมการร่วมนงานสมุนไพร เป็นการให้บริการอย่างทั่วถึงในแต่ละ
หมู่บ้านในตำบลตาเบา กลุ่มได้ส่งสมประสงค์และเป็นการเผยแพร่
ประชาสัมพันธ์กิจกรรมในศูนย์ฯ
๔. กิจกรรมสำรวจพันธุ์สมุนไพรและอนุรักษ์ฟื้นฟูป่าปะริยร่วมกับหมอยา
คณะกรรมการป่าเยาเวชน โรงเรียนและชุมชนเพื่อเรียนรู้เรื่องตัวยาสมุนไพร
การใช้ประโยชน์และการจัดการดูแลป่า
๕. กิจกรรมผลิตยาสมุนไพร ส่วนมากผลิตน้ำมันสมุนไพรและลูกประคบ
สมุนไพร เพื่อใช้ร่วมกับการนวด โดยใช้วัตถุดิบที่มีอยู่ในชุมชน

๔.๓ รูปแบบศูนย์สุขภาพพื้นบ้าน ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

**กรณี ศูนย์บำบัดทุกข์ สร้างสุขภาพชุมชนวังแสง ตำบลวังแสง อำเภอแกดำ
จังหวัดมหาสารคาม**

ในตำบลวังแสงพบหมอที่ชำนาญในการนวดรักษาระบบเส้นเอ็นและการใช้
สมุนไพรในการรักษาเบื้องต้น ซึ่งเป็นที่พึ่งของชุมชนในการรักษาภัยพื้นบ้าน

ในปี ๒๕๕๐-๒๕๕๒ นายสมนึก ไชยสงค์นายกองค์การบริหารส่วนตำบลได้
ร่วมพัฒนาโครงการกับนักวิชาการทั้ง ๒ ท่าน เพื่อขอรับการสนับสนุนจากแผนงาน
พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ซึ่งมีมูลนิธิสุขภาพไทยเป็นองค์กรประสานงาน
เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์องค์ความรู้ของหมอยาพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ
ชุมชนของชุมชน และ เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารจัดการขององค์การบริหารส่วน
ท้องถิ่นในการสนับสนุนและส่งเสริมภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพชุมชน

๔.๔ รูปแบบการร่วมนงาน สานต่อภูมิปัญญาหมอยาพื้นบ้าน จ.สกลนคร

โครงการรวบรวมองค์ความรู้หมอยาพื้นบ้าน (สนับสนุนโดย สกว.) และต่อยอด
จากแผนงานพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ โดยมีมูลนิธิสุขภาพไทย รับการสนับสนุน
จาก สสส. ได้มีผู้สนใจเรียนรู้ภูมิปัญญาจากหมอยาพื้นบ้านจำนวนมากกว่า ๓๐ คน โดย

ใช้สถานที่ภายในวัดศรีสะเกษ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร และใช้เทคนิคการจัดเวทีถ่ายทอดองค์ความรู้ และสาธิตไปพร้อมกันเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันไป แต่ไม่เกิดทักษะประสบการณ์รักษาโรค เพราะมีผู้ป่วยมารับการรักษาน้อย หากมีการเคลื่อนหมอฟื้นบ้านลงสู่ชุมชน เพื่อให้หมอฟื้นบ้านได้มีโอกาสในการรักษาโรคกับผู้ป่วยจริง ทำให้เกิดกรณีศึกษาเพิ่มประสบการณ์แก้ตัวหมอ เกิดทักษะการรักษาโรคจริงแก่ผู้เรียนรู้ และส่งเสริมการรักษาสุขภาพแก่ชุมชน จึงได้จัดกิจกรรมหมอฟื้นบ้านสัญจร ออกไปให้บริการชุมชนในจังหวัดสกลนคร โดยไปในพื้นที่ของหมอฟื้นบ้านที่เป็นสมาชิกของชมรม เพื่อจะได้ประสานงานในพื้นที่ รวมทั้งประชาสัมพันธ์กิจกรรมให้กับชุมชนทราบ

การรวมนานตอภูมิปัญญาของหมอฟื้นบ้านได้เคลื่อนไปในชุมชนโดยใช้บริเวณวัดเป็นจุดบริการ จะเดินทางตอนเช้าวันเสาร์ และกลับวันอาทิตย์บ่าย โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมประกอบด้วย หมอฟื้นบ้าน แพทย์แผนไทย และนักศึกษาสาขาแพทย์แผนไทยจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสกลนคร รวมแล้วกว่า ๕๐ ชีวิต

บทสรุป

ระบบสุขภาพภาคประชาชนบนรากฐานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ สำเร็จได้ในระยะแรกด้วยการร่วมแรงร่วมใจของเครือข่ายทุกภาคส่วน ที่ช่วยกันดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ทั้ง ๔ ด้าน โดยมีเป้าหมายให้ชุมชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ในระยะไม่กี่ปีมานี้ ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ หรือ Primary Care เป็นระบบที่มีการส่งเสริมกันมาก จึงอาจกล่าวได้ว่าระบบสุขภาพภาคประชาชนเป็นเรื่องของระบบสุขภาพปฐมภูมิด้วย

แต่ในสถานการณ์จริงพบว่า แนวคิดในเรื่องสุขภาพปฐมภูมิระบบสุขภาพที่แปรรอกมาสู่การปฏิบัตินั้น ยังไม่ได้เข้าใจในมิติสุขภาพที่ลึกซึ้ง ดังเช่น ความคิดที่ว่าระบบสุขภาพปฐมภูมิ คือการรักษาพยาบาลเบื้องต้นเท่านั้น หรือเน้นการให้บริการและคัดกรองผู้ป่วย คล้ายกับด่านหน้าก่อนจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาล ทั้งๆ ที่ระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีความหมายหรือจำเป็นต้องทำงานเชิงรุกในด้าน ชุมชนพื้นฐาน (Community-based) มีความเข้าใจและตระหนักถึงศักยภาพของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) รวมถึงความจำเป็นเกี่ยวกับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และผสมผสานการรักษาต่างๆ (Integrated and Continuity of Care)

ระบบสุขภาพภาคประชาชนที่ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพที่กล่าวมาทั้งสิ้นนี้ ได้พยายามนำอาราธนาทางวัฒนธรรม การเชื่อมโยงในหลายมิติ คุณค่าของชุมชน การดูแลกายและจิต และทำงานผสมผสานกับหน่วยบริการสุขภาพของรัฐ รวมถึงความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งปัจจัยทั้งหมดนี้ เป็นพลังหนุนให้ ระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นระบบสุขภาพภาคประชาชน ได้สำแดงพลังที่จะสามารถดูแลตนเอง และพึ่งตนเองได้ด้วยทุนทางสังคมและทรัพยากรในท้องถิ่นตนเอง อันนำมาสู่สุขภาวะที่พึงประสงค์อย่างยั่งยืน

บทที่

๖

สถานการณ์การขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นอย่างมาก กล่าวได้ว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและการแพทย์พื้นบ้านนั้นได้ถูกยอมรับอย่างเป็นทางการ มีพื้นที่ทางสังคมและพื้นที่ทางกฎหมายก็ด้วยกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

เริ่มต้นที่การพัฒนาองค์ความรู้ พ.ศ. ๒๕๔๒-๒๕๔๓

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้เริ่มการพัฒนาองค์ความรู้การแพทย์นอกกระแสหลัก โดยเริ่มจากการสัมมนา “การแพทย์แบบผสมผสานและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ” ในการประชุมจัดการการปฏิรูประบบสุขภาพไทย เมื่อวันที่ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๔๒ ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค โดยเน้นการนำการแพทย์ทางเลือก (การแพทย์แบบผสมผสาน) มาใช้ในระบบบริการ/ระบบสุขภาพ

ข้อเสนอประเด็นสำคัญ ได้แก่ กลไกในการกำหนดนโยบายและการคัดกรอง ศาสตร์ การวิจัย การทบทวนกฎหมาย การปรับหลักสูตรการสอนบุคลากรสาธารณสุข แผนปัจจุบัน การนิยามชื่อระบบการแพทย์ระบบต่างๆ และการมีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพ

ต่อมาสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้จัดประชุมสัมมนาเครือข่าย การแพทย์วิถีไทยปัจจุบัน ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น มวกเหล็ก วันที่ ๓๐ เมษายน-๒ พฤษภาคม ๒๕๔๓ โดยได้ใช้คำ **“การแพทย์วิถีไทยปัจจุบัน”** เป็น ความหมายที่ครอบคลุม การแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาพื้นถิ่นของชนชาติต่างๆ ที่มาสู่ สังคมไทยในรูปการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ไม่ใช่พัฒนาศาสตร์การแพทย์ทางเลือกใดๆ แต่เป็นการแพทย์ทางเลือกที่ถูกเลือกไว้ ปรับใช้กับสังคมไทย โดยเน้นการพึ่งตนเอง

หลังการสัมมนาทางวิชาการ ๒ ครั้ง สวรส. และสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) เห็นความสำคัญของระบบการแพทย์นอกกระแสหลักที่จะมีบทบาทในการ ปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย และควรมีการกำหนดเป็นสาระบัญญัติใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติที่กำลังเริ่มต้นดำเนินการอยู่ จึงได้มอบหมายให้ นายยงค์ศักดิ์ ดันติปัญญานางสาวปัทมาวดี กลสิกรรม นางสาวรุจิราภรณ์ อรรถสิทธิ์ นางสาวปาริณัฐ สุขสุทธิ และนายโอภาส เชษฐากุล ทำรายงาน **“การสังเคราะห์องค์ความรู้สู่การ ปฏิรูประบบสุขภาพ การพัฒนาระบบการแพทย์ทางเลือกในระบบสุขภาพไทย”** เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมของระบบการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย ศึกษา ทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศ สังเคราะห์แนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาระบบ การแพทย์ทางเลือกให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพไทย รวมทั้งสังเคราะห์ข้อเสนอ สาระบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ รายงานฉบับนี้มีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนภูมิปัญญา ท้องถิ่นด้านสุขภาพ และถือเป็นรายงานฉบับแรกที่วิเคราะห์ภาพรวมของระบบการแพทย์ ที่อยู่นอกกระแสหลักในสังคมไทย

สาระสำคัญของร่างรายงานฉบับปี พ.ศ. ๒๕๔๓ คือ การจัดกลุ่มระบบ การแพทย์ที่อยู่นอกกระแสหลัก เป็นการแพทย์ ๓ ระบบได้แก่ การแพทย์ พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งรายงานฉบับนี้ให้ **การยอมรับและยกสถานะการแพทย์พื้นบ้านเป็นระบบการแพทย์อีกระบบ หนึ่งซึ่งแยกจากระบบการแพทย์แผนไทย** (ที่ผ่านมาสถานะการแพทย์ พื้นบ้านนั้นคลุมเครือและถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบการแพทย์แผนไทย หรือเป็น ระบบการแพทย์แผนไทยที่ยังไม่พัฒนา เมื่อพัฒนาแล้วจะปรับเปลี่ยนการแพทย์ แผนไทยต่อไป)

การแพทย์พื้นบ้าน

สาระสำคัญของการแพทย์พื้นบ้านคือ การสืบทอดความรู้ต่อคนรุ่นใหม่ขาดคนสนใจ ไม่มีระบบการเรียนการสอน ไม่มีสถาบันการผลิต หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่เป็นชาวบ้านไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นหมอพื้นบ้าน แต่ช่วยเหลือผู้อื่นในฐานะเพื่อนบ้านและคนในชุมชน ซึ่งทำให้คนรุ่นใหม่ไม่สนใจสืบทอด เพราะต้องประกอบวิชาชีพเพื่อเลี้ยงตัว หมอพื้นบ้านเริ่มรวมตัวเป็นเครือข่าย

รายงานฉบับนี้เสนอให้ ชุมชนมีบทบาทในการพัฒนาและกำหนดบทบาทกับขอบเขตหมอพื้นบ้านให้อยู่ในชุมชนเท่านั้น

การแพทย์แผนไทย

สาระสำคัญคือ การแพทย์แผนไทยมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของสังคมไทยมายาวนานนับตั้งแต่อดีต จุดเริ่มในการเปลี่ยนแปลงและลดบทบาทการแพทย์แผนไทย เริ่มตั้งแต่การก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. ๒๔๓๑ และโรงเรียนแพทย์ ปี พ.ศ. ๒๔๓๓ จนกระทั่งการยกเลิกการสอนวิชาแพทย์แผนไทยในโรงเรียนแพทย์ (พ.ศ. ๒๔๕๘) ทำให้การแพทย์แผนไทยต้องดิ้นรนเอาตัวรอดโดยการอุปถัมภ์จากวัดต่างๆ และได้มีการจัดตั้งสมาคม ชมรมต่างๆ ด้านการแพทย์แผนไทย

จากนโยบายส่งเสริมการสาธารณสุขมูลฐานขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. ๒๕๒๑ ได้เกิดกระแสความตื่นตัวเรื่องการพึ่งตนเอง และทำให้การแพทย์แผนไทยได้รับการยอมรับและฟื้นฟูให้มีบทบาทในการดูแลสุขภาพอีกครั้ง เกิดกิจกรรมสำคัญๆ ในการฟื้นฟูและพัฒนาการแพทย์แผนไทยมากมาย ที่สำคัญได้แก่

โครงการสมุนไพรรักษาสาธารณสุขมูลฐานของกระทรวงสาธารณสุข โครงการฟื้นฟูการนวดไทย การจัดตั้งโรงเรียนอายุรเวทวิทยาลัย การจัดตั้งสมาพันธ์แพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงด้านกฎหมายที่สำคัญคือ พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้ใช้คำ “การแพทย์แผนไทย” แทน “การประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ” และยกเลิกข้อจำกัดที่ห้ามใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ในการแพทย์แผนไทย เพิ่มประเภทอื่นๆ ในการแพทย์แผนไทย (ทำให้การนวดไทยกลับมาเป็นการประกอบวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทนวดไทยต่อมา) และเปิดให้มีการบริการการแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทยในสถานบริการเดียวกันได้

การแพทย์ทางเลือก

พบว่า ในประเทศไทยมีการแพทย์ทางเลือกที่นำเข้ามาสู่สังคมไทยไม่น้อยกว่า ๓๘ ศาสตร์ และอีก ๓๕ ศาสตร์ มีการดำเนินงานแล้ว ในระบบบริการสาธารณสุข (ยงค์ดี ๒๕๕๔)

การเข้ามาและการใช้แพทย์ทางเลือกในประเทศไทยมีหลายแนวทาง เช่น เข้ามากับวิถีชีวิตของกลุ่มชนชาติต่างๆ เช่น ชาวจีน ชาวอินเดียในไทย การมีกลุ่มองค์กรต่างๆ (ชีวิต ชุมมอยู่ร้อยปี ฯลฯ) กลุ่มองค์กรที่มีสมาชิกขนาดใหญ่ (มูลนิธิบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ ด้วยกิจกรรมทางศาสนา มูลนิธิเพื่อฝึกพลังจักรวาล ฯลฯ) กลุ่มที่เป็นธุรกิจขายตรง องค์กร พัฒนาเอกชน คลินิก สถานพยาบาลภาคเอกชน และสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ

โดยภาพรวมแล้วการแพทย์ทางเลือกเติบโตในสังคมไทย เนื่องจากกระแสความตื่นตัวในระดับสากล ทำให้มีผลต่อทัศนคติของชนชั้นกลางในสังคมไทย ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มี การศึกษาและสนใจการดูแลสุขภาพ

การแพทย์แผนจีน แม้จะถือว่าเป็นการแพทย์ทางเลือกสำหรับประเทศไทย แต่ก็ไม่ได้มี ความแปลกแยกกับวัฒนธรรมไทย ทั้งนี้เนื่องจากมีกลุ่มคนเชื้อชาติจีนเป็นจำนวนมากในประเทศไทย (ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน) และมีบทบาทสูงในสังคมไทย การแพทย์แผนจีน นับเป็นการแพทย์ ทางเลือกที่ถูกยอมรับอย่างเป็นทางการ โดยประกาศอนุญาตให้บุคคลทำการประกอบโรค ศิลปะโดยอาศัยศาสตร์การแพทย์แผนจีน พ.ศ. ๒๕๔๓

การแพทย์ทางเลือกอื่นยังไม่สามารถมีบทบาทอย่างเป็นทางการโดยเฉพาะในระบบ บริการสาธารณสุข ทั้งนี้เนื่องจากต้องดำเนินการตาม พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒

รายงานยังได้นำเสนอข้อเสนอแนะระเบียบปฏิบัติเพื่อประกอบการจัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติโดย ได้เสนอสาระสำคัญ ๒ ด้านใหญ่ๆ คือ สิทธิของประชาชนใน การใช้บริการ และบทบาทของรัฐในการส่งเสริมการแพทย์นอกกระแสหลัก และมี ข้อเสนอให้มีกลไกการขับเคลื่อนโดยจัดตั้ง “สภานโยบายสุขภาพทางเลือก” ภายใต้ “สภานโยบายสุขภาพแห่งชาติ”

ต่อมา นายยงศักดิ์ ตันติปิฎก และคณะ ได้จัดเวทีเพื่อระดมความคิดเห็นจากกลุ่มเป้าหมาย ๓ กลุ่มที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มหมอพื้นบ้าน กลุ่มแพทย์แผนไทย กลุ่มแพทย์ทางเลือก เฉพาะกลุ่มหมอพื้นบ้าน ได้จัดเวทีระดมความคิดเห็น ๓ ครั้ง โดยจัดเวทีเครือข่ายหมอพื้นบ้านภาคอีสาน ภาคเหนือ และในเครือข่ายภูมิปัญญาไท

จากผลการจัดเวทีเครือข่าย คณะผู้ศึกษาได้จัดทำรายงานการศึกษานับสมบูรณในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ และได้ยกร่างข้อเสนอสาระบัญญัติในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ หมอพื้นบ้านและชุมชนท้องถิ่นโดยตรง ได้แก่

“ศักยภาพของระบบสุขภาพและการแพทย์ทุกระบบที่มีอยู่ในสังคมไทย โดยเฉพาะการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย ต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อผสมผสานให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชน”

หลักการที่เสนอนี้ ถือเป็นการเปิดพื้นที่ทางสังคมและกฎหมายของการแพทย์พื้นบ้านให้มีที่ทางอยู่ในระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพราะที่ผ่านมา สถานภาพของการแพทย์พื้นบ้านตกอยู่ภายใต้พันธนาการของกฎหมายควบคุมการประกอบโรคศิลปะมาเป็นเวลาช้านาน จนยากที่จะพัฒนาให้สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้จริงในบริบทของสังคมยุคปัจจุบัน

ยังมีข้อเสนอซึ่งเกี่ยวข้องกับการรับรองสิทธิและอำนาจของชุมชนในการจัดการกับระบบสุขภาพของท้องถิ่นตัวเอง ดังนี้

“รัฐต้องกระจายอำนาจในการดูแลสุขภาพของประชาชนให้แก่ชุมชนท้องถิ่น เพื่อให้สามารถเลือกรับและปรับใช้ระบบสุขภาพและการแพทย์ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับแต่ละท้องถิ่น ชุมชนท้องถิ่นมีสิทธิในการอนุรักษ์หรือฟื้นฟูภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านของท้องถิ่น รวมทั้งสามารถมีส่วนร่วมในการจัดการ พัฒนา และใช้ประโยชน์จากการแพทย์พื้นบ้านและสมุนไพรได้อย่างยั่งยืน”

ข้อเสนอข้างต้น เป็นการเรียกร้องต่อรัฐให้คืนอำนาจและทรัพยากรในการจัดการสุขภาพแก่ท้องถิ่น และถือสิทธิตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๔๖ ที่ว่า “ชุมชนมีสิทธิในการอนุรักษ์ฟื้นฟูและใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาของท้องถิ่นได้อย่างยั่งยืน...” ซึ่งนับได้ว่า ข้อเสนอเรียกร้องดังกล่าวเป็นการทวงอำนาจของชุมชนท้องถิ่นคืนจากรัฐส่วนกลาง เพราะหากเรียกร้องเพียงให้รัฐแก้ไขบทบัญญัติของกฎหมายต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น กฎหมายการประกอบโรคศิลปะ กฎหมายยา กฎหมายสถานพยาบาล และกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเท่านั้น คณะผู้ศึกษามองเห็นว่ายังเป็นการแก้ไขภายใต้กรอบที่รัฐส่วนกลางมีอำนาจอย่างเต็มเปี่ยม และกฎหมายในระดับชาติบางครั้งก็ไม่สามารถตอบสนองต่อความเป็นท้องถิ่นที่หลากหลายได้อย่างสอดคล้อง

ในส่วนข้อเสนอเกี่ยวกับกลไกพัฒนานโยบาย คณะผู้ศึกษาเสนอให้มีคณะกรรมการขึ้นมาชุดหนึ่ง เพื่อทำหน้าที่ในการพัฒนาโดยตรง ดังข้อเสนอที่ว่า

“รัฐต้องกำหนดให้มี “คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพวิถีไทย” อยู่ภายใต้ “สภาการสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งเป็นองค์กรอิสระที่มาจากการมีส่วนร่วมของประชาคมสุขภาพวิถีไทย เพื่อกำหนดนโยบาย ทิศทาง กลไก โครงสร้าง แผนงานและทรัพยากรในการพัฒนาระบบสุขภาพวิถีไทยเข้าสู่ระบบสุขภาพของชาติ”

กลไกตามข้อเสนอนี้ เป็นกลไกที่เน้นความเป็นอิสระจากฝ่ายการเมืองและระบบราชการ โดยมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคม ซึ่งแสดงให้เห็นว่า คณะผู้ศึกษาต้องการเห็นการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านที่ก้าวพ้นจากการพัฒนาแบบเดิมที่อาศัยกลไกของราชการเป็นหลักในการทำงาน เพราะการแพทย์พื้นบ้านเป็นระบบการแพทย์ที่ดำรงอยู่ในภาคประชาชน ซึ่งหากภาคราชการทำหน้าที่เป็นเพียงฝ่ายสนับสนุน โดยให้ชุมชนและภาคประชาชนเป็นหลักในการพัฒนาระบบบริการที่สอดคล้องกับท้องถิ่น น่าจะเป็นแนวทางที่เหมาะสมต่อการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านมากกว่า

จากการพัฒนาองค์ความรู้สู่การเคลื่อนไหวทางสังคม

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) โดย คณะอนุกรรมการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติได้จัดทำ (ร่าง) กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติออกมาเผยแพร่ในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๔๔ เพื่อเป็นสื่อตั้งต้นให้เวทีต่างๆและผู้สนใจพิจารณา ให้ความคิดเห็น เพื่อให้ได้กรอบความคิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของสังคมไทย สำหรับนำไปยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติต่อไป

ขณะเดียวกัน สปรส. ได้ตั้งคณะทำงานชุดหนึ่ง จัดทำโครงการเสริมสร้างเครือข่ายการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก และประชาคมสุขภาพทางเลือกขึ้น เพื่อให้เครือข่ายทั้ง ๔ เครือข่าย เข้าร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และเป็นตัวแทนของประชาคมสุขภาพทางเลือก ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงกรกฎาคม ๒๕๔๔ ซึ่งได้มีการจัดเวทีประชุม ๑๘ เวที เพื่อจัดทำข้อเสนอต่อ (ร่าง) กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยเป็นเวทีหมอบ้านภาคเหนือ และภาคอีสาน ๘ เวทีใน ๗ จังหวัด ได้แก่ เวทีหมอบ้านเชียงใหม่ เชียงราย อุบลราชธานี สุรินทร์ อุตรดิตถ์ ขอนแก่น และมหาสารคาม

ข้อคิดเห็นจากเวทีหมอบ้าน ได้นำเข้าไปสู่การพิจารณาพร้อมๆ กับข้อเสนอจากเวทีแพทย์แผนไทย เวทีแพทย์ทางเลือก และเวทีประชาคมสุขภาพทางเลือก ในการประชุมเพื่อสังเคราะห์ภาพรวมของข้อเสนอจากเครือข่ายการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก และประชาคมสุขภาพทางเลือก ซึ่งข้อเสนอทั้งหมดได้สังเคราะห์รวมกับข้อเสนอสาระบัญญัติจากการสังเคราะห์องค์ความรู้ของคณะผู้ศึกษาได้ข้อเสนอสาระบัญญัติจำนวน ๑๔ ข้อ ซึ่งข้อเสนอดังกล่าวได้นำไปเสนอในการประชุม สภาวัฒนธรรมสุขภาพแห่งชาติ ในวันที่ ๔ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๔

นอกจากนี้ สปรส. ได้ประสานให้เครือข่ายรับผิดชอบในการจัดเวทีวิชาการห้องย่อย เรื่อง “สุขภาพวิถีไท : รากฐานทางวัฒนธรรม” ในวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๔ โดยมีวิทยากร ประกอบด้วย พ่อหมอบ้านจากจังหวัดสกลนคร และ อุบลราชธานี ผู้แทนประชาคมสุขภาพองค์กรรวม และแพทย์ทางเลือกจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เวทีวิชาการในห้องย่อยนี้ ได้นำเสนอให้เห็นความสำคัญของการกลับไปใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่ชุมชนกำลังประสบอยู่ โดยเฉพาะปัญหาหนี้สิน มีการนำเสนอตัวอย่างการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

ด้านสุขภาพมาใช้ประโยชน์ในระดับชุมชนและประชาคม ไม่ว่าจะเป็นอาหาร พืชผัก
พื้นบ้าน สมุนไพร การออกกำลังกาย การนวด และสมาธิภาวนา

มีการนิยามและใช้คำ ระบบสุขภาพวิถีไท โดยมุ่งหวังจะให้คำนี้ครอบคลุม
การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

จากการเคลื่อนไหวทางสังคมสู่การยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

ภายหลังจากงานตลาดนัดสุขภาพ ข้อเสนอจากการประชุมสภาจิตสมัชชาและ
กระแสการตอบรับต่อภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมงานตลาดนัด ได้นำไป
สู่การสังเคราะห์ยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยคณะกรรมการฯ ซึ่ง
ทำให้ “ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ” ได้ปรากฏอยู่ภายใต้หมวด ๖ ภารกิจด้าน
สุขภาพ ส่วนที่ ๔ ประกอบด้วย ๓ มาตรา ได้แก่

มาตรา ๘๑ เป็นบทบัญญัติที่ระบุในเชิงหลักการว่า รัฐต้องส่งเสริมสนับสนุน
การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองและให้มี
ทางเลือกที่หลากหลาย

มาตรา ๘๒ กล่าวถึงแนวทางและมาตรการในการส่งเสริมสนับสนุน ได้แก่
การจัดระบบรับรอง การพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐาน การ
จัดตั้งองค์กรดูแลกันเอง ตลอดจนมาตรการต่างๆ

มาตรา ๘๓ ระบุว่า ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดให้มีกลไกเพื่อทำงาน
พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้าน
สุขภาพเป็นการเฉพาะ

คณะกรรมการฯ ได้มีคำชี้แจงไว้ท้ายมาตรา ๘๓ อ้างรัฐธรรมนูญ
พ.ศ. ๒๕๔๐ มาตรา ๔๖ ซึ่งกล่าวถึง สิทธิของชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิมในการอนุรักษ์
ฟื้นฟูจารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น และระบุว่าเนื่องจากเป็นเรื่องถูกทอดทิ้งมานาน
จึงกำหนดให้มีกลไกขึ้นมาดูแลเป็นการเฉพาะ (คณะกรรมการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพ
แห่งชาติ ๒๕๔๕: ๓๓๗)

ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฉบับดังกล่าว ได้รับการเผยแพร่ไปยังเวทีรับฟังความคิดเห็นในระดับอำเภอ เวทีรับฟังความเห็นเฉพาะประเด็น เวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัดทุกจังหวัด ในช่วงเดือนมีนาคม-กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๔๕ และทำประชาพิจารณ์รอบสุดท้ายในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ วันที่ ๘-๙ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๔๕

ในงานสมัชชาแห่งชาติ ปี ๒๕๔๕ เครือข่ายสุขภาพวิถีไท ซึ่งยังมีเครือข่ายหมอพื้นบ้านเกาะเกี่ยวกันอยู่ ได้รับการประสานงานจาก สปส. ในการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น กลุ่มที่ ๖ ว่าด้วย “ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ” ซึ่งเวทีในครั้งนั้น เน้นที่จะจัดทำข้อเสนอต่อร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ส่วนที่ ๔ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ มาตรา ๘๑, ๘๒ และ ๘๓

ผลจากการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นได้รับการนำเสนอต่อที่ประชุมสมัชชาสุขภาพในวันสุดท้าย ซึ่งเนื้อหาที่นำเสนอส่วนใหญ่เป็นการขยายรายละเอียดของร่างพระราชบัญญัติและตั้งคำถามที่จะต้องคิดในขั้นของการดำเนินงานมากกว่าที่จะเป็นการแก้ไขในหลักการหรือสาระสำคัญ

ภายหลังสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คณะอนุกรรมการยกร่าง พ.ร.บ.ฯ ได้แก้ไขปรับปรุงร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ตามข้อเสนอจากสมัชชา ยังผลให้ส่วนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพมีการปรับปรุงสาระบางประการ แต่ยังคงสาระหลักตามร่างเดิม

ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับปรับปรุงนี้ ได้รับการนำเสนอเข้าสู่ขั้นตอนทางนิติบัญญัติในเวลาต่อมา

จากสมัชชาสุขภาพสู่การขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

ภายหลังงานตลาดนัดสุขภาพ การประสานงานเครือข่ายมุ่งเน้นไปที่เครือข่ายหมอพื้นบ้านเป็นด้านหลัก ส่วนหนึ่งเป็นเพราะที่ผ่านมาการแพทย์พื้นบ้านเป็นส่วนที่ถูกทอดทิ้งละเอียดมากที่สุด สถานภาพของหมอพื้นบ้านซึ่งอยู่ในระดับรากหญ้ามีปัญหาที่เด่นชัดมากกว่ากลุ่มอื่นๆ แต่อีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะเครือข่ายหมอพื้นบ้านที่มีความกระตือรือร้นที่จะเห็นการปฏิรูประบบสุขภาพมุ่งไปสู่ทิศทางที่จะเป็นประโยชน์ต่อชุมชนท้องถิ่นโดยตรงมากที่สุด

“เครือข่ายสุขภาพวิถีไท” จึงเป็นกลไกในการประสานเครือข่ายหมอพื้นบ้านทั้ง ๔ ภูมิภาคที่เข้าร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพ และในวันที่ ๑๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๔ ได้มีการประชุมและกำหนดแนวทางการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านเป็น ๔ ด้าน คือ การพัฒนาองค์ความรู้ การสืบทอดองค์ความรู้ การพัฒนาการใช้ประโยชน์ และ การพัฒนาด้านกฎหมายและความยอมรับทางสังคม เครือข่ายจึงร่วมกันกำหนด ยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้สนับสนุนชุดโครงการในกันยายน พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งถือว่าเป็น จุดเริ่มต้นของการนำข้อเสนอต่างๆ จากเวทีปฏิรูประบบสุขภาพ ลงไปสู่ภาคปฏิบัติการ ในพื้นที่ การขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกำลังจะแปรจากความคิดไปสู่ รูปธรรมในชุมชน เครือข่ายหมอพื้นบ้านกำลังจัดกระบวนการเพื่อสร้างภาพฝันของตนเอง ให้เป็นความจริงที่จับต้องได้

นอกจากนี้ เครือข่ายหมอพื้นบ้านภายใต้ชื่อเครือข่ายสุขภาพวิถีไท ยังเป็นกลไก สำคัญในการร่วมจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๘ เพื่อที่จะ พัฒนาข้อเสนอต่างในการจัดทำร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

ในช่วงรัฐบาล รสช. ผู้อำนวยการ สปรส. ได้เข้าเป็นสมาชิกสมานิติบัญญัติ แห่งชาติ และได้ผลักดันร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จนผ่านการพิจารณาของ สมานิติบัญญัติแห่งชาติ และประกาศเป็นกฎหมายในราชกิจจานุเบกษาได้เมื่อวันที่ ๑๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๐

ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ในหมวด ๕ ธรรมนูญว่าด้วย ระบบสุขภาพแห่งชาติ มาตรา ๔๖ ให้ คสช. จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ แห่งชาติเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และ การดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความ เห็นชอบ ฯลฯ และมาตรา ๔๗ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ต้องสอดคล้อง กับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และอย่างน้อยต้องมีสาระสำคัญเกี่ยวกับ(๗) การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

จากมาตรา ๔๖ และ ๔๗ ดังกล่าว สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้มีกระบวนการการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติโดยกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน รวมทั้งใช้เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นกลไกในการรับฟังและรับร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

กระบวนการยกร่างสาระสำคัญของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๔๗(๗)

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการยกร่างสาระสำคัญตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๔๗(๗) ซึ่งมี นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นประธานอนุกรรมการ

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้มอบหมายให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยสถาบันสุขภาพวิถีไทยดำเนินการทบทวนสถานการณ์เพื่อนำสู่การร่างธรรมนูญตาม มาตรา ๔๗(๗) และคณะอนุกรรมการฯ ได้นำรายงานการทบทวนสถานการณ์ดังกล่าวมายกร่างสาระสำคัญตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๔๗(๗) และมอบหมายให้คณะทำงานนำร่างสาระสำคัญไปจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วนประกอบไปด้วย แพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก ภาคเอกชน นักวิชาการ ภาครัฐ และตัวแทนสมัชชาพื้นที่ ทั้งหมด ๓ ครั้ง ได้แก่

๑. **ภาคอีสาน** วันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๕๑ ณ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น มีผู้เข้าร่วมจำนวน ๖๓ คน
๒. **ภาคเหนือ** วันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๕๑ ณ โรงแรมธารินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ มีผู้เข้าร่วมจำนวน ๖๓ คน
๓. **ภาคกลางและภาคใต้** วันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๑ ณ อาคารที่ทำการสวนกีฬา กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี มีผู้เข้าร่วมจำนวน ๕๒ คน

หลังจากนั้น คณะอนุกรรมการได้นำข้อเสนอจากเวทีมาปรับปรุงจัดทำเป็นร่าง ๒ และนำร่าง ๒ รับฟังความเห็นจากภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมประชุมงานวิชาการประจำปี การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ และได้นำความคิดเห็นและข้อเสนอมาปรับปรุงเป็นร่าง ๓ และนำเสนอต่อ คณะกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้รับความเห็นชอบ และจัดทำเป็นร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้นำเสนอต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑๑-๑๓ ธันวาคม ๒๕๕๑ และที่ประชุมมีมติ รับรองร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติดังกล่าว (รายละเอียดธรรมนูญในส่วน ที่เกี่ยวข้องปรากฏในบทที่ ๒)

นอกจากนี้ ยังได้มีการจัดทำสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ในช่วงการประชุม วิชาการประจำปีการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกแห่ง ชาติ ครั้งที่ ๖ ซึ่งทำให้ได้ข้อเสนอที่ดีที่เสนอต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑๖-๑๘ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๒ (รายละเอียดเกี่ยวกับมติดังกล่าวอยู่ใน บทที่ ๒)

บทที่



การคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพร

สถานการณ์การคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพร ประกอบด้วย ๕ สถานการณ์หลัก คือ (๑) สถานการณ์ด้านกฎหมายในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น (๒) สถานการณ์และความเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย (๓) การดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค ความก้าวหน้าในการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย (๔) ความก้าวหน้าการเจรจาคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นในเวทีระหว่างประเทศ (๕) สถานการณ์การคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยภายใต้พระราชบัญญัติการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๒

๗.๑ สถานการณ์ด้านกฎหมายในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น

แนวคิดด้านกฎหมายในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นอาจจำแนกได้เป็น ๒ แนวทางใหญ่ๆ คือ **แนวทางเชิงตั้งรับ** (Defensive Protection) และ **แนวทางเชิงรุก** (Positive Protection) ทั้งนี้การดำเนินงานเพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นส่วนใหญ่ของประเทศต่างๆ และองค์กรพัฒนาเอกชน อยู่ในแนวทางเชิงรับ เป็นการจัดการแก้ไขปัญหามาจากการฉกฉวยนำภูมิปัญญาท้องถิ่นไปใช้ประโยชน์โดยมิชอบหรือไม่เป็นธรรม (หรือที่เรียกกันว่า **โจรสลัดชีวภาพ**) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำไปจดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาภายใต้ระบบกฎหมายสิทธิบัตร^๑

๗.๑.๑ แนวทางเชิงตั้งรับ (Defensive Protection)

แนวทางนี้มีลักษณะในเชิงการป้องกันปัญหาผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อภูมิปัญญาท้องถิ่นจากการคุ้มครองภายใต้กฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาในรูปแบบต่างๆ ข้อเสนอหรือการดำเนินงานตามแนวทางนี้ ได้แก่

- (๑) การปรับปรุงแก้ไขกฎหมายสิทธิบัตร โดยกำหนดให้แจ้งเปิดเผยแหล่งที่มาของภูมิปัญญาท้องถิ่นและทรัพยากรพันธุกรรมในขั้นตอนการขอรับสิทธิบัตร
- (๒) การจัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นและศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้าน

ระบบทรัพย์สินทางปัญญาที่เป็นอยู่ในปัจจุบันอาจเอื้อให้มีการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบจากภูมิปัญญาท้องถิ่น (และ/หรือทรัพยากรพันธุกรรม) เนื่องจากเปิดโอกาสให้มีการนำเอาภูมิปัญญาท้องถิ่นมาขอรับความคุ้มครองภายใต้กฎหมายทรัพย์สินทางปัญญา แม้ว่าการได้ภูมิปัญญาท้องถิ่นนั้นมาจะเป็นไปโดยมิชอบก็ตาม กลายเป็นปัญหาการละเมิดสิทธิของชุมชนท้องถิ่นดังตัวอย่างที่เกิดขึ้น เช่น การจดสิทธิบัตรกรณีขมิ้นชันและสะเดาของอินเดีย การจดสิทธิบัตรกรณีเปป้าน้อยของไทย เป็นต้น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาปรับปรุงกฎหมายในส่วนกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาโดยเฉพาะในส่วนกฎหมายสิทธิบัตร โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ เพื่อสร้างความเป็นธรรมต่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือทรัพยากรพันธุกรรม และป้องกันปัญหาการละเมิดนำภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือทรัพยากรพันธุกรรมมาจดขอรับความคุ้มครองโดยมิชอบ ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ (Convention on Biological Diversity)

^๑ Dutfield, G. 2004. **Alternative Approaches to Traditional Knowledge Protection**, Chapter 11. in Intellectual Property, Biogenetic Resources. pp.110-124.

แนวทางการปรับปรุงกฎหมายสิทธิบัตรเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ดังกล่าวอาจกระทำโดยให้มีการเปิดเผย แหล่งที่มาของภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือทรัพยากรพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับสิ่งประดิษฐ์ที่มาขอรับความคุ้มครอง นอกจากนี้ อาจกำหนดให้แสดงหลักฐานการทำข้อตกลงแบ่งปันผลประโยชน์ในกรณีที่มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือทรัพยากรพันธุกรรมเป็นส่วนสำคัญในการสร้างสรรค์สิ่งประดิษฐ์นั้น แนวทางข้างต้นนี้ เป็นหลักการที่กลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและประเทศไทยได้แสดงเป็นจุดยืนในการเจรจาทบทวนความตกลงทริปส์ (TRIPS) ภายใต้องค์การการค้าโลก^๒

สำหรับข้อพิจารณาว่าการกำหนดให้เปิดเผย แหล่งที่มาของภูมิปัญญาท้องถิ่นในขั้นตอนการขอรับสิทธิบัตร จะขัดแย้งกับข้อกำหนดในมาตรา ๒๙ ของความตกลงทริปส์ขององค์การการค้าโลกหรือไม่นั้น ความเห็นในเรื่องนี้แยกเป็น ๒ กลุ่ม ทั้งที่เห็นว่าขัดและไม่ขัด ขณะนี้ยังไม่ได้ข้อยุติที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ได้มีการนำมาตรการดังกล่าวไปใช้ดำเนินการอยู่บ้างแล้วในประเทศต่างๆ ตัวอย่างเช่น

- ❖ สหภาพยุโรปได้กำหนดเป็นมาตรการแบบสมัครใจ (Voluntary Measure) อยู่ใน EU Directive on the Legal Protection of Biotechnological Invention. (Recital 27)
- ❖ ประเทศเบลเยียม ได้มีการปรับแก้ไขกฎหมายสิทธิบัตร (Belgian Patent Act 1984) ในปี ค.ศ. ๒๐๐๐ โดยในการยื่นขอสิทธิบัตร ต้องให้มีการแจ้งแหล่งกำเนิดของพืชหรือสัตว์ที่เกี่ยวข้องกับการประดิษฐ์ด้วย
- ❖ ประเทศอินเดีย ในการแก้ไขกฎหมายสิทธิบัตรปี ๒๐๐๒ ได้เพิ่มเหตุผลในการเพิกถอนสิทธิบัตรเพิ่มเติม ๒ ข้อ คือ ไม่มีการแจ้งข้อมูลแหล่งที่มาของทรัพยากรชีวภาพ (biological material) อย่างครบถ้วน และกรณีข้อถือสิทธิในสิทธิบัตรซ้ำซ้อนกับความรู้ของชุมชนท้องถิ่นหรือชุมชนพื้นเมืองที่มีอยู่ในอินเดียหรือที่อื่นๆ
- ❖ ประเทศบราซิล ในมาตรา ๓๑ ของ Brazil's Provisional Measure No.2.186-16 ได้กำหนดให้การขอรับสิทธิบัตรต้องแจ้งระบุแหล่งที่มาของทรัพยากรชีวภาพ หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นแล้วแต่กรณี

^๒ WTO. 2004. Elements of the Obligation to Disclose the Source and Country of Origin of the Biological Resources and/or Traditional Knowledge Used in an Invention, 27 September 2004. WTO Official Document. IP/C/W/429/Rev.1

สำหรับในเรื่องการจัดทำฐานข้อมูล (Database) เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่น และศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้าน จะเป็นประโยชน์ทั้งในด้านการใช้เป็นหลักฐานสำหรับผู้ตรวจสอบสิทธิบัตรที่จะระบุว่า สิ่งที่น่ามาขึ้นจดสิทธิบัตรนั้นไม่ใหม่ (Non-novel) หรือเป็นการตรวจสอบว่าได้มีการฉกฉวยทรัพยากรพันธุกรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้านที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรชีวภาพนั้นๆ ไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาตจากเจ้าของหรือไม่ นอกจากนี้ ยังเป็นเครื่องช่วยในเรื่องการแบ่งปันผลประโยชน์ไปยังชุมชน หรือกลุ่มบุคคลที่เป็นเจ้าของภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้านนั้นด้วย

กรณีตัวอย่างที่ดีของการดำเนินงานตามแนวทางนี้ คือ ประเทศอินเดียซึ่งได้มีการขึ้นทะเบียนความหลากหลายทางชีวภาพของท้องถิ่น (Community Biodiversity Registers-CBRs) เพื่อการบันทึกภูมิปัญญาท้องถิ่น นวัตกรรม และวิธีการใช้สอยเครื่องมือ รวมถึงทรัพยากรต่างๆ ของชุมชน และมีการจัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับภูมิปัญญาการแพทย์และยาแผนเดิมของอินเดีย ทั้งที่เป็นที่รู้จักกันแพร่หลายและยังไม่ใช่ที่รู้จักไว้เป็นชุดๆ โดยเรียกเป็นห้องสมุดดิจิทัลของภูมิปัญญาท้องถิ่น (Traditional Knowledge Digital Library-TKDL)

ในเดือนพฤษภาคม ๒๕๔๘ ทางสำนักงานสิทธิบัตรยุโรป ได้เห็นชอบในหลักการที่จะพยายามหาทางป้องกันการฉกฉวยนำเอาภูมิปัญญาท้องถิ่นของอินเดียโดยเฉพาะในด้านการแพทย์ มาขอรับสิทธิบัตรโดยมิชอบ โดยจะมีข้อตกลงร่วมกันระหว่างทางสำนักงานสิทธิบัตรยุโรปกับรัฐบาลอินเดียในเร็วๆ นี้ เพื่อให้สำนักงานสิทธิบัตรยุโรปสามารถเข้าถึงฐานข้อมูล TKDL ของประเทศอินเดีย ซึ่งเก็บข้อมูลเรื่องยาพื้นบ้านกว่า ๑๓๖,๐๐๐ รายการ และใช้เป็นข้อมูลในการตรวจสอบการขอรับสิทธิบัตรที่เกี่ยวกับพืช^๓

๗.๑.๒ แนวทางเชิงรุก (Positive Protection)

การดำเนินงานตามแนวทางนี้ คือ การพัฒนาจัดทำระบบกฎหมายเฉพาะ (*sui generis system*) ให้มีความเหมาะสมต่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น

เนื่องจากระบบการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาในปัจจุบันมีข้อจำกัดและอุปสรรคไม่อาจใช้เพื่อการรับรองและคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นได้อย่างเหมาะสมและเป็นธรรม และในบางกรณีอาจสร้างผลกระทบในเชิงลบ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาระบบกฎหมายเฉพาะเพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับ

^๓ EU to protect India's traditional knowledge. Times News Network, May 16, 2005.

สภาพและเงื่อนไขของการอนุรักษ์ การใช้ประโยชน์ และการพัฒนาส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยคำนึงถึงบริบทแต่ละประเทศและสภาพปัญหาในระดับสากล

แนวคิดในการพัฒนากฎหมายเฉพาะนี้อาจมีหลายแนวทาง คือ การใช้ระบบทรัพย์สิน (Property Regimes) หรือระบบความรับผิดชอบ (Liability Regimes) หรือการผสมผสานทั้งสองระบบ

หากเป็นระบบทรัพย์สิน จะอยู่บนหลักการให้ “สิทธิเด็ดขาด” (Exclusive Right) แก่ผู้เป็นเจ้าของ เป็นสิทธิในการเข้าถึงภูมิปัญญา สิทธิปฏิเสธการเข้าถึง สิทธิในการกำหนดเงื่อนไขต่างๆ ในการเข้าถึง การแบ่งปันผลประโยชน์ สำหรับระบบความรับผิดชอบนั้นจะอยู่บนพื้นฐานหลักการของความรับผิดชอบในการเข้าถึงภูมิปัญญาอาจเป็นไปโดยมิได้รับอนุญาตจากผู้เป็นเจ้าของ แต่ต้องมีกลไกให้เกิดความรับผิดชอบในภายหลัง (Ex-post Compensation) ทั้งนี้เนื่องจากในสภาพความเป็นจริง ภูมิปัญญาท้องถิ่นจำนวนมากมีการเผยแพร่อย่างกว้างขวาง อยู่ในสภาพที่เป็น “สมบัติสาธารณะ” (Public Domain) ไม่สามารถระบุผู้เป็นเจ้าของภูมิปัญญาที่แท้จริงได้ ระบบความรับผิดชอบจึงเป็นแนวทางที่ช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าว

รูปธรรมของการดำเนินงานปกป้องภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบเชิงรุก เช่น ประเทศเปรูได้ผ่านกฎหมายในปี ๒๕๔๕ เพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญาของชนพื้นเมืองโดยมีชื่อว่า “Regime of the Protection of the Collective Knowledge of Indigenous People” เป็นกฎหมายที่จัดทำโดยหน่วยงานของรัฐบาลเปรูที่ชื่อ INDECOPI (National Institute for the Defense of Compensation and Intellectual Property) โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม กฎหมายดังกล่าวให้การคุ้มครอง “ภูมิปัญญาร่วม” (Collective Knowledge) ของชนพื้นเมืองที่มีความเกี่ยวข้องกับทรัพยากรชีวภาพ การเข้าถึงภูมิปัญญาดังกล่าวเพื่อการศึกษาวิจัยเชิงพาณิชย์หรืออุตสาหกรรม ต้องได้รับความยินยอมล่วงหน้า (Prior Informed Consent) จากผู้เป็นเจ้าของภูมิปัญญาก่อน โดยมีการทำสัญญาแบ่งปันผลประโยชน์จากผลกำไรที่เกิดขึ้นในอนาคตไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕ ของมูลค่าการขาย (ก่อนหักภาษี) นำเงินเข้ากองทุนพัฒนาชนพื้นเมือง กฎหมายนี้มีข้อยกเว้นการขออนุญาตเข้าถึงและการแบ่งปันผลประโยชน์สำหรับการเข้าถึงและใช้ภูมิปัญญาระหว่างชนพื้นเมืองด้วยกัน หรือการใช้เพื่อตลาดภายในประเทศที่ไม่ใช่เป็นระดับอุตสาหกรรม^๔ นอกเหนือ

^๔ Aguirre, Begona. 2003. **The Peruvian Law on Protection of the Collective Knowledge of Indigenous Peoples Related to Biological Resources**, Chapter 30. in Bellmann, Dutfield and Melendez-Ortiz (eds.), *Trading in Knowledge: Development Perspectives on TRIPs, Trade and Sustainability*. pp.285-292.

จากกรณีประเทศเปรูแล้ว ยังมีกรณีตัวอย่างการดำเนินงานตามแนวทางเชิงรุกอีก บางประเทศ เช่น ประเทศอินเดีย เป็นต้น (โปรดดูรายละเอียดในหัวข้อที่ ๓.๒.๔)

หากพิจารณาจากกรอบแนวคิดด้านกฎหมายในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น ตามที่ Dutfield (๒๐๐๔) เสนอไว้ ประเทศไทยได้มีการดำเนินงานด้านการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นทั้งในแบบเชิงรับและเชิงรุก

ในแนวทางเชิงตั้งรับ จากปัญหากรณีโจรสลัดชีวิตภาพหลายครั้งที่เกิดขึ้นกับ ประเทศไทย เช่น กรณีปล้นนอญ กรณีกวาดเครือ กรณีข้าวหอมมะลิ ฯลฯ ทำให้เกิดความตื่นตัวของภาคประชาสังคมต่อการป้องกันแก้ไขปัญหาดังกล่าว ได้มีข้อเสนอจาก องค์การภาคประชาชนเพื่อผลักดันการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายสิทธิบัตร ให้มีเงื่อนไขการเปิดเผยแหล่งที่มาของทรัพยากรพันธุกรรมหรือภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ใช้ในการประดิษฐ์ สำหรับ ในด้านการจัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่น/ความหลากหลายทางชีวภาพ ได้เริ่มมีการดำเนินงานตามกฎหมายคุ้มครองพันธุ์พืชและกฎหมายภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และมีการจัดเก็บข้อมูลกระจายอยู่ตามหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและ องค์การภาคประชาชน ยังขาดการจัดทำเป็นเครือข่ายฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ

ในการคุ้มครองตามแนวทางเชิงรุก หน่วยงานภาครัฐและองค์การภาคประชาสังคม ได้ร่วมกันผลักดันกฎหมายเฉพาะ (*sui generis*) ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการอนุรักษ์ ปรับปรุงพันธุ์พืช และด้านภูมิปัญญาการแพทย์ดั้งเดิม จนประสบความสำเร็จ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๒ มีการประกาศใช้บังคับพระราชบัญญัติคุ้มครองพันธุ์พืช และพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย นอกจากนี้ ยังมีความพยายามมาเป็นระยะที่จะผลักดันให้มีกฎหมายเฉพาะด้านการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นให้ครบถ้วน นอกเหนือจากภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านพันธุ์พืชและด้านการแพทย์ดั้งเดิม

๓.๒ การทบทวนสถานการณ์และความเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย^๕

สาระสำคัญของกฎหมายของไทยที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยเน้นภูมิปัญญาด้านการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย จุดแข็ง จุดอ่อนและ ข้อจำกัดของกฎหมายที่มีอยู่ รวมถึงความตกลงระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น มีดังนี้

^๕ เนื้อหาส่วนใหญ่ในหัวข้อนี้เป็นการสรุปและปรับปรุงเพิ่มเติมจาก บัณฑิต เศรษฐศิริโรตม์ และ เจษฎา โทณะวณิก. ๒๕๔๘. การศึกษาเรื่องบทบาท/ทำที่ของไทยต่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น. รายงานฉบับสมบูรณ์เสนอต่อ กรมเศรษฐกิจระหว่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศ.

๗.๒.๑ กฎหมายภายในประเทศ

๗.๒.๑.๑ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐

การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นในกฎหมายรัฐธรรมนูญของประเทศไทย มีปรากฏเป็นครั้งแรกในรัฐธรรมนูญฉบับปี ๒๕๕๐ โดยระบุไว้ในมาตรา ๔๖ ว่า

“บุคคลซึ่งรวมกันเป็นชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิมย่อมมีสิทธิอนุรักษ์หรือฟื้นฟูจารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น ศิลปะหรือวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่นและของชาติ และมีส่วนร่วมในการจัดการ การบำรุงรักษา และการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุลและยั่งยืน ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ”

อย่างไรก็ตาม องค์การภาคีรัฐส่วนใหญ่ยังคงยึดถือกฎหมายต่างๆ ที่มีอยู่ก่อนที่รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันจะมีผลบังคับใช้ ซึ่งไม่ได้ให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิของชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิมตามที่รัฐธรรมนูญบัญญัติไว้ รวมถึงการอ้างถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการยอมรับสิทธิชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิมก่อนจึงจะสามารถปฏิบัติตามมาตรา ๔๖ ได้ ทำให้การดำเนินงานคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นในทางปฏิบัติยังมีปัญหาอยู่ค่อนข้างมาก นอกจากนี้ ยังมีปัญหาในแง่การตีความ นิยามของ “ชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิม” ว่ามีคุณลักษณะของชุมชนอย่างไร

ในการร่างรัฐธรรมนูญฉบับปี ๒๕๕๐ สภาร่างรัฐธรรมนูญได้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในการบังคับใช้รัฐธรรมนูญปี ๒๕๕๐ เกี่ยวกับเรื่อง “สิทธิชุมชนดั้งเดิม” ดังนั้นจึงได้ขยายการรับรองสิทธิของ “ชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิม” เป็น “ชุมชน ชุมชนท้องถิ่นหรือชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิม” เพื่อแก้ไขปัญหาข้อถกเถียงเกี่ยวกับความหมายหรือคำนิยามของชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิม นอกจากนี้ ยังได้ตัดถ้อยคำ “**ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ**” ออกไป เพื่อให้สามารถใช้สิทธิได้ทันที

การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นตามมาตรา ๖๖ ในรัฐธรรมนูญฉบับปี ๒๕๕๐ มีดังนี้

“บุคคลซึ่งรวมกันเป็นชุมชน ชุมชนท้องถิ่น หรือชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิม ย่อมมีสิทธิอนุรักษ์หรือฟื้นฟูจารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น ศิลปวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่นและของชาติ และมีส่วนร่วมในการจัดการ การบำรุงรักษา และการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม รวมทั้งความหลากหลายทางชีวภาพอย่างสมดุลและยั่งยืน”

^๖ คณะกรรมาธิการวิสามัญยกร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐. เจตนารมณ์รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐. หน้า ๖๑.

๗.๒.๑.๒ กลุ่มกฎหมายด้านการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น

กฎหมายของไทยที่มีเนื้อหาสาระเชื่อมโยงต่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นค่อนข้างมาก มี ๓ ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ พระราชบัญญัติคุ้มครองพันธุ์พืช พ.ศ. ๒๕๔๒ และพระราชบัญญัติโบราณสถาน โบราณวัตถุ ศิลปวัตถุ และพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๐๔ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๕

(๑) พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

พ.ศ. ๒๕๔๒

ขอบเขตของกฎหมายนี้จะให้การคุ้มครองทั้งในส่วนที่เป็นภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย ได้แก่ สูตรตำรายา และตำราการแพทย์แผนไทย และในส่วนที่เป็นสมุนไพร ซึ่งมีการคุ้มครองทั้งในส่วนที่เป็นสมุนไพรโดยตรง และพื้นที่ที่เป็นแหล่งกำเนิดสมุนไพร

ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามกฎหมายนี้ ได้มีการจำแนกออกเป็น ๓ ประเภท คือ (๑) ตำรายาแผนไทยหรือตำราการแพทย์แผนไทยของชาติ (๒) ตำรายาแผนไทยทั่วไปหรือตำราการแพทย์แผนไทยทั่วไป และ (๓) ตำรายาแผนไทยส่วนบุคคลหรือตำราการแพทย์แผนไทยส่วนบุคคล การกำกับดูแลคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยแต่ละประเภทมีหลักเกณฑ์ที่แตกต่างไป การนำเอาตำรายาแผนไทยของชาติไปใช้ประโยชน์ในทางการค้าต้องขออนุญาต มีการตกลงแบ่งปันผลประโยชน์ และมีเงื่อนไขจำกัดสิทธิ วิธีการและเงื่อนไขจะเป็นไปตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง

ในส่วนการคุ้มครองสมุนไพร ได้จำแนกสมุนไพรออกเป็น ๓ กลุ่ม คือ สมุนไพรที่มีค่าต่อการศึกษาวิจัย สมุนไพรที่มีความสำคัญทางเศรษฐกิจ และสมุนไพรที่ใกล้จะสูญพันธุ์ โดยมีการควบคุมและใช้ประโยชน์ที่แตกต่างกันไปในแต่ละประเภท ทั้งนี้สมุนไพรไม่ได้มีความหมายเฉพาะพืชเท่านั้น แต่มีความหมายรวมถึง สัตว์ จุลชีพ ธาตุ วัตถุ สารสกัดดั้งเดิมจากพืชหรือสัตว์ด้วย

การควบคุมการเข้าถึงสมุนไพรตามกฎหมายนี้มี ๒ วิธี คือ (๑) ด้วยการประกาศเป็น “สมุนไพรควบคุม” สำหรับสมุนไพรที่มีค่าต่อการศึกษา มีความสำคัญทางเศรษฐกิจ หรืออาจสูญพันธุ์ (มาตรา ๔๔) และ (๒) ด้วยการประกาศเป็น “เขตพื้นที่คุ้มครองสมุนไพร” ในกรณีที่พื้นที่นั้นเป็นถิ่นกำเนิดของสมุนไพรหรือมีความหลากหลายทางชีวภาพที่อาจถูกทำลายหรืออาจได้รับผลกระทบกระเทือนจากการกระทำของมนุษย์ หรือการเข้าไปใช้ประโยชน์จากสมุนไพรอันมีลักษณะเป็นการเสี่ยงต่อการสูญพันธุ์หรือการ

ลดลงของพันธุกรรม หรือทางราชการมีวัตถุประสงค์จะส่งเสริมให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการจัดการบริหาร การพัฒนา และการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรในพื้นที่นั้น โดยที่พื้นที่นั้นยังไม่ได้ถูกประกาศกำหนดเป็นเขตอนุรักษ์ (มาตรา ๖๑) เมื่อได้ประกาศเป็นเขตพื้นที่คุ้มครองสมุนไพรแล้ว จะมีการออกกฎกระทรวงเพื่อกำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อการคุ้มครอง เช่น การเข้าถึง การใช้ประโยชน์ วิธีการจัดการ ฯลฯ

(๒) พระราชบัญญัติคุ้มครองพันธุ์พืช พ.ศ. ๒๕๔๒

ตามกฎหมายนี้ได้จำแนกพันธุ์พืชออกเป็น ๔ ประเภท คือ พันธุ์พืชป่า พันธุ์พืชพื้นเมืองทั่วไป พันธุ์พืชพื้นเมืองเฉพาะถิ่น และพันธุ์พืชใหม่ การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากพันธุ์พืช แต่ละประเภทจะต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดไว้ตามกฎหมาย

เงื่อนไขการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์พันธุ์พืชพื้นเมืองทั่วไปและพันธุ์พืชป่า คือ การเก็บ จัดหา หรือรวบรวมพันธุ์พืชหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของพืช เพื่อการปรับปรุงพันธุ์ ศึกษาทดลอง หรือวิจัยเพื่อประโยชน์ในทางการค้า จะต้องได้รับอนุญาตจากพนักงานเจ้าหน้าที่ และทำข้อตกลงแบ่งปันผลประโยชน์ โดยให้นำเงินรายได้ตามข้อตกลงแบ่งปันผลประโยชน์ส่งเข้ากองทุนคุ้มครองพันธุ์พืช (มาตรา ๕๒) หรือถ้าเป็นการเข้าถึงที่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์ในทางการค้า จะต้องปฏิบัติตามระเบียบที่คณะกรรมการคุ้มครองพันธุ์พืชกำหนดขึ้น (มาตรา ๕๓)

กฎหมายคุ้มครองพันธุ์พืช ให้การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการเกษตรของชุมชนโดยให้การคุ้มครอง “พันธุ์พืชพื้นเมืองเฉพาะถิ่น”^๗, การคุ้มครองสิทธิเกษตรกร ประเพณี การปฏิบัติ เช่น การแลกเปลี่ยนพันธุ์พืชระหว่างเกษตรกร/ระหว่างชุมชน การเก็บพันธุ์พืชที่ตนเองผลิตไว้ใช้ในฤดูถัดไป (มาตรา ๓๓) รวมถึง การพัฒนาและส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยการจัดตั้งกองทุนคุ้มครองพันธุ์พืชขึ้นมา โดยนำเงินจากกองทุนไปช่วยเหลือหรืออุดหนุน กิจกรรมใดๆ ของชุมชน เพื่อการอนุรักษ์ การวิจัยและพัฒนาพันธุ์พืช (มาตรา ๕๕)

^๗ พันธุ์พืชพื้นเมืองเฉพาะถิ่น หมายถึง พันธุ์พืชที่มีอยู่ในท้องถิ่นใดท้องถิ่นหนึ่งภายในราชอาณาจักรเท่านั้น (มาตรา ๔๓)

(๓) พ.ร.บ. โบราณสถาน โบราณวัตถุ ศิลปวัตถุ และพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๐๔ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๕

กฎหมายฉบับนี้ ให้การคุ้มครองโบราณสถาน โบราณวัตถุ และศิลปวัตถุของรัฐและเอกชน มาตรการในการควบคุม คือ การควบคุมการทำสิ่งเทียมโบราณวัตถุ และสิ่งเทียมศิลปวัตถุ (มาตรา ๑๘ ทวิ) โดยโบราณวัตถุ/ศิลปวัตถุที่ประกาศควบคุมการทำเทียมจะต้องเป็นโบราณวัตถุ/ศิลปวัตถุที่อยู่ในความครอบครองของกรมศิลปากร หรือกรมศิลปากรได้ประกาศขึ้นทะเบียนและมีประโยชน์/คุณค่าทางศิลปะ ประวัติศาสตร์ หรือโบราณคดีเป็นพิเศษ

ตามข้อกำหนดในกฎหมาย ผู้ประสงค์จะผลิต ค้า หรือมีไว้ในสถานที่ทำการค้าซึ่งสิ่งเทียมโบราณวัตถุ/สิ่งเทียมศิลปวัตถุที่ควบคุมการทำเทียม จะแจ้งการผลิต และปฏิบัติตามประกาศกรมศิลปากร เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการผลิต การค้า หรือมีไว้ในสถานที่ทำการค้าซึ่งสิ่งเทียมโบราณวัตถุ หรือสิ่งเทียมศิลปวัตถุที่ควบคุมการทำเทียม

๗.๒.๑.๓ กลุ่มกฎหมายด้านยาและสาธารณสุข

มีกฎหมาย ๒ ฉบับที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น ได้แก่ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ และพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ แต่กฎหมายทั้งสองฉบับนี้มุ่งควบคุมการประกอบวิชาชีพ หรือการผลิต ขาย นำหรือส่งเข้ามาซึ่งยาแผนโบราณ ดังนั้นจึงไม่สามารถที่จะให้ความคุ้มครองแก่ภูมิปัญญาการแพทย์ของไทยได้ตามเจตจำนงที่ต้องการให้มีการปกป้อง อนุรักษ์ หรือรักษาไว้ซึ่งภูมิปัญญาท้องถิ่นของไทยที่เกี่ยวกับการแพทย์ การพยาบาล การเภสัชกรรม ฯลฯ

๗.๒.๑.๔ กลุ่มกฎหมายด้านทรัพย์สินทางปัญญา

ในกลุ่มกฎหมายด้านทรัพย์สินทางปัญญาของไทย มีกฎหมายที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย ๔ ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. ๒๕๒๒ แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๔๒, พระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. ๒๕๓๗, พระราชบัญญัติความลับทางการค้า พ.ศ. ๒๕๔๕ และพระราชบัญญัติคุ้มครองสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๔๖

กฎหมายทั้ง ๔ ฉบับดังกล่าว มีโอกาสที่จะนำมาใช้คุ้มครองปกป้องภูมิปัญญาไทยได้ในหลายกรณี แต่มีเงื่อนไขและอุปสรรคสำคัญหลายประการ ปัญหาและข้อจำกัดของการคุ้มครองภูมิปัญญาไทยภายใต้กฎหมายทรัพย์สินทางปัญญา สรุปได้ดังนี้^๔

- ก. ปรัชญาของกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญา คือ การคุ้มครองผลิตผลทางความคิดของมนุษย์ที่เป็นสิ่งใหม่ สิ่งที่ปรากฏต่อสาธารณชนอยู่แล้วหรือเป็นการค้นพบซึ่งเป็นคุณลักษณะสำคัญของภูมิปัญญาไทย จึงไม่อาจได้รับการคุ้มครอง
- ข. กฎหมายทรัพย์สินทางปัญญารูปแบบต่างๆ มุ่งให้สิทธิแก่ปัจเจกบุคคล ซึ่งแตกต่างจากแนวคิดการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย ซึ่งเป็นสิทธิหรือสมบัติร่วมของชุมชน
- ค. กฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาให้สิทธิเด็ดขาดแก่ผู้ทรงสิทธิในระยะเวลาช่วงหนึ่ง เมื่อหมดอายุคุ้มครองก็จะกลายเป็นสมบัติสาธารณะ หลักการนี้ขัดกับวัตถุประสงค์ของการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย ซึ่งไม่ได้มุ่งหมายเรื่องสิ่งตอบแทนหรือรางวัล แต่เน้นให้มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างเคารพ รับรู้ถึงสิทธิของชุมชน โดยไม่จำกัดระยะเวลา
- ง. กฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน อาจเป็นเครื่องมือช่วยส่งเสริมการฉกฉวยเอาภูมิปัญญาไทย (รวมทั้งของประเทศกำลังพัฒนา) ไปใช้ประโยชน์โดยมิชอบ และไม่เป็นธรรม

โดยสรุป กฎหมายของไทยในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาไทยด้านการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย มีกฎหมายเฉพาะ (*sui generis system*) ที่เกี่ยวข้องอยู่ ๒ ฉบับ คือ พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ๒๕๔๒ และพระราชบัญญัติคุ้มครองพันธุ์พืช ๒๕๔๒ กฎหมายดังกล่าวให้ความคุ้มครองต่อภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน สิทธิเกษตรกร สิทธิชุมชน และภูมิปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์จากพันธุ์พืช จนถึงในขณะนี้ยังไม่เป็นที่ชัดเจนว่า ประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมายทั้งสองฉบับจะมีมากน้อยเพียงใด เนื่องจากยังไม่ได้มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเต็มที่ ส่วนกฎหมายด้านการแพทย์

^๔ จักรกฤษณ์ ครอบพจน์. ๒๕๔๔. **สิทธิบัตร: แนวความคิดและบทวิเคราะห์**. สำนักพิมพ์นิติธรรม. และ นันทน อินทนนท์. ๒๕๔๖. **ความตกลงระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทรัพย์สินทางปัญญาและผลกระทบต่อภูมิปัญญาท้องถิ่น**. ใน จักรกฤษณ์ ครอบพจน์ และบัณฑิต เศรษฐศิริโรตม์, (บก.) **สู่การปฏิรูปฐานทรัพยากร**. โครงการยุทธศาสตร์นโยบายฐานทรัพยากร คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ

ที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติยา ๒๕๑๐ และพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ มีเนื้อหาบางส่วนที่เป็นข้อจำกัดต่อการพัฒนาและส่งเสริมภูมิปัญญาไทย

๗.๒.๒ ความตกลงระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย

ในปัจจุบันมีความตกลงระหว่างประเทศหลายฉบับที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นและภูมิปัญญาไทยด้านการแพทย์ สาระโดยสังเขปของความตกลงระหว่างประเทศบางฉบับที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาไทยด้านการแพทย์ มีดังนี้

๗.๒.๒.๑ อนุสัญญาเบอร์น์ว่าด้วยการคุ้มครองงานวรรณกรรมและศิลปกรรม (Berne Convention for the Protection of Literary and Artistic Works)

การคุ้มครองภายใต้อนุสัญญาเบอร์น์นั้นมีขอบเขตในเรื่องงานวรรณกรรม และศิลปกรรมในลักษณะที่ค่อนข้างกว้าง โดยรวมถึงการสร้างสรรคงานวรรณกรรม งานทางวิทยาศาสตร์ และงานศิลปกรรมทุกรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นได้แสดงออกอย่างไร เช่น หนังสือ เอกสาร สิ่งตีพิมพ์ หรือการเขียนอื่นๆ เช่น สมุดจดบันทึก ปาฐกถา คำเทศนา และงานที่มีธรรมชาติคล้ายคลึงกัน นอกจากนี้ยังหมายรวมถึงงานการละคร ละครเพลง การเต้นรำตามจังหวะ และละครใบ้ งานดนตรีกรรม งานสถาปัตยกรรม ประติมากรรม ภาพพิมพ์ ฯลฯ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการคุ้มครองนั้นกำหนดไว้ในลักษณะที่กว้างมาก

สิ่งที่ควรจะใช้อนุสัญญาเบอร์น์ในการคุ้มครองคือ งานที่มีพื้นฐานมาจากภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การนำต้นแบบจากที่คนโบราณได้สร้างสรรค์ไว้ มาทำเป็นงานรูปแบบใหม่ที่ยังคงคุณค่าของงานดั้งเดิมไว้ อย่างการสร้างสถาปัตยกรรมที่มีความคล้ายคลึงกับโบราณสถาน หรือการเขียนตำรับตำรายาที่อาศัยองค์ความรู้ หรือภูมิปัญญาดั้งเดิมมาเป็นพื้นฐาน เป็นต้น

๗.๒.๒.๒ อนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ

เนื้อหาของอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับเรื่องภูมิปัญญาไทยอยู่ใน ข้อ ๔ (j) โดยกำหนดเป็นหลักการให้ประเทศภาคีสมาชิก “เคารพ ปกป้อง และรักษาไว้ซึ่งความรู้ นวัตกรรม และประเพณีปฏิบัติของชุมชนพื้นเมืองและท้องถิ่น ซึ่งประกอบกันเป็นวิถีชีวิตดั้งเดิม ที่มีความเกี่ยวข้องกับการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืนซึ่งความหลากหลายทางชีวภาพ และส่งเสริมให้มีการนำความรู้

นวัตกรรมและประเพณีปฏิบัติเหล่านั้นไปใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น โดยต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้ถือครองความรู้เหล่านั้น และจะต้องส่งเสริมให้มีการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ประโยชน์ของความรู้ นวัตกรรม และประเพณีปฏิบัตินั้นอย่างเป็นธรรม”

ภูมิปัญญาไทยด้านการแพทย์และสุขภาพนับเป็นความรู้ นวัตกรรมและประเพณีปฏิบัติของชุมชนในแนวทางที่สอดคล้องกับหลักการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์จากความหลากหลายทางชีวภาพอย่างยั่งยืน ดังนั้นภูมิปัญญาไทยจึงอยู่ในขอบข่ายที่จะได้รับการคุ้มครองตามหลักการที่กำหนดไว้ในอนุสัญญาฉบับนี้

เนื่องจากข้อบัญญัติในมาตรา ๘ (j) ของอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ เป็นเพียงหลักการกว้างๆ ที่ให้ประเทศภาคีสมาชิกนำไปปฏิบัติ ภาคีสมาชิกของอนุสัญญา ว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพจึงได้พยายามที่จะผลักดันการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดผลอย่างจริงจังมากยิ่งขึ้น ในการประชุมภาคีสมาชิกครั้งที่ ๔ ในปี ๒๕๔๑ ได้มีมติที่ IV/9 ให้จัดตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจว่าด้วยข้อ ๘ (j) และข้อบัญญัติที่เกี่ยวข้อง คณะทำงานได้มีการประชุมไปแล้ว ๕ ครั้ง ผลสำเร็จของการดำเนินงานที่สำคัญคือ การพัฒนาแนวทางการประเมินผลกระทบทางสังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมจากการพัฒนาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ที่ชุมชนพื้นเมืองหรือชุมชนท้องถิ่นได้ใช้ประโยชน์หรือครอบครองอยู่ นอกจากนี้ คณะทำงานฯ ได้มีข้อเสนอให้พัฒนาระบบกฎหมายเฉพาะ (*sui generis system*) เพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นในระดับประเทศ ในขั้นต่อไปคณะทำงานจะได้มีการพิจารณาเกี่ยวกับเนื้อหาสำคัญของระบบกฎหมายเฉพาะนี้

๗.๒.๒.๓ สนธิสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยทรัพยากรพันธุกรรมพืชเพื่ออาหารและการเกษตร

สนธิสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยทรัพยากรพันธุกรรมพืชเพื่ออาหารและการเกษตร (International Treaty on Plant Genetic Resources for Food and Agriculture) เป็นกฎหมายระหว่างประเทศที่ได้รับการรับรองจัดทำขึ้นเมื่อวันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๔๔ อยู่ภายใต้การบริหารจัดการขององค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๔๗ สำหรับประเทศไทยได้ลงนามรับรองสนธิสัญญาไปแล้วแต่ยังไม่ได้ให้สัตยาบันเข้าร่วมเป็นภาคีสมาชิก อยู่ในระหว่างกระบวนการพิจารณา

เนื้อหาของสนธิสัญญาที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นอยู่ในส่วนของการคุ้มครอง **“สิทธิเกษตรกร”** ซึ่งในสนธิสัญญานี้ได้ให้การรับรองสิทธิเกษตรกรได้อย่างชัดเจนในข้อ ๙ ของสนธิสัญญาฯ โดยเน้นย้ำถึงความสำคัญและบทบาทของชุมชนพื้นเมือง ชุมชนท้องถิ่นและเกษตรกร ในการอนุรักษ์และพัฒนาทรัพยากรพันธุกรรมพืช และได้บัญญัติให้ประเทศสมาชิกควรดำเนินมาตรการตามที่เหมาะสม และขึ้นอยู่กับกฎหมายของแต่ละประเทศที่จะทำการคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิเกษตรกรในด้านต่างๆ ได้แก่ การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับทรัพยากรพันธุกรรมพืช สิทธิในการร่วมแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ทรัพยากรพันธุกรรมพืช สิทธิในการร่วมตัดสินใจเรื่องการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์ทรัพยากรพันธุกรรมพืชอย่างยั่งยืนในระดับชาตินอกจากนี้ยังระบุด้วยว่า จะไม่มีการตีความของบทบัญญัตินี้ในลักษณะที่จะไปจำกัดสิทธิของเกษตรกรที่มีอยู่ในการเก็บ ใช้ประโยชน์ แลกเปลี่ยน และขายเมล็ดพันธุ์หรือส่วนขยายพันธุ์ที่ได้จากการทำการเกษตร แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกฎหมายของประเทศสมาชิกและตามความเหมาะสม

การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นภายใต้สนธิสัญญาฯ ฉบับนี้ มีขอบเขตของความคุ้มครองที่แคบกว่าบทบัญญัติตามข้อ ๘ (j) ของอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ เนื่องจากจำกัดอยู่ในขอบเขตการคุ้มครองทรัพยากรพันธุกรรมพืชสำหรับอาหารและการเกษตรเท่านั้น ส่วนความรู้เกี่ยวกับการใช้พันธุกรรมพืชในการบำบัดโรคหรือในทางอุตสาหกรรมไม่อยู่ในกรอบสนธิสัญญาว่าด้วยทรัพยากรพันธุกรรมพืชฯ (Correa, 2001) อย่างไรก็ตามเนื่องจากลักษณะของการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรในชุมชนท้องถิ่นของประเทศเขตร้อนนั้น มีรูปแบบและวิธีการใช้ที่ผสมผสานกันไปในเรื่องอาหารและสุขภาพ นอกจากนี้เกษตรกรและหมอยาพื้นบ้านก็อาจเป็นคนคนเดียวกันได้ ดังนั้นการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นของเกษตรกรที่เกี่ยวกับทรัพยากรพันธุกรรมพืชตามสนธิสัญญาฉบับนี้จึงมีส่วนสนับสนุนการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์ และด้านอื่นๆ ด้วย

๗.๒.๒.๔ ความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า

ความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า (Agreement on Trade-Related Aspect of Intellectual Property Rights: TRIPs) หรือความตกลงทริปส์ เป็นความตกลงฉบับหนึ่งจากผลการเจรจาการค้าเสรีรอบอุรุกวัยที่สิ้นสุดลงในปี ๒๕๓๔ วัตถุประสงค์สำคัญของความตกลงทริปส์ คือ เพื่อส่งเสริมให้มีการคุ้มครองสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ และต้องไม่ให้

มาตรการในการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาเป็นอุปสรรคต่อการค้าเสรีระหว่างประเทศ กำหนดเงื่อนไขให้ประเทศสมาชิกต้องให้ความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาในรูปแบบต่างๆ โดยได้กำหนดบรรทัดฐานเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ในการคุ้มครอง สิ่งที่ได้รับ ความคุ้มครอง ขอบเขตของสิทธิ การบังคับใช้สิทธิ รวมถึงกลไกการระงับข้อพิพาท ประเทศสมาชิก องค์การการค้าโลกต้องยึดถือปฏิบัติตามมาตรฐานขั้นต่ำของความตกลงฉบับนี้ อย่างไรก็ตาม ประเทศสมาชิกสามารถบัญญัติกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาให้มีระดับการคุ้มครองที่สูงกว่าความตกลงทริปส์ได้ ตราบเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งต่อหลักการที่บัญญัติไว้ใน ความตกลงฉบับนี้ (TRIPs ข้อ ๑.๑)

เนื้อหาของความตกลงที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย คือ เงื่อนไขที่บัญญัติไว้ในข้อ ๒๗ เรื่องสิ่งที่ได้รับสิทธิบัตร ตามบทบัญญัติดังกล่าว ประเทศสมาชิก จะต้องให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรแก่การประดิษฐ์ในทุกสาขาเทคโนโลยี โดยมีข้อยกเว้นใน ข้อ ๒๗.๓ (b) ว่า ประเทศสมาชิกอาจไม่คุ้มครองพืชและสัตว์ภายใต้ระบบสิทธิบัตร แต่ ต้องให้การคุ้มครองแก่ “พันธุ์พืช” โดยอาจใช้กฎหมายสิทธิบัตร หรือระบบกฎหมาย เฉพาะที่มีประสิทธิภาพ หรือโดยวิธีการคุ้มครองทั้งสองระบบร่วมกัน

การใช้พันธุ์พืชสมุนไพรเป็นส่วนสำคัญในภูมิปัญญาไทย การที่ความตกลงทริปส์ ให้ประเทศสมาชิกเลือกใช้ระบบกฎหมายเฉพาะ (*sui generis system*) มาคุ้มครอง พันธุ์พืชได้ ประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ซึ่งพึ่งพาภาคเกษตรกรรมจึงสามารถบัญญัติ กฎหมายคุ้มครองพันธุ์พืชที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจสังคม และขีด ความสามารถทางด้านเทคโนโลยีของประเทศ มีการปรับเงื่อนไขและสิทธิการคุ้มครองให้ เหมาะสม ไม่เข้มงวดจนกลายเป็นปัญหากระทบต่อเกษตรกร รวมถึงให้การคุ้มครองสิทธิ เกษตรกรและภูมิปัญญาไทยได้ โดยไม่ขัดกับหลักการของความตกลงทริปส์

Leskien and Flitner (๑๙๙๗)^๙ ได้ให้ความเห็นว่า ประเทศสมาชิกสามารถ บัญญัติกฎหมายเฉพาะเพื่อการคุ้มครองพันธุ์พืชได้ แต่กฎหมายเฉพาะนั้นจะต้องเป็น กฎหมายที่ให้สิทธิเด็ดขาด (*exclusive rights*) ในลักษณะของสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา และต้องคุ้มครองภายใต้หลักการพื้นฐานต่างๆ ของความตกลงทริปส์ ทั้งเรื่องหลักการ ปฏิบัติเยี่ยงคนชาติ (NT) และหลักการปฏิบัติเยี่ยงชาติที่ได้รับการอนุเคราะห์ยิ่ง (MFN) ดังนั้นจึงไม่สามารถจัดทำระบบกฎหมายคุ้มครองพันธุ์พืช (และภูมิปัญญาท้องถิ่น) ที่มี หลักการที่เป็นการเลือกปฏิบัติต่อคนต่างชาติ หรือมีหลักการที่เป็นการให้สิทธิพิเศษแก่คน

^๙ Leskien, D. and M. Flitner. 1997. Intellectual Property Rights and Plant Genetic Resources: Options for a Sui Generis System, IPGRI, Rome.

ชาติของประเทศใดประเทศหนึ่งเป็นการเฉพาะ ในประเด็นดังกล่าว จักรกฤษณ์ ครอบพจน์ และสมศักดิ์ ภูารานุก (๒๕๔๑)^{๑๑} มีความเห็นโต้แย้งว่า ประเทศสมาชิกความตกลงทริปส์สามารถกำหนดกฎหมายเฉพาะเพื่อการคุ้มครองพันธุ์พืชและภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่มีหลักการคุ้มครองที่เป็นอิสระและเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง โดยไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับระบบการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาของประเทศที่พัฒนาแล้ว ตราบเท่าที่หลักการดังกล่าวไม่ขัดต่อบทบัญญัติของความตกลงทริปส์ และในการบังคับใช้กฎหมายเฉพาะไม่จำเป็นต้องปฏิบัติตามหลักการพื้นฐานของความตกลงทริปส์ด้วย เช่น การปฏิบัติเยี่ยงชาติที่ได้รับความอนุเคราะห์ยิ่ง (Most-Favored Nation), การปฏิบัติเยี่ยงคนชาติ (National Treatment) เพราะหลักการพื้นฐานเหล่านั้นใช้บังคับกับการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาประเภทหนึ่งประเภทใดใน ๗ ประเภทที่กำหนดไว้ในข้อ ๑(๒) ของความตกลงทริปส์เท่านั้น

ภายใต้ข้อกำหนดตามข้อ ๒๓.๓ (b) ในความตกลงทริปส์ ที่ให้ประเทศสมาชิกสามารถจัดทำระบบกฎหมายเฉพาะเพื่อการคุ้มครองพันธุ์พืชได้นั้น ได้มีข้อกำหนดด้วยว่าให้มีการทบทวนเนื้อหาของข้อ ๒๓.๓ (b) ภายหลังจาก ๔ ปีของการบังคับใช้ความตกลงซึ่งก็คือ นับตั้งแต่ปี ๒๕๔๒ เป็นต้นมา ทั้งนี้ ในการเจรจาทบทวนเนื้อหาความตกลงประเทศอุตสาหกรรมโดยเฉพาะสหรัฐอเมริกาได้ผลักดันให้มีการแก้ไขข้อบัญญัติดังกล่าวโดยให้ตัดทางเลือกในการใช้ระบบกฎหมายเฉพาะออกไป ต้องการให้ใช้ระบบสิทธิบัตรเพียงอย่างเดียวและขยายการคุ้มครองสิทธิบัตรไปยังสิ่งมีชีวิตทุกชนิด คือ พืช สัตว์ จุลินทรีย์ ถ้าผลของการเจรจาเป็นไปในทิศทางที่สหรัฐอเมริกาได้พยายามผลักดันอยู่ จะสร้างผลกระทบอย่างมากต่อประเทศกำลังพัฒนา เพราะเป็นการตัดสิทธิของประเทศสมาชิกในการเลือกกำหนดระบบกฎหมายที่เหมาะสมเพื่อการคุ้มครองทรัพยากรชีวภาพและภูมิปัญญาไทยที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม ประเทศกำลังพัฒนาได้ร่วมกันยื่นข้อเสนอให้มีการเพิ่มเติมเงื่อนไขการขอรับสิทธิบัตรให้เกิดความเป็นธรรมมากขึ้น หลักการที่สำคัญคือ ให้มีการแจ้งเปิดเผยที่มาของทรัพยากรพันธุกรรมและภูมิปัญญาไทยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งประดิษฐ์ที่ยื่นขอรับสิทธิบัตร

^{๑๑} จักรกฤษณ์ ครอบพจน์ และ สมศักดิ์ ภูารานุก. ๒๕๔๑. **มาตรการทางกฎหมายและนโยบายระหว่างประเทศในการบริหารจัดการทรัพยากรพันธุกรรมและการคุ้มครองส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น.** มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา งบประมาณประจำปี ๒๕๔๑.

๗.๒.๒.๕ คณะกรรมการระหว่างรัฐว่าด้วยทรัพย์สินทางปัญญากับทรัพยากรพันธุกรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น และการแสดงออกทางวัฒนธรรมท้องถิ่น ภายใต้องค์การทรัพย์สินทางปัญญาโลก (WIPO)

ในระยะหลังของการประชุมองค์การทรัพย์สินทางปัญญาโลก (World Intellectual Property Right Organization: WIPO) ได้มีผู้แสดงความห่วงใยเกี่ยวกับการที่บุคคลที่สามนำเอาภูมิปัญญาท้องถิ่นของชุมชนใดชุมชนหนึ่ง ในประเทศใดประเทศหนึ่งไปใช้อย่างไม่ถูกต้อง (Misappropriation) เช่น การนำการออกแบบดั้งเดิมของท้องถิ่นไปใช้ การนำเพลงและการเต้นรำไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาตโดยวงการบินและอุตสาหกรรมแฟชั่นทั้งหลายเพื่อสร้างสรรค์งานซึ่งจะได้รับการคุ้มครองโดยระบบทรัพย์สินทางปัญญาในท้ายที่สุด

ในปี ๒๕๔๓ ที่ประชุมสมัชชาใหญ่ (General Assembly) ของ WIPO ตกลงที่จะจัดตั้งองค์การระหว่างรัฐ (Intergovernmental Body) ขึ้นมาเพื่อพิจารณาประเด็นทางด้านทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่น ทรัพยากรพันธุกรรม และการแสดงออกทางวัฒนธรรมท้องถิ่น เมื่อภาคีสมาชิกมีข้อตกลงกันเช่นนี้ WIPO จึงได้จัดให้มีคณะกรรมการระหว่างรัฐว่าด้วยทรัพย์สินทางปัญญากับทรัพยากรพันธุกรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น และการแสดงออกทางวัฒนธรรมท้องถิ่น (Intergovernmental Committee on Intellectual Property, Genetic Resources, Traditional Knowledge and Folklore-ICG) ขึ้นมา โดยคณะกรรมการชุดนี้ได้ประชุมกันไปแล้วทั้งหมด ๑๓ ครั้งที่กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ (การประชุมครั้งสุดท้ายในเดือนตุลาคม ๒๕๕๑)

ในบรรดาแนวความคิด และข้อเสนอทั้งหลายที่เกิดขึ้นในการประชุม ICG นั้นสิ่งที่สมาชิกต้องการให้เกิดขึ้นโดยเร็วที่สุดคือ การคุ้มครองในเชิงตั้งรับ คือ **การสร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่น**ไว้เพื่อป้องกันการถูกนำไปจดสิทธิบัตรโดยไม่ถูกต้องหรืออย่างไม่เป็นธรรม โดยการสร้างความเข้าใจร่วมกันว่าหากภูมิปัญญาเหล่านี้เป็นเพียงการถ่ายทอดกันปากต่อปาก ก็ย่อมเป็นการยากที่ผู้ตรวจสอบสิทธิบัตรจะทราบได้ว่าการนำภูมิปัญญาใดไปใช้ในคำขอสิทธิบัตรฉบับไหนบ้าง อีกทั้งยังพยายามร่างแนวทางในการเจรจาสำหรับผู้รักษาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อใช้ในการปกป้องผลประโยชน์ของตนภายใต้ระบบทรัพย์สินทางปัญญา และการตกลงในเรื่องการแบ่งปันผลประโยชน์

นอกจากนี้ทาง WIPO ก็ยังได้มีการแก้ไขระบบการบริหารจัดการสิทธิบัตร และการพัฒนาเครื่องมือในการสร้างศักยภาพเพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นในเชิงตั้งรับ (Defensive protection) เช่น การขยายการใช้เครื่องมือในการสืบค้นข้อมูลทางด้านเทคนิคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิบัตร และการกำหนดประเภทสิทธิบัตรระหว่างประเทศ

(International Patent Classification-IPC) ให้ครอบคลุมถึงภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวข้องกับยาและการรักษาโรค โดยมุ่งเน้นที่ภูมิปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการใช้สมุนไพรโดยเฉพาะพืชเป็นหลัก

ในส่วนของการสร้างฐานข้อมูลเพื่อใช้ในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นนั้น ทาง WIPO ได้เสนอความคิดในอันที่จะสร้างห้องสมุดดิจิทัลในการรวบรวมภูมิปัญญาท้องถิ่น (Traditional Knowledge Digital Library Project-TKDL) ขึ้นมา ซึ่งแนวทางการดำเนินงานในด้านนี้เป็นความริเริ่มของหน่วยงานในประเทศอินเดียหลาย ๆ หน่วยงานร่วมกันจัดสร้างขึ้นเป็นต้นแบบก่อน แล้วนำเสนอเพื่อที่จะให้สามารถทำฐานข้อมูลระดับโลกที่จะให้มีการเข้าไปค้นหาเพื่อทราบถึงควมมีหรือคงอยู่ของภูมิปัญญาท้องถิ่นใดๆ จะได้ไม่มีการถูกนำไปจดสิทธิบัตร หรือนำไปใช้ผิดประเภท หรือนำไปใช้อย่างไม่เป็นธรรมเกิดขึ้น

แม้ว่าเป้าหมายของการจัดทำ TKDL จะเป็นไปเพื่อการปกป้องคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น แต่ในอีกด้านหนึ่งก็มีข้อควรตระหนักเกี่ยวกับการจัดทำ TKDL หลายประการ^{๑๑} เช่น TKDL เป็นข้อมูลที่พร้อมสำหรับการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์ทั้งโดยถูกต้องและโดยมิชอบ ข้อมูลใน TKDL ต้องมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพิ่มเติมข้อมูลภูมิปัญญาที่ค้นพบใหม่หรือมีการพัฒนาเพิ่มเติมขึ้นในภายหลัง ภูมิปัญญาท้องถิ่นหลายประเภทไม่สามารถจัดทำให้อยู่ในรูปแบบข้อมูลที่แน่นอน/ตายตัวได้ ข้อพิจารณาเกี่ยวกับต้นทุนในการดำเนินงาน ขอบเขตของข้อมูลที่จะจัดเก็บอยู่ในฐานข้อมูล ข้อมูลใดไม่ควรจัดเก็บ เป็นต้น

๗.๒.๓ การเจรจาจัดทำความตกลงการค้าเสรี (Free Trade Agreement)

รัฐบาลไทยตั้งแต่ในยุครัฐบาลทักษิณจนมาถึงปัจจุบันให้ความสำคัญแก่การเจรจาการค้าเสรีแบบทวิภาคีมากกว่าระบบพหุภาคี ดังจะเห็นได้จากการที่รัฐบาลได้เร่งรัดผลักดันให้มีการเจรจาความตกลงการค้าเสรีแบบทวิภาคี (Free Trade Agreement: FTA) กับประเทศต่างๆ เช่น สาธารณรัฐประชาชนจีน อินเดีย บาหลีเรน ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา สหภาพยุโรป เป็นต้น

^{๑๑} Oguamanam, C. 2006. *International Law and Indigenous Knowledge : Intellectual Property, Plant Biodiversity, and Traditional Medicine*. p.151.

(๑) การเจรจา FTA ไทย-สหรัฐอเมริกา

การเจรจากับสหรัฐอเมริกา ได้เริ่มมีการเจรจาครั้งแรก ณ มลรัฐฮาวาย ประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อปลายเดือนมิถุนายน ๒๕๔๗ โดยได้มีการเจรจาไปแล้ว ๖ รอบ (รอบที่ ๖ เจรหาที่ จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อเดือนมกราคม ๒๕๔๙) การเจรจาได้หยุดชะงักไปภายหลังที่มีการยุบสภาเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๔๙ และเกิดเหตุการณ์รัฐประหารในเดือนกันยายน ๒๕๔๙ จากการจัดทำ FTA ของสหรัฐกับประเทศต่างๆ ที่ผ่านมา เช่น สิงคโปร์ ชิลี ได้มีข้อตกลงเพื่อยกระดับการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาในระดับที่เข้มงวดและกว้างขวางขึ้นทั้งสิ้น

หากประเทศไทยต้องยอมรับข้อเรียกร้องของสหรัฐตามแนวทางของความตกลง FTA ระหว่างสหรัฐกับสิงคโปร์ ผลกระทบที่เห็นเด่นชัดจะเป็นในเรื่องของสิทธิบัตร ซึ่งกำหนดไว้ในข้อ ๑๖.๓ ของข้อตกลง FTA ระหว่างสหรัฐกับสิงคโปร์ เนื้อหาโดยรวมเป็นการให้ความคุ้มครองแก่การประดิษฐ์ต่างๆ ภายใต้ระบบสิทธิบัตรเช่นเดียวกับที่ปรากฏในความตกลงทริปส์ แต่สิ่งที่เปลี่ยนแปลงไป และถือเป็นสาระสำคัญที่ประเทศไทยจะต้องพิจารณาโดยเฉพาะในมุมของการคุ้มครองภูมิปัญญาไทยโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการอนุรักษ์ และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพรวมทั้งทรัพยากรพันธุกรรมพืชก็คือ การที่หัวข้อแรกของข้อ ๑๖.๓ นั้นได้ยกเลิกข้อยกเว้นตามมาตรา ๒๓.๓ (b) ของความตกลงทริปส์ไป ส่งผลให้ประเทศไทยต้องให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรในพืชและสัตว์หากว่ารัฐบาลไปลงนามในข้อตกลงทวิภาคีตามแนวทางดังกล่าว

หัวข้อการคุ้มครองต่างๆ ภายใต้ FTA มุ่งเน้นแต่การคุ้มครองสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาเกี่ยวกับสิทธิและทรัพย์สินอุตสาหกรรม ไม่ได้ให้ความสำคัญกับทรัพยากรพันธุกรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นอันเป็นทรัพย์สิน และสมบัติสำคัญของประเทศกำลังพัฒนาอย่างประเทศไทย ดังนั้นเมื่อพิจารณาโดยรวมแล้วจึงเห็นว่าการทำ FTA กับสหรัฐอเมริกา จะมีผลเสียต่อภูมิปัญญาไทยมากกว่าผลดี

(๒) การเจรจาความตกลง FTA ไทย-ญี่ปุ่น

ประเทศไทยและญี่ปุ่นได้มีการเจรจาจัดทำความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น (Japan-Thailand Economic Partnership Agreement: JTEPA) โดยได้มีการลงนามและมีผลใช้บังคับแล้วตั้งแต่เมื่อเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๐ ประเด็นสำคัญในความตกลง JTEPA ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย คือเรื่องการจดสิทธิบัตรจุลินทรีย์ เนื่องจากมีการใช้จุลินทรีย์เป็นส่วนประกอบในตำรับตำราการแพทย์พื้นบ้านหรือการแพทย์แผนไทย

ภายใต้ความตกลง JTEPA ข้อ ๑๓๐ เรื่องสิทธิบัตร ในข้อย่อยที่ ๓ ได้ระบุว่า “ภาคีแต่ละฝ่ายจะต้องให้ความมั่นใจว่าคำขอรับสิทธิบัตรใดๆ จะไม่ถูกปฏิเสธด้วยเหตุผลเพียงอย่างเดียวว่า สารที่ขอถือสิทธิในคำขอนั้นเกี่ยวข้องกับจุลชีพที่เกิดตามธรรมชาติ” คณะเจรจาฝ่ายไทยอ้างว่าข้อ ๑๓๐(๓) ในความตกลง JTEPA ไม่ได้มีบทบัญญัติที่มากไปกว่าพันธกรณีที่ประเทศมีภายใต้ความตกลง TRIPS ขององค์การการค้าโลก แต่ Professor Carlos Correa ผู้ซึ่งเป็นผู้ที่เข้าร่วมเจรจาร่างความตกลง TRIPS มาตั้งแต่ต้นได้ชี้ว่า บทบัญญัติในข้อ ๑๓๐(๓) นั้น เป็นข้อตกลงที่มากไปกว่าข้อตกลงทรัพย์สินทางปัญญาในองค์การการค้าโลกหรือที่เรียกกันว่าเป็น ทริปส์พลัส (TRIPS-Plus) เนื่องจากในความตกลง TRIPS ไม่ได้มีการกำหนดว่า “การประดิษฐ์” (Invention) มีความหมายอย่างไร และได้วิเคราะห์ว่า “มาตรา ๑๐๓(๓) อาจตีความในแง่ที่ให้มีการออกสิทธิบัตรต่อจุลชีพตามธรรมชาติได้หากคำขอนั้นมีเงื่อนไขครบตามกฎหมายสิทธิบัตร (มีความใหม่ ขั้นตอนการประดิษฐ์ที่สูงขึ้น และประยุกต์ใช้ทางอุตสาหกรรมได้) หรือกล่าวในแง่หนึ่งว่าเป็นการวางเงื่อนไขให้จุลชีพตามธรรมชาตินั้นอาจเป็นการ “การประดิษฐ์” ก็ได้”^{๑๒}

คณะเจรจาได้อ้างว่า นักกฎหมายของกรมทรัพย์สินทางปัญญาและกระทรวงการต่างประเทศ อ่านข้อนี้แล้วเห็นว่าถ้อยคำที่อยู่ในข้อ ๑๓๐(๓) ไม่มีผลบังคับให้ไทยต้องออกสิทธิบัตรให้จุลชีพที่มีอยู่ตามธรรมชาติแก่คนญี่ปุ่นแต่อย่างใด “เป็นความเข้าใจร่วมกันของทั้งฝ่ายไทยและญี่ปุ่นตลอดมาตั้งแต่ระหว่างการเจรจา ว่าการจดสิทธิบัตรที่เกี่ยวข้องกับจุลชีพตามธรรมชาติไม่สามารถจดสิทธิบัตรได้”^{๑๓} ซึ่งทำให้เกิดคำถามตามมาว่า ถ้าเช่นนั้นทำไมจึงจำเป็นต้องคงมาตรา ๑๓๐(๓) เอาไว้

ตามข้อวิเคราะห์ของนันทน อินทนนท์ (๒๕๕๐)^{๑๔} ซึ่งเป็นอดีตผู้พิพากษาในศาลทรัพย์สินทางปัญญาและการค้าระหว่างประเทศของไทย ได้อธิบายชี้ประเด็นปัญหาและผลกระทบของบทบัญญัติในข้อ ๑๐๓(๓) ไว้หลายประการดังนี้

^{๑๒} ภาษาอังกฤษมีดังนี้ “Article 130(3) may be interpreted as requiring the grant of a patent on a naturally occurring micro-organism, provided that the patentability requirements (novelty, inventive step, industrial applicability) are met. In other word, it stipulates that such a micro-organism may be an ‘invention’.”

^{๑๓} ข้อความนี้อยู่ในคำชี้แจงของคณะเจรจาในเว็บไซต์ของสำนักเจรจา JTEPA

^{๑๔} อ่านรายละเอียดทั้งหมดได้จากบทความเรื่อง “JTEPA สิทธิบัตรจุลชีพ กับม้าโทรจัน” ตอนที่ ๑, ๒ และ ๓ (http://www.measwatch.org/autopage/show_all.php?t=๒๐&page=๒๕&d_id=&s_id=)

เนื่องจากข้อ ๑๓๐(๓) ของ JTEPA ได้บัญญัติไว้อย่างคลุมเครือจึงก่อให้เกิดปัญหาสาธารณะว่า ประเทศไทยมีหน้าที่ต้องให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรจุลชีพภายใต้ขอบเขตเพียงใด ทั้งนี้ สิ่งประดิษฐ์ที่เกี่ยวข้องกับจุลชีพ อาจจำแนกได้เป็น ๔ ประเภท คือ ๑) จุลชีพที่มีอยู่ตามธรรมชาติซึ่งมนุษย์ไม่ได้สร้างขึ้น ๒) จุลชีพที่ถูกสกัดออกมาแต่มีลักษณะทางพันธุกรรมเหมือนกับจุลชีพที่มีอยู่ตามธรรมชาติทุกประการ ๓) จุลชีพที่ถูกสร้างขึ้นด้วยกรรมวิธีทางชีววิทยา (Biological Process) หรือกรรมวิธีที่ไม่ใช่ทางชีววิทยา (Non-biological Process) เช่น กรรมวิธีทางพันธุวิศวกรรม โดยจุลชีพจะมีลักษณะทางพันธุกรรมต่างจากจุลชีพที่มีอยู่ตามธรรมชาติ และ ๔) ผลิตภัณฑ์ที่ผลิตขึ้นมาจากจุลชีพต่างๆ ข้างต้น

ฝ่ายญี่ปุ่นไม่ต้องการขอรับสิทธิบัตรใน “**จุลชีพประเภทแรก**” เนื่องจากไม่สามารถขอรับสิทธิบัตรได้ตามกฎหมายอยู่แล้ว แต่มุ่งความสนใจมายังกฎหมายสิทธิบัตรที่เกี่ยวข้องกับ “**จุลชีพประเภทที่สอง**” เนื่องจากกฎหมายของประเทศอุตสาหกรรมล้วนแต่อนุญาตให้มีการจดสิทธิบัตรในมวลสารทางชีวภาพ (Biological Substance) ที่มีการสกัดหรือทำให้บริสุทธิ์จากสิ่งที่มีอยู่ตามธรรมชาติได้ ทั้งนี้ในทางกฎหมาย ประเทศไทยสามารถตีความว่า “จุลชีพประเภทที่สอง” ซึ่งเป็นจุลชีพที่ถูกสกัดออกมาจากสิ่งที่มีอยู่ตามธรรมชาตินั้น ไม่เข้าเงื่อนไข “ความใหม่” ที่จะขอรับสิทธิบัตรได้ การตีความเช่นนี้ย่อมไม่เป็นการขัดแย้งกับความตกลงพหุภาคีเกี่ยวกับสิทธิบัตรใดๆ ทั้งสิ้น

ดังนั้น จุลชีพที่น่าจะก่อให้เกิดปัญหาในการตีความว่าเข้าเงื่อนไขในการขอรับสิทธิบัตรหรือไม่ จึงไม่ใช่จุลชีพที่มีอยู่ตามธรรมชาติ (จุลชีพประเภทที่หนึ่ง) หรือจุลชีพที่มีการพัฒนามาจากจุลชีพที่มีอยู่ตามธรรมชาติ (จุลชีพประเภทที่สาม) เช่น จุลชีพที่มีการดัดแต่งพันธุกรรม (GMOs) ทั้งนี้ เพราะว่าจุลชีพประเภทแรกนั้นย่อมไม่อาจขอรับสิทธิบัตรได้เนื่องจากเป็นแค่เพียงการค้นพบ (Discovery) ไม่ใช่การประดิษฐ์ (Invention) ส่วนจุลชีพประเภทที่สามนั้น ประเทศสมาชิกของ WTO ย่อมผูกพันที่จะให้ความคุ้มครองจุลชีพนี้อยู่แล้ว จึงยากที่ประเทศไทยจะปฏิเสธไม่ให้ความคุ้มครองได้ ปัญหาสำคัญจึงอยู่ที่ว่าจุลชีพที่ถูกสร้างขึ้นโดยมนุษย์ แต่มีลักษณะทางพันธุกรรมเหมือนกับจุลชีพที่มีอยู่ตามธรรมชาติทุกประการนั้น (**จุลชีพประเภทที่สอง**) จะถือเป็นผลิตภัณฑ์ของธรรมชาติ (Product of Nature) ที่ไม่อาจขอรับสิทธิบัตรได้หรือไม่

ในประเทศที่ความก้าวหน้าทางอุตสาหกรรมเทคโนโลยีชีวภาพ จุลชีพประเภทดังกล่าวสามารถนำมาขอรับสิทธิบัตรได้ เช่น ตามกฎหมายสหรัฐอเมริกา ไม่ถือว่าจุลชีพเช่นนั้นเป็นผลิตภัณฑ์ของธรรมชาติ แต่เป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้จากธรรมชาติ (Product Derived from Nature) ซึ่งสามารถนำไปขอรับสิทธิบัตรได้ สำหรับกฎหมายสิทธิบัตรใน

สหภาพยุโรปและญี่ปุ่นก็มีหลักการเช่นเดียวกัน คือ ให้มีการออกสิทธิบัตรในสารพันธุกรรมแม้ว่าจะมีลักษณะทางพันธุกรรมเหมือนกับสิ่งที่มีอยู่ตามธรรมชาติก็ตาม

ในปัจจุบัน ไม่มีความตกลงระหว่างประเทศใดๆ ที่กำหนดให้ประเทศไทยต้องแก้ไขเปลี่ยนแปลงกฎหมายไปในทิศทางเดียวกับประเทศเหล่านั้น การตีความกฎหมายสิทธิบัตรของไทยเพื่อปฏิเสธคำขอรับสิทธิบัตรในจุลชีพที่มีลักษณะทางพันธุกรรมเช่นเดียวกับที่มีอยู่ตามธรรมชาติสามารถทำได้โดยการปฏิเสธว่า จุลชีพเหล่านี้ไม่มีความใหม่ตามเงื่อนไขของการขอรับสิทธิบัตร ด้วยเหตุว่าจุลชีพเหล่านี้มีลักษณะทางพันธุกรรมเหมือนกับสิ่งที่มีอยู่ตามธรรมชาติ หรือเป็นงานที่ปรากฏอยู่แล้ว (State of the Art) ซึ่งเจ้าหน้าที่กรมทรัพย์สินทางปัญญาของไทยได้ตีความในแนวทางนี้อยู่ในปัจจุบัน

ดังนั้น บทบัญญัติในข้อ ๑๐๓(๓) จึงก่อให้เกิดคำถามว่า ประเทศไทยยังจะมีสิทธิปฏิเสธคำขอรับสิทธิบัตรจุลชีพด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นหรือไม่ เนื่องจากตามข้อ ๑๐๓(๓) ของ JTEPA กำหนดว่า “ภาคีแต่ละฝ่ายจะต้องให้ความมั่นใจว่าคำขอรับสิทธิบัตรใดๆ จะไม่ถูกปฏิเสธด้วยเหตุผลเพียงอย่างเดียวว่าสารที่ขอถือสิทธิในคำขอนั้นเกี่ยวข้องกับจุลชีพที่เกิดตามธรรมชาติ” โดยคณะผู้แทนการเจรจาฝ่ายไทยได้ชี้แจงว่า บทบัญญัตินี้ดังกล่าวเป็นเพียงพันธกรณีที่คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายตกลงรับกันว่าจะไม่มีการปฏิเสธไม่รับ “คำขอ” เท่านั้น ส่วนการออกสิทธิบัตรหรือไม่ยังอยู่ภายใต้กฎหมายสิทธิบัตรของแต่ละประเทศ

ข้อวิเคราะห์ที่ นันทน (๒๕๕๐) เห็นต่างกับคำชี้แจงของคณะเจรจาฝ่ายไทย มี ๒ ประเด็น

ประเด็นแรก ในการตรวจคำขอรับสิทธิบัตรนั้นมีกระบวนการพิจารณา ๒ ชั้น คือ “ขั้นตรวจสอบคำขอ” (Formality Examination) ในขั้นนี้ ผู้ตรวจสอบจะตรวจสอบว่าคำขอนั้นมีรายการครบถ้วนตามที่กฎหมายกำหนดหรือไม่เท่านั้น โดยไม่ได้ทำการตรวจสอบสาระสำคัญของการประดิษฐ์ ชั้นที่สองเรียกว่า “ขั้นตรวจสอบเนื้อหาสาระสำคัญ” (Substantive Examination) ซึ่งจะทำการตรวจสอบหลังจากมีการตรวจสอบว่าคำขอนั้นมีรายการครบถ้วนแล้ว เป็นการตรวจสอบสาระสำคัญของการประดิษฐ์ว่าเข้าเงื่อนไขที่จะขอรับสิทธิบัตรหรือไม่

บทบัญญัติในข้อ ๑๓๐(๓) ของ JTEPA มีผลเป็นการห้ามมิให้มีการปฏิเสธคำขอในขั้นของการตรวจสอบเนื้อหาสาระของการประดิษฐ์ (Substantive Examination) เพราะเป็นการตรวจสอบข้อถือสิทธิ (Claim) ว่าเกี่ยวข้องกับจุลชีพที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติหรือไม่ ไม่ใช้การตรวจสอบว่ามีการระบุรายการข้อถือสิทธิไว้ในคำขอหรือไม่ การชี้แจงของคณะผู้แทนเจรจาฝ่ายไทยว่าข้อ ๑๓๐(๓) เป็นเพียงแค่ขั้นตรวจรับคำขอนั้นเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง

ประเด็นที่สอง ผู้แทนคณะเจรจาอ้างว่าความตกลงในส่วนที่เกี่ยวกับทรัพย์สินทางปัญญาใน JTEPA มีบทบัญญัติที่ไม่ได้เกินไปจากความตกลง TRIPs แต่ผลกระทบสำคัญของความตกลงด้านทรัพย์สินทางปัญญาใน JTEPA คือ อำนาจในการตีความความตกลงนี้จะไม่ได้ตกอยู่กับภาครัฐหรือศาลไทยต่อไป ทรัพย์สินทางปัญญาถูกเชื่อมโยงเป็นทรัพย์สินที่เกี่ยวข้องกับการลงทุน นักลงทุนสามารถฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากรัฐไทยได้โดยตรง การระงับข้อพิพาทจะต้องดำเนินการภายใต้อนุสัญญา ICSID หรืออนุสัญญาของ UNCITRAL ซึ่งไม่อาจอุทธรณ์ต่อศาลในประเทศได้อีก หลักการเช่นนี้แตกต่างโดยสิ้นเชิงกับการระงับข้อพิพาทภายใต้ความตกลงจัดตั้ง WTO

นอกจากประเด็นเรื่องการคุ้มครองสิทธิบัตรในข้อ ๑๑๙ ดังกล่าวข้างต้นแล้ว การคุ้มครองสิทธิบัตรจุลินทรีย์ยังเกี่ยวข้องกับประเด็นเรื่องการคุ้มครองการลงทุน ตามความตกลง JTEPA ในข้อ ๙๑ ข้อย่อย (j) ได้บัญญัติว่า “การลงทุน” มีความหมายรวมถึง “สิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา” ตามที่ได้รับการยอมรับโดยกฎหมายและข้อบังคับของภาคีด้วย

ความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นเกี่ยวกับการจดสิทธิบัตรจุลชีพที่เกิดตามธรรมชาติกับการปฏิบัติตามหลักการที่บัญญัติไว้ในอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพและความตกลง TRIPs หากมีชาวญี่ปุ่นเข้ามาลงทุนโดยตรงในประเทศไทย โดยทำธุรกิจเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยด้านจุลชีพ ถ้านักลงทุนญี่ปุ่นนำจุลชีพที่ถูกสร้างขึ้นโดยมนุษย์ แต่มีลักษณะทางพันธุกรรมเหมือนกับจุลชีพที่มีอยู่ตามธรรมชาติทุกประการไปยื่นจดสิทธิบัตร แต่ถูกปฏิเสธการจดสิทธิบัตร หรือถูกบังคับให้มีการแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเป็นธรรม และเท่าเทียมตามวัตถุประสงค์และข้อบทในอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ หากจุลชีพที่นำไปจดคุ้มครองนั้นได้หรือพัฒนามาโดยใช้จุลชีพของไทยร่วมอยู่ด้วย การมิให้จดสิทธิบัตรหรือการบังคับให้แบ่งปันผลประโยชน์ในกรณีตัวอย่างนี้ อาจเป็นเหตุให้นักลงทุนญี่ปุ่นนำไปฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากรัฐบาลไทย

จากการศึกษาของ Correa (2004)^{๑๔} พบว่า ข้อบทว่าด้วยการลงทุนในความตกลง FTA มีเนื้อหากว้างกว่าข้อกำหนดที่มีอยู่ในความตกลงระหว่างประเทศ เนื่องจากได้ขยายเรื่องทรัพย์สินทางปัญญามากกว่าที่กำหนดไว้ในความตกลง TRIPs และได้นำหลักการเรื่องการปฏิบัติเยี่ยงคนชาติ (National Treatment) มาใช้โดยไม่มีข้อยกเว้นดังเช่นที่กำหนดไว้ในอนุสัญญาระหว่างประเทศ นอกจากนี้ ไม่เป็นที่ชัดเจนว่า “สิทธิในทรัพย์สิน

^{๑๔} Correa M. Carlos. 2004. Bilateral Investment Agreements: Agents of new global standards for the protection of intellectual property rights? (<http://www.grain.org>.)

ทางปัญญา” ภายใต้ขอบเขตด้านการลงทุนที่อาจนำไปสู่กระบวนการยุติข้อพิพาทที่มีความหมาย และขอบเขตเพียงใด โดยเฉพาะปัญหาที่เกิดขึ้นจาก “มาตรการบังคับใช้สิทธิ” (Compulsory License) ซึ่งนักลงทุนอาจสามารถเรียกร้องความเสียหายในด้านธุรกิจได้ รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นจากมาตรการบังคับให้เปิดเผย แจง “แหล่งที่มาของทรัพยากรพันธุกรรม” เพื่อการป้องกันปัญหาโจรสลัดชีวภาพ ซึ่งผู้ลงทุนอาจหวั่นไหวประเด็นโต้แย้งในแง่ความไม่สอดคล้องกับกฎหมายระหว่างประเทศขึ้นได้

โดยสรุป ความเคลื่อนไหวของการเจรจาในเวทีระหว่างประเทศต่างๆ ที่มีอยู่ โดยเฉพาะในการเจรจาเปิดเสรีการค้าพหุภาคีรอบใหม่ภายใต้องค์การการค้าโลก เป็นทั้งโอกาสและอันตรายต่อประเทศกำลังพัฒนาที่จะปรับเปลี่ยนระเบียบความตกลงระหว่างประเทศด้านการค้า ให้เกิดความเป็นธรรมและให้การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นมากยิ่งขึ้น สิ่งที่เราควรระวังเป็นอย่างยิ่ง คือ การเจรจาจัดทำเขตการค้าเสรีแบบทวิภาคี (FTA) โดยเฉพาะในการเจรจากับสหรัฐอเมริกา เนื่องจากข้อเรียกร้องของสหรัฐอเมริกาในเรื่องการเพิ่มระดับความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา จะมีผลต่อการคุ้มครองภูมิปัญญาไทยด้านการแพทย์และด้านต่างๆ อย่างค่อนข้างกว้างขวางและรุนแรง

๗.๒.๔ ประสพการณ์การดำเนินงานเพื่อคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นของประเทศต่างๆ

เนื้อหาในหัวข้อนี้จะกล่าวถึงประสพการณ์ของประเทศต่างๆ ในการดำเนินงานเพื่อคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งมีทั้งในแบบเชิงตั้งรับและแบบเชิงรุก เพื่อจะเป็นประโยชน์ต่อแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองภูมิปัญญาไทย

๗.๒.๔.๑ ประเทศอินเดีย

ประเทศอินเดียนั้นได้มีกฎหมายเกี่ยวกับการผูกฉนวนทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่นไปใช้อย่างไม่เป็นธรรมอยู่หลายเรื่องด้วยกัน จึงได้มีการดำเนินงานในหลายด้านเพื่อสร้างระบบการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น

แนวทางในการแก้ปัญหาวิธีหนึ่งคือ ทำเอกสาร หรือการจดบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่นไว้เพื่อเป็นการตรวจสอบว่าได้มีการฉกฉวยภูมิปัญญาเหล่านั้นหรือทรัพยากรชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญานั้นๆ ไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาตจากเจ้าของหรือไม่ ประโยชน์ขั้นแรกของการทำบันทึกหรือทำฐานข้อมูล (Database) เช่นนี้คือการใช้เป็นหลักฐานสำหรับผู้ตรวจสอบสิทธิบัตรที่จะระบุว่าสิ่งที่นำมายื่นจดสิทธิบัตรนั้นไม่ใหม่ (Non-novel) และยังเป็นเครื่องมือช่วยในเรื่องการแบ่งปันผลประโยชน์ไปยังชุมชน

หรือกลุ่มบุคคลที่เป็นเจ้าของภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างแท้จริง หากไม่มีหลักฐานบันทึกไว้จะไม่ทราบว่าแบ่งปันผลประโยชน์ไปให้ที่ไหน อย่างไร

กฎหมายหลายฉบับของอินเดียพยายามที่จะผนวกบทบัญญัติที่สามารถให้ความคุ้มครองแก่ภูมิปัญญาท้องถิ่นเอาไว้ด้วย เช่น ใน พ.ร.บ.ความหลากหลายทางชีวภาพ ปี ๒๕๔๓ นั้นได้มีการกำหนดไว้ในมาตรา ๓๖ (iv) ให้มีการคุ้มครององค์ความรู้ (Knowledge) ของชุมชนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับความหลากหลายทางชีวภาพ เช่น การขึ้นทะเบียนองค์ความรู้เหล่านั้น การพัฒนาระบบการคุ้มครองเฉพาะแบบขึ้นมา และเพื่อให้การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นรวมทั้งทรัพยากรชีวภาพเป็นไปภายใต้การมีระบบปกป้องที่ดี มาตรา ๑๙ และ ๒๐ ของกฎหมายดังกล่าวยังได้กำหนดให้มีการขออนุญาตในการเข้าถึงภูมิปัญญาท้องถิ่นและทรัพยากรชีวภาพจากสำนักงานความหลากหลายทางชีวภาพแห่งชาติ (National Biodiversity Authority-NBA) ก่อนการเข้าถึงอีกด้วย

เมื่อสำนักงานความหลากหลายทางชีวภาพจะอนุญาตให้ผู้ใดเข้าถึงภูมิปัญญาหรือทรัพยากรชีวภาพ จะต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการเข้าถึง รวมถึงวิธีการในการแบ่งปันผลประโยชน์ด้วย ทั้งนี้มาตรา ๖ ยังได้กำหนดบังคับให้บุคคลที่ต้องการจะยื่นขอความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาในนวัตกรรมที่มีพื้นฐานมาจากภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือทรัพยากรชีวภาพของอินเดียต้องมาขออนุญาตจาก NBA อีกด้วย เพื่อสอดคล้องกับข้อกำหนดนี้มาตรา ๑๔ (iv) ยังได้กำหนดให้ NBA ทำหน้าที่ไปคัดค้านการขอรับความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาในที่ต่างๆ ภายนอกอินเดียหากพบว่าสิ่งที่นำไปยื่นขอความคุ้มครองนั้นมีพื้นฐานมาจากภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือทรัพยากรชีวภาพของอินเดีย^{๑๑}

เพื่อเชื่อมโยงกับกฎหมายว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ ในพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (แก้ไขปรับปรุงครั้งที่ ๒) ปี ๒๕๔๒ ของอินเดียได้มีการกำหนดเงื่อนไขของการปฏิเสธการยื่นขอสิทธิบัตรรวมทั้งการเพิกถอนสิทธิบัตรไว้ว่า ให้รวมถึงการไม่เปิดเผย (Non-disclosure) หรือการเปิดเผยอันเป็นเท็จ (Wrongful disclosure) ถึงที่มาขององค์ความรู้ (Knowledge) หรือทรัพยากรชีวภาพ และ/หรือ การคาดหมายว่าพื้นฐานของการประดิษฐ์ของตนอาจมีที่มาจากองค์ความรู้ หรือทรัพยากรชีวภาพใดๆ ก็เป็นได้ อีกทั้งยังได้มีการกำหนดให้การคัดค้านสามารถกระทำได้ หากบุคคลใดเห็นว่ามี การนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการประดิษฐ์ที่ยื่นขอจดสิทธิบัตร แม้ว่าภูมิปัญญาดังกล่าวจะไม่มี การจด

^{๑๑} Dutfield, G. 2004. **National Case Studies, India, Chapter 14.** in Intellectual Property, Biogenetic Resources.

บันทึกเป็นหลักฐาน หากแต่มีการถ่ายทอดสืบต่อกันมาปากต่อปากก็ถือว่าเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นได้ ทั้งนี้ต้องมีผู้แสดงให้เห็นได้ว่าภูมิปัญญาดังกล่าวมีการใช้อยู่จริงหรือเป็นสิ่งที่มิปรากฏอยู่ ไม่ได้สร้างขึ้นมาโดยไม่มีมูลความจริง

๗.๓ การดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค ความก้าวหน้าในการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย

๗.๓.๑ การคุ้มครองภูมิปัญญาไทยตามรัฐธรรมนูญ

ในช่วงที่รัฐธรรมนูญฉบับ ๒๕๔๐ มีผลใช้บังคับ ได้มีกรณีคำวินิจฉัยศาลรัฐธรรมนูญที่เกี่ยวข้องกับการอนุรักษ์ พื้นฟูจารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น (คำวินิจฉัยที่ ๖/๒๕๔๖, ๒๕/๒๕๔๗ และ ๕๒-๕๓/๒๕๔๗) เกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. ๒๕๔๓ ว่าขัดหรือแย้งต่อรัฐธรรมนูญในเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือไม่ เนื่องจากชาวบ้านในชุมชนท้องถิ่นต่างๆ มักมีการนำภูมิปัญญาในการทำแป้งข้าวหมักเพื่อผลิตเป็นอาหารและยารักษาโรค นำมาผลิตเป็นสุราสำหรับบริโภคและจำหน่ายเพื่อสร้างรายได้ให้แก่ชุมชนอีกด้วย แต่ตามพระราชบัญญัติสุรา ชาวบ้านหรือชุมชนที่ผลิตสุราจากแป้งข้าวหมักโดยไม่ได้รับอนุญาตถือว่าเป็นการกระทำความผิดกฎหมาย จึงมีการยื่นฟ้องคดีต่อศาลรัฐธรรมนูญให้วินิจฉัยว่าพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. ๒๕๔๓ ขัดหรือแย้งต่อรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๔๐ มาตรา ๔๖ หรือไม่

โดยศาลรัฐธรรมนูญได้มีคำวินิจฉัยว่า พระราชบัญญัติสุราไม่ขัดหรือแย้งต่อรัฐธรรมนูญ มาตรา ๔๖ โดยให้เหตุผลว่า แม้รัฐธรรมนูญมาตรา ๔๖ จะบัญญัติให้การรับรองคุ้มครองสิทธิชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิมในการใช้สิทธิที่จะอนุรักษ์ฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่นต่างๆ แต่ทั้งนี้ตามมาตรา ๔๖ ช่วงท้ายได้มีการบัญญัติว่า “ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ” แสดงว่า สิทธิดังกล่าวจะต้องไปเป็นตามที่กฎหมายบัญญัติด้วย ซึ่งขณะนี้ยังไม่มีบทบัญญัติของกฎหมายเรื่องสิทธิบุคคลซึ่งรวมกันเป็นชุมชนท้องถิ่นบัญญัติไว้ ดังนั้นจึงไม่อาจโต้แย้งว่า พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. ๒๕๔๓ ขัดหรือแย้งต่อรัฐธรรมนูญ มาตรา ๔๖ หรืออีกนัยหนึ่งอาจกล่าวได้ว่า ต้องให้มีการบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิของบุคคลซึ่งรวมกันเป็นชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิมเพื่อการอนุรักษ์หรือฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่นเสียก่อน รัฐธรรมนูญมาตรา ๔๖ ถึงจะมีผลบังคับใช้ได้^{๑๗}

^{๑๗} พชร ลิ้มปะจันทร์. ๒๕๕๐. การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นภายใต้กฎหมายของประเทศไทย เปรียบเทียบกับความตกลงระหว่างประเทศ. วิทยานิพนธ์คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, หน้า ๑๙-๒๑.

การขาดกฎหมายในระดับพระราชบัญญัติเพื่อการรับรองและคุ้มครองสิทธิของชุมชนท้องถิ่นตามรัฐธรรมนูญนี้ จึงก่อให้เกิดปัญหาในแง่ความมั่นคงในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากความหลากหลายทางชีวภาพอย่างสมดุลและยั่งยืน รวมทั้งการอนุรักษ์ฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่น สำหรับในรัฐธรรมนูญฉบับปี ๒๕๕๐ สภาร่างรัฐธรรมนูญได้พยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยตัดถ้อยคำว่า “ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ” ออกไป โดยมีเจตนาเพื่อให้สามารถใช้สิทธิได้ทันที อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการนิรूपธรรมที่แสดงให้เห็นว่ารัฐธรรมนูญ ๒๕๕๐ จะสามารถแก้ไขปัญหาค่าที่เกิดขึ้นได้หรือไม่ และจะมีผลในทางปฏิบัติอย่างไร

๗.๓.๒ พระราชบัญญัติคุ้มครองพันธุ์พืช พ.ศ. ๒๕๔๒

นับตั้งแต่ที่ พระราชบัญญัติคุ้มครองพันธุ์พืช มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๔๒ ได้มีความก้าวหน้าในการบังคับใช้กฎหมายในด้านต่างๆ ดังนี้

- (๑) การจัดทำกฎหมายลำดับรองซึ่งได้ประกาศใช้แล้วจำนวน ๖๘ ฉบับ
- (๒) การจัดทำหลักเกณฑ์ การตรวจสอบพันธุ์พืชใหม่ ๔๗ ชนิด
- (๓) การจดทะเบียนคุ้มครองพันธุ์พืชใหม่ มีผู้มายื่นขอจดทะเบียนคุ้มครองพันธุ์พืชใหม่ ๓๙๔ พันธุ์ ออกหนังสือสำคัญจดทะเบียนคุ้มครองพันธุ์พืชใหม่แล้ว ๓๓ พันธุ์
- (๔) การขอรับความคุ้มครองพันธุ์พืชใหม่ในต่างประเทศ กรมวิชาการเกษตรได้ดำเนินการขอรับความคุ้มครองข้าวพันธุ์ปทุมธานี ๑ ที่สหรัฐอเมริกาและข้าวพันธุ์ปราจีนบุรี ๒ ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา เวียดนามและสหภาพยุโรป
- (๕) การปกป้องสิทธิประโยชน์พันธุ์พืชไทยในต่างประเทศ โดยการยื่นคัดค้านการขอจดทะเบียนพันธุ์หยกและพันธุ์ไม้ดอกสกุลขมิ้นในสหภาพยุโรป
- (๖) การรับแจ้ง การศึกษาทดลองหรือวิจัยพันธุ์พืชพื้นเมืองทั่วไปและพันธุ์พืชป่า ที่มีได้มีวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์ในทางการค้า จำนวน ๑๖ ราย

๗.๓.๓ พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

พ.ศ. ๒๕๔๒ (รายละเอียดอยู่ใน ๗.๕)

นับตั้งแต่กฎหมายฉบับนี้มีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๔๓ ได้มีความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามกฎหมายในหลายส่วน ได้แก่

- (๑) การจัดทำกฎหมายลำดับรอง มีกฎหมายลำดับรองที่มีผลบังคับใช้แล้วจำนวน ๑๒ ฉบับ

- (๒) กฎกระทรวงที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกาและอยู่ระหว่างการพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ๖ ฉบับ
- (๓) กฎกระทรวงที่อยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา จำนวน ๒ ฉบับ

จากการบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้ มีการดำเนินงานตามกฎหมายที่เป็นประโยชน์ต่อการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในหลายด้าน เช่น

- ❖ การจัดตั้งกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เงินจากกองทุนนี้นำไปใช้ตามแผนงานหลัก ๖ กิจกรรม เช่น สนับสนุนการดำเนินงานของสำนักงานนายทะเบียนทุกจังหวัด สนับสนุนการศึกษาวิจัยและพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร สนับสนุนการสำรวจพื้นที่คุ้มครองสมุนไพร ฯลฯ
- ❖ การจัดทำทะเบียนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ได้วางระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อรองรับการจัดทำทะเบียนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย จากข้อมูลถึงวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๕๓ มีจำนวน ๘๓,๙๙๐ รายการ เป็นตำรับยาแผนไทย ๓,๘๔๕ รายการ และตำราการแพทย์แผนไทย ๕,๖๔๕ รายการ
- ❖ การประกาศสมุนไพรควบคุม (กวางเครือ): ได้มีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กวางเครือ) พ.ศ. ๒๕๕๙
- ❖ แผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรในพื้นที่เขตอนุรักษ์ภูผาภูด จังหวัดมุกดาหาร: ได้มีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรในพื้นที่เขตอนุรักษ์ภูผาภูด จังหวัดมุกดาหาร พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๓ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย (มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑)

ที่ผ่านมา ปัญหาอุปสรรคในด้านต่างๆ ของการนำกฎหมายคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยไปสู่การปฏิบัติ คือ^{๑๔}

^{๑๔} กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง “ความก้าวหน้าอุปสรรคของการพัฒนาหรือใช้บังคับกฎหมายด้านความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นของไทย” วันที่ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๑ โรงแรมริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี จัดโดย โครงการ “การศึกษากฎหมายเพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจจากฐานทรัพยากรชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่น” คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- ❖ กฎหมายใช้คำว่า ควบคุม (ในประกาศสมุนไพรควบคุม) ทำให้ประชาชนมีความกังวลในการดำเนินการตามกฎหมาย ซึ่งทางกรมจำเป็นต้องมุ่งเน้นการประชาสัมพันธ์ในวงกว้าง และต้องกลับมาทบทวนความจำเป็นในการประกาศและเบื้องต้นได้มีการปรับรูปแบบ วิธีการโดยเน้นการส่งเสริมเป็นหลัก เช่น การจัดทำข้อมูลเชิงวิชาการเพื่อการเผยแพร่แทนการประกาศ
- ❖ ประชาชนไม่ให้ความสนใจในการมาขึ้นทะเบียนสิทธิ ตามมาตรา ๑๕ ทั้งนี้ส่วนใหญ่มีความเข้าใจผิดว่าต้องเปิดเผยข้อมูลของตนทั้งหมด รวมทั้งยังมีความหวงข้อมูล

๗.๓.๔ พระราชบัญญัติคุ้มครองสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๕๖

กฎหมายคุ้มครองสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์มีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๕๗ จากข้อมูลของกรมทรัพย์สินทางปัญญา จนถึงปัจจุบัน (พฤศจิกายน ๒๕๕๑) ได้มีการขึ้นทะเบียนสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ไปแล้วจำนวน ๒๒ รายการ เช่น ส้มโอนครชัยศรี ส้มโอขาวแตงกวาชัยนาท ไวน์ที่ราบสูงภูเรือ ข้าวสังข์หยดเมืองพัทลุง ข้าวฮางหอมทองสกลทวาปี ข้าวหอมมะลิทุ่งกุลาร้องไห้ สับปะรดนางแล สับปะรดศรีราชา ผ้าไหมยกดอกลำพูน ผ้าไหมแพรวากาฬสินธุ์ เป็นต้น

จากการศึกษาผลการบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์^{๑๙} พบว่ากฎหมายฉบับนี้มีประโยชน์ต่อการคุ้มครองชื่อเสียงของสินค้า เป็นกฎหมายที่ใช้เสริมประกอบ (Complementary) กับพระราชบัญญัติคุ้มครองพันธุ์พืช ๒๕๔๒ เพื่อป้องกันการแย่งพันธุ์กรรมพืช และการฉกฉวยชื่อเสียงของสินค้าไปแสวงหาประโยชน์ในทางการค้าได้ เช่น กรณีข้าว ผ้าไหมไทย ฯลฯ นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือที่ช่วยคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นได้โดยทางอ้อม โดยอาจมีผลต่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นทางการแพทย์ด้วย อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นที่อาจเป็นปัญหาในการบังคับใช้กฎหมายที่ภาครัฐควรให้ความสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาลักษณะหลายประการ เช่น ปัญหาในการจัดทำข้อกำหนดมาตรฐานการผลิตสินค้า

^{๑๙} จักรกฤษณ์ ควรพจน์ และ บัณฑูร เศรษฐศิโรตม์. ๒๕๕๑. กฎหมายคุ้มครองสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์เพื่อการส่งเสริมการส่งออกและการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

ในการคุ้มครองสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ของไทยได้กำหนดให้การคุ้มครองต้องกระทำด้วยวิธีการขึ้นทะเบียน พร้อมกับให้มีระบบกำกับมาตรฐานสินค้าสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ด้วย ดังนั้น กฎหมายจึงให้ผู้ขอขึ้นทะเบียนจัดทำ **“ข้อกำหนดมาตรฐานการผลิตสินค้า”** ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียด ๔ ประการ ได้แก่ มาตรฐานสินค้า (Product Specification) รายละเอียดความเชื่อมโยงของสินค้ากับแหล่งภูมิศาสตร์ (Links) กำหนดขอบเขตพื้นที่ในการผลิต (Zoning or Boundary Setting) และการตรวจสอบรับรองและจัดตั้งระบบควบคุมการผลิต (Inspection Structure and Control System) สินค้าใดจะใช้สิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ได้สินค้านั้นจะต้องมีลักษณะและคุณภาพสอดคล้องกับ **“ข้อกำหนดมาตรฐานการผลิตสินค้า”** ที่ได้มีการขึ้นทะเบียนเอาไว้ ผู้ผลิตในพื้นที่ที่ผลิตสินค้าด้วยกรรมวิธีที่แตกต่างหรือที่มีลักษณะที่แตกต่างจาก **“ข้อกำหนดมาตรฐานการผลิตสินค้า”** จะไม่สามารถใช้สิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์นั้นได้

ในกรณี **“ข้าวสังข์หยดเมืองพัทลุง”** ที่ได้มีการขึ้นทะเบียนสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ไว้แล้ว สินค้าข้าวที่จะใช้สิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ดังกล่าวได้ จะต้องเป็นข้าวที่ผลิตขึ้นในพื้นที่จังหวัดพัทลุงเท่านั้น โดยมีเงื่อนไขด้วยว่าผู้ผลิตจะต้องเป็นเกษตรกรที่ได้สมัครเข้าร่วมโครงการ **“ข้าวสังข์หยดเมืองพัทลุง”** และจะต้องเป็นเกษตรกรที่ผลิตข้าวที่มีคุณภาพหรือคุณลักษณะถูกต้องครบถ้วนตามข้อกำหนดมาตรฐานการผลิตสินค้าที่ได้มีการขึ้นทะเบียนเอาไว้ นอกจากนี้ ตาม **“ข้อกำหนดมาตรฐานการผลิตสินค้า”** สิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ข้าวสังข์หยดเมืองพัทลุง ยังกำหนดด้วยว่าข้าวสังข์หยดที่ผลิตได้จะต้องเป็นข้าวที่ปลูกจากเมล็ดพันธุ์ข้าวสังข์หยดที่ได้มาจากศูนย์วิจัยข้าวพัทลุง จากศูนย์ขยายเมล็ดพันธุ์พืชที่ ๖ จังหวัดพัทลุง หรือจากสหกรณ์การเกษตรที่ผลิตเมล็ดพันธุ์เท่านั้น แต่ในขณะนี้ยังมีเกษตรกรจำนวนหลายรายที่ใช้กรรมวิธีการปลูก แตกต่างไปจากข้อกำหนดมาตรฐานการผลิตสินค้านี้ กล่าว เช่น มิได้ใช้พันธุ์ข้าวสังข์หยดที่ได้มาจากสถานีวิจัยข้าวพัทลุงหรือจากศูนย์ขยายเมล็ดพันธุ์พืชของรัฐ แต่ใช้เมล็ดพันธุ์ข้าวที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเมล็ดพันธุ์กับเกษตรกรรายอื่น หรือเป็นเมล็ดพันธุ์ที่ได้จากการเก็บรวบรวมในแปลงของตนเอง นอกจากนี้ ยังมีเกษตรกรบางรายที่ทำการเก็บเกี่ยว หรือทำการเก็บรักษาผลผลิตข้าวด้วยวิธีการที่แตกต่างไปจากที่ระบุในคำขอขึ้นทะเบียน อันแสดงว่า **“ข้อกำหนดมาตรฐานการผลิตสินค้า”** สิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ข้าวสังข์หยดเมืองพัทลุง มิได้กำหนดรายละเอียดที่กว้างขวางเพียงพอ ที่จะครอบคลุมสินค้าข้าวสังข์หยดที่ปลูกในพื้นที่นั้นทั้งหมด ทำให้เกษตรกรที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ **“ข้าวสังข์หยดเมืองพัทลุง”** หรือที่ใช้กรรมวิธีการผลิตแตกต่างไป ไม่สามารถจำหน่ายข้าวที่ตนผลิตภายใต้สิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ **“ข้าวสังข์หยดเมืองพัทลุง”** ได้ ถึงแม้ว่าเกษตรกรเหล่านั้นอาจจะผลิตข้าวที่มีคุณภาพอย่าง

เดียวกันกับเกษตรกรในพื้นที่รายอื่นๆ และถึงแม้ว่าเกษตรกรเหล่านั้นอาจจะได้ผลิตและจำหน่ายข้าวในชื่อ “ข้าวสังข์หยดเมืองพัทลุง” มาก่อนที่จะมีการขึ้นทะเบียนสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์นั้นก็ตาม

จากข้อมูลการศึกษาที่กล่าวถึงข้างต้นจะเห็นได้ว่า กฎหมายคุ้มครองสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์เป็นเครื่องมือทางกฎหมายที่มีประโยชน์ต่อการส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนและการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น แต่ในการบังคับใช้กฎหมายก็มีแง่มุมหลายประการที่อาจสร้างผลกระทบในทางลบต่อชุมชนและการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นได้เช่นกัน เป็นข้อควรระมัดระวังสำหรับการบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองพันธุ์พืชหรือกฎหมายคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในอนาคต

๗.๓.๕ การศึกษาและจัดทำร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น

เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยตรง มีเพียงกฎหมายคุ้มครองพันธุ์พืชและกฎหมายภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยซึ่งให้ความคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นเฉพาะด้านเท่านั้น จึงมีความพยายามจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องในการผลักดันการยกร่างกฎหมายเฉพาะด้านการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น

ในปี ๒๕๔๙ กรมทรัพย์สินทางปัญญาได้จัดตั้งคณะกรรมการยกร่างกฎหมายภูมิปัญญาท้องถิ่นขึ้น โดยมีรองอธิบดีกรมทรัพย์สินทางปัญญาเป็นประธาน คณะกรรมการฯ ดังกล่าวได้ยกร่างกฎหมายคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นให้ยั่งยืน ป้องกันมิให้มีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นของไทยซึ่งเป็นของส่วนรวมไปจดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญาเป็นของบุคคลหนึ่งบุคคลใด และมีการแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเป็นธรรมกับเจ้าของภูมิปัญญาหากมีการนำเอาภูมิปัญญาท้องถิ่นไทยไปต่อยอดใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของคณะกรรมการยกร่างกฎหมายภูมิปัญญาท้องถิ่นนี้ได้ยุติลงเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารของกรมทรัพย์สินทางปัญญา

ต่อมาในปี ๒๕๕๐ กรมทรัพย์สินทางปัญญา กระทรวงพาณิชย์ ได้จัดจ้างให้มีการศึกษาเพื่อจัดทำกรอบแนวคิดทางกฎหมายในการคุ้มครองภูมิปัญญาไทยตามแผนพัฒนามาตรฐานของกรมทรัพย์สินทางปัญญา (พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๑) ซึ่งได้มีการดำเนินการจนเสร็จสิ้นแล้ว คณะผู้ศึกษาในโครงการศึกษาดังกล่าวได้มีข้อเสนอแนะต่อการจัดทำกฎหมายเพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญาไทยได้หลายประการ ตัวอย่างเช่น^{๒๐}

^{๒๐} ศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ. ๒๕๕๐. กรอบความคิดการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นไทย. สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ. รายงานฉบับสมบูรณ์ เสนอต่อกรมทรัพย์สินทางปัญญา กระทรวงพาณิชย์.

คณะผู้ศึกษาเห็นว่า มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการที่ประเทศไทยต้องมีการคุ้มครองจำเพาะ (*sui generis protection*) สำหรับภูมิปัญญาไทยที่นอกเหนือจากภูมิปัญญาด้านการแพทย์ โดยภูมิปัญญาไทยควรแบ่งเป็น ๒ ระดับ คือ

๑. ภูมิปัญญาไทยระดับชาติ (National Traditional Knowledge) คือเป็นภูมิปัญญาที่มีการใช้กันอย่างทั่วไป ผู้ทรงสิทธิในภูมิปัญญาดังกล่าว คือประเทศไทย การได้มาซึ่งสิทธิประเภทนี้ ไม่ควรต้องมีการจดทะเบียน (Registration) แต่ต้องมีการประกาศขึ้นทะเบียนภูมิปัญญาไทยระดับชาติที่ได้รับการคุ้มครอง (Traditional Knowledge Inventory) โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบ
๒. ภูมิปัญญาไทยระดับชุมชน (Community Traditional Knowledge) คือภูมิปัญญาที่ปรากฏอยู่ในชุมชนใดชุมชนหนึ่งเท่านั้น ผู้ทรงสิทธิคือชุมชนนั้น การได้มาซึ่งสิทธิต้องมีการจดทะเบียนภูมิปัญญา (Registration) ต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบ

ทั้งนี้ สิทธิทางกฎหมายหรือการคุ้มครองควรมี ๒ รูปแบบ คือ (๑) การคุ้มครองในลักษณะทรัพย์สิน (Property Right) หรือสิทธิทางเศรษฐกิจ (Economic Right) การคุ้มครองประเภทนี้เป็นการให้สิทธิทางกฎหมายแก่ผู้ทรงสิทธิในการอนุญาตให้เข้าถึงและแบ่งปันผลประโยชน์ (Authorized Access and Benefit Sharing, ABS) โดยผู้ทรงสิทธิมีสิทธิแต่เพียงผู้เดียวในการอนุญาตให้ผู้อื่นเข้าถึงตลอดจนถึงใช้ประโยชน์ ภูมิปัญญาที่ได้รับการคุ้มครอง (๒) การคุ้มครองศักดิ์ศรีของภูมิปัญญา (Integrity) เป็นการคุ้มครองเพื่อไม่ให้เกิดการนำไปใช้ในทางที่ไม่เหมาะสมหรือเสื่อมเสีย (Distortion) เนื่องจากในปัจจุบันมีการพบเห็นการนำภูมิปัญญาไปใช้ในทางเสื่อมเสียมากขึ้น

จนถึงขณะนี้ ยังไม่เป็นที่ชัดเจนว่ากรรมทรัพย์สินทางปัญญาจะมีแนวทางการดำเนินงานต่อจากผลการศึกษาและข้อเสนอแนะในโครงการวิจัยดังกล่าวอย่างไร จากการสอบถามจากเจ้าหน้าที่ของกรรมทรัพย์สินทางปัญญาที่รับผิดชอบดูแลการศึกษาในโครงการนี้ (ข้อมูลเมื่อเดือนกรกฎาคม ๒๕๕๑) ได้ทราบว่า กรรมทรัพย์สินทางปัญญาพิจารณาเห็นว่าการดำเนินงานด้านการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นมีความเกี่ยวข้องกับหน่วยงานภาครัฐเป็นจำนวนมาก หากจะมีการร่างกฎหมายเฉพาะเพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นในทุกด้านทั้งหมดโดยมีกรรมทรัพย์สินทางปัญญาเป็นหน่วยงานรับผิดชอบตามกฎหมายนั้น จะเป็นภารกิจที่เกินขีดความสามารถและอำนาจหน้าที่ของกรมฯ จึงยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนต่อการดำเนินงานในเรื่องนี้

๗.๓.๖ การดำเนินงานเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาโจรสลัดชีวภาพ

ในอดีต มีกรณีปัญหาโจรสลัดชีวภาพที่เกิดขึ้นต่อประเทศไทยหลายกรณี เช่น ข้าวหอมมะลิ เปล้าน้อย มังคุด ฯลฯ ในที่นี้จะได้กล่าวถึงปัญหาโจรสลัดชีวภาพที่เพิ่งเกิดขึ้นล่าสุด คือ กรณีกวาวเครือ และกรณียาชืดตุน ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงความพร้อมทางด้านกฎหมาย ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโจรสลัดชีวภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน

กรณีกวาวเครือ

ในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๔๗ องค์การความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาไทย (ปัจจุบัน คือ มูลนิธิชีววิถี) ได้เปิดแถลงข่าวว่าได้สืบค้นพบข้อมูลกรณีของบริษัทต่างประเทศ ได้แก่ บริษัท Kose Tokyo บริษัท Shiratori Pharmaceutical ประเทศญี่ปุ่น และ บริษัท Cheil Jedang Corporation ประเทศเกาหลีใต้ ได้จดสิทธิบัตรเกี่ยวกับสมุนไพรกวาวเครือในประเทศสหรัฐอเมริกา^{๒๐}

กรณีการจดสิทธิบัตรกวาวเครือโดยบริษัทต่างประเทสนั้น เป็นกรณีที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่พระราชบัญญัติคุ้มครองพันธุ์พืช ๒๕๔๒ มีผลใช้บังคับ (๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๔๒) เป็นการนำเอาภูมิปัญญาของคนไทยไปศึกษาพัฒนาต่อยอดโดยใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสมัยใหม่ แล้วนำไปคุ้มครองด้วยสิทธิบัตรเพื่อนำไปทำผลิตภัณฑ์เพื่อการพาณิชย์ โดยมีได้มีการตอบแทนแบ่งปันผลประโยชน์กับประเทศไทย ในฐานะที่เป็นแหล่งที่มาขององค์ความรู้ในการใช้ประโยชน์และแหล่งวัตถุดิบกวาวเครือแต่อย่างใด หน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลกฎหมายไม่สามารถบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองพันธุ์พืชให้เป็นไปตามเจตนารมณ์และบทบัญญัติของกฎหมายได้ ทั้งนี้ กวาวเครือจัดเป็นพันธุ์พืชป่าหรืออาจเป็นพันธุ์พืชทั่วไปในกรณีที่มีการปลูกในไร่นา ซึ่งตามกฎหมายได้กำหนดไว้ว่า การนำพันธุ์พืชดังกล่าวไปวิจัยเพื่อประโยชน์ในทางการค้าจะต้องได้รับอนุญาตจากพนักงานเจ้าหน้าที่ และทำข้อตกลงแบ่งปันผลประโยชน์ หากผู้ใดฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามมีบทลงโทษชัดเจน

^{๒๐} ข้อมูลจากมูลนิธิชีววิถี (Biothai) (www.biothai.net/web/file/SatSeptember2007-18-11-9-piracy_07.pdf)

สาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาในการบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองพันธุ์พืช เนื่องจากความล่าช้าในกระบวนการออกกฎหมายลำดับรอง ที่สำคัญเช่น กฎกระทรวง เกี่ยวกับเรื่องหลักเกณฑ์การแบ่งปันผลประโยชน์ ฯลฯ ทำให้เจ้าหน้าที่ของรัฐที่รับผิดชอบกฎหมายขาดความมั่นใจในการที่จะบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด และมีผลทำให้การแบ่งปันผลประโยชน์จากการใช้ทรัพยากรพันธุกรรมไม่มีสภาพบังคับอย่างแท้จริงในทางปฏิบัติ ปัญหาความล่าช้าในกระบวนการออกกฎหมายลำดับรอง จัดเป็นเรื่องสำคัญเร่งด่วนที่ต้องรีบจัดการแก้ไข กฎหมายคุ้มครองพันธุ์พืชมีผลใช้บังคับมาเป็นเวลาเกินกว่า ๑๐ ปีแล้ว

ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหากรณีปัญหาท้าวเครือนี้ มีข้อที่น่าสังเกตด้วยว่า ประเทศไทยมิได้ใช้อนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพให้เป็นประโยชน์อย่างเต็มที่ แม้ว่าทั้งประเทศไทย ญี่ปุ่น และเกาหลี ซึ่งเกี่ยวข้องกับกรณีปัญหานี้ต่างเป็นภาคีสมาชิกของอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ ซึ่งมีวัตถุประสงค์สำคัญข้อหนึ่งในเรื่องการแบ่งปันผลประโยชน์จากการใช้ทรัพยากรชีวภาพอย่างเป็นธรรมและเท่าเทียม

กรณีฤๅษีตัดตน

กรณีฤๅษีตัดตนเป็นกรณีปัญหาล่าสุดที่เกิดขึ้นกับประเทศไทย เป็นกรณีโจรสลัดชีวภาพที่เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่น เรื่องเกิดจากชาวญี่ปุ่นที่ได้มาเรียนการนวดไทยและทำฤๅษีตัดตนที่สำนักเรียนวัดโพธิ์ในปี ๒๕๔๕ และเมื่อเดินทางกลับเพื่อประกอบอาชีพเกี่ยวกับการนวดแบบไทย สปา ธุรกิจการนวดและโยคะแบบไทยอย่างครบวงจรได้ยื่นจดเครื่องหมายการค้าโดยใช้คำว่าฤๅษีตัดตน (Russie Dutton) และจดซื้อบริษัท ห้างหุ้นส่วนฤๅษีตัดตน จำกัด ได้จดซื้อนิตยสาร หนังสือพิมพ์ เมื่อวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๔๙ และเครื่องหมายการค้าสำหรับบริการสอนโยคะแบบไทย วันที่ ๑๗ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๔๙ นอกจากนั้นยังยื่นจดอีกหลายรายการในผลิตภัณฑ์และบริการอื่นๆ เช่น เครื่องสำอาง อาหารเพื่อสุขภาพ สิ่งบันเทิงภาพและเสียง สื่อสอนโยคะ บริการให้ข้อมูล การแปล การสอนนวด และอื่นๆ รวมกว่า ๕๐ รายการ ซึ่งอยู่ระหว่างการพิจารณาของสำนักงานสิทธิบัตรญี่ปุ่น

เมื่อประชาชนไทยทราบข่าวว่ามีการจดทะเบียนเครื่องหมายการค้า โดยใช้คำว่าฤๅษีตัดตน จึงเกิดการรวมตัวกันขึ้นทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อให้รัฐบาลหาแนวทางแก้ไข โดยมีให้นักธุรกิจญี่ปุ่นรายนั้นใช้คำว่า ฤๅษีตัดตนเป็นชื่อของสินค้าและบริการทุกชนิด เนื่องจากคำว่าฤๅษีตัดตนเป็นคำสามัญและเป็นคำที่รู้จักกันโดยทั่วไป ทำฤๅษีตัดตนก็เป็นสมบัติของชาติของสาธารณะ จึงไม่ควรอย่างยิ่งที่จะให้เอกชนชาวญี่ปุ่นนำเอาคำว่าฤๅษี

ตัดตนไปจดเป็นสิทธิของตนเอง กระทรวงพาณิชย์ร่วมกับกระทรวงการต่างประเทศและกระทรวงสาธารณสุข ได้ทำหนังสือสอบถามและทักท้วงพร้อมทั้งแสดงความวิตกกังวลกับกรณีที่เกิดขึ้นเพื่อให้ทางสำนักงานสิทธิบัตรญี่ปุ่นทราบว่า ฤๅษีตัดตนเป็นสมบัติและภูมิปัญญาของไทย และเมื่อเดือนพฤศจิกายน ๒๕๔๙ กรมทรัพย์สินทางปัญญายื่นคัดค้านการจดทะเบียนเครื่องหมายการค้าดังกล่าวไปยังสำนักงานสิทธิบัตรญี่ปุ่น (JPO) และทางด้านผู้ยื่นจดได้โต้แย้งว่า คำว่าฤๅษีตัดตนเป็นคำที่ไม่ใช่คำสามัญ (Common Name) ที่รู้จักกันในประเทศญี่ปุ่นและเขาเป็นผู้ทำให้คำว่าฤๅษีตัดตนเป็นที่รู้จักในประเทศญี่ปุ่น^{๒๒}

ในท้ายที่สุด สำนักงานสิทธิบัตรญี่ปุ่นได้มีคำวินิจฉัยเพิกถอนการจดทะเบียนเครื่องหมายการค้าดังกล่าวเมื่อวันที่ ๑๗ เมษายน ๒๕๕๐ โดยมีเหตุผลว่าคำในเครื่องหมายการค้านี้ถือเป็นสมบัติของประเทศไทยและประชาชนชาวไทย ผู้ทรงสิทธิซึ่งไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับทั้งประเทศไทยและไม่ได้เป็นคนไทย ได้ทำการยื่นขอจดทะเบียนโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงเรียนแพทย์แผนโบราณ วัดพระเชตุพน จึงถือได้ว่าเป็นการกระทำที่ขัดต่อโรงเรียนแพทย์แผนโบราณฯ และประเทศไทย ถึงแม้ว่าผู้ทรงสิทธิเองจะไม่ได้มีเจตนาที่ไม่บริสุทธิ์ก็ตาม นอกจากนี้ การจดทะเบียนเครื่องหมายการค้าดังกล่าวที่ประเทศญี่ปุ่น เป็นการกระทำที่ขัดต่อหลักความซื่อสัตย์ระหว่างประเทศญี่ปุ่นกับประเทศไทย

การจัดการแก้ไขปัญหาในกรณีเรื่องฤๅษีตัดตนนี้ นับเป็นผลสำเร็จที่เกิดมาจากความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องหลายหน่วยงาน ภาคเอกชน ประชาชน รวมทั้งสื่อมวลชน ที่ร่วมกันคัดค้าน ปกป้องภูมิปัญญาของชาติมิให้ถูกฉกฉวยไปใช้ประโยชน์โดยไม่เป็นธรรม เป็นการดำเนินบทบาทในเชิงรุกของประเทศไทยต่อการแก้ไขปัญหาโจรสลัดชีวภาพ เป็นบทเรียนที่สำคัญต่อการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโจรสลัดชีวภาพในอนาคต ซึ่งถึงความจำเป็นที่ต้องมีการดำเนินงานแก้ไขปัญหาาร่วมกันหลายฝ่าย ต้องมีแรงสนับสนุนทางการเมือง ลำพังแต่การใช้มาตรการทางกฎหมายแต่เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ

นอกจากนี้ ในกรณีเรื่องฤๅษีตัดตนนั้น มีข้อควรสังเกตอย่างยิ่งว่า แม้จะยังมิได้มีการขึ้นทะเบียนคุ้มครองฤๅษีตัดตนตามกฎหมายของไทย เนื่องจากความล่าช้าในกระบวนการออกกฎหมายลำดับรองของพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย (เช่นเดียวกันกับกรณีกฎหมายคุ้มครองพันธุ์พืช) แต่สามารถดำเนิน

^{๒๒} ศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ. ๒๕๕๐. รายงานการศึกษากรอบความคิดการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นไทย. อ้างแล้ว

การเพิกถอนการจดทะเบียนเครื่องหมายการค้าของญี่ปุ่นจนเกิดผลสำเร็จได้ การมีกฎหมายคุ้มครองจึงไม่ใช่ปัจจัยชี้ขาดต่อความสำเร็จในการป้องกัน/แก้ไขปัญหาเรื่องโจรสลัดชีวภาพ

๗.๔ ความก้าวหน้าการเจรจาคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นในเวทีระหว่างประเทศ

๗.๔.๑ อนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ

โดยภาพรวม อนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพนับเป็นความตกลงระหว่างประเทศที่มีผลในเชิงบวกต่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น ในการประชุมสมัชชาภาคีอนุสัญญา ครั้งที่ ๔ ที่ประชุมได้มีมติให้จัดตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจสำหรับข้อ ๘(j) ขึ้นมาโดยมีชื่อว่า “Ad Hoc Open-ended Inter-Sessional Working Group on Article ๘(j) and Related Provisions of the Convention on Biological Diversity” จนถึงปัจจุบัน มีการประชุมคณะทำงานฯ ไปแล้ว ๕ ครั้ง ครั้งล่าสุดเป็นการประชุมระหว่างวันที่ ๑๕-๑๙ ตุลาคม ๒๕๕๐ ณ ประเทศแคนาดา โดยมีประเด็นพิจารณาสำคัญหลายประการ ตัวอย่างเช่น^{๒๓}

- ❖ ประเด็นเรื่องความเชื่อมโยงระหว่างระบอบระหว่างประเทศว่าด้วยการเข้าถึงและแบ่งปันผลประโยชน์ (International Regime on Access and Benefit-Sharing: IRABS) ซึ่งเป็นประเด็นเจรจาสำคัญประการหนึ่งของการประชุมสมัชชาภาคีอนุสัญญา กับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยทางกลุ่มแอฟริกาได้มีข้อเสนอให้ IRABS ต้องสอดคล้องกับหลักการเรื่องการขอความยินยอมล่วงหน้าจากชุมชนท้องถิ่นหรือชนพื้นเมืองก่อนการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ชุมชนดูแล/ครอบครองอยู่ โดยชุมชนต้องมีส่วนในการปฏิเสธการเข้าถึงด้วย
- ❖ ประเด็นเรื่องการพัฒนาองค์ประกอบสำหรับระบบกฎหมายเฉพาะ (*sui generis*) สำหรับการคุ้มครองความรู้ นวัตกรรมและการปฏิบัติของท้องถิ่น ซึ่งได้มีการพิจารณาให้ความเห็นจากประเทศต่างๆ เกี่ยวกับองค์ประกอบที่สำคัญ นิยาม/ความหมาย ฯลฯ โดยการพัฒนาระบบกฎหมายเฉพาะนี้จะมี ความเชื่อมโยงกับการเจรจาในเรื่อง IRABS

^{๒๓} CBD Secretariat. 2007. Report of The Fifth Meeting of The Ad Hoc Open-Ended Working Group on Article 8(J) And Related Provisions of The Convention on Biological Diversity. UNEP/CBD/COP/9/7

นอกเหนือจากการเจรจาในประเด็นข้อ ๘(j) แล้ว ยังมีประเด็นการเจรจาในเวทีสมัชชาภาคีอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น คือ เรื่อง “การถ่ายทอดเทคโนโลยี” จากการศึกษาของสมชาย และทิพย์สุรางค์ (๒๕๕๑)^{๒๔} มีประเด็นข้อวิเคราะห์ที่ควรพิจารณาอย่างรอบคอบเกี่ยวกับการเจรจาเรื่องการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่อาจมีผลกระทบเกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นหลายประการ ที่สำคัญ คือ การที่อนุสัญญาฯ ส่งเสริมให้ถ่ายทอดเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการอนุรักษ์ และใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืนในความหลากหลายทางชีวภาพนั้น ไม่ได้ระบุเจาะจงว่า เทคโนโลยีดังกล่าวจำกัดเฉพาะเทคโนโลยีสมัยใหม่ของประเทศอุตสาหกรรมเท่านั้น ดังนั้นภูมิปัญญาท้องถิ่นของประเทศกำลังพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับการอนุรักษ์ และการใช้ประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพอย่างยั่งยืนจึงอยู่ในข่ายเทคโนโลยีด้วยเช่นกัน แม้กรณีของภูมิปัญญาท้องถิ่นจะมีการเจรจาเพื่อหาแนวทางคุ้มครองตามมาตรา ๘(j) ก็ตาม แต่ควรจะต้องมีความเชื่อมโยงระหว่างแผนยุทธศาสตร์การถ่ายทอดเทคโนโลยีกับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นตามมาตรา ๘(j) หรือในการกำหนดยุทธศาสตร์เกี่ยวกับการถ่ายทอดเทคโนโลยีนั้นควรคำนึงหรือตระหนักถึงผลกระทบที่จะมีต่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นด้วย

๗.๔.๒ การดำเนินงานของ WIPO เรื่องการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น

ในการประชุม “คณะกรรมการระหว่างรัฐว่าด้วยทรัพย์สินทางปัญญาเกี่ยวกับทรัพยากรพันธุกรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น และศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้าน” (Intergovernmental Committee on Intellectual Property, Genetic Resource, Traditional Knowledge and Folklore: ICG) ครั้งที่ ๘ (๒๕๔๘) ได้มีการจัดทำร่างบทบัญญัติที่สำคัญสองฉบับ คือ (๑) ร่างบทบัญญัติเพื่อคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น (Draft Provision for the Protection of Traditional Knowledge) และ (๒) ร่างบทบัญญัติเพื่อคุ้มครองศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้าน (Draft Provision for the Protection of Expression of Folklore)

ร่างบทบัญญัติเพื่อคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น ได้นิยามคำว่า “ภูมิปัญญาท้องถิ่น” หมายถึง เนื้อหาสาระ หรือแก่นสารขององค์ความรู้ที่เป็นผลมาจากการดำเนินกิจกรรมทางปัญญาในรูปแบบของท้องถิ่นนั้น และรวมถึงทักษะ ประดิษฐ์กรรม การเรียนรู้

^{๒๔} สมชาย รัตนเชื้อสกุล และ ทิพย์สุรางค์ วาทีตต์พันธุ์. ๒๕๕๑. ปัญหาการถ่ายทอดเทคโนโลยีชีวภาพภายใต้ อนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ. ชุดโครงการพัฒนาความรู้และยุทธศาสตร์ด้านความตกลงพหุภาคีระหว่างประเทศด้านสิ่งแวดล้อม. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

รูปแบบของระบบภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมถึงองค์ความรู้ที่ได้จากการดำเนินชีวิตของชุมชนท้องถิ่นหรือชุมชนพื้นเมืองที่เกิดจากการสั่งสมจากบรรพบุรุษสู่ปัจจุบัน โดยไม่จำกัดแค่ความรู้ด้านเทคนิคด้านใดด้านหนึ่งโดยเฉพาะ แต่รวมถึงความรู้ทุกด้าน ทั้งด้านเกษตรกรรม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านยารักษาโรค และด้านทรัพยากรพันธุกรรม^{๒๔}

โดยองค์ความรู้ของชุมชนท้องถิ่นที่จะได้รับการคุ้มครองตามร่างบทบัญญัตินี้ ต้องเป็นองค์ความรู้ของชุมชนท้องถิ่นที่ได้รับการถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง และเป็นองค์ความรู้ของชุมชนท้องถิ่นที่มีลักษณะเฉพาะของชุมชนพื้นเมืองนั้น (Art.4) และจะได้รับการคุ้มครองตลอดระยะเวลาที่องค์ความรู้ของชุมชนท้องถิ่นยังคงคุณสมบัตินี้ (Art.9) ซึ่งผู้ที่ได้ผลประโยชน์จากการคุ้มครองตามร่างบทบัญญัตินี้ คือ ปัจเจกชนในชุมชนท้องถิ่นนั้น หรือตัวชุมชนท้องถิ่นหรือชุมชนพื้นเมืองที่เป็นผู้ทรงสิทธิในภูมิปัญญาท้องถิ่นนั้น (Art.5)

ร่างบทบัญญัตินี้ให้การคุ้มครององค์ความรู้ของชุมชนท้องถิ่นจากการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ เช่น การนำองค์ความรู้ของชุมชนท้องถิ่นไปแสวงหาประโยชน์โดยมิได้รับคามยินยอมจากเจ้าขององค์ความรู้ของชุมชนท้องถิ่น และไม่ได้แบ่งปันผลประโยชน์นั้นให้เจ้าของความรู้นั้น สำหรับการคุ้มครององค์ความรู้ของชุมชนท้องถิ่นหมายถึง การคุ้มครองจากการกระทำที่ได้ภูมิปัญญาท้องถิ่นไปโดยวิธีการอันไม่ชอบ ไม่ว่าจะเป็นการขโมย การหลอกลวง การข่มขู่ การบุกรุก การฝ่าฝืน การฉ้อโกง (Art.1) และยังได้วางหลักการคุ้มครององค์ความรู้ของชุมชนท้องถิ่น คือ หลักการแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเป็นธรรมและเท่าเทียม หมายถึง การที่บุคคลใดหรือองค์กรใด จะใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ของชุมชนท้องถิ่นใดนั้น จะต้องมีการแบ่งปันผลประโยชน์ให้กับผู้ทรงสิทธิในองค์ความรู้ของชุมชนท้องถิ่นอย่างเป็นธรรมและเท่าเทียม (Art.6) และการจะนำภูมิปัญญาท้องถิ่นใดไปใช้ประโยชน์ จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ทรงสิทธิในภูมิปัญญาท้องถิ่นนั้นก่อน (Art.7)

สำหรับข้อยกเว้นที่ไม่ต้องปฏิบัติตามร่างบทบัญญัตินี้ในการคุ้มครององค์ความรู้ของชุมชนท้องถิ่น คือ กรณีที่เป็นการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อวัตถุประสงค์ที่ไม่ใช่การพาณิชย์ เช่น เพื่อการศึกษาวิจัย หรือ เป็นการแลกเปลี่ยน การใช้และการถ่ายทอดของผู้ทรงสิทธิเอง หรือเป็นการใช้องค์ความรู้ของชุมชนท้องถิ่นเพื่อวัตถุประสงค์ด้านสาธารณสุขอื่นใด หรือเจ้าหน้าที่รัฐอาจไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ทรงสิทธิในภูมิปัญญาท้องถิ่นนั้น หากเป็นการนำไปใช้เพื่อผลประโยชน์ด้านสุขอนามัยของสาธารณะ (Art.8)

^{๒๔} Draft Provision for the Protection of Traditional Knowledge. Article 1.

การกระทำอื่นใดที่กระทำก่อนที่บทบัญญัตินี้จะมีผลบังคับใช้ ต้องมีการดำเนินการให้ถูกต้องตามบทบัญญัตินี้แล้วแต่กรณีไป (Art.10) และการดำเนินการคุ้มครององค์ความรู้ของชุมชนท้องถิ่นตามบทบัญญัตินี้ต้องมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ โดยเจ้าหน้าที่รัฐอาจจะดำเนินการให้มีการขึ้นทะเบียนองค์ความรู้ของชุมชนท้องถิ่น (Art.11) และทุกประเทศที่ใช้บทบัญญัตินี้ควรให้การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นแก่ผู้ทรงสิทธิต่างชาติอย่างน้อยที่สุดเท่าเทียมกับการให้ความคุ้มครองผู้ทรงสิทธิในประเทศตน (Art.14)

ภายหลังจากมีการจัดทำร่างบทบัญญัติทั้งสองฉบับ ในการประชุม ICG ครั้งต่อมา เป็นการพิจารณาให้ความเห็นต่อเนื้อหาสาระของบทบัญญัติ ซึ่งมีความก้าวหน้าค่อนข้างช้ามากเนื่องจากความแตกต่างของแนวคิดและจุดยืนระหว่างกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ในการประชุม ICG ครั้งที่ ๑๑ เมื่อเดือนกรกฎาคม ๒๕๕๐ จำเป็นต้องมีการขยายระยะเวลาการทำงานและภารกิจของ ICG ออกไป เพราะไม่สามารถเจรจาข้อยุติได้ตามแผนงานที่กำหนดไว้

การประชุมครั้งล่าสุดของ ICG ครั้งที่ ๑๓ เมื่อเดือนตุลาคม ๒๕๕๑ ที่ผ่านมาที่ประชุมไม่สามารถหาข้อยุติในประเด็นเรื่องแนวทางการเจรจา (Modalities) สำหรับแผนงานในอนาคตได้ กลุ่มประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ต้องการให้ร่างบทบัญญัติเพื่อคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นและร่างบทบัญญัติเพื่อคุ้มครองศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้านมีสถานะผูกพันทางกฎหมายระหว่างประเทศ (International Legally Binding) ในขณะที่กลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วยืนยันที่จะให้ทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปอีก และแสดงจุดยืนว่าต้องการไม่ให้มีสถานะผูกพันทางกฎหมาย (Non-binding) โดยเฉพาะในระดับประเทศ ทางกลุ่มแอฟริกาได้มีข้อเสนอให้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนามาตรการให้เปิดเผยแหล่งที่มาของทรัพยากรพันธุกรรมที่ใช้ในการประดิษฐ์ สำหรับขั้นตอนการจดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา เพื่อสร้างความเชื่อมโยงระหว่างเรื่องทรัพยากรพันธุกรรมกับระบบทรัพย์สินทางปัญญาตามข้อเรียกร้องของสมัชชาภาคีอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ ทั้งนี้ ในเดือนกรกฎาคมที่ผ่านมา ประเทศต่างๆ มากกว่า ๑๐๐ ประเทศ ได้ร่วมกันเสนอเอกสารต่อการเจรจาความตกลงทริปส์ในเวที WTO ให้มีการเปิดเผยแหล่งที่มาของทรัพยากรพันธุกรรมในขั้นการยื่นจดคุ้มครองสิทธิบัตร^{๒๖}

^{๒๖} ITCSD. 2008. WIPO Committee on Traditional Knowledge Fails to Agree on Course of Future Work. (<http://ictsd.net/ii/news/bridgesweekly/31626>)

ความแตกต่างของจุดยืนระหว่างกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วกับกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาในเรื่องแนวคิดและแนวทางในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นเรื่องที่ ICG ให้ความสำคัญและมีความตระหนักต่อปัญหาดังกล่าว ฝ่ายเลขาของ ICG ได้จัดทำเอกสารเพื่อวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ของการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น ในเอกสารดังกล่าวมีเนื้อหาสำคัญที่สะท้อนถึงแนวคิด การดำเนินงานเพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นของประเทศต่างๆ มีข้อมูลและประเด็นที่น่าสนใจหลายประการ ดังนี้^{๒๐๗}

- ❖ ในแง่ “นิยาม” ยังไม่มีการยอมรับในระดับสากลต่อความหมายของคำว่า “ภูมิปัญญาท้องถิ่น” ความตกลงระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องได้กำหนดนิยามแตกต่างกันออกไป เช่น อนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ (ข้อ ๘) มุ่งเน้นเฉพาะ “ความรู้ นวัตกรรม และประเพณีปฏิบัติของชุมชนพื้นเมืองและท้องถิ่น ซึ่งประกอบกันเป็นวิถีชีวิตดั้งเดิม ที่มีความเกี่ยวข้องกับ การอนุรักษ์และใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืนซึ่งความหลากหลายทางชีวภาพ” สำหรับสนธิสัญญาว่าด้วยพันธุ์กรรมพืช (ข้อ ๙.๒ (a)) จำกัดเฉพาะ “ภูมิปัญญาที่เกี่ยวข้องกับพันธุ์กรรมพืชเพื่ออาหารและการเกษตร” เท่านั้น

ความแตกต่างในเรื่องนิยามของภูมิปัญญาท้องถิ่น ทำให้เกิดความแตกต่างในแง่แนวคิดการคุ้มครอง ระหว่าง “แนวทางแบบกว้าง” ซึ่งรวมถึงมรดกทางวัฒนธรรมที่จับต้องได้และจับต้องไม่ได้ ความรู้ ประเพณีปฏิบัติของชุมชนท้องถิ่นและชนพื้นเมือง กับ “แนวทางแบบแคบ” ซึ่งเจาะจงเลือกภูมิปัญญาท้องถิ่นที่จะให้ความคุ้มครอง (เช่น ตามแนวทางแบบอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ เป็นต้น)

- ❖ ในแง่ขอบเขตของ “การคุ้มครอง” (Protection) ต่อภูมิปัญญาท้องถิ่น มีความครอบคลุมกว้างขวางมาก ทำให้เกิดความเข้าใจที่แตกต่างกันระหว่างประเทศต่างๆ ทั้งนี้ การคุ้มครองอาจมีความหมายตั้งแต่ การคุ้มครองทางกฎหมายเพื่อป้องกันการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาตหรือนำไปใช้อย่างไม่เหมาะสม รูปแบบการคุ้มครองในแง่นี้จะให้ความสำคัญต่อนโยบายหรือกฎหมายด้านทรัพย์สินทางปัญญา หรือการคุ้มครองอาจหมายถึงการป้องกันมิให้ภูมิปัญญาท้องถิ่นลดลงหรือการสูญหายไป รูปแบบการคุ้มครองจะเน้นการทำเอกสาร การสร้างระบบบันทึกภูมิปัญญาท้องถิ่น ฯลฯ

^{๒๐๗} WIPO. 2008. The Protection of Traditional Knowledge: Draft Gap Analysis: Revision. Intergovernmental Committee on Intellectual Property, Genetic Resource, Traditional Knowledge and Folklore. WIPO/GRTKF/IC/13/5(b) Rev.

❖ ในแง่ “กลไก/เครื่องมือ” เพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น จากการสำรวจรวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับกลไก/เครื่องมือเพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นของประเทศต่างๆ พบว่า มีแนวคิดและข้อเสนอหลากหลายรูปแบบ โดยอาจจัดจำแนกได้เป็น ๓ แนวทางหลัก คือ

(๑) การคุ้มครองภายใต้ระบบกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญา เช่น กฎหมายสิทธิบัตร (กรณีที่มีภูมิปัญญาท้องถิ่นมีคุณสมบัติตามกฎหมายสิทธิบัตร) การคุ้มครองภายใต้กฎหมายความลับทางการค้า ข้อเสนอให้มีการเปิดเผยแหล่งที่มาของภูมิปัญญาท้องถิ่นในการยื่นขอรับคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา (ได้มีข้อเสนอจากหลายประเทศต่อ WTO และ WIPO ให้ปฏิบัติตามแนวทางนี้) การคุ้มครองภายใต้หลักการแข่งขันที่ไม่เป็นธรรม (Unfair Competition) ตามที่กำหนดไว้ในอนุสัญญาปารีส ฯลฯ

(๒) การคุ้มครองภายใต้ความตกลงระหว่างประเทศด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง เช่น อนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ สนธิสัญญาว่าด้วยทรัพยากรพันธุกรรมพืชฯ อนุสัญญาต่อต้านการแปรสภาพเป็นทะเลทราย ฯลฯ

(๓) การคุ้มครองภายใต้กติการะหว่างประเทศอื่นๆ เช่น แนวปฏิบัติในการเข้าถึงและแบ่งปันผลประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพ (Bonn Guideline) ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิของชนพื้นเมือง ฯลฯ

❖ ในแง่ “วัตถุประสงค์” ของการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งมีเหตุผลที่หลากหลายมาก เช่น เพื่อการยอมรับถึงคุณค่าของภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมการเคารพต่อภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมการอนุรักษ์และสงวนรักษา เพื่อการคุ้มครองสิทธิของผู้เป็นเจ้าของหรือผู้ที่ดูแลรักษาภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน

ช่องว่างหรือความแตกต่างในประเด็นต่างๆ เหล่านี้ เป็นเหตุผลสำคัญส่วนหนึ่งที่ทำให้การเจรจาจัดทำกฎหมายระหว่างประเทศเพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นและศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้านภายใต้ WIPO (รวมทั้งเวทีเจรจาอื่นๆ) มีความก้าวหน้าช้ามาก อย่างไรก็ตาม ประเด็นความแตกต่างข้างต้นนี้เป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพิจารณาจัดทำกลไกหรือระบบกฎหมายเฉพาะเพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นของไทย

๗.๕ สถานการณ์การคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยภายใต้

พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒

พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ หมวด ๑ มาตรา ๕ ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย มีอำนาจหน้าที่ ในการให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาแก่รัฐมนตรีในการออกกฎกระทรวง ระเบียบ หรือประกาศตาม พ.ร.บ. นี้ การส่งเสริมและพัฒนาการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร การจัดทำทะเบียนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ฯลฯ โดยให้จัดตั้งกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพื่อเป็นทุนหมุนเวียนในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

การดำเนินการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย มีสาระสำคัญดังนี้

๗.๕.๑ การดำเนินการตามกฎหมาย

นับตั้งแต่กฎหมายฉบับนี้มีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๔๓ ได้มีจัดทำกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ดังนี้

(๑) กฎกระทรวง จำนวน ๓ ฉบับ ได้แก่

- (๑.๑) กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ พ.ศ. ๒๕๔๖
- (๑.๒) กฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๙
- (๑.๓) กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๒

ร่างกฎกระทรวงที่อยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา จำนวน ๑ ฉบับ ได้แก่

ร่างกฎกระทรวงว่าด้วยการขอขึ้นทะเบียน การออกใบสำคัญการขึ้นทะเบียน และการเพิกถอนการขึ้นทะเบียนที่ดินของเอกชนที่เป็นถิ่นกำเนิดของสมุนไพรหรือที่ดินที่จะใช้ปลูกสมุนไพร พ.ศ.

ร่างกฎกระทรวงที่อยู่ระหว่างการพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการ
กฤษฎีกา จำนวน ๖ ฉบับ ได้แก่

๑. ร่างกฎกระทรวงว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการประกาศกำหนดตำรับยาแผนไทยของชาติหรือตำราการแพทย์แผนไทยของชาติ พ.ศ.....
๒. ร่างกฎกระทรวงว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการประกาศกำหนดตำรับยาแผนไทยทั่วไปหรือตำราการแพทย์แผนไทยทั่วไป พ.ศ.....
๓. ร่างกฎกระทรวงว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขอรับอนุญาตและการอนุญาต ข้อจำกัดสิทธิและค่าตอบแทนการใช้ประโยชน์จากตำรายาแผนไทยของชาติหรือตำราการแพทย์แผนไทยของชาติ พ.ศ.....
๔. ร่างกฎกระทรวงว่าด้วยการขอจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การสอบสวน การพิจารณาวินิจฉัย และแบบหนังสือสำคัญแสดงการจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.....
๕. ร่างกฎกระทรวงกำหนดการอนุญาตให้ใช้สิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของผู้ทรงสิทธิ และการเพิกถอนการอนุญาตให้ใช้สิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของนายทะเบียน พ.ศ.....
๖. ร่างกฎกระทรวงกำหนดกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การขอรับใบอนุญาตและการออกใบอนุญาตให้ศึกษาวิจัย หรือส่งออกสมุนไพรควบคุม หรือจำหน่าย หรือแปรรูปสมุนไพรควบคุมเพื่อการค้า การต่ออายุใบอนุญาต และการออกใบแทน พ.ศ.....

(๒) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

- (๒.๑) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๖) เรื่อง การกำหนดแบบเสนอชื่อ แบบประวัติ และบัตรเลือกกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
- (๒.๒) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดพื้นที่ภูมิภาค
- (๒.๓) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ. ๒๕๕๘
- (๒.๔) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ. ๒๕๕๘
- (๒.๕) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กาวเครือ) พ.ศ. ๒๕๕๙

- (๒.๖) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๑) เรื่อง แผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรในพื้นที่ เขตอนุรักษ์ภูผาภูด จังหวัดมุกดาหาร พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๓ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ (แผนระยะสั้น)
- (๓) **ระเบียบคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย**
- (๓.๑) ระเบียบคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เรื่อง การจัดทำทะเบียนภูมิปัญญา พ.ศ. ๒๕๔๗
- (๓.๒) ระเบียบคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยว่าด้วยการบริหาร การจัดหาผลประโยชน์ และการใช้จ่ายเงินกองทุน พ.ศ. ๒๕๔๘
- (๔) **ประกาศคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย**
- (๔.๑) ประกาศคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เรื่อง การกำหนดแบบแจ้งและบัญชีแสดงรายละเอียด ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กาวเครือ) พ.ศ. ๒๕๔๙ ซึ่งออกตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒
- (๔.๒) ประกาศคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการในการให้การช่วยเหลือหรือสนับสนุนกิจกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๙ กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

ลำดับการประกาศใช้ กฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ตามปี พ.ศ. มีดังนี้

- ปี ๒๕๔๖ ๑. กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ พ.ศ. ๒๕๔๖
๒. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๔๖) เรื่อง การกำหนดแบบเสนอชื่อ แบบประวัติ และบัตรเลือกกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
๓. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดพื้นที่ภูมิภาค
- ปี ๒๕๔๗ ๑. ระเบียบคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เรื่อง การจัดทำทะเบียนภูมิปัญญา พ.ศ. ๒๕๔๗

- ปี ๒๕๔๘ ๑. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ. ๒๕๔๘
๒. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ. ๒๕๔๘
๓. ระเบียบคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยว่าด้วยการบริหาร การจัดหาผลประโยชน์ และการใช้จ่ายเงินกองทุน พ.ศ. ๒๕๔๘
- ปี ๒๕๔๙ ๑. กฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๙
๒. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กาวาเครือ) พ.ศ. ๒๕๔๙
๓. ประกาศคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เรื่อง การกำหนดแบบแจ้งและบัญชีแสดงรายละเอียดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กาวาเครือ) พ.ศ. ๒๕๔๙ ซึ่งออกตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒
๔. ประกาศคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการในการให้การช่วยเหลือหรือสนับสนุนกิจกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๙ กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย
- ปี ๒๕๕๑ ๑. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๑) เรื่อง แผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรในพื้นที่ เขตอนุรักษ์ภูผาภูด จังหวัดมุกดาหาร พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๓ ตามพระราชบัญญัติการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ (แผนระยะสั้น)
- ปี ๒๕๕๒ ๑. กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๒

๗.๕.๒ การจัดทำทะเบียนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

ตามมาตรา ๑๔ กำหนดว่า สิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่จะได้รับการคุ้มครองได้แก่ สิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเกี่ยวกับตำรับยาแผนไทยและตำราการแพทย์แผนไทย และให้กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีหน้าที่รวบรวมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเพื่อจัดทำทะเบียน

ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย มี ๓ ประเภท คือ

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

ข้อมูลการขึ้นทะเบียนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย^๖ มีดังนี้

ตำรับยาแผนไทย จำนวน ๗๘,๓๔๕ ตำรับ และตำราการแพทย์แผนไทย จำนวน ๕,๖๔๕ เล่ม ทั้งนี้เป็นการรวบรวมเฉพาะรายชื่อผู้เป็นเจ้าของ รายชื่อตำรา โดยยังไม่มีมีการวิเคราะห์เนื้อหารายละเอียดข้างในตำรับและตำรา และยังไม่สามารถแยกประเภทเป็นของชาติทั่วไป และส่วนบุคคลได้

จังหวัดที่มีตำรับยาและตำราการแพทย์แผนไทยที่ขึ้นทะเบียนมากที่สุดได้แก่ กรุงเทพมหานคร มีตำรับยา ๒๑,๘๘๐ ตำรับ ตำรา ๓๕๓ ตำรา รองลงมาได้แก่ ชลบุรี มีตำรับยา ๓,๐๓๖ ตำรับ ตำรา ๓๖ ตำรา พิษณุโลก มีตำรับยา ๒,๗/๑๓๓ ตำรับ ตำรา ๑๓๓ ตำรา ตาก มีตำรับยา ๒,๒๔๖ ตำรับ ตำรา ๑๘๒ ตำรา

๗.๕.๓ การคุ้มครองสมุนไพร

การคุ้มครองสมุนไพรตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ ดำเนินการได้ ๒ แนวทางคือ

- ก. ให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย มีอำนาจประกาศในราชกิจจานุเบกษากำหนดประเภท ลักษณะ ชนิด และชื่อของสมุนไพร ที่มีค่าต่อการศึกษาหรือวิจัย หรือมีความสำคัญทางเศรษฐกิจ หรืออาจจะสูญพันธุ์ ให้เป็นสมุนไพรควบคุม ตามมาตรา ๔๔

^๖ ข้อมูลการขึ้นทะเบียนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย สำนักคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๕๓ (<http://ptmk.dtam.moph.go.th>)

ข. การคุ้มครองสมุนไพรและบริเวณถิ่นกำเนิดของสมุนไพรที่มีระบบนิเวศตามธรรมชาติหรือมีความหลากหลายทางชีวภาพหรืออาจได้รับผลกระทบกระเทือนจากการกระทำของมนุษย์ได้โดยง่ายในเขตพื้นที่ที่ได้มีการกำหนดให้เป็นเขตอนุรักษ์ ให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย จัดทำแผนปฏิบัติการเรียกว่า “**แผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพร**” เสนอขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีตามมาตรา ๕๓/

ในพื้นที่นอกเขตอนุรักษ์ ให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการมีอำนาจออก กฎกระทรวงกำหนดให้พื้นที่นั้นเป็นเขตพื้นที่คุ้มครองสมุนไพรตามมาตรา ๖๑

ในพื้นที่เอกชนหรือส่วนบุคคลที่เป็นถิ่นกำเนิดของสมุนไพรหรือที่ดินที่จะใช้ปลูกสมุนไพรมีสิทธินำที่ดินนั้นไปขอขึ้นทะเบียนต่อนายทะเบียนจังหวัดเพื่อขอรับความช่วยเหลือหรือขอรับการสนับสนุน ตามมาตรา ๖๔

การคุ้มครองสมุนไพร มีผลการดำเนินงานดังนี้

(๑) การประกาศสมุนไพรควบคุม

ได้มีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กาวเครือ) พ.ศ. ๒๕๔๙ เพียงประเภทเดียว

ได้มีการศึกษาสมุนไพรอีก ๒ ประเภท (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๑) ได้แก่ กฤษณา ชะมดเช็ด แต่ไม่จำเป็นต้องประกาศเป็นสมุนไพรควบคุม เนื่องจากกฤษณานั้นมีการเพาะปลูกในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก จนไม่มีปัญหาการสูญพันธุ์หรือขาดแคลน ส่วนชะมดเช็ดนั้น น้ำมันต้องได้จากชะมดเช็ดที่เพาะเลี้ยงเท่านั้น ไม่สามารถเก็บจากชะมดเช็ดในป่าธรรมชาติ ปัจจุบันมีผู้เลี้ยงชะมดเช็ดไม่ถึง ๑๐ ราย และมีรายได้น้อย การขยายพันธุ์ชะมดเช็ดที่เพาะเลี้ยงนั้นยากและไม่ได้ผล ชะมดเช็ดในป่าธรรมชาตินั้นเป็นสัตว์คุ้มครองตามกฎหมาย ภายใต้พระราชบัญญัติสงวนและคุ้มครองสัตว์ป่า พ.ศ. ๒๕๓๕ อยู่แล้ว ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการขยายพันธุ์ชะมดเช็ดจากแหล่งที่มีการเพาะเลี้ยงอยู่แล้วให้มากขึ้น

ปัจจุบัน (พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒) อยู่ระหว่างการศึกษาสมุนไพรอีก ๔ ชนิด ได้แก่ เปล้าเลือด ดอกตี่ง กำแพงเจ็ดชั้น และขมิ้นเครือ

(๒) การคุ้มครองสมุนไพรและบริเวณถิ่นกำเนิดของสมุนไพร

ได้มีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรในพื้นที่เขตอนุรักษ์ภูผาภูวด จังหวัดมุกดาหาร พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๓ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย (มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑)

ขณะนี้ (๒๙ ตุลาคม ๒๕๕๒) อยู่ระหว่างการจัดทำร่างแผนการจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรในพื้นที่เขตอนุรักษ์อีก ๔ พื้นที่ ได้แก่

เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าเชียงดาว อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่
เขาสลัดได อุทยานแห่งชาติทับลาน อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา
เขตอุทยานแห่งชาติภูจองนายอย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี
เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าซับลังกา อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

นอกจากนี้ยังมีการดำเนินการโครงการสำรวจพื้นที่คุ้มครองสมุนไพรปีงบประมาณ ๒๕๕๑-๒๕๕๒ ในเขตพื้นที่ดังนี้

- | | |
|--|----------------------|
| (๑) เขตอนุรักษ์พันธุ์สัตว์ป่าเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ | พื้นที่ ๖,๐๐๐ ไร่ |
| (๒) เขตอุทยานแห่งชาติภูจองนายอย จังหวัดอุบลราชธานี | พื้นที่ ๔๒๘,๗๕๐ ไร่ |
| (๓) เขตห้ามล่าสัตว์ป่า อุทยานสมเด็จพระศรีนครินทร์กาญจนบุรี | พื้นที่ ๕๖,๒๕๐ ไร่ |
| (๔) เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าคลองนาคา จังหวัดระนอง | พื้นที่ ๓๓๑,๕๔๖ ไร่ |
| (๕) เขตอุทยานแห่งชาติทะเลบัน จังหวัดสตูล | พื้นที่ ๑๐๐,๐๐๐ ไร่ |
| (๖) เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าซับลังกา จังหวัดลพบุรี | พื้นที่ ๙๖,๘๓๕ ไร่ |
| (๗) เขตอุทยานแห่งชาตินาญ-น้ำโสม จังหวัดอุดรธานี | พื้นที่ ๒๐๐,๐๐๐ ไร่ |
| (๘) เขาสลัดได อุทยานแห่งชาติทับลาน จังหวัดนครราชสีมา | พื้นที่ ๓,๐๐๐ ไร่ |
| (๙) เขตอุทยานแห่งชาติภูแล้งกา จังหวัดนครพนม | พื้นที่ ๓๔๙,๐๐๐ ไร่ |
| (๑๐) เขตอุทยานแห่งชาติทุ่งแสลงหลวง จังหวัดพิษณุโลก | พื้นที่ ๓๔๙,๐๐๐ ไร่ |
| (๑๑) เขตอุทยานแห่งชาติแม่วังก์ จังหวัดกำแพงเพชร | พื้นที่ ๒๓,๙,๐๕๐ ไร่ |
| (๑๒) เขตอุทยานแห่งชาติปางสีดา จังหวัดสระแก้ว | พื้นที่ ๕๒๓,๕๐๐ ไร่ |
| (๑๓) เขตอุทยานแห่งชาติแม่ตะไคร้ จังหวัดเชียงใหม่ | พื้นที่ ๓๒๓,๗๕๐ ไร่ |

(๑๔) เขตป่าสงวนแห่งชาติแม่ยวมฝั่งขวา จังหวัดแม่ฮ่องสอน	พื้นที่ ๓๘๐,๐๐๐ ไร่
(๑๕) เขตอุทยานแห่งชาติดอยขุนตาล จังหวัดลำปาง	พื้นที่ ๑๕๙,๕๕๖ ไร่
(๑๖) ป่าชุมชนบ้านทุ่งตะกล้า ป่าสงวนแห่งชาติป่าแม่ลาน และป่าแม่กาง จังหวัดแพร่	พื้นที่ ๙,๐๒๙ ไร่
(๑๗) ดอยถ้ำผาปู่ (ขุนน้ำวอง) จังหวัดเชียงราย	พื้นที่ ๕,๕๐๐ ไร่
(๑๘) เขตอุทยานแห่งชาติรามคำแหง จังหวัดสุโขทัย	พื้นที่ ๒๑๓,๐๐๐ ไร่
(๑๙) เขตอุทยานแห่งชาติทับลาน จังหวัดปราจีนบุรี	พื้นที่ ๒๑๒,๕๐๐ ไร่
(๒๐) เขตอุทยานแห่งชาติภูสวนทราย จังหวัดเลย	พื้นที่ ๓/๓,๒๒๕ ไร่
(๒๑) เขตป่าชุมชนภูค้ำบก ภูสิงห์ จังหวัดร้อยเอ็ด	พื้นที่ ๓,๕๓๖ ไร่
(๒๒) เขตห้ามล่าสัตว์ป่าดงลำพัน จังหวัดมหาสารคาม	พื้นที่ ๓๔๓ ไร่
(๒๓) เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าเขาเขียว จังหวัดชัยภูมิ	พื้นที่ ๙๐๐,๐๐๐ ไร่
(๒๔) เขตอุทยานแห่งชาติภูสระดอกบัว จังหวัดอำนาจเจริญ (พื้นที่ดำเนินการ ๖,๐๐๐ ไร่)	พื้นที่ ๑๔๔,๓๓/๕ ไร่
(๒๕) ป่าชุมชนบ้านทุ่งสูง จังหวัดกระบี่	พื้นที่ ๓,๓๐๐ ไร่

พื้นที่สำรวจ จำนวน ๕,๙๐๘,๗๑๐ ไร่ คิดเป็น ร้อยละ ๒.๘๓ ของพื้นที่เขต
อนุรักษ์ทั้งหมด ๒๐๕,๘๘๒,๗๕๐ ไร่

บทที่



สถานการณ์งานวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

๘.๑ บทนำ

สถานการณ์งานวิจัยของภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านมามีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

นโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ถือเป็นจุดพื้นฐานของการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย งานศึกษาวิจัยที่เกิดขึ้นในช่วงนี้เป็นงานวิจัยสมุนไพรและการแพทย์พื้นบ้านในมิติสังคมและวัฒนธรรม ได้สะท้อนศักยภาพชุมชนกับคุณค่าของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน โดยเฉพาะโครงการวิจัยศักยภาพหมอพื้นบ้านในงานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่ ๖ จังหวัดในปี ๒๕๓๕ เป็นงานวิจัยในช่วงจุดเปลี่ยนที่สำคัญอีกช่วงหนึ่ง ที่แสดงให้เห็นศักยภาพของการใช้ภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านของชุมชน

หากมองสถานะความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกจากงานวิจัยที่เกิดขึ้น มองเห็นได้อย่างน้อยสองด้าน คือ ด้านที่มีความคืบหน้าจากงานวิจัย และสาขาการวิจัยมีมากขึ้น แต่อีกด้านเห็นความต้องการผลงานวิจัยเชิงลึก และเป็นสหสาขามากขึ้นด้วย ทิศนะนี้อาจกล่าวได้ว่ามองด้วยกระบวนการทัศนวิทยาศาสตร์เก่าที่มองไม่เห็นความรู้ชนิดอื่น นอกจากความรู้ที่ต้องการการตรวจสอบพิสูจน์ และตีความจากนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น ทั้งที่สถานะความรู้ดังกล่าว มีปรัชญาแนวคิดและวิธีการพิสูจน์ตรวจสอบแตกต่างกัน นั้นหมายถึงว่า สถานการณ์งานวิจัยไม่ได้ขึ้นกับนโยบายการสนับสนุนเท่านั้น แต่ต้องเข้าใจวิธีการสร้างความรู้และจัดการความรู้แต่ละชนิดอย่างรู้เป้าหมายว่า การวิจัยที่เกิดขึ้นเป็นการตอบโจทย์ระดับนโยบายหรือปฏิบัติการส่วนใด

การทบทวนผลงานวิจัยในบทความนี้ ตามช่วงเวลาที่เปลี่ยนแปลงไปของบริบทสังคมและนโยบาย จึงเห็นทิศทางการวิจัยร่วมกันอย่างหนึ่ง คือ เป็นการสร้างความรู้เพื่อตอบสนองการใช้ประโยชน์ที่มีความจำเป็นของระบบงานกับกลุ่มประชาชนผู้ได้รับประโยชน์ จุดเปลี่ยนแปลงสำคัญของกลไกสนับสนุนงานวิจัยมี ๒ ช่วงที่ชัดเจน คือ ช่วงแรกเป็นนโยบายงานสาธารณสุขมูลฐานที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใกล้เคียงกับกระแสการฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่นของสังคมไทย ช่วงที่สองคือ การจัดตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก นับว่าเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงและขับเคลื่อนให้การทำงานวิจัยด้านนี้มีความหวังมากขึ้น เมื่อพื้นที่นโยบายเปิดอย่างชัดเจน การเสริมแรงจากภายนอกและภายในให้ทำงานวิจัยเป็นฐานการนำไปใช้ประโยชน์ จึงมีความน่าสนใจและท้าทายนักวิจัยด้านนี้เพิ่มขึ้นด้วย โดยทั้งสองช่วงเวลามีกระแสสังคมขับเคลื่อนทิศทางการวิจัยให้เป็นไปเพื่อตอบโจทย์ทางสังคมมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นกระแสภูมิปัญญาท้องถิ่นในช่วงแรกและกระแสการสร้างเสริมสุขภาพที่ตามติดด้วยการจัดการความรู้ในช่วงที่สอง

๔.๒ สถานการณ์การวิจัย ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์แผนไทย

การวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย เริ่มมีการดำเนินการอย่างจริงจังในช่วง ๓ ทศวรรษที่ผ่านมา งานวิจัยมีมากขึ้นตั้งแต่ปี ๒๕๒๕ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุนโยบายการแพทย์พื้นบ้านเป็นส่วนหนึ่งของงานสาธารณสุขมูลฐาน ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๒๐-๒๕๒๔) เป็นต้นมา และมีงบประมาณสนับสนุนการวิจัยจากองค์กร

ต่างประเทศ อาทิเช่น องค์การยูนิเซฟ (United Nations Children's Fund; UNICEF), สำนักงานความร่วมมือทางวิชาการของเยอรมัน (The German Technical Cooperation; GTZ) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ทำให้ในช่วงปี ๒๕๒๕-๒๕๓๕ มีงานวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น

ลักษณะงานวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย มีขอบข่ายกว้างขวาง มีนักวิชาการทั้งไทยและต่างประเทศให้ความสนใจศึกษาระบบการแพทย์พื้นบ้านในแง่มุมต่างๆ นักวิชาการส่วนใหญ่จะเป็นผู้ทำงานที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข มีทั้งแพทย์ นักสาธารณสุข และนักสังคมศาสตร์ ปริมาณของการวิจัยจะมากขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยโดยเฉพาะเรื่องทุนสนับสนุน

ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๒๕-๒๕๓๗ เสาวภา พรศิริพงษ์ เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ และคณะ ได้ศึกษาสถานการณ์การวิจัยการแพทย์แผนไทย โดยประมวลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์แผนไทย โดยแบ่งขอบเขตงานวิจัยออกเป็นประเด็นใหญ่ได้ ๒ ด้าน คือ งานวิจัยด้านการแพทย์พื้นบ้าน และด้านการแพทย์แผนไทย ดังนี้

งานวิจัยด้านการแพทย์พื้นบ้าน โดยกำหนดคำนิยามการแพทย์พื้นบ้าน ว่าเป็นวิธีการรักษาโรคแบบประสบการณ์ของชุมชนที่ได้รับการสั่งสม และสืบทอดจากบรรพบุรุษ จะมีความหลากหลายแตกต่างกันไปแต่ละสังคม วัฒนธรรมและกลุ่มชาติพันธุ์ มีงานวิจัย ๖๔ เรื่อง จำแนกเนื้อหาได้ ๔ หัวข้อ คือ

- ๑) **ระบบการแพทย์พื้นบ้าน** มีงานวิจัย ๕๔ เรื่อง เป็นการศึกษาทางสังคมศาสตร์ โดยใช้วิธีการวิจัยทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีเนื้อหาเกี่ยวกับ หมอพื้นบ้าน องค์ความรู้ วิธีการรักษา และผู้ป่วยที่มาใช้บริการ การศึกษามุ่งเน้นประเด็นใดประเด็นหนึ่งเท่านั้น
- ๒) **การเปรียบเทียบการแพทย์พื้นบ้านกับการแพทย์แผนปัจจุบัน** มีงานวิจัย ๓ เรื่อง เป็นการศึกษามิติทางวัฒนธรรมเท่านั้น ยังไม่มีงานวิจัยใดที่ศึกษาเปรียบเทียบในเชิงประสิทธิภาพ
- ๓) **สภาพปัญหาและระบบบริการของการแพทย์พื้นบ้าน** งานวิจัยไม่ได้มุ่งเน้นศึกษาเฉพาะปัญหาของการแพทย์พื้นบ้านเพียงอย่างเดียว ส่วนใหญ่จะกล่าวถึงปัญหาของการแพทย์พื้นบ้านไว้บางส่วน มีจำนวน ๓ เรื่อง โดยมีข้อเสนอแนะคือ ความจำเป็นที่จะต้องฟื้นฟูและพัฒนาบทบาทของหมอพื้นบ้านเพื่อเป็นกลไกสำคัญในการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยของชุมชน ต้องรวบรวมองค์ความรู้

ที่มีอยู่โดยการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวาง จัดให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ของหมอพื้นบ้าน และสร้างความมั่นใจในการใช้ความรู้ด้านสมุนไพรเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ

- ๔) **ทัศนคติของชุมชนและบุคลากรด้านสาธารณสุขต่อการแพทย์พื้นบ้าน** มีงานวิจัย ๔ เรื่อง พบว่าทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อหมอพื้นบ้านเป็นไปในทางที่ดี ยอมรับหมอสมุนไพร หมอนวดจับเส้น และหมอดำยา แต่ในแง่ประสิทธิภาพ การรักษายังอาศัยประสบการณ์ การคาดคะเนและคำบอกเล่าสืบต่อกันมา ไม่ได้ใช้หลักการแพทย์แผนโบราณหรือวิทยาศาสตร์

พื้นที่ที่ทำการวิจัยมากที่สุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือภาคเหนือ ภาคกลางและภาคใต้ มีปริมาณใกล้เคียงกัน ส่วนภาคตะวันออกพบงานวิจัยน้อยมาก งานวิจัยได้วิเคราะห์แนวโน้มของการวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านในแง่ปริมาณจะน้อยลง เนื่องจากผลการศึกษาส่วนใหญ่ให้คำตอบที่ค่อนข้างชัดเจนแล้วว่า การแพทย์พื้นบ้านยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชน การวิจัยควรมุ่งไปที่การแสวงหาแนวทางในการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน เพื่อนำส่วนดีของการแพทย์พื้นบ้านมาประยุกต์ใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข

งานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทย มีการใช้คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยในความหมายที่คาบเกี่ยวกันระหว่างคำว่า การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน หมอพื้นบ้าน และหมอแผนโบราณ ไม่แยกกันอย่างชัดเจน งานวิจัยนี้จึงใช้คำศัพท์ที่ผู้วิจัยแต่ละท่านใช้ในงานวิจัยของตนเอง โดยการแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine) เป็นศัพท์ที่นิยมใช้เรียกการแพทย์แผนโบราณ เพื่อให้มีความชัดเจนว่าเป็นระบบการแพทย์ไทยที่กำเนิดมาช้านาน สอดคล้องกับความต้องการที่จะยกฐานะการแพทย์แผนไทยเช่นเดียวกับการแพทย์แผนจีน (Chinese Medicine) และการแพทย์อายุรเวท (Ayurvedic Medicine) ของอินเดีย มีงานวิจัย ๓/๓ เรื่อง จำแนกได้ ๓ หัวข้อ คือ

- ๑) **ประวัติและการพัฒนาการของการแพทย์แผนไทย** มีงานวิจัย ๔ เรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่ดำเนินการโดยนักประวัติศาสตร์ ส่วนมากเป็นการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารบันทึกทางประวัติศาสตร์ เป็นการวิจัยทางประวัติศาสตร์ที่ให้รายละเอียดเกี่ยวกับพัฒนาการของการแพทย์แผนไทยตั้งแต่สมัยสุโขทัยจนถึงรัตนโกสินทร์ และสาเหตุที่ทำให้การแพทย์แผนไทยค่อยๆ ลดบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชน การศึกษาขาดรายละเอียดเกี่ยวกับบริบททางสังคม วัฒนธรรมและทางสาธารณสุขในช่วงเวลาที่กล่าวถึง

- ๒) **ด้านเวชกรรมไทย** มีงานวิจัย ๒๗ เรื่อง แบ่งได้ ๓ ประเด็นใหญ่ คือ
- (๑) **การแพทย์แผนไทย:** องค์ความรู้และการประยุกต์ใช้ (๒) **การนวดไทย:** องค์ความรู้ การทดสอบองค์ความรู้ และการประยุกต์ใช้ งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาโดยแพทย์ นักกายภาพบำบัด และพยาบาล เน้นเรื่องการศึกษาทดสอบเกี่ยวกับประสิทธิผลของการนวดกับการรักษาโรคต่างๆ อาทิเช่น รักษาอาการท้องอืด การเดินของชีพจร และความดันโลหิต อาการปวดหลัง ปวดต้นคอ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ งานวิจัยเกี่ยวกับการนวดไทยสามารถสรุปและยืนยันได้ว่าการนวดมีประสิทธิผลดี สามารถรักษาอาการของโรคบางกลุ่มได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลของการนวดกับการใช้ยา ผลการศึกษาพบว่า การนวดไทยสามารถลดอาการปวดศีรษะได้ดีกว่าการกินยาพาราเซตามอล และเสนอแนะว่าควรใช้การนวดขณะที่ยังไม่ออกฤทธิ์การนวด การกดจุด การฝังเข็มใช้รักษาโรคต่างๆ ได้ผลดี โดยเฉพาะโรคเกี่ยวกับกระดูก กล้ามเนื้อและเส้นประสาทมีประสิทธิผลไม่น้อยกว่าการใช้ยา
- (๓) **การอบ ประคบสมุนไพร** ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย
- ๓) **ด้านเภสัชกรรมไทย** มีงานวิจัย ๔๖ เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยด้านสมุนไพร พบมากในช่วงปี ๒๕๒๕-๒๕๒๙ เนื่องจากนโยบายการส่งเสริมงานสาธารณสุขมูลฐานในการพัฒนาสุขภาพชุมชน ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๒๐-๒๕๒๔ ด้วยการกิจการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน ในปี ๒๕๓๐-๒๕๓๔ มี**โครงการสมุนไพรกับการสาธารณสุขมูลฐาน** ทำการวิจัยสรรพคุณสมุนไพรเดี่ยว ๕ ชนิด และสมุนไพรเป้าหมายอีก ๒๐ ชนิด เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนและโรงพยาบาลนำไปใช้ในระบบบริการสาธารณสุข ปี ๒๕๓๔-๒๕๓๗ มีงานวิจัยสมุนไพรจำนวนมาก สมุนไพรที่ได้ทำการวิจัยมี ๕๒๕ ชนิด แต่สมุนไพรที่มีการวิจัยหลายด้านมีเพียง ๒๓ ชนิดเท่านั้น เนื้อหาของการศึกษาทางด้านสมุนไพรแบ่งได้ ๔ ประเด็น คือ การศึกษาทางด้านพฤกษศาสตร์พื้นบ้าน (ethno botany) การศึกษาทางด้านเภสัชวิทยา (pharmacology) การศึกษาการนำยาไทยไปประยุกต์ใช้ (application) และการศึกษาสมุนไพรในเชิงสังคม-เศรษฐกิจ (socio-economic)

งานวิจัยทางเภสัชศาสตร์มีการศึกษาด้านพิษวิทยามากที่สุด รองลงมาคือการศึกษาสำรวจพืชพันธุ์สมุนไพร ตำรับยาและการพัฒนาตำรับยา สุดท้ายคือการศึกษาเพื่อนำยาสมุนไพรไปใช้จริงในโรงพยาบาล โดยมีข้อสังเกตสำหรับงานวิจัยทางเภสัชวิทยาว่า ลักษณะของงานวิจัยไม่ต่อเนื่องครบวงจร จึงเป็นเหตุให้ไม่สามารถนำไปส่งเสริมให้เกิดผลในทางปฏิบัติได้ ขั้นตอนการวิจัยบางด้าน อาทิเช่น การค้นหาสารในพืช (pharmacognosy) การหาสารออกฤทธิ์ (active ingredient) หรือการหาว่าสารนั้นๆ มีฤทธิ์อย่างไร ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ต้องใช้งบประมาณและเวลาในการวิจัยมาก แต่ประเด็นสำคัญในขณะนั้นคือ การรณรงค์ให้ประชาชนใช้สมุนไพรเพื่อลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศ ดังนั้นการศึกษาวิจัยที่ทำได้ การศึกษาว่าสมุนไพรนั้นมีพิษหรือไม่ และมีสรรพคุณรักษาโรคดังที่มีคนใช้อยู่จริงหรือไม่ และควรมีการส่งเสริมการตลาดทางคลินิกในประเด็นพิษวิทยาให้มากขึ้น เพื่อนำผลการศึกษาไปสนับสนุนให้ประชาชนใช้สมุนไพรมากขึ้น ส่วนการศึกษาด้านสังคม-เศรษฐกิจ เป็นการศึกษาการใช้สมุนไพรในการแพทย์พื้นบ้าน ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาด้านสังคมศาสตร์ โดยใช้วิธีวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เนื้อหาของงานวิจัยมีทั้งเรื่องเกี่ยวกับความนิยมการใช้ยาสมุนไพรของประชาชน พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของประชาชน มีการศึกษาด้านนี้น้อย แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่มีข้อสรุปตรงกันว่า สมุนไพรยังมีบทบาทอยู่ในชุมชนในฐานะที่เป็นรูปธรรมการรักษาดตนเองเบื้องต้นของประชาชน

ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๓๕-๒๕๔๗ รุจิณาถ วรรณสิทธิ์ และคณะ ได้ประมวลและวิเคราะห์งานวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพและการแพทย์พื้นบ้านไทย เพื่อศึกษาสถานภาพ และทิศทางการวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๓๕-๒๕๔๗ โดยการรวมงานวิจัยและงานวิทยานิพนธ์จากห้องสมุดของหน่วยงานภาครัฐ และสถาบันการศึกษาภาครัฐ ในกรุงเทพมหานครและภูมิภาค ทั้งหมด ๑๗ แห่ง พบงานวิจัย ๒๐๓ เรื่อง หลังจากศึกษาบทคัดย่อและรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ จึงคัดเลือกงานวิจัย ๑๕๔ เรื่อง เพื่อประมวลและวิเคราะห์เบื้องต้น จำแนกเป็น ๓ หมวด คือ ภูมิปัญญาสุขภาพแบบพื้นบ้าน จำนวน ๓๘ เรื่อง ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านแบบประสบการณ์ จำนวน ๗๘ เรื่อง และภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านแบบศาสนธรรม พิธีกรรมและอำนาจเหนือธรรมชาติ จำนวน ๓๘ เรื่อง ซึ่งงานทั้งหมดจำแนกเป็นงานวิจัย ๕๖ เรื่อง และงานวิทยานิพนธ์ ๙๘ เรื่อง ดังนี้

ตาราง ๔.๑ การจำแนกจำนวน ประเภทและสัดส่วนของงานวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ

รายการงานวิจัยเกี่ยวกับ	จำนวน (เรื่อง/ร้อยละ)	ประเภท	
		งานวิจัย	งานวิทยานิพนธ์/ สารนิพนธ์
๑. ภูมิปัญญาสุขภาพแบบพื้นบ้าน	๓๘ (๒๔.๖๘)	๑๐	๒๘
๒. ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านแบบประสบการณ์	๓๘ (๕๐.๖๔)	๓๑	๔๓
๓. ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านแบบสาธารณสุข และอำนาจเหนือธรรมชาติ	๓๘ (๒๔.๖๘)	๑๕	๒๓
รวม	๑๕๔ (๑๐๐.๐๐)	๕๖	๙๘

ที่มา: สถานการณ์การจัดการความรู้และวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๒:๒๕๔๙

หมวด ๑ งานวิจัยภูมิปัญญาสุขภาพแบบพื้นบ้าน เป็นการดูแลสุขภาพบนฐานประสบการณ์ มีความหลากหลายตามท้องถิ่นและวัฒนธรรม มีงานวิจัยทั้งหมด ๓๘ เรื่อง จำแนกเป็น ๓ ด้าน คือ

ด้านที่หนึ่ง งานวิจัยเกี่ยวกับอาหารธรรมชาติและอาหารพื้นบ้าน จำนวน ๒๒ เรื่อง ในภาพรวมของงานวิจัยสรุปได้ว่า มีนักวิจัยสนใจศึกษาอาหารธรรมชาติผักพื้นบ้านและอาหารพื้นบ้านพอสมควร เพราะระบบนิเวศของไทยมีความหลากหลายของผักพื้นบ้านจำนวนมาก และประชาชนยังคงมีวัฒนธรรมการบริโภคแมลง ผักพื้นบ้านและอาหารพื้นบ้านอย่างต่อเนื่องซึ่งให้คุณค่าด้านสุขภาพ ด้านวัฒนธรรม ด้านเศรษฐกิจชุมชนและด้านทรัพยากรธรรมชาติด้วย งานวิจัยด้านอาหารธรรมชาติและอาหารพื้นบ้านมีการใช้ศาสตร์หลายสาขา (พฤกษศาสตร์ ชาติพันธุ์ มานุษยวิทยาวัฒนธรรมและนิเวศวัฒนธรรม) และยังมีการวิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการและคุณค่าทางยาของผักพื้นบ้านแต่ยังมีจำนวนน้อย

ด้านที่สอง งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ จำนวน ๖ เรื่อง เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจและพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ รวมทั้งการรวบรวมยาสมุนไพรที่ประชาชนมีการใช้อย่างกว้างขวาง งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจและงานวิจัยเชิงคุณภาพ งานวิจัย พบว่า ประชาชนซื้อยาจากร้านขายยาแผนโบราณ วัดและร้านศาลาเอนก รูปแบบเป็นยาสมุนไพรเดี่ยวและยาดำรับแผนโบราณ รักษากลุ่มอาการปวดเมื่อย กลุ่มอาการเลือดลม อากาศร้อนใน อาการกินผิด ยาใช้เพื่อบำรุงร่างกาย คลายเส้น บำรุงกำลังและโรคสตรี ผู้ขายบางแห่งไม่มีความรู้ด้านเภสัชกรรมแผนไทย อาศัยข้อมูลที่ถ่ายทอดกันต่อมา ปัญหาการบริโภค

คือ การปลอมปนและการปนเปื้อนจากเชื้อราและโลหะหนักในยาสมุนไพร และความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาอย่างถูกต้องและเหมาะสม นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัย ๓ เรื่อง ศึกษาและสำรวจยาสตรีและยาดอกเห็ด พบว่า ประชาชนมีการบริโภคตำรับยาสตรี ๑๒ ตำรับ ตำรับ ตำรายาในตำรับประกอบด้วย สมุนไพรดอกคำฝอย ผางเสน โกฐเชียง เอี้ยะบ่อเช่า โกฐหัวบัว หัวแห้วหมู ซึ่งมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาคล้ายเอสโตรเจน มีผลกระตุ้นการบีบตัวของมดลูกและเหนี่ยวนำให้มีประจำเดือนและพบว่ากลุ่มที่บริโภคยาดอกเห็ดมีการเตรียมยาดอกเห็ดเอง และซื้อยาร้านศาลายาดอก บริโภคเพื่อรักษาโรคและบำรุงสุขภาพ มียาดอกเห็ด ๙๑ สูตรตำรับและมีพืชสมุนไพรเป็นส่วนประกอบ ๒๔๒ ชนิด ซึ่งมีการจำแนกลักษณะพฤกษศาสตร์ ๒๐๙ ชนิด ตัวอย่างเช่น สะค้าน ผาง เจตมูลเพลิงแดง กำลังเสือโคร่ง เป็นต้น นอกจากนี้สังคมยาดอกเห็ด ยังสร้างพื้นที่ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนด้วย

ด้านที่สาม งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านของหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด จำนวน ๑๐ เรื่อง วิจัยเกี่ยวกับระบบคิดและแบบแผนการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดและการเลี้ยงดูเด็ก เป็นงานวิจัยหลายแบบ เช่น เชิงปริมาณ งานวิจัยเชิงคุณภาพ และงานวิจัยปฏิบัติการ พื้นที่วิจัยมีทั้งภาคกลาง ภาคอีสานและภาคใต้ งานวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดยังคงมีการดูแลสุขภาพตนเองแบบพื้นบ้าน โดยแสดงถึงระบบความเชื่อและแบบแผนการดูแลสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดผ่านครอบครัว หญิงตั้งครรภ์มีการดูแลตนเองและบางแห่งมีการนวดโดยหมอพื้นบ้าน ภายหลังการคลอด (อาจเป็นการคลอดที่โรงพยาบาลหรือคลอดกับหมอพื้นบ้าน) หญิงหลังคลอดจะมีกระบวนการดูแลสุขภาพตนเองโดยการช่วยเหลือของครอบครัวและหมอพื้นบ้าน (หรือผดุงครรภ์แบบโบราณ) โดยการนวดการประคบ อบ หรืออาบน้ำสมุนไพร การอยู่ไฟ การบริโภคยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณ การบริโภคและการไม่บริโภคอาหารบางชนิดประกอบกับพิธีกรรมตามวัฒนธรรม โดยเชื่อว่าช่วยให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง ผิวพรรณดี ขับน้ำคาวปลา มดลูกแห้งและเข้าอยู่เร็ว ปัจจัยที่ทำการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน เพราะแรงสนับสนุนของครอบครัวและเพื่อนบ้าน ความเชื่อและความคาดหวังประสิทธิผล รายได้ ความพึงพอใจในการบริการ (เขตเมืองมีหมอพื้นบ้านให้บริการดูแลหญิงหลังคลอด) และความนิยมทางสังคม ปัจจุบันการดูแลสุขภาพหญิงหลังคลอดมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะหญิงในเมืองและคนรุ่นใหม่ อย่างไรก็ตาม การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านของหญิงหลังคลอดในท้องถิ่นยังคงดำรงอยู่ ส่วนงานวิจัยปฏิบัติการพบว่า หญิงหลังคลอดมีการปรับเปลี่ยนความรู้

และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภายหลังการเสริมความรู้ที่สอดคล้องกับปัญหาหญิงหลังคลอด

สำหรับผลของการศึกษาในหมวด ๑ งานวิจัยภูมิปัญญาสุขภาพแบบพื้นบ้าน มีข้อเสนอแนะดังนี้

๑. **งานวิจัยอาหารธรรมชาติและอาหารพื้นบ้าน**ควรมีการจัดระบบองค์ความรู้ของอาหารพื้นบ้านและอาหารธรรมชาติในมิติทางวัฒนธรรม มิติทางทรัพยากรธรรมชาติ มิติทางสุขภาพและมิติทางเศรษฐกิจชุมชนเพื่อให้เกิดการอนุรักษ์ฟื้นฟูและสืบทอดองค์ความรู้ชุมชน และส่งเสริมให้มีการวิจัยผักพื้นบ้านและอาหารพื้นบ้านแบบสหวิทยาการ เพื่อให้มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์อันจะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ชัดเจนและยังสามารถพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพในสังคมร่วมสมัยอีกด้วย
๒. **งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ** สะท้อนให้เห็นว่า ยาสมุนไพรและยาแผนโบราณยังคงเป็นทางเลือกส่วนหนึ่งในการดูแลสุขภาพ ประชาชนมีการตัดสินใจเลือกซื้อและบริโภคยาสมุนไพรและยาแผนโบราณด้วยตนเอง โดยเฉพาะโรคที่พบบ่อยและโรคหรือกลุ่มอาการที่ผูกโยงกับวัฒนธรรม (culture-bounded syndromes) ในอนาคตงานวิจัยควรมีการสำรวจมูลค่าและพฤติกรรมการบริโภคยาสมุนไพรและยาแผนโบราณทั่วประเทศ เพื่อแสดงให้เห็นมูลค่าทางเศรษฐกิจและแบบแผนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อจะนำไปพัฒนานโยบายของประเทศ นอกจากนี้ควรมีการวิจัยยาสมุนไพรและยาแผนโบราณแบบบูรณาการ อาศัยแนวทาง และวิธีการวิจัยแบบวิทยาศาสตร์และแบบสังคมศาสตร์มาทำความเข้าใจยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ เพื่อให้ยาสมุนไพรและยาแผนโบราณมีคุณค่าที่ชัดเจนมากขึ้น อันจะทำให้เกิดการยอมรับจากคนรุ่นใหม่ได้
๓. **งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านของหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด** แสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดยังคงมีความเชื่อ และใช้แบบแผนการดูแลตนเองโดยอาศัยภูมิปัญญาพื้นบ้าน โดยความช่วยเหลือของครอบครัวและหมอพื้นบ้าน (ผดุงครรภ์แผนโบราณ) เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ แม้ว่าองค์ความรู้ดังกล่าวจะได้เกิดการยอมรับมากขึ้น และสถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชนบางแห่งผนวกการดูแลสุขภาพแบบไทยเป็นส่วนหนึ่งของการบริการ แต่ภาพรวมยังคงมีความขัดแย้งด้านความคิดและด้านปฏิบัติการในการบริการการคลอดแผนปัจจุบันกับ

การดูแลสุขภาพแบบไทย ดังนั้น งานวิจัยในอนาคตควรศึกษาและประเมินประสิทธิผลด้านสุขภาพและด้านสังคมที่ชัดเจน และศึกษารูปแบบบูรณาการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดแบบไทย เข้าสู่การบริการสาธารณสุขภาครัฐ อันจะทำให้เกิดการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดมีประสิทธิผลและสอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรม

หมวด ๒ ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านแบบประสบการณ์ เป็นการรวบรวมงานวิจัยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านที่มีการสืบทอด เรียนรู้และฝึกฝนกับครูอาจารย์และการปฏิบัติจริงเป็นเวลายาวนานหลายปี อาทิเช่น การใช้ยาสมุนไพร การนวด การรักษากระดูกแบบพื้นบ้าน งานวิจัยทั้งหมดมี ๓๔ เรื่อง ซึ่งในภาพรวมของหมวดงานวิจัยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านแบบประสบการณ์ เป็นงานวิจัยการแพทย์พื้นบ้านที่มีผลเชิงประจักษ์ (empirical tradition) จำแนกเป็น ๓ ด้านคือ การวิจัยตำราการแพทย์พื้นบ้าน การวิจัยการแพทย์พื้นบ้าน การวิจัยภูมิปัญญาสุขภาพชาติพันธุ์ การวิจัยหมอยาพื้นบ้านและยาสมุนไพรพื้นบ้าน การวิจัยหมอนวดและการนวดพื้นบ้าน การวิจัยหมอกระดูกและการรักษากระดูกหักแบบพื้นบ้าน และการวิจัยหมอและการรักษากระดูกแบบพื้นบ้าน ประกอบด้วย งานวิจัยเชิงคุณภาพ การวิจัยแบบสำรวจและการวิจัยแบบทดลอง งานวิจัยส่วนใหญ่อาศัยศาสตร์ด้านมานุษยวิทยาการแพทย์ (medical anthropology) การแพทย์ชาติพันธุ์ (ethno-medicine) และวัฒนธรรมสาธารณสุข และบางส่วนใช้วิทยาศาสตร์และเภสัชศาสตร์ในการวิจัย และในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา งานวิชาการบางส่วนได้ผสมผสานศาสตร์มากกว่าหนึ่งศาสตร์ในการศึกษาแพทย์พื้นบ้าน ตัวอย่างเช่น นิเวศวิทยาชาติพันธุ์ พืชศาสตร์ชาติพันธุ์ เป็นต้น อย่างไรก็ตามงานวิจัยยังเป็นการวิจัยลักษณะโครงการเดี่ยว งานวิจัยที่มีลักษณะบูรณาการและใช้ศาสตร์หลายสาขา (multidisciplinary approach) เพื่อพัฒนางานระยะยาวและสร้างเป้าหมายที่ชัดเจนมีน้อย นอกจากนี้ งานวิจัยยังเป็งานวิทยานิพนธ์ ผลวิจัยจึงมีข้อจำกัดในการนำมาใช้ประโยชน์ต่อสาธารณสุข

สำหรับผลของการวิจัยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านแบบประสบการณ์ ยังคงให้ความสำคัญกับระบบความคิดความเชื่อและแบบแผนการดูแลรักษาโรคของหมอพื้นบ้านเชื่อมโยงกับบริบททางสังคม และระบบนิเวศ ส่วนงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อแสดงให้เห็นประสิทธิภาพของการรักษาโรค และการศึกษาถึงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แบบอื่นยังมีน้อย งานวิจัยเป็นการมองระบบการแพทย์พื้นบ้านเป็นระบบวัฒนธรรม (Cultural interpretative theory) และยังมีการวิจัยหมอพื้นบ้านตาม

ลักษณะความชำนาญเฉพาะมากขึ้น ตัวอย่างเช่น หมอยาสมุนไพร หมอกระดูก หมอนวด และหมอพิธีกรรม เป็นต้น สร้างความเข้าใจต่อภาพรวมของการแพทย์พื้นบ้านซึ่งระบบให้ชัดเจนขึ้น แต่งานวิจัยยังเป็นไปในมิติด้านสังคมศาสตร์ ผลการวิจัยจึงยังไม่สามารถขยายผล นำไปใช้ประโยชน์ด้านนโยบายเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการในพื้นที่

หมวด ๓ ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านแบบศาสนธรรม พิธีกรรมและอำนาจเหนือธรรมชาติ เป็นการศึกษาวิจัยความเชื่อและพิธีกรรม พิธีกรรมส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์กับความเชื่อแบบพราหมณ์ พุทธ ผี มีงานวิจัยทั้งหมด ๓๘ เรื่อง จำแนกเป็น

- ๑) **งานวิจัยความเชื่อและพิธีกรรมเกี่ยวข้องกับชีวิตและสุขภาพ** จำนวน ๓๒ เรื่อง ในภาพรวม พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิทยานิพนธ์ งานวิจัยรายบุคคล งานวิจัยทั้งหมดนี้ มุ่งเน้นการศึกษาไปที่การทำความเข้าใจต่อปรากฏการณ์ของพิธีกรรม เช่น การศึกษาพิธีกรรม ความเชื่อเรื่องผี ของแต่ละวัฒนธรรมย่อยเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตอย่างไร งานเหล่านี้สามารถสะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์การดำรงอยู่ การปรับตัวของพิธีกรรมและวัฒนธรรมสุขภาพของประชาชนที่ดำรงอยู่อย่างหลากหลาย โดยไม่สามารถใช้ความรู้แบบวิทยาศาสตร์ทำความเข้าใจได้ทั้งหมด
- ๒) **งานวิจัยหมอพระและพุทธศาสนาในการดูแลสุขภาพ** มี ๖ เรื่อง แสดงให้เห็นถึงบทบาทของหมอพระต่อชีวิตและความเจ็บป่วย งานวิจัยพบว่า หลักพุทธศาสนามีการกล่าวถึงหลักการและวิธีการดูแลสุขภาพกายและโรคทางใจ หมอที่เป็นพระสงฆ์มีความสนใจและเรียนวิชาการรักษาความเจ็บป่วยแบบพื้นบ้าน อาทิ เอดส์ มะเร็ง อาการติดยาเสพติด วิธีการบำบัดรักษาหลักคือการสวดมนต์ภาวนา การคิดทางบวก การฟังรายการธรรมะ ยาสมุนไพร พิธีกรรม หมอพระบางท่านใช้วิธีการของการแพทย์แผนใหม่มาผสมผสานในการรักษาโรค ส่วนงานวิจัยความเชื่อและพิธีกรรมเกี่ยวกับผีเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพสะท้อนความเชื่อเกี่ยวกับผีบรรพบุรุษ ผีเจ้านาย วิญญาณศักดิ์สิทธิ์ เช่น ผีฟ้าพญาแถน พญานาค เจ้าพ่อ ผีเจ้านาย เป็นต้น ผีจะช่วยคุ้มครองให้ชีวิตมีสุข ดลบันดาลให้ธรรมชาติและฝนตกตามฤดูกาล ส่งผลดีต่อการเพาะปลูกพืชในชุมชน จะมีหมอผีหรือร่างทรงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประกอบพิธีกรรม พิธีกรรมจะช่วยแก้สถานการณ์ที่ผิดปกติได้ ช่วยรักษาความเจ็บป่วย ให้กำลังใจ คลายวิตกกังวล เพิ่มความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วย และ

จุดสำคัญมีบทบาทคลี่คลายปัญหาในครอบครัวและชุมชนได้ สำหรับงานวิจัยเกี่ยวกับขวัญและคาถาอาคม พบว่า ความเชื่อเรื่องขวัญของประชาชนเป็นความเชื่อที่ผสมผสานระหว่างพุทธและพราหมณ์ พิธีทำขวัญมีหมอขวัญเป็นผู้ประกอบพิธีกรรม ในหลายช่วงของชีวิต ช่วงโกนจุก บวชนาค แต่งงาน และเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังมีพิธีทำขวัญข้าวและพิธีทำขวัญเรือด้วย

การศึกษาได้เสนอแนะว่า ทิศทางในอนาคตของการวิจัยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ควรก่อรูประบบสนับสนุนงานวิจัยให้เป็นระบบชัดเจน และมีกลไกการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์และสื่อสารสาธารณะอย่างต่อเนื่องได้ การศึกษาวิจัยควรเริ่มต้นจากศาสตร์ด้านมานุษยวิทยาการแพทย์และการแพทย์ชาติพันธุ์ จากนั้นจึงอาศัยศาสตร์อื่นมาวิจัยคู่ขนานหรือวิจัยต่อยอดเพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจต่อภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพแบบหลากหลายมิติและแบบบูรณาการ พร้อมทั้งวิจัยและพัฒนาเชื่อมโยงไปสู่ภาคนโยบายและการใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติกรอย่างเหมาะสม

ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗ รองศาสตราจารย์ ดร.สมภพ ประธานธรรารักษ์ และคณะ จำแนกประเด็นสถานการณ์ด้านการวิจัยการแพทย์แผนไทย ออกเป็น ๒ ส่วน ส่วนที่ ๑ ว่าด้วยการวิจัยองค์ความรู้ด้านสมุนไพรและตำรับยาแผนไทย และส่วนที่ ๒ ว่าด้วยการวิจัยองค์ความรู้ด้านการวินิจฉัยโรค การป้องกันและรักษาโรค และการดูแลสุขภาพ

ส่วนที่ ๑ งานวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรที่ดีพิมพ์ในวารสารวิชาการทั้งในและต่างประเทศ พบว่ามีผลงานวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรไทยโดยนักวิจัยชาวไทย และหรือนักวิจัยต่างชาติ ๓๙๕ เรื่อง โดยตีพิมพ์ในวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูลนานาชาติ ๒๒๓ เรื่อง และตีพิมพ์ในวารสารวิชาการในประเทศ ๑๗๒ เรื่อง ซึ่งสามารถจัดเป็น ๓ กลุ่มได้แก่

- ๑) งานวิจัยด้านคุณภาพสมุนไพร ร้อยละ ๔๗.๘๕ ได้แก่ การระบุชนิดสมุนไพรทางพฤกษศาสตร์ การศึกษาทางพฤกษศาสตร์พื้นบ้าน การวิจัยด้านการเกษตร การศึกษาทางพฤกษเคมี ชีวสังเคราะห์ เทคโนโลยีการสกัด การควบคุมคุณภาพทางเคมี รวมถึงการจัดทำมาตรฐานสมุนไพร
- ๒) งานวิจัยด้านพิษสุจนัประสิทธิผลของสมุนไพร ร้อยละ ๔๓.๐๔ ได้แก่ การศึกษาฤทธิ์ทางชีวภาพในหลอดทดลอง ในสัตว์ทดลอง การวิจัยทางคลินิก และฤทธิ์ทางชีวภาพด้านการเกษตร

๓) งานวิจัยด้านความปลอดภัยของสมุนไพร ร้อยละ ๔.๘๑ แบ่งเป็นการศึกษา
ด้านพิษวิทยาและการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาและสมุนไพร

จากผลการรวบรวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพร แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมี
นักวิชาการที่มีศักยภาพในการทำวิจัยให้เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติได้ อย่างไรก็ตาม
ในภาพรวมของงานวิจัยไม่ได้มุ่งเป้าไปที่ชนิดสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์ใดอย่างชัดเจน
เป็นการวิจัยที่ใช้ความถนัดของตนเองเป็นศูนย์กลาง จำนวนงานวิจัย ๓๙๕ เรื่อง
เมื่อวิเคราะห์เฉพาะชนิดพืชสมุนไพรที่ทำวิจัย พบว่ามีมากกว่า ๒๐๐ ชนิด ซึ่งถ้า
สามารถกำหนดทิศทางและเป้าหมายการวิจัยร่วมกันเป็นแบบใช้ผลิตภัณฑ์เป็น
ศูนย์กลาง เพื่อการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยเริ่มจากการคัดเลือกพืชสมุนไพรที่มี
ศักยภาพ การวิจัยและพัฒนาการผลิตวัตถุดิบ (การคัดเลือกพันธุ์ การขยายพันธุ์ การ
ปลูก การเก็บเกี่ยว และการปฏิบัติหลังเก็บเกี่ยว) เมื่อได้วัตถุดิบที่มีคุณภาพแล้ว ขั้นตอน
ต่อไป ได้แก่ การสกัด การตั้งตำรับยาเตรียมและการควบคุมคุณภาพ การทดลองระดับ
ก่อนคลินิก และระดับคลินิก เมื่อได้ผลิตภัณฑ์ที่ได้คุณภาพและประสิทธิภาพแล้ว ขั้นตอน
สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่งก็คือ การวิจัยด้านเครื่องมือเพื่อผลิตในระดับอุตสาหกรรม หาก
รัฐบาลและหน่วยงานสนับสนุนทุนวิจัย สามารถกำหนดทิศทางการวิจัยของประเทศให้เป็น
แบบใช้ผลิตภัณฑ์เป็นศูนย์กลางเพิ่มมากขึ้น จะทำให้ได้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีคุณภาพเป็น
ที่ยอมรับในระดับสากล และเป็นประโยชน์กับประเทศชาติมากกว่าที่เป็นอยู่

ส่วนที่ ๒ งานวิจัยองค์ความรู้ด้านการวินิจฉัยโรค การป้องกันโรค และการดูแล
สุขภาพตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย มีการทำวิจัยไม่มากนัก เมื่อเทียบกับการวิจัย
สมุนไพรตามฐานแนวคิดแบบการแพทย์สมัยใหม่ อาทิเช่น งานวิจัยแนวทางใช้ประโยชน์
และพิสูจน์ประสิทธิผลของการแพทย์แผนไทย งานวิจัยเกี่ยวกับตัวยาสมุนไพร เกี่ยวกับ
โรคและอาการในเชิงทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ความเป็นพิษของตำรับ ฯลฯ นอกจากนี้
คัมภีร์แพทย์แผนไทยต่างๆ ที่มีการจัดบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรแล้วนั้น มีคำศัพท์ต่างๆ
ที่มีความหมายเฉพาะ ต้องอาศัยผู้รู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการอธิบายความหมายทั้งในด้าน
ชื่อโรค สาเหตุการเกิดโรค อาการและการดำเนินโรค วิธีการรักษา ชื่อตัวยา และวิธี
การเตรียมยา เป็นสิ่งที่ต้องเร่งหาผู้รู้มาร่วมสังคายนาเพื่อจัดการความรู้ให้เป็นระบบ และ
จัดทำคำอธิบายโดยเร่งด่วน เนื่องจากผู้รู้เหล่านั้นมีอายุมากหากไม่เร่งดำเนินการจะยิ่งขาด
ผู้รู้ ทำให้องค์ความรู้ที่มีอยู่ไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์

แนวทางการจัดการความรู้ที่บรรลุเป้าหมาย คือ การนำองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมในปัจจุบันได้ ซึ่งจากการวิเคราะห์เสนอแนวทาง ๔ ประเด็น

๑) การรวบรวมและทำความเข้าใจขององค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยอย่าง

เป็นระบบ ตำราการแพทย์แผนไทยที่มีการจัดบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร มีคำศัพท์ต่างๆ ที่มีความหมายเฉพาะ ต้องอาศัยผู้รู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการอธิบายความหมาย โดยแบ่งเป็น

- ❖ สมุฏฐานโรค การวินิจฉัย ลักษณะอาการของโรค การดำเนินโรค วิธีการรักษา และยาที่ใช้รักษา ควรมีการศึกษาเชื่อมโยงในเรื่องดังกล่าว ที่ปรากฏในตำราการแพทย์แผนไทย เพื่อให้ได้คำอธิบายสำหรับใช้ประกอบกับตำราการแพทย์แผนไทยเพื่อเป็นมาตรฐานระดับชาติ
- ❖ ตำรายา ตำรับยา และวิธีการเตรียมยา ควรเก็บรวบรวมตัวอย่างสมุนไพรและวิเคราะห์วิจัยแหล่งที่มาทางชีวภาพ เพื่อเป็นตัวอย่างมาตรฐานสำหรับเทียบเคียง

๒) การวิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดเป้าหมายของการนำการแพทย์

แผนไทยมาใช้ประโยชน์ให้ชัดเจน เพื่อนำมาวางแผนนโยบายระดับประเทศ ซึ่งครอบคลุมทุกมิติ ได้แก่ การใช้ประโยชน์การวิจัย การอนุรักษ์ และการรณรงค์ส่งเสริมการใช้ประโยชน์ ซึ่งมีสองแนวทาง คือ การใช้ประโยชน์ตามทฤษฎีการแพทย์แผนเดิม และการใช้ประโยชน์ตามทฤษฎีการแพทย์แผนใหม่ ซึ่งการรวบรวมและทำความเข้าใจขององค์ความรู้การแพทย์แผนไทยให้เป็นระบบ ควรดำเนินการเป็นลำดับแรก ในลำดับต่อมาควรมุ่งการวิจัยเพื่อควบคุมคุณภาพของผลิตภัณฑ์ให้มีความสม่ำเสมอ แนวทางที่สองต้องการการวิจัยระดับก่อนคลินิก และคลินิกรองรับ

๓) ปรับแนวทางการวิจัยสมุนไพรจากการมุ่งหาสารบริสุทธิ์เป็นยา มาสู่การ

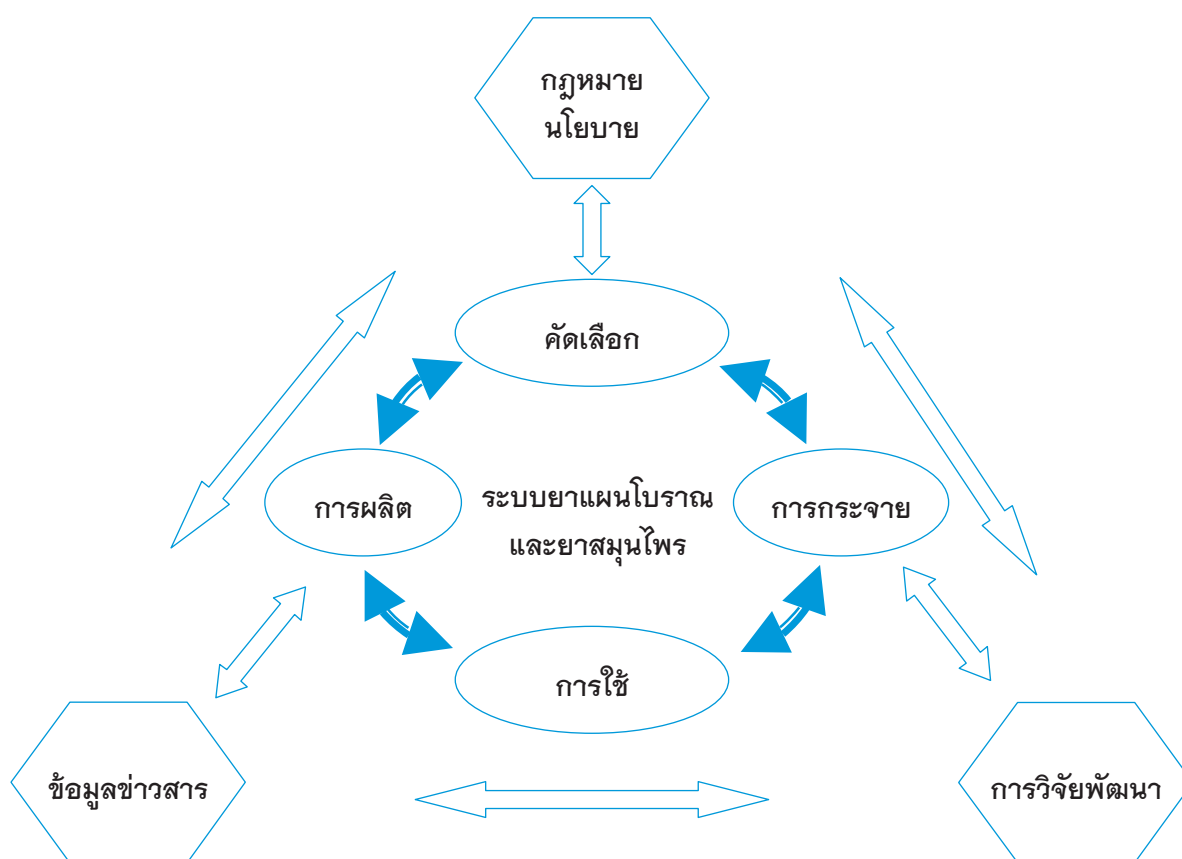
วิจัยยาในรูปแบบยาตำรับพื้นฐานภูมิปัญญาไทย การวิจัยสมุนไพรที่จะสามารถนำผลการวิจัยมาพัฒนาการแพทย์แผนไทย ควรมาจากคำถามการวิจัยที่อยู่บนพื้นฐานภูมิปัญญาไทย ได้แก่ ตำรับยาแผนไทยที่ประกอบด้วยสมุนไพรหลายชนิด มีสารออกฤทธิ์หลายชนิด และออกฤทธิ์ที่หลายเป้าหมาย การวางแผนการศึกษาทดลองควรคำนึงถึงการวินิจฉัยโรค และหลักการแพทย์แผนไทยที่มุ่งเน้นปรับสมดุลของร่างกาย และการป้องกันโรค

๔) นำวิธีทางวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ในการศึกษาวิจัย ประเมินองค์ความรู้
ดั้งเดิม เพื่อสร้างความมั่นใจในการนำภูมิปัญญามาใช้ในการแก้ไขปัญห
สุขภาพ

- ❖ การจดสิทธิบัตรเพื่อการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญา ตำรายาแผนไทยได้รับการ
คุ้มครองตาม พ.ร.บฯ หากมีการวิจัยต่อยอดอาจพัฒนาไปสู่การจดสิทธิ
บัตรเพื่อใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์
- ❖ เผยแพร่องค์ความรู้และส่งเสริมการใช้ประโยชน์ให้สอดคล้องกัน การจัด
หลักสูตรด้านการแพทย์แผนไทยที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ
- ❖ การอนุรักษ์สมุนไพรในป่าถิ่นกำเนิด ในขณะที่มีการส่งเสริมให้เกิดการใช้
ประโยชน์จากสมุนไพร ก็ควรที่จะต้องคำนึงถึงการอนุรักษ์สมุนไพรในป่าที่
เป็นถิ่นกำเนิดไปพร้อมๆ กัน ควรทำการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินชนิดสมุนไพร
ที่เสี่ยงต่อการสูญพันธุ์ เพื่อกำหนดแนวทางอนุรักษ์ และส่งเสริมให้เกิด
การใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน

ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๕๒ ศูนย์วิจัยกสิกรรมไทย ได้มีการวิจัยประเด็นเรื่อง
พืชและสมุนไพร จำนวน ๖๔ รายการ พบว่ามีการวิจัยเฉพาะสมุนไพรจำนวน ๑๑
รายการ ด้านภูมิปัญญาพื้นบ้าน จำนวน ๔ รายการ จากงานวิจัยทั้งสิ้น ๔,๒๘๙
รายการ ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่เน้นด้านการตลาด

พ.ศ. ๒๕๔๕ คณะทำงานศึกษาวิเคราะห์ยาแผนโบราณและยาจากสมุนไพร
ภายใต้คณะกรรมการโครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๕
โดยมี นายแพทย์เปรม ชินวันทนนานนท์ เป็นประธาน และ เกียรติกรหญิง ดร.ฉลอง
เลาจริยกุล เป็นผู้ทำงานและเลขานุการ ได้ศึกษาระบบยาแผนโบราณและยาจากสมุนไพร
ในภาพรวมซึ่งมีประเด็นที่เกี่ยวข้องดังภาพ



ที่มา: คณะกรรมการโครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย ๒๕๔๕

กฎหมายและนโยบาย นโยบายของรัฐบาลหลายด้านเป็นโอกาสและเอื้อให้มีการส่งเสริมและพัฒนาผลิตภัณฑ์ยาแผนโบราณและยาจากสมุนไพร อาทิ โครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ นโยบายส่งเสริมการจัดระบบความรู้ และสร้างมาตรฐานด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเพื่อนำไปใช้ในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับการส่งเสริมยาแผนโบราณและยาจากสมุนไพร ในส่วนของกฎหมายมีการแก้กฎหมายและกฎระเบียบที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบยาแผนโบราณและผลิตภัณฑ์สมุนไพร อย่างไรก็ตามมีการออกพระราชบัญญัติและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒

การวิจัยและพัฒนา ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๙-๑๑ มีการใช้งบประมาณจำนวนมากสำหรับการวิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับยาจากสมุนไพรที่ผ่านมามีปัญหาสำคัญที่พบ คือ ขาดการกำหนดเป้าหมายและทิศทางการวิจัย ประกอบกับมีหลายหน่วยงานที่ทำวิจัยและสนับสนุนการวิจัย ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในประเด็นการวิจัย ขาดผู้ได้รับผลประโยชน์ทางงานวิจัยที่ชัดเจน และการวิจัยไม่ครบวงจร ทำให้ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงอุตสาหกรรมได้ ดังนั้นควรจะต้องมีการระดมทรัพยากรของประเทศมาทำงานร่วมกันในลักษณะชุดโครงการขนาดใหญ่ ซึ่งต้องมีหน่วยงานที่เป็นกลไกกลางในการทำหน้าที่บริหารโครงการ รวบรวมผลงานวิจัย ประเมินผล กำหนดทิศทางการวิจัย รวมทั้งการถ่ายทอดงานวิจัยสู่ภาคอุตสาหกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์จากงานวิจัยได้อย่างคุ้มค่า

ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาแผนโบราณและยาจากสมุนไพร ข้อมูลงานวิจัยด้านสมุนไพรที่ตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการที่เป็นที่ยอมรับในวงวิชาการระดับนานาชาติ จะถูกรวบรวมเข้าในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ สามารถสืบค้นผ่าน Internet เช่น MEDLINE ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการสืบค้น ส่วน CAB, Biological Abstract, Agricola สืบค้นผ่านสำนักหอสมุดหรือหน่วยงานที่เป็นสมาชิก สำหรับฐานข้อมูลที่พัฒนาขึ้นในประเทศไทย อาทิ MedPlant DATABASE (<http://medplant.mahidol.ac.th>) ของสำนักงานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวกับพืชสมุนไพรจำนวนกว่าหนึ่งพันชนิดที่ตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการในประเทศและวารสารทั่วโลก ศูนย์ข้อมูลสมุนไพรสถาบันวิจัยสมุนไพร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_herbal) ส่วนข้อมูลสำหรับประชาชนเป็นข้อมูลงานวิจัย ซึ่งมักเป็นข้อมูลที่ยังไม่ผ่านการสังเคราะห์และตีความเพื่อให้ง่ายสำหรับประชาชน หน่วยงานที่ให้บริการข้อมูลสำหรับประชาชนโดยตรงมีน้อยเช่น สำนักงานข้อมูลสมุนไพร มูลนิธิสุขภาพไทย โครงการสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเอง ฯลฯ

การคัดเลือกยา ในระดับประเทศ มีการปรับหลักเกณฑ์การพิจารณาและการขึ้นทะเบียนตำรับยาให้เหมาะสมกับทิศทางการพัฒนายาจากสมุนไพรมากขึ้นเพื่อให้ยาจากสมุนไพรที่มีการวิจัยพัฒนาในแต่ละระดับสามารถเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้มากขึ้น หากมีข้อมูลที่ยืนยันสรรพคุณและความปลอดภัย มีการเพิ่มยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อเพิ่มโอกาสและสร้างความน่าเชื่อถือในยาจากสมุนไพรให้เป็นทางเลือกสำหรับการใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน ซึ่งปัญหาที่สำคัญในการคัดเลือกยาก็คือ ยาจากสมุนไพรยังขาดข้อมูลในระดับคลินิกเกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัยและผลการรักษาที่ชัดเจน

การผลิตและการจัดหา ผู้ผลิตในภาคเอกชนมีการขึ้นทะเบียนตำรับยาเพิ่มมากขึ้น ตามกระแสความนิยมผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรในรูปแบบอาหารเสริมสุขภาพ เครื่องสำอาง ซึ่งสามารถวางจำหน่ายและทำการส่งเสริมการขายได้ง่ายกว่า ส่วนผู้ผลิตยาแผนโบราณ และยาจากสมุนไพรรายใหญ่มีจำนวนน้อยมาก ทำให้มูลค่าการผลิตมีสัดส่วนน้อยเมื่อเทียบกับมูลค่ายาแผนปัจจุบัน สถานบริการภาครัฐเองมีการผลิตยาในโรงพยาบาล และผู้ผลิตรายย่อยระดับชุมชนมีการผลิตยาขายในท้องตลาดมากขึ้น ปัญหาที่พบของผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร คือ เรื่องคุณภาพในหลายด้าน เช่น การปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ วัตถุดิบที่ไม่ได้มาตรฐานสม่ำเสมอ การปนปลอมตัวยาแผนปัจจุบัน ปัญหาดังกล่าว ซึ่งต้องมีการยกระดับมาตรฐานผู้ผลิตยาให้มีการผลิตยาที่ดี หรือ GMP (Good Manufacturing Practice) มีการส่งเสริมให้มีการควบคุมคุณภาพวัตถุดิบตามหลักวิชาการ ตั้งแต่การคัดเลือกสายพันธุ์ การปลูก การเก็บเกี่ยว และการเก็บรักษา

การกระจายยา มูลค่าการตลาดสมุนไพรในประเทศไทยในปี ๒๕๔๒ มีประมาณ ๓,๘๐๐ ล้านบาท หากรวมมูลค่าของสมุนไพรที่เป็นอาหารเสริมและเครื่องสำอางแล้ว จะมีมูลค่าสูงถึง ๓๐,๐๐๐ ล้านบาท ประเภทและรูปแบบของผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรมี ๔ กลุ่ม ได้แก่ ๑. ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรที่จัดเป็นยาแผนโบราณและยาจากสมุนไพรแผนโบราณ ทั้งตำรับยาเดี่ยวและยาดำรับ เป็นกลุ่มที่มีจำหน่ายมากและได้รับความนิยม ๒. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากสมุนไพร กลุ่มผู้ประกอบการให้ความสนใจผลิตและทำการตลาด เนื่องจากมีช่องทางจำหน่ายได้กว้างกว่า ๓. ชาชงสมุนไพร เป็นกลุ่มที่มีมูลค่าการตลาดเติบโตอย่างต่อเนื่อง ๔. ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางสมุนไพร โดยเฉพาะเครื่องสำอางที่มีส่วนผสมของสารสกัดธรรมชาติจะได้รับความนิยมสูงมาก ในการกระจายกลุ่มผลิตภัณฑ์ยาแผนโบราณและยาจากสมุนไพรที่ไม่เข้าข่ายยาสามัญประจำบ้านมีช่องทางการจำหน่ายที่แคบกว่า โดยกฎหมายกำหนดให้ขายในสถานที่ต่อไปนี้ คือ ร้านขายยา ที่ต้องมีผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเภสัชกรรมไทย คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลรัฐและเอกชน องค์การเภสัชกรรม ส่วนผลิตภัณฑ์ยาแผนโบราณและยาจากสมุนไพรที่ไม่เข้าข่ายยาสามัญประจำบ้านสามารถจำหน่ายได้ทั้งในร้านสะดวกซื้อ ซูเปอร์มาร์เก็ต หรือขายตรง

พ.ศ. ๒๕๔๖ รองศาสตราจารย์ ดร.อาทร รวีไพบูลย์ ได้ศึกษามูลค่าที่ราคาขายปลีกหรือมูลค่าที่ประชาชนจ่ายเงินซื้อในการบริโภค มีมูลค่ารวมของร้านในเขตกรุงเทพมหานคร ๔๔๐.๓๓/๓ ล้านบาท และมูลค่ารวมของเขตภูมิภาค ๑,๓๙๙.๒๓/๑ ล้านบาท มูลค่ารวมทั้งประเทศประมาณ ๒,๒๓๙.๖๔๔ ล้านบาท พบว่า ๕ อันดับแรก

ของกลุ่มยาที่มีบริโภคมากที่สุด ได้แก่ ยาบำรุงโลหิต ๕๓๖.๓๐ ล้านบาท ยาสตรี ยาหลังคลอด ๒๑๓.๔๙ ล้านบาท ยาแก้ท้องผูก ยาระบาย ๒๐๓.๗/๓ ล้านบาท ยาแก้ไอ ๑๙๖.๐๕ ล้านบาท ยาหอม ยาแก้ลมวิงเวียน ๑๖๒.๒๕ ล้านบาท

ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๕๒ เกิดเครือข่ายภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทอีสาน ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาระหว่างผู้ปฏิบัติการเกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านอีสาน ในหน่วยงานภาครัฐ เอกชน ชุมชน กับทีมงานการแพทย์พื้นบ้าน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ร่วมคิด ทบทวน ปรับแนวคิด หาแนวทาง ทำงานร่วมกัน เป็นกลุ่ม “เครือข่ายสุขภาพวิถีไทอีสาน” ในการกำหนดแนวทางการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านอีสาน มีงานทำร่วมกัน ๓ ด้าน คือ งานสังคายนาองค์ความรู้ งานรณรงค์เพื่อการใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของชุมชน และงานพัฒนาศักยภาพหมอพื้นบ้าน ในปี ๒๕๔๙ เกิดกลไกการบริหารงานวิจัยจัดตั้งเป็น “หน่วยประสานงานเครือข่ายสุขภาพวิถีไทอีสาน” ภายใต้การสนับสนุนทุนการวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย และสำนักงานการแพทย์พื้นบ้านไทย พัฒนาความร่วมมือเป็นชุดโครงการวิจัยการแพทย์พื้นบ้านอีสาน ๑๓ โครงการ เป็นการศึกษาสถานการณ์การแพทย์พื้นบ้านอีสานตามโจทย์ของพื้นที่หรือชุมชน เพื่อให้ได้องค์ความรู้ในการจัดทำตำรากลางการแพทย์พื้นบ้านอีสาน และจัดทำตำราหมอมือพื้นบ้าน (หมอใหญ่)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) มีข้อมูลงานวิจัยและพัฒนา งานวิจัยวิชาการ จำนวน ๒,๒๐๒ เรื่อง และการวิจัยท้องถิ่น จำนวน ๓/๓๐ เรื่อง รวมทั้งสิ้น ๒,๙๓๒ เรื่อง มีงานวิจัยด้านการแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพร ร้อยละ ๖.๓๑ (๑๘๕ เรื่อง) ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยท้องถิ่น ร้อยละ ๔.๓๖ (๑๒๘ เรื่อง)

พ.ศ. ๒๕๔๗ รองศาสตราจารย์พร้อมจิต ศรีลัมพ์ และคณะ ได้ทำโครงการวิจัยบูรณาการนำร่องเรื่อง การพัฒนาด้านการผลิต การแปรรูปและการตลาดผลิตภัณฑ์สมุนไพร เพื่อเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันทั้งเขตอุตสาหกรรมและพันธูกรรมสมุนไพร ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ในการศึกษาวิจัยพืชสมุนไพรให้เป็นยาสำหรับมนุษยชาตินั้นต้องใช้นักวิจัยจากหลากหลายสาขาวิชาที่จะบูรณาการเพื่อพิสูจน์สรรพคุณตามองค์ความรู้ และหลักการของการแพทย์แผนไทยโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งต้องประกอบด้วยด้านพฤกษศาสตร์ พฤกษเคมี

เภสัชวิทยา คลินิกและอื่นๆ การศึกษานี้ดำเนินการวิจัยเป็น ๒ ชุดใหญ่ๆ ชุดแรกมุ่งพิสูจน์สรรพคุณสมุนไพร ๕ ตำรับ ชุดที่ ๒ วิจัยต่อยอดสมุนไพรเดี่ยวที่มีผู้เริ่มวิจัยไว้บ้างแล้วหรือมีศักยภาพ จำนวน ๑๖ ชนิด ให้เป็นผลิตภัณฑ์ที่มีข้อมูลสนับสนุนและสามารถถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่การผลิตเชิงอุตสาหกรรมได้ มีนักวิจัยและผู้ช่วยวิจัยกว่า ๑๐๐ คนจากหน่วยงานการศึกษาและวิจัยทั่วประเทศไทย ๒๔ คณะสถาบัน

สำหรับตำรับยาแผนไทย คัดเลือกตำรับยาหอม ๓ ชนิด เป็นตำรับยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ ๒ ตำรับ ได้แก่ ยาหอมนวโกฐและยาหอมอินทจักร์ และเป็นตำรับจากภาคเอกชน ๑ ตำรับ นักวิจัยจากหลายสถาบันร่วมมือกันวิจัยอย่างดีเยี่ยม ได้แก่ คณะเภสัชศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยขอนแก่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะแพทยศาสตร์ จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ บริษัทเครื่องหอมไทย-จีน จำกัดให้ความร่วมมือในการเตรียมสารสกัด นักวิจัยประชุมวางแผนกระบวนการที่จะดำเนินการวิจัยร่วมกัน การตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานของวัตถุดิบสมุนไพรทุกชนิดเป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างยิ่ง จะต้องประกอบกับผลการทดลองทางเภสัชวิทยาและความเป็นพิษ จึงดำเนินการตามแนวทางที่องค์การอนามัยโลกได้วางไว้ร่วมกับแนวทางที่ระบุในเภสัชตำรับสมุนไพรไทย (Thai Herbal Pharmacopoeia) ในการทดลองทางเภสัชวิทยา ไม่อาจใช้ผงสมุนไพรได้ นักวิจัยจึงทำเป็นสารสกัด เนื่องจากผู้บริโภคต้องรับประทานผงยาหอมที่ละลายในน้ำอุ่น นักวิจัยจึงสกัดสารประกอบทุกกลุ่มออกจากผงยาหอม ใช้เฮกเซนสกัดสารกลุ่มที่ไม่มีขี้และไม่ละลายในน้ำ ต่อเนื่องด้วยแอลกอฮอล์ เพื่อสกัดสารกลุ่มที่มีขี้ปานกลาง และน้ำสกัดสารกลุ่มที่มีขี้และละลายได้ดีในน้ำ เมื่อนำสารสกัดทุกชนิดมารวมกัน เทากับได้สารทุกกลุ่มเข้าสู่การพิสูจน์สรรพคุณ ที่ระบุว่าใช้ยาหอมแก้ลมวิงเวียน คลื่นไส้อาเจียน ช่วยแก้อาการปวดท้อง จุกเสียดอาหารไม่ย่อย และทำให้หลับสบาย จัดทำข้อกำหนดมาตรฐานสำหรับสารสกัดที่ได้ ทั้งด้านกายภาพและเคมีรวมทั้ง TLC fingerprint ไว้เพื่อการตรวจสอบเมื่อเตรียมสารสกัดครั้งต่อไป ผลการตรวจสอบฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาและการศึกษาความเป็นพิษ สรุปได้ดังนี้

๑. ฤทธิ์ต่อระบบไหลเวียนโลหิต

- ๑) ผลต่อความดันเลือดและอัตราการเต้นหัวใจในหนูขาว การศึกษาผลของสารสกัดยาหอมนวโกฐ ในขนาดเทียบเท่า ๑, ๒ และ ๔ กรัมผงยาหอม/กิโลกรัมน้ำหนักตัวต่อความดันโลหิตและอัตราการเต้นหัวใจในหนูขาวที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ยาสลบ โดยทำการวัดความดันโลหิต ก่อนและ

ทุก ๑๕ นาทีหลังป้อนสารสกัดยาหอม เป็นเวลา ๙๐ นาที พบว่าสารสกัดยาหอม มีผลเพิ่มความดันโลหิต โดยเฉพาะในขนาดสูงสุดที่ใช้ในการศึกษาคือขนาดเทียบเท่า ๔ กรัมผงยาหอม/กิโลกรัมน้ำหนักตัว สารสกัดยาหอมเพิ่มทั้งความดัน Systolic และ diastolic เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนป้อน ความดัน systolic เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตลอด ๙๐ นาที และให้ผลสูงสุด (ประมาณ ๒๑%) ที่เวลา ๖๐ นาที สำหรับความดัน diastolic เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะที่เวลา ๗๕ นาที (ประมาณ ๒๓%) โดยไม่มีผลต่ออัตราการเต้นหัวใจ

- ๒) **ผลต่อการไหลเวียนเลือดที่สมอง** การศึกษาผลของยาหอม ในขนาดเทียบเท่า ๒ และ ๔ กรัมผงยาหอม/กิโลกรัมน้ำหนักตัว ต่ออัตราการไหลเวียนเลือดในสมองบริเวณ anterior surface ในหนูที่สลบ ก่อนและหลังให้สารสกัดยาหอม ป้อนเข้าทางท่อที่สอดไว้ในหลอดอาหาร) เป็นเวลา ๙๐ นาที โดยทำการวัดความดันโลหิตที่หลอดเลือดแดง femoral ด้วย พบว่าอัตราการไหลเวียนเลือดที่สมองเพิ่มขึ้นตามขนาดของสารสกัดยาหอมที่ได้ ในขนาดเทียบเท่า ๒ กรัมผงยาหอม/กิโลกรัมน้ำหนักตัว ให้ผลเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญที่เวลา ๕-๑๕ นาที ประมาณ ๒๐-๒๕% ขณะที่ขนาดเทียบเท่า ๔ กรัมผงยาหอม/กิโลกรัมน้ำหนักตัว ให้ผลเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญที่เวลา ๕-๔๕ นาที ประมาณ ๒๓-๓๓% ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นตามขนาดของยาหอมที่ได้รับเช่นกัน

การศึกษาผลของยาหอม ในทั้งสองขนาด ต่อการคลายตัวของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กที่ผิวของสมอง (Pial cerebral arteriole) ๒ ขนาด (๒๐-๕๐ และ ๕๑-๘๐ ไมครอน) ที่กระตุ้นให้หดตัวด้วย Nor epinephrine ๑๐ m/L โดยการหยดสารบริเวณหลอดเลือด พบว่ายาหอมเพิ่มขนาดของหลอดเลือดได้สูงสุดถึง ๕๐%

สรุปฤทธิ์ต่อระบบไหลเวียนโลหิต สารสกัดยาหอมนวโกฐ เพิ่มความดันเลือดเพิ่มอัตราการไหลเวียนเลือดที่สมอง และมีผลคลายตัวหลอดเลือดขนาดเล็ก ซึ่งสนับสนุนสรรพคุณในการรักษาอาการวิงเวียน หน้ามืด เป็นลม

๒. ฤทธิ์ต่อระบบทางเดินอาหาร

- ๑) **การหลังกรดของกระเพาะอาหารหนูถีบจักร** การศึกษาผลของสารสกัดยาหอมในขนาดเทียบเท่า ๒.๕-๑๐ มิลลิกรัมผงยาหอม/มิลลิลิตร ต่อการหลังกรดของกระเพาะอาหารหนูถีบจักรที่แยกจากตัว โดยการกระตุ้นการหลังกรดด้วย histamine ขนาด ๕ ไมโครโมลภายหลังได้รับ

สารสกัดยาหอม และเก็บตัวอย่างเพื่อวิเคราะห์ปริมาณกรดทุก ๑๐ นาที เป็นเวลา ๒ ชั่วโมง ๒๐ นาที พบว่า สารสกัดยาหอม ยับยั้งการหลั่ง กรดที่เหนี่ยวนำด้วย histamine ได้ตามขนาดของสารสกัดที่ให้ โดยขนาด ๑๐ มิลลิกรัมผงยาหอม/มิลลิลิตร ให้ผลลดได้ประมาณ ๕๐%

๒) การหัตถ์ของลำไส้เล็กของหนูตะเภา การศึกษาผลของสารสกัดยาหอม ขนาดเทียบเท่า ๐.๐๐๕-๐.๐๘ มิลลิกรัมผงยาหอม/มิลลิลิตร ต่อการหัตถ์ของลำไส้เล็กของหนูตะเภาที่แยกออกจากตัวที่กระตุ้นด้วย acetylcholine พบว่ายาหอมยับยั้งการหัตถ์ของลำไส้เล็กได้ตามความเข้มข้นของสารสกัดยาหอมที่ขนาด ๐.๐๘ มิลลิกรัมผงยาหอม/มิลลิลิตร ยับยั้งได้ประมาณ ๒๓%

๓) การต้านการอาเจียนในสุนัข การศึกษาผลด้านการอาเจียนของสารสกัดยาหอมนวโกฐ ในขนาด ๑๑๒.๓, ๒๒๔.๖ และ ๔๔๘.๒ มิลลิกรัมผงยาหอม/กิโลกรัมน้ำหนักตัว ในสุนัขพันธุ์ผสมสุขภาพดี ที่ได้รับสารกระตุ้นอาเจียน tartar emetic ในขนาด ๑๕๐ หรือ apomorphine ในขนาด ๐.๐๘๓ มิลลิกรัม/กิโลกรัมน้ำหนักตัว พบว่าสารสกัดยาหอม ไม่สามารถต้านการอาเจียนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สามารถลด ความรุนแรงของการอาเจียนได้

สรุปฤทธิ์ต่อระบบทางเดินอาหารสารสกัดยาหอมนวโกฐลดการหลั่งกรดใน กระเพาะอาหารและการเคลื่อนไหวของลำไส้และบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนซึ่ง สนับสนุนสรรพคุณในการบรรเทาอาการคลื่นไส้ ปวดท้อง ไม่สบายท้อง

๓. ฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง

การศึกษาผลต่อระบบประสาทส่วนกลางของสารสกัดยาหอมนวโกฐในขนาด ๓๐๐, ๑,๐๐๐ และ ๓,๐๐๐ มิลลิกรัม/กิโลกรัมน้ำหนักตัวในหนูถีบจักร โดยวิธี Locomotor activity test และผลต่อระยะเวลาของการนอนหลับที่ถูกเหนี่ยวนำโดยการฉีด pentobarbital (ขนาด ๕๐ มิลลิกรัม/กิโลกรัมน้ำหนักตัว) พบว่าสารสกัดยาหอมทุกขนาด ลดการเคลื่อนไหวของหนูถีบจักรโดยไม่แปรตามขนาด ขณะที่เพิ่มระยะเวลาการออกฤทธิ์ ของ pentobarbital เมื่อให้ร่วมกันโดยขนาด ๓,๐๐๐ มิลลิกรัม/กิโลกรัมน้ำหนักตัวให้ผล สูงสุด

สรุปฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง สารสกัดยาหอมนวโกฐกดระบบประสาท ส่วนกลาง

๔. ความเป็นพิษเฉียบพลัน

การศึกษาความเป็นพิษเฉียบพลันของสารสกัดยาหอมในหนูถีบจักรและหนูขาว ทั้ง ๒ เพศ ภายหลังป้อนยาหอม ขนาดเทียบเท่า ๑, ๒.๕ และ ๕.๐ กรัมผงยาหอม/

กิโลกรัมน้ำหนักตัว เพียงครั้งเดียว ไม่พบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการตาย ในช่วง ๗ วัน หลังการได้รับสารสกัดยาหอม มีอัตราการเจริญเติบโต การทำงานของระบบตับ และไต และปริมาณและคุณสมบัติของเมล็ดปอกติ

พ.ศ. ๒๕๔๙ รองศาสตราจารย์ ดร.นพมาศ สุนทรเจริญนนท์ และคณะ ได้ศึกษาอุตสาหกรรมยาไทยและยาจากสมุนไพร พบว่ามีสถานที่ผลิตทั้งสิ้น ๙๔๗ แห่ง อยู่ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ ๒๙.๖ ปริมาณผลร้อยละ ๑๙.๖ และในต่างจังหวัดร้อยละ ๕๐.๘ มีโรงงานผลิตยาไทยและยาจากสมุนไพรที่มีการผลิตตามหลักเกณฑ์การผลิตที่ดี (GMP-สมุนไพร) จำนวนเพียง ๑๔ โรงงานเท่านั้น (พ.ศ. ๒๕๕๑) ในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ อุตสาหกรรมยาไทยและยาจากสมุนไพรมีมูลค่า ๑,๓๔๘.๖๖๙ ล้านบาท ซึ่งพบว่าเกือบ ๒๐ ปี การเติบโตของธุรกิจอุตสาหกรรมยาไทยและยาจากสมุนไพรมีน้อยมาก ถ้าพิจารณาจากแผนปัจจุบันที่นำเข้าจากต่างประเทศ ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ มีมูลค่า ๓๐,๕๔๕.๕๔๓ ล้านบาท แสดงว่าการผลิตยาไทยและยาจากสมุนไพรในประเทศยังมีสัดส่วนที่น้อยมาก เมื่อเทียบกับยาแผนปัจจุบันที่นำเข้า

พ.ศ. ๒๕๕๑ มูลนิธิสุขภาพไทย และเครือข่ายสุขภาพวิถีไท ได้รับการสนับสนุนงานวิจัยและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในแผนงานพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองของชุมชน ภายใต้แผนงานพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพแผนไทยและทางเลือก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน ๒๔ เรื่อง

ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒ แผนงานพัฒนาเครือข่ายวิจัยในรูปแบบงานวิจัยจากงานประจำ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นงานวิจัยที่พบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบ และจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการตีพิมพ์เป็นบทเรียนของผู้ร่วมเส้นทาง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ขยายความรู้ไปสู่วงกว้าง เป็นจุดตั้งต้น หรือเกิดการทำงานต่อยอดความรู้ในการพัฒนางานวิจัย ในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา มีงานวิจัยทั้งสิ้น ๑,๐๔๑ เรื่อง มีงานประจำที่พัฒนาสู่งานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๒.๕๙

ตาราง ๘.๒ งานวิจัยแพทย์แผนไทยจากงานประจำของแผนงานพัฒนาเครือข่ายวิจัย สวรส.

เครือข่ายงานวิจัย	ปี ๒๕๕๑	ปี ๒๕๕๒	ปี ๒๕๕๓
	จน.งานวิจัยแพทย์แผนไทย/ จน.งานวิจัยทั้งหมด	จน.งานวิจัยแพทย์แผนไทย/ จน.งานวิจัยทั้งหมด	จน.งานวิจัยแพทย์แผนไทย/ จน.งานวิจัยทั้งหมด
สถานีอนามัย/สสอ.	๖/๓๐	๓/๖๓	๐/๘๓
รพช.	๔/๑๕๘	๕/๑๓๑	๐/๕๘
รพศ./รพท. และ รพ.เอกชน	๕/๑๒๖	๒/๑๔๓	๐/๑๐๓
โรงเรียนแพทย์/ มหาวิทยาลัย/สสจ.	-	๒/๓/๔	๐/๒๔

พ.ศ. ๒๕๕๒ สถาบันสุขภาพวิถีไทย ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ทำชุดโครงการจัดการความรู้ด้านภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ดังนี้

การสังคายนาองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านภาคอีสาน: กรณีใช้หมากไม้

การศึกษานี้ได้นำองค์ความรู้จากตำรายาเล่ม ๑ เล่ม ๒ และเล่ม ๓ ของโครงการอนุรักษ์โบราณวัตถุและวัฒนธรรมและอักษรไทยน้อยให้เป็นภาษาไทยปัจจุบันที่จัดพิมพ์เป็นหนังสือชุดตำรายา ประกอบด้วยตำรายาจากวัดต่างๆ ในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน ๙ วัด จากตำรายาโบราณ ๒๗ ฉบับ ซึ่งยังไม่มีมีการวิเคราะห์ เพื่อดำเนินการจัดหมวดหมู่ของการวินิจฉัยโรค กลุ่มอาการและตำรับยาต่างๆ ที่เหมาะสม ทั้งทางด้านชนิดของสมุนไพร กระบวนการเตรียมยา และจัดเวทียังคายนาองค์ความรู้โดยหมอพื้นบ้าน และผู้รู้ในท้องถิ่น จนความรู้ตกผลึก

คู่มือการนวดไทยในการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุและเด็กพิการ ได้

วิเคราะห์ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ คือ การปวดเมื่อยตามร่างกาย นอนไม่หลับ ความจำเสื่อม ความดันโลหิตสูงดังนั้นการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ คู่มือเล่มนี้ให้ความรู้ เรื่อง สุขภาพผู้สูงอายุตามทฤษฎีแพทย์แผนไทย การบริหารร่างกาย และการนวดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ อาทิ นวดถอนลมพิษ นวดตนเองเพื่อผ่อนคลาย นวดเพื่อช่วยให้นอนหลับ นวดเพื่อช่วยในการขับถ่ายอุจจาระ ส่วนคู่มือการนวดเด็กพิการ บอกกล่าวคำนิยาม ความพิการ ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย สภาวะสุขภาพของเด็กพิการเป็นอย่างไร การนวดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพเด็กพิการจากชุดความรู้หรือชุดประสบการณ์ของหลายหน่วยงานที่แท้จริง ประโยชน์ ข้อห้ามข้อควรระวัง ข้อเสนอแนะ ซึ่งเป็นการนวดที่อ่านแล้วสามารถไปนวดแบบง่ายๆ ได้แก่ การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า การนวดเพื่อช่วยระบบขับถ่ายอุจจาระ การนวดเด็กเพื่อช่วยให้เด็กนอนหลับ และการประคบเด็ก

การจัดการความรู้เรื่องยาไทยและยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน เป็นผลการศึกษาจากเอกสาร สัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง และมีการจัดเวทีสำหรับโรงพยาบาลชุมชน ผู้เชี่ยวชาญ และนักวิชาการ เนื้อหาจะเน้นการเรียนรู้จากบทเรียนการทำวิจัยประสิทธิผลของยาสมุนไพร อาทิเช่น ชาขวงจืด ยาธาตุบดบดขย สารสกัดเถาวัลย์เปรียง สารสกัดเปลือกมังคุด มะระขึ้นกผงแห้ง การยกระดับการผลิตยาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรในโรงพยาบาลของรัฐให้ได้มาตรฐาน GMP และการเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้ยาสมุนไพร เช่น เพชรสังฆาต (แคปซูล) เถาวัลย์เปรียง มะระขึ้นก สหสธาราครีมบัวบก ขาวจืด เป็นต้น นอกจากนี้ได้มีความคิดเห็นต่อปัญหา อุปสรรคและทางออกที่สำคัญในการผลักดันยาจากสมุนไพรเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติด้วย

ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๖ สถาบันการแพทย์แผนไทย เมื่อครั้งสังกัดกรมการแพทย์ ได้ศึกษาวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน จำนวนมากกว่า ๗๒ เรื่อง สามารถจำแนกได้ ๕ หัวข้อ คือ

๑. ทฤษฎีการแพทย์แผนไทยและระบบการเรียนการสอน มิงานวิจัย ๗ เรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน และนักวิชาการ เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่กับเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก เน้นการวิเคราะห์ความรู้และทำความเข้าใจการอธิบายโรคเบาหวาน กษัย ภาวะไหลตายของประชาชนชาวอีสาน และการประยุกต์ใช้การแพทย์แผนไทยด้วยระบบคิดในเชิงทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

มีการศึกษากระบวนการจัดหลักสูตรการแพทย์แผนไทย จำนวน ๑ เรื่อง เป็นการเก็บข้อมูลในสถานศึกษา ๔ ภูมิภาค โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง สัมภาษณ์เชิงลึก และตอบแบบสอบถามประเมินผลหลักสูตร ๑๖ หลักสูตร พบว่า กระบวนการจัดหลักสูตรเริ่มจากการเรียนการสอนแบบมอตัวเป็นศิษย์กับครูหรือผู้มีใบประกอบโรคศิลปะ และพัฒนาเป็นรูปแบบคณะกรรมการเพื่อปรับปรุงแก้ไขหลักสูตรจนได้รับการอนุมัติจากกระทรวงศึกษาธิการหรือกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นหลักสูตรการศึกษาศึกษาการแพทย์แผนไทยที่ถูกต้อง ส่วนการประเมินผลการจัดหลักสูตรพบว่า การศึกษาประเภทเวชกรรมไทยและเภสัชกรรมไทยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยที่หลักสูตรการนวดไทยเพศหญิงเรียนมากกว่าเพศชาย

วัตถุประสงค์ของการมาเรียนส่วนใหญ่เพื่อสอบขึ้นทะเบียนการประกอบโรคศิลปะ รองลงมาเพื่อดูแลตนเอง ครอบครัว ชุมชน และประกอบอาชีพ ผลการศึกษาได้แสดงให้เห็นความเป็นเปลี่ยนแปลงที่น่าภาคภูมิใจที่หลักสูตรการเรียนการสอนด้านการแพทย์แผนไทยได้กลับเข้ามามีบทบาทในระบบการศึกษาอีกครั้งอย่างเช่น ในปี ๒๕๔๕ โรงเรียนอายุรเวทได้ออนเข้าสังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล หลังจากที่อยู่นอกระบบการศึกษาของรัฐมานานเกือบ ๑๐๐ ปี

๒. กฎหมายที่เกี่ยวข้องและการประชาสัมพันธ์ มีงานวิจัย ๕ เรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เก็บข้อมูลจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและแบบสอบถาม การเตรียมความพร้อมสำหรับนายทะเบียนจังหวัดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๖ ในกฎหมาย พ.ร.บ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ พบว่า มีความเข้าใจกฎหมายอยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตามยังต้องการการสนับสนุนในด้านวิทยากร คู่มือสำหรับนายทะเบียน และคู่มือสำหรับประชาชน

การศึกษาประสิทธิผลของการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์งานด้านการแพทย์แผนไทย โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาใช้วิธีสุ่มจำนวน ๒,๔๐๐ คน เน้นเนื้อหาสาระนำเสนอผ่านสื่อครอบคลุมทุกด้านและวิธีการนำเสนอข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทยโดยผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นที่ยอมรับ ซึ่งการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์แผนไทย จากสื่อบุคคล คือ บิดามารดา ญาติ พี่น้องมากที่สุด สื่อมวลชน จากโทรทัศน์ มากที่สุด รองลงมาหนังสือพิมพ์ วารสาร วิทยุ และอินเทอร์เน็ต ตามลำดับ

๓. ระบบบริการด้านการแพทย์แผนไทย มีงานวิจัย ๕ เรื่อง ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยศึกษาความคุ้มค่าของการรักษาด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ศึกษาแนวทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ ศึกษาทัศนคติของการแพทย์แผนกอายุรกรรมต่อการรักษาโรคโดยระบบการแพทย์แผนไทย ศึกษาประสิทธิภาพและความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านการนวดที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๖

๔. ด้านเวชกรรมไทย มิ่งงานวิจัย ๑๗ เรื่อง แบ่งได้ ๔ ประเด็น คือ
- ก. องค์ความรู้และการประยุกต์ใช้ มิ่งงานวิจัย ๑๐ เรื่อง ได้ศึกษาองค์ความรู้ว่าน หอย เห็ด และแมลงที่ใช้เป็นยารักษาโรค การจัดทำพจนานุกรมการแพทย์พื้นบ้านชาวไทยภูเขา ๖ ชนเผ่า พจนานุกรมโรคและสมุนไพร : ล้านนา-ไทย และไทย-ล้านนา การศึกษาด้านการดำรงอยู่และบทบาทของหมอพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพ กรณีพื่อใหญ่เพื่อ ชัยนการ โดยมี การศึกษาการประยุกต์การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อลดไขมัน และการศึกษาดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์แบบองค์รวม
 - ข. โรคโลหิตสตรีและการดูแลสุขภาพหลังคลอด มิ่งงานวิจัย ๓ เรื่อง ที่ศึกษาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย : กรณีความผิดปกติของการมีประจำเดือน การศึกษาพฤติกรรมกรรมการงคอาหารแสงของหญิงหลังคลอด และโรคโลหิตสตรี
 - ค. การนวดไทย มิ่งงานวิจัย ๓ เรื่อง คือ การศึกษาประสิทธิผลทางสรีรวิทยาของการนวดไทยในการลดปวด การทำงานของกล้ามเนื้อและภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังศึกษาองค์ความรู้การนวดพื้นบ้านที่มีความหลากหลายในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศไทย และการศึกษาองค์ความรู้นวดไทยสู่ระดับนานาชาติ
 - ง. การประคบสมุนไพร มีการศึกษาประสิทธิผลเบื้องต้นของการประคบสมุนไพร เพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ
๕. ด้านเภสัชกรรมไทย มิ่งงานวิจัย ๓๔ เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยสมุนไพร แบ่งได้เป็น ๓ ประเด็น คือ ๑) การศึกษาด้านคุณภาพสมุนไพร ๒) การศึกษาวิจัยด้านประสิทธิผลของสมุนไพรและฤทธิ์ข้างเคียงของยาสมุนไพร และ ๓) การวิจัยด้านความปลอดภัย
- ๑) การศึกษาด้านคุณภาพสมุนไพร ได้แก่ การศึกษาทางพฤกษศาสตร์พื้นบ้าน การศึกษาทางพฤกษเคมี ชีวสังเคราะห์ การวิจัยด้านการเกษตร การจัดทำมาตรฐานสมุนไพร จำนวน ๑๕ เรื่อง ได้แก่ การศึกษาพฤกษเคมีของสมุนไพรกำลังเสือโคร่ง การใช้สมุนไพรพื้นบ้านชาวเขาเผ่ามั่วในภาคเหนือ การสำรวจความคงอยู่ของพืชสมุนไพร การเก็บรักษาสมุนไพร การขยายพันธุ์พืช การบริโภคผักพื้นบ้านและการทำวนเกษตรสมุนไพร

- ๒) เป็นการศึกษาวิจัยด้านประสิทธิผลของสมุนไพรและฤทธิ์ข้างเคียงของยาสมุนไพร จำนวน ๑๕ เรื่อง ได้แก่ การศึกษาฤทธิ์ทางชีวภาพในหลอดทดลอง ในสัตว์ทดลอง และการวิจัยคลินิก
- ๓) การวิจัยด้านความปลอดภัย คือ การศึกษาด้านพิษวิทยา จำนวน ๘ เรื่อง อาทิ บัวบก ใบฝรั่ง รากเตยหอม กระชายดำ ตำรับยาตำราภิกษุญญ สารสกัดด้วยน้ำของยาแก้กษัยลิ้นกระบือ กำลังเสือโคร่ง ยาสมุนไพรตรีสาร

ในช่วงนี้การศึกษาวิจัยเน้นวิจัยยาแผนไทยและสมุนไพร ทั้งด้านคุณภาพสมุนไพร การวิจัยประสิทธิผลและฤทธิ์ข้างเคียงของยาสมุนไพร ด้านความปลอดภัยโดยเฉพาะด้านพิษวิทยา ด้านองค์ความรู้มีการศึกษาวิจัยภูมิปัญญาดั้งเดิมในการใช้ว่าน เห็ด แมลงในการรักษาเยียวยาผู้ป่วย และถอดชุดความรู้หมอพื้นบ้านที่มีความเชี่ยวชาญ ชุดความรู้โรคโลหิตสตร การดูแลหญิงหลังคลอด และมีการศึกษาการใช้ทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทยในการตรวจ วินิจฉัย และการรักษาอาการโรคต่างๆ อย่างไรก็ตามทิศทางการศึกษาวิจัยเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการการแพทย์แผนไทยยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจน

พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้ก่อตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก การศึกษาวิจัยของหน่วยงานกรม อาทิ สถาบันการแพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์ไทย-จีนฯ สำนักการแพทย์ทางเลือก สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย ได้เสนองานวิจัยผ่านสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และได้รับงบประมาณสนับสนุนงานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก โดยเฉลี่ย ๑๑.๓๙ ล้านบาทต่อปี (ตาราง ๘.๓) เมื่อวิเคราะห์งานวิจัยและวิทยานิพนธ์ในฐานข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) มีจำนวนทั้งสิ้น ๒๐๒,๙๓๖ เรื่อง เป็นงานวิจัยจำนวน ๖๑,๕๙๖ เรื่อง วิทยานิพนธ์ จำนวน ๑๔๑,๓๔๐ เรื่อง พบว่า มีงานวิจัยด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และสมุนไพร ร้อยละ ๐.๗๘ ซึ่งน้อยมาก

ตาราง ๘.๓ ภาพรวมงบประมาณที่หน่วยงานได้รับจัดสรรปีงบประมาณ ๒๕๔๗-๒๕๕๓

ปีงบประมาณ	จำนวนเรื่องที่ผ่านมา วช.	งบประมาณ (บาท)
๒๕๔๗	๑๒	๑๓,๓๙๐,๔๕๐
๒๕๔๘	๙	๔,๓๓๕,๔๑๐
๒๕๔๙	๔	๖,๓๒๔,๖๐๐
๒๕๕๐	๔	๓,๔๒๔,๐๐๐
๒๕๕๑	๙	๑๑,๖๐๙,๘๐๐
๒๕๕๒	๙	๒๔,๙๒๓,๑๖๐
๒๕๕๓	๓	๑๐,๙๐๐,๐๐๐
รวม	๕๔	๓๙,๓๐๓,๔๑๐

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

การพัฒนางานวิจัยทางคลินิกด้านการแพทย์แผนไทยของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้มีการจัดตั้ง กลุ่มงานวิจัยทางคลินิกด้านแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ในสังกัดสถาบันการแพทย์แผนไทย เมื่อ ๓ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๕ เพื่อทำหน้าที่พัฒนาการศึกษาวิจัยในคนด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร รวมทั้งการสร้างเครือข่ายความร่วมมือการศึกษาวิจัย ทำหน้าที่ศึกษาวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรในระดับคลินิก ประสานเครือข่ายความร่วมมือการทำวิจัย และพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการทำวิจัย และจัดตั้ง **คณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาวิจัยในคนด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก** เพื่อพิจารณาอนุมัติการศึกษาวิจัยขึ้นเพื่อให้การวิจัยถูกต้องน่าเชื่อถือตามหลักมาตรฐานสากล และคุ้มครองอาสาสมัคร

ต่อมาปี พ.ศ. ๒๕๕๐ สถาบันการแพทย์แผนไทย ได้จัดทำ “โครงการศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดตั้งสถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย” โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เพื่อศึกษาข้อมูลสถานการณ์และแนวทางการพัฒนางานด้านการแพทย์ดั้งเดิมที่ได้รับการยอมรับในต่างประเทศ เช่น จีน อินเดีย สหรัฐอเมริกา ฟิลิปปินส์ ชูแดน เปรียบเทียบกับประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่าสถานการณ์ที่มีผลต่อการพัฒนางานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทย นั้น เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบต่างๆ ที่เป็นผลทำให้การพัฒนางานการแพทย์แผนไทยมีความล่าช้า ได้แก่

- ๑) การขาดองค์ความรู้ อันเป็นผลจากการวิจัยที่ครอบคลุมในทุกด้านขององค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทย
- ๒) ขาดองค์การหลักด้านการวิจัยทางการแพทย์แผนไทยอย่างครบวงจร
- ๓) ขาดหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่รวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับตำรับ ตำรา การแพทย์แผนไทย
- ๔) ขาดศูนย์กลางของประเทศที่ทำหน้าที่ในการรวบรวมผลงานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยสมุนไพร
- ๕) ขาดสถานบริการด้านการแพทย์แผนไทยแบบครบวงจรที่จะรองรับการวิจัยด้านคลินิก
- ๖) การขาดหน่วยงานในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยให้แก่หน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ซึ่งในปี ๒๕๕๑ ได้ก่อตั้ง “สถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย” เพื่อเป็นศูนย์ต้นแบบในการศึกษาวิจัยทางคลินิก การแพทย์แผนไทยแบบครบวงจร เพื่อเป็นศูนย์บริการด้านการแพทย์แผนไทย และเป็นศูนย์ถ่ายทอดความรู้และศึกษาดูงานด้านการแพทย์แผนไทย โดยใช้ อาคารหมายเลข ๓ ชั้น ๔-๕ ที่ตั้ง กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เดิม (ยศเส) แขวงคลองมหานาค เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร เป็นที่ตั้งหน่วยงาน

พ.ศ. ๒๕๔๗ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมกับ องค์การภาคี ๑๐๐ กว่าองค์กรได้จัดให้มีงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติขึ้นเป็นครั้งแรก และมีการจัดการประชุมวิชาการประจำปีการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ ในงานมหกรรมฯ โดยมี นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นประธานคณะกรรมการจัดประชุมวิชาการประจำปี เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพทางวิชาการ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านงานวิจัยและวิชาการทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ มีการตีพิมพ์งานวิจัยฉบับเต็มและบทคัดย่อ ในงานประชุมวิชาการประจำปีการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติ ครั้งที่ ๑-๖ ซึ่งมีทั้งงานวิจัยพรีคลินิก คลินิก และงานวิจัยทางสังคมศาสตร์ ในวารสาร กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดังตาราง ๘.๔

ตาราง ๘.๔ จำนวนงานวิจัยฉบับเต็มและบทคัดย่อในวารสารกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปี ๒๕๔๓-๒๕๕๒

ปีงบประมาณ	จำนวนเรื่อง
๒๕๔๓/	๕๙
๒๕๔๔	๓/๙
๒๕๔๕	๓/๓
๒๕๕๐	๙๕
๒๕๕๑	๑๔๓/
๒๕๕๒	๑๘๓
รวม	๖๓๖

พ.ศ. ๒๕๕๑ ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ สำนักวิชาการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้ศึกษาการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐส่วนภูมิภาค มีมูลค่าอย่างน้อย ๑๐๔,๑๔๓,๓/๔๘ บาท โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งมีศักยภาพในการผลิตยาเพื่อให้บริการผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลชุมชนและสถานือนามัยในอำเภอ และมีการผลิตยาเพื่อให้บริการผู้ป่วยในอำเภอหรือจังหวัดใกล้เคียงได้ ส่วนสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ พบว่าร้อยละ ๓๐.๖ ของสถานบริการมีการผลิตยาจากสมุนไพร และในจำนวนนี้เป็นการผลิตเพื่อจำหน่ายร้อยละ ๖.๑ ผลิตเพื่อรักษาผู้ป่วยร้อยละ ๔๑.๘ ผลิตเพื่อจำหน่ายและรักษาร้อยละ ๒๒.๔

พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๑ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมกับ หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม (วจภส.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินโครงการ **วิจัยบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าในระบบบริการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน** โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ จากการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการบริการการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเหมาะสม โดยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่มาจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) และมีสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ เอกชน และชุมชน เข้าร่วมกระบวนการวิจัยในการบูรณาการระบบการแพทย์แผนไทยเข้าในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ โดยในปีที่ ๑ ของโครงการวิจัยได้มีการสำรวจข้อมูลระบบบริการการแพทย์แผนไทยจากหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานือนามัย

และสถานบริการการแพทย์แผนไทยภาคเอกชน แล้วนำข้อมูลการสำรวจมาวิเคราะห์ สถานการณ์การบริการการแพทย์แผนไทย และลงสำรวจข้อมูลภาคสนาม ในสถาน บริการสาธารณสุขที่มีรูปแบบการบริการการแพทย์แผนไทยที่ดี (Best practice) จน สามารถคัดเลือกสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จำนวน ๑๐ แห่ง (๑๐ พื้นที่) นำเสนอ ในเวทีเพื่อสังเคราะห์ประเด็นที่เป็นปัญหาและอุปสรรคของระบบบริการการแพทย์ แผนไทยในสถานบริการของรัฐ เอกชน และชุมชน ซึ่งมีประเด็นร่วม คือ **ระบบยาไทย และยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข และบทบาทวัดต่อระบบสุขภาพ ของชุมชน**

ประเด็นร่วมทั้ง ๒ ประเด็นจึงเป็นโจทย์วิจัยการบูรณาการในปีที่ ๒ คือ การ พัฒนาระบบยาจากสมุนไพร และบทบาทวัดต่อระบบสุขภาพของชุมชน ซึ่งนำ Best practice ของแต่ละพื้นที่มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการแก้ไขปัญหา และนำผลสำเร็จ ของการแก้ไขปัญหาจัดทำเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการบูรณาการการแพทย์ แผนไทยเข้าในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ

การบูรณาการการแพทย์แผนไทย: ระบบยาไทยและยาสมุนไพรในสถาน บริการสาธารณสุข ได้ทำการศึกษาสถานการณ์เชิงระบบ และกลไกการใช้ยาจาก สมุนไพรในบัญชียาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลภาครัฐ จำนวน ๑๐ แห่ง ใน ๔ ภูมิภาค ได้แก่ โรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาลอ่างทอง โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร โรงพยาบาล มหาสารคาม โรงพยาบาลปะทิว จังหวัดชุมพร และโรงพยาบาลควนขนุน จังหวัดพัทลุง การศึกษาได้ใช้ข้อมูลระบบยาสมุนไพรของสถานบริการเหล่านี้ย้อนหลัง ๕ ปี และทำการ วิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร และผู้รับผิดชอบ เพื่อทำการวิเคราะห์ระบบยาใน ๔ ประเด็นหลัก คือ **ระบบการคัดเลือกยา** เช่น พิจารณานโยบายและเกณฑ์ในการคัดเลือกยา **ระบบการจัดหายา** พิจารณาทั้งในส่วนที่ ผลิตเอง และสั่งซื้อ **การกระจายยา** ศึกษาข้อมูลทั้งการกระจายยาในโรงพยาบาล และ การกระจายยานอกโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาล และสถานเอนกมัยใกล้เคียง **ระบบ การส่งเสริมการใช้** ซึ่งคำนึงถึงทั้งผู้สั่งจ่ายยาและผู้ใช้ยาหรือผู้ป่วย รวมทั้งการติดตาม ผลการใช้ยาอย่างเป็นระบบ การศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องครั้งนี้ ทำให้เกิดการพัฒนาระบบ และกลไกต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้การบูรณาการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ

สาธารณสุขภาคีรัฐมีความก้าวหน้ายิ่งขึ้น ส่งผลดีต่อการบริการประชาชนและนำไปสู่การพึ่งพาตนเองด้านการใช้ยาสมุนไพร

การบูรณาการการแพทย์แผนไทย: บทบาทวัดกับการดูแลสุขภาพชุมชน
โดยการคัดเลือกวัดที่มีการดำเนินการด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อศึกษาบทบาทและศักยภาพการจัดการสุขภาพจำนวน ๙ วัด ได้แก่ ๑) วัดสุทธาวาส (วัดคลองน้ำใส) จันทบุรี ๒) วัดห้วยเกียง เชียงใหม่ ๓) วัดพระธาตุดอยสะเก็ด ตำบลเชิงดอย เชียงใหม่ ๔) วัดหนองปลาปาก อุดรราชธานี ๕) วัดผาสุกการาม อุดรราชธานี ๖) วัดขนาย สุราษฎร์ธานี ๗) วัดบ้านใหม่พัฒนาราม สุราษฎร์ธานี ๘) วัดหนองหญ้าทาง อุดรธานี และ ๙) วัดยุคลราษฎร์สามัคคี ชลบุรี บทบาทวัดกับการดูแลสุขภาพชุมชนจึงเป็นเสมือนนำเอาศักยภาพจากรากฐานวัฒนธรรมไทยผสมกลมกลืนกับระบบการดูแลสุขภาพในยุคปัจจุบัน โดยมุ่งเป้าหมายไปที่การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ และสะท้อนให้สังคมไทย โดยเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องทางนโยบายด้านการแพทย์แผนไทยได้ตระหนักว่า วัด พระ หมอยาพื้นบ้าน และป่า เป็นองค์ประกอบที่มีศักยภาพอย่างยิ่งในการพัฒนาให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน

พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๒ สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้มีการดำเนิน **โครงการจัดการความรู้เพื่อส่งเสริมสนับสนุนศักยภาพหมอพื้นบ้านและชุมชนโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ** ๒ เรื่อง คือ ๑) บทเรียนศูนย์เรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านปี ๕๖-๕๘ และ ๒) บทสังเคราะห์ศูนย์เรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านไทยปี ๕๖-๕๘ (เลิศชาย ศิริชัย) ทั้งสองเล่ม เสนอสถานการณ์ศูนย์เรียนรู้การแพทย์พื้นบ้าน จำนวน ๘๗ แห่ง โดยใช้แบบสอบถาม และกรณีศึกษา ๑๓ แห่งโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคลและเป็นกลุ่ม นำบทเรียนมาสังเคราะห์เงื่อนไขสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลว ข้อเสนอแนะในการส่งเสริมและพัฒนาศูนย์การเรียนรู้เพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชนอย่างยั่งยืนและสอดคล้องกับวิถีชุมชน ประกอบกับ **โครงการเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการคุ้มครองภูมิปัญญาไทยปี ๕๐-๕๒** มีผลการศึกษาและจัดการความรู้เป็นชุดความรู้เฉพาะเรื่อง ประกอบด้วย ๑) ชุดความรู้เรื่อง องค์ความรู้ของหมอพื้นบ้าน ระบบคิดและแบบแผนการใช้สมุนไพรพื้นบ้านเชื่อมโยงกับป่าและแหล่งสมุนไพรพื้นบ้าน (รุจิราถ อรรถสิทธิ์) ๒) ชุดความรู้เรื่อง คุณค่าและมูลค่าของสมุนไพรพื้นบ้านต่อการพัฒนาระบบการผลิตยาสมุนไพรและเศรษฐกิจชุมชน (วิจิต เปานิล) ๓) ชุดความรู้เรื่องความเคลื่อนไหวของกระแสโลกาภิวัตน์และความหลากหลายทางชีวภาพ (วิฑูรย์

เรียนจํารูป) ๔) ชุดความรู้เรื่อง บทเรียน ประสบการณ์ของภาคประชาสังคม/ชุมชนในการดูแลจัดการฐานทรัพยากร (ศยามล ไกรยูรวงศ์) ในมิติการขับเคลื่อนการปฏิบัติการในพื้นที่ลักษณะวิจัยเชิงปฏิบัติการ ๖ จังหวัด (สุรินทร์ กาฬสินธุ์ นครสวรรค์ ตรัง พัทลุง จันทบุรี) และ ๕) การศึกษาเรื่องการนวดพื้นบ้าน (รูปแบบ การนวดพื้นบ้าน ๔ ภาค วิธึนวด/โรคและอาการที่รักษาด้วยนวดพื้นบ้าน) ตัวอย่างกรณีศึกษานวดพื้นบ้าน (เหยียบเหล็ก เช็ด แหก ประคบสด เอาม่าน) มาตรฐาน (ข้อตกลงร่วม) ในการให้บริการนวดพื้นบ้านในศูนย์เรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านไทย

การสนับสนุนงานวิจัยดังกล่าว จะต้องทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งในปรัชญาแนวคิดทางการแพทย์ วิธีการและแบบแผนการปฏิบัติ รวมทั้งสถานการณ์การพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์แต่ละระบบซึ่งมีความแตกต่างกันในรายละเอียดทั้งด้านแนวคิดทฤษฎี และวิธีการปฏิบัติ

หน่วยงานอื่นที่สนับสนุนการวิจัย และการจัดการความรู้

มีหน่วยงานที่สนับสนุนทุนการวิจัยหลายหน่วยงานเช่น คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เป็นต้น แต่ยังไม่มึระบบและกลไกในการเชื่อมโยงหน่วยงานต่างๆเหล่านี้เพื่อกำหนดทิศทาง นโยบาย หรือการสร้างระบบเครือข่ายข้อมูลเพื่อจัดการการวิจัยและจัดการความรู้ร่วมกัน

ในภาพรวมแล้ว พบว่านักวิชาการไทยมีศักยภาพในการทำกรวิจัย แต่ขาดระบบและกลไก ในการเชื่อมโยงนักวิชาการ และหน่วยงานที่เป็นแหล่งทุนในการสนับสนุนการวิจัย ขาดแผนแม่บทในการจัดการการวิจัย และจัดการความรู้ รวมทั้งขาดงบประมาณที่ต่อเนื่องและเพียงพอ

นอกจากนี้ยังขาดระบบศึกษาวิจัยและพัฒนาศาสตร์การแพทย์แผนไทย ตั้งแต่ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับร่างกายและการทำงานของมนุษย์ กระบวนการเกิดโรค สาเหตุของโรค วิธีการวินิจฉัยโรค วิธีการเตรียมยา วิธีการบำบัดรักษาโรค ระบบการสร้างทีมงานการดูแลรักษาผู้ป่วย ระบบใบสั่งยา ระบบเวชระเบียน ระบบการแก้ไขความผิดพลาดในการดูแลรักษา ระบบการพัฒนาวิชาการ ทั้งการประชุมวิชาการและวารสารวิชาการ ตลอดจนการสร้างและพัฒนามาตรฐานเวชปฏิบัติ ตำราและคู่มือ

๔.๓ การวิจัยเชิงระบบเพื่อขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ชาติ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

จุดเริ่มต้นการพัฒนางานวิจัยเชิงระบบ

การวิจัยเชิงระบบเพื่อขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มีจุดเริ่มอย่างมีเป้าหมายและเป็นระบบถือได้ว่าจุดเริ่มต้นจากการจัดประชุมวิชาการประจำปีการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ ในงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๔๗ ดังคำกล่าวที่ว่า

“...เรื่องหนึ่งที่ตั้งใจว่าจะต้องกระทำคือ จะต้องมีการประชุมวิชาการประจำปีด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นส่วนสำคัญในงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ เพราะเห็นว่าการส่งเสริมการพัฒนาความรู้ในแง่มุมต่างๆ อย่างเป็นระบบเท่านั้น จึงจะทำให้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยมีการพัฒนาจนเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางและยั่งยืน ในส่วนการแพทย์ทางเลือกก็สามารถเรียนรู้และนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม” (วิชัย โชควิวัฒน์, ๒๕๔๗)

การจัดการประชุมวิชาการประจำปีการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ ถือเป็นพัฒนาการด้านวิชาการครั้งสำคัญของประเทศไทย เพราะนอกจากเป็นการเปิดพื้นที่ทางวิชาการสำหรับการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกแล้ว ยังเป็นการวางรากฐานที่สำคัญในการพัฒนาด้านวิชาการของการแพทย์ทั้ง ๓ ระบบ

การวางรากฐานด้านวิชาการ ถือเป็นหัวใจหลักของการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือก การจัดประชุมวิชาการประจำปีจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประธานคณะอนุกรรมการวิชาการจัดประชุมวิชาการฯ ได้กำหนดให้มีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกของประเทศไทย โดยเชิญนักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิทำการศึกษาและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ เพื่อนำเสนอในที่ประชุมวิชาการประจำปี โดยที่ข้อเสนอแนะดังกล่าวจะเป็นทิศทางสำคัญของประเทศไทยในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก

การจัดการประชุมวิชาการประจำปีการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ ในวันที่ ๑-๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๗ ได้ศึกษาประเด็นหลักสำคัญ ๕ ประเด็น คือ

๑. ทิศทางและยุทธศาสตร์การสร้างและการจัดการความรู้
๒. ทิศทางการนำการแพทย์แผนไทยฯ เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ
๓. การสร้างกำลังคนรุ่นใหม่ในระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก
๔. คุณค่าและทิศทางการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทย (ยาแผนโบราณ) และผลิตภัณฑ์สมุนไพร
๕. การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

ประเด็นหลักข้อ ๑ ทิศทางและยุทธศาสตร์การสร้างและการจัดการความรู้ ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก

ศึกษาโดย นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ซึ่งเสนอว่าเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของการพัฒนา ควรมุ่งไปที่การสร้างระบบการแพทย์พหุลักษณะ ที่เสริมประสานกันเพื่อสุขภาพของมหาชน โดยทั้งนี้ต้องพัฒนาเติบโตขึ้นอย่างเป็นอิสระบนพื้นฐานแห่งญาณวิทยาของการแพทย์แต่ละระบบ ซึ่งไปพ้นจากกรอบจารีต ความรู้วิทยาศาสตร์แบบเก่าและการครอบงำของวิธีคิดแบบวัตถุนิยม รวมทั้งกระแสบริโภคนิยมที่ลดทอนมิติทางภูมิปัญญาของการแพทย์พหุลักษณะเหล่านี้ลงเหลือเพียงรูปของสินค้าและบริการที่สามารถผลิตและบริโภคในระบบตลาดเท่านั้น โดยตกอยู่ในมือของทุนขนาดใหญ่ที่มีศักยภาพในการลงทุน 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 จำเป็นต้องมียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน ๕ ยุทธศาสตร์ คือ

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ สร้างกลไกการจัดการความรู้โดยจัดตั้งสถาบันสุขภาพวิถีไท ดำเนินภารกิจ ๓ ด้าน คือ การสร้างความรู้ สร้างคน สร้างชุมชนวิชาการที่เข้มแข็ง

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างร่นนโยบายด้วยการประกาศ “ระเบียบวาระแห่งชาติ การวิจัยภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไท”

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ สร้างชุมชนวิชาการทุกพื้นที่ ให้ร่วมกันทำงานเป็นชุมชนแนวปฏิบัติ

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ สร้างแผนที่ภูมิปัญญาสุขภาพไทย ในทุกชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ สร้างกลไกประมวลความรู้วิทยาศาสตร์กระบวนทัศน์ใหม่ ด้วยการจัดตั้ง “เวทีวิทยาศาสตร์วิวัฒน์” ภายใต้การปฏิบัติการของ “คณะเมธีวิจัย” ด้านวิทยาศาสตร์กระบวนทัศน์ใหม่

ซึ่งการศึกษาค้นคว้าได้เสนอให้ทำที่ต่อแนวคิดในการกำหนด “ยุทธศาสตร์” และ “การจัดการ” ในมุมมองของภูมิปัญญาตะวันออก ที่เห็นว่ามนุษย์ไม่สามารถเป็นศูนย์กลางควบคุม กำหนด ทุกสิ่งทุกอย่างได้ สิ่งที่มีมนุษย์พึงกระทำคือ ทำความเพียรตามหลักอิทธิบาท ๔ โดยถือว่าความเพียรเป็นสิ่งที่มีความค่าในตัวเองเพราะเป็นไปเพื่อประโยชน์และความสุขของเพื่อนมนุษย์ทั้งหลาย

ในประเด็นหลักสำคัญอีก ๔ ข้อนั้นเกี่ยวข้องกับการวิจัยเชิงระบบในด้านที่ต้องอาศัยการวิจัยเชิงระบบไปขับเคลื่อนจึงจะประสบความสำเร็จ

ประเด็นหลักข้อ ๒ ทิศทางการนำการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ

นายแพทย์เปรม ชินวันทนนานนท์ และคณะ เป็นผู้ทำการศึกษา ได้นำเสนอการวิเคราะห์ระบบบริการสาธารณสุขของภาครัฐอย่างละเอียด และเสนอแนวทางในการผสมผสาน ร่วมมือ หรือนำเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งระบบบริการสุขภาพของไทยขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐบาล และการเรียนรู้ของประชาชน เป็นปัจจัยผลักดันการเปลี่ยนแปลง (Driving force) เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ และต้องการการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพบนวัฒนธรรมทางสังคมที่แตกต่างหลากหลาย โดยมีเป้าประสงค์ (Goals) ได้แก่

๑. มีการจัดบริการการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการใช้สมุนไพรในระบบบริการสุขภาพทุกระดับ
๒. มีการจัดการเรียนการสอนการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรไทย ในระบบการศึกษา และการผลิตบุคลากร
๓. มีการวิจัยและพัฒนาความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรไทย เพื่อนำมาใช้ในบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม

ประเด็นหลักข้อ ๓ การสร้างกำลังคนรุ่นใหม่ในระบบการแพทย์แผนไทย

การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก

เภสัชกรยงค์ดี ดันติปัญญ และเภสัชกรหญิงรวงทิพย์ ดันติปัญญ ได้สะท้อนให้เห็นการขาดช่วงในการสืบทอดภูมิปัญญาไทยโดยคนรุ่นต่อไป และได้มีข้อเสนอให้กำหนดเป้าประสงค์ของการพัฒนาไปสู่ระบบการแพทย์ที่พึงประสงค์ ซึ่งควรเป็นไปเพื่อ “การรักษาคน ไม่รักษาเฉพาะแต่โรค” การใช้ทรัพยากรของท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด การบ่มเพาะคนให้เป็นหมอที่มีทักษะความรู้ความชำนาญและคุณธรรม สามารถแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม โดยวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน สถานการณ์ที่เป็นโอกาส และภาวะคุกคามของระบบกำลังคน เรียนรู้การสร้างกำลังคนจากบทเรียนของการแพทย์จีนซึ่งมีประสบการณ์การพัฒนายาวนานและจริงจัง

ประเด็นหลักข้อ ๔ การพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทย (ยาแผนโบราณ)

และผลิตภัณฑ์สมุนไพร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุนทรี วิทยานารถไพศาล เป็นผู้ทำการศึกษา แสดงให้เห็นสถานการณ์ด้านยาแผนโบราณของประเทศต่างๆ และนำมาเปรียบเทียบกับประเทศไทย รวมทั้งมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทย ทั้งในด้านการพึ่งตนเองของประเทศและการส่งออกที่มีคุณภาพ อุตสาหกรรมยาแผนไทย ส่วนใหญ่มีเทคโนโลยีการผลิตในระดับต่ำ อีกทั้งมูลค่าตลาดผลิตภัณฑ์ยาแผนไทยและผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยยังมีขนาดเล็กมาก โดยเฉพาะมูลค่าตลาดต่างประเทศ ดังนั้นอุตสาหกรรมยาแผนไทยฯ ของภาคเอกชนจึงไม่มีศักยภาพเพียงพอที่จะทำการวิจัยและพัฒนาด้วยตนเองได้

ด้วยเหตุนี้ภาครัฐจึงต้องเป็นเจ้าภาพในการผลักดันยุทธศาสตร์อุตสาหกรรมยาแผนไทยให้เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนไทยด้วยนโยบายที่ให้ภาคเอกชน ผู้ผลิตยาแผนไทยและผลิตภัณฑ์สมุนไพรมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและพัฒนาการผลิต เพื่อให้บริการสาธารณสุขของประเทศมีมาตรฐานด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัยพร้อมกันนั้นต้องดำเนินควบคู่ไปกับยุทธศาสตร์การสร้างศักยภาพ เพื่อการแข่งขันในตลาดโลกด้วย ซึ่งในการผลักดันยุทธศาสตร์ดังกล่าว กรมพัฒนาการแพทย์

แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จึงมีบทบาทหลักโดยร่วมมือกับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งจากภาครัฐและเอกชน

ประเด็นหลักข้อ ๕ การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

นายบัณฑิต เศรษฐศิริโรตม์ และนายเชษฐา โทณะวณิก ได้เสนอบทความวิชาการที่มีคุณค่าอย่างยิ่งต่อการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์แผนไทย รวมทั้งสมุนไพรของไทย มีการศึกษาถึงบทเรียนการต่อสู้ในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นในประเทศอินเดีย มีการศึกษาถึงกฎหมายต่างๆ ที่มีผลกระทบทั้งกฎหมายในประเทศและต่างประเทศ และมีข้อเสนอแนะในการดำเนินการต่างๆ เกี่ยวกับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น

การศึกษาประเด็นหลัก ๕ ประเด็นในปี ๒๕๔๗ ดังกล่าว ถือเป็นจุดตั้งต้นในการนำเสนอทิศทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก รวมถึงการประชุมวิชาการประจำปีแต่ละปี ได้กำหนดให้นำประเด็นสำคัญทั้ง ๕ ประเด็นมาเป็นหัวข้อหลักในการจัดประชุมในปีต่อไป เป็นการทำให้เกิดการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์หลักดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ

หัวข้อหลักการประชุมวิชาการฯ ประจำปี ๒๕๔๘ ได้แก่
ระบบโครงสร้าง กลไก ในการอนุรักษ์ พัฒนาและคุ้มครองภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท

หัวข้อหลักการประชุมวิชาการฯ ประจำปี ๒๕๔๙ ได้แก่
ระบบและกลไกในการสร้างและจัดการความรู้ เพื่อสนับสนุนภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท

หัวข้อหลักการประชุมวิชาการฯ ประจำปี ๒๕๕๐ ได้แก่
การพัฒนากำลังคน ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก

หัวข้อหลักการประชุมวิชาการฯ ประจำปี ๒๕๕๑ ได้แก่
การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔

ในการจัดการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ ๕ ได้มีการประเมินผลการจัดการประชุมและงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติทั้ง ๕ ครั้งที่ผ่านมา โดยรองศาสตราจารย์ ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ จากคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีข้อเสนอแนะว่า

๑. กิจกรรมการประชุมวิชาการประจำปี มีความสำคัญและจำเป็นต่อการขับเคลื่อนการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ให้มีที่ยืนอันมั่นคงในสังคมไทย แต่จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอยู่ในฐานะเชิงยุทธศาสตร์เพื่อการสร้างพื้นที่ทางสังคม ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่ต่อเนื่อง เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการวิจัยและการพัฒนาทางวิชาการ
๒. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในฐานะองค์กรภาครัฐที่มีบทบาทโดยตรงมีฐานะที่เหมาะสมอย่างยิ่งที่จะเป็นแกนกลางในการประสานให้เกิดการจัดกิจกรรมเช่นนี้ต่อเนื่องไป แต่ทั้งนี้ควรเป็นไปด้วยการขยายภาคีร่วมที่กว้างขวางขึ้น โดยเฉพาะจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) มหาวิทยาลัยและสถาบันการศึกษาทางด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ภาคเอกชน เครือข่ายหมอพื้นบ้าน และภาคประชาชน
๓. กระทรวงสาธารณสุขและภาคีที่เกี่ยวข้อง ควรผลักดันให้กลไกการพัฒนาเชิงยุทธศาสตร์ที่ทำหน้าที่ผลักดันทางด้านวิชาการ เช่น สถาบันสุขภาพวิถีไทยที่มีการจัดตั้งขึ้นตามข้อเสนอแนะในการประชุมครั้งที่ ๑ มีบทบาทที่เด่นชัดจริงจังและเข้มแข็งขึ้นในการผลักดันให้เกิดแผนที่เชิงยุทธศาสตร์ของการพัฒนาทางวิชาการ การวิจัย เพื่อเป็นกรอบให้กับกิจกรรมการประชุมวิชาการประจำปี
๔. ความชัดเจนในเชิงนโยบายและภาวะการนำของผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะจากกระทรวงสาธารณสุข กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมาก ต่อการยกระดับประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ และความพร้อมในด้านทรัพยากร

จากข้อเสนอของการประเมินผล คณะอนุกรรมการจัดประชุมวิชาการฯ จึงเสนอให้มีแผนการจัดมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ระยะที่สอง เป็นเวลา ๕ ปี ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๒-๒๕๕๖ โดยให้การประชุมวิชาการฯ มีความสำคัญในฐานะยุทธศาสตร์ชาติและเป็นการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งคณะกรรมการอำนวยการฯ ได้ให้ความเห็นชอบ

จากการประชุมวิชาการฯ ขับเคลื่อนสู่แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔

จากผลการประชุมวิชาการฯ ครั้งที่ ๑ คณะอนุกรรมการจัดประชุมวิชาการฯ เสนอให้นำผลการศึกษาทั้ง ๕ ประเด็นยุทธศาสตร์เป็นกรอบในการจัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีคำสั่ง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ณ วันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๔๓ ให้มีอำนาจในการพิจารณาจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ คณะกรรมการได้ยกร่าง แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔ และนำเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อให้ความเห็นชอบ ส่งผลให้แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔ ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๐ โดยมีการกำหนดงบประมาณสนับสนุน ๒,๓๖๔ ล้านบาท นับเป็นแผนแม่บทฉบับแรกของประเทศที่ใช้ในการกำหนดทิศทางการดำเนินการเพื่อพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ซึ่งครอบคลุมบริบทของการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก โดยมีเป้าหมาย เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพของประเทศ และเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน

บทที่



ทิศทางการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์แผนไทย

การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยได้ก้าวเข้าสู่ระยะการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ การเปลี่ยนผ่านนี้อาจนำไปสู่ความเข้มแข็งของระบบการแพทย์ดั้งเดิมอันสอดคล้องกับ วิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชนท้องถิ่นและสังคมไทย หรืออาจนำไปสู่การล่มสลายของ ระบบการแพทย์แบบดั้งเดิม กลายเป็นรูปแบบใหม่ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการบริโภค อันเป็นวิถีชีวิตใหม่ของอารยธรรมเมือง

การแพทย์ทุกระบบนั้นล้วนเกี่ยวโยงและวิวัฒนาการไปตามสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม การแพทย์ทุกระบบโดยเฉพาะการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยซึ่ง มีรากฐานทางวัฒนธรรมอันยาวนานจึงได้รับผลกระทบและมีการปรับเปลี่ยนไปตามสภาพ ต่างๆ ดังกล่าว

สังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงในเชิงมหภาคทั้งจากปัจจัยภายในและ ภายนอก การเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบสำคัญต่อการดำรงอยู่ของระบบการแพทย์ พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยได้แก่

เศรษฐกิจภาคบริการมีการขยายตัวและเป็นภาคเศรษฐกิจหลักของประเทศมากกว่าภาคเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม

การเคลื่อนย้ายของประชากรจากเดิมที่ส่วนใหญ่อยู่ในชนบทและท้องถิ่น แม้ปัจจุบันประชากรที่อาศัยในเขตเมืองจะยังมีสัดส่วนน้อยกว่าในชนบท โดยมีสัดส่วน ๔๐ ต่อ ๖๐ แต่ประชากรในเขตเมืองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนชนบทลดลงเรื่อยๆ

ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น ในขณะที่เด็กมีสัดส่วนลดลง

ข้อตกลงการค้าแบบทวิภาคีทำให้เกิดการแย่งชิง ผนวกขาย ทรัพยากรสมุนไพร และภูมิปัญญาต่างๆ

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้เปิดพื้นที่ทางสังคมอย่างถูกต้องตามกฎหมายให้กับการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย

ระบบหลักประกันสุขภาพได้ครอบคลุมหลักประกันสุขภาพของประชากรทั้งหมดของประเทศทำให้รูปแบบการบริการ ความสัมพันธ์ และการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพเกือบทั้งหมดอยู่ในระบบบริการภาครัฐ รวมทั้งการบริการการแพทย์แผนไทย

สถาบันการศึกษาการแพทย์แผนไทยระดับอุดมศึกษาเกิดขึ้นจำนวนมาก โดยได้รับงบประมาณจากรัฐ ในขณะที่การเรียนการสอนแบบครูรับมอบตัวศิษย์แบบดั้งเดิมของไทยนั้นไม่ได้รับการเหลียวแลและสนับสนุน

ก้าวเข้าสู่ทาง ๒ แพร่งของการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย จะเลือกเดินทางไหน

การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยได้ดำรงอยู่ในสังคมที่เป็นที่ตั้งประเทศไทยมากราวสองพันปี โดยดั้งเดิมนั้น การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์กระแสหลักของชุมชนและสังคมไทย ต่อมาเมื่อสังคมไทยได้ก้าวสู่ความเป็นรัฐชาติ และมีอิทธิพลการล่าอาณานิคมจากต่างประเทศในสมัยรัชกาลที่ ๔ และรัชกาลที่ ๕ ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนการบริหารประเทศให้เป็นแบบอารยธรรมตะวันตก รวมทั้งการยอมรับเอาการแพทย์แผนตะวันตกเข้ามาแทนที่การแพทย์ดั้งเดิม เพื่อรองรับภาวะคุกคามของระบบอาณานิคมและทดแทนส่วนที่การแพทย์ดั้งเดิมนั้นไม่มี เช่น การผ่าตัด การป้องกันโรคติดต่อ ยาปฏิชีวนะ เป็นต้น และด้วยวัฒนธรรมและความคิดแบบตะวันตกดังกล่าวได้ทำให้การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยถูกปฏิเสธ ละเลยและทอดทิ้งจากรัฐ แต่เนื่องจากการแพทย์ดั้งเดิมนั้นผูกพันกับวิถีชีวิตของชุมชนไทย จึงทำให้การแพทย์ดั้งเดิมนั้นยังคงดำรงอยู่โดยได้รับการอุปถัมภ์จากวัดและชุมชน

เมื่อการแพทย์ดั้งเดิมได้รับการยอมรับในความสำคัญและคุณค่าอีกครั้งจาก **นโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี ค.ศ. ๒๐๐๐** ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขได้รับนโยบายดังกล่าวมาเป็นนโยบายหลักของระบบสุขภาพของประเทศ ทำให้สมุนไพร การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยได้มีโอกาสในการฟื้นฟู และกลับมามีคุณค่าอีกครั้ง

กว่าสามทศวรรษของการฟื้นฟู ทำให้การนวดไทยเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวาง ทั้งในระดับประเทศและระดับโลก อาหารไทยที่มีสมุนไพรกลับกลายเป็นอาหารสุขภาพ อันดับ ๑ ใน ๓ ของโลก สมุนไพรและผลิตภัณฑ์สุขภาพของไทยจำนวนมากเป็นที่ ยอมรับและต้องการ ความสำเร็จดังกล่าวเกิดจากการมีฐานการขับเคลื่อนการฟื้นฟู การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยซึ่งกระจายอยู่ในองค์กรต่างๆ อย่างกว้างขวาง ทั้งในองค์กรภาครัฐ ภาคประชาสังคมโดยมีการประสานงานกันเป็นเครือข่ายที่เป็นอิสระ ทำให้สามารถแผ่ขยายเข้าไปในทุกระบบและทุกระดับอย่างมั่นคง เนื่องด้วยการตระหนัก ถึงคุณค่าและความสำคัญของการแพทย์ดั้งเดิม และเกิดจากการทำงานด้วยใจรัก

ด้วยความสำเร็จของการฟื้นฟูการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย ทำให้ ภาครัฐเริ่มให้ความสำคัญและพยายามมีบทบาทในการดำเนินงานด้านนี้ด้วยวัตถุประสงค์ที่ แตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นกับนโยบายในแต่ละระดับ มีการเกิดขึ้นของสถาบันการศึกษาด้าน การแพทย์แผนไทยจำนวนมาก มีการสนับสนุนให้มีการบริการการแพทย์แผนไทยในสถาน บริการภาครัฐ มีการพยายามจัดทำกรอบอัตรากำลังภาครัฐสำหรับบรรจบุคคลากรการ แพทย์แผนไทย เป็นต้น

การขยายบทบาทของภาครัฐในการดำเนินงานด้านการแพทย์พื้นบ้านและการ แพทย์แผนไทย ทำให้มีการจัดสรรทรัพยากรทั้งคน งบประมาณ สถานที่ จำนวนมากขึ้น (แม้จะน้อยกว่าการแพทย์แผนปัจจุบันมาก) ปัญหาที่สำคัญคือภาครัฐต่างๆ เหล่านี้ไม่มี นโยบายและแนวความคิดในการส่งเสริมฐานเดิมของการแพทย์แผนไทยที่อยู่ในภาค ประชาชนและประชาสังคม รวมทั้งไม่มีการจัดสรรทรัพยากรอย่างเป็นระบบในการ สนับสนุน มีแต่ความพยายามสร้างความเติบโตของระบบการแพทย์แผนไทยในภาครัฐ เป็นหลัก ซึ่งการเติบโตของภาครัฐเพียงด้านเดียวอาจจะมีผลเป็นการสร้างความอ่อนแอให้ กับระบบสุขภาพภาคประชาชน

ยุคเสื่อมถอยของการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย หลังการแพร่หลาย และเติบโตของการแพทย์แผนปัจจุบันมีผลเป็นการปฏิเสธการแพทย์ดั้งเดิมและส่งเสริมการ แพทย์แผนปัจจุบัน แต่ในยุคปัจจุบันนี้ การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยกำลังอยู่ ในทางสองแพร่งว่า ประเทศไทยจะเดินไปทางไหน จะสนับสนุนระบบการแพทย์ดั้งเดิมที่

เป็นวิถีของชุมชน สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพชุมชน หรือจะเน้นการเติบโตและขยายระบบการแพทย์ดั้งเดิมในระบบสุขภาพภาครัฐ อันจะเป็นการทำลายความเข้มแข็งของระบบสุขภาพภาคประชาชน

ข้อเสนอแนะทิศทางการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย

๑. การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยต้องเป็นสัมมาพัฒนา โครงสร้างของสัมมาพัฒนาล้าวยรูปเจดีย์ ตรงฐานของพระเจดีย์คือ วัฒนธรรม คือการอยู่ร่วมกัน ตรงยอดของพระเจดีย์ คือ ศาสนธรรมคือ ความดี คือการเข้าสู่จุดสูงสุด ฉะนั้นการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยต้องเริ่มที่ฐาน ฐานคือวัฒนธรรมสุขภาพ วัฒนธรรมชุมชน **ตรงฐานของพระเจดีย์ที่กว้างขวางและแข็งแรง คือ การส่งเสริมให้ชุมชนเข้มแข็งพึ่งตนเอง ในการดูแลสุขภาพกันเองในชุมชน**
๒. เป้าหมายและทิศทางของการดำเนินงานการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยของภาครัฐต้องมุ่งสู่การสร้างความเข้มแข็งชุมชนในการจัดการและดูแลสุขภาพด้วยตนเอง
๓. ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยต้องมีบทบาทในการสร้างความเข้มแข็งด้านวัฒนธรรมของชุมชนและนำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมของชุมชน
๔. มีการอนุรักษ์ รักษา พัฒนา และเสริมสร้างฐานทรัพยากรและความหลากหลายทางชีวภาพของชุมชนอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ
๕. ควรส่งเสริมให้มีการตั้งศูนย์การแพทย์แผนไทย ศูนย์การเรียนรู้ของชุมชนในทุกตำบล โดยประชาชนตัวเอง ชุมชนตัวเองเพื่อให้มีความยั่งยืน ให้เป็นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้และดูแลรักษาตนเองในชุมชน เช่น
 - ❖ การนวดไทย การประคบด้วยสมุนไพร ซึ่งคนส่วนใหญ่ทำการเกษตร มักมีอาการปวดเมื่อย ก็มีศูนย์ให้ชาวบ้านมาพบปะหมอฟันบ้าน หมอนวดในชุมชน ช่วยนวดผ่อนคลาย และยังได้พบปะพูดคุยกัน
 - ❖ มีการพัฒนาสวนสมุนไพรรอบศูนย์ เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ให้กับเยาวชนและผู้สนใจ
 - ❖ หมอพื้นบ้าน ปราชญ์ในชุมชน อาจใช้ศูนย์นี้เป็นฐานในการเรียนรู้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักเรียน เยาวชน

สำหรับยุทธศาสตร์การพัฒนา ควรยึดยุทธศาสตร์ ๕ ด้าน ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและติดตามให้มีผลเป็นรูปธรรมยิ่งๆ ขึ้น

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กรมศิลปากร. (๒๕๔๕). **จารึกตำรายาวัตรราชโอรสอารามราชวรวิหาร**. กรุงเทพฯ: กรมศิลปากร.

กรมศิลปากรจัดพิมพ์เนื่องในโอกาสสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เสด็จพระราชดำเนินทรงเปิดนิทรรศการพิเศษเนื่องในวันอนุรักษ์มรดกไทย พุทธศักราช ๒๕๔๒ ณ พระที่นั่งอัฐทิศราชนิฉัย พิพิธภัณฑสถานแห่งชาติพระนคร ๑๒ มิถุนายน ๒๕๔๒. (๒๕๔๒). **ภูมิปัญญาและเทคโนโลยีท้องถิ่น**. กรุงเทพฯ: กรมศิลปากร.

กองประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (๒๕๕๐). จำนวนสถานพยาบาลประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ภาคเอกชน ปี พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๐. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

กองประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (๒๕๕๒). จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ ปี พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๑. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

กรรณิการ์ พรหมเสาร์, (ผู้แปล). (๒๕๔๐). **การแพทย์พื้นบ้านกับการดูแลสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมสุขภาพแห่งประเทศไทย.

กลุ่มงานแผนและประเมินผล กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (๒๕๕๒). **ภาพรวมงานวิจัยของหน่วยงานในระยะเวลา ๕ ปีที่ผ่านมา (ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๕๑)**. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. อัดสำเนา.

กลุ่มหนังสือตัวเขียนและจารึก สำนักหอสมุดแห่งชาติ กรมศิลปากร. (๒๕๔๘). **คู่มือการปฏิบัติงานเกี่ยวกับเอกสารโบราณ**. กรุงเทพฯ: สำนักหอสมุดแห่งชาติ กรมศิลปากร.

ก่องแก้ว วีระประจักษ์. (๒๕๓๐). **การทำสมุดไทยและการเตรียมใบลาน**. กรุงเทพฯ: หอสมุดแห่งชาติ กรมศิลปากร.

กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (online) [๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๒]; จาก http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/zone_search/files/sea001_002.asp

กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (online) [๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๒]; จาก http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/zone_search/files/sea001_004.asp

กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (online) [๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๒]; จาก http://www.app1.fda.moph.go.th/drug/zone_search/files/sea001_005.asp

กาญจนา แก้วเทพ และกนกศักดิ์ แก้วเทพ. (๒๕๓๐). **การพึ่งตนเอง ศักยภาพในการพัฒนาชนบท.** กรุงเทพฯ: สมาคมชอลิกเพื่อการพัฒนาแห่งประเทศไทย.

กาญจนา แก้วเทพ และคณะ (๒๕๕๑). **การจัดการความรู้เบื้องต้นเรื่องการสื่อสารชุมชน.** โครงการเมธีวิจัยอาวุโส ฝ่ายวิชาการ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๔๗). **ทิศทางและยุทธศาสตร์การสร้างและการจัดการองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือก.** ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประพจน์ เกตุรากาศ, (บก.). **ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ผลการศึกษาห้าประเด็นหลักการประชุมวิชาการประจำปีการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือก.** พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์, หน้า ๓-๔๘.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๔๗). **พลวัตสุขภาพกับการพึ่งตนเอง ภาคชนบท.** กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ประชาธิป กะทา. (๒๕๕๐). **สุขภาพปฐมภูมิ บริการปฐมภูมิ.** นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๔๘). **ขับเคลื่อนวาระสุขภาพไทย.** กรุงเทพฯ: บริษัท สร้างสื่อ จำกัด.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ประชาธิป กะทา นิลุบล คุณวัฒน์ และสุภาภรณ์ แซ่ลิ้ม, (บก.). (๒๕๕๑). **บทคัดย่อผลงาน R2R ในการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากงานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research) R2R: เสริมพลัง สร้างสรรค์ และพัฒนา.** พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๓๕). **ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบทไทย.** กรุงเทพฯ: ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย กองแผนงานสาธารณสุข.

คณะกรรมการฝ่ายประมวลเอกสารและจดหมายเหตุในคณะกรรมการอำนวยการจัดงานเฉลิมพระเกียรติจัดพิมพ์เนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐. **สมุดภาพโคลงถ้ำดัดตน.**

คณะกรรมการฝ่ายประมวลเอกสารและจดหมายเหตุในคณะกรรมการอำนวยการจัดงานเฉลิมพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวจัดพิมพ์เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๖ รอบ ๕ ธันวาคม ๒๕๕๒. (๒๕๕๒). **ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ ๕ เล่ม ๑ - เล่ม ๒.**

- คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ. (๒๕๕๑). **มาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ พุทธศักราช ๒๕๕๑**. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา. (๒๕๔๙). **บัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. ๒๕๔๙**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๐. (๒๕๕๐). **แผน ๑๐ ยุทธศาสตร์สุขภาพพอเพียง: แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔**.
- คณะกรรมการการวิสามัญบัญญัติกเจตนารมณ์ จดหมายเหตุ และตรวจรายงานการประชุม สภาร่างรัฐธรรมนูญ. **เจตนารมณ์รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐**.
- คมพล สุวรรณภู. (๒๕๕๒). **การศึกษาและพัฒนากระบวนการชุมชนในด้านการเรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านเพื่อการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน**. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ.
- จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์ สมพันธ์ ทศนิยม และคณะ. (บก.). (๒๕๕๒). **เรียนรู้จากบทเรียนของผู้ร่วมเส้นทาง: รวมบทคัดย่อผลงาน R2R เล่ม ๑ ในการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากงานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research) R2R: เสริมพลัง สร้างสรรค์ และพัฒนา**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- _____. (๒๕๕๒). **เรียนรู้จากบทเรียนของผู้ร่วมเส้นทาง: รวมบทคัดย่อผลงาน R2R เล่ม ๒ ในการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากงานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research) R2R: เสริมพลัง สร้างสรรค์ และพัฒนา**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- จักรกฤษณ์ ควรพจน์. (๒๕๔๔). **สิทธิบัตร: แนวความคิดและบทวิเคราะห์**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์นิติธรรม.
- จักรกฤษณ์ ควรพจน์ เจริญ คัมภีรภาพ และบัณฑิต เศรษฐศิริโรตม์. (๒๕๔๖). **แนวคิดและข้อเสนอต่อการแก้ไขร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์**. เอกสารประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการร่วมกันของรัฐสภาเพื่อพิจารณาร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ฯ.
- จักรกฤษณ์ ควรพจน์ และบัณฑิต เศรษฐศิริโรตม์. (๒๕๕๑). **กฎหมายคุ้มครองสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์เพื่อการส่งเสริมการส่งออกและการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น**. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

จักรกฤษณ์ คอระพจน์ และสมศักดิ์ ภูวราณูท. (๒๕๕๑). **มาตรการทางกฎหมายและนโยบายระหว่างประเทศในการบริหารจัดการทรัพยากรพันธุกรรมและการคุ้มครอง ส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น**. นนทบุรี: มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา งบประมาณประจำปี ๒๕๕๑.

จิราพร ลิ้มปานานนท์ รัชนี จันทรเกษ และสุรตนา อำนวยผล. (๒๕๕๒). **การจัดการความรู้ยาไทยและยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: อุษากการพิมพ์.

จิราพร ลิ้มปานานนท์ สุรตนา อำนวยผล รัชนี จันทรเกษ ประพจน์ เกตุราภาศ วีระพงษ์ เกรียงสินยศ และอรนุช มะลิลา. (๒๕๕๑). **การบูรณาการการแพทย์แผนไทย: ระบบยาไทยและยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจกรรมโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

จู จันทรแก้ว. (๒๕๓๖). **ตำราหมอปประจำครอบครัว พื้นฐานการดูแลสุขภาพและการนำไปใช้ที่เหมาะสม**. ชมรมสมุนไพรและสถานพยาบาล ต.แพรกหา อ.ควนขนุน จ.พัทลุง. อัดสำเนา.

ชัยนต์ พิเชียรสุนทร. (๒๕๔๔). **คำอธิบายตำราพระโอสถพระนารายณ์**. ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ๓๒ พรรษามหาราชา ๕ ธันวาคม พุทธศักราช ๒๕๔๒. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อมรินทร์.

ชาลีมาศ ต้นสุขเทพวิรวงศ์. (๒๕๕๒). **การสนับสนุนและจัดสรรงบประมาณพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยสำหรับกลุ่มผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ (UC) ปี ๒๕๕๐-๒๕๕๒**. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. อัดสำเนา.

ทินกร โนรี. (๒๕๕๑). **การวางแผนความต้องการผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยของสถานบริการภาครัฐในทศวรรษหน้า (ปี พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๖๐)**. ใน: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และประพจน์ เกตุราภาศ, (บก.). **การพัฒนากำลังคน ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: อุษากการพิมพ์, หน้า ๓-๔๔.

ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) พระนคร พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าให้จารึกไว้ เมื่อ พ.ศ. ๒๓๓๕ ฉบับสมบูรณ์. (๒๕๐๕). กรุงเทพฯ: มหามงกุฎราชวิทยาลัย.

ถวิล ชนะบุญ วีระ ทองเนตร. (๒๕๕๒). **ปลูกไม้ท้องถิ่น พันป่า สร้างคลังยาให้ชุมชน**. กรุงเทพฯ: อุษากการพิมพ์.

ธวัช ปุณโณทก. (๒๕๔๐). **วรรณคดีอีสาน: ความสัมพันธ์ของวรรณคดีล้านช้างและวรรณคดีไทย**. **วารสารวิจัย คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง**, หน้า ๖-๒๑.

ธารา อ่อนชมจันทร์, (บก.). (๒๕๓๕). **ศักยภาพหมอพื้นบ้านกับการสาธารณสุขมูลฐาน: กรณีศึกษาจังหวัดเชียงราย**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- นพมาศ สุนทรเจริญนนท์ วิชิต เปาณิล สมภพ ประธานธรรมาภิบาล และวารุณี สุนทรเจริญนนท์. (๒๕๔๙). การสร้างและจัดการองค์ความรู้ อนาคตการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทย. ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ ประพจน์ เกตุธรรมาภิบาล, (บก.). **การสร้างและจัดการองค์ความรู้ ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย**. กรุงเทพฯ: อุษากการพิมพ์.
- นันทน อินทนนท์. (๒๕๔๖). ความตกลงระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทรัพย์สินทางปัญญาและผลกระทบต่องานวิจัยท้องถิ่น. ใน จักรกฤษณ์ ควรวจน์ และบัณฑิต เศรษฐศิริโรตม์, (บก.). **สู่การปฏิรูปฐานทรัพยากร**. โครงการยุทธศาสตร์นโยบายฐานทรัพยากร คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.
- นันทน อินทนนท์. (๒๕๕๐). **JTEPA สิทธิบัตรจุลชีพ กับม้าโทรจัน** ตอนที่ ๑, ๒ และ ๓. (online) [20 April 2009] (http://www.measwatch.org/autopage/show_all.php?t=20&page=25&d_id=&s_id=)
- นิตยา แท่นนิล, (บก.). (๒๕๕๓). **รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนา อินเตอร์พรีน.
- บงอร ศรีพานิชกุลชัย นิรามัย ผางกระโทก จินตนา จุลทรรศน์ และกิตติศักดิ์ ศรีพานิชกุลชัย. (๒๕๕๐). **การปนเปื้อนของจุลินทรีย์ก่อโรคและโลหะหนักในยาแผนโบราณไทยที่ผลิตใน ๕ อำเภอของจังหวัดขอนแก่น**. KRU Res J. 12(4): Oct– Dec.
- บัณฑิต เศรษฐศิริโรตม์ และเจษฎ์ โทณะวณิก. (๒๕๔๘). **การศึกษาเรื่องบทบาท/ท่าทีของไทยต่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น**. กรุงเทพฯ: รายงานฉบับสมบูรณ์เสนอต่อกรมเศรษฐกิจระหว่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศ.
- บัณฑิต เศรษฐศิริโรตม์. (๒๕๔๘). **รายงานการศึกษาเรื่องยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ด้านการพัฒนากฎหมายเพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย**. นนทบุรี: สถาบันสุขภาพวิถีไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- บุษยมาส สันตูประมา และเจนศิริ จันทศิริ. (๒๕๓๘). **รายงานการวิจัยเรื่อง การดำรงอยู่และการปรับตัวของการแพทย์พื้นบ้านในเขตเมืองเชียงใหม่**. สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข.
- ประพจน์ เกตุธรรมาภิบาล และรัชณี จันทร์เกษ, (บก.). (๒๕๕๐). **รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ประจำปี พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐**. กรุงเทพฯ: มณีสพิลล์.
- ประพจน์ เกตุธรรมาภิบาล จิราพร ลิ้มปานานนท์ และรัชณี จันทร์เกษ, (บก.). (๒๕๕๑). **การบูรณาการการแพทย์แผนไทย: สถานการณ์การให้บริการการแพทย์แผนไทย**. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพฯ: อุษากการพิมพ์.

ประพจน์ เกตุรากาศ รัชนี จันทร์เกษ และอภิญญา ตันทวีวงศ์, (บก.). (๒๕๕๒). **สรุปรายงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่ ๕. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.**

ประพจน์ เกตุรากาศ และคณะ, (บก.). (๒๕๕๒). **เส้นทางสุขภาพวิถีไท. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.**

ประพจน์ เกตุรากาศ. (๒๕๕๑). **การทบทวนสถานการณ์เพื่อนำสู่การร่างธรรมนูญสุขภาพมาตรา ๔๓(๗) ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์.**

ประเวศ วะสี. (๒๕๕๑). **ทิศทางแพทย์แผนไทยกับความอยู่รอดในระบบแข่งขันแบบเสรี. ใน วารสารโรงพยาบาลชุมชน ปีที่ ๑๐(๑); ๒๑-๒๖.**

ปรียา มิตรานนท์. (๒๕๕๐). **สถานการณ์สำรวจอนามัยและสวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย. ใน ประพจน์ เกตุรากาศ รัชนี จันทร์เกษ. (บก.). รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ประจำปี พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: มนัสพิลล์.**

ปัฐยาดี แจงเชื้อ ภราดร สามสูงเนิน และเสาวณีย์ กุลสมบุญ, (บก.). (๒๕๕๒). **ภูมิปัญญาพื้นบ้าน: ศักยภาพชุมชนชาวไทยในการคุ้มครองและใช้ประโยชน์เพื่อการดูแลสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.**

พชร ลิ้มปจันทร. (๒๕๕๐). **การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นภายใต้กฎหมายของประเทศไทย เปรียบเทียบกับความตกลงระหว่างประเทศ. วิทยานิพนธ์คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.**

พรทิพย์ เต็มวิเศษ, (บก.). (๒๕๕๒). **๒๐๐ ปี พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมหลวงวงษาธิราชสนิท: พระกรณียกิจด้านการแพทย์แผนไทย. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.**

พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต). (๒๕๔๓). **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**

พิมพ์พรรณ ไพบูลย์หวังเจริญ. (ม.ป.ป.). **คุณค่าของตำราพระโอรสพระนารายณ์ในด้านประวัติศาสตร์ และสังคม. อัดสำเนา.**

_____. (ม.ป.ป.). **ลักษณะของหนังสือสมุดไทย. อัดสำเนา.**

พิศ แสนศักดิ์ และวิวัฒน์ ศรีวิชา. (๒๕๕๐). **โครงการการสังเคราะห์กระบวนการมีส่วนร่วมของหมอพื้นบ้าน ในการพัฒนาการวินิจฉัยและรักษาโรคแบบดั้งเดิมภาคอีสาน. เชียงใหม่: สำนักงานกองทุนวิจัยภาคเหนือ.**

- เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ และคณะ. (๒๕๕๖). **ความพึงพอใจในกฎหมายพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ ต่อการเตรียมความพร้อมเป็นนายทะเบียนจังหวัดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖**. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์แผนไทย. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.
- ภัทรพร ตั้งสุขฤทัย ปรีชา หนูทิม วราภรณ์ อำช้าง และคณะ, (บก.). (๒๕๕๐). **รวมบทความของงานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร**. กรุงเทพฯ: สปีด กราฟฟิคเฮ้าส์.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาศิลปศาสตร์. (๒๕๕๘). **เอกสารสอนชุดวิชาอารยธรรมมนุษย์**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- มาลา สร้อยสำโรง กรรณิการ์ ชมพุดรี และสิทธิพงษ์ ธานีตรระกูล. (๒๕๕๒). **อยู่ไฟหลังคลอด**. กรุงเทพฯ: ปาปิรุสพับลิเคชั่น.
- ยงยุทธ ตรีนุชกร. (๒๕๕๒). **ชุดภูมิปัญญาวิถีไทอีสาน ตำรับอาหารกะเลิง**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจกรรมโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ยงค์ดี ดันติปัญญ ปัทมาวดี กสิกรรม รุจิณาท อรรถสิทธิ์ ปารณัฐ สุขสุทธิ และโอภาส เชษฐากุล. (๒๕๕๔). **การสังเคราะห์องค์ความรู้สู่การปฏิรูประบบสุขภาพ การพัฒนาระบบการแพทย์ทางเลือกในระบบสุขภาพไทย**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ยงค์ดี ดันติปัญญ. (๒๕๕๔). **เครือข่ายหมอพื้นบ้านกับการเปิดพื้นที่ทางสังคมในระบบสุขภาพไทย**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- ยศ สันตสมบัติ. (๒๕๕๒). **ความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน**. เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์.
- ยิ่งยง เทาประเสริฐ พัทธา ก้อยชูสกุล และคณะ. (๒๕๕๓). **ทฤษฎีการแพทย์พื้นบ้านล้านนา (หมอมือง)**. เชียงราย: ศูนย์วิจัยและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน สถาบันราชภัฏเชียงราย.
- ยิ่งยง เทาประเสริฐ และคณะ. (๒๕๕๒). **การสังเคราะห์องค์ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการเรียนรู้และการปรับตัวในการแก้ไขปัญหาเอดส์ของชุมชนในจังหวัดเชียงราย: บทเรียนและประสบการณ์แก้ปัญหาเอดส์ของภาคเหนือตอนบน**. เชียงราย: ศูนย์วิจัยและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน (ศวพบ.) สถาบันราชภัฏเชียงราย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย.
- ยิ่งยง เทาประเสริฐ และธรา อ่อนชมจันทร์, (บก.). (๒๕๓๓). **ศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพ การศึกษา: การรักษากระดูกหักของ “หมอมือง” และการดูแลครรภ์ของชาวอำเภอ จังหวัดเชียงราย**. เชียงราย: สถาบันราชภัฏเชียงราย.

ยิ่งยง เทาประเสริฐ, (บก.). (๒๕๔๒). **การแก้ไขปัญหาเอดส์โดยภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านล้านนา**. กรุงเทพฯ: โครงการสหประชาชาติเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดเอดส์ (UNAIDS).

_____. (๒๕๔๖). **วิธีการดูแลรักษาสุขภาพในระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา**. พิมพ์ครั้งที่ ๓. เชียงใหม่: วณิดา เพรส.

ยิ่งยง เทาประเสริฐ สินธุ์ สโรบล กันยานุช เทาประเสริฐ และกชกร ชินะวงศ์, (บก.). (๒๕๕๐). **กว่าจะเป็น...การแพทย์พื้นบ้านล้านนา**. เชียงใหม่: วณิดาการพิมพ์.

ยิ่งยง เทาประเสริฐ. สุขภาพในมิติวัฒนธรรม. (ม.ป.ป.). ใน ชารา อ่อนชมจันทร์ สุพัตรา ศรีวณิชชากร และยิ่งยง เทาประเสริฐ, (บก.). **แนวคิดและประสบการณ์การจัดบริการสาธารณสุขในแนวคิดแบบองค์รวม**. ม.ป.พ., หน้า ๔๔-๕๐.

รัชนี้ จันทรเกษ จิราพร ลัมปานานนท์ ประพจน์ เกตุรากาศ และคณะ. (๒๕๕๑). **การบูรณาการการแพทย์แผนไทย: บทบาทวัดกับการดูแลสุขภาพชุมชน**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจกรรมโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

รัชนี้ จันทรเกษ ประพจน์ เกตุรากาศ และจิราพร ลัมปานานนท์. (๒๕๕๓). **สถานการณ์การบริการและกำลังคนผู้ใช้บริการแพทย์แผนไทยสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ**. ใน ประพจน์ เกตุรากาศ รัชนี้ จันทรเกษ, (บก.). **รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๒**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์, หน้า ๒๕-๔๓.

รัชนี้ จันทรเกษ วิชัย จันทรกิตติวัฒน์ และประพจน์ เกตุรากาศ. (๒๕๕๓). **สถานการณ์การใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพรในระบบข้อมูล ๑๘ แห่งของสถานเอนกมัยทั่วประเทศ**. ใน ประพจน์ เกตุรากาศ รัชนี้ จันทรเกษ, (บก.). **รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๒**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์, หน้า ๙๙-๑๑๓.

รุจิราภ อรรถสิทธิ์ เสาวณีย์ กุลสมบุรณ์ รัชนี้ จันทรเกษ สุพัตรา สันทนานุการ และพจีกาญจน์ จิระเสถียรพงศ์. (๒๕๕๐). **สถานการณ์การจัดการความรู้และวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ**. ใน ประพจน์ เกตุรากาศ รัชนี้ จันทรเกษ, (บก.). **รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์แผนไทย ประจำปี พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: มนัสฟิล์ม, หน้า ๑๒-๒๒.

ลือชัย ศรีเงินยวง และรุจิราภ อรรถสิทธิ์, (บก.). (๒๕๓๕). **ศักยภาพหมอพื้นบ้านกับการสาธารณสุขมูลฐาน: ภาพรวม**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- เลิศชาย ศิริชัย และอุดม หนูทอง. (๒๕๔๔). **การแพทย์พื้นบ้านภาคใต้กับบริบททางสังคมและกระบวนการรักษาผู้ป่วย**. เอกสารรายงานการวิจัยเสนอสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- เลิศชาย ศิริชัย. (๒๕๕๒). การดำรงอยู่ของโต๊ะปีแดในชุมชนมุสลิม ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้. **วารสารสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์**. ๓ (๓): ธันวาคม ๒๕๕๒; ๒๓๙-๒๔๔.
- วงศ์สถิต นัวกุล. (๒๕๔๓). **กบยาอีสาน**. กรุงเทพฯ: มูลนิธิมหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิชัย โชควิวัฒน์, (บก.แปล). (๒๕๕๑). **ลัทธินักรบและการเยียวยาในอินเดียโบราณ ระบบการแพทย์ในพุทธอาราม**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- วิชัย โชควิวัฒน์. (๒๕๕๖). **นโยบายและทิศทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของประเทศไทย**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- วิชิต เปานิธิ. (๒๕๕๖). **พุทธกระบวนการทัศน์เพื่อสุขภาพและการเยียวยาในสังคมไทย**. กรุงเทพฯ: แผนงานวิจัยปรัชญาวิทยาศาสตร์และกระบวนการทัศน์สุขภาพสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิณา วิสเพ็ญ และคณะ. (๒๕๕๘). **ตำรายา วัตมหาชัย จังหวัดมหาสารคาม เล่ม ๑**. มหาสารคาม: โครงการอนุรักษ์โบราณวัตถุและวัฒนธรรมพื้นถิ่น มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วีรพงษ์ เกรียงสินยศ. (๒๕๕๑). การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในรายการบัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. ๒๕๔๙. ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และประพจน์ เกตุระกาต, (บก.). **การพัฒนากำลังคนภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย**. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจกรรมโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- วีรพงษ์ เกรียงสินยศ ปารณัฐ สุขสุทธิ กรรณิการ์ ชมพุดรี และสหพรพร เพ็ชรจำรัส. (๒๕๕๒). **ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา**. กรุงเทพฯ: ปาปิรุสพับลิเคชั่น.
- วีรพงษ์ เกรียงสินยศ และคณะ. (๒๕๕๒). **๙ ความรู้คู่ชุมชนภูมิปัญญาพื้นบ้านอีสานเพื่อการพึ่งตนเอง**. กรุงเทพฯ: คุรุสภาพิมพ์.
- วีรพงษ์ เกรียงสินยศ. (๒๕๕๒). รายงานผลการดำเนินงานแผนงานพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองของชุมชน. ภายใต้แผนงานพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพแผนไทยทางเลือก. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ศิริ ผาสุก. (ม.ป.ป.). **การแพทย์ตำรับขอมโบราณ**. กรุงเทพฯ: สหธรรมิก.
- ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ สำนักวิชาการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (online) [๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓]; จาก <http://www.dtamsc.com>

ศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ. (๒๕๕๐). **รายงานการศึกษากรอบความคิดการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นไทย**. กรุงเทพฯ: รายงานฉบับสมบูรณ์เสนอต่อ กรมทรัพย์สินทางปัญญา กระทรวงพาณิชย์.

ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. งานวิจัย ปี ๒๐๐๑-๒๐๐๙. (online) [7 December 2009]; จาก: <http://www.kasikornresearch.com/>

ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. ผลิตภัณฑ์เครื่องเทศและสมุนไพร: มูลค่าตลาดเกือบ ๔๐,๐๐๐ ล้านบาท. (online) (ข้อมูล ๑๒ เมษายน ๒๕๕๒) [29 October 2009]; จาก: <http://www.kasikornresearch.com/>

ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. ผลิตภัณฑ์สมุนไพรปี'๔๘ : มูลค่าตลาด ๔๘,๐๐๐ ล้านบาท. (ข้อมูล 17 June 2005) [๒๙ ตุลาคม ๒๕๕๒]; จาก <http://www.kasikornresearch.com/>

ศูนย์วิจัยและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน. (๒๕๕๓). **รายงานวิจัยโครงการสังคายนาองค์ความรู้ “หมอเมือง” เพื่อพัฒนาระบบและตำราอ้างอิงของการแพทย์พื้นบ้านล้านนา**. เชียงราย: สถาบันราชภัฏเชียงราย.

สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. งานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทย ปี ๒๕๔๐-๒๕๕๑. (online) [12 April 2010]; จาก: <http://ittm.dtam.moph.go.th/>

สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (๒๕๕๓). จำนวนและร้อยละของสถานบริการการแพทย์แผนไทยที่ผ่านการประเมินมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันภาษาไทย กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ. (๒๕๕๒). **แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์: ภูมิปัญญาทางการแพทย์และมรดกทางวัฒนธรรมของชาติ**. กรุงเทพฯ: ครูสภา ลาตพรวา.

สมคิด ทองสงค์. (๒๕๕๓). รายงานการดำเนินการวิจัยเรื่อง แพทย์แผนโบราณ: แหล่งข้อมูล/ผู้ประกอบการ. โครงการแผนที่ภูมิทัศน์ภาคใต้: ฐานเศรษฐกิจและทุนทางวัฒนธรรม. อุดลำนเา.

สมชาย รัตนเชื้อสกุล และทิพย์สุรางค์ วาติดัดพันธุ์. (๒๕๕๑). **ปัญหาการถ่ายทอดเทคโนโลยีชีวภาพภายใต้อนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ**. ชุดโครงการพัฒนาความรู้และยุทธศาสตร์ด้านความตกลงพหุภาคีระหว่างประเทศด้านสิ่งแวดลอม. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาดำรงราชานุภาพ. (๒๕๑๑). **นิทานโบราณคดี**. พิมพ์เป็นอนุสรณ์งานพระราชทานเพลิงศพ นายเนียร ลพานุกรม, ๓๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๑๑, กรุงเทพฯ: มหามงกุฎราชวิทยาลัย.

- สมเด็จพระมหาสมณเจ้า กรมพระปรมานุชิตชิโนรส. (๒๕๓๓). **โคลงฉันท์ปฏิสังขรณ์วัดพระเชตุพน.** กองทุนสมเด็จพระสังฆราช ๑๗/ พิมพ์ประกาศพระเกียรติคุณงาน “๒๐๐ ปี สมเด็จพระปรมานุชิตชิโนรส” ๑๑ ธันวาคม ๒๕๓๓ งานวันอดีตเจ้าอาวาสวัดพระเชตุพน ๓/ ธันวาคม ๒๕๓๓. กรุงเทพฯ: กองทุนสมเด็จพระสังฆราช ๑๗/.
- สมพร ภูติยานันต์. (๒๕๔๒). **ความรู้เบื้องต้น เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยว่าด้วยสมุนไพรกับการแพทย์แผนไทย.** กรุงเทพฯ: โครงการพัฒนาตำราสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมภพ ประธานธรรมาภิบาล พร้อมจิต ศรลัมพ์ นพมาศ สุนทรเจริญนนท์ และธีรเดช อุทัยวิทยารัตน์. (๒๕๔๔). มาตรการด้านการจัดการองค์ความรู้ ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และประพจน์ เกตุรากาศ, (บก.). **ระบบโครงสร้าง กลไก ในการอนุรักษ์ พัฒนา และคุ้มครองภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย.** กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์.
- สมภพ ประธานธรรมาภิบาล. (๒๕๕๐). การจัดการความรู้ วิจัย และพัฒนาการแพทย์แผนไทย. ใน ประพจน์ เกตุรากาศ และรัชนี้ จันทร์เกษ, (บก.). **รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์แผนทางเลือก ประจำปี ๒๕๔๘-๒๕๕๐.** กรุงเทพฯ: มนัสฟิล์ม.
- สมาคมพยาบาลผดุงครรภ์. (๒๕๔๑). **การใช้สมุนไพรจากป่าชายเลน.** กรีนกรู๊ป.
- สันติสุข โสภณสิริ. (๒๕๓๓). เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง ชีวิตและงานของศาสตราจารย์ นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว. กรุงเทพฯ: บริษัทส่องสยาม จำกัด.
- สำนักคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร. (๒๕๕๒). พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๒ พร้อมด้วย กฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: องค์การทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี. (๒๕๔๕). เอกสารพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๕ เล่มที่ ๙ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: งานพิมพ์และผลิตเอกสาร สำนักอำนวยการและบริหารทั่วไป สำนักงบประมาณ.
- สำนักงบประมาณ, สำนักนายกรัฐมนตรี. (๒๕๔๖). เอกสารพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๖ เล่มที่ ๙ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: งานพิมพ์และผลิตเอกสาร สำนักอำนวยการและบริหารทั่วไป สำนักงบประมาณ.
- สำนักงบประมาณ, สำนักนายกรัฐมนตรี. (๒๕๔๗). เอกสารพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๗ เล่มที่ ๙ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: งานพิมพ์และผลิตเอกสาร สำนักอำนวยการและบริหารทั่วไป สำนักงบประมาณ.

สำนักงานประมาณ, สำนักนายกรัฐมนตรี. (๒๕๔๘). เอกสารพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๘ เล่มที่ ๙ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: งานพิมพ์และผลิตเอกสาร สำนักอำนวยการและบริหารทั่วไป สำนักงานประมาณ.

สำนักงานประมาณ, สำนักนายกรัฐมนตรี. (๒๕๔๙). เอกสารพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๙ เล่มที่ ๙ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: งานพิมพ์และผลิตเอกสาร สำนักอำนวยการและบริหารทั่วไป สำนักงานประมาณ.

สำนักงานประมาณ, สำนักนายกรัฐมนตรี. (๒๕๕๐). เอกสารพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๐ เล่มที่ ๙ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: งานพิมพ์และผลิตเอกสาร สำนักอำนวยการและบริหารทั่วไป สำนักงานประมาณ.

สำนักงานประมาณ, สำนักนายกรัฐมนตรี. (๒๕๕๑). เอกสารพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๑ เล่มที่ ๙ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: งานพิมพ์และผลิตเอกสาร สำนักอำนวยการและบริหารทั่วไป สำนักงานประมาณ.

สำนักงานประมาณ, สำนักนายกรัฐมนตรี. (๒๕๕๒). เอกสารพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ เล่มที่ ๙ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: งานพิมพ์และผลิตเอกสาร สำนักอำนวยการและบริหารทั่วไป สำนักงานประมาณ.

สำนักงานประมาณ, สำนักนายกรัฐมนตรี. (๒๕๕๓). เอกสารพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๓ เล่มที่ ๙ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: งานพิมพ์และผลิตเอกสาร สำนักอำนวยการและบริหารทั่วไป สำนักงานประมาณ.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.ภาค) และศูนย์ประสานงานวิจัย สกว.ภาค เขตเชียงราย-พะเยา-ฝาง. (๒๕๔๕). **บทความวิชาการประกอบการประชุมกลุ่ม “ทางเลือกใหม่ในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน”**. เชียงราย: ม.ป.พ., อัดสำเนา.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (online) [๑๐ เมษายน ๒๕๕๓]; จาก: <http://www.nesdb.go.th/>

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๕๒). **ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: วิกี จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. **พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐**. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพฯ: สหพัฒนพิบูล.

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (๒๕๕๒). สถิติใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแผนโบราณทั่วราชอาณาจักร รายงานจังหวัด ประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๒. นนทบุรี: กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๕๒). จำนวนเงินที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนเพื่อชดเชยหน่วยบริการการแพทย์แผนไทย ประจำปีงบประมาณ ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ รายเขต. กรุงเทพฯ: กลุ่มกองทุนพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๕๒). จำนวนสถานบริการด้านสุขภาพภาครัฐที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ แยกตามระดับสถานบริการ รายภาค รายเขต รายจังหวัด. กรุงเทพฯ: กลุ่มกองทุนพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๒). ผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด E-inspection report. (online) [22 November 2009]; จาก: http://203.157.7.23/inspec2/kpi_report_all.php?pro_code=12&select_zone=0.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๔๘). **รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๗**. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๔๙). **รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๘**. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๐). **รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๙**. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๑). **รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๐**. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ ๔-๗**. (online) [๑๐ เมษายน ๒๕๕๓]; จาก: <http://bps.ops.moph.go.th/E-book/ebook2.html>
- สินธุ์ สโรบล. (๒๕๕๑). **โครงการวิจัยเชิงสังเคราะห์และถอดบทเรียนการเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นด้านสุขภาพ**. นนทบุรี: สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. อัดสำเนา.
- สุจิตต์ วงษ์เทศ. (๒๕๔๙). **“พลังลาว” ชาวอีสานมาจากไหน?**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มติชน.
- สุธีวงศ์ พงศ์ไพบูลย์. **บางบริบทของการแพทย์ในภาคใต้. เอกสารประกอบการเสวนาภูมิปัญญาภาคใต้เกี่ยวกับแพทย์แผนไทย. โครงการอาศรมวัฒนธรรม และสำนักวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, ๒๕๔๔. อัดสำเนา.**
- สุวิทย์ มาประสงค์. (๒๕๔๖). **ภูมิปัญญาหมอญ.** กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- สุวิทย์ มาประสงค์. **พืชสมุนไพร: แหล่งชนิดพันธุ์**. โครงการแผนที่ภูมิทัศน์ภาคใต้: ฐานเศรษฐกิจและทุนทางวัฒนธรรม, ๒๕๔๗. อัดสำเนา.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประพจน์ เกตุรากาศ รัชณี จันทร์เกษ และรุจิรา ทวีรัตน์, (บก.). (๒๕๕๐). **แผนยุทธศาสตร์การพัฒนากฎมัญญาไท สุขภาพวิถีไท พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔**. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประพจน์ เกตุรากาศ และคณะ, (บก.). (๒๕๕๓). **กฏมัญญาไท สุขภาพวิถีไท ผลการศึกษาหำประเด็นหลัก การประชุมวิชาการประจำปีการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: อุษากการพิมพ์.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประพจน์ เกตุรากาศ และคณะ, (บก.). (๒๕๕๔). **ระบบโครงสร้าง กลไก ในการอนุรักษ์พัฒนา และคุ้มครองกฏมัญญาไท สุขภาพวิถีไท**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: อุษากการพิมพ์.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประพจน์ เกตุรากาศ และคณะ, (บก.). (๒๕๕๔). **การสร้างและจัดการความรู้ กฏมัญญาไท สุขภาพวิถีไท**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: อุษากการพิมพ์.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประพจน์ เกตุรากาศ และคณะ, (บก.). (๒๕๕๐). **การพัฒนากำลังคน กฏมัญญาไท สุขภาพวิถีไท**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ วิชัย โชควิวัฒน์ และศรีเพ็ญ ดันติเวสส, (บก.). (๒๕๕๕). **ระบบยาของ ประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, หน้า ๒๔๓-๓๐๘.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, (บก.). (๒๕๕๔). **การสาธารณสุขไทย พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๓**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, (บก.). (๒๕๕๐). **รายงานการสาธารณสุขไทย**. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สุวิไล เปรมศรีรัตน์ สุจิตลักษณ์ ดีผดุง อภิญา บัวสรวง โสณภา ศรีจำปา อมร ทวีศักดิ์ เอกพงศ์ สุวรรณเกษร และคณะ. (๒๕๕๓). **แผนที่ภาษาของกุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ในประเทศไทย**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ.

เสาวณีย์ กุลสมบุรณ์ และรุจินาถ อรรถธิษฐ. (๒๕๕๐). **สถานภาพและทิศทางการวิจัยกฏมัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่๑. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

เสาวภา พรสิริพงษ์ เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ พรทิพย์ อุดมรัตน์ และมุกิตา เสถียรวัฒนชัย. (๒๕๓๙). **สถานภาพและทิศทางการวิจัยการแพทย์แผนไทย**. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

เสาวภา พรสิริพงษ์ วิชิต เปาณิล. (๒๕๕๑). **การพัฒนากการผลิตสมุนไพรเพื่อเป็นยาในประเทศไทย** **สถานภาพ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข**. กรุงเทพฯ: มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา.

- ห้องสมุดงานวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. ฐานข้อมูลรายงานวิจัย/วิทยานิพนธ์/หนังสือทั่วไป. (online) [10 November 2009]; จาก: <http://www.riclib.nrct.go.th/>
- ห้องสมุดออนไลน์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.). โครงการวิจัย (ข้อมูลอัปเดต ๒๔ ส.ค. ๕๒). (online) [10 November 2009]; จาก: <http://elibrary.trf.or.th/>
- หอสมุดแห่งชาติ กรมศิลปากร. (๒๕๒๙). **จารึกในประเทศไทย เล่ม ๔**. กรุงเทพฯ: กรมศิลปากร.
- อภิญา ตันทวีวงศ์ วราภรณ์ พันธุ์พงศ์ อรดี อินทร์คง สุธิดา วงษ์อนันต์ และปิยวรรณ กิจเจริญ. (๒๕๕๒). **ตำบลหมอยา บทเรียนการดำเนินงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น**. กรุงเทพฯ: อุษากการพิมพ์.
- อุษา กลิ่นหอม ชัยชาญ วงศ์สามัญ สจี กัณหาเรียง สุนีย์ ตรีมณี โสภณ เสือแก้ว พรชัย อุตรักษ์ และเกื้อกุล พิมพ์ดี. (๒๕๔๘). **โครงการภูมิปัญญาในการผลิตและการจัดการไก่พื้นเมืองของชนเผ่าในภาคอีสาน**. เชียงใหม่: สำนักงานกองทุนวิจัยภาคเหนือ.
- อุษา กลิ่นหอม ทม เกตุวงศ์ ประจวบ จันทร์หมื่น สัญญา ศุภจันทร์ สุจิตร์ เทียงเกตุ และวีระทองเนตร ข. (๒๕๔๘). “อีสาน หาอยู่หากิน จากดินฮอดฟ้า ภูมิปัญญาอีสาน” ใน “ชีวิตวัฒนธรรม ธรรมชาติ” มหาสารคาม: สถาบันพิพิธภัณฑ์การเรียนรู้แห่งชาติ.
- อุษา กลิ่นหอม. (๒๕๕๒). **การสังคายนาตำรายาพื้นบ้านอีสาน: กรณีใช้หมากไม้**. กรุงเทพฯ: อุษากการพิมพ์.
- เอกวิทย์ ณ ถลาง. (๒๕๔๔). **ภูมิปัญญาอีสาน**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

ภาษาอังกฤษ

- Aguirre, B. (2003). **The Peruvian Law on Protection of the Collective Knowledge of Indigenous Peoples Related to Biological Resources**, Chapter 30. in Bellmann, Dutfield and Melendez-Ortiz (eds.), **Trading in Knowledge: Development Perspectives on TRIPs, Trade and Sustainability**. Earthscan, London.
- Chrisman, Noel. J. Popular Health Care, Social Network and Cultural Meaning: The Orientation of Medical Anthropology. in **Hand book of Medical Profession**.
- Correa M. Carlos. (2001). **Traditional Knowledge and Intellectual Property: Issues and Options Surrounding the Protection of Traditional Knowledge**. The Quaker United Nations Office.

- Correa M. Carlos. (2004). **Bilateral Investment Agreements: Agents of new global standards for the protection of intellectual property rights?**
- Dutfield, G. (2004). **Alternative Approaches to Traditional Knowledge Protection, Chapter 11.** in Intellectual Property, Biogenetic Resources. Earth Scan, London.
- Dutfield, G. (2004). **National Case Studies, India, Chapter 14.** in Intellectual Property, Biogenetic Resources. Earth Scan, London.
- Foster, A. (1978). **Medical Anthopology.** New York: John Willer & Son Inc.
- Herb, Medicine. Herb. (online) [20 October 2009]; จาก: <http://herbclubs.blogspot.com/>
- Kleinman, A. (1980). **Patiens and Healers. In the Context of Culture.** Berkeley: University Of California Press.
- Leskien, D. and M. Flitner. (1997). **Intellectual Property Rights and Plant Genetic Resources: Options for a Sui Generis System,** IPGRI, Rome.
- Lupton D. (1996). **Medicine as Culture: Illness, Disease and the body in the Western Societies.** London : Sage Publication.
- Oguamanam, C. (2006). **International Law and Indigenous Knowledge: Intellectual Property, Plant Biodiversity, and Traditional Medicine.** University of Toronto Press. Canada.
- Stiglitz, J. and A. Charlton. 2005. **Fair Trade for All: How Trade can Promote Development.** OUP, Oxford.
- TianZi Biodiversity Research & Development Centre. Xishuangbanna, Yunnan, China. (online) [20 October 2009]; จาก: http://www.natureproducts.net/Medicine/Dai_medicine/dragon_blood.html
- WHO Guidelines on good agricultural and collection practices (GACP) for medicinal plants. (2003). Geneva
- WHO Guidelines on good agricultural and collection practices (GACP) for medicinal plants. (2003). Geneva
- WIPO. (2005). **Draft Provision for the Protection of Traditional Knowledge.**
- WIPO. (2008). **The Protection of Traditional Knowledge: Draft Gap Analysis: Revision.** Intergovernmental Committee on Intellectual Property, Genetic Resource, Traditional Knowledge and Folklore. WIPO/GRTKF/IC/13/5(b) Rev.

World Health Organization. (2005). National policy on Traditional medicine and regulation of herbal medicines: Report of a WHO global survey. Geneva

World Health Organization. (2005). National policy on Traditional medicine and regulation of herbal medicines: Report of a WHO global survey. Geneva

World Health Organization. Traditional medicine [online] (2007) [cited 2006 Apr 6]; Available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/

สัมภาษณ์

พร้อมจิต ศรีลัมพ์. ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๓. หัวหน้าโครงการวิจัยบูรณาการนำร่องเรื่อง การพัฒนาด้านการผลิต การแปรรูปและการตลาด ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เพื่อเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันทั้งเขตอุตสาหกรรมและพันธูกรรมสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.



คำสั่ง กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ที่ 10๕ /2552

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำรายงานการสาธารณสุขไทย ด้านการแพทย์แผนไทย
การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก (Thai Traditional and Alternative Health Profile)

ด้วยศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ได้จัดทำ โครงการจัดทำรายงานการสาธารณสุขไทย (Thai Traditional and Alternative Health Profile) ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำรายงานการสาธารณสุข ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย พ.ศ. 2550-2552 และเป็นกระบวนการพัฒนาข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย

ดังนั้น เพื่อให้การจัดทำรายงานการสาธารณสุขไทย ดังกล่าวบรรลุวัตถุประสงค์ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำรายงานการสาธารณสุขไทย (Thai Traditional and Alternative Health Profile) ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก โดยมีองค์ประกอบ และอำนาจหน้าที่ ดังนี้

1. คณะกรรมการจัดทำรายงานการสาธารณสุขไทยฯ

1.1. องค์ประกอบ

- | | | |
|-------------------------------|---|---------------|
| 1) นายวิชัย โชควิวัฒน์ | สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ | ที่ปรึกษา |
| 2) นายนรา นาควิฒนานุกูล | อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก | ที่ปรึกษา |
| 3) นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ | ผู้ทรงคุณวุฒิด้านควบคุมป้องกันโรค | ที่ปรึกษา |
| 4) นายสฤษฎ์ วัฒนา | รองอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก | ที่ปรึกษา |
| 5) นายพินิจ ฟ้าอำนวยผล | ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาระบบ
ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ | ที่ปรึกษา |
| 6) นายประพจน์ เกตุราภาส | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
(ด้านสาธารณสุขสาขาพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์)
รักษาราชการแทนรองอธิบดี
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | ประธานกรรมการ |
| 7) นางสาวลำลิ ใจดี | มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา | กรรมการ |

/ 8) หัวหน้า....

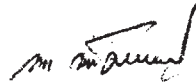
- | | |
|---|----------------------------|
| 8) หัวหน้าสำนักผู้ตรวจราชการ สำนักผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| 9) ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม | กรรมการ |
| 10) นางปรีชา มิตรานนท์ ผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ เศรษฐกิจ และสังคม
สำนักงานสถิติแห่งชาติ | กรรมการ |
| 11) ผู้จัดการฝ่ายเศรษฐกิจสุขภาพ ศูนย์วิจัยกสิกรไทย | กรรมการ |
| 12) ผู้อำนวยการกองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา | กรรมการ |
| 13) ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ | กรรมการ |
| 14) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยสมุนไพร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ | กรรมการ |
| 15) ผู้จัดการกองทุนพัฒนาระบบแพทย์แผนไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | กรรมการ |
| 16) นายวีรพงษ์ เกรียงสินยศ ผู้จัดการแผนงานพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น
ด้านสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองของชุมชน | กรรมการ |
| 17) นางคารณี อ่อนชมจันทร์ ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพวิถีไทย | กรรมการ |
| 18) นางปาณบดี เอกะจัมปะกะ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| 19) นายปราโมทย์ เสถียรรัตน์ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย | กรรมการ |
| 20) นางวงเดือน จินดาวัฒน์ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบบริหาร | กรรมการ |
| 21) นางภาวณา คุ้มตระกูล ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารกลาง | กรรมการ |
| 22) นางสาวนุษา สมร่าง ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ | กรรมการ |
| 23) นางเย็นจิตร เตชะดำรงสิน ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน
เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ | กรรมการ |
| 24) นายเทวัญ ธานีรัตน์ ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| 25) นางสาวณีย์ กุลสมบุรณ์ ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย | กรรมการ |
| 26) นายชุตติ์ เต็งไธสรณ์ หัวหน้ากลุ่มวิชาการ | กรรมการ |
| 27) นางสาวรัชณี จันทร์เกษ หัวหน้าศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ | กรรมการและเลขานุการ |
| 28) นายวิชัย จันทร์กิติวัฒน์ รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| 29) นางรุจิรา ทวีรัตน์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| 30) นางสุพัตรา สันทนานุการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

1.2. อานาจหน้าที่

- 1) จัดทำรายงานการสาธารณสุขไทย (Thai Traditional and Alternative Health Profile) ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. 2550-2552
- 2) จัดพิมพ์รายงานการสาธารณสุขไทยฯ
- 3) เผยแพร่รายงานการสาธารณสุขไทยฯ
- 4) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงานเพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ตั้ง ณ วันที่ ๒๑ เมษายน พ.ศ. 2552



(นายนรา นาควัฒนากุล)
อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก



<http://www.dtamsc.com>
<http://www.dtam.moph.go.th>

